بررسی ارتباط بین شاخص‌های محیط کاری پرستاران و ابعاد فرسودگی شغلی آنان در بیمارستان‌های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

محمد عرب[۱]، عباس رحیمی[۲]، لیلا والی[۳]، رامین روانگرد[۴]، علی اکبری ساری[۵]

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۳/۲۲ تاریخ ویرایش: ۹۰/۰۶/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۰/۰۹/۰۵

چکیده

زمینه و هدف: در یک سازمان سالم، سلامت جسمی و روانی کارکنان به همان اندازه مهم و مورد توجه مدیریت سازمان است که تولید و بهره‌وری مورد تأکید قرار می‌گیرد. فرسودگی شغلی، محصول استرس طولانی مدت در محل کار می‌باشد. علائم این سندرم زمانی آشکار می‌شود که توانایی‌های فرد برای تقاضاهای محیط کار کافی نباشد. خستگی عاطفی، زوال شخصیت و احساس فقدان موفقیت فردی، سه بعد مختلف فرسودگی شغلی می‌باشند. در این مطالعه، ضمن بررسی محیط کار پرستاران از لحاظ مشارکت پرستاران در امور، طرح‌ریزی کیفیت مراقبت پرستاری، رهبری و پشتیبانی مدیریت از پرستاران، کفایت منابع و پرسنل و مطلوبیت روابط پزشک ـ پرستار، به بررسی تأثیر شرایط محیط کار آنان بر میزان بروز ابعاد مختلف فرسودگی شغلی در آن‌ها پرداختیم.

روش بررسی: پژوهش انجام شده از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی می‌باشدکه بصورت مقطعی و جهت بررسی محیط کاری پرستاران بر ابعاد فرسودگی شغلی آنان در بیمارستان‌های آموزشی و عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶ انجام شده است. تعداد ۲۴۱ پرستار از این جمعیت (باسطح اطمینان ۹۵٪ توان آزمون ۸۰٪ و ریزش ۳۰٪) به‌طور تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه شاخص محیط کار پرستاری و فرسودگی شغلی استفاده گردید که توسط پرستاران بخش‌های داخلی و جراحی تکمیل شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 11.5 و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها: : نتایج پژوهش نشان دادند که نوع بیمارستان و جنسیت بر روی فراوانی احساس فقدان موفقیت فردی تأثیردارند. شدت احساس فقدان موفقیت فردی از متغیر نوع بیمارستان تأثیر می‌پذیرد. کاهش مشارکت در طرح‌ریزی کیفیت مراقبت(OR=۲/۳۲۶)، رهبری و پشتیبانی مدیریت ضعیف(OR=۴/۵۵۳) و روابط محدود و ضعیف پزشک-پرستار(OR=۱/۳۳۹) بر روی فراوانی زوال شخصیت تأثیر منفی می‌گذارند. شدت زوال شخصیت از کاهش متغیر طرح‌ریزی کیفیت مراقبت(OR=۳/۳۱۰) تأثیر منفی می‌پذیرد. فراوانی خستگی عاطفی از رهبری و پشتیبانی مدیریت ضعیف(OR=۲/۱۵۲)، و در نهایت، شدت خستگی عاطفی از کاهش مشارکت در طرح‌ریزی کیفیت مراقبت(OR=۳/۸۳۸) و عدم کفایت منابع(OR=۲/۴۴۰) و روابط محدود پزشک-پرستار(OR=۲/۵۵۲) تأثیر منفی می‌پذیرند. همچنین، نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که با توجه به خطای معیار، کلیه‌ی روابط فوق الذکر، مستقیم می‌باشند یعنی با افزایش یکی، دیگری نیز افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری: در نهایت می‌توان گفت که نوع و تعداد بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های مورد بررسی، استفاده از الگوهای کاری قابل انعطاف، استقبال از ایده‌های کاری جدید، استفاده از کار تیمی، مشارکت دادن پرستاران در امور بیمارستان، فراهم بودن فرصت‌های آموزشی و ارتقای شغلی، وجود حمایت‌های مدیریتی و غیره، بر میزان فراوانی و شدت ابعاد فرسودگی شغلی پرستاران تأثیرگذار هستند.

کلید واژه‌ها: پرستار، محیط کار ، فرسودگی شغلی ، خستگی عاطفی، زوال شخصیت، فقدان موفقیت فردی.

مقدمه

در یک سازمان سالم، سلامت جسمی و روانی کارکنان به همان اندازه مهم و مورد توجه مدیریت سازمان است که تولید و بهره‌وری مورد تأکید قرار می‌گیرد. از سویی، بهداشت روانی کارکنان، عامل تعیین کننده‌ای در افزایش بهره‌وری نیروی کار و در نتیجه، ارائه‌ی خدمات بهتر و مؤثرتر توسط هر سازمان است. کارشناسان مدیریت و روانشناسان سازمانی، توجه خود را به عواملی که در افزایش یا کاهش کارآیی انسان تأثیر می‌گذارند، معطوف داشته و تلاش می‌کنند

۱- (نویسنده مسئول) استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران. arabmoha@tums.ac.ir
۲- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
۳- مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۴- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۵- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

با شناسایی این عوامل و به کارگیری تمهیدات لازم، بر تأثیر عوامل مثبت افزوده و از نقش عوامل منفی بکاهند یکی از این عوامل، تنیدگی شغلی است که آثار نامطلوبی بر جسم و روح نیروی انسانی داشته و از کارآیی آنان می‌کاهد[۱].

در روانشناسی، تنیدگی به معنی تحت فشار قرار گرفتن تعریف شده است. در بررسی‌های صورت گرفته در زمینه تنیدگی شغلی در طی ۳۰ سال گذشته، حرفه پرستاری به‌علت کافی نبودن تعداد پرستاران و در نتیجه وارد آمدن فشار کار زیاد بر پرستاران، به خودی خود به منزله‌ی نخستین منبع تنیدگی محسوب شده است. تنیدگی، جزیی شناخته شده از پرستاری نوین است که در صورتی‌که به میزان اندک وجود داشته باشد، می‌تواند مفید باشد اما در درازمدت، بیماری‌های مزمنی مانند پرفشاری خون، بیماری‌های قلب و عروق، آسم و... را موجب می‌گردد. همچنین، استرس‌های شغلی، بر سلامتی افراد تأثیر داشته، کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد و احتمال وقوع حوادث و مصدومیت-های ناشی از کار را افزایش می‌دهد. محیط‌های شغلی نظیر اتاق عمل، بخش‌های سوختگی، روانپزشکی و ... می‌توانند تأثیرات قابل توجهی بر وضعیت بهداشت روانی کارکنان داشته باشند. ویلکینسون به نقل از مسئولین آموزش بهداشت بریتانیا می‌نویسد: مشاغلی چون پرستاری، پلیس، مددکاری اجتماعی و معلمی، به‌عنوان چهار حرفه با تنش بالا شناخته داده شده‌اند. ژاک و همکارانش در تحقیقی که بر روی پرستاران شاغل در بخش اورژانس انجام دادند، میزان تنیدگی شغلی در پرستاران شاغل را در حد بالا گزارش نمودند. هایندز و همکاران نیز در بررسی خود که بر روی پرستاران بخش انکولوژی کودکان انجام داده‌اند، میزان تنیدگی شغلی موجود در نمونه‌های مورد پژوهش را در حد متوسط بیان کردند. از سویی، تنیدگی شغلی می-تواند منجر به فرسودگی شغلی در پرستاران گردد که بر اثر آن، قوای فیزیکی و هیجانی فرد تحلیل رفته و موجب بروز نگرش‌ها و پاسخ‌های منفی وی نسبت به خود و سایرین می‌گردد. تنیدگی همچنین با خشنودی و رضایت شغلی، ارتباط منفی و معناداری دارد[۱].

