

نقش هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی در پیش‌بینی اختلالات جسمی و روانشناختی کارکنان بخش صنعت

فریبا کیانی^۱؛ محمدرضا خدابخش^{۲*}

چکیده

زمینه: هدف از این پژوهش تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی اختلال جسمی و روانی توسط هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی در میان کارکنان بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است. نمونه متشکل از ۱۸۹ نفر از کارکنان شرکت ذوب آهن اصفهان در سال ۹۱-۱۳۹۰ بود که به‌روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده و به پرسش‌نامه‌های خصوصیات جمعیت‌شناختی، هوشیاری ایمنی، خودکارآمدی شغلی، اختلال جسمی و روانی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: رابطه معناداری بین هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی با اختلال جسمی و روانی وجود داشت ($P < 0/01$). تجزیه و تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد متغیر هوشیاری ایمنی به‌ترتیب حدود ۹ و ۱۷ درصد از واریانس اختلال جسمی و روانی را به‌طور معناداری پیش‌بینی می‌کند ($P < 0/05$). همچنین متغیر خودکارآمدی شغلی به‌ترتیب حدود ۲۱ و ۱۲ درصد از واریانس اختلال جسمی و روانی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کرد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش از اهمیت متغیرهای روانشناختی در پیش‌بینی گزارش‌دهی اختلال جسمی و روانی در کارکنان حمایت می‌کند.

کلیدواژه‌ها: هوشیاری ایمنی، خودکارآمدی شغلی، اختلال جسمی و روانی

«دریافت: ۱۳۹۲/۱/۳۱ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۲۳»

۱. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، شهرکرد، ایران

۲. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، مشهد، ایران

* عهده‌دار مکاتبات: ایران، مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان تلفن: ۰۹۳۶۵۸۶۱۰۵۰

Email: khodabakhsh@ut.ac.ir

مقدمه

ناخوشایند ادراک می‌شوند (۱). علایم اختلال روانشناختی به‌عنوان مجموعه‌ای از علایم اختلال روانی- فیزیولوژی و رفتاری از جمله اضطراب (anxiety)، واکنش‌های افسردگی (depression)، بی‌قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب و غیبت کاری (work absenteeism) تعریف می‌شود (۲). گرچه شکایات در مورد نشانه‌های اختلال جسمی و روانی به‌طور روزمره ثبت می‌شوند اما به‌میزان کافی برای مراقبت از سلامتی کارکنان در محیط کار مورد

علایم بیماری‌ای (Symptoms) که افراد تجربه می‌کنند به‌طور قراردادی به دو بخش جسمی (physical) و روانشناختی (psychological) تقسیم می‌شوند. علایم اختلال جسمی متشکل از احساسات بدنی مانند کمردرد (back pain)، سردرد (headache)، اختلالات روده (bowel disturbances)، سرگیجه (dizziness)، تپش قلب (palpitation)، خستگی (fatigue) و اختلالات بدنی متعدد دیگر می‌شود که توسط فرد، آزردهنده یا

یک وظیفه که فرد قبلاً آن را انجام نداده است، یکپارچه می‌کند (۱۶). سازه خودکارآمدی در هر رفتاری که به وسیله فرد اجرا می‌شود همچون وظایف شغلی، مورد بررسی قرار می‌گیرد (۱۷). خودکارآمدی پایین با اجتناب از وظایف مشکل، تعهد کم به اهداف و فقدان انگیزش رابطه دارد و بدون خودکارآمدی، افراد تلاش‌های خود را گسترش نمی‌دهند، چرا که آن‌ها احساس می‌کنند تلاش‌های آن‌ها با شکست روبه‌رو خواهد شد (۱۸). خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده دستاوردهای شخصی سازمانی و شغلی مثبتی چون موفقیت و رضایت از عملکرد شغلی است (۱۹). افراد با خودکارآمدی بالا تصمیماتی با کیفیت بالاتر می‌گیرند، به توفیق آموزشی بالاتری دست می‌یابند و ترجیح می‌دهند با چالش‌های بیشتری مواجه شوند. در سمت دیگر، افراد با حس خودکارآمدی پایین‌تر به سرعت تسلیم می‌شوند، اشتیاق پایینی دارند و تعهد پایینی در قبال پیشرفت و رشد شخصی نشان می‌دهند (۲۰). ولی به‌طور کلی، برخی از افراد شاغل وقتی خود را تحت فشار روانی می‌دانند، فقط به این دلیل که احساس می‌کنند قادرند آن را کنترل کنند، سازگاری بیشتری نشان می‌دهند (۲۱).

