مجله سلامت و مراقبت

سال پانزدهم، شماره ۳، پاییز و ۱۳۹۲

مقایسه فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ICU، اورژانس، جراحی و ارتباط آن با تنیدگی ادراک شده و راهبردهای مقابله با تنیدگی

محمدکاظم فخری[1]، عادله اصلی پور[2]

۱- استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مازندران، ایران

۲- مدرس گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مازندران، ایران

* نویسنده مسئول: Sari - Fakhry1385@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۱۸

چکیده

زمینه: حرفه پرستاری تنش زاست و فشار روانی آن می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی شود اما نوع ادراک از یک رویداد تنش زا و راهبرد مقابله‌ای به‌کار رفته می‌تواند این رابطه را تعدیل کند. هدف پژوهش حاضر مقایسه فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ICU، اورژانس و جراحی و ارتباط آن با تنیدگی ادراک شده و راهبرد مقابله‌ای آنان بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. جامعه پژوهش کلیه پرستاران زن و مرد شاغل در بخش‌های ICU ، اورژانس و جراحی چهار بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شهر ساری بودند (N=۱۸۰). تعداد نمونه بر اساس جدول کرجسی و مورگان ۱۲۰ نفر تعیین شد که از بین پرستاران بخش‌های ICU، اورژانس و جراحی بیمارستان‌های فوق الذکر، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی- طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های فرسودگی شغلی تدیم، تنیدگی ادراک شده کوهن و راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر بودند. جهت تحلیل داده‌ها از آزمونهای توصیفی – تحلیلی در نرم افزار SPSS v.19 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۶۴/۱۶ درصد (۷۷ نفر) از پرستاران فرسودگی شغلی متوسط، ۳۱/۶۶ درصد (۳۸ نفر) فرسودگی بالا و ۴/۲ درصد (۵ نفر) فرسودگی شغلی پایین داشتند. از سوی دیگر تفاوت معناداری در فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌هایICU، اورژانس و جراحی دیده نشد (F=۱/۵۱۱، P=۰/۲۵۵). بین تنیدگی ادراک شده، استفاده از راهبردهای هیجان مدار و اجتنابی با فرسودگی شغلی، رابطه مثبت و معنادار (P=۰/۰۰۰، r= ۰/۳۸۱، r= ۰/۵۷۷، r= ۰/۴۲۹) و بین راهبرد تکلیف مدار و فرسودگی شغلی رابطه منفی و معنی دار وجود داشت (P =۰/۰۰۰، r=-۰/۴۸۰).

نتیجه‌گیری: با توجه به بالا بودن میزان فرسودگی شغلی در پرستاران و مرتبط بودن آن با تنیدگی ادراک شده و راهبردهای مقابله با تنیدگی، شناسایی پرستارانی که تنیدگی ادراک شده بیشتری دارند یا از راهبردهای مقابله ای نامناسب استفاده می نمایند، ضروری است.

واژه‌های کلیدی: فرسودگی شغلی، تنیدگی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای، پرستار

