

مقاله پژوهشی

بررسی همبستگی خستگی مهرورزی با فرسودگی شغلی در پرستاران دووظیفه خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی در پرستاران دووظیفه

مهسا بوذری پور^۱، لیلا خانعلی مجن^۱، ملیحه نصیری^۲، مریم ابراهیم پور رودپشتی^۳، فاطمه صالح^{۴*}

^۱گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

^۴مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. ایمیل: fatemeh.saleh.nurse@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۳/۳/۱۳ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۱۴

چکیده

مقدمه: شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد پرستارانی که هم در بیمارستان و هم در زندگی شخصی مراقبت ارائه می‌دهند در معرض عوارض منفی جسمی و روحی مانند فرسودگی، خستگی، پریشانی عاطفی و علائم افسردگی هستند. همچنین، مطالعات در رابطه با این مراقبین دووظیفه نشان می‌دهد فقدان منابع و حمایت‌های شخصی و حرفه‌ای همراه با انتظارات بالای خانواده در امر مراقبت، می‌تواند این افراد را به‌طور ویژه در معرض خستگی ناشی از مهرورزی و فرسودگی قرار دهد.

اهداف: مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی خستگی مهرورزی با فرسودگی شغلی در پرستاران دووظیفه شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-همبستگی حاضر، ۱۱۲ پرستار دووظیفه شاغل به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و گلوله‌برفی انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، سیاهه خستگی مهرورزی پرستاران بالینی (صابری و همکاران) و پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ (Maslach) مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان‌داد بین خستگی مهرورزی با دو بعد فرسودگی شغلی یعنی خستگی عاطفی ($P < 0/001$) و همچنین مسخ شخصیت ($P < 0/001$) همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت اما بین خستگی مهرورزی و بعد سوم یعنی موفقیت‌های شخصی همبستگی معنی‌داری مشاهده‌نشد ($P = 0/891$).

نتیجه‌گیری: با توجه به همبستگی بین خستگی مهرورزی و دو بعد از فرسودگی شغلی، با شناسایی پرستاران دووظیفه در بالین، و ارائه حمایت‌های آموزشی، رفاهی و مدیریتی به آنان، می‌توان در پیشگیری و کاهش این دو پدیده و اثرات آن‌ها در پرستاران و مراقبت پرستاری تأثیرگذار بود.

کلمات کلیدی: خستگی مهرورزی، فرسودگی شغلی، پرستاری، خدمات مراقبت در منزل

۱. مقدمه

پرستاران دارد. از جمله این تأثیرات می‌توان به ایجاد خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی در پرستاران اشاره کرد (۶، ۷).

خستگی مهرورزی فرایندی پیشرونده و تجمعی ناشی از تعامل مراقبتی هم‌دلانه بین پرستار و بیمار است که باعث مشکلات جسمی، عاطفی، هیجانی، روانی-شناختی، معنوی، اجتماعی و سازمانی می‌شود. پرستارانی که از خستگی مهرورزی رنج می‌برند در مراقبت از بیماران قدرت مهرورزی خود را از دست داده و صورت عدم درمان توانایی مراقبت از خود و خانواده خود را نیز از دست می‌دهند (۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد پرستاران سطوح بالایی از خستگی مهرورزی را تجربه می‌کنند (۹).

افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی از جمله عواملی است که باعث شده‌است، قسمت اعظمی از مسئولیت مراقبت از بیمار بر عهده خانواده‌ها باشد. از این‌رو بسیاری از کارمندان مراقبت‌های بهداشتی، هم در محل کار و هم در منزل نقش مراقب را به عهده دارند، پدیده‌ای که تحت عنوان مراقبین دووظیفه (Double-duty caregiver) شناخته می‌شود (۱، ۲).

پرستاران نیز غالباً توسط خانواده برای قبول مسئولیت مراقبت از فرد بیمار در خانواده انتخاب می‌شوند (۳). ایفای نقش پرستار دو وظیفه به علت فقدان منابع شخصی و حرفه‌ای (۴، ۵) همراه با انتظارات بالای خانواده در امر مراقبت، تأثیرات جدی بر سلامت

تعیین همبستگی خستگی مهرورزی با فرسودگی شغلی در پرستاران دووظیفه شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

