

## ارتباط بین فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی در پرسنل مراقبت بهداشتی

منصور ضیایی<sup>۱</sup>، سید یونس حسینی<sup>۲\*</sup>، هوشیار شریعتی<sup>۳</sup>، الهه خوشبو<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران  
۲. گروه مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران  
۴. دانشجوی بهداشت مدارس، آموزشکده فنی سما، دانشگاه آزاد اسلامی واحد داراب، داراب، ایران

### چکیده

**سابقه و هدف:** پیامدهای شغلی و اثرات آن بر سلامت پرسنل بهداشت و درمان در بسیاری از مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است. فرسودگی شغلی تحت تأثیر کیفیت زندگی افراد می‌باشد که می‌تواند در نتیجه مواجهه طولانی مدت با استرس شغلی ایجاد گردد. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی انجام گرفت.  
**روش بررسی:** این مطالعه بر روی ۸۰ نفر از پرسنل شاغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان کامیاران در قالب سه گروه شغلی انجام گردید. اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی به ترتیب با استفاده از پرسشنامه‌های کوتاه بررسی سلامت و استاندارد گلدارد جمع‌آوری شدند. داده‌های به دست آمده در نرم‌افزار آماری SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.  
**یافته‌ها:** ۵۵ درصد از کارکنان در گروه بهداشتی، ۱۸/۷۵ درصد در گروه پرستاری-مامایی و ۲۶/۲۵ درصد در گروه اداری-خدماتی شاغل بودند. کیفیت زندگی خوب، متوسط و ضعیف به ترتیب در ۳۳/۷۵، ۶۰ و ۶/۲۵ درصد از کارکنان دیده شد. حدود ۲۲/۵ درصد از کارکنان در معرض فرسودگی شغلی پایین بودند و ۷۷/۵ درصد از آنان از فرسودگی شغلی متوسط رنج می‌بردند. ارتباط فرسودگی شغلی و همچنین کیفیت زندگی با ویژگی‌های دموگرافیک معنی‌دار نبود ( $p > 0/05$ ). بین کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی ارتباط معنی‌دار و معکوس دیده شد ( $p < 0/001$ ) نتیجه‌گیری: با توجه به رابطه معنی‌دار و معکوس بین فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی، می‌توان با ارتقای کیفیت زندگی کارکنان به طرق مختلف از فرسودگی شغلی و در نتیجه کاهش بهره‌وری آنان جلوگیری کرد.  
**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی، پرسنل بهداشتی

### مقدمه

دچار خستگی شده و با ایجاد تصویری منفی نسبت به خود و شغل و نیز فقدان احساس ارتباط یا مراجعین به هنگام ارائه مراقبت، منجر به افت شدید در انجام وظایف و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی می‌گردد (۵). اصطلاح فرسودگی شغلی ابتدا در دهه هفتاد میلادی مطرح شد (۶) که همراه با سطح بالایی از خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و احساس موفقیت شخصی پایین می‌باشد و عوامل فردی و زیستی محیطی گوناگونی در توسعه آن نقش دارند (۷، ۸). در مقابل، فاکتورهایی مانند سن بالاتر، داشتن فرزند، احساس ارزشمندی، خوش‌بینی، رضایت شغلی و حقوق ماهیانه، اثرات محافظتی در برابر فرسودگی شغلی ایجاد می‌کنند (۷). این سندرم به نحوی باز زندگی مدرن امروزی ارتباط دارد بطوریکه عوارض زیادی در خانواده، زندگی اجتماعی، فردی و سازمان بر جای می‌گذارد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان غیبت و ترک خدمت، تأخیرهای متوالی، شکایات مختلف روانشناسی، تضاد در نقش، تغییر شغل، کاهش کیفیت مراقبت از بیماران و تعارضات بین فردی با همکاران را نام برد (۹، ۱۰). همچنین رابطه بین فرسودگی شغلی، بیماری‌های مزمن و مرخصی استعلاجی، شرایط کاری نامطلوب (۱) و نیز برخی اختلالات جسمی

