



## Investigating of the Nurses' Burnout and Coping Self-efficacy During the Covid-19 Pandemic in Yazd

Aazam Soltaninejad<sup>1</sup>, Aryaeenezhad Azita<sup>2</sup>, Fatemeh Fathi<sup>3</sup>, Fatemeh Sadr<sup>4</sup>,  
Mohammad Adham<sup>5</sup>, Mehdi Shomali Ahmadabadi<sup>6</sup>

1- Instructor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.

2- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

3- MSc student in Critical Care Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- MSc student in Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

5- Bachelor of Science in nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

6- Department of Psychology, Education Organization, Ardakan, Yazd, Iran.

**Corresponding Author:** Instructor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.

**Email:** [a.soltaninejad@yahoo.com](mailto:a.soltaninejad@yahoo.com)

Received: 3 Aug 2023

Accepted: 11 Dec 2023

### Abstract

**Introduction:** Nurses in the first line of corona care were exposed to psychological complications such as anxiety, depression, and burnout. Self-efficacy has been identified as one of the important factors controlling nurses' burnout. The purpose of this study is to investigate the level of job burnout and coping self-efficacy of nurses in Yazd during the COVID-19 pandemic.

**Methods:** This descriptive-analytical study was conducted on nurses in Yazd who cared for patients with COVID-19. Using stratified random sampling and Maslach Burnout Inventory (MBI) and Chesney Coping Self-Efficacy Scale (CSES), data were collected and analyzed with SPSS version 26 statistical software. ( $p < 0.05$ )

**Result:** 200 nurses (response rate 69.4%) completed the questionnaires. The nurses' burnout mean was  $44.35 \pm 17.38$  (range 4-99) and was mild. Emotional exhaustion and depersonalization in male nurses were significantly higher than in female nurses ( $P = 0.02$  and  $0.01$ , respectively). Nurses with work experience between 5 and 10 years had higher emotional exhaustion and contract nurses also had higher burnout score compared to other nurses. ( $P$  value  $< 0.05$ )

The nurses' coping self-efficacy mean was  $125.56 \pm 36.67$  (range 26-240) lower than moderate. Nurses with postgraduate education used a more problem-oriented coping style. There was no significant difference in other variables of age, gender, and marital status in coping self-efficacy and its dimensions, and also self-efficacy and its dimensions according to nurses' job characteristics did not have a significant difference either.

**Conclusions:** In this study, nurses had mild burnout, but their coping self-efficacy was lower than moderate. More studies on nurses' burnout are recommended to maintain their readiness to deal with crises. Nursing managers can use the help of postgraduate nurses in teaching problem-oriented self-efficacy style.

**Keywords:** Burnout, Coping Self-Efficacy, Covid-19, Nurse.



## بررسی میزان فرسودگی شغلی و خودکارآمدی مقابله‌ای پرستاران شهر یزد طی پاندمی کووید ۱۹

اعظم سلطانی نژاد<sup>۱</sup>، آریتا آریایی نژاد<sup>۲</sup>، فاطمه فتحی<sup>۳</sup>، فاطمه صدر<sup>۴</sup>، محمد ادهم<sup>۵</sup>، مهدی شمالی احمد آبادی<sup>۶</sup>

- ۱- مربی پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
- ۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
- ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۴- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
- ۵- کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
- ۶- گروه روانشناسی، سازمان آموزش و پرورش، اردکان، یزد، ایران.

نویسنده مسئول: اعظم سلطانی نژاد، مربی پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.  
ایمیل: a.soltaninejad@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۶/۱۳

### چکیده

**مقدمه:** پرستاران در خط اول مبارزه با کرونا، در معرض عوارض روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و فرسودگی شغلی بودند. خودکارآمدی به عنوان یکی از عوامل مهم کنترل کننده فرسودگی شغلی پرستاران شناسایی شده است. هدف از انجام این مطالعه بررسی میزان فرسودگی شغلی و خودکارآمدی مقابله‌ای پرستاران شهر یزد طی پاندمی کرونا می باشد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی روی پرستاران مراقب بیماران مبتلا به کرونا در شهر یزد انجام شد. با استفاده از نمونه گیری طبقه‌ای تصادفی و پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش و خودکارآمدی مقابله‌ای چسنی داده‌ها جمع‌آوری گردید و با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ آنالیز گردید. (سطح معناداری  $P < 0/05$ )

**یافته‌ها:** ۲۰۰ پرستار (نرخ پاسخدهی ۶۹/۴٪) پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. میانگین فرسودگی شغلی پرستاران  $17/38 \pm$  (دامنه ۴-۹۹) و خفیف بود. فرسودگی شغلی پرستاران مرد در ابعاد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت به طور معناداری بالاتر از پرستاران زن بود (به ترتیب  $0/02$  و  $P = 0/01$ ). پرستاران با سابقه کاری بین ۵ تا ۱۰ سال خستگی هیجانی بالاتر و پرستاران پیمانی نیز فرسودگی شغلی بالاتر در مقایسه با سایر پرستاران داشتند. (سطح معناداری  $P < 0/05$ ).

میانگین خودکارآمدی مقابله‌ای پرستاران  $36/67 \pm$  (دامنه ۲۴-۲۶) و کمتر از متوسط بود. پرستاران با تحصیلات فوق لیسانس بیشتر از سبک مقابله مساله مدار استفاده می کردند. تفاوت معناداری در سایر متغیرهای سن، جنسیت و وضعیت تاهل پرستاران در خودکارآمدی مقابله‌ای و ابعاد آن وجود نداشت و خودکارآمدی و ابعاد آن بر حسب ویژگیهای شغلی پرستاران (سابقه خدمت، نوع استخدام و شیفت کاری) نیز تفاوت معناداری نداشت. ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** در این مطالعه پرستاران فرسودگی شغلی خفیفی داشتند ولی خودکارآمدی مقابله‌ای آنها نزدیک متوسط بود. مطالعات بیشتر در بررسی فرسودگی شغلی پرستاران برای حفظ آمادگی آنان در مقابله با بحران‌ها توصیه می‌شود. مدیران پرستاری می‌توانند از کمک پرستاران فوق لیسانس در آموزش سبک مقابله‌ای مساله مدار به دیگر پرستاران استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** فرسودگی شغلی، خودکارآمدی مقابله‌ای، کووید ۱۹، پرستار.

## مقدمه

کرونا ویروس، ویروسی شبیه سندرم حاد تنفسی است که از طریق ترشحات مجاری تنفسی و ذرات هوا از شخصی به شخص دیگر انتقال می یابد و باعث بروز ناراحتی های تنفسی می شود (۱). از ۱۱ مارس ۲۰۲۰ توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) همه گیری جهانی بیماری کووید-۱۹ اعلام شد (۲). براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در ماه اکتبر سال ۲۰۲۲، درکل جهان بیش از ۶۰۰ میلیون نفر به این ویروس مبتلا شده و بالغ بر ۶ میلیون نفر نیز جان خود را از دست داده اند (۳). پرستاران در خط اول مبارزه با کرونا دچار استرس های فردی و حرفه ای زیادی شدند (۴).

پرستارانی که در خط اول مبارزه با کرونا در ووهان چین بودند دچار استرس پس از سانحه، بی خوابی و اضطراب بیشتری از سایر پرستاران بودند (۵). ۵۲٪ پرستاران نیجریه طی کووید-۱۹ اضطراب طبیعی، ۲۰٪ اضطراب متوسط و ۱۰٪ اضطراب شدید را تجربه کردند (۶). ۳۴٪ پرستاران اطفال در واشنگتن طی پاندمی کووید-۱۹ دچار فرسودگی شغلی، ۲۵٪ اضطراب و ۱۵٪ احساس ناامیدی و افسردگی داشتند (۷). در ایران نیز ۱۱/۵٪ پرستاران دچار اضطراب متوسط و ۱۵/۶٪ آنها دچار اضطراب شدید شدند و این باعث کاهش کیفیت زندگی آنها شد (۸). طی پاندمی کرونا، طبق مطالعات انجام شده، کارکنان سلامت در ایران نیز دچار افزایش بار کاری، فشار فیزیکی و روانی شدند (۹).

