

Association between Resilience and Professional Quality of Life among Nurses Working in Intensive Care Units

Neda Gerami Nejad¹, Mahdi Hosseini², Seyed Mohammad Mousavi Mirzaei³, *Zahra Ghorbani Moghaddam⁴

Abstract

Background & Aims: The frequent exposure of nurses to the painful conditions of patients in intensive care units (ICUs) could decrease their professional quality of life, thereby leading to mental issues, such as the declined quality of patient care and other consequences. Given the importance of resilience in difficult situations, the present study aimed to determine the association of resilience with the professional quality of life of ICU nurses.

Materials & Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 200 nurses working in the ICUs of the teaching hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences in South Khorasan province, Iran in 2018. The participants were selected via census sampling. Data were collected using Connor-Davidson resilience questionnaire and Stamm professional quality of life scale. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive and inferential statistics, including t-test, analysis of variance (ANOVA), and Kruskal-Wallis test.

Results: The mean total score of resilience was 60.31 ± 20.39 . As for the three dimensions of the quality of professional life, the mean score of compassion fatigue was 34.54 ± 9.13 , the mean score of job burnout was 24.06 ± 5.70 , and the mean score of secondary trauma was 26.49 ± 7.86 . Moreover, an inverse, significant correlation was observed between resilience and compassion fatigue ($r = -0.44$; $P = 0.001$).

Conclusion: Considering the average level of the professional quality of life in the nurses, special attention must be paid to the influential factors in professional quality of life. In addition, due to the significant association between resilience and compassion fatigue, incorporating resilience-promoting strategies into the nursing curriculum is recommended.

Keywords: Resilience, Professional Quality of Life, Nurse, Intensive Care Unit

Conflict of Interest: No

How to Cite: Gerami Nejad N, Hosseini M, Mousavi Mirzaei SM, Ghorbani Moghaddam Z. Association between Resilience and Professional Quality of Life among Nurses Working in Intensive Care Units. *Iran Journal of Nursing*. 2019; 31(116):49-60.

Received: 17 Nov 2018

Accepted: 16 Feb 2019

¹. Lecturer, Department of Anesthesia, School of Paramedicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

². Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing & Midwifery, East Nursing and Midwifery Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

³. Assistant Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Medical Toxicology and Drug Abuse Research Center (MTDRC), Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

⁴. MS Student in Nursing, School of Nursing & Midwifery, East Nursing and Midwifery Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. (*Corresponding author) Tel: 09158659751 Email: mahdi.hosseini@bums.ac.ir

ارتباط تاب‌آوری با کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های ویژه

ندا گرامی نژاد^۱، مهدی حسینی^۲، سید محمد موسوی میرزایی^۳، *زهرا قربانی مقدم^۴

چکیده

زمینه و هدف: مواجهه مکرر پرستاران با شرایط دردناک و رنج‌آور بیماران در بخش‌های ویژه می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی حرفه‌ای در آنان گردد که خود می‌تواند زمینه‌ساز آسیب‌های روانی، همچون افت کیفیت مراقبت و برآیندهای مراقبت از بیماران شود. با توجه به اهمیت تاب‌آوری در تحمل شرایط دشوار، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاب‌آوری و ارتباط آن با کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های ویژه انجام شده است. روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که در آن ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در استان خراسان جنوبی به روش سرشماری در سال ۱۳۹۷ وارد مطالعه شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تاب‌آوری Davidson و Connor و پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای Stamm استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی شامل (تی تست، آنالیز واریانس و کروسکال‌والیس) در SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کل تاب‌آوری $20/39 \pm 60/31$ بود. میانگین نمره سه بعد کیفیت زندگی حرفه‌ای، خستگی از شفقت $9/13 \pm 34/54$ ، فرسودگی شغلی $5/70 \pm 24/06$ و استرس آسیب‌زای ثانویه $7/86 \pm 26/49$ بود. همچنین بین تاب‌آوری و خستگی از شفقت ارتباط معکوس و معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/001$ ، $r=-0/44$).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به سطح متوسط ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای، توجه بیشتر به عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی حرفه‌ای ضروری است. همچنین نظر به ارتباط معنی‌دار بین تاب‌آوری و خستگی از شفقت کیفیت زندگی حرفه‌ای آموزش راهکارهای تقویت تاب‌آوری در برنامه آموزشی پرستاران و دانشجویان پرستاری توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: تاب‌آوری، کیفیت زندگی حرفه‌ای، پرستار، بخش مراقبت ویژه

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۷/۸/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۲۷

۱. مربی، گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۳. استادیار، گروه داخلی مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد و مسمومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران (*نویسنده مسئول)

