

ارتباط فرسودگی و حمایت شغلی پرستاران

* معصومه شهنازدوست (M.Sc.)^۱ - شاهرخ مقصودی (M.Sc.)^۱ - دکتر رسول تبری (Ph.D.)^۲ - دکتر احسان کاظم‌نژاد لیلی (Ph.D.)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

پست الکترونیک: m_shahnazdoust@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۴ تاریخ پذیرش: ۹۰/۴/۷

چکیده

مقدمه: فرسودگی شغلی از دشواری‌های حرفه پرستاری است که به صورت احساس واماندگی عاطفی، مسخ شخصیت و نداشتن موفقیت فردی شغلی بروز می‌کند. این مشکل هنگامی پدید می‌آید که با استرس شغلی مواجهه درستی نشود. یکی از عوامل کاهش‌دهنده استرس شغلی رفتار حمایتی است که فرد شاغل در محیط کار دریافت می‌کند.

هدف: تعیین ارتباط فرسودگی و حمایت شغلی پرستاران

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده استفاده شد. حجم نمونه ۲۵۷ پرستار کارشناس (منتخب از ۷۶۷ پرستار که جامعه پژوهش را تشکیل می‌دهد) از ۸ مرکز آموزشی-درمانی رشت در سال ۱۳۸۹ بود. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه استاندارد فرسودگی شغلی مسلاج و جکسون و پرسشنامه حمایت شغلی اسپونر بودند. داده‌ها با آمار توصیفی و آزمون‌های تی، کای دو، تست دقیق فیشر و مدل لجستیک رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: واماندگی عاطفی در ۵۱/۴٪ واحدهای پژوهش کم و در ۴۸/۶٪ آنها متوسط به بالا بود. مسخ شخصیت در ۹۴/۲٪ واحدها کم و در ۵/۸٪ متوسط به بالا بوده‌است. نداشتن موفقیت فردی شغلی در ۳۳/۹٪ واحدهای پژوهش کم و در ۶۶/۱٪ آنها متوسط به بالا گزارش شد. حمایت همکاران در اکثر موارد ۸۲/۹٪ متوسط به بالا و حمایت مسئولان در ۴۷٪ از متوسط به پایین و در بقیه موارد بالاتر بوده‌است. بین حمایت مسئولان و واماندگی عاطفی همبستگی معکوس وجود داشت در حالی که بین کار در بخش دیالیز و مسخ شخصیت همبستگی مستقیم و بین سن و مسخ شخصیت همبستگی معکوس وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با در نظر داشتن عوامل موثر بر فرسودگی شغلی پرستاران و افزایش حمایت مسئولان می‌توان از فرسودگی شغلی پرستاران پیشگیری کرد که در نتیجه کیفیت مراقبت پرستاری از بیماران و نیز رضایت شغلی پرستاران افزایش خواهد یافت.

کلید واژه‌ها: پرستاران بیمارستان/ حمایت اجتماعی/ فرسودگی شغلی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم شماره ۸۰، صفحات ۵۹-۴۹

مقدمه

سالم، شاداب و با انگیزه کاری بالا است. از جمله درمانگران این بخش، کادر پرستاری بیمارستان‌ها هستند. در تمام بخش‌های بیمارستانی به پرستارانی برخورد می‌کنیم که هنگام ورود به شغل پرستاری افراد منظم، دلسوز و علاقمندی بوده‌اند اما معمولاً پس از چند روز کار کردن و مواجه شدن با انبوهی از دشواری‌ها و استرس‌های شغلی در محیط کار، احساس خستگی کرده و حتی مایلند از کار خود کناره‌گیری کنند. در این میان یکی از عوامل شایع برای این حالت می‌تواند فرسودگی شغلی باشد (۵).

سندرم فرسودگی شغلی یک پاسخ به تنش شغلی است. واژه فرسودگی اولین بار توسط فرویدنبرگ (Freudenberger) در سال ۱۹۷۴ هنگامی مطرح شد که او وضعیتی از خستگی و یأس فزاینده را در افرادی که خدمات مراقبتی ارائه می‌دادند شناسایی کرد (۶). فرسودگی یک نشانه تنش شغلی نبوده بلکه

استرس از واژه لاتین "استرینجر" (stringere) به معنی کشش محکم مشتق شده‌است. منظور از استرس‌زا، نیروی خارجی وارد شده بر یک فرد است که باعث کشیدگی یا تنش می‌شود (۱). استرس کم می‌تواند موجب تحرک و تلاش بیشتر و همچنین عملکرد بهتر شود اما استرس در حد بالا تاثیر منفی داشته و نابود کننده زندگی انسان است (۲). حدود ۸۰-۵۰ درصد بیماری‌ها توسط استرس یا با کمک آن ایجاد می‌شوند منابع ایجاد استرس گوناگون است که یکی از مهم‌ترین آنها، شغل فرد است (۳). اگر تئیدی به نحو مطلوب شناسایی و مدیریت نشود، ممکن است به بروز فرسودگی شغلی منتهی شود (۴).

امروزه بخش بهداشت و درمان به دلیل ارتباط مستقیم با سلامت انسان‌ها یکی از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه پایدار در جوامع بشری به شمار می‌آید. تحقق این امر نیازمند درمانگران

استرس شغلی، فرسودگی شغلی، نداشتن رضایت شغلی و تمایل به ترک کار را تایید کرد (۸). بهای فرسودگی شغلی را در درجه اول مددجویان می‌پردازند بدنبال فرسودگی شغل کیفیت مراقبت پرستاری و به دنبال آن رضایت مددجویان کاهش می‌یابد (۹). وقتی پرستاران دچار فرسودگی شغلی می‌شوند، خدمات مراقبتی ضعیف‌تری ارائه می‌دهند و این موضوع در نهایت موجب زیان سازمان خواهد شد بنابراین می‌توان ادعا نمود که پس سازمان‌ها نیز بهای فرسودگی شغلی را می‌پردازند (۹ و ۱۰). علاوه بر گروه‌های فوق پرستاران نیز بواسطه تاثیرات فرسودگی شغلی بر زندگی شخصی متضرر می‌شوند (۱۱).