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

مقدمه

کارکردن در مشاغل درمانی که در آنها ارتباط انسانی و سلامت افراد مطرح است، می‌تواند تنیدگی زیادی ایجاد کند (۱). از بین افراد شاغل در مراکز درمانی، پرستاران بیشترین فشارکاری را متحمل می‌شوند (۲، ۳، ۴). حرفه پرستاری به دلائل مختلفی چالش‌برانگیز و تنش‌زا است. رویارویی دایمی با بیماران، داشتن مسئولیت سلامت انسانها، انجام فرایندهای بالینی، مواجهه با بیماران در حال احتضار، برخورد با موقعیت‌های اضطراری و غیر قابل پیش‌بینی، سروصدای زیاد در محل کار و نوبت کاری در گردش از جمله عوامل تنیدگی‌زای حرفه پرستاری است (۵). تنیدگی و عوارض ناشی از آن همه ساله موجب از بین رفتن صدها روز کاری می‌شود و به طور متوسط روزانه یک میلیون نفر به علت اختلالات ناشی از آن، از حضور در محل کار خودداری می‌کنند. همچنین ۴ درصد از ساعات کاری بر اثر غیبت ناشی از تنیدگی و نارضایتی شغلی کارکنان، از دست می‌رود (۶). اگر فشارهای روانی ناشی از شغل بیش از حد باشند، می‌توانند با ایجاد عوارض جسمی، روانی و رفتاری برای فرد، سلامت وی را به مخاطره انداخته و منجر به فرسودگی شغلی گردند (۷). فرسودگی شغلی، کاهش قدرت سازگاری فرد با 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 می‌شود (۸). فرسودگی شغلی در پرستاران موجب ایجاد عوارض متعدد شامل غیبت‌های مکرر، تمایل به جا-به‌جایی، ترک حرفه و تعارضات بین فردی با همکاران می‌گردد (۹ و ۱۰) اما بدترین پیامد، افت کیفیت مراقبت از بیمار است (۱۱و۱۲). پرستارانی که فرسودگی شغلی را تجربه می‌کنند معمولاً از لحاظ جسمانی، عاطفی و ذهنی خسته هستند که این امر تأثیر گسترده‌ای در کیفیت مراقبت از بیمار برجای می‌گذارد. به گونه‌ای که پرستاران به تدریج احساس می‌کنند، نمی‌توانند با بیمار مواجه شوند و کار کردن با بیمار برایشان سخت و دشوار می‌شود و در نتیجه نگرش‌های منفی نسبت به بیماران پیدا می-کنند. به تدریج رابطه درمانی رنج‌آور شده و کار درمانی بجای اینکه جالب، چالش‌انگیز، فعالانه و خلاق باشد بسیار خسته‌کننده می‌شود (۱۳،۱۴). هر چند کارکردن در حرفه پرستاری می‌تواند به خودی خود تنش‌زا باشد و در دراز مدت منجر به فرسودگی شغلی شود اما به نظر نمی‌رسد تمام افراد شاغل در این حرفه به یک میزان به نتایج ناگوار ناشی از تنیدگی مبتلا شوند. یکی از دلایل این امر می-تواند به واسطه فشار کاری و میزان تنیدگی متفاوت در بخش‌های مختلف بیمارستان که پرستاران در آنها مشغول به کار هستند، باشد. گاروسا[1] و همکاران (۲۰۱۰)؛ آیکن[2] و همکاران (۲۰۰۸)؛ مک گراث[3] و همکاران (۲۰۰۳) و صحراییان و طوبایی(۲۰۰۸) نشان دادند که پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و روانپزشکی به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار از جمله ارتباط کاری با دیگر پرستاران و کارکنان تیم بهداشتی، ارتباط و مکالمه با بیمار و همراهان وی، لزوم پاسخ سریع و بی-درنگ پرستار به موقعیت‌های فوری و مسئولیت سنگین ناشی از مراقبت از بیمار بیشترین تنیدگی را تحمل می-نمایند و نسبت به پرستاران شاغل در سایر بخش‌ها بیشتر به فرسودگی شغلی دچار می‌گردند (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). از سوی دیگر، آلن و میلور[4] (۲۰۰۲) و شانگ[5] و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود تفاوت معناداری در فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان پیدا نکردند (۲۰،۱۹). با توجه به متناقض بودن نتایج پژوهش‌ها در خصوص متفاوت بودن میزان تنیدگی و فشار کاری بخش-های مختلف بیمارستان بنظر نمی‌رسد که کارکردن در بخش‌هایی با سطوح متفاوت تنیدگی، به این سوال پاسخ دهد که چرا تمام افراد شاغل در این حرفه، به یک میزان به نتایج ناگوار ناشی از تنیدگی مبتلا نمی‌شوند؟ و اینکه چرا حتی کارکردن در یک محیط یکسان افراد را به یک میزان دچار فرسودگی شغلی نمی کند؟ بلکه به نظر می-رسد شیوه‌های ارزیابی و درک فرد از میزان تنیدگی موقعیت و راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده نقش مهمی در تعدیل اثر تنش‌های تجربه شده در محیط کار داشته باشند. شدت و نوع تنیدگی ادراک شده، به باور فرد در زمینه میزان جدی بودن تنش و به تاثیرات فیزیکی، روان-شناختی و اجتماعی منفی وابسته است (۲۱). ادراک متفاوت افراد از میزان آسیب‌زا بودن یک رویداد می‌تواند سبب شود برخی از افراد با وجود مسئولیت‌های متعدد،

1. Garrosa
2. Aiken
3. McGrath
4. Allen & Mellor
5. Shang

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

مسائل و مشکلات را به عنوان چالشی برای ارتقای توانمندی‌های خود در نظر بگیرند و با انرژی و نشاط با آن مسئله برخورد کرده و از عوارض تنیدگی در امان بمانند و برخی دیگر از افراد هنگام روبروشدن با موقعیت مشابه یا حتی با مسئولیت‌های کمتر، تحت کوچکترین فشار و تنیدگی شکست خورده، آن را به صورت تهدیدی برای زندگی فردی، شغلی و خانوادگی خود ارزیابی کنند و کنترل خود را بر موقعیت از دست داده و به انواع عوارض تنیدگی دچار شوند (۲۲).

بر طبق نظریه لازاروس و فولکمن[1] (۱۹۸۸) مقابله، مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و فرایندهای شناختی و رفتاری برای جلوگیری، مدیریت یا کاهش تنیدگی است و شیوه-های مقابله با تنیدگی و نوع پاسخ به آن مهمتر از ماهیت خود تنیدگی است (۲۳). اندلر و پارکر[2] (۱۹۹۰) ابعاد سه گانه مقابله شامل تکلیف مدار[3]، هیجان مدار[4] و اجتنابی[5] را مطرح کردند (۲۴). تصمیم‌گیری برای به کار بردن نوع خاصی از این راهبردها، تحت تاثیر عواملی مانند چگونگی درک و برداشت افراد از رویداد، میزان احساس خطر و تهدیدکنندگی آن و همچنین ادراک فرد از میزان اعمال کنترل شخصی بر موقعیت تنش‌زا قرار دارد. در واقع زمانی که افراد احساس می‌کنند برای تغییر موقعیت تنش‌زا کاری از دستشان برنمی‌آید و موقعیت، خارج از کنترل آنان است، بیشتر از رویکرد هیجان‌محور استفاده می‌کنند و پاسخ‌های هیجانی به عوامل تنش‌زا را تغییر می‌دهند و زمانی که فرصتی را برای تغییر موقعیت می‌یابند، راهبرد تکلیف مدار را ترجیح می‌دهند تا با تغییر موقعیت میزان تنشی را که آن موقعیت برانگیخته، کاهش دهند. راهبرد اجتناب‌مدار وقتی به کار می‌رود که فرد از مشکل فرار کرده یا وجود آن را انکار می‌کند (۲۵).