امروزه بخش بهداشت و درمان به دلیل ارتباط مستقیم با سلامت انسان‌ها یکی از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه پایدار در جوامع بشری به شمار می‌رود که تحقق این امر نیازمند وجود کادر درمانی سالم و شاداب و دارای انگیزه کاری بالا می‌باشد. از جمله کارکنان این بخش شامل کادر بهداشت و پرستاری شاغل در مراکز بهداشتی می‌باشند که برخی از آن‌ها پس از چند سال کار کردن و مواجهه با انبوهی از مشکلات و استرس‌های شغلی، احساس خستگی و فرسودگی می‌کنند. پیامدهای شغلی و اثرات آن بر سلامت پرسنل بهداشت و مراقبت بهداشتی در بسیاری از مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است (۱). یافته‌های حاصل از مطالعات قبلی نشان می‌دهد که مواجهه مزمن با استرس‌های شغلی قوی‌ترین عامل در ایجاد نارضایتی شغلی است (۲) که فرد را به سندرم فرسودگی شغلی دچار کرده و می‌تواند سلامت اجتماعی، روانی و فیزیولوژیکی وی را تحت تأثیر قرار دهد (۳، ۴). در سندرم فرسودگی شغلی، فرد از لحاظ هیجانی

دیگر (۱۱، ۱۲) اثبات شده است.

برای نخستین بار در دهه ۱۹۵۰ کیفیت زندگی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر فرسودگی شغلی مورداستفاده قرار گرفت. کیفیت زندگی در آن زمان به جای مفهومی روان‌شناختی، بیشتر بر مسائل اقتصادی دلالت داشت و پس از ارائه هرم نیازها توسط مازلو<sup>۲</sup>، توجه از نیازهای صرفاً مادی و اقتصادی به نیازهای شناختی معطوف شد. در حال حاضر مفهوم کیفیت زندگی تمام سطوح نیازها از فیزیولوژیک تا خودشکوفایی و تحقق را در برمی‌گیرد (۱۳). کیفیت زندگی، لذت و رضایت از زندگی را در فعالیت‌های گوناگون نشان می‌دهد که تعاریف گوناگونی دارد و بسیاری از روش‌ها برای ارزیابی آن وجود دارند. بیشتر تعاریف بیان می‌کنند که ارزیابی کیفیت زندگی می‌بایست دیدگاه ذهنی افراد را از شرایط زندگی خود موردتوجه قرار دهد. این ذهنیات شامل درک روابط اجتماعی، سلامت جسمی، عملکرد در فعالیت‌ها و کارهای روزمره، وضعیت اقتصادی، و یک حس کلی از رفاه و آسایش می‌باشند (۱۴). در واقع کیفیت زندگی یک مفهوم مرکب می‌باشد که از چندین متغیر شامل تغییر در سطح درآمد مردم، شرایط زندگی، وضعیت سلامت، محیط، فشار روحی روانی، فراغت، شادمانی خانوادگی و روابط اجتماعی متأثر می‌گردد (۱۵). بنابراین با توجه به رویکرد جامعه نگر نهفته در مباحث کیفیت زندگی، تحلیل و بررسی این موضوع در کشورهای جهان سوم و درحال توسعه، نقش اصلی را در برنامه‌ریزی جامعه نگر دارد (۱۶).

به منظور حفاظت از سلامت پرسنل خدمات بهداشتی-درمانی و نیز تأثیر این امر در کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران و نیز به علت اثرات مخربی که فرسودگی می‌تواند بر اثربخشی و عملکرد این قشر از افراد جامعه داشته باشد، تشخیص و پیشگیری از شیوع و تسریع این سندروم ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و سطوح مختلف فرسودگی شغلی کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان کامیاران با این فرض انجام گردید که فرسودگی شغلی با سلامت کارکنان و کیفیت زندگی ضعیف آن‌ها ارتباط دارد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه ۸۰ نفر از پرسنل شاغل شبکه بهداشت و درمان شهرستان کامیاران به روش سرشماری انتخاب و در سه گروه بهداشتی، پرستاری - مامایی و اداری-خدماتی مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی افراد مورد بررسی در ۶ گروه سنی با طول هر گروه ۱۰ سال طبقه‌بندی شدند. اطلاعات مربوط به فرسودگی شغلی کارکنان با استفاده از پرسشنامه فرسودگی گلدارد<sup>۳</sup> جمع‌آوری گردید که احساس فرد را نسبت به کار در قالب ۴۰ عبارت نشان می‌دهد.

