

Burnout, dimensions and its related factors in the operational staff of medicine emergency

Ebrahimi H¹, Navidian A², Ameri M³, *Sadeghi M⁴

Abstract

Introduction: Stressful and unpredictable conditions in the pre-hospital emergency medical staff by imposing additional psychological pressure can affect and cause serious consequences in the long run. The aim of this study was to determine the burnout, dimensions and its related factors in the operational staff of medicine emergency.

Materials & Methods: This descriptive-correlation study was conducted on 114 operational staff of medicine emergency in Shahroud city. They were selected through convenient sampling method. The instruments used were included personal and professional information form and "Maslach Burnout Questionnaire". Content validity and test-retest reliability were measured. Data was analyzed by SPSS/16.

Findings: Most staff had a moderate level of burnout in terms of reps (53.78%) and severity (43.82%) Burnout (in all dimensions) was the most of the personnel at the moderate level. There was a significant correlation between burnout and age ($P<0.001$), work experience ($P=0.02$) and working hours ($P<0.001$) but no significant correlation between marital status ($P=0.18$) and educational level ($P=0.09$).

Conclusion: Burnout among emergency medicine personnel was moderate level. Also it was noted that burnout increases as age and work experience of personnel rises. Education in order to decrease the impact of burnout condition further precaution is suggested.

Keywords: Emergency medicine, Burnout, Emergency.

Received: 6 January 2014

Accepted: 7 June 2014

1- Assistant Professor, School of Nursing & Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

2- Associate Professor, Pregnancy Health Research Centre, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

3- General Physician, Medical Emergency Center, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

4- MSc in Nursing, Medical Emergency Center, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

(Corresponding author)

E-mail: mahdisadeghi@shmu.ac.ir

فرسودگی شغلی، ابعاد و عوامل مرتبط با آن در کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی

حسین ابراهیمی^۱، علی نویدیان^۲، محمود عامری^۳، *مهدی صادقی^۴

چکیده

مقدمه: شرایط پرتنش و غیر قابل پیش‌بینی در بخش پیش بیمارستانی باعث تحمیل فشارهای روانی زیاد بر کارکنان فوریت‌های پزشکی شده که می‌تواند در بلند مدت آثار و عواقب جدی در پی داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان فرسودگی شغلی، ابعاد و عوامل مرتبط با آن در کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-همبستگی بر روی ۱۱۴ نفر از کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی شهرستان شاهرود که بطور دسترس انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار مورد استفاده شامل فرم اطلاعات فردی و شغلی و "پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ" "Maslach Burnout Questionnaire" بود که پس از تایید روایی محتوا و پایایی به روش بازآزمایی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: فرسودگی شغلی در اکثر کارکنان از لحاظ تکرار (۵۳/۷۸ درصد) و شدت (۴۳/۸۲ درصد) در سطح متوسط قرار داشت. بین فرسودگی شغلی با سن ($P < 0/001$)، سابقه کاری ($P = 0/02$) و ساعت کاری ($P < 0/001$) همبستگی مثبت معنی دار وجود داشت، اما با وضعیت تأهل و میزان تحصیلات همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: فرسودگی شغلی در بین کارکنان فوریت‌های پزشکی در حد متوسط بود که با افزایش سن و سابقه کاری، فرسودگی شغلی نیز در این کارکنان افزایش می‌یابد. پیشنهاد می‌شود آموزش در راستای کاهش و تعدیل عوامل تأثیرگذار اجرا گردد.

کلیدواژه‌ها: فوریت‌های پزشکی، فرسودگی شغلی، اورژانس.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۶

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۳- پزشک عمومی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۴- کارشناس ارشد پرستاری، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. (نویسنده مسؤول).

مقدمه

واحد‌های اورژانس، محیط‌هایی پر تنش می‌باشند و فشار زیاد، نیاز به بکارگیری اطلاعات، حساس بودن ثانیه‌ها، تنش فوق‌العاده، غیر قابل پیش‌بینی و نیز حیاتی بودن تشخیص مشکلات و انتظار همراهان و حفظ حیات بیماران، این بخش‌ها را از سایر بخش‌ها متمایز می‌کند (۱). نظام فوریت‌های پزشکی، بخشی از نظام زنجیره‌ای در امر مراقبت از بیمار است که از زمان وقوع حادثه تا بازتوانی و مرخصی بیمار ادامه می‌یابد (۲). کارکنان شاغل در این بخش به عنوان اولین افراد پاسخگو به بیماران در وضعیت‌های اورژانسی هستند (۳). انتظار می‌رود که افراد حرفه‌ای شاغل در این بخش صرف‌نظر از هر نوع موقعیت و یا نوع سازمانی که در آن کار می‌کنند، شغل خود را در شرایط سخت، غیر قابل پیش‌بینی و متغیر انجام دهند. آن‌ها ممکن است ساعت‌های طولانی در شرایطی با محدودیت اطلاعات، کمک، نظارت و منابع جهت انجام مأموریت خود کار کنند. آن‌ها در دوره کار خود ممکن است در معرض خطراتی مانند ارگانوسم‌های عفونی، تنش عاطفی، خستگی، خشونت فیزیکی، آسیب شغلی، تصادفات، اقدامات انضباطی و مسئولیتی قرار گیرند. همچنین خطر آسیب رساندن به دیگران به خصوص از طریق تصادفات و اشتباهات پزشکی در آن‌ها وجود دارد (۴).