Email: Mahdi.hosseini@bums.ac.ir

شماره تماس: ۰۹۱۵۸۶۵۹۷۵۱

مقدمه

پرستاران هسته اصلی تیم مراقبت هستند و به عنوان بزرگترین نیروی انسانی در سیستم مراقبت و درمان حضور دارند^(۱). به همین دلیل در چند دهه گذشته توجه زیادی به مسئله کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران معطوف شده و توجه افراد صاحب نظر را به خود اختصاص داده است^(۲). این مفهوم به عنوان یک عنصر کلیدی منجر به همسو شدن کارکنان و سازمان می‌شود و برای افزایش رضایت‌مندی، جذب و باقی ماندن آنان در سازمان ضروری است^(۳) و در نظام سلامت و در میان مراقبین بهداشتی و درمانی از اهمیت بسزایی برخوردار است^(۴). کیفیت زندگی حرفه‌ای یک سازه کلی است که به عنوان کیفیت احساس شخص در ارتباط با کارش به عنوان یک کمک کننده تعریف می‌شود^(۵). همچنین کیفیت زندگی حرفه‌ای به عنوان هیجان‌ات مثبت و منفی تعریف می‌شود که فرد درباره عملکردش به عنوان یک کمک کننده احساس می‌کند^(۶). کیفیت زندگی حرفه‌ای رابطه پیچیده ای با ویژگی‌های محیط کاری، محیط زندگی شخصی و مواجهه با آسیب‌های اولیه و ثانویه در محیط‌های کاری دارد^(۷). Stamm معتقد است که کیفیت زندگی حرفه‌ای شامل سه بعد خستگی از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانویه می‌باشد^(۷). خستگی از شفقت یکی از پیامدهای مهم و قابل توجه در حرفه پرستاری است^(۸) که می‌تواند باعث اختلال در عملکرد فرد، آسیب روانی، افت کیفیت و برآیند مراقبت شده و به تدریج احساس سنگدلی در فرد به وجود آورد^(۹) و سبب بی‌احساسی و بی‌تفاوتی شخص نسبت به مددجویان گردد^(۱۰). خستگی از شفقت به بیماران برای اولین بار توسط Joinson توصیف شد. وی در این پدیده بیان می‌کند که سرخوردگی و خستگی از شفقت در مراقبت از بیماران به شرایطی اطلاق می‌شود که احساس و تجربه کمک به دیگران در افراد مراقبت‌کننده به واسطه مشاهده و روبرو شدن با آسیب و بیماری ویرانگر بیماران، تغییر کرده و به نوعی سرخوردگی در خود منجر می‌شود^(۱۱).

استرس آسیب‌زای ثانویه یک احساس منفی است که در نتیجه ترس و حوادث شغلی به وجود می‌آید و می‌تواند به عنوان یک خطر شغلی مطرح شده برای پرستاران، کیفیت مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار دهد^(۱۲). فرسودگی شغلی یک واکنش تأخیری نسبت به عوامل مزمن تنش‌زای محیط کار است که در مطالعات مختلف آن را در پرستاران کشورمان بالا گزارش کرده‌اند^(۱۳،۱۴) که منجر به مشکلات جسمی و روانی و پیامدهایی نظیر از دست دادن روحیه، کاهش مسئولیت پذیری و حس همکاری و در نهایت منجر به افت بازدهی در سازمان می‌شود^(۱۵).

کیفیت زندگی حرفه‌ای به طور همزمان به دنبال دو هدف اصلی می‌باشد؛ اول بهبود بهره‌وری و کارایی کل سازمان، دوم کیفیت تجربه حرفه‌ای کارکنان^(۱۶). مطالعات نشان می‌دهند که با افزایش کیفیت زندگی حرفه‌ای هویت سازمانی، رضایت کارکنان افزایش یافته و در نتیجه ترک کار کاهش می‌یابد^(۱۷). این مسئله در بین پرستاران حائز اهمیت است زیرا کمبود نیروی پرستار به عنوان یک مشکل اساسی در سراسر جهان مطرح می‌باشد^(۱۷). در واقع برای مقابله با این مشکل بزرگ از نظر تئوری چندین راه حل مطرح است که حفظ پرستاران موجود و افزایش انگیزه آنان برای بقاء در حرفه از رویکردهای مهم به حساب می‌آید^(۱۸). بنابراین توجه سازمان به کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران، تصویری از شاخص مهم در جذب، حفظ و عملکرد مناسب آنان است^(۱۹). این نکته در پرستاران بخش‌های ویژه از اهمیت به خصوصی برخوردار است زیرا این پرستاران به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران ممکن است استرس بیشتری را تجربه کنند^(۲۰). از عوامل تنش‌زای بخش‌های ویژه می‌توان به مواردی چون نیاز به سطح بالای دانش و مهارت برای کار در این بخش‌ها و حجم حرفه‌ای بالا، لزوم پاسخ سریع و بی‌درنگ پرستار به موقعیت‌های فوری و مسئولیت سنگین ناشی از مراقبت بیمار اشاره کرد^(۲۱).

اصلی را ایفاء می‌کنند و از سویی وجود محرک‌های تنش زای فراوان در محیط کار پرستاران به خصوص در بخش‌های ویژه می‌تواند بر سطح عملکرد بالینی و کیفیت زندگی حرفه‌ای آن‌ها اثر گذار باشد^(۲۹)، به نظر می‌رسد یکی از راهکارهای مؤثر در جهت افزایش کیفیت زندگی حرفه‌ای می‌تواند افزایش تاب‌آوری پرستاران باشد. با وجود توافق در مورد اهمیت تاب‌آوری به عنوان ویژگی شخصیتی مثبت، در مورد ارتباط تاب‌آوری با کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران در پرستاران بخش‌های ویژه مطالعات کمتری در این زمینه انجام شده بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های ویژه انجام یافته است.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همستگی از نوع مقطعی است که در آن ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سطح استان خراسان جنوبی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل کارشناسان پرستاری بودند که حداقل یک سال سابقه کار در بیمارستان و حداقل شش ماه سابقه کار در بخش‌های مورد مطالعه را داشتند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه بود. اول فرم مشخصات فردی و شغلی (جنس، سن، وضعیت تأهل، نوع استخدام، سابقه خدمت، بخش محل کار، سابقه کار، نوبت کاری).

