

## شیوع و ریسک فاکتورهای فرسودگی شغلی در پرستاران یکی از بیمارستان‌های شهر کرمانشاه (۱۳۹۲)

منصور ضیائی<sup>۱</sup>، حامد یارمحمدی<sup>۲</sup>، بهزاد کریمی‌متین<sup>۳</sup>، سودابه یارمحمدی<sup>۴</sup>، زینب نظری<sup>۲</sup>، فرامرز قره‌گوزلو<sup>۱\*</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** فرسودگی شغلی پرستاران می‌تواند منجر به افزایش غیبت، کاهش انرژی و افت کیفیت ارائه خدمات توسط آن‌ها گردد. هدف از مطالعه حاضر تعیین میزان شیوع فرسودگی شغلی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران یکی از بیمارستان‌های شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ بود.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی ۱۸۹ پرستار شاغل به روش تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از دو پرسشنامه دموگرافیک و MBI Maslach Burnout Inventory (جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس در سطح معناداری کمتر یا مساوی ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره فرسودگی شغلی ۶۱/۸۹ بود. ۳۹/۲٪ پرستاران خستگی هیجانی زیاد، ۳۷/۶٪ مسخ شخصیت زیاد و ۷۳/۵٪ کفایت شخصی کم را گزارش کردند. بین خستگی هیجانی با وضعیت استخدامی ( $P=0/015$ ) و سطح تحصیلات ( $P=0/041$ )، بین مسخ شخصیت با وضعیت استخدامی ( $P=0/022$ ) و شیفت کاری ( $P=0/023$ ) و همچنین بین احساس کفایت شخصی با سن ( $P=0/010$ )، سابقه کار ( $P=0/002$ ) و شیفت کاری ( $P=0/045$ ) ارتباط معنادار مشاهده گردید.

**نتیجه‌گیری:** میزان فرسودگی شغلی در پرستاران در حد متوسط رو به بالا قرار داشت. از دلایل آن می‌توان به بار کاری بالا، محیط کاری ناامن و خسته کننده و استرس زیاد اشاره نمود. با مدیریت صحیح منابع انسانی از قبیل تعیین وظایف و خط‌مشی‌ها متناسب با توان پرستاران، رویکردهای جدید جهت تشویق و ایجاد انگیزه و برگزاری کارگاه کنترل استرس، می‌توان تعهد، احساس مثبت نسبت به کار و احساس کفایت شخصی را در افراد تقویت کرد.

**کلیدواژه‌ها:** فرسودگی شغلی، پرستاران، پرسشنامه ماسلاچ

۱. \* (نویسنده مسئول) عضو هیأت علمی گروه بهداشت حرفه‌ای، مرکز تحقیقات عوامل محیطی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

پست الکترونیک: gharagozlouf@yahoo.com

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳. عضو هیأت علمی گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل محیطی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

**مقدمه**

فرسودگی شغلی سندرمی متشکل از خستگی عاطفی (احساس تخلیه توان روحی)، مسخ شخصیت (واکنش منفی، عاری از احساس و توأم با بی‌اعتنایی مفرط نسبت به گیرندگان خدمات) و کاهش احساس کفایت شخصی (کاهش احساس شایستگی و موفقیت در حرفه) می‌باشد (۱). فرسودگی شغلی ناشی از سطوح بالای استرس‌های طولانی مدت در زندگی شغلی می‌باشد (۲). افرادی که از فرسودگی بدن رنج می‌برند، اصولاً دارای انرژی کم و یا احساس بیش از حد خستگی هستند. در این افراد نشانه‌های فشار بدنی نظیر سردرد، کم‌خوابی و تغییرات در عادات غذایی به‌طور فراوان گزارش شده است (۳). سندرم فرسودگی شغلی، علاوه بر آسیب‌های شخصی، از طریق کاهش توانایی‌های شناختی باعث کاهش رضایت شغلی و اختلال در تعهد سازمانی می‌شود (۴). پرستاران به‌عنوان نقش بسیار کلیدی در حوزه درمان و به دلیل ارتباط مستقیم با سلامتی انسان‌ها، معمولاً هنگام ورود به شغل پرستاری افراد منظم، دلسوز و با انگیزه کاری بالا بوده‌اند، اما معمولاً پس از مواجه شدن با انبوهی از مشکلات و استرس‌های شغلی در محیط کار، احساس خستگی کرده و حتی مایلند از کار خود کناره‌گیری نمایند (۵).