در مدیریت استرس شغلی برخی اقدام‌های فردی باید برای کنترل فشار عصبی صورت گیرد. مدیران نیز با اعمال برخی اقدام‌ها مانند پرورش فرهنگ سازمانی مطلوب، هدایت و حمایت کارکنان، طراحی نظام حقوق مناسب و انگیزشی، توجه به تطبیق شغل و شایسته سالاری، مشارکت افراد در تصمیم‌گیری و بهبود ارتباطات سازمانی می‌توانند در مدیریت استرس شغلی دخیل بوده و از تحلیل رفتگی کارکنان با تجربه و کارشناسان خود پیشگیری کنند (۲) گرچه اکثر پرستاران در محیط‌های پر تنش کاری از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نیستند (۱۲). این حمایت اجتماعی می‌تواند در سازگاری شخص با تنش، نقشی تسهیل‌کننده داشته باشد (۱۳). ابوالراب (Abualrub) نیز به نقل از سلیه (Selye) می‌نویسد پرستارانی که باید به حمایت از بیماران بپردازند خود نیازمند حمایت هستند (۱۴). محیط‌های کاری توأم با حمایت، مهم‌ترین عامل ایجاد رضایت شغلی در پرستاران است. حمایت اجتماعی بر درمان بیماران، رضایت شغلی پرستاران، جذب و حفظ آنان تاثیر می‌گذارد (۱۵). برخلاف مطالعات مختلفی که عوامل شغلی نظیر عوامل اقتصادی و حمایت‌های شغلی را در بروز فرسودگی شغلی دخیل می‌دانند، مطالعات دیگری نیز عوامل فردی مانند نوع شخصیت کارکنان را در بروز این پدیده موثر دانسته‌اند (۲، ۱۶ و ۱۷). با توجه به این که محور اصلی شغل پرستاری مراقبت از انسان است، لازم است افراد شاغل در این حرفه خود سلامت جسم و روح داشته

نتیجه پایانی تنش شغلی "مدیریت نشده" است که به صورت احساس واماندگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش کسب دستاورد های فردی شغلی (نداشتن موفقیت فردی در شغل) بروز می‌کند. احساس واماندگی عاطفی، احساس هیجانی بودن بیش از حد و درماندگی توسط شخصی است که کار می‌کند. مسخ شخصیت به گسترش زوال شخصیت، حالت بی‌احساسی و بی‌تفاوتی نسبت به مددجویان اطلاق می‌گردد. کاهش کسب دستاوردهای فردی شغلی زمانی رخ می‌دهد که احساس رقابت و بدست آوردن موفقیت در کار کردن با افراد کاهش می‌یابد. پرستاران به طور ویژه مستعد فرسودگی شغلی هستند، چرا که آنها با بیماری، درد، عذاب و مرگ مددجویان مواجه هستند (۷).

طبق گزارش‌های موجود در کشور ما شیوع فرسودگی شغلی پرستاران بالاست به طوری که در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل در ۶۸/۶ درصد پرستاران فرسودگی شغلی زیاد گزارش شده است. بیشترین علل فرسودگی شامل پایین بودن حقوق و مزایا (۹۳/۹٪) و حمایت نکردن مدیران (۸۵٪)، نداشتن امنیت شغلی (۸۴٪) و ساعت کار زیاد (۸۳/۳٪) بوده است (۳). تحقیقی که در بیمارستان‌های خصوصی تهران صورت گرفت نیز در حدود ۸۷٪ پرستاران واماندگی عاطفی در حد متوسط به بالا گزارش کرده‌اند (۵). فرسودگی شغلی آثار زیان‌آور زیادی بر جسم، وضعیت روحی- روانی و اجتماعی شخص و عملکرد شغلی دارد که شامل نقصان اخلاق کارکنان، عملکرد کاری معیوب، کاهش تولید، غیبت از کار، رفتار نامناسب شخصی با مددجویان، نگرش منفی نسبت به شغل، رضایت شغلی کمتر، تغییر شغل بیشتر، کیفیت زندگی پایین‌تر و فقر سلامت و رفاه روحی- روانی می‌باشند (۶). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ توسط هازل (Hazell) در فلوریدا با هدف تعیین استرس شغلی، فرسودگی شغلی، رضایت شغلی و تمایل به ترک کار در پرستاران بیمارستان‌های دولتی صورت گرفت نیز اثر منفی واماندگی عاطفی و نداشتن موفقیت فردی شغلی بر رضایت شغلی گزارش شد نتایج مطالعه مذکور ارتباط

فاصله نمونه‌ها بدست آمد. در هر بخش با استفاده از جدول اعداد تصادفی یک عدد انتخاب شد و با توجه به فاصله نمونه، نمونه‌های پژوهش هر بخش تعیین شد. پس از آن با ارائه توضیح لازم در مورد هدف پژوهش و کسب موافقت واحدهای مورد پژوهش، پژوهشگر در یکی از نوبت‌های کاری نمونه‌ها صبح، عصر و شب حضور یافت و پرسشنامه‌ها را در اختیار آنها قرار داد. و در همان هنگام پس از تکمیل جمع‌آوری کرد. کلیه واحدهای پژوهش با آگاهی از این موضوع که شرکت در پژوهش اختیاری است پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. تنها یک مورد در مرکز درمانی پورسینا حاضر به شرکت در مطالعه نشد.

گردآوری داده‌ها با استفاده از ابزاری ۳ بخشی شامل: ۱. اطلاعات فردی ۲. پرسشنامه استاندارد فرسودگی شغلی ماسلاچ (۲۲ سوال جهت بررسی ۳ بعد واماندگی عاطفی، مسخ شخصیت و نداشتن موفقیت فردی شغلی) از دو جهت دفعه و شدت هریک از موارد فوق ۳. پرسشنامه حمایت همکار و حمایت مسئول برگرفته از اسپونر ۲۰۰۴ (هر کدام ۱۲ سوال) صورت گرفت. پرسشنامه اطلاعات فردی شامل ۱۳ سوال توسط واحدهای پژوهش مطالعه و تکمیل شد. پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ و جکسون شامل ۲۲ سوال (۹ سوال مربوط به بعد واماندگی عاطفی، ۵ سوال بعد مسخ شخصیت و ۸ سوال بعد نداشتن موفقیت فردی شغلی) است.

دفعه و شدت با مقیاس لیکرت اندازه‌گیری شدند؛ دفعه از صفر تا ۶ نمره و شدت نیز از صفر تا ۷ نمره‌گذاری شد. در نهایت با امتیازبندی جداگانه برای پرسش‌های سوالات هر یک از ابعاد سه‌گانه فرسودگی، این ابعاد به صورت کم، متوسط و زیاد طبقه‌بندی شده‌اند. طیف واماندگی عاطفی، مسخ شخصیت و نداشتن موفقیت فردی شغلی بر اساس جمع نمره دفعه و شدت آنها محاسبه شد. در بعد واماندگی عاطفی و مسخ شخصیت افرادی که جمع نمرات آنها $(\frac{3}{33} - \frac{0}{10})$ بود، فرسودگی در حد کم جمع نمره $\frac{6}{66} - \frac{3}{33}$ فرسودگی در حد متوسط و $\frac{9}{99} - \frac{6}{66}$ فرسودگی در حد زیاد در نظر گرفته شد. در بعد نداشتن موفقیت فردی شغلی نمره کمتر $(\frac{3}{33} - \frac{0}{10})$ ، فرسودگی زیاد و نمره

