تعیین ارتباط کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی پرستاران بیمارستان خاتم الا نبیاء گنبد کاووس در سال ۱۳۹۶

غلامحسین حلوانی[۱]، علی ایزد پناه[۲]، حمیده میهن پور[۳*]، علیرضا اسماعیلی[۴]

چکیده

مقدمه: فرسودگی شغلی علاوه بر تأثیرات سوء بر سلامت جسمی روانی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی شخصی و شغلی پرستاران، هزینه‌های فراوانی نیز برای سازمان به همراه دارد. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی پرستاران انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۱۷۵ پرستار شاغل در بیمارستان خاتم‌الانبیاء گنبد کاووس به روش در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه سه قسمتی شامل: اطلاعات جمعیت‌شناختی، کیفیت زندگی ۲۶ سؤالی WHOQOL و فرسودگی شغلی ماسلاچ بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{22}$ و آزمون‌های تی، کای‌اسکوئر و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سن و سابقه‌کار به ترتیب ۳۸/۳۴ و ۱۳/۸۱ سال بود. ۹۲/۵۴ درصد لیسانس، ۸۸/۸۱ درصد متأهل، ۶۲/۶۹ درصد زن، ۸۸/۰۶ درصد شیفت در گردش و ۲۶/۱۲ درصد در بخش اورژانس مشغول به کار بودند. بالاترین و پایین‌ترین میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی مربوطه به سلامت جسمانی و محیط (۶۶/۷۸ و ۶۳/۲۶) بود. بین بعد سلامت محیط و کیفیت زندگی کلی با اضافه‌کار همبستگی منفی (r= -۰/۱۹۳، r= -۰/۱۶۹) وجود داشت. بالاترین و پایین‌ترین میانگین نمره ابعاد فرسودگی شغلی مربوط به خستگی عاطفی و درگیری (فراوانی: ۶۸/۷ و ۱۶/۴، شدت: ۷۵/۴ و ۱۹/۴) بود. فراوانی عملکرد شخصی و شدت خستگی عاطفی با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی همبستگی معکوس داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به رابطه معکوس بین فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی، با ارائه و اجرای راهکارهای مختلف مدیریتی و شناسایی عوامل مؤثر در زمینه ارتقاء کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی را تقلیل داد که منجر به افزایش بهره‌وری خواهد شد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی، پرستاران

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۲۷

ارجاع:
حلوانی غلامحسین، ایزد پناه علی، میهن پور حمیده، اسماعیلی علیرضا. تعیین ارتباط کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی پرستاران بیمارستان خاتم الا نبیاء گنبد کاووس در سال ۱۳۹۶. بهداشت کار و ارتقاء سلامت ۱۳۹۷;۲(۱): ۱۳-۱.

[۱]گروه بهداشت حرفه ای، پردیس بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
[۲]گروه بهداشت حرفه ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
[۳]*کارشناسی ارشد بهداشت حرفه ای، عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات ژنتیک و مخاطرات محیطی، دانشکده پیراپزشکی ابرکوه، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
(نویسنده مسئول: h.mihanpour@gmail.com)
[۴]گروه طب اورژانس، دانشکده پیراپزشکی ابرکوه، دانشگاه علوم پزشکی شهیدصدوقی، یزد، ایران

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

مقدمه

امروزه قسمت عمده زندگی هر شخص، صرف اشتغال می-گردد و می‌توان گفت، افراد بیش از نیمی از اوقات بیداری را در محیط کار می‌گذرانند. در محیط کار، پنج دسته از عوامل فیزیکی، شیمیایی، زیستی، محیطی و روانی، سلامتی انسان را تهدید می‌کنند. تنش به عنوان مهمترین عامل روانی مؤثر بر سلامتی در نظر گرفته می‌شود و در دراز مدت، مقاومت بدنی و روانی انسان را تحلیل برده، منجر به فرسودگی شغلی می-شود (۱). سندرم فرسودگی شغلی، سندرمی روانی اجتماعی است و از مهمترین بیماری‌های شغلی محسوب می‌گردد (۲).

سندرم فرسودگی شغلی که در پاسخ به فشارهای کاری ایجاد می شود به عنوان فرآیندی تعریف می‌شود که در آن رفتارها و نگرش کارکنان نسبت به کار خود منفی و بدبینانه می‌شود و دارای ابعاد مختلفی شامل خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و عدم کفایت فردی است (۱) و خستگی هیجانی بعد اصلی فرسودگی شغلی است (۲). فرسودگی شغلی دارای مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های هیجانی، رفتاری، روان‌تنی و سازمانی است. در شغل پرستاری بعد هیجانی باعث بروز نشانه‌هایی چون بکارگیری شیوه‌های غیر صمیمانه با بیمار، احساس درماندگی، افسردگی و عدم رضایت شغلی می‌شود (۳). نشانه‌های رفتاری مشتمل بر کاهش عملکرد شغلی، محدود شدن فعالیت اجتماعی و تفریحی و افزایش مشکلات بین فردی و رفتارهای پرخطر مانند سوء مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار است. نشانه‌های روان‌تنی مثل احساس خستگی، سردرد، اختلالات خواب و گوارشی می‌باشد و در بعد سازمانی موجب بی‌نظمی در مراقبت از بیمار یا غیبت، حوادث محیط-کار، افت شدید کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و در نهایت تغییر یا ترک شغل می‌انجامد (۴) و در بعد نگرشی، نگرش-های منفی مثل عیب‌جویی، سرزنش‌کردن و فقدان همدلی نسبت به بیمار بروز می‌کند و به تدریج فرد دچار احساس پایین بودن ارزش شغلی، بی اعتمادی نسبت به کار و همکاران و سهل انگاری می‌شود (۱-۵).