همچنین اغلب فرض می‌شود که افراد آگاه به موضوعات ایمنی برای کاهش احتمال آسیب، احتیاط پیشه می‌کنند (۲۲). اما در ادبیات روان‌شناسی، پژوهش‌های تجربی اندکی پیرامون بینش ایمنی و رابطه آن با حوادث و رفتارهای ایمن انجام گرفته است (۲۳). به‌طور کلی، هوشیاری ایمنی (safety consciousness) به‌عنوان یک نگرش مثبت و آگاهی نسبت به فعالیت‌های ایمن تعریف می‌شود و فرض می‌شود که این مفهوم در حوزه‌های مختلف کاری و غیرکاری قابل کاربرد است. بارلینگ (Barling) و همکارانش (۱۹۹۶) در پژوهش خود نشان دادند، سرپرستی که بر ایمنی شغلی تأکید می‌ورزد در اولین مرحله با هوشیاری ایمنی و

مطالعه قرار نمی‌گیرد (۳). مطابق با پژوهش‌های اخیر (۴ و ۵) افراد با پریشانی روانی (Psychological distress) بیشتر از نشانه‌های اختلال جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی اختلالات جسمی، پیش‌بین قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی می‌باشد (۶ و ۷). پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که بین اختلال جسمی و روانشناختی رابطه دوطرفه برقرار است، به‌طوری که حضور علائم جسمی موجب تجربه پریشانی روانشناختی و حضور علائم اختلال روانشناختی موجب تجربه نشانه‌های اختلال جسمی می‌شود (۱). اختلالات روحی و جسمی متداول مانند افسردگی و اضطراب ملایم، سردرد و کمردرد (۸) در محیط کار موجب تحمیل هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی زیادی بر پیکره جامعه می‌شود و به‌عنوان عوامل پیش‌بین افزایش بیماری‌ها، آسیب‌های شغلی، افزایش غیبت و ناتوانی‌ها معرفی می‌شوند (۹ و ۱۰). حضور نارسایی‌های جسمی و روانی باعث اعمال فشار بر اطرافیان فرد شاغل، از طریق افزایش تعداد درخواست‌های کمک از شبکه‌های اجتماعی و ایجاد تنش بر روابط زوجین، فرزندان، دوستان و همکاران می‌شود (۱۱). بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر تجربه علائم اختلال جسمی و روانشناختی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. تحقیقات پیشنهاد می‌کنند یکی از شیوه‌هایی که به‌عنوان مانعی در برابر اثرات زیان‌بار محیط کار بر سلامتی در محیط‌های شغلی عمل می‌کند افزایش منابع شناختی مهمی چون خودکارآمدی (Self-efficacy) است (۱۲). خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده مهم رفتار فرد در محیط‌های کاری است (۱۳). افراد با خودکارآمدی بالا به استرسورهایی چون اضافه‌بار (Overload)، کم‌تر واکنش‌های روانشناختی و فیزیکی منفی نشان می‌دهند (۱۴). خودکارآمدی پایین با آشفتگی‌های روانشناختی بالاتر رابطه دارد (۱۵). خودکارآمدی شغلی، ساختاری شناختی اجتماعی است که انتظارات و اطمینان شخصی فرد را به‌منظور اجرای

شغلی) و ۵ متغیر دموگرافی (جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، سن و سابقه کار) است لذا حداقل حجم نمونه لازم برای این پژوهش ۱۰۵ نفر بود. بنابراین به منظور رعایت این حداقل و با توجه به احتمال ناقص ماندن برخی پرسش‌نامه‌ها و عدم علاقه برخی از کارکنان به شرکت در پژوهش، حدود ۲۰۰ نفر از کارکنان با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. معیار ورود یک فرد به مطالعه، اشتغال او در بخش‌های شرکت و انتخاب او به شیوه تصادفی از بین اعضای گروه خود بود. معیار خروج، تکمیل ناقص پرسش‌نامه و بیان اظهار عدم علاقه نسبت به موضوع مورد تحقیق بود. ۶ نفر از اعضای نمونه به علت عدم علاقه به شرکت در پژوهش و ۵ نفر به دلیل این که پرسش‌نامه را به‌طور کامل پر نکرده بودند (در مجموع ۱۱ نفر) به ناچار از نمونه اصلی کنار رفتند. به عبارت دیگر ۱۸۹ پرسش‌نامه کامل جمع‌آوری شد (نرخ برگشت ۹۵٪).

به منظور کنترل عوامل مخدوش‌کننده اعضای نمونه در محیطی آرام، به دور از سروصدا و در جوی صمیمی، پرسش‌نامه‌های مذکور را کامل کردند. ضمناً کارکنان به صورت شفاهی رضایت خود را در مورد شرکت در پژوهش اعلام کردند و به منظور جلوگیری از سوگیری در پاسخ دادن به سؤالات پرسش‌نامه، به آن‌ها اطمینان داده شد که پاسخ‌های آن‌ها محرمانه خواهد ماند و همچنین سعی بر آن شد تا در تدوین سؤالات پرسش‌نامه، از عبارت ارزشی استفاده نشود که باعث شود حساسیت کارکنان برانگیزد و در نتیجه موجب سوگیری در پاسخ‌دهی به سؤالات شود.

