

کمالگرایی و خودکارآمدی در پرستاران مراکز آموزشی درمانی شهر رشت

*نادر حاجلو، **ناصر صبحی قراملکی، ***مرتضی رهبر طارمسری، ****مرجان حقیقت‌گو

*استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی پردیس نمین، دانشگاه محقق اردبیلی

**استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی پردیس نمین، دانشگاه محقق اردبیلی

***استادیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

****کارشناس ارشد روانشناسی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۸

تاریخ پذیرش: ۹۰/۲/۲۷

چکیده

مقدمه: پرستاری نیازمند دقت زیادی است و سر و کار داشتن با بیمار، فشار کاری و مسئولیت سنگینی را بر دوش پرستاران می‌گذارد. کمالگرایی و خودکارآمدی متغیرهایی هستند که با تأثیرات دو جانبه بر روی هم می‌توانند بر سلامت روان و کیفیت ارائه خدمات این قشر زحمت‌کش اثر گذار باشند. این مطالعه با هدف بررسی رابطه‌ی کمالگرایی و خودکارآمدی، در پرستاران شهر رشت انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش به روش توصیفی - همبستگی بر روی ۳۴۴ نفر از پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر رشت که در سال ۱۳۸۸ با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا شد. اطلاعات مورد نیاز پژوهش با استفاده از پرسشنامه کمال گرایی چند بعدی فراست و پرسشنامه خودکارآمدی اسکوارتز و جروسالم جمع‌آوری گردید. داده‌های بدست آمده نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه و مانوا، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: خودکارآمدی رابطه‌ی منفی‌ای با بعد انتظارات والدینی و رابطه‌ی مثبتی با معیارهای شخصی و سازماندهی پرستاران داشت و از میان ابعاد کمال گرایی، تنها بعد سازماندهی، توانایی پیش‌بینی متغیر خودکارآمدی در پرستاران را داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به آسیب پذیری پرستاران در زمینه‌ی خودکارآمدی به دلیل شرایط خاص این حرفه، تحقیق حاضر نشان داد که با تقویت ابعاد مثبت کمال گرایی چون سازماندهی و معیارهای شخصی می‌توان خودکارآمدی را در این گروه افزایش داده و در راستای بهبود شرایط شغلی این قشر زحمت‌کش گام برداشت.

کلید واژه‌ها: خودکارآمدی، کمال گرایی، پرستاران، مراکز آموزشی درمانی

مقدمه

که در آن افراد برای انجام اعمال بدون نقص تلاش زیادی کرده و معیارهای بالایی را برای ارزیابی رفتار در نظر می‌گیرند (۱، ۲، ۳). به عبارت دیگر، کمالگرایی یک سبک شخصیتی است که با تلاش زیاد برای بی‌اشکال بودن در هر فعالیتی اعم از کار یا زندگی شخصی توصیف می‌شود (۲). از آنجایی که پرستاران پیوسته در معرض ارزیابی پزشکان برای درست انجام دادن دستورات پزشکی قرار دارند و بیشترین ارتباط را با بیماران و خانواده‌های آن‌ها داشته و در واقع همه‌ی نگاه‌ها را به سمت خود می‌بینند، ممکن است کمال گرایی آن‌ها در جنبه‌های سازگاران یا ناسازگاران آن تقویت شود. در این راستا و بر اساس نظریه‌های مختلف، دو شکل کمال‌گرایی قابل تفکیک است؛ یک شکل مثبت که کمال‌گرایی طبیعی خوانده

پرستاری از جمله حرفه‌های خدماتی است که خطا کردن در آن می‌تواند زبان‌های جبران ناپذیری را برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها به بار آورد. بنابراین دقت به مسائل ریز حرفه‌ای و غافل نشدن از آن‌ها ممکن است اثرات زیادی در سبک رفتاری و شخصیتی این قشر داشته باشد. فشار محیطی برای انجام دادن دقیق، کامل و درست خدمات بهداشتی و پزشکی و به طور کلی ماهیت اصلی این شغل می‌تواند آن‌ها را به افرادی کمال گرا تبدیل کند. در تعاریف روانشناختی کمال گرایی به عنوان سبک شخصیتی‌ای در نظر گرفته می‌شود