مطالعات نشان داده‌اند که تجربه تنش شغلی کارکنان این خدمات قابل توجه است، زیرا این کارکنان اغلب اولین افرادی هستند که در انواع شرایط اضطراری از تصادفات سنگین خودرو و بلایای طبیعی گرفته تا صدمات جزئی و بیماری حضور می‌یابند. تنش کارکنان شاغل در نظام فوریت‌های پزشکی در هنگام تثبیت وضعیت بیماران، آرام کردن صدمه دیدگان مضطرب و خانواده نگران آنان و حصول اطمینان از تداوم مناسب مراقبت هنگام رسیدن بیماران به مراکز پزشکی با آنان همراه است (۵).

از طرف دیگر، سندرم فرسودگی شغلی سندرمی است، متشکل از خستگی عاطفی (Emotional Exhaustion) (احساس تخلیه توان روانی)، مسخ شخصیت (Depersonalization) و کاهش منفی و عاری از احساس و توام با بی‌اعتنایی مفرط نسبت به گیرندگان خدمات) و کاهش احساس موفقیت فردی (Reduced Personal Accomplishment) (کاهش احساس شایستگی و موفقیت در حرفه که با ایجاد تصویر منفی از خود، نگرش منفی به شغل و احساس عدم ارتباط با مددجو همراه می‌باشد) که منجر به افت شدید کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی می‌گردد. این سندرم معمولاً با علائم غیر اختصاصی از قبیل بی‌خوابی، سردرد، اقدام به تغییر شغل، افسردگی، از دست دادن میل جنسی، ترس، بی‌تفاوتی و مشکلات خانوادگی همراه می‌شود. عواقب فرسودگی شغلی می‌تواند شامل احساس تنهایی، اضطراب، بیگانگی، ناتوانی جنسی، بی‌تفاوتی، پرخاشگری، بدبینی و انزوا، اختلالات خلق، علائم قلبی عروقی (افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون، تپش قلب)، علائم تنفسی (بروز حملات آسمی و افزایش تعداد تنفس)، اختلالات ایمنی (خطر بالای ابتلاء به عفونت)، علائم عضلانی، درد گردن و پشت همراه باشد (۶).

اگر فرسودگی شغلی تشخیص داده نشود و راه حلی برای کاهش و یا پیشگیری از آن طراحی و اجرا نشود، می‌تواند منجر به از دست دادن کیفیت و کارایی فرد، کاهش سلامت فیزیکی و روانی شود. برای سازمان‌ها حضور چنین افرادی منجر به یک هزینه جدی در دوره‌های غیبت از کار، جابجایی، از دست دادن بهره‌وری یا مخارج مراقبت سلامت خواهد شد (۷). همچنین فرسودگی شغلی می‌تواند با افزایش غیبت، کاهش انرژی و بازده کاری به افت کیفیت مراقبت از بیماران منجر گردد (۸).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که کارکنان شاغل در بخش‌های مختلف درمانی، در معرض خطر سندرم فرسودگی شغلی قرار دارند. از جمله در مطالعات Wu و همکاران در چین

مواد و روش ها

در این پژوهش توصیفی-همبستگی ۱۱۴ نفر از کارکنان عملیاتی شاغل در مرکز فوریت‌های پزشکی شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه پژوهش شامل کارکنانی بود که حداقل مدرک دیپلم و یک سال سابقه کار عملیاتی در مرکز فوریت‌های پزشکی شهرستان شاهرود داشته و به عنوان تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی در این مرکز مشغول به کار بودند. جامعه پژوهش بصورت سرشماری شامل کلیه کارکنان واجد شرایط بود. پس از تشریح اهداف و ماهیت پژوهش به افراد و اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها، در مجموع ۱۱۴ نفر که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند گروه نمونه را تشکیل دادند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل فرم جمع‌آوری اطلاعات فردی و عوامل مرتبط شغلی (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه کار، متوسط ساعات کاری در ماه) و همچنین "پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ" Maslach "Burnout Questionnaire" شامل ۲۲ گویه (۹ گویه خستگی عاطفی، ۶ گویه مسخ شخصیت و ۷ گویه عدم موفقیت فردی) بود. این پرسشنامه متداول‌ترین ابزار سنجش فرسودگی شغلی در میان افراد مختلف با سوابق شغلی و حرفه‌ای متفاوت است (۲۰) و قابلیت استفاده در پژوهش‌های فرسودگی شغلی در ایرانیان فارسی زبان را دارد (۲۱). همچنین در مطالعه انجام شده در همدان، پایایی درونی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ بود (۲۲).

