

رابطه استرس شغلی و تاب‌آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن

ایرج شاکری‌نیا^{1*}؛ مه‌ری محمدپور¹

چکیده

زمینه: پرستاری شغل پراسترسی است که پی‌آمدهای جدی جسمانی و روانی ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر رابطه بین استرس‌های شغلی و تاب‌آوری را با فرسودگی شغلی در پرستاران زن بیمارستان‌های دولتی شهر رشت بررسی می‌کند. روش‌ها: واحدهای پژوهش در این تحقیق توصیفی - تحلیلی، 124 کارشناس پرستاری شاغل در بخش‌های اورژانس، جراحی، زنان، کودکان و قلب بودند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استرس شغلی، فرسودگی شغلی، تاب‌آوری و جمعیت‌شناختی جمع‌آوری شده، با فنون آماری همبستگی، تحلیل رگرسیون، تحلیل واریانس یک‌راهه و توکی (با نرم افزار SPSS-16) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین استرس‌های شغلی و فرسودگی شغلی پرستاران، رابطه مثبت معنادار وجود داشت. بین استرس‌های شغلی و فرسودگی شغلی پرستاران با تاب‌آوری آن‌ها رابطه منفی معنادار وجود دارد. متغیرهای سن، تاب‌آوری، استرس و بخش محل کار پرستاران توانستند فرسودگی شغلی پرستاران را پیش‌بینی کنند. بین گروه‌های شغلی پرستاران از لحاظ استرس و فرسودگی شغلی تفاوت معنادار وجود داشت. تفاوت بین پرستارانی که در بخش‌های قلب و کودکان فعالیت می‌کردند معنادار نبود ولی این تفاوت در پرستارانی که در بخش‌های اورژانس و زنان اشتغال دارند معنادار بود.

نتیجه‌گیری: تاب‌آوری تعدیل‌کننده استرس و فرسودگی شغلی است. برای توانمندسازی پرستاران در برابر استرس‌ها، پیشنهاد می‌شود تاب‌آوری در آموزش‌های پرستاری مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: استرس شغلی، فرسودگی شغلی، تاب‌آوری، پرستاران زن

«دریافت: 1388/7/11 پذیرش: 1388/11/13»

1. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان

* عهده‌دار مکاتبات: گیلان، رشت، بزرگراه خلیج فارس، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، تلفن: 4271880-0131، فکس: 6690280-

0131

Email: irajshakerinia@gmail.com

مقدمه

کار، دریافت که بالاترین سطح فرسودگی پرستاران در بعد عاطفی است و بین فرسودگی عاطفی و مسخ شخصیت با شرایط فیزیکی محیط کار، رابطه معنادار وجود داد. همچنین میزان فرسودگی عاطفی پرستاران با امکانات تخصصی حرفه‌ای محیط کار، رابطه معنادار و با مطلوبیت محیط، رابطه معکوسی داشت. در تحقیق پیامی بوساری (6) مشخص شد که از نظر ابعاد فرسودگی شغلی، بیشتر پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق، دچار احساس خستگی عاطفی در حد کم، مسخ شخصیت در حد متوسط و عدم موفقیت فردی در حد بالا بودند. این

فرسودگی شغلی (Occupational Burnout)، اولین بار توسط فرویدنبرگر (Freudennberger) در دهه 1970 تحت عنوان سندرم تحلیل قوای جسمی-روانی در تحقیقات روان‌شناسی بالینی وارد شد. فرسودگی شغلی یک سندرم سه مؤلفه‌ای شامل تحلیل عاطفی، مسخ شخصیت و فقدان موفقیت فردی است (1 و 2). مشخص شده است که فرسودگی شغلی در پرستاران شایع است (3 و 4). محمودی (5)، در بررسی رابطه فرسودگی شغلی پرستاران با شرایط فیزیکی و امکانات تخصصی محیط

روان‌شناسان بعدی نشان داد که بین رویدادهای استرس‌زا و اختلالات روان‌شناختی، عوامل تعدیل‌کننده‌ای وجود دارد که موجب می‌شود رویدادهای استرس‌زا، اثرات متفاوتی بر افراد به جای بگذارند. به‌عنوان مثال کوباسا (Kobasa)، مفهوم شخصیت سرسخت (Hardiness) را ابداع کرد و آن را به‌عنوان متغیر مداخله‌گر در تعدیل ارتباط میان استرس و بیماری مورد بررسی قرار داد (16). او نشان داد افرادی که از سرسختی زیاد برخوردارند هرچند درجه بالایی از استرس‌ها را تجربه می‌کنند ولی بیمار نمی‌شوند. این افراد از نظر ویژگی سرسختی، متفاوت از کسانی هستند که در شرایط پراسترس بیمار می‌شوند. یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی تعدیل‌کننده، که روان‌شناسان توجه ویژه‌ای بدان مبذول داشته‌اند، تاب‌آوری (Resiliency) است.

