

رابطه تاب آوری و فرسودگی شغلی در پرستاران

خدایمراد مومنی^۱، دکتر مصطفی اکبری^۲، فروزان آتش زاده شوریده^۳

چکیده

مقدمه: ظرفیت تاب آوری به عنوان یک پیش بینی کننده جهت جلوگیری و کاهش فرسودگی شغلی ناشی از استرس های حرفه ای محسوب می گردد. در بین مشاغل، پرستاری از حرفه های پر استرس به حساب می آید. رویکرد روان شناسی مثبت نگر، امروز به جای تمرکز بر حل مشکل سعی در افزایش توان فرد برای برخورد با مشکلات را دارد و این نکته ای است که در تاب آوری مورد توجه است. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه تاب آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران است.

روش ها: در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی جامعه آماری کلیه پرستاران بخش دولتی شهر کرمانشاه بود که ۴۲۶ نفر به عنوان نمونه به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای جمع آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ (MBI) و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS به روش همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین تاب آوری پرستاران و فرسودگی شغلی کلی ($P < 0/0001$) و تاب آوری و مولفه خستگی هیجانی و منسوخ شخصیت ($P < 0/001$) تاب آوری و مولفه احساس عدم کفایت شخصی ($P < 0/01$) همبستگی منفی وجود دارد. بین تاب آوری با ویژگی های جمعیت شناختی همبستگی ملاحظه نشد.

نتیجه گیری: با توجه به این که تاب آوری یکی از عوامل پیش بینی کننده جلوگیری و کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران است، پیشنهاد می گردد آموزش تاب آوری و پیش بینی کننده های آن در آموزش های پرستاران و دانشجویان دوره پرستاری گنجانده شود.

واژه های کلیدی: پرستاران، فرسودگی شغلی، تاب آوری

مقدمه

است. در این دیدگاه جدا از شناخت منابع استرس و توصیه صرف به کاهش منابع فشار روانی، تجهیز افراد و گروه ها به ظرفیت های فردی روانی و شخصیتی است که در تجربه موقعیت های تنش زا و مشکل آفرین کمک کننده باشد، چرا که هر اندازه تلاش بر کاهش منابع استرس صورت پذیرد،

سلامت روانی، نیازی اساسی و برای بهبود کیفیت زندگی امری حیاتی است (۱). تحولی که در دهه های اخیر با توجه به طرح رویکردهای مثبت نگر در حوزه روان شناسی سلامت صورت گرفته است در چگونگی نگرش و نحوه ی نگرستن به استرس و فشار روانی در موقعیت ها و شرایط تنش زا

۱- استادیار گروه روان شناسی دانشگاه رازی کرمانشاه

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه رازی کرمانشاه

۳- دانشجوی Ph.D پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رابطه تاب آوری و فرسودگی شغلی در پرستاران

ها فرد شاغل عموماً در حال تنیدگی قرار می‌گیرد. از جمله این مشاغل می‌توان به حرف بهداشتی و درمانی به ویژه شغل پرستاری اشاره کرد. به نظرمک آلستر^۱ و مک کینون^۲ کار کردن در حرفه پرستاری به دلایل مختلف چالش برانگیز است. کار دارای سرعت است و ماهیت آن در حال تغییر است، گروه های شغلی متفاوتی در محیط کار وجود دارند که فرد باید با آن‌ها در تعامل باشد. مهم تر از همه این که شغل پرستاری نیازمند توجه و ارائه مراقبت دائم و تعامل با مراجعان و وابستگان آن‌ها است که غالباً در بحران به سر می‌برند (۶). طبق نظر نیزویک^۳ (۲۰۰۹) در بین افراد شاغل در مراکز درمانی، پرستاران بیشترین فشار کاری را متحمل می‌شوند (۷). پژوهشگرانی از جمله سانتوس^۴ و همکاران (۲۰۰۳)، ابوالراب^۵ (۲۰۰۴)، لای^۶ و لامبرت^{۱۱} (۲۰۰۸)، محمدی (۲۰۰۶) و غلام‌نژاد (۲۰۰۹) معتقدند که تجربه فشار روانی در بین قشر پرستاران شایع است (۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲).