به واسطه ماهیت بین رشته‌ای حرفه پرستاری با سایر رشته‌های علوم بهداشتی و گستردگی حیطه فعالیتی پرستاران، شاغلین این حرفه با مشکلات فراوانی مواجه بوده و استرس‌های قابل توجهی را تجربه می‌کنند. بر اساس گزارش-ها، پرستاران و کارکنان بیمارستان‌ها به لحاظ ارزیابی ممتد عملکردشان توسط همکاران، برخورد مکرر و مستقیم با مرگ، رنج‌ها و جراحت‌ها، ساعات طولانی کار، تعطیلات اندک و زمان‌های کوتاه برای ارتباط اجتماعی با دوستان، کافی نبودن تعداد پرستاران و مسئولیت در قبال بیماران (برای مثال در خلال کار شبانه) با فشارهای روانی و جسمانی بیشتری روبرو هستند. تداوم مستمر این عوامل استرس‌زا در طولانی مدت، فرسودگی شغلی پرستاران را به همراه دارد (۱).

با توجه به اینکه پرستاران بیشترین نیروی انسانی را در بیمارستان‌ها تشکیل می‌دهند، عدم بهره‌وری مناسب از این نیروی انسانی ماهر باعث محدودیت در ارائه خدمت یا افزایش هزینه ارائه خدمات سلامتی می شود و بیش از نیمی از پرستاران انرژی اندکی پس از اتمام کار دارند و نمی‌توانند بین زندگی کاری و زندگی خانوادگی تعادل برقرار سازند (۶) حرفه پرستاری از یکسری فعالیت‌ها و روابط بین فردی تشکیل شده است که اغلب استرس زا می باشد. موارد زیادی باعث استرس می‌شوند که از این میان می‌توان به تضاد با همکاران، کارکردن در محیطی که مدیران از کارکنان حمایت نمی‌کنند، اشاره کرد، پس استرس شغلی منجر به فرسودگی در پرستاران می‌شود که بر اثر آن قوای جسمی و هیجانی فرد تحلیل رفته و بروز پاسخ‌های منفی فرد نسبت به خود و دیگران را در پی دارد (۷).

به منظور حفاظت از سلامت پرستاران و تأثیر این امر در کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران و نیز به علت اثرات مخربی که فرسودگی شغلی می‌تواند بر اثربخشی و عملکرد این قشر از افراد جامعه داشته باشد، تشخیص و پیشگیری از شیوع و تسریع این سندرم ضروری به نظر می‌رسد. لذا هدف

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

از پژوهش حاضر تعیین ارتباط فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان خاتم الانبیاء گنبد کاووس می-باشد.

روش بررسی

تحقیق حاضر از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی است. به منظور بررسی ارتباط فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان خاتم الانبیاء شهرستان گنبد کاووس طی سال ۱۳۹۶ انجام شد. معیار ورود به مطالعه دارا بودن حداقل سن ۲۴ سال و بیشتر، حداقل سابقه کار دو سال و بیشتر، تک شغل بودن و پاره وقت نبودن و عدم ابتلا به بیماری مزمن تاثیرگذار بر فرسودگی شغلی و مرخصی استعلاجی بیش از یک ماه در شش ماه گذشته بود. با توجه به جدول مورگان و فرمول کوکراین حجم نمونه مورد بررسی ۱۷۵ نفر به دست آمد و نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش بود که بخش اول این پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی و اطلاعات دموگرافیک با ۱۶ سؤال، بخش دوم پرسشنامه کیفیت زندگی ۲۶ آیتمی با ۲۶ سوال که ۲۴ سوال آن به ارزیابی ۴ حیطه از کیفیت زندگی می پردازد. این حیطه‌ها عبارتند از: سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵ مورد تائید قرار گرفت و آلفا بزرگتر از ۰/۷ گزراش شد (۸). علاوه بر این موارد، این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز می‌تواند ارزیابی کند. آیتم-های پرسشنامه نیز بر روی مقیاس پنج گزینه‌ای ارزیابی می-شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۹) و بخش سوم نیز مربوط به اطلاعات فرسودگی شغلی ماسلاچ با ۲۵ سوال در دو مقیاس فراوانی و شدت بود که شامل چهار حیطه خستگی عاطفی، عملکرد شخصی، مسخ شخصیت و درگیری می‌باشد. فراوانی و شدت با مقیاس لیکرت اندازه-گیری شدند، فراوانی از صفر تا شش نمره و شدت نیز از صفر تا هفت نمره‌گذاری شد (۱۰). اعتبار سنجی این پرسشنامه توسط اکبری و همکارانش انجام و مورد تائید قرار گرفت. سپس نمرات حاصله در هریک از ابعاد فرسودگی شغلی در مقیاس فراوانی و شدت میزان فرسودگی شغلی را به تفکیک هر یک از چهار عامل فوق به طور مجزا بررسی نموده که هریک از ابعاد در دو مقیاس مربوطه به سه سطح فرسودگی بالا، متوسط و پایین تقسیم می‌گردد. جهت تعیین فرسودگی شغلی کلی، امتیازات عوامل خستگی عاطفی و مسخ شخصیت را با علامت مثبت و عملکرد شخصی و درگیری را با علامت منفی در نظر گرفته و آن‌ها را جمع جبری نموده، سپس نمره فرسودگی شغلی به صورت کلی بر حسب فراوانی و شدت را با جدول ۱ جهت تعیین سطح آن مقایسه نمایید.