تاب‌آوری با استفاده از ابزار (CD-RISC Scale) Connor-Davidson Resilience تهیه شده توسط Connor-Davidson سنجیده شد. این ابزار مشتمل بر ۲۵ سؤال است که پنج بعد، تصور از شایستگی فردی (سؤال‌های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، اعتماد به غریز فردی تحمل عاطفه منفی (سؤال‌های ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸،

پس ممکن است پرستاران بخش‌های ویژه بیشتر در معرض کاهش کیفیت زندگی حرفه‌ای قرار بگیرند^(۱۹).

از آنجایی که ماهیت تنش‌زای شغل پرستاری توجه به ظرفیت‌های فردی و روانی که فرد به کمک آن‌ها بتواند در شرایط دشوار مقاومت نموده و دچار آسیب دیدگی نشود و حتی در تجربه چنین شرایط مشکل‌آفرین یا بحرانی، خود را از لحاظ شخصیتی ارتقاء ببخشد اهمیت دارد^(۲۲)، یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان که در شرایط سخت و فشارهای روانی باعث سازگاری مؤثر با تغییرات و عوامل خطر و تنش‌زا شده و عاملی در جهت مقاومت در برابر مشکلات است، تاب‌آوری می‌باشد^(۲۳). در تأیید این موضوع، برخی از محققان، ظرفیت تاب‌آوری را برای موفقیت در شغل پرستاری لازم می‌دانند^(۲۳). Warelow و Edward نیز اظهار می‌کنند که پرستاران در قرن بیست و یکم باید به طور ماهرانه‌ای تاب‌آوری را جهت رویارویی با مشکلات حرفه‌ای، در خود گسترش دهند تا بر تجارب منفی غلبه کرده و این تجارب را به تجارب مثبت تبدیل کنند^(۲۴). مفهوم تاب‌آوری برای اولین بار توسط Werner و Smith در روان‌شناسی رشد مطرح و به تدریج به حوزه‌های دیگر وارد شد^(۲۵). Connor و Davidson تاب‌آوری را به عنوان پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده و همچنین شرکت فعال و سازنده فرد در محیط می‌دانند که موجب توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط تنش‌زا می‌شود^(۲۶). در واقع خوشبینی و تاب‌آوری می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی پرستاران شود^(۲۷). Thomas و Revell دریافتند برخی مؤلفه‌های دخیل در شناخت پرستاری مانند تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری شناختی، کیفیت زندگی، برنامه ریزی و حل مسأله می‌تواند در پیشرفت دو حیطة شغلی و زناشویی کادر بیمارستانی از جمله پرستاران نقش مهمی داشته باشد^(۲۸). در مجموع با عنایت به این که سطح کیفیت زندگی پرستاران در عملکرد آنان در محیط کار بسیار مهم بوده و در سطح خدمت‌رسانی به بیماران و سیستم درمانی نقش

روایی محتوای Baustell Waltz & میزان مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن هر یک از عبارات موجود در ابزارها را بر اساس شاخص سه قسمتی تعیین نمایند. پس از جمع‌آوری نظرات اساتید، تغییرات لازم اعمال شد. جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی به وسیله محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین ترتیب که از ۱۵ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند خواسته شد پرسشنامه را تکمیل کنند. ضریب آلفای کرونباخ برای کیفیت زندگی حرفه‌ای ۰/۷۵ و برای تاب‌آوری ۰/۸۹ به دست آمد.

پژوهشگران ابتدا با کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (IR.BUMS.REC.1396.331) و اخذ معرفی‌نامه کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه، به مدیریت پرستاری استان مراجعه کردند. تعداد کل پرستارانی که در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های سطح استان (شش بیمارستان) مشغول به کار بودند، ۲۳۰ نفر بود. در مرحله بعد، به مسئولین بیمارستان‌ها مراجعه شد و موافقت آن‌ها مبنی بر انجام پژوهش اخذ گردید. نمونه‌هایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند ۲۰۵ نفر بودند که بعد از گرفتن رضایت‌نامه از آن‌ها و توضیح روندکار، وارد مطالعه شدند. توضیحات لازم درباره محرمانه بودن اطلاعات و زمان تحویل پرسشنامه‌ها به واحدهای پژوهش داده شد. پژوهشگران پرسشنامه‌ها را در نوبت‌های کاری مختلف در اختیار پرستاران قرار داده و پس از تکمیل جمع‌آوری می‌کردند. از ۲۰۵ پرسشنامه توزیع شده، ۲۰۰ پرسشنامه بطور کامل تکمیل و جمع‌آوری گردید. جمع‌آوری داده‌ها دو ماه به طول انجامید. در این پژوهش اصول اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، داوطلبانه بودن مشارکت و داشتن اختیار خروج از پژوهش، اخذ مجوزهای لازم برای ورود به محیط پژوهش و امانتداری در استفاده از منابع رعایت شده است.

۱۹، ۲۰)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (سئوال‌های ۸، ۵، ۴، ۲، ۱)، کنترل (سئوال‌های ۱۳، ۲۱ و ۲۲) و تأثیرات معنوی (سئوال‌های ۳ و ۹) را در بر می‌گیرد. نمره گذاری این ابزار در یک طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً نادرست=۰ همیشه درست=۴) می‌باشد و نمره کلی آن دامنه‌ی بین ۱۰۰-۰ را در بر می‌گیرد و نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده تاب‌آوری بالاتر است^(۳۶). Samani و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در دانشجویان ۰/۸۷ به دست آورده‌اند^(۳۰).

پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای (Professional quality of life) یک پرسشنامه ۳۰ سئوالی خود گزارش‌دهی است که توسط Stamm طراحی و ساخته شده است^(۷). شامل سه بعد خستگی از شفقت (سئوال‌های ۳، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۳۰)، فرسودگی شغلی (سئوال‌های ۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۶، ۲۹) و استرس آسیب‌زای ثانویه (سئوال‌های ۲، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۵، ۲۸) می‌باشد که هر کدام از این ابعاد ۱۰ گویه بر مبنای مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (هرگز=۱ تا اغلب اوقات=۵) را در بر می‌گیرند. در هر سه مقیاس نمره ۲۲ و کم‌تر از آن نشان دهنده خستگی از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانویه کمتر، نمره ۲۳ تا ۴۱ نشان دهنده خستگی از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانویه متوسط و نمره ۴۲ و بالاتر نشان دهنده خستگی از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانویه بالا می‌باشد^(۷). روایی و پایایی کل ابزار در مطالعه یداللهی و همکاران تأیید و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۰ گزارش گردیده است^(۳۱). در مطالعه وقار سیدین و همکاران آلفای کرونباخ بعد خستگی از شفقت ۰/۷۳ گزارش شده است^(۳۲). در این پژوهش، به منظور تعیین روایی پرسش‌نامه‌های مذکور از روش روایی محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب پژوهشگران پرسشنامه‌ها را در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند قرار دادند. از آن‌ها درخواست گردید تا بر اساس شاخص

در این مطالعه از ۲۰۵ پرسشنامه توزیع شده در مجموع ۲۰۰ پرستار شاغل در بخش‌های ویژه، پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده و تحویل دادند. ۷۵/۵ درصد از شرکت کنندگان زن، ۷۶ درصد متأهل، ۵۶ درصد بین ۲۰-۳۰ سال، ۳۷/۵ درصد شاغل در ICU، ۵۰ درصد سابقه کار کمتر از پنج سال، ۹۳/۵ درصد شیفت در گردش و ۳۸ درصد استخدام پیمانی بودند.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (کروسکال-والیس، تی تست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، در سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول شماره ۱: توزیع پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بر حسب مشخصات فردی و ارتباط آن با خستگی از شفقت، فرسودگی شغلی، استرس آسیب‌زای ثانویه و تاب‌آوری

متغیر	(درصد) تعداد	خستگی از شفقت	فرسودگی شغلی	استرس آسیب‌زای ثانویه	تاب‌آوری
جنس		آزمون تی تست	آزمون تی تست	آزمون تی تست	آزمون کروسکال‌والیس
مرد	۴۹(۲۴/۵)	$P=0/72$	$P=0/15$	$P=0/15$	$P=0/75$
زن	۱۵۱(۷۵/۵)				
سن		آزمون آنوا	آزمون تی تست	آزمون تی تست	آزمون کروسکال‌والیس
۳۰-۲۰	۱۱۲(۵۶)	$P=0/30$	$P=0/55$	$P=0/55$	$P=0/08$
۴۰-۳۰	۵۴(۲۷)				
۴۰ >	۳۴(۱۷)				
وضعیت تأهل		آزمون تی تست	آزمون تی تست	آزمون من‌ویتنی	آزمون من‌ویتنی
مجرد	۴۸(۲۴)	$P=0/17$	$P=0/68$	$P=0/45$	$P=0/92$
متأهل	۱۵۲(۷۶)				
بخش		آزمون آنوا	آزمون تی تست	آزمون تی تست	آزمون کروسکال‌والیس
CCU	۶۱(۳۰/۵)	$P=0/72$	$P=0/72$	$P=0/72$	$P=0/88$
ICU	۷۵(۳۷/۵)				
NICU	۳۹(۱۹/۵)				
دیالیز	۲۵(۱۲/۵)				
نوبت حرفه‌ای		آزمون تی تست	آزمون تی تست	آزمون کروسکال‌والیس	آزمون کروسکال‌والیس
ثابت	۱۳(۶/۵)	$P=0/04$	$P=0/66$	$P=0/55$	$P=0/02$
شیفت در گردش	۱۸۶(۹۳/۵)				
سابقه کار (سال)		آزمون آنوا	آزمون تی تست	آزمون تی تست	آزمون کروسکال‌والیس
< ۵ سال	۱۰۰(۵۰)	$P=0/05$	$P=0/95$	$P=0/37$	$P=0/51$
۱۰-۵ سال	۵۱(۲۵/۵)				
۱۵-۱۰	۱۳(۶/۵)				
۲۰-۱۵ سال	۲۴(۱۲)				
> ۲۰	۱۲(۶)				
نوع استخدامی		آزمون آنوا	آزمون تی تست	آزمون تی تست	آزمون کروسکال‌والیس
رسمی	۵۶(۲۸)	$P=0/06$	$P=0/17$	$P=0/32$	$P=0/02$
پیمانی	۷۷(۳۸/۵)				
قراردادی	۲۷(۱۳/۵)				
شرکتی	۲۹(۱۴/۵)				
طرحی	۱۱(۵/۵)				

سن، نوبت حرفه‌ای و وضعیت استخدام از نظر آماری ارتباط معنی‌دار داشته است ($P < 0/05$) اما با سایر متغیرهای فردی و شغلی ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد. بدین صورت که پرستاران بالاتر از ۴۰ سال با نوبت کاری ثابت و قراردادی از تاب‌آوری بیشتری برخوردار بودند (جدول شماره ۱).