مک آلستر و مک کینون (۲۰۰۹) می‌گویند که استرس های شغلی پرستاران کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد و به بروز برخی از اشکال بیماری های جسمی و روانی آن‌ها کمک می‌کند و ممکن است که عوارض و مشکلات خفیف و یا شدید روانی را در پرستاران ایجاد و یا افزایش دهد (۶).

مجموعه این شرایط می‌تواند منجر به بروز سندرم فرسودگی شغلی^{۱۳} شود. سندرمی که به گفته ایساکسون (۲۰۰۹) امروز به عنوان مسئله نگران کننده ای در بین پرستاران مشاهده می‌شود (۱۰). این سندرم به عنوان سندرم خستگی جسمی و عاطفی تعریف شده است که بنا بر تعبیر ابوشیخه^{۱۳} با مفهوم منفی از خودهمراه است و نگرش منفی نسبت به شغل و از دست دادن شغل را در بر می‌گیرد (۱۲). کالیمو معتقد است که فرسودگی شغلی پاسخی است به تجربه استرس های هیجانی مزمن که شامل سه مولفه: فرسودگی هیجانی یا جسمی، کاهش بازده شغلی و مسخ شدید هویت است (۱۵). مسلش^{۱۴} و جکسون^{۱۵} (۱۹۹۳) می‌گویند فرسودگی شغلی کاهش قدرت سازگاری فرد با

ماهیت بعضی مشاغل و تجارب به گونه ای است که خواه ناخواه افراد دچار مشکل می‌شوند. به گونه ای که ممکن است سلامت روانی آن‌ها تهدید شود. بنابراین توجه به ظرفیت های فردی و روانی که کمک آن‌ها بتواند در شرایط دشوار مقاومت نماید و دچار آسیب دیدگی نگردد و حتی در تجربه چنین شرایط مشکل آفرین یا بحرانی خود را از لحاظ شخصیتی ارتقاء بخشد، اخیراً مورد توجه روان شناسان مثبت نگر قرار گرفته است. مفهومی که تحت عنوان رشد پس از ضربه^۱ نام گذاری شده است (۲).

ظرفیتی که در این خصوص مورد توجه قرار گرفته است، تاب آوری^۲ است. تاب آوری ازسوی مارش^۳ (۱۹۹۶) به عنوان توانایی عبور از دشواری ها و غلبه بر شرایط در زندگی تعریف شده است (۳). هم چنین تاب آوری از دیدگاه نیومن^۴ به عنوان توانایی تطابق با دشواری ها مورد اشاره قرار گرفته است (۴). در مدل استرس-بیماری (بیماری ناشی از استرس) اعتقاد بر این است که افراد در صورتی دچار یک بیماری یا اختلال می‌شوند که در ابتدا زمینه ای زیستی، روان شناختی یا روانی اجتماعی برای ابتلا به آن اختلال یا بیماری داشته باشند و سپس تحت استرس قرار گیرند. در حالی که بسیاری از افراد زمینه ابتلا به بسیاری بیماری ها را دارند، اما همه دچار این بیماری ها نمی‌شوند. آنچه مانع از پای در آمدن افراد در مقابل استرس می‌شود روش هایی است که آن‌ها برای تعدیل استرس به کار می‌برند. این روش های کارآمد بر پایه ویژگی تاب آوری بروز می‌کند (۶).