جدول ۱: نحوه محاسبه میزان نسبی فرسودگی شغلی کلی در دو مقیاس فراوانی و شدت

	مقیاس	فرسودگی بالا	فرسودگی متوسط	فرسودگی پایین
فرسودگی شغلی	فراوانی	۸۴ و ۳۵	۳۴ و ۱۵-	۱۶- و ۶۶-
	شدت	۹۸ و ۴۰	۳۹ و ۱۸-	۱۹- و ۷۷-

پژوهشگر با حضور در بخش‌های مورد نظر جهت رعایت اخلاق در پژوهش ضمن معرفی خود و شرح اهداف مطالعه و آگاهی به آنان در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات درج شده در پرسشنامه و دریافت رضایت شفاهی، اقدام به توزیع پرسشنامه بدون نام و نام خانوادگی نمود که شرکت کنندگان در مطالعه سه روز فرصت داشتند تا نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام کنند، محقق با مراجعه مکرر به بخش‌های بیمارستان در هر سه نوبت کاری اقدام به توضیح در مورد

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

ابهامات احتمالی و جمع‌آوری پرسشنامه تکمیل شده، نموده، لازم به ذکر است جمع‌آوری داده‌ها حدوداً یک ماه به طول انجامید. پس از جمع آوری داده ها و انتقال به نرم‌افزار $SPSS_{22}$، جهت سنجش همبستگی داده های نرمال از آزمون همبستگی پیرسون و داده های غیرنرمال از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد. ارتباط داده نیز با استفاده از آزمون‌های تی، کای‌اسکوئر و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از میان ۱۷۵ پرسشنامه که به صورت تصادفی ساده بین کارکنان پرستاری بخش‌های مختلف بیمارستان توزیع شد، تعداد ۱۳۴ پرسشنامه که به طور کامل تکمیل شده بود و شرایط ورود به مطالعه در آن‌ها احراز شده بود، در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از پژوهش بیانگر آن است که میانگین سنی پرستاران مورد مطالعه ۳۸/۳۴ سال و حدود ۸۲/۱ درصد آنان در گروه سنی ۳۰-۴۵ سال قرار داشتند و میانگین سابقه کار افراد ۱۳/۸۱ سال، ۷۹/۸۵ درصد آنان در گروه با سابقه کاری ۷-۲۰ سال قرار داشتند اطلاعات مربوط به توزیع فراوانی مربوط به متغیرهای کیفی در جدول ۲ آورده شده است. بالاترین نمره مربوط به بعد سلامت جسمانی و کم‌ترین نمره مربوط به سلامت محیط بوده است (جدول ۳). طبق جدول ۴ بالاترین نمره مربوط به بعد خستگی عاطفی و کمترین نمره مربوط به زیر مقیاس درگیری بوده است.

سطح ابعاد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت، در سطح متوسط و ابعاد عملکرد شخصی و درگیری، در سطح بالا مشاهده شد و فرسودگی شغلی کلی در حیطه فراوانی و شدت در سطح متوسط بود.

بین اکثر داده های دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی داری یافت نشد ($P >۰/۰۵$)، به جز اضافه کار که با حیطه سلامت محیط و کیفیت زندگی، ارتباط معنی‌دار و معکوس مشاهده شد ($r= -۰/۱۹۳$، $r= -۰/۱۶۹$). همچنین ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای کمی دموگرافیک و نمرات مولفه‌های فراوانی و شدت فرسودگی شغلی یافت نشد ($P >۰/۰۵$)، البته بین نمرات فراوانی و شدت مولفه‌های فرسودگی شغلی با یکدیگر ارتباط معنی‌دار و مستقیم (همبستگی مثبت) مشاهده گردید. با توجه به جدول ۵ میانگین نمره حیطه سلامت جسمانی، روان و محیط با وضعیت استخدامی و حیطه سلامت جسمانی و اجتماعی با نوع شیفت ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید ($P >۰/۰۵$) و همچنین میانگین نمره حیطه سلامت جسمانی، روابط اجتماعی پرستاران دارای شیفت در گردش و ثابت متفاوت است. میانگین نمره شدت فرسودگی شغلی کلی با نوع شیفت ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید($P <۰/۰۵$). با توجه به جدول ۶ بین شدت درگیری و شدت و فراوانی فرسودگی شغلی کلی با هیچ‌کدام از مؤلفه‌های کیفیت زندگی همبستگی وجود ندارد ($P >۰/۰۵$). شدت عملکرد شخصی نیز تنها با مؤلفه سلامت محیط همبستگی معکوس نشان داد. کیفیت زندگی فقط با فراوانی عملکرد شخصی و شدت خستگی عاطفی همبستگی معکوس داشت و با دیگر حیطه‌های فرسودگی شغلی همبستگی معنی‌داری نداشت. فراوانی عملکرد شخصی و شدت خستگی عاطفی با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی همبستگی معکوس داشتند.

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

جدول ۲: توزیع فراوانی متغیرهای کیفی دموگرافیک

متغیر		فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۵۰	۳۷/۳۱
	زن	۸۴	۶۲/۶۹
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲	۸/۹۶
	متأهل	۱۱۹	۸۸/۸۱
	سایر (مطلقه)	۳	۲/۲۳
تعداد فرزندان	فاقد فرزند	۶	۴/۹۲
	یک فرزند	۳۲	۲۶/۲۳
	دو فرزند	۶۴	۵۲/۴۶
	سه فرزند	۱۹	۱۵/۵۷
	چهار فرزند	۱	۰/۸۲
وضعیت استخدام	رسمی	۱۲۴	۹۲/۵۴
	پیمانی	۵	۳/۷۳
	قراردادی	۵	۳/۷۳
نوع شیفت کاری	صبح	۱۳	۹/۷
	عصر	۲	۱/۴۹
	شب	۱	۰/۷۵
	در گردش	۱۱۸	۸۸/۰۶
سطح تحصیلات	لیسانس	۱۲۴	۹۲/۵۴
	فوق لیسانس	۱۰	۷/۴۶
نوع بخش	جراحی مردان	۱۳	۹/۷
	جراحی زنان	۱۶	۱۱/۹۴
	داخلی	۱۵	۱۱/۱۹
	اطفال	۱۱	۸/۲۱
	CCU	۹	۶/۷۲
	ICU	۹	۶/۷۲
	NICU	۱۳	۹/۷
	دیالیز	۵	۳/۷۳
	اورژانس	۳۵	۲۶/۱۲
	سایر	۸	۵/۹۷
دو شیفت همزمان (لانگ)	دارد	۷۹	۵۸/۹۶
	ندارد	۵۵	۴۱/۰۴
پست سازمانی	پرستار	۱۱۷	۸۷/۳۱
	سرپرستار	۹	۶/۷۲
	سوپروایز	۸	۵/۹۷
مجموع		۱۳۴	۱۰۰