۳. روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی با رویکرد همبستگی (Correlational Study) است که روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که مسئولیت مراقبت از بیماری از اعضای خانواده را به عهده دارند (پرستار دووظیفه) انجام شد. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف و گلوله‌برفی و براساس معیارهای ورود در بیمارستان‌های شهدای تجریش، طالقانی، شهید مدرس، امام حسین، لقمان، مسیح دانشوری، مفید، مهدیه، اختر و لبافی‌نژاد انجام شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر پس از تصویب طرح، کسب مجوز از دانشکده پرستاری مامایی و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران و کسب کد اخلاق به عرصه‌های پژوهش مراجعه نموده و بعد از معرفی خود و کسب اجازه از مراجع ذی‌صلاح بیمارستان‌ها، شروع به نمونه‌گیری در این مراکز نمود. پس از ورود به بخش ضمن معرفی خود و طرح و اهداف پژوهش به سرپرستاران از آنان خواسته شد افراد دارای شرایط واحدهای پژوهش را معرفی نمایند. ۱۰۰ نمونه از این طریق وارد مطالعه شدند. همچنین با افراد حاضر در شیفت نیز صحبت شد و ۲۵ نمونه نیز بدین صورت وارد مطالعه شدند. پس از ارتباط با افراد دارای شرایط ورود، از آنان خواسته شد که در صورت امکان، همکاران با شرایط مشابه را به پژوهشگر معرفی نمایند. بدین ترتیب تعدادی از نمونه‌ها به صورت گلوله‌برفی به دست آمدند. در تمام مراحل نسبت به محرمانه‌بودن اطلاعات و عدم نیاز به ذکر نام اطمینان داده شد. رضایت آگاهانه قبل از تکمیل پرسشنامه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید. ۱۳ پرسشنامه به دلیل کامل نبودن از مطالعه حذف شدند و سه پرسشنامه مطالعه در اختیار افراد قرار گرفت. نمونه‌گیری در بازه زمانی اردیبهشت ۱۴۰۱ تا پایان مرداد ۱۴۰۱ انجام شد.

۱.۳. معیارهای ورود

- (۱) دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری
- (۲) پرستاران شاغل در بخش‌های بالینی مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی باشند.
- (۳) پرستاران مورد مطالعه مسئولیت مراقبت از یکی از اعضای خانواده را که درگیر بیماری مزمن هستند، به‌طور مستقیم بر عهده داشته باشند.

۲.۳. معیارهای خروج

خستگی مهرورزی در برخی مطالعات با فرسودگی شغلی به‌عنوان واژه جایگزین یا همراه به کار رفته است (۱۰، ۱۱). این دو پدیده باهم مرتبط هستند و اغلب با هم اتفاق می‌افتند (۱۲). فرسودگی شغلی سندرمی متشکل از کاهش منبع عاطفی، کاهش انرژی، افزایش نگرش و احساسات منفی نسبت به خود و حرفه، عدم حساسیت و عدم شفقت در ارتباط با بیمار، هنگام ارائه مراقبت است (۱۳) و زمانی بروز می‌یابد که بین توانایی‌های فرد و تقاضای خدمات در محیط کار توازن وجود نداشته باشد (۱۴). پرستاران در مقایسه با سایر متخصصان بهداشتی در معرض سطوح بالاتری از فرسودگی شغلی هستند (۱۵).

فرسودگی و خستگی مهرورزی هر دو منجر به تنش‌های جسمی و روحی شده و سلامت پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این دو پدیده نه تنها بر سلامتی پرستاران تأثیر گذارند، بلکه می‌توانند هدف پرستاری را که مراقبت با کیفیت و ایمن از بیماران است، تحت تأثیر قرار دهد (۱۰).

در بررسی متون تعدادی از مطالعات به بررسی این دو مفهوم در پرستاران پرداخته شده است. مطالعه Yu و همکاران نشان داد، خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی در پرستاران انکولوژی با سابقه کاری بیش‌تر، مشغول در بیمارستان‌هایی با کیفیت پایین‌تر و دارای سبک مقابله منفعل بیشتر روی می‌دهد. روان‌رنجوری به‌عنوان عاملی منفی در ایجاد خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی نقش دارد (۱۶). در مطالعه Circeis و Millere همبستگی معنی‌داری بین زیرمقیاس خستگی مفرط و زیرمقیاس فرسودگی شغلی و همچنین زیرمقیاس خستگی مفرط و استرس آسیب‌زای ثانویه وجود داشت. بین استرس با خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی ارتباط وجود داشت. بالاترین همبستگی بین زیرمقیاس خستگی مفرط عاطفی و فرسودگی شغلی بود (۱۷). در مطالعه Hunsaker و همکاران عدم وجود سیستم پشتیبانی از پرستاران، فاکتوری قابل تعدیل بوده که اگر به آن توجه نشود، پرستاران سطح بالای خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی را تجربه خواهند کرد (۱۸).

۲. اهداف

با توجه به اهمیت نقش مراقبتی پرستاران در محل کار و در خانواده، و همچنین پیامدهای منفی که پرستاری دووظیفه بر سلامت جسمی و روحی پرستاران و دریافت‌کنندگان مراقبت خواهد داشت، و همچنین با عنایت به شیوع خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی در پرستاران و عواقب منفی آن‌ها بر زندگی شخصی و حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاران و با توجه این که در جست‌وجوهای انجام‌شده، مطالعه‌ای که به بررسی خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی به‌طور همزمان در پرستاران دووظیفه بپردازد، یافت نشده است، لذا پژوهش حاضر با هدف

(۱) پرسشنامه‌ها ناقص از مطالعه حذف شد.

