

مقایسه میزان تاب‌آوری، اهمال‌کاری، استرس و فرسودگی شغلی در پرستاران بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی

کیانوش عزیزی، حمزه احمدیان[■]، علیرضا ناظمی

چکیده

مقدمه: پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران ممکن است بیشتر در معرض فرسودگی شغلی و به خطر افتادن سلامت عمومی قرار گیرند. اما این موضوع حائز اهمیت است که تنها پرستاران بخش روانپزشکی در معرض این خطر قرار دارند یا خیر؟

هدف: پژوهش حاضر مقایسه میزان تاب‌آوری، اهمال‌کاری، استرس و فرسودگی شغلی و رابطه بین آنها در پرستاران بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی است. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش حاضر علی - مقایسه‌ای از نوع پس‌رویدادی می‌باشد. از میان پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر سنندج در سال ۱۳۹۴ از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای در دسترس ۱۰۱ نفر از پرستاران (۴۸ نفری در بخش‌های روانپزشکی و ۵۳ نفری در بخش‌های غیر روانپزشکی) انتخاب شدند. چهار پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۲)، استرس شغلی گری و اندرسون (۱۹۸۱)، فرسودگی شغلی ماسلاچ (۱۹۹۳) و پرسشنامه اهمال‌کاری لی (۱۹۸۶) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند راهه مانوا (تحلیل واریانس چند متغیره) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که بین پرستاران بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی از نظر میزان استرس شغلی و فرسودگی شغلی تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/05$)؛ اما از نظر تاب‌آوری و اهمال‌کاری شغلی تفاوت معناداری یافت نشد. محاسبه ضریب همبستگی ارتباط مستقیم هر کدام از متغیرهای استرس شغلی (۰/۴۵)، اهمال‌کاری (۰/۳۲) و فرسودگی شغلی (۰/۲۱) را با متغیر تاب‌آوری نشان داد. همچنین مجذور همبستگی چندگانه‌ی متغیر تاب‌آوری برابر (۰/۷۳) بود. به عبارت دیگر؛ متغیرهای استرس شغلی، اهمال‌کاری و فرسودگی شغلی روی هم ۷۳٪ از تغییرات متغیر تاب‌آوری را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: به منظور افزایش تاب‌آوری پرستاران دانش‌افزایی آنان در زمینه استرس و فرسودگی شغلی، تهیه طرح‌های آموزشی شامل انعطاف‌پذیری، خستگی‌ناپذیری، خودشناسی و نوع‌دوستی که از مؤلفه‌های تاب‌آوری است، در تمامی بخش‌ها و مدیران پرستاری ضروری است.

کلمات کلیدی: اهمال‌کاری شغلی، استرس شغلی، روان‌پرستاران، تاب‌آوری شغلی، فرسودگی شغلی

کیانوش عزیزی

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

■ مؤلف مسؤؤل: حمزه احمدیان

استادیار گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
آدرس: Ahmadian2012@gmail.com

علیرضا ناظمی

روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان قدس

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال پنجم، دوره پنجم، شماره سوم و
چهارم، پاییز و زمستان ۱۳۹۵

■ مقدمه

بیش از سه دهه است که رشد تدریجی برنامه‌های ارتقاء سلامت زمینه‌ساز بهبود کیفیت زندگی افراد از جمله کارکنان خدمات بهداشتی - درمانی شده است (۱). در واقع توجه به سلامت فردی در میان کارکنان بهداشتی باعث افزایش مسؤلیت‌پذیری آنها در حفظ و ارتقاء سلامت دیگران نیز خواهد شد (۲). نتایج تحقیقات متعدد نشان می‌دهد پرستاران به دلیل ماهیت شغلی، در معرض مشکلات متنوعی مانند استرس، فرسودگی شغلی، الگوی خواب ناسالم و مواجهه با بیماری‌های عفونی قرار دارند و چنانچه طرح ارتقاء سلامت این قشر در اولویت تعهد اجرایی قرار نگیرد، ابتلاء آنها به بیماری‌های ناشی از شرایط فشارزای شغلی (از جمله فرسودگی شغلی و اهمال‌کاری و...) دور از انتظار نخواهد بود (۳).

فرسودگی شغلی را می‌توان به عنوان یک واکنش در برابر فشارهای مزمن و پاسخ به فشارهای کاری یا سازمانی معرفی نمود. مشاهده شده است که کارکنان مراکز خدمات اجتماعی به‌خصوص پرستاران که زمان و نیروی قابل ملاحظه‌ای را صرف کمک به سایرین می‌کنند، به سهولت دچار فرسودگی شغلی می‌شوند. فردی که دچار فرسودگی شغلی شده احساس تحلیل رفتگی و خستگی مزمن می‌کند، خلق و خوی پرخاشگرانه پیدا کرده و در روابط بین فردی تا اندازه‌ای بدگمان و بدبین می‌شود (۴). فرسودگی شغلی سندرمی روان‌شناختی مشتمل بر سه محور خستگی هیجانی، مسخ شخصیت، احساس عدم کفایت شخصی و دارای عوارضی مانند خستگی مزمن، اختلالات خواب، علائم جسمی مختلف، تمایلات منفی و بدبینانه نسبت به همکاران و مراجعین، احساس گناه، کاهش عملکرد شغلی و... است (۵) که در نهایت منجر به مراقبت‌های ضعیف از بیمار و افزایش بروز خطاهای پزشکی می‌شود (رسولی نیا، ۱۳۸۵). تحقیقات نشان می‌دهد که پرستاران از جمله افرادی هستند که شدیداً در معرض خطر فرسودگی شغلی می‌باشند (۶). سلیمانی و همکاران (۱۳۸۵)، تحقیقی با بررسی میزان فرسودگی شغلی و ابعاد آن در کارکنان درمانی بیمارستان روانپزشکی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که کارکنان بخش‌های روانپزشکی در سه مؤلفه خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کفایت شخصی دارای نمرات بالاتری می‌باشند (۷). واندردی و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند فرسودگی شغلی پرستار، بیشتر از هر عاملی روند بهبود بیمار را تهدید می‌کند. زیرا شغل پرستاری متشکل از بخش‌های مختلف خدماتی است که شرایط کاری و ویژگی‌های خاص خود را دارا

می‌باشد. بر همین اساس میزان اثرگذاری استرس و در نتیجه میزان فرسودگی در آنها می‌تواند متفاوت باشد. نتیجه تحقیقات واندردی و همکاران نشان می‌دهد که فرسودگی شغلی تحت تأثیر استرس شغلی قرار دارد (۸).