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

جدول ۳: آماره‌های توصیفی نمره کیفیت زندگی و حیطه‌های مختلف آن

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سلامت جسمانی	۶۶/۷۸	۱۵/۷۷	۱۳	۱۰۰
سلامت روان	۶۵/۸۱	۱۶/۲۷	۱۹	۱۰۰
روابط اجتماعی	۶۵/۸۴	۱۸/۱۸	۰	۱۰۰
سلامت محیط	۶۳/۲۶	۱۷/۱۷	۱۳	۱۰۰
کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی	۶۵/۳۹	۱۷/۲۷	۱۲/۵	۱۰۰

جدول ۴: آماره‌های توصیفی نمره فرسودگی شغلی کلی و حیطه‌های مختلف آن

	متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
فراوانی	خستگی عاطفی	۲۵/۷	۸/۴۷	۴	۵۱
	عملکرد شخصی	۱۳/۴۱	۶/۸۳	۲	۴۲
	مسخ شخصیت	۱۱/۳۵	۵/۷۶	۰	۳۰
	درگیری	۴/۲۳	۳/۸	۰	۱۸
	فرسودگی شغلی کلی	۱۹/۴۱	۸/۲۴	۳	۴۶
شدت	خستگی عاطفی	۲۷/۴	۸/۶۸	۷	۵۶
	عملکرد شخصی	۱۴/۷۳	۶/۶۹	۴	۴۱
	مسخ شخصیت	۱۲/۱	۵/۶۵	۰	۳۲
	درگیری	۴/۷۸	۴/۲۵	۰	۲۱
	فرسودگی شغلی کلی	۲۰	۸/۸	-۳	۴۶

جدول ۵: بررسی ارتباط بین نمرات کیفیت زندگی کلی و حیطه های مختلف آن با داده های کیفی بیش از دوحالت

متغیر	تعداد (درصد)	سلامت جسمانی (میانگین±SD)	سلامت روان (میانگین±SD)	سلامت‌اجتماعی (میانگین±SD)	سلامت محیط (میانگین±SD)	کیفیت زندگی کلی (میانگین±SD)
وضعیت استخدام						
رسمی	۱۲۴(۹۲/۵۴)	۶۶/۴۶(۱۵/۹)	۶۵/۷۲(۱۶/۳)	۶۵/۴۱(۱۸/۰)	۶۳/۳۵(۱۷/۱)	۶۵/۱۲(۱۷/۴۰)
پیمانی	۵(۳/۷۳)	۶۸/۸۰(۱۳/۱)	۵۷/۸۰(۱۸/۷)	۵۷/۴۰(۱۶/۹)	۵۴/۰۰(۱۷/۳)	۵۷/۵۰(۱۴/۲۵)
قراردادی	۵(۳/۷۳)	۷۲/۸۰(۱۶/۵)	۷۶/۲۰(۷/۸)	۸۵/۰۰(۱۳/۷)	۷۰/۲۰(۱۹/۷)	۸۰/۰۰(۶/۸۴)
P-Value		۰/۶۴۹	۰/۱۴۸	۰/۰۲۴	۰/۳۳۹	۰/۰۴۸
نوع شیفت						
ثابت صبح	۱۳(۹/۷)	۷۳/۶۲(۱۵/۸۵)	۷۸/۰۰(۱۰/۹۷)	۷۵/۹۲(۱۲/۲۶)	۷۶/۴۶(۱۱/۱۷)	۷۸/۸۴(۱۵/۶۳)
ثابت عصر	۲(۱/۴۹)	۷۲/۰۰(۴/۲۴)	۷۲/۰۰(۲۲/۶۲)	۶۲/۵۰(۹/۱۹)	۶۵/۵۰(۲۱/۹۲)	۵۰/۰۰(۰/۰۰)
ثابت شب	۱(۰/۷۵)	۶۹/۰۰()	۶۳/۰۰()	۵۶/۰۰()	۵۶/۰۰()	۶۲/۵۰(۰/)
در گردش	۱۱۸(۸۸/۰۶)	۶۵/۹۲(۱۵/۸۱)	۶۴/۳۹(۱۶/۲۷)	۶۴/۸۷(۱۸/۶۱)	۶۱/۸۳(۱۷/۲۰)	۶۴/۱۹(۱۶/۹۷)
P-Value		۰/۳۹۳	۰/۰۳۵	۰/۰۷۱	۰/۰۱۶	۰/۰۱۷

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

جدول ۶: بررسی همبستگی بین کیفیت زندگی و حیطه های مختلف آن با فرسودگی شغلی و مولفه های آن