فرسودگی شغلی، محصول استرس طولانی مدت در محل کار می‌باشد. علائم این سندرم زمانی آشکار می‌شود که توانایی‌های فرد برای تقاضاهای محیط کار کافی نباشد. خستگی عاطفی (Emotional exhaustion) یعنی خستگی مزمن، اختلالات خواب، علایم جسمی مختلف به صورت کاهش انرژی و احساس تخلیه‌ی توان روحی، زوال شخصیت (Depersonalization) یعنی واکنش منفی و عاری از احساس و توأم با بی‌اعتنایی مفرط نسبت به همکاران و مراجعین، احساس گناه، گوشه‌گیری، کاهش کار و فعالیت روزانه به معنای جدایی روانی فرد از شغلش، و کاهش احساس کفایت و موفقیت شخصی (Personal accomplishment)، یعنی کاهش احساس شایستگی و موفقیت در حرفه، نارضایتی از کار، احساسات مبنی بر شکست و ناتوانی، از دست دادن قدرت تشخیص و درک، حس دائمی از اجحاف و استثمار و کاهش عملکرد شغلی، سه بعد مختلف فرسودگی شغلی می‌باشند. این سندرم اثرات متعددی در زندگی اجتماعی، فیزیکی و روان شناختی فرد به جای می‌گذارد[۲]. به‌عبارتی، می‌توان گفت که عامل اصلی اختلال فرسودگی شغلی، تماس طولانی با استرس یا فشار روانی ناشی از کار می‌باشد. عواملی که باعث ایجاد فشار روانی و بروز افسردگی می‌شوند به سه دسته تقسیم می‌گردند:

۱- عوامل محیطی شامل: عدم اطمینان اقتصادی، عدم اطمینان سیاسی، تحولات اجتماعی، عدم اطمینان تکنولوژی.

۲- عوامل فردی شامل: میزان تغییر و بروز حوادث مهم در زندگی، شخصیت، ادراک، تفاوت‌های فردی و ارزش‌ها

۳- عوامل سازمانی که شامل:

الف) عوامل مربوط به خود سازمان مثل خط مشی‌های سازمانی، ساختار سازمانی، عدم امنیت شغلی و امکان ارتقاء و پیشرفت، فرآیند سازمانی، کنترل بالا و آزاردهنده، تعارض در هدف

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

ب) عوامل مربوط به شغل مثل: سنگینی شغل، تعارض نقش مسئولیت، فقدان حمایت اجتماعی، تحرک جغرافیایی و تفریط نقش.

غیر از عوامل فوق عوامل دیگری چون فرصت‌های اندک برای ارتقاء، وجود قوانین و مقررات خشک و غیرقابل انعطاف، سبک مدیریت و سرپرستی واحد کار می‌توانند در ایجاد فرسودگی شغلی نقش اساسی ایفا نمایند[۲].

برخی از محققان بر این باورند که توقعات بالا در محیط‌های کاری می‌تواند زمینه ساز فشارهای شغلی باشد و در دراز مدت فرسودگی شغلی را به ارمغان آورد. همچین بعضی محققان بر این باورند که عوامل بیرونی نظیر درآمد پایین می‌تواند در فرسودگی شغلی نقش داشته باشد[۳].

موضوع فرسودگی شغلی در حال حاضر یک مشکل شایع در تمام سیستم‌های بهداشتی است به طوری که طبق آمار موجود از هر هفت نفر فرد شاغل، یک نفر دچار این مشکل می‌شود. اداره کل اطلاعات آمریکا نشان می‌دهد که در میان مشاغل، مشاغل بهداشتی درمانی بالاترین صدمات شغلی از جمله سندرم فرسودگی شغلی را دارند[۴].

در مطالعه‌ای که طلایی و همکارانش بر روی۶۶۰ نفر از پرسنل درمانی شاغل در ۸ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام دادند، مشخص گردید که میانگین نمره خستگی عاطفی و زوال شخصیت در پرسنل در حد متوسط و میانگین نمره کفایت و موفقیت شخصی در حد کم بود. شدت خستگی هیجانی در ۳۸/۶٪ از پرسنل، کم، در ۳۰/۲٪ متوسط و در ۳۱/۲٪ از آن‌ها در حد زیاد بود. شدت میزان زوال شخصیت در ۵۸٪ از پرسنل کم، در ۲۴/۵٪ متوسط و در ۱۷/۴٪ زیاد بود. شدت کفایت شخصی در ۶۲/۹٪ از پرسنل در حد کم، در ۲۴/۲٪ از آنان در حد متوسط و در ۱۲/۹٪ در حد زیاد بود[۵].

طوبایی و صحراییان در مطالعه‌ی خود که در محدوده‌ی زمانی بهمن ۱۳۸۳ تا تیر ۱۳۸۴ بر روی ۱۸۰ پرستار شاغل در هفت بخش داخلی، یک بخش سوختگی، چهار بخش جراحی و سه بخش روانپزشکی، انجام شده به این نتیجه رسیده‌اند که در ۲۵٪ از افراد مورد بررسی، معیارهای فرسودگی شغلی مشاهده می‌شود: در ۲۲/۸٪ از پرستاران میزان بالای خستگی عاطفی، در ۵٪ از آن‌ها میزان بالای زوال شخصیت و در ۲۰/۶٪ از آن‌ها میزان بالای کاهش کفایت و موفقیت شخصی وجود داشته است[۶].

مطالعه‌ی محمودی و همکارانش که بر روی ۲۷۲ پرستار انجام شد، به این نتیجه دست یافتند که حداکثر ۴۳/۸٪ از پرستاران دارای بالاترین سطح خستگی عاطفی و حداقل ۴۳/۳٪ دارای پایین‌ترین سطح خستگی عاطفی می‌باشند. میزان خستگی عاطفی از نظر شدت نیز نشان داد که حداکثر ۴۰/۴٪ از پرستاران دارای بالاترین سطح خستگی عاطفی و ۲۰/۲٪ از آنان دارای پایین‌ترین سطح خستگی عاطفی می‌باشند. میزان فرسودگی در حیطه‌ی زوال شخصیت در بعد فراوانی حداکثر ۳۶/۸٪ دارای سطح پایین و ۳۴/۶٪ در سطح زوال شخصیت بالا بودند و از نظر شدت نیز ۶۷/۶٪ پرستاران دارای زوال شخصیت پایین بودند[۷].

پیامی بوساری در تحقیق خود تحت عنوان" فرسودگی شغلی و برخی عوامل مرتبط با آن در پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر زنجان ۱۳۸۱-۱۳۸۰" که ۹۹ نفر از پرستاران زن مورد بررسی قرار گرفتند، چنین نتیجه گرفت که از نظر فراوانی فرسودگی شغلی، اکثریت واحدهای مورد پژوهش احساس خستگی عاطفی خود را در حد کم (فراوانی۵۵٪)، زوال شخصیت را در حد متوسط (فراوانی ۵۰٪) و عدم موفقیت فردی را در حد بالا (فراوانی ۴۰/۸٪) گزارش کردند. ۷۱/۴٪ افراد شدت احساس خستگی عاطفی را در حد کم، ۴۷/۹٪ شدت زوال شخصیت را در حد متوسط و ۴۲/۸٪ نیز شدت عدم موفقیت فردی را در حد بالا ارزیابی کردند. نتایج آزمون آماری دال بر عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین وضعیت تأهل و ابعاد فرسودگی شغلی بود. همین آزمون نشان داد که فراوانی خستگی عاطفی در افراد

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

با استخدام رسمی، کمتر از افراد با استخدام قراردادی بود. در این تحقیق، میزان فرسودگی شغلی اکثریت واحدهای مورد پژوهش از نظر احساس خستگی عاطفی در حد کم، مسخ شخصیت در حد متوسط و عدم موفقیت فردی در حد بالا ارزیابی شد. در این پژوهش رابطه سایر متغیرهای مورد مطالعه شامل سن، سابقه‌ی کار و وضعیت تأهل با ابعاد فرسودگی شغلی از نظر آماری معنی‌دار شناخته نشد. در این تحقیق ۱۱/۲٪ پرستاران، فراوانی و ۲٪ از آن‌ها، شدت محرکاتی که منجر به احساس خستگی عاطفی در آن‌ها می‌شد را درحد شدید برآورد نموده‌اند[۸].