پس از ترجمه مقیاس‌های هوشیاری ایمنی، خودکارآمدی شغلی، علائم بیماری جسمی و علائم بیماری روانشناختی، نسخه اصل به زبان انگلیسی همراه با نسخه فارسی به ۳ نفر از اعضای هیأت علمی گروه روان‌شناسی و ۴ نفر از متخصصان ایمنی و سلامت ارایه شد. نسخه ترجمه‌شده به زبان فارسی در اختیار دو

فضای ایمنی ادراک‌شده (perceived safety climate) ارتباط دارد (۲۵). هوشیاری ایمنی، متمرکز بر آگاهی فرد از موضوعات ایمنی است. هوشیاری ایمنی در دو سطح شناختی و رفتاری قابل بررسی است. در سطح شناختی، هوشیاری ایمنی، آگاهی کلی از موضوع‌های ایمنی و رفتارهایی است که لازمه تأمین ایمنی است. بدین لحاظ، مفهوم هوشیاری ایمنی یک مرحله فراتر از شناخت رفتارهایی است که برای ایمنی لازمند (۲۲). بنابر پژوهش‌ها فرض می‌شود هوشیاری ایمنی می‌تواند پیش‌بین‌کننده وقوع آسیب‌های شغلی در محیط‌های کاری باشد (۲۳).

با وجود این، در مورد نقش خودکارآمدی شغلی و هوشیاری ایمنی بر سلامت جسمی و روانی کارکنان، پژوهش‌های کمی انجام شده است. این مطالعه با هدف پر کردن این خلأ پژوهشی، به بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی اختلالات جسمی و روانشناختی توسط هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی در میان کارکنان می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری کلیه کارکنان شرکت ذوب آهن اصفهان در ۹۱-۱۳۹۰ بودند. در این پژوهش با توجه به گستردگی و پراکندگی بخش‌های مختلف تولیدی در شرکت ذوب آهن اصفهان از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبی برای انتخاب اعضای نمونه استفاده شد. با توجه به این که افراد به نسبت‌های متفاوتی در بخش‌های تولیدی شرکت توزیع شده بودند به منظور کاهش خطای نمونه‌گیری، همان نسبت نیز در انتخاب اعضای نمونه لحاظ گردید. چون پژوهش از نوع پژوهش همبستگی با روش آماری واریانس چندمتغیره بود، حداقل حجم نمونه در ازای هر یک از متغیرهای پیش بین ۱۵ نفر در نظر گرفته شد (۲۶). از آنجا که پژوهش حاضر دارای ۲ متغیر پیش‌بین (هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی

دارای روایی (ضریب روایی) = ۰/۷۹، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ در سه نمونه)، همسانی درونی بالا (α کرونباخ) و اعتبار قابل قبول است (۳۰). همسانی درونی ماده‌های آزمون به روش آلفای کرونباخ و اعتبار آزمون به روش تصنیف در این پژوهش ۷۷ و ۷۰ درصد به دست آمد.

ج- علایم بیماری جسمی: این مقیاس ابزاری است با ۲۰ آیم از بارلینگ و همکارانش (۲۰۰۲) که بر مبنای فراوانی علایم بیماری جسمی که کارکنان در طی ماه گذشته در شغلشان تجربه کرده‌اند تدوین شده است (۲۷). نمره‌دهی بر مبنای مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (بیش از ۵ بار) است. حاصل جمع نمرات داده شده به عنوان نمره کل تجربه علایم بیماری جسمی هر کارکن گزارش شد. همسانی درونی ماده‌های آزمون به روش آلفای کرونباخ و اعتبار آزمون به روش تصنیف در این پژوهش ۰/۸۱ و ۰/۸۳ بود.

د- علایم بیماری روانشناختی: این مقیاس ابزاری است با ۷ آیم از بارلینگ و همکارانش (۲۰۰۲) که مطابق با ملاک DSM-III-R و نسخه دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری (International Classification of Diseases) می‌باشد (۲۷). از پاسخ‌دهندگان درخواست شد بر مبنای یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای (هرگز/ همه اوقات) فراوانی نشانه‌های روانشناختی را که در ماه اخیر تجربه کرده‌اند، گزارش دهند. نمرات پریشانی روانی بین ۰-۲۸ است که نمرات بالا نشان‌دهنده تجربه بیشتر پریشانی روانی توسط فرد است. نمره‌دهی بر مبنای مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (بیش از ۵ بار) است. همسانی درونی ماده‌های آزمون به روش آلفای کرونباخ و اعتبار آزمون به روش تصنیف در این پژوهش ۰/۷۹ و ۰/۷۵ به دست آمد. از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره برای آزمون روابط فرض شده بین هوشیاری ایمنی، خودکارآمدی شغلی، اختلال جسمی و روانی

دانشجوی دکتری زبان انگلیسی قرار گرفت تا دوباره به زبان انگلیسی ترجمه شود و مطابقت ترجمه معکوس با نسخه اصلی ملاحظه گردد. هرگونه تلاشی صورت گرفت تا اطمینان حاصل شود نسخه ترجمه شده دارای معنای تحت‌اللفظی و محتوایی در فارسی باشد. هیچ‌گونه تغییر محتوایی در سؤال‌ها صورت نگرفت. حدود ۲۲ نسخه از هرکدام از مقیاس‌ها تکثیر و در اختیار نمونه‌ای از کارکنان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که درباره سؤال‌ها و روایی آن‌ها نظر خود را بیان نمایند. پس از بررسی نظرهای مقدماتی، مقیاس‌های نهایی تدوین شدند و به صورت انفرادی به کارکنان ارائه شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس‌های زیر استفاده شد:

