

بررسی عوامل بروز سندرم فرسودگی و میزان تنیدگی در پرستاران

مهدی کریم یار جهرمی^۱، محسن حجت^۲

• رگرسیون انجام شد.

چکیده

مقدمه: سندرم فرسودگی به عنوان بروز خستگی عاطفی و کاهش عملکرد شخصی قلمداد می گردد که نتیجه تحلیل منابع انرژی و قدرت سازگاری فرد به علت وجود استرس های شغلی مزمن است. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر عوامل مختلف بروز این سندرم و **میزان تنیدگی** پرستاران شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد. **روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بود. نمونه گیری به صورت سرشماری (شامل 212 نفر) از کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان های علوم پزشکی جهرم (مطهری و پیمانیه) طی زمستان 1391 و بهار 1392 انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات دو چک لیست بررسی عوامل بروز سندرم فرسودگی و پرسشنامه استاندارد تنیدگی کوهن بود. داده های توسط نرم افزار SPSS و روش های آماری توصیفی، **رگرسیون** و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد. **یافته ها:** در این مطالعه از دیدگاه پرستاران، حیطه های مدیریتی، اجتماعی و حرفه ای به ترتیب در بروز سندرم فرسودگی اهمیت بیشتری داشته اند. اکثریت پرستاران (76/41 درصد) در سطح متوسط تنیدگی بودند. ارتباط آماری معنی داری بین نمره فرسودگی و میزان تنیدگی مشاهده گردید ($p \text{ value} < 0.05$). **بحث و نتیجه گیری:** یافته های این پژوهش نشان داد که از دیدگاه پرستاران، عوامل مختلف، تأثیرات متفاوتی بر بروز سندرم فرسودگی شغلی دارند. لذا باید با اتخاذ تدابیر مناسب جهت کاهش استرس های مختلف، میزان ابتلا به سندرم فرسودگی را کاهش داد.

کلید واژه ها: سندرم فرسودگی، تنیدگی، پرستار

مقدمه:

بررسی تأثیر استرس و نتایج آن در حرفه های مختلف به ویژه حرف بهداشتی و درمانی، مورد عنایت و توجه بسیاری قرار گرفته است. تعارض دائم بین استاندارد های حرفه ای، حفظ تمامیت شخصیت و نیازهای بیماران در مراقبت ها و ارتباطات درمانی، کادر درمانی و به خصوص پرستاران را نسبت به استرس، خستگی و فرسودگی روانی آسیب پذیر کرده است که تحت عنوان سندرم فرسودگی (Burnout syndrome) نامیده می شود(1).

تنیدگی نتیجه تعامل بین محرک(استرسور) و پاسخ ایجاد شده است. یکی از موقعیت های استرس زا برای اکثر افراد، شرایط موجود در محل کار آن هاست. واژه "فرسودگی" برای اولین بار در سال 1974 توسط

¹ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
ایمیل: Mahdi_karimyar@yahoo.com تلفن: 0791-3341501
² دانشجوی دکتری پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

فردنبرگر (Freudenberger) جهت تشریح واکنش کارگران به استرس های شغلی که بصورت اختلال در روابط بین فردی نمایان می شود، به کار برد(2).

سندرم فرسودگی منجر به خستگی عاطفی (emotional exhaustion)، مسخ شخصیت (depersonalization) و کاهش عملکرد شخصی (personal accomplish)(3) و در نتیجه تحلیل منابع انرژی و قدرت سازگاری فرد به علت وجود استرس های شغلی طولانی مدت می گردد(2). خستگی عاطفی موجب از دست رفتن انگیزه، ناکامی و فشار شده، مسخ شخصیت احساس و دید منفی را افزایش داده و کاهش عملکرد زمینه ایجاد دید منفی نسبت به حرفه، غمگینی و نارضایتی و در نهایت ناکامی و شکست را فراهم می کند(4).

در زمینه تفاوت استرس با سندرم فرسودگی مواردی بیان شده است. تماس با فاکتورهای فشار شغلی، منجر به بروز ناتوانی های جسمی و روحی می گردد که در ابتدا به صورت استرس و فعال شدن مکانیسم های سازگاری نمایان می گردد. حال اگر این وضعیت، به نارضایتی همراه با ناکارآمدی مکانیسم های سازگاری منجر شود، سندرم فرسودگی اتفاق می افتد. از طرف دیگر، استرس می تواند جنبه های مثبت و منفی داشته باشد، در حالی که سندرم فرسودگی همیشه جنبه منفی است. همچنین این نکته مهم است که در بررسی عوامل ایجاد سندرم فرسودگی، حتما باید تأثیر فاکتورهای شغلی محرز گردد(5).

بررسی های متعدد بیانگر این است که کادر حرفه ای پزشکی در معرض سطح بسیار بالایی از استرس های شغلی قرار دارند(6, 7). بیمارستان ها محل هایی هستند که در معرض استرس های شغلی متعدد از جمله بالا بودن حجم کاری، انجام پروتکل های درمانی غیر قطعی، پاسخ های عاطفی به درد و مرگ بیماران، مشکلات و تعارضات سازمانی، تجربه های ناکافی و عدم وجود حمایت های اجتماعی مناسب می باشند(8-10). اعضای اصلی بیمارستان ها شامل پزشکان و پرستاران نسبت به افراد جامعه، از میزان بالاتر اختلالات افسردگی رنج می برند(11). استرس های شغلی مسئول 30 درصد از بیماری ها و غیبت از کار در پرسنل مراکز بهداشتی و هزینه سالیانه معادل 300-400 میلیون دلار است. بروز این سندرم در پرستاران حرفه ای، بیش از 40 درصد می باشد(12).