۲. Maslow  
۳. Geldard Burnout Inventory (GBI)

روش نمره‌گذاری بر مبنای مقیاس لیکرت بوده است و هر پرسش نمره‌ای در گستره ۱ تا ۷ دارد. دامنه امتیازات ۲۸۰-۴۰ می‌باشد، یعنی کسب امتیاز ۴۰ و ۲۸۰ به ترتیب نشان‌دهنده مطلوب‌ترین و بدترین حالت ممکن است. اعتبار این پرسشنامه توسط آزمون‌های مختلف از جمله روش آزمون-باز آزمون<sup>۴</sup> ثابت گردیده است (۱۷). برای به دست آوردن نمره کل فرسودگی، نمرات همه پرسش‌ها با یکدیگر جمع شده و بدین‌صورت تفسیر گردید: نمره ۸۰-۴۰ برای فرد بسیار فعال و بدون فرسودگی شغلی (سطح ۱ فرسودگی شغلی)، نمره ۱۲۰-۸۱ برای فردی که کار خود را به خوبی انجام می‌دهد (سطح ۲ فرسودگی شغلی)، نمره ۲۰۰-۱۲۱ برای فردی که وضعیت زیاد خوبی ندارد و باید بیشتر مراقب خود باشد (سطح ۳ فرسودگی شغلی) و مراجعه به مشاور لازم است و نهایتاً نمره ۲۸۰-۲۰۱ برای فردی که در معرض خطر و نیازمند یک اقدام فوری است و می‌بایست به مشاور مراجعه کند (سطح ۴ فرسودگی شغلی).

اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۵</sup> دارای ۱۲ پرسش و دامنه امتیازات ۴۸-۱۲ جمع‌آوری گردید. کسب امتیاز ۱۲ و ۴۸ به ترتیب پایین‌ترین و بالاترین سطح کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. سؤال ۱ تعیین‌کننده درک کلی افراد از سلامت خود، سؤال ۲ و ۳ شرایط فیزیکی، سؤال ۴ و ۵ سلامت جسمانی، سؤال ۶ و ۷ وضعیت هیجانی، سؤال ۸ درد جسمانی، سؤال ۹ سلامت اجتماعی، سؤال ۱۱ شورونشاط و سؤال ۱۰ و ۱۲ سلامت روانی افراد را مشخص می‌کنند. ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتبار این پرسشنامه به ترتیب توسط آزمون‌های روایی محتوایی و روش باز آزمایی ثابت گردیده است. این پرسشنامه قبلاً در جامعه ایران اعتباربخشی شده است (۱۸). به منظور بررسی کیفیت زندگی، امتیازات همه پرسش‌ها با یکدیگر جمع و نمره ۲۴-۱۲ برای کیفیت زندگی ضعیف، نمره ۳۶-۲۵ برای کیفیت زندگی متوسط و نمره ۴۸-۳۷ برای کیفیت زندگی خوب تعریف گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ انجام گردید. بر این اساس به منظور توصیف متغیرهای کیفی از روش‌های آماری توصیفی مانند فراوانی و درصد استفاده گردید. مقایسه تفاوت بین میانگین‌ها در دو گروه مختلف توسط آزمون تی مستقل انجام شد و ارتباط بین متغیرها نیز از طریق آزمون اسپیرمن مورد بررسی قرار گرفت.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۵۲/۵ درصد از افراد، مرد و ۴۷/۵ درصد زن بودند که از این تعداد ۵۵ درصد در گروه بهداشتی، ۱۸/۷۵ درصد در گروه پرستاری - مامایی و ۲۶/۲۵ درصد در گروه اداری - خدماتی شاغل مشغول به فعالیت بودند. میانگین و انحراف معیار سن و سابقه کار

۴. Test-Retest  
۵. Short Form Health Survey (SF-12)

در بررسی احساس آرامش و آسودگی مشاهده گردید که حدود ۴۵ درصد از افراد مورد بررسی تقریباً بیشتر اوقات و ۵۵ درصد از آنان گاهی اوقات و یا بندرت احساس آرامش داشته‌اند. در ۴۱ درصد از کارکنان بندرت و یا هیچ‌وقت احساس یأس و ناامیدی دیده نشد درحالی‌که ۴۹ درصد از آنان گاهی اوقات و ۱۰ درصد بیشتر اوقات این حس را تجربه کرده‌اند.