نویسنده مسئول: دکتر مرتضی رهبر طارمسری، رشت، دانشگاه علوم

پزشکی گیلان، معاونت درمان Dr_M_Rahbar@yahoo.com

سویی دیگر کمال گرایی می تواند از جهاتی در ارائه خدمات درست و کافی به بیماران مطلوب به نظر رسد، اما همین ویژگی می تواند منجر به ایجاد مشکلاتی چون کاهش خودکارآمدی و فرسودگی شغلی در آنان گردد. حال این سوال مطرح است که کمال گرایی پرستاران چه رابطه ای با خودکارآمدی آن ها دارد؟ آیا این اظهار نظر هارت، گیلنر، هندال و جی فلر (۱۱) که کمال گرایی منفی با خودکارآمدی رابطه منفی و کمال گرایی مثبت با خودکارآمدی رابطه مثبت دارد، در مورد پرستاران نیز صادق است؟ با بررسی کمالگرایی و سایر متغیرهای روانشناختی مثل خودکارآمدی، می توان گام مهمی در بهبود سلامت روانی پرستاران که تأثیر مستقیمی بر کیفیت کاری و ارائه خدمات به بیماران دارد، برداشت. بنابر این هدف این پژوهش بررسی ابعاد مثبت و منفی کمالگرایی و رابطه آن ها با خودکارآمدی در پرستاران شاغل شهر رشت می باشد.

روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه ی توصیفی-همبستگی است که در سال ۱۳۸۸ انجام شد. جامعه آماری پژوهش از میان پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر رشت (رازی، حشمت، پورسینا و امیرالمومنین) به طور تصادفی انتخاب و تعداد ۳۷۰ پرسشنامه در اختیار سر پرستاران بخش های مختلف قرار گرفت تا در شیفت های مختلف در میان پرستاران توزیع گردد. پس از یک هفته و گردش شیفت ها که همه ی پرستاران بخش ها موفق به پاسخدهی شدند، برگه ها تحویل گرفته شد (این مرحله حدود یک ماه، به طول انجامید). پس از بررسی دقیق ۲۶ پرسشنامه به علت نقص در پاسخ گویی حذف شدند و در مجموع ۳۴۴ پرسشنامه در تحلیل نهایی مورد بررسی قرار گرفتند.

ابتدا پرسشنامه استاندارد شده کمال گرایی چند بعدی فراست و خودکارآمدی اسکوارتز و جرو سالم پس از بازنگری و اصلاح، جهت حفظ کلیه مطالب، ترجمه و ترجمه مکرر به زبان اولیه صورت گرفت تا هر گونه برداشت و خطای احتمالی مشخص گردد. پرسشنامه ی کمالگرایی چند بعدی فراست مشتمل بر ۳۵ گویه در ۶ بعد نگرانی زیاد در مورد اشتباهات (Concern about Mistakes)، تردید در مورد فعالیت ها (Doubt about actions)، انتظارات والدینی (Parental Expectations)، انتقاد والدینی (Parental Critical)، معیارهای شخصی (Personal Standards) و سازماندهی (Organization) است. سوالات بر حسب مقیاس ۵