مطالعات مختلف در کشورهای متعدد بیانگر آن است که افراد شاغل حرفه های پزشکی در خطر بالای تهدید ناشی از سندرم فرسودگی ناشی از تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم کیفیت و امنیت شرایط حرفه ای و بالینی قرار دارند(3, 13, 14). در مطالعه گالیندو و همکاران در برزیل، 19 درصد پرستاران از سندرم فرسودگی شدید رنج می بردند(4). در مطالعه لورنزا و همکاران پرستاران به علت سندرم فرسودگی، آسیب

پذیری و استرس بیشتری را تحمل می کردند که عواملی همچون روابط بین شخصی، استرس ناشی از انجام مراقبت و فاکتورهای درون حرفه ای در بروز آن نقش داشتند(5).

همچنین در مطالعه مونرومارین و همکاران مشاهده گردیده که بین ریسک فاکتور های مختلف اجتماعی- دموگرافیکی (همچون سن، جنس، داشتن فرزند) و شغلی (مانند ساعات کار هفتگی و درآمد ماهیانه) و بروز انواع مختلف سندرم فرسودگی ارتباط معنی داری وجود دارد(15). مطالعه ای در پرستاران و ماماها در استرالیا نشان داد خستگی و استرس متوسط تا شدید در حدود 20 تا 40 درصد روزهای کاری وجود دارد. نیمی از افراد اختلال خواب را تجربه کرده و حدود 9 درصد طی مراجعه به منزل در معرض خطر یک تصادف قرار می گیرند(16).

در ایران نیز مطالعات مختلفی در مورد استرس های شغلی کادر درمانی و پرستاران و عوامل ایجاد کننده انجام شده است. در مطالعه رستگاری و همکاران عواملی چون افزایش حقوق، بهبود وضعیت محیط کار، ارتقاء حرفه، انجام حمایت های حقوقی و اصلاح سیاست های سازمانی از طرف پرستاران به عنوان مهمترین عوامل مؤثر در افزایش کیفیت زندگی کاری (Quality of Working Life) ذکر شده است(17). در مطالعه غلام نژاد و نیک پیما، عدم دریافت پاداش و تشویق، بار کاری زیاد، عدم شرکت در تصمیم گیری های مهم بخش، فقدان کنترل بر شرایط کاری و فقدان ارتقاء شغلی به عنوان مهمترین استرس های شغلی پرستاران بوده است (18). در مطالعه بهرامی و همکاران بیشترین فراوانی استرس مردان، در بعد مسئولیت نقش و در زنان در بعد دوگانگی نقش بوده است(19).

با توجه به اهمیت بررسی عوامل مؤثر در بروز سندرم فرسودگی ناشی از کار پرستاری از دیدگاه پرستاران در برنامه ریزی و پیشگیری به منظور کاهش یا رفع آن ها، عدم بررسی رابطه متقابل استرس و فرسودگی شغلی و نیز با توجه به تأثیرات این مسئله بر روح و روان پرستاران و کیفیت کار آنان و در نتیجه سلامت جامعه و نیز وجود علل مؤثر در سندرم فرسودگی که در مطالعات قبل مورد توجه قرار نگرفته است، مطالعه حاضر با هدف بررسی شدت اهمیت عوامل مختلف بروز این سندرم و میزان تنیدگی و نیز بررسی رابطه بین وجود سندرم فرسودگی و میزان تنیدگی پرستاران شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی به منظور شناسایی، پیشگیری یا کاهش عوامل مؤثر در این زمینه و نیز بررسی میزان تأثیر هر کدام از عوامل انجام شد.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بود. نمونه گیری به صورت سرشماری از کلیه پرستاران(212 نفر) شاغل در بیمارستان های علوم پزشکی جهرم (مطهری و پیمانیه) طی زمستان 1391 و بهار 1392 انجام