(۲) انصراف از تداوم حضور در مطالعه

حداقل تعداد نمونه لازم با استفاده از رابطه زیر، ۱۱۲ نفر است و با توجه به ریزش نمونه بهتر است ۱۲۵ نمونه در نظر گرفته شود:

$$n \geq \left[\frac{Z_{1-\alpha/2} - Z_{1-\beta}}{\sqrt{\frac{1}{r} \ln[1 + r/1 - r]}} \right]^2 + 3$$

که در آن r همبستگی بین خستگی و فرسودگی است و با توجه به کتاب مونرو حداقل همبستگی برابر $0/3$ در نظر گرفته می‌شود (۱۹).

$$r = 0/3$$

$$\alpha = 0/05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1/96$$

$$\beta = 0/1 \Rightarrow Z_{1-\beta} = 1/28$$

۳.۳. ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، سیاهه خستگی مهرورزی پرستاران بالینی و پرسشنامه سنجش فرسودگی شغلی ماسلاچ بوده‌است.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی در زمینه مشخصات فردی بود. سیاهه خستگی مهرورزی پرستاران بالینی در سال ۱۳۹۶ توسط صابری و همکاران طراحی شده است و شامل ۳۵ سوال و براساس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم/اصلاً) است (۸). روایی سیاهه خستگی مهرورزی پرستاران بالینی، توسط برزگران بررسی و مورد تایید قرار گرفت (۲۰). در مطالعه صابری، ضریب همبستگی درونی با آلفای کرونباخ $0/94$ و مطلوب گزارش شده‌است (۸).

پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ (Maslach Burnout Inventory: MBI)، رایج‌ترین ابزار در اندازه‌گیری فرسودگی شغلی است که برای اولین بار توسط ماسلاچ و جکسون (Maslach and Jackson) در سال ۱۹۸۱ طراحی گردید. این پرسشنامه دارای ۲۲ گویه در مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای است. فرسودگی شغلی در این پرسشنامه در دو مقیاس شدت و فراوانی سنجیده می‌شود. در مقیاس شدت، هرگز (صفر)، خیلی کم (یک)، کم (دو)، متوسط (سه)، متوسط بالا (چهار)، زیاد (پنج)، خیلی زیاد (شش) و در مقیاس فراوانی با هرگز (صفر)، چندبار در سال (یک)، یک بار در ماه (دو)، چند بار در ماه (سه)، بالای یک بار در هفته (چهار)، چند بار در هفته (پنج) و هر روز (شش) مشخص شده‌است. در مطالعه حاضر فرسودگی شغلی تنها از نظر شدت مورد بررسی قرار گرفته‌است. فرسودگی شغلی دارای ساختاری چندبعدی است و بنابراین زیرمقیاس‌ها با هم ترکیب و در قالب یک نمره بیان نمی‌شود، بلکه هر زیرمقیاس از نظر تکرار و شدت، جداگانه در سه سطح بالا، متوسط و پایین ارزیابی

می‌گردد. از ۲۲ گویه نه گویه در مورد خستگی عاطفی، ۵ گویه در مورد مسخ شخصیت و ۹ گویه در رابطه احساس موفقیت فردی است. کسب نمرات بالاتر در ابعاد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و نمرات پایین در بعد موفقیت‌های فردی نشان‌دهنده فرسودگی شغلی بالاتر در هر بعد است (۱۴). روایی پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ (Maslach Burnout Inventory) در ایران قبلاً بررسی و تایید شده است (۲۱). روایی و پایایی پرسشنامه برای اولین بار توسط فیلیان در سال ۱۳۷۱ در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌است (۲۲). در مطالعه حاضر نیز جهت بررسی پایایی ابزارها، از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و ثبات (بازآزمون) استفاده شد. بدین منظور قبل از شروع پژوهش، پرسشنامه‌ها در دو مرحله با فاصله زمانی دو هفته در اختیار ۱۵ نفر از پرستاران واجد شرایط قرار داده شد و ضریب همبستگی بین آن‌ها محاسبه شد. همچنین با استفاده از همان نمونه‌ها آلفای کرونباخ محاسبه شد که در سیاهه خستگی مهرورزی برابر $0/897$ بوده و در پرسشنامه فرسودگی شغلی با توجه به مقیاس شدت فرسودگی شغلی در سه بعد محاسبه شد که در بعد خستگی عاطفی $0/977$ ، در بعد موفقیت‌های شخصی $0/862$ و در بعد مسخ شخصیت $0/733$ به‌دست آمد.

۴.۳. تجزیه و تحلیل آماری

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 26 استفاده شده است. در قسمت آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی و شاخص میانگین و نمودارهای مربوط به چگونگی توزیع داده‌های جمعیت‌شناختی استفاده شد. با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف توزیع نرمال داده‌ها بررسی شده و با توجه به اینکه مقدار سطح معنی‌داری آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف از مقدار $0/05$ بیشتر است، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تحلیل داده‌ها استفاده کرد ($P = 0/054$). برای تعیین همبستگی از ضریب همبستگی پیرسون و برای بررسی سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی از مدل رگرسیون استفاده شد.