متغیر	سلامت‌جسمانی	سلامت‌روان	سلامت‌اجتماعی	سلامت‌محیط	کیفیت زندگی
فراوانی خستگی عاطفی	**-۰/۲۹۹ ۰/۰۰۰	**-۰/۲۹۶ ۰/۰۰۱	**-۰/۲۶۷ ۰/۰۰۲	**-۰/۲۹۱ ۰/۰۰۱	-۰/۱۲۹ ۰/۱۳۶
فراوانی عملکرد شخصی	**-۰/۲۶۴ ۰/۰۰۲	**-۰/۲۶۵ ۰/۰۰۲	*-۰/۲۰۵ ۰/۰۱۷	**-۰/۲۸۷ ۰/۰۰۱	*-۰/۱۷۱ ۰/۰۴۸
فراوانی مسخ شخصیت	*-۰/۲۰۴ ۰/۰۱۸	**-۰/۲۵۸ ۰/۰۰۳	*-۰/۲۱۹ ۰/۰۱۱	**-۰/۲۷۹ ۰/۰۰۱	-۰/۱۴ ۰/۱۰۸
فراوانی درگیری	*-۰/۱۹۸ ۰/۰۲۲	*-۰/۲۱۲ ۰/۰۱۴	*-۰/۱۸۱ ۰/۰۳۶	**-۰/۲۴۸ ۰/۰۰۴	-۰/۱۵۸ ۰/۰۶۹
فراوانی فرسودگی کلی	-۰/۱۱۱ ۰/۲۰۱	-۰/۱۰۴ ۰/۲۳۴	-۰/۱۳۲ ۰/۱۲۹	-۰/۱۱ ۰/۲۰۷	۰/۰۲۵ ۰/۷۷۶
شدت خستگی عاطفی	**-۰/۲۴۱ ۰/۰۰۵	**-۰/۲۴۳ ۰/۰۰۵	**-۰/۲۵۸ ۰/۰۰۳	**-۰/۲۲۶ ۰/۰۰۹	*-۰/۱۷۵ ۰/۰۴۳
شدت عملکرد شخصی	-۰/۱۴۷ ۰/۰۸۹	-۰/۱۶۷ ۰/۰۵۴	-۰/۱۶۲ ۰/۰۶۲	*-۰/۱۷۷ ۰/۰۴۱	-۰/۱۲۳ ۰/۱۵۵
شدت مسخ شخصیت	-۰/۱۶۸ ۰/۰۵۲	**-۰/۲۳۹ ۰/۰۰۵	*-۰/۱۹۶ ۰/۰۲۳	**-۰/۲۴۳ ۰/۰۰۵	-۰/۱۶۴ ۰/۰۵۹
شدت درگیری	-۰/۱۰۱ ۰/۲۴۴	-۰/۱۰۴ ۰/۲۳	-۰/۰۹۸ ۰/۲۶۲	-۰/۱۰۲ ۰/۲۴۳	-۰/۱۵۵ ۰/۰۷۴
شدت فرسودگی کلی	-۰/۱۳۳ ۰/۱۲۵	-۰/۱۲۶ ۰/۱۴۸	-۰/۱۳ ۰/۱۳۶	-۰/۱۴ ۰/۱۰۸	-۰/۰۴۷ ۰/۵۸۷

*رابطه درسطح ۰/۰۵ معنی‌دار است
**رابطه درسطح ۰/۰۱ معنی‌دار است

بحث

در حرفه پرستاری عوامل استرس‌زای شغلی متعددی وجود دارند. هر کدام از این عوامل به نوبه خود سهم بسیار بزرگی در ایجاد استرس در بین قشر پرستار بر عهده دارند. فشار روحی و روانی که بر این قشر وارد می‌شود، تبعاتی نیز به همراه دارد که به طور نمونه می‌توان به افزایش خطاهای شغلی اشاره نمود. از سوی دیگر استرس شغلی منجر به فرسودگی در پرستاران می‌شود که بر اثر آن قوای جسمی و هیجانی فرد تحلیل رفته و بروز پاسخ‌های منفی فرد نسبت به خود و دیگران را در پی دارد.

بالاترین نمره میانگین فرسودگی شغلی در دو مقیاس فراوانی و شدت در این پژوهش به ترتیب ابتدا در حیطه های خستگی عاطفی، عملکرد شخصی، مسخ شخصیت و درگیری بوده است، البته میانگین نمرات فرسودگی شغلی کلی نمونه مورد مطالعه در دو مقیاس فراوانی و شدت به ترتیب ۱۹/۴۱ و ۲۰ بوده است. که با توجه به بالا بودن حساسیت کاری و تنش پرستاران، وضعیت روحی و روانی آنان تحت تاثیر قرار گرفته و نهایتاً سبب کاهش عملکرد و بهره‌وری آن‌ها می‌گردد. میزان فرسودگی شغلی در تحقیقات متعدد داخلی و خارجی متفاوت

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

گزارش شده است، در مطالعه معروفی و همکاران، بالاترین میانگین نمره فرسودگی شغلی به ترتیب در سه حیطه عملکرد شخصی، درگیری و خستگی عاطفی بوده است (۶) که با مطالعه ما همخوانی نداشت و احتمالا این مغایرت به لحاظ بررسی فرسودگی شغلی پرستاران تنها در بخش اطفال و نوزادان بوده که عدم تشابه کامل محیط کار و عدم ماهیت یکسان کار پرستاری در محیط های گوناگون از دلایل دیگر می‌تواند باشد. در پژوهش سپهوندی پرستاران مورد مطالعه در سه مولفه فرسودگی شغلی به ترتیب خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و عملکرد شخصی نمرات بالایی را کسب کردند (۱۱) که تنها در بعد خستگی عاطفی با مطالعه ما همسو بود.

