مقاله پژوهشی

ابعاد مدل نیاز-کنترل و ارتباط آن با سندرم فرسودگی شغلی در پرستاران

احمد حیدری پهلویان[۱]، طاهره غلامی[۲*]، رشید حیدری مقدم[۳]، مهدی اکبرزاده[۴]، مجید معتمدزاده[۳]

۱- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲- گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
۳- گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴- گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۸/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: تغییرات به وجود آمده در ماهیت کار، افزایش قابل ملاحظه توجه به روابط بین فاکتورهای روانی وابسته به کار و سلامتی را به تصویر می‌کشد، هدف از انجام این مطالعه بررسی سطح فرسودگی شغلی و بررسی سطح نیازمندی‌ها و کنترل شغلی و رابطه فرسودگی شغلی با نیازمندی‌های روانی و کنترل شغلی در بین پرستاران بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تحلیلی- مقطعی، ۴۱۵ نفر از پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی همدان که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند، شرکت نمودند. نسخه فارسی پرسشنامه محتوای شغلی و پرسشنامه فرسودگی شغلی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون آماری رگرسیون لجستیک چندگانه در نرم افزار SPSS 16 استفاده شد.

نتایج: میانگین و انحراف استاندارد نمره ابعاد سندرم فرسودگی شغلی؛ خستگی هیجانی (۱۲/۴۲±۲۵/۱۳)، مسخ شخصیت (۵/۱±۵/۹۱)، کاهش کفایت شخصی (۹/۵۹±۳۳/۳۰) به دست آمد. حدود ۵۱٪ از پرستاران نیازهای روانی شغل خود را زیاد و حدود ۵۷٪ از ایشان نیز کنترل شغلی خود را زیاد گزارش کرده‌اند. حدود ۳۰٪ از پرستاران شغل خود را فعال، ۲۱٪ غیر فعال، ۲۲٪ با استرین بالا و ۲۷٪ با استرین پایین گزارش کرده‌اند. و شغل غیر فعال از بعد کاهش کفایت شخصی در سندرم فرسودگی شغلی حمایت می‌کند (OR=۰/۴۳۲).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه باید گفت که اگر نیازمندی‌های روانی و کنترل شغلی فرد بالا باشد فرد مستعد فرسودگی شغلی نخواهد بود. همچنین احتمال وقوع فرسودگی شغلی در بعد کاهش کفایت شخصی در بین پرستارانی که نیازمندی‌های روانی شغلی را کم و کنترل شغلی خود را نیز کم گزارش کرده‌اند بیشتر است.

کلمات کلیدی: **فرسودگی شغلی، پرستاری، مدل نیاز-کنترل، پرسشنامه محتوای شغلی، ایران**

مقدمه

رایج‌ترین روش ارزیابی ابعاد محتوای شغلی در محیط کار بر اساس مدل نیاز- کنترل – حمایت اجتماعی تدوین شده توسط کاراسیک و همکاران می‌باشد (۱، ۲). این مدل با ترکیب کردن فاکتورهای نیازهای شغلی (بارکاری، نیازهای فیزیکی، فشار زمانی، وقفه‌های کاری و ...)، کنترل شغلی (آزادی تصمیم‌گیری درباره‌ی نحوه انجام کار در شغل خود) و حمایت اجتماعی (از طرف سرپرستان و همکاران) ابعاد استرس شغلی را به کمک پرسش‌نامه محتوای شغلی مشخص می‌کند (۳). نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که شرایط نامناسب محیط کاری مانند: نیازهای شغلی بالا، سطح پایین کنترل شغلی و حمایت اجتماعی پایین در محیط کار، باعث افزایش استرس شغلی و متعاقباً پیامدهای منفی ناشی از آن در افراد می‌شود (۴). در دهه‌های اخیر، مطالعات

* نویسنده مسئول: طاهره غلامی، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران. تلفن: ۰۷۱۵۳۳۵۰۹۹۴
Email: gholamitahereh@yahoo.com

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

گوناگونی در زمینه استرس شغلی و پیامدهای آن در شاغلان بخش سلامت انجام شده است (۱). در این میان تحقیقاتی وجود دارند که به پرستاری به عنوان یکی از مشاغل پر استرس اشاره دارند (۵). استرس شغلی می‌تواند شمار زیادی از صدمات جسمانی و ذهنی را در پرستاران ایجاد کند (۵، ۶) امروزه در محیط‌های کار هزینه بیماری‌های مزمن مربوط به کار در حال افزایش است که خود دلیلی آشکار بر وجود استرس شغلی می‌باشد (۷). پرستاران به عنوان مهره بسیار کلیدی در حوزه درمان و به دلیل ارتباط مستقیم با سلامتی انسان‌ها، معمولا هنگام ورود به شغل پرستاری افراد منظم، دلسوز و با انگیزه کاری بالا هستند، اما معمولا پس از مواجه شدن با انبوهی از مشکلات و استرس‌های شغلی در محیط کار، احساس خستگی کرده و حتی مایلند از کار خود کناره گیری نمایند (۸). تغییرات به وجود آمده در ماهیت کار، افزایش قابل ملاحظه، توجه به روابط بین فاکتورهای روانی وابسته به کار و سلامتی را به تصویر می‌کشد. در دهه گذشته مدل نیاز-کنترل شغلی (JDC)[1](۲) و مدل عدم تعادل تلاش و پاداش در شغل[2](۹، ۱۰) برجسته‌ترین مدل‌ها در تحقیقات در مورد روابط بین سلامتی و فاکتورهای روانی وابسته به کار بوده‌اند. مدل JDC دو بُعد اساسی شغل را به تصویر می‌کشد: کنترل شغلی و نیازمندی‌های شغلی.

دو فرضیه اصلی این مدل که در شکل ۱ با قطرهای A و B نشان داده شده است عبارتند از:

۱- فرضیه استرین: ترکیب نیازمندی‌های شغلی بالا و کنترل شغلی پایین. که منجر به استرین فیزیکی و روانی می‌شوند (قطر A).

۲- شغل فعال: مشاغلی که در آن هم نیازمندی‌های شغلی و هم کنترل شغلی بالا هستند که باعث سلامتی، رشد شخصیتی و یادگیری می‌شوند (قطر B)(۱).