در بررسی پیامدهای مواجهه پرستاران با کووید-۱۹، طبق نتایج یک مرور یکپارچه، تاثیر منفی کووید بر بهزیستی روانشناختی پرستاران مراقب بیماران مبتلا به کرونا، باعث افزایش جابجایی پرستاران پس از شیوع کووید شد (۱۰). ۳۱/۵٪ پرستاران در ایران دچار فرسودگی شغلی شدند که بر کیفیت مراقبت از بیمار تاثیر داشت بدین صورت که خستگی عاطفی و مسخ شخصیت بیشتر با کیفیت پایین تر مراقبت از بیمار و احساس فقدان موفقیت شخصی کمتر با بهبود در همه ابعاد مراقبت از بیمار همراه بود (۱۱). نتایج مطالعه ای در تربت حیدریه نشان داد که پرستارانی که از بیماران مبتلا به کرونا مراقبت می کردند نمره استرس و فرسودگی شغلی بالاتری داشتند و استرس مواجهه با این بیماران تنها عامل مهم در بالا بودن فرسودگی شغلی پرستاران گزارش گردید (۱۲). همچنین طبق مطالعه انجام شده در امل، فشار کاری بالا پرستاران طی مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا باعث نداشتن انرژی، عملکرد ضعیف ناشی از خستگی، کاهش کیفیت زندگی و در نهایت افزایش فرسودگی شغلی آنها شده بود (۱۳). اصطلاح فرسودگی شغلی اولین بار در سال ۱۹۷۴ توسط Freudenberger در پرسنل سلامت شاغل در موسسات خدمات سلامت و به صورت خستگی جسمی و عاطفی تعریف شد (۱۴)

فرسودگی شغلی سندرمی است متشکل از خستگی جسمی و عاطفی که منجر به تصور منفی از خود، نگرش منفی به حرفه و عدم ارتباط مناسب با مشتری می شود و فرد را به سوی انواع بیماریهای جسمی و روانی می کشاند (۱۵). سه بعد فرسودگی شغلی شامل خستگی عاطفی یعنی احساس کم آوردن از نظر عاطفی و تحلیل منابع عاطفی فرد که بعد استرسی و پایه فرسودگی شغلی است، بعد مسخ شخصیت که پاسخ منفی، یا غالباً فقدان کمال گرایی را شامل می شود و کاهش موفقیت فردی که به کاهش احساس کارآمدی و تولیدگریانه بودن در محیط کار اطلاق می شود که در آن احساس خودکارآمدی کاهش یافته و با افسردگی و ناتوانی در تطبیق دادن خود با مقتضیات شغل در ارتباط است و می تواند در نبود حمایت اجتماعی تشدید شود (۱۶).

در مطالعه مروری انجام شده در سال ۲۰۱۷ در سوئد، حمایت کم در محیط کار باعث خستگی عاطفی و پاداش کم باعث عدم موفقیت فردی شد (۱۷). در بررسی وجود رابطه بین فرسودگی شغلی و نشانه های افسردگی در پرستاران، نتایج مطالعه Eduardo Motta de Vasconcelos در سال ۲۰۱۸ نشان داد که سطح بالای خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و سطح پایین موفقیت فردی با نشانه های افسردگی همراه است و بین فرسودگی شغلی و نشانه های افسردگی همبستگی معناداری وجود دارد و پرستارانی که دچار فرسودگی شغلی هستند با احتمال بیشتری به علایم افسردگی دچار می شوند (۱۸).

یکی از عواملی که بر فرسودگی شغلی تاثیر می گذارد خودکارآمدی است. نتایج یک متاآنالیز نشان داد که سطوح بالای خودکارآمدی با سطوح پایین فرسودگی شغلی در بین حرفه های متعدد همراه است. این نتایج نشان داد که خودکارآمدی یک نقش محافظتی در مقابل ابعاد فرسودگی شغلی دارد و سطوح پایین فرسودگی شغلی با خودکارآمدی بالاتر همراه است (۱۹). نتایج یک مطالعه مقطعی بیمارستانی در ایتالیا در بخش های مختلف در سال ۲۰۲۰ و طی پاندمی کووید-۱۹ نشان داد که اضطراب پرستاران بالا و خودکارآمدی آنها به خصوص پرستاران زن در سطح پایین بود (۲۰).

در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۲۰ در اردن روی پرستاران و طی پاندمی کووید-۱۹، ۶۴٪ پرستاران (به ویژه پرستاران جوان تر) دچار اختلال استرس حاد شده بودند و خودکارآمدی مقابله ای نیز به عنوان یک عامل محافظت پرستاران از اختلال استرس حاد گزارش شد (۲۱). در مطالعه انجام شده روی پرستاران و سرپرستاران در بندرعباس، پرستارانی که سلامت روان بالاتری داشتند خودکارآمدی در آنها بیشتر بود و پرستاران با خودکارآمدی پایین، قادر به اثبات توانمندی های خود در محل کار نبوده و

## اعظم سلطانی نژاد و همکاران

کرده بودند در سه بیمارستان بررسی شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۲۸۸ نفر در نظر گرفته شد. بر حسب تعداد کل پرستاران، پرستاران بیمارستان های رهنمون و افشار در مجموع ۶۰٪ (هر کدام ۸۷ نفر) و پرستاران بیمارستان شهید صدوقی نیز ۴۰٪ (۱۱۵ نفر) حجم نمونه را تشکیل دادند. ابتدا از بین بخش های مراقبت از بیماران کووید-۱۹ در بیمارستان، به صورت تصادفی چند بخش انتخاب و از بین پرستاران هر بخش نیز به صورت تصادفی انتخاب و پس از بیان هدف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه از پرستاران واجد شرایط و داوطلب شرکت در مطالعه، پرسشنامه ها توزیع شد. داده ها از آذرماه تا اسفند ماه ۱۴۰۰ جمع آوری و با نرم افزار SPSS ورژن ۲۶ نیز آنالیز گردید.

برای گرد آوری داده ها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش (۱۹۸۱) و پرسشنامه خودکارآمدی مقابله ای چسنی (CSES)، استفاده شد. پرسشنامه دموگرافیک شامل ویژگیهای جمعیت شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، و ویژگی های شغلی مانند سابقه خدمت، نوع استخدام و نوع شیفت کاری بود.

پرسشنامه خودکارآمدی مقابله ای چسنی ۲۰۰۶ (CSES) دارای ۲۶ سوال با هدف ارزیابی مقابله مثبت و سازنده در ابعاد مختلف (توقف هیجان و افکار ناخوشایند) (۱۰ سوال)، مقابله مسئله مدار (۹ سوال)، دریافت حمایت از خانواده و دوستان (۵ سوال) می باشد. شیوه نمره گذاری مقیاس، لیکرت سه درجه ای است، بدین صورت که به گزینه های (اصلاً نمیتوانم انجام دهم نمره صفر)، به طور متوسط میتوانم انجام دهم (نمره بین یک تا پنج) و همیشه می توانم انجام دهم (نمره بین پنج تا ده) داده می شود. خودکارآمدی بالاتر با نمره بالاتر همراه است (۲۷). چسنی و همکاران پایایی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های توقف هیجان و افکار ناخوشایند، مقابله ی مسئله مدار و دریافت حمایت از خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۹۱ گزارش کردند و روایی آن را به روش تحلیل عامل تأییدی مطلوب (RMSEA=۰/۰۵) و (GFI=۰/۹۱) به دست آورده اند (۲۸). در این مطالعه آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های توقف هیجان و افکار ناخوشایند، مقابله ی مسئله مدار و دریافت حمایت از خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۷۵ و خودکارآمدی مقابله ای ۰/۹۱ بدست آمد.

پرسشنامه فرسودگی شغلی توسط مسلش و در سال ۱۹۸۱ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۲ آیتم است که به سنجش خستگی عاطفی (۹ سوال)، مسخ شخصیت (۵ سوال) و موفقیت فردی (۸ سوال) در چهار چوب فعالیت حرفه ای پرداخته است و بخصوص برای سنجش و پیشگیری از فرسودگی در گروه های حرفه ای مانند پرستاران و معلمان و غیره به کار برده می شود.

این باعث نگرش منفی به خود و حرفه خود و عدم تمایل و علاقه و رضایت نسبت به شغل و در نهایت کاهش سلامت روان آنها می شد (۲۲). یک مطالعه مقطعی روی پرستاران تازه فارغ التحصیل در کانادا نشان داد که مدیران پرستاری نقش مهمی در ایجاد شرایط کاری مثبت و تقویت اعتماد به نفس و سازگاری آنها با تقاضاهای شغلی داشته و باعث کاهش فرسودگی شغلی آنها شده بودند (۲۳).

نتایج مطالعه Fida و همکاران نشان داد که خودکارآمدی مقابله ای یک عامل محافظتی مهم در مقابل رفتارهای منفی مانند جابجایی در محل کار بوده و باعث کاهش فرسودگی شغلی می شود (۲۴).

در مطالعه انجام شده روی پرستاران در بهیاد نتایج نشان داد که افزایش خودکارآمدی در بین پرستاران منجر به کاهش فرسودگی شغلی و ابعاد آن شامل مسخ شخصیت، خستگی عاطفی و فقدان موفقیت شخصی می شود (۲۵).

