

نقصان خودکارامدی: پیامد تعارض کار- خانواده پرستاران

حسین توانگر^۱، فاطمه الحانی^۲، زهره ونکی^۲

چکیده

مقدمه: تعارض کار- خانواده تحت عنوان ناسازگاری دو طرفه بین تقاضاهای نقش کاری و تقاضاهای نقش خانوادگی توصیف می‌شود. تعارض در بین مشاغل مختلف و از جمله پرستاری با پیامدهای متعددی گزارش شده است. این مطالعه با هدف، تبیین تجارب پرستاران از پیامدهای تعارض کار- خانواده صورت گرفت.

روش: مطالعه حاضر به روش کیفی و با رویکرد تحلیل محتوای متعارف انجام گردید. در این تحقیق، ۱۶ مشارکت کننده پرستار با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه عمیق و بدون ساختار استفاده شد و شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی بود.

یافته‌ها: از مجموع ۱۶ نفر مشارکت کننده، ۱۲ نفر زن، ۴ نفر مرد، همگی دارای مدرک کارشناسی و دارای سابقه کار بین ۴ تا ۲۸ سال با میانگین ۱۴/۹ سال بودند. طبقه اصلی به دست آمده، نقصان خودکارامدی شامل زیر طبقات ضعف در تدبیر امور خانوادگی، اهمال سهوی مراقبت از بیمار و نادیده گرفتن خود بود.

نتیجه‌گیری: توانایی پرستاران در کنترل امور کاری و خانوادگی تحت برخی شرایط از قبیل فقدان محیط کاری و خانوادگی حمایت کننده، فشارهای مضاعف کاری به دلیل کمبود پرستار و نیز توقعات بیش از حد کاری و خانوادگی کاهش یافته و نقصان خودکارامدی حاصل می‌گردد. نقصان خودکارامدی سبب افزایش تداخل وظایف کاری و خانوادگی و در نتیجه شدت یافتن تعارض کار- خانواده می‌شود. در واقع چرخه معیوبی تشکیل شده که نتایج آن، پیامدهای منفی در هر دو حوزه کاری و خانوادگی می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، به منظور پیش‌گیری از تبعات منفی تعارض کار- خانواده که در بعضی موارد جبران‌ناپذیر می‌باشد، پرسنل پرستاری ضمن آشنایی با روند مدیریت علمی تعارض کار- خانواده، از طرف خانواده و بیمارستان نیز مورد حمایت همه جانبه قرار گیرند تا با آزادی عمل بیشتر و انعطاف‌پذیری بالا نسبت به تنظیم برنامه‌های کاری و خانوادگی خود با حداقل تداخل ممکن، اقدام نمایند.

کلید واژه‌ها: تعارض کار- خانواده، پرستاری، پیامد، خودکارامدی، تحقیق کیفی، ایران.

نوع مقاله: تحقیقی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۵

ارجاع: حسین توانگر، فاطمه الحانی، زهره ونکی. **نقصان خودکارامدی: پیامد تعارض کار- خانواده پرستاران.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۲): ۱۳۵-۱۴۷.

مقدمه

مشارکت در نقش خانوادگی به دلیل مشارکت در نقش کاری دشوار گردد (۱). Frone و همکاران در این رابطه اظهار می‌دارند که تعارض نقش‌های شغلی و خانوادگی، نوعی تداخل منفی میان نقشی است که ضمن آن، فشارهای نقشی حوزه‌های شغلی و خانوادگی در برخی موارد با یکدیگر ناسازگار هستند. تعارض نقش‌های شغلی و خانوادگی

تعارض کار- خانواده نوعی از تعارض بین نقشی است که در آن فشارهای نقش حاصل از نقش‌های کاری و خانوادگی از هر دو طرف و از برخی جهات ناسازگار باشند، به این معنی که مشارکت در نقش کاری به دلیل مشارکت در نقش خانوادگی و یا به صورت برعکس،

^۱ دانشجوی دوره دکترا، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

می‌تواند ناشی از زندگی خانوادگی یا محیط کاری باشد (۲).

Carlson و Frone تعارض نقش‌های شغلی و خانوادگی را نتیجه دو نوع تداخل می‌دانند، تداخل از محیط کار به خانه (Work-family interference) و تداخل از محیط خانه به محیط کار (Work-family interference) (۳). تداخل خانواده با کار زمانی است که وظایف و مسؤلیت‌های خانوادگی مانع از انجام وظایف شغلی می‌شود و تداخل کار با خانواده هم زمانی که مسؤلیت‌ها و وظایف شغلی مانع رسیدگی و مشارکت در وظایف خانوادگی می‌شود، ایجاد می‌گردد (۱).

بنابراین تعارض کار- خانواده تحت عنوان ناسازگاری دو طرفه بین تقاضاهای نقش کاری و تقاضاهای نقش خانوادگی توصیف می‌شود. به عبارت دیگر، هر گاه افراد قادر به انجام همزمان وظایف و مسؤلیت‌های هر دو نقش خانوادگی و شغلی خود نباشند و وظایف ناشی از نقش خانوادگی‌شان با وظایف ناشی از تعهدات شغلی و یا وظایف ناشی از نقش شغلی‌شان با وظایف و مسؤلیت‌های خانوادگی‌شان تداخل پیدا کند؛ به گونه‌ای که آن‌ها در ایفای وظایف شغلی و خانوادگی خود دچار فشار و دشواری گردند و نتوانند از عهده الزامات هر دو نقش به خوبی برآیند، آنان دچار تعارض بین نقش‌های شغلی و خانوادگی شده‌اند (۴).

بیشتر بررسی‌ها و پژوهش‌هایی که در حوزه رابطه متقابل کار و خانواده انجام یافته است، بر این عقیده هستند که تعارض کار- خانواده می‌تواند برای افراد، خانواده‌ها و سازمان‌ها آثار زیانبار و نامناسبی بر جای گذارد؛ به طوری که در غالب مدل‌های تعارض کار- خانواده، پرداختن به پیامدهای این نوع تعارض خواه در کار یا خانواده و یا هر دو به یک بخش ثابت از بررسی تبدیل شده است (۱۷-۵).

نتایج حاصل از تحقیقات کمی در دیگر کشورها حاکی از آن است که تعارض کار- خانواده با طیف وسیعی از پیامدهای منفی نظیر رضایت شغلی پایین (۵)، فرسودگی شغلی (۷، ۶)، خستگی (۹)، فشارهای هیجانی یا علایم افسردگی (۱۱، ۱۰) همراه می‌باشد که در واقع، همان عواملی هستند که سبب ضعف عملکرد در پرسنل مراقبتی بهداشتی (۱۲) و نیز خطاهای کاری می‌شوند (۱۳). از این رو تعارض کار- خانواده می‌تواند عامل بالقوه مهمی در تحلیل و زوال آرایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا و در نتیجه آسیب به بیماران باشد (۱۴).

همچنین پیامدهای منفی خانوادگی ناشی از تعارض کار- خانواده از قبیل تشدید علایم افسردگی، افزایش مصرف الکل و سوء

مصرف مواد، کاهش رضایت از زندگی و رضایت از ازدواج می‌باشند (۱۵) که این عوامل می‌توانند باعث تزلزل بنیاد خانواده و مسایل و مشکلات ناشی از آن گردند. از سوی دیگر، نگرانی‌های فردی پرستاران در مورد تعارض کار- خانواده می‌تواند به عنوان یک مانع برای ورود افراد علاقه‌مند به حرفه پرستاری عمل کرده و سبب گرایش روزافزون به ترک حرفه گردد و هر دو این عوامل باعث می‌شوند معضل کمبود پرستار که در حال حاضر گریبان‌گیر جامعه پرستاری می‌باشد، وخیم‌تر گردد (۱۷، ۱۶).