عبدی و شهبازی در مطالعه‌های تحت عنوان" استرس شغلی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه و ارتباط آن با فرسودگی شغلی آن‌ها" به این نتیجه دست یافتند که از نظر فرسودگی شغلی در ابعاد سه گانه آن، در بعد خستگی عاطفی ۴۱/۶۷٪ از افراد مورد بررسی دارای فرسودگی متوسط و ۲۵٪ از آن‌ها دارای فرسودگی شدید، در بعد زوال شخصیت ۴۷/۸۳٪ از افراد دارای فرسودگی متوسط و ۲۵٪ از آن‌ها دارای فرسودگی شدید و در بعد فقدان موفقیت فردی نیز ۳۷/۵٪ از افراد مورد بررسی دارای فرسودگی متوسط و ۸/۳۳٪ از آن‌ها دارای فرسودگی شدید بوده‌اند. از نظر شدت و فراوانی، مهم‌ترین منبع استرس‌زا که در فرسودگی شغلی پرستاران دخالت داشته است، ابتدا بعد خستگی عاطفی و بعد از آن زوال شخصیت و در نهایت، فقدان موفقیت فردی بوده است[۹].

گانارسدوتیر در مطالعه‌ای مقطعی که با هدف بررسی محیط‌های کاری مرتبط با نتایج کار پرستاران و ارزیابی کیفیت مراقبت در بیمارستان دانشگاه لندسپیتال کشور ایسلند بر روی ۶۹۵ پرستار انجام داد، محیط‌های کاری پرستاران را با استفاده از شاخص اصلاح شده‌ی کار پرستاری ارزیابی کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران از نظر برقراری رابطه با پزشک، در مقایسه با ۴ عامل دیگر NWI در وضعیت بهتری قرار داشتند. بعد پشتیبانی در سطح واحد، فعالیت پرستاری، کفایت نیروی انسانی و حمایت مدیر ارشد در سطح بیمارستان در سطوح بعدی قرار داشتند. وی یافته‌های خود را چنین تفسیر می‌کند که پشتیبانی مدیران پرستاری از مسئولان بخش‌ها، کفایت پرسنل و روابط پزشک- پرستار، ارتباطات قوی و محکمی با نتایج درمانی برای پزشک و بیمار دارند. همچنین، او چنین بیان می‌دارد که تعداد کارکنان پرستاری، عامل مهمی در میزان خستگی عاطفی است به این معنی که تعداد کارکنان پرستاری کم و بارکاری بالا، عوامل اصلی فرسودگی شغلی پرستاران هستند. از سوی دیگر، ارتباطات با پزشکان، تعیین کننده‌ی مهمی در خصوص کیفیت مراقبت از بیمار است[۱۱].

در مطالعه‌ای توسط بارت بر روی پرستاران بخش سرطان و خون مشاهده شد که بیش از ۷۰٪ آنان دارای فرسودگی شغلی متوسط تا زیاد بودند[۱۲]. همچنین در بررسی که توسط رسولین انجام شد نتایج نشان داد که با افزایش سن بر میزان خستگی هیجانی افزوده می‌شود و میزان آن در پرستاران با سابقه کار بیش از بیست سال، بیش‌تر است[۱۳].

در این مقاله بر آنیم تا ضمن بررسی محیط کار پرستاران از لحاظ مشارکت پرستاران در امور، طرح‌ریزی کیفیت مراقبت پرستاری، پشتیبانی مدیریت پرستاری از پرستاران، کفایت منابع و پرسنل و مطلوبیت روابط پزشک ـ پرستار، به بررسی تأثیر شرایط محیط کار آنان بر میزان بروز فرسودگی شغلی بپردازیم.

روش بررسی

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی - تحلیلی می‌باشد که به‌صورت مقطعی و جهت بررسی تأثیر محیط کاری پرستاران بر ابعاد فرسودگی شغلی آنان در جراحی و داخلی بیمارستان‌های آموزشی و عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال۱۳۸۷ انجام شده است.

هدف اصلی این طرح، بررسی تأثیر پنج بعد محیط

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

کـار بـر احتمـال بـروز فرسـودگی شـغلی در جامعـه پرستاران مورد نظر بود و با توجـه بـه ایـن‌کـه جهـت بررسی این ۵ عامل بر روی احتمـال مـذکور، از مـدل رگرسیون لجستیک استفاده شده است، بنابراین حجـم نمونه طوری تعیین گردید کـه بـرای سـطح اطمینـان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ اگر شانس فرسـودگی شـغلی در گروه خطر ۱/۵ برابر یا بیشتر نسبت به گروه غیـر-خطر گردید، این شانس در مـدل لجسـتیک معنـی‌دار شود.

برای انتخاب پرستاران، ابتدا این جمعیت بر اسـاس بیمارستان به ۵ طبقه تقسیم شدند، سپس نمونه‌گیـری با روش طبقه‌بندی تصادفی ساده متناسب با حجم هـر طبقه انجام گردید و تعداد پرستاران در هر بیمارسـتان کـه بایـد در نمونـه وارد شـوند، مشـخص گردیـد. در نتیجه، در پژوهش حاضر، ۲۴۱ پرسـتار مـورد بررسـی قرار گرفتند.

در ایـن پـژوهش جهـت جمـع‌آوری داده‌هـا از دو پرسشنامه استاندارد استفاده گردیـد. پرسشـنامه‌ی اول تحت عنوان شاخص محیط کـار پرسـتاری Nursing Work Index(NWI) که توسط Lake درسال ۲۰۰۲ ارائـه شـد [۱۴] و پرسشـنامه‌ی دوم تحـت عنـوان پرسشنامه‌ی فرسـودگی شـغلی توسـط Maslach در سال۱۹۷۶ ابداع گردید [۱۵]. در این بخش به ذکر زیر شـاخه‌هـا و بخـش‌هـای مختلـف هـر پرسشـنامه می‌پردازیم:

پرسشنامه‌ی شاخص محیط کـار پرسـتاری: این پرسشنامه از ۳۴ سؤال در پنج بعـد تشـکیل شـده است که این ابعاد عبارتنـد از: مشـارکت پرسـتاران در امور بیمارستان (۱۱ سؤال)، طرح‌ریزی کیفیت مراقبت پرستاری (۹ سؤال)، پشـتیبانی مـدیریت پرسـتاری (۷ سؤال)،کفایت منابع و پرسنل (۴سؤال)، روابط پزشـک ـ پرستار (۳ سؤال).

پرسشنامه‌ی فرسودگی شغلی: ایـن پرسشـنامه از ۲۲ سؤال در سه بعد تشکیل شده اسـت. ایـن ابعـاد عبارتنـد از: زوال شخصـیت (۵ سـؤال)، فقـدان موفقیت‌های فردی (۸ سـؤال)، خسـتگی عـاطفی (۹ سؤال). در این پرسشنامه فراوانی و شـدت فرسـودگی شغلی بررسی می‌گردد. نحوه‌ی امتیاز بندی هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی بر اساس جدول بالا می‌باشد.

ابعاد فرسودگی	میزان	نمره‌ی فراوانی	نمره‌ی شدت
خستگی عاطفی	کم	<۱۷	<۲۵
	متوسط	۱۸-۲۹	۲۶-۳۹
	شدید	>۳۰	>۴۰
زوال شخصیت	کم	<۵	<۶
	متوسط	۶-۱۱	۷-۱۴
	شدید	>۱۲	>۱۵
فقدان موفقیت-های فردی	کم	<۳۳	<۳۶
	متوسط	۳۴-۳۹	۳۷-۴۳
	شدید	>۴۰	>۳۶

به‌منظور تعیین روایی ابزارهای گردآوری داده‌هـا در این پـژوهش، پرسشـنامه در اختیـار اسـاتید راهنمـا و مشاور قرار گرفته و پس از جمع آوری نظـرات آنـان و اعمال تصمیمات، پرسشنامه‌های نهایی تدوین گردیـد. برای تعیـین پایـایی پرسشـنامه شـاخص محـیط کـار (NWI) که تا کنون در کشور ایران اسـتفاده نگردیـده بود، یک طرح پایلوت انجام گردید. پرسشـنامه مـذکور بین ۵۳ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مورد پژوهش توزیع گردید و پایایی آن با استفاده از آزمـون آلفای کرون‌باخ، ۰/۸۸ بـرآورد شـد؛ امـا پرسشـنامه‌ی فرسودگی شغلی (MBI) در چنـدین مطالعـه در داخـل کشور مورد استفاده واقع شـده بـود و پایـایی و ثبـات داخلی آن در دو مرحله آزمون مجدد به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۷۶ اعلام گردیده بود [۱۱].