استرس شاید عمومی‌ترین مسأله زندگی انسان امروزی باشد. همه انسان‌ها در زندگی روزمره در معرض انواع فشارهای روانی قرار دارند. کارگرها در محیط کارخانه، پزشکان و پرستاران در بیمارستان، معلم در سر کلاس و دانش‌آموزان در محیط آموزشی از این امر مستثنی نیستند (۹). از این میان به علت کافی نبودن تعداد پرستاران، فشار کار، کمبود امکانات بیمارستانی و درمانی، نیاز به دقت و هوشیاری بالا و چرخش‌های کاری که باعث جدا ماندن پرستاران از ریتم زندگی جامعه می‌شود و همچنین سرو کار داشتن با بیماران سخت به‌خصوص در بخش‌های روانپزشکی (۱۰)، پرستاران معمولاً با انواعی از استرس در کارشان مواجه هستند که به افزایش تنش در پرستاران منتهی می‌شود (۱۱). پنج عامل استرس در پرستاری عبارتند از واکنش‌های شخصی، نگرانی‌های شخصی، نگرانی‌های کاری، انجام نقش و نگرانی‌های انجام کار. درواقع می‌توان گفت استرس کاری شرایطی بوده که در هم ریزنده ترکیبی از عواملی است که پرستاران با آن مواجه هستند. این عوامل عبارتند از تعادل جسمی، روانی یا اجتماعی (۱۲).

بعضی از محققان نتیجه گرفته‌اند که استرس شغلی از ترتیب اجتماعی به ویژه به‌وسیله‌ی سازمان کاری تعیین شده، از تعامل این عوامل سازمانی و ویژگی‌های فردی کارکنان ناشی می‌شوند. با توجه به این‌که هر پرستار چگونه بطور فردی با تنش مربوط به کار در محل کاری خود سازگاری پیدا می‌کند و نیز با چه موقعیت‌های تنش‌زایی مانند وظایف کاری مختلف (شیفت‌های شب)، شرایط کاری و موقعیت‌های پر تنش (رنج هیجانی و مرگ بیماران) مواجه می‌شوند، برخوردها و عکس‌العمل‌های آنها متفاوت است (۱۳). استرس شغلی می‌تواند بطور معکوس بر سلامت کارکنان، رفاه و خوب بودن و همچنین جا به جایی آن‌ها اثر بگذارد (۱۴). در همین زمینه آنگرمایر و همکاران (۲۰۰۶)، از بررسی‌های خود نتیجه‌گیری می‌کنند که پرستاران از جمله گروه‌های شاغل هستند که در جریان استرس و مسائل روانی قرار می‌گیرند. عبدی و ماسوله (۱۳۸۶)، در پژوهش خود تفاوت معناداری را بین استرس شغلی پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان گزارش کرده‌اند (۱۵). امروزه مدیران پرستاری با چالش‌های مدیریتی برای اداره کردن نیروهای چند نسله، ضروریات مالی برای ارائه مراقبت بهتر با هزینه‌های پایین‌تر

و رقابت برای فراهم کردن محیط کار ایده‌آل برای نگهداشتن پرستاران در کشمکش استرس با رضایت شغلی و عملکرد فرد رابطه مستقیم داشته، یکی از مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت، ایمنی و آسودگی افراد است و در نهایت جبران خسارت و هزینه‌های مربوط به بیماری‌ها و عوارض ناشی از استرس‌های محیط کار باعث توجه مدیران به این مهم شده است. در واقع اهمیت پژوهش از آنجاست که فرسودگی شغلی، استرس شغلی و اهمال‌کاری شغلی از رایج‌ترین مشکلات در محیط‌های کاری می‌باشند، لذا با توجه به این‌که این عامل باعث به خطر افتادن سلامت جسمی و روانی و اجتماعی نیروی انسانی می‌شود، توجه به آن ضروری است. امروزه در سراسر جهان پرستاران بزرگ‌ترین گروه کارکنان تیم بهداشتی را تشکیل می‌دهند. کیفیت مراقبت‌های بهداشتی به میزان زیادی بستگی به نحوه ارائه خدمات پرستاران خواهد داشت (۱۶). لذا با توجه به اهمیت انجام وظایف توسط پرستاران بطور دقیق و به موقع، هرگونه اهمال، تأخیر و تعلل نه تنها هزینه‌های سنگین جانی ایجاد خواهد کرد بلکه هزینه‌های مالی نیز در بر خواهد داشت (۱۷).

از آنجا که در قرن حاضر، بهره‌وری فردی و سازمانی یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران است اهمال‌کاری از جمله عواملی است که تقریباً همیشه عوارض منفی بر بهره‌وری و بهزیستی فرد و سازمان بر جا می‌گذارد. بسیاری از مطالعات پیامدهای منفی اهمال‌کاری بر سلامت روان (مثل استرس، اضطراب و افسردگی) را اثبات کرده‌اند (۱۸). اهمال‌کاری منجر به انجام یک کار بی‌ثمر می‌شود. اهمال‌کاری سارق زمان است و باعث می‌شود فرد احساس گناه کند و نگاه دیگران نیز نسبت به او تغییر می‌کند. اهمال‌کاری یعنی به تعویق انداختن انجام کار و ارجاع عمل به آینده (۱۹). منظور از اهمال‌کاری مورد بحث تأخیری طبیعی و معمولی نیست که گاهی اوقات پیش می‌آید. بلکه منظور نوعی ویژگی شخصیتی است که در رضایت فردی اختلال ایجاد می‌کند و به کیفیت روابط انسانی آسیب می‌رساند، این نوع از اهمال‌کاری را می‌توان اهمال‌کاری مزمن یا سندرم فردا نامید (۲۰).

در این رابطه مک‌جی (۲۰۰۶)، به بررسی رابطه استرس شغلی و اهمال‌کاری در پرستاران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در بیمارستان‌های روانپزشکی مدیران پرستاری می‌توانند با کاهش فشار کاری به‌وسیله تنظیم ساعات کاری براساس شرایط و روحیات پرستاران و برگزاری دوره‌های مدیریت استرس و مشاوره‌های دوره‌ای همچون گزینش پرستاران براساس عواملی مانند ویژگی‌های شخصیتی، سن و کمال‌گرایی به کاهش اهمال‌کاری

کمک کنند (۲۱). تحقیقات متعدد همواره در پی این بوده‌اند که عواملی را کشف کنند که بتوانند در شرایط آسیب‌زا به کمک انسان آمده و مانع آسیب دیدگی و اضمحلال وی زیر فشار سنگین مسائل و مشکلات گردند. یکی از مهم‌ترین توانایی انسان که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود، تاب‌آوری است و اینجاست که اهمیت پرداختن به عاملی مانند تاب‌آوری در رابطه با این مشاغل پر استرس مشخص می‌شود (۲۲).