تاب آوری نه فقط افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل است، بلکه مهم تر از آن حفظ سلامت روانی و ارتقاء آن است. تاب آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا با مشکلات و ناملایمات زندگی و شغلی روبرو شوند بدون این که دچار آسیب شوند و حتی این موقعیت ها را فرصتی برای ارتقاء و رشد شخصیت خود مورد استفاده قرار دهند. به نظر میرسد یکی از تجارب تنش زا ممکن است اشتغال فرد یا افراد در حرفه ای خاص باشد. مشاغلی که به دلیل ماهیت آن

1- Post traumatic growth
2- Resilience
3- March
4 - Newman
5 - McAllister
6 - McKinon
7 - Knezweek
8 - Santos

9 - AbuAlrup
10 - Lie
11 - Lambert
12- bumout
13- Abushaikha
14- Maslech
15- Jackson

بر همین اساس امروز برای حفظ و تأمین سلامت روانی در پرستاران جدا از کاهش منابع استرس زا و مهم تر از آن نگاه ها به ایجاد و تقویت تاب آوری و رفتارهای تاب آورانه در پرستاران معطوف گردیده است. مک آلستر و مک کینون (۲۰۰۹) و ایساکسون و همکاران (۲۰۰۹)، ظرفیت تاب آوری را برای موفقیت در شغل پرستاری لازم می دانند، چون به نظر آن ها در غیر این صورت شرایط کار بسیار دشوار خواهد بود و منجر به آسیب های روانی و زیستی برای پرستاران خواهد شد (۱۴،۶). بر همین اساس جکسون^{۱۶} و همکاران (۲۰۰۷) در این زمینه برای افزایش رفتارهای تاب آورانه راهبردهایی را ارائه داده اند (۱۹) و اسکولز^{۱۷} (۲۰۰۸) برنامه هایی را برای آموزش تاب آوری برای پرستاران در ده مرحله تدوین نموده اند (۲۰).

وارلو^{۱۸} و ادوارد^{۱۹} (۲۰۰۷) اظهار می کنند که پرستاران در قرن بیست و یکم به منظور رویارویی با مشکلات حرفه ای و تأمین سلامت روانی خود باید به طور ماهرانه ای تاب آوری را در خود گسترش دهند، چون که تاب آوری و رفتارهای تاب آورانه بطور بالقوه به افراد کمک می کند تا بر تجارب منفی غلبه کنند و این تجارب را به تجارب مثبت در خود تبدیل نمایند (۲۱) و جفکات^{۲۰} و همکاران (۲۰۰۹) تاب آوری را برای کارکنان بخش سلامتی و سلامت درمانی، علت سازگاری و تطابق برای آن ها می دانند و معتقدند با وجود تاب آوری میزان اطمینان به این بخش ها بیشتر می شود (۲۲).

بنابراین امروزه بر خلاف گذشته که به روش های مشکل و مسئله مدار که سعی در جهت کاهش منابع تنش و استرس شغلی دارند به روش هایی توجه میشود که با بالا بردن ظرفیت های فردی در عین برخورد با مشکل، افراد خود را از لحاظ شخصیتی ارتقاء بخشند.

با توجه به مطالب بیان شده انجام پژوهش هایی با رویکرد جدید برای پیشگیری و کاهش فرسودگی شغلی و ارتقا سلامت روانی پرستاران ضرورت می یابد. رویکردی که به جای توجه به مسایل سازمانی و برون فردی بر ظرفیت های شخصی همچون تاب آوری تأکید دارد. در این رویکرد امکان مداخله به روش آموزش برای افزایش سلامت روانی به جای

عوامل فشارزا و نشانگانی مرکب از خستگی جسمی و عاطفی است که به ایجاد خودپنداره و نگرش منفی به شغل و فقدان احساس ارتباط با مراجعان به هنگام انجام وظیفه منجر می شود و آن را دارای سه مولفه اصلی: خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش عملکرد شخصی بر می شمردند. به اعتقاد آن ها خستگی هیجانی متأثر از فشار روانی، احساس تحت فشار بودن و از میان رفتن منابع هیجانی فرد است. مسخ شخصیت، پاسخ منفی و سنگدلانه به اشخاصی است که معمولاً دریافت کنندگان خدمت از همان فرد هستند و به برداشت منفی از مراجع اشاره دارد و در نهایت، کاهش یا فقدان کفایت شخصی، کم شدن احساس شایستگی در انجام وظیفه و ارزیابی منفی فرد از خود در زمینه کار است. سندرم فرسودگی شغلی، یک اختلال روانی نیست ولی در طی زمان، به آهستگی گسترش می یابد و می تواند به یک ناتوانی روانی تبدیل شود (۱۶).