برای تعیین ارتباط بین متغیرهای مـورد بررسـی از رگرسـیون لجسـتیک و آزمـون کـی‌دو (χ^2) اسـتفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیـز از نـرم‌افـزار SPSS ۱۱/۵ استفاده گردید.

یافته‌ها

بر اساس وزن بیمارستان‌های مورد مطالعه کـه بـر اساس تعداد پرستاران شاغل در بخش‌هـای داخلـی و جراحـی آن‌هـا تعیـین شـده اسـت، بیشـترین تعـداد

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

جدول ۱- توزیع فراوانی پرستاران مورد بررسی بر حسب متغیرهای مورد مطالعه

متغیر		تعداد	درصد		متغیر	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
بیمارستان	بیمارستان ۱	۳۴	۱۴/۱	وضعیت	مجرد	۸۷	۳۶/۱	---	---
	بیمارستان ۲	۱۰۰	۴۱/۵	تأهل	متأهل	۱۵۴	۶۳/۹	---	---
	بیمارستان ۳	۶۰	۲۴/۹		کل	۲۴۱	۱۰۰	---	---
	بیمارستان ۴	۲۴	۱۰	وضعیت	رسمی(قطعی و آزمایشی)	۹۳	۳۸/۶	---	---
	بیمارستان ۵	۲۳	۹/۵	استخدامی	پیمانی	۶۲	۲۵/۷	---	---
	کل	۲۴۱	۱۰۰		قراردادی	۲۵	۱۰/۴	---	---
بخش	داخلی	۱۲۰	۴۹/۸		طرحی	۶۱	۲۵/۳	---	---
	جراحی	۱۲۱	۵۰/۲		کل	۲۴۱	۱۰۰	---	---
	کل	۲۴۱	۱۰۰	سن	زیر ۲۵ سال	۶۰	۲۴/۹	۳۱	۷/۴
جنس	زن	۲۱۳	۸۸/۴		۲۶ تا ۳۵ سال	۱۱۴	۴۷/۳		
	مرد	۲۸	۱۱/۶		بالاتر از ۳۵ سال	۶۷	۲۷/۸		
	کل	۲۴۱	۱۰۰		کل	۲۴۱	۱۰۰		
شیفت کاری	صبح	۶۱	۲۵/۳	سابقه کار	زیر ۲/۵ سال	۷۵	۳۱/۱	۸	۷/۱
	عصر و شب	۶۹	۲۸/۶		۲/۵ تا ۱۰ سال	۷۷	۳۲		
	شب	۴۰	۱۶/۶		بالاتر از ۱۰ سال	۸۹	۳۶/۹		
	صبح و عصر	۳۹	۱۶/۲		کل	۲۴۱	۱۰۰		
	در گردش	۳۲	۱۳/۳						
	کل	۲۴۱	۱۰۰						

پرستاران مورد بررسی از بیمارستان ۲ (۴۱/۵٪) و کمترین تعداد از بیمارستان ۵ (۹/۵٪) بوده است. اکثر پرستاران مورد بررسی، زن (۸۸/۴٪)، متأهل (۶۳/۹٪)، رسمی (۳۸/۶٪)، شاغل در بخش جراحی (۵۰/۲٪) و در شیفت‌های عصر و شب (۲۸/۶٪) بوده‌اند. همچنین، دارای میانگین سنی ۳۱ سال (SD=۷/۴) و سابقه کار ۸ سال (SD=۷/۱) بوده‌اند (جدول ۱).

در بین پرستاران مورد بررسی، از نظر متغیر فراوانی زوال شخصیت، ۱۳ نفر(۵/۴٪) دارای زوال شخصیت زیاد (با ۹۵٪ اطمینان در فاصله‌ی بین ۸/۲۵ تا ۲/۵۵ بار)، از نظر متغیر فراوانی فقدان موفقیت فردی، ۹۹ نفر (۴۱/۱٪) دارای فقدان موفقیت فردی زیاد (با ۹۵٪ اطمینان در فاصله بین ۳۴/۸۹ تا ۴۷/۳۱ بار) و از نظر متغیر فراوانی خستگی عاطفی، ۸۶ نفر (۳۵/۶٪) دارای خستگی عاطفی زیاد (با ۹۵٪ اطمینان در فاصله بین ۲۹/۵۵ تا ۴۱/۶۵ بار) بوده‌اند (جدول ۲).

همچنین، از نظر شدت زوال شخصیت، ۶ نفر (۲/۵٪) دارای زوال شخصیت شدید (با ۹۵٪ اطمینان در فاصله بین ۰/۵ تا ۴/۴۷) و از نظر متغیر شدت خستگی عاطفی، ۲۰ نفر (۸/۳٪) دارای خستگی عاطفی شدید (با ۹۵٪ اطمینان در فاصله بین ۴/۸۲ تا ۱۱/۷۸) بوده‌اند؛ اما از نظر متغیر شدت فقدان موفقیت فردی، هیچ‌یک از پرستاران مورد بررسی، دارای بُعد فقدان موفقیت شدید نبوده‌اند (جدول ۲).

زمانی‌که پرستاران دارای نقشی محدود و ضعیف در طرح‌ریزی کیفیت مراقبت (با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۵۴۳ و ۹/۹۷۳ است)، رهبری و پشتیبانی مدیریتی ضعیف (با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۴۳۶ و ۴۷/۴۹۵ است) و یا روابط ضعیف با پزشکان بوده‌اند (با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۲۵۵ و ۷/۰۳۰ است)، دارای شانس برخورداری از فراوانی زوال شخصیت بیشتری به ترتیب ۲/۳۲۶، ۴/۵۵۳ و ۱/۳۳۳۹ برابر بوده‌اند (جدول ۳).

همچنین، رابطه‌ی ضعیف پزشک – پرستار(با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۳۴۴ و ۱۱/۳۶۵ است) و دارا بودن نقشی ضعیف و محدود در طرح‌ریزی کیفیت

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

جدول ۲- توزیع نمره‌ی فراوانی و شدت ابعاد مختلف فرسودگی شغلی در پرستاران مورد بررسی در بیمارستان‌های مورد مطالعه

ابعاد فرسودگی	فراوانی				شدت			
	میزان	تعداد	درصد	فاصله اطمینان ۹۵٪	میزان	تعداد	درصد	فاصله اطمینان ۹۵٪
زوال شخصیت	کم	۱۷۳	۷۱/۸	۶۶/۱۲-۷۷/۴۸	ضعیف	۱۹۴	۸۰/۵	۷۵/۵-۸۵/۵
	متوسط	۵۵	۲۲/۸	۱۷/۵-۲۸/۱	متوسط	۴۱	۱۷	۱۲/۲۶-۲۱/۷۴
	زیاد	۱۳	۵/۴	۲/۵۵-۸/۲۵	شدید	۶	۲/۵	۰/۵-۴/۴۷
فقدان موفقیت‌های	کم	۹۳	۳۸/۶	۳۲/۴۵-۴۴/۷۵	ضعیف	۲۰۵	۸۵/۱	۳۲/۴۵-۴۴/۷۵
فردی	متوسط	۴۹	۲۰/۳	۱۵/۲۲-۲۵/۳۸	متوسط	۳۶	۱۴/۹	۱۵/۲۲-۲۵/۳۸
	زیاد	۹۹	۴۱/۱	۳۴/۸۹-۴۷/۳۱	شدید	۰	۰	۰
خستگی عاطفی	کم	۷۸	۳۲/۴	۲۶/۴۹-۳۸/۳۱	ضعیف	۱۵۲	۶۳/۱	۵۷/۰۱-۶۹/۱۹
	متوسط	۷۷	۳۲	۲۶/۱۱-۳۷/۸۹	متوسط	۶۹	۲۸/۶	۲۲/۸۹-۳۴/۳۱
	زیاد	۸۶	۳۵/۶	۲۹/۵۵-۴۱/۶۵	شدید	۲۰	۸/۳	۴/۸۲-۱۱/۷۸

مراقبت از بیمار، شانس برخورداری از شدت زوال شخصیت در پرستاران را ۱/۹۷۸ و ۳/۳۱۰ برابر بیشتر می‌کند (جدول ۳).