نتایج همچنین نشان داد که بیشتر پرستاران میزان خستگی از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانویه را متوسط گزارش کردند (جدول شماره ۲).

برای بررسی ارتباط نمرات تاب‌آوری و ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای با متغیرهای فردی و شغلی از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و کروسکال والیس استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمره بعد خستگی از شفقت کیفیت زندگی حرفه‌ای با متغیرهای نوبت حرفه‌ای و سابقه کار از نظر آماری تفاوت معنی‌دار داشته است ($P < 0/05$) و با سایر متغیرهای فردی و شغلی ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد. بین سایر ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای هم با هیچ کدام از متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. همچنین نمره تاب‌آوری با متغیرهای

جدول شماره ۲: توصیف نمرات ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه

مقیاس	دامنه	تعداد (درصد)	تفسیر
خستگی از شفقت	کم	۲۰(۱۰)	متوسط
	متوسط	۱۴۶(۷۳)	
	زیاد	۳۴(۱۷)	
ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای	کم	۸۵(۴۲/۵)	متوسط
	متوسط	۱۱۵(۵۷/۵)	
	زیاد	۰(۰)	
فرسودگی شغلی	کم	۶۲(۳۱)	متوسط
	متوسط	۱۳۶(۶۸)	
	زیاد	۲(۱)	
استرس آسیب‌زای ثانویه	کم	۶۲(۳۱)	متوسط
	متوسط	۱۳۶(۶۸)	
	زیاد	۲(۱)	

ای بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد خستگی از شفقت با میانگین $9/13 \pm 34/54$ می‌باشد (جدول ۳).

نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمره کل تاب‌آوری $20/39 \pm 60/31$ می‌باشد. از بین ابعاد کیفیت زندگی حرفه

جدول شماره ۳: توصیف میانگین نمرات تاب‌آوری و ابعاد آن و کیفیت زندگی حرفه‌ای و ابعاد آن در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه

متغیرها	انحراف معیار \pm میانگین	
نمره کل	$60/31 \pm 20/39$	
تاب‌آوری	بعد تصور از شایستگی فردی	$18/57 \pm 4/93$
	بعد اعتماد به غرایز فردی-تحمل عاطفه منفی	$15/16 \pm 4/59$
	بعد پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	$12/72 \pm 3/76$
	بعد کنترل	$8/12 \pm 14/18$
بعد تأثیرات معنوی	$5/73 \pm 1/63$	
کیفیت زندگی حرفه‌ای	نمره کل	$85/09 \pm 1/67$
	بعد خستگی از شفقت	$34/54 \pm 9/13$
	بعد فرسودگی شغلی	$24/6 \pm 5/70$
	بعد استرس آسیب‌زای ثانویه	$26/49 \pm 7/86$

ابعاد تاب‌آوری ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$) به طوری که با افزایش تاب‌آوری، خستگی از شفقت افراد کاهش می‌یابد (جدول شماره ۴).

جهت بررسی ارتباط تاب‌آوری و ابعاد آن با کیفیت زندگی حرفه‌ای و ابعاد آن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد بین نمره بعد خستگی از شفقت با تمام

جدول شماره ۴: ارتباط بین نمرات ابعاد تاب‌آوری با ابعاد نمرات کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه

ابعاد تاب‌آوری	نمره کل	بعد تصور از شایستگی فردی	بعد اعتماد به‌خبرایز فردی-تحمل عاطفه منفی	بعد پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	بعد کنترل	بعد تأثیرات معنوی
نمره کل	$r=0/139$ $P=0/040$	$r=0/228$ $P=0/001$	$r=0/104$ $P=0/143$	$r=0/094$ $P=0/187$	$r=0/040$ $P=0/539$	$r=0/057$ $P=0/026$
بعد خستگی از شفقت	$r=-0/266$ $P=0/001$	$r=-0/407$ $P=0/001$	$r=-0/272$ $P=0/001$	$r=-0/233$ $P=0/001$	$r=-0/086$ $P=0/228$	$r=-0/266$ $P=0/001$
بعد فرسودگی شغلی	$r=-0/012$ $P=0/862$	$r=-0/070$ $P=0/324$	$r=-0/046$ $P=0/520$	$r=-0/016$ $P=0/822$	$r=-0/040$ $P=0/573$	$r=-0/074$ $P=0/299$
بعد استرس آسیب‌زای ثانویه	$r=-0/024$ $P=0/738$	$r=-0/036$ $P=0/614$	$r=-0/061$ $P=0/393$	$r=-0/083$ $P=0/245$	$r=-0/023$ $P=0/748$	$r=-0/027$ $P=0/706$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای شامل خستگی از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانویه در سطح متوسط بود که از بین این ابعاد میانگین نمره خستگی از شفقت بیشتر بود. در مطالعه ای که توسط *Young Hee* و *Kyung Jong* با هدف تعیین خستگی از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران انجام شد، نتایج نشان داد که پرستاران سطح متوسطی از این ابعاد را تجربه کرده‌اند^(۳۳). در مطالعه *ابراهیم پور* و همکاران هم پرستاران سطح متوسطی از خستگی از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانویه را گزارش کرده بودند^(۳۴) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه *Mangoulia* و همکاران نشان داد که ۵۶/۱ درصد پرستاران بخش‌های ویژه در معرض خطر بالای فرسودگی شغلی بودند و ۶۱/۵ درصد این پرستاران خستگی از شفقت بیشتری را تجربه کرده بودند^(۳۵). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش، جو سازمانی و مدیریتی، حجم کار حرفه‌ای و تفاوت در دریافتی پرستاران در جوامع مختلف باشد.