با توجه به عدم همخوانی نتایج پژوهش‌های ذکر شده درباره تفاوت فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان و نقشی که تنیدگی ادراک شده و راهبردهای مقابله با تنیدگی می‌توانند در فرسودگی شغلی داشته باشد، پژوهش حاضر به مقایسه فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بخش‌های ICU ، اورژانس و جراحی و ارتباط آن با تنیدگی ادراک شده و راهبردهای مقابله با تنیدگی پرداخته است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران زن و مرد شاغل در بخش-های ICU ، اورژانس و جراحی ۴ بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران (بیمارستان‌های امام خمینی، بوعلی سینا، فاطمه الزهرا و شهید زارع) در شهر ساری بودند. شرایط ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: ۱- دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری ۲- حداقل یک سال کار در بخش‌های ICU، اورژانس و جراحی که تا زمان اجرای پژوهش تغییر نکرده باشد ۳- وضعیت اشتغال به صورت رسمی یا قراردادی. در مجموع تعداد ۱۸۰ نفر شرایط لازم برای شرکت در پژوهش را احراز کردند (N=۱۸۰). نمونه پژوهش بر اساس جدول کرجسی و مورگان به تعداد ۱۲۰ نفر تعیین شد که از پرستاران بخش‌های ICU ، اورژانس و جراحی بیمارستان‌های فوق الذکر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی - طبقه‌ای انتخاب شدند؛ به این صورت که ابتدا تعداد پرستاران شاغل در هر یک از بخش‌های ICU، اورژانس و جراحی در جامعه مذکور تعیین شد و سپس با توجه به تعداد پرستاران حاضر در هر بخش، سهم هر بخش در نمونه پژوهش محاسبه گردید و سپس تعداد ۱۲۰ نفر پرستار که دارای ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش بودند به صورت تصادفی از بین ۱۸۰ نفر انتخاب شدند.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با ریاست بیمارستانهای مذکور و دفتر پرستاری، پژوهشگر با حضور در بخش‌ها و هماهنگی با سرپرستاران، به آن دسته از پرستارانی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و به عنوان نمونه انتخاب گردیدند، در مورد محرمانه ماندن اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها اطمینان داده و از آنان خواست تا با دقت به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های فرسودگی شغلی تدیم[6]، تنیدگی ادراک شده کوهن[7] و راهبردهای اندلر و پارکر[8] استفاده شد.

1. Lazarus &Folkman
2 .Endler & Parker
3. task-oriented
4. emotion-oriented
5. avoidance-oriented

6. Tedim
7. Cohen
8. Endler & Parker

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

پرسشنامه فرسودگی شغلی تدیم ابزار استانداردی است که میزان فرسودگی شغلی را به وسیله مقیاس پنج درجه-ای طیف لیکرت (هرگز، به ندرت، نظری ندارم، گاهی اوقات و همیشه) می‌سنجد و مشتمل بر ۲۲ سوال است که تمامی سوالات به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره‌گذاری شده، به استثنای سوالات ۳، ۶، ۲۰ و ۲۱ که به صورت ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ نمره‌گذاری می‌شوند. به این پرسشنامه از ۱۱۰-۲۲ امتیاز اختصاص داده شده که نمره بالاتر نشان دهنده فرسودگی بیشتر است. به عبارت دیگر نمره ۳۱-۲۲ نشان دهنده فرسودگی شغلی پایین، نمره ۶۲- ۳۲ فرسودگی شغلی متوسط و نمره ۱۱۰ – ۶۳ نشان دهنده فرسودگی شغلی بالا می‌باشد (۲۶). این پرسشنامه در چندین پژوهش استفاده شده که می‌توان به کاربرد آن در پژوهش کالینز[1] (۱۹۹۶) تحت عنوان تنیدگی شغلی، فرسودگی شغلی و نستوهی اشاره کرد (۲۷). پایایی این پرسشنامه در ایران توسط کورانیان و همکاران (۱۳۸۷) با روش بازآزمایی، ۰/۹۸گزارش شده است (۲۲). همچنین میزان آلفای کرونباخ در پژوهش شاکری نیا و محمدپور (۱۳۸۹)، ۰/۸۹ ذکر گردیده است (۹).

پرسشنامه تنیدگی ادراک شده توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و در آن از افراد خواسته می‌شود تا احساسات و افکاری را که در طول ماه گذشته داشته‌اند، بیان نمایند. در این مقیاس حداقل نمره تنیدگی درک شده صفر و حداکثر آن ۵۶ می‌باشد. این مقیاس یک ابزار مناسب برای سنجش تجربه تنیدگی کلی در گروه‌های سنی مختلف است. میمورا و گریفیث[2] (۲۰۰۴) در پژوهشی روی دانشجویان ژاپنی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ بدست آوردند (۲۸). امین یزدی (۱۳۷۷) نیز در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را گزارش کرده است (۲۹).