تاب‌آوری عبارت است از توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده (17). والر (Waller) تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار می‌داند (18). هرچند این مفهوم ابتدا توسط ورنر (Werner) (19) در حوزه روان‌شناسی رشد مطرح شد ولی به‌تدریج به حوزه‌های دیگر روان‌شناسی مانند روان‌شناسی اجتماعی و روان‌شناسی بالینی وارد شد (20). کانر و دیویدسون (Conner & Davidson) که تاب‌آوری را در حوزه‌های اجتماعی مورد مطالعه قرار داده‌اند، معتقدند تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است. آن‌ها تاب‌آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک می‌دانند (21). افزون بر این، پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پی‌آمدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (22). کامپفر (Kampfer)، باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در عین حال وی به این نکته نیز اشاره می‌کند که

نتیجه‌گیری در پژوهش خزاعی و همکاران (7) نیز تکرار شد.

فرسودگی شغلی عوارض متعددی در خانواده، زندگی اجتماعی، فردی و سازمان برجای می‌گذارد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان غیبت و ترک خدمت، تأخیرهای متوالی، شکایات مختلف روان‌شناختی، تضاد، تغییر شغل و کاهش کیفیت مراقبت از بیماران و تعارضات بین فردی با همکاران را نام برد (3). نصری (8) نیز در مطالعه عوارض فرسودگی شغلی پرستاران دریافت که همبستگی خستگی با خودبیمارانگاری، شکایت‌های بدنی، اضطراب و مشکلات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی پرستاران معنادار است. رفیعی و همکاران (9) در بررسی عوامل مؤثر در پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی دریافتند که خصوصیات فردی پرستاران و بیماران و حمایت اجتماعی سازمان، پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی را تحت تأثیر قرار داده است. به همین دلایل است که فلتون (Felton) (10)، فرسودگی شغلی را بیماری شغلی می‌داند که در پرستاران باید سریع تشخیص داده شده و درمان شود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یکی از عوامل ایجادکننده فرسودگی شغلی، استرس‌های شغلی است (11) و شواهدی وجود دارد مبنی بر این‌که پرستاری حرفه‌ای پراسترس است (12). در شغل پرستاری، عواملی مانند نوبت کاری، فشارکاری زیاد، تعارض با همکاران، مشاهده رنج و مرگ بیماران، مسئولیت‌های حرفه‌ای و مسایل مرتبط با نظام اداری، اسنرس‌های شغلی عمده محسوب می‌شوند (13)، این استرس‌های شغلی در درازمدت به فرسودگی شغلی منتهی می‌شود (14).

تا اوایل دهه 80 اعتقاد بسیاری از محققین علوم روان‌شناختی این بود که رویدادهای استرس‌زا در بروز اختلالات روان-تنی (Psycho-Somatic Disorder) نقش مؤثری دارند. به‌عنوان مثال هولمز و راهه (Holmes & Rahe) دریافتند که رویدادهای زندگی با شروع بیماری رابطه دارند (15). در عین حال، مطالعات

