

نقش فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران

ناهید بابایی‌امیری^۳

حمید شفیعی‌زاده^۲

زهرا رجائی^۱

جمال عاشوری^۵

*آزیتا امیرفخرایی^۴

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی مطلوب تنها با نداشتن بیماری تعیین نمی‌شود، بلکه به شرایط روانشناختی دیگری مانند فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی نیز وابسته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران انجام شد.

روش بررسی: مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی همبستگی بود. جامعه آماری همه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بودند. ۴۰۰ پرستار به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، انتخاب شدند. پرسشنامه‌های فرسودگی شغلی Maslach & Jackson، حمایت اجتماعی ادراک شده Zimet و همکارانش، سرسختی روانشناختی Kobasa و کیفیت زندگی World Health Organization ابزارهای مورد استفاده در مطالعه بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل همزمان و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه معکوس و معنی‌دار ($F=0/39$) و حمایت اجتماعی ادراک شده ($F=0/61$) و سرسختی روانشناختی ($F=0/45$) رابطه مثبت و معنی‌داری ($P<0/01$) با کیفیت زندگی پرستاران داشتند. در مدل پیش‌بین فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی توانستند ۵۹/۳ درصد از تغییرات کیفیت زندگی پرستاران را پیش‌بینی کنند ($R^2=0/593$).

نتیجه‌گیری کلی: متغیرهای فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی نقش موثری در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران داشتند. از این رو پیشنهاد می‌شود مشاوران، درمانگران و برنامه‌ریزان به نشانه‌های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه‌هایی برای بهبود کیفیت زندگی پرستاران طراحی کنند.

کلیدواژه‌ها: فرسودگی، حمایت اجتماعی، سرسختی، کیفیت زندگی، پرستاران

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۱۳

^۱ دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده مدیریت و حسابداری، واحد یادگار امام خمینی (ره) شهرری، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۴ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران (*نویسنده مسئول).

شماره تماس ۰۹۱۲۰۸۵۵۸۸۱. Email: afkhraei2002@gmail.com

^۵ دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران

مقدمه

ماهیت حرفه پرستاری به دلیل مسائل پیچیده‌ای که در طی کار روزانه با آن مواجه است، با تنش بسیاری همراه است. مسائلی مانند فشار زیاد کار، شیفت‌های در گردش، تعداد ناکافی پرستاران و کمبود وسایل از جمله عوامل هستند که باعث بروز تنش می‌شوند^(۱). تنش‌ها در صورت وجود ناهماهنگی میان درخواست‌های کاری و توانایی‌های فرد به وجود می‌آیند و باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شوند^(۲). کیفیت زندگی سازه‌ای چند بعدی و مفهومی فراگیر به معنی ادراک از زمینه فرهنگی بر اساس اهداف، انتظارات و استانداردهای فرد است^(۳،۴).

عوامل روانشناختی فرسودگی شغلی (job burnout)، حمایت اجتماعی ادراک شده (perceived social support) و سرسختی روانشناختی (psychological hardiness) با کیفیت زندگی مرتبط هستند. فرسودگی شغلی در پرستاران باعث تاخیر و غیبت در کار، تمایل نداشتن به انجام وظیفه، نارضایتی شغلی و غیره می‌شود^(۵). فرسودگی شغلی به معنی احساس خستگی بدنی، هیجانی و ذهنی است^(۶،۷) که با توجه به میزان انقباض‌های عضلانی، از هم پاشیدگی شخصیت و خودارزیابی‌های منفی شناخته شده^(۸) و با کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنی‌داری دارد^(۹-۱۲). پژوهش‌های انجام شده توسط Naz و همکارانش^(۹) و ضیایی و همکارانش^(۱۱) نشان داد بین فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت.

