

فرسودگی شغلی کارکنان فوریت‌های پزشکی استان همدان

دکتر مهناز خطیبان*، صبور حسینی**، دکتر علی بیکمرادی***، دکتر قدرت الله روشنایی****

دریافت: ۹۱/۳/۳۰ ، پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

چکیده:

مقدمه و هدف: از آنجا که دراکتر شرایط اضطراری، کارکنان خدمات اورژانس اولین افرادی هستند که حضور می‌یابند، شناسایی خطر فرسودگی شغلی آنان بسیار اهمیت دارد. به همین لحاظ انجام پژوهش حاضر به منظور تعیین میزان فرسودگی شغلی کارکنان عملیاتی مراکز خدمات اورژانس استان همدان ضرورت یافت.

روش کار: در پژوهش توصیفی-مقطعی حاضر، کلیه کارکنان عملیاتی مراکز فوریت‌های پزشکی استان همدان دارای معیارهای ورود به مطالعه دعوت شدند. ۱۱۰ نفر ابزار پژوهش که حاوی دو قسمت، مشخصات فردی و پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ بود، تکمیل نمودند. اعتبار محتوا و صوری ابزار تایید و میزان $r = 0/88$ حاصل از آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ $0/84$ نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه بود.

نتایج: از لحاظ دفعات (تکرار)، میانگین خستگی هیجانی افراد $20/85 \pm 15/00$ یعنی متوسط، مسخ شخصیت $7/87 \pm 5/97$ یعنی متوسط و کفایت شخصی $22/73 \pm 7/95$ یعنی کم بود. همچنین از لحاظ شدت، میانگین خستگی هیجانی آنان $24/96 \pm 17/10$ یعنی متوسط، مسخ شخصیت $11/85 \pm 9/48$ یعنی متوسط و کفایت شخصی برابر با $28/34 \pm 16/10$ یعنی کم بوده است.

نتیجه نهایی: وجود فرسودگی شغلی در کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی استان همدان می‌تواند زنگ خطری برای مدیران و مسئولان خدمات اورژانس در استان همدان و احتمالاً در سایر استان‌ها در ایران تلقی شود.

کلید واژه‌ها: استان همدان / فرسودگی شغلی / کارکنان فوریت‌های پزشکی

مقدمه:

نباشد. فرسودگی شغلی دارای سه بعد خستگی هیجانی (Emotional exhaustion)، مسخ شخصیت (Depersonalization) و کاهش احساس کفایت شخصی (Personal accomplishment) می‌باشد (۳). فرسودگی شغلی یکی از عمده‌ترین پیامدهای اجتناب ناپذیر استرس شغلی است و مادامی که این استرس از میان برداشته نشود هم‌چنان ادامه خواهد یافت (۴). مشخص شده است که خطر فرسودگی شغلی در میان کارکنان مراقبت سلامت بسیار بالاست (۵). واضح است که کارکنان خدمات اورژانس پزشکی (EMS) نیز در این زمینه مستثنی نیستند. گستره‌ی خدمات اورژانس پزشکی (EMS)، طیف کاملی از مراقبت‌های اضطراری مانند شناسایی موقعیت، سیستم

امروزه توجه به فرسودگی شغلی کارکنان سلامت اهمیت فراوانی یافته است. با توجه به این که افراد حرفه‌ی مراقبت‌های سلامت ارتباط تنگاتنگی با امنیت و سلامتی افراد دارند، مشکلات آنان بخش مهمی از نگرانی دولت و مسئولان مراقبت سلامت و جامعه را تشکیل می‌دهند (۱).