در مطالعه انجام شده روی پرستاران اصفهان نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با مؤلفه های فرسودگی شغلی شامل احساس کفایت شخصی و خستگی هیجانی و مسخ شخصیت رابطه دارد و خودکارآمدی و حمایت اجتماعی پیش بینی کننده فرسودگی شغلی بودند (۲۶). با توجه به مطالعات متعدد انجام شده در مورد رابطه فرسودگی شغلی پرستاران و خودکارآمدی مقابله ای با آن، مطالعه ای روی پرستاران شهر یزد در بررسی میزان فرسودگی شغلی آنها و میزان و سبک خودکارآمدی مقابله ای آنها طی پاندمی کووید-۱۹ انجام نشده بود. لذا هدف این مطالعه بررسی میزان فرسودگی شغلی و خودکارآمدی مقابله ای پرستاران شهر یزد طی پاندمی کووید ۱۹ می باشد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی در سه بیمارستان دولتی شهر یزد (شهید صدوقی، شهید رهنمون و افشار) انجام شد. شرکت کنندگان شامل پرستاران شاغلی بودند که از بیماران مبتلا به کرونا مراقبت کرده بودند. معیار های ورود شامل حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، حداقل یک سال سابقه کار بالینی، تمایل به شرکت در پژوهش و معیارهای خروج شامل اختلالات خلقی مثل اضطراب، افسردگی و مصرف داروهای ضد اضطراب، ضد افسردگی و داروهای سایکولوژیک بود.

با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای تصادفی، در ابتدا پس از کسب مجوز اخلاق از مرکز تحقیقات ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کد اخلاق (IR.SSU.RSI.REC.1400.019)، با مراجعه محقق به بیمارستانهای مذکور، تعداد کل پرستاران شاغل که از بیماران مبتلا به کرونا مراقبت

نحوه نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه ای صورت می گیرد. نمره دهی این پرسشنامه به دو صورت بررسی فراوانی و بررسی شدت است در این مطالعه بررسی شدت و با استفاده از گزینه های هرگز، خیلی کم، کم، متوسط، بالای متوسط، زیاد، خیلی زیاد مشخص شده است. دامنه نمرات شدت بین ۰ تا ۱۳۲ است و نمره بالاتر به معنای فرسودگی شغلی با شدت بیشتر می باشد. افراد بر اساس نمرات کسب شده در سه طبقه خفیف، متوسط و شدید به شرح ذیل قرار می گیرند: در بعد خستگی عاطفی نمرات (۰-۹) خفیف، (۱۰-۳۶) متوسط و (۳۷-۵۴) شدید، در بعد مسخ شخصیت نمرات (۰-۱۰) خفیف، (۱۱-۲۰) متوسط و (۲۱-۳۰) شدید، در بعد احساس کفایت شخصی نمرات در سطح شدید (۳۳-۴۸)، متوسط (۱۷-۳۲)، خفیف (۰-۱۶) و در رابطه با فرسودگی شغلی نمرات (۰-۴۴) فرسودگی شغلی خفیف، (۴۵-۸۸) متوسط و (۸۹-۱۳۲) فرسودگی شغلی شدید محاسبه می شود (۲۹).

نحوه نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه ای صورت می گیرد. نمره دهی این پرسشنامه به دو صورت بررسی فراوانی و بررسی شدت است در این مطالعه بررسی شدت و با استفاده از گزینه های هرگز، خیلی کم، کم، متوسط، بالای متوسط، زیاد، خیلی زیاد مشخص شده است. دامنه نمرات شدت بین ۰ تا ۱۳۲ است و نمره بالاتر به معنای فرسودگی شغلی با شدت بیشتر می باشد. افراد بر اساس نمرات کسب شده در سه طبقه خفیف، متوسط و شدید به شرح ذیل قرار می گیرند: در بعد خستگی عاطفی نمرات (۰-۹) خفیف، (۱۰-۳۶) متوسط و (۳۷-۵۴) شدید، در بعد مسخ شخصیت نمرات (۰-۱۰) خفیف، (۱۱-۲۰) متوسط و (۲۱-۳۰) شدید، در بعد احساس کفایت شخصی نمرات در سطح شدید (۳۳-۴۸)، متوسط (۱۷-۳۲)، خفیف (۰-۱۶) و در رابطه با فرسودگی شغلی نمرات (۰-۴۴) فرسودگی شغلی خفیف، (۴۵-۸۸) متوسط و (۸۹-۱۳۲) فرسودگی شغلی شدید محاسبه می شود (۲۹).

### یافته ها

اهداف این مطالعه شامل تعیین میانگین نمره فرسودگی شغلی و خودکارآمدی مقابله ای پرستاران و تعیین تفاوت میانگین نمره فرسودگی شغلی و خودکارآمدی مقابله ای بر حسب مشخصات جمعیت شناختی و شغلی پرستاران و تعیین سبک مقابله ای پرستاران بود.

۲۰۰ نفر پرستار (نرخ پاسخدهی ۶۹/۴٪)، پرسشنامه ها را تکمیل کرده و به محقق بازگرداندند. ویژگی های جمعیت شناختی و شغلی پرستاران در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی های جمعیت شناختی پرستاران

ویژگی ها	متغیر	ویژگی	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (%)
	سن	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۱۰۱	۵۰/۵
		بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۶۵	۳۲/۵
		بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۲۶	۱۳/۰
		بیشتر از ۵۰ سال	۸	۴/۰
$M \pm SD$			$7/55 \pm 32/35$	
ویژگی های جمعیت شناختی	جنسیت	مرد	۷۲	۳۶/۰
		زن	۱۲۸	۶۴/۰
	تحصیلات	لیسانس	۱۸۰	۹۰/۰
		فوق لیسانس	۲۰	۱۰/۰
	تاهل	متاهل	۱۴۴	۷۲/۰
		مجرد	۵۶	۲۸/۰
	سابقه خدمت	کمتر از ۵ سال	۸۵	۴۲/۵
		بین ۵ تا ۱۰ سال	۵۱	۲۵/۵
		بین ۱۱ تا ۲۰ سال	۴۳	۲۱/۵
		بیشتر از ۲۰ سال	۲۱	۱۰/۵
ویژگی های شغلی	نوع استخدام	رسمی	۸۷	۴۳/۵
		پیمانی	۵۲	۲۶/۰
		قراردادی	۲۲	۱۱/۰
		شرکتی	۱۰	۵/۰
		طرحی	۲۹	۱۴/۵
شيفت کاری		شيفت متغیر	۲۳	۱۱/۵
		شيفت ثابت	۱۷۷	۸۸/۵

هیچانی متوسط، مسخ شخصیت خفیف و فقدان کفایت شخصی نیز متوسط بود. میانگین خودکارآمدی مقابله ای پرستاران کمتر از متوسط بود. میانگین و دامنه فرسودگی شغلی و خودکارآمدی مقابله ای پرستاران و ابعاد آن در جدول ۲ آورده شده است.

میزان کجی (Skewness) و کشیدگی (Kurtosis) در بازه مجاز ۲ تا ۲- قرار دارد و می توان گفت که توزیع نمرات متغیرهای پژوهش یعنی خودکارآمدی مقابله ای و ابعاد آن و فرسودگی شغلی و ابعاد آن نرمال است.

میزان فرسودگی شغلی پرستاران خفیف بود. میزان خستگی

اعظم سلطانی نژاد و همکاران

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی و ابعاد آن

متغیرهای اصلی (ابعاد و نمرات)	M ±SD	حداقل	حداکثر
فرسودگی شغلی خفیف (۰ - ۴۴) متوسط (۴۵ - ۸۸) شدید (۸۹ - ۱۳۲)	۱۷/۳۸ ± ۴۴/۳۵	۴	۹۴
خستگی هیجانی خفیف (۰ - ۹) متوسط (۱۰ - ۳۶) شدید (۳۷ - ۵۴)	۹/۷۷ ± ۱۶/۹۲	۰	۵۴
ابعاد فرسودگی شغلی مسخ شخصیت خفیف (۰ - ۱۰) متوسط (۱۱ - ۲۰) شدید (۲۱ - ۳۰)	۵/۸۲ ± ۷/۶۷	۰	۲۴
فقدان کفایت شخصی خفیف (۰ - ۱۶) متوسط (۱۷ - ۳۲) شدید (۳۳ - ۴۸)	۷/۰۱ ± ۱۹/۷۵	۰	۳۹
خودکارآمدی مقابله ای (۰-۲۶۰)	۱۲۵/۵۶ ± ۳۶/۶۷	۲۶	۲۴۰
توقف احساس و افکار ناخوشایند (۰ - ۱۲۰)	۱۷/۷۷ ± ۶۱/۱۹	۱۰	۱۰۶
ابعاد خودکارآمدی مقابله ای مقابله مساله مدار (۰ - ۹۰)	۱۵/۴۸ ± ۴۱/۶۲	۷	۹۰
دریافت حمایت اجتماعی از خانواده و دوستان (۰ - ۵۰)	۸/۸۹ ± ۲۲/۷۵	۰	۴۷

پرستاران مرد به طور معناداری بالاتر از پرستاران زن بود. نتایج بیشتر مربوط به میزان فرسودگی شغلی و ابعاد آن بر حسب ویژگیهای جمعیت شناختی پرستاران در جدول ۳ نشان داده شده است.