حمایت اجتماعی ادراک شده از دیگر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی است که به حمایت قابل پذیرش از طرف دیگران اطلاق می‌شود و عامل نیرومندی در مقابله با تنش است^(۱۳). بر اساس نظریه‌های حمایت اجتماعی تنها روابطی حمایت محسوب می‌شوند که فرد آنها را منبع مناسب و در دسترس برای رفع نیازهای خود بداند^(۱۴). بنابراین نه خود حمایت، بلکه ادراک فرد از حمایت مهم است. در نتیجه حمایت اجتماعی بر ارزیابی شناختی فرد از محیط و اطمینان از در دسترس بودن کمک، مبتنی

است^(۱۵). حمایت اجتماعی به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد مهم در زندگی فرد تعریف می‌شود^(۱۶). حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد^(۱۷-۲۰). برای مثال Hamaideh در مطالعه خود بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی پرستاران رابطه مثبت و معنی‌دار گزارش کرد^(۱۷).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی، سرسختی روانشناختی است. سرسختی به عنوان منبع مقاومت در مقابله با رویدادهای تنش‌زا عمل می‌کند^(۲۱). افراد سرسخت قدرت کنترل بیشتری بر رویدادها داشته و بهتر مشکلات را حل می‌کنند^(۲۲). همچنین در حل مشکلات بر نقش خود بیش از نقش دیگران تاکید داشته و خود را قربانی تغییر نمی‌دانند، بلکه تغییر را جنبه طبیعی زندگی می‌دانند^(۲۳). سرسختی در حفظ و افزایش سلامت و کیفیت زندگی موثر است^(۲۴). سرسختی روانشناختی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد^(۲۵-۲۷).

یکی از نارسایی‌هایی که در پژوهش‌های انجام شده قبلی در این حوزه وجود دارد، توجه نکردن به نقش همزمان فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی و سرسختی روانشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران است. هنگامی که این متغیرها در مدل پیش‌بین، همزمان در نظر گرفته شوند، کدامیک نقش بیشتری در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران دارند. همچنین پرستاران مسئول حفظ و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی بیماران هستند، بنابراین حفظ و ارتقای کیفیت زندگی خود آن‌ها ضروری است. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش همه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بودند. بر

است^(۲۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده: این پرسشنامه توسط Zimet و همکارانش در سال ۱۹۸۸ طراحی شد و دارای ۱۲ گویه است و با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از یک تا هفت نمره‌گذاری شده است، بنابراین دامنه نمرات بین یک تا هفت است. نمره ابزار مذکور با جمع کردن نمره گویه‌ها و میانگین گرفتن از آنها به دست می‌آید. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است^(۳۰). سوری و عاشوری نیز در سال ۲۰۱۵ پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند^(۳۱). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط Kobasa طراحی شد و دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از یک تا چهار نمره‌گذاری شده است. نمره ابزار با جمع کردن نمره گویه‌ها و میانگین گرفتن از آنها بدست می‌آید، بنابراین دامنه نمرات بین یک تا چهار است. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شد^(۳۲). همچنین سوری و عاشوری پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند^(۳۱). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط World Health Organization در سال ۲۰۰۴ طراحی شد و دارای ۲۶ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری شده است. نمره ابزار با جمع کردن نمره گویه‌ها و میانگین گرفتن از آنها بدست می‌آید، بنابراین دامنه نمرات بین یک تا پنج است. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شد^(۴). پورافکاری و همکارانش در سال ۲۰۱۴ پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند^(۲۷). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

