

کارزدگی به عنوان سندرم روانشناختی عامل پیش بینی کننده پرخاشگری در بیمارستان‌ها

علیرضا تشکریان جهرمی^۱، سید علیقلی روشن^{۲*}، باقر گُرد^۲

^۱ دانشجوی دکترای مدیریت، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه سیستان و بلوچستان،

زاهدان، ایران

^۲ عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

* نویسنده مسئول: سید علیقلی روشن، عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه

سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران. ایمیل: salirowshan@gmail.com

DOI: 10.21859/nmj-25023

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۰۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۰۵

واژگان کلیدی:

کارزدگی

پرخاشگری

مسخ شخصیت

خستگی عاطفی

کاهش احساس کفایت

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه: تحقیقات محدودی در زمینه رابطه کارزدگی و پرخاشگری (به عنوان یک عکس العمل نسبت به کارزدگی و نه خصوصیت شخصی) وجود دارد که در این تحقیق با ارائه مدلی، این مساله بررسی گردیده است. تحقیق حاضر بر رابطه بین پرخاشگری و کارزدگی با به کارگیری تحلیل رگرسیون برای تشخیص پیش بینی کننده‌های پرخاشگری تمرکز می‌نماید.

روش کار: در پژوهش توصیفی تحلیلی حاضر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده و با کمک فرمول کوکران، حدود ۸۲ نفر از پرستاران بخش‌های داخلی، جراحی، اورژانس، اعصاب و روان، ICU و CCU در بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان در دیماه سال ۱۳۹۴ به عنوان نمونه انتخاب گردیدند و پرسشنامه پژوهش توسط آنان تکمیل شد. ابزار سنجش در این پژوهش، پرسشنامه‌ای استاندارد است که در سه بخش جمعیت شناختی، ابعاد کارزدگی شغلی مزلج (۱۹۹۷) و ابعاد پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) پس از تست اولیه و بررسی پایایی و روایی آن، در بین نمونه آماری توزیع گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون فریدمن توسط نرم افزار SPSS و برای مدل معادلات ساختاری و روش دو مرحله‌ای حداقل مربعات جزئی به منظور تحلیل فرضیات، تحلیل روایی عاملی تاییدی و تحلیل مسیر از نرم افزار Smart PLS بهره گرفته شده است.

یافته‌ها: بنا بر ضرائب مسیر و مقادیر معناداری آنها مشخص می‌گردد که در سطح معناداری (۰/۰۱) $P\text{-value} =$ کارزدگی بر پرخاشگری و ابعاد آن شامل خشم ($\text{Reg} = ۰/۰۰۱, \text{sig} = -۰/۵۹۹$)، تهاجم ($\text{Reg} = ۰/۰۰۱, \text{sig} = ۰/۴۳۳$) و کینه توزی ($\text{Reg} = ۰/۰۰۱, \text{sig} = ۰/۳۶۴$) اثر معناداری دارد و همچنین ابعاد کارزدگی شامل مسخ شخصیت ($\text{Reg} = ۰/۰۰۱, \text{sig} = ۰/۴۱۹$)، خستگی عاطفی ($\text{Reg} = ۰/۱۸۹, \text{sig} = ۰/۰۰۱$) و کاهش احساس کفایت ($\text{Reg} = ۰/۲۳۴, \text{sig} = ۰/۰۰۱$) نیز بر پرخاشگری اثری مشابه دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که مسخ شخصیت بیشترین اثر گذاری را بر پرخاشگری دارد از طرفی با توجه به نتایج آزمون فریدمن، خستگی عاطفی در میان پرستاران بیشترین سهم را در میان سایر ابعاد کارزدگی دارد. کارزدگی نیز به طور معکوس بر خشم اثر دارد.

نتیجه گیری: به منظور کنترل تأثیر متقابل کارزدگی و پرخاشگری و همچنین ابعاد آن‌ها، باید شرایط تقویت کننده سلامت روانی در حرفه و محیط کاری پرستاران را ارتقا و همچنین شرایط محدود کننده کارزدگی به عنوان متغیر اثرگذار و مستقل و به تبع آن کنترل پرخاشگری را در سازمان مهیا نمود.

مقدمه

شناخته شده است [۳]. از طرفی کارزدگی از جمله خطرات شغلی است که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است و برای توصیف پاسخ‌های انسان در برابر فشارهای روانی تجربه شده استفاده می‌شود. رایج‌ترین تعریف از کارزدگی را مازلاچ و جکسون (۱۹۶۰) ارائه نمودند. کوری و همکاران (۱۹۹۱) معتقدند که کارزدگی پدیده‌ای بسیار شایع در حرفه‌های یاری رسان است [۴]. فردی که دچار کارزدگی شده، احساس تحلیل رفتگی و خستگی مزمن می‌کند، خلق و خوی پرخاشگری پیدا کرده و در روابط بین فردی تا اندازه‌ای بدگمان و بدبین

نظر به اینکه سلامت روان به عنوان یکی از ارکان سلامتی و لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت بخش فردی است، ارتقاء سلامت روان افراد یک جامعه خصوصاً اقشار مؤثر و سازنده آن لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است [۱]. سلامت از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار نقش حیاتی دارد [۲]. فشارهایی که منشأ روانی دارند می‌توانند کارکرد ارگانیک بدن را مختل کنند، حتی گاهی می‌توانند در حد شدید باشند که منجر به تخریب بافت‌های بدن گردند. همراهی وقایع تنش زای زندگی با بیماری‌های قلبی به خوبی