۵.۳. ملاحظات اخلاقی

دریافت تأییدیه اخلاق با کد IR.SBMU.PHARMACY. REC.1399.141 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

۴. نتایج

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های پژوهش را نشان می‌دهد. میانگین سنی پرستاران برابر با $29/8 \pm 36/56$ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان زن، متاهل و دارای مدرک کارشناسی بودند.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی پرستاران دووظیفه شرکت‌کننده در مطالعه

متغیرها	فراوانی (درصد)
جنس	
مرد	۱۷ (۱۵/۲)
زن	۹۵ (۸۴/۸)
جمع	۱۱۲ (۱۰۰)
سن	
کمتر از ۳۰ سال	۲۷ (۲۴/۱)
۳۰-۳۹ سال	۴۰ (۳۵/۷)
بیشتر از ۴۰ سال	۴۵ (۴۰/۲)
جمع	۱۱۲ (۱۰۰)
میانگین (انحراف معیار)	۳۶/۵۶ ± ۸/۲۹
وضعیت تاهل	
مجرد	۳۸ (۳۳/۹)
متاهل	۷۱ (۶۳/۴)
مطلقه	۳ (۲/۷)
جمع	۱۱۲ (۱۰۰)
سطح تحصیلات	
لیسانس	۹۵ (۸۴/۸)
فوق لیسانس و دکترا	۱۷ (۱۵/۲)
جمع	۱۱۲ (۱۰۰)
نوع بیماری بیمار عضو خانواده	
دیابت	۳۷ (۳۳)
فشارخون	۲۶ (۳۲/۲)
بیماری‌های قلبی عروقی (نارسایی قلبی، تعویض دریچه، GBAC)	۲۲ (۱۹/۶)
اختلالات مغزی نخاعی (دیسکوپاتی، فلج مغزی، همی‌پلژی، تنگی کانال نخاعی)	۱۲ (۱۰/۷)
سرطان	۱۲ (۱۰/۷)
بیماری‌های تنفسی مزمن	۱۱ (۹/۸)
سایر	۲۸ (۲۵)
جمع	۱۱۲ (۱۰۰)
نسبت بیمار عضو خانواده	
فرزند	۷۹ (۷۰/۵)
پدر/ مادر	۶ (۵/۴)
همسر	۱۱ (۹/۸)
سایر	۱۶ (۱۴/۳)
جمع کل	۱۱۲ (۱۰۰)

بین نمره کل خستگی مهرورزی با خستگی عاطفی ($P < 0/001$) و همچنین مسخ شخصیت ($P < 0/001$) همبستگی مستقیم و معنی داری وجود داشت اما بین خستگی مهرورزی و موفقیت‌های شخصی همبستگی معنی داری مشاهده نشد ($P = 0/891$). میزان همبستگی خستگی مهرورزی با خستگی عاطفی برابر با $0/43$ و مسخ شخصیت برابر با $0/412$ بود.

در رده سنی کمتر از ۳۰ سال بین خستگی مهرورزی با مسخ شخصیت ($P = 0/026$) همبستگی معنی داری با ضریب $0/427$ مشاهده شد اما با خستگی عاطفی ($P = 0/248$) و موفقیت‌های شخصی ($P = 0/460$) همبستگی معنی داری نبود. در رده سنی بین ۳۰-۳۹ سال بین خستگی مهرورزی با خستگی عاطفی

($P < 0/001$) و مسخ شخصیت ($P = 0/003$) همبستگی معنی داری آماری با ضریب همبستگی $0/623$ و $0/459$ وجود داشت. در رده سنی ۴۰ سال و بیشتر نیز بین خستگی مهرورزی با خستگی عاطفی ($P = 0/009$) و مسخ شخصیت ($P = 0/005$) همبستگی معنی داری آماری با ضریب همبستگی $0/387$ و $0/411$ وجود داشت.

در زنان نیز بین خستگی مهرورزی با خستگی عاطفی ($P < 0/001$) و مسخ شخصیت ($P < 0/001$) همبستگی معنی داری آماری با ضریب همبستگی $0/481$ و $0/429$ وجود داشت اما با موفقیت‌های شخصی ($P = 0/589$) این همبستگی معنی داری نبود. در مردان نیز هیچ ارتباط معنی داری بین متغیرهای مورد مطالعه وجود نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲. همبستگی بین خستگی مهرورزی با فرسودگی شغلی پرستاران دووظیفه

متغیرها	جنس	سن	کل
	مرد	زن	کمتر از ۳۰ ۳۰ - ۳۹ ۴۰ و بیشتر
خستگی عاطفی	$P = 0/334$ ، $r = 0/190$	$P < 0/001$ ، $r = 0/481$	$P = 0/230$ ، $r = 0/248$ ؛ $P = 0/001$ ، $r = 0/623$ ؛ $P = 0/001$ ، $r = 0/387$
مسخ شخصیت	$P = 0/338$ ، $r = 0/184$	$P = 0/001$ ، $r = 0/429$	$P = 0/026$ ، $r = 0/427$ ؛ $P = 0/003$ ، $r = 0/459$ ؛ $P = 0/001$ ، $r = 0/412$
موفقیت‌های شخصی	$P = 0/144$ ، $r = 0/581$	$P = 0/056$ ، $r = 0/589$	$P = 0/148$ ، $r = 0/460$ ؛ $P = 0/101$ ، $r = 0/951$ ؛ $P = 0/339$ ، $r = 0/146$