طوبایی (۲۰۰۶) اظهار می کند که در پرستاران فرسودگی شغلی با کاهش توانایی در توجه کردن به بیماران، غیبت از کار و رها کردن شغل و در نهایت کاهش توجه و مراقبت از بیماران منتهی می شود (۱۷). نتایج تحقیقات صاحب الزمانی (۲۰۰۸)، غلام نژاد (۲۰۰۹)، مک آلستر و مک کینون (۲۰۰۹) نشان می دهد که فرسودگی شغلی در بین پرستاران شایع است (۱۸،۱۲،۶).

تا به حال هر چند اقدامات زیادی برای شناخت و کاهش عوامل استرس زا در پرستاران صورت پذیرفته است ولی به نظر مک آلستر و مک کینون (۲۰۰۹) بیشترین توجه به عوامل سازمانی و مدیریتی و عوامل بیرونی و خارج از فرد بوده است، ولی با توجه به ماهیت شغل پرستاری که با استرس همراه است، اقداماتی از این دست کمتر کارآمد بوده است، به گونه ای که خواه ناخواه پرستاران دچار تحمل فشار روانی، فرسودگی و بی توجهی شده اند. بنابراین در خیلی از مواقع نیروهای با تجربه مراکز درمانی کار را رها کرده اند و در نتیجه این مراکز نیروهایی را بخدمت گرفته اند که برای بر عهده گرفتن شغل حساس پرستاری دارای تجربه کاری لازم نبوده اند (۶).

شیوه ی حل مشکل در روش های سنتی عملی تر است. مهم این که از یک سو خلا پژوهش هایی با این رویکرد به دلیل نو بودن و به کارگیری مفاهیم جدید مانند تاب آوری در حوزه روانشناسی سلامت و از سوی دیگر تفاوت بافت فرهنگی و اجتماعی خاص جامعه ایران از سایر جوامع که تحقیقاتی از این دست انجام داده اند ضرورت انجام بیش از پیش پژوهش حاضر را برجسته می سازد.

مواد و روش ها

روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و جامعه آماری کلیه پرستاران مراکز درمانی دولتی شهر کرمانشاه بوده است که از جامعه فوق نمونه ای برابر با ۴۲۶ نفر به روش تصادفی از بیمارستان امام خمینی، امام رضا، طالقانی و معتضدی شهر کرمانشاه در زمستان ۱۳۸۸ انتخاب شدند. همه نمونه ها فارغ التحصیل یا دانشجویی با درجه کارشناسی و دارای حداقل یک سال تجربه کاری پرستاری بالینی بودند.

ابزارهای مورد استفاده سه قسمت بود: ۱- فرم اطلاعات جمعیت شناختی، این فرم در بر گیرنده اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی ها با توجه به سؤالات و فرضیه های پژوهش بود، ۲- پرسش نامه فرسودگی شغلی ماسلاچ^{۲۱} یا MBI (۱۹۹۳)، این پرسش نامه از ۲۲ ماده تشکیل شده و فرسودگی شغلی کلی و سه مولفه آن را که شامل: خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و احساس عدم کفایت شخصی است را ارزیابی می کند. ماسلاچ و جکسون (۱۹۹۳) اعتبار درونی این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از مولفه های این پرسش نامه محاسبه کردند و برای خستگی هیجانی، همسانی درونی ۰/۹۰، مسخ شخصیت ۰/۷۹ و احساس کفایت شخصی ۰/۷۱ به دست آمد. در مورد اعتبار سازه پرسش نامه فرسودگی شغلی، در پنج تحقیق دراز مدت (هشت سال) اطلاعاتی را به دست آوردند که نشان می دهد در تجزیه و تحلیل عاملی و همبستگی استفاده از طریق مولفه های پرسش نامه فرسودگی شغلی مناسب است (۲۲).