فرضیه استرین مدعی قابل انتظار بودن واکنش شدید به استرین روانی و بیماری‌های فیزیکی در مشاغلی با استرین بالا می‌باشد. فرضیه دوم بر این اساس است که نیازمندی‌های بالا در ترکیب با کنترل شغلی بالا باعث افزایش یادگیری، انگیزش و بهبود مهارت‌ها می‌گردد.

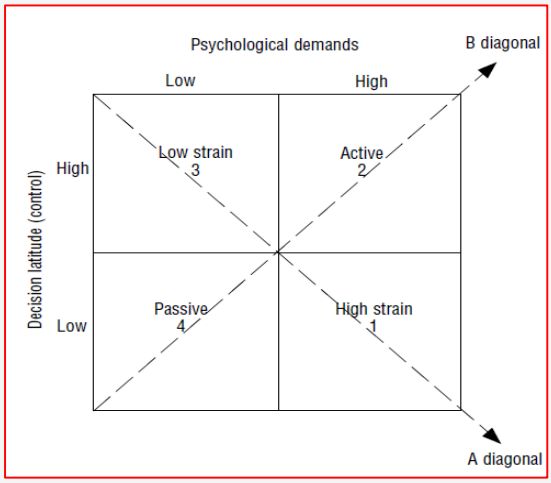
بر اساس این فرضیه‌ها کنترل شغلی می‌تواند در برابر اثرات منفی نیازمندی‌های شغلی بالا بر سلامتی نقش خنثی کننده داشته باشد. بر اساس سطوح این دو بعد اصلی – نیازمندی‌های شغلی و کنترل شغلی- ۴ نوع شغل اصلی که در شکل ۱ (۱۱) نشان داده شده است مطرح می‌شود:

۱- شغل با استرین بالا: نیازمندی‌های شغلی زیاد و کنترل شغلی کم (ربع ۱).

۲- شغل با استرین پایین: نیازمندی‌های شغلی کم و کنترل شغلی زیاد (ربع ۳).

۳- شغل فعال: نیازمندی‌های شغلی زیاد و کنترل شغلی زیاد (ربع۲).

۴- شغل غیر فعال: نیازمندی‌های شغلی کم و کنترل شغلی کم (ربع۴).



شکل۱: مدل نیاز-کنترل

مدل JDC به وسیله پرسشنامه محتوای شغلی (JCQ)[3] ارزیابی می‌شود (۲) عناصر اصلی این مدل گزارش نیازمندی‌های شغلی و کنترل شغلی (آزادی تصمیم‌گیری) می‌باشند (۳).

از مدلJDC به‌طور گسترده‌ای در مطالعات مربوط به بیماری‌های قلبی و ریسک فاکتورهای مرتبط با آن (۱۱، ۱۲)، سرطان ریه، افسردگی، خودکشی، خستگی، مشکلات خواب، سر درد و ناراحتی‌های شکمی استفاده شده است (۱۳، ۱۴). همچنین

[1]-Job-demand model

[2]- Effort-Reward Imbalance

[3] -Job Content Questionnaire

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

مدل JDC در توصیف و توضیح فرسودگی شغلی نیز کابرد دارد (۱۵، ۱۶). Nascimento و همکاران در سال ۲۰۱۳ در برزیل گزارش کرده‌اند که فرسودگی شغلی پرستاران با نیازمندی‌های روانی محیط کار ارتباط معنی داری دارد (۱۷). در سال ۲۰۱۴ نیز Ping chou و همکاران در تایوان با آزمون رگرسیون لجستیک سلسله مراتبی نشان دادند که سندرم فرسودگی شغلی با استرین شغلی رابطه معنی داری دارد (۱۸).

فرسودگی شغلی در طی سال‌های اخیر پژوهش‌های قابل توجهی را به خود اختصاص داده است (۱۹). فرسودگی شغلی به دلیل استرس طولانی مدت ایجاد شده و به عنوان سندرم خستگی هیجانی، مسخ شخصیت، کاهش احساس کفایت شخصی تعریف می‌شود (۲۰) و حالت هیجانی و دیرپایی است که با خستگی جسمانی، تحلیل رفتن عاطفی و ضعف و فرسودگی شناختی همراه می‌باشد. این سندرم به دنبال ضعف و تحلیل رفتن منابع مقابله‌ای که از شخص در مواجهه با استرس حفاظت می‌کنند پدید می‌آید. فرسودگی بیشتر در مشاغلی پدید می‌آید که افراد مدت زیادی از ساعت‌های کاری را در ارتباط نزدیک با سایر مردم می‌گذرانند (۲۱).

پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که فرسودگی شغلی می‌تواند باعث افت کیفیت ارائه خدمات گردد، عاملی برای دست کشیدن از یک شغل، جابه‌جایی‌های مکرر، غیبت و یا روحیه پایین می‌باشد و با اختلال‌هایی همچون خستگی بدنی، بی‌خوابی، روی آوردن به الکل و مواد مخدر و مشکلات خانوادگی و زناشویی ارتباط داشته باشد. در حالی‌که تحقیقات اولیه در رابطه با فرسودگی شغلی عمدتا ناظر بر عملکرد سازمانی بوده است طی سال‌های اخیر پژوهش‌های قابل ملاحظه‌ای تاثیرات منفی فرسودگی شغلی را بر سلامت جسمانی و روانی مورد توجه قرار داده‌اند. چنین بررسی‌هایی درباره فرسودگی شغلی نشان داده است که در شرایط یکسان، افراد به یک اندازه دچار فرسودگی شغلی نمی‌شوند به بیان دیگر فرسودگی از عوامل متعددی از جمله عوامل فردی، بین فردی ، شغلی و ویژگی‌های شخصیتی تاثیر می‌پذیرد (۲۱، ۲۲).