مدرک تحصیلی کارشناسی داشته، از لحاظ وضعیت تأهل، متأهل بوده و از لحاظ سابقه کار، حداقل 3 سال سابقه کار در بیمارستان داشتند. در ادامه، برای انتخاب نمونه، از فرمول کوکران استفاده شد. حجم نمونه به کمک فرمول کوکران ($p=q=0/05$ ، $t=1/96$ ، $p<0/05$)، 120 نفر برآورده گردید ولی برای کاهش خطای نمونه‌گیری، حجم نمونه به 130 نفر افزایش یافت. با تهیه فهرست پرستاران، نمونه‌های مورد نیاز به صورت تصادفی ساده از جامعه موردنظر گزینش شدند. سپس پرسشنامه‌های استرس شغلی، تاب‌آوری و فرسودگی شغلی به همراه پرسشنامه جمعیت‌شناختی که محقق برای جمع‌آوری اطلاعات فردی آزمودنی‌ها تنظیم کرده بود در اختیار پرستاران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا با دقت در مفاهیم آن به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام کنند. پرستاران در شیفت‌های کاری صبح به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام کردند و نهایتاً 124 پرسشنامه قابل استفاده جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل آماری روی این پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss-16 انجام گرفت. در این پژوهش، محقق از پرسشنامه‌های استرس شغلی هریس (Hariss) (29)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و فرسودگی شغلی تدیم (Tedim) (JBI= Job Burnout Inventory) استفاده کرد. پرسشنامه استرس شغلی هریس، دارای 35 سؤال در زمینه استرس شغلی است و استرس‌های ناشی از ابهام نقش، تعارض نقش، گرانباری نقش، کم‌باری نقش، آهنگ کار، تکرار کار و تنش شغلی را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات با مقیاس لیکرت تنظیم شده و فرد با انتخاب گزینه‌های کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم با دامنه سؤالات 175-35 به آن‌ها پاسخ می‌دهد. پایایی این پرسشنامه توسط حسنی از طریق همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ، 0/89 گزارش شد (30). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ، 0/95 بود که نشان‌دهنده درجه مطلوبیت مناسب این آزمون برای انجام تحقیق است. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون دارای 25 گویه 5 گزینه‌ای (هرگز، به‌ندرت، نظری ندارم،

سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پی‌آمد تاب‌آوری به‌شمار رود و هم به‌عنوان پیش‌آیند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسأله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند. در زمینه پی‌آمدهای تاب‌آوری، شماری از پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان و رضایت‌مندی از زندگی در رابطه با تاب‌آوری اشاره داشته‌اند (23). در این ارتباط محمدپور و همکاران دریافتند که زنان کارمند در مقایسه با زنان خانه‌دار در رویارویی با مشکلات، تاب‌آوری بیشتری دارند (24). اخیراً به تاب‌آوری در حرفه پرستاری نیز توجه جدی شده است به گونه‌ای که در همین ارتباط، پولک (Polk) نظریه دامنه-محدود (Middle-Range) تاب‌آوری در پرستاری را طرح کرد و یک الگوی پرستاری از آن ارائه داد (33). وی، تاب‌آوری را «توانایی تغییر فاجعه و تبدیل آن به یک تجربه رشدیابنده و رو به جلو» می‌داند. وی در دیدگاه خود، 4 الگوی زیرساختی را برای تاب‌آوری در نظر می‌گیرد که هرکدام از این الگوها هم در تقویت انفرادی و هم انرژی دادن به افراد نقش دارند. این 4 الگو عبارتند از الگوهای آمادگی، الگوهای رابطه‌ای، الگوهای موقعیتی و الگوهای فلسفی (25). اهرن (Ahern) (26)، مک‌گی (McGee) (27) و وین و هال (Vane & Hull) (28) نیز در این ارتباط، دیدگاه‌هایی را ارائه کرده‌اند.

با در نظر گرفتن موضوعات مطرح‌شده، پژوهشگران تحقیق حاضر را با هدف بررسی اثربخشی فرسودگی شغلی پرستاران زن از متغیرهای جمعیت‌شناختی، فشارهای روانی و تاب‌آوری انجام دادند.

مواد و روش‌ها

جامعه تحقیق شامل کلیه پرستاران زنی بود که در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت به خدمت اشتغال داشتند. برای افزایش همگنی، پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق از لحاظ تحصیل، جنسیت، سابقه کار و تأهل، همتا شدند. کلیه پرستاران زن مشارکت‌کننده در تحقیق،

همچنین برای پیش‌بینی فرسودگی شغلی از روی متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، سابقه کار و محل کار)، استرس و تاب‌آوری از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام‌به‌گام استفاده شد ($P < 0/001$) که نتایج آن در جدول 4 آمده است.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داده است که از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی (به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده) متغیرهای سن،

جدول 1- میانگین و انحراف استاندارد سن و سابقه پرستاران شاغل در بخش‌های 5 گانه جراحی، زنان، اورژانس، کودکان و قلب

بیمارستان‌های دولتی

| بخش | متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | تعداد |
|---------|-------|---------|------------------|-------|
| جراحی | سن | 32/48 | 3/69 | 26 |
| | سابقه | 9/94 | 2/29 | 26 |
| زنان | سن | 29/76 | 4/94 | 23 |
| | سابقه | 8/86 | 1/64 | 23 |
| اورژانس | سن | 28/69 | 1/84 | 23 |
| | سابقه | 8/97 | 2/90 | 23 |
| کودکان | سن | 30/49 | 3/49 | 25 |
| | سابقه | 9/84 | 1/79 | 25 |
| قلب | سن | 35/75 | 3/89 | 27 |
| | سابقه | 10/37 | 2/61 | 27 |
| جمع | سن | 31/43 | 3/57 | 124 |
| | سابقه | 9/59 | 2/24 | 124 |