الف- مقیاس هوشیاری ایمنی: هوشیاری ایمنی بارلینگ و همکارانش (۲۰۰۲) با ۱۰ سؤال، میزان آگاهی کارکنان و بینش را نسبت به مسایل ایمنی می‌سنجد (۲۷). شیوه نمره‌دهی به سؤالات بر مبنای مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای از ۱ (شدیداً موافق) تا ۵ (شدیداً ناموافق) است. روایی درونی این مقیاس در پژوهش مانتینیو (Munteanu) (۲۰۰۵)، ۸۵ درصد گزارش شده است (۲۸). همسانی درونی (internal consistency) ماده‌های آزمون به روش آلفای کرونباخ (Alpha Coefficient) و اعتبار آزمون به روش تصنیف (Split-half) در این پژوهش ۷۸ و ۷۵ درصد به دست آمد.

ب- خودکارآمدی شغلی: خودکارآمدی شغلی با ۶ سؤال توسط مقیاس کوهن (Cohen) و همکارانش (۱۹۸۳) سنجیده شد (۲۹). این مقیاس دارای سؤالات ویژه‌ای است در مورد درجه‌ای که پاسخ‌دهنده‌ها خود را قادر به کنترل شرایط شغلی‌شان می‌دانند و احساس می‌کنند قادر به مهار حوادث و صدمات شغلی هستند. شیوه نمره‌گذاری این سؤال نیز بر مبنای مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (اکثر اوقات) است. این مقیاس،

جدول ۱- خصوصیات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش
(n=۱۸۹)

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	تعداد	درصد فراوانی
سن		
۱۸-۲۹ سال	۶۸	۳۶٪
۳۰-۴۱ سال	۶۸	۳۶٪
۴۲-۵۳ سال	۵۳	۲۸٪
جنسیت		
زن	۱۹	۱۰٪
مرد	۱۷۰	۹۰٪
وضعیت		
مجرد	۷۹	۴۰٪
متاهل	۱۱۳	۶۰٪
تحصیلات		
زیر دیپلم	۷	۴٪
دیپلم	۱۱۳	۶۰٪
فوق دیپلم	۴۵	۲۴٪
لیسانس و بالاتر	۲۴	۱۲٪
سابقه کار		
۵ سال و پایین‌تر	۶۸	۳۶٪
۶-۱۵ سال	۴۵	۲۴٪
۱۶-۲۵ سال	۴۵	۲۴٪
۲۶ سال و بالاتر	۳۱	۱۶٪
نوع شغل		
ستادی	-	-
پشتیبانی	۸	۴٪
عملیاتی	۱۸۱	۹۶٪
محل کار		
ساختمان توحید	۱۵	۸٪
نورد	۲۳	۱۲٪
کوره بلند	۸	۴٪
فولاد سازی	۸	۴٪
کک سازی	-	-
کارگاه اکسیژن	۶۸	۳۶٪
هدایت فنی	۴۵	۲۴٪
آلگومراسیون	۲۳	۱۲٪
سمت		
کارمند و کارشناس	۲۳	۱۲٪
اپراتور و تعمیرکار	۱۷۷	۸۸٪
مدیر	-	-
نوع شیفت		
روزکار	۶۸	۳۶٪
شیفت کار	۱۲۱	۶۴٪
محل سکونت		
اصفهان و حومه	۵۳	۲۸٪
نصف‌آباد	۴۵	۲۴٪
فولادشهر	۳۰	۱۶٪
مبارکه	۱۵	۸٪
زرین‌شهر	۳۰	۱۶٪
خمینی‌شهر	۱۵	۸٪

استفاده شد. تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 15 انجام شد.

یافته‌ها

با احتساب معیارهای ورود و خروج از مطالعه، ۱۸۹ نفر با محدوده سنی ۱۸-۵۳ سال وارد مطالعه شدند. بیشتر کارکنان شرکت‌کننده در این پژوهش، مرد (۹۰٪)، متأهل (۶۰٪)، دیپلم (۶۰٪)، اپراتور و تعمیرکار (۸۸٪)، شیفت کار (۶۴٪) و عملیاتی (۹۶٪) بودند. میانگین سن کارکنان ۳۴ و میانگین سابقه کار ۱۲ سال بود (جدول ۱).

نتایج نشان می‌دهد که بین متغیرهای هوشیاری ایمنی، خودکارآمدی شغلی با اختلال جسمی و روانی همبستگی بالایی وجود دارد ($P < 0/01$) (جدول ۲).

برای ارزیابی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی اختلال جسمی و روانی توسط هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی از روش تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد (جدول ۳).

هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی به ترتیب حدود ۱۷ و ۲۱ درصد واریانس علایم بیماری جسمی و روانشناختی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کرد ($P < 0/01$) (جدول ۲). تحلیل رگرسیون تک‌متغیره به‌منظور تعیین اثرات جداگانه متغیرهای پیش‌بین هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی بر روی متغیرهای ملاک علایم بیماری جسمی و روانشناختی، انجام شد (جدول ۴).