اصطلاح فرسودگی شغلی برای اولین بار در سال ۱۹۷۴ توسط Freudenberger استفاده شد. وی فرسودگی شغلی (Burnout) را محصول استرس طولانی مدت در محل کار ذکر می‌کند (۲). علایم این سندرم زمانی آشکار می‌شود که توانایی‌های فرد برای تقاضای محیط کار کافی

* استادیار گروه پرستاری داخلی جراحی و عضو مرکز تحقیقات مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی همدان

** کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، بیمارستان قدس پاره، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*** استادیار گروه پرستاری داخلی جراحی عضو مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل دانشگاه علوم پزشکی همدان (bikmoradi@umsha.ac.ir)

**** استادیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

حضور چنین افرادی منجر به یک هزینه جدی در دوره-های غیبت از کار، جابجایی، از دست دادن بهره‌وری یا مخارج مراقبت سلامت خواهد شد (۱۱). این امر در کارکنان حرفه‌ای سلامت که خدمت رسانی آحاد جامعه می‌باشند اهمیت بیشتری می‌یابد.

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان حوادث ترافیکی منجر به فوت در کشورهای کم-درآمد ۲۱/۵٪، متوسط-درآمد ۱۹/۵ و پر-درآمد ۱۰/۳ در صد هزار نفر است. در ایران بین سال‌های ۲۰۰۷ الی ۲۰۰۸ حوادث ترافیکی منجر به مرگ ۲۲۹۱۸ نفر (۸۰٪ مرد و ۲۰٪ زن) تا ۳۰ روز پس از حادثه و منجر به آسیب ۶۵۸۶۱۱ نفر شده است (۱۲). علاوه بر این ایران در زمره هفت کشور نخست آسیب پذیر بلایای طبیعی در جهان است (۱۳). در این میان استان همدان در پهنه با خطر زلزله زیاد قرار دارد (۱۴) و به دلیل کوهستانی بودن و وجود جاده‌های ترانزیت بین المللی همواره دارای آمار بالای تصادفات جاده‌ای می باشد چنانچه در شش ماه نخست سال ۱۳۹۰، با وجود کاهش حدود ۱۱ درصدی، ۳۵۱ نفر در حوادث جاده‌ای کشته شده‌اند (۱۵). مرکز فوریت‌های پزشکی استان همدان سالیانه به طور متوسط ۱۴ هزار ماموریت شهری و ۳ هزار ماموریت جاده‌ای انجام می دهد (۱۶). مسلم است که در این حوادث، حضور بلافاصله‌ی کارکنان فوریت‌های پزشکی با آمادگی‌های کامل روحی و جسمی ضروری را می طلبد. به همین لحاظ انجام پژوهش حاضر به منظور تعیین میزان فرسودگی شغلی کارکنان عملیاتی مراکز خدمات اورژانس شهر همدان ضرورت یافت.

روش کار:

پژوهش توصیفی-مقطعی حاضر در کلیه‌ی مراکز فوریت‌های پزشکی استان همدان انجام گرفت. جامعه پژوهش کارکنان عملیاتی این مراکز بودند که با سرشماری، کلیه‌ی کارکنانی که دارای معیارهای ورود بودند به مطالعه دعوت شدند. بدین ترتیب ۱۱۰ نفر دارای تمایل به شرکت در مطالعه، دارای مدرک تحصیلی دیپلم، کاردانی، کارشناسی و بالاتر که شاغل در مراکز عملیاتی بودند، گروه نمونه را تشکیل دادند.

دسترسی تلفنی، ارائه مراقبت‌های پیش بیمارستانی، مراقبت‌های قطعی در بیمارستان، پاسخ پزشکی در بلایای طبیعی، برنامه ریزی و ارائه خدمات پزشکی در تجمعات مردمی و انتقال بیماران بین مراکز درمانی را شامل می شود (۶). مطالعات نشان داده اند که تجربه استرس شغلی کارکنان این خدمات قابل توجه است زیرا این کارکنان اغلب اولین افرادی هستند که در انواع شرایط اضطراری از تصادفات سنگین خودرو و بلایای طبیعی گرفته تا صدمات جزیی و بیماری حضور می‌یابند (۷).