جدول 2- میانگین نمرات استرس شغلی، تاب‌آوری و فرسودگی شغلی

| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | تعداد |
|--------------|---------|------------------|-------|
| استرس شغلی | 61/41 | 1/63 | 124 |
| تاب‌آوری | 56/11 | 2/14 | 124 |
| فرسودگی شغلی | 73/93 | 19/32 | 124 |

گاهی اوقات و همیشه) با دامنه نمره‌گذاری 125-25 است که محمدی آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. وی مقیاس مذکور را بر روی 248 نفر اجرا کرد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ، 0/89 به‌دست آمد (31). در تحقیق سامانی و همکاران، بررسی پایایی در دانشجویان، به‌کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با 0/87 به‌دست آمد (32). در پژوهش شاکری نیا و محمدپور، پایایی این مقیاس 0/92 به‌دست آمد (33). در تحقیق حاضر نیز آلفای کرونباخ به‌دست آمده 0/96 بود. پرسشنامه فرسودگی شغلی تدیم نیز شامل 22 سؤال است که با مقیاس 5 درجه‌ای طیف لیکرت (هرگز، به‌ندرت، نظری ندارم، گاهی اوقات و همیشه) با دامنه نمره‌گذاری 110-25 تنظیم شده و سه جنبه از فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی این پرسشنامه توسط کورانیان و همکاران با روش بازآزمایی سنجیده شد و ضریب همبستگی بین نمرات در آزمون، 0/86 به‌دست آمد (34). در این تحقیق میزان آلفای کرونباخ به‌دست آمده، 0/89 بود.

یافته‌ها

این مطالعه با مشارکت 124 پرستار زن از بیمارستان‌های دولتی شهر رشت انجام شد. کلیه پرستاران مشارکت‌کننده، مدرک کارشناسی داشته، متأهل بوده و حداقل 3 سال سابقه خدمت داشتند. در جدول 1 میانگین و انحراف استاندارد سن و سابقه کار پرستاران شاغل در بخش‌های 5 گانه جراحی، زنان، اورژانس، کودکان و قلب بیمارستان‌های دولتی به همراه تعداد پرستاران شاغل در هر بخش ارایه شده است. در جدول 2 نیز میانگین و انحراف استاندارد نمرات استرس شغلی، تاب‌آوری و فرسودگی شغلی ارایه شده است.

به‌منظور بررسی ارتباط استرس شغلی، تاب‌آوری و فرسودگی شغلی در پرستاران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول 3 آمده است.

جدول 3- رابطه استرس شغلی، تاب آوری و فرسودگی شغلی در پرستاران مورد بررسی

| متغیر | تاب آوری | فرسودگی شغلی |
|--------------|----------|--------------|
| ضریب همبستگی | -0/697** | 0/809** |
| استرس شغلی | 0/000 | 0/000 |
| تعداد | 124 | 124 |
| تاب آوری | 1 | -0/806** |
| سطح معناداری | | 0/000 |
| تعداد | | 124 |

**همبستگی در سطح $p < 0/01$ معنادار است.

جدول 4- ضرایب رگرسیون متغیرهای مختلف و بتا برای 4 مدل برحسب فرسودگی شغلی

| مدل | B ضرایب استاندارد | خطای استاندارد | ضرایب غیراستاندارد | R2 | سطح معناداری |
|------|-------------------|----------------|--------------------|-------|--------------|
| Beta | | | | | |
| 1 | عدد ثابت | 4/50 | - | 0/728 | 0/192 |
| | سن | 0/096 | 0/853 | | 0/0001 |
| 2 | عدد ثابت | 8/23 | - | 0/817 | 0/0001 |
| | سن | 0/123 | 0/502 | | 0/0001 |
| | تاب آوری | 0/054 | -0/460 | | 0/0001 |
| 3 | عدد ثابت | 7/85 | - | 0/858 | 0/0001 |
| | سن | 0/116 | 0/383 | | 0/0001 |
| | تاب آوری | 0/052 | -0/337 | | 0/0001 |
| | استرس | 0/061 | 0/304 | | 0/0001 |
| 4 | عدد ثابت | 9/21 | - | 0/865 | 0/0001 |
| | سن | 0/114 | 0/380 | | 0/0001 |
| | تاب آوری | 0/051 | -0/346 | | 0/0001 |
| | استرس | 0/076 | 0/202 | | 0/0001 |
| | بخش | 0/812 | -0/132 | | 0/010 |