می شود و در آن افراد از سخت کوشی برای درست و دقیق انجام دادن کارشان لذت می برند و سطوح معقولی از استرس و اضطراب را تجربه می کنند، در مقابل افراد دارای شکل منفی که کمال گرایان نروتیک نام دارند، از تلاش زیاد برای انجام بدون نقص کار شان که معمولاً با اضطراب و استرس فراوان همراه است، رنج می برند (۴). در مطالعه ای در زمینه ی تفاوت های بین دو بعد مثبت و منفی کمال گرایی (۵) محققان دریافتند، شکل مثبت سخت کوشی با خصوصیات مثبتی چون وظیفه شناسی، شکیبایی، خلق مثبت و رضایت از زندگی ارتباط داشت. همچنین استوبر و اوتو (۵) در مطالعه ی خود نشان دادند که کمال گرایان سالم نسبت به کمال گرایان ناسالم سطوح بالاتری از صفات شخصیتی مثبت و رضایت از زندگی ذهنی بیشتر، شیوه های مقابله ای سازگارانه تر، تنظیمات اجتماعی بالاتر و انسجام علمی بهتری داشتند. از دیگر مشکلات پرستاران در کنار کمال گرایی و یا به دنبال آن می توان تهدید خودکارآمدی را ذکر کرد. خودکارآمدی به باورهای مرتبط با توانایی یک شخص برای انجام رفتارهایی که پیامدهای مورد انتظار را داشته باشند بر می گردد (۶). این مفهوم از اعتقاد افراد به توانایی شان در اعمال کردن مقداری کنترل بر عملکرد خودشان و بر رویدادهای محیطی شکل می گیرد (۷). به عبارتی دیگر، خودکارآمدی اطمینانی است از این که شخص، رفتاری خاص را با موفقیت به اجرا می گذارد و انتظار نتایج بدست آمده را دارد. عوامل درونی و بیرونی گوناگونی چون دانش و مهارت های شخصی، موقعیت فیزیکی، عزت نفس، محیط بین فردی، مدت زمان موجود، پیچیدگی تکلیف استرس و غیره می توانند بر خودکارآمدی و در پی آن بر رفتار تأثیرگذار باشند. اغلب تغییرات اصلی در ویژگی های شخصی (مثل مهارت ها، دانش و موقعیت روانشناختی) می توانند بر قضاوت در مورد خودکارآمدی (۸، ۹)، در طول انجام یک کار تأثیر گذار (۱۰). هارت، گیلنر، هندال و جی فلر، اعتقاد داشتند که کمال گرایی منفی با خودکارآمدی پایین تر و کمال گرایی مثبت با خودکارآمدی بالا رابطه دارد (۱۱). بنابرین، با توجه به وجود عواملی چون نیاز به دقت، حساسیت کاری، انتظارات پزشکان از پرستاران و نیز به دلیل ویژگی خاص شغل پرستاری که بیشتر مبتنی بر پذیرفتن و اجرای دستور پزشکان است، ممکن است در خودکارآمدی پرستاران اختلال ایجاد شود. خودکارآمدی از مولفه های مهم روانشناختی در چگونگی انجام وظایف بوده و در حرفه ی پرستاری نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. از

که در میان ابعاد کمالگرایی بعد معیارهای شخصی رابطه‌ی ضعیف و غیرمعنی‌داری با تردید در مورد اعمال و انتقادات والدینی نشان داد. همچنین بین سازماندهی، نگرانی در مورد اشتباهات و انتقادات والدینی هم رابطه‌ی ضعیف و غیرمعناداری مشاهده شد. اما سایر ابعاد رابطه‌ی معناداری با یکدیگر داشتند. همچنین بین خودکارآمدی، تردید در مورد اعمال، انتظارات والدینی، معیارهای شخصی و سازماندهی رابطه‌ی معناداری وجود داشت که این رابطه با بعد تردید در مورد اعمال منفی و با سه بعد دیگر (انتظارات والدینی، معیارهای شخصی و سازماندهی) مثبت بود ($P < 0/05$). جهت بررسی رابطه‌ی شش بعد کمالگرایی با خودکارآمدی از رگرسیون چندگانه استفاده گردید. نتایج این تحلیل نشان داد، مدل رگرسیونی که در آن شش بعد کمال‌گرایی به عنوان پیش بین و خودکارآمدی به عنوان ملاک قرار گرفتند، معنی دار بود ($F_{(3,341)} = 69/25$, $P < 0/05$). مقدار ضریب همبستگی چندگانه نیز نشان داد که شش بعد کمالگرایی ۲۱ درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین می‌کنند ($R^2 = 0/21$). با بررسی ضرایب بتای مربوط به هر متغیر مشخص گردید که بعد سازماندهی سهم معنی‌داری در پیش‌بینی خودکارآمدی داشت ($P < 0/05$ و $B = -0/19$) و این در حالی بود که سایر ابعاد کمالگرایی از قدرت پیش‌بینی معنی‌داری برخوردار نبودند (جدول ۳).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	۲۹/۹۷	۵/۶۹
سازماندهی	۲۵/۹۸	۲/۸۸
نگرانی در مورد اشتباهات	۲۴/۷۳	۵/۳۴
تردید در مورد اعمال	۹/۱۷	۲/۹۹
انتظارات والدینی	۱۵/۷۰	۳/۵۷
انتقادات والدینی	۹/۳۲	۲/۶۹
معیارهای شخصی	۲۴/۱۴	۳/۴۲

گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارد، موافق و کاملاً موافق) بود و از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری گردید. از جمع نمرات سوالات مربوط به هر بعد، نمره آن بعد و از جمع نمرات ابعاد، نمره کلی کمالگرایی به دست آمد. آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی فراست ۰/۹۱ و آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها را به ترتیب زیر به دست آمد: $CM = 0/91$, $D = 0/79$, $PE = 0/82$, $PC = 0/77$, $PS = 0/81$. پایایی همزمان این پرسشنامه بر اساس مطالعه Ram (۱۷) بررسی و قابل قبول گزارش گردید (۱۷). پرسشنامه‌ی خودکارآمدی اسکوارتز و جرو سالم مشتمل بر ۱۰ گویه شامل: باورهای مثبت گرایانه‌ای که یک فرد می‌تواند به صورت یک عمل جدید یا انجام یک کار مشکل یا مقابله با وقایع بد انجام دهد، بود. پاسخ دهندگان به هر گزینه در یک مقیاس ۴ بعدی از «به هیچ وجه درست نیست» تا «کاملاً درست است» پاسخ دادند. بالاترین نمره این پرسشنامه ۴۰ و پایین‌ترین نمره آن ۱۰ بود. پایایی درونی آن بین آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و ۰/۹۱ بود. این مقیاس تنها مختصر و پایا نبود بلکه ثابت کرد که در مقابل اعتبار همگرا و تشخیصی نیز از اعتبار بالایی برخوردار است. برای مثال این آزمون همبستگی مثبتی با عزت نفس و مثبت گرایی و همبستگی منفی‌ای با اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی داشت (۱۸).

یافته‌ها

نتایج این پژوهش نشان داد که از ۳۴۴ پرستار شرکت کننده در این مطالعه، ۹۷ درصد آن‌ها دارای مدرک کارشناسی، ۲/۳ درصد آن‌ها کارشناسی ارشد، ۶۵ درصدشان متأهل و ۳۵ درصد مجرد بودند. همچنین میانگین سنی افراد شرکت کننده ۳۳/۰۱ (۲۳ تا ۵۹ ساله) بود. میانگین و انحراف معیار تمام متغیرهای پژوهش در کل نمونه‌ی پرستاران نشان داد که ابعاد نگرانی در مورد اشتباهات، سازماندهی و معیارهای شخصی میانگین‌های نزدیک به هم دارند (جدول ۱). برای بررسی رابطه ابعاد کمال‌گرایی با متغیر خودکارآمدی در میان پرستاران از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره دو آمده است. این نتایج حاکی از آن بود

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد تحقیق

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	نگرانی در مورد اشتباهات	-						
۲	تردید در مورد اعمال	۰/۴۷۷**	-					
۳	انتظارات والدینی	۰/۳۸۵**	۰/۱۷۲**	-				
۴	انتقادات والدینی	۰/۳۸۹**	۰/۴۳۲**	۰/۲۹۴**	-			
۵	معیارهای شخصی	۰/۲۳۷**	۰/۰۰۸	۰/۴۸**	۰/۳۶	-		
۶	سازماندهی	-۰/۰۸۵	-۰/۱۹۶**	۰/۵۴	-۰/۲۲۶**	۰/۱۸۵**	-	
۷	خودکارآمدی	-۰/۰۰۱	-۰/۱۱۱*	۰/۱۷۷**	۰/۰۲۵	۰/۲۰۷**	۰/۲۸۹**	-

**P<0.01

*P<0.05

جدول ۳: ضرایب رگرسیون ابعاد کمالگرایی

ابعاد کمالگرایی	Beta	t	Sig
سازماندهی	- ۰/۱۹۷	۳۵/۵۵ -	۰/۰۰۰
نگرانی در مورد اشتباهات	۰/۰۳۶	۰/۵۴۶	۰/۵۸۵
تردید در مورد اعمال	۰/۰۶۷	۱/۰۵۷	۰/۲۹۱
انتظارات والدینی	- ۰/۱۲۳	۱/۹۰۷ -	۰/۰۵۷
انتقادات والدینی	- ۰/۰۰۴	۰/۰۵۷ -	۰/۹۵۵
معیارهای شخصی	- ۰/۰۴۵	۰/۷۳۴	۰/۴۶۳