پرسشنامه راهبردهای مقابله با تنیدگی اندلر و پارکر با ۴۸ سوال برای سنجش سه راهبرد مقابله ای تکلیف مدار، هیجان مدار و اجتناب مدار طراحی شده است. برای هر یک از این سه راهبرد مقابله‌ای، ۱۶ سوال وجود دارد. شیوه نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۴ می‌باشد. راهبرد مقابله‌ای ترجیحی فرد، راهبردی است که در آن نمره بالاتری کسب کرده است. اندلر و پارکر (۱۹۹۰) ضرایب پایایی درونی این پرسشنامه را در نمونه‌های بهنجار متنوع بین ۰/۸۰ و ۰/۹۰ به دست آوردند (۲۴). شکری و همکاران (۱۳۸۷) ضرایب آلفای کرونباخ برای راهبرد تکلیف مدار، هیجان‌مدار و اجتناب - مدار را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴ و۰/۸۰ به دست آورد (۳۰).

جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS v.19 تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر برابر با ۵/۲۴ ± ۳۱/۶۵ و در محدوده سنی ۴۸-۲۲ سال بود. همچنین ۹۱/۷۰ درصد (۱۱۰ نفر) از پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش زن و۸/۳۰ درصد (۱۰ نفر) مرد بودند.

1. Collins

2. Mimura & Griffits

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

جدول ۱: فراوانی و درصد سطوح فرسودگی شغلی در بخش‌های آی سی یو،جراحی و اورژانس

فرسودگی شغلی	آی سی یو		جراحی		اورژانس	
	فراوانی	درصد	فراونی	درصد	فراوانی	درصد
پایین	۵	۴/۲۰	۰	۰	۰	۰
متوسط	۲۵	۲۰/۸۳	۳۰	۲۵	۲۲	۱۸/۳۳
بالا	۱۳	۱۰/۸۳	۱۵	۱۲/۵	۱۰	۸/۳۳
کل	۴۳	۳۵/۸۳	۴۵	۳۷/۵	۳۲	٪۲۶/۶۶

همانگونه که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد ۳۵/۸۳ درصد (۴۳ نفر) از پرستاران شاغل در بخش ICU، ۳۷/۵ درصد (۴۵ نفر) از پرستاران شاغل در بخش جراحی و ۲۶/۶۶ درصد (۳۲ نفر) از پرستاران شاغل در بخش اورژانس بودند. ۴/۲ درصد از پرستاران در سطح پایین فرسودگی شغلی، ۶۴/۲۰ درصد در سطح متوسط و ۳۱/۶۶ درصد در سطح بالایی قرار داشتند.

میانگین و انحراف استاندارد فرسودگی شغلی، تنیدگی ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای به تفکیک بخش‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد فرسودگی شغلی، تنیدگی ادراک شده و راهبردهای مقابله ای به تفکیک بخش ها

متغیرها	آی‌سی یو	جراحی	اورژانس
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
فرسودگی شغلی	۵۱/۸۶±۱۵/۸۹	۵۵/۱۷±۱۱/۵۸	۵۷/۰۳±۱۱/۰۹
تنیدگی ادراک شده	۲۵/۳۷±۵/۶۷	۲۸/۷۳±۶/۸۵	۲۷/۴۳±۹/۳۵
راهبردتکلیف مدار	۴۲/۲۳±۵/۳۷	۴۴/۰۶±۷/۸۸	۳۶/۷۵±۵/۸۵
راهبرد هیجان مدار	۴۹/۲۳±۸/۵۱	۴۶/۰۴±۸/۹	۵۱/۲۸±۸/۱۳
راهبرد اجتنابی	۴۴/۶۵±۵/۶۵	۴۵/۶۸±۵/۰۵	۴۴/۴±۵/۵۶

در رابطه با فرسودگی شغلی، تنیدگی ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای به تفکیک بخش‌ها نتایج نشان داد پرستاران بخش اورژانس با میانگین ۱۱/۰۹ ± ۵۷/۳ بالاترین میزان فرسودگی شغلی را گزارش کرده‌اند و همچنین بیشترین استفاده از راهبرد هیجان‌مدار را داشته‌اند ۸/۱۳ ± ۵۱/۲۸ و پرستاران بخش جراحی از راهبرد تکلیف مدار و اجتنابی به ترتیب با میانگین و انحراف استاندارد ۷/۸۸±۴۴/۰۶ و ۵/۰۵±۴۵/۶۸ استفاده نموده‌اند (جدول ۲).