می‌شود [۵]. تحقیقات نشان می‌دهد که پرستاران از جمله افرادی هستند که شدیداً در معرض خطر کارزدگی می‌باشند [۶، ۷] و در این میان پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران ممکن است، بیشترین استرس را تحمل نمایند. کارزدگی یکی از عمده‌ترین پیامدهای اجتناب‌ناپذیر استرس شغلی است و مادامی که این استرس از میان برداشته نشود هم‌چنان ادامه خواهد یافت. مشخص شده است که خطر کارزدگی در میان پرستاران بسیار بالاست [۸]. نتایج کارزدگی در پرستاران، جدی است. این پدیده، منجر به کناره‌گیری عاطفی یا بی‌تفاوتی و کاهش محدوده فعالیت پرستار و تماس وی با بیماران می‌شود. کارزدگی، به ضعف کیفیت و کمیت مراقبت پرستاری می‌انجامد و در اکثر حیطه‌های عملکرد فردی، بین فردی و سازمانی، تأثیرات منفی می‌گذارد [۹]. اگر کارزدگی تشخیص داده نشود و راه حلی برای کاهش و یا پیشگیری از آن طراحی و اجرا نشود می‌تواند منجر به از دست دادن کیفیت و کارایی فرد، کاهش سلامت فیزیکی و روانی شود. برای سازمان‌ها حضور چنین افرادی منجر به یک هزینه جدی در دوره‌های غیبت از کار، جابه‌جایی، از دست دادن بهره‌وری یا مخارج مراقبت سلامت خواهد شد [۱۰]. این امر در بین پرستاران که خدمت رسانی آحاد جامعه می‌باشند اهمیت بیشتری می‌یابد. از آنجا که کارزدگی بر ابعاد مختلف زندگی فرد از جمله سلامت روان، سلامت جسمانی و کارکردهای اجتماعی فرد تأثیر بسزایی دارد و قابل تأکید است، سلامت روانی کارکنان از جمله موضوعات مهم مورد بحث اخیر در حیطه طب کار و سلامت شغلی می‌باشد [۱۱]. امروزه حوزه بهداشت و درمان به دلیل ارتباط مستقیم با سلامت انسان‌ها یکی از مهمترین حوزه‌های توسعه پایدار در جوامع بشری به شمار می‌آید، از جمله کارکنان این حوزه، کادر پرستاری بیمارستان‌ها هستند. پرستاران بطور ویژه مستعد کارزدگی هستند چراکه آنها با بیماری، درد، عذاب و مرگ مدمج‌ویان مواجه هستند [۱۲]. اُفت کیفیت مراقبت از بیمار، از بدترین پیامدهای کارزدگی پرستاران است، زمانی که پرستاری دچار فرسودگی می‌شود، بیمار از توجه و مراقبت کافی محروم مانده و فردیت و حقوق انسانی او زیر سؤال می‌رود. بررسی‌های انجام شده درباره کارزدگی در پرستاران نشان داده که در شرایط کاری یکسان، افراد به یک اندازه دچار فرسودگی نمی‌شوند، به عبارت دیگر فرسودگی از تعامل عوامل بیشماری از جمله عوامل فردی، میان فردی، شغلی، و ویژگی‌های شخصیتی پدید می‌آید [۱۳]. خشونت و پرخاشگری، در سطوح و جنبه‌های مختلف، معضلی بزرگ و جهانی به شمار می‌آید و ریشه بسیاری از جرائم، انحرافات و حتی جنگ‌ها را باید در این امر

جستجو کرد [۱۴]. روانشناسان پرخاشگری را رفتاری می‌دانند که موجب آسیب دیگران شود یا بالقوه بتواند به دیگران آسیب بزند. این آسیب می‌تواند بدنی مانند کتک زدن، لگد زدن و گاز گرفتن، یا لفظی مانند ناسزاگویی و فریاد زدن و یا حقوقی مانند به زور گرفتن چیزی باشد [۱۵]. ابتلا به استرس و تکرار اشتباهات می‌تواند مانعی در راه دستیابی به اهداف بهداشتی محسوب شود. بسیاری از حوادث ضمن کار بر اثر استرس‌های شغلی اتفاق می‌افتد [۱۶]. حرفه پرستاری به عنوان حرفه‌ای استرس‌زا معرفی شده و کارکنان آن مستعد مواجهه با استرس‌های شدید می‌باشند زیرا بطور مداوم با رنج و مرگ و میر افراد مواجه می‌شوند و مجبورند کارهایی را انجام دهند که از نظر دیگران وحشت‌انگیز است [۱۷]. بطوری که انجمن ملی ایمنی آمریکا پرستاری را جزء ۴۰ حرفه با شیوع بالای بیماری‌های مربوط به استرس معرفی کرده است [۱۸]. اهمیت سلامت روان پرستاران که حلقه‌ای از سیستم ارائه خدمات بهداشتی هستند و ضعف پیشینه مطالعاتی در زمینه بررسی وضعیت سلامت روان پرستاران، ما را بر آن داشت تا با انجام چنین پژوهشی، اطلاعات کاربردی را در اختیار دست‌اندرکاران نظام سلامت قرار دهیم تا با استفاده از نتایج آن ضمن بالا بردن کارایی، از کارزدگی و افت عملکرد شغلی در پرستاران جلوگیری بعمل آید. حرفه پرستاری به سبب ماهیت خاص خود به گونه‌ای است که پرستاران تقریباً بطور روزمره با درد و رنج، حوادث و مرگ و میر مواجه هستند، از اینرو پرستاری به عنوان حرفه‌ای استرس‌آور شناخته شده است. همچنین پرستاری از جمله مشاغل است که به سبب ماهیت خاص این حرفه دارای چرخش و تنوع در زمان کار است و یک پرستار ممکن است در طول روزهای هفته در ساعات مختلف از شبانه روز به کار بپردازد و یا در نوبت‌های طولانی کاری در بیمارستان و محل کار خود به سر ببرد. وجود این نوبت‌های کاری مختلف مانند کار در شیفت شب و شیفت‌های اضافه کاری می‌تواند سلامت جسمی و روحی پرستاران را به مخاطره بیندازد. لذا باید کلیه این عوامل را مورد بررسی قرار داد تا بتوان در جهت ایجاد روش‌های مناسب گام برداشت.

عزیزنژاد و حسینی (۱۳۸۳) در پژوهشی تحت عنوان کارزدگی و علل آن در پرستاران بالینی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل نشان دادند که ۶۸/۶٪ از پرستاران دارای فرسودگی زیاد و ۷/۰٪ نیز دارای کارزدگی خیلی زیاد بودند. آنان همچنین میانگین کارزدگی را بین گروه‌های سنی متفاوت بررسی کردند که در نتیجه مشخص گردید که بین سن با میزان کارزدگی رابطه معکوس نسبتاً قوی وجود داشت و همچنین بین سابقه کار با ابعاد کارزدگی رابطه معکوس

یادگیری: یک مطالعه طولی ۱۲ ساله روی فارغ التحصیلان پزشکی انگلستان به این نتیجه دست یافت که ۲۸/۲٪ از پزشکان دچار کارزدگی شدید بودند که این امر رابطه معنی داری با یافتن شغل نداشت ولی ارتباط آن با شرایط محیط کار و خصوصیات شخصیتی پزشکان معنی دار بود [۲۴]. پارسلو و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیقی به منظور تعیین تأثیر موقعیت کاری و میزان استرس شغلی روی سلامت روان کارکنان دولت به این نتیجه رسیدند که استرس شغلی، موقعیت شغلی سلامت روان و حالت رفاه و بهزیستی پرسنل را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۵].

بنابراین در این پژوهش، نیاز به توسعه استراتژی‌های پیش گیری استرس با هدف اجتناب از توسعه کارزدگی به عنوان استرس مزمن شغلی و کاهش ریسک توسعه پرخاشگری و خصومت در میان پرستاران بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان را مورد مطالعه قرار می‌دهیم. در واقع هدف از این پژوهش اینست که آیا کارزدگی یک عامل پیش بینی کننده پرخاشگری در میان پرستاران محسوب می‌شود یا خیر؟ و اینکه اولویت بندی هریک از ابعاد کارزدگی و پرخاشگری به چه صورت می‌باشند؟ در راستای هدف پژوهش، ۴ فرضیه اصلی تدوین گردیدند که فرضیه اصلی ۱ خود به سه فرضیه فرعی دیگر بیان می‌گردد. در فرضیه اصلی ۱ تأثیر معنادار کارزدگی بر پرخاشگری در بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان بررسی می‌شود که در هریک از فرضیات فرعی آن، اثر معنادار ابعاد کارزدگی بر پرخاشگری بیان می‌گردد. همچنین در فرضیات اصلی ۲ و ۳ و ۴ اثر معناداری کارزدگی بر هریک از ابعاد پرخاشگری مورد مطالعه قرار داده و در نهایت بر اساس آزمون فریدمن تمامی ابعاد کارزدگی و پرخاشگری اولویت بندی می‌شوند. در ادامه پژوهش به بررسی و تحلیل فرضیات تحقیق بصورت جدال مجزا خواهیم پرداخت.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که با هدف تعیین تأثیر کارزدگی به عنوان عامل پیش بینی کننده پرخاشگری در میان پرستاران بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان در دیماه سال ۱۳۹۴ صورت گرفته است. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده و با کمک فرمول کوکران در سطح خطای ۵ درصد، از بین ۱۰۲ نفر از پرستاران رسمی شاغل در بخش‌های داخلی، جراحی، اورژانس، اعصاب و روان، ICU و CCU بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان، در سه شیفت صبح و عصر و شب، حدود ۸۱ نفر به عنوان حداقل نمونه مورد نیاز برآورد گردید. بر همین اساس ۹۰ پرسشنامه در بین پرستاران