با عنایت به این که در جستجوی محقق در ایران، مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد و همچنین با استناد به تحقیقات صورت گرفته در زمینه پیامدهای تعارض کار- خانواده در خارج از کشور و عواقب منفی که این تعارض می‌تواند برای افراد، خانواده‌ها و سازمان‌ها به دنبال داشته باشد و با توجه به این که عوامل فردی نظیر ویژگی‌های شخصیتی فرد، سطح مهارت، سلامت یا نقص یا بیماری جسمی می‌تواند بر رابطه متقابل نقش‌های چندگانه و فشار، تأثیر مثبت یا منفی باقی گذارد و نیز با توجه به این که عوامل ساختار اجتماعی نظیر پایگاه یا منزلت اجتماعی و شغلی، عوامل اقتصادی اجتماعی، وضعیت مالی، میزان مسؤلیت کاری و خانوادگی و فعالیت خانوادگی مانند تعداد و سن فرزندان، مرحله تکاملی خانواده و میزان حمایت زوج یا دیگران مهم می‌باشند (۱۸)، بنابراین باید تعارض ایجاد شده را در زمینه‌ای که در آن رخ می‌دهند، بررسی کرده و به محتوای نقش، کیفیت و ترکیب نقش‌ها و شرایطی که تحت آن شکل می‌گیرند از جمله شرایط ساختار عینی که بر تقاضاها و منابع پیوسته با نقش‌ها تأکید دارند (زمان و فعالیت‌های مربوط به نقش) و شرایط روانی ذهنی که ادراک ذهنی و تجربه نقش‌ها را دربرمی‌گیرند (واکنش‌های ذهنی به نقش) (۱۹) توجه شود و این امر تنها از طریق انجام تحقیق کیفی امکان‌پذیر می‌باشد؛ چرا که تحقیق کیفی محقق را قادر خواهد ساخت تا دنیای واقعی مربوط به دنیای شخصی و کاری روزمره انسان‌ها را درک کرده و به وی اجازه می‌دهد تا واقعیت‌ها را آن طور که هستند احساس کرده، دنیای اجتماعی را توصیف و توضیح داده، تئوری‌ها را تکامل بخشیده و به پژوهشگران کمک می‌کند که الگوها و تئوری‌های جدید را کشف نمایند (۲۰).

بنابراین محققان بر آن شدند تا با انجام تحقیق کیفی، در درجه اول به شناسایی و توصیف پیامدهای منفی تعارض کار- خانواده آن هم در بین پرستاران (که از مشاغل حساس می‌باشد و وجود پیامدهای منفی می‌تواند لطمات و صدمات غیر قابل جبرانی را به دنبال داشته

باشد) بپردازند تا راهگشای تحقیقات آینده در جهت مدیریت و برنامه‌ریزی برای به حداقل رساندن تبعات منفی تعارض باشد.

روش

این مطالعه در زمینه تبیین تجارب پرستاران از پیامدهای تعارض کار-خانواده و به روش تحقیق کیفی از نوع تحلیل محتوای متعارف (Conventional context analysis) بود. تحلیل محتوای کیفی شیوه‌ای مناسب برای به دست آوردن نتایج متغیر و پایا از داده‌های متنی به منظور ایجاد دانش، ایده‌ای جدید، ارایه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد است. هدف از این شیوه، فشرده کردن و توصیف وسیع یک پدیده و دستاورد این تحلیل، مفاهیم یا طبقات توصیفی پدیده می‌باشد (۲۱).

مشارکت کنندگان پژوهش، ۱۶ پرستار شامل ۱۲ پرستار زن و ۴ پرستار مرد، همه دارای مدرک کارشناسی، ۷ نفر پرستار بالینی، ۷ نفر سرپرستار و ۱ نفر سوپروایزر و ۱ نفر مدیر خدمات پرستاری با سابقه کار ۴ تا ۲۸ سال و میانگین ۱۴/۹ سال بودند. یک نفر از مشارکت کنندگان مجرد و بقیه متأهل بودند که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Purposeful) که شیوه مناسبی جهت پژوهش‌های کیفی می‌باشد، انتخاب شدند.

در روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، محقق در پی افرادی است که دارای تجربه غنی از موضوع مورد تحقیق باشند. مشارکت کنندگان از بین پرستاران بالینی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یزد، بر اساس سه ملاک اصلی دارا بودن مدرک کارشناسی یا بالاتر، تمایل به شرکت در مطالعه و توانایی بیان تجربیات خود انتخاب شدند. این پژوهش از دی ماه سال ۱۳۸۸ آغاز و زمان پایان مصاحبه‌ها اسفند ماه سال ۱۳۸۹ بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بدون ساختار (Unstructured interview) استفاده شد. این روش به دلیل عمیق بودن و انعطاف‌پذیری، مناسب‌ترین شیوه جهت تحقیقات کیفی می‌باشد. پرسش اولیه بسیار کلی مطرح گردید و پاسخ تفسیری و توضیحی مشارکت کننده، هدایتگر مسیر سؤالات بعدی بود (۲۲). این پژوهش با سؤالات اطلاعات فردی و سابقه کار و تنوع بخش شروع و سپس با سؤال باز "لطفاً یک روز از زندگیتان را برایم بازگو کنید" ادامه یافت. جهت روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه، سؤالات پیگیری کننده (بر اساس داده‌هایی که شرکت کننده ارایه می‌کرد) از قبیل "نارضایتی بچه‌ها یعنی چه؟" یا "منظور شما از بی‌حوصلگی در انجام وظایف خانوادگی چیست؟" مطرح شدند.

تمام مصاحبه‌ها بعد از کسب اجازه از مشارکت کنندگان ضبط و پس از پایان، هر مصاحبه به طور کامل بازنویسی و تحلیل شد. نفر بعدی برای انجام مصاحبه بر اساس اطلاعات به دست آمده از مصاحبه قبلی انتخاب شد. مدت زمان مصاحبه‌ها به طور متوسط بین ۴۰ تا ۸۰ دقیقه بود که با اخذ وقت قبلی و در محیط بیمارستان در اتاق استراحت یا فضای آرام و مناسب دیگری در داخل بخش انجام گردید. معیار توقف نمونه‌گیری، تکراری شدن داده‌ها یا اشباع اطلاعاتی (Data saturation) بود.

شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل محتوای متعارف بود. این روش تحقیق برای تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی به کار می‌رود. با این روش می‌توان از طریق فرایند طبقه‌بندی نظام‌مند، کدها و موضوعات را مورد شناسایی قرار داد. تحلیل محتوای مرسوم به معنی استخراج محتوای عینی، بیش از آن چیزی است که در داده‌های متنی نوشته شده است. با استفاده از این روش می‌توان موضوعات و الگوهای آشکار و پنهان را از محتوای داده‌های مشارکت کنندگان، تبیین نمود (۲۳).

واحد تحلیل در این مطالعه، کل مصاحبه‌ها بود که بعد از تایپ دست‌نویس‌ها، بارها مورد بررسی قرار گرفت و به این ترتیب واحدهای معنی به صورت جملات یا پاراگراف از سخنان و متون مصاحبه مشخص و کدهای اولیه یا کدهای باز از آن‌ها استخراج گردید. سپس طبقات اصلی و موضوعات انتزاع شدند. جریان تجزیه و تحلیل با اضافه شدن هر مصاحبه تکرار و کدها و طبقات اصلاح گردید.

در تحقیق حاضر برای تعیین اعتبار داده‌ها از معیار مقبولیت (Credibility) که معادل اعتبار محتوایی می‌باشد، استفاده گردید. تلفیق داده‌ها و مرور و بازنگری مکرر آن‌ها با به کارگیری استراتژی‌های مختلف از قبیل مشارکت کافی و تعامل نزدیک با مشارکت کنندگان، تنوع مشارکت کنندگان تحقیق از نظر سن، جنس، سابقه کار، تنوع بخش و رده‌های مختلف کاری ارتقا داده شد. به منظور تأییدپذیری (Confirmability) از شیوه بازنگری توسط مشارکت کنندگان (Member check) و بازنگری توسط ناظرین خارجی (Peer check) استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: برای محافظت از حقوق مشارکت کنندگان، محقق بعد از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده محل تحصیل و ارایه آن به دانشگاه محل پژوهش، خود را به مسؤولین بیمارستان‌های مورد مطالعه معرفی نمود و با راهنمایی مدیریت خدمات پرستاری هر بیمارستان، مشارکت کنندگان واجد ملاک‌های تحقیق و نمونه‌گیری نظری شناسایی و در مطالعه شرکت داده

شدند. سپس محقق با معرفی خود به مشارکت کنندگان و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، به آن‌ها اطمینان داد که در هنگام انتشار نتایج، تمام اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و به خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری تأکید شد.

یافته‌ها

در مجموع از ۱۶ مشارکت کننده، ۱۹ مصاحبه به عمل آورده شد که منجر به تولید ۵۲۵ کد بدون احتساب همپوشانی گردید و با احتساب همپوشانی و ادغام آن‌ها به منظور کدگذاری دقیق‌تر و تسهیل در روند پژوهش، ۱۰۹ کد باقی ماند که در ۱۶ زیر طبقه قرار گرفتند. سپس فرایند تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای مداوم ادامه یافت؛ به طوری که زیر طبقات و کدهای زیر طبقات با یکدیگر بر اساس تشابه، تطابق و تناسب مقایسه شدند و موارد مشابه به صورت یک طبقه یا کد نوشته شد.