جهت مقایسه فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ICU، جراحی و اورژانس از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد و نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ICU، جراحی و اورژانس وجود ندارد (F=۱/۵۱۱، p=۰/۲۲۵)

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین تنیدگی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی با فرسودگی شغلی متوسط رابطه معنادار (p=۰/۰۰۰) وجود دارد. اما بین تنیدگی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای تکلیف مدار، هیجان مدار و اجتنابی با سطوح فرسودگی شغلی پایین و بالا در پرستاران، رابطه معناداری مشاهده نگردید. به عبارت دیگر هر چه تنیدگی ادراک شده بیشتر باشد، میزان فرسودگی شغلی بالاتر و استفاده از راهبردهای هیجان مدار و اجتنابی بیشتر و بر عکس هر چه میزان تنیدگی ادراک شده کمتر و فرسودگی شغلی پایین تر باشد استفاده از راهبرد تکلیف مدار افزایش می یابد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های ICU، اورژانس و جراحی بیمارستان-های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و ارتباط آن با تنیدگی ادراک شده و راهبردهای مقابله با تنیدگی

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان به طور کلی در سطح متوسط و بالا و در بخش اورژانس بالاتر از سایر بخش‌ها است که این یافته با نتایج پژوهش‌های خدادادی زاده و همکاران (۲۰۱۲)؛ احمدی و همکاران (۱۳۹۰)؛ شاکری‌نیا (۱۳۸۹)؛ آقاجانی (۱۳۹۱)؛ عزیزنژاد و حسینی (۱۳۸۵)؛ سویدر و زیمرمن[1] (۲۰۱۰)؛ لورا و مارتین[2] (۲۰۰۳)؛ آدالی و پریامی[3] (۲۰۰۲) همخوانی دارد (۳۱ ،۳۲، ۹، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷). بالا بودن فرسودگی شغلی در بخش‌ها از جمله بخش اورژانس می‌تواند ناشی از ارتباط مستقیم پرستاران با بیماران باشد، بنابراین بی نظمی، موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی، جو پرفشار، کمبود کنترل و چهارچوب زمانی محدود برای ارزیابی تاثیر مداخلات درمانی از جمله مسائل تنش‌زا برای پرستاران بخش اورژانس محسوب می‌شود و مدیریت و رهبری در بخش اورژانس از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس، معمولا از نظر جسمانی در حالت بحرانی به سر می‌برند و پرستاران بخش اورژانس علاوه بر تحمل فشارهای روانی و جسمانی فراگیری که در همه بخش‌های بیمارستانی حاکم است، متحمل برخی از فشارهای خاص ناشی از فوریت زمانی نیز می باشندکه این امر به نوبه خود به ایجاد هیجانات منفی درآنان می‌انجامد (۳۳).

یافته‌های پژوهش در خصوص مقایسه فرسودگی شغلی در بخش‌های ICU، اورژانس و جراحی تفاوت معنادری در فرسودگی شغلی بین بخش‌ها نشان نداد. این یافته با نتایج آلن و میلو (۲۰۰۲)؛ احمدی و همکاران (۱۳۹۰) و کرونین –استابس و راکز[4] (۱۹۸۵) همخوان بود (۱۹، ۳۲، ۳۸) و با نتایج گاروسا و همکاران (۲۰۱۰)؛ آیکن و همکاران (۲۰۰۸)؛ مک گراث و همکاران (۲۰۰۳) و صحراییان و طوبایی (۲۰۰۸) همخوانی نداشت (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). این امر می‌تواند به این خاطر باشد که بخش‌های مذکور همگی پرتنش می‌باشند و فقط ماهیت تنیدگی موجود در بخش‌ها که پرستاران با آن مواجه هستند، متفاوت است. همان‌گونه که داده‌های مطالعه نشان داد فرسودگی شغلی در تمامی بخش‌ها متوسط و بالا است. تنیدگی‌های پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه، مربوط به مرگ و میر بیماران، کمبود نیروی انسانی و حجم کاری زیاد در هر شیفت است در حالی که در بخش‌های دیگر مانند جراحی و اورژانس، پرستاران عمدتاً با تنیدگی‌های سازمانی مانند سنگینی نقش، برخورد با همکاران و در دسترس نبودن پزشکان در موارد اضطراری روبرو هستند (۳۹،۴۰) لذا در میزان فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های مذکور تفاوت معناداری مشاهده نگردید و بیشتر پرستاران از سطح متوسط فرسودگی شغلی رنج می‌برند. از سوی دیگر فرسودگی شغلی پدیده‌ای است که در درازمدت و به واسطه کل تجربیات فرد در زمینه شغلی‌اش به دست می‌آید. با توجه به اینکه اکثر پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ممکن است به درخواست و نیاز بیمارستان، تجربه و سابقه کار در سایر بخش‌های بیمارستان را نیز داشته باشند، لذا تفاوت معناداری بین پرستاران بخش‌های مختلف در فرسودگی شغلی دیده نشد.

نتایج پژوهش در خصوص ارتباط تنیدگی ادراک شده با فرسودگی شغلی نشان داد که بین تنیدگی ادراک شده و فرسودگی شغلی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتی هرچه تنیدگی ادراک شده بیشتر باشد، میزان فرسودگی شغلی بالاتر خواهد بود. این یافته با نتایج مسعودنیا (۱۳۸۵)؛ کورانیان و همکاران (۲۰۰۸)؛ صلاحیان و همکاران (۱۳۹۰)؛ ضیغمی و اصغرزاده (۱۳۹۰)؛ تری و مایوکی[5] (۲۰۰۶) همخوان بود (۲۱،۲۲،۴۱،۴۲،۴۳). مسلماً تنیدگی‌های طولانی و مداوم در محیط کار می‌تواند تعادل روحی و جسمی فرد را به - خطر انداخته، باعث فرسودگی شغلی گردد و مسائلی مانند استعفاء، غیبت‌های مکرر، کاهش انرژی و بازده کاری را بدنبال آورد (۴۴).