در بررسی میانگین نمرات فرسودگی شغلی و ابعاد آن بر حسب ویژگیهای جمعیت شناختی پرستاران، نمره کل فرسودگی شغلی در پرستاران مرد به طور معناداری بالاتر از پرستاران زن بود (P=۰/۰۲). میانگین نمرات خستگی هیجانی و مسخ شخصیت در

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات فرسودگی شغلی و ابعاد آن بر اساس مشخصات جمعیت شناختی پرستاران

ویژگیهای جمعیت شناختی	ابعاد فرسودگی شغلی			فرسودگی شغلی M ±SD
	فقدان کفایت شخصی M ±SD	مسخ شخصیت M ±SD	خستگی هیجانی M ±SD	
سن				
بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۷/۳۹ ± ۲۷/۹۰	۶/۱۲ ± ۸/۵۹	۶/۹۶ ± ۱۵/۹۱	۱۶/۸۹ ± ۵۲/۴۱
بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۸/۳۷ ± ۲۹/۸۲	۵/۳۱ ± ۷/۰۲	۸/۸۰ ± ۱۵/۴۸	۱۵/۹۷ ± ۵۲/۳۱
بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۹/۱۱ ± ۲۸/۵۸	۵/۸۹ ± ۶/۸۱	۸/۲۴ ± ۱۴/۵۸	۱۷/۰۷ ± ۴۹/۹۶
بیشتر از ۵۰ سال	۷/۲۷ ± ۲۴/۳۸	۳/۹۲ ± ۴/۲۵	۶/۲۲ ± ۹/۸۸	۱۵/۹۶ ± ۳۸/۵۰
	۰/۲۲	۰/۰۸	۰/۲۹	۰/۱۴
	۱/۵۰	۲/۲۸	۱/۲۶	۱/۸۴
جنسیت				
مرد	۸/۲۴ ± ۲۸/۸۱	۵/۸۹ ± ۹/۱۳	۸/۴۳ ± ۱۷/۱۴	۱۵/۷۹ ± ۵۵/۰۷
زن	۷/۸۶ ± ۲۸/۲۸	۵/۶۵ ± ۶/۸۶	۸/۸۱ ± ۱۴/۳۵	۱۷/۰۴ ± ۴۹/۴۹
	۰/۶۵	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۲
	۰/۴۵	۲/۶۸	۲/۱۸	۲/۲۸

۷/۹۲±۲۸/۴۸	۵/۹۲±۷/۹۲	۸/۶۱±۱۵/۵۱	۱۶/۷۹±۵۱/۹۱	لیسانس	تحصیلات
۸/۷۴±۲۸/۴۰	۵/۴±۴۵/۴۱	۱۰/۱۶±۱۳/۹۵	۱۶/۷۲±۴۷/۸۰	فوق لیسانس	
۰/۹۷	۰/۰۷	۰/۴۵	۰/۳۰	P Value	
۰/۰۴	۱/۸۱	۰/۷۵	۱/۰۴	t	
۷/۷۴±۲۸/۶۹	۵/۹۷±۷/۵۴	۸/۵۸±۱۵/۲۳	۱۶/۶۴±۵۱/۴۶	متاهل	تاهل
۸/۶۳±۲۷/۹۱	۵/۴۶±۸/۰۲	۹/۲۶±۱۵/۶۸	۱۷/۲۷±۵۱/۶۱	مجرد	
۰/۵۴	۰/۶۱	۰/۷۵	۰/۹۶	P Value	
۰/۶۲	-۰/۵۲	-۰/۳۳	-۰/۰۶	t	

همچنین فرسودگی شغلی و بعد خستگی هیجانی آن بر حسب نوع استخدام نیز تفاوت معنادار آماری داشت. نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

در بررسی میانگین نمرات فرسودگی شغلی و ابعاد آن بر حسب ویژگی‌های شغلی پرستاران، فقط بعد خستگی هیجانی بر حسب سابقه خدمت، تفاوت معناداری داشت و در سایر ابعاد فرسودگی شغلی بر اساس سابقه خدمت تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات فرسودگی شغلی و ابعاد آن بر اساس ویژگی‌های شغلی پرستاران

ابعاد فرسودگی شغلی				ویژگی‌های شغلی	
فقدان کفایت شخصی	مسخ شخصیت	خستگی هیجانی	فرسودگی شغلی		
M±SD	M±SD	M±SD	M±SD		
۶/۹۸±۲۸/۴۸	۶/۱۴±۸/۳۱	۸/۳۱±۱۴/۳۱	۱۷/۰۹±۵۱/۰۹	کمتر از ۵ سال	سابقه خدمت
۸/۵۴±۲۸/۹۶	۵/۷۰±۸/۳۱	۹/۴۴±۱۸/۷۵	۱۴/۹۹±۵۶/۰۲	بین ۵ تا ۱۰ سال	
۸/۸۶±۲۷/۸۱	۵/۰۴±۶/۲۱	۸/۳۳±۱۴/۲۸	۱۷/۲۹±۴۸/۳۰	بین ۱۱ تا ۲۰ سال	
۸/۹۸±۲۸/۵۷	۵/۹۹±۶/۵۷	۸/۰۶±۱۳/۵۷	۱۷/۳۳±۴۸/۷۱	بیشتر از ۲۰ سال	
۰/۹۲	۰/۱۷	۰/۰۲	۰/۱۱	P Value	
۰/۱۶	۱/۷۱	۳/۵۹	۱/۹۹	f	
۷/۷۹±۲۹/۳۳	۵/۸۳±۷/۵۵	۷/۲۷±۱۵/۲۴	۱۵/۷۲±۵۲/۱۳	رسمی	نوع استخدام
۷/۶۸±۲۸/۷۹	۵/۹۸±۸/۸۱	۱۰/۸۰±۱۷/۶۵	۱۵/۵۹±۵۵/۲۵	پیمانی	
۹/۱۷±۲۵/۱۴	۵/۸۳±۵/۹۱	۹/۵۵±۱۰/۴۱	۲۰/۱۳±۴۱/۴۵	قراردادی	
۸/۹۹±۲۸/۴۰	۵/۶۵±۷/۳۰	۷/۴۷±۱۵/۳۰	۱۶/۲۴±۵۱/۰۰	شرکتی	
۷/۶۳±۲۷/۸۶	۵/۵۵±۷/۴۸	۷/۴۰±۱۵/۳۴	۱۷/۳۵±۵۰/۶۹	طرحی	
۰/۲۸	۰/۳۹	۰/۰۳	۰/۰۳	P Value	
۱/۲۸	۱/۰۲	۲/۷۴	۲/۷۶	f	
۷/۸۰±۲۹/۱۵	۵/۱۳±۶/۰۵	۷/۲۳±۱۲/۱۰	۱۶/۶۸±۴۷/۳۰	شیفت متغیر	شیفت کاری
۴/۹۵±۳۰/۵۰	۷/۷۸±۸/۵۰	۱۴/۱۴±۲۳/۰۰	۲۶/۸۷±۶۲/۰۰	شیفت ثابت	
۰/۸۲	۰/۵۴	۰/۰۷	۰/۲۷	P Value	
-۰/۳۴	۰/۶۳	-۱/۹۰	-۱/۱۴	t	

گزارش کرده‌اند. در سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات فرسودگی شغلی و بعد خستگی هیجانی آن بر اساس نوع استخدام پرستاران وجود داشت. با استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی فرسودگی شغلی پرستاران پیمانی و قراردادی تفاوت معنی‌داری داشت ( $p < 0.01$ ) و پرستاران پیمانی فرسودگی شغلی بیشتری را در مقایسه با

به منظور بررسی تفاوت میانگین بعد خستگی هیجانی بر حسب سوابق خدمت از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. در بعد خستگی هیجانی بین میانگین نمرات پرستاران با سابقه کاری کمتر از ۵ سال و سابقه کاری بین ۵ تا ۱۰ سال تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت ( $p = 0.02$ ) و پرستاران با سابقه کاری بین ۵ تا ۱۰ سال خستگی هیجانی بیشتری را در مقایسه با سایر پرستاران

## اعظم سلطانی نژاد و همکاران

اما پرستاران با تحصیلات فوق لیسانس، نسبت به پرستاران لیسانس بیشتر از سبک مقابله ای مساله مدار استفاده می کردند که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ( $p=0/02$ ). نتایج مربوط به مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی مقابله ای و ابعاد آن بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی پرستاران در جدول ۵ نشان داده شده است.

سایر پرستاران داشتند. در بعد خستگی هیجانی نیز بین میانگین نمرات پرستاران پیمانی و قراردادی تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p<0/01$ ) و پرستاران پیمانی خستگی هیجانی بیشتری را در مقایسه با سایر پرستاران گزارش کردند.