همچنین نتایج حاکی از آن بود که سطح فرسودگی شغلی پرستاران در هر دو مقیاس فراوانی و شدت، در بعد عملکرد شخصی و درگیری در سطح بالا و در بعد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت در سطح متوسط بوده است البته میزان نسبی فرسودگی شغلی کلی در هر دو مقیاس فراوانی و شدت، نیز در سطح متوسط بود. که در پژوهش جعفری عراقی و همکاران و همچنین عبدی و همکارانش ۲۰۰۸ شدت فرسودگی شغلی پرستاران در بعد عدم کفایت فردی در سطح بالا و در بعد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت در سطح پایین گزارش شده است (۱-۱۲) که تنها در بعد شدت عملکرد شخصی با مطالعه ما هم راستا می‌باشد، که عدم همخوانی در سایر ابعاد احتمالا به علت عدم تشابه کامل محیط کار و عدم ماهیت یکسان کار پرستاری در محیط‌های گوناگون می‌تواند باشد به طور مثال در مطالعه عراقی پژوهش در محیط کار نظامی انجام گرفته بود. در مطالعه مقدسی و همکارانش در سال ۱۳۹۱ مشاهده شد که میزان فرسودگی شغلی پرستاران در حیطه های مختلف آن در سطح زیاد می‌باشد (۱۳) که در بعد عملکرد شخصی و درگیری با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه ضیایی و همکاران و محمودی و همکاران که بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گرگان، بیشترین افراد مورد بررسی دچار فرسودگی شغلی متوسط بودند (۱۴-۱۵) که در دو بعد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت با نتایج مطالعه ما یکسان است و ممکن است به علت تشابه محیط کار و ماهیت یکسان کار پرستاری در محیط‌های گوناگون باشد. در مطالعه فارسی و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی میزان فرسودگی شغلی در بیمارستان‌های تابعه آجا (ارتش جمهوری اسلامی ایران) در شهر تهران پرداختند، میزان فرسودگی شغلی در همه ابعاد بالا بود (۱۶) که در بعد عملکرد شخصی و درگیری با مطالعه ما مطابق و با سایر ابعاد مغایر می‌باشد. لذا بالاتر بودن فرسودگی در بعد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت در بیمارستان‌های ارتش نسبت به مطالعه ما را می‌توان به مقررات و مأموریت‌های خاص و جو سازمانی حاکم بر آن محیط نسبت داد. علت بالاتر بودن فرسودگی در بعد خستگی عاطفی را به بیشتر بودن جنس مونث بودن شرکت کننده در مطالعه مذکور (۸۵ درصد) نسبت به مطالعه ما (۶۳ درصد) ربط داد چرا که زنان از لحاظ عاطفی حساس ترند، هرچند که در مطالعه ما ارتباطی بین خستگی عاطفی و جنسیت نشان داده نشد ولی در مطالعات دیگر این ارتباط که زنان بیشتر از مردان دچار خستگی عاطفی می شوند، بیان شده است (۱۷).

در مطالعه شینی جابری (Sheini-jaberi) و همکاران (۲۰۱۴) شدت فرسودگی در بعد کیفیت فردی و مسخ شخصیت بالا و در بعد خستگی عاطفی در سطح پایین گزارش شد (۱۸) که به جزء بعد عملکرد شخصی در سایر ابعاد مغایر با مطالعه ما است که به نظر می‌رسد تفاوت در بعد مسخ شخصیت را می‌توان به علت بررسی فرسودگی پرستاران تنها در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، سوختگی و اورژانس دانست که همه این بخش‌ها جزء بخش‌های پر استرس نسبت به سایر بخش‌ها هستند. در مطالعه وانگ (Wang) و همکاران (۲۰۱۱) در شانگ‌های چین میزان فرسودگی در بعد خستگی عاطفی بالا، مسخ شخصیت متوسط و عدم کفایت فردی در حد پایین گزارش شده است (۱۹) که تنها در بعد مسخ شخصیت با مطالعه ما همسو بود و در سایر ابعاد مغایر با یافته‌های ما است

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

که احتمالا علت آن وجود اختلاف فرهنگی بین جامعه ایران و چین و همچنین روش‌کار متفاوت باشد.

از دلایل دیگر بالاتر بودن میزان فرسودگی شغلی در بعد عملکرد شخصی در این مطالعه نسبت به سایر پژوهش‌ها می‌توان اینگونه تبیین نمود که بزرگ بودن بیمارستان و دارا بودن تعداد زیاد و تنوع بخش‌ها دانست که متاسفانه امکان اشراف کافی بر روی عملکرد پرستاران به شکل استاندارد فراهم نیست و در نتیجه قدردانی شایسته از سوی مدیر پرستاری و مسئولین بیمارستان از فعالیت‌های آنان میسر نمی‌گردد و این موضوع منجر به رفتارهای نامطلوب پرستاران نسبت به بیماران و مراجعه کنندگان خواهد شد.

بین فراوانی و شدت فرسودگی شغلی کلی با نوع شیفت پرستاران رابطه معنی‌دار آماری بود به این ترتیب که میانگین نمرات فراوانی و شدت فرسودگی شغلی کلی در شیفت های ثابت و در گردش متفاوت است مخصوصاً این مشکل در شیفت ثابت شب بیشتر مشاهده شد. با توجه به اینکه در مطالعه کنونی، فراوانی و شدت فرسودگی شغلی در شیفت ثابت (به جز عصر) بیشتر از شیفت چرخشی بود با مطالعه معروفی و همکاران که شدت درگیری در شیفت ثابت بیشتر از چرخشی بود همخوانی داشت که با توجه به ایجاد وضعیت روتین و عادی در کارهای روزمره طی شیفت های ثابت و در نتیجه پیشگیری از ارتقاء فردی و کاری پرستاران که منجر به کاهش کیفیت زندگی و افزایش میزان فرسودگی پرستاران می‌گردد (۶).

بر اساس یافته‌های این پژوهش، میزان فرسودگی در بعد عملکرد شخصی (شدت) با وضعیت استخدامی رابطه دارد، به این صورت که فرسودگی در بعد شدت عملکرد شخصی در پرستاران رسمی بیشتر از پرستاران پیمانی و قراردادی بوده است که نتایج مطالعه عراقی و همکاران نیز همسو با مطالعه ما بوده است (۱) که علت آن احتمالا بخاطر این است که نیروهای رسمی ابقاء در سازمان را نیاز و ضرورت دانسته و به لحاظ سرمایه‌گذاری سازمان برای آنان و سوابق و سنوات و سوابق نیروهای رسمی در سازمان، می‌دانند که با ترک سازمان این امتیازات از آنان سلب خواهد شد لذا تصمیم به ابقا دارند اگرچه هزینه‌های ناشی از ترک خدمت، فقدان فرصت‌های شغلی دیگر یا اولویت‌ها و نیازهای شخصی نیز می‌توانند مزید بر علت شوند. همچنین عدم مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌ها توسط مسئولین بیمارستان، دلیل دیگری از فرسودگی شغلی بیشتر در بعد عملکرد شخصی باشد و پرستاران رسمی به دلیل انتظارات بیشتری که جهت مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها دارند، فرسودگی بیشتری را نیز متحمل می‌گردند.