سطح خیلی کم، ۲۶/۸ درصد سطح کم، ۳۲/۱ درصد سطح متوسط، ۸/۹ درصد سطح زیاد و ۰/۹ درصد در سطح خیلی زیاد قرار داشت.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین خستگی مهرورزی پرستاران برابر با $27/79 \pm 82/23$ و دامنه نمرات برابر با ۳۵-۱۶۲ بود. خستگی مهرورزی در ۳۱/۳ درصد

جدول ۳. توزیع فراوانی و شاخص‌های توصیفی خستگی مهرورزی پرستاران دووظیفه

خستگی مهرورزی (۳۵-۱۷۵)	فراوانی
خیلی کم (۳۵-۶۲)	۳۵ (۳۱/۳)
کم (۶۳-۹۰)	۳۰ (۲۶/۸)
متوسط (۹۱-۱۱۸)	۳۶ (۳۲/۱)
زیاد (۱۱۹-۱۴۶)	۱۰ (۸/۹)
خیلی زیاد (۱۴۷-۱۷۵)	۱ (۰/۹)
جمع کل	۱۱۲ (۱۰۰)

انحراف معیار $\pm$ میانگین
کمینه - بیشینه

$82/23 \pm 27/79$

$3/90 \pm 7/45$ و موفقیت‌های شخصی برابر با $4/38 \pm 19/75$ بود. همانطور که مشاهده می‌شود بیشترین میانگین بر مبنای طیف لیکرت مربوط به شدت خستگی عاطفی ($2/52 \pm 0/70$) و کمترین مربوط به مسخ شخصیت ($2/46 \pm 0/54$) بود.

شاخص‌های عددی فرسودگی شغلی پرستاران هم براساس نمره کل و هم بر مبنای طیف لیکرت ۶-۰ در جدول ۴ نشان داده شده است. میانگین نمرات خستگی عاطفی برابر با $6/37 \pm 22/71$ ، مسخ شخصیت برابر با

جدول ۴. شاخص‌های عددی شدت فرسودگی شغلی پرستاران دووظیفه

شدت فرسودگی شغلی	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	بر مبنای طیف لیکرت ۵ - ۱			
					میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
خستگی عاطفی (۵۴ - ۰)	۲۲/۷۱	۶/۳۷	۳	۴۱	۲/۵۲	۰/۷۰	۰/۳۳	۴/۵۶
مسخ شخصیت (۳۰ - ۰)	۷/۴۵	۳/۹۰	۰	۲۲	۱/۴۹	۰/۷۸	۰	۴/۴۰
موفقیت‌های شخصی (۴۸ - ۰)	۱۹/۷۵	۴/۳۸	۶	۲۹	۲/۴۶	۰/۵۴	۰/۷۵	۳/۶۳

۵. بحث

مطالعه حاضر در راستای تعیین همبستگی خستگی مهرورزی با فرسودگی شغلی پرستاران دووظیفه شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. میانگین سنی پرستاران برابر با $29/8 \pm$ سال بود. بیشتر پرستاران دارای رده سنی ۴۰ سال و بیشتر (۴۰/۲ درصد) بودند. اکثر پرستاران زن بودند (۸۴/۸ درصد). بیشتر پرستاران متاهل بودند (۶۳/۴ درصد). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد تشدید خستگی مهرورزی موجب افزایش خستگی عاطفی و مسخ شخصیت از ابعاد فرسودگی شغلی می‌گردد.

در راستای این نتیجه Zhang و همکاران در مطالعه خود بیان کرد بین خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی رابطه مثبت وجود دارد (۲۳). Sung و همکاران نیز در مطالعه خود در رابطه با خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی در پرستاران به این نتیجه رسیدند که بین این دو مفهوم همبستگی مثبت وجود دارد (۲۴). Jarrad و Hammad نیز در مطالعه خود در رابطه با بررسی خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی در پرستاران انکولوژی بیان کرد که رابطه مثبت قوی بین خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی وجود دارد (۲۵). همانطور که نتایج مطالعات نشان داده است خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی به‌خصوص در صنعت مراقبت‌های بهداشتی ارتباط نزدیکی دارند (۲۶) و تحقیقات یک رابطه مثبت معنی‌دار را بین خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی در پرستاران نشان می‌دهد (۲۷). هر دو مفهوم تحت تأثیر پرداختن به علل ریشه‌ای خستگی مهرورزی، می‌تواند به کاهش ابعاد فرسودگی شغلی نیز کمک کند و مداخلات برای کاهش خستگی مهرورزی به‌منظور جلوگیری از فرسودگی شغلی در میان پرستاران کمک‌کننده است (۲۶).