شد. ابزار گردآوری اطلاعات دو چک لیست بود. چک لیست بررسی عوامل بروز سندرم فرسودگی خودساخته و دو قسمتی بود. قسمت نخست شامل خصوصیات دموگرافیک، وضعیت شغلی و سلامت فرد (ابتلا به بیماری های جسمی و روانی) می باشد و قسمت دوم شامل یک چک لیست با 33 گویه بود که عوامل مؤثر در بروز سندرم فرسودگی را از سه حیطه مدیریتی (13 گویه)، حرفه ای (13 گویه) و اجتماعی (7 گویه) مورد بررسی قرار داد. **حیطه ها و گویه های این چک لیست، از بررسی مقالات و پژوهش های انجام شده و نیز تجارب افراد باسابقه در حیطه پرستاری اخذ شده است. چک لیست ها توسط پرستاران تکمیل شد. به این نحو که افراد در قبال شدت تأثیر هر یک از گویه ها در بروز فرسودگی از دیدگاه خود، یکی از گزینه های اصلا، کم، متوسط، زیاد یا خیلی زیاد را انتخاب کردند.** جهت بررسی روایی ابزار مطالعه، چک لیست در اختیار 10 نفر از اساتید صاحب نظر دانشکده پرستاری قرار گرفت و اصلاحات لازم اعمال گردید. به منظور بررسی پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شد. به این صورت که چک لیست دو بار به فاصله زمانی 10 روز در اختیار 20 نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان قرار گرفت که ضرب همبستگی پیرسون 0/81 به دست آمد. این پرستاران از نمونه پژوهش حذف شدند. برای تعیین نمره هر آیت (میزان تأثیر هر آیت)، به هر یک از عوامل بر اساس گزینه ای که افراد تحت مطالعه انتخاب کرده بودند. امتیاز "صفر، 1، 2، 3 و 4" داده شد. سپس مجموع حاصل کل آیت ها، بر تعداد کل پرستاران (212) تقسیم گردید. برای تعیین نمره فرسودگی هر یک از نمونه ها، نمرات تمام گویه ها با هم جمع شدند که نمره 0-45 به عنوان فرسودگی کم، 46-91 فرسودگی متوسط و 91-136 به عنوان فرسودگی زیاد منظور شد.

جهت سنجش شاخص تنیدگی از پرسشنامه استاندارد کوهن و همکاران 1983 استفاده شد. این مقیاس 14 آیت دارد و هر آیت بر اساس مقیاس لیکرت پاسخ داده شد. این مقیاس دو خرده مقیاس را می سنجد: الف) ادراک منفی از تنیدگی ب) ادراک مثبت از تنیدگی. ضریب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ دو دامنه ای از 84 تا 86. در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک بدست آمده است. جهت تعیین نمره تنیدگی، در قسمت سؤالات ادراک منفی (شامل سؤال های 1، 2، 3، 8، 11، 12 و 14) به گزینه های خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و هرگز به ترتیب نمرات 4، 3، 2، 1 و صفر و در قسمت سؤالات ادراک مثبت عکس حالت فوق تعلق می گیرد. امتیاز 0-18/6 به عنوان سطح استرس کم، 18/7-37/2 سطح متوسط و 37/3-56 سطح بالای استرس می باشد.

داده های جمع آوری شده از چک لیست ها به وسیله نرم افزار SPSS (نسخه 16) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. میانگین امتیاز هر حیطه ها و گویه ها محاسبه و میانگین امتیازات هر حیطه و هر عامل

با استفاده از آزمون آماری فریدمن، **رگرسیون** و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن در سطح معنی دار 0/05 با یکدیگر مقایسه شد.

یافته ها:

از تعداد 212 پرستار مورد پژوهش، اکثریت شامل 162 نفر (76/4 درصد) زن، متأهل [130 نفر (61/3 درصد)] و دارای مدرک کارشناسی [177 نفر (83/5 درصد)] بودند. میانگین سنی افراد $26/72 \pm 6/56$ بود. از حیث وضعیت استخدام، 81 نفر (38/2 درصد) رسمی، 74 نفر (34/9 درصد) طرحی و بقیه قراردادی بودند. اکثریت افراد [67 نفر (31/6 درصد)] در بخش اطفال و کمترین آن ها [8 نفر (3/8 درصد)] در بخش دیالیز کار می کردند. اکثریت شامل 200 نفر (94/3 درصد) و 202 نفر (95/3 درصد) به ترتیب سابقه مصرف داروهای آرام بخش و سیگار نداشتند. 9 نفر (4/2 درصد) به یک بیماری مزمن مبتلا و 12 نفر (5/7 درصد) از یک بیماری شناخته شده روحی-روانی رنج می بردند. 182 نفر از زندگی شخصی خود راضی بوده و 177 نفر (83/5 درصد) فاقد شغل دوم بودند. جداول 1 تا 3 فراوانی و شدت اهمیت عوامل مختلف مدیریتی، حرفه ای و اجتماعی را نشان می دهد.