باشند و بتوانند استرس‌های شغلی را مدیریت کنند تا از بروز پدیده فرسودگی شغلی پیشگیری شود. در این مطالعه حمایت شغلی یکی از عوامل کاهش دهنده این پدیده در نظر گرفته شده‌است. آثار و پیامدهای فرسودگی شغلی مانند غیبت از کار و نداشتن رضایت شغلی پرستاران در کشورمان و همچنین در استان گیلان وجود داشته (۲۰-۱۸) و تاکنون نیز پژوهشی در زمینه فرسودگی شغلی پرستاران در این استان انجام نشده‌است. با نظر به این که با وجود عوامل مختلف بوجودآورنده فرسودگی شغلی، حمایت شغلی به عنوان یکی از این عوامل قابل بررسی است، پژوهشگران در صدد انجام این مطالعه با هدف تعیین میزان فرسودگی و حمایت شغلی و همچنین ارتباط بین آنها از دیدگاه پرستاران برآمدند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی همبستگی می‌باشد که در آن به تعیین ارتباط فرسودگی و حمایت شغلی از دیدگاه پرستاران پرداخته شده‌است. نمونه‌گیری از اواسط مرداد ۱۳۸۹ تا اواخر شهریور به طول انجامید. جامعه آماری، ۷۶۷ پرستار شامل پرستارانی با مدرک تحصیلی کارشناسی بودند که دوره طرح نیروی انسانی را گذرانده (حداقل ۲ سال سابقه کار)، مرخصی استعلاجی بیش از ۱ ماه در ۶ ماه گذشته و بیماری مزمن خاص که بر فرسودگی تاثیر می‌گذارد مانند سردردهای شدید میگرنی، کمردرد شدید نداشتند. برای جمع‌آوری اطلاعات پس از استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه، نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌بندی شده به روش سیستماتیک از کلیه مراکز آموزشی-درمانی رشت صورت گرفت و هر کدام از مراکز به عنوان یک طبقه نمونه‌گیری محسوب شدند؛ به این منظور با تقسیم تعداد پرستاران هر بیمارستان بر تعداد کل پرستاران (۷۶۷) ضرب در تعداد کل نمونه (۲۵۷)، تعداد نمونه مورد نیاز در هر بیمارستان تعیین شد. سپس، دوباره با استفاده از کسر جامعه‌ای و با تقسیم تعداد پرستاران هر بخش بر کل پرستاران آن بیمارستان ضرب در تعداد نمونه مورد نیاز از آن بیمارستان، تعداد پرستاران هر بخش تعیین شدند. در هر بخش با در دست داشتن اسامی پرستاران و تقسیم آن بر تعداد نمونه مورد نیاز از آن بخش

پورسینا و کمترین آن (۶۲٪) در بیمارستان امیرالمومنین مشغول به کار بودند. اکثر واحدهای پژوهش (۹۶/۵٪) را زنان تشکیل می‌دادند، همچنین ۷۳/۲٪ واحدها متأهل و ۲۶/۸٪ مجرد بوده‌اند. توزیع واحدها در بخش‌های مختلف یکسان نبود و از ۴۷/۹٪ در بخش‌های عمومی (بیشترین) تا ۲/۷٪ در بخش سی‌سی‌یو (کمترین) متغیر بود. ۹۲/۶٪ واحدها پرستار و بقیه سرپرستار بودند. اکثر واحدها (۷۹/۴٪) نوبت کاری در گردش و ۱۹/۱٪ نوبت کاری ثابت صبح و درصد بسیار کمی (۱/۲٪) ثابت عصر و تنها یک نفر (۰/۴٪) ثابت شب بودند. در اکثر واحدها (۷۵/۹٪) درخواست پرستاران جهت تعیین این که با کدام فرد نوبت کاری خود را بگذرانند، مد نظر قرار نمی‌گرفت. اکثر واحدها (۷۳/۹٪) از نظر استخدامی در وضعیت قراردادی بود. اکثر واحدها (۸۴/۴٪) مورد تشویق و تنها ۷ نفر (۲/۷٪) مورد توبیخ قرار گرفته بودند. بدیهی است تعدادی از افراد در مدت کاری‌شان نه تشویق و نه مورد توبیخ واقع شده بودند. اکثر افراد در سن ۳۰-۴۵ سالگی حدود ۴۱٪ کمتر از ۳۰ ساله بوده‌اند و ۵۴/۱٪ ۳۰-۴۵ سال داشتند و فقط ۵/۱ درصد (۱۳ نفر) بالای ۴۵ ساله بوده‌اند. میانگین سن واحدهای پژوهش ۳۴/۲۳ ساله و انحراف معیار آن ۶/۵۷ بود. حداقل سن آنها ۲۴ ساله و حداکثر ۵۶ ساله بوده‌است. حدود ۶۷/۷٪ واحدها کمتر از ۱۰ سال و ۲۶/۸٪، ۲۰-۱۰ سال و فقط ۵/۴٪ بالای ۲۰ سال سابقه کار داشتند. حداقل سابقه کار ۲ سال و حداکثر ۲۹ سال بوده است. میانگین سابقه کاری کارکنان ۹/۱۳ سال و انحراف معیار آن ۶/۲۵ بود. نزدیک نیمی از واحدها (۴۸/۲٪)، میزان دریافتی ۳۵۰-۵۰۰ هزار تومان و ۴۵/۹٪ آنها دریافتی بیش از ۵۰۰ هزار تومان ۵/۸٪ نیز میزان دریافتی کمتر از ۳۵۰ هزار تومان داشتند.

نزدیک به نیمی از واحدها (۴۶/۳٪) از نظر دفعات واماندگی عاطفی در حد کم قرار و حدود ۲۴٪ آنها از نظر شدت واماندگی عاطفی در حد متوسط و ۷/۲٪ در حد کم قرار داشتند. ۷۷/۸٪ واحدها از نظر دفعات مسخ شخصیت در حد کم و ۸۲/۵٪ در سطح کم قرار داشتند فقط ۲۲/۲٪ آنها در سطح متوسط به بالا و ۱۷/۳٪ در سطح متوسط به بالا بودند. در بعد نداشتن موفقیت فردی شغلی نیز دفعات آن در حدود ۷/۲٪ افراد سطح متوسط به بالا داشته و شدت آن نیز در

بیشتر (۹۹/۹٪-۶۶/۶٪) فرسودگی کمتر را نشان می‌دهد، نمره (۶۶/۶٪-۳۳/۳٪) نیز فرسودگی در سطح متوسط است. پرسشنامه "حمایت شغلی مسئول و همکار" برگرفته از اسپونر ۲۰۰۴ است. در هر دو مورد ۱۲ سوال از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده‌است که به صورت حمایت‌نشدن، حمایت کم، حمایت متوسط، حمایت خوب و حمایت بسیار خوب سنجیده می‌شود (۷). در این پژوهش نسخه اولیه برای بررسی روایی محتوایی (این که تا چه اندازه جهت بررسی میزان فرسودگی و حمایت شغلی مناسب است) و نیز مناسب بودن آن از نظر نگارش و سازمان‌بندی در اختیار تعدادی از متخصصان آموزش پرستاری قرار گرفت که و پس از اعمال نظر آنها و تایید روایی ابزار، برای تعیین پایایی درونی از تعیین ضریب آلفا کرونباخ (alpha-kronbakh) استفاده شد که مقدار ضریب آن برای دفعه و شدت فرسودگی شغلی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۳ و برای حمایت همکاران و مسئولان به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۹۲ بود. ضریب بازآزمایی ۰/۹۹ بود. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، فراوانی نسبی، جدول و نمودار، میانگین و انحراف معیار و سایر شاخص‌های آماری برای تعیین میزان فرسودگی و حمایت شغلی استفاده شد.