براساس نتایج این مطالعه میانگین خستگی مهرورزی در پرستاران دووظیفه در حد کم ارزیابی شد. همچنین اکثر پرستاران دووظیفه شرکت‌کننده سطح متوسطی از خستگی مهرورزی را نشان دادند.

در راستای این نتیجه، مطالعات نشان می‌دهند سطوح پایین خستگی مهرورزی در مراقبین می‌تواند با عوامل محافظتی در ارتباط باشد. از جمله این عوامل می‌توان به رضایت مهرورزی اشاره کرد (۲۸). رضایت مهرورزی را به‌عنوان تجارب مثبت مراقبان از ارائه خدمات مراقبتی به دیگران تعریف می‌کنند که به معنای درک احساسات مثبت و لذت‌بخش به‌دنبال کمک کردن به دیگران است و مراقب را به ادامه مراقبت، با وجود پیامدهای منفی‌اش تشوق می‌کند (۲۹). Lynch و همکاران خستگی مهرورزی و رضایت مهرورزی را به‌عنوان دو تجربه در کنار یکدیگر، برای مراقبان خانگی معرفی می‌کند. وی بیان می‌کند پیامدهای مراقبت هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی آن را در بر می‌گیرد و مراقبت از بیمار همیشه با علائم منفی مانند بار مراقبت یا خستگی مهرورزی همراه نیست (۲۹، ۲). Figely نیز بیان می‌کند خستگی مهرورزی با دو راهبرد مقابله‌ای احساس رضایت یا نداشتن مشارکت در مراقبت و جداسدن از نقش مراقبتی کاهش می‌یابد (۳۰). همچنین تجارب مادران مراقبت‌دهنده از فرزندان توان‌خواه نشان می‌دهد، تجربه مراقبت از کودک از دو بعد مثبت و منفی تشکیل شده‌است. این مادران در کنار خستگی‌های ناشی از مراقبت، از توانایی مراقبت از فرزندشان نیز احساس رضایت داشتند (۳۱). براساس این نتایج می‌توان چنین برداشت کرد ممکن است پرستاران مورد مطالعه از توانایی مراقبت از اعضای خانواده حس رضایت دارند که می‌تواند تا حدی از گسترش خستگی مهرورزی جلوگیری کند.

براساس یافته‌های مطالعه حاضر بر اساس نمره‌دهی پرسشنامه، میزان فرسودگی شغلی در بعد خستگی عاطفی در سطح کم، موفقیت‌های شخصی در سطح زیاد و مسخ شخصیت در سطح متوسط قرار می‌گیرند. مطالعات متعددی فرسودگی شغلی را در ابعاد مختلف در پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند (۳۲، ۳۳). به جز مطالعه Patton و Spooner-Lane، در تمام مطالعات بررسی شده، فرسودگی شغلی در بعد موفقیت‌های شخصی در حد بالا و شدید گزارش شده است (۳۴). این شدت در مطالعه حاضر نسبت به بقیه مطالعات بسیار محسوس است.

از فرسودگی شغلی در مطالعه حاضر همسو با مطالعه رفیعی و همکاران در سطح پایین ارزیابی شد (۳۷)، که این نتیجه می‌تواند به دلیل نحوه مقابله با مشکلات و عوامل استرس‌زای ایجادکننده خستگی عاطفی در عده‌ای از پرستاران باشد؛ زیرا آن‌چه مانع از پای درآمدن افراد در مقابل استرس و شرایط استرس‌زا می‌شود، روش‌ها و مکانیسم‌هایی است که آن‌ها برای تعدیل استرس به کار می‌برند. این مکانیسم‌ها بر پایه افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکلات و مهم‌تر از آن حفظ سلامت روانی فرد و ارتقای آن است (۳۸).

۱.۵. محدودیت‌های پژوهش

با توجه به اینکه ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه خودگزارشی است شرایط روحی و روانی و کاری پرستاران هنگام پاسخ‌گویی بر نحوه پاسخگویی آن‌ها تأثیرگذار بوده که خارج از اختیار پژوهشگر بود. با توجه به شلوغی بخش‌ها و فشار کاری بالا، امتناع از شرکت در مطالعه و معرفی افراد واجد شرایط محتمل به نظر می‌رسید و در چندین مورد با عدم همکاری و تمایل پرستاران اتفاق افتاده است که منجر به طولانی‌شدن زمان نمونه‌گیری و کاهش نمونه‌ها به ۱۱۲ نفر گردید.