انتظار می‌رود که افراد حرفه‌ی EMS صرفنظر از هر نوع موقعیت و یا نوع سازمانی که در آن کار می کنند، شغل خود را در شرایط سخت، غیر قابل پیش بینی و متغیر انجام دهند. آنها ممکن است ساعت‌های طولانی در شرایطی با محدودیت اطلاعات، کمک، نظارت و منابع جهت انجام ماموریت خود کار کنند. آنها در دوره کار خود ممکن است در معرض خطراتی مانند ارگان‌سم‌های عفونی، استرس عاطفی، خستگی، خشونت فیزیکی، آسیب شغلی، تصادفات، اقدامات انضباطی و مسئولیتی قرار گیرند (۶). استرس روحی و فیزیکی کارکنان EMS در هنگام ثابت کردن بیماران، آرام کردن صدمه دیدگان مضطرب و عزیزان نگران آنان و حصول اطمینان از تداوم مناسب مراقبت هنگام رسیدن بیماران به مراکز پزشکی با آنان همراه است (۷). به طور متوسط بیش از ۲-۱/۲ برابر سایر مشاغل احتمال دارد در حین انجام وظیفه کشته شوند (۸) و میزان صدمه ناشی از حمل و نقل در آنان پنج برابر بالاتر از حد متوسط است (۹). همچنین خطر آسیب رساندن به دیگران به خصوص از طریق تصادفات اشتباهات پزشکی در آنها وجود دارد (۶). پرسنل اورژانسی که در یک بحران و یا حوادثی دیگر ارائه خدمت می‌کنند با اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و خستگی و فرسودگی شغلی مواجهند (۱۰).

اگر فرسودگی شغلی تشخیص داده نشود و راه حلی برای کاهش و یا پیشگیری از آن طراحی و اجرا نشود می‌تواند منجر به از دست دادن کیفیت و کارایی فرد، کاهش سلامت فیزیکی و روانی شود. برای سازمان‌ها

در این پژوهش، اعتبار محتوا و صوری ابزار به تایید ۱۰ نفر از استادان روانشناسی، روانپزشکی، مدیریت، روان پرستاری و مدیریت بیمارستانی رسید. همچنین برای سنجش پایایی، پرسشنامه به ۱۰ نفر مشابه با گروه نمونه جامعه مورد پژوهش به فاصله دو هفته داده شد. میزان $T = 0/88$ نشان دهنده پایایی مطلوب این پرسشنامه بود. جهت پایایی درونی ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان آلفای به دست آمده از این پرسشنامه برابر با $0/84$ بود. سپس پرسشنامه بین کلیه افراد توزیع و پس از تکمیل توسط آنان در طول یک ماه در سال ۱۳۸۹ جمع‌آوری شد.

نتایج:

نتایج حاصل از قسمت ویژگی‌های دموگرافیک نشان می‌دهد که ۲۹٪ شرکت کنندگان (۳۲ نفر) در گروه سنی ۳۰ - ۳۹ با میانگین سنی $35 \pm 5/21$ سال (دامنه ۶۳ - ۲۰) و اکثراً (۳۲٪) دارای ۶-۱ سال سابقه خدمت با میانگین $9 \pm 5/42$ سال (دامنه ۲۵-۱ سال) بودند. اکثریت کارکنان مورد مطالعه متأهل (۷۴٪)، دارای مدرک کارشناسی (۴۴٪)، فارغ‌التحصیل رشته پرستاری (۳۵٪) و پیمانی (۴۱٪) بودند. سایر این ویژگی‌ها در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: مشخصات جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه

متغیر	شاخص‌های آماری	فراوانی	درصد
سن/سال	۲۰ - ۲۹	۳۱	۲۸/۲
	۳۰ - ۳۹	۳۲	۲۹/۱
	۴۰ - ۴۹	۲۶	۲۳/۶
وضعیت تأهل	> ۴۹	۲۱	۱۹/۱
	متاهل	۸۱	۷۳/۶
	مجرد	۲۹	۲۶/۴
مدرک تحصیلی	دیپلم	۲۰	۱۸/۲
	فوق دیپلم	۴۲	۳۸/۲
	لیسانس	۴۸	۴۳/۶
رشته تحصیلی	بهبیاری	۳۰	۲۷/۳
	فوریت پزشکی	۲۴	۲۱/۸
	هوشبری	۱۸	۱۶/۴
نوع استخدامی	پرستاری	۳۸	۳۴/۵
	شرکتی	۳۰	۲۷/۳
	پیمانی	۴۵	۴۰/۹
سابقه خدمت/سال	< ۱	۴	۳/۶
	۱ - ۵	۲۷	۲۴/۶
	۶ - ۱۰	۳۶	۳۲/۷
	۱۱ - ۱۵	۲۶	۲۳/۶
	۱۶ - ۲۰	۱۷	۱۵/۵

ابزار گردآوری داده‌ها حاوی دو قسمت بود: الف) مشخصات فردی با ۲۴ سوال، ب) پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ (MBI=Maslach Burnout Inventory). این پرسشنامه با ۲۲ سؤال به عنوان یک ابزار سنجش استاندارد طلایی جهت اندازه‌گیری میزان شدت و تکرار فرسودگی شغلی محسوب می‌شود که شامل سه مقیاس اندازه‌گیری مستقل است. نه سؤال جهت برآورد خستگی هیجانی (Emotional Exhaustion) یعنی وضعیتی که طی آن نیروهای هیجانی شخص تحلیل می‌رود، پنج سؤال جهت سنجش مسخ شخصیت (Depersonalization) یا وضعیتی که طی آن فرد با مراجعین خود به صورت مکانیکی برخورد کرده و آن‌ها را همانند اشیاء می‌بینند، و هشت سؤال در زمینه احساس بی‌کفایتی شخصی (Personal Accomplishment) که در این وضعیت فرد احساس می‌کند که عملکردش با موفقیت همراه نیست. جهت تعیین فرسودگی شغلی، از فرد خواسته می‌شود هر گزینه را از لحاظ شدت احساس فشار وارده و نیز تکرار آن احساس ارزیابی نماید. چنانچه گزینه مورد نظر سبب احساس هیچ فشار روحی به فرد نیست عدد صفر و در صورت احساس فشار بسیار شدید، عدد هفت را علامت بزنند. چنانچه شدت احساس برای شخص بین این حالات قرار دارد نیز با عدد مورد نظر رتبه بندی کند. جهت تعیین تکرار، فرد گزینه مورد نظر را براساس هرگز، چندبار، یکبار در ماه، چندبار در ماه، یکبار در هفته، چندبار در هفته، و یا هر روز انتخاب می‌کند. مجموع نمره‌های مربوط به سوالات هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی جداگانه محاسبه می‌شود که در جدول ۱ آورده شده است. اگر شخص از نظر خستگی هیجانی یا از نظر مسخ شخصیت امتیاز بالا و از نظر کفایت شخصی امتیاز پایین کسب کند، به مفهوم داشتن فرسودگی شغلی است.

جدول ۱: امتیازبندی پرسشنامه ماسلاچ

ابعاد فرسودگی شغلی	بالا	متوسط	پایین
خستگی هیجانی	تکرار ۳۰ یا بیشتر از ۳۰	۱۸-۲۹	۱۷ یا کمتر از ۱۷
	شدت ۴۰ یا بیشتر از ۴۰	۲۶-۳۹	۲۵ یا کمتر از ۲۵
مسخ شخصیت	تکرار ۱۲ یا بیشتر از ۱۲	۶-۱۱	۵ یا کمتر از ۵
	شدت ۱۵ یا بیشتر از ۱۵	۷-۱۴	۶ یا کمتر از ۶
کفایت شخصی	تکرار ۴۰ یا بیشتر از ۴۰	۳۹-۳۴	۳۳ یا کمتر از ۳۳
	شدت ۴۴ یا بیشتر از ۴۴	۴۳-۳۷	۳۶ یا کمتر از ۳۶