اولین بار ام‌سی‌جی (۲۰۰۶)، مفهوم تاب‌آوری را وارد ادبیات پرستاری نمود. تاب‌آوری ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است (۲۳). فیلی و همکارانش (۲۰۰۷)، اظهار می‌کنند که پرستاران قرن بیست و یکم به منظور رویارویی با مشکلات حرفه‌ای و تأمین سلامت روانی خود باید بطور ماهرانه‌ای تاب‌آوری را در خود گسترش دهند، زیرا تاب‌آوری و رفتارهای تاب‌آورانه بطور بالقوه به افراد کمک می‌کند تا بر تجارب منفی غلبه کنند و این تجارب را به تجارب مثبت در خود تبدیل کنند (۲۴). روانشناسان همیشه سعی کرده‌اند که این قابلیت انسان را برای سازگاری و غلبه بر خطر و سختی‌ها افزایش دهند (۲۵). آلیستر (۲۰۰۹)، تاب‌آوری را برای موفقیت شغلی پرستاری لازم می‌دانند، چون از نظر آن‌ها در غیر این صورت شرایط کار بسیار دشوار خواهد بود و منجر به آسیب‌های روانی و زیستی برای پرستاران خواهد شد (۲۶). در این رابطه شاکری‌نیا و همکاران (۱۳۹۲) و امینی (۱۳۹۴)، در پژوهش‌های خود رابطه معناداری را بین میزان تاب‌آوری و فرسودگی شغلی پرستاران گزارش کرده‌اند (۲۷).

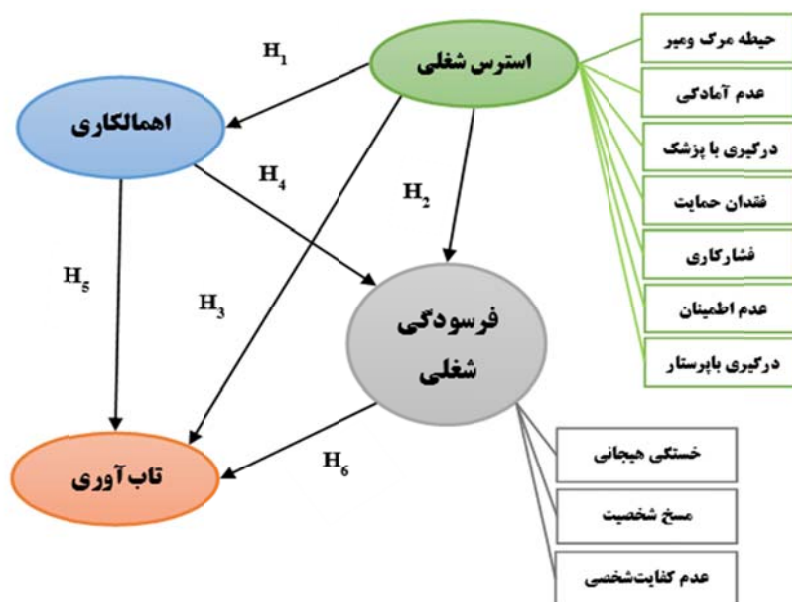
با توجه به موارد مذکور این پژوهش در پی آن بود که ارتباط بین میزان تاب‌آوری شغلی، اهمال‌کاری شغلی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی در پرستاران بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی تفاوت وجود دارد؟ اگر وجود دارد آنرا مورد سنجش قرار دهد اثرات این متغیرها برهم بوده یا جدا از هم؛ لذا مدل مفهومی مطابق شکل (۱) می‌توان در نظر گرفت.

مطابق با مدل مفهومی پژوهش، فرضیات پژوهش به صورت زیر بیان می‌گردد:

H₁: استرس شغلی بر روی اهمال‌کاری در پرستاران اثرگذار است.
H₂: استرس شغلی بر روی فرسودگی شغلی در پرستاران اثرگذار است.

H₃: استرس شغلی بر روی تاب‌آوری در پرستاران اثرگذار است.
H₄: اهمال‌کاری بر روی فرسودگی شغلی در پرستاران اثرگذار است.

H₅: اهمال‌کاری بر روی تاب‌آوری در پرستاران اثرگذار است.



شکل (۱): مدل مفهومی: پژوهش ساخته براساس منابع متغیرهای پژوهش

در حیطه‌ی رنج و مرگ بیمار (۷ سؤال)، درگیری با پزشکان (۵ سؤال)، عدم آمادگی کافی (۳ سؤال)، فقدان حمایت (۳ سؤال)، درگیری با دیگر پرستاران (۵ سؤال)، فشار کاری (۶ سؤال) و عدم اطمینان در مورد درمان (۵ سؤال) بود. این ابزار براساس مقیاس لیکرت به صورت تنش‌زا نیست (۱ امتیاز)، بندرت تنش‌زا است (۲ امتیاز)، گاهی تنش‌زا است (۳ امتیاز) و همیشه تنش‌زا است (۴ امتیاز) سنجیده می‌شود. این ابزار در ایران توسط رضایی و همکاران (۱۳۷۹) هنجاریابی شده است، پایایی این پرسشنامه توسط ۱۶ نفر از استادان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه ایران انجام شده است و روایی با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردیده است (۲۸).

۲) پرسشنامه فرسودگی شغلی توسط ماسلاچ (۱۹۹۳)؛ این پرسشنامه دارای ۲۲ ماده فرسودگی شغلی کلی و سه مؤلفه آن که شامل: خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و احساس عدم کفایت شخصی است را ارزیابی می‌کند. مسلس و جکسون برای تعیین روایی پرسشنامه از سه روش استفاده کرده‌اند که عبارتند از: ۱- محاسبه همبستگی نمره افراد در پرسشنامه حاضر با نمره‌ای که فردی کاملاً آشنا به فرد می‌داد. ۲- محاسبه همبستگی ابعاد تجربه شغلی با فرسودگی شغلی. ۳- محاسبه همبستگی نمره افراد در این پرسشنامه و پیامدهای مختلفی که فرض شده است با فرسودگی مرتبط است. این پرسشنامه در ایران توسط رضایی (۱۳۸۱) هنجاریابی شده است همچنین توسط پیامی (۱۳۸۱) و فیلیان (۱۳۷۹) مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار و پایایی بالای آن

H₆: فرسودگی شغلی بر روی تاب‌آوری در بیمارستان اثرگذار است.

■ مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوعی بررسی شده و به دلیل این‌که از معلول (متغیر وابسته) به علت احتمالی (متغیر مستقل) می‌رسد و بدین لحاظ که این تحقیق گذشته نگر می‌باشد علی - مقایسه‌ای (پس رویدادی) می‌باشد.

در این پژوهش جامعه آماری شامل تمام پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر سنندج (بیمارستان قدس، توحید و بعثت) در سال ۱۳۹۴ می‌باشد.

روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای در دسترس انجام شد. جامعه آماری براساس جدول مورگان از بین جامعه‌ی آماری در بخش روانپزشکی ۴۸ نفر و در بخش غیر روانپزشکی ۵۳ انتخاب گردید و با اعمال ۱۰ درصد خطای احتمالی تعداد ۱۱۰ پرسشنامه پخش شده و با حذف پرسشنامه‌هایی که کامل نبوده و دارای داده‌های پرت بودند، ۹۶ مورد از پرسشنامه‌های بازگشتی مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه می‌باشد که شامل چهار پرسشنامه به شرح زیر است:

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه می‌باشد که شامل چهار پرسشنامه به شرح زیر است:

۱) پرسشنامه تجدید نظر شده استرس شغلی پرستاری توسط تات‌گری و واندرسون (۱۹۸۱)، این پرسشنامه دارای ۵۷ سؤال

که ۸۸٪ گزارش شده است و پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ برابر با ۷۵٪ محاسبه شده است (۳۳). پژوهشگر پس از مراجعه به دفتر پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی کردستان و به دست آوردن جامعه مورد تحقیق در بخش‌های روانپزشکی و دیگر بخش‌ها، اقدام به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به تفکیک بیمارستان‌ها و بخش‌ها نموده و سپس به دفتر پرستاری بیمارستان‌های مربوطه (بیمارستان قدس، توحید و بعثت) مراجعه و با کمک سرپرستاران هر بخش و دریافت تعداد پرستاران هر بخش و دریافت تعداد پرستاران شاغل در بخش روانپزشکی هر بیمارستان در هر سه شیفت صبح، عصر و شب به نمونه‌های مورد نظر مراجعه و پرسشنامه‌ها را توزیع نمود. البته به کلیه آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و اطلاعات حاصل از پرسشنامه تنها برای تحلیل علمی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. در ضمیمه پرسشنامه‌ها اطلاعاتی جمعیت‌شناختی از قبیل سن، وضعیت استخدامی، وضعیت تأهل، سابقه کار، بخش محل خدمت، بیمارستان محل خدمت ذکر شده است.

■ یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. در ذیل جداول مربوط به اطلاعات توصیفی و آزمون لون، آزمون باکس، لامبدای ویلکز، تحلیل واریانس و تعدیل میانگین‌ها برای گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

نتایج حاصله از جدول فوق نشان می‌دهد که از کل نمونه آماری این پژوهش ۵۴٪ مرد و ۴۵٪ زن هستند. همچنین از کل نمونه آماری این پژوهش ۵۸٪ متأهل و ۴۱٪ مجرد می‌باشند. از کل نمونه آماری این پژوهش ۴۳٪ دارای (۵-۱) سال سابقه کاری با بیشترین سابقه و ۲۸٪ دارای سابقه کاری (۱۰-۶) سال، ۲۸٪ دارای سابقه کاری ۱۰ سال به بالا با کم‌ترین سابقه کاری هستند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. در جداول آتی نتایج آزمون لون، آزمون باکس، لامبدای ویلکز، تحلیل واریانس و تعدیل میانگین‌ها برای گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد مقدار F مشاهده شده در تمام متغیرها کوچکتر از مقدار جدول است و تفاوت معنی‌داری بین خطاهای واریانس دو گروه وجود ندارد ($P > 0,05$). بنابراین پیش فرض همگنی خطاهای واریانس رعایت شده است. یکی دیگر از پیش فرض‌های استفاده از آزمون انوا همگنی

مورد تأیید قرار گرفته است (۲۹،۳۰). با روش آلفای کرانباخ ۸۲٪ و روایی آن را از طریق محاسبه روایی همزمان با مقیاس رضایت‌مندی شغلی بریفیلد ورت سنجیده و رابطه معکوس و ۷۹٪ را گزارش کرده‌اند. اعتبار درونی این آزمون با استفاده از آلفای کرانباخ برای هر یک از مؤلفه‌های این پرسشنامه محاسبه گردیده و برای خستگی هیجانی، همسانی درونی ۹۰٪، مسخ شخصیت ۷۹٪ و احساس کفایت شخصی ۷۱٪ به دست آمده است (۳۱). پرسشنامه تاب‌آوری توسط کانر - دیویدسون (۲۰۰۳)؛ این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری شده است. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرانباخ مقیاس تاب‌آوری را ۸۹٪ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۸۷٪ بوده است. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳ ضریب‌های بین ۴۱ تا ۶۴٪ را نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرانباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۸۹٪ به دست آمد. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۴۱ تا ۶۴٪ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرؤیت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۸۷٪ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۲۸/۵۵۵۶ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن‌را ۹۳٪ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (۳۲).

(۴) پرسشنامه اهمال کاری توسط لی (۱۹۸۶)؛ این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است که به روش لیکرت (از ۵-۱) درجه‌بندی شده و نحوه پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه به صورت ۱- هرگز ۲- بندرت ۳- نظری ندارم ۴- گاهی اوقات ۵- بیشتر اوقات می‌باشد. این ابزار در ایران توسط خسروی و همکاران (۱۳۹۰) هنجاریابی شده است که برای روایی آن از طریق محاسبه روایی همزمان انجام شده است

جدول (۱): اطلاعات توصیفی واحدهای پژوهش

متغیرها		فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۵۲	۵۴/۲٪
	مرد	۴۴	۴۵/۸٪
تأهل	متاهل	۵۶	۵۸/۳٪
	مجرد	۴۰	۴۱/۷٪
سابقه کاری	۱-۵	۴۲	۴۳/۸٪
	۶-۱۰	۲۷	۲۸/۱٪
	۱۰ به بالا	۲۷	۲۸/۱٪

جدول (۳): نتایج آزمون باکس جهت بررسی فرض همگنی ماتریس واریانس - کواریانس در متغیرها

BOX SM	F	سطح معنی داری
۱/۲۶۵	۰/۴۱۲	۰/۷۴۴

جدول (۴): نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چندگانه متغیرها

آزمون	لامبدا	F	درجه آزادی	سطح معنی داری
لامبدای ویلکز	۰/۴۲۷	۶۶/۱۶۸	۴	۰/۰۰۰

جدول (۲): نتایج آزمون لون جهت بررسی فرض برابری واریانس‌های متغیرها

متغیرها	F	Df1	DF2	Sig
استرس	۳/۲۲۹	۱	۹۴	۰/۰۷۶
اهمالکاری	۱/۹۹۳	۱	۹۴	۰/۱۶۱
فرسودگی	۰/۲۱۲	۱	۹۴	۰/۶۴۷
تاب آوری	۵/۲۹۲	۱	۹۴	۰/۰۲۴

($P \geq 0/05$). بنابراین می‌توان گفت که بین بین بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی از نظر اهمال کاری شغلی تفاوت وجود ندارد.

۴- دو گروه از نظر تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری ندارند ($P \geq 0/05$). بنابراین می‌توان این‌گونه بیان داشت که بین بین بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی از نظر تاب‌آوری شغلی تفاوت وجود ندارد.

برای مقایسه و بررسی جهت تفاوت‌های معنی‌دار مذکور میانگین و خطای معیار تعدیل‌شده متغیرها در گروه روانپزشکی و غیر روانپزشکی در جدول (۶) ارائه داده شده است. همانطور که در جدول (۶) مشاهده می‌شود میانگین نمرات غیر روانپزشکی در متغیرهای استرس و فرسودگی شغلی از گروه روانپزشکی بطور معنی‌داری کم‌تر می‌باشد، که این حاکی از این است که استرس و فرسودگی شغلی در بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی بطور معنی‌داری متفاوت است. به‌منظور درک بهتر، خلاصه نتایج آزمون مدل ساختاری در جدول (۷) گزارش شده است.