اعتبار این پرسش نامه برای اولین بار در ایران توسط نیلیان (۱۳۷۱) بررسی گردید. در این پژوهش پس از ترجمه متن از

انگلیسی به فارسی و انجام اصلاحات لازم در آن به چند نفر متخصص در دانشگاه های ایران ارائه و نظرات اصلاحی آن ها اعمال گردید. پس از آن، این پرسش نامه در مورد پرستاران اجراء گردید و واکنش آنان از نظر تناسب گزاره ها همراه با مصاحبه در کنار اجرای پرسش نامه به دست آمد و سؤالات نامناسب حذف گردید و سرانجام با استفاده از روش برآورد پایایی و اعتبار از روش آلفای افزایشی، سؤالات نامتناسب حذف شده و پرسش نامه به صورت معتبری تدوین شد (۲۴).

در مطالعه مقدماتی که توسط بدری گرگری (۱۳۷۴) بر روی این پرسش نامه صورت گرفت خصوصیات روان سنجی برای خستگی هیجانی، همسانی درونی ۰/۸۴، مسخ شخصیت ۰/۷۵ و احساس کفایت شخصی ۰/۷۴ به دست آمد. شیرکول ۱۳۸۲ در پژوهش خود آلفای کرونباخ برای هر یک از مولفه ها را با همسانی درونی برای خستگی هیجانی ۰/۸۲، مسخ شخصیت ۰/۷۱ و احساس کفایت شخصی ۰/۷۷ گزارش کرده است. همچنین رضائی (۱۳۸۱) پایانی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی آن را از طریق محاسبه روایی همزمان با مقیاس رضایتمندی شغلی بریفیلد ورث سنجیده و رابطه معکوس و ۰/۷۹ را گزارش کرده است. فرسودگی شغلی در کسب نمرات بالا در نمره کلی و مولفه خستگی هیجانی و مسخ شخصیت و احساس عدم کفایت شخصی مشخص می شود (۲۳). هنجار نمرات مولفه های آزمون فرسودگی شغلی در جامعه ایران در جدول ۱ آورده شده است (۱۱).

جدول ۱: هنجار نمرات مولفه های فرسودگی شغلی

میزان مولفه	کم	متوسط	زیاد
خستگی هیجانی	< ۱۷	۱۸ - ۲۹	> ۳۰
مسخ شخصیت	< ۶	۷ - ۱۱	> ۱۱
احساس کفایت شخصی	< ۳۳	۳۴ - ۳۹	> ۳۹

۳- مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون^{۲۳} (۲۰۰۳) CD-RIS^{۲۳}. این پرسش نامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با

یافته ها:

در پژوهش حاضر ۴۲۶ پرستار، ۸۴ نفر (۱۹/۷ درصد) مرد و ۳۴۲ (۸۰/۳ درصد) زن با میانگین سنی 30.7 ± 6.25 ، پرستش نامه های فرسودگی شغلی، تاب آوری و فرم جمعیت شناختی را تکمیل کردند (جدول ۲).

نتایج نشان داد که میزان فرسودگی شغلی در بین پرستاران برای مولفه های خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و عدم احساس کفایت شخصی به ترتیب $24/02$ ، $7/43$ و $30/18$ است که در هر سه مولفه میانگین بر اساس هنجار پرستاران در ایران در حد متوسط بود.