معادله نشده است چرا که افزوده شدن مقدار واریانس سابقه کار به معادله، موجب افزایش معناداری نمی شود. نتایج تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون که با میزان F به دست آمده در گام های اول، دوم، سوم و چهارم به ترتیب 327/1، 269/58، 240/97، 191/10 و در سطح

تاب آوری، استرس و بخش محل کار، توانسته اند واریانس مربوط به فرسودگی شغلی را در پرستاران تبیین کنند، به طوری که در گام اول، دوم، سوم و چهارم به ترتیب 0/853، 0/904، 0/926 و 0/930 فرسودگی شغلی توسط متغیرهای مذکور قابل تبیین است ولی متغیر سابقه کار وارد

مهم شامل: انعطاف پذیری، خستگی ناپذیری، خودشناسی و نوع دوستی را برای پرستاران تاب آور قائل شدند. این محققین، حالت تسلط و مهارت های مقابله ای مؤثر را نیز از جمله پیش آیندهای عمده تاب آوری معرفی کرده اند (36).

می توان نتیجه گرفت که بین استرس شغلی، تاب آوری و فرسودگی شغلی پرستاران زن، رابطه معنادار وجود دارد. جدول 3 نشان می دهد بین استرس شغلی و فرسودگی شغلی، رابطه مثبت معنادار وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش استرس شغلی، فرسودگی شغلی فرد نیز افزایش یافته است. همین جدول نشان می دهد که بین تاب آوری و متغیرهای استرس شغلی و فرسودگی شغلی، رابطه منفی معنادار وجود دارد. تحقیق منزس (Menezes) و همکاران (37)، همسو با تحقیق حاضر نشان داد پرستارانی که از تاب آوری بالاتری برخوردارند کم تر دچار فرسودگی شغلی می شوند. در تحلیل رگرسیون گیلسپای (Gillespie) و همکاران نیز مشخص شد که امید، خودشایستگی، سازگاری، کنترل و ظرفیت با تاب آوری، رابطه مثبت آماری دارد (38). ادوارد و هرزلینسکی (Edward & Hercelinsky) نیز در پژوهش خود دریافتند پرستارانی که از فنون تقویت کننده تاب آوری استفاده می کنند کم تر دچار فرسودگی شغلی می شوند (39). همین یافته نیز در پژوهش جکسون (Jackson) و همکاران نیز تکرار شد. در پژوهش این محققین مشخص شد که پرستاران با استفاده از عنصر تاب آوری، قادر خواهند شد تا در برابر بسیاری از فشارهای روان شناختی مقاومت کنند (40).

نتیجه آزمون تحلیل واریانس یکراهه در تحقیق حاضر نشان داد که تفاوت میانگین نمرات استرس شغلی و فرسودگی شغلی در پرستارانی که در بخش های اورژانس، قلب، کودکان و زنان کار می کنند در سطح $P < 0/0001$ معنادار است. نتیجه آزمون توکی نشان داد که تفاوت بین پرستارانی که در بخش های قلب و کودکان فعالیت می کنند معنادار نیست ولی این تفاوت در

$P < 0/01$ ، معنادار بوده است. این امر نشان دهنده اعتبار کافی این تحلیل است؛ به گونه ای که قادر است 93 درصد واریانس مربوط به فرسودگی شغلی پرستاران را تبیین کند. برای مقایسه میانگین های پرستاران با توجه به محل کار، در مقیاس استرس شغلی، تاب آوری و فرسودگی شغلی از آزمون تحلیل واریانس یکراهه استفاده .

با مشاهده داده ها مشخص می شود که تفاوت استرس شغلی و فرسودگی شغلی در پرستارانی که در بخش های اورژانس، قلب، جراحی، کودکان و زنان، کار می کنند در سطح $P < 0/0001$ معنادار است. آزمون های تعقیبی (توکی) نشان داد که در متغیرهای استرس شغلی و فرسودگی شغلی، تفاوت بین پرستارانی که در بخش های قلب و کودکان فعالیت می کنند معنادار نیست ولی این تفاوت در پرستارانی که در بخش های اورژانس و زنان به خدمت اشتغال دارند معنادار است.