در بررسی میانگین نمرات خودکارآمدی مقابله ای و ابعاد آن بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی پرستاران، تفاوت معناداری بر حسب سن، جنسیت و وضعیت تاهل پرستاران وجود نداشت

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن بر اساس مشخصات جمعیت شناختی پرستاران

ابعاد خودکارآمدی مقابله ای					
ویژگی های جمعیت شناختی	خودکارآمدی مقابله ای	توقف احساس و افکار ناخوشایند	مقابله مساله مدار	دریافت حمایت اجتماعی از خانواده و دوستان	
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	
سن	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۱۲۶/۹۷ ± ۳۵/۷۰	۱۵/۷۷ ± ۴۳/۰۲	۱۶/۲۹ ± ۶۱/۰۸	۹/۴۴ ± ۲۲/۸۷
	بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۳۶ ± ۴۳ ۱۲۰/۷۵	۱۵/۸۸ ± ۲۸/۴۱	۱۶/۹۷ ± ۵۸/۵۴	۷/۱۲ ± ۲۰/۹۴
	بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۴۳/۱۵ ± ۱۳۰/۴۲	۱۸/۳۲ ± ۴۲/۵۰	۱۹/۲۹ ± ۶۵/۲۷	۹/۹۰ ± ۲۲/۶۵
	بیشتر از ۵۰ سال	۱۳۱/۱۳ ± ۲۹/۷۲	۹/۰۸ ± ۴۵/۱۳	۱۳/۸۶ ± ۶۴/۲۵	۸/۶۶ ± ۲۱/۷۵
	P Value	۰/۵۹	۰/۸۷	۰/۳۴	۰/۵۷
	f	۰/۶۳	۰/۲۳	۱/۱۱	۰/۶۷
جنسیت	مرد	۱۲۵/۱۸ ± ۳۵/۷۴	۴۲/۷۶ ± ۱۵/۴۱	۱۶/۹۱ ± ۶۰/۱۳	۲۲/۲۹ ± ۸/۴۹
	زن	۱۲۵/۷۸ ± ۳۷/۳۳	۴۲/۳۰ ± ۱۶/۲۰	۱۶/۸۹ ± ۶۱/۳۸	۲۲/۱۰ ± ۸/۹۴
	P Value	۰/۹۱	۰/۸۵	۰/۶۲	۰/۸۸
	t	-۰/۱۱	۰/۲۰	-۰/۵۰	۰/۱۵
تحصیلات	لیسانس	۰۹/۳۶ ± ۱۲۴/۱۱	۱۵/۸۶ ± ۴۲/۱۵	۵۹/۱۶ ± ۹۹/۴۳	۸/۵۹ ± ۲۱/۹۷
	فوق لیسانس	۴۰/۱۹ ± ۱۳۸/۷۰	۱۶/۱۷ ± ۴۵/۳۵	۱۸/۸۰ ± ۶۹/۳۵	۱۰/۲۸ ± ۲۴/۰۰
	P Value	۰/۰۹	۰/۳۹	*۰/۰۲	۰/۳۲
	t	-۱/۶۹	-۰/۸۵	-۲/۳۸	-۰/۹۸
تاهل	متاهل	۳۷/۳۶ ± ۱۲۴/۸۱	۱۶/۱۷ ± ۴۱/۸۶	۱۶/۸۳ ± ۶۰/۹۲	۸/۵۷ ± ۲۲/۰۳
	مجرد	۳۵/۱۱ ± ۱۲۷/۵۰	۱۵/۱۴ ± ۴۴/۰۴	۱۷/۱۱ ± ۶۰/۹۳	۹/۳۱ ± ۲۲/۵۴
	P Value	۰/۶۴	۰/۳۹	۰/۹۹	۰/۷۱
	t	-۰/۴۶	-۰/۸۷	۰/۰۱	-۰/۳۷

\* $P<0,05$

نوع استخدام و شیفت کاری تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج بیشتر در جدول ۶ آورده شده است.

در بررسی میانگین نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن بر حسب ویژگی های شغلی پرستاران، بین پرستاران بر اساس سابقه خدمت،



جدول ۶: میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن بر اساس ویژگی های شغلی پرستاران

ابعاد خودکارآمدی مقابله ای				
ویژگی های شغلی	خودکارآمدی مقابله ای	توقف احساس و افکار ناخوشایند	مقابله مساله مدار	دریافت حمایت اجتماعی از خانواده و دوستان
	M ±SD	M ±SD	M ±SD	M ±SD
کمتر از ۵ سال	۳۶/۷۹±۱۲۹/۰۹	۱۶/۱۷±۴۳/۸۱	۱۶/۶۰±۶۲/۶۰	۹/۸۵±۲۲/۶۸
بین ۵ تا ۱۰ سال	۳۴/۶۱±۱۲۲/۲۲	۱۴/۸۷±۴۱/۷۸	۱۷/۲۳±۵۸/۴۱	۷/۰۵±۲۲/۰۲
بین ۱۱ تا ۲۰ سال	۴۱/۱۶±۱۳۴/۲۸	۱۸/۰۱±۴۱/۰۲	۱۷/۵۸±۶۱/۴۹	۸/۹۹±۲۱/۷۷
بیشتر از ۲۰ سال	۳۲/۳۸±۱۲۲/۰۵	۱۲/۷۷±۴۱/۶۷	۱۵/۷۵±۵۹/۱۰	۷/۷۶±۲۱/۲۹
P Value	۰/۶۹	۰/۷۷	۰/۵۲	۰/۸۹
f	۰/۴۸	۰/۳۶	۰/۷۵	۰/۲۰
رسمی	۳۶/۲۹±۱۲۸/۲۳	۱۵/۵۲±۴۳/۶۹	۱۶/۷۹±۶۱/۸۹	۸/۱۹±۲۲/۶۶
پیمانی	۳۸/۳۹±۱۲۲/۱۲	۱۶/۰۴±۴۱/۷۰	۱۸/۵۳±۵۹/۰۲	۹/۰۴±۲۱/۴۰
قراردادی	۳۹/۹۶±۱۳۳/۸۶	۱۹/۷۶±۴۴/۸۲	۱۵/۹۸±۶۴/۶۸	۸/۸۱±۲۴/۳۶
شرکتی	۲۲/۶۲±۱۰۷/۵۰	۱۱/۳۳±۳۷/۷۰	۱۲/۸۰±۴۹/۲۰	۷/۰۷±۲۰/۶۰
طرحی	۳۵/۳۵±۱۲۳/۶۹	۱۵/۰۳±۴۰/۰۷	۱۴/۵۵±۶۲/۶۶	۱۰/۴۳±۲۰/۹۷
P Value	۰/۳۳	۰/۶۱	۰/۱۳	۰/۵۷
f	۱/۱۴	۰/۶۶	۱/۸۲	۰/۷۴
شیفت متغیر	۳۲/۸۷±۱۲۸/۳۰	۱۳/۱۲±۴۴/۵۰	۱۸/۱۷±۶۲/۳۰	۶/۳۶±۲۱/۵۰
شیفت ثابت	۴۳/۱۳±۹۹/۵۰	۲۴/۷۵±۲۷/۵۰	۴/۹۵±۵۶/۵۰	۱۳/۴۴±۱۵/۵۰
P Value	۰/۲۶	۰/۱۲	۰/۶۶	۰/۲۵
t	۱/۱۶	۱/۶۴	۰/۴۴	۱/۱۷

## بحث

این مطالعه با هدف بررسی میزان فرسودگی شغلی و خودکارآمدی مقابله ای پرستاران شاغل در شهر یزد که طی پاندمی کووید-۱۹ از بیماران مبتلا به کرونا مراقبت کرده بودند انجام شد.