اساس جدول پیشنهادی Morgan و همکارانش (۱۹۷۱) ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند^(۲۸). در این روش ابتدا شهر تهران به پنج منطقه شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی تقسیم شده و از میان پنج منطقه، سه منطقه با روش تصادفی ساده انتخاب شد. سپس از میان بیمارستان‌های هر منطقه، شش بیمارستان به روش تصادفی ساده انتخاب و به طور متوسط از هر بیمارستان ۲۳ نفر انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل اشتغال پرستاران در شیفت صبح بیمارستان‌های دولتی شهر تهران، نداشتن مشکلات روانپزشکی و همچنین مواجهه نداشتن با رویدادهای تنش‌زا مثل طلاق و مرگ عزیزان در شش ماه گذشته بود. شرایط خروج از مطالعه شامل همکاری نکردن یا تکمیل پرسشنامه بصورت ناقص بود. جمع‌آوری داده‌ها حدود یک ماه طول کشید و این کار با کمک یک پرستار انجام شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها پس از تایید کمیته اخلاق و دریافت کد با شماره ۰۸۲۳/۳۵۱۰ از دانشگاه، به بیمارستان‌ها مراجعه شد و پس از بیان هدف پژوهش برای رئیس بیمارستان‌ها از آنان موافقت همکاری با پژوهشگر گرفته شد که این امر توسط سرپرستاران به پرستاران ابلاغ شد و موافقت آن‌ها برای همکاری با پژوهشگر اخذ شد. پس از بیان اصل محرمانه ماندن اطلاعات و دریافت رضایت‌نامه کتبی، برای جمع‌آوری داده‌ها از چهار پرسشنامه زیر استفاده شد.

پرسشنامه فرسودگی شغلی: این پرسشنامه توسط Maslach و Jackson در سال ۱۹۸۱ طراحی شد. پرسشنامه مذکور دارای ۲۲ گویه است که با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از صفر تا شش نمره‌گذاری شده است. نمره این ابزار با جمع کردن نمره گویه‌ها و میانگین گرفتن از آنها به دست می‌آید، بنابراین دامنه نمرات بین صفر تا شش است. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد^(۷). همچنین احقر در سال ۲۰۰۷ پایایی آن را با روش بازآزمایی و روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۰ گزارش کرده

جدول شماره ۱: متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران بر اساس وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی

متغیرهای جمعیت شناختی	زیرمجموعه‌ها	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	مجرد	۵۳	۱۳/۲۵٪
	متاهل	۳۳۷	۸۴/۲۵٪
	مطلقه یا فوت شده	۱۰	۲/۵۰٪
وضعیت تحصیلات	کاردانی	۴۷	۱۱/۷۵٪
	کارشناسی	۳۱۹	۷۹/۷۵٪
	کارشناسی ارشد	۳۴	۸/۵۰٪
وضعیت اقتصادی خانواده	عالی	۴۲	۱۰/۵۰٪
	خوب	۱۴۴	۳۶/۰۰٪
	متوسط	۱۸۵	۴۶/۲۵٪
	ضعیف	۲۹	۷/۲۵٪

همچنین برای بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرهای فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی پرستاران از میانگین، انحراف استاندارد، کمترین مقدار و بیشترین مقدار استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره دو ارائه شد.

جدول شماره ۲: شاخص‌های توصیفی فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی، سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی پرستاران

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
فرسودگی شغلی	۳/۵۷	۰/۸۷	۰/۰۰	۴/۳۷
حمایت اجتماعی ادراک شده	۴/۹۵	۱/۶۲	۱/۵۸	۵/۶۷
سرسختی روانشناختی	۲/۶۲	۰/۸۹	۱/۲۴	۳/۹۲
کیفیت زندگی	۳/۲۴	۱/۰۳	۱/۶۵	۴/۶۹

همچنین مقدار عامل تورم واریانس (VIF) برای همه متغیرهای پیش‌بین تقریباً برابر با یک بود که از ۱۰ فاصله زیادی دارد، بنابراین فرض هم‌خطی چندگانه رد می‌شود. علاوه بر آن مقدار Durbin-Watson برابر با ۱/۰۶ بود که از صفر و چهار فاصله دارد، بنابراین فرض همبستگی پسماندها رد می‌شود و پیش فرض‌های پژوهش برقرار است. برای بررسی رابطه بین فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سرسختی روانشناختی و کیفیت