در این مطالعه از بین متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی فقط نوبت کاری و سابقه کاری ارتباط معنی‌داری با بعد خستگی از شفقت کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران داشتند. یافته‌های *Abendroth* و *Flannery* ارتباط بین تعداد سال‌های خدمت را با خستگی از شفقت به بیماران مورد تأیید قرار داده حاکی از آن است که هر چه سن افراد بالاتر می‌رود، به دلیل تغییرات فردی و شخصیتی که در فرد رخ می‌دهد، توان رویارویی آنان با حوادث استرس‌زای مربوط به بیماران و تطابق مؤثر با آن‌ها کاهش می‌یابد^(۳۶). در مطالعه‌ای که *Yoder* با هدف خستگی از شفقت پرستاران در هند انجام داده بود نیز این ارتباط مستقیم را معنی‌دار گزارش کرده و بیان می‌کند که افزایش تعداد سال‌های خدمت در کنار افزایش سن می‌تواند باعث نوعی خستگی از شفقت در پرستاران شود^(۳۷). *Mendes* نیز بیان می‌کند که افراد در انتهای سال‌های خدمت خود با مجموعه‌ای از خاطرات شغلی ناخوشایند روبرو هستند که می‌تواند آن‌ها را متأثر ساخته و نوعی تعارض در آن‌ها و در ماهیت کمک‌رسانی و محبت به بیماران ایجاد کنند^(۳۸). بنابراین می‌توان گفت با افزایش سابقه کاری و سن، افراد به بیماری‌های

این نتایج ضد و نقیض هم نیاز به مطالعات بیشتر را خاطر نشان می‌سازد.

در ارتباط بین نمرات ابعاد تاب‌آوری با ابعاد نمرات کیفیت زندگی حرفه‌ای تمامی ابعاد تاب‌آوری به جز بعد کنترل با بعد خستگی از شفتت ارتباط معکوس و معنی‌داری داشت و با بقیه ابعاد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه Edward و Warelow در استرالیا هم سو است که نشان داد پرستارانی که در رویارویی با مشکلات حرفه‌ای جهت حفظ سلامت خود از رفتارها و ظرفیت‌های تاب‌آورانه بهره می‌گیرند، کمتر دچار خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی می‌شوند^(۴۶). نتایج مطالعات Menezes و همکاران، Edward و Hercelinsky نشان داد که پرستارانی که از تاب‌آوری بالاتری برخوردارند و از فنون تقویت کننده تاب‌آوری استفاده می‌کنند کمتر دچار خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی می‌شوند^(۴۷،۴۸). شاکرنیا و محمدپور در پژوهش خود دریافتند بین تاب‌آوری با خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی پرستاران رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد^(۴۳). Dyer و McGuinness برای پرستاران تاب‌آور ویژگی‌های مهمی شامل انعطاف پذیری، خستگی ناپذیری، خود شناسی و نوع دوستی قائل شدند. این محققین، حالت تسلط و مهارت‌های مقابله‌ای را از جمله پیش‌گویی کننده های عمده تاب‌آوری معرفی کرده‌اند^(۴۹). بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش‌های فوق می‌توان به این نتیجه رسید که تاب‌آوری می‌تواند عاملی برای کاهش خستگی از شفتت در افراد تحت شرایط استرس‌زا و پر تنش همچون شغل پرستاری گردد.

حال با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه که نشان دهنده سطح متوسط ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای است، جهت دستیابی به وضعیت ایده‌آل ایجاد تغییراتی ضروری است. این تغییرات می‌تواند شامل توجه بیشتر به سایر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی حرفه‌ای توسط محققان، مدیران و برنامه‌ریزان پرستاری باشد و همچنین با توجه به ارتباط مستقیم و معنی‌دار تاب‌آوری با کیفیت زندگی حرفه‌ای،

مزمین و مختلف مبتلا می‌شوند و ابعاد مختلف کیفیت زندگی حرفه‌ای افراد افت پیدا می‌کند.