بحث:

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی در استان همدان درجات متوسطی را از لحاظ دفعات (تکرار) و شدت احساس خستگی هیجانی و احساس مسخ شخصیت را گزارش نمودند و به میزان زیادی احساس بی‌کفایتی شخصی می‌کنند. بنا بر نتایج مطالعه‌ی حاضر این افراد مانند مراقبین دیگر حرفه‌ی سلامت در سایر کشورها و ایران در معرض خطر ابتلا به فرسودگی شغلی هستند. چنانچه در کشورهایی مانند چین، در ۴۷/۵٪ پزشکان مورد بررسی در بخش سلامت روان احساس خستگی هیجانی (۱۷)، در ایالت متحده، معیارهای فرسودگی شغلی در ۷۶٪ رزیدنت‌های مورد پژوهش (۱۸)، در آرژانتین، در ۶۶٪ رزیدنت‌های کودکان (۱۹)، در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مورد بررسی در اسپانیا، میزان بالایی از فرسودگی شغلی در هر سه بُعد (۲۰)، در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آلمان (۲۱)، در نیمی از مراقبین بخش تروما در افریقای جنوبی درجات بالایی از خستگی شغلی (۲۲)، در ژاپن در ۳۹٪ پرستاران بیمارستان‌های آموزشی علایم فرسودگی شغلی (۲۳) نشان داده شده است. در ایران نیز در ۶۸/۶٪ پرستاران دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل فرسودگی شغلی شدید و ۱۰/۷٪ فرسودگی شغلی خیلی شدید (۲۴)، در اصفهان درجات بالایی از فرسودگی شغلی در پرستاران بخشهای داخلی و روانی (۲۵) و در شیراز در ۲۵٪ پرستاران بخشهای مختلف در بیمارستان‌های مختلف (۲۶) گزارش شده است. البته برخی تحقیقات نشان‌دهنده فرسودگی شغلی اندک در بین کارکنان مراقبت سلامت نیز می‌باشند. برای مثال، در مطالعه‌ای در مجارستان تنها ۹/۴٪ از ۳۷۴ پرستار مراقبت‌های ویژه از فرسودگی شغلی رنج می‌بردند (۲۷). در مطالعه‌ای در کلمبیا نیز میزان فرسودگی شغلی بین اندکی از پرستاران (۱/۹٪) گزارش شده است بدین ترتیب که ۱۵/۵٪ پرستاران سطح بالایی از خستگی هیجانی، ۱۶/۵٪ میزان بالایی از مسخ شخصیت و ۹/۷٪ عدم کفایت شخصی را تجربه نموده‌اند (۲۸). Maslach و همکاران (۲۰۰۱) عواملی را باعث ایجاد این اختلاف در

نتایج میانگین (انحراف معیار) فرسودگی شغلی افراد مورد مطالعه از لحاظ دفعات (تکرار) نشان داد که میانگین بُعد خستگی هیجانی آنان برابر با $20/85 \pm 15/00$ یعنی متوسط، بُعد مسخ شخصیت برابر با $7/87 \pm 5/97$ یعنی متوسط و در بُعد کفایت شخصی برابر با $22/73 \pm 7/95$ یعنی کم بوده است. فراوانی و درصد پاسخ شرکت کنندگان از لحاظ تعداد دفعات احساس در هریک از سه بعد فرسودگی شغلی در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: فرسودگی شغلی افراد مورد مطالعه براساس دفعات (تکرار) ابعاد فرسودگی شغلی (۱۱۰ نفر)