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی برای آزمون فرضیه‌ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل همزمان استفاده شد. همچنین داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ در سطح $P < 0/01$ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر پرسشنامه‌ها بین ۴۱۴ شرکت‌کننده در ۱۸ بیمارستان (هر بیمارستان ۲۳ نفر) توزیع شد و پس از بررسی و حذف پرسشنامه‌های ناقص، ۴۰۰ پرسشنامه برای تحلیل انتخاب شدند و نرخ مشارکت ۹۶/۵ درصد بود. آزمودنی‌ها پرستاران بخش‌های عمومی بیمارستان‌های شهر تهران با میانگین سنی $4/95 \pm 36/81$ سال بودند، به طوری که از میان آن‌ها ۱۲۷ نفر مرد (۳۱/۷۵٪) و ۲۷۳ نفر زن (۶۸/۲۵٪) بودند. متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل وضعیت‌های تأهل، تحصیلات و اقتصادی در جدول شماره یک ارائه شد.

در جدول شماره دو شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف استاندارد، کمترین مقدار و بیشترین مقدار متغیرهای فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی پرستاران ارائه شد. پیش از تحلیل داده‌ها با ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه، پیش فرض‌های پژوهش ارزیابی شد. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برای همه متغیرها برقرار است.

($r=0/61$) و سرسختی روانشناختی ($r=0/45$) با کیفیت زندگی پرستاران رابطه مثبت و معنی‌دار داشتند ($P<0/01$). به عبارت دیگر با کاهش فرسودگی شغلی و افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی، میزان کیفیت زندگی پرستاران افزایش می‌یابد. یافته‌های دیگر نشان داد که فرسودگی شغلی با حمایت اجتماعی ادراک شده ($r=-0/34$) و سرسختی روانشناختی ($r=-0/29$) رابطه منفی و معنی‌داری داشتند. همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده با سرسختی روانشناختی ($r=0/31$) رابطه مثبت و معنی‌داری داشت ($P<0/01$). به منظور پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران و بررسی نقش متغیرهای فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی از رگرسیون چندگانه با مدل همزمان استفاده و نتایج آن در جدول شماره چهار ارائه شد.

زندگی پرستاران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره سه ارائه شد.

جدول شماره ۳: ضرایب همبستگی فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی، سرسختی و کیفیت زندگی پرستاران ($n=400$)

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱. فرسودگی شغلی	۱			
۲. حمایت اجتماعی ادراک شده	$-0/34^*$	۱		
۳. سرسختی روانشناختی	$-0/29^*$	$0/31^*$	۱	
۴. کیفیت زندگی	$-0/39^*$	$0/61^*$	$0/45^*$	۱

* $p \leq 0/01$

بر اساس یافته‌های جدول شماره سه، فرسودگی شغلی ($r=-0/39$) با کیفیت زندگی پرستاران رابطه منفی و معنی‌دار داشت. همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده

جدول شماره ۴: خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه با مدل همزمان برای پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران

متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	آماره F	Df	معنی‌داری	B	معنی‌داری
فرسودگی شغلی	0/770	0/593	53/249	3	0/0001	-0/217	0/005
حمایت اجتماعی ادراک شده					0/0001	0/341	0/0001
سرسختی روانشناختی				396		0/295	0/002

زندگی پرستاران داشتند. علاوه بر آن در این مدل حمایت اجتماعی ادراک شده بیشترین نقش و فرسودگی شغلی کمترین نقش را در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران داشتند ($\beta=0/341$).