آزمون تی مستقل نشان داد که بین سطح فرسودگی شغلی در کارکنان زن و مرد تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است ( $P=0/41$ ). بر اساس آزمون اسپیرمن، ارتباط معنی‌دار آماری بین ویژگی‌های دموگرافیک مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و نوع شغل و فرسودگی شغلی و همچنین متغیرهای نامبرده و کیفیت زندگی مشاهده نگردید ( $p>0/05$ ). با استفاده از آزمون اسپیرمن مشخص گردید که بین سطح کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی ارتباط معنی‌دار و معکوس وجود داشت یعنی با افزایش سطح کیفیت زندگی، از میزان فرسودگی شغلی کارکنان کاسته می‌شد ( $R=-0/57, p<0/001$ ). همچنین بین سلامت روانی و فرسودگی شغلی رابطه معنی‌دار و معکوس آماری مشاهده گردید ( $p<0/001, R=-0/47$ ).

### بحث

بین کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی کارکنان ارتباط معنی‌دار و معکوس وجود داشت که این ارتباط در پژوهش‌های دیگر نیز ثابت گردیده است (۱۳، ۱۹). در مطالعه کنونی بین سلامت روانی و فرسودگی شغلی رابطه معنی‌دار و معکوس آماری دیده شد که این موضوع در تأیید مطالعات قبلی (۲۰) بوده و بیان می‌کند که با افزایش میزان سلامت روانی افراد درگیر در بخش خدمات درمانی و بهداشتی می‌توان از آثار زیان‌بار فرسودگی شغلی کاست.

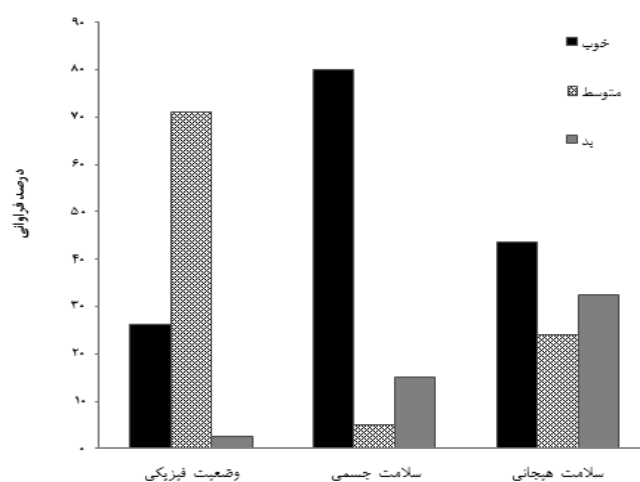
در مطالعه حاضر بیشترین افراد مورد بررسی دچار فرسودگی شغلی متوسط بودند که با نتایج مطالعات قبلی بر روی پرستاران شاغل در بخش ویژه بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۲۱) و نیز پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گرگان (۲۲)، همخوانی داشت. همچنین مطالعات قبلی بیان می‌دارند که بین سطح فرسودگی شغلی در کارکنان زن و مرد تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است (۲۲، ۲۳) که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی داشت. بر اساس نتایج مطالعه نجفی و همکاران در خصوص رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان در بین کارکنان مرکز تحقیقات و تولید سوخت هسته‌ای اصفهان، ۱۰ درصد از کارکنان دارای فرسودگی شغلی شدید و ۱۴ درصد آن‌ها دارای فرسودگی شغلی متوسط بودند (۲۴).

بر اساس مطالب گفته‌شده، به دلیل نزدیکی سطح خطر ابتلا به

افراد مورد مطالعه به ترتیب  $33/32 \pm 7/05$  و  $9/99 \pm 6/69$  سال بود. حدود ۶۰ درصد از افراد شاغل در گروه ۳۹-۳۰ سال قرار داشتند و نیز حدود ۶۷/۵ درصد از افراد، متأهل و ۳۲/۵ درصد مجرد بودند. از نظر تحصیلات، ۲۶/۲۵ درصد از افراد دیپلم و زیر دیپلم، ۱۸/۷۵ درصد فوق‌دیپلم و ۵۵ درصد لیسانس و بالاتر بودند.