پرستاران به علت طبیعت نیازهای احساسی این شغل، بسیار مستعد فرسودگی بوده و فرسودگی یکی از علل غیبت از کار یا ترک شغل در آن‌ها می‌باشد که در نهایت منجر به مراقبت‌های ضعیف از بیمار و افزایش بروز خطاهای پزشکی می‌شود (۶). مطالعات متعدد حاکی از وجود سطوح مختلف فرسودگی شغلی در پرستاران بوده و صاحب‌نظران شیوع آن را ناشی از مواجهه هر روزه پرستاران با موقعیت‌های استرس‌زای برخاسته از ساختار سازمان مانند ابهام نقش، تعارض نقش و فشار کاری و از سوی دیگر، فقدان شرایط مثبت در محیط کار می‌دانند (۷). مطالعه Aiken و همکاران بر روی ۴۳۰۰۰ پرستار آمریکایی، کانادایی، انگلیسی و آلمانی شاغل در مراکز خصوصی نشان داد که درصد پرستاران با امتیازات بالای خستگی هیجانی مطابق با فرم فرسودگی MBI در این کشورها به ترتیب ۴۳/۲٪، ۳۶٪، ۳۶/۲٪، ۲۹/۱٪ و ۱۵/۲٪ متغیر بود (۸ و ۹). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ توسط هازل 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 خستگی هیجانی و عدم موفقیت فردی شغلی بر رضایت شغلی گزارش شد. همچنین ارتباط استرس شغلی، فرسودگی شغلی، عدم رضایت شغلی و تمایل به ترک کار را تایید کرد (۱۰). مطالعه شهنازدوست و همکاران در روی پرستاران رشت نشان داد که ۴۸/۶٪ پرستاران دچار خستگی هیجانی متوسط به بالا و ۶۶/۱٪ آن‌ها دچار عدم کفایت شخصی متوسط به بالا بودند (۱۱). در پژوهشی که طلایی و همکاران در مشهد در روی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی انجام دادند ۳۱/۲٪ خستگی هیجانی بالا، ۱۷/۴٪ مسخ شخصیت بالا و ۶۲/۹٪ کفایت شخصی پایین نشان داده شد که به ماهیت کار در مراکز بیشتر از یک شیفت صبح بهداشتی درمانی مربوط بود (۱۲). مطالعه‌ای در بابل نشان داد که میزان خودکشی به دلیل فرسودگی شغلی در پرستاران به‌طور چشمگیری بالاتر از میزان متوسط جامعه می‌باشد و امید به زندگی پرستاران فقط یک سال بیشتر از کارکنان معدن است (۱۳). پرستارانی که دچار فرسودگی شغلی می‌شوند، خدمات مراقبتی ضعیف‌تری ارائه می‌دهند که در نهایت منجر به پرداخت بهای فرسودگی شغلی توسط سازمان ارائه دهنده خدمات درمانی خواهد شد (۱۴ و ۱۵). همچنین این پرستاران به‌دلیل تأثیرات سوء فرسودگی شغلی بر زندگی شخصی خود، متضرر می‌شوند (۱۶).

با توجه به اهمیت شغل پرستاری و سلامت این قشر و به طبع آن ارائه خدمات با کیفیت بهتر و ارتقای سلامت جامعه، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان شیوع فرسودگی شغلی پرستاران و ریسک فاکتورهای مرتبط با آن در یکی از بیمارستان‌های شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

**مواد و روش‌ها**

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. در این پژوهش به‌صورت تصادفی ۲۵۰ پرسشنامه بین پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان توزیع شد و پس از آگاهی افراد از هدف پژوهش و اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات شخصی آنان و اختیاری بودن شرکت در مطالعه، ۱۸۹ پرسشنامه بازگردانده شد. قابل ذکر است که اطلاعات مربوط به ۲۵ درصد افراد به دلیل عدم تمایل به پاسخگویی به

متغیرهای دگروهی و سه گروهی استفاده گردید. قابل ذکر است سطح معناداری آزمون‌ها در مطالعه حاضر برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است (p=۰/۰۵).

### یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سنی پرستاران (۶/۹۹) ۳۳/۹۶ و محدوده سنی ۵۲-۲۱ سال بود. میانگین (انحراف معیار) سابقه کار افراد (۶/۲۷) ۹/۳۲ و محدوده سابقه کار ۳۰-۱ سال بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

میانگین و انحراف معیار فرسودگی شغلی و ابعاد آن در پرستاران در جدول ۲ آورده شده است. طبق نتایج، میانگین (انحراف معیار) نمره خستگی هیجانی (۱۱/۷۳) ۲۴، مسخ شخصیت (۶/۴۶) ۹/۲۲ و کفایت شخصی (۱۰/۳۵) ۲۶/۶۷ به‌دست آمد.