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این تحقیق نشان داد که ابعاد نگرانی در مورد اشتباهات، سازماندهی و معیارهای شخصی میانگین‌های نزدیک به هم دارند. از این میان ابعاد سازماندهی و معیارهای شخصی مربوط به جنبه‌های مثبت کمال‌گرایی، و نزدیک بودن این دو به هم حاکی از وجود این دو بعد همسو در پرستاران به میزان یکسان است. اما بعد نگرانی در مورد اشتباهات که میانگین نزدیکی با این دو بعد دارد حاکی از وجود یکی از ابعاد منفی کمال‌گرایی به میزان مساوی با دو بعد مثبت دیگر است. در واقع می‌توان گفت که در نمونه‌ی حاضر ابعاد مثبت و منفی در کنار هم وجود دارد. بر این اساس نمی‌توان به طور دقیق بیان داشت که گروه مورد بررسی (پرستاران) جزء کمال‌گرایان سالم هستند یا ناسالم بلکه هر دو جنبه‌ی سازگار و ناسازگار در آن‌ها وجود دارد، در حالی که تحقیقات گذشته معمولاً کمال‌گرایان را به دو گروه سالم و ناسالم (سازگار و ناسازگار) تقسیم‌بندی کرده‌اند (۱۲). همچنین، از همبستگی‌های بدست آمده در این تحقیق می‌توان دریافت که در میان ابعاد کمال‌گرایی، بعد معیارهای شخصی (از ابعاد مثبت) رابطه‌ی ضعیف و غیرمعنی‌داری با تردید در مورد اعمال و انتقادات والدینی (از ابعاد منفی) دارد. این امر با توجه به متفاوت بودن قطب این ابعاد (مثبت و منفی) قابل توجیه است.

در مورد رابطه‌ی ضعیف بین سازماندهی، نگرانی در مورد اشتباهات و انتقادات والدینی نیز دلایل بالا قابل ذکر است. بر اساس همبستگی‌های بدست آمده، بعد تردید در مورد اعمال رابطه‌ی منفی‌ای با خودکارآمدی نشان داد. در توجیه این یافته می‌توان گفت که خودکارآمدی یک مفهوم مثبت است و ارتباط منفی آن با تردید در مورد اعمال (از ابعاد منفی کمال‌گرایی) دور از انتظار

نیست. در شغل پرستاری که در آن پرستاران همواره در معرض ارزیابی پزشکان و بیماران قرار دارند تردید در مورد انجام دادن کارها وجود دارد و باعث کاهش خودکارآمدی پرستار می‌گردد. به عبارتی پرستاران همواره در این تردید هستند که آیا می‌توانند در لحظات بسیار حساس و حیاتی بیمار و عدم حضور پزشک و با استفاده از اطلاعات خود، دست به اقدامی در خور موقعیت بزنند یا نه؟ در واقع محدودیت پرستاران در آزادی ارائه خدمات به بیمار و نیز لزوم اجرای بی‌چون و چرای دستورات پزشک، خودکارآمدی آن‌ها را بعد از تحصیل در این رشته شدیداً تهدید می‌کند و کمال‌گرایی شان را در بعد منفی تردید در مورد اعمال بالا می‌برد. لوسیرو و اشبیدر سال ۲۰۰۰ در راستای یافته‌ی ما اما در رابطه‌ای منفی، دریافتند که کمال‌گرایان سازگار (معیارهای کمال‌گرایانه‌ی بالا، احساسات متمایز پایین) هم نسبت به کمال‌گرایان ناسازگار (معیارهای بالا و تمایزات زیاد) و هم غیرکمال‌گرایان، به طور معناداری سطوح بالاتری از خودکارآمدی کلی را از خود نشان دادند. به دلیل اینکه معیارهای کمال‌گرایانه‌ی حالتی از سخت‌کوشی کمال‌گرایانه‌ی مثبت و احساسات متمایز حالتی از کمال‌گرایی خود سرزنش‌گر می‌باشند، یافته‌های آن‌ها نشان دادند که سخت‌کوشی کمال‌گرایانه‌ی مثبت باید با خودکارآمدی بالاتر هنگامی که همپوشی آن با کمال‌گرایی خود سرزنش‌گر کنترل شده باشد، در نظر گرفته شود (۱۳).