فراوانی هر یک از گویه‌های فرسودگی شغلی با استفاده از درجه بندی ۶ نمره‌ای (۰=هرگز، ۶=هر روز) و شدت به وسیله درجه بندی ۷ نمره‌ای (۰=خیلی شدید) تعیین گردید که نحوه نمره دهی هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی در جدول ۱، مشخص شده است.

(۹) و Shanafelt و همکاران در ایالات متحده (۱۰)، درجاتی از این سندرم در پزشکان گزارش گردید. همچنین مطالعات زیادی بروز سندرم فرسودگی شغلی را در پرستاران نشان داده‌اند که از آن جمله می‌توان به مطالعه Garrosa و همکاران در اسپانیا اشاره نمود که میزان بالایی از فرسودگی شغلی را در هر سه بعد در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مورد بررسی نشان دادند (۱۱). همچنین مطالعه Wingenfeld و همکاران (۱۲) در آلمان، Shimomitsu و همکاران (۱۳) در ژاپن و مطالعات متعدد در ایران (۱۴-۱۶) شیوع این سندرم را در پرستاران گزارش نموده‌اند.

از طرف دیگر به نظر می‌رسد خطر بروز این سندرم در بخش‌های اورژانس بیشتر باشد. Van Der Ploeg & Kleber در مطالعه خود گزارش کردند کارکنان اورژانسی که در یک بحران و یا حوادثی دیگر ارایه خدمت می‌کنند بطور جدی با خطر فرسودگی شغلی مواجه هستند (۱۷). بعلاوه، مطالعه

Kalemglu & Keskin نشان داد که ۳۲/۵ درصد از کارکنان شاغل در بخش اورژانس تحت فشارهای روانی بوده و ۴۴/۷ درصد از آنان خستگی هیجانی، ۳۳/۲ درصد مسخ شخصیت و ۲۸ درصد عدم کفایت شخصی داشته‌اند (۱۸). نتیجه یک مطالعه در یونان نیز نشان داد پرستارانی که در بخش‌های اورژانس کار می‌کنند سطوح بالاتری از تنش و فرسودگی شغلی وابسته به آن را نسبت به دیگر پرستاران تجربه می‌نمایند (۱۹).

بنابراین، با توجه به تفاوت‌های بسیار در ماهیت بخش‌های مختلف نظام بهداشتی و درمانی، نه تنها بررسی فرسودگی شغلی در هر یک از این بخش‌ها اهمیت دارد، بلکه انجام پژوهش‌هایی که عوامل مرتبط با آن را مورد بررسی قرار دهد نیز ضرورت دارد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان فرسودگی شغلی، ابعاد و عوامل مرتبط با آن در کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی انجام شد.

جدول ۱: نحوه نمره دهی هر یک از گویه‌های پرسشنامه فرسودگی شغلی

ابعاد فرسودگی	میزان	نمره	شدت
خستگی عاطفی	کم	≤ ۱۷	≤ ۲۵
	متوسط	۱۸-۲۹	۲۹-۳۹
	زیاد	≥ ۳۰	≥ ۴۰
مسخ شخصیت	کم	≤ ۵	≤ ۶
	متوسط	۶-۱۱	۷-۱۴
	زیاد	≥ ۱۲	≥ ۱۵
عدم موفقیت فردی	کم	≤ ۴۰	≤ ۳۶
	متوسط	۳۴-۳۹	۳۷-۴۳
	زیاد	≥ ۳۳	≥ ۴۴

پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

کسب نمرات بالاتر در ابعاد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و نیز کسب نمرات پایین‌تر در بعد عدم موفقیت فردی، نشان‌دهنده بالاتر بودن میزان فرسودگی شغلی است. به کلیه کارکنان در ارتباط با محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد. نحوه جمع آوری اطلاعات نیز بطور خودگزارشی بوده که از آن‌ها خواسته شد در یک فرصت زمانی مناسب، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. پس از تکمیل

یافته‌ها

تمام واحدهای پژوهش مرد و اکثر آن‌ها متأهل و دارای مدرک فوق دیپلم بودند (جدول ۲).

جدول ۲: مشخصات فردی و مرتبط شغلی کارکنان فوریت‌های پزشکی

ویژگی مورد بررسی	تعداد/درصد
سن (سال)	کمتر از ۳۰: ۵۲ (۴۵/۶٪)
	بیشتر از ۳۰: ۶۲ (۵۴/۴٪)
سابقه کار (سال)	کمتر از ۸: ۵۰ (۴۳/۹٪)
	بیشتر از ۸: ۶۴ (۵۶/۱٪)
متوسط ساعات کاری در ماه	کمتر از ۲۲۰: ۴۵ (۳۹/۵٪)
	بیشتر از ۲۲۰: ۶۹ (۶۰/۵٪)
سطح تحصیلات	دیپلم: ۳۴ (۲۹/۸۲٪)
	کاردانی: ۶۸ (۵۹/۶۵٪)
وضعیت تأهل	کارشناسی و بالاتر: ۱۲ (۱۰/۵۳٪)
	مجرد: ۳۴ (۲۹/۸٪)
	متأهل: ۸۰ (۷۰/۲٪)