با توجه به مطالب یاد شده به نظر می‌رسد که پرستاران تحت استرس‌های زیاد به کار حرفه‌ای خود ادامه می‌دهند و به نظر می‌رسد که این عوامل می‌توانند بر کیفیت کار آنان تأثیر بگذارند. از آنجایی که پرستاری یکی از مشاغل پر استرس است، بنابراین شناخت عوامل تنش‌زا گام مؤثری در جهت پیشگیری، درمان و کاهش استرس خواهد بود. Olley در سال ۲۰۰۳ در بین حرف مختلف پزشکی (پرستار، پزشک، مددکار، داروساز، کمک پرستار) نشان داد که پرستاران از سلامت روان کمتری برخوردار بوده و در تمام ابعاد فرسودگی شغلی نسبت به سایر گروه‌ها نمره بالاتری داشته‌اند (۲۳).

Cabrera Gutiérrez و همکاران در سال ۲۰۰۵ میزان فرسودگی شغلی را در بین پرستاران در ابعاد مختلف خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی به ترتیب ۴۰٪، ۳۲٪ و ۶۳٪ گزارش کردند (۲۴)

Kilfedder و همکاران نیز در سال ۲۰۰۱ در ۵۱۰ پرستار اسکاتلندی نشان دادند که خستگی هیجانی ۲۲٪ افراد و مسخ شخصیت در ۷٪ اشخاص تجربه شده بود که از نظر جنسی دارای تفاوت معنی دار بوده و در مردان بیشتر مشاهده شده بود. ۳۳٪ اشخاص مورد مطالعه سطح پایین کفایت شخصی را گزارش نمودند (۲۵).

Aguir و همکاران در مطالعه پرستاران اورژانس نشان دادند که احتمال وقوع فرسودگی شغلی در بعد خستگی هیجانی در بین پرستارانی که با نیازمندی‌های روانی زیاد و کنترل کم و حمایت اجتماعی کم سرپرست مواجهه داشته‌اند کمتر بوده است (۱۶). در این مطالعه شواهدی بر تاثیر ریسک فاکتورهای روانی بر مسخ شخصیت پیدا نشده است. همانگونه که توسط zeng اشاره شده است استرس و فرسودگی شغلی در حرفه پرستاری به طور گسترده‌ای برای بیش از ۲ دهه مورد مطالعه قرار گرفته است و مطالعات مختلفی نیز از مدل نیاز- کنترل در بررسی فرسودگی شغلی استفاده کرده‌اند (۲۶) اما با این حال رابطه ابعاد استرس شغلی در مدل نیاز-کنترل با فرسودگی شغلی در بین پرستاران ایرانی ناشناخته است. با توجه به دانش ما مطالعه‌ای که در مورد رابطه ابعاد مدل نیاز-کنترل و فرسودگی شغلی در پرستاران ایرانی بحث کرده باشند وجود ندارد. این مطالعه با هدف استفاده از مدل نیاز-کنترل و بررسی سطح نیازمندی‌ها و کنترل شغلی در پرستاران، بررسی سطح فرسودگی شغلی در پرستاران و تعیین رابطه ابعاد مدل نیاز-کنترل و ابعاد فرسودگی شغلی در ایشان انجام شده است.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

روش‌ها

الف) جمعیت مورد مطالعه : در این مطالعه مقطعی که از شهریور تا دی ماه ۹۱ انجام شد پرستاران پنج بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان که تعداد کل آن‌ها در مقطع زمانی یاد شده برابر با ۸۸۸ نفر بود جامعه مورد مطالعه را تشکیل دادند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول $n=\frac{Nt^2p(1-p)}{Nd^2+t^2p(1-p)}$ ۳۵۹ نفر تعیین شد. ۴۱۵ پرستار به صورت تصادفی در مطالعه شرکت کردند. پس از مشخص شدن حجم نمونه، با انجام هماهنگی‌های لازم با دانشگاه علوم پزشکی همدان و از آن طریق با بیمارستان‌ها، به محل بیمارستان‌ها مراجعه می‌شد و پرستاران مورد بررسی قرار می‌گرفتند. قبل از تکمیل پرسشنامه، فرم رضایتنامه کتبی در اختیار فرد قرار می‌گرفت تا پس از آگاهی از مفاد آن در صورت تمایل نسبت به امضای آن اقدام نموده و به مطالعه وارد شود.

ب) ابزار گردآوری داده‌ها:

۱) چک لیست ویژگی‌های دموگرافیک

این چک لیست که توسط پرستار تکمیل می‌شد در بر گیرنده اطلاعاتی مانند (سن، جنس، سابقه کار، میزان تحصیلات، نوبت کاری، قصد تغییر شغل، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات) بود.

۲) پرسشنامه سندرم فرسودگی شغلی ماسلاخ

پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاخ که به زبان فارسی اعتباریابی شده است و توسط پرستار تکمیل می‌شد شامل ۲۲ عنوان سوال می‌باشد: ۹ مورد برای خستگی هیجانی، ۵ مورد برای مسخ شخصیت و ۸ مورد برای کاهش کفایت شخصی. هرکدام از سوال‌های پرسشنامه ماسلاخ در یک مقیاس ۷ نمره‌ای از هرگز تا هر روز نمره‌گزاری می‌شوند. نمره به دست آمده در هر یک از خرده مقیاس‌ها بر پایه‌ی نمره‌ی مرجع در دسته‌های فرسودگی زیاد، متوسط و کم قرار می‌گیرد. نقطه برش برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به شرح جدول ۱ می‌باشد.

از پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاخ در بسیاری از مطالعات داخلی و خارجی استفاده شده است. ضریب آلفا کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و احساس کفایت شخصی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۰ و ۰/۷۵ (۲۷) و ضریب آلفای کرونباخ در مطالعات داخلی برای هر یک از خرده مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۸۳ (۲۸) گزارش شده است.

۳) پرسشنامه محتوای شغلی کاراسیک:

به منظور استفاده از مدل نیاز-کنترل از پرسشنامه ۱۴ سوالی محتوای شغلی کاراسیک و همکاران (۵ سوال به منظور ارزیابی نیازمندی‌های روانی شغلی و ۹ سوال به منظور ارزیابی آزادی تصمیم‌گیری (کنترل شغلی)) که توسط چوبینه و همکاران به زبان فارسی اعتباریابی شده است (۲۹) استفاده گردید. برای تشکیل خانه‌های مدل نیاز- کنترل، از معیار پیشنهاد شده در راهنمای پرسشنامه محتوای شغلی استفاده شد (۳۰). برای نیل به این هدف، دو بعد نیاز و کنترل با استفاده از میانه به عنوان نقطه برش به دو گروه بالا و پایین تقسیم شدند (۳۰) در نهایت چهار خانه شامل استرین بالا، شغل فعال، استرین پایین و شغل غیر فعال شکل گرفت.