از سوی دیگر، این جدول نشان می‌دهد که پرستاران زن مورد بررسی، ۰/۴۳۹ برابر کمتر از پرستاران مرد شانس برخورداری از فراوانی فقدان موفقیت فردی داشته‌اند (با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۱۹۳ و ۱ است) و نیز پرستارانی که در بیمارستان ۳ مشغول به فعالیت بوده‌اند، با نسبت شانس ۱/۳۶۱(با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۴۸۳ و ۳/۸۳۳ است) بیشترین شانس برخورداری از فراوانی فقدان موفقیت فردی را در مقایسه با پرستاران بیمارستان ۵ داشته‌اند.

از سوی دیگر، پرستاران مورد بررسی در بیمارستان ۱ با نسبت شانس ۱/۴۶۲ (با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۳۸۳ و ۵/۵۷۱ است)، بیشترین شانس برخورداری از شدت فقدان موفقیت فردی در مقایسه با پرستاران بیمارستان ۵ داشته‌اند.

همچنین، پرستارانی که تحت رهبری و پشتیبانی ضعیف (با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۶۷۵ و ۶/۸۶۵ است) مدیریت پرستاری قرار داشته‌اند، ۲/۱۵۲ برابر از شانس بیشتری برای برخورداری از فراوانی خستگی عاطفی برخوردار بوده‌اند. از سوی دیگر، پرستارانی که رابطه‌ی ضعیف با پزشکان داشته‌اند (با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۵۵۹ و ۱۱/۳۸۴ است)، در بخش‌های فاقد منابع کافی برای ارایه‌ی مراقبت به بیماران مشغول به‌کار بوده اند(با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۲۸۹ و ۲۰/۶۲۴ است) و در طرح‌ریزی کیفیت مراقبت از بیمار، از نقش ضعیف و محدودی برخوردار بوده‌اند (با ۹۵٪ اطمینان، این شانس بین ۰/۸۸۱ و ۱۶/۷۱۹ است)، به ترتیب ۲/۵۲۲، ۲/۴۴۰ و ۳/۸۳۸ برابر بیشتر از سایرین شانس برخورداری از شدت خستگی عاطفی داشته‌اند. البته با توجه به نسبت شانس‌ها و فواصل اطمینان که عدد ۱ را در بر می‌گیرند، هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی تأثیری بر شدت و فراوانی زوال شخصیت، فقدان موفقیت فردی و خستگی عاطفی نداشته‌اند جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به جدول ۲، از نظر متغیر فراوانی، بعد فقدان موفقیت فردی ابعاد فرسودگی شغلی، بیشترین مقدار را دارا می‌باشد (۴۱/۱٪) که می‌تواند به این دلیل باشد که بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بسیار بزرگ و بخش‌های موجود در این بیمارستان‌ها نیز زیاد و متنوع می‌باشد؛ در نتیجه امکان اشراف کافی بر روی عملکرد پرستاران و قدردانی شایسته از سوی مدیر پرستاری و رؤسای بیمارستان‌ها از فعالیت‌های آن‌ها و نیز فراهم آوردن داشت و این موضوع منجر به بروز رفتارهای نامطلوب پرستاران نسبت به بیماران خواهد گردید و بعد عاطفی

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

جدول ۳: نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک برای متغیرهای وابسته ابعاد فرسودگی شغلی در پرستاران مورد بررسی در بیمارستان‌های مورد مطالعه

متغیرهای وابسته	نتایج متغیرهای مستقل	فراوانی ضریب رگرسیون	فراوانی نسبت شانس ها	فراوانی فاصله اطمینان ٪۹۵	شدت ضریب رگرسیون	شدت نسبت شانس ها	شدت فاصله اطمینان ٪۹۵
زوال شخصیت	طرح‌ریزی کیفیت مراقبت ضعیف	۰/۸۴۴	۲/۳۲۶	۰/۵۴۳ — ۹/۹۷۳	۱/۱۹۷	۳/۳۱۰	۰/۷۶۴ — ۱۴/۳۲۸
	طرح‌ریزی کیفیت مراقبت متوسط	۰/۳۲۷	۱/۳۸۷	۰/۴۵۹ — ۴/۱۸۹	۰/۲۹۴	۱/۳۴۲	۰/۴۲۵ — ۴/۲۴۱
	طرح‌ریزی کیفیت مراقبت قوی	---	۱	---	---	۱	---
	رهبری و پشتیبانی مدیریت پرستاری ضعیف	۱/۵۱۶	۴/۵۵۳	۰/۴۳۶ — ۴۷/۴۹۵	---	---	---
	رهبری و پشتیبانی مدیریت پرستاری متوسط	۱/۲۱۶	۳/۳۷۳	۰/۳۵۲ — ۳۲/۳۵۲	---	---	---
	رهبری و پشتیبانی مدیریت پرستاری قوی	---	۱	---	---	---	---
	روابط پزشک-پرستار ضعیف	۰/۲۹۲	۱/۳۳۹	۰/۲۵۵ — ۷/۰۳۰	۰/۶۸۲	۱/۹۷۸	۰/۳۴۴ — ۱۱/۲۶۵
	روابط پزشک-پرستار متوسط	۰/۱۸۵	۱/۲۰۳	۰/۲۷۹ — ۵/۱۸۲	۰/۴۵۳	۱/۵۷۳	۰/۳۱۷ — ۷/۸۰۲
	روابط پزشک-پرستار قوی	---	۱	---	---	۱	---
	ثابت	−۱/۷۸۰	۰/۱۶۹		−۱/۷۲۴	۰/۱۷۸	
فقدان موفقیت فردی	جنسیت زن	−۰/۸۲۳	۰/۴۳۹	۰/۱۹۳ — ۱/۰۰۰	---	---	---
	جنسیت مرد	---	۱	---	---	---	---
	بیمارستان ۱	۰/۰۷۳	۱/۰۷۶	۰/۳۴۸ — ۳/۳۲۹	۰/۳۷۹	۱/۴۶۲	۰/۳۸۳ — ۵/۵۷۱
	بیمارستان ۲	−۰/۶۳۳	۰/۵۳۱	۰/۲۰۵ — ۱/۳۷۷	−۰/۸۸۴	۰/۴۱۳	۰/۱۱۳ — ۱/۵۱۲
	بیمارستان ۳	۰/۳۰۸	۱/۳۶۱	۰/۴۸۳ — ۳/۸۳۳	۰/۲۷۳	۱/۳۱۴	۰/۳۸۰ — ۴/۵۴۴
	بیمارستان ۴	۰/۱۴۳	۱/۱۵۴	۰/۳۳۳ — ۳/۹۹۱	−۰/۳۸۸	۰/۶۷۹	۰/۱۳۴ — ۳/۴۳۱
	بیمارستان ۵	---	۱	---	---	۱	---
	ثابت	۰/۷۴۴	۲/۱۰۵	---	−۱/۵۵۸	۰/۲۱۱	---
خستگی عاطفی	رهبری و پشتیبانی مدیریت پرستاری ضعیف	۰/۷۶۶	۲/۱۵۲	۰/۶۷۵ — ۶/۸۶۵	---	---	---
	رهبری و پشتیبانی مدیریت پرستاری متوسط	۰/۲۲۳	۱/۲۵۰	۰/۴۰۶ — ۳/۸۵۲	---	---	---
	رهبری و پشتیبانی مدیریت پرستاری قوی	---	۱	---	---	---	---
	روابط پزشک-پرستار ضعیف	---	---	---	۰/۹۲۵	۲/۵۲۲	۰/۵۵۹ — ۱۱/۳۸۴
	روابط پزشک-پرستار متوسط	---	---	---	۰/۵۱۱	۱/۶۶۷	۰/۴۴۴ — ۶/۲۵۹
	روابط پزشک-پرستار قوی	---	---	---	---	۱	---
	عدم کفایت منابع	---	---	---	۰/۸۹۲	۲/۴۴۰	۰/۲۸۹ — ۲۰/۶۲۴
	کفایت منابع در حد متوسط	---	---	---	۰/۵۹۱	۱/۸۰۶	۰/۲۲۹ — ۱۴/۲۵۱
	کفایت منابع	---	---	---	---	۱	---
	طرح‌ریزی کیفیت مراقبت ضعیف	---	---	---	۱/۳۴۵	۳/۸۳۸	۰/۸۸۱ — ۱۶/۷۱۹
	طرح‌ریزی کیفیت مراقبت متوسط	---	---	---	۰/۸۴۵	۲/۳۲۸	۰/۷۹۲ — ۶/۸۴۶
	طرح‌ریزی کیفیت مراقبت قوی	---	---	---	---	۱	---
	ثابت	۰/۲۸۸	۱/۳۳۳	---	۰/۲۱۸	۱/۲۴۳	---