نتایج مطالعه نشان داد اکثر افراد تحت مطالعه از فرسودگی شغلی در سطح متوسط از لحاظ تکرار (۵۳/۷۸ درصد) و شدت (۴۳/۸۲ درصد) برخوردار بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کلی فرسودگی شغلی افراد مورد مطالعه از لحاظ تکرار در بعد خستگی عاطفی ۲۸/۱۲±۱۵/۳۶ (متوسط)، در بعد مسخ شخصیت ۸/۴۶±۶/۲۵ (متوسط) و در بعد عدم موفقیت فردی ۳۶/۱۸±۱۴/۷۶ (متوسط) بوده است. همچنین این مقادیر از لحاظ شدت در بعد خستگی عاطفی ۴۱/۳۵±۱۶/۴۳ (زیاد)، مسخ شخصیت ۱۱/۳۲±۵/۵۴ (متوسط) و در بعد عدم موفقیت فردی ۳۸/۳۳±۱۴/۱۶ (متوسط) گزارش شد (جدول ۳).

جدول ۳: فراوانی مطلق و نسبی ابعاد فرسودگی شغلی تکنسین‌های فوریت پزشکی بر اساس تکرار و شدت

ابعاد فرسودگی		میزان	فراوانی (%)
شدت	تکرار		
خستگی عاطفی	کم	۱۸	(%۱۵/۷۹)
	متوسط	۶۵	(%۵۷/۰۲)
	زیاد	۳۱	(%۲۷/۱۹)
مسخ شخصیت	کم	۲۱	(%۱۸/۴۲)
	متوسط	۵۱	(%۴۴/۷۴)
	زیاد	۴۲	(%۳۶/۸۴)
عدم موفقیت فردی	کم	۳۵	(%۳۰/۷۰)
	متوسط	۵۴	(%۴۷/۳۷)
	زیاد	۲۵	(%۲۱/۹۳)

در بررسی به عمل آمده، همبستگی مثبت معنی دار بین سن و سابقه کار با تمام ابعاد فرسودگی شغلی از هر دو لحاظ تکرار و شدت وجود داشت، به طوری که با بیشتر شدن سن و سابقه کار، فرسودگی شغلی در هر دو بعد تکرار و شدت، نیز افزایش می‌یافت (جدول ۴). همچنین وضعیت تأهل و میزان تحصیلات با ابعاد فرسودگی شغلی همبستگی معنادار نداشت.

جدول ۴: همبستگی ابعاد فرسودگی شغلی با سن، سابقه کار و ساعات کاری در کارکنان فوریت‌های پزشکی

متغیر	فرسودگی شغلی	تکرار	شدت
سن		$r=۰/۳۵$	$r=۰/۴۶$
		$p < ۰/۰۰۱$	$p=۰/۰۱$
سابقه کار		$r=۰/۴۱$	$r=۰/۴۳$
		$p=۰/۰۲$	$p=۰/۰۱$
ساعات کاری		$r=۰/۵۵$	$r=۰/۵۹$
		$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$

بحث

۰/۹ درصد از پرستاران گزارش شد (۱۷). در پژوهش Nicola در انگلیس میزان فرسودگی شغلی در پرستاران زن، در حد کم گزارش شد (۲۶). نتیجه پژوهش Popa و همکاران در رومانی نیز حاکی از پایین بودن فرسودگی شغلی گروه فوریت‌های پزشکی در مقایسه با گروه‌های حرفه‌ای دیگر مانند پزشکان بخش اورژانس و آمبولانس، پرستاران شاغل در اورژانس یا آمبولانس و رانندگان آمبولانس بود (۲۷).

در توجیه این موضوع می‌توان گفت، شرایط مختلف کاری و عوامل وابسته به آن‌ها می‌توانند در این زمینه نقش مؤثری داشته باشند. در واقع فرسودگی شغلی به عوامل مختلف سازمانی، بین فردی و درون فردی بستگی دارد (۲۸). همچنین فرهنگ، پاسخ‌های فردی به پرسشنامه‌های خوداظهاری و نحوه ارزیابی فرد از کفایت شخصی خود در جوامع و

نتایج مطالعه نشان دهنده وجود درجاتی از فرسودگی شغلی متوسط در ابعاد مختلف، در اکثر تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی در شهرستان شاهرود بود. این نتایج با پژوهش انجام شده توسط خطیبیان و همکاران بر روی کارکنان فوریت‌های پزشکی مطابقت دارد (۲۲). در پژوهش Verdon و همکاران اکثر پرستاران درجاتی از فرسودگی شغلی را گزارش کردند (۲۳). در پژوهش‌های یوسفی و قاسمی در اصفهان (۱۵) و جمالی مقدم و سلیمانی در شیراز (۲۴) اکثر پرستاران فرسودگی شغلی داشتند. از طرف دیگر، نتیجه برخی مطالعات، بر عکس نتایج مطالعه حاضر بود. برای مثال، در مطالعه Pálfiné در مجارستان، تنها ۹/۴ درصد از ۳۷۴ پرستار مراقبت‌های ویژه، فرسودگی شغلی را گزارش کردند (۲۵). در پژوهش Van Der Ploeg & Kleber فرسودگی شغلی فقط در

و شیفت کاری، می‌تواند بر بعد فرسودگی عاطفی کارکنان تأثیرگذار باشد (۳۷).