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از آشکارترین مسائلی که در هر سازمانی و به ویژه بیمارستان‌ها، ذهن مدیران و مسئولان را مشغول می‌سازد، مساله کیفیت زندگی کارکنان است. با توجه به اینکه پرستاران مسئول حفظ و ارتقای سلامتی بیماران هستند، بررسی کیفیت زندگی خود آنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش

بر اساس یافته‌های جدول شماره چهار، متغیرهای پیش‌بین (فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی) توانایی پیش‌بینی معنی‌دار کیفیت زندگی پرستاران را داشتند. متغیرهای پیش‌بین در مطالعه حاضر به طور معنی‌داری توانستند ۵۹/۳ درصد از تغییرات کیفیت زندگی پرستاران را پیش‌بینی کنند ($R^2=0/593, P \leq 0/0001$). همچنین در این مدل متغیر فرسودگی شغلی ($\beta=-0/217, P \leq 0/005$) نقش معکوس و معنی‌داری در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران داشت، اما متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده ($P \leq 0/0001$)، سرسختی روانشناختی ($\beta=0/341, P \leq 0/002$) و سرسختی روانشناختی ($\beta=0/295$) نقش مستقیم و معنی‌داری در پیش‌بینی کیفیت

ناخرسندی و نارضایتی از شغل و همکاران شغلی شده و در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شوند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی پرستاران رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. یافته مذکور با یافته پژوهش‌های قبلی در این زمینه مشابه است^(۱۷-۲۰). نتایج مطالعه Paterson و همکارانش در مورد بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی افراد بعد از درمان سرطان پروستات که ۱۱۷ مقاله را بررسی کردند به این نتیجه رسیدند که بین راهبرد مقابله‌ای سازگار و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و بین راهبرد مقابله‌ای ناسازگار و کیفیت زندگی رابطه معکوس وجود دارد^(۱۸). همچنین شماره و همکارانش در پژوهشی با عنوان پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران دیابتی مرکز دیابت فاطمه الزهرا شهرستان شیراز، به این نتیجه رسیدند بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنی‌دار مثبت وجود دارد^(۱۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت حمایت اجتماعی سپری در مقابل رویدادهای تنش‌آور بوده و انزوا و تنهایی را کاهش و احساس عزت‌نفس را افزایش می‌دهد. عوامل فوق نخست باعث افزایش سلامت و رضایت از زندگی و در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. تبیین دیگر اینکه حمایت اجتماعی باعث می‌شود فرد احساس کند که مورد علاقه دیگران است، دارای ارزش و احترام بوده و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات است. هر چقدر این شبکه‌های ارتباطی بیشتر باشند به فرد در کنار آمدن با تنش‌های شغلی کمک بیشتری می‌کنند و آن‌ها بیشتر موقعیت‌های آرامش‌بخش را تجربه می‌کنند و این عوامل باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شوند^(۳۱).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین سرسختی روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این یافته هم راستا با نتایج پژوهش‌های قبلی در این زمینه بود^(۲۵-۲۷). مطالعات انجام

فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران انجام شد.

در پژوهش حاضر فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه منفی و معنی‌داری داشت. یافته مذکور با یافته پژوهش‌های قبلی در این زمینه مشابه بود^(۹-۱۲).

Abraham & D'silva درخصوص رضایت شغلی، فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی پرستاران به این نتیجه رسیدند که رضایت شغلی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی رابطه معکوس داشت^(۱۰). مطالعه حاجلو و همکارانش که در زمینه بررسی رابطه بین استرس شغلی، فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی با رضایت از جو سازمانی کارمندان دانشگاه محقق اردبیلی انجام شد، بین استرس شغلی و فرسودگی شغلی با رضایت از جو سازمانی رابطه منفی و معنی‌دار و بین کیفیت زندگی با رضایت از جو سازمانی، رابطه مثبت و معنی‌داری نشان داد. همچنین بین استرس شغلی و فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت^(۱۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت هر فرد در شغل خود با درجاتی از تنش شغلی روبرو است و فرسودگی شغلی نتیجه تجربه مکرر تنش‌های شغلی است. قدرت این افراد برای کار کردن کم بوده، بیشتر اوقات خسته و ناتوان هستند و از نشانه‌های مرضی فیزیولوژیک مانند سردردهای مکرر، تهوع، اختلال در خوابیدن و تغییر عادات غذا خوردن رنج می‌برند. این افراد احساس ناکارآمدی و درماندگی شغلی کرده و نسبت به دیگران نگرش منفی دارند. به طور کلی آن‌ها جهان را با عینک خاکستری تیره نگاه می‌کنند و این امر باعث کاهش سلامتی آن‌ها می‌شود^(۵). همچنین این افراد از لحاظ سلامتی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند، بیشتر به بیماری‌های جسمی مبتلا می‌شوند، روحیه همکاری و مسئولیت‌پذیری پایین‌تری دارند و بیشتر به اختلالات روانی مثل اضطراب، افسردگی و غیره مبتلا می‌شوند. این عوامل نخست باعث افزایش احساس بی‌تفاوتی،