همان‌طور که مشاهده می‌شود متغیر هوشیاری ایمنی به ترتیب حدود ۹ و ۱۷ درصد از واریانس علایم بیماری جسمی و علایم بیماری روانشناختی را به‌طور معنادار پیش‌بینی کرد ($P < 0/05$). همچنین متغیر خودکارآمدی شغلی به ترتیب حدود ۲۱ و ۱۲ درصد از واریانس اختلال جسمی و روانی را به‌طور معنادار پیش‌بینی کرد ($P < 0/05$).

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی درونی متغیرها (N=۱۸۹)

متغیر	M	SD	همبستگی			
			۱	۲	۳	۴
۱. هوشیاری ایمنی	۱۹/۶۹	۲/۵۱				
۲. خودکارآمدی شغلی	۱۰/۸۲	۲/۶۹	۰/۱۵			
۳. علائم بیماری جسمی	۱۴/۸۶	۳/۶۷	-۰/۳۴**	-۰/۴۷**		
۴. پریشانی روانشناختی	۹/۸۹	۳/۴۴	-۰/۴۴**	-۰/۳۸**	۰/۶۶**	

** P<۰/۰۱

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره متغیرهای پیش بین خودکارآمدی شغلی و هوشیاری ایمنی بر حسب متغیرهای ملاک اختلال جسمی و

روانی

متغیر	شاخص ها	ارزش	F	Df	Sig.	واریانس تبیین شده	توان آماری
هوشیاری ایمنی	اثر پیلایی	۰/۱۷	۴/۷۹	۲	۰/۰۱۳	۰/۱۷	۰/۸۲
خودکارآمدی شغلی	اثر پیلایی	۰/۲۱	۶/۱۱	۲	۰/۰۰۴	۰/۲۱	۰/۸۷

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیره بر روی نمرات اختلال جسمی و روانی با توجه به متغیرهای پیش بین هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی

شغلی

منبع	متغیر وابسته	B	SD	Sig.	واریانس تبیین شده	توان آماری
هوشیاری ایمنی	علائم بیماری جسمی	-۰/۳۹	۰/۱۸	۰/۰۳۳	۰/۰۹	۰/۶۷
	علائم بیماری روانشناختی	-۰/۵۳	۰/۱۷	۰/۰۰۳	۰/۱۷	۰/۸۶
خودکارآمدی شغلی	علائم بیماری جسمی	-۰/۵۹	۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۲
	علائم بیماری روانشناختی	-۰/۴۱	۰/۱۵	۰/۰۱۳	۰/۱۲	۰/۷۲

بحث

هوشیاری ایمنی، آسیب‌های جسمی و روانی وارد شده بر کارکنان را پیش‌بینی می‌کند (۲۳). بارلینگ و همکارانش (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که هوشیاری ایمنی رابطه معناداری با رویدادهای مرتبط با ایمنی و آشفته‌گی‌های جسمی و روانشناختی دارد (۲۷). فرض می‌شود افرادی که هوشیاری ایمنی بالایی دارند به دلیل به‌کارگیری احتیاط در انجام وظایف شغلی‌شان کم‌تر دچار آسیب‌دیدگی می‌شوند (۲۲). هوشیاری ایمنی با آگاهی یک فرد از مسایل ایمنی ارتباط دارد. هوشیاری ایمنی با افزایش تمایل کارکنان به سالم ماندن و حفاظت از سلامتی خودشان موجب کاهش آسیب‌های

هدف از پژوهش حاضر بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی اختلال جسمی و روانی توسط هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی بود. همانطور که مشاهده شد هوشیاری ایمنی به‌طور معناداری گزارش‌دهی اختلال جسمی و روانی را پیش‌بینی کرد. تحقیقات پیشین نیز نشان می‌دهد که هوشیاری ایمنی با پیامدهای سلامت جسمی و روانی و آسیب‌های شغلی گزارش شده در میان کارکنان ارتباط دارد (۲۳، ۲۷ و ۳۱). به‌عنوان مثال، وستبی و لی (Westaby & Lee) (۲۰۰۳) در پژوهش‌شان به این نتیجه رسیدند که

خودکارآمدی بالاتر در افراد با گزارش‌دهی کم‌تر نرخ آشفستگی‌های جسمی و روانشناختی همراه است (۳۸). استرچر (Stretcher) و همکارانش (۱۹۸۶) به این نتیجه رسیدند که افزایش خودکارآمدی موجب ارتقای رفتارهای سلامت در کارکنان و گزارش‌دهی کم‌تر رخداد آسیب‌های جسمی و روانی در میان افراد می‌شود (۳۹). مطالعات نشان می‌دهند که خطرات ایمنی، فرهنگ ایمنی و فشارهای تولید می‌تواند بر خودکارآمدی و نگرش ایمنی کارکنان تأثیر بگذارد (۴۰). خودکارآمدی موجب افزایش رفتارهای سلامت در بین کارکنان و ارتقاء راهبردهای مدیریت استرس و آشفستگی روانشناختی در بین افراد می‌شود (۴۱).