همچنین نتایج همبستگی نشان داد که بین ابعاد انتظارات والدینی، معیارهای شخصی و سازماندهی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. در توضیح اینکه چرا بعد انتظارات والدینی که از ابعاد منفی کمال‌گرایی است رابطه‌ی مثبتی با خودکارآمدی (که مفهومی مثبت است) داشت، شاید بتوان گفت که در پرستاران؛ گروهی که همواره در محیط تبعیض آمیز بیمارستان که در آن بیشتر پزشکان از اعتبار و اهمیت برخوردارند، مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند، انتظارات والدینی به جای تقویت کمال‌گرایی منفی، نمادی از توجه والدین به آن‌هاست (چیزی که در محیط کار پیدا نمی‌کنند) و باعث تقویت کمال‌گرایی در بعد مثبت و به دنبال آن افزایش خودکارآمدی می‌شود. در این راستا مطالعات متعددی نشان دادند که رشد خودکارآمدی موازی با کمال‌گرایی است. به عنوان مثال در بحث از عواملی که منجر به رشد خودکارآمدی

می‌شوند، گیکاس (۱۴) معتقد بود که تقاضاهای بالای پیشرفت به طور معناداری با رشد خودکارآمدی کودکان مرتبط است. این تقاضاها شبیه تقاضاهایی است که توسط والدین کمال‌گرا مطرح می‌گردد (۲). اما مثبت بودن رابطه‌ی خودکارآمدی با ابعاد سازماندهی و معیارهای شخصی (از ابعاد مثبت کمال‌گرایی) که با فرضیه‌ی ما نیز همسو بود به دلیل مثبت بودن مفهوم خودکارآمدی قابل توجیه است. بر این اساس پرستاران با سازماندهی افکار و توجه به معیارهای شخصی‌شان می‌توانند خودکارآمدی‌ای را که پیوسته در محیط بیمارستان مورد تهدید قرار می‌گیرد را حفظ کنند و حتی افزایش دهند. درواقع این دو بعد همچون سپری محافظ عمل می‌کنند که پرستاران را در سازگاری بهتر با مشکلات بیمارستان کمک کرده و با افزایش خودکارآمدی، عملکرد آن‌ها را در ارائه خدمات بهداشتی بالا برده و به ارتقای بهداشت و سلامت جامعه کمک می‌کنند. در این راستا، دان، ولتون و شارپ (۱۵) معتقدند که خودکارآمدی به مثابه یک اصل بوده که بین آگاهی و عمل ارتباط برقرار می‌کند و این باور که فرد می‌تواند رفتاری را انجام دهد معمولاً قبل از کوشش برای انجام آن رفتار ایجاد می‌گردد و به طور کلی خودکارآمدی مستقیماً بر انتخاب رفتار، زمان و شرایط انجام رفتار یا یک وظیفه‌ی خاص تاثیر دارد. همچنین در پژوهشی اولیه در مورد اینکه چگونه کمال‌گرایی به خودکارآمدی مرتبط است با متمایز کردن کمال‌گرایی خود محور و جامعه محور (۳)، هارت، گیلنر، هندال و جی فلر (۱۱) نشان دادند که

کمال‌گرایی خود محور با خودکارآمدی پایین و کمال‌گرایی جامعه محور با خودکارآمدی بالا در ارتباط است. کمال‌گرایی خود محور بخشی از سخت‌کوشی کمال‌گرایانه‌ی مثبت (۲) و کمال‌گرایی جامعه محور بخشی از کمال‌گرایی خود سرزنش‌گر را نشان می‌دهد (۱۶). علاوه بر این نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تنها بعد سازماندهی در پیش‌بینی خودکارآمدی معنادار بود. این نتیجه به این معناست که بعد سازماندهی می‌تواند ویژگی هسته‌ای کمال‌گرایی در نمونه‌ی ما باشد. در واقع با توجه به این که این بعد از ابعاد مثبت کمال‌گرایی است شاید بتوان گفت که کمال‌گرایی در نمونه‌ی ما در وجه مثبت و سازگارانه‌اش پررنگ‌تر بوده و بنابراین توانایی پیش‌بینی خودکارآمدی به عنوان مفهومی مثبت را داشته است. این نتیجه برخلاف پژوهش‌های پیشین است که در آن‌ها دو بعد معیارهای شخصی و نگرانی در مورد اشتباهات را به عنوان ویژگی‌های هسته‌ای کمال‌گرایی مثبت و منفی تعریف کرده‌اند (۵).

قدردانی

در پایان از کلیه ی پرستاران شرکت کننده در طرح فوق به ویژه سرپرستار بخش مراقبت های ویژه ی مرکز آموزشی درمانی رازی رشت که در جمع آوری اطلاعات این پژوهش ما را یاری رساندند، کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم، چرا که بی شک بدون همکاری این عزیزان انجام این تحقیق امکان پذیر نبود.