۲.۵. نتیجه‌گیری

براساس نتایج مطالعه حاضر تشدید خستگی مهرورزی موجب تشدید خستگی عاطفی و مسخ شخصیت، از ابعاد فرسودگی شغلی می‌گردد. یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌تواند در شناخت و شناسایی به موقع خستگی مهرورزی و فرسودگی شغلی، فراگیری راه‌کارهای مقابله‌ای مفید باشد. به‌ویژه با شناسایی پرستارانی با شرایط پرستاران مورد مطالعه در بالین و حمایت‌های آموزشی، رفاهی و مدیریتی از آنان، می‌توان در پیشگیری و کاهش این دو پدیده و اثرات آن در پرستاران و متعاقباً بر مراقبت پرستاری تأثیرگذار بود.

قدردانی و تشکر:

بدینوسیله تیم پژوهش از تمام پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش قدردانی می‌کند.

مشارکت نویسندگان:

تمام نویسندگان در ایده و طراحی مطالعه، م. الف. ر. و ف. ص. در جمع‌آوری داده‌ها، م. ب. و ف. ص. در آنالیز و تفسیر نتایج، م. الف. ر. در نگارش نسخه اول مقاله نقش داشته‌اند. همه نویسندگان نتایج را بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تایید نمودند.

احساس موفقیت‌های شخصی، احساس شایستگی و موفقیت در ارتباط با مراقبت از مددجویان است (۱۴) و زمانی به وجود می‌آید که فرد بتواند در خط‌مشی‌های سازمان تأثیر متبوع داشته باشد و از این طریق توانایی‌های خود را به اثبات رسانده و نگرش‌های مثبت در مورد خود و بیماران به دست آورد، در این صورت ضمن احساس اعتماد به نفس، احساس تسلط بیشتری در انجام وظایف خود خواهد داشت. برعکس، احساس عدم موفقیت‌های شخصی خود می‌تواند باعث بروز مسخ شخصیت و عدم نگرش مثبت انسانی به‌هنگام ارائه مراقبت‌ها شود (۳۳). در مطالعه حاضر نیز ممکن است پرستاران مورد مطالعه علاوه بر پیش رو داشتن مشکلات در بالین، همانند دیگر پرستاران مورد بررسی در مطالعات انجام شده، به علت مراقبت از بیماری از اعضای خانواده، در اثبات توانایی‌های خود و ارائه مراقبت با کیفیت با چالش مواجه باشند. پرستاران دووظیفه در مطالعه‌ی Ward-Griffin و همکاران، در رابطه با تجرب خود بیان می‌کنند که همواره از آنان انتظار می‌رود که مراقبتی در سطح استانداردهای بالینی و در حد مطلوب برای اعضای خانواده ارائه‌دهند و زمانی که علم و مهارت کافی برای ارائه مراقبت مطلوب ندارند یا اعضای خانواده به دلیل تصمیم آنان آسیب می‌بینند، احساس گناه و سرخوردگی می‌کنند (۶). چنین شرایطی ممکن است احساس مفید بودن به‌عنوان پرستار را در فرد هدف گرفته و باعث شود فرد حس عدم موفقیت در حرفه خود را تجربه کند. این شرایط در پرستاران مطالعه حاضر، با توجه به نمره پایین موفقیت‌های شخصی نسبت به دیگر مطالعات همسو، مشهود است.

بعد دیگر فرسودگی شغلی مسخ شخصیت است که در مطالعه حاضر همسو با مطالعات نیکبخت نصرآبادی و همکاران در سطح متوسط ارزیابی شد (۳۳، ۳۴). مسخ شخصیت زمانی رخ می‌دهد که فرد به اشخاص دریافت‌کننده خدمات، پاسخ منفی داده و با بی‌تفاوتی و به‌عنوان یک شیء با آن‌ها برخورد می‌کند. در واقع مسخ شخصیت نشان‌دهنده نگرش منفی ارائه‌دهنده خدمات به دریافت‌کننده آن است (۳۵). درخواست‌های متعدد در محیط بالینی و به‌دنبال آن محیط خانه، محلی که به‌طور معمول می‌تواند مکانی برای استراحت و آرامش فرد باشد، پرستار دووظیفه را در شرایطی قرار می‌دهد که فرصت بازبازی جسمی و روانی را از دست می‌دهد و به‌دنبال آن تجربه پدیده مسخ شخصیت در فرد مراقبت‌دهنده افزایش می‌یابد. هرچند عوامل پیشگیری‌کننده می‌توانند این شرایط را بهبود ببخشند. خستگی عاطفی، بعد سوم فرسودگی شغلی را، می‌توان به‌عنوان فشار روانی، احساس تحت فشار قرار گرفتن و از میان رفتن منابع هیجانی در فرد بیان کرد (۳۶). این بعد