جدول۱: نقطه برش خرده مقیاس‌های فرسودگی شغلی

شدت فرسودگی شغلی / ابعاد فرسودگی شغلی	زیاد	متوسط	کم
خستگی هیجانی	>۲۷	۱۷-۲۶	۰-۱۶
مسخ شخصیت	>۱۳	۷-۱۲	۰-۶
احساس کفایت شخصی	۰-۳۱	۳۲-۳۸	>۳۹

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. برای بررسی سطح فرسودگی شغلی در پرستاران از روش آمار توصیفی و بررسی فرسودگی شغلی در ابعاد آن از روش آماری کای دو استفاده گردید. اطلاعات حاصل از پرسشنامه محتوای شغلی بر اساس آمار توصیفی و رابطه بین ابعاد مدل نیاز-کنترل و ابعاد سه گانه فرسودگی شغلی بر اساس رگرسیون لجستیک چندگانه ارزیابی شدند.

جدول۲: مشخصات فردی پرستاران شرکت کننده در مطالعه (n=۴۱۵)

سن (سال)	میانگین (انحراف معیار) حداقل-حداکثر	۳۱/۹۳(۶/۱۳) ۲۱-۵۸
سابقه کار (سال)	میانگین (انحراف معیار) حداقل-حداکثر	۷/۶۸(۵/۳۹) ۱-۳۴
جنس	زن مرد	۳۴۳(۸۲/۷٪) ۷۲(۱۷/۳٪)
وضعیت تاهل	مجرد متاهل	۱۹۳(۴۶/۵٪) ۲۲۲(۵۳/۵٪)
تحصیلات	فوق دیپلم لیسانس	۳۶(۸/۷٪) ۳۷۹(۹۱/۳٪)
نظام کار	روزکار نوبت کار	۷۱(۱۷/۱٪) ۳۴۴(۸۷/۹٪)
شغل دوم	دارد ندارد	۵(۱/۲٪) ۴۱۰(۹۸/۸٪)

جدول۳: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر امتیاز ابعاد مدل نیاز-کنترل در جامعه مورد مطالعه (n=۴۱۵)

ابعاد محتوای شغلی (i= تعداد آیتم‌ها در هر بعد)	میانگین (انحراف استاندارد)	امتیاز کسب شده (حداقل-حداکثر)	امتیازی که می‌تواند در هر بعد کسب شود* (حداقل-حداکثر)
آزادی تصمیم گیری (i=۹)	۶۴/۶۷(۷/۰۵)	۴۶-۸۸	۲۴-۹۶
توانایی استفاده از مهارت (i=۶)	۳۳/۸۳(۴/۰۳)	۲۲-۴۴	۱۲-۴۸
اختیار تصمیم گیری (i=۳)	۳۰/۸۴(۴/۹۰)	۱۶-۴۸	۱۲-۴۸
نیازهای روانشناختی شغل (i=۵)	۳۸/۲۲(۵/۱۸)	۲۶-۴۸	۱۲-۴۸

*بر اساس راهنمای پرسشنامه محتوای شغلی

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

نتایج:

در جدول ۲ اطلاعات فردی و جمعیت شناختی پرستاران شرکت کننده در مطالعه نشان داده شده است. همان گونه که مشاهده می‌شود جمعیت مورد مطالعه با میانگین سنی ۳۱ سال جامعه جوانی را تشکیل می‌دهد. از نظر جنسیت اغلب آنان را زنان تشکیل داده و حدود ۵۴٪ از آنان متاهل هستند. حدود ۹۱٪ از پرستاران لیسانس بوده و نزدیک به ۸۸٪ از آنان در نظام نوبتی کار می‌کنند.

میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده ابعاد مدل نیاز- کنترل در جدول ۳ ارائه شده است. در این جدول هرچه میانگین ابعاد آزادی تصمیم گیری (کنترل شغلی) بالاتر باشد نشان دهنده استرس پایین تر بوده و هرچه میانگین امتیاز ابعاد نیازمندی‌های روانی شغل بالاتر بوده نشان دهنده استرس بالاتر می‌باشد. شایان ذکر است که برای مشخص شدن وضعیت بالا یا پایین بودن امتیاز در هر بعد، میانگین به دست آمده با حداقل و حداکثر امتیازی که می‌تواند در هر بعد کسب گردد

جدول۴: میانگین و انحراف معیار و سطوح فرسودگی شغلی در پرستاران شرکت کننده در مطالعه (n=۴۱۵)

ابعاد فرسودگی	میانگین (انحراف معیار)	زیاد تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	کم تعداد(درصد)
خستگی هیجانی	۲۵/۱۳ (۱۲/۴۲)	۱۸۶(٪۴۴/۸)	۱۰۶ (٪۲۵/۵)	۱۲۳ (٪۲۹/۶)
مسخ شخصیت	۵/۹۱ (۵/۱۲)	۵۱ (٪۱۲/۳)	۱۰۱ (٪۲۴/۳)	۲۶۳ (٪۶۳/۴)
کفایت شخصی	۳۳/۳۰ (۹/۵۹)	۱۵۹ (٪۳۸/۳)	۱۰۵ (٪۲۵/۳)	۱۵۱ (٪۳۶/۴)

جدول۵: میانه و توزیع روانی- اجتماعی شغل پرستاران مورد مطالعه (n=۴۱۵)

نیازهای روانی شغل	میانه	۳۸
کم	تعداد(%)	۲۰۲(۴۸/۹)
زیاد	تعداد(%)	۲۱۲(۵۱/۱)
آزادی تصمیم گیری (کنترل شغلی)	میانه	۶۴
کم	تعداد(%)	۱۷۷(۴۲/۷)
زیاد	تعداد(%)	۲۳۸(۵۷/۳)
نیاز روانی زیاد و کنترل زیاد (فعال)	تعداد(%)	۱۲۳(۲۹/۶۳)
نیاز روانی زیاد و کنترل کم (استرین زیاد)	تعداد(%)	۸۹(۲۱/۴۴)
نیاز روانی کم و کنترل زیاد (استرین کم)	تعداد(%)	۱۱۵(۲۷/۷۱)
نیاز روانی کم و کنترل کم (غیر فعال)	تعداد(%)	۸۸(۲۱/۲۰)

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]



شکل۲: نمودار نقطه‌ای توزیع شغل پرستاری بر اساس مدل نیاز-کنترل شغلی

مقایسه می‌شود. بر این مبنا همان گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین امتیاز ابعاد آزادی تصمیم‌گیری (کنترل) بالا بوده که نشان دهنده استرس پایین است. از طرف دیگر میانگین امتیاز ابعاد نیازهای روانشناختی، بالا بوده که نشان دهنده استرس بالا می‌باشد.