در خصوص همبستگی بین تاب آوری و فرسودگی شغلی و مولفه های آن، یافته ها نشان داد که میزان همبستگی بین تاب آوری و فرسودگی شغلی $0/61-$ بود که این همبستگی با $(P < 0/0001)$ معنی دار بود. همچنین همبستگی بین تاب آوری و مولفه های مربوط به فرسودگی شغلی در خستگی هیجانی و مسخ شخصیت به ترتیب $0/73-$ و $0/43-$ به دست آمد که هر دو همبستگی با $(P < 0/0001)$ معنی دار بود. هم چنین ضریب همبستگی بین احساس عدم کفایت شخصی

مردم منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. پرسش نامه دارای ۲۵ گویه است که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود (۲۴). این مقیاس توسط محمدی (۱۳۸۴)، در ایران هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳ ضریب های بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۶ را نشان داد. سپس گویه های مقیاس به روش مولفه های اصلی مورد تحلیل قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی گویه ها، در شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر با ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر 550628 بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. برای تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۲۵). داده ها به وسیله نرم افزار SPSS نگارش ۱۶ به روش ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول (۲): مشخصات آزمودنی ها و میانگین نمرات تاب آوری و مولفه های فرسودگی شغلی

ویژگی ها	تعداد	درصد	تاب آوری	خستگی هیجانی	مسخ شخصیت	احساس عدم کفایت شخصی
جنس	مرد	۸۴	۱۹/۷	۲۴/۲۰	۸/۰۰	۲۸/۰۵
	زن	۳۴۲	۸۰/۳	۲۳/۸۶	۷/۲۹	۳۰/۷
سن	۲۰-۲۵	۴۲	۹/۹	۲۲/۰۹	۷/۸۱	۲۹/۵
	۲۶-۳۰	۱۶۲	۳۸/۰	۲۴/۶۶	۷/۱۰	۳۰/۲
	۳۱-۳۵	۶۶	۱۵/۵	۲۴/۹۴	۶/۷	۳۰/۲۶
	>۳۵	۱۵۴	۳۶/۳	۲۳/۴۷	۷/۹۸	۳۰/۶۴
وضعیت تاهل	نامشخص	۲	۰/۵	۲۴/۰۲	۷/۴۳	۳۰/۷
	مجرد	۱۶۶	۳۹/۰	۲۴/۷۶	۷/۹۴	۳۰/۴۹
سابقه خدمت	متاهل	۲۶۰	۶۱/۰۰	۲۳/۵۴	۷/۱۰	۲۹/۹۸
	>۱۰	۲۵۰	۵۸/۶۹	۲۴/۱۷	۷/۱۰	۳۰/۴۸
	۱۱-۲۰	۱۱۸	۲۷/۷	۲۳/۳۲	۷/۹۹	۲۹/۱۸
نامشخص	>۲۰	۲۴	۵/۶	۲۵/۸۹	۸/۱۶	۳۱/۹۷
	نامشخص	۱۴	۳/۲۸	۲۴/۰۲	۷/۴۳	۳۰/۱۸
کل	۴۲۶	۱۰۰	۸۷/۱۶	۲۴/۰۲	۷/۴۳	۳۰/۱۸

جدول ۳: ضریب همبستگی بین تاب آوری با مولفه های فرسودگی شغلی و ویژگی های جمعیت شناختی

ویژگی های جمعیت شناختی				مولفه های فرسودگی شغلی				تاب آوری
سابقه خدمت	وضعیت تاهل	سن	جنس	فرسودگی شغلی کلی	احساس عدم کفایت شخصی	مسخ شخصیت	خستگی هیجانی	
۰/۰۵	۰/۱۲	-۰/۰۴	۰/۰۷	-۰/۶۰۲	-۰/۲۹	-۰/۴۳	-۰/۷۳	ضریب همبستگی
۰/۴۷	۰/۲۳	۰/۵۱	۰/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	سطح معنی داری

فرسودگی شغلی در پرستاران همسواست (۲۵). عدم همبستگی بین تاب آوری و ویژگی های جمعیت شناختی سن، جنس، سابقه خدمت و وضعیت تاهل را می توان این گونه تحلیل نمود که چون ظرفیت تاب آوری در بنیاد یک توانائی منشی و زیستی است که در شرایط محیطی می تواند مورد تغییر قرار گیرد، بنابراین در جامعه فوق تاب آوری در شرایط معمول یکسان و بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی عدم همبستگی غیر قابل انتظار نیست و در بررسی های سوابق پژوهشی که به بررسی همبستگی تاب آوری و ویژگی های جمعیت شناختی پرستاران پرداخته باشد، پیشینه ای یافت نشد.