کار آن‌ها را کاهش خواهد داد. میزان فراوانی زوال شخصیت در این مطالعه از میزان فراوانی زوال شخصیت گزارش شده در مطالعات پیامی بوساری [۸] کمتر و از نتایج مطالعه‌ی طوبایی و صحرائیان [۶] بیشتر است.

بعد از این بُعد، بعد خستگی عاطفی، بیشترین مقدار (۳۵/۶٪) را به خود اختصاص می‌دهد که دلیل آن می‌تواند این موضوع باشد که این بیمارستان‌ها مرکز پذیرش بیماران بدحال و صعب‌العلاج از سایر بیمارستان‌ها و مراکز می‌باشند و مشکلات خاص این بیماران در مقایسه با بیماران بستری در سایر بیمارستان‌ها موجب می‌شود که علیرغم زحمات فراوان و ارائه‌ی مراقبت‌های کامل و کافی از سوی پرستاران، باز هم امیدی به معالجه و درمان قطعی آن‌ها نباشد. بنابراین، پرستاران با مرگ و میر بیش از اندازه‌ی آن‌ها مواجه بوده و دچار خستگی عاطفی بیشتری می‌شوند. نتایج این مطالعه از میزان فراوانی خستگی عاطفی گزارش شده در مطالعه‌ی طوبایی و صحرائیان [۶] بیشتر و از نتایج مطالعه‌ی محمودی و همکاران [۷] کمتر می‌باشد.

در نهایت، بعد زوال شخصیت می‌باشد که دارای فراوانی ۵/۴٪ می‌باشد و علت آن می‌تواند تعداد زیاد تخت در این بیمارستان‌ها در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها و تعداد مراجعین فراوان از کلیه نقاط کشور و پیچیدگی و نیز صعب‌العلاج بودن بیماری‌های مراجعین به این بیمارستان‌ها باشد که در نتیجه، این بیماران نیازمند توجه بیشتر و ارائه‌ی مراقبت فراوان و توأم با کیفیت مطلوب هستند. حال اگر این پرستاران از حمایت‌های مدیریت پرستاری و مسئولین بیمارستان برخوردار نباشند، منابع کافی جهت ارائه

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

مراقبت با کیفیت به بیماران در اختیار نداشته باشند، در طرح‌ریزی کیفیت مراقبت از بیمار مشارکت نداشته باشند، فرصت ارتقای شغلی در کار خود نداشته باشند و ...، قادر به ارائه‌ی مراقبت مناسب نبوده و بتدریج دچار بی‌توجهی و بی‌تفاوتی نسبت به امور و در نهایت، زوال شخصیت می‌گردند. نتایج این مطالعه از میزان فراوانی زوال شخصیت گزارش شده در مطالعه‌ی طوبایی و صحرائیان [۶] و پیامی بوساری [۸] بسیار بیشتر و از نتایج مطالعه‌ی محمودی و همکاران [۷] کمتر می‌باشد.

از سوی دیگر، از نظر متغیر شدت، بعد خستگی عاطفی، بیشترین مقدار (۸/۳٪) را دارا می‌باشد که این می‌تواند به‌دلیل تعداد مراجعین زیاد این بیمارستان‌ها و نوع بیماری‌های آن‌ها باشد. نتایج این مطالعه بسیار کمتر از نتایج مطالعات طلایی [۵]، محمودی [۷]، پیامی بوساری [۸] و عبدی [۹] می‌باشد. بعد از این بُعد، زوال شخصیت (۲/۵٪) بیشترین مقدار را دارا می باشد که می تواند ناشی از الگوهای کاری غیرقابل انعطاف، عدم استقبال از ایده‌های کاری جدید و خلاقانه، عدم استفاده از خطاهای پرستاران به‌عنوان فرصت آموزشی، عدم وجود کار تیمی بین پرستاران و پزشکان و نیز عدم مشارکت در خرید تجهیزات جدید باشد. مقدار شدت زوال شخصیت حاصل از این مطالعه از نتایج حاصل از مطالعات طلایی [۵]، محمودی [۷] و پیامی بوساری [۸] کمتر می‌باشد. اما هیچ‌یک از پرستاران مورد بررسی در این مطالعه، فقدان موفقیت فردی شدید را گزارش ننموده‌اند که می‌تواند به دلیل اهمیت و ارزش زیادی باشد که به‌دلیل ارائه‌ی مراقبت و درمان به بیماران صعب‌العلاج و نیز تأثیرگذاری بر زندگی آن‌ها و اطرافیانشان در خود احساس می‌کنند. نتایج حاصل از مطالعات پیامی بوساری [۸] عبدی و شهبازی [۹] و طلایی و همکاران [۵] میزان‌های نسبتاً بالایی از شدت فقدان موفقیت فردی را گزارش نموده‌اند.

با توجه به جدول ۳، ارتباط بین فراوانی و شدت زوال شخصیت و متغیر طرح‌ریزی کیفیت مراقبت معنی‌دار بود زیرا در صورتی‌که پرستاران استخدام شده در زمینه‌ی انجام وظایف محوله خود دوره‌های آموزشی خاص را ببینند و بدانند که مدیر آموزشی بیمارستان درصدد ارتقای سطح معلومات و آشناسازی آنان با تکنیک‌های فرصت ارتقای شغلی برای همگی آنان وجود نخواهد

نوین پرستاری و به‌روزنمودن اطلاعات آنان است، احساس زوال شخصیت در آن‌ها کمتر می‌گردد و این حس در آن‌ها ایجاد می‌شود که در کار خود، پیشرفت خواهند کرد و برداشت آن‌ها از شغل خود مثبت خواهد بود. نتایج نشان دادند که در بخش‌هایی که نقش پرستاران در طرح‌ریزی کیفیت مراقبت کم بوده است، میزان فراوانی و شدت زوال شخصیت به ترتیب ۲/۳۲۶ و ۳/۳۱۰ برابر بیشتر از بخش‌هایی بوده است که در آن‌ها، پرستاران از مشارکت بیشتری در طرح-ریزی برخوردار بوده‌اند، بوده‌است.