دفعات (تکرار) احساس فرسودگی شغلی	تعداد	درصد
کم (۱۷ یا کمتر از ۱۷)	۵۷	۵۱/۹
متوسط (۱۸-۲۹)	۴	۳/۶
زیاد (۳۰ یا بیش از ۳۰ بار)	۴۹	۴۴/۵
کم (۵ یا کمتر از ۵)	۵۳	۴۸/۳
متوسط (۶-۱۱)	۱۶	۱۴/۵
زیاد (۱۲ یا بیش از ۱۲ بار)	۴۱	۳۷/۲
کم (۳۳ یا کمتر از ۳۳)	۹۷	۸۸/۲
متوسط (۳۴-۳۹)	۹	۸/۲
زیاد (۴۰ و یا بیشتر از ۴۰)	۴	۳/۶

همچنین نتایج میانگین (انحراف معیار) فرسودگی شغلی افراد مورد مطالعه از لحاظ شدت نشان داد که میانگین بُعد خستگی هیجانی آنان برابر با $24/96 \pm 17/10$ یعنی متوسط، بُعد مسخ شخصیت برابر با $11/85 \pm 9/48$ یعنی متوسط و در بُعد کفایت شخصی برابر با $28/34 \pm 16/10$ یعنی کم بوده است. فراوانی و درصد پاسخ شرکت کنندگان از لحاظ شدت احساس هریک از سه بعد فرسودگی شغلی در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: فرسودگی شغلی افراد مورد مطالعه براساس شدت ابعاد فرسودگی شغلی (۱۱۰ نفر)

شدت احساس فرسودگی شغلی	تعداد	درصد
کم (۲۵ یا کمتر از ۲۵)	۵۲	۴۷/۳
متوسط (۲۹-۲۹)	۳۲	۲۹/۱
زیاد (۴۰ یا بیش از ۴۰)	۲۶	۲۳/۶
کم (۶ یا کمتر از ۶)	۵۰	۴۵/۵
متوسط (۷-۱۴)	۲۲	۲۰/۰
زیاد (۱۵ یا بیش از ۱۵)	۳۸	۳۴/۵
کم (۳۶ یا کمتر از ۳۶)	۱۰۶	۹۶/۴
متوسط (۳۷-۴۳)	۰	۰/۰
زیاد (۴۴ و یا بیش از ۴۴)	۴	۳/۶

پرستاران آمبولانس، پرستاران با فیلد کاری اورژانس و احیا، رانندگان آمبولانس در رومانی نشان دادند که گروه فوریت‌های پزشکی به نحو معنی داری در بین سایر گروه‌های حرفه‌ای کمترین خستگی هیجانی یعنی بیشترین حفاظت را از خستگی هیجانی در بین سایر گروه‌ها داشتند. به همین ترتیب، حداقل نمره را در مسخ شخصیت نیز بین سایر گروه‌ها کسب نمودند. به طور کلی حداقل خطر برای ابعاد مختلف فرسودگی شغلی داشته‌اند (۳۵).

نتیجه نهایی:

وجود درجات متوسطی در دفعات (تکرار) و شدت احساس خستگی هیجانی و احساس مسخ شخصیت و به خصوص سطح بالای احساس بی‌کفایتی شخصی در کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی در استان همدان می‌تواند زنگ خطری برای مدیران و مسئولان خدمات اورژانس در جامعه تلقی شود. چرا که در صورت عدم توجه به آن و یا مدیریت مناسب برای مهار آن، می‌تواند منجر به آسیب‌های فراوانی شود که نه تنها بر کارکنان و نظام خدمات اورژانس بلکه بر نظام سلامت وارد آورد.

سپاسگزاری:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی درمقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره ۸۹/۳۲/۱۲/۲۵/پ مورخ ۸۶/۷/۴ می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت حمایت مالی و از کلیه شرکت‌کنندگان جهت همکاری سپاسگزاری می‌نمایند.