نتایج حاصل از پرسشنامه MBI نشان دادند که میانگین نمره ابعاد سندرم فرسودگی شغلی؛ خستگی هیجانی (۱۲/۴۲±۲۵/۱۳)، مسخ شخصیت (۵/۱±۵/۹۱)، کاهش کفایت شخصی (۹/۵۹±۳۳/۳۰) می‌باشد. بر اساس نتایج به دست آمده و نقطه برش تعیین شده بر اساس جدول شماره ۱، میزان فرسودگی شغلی در جدول ۴ در مورد مقیاس خستگی هیجانی تعداد زیادی از پرستاران (۴۴/۸٪، n=۱۸۶) از سطح بالای فرسودگی شغلی رنج می‌برند.

در مورد مقیاس مسخ شخصیت ۵۱ نفر (۱۲/۳٪) از پرستاران در سطح بالای فرسودگی شغلی و در مورد مقیاس کاهش کفایت شخصی ۱۵۹ نفر (۳۸/۳٪) از پرستاران در سطح بالای فرسودگی شغلی هستند.

در جدول ۵ بر اساس شاخص آماری میانه به عنوان نقطه برش نشان داده شده است و حدود ۵۱٪ از پرستاران نیازهای روانی شغل خود را زیاد و حدود ۵۷٪ از ایشان نیز کنترل شغلی خود را زیاد گزارش کرده‌اند.

بر اساس شاخص آماری میانه برای این دو بعد اصلی می‌توان توزیع ویژگی‌های روانی/اجتماعی شغل پرستاری را بر اساس مدل نیاز-کنترل رسم کرد. در شکل ۲ این توزیع شغلی نشان داده شده است. و همان گونه که مشاهده می‌گردد حدود ۳۰٪ از پرستاران شغل خود را فعال، ۲۱٪ غیر فعال، ۲۲٪ با استرین بالا و ۲۷٪ با استرین پایین گزارش کرده‌اند.

جدول ۶ رابطه ابعاد مدل نیاز-کنترل با ابعاد فرسودگی شغلی دهد. همان را بر اساس روش آماری رگرسیون لجستیک نشان می گونه که مشاهده می‌شود بین ابعاد مدل نیاز-کنترل با ابعاد فرسودگی شغلی رابطه آماری معناداری وجود ندارد. شغل غیر فعال از بعد کاهش کفایت شخصی در سندرم فرسودگی شغلی). اما بین دیگر انواع مشاغل و ابعاد =ORحمایت می‌کند (۰/۴۳۲ فرسودگی شغلی رابطه آماری معناداری نشان داده نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات ابعاد فرسودگی شغلی پرستاران از نظر خستگی هیجانی و احساس کفایت شخصی در حد زیاد و از نظر مسخ شخصیت در حد کم می‌باشد. در این مطالعه ۴۴/۸ درصد از پرستاران خستگی هیجانی زیاد داشتند که در مقایسه با نتایج مطالعات انجام شده در ایران (۳۱)، عربستان (۳۲)، شانگهای (۳۳)، اسپانیا (۳۴) مشابه و با نتیجه مطالعه Kilfedder و همکاران در انگلستان (۲۵) متفاوت می‌باشد. توجیه بالا بودن میزان فرسودگی شغلی در این بعد نسبت به نتایج دیگر پژوهش‌های داخلی و خارجی شاید این باشد که پرستاران شرکت کننده در این مطالعه در حین ارائه مراقبت‌ها تمام احساسات مثبت، همدردی و احترام نسبت به مددجویان را از دست می‌دهند. در این مطالعه ۶۴٪ از پرستاران مسخ شخصیت کم را تجربه کردند. در مقایسه با مطالعات مذکور، یافته‌های این مطالعه در بعد مسخ شخصیت، با یافته‌های مطالعه Kilfedder و همکاران در انگلستان (۲۵) همخوانی دارد و اکثریت مطالعات سطح بالا و متوسط مسخ شخصیت را گزارش کرده‌اند (۳۲، ۳۳).

پاتریک و همکاران نیز در مطالعه‌ای که روی ۵۰۱ پرستار در استرالیا انجام دادند سطوح پایین مسخ شخصیت را گزارش کردند. ایشان این مورد را با این موضوع مرتبط می‌داند که عده‌ای از