در بررسی سطوح مختلف فرسودگی شغلی در جمعیت مورد مطالعه مشخص گردید که هیچ‌کدام از افراد در سطوح بحرانی فرسودگی شغلی شدید و بدون فرسودگی یعنی سطوح ۱ و ۴ فرسودگی شغلی قرار نداشتند. همچنین در این بررسی مشاهده گردید که ۲۲/۵ درصد از کارکنان در معرض فرسودگی شغلی پایین بوده ولی مشکلی در انجام کار خود نداشتند (سطح ۲ فرسودگی شغلی) درحالی‌که ۷۷/۵ درصد از کارکنان وضعیت مطلوبی نداشته و در صورت عدم مراقبت و مراجعه به مشاور در آینده به تدریج دچار فرسودگی شغلی شدید خواهند شد (سطح ۳ فرسودگی شغلی).

بر اساس نتایج این مطالعه، به‌طور کلی ۳۳/۷۵، ۶۰ و ۶/۲۵ درصد از کارکنان شاغل به ترتیب از کیفیت زندگی خوب، متوسط و ضعیفی برخوردار بودند. در پرسنل مورد مطالعه ۲۶/۲۵ درصد از کارکنان دارای وضعیت فیزیکی خوب و ۷۱/۲۵ درصد از آن‌ها دارای وضعیت متوسطی بودند درحالی‌که ۲/۵ درصد از افراد وضعیت فیزیکی بد و نامطلوبی را گزارش نمودند. در بررسی درک کلی از سلامتی تنها ۷/۵ درصد از افراد سلامتی خود را عالی ارزیابی کردند و بیش از ۵۰ درصد سلامت کلی خود را خوب می‌پنداشتند و ۲/۵ درصد از افراد نیز درک بدی از سلامت عمومی خود داشتند. بررسی سلامت هیجانی نشان داد که ۴۳/۷۵ درصد از کارکنان سلامت هیجانی خوب، ۲۳/۷۵ درصد سلامت هیجانی متوسط و ۳۲/۵ درصد سلامت هیجانی بدی داشتند. در ارتباط با سلامت جسمانی، ۸۰ درصد از کارکنان دارای سلامت جسمانی خوب، ۵ درصد، متوسط و ۱۵ درصد سلامت جسمانی ضعیفی بودند (شکل ۱).



شکل ۱. بررسی درک کلی از سلامت فیزیکی، جسمی و هیجانی

پیشگیری نمود و یا شدت آن را کاهش داد، این موضوع در مطالعه محفوظ پور نیز آمده است (۲۵). در مطالعات آتی می‌توان فرسودگی شغلی را در جمعیتی گسترده‌تر و با در نظر گرفتن عوامل دیگر مؤثر بر این سندرم و نیز حذف عوامل مداخله‌گر بررسی نمود.

فرسودگی شغلی و نیز برخورداری از سطح متوسط کیفیت زندگی در گروه زیادی از جامعه مورد مطالعه، در صورت بهبود سطح کیفیت زندگی کارکنان از طریق راهکارهای مختلف اصلاحی مدیریتی و سازمانی، می‌توان از بروز سندرم فرسودگی شغلی در این افراد

## References

1. Suner-Soler R, Grau-Martin A, Font-Mayolas S, Gras M, Bertran C, Sullman M. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2013;20(4):305-13.
2. Zangaro GA, Soeken KL. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in nursing & health*. 2007;30(4):445-58.
3. Borritz M, Rugulies R, Christensen K, Villadsen E, Kristensen T. Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and environmental medicine*. 2006;63(2):98-106.
4. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*. 2001;51(5):697-704.
5. Bousary MP. Burnout and some related factors in nurses at teaching hospitals of Zanjan, 1992-93. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services*. 2002(40):47-51. (In Persian).
6. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of social issues*. 1974;30(1):159-65.
7. Grau Martín A, Flichtentrei D, Suner R, Prats M, Braga F. Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(2):215-30.
8. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001;52(1):397-422.
9. Lambert VA, Lambert CE, Ito M. Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International journal of nursing studies*. 2004;41(1):85-97.
10. Sitzman K. Coping with stress. *Home healthcare nurse*. 2004;22(9):603.
11. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, et al. The association between burnout and physical illness in the general population—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of psychosomatic research*. 2006;61(1):59-66.
12. Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic medicine*. 2006;68(6):863-9.
13. Sepahmansour M, Ahmadi MS, Shahami N. Relationship between quality of life, job satisfaction and

burnout of teachers. Educational Management research. 2002;3(3):91-110. (In Persian).

14. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. American Journal of Psychiatry. 2005;162(6):1171-8.

15. Jajarmi K, Kalteh E. Measuring the Quality of Life Indices in City According Citizens (Case Study: Gonbad Qabous). Geography and Development. 2007;4(8):5-18.

16. Molaei AF, Azimi A, Ziari K. Analysis of the quality of life dimensions in urban areas of Iran. Journal of Research and Urban Planning. 2010;1(2):1-16. (In Persian).

17. Erfani N. The study of burnout among new system of secondary education school counselors in Kurdistan. Education and Training Quarterly. 2001;17(3):61-82. (In Persian).

18. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. BMC public health. 2009;9(1):341.

19. Hajloo N. Relationship of job stress, burnout and quality of life with staff satisfaction of organizational climate in Mohaghegh Ardabili University. New approach in educational management. 2012;3(3):169-83.

20. Alavi SS, Jannatifard F, Daoudi A. Study and comparison of mental health and occupational burnout among staff and workers of Saipa company. Monthly journal of automobile engineering and related industries. 2009;1(6):21-5.

21. Rahmani F, Behshid M, Zamanzadeh V, Rahmani F. Relationship between general health, occupational stress and burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals. Iran Journal of Nursing. 2010;23(66):54-63.

22. Mahmoudi GR, Rouhy G, Moujerlou M, Sheykh H, Rahmani H. Relationship between nursing burnout, physical environment and professional equipments. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2006;8(2):40-6.

23. Ghani K, Ghodsi A, Moaghar AR, Muobaraki H. Assessment of the relationship level between mental health and occupational burnout in headquarters field staff of ministry of health, treatment and medical education. Journal of medicine and cultivation. 2010;19(3):31-6.

24. Najafi M, Dehkordi SKS, Frouzeshbakhsh F. Relationship between occupational burnout and mental health among personell of research and nuclear fuel production center in Esfahan. Journal of Shahrekord university of medical sciences. 2000;2(2):34-41.

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

Archive of SID



## Association between Occupational Burnout and Quality of Life among Healthcare workers

Ziaei M<sup>1</sup>, Hosseini SY\*<sup>2</sup>, Shariati H<sup>3</sup>, Khoshboo E<sup>4</sup>

**Background and Objectives:** Occupational consequences and their effects on health and healthcare workers have been examined in many studies. Occupational burnout is affected by quality of life and it can be produced by long term exposures to occupational stress. The aim of this study was to determine the association between occupational burnout and quality of life among healthcare workers.

**Materials and Methods:** This study was conducted among 80 subjects of healthcare workers of Kamyaran city in three occupational groups. Data on quality of life and occupational burn-out was collected using SF-12 and standard Geldard (GBI) questionnaires, respectively.

**Results:** In general, 55, 18.75 and 26.25 percent of personnel were employed in health, Nursing-Obstetric and Administrative-Services groups, respectively. Good, moderate and poor quality of life was seen in 33.75, 60 and 6.25 percent of employees, respectively. While only 22.5 percent of workers were not exposed to occupational burnout, 77.5 percent of them suffered from mild condition of this disorder. The Correlation between occupational burn-out as well quality of life with demographic characteristics was not significant. A reverse and statistical significant correlation was found between quality of life and occupational burnout ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Considering the reverse and significant association between occupational burn-out and quality of life, this disorder and reduction of productivity can be prevented by improving the quality of life of employees in different ways.

**Keywords:** *Quality of Life, Occupational Burnout, Health Personnel*

1. PhD Student of Occupational Health Engineering, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
2. Occupational Health Department, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
4. Student of School Health Department, Technical Faculty of SAMA, Islamic Azad University, Darab Branch, Darab, Iran

\*Corresponding author : [hoseiniyo@ymail.com](mailto:hoseiniyo@ymail.com)