به عنوان مثال، زیر طبقات رفتار پرخاشگرانه، توجه عاطفی ناکافی، کاهش خواب، محدودسازی تفریحات و مشارکت ناکافی در امور آموزشی فرزند بر اساس تشابه، تطابق و تناسب همه حول محور مشترکی به نام "غفلت از حقوق کودک" قرار گرفتند و در نهایت با ادامه فرایند تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای مداوم زیر طبقات غفلت از

حقوق همسر، غفلت از حقوق کودک، بی‌حوصلگی در انجام وظایف خانوادگی، درگیری ذهنی در محیط خانه و خستگی مفرط جسمی بر اساس تشابه، تطابق و تناسب همه حول محور مشترکی به نام "ضعف در تدبیر امور خانوادگی" قرار گرفتند و بدین ترتیب در پایان این مرحله طبقات ۱- ضعف در تدبیر امور خانوادگی ۲- اهمال سهوی مراقبت از بیمار و ۳- نادیده گرفتن خود تحت عنوان "نقصان خودکارآمدی" به عنوان درون‌مایه اصلی تحقیق مفهوم‌پردازی گردید که در جدول ۱ روند به دست آمدن این درون‌مایه نشان داده شده است و توضیحات آن به شرح ذیل می‌باشد.

۱- ضعف در تدبیر امور خانوادگی

یکی از طبقات به دست آمده، ضعف در تدبیر امور خانوادگی بود. همان طور که مشهود است، در حال حاضر بسیاری از زنان و مردان در جوامع شاغل هستند؛ در حالی که وظایف و مسؤولیت‌های خانوادگی آن‌ها نیز با توجه به نگرش‌های سنتی و فرهنگی از اهمیت زیادی برخوردار است. البته در این رابطه زنان شاغل مسؤولیتی سنگین‌تر دارند؛ چرا که هم در خارج از منزل و هم در داخل منزل باید مسؤولیت‌های خود را به بهترین نحو انجام دهند. وجود تعارض کار- خانواده بنا به تجربه مشارکت کنندگان در مواردی سبب گردیده بود تا غفلت‌هایی در این خصوص به وجود

جدول ۱. روند به دست آوردن درون‌مایه از طبقات

طبقات	زیر طبقات	طبقات فرعی	درون‌مایه
	غفلت از حقوق همسر	توجه ناکافی به همسر حضور فیزیکی کم‌رنگ در خانه	
	غفلت از حقوق کودکان	رفتار پرخاشگرانه توجه عاطفی ناکافی کاهش خواب محدودسازی تفریحات مشارکت ناکافی در امور آموزشی	
	بی‌حوصلگی در انجام وظایف خانوادگی درگیری ذهنی در محیط خانه خستگی مفرط جسمی	-	نقصان خودکارآمدی
	ارتباط نامناسب با بیمار توجه ناکافی به جزئیات مراقبت از بیمار درگیری ذهنی در محیط کار	- - -	۲- اهمال سهوی مراقبت از بیمار
	محدودسازی علایق شخصی پیدایش اختلالات جسمانی پیدایش آشفتگی‌های روحی، روانی	-	۳- نادیده گرفتن خود

آید که به شرح زیر می‌باشد:

الف. غفلت از حقوق همسر

یکی از موارد بیانگر ضعف در تدبیر امور خانوادگی، غفلت از حقوق همسر بود که به صورت توجه ناکافی به همسر و حضور فیزیکی کم‌رنگ در خانه توسط مشارکت‌کنندگان بیان شد.

توجه ناکافی به همسر: یکی از مشارکت‌کنندگان مرد در این رابطه چنین اظهار می‌دارد که:

"... از وقتی که مسؤلیت قبول کردم حضور فیزیکی تو خونه دارم، ولی از لحاظ ذهنی درگیرم و توجه کمتری به خانمم دارم. مثلاً تو فکر بیمارستان و کارهای اون هستم. از وقتی که مسؤلیت قبول کردم ذهنم همیشه مشغول بوده مثلاً خانمم تو خونه داره صحبت می‌کنه، ولی ذهن من جای دیگه هست و این خانواده را تحت تأثیر قرار داده. یعنی حجم کارهای من زیاده و بیشتر کارها فکری هست" (پرستار ۱۶).

مشارکت‌کننده پرستار خانم در این رابطه اظهار داشته است که:

"... مثلاً در رابطه با همسرم، شوهرم وقتی از سر کار می‌آد اون لحظه می‌خواد بشینه، یعنی ناهارش را خورده بعد ناهار می‌خواد برنامه تلویزیون را ببینه به چایی بخوره، میوه‌ای بخوره و بعدش استراحت کنه، ولی من اصلاً حوصله‌اش را ندارم و خودشون هم می‌فهمند. پس ببینید اینا همش اثر منفیه" (پرستار ۳).

حضور فیزیکی کم‌رنگ در خانه: کمبود پرستار و وجود شیفت‌های پشت سر هم از علل حضور ناکافی پرستاران در خانه می‌باشد. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشته است:

"... خوب ببینید من الان ۲۰۰ ساعت دارم (بخش خصوصی و دولتی) اضافه‌تر کار می‌کنم پس کمتر تو خونه هستم. با ۲۰۰ ساعت کار اضافه داشتن آدم کمتر می‌تونه برا زن و بچه‌اش وقت بگذاره، مخصوصاً من که زخم خانه داره و همش تو خونه هست و انتظار داره من بیشتر کنارش باشم یا مثلاً روزهای تعطیل انتظار داره من تو خونه باشم، ولی خوب من اکثر روزهای تعطیل شیفت دارم و کمتر کنارشون هستم. خوب این همش تأثیر منفی رو خانواده هست" (پرستار ۱۰).

ب. غفلت از حقوق کودکان

زیر طبقه دیگر ضعف در تدبیر امور خانوادگی، غفلت از حقوق کودکان بود که بیانگر آن است که در صورت عدم موفقیت در کنترل و مدیریت تعارض کار- خانواده و تحت برخی شرایط از قبیل اولویت و اهمیت وظایف کاری ناشی از ماهیت اختصاصی کار پرستاری یا موانع و محدودیت‌های کاری از قبیل کمبود نیروی

پرستاری و ساعت کاری زیاد، نیازهای کودکان مورد غفلت واقع می‌گردد. این طبقه دارای ۶ طبقه فرعی بود که همراه با بیانات مشارکت‌کنندگان به شرح ذیل می‌باشد.

رفتار پرخاشگرانه: بنا بر تجربه پرستاران، خستگی بیش از حد جسمی و ذهنی ناشی از ماهیت طاقت‌فرسای پرستاری و دغدغه‌های کاری به نیاز داشتن آرامش در خانه منجر می‌گردد که در صورت برآورده نشدن چنین محیطی در موارد نادر می‌تواند رفتار پرخاشگرانه بروز نماید. دعوا کردن، دادکشیدن و به ندرت تنبیه بدنی از مصادیق رفتار پرخاشگرانه بودند که توسط پرستاران به آن‌ها اشاره شد. یکی از مشارکت‌کنندگان تحقیق می‌گوید:

"... من سعی کردم ناراحتی کاریم را تو خونه نبرم، ولی خوب با این حال باز ممکنه پیش بیاد مثلاً بچام اومده بازی کنه یا به حرکتی را انجام بده من بهش گفتم خسته‌ام یا حتی سرش داد کشیدم. این موارد پیش اومده حتی بعضی وقتا به کوچولو تنبیه‌شون هم کردم، چون اعصابم از جایی دیگه خرد بوده" (پرستار ۹).

توجه عاطفی ناکافی: نیازهای عاطفی در زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها به ویژه کودکان می‌تواند به عنوان عامل اساسی در بهداشت روانی و امری پراهمیت و تعیین‌کننده در رشد و پیشرفت فردی تلقی گردد. در این تحقیق خستگی بیش از حد کاری از علل عمده توجه عاطفی ناکافی به کودکان ذکر گردیده است. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه به شرح ذیل می‌باشد:

"... بارها شده که با وجود این که بچام ۵ سالش بیشتر نیست، گفته که من مامان خسته نمی‌خوام. یعنی می‌فهمه که من با بی‌حوصلگی باهاش بازی می‌کنم یا مثلاً وقتی که ناهار می‌خورم، می‌خوام یکی دو ساعت استراحت کنم و دراز بکشم مثلاً میاد کاری می‌کنه که بیدارم کنه که توجه من به اون جلب بشه، اما من واقعاً کشش ندارم و مثلاً تا ساعت ۵ و ۶ وقت خودم هم پرت می‌ره و نمی‌تونم به اون توجهی بکنم" (پرستار ۵).