منابع:

1. MacPhee M, Ellid J, Sanchez A. Nurse staffing and patient safety. *Cannadian Nurse* 2006; 102(8):18-23.
2. Ofordile C. Burnout among human services providers in Nigeria. *sustainable human development review Int Multidisciplin Acad Res J* 2010; 2(2): 5-14.
3. Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. New Jersey: Prentice-Hall, 1982.
4. Pines AM, Kanner AD. Nurses' burnout: lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. *J Psychiatr Nurs* 1982; 20 (8): 30-35.
5. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction

فرسودگی شغلی افراد در کشورهای مختلف و حتی در سطح ملی برمی‌شمارند مانند: فرهنگ، پاسخ‌های فردی به پرسشنامه‌های خود-اظهاری، و نحوه ارزیابی فرد از کفایت شخصی خود در جوامع و فرهنگ‌های مختلف که در فرهنگ محلی خود یاد گرفته‌اند (۲۹).

نتیجه مهم دیگر این مطالعه حاکی از وجود فرسودگی شغلی در کارکنان فوریت‌های پزشکی، تاکید بر افزایش خطر فرسودگی شغلی ناشی از استرس‌زا بودن شغل این افراد است. چنانچه Mirjana و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که تحت عنوان بررسی میزان فرسودگی شغلی در یک شغل پراسترس که در میان کارکنان مراقبت ویژه در کرواسی انجام دادند نیز میزان متوسطی از خستگی هیجانی و مسخ شخصیت را بیان کرده بودند (۳۰). هرچند که در مطالعه‌ی ما کارکنان فوریت‌های پزشکی در بعد کاهش احساس کفایت شخصی شرایط بدتری داشتند. Losa Iglesias و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه خستگی عاطفی را در سطح بالا و مسخ شخصیت را در سطح متوسط نشان دادند (۳۱). همچنین Keskin و Kalemglu (۲۰۰۶) فرسودگی شغلی نشان دادند که ۳۲/۵٪ کارکنان مراقبت سلامت در خدمات اورژانس تحت استرس بوده و ۴۴/۷٪ از آنان دچار خستگی هیجانی، ۳۳/۲٪ مسخ شخصیت و ۲۸٪ عدم کفایت شخصی داشته‌اند (۳۲). Verdon و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که از ۹۳ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه جراحی، ۲۸٪ فرسودگی شدید و ۳۷٪ فرسودگی متوسطی و ۳۵٪ بقیه نیز درجات اندکی از سطح فرسودگی را تجربه نموده‌اند (۳۳). Adali و Priami (۲۰۰۲) نیز نشان دادند که پرستارانی که در بخش‌های اورژانس کار می‌کنند سطوح بالاتری از استرس و فرسودگی شغلی وابسته به آن را نسبت به پرستاران بخش‌های داخلی و حتی بخش‌های ویژه تجربه می‌نمایند (۳۴). البته برخلاف نتایج مطالعه‌ی ما، Popa و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود درمورد مقایسه فرسودگی شغلی بین گروه‌های حرفه‌ای مانند پزشکان بخش اورژانس، پزشکان آمبولانس، پزشکان با فیلد کاری اورژانس و احیا، پرستاران شاغل در اورژانس،