بین سن، تأهل، جنسیت و نوع استخدام با هیچ کدام از ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای در این مطالعه ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در چند مطالعه دیگر کیفیت زندگی کاری پرستاران با افزایش ساعات اضافه کاهش داشته است^(۳۹،۴۰). در مطالعه‌ای که با هدف تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کاری پرستاران توسط مرادی و همکاران انجام شد، بین تحصیلات، نوع بیمارستان و سابقه کار با کیفیت زندگی کاری ارتباط معنی‌دار نشان داده شد ولی سن، مقدار حقوق و وضعیت استخدام ارتباطی معنی‌داری با کیفیت زندگی کاری افراد نداشتند^(۴۱). در مطالعه‌ی دیگری هیچ کدام از این متغیرها ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی کاری پرستاران نداشته است^(۳۹). به هر حال این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت در پرسشنامه، ماهیت خودگزارشی پرسشنامه و تفاوت در فرهنگ‌های جوامع مختلف باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بیشتر پرستاران سطح متوسطی از تاب‌آوری را گزارش کردند. مطالعه Shakerinia و همکاران و Salimi و همکاران تاب‌آوری را در پرستاران به خصوص در بخش‌های ویژه بالا نشان داده‌اند^(۴۲،۴۳). در پژوهش دیگری تاب‌آوری پرستاران بخش‌های ویژه با پرستاران سایر بخش‌ها پایین گزارش شده است^(۴۴). این تفاوت هم می‌تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش، نوع بخش مورد پژوهش و حجم کار حرفه‌ای پرستاران در بخش‌های مختلف باشد و همچنین این نتایج ضد و نقیض نیاز به مطالعات بیشتر را خاطر نشان می‌سازد. همچنین تفاوت میانگین تاب‌آوری با متغیرهای سن، نوبت حرفه‌ای و وضعیت استخدام از نظر آماری معنی‌دار بوده و با سایر متغیرهای فردی و شغلی تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده نشد. در مطالعه Salimi و همکاران پرستاران شیفت عصر بخش ICU تاب‌آوری بالاتری را گزارش کرده بودند^(۴۲). در مطالعه Lee و همکاران در آمریکا نیز برخی از مشخصات جمعیت شناختی با تاب‌آوری پرستاران ارتباط داشت^(۴۵). که یافته‌های مطالعه ما را تأیید می‌کند که

تقویت سلامت روانی پرستاران توصیه می‌شود. هم چنین با توجه به یافته‌های این مطالعه که پرستاران با افزایش سال های خدمتشان بیشتر در معرض خطر خستگی از شفقت قرار می‌گیرند، توصیه می‌شود که پرستاران سال‌های انتهای خدمتشان را به بخش‌هایی که از نظر شرایط کاری وضعیت استرس و تنش‌زای کمتری دارند منتقل شوند و همچنین به پایش این پدیده در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه توجه شود.

تضاد منافع: نویسندگان در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

تقدیر و تشکر

از تمامی پرستاران مراکز آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که در این مطالعه شرکت نمودند تشکر می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با کد ۶۶۶۴ در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد و اعتبار آن از این محل تأمین شده است.

ارایه راهکارهایی از جمله ایجاد شبکه حمایتی-اجتماعی، ارتقای خوشبینی و داشتن مدل نقش تاب‌آور برای ارتقای بیشتر تاب‌آوری در پرستاران جهت افزایش کیفیت زندگی حرفه‌ای پیشنهاد می‌شود.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که در هنگام استفاده از نتایج باید مدنظر قرار گرفته شود. این مطالعه تنها در مورد پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام یافته و دیدگاه پرستاران شاغل در سایر بخش‌ها و همچنین مدیران پرستاری در نظر گرفته نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی در محیط‌های دیگر و با در نظر گرفتن نظرات مدیران پرستاری و پرستاران شاغل در سایر بخش‌ها صورت گیرد. همچنین شرایط روانی شرکت‌کنندگان در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها می‌تواند بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشد که خارج از کنترل پژوهشگر بود.

بنابراین با توجه به نتایج این مطالعه که ارتباط معنی‌دار و معکوسی بین بعد خستگی از شفقت کیفیت زندگی حرفه‌ای با تاب‌آوری بدست آمد، توجه بیشتر به عوامل مؤثر در افزایش تاب‌آوری ضروری است. آموزش راهکارهای تقویت تاب‌آوری در برنامه آموزشی پرستاران به منظور افزایش قدرت تحمل فرد در برابر مشکلات و حفظ و

References

1. Farhadi P, Sharifian R, Feili A, Shokrpour N. The effects of supervisors' supportive role, job stress, and work-family conflicts on the nurses' attitudes. *The health care manager*. 2013;32(2):107-22.
2. Khodayarian M, Vanaki Z, Navipour H, Vaezi A. The Effects of Designed Clinical Competency-Based Advancement Program on the Ccu Nurses'quality of Work Life. 2008;15(75):15-26. [Perssian]
3. Horrigan JM, Lightfoot NE, Larivière MA, Jacklin K. Evaluating and improving nurses' health and quality of work life: A cross-sectional study of Korean blue collar workers employed by small businesses. *Workplace Health & Safety*. 2013;61(4):173-81.
4. Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Carney Doebbeling C. Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*. 2009;14(2):267-77.
5. Circenis K, Millere I, Deklava L. Measuring the professional quality of life among Latvian nurses. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013;84:1625-9.
6. Kim K, Han Y, Kim J-s. Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. *Nursing ethics*. 2015;22(4):467-78.
7. Stamm B. The concise ProQOL manual . Pocatello, ID. Retrieved from ProQOL org. 2010.
8. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(2):186-94.