ارتباط بین فراوانی زوال شخصیت و متغیر رهبری و پشتیبانی مدیریت پرستاری معنی‌دار بود زیرا برای کادر پرستاری شاغل در بیمارستان‌ها، برخورداری از حمایت مدیریت پرستاری و کمک آنان به پرستاران در رسیدن به اهدافشان حائز اهمیت فراوان می‌باشد. از نتایج این پژوهش چنین بر می‌آید که در صورت کاهش توجه و حمایت مدیریت پرستاری از پرستاران خود، آن‌ها احساس بی‌توجهی نسبت به خود نموده و چنین گمان می‌نمایند که در کار خود، توفیق دستیابی به هیچ موفقیتی را نخواهند داشت. نتایج نشان دادند که در بخش‌هایی که پرستاران از مدیریت ضعیف و پشتیبانی اندک مدیریت پرستاری برخوردار بوده اند، میزان فراوانی زوال شخصیت ۴/۵ برابر بیشتر از بخش‌هایی بوده است که در آن‌ها، پرستاران از پشتیبانی زیاد از سوی مدیریت پرستاری و سایر مسئولین برخوردار بوده‌اند، بوده است. ارتباط بین فراوانی و شدت زوال شخصیت و متغیر کیفیت روابط پزشک–پرستار معنی‌دار بود زیرا در صورتی‌که روابط بین پزشک و پرستار همراه با مشارکت، برابری، اعتماد و احترام نباشد و پزشکان به پرستاران به عنوان

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

افرادی بی‌ارزش و فاقد صلاحیت بنگرند، پرستاران نیز از شغل خود احساس ناخوشایندی خواهند داشت و به‌علت داشتن احساس حقارت در کار و محیط کاری خود، نمی‌توانند پیشرفتی نمایند. نتایج نشان دادند که در بخش‌هایی که پرستاران روابط محدود و نامناسبی با پزشکان داشته‌اند، میزان فراوانی و شدت زوال شخصیت در پرستاران به ترتیب ۱/۳۳ و ۱/۹۷ برابر بیشتر از سایر بخش‌ها بوده است.

در مطالعه‌ای که آیکن بر روی ۱۰۳۱۹ پرستار شاغل در ۳۰۳ بیمارستان انجام داد به این نتیجه رسید که تعداد پرسنل پرستاری و میزان پشتیبانی مدیریتی- سازمانی از پرستاران، اثری آشکار بر عدم رضایت پرستاران و فرسودگی شغلی آن‌ها داشتند. وی در نهایت نتیجه می‌گیرد که وجود پرسنل پرستاری به تعداد کافی و نیز پشتیبانی سازمانی- مدیریتی عامل مهمی برای ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار بوده و عدم رضایت شغلی و فرسودگی شغلی را کاهش می‌دهد [۱۶].

ارتباط بین فراوانی فقدان موفقیت فردی با جنسیت پرستاران و نوع بیمارستان و نیز ارتباط شدت فقدان موفقیت فردی با نوع بیمارستان نیز معنی‌دار بوده است. احساس موفقیت فردی زمانی به وجود می‌آید که فرد بتواند در خط مشی‌های سازمان متبوع تأثیر داشته باشد و از این طریق، توانایی‌های خود را به معرض نمایش گذارد و نگرش‌های مثبت در مورد خود و بیماران به دست آورد. در این صورت، ضمن برخورداری از احساس اعتماد به نفس، احساس قدرت و تسلط بیشتری نیز در انجام وظایف خواهد داشت و دیدگاه‌های بهتری نسبت به شغل خود کسب می‌نماید و از کار بیشتر لذت برده و احساس رضایت می‌نماید. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً بیشتر پرستاران در بیمارستان‌های ۱ و ۳، قادر به اثبات شایستگی‌های خود در محیط کار نمی‌باشند و این مسأله می‌تواند به‌علت فقدان شرایط مناسب در محیط کار موجود در این بیمارستان‌ها باشد. از سوی دیگر، احتمالاً مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی مردان و نیز نگرش منفی جامعه نسبت به جایگاه حرفه‌ای آن‌ها منجر به تحمیل فشار روانی – اجتماعی بیشتری به آن‌ها می‌شود. زمانی‌که احساس مهم بودن درکار و داشتن انگیزه و آرزوها و انتظارات زیاد در محیط کار برای آن‌ها همگی با شکست مواجهه شود، فرسودگی شغلی ایجاد می‌گردد. عبدی و شهبازی [۹] در مطالعه‌ی خود، ارتباط معنی‌داری بین متغیر زمینه‌ای وضعیت تأهل و موفقیت فردی گزارش کرده‌اند. به‌طور کلی نتایج نشان دادند که پرستاران زن ۰/۲۳ برابر کمتر از پرستاران مرد با فراوانی فقدان موفقیت بالا مواجه می‌شوند. همچنین، پرستاران شاغل در بیمارستان ۱ و ۳، با نسبت شانس بترتیب ۱/۴۶ و ۱/۳۶، بیشترین شانس برخورداری از فراوانی فقدان موفقیت فردی و شدت فقدان موفقیت فردی را داشته‌اند.

ارتباط بین شدت خستگی عاطفی و متغیر طرح‌ریزی کیفیت مراقبت معنی‌دار بود زیرا در صورتی‌که پرستاران استخدام شده در زمینه انجام وظایف خود توجیه نشده باشند و علاقه‌ای به انجام کار خود و ارائه‌ی خدمت به بیماران نداشته باشند، بعد از مدت کوتاهی که از خدمت آنان سپری می‌شود، نسبت به شغل خود احساس انزجار خواهند کرد و توان برقراری ارتباط با بیمار را از دست خواهند داد. نتایج نشان دادند که در بخش‌هایی که نقش پرستاران در طرح‌ریزی کیفیت مراقبت کم بوده است، میزان شدت خستگی عاطفی ۳/۸۳ برابر بیشتر از بخش‌هایی بوده است که در آن‌ها، پرستاران از مشارکت بیشتری در طرح‌ریزی برخوردار بوده‌اند.

ارتباط بین فراوانی خستگی عاطفی و متغیر رهبری و پشتیبانی مدیریت پرستاری معنی‌دار بود. با توجه به شرایط سخت و دشوار شغل پرستاری، عدم حمایت مدیریت از پرستاران می‌تواند باعث بروز خستگی عاطفی در آن‌ها گردد. این امر بعضاً سبب بروز رفتار نامناسب پرستاران با بیماران می‌شود. نتایج نشان دادند که در بخش‌هایی که پرستاران از مدیریت ضعیف و پشتیبانی اندک مدیریت پرستاری برخوردار

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

بوده‌اند، میزان فراوانی خستگی عاطفی ۲/۱۵ برابر بیشتر از بخش‌هایی بوده‌است که در آن‌ها، پرستاران از پشتیبانی زیاد از سوی مدیریت پرستاری و سایر مسئولین برخوردار بوده‌اند، بوده است.

همچنین، ارتباط بین شدت خستگی عاطفی و متغیر کفایت منابع و پرسنل معنی‌دار بود زیرا در صورت کمبود پرستاران شاغل در بخش‌های بیمارستان، فشار و بار کاری بر آن‌ها در بخش‌ها افزایش می‌یابد که این امر منجر به بی‌حوصلگی و بد رفتاری با بیماران بستری می‌گردد. نتایج نشان دادند که در بخش‌هایی که پرستاران از منابع اندکی جهت ارائه مراقبت به بیماران برخوردار بوده‌اند، میزان شدت خستگی عاطفی ۲/۴۴ برابر بیشتر از بخش‌هایی بوده‌است که در آن‌ها، پرستاران از منابع کافی برای این امر برخوردار بوده‌اند.