- and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 311-318.
6. National Highway Traffic Safety Administration. National EMS Research Agenda, December 31, 2001. available from: <http://www.nhtsa.gov/people/injury/ems/ems-agenda/toc.htm>. [7Feb 2012]
 7. Essex B, Scott LB. Chronic stress and associated coping strategies among volunteers EMS personnel. *Prehospital Emergency Care* 2008; 12(1): 69-75.
 8. Maguire BJ, Hunting KL, Smith GS, Levick NR. Occupational fatalities in emergency medical services: a hidden crisis. *Ann Emerg Med* 2002 Dec; 40(6):625-32.
 9. Maguire BJ: Transportation-related injuries and fatalities among emergency medical technicians and paramedics. *Prehosp Disaster Med* 2011; 26(4):1-7.
 10. Van Der Ploeg E, Kleber RJ. Acute and chronic Stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occup Environ Med* 2003; 60:40-6.
 11. Gill AS, Flaschner AB, Shachar M. Mitigating stress and burnout by implementing transformational leadership. *Int J Contet Hospt. Manage* 2006; 18(6): 469-481.
 12. World Health Organization. Iran (Islamic Republic of) Violence and injuries: Road Safety. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/country_profiles/iran.pdf. [7 Feb 2012]
 13. Sadrmomtaz N, Tabeji SJ, Mahmode M. [A comparative study in disaster planning in selected countries]. *Tehran Univ Med J* 2007; 65(Suppl 1): 14-19. (Persian)
 14. Negaresh H. [Earthquakes, cities and faults]. University of Tehran Electronic Journals Database: Geographical Research Quarterly 2005; 37(1). available from: <http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/Jpdf/51913845207.pdf>. [Feb2012] (Persian).
 15. Saleh A. [Eleven percent reduction in traffic accidents mortality rate in the early Six-month of 2010 in Hamadan province]. Transport Council of the Hamadan province <http://www.tinn.ir/vdfxydv.w6dmvagiw.html>. [sep2011] (Persian).
 16. Emergency Medical Services of Hamadan University of Medical Sciences Site. 2011, available from: [www.http://ems.umsha.ac.ir](http://ems.umsha.ac.ir). [11Feb 2012] (Persian).
 17. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *J Adv Nurs* 2007; 59(3):233-239.
 18. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
 19. Martins AE, Davenport MC, de la Paz Del Valle M, Lalla SD, Domínguez P, Ormando L, et al. Impact of a brief intervention on the burnout levels of pediatric residents. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2011; 87(6): 491-498.
 20. Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Liang Y, Gonzalez JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(3): 418-427.
 21. Wingenfeld K, Schuz M, Damkroeger A, Rose M, Driessen M. Elevated diurnal salivary cortisol in nurses is associated with burnout but not with vital exhaustion. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34(8):1144-1151.
 22. Crabbe JM, Bowley DMG, Boffard KD, Alexander DA, Klein S. Are health professionals getting caught in the crossfire? The personal implications of caring for trauma victims. *J Emerg Med* 2004; 21(5):568-572.
 23. Shimomitsu T, Ohya Y, Odagiri Y. Burnout and associated job stress among Japanese hospital nurses. *J Psycho Somatic Res* 2003; 55; 147-78.
 24. AzizNejad P, Hosseini SJ. [Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences, 2004]. *J Babol Univ Med Sci* 2006; 8(2):63-69.
 25. Yousefy AR, Ghassemi Gh R. Job burnout in psychiatric and medical nurses in Isfahan, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2006; 12(5): 662-669.
 26. Toubaei Sh, Sahraeian A. [Burnout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry burn and burn wards]. *J Ofogh-E-Danesh. Gonabad Univ Med Sci Health Services* 2007; 12(4): 40-45. (Persian)
 27. Pálfiné SI. The characteristics of nurses' and caregivers' behaviour in different clinical settings with special attention to burnout syndrome. *Orvosi Hetilap* 2008;149(31):1463-1469.
 28. Tuesca-Molina R, Urdaneta MI, Lafaurie MS, Torres GV, Serpa DV. Burn Out syndrome in nurses of the metropolitan area of Barranquilla. 2006; 22(2): Abstract
 29. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev of Psych* 2001; 52:397-422.
 30. Mirjana C, Roman U, Stjepan T. Burnout syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol* 2006;30(1):131-135.
 31. Losa Iglesias ME, De Bengoa Vallejo RB, Savadores Fuentes P. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2010;47(1): 30-37.
 32. Kalemglu M, Keskin O. Burnout syndrome at the emergency system. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2006; 14: 37-40

33. Verdon M, Merlani P, Perneger T, Ricou B. Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Med* 2008;34(1):152-6.
34. Adali, E. Priami M. Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards, and emergency departments in Greek hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal*. 2002;11:1-19. www.nursing.gr/burnout.pdf. [10 March 2011].
35. Popa F, Raed A, Purcărea VL, Lală A, Bobirnac G, Davila C. Occupational burnout levels in emergency medicine-a nationwide study and analysis. *J Med Life* 2010; 3(3): 207-215.