### فرسودگی شغلی

نتایج نشان داد که میزان فرسودگی شغلی پرستاران مراقب بیماران مبتلا به کرونا بستری در بیمارستانهای دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر یزد خفیف بود. این در حالی است که در مطالعه ضیایی و همکاران طی کووید-۱۹ در زاهدان، نتایج نشان داد که پرستاران مراقب بیماران مبتلا به کرونا در بخش های اورژانس بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان، فرسودگی شغلی بالایی داشتند و ارتباط آماری معناداری بین اضطراب و فرسودگی شغلی در آنها گزارش شده است (۳۳). حدود ۷۰٪ پرستاران بخش های اورژانس زاهدان سابقه کاری بالای ۱۰ سال داشتند و حدود ۹۲٪ آنها سابقه مرگ افراد خانواده به دلیل کرونا و ۷۱٪ نیز

خود پرستاران سابقه ابتلا به کرونا داشتند که می تواند دلیل اضطراب بالای این پرستاران باشد ولی در مطالعه ما حدود ۷۰٪ سابقه کاری زیر ۱۰ سال و ۸۰٪ سن زیر ۴۰ سال داشتند و پرستاران شاغل در بخش های مختلف و با شرایط کاری مختلف، مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا در بیمارستان های دولتی شهر یزد را به عهده داشتند که می تواند توجیه کننده تفاوت نتایج دو مطالعه باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران مرد مراقب بیماران مبتلا به کووید-۱۹ نسبت به پرستاران زن بیشتر دچار فرسودگی شغلی و نیز در ابعاد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت شده بودند. نتایج مطالعه علیدوستی و همکاران در سال ۲۰۱۶، و قبل از پاندمی کووید-۱۹ در سه بیمارستان در شهر بهبهان نشان داد که فرسودگی شغلی و ابعاد آن (خستگی هیجانی، مسخ شخصیت، فقدان موفقیت شخصی) بین پرستاران زن و مرد تفاوت نداشته است (۲۵) و نیز در مطالعه ضیایی روی پرستاران شاغل در بخش اورژانس در شهر زاهدان و در زمان پاندمی کووید-۱۹، پرستاران زن، اضطراب

## اعظم سلطانی نژاد و همکاران

افسردگی بیشتری داشتند، خستگی هیجانی و مسخ شخصیت بیشتر و موفقیت فردی کمتری داشتند (۳۶) و در مطالعه Shahrouh, Ghada, پرستاران با سن کمتر بیشتر دچار اختلالات روانشناختی طی کووید ۱۹ شدند (۲۱) و بر اساس نتایج مطالعه مروری انجام شده توسط باقری و همکاران در سال ۲۰۱۹ و طی کووید ۱۹، پرستاران زن در مواجهه با کرونا استرس بیشتری درک می کردند و این باعث کاهش سلامت روانی آنها و افزایش اضطراب و افسردگی بیشتر آنها شده بود (۳۷). این مطالعات نشان می دهد که مواجهه با کرونا و ترس از ابتلا، باعث فرسودگی شغلی پرستاران به خصوص در پرستاران جوانتر و پرستاران زن شده است. در مطالعه شروبی در سال ۲۰۱۵ و قبل از کووید ۱۹، فرسودگی شغلی در پرستاران ۳۹ تا ۴۵ سال بیشتر بوده که به دلیل پذیرش مسئولیت اجتماعی و خانوادگی بیشتر این رده سنی بوده است و پرستاران جوان تر خستگی هیجانی و مسخ شخصیت بیشتری داشتند و پرستاران با سن بیشتر، به دلیل تجربه بیشتر، فرسودگی شغلی، خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و عدم موفقیت فردی کمتری داشتند و در موارد بحرانی کمتر دچار استرس می شدند (۳۸).

در مورد ویژگی های شغلی پرستاران و فرسودگی شغلی و ابعاد آن، نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران پیمانی نسبت به پرستاران قراردادی به طور معنادار و نسبت به همه انواع استخدام، فرسودگی شغلی و خستگی هیجانی بیشتری نشان دادند. در مطالعه حسینی نسب و همکاران در بررسی عوامل اثرگذار بر فرسودگی شغلی در دو گروه پرستاران مراقب بیماران مبتلا به کرونا و پرستاران غیر مواجه با کرونا، حدود ۶۰٪ پرستاران مراقب بیماران مبتلا به کرونا، پرستاران شرکتی و قراردادی بودند که با استرس و اضطراب بیشتر، شیفت های طولانی و خستگی روانی روبرو بودند و فرسودگی شغلی بیشتری در آنها گزارش شد (۱۲). در مطالعه ما حدود ۷۰٪ پرستاران مراقب بیماران مبتلا به کرونا استخدام رسمی و پیمانی بودند و پرستاران طرحی، قراردادی و شرکتی فقط ۳۰٪ پرستاران مراقب مبتلایان به کرونا را تشکیل می دادند. در مطالعه ای که عرب و همکاران در سال ۲۰۱۴ انجام داده بودند مخاطرات شغلی فیزیکی و روانی در پرستاران طرحی و قراردادی که نسبت به بقیه پرستاران شیفت های بیشتری داشتند بیشتر بود (۳۹). این موضوع نشان می دهد که پرستاران با شیفت های بیشتر در معرض بیشتر عوارض و آسیب های

بالتر و فرسودگی شغلی بیشتر و نیز در ابعاد خستگی عاطفی و فقدان موفقیت فردی تفاوت معناداری نسبت به پرستاران مرد داشتند (۳۲). همچنین در مطالعه قاضی و همکاران روی پرستاران شاغل در بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر رشت و قبل از شیوع کووید-۱۹ در سال ۲۰۱۵، تعداد ۳۰ نفر پرستار زن و ۳۰ نفر پرستار مرد که از لحاظ سابقه کاری، سن، درآمد، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل همتاسازی شده بودند وارد مطالعه شدند و نتایج نشان داد که پرستاران زن نیز فرسودگی شغلی بیشتری نسبت به پرستاران مرد داشته اند (۳۳). در مطالعه خدابخش در بررسی فراوانی ابعاد فرسودگی شغلی در پرستاران زن و مرد، پرستاران زن خستگی هیجانی بالاتری نسبت به مردان داشتند و مسخ شخصیت و فقدان موفقیت شخصی در مردان و زنان تفاوتی نداشت (۳۴). نتایج این مطالعات نشان می دهد که فرسودگی شغلی در مطالعات مختلف در زنان و مردان متفاوت است و جنسیت پیش بینی کننده فرسودگی شغلی نیست (۳۴). همچنین در یک مطالعه مرور سیستماتیک در مورد فرسودگی شغلی در پرستاران اورژانس، عوامل مختلفی از جمله سن، وضعیت تاهل، حجم کار و ساعت کاری ارتباط مستقیمی با افزایش فرسودگی شغلی داشته اند و جنسیت تاثیر مثبتی در ایجاد فرسودگی شغلی نداشت است (۳۵).

در مورد ویژگی های جمعیت شناختی پرستاران و فرسودگی شغلی و ابعاد آن، در این مطالعه، تفاوتی بین پرستاران در فرسودگی شغلی بر حسب وضعیت تاهل، سن و تحصیلات آنها وجود نداشت. در مطالعه علیدوستی و همکاران با ۱۵۱ پرستار در سه بیمارستان در شهر بهبهان نیز از لحاظ سن و تاهل تفاوتی در میزان فرسودگی شغلی مشاهده نشد ولی از لحاظ سطح تحصیلات تفاوت معناداری بین سطوح تحصیلی دیپلم، کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری گزارش شده است به این صورت که پرستاران در مقطع کارشناسی، فرسودگی شغلی بیشتر و پرستاران کاردانی نیز خستگی هیجانی بالاتری داشتند (۲۵). در مطالعه ما پرستاران دارای فقط دو سطح تحصیلات کارشناسی پرستاری (حدود ۹۰ درصد پرستاران) و کارشناسی ارشد پرستاری (۱۰ درصد پرستاران) بودند و بر حسب سطح تحصیلات بین پرستاران تفاوتی در فرسودگی شغلی مشاهده نشد. در مطالعه Luceño-Moreno، مسخ شخصیت در پرستاران مجرد، پرستاران زن با سن پایین تر و پرستاران با اضطراب و افسردگی بالاتر بیشتر بود و پرستارانی که علایم اضطراب و

فیزیکی و روانی ناشی از کار مانند خستگی جسمی و هیجانی می شوند. قانیدی و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش کردند که پرستاران با شیفت های در گردش نسبت به شیفت ثابت در معرض فرسودگی شغلی و خستگی هیجانی بیشتری هستند (۳۳).