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر را می‌توان با تفسیر نتایج حاصل از برازش مدل ساختاری بیان نمود:

عدد معنی‌داری مسیر مابین متغیر استرس شغلی و متغیر اهمال کاری برابر (۹/۳۰) می‌باشد که بزرگ‌تر از مقدار (۱/۹۶) می‌باشد، بنابراین ارتباط میان این دو متغیر در سطح اطمینان ۹۹٪ مورد تأیید قرار می‌گیرد. ضریب مسیر مابین این دو متغیر برابر مقدار (۵/۷۱) برآورد شده است و این مقدار نشان می‌دهد که به‌ازای یک واحد تغییر در متغیر استرس شغلی، متغیر اهمال کاری (۵/۷۱) واحد تغییر خواهد کرد. همچنین ضریب همبستگی چندگانه‌ی این مسیر برابر (۵/۵۰) برآورد شده است که نشان می‌دهد متغیر استرس شغلی (۵۰٪) از تغییرات متغیر اهمال کاری را تبیین می‌کند.

ماتریس‌های واریانس - کواریانس می‌باشد که در جدول ۳ نتایج این آزمون ارائه شده است. همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد آماره ام باکس برابر با ۱/۲۶۵ و مقدار آماره F این آزمون برابر ۰/۴۱۲ می‌باشد که از لحاظ آماری معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس رعایت شده است. چنانچه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، سطوح معنی‌داری آزمون لامبدای ویلکز قابلیت استفاده تحلیل مانوا را مجاز می‌شمارد. این امر بیانگر آن است که حداقل در یکی از متغیرها بین گروه روانپزشکی و غیر روانپزشکی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتایج این آزمون همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود بیانگر آن است که:

۱- دو گروه از نظر استرس شغلی در سطح ($P \leq 0/01$) تفاوت معنی‌داری دارند. بنابراین می‌توان گفت که بین بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی از نظر استرس شغلی تفاوت وجود دارد.

۲- دو گروه از نظر فرسودگی شغلی در سطح ($P \leq 0/05$) تفاوت معنی‌داری دارند. بنابراین می‌توان گفت که بین بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی از نظر فرسودگی شغلی تفاوت وجود دارد.

۳- دو گروه از نظر اهمال کاری تفاوت معنی‌داری ندارند

جدول (۵): نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اثرات گروه بر متغیرها

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه	استرس	۳۵۴۵۸/۵۹۴	۱	۳۵۴۵۸/۵۹۴	۳۶/۵۸۹	۰/۰۰۰
	اهمالکاری	۲۲/۰۴۲	۱	۲۲/۰۴۲	۰/۲۸۰	۰/۵۹۸
	تاب آوری	۲۱۳/۰۱۰	۱	۲۱۳/۰۱۰	۰/۸۹۲	۰/۳۴۷
	فرسودگی	۲۲۸۱۶/۶۶۷	۱	۲۲۸۱۶/۶۶۷	۶۶/۱۶۸	۰/۰۰۰
خطا	استرس	۹۱۰۹۴/۸۱۲	۹۴	۹۶۹/۰۹۴		
	اهمالکاری	۷۳۹۴/۴۵۸	۹۴	۷۸/۶۶۴		
	تاب آوری	۲۲۴۳۷/۴۷۹	۹۴	۲۳۸/۶۹۷		
	فرسودگی	۳۲۴۱۳/۸۳۳	۹۴	۳۴۴/۸۲۸		
کل	استرس	۳۳۱۶۲۹۳/۰۰۰	۹۵			
	اهمالکاری	۷۴۱۶/۵۰۰	۹۵			
	تاب آوری	۲۲۶۵۰/۴۹۰	۹۵			
	فرسودگی	۵۵۲۳۰/۵۰۰	۹۵			

جدول (۶): میانگین و خطای معیار نمرات تعدیل شده بخش روانپزشکی و غیر روانپزشکی

متغیرها	گروه	میانگین	خطای استاندارد
استرس	روانپزشکی	۲۱۵/۸۰	۳۳/۵۶۲
	غیر روانپزشکی	۱۶۳/۸۰	۲۸/۴۹۱
اهمالکاری	روانپزشکی	۴۷/۸۹۵	۹/۹۹۸
	غیر روانپزشکی	۴۸/۸۵۴	۷/۵۷۳
فرسودگی	روانپزشکی	۸۸/۵۴۰	۱۸/۵۲۶
	غیر روانپزشکی	۵۷/۷۰۸	۱۸/۶۰۲
تاب آوری	روانپزشکی	۸۷/۴۱۶	۱۸/۳۰۳
	غیر روانپزشکی	۸۴/۴۳۷	۱۱/۹۳۲

جدول (۷): نتایج آزمون مدل ساختاری پژوهش

مجدور همبستگی چندگانه	اثر کل	اثر غیر مستقیم		اثر مستقیم		مسیر	
		t-value	ضریب مسیر	t-value	ضریب مسیر	به	از
۰/۵۰	۰/۷۱	---	---	۹/۳۰	۰/۷۱	اهمال کاری	استرس شغلی
۰/۳۳	۰/۵۳	۲/۸۶	۰/۲۱	۳/۲۴	۰/۳۲	فرسودگی شغلی	استرس شغلی
	۰/۳۰	---	---	۲/۸۸	۰/۳۰	فرسودگی شغلی	اهمال کاری
۰/۷۳	۰/۷۹	۵/۱۵	۰/۳۴	۵/۱۸	۰/۴۵	تاب آوری	استرس شغلی
	۰/۳۸	۲/۴۴	۰/۰۶	۳/۴۸	۰/۳۲	تاب آوری	اهمال کاری
	۰/۲۱	---	---	۳/۹۲	۰/۲۱	تاب آوری	فرسودگی شغلی

عدد معنی داری مسیر مابین متغیر استرس شغلی و متغیر فرسودگی شغلی برابر (۳/۲۴) می باشد که بزرگتر از مقدار (۱/۹۶) می باشد، بنابراین ارتباط میان این دو متغیر در سطح اطمینان ۹۹٪ مورد تأیید قرار می گیرد. ضریب مسیر مستقیم مابین این دو متغیر برابر مقدار (۰/۳۲) برآورد شده است، از طرفی متغیر استرس شغلی به طور غیرمستقیم و از طریق متغیر اهمال کاری نیز بر متغیر

فرسودگی شغلی اثر می گذارد که ضریب مسیر غیرمستقیم مابین این دو متغیر برابر (۲/۸۶) بوده که بزرگتر از مقدار (۱/۹۶) می باشد و در مجموع اثر کل متغیر استرس شغلی بر متغیر فرسودگی شغلی برابر (۰/۵۳) است و این مقدار نشان می دهد که به ازای یک واحد تغییر در متغیر استرس شغلی، متغیر فرسودگی شغلی (۰/۵۳) واحد

تغییر خواهد کرد.