جدول شماره 1: فراوانی شدت اهمیت عوامل مدیریتی در ایجاد سندرم فرسودگی در پرستاران

میانگین حیطة	نمره کوبه	تعداد زیاد (درصد)	تعداد زیاد	تعداد متوسط (درصد)	تعداد کم (درصد)	تعداد اصلا (درصد)	عوامل مدیریتی
1/96 ± 0/69	3/01 ± 0/78	94 (44/3)	60 (28/3)	33 (15/6)	18 (8/5)	7 (3/3)	در محیط کار پزشک سالاری وجود دارد
	1/95 ± 0/54	17 (8)	39 (18/4)	93 (43/9)	44 (20/8)	19 (9)	واحد پرستاری با سایر واحدهای درمانی (پزشک، رادیولوژی، ...) هماهنگی نیست
	2/39 ± 1/02	65 (30/7)	45 (21/2)	46 (21/7)	20 (9/4)	36 (17)	نسبت پرستار به بیمار استاندارد نیست
	2/27 ± 0/60	41 (19/3)	48 (22/6)	73 (34/4)	28 (13/2)	22 (10/4)	محیط مناسب کاری فراهم نمی باشد
	2/46 ± 0/83	33 (15/6)	45 (21/2)	72 (34)	40 (18/9)	22 (10/4)	مسئولین پرستاری عدم پاسخ گو نیستند
	2/14 ± 0/23	47 (22/1)	46 (21/7)	49 (23/1)	32 (15/1)	38 (17/9)	پرستاران در تصمیم گیری های کلان شرکت ندارند
	2/5 ± 0/37	42 (19/8)	50 (23/6)	63 (29/7)	33 (15/6)	24 (11/3)	تخصیص امکانات مورد لزوم ناکافی است
	2/33 ± 0/44	55 (25/9)	55 (25/9)	43 (20/3)	23 (10/8)	36 (17)	امکانات رفاهی مناسب وجود ندارد
	2/44 ± 0/54	68 (1/32)	44 (20/8)	47 (22/2)	20 (9/4)	33 (15/6)	حقوق و مزایا مناسب نیست
	2/41 ± 0/90	63 (29/7)	53 (25)	37 (17/5)	28 (13/2)	31 (14/6)	پاداش و تشویق طبق عملکردها نیست
	2/30 ± 0/61	48 (22/6)	47 (22/2)	57 (26/9)	31 (14/6)	29 (13/7)	اجبار به اضافه کاری وجود دارد
	2/13 ± 0/60	37 (17/5)	43 (20/3)	69 (32/5)	38 (17/9)	25 (11/8)	مسئولین درمانی (مدبران) پاسخ گو نیستند

همان طور که جدول فوق نشان می دهد، از دیدگاه پرستاران در حیطة مدیریتی دو علت پزشک سالاری و عدم تخصیص امکانات مناسب به عنوان مؤثرترین و عدم هماهنگی واحد پرستاری با سایر

واحدها و پاسخ گو نبودن مسئولین پرستاری به عنوان کم اهمیت ترین موارد در ایجاد سندرم فرسودگی شغلی بیان شده اند.

جدول شماره 2: فراوانی شدت اهمیت عوامل حرفه ای در ایجاد سندرم فرسودگی در پرستاران

میانگین حیطة	نمره گویه	تعداد(درصد) خیلی زیاد	تعداد(درصد) زیاد	تعداد(درصد) متوسط	تعداد(درصد) کم	تعداد(درصد) اصلا	عوامل حرفه ای
1/82 ±0/71	1/13 ±0/28	4(9)	23(10/8)	70(33)	54(25/5)	56(26/4)	در محیط کار اعتماد به نفسم پایین است
	1/65 ±0/71	11(5/2)	29(13/7)	75(35/4)	68(23/1)	29(13/7)	پروتکل مشخص درمانی وجود ندارد
	1/76 ±0/61	15(7/1)	31(14/6)	77(36/3)	67(31/6)	22(10/4)	آموزش دانشگاهی ناکارآمد است
	1/77 ±0/74	20(9/4)	31(14/6)	78(36/8)	48(22/6)	35(16/5)	شرح وظایف به روشنی مشخص نشده است
	1/89 ±0/39	25(11/8)	24(11/3)	86(40/6)	57(26/9)	20(9/4)	بخش های مختلف پرستاری هماهنگی ندارند
	2/16 ±0/74	28(13/2)	55(25/9)	73(34/4)	37(17/5)	19(9)	حساسیت زیاد در انجام وظایف وجود دارد
	1/66 ±0/49	15(7/1)	18(8/5)	67(31/6)	65(30/7)	47(22/2)	احقاق حق حرفه ای ناتوان هستم
	1/64 ±0/80	16(7/5)	26(12/3)	69(32/5)	68(32/1)	33(15/6)	کارهای خارج از توان جسمی انجام می دهم
	1/25 ±0/69	2(0/9)	20(9/4)	66(31/1)	67(31/6)	57(26/9)	با امکانات و تجهیزات آشنایی لازم ندارم
	1/45 ±0/39	10(4/7)	15(7/1)	76(35/8)	71(33/5)	40(18/9)	اطلاعاتم به روز نیست
	2/26 ±0/84	36(17)	64(30/2)	54(25/5)	37(17/5)	21(9/9)	صدمات عاطفی حین کار وجود دارد
	2/66 ±1/12	68(32/1)	60(28/3)	48(22/6)	17(8)	19(9)	خطر بروز آسیب های جسمی (فرو رفتن نیدل، ابتلا به بیماری واگیردار و ...) زیاد است
	2/13 ±0/98	30(14/2)	51(24/1)	73(34/4)	34(16)	24(11/3)	شیفت شب دارم
	1/86 ±1/02	22(10/4)	28(13/2)	88(41/5)	47(22/2)	27(12/7)	آموزش های ضمن خدمت ناکارآمد هستند
2/16 ±0/79	29(13/7)	54(25/5)	61(28/8)	50(23/6)	18(8/5)	ارزشیابی های غیر اصولی انجام می گیرد	

طبق یافته های موجود در جدول فوق، در حیطة حرفه ای، موارد صدمات عاطفی و آسیب های جسمی حین کار بیشترین و عدم آشنایی با امکانات و تجهیزات و نیز بروز نبودن اطلاعات، کمترین تأثیر را در ایجاد سندرم فرسودگی شغلی از دیدگاه پرستاران داشته اند.