جدول شماره ۳، توزیع فراوانی احساس فرسودگی شغلی پرستاران را از نظر هر کدام از سه بعد آن یعنی خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و احساس کفایت شخصی نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد که ۳۹/۲٪ پرستاران خستگی هیجانی زیاد، ۳۷/۶٪ مسخ شخصیت زیاد و ۷۳/۵٪ کفایت شخصی کم را دارا بودند (جدول ۳).

نتایج نشان داد که میزان فرسودگی شغلی بین دو جنس زن و مرد و همچنین بین افراد مجرد و متأهل تفاوت معناداری نداشت (P=۰/۲۴۱). بین سن با احساس کفایت شخصی (R=۰/۱۸۷) و بین سابقه کار با احساس کفایت شخصی (R=۰/۲۲۸) و (P=۰/۰۰۲) ارتباط معنادار وجود داشت، به‌طوری که با افزایش سن و سابقه کار کفایت شخصی نیز افزایش می‌یابد.

خستگی هیجانی پرستاران فوق‌دیپلم به‌طور معناداری کمتر از پرستاران لیسانس و فوق‌لیسانس بود (P=۰/۰۴۱). مسخ شخصیت پرستارانی که در شیفت گردشی مشغول به کار بودند، بیشتر از افراد صبح‌کار بود (P=۰/۰۲۳). از طرف دیگر احساس کفایت در پرستاران صبح‌کار بیشتر از افراد با شیفت گردشی بود (P=۰/۰۴۵).

کمترین میزان مسخ شخصیت مربوط به افراد طرحی و بیشترین میزان مسخ شخصیت مربوط به افراد استخدام رسمی بود (P=۰/۰۲۲)، به‌طوری که مسخ شخصیت افراد طرحی کمتر از رسمی

سؤالات پرسشنامه و یا مشغله کاری زیاد پرستاران از دست داده شد. ابزار مورد پژوهش شامل دو پرسشنامه بوده که پرسشنامه اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک پرستاران شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار، نوع شیفت کاری، میزان تحصیلات و وضعیت استخدامی بود. پرسشنامه دوم، پرسشنامه استاندارد فرسودگی شغلی ماسلاچ MBI Maslach Burnout Inventory بود که از رایج‌ترین ابزار اندازه‌گیری فرسودگی شغلی است و از ۲۲ گزاره تشکیل شده که سه جنبه فرسودگی شغلی را می‌سنجد. ۹ گزاره آن مربوط به خستگی هیجانی، ۵ گزاره مربوط به مسخ شخصیت و ۸ گزاره مربوط به کفایت شخصی می‌باشد. احساسات افراد با نمراتی از صفر (هرگز)، یک (سالی چندبار)، دو (ماهی یک بار)، سه (ماهی چندبار)، چهار (هفته‌ای یکبار)، پنج (هفته‌ای چندبار) و شش (هر روز) سنجیده می‌شود. مجموع نمره‌های مربوط به سؤالات هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی جداگانه محاسبه می‌شود. نمره به دست آمده در هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی ذکر شده در سه طبقه کم، متوسط و بالا قرار می‌گیرد. دامنه کلی نمره در بعد خستگی هیجانی شامل ۰-۵۴ می‌باشد که نمره ۱۶ یا کمتر نشانه خستگی هیجانی پایین، نمرات ۱۷-۲۶ نشانه خستگی هیجانی متوسط و نمرات ۲۷ یا بالاتر بیانگر سطح بالای خستگی هیجانی است. دامنه کلی نمره در بعد مسخ شخصیت ۰-۳۰ می‌باشد که نمرات ۶ یا کمتر از آن نشانه مسخ شخصیت کم، نمرات ۷-۱۲ نشانه مسخ شخصیت متوسط و نمرات ۱۳ یا بیشتر نشان دهنده سطح بالای مسخ شخصیت است. دامنه کلی نمره در بعد کفایت شخصی ۰-۴۸ می‌باشد که نمرات ۳۱ یا کمتر بیانگر سطح پایین عملکرد شخصی، نمرات بین ۳۲-۳۸ نشانه عملکرد شخصی متوسط و نمرات ۳۹ یا بالاتر نشانه عملکرد شخصی بالا است.