که میزان ارزیابی افراد درباره محبت، همراهی و توجه از محیط، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد دارای اهمیت بسیاری است.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و محدود بودن جامعه پژوهش به پرستاران شیفت صبح بیمارستان‌های دولتی شهر تهران بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شود و بر روی پرستاران شیفت شب و یا پرستاران سایر بیمارستان‌ها نیز انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج به پرستاران با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود مدیران و مشاوران به نشانه‌های متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، سرسختی روانشناختی و فرسودگی شغلی توجه کرده و بر اساس آنها برنامه‌هایی برای افزایش کیفیت زندگی پرستاران طراحی کنند. همچنین برای افزایش کیفیت زندگی پرستاران باید به ترتیب حمایت اجتماعی و سرسختی روانشناختی را افزایش داد تا فرسودگی شغلی کاهش یابد. برای این منظور می‌توان از کارگاه‌های آموزشی ارتقای حمایت اجتماعی و سرسختی روانشناختی استفاده کرد و با بکارگیری تدابیر لازم مانند کاهش رقابت‌های ناسالم، تنش‌های شغلی را کاهش داد و از این طریق مانع ایجاد فرسودگی شغلی شد.

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی مسئولین و پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر تهران که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره) شهرری می‌باشد که بر اساس شماره ۰۸۲۳/۳۵۱۰ در تاریخ ۱۳۹۴/۰۷/۱۲ تصویب شده است.

شده در زمینه بررسی رابطه سرسختی با اضطراب و کیفیت زندگی زنان باردار موید این موضوع است که سرسختی با اضطراب رابطه معکوس و معنی‌دار و با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد^(۲۵). همچنین پوراگری و همکاران ضمن پژوهشی که بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهرستان گرگان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که بین سرسختی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد^(۲۷). به نظر می‌رسد افراد سرسخت دارای برخی ویژگی‌های شخصیتی هستند که به عنوان منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای زندگی عمل می‌کند. همچنین افراد سرسخت قدرت کنترل بیشتری بر وقایع زندگی دارند و به جای دوری از مشکلات، آنها را فرصتی برای پیشرفت می‌دانند که این عوامل باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شوند^(۲۲). تبیین دیگر اینکه افراد با سرسختی بالا در مقایسه با افراد با سرسختی پایین، رویدادهای تنش‌زا را کنترل‌پذیرتر ارزیابی می‌کنند. همین مسئله باعث می‌شود تا برانگیختگی فیزیولوژیکی که در اثر ارزیابی منفی رویدادها ایجاد می‌شود و به بروز نشانگان تنش می‌انجامد، در افراد سرسخت کمتر باشد و به همین دلیل این افراد دارای کیفیت زندگی بهتری هستند.