جدول شماره 3: فراوانی شدت اهمیت عوامل حرفه ای در ایجاد سندرم فرسودگی در پرستاران

میانگین حیطة	نمره گویه	تعداد(درصد) خیلی زیاد	تعداد(درصد) زیاد	تعداد(درصد) متوسط	تعداد(درصد) کم	تعداد(درصد) اصلا	عوامل اجتماعی
2/36 ±0/29	2/19 ±0/80	35(16/5)	56(26/4)	59(27/8)	40(18/9)	22(10/4)	دیدگاه جامعه نامناسب است
	2/09 ±1/2	40(18/9)	54(25/5)	56(26/4)	40(18/9)	22(10/4)	تعریف مناسب از حرفه پرستاری وجود ندارد
	2/19 ±0/99	34(16)	49(23/1)	73(34/4)	37(17/5)	19(9)	تعرض و تهدید در محل کار از طرف بیمار یا همراه وی می باشد
	2/29 ±1/06	43(20/3)	58(27/4)	54(25/5)	32(15/1)	25(11/8)	حمایت های قانونی لازم در محیط کار وجود ندارد
	1/58 ±0/87	22(10/4)	27(12/7)	53(25)	61(28/8)	49(23/1)	مشکلات بین فردی با همکاران

							دارم
	2/15 ±1/03	39(18/4)	50(23/6)	56(26/4)	38(17/9)	29(13/7)	حرفه پرستاری از طرف رسانه ها مناسب معرفی نمی شود
	1/27 ±0/67	13(6/1)	35(16/5)	48(22/6)	47(22/2)	69(32/5)	بعلت کارم، در محیط خانواده دچار تعارض شده ام

جدول شماره 3 بیانگر این است که از دیدگاه پرستاران، عوامل عدم وجود حمایت های قانونی و وجود تعرض و تهدید در محل کار از طرف بیمار یا همراه وی مهمترین و بروز تعارض در محیط خانواده به علت شغل، کمترین تأثیر را از بین سایر علل اجتماعی داشته اند.

از رگرسیون گام به گام جهت تبیین تأثیر فاکتورهای مرتبط با تنیدگی پرستاران استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

ANOVA

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1Regression	579/721	1	579/721	11/776	0/001
Residual	10338/331	210	49/230		
Total	10918/052	211			

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0/230	0/53	0/49	7/01642

با توجه به جدول رگرسیون، به عبارت دیگر عوامل مرتبط با فرسودگی شغلی در سه حیطه 0/49 واریانس تنیدگی را در پرستاران تبیین می کند.

در مجموع حیطه اجتماعی، مدیریتی و حرفه ای به ترتیب از دیدگاه پرستاران در بروز سندرم فرسودگی مؤثر بوده اند. همچنین عوامل پزشک سالاری، بالا بودن بروز آسیب های جسمی و ناکافی بودن امکانات، به ترتیب مهمترین عوامل بروز سندرم فرسودگی شغلی از دیدگاه پرستاران بوده اند. بر اساس یافته ها، بین عوامل مدیریتی و اجتماعی و شدت تأثیر این عوامل در بروز فرسودگی شغلی از دیدگاه افراد مورد پژوهش ارتباط معنی داری وجود دارد ($p \text{ value} < 0.001$).

در زمینه نمره فرسودگی، میانگین نمره کل به دست آمده $86 \pm 7/5$ بود که با توجه به تقسیم بندی، در سطح متوسط قرار دارد به طوری که از تمام نمونه ها، 162 نفر (76/41 درصد) سطح متوسط و 41 و 9 نفر (19/33 و 4/26 درصد) به ترتیب در سطوح زیاد و کم بودند.

در رابطه با سنجش شاخص تنیدگی، میانگین نمره کل به دست آمده $24/88 \pm 7/19$ بود که بیانگر میانگین سطح استرس متوسط پرستاران شرکت کننده در پژوهش است. در رابطه با سطوح استرس نیز 58 نفر (27/35 درصد) سطح کم، 134 نفر (63/20 درصد) سطح متوسط و 20 نفر (9/5 درصد) در سطح بالای استرس قرار داشتند.

در این مطالعه، ارتباط آماری معنی داری را بین نمره استرس و سن و میزان سابقه کار نشان ندارد ($p > 0.05, r = 0.202$). در حالیکه ارتباط آماری معنی داری بین میزان استرس و فاکتورهای نظیر مصرف داروهای آرام بخش و رضایت از زندگی شخصی وجود دارد ($p < 0.05, r = 0.31$). همچنین بین سطح استرس جنس، بخش محل کار، افزایش وزن و وجود شغل دوم ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($p < 0.05, r = 0.33$).

همچنین ارتباط آماری معنی داری بین نمره فرسودگی و میزان تنیدگی وجود دارد ($p < 0.05, r = 0.294$).