اعتبار و پایایی علمی پرسشنامه فرسودگی شغلی MBI برای اولین بار در ایران توسط فیلیان مورد تأیید قرار گرفته و ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۸ گزارش نموده است. روایی و پایایی پرسشنامه مذکور بارها توسط پژوهشگران در مطالعات مختلفی در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳-۱۱ و ۷-۵، ۳). با استفاده از SPSS نسخه ۱۶، از آزمون آماری Pearson برای سنجش ارتباط و از آزمون‌های ANOVA و Independent T-test به ترتیب برای مقایسه

بود (P=۰/۰۴۷). کمترین میزان خستگی هیجانی مربوط به افراد با رسمی (P=۰/۰۲۰) و کمتر از پیمانی (P=۰/۰۰۷) بود. بود (P=۰/۰۱۵)، به طوری که خستگی هیجانی افراد طرحی کمتر از استخدام طرحی و بیشترین میزان آن مربوط به افراد استخدام پیمانی

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران (n=۱۸۹)

| متغیرهای جمعیت شناختی | تعداد      | درصد         |
|-----------------------|------------|--------------|
| جنسیت                 | مرد        | ۷۴ / ۳۹/۲٪   |
|                       | زن         | ۱۱۵ / ۶۰/۱۸٪ |
| وضعیت تأهل            | مجرد       | ۷۰ / ۳۷٪     |
|                       | متاهل      | ۱۱۹ / ۶۳٪    |
|                       | فوق دیپلم  | ۱۶ / ۸/۵٪    |
| میزان تحصیلات         | لیسانس     | ۱۶۰ / ۸۴/۷٪  |
|                       | فوق لیسانس | ۱۱۳ / ۶/۹٪   |
| استخدامی              | رسمی       | ۸۱ / ۴۲/۹٪   |
|                       | قراردادی   | ۲۶ / ۱۳/۸٪   |
|                       | پیمانی     | ۶۸ / ۳۶٪     |
|                       | طرحی       | ۱۴ / ۷/۴٪    |
| شیفت کاری             | صبح کار    | ۹۰ / ۴۷/۶٪   |
|                       | در گردش    | ۹۹ / ۵۲/۴٪   |

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد فرسودگی شغلی در پرستاران (n=۱۸۹)

| ابعاد        | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین | حداکثر نمره قابل دستیابی (درصد) |
|--------------|---------|--------------|--------|---------|---------------------------------|
| خستگی هیجانی | ۲۴      | ۱۱/۷۳        | ۰      | ۴۷      | ۴۴/۴۵٪                          |
| مسخ شخصیت    | ۹/۲۲    | ۶/۴۶         | ۰      | ۲۲      | ۳۰/۷۴٪                          |
| کفایت شخصی   | ۲۶/۶۷   | ۱۰/۳۵        | ۷      | ۴۸      | ۵۵/۵۶٪                          |
| فرسودگی شغلی | ۶۱/۸۹   | ۱۱/۲۲        | ۳۶     | ۹۰      | ۴۶/۸۹٪                          |

جدول شماره ۳: توزیع درجات فراوانی ابعاد فرسودگی شغلی در پرستاران (n=۱۸۹)

| ابعاد فرسودگی | میزان | فراوانی | درصد  |
|---------------|-------|---------|-------|
| خستگی هیجانی  | کم    | ۵۲      | ۲۷/۵٪ |
|               | متوسط | ۶۳      | ۳۳/۳٪ |
|               | زیاد  | ۷۴      | ۳۹/۲٪ |
| مسخ شخصیت     | کم    | ۷۳      | ۳۸/۶٪ |
|               | متوسط | ۷۵      | ۲۳/۸٪ |
|               | زیاد  | ۷۱      | ۳۷/۶٪ |
| کفایت شخصی    | کم    | ۱۳۹     | ۷۳/۵٪ |
|               | متوسط | ۱۳      | ۶/۹٪  |
|               | زیاد  | ۳۷      | ۱۹/۶٪ |

## بحث

محیط‌هایی کار کنند که تشویق مناسب و احساس کارایی وجود نداشته باشد، وظایف و خط‌مشی‌ها به‌درستی تعریف و درک نشده‌اند، رویکردهای جدید و متنوعی به چشم نخورد، در این صورت محیط کار دلپسند نبوده و افراد انگیزه کافی برای اعتنا و توجه لازم و در نتیجه پاسخ مثبت به درخواست‌های بیماران ندارد و شاید واکنشی منفی و عاری از احساس نسبت به آن‌ها داشته باشد. چنین محیط‌های کاری معمولاً فاقد شرایط لازم برای ایجاد آسایش فکری بوده و افراد ضمن احساس فرسودگی شغلی دیدگاه‌های انسانی خود را در امر مراقبت از بیماران از دست می‌دهند (۲۵).