کاهش خواب: بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان، یکی از مشکلات اساسی در تأمین خواب کودکان، زود بیدار کردن آن‌ها می‌باشد که به دلیل ساعت حضور در سر کار است. این مسأله به خصوص برای پرستاران صبح کار از شدت بیشتری برخوردار است. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

"... خدا شاهد امروز صبح ساعت ۶:۱۵ شروع کردم به صدا زدن دختر بزرگم و هی به ترتیب اونا را صدا زدم، ولی هیچ کدوم

بود که نمی‌تونستم تو جلسات مدرسه خیلی شرکت کنم، یعنی شیف‌ت‌هام جور می‌بود که نمی‌تونستم تو جلسات شرکت کنم" (پرستار ۱۱).

ج. بی‌حوصلگی در انجام وظایف خانوادگی

زیر طبقه سوم از ضعف در تدبیر امور خانوادگی، بی‌حوصلگی در انجام وظایف خانوادگی بود. تجربه مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه چنین است:

"... ببینید یکی از مواردی که مربوط به کاره و می‌تونه تو خانواده تأثیرگذار باشه، برخورد و درگیری تو کاره مثلاً برخورد بد پزشک یا برخورد بد مریض و همراهان اونا (در چنین مواقعی) یکی این که اصلاً حوصله‌ای برای انجام کارهای خونه نداری و کارهای خونه یکی دو ساعت بالآخره عقب می‌افته و شب که می‌شه می‌بینی یه عالمه کار رو سرت ریخته مثلاً ظرف‌ها را نشستی، نهار فردا را آماده نکردی و نظافت خونه‌ات مونده. یکی دیگش اینه که اصلاً دلت نمی‌خواد جایی بری مثلاً بچه‌ها می‌خوان برن بیرون از خونه، خونه مادری یا کسی یا مثلاً دوری بزنند، ولی من اصلاً حوصله ندارم و سعی می‌کنم یه جور با یه بهانه‌ای از زیرش در برم. فشار کاری و حجم زیاد کاره که باعث خستگی می‌شه و آدم وقتی خسته باشه نمی‌تونه درست به وظایف خانوادگی‌اش رسیدگی کنه" (پرستار ۸)

د. درگیری ذهنی در محیط خانه

درگیری ذهنی در خانه با موضوعات مرتبط با بیمار و کار، یکی دیگر از مصادیق ضعف در تدبیر امور خانوادگی بود. این موضوع در سرپرستاران و مدیران پرستاری از شدت بیشتری برخوردار است؛ به طوری که اوقاتی از زمان استراحت آن‌ها در خانه را به خود اختصاص داده و مانعی برای انجام کارهای منزل می‌باشد. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه به شرح ذیل می‌باشد:

"... گاهی وقتاً مثلاً به خاطر نیروهای جدید که میان و می‌رن، تو خونه هم که هستم، فکرم تو بیمارستانه که مثلاً یه وقت خطایی از اونا سر نزنه. یه مشکل دیگه هم اینه که کلاً هر اتفاقی که تو بخش می‌افته، در موقع استراحتم در منزل با من تماس می‌گیرند و می‌گن این جور مشکلی پیش اومده. اگه مشکل معمولی باشه نه تأثیری نداره، ولی اگه مشکل حادی پیش اومده باشه فرضاً بیمار دچار مشکلی شده باشد چرا بی‌تأثیر نیست یعنی فکرم را درگیر می‌کنه. بالآخره استرسی به آدم وارد می‌شه و تا نیام بیمارستان و به اون موضوع رسیدگی نکنم خیالم راحت نمی‌شه" (پرستار ۵).

بلند نشدن تا بالآخره به زور و با سر و صدا بیدارشون کردم. ساعت ۷:۱۰ که من از خونه بیرون می‌رم بچه کوچیکم می‌ره خونه مستأجرمون و با بچه اونا می‌ره دارالقرآن. البته مستأجرمون می‌گه من ساعت هشت، هشت و ربع تازه بچه‌ام از خواب بیدار می‌شه. بچه‌ام مجبوره هر روز صبح بره خونه اونا و مامان و بابای اون را هم انگار بچه من بیدار می‌کنه. من همیشه می‌گم بچه‌ام چه زجری می‌کشه، یک ساعت تا یک ساعت و نیم اون جا می‌شینه تا برن و هر روز ۲ ساعت از وقتش به خاطر کارمند بودن من تلف می‌شه" (پرستار ۲).

محدود سازی تفریحات: یکی دیگر از نیازهای اساسی در دوران کودکی، نیاز به بازی و تفریح می‌باشد. بر اساس اظهارات مشارکت‌کنندگان، داشتن شیفت‌های پشت سر هم و فشرده، در گردش بودن، اشتغال به کار در روزهای تعطیل و نداشتن حوصله سر و صدا و بازی بچه‌ها به علت خستگی ناشی از کار از موانع ارضای این نیاز به شکل مناسب بوده‌اند. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان چنین می‌گوید:

"... خوب ببینید مثلاً بچه‌ات میاد می‌گه بابا من می‌خوام برم پارک. خوب می‌بینی حق هم داره صبح تا حالا تو خونه بوده و حوصله‌اش سر رفته خوب منم که اعصابم درب و داغونه و خسته‌ام و حوصله ندارم. حالا مجبورم یا ببرمش یه دوری تو خیابون‌ها بزنم یا یه پارک ساده ببرمش یا یه جوری راضی‌اش کنم یا بعضی وقتا دیگه کنترل از دستم خارج می‌شه و با حالت عصبانیت برمی‌گردم و نگاهش می‌کنم و ساکتش می‌کنم" (پرستار ۱۰).

مشارکت ناکافی در امور آموزشی: والدین نقش مهمی در روند فراگیری و آموزش و پرورش دانش‌آموزان دارند و ارتباط آنان با اولیای مدرسه یکی از واجبات امر آموزش است. در این تحقیق بنا به تجربه مشارکت‌کنندگان ناتوانی در اخذ مرخصی به دلیل ضرورت حضور تمام وقت بر بالین بیمار، بالا بودن حجم کار و در گردش بودن از علل عمده ارتباط ناکافی با محیط آموزشی کودکان ذکر گردیده است. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان چنین می‌گوید:

"... راستش وقتی بچه‌ها وارد دبیرستان شدند با وجود این که دبیرستانشون هم نزدیک بیمارستان بود، با همه اینا اگه بهتون بگم گریه‌ام می‌گیره که من حتی یه بار هم مدرسه اینا نفرتم. مدیرشون می‌گفت تو اول سال میایی بچه‌ها را ثبت‌نام می‌کنی و می‌ری و آخر سال میایی کارنامه‌شون را می‌گیری. اصلاً برایشون وقت نگذاشتم و همیشه درگیر بودم. واقعاً هم فکر می‌کنم بیشتر به کارم اهمیت دادم تا به بچه‌هام. تو اون زمان‌ها اصلی‌ترین دغدغه من این

۵. خستگی مفرط جسمی

یکی دیگر از مصادیق ضعف در تدبیر امور خانوادگی، خستگی مفرط جسمی می‌باشد که بر مدیریت و اداره وظایف خانودگی تأثیر منفی دارد. اظهارات دو نفر از مشارکت کنندگان در این رابطه به شرح ذیل می‌باشد:

"... وقتی ظهر می‌ری خون، می‌بینی دیگه حس و جونی حتی برای کارهای خونه خودت نداری، حتی این که بچه‌ها هم ازت انتظار داره، درس داره، خوب بالاخره تفریح می‌خواد، می‌خواد باهات بازی کنه، ولی خوب حال و حوصله‌ای نداری که با بچه‌ها درست برخورد کنی" (پرستار ۱).