فرسودگی شغلی در بعد مسخ شخصیت در مطالعه حاضر از دو جنبه تکرار و شدت در حد متوسط گزارش شد. از جمله پیامدهای احساس عاطفی مسخ شخصیت می‌توان به کاهش اعتماد به نفس و رضایت شغلی، عدم تقبل مسئولیت‌های سازمانی، افزایش جابجایی و ترک حرفه اشاره نمود (۳۸). در مطالعه خطیبیان و همکاران نیز این بعد در هر دو بخش، در سطح متوسط قرار داشت (۲۲). در پژوهش *Losa Iglesias* و همکاران (۳۵) و *Mirjana* و همکاران (۳۴) نیز پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه، مسخ شخصیت را در سطح متوسط گزارش کردند. در برخی مطالعات، پرستاران سطح کمی از فرسودگی شغلی در بعد مسخ شخصیت داشتند (۳۶، ۳۳، ۲۴) اما در مطالعه *Van Der Ploeg & Kleber* پرستاران در بعد مسخ شخصیت از سطح بالایی برخوردار بودند (۳۹) که طبعاً شرایط نامطلوب شغلی می‌تواند در این زمینه نقش مؤثری داشته باشد.

همچنین بعد عدم موفقیت فردی در هر دو بخش تکرار و شدت در بین واحدهای پژوهش، به میزان متوسط گزارش شد. در مطالعه رسولیان و همکاران میانگین فرسودگی شغلی در بعد کاهش موفقیت فردی ۳۶/۰۳ درصد (سطح متوسط) بود (۴۰). در مطالعات خطیبیان و همکاران در بین تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی، این بعد در حد کم مشاهده شد (۲۲). در پژوهش جمالی مقدم و سلیمانی نیز، بیش از نیمی از پرستاران این بعد را در سطح کم گزارش کردند (۲۴). در مقابل نتیجه پژوهش‌های *Lopez* و همکاران (۳۶) و خاقانی زاده و همکاران (۳۳) نشان دهنده بالا بودن میزان فرسودگی شغلی کارکنان، در بعد عدم موفقیت فردی بود. میزان بالای فرسودگی شغلی در بعد کاهش موفقیت فردی می‌تواند نشان دهنده نگرش منفی نسبت به خود و حرفه خود و عدم تمایل و علاقه و رضایت نسبت به شغل و کاهش اعتماد به نفس در افراد باشد (۴۱).

در مطالعه حاضر بین سن با فرسودگی شغلی از هر دو لحاظ تکرار و شدت، تفاوت معنی‌دار و همبستگی مثبت وجود داشت و

فرهنگ‌های مختلف که در فرهنگ محلی خود یاد گرفته‌اند در این زمینه نقش دارند (۱۵).

در بعد خستگی عاطفی، واحدهای پژوهش از لحاظ دفعات در حد متوسط و از نظر شدت در حد زیاد قرار داشتند. فرسودگی عاطفی به "احساس خستگی عاطفی ناشی از کاهش منابع عاطفی و احساسی فرد" گفته می‌شود (۲۹) و محوری‌ترین علامت فرسودگی شغلی است (۳۰). این احساس در واقع نوعی کاهش علاقه و انگیزه برای ادامه کار است (۳۱). *Maslach* و همکاران نیز بر این عقیده‌اند که فرسودگی عاطفی ویژگی اصلی فرسودگی شغلی و بارزترین مشخصه این سندرم پیچیده است. بسیاری از افراد هنگام توصیف احساس فرسودگی شغلی خود، به فرسودگی عاطفی اشاره می‌کنند. در واقع از میان سه زیرسازه یا مؤلفه فرسودگی شغلی، فرسودگی عاطفی مؤلفه‌ای است که بیشتر گزارش شده و بیشتر نیز مورد تحلیل قرار گرفته است (۳۲). در پژوهش انجام شده توسط خطیبیان و همکاران در همدان، کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی درجات متوسطی را از لحاظ دفعات (تکرار) و شدت احساس خستگی عاطفی گزارش نمودند (۲۲). در مطالعه خاقانی زاده و همکاران، این بعد، هم از لحاظ دفعات و هم از لحاظ شدت، در میان پرستاران در سطح کم مشاهده شد (۳۳). *Mirjana* و همکاران در مطالعه خود در میان کارکنان مراقبت ویژه در کرواسی، میزان متوسطی از بعد خستگی عاطفی را گزارش کردند (۳۴). در پژوهش *Losa Iglesias* و همکاران (۳۵) و *Van Der Ploeg & Kleber* (۱۷) پرستاران سطح بالایی از خستگی عاطفی، را گزارش نمودند که با نتایج این پژوهش مطابقت دارد اما در مطالعه *Lopez* و همکاران بر روی کارکنان درمانی بخش‌های اطفال میزان فرسودگی شغلی در بعد خستگی عاطفی کم گزارش شد (۳۶). همچنین مطالعه *Popa* و همکاران نشان داد که گروه فوریت‌های پزشکی به نحو معنی‌داری در بین سایر گروه‌های حرفه‌ای کمترین خستگی عاطفی را در بین سایر گروه‌ها داشتند (۲۷). توجه به توسعه روابط بین فردی و کنترل و تغییر در عواملی مانند ساعت