نتیجه گیری نتایج نشان داد که تاب آوری می تواند از عوامل و پیش بینی کننده در پیشگیری و کاهش فرسودگی شغلی و مولفه های آن در پرستاران باشد بنابراین پیشنهاد می شود که پیش بینی کننده های مهم تاب آوری مانند: همدلی، امید، خودکفایی، تطابق پذیری، پیوند معنوی، توانائی یافتن معنی در مشکلات، مهارت های زاینده، مهارت های انطباقی و مدیریت استرس در آموزش های رسمی و غیر رسمی پرستاران و برنامه های آموزشی دانشجویان رشته پرستاری گنجانده شود.

هم چنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر به منظور کسب اطلاعات پایه از همبستگی تاب آوری با فرسودگی شغلی انجام شده است، پیشنهاد می گردد که به صورت مستقیم و به روش تجربی نقش آموزش ظرفیت ها و مهارت های تاب آوری و پیش بینی کننده های مربوط به آن بر فرسودگی شغلی مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: از مدیریت پرستاری و پرستاران

و تاب آوری ۰/۲۹ بود که در سطح ($P < ۰/۰۱$) همبستگی معنی دار بود. هر سه همبستگی حکایت از پیش بینی کنندگی متغیر تاب آوری در کاهش فرسودگی شغلی و مولفه های آن است، هم چنین رابطه همبستگی بین تاب آوری با هیچ یک از ویژگی های جمعیت شناختی ملاحظه نشد. (جدول ۳)

همبستگی منفی بین تاب آوری و فرسودگی شغلی و خستگی هیجانی و مسخ شخصیت و احساس عدم کفایت شخصی نشان از قدرت پیش بینی تاب آوری به عنوان پیش بینی کننده قوی فرسودگی شغلی دارد، به گونه ای که با افزایش تاب آوری و رفتارهای تاب آورانه می توان کاهش فرسودگی شغلی را در پرستاران پیش بینی نمود. این نتیجه در راستای یافته های پژوهشی ادوارد و همکاران (۲۰۰۷) مبنی بر رابطه رفتارهای تاب آورانه و فرسودگی شغلی در پرستاران است، هدف پژوهشگران بکارگیری و آگاهی از رفتارهای تاب آورانه در پرستاران به عنوان وسیله ای برای غلبه و کنترل فرسودگی و استرس شغلی پرستاران بود. آن ها دریافتند که فرآیند تاب آوری از طریق نظارت و تمرین عملی این ظرفیت در رشد حرفه ای پرستاران برای جلوگیری از فرسودگی شغلی موثر است و پرستارانی که نمرات بالا در تاب آوری کسب کرده بودند کمتر در معرض فرسودگی شغلی قرار گرفته بودند (۲۵).

نتایج این پژوهش هم چنین با یافته های پژوهشی وارلو و ادوارد (۲۰۰۷) که نشان داد پرستارانی که در رویارویی با مشکلات حرفه ای جهت حفظ سلامت خود از رفتارها و ظرفیت های تاب آورانه بهره می گیرند کمتر دچار فرسودگی شغلی می شوند (۲۱) و یافته های کلی (۲۰۰۲) مبنی بر همبستگی بین همدلی به عنوان یکی از شاخصه های کلیدی تاب آوری با

پژوهش همکاری نموده اند قدردانی و سپاس گذاری می شود.