"... حقیقتش من تا حالا خیلی مسایل و مشکلات کاریم را تو خونه نبردم البته به جز خستگی جسمی‌اش را. وقتی ظهر ساعت ۲-۲/۵ آدم می‌رسه خونه دیگه واقعاً از توان جسمی‌مون کاسته شده و دیگه اون شادابی و سر حالی که صبح اول صبح داشتیم را نداریم. مخصوصاً من فکر می‌کنم برای کسانی که صبح کارن. صبح با انرژی کامل میایی سر کار و هر چی انرژی داری تخلیه می‌شه. یعنی ظهر که می‌ریم خونه واقعاً انرژی برای هیچ کاری نداریم" (پرستار ۵).

۲- اهمال سهوی مراقبت از بیمار

مراقبت از بیمار در بهترین شرایط از وظایف اساسی پرستاران می‌باشد که مشارکت کنندگان در تحقیق نیز بدان اشاره داشته‌اند و اکثریت آن‌ها اظهار داشتند که مراقبت از بیمار بر خلاف مسایل و مشکلات شخصی پرستار، از اولویت‌های کاری بوده و چنان چه در این رابطه اهمال و کوتاهی صورت گرفته، به طور ناخواسته و متأثر از خستگی و فشار بیش از حد بوده است. تجارب مشارکت کنندگان در این رابطه به شرح ذیل می‌باشد:

الف. ارتباط نامناسب با بیمار

"... من خودم سعی کردم گرفتاری‌های خانوادگیم اثری روی کار مریض نداشته باشه، ولی شاید بعضی مواقع هم بوده. بیشتر روی برقراری ارتباط با مریض تأثیر می‌گذاره. حالا مثلاً اگه مشکل خاصی پیش بیاد، آدم تعادل روحیش را از دست می‌ده و ممکنه حتی با مریض بد صحبت بکنه، آدم با مریضش دل سردتر و سنگین‌تر روبرو می‌شه و روابط سردتر می‌شه" (پرستار ۶).

ب. توجه ناکافی به جزئیات مراقبت از بیمار

"... ببینید من کار معمولم را انجام دادم و شب هم که رفتم خونه کارهام را انجام دادم و سعی هم کردم تداخلی ایجاد نشه، ولی به دفعه یادم اومده که ای وای چه نکته مهمی را من فراموش کردم،

ادرار مریض قطع شده، دوپامین داشته می‌گرفته و تاکی‌کارد بوده، چرا من اصلاً حواسم نبوده. یعنی ریزه‌کاری‌هایی که واقعاً مریض داره چوبش را می‌خوره. یعنی کارم را انجام دادم و سعی کردم تحت تأثیر قرار نگیره، ولی اون وقت لازم را به خاطر مشغله ذهنی نداشتم و به ریزه‌کاری‌ها توجهی نداشتم و وقتی رفتم خونه یهو به دفعه یادم اومده که به فلان چیز توجهی نداشتم و یا مریض فلان مشکلی را داشته و من اصلاً نفهمیدم و بهش توجه نکردم" (پرستار ۱۳).

ج. درگیری ذهنی در محل کار

بنا به تجربیات مشارکت کنندگان، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های ذهنی آن‌ها و به خصوص مشارکت کنندگان زن در محیط کاری، نگرانی از بابت فرزندان می‌باشد که این موضوع در زمان بیماری آن‌ها و یا در زمان تعطیلی مدارس در فصل تابستان به اوج خود می‌رسد. این دغدغه‌ها می‌تواند ناخودآگاه آثار منفی بر مراقبت از بیمار داشته باشد. تجارب مشارکت کنندگان در این رابطه به شرح ذیل است:

"... به نظر من مهم‌ترین دغدغه زنان کارمند نگرانی در مورد بچه‌هاشون هست که وقتی سر کارند بچه‌هاشون را چکار کنند. آیا نیازهای جسمی و روحی‌شون برآورده می‌شه؟ آیا خورد و خوراکشون به موقع هست یا نه؟ این خیلی مهم هست و من فکر می‌کنم مهم‌ترین دغدغه ما پرستارها بچه‌هامون هستند. من دارم همکارم را می‌بینم که وقتی صبح میان سر کار مهم‌ترین نگرانی‌شون در مورد بچه‌هاشون هست که نمی‌دونند بچه‌هاشون را کجا بگذارند، به خصوص حالا که مدرسه‌ها هم تعطیل شده" (پرستار ۸).

"... الان تابستونی پسرم که می‌ره مهد کودک، دخترم تو خونه تنه‌است. تابستونی نگرانم مثلاً وقتی می‌ره کلاس تو فکر می‌افتم که در خونه را یادش موند بینه، یهو در را باز نگذاشته باشه، آژانسی که رفته دنبالش معتبره، مطمئنم؟ همش سر کار که هستم واسه اون استرس دارم" (پرستار ۱۴).

۳- نادیده گرفتن خود

از حقوق اساسی هر فرد نسبت به خود، توجه و رسیدگی به نیازهای شخصی خود و حفظ خود در بهترین شرایط جسمی و روحی روانی می‌باشد. در این رابطه، تجربیات اکثریت مشارکت کنندگان بر فدا کردن خود و نادیده گرفتن خود به دلیل مقدم دانستن وظایف کاری و خانوادگی بر خود بوده است. نادیده گرفتن خود دارای ۳ زیر طبقه به شرح ذیل بود:

الف. محدودسازی علایق شخصی

"... خوب به اجبار بعضی چیزها را کنار گذاشتم مثلاً الآن دید و بازدیدهای خانوادگی خیلی کم شده یعنی اون قدر درگیر شیفت شدم که دیگه وقتی برای دید و بازدید باقی نمونه. یکی دیگه از چیزهایی که متأسفانه محدود شده ورزش و تفریح هست. مثلاً من قبلاً همراه دوستام استخر می‌رفتم، ولی الآن یه مدتی که دیگه نتونستم باهاشون برم" (پرستار ۱۰).

ب. پیدایش اختلالات جسمانی

"... وقتی نگاه می‌کنم به همکارام که بازنشسته شدند، می‌بینم دچار انواع و اقسام بیماری‌ها هستند کانسر، فشار خون بالا، درد مفاصل، دیابت، کمردرد و مشکلات دیگه. حتی متأسفانه همکارهایی که هنوز به سن بازنشستگی نرسیدند مثلاً ۱۵ سال سابقه کار دارند هم می‌بینم دچار این بیماری‌ها شدند. پرستاری که به همه آموزش می‌ده که چکار کنند که دچار فشار خون بالا نشن یا چربی خونشون پایین بیاد، اون قدر خودش را فدا کرده که نتونسته برا خودش برنامه‌ای داشته باشه. ماهیت کاریمون این جور، عادت غذایی‌مون درست نیست، خوابمون درست نیست، تحت فشارهای جسمی و روانی هستیم، بی‌خوابی‌ها، شرایط زندگی، بچه داشتن، بچه مدرسه‌ای داشتن، دغدغه‌هایی که بچه‌های بزرگتر دارن مثل ازدواج، تحصیل و دغدغه های مالی" (پرستار ۱۳).

ج. پیدایش آشفتگی‌های روحی - روانی

"... من این جا که میام سر کار خیلی بدوبدو می‌کنم و خیلی خسته می‌شم، شب که می‌رم خونه ناخودآگاه پرخاش می‌کنم اصلاً دست خودم نیست، جواب بچه‌ام را نمی‌دم. بارها شده دختر ۴ ساله‌ام به من گفته مامان دوست ندارم بری سر کار بهش می‌گم چرا؟ می‌گه وقتی شما میری سر کار عصبانی هستی، دقیقاً عین جمله‌ای هست که به کار می‌بره" (پرستار ۱۲).

مشارکت کننده دیگری در این رابطه اظهار می‌دارد که:

"... یه مدتی بود از خواب که بیدار می‌شدم عصبی بودم و ۲-۳ ساعت کارم بود تا استیبل بشم یعنی خلقم عوض شده بود، حوصله نداشتم فکر می‌کردم تموم بدنم درد می‌کنه حتی نمی‌تونستم آشپزی کنم راستش دلیلش هم این بود که اون زمان محیط کارم محیط خوبی نبود یه خورده تحت فشار بودم" (پرستار ۱۱).

بحث

در مطالعه حاضر که در خصوص تبیین تجارب پرستاران در رابطه

با پیامدهای منفی تعارض کار- خانواده انجام شد، درون‌مایه یا موضوع اصلی "نقصان خودکارآمدی" با مؤلفه‌های ضعف در تدبیر امور خانوادگی به صورت غفلت از حقوق همسر، غفلت از حقوق کودکان و بی‌حوصلگی در انجام وظایف خانوادگی، درگیری ذهنی در محیط خانه و خستگی مفرط جسمی و اهمال سهوی مراقبت از بیمار به صورت ارتباط نامناسب با بیمار و توجه ناکافی به جزئیات مراقبت از بیمار و نیز نادیده گرفتن خود به صورت محدودسازی علایق شخصی، پیدایش اختلالات جسمانی و آشفتگی روحی- روانی مفهوم‌پردازی و انتزاع گردید.