در این مطالعه هر چند که پرستاران بر حسب نوع شیفت در گردش یا ثابت تفاوت معناداری در فرسودگی شغلی و ابعاد آن نداشتند اما نمره فرسودگی شغلی و همه ابعاد آن به خصوص خستگی هیجانی در پرستاران دارای شیفت ثابت بالاتر بود و ۸۸/۵٪ پرستاران نیز شیفت ثابت داشتند. در مطالعه موسویان اصل و همکاران در سال ۲۰۱۷ و قبل از پاندمی کووید ۱۹، پرستاران در شیفت صبح بیشتر دچار فرسودگی شغلی در ابعاد خستگی هیجانی، فقدان کفایت شخصی و مسخ شخصیت بودند (۴۰). مطالعه قانیدی قبل از پاندمی کووید ۱۹، در بررسی تاثیر نوبت کاری ثابت و در گردش بر فرسودگی شغلی و ابعاد آن در پرستاران گزارش کرد که شیفت کاری در گردش به دلیل تغییر در الگوی خواب و ایجاد فشار روانی و مشکلات فردی و خانوادگی مزمن در پرستاران باعث افزایش فرسودگی شغلی و خستگی هیجانی در پرستاران می شود و ابعاد مسخ شخصیت و فقدان موفقیت شخصی تحت تاثیر نوع شیفت کاری نمی باشد. (۳۳). طبق نتایج مطالعه بهمنی و همکاران نیز شیفت های کاری در گردش همراه با استرس ابتلا به بیماری، عدم تمرکز، فقدان انرژی، خستگی و عملکرد ضعیف بوده و در نهایت فرسودگی شغلی ایجاد شده بود (۴۱). این مطالعات نشان می دهند که بیشترین بعد فرسودگی شغلی که تحت تاثیر نوع شیفت کاری می باشد بعد خستگی هیجانی است که مشابه نتایج این مطالعه و توجیه کننده آن می باشد. در مطالعه حاضر پرستاران با سابقه کاری بین ۵ تا ۱۰ سال (یک چهارم از کل پرستاران مطالعه) خستگی هیجانی بیشتری را در مقایسه با سایر پرستاران داشتند. در مطالعه مروری شروفی و همکاران در سال ۲۰۱۵ و قبل از کووید ۱۹ پرستاران با سابقه کاری بالاتر کمتر دچار فرسودگی شغلی می شدند (۳۸) همچنین در مطالعه علیدوستی و همکاران در سال ۲۰۱۶، نیز پرستاران با سابقه کاری بیشتر، فرسودگی شغلی کمتری داشتند (۲۵) همچنین در مطالعه Luceño-Moreno طی پاندمی کووید نیز پرستاران زن با سابقه کاری بالاتر، کمتر دچار مسخ شخصیت بودند (۳۶). این نتایج نشان می دهد که پرستاران با تجربه کاری و سابقه کاری بالاتر، در

شرایط پر استرس کاری، فرسودگی شغلی کمتری احساس می کردند و تجربه کاری باعث توانمندی پرستاران در تطابق با شرایط استرس زا و مقاومت آنها در برابر فرسودگی شغلی بوده است.

#### خودکارآمدی

میزان خودکارآمدی مقابله ای پرستاران در مطالعه حاضر کمتر از حد متوسط بود. در مطالعه ای که در سال ۲۰۲۰ در چین انجام شده است نیز خودکارآمدی پرستاران در مقابله با اضطراب ناشی از مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا پایین بود (۴۲) که می تواند به دلیل شیوع سریع کووید-۱۹ و فرصت ناکافی برای مقابله پرستاران با اضطراب و فشار کاری ناشی از آن باشد.

در مطالعه ما میزان خودکارآمدی مقابله ای و ابعاد آن شامل توقف احساس و افکار ناخوشایند، مقابله مساله مدار و دریافت حمایت اجتماعی از خانواده و دوستان بین پرستاران بر حسب سابقه کاری، جنسیت، وضعیت تاهل و سن آنها تفاوتی وجود نداشت. ولی پرستاران با تحصیلات فوق لیسانس که ۱۰٪ از کل پرستاران شرکت کننده در مطالعه بودند، به طور معناداری بیشتر از سبک مقابله مساله مدار استفاده می کردند. در یک مطالعه مقطعی انجام شده در لهستان توسط Iwanowicz-Palus در بررسی سبک سازش پرستاران در موقعیت های استرس آور، نتایج نشان داد که پرستاران بر حسب سلامت جسمی و روانی، احساس خودکارآمدی، سطح تحصیلات و تجربه کاری خود از سه سبک مقابله ای متفاوت مانند سازش هماهنگ / سازمان یافته (non-harmonious/organised coping)، سازش هماهنگ (coping harmonious) و سازش غیر هماهنگ / سازمان نیافته (coping non-harmonious/disorganised) استفاده می کردند. به این صورت که پرستارانی که تحصیلات پایین تر، تجربه کاری بیشتر، احساس خودکارآمدی پایین تر و سلامت جسمی و روانی پایین تری داشتند، بیشتر از سبک غیر هماهنگ / سازمان یافته استفاده می کردند. پرستارانی که تحصیلات بالاتر، احساس خودکارآمدی بالا و سلامت جسمی و روانی بالایی داشتند، بیشتر از سبک سازشی هماهنگ استفاده می کردند و پرستارانی که تجربه کاری کمتر، احساس خودکارآمدی متوسط و سلامت جسمی و روانی پایینی داشتند، بیشتر از سبک سازشی غیر هماهنگ / سازمان نیافته استفاده می کردند (۴۳). در مقایسه مشخصات جمعیت شناختی پرستاران در دو مطالعه، فقط حدود ۴۰

### نتیجه گیری

این مطالعه در مراحل انتهایی پاندمی کووید ۱۹ انجام شد. پرستاران مراقب بیماران مبتلا به کرونا در شهر یزد طی پاندمی کووید ۱۹ دچار فرسودگی شغلی خفیف بودند و پرستاران مرد، بیشتر دچار مسخ شخصیت به عنوان یکی از ابعاد فرسودگی شغلی شدند. پرستاران استخدامی و پرستاران دارای شیفت های ثابت نیز بیشتر دچار فرسودگی شغلی شدند. میزان خودکارآمدی مقابله ای پرستاران از حد متوسط کمتر بود ولی پرستاران دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس پرستاری در این شرایط پر استرس، بیشتر از سایر پرستاران از سبک مقابله ای مساله مدار استفاده می کردند و تفاوت در سابقه کار و تجربه کاری یا سن بیشتر پرستار باعث خودکارآمدی بیشتر یا استفاده از سبک مقابله ای مناسب در پرستاران نشده بود.

برنامه ریزی آموزشی برای تقویت خودکارآمدی مقابله ای پرستاران از ابتدای ورود به شغل پرستاری و از طریق آموزش ضمن خدمت یا آموزش مداوم می تواند باعث استفاده بهتر از این سرمایه انسانی سلامت در مواجهه با بحران ها و شرایط پر استرس کاری پرستاران شود. انجام مطالعات بیشتر در زمینه شناسایی عوامل ایجاد فرسودگی شغلی در عرصه های مختلف پرستاری و توسعه خودکارآمدی به عنوان یک عامل مقابله با فرسودگی شغلی در پرستاران باعث ارتقای رضایت شغلی پرستاران و ارتقای کیفیت مراقبت پرستاری خواهد شد.

### سپاسگزاری

از معاونت تحقیقات و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بابت همکاری و حمایت مالی طرح و از پرستاران بیمارستانهای شهید افشار، شهید صدوقی و شهید رهنمون یزد که ما را در انجام این طرح یاری رسانیدند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تعارض منافی ندارند.

درصد پرستاران لهستانی زیر ۴۰ سال سن داشتند در حالی که ۸۳ درصد پرستاران شرکت کننده در مطالعه حاضر کمتر از ۴۰ سال سن داشتند و جوان تر بودند بود، وضعیت تاهل در هر دو مطالعه تقریباً یکسان و حدود ۷۰ درصد متاهل بودند ولی درصد پرستاران دارای تحصیلات تکمیلی، در مطالعه انجام شده در لهستان حدود ۴۰ درصد و بیشتر از مطالعه ما بود. همچنین در مطالعه Simonetti در سال ۲۰۲۱ طی کووید ۱۹ و از بین پرستاران مختلف بخش های بیمارستانی در ایتالیا، پرستاران زن نسبت به پرستاران مرد خودکارآمدی پایین تر، اضطراب بالاتر و اختلال خواب بیشتری داشتند و پرستاران با تحصیلات تکمیلی که ۱۶٪ از کل پرستاران بودند، خودکارآمدی بالاتری داشتند (۲۰) که مشابه نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه Agbaria طی کووید ۱۹، افرادی که خودکارآمدی بالایی داشتند از سازگاری مساله محور استفاده می کردند و سعی می کردند با پرداختن به مشکل و نه فرار از آن، راه حل خلاقانه ای برای حل آن بیابند (۴۴). در مطالعه Helena Patricia در مناطق مختلف اندونزی و روی پرستاران طی کووید ۱۹، حدود بیش از نیمی از پرستاران، بهزیستی روانشناختی پایینی داشتند و بیشتر از سازگاری هیجان محور استفاده می کردند (۴۵) این نتایج گویای این مساله است که پرستاران با تحصیلات بالاتر دارای خودکارآمدی بالاتر بوده و افراد با خودکارآمدی بالاتر، در برخورد با مسائل، از سبک مقابله مساله مدار و سازمان یافته تری استفاده می کنند.

محدودیت این مطالعه این بود که محل جمع آوری داده و توزیع پرسشنامه ها در بیمارستان هایی بود که بیماران مبتلا به کرونا، بیشترین مراجعه به آنها را داشتند و با توجه به دوره های افت و خیز شیوع پاندمی کووید ۱۹، شلوغی ناگهانی بخش ها باعث خستگی و فشار کاری بیشتر پرستاران می شد و علی رغم تمایل به تکمیل پرسشنامه و دریافت قبلی آن از محقق، تکمیل پرسشنامه به تاخیر می افتاد و نیاز به پیگیری مکرر محقق برای تکمیل پرسشنامه ها و جمع آوری آن داشت.