نوع راهبرد مقابله‌ای که فرد جهت مواجهه با موقعیت تنیدگی‌زا به کار می‌برد نیز می‌تواند نقش مهمی در تجربه فرسودگی شغلی داشته باشد. نتایج پژوهش در خصوص ارتباط بین راهبردهای مقابله با تنیدگی و فرسودگی شغلی نشان داد که بین راهبرد تکلیف مدار و فرسودگی شغلی رابطه منفی و معنادار و بین استفاده از راهبرد

1. Swider & Zimmerman
2. Laura & Martin
3. Adali &Priami
4. Cronin – Stubbs & Rooks
5. Terry & Myochi

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

هیجان‌مدار و اجتنابی با فرسودگی شغلی رابطه مثبت و معنادری وجود دارد. به این معنی که استفاده از راهبرد تکلیف مدار با فرسودگی شغلی کمتر و استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی با فرسودگی شغلی بالاتر در پرستاران همراه بود که این نتیجه با نتایج گروسی فرشی و مسلمی (۱۳۸۴)؛ موسوی نسب و تقوی (۱۳۸۶)؛ مسعودنیا (۱۳۸۵) و اندلر و همکاران (۲۰۰۰) همخوان می‌باشد (۴۵،۴۶،۲۱،۴۷). این یافته می‌تواند این‌گونه تبیین گردد که استفاده از راهبرد تکلیف‌مدار سبب می‌شود که فرد مسئولیت حل مسأله را بپذیرد، به دنبال کسب اطلاعات صحیح درباره‌ی مسأله باشد و تصمیم‌های عملی واقع‌بینانه‌ای اتخاذ نماید، مستقیماً با مسائل و مشکلات پیش‌رو برخورد نماید و راه‌حل‌های مختلف را جهت حل آنها به‌کار ببندد. به‌کارگیری راه‌حل‌های مختلف در نهایت ممکن است به حل مسئله منجر شود و این موفقیت در حل مسائل، احساس کارآیی، تسلط و رضایت شغلی فرد را در محیط کار بالا برده و با اثرات فرسودگی شغلی مقابله می‌کند (۴۸).

در مراحل ابتدایی مواجهه با یک تجربه تنیدگی‌زا افراد اغلب به راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی متوسل می‌شوند. برای مثال دست به انکار مسایل پیش رو می‌زنند یا سعی می‌کنند وانمود کنند که مساله مهمی اتفاق نیفتاده است. هرچند استفاده از این راهبردها در مراحل اولیه رویارویی با موقعیت تنیدگی‌زا می‌تواند مفید باشد و سبب شود که فرد در موقعیت فشارزا دچار ازهم پاشیدگی نشود و فرصتی فراهم گردد تا منابع خود را برای رویارویی موثر با موقعیت بسیج کند و به نحو کارآمدتری با آن مساله روبرو شود (۴۶) اما چنانچه رویکرد غالب، مسلط و مداوم فرد در مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا استفاده از راهبردهای اجتنابی و هیجانی باشد و حتی زمانی که تعادل هیجانی برقرار شد نخواهد یا نتواند جهت حل اساسی مشکلات به راهبردهای تکلیف‌مدار متوسل شود تا راه‌حل‌های ممکن را شناسایی کند، نه تنها استفاده از این راهبردها سودمند نیست، بلکه می‌تواند سبب انباشت مشکلات و بدتر شدن روز به روز اوضاع شود و فرد را در چرخه معیوبی قرار می‌دهد که در آن از یک طرف مسائل و مشکلات گذشته، مشکلات جدیدی را خلق می‌کند و از طرف دیگر مسائل و مشکلات حل نشده خستگی، بی‌حوصلگی، احساس فشار و تنیدگی را برای فرد به ارمغان می‌آورد که او را مستعد فرسودگی شغلی می‌کند.

همچنین پژوهش حاضر نشان داد که بین تنیدگی ادراک شده و راهبرد مقابله‌ای تکلیف مدار رابطه منفی معنادار و بین تنیدگی ادراک شده و راهبرد هیجان‌مدار رابطه مثبت معناداری وجود دارد که این یافته با نتایج مطالعات مسعودنیا (۱۳۸۵) و اندلر و همکاران (۲۰۰۰) همخوانی دارد (۲۱، ۴۷).

اثبات ارتباط علت و معلولی، نیازمند مطالعات طولی و کنترل شده می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به بالا بودن میزان فرسودگی شغلی در پرستاران و مرتبط بودن آن با تنیدگی ادراک شده و راهبردهای مقابله با تنیدگی، شناسایی پرستارانی که تنیدگی ادراک شده بیشتری دارند یا از راهبردهای مقابله ای نامناسب استفاده می نمایند، ضروری است.