بحث

امروزه برای ارایه خدمات مطلوب بهداشتی و درمانی، تأکید زیادی بر سلامت جسمانی و روانی پرستاران می شود و فرسودگی شغلی از جمله مؤلفه های آسیب رسان بر سلامت پرستاران معرفی شده است. فرسودگی یک سندرم جسمانی-روانی به همراه خستگی است که منجر به رفتار و نگرش منفی نسبت به خود، کار و مددجویان شده و سبب کار غیرمولد و غیبت از کار، اخلاق پایین و عدم رضایت شغلی می شود (9). تحقیقات نشان می دهد که پرستاران، بیش از سایر مشاغل دچار فرسودگی شغلی می شوند (3 و 4). در چند دهه اخیر، مفهوم راه کارهای مقابله با فرسودگی شغلی از جمله تاب آوری، به گستردگی در ادبیات تحقیق پرستاری وارد شده است (35). پرستاران در همه بخش های کاری خود با افرادی مواجه هستند که زندگی روزانه آنها مملو از شرایط ناگوار است، لذا تاب آوری برای آنها، یک شیوه مهم زندگی است. در یک تحلیل مفهوم (Concept Analysis)، دیر و مک گینس (Dyer and McGuinness) ویژگی های

افزوده می‌شود مقدار فشار روانی و فرسودگی شغلی نیز افزایش می‌یابد. این متغیر توانسته است با ضریب 0/853، به تنهایی 73 درصد واریانس موجود در این رابطه را تبیین کند. در پژوهش حاضر، به دنبال سن، تاب‌آوری، استرس و بخش محل کار پرستار، به ترتیب توانسته‌اند بیشترین سهم را در پیش‌بینی فرسودگی شغلی پرستاران داشته باشند. پژوهش عزیزنژاد و حسینی (41)، با یافته‌های این تحقیق همسویی دارد. در تحقیق عبدی و همکاران نیز مشخص شد که فرسودگی شغلی را می‌توان از روی جنس و سن پیش‌بینی کرد (44).

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر، این است که اطلاعات به دست آمده از طریق پرسشنامه است. با توجه به این مطلب، احتمال ارایه پاسخ‌های غیرواقعی شرکت‌کنندگان، ناشی از درک نادرست از سؤال‌ها، می‌تواند نتایج را مخدوش سازد. البته سعی شد با توضیح دادن در این مورد و همچنین اختصاص وقت کافی برای پر کردن پرسشنامه‌ها از احتمال بروز آن کاسته شود.

نتیجه‌گیری

آموزش مهارت‌های افزایش‌دهنده تاب‌آوری به پرستاران از طریق گنجانیدن دروس مهارت‌های ارتباطی و روابط اجتماعی در واحدهای درسی و همچنین تشکیل کارگاه‌های شناخت و آموزش تاب‌آوری برای گروه‌های هدف است. (McMillan & Conway) (47)، بر همین اساس برای پرستاران، الگوی آموزشی اختصاصی طرح کرده‌اند که در آن تاب‌آوری، یکی از محورهای آموزشی معرفی شده

است.

باید به این نکته مهم نیز اشاره شود که مطالعه حاضر، مقطعی بوده و نتایج آن در مورد ارتباط استرس شغلی، تاب‌آوری و فرسودگی شغلی پرستاران، فقط نمایانگر معنادار بودن آن در بین گروه‌های تحت بررسی است. اثبات ارتباط علت و معلولی، نیازمند مطالعات طولی و کنترل‌شده می‌باشد.

پرستارانی که در بخش‌های اورژانس و زنان به خدمت اشتغال دارند معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین فرسودگی شغلی و استرس‌های شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف تفاوت وجود دارد. همسو با تحقیق حاضر، یکی از یافته‌هایی که در مطالعات زیادی تکرار شده این است که موقعیت‌های کاری مختلف (محیط‌های مختلف) اثرات متفاوتی بر افراد به‌جا می‌گذارد؛ در واقع می‌توان گفت استرس‌هایی که در مشاغل مختلف وجود دارد یکسان نیستند. تحقیق طوبایی و صحرائیان نشان داد که از لحاظ فرسودگی شغلی، بین پرستارانی که در بخش‌های مختلف بیمارستان کار می‌کنند تفاوت معنادار وجود دارد (4). در همین رابطه، عزیزنژاد و حسینی نشان دادند پرستارانی که در بخش کودکان خدمت می‌کنند از بالاترین میزان فرسودگی شغلی برخوردارند (41). نتایج پژوهش اعتمادی، نشان داد که میانگین استرس شغلی پرستاران سی‌سی‌یو بیشتر از پرستاران عادی قلب است (42). با توجه به ماهیت کاری متفاوت در بخش‌های مختلف، این تفاوت‌ها قابل توجه است، چنانکه زیمرمن (Zimmerman) و همکاران، ریشه تفاوت‌های موجود در فرسودگی شغلی پرستاران را در متفاوت بودن ماهیت استرس‌های شغلی موجود در بخش‌های مختلف می‌دانند. به نظر آن‌ها، استرس‌های پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه، مربوط به مرگ و میر بیماران است در حالی که در بخش‌های دیگر مانند جراحی، پرستاران عمدتاً با استرس‌های سازمانی مانند گرانباری نقش و برخورد با همکاران مواجه هستند (43).