معنادار بین میزان سابقه شغلی و فرسودگی شغلی گزارش نشد (۴۷).

میزان ساعت کاری در هفته نیز از جمله متغیرهایی بود که با ابعاد فرسودگی شغلی از لحاظ تکرار و شدت همبستگی معنادار داشت. در یک مطالعه بر روی ۴۳۲۰ پرستار نشان داده شد که متوسط ساعات کاری در هفته به طور معناداری با فرسودگی شغلی در پرستاران مرتبط است (۴۸). ساعات کاری بالاتر به معنی حضور بیشتر تکنسین‌ها در محیطی دشوار و پرتنش از نظر کاری است. نتیجه مطالعه دیگری نیز نشان داد کم کردن ساعات کاری و نبودن شیفت‌های پشت سر هم و افزودن برنامه‌های تفریحی کارکنان می‌تواند از بروز فرسودگی شغلی پیشگیری نماید (۴۹). نتیجه پژوهش Elpern & Covert حاکی از آن است که با کاهش ساعات کاری احتمال ابتلاء به فرسودگی شغلی کاهش خواهد یافت (۵۰).

با توجه به نتایج به دست آمده و وضعیت خاص و تنش‌زای محیط پیش بیمارستانی و از طرف دیگر، تعداد پژوهش‌های اندک در این گروه، پیشنهاد می‌شود عوامل مرتبط به طور گسترده‌تری مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرند تا در ارائه راهکارها و برنامه‌ریزی مسوولین امر راهگشا باشد. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر در کسب نتایج دقیق‌تر می‌توان به کم بودن تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها به روش خودگزارش‌دهی اشاره نمود.

نتیجه‌گیری نهایی

از آنجا که در این پژوهش تمامی ابعاد فرسودگی شغلی از نظر شدت و دفعات در حد متوسط یا زیاد قرار داشت که این امر می‌تواند سبب کاهش کیفیت کاری کارکنان فوریت‌های پزشکی و کاهش رضایت مددجویان گردد، لذا ضرورت تدوین راهکارها و استراتژی‌های حمایتی و تعدیل برخی از عوامل مؤثر برای پیشگیری از بروز این مشکلات احساس می‌شود. بررسی مشکلات و چالش‌های پیش‌روی این کارکنان با توجه به ضرورت وجود کارکنانی ورزیده از نظر جسمی و روانی در این بخش مهم بوده و توصیه می‌شود مسوولین با شناسایی عوامل و معضلات کاری این گروه، حتی الامکان برنامه‌های قابل اجرا

کارمندان با افزایش سن، از فرسودگی شغلی بالاتری نیز برخوردار بودند. در مطالعه شهنازدوست و همکاران در رشت به ازای هر سال افزایش در سابقه کار، ۱/۰۹ بار میزان خستگی عاطفی افزایش یافته است (۴۲). تحمیل تنش و فشارهای روانی می‌تواند اثرات مخرب خود را در بلندمدت بر روی کارکنان مشاغل مختلف پزشکی بگذارد و با توجه به فشار بیشتر کاری در فیلدهای اورژانس این موضوع نمود بیشتری می‌یابد. در مقابل در مطالعه Spooner، سن، همبستگی منفی با واماندگی عاطفی و مسخ شخصیت داشت و پرستاران جوانتر سطوح بالاتری از واماندگی عاطفی و مسخ شخصیت را گزارش کردند (۴۳). Lin و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند پرستاران مسن‌تر میزان کمتری از فرسودگی شغلی در هر سه بعد فرسودگی شغلی داشتند (۴۴). بنظر می‌رسد با بالا رفتن سن، کارکنان راهکارهای سازگاری با این مشکلات را در خود پیدا و با تجربه‌های کسب شده به مرور به سازش می‌رسند.