Bandura و همکاران خودکارآمدی را عبارت از باورهای افراد به توانایی‌هایشان در بسیج انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین تعریف کرده‌اند (۲۴). یکی از جنبه‌های اساسی خودکارآمدی شخص، این باور است که فرد از راه اعمال کنترل می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد به ویژه در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا، داشتن احساس کنترل بر شرایط، عاملی مهم در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون است (۲۵).

از نظر Bandura داشتن یا افزایش احساس خودکارآمدی می‌تواند موقعیت تهدیدآمیز را مبدل به یک موقعیت مطمئن کند (۲۶). همچنین خودکارآمدی با سلامت بیشتر، موقعیت بالاتر و یکپارچگی اجتماعی رابطه دارد (۲۷). از دیدگاه پژوهشگران، احساس خودکارآمدی پایین، با عزت نفس پایین، تفکرات بدبینانه نسبت به خود و توانایی عملکرد خود در ارتباط است. افراد با خودکارآمدی پایین از هر کنشی که به باور آن‌ها فراتر از توانایی‌شان باشد، پرهیز می‌کنند (۲۸).

بررسی‌ها همچنین نشان دادند که احساس خودکارآمدی پایین با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار مانند راهبردهای مقابله‌ای انکار، پرهیز، خویش‌داری، ارزیابی دوباره سازگاری (۲۹، ۲۶) و همچنین با علائم اضطراب و ناراحتی، افسردگی، علائم روان‌تنی و بهزیستی منفی مشخص می‌شوند (۳۰، ۲۶) که همگی مؤید یافته‌های حاصل از این تحقیق می‌باشند.

در توجیه یافته‌های به دست آمده، می‌توان این چنین نتیجه گرفت که تعارض کار- خانواده به عنوان یک موقعیت استرس‌زا، از طریق تداخل وظایف خانوادگی و کاری، فرد را به شدت تحت فشار قرار می‌دهد و با اعمال نیروی منفی بر توانایی او، کنترل فرد بر موقعیت‌های مختلف و متنوع خانوادگی و کاری از دست می‌رود و سبب نقصان خودکارآمدی در او می‌گردد که نتیجه آن، انجام ناقص وظایف و مسؤولیت‌های مربوط به خانواده به شکل ضعف در

مريض از نظر دين اسلام و عدم ترك خدمت پرستاران و در نهايت ممنوعيت مصرف الكل در دين مابين اسلام اشاره كرد.

در ارتباط با غفلت از حقوق کودکان که به صورت کاهش میزان خواب آنان به دليل اجبار به زود بيدار کردن آنها، محدودسازی میزان تفریحات و مشارکت ناکافی در امور آموزشی آنان و نیز بدرفتاری با فرزندان بیان گردید، Arthur و همکاران اظهار می‌دارند که همه اشکال برنامه کاری غیر استاندارد (کار کردن در تعطیلات آخر هفته، شب و عصر) می‌تواند جریان‌ات عادی زندگی را به هم ریخته و ارتباطات والد-فرزندی را کاهش دهد. مقایسه بین والدینی که در اشکال مختلف برنامه کاری غیر استاندارد کار می‌کنند با والدینی که در کارهای دارای برنامه کاری استاندارد کار می‌کنند، نشان داده است که والدین دارای برنامه کاری غیر استاندارد، وقت کمتری برای تفریح و بازی کردن با کودکان خود دارند و علاوه بر آن دفعات کمتری را برای صرف غذا با اعضای خانواده خود اختصاص می‌دهند. همچنین آنان دریافتند که والدین شاغل در مشاغل دارای برنامه کاری غیر استاندارد وقت کمتری برای خواندن مطالب برای کودکانشان و کمک کردن به آنها برای انجام تکالیف درسی‌شان می‌گذارند و از وقتی که برای کودکان خود می‌گذارند، رضایت کمتری دارند (۳۴). بنابراین با توجه به این که حرفه پرستاری نیز جزء مشاغل دارای برنامه کاری غیر استاندارد می‌باشد، این یافته با یافته‌های حاصل از این تحقیق در رابطه با تأثیر تعارض کار- خانواده بر کودکان همسو می‌باشد.

در خصوص بدرفتاری با فرزندان هم Spector و Jex بر این عقیده هستند که تعارض دایمی در محیط کار اثرات منفی بر سلامت جسمی و روانی افراد دارد (۳۵) و پیامد آن می‌تواند بدرفتاری با فرزندان باشد (۳۲) که تأیید کننده یافته‌های این تحقیق از قبیل رفتار پرخاشگرانه و توجه ناکافی به نیازهای عاطفی کودکان می‌باشد. همچنین در این رابطه محققین بیان داشته‌اند، خانه مکانی است که بیشتر از هر جای دیگر به حقوق کودک تجاوز می‌شود و بیش از ۹۰ درصد از والدینی که مبادرت به بدرفتاری با کودک خود می‌کنند نه از نظر جسمی مشکلی دارند و نه از نظر شخصیتی جنایتکار هستند و نه روان‌پریش می‌باشند، بلکه افرادی هستند که تحت تأثیر تنش و استرس شدید قرار داشته‌اند و در حالت خشم به کودکان خود آسیب می‌رسانند (۳۶). این مطلب نیز مؤید چرایی رفتارهای پرخاشگرانه با کودکان می‌باشد که توسط مشارکت کنندگان این تحقیق نیز بدان اشاره شد. از یافته‌های دیگر این تحقیق غفلت از حقوق همسر،

تدبیر امور خانوادگی و در رابطه با وظایف کاری به صورت اهمال سهوی مراقبت از بیمار و در نهایت در رابطه با خود به شکل نادیده گرفتن خود با زیر مجموعه‌های خاص می‌گردد.

در تأیید این مطلب Erdwins و همکاران نشان دادند که بین تعارض کار- خانواده و خودکارآمدی در کار و خانواده یک رابطه منفی وجود دارد. آنها اظهار داشتند که سطح تعارض کار- خانواده زنان با افزایش خودکارآمدی آنها در نقش‌های کاری و خانوادگی کاهش می‌یابد (۳۱).

از سوی دیگر در خصوص پیامدهای منفی تعارض کار- خانواده در راستای پژوهش حاضر، نتایج حاصل از تحقیق Duxbury و Higgins بیانگر آن بود که در بعد خانواده، تعارض برای افراد به عنوان منبع اصلی استرس با پیامدهای منفی از جمله افزایش خطراتی برای سلامتی والدین شاغل، افسردگی، اضطراب، بدخلقی و بدرفتاری با همسر و فرزندان، انجام ضعیف‌تر وظایف نقش والدینی، کاهش رضایت از زندگی و بهداشت روانی ضعیف‌تر همبسته بوده است (۳۲).

Aryee و همکاران نیز کاهش رضایت شغلی و رضایت خانوادگی را به ترتیب دو پیامد جداگانه تعارض خانواده با کار و تعارض کار با خانواده می‌دانند که در نهایت سطح رضایت فرد از زندگی را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهند (۳۳). همگی این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از این تحقیق در زمینه‌های پیدایش اختلالات جسمانی و آشفتگی‌های روحی- روانی در پرستاران، غفلت و بدرفتاری با کودکان و غفلت از همسر مشابه می‌باشد.

همچنین در تأیید این مطالب، Eby و همکاران نیز نشان دادند که تعارض کار- خانواده با نتایج روان‌شناختی و پیامدهای منفی خانوادگی و سازمانی از قبیل تشدید علائم افسردگی، افزایش مصرف الكل و سوء مصرف مواد، کاهش رضایت از زندگی، کاهش رضایت شغلی و رضایت از ازدواج و افزایش تمایل به ترک خدمت در بین پرستاران در ارتباط بوده است (۱۵). نتایج تحقیق مذکور، تنها از نظر بروز افسردگی و ناراضی‌های نسبی شغلی و خانوادگی، با تحقیق حاضر همسو می‌باشد و در بقیه موارد همسو با نتایج این تحقیق نمی‌باشد که به نظر می‌رسد این مغایرت به دليل حاکمیت بافت فرهنگی، اجتماعی و اسلامی می‌باشد.