آزمون کای اسکوئر (chi-square) و تست دقیق فیشر (fisher exact test) برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی دموگرافی با میزان فرسودگی شغلی به تفکیک ابعاد استفاده شده‌است. از آزمون تی (t-Test) برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی با سطوح فرسودگی شغلی به تفکیک ابعاد استفاده شد. برای تعدیل تاثیر متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر در بررسی همبستگی چندگانه بر اساس مدل لجستیک رگرسیون (logistic regression) به روش Backward step wise بکار رفت. ابتدا متغیرهای مورد نظر که به جهت ارتباطات تک متغیره آزمون‌های کای اسکوئر و تست دقیق فیشر و آزمون تی معنی‌دار شده بودند، وارد مدل شدند؛ سپس در مدل نهایی تعدادی از عوامل از مدل خارج شده و عوامل باقی مانده با عنوان عوامل پیش‌بینی کننده فرسودگی شغلی تعیین شدند.

نتایج

بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۲۳/۳٪) در بیمارستان

ارتباط معنی‌داری بین حمایت همکار با هیچ یک از ابعاد فرسودگی شغلی پیدا نشد. در بررسی ارتباط تک متغیره با ابعاد فرسودگی شغلی میزان واماندگی عاطفی در محل کار پرستاران یکسان نبود. در بیمارستان پورسینا ۶۰٪ واحدها واماندگی عاطفی متوسط به بالا داشتند ($p < 0/05$). همچنین، میزان واماندگی عاطفی در دو گروه افرادی که تشویق شده و آنهایی که تشویق نشده بودند یکسان نبود. پرستارانی که تشویق شده بودند ۶۱٪ واماندگی عاطفی متوسط رو به بالا داشتند، این رقم در مورد افرادی که تشویق نشدند ۶۲/۵٪ بوده است ($p < 0/05$). در بررسی ارتباط متغیرهای کیفی با مسخ شخصیت، هیچ کدام از متغیرهای دموگرافیک با مسخ شخصیت ارتباط معنی‌دار نداشت. با وجودی که در پرستاران بخش دیالیز ۳ برابر بخش‌های دیگر فرسودگی در بعد مسخ شخصیت در میزان متوسط رو به بالا وجود داشت، این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بنابراین پرستاران بخش دیالیز به‌طور جداگانه درمقایسه با سایر بخش‌ها بررسی شدند که بر اساس اطلاعات حاصل می‌توان ادعا نمود از سه بعد فرسودگی شغلی، فقط بعد مسخ شخصیت با بخش محل کار پرستاران ارتباط معنی‌دار داشت ($p < 0/02$). شانس نسبی فرسودگی در بعد مسخ شخصیت در پرستاران بخش دیالیز نسبت به سایر بخش‌ها ۷/۳ برابر بود. میزان ناموفق بودن فردی شغلی نیز در محل کار پرستاران یکسان نبود. در بیمارستان امیرالمومنین ۱۰۰٪ واحدها و در بیمارستان شفا ۸۶/۲٪ آنان ناموفق بودن فردی شغلی متوسط به بالا داشتند ($p < 0/01$).

بر اساس الگوی مدل نهایی بدست آمده از مهم‌ترین عوامل پیشگویی فرسودگی در بعد واماندگی عاطفی طبق جدول ۴، سن، حمایت مسئولان و سابقه کار کلی بوده است به‌طوری که به ازای یک سال افزایش سن پرستاران ۱/۰۹۶ بار و یک واحد افزایش در حمایت مسئولان از پرستاران ۱/۰۲۴ بار میزان واماندگی عاطفی واحدهای مورد پژوهش کاهش یافته است. در مورد سابقه کار کلی می‌توان گفت به ازای هر سال افزایش سابقه کار کلی ۱/۰۹ بار میزان واماندگی عاطفی افزایش می‌یابد. از جدول ۵ نیز چنین بر می‌آید که تاثیر چندگانه بخش و سن بر بعد مسخ شخصیت معنی‌دار است.

۷۲/۴٪ موارد بالا بود. حمایت همکاران در اکثر موارد (۶۸/۸٪) زیاد به بسیار زیاد بود؛ ۱۹/۱٪ پرستاران حمایت همکاران را متوسط و ۱۶٪ این حمایت را کم گزارش کرده بودند و فقط در ۱/۲٪ موارد حمایت‌نشدن گزارش شد. حمایت مسئولان نیز در ۱۹/۱٪ موارد زیاد و در ۳۳/۹٪ موارد بسیار زیاد بود؛ البته ۲۰/۲٪ آنان این حمایت را کم و ۲۰/۶٪ نیز آن را متوسط گزارش کردند و فقط ۶/۲٪ نبودن حمایت گزارش شد. جدول‌های ۱ الی ۳ برای تعیین توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش در بعدهای سه گانه فرسودگی شغلی به طور کلی ترسیم شده‌اند.

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش در بعد واماندگی عاطفی

درصد	تعداد	فراوانی
		بعد واماندگی عاطفی
۵۱/۴	۱۳۲	فرسودگی کم (جمع نمرات ۰-۳۳/۳) (٪۰)
۴۵/۹	۱۱۸	فرسودگی متوسط (جمع نمرات ۳۳/۳-۶۶/۶) (٪۳۳/۳)
۲/۷	۷	فرسودگی زیاد (جمع نمرات ۶۶/۶-۹۹/۹) (٪۶۶/۶)
۱۰۰/۰	۲۵۷	جمع

جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش در بعد مسخ شخصیت

درصد	تعداد	فراوانی
		بعد مسخ شخصیت
۹۴/۲	۲۴۲	فرسودگی کم (جمع نمرات ۰-۳۳/۳) (٪۰)
۵/۸	۱۵	فرسودگی متوسط (جمع نمرات ۳۳/۳-۶۶/۶) (٪۳۳/۳)
۱۰۰/۰	۲۵۷	جمع