همچنین تفاوت معنی‌دار و همبستگی مثبت بین سابقه کاری با فرسودگی شغلی (تکرار و شدت) گزارش شد و کارمندان با افزایش سابقه کار، فرسودگی شغلی بیشتری را نیز گزارش کردند. احتمالاً مواجهه هر روزه با موقعیت‌های تنش‌زا به مرور زمان باعث فرسودگی بیشتر کارکنان عملیاتی این مرکز شده است. اما نتیجه چندین مطالعه دیگر نشان‌دهنده فرسودگی شغلی بالاتر در میان کارکنان با سابقه کاری کمتر بود که با نتایج این مطالعه متفاوت است. نتیجه پژوهش ستوده اصل و بختیاری در سمنان نشان داد پرستاران با سابقه کاری کمتر، فرسودگی شغلی بیشتری نسبت به پرستاران با سابقه کاری بیش از ۵ سال برخوردار بودند (۳۷). نتیجه مطالعه Chen & McMurray در چین نشان داد بالاترین فرسودگی شغلی در پرستارانی است که در اولین دهه کاری خود قرار دارند (۴۵). در مطالعه Hannigan & Edwards نیز بین فرسودگی شغلی و مدت زمان اشتغال به کار وجود داشت و افرادی که سابقه کاری بالاتری داشتند، فرسودگی شغلی کمتری گزارش کردند (۴۶). در مطالعه Goldberg و همکاران نیز ارتباط

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب به شماره ۹۲۰۵ مورخ ۹۲/۵/۳۰ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می‌باشد. بدینوسیله از حمایت های مالی و معنوی این دانشگاه و همچنین تمامی کارکنان زحمتکش فوریت های پزشکی که در انجام این مطالعه یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می گردد.

و کاربردی همچون کاهش ساعات کاری، بررسی عوامل نارضایتی و تنش زا در محیط کاری و بهبود امکانات و تسهیلات رفاهی را در راستای افزایش کیفیت کاری و افزایش توان جسمی و روانی کارکنان عملیاتی فوریت های پزشکی در دستور کار خود قرار دهند.

منابع

- 1- Franklin A, Liu Y, Li Z, Nguyen V, Johnson TR, Robinson D, et al. Opportunistic decision making and complexity in emergency care. *Journal of biomedical informatics*. 2011;44(3):469-76.
- 2- Koohestani H, Ebrahimi Fakhar H, Baghcheghi N. [Prehospital Care of Trauma]. Tehran: Jamenegar Publication. 2008.(Persian).
- 3- Ciottone G. Disaster medicine. Churchill Livingstone: Mosby. 2006.
- 4- National Highway Traffic Safety Administration. National EMS Research Agenda, December 31, 2001.available from: <http://www.nhtsa.gov/peoples/injury/ems/ems-agenda/toc.htm>. [7Feb 2012].
- 5- Essex B, Scott L. Chronic stress and associated coping strategies among volunteers EMS personnel. *Prehospital Emergency Care*. 2008;12(1): 69-75.
- 6- Santos F, Joubert Araujo J, Bezerra Rodrigues A. Burnout syndrome in nurses in an Intensive Care Unit. *Einstein*. 2009;7(1): 58-63.
- 7- Gill A, Flaschner A, Shachar M. [Mitigating stress and burnout by implementing transformational leadership. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 2006;18(6): 469-81.
- 8- Rahmani F, Behshid M, Zamanzadeh V, Rahmani F. Relationship between general health, occupational stress and burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals]. *Iran Journal of Nursing*. 2010; 23(66): 54-63.
- 9- Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 59(3): 233-9.
- 10- Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals Internal Medicine*. 2002;136(5): 358-67.
- 11- Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Liang Y, Gonzalez J. The relationship between sociodemographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(3): 418-27.
- 12- Wingenfeld K, Schuz M, Damkroeger A, Rose M, Driessen M. Elevated diurnal salivary cortisol in nurses is associated with burnout but not with vital exhaustion. *Psychoneuroendocrinology*. 2009; 34(8): 1144-51.

- 13- Shimomitsu T, Ohya Y, Odagiri Y. Burnout and associated job stress among Japanese hospital nurses. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003; 55(2): 147-78.
- 14- Toubaei S, Sahraeian A. Burnout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry burn and burn wards. *J Ofogh-E Danesh Gonabad*. 2007;12(4): 40-5.
- 15- Yousefy A, Ghassemi GR. Job burnout in psychiatric and medical nurses in Isfahan, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2006;12(5): 662-9.
- 16- AzizNejad P, Hosseini S. Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences, 2004. *Bimonthly Scientific Journal*. 2006;8(2): 63-9.
- 17- Van Der Ploeg E, Kleber R. Acute and chronic Stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational Environmental Medicine*. 2003;60(1): 40-46.
- 18- Kalemglu M, Keskin O. Burnout syndrome at the emergency service. *Scand Journal of Trauma Resuscitation Emergency Medicine*. 2006; 37-40. Kalemglu, M. & Keskin, O. 2006. Burnout syndrome at the emergency system. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*; 14: 37-40
- 19- Adali E, Priami M. Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards, and emergency departments in Greek hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal*. 2002;11:1-19. www.nursing.gr/burnout.pdf. [0 March 2011).
- 20- Maslach C, Jackson S. The measurement of the experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981;2(2): 99-113.
- 21- Akbari R, Ghafar Samar R, Kiany G-R, Eghtesadi A-R. Factorial validity and psychometric properties of Maslach Burnout Inventory –The persian version. *Knowledge & Health Journal*. 2011;6(3): 1-8.
- 22- Khatiban M, Hoseini S, Beykmoradi A, Roshanaei G. Medicine emergency staff burnout in Hamedan province. *Scientific Journal of Hamedan, Nursing and Midwifery Faculty*. 2012; 20(2) : 5-15
- 23- Verdon M, Merlani P, Perneger T, Ricou B. Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Medicine*. 2008;34(1):152-6.
- 24- Jamali Moghadam N, Soleimani S. Evaluation of burnout syndrome and its relationship with social support in nurses working in hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. *Sadra Medical Scientific Journal*. 2012;1(2):69-76.
- 25- Pálfiné S. The characteristics of nurses' and caregivers' behaviour in different clinical settings with special attention to burnout syndrome. *Orvosi Hetilap Journal*. 2008; 149(31): 1463-9.
- 26- Nicola P. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(3): 396.
- 27- Popa F, Raed A, Purc rea V, Lal A, Bobirnac G, Davila C. Occupational burnout levels in emergency medicine-a nationwide study and analysis. *Journal of Medicine and Life*. 2010; 3(3): 207-15.