در مطالعه حاضر ۷۳/۵ درصد پرستاران کفایت شخصی کم را گزارش کردند. همچنین ۳۷/۵ درصد پرستاران در مطالعه خزایی و همکاران (۲۵) و ۱۷/۵ درصد پرستاران در مطالعه پوررضا (۱۷) کفایت شخصی کم را گزارش کردند. احساس موفقیت فردی و داشتن کفایت شخصی زمانی به‌وجود می‌آید که فرد بتواند در تعیین خط-مشی‌های سازمان متبوع مؤثر باشد و از این طریق توانایی‌های خود را به معرض نمایش گذارد و نگرش‌های مثبت در مورد خود و بیماران به‌دست آورد در این صورت ضمن احساس اعتماد به‌نفس، احساس قدرت و تسلط بیشتری در انجام وظایف خواهد داشت و دیدگاه بهتری نسبت به شغل خود کسب خواهد کرد و از کار بیشتر لذت می‌برد؛ برعکس احساس عدم موفقیت فردی موجب بروز مسخ شخصیت و عدم نگرش مثبت انسانی به هنگام ارائه مراقبت‌ها می‌شود (۲۵). شیوع بیشتر عدم کفایت شخصی (عدم موفقیت فردی) در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات دیگر را می‌توان به عدم وجود شرایط مثبت انگیزشی، عدم قدردانی از زحمات دلسوزانه پرستاران در خور شأن آن‌ها توسط مسئولین و عدم مشارکت مستقیم پرسنل پرستاری در امور تصمیم‌گیری نسبت داد که منجر به کاهش عزت نفس کارکنان در محیط کار می‌شود.

در مطالعه حاضر بین جنسیت و فرسودگی شغلی ارتباط معناداری یافت نشد که با یافته مطالعات کورانیان (۲۶) و مقیمیان (۲۷) مطابقت دارد. شاید معنادار نبودن جنسیت با فرسودگی شغلی به دلیل عدم تناسب بین پرستاران مؤنث و مذکر باشد؛ زیرا در حرفه پرستاری تعداد پرستاران مرد به مراتب کمتر از زن می‌باشد. در مطالعه حاضر بین وضعیت تأهل با فرسودگی شغلی ارتباط معناداری

میانگین نمره فرسودگی شغلی در مطالعه حاضر ۶۱/۸۹ بود. همچنین میانگین فرسودگی شغلی در مطالعه پوررضا و همکاران بر روی پرستاران استان قم برابر با ۶۰/۸ (۱۷) و در مطالعه مؤمنی و همکاران بر روی پرستاران شهر اراک برابر با ۴۰/۸۴ (۱۸) بود. یافته‌ها نشان داد که میزان ابعاد فرسودگی شغلی در مطالعه حاضر در حد متوسط رو به بالا قرار دارد که همسو با مطالعه پوررضا و سوبرال می‌باشد (۱۹ و ۱۷).

در مطالعه حاضر ۳۹/۲٪ پرستاران دارای خستگی هیجانی زیاد بودند. در مطالعات کلیفدر و همکاران در پرستاران اسکاتلند (۲۰) و در مطالعه وو و همکاران در چین (۲۱)، میانگین نمره خستگی هیجانی بسیار کمتر از این مقدار بود. در مطالعات طویایی و صحراییان ۲۲/۸٪، عبدی و همکاران ۲۰/۸۲٪ و حکیم شوشتری ۳۵٪ افراد دارای خستگی هیجانی بالا بودند (۲۲-۲۴). در پژوهش حاضر میزان خستگی هیجانی بیش از اغلب مطالعات انجام‌گرفته در این زمینه بود که جای تأمل دارد و می‌تواند در ارائه نقش درمانی این پرستاران تداخل جدی ایجاد کند. از دلایل شیوع بالای خستگی هیجانی می‌توان به فشار کاری بالا، محیط کاری نامن و خسته‌کننده و استرس زیاد اشاره نمود.