عدد معنی‌داری مسیر مابین متغیر اهمال‌کاری و متغیر فرسودگی شغلی برابر (۲/۸۸) می‌باشد که بزرگ‌تر از مقدار (۱/۹۶) می‌باشد، بنابراین ارتباط میان این دو متغیر در سطح اطمینان ۹۹٪ مورد تأیید قرار می‌گیرد. ضریب مسیر مابین این دو متغیر برابر مقدار (۵/۳۰) برآورد شده است و این مقدار نشان می‌دهد که به‌ازای یک واحد تغییر در متغیر اهمال‌کاری، متغیر فرسودگی شغلی (۵/۳۰) واحد تغییر خواهد کرد.

لازم به ذکر است؛ مجذور همبستگی چندگانه‌ی متغیر فرسودگی شغلی برابر (۵/۳۳) می‌باشد و گویای این مطلب است که متغیرهای استرس شغلی و اهمال‌کاری روی هم ۳۳٪ از تغییرات متغیر فرسودگی شغلی را تبیین می‌کنند.

عدد معنی‌داری مسیر مابین متغیر استرس شغلی و متغیر تاب‌آوری برابر (۵/۱۸) می‌باشد که بزرگ‌تر از مقدار (۱/۹۶) می‌باشد، بنابراین ارتباط میان این دو متغیر در سطح اطمینان ۹۹٪ مورد تأیید قرار می‌گیرد. ضریب مسیر مستقیم مابین این دو متغیر برابر مقدار (۵/۴۵) برآورد شده است، از طرفی متغیر استرس شغلی به‌طور غیرمستقیم و از طریق متغیرهای اهمال‌کاری و فرسودگی شغلی نیز بر متغیر تاب‌آوری اثر می‌گذارد که ضریب مسیر غیرمستقیم مابین این دو متغیر برابر (۵/۳۴) و عدد معنی‌داری این میزان تأثیر نیز برابر (۵/۱۵) بوده که بزرگ‌تر از مقدار (۱/۹۶) می‌باشد و در مجموع اثر کل متغیر استرس شغلی بر متغیر تاب‌آوری برابر (۵/۷۹) است و این مقدار نشان می‌دهد که به‌ازای یک واحد تغییر در متغیر استرس شغلی، متغیر تاب‌آوری (۵/۷۹) واحد تغییر خواهد کرد.

عدد معنی‌داری مسیر مابین متغیر اهمال‌کاری و متغیر تاب‌آوری برابر (۳/۴۸) می‌باشد که بزرگ‌تر از مقدار (۱/۹۶) می‌باشد، بنابراین ارتباط میان این دو متغیر در سطح اطمینان ۹۹٪ مورد تأیید قرار می‌گیرد. ضریب مسیر مستقیم مابین این دو متغیر برابر مقدار (۵/۳۲) برآورد شده است، از طرفی متغیر اهمال‌کاری به‌طور غیرمستقیم و از طریق متغیر فرسودگی شغلی نیز بر متغیر تاب‌آوری اثر می‌گذارد که ضریب مسیر غیرمستقیم مابین این دو متغیر برابر (۵/۰۶) و عدد معنی‌داری این میزان تأثیر نیز برابر (۲/۴۴) بوده که بزرگ‌تر از مقدار (۱/۹۶) می‌باشد و در مجموع اثر کل متغیر اهمال‌کاری بر متغیر تاب‌آوری برابر (۵/۳۸) است و این مقدار نشان می‌دهد که به‌ازای یک واحد تغییر در متغیر اهمال‌کاری، متغیر تاب‌آوری (۵/۳۸) واحد تغییر خواهد کرد.

تاب‌آوری برابر (۳/۹۲) می‌باشد که بزرگ‌تر از مقدار (۱/۹۶) می‌باشد، بنابراین ارتباط میان این دو متغیر در سطح اطمینان ۹۹٪ مورد تأیید قرار می‌گیرد. ضریب مسیر مابین این دو متغیر برابر مقدار (۵/۲۱) برآورد شده است و این مقدار نشان می‌دهد که به‌ازای یک واحد تغییر در متغیر فرسودگی شغلی، متغیر تاب‌آوری (۵/۲۱) واحد تغییر خواهد کرد.

همچنین مجذور همبستگی چندگانه‌ی متغیر تاب‌آوری برابر (۵/۷۳) می‌باشد و گویای این مطلب است که متغیرهای استرس شغلی، اهمال‌کاری و فرسودگی شغلی روی هم ۷۳٪ از تغییرات متغیر تاب‌آوری را تبیین می‌کنند.

■ بحث

نتایج تحلیل نشان داد که بین میزان تاب‌آوری شغلی و اهمال‌کاری شغلی در بین پرستاران بخش روانپزشکی و غیر روانپزشکی تفاوت وجود ندارد. اما بین میزان استرس شغلی و فرسودگی شغلی در بین پرستاران بخش روانپزشکی و غیر روانپزشکی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج به دست آمده با نتایج دشت بزرگی و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر این که بین پرستاران بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی از لحاظ فرسودگی شغلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۲۹) و لوک (۲۰۰۴) مبنی بر این که پرستارانی که از بیمارانی دارای مشکلات روانی پرستاری می‌کنند در مقایسه با دیگر پرستاران، دارای سطح اضطراب و افسردگی بالاتری هستند همسو می‌باشد (۳۰).

در تبیین این یافته، می‌توان چنین استدلال کرد که پرستاران در همه بخش‌های کاری خود با افرادی مواجه هستند که زندگی روزانه آنها مملو از شرایط ناگوار است، لذا تاب‌آوری برای آنها، یک شیوه مهم زندگی است. در یک تحلیل مفهومی دیر و مک‌گینس (۲۰۰۳)، ویژگی‌های مهم شامل انعطاف‌پذیری، خستگی‌ناپذیری، خودشناسی و نودوستی را برای همه پرستاران در تمامی بخش‌ها قائل شدند که از مؤلفه‌های تاب‌آوری است. این محققین، حالت تسلط و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر را نیز از جمله پیش‌آیندهای عمده تاب‌آوری معرفی کرده‌اند (۳۱). همچنین پرستار در بخش بالینی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و استرس‌های شغلی وارده بر وی می‌تواند بر کیفیت کار او تأثیر بگذارد. پرستاران یکی از گروه‌های هستند که بیشترین استرس شغلی را تجربه می‌کنند و در بین آنان پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران ممکن است بیشترین استرس را تحمل نمایند. از جمله عوامل استرس‌زای بخش ویژه می‌توان به مواردی چون ارتباط کاری با سایر پرستاران و کارکنان،

را پیش‌بینی و مدیریت کنند. توجه به این مشکل می‌تواند به عنوان ابزاری کارآمد، مسؤولین بیمارستان را در هدایت پرستاران به منظور انجام وظایف کاریشان یاری رساند به نحوی که رضایت بیماران، کاهش استرس پرستاران، بهبود کیفیت زندگی کاری آنها و دستیابی مؤثر به اهداف سازمان را توأماً به همراه داشته باشد (۳۳).