جدول ۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش در بعد نداشتن

موفقیت فردی شغلی

درصد	تعداد	فراوانی
		بعد نداشتن موفقیت فردی شغلی
۳۳/۹	۸۷	فرسودگی کم (جمع نمرات ۰-۳۳/۳) (٪۰)
۵۸/۳	۱۵۰	فرسودگی متوسط (جمع نمرات ۳۳/۳-۶۶/۶) (٪۳۳/۳)
۷/۸	۲۰	فرسودگی زیاد (جمع نمرات ۶۶/۶-۹۹/۹) (٪۶۶/۶)
۱۰۰/۰	۲۵۷	جمع

در مورد تعیین ارتباط فرسودگی با حمایت شغلی و متغیرهای دموگرافی نیز بر اساس نتایج، ارتباط معنی‌دار بین حمایت مسئولان و واماندگی عاطفی برحسب دفعات دیده شد ($p < 0/01$). ارتباط حمایت مسئولان و واماندگی عاطفی برحسب شدت نیز معنی‌دار بود ($p < 0/04$). در این مطالعه

بخش محل کار (دیالیز) در تعدیل اثر متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر ۱۴ برابر خطر فرسودگی مسخ شخصیت را افزایش می‌دهد (104, 1/9) = 95% CI. در مورد سن که در آزمون تی در ابعاد واماندگی عاطفی و مسخ شخصیت معنی‌دار نبود ولی در مدل لوجستیک رگرسیون ارتباط معنی‌دار با این دو بعد فرسودگی شغلی پدیدار گردید می‌توان گفت به ازای یک سال افزایش سن پرستاران ۱/۰۹۶ بار میزان واماندگی عاطفی کاهش می‌یابد. همچنین به ازای هر سال افزایش سن این افراد

۱/۱۳۶ بار میزان مسخ شخصیت کاهش می‌یابد. در مورد سابقه کار کلی نیز که در مدل لوجستیک با $p < 0/056$ (با تاثیر کم) بر واماندگی عاطفی موثر شناخته شد، بر طبق مدل مذکور در ازای هر سال افزایش در سابقه کار کلی ۱/۰۹ بار میزان واماندگی عاطفی افزایش می‌یابد. در بررسی آثار چند گانه تاثیر عوامل مختلف بر نداشتن موفقیت فردی شغلی، ارتباط هیچ کدام از متغیرها با این بعد از فرسودگی شغلی معنی‌دار نشد.

جدول ۴: برآورد ضرایب رگرسیونی عوامل مرتبط با واماندگی عاطفی بر اساس مدل لوجستیک رگرسیون

نام متغیر	(ضریب رگرسیون)	خطای معیار (Se)	سطح معنی داری P value	شانس نسبی Odds ratio	فاصله اعتماد ۹۵٪	
					حد بالا	حد پایین
سن	-۰/۰۹۲	۰/۰۴۸	۰/۰۵۵	۰/۹۱۲	۱/۰۰۲	۰/۸۳۱
حمایت مسئول	-۰/۰۲۴	۰/۰۱۱	۰/۰۲۶	۰/۹۷۶	۰/۹۹۷	۰/۹۵۶
سابقه	۰/۰۹۴	۰/۰۴۹	۰/۰۵۶	۱/۰۹۹	۱/۲۱۰	۰/۹۹۷

جدول ۵: برآورد ضرایب رگرسیونی عوامل مرتبط با مسخ شخصیت بر اساس مدل لوجستیک رگرسیون

نام متغیر	(ضریب رگرسیون)	خطای معیار (Se)	سطح معنی داری P value	فاصله اعتماد ۹۵٪	فاصله اعتماد ۹۵٪	
					حد بالا	حد پایین
سن	-۰/۱۲۸	۰/۰۶۰	۰/۰۳۳	۰/۸۸۰	۰/۹۹۰	۰/۷۸۲
بخش دیالیز	۲/۶۵۲	۱/۰۱۹	۰/۰۰۹	۱۴/۱۸۲	۱۰۴/۵۴۲	۱/۹۲۴

بحث و نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل یافته‌ها حاکی از آن بود که فرسودگی پرستاران در بعد نداشتن موفقیت فردی شغلی در سطح بالایی است. میزان فرسودگی شغلی در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی متفاوت گزارش شده‌است. در مطالعه اسپونر (Spooner) (۲۰۰۴) در استرالیا واماندگی عاطفی و مسخ شخصیت کم اما نداشتن موفقیت فردی شغلی زیاد بوده‌است (۷) که دقیقاً با یافته‌های ما در این مطالعه تطابق دارد. لویز (Lopez) و همکاران (۲۰۰۵) نیز میزان فرسودگی شغلی در بعد واماندگی عاطفی و مسخ شخصیت را کم و نداشتن موفقیت فردی شغلی را بالا گزارش کرده‌اند (۲۱) که با یافته‌های ما در این مطالعه همسو است. در مطالعه تسانگ (Tsang) (۲۰۰۷) واماندگی عاطفی به میزان متوسط، مسخ شخصیت به میزان کم تا متوسط و نداشتن موفقیت فردی شغلی کم گزارش شده است (۶)؛ که در مورد واماندگی عاطفی و مسخ شخصیت با یافته‌های ما همسو به نظر می‌رسد ولی در مورد نداشتن موفقیت فردی شغلی با یافته‌های ما متفاوت است. شاید دلیل این تفاوت مربوط به واحدهای مورد پژوهش باشد که در مطالعه مذکور شامل پرستاران بخش‌های مراقبت از بیماران دچار ایدز بوده است و در مطالعه ما پرستاران از مددجویان با بیماری‌های مختلف مراقبت می‌کرده‌اند که می‌تواند احساس نداشتن موفقیت فردی شغلی آنان متفاوت از مطالعه مذکور باشد. در مطالعه بارنارد (Barnard) (۲۰۰۶) در ملبورن استرالیا واماندگی عاطفی از نظر دفعات و شدت متوسط گزارش شده اما مسخ شخصیت از نظر دفعات کم و از نظر شدت متوسط بوده‌است؛ بعد نداشتن موفقیت فردی شغلی نیز دفعات متوسط و شدت کم داشت (۲۲) که در مورد دفعات مسخ شخصیت با یافته‌های ما هماهنگ و در دو بعد دیگر متفاوت است که این نیز می‌تواند به واحدهای مورد پژوهش که در بخش‌های نگهداری از بیماران دچار بدخیمی شاغل بوده‌اند،

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان / دوره بیستم / شماره ۸۰ / زمستان ۱۳۹۰ ۵۴

حمایتی همکار و ابعاد فرسودگی شغلی در پرستاران ارتباط معنی داری پیدا نشده بود (۲۴). پیامی بوساری نیز ارتباط معنی دار آماری بین حمایت همکار و سرپرستار با فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بدست نیاورد (۲۵). این مطلب با یافته‌های بارنارد ۲۰۰۶ تضاد دارد که همبستگی ضعیف به متوسط مثبت بین حمایت همکار و بعد موفقیت فردی شغلی از نظر شدت در پرستاران بخش سرطان ملبورن استرالیا دریافت کرده بود (۲۲). همچنین، طبق تحقیق سیافرینی (Cianfrini) ۱۹۹۷ حمایت همکاران با احساس موفقیت فردی شغلی ارتباط بیشتر و با واماندگی عاطفی ارتباط کمتر دارد (۶). در هر دو مورد مذکور حمایت همکار با احساس موفقیت فردی شغلی ارتباط داشت که به نظر می‌رسد روابط خوب با همکاران می‌تواند در احساس انگیزه شغلی و احساس موفقیت افراد در شغل اثر داشته باشد ولی در مورد احساس واماندگی عاطفی و مسخ شخصیت تاثیر چندانی ندارد.