هدف دیگر تحقیق این بود که مشخص شود آیا می‌توان فرسودگی شغلی پرستاران را با در نظر گرفتن سابقه کار، محل کار، استرس شغلی و تاب‌آوری پیش‌بینی کرد؟ نتیجه تحقیق حاضر نشان می‌دهد که چنین پیش‌بینی، امکان‌پذیر است. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، اولین متغیر پیش‌بینی‌کننده فرسودگی شغلی، سن آزمودنی‌ها است، بدین معنی که هرچه به سن آزمودنی‌ها

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی پرستاران شرکت‌کننده در این تحقیق، تشکر و قدردانی نمایند.

از آن‌جا که آموزش مهارت‌های مقابله با فرسودگی شغلی و تاب‌آوری، منجر به ارتقای مهارت‌های عملکردی پرستاران می‌شود و نهایتاً می‌تواند از مشکلات شغلی پرستاران بکاهد، پیشنهاد می‌شود که چنین مهارت‌هایی به پرستاران، آموزش داده شود تا بتوان مانع از آثار سوء فرسودگی شغلی آن‌ها شد.

References

- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc 1993; 43.
- Yaghubinia F, Mazloom R, Salehi J, Esmaeili H. [The study of relationship between self-esteem with burnout in nurses who works at hospitals of Mashhad medical sciences (Persian)]. Journal of Sabzewar University Of Medical Sciences (Asrar) 2003; 10(3): 73-9.
- Hakim Shooshtari M, Khajeholdin N, Arabgol F, Ellahi F. [The relationship between nurse burnout and their infant behavior problems (Persian)]. Advances in Cognitive Sciences 2004; 6(1-2): 67-72.
- Toubaei Sh, Sahraeian A. [Burnout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry burn and burn wards (Persian)]. Journal of Gonabad University of Medical Sciences (Ofoge Danesh) 2006; 12(4):40-5.
- Mahmoodi Gh, Roohi Gh, Moojerloo M, Sheykh H, Rahmani H. [Relationship between occupational burnout with physical statues & workplace professional equipments (Persian)]. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2006; 8 (2): 40 – 6.
- Payami Boosari M. [Occupational burnout and some factors related in nurses who work in Zanjan's educational hospitals (Persian)]. Journal of Zanjan University of Medical Sciences 2002; 10(40): 47-51.
- Khazaei T, Sharif Zadeh Gh. [Nurses' professional burnout and some predisposing factors (Persian)]. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2006; 13(1): 57-62.
- Nasri S. [Epidemiology of chronic fatigue symptom and its relationship with psychiatric problems in nurses (Persian)]. Journal of Iran Psychiatry and Clinical Psychology 2004; 4(36): 25-33.
- Rafiee F, Oskouie F, Nikravesh M. [Key factors in nurses' reaction to Burnout: A qualitative study (Persian)]. Iran University of Medical Sciences 2006; 13(53): 88-94.
- Felton JS. Burnout as a clinical entity, its importance in health care workers. Occup Med 1998; 8(4): 237-50.
- Abdi H, Shahbazi L. [Correlation between occupation stress in nurses at intensive care unit with job burnout (Persian)]. Journal of Yazd University of Medical Sciences 2001; 9(3): 64-70.
- Lee I, Wang H. Occupational stress and related factors in public health nurses. J Nurs Res M 2002; 10(4): 253-60.
- Roberts R, Golding J, Towell T, Weinreb I. The effect of economic circumstances on British students' mental and physical health. J American College Health 1999; 48: 103-9.
- Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care health care workers. Curr Opine Crit Care 2007; 13(5): 482-8.
- Shkerinia I. [The role of women to develop of Islamic Iran, with focus on employed women's problems (Persian)]. Paper presented in national congress of the role of women in consistent development. Ministry of Education. Province of Yazd 2004; 47-8.
- Kobasa SC. Stressful life events, personality, and inquiry into hardiness. Journal Of Personality & Social Psychology 1979; (37): 1-11.
- Garmezy N, Masten A. The protective role of competence indicators in children at risk. In EM, Cummings Green AL, Karraki KH. Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1991; 151-74.
- Waller MA. Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. American Journal of Orthopsychiatry 2001; 71: 290-7.
- Werner EE. Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. Developmental Psychopathology 1993; 5: 503-5.
- Benard B. Resiliency: What we have learned. San Francisco: WestEd 2004; 32.
- Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and Anxiety 2003; 18: 76-82.
- Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychology 2001; 56: 227-38.

23. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass 1987; 43-4.
24. Mohammadpoor A, Fotowwat A, Mohammadpoor M. [Comparison between attachment style, hardiness, resiliency and mental health in housewife and employed women (Persian)]. Paper presented in second congress of women promotion with focus of healthy family. Mashhad University of Medical Sciences 2007; 46-51.
25. Polk L. Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 1997; 19(3), 1-13.
26. Ahern N. Adolescent Resilience: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal Of Pediatric Nursing* 2006; 21(3): 175-85.
27. McGee EM. The healing circle: resiliency in nurses. *Issues in Mental Health Nursing* 2006; 27(1): 43 - 57.
28. Vane EAP, Hull MS. Preoperative staff resiliency during times of war and natural disasters. *Preoperative Nursing Clinics* 2008; 3 (1): 73-84.
29. Harris M, Micheal BA. Working effects in the measurement of role conflict and role ambiguity: a meltitrail – multimethod analysis includes appendices
www.findarticles.com/p/articles/mi_m4256/is_na_v20/ai_16549028.1994
30. Hassani R. [The study of degree of stress in unsafe and safe units in Iran air on 1384-85 (Persian)]. Mastery degree thesis in psychology. Shahid Beheshti University 2005; 27-30.
31. Mohammadi M. [The study of key factors influences on resiliency of substance abuse at risk (Persian)]. PhD thesis. Tehran:University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences 2005; 27-30.
32. Samani S, Jokar B, Sahragard N. [Resiliency mental health and satisfaction from (Persian)]. *Journal of Iran Psychiatry And Clinical Psychology* 2007; 13(3): 290-5.
33. Shakerinia I, Mohammadpoor M. [Relationship between Hardiness and Resiliency with Mental Hygiene in Male Mountaineer in Rasht city (Persian)]. Paper presented in the congress of covert pathology. Kurdistan University & Jahad Daneshgahi 2009; 13-6.
34. Kooranian F, Khosravi AR, Esmaeeli H. [The relationship between hardiness/ locus of control and burnout in nurses (Persian)]. *Journal Of Gonabad University Of Medical Sciences (Ofoge Danesh)* 2008; 14(1):58-67.
35. Tusaie K, Dyer J. Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice* 2004; 18(1), 3-8.
36. Dyer J, McGuinness T. Resilience: An analysis of the concept. *Archives Of Psychiatric Nursing* 1996; 10(5) : 276-82.
37. Menezes L, Fernández C, Hernández RC, Contador C. Resilience and the burnout-engagement model in formal caregiver of the elderly psychotheme 2006; 18(4): 791-6.
38. Gillespie B. M, Chaboyer W, Wallis M. Grimbeek P. Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal Of Advanced Nursing* 2007; 59(4): 427-38.
39. Edward KL, Herculinsky JG. Burnout in the caring nurse: learning resilient behaviors. *British Journal Of Nursing* 2007; (16): 240-2.
40. Jackson D, Firtko A, Edenborough m. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60(1): 1-9.
41. Aziz Nejad P, Hosseini SJ. [Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences (Persian)]. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2004; 8(2): 63-9.
42. Eetemadi Th. [Comparison and relationship job stress with aspects of job satisfaction at nurses who work in CCU and other units of heart hospitals of Tehran and iran medical sciences university (Persian)]. Thesis for master of science, Alzahra University 2004; 3-99.
43. Zimmerman L, Standley R, Captain B. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal Of Advanced Nursing* 2006; 15(5): 577-84.
44. Abdi Masooleh F, Kaviani H, Khaghanizade M, Momeni Araghi A. [The relationship between burnout and mental health among nurses (Persian)]. *Tehran University Medical Journal* 2007; 65(6): 65-75.