مطالعه حاضر، توصیفی مقایسه‌ای بوده و در تعمیم نتایج آن به گروه‌های مشابه باید احتیاط لازم را رعایت کرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از ریاست بیمارستان‌های امام خمینی، بوعلی، سینا، فاطمه الزهرا و زارع همچنین از کلیه کادر پرستاری که در اجرای این پژوهش نهایت همکاری را نمودند قدردانی می‌نماییم. این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری در قالب طرح پژوهشی انجام شده است.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

References

1. Kayghobadi S. Nursing stressors in nurses of Tehran Nursing and Midwifery Faculties. Educational Medical Sciences. 2002; 5: 61. [Persian]
2. Santos SR. Baby boomer nurses bearing the burden of care: a four–site study of stress, strain and coping for inpatient registered nurses. Journal of Nursing Administrations. 2003; 33(4): 243–250.
3. Zimmerman L, Stanley R, Captain B. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. Journal of Advanced Nursing. 2006; 15(5): 577–584.
4. Lay J, Lambert V. Job satisfaction among intensive care nurses from the people's Republic of China. International Nursing Review. 2008; 55: 34-39.
5. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. Nurse Education Today. 2009; 29(4): 371-379.
6. Fletcher CE. Job satisfaction and dissatisfaction. Journal of Nursing Administration. 2001; 31(6): 324-331.
7. Altun I. Burnout and nurses' personal and professional values. Nursing Ethics. 2002; 9(3): 269-278.
8. Momeni KH, Akbari M, Atashzadeh F. Relationship between Hardiness and Burnout in Nurses. Teb va Tazkieh. 2009; 17(74-75): 37-47. [Persian]
9. Shakerinia I, Mohammadpoor M. Relationship between hardiness and resiliency with mental hygiene in male mountaineer in Rasht city. Paper presented in the congress of covert pathology. Kurdistan University & Jahad Daneshgahi. 2009; 6-13.[Persian]
10. Beyrami M, Hashemi T, Ghahramanzadeh A, Alaie P. The relationship between mental health and emotional intelligence with job burnout in nurses of Tabriz state hospitals. Journal of Behavioral Sciences. 2010; 9(2): 141-147. [Persian]
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. Journal of the American Medical Association. 2002; 288(16): 1987-1993.
12. Rahmani F, Behshid M, Zamanzadeh V, Rahmani F. Relationship between general health, occupational stress and burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals. Iran Journal of Nursing. 2010; 23(66): 54-63. [Persian]
13. Rasoulian M. Burnout associated with personality characteristic in nurses. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andisheva Rafter). 2004; 4: 24. [Persian]
14. Esfandiari GR. Survey of the rate of occupational burnout between nursing staff of Sanandaj hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences in 2001. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2001; 6(1): 31-35. [Persian]
15. Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jimenez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources, and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47(2): 205-215.
16. Aiken LH, Clarke SP, Sloan DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. Journal of Nursing Administration. 2008; 38(5): 223-229.
17. McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. International Journal Nursing Studies. 2003; 40: 555–565.
18. Sahraian A, Fazelzadeh A, Mehdizadeh AR, Toobaee SH. Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. International Nursing Review. 2008; 55(1): 62-67.
19. Allen J, Mellor D. Work context, personal control and burnout amongst nurses. Western Journal of Nursing Research. 2002; 24(8): 905-917.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