گروه‌های مختلف تحصیلاتی از نظر خستگی هیجانی با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند، به‌طوری‌که خستگی هیجانی پرستاران با سطح تحصیلات فوق‌دیپلم به‌طور معناداری کمتر از پرستاران با تحصیلات لیسانس و فوق‌لیسانس بود ( $P=0/041$ ) که با مطالعه مؤمنی و همکاران همسو می‌باشد (۱۸). با توجه به اینکه پرستاران با سطح تحصیلات بالاتر به‌عنوان افراد با تجربه بیشتر یا سوپروایزرها دارای مسئولیت بیشتری در قبال حفظ جان بیمار و انجام صحیح و بدون خطای برنامه‌های درمانی نسبت به افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر می‌باشند که احتمالاً دچار خستگی هیجانی بیشتری می‌شوند.

در این مطالعه ۳۷/۶٪ پرستاران مسخ شخصیت زیاد بالا داشتند. در مطالعه طلایی ۱۷/۴٪ پرستاران (۱۲)، در مطالعات مؤمنی (۱۸) و کلیفدر (۲۰) به ترتیب ۳/۳ و ۷/۱ درصد واحدهای مورد پژوهش پرستاران دچار مسخ شخصیت بالا بودند. هنگامی که افراد در

فرسودگی وجود داشت (۲۸). افراد با سن و سابقه کاری کم به دلیل نداشتن تجربه کاری کافی و ترس از اشتباه در موارد بحرانی دچار استرس بیشتر و در نتیجه احساس کفایت شخصی کمتری نسبت به افراد با سابقه کار بالا که بسیاری از تجارب کاری را به دست آورده‌اند، می‌باشند.

### نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که میزان فرسودگی شغلی در پرستاران در حد متوسط رو به بالا قرار دارد. از دلایل شیوع نسبتاً بالای فرسودگی شغلی می‌توان به فشار کاری بالا، محیط کاری ناامن و خسته کننده، استرس زیاد، عدم وجود شرایط مثبت انگیزشی، عدم قدردانی از زحمات دلسوزانه پرستاران در خور شأن آن‌ها توسط مسئولین و عدم مشارکت مستقیم پرسنل پرستاری در امور تصمیم‌گیری اشاره نمود. با مدیریت صحیح منابع انسانی از قبیل تعیین واضح وظایف و خط‌مشی‌ها متناسب با توان کاری پرستاران، به‌کارگیری رویکردهای جدید و متنوع جهت تشویق و ایجاد انگیزه (مثل برنامه‌های تفریحی برای کارکنان، اختصاص درصدی از بودجه رفاهی به کادر پرستاری، افزایش طرح کارانه پرستاران و ...)، برگزاری کارگاه کنترل استرس جهت مقابله روانی پرسنل با تنش‌های موجود در محیط کار، می‌توان انگیزه، تعهد و رضایتمندی شغلی و در نتیجه احساس مثبت نسبت به کار و احساس کفایت شخصی را در افراد تقویت کرد که تا حد امکان از بروز سندرم فرسودگی شغلی پیشگیری گردد. با توجه به اینکه یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر با استفاده از پرسشنامه بدست آمده، لذا احتمال اغراق یا عدم تمرکز در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه توسط افراد نمونه وجود داشته و بهتر است از تشخیص بالینی فرسودگی شغلی در کنار پرسشنامه جهت اطمینان بیشتر استفاده گردد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از زحمات بی‌دریغ تمامی پرستارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نموده‌اند، کمال تقدیر و تشکر به عمل آورند.

یافت نشد که با مطالعه مؤمنی (۱۸) مطابقت دارد، در حالی که در مطالعه پیامی (۲۸) ارتباط معناداری بین این دو متغیر وجود داشت. عدم وجود تفاوت بین افراد مجرد و متأهل به این دلیل است که وجود مؤلفه‌های استرس‌زا در محیط کار در طولانی‌مدت یکی از عوامل اصلی در بروز فرسودگی شغلی بوده و احتمالاً کمتر به زندگی شخصی افراد مرتبط می‌باشد.

در مطالعه حاضر، پرستاران با شیفت‌گردشی به‌طور معناداری دچار مسخ شخصیت بیشتری نسبت به افراد صبح‌کار بودند و از طرفی احساس کفایت شخصی افراد صبح‌کار به‌طور معناداری بیشتر از پرستاران در گردش بود. نوبت‌کاری باعث ایجاد اختلال در تعادل چرخه بیولوژیک بدن (ریتیم سیرکادین) شده و به مرور زمان فرسودگی افراد را از طریق اختلال در چرخه‌های خواب و بیداری تشدید می‌کند. با توجه به اینکه جوامع انسانی روز محور می‌باشد، افراد نوبت‌کار جهت انجام کارهای روزمره، حضور در مناسبات اجتماعی و گذراندن زمان کافی و مناسب با خانواده و دوستان دچار مشکل شده و همچنین مختل می‌شود که می‌تواند از منابع بروز مسخ شخصیت و در نهایت فرسودگی در افراد باشد.