در این رابطه می‌توان به پایبندی بیشتر به نهاد خانواده و نیز همکاری بیشتر اعضای خانواده به خصوص همسر در رابطه با امور خانواده در جوامع شرقی به خصوص در جوامع اسلامی و در نتیجه عدم ناراضی‌تی از ازدواج و نیز ارزش معنوی بسیار زیاد خدمت به

تحقیق مشکلات مرتبط با سلامتی به صورت پیدایش اختلالات جسمانی و آرزدگی‌های روحی- روانی بود. در این رابطه Frone و همکاران دریافتند که بین تعارض کار- خانواده و افسردگی، سلامت جسمانی ضعیف، مصرف زیاد الکل و فشار خون ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲).

Schwartzberg و Dytell نیز دریافتند که سطوح بالای تعارض کار- خانواده با کاهش اعتماد به نفس و افزایش میزان افسردگی همراه می‌باشد (۳۹). عقیلی‌نژاد نیز اظهار می‌دارد، کارهایی که به صورت نوبت کاری انجام می‌شوند، می‌توانند موجب اختلال در توالی ۲۴ ساعته پیامدهای فیزیولوژیک مثل افزایش شیوع مشکلات گوارشی، تغییرات خواب، مشکلات قلبی- عروقی و خستگی مداوم شده و تغییرات رفتاری نظیر کاهش کارایی و تحریک‌پذیری را به دنبال داشته باشند (۴۰).

در تأیید این مطالب و نقش خودکارآمدی بر سلامتی نیز Jerusalem و Mittag دریافتند که خودکارآمدی عمومی با اضطراب، افسردگی و روان‌آزردگی‌ها همبستگی منفی دارد. آن‌ها همچنین نشان دادند، افرادی که خودکارآمدی بالاتری داشتند، با تغییرات زندگی سازگاری بیشتری ایجاد کرده بودند (۴۱).

Schwarzer و Luszczyńska هم نشان دادند که آزمون خودکارآمدی Schwarzer با اضطراب، افسردگی، استرس، فرسودگی روانی و شکایات جسمانی همبستگی منفی و با اعتماد به نفس، خوش‌بینی و هیجانان مثبت، همبستگی مثبت دارد (۴۲). در تحقیق Ogunyemi و Mabekoje نیز رابطه خودکارآمدی با اعتماد به نفس و خوش‌بینی، مثبت و با اضطراب و افسردگی و نشانه‌های مرضی جسمانی، منفی گزارش شده است (۴۳). در پایان یادآوری می‌گردد که در این تحقیق محدودیت قابل‌ذکری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

تعارض کار- خانواده که تحت عنوان ناسازگاری بین نقش‌های کاری و خانوادگی توصیف می‌شود، از فشارهای ناسازگارانه نقش‌های خانوادگی و شغلی به وجود می‌آید و در جوامع امروزی که در اکثریت خانواده‌ها هر دو زوج شاغل می‌باشند، امری انکارناپذیر است. این موضوع در پرستاری نیز که از جمله مشاغل سخت و حیاتی محسوب می‌شود و اشتغال زنان در آن محسوس‌تر است، امری بدیهی و واضح می‌باشد.

در برخورد و رویارویی با تعارض کار- خانواده پرستاران نیز

بی‌حوصلگی در انجام وظایف خانوادگی و درگیری ذهنی با موضوعات کاری در محیط خانواده در قالب ضعف در تدبیر امور خانوادگی بود. در این رابطه Parasuraman و همکاران در مطالعات خود در رابطه با نقش زن و مرد مدیر به اثبات رساندند، کارمندانی که وقت زیادی را صرف کار می‌کنند و از سنگینی کار خود بیشتر شکوه می‌کنند، کسانی هستند که در خانه کمتر حضور دارند، کارشان با خانواده برخورد دارد و وقت کمتری را صرف روابط خانوادگی می‌نمایند (۳۷) که مؤید این یافته می‌باشد.

در توجه این مطلب می‌توان چنین بیان کرد، با توجه به این که پست‌های سرپرستاری، سوپروایزری و مترونی از مشاغل مدیریتی در حرفه پرستاری محسوب می‌گردند و تصمیمات مدیریتی در این پست‌ها به طور مستقیم با جان بیماران سر و کار دارد، پرستاران مدیر و حتی غیر مدیر ولی متعهد نه تنها در بیمارستان بلکه در محیط خانوادگی خود نیز درگیر امور مرتبط با بیمار می‌باشند و این موضوع عامل ارتباط نامناسب با همسر، حضور کم‌رنگ‌تر در خانه و صرف وقت کمتر برای برقراری ارتباط با اعضای خانواده خود، انجام کارها با بی‌حوصلگی و درگیری ذهنی در محیط خانوادگی با موضوعات کاری می‌باشد. البته در این رابطه با توجه به اهمیت بنیاد خانواده به خصوص در فرهنگ ایرانی اسلامی، باید با تربیت مدیران توانمند در حرفه پرستاری و تفویض مسؤولیت در زمان استراحت در منزل نسبت به رفع مشکل فعلی اقدام نمود.

اهمال سهوی مراقبت از بیمار نیز یکی دیگر از یافته‌های حاصل از این تحقیق بود. در این رابطه خاقانی‌زاده و همکاران اظهار می‌دارند که وجود تنش شغلی و تحلیل جسمی و روانی زیاد در پرستاران منجر به فرار از شغل، برخورد میان کارکنان و جابجایی زیاد، اختلال در سلامتی و ناتوانی در انجام وظایف، آسیب‌پذیری در ارتباطات حرفه‌ای، کاهش کیفیت مراقبت ارائه شده و در نهایت ناراضی‌تی و ترک حرفه می‌شود (۳۸).

در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است که تعارض کار- خانواده با پیامدهای منفی متعدد سبب ضعف عملکرد در پرسنل مراقبتی بهداشتی (۱۲) و نیز خطاهای کاری آنان می‌شود (۱۳). از این رو تعارض کار- خانواده می‌تواند عامل بالقوه مهمی در تحلیل و زوال ارائه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا و در نتیجه آسیب به بیماران باشد (۱۴) که همگی مؤید یافته‌های تحقیق در این زمینه می‌باشد.

در ارتباط با نادیده گرفتن خود، یکی دیگر از یافته‌های این

تعارض کار- خانواده، از طرف سازمان‌های مربوط مورد حمایت همه جانبه قرار گیرند تا با آزادی عمل بیشتر و انعطاف‌پذیری بالا نسبت به تنظیم برنامه‌های کاری و خانوادگی خود با حداقل تداخل ممکن، اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

تحقیق حاضر حاصل پایان‌نامه دکترای رشته آموزش پرستاری بوده و با حمایت مالی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام شد. ضمن تشکر و قدردانی از دانشگاه تربیت مدرس، از تمام کسانی که در این تحقیق همکاری کرده‌اند به ویژه مسؤولین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد و پرستاران محترم بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه که در مصاحبه به عنوان مشارکت کننده تحقیق وقت خود را صرف کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

همانند سایر افراد مواجه با تعارض، تلاش‌هایی را به منظور مدیریت تعارض و به حداقل رساندن پیامدهای منفی آن بر زندگی خانوادگی و کاری خود انجام می‌دهند، اما تحت برخی شرایط از قبیل فقدان محیط کاری و خانوادگی حمایت کننده، فشارهای مضاعف کاری به دلیل کمبود پرستار و نیز توقعات بیش از حد کاری و خانوادگی، توانایی آن‌ها در کنترل امور کاهش می‌یابد و نقصان خودکارآمدی حاصل می‌گردد. از سوی دیگر نقصان خودکارآمدی سبب افزایش تداخل وظایف کاری و خانوادگی و در نتیجه شدت یافتن تعارض کار- خانواده می‌گردد.