از سه بعد فرسودگی شغلی، بعد مسخ شخصیت با $p < 0.02$ ارتباط معنی داری با بخش محل کار (دیالیز) داشت. این یافته با مطالعه دیلوریو (Dilorio) و همکاران ۲۰۰۸ در ایتالیا همسو است که بر طبق آن در بررسی بخش‌های مختلف بیمارستان، پرستاران بخش دیالیز بیشتر از سایر بخش‌ها عوامل خطرزای مستعدکننده فرسودگی شغلی را گزارش کردند (۲۶). همچنین، در مطالعه آریکان (Arikan) و همکاران ۲۰۰۷ در ترکیه، در مقایسه با سایر بخش‌ها، پرستاران بخش دیالیز افزایش استرس شغلی و فرسودگی شغلی و کاهش رضایت شغلی و تمایل به ترک شغل داشتند (۲۷). در مطالعه فلین (Flynn) و همکاران ۲۰۰۹ در امریکا نیز که با هدف بررسی اثر عوامل سازمانی و محیط کار بر فرایند مراقبت و فرسودگی شغلی پرستاران در بخش همودیالیز صورت گرفت، یافته‌ها نشان‌دهنده ارتباط عوامل موثر ذکر شده با فرسودگی شغلی رو به افزایش و احتمال برنامه ریزی برای ترک شغل توسط پرستاران در بخش همودیالیز بوده است (۲۸). در مطالعه اوبرین (O'Brien) ۲۰۱۰ در نیوجرسی نیز پرستاران بخش دیالیز در میزان بالایی از فرسودگی شغلی قرار داشتند (۲۹). در مطالعه کلرسی (Klersy) و همکاران ۲۰۰۷ در ایتالیا نیز در

مربوط باشد و به علاوه ممکن است برخی از این تفاوت‌ها در ابعاد فرسودگی شغلی به تفاوت‌های فرهنگی مربوط باشد چرا که نتایج برگرفته از هر یک از ابعاد به احساس آنان به موارد مذکور باز می‌گردد.

همچنین، در مطالعه خاقانی‌زاده و همکاران ۱۳۸۵ در تهران نیز واماندگی عاطفی و مسخ شخصیت هم از لحاظ دفعات و هم از لحاظ شدت کم گزارش شد و بعد نداشتن موفقیت فردی شغلی هم در دفعات و هم در شدت در سطح بالا بود (۲۳) که با یافته‌های ما در این مطالعه همسو می‌باشد.

در مطالعه صاحب‌الزمانی و همکاران ۱۳۸۸ در بیمارستان‌های روانپزشکی تهران نیز حدود ۶۸٪ پرستاران دفعات و ۸۲٪ از آنان شدت واماندگی عاطفی کم داشته‌اند. دفعات و شدت نداشتن موفقیت فردی شغلی نیز در بیش از نیمی از پرستاران (به ترتیب ۵۰/۵ و ۵۳/۸٪) زیاد بود (۲۴) که با یافته‌های ما در این مطالعه همسو به نظر می‌آیند. در این مطالعه حمایت همکاران بیش از حمایت مسئولان گزارش شد. در تحقیق حسینی و همکاران ۱۳۸۵ نیز پرستاران حمایت از سوی همکاران را بیشتر از مسئولان احساس کرده بودند (۱۲). ابوالراب (Abualrub) نیز در پژوهش خود حمایت اجتماعی دریافت شده از جانب همکاران را بالاتر از حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی سوپروایزرها گزارش کرده است (۱۴). در این مطالعه ارتباط حمایت مسئولان و واماندگی عاطفی معنی‌دار که این یافته با پژوهش صاحب‌الزمانی و همکاران ۱۳۸۸ هماهنگ است که ارتباط معنی‌دار بین میزان حمایت مسئول بخش و دفعات واماندگی عاطفی و همچنین بین حمایت مسئول بخش و شدت واماندگی را نشان می‌دهد (۲۳). ابوالراب نیز عمده‌ترین منابع حمایتی را پرستاران و مدیران پرستاری می‌داند و معتقد است که حمایت‌های مدیران پرستاری منجر به عملکرد شغلی بهتر و پیشگیری از فرسودگی شغلی می‌شود (۱۴). در حالی که در مطالعه بارنارد ۲۰۰۶ ارتباط معنی‌داری بین حمایت دریافتی از مسئولان و سطح فرسودگی شغلی پرستاران پیدا نشد (۲۲).

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین حمایت همکار و هیچ یک از ابعاد فرسودگی شغلی پیدا نشد. این مطلب با مطالعه صاحب‌الزمانی و همکاران ۱۳۸۸ تطبیق دارد که بین منبع

توجیه کرد که با توجه به مشکلات حرفه پرستاری و دشواری‌های موجود در آن با بالا رفتن سابقه کاری، پرستاران دچار تحمل کمتر هیجان عاطفی می‌شوند.

طبق برخی مطالعات دیگر سابقه کار کلی ارتباطی با ابعاد فرسودگی شغلی نداشته است (۲۴، ۳۲ و ۳۳) که با یافته‌های ما تفاوت دارد (البته در مطالعه ما نیز این ارتباط از نظر آماری، معنی‌داری ضعیف داشت).

در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین ابعاد فرسودگی شغلی با جنسیت، تاهل، وضعیت استخدام، میزان دریافتی، نوبت کاری، سمت کاری و مد نظر قرار دادن تقاضای انتخاب همکار بدست نیامد که با یافته‌های عزیز نژاد (۱۳۸۵ مطابق است (۳) در حالی که برخی مطالعات در مورد جنس این یافته را بدست آوردند یعنی میزان فرسودگی بین دو جنس تفاوت داشت. مثلاً مسلاج میزان فرسودگی در زنان ۷۹٪ و در مردان ۶۲٪ گزارش کرده بود (۳۸-۳۶)؛ حتی در برخی مطالعات بین مسخ شخصیت و جنسیت پرستاران رابطه معنی‌دار گزارش شده است (۲۳ و ۳۰) البته با توجه به کم بودن تعداد نمونه‌های جنس مرد در پژوهش حاضر از نظر آماری نمی‌توان داوروی درستی کرد.