افراد با خودکارآمدی پایین هم از نظر عاطفی و هم فیزیولوژیکی به‌وسیله ادراک اضافه‌بار شغلی تحت استرس قرار می‌گیرند (۴۲). به‌عبارتی در محیط‌های کاری که وظایف شغلی از توانایی‌های فرد برای کنارآمدن فراتر است افرادی که به خودکارآمدی خود اعتقاد دارند به‌وسیله اضافه‌بار شدید محیط‌های کاری پریشان نخواهند شد. دسگوپتا (Dasgupta) (۲۰۱۲) نشان داد که افزایش خودکارآمدی می‌تواند حتی منجر به کاهش ادراک اضافه‌بار نقش شود. به‌دلیل این‌که، افرادی که به‌لحاظ خود کارآمدی در سطح بالایی هستند دارای مهارت‌های شغلی بالا، رشد شغلی و بهره‌وری شغلی هستند که می‌تواند میزان ادراک اضافه‌بار را در شغل کاهش دهد و در نتیجه موجب کاهش رفتارهای نایمن در محیط کار شود (۴۳). سالویک و سالویک (۲۰۰۷) (Skaalvik & Skaalvik) در پژوهش خود نشان دادند که بین خودکارآمدی با فرسودگی شغلی رابطه منفی وجود دارد؛ یعنی با افزایش احساس خودکارآمدی، فرسودگی شغلی کم‌تری احساس می‌شود (۴۴).

شواهد حاکی از آن است که باورهای خودکارآمدی بالا و افزایش هوشیاری ایمنی، مانع از تأثیرات عوامل فشارزا می‌شود و کارکرد سیستم ایمنی بدن را افزایش می‌دهد (۴۵). طبق نظر بندورا (Bandura) (۱۹۹۶)

شغلی می‌شود (۳۲). تتو (Teo) و همکارانش (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان "پروراندن رفتار ایمن در کارکنان در سالن‌های تولید" به این نتیجه رسیدند که فرستادن کارکنان به کلاس‌های آموزش ایمنی و بهداشت و جریمه آن‌ها به جهت رفتارهای نایمن راه‌های مؤثری در جهت افزایش رفتارهای ایمن و هوشیاری ایمنی آن‌ها می‌باشد (۳۳). این یافته‌ها نیز از استدلال وایلد (Wilde) (۱۹۸۶) که می‌گوید باید تمایل افراد را به سالم ماندن و حفاظت از سلامتی خودشان بالا برد، حمایت می‌کند (۳۴). تأکید بر گفته‌های معمولی مانند "مواظب باش" پیرامون ایمنی نیز در این‌باره سودمند است. از لحاظ نظری این جمله کوتاه، قلمرو هوشیاری ایمنی فرد را فعال می‌کند و به نوبه خود به فرد کمک می‌کند تا از تصمیماتی که احتمالاً منجر به سانحه می‌شوند پرهیز شود (۲۳). نتایج نشان می‌دهند که می‌توان به‌وسیله کلاس‌های آموزشی و حمایت‌های اجتماعی (همکاران و سرپرستان) هوشیاری ایمنی افراد را بالا برد (۳۵). مارتین (Martin) (۲۰۰۳) اظهار می‌دارد که مصرف‌کنندگانی که اعتقاد دارند حوادث غیرقابل اجتناب هستند و رفتارهای احتیاط‌آمیز هیچ اثری بر پیامدهای رفتاری ندارند، کم‌تر احتمال دارد برای کاهش ضایعات تولیدی خود به رفتارهای مقابله‌ای مؤثر مبادرت ورزند (۳۶). بسیار مهم است که آگاهی و هوشیاری ایمنی افراد را بهبود ببخشیم تا تمایل به ایمنی و سالم بودن در آن‌ها افزایش یابد؛ بدین‌وسیله می‌توان بر اتخاذ راهبردهای پیشگیری توسط کارکنان در محیط کار تأثیرگذار بود (۳۴).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودکارآمدی شغلی به‌طور معناداری علائم اختلال جسمی و روانی را پیش‌بینی می‌کند. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است (۳۷-۴۱). پژوهش لوک و لاتم (Locke & Latham) (۱۹۹۰) نشان داد که احساس خودکارآمدی مرتبط با افسردگی، اضطراب و ناامیدی است (۳۷). سولبرگ و ویلیاریل (Solberg & Viliarreal) (۱۹۹۷) نشان دادند که احساس

محرمانه هستند. با وجود این پرسش‌نامه‌های خودگزارشی، به‌طور متداول و با موفقیت در تحلیل‌های ایمنی و حوادث استفاده شده‌اند (۴۹). پژوهش حاضر به کارکنان یک شرکت محدود شده است؛ پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سازمان و شرکت‌های دیگر انجام شود و نتایج با پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار گیرد. به‌جهت این که اکثریت کارکنان شرکت‌کننده در این پژوهش به‌دلیل اشتغال در قسمت‌های تولیدی مرد بودند، پیشنهاد می‌شود جامعه‌ای بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر تعداد، جنسیت و تحصیلات در پژوهش‌های بعدی مورد مقایسه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که متغیرهای هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی، میزان بروز علائم بیماری جسمی و روانشناختی را در میان کارکنان پیش‌بینی می‌کند. در مداخلات طراحی شده برای ارتقاء سطح سلامت در کارکنان، باید به دقت این عوامل مورد بررسی قرار گیرد و راه‌کارهای مناسبی برای افزایش و ارتقاء این توانمندی‌ها در کارکنان در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی کارکنان محترم شرکت ذوب آهن اصفهان که ما را در انجام این پژوهش یاری فرمودند، کمال تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