بحث و نتیجه گیری:

یافته های این پژوهش نشان داد که از دیدگاه پرستاران، عوامل مختلف، تأثیرات متفاوتی بر بروز سندرم فرسودگی شغلی دارند که در این میان نقش عوامل اجتماعی و فاکتور پزشک سالاری برجسته تر بوده است که با یافته های اریک (2003) در دانشگاه تگزاس همخوانی دارد (20). در مطالعه محمودیان و همکاران (1390) مهم ترین مشکل در تجربه پرستاران 40 درصد، مورد احترام قرار نگرفتن آنها از جانب پزشکها بود (21). در مطالعه ضیغمی و همکاران (1387) یافته ها نشان داده است که ارتباط بین پزشک و پرستار از دیدگاه پرستاران مناسب نبوده و بهبود این ارتباط موجب افزایش میزان همکاری و ارتقاء کیفیت مراقبت از بیمار شده است (22). مطالعات صورت گرفته در استرالیا، کانادا و انگلستان نیز حاکی از عدم اعتناء پزشکان نسبت به نظرات، پیشنهادات و نگرانی های پرستاران می باشد (21).

اکثریت پرستاران در این مطالعه از نظر فرسودگی شغلی در سطح متوسط قرار داشتند. در مطالعه لورنز و همکاران پرستاران از نظر استرس شغلی در سطح بالایی قرار داشتند که این استرس، به فرسودگی منجر خواهد شد (5).

در مطالعات متعدد، ابهام در میزان اختیارات، پزشک سالاری یا تضاد با پزشکان، به عنوان یکی از عوامل عمده در ایجاد استرس در تیم درمان به خصوص پرستاران ذکر شده است (21). بر اساس تئوری معروف کارازاک بنام تئوری کنترل- تقاضا، استرس شغلی وقتی رخ می دهد که میزان تقاضای روانی کار زیاد و

میزان دامنه تصمیم گیری یا همان کنترل بر روی کار، کم باشد. پرستاری که از خواسته های روانی بالا و دامنه تصمیم گیری کم برخوردارند، استرس شغلی بالایی دارند(22). افزایش روزافزون بروکراسی می تواند برای پرستاران اثرات مخرب فیزیولوژیکی و روانشناختی داشته و بر سلامتی آنان اثرات سوئی بگذارد(21)، (23) چرا که ارتباط بین افراد (Interpersonal relationship) در محیط کار، به عنوان یک عامل مهم و زمینه ساز در ایجاد فرسودگی و استرس های شغلی می باشد(25).

در این مطالعه، در حیطه حرفه ای، صدمات عاطفی و آسیب های جسمی حین کار مهمترین عامل بروز فرسودگی شغلی بوده اند. همچنین بین میزان تنیدگی و فرسودگی شغلی، ارتباط معنی داری مشاهده گردیده است که با مطالعات سوارد، رضایی و همکاران همخوانی دارد(21، 24).

در مطالعه باگاجاو و همکاران روی پرستاران و پزشکان شاغل در بیمارستان، ارتباط معنی داری بین استرس و سندرم فرسودگی شغلی مشاهده گردیده است(28). در مطالعه لورنز و همکاران نیز ارتباط دوسویه و نیرومندی بین فرسودگی شغلی و استرس های محیطی و شخصیتی یافت شده است(5). در دو مطالعه در ژاپن(29) و چین(30) نیز این ارتباط معنی دار بوده است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. طبق اعلام شورای بین المللی پرستاری، کارکنانی که تحت استرس شغلی و شخصی بالایی قرار دارند، 30 درصد بیشتر دچار حوادث کاری می شوند. هر کدام از این عوارض و پیامدها، به طور مستقیم و غیر مستقیم هزینه هایی را برای فرد و سازمان در بر دارند. ناگفته روشن است که این هزینه ها در درجه اول متوجه سازمان می باشد(21). طبق بررسی سوزوکی(Suzuki) و همکاران، پرستاران شاغل در بیمارستان ها، از بهداشت روانی نسبتا ضعیفی برخوردار بوده که به نظر می رسد این موضوع با بروز اختلالات حرفه ای و شغلی مرتبط است(27).

در پژوهش حاضر، شبکاری از دیدگاه پرستاران به عنوان یکی از موارد مهم بروز فرسودگی شغلی ذکر شده بود. یافته های متعدد نشان می دهد که کار شبانه، شیوع اختلالات روانشناختی از جمله اختلالات خلقی را به میزان زیادی افزایش می دهد. اختلالات خواب اغلب با افسردگی همراه است. پرستاران، افسردگی را خیلی بیشتر از سایر حرفه های دیگر تجربه می کنند(26). **در مطالعه مورنو و همکاران(2014) شب کاری پرستاران موجب افزایش استرس و اختلال در خواب آنان گردیده است(23). طبق یافته های استیمپفل و همکاران(2012) کار پرستاری بیشتر از 10 ساعت، میزان بروز سندرم فرسودگی را 2/5 برابر افزایش می دهد(24).**

از دیدگاه پرستاران در این مطالعه، مناسب نبودن حقوق و مزایا به عنوان سومین عامل ایجاد استرس در حیطه مدیریتی بود که با مطالعات لی و همکاران(31) و هگنای و همکاران(32) همخوانی دارد. این در

حالی است که در مطالعه بروک و اندرسون، 57 درصد پرستاران از دستمزد خود راضی بودند (33). نامناسب بودن حقوق و مزایا یکی از نارضایتی و ترک شغل است (34). هیچ سازمانی نمی تواند با پرداخت کم، کیفیت مناسب خدمات در طولانی مدت ارائه دهد. حقوق و مزایای پرستاران باید با توجه به سختی کار و شیفت در گردش ارتقاء یابد (18).