References

- 1-Flett GL & Hewitt PL. Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), Perfectionism: Theory, research, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association 2002: 5–13.
- 2-Frost RO, Marten P, Lahart C & Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. Cognitive Therapy and Research 1990; 14: 449-468.
- 3-Hewitt PL & Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. Journal of Personality and Social Psychology 1991; 60: 456–470.
- 4-Hamachek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. Psychology 1978; 15: 27–33.
- 5-Stoeber J, Otto K, Pescheck E, Becker C & Stoll, O (in press). Perfectionism and competitive anxiety in athletes: differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection, Personality and Individual Differences 2006; 25:15-20.
- 6-Allen BP. Personality social and biological perspectives on personal adjustment (1st ed) Belmont, CA :Brooks /Co.1990.

- 7- Feist J& Feist G J.Theories of personality.Tehran: Ravan: Co. 2007. [persian]
- 8-Bandura. Self-efficacy :toward a unifying theory of behavioral change .Psychology Rev 1977; 84:191-215.
- 9-Gist ME, Michell TR. Self-efficacy : a theoretical analysis of its determinants and malleability .Academy Manage Rev 1992;17:183-211.
- 10-Howard GS, Ralph KM, Gulanick NA, Maxwell SE, Nance DW, Gerber SK Internal invalidity in pretest-posttest self-report evaluations and a re-evaluation of retrospective pretests. Appl Psychology Meas 1979; 3:1-23.
- 11-Hart B. A, Gilner F. H, Handal P. J, & Gfeller J. D, The relationship between perfectionism and self-efficacy, Personality and Individual Differences1998; 24: 109-113.
- 12-Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. Professional Burnout:recent Development in theory and research. Taylor & francies Washington DC 1993; 11:26-39.
- 13-LoCicero K. A, & Ashby J. S. Multidimensional perfectionism and selfreported self-efficacy in college students, Journal of College Student Psychotherapy 2000; 15: 47-56.
- 14-Gecas V. The social psychology of self-efficacy .Annual Review of Sociology 1989; 15: 291-316.
- 15-Dunn JC, Whelton WJ, Sharpe D. Maladaptive perfectionism, hassles, coping, and psychological distress in university professors. Journal of counseling psychology 2006; 53: 511-523.
- 16-Dunkley D. M, Zuroff D. C, & Blankstein K. R, Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. Journal of Personality and Social Psychology 2003; 84: 234-252.
- 17-Stoeber J, Otto K, & Stoll O. Perfectionistic aspirations in athletes: except for the negative reactions, they're positive. Paper presented at the meeting of the Stress and Anxiety Research Society Germany: Co.2005.
- 18-Schwarzer R & Jerusalem M, Weinman S, Wright & Johnston M. Generalized self-efficacy scale: A user's portfolio,Causal and control beliefs. Journal of Measures in health psychology 1995; 35-37.

Perfectionism and Self-efficacy of Nurses in Rasht Hospitals

* Hajloo N, ** Sobhi N, *** Rahbar Taramsari M, **** Haghighatgoo M

*Assistant Professor, Literature & Humanities Faculty, Mohaghegh Ardabili university

**Assistant Professor, Literature & Humanities Faculty, Mohaghegh Ardabili university

***Assistant Professor, Guilan University of Medical Sciences

**** M.S in Psychology

Received: 27/2/2011

Accepted: 17/5/2011

Abstract

introduction: Nursing requires high accuracy ,and handling with patient put a heavy responsibility on nurses shoulders. Perfectionism and Self-efficacy are the abilities that impact on each other and effect on mental health and quality of health – care were offering by nurses. This study has been done to investigate the relationship between perfectionism and self-efficacy of nurses in Rasht hospitals.

Methods: This is a descriptive – correlation study that was performed on 344 nurses of Rasht city. Data were selected by cluster random sampling method.we used Frost Multi Dimensional Perfectionism Inventory and Schwarzer, R., & Jerusalem self-efficacy inventory for collecting the information from samples. Results were analyzed by Pierson correlation coefficient ,multiple regression and MANOVA by SPSS software.

Results: self-efficacy has positive relation with organization and personal standards and negative relation with parental expectance. just organization dimension can predict self-efficacy in our sample.

Conclusion: considering the vulnerability of nurses in self efficacy and for special situation of this job this research show that by improving positive dimensions of perfectionism such as organization and personal standards, self-efficacy will increase .

Key words: self-efficacy, perfectionism, nurses

Corresponding Author: Rahbar Taramsari M, Assistant Professor, Guilan University of Medical Sciences
Dr_M_Rahbar@yahoo.com