در مطالعه حاضر مسخ شخصیت پرستاران طرحی به‌طور معناداری کمتر از افراد رسمی ( $P=0/022$ ) و همچنین خستگی هیجانی افراد استخدام طرحی به‌طور معناداری کمتر از دو گروه رسمی و پیمانی ( $P=0/015$ ) بود؛ در حالی که در مطالعه پیامی، پرستاران استخدام رسمی فرسودگی شغلی کمتر نسبت به پرستاران طرحی و قراردادی در ابعاد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت داشتند که با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد (۲۸). پرستاران با وضعیت استخدامی رسمی و پیمانی علیرغم امنیت و ثبات شغلی بیشتر نسبت به نیروهای طرحی، با توجه به حضور در محیط بیمارستان و قرارگیری این افراد در معرض عوامل استرس‌زا و تنش‌زا و همچنین انجام کارهای تکراری و یکنواخت در سالیان متمادی، بیشتر مستعد ابتلا به فرسودگی شغلی نسبت به افراد طرحی می‌باشند.

در مطالعه حاضر بین سن و سابقه کار با کفایت شخصی به‌طور معناداری ارتباط مثبت وجود داشت که با مطالعات مؤمنی (۱۸)، طویایی و صحرائیان (۲۲) و اسفندیاری (۲۹) مغایرت دارد. در مطالعه پیامی نیز ارتباط بسیار ضعیف بین سن و سابقه کار با ابعاد

1. Malach-Pines A. Nurse's burnout: an existential psychodynamic prospective. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2000;38(2):23-32.
2. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*. 2000;163(2):166-169.
3. Saberi HR, Moravveji AR, Naseh J. Occupational Burnout among School Teachers and some Related Factors in Kashan 2007. *Iranian South Medical Journal*. 2011;1:41-50. [Persian]
4. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006;296(9):1071-1078.
5. Massoudi R, Aetemadifar S, Afzali S, Khayri F, Hassanpour Dehkordi A. The influential factors on burnout among nurses working in private hospitals in Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2008;3(9):47-58. [Persian]
6. Sahraian A, Fazelzadeh A, Mehdizadeh AR, Toobae SH. Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *Int Nurs Rev*. 2008;55(1):62-67. [Persian]
7. Rouhi Gh, Anaraki Rahmani H, Nasiri H, Balou Z, Mahmoudi Gh. Job burnout and its relation to nurses' attitude relation to salary and benefit of nurses' staff in hospitals depend on Golestan University of Medical Sciences during 2005. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2007;4(1):1-8. [Persian]
8. Espeland KE. Overcoming burnout: how to revitalize your career. *The journal of continuing education in nursing*. 2006;7(4):178-184.
9. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA. An international perspective on hospital nurses work environments: the case for reform. *Policy, Politics & nursing practice*. 2001;2(4):255-263.
10. 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, Lynn University. 2010.
11. Shahnazdoust, Maghsudi, Tabari, Kazemnegad. Relationship between Nursing Burnout and Occupational support. *Journal Of Guilan University Of Medical Sciences*. 2012;20(80):49-59. [Persian]
12. Talaei A, Mokhber N, Mohammad Nejad M, Samari AA. Burnout and its related factors in staffs of university hospitals in Mashhad in 2006. *Journal of Semnan University of Medical Sciences*. 2008;9(3):237-245. [Persian]
13. Aziz Nejad P, Hosseini SJ. Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences. 2004;8(2):63-69. [Persian].
14. Stewart KL. Nurse Manager Knowledge of staff nurse burnout. Master thesis, Western Carolina university, 2009.
15. Flinkman M, Laine M, Leino-Kilpi H, Hasselhorn HM, Salanter S. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *Journal of Nursing Studies* 2008;45:727-739.
16. Augusto Landa JM, Lopez-Zafra E, Martos MPB, Aguilar-Luz n MC. The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *J of Nursing Studies*. 2008;45:888-901.
17. Pourreza A, Monazam M, Abassinia M, Asghari M, Safari H, Sorani M et al . Relationship between job burnout and mental health of nurses working in province of Qom. *Hospital*. 2012;11(2):45-54 [Persian].
18. Momeni H, Salehi A, Seraji A. The comparison of burnout in nurses working in clinical and educational sections of Arak University of Medical Sciences in 2008. *J Arak Medical University (AMUJ)* 2010;12(4):113-123. [Persian]
19. Da Silva, S.DMH, Daniel VE, Pérez UA. A study of the burnout syndrome in medical personnel of a general hospital. *Actas ESP Psiquiatr*. 1999;27:310-320.
20. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs*. 2001;34:383-396.
21. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China *J Advance Nurse* 2007;59:233-239.
22. Sahraeian A, Toubaei Sh. [Burnout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry and burn wards]. *Ofogh-e- Danesh*, 2007;12(4):40-45. [Persian]
23. Abdi Masuleh F, Kaviani H, Khaghanizadeh M, Momeni Araghi AAF. The relationship between burnout and mental health among nurses. *Tehran University Medical Journal*. 2007;65(6):65-75. [Persian]
24. Hakim Shoushtari M, Arabgol F, Khajeh Aldin N, Elahi F. The relationship between burnout syndromes in mothers in nursing career and their childrens behavioral problems. *Advances in Cognitive Science*. 2004;6 (1-2):67-72. [Persian]
25. Khazayi T, Khazaei T, Sharifzadeh Gh. Nurses' occupational burnout and some related factors. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2006;13(1):56-61. [Persian]
26. Kooranian F, Khosravi AR, Esmaeeli H. The relationship between hardiness/ locus of control and burnout in nurses. *J Ofogh-e-Danesh*. 2008;14(10):58-67. [Persian]
27. Moghimian M, Bahri-binabaj N, Bahribinabaj N. Study of burnout and its relationship with demographic and job features of nurses and midwiferies, *Journal of Raze Behzistan*, 2004;12(29):21-26. [Persian]
28. Payami Boosari, M. Burnout syndrome in nurses, working at educational hospitals. *Iran Journal of Nursing*. 2003;15(32):20-27. [Persian]
29. Esfandiari GR. Survey of the rare of occupational burnout between nursing staff of Sanandaj hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Science in 2001. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Science*. 2001;6(1):31-35