مشاهده گردید [۱۹]. ستوده اصل و بختیاری (۱۳۸۵) تحقیق با عنوان بررسی کارزدگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران و ماماها شاغل در دانشگاه علوم پزشکی سمنان انجام دادند. یافته‌های تحقیق نشان داد که افزایش ساعات کار بیش از ۸ ساعت در روز بطور معنی داری موجب بروز فرسودگی عاطفی در پرستاران و ماماها می‌گردد. نتایج تحقیق بیانگر رابطه‌ای معکوس و معنی دار بین سابقه کاری و میزان فرسودگی عاطفی است و فرسودگی عاطفی و پیشرفت و ترقی شخصی دارای سطحی متوسط در میان پرستاران و ماماها شاغل دانشگاه علوم پزشکی سمنان می‌باشد. همچنین توجه به توسعه روابط بین فردی و کنترل و تغییر در عواملی مانند ساعت و شیفت کاری، می‌تواند باعث کاهش فرسودگی عاطفی و افزایش سطح پیشرفت و ارتقای شخصی کارکنان گردد [۲۰]. عبدی و همکاران (۱۳۸۶) در بررسی رابطه کارزدگی با سلامت روان یر روی پرسنل پرستاری، نتایج او نشان داد که کارزدگی، در ابعاد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت اکثریت واحدهای مورد پژوهش در سطح پایین و در بعد عدم کارایی فردی اکثریت در سطح بالا قرار داشتند. در مورد سطح سلامت روان رابطه بین کارزدگی و سلامت روان معنی دار و در مورد متغیرهای جمعیت شناختی، ارتباط بین کارزدگی با جنس، سن، سابقه کار و همچنین ارتباط بین متغیرهای سابقه کار و نوبت کاری با سلامت روان معنادار بود [۲۱]. زهرا دشت بزرگی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیق دیگری تحت عنوان مقایسه کارزدگی و سلامت روانی کادر درمانی بیمارستان‌های روانی و غیر روانی به نتیجه دست یافتند که بین دو گروه مذکور از لحاظ کارزدگی تفاوت معنی داری وجود دارد ولی تفاوت دو گروه از لحاظ سلامت روانی معنی دار نبود [۴]. مژگان کاراحمدی و نیره اسماعیلی دهقی (۱۳۸۶) تحقیقی با عنوان پرخاشگری و ارتباط آن با ویژگیهای جمعیت شناختی پرستاران بخش اطفال بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام داد که بر اساس نتایج این تحقیق میزان پرخاشگری در گروه‌های سنی پایین‌تر با سنوات کاری کمتر و تجربه بیشتر می‌باشد همچنین پرخاشگری در متأهلین بالاتر است [۲۲]. محسن گل پرور و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان کارکردهای تعارض بین فردی و مدیریت تعارض در پیوند میان استرس و کارزدگی با پرخاشگری به این نتیجه دست یافت که در تسلیم شدن بالا، فرسودگی هیجانی با پرخاشگری، در سازش و حل مساله پایین، فرسودگی هیجانی با پرخاشگری، در اعمال زور و اجتناب بالا، فرسودگی هیجانی با پرخاشگری رابطه نیرومندتری نشان دادند [۲۳]. مک مأنوس و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی تحت عنوان استرس، سندرم کارزدگی و نگرش پزشکان به کار و رابطه آن با شخصیت و روش

حداقل مربعات جزئی جهت آزمون فرضیات و برازندگی مدل استفاده شده است. مدل‌یابی معادلات ساختاری یک تکنیک بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چند متغیری و یک رویکرد جامع برای آزمون فرضیات درباره روابط متغیرهای مشاهده شده و مکنون است. لازم به ذکر است که آزمون همبستگی پیرسون به منظور برازش مدل و بررسی همبستگی میان متغیرهای پرسشنامه به همراه آزمون فریدمن، ضریب آلفای کرونباخ و سیمای آزمودنی توسط نرم افزار SPSS محاسبه شده است و برای مدل معادلات ساختاری و روش دو مرحله‌ای حداقل مربعات جزئی به منظور تحلیل فرضیات، تحلیل‌روایی عاملی تاییدی و تحلیل مسیر از نرم افزار Smart PLS بهره گرفته شده است. لازم به ذکر است که ضمن توزیع پرسشنامه، به افراد نمونه آماری اطمینان داده شده بود که پرسشنامه بدون ذکر نام و بخش مربوطه طراحی شده و با حصول اطمینان پرستاران و مدیریت بیمارستان به تحلیل داده‌ها مبادرت گردیده است. همچنین بر اساس اخلاق پژوهشی، محقق مراتب احتیاط را در افزایش دقت جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به کار بسته است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر برای اینکه بتوان فهمید گویه‌ها بیان‌کننده سازه‌های مورد نظر هستند از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شده است. ماتریس همبستگی متغیرها (جدول ۲) نشان از وجود رابطه مثبت و معنادار تمامی متغیرها است که در ادامه به تحلیل کلی و جزئی مسیر و آزمون فرضیات پرداخته خواهد شد که یافته‌های تحقیق بر اساس آزمون‌های همبستگی پیرسون، فریدمن، معادلات ساختاری و روش دو مرحله‌ای حداقل مربعات جزئی و تحلیل‌روایی عاملی تاییدی بدست آمده و در ادامه بصورت جداول مجزا خواهیم پرداخت.

نتایج مربوط به آزمون همبستگی پیرسون متغیرهای تحقیق (جدول ۲) نشان داد که در سطح معناداری ۰/۰۱ تمامی متغیرهای مورد مطالعه رابطه مثبت و معناداری با یکدیگر دارند. در ادامه، نمودارهای تحلیل مسیر در دو نوع کلی و جزئی، ترسیم شده است و نتایج مربوط به آزمون فرضیات و مسیرهای مدل در جدول ۳ و ۴ ارائه گردیده است.