بیمارستان های امام خمینی، طالقانی، امام رضا و معتضدی کرمانشاه که در هماهنگی و تکمیل پرشسنامه های این

REFERENCE:

- 1- World Health Organization (2001). Mental health: New understand new hope. The World Health Report, Geneva, Word Health Organization.
- 2- Linley, P.A; Joseph, S (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. Journal of Traumatic Stress; 17(1): 11-21.
- 3- Marsh, P.T (1996). Resilience: A historical review of the construct. Journal of the California Alliance for the mentally illness; 7(3): 4-6.
- 4-Mohamadi M.J [resilient factors a many individual high risk for substance abuse (Dissertation)] (2005) University of social welfare and Rehabilitation.
- 5- Newman, R. (2003). Providing direction on the road to resilience, Behavioral Health Management 13(4), 42-43
- 6- Mc Allister, McKinnon, J (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines; A critical review of the literature. Nurses Education Today; 29: 371- 379
- 7-Knezevic , B , Millosevic ,M, Golubic, R ,Blosevic , L.& Mustajbegoic, J (2009) work – related , tress and work ability among croation university hospital midwives . Journal homepage: www.elseiver.com / midw
- 8- Santos, S,R.Santos ,C.A.& Carrol .K ,S (2003). Baby boomer nurses bearing the burden of care: A four – site study of stress, strain, and coping for im-potent, 33(4). 243- 250.
- 9-Abu Alrub, R. (2004).Job stress, job performance and social support among hospital nurse. Journal of Nursing Scholarship; 36: 73-78.
- 10- Lie, J & lambert, V, A. (2008) . Job satisfaction among intensive care nurses from the people's re-public of China. International Nursing Review; 55: 34-39.
- 11-Mohamadi H, Siratinir M, standardization Ebadi A Tadriss, Taiby A. [The study of stress Among Head Nuress in selected Hospitals of Tehran(Persian) nursing and Midwife Journal of I ran Medical science17science(2006)2(56).
- 12- Golamnejad.H, Nikpama N [Reasons of cre-ation of job stress in nurses (Persian)] 2009 Journal of Medicine; 6(1)
- 13-Abushaikha, L & Saca-Hazboun, H.(2009), Job satisfaction and bumout among Palestinian nurses. Eastern Mediterranean Health Journal; 15(1): 190-197.
- 14-Isaksoon, K.E, Gude, T; Tyssen, R & Asland, O.G. (2009) A self-refe preventive intervention for bumout among Norwegian Nurses, Journal Patient Education and Counseling
- 15- Kalimo, Raija. Psychological factors at work and their relation health. Translated by barahani M.(2000).Tehran
- 16- Maslach, C, & Jackson, S.E (1993). Manual of the Maslach Bumout Inventory (2nd edition) Paloal-to: Consulting Psychologist Press Inc.
- 17-Toubaei A, S, [Bumout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry bum and bum wards (Persian) 2006, Journal of Ofoyh Danesh , Gonabad. 12 (4) 40-46
- 18-Sahebalzamani M, Safavi M, Farahani [Study of level of bumout and relation with social supports of nurses working in hospitals in Tehran (persian)].



Journal of Medicine Azad University, 2008(57)

19-Jackson, D, Fritko, A & Eden borough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving the face of work place adversity: a literature review. Journal of Advanced Nursing (60)1, 1-6.

20- Scholes, J.G. (2008). Coping with the professional identity crisis: Is building resilience the answer: International Journal of Nursing studies 45: 975-978.

21- Warelow, Phili & Edward, Karen-leigh. (2007). Caring as a resilient practice in mental health nursing. International Journal of Mental Health Nursing; 16(2): 132-135.

22- Geffcott, UA, Ibrahim JE & Cameron PA, (2009) Resilience in health care and clinic handover. Qual Saf Health Care 2009; 18: 256-260

23-Ghobari B,B, Nabavi M, Shrikool M [factors effective on boum out teachers blind , deaf and normal student in guidance school level on city of Tehran (Persian)] 2006. Journal of Psychology and Education; 35(2): 109-135

24-Conner L. & Davidson, M.(2003)An inventory for resilience construct. Personality & Individual Difference; 35: 41-53.

25- Edward, Karen-Leigh (2005). The phenomenon of resilience in crisis care mental health clinicians, International Journal of Mental Health Nursing; 14(2): 142-148.

26-Kelly M. Bradham (2009), Empathy and burn out in nurses, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2009.