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

جدول ۶: ابعاد مدل نیاز-کنترل موثر در ابعاد سندرم فرسودگی شغلی در پرستاران

ابعاد مدل نیاز-کنترل	متغیرها	OR	٪۹۵ CI	P-value
نیازهای روانی شغل	خستگی هیجانی	۱/۲۲۱	(۰/۸۰۹-۱/۸۴۳)	۰/۳۴۳
	مسخ شخصیت	۱/۱۰۲	(۰/۶۰۳-۲/۰۱۷)	۰/۷۵۲
	کاهش کفایت شخصی	۱/۴۲۶	(۰/۹۳۵-۲/۱۷۳)	۰/۰۹۹
کنترل شغلی	خستگی هیجانی	۱/۰۱۸	(۰/۶۷۲-۱/۵۴۲)	۰/۹۳۵
	مسخ شخصیت	۰/۷۹۷	(۰/۴۳۵-۱/۴۵۸)	۰/۴۶۱
	کاهش کفایت شخصی	۱/۴۱۱	(۰/۹۱۹-۲/۱۶۴)	۰/۱۱۵
شغل فعال	خستگی هیجانی	۱/۰۴۲	(۰/۶۶۵-۱/۶۳۰)	۰/۸۵۹
	مسخ شخصیت	۰/۷۲۲	(۰/۳۵۸-۱/۴۵۴)	۰/۳۶۱
	کاهش کفایت شخصی	۱/۲۰۱	(۰/۷۶۹-۱/۹۰۵)	۰/۴۰۹
شغل غیر فعال	خستگی هیجانی	۰/۷۶۵	(۰/۴۶۱-۱/۲۷۰)	۰/۳۰۱
	مسخ شخصیت	۰/۸۳۵	(۰/۳۹۰-۱/۷۸۵)	۰/۶۴۱
	کاهش کفایت شخصی	۰/۴۳۲	(۰/۲۴۷-۰/۷۵۶)	۰/۰۰۳
شغل با استرین کم	خستگی هیجانی	۰/۹۷۸	(۰/۶۱۸-۱/۵۴۷)	۰/۹۲۳
	مسخ شخصیت	۱/۰۳۹	(۰/۵۲۹-۲/۰۳۹)	۰/۹۱۲
	کاهش کفایت شخصی	۱/۲۳۵	(۰/۷۷۷-۱/۹۶۲)	۰/۳۷۲
شغل با استرین زیاد	خستگی هیجانی	۱/۲۸۳	(۰/۷۷۶-۲/۱۲۰)	۰/۳۳۱
	مسخ شخصیت	۱/۶۱۶	(۰/۸۲۲-۳/۱۷۵)	۰/۱۶۴
	کاهش کفایت شخصی	۱/۳۳۷	(۰/۸۰۱-۲/۲۳۰)	/۲۶۶

پرستاران به صورت نیمه وقت کار می‌کنند و در مقایسه با پرستاران تمام وقت تعادل بیشتری در زندگی روزمره دارند (۳۵) میزان مسخ شخصیت در پرستاران مورد مطالعه نسبت به برخی مطالعات داخلی و خارجی کمتر است که می‌توان به این نتیجه رسید که واکنش منفی عاری از احساس و توام با بی اعتنایی نسبت به بیماران در پرستاران شرکت کننده در مطالعه کمتر است. همچنین پایین بودن مسخ شخصیت در پرستاران علاوه بر تبیین وجود روابط انسانی درون سازمانی، نشان دهنده دید مثبت کارکنان به گیرنده خدمت است. این نگرش مثبت می‌تواند ناشی از احساس مسئولیت متاثر از آموزه‌های فرهنگی ما نیز باشد. در عین حال با توجه به نقش عوامل متعدد در مسخ شخصیت، توجه به عوامل ارثی، خانوادگی و اجتماعی نیز ضروری است (۳۶).

یافته‌های پژوهش نشان داد که ۳۸ درصد از پرستاران کاهش عملکرد شخصی در حد زیاد داشتند. در مطالعه طلایی علت کاهش عملکرد شخصی به عدم مشارکت دادن پرستاران در امور

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

بیمارستانی و به تفاوت قائل نبودن بین نیروهای توانمند و غیر توانمند اشاره شده است. زیرا احساس موفقیت فردی زمانی به وجود می‌آید که فرد بتواند در خط مشی‌های سازمان متبوع تاثیر داشته باشد و از این طریق توانایی‌های خود را به معرض نمایش بگذارد و نگرش‌های مثبت در مورد خود و بیماران به دست آورد. در این صورت ضمن احساس اعتماد به نفس، احساس قدرت و تسلط بیشتری در انجام وظایف خواهد داشت و دیدگاه‌های بهتری نسبت به شغل خود کسب می‌نماید و از کار بیشتر لذت می‌برد و احساس رضایت می‌کند (۳۷).

زیمرمن و همکاران (۲۰۰۶) ریشه تفاوت‌های موجود در فرسودگی شغلی پرستاران را در متفاوت بودن ماهیت استرس‌های شغلی موجود در بخش‌های مختلف می‌دانند (۳۸).

با توجه به نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر، وضعیت پرستاران در این جامعه از نظر بعد آزادی تصمیم گیری یا کنترل شغلی در سطح بالا قرار دارد که باعث کاهش سطح استرس شغلی در آنان می‌شود (۳۰). همچنین بعد نیازهای روانشناختی پرستاران در سطح بالا قرار گرفت. این موضوع نشان می‌دهد که پرستاران مورد مطالعه از نظر نیازهای گوناگون روانشناختی (بارکار، فشار زمانی) تحت فشار می‌باشند. میانگین و انحراف معیار دو عنصر اصلی مدل نیاز-کنترل (نیازهای روانی شغل و کنترل شغلی) با نتایج حاصل از مطالعه Shen و همکاران (۳۹) و Eum و همکاران (۴۰) همخوانی دارد. با در نظر گرفتن شاخص آماری میانه برای دو بعد اصلی مدل نیاز-کنترل چهار مربع شغلی با اسامی شغل با استرین بالا، شغل فعال، شغل با استرین پایین و شغل غیر فعال تشکیل می‌شود (شکل ۱). Magnago و همکاران نیز در مطالعه خود از شاخص آماری میانه به عنوان نقطه برش استفاده کردند (۴۱) همانگونه که در شکل ۲ مشاهده می‌شود حدود ۳۰٪ از پرستاران شغل خود را فعال گزارش کرده‌اند. کاراسیک نیز شغل پرستاری را شغلی فعال گزارش کرده است (۳) شغل فعال طبق تعریف فرصیه دوم مدل نیاز کنترل شغلی به عنوان استرس خوب تعریف می‌شود و شامل توسعه رفتارهای فعال تحت شرایطی است که در آن هم نیازهای روانی و هم کنترل شغلی بالا هستند. که انگیزش، یادگیری رفتارهای جدید و پیشرفت الگوهای مقابله‌ای[4] را پیش‌بینی می‌کند (۳) حدود ۲۲٪ از پرستاران شغل خود را با استرین بالا گزارش کرده‌اند و بنابر تعریف فرضیه اول این مدل، شغل با استرین بالا شغلی است که در آن نیازمندی‌های روانی شغلی بالا و کنترل شغلی پایین می‌باشد. مشاغلی در این طبقه قرار می‌گیرند که سرعت کار آن‌ها بر مبنای ماشین تنظیم می‌شود. مانند کارگران خط مونتاژ، مشاغلی که درصد بالایی از آنان را زنان تشکیل می‌دهند و دستیاران پرستاران (۳). بر خلاف شغل فعال، شغل غیر فعال شغلی است با نیازمندی‌های روانی کم و کنترل شغلی کم که منجر به عدم انگیزش و از دست دادن تدریجی مهارت‌های قبلی می‌گردد (۳) و حدود ۲۱٪ پرستاران حاضر در این مطالعه شغل خود را غیر فعال گزارش کرده‌اند. حدود ۲۷٪ از پرستاران نیز شغل خود را با استرین پایین بیان کرده‌اند به این معنی که نیازمندی‌های روانی شغل آن‌ها کم و کنترل شغلی زیاد می‌باشد در چنین مشاغلی سرعت کار توسط خود فرد تعیین می‌شود (۶).