یافته‌های دیگر نشان داد در پیش‌بینی کیفیت زندگی، مدلی که در آن فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی به طور همزمان رقابت می‌کنند، به ترتیب حمایت اجتماعی ادراک شده، سرسختی روانشناختی و فرسودگی شغلی نقش موثری در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران دارند. در این مدل هر سه متغیر با هم توانستند ۵۹/۳ درصد از تغییرات کیفیت زندگی پرستاران را پیش‌بینی کنند و در آن حمایت اجتماعی بالاترین وزن استاندارد را داشت. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. این مسئله نشان دهنده آن است

فهرست منابع

- 1- Pour S. [Exploring psychological stressors with regard to the moderating role of perceived social support in Female nurses of hospital emergency department]. *Iran Occupational Health*. 2013;10(4): 65-74. Persian
- 2- Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz MA, Köhler T, et al. Burnout in nurses—the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *J Clin Nurs*. 2010;19(11-12):1654-63.
- 3- Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. *Int J Cardiol*. 2011;149(1):4-9.
- 4- World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 5- Karanikola MN, Papathanassoglou EE. Exploration of the burnout syndrome occurrence among mental health nurses in Cyprus. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013;27(6):319-26.
- 6- Tian X, Liu C, Zou G, Li G, Kong L, Li P. Positive resources for combating job burnout among Chinese telephone operators: Resilience and psychological empowerment. *Psychiatry Res*. 2015;228(3):411-5.
- 7- Chen C-F, Kao Y-L. Moderating effects of work engagement and job tenure on burnout—performance among flight attendants. *Journal of Air Transport Management*. 2012;25:61-3.
- 8- Boyas J, Wind LH, Kang S-Y. Exploring the relationship between employment-based social capital, job stress, burnout, and intent to leave among child protection workers: An age-based path analysis model. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34(1):50-62.
- 9- Naz S, Hashmi AM, Asif A. Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. *JPMMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2016;66(5):532-6.
- 10- Abraham AK, D'silva F. Job satisfaction, burnout and quality of life of nurses from mangalore. *J Health Manag*. 2013;15(1):91-7.
- 11- Ziaei M, Hosseini SY, Shariati H, Khoshboo E. [Association between Occupational Burnout and Quality of Life among Healthcare workers]. *Safety Promotion and Injury Prevention*. 2015;3(3):185-90. persian
- 12- Hajloo N. [The relationship between job stress, job burnout and life quality of employees with satisfaction of organizational climate in Mohaghegh Ardebili University]. *New Approach in Educational Management*. 2012;3(3):169-83. Persian
- 13- Charyton C, Elliott JO, Lu B, Moore JL. The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2009;16(4):640-5.
- 14- Chadwick KA, Collins PA. Examining the relationship between social support availability, urban center size, and self-perceived mental health of recent immigrants to Canada: A mixed-methods analysis. *Soc Sci Med*. 2015;128:220-30.
- 15- Reid KM, Taylor MG. Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Soc Sci Res*. 2015;54:246-62.
- 16- Xu J, Ou L. Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public Health*. 2014;128(5):430-7.
- 17- Hamaideh SH. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;33(1):15-23.
- 18- Paterson C, Jones M, Rattray J, Lauder W. Exploring the relationship between coping, social support and health-related quality of life for prostate cancer survivors: a review of the literature. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(6):750-9.
- 19- Shareh H, Soltani E, Ghasemi A. [Prediction of quality of life of non-insulin-dependent diabetic patients based on perceived social support]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2012;14(2):82-5. Persian
- 20- Jalilian M, Mostafavi F, Sharifirad G. [Relationship between Self-efficacy, perceived social support and quality of life in patient's with cardiovascular disease: A cross-sectional study]. *J Health Syst Res*. 2013; 19(5): 531-9. Persian
- 21- Merino-Tejedor E, Hontangas-Beltrán PM, Boada-Grau J, Lucas-Mangas S. Hardiness as a moderator variable between the Big-Five Model and work effort. *Pers Individ Dif*. 2015;85:105-10.