هنگامی که افراد در معرض استرس هستند، آن‌هایی که در مواجهه با مشکلات خود را توانمند و کارآمد می‌دانند، تلاش‌های بیشتری برای مقابله و کنارآمدن با مشکلاتشان انجام می‌دهند ولی افرادی که در رویارویی با مشکلات خود را ناتوان می‌دانند، به آسانی تسلیم می‌شوند و احساس افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌کنند (۴۶). افزایش منابع شناختی چون هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی شغلی، عاملی تأثیرگذار بر چگونگی زندگی و سلامت روانی افراد است و برخی پژوهشگران آن را "اساس عمل انسان" می‌دانند (۴۷). بندورا مکانیزم ژرف‌اندیشی افراد را کارایی شخصی می‌داند، یعنی باور آن‌ها مبنی بر این که تا چه اندازه توانایی اعمال کنترل بر عملکرد خود و بر رویدادهای محیط پیرامون‌شان را دارند (۴۸). هوشیاری ایمنی با آگاهی از رفتارهای ایمن (۲۳) و خودکارآمدی با فهم این که چگونه افراد تعارض‌های مختلف در زندگی شغلی خود را درک و مدیریت می‌کنند، ارتباط دارد (۴۶). افراد با هوشیاری ایمنی و خودکارآمدی بالا تعارض‌های غیرقابل تحمل را مدیریت و رضایت بیشتری را در کار و زندگی خانوادگی خود تجربه می‌کنند (۲۳ و ۴۶).

محدودیت عمده این پژوهش استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی است. پاسخ‌ها ممکن است به‌وسیله تحریف‌های عمدی و جواب‌های نادرست تحت تأثیر قرار گیرد. برای مقابله با این تهدید، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که پرسش‌نامه‌ها بی‌نام و داده‌ها

References

1. Kroenke K. The interference between physical and psychological symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003;5(Supple 7):11-8.
2. Dohrenwend B, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Measures for use in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(11):1229-65.
3. Nomura K, Nakao M, Sato M, Ishikawa H, Yano E. The association of the reporting of somatic symptoms with job stress and active coping among Japanese white-collar workers. *J Occup Health*. 2007;49(5):370-5.
4. Nakao M, Yamanaka G, Kuboki T. Suicidal ideation and somatic symptoms of patients with mind/body distress in a Japanese psychosomatic clinic. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32(1):80-90.
5. Nakao M, Yano E. Prediction of major depression in Japanese adults: somatic manifestation of depression in annual health examination. *J Affect Disord*. 2006;90(1):29-35.