بین ابعاد مدل نیاز-کنترل و ابعاد سه گانه سندرم فرسودگی شغلی در پرستاران در جدول ۶ رابطه آماری معناداری وجود ندارد. اما بین شغل غیر فعال و بعد کاهش کفایت شخصی رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد (OR=۰/۴۳۲). شاید بتوان این موضوع را چنین توجیه کرد که شغل غیر فعال از دو بعد نیازهای روانی کم و کنترل شغلی کم حاصل می‌شود و همان گونه که ذکر شد شغل غیر فعال سرآغاز ایجاد عدم انگیزش و از دست رفتن تدریجی مهارت‌های قبلی می‌گردد (۳) و بعد کاهش کفایت شخصی نیز در سندرم فرسودگی شغلی به عنوان کم شدن احساس شایستگی در انجام وظایف شخصی و ارزیابی منفی از خود در رابطه با انجام کار تعریف می‌شود. احتمالا بدین جهت شغل غیر فعال می‌تواند از بعد کاهش کفایت شخصی حمایت کند. شغل فعال با ابعاد سه‌گانه فرسودگی شغلی رابطه معناداری ندارد و شاید به این دلیل است که افرادی که شغل خود را با نیازهای روانی بالا و کنترل شعلی بالا توصیف کرده‌اند مستعد فرسودگی شغلی نخواهند بود زیرا چنین مشاغلی باعث انگیزش می‌گردند.

[1]- coping pattern development

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

بین مشاغل با استرین پایین و بالا و ابعاد سه گانه فرسودگی شغلی رابطه آماری قابل توجهی نشان داده نشده است و این وضعیت احتمالا به دلیل تعداد کم افراد این گروه‌های شغلی می‌باشد.

فرسودگی شغلی سلامت روانی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران را کاهش می‌دهد. با توجه به نقش گسترده پرستاران در سیستم بهداشت و درمان و برقراری سلامت جامعه، لازم است با فراهم کردن شرایط حمایت از سوی مسؤولان برای پرستاران، محیط کاری توأم با برخورداری از حمایت را برای آنان فراهم نمود در آن صورت پرستاران شاید با رغبت بیشتری قادر به انجام وظایف خود باشند.

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که یکی از برنامه‌های مداخله‌ای برای کاهش سندرم فرسودگی شغلی در پرستاران می‌تواند تمرکز بر نیازمندی‌های روانی و کنترل شغلی ایشان باشد و پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابه جهت شناسایی ریسک فاکتورهای روانی-اجتماعی و عوامل وابسته به منظور افزایش بهره‌وری و عملکرد کارکنان و انجام مداخلات ماکروارگونومی و سازمانی به منظور کاهش ریسک فاکتورهای روانی-اجتماعی در آینده انجام پذیرد.

این مطالعه نیز به مانند بسیاری از پژوهش‌ها خالی از محدودیت نبوده از جمله می‌توان گفت که با توجه به تعداد و تنوع زیاد بخش‌های بیمارستانی به نظر نمی‌رسد که یافته‌های این پژوهش قابل تعمیم به بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد رشته ارگونومی و تصویب و حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان طبق قرارداد شماره ۴۴۳۵ دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام یافته است که بدین وسیله از مسئولین محترم قدردانی به عمل می‌آید. نویسندگان همچنین از مسئولین محترم بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان و همکاران پرستار که در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نمودند، تشکر می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده اند.

References

1. Karasek R, Theörell T. Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life. new york;1990.P:381.
2. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implication for job redesign. Administrative Science Quarterly. 1979;24(2):285-309.
3. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. J Occup Health Psychol. 1998;3(4):322-55.
4. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. AJPH. 1988;78(10):1366-42.
5. Karasek RA, Theorell T, Schwartz J, Schnall P, Pieper C, Michela J. Job characteristic in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). AJPH. 1988;78(8):910-8.
6. Cole DC, Ibrahim S, Shannon HS. Predictor of work-related repetitive strain injuries in a population cohort. AJPH. 2005;95(7):1233-7.
7. Levy BS, Wegman DH, Baron SL, Sokas RK. Occupational and Environmental Health. 5th, editor: editor: Lippincott Williams & Wilkins.2006,756-923