مدیران پرستاری با آگاهی از نتایج این پژوهش می‌توانند با افزایش حمایت سازمانی، محیط کار مناسبی برای ادامه فعالیت آنان فراهم سازند. با توجه به این‌که فرسودگی شغلی باعث کاهش کیفیت مراقبت پرستاری و کاهش رضایت مددجویان می‌شود، پیشگیری از آن در بهبود خدمات پرستاری و افزایش رضایت مددجویان موثر بوده و رضایت شغلی پرستاران را نیز افزایش می‌دهد.

تشکر و قدر دانی: در پایان پژوهشگران مراتب سپاس فراوان خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و کلیه پرستارانی که آنها را در انجام این تحقیق یاری کردند، ابراز می‌دارند.

این مقاله با استفاده از داده‌های یک طرح و پایان‌نامه در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان به نگارش در آمده است.

بررسی فرسودگی شغلی در کارکنان بخش‌های دیالیز فرسودگی شغلی بالایی در پرستاران وجود داشت که به نظر می‌رسد با مطالعه ما همسو باشد در حالی که این میزان بالا در بعد و اماندگی عاطفی بوده که با مطالعه ما تا حدودی تفاوت دارد (۳۰). که این تفاوت ممکن است به این دلیل باشد که در مطالعه مذکور ۱۰ مرکز بزرگ دیالیز در ایتالیا مورد بررسی قرار گرفت در حالی که در مطالعه ما بخش‌های مختلف از ۸ مرکز درمانی بررسی شده‌اند که یکی از آن مراکز دارای یک بخش دیالیز بوده است.

البته به‌طور کلی با توجه به این‌که در شهر رشت فقط یک بخش دیالیز وجود دارد و به این دلیل که نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌بندی شده و با استفاده از نسبت کسر جمعیت به نسبت جمعیت آن بخش از تعدادی از پرستاران آن بخش صورت گرفت که ۱۱ نفر بوده‌اند، این نتیجه را نمی‌توان به طور قطعی به موارد دیگر تعمیم داد.

بر طبق مطالعه اسپونر ۲۰۰۴ سن، همبستگی منفی با و اماندگی عاطفی ($r = -0.14$) و مسخ شخصیت ($r = -0.32$) داشته است. پرستاران جوان‌تر سطوح بالاتری از و اماندگی عاطفی و مسخ شخصیت را گزارش کردند (۷) که با مطالعه ما همسو می‌باشد. یافته‌های مسلاج و جکسون ۱۹۹۶ نیز نشان داد که پرستاران مسن‌تر میزان کمتری از فرسودگی شغلی در و اماندگی عاطفی، مسخ شخصیت و نداشتن موفقیت فردی شغلی داشتند (۳۱) که با یافته‌های ما مطابقت دارد. طبق برخی مطالعات دیگر سن پرستاران، ارتباط معنی‌داری با فرسودگی شغلی نداشت (۲۴، ۳۴-۳۲).

در مطالعه لین (Lin) و همکاران ۲۰۰۹ در چین نیز سن اثر مثبت بر و اماندگی عاطفی داشت یعنی پرستاران جوان‌تر میزان و اماندگی عاطفی کمتری داشتند (۳۱) که با یافته‌های ما تناقض دارد. البته از نظر آماری تاثیر سن بر مسخ شخصیت در مطالعه ما بیشتر از این تاثیر بر و اماندگی عاطفی بوده است (اثر سن بر و اماندگی عاطفی با $p < 0.055$ بود).

در مورد سابقه کار کلی نیز که در مدل لوجستیک با $p < 0.056$ (با تاثیر کم) بر و اماندگی عاطفی موثر شناخته شد، به ازای هر سال افزایش در سابقه کار کلی ۱/۰۹ بار میزان و اماندگی عاطفی افزایش می‌یابد؛ شاید بتوان این مطلب را این گونه

1. Cartwright S, Cooper C L. Public Policy and Occupational Healthpsychology in Europe. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996; 1(4): 349-361.
2. Zarei H. Management of Advanced Organizational Behaviour. Tehran, Agah, 2009; 126-188.[Text in Persian]
3. Aziznejad P, Hosseini S. Burnout and the Influential Factors on It in Medical Educational Hospital Nurses in Babol. *Journal of Babol Medical University* 2006; 8(2): 63-69.[Text in Persian]
4. Cambell C. Crisis in Care. *Nursing Mirror* 1985; 160(16): 3-4.
5. Masoudi R, Etemadifar Sh, Afzali SM, Kheiri F, Hassanpour Dehkordi. The Influential Factors on Burnout Among Nurses Working in Private Hospitals in Tehran. *Nursing Research*, 2008; 3(8 & 9): 47-58. [Text in Persian]
6. Tsang Huey S. Occupational Stress, Social Problem Solving, And Burnout Among Mental Health Professional In HIV/AIDS Care. A Thesis Submitted To Faculty of Drexel University For The Degree of Doctor of Philosophy 2007.
7. Spooner Lane R. The Influence of Work Stress and Work Support on Burnout In Public Hospital Nurses. Thesis Submitted In Fulfillment of The Requirements for The Award of Degree of Doctor of Philosophy. Queensland University of Technology 2004.
8. Hazell K. Job Stress, Burnout, Job Satisfaction, and Intention to Leave Among Registered Nurses Employed in Hospital Setting In The State of Florida. Doctoral Dissertation Defense Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for The Degree of Doctor of Philosophy Lynn University 2010.
9. Stewart K L. Nurse Managers Knowledge of Staff Nurse Burnout A Thesis Presented to Faculty of The Graduate School of Western Carolina University in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Master of Science In Nursing 2009.
10. Flinkman M, Laine M, Leino-Kilpi H, Hasselhorn H M, Salantera S. Explaining Young Registered Finnish Nurses' Intention to Leave the Profession: Aquestionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45; 727-739.
11. Augusto Landa J M, Lopez-Zafra E, Martos M P B, Aguilar-Luzon M C. The Relationship Between Emotional Intelligence, Occupational Stress Andhealth In Nurses: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45; 888-901.
12. Hosseini N, Rezai N, Behbahani A, Nagafyarandi F. Correlation between Occupational Stress and Social Support among Nurses. *Iran Nursing Quarterly Journal* 2006; 19(46); 71-78. [Text in Persian]
13. Chang E M, Hancock K M, Johnson A, Daly J, Jackson D. Role Stress In Nurses: Review of Related Factors and Strategies for Moving Forward. *Nurs Healthsci* 2005; 7: 57-65.
14. Abualrub R F. Job Stress, Job Performance and Social Support among Hospital. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36: 73-77.
15. M-Chee M, Scoh J. The Role of Social Support Networks for Rural Nurses: Supporting and Sustaining The Rural Nursing Work Force. *J Nurs Adm* 2002; 32(5); 264-271.
16. Swider B W, Zimmerman R D. Born To Burnout: A Meta-Analytic Path Model of Personality, Job Burnout, And Work Outcomes. *Journal of Vocational Behavior* 2010; 10: 1-16.
17. Garrosa E, Moreno-Jiminez B, Laing Y, Gonzalez J L. The Relationship between Socio-Demographic Variables, Job Stressors, Burnout, and Hardy Personality: An Exploratory Study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 408-427 .
18. Aslanabadi N, Mehrai S A, Aghdam T. Determination of Tabriz Shahid Madani Hospital Nursing Staffs' Leave of Absence and Management Effects of it, The First Seminar of Resource Management in Iran. Tehran 2002; 11-16.[Text in Persian]
19. Mirzabeigi Gh, Salemi S, Sangeri M, Shirazi F, Heidari Sh, Maleki S. Nursing Satisfaction in Iran. *Journal of Spring Life* 2009; 15(1); 49-59. [Text in Persian]
20. Azarbin Z. Assessment of Nursing View about The Influential Factors on Nursing Satisfaction In Medical Educational Hospital in 1998. A Thesis Submitted to Faculty of Nursing and Midwifery Faculties Guilan Medical University for Degree Master, 1998.[Text in Persian]
21. Lopez Franco M, Rodriguez Nunez A, Fernandez Sanmartin M, Marcos Alonso S, Martinon Torres F, Martinon Sanchez JM. Burnout Syndrome among Health Workers in Pediatrics. *An Pediatr(Bare)* 2005; 62(3):248-51.
22. Barnard D. Street A and Love A. Relationships between Stressors, Work Supports, And Burnout among Cancer Nurses. *Cancer Nursing* 2006; 29(4); 338-344.
23. Khaghanizade M, Sirati M, Abdi F, Kaviani H. Determination of The Amount Burnout in Nursing Staff. *Journal of Behavioral Sciences* 2008; 2(1); 51-59.[Text in Persian]
24. Sahebalzamani M, Safavi M, Farahani H. Determination of the Amount Burnout and Correlation between Burnout and Social Support among Psychological Hospitals in Tehran. *Journal of Islamic Free University* 2009; 19(3); 206-211.[Text in Persian]