دیدگاه پرستاران در این مطالعه بیانگر این بود که عدم وجود حمایت های قانونی و وجود تعرض و تهدید در محل کار از طرف بیمار مهمترین شاخص اجتماعی در ایجاد استرس و سندرم فرسودگی است. در مطالعه رستگاری و همکاران نیز نیمی از پرستاران معتقد بودند که محیط کار، فاقد امنیت لازم و بیش از نیمی از افراد هم معتقد به عدم وجود قانون لازم در این زمینه بودند (18). در مطالعه لاشینگر و همکاران (2012)، ایجاد یک محیط امن کاری و نیز افزایش تأیید و حمایت های اجتماعی به عنوان فاکتور مؤثر بر کاهش سندرم فرسودگی پرستاران ذکر شده است (25).

از دیگر یافته های این مطالعه وجود ارتباط بین میزان استرس و فاکتورهایی نظیر مصرف داروهای آرام بخش و رضایت از زندگی شخصی بود. در مطالعه رستگاری و همکاران بیش از دو سوم پرستاران معتقد بودند که بین زندگی شخصی و کارشان، تعادل کمی وجود دارد (18). در مطالعه اصغری و همکاران نیز 96 درصد پرستاران معتقد بودند مشکلات خانوادگی یکی از پیامدهای شغل پرستاری است (35) اگر چه در این مطالعه، ارتباطی بین استرس و فرسودگی با وضعیت تأهل مشاهده نگردید.

حدود 20 درصد پرستاران این پژوهش، "انجام کارهای خارج از توان جسمی" را به میزان زیاد و خیلی زیاد بیان، به عنوان یکی از علل بروز فرسودگی شغلی کرده اند. در مطالعه یانگ (2012) حجم کاری بالا، به عنوان علت اصلی بروز فرسودگی شغلی بوده است (26). در مطالعه فالر و همکاران (2011) با افزایش تعداد بیماران، بروز فرسودگی در پرستاران کالیفرنیا افزایش یافته است (27).

شرکت نکردن پرستاران در تصمیم گیری های کلان، عدم پاسخگویی مسئولین و وعدم هماهنگی واحد پرستاری با سایر واحدها، از دیگر دغدغه های پرستاران شاغل در بیمارستان ها در حوزه مدیریتی بود که با مطالعه رستگاری و همکاران (18)، نوروز نژاد و همکاران (36) و بروک و اندرسون (33) همخوانی دارد. همخوانی دارد. ارتباط گروه پرستاران با سایر افراد تیم بهداشتی-درمانی، علاوه بر بهبود رضایت شغلی آنان، پیامدهای مثبتی بر بیمار، پرستار و پزشک دارد (18). به نظر می رسد مدیران باید با برنامه ریزی، راهکارهایی را اتخاذ کنند تا مشارکت پرستاران در تصمیم گیری (decision-making) افزایش یافته و تصمیم ها برایشان ملموس تر گردد.

دیدگاه نامناسب جامعه و عدم معرفی مناسب پرستاری توسط رسانه ها از دید پرستاران در این مطالعه، فاکتورهای مهمی در بروز سندرم فرسودگی شغلی در حیطه اجتماعی بودند. در پژوهش چونگ و همکاران در بیمارستان های عمومی تایوان، ارتباط معنی داری بین رضایت شغلی و عوامل انگیزش کاری (motivational work) مانند جایگاه و رتبه اجتماعی حرفه مشاهده گردید (37). در مطالعه فرادلوس و همکاران (2014) ارتباط مستقیمی بین سندرم فرسودگی و جایگاه فرد در اجتماع به عنوان یکی از شاخص های مؤثر بر کیفیت زندگی پرستاران یافت شده است (28). علاوه بر تأکید بر نقش رسانه ها بر فرهنگ جامعه، پرستاران خود باید دیدگاه اجتماعی حرفه پرستاری را در مصاحبه با افرادی که سلامتی خود را دوباره به دست آورده اند، ارتقاء دهند. چون پرستاران نقش مثبت و مهمی در تیم درمانی ایفا می کنند و این، تأثیر مثبتی بر افزایش آگاهی مردم در مورد نقش پرستاران دارد (18).

بررسی های متعدد نشان داده است که بروز سندرم فرسودگی، نتیجه قرار گرفتن در معرض استرس های متفاوت و مزمن در محیط کار است. نتایج این مطالعه نیز مؤید ارتباط استرس با سندرم فرسودگی بود. لذا باید با اتخاذ تدابیر مناسب جهت کاهش استرس های مختلف محیطی، میزان ابتلا به سندرم فرسودگی را کاهش داد. برنامه ریزی و اقدامات پیشگیری باید در سه سطح اولیه (مانند کاهش استرس)، دوم (درمان استرس) و سوم (مانند استخدام افراد مناسب یا انجام مشاوره های شغلی) با توجه به شرایط افراد و محیط کاری صورت پذیرد (28).