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

8. 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.
9. Sjegrist J. Adverse Health effects of high-effort/Low-reward conditions. Occupational Health Psychology. 1996;1(1):27-41.
10. Sjegrist J, Sjegrist k, Weber I. Sociological concepts in the etiology of chronic disease: the case of ischemic heart disease. Social Science & Medicine. 1986;22(2):245-53.
11. Karasek R. Demand/control model a social, emotional, and psychological approach to stress risk and active behaviour development. Geneva: JM S, editor. international labour office; 1998; 361-375
12. Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. Journal of Epidemiology and Community Health. 2003;57(2):147-53.
13. Aasa U, Brulin C, Angquist KA, Barnekow-Bergkvist M. Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2005;19(3):251-8.
14. Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, Ishikawa S, Kawakami N. Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: a prospective cohort study. Psychotherapy Psychosom. 2007;76(3):177-85.
15. Demerouti E, Bakker A, Jonge j, Jenssen p, Schaufeli W. burnout and engagement at work as a function of demands and control. Scand J Work Environ Health 2001;27(4):279-86.
16. Escribà-Agüir V, Martín-Baena D, Pérez-Hoyos S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. Int Arch Occup Environ Health. 2006;80(2):127-33.
17. M. Andrade-Nascimento, D.S. Barros, C.L. Nascimento Sobrinho. Professional burnout syndrome among intensive care physicians in salvador, Brazil. European Psychiatry Volume. 2010;56(6): 656-62.
18. Li-Ping Chou, Chung-Yi Li, Susan C Hu. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. BMJ. 2014;4.
19. Schepman SB ZM-. The Relationship between Burnout, Negative Affectivity and Organizational Citizenship Behavior for Human Services Employees. International Journal of Human and Social Sciences. 2008;3(8):515-20.
20. Maslach C. Professional Burnout Recent Developments in Theory and Research. In: Schaufeli WB MC, Marek T, editors, editor. a multidimensional perspective. Washington: DC: Taylor & Francis; 1993. p. 19-32.
21. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. professonal burnout: recent development in theory and research. washington,DC: Teylor and Francis; 1994;59-73
22. Maslach C, Jackson SE. Manual for the Maslach Burnout Inventory. 2nd e, editor. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press; 1986;102-126
23. Olley B. A comparative study of burnout syndrome among health professionals in a Nigerian teaching hospital. Afr J Med Med Sci. 2003;32(3):297-302.
24. Cabrera Gutiérrez LS, López Rojas P, Salinas Tovar S, Ochoa Tirado JG, Marín Cotoñieto IA, García LH. Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. Rev Med IMSS. 2005;43(1):11-5.
25. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. Nursing. 2001;34(3):383-96.
26. Zeng Y. Review of work-related stress in mainland Chinese nurses. Nursing and Health Sciences. 2009;11(1):90-7.
27. Beckstead JW. Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory among Florida nurses. International Journal of Nursing Studies. 2002;39(8):785-92.
28. Solaty k. Relationship of burnout among employees with mental health research center in Isfahan and produce nuclear fuel. Shahrekord J Med Sci. 2000;2(6):34-41.
29. Choobineh A, Ghaem H, Ahmedinejad P. Validity and reliability of the Persian (Farsi) version of the Job Content Questionnaire: a study among hospital nurses. EMHJ. 2011;17(4):335-41.
30. Karasek RA. Job Content Questionaire and user's guide. Department of Work Environment1985;1-15
31. Rahmani F, Behshid M, Zamanzadeh V, Rahmani F. Relationship between general health, occupational stress and burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals. IJN. 2010;23(66):54-63.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

32. Al-Turki HA, Al-Turki RA, Al-Dardas HA, Al-Gazal MR, Al-Maghrabi GH, Al-Enizi NH, et al. Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. Annals of African Medicine 2010;9(4):226-9.
33. Xie Z, Wang A, Chen B. Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. Journal of Advanced Nursing. 2011;67(7):1537-46.
34. Iglesias MEL, Vallejo RBdB, Fuentes PS. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2010;47:30-7.
35. Patrick K, Lavery JF. Burnout in nursing. Aust J Adv Nurse. 2007;24(3):43-8.
36. Rafii F , Shamsikhani S , Zarei M , Haghani M , Shamsikhani S. Burnout and its Relationship with the Nurses' Characteristics. Iran Journal of Nursing. 2012;25(78):23-33.
37. A. Talaei, N. Mokhber, M. Mohammad Nejad, A.A. Samari. Burnout and its related factors in staffs of university hospitals in Mashhad in 2006. Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2008;9(3):237-45.
38. BW Swider, RD Zimmerman. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. Journal of Vocational Behavior 2010;76(3):487-506.
39. Shen H, Cheng Y, Tsai P, Lee S, Y. G. Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. J Occup Health. 2005;47(3):218-25.
40. Eum KD[1], Li J, Jhun HJ, Park JT, Tak SW, Karasek R, et al. Psychometric properties of the Korean version of the job content questionnaire: data from health care workers. 2007;8(6).
41. Magnago TSBdS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Guido LdA. Psychosocial Aspects of Work and Musculoskeletal Disorders in Nursing Workers. 2010;18(3):429-35.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]

Original Article

Demand–Control Model and its Relationship with Burnout Syndrome in Nurses

Heidari Pahlavian A[1], Gholami T[2]*, Heidari Moghaddam R[3], Akbarzadeh M[4], Motamedzadeh M[3]

1- Department of Psychiatry of Medical School, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.
2- Department of Public Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.
3- Ergonomics Department, School of Public Health, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.
4- Statistics Department, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.

Received: 02 Nov 2014 Accepted: 11 Mar 2015

Abstract

Background & Objective: Changes made in the nature of the work increases significant attention to the relationship between psychosocial factors relevant to work and health factors. The objective of this study was to assess the level of burnout, job demand–control, in addition to the relationship between burnout, psychological demand, and job control among nurses.

Materials & Methods: In this analytical cross-sectional study, 415 nurses working in the hospitals of Hamedan University of Medical Sciences were selected randomly. The Persian version of Job Content Questionnaire (P-JCQ) and Maslach Burnout Inventory (MBI) were used for data collection. Descriptive statistics and multiple logistic regression were applied for data analysis by SPSS software.

Results: Mean and standard deviation score for emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment were (25.3±12.42), (5.91±5.1), and (33.30±9.59), respectively. About 51% of nurses reported high job psychological demands and 57% of them stated high control over their tasks. About 30% of nurses reported their job active, 21% passive, 22% high strain, and 27% low strain. Passive job means reduce in personal accomplishment aspect of burnout syndrome.(OR=0.432).

Conclusion: Based on the results of the study it should be stated that if job control and psychological job demands are high, nurses will not be prone to burnout. In addition, the probability of burnout syndrome from the view point of decrease in personal accomplishment is more among nurses with reduces psychological job demands and lower job control.

Keywords: **job burnout, nursing job, demand-control model, job content questionnaire, Iran.**

Corresponding author: Tahereh Gholami, Department of Public Health, School of Public Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.
Tel: +987153350994
Email: gholamitahereh@yahoo.com

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2015.5.1.5.0]