25. Payami Busari M. Determination of the amount Burnout and Correlation between Burnout and Social Support among Intensive Care Unit. *Journal of Zanjan Medical University* 2000; 33:52-57.
26. Dilorio B, Cillo N, Cucciniello E., Bellizzi V. Burn-Out in the Dialysis Unit. *Journal of Nephrology*, 2008; 21(13); 158-62.
27. Arikan F, Köksal C D, Gökçe C. Work-Related Stress, Burnout, and Job Satisfaction of Dialysis Nurses in Association with Perceived Relations with Professional Contacts. *Dialysis & Transplantation* 2007; 36: 182-191.
28. Flynn L, Hawkins Ch TH, Clarke S P. Organizational Traits, Care Processes, and Burnout among Chronic Hemodialysis Nurses. *Western Journal Nursing Research (W J N R)*, August 2009; 31(5): 569-582.
29. O'Brien B J. Structural Empowerment, Psychological Empowerment and Burnout in Registered Staff Nurses Working In Outpatient Dialysis Centers. A Dissertation Submitted To Thegraduate School-Newark Rutgers, The State University of New Jersey In Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Doctor of Philosophy Graduate Program in Nursing 2010.
30. Klersy C, et al. Burnout in Health Care Providers of Dialysis Service in Northern Italy—A Multicentre Study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2007; 22: 2283- 2290.
31. Lin F, John W, Veighc. Burnout among Hospital Nurses in China. *Nursing Management* 2009; 17: 294-301.
32. Soleimani K, Sharifi V, Tehranidust M. Burnout among Ruzbeh Medical Psychological Hospiat Staff. *Journal of New Cognitive Sciences*, 2005; 7(4); 36-42. [Text in Persian]
33. Kowalski CH Et Al. Burnout in Nurses – The Relationship between Social Capital in Hospitals and Emotional Exhaustion. *Clinical Nursing*, 2010; 19: 11-12.
34. Lang G M, Pfister E A, Siemens M J, Nursing Burnout: Cross- Sectional Study at a Large Army Hospital. *Journal of Malitary Medicine* 2010; 175; 435-440.
35. Sotude Asl N., Bakhtiyari A. Determination of Burnout and the Influential Factors on It among Nurses and Midwiferies in Semnan Medical University. *Journal of Kordestan Medical University* 2006; 11; 77-83. [Text in Persian]
36. Balogun J A, Titiloye V, Balogun A, Oyeyemi A, Katz J. Prevalence and Determinants of Burnout Among Physical and Occupational Therapists. *J Allied Health* 2002; 31(3); 131-9.
37. Halime Aslan S, Nazan Alparslan Z, Ouz Aslan R, Cokun Kesepara, Mehmet Unal. Gender Related Factors to Burnout among Turkish Health Professionals. *Journal of Ann Med Sci* 1998; 7: 101-106.
38. Grunfeld E, Whelan T J, Zitzelsberger L, Willan A R, Montesanto B, Evans WK. Cancer Care Workers in Ontario: Prevalence of Burnout , Job Stress and Job Satisfaction. *Journal of Cmaj* 2000; 163(2): 166-9.

Relationship between Nursing Burnout and Occupational support

Shahnazdoust M.(M. Sc.)¹- Maghsudi Sh.(M. Sc.)- Tabari R.(Ph. D.)²- Kazemnegad E.(Ph. D.)¹

*Corresponding Address: Rasul akram hospital,Guilan, Rasht, IRAN

Email: M- shahnazdoust @ yahoo.com

Received: 23/Feb/2011 Accepted: 28/Jun/2011

Abstract

Introduction: Burnout is a specific kind of occupational stress reaction prevalent among human service professions such as nursing. It is characterized by feeling of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment. Occupational support is a factor reducing stress in workplace. The purpose of this study was to examine the level of burnout and relationship between it and occupational support in nurses.

Materials and Methods: In a descriptive study, 257 nurses were randomly selected through stratified sampling, and were classified into eight medical educational hospitals in Rasht. Participants completed MBI (Maslach burnout inventory) and Spooner occupational support questionnaires. T test, chi square test, Fisher's exact test and logistic regression were used to analyze the data.

Results: Emotional exhaustion was low in %51.4 and it was moderate to high in %48.6, depersonalization was low in %94.2 and moderate to high in %5.8, reduced accomplishment was low in %33.9 and it was moderate to high in %66.1. Coworker support in most nurses (%82.9) was moderate to high and manager support in %73.6 of the nurses was moderate to high. There was a negative correlation between manager support and emotional exhaustion and a positive correlation between dialysis unit and depersonalization and a negative correlation between age and depersonalization.

Conclusion: Findings indicate that nursing managers can increase organizational support and consequently prevent nursing burnout. In doing so, high level of nursing care and job satisfaction are achieved.

Key words: Burnout, Professional/ Nursing Staff, Hospital/ Social support

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 80, Pages: 49-59