تحلیل مسیر کلی مطالعه نشان داد که فرضیه اصلی اول تحقیق که بیان می‌دارد کارزدگی اثر معناداری بر پرخشگری پرستاران بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان دارد با در نظر گرفتن مقدار معناداری و ضریب مسیر آن مورد تأیید قرار می‌گیرد و بر اساس ضریب تعیین متغیر وابسته پرخشگری، ۰/۳۵۱ درصد از پرخشگری پرستاران را می‌توان حاصل کارزدگی آنان در نظر

بخش‌های مذکور توزیع گردید و از این میان، ۸۲ پرسشنامه به طور کامل تکمیل و برگشت داده شد. با توجه به حساسیت و پویایی شغل پرستاری و مشغله کاری آنان که نمی‌توانند زمان کافی برای پرکردن پرسشنامه داشته باشند و به منظور بالارفتن دقت داده‌ها، محقق جهت تسهیل در انتقال مفهوم سؤالات در هنگام تکمیل تک تک پرسشنامه‌ها حضور داشته است. بنابراین فرایند توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه با دقت بالا و زمان توزیع با در نظر گرفتن تغییرات شیفت، دو هفته به طول انجامید.

در این مطالعه از پرسشنامه‌های مطالعات مزلج (۱۹۹۷) که برآورد جدیدی از تنیدگی و کارزدگی است و شاخص پرخشگری ب‌اس و پری (۱۹۹۲) استفاده گردید [۲۶-۲۹]. در این تحقیق سؤالات کارزدگی براساس مؤلفه‌های مسخ شخصیت، خستگی عاطفی و احساس کاهش کفایت و پرسشنامه مربوط به متغیر پرخشگری بر اساس سه بعد خصومت کلامی، تهاجم و کینه‌توزی مورد سؤال قرار گرفته است که جهت بررسی دقیق‌تر پرسشنامه و شناخت ایرادات و مشکلات آن به منظور افزایش دقت ابزار سنجش، تست اولیه انجام شد و ۳۰ پرسشنامه به صورت آزمایشی توزیع گردید که پایایی و روایی اولیه آن بررسی و پس از حصول اطمینان از دقت ابزار سنجش، پرسشنامه کارزدگی در قالب ۲۴ گویه و پرسشنامه پرخشگری با مجموعاً ۳۰ سؤال بصورت کامل توزیع یافت. سرانجام داده‌های بدست آمده بر اساس یک مدل اصلی و نرم افزارهای SPSS و Smart PLS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که بر اساس شاخص‌های استاندارد طراحی شده توسط مزلج و ب‌اس و پری، تمامی سازه‌های پرسشنامه کارزدگی توسط طیف ۷ امتیازی لیکرت و پرسشنامه پرخشگری از طیف چهار نقطه‌ای برخوردار بوده است. جهت بررسی روایی پرسشنامه از تحلیل صوری- محتوایی و تحلیل عاملی تاییدی بهره گرفته شده است. با توجه به معیار فورنل و لاکر (۱۹۸۱)، بارهای عاملی گویه‌ها باید بزرگتر از ۰/۵ و معنادار باشد [۳۰] که نتایج ارائه شده در جدول ۱، گویای روایی مناسب پرسشنامه می‌باشد همچنین جهت قابلیت اطمینان داده‌های گردآوری شده و ابزار سنجش، از آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج آزمون آلفای کرونباخ در جدول ۱ نیز قابل مشاهده است.

$$r_a = \frac{J}{J-1} \left(1 - \frac{\sum S_j^2}{S^2} \right)$$

r_a ، ضریب پایایی کل؛ J ، تعداد سؤالات؛ S^2 ، واریانس کل و S_j^2 ، واریانس سؤالات.

در پژوهش حاضر جهت تحلیل برازش مناسب مدل از آزمون همبستگی پیرسون و از مدل‌یابی معادلات ساختاری و روش

پرخاشگری در میان پرستاران بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان دارا می‌باشد. برای اولویت بندی مؤلفه‌ها و ابعاد کارزدگی در میان پرستاران این بیمارستان از آزمون فریدمن استفاده شده است و نتایج نشان می‌دهد که خستگی عاطفی با میانگین ۲/۱۶ از بیشترین اولویت در بین سه عامل کارزدگی پرستاران بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان برخوردار می‌باشد. این در حالی است که میانگین احساس بی‌کفایتی در آزمون فریدمن برابر با ۱/۹۹ و مسخ شخصیت، ۱/۸۵ برآورد گردید.

گرفت همچنین بر اساس نمودار تحلیل مسیر جزئی (شکل ۲) کلیه فرضیه‌های فرعی نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، مسخ شخصیت، خستگی عاطفی، کاهش احساس کفایت بر پرخاشگری پرستاران این بیمارستان اثر مثبت و معناداری دارد. از طرفی سنجش و مقایسه ضرایب مسیر بین این سه بعد کارزدگی نشان می‌دهد مسخ شخصیت به دلیل دارا بودن بیشترین ضریب مسیر (۰/۴۱۹) بیشترین اثر گذاری را در بین سایر ابعاد کارزدگی به عنوان پیش‌بینی کننده

جدول ۱: توصیف آماری، روایی و پایایی

متغیرها	تعداد سؤالات	میانگین	آلفای کرونباخ	ضرایب بار عاملی
پرخاشگری	۳۰	۲/۴۴۸	۰/۷۴۳	۰/۶۲۹
کارزدگی	۲۴	۳/۷۱۹	۰/۸۰۱	۰/۶۳۲
مسخ شخصیت	۷	۰/۷۱۴	۳/۶۱۱	۰/۵۸۶
خستگی عاطفی	۶	۳/۸۱۵	۰/۷۰۳	۰/۶۲۳
کاهش احساس کفایت	۱۱	۳/۷۳۰	۰/۷۵۵	۰/۶۸۸

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرها

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
پرخاشگری	۱	-	-	-	-	-	-	-
کارزدگی	*۰/۲۷۲	۱	-	-	-	-	-	-
خشم	*۰/۶۹۹	-۰/۰۴۸	۱	-	-	-	-	-
تهاجم	*۰/۸۱۱	*۰/۴۱۰	*۰/۲۸۹	۱	-	-	-	-
کینه توزی	*۰/۸۶۳	*۰/۳۰۱	*۰/۳۵۴	*۰/۶۷۵	۱	-	-	-
خستگی عاطفی	۰/۲۲۴	*۰/۶۲۱	-۰/۱۵۴	۰/۲۰۳	۰/۱۷۹	۱	-	-
بی‌کفایتی	۰/۰۵۹	*۰/۸۱۴	-۰/۲۶۲	*۰/۲۵۸	۰/۱۶۰	*۰/۲۹۱	۱	-
مسخ شخصیت	*۰/۳۶۶	*۰/۵۷۱	۰/۱۷۷	*۰/۳۹۳	*۰/۳۱۱	۰/۲۰۷	۰/۱۰۸	۱