## Reference

- Birghi Fard A, Kargar F. The Role of Lifestyle in Health and Prevention of Corona Disease. *Journal of Applied Studies in Social Sciences and Society*. 2016;3(1):53.
- Puspitasari IM, Yusuf L, Sinuraya RK, Abdulah R, Koyama H. Knowledge, attitude, and practice during the COVID-19 pandemic: a review. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2020;13:727. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S265527>
- WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: WHO; 2022 [Available from: <https://covid19.who.int>].
- Ashley C, James S, Williams A, Calma K, Mcinnes S, Mursa R, et al. The psychological well-being of primary healthcare nurses during COVID-19: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(9):3820-8. <https://doi.org/10.1111/jan.14937>
- Li J, Su Q, Li X, Peng Y, Liu Y. COVID-19 negatively impacts on psychological and somatic status in frontline nurses. *Journal of affective disorders*. 2021;294:279-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.031>
- Lamprey E. Psychological impacts of COVID-19 on health professionals: a cross-sectional survey of 1000 nurses across ECOWAS countries. *Research Journal in Medical and Health Sciences*. 2020;1(1).
- Peck JL, Sonney J. Exhausted and burned out: COVID-19 emerging impacts threaten the health of the pediatric advanced practice registered nursing workforce. *Journal of Pediatric Health Care*. 2021;35(4):414-24. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.04.012>
- Mohamadzadeh Tabrizi Z, Mohammadzadeh F, Davarinia Motlagh Quchan A, Bahri N. COVID-19 anxiety and quality of life among Iranian nurses. *BMC nursing*. 2022;21(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00800-2>
- Shoja E, Aghamohammadi V, Bazayr H, Moghaddam HR, Nasiri K, Dashti M, et al. Covid-19 effects on the workload of Iranian healthcare workers. *BMC public health*. 2020;20(1):1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09743-w>
- Falatah R. The impact of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic on nurses' turnover intention: an integrative review. *Nursing Reports*. 2021;11(4):787-810. <https://doi.org/10.3390/nursrep11040075>
- Kakemam E, Chegini Z, Rouhi A, Ahmadi F, Majidi S. Burnout and its relationship to self-reported quality of patient care and adverse events during COVID-19: A cross-sectional online survey among nurses. *Journal of nursing management*. 2021;29(7):1974-82. <https://doi.org/10.1111/jonm.13359>
- Hoseinabadi TS, Kakhki S, Teimori G, Nayyeri S. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease-COVID-19-in Iran. *Investigacion y educacion en enfermeria*. 2020;38(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e03>
- Bahmani A. Investigating the Effect of Work Shifts in Coronavirus Conditions on Employee Burnout With the Mediating Role of Coronavirus Stress. *Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Original Article*. 2021;9(4):1-7.[persian].
- Farber BA, Heifetz LJ. The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional psychology*. 1982;13(2):293. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.13.2.293>
- Maslach CaL, M.P. Burnout. In: *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Academic Press, Cambridge. 2016:351-7. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3>
- Baštami E SMK, Baštami T, Cheraghizadegan B. The prevalence of burnout in Iran: a systematic review and meta-analysis. *journal of Health and safety at work*. 2019;10(3):301-15.
- Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC public health*. 2017;17(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
- Vasconcelos EMD, Martino MMFD, França SPdS. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista brasileira de enfermagem*. 2018;71:135-41. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>
- Shoji K, Cieslak R, Smoktunowicz E, Rogala A, Benight CC, Luszczynska A. Associations between job burnout and self-efficacy: A meta-analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2016;29(4):367-86. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1058369>
- Simonetti V, Durante A, Ambrosca R, Arcadi P, Graziano G, Pucciarelli G, et al.

- Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*. 2021;30(9-10):1360-71. <https://doi.org/10.1111/jocn.15685>
21. Shahrour G, Dardas LA. Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Journal of nursing management*. 2020;28(7):1686-95. <https://doi.org/10.1111/jonm.13124>
  22. Hosseni Z DS, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A, Ghanbarnezhad A. Investigating the correlation between self-efficacy and mental health of nurses and head nurses. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2018;15(12):921-30 [persian].
  23. Laschinger HKS, Borgogni L, Consiglio C, Read E. The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2015;52(6):1080-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.002>
  24. Fida R, Laschinger HKS, Leiter MP. The protective role of self-efficacy against workplace incivility and burnout in nursing: A time-lagged study. *Healthcare management review*. 2018;43(1):21-9. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000126>
  25. Alidošti M, Delaram M, Dehgani L, Maleki Moghadam M. Relationship between self-efficacy and burnout among nurses in Behbahan City, Iran. *Women's Health Bulletin*. 2016;3(4):1-5. <https://doi.org/10.17795/whb-30445>
  26. Vaezfar S, Azadi M, Akbari Balotabegan A, Rahimi M. The Predictive Role of Self-efficacy and Social Support in Nurses' Burnout. *Iran Journal of Nursing*. 2014;27(90):140-9. [persian]. <https://doi.org/10.29252/ijn.27.90.91.140>
  27. Morovati Z, Yadegari R. Comparison of loneliness and coping self-efficacy in cell phone addicted and normal female college students. *Journal of Psychological Achievements*. 2019;26(2):243-62. [persian].
  28. Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British journal of health psychology*. 2006;11(3):421-37. <https://doi.org/10.1348/135910705X53155>
  29. Aghajani M NA, Rasouli M. The relationship between mental health in workplace and emotion regulation and its effect on occupational burnout. *Iran Health Work*. 2016;13(4):1-12. [persian].
  30. Maslach C, Jackson SE. *MBI: Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA. 1981;1(2):49-78. <https://doi.org/10.1037/t05190-000>
  31. MA S. The investigation relationship between dimensions of social capital with burnout nurses in Khorramabad academic hospitals. *nursing education*. 2014;3(1):41-50. [persian].
  32. Ziaei M GZ, Abdolrazaghnejad A, Bahmani A. Evaluation of Anxiety and Job Burnout among Nurses Working in Emergency Departments Affiliated with Zahedan University of Medical Sciences During COVID-19 Epidemic; A Cross-sectional Study. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2022;9(1):1-9. [persian].
  33. Ghaedi G, Mohammadipour Rik N, Ghasemi M. Comparison of fixed and rotating shifts on burnout among nurses working in public and private hospitals in Rasht. *Journal of Shahed University*. 2015;22(118):27-35.
  34. 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).
  35. Ahmadi M, Arsalani N, Moghadam F, Naseh L, Taghlili F, Fallahi-Khoshknab M. Burnout in emergency nurses: A Systematic review. *Iranian Journal of Systematic Review in Medical Sciences*. 2023;2(4):56-68 [persian].
  36. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, Martín-García J. Predictors of burnout in female nurses during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Nursing Practice*. 2022:e13084. <https://doi.org/10.1111/ijn.13084>
  37. Bagheri sheykhgafshe F SM, Ansarifard N, Savabi Niri V, Deldari Alamdari M. Evaluation Post - traumatic stress disorder, Depression of and Anxiety Nursing During Coronavirus 2019 Pandemic: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing Research* 2021;16(5):1-13. [persian].
  38. Shorofi A KM. Factors Associated with Burnout in Nursing Staff: A Review Article *Journal of Clinical Excellence* 2015;3(2):56-70. [persian].
  39. Arab M HM, Panahi Tosanloo M, Khalili Z. Nursing Occupational Hazards of the Emergency Department in Teaching Hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *journal of Hospital*. 2014;14(2):35-48. [persian].

40. Mosavianasl Z BA, Karimi A. The Relationship between Shift Work and Occupational Burnout among Nurses in a Teaching Hospital in Ahvaz. *Occupational Hygiene and Health Promotion Journal*. 2017;1(2):118-28.[persian].
41. bahmani a. Investigating the effect of work shifts in coronary conditions on burnout of employees with the mediating role of coronary stress. *Quarterly Journal of Nursing Management* 2020;9(4):20-6.
42. Xiong H LS. The psychological status and self-efficacy of nurses during COVID-19 outbreak: a cross-sectional survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2020;57:1-6. <https://doi.org/10.1177/0046958020957114>
43. Iwanowicz-Palus G, Mróz M, Kowalczyk K, Szlendak B, Bień A, Cybulski M. Nurses Coping with Stressful Situations-A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(17):10924. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710924>
44. Agbaria Q, Abu Mokh A. Self-efficacy and optimism as predictors of coping with stress as assessed during the coronavirus outbreak. *Cogent Education*. 2022;9(1):2080032. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2022.2080032>
45. Patricia H, Apriyeni E, editors. Determinant Factors of Psychological Well Being Nurses on the Frontline Against the Covid-19 Pandemic. 2nd Syedza Saintika International Conference on Nursing, Midwifery, Medical Laboratory Technology, Public Health, and Health Information Management (SeSICNiMPH 2021); 2021: Atlantis Press.