20. Shang J, Friese CR, Aiken L, Wu E. Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. Cancer Nursing. 2013; 36(3): 206-212.
21. Masoudnia E. Perceived severity of stress and coping strategies with stress. Contemporary Psychology. 2006; 4(2): 71-80. [Persian]
22. Kooranian F, Khosravi AR, Esmaeeli H. The relationship between hardiness/ locus of control and burnout in nurses. Ofogh – Danesh. 2008; 14(1): 58-67. [Persian]
23. FarhadiSabet A. Coping with stress skills. Tehran: Farzanegan. 2005. [Persian]
24. Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. Journal of Personality & Social Psychology. 1990; 58: 844-854.
25. Bond FW, Dryden W. Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy, John Wiley and Sons Ltd, England; 2004.
26. Sehatbakhsh A. The relationship between moral distress and burnout for mental health nurses working in hospitals inYazd. MSc Thesis in Psychology. Guilan University, 2011. [Persian]
27. Collins MA. The relation of work stress, hardiness and burnout among full-time hospital staff nurses. Journal of Nursing Staff Development. 1996; 12: 81-85.
28. Mimura CM, Griffiths PA. Japanese version of the perceived stress scale. International Journal of Nursing Studies. 2004; 41(4): 379-385.
29. Amin Yazdi S. Assessment of relationship between attribution style and perceived stress. Research Project of Firdausi University, 1998. [Persian]
30. Shokri O, Taghiloo S, Gravand F, Paeezi M, Molaei M, Abdollah Pour MA, et al. Factor structure and psychometric properties of the Persian version of the questionnaire dealing with stressful situations. New Cognitive Sciences. 2008; 3(10): 22-33.[Persian]
31. Khodadadi A, Ravari A, Sayadi A, Khodadadi H, Jafarinaveh H. Occupational burnout assessment among nurses working in Iranian hospital of Ali-ebnAbitaleb, Rafsanjan- Iran. Journal of Occupational Health & Epidemiology. 2012; 1(2): 103-110.
32. Ahmadi O, Azizkhani R, Basravi M. Frequency distribution and associated factors of burnout syndrome among nurses. Journal of Isfahan Medical School. 2011; 29(158): 1593-1597.
33. Aghajani MJ. The professional burnout of nurses in different wards. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. 2012; 9(2): 97-104. [Persian]
34. Aziz Nejad P, Hosseini SJ. Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2004; 8(2): 63-69. [Persian]
35. Brian W, Swider R, Zimmerman D. Born to burnout: a meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. Journal of Vocational Behavior. 2010; 76: 487-506.
36. Laura B, Martin G. Cross-sectional survey of burnout in emergency and nonemergency nurses. Journal of American Nursing. 2003; 29(5): 408.
37. Adali E, Priami M. Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals. ICUs and Nursing Web Journal.2002;11:1-19.
38. Cronin-Stubbs D, Rooks CA. The stress, social support, and burnout of critical care nurses: the results of research. Heart and Lung. 1985; 14(1): 31-39.
39. Navidian A, Masoudi G, Mousavi SS. Work related stress and the general health of nursing staffs in Zahedan hospitals emergency wards 2004. Behbood. 2005; 9(3): 17-26. [Persian]
40. Richard J, Peter E. Nursing and health care management and policy. Journal of Advanced Nursing. 2004; 48(6): 622.
41. Salahian A, Oreizi HR, Babamiri M, Asgari A. The predictor factors of burnout syndrome in Isfahan nurses. Nursing Research. 2010; 6(23): 23-31. [Persian]
42. Zeighami SH, Asgharzadeh S. Assessment of relationship job stress and burnout in nursing staff. Journal of Nursing Faculty of Hamedan. 2010; 19(2): 42-49 .[Persian]

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

43. Terry D, Myochi J. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. Journal of Professional Nursing. 2006; 22(1): 30-38.
44. Abdi H, Shahbazi L. Correlation between occupations stresses in nurses intensive care unit with job burnout. Journal of ShahidSadoughi University of Medical Sciences and Health Services. 2001; 9(3): 58-63. [Persian]
45. GarusiFarshi MT, Moslemi MA. The relationship between nurse burnout and coping techniques. Psychological Studies. 2005; 1(4, 5): 5-19. [Persian]
46. MousaviNasab MH, Taghavi MR. Effects of stress and coping strategies on mental health. Hormozgan University of Medical Sciences. 2007; 11(1): 83-90. [Persian]
47. Endler NS, Kocovski NL, Macrodimitris SD. Coping, efficacy, and perceived control in acute vs. chronic illness. Journal of Personality & Individual Differences. 2000; 30: 617-625.
48. Alipoor A, Hashemi T, Babapoor J, Tousi F. The relationship between coping strategies and students' happiness. Journal of Modern Psychological Studies. 2010; 5(18): 71-86.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]

The Comparison of Burnout in Nurses of ICU, Emergency and Surgical Wards and it's Relationship with Perceived Stress and Coping Strategies with Stress

Fakhri MK[*1], Aslipoor A[2]

1. Assistant professor of psychology, Islamic Azad Universityof Sari, Mazandaran, Iran
2. Teacher of Psychology, Islamic Azad Universityof Sari, Mazandaran, Iran

** Corresponding Author:* Sari - Fakhry1385@yahoo.com

Received: 2013/9/1
Accepted:2013/11/9

ABSTRACT

Background: Nursing Profession is stressful and the stress of the job can causes burnout, but people's perception of a stressful event and coping strategies can adjust this relation. The purpose of present study was to compare burnout in nurses of ICU, emergency and surgical wards and its relationship with their perceived stress and coping strategies.

Methods: This is a descriptive-correlational study. The population of study were all male and female nurses who are working in 4 teaching hospitals which were located in Sari (N=180). Number of study's sample based on Krejcie & Morgan tables determined 120 nurses who selected by stratified random sampling from all the nurses working in ICU, emergency and surgical wards. The research instrument was Tedym burnout questionnaire, Cohen's Perceived Stress scale and Endler & Parker's coping strategies scale. Descriptive-analytical tests in Spss software v.19 were used for data analyze.

Results: Results showed that 64.16% (77 persons) of nurses were in moderate level of job burnout, 31.66% (38 persons) in high level and 4.2% (5 persons) in low level of job burnout. Also, there were no significant difference in burnout between the nurses of Emergency, ICU and Surgery wards (F=1.511, P=0.255). There was a positive significant relationship between perception of stress, emotion-oriented strategies and avoidance with burnout (r=0.429, r=0.577,r=0.381,p=0.000) and also negative significant correlation between task-oriented and burnout (r=-0.480, p=0.000).

Conclusion: According to the high level of burnout in nurses and its related perceived stress and coping strategies, identifying nurses who perceive high stress or use improper coping strategies is necessary.

Key Words: Burnout, Perceived Stress, Coping Strategies, Nurse.

Vol. 15, No.3, autumn 2013: 28-37

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2026-01-02]