ارتباط بین شدت خستگی عاطفی و متغیر کیفیت روابط پزشک – پرستار معنی‌دار بود زیرا از آن‌جا که یکی از عواملی که پرستاران را به اجرای بهتر وظایف خود ترغیب می‌نماید، برقراری روابط کاری خوب و توأم با احترام و اعتماد متقابل با پزشکان می‌باشد، در صورت تحقق نیافتن این وضعیت، پرستاران از کار خود به عنوان یک پرستار دلسرد می‌شوند و توان عاطفی خود را از دست داده و دیگر قادر به ارائه‌ی خدمت توأم با کیفیت مناسب به بیماران بستری در بخش نمی‌باشند. نتایج نشان دادند که در بخش‌هایی که پرستاران روابط محدود و نامناسبی با پزشکان بوده‌اند، میزان شدت خستگی عاطفی در پرستاران ۲/۵۲ برابر بیشتر از سایر بخش‌ها بوده است.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهند که مشارکت پرستاران در طرح‌ریزی کیفیت مراقبت از بیماران، برخورداری از رهبری و پشتیبانی قوی مدیریت پرستاری و مسئولین بیمارستان، وجود روابط صحیح و مناسب بین پزشکان و پرستاران، نوع بیمارستان، زن بودن پرستاران و وجود منابع کافی در بخش‌ها به منظور ارائه‌ی مراقبت مناسب از بیماران می‌توانند موجب کاهش ابعاد افسردگی شغلی پرستاران گردند. به عبارت دیگر عواملی چون امکان ارتقای شغلی و بالینی پرستاران و برگزاری دوره‌های آموزشی مستمر برای آنان به همین منظور، برگزاری برنامه‌های آموزشی و توجیهی برای پرستاران تازه وارد، امکان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌ها (مربوط به متغیر طرح‌ریزی کیفیت مراقبت از بیمار)، حمایت مدیران ارشد و نیز مدیران پرستاری از پرستاران، توجه مدیران و سرپرستان به مشکلات بخش‌ها و تلاش در جهت رفع آن‌ها، استفاده از خطاهای پرستاران به عنوان فرصت‌های آموزشی، استقبال و حمایت مدیران و سرپرستان از تصمیمات صحیح و ایده‌های جدید و خلاقانه‌ی پرستاران، قدردانی شایسته از فعالیت‌ها و تلاش‌های پرستاران، استفاده از الگوهای کاری قابل انعطاف (مربوط به متغیر رهبری و پشتیبانی مدیریت)، وجود پرسنل و تجهیزات کافی در بخش‌ها جهت ارائه‌ی مراقبت‌های مناسب و باکیفیت به بیماران (مربوط به متغیر کفایت منابع و پرسنل)، وجود کارتیمی و تشریک مساعی بین پزشکان و پرستاران در بخش‌ها (مربوط به متغیر روابط پزشک–پرستار) و ... همگی موجب کاهش افسردگی شغلی و ابعاد آن در پرستاران شاغل در بخش‌های بیمارستانی می‌گردند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله، مراتب تشکر و قدردانی خود را از دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که بودجه‌ی لازم جهت اجرای این پژوهش را فراهم ساختند و نیز مسئولین و پرستاران محترم بیمارستان‌های مورد مطالعه که در انجام این پژوهش کمال همکاری را با پژوهشگران به عمل آوردند، اعلام می‌دارند.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

منابع

1. Rahimi A. Evaluation of factors influencing occupational stress of nurses in some hospitals in Tehran. Hayat journal of faculty of Nursing and Midwifery.2004; 3(22);13-22.
2. Nadjafi M.Dehkordi K.Realtionship between job burnout and mental health between the centre of production and research of nuclear power of Isfahan.Journal of Shahrekord University of medical sciences. Journal of shahrekord university of medical sciences.2000; 2(2);34-41.
3. Gillmore J, Daownson N. The clinical practice of neurological. 3th edition. Philadelphia: Lippincott Com; 1997.
4. Pouramlashy samad.studying job stressors among pregnant nurses working in surgical wards of hospital of TUMS. [Thesis], Tehran; School or Public Health Tehran University of Medical Sciences, 2001.
5. Talaei A.Mokhber N. Bournout and its related factors in staffs of university hospitals in Mashhad in 2006.Koomesh Journal of Semnan University of medical sciences. 2008: l9(3);51-58.
6. Toubaei Sh, Sahraeeian A. Bournout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry burn and burn wards. Ofogh-E-Danesh journal of Gonabad university of medical sciences and health services.2007; 12(4).40-47.
7. Mahmodi Gh, Rohi Gh. The relationship between nursing staff burnout with physical conditions and specialized facilities in working environment. Journal of Gorgan University of medical sciences. 2006:8(2); 47-51
8. Payami Bosari M. Job Burnout and its related factor in woman nursing staff at educational hospital in Zanjan1380-1381. The scientific journal of Zanjan University of medical sciences. 2002.10(40); 47-51.
9. Abdi H, Shahbazi L. Work stress in nursing staff at ICU and its relativeness with their job burnout. Journal of Shaheed Sadoughi university of medical sciences and health services Yazd. 2001.9(3); 58-63.
10. Gunnarsdottir S. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses, International journal of Nursing Studies.2009. 46(7); 920-927.
11. Filiyan E. Investigating job burnout relativeness with international methods in nursing staff at educational – care unit of Tehran hospital at 1371. Behbod the scientific quarterly.1993:1(2); 39-46.
12. Barrett L, Yates P. Oncology Hematology nurses:a study of job satisfaction,burnout and intention to leave the specially. Aust Health Rev 2002; 25(3); 109-21.
13. Saberi SM, Sadr SSH. The study of jobburnout and its relationship with general health in judges working in judicial authorities in Tehran.Journal of Legal Medicine.2009:4(2); 92-98.
14. Lake Eileen, Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics, Nursing Research.2006:55(1); 1-9.
15. Maslach Christina. Job Burnout.Annual review of Psychology.2001:52; 397-422.
16. Aiken L. Hospital staffing organization and quality of care: cross national findings.Nursing outlook.2002:50(5); 187-194.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

Study of the relationship between nurses' work environment indices and their burnout aspects in TUMS teaching hospitals

M. Arab[1], A. Rahimi[2], L. Vali[3], R. Ravangard[4], A. Akbari sari[5]

Received: 2011/06/12 Revised: 2011/09/13 Accepted: 2011/11/26

Abstract

Background and aims: In a healthy organization, staff's physical and mental health is as important and considerable as production and productivity. Burnout is a result of long-term tension and stress in the job environment. Its symptoms occur when employees' power and potency is not enough for the job environment demands. Emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal accomplishment are three dimensions of burnout. In this survey we studied the nursing job environment considering nurses' participation in hospital affairs, foundation for quality of nursing care, managerial support and leadership, staffing/resource adequacy and collegial nurse-physician relation and their effects on nurses' burnout level.

Methods: This survey is a cross-sectional, descriptive-analytical study to review of nursing job environment on nurses' burnout dimensions in TUMS (Tehran …) general-teaching hospitals in 1386. For this study, 214 nurses (confidence interval %95, powers %80 and attrition %30) were selected randomly. Data were gathered using Maslach Burnout Inventory (MBI) and Nursing Work Index (NWI) questionnaires filled in by studied nurses.

The validity of these questionnaires determined using masters' instructions. To determine the reliability of NWI questionnaire, a pilot study was conducted and its reliability coefficient (Cronbach's alpha) was 0.88. The reliability and internal validity of MBI questionnaire had been proved in previous studies. Data were analyzed by SPSS 11.5 and Logistic regression and Chi-Square test.

Results: Results show that hospital type and nurses' sex have effects on lack of personal accomplishment frequency and hospital type influences lack of personal accomplishment severity. Depersonalization frequency is effected negatively by decreasing foundation for quality of nursing care (OR=2.326) and lack of managerial support and leadership (OR=4.553) and limited collegial nurse-physician relation (OR=1.339). Depersonalization severity is influenced negatively by decreasing foundation for quality of nursing care (OR=3.310). Lack of managerial support and leadership (OR=2.152) effects negatively on emotional exhaustion frequency, and finally, exhaustion severity is effected negatively by lack of foundation for quality of nursing care (OR=3.838), staffing/resource adequacy (OR=2.440) and collegial nurse-physician relation (OR=2.552). Also, logistic regression results show that all mentioned relationships (given standard errors) are positive that means increasing a variable results in increasing the other variable and vice versa.

Conclusion: The type and numbers of patients refer to the studied hospitals, using flexible working models; applying new working ideas, team working, participating in hospital affairs, preparing educational and preferment opportunities for employees, providing managerial support etc. have important effects on the frequency and severity of burnout dimensions.

Keywords: Nurse, Job environment, Burnout, Emotional exhaustion, Depersonalization, Lack of personal accomplishment.

1. (**Corresponding author**), PhD, Professor of Health Management and Economics Department, School of Public Health and Institute of Public Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. arabmoha@tums.ac.ir
2. PhD, Associate Professor of Epidemiology and Biostatistics Department, School of Public Health and Institute of Public Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Medical Informatics Research Center, Institute of Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
4. PhD, Asistant Profosser, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Scinces, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
5. Associate Professor, Health Management and Economics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]