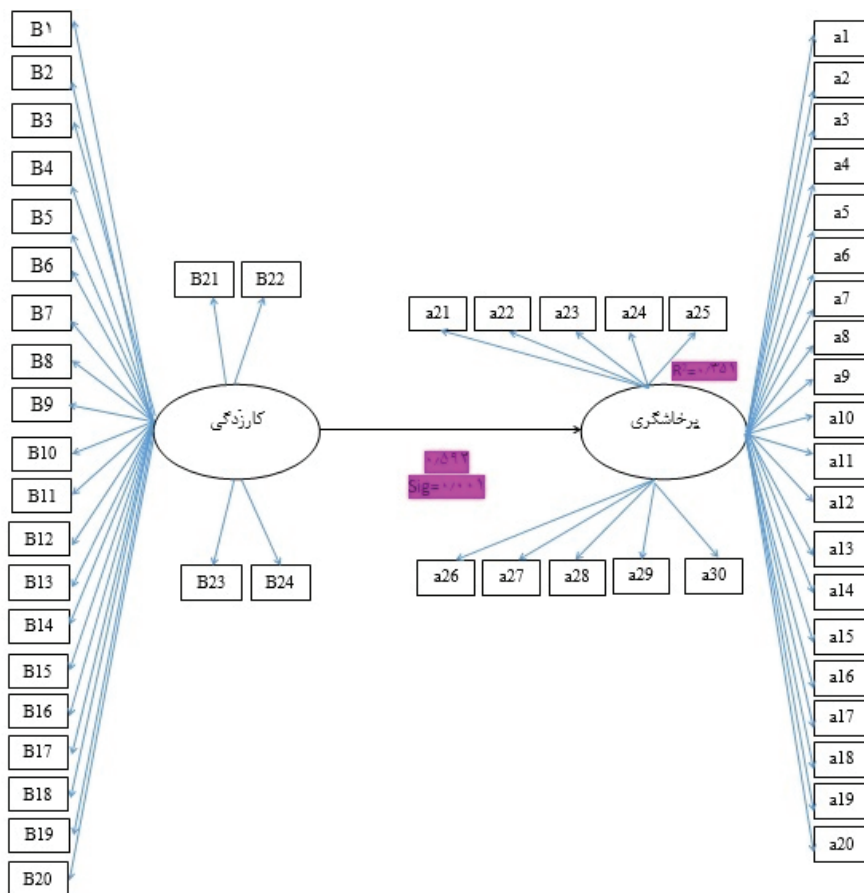
* $P < 0/01$

جدول ۳: نتایج تحلیل فرضیه اصلی ۱ و فرضیات فرعی آن

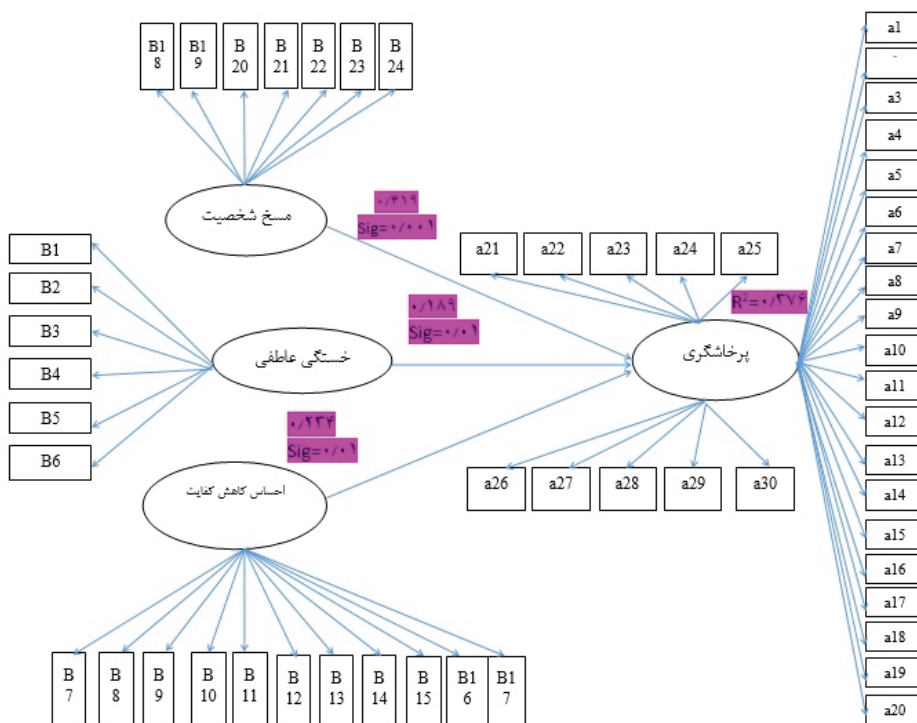
فرضیات اصلی و فرعی ۱	t آماره	همبستگی	نتایج	ضریب تعیین (%)	مقدار معناداری
فرضیه ۱: کارزدگی بر پرخاشگری	۰/۶۶۰	۶/۵۸۴	تأیید	۰/۳۵۱	۰/۰۰۱
فرضیه ۱-۱: مسخ شخصیت بر پرخاشگری	۰/۴۱۹	۱/۹۱۵	تأیید	۰/۳۷۶	۰/۰۰۱
فرضیه ۱-۲: خستگی عاطفی بر پرخاشگری	۰/۱۸۹	۲/۴۲۹	تأیید	۰/۳۷۶	۰/۰۱
فرضیه ۱-۳: احساس بی‌کفایتی بر پرخاشگری	۰/۲۳۴	۴/۴۹۰	تأیید	۰/۳۷۶	۰/۰۱

جدول ۴: نتایج تحلیل فرضیه اصلی ۲، ۳ و ۴

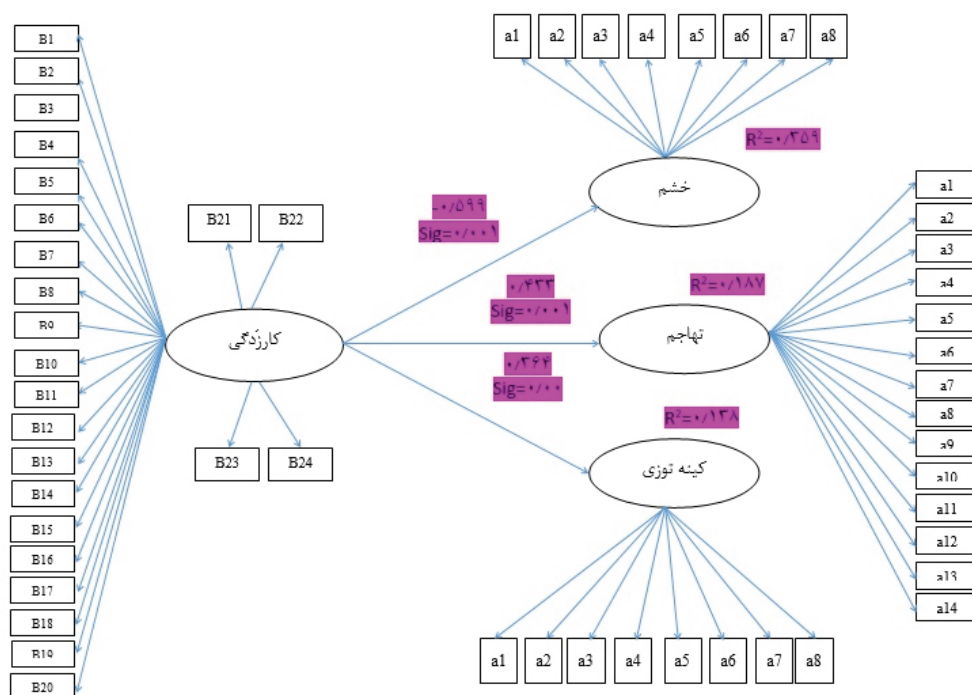
فرضیات	t آماره	همبستگی	نتایج	ضریب تعیین (%)	مقدار معناداری
فرضیه ۲: کارزدگی بر خشم	-۰/۵۹۹	-۶/۷۸۴	تأیید	۰/۳۵۹	۰/۰۰۱
فرضیه ۳: کارزدگی بر تهاجم	۰/۴۳۳	۴/۲۹۶	تأیید	۰/۱۸۷	۰/۰۰۱
فرضیه ۴: کارزدگی بر کینه توزی	۰/۳۶۴	۳/۴۹۹	تأیید	۰/۱۳۸	۰/۰۰۰