- 22- Sheard M, Golby J. Hardiness and undergraduate academic study: The moderating role of commitment. *Pers Individ Dif*. 2007;43(3):579-88.
- 23- Garcia-Sanchez M. The Hardiness in People at Work as a Source of Corporate Communication for Image Building. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014;155:48-52.
- 24- Bahamin G, Taheri F, Moghaddas A, Sohrabi F, Dortaj F. [The effects of hardiness training on suicide ideation, quality of life and plasma levels of lipoprotein (a) in patients with depressive disorder]. *Procedia Soc Behav Sci*. 2012;46:4236-43. Persian
- 25- Maryam GA, Shohre GS, Javad K. [Effectiveness of Hardiness Training on Anxiety and Quality of Life of pregnancy Wome]. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013;84:1785-9. Persian
- 26- Moradi S, Shaker A. [The Relationship between psychological hardiness and quality of life among teachers of district one high schools of Urmia city]. *JPBS*; 2015; 3(2): 43-7. Persian
- 27- Pourakbari F, Khajevand Khoshli A, Asadi J. [Relationship of psychological hardiness and quality of life with death anxiety in nurses]. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2014;11(2):53-9. Persian
- 28- Tabakhnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics 5th ed., Boston: Allyn & Bocon; 2007.
- 29- Ahqar G. [The study of school organizational climate role on job stress in Tehran secondary school consultants]. *Consulting News and Researches*. 2007;23:25-40. Persian
- 30- Bodell LP, Smith AR, Holm-Denoma JM, Gordon KH, Joiner TE. The impact of perceived social support and negative life events on bulimic symptoms. *Eating behaviors*. 2011;12(1):44-8.
- 31- Souri A, Ashoori J. [The relationship between perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns with quality of life among patients with type II diabetes]. *Journal of Nursing Diabetes* 2015; 3(2): 53-65. Persian
- 32- Jameson PR. The effects of a hardiness educational intervention on hardiness and perceived stress of junior baccalaureate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2014;34(4):603-7.

The Role of Job Burnout, Perceived Social Support and Psychological Hardiness in Predicting Quality of Life of Nurses

Rajaei Z. PhD¹

Shafizadeh H. PhD²

Babaeiamiri N. PhD³

*Amirfakhraei A. PhD⁴

Ashoori J. PhD⁵

Abstract

Background & Aim: Appropriate quality of life not only is determined by disease, but also is depends to psychological condition such as job burnout, perceived social support and psychological hardiness. The research aim was to investigate the role of job burnout, perceived social support and psychological hardiness in predicting nurses' quality of life.

Materials & Methods: The study was descriptive-analysis from type of correlation. The statistical population was including all nurses in Tehran affiliated hospitals in 2015. By multistep cluster sampling method, 400 nurses were selected. The study instruments were the Maslach & Jackson job burnout, Zimet & et al perceived social support, Kobasa psychological hardiness and World Health Organization quality of life questionnaires. Data analysis was performed in SPSS V.15 using coefficient Pearson correlation and multivariate regression analysis using Enter model.

Results: The findings showed that Job burnout ($r=-0/39$) had a significant negative relationship with nurses' quality of life also perceived social support ($r=0/61$) and psychological hardiness ($r=0/45$) showed a significant positive relationship with nurses quality of life ($P<0/01$). In a predictor model, job burnout, social support and psychological hardiness could predict 59/3 percent of nurses' quality of life alterations ($R^2=0/593$).

Conclusion: The job burnout, perceived social support and psychological hardiness variables had effective roles in predicting nurses' quality of life. Hence, it is proposed that counselors, therapists and planners consider the symptoms of these variables and design appropriate programs to improve nurses' quality of life.

Keywords: Burnout, Social Support, Hardiness, Quality of Life, Nurses

Received: 4 March 2017

Accepted: 3 Jun 2017

¹. PhD of Public Administration, Department of Administration, Payam Noor University, Tehran, Iran.

². Associate Professor, Department of Educational Administration, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

³. Assistant Professor, Department of Psychology, College of Management and Accounting, Yadegar-e-Imam Khomeini (RAH) Shahre Ray Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

⁴. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Young Research and Elite Club, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran (*Corresponding Author). Tel: +989120855881 Email: afakhraei2002@gmail.com

⁵. PhD of Educational Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, University, Isfahan, Iran.