منابع و ماخذ :

1. Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. BMC Public Health. 2012;12(1):457.
2. Freudemberger HJ. Staff burn-out. Journal of social issues. 1974;30(1):159-6.5
3. Abushaikha L, Saca-Hazboun H. Job satisfaction and burnout among Palestinian nurses. East Mediterr Health J. 2009;15:190-7.
4. Galindo RH, Feliciano KVO, Lima RAS, Souza AI. Burnout Syndrome among General Hospital Nurses in Recife. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012;46(2):420-7.
5. Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO. Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010;18(6):1084-91.
6. Wu S, Zhu W, Li H, Wang Z, Wang M. Relationship between job burnout and occupational stress among doctors in China. Stress and health. 2008;24(2):143-9.
7. Wu S, Li H, Zhu W, Lin S, Chai W, Wang X. Effect of Work Stressors, Personal Strain, and Coping Resources on Burnout in Chinese Medical Professionals: A Structural Equation Model. Industrial health. 2012.
8. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. Journal of advanced nursing. 2003;44(6):633-42.
9. Bratt M, Broome M, Kelber S, Lostocco L. Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. American Journal of Critical Care. 2000;9(5):307-17.

10. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006.4;
11. Tsai YC, Liu CH. Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC Health Services Research.* 2012;12(1):199.
12. Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 2009;15(2):61-6.
13. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of advanced nursing.* 2007;59(3):233-9.
14. Brand S, Beck J, Hatzinger M, Harbaugh A, Ruch W, Holsboer-Trachsler E. Associations between satisfaction with life, burnout-related emotional and physical exhaustion, and sleep complaints. *World Journal of Biological Psychiatry.* 2010;11(5):744-54.
15. Montero-Marín J, García-Campayo J, Fajó-Pascual M, Carrasco JM, Gascón S, Gili M, et al. Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC psychiatry.* 2011;11(1):49.
16. Dorrian J, Paterson J, Dawson D, Pincombe J, Grech C, Rogers AE. Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. *Revista de saude publica.* 2011;45(5):922-30.
17. Rastegari M, Khani A, Ghalriz P, Eslamian J. Evaluation of quality of working life and its association with job performance of the nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 2010;15(4):224.
18. gholamnejad h, nikpeyma n. etiology of occupational stress in nurses. *Iranian work health.* 2009;6(1):6.
19. Bahrami A, Akbari H, Musavi G, Hanaei M, Ramazani Y. occupational stress in nurses of Kashan hospitals in 2009. *feyz.* 2009;15(4):8.
20. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians*. *Critical care medicine.* 2003;31(3):956-9.
21. Mahmoodian F, Seyed Jafari S, Keshmiri M, Azimi A, Vosoughi M. Nurses' Experiences about the challenges of Nurse-Physician Professional Relationships, in 13902014.
22. Zeighami Mohammadi S, Hagigi S. THE ASSOCIATION BETWEEN NURSES COMMUNICATION SKILLS AND NURSE-PHYSICIAN RELATIONSHIP AND COLLABORATION. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences.* 2008;6(4):189-96.
23. Moreno-Casbas MT, Ruzafa-Martinez M, Rol MA, Madrid JA, Serrano Pinto A, González-María E, et al. Sleepiness in Spanish nursing staff—influence of chronotype and care unit in circadian rhythm impairment: research protocol. *Journal of advanced nursing.* 2014;70(1):211-9.
24. Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH. The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs.* 2012;31(11):2501-9.
25. Laschinger HKS, Grau AL. The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies.* 2012;49(3):282-91.
26. Kwon KJ, Lee S-H. Occupational Stress and Coping Styles as Factors Affecting the Burnout of Clinical Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration.* 2012;18(4):383-93.
27. Faller MS, Gates MG, Georges JM, Connelly CD. Work-related burnout, job satisfaction, intent to leave, and nurse-assessed quality of care among travel nurses. *Journal of Nursing Administration.* 2011;41(2):71-7.
28. Fradelos E, Tzitzikos G, Giannouli V, Argyrou P, Vassilopoulou C, Theofilou P. Assessment of burn-out and quality of life in nursing professionals: the contribution of perceived social support. *Health Psychology Research.* 2014;2(1(

Assessing Burnout syndrome etiologies and stress tendency in nurses

Mahdi Karimyar Jahromi¹, Mohsen Hojat²

Introduction: Burnout syndrome is considered as emotional exhaustion and reduced individual performance that is because of the energy resources resolution and decline adaptation due to chronic job stress. This study done with aim of assessing burnout syndrome etiologies and stress tendency in nurses of Jahrom Medical University hospitals.

Methods: This was a descriptive study. Sample census of all nurses working in the hospitals of Jahrom Medical Sciences (Motahari and Pymanyh) during winter and spring 2013. The data collection was tow questionnaire: burnout syndrome factors and standard Cohen stress assessment. Data were analyzed by SPSS software and descriptive statistics and Pearson and Spearman correlation coefficients.

Results: In this study from nurses' perspective, scopes management, social and professional, respectively, have been more effective in burnout syndrome incidence. The majority of nurses (76/41 percent) had a moderate level of stress. Significant correlation was observed between the burnout and stress (p value<0.05).

Conclusion: This study finding showed that several factors have different effects on burnout syndrome from nurses' viewpoints. Therefore incidence of burnout syndrome should decline with appropriate decision making for decrease various stressors.

Keywords: burnout syndrome, stress, nurse

¹MSc of Critical Care Nursing, faculty of Jahrom University of Medical Science, Jahrom, Iran

² PHD nursing student, faculty of Jahrom University of Medical Science, Jahrom, Iran