با توجه به این‌که در مورد تعمیم نتایج به جامعه‌های آماری دیگر باید احتیاط را در نظر گرفت چون این پژوهش تنها با در نظر گرفتن متغیرهای رفتاری و روحی کارکنان بیمارستان صورت گرفته است، در حالی‌که این مسأله قابل اهمیت است که متغیرهای دیگری از جمله فرهنگ و دانش شخصی و ضمنی افراد و مدیران نیز می‌تواند مؤثر باشد.

■ نتیجه‌گیری

آگاهی از وجود ارتباط مستقیم بین اهمال کاری و استرس کارکنان، مقدار بالای استرس و تعلل آنان و عواملی که بیشترین تأثیر را بر تعلل دارند می‌تواند زنگ هشدار برای مدیران باشد تا با اندازه‌گیری و مدیریت یکی بتوانند دیگری را پیش‌بینی و مدیریت کنند. به این‌صورت که به منظور دانش‌افزایی و آشنا کردن پرستاران در زمینه استرس و فرسودگی شغلی و بالابردن میزان تاب‌آوری، طرح‌های آموزشی شامل انعطاف‌پذیری، خستگی‌ناپذیری، خودشناسی و نودوستی را که از مؤلفه‌های تاب‌آوری است، برای همه پرستاران در تمامی بخش‌ها و در دفتر پرستاری تهیه گردد، چون هرچه میزان آگاهی فرد در این زمینه بیشتر باشد، رفتار و عملکرد کارکنان به نسبت اطلاعات خود تغییر خواهد کرد.

■ تشکر و قدرانی

لازم است که از کلیه پرستاران شرکت‌کننده و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش مساعدت نموده‌اند، تشکر و قدرانی نمایم.

ارتباط و مکالمه با بیمار و سطح بالای مهارت و دانش مورد نیاز برای کار در این بخش، حجم کاری بالا، لزوم پاسخ سریع پرستار به موقعیت‌های فوری و مسؤولیت سنگین ناشی از مراقبت بیمار به خصوص در بخش‌های روانپزشکی که با بیماران خاص و دارای مشکلات روانی در ارتباط‌اند، اشاره کرد (۳۲). استرس‌های طولانی مدت می‌تواند منجر به فرسودگی شود. براساس الگوی تقاضا-کنترل مشاغلی که با استرس کاری بالا و کنترل پایین همراه هستند موجب پدیدار شدن پریشانی روانی و جسمی می‌شوند. همچنین محیط‌های کاری سرانجام منابع عاطفی و روانی پرستاران را تخلیه می‌کند و می‌توانند شروعی برای سندرم فرسودگی باشند. این سندرم با ایجاد تصویر منفی از خود و نگرش منفی نسبت به شغل به افت شدید کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی می‌انجامد. براساس یافته‌های به دست آمده نتیجه می‌گیریم که تأثیر تعلل و اهمال بر نحوه انجام وظایف و از طرفی دیگر وجود استرس شغلی بالاخص در محیط‌های پر تنش مانند بیمارستان انکار ناپذیر است. هر چند هر فردی ممکن است تا حدی اهمال و یا استرس را در حرفه خود تجربه کند بدون آن‌که مشکلی جدی ایجاد شود، اما چنانچه شدت و دفعات تعلل در حرفه و استرس افزایش یابد نه تنها برای فرد بلکه برای سازمانی که در آن مشغول است عواقب وخیمی در بر خواهد داشت. این مشکلات برای مشاغل پراسترس بیمارستانی بالاخص شغل پرستاری دو چندان خواهد بود. مدیران و پرستاران علاوه بر مسؤولیت حفظ سلامت جسمی و روانی خود در برابر فشارهای کاری، مسؤول جان بیماران با تمرکز و دقت در انجام وظایف خود نیز هستند. آگاهی از وجود ارتباط مستقیم بین اهمال کاری و استرس کارکنان، مقدار بالای استرس و تعلل آنان و عواملی که بیشترین تأثیر را بر تعلل دارند می‌تواند زنگ هشدار برای مدیران باشد تا با اندازه‌گیری و مدیریت یکی بتوانند دیگری

■ References

- 1- Cleary M, Walter G. Towards a healthier lifestyle for staff of a psychiatric hospital: description of a pilot program; International Journal of Mental Health Nursing. (2005); 14:32-36.
- 2- Atwal A, Caldwell K. Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute healthcare. International Journal Parak Nurse. (2006); 12(6): 359-365.
- 3- Poramshy, Samad. Study of job stress in pregnant nurses working in medical and surgical hospitals, Nursing. Payam-A-Nor, Tehran University of Medical Sciences. (2002). [Persian].
- 4- Taghavi R, Yazdani A, Ibrahim M. Prevalence of depression in comparison with the rest of the psychiatric nurses and nurse Ifslnamh hospitals and doctors. Journal of Nurses & Physicians. (2012); 23:16-11.[Persian].
- 5- Hansen N, Sverke M., Naswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership. across sectional questionnaire survey. International Nursing Studies. (2009);46(1):106-95.