تصویر ۱: تحلیل مسیر کلی



تصویر ۲: تحلیل مسیر جزئی (ابعاد کارزدگی)



تصویر ۳: تحلیل مسیر جزئی (ابعاد پرخاشگری)

می‌شود. اما اینکه چه عواملی باعث پدیدآیی پرخاشگری در محیط کار می‌شود، خود موضوع بحث‌ها و تحقیقات فراوانی بوده است. شواهد پژوهشی موجود نشان می‌دهد که عوامل فردی، موقعیتی، سازمانی و اجتماعی متعددی در بروز پرخاشگری و خشونت در محیط‌های کار نقش دارند همچنین وظایف پرستاری، ماهیت شغل و محیط آن، ذاتاً تنش‌زا و استرس آور می‌باشد و بر اساس مطالعات داخلی و خارجی انجام شده، تنیدگی بخشی از کار در این حیطه می‌باشد [۱۳، ۱۴، ۱۸]. پرستاران در محیط کار خود به طور روزانه با بیماری‌ها، رنج‌ها، عدم همکاری بیماران، تضادهای بین فردی و بیماران در حال درد و مرگ مواجه می‌باشند و ماحصل مداوم این شرایط همچون شغل‌های حساس دیگر، با کناره‌گیری عاطفی و کارزدگی توامان می‌باشد. کارزدگی به عنوان نشانه‌ای مشتمل بر تحلیل عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش احساس کفایت توصیف شده است. از طرفی در قرن حاضر نیز، عصر فشارهای روانی است دوره‌ای که با پیچیدگی روز افزون شرایط کاری و زندگی باعث افزایش تنش‌ها همراه می‌باشد. روانشناسان پرخاشگری را رفتاری می‌دانند که موجب آسیب دیگران شود یا بالقوه بتواند به دیگران آسیب بزند، این آسیب می‌تواند بدنی، یا لفظی و یا حقوقی باشد. مطالعات کمی در کشور به بررسی رابطه بین کارزدگی و پرخاشگری آن هم در میان جامعه پرستاران پرداخته است که مطالعه حاضر

بر اساس تحلیل داده‌ها و با توجه به فرضیات عنوان شده، ضرائب مسیر و مقادیر معناداری گویای آن می‌باشند که این فرضیات نیز بر مبنای تحلیل داده‌ها، مورد تأیید قرار می‌گیرند. بدین ترتیب که کارزدگی بر هر سه بعد شاخص پرخاشگری اثر مثبت معناداری دارد.

و سرانجام جهت بررسی نوع اولویت بندی ابعاد پرخاشگری در میان پرستاران بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان به تحلیل آزمون فریدمن پرداخته شده است. نتایج گویای آن می‌باشد که خشم در بین افراد نمونه نسبت به سایر ابعاد پرخاشگری اولویت دارد بدین صورت که خشم دارای میانگین ۲/۷۴ می‌باشد در حالی که تهاجم میانگینی برابر ۱/۷۵ و کینه توزی میانگینی برابر ۱/۵۱ را دارا می‌باشد.

بحث

همانطور که بیان گردید، رفتارهای پرخاشگرانه در محیط‌های کار، طی چند دهه قبل تاکنون از جهات و ابعاد مختلف محور توجه قرار گرفته‌اند. کلیه اعمال منفی که بصورت خشن در برابر سازمان یا اعضای آن صورت می‌گیرد و باعث می‌شود تا فرد یا سازمان مورد هدف، برانگیخته شوند تا از این اعمال اجتناب نمایند، پرخاشگری محسوب می‌شود. پرخاشگری از زمره عوامل فشارآوری است که باعث تضعیف رضایت، تعهد عملکرد و بهزیستی روانی و فیزیکی افراد در محیط‌های کار

مستقیم داشته است و این موضوع همسو با فرضیات تأیید شده پژوهش جاری به ویژه فرضیه ۱ می‌باشد. با این حال تحلیل دقیق‌تر نشان می‌دهد در میان ابعاد کارزدگی، با توجه به ضریب مسیر که میزان اثر گذاری متغیر مستقل بر وابسته را نشان می‌دهد، مسخ شخصیت بیشترین اثر گذاری را بر پرخاشگری ایفا می‌کند از طرفی با توجه به نتایج آزمون فریدمن در میان ابعاد کارزدگی، نتایج حاکی از آن است که خستگی عاطفی در میان پرستاران این بیمارستان بیشترین سهم را در میان سایر ابعاد کارزدگی دارد و پرستاران با توجه به خودارزیابی که در پاسخ به پرسشنامه انجام داده‌اند نشانه‌های خستگی عاطفی را در خود بیش از مسخ شخصیت احساس کاهش کفایت می‌نمایند در حالی که مطالعه‌ای چون عبدی و همکاران (۱۳۸۶) نشان می‌دهد در جامعه آماری آن تحقیق احساس بی کفایتی بیش از هر بعد دیگر در اولویت قرار دارد [۲۱]. ادامه تحلیل‌ها نشان داد که فرضیات ۲، ۳ و ۴ نیز مورد تأیید قرار گرفته‌اند بدین معنا که کارزدگی بر ابعاد پرخاشگری اثر معناداری دارد و می‌تواند به عنوان عامل پیش بینی کننده مناسبی برای آنها مطرح گردد. چنانکه مقادیر معناداری و تحلیل مسیر نشان می‌دهد، کارزدگی به طور معکوس بر خشم اثر دارد در حالی که بر تهاجم و کینه توزی اثر مثبت و معناداری را نشان می‌دهد. بر این اساس به نظر می‌رسد افزایش کارزدگی در میان پرستاران، به طور منفی با خشم در ارتباط می‌باشد در حالی که باعث افزایش تهاجم و کینه توزی در میان افراد نمونه می‌شود. همچنین ضرایب مسیر گویای آن است که کارزدگی تأثیرگذاری بیشتری را در میان پرستاران بیمارستان مذکور به ترتیب بر خشم، تهاجم و در نهایت کینه توزی دارد و از طرفی نتایج آزمون فریدمن در بین پرستاران مشخص نموده است که خشم بیشترین نمود را در خود ارزیابی پرستاران در میان ابعاد پرخاشگری، دارا می‌باشد.