در واقع چرخه معیوبی تشکیل می‌گردد که نتیجه آن ضعف در تدبیر امور خانوادگی، اهمال سهوی مراقبت از بیمار و نادیده گرفتن نیازهای شخصی و بی‌توجهی به سلامت جسم و روان خود می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد به منظور پیش‌گیری از تبعات منفی تعارض کار- خانواده که در بعضی موارد جبران‌ناپذیر می‌باشد، پرسنل پرستاری ضمن آشنایی با روند مدیریت علمی

References

- Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of Conflict Between Work and Family Roles. *Acad Manage Rev* 1985; 10(1): 76-88.
- Frone MR, Russell M, Cooper ML. Relation of work-family conflict to health outcomes: A four-year longitudinal study of employed parents. *J Occup Organ Psychol* 1997; 70(4): 325-35.
- Carlson DS, Frone MR. Relation of Behavioral and Psychological Involvement to a New Four-Factor Conceptualization of Work-Family Interference. *J Bus Psychol* 2003; 17(4): 515-35.
- Mesmer-Magnus JR, Viswesvaran CH. Convergence between measures of work-to-family and family-to-work conflict: A meta-analytic examination. *J Vocat Behav* 2005; 67(2): 215-32.
- Kovner C, Brewer C, Wu YW, Cheng Y, Suzuki M. Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38(1): 71-9.
- Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring stressors, work-family concerns and psychological well-being among nursing staff. *Community, Work & Family* 2001; 4(1): 49-62.
- Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychol Health* 2001; 16(5): 583-94.
- Demerouti E, Bakker AB, Bulters AJ. The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: Reciprocal relations in a three-wave study. *J Vocat Behav* 2004; 64(1): 131-49.
- Jansen NW, Kant I, Kristensen TS, Nijhuis FJ. Antecedents and consequences of work-family conflict: a prospective cohort study. *J Occup Environ Med* 2003; 45(5): 479-91.
- Frone MR. Work-family conflict and employee psychiatric disorders: the National Comorbidity Survey. *J Appl Psychol* 2000; 85(6): 888-95.
- Killien MG, Habermann B, Jarrett M. Influence of employment characteristics on postpartum mothers' health. *Women Health* 2001; 33(1-2): 63-81.
- Smith AM, Ortiguera SA, Laskowski ER, Hartman AD, Mullenbach DM, Gaines KA, et al. A preliminary analysis of psychophysiological variables and nursing performance in situations of increasing criticality. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(3): 275-84.
- Pani JR, Chariker JH. The psychology of error in relation to medical practice. *J Surg Oncol* 2004; 88(3): 130-42.
- Killien MG. Nurses' health: work and family influences. *Nurs Clin North Am* 2004; 39(1): 19-35.
- Eby LT, Casper WJ, Lockwood A, Bordeaux CH, Brinley A. Work and family research in IO/OB: Content analysis and review of the literature (1980-2002). *J Vocat Behav* 2005; 66(1): 124-97.

16. Hammer LB, Bauer TN, randey AA. Work-Family Conflict and Work-Related Withdrawal Behaviors. *J Bus Psychol* 2003; 17(3): 419-36.
17. Wang P, Lawler JJ, Walumbwa FO, Shi K. Work-family conflict and job withdrawal intentions: The moderating effect of cultural differences. *Int J Stress Manag* 2004; 11(4): 392-412.
18. Swanson V, Power KG, Simpson RJ. Occupational stress and family life: A comparison of male and female doctors. *J Occup Organ Psychol* 1998; 71(3): 237-60.
19. Voydanoff P, Donnelly BW. Multiple roles and psychological distress: The intersection of the paid worker, spouse, and parent roles with the adult child role. *J Marriage Fam* 1999; 61(3): 725-38.
20. Juniper EF, Guyatt GH, Streiner DL, King DR. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(3): 233-8.
21. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
22. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
23. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health* 2000; 23(4): 334-40.
24. Bandura A, Pastorelli C, Barbaranelli C, Caprara GV. Self-efficacy pathways to childhood depression. *J Pers Soc Psychol* 1999; 76(2): 258-69.
25. Aspinwall LG, Richter L. Optimism and Self-Mastery Predict More Rapid Disengagement from Unsolvable Tasks in the Presence of Alternatives. *Motivation & Emotion* 1999; 23(3): 221-45.
26. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, NY: WH Freeman; 1997.
27. Schwarzer R, Fuchs R. Self efficacy and health behaviors. In: Conner M, Norman P, editors. *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Maidenhead, England: Open University Press; 1996.
28. Locke EA, Latham GP, Smith KJ, Wood RE, Bandura A. *A Theory of Goal Setting & Task Performance*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1990.
29. Terry DJ. Determinants of coping: the role of stable and situational factors. *J Pers Soc Psychol* 1994; 66(5): 895-910.
30. O'Leary A. Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research* 1992; 16: 229-45.
31. Erdwins CJ, Buffardi LC, Casper WJ, O'Brien AS. The Relationship of Women's Role Strain to Social Support, Role Satisfaction, and Self-Efficacy. *Family Relations* 2001; 50(3): 230-8.
32. Duxbury LE, Higgins CA. Gender differences in work-family conflict. *J Appl Psychol* 1991; 76(1): 723-5.
33. Aryee S, Fields D, Luk V. A cross-cultural test of a model of the work-family interface. *Journal of Management* 1999; 25(4): 491-512.
34. Arthur S, Valle IL, Millward CH, Scott J, Clayden M. *Happy Families?: Atypical work and its influence on family life (Family & Work)*. Bristol, UK: The Policy Press; 2002.
35. Spector PE, Jex SM. Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. *J Occup Health Psychol* 1998; 3(4): 356-67.
36. Ghasemi F, Valizadeh F, Tolabi T, Saki M. The study of some problems of physical punishment by parents in school children. *Journal of yafteh* 2005; 4(9): 59-65.
37. Parasuraman S, Purohit YS, Godschalk VM. family variables, entrepreneurial career success, and psychological well-being. *J Vocat Behav* 1996; 48: 275-300.
38. Khaghanizade M, Salimi SH, Rahmani R. Factors in burnout of military nurses. *Congress of Military Medicine* 2002; 290.
39. Schwartzberg NS, Dytell RS. Dual-earner families: the importance of work stress and family stress for psychological well-being. *J Occup Health Psychol* 1996; 1(2): 211-23.
40. Aghilinejad M. *Occupational Medicine and Occupational Diseases*. Tehran, Iran: Boshra Application; 2001. [In Persian].
41. Jerusalem M, Mittag W. Self-efficacy in stressful life transition. In: Bandura A, editor. *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1997.
42. Schwarzer R, Luszczynska A. Self-efficacy. In: Gerrard M, McCaul KD, editors. *Health behavior constructs: Theory, measurement, and research*. Berlin, Germani: Health Action Process Approach; 2007.
43. Ogunyemi AO, Mabekoje SO. Self-Efficacy, Risk-Taking Behavior and Mental Health as Predictors of Personal Growth Initiative among University Undergraduates. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 2007; 5(2): 349-62.

Decline of Self-efficacy: the Consequence of Nursing Work-family Conflict

Hossein Tavangar¹, Fatemeh Alhani², Zohreh Vanaki²

Received date: 25.5.2012

Accept date: 18.8.2012

Abstract

Introduction: Work–family Conflict (WFC) is described as a two-sided incompatibility between the demands of work and family roles. This means that, participation in work roles due to participation in family roles, or vice versa, is difficult. WFC has been reported in various jobs, including nursing with several outcomes. Therefore, this study is designed to explain the experiences of nurses from the consequences of WFC.

Method: This study was conducted based on the qualitative analysis approach. In this study 16 nurses were selected by purposeful sampling. The data was collected through deep and unstructured interviews. The method of data analysis was inductive content analysis approach.

Results: Of the total 16 participants 12 were female and 4 male. All participants had a bachelor's degree, and work experience between 4 to 28 years and the average of 14.9 years. The research findings showed that main category (theme) was decline of self-efficacy with the following subcategories: 1-failure in family affairs 2-inadvertent negligence in patient care 3-ignoring themselves.

Conclusion: The findings of the current research showed that nurses under certain conditions, such as lack of work and family support, double pressure of work due to shortage of nurses and excessive work and family demands, experience a reduction in their ability to manage work and family affairs and a decline in their self-efficacy. Decline in self-efficacy increases interaction between work and family duties; therefore, the WFC becomes more severe. In fact a defective cycle is formed, the results of which are negative outcomes in both work and family domains. Therefore, in order to prevent the negative consequences of WFC, which are sometimes irreparable, it is recommended that nurses become familiar with scientific management of WFC, and be supported comprehensively by their family and hospital. Thus, they will have more freedom and flexibility, and minimum interference possible in their work and family programs.

Keywords: Work–family conflict, Nursing, Consequence, Self-efficacy, Qualitative study, Iran.

Type of article: Original article

Citation: Tavangar H, Alhani F, Vanaki Z. **Decline of Self-efficacy: the Consequence of Nursing Work-family Conflict.** Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012; 1(2): 135-147.

1. PhD Student, Department of Nursing Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Fatemeh Alhani PhD, Email: alhani_f@modares.ac.ir