- 28- Khazaei T, Khazaei T, Sharif Zadeh G. Nurses' professional burnout and some predisposing factors. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*. 2006;13(1): 56-62.
- 29- Leiter M, Maslach C. Burnout. *Encyclopedia of Mental Health*. 1998;1: 347-57.
- 30- Kilfedder C, Power K, Wells T. Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;34:383- 96.
- 31- Spector P. *Job satisfaction: Application, Assessment, Cause, and Consequences*. London: Sage publications. ISBN: 9780761989233. 1997.
- 32- Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52(1): 397-422.
- 33- Khaghanizade M, Sirati M, Abdi F, Kaviani H. [Determination of the amount Burnout in Nursing Staff]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008;2(1): 51-9(Persian).
- 34- Mirjana C, Roman U, Stjepan T. Burnout syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol*. 2006; 30(1): 131-5.
- 35- Losa Iglesias M, De Bengoa Vallejo R, Savadores Fuentes P. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(1): 30-7.
- 36- Lopez Franco M, Rodriguez Nunez A, Fernandez Sanmartin M, Marcos Alonso S, Martinon TF, Martinon Sanchez JM. Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr(Bare)*. 2005; 62(3): 248-51.
- 37- Sotudeh Asl N, Bakhtiari A. [Survey of burnout and its related factors among nurses and midwives in Semnan University of Medicine Sciences]. *Kurdistan Journal of Medical Sciences*. 2006;11: 77-83(Persian).
- 38- Henry I. The self-caring nurse. Strategies for avoiding compassion fatigue and burn out. *Okla Nurse*. 2004;49(1):9-12.
- 39- Tuesca-Molina R, Urdaneta M, Lafaurie M, Torres G, Serpa D. Burn Out syndrome in nurses of the metropolitan area of Barranquilla. 2000;22(2): 84-91.
- 40- Rasuliyani M, Elahi F, Abrahimi A. [The Relationship between characteristics with burnout in nurses]. *Andeeshe va Raftar*. 2004;9(4): 18-24 (Persian).
- 41- Abdi masooleh M, Kaviani H, Khaghanizade M, Momeni Araghi A. [The relationship between burnout and mental health among nurses]. *Tehran University Medical Journal*. 2007;65: 65-75.(Persian),
- 42- Shahnazdoust M, Maghsoudi S, Tabari R, Kazemnejad Leili E. [Level of burnout in nurses and its related factors in Medical Educational Hospitals in Rasht in 2010.] *Jamenegar Midwifery & Nursing Journal*. 2010;21(66): 20-27 (Persian).
- 43- Spooner L. The influence of work stress and work support on burnout in public hospital nurses. Thesis submitted in fulfillment of the requirements for the award of Degree of Doctor of philosophy Queensland university of technology. 2004.
- 44- Lin F, John W, Veigh C. Burnout among hospital nurses in china. *Journal of nursing management*. 2009;17(3): 294-301.

- 45- Chen S, McMurray A. Burnout in intensive care nurses. *Journal on Nursing Research*. 2001; 9(5): 152- 64.
- 46- Hannigan B, Edwards D. Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000;7(2): 127-34.
- 47- Goldberg R, Boss R, Chon L, Goldberg J, Mallon W, Moradzadeh D. Burnout and its Correlates in emergency physicians: four years experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine Journal*. 1996;3(12): 1156-64.
- 48- Park S, Lake E. Multilevel modeling of a clustered continuous outcome: nurses work hours and burnout. *Nursing Research Journal*. 2005;54(6): 406-13.
- 49- Ozyurt A, Hayron O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM*. 2006;99(3):161-9.
- 50- Elpern E, Covert B. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unite. *American Journal of Critical Care*. 2005;14(6):523-30.