بین شدت فرسودگی شغلی کلی در سطوح مختلف فرسودگی با شیفت لانگ پرستاران رابطه معنی‌دار آماری بوده است، پرستاران دارای شیفت لانگ در شدت فرسودگی شغلی کلی در سطح متوسط بودند. با توجه به این‌که در مطالعه حاضر بالاترین میزان نسبی شدت فرسودگی شغلی کلی در پرستاران دارای شیفت لانگ و پایین‌ترین میزان در پرستاران فاقد شیفت لانگ و در سطح متوسط فرسودگی مشاهده شد و با مطالعه صاحب الزمانی که بالاترین میزان کاهش موفقیت فردی در پرستاران شب کار ثابت و عصر و شب (لانگ) ثابت و کمترین میزان را در صبح ثابت بیان داشت، تا حدودی یکسان بود (۲۰).

پرستاران با شیفت در گردش در این مطالعه نسبت به سایر شیفت‌ها با شدت خستگی عاطفی، فراوانی و شدت مسخ شخصیت و فرسودگی شغلی کلی متوسط مشاهده شدند. میانگین نمرات کیفیت زندگی کلی و ابعاد سلامت روان و محیط در پرستاران در شیفت ثابت صبح بیشتر از سایر شیفت ها بود که احتمالا به لحاظ فعالیت آنان در امورات اداری پرستاری در شیفت صبح می‌باشد که در مطالعه معروفی و همکاران کیفیت زندگی پرستاران در شیفت ثابت پایین‌تر از شیفت چرخشی ذکر شد (۶) که با مطالعه ما تا حدودی هم‌خوانی داشت به جزء شیفت ثابت صبح که بیشتر مشاهده شد و با توجه به اینکه در بعد سلامت روان نیز تفاوت معنی‌دار یافت شد، با توجه به نتایج مطالعات قبلی می توان اظهار داشت که

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

در واقع نوبت کاری یکی از عوامل موثر در بروز استرس در افراد شاغل در بیمارستان‌ها می‌باشد (۱۰).

نتیجه گیری

بین شدت درگیری و شدت و فراوانی فرسودگی شغلی کلی با هیچ‌کدام از مؤلفه‌های کیفیت زندگی همبستگی وجود نداشت. شدت عملکرد شخصی نیز تنها با مؤلفه سلامت محیط همبستگی معکوس نشان داد. کیفیت زندگی فقط با فراوانی عملکرد شخصی و شدت خستگی عاطفی همبستگی معکوس داشت و با دیگر حیطه‌های فرسودگی شغلی همبستگی معنی‌داری نداشت. فراوانی عملکرد شخصی و شدت خستگی عاطفی با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی همبستگی معکوس داشتند. به طور کلی تقریباً بین کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی کارکنان ارتباط معنی‌دار و معکوس وجود داشت که این ارتباط در پژوهش‌های دیگر نیز اذعان شده است (۱۵-۲۱). بین سلامت روان و فرسودگی شغلی رابطه معنی دار و معکوس آماری دیده شد که این موضوع در تأیید مطالعات قبلی بوده (۱۵-۲۲) و بیان می‌کند که با افزایش میزان سلامت روانی افراد درگیر در بخش خدمات درمانی و بهداشتی می‌توان از آثار زیان بار فرسودگی شغلی، کاست. با توجه به نتایج مطالعه فرسودگی شغلی در بین پرستاران در سطح متوسط می‌باشد و با توجه به اینکه کیفیت زندگی پایین سبب افزایش فرسودگی شغلی افراد شده است، با ارائه و اجرای راهکارهای مختلف مدیریتی در زمینه ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران فرسودگی شغلی آن‌ها را تقلیل و یا پیشگیری نمود که منجر به افزایش بهره‌وری خواهد شد.

با توجه به اینکه مطالعه بین پرستاران یکی از بیمارستان-های تأمین اجتماعی آن هم در شهر گنبدکاووس انجام شده باید احتیاط لازم در تعمیم نتایج آن به پرستاران بیمارستان-های خصوصی یا وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر شهرها با توجه به احتمال وجود بافت‌های فرهنگی مختلف لحاظ نمود و همچنین برای سایر شغل ها نیز قابل تعمیم نخواهد بود. لذا توصیه می‌گردد بررسی فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی کاری در مطالعات آتی در سایر شهرها با فرهنگ‌های مختلف و همچنین جمعیت گسترده‌تر با در نظر گرفتن سایر عوامل موثر و مداخله گر صورت پذیرد و در نهایت از بارزترین محدویت‌های این پژوهش احتمال پاسخگویی جامعه آماری به برخی از آیتم‌ها مبتنی بر باورهای ذهنی نه درک واقعی فرد از آیتم مورد نظر و وضعیت موجود است، لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای دقیق جهت تعیین ارتباط کلیه عوامل و متغیرهای روانشناختی و رفتاری موثر و تاثیرگذار بر فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی با استفاده از مدل معادلات ساختاری و تحلیل منسجم آن صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری مسئولین و پرستاران محترم بیمارستان خاتم الانبیاء شهرستان گنبد کاووس قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: غ.ح.ح

جمع آوری داده: ع.ا

تحلیل داده: ح.م

نگارش و اصلاح مقاله: ع.ا، ح.م

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

1. Iraqi IJ, Mahmoudi H, Nir MS, Ebadi A. Burnout in military hospital nurses in 2015-a cross-sectional study. Journal of Military Medicine. 2016;18(3):262-70.

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

2. Hosseinian S, Pordelan N, Heidari H, Salimi S. Analysis of exhaustion vocational Nurses structure with Structural Analysis of Burnout among Nurses Considering Acceptance, Commitment, and Emotion Regulation. 2014.

3.Chen CK, Lin C, Wang SH, Hou TH. A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. Journal of Nursing Research. 2009;17(3):199-211.

4. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras M, Bertran C, Sullman M. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013;20(4):305-13.

5. Mahfoozpour S, Shadmani FK, Ansarifar A. The Relationship between Occupational Stress & Related Injuries among Physician's Assistants: A Case-Control Study. Safety Promotion and Injury Prevention 2014;1(4):222-7.