نتیجه گیری

به منظور کنترل تأثیر متقابل کارزدگی و پرخاشگری و همچنین ابعاد آن‌ها و با توجه به اولویت بندی‌های دیده شده و اهمیت موارد عنوان شده، بایستی در بیمارستان، شرایط تقویت کننده سلامت روانی کاری و محیطی پرستاران را ارتقا و همچنین شرایط محدود کننده کارزدگی به عنوان متغیری اثرگذار و مستقل و به تبع آن پرخاشگری را در سازمان مهیا نمود. تجربیات نشان می‌دهد وجود مراکز مشاوره برای کارکنان بیمارستان، آموزش‌های واقعیت درمانی و کنترل خشم و ذهن می‌تواند اثربخش باشد. همچنین

با توجه به اهمیت این دو وضعیت روحی و روانی که حاصل شرایط کاری، سازمانی و فردی می‌باشد بر این امر تمرکز نموده است همچنین علی‌رغم وجود مشاغل استرس زا و پرتنش در جامعه امروزی همچون وظایف پرستاری، پزشکی، نیروهای پلیس و امنیتی در کلیه کشورها، مطالعاتی به صورت جداگانه اثرات استرس، تنیدگی، کارزدگی و پرخاشگری را مورد بحث و مذاقه قرار داده‌اند و این در حالی است که مطالعات بسیار کمی چه در داخل کشور و چه در خارج از آن، به بررسی رابطه بین کارزدگی و پرخاشگری، آن هم در میان جامعه پرستاران پرداخته است که مطالعه حاضر با توجه به اهمیت این دو وضعیت روحی و روانی که حاصل شرایط کاری، سازمانی و فردی می‌باشد بر این امر تمرکز نموده و این امر نشان دهنده جنبه نوآورانه پژوهش فوق می‌باشد که بر اساس ضرورت و اهمیت مساله موجود که پیش از این به طور کامل توضیح داده شد به بررسی آن پرداخته است. در این پژوهش بر اساس فرضیات مطرح شده و ابعاد پرخاشگری و کارزدگی مدل مفهومی ارائه گردید که تأثیر ابعاد کارزدگی و خود کارزدگی را بر پرخاشگری و همچنین تأثیر کارزدگی بر ابعاد پرخاشگری (خشم، تهاجم، کینه توزی) ارائه شده است. تحلیل داده‌های گرده آوری شده نشان می‌دهد، کلیه ۴ فرضیه اصلی مطالعه به همراه فرضیات فرعی آن مورد تأیید قرار گرفته است بطوریکه کارزدگی بر پرخاشگری و ابعاد آن اثر معناداری دارد و همچنین ابعاد کارزدگی نیز بر پرخاشگری اثری مشابه دارد که این نتیجه با مطالعات گل پرور و همکاران (۱۳۹۱) همسو می‌باشد [۲۳]. آنان در تحقیق خود نشان دادند که کارزدگی بر پرخاشگری رابطه معنا داری دارد و البته مطالعه آنان به بررسی ابعاد این متغیرها نپرداخته است. همچنین مهدیان فر و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی اثربخشی توانمندسازی روانی اجتماعی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کاهش کارزدگی و پرخاشگری زنان دارای همسران زندانی پرداختند که نتایج تحقیق آنان نشان می‌دهد که کارزدگی بر پرخاشگری تأثیر مستقیم دارد [۳۱] و اویرس و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود بر روی افسران پلیس به بررسی رابطه بین کارزدگی و پرخاشگری پرداختند که بر اساس مطالعه میدانی این پژوهشگران، مطالعات معدودی در جهان به بررسی ارتباط حساس بین کارزدگی و پرخاشگری پرداخته‌اند و نتایج مطالعه آنان نشانگر آن بود که کارزدگی بر پرخاشگری اثر معناداری مثبتی دارد [۳۲] لذا مطالعات مذکور بر این امر تاکید دارند که کاهش کارزدگی به طور مستقیم بر کاهش پرخاشگری اثر دارد و بدین ترتیب کارزدگی بر پرخاشگری مطابق با مطالعات آنان نیز اثری معنادار و

بررسی تجربیات بیمارستان‌های موفق سایر کشورها در مهار مؤلفه‌های فوق می‌تواند الهام بخش باشد تا با بومی سازی و ایجاد توانایی و ظرفیت‌های آن در کشور بتوان از نتایج مثبت آنها حداکثر بهره مندی را بُرد. از آنجایی که پرخاشگری بر تمام حیطه‌های زندگی فرد از جمله کار اثرگذار است، پیشنهاد می‌شود که کلاس‌های فوق برنامه جهت پیشگیری از بروز پرخاشگری برای کارکنان اجرا گردد. تعمیم پذیری و حمایت بیشتر یافته‌های این مطالعه از طریق انجام تحقیقات کیفی بیشتر در سایر بخش‌های مراقبت ویژه امکان پذیر است. کاربرد یافته‌های این مطالعه و انجام مطالعات پیشنهاد شده می‌تواند به مدیران بیمارستان‌ها کمک کند تا ایجاد محیط‌های کاری تشویق کننده اخلاقیات و ارتقا دهنده مراقبت اخلاقی را سرلوحه کار خود قرار دهند و به این ترتیب خصوصیات مثبت پرستاران را تازه گردانیده و محیط حمایت کننده‌ای را برای آنان ایجاد نمایند. انجام پژوهش‌های مداخله‌ای در جهت کاهش کارزدگی و افزایش سلامت روان به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود. از جمله پیشنهادهای کاربردی می‌توان به برنامه مصونیت از کارزدگی و ارتقا سلامت روان را می‌توان بصورت آموزش ضمن خدمت پرستاران تدوین نمود. همچنین از آنجاکه یکی از پیش بین‌های کارزدگی می‌تواند علائم جسمانی می‌باشد

سپاسگزاری

نویسندگان این اثر بر خود لازم می‌دانند که از تمامی کارمندان و کادر پرستاری بخش‌های مختلف بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان که در این پژوهش شرکت داشته و همچنین مسئولین دانشگاه سیستان و بلوچستان که پژوهشگران را در این امر یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