## Prevalence and risk factors of occupational burnout among nurses of a hospital in Kermanshah in 2013

Mansour Ziaei<sup>1</sup>, Hamed Yarmohammadi<sup>2</sup>, Behzad Karami Matin<sup>3</sup>, Soudabeh Yarmohammadi<sup>4</sup>,  
Zeinab Nazari<sup>2</sup>, Faramarz Gharagozlou<sup>1\*</sup>

Received: 2014/02/07

Accepted: 2014/30/08

### Abstract

**Introduction:** Burnout among nurses can increase absenteeism and decrease energy and quality of services provided by them. The aim of this study was to determine the prevalence of occupational burnout and its related factors among nurses of a hospital in Kermanshah city, Iran, in 2013.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional and descriptive-analytical study, 189 nurses were selected randomly. Data was collected by demographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory (MBI). Gathered data was analyzed by Pearson, Independent T-test and ANOVA in statistical level of  $p = 0.05$ .

**Results:** The mean score of occupational burnout was 61.89. In total, 39.2% of nurses reported high emotional exhaustion, 37.6% high depersonalization and 73.5% of them had low personal accomplishment. There were statistical associations between emotional exhaustion with employment status ( $p=0.015$ ) and educational degree ( $p=0.041$ ), between depersonalization with employment status ( $p=0.022$ ) and working shift ( $p=0.023$ ), and between personal accomplishment with age ( $p=0.010$ ), working experience ( $p=0.002$ ) and shift working ( $p=0.045$ ).

**Conclusion:** The level of nurses' occupational burnout was average to high. This might be due to high workload, unsafe and boring work environment and high stress. Commitment, positive sense to work and personal accomplishment can be reinforced by correct management of human resources including determination of duties and strategies according to nurses' ability, new approaches for encouragement and motivation as well as running stress management workshops.

**Keywords:** Occupational Burnout; Nurses; Maslach Questionnaire

1\* (Corresponding author) Member of Scientific Board in Occupational Health Engineering Department, Research Center for Environmental Determinants of Health (RCEDH), Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Email: [gharagozlouf@yahoo.com](mailto:gharagozlouf@yahoo.com)

2 Student Research Committee, Occupational Health Engineering Department, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

3 Member of Scientific Board in Public Health Department, Research Center for Environmental Determinants of Health (RCEDH), Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

4 M.Sc. Student of health education, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.