6. Cheng Y, Guo YI, Yeh WY. A national survey of psychosocial job stressors and their implications for health among working people in Taiwan. *Int Arch Occup Environ Health*. 2001;74(7):495-504.
7. Marchand A, Blanc ME. The contribution of work and non-work factors to the onset of psychological distress: an eight-year prospective study of a representative applied. *Appl Psychol*. 2002;78(3):488-96.
8. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health- a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):443-62.
9. Houtman I. Work-related stress [Internet]. [Cited 2005 Dec 19]. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/127/en/1/ef05127en.pdf>.
10. Schaufeli W, Kompier MAJ. Managing job stress in the Netherlands. *Int J Stress Manag*. 2001;8(1):15-34.
11. Pearlin LI, Turner H. The family as a context of the stress process. In: Kasl SV, Cooper CL. *Stress and health: issues in research methodology*. 1st ed. Toronto: John Wiley & Sons. 1987;143-208.
12. Biron M, Bamberger P. The impact of structural empowerment on individual well-being and performance: Taking agent preferences, self-efficacy and operational constraints into account. *Hum Relat*. 2010; 63(2):163-91.
13. Tasa K, Taggar S, Seijts GH. The development of collective efficacy in teams: A multilevel and longitudinal perspective. *J Appl Psychol*. 2007;92:17-27.
14. Jex SM, Bliese PD. Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. *J Appl Psychol*. 1999;84:349-61.
15. Ducharme F, Lévesque L, Lachance L, Gangbè M, Zarit MH, Vézina J, et al. Older husbands as caregivers factors associated with health and the intention to end home caregiving. *Res Aging*. 2007;29(1):3-31.
16. Schwebel DC, Severson J, Ball KK, Rizzo M. Individual difference factors in risky driving: The roles of anger, conscientiousness, and sensation-seeking. *Accident Anal Prev*. 2006;38:801-10.
17. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. 1st ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1986; 333-15.
18. Usher EL, Pajares F. Inviting confidence in school: Invitations as a critical source of the academic self-efficacy beliefs of entering middle school students. *J Invit Theory Pract*. 2006;12:7-16.
19. Betz NE. Career self-efficacy: exemplary recent research and emerging directions. *J Career Assess*. 2007;15:403-22.
20. Mao-Nan C. Job stress, self-efficacy, burnout, and intention to leave among kindergarten teacher in Taiwan. PhD thesis in psychology. Florida: Lynn University. 2008;111-124.
21. Ross R, Altmaier EM. *Intervention in occupational stress: a handbook of counseling for stress at work*. 1st ed. London: Sage Publication. 1994;25-8.
22. Conrad P, Bradshaw YS, Lamsudin R, Kasniyah N, Costello CH. Injuries and cultural definitions: Motorcycle injury in urban Indonesia. *Accident Anal Prev*. 1996;28(2):193-200.
23. Westaby JD, Lee BC. Antecedents of injury among youth in agricultural settings: a longitudinal examination of safety consciousness, dangerous risk taking, and safety knowledge. *J Safety Res*. 2003;34:227-40.
24. Hofmann DA, Morgeson FP. Safety-related behavior as a social exchange: the role of perceived organizational support and leader-member exchange. *J Appl Psychol*. 1999;84:286-96.
25. Barling J, Weber T, Kelloway EK. Effects of transformational leadership training on attitudinal and financial outcomes: a field experiment. *Journal of Appl Psychol*. 1996;81:827-32.
26. Frahani H, Oreyzi HR. [Advanced methods in human sciences (Persian)]. 2nd ed. Isfahan: Iranian Student Book Agency. 2005;23-7.
27. Barling J, Loughlin C, Kelloway EK. Development and test of a model linking safety-specific transformational leadership and occupational safety. *J Appl Psychol*. 2002;78(3):488-96.
28. Munteanu MR. Safety attitudes in the Ontario construction. Master's thesis in applied science and engineering. Canada: University of Toronto. 2005;22-13.
29. Cohen S, Karmark T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96.
30. Arras TE. Associations of mindfulness, perceived stress, and health behaviors in college freshmen. PhD thesis in psychology. Arizona: Arizona State University. 2008;65-88.
31. Kelloway EK, Mullen J, Francis L. Divergent effects of passive and transformational leadership on safety outcomes. *J Occup Health Psychol*. 2006;11:76-86.
32. Nunally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill. 1994;24-7.
33. Teo EAL, Ling FYY, Ong DSY. Fostering safe work behavior in worker at construction sites. *Engineering, Construction and Architectural Management*. 2005;12(4):410-422.
34. Wilde GJS. Beyond the concept of risk homeostasis: Suggestions for research and application towards the prevention of accidents and lifestyle-related disease. *Accident Anal Prev*. 1986;18:377-401.
35. Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. 1st ed. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. 1993;83-97.

36. Martin LTF. Cultural Differences in Risk Perception: An Examination of USA and Ghanaian Perception of Risk Communication. Master's thesis in industrial and systems engineering. Virginia: Polytechnic Institute and State University. 2003;73-82.
37. Locke EA, Latham GP. A theory of goal setting and task performance. 1st ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1990;123-16.
38. Solberg VS, Viliarreal P. Examination of self-efficacy, social support, and stress as predictors of psychological and physical distress among Hispanic College students. *Hispanic J Behav Sci.* 1997;19(2):182-201.
39. Strecher VJ, DeVells BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ Quart.* 1986;13(1):73-92.
40. Brown KA, Willis PG, Prussia GE. Predicting safe employee behavior in the steel industry: development and test of a sociotechnical model. *J Oper Manag.* 2000;18(4):445-65.
41. O'Leary A. Self-efficacy and health. *Behav Res Ther.* 1985;23(4):437-51.
42. Jex SM, Bliese PD. Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. *J Appl Psychol.* 1999;84:349-61.
43. Dasgupta P. Effect of role ambiguity, conflict and overload in private hospitals' nurses' burnout and mediation through self Efficacy. *J Health Manage.* 2012;14(4):513-34.
44. Skaalvik EM, Skaalvik S. Dimensions of teacher self-efficacy and relation with strain factors, perceived collective teacher burnout. *J Edu Psychol.* 2007;99(3):611-25.
45. Schaubroeck J, Lam S, Xie JL, Merritt DE. Collective efficacy versus self-efficacy in coping responses to stressors and control: a cross-cultural study. *J Appl Psychol.* 2000;85(4):512-25.
46. Bandura A. A socio-cognitive view on shaping the future. In: Choi SC, editor. Proceedings of the Korean Psychological Association 50th Anniversary Conference. Seoul, Korea: HK Mun Publishing. 1996;99-108.
47. Abdolahi B. [The role of self-efficacy in empowering employees (Persian)]. *Tadbir, a Monthly Magazine on Management.* 2006;21(168):35-40.
48. Siu-Kau CH, Stephen YK. Rabete. Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization member. *Soc Behav Personal.* 2000;28(5):413-435.
49. Griffin MA, Neal A. Perceptions of safety at work: a framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *J Occup Health psychol.* 2000;5(3):347-58.