9. Bush NJ, editor Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(1):24–8.
10. Kim S. Compassion fatigue in liver and kidney transplant nurse coordinators: A descriptive research study. *Progress in Transplantation*. 2013; 23(4):329-35.
11. J Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992; 22(4):116–8.
12. Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25(1):1-10.
13. Delpasand M, Nasiripoor AA, Raiisi P, Shahabi M. The relationship between emotional intelligence and occupational burnout among nurses in critical care units. *Iranian journal of critical care nursing*. 2011; 4(2):79-86. [Persian]
14. Moumeni H, Salehi A, Seraji A. The comparison of burnout in nurses working in clinical and educational sections of Arak University of Medical Sciences in 2008. *Arak Med Univ J*. 2010; 12(4):113–23. [Persian]
15. Mosavianasl Z, Babaeipouya A, Karimi A. The Relationship between Shift Work and Occupational Burnout among Nurses in a Teaching Hospital in Ahva. *Promot J*. 2017; 1(2):118–28. [Persian]
16. Mazloumi A, Kazemi Z, Mehrdad R, Helmi Kohneh Shahri M, Pour Hossein M. Validity and reliability of WRQoL-2 questionnaire for assessment of nurses' quality of work life. *Health and Safety at Work*. 2017; 7(2):143-52. [Persian]
17. Hesam M, Asayesh H, Roohi G, Shariati A, Nasiry H. Assessing the relationship between nurses' quality of work life and their intention to leave the nursing profession. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2012; 1(3):28-36. [Persian]
18. Valizadeh S, Haririan H. Nurses Work Motivation: A Big Challenge for Health System; a Review article. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2016; 5(2):56-64. [Persian]
19. Shafipour V, Momeni B, Yazdani Charati J, Esmaeili R. Quality of Working Life and its Related Factors in Critical Care Unit Nurses. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016; 26(142):117-26. [Persian]
20. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care*. 2015; 24(5):412-20.
21. Komeili-Sani M, Etemadi A, Boustani H, Bahreini M, Hakimi A. The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz university hospital, 2013. *Journal of clinical nursing and midwifery*. 2015; 4. [Persian]
22. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2009; 29(4):371-9.
23. Ahern NR, Norris AE. Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. *J Pediatr Nurs*. 2011; 26(6):530-40.
24. Bagherinia H, Yamini M, Ildarabadi E, Bagherinia F. Relationship between personality traits and mental health with resilience mediation in nurses. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016;22(6):1063-70. [Persian]
25. Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*: Cornell University Press; 1992.
26. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003; 18(2):76-82.
27. Napa M. optimism resilience and leadership-3 qualities to help move you toward greatness.2011: <http://ezinearticles.com>
28. Thomas LJ, Revell SH. Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse Educ Today*. 2016; 36:457-62.
29. McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. *Inter J Nurs Stud*. 2003; 40(5):555-65.
30. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*. 2007; 13(3):290-5. [Persian]
31. Yadollahi M, Razmjooei A, Jamali K, Niakan MH, Ghahramani Z. The relationship between professional quality of life (ProQol) and general health in Rajae Trauma Hospital staff of Shiraz, Iran. *Shiraz E-Medical Journal*. 2016; 17(9). [Persian]
32. Vagharseyyedin SA, Zarei B, Hosseini M. The role of workplace social capital, compassion satisfaction and secondary traumatic stress in affective organisational commitment of a sample of Iranian nurses. *J Res Nurs*. 2018; 23(5):446-56.

33. Yang Y-H, Kim J-K. A literature review of compassion fatigue in nursing. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2012; 24(1):38-51.
34. Ebrahimpour M, Azzizadeh Forouzi M, Tirgari B. The relationship between post-traumatic stress symptoms and professional quality of life in psychiatric nurses. *Journal of hayat*. 2017;22(4):312-24. [Persian]
35. Mangoulia P, Fildissis G, Koukia E, Alevizopoulos G, Katostaras T. Factors associated with compassion fatigue among ICU nurses in Greece. *Crit Care*. 2011; 15(1):P489.
36. Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *J Hosp Palliat Nurs*. 2006;8(6):346-56.
37. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res*. 2010; 23(4):191-7.
38. Mendes A. Recognising and combating compassion fatigue in nursing. *Br J Nurs*. 2014;23(21):1146.
39. Khaghanizadeh M, Ebadi A, Rahmani M. The study of relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospitals. *Journal Mil Med*. 2008; 10(3):175-84. [Persian]
40. Reyasi H. Work life quality of nurses working in educational hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences, 2012. *Mod Care J*. 2013; 10(1):84-90. [Persian]
41. Moradi T, Maghaminejad F, Azizi-Fini I. Quality of working life of nurses and its related factors. *Nurs Midwifery stud*. 2014; 3(2):1-6.
42. Salimi S, Pakpour V, Feizollahzadeh H, Rahmani A. Resilience and its association with the intensive care unit nurses' intention to leave their profession. *Journal of hayat*. 2017;23(3):254-65. [Persian]
43. Shakerinia I, Mohammadpour M. Relationship between job stress and resiliency with occupational burnout among nurses. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2010;14(2):161-9. [Persian]
44. Amini F. Comparative analysis of life satisfaction, resilience and burnout among intensive and other units nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2013; 1(4):9-17. [Persian]
45. Lee KJ, Forbes ML, Lukasiewicz GJ, Williams T, Sheets A, Fischer K, et al. Promoting staff resilience in the pediatric intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2015; 24(5):422-30.
46. Warelow P, Edward Kl. Caring as a resilient practice in mental health nursing. *Int J Ment Health Nurs*. 2007; 16(2):132-5.
47. Menezes VdLC, Fernández BC, Hernández LM, Ramos FC, Contador IC. Resilience and the burnout-engagement model in formal caregivers of the elderly. *Psicothema*. 2006; 18(4):791-6.
48. Edward K-l, Hercelinskyj G. Burnout in the caring nurse: learning resilient behaviours. *Br J Nurs*. 2007; 16(4):240-2.
49. Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: Analysis of the concept. *Arch Psychiatr Nurs*. 1996; 10(5):276-82.