6. Marofi M, Mousaviasl F, Hemati Z. The Relationship Between Burnout and Quality of Work Life in Pediatric and Neonatal Intensive Care Unit Nurses. 2016.

7. Habibi R, Zahedifar F, Hadizadeh M, Ghobadi M, Mohammadi M. The Relationship between Job Stress, Depression in Operating Room Nurses in Shahid Rajaee Hospitals and Social Security in Qazvin in 2012. EDRAK Journal. 2014;9(35):45-50.

8. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. School of Public Health
and Institute of Public Health Research. 2006; 4(4):1-12.

9. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of life Research. 2004;13(2):299-310.

10. Kelly JG, Cross DG. Stress, coping behaviors, and recommendations for intensive care and medical surgical ward registered nurses. Research in Nursing & Health. 1985;8(4):321-8.

11. Sepahvandi M, Movahedi Y, Azizi A, Lashani A, Mohammadzadigan R. The investigation relationship between dimensions of social capital with burnout nurses in Khorramabad academic hospitals. Journal of Nursing Education. 2014;3(1):41-50.

12. Abdi F, Khaghanizade M, Sirati M. Determination of the amount Burnout in Nursing Staff. J Behav Sci. 2008;2(1):51-9.

13. Moghaddasi J, Mehralian H, Aslani Y, Masoodi R, Amiri M. Burnout among nurses working in medical and educational centers in Shahrekord, Iran. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2013;18(4):294.

14. Mahmoudi GR, Rouhy G, Moujerlou M, Sheykh H, Rahmani H. Relationship between

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

nursing burnout. Physical Environment and Profesinal Equipments. 2006;8(2):40-6.

15. Ziaei M, Hosseini S, Shariati H, Khoshboo E. Association between Occupational Burnout and Quality of Life among Healthcare workers. Safety Promotion and Injury Prevention. 2015;3(3):185-91.

16. Farsi Z, Rajaei N, Habibi H. The relationship between burnout and quality of working life in nurses of AJA hospitals in Tehran. Military Caring Sciences. 2015;1(2):63-72.

17. Khodabakhsh MR, Mansuri P. Analysis and comparison between frequency and depth of job-burnout aspects among male and female nurses. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2011;13(4):40-2.

18. Sheini-Jaberi P, Baraz-Pordanjani S, Beiranvand S. Relationship between self-esteem and burnout in nurses. Clinical Nursing and Midwifery. 2014;3(3):52-62.

19. Wang A, Xie Z, Chen B. Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. Advanced Nursing. 2011;67(7):1537-46.

20. Sahebazzamani M, Safavi M, Farahani H. Burnout of nurses employed at Tehran psychiatric hospitals and its relation with social supports. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2009;19(3):206-11.

21. Hajlo N. The Relationship of Staffs' Job Stress, Burnout, and Life Quality to Organizational Climate Satisfaction at Mohaghegh Ardabili University. Scientific Journal Management System. 2012; 3(11):169-84.

22. Alavi S, Jannatifard F, Daoudi A. Study and comparison of mental health and occupational burnout among staff and workers of Saipa company. Monthly Journal of Automobile Engineering and Related Industries. 2009;1(6):21-5.

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

The Relationship between Job Burnout and Quality of Life of Nurses in Khatam-ol-Anbia, Gonbad-e-Kavoos Hospital in 2017

Gholam Hossein HALVANI[1], Ali IZADPANAH[2], Hamideh MIHANPOUR[3*], Alireza ESMAEELI[4]

Original Article

Received: 2018/03/06
Accepted: 2018/04/16

Citation:
HALVANI GH, IZADPANAH A, MIHANPOUR H, ESMAEELI AR. The Relationship between Job Burnout and Quality of Life of Nurses in Khatam-ol- Anbia, Gonbad – e - Kavoos Hospital in 2017. Occupational Hygiene and Health Promotion Journal 2018; 2(1): 1-13.

Abstract

Introduction: Job burnout, in addition to the adverse effects of physical and psychological health and the various dimensions of the quality of personal and professional life of nurses, has a lot of costs for the organization. The aim of this study was to determine the relationship between job burnout and quality of life of nurses.

Methods: In this descriptive-analytical study, 175 nurses working in Khatam-ol-Anbia Gonbad-e-Kavous Hospital were included in the study by the available method. The data gathering tool was a three-part questionnaire including demographic information, 26-item quality of life (WHOQOL), and Maslach burnout. The collected data were analyzed using $SPSS_{22}$ and t test, Chi-Square and analysis of variance tests.

Results: The mean age and work experience were 38.34 and 13.81, respectively. In this study, 92.54% of the participants had bachelor degree, 88.81% were married, 62.69% were women, 88.06% were in shift working and 26.12% were in the emergency department. The highest and lowest mean scores of quality of life dimensions were related to physical and environmental health (66.78 and 63.26, respectively). There was a negative correlation between environmental health and overall quality of life with overtime hours (r= -0.193, r= -0.169). The highest and lowest mean scores of occupational burnout dimensions were related to emotional exhaustion and involvement (frequency: 68.7 and 16.4, severity: 75.4 and 19.4). All dimensions of life quality were not correlated with personality frequency and severity of emotional exhaustion.

Conclusion: Regarding the inverse relationship between job burnout and quality of life, by presenting and implementing various management solutions and identifying effective factors in improving the quality of life of nurses, job burnout can be reduced which will lead to increase productivity.

Keywords: Quality of Life, Job Burnout, Nurses

[1]Department of Occupational Health, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2]Department of Occupational Health, International Campus, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[3]Department of Occupational Health, Instructor, School of Paramedicine Abarkouh, Genetic and Enviormental Advantures Research Center Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
*(Corresponding Author: h.mihanpour@gmail.com)
[4]Department of Emergency Medicine, School of Paramedical Abarkouh, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]

[Downloaded from ohhp.ssu.ac.ir on 2026-01-27]