REFERENCES

- Sardarpour Goudarzi SH, Zarandi A. [Mental health and Fasting in Ramadan]. Iran J Psychiatr Clin Psychol. 2003;8(2):26-32.
- Safair S, Fattahzadeh AA. [Gbbal health report in 2003,The Cultural institute of great Ibesine]. Ministry Treat Med Troun. 2003;12-5.
- Tsutsumi A, Kayaba K, Nagami M, Akiko M, Kawano Y, Odagiri Y, et al. The effort-reward imbalance model: experience in Japanese working population. J Occupat Health. 2002;44(6):398-407. DOI: 10.1539/joh.44.398
- Dashte bozorgi Z, Amirie majd M, Alizadeh M, Alipoor khodadadi SH, Abafat H. [Comparison of burnout and mental health medical staff Psychiatric and non-psychiatric hospitals]. J Soci Psychol Find Psychol. 2012;24(7):113-29.
- Schoufeli W, Bunk BP. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CC, editors. The handbook of work and health psychology. 43. West Sussex, England 2003. p. 383-429.
- Momeni H, Salehi A, Seraji A. [Burnout in nurses in the care and education of medical science]. J Arak Univ Med Sci. 2008;12(4):123-13.
- Khamrnia M, Torani S, Mohammadi R. [The effect of social capital on burnout in nurses in Hasheminejad hospital]. J Hormozgan Univ Med Sci. 2010;15(3):217-09.
- Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2006;43(3):311-8. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003 PMID: 15964005
- Rafi F, Oskouie F, Nikravesh M. Factors involved in nurses' responses to burnout: a grounded theory study. BMC Nurs. 2004;3(1):6. DOI: 10.1186/1472-6955-3-6 PMID: 15541180
- Amarjit SG, Alan BF, Mickey S. Mitigating stress and burnout by implementing transformational-leadership. Int J Contemporary Hospital Manage. 2006;18(6):469-81. DOI: 10.1108/09596110610681511
- Kohpayezadeh J, Agilinejad M, Mokamelkhan E, Golabadi M. [Investigation of factors influencing burnout in staff colleges of the former University of Medical Sciences Iran]. Razi J Med Sci. 2010;18(90):2735.
- Spoonerlane R. The Influence of work stress and work support on burnout in public hospital nurses. Queensland: Queensland University of Technology; 2004.
- Hansen N, Sverke M, Naswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2009;46(1):95-106. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.08.002 PMID: 18823625
- Sadoc BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive text book of psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Naderi N, Farnood A, Habibi M, Zojaji H, Balahi H, Firouzi F, et al. NOD2 exonic variations in Iranian Crohn's disease patients. Int J Colorectal Dis. 2011;26(6):775-81. DOI: 10.1007/s00384-011-1145-4 PMID: 21274544
- Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. J Adv Nurs. 2004;48(6):622-31. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x PMID: 15548253
- Godin I, Kittel F. Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. Soc Sci Med. 2004;58(8):1543-53. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00345-9 PMID: 14759697
- Ghaddar A, Mateo I, Sanchez P. Occupational stress and mental health among correctional officers: a cross-sectional study. J Occup Health. 2008;50(1):92-8. PMID: 18285652
- Aziznejad P, Seyed javad H. [Burnout and its causes in clinical nurses working at hospitals of Babol University of Medical Sciences]. J Babol Univ Med Sci. 2006;8(2):63-9.
- Setoodeh asl N, Ekhtiari H. [Review and related factors in nurses and midwives at Semnan University of Medical Sciences]. J Kordestan Univ Med Sci. 2011;39(1):77-83.
- Abdi FH, Kaviani H, Khaghanizadeh M. [Medical college magazine,

- medical science university of Tehran]. 2007;65(6):65-75.
22. Karahmadi M, Esmaili Dehaghi N. [Aggression and some of its demographic correlates in nurses of pediatric wards in hospitals affiliated to isfahan medical university]. *J Res Behav Sci.* 2007;5(2):33-7.
 23. Golparvar M, Vaseghi Z, Masahebi M, Javadian Z. [Interpersonal Conflict functions and Conflict Management in the link between stress and burnout with aggression]. *J Contemroary Psychol.* 2012;7(2):61-72.
 24. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med.* 2004;2:29. DOI: [10.1186/1741-7015-2-29](https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-29) PMID: [15317650](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15317650/)
 25. Parslow RA, Jorm AF, Christensen H, Broom DH, Strazdins L, RM DS. The impact of employee level and work stress on mental health and GP service use: an analysis of a sample of Australian government employees. *BMC Public Health.* 2004;4:41. DOI: [10.1186/1471-2458-4-41](https://doi.org/10.1186/1471-2458-4-41) PMID: [15456518](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15456518/)
 26. Zahedi far S, Najariyan B, Shekar kan H. [Develop and validate a scale to measure aggression]. *J Educ Psychol.* 2000;3(7):73-102.
 27. Salahian AAH, Babamiri M, Asgari A. [Factors predictive of burnout syndrome]. *Nurs Res.* 2010;6(23):23-31.
 28. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992;63(3):452-9. PMID: [1403624](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1403624/)
 29. Ozer EJ, Weinstein RS, Maslach C, Siegel D. Adolescent AIDS prevention in context: the impact of peer educator qualities and classroom environments on intervention efficacy. *Am J Community Psychol.* 1997;25(3):289-323. PMID: [9332965](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9332965/)
 30. Fornell C, Larcker DF. Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *J Market Res.* 1981;18(2):382-8. DOI: [10.2307/3151312](https://doi.org/10.2307/3151312)
 31. Mahdianfar F, Kimiaei SA, Ghanbari Hashem Abadi BA. [Examining the Effectiveness of Psycho- Social Empowerment Based on Choice Theory on Reducing Depression and Aggression in Women with Husbands in Prison in 2014]. *Iran J Forens Med.* 2014;21(3):167-77.
 32. Queirós C, Kaiseler M, da Silva AL. Burnout as predictor of aggressivity among police officers. *J Police Stud Cahiers Politiestud.* 2013;1(2).

Burnout as Psychological Syndrome of Predictors of Aggression at the Hospitals

Alireza Tashakorian Jahromi ¹, Seyed Aligholi Rowshan ^{2,*},
Baqer Kord ²

¹ PhD Student of Management, Department of Public Administration, Faculty of Management and Economic, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

² Associate Professor, Faculty of Management and Economic, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

* Corresponding author: Seyed Aligholi Rowshan, Associate Professor, Department of Public Administration, Faculty of Management and Economic, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran. E-mail: salirowshan@gmail.com

DOI: 10.21859/nmj-25023

Received: 23.07.2016

Accepted: 26.08.2016

Keywords:

Burnout
Aggression
Anger
Depersonalization
Emotional Exhaustion

How to Cite this Article:

Tashakorian Jahromi A, Rowshan S A, Kord B. Burnout as Psychological Syndrome of Predictors of Aggression at the Hospitals. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;25(2):16-26. DOI: 10.21859/nmj-25023

© 2017 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: There is limited research on the relationship between burnout and aggression (as a reaction to burnout and not personalities). In this study, this relationship was investigated with the presented model. This study focused on the relationship between aggression and burnout by using regression analysis to determine the predictors of aggression.

Methods: In this analytical study, using simple random sampling and with the help of Cochran, about 82 of the nurses of internal, surgery, emergency, psychiatric, ICU, and CCU section were selected at social security hospital in zahedan, as the minimum required sample. The study was conducted during January 2016, and a questionnaire was completed by all candidates. The study tool was a standard questionnaire in three parts, including demographic, Maslach burnout dimensions (1997), and of Buss and Perry (1992), and evaluated the reliability and validity, and distributed among the sample. To analyze the data, Pearson correlation test and Friedman test, using the SPSS software and Smart PLS software, were used for two-stage partial least squares method and structural equation model to analyze the assumptions, confirmatory factor analysis and path analysis.

Results: According to the path factors, the significance was determined at P value=0.01 for burnout and its dimensions, including anger (sig=0.001, Reg=-0.599), aggression (sig=0.001, Reg=0.433) and hostility (sig=0.001, Reg=0.364). Also, the burnout dimensions, including depersonalisation (sig=0.001, Reg=0.419), emotional exhaustion (sig=0.01, Reg=0.189) and feeling of ineffectiveness (sig=0.01, Reg=0.234) had similar effects on aggression. The results showed that depersonalization has the greatest impact on aggression. On the other hand, according to Friedman test results among burnout dimensions, emotional exhaustion among nurses of this hospital was the most significant. Also, burnout had an indirect effect on anger.

Conclusions: In order to control the interaction between burnout and aggression and also their dimensions, the booster conditions of working and environmental mental health must be improved and restrictive conditions of burnout as independent and effective variables and aggression consequently prepared in the organization.