- 6- Rasoulian M, Elahi F, Afkhamzadeh E. Related burnout in nurses' character traits, Thoughts & Behavior, 9th year. (2006); 76-64. [Persian].
- 7- Momeni H. Salehi J. Compare burnout in nurses working in health and education University of Medical Sciences. Journal of Arak (4). (2009). [Persian].
- 8- Rahmani B, Behshid M. Zamanzadeh V. Associated public health and burnout among nurses in ICU. Iran Journal of Nursing. 2016; 23(66): [Persian].
- 9- Kohpayezadeh J. Agilinejad M. Mokamelkhan E. Golabadi M. Investigation of factors influencing burnout in staff colleges of the former University of Medical Sciences Iran. Razi Journal of Medical Sciences. (2010) ; 18(90):2735. [Persian].
- 10- Youssefi, M. Compare rates of depression and job stress in psychiatric and non-psychiatric nurses. Journal of Nursing, (2008), 2: 85-76. [Persian].
- 11- Epstein DG. Extinguish workplace stress. Nursing Management. [Internet]. [Cited September 2010]. Available from: <http://ovidsp.tx.ovid.com/pp07/convention11/Epstin.pdf>.
- 12- Lu K. Chang L. Wu H. Relationships between Professional Commitment, Job Satisfaction, And work Stress In Public Health Nurses In Taiwan. Journal of Professional Nursing. (2007); 23(2): 110-116.
- 13- Emami M, Majidi D, Medicine & Cultivate: Development and validation of a scale of moral distress of nurses in the community. Journal of Professional Nursing 2010; 3(4): 55-46. [persian].
- 14- Letvak S., Buck R. Factors Influencing Work Productivity and Intent to Stay in Nursing. Journal of Hamedan University of Medical Sciences. 2008; 26(3):159-165. [Persian].
- 15- Bernardz J. The Family Studies. [H. Ghazian, trans]. 2nd edition, Tehran: Study Books (1393).
- 16- Farhadi M, Hemmati Khalkhali H. Job stressors in critical nurses. The Journal of Urmia Nursing Midwifery Faculty. (2014); 11(11):875-83. [persian].
- 17- Moosavi Tabar S. Rahmani R. Sirati Nayyer M. Abbas Zadeh Z. Influence factors in job satisfaction of nurses in the selected military and civil hospital in Tehran. Journal of Nurse and Physician Within War. (2013) ; (23, 24):34-9.[persian].
- 18- Siroise F. Replication and extension of the procrastination-health model with community-dwelling adults. Personality and Individual Differences. (2007); 43, 15-26
- 19- Farzi N, Bahlakeh A, Bordbar G. Relationship between nurses' job stress and procrastination: case study. Quarterly Journal of Nursing Management 2015; 4(2):71-79.
- 20- Bakhtiari B. Soleimani L. Spiritual Intelligence, Journal of New Thoughts on Education. (2007); 21, 11-24.
- 21- McGee EM. The healthing circle resiliency in nurses. Journal of Issues in Mental Health Nursing.(2006) ;27:43-57.
- 22- Kasiri Dolatabadi N. Hosseini Kokamari P. Sharifi Rad G. Hassanzadeh A. Shahnazi H. Investigation of the relationship between job stress and work-related absences in Isfahan province health center administrative staff. Journal of Health Systems Research. (2011);7(6):1243-9. [persian].
- 23- Phili W. Karen-Leigh E. Caring as a resilient practice in Mental Health Nursing. International Journal of Mental Health Nursing. (2007);16(2):132-5.
- 24- Boroomand Z. Management of Organizational Behavior, Tehran: Payam-A-Noor University publisher. 1998. [persian].
- 25- Allister. McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines; a critical review of the literature. Journal of Nurses Education Today. (2009); 29(1).371- 379.
- 26- Shakrinya I. Mohammadpur M. The relationship between job stress and resiliency with burnout among nurses. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. Improvement. (2010); 14 (2): 191-167.
- 27- Amini F. The relationship between resiliency and burnout development of research in nursing. Journal of Nursing. (2012); 6(2), 94-102.
- 28- Faraji O. Valiee S. Moridi G. Ramazani A. Rezaei Farimani M. Relationship between job characteristic and job stress in nurses of Kurdistan University of Medical Sciences educational hospitals. Journal of Nursing Research. (2012) ;7(25):51-53. [persian].
- 29- Maslach C, Schaufeli WB, Leuter MP. Job burnout: Annual Review of Psychology.(2001) ; 52: 422-397.
- 30- Filian E. Assessing the relationship between occupational burnout and nurses coping strategy among Tehran educational hospitals nurses. [MSc thesis]. Tehran. Tarbiat Modares University. (2000).[Persian]

- 31- Conner KM. Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale(CD-RISC). *Depression & Anxiety*. (2003); 18(1):76-82.
- 32- Samani Siamak. Resiliency, mental health and life satisfaction. *Journal of Psychiatry and clinical psychology*. (2007); 3(7): 295-290. [Persian].
- 33- Lee I. Wang H. Occupational stress and related factors in public health nurses. *Journal of Nursing Method*. (2002); 10(4):53-60.
- 34- Khosravi A. Job satisfaction survey of their employees in the education sector Vahmalkary Iran Trade Promotion Organization. *Journal of Educational Leadership and Management, Garmsar Islamic Azad University*. (2009); 7(3): 26-44.
- 35- Dashtbozorgi Z. Bakhtiar pour S. Tuesday comparison burnout and mental health in psychiatric hospitals and psychiatric staff. *Journal of New findings in the Nursing*. 2011; 24(10): 129-113. [Persian].
- 36- Lu K. Chang L. Wu H. Relationships between professional commitment, job satisfaction, and work stress in public health nurses in Taiwan. *Journal professional Nurses*. (2007); 23(2): 110-116.
- 37- McGrath A. Reid N. Boore J. Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*. (2003) ;40(5): 555-565.
- 38- Beg Moradi A. Nurses' moral distress in the intensive care unit: a survey of hospitals in Hamadan. *Journal of Medical Ethics & History*. (2012); 5(2): 63-53.
- 39- Mirabzadeh A., Irani Sh., Samiee M., Feyzzadeh G. Burnout and its related factors in Razi Psychiatric Hospital staff. *Journal of Rehabilitation* (2007); 6:3-8. [Persian].

Comparison of resiliency, procrastination, stress and burnout among nurses in psychiatric and non-psychiatric wards

Kianoosh Azizi, Hamzeh Ahmadian[■], Alireza Nazemi

Azizi K.

MSc. Department of psychology,
Sanandaj branch, Islamic Azad
University, Sanandaj, Iran.

■ Corresponding author:

Ahmadian A.

Assistant Professor. Department
of psychology, Sanandaj branch,
Islamic Azad University, Sanandaj,
Iran.

Address: Ahmadian2012@gmail.com

Nazemi A.

PhD. Psychiatrist. (MD)Kurdistan
University of Medical Sciences,
Ghods Hospital, Kordestan, Iran.

Introduction: Nurses working in psychiatric wards may be more likely to be exposed to burnout and public health as a result of work-related conditions and patients. But it is important that do they only are at risk or other nurses are?

Aim: The study was done to compare the resiliency, procrastination, stress and burnout among the nurses in psychiatric and non-psychiatric departments.

Method: This study was a causal-comparative study. By cluster sampling were selected (101) nurses who were employment in Sanandage hospitals (48 nurses in psychiatric and 53 nurses in non-psychiatric departments). For data gathering used Davidson's Resilience Questionnaire (2002), Gary Anderson's Job Stress Questionnaire (1981), Maslach Burnout Inventory (1993) and Lee Procrastination's Questionnaire (1986). Multivariate analysis of variance (multivariate analysis of variance) was used to analyze the data.

Results: The results showed that there was a significant difference between nurses in psychiatric and non-psychiatric wards in terms of occupational stress and burnout ($p < 0.05$), but there was no significant difference in terms of job resilience and procrastination. There was direct coefficient between job stress (0.45), procrastination (0.32) and burnout (0.21) and resiliency. Also, the correlation coefficient of multiple variable resilience was (0.73). That is variables of occupational stress, procrastination and job burnout were responsible for 73% of variations in resiliency.

Conclusion: In order to increase nurses' resilience in psychiatric and non-psychiatric departments, providing inservice education programs about job stress and burnout is necessary. These programs' content would be including flexibility, tirelessness, self-knowledge and altruism, which are components of resilience.

Key words: burnout, job stress, job resilience, job procrastination, psychiatric nurse

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Five Year, Vol 5, No 3&4, Autumn 2016 &

Winter 2017