References

1. Brindley C. Staff experiences of double-duty caring: at home and at work. *Nurs Manag (Harrow)*. 2018;**24**(9):19-23. [PubMed ID:29368818]. <https://doi.org/10.7748/nm.2018.e1686>.
2. Lynch SH, Lobo ML. Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *J Adv Nurs*. 2012;**68**(9):2125-34. [PubMed ID:22435873]. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x>.
3. Salmond SW. When the family member is a nurse: the role and needs of nurse family members during critical illness of a loved one. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;**27**(1):10-8. [PubMed ID:21071227]. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.09.002>.
4. Manouchehri H, Imani E, Atashzadeh-Shoorideh F, Majd HA. [Challenges of work during studying from the perspective of nurses: A qualitative study with content analysis approach]. *Koomesh*. 2024;**19**(2):294-308. Persian.
5. Ebrahimian A. [Evaluation of nurses job expectations in hospitals executing the efficiency improvement law in Semnan]. *Koomesh*. 2016;**17**(3):739-46. Persian.
6. Ward-Griffin C, St-Amantr O, Brown JB. Compassion fatigue within double duty caregiving: nurse-daughters caring for elderly parents. *Online J Issues Nurs*. 2011;**16**(1):4. [PubMed ID:21800935]. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol-16No01Man04>.
7. Ward-Griffin C, Brown JB, St-Amant O, Sutherland N, Martin-Matthews A, Keefe J, et al. Nurses negotiating professional-familial care boundaries: striving for balance within double duty caregiving. *J Fam Nurs*. 2015;**21**(1):57-85. [PubMed ID:25535217]. <https://doi.org/10.1177/1074840714562645>.
8. Sabery M, Tafreshi MZ, Hosseini M, Mohtashami J, Ebadi A. Development and Psychometric Assessment of Risk Factors of Compassion Fatigue Inventory in Nurses. *J Nurs Meas*. 2019;**27**(2):E62-E80. [PubMed ID:31511414]. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.27.2.E62>.
9. Yilmaz G. Professional Quality of Life in Nurses: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue. *J Psychiatric Nurs*. 2018;**9**(3). <https://doi.org/10.14744/phd.2018.86648>.
10. Marcum K, Rusnak T, Koch M. A systematic review: factors for burnout and compassion fatigue in US nurses. *Honors Res Projects*. 2018;**6**:17.
11. Coetzee SK, Laschinger HKS. Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nurs Health Sci*. 2018;**20**(1):4-15. [PubMed ID:29152894]. <https://doi.org/10.1111/nhs.12387>.
12. Hinderer KA, VonRueden KI, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, et al. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *J Trauma Nurs*. 2014;**21**(4):160-9. [PubMed ID:25023839]. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000055>.
13. Hu SX, Luk AL, Smith GD. The effects of hazardous working conditions on burnout in Macau nurses. *Int J Nurs Sci*. 2015;**2**(1):86-92. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.01.006>.
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 2007;**2**(2):99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.
15. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;**10**(6):2214-40. [PubMed ID:23727902]. [PubMed Central ID:PMC3717733]. <https://doi.org/10.3390/ijerph10062214>.
16. Yu H, Jiang A, Shen J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2016;**57**:28-38. [PubMed ID:27045562]. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>.
17. Circenis K, Millere I. Compassion Fatigue, Burnout and Contributory Factors Among Nurses in Latvia. *Procedia-Soc Behav Sci*. 2011;**30**:2042-6. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.395>.
18. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015;**47**(2):186-94. [PubMed ID:25644276]. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>.
19. Munro BH. *Statistical Methods for Health Care Research*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
20. Barzgaran R, Farahani ZB, Zohari S, Eidgahi ES. Investigating the correlation of nurses' compassion fatigue with quality of nursing care from patients admitted to the emergency department of the selected hospitals of shahid beheshti university of medical sciences in 2017-2018. *J Int Pharm Res*. 2019;**4**(1):85-94.
21. Babaee ZK, Loghmani L, Boozaripour M, Borhani F. Cor-

تضاد منافع:

هیچگونه تضاد منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

بازیابی داده‌ها:

مجموعه داده ارائه شده در مطالعه با درخواست از نویسندگان مربوطه در حین ارسال یا پس از انتشار در دسترس است.

کد اخلاق:

IR.SBMU.PHARMACY.REC1399.141.

حمایت مالی و معنوی:

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی انجام شده است.

رضایت آگاهانه:

رضایت آگاهانه قبل از تکمیل پرسشنامه از شرکت کنندگان اخذ گردید.

- relation Between Professional Values and Burnout of Nurses Working in Hospitals Affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2017. *Astra Salvensis*. 2018;**In Press**.
22. Filian E. Evaluation of burnout and its correlation with coping mechanisms in nurses of educational hospitals of Tehran [dissertation]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 1993.
23. Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;**97**(26):e11086. [PubMed ID:29952947]. [PubMed Central ID:PMC6242309]. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011086>.
24. Sung K, Seo Y, Kim JH. Relationships between compassion fatigue, burnout, and turnover intention in Korean hospital nurses. *J Korean Acad Nurs*. 2012;**42**(7):1087-94. [PubMed ID:23377605]. <https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.7.1087>.
25. Jarrad RA, Hammad S. Oncology nurses' compassion fatigue, burn out and compassion satisfaction. *Ann Gen Psychiatry*. 2020;**19**:22. [PubMed ID:32265998]. [PubMed Central ID:PMC7110622]. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00272-9>.
26. Slatten LA, Carson KD, Carson PP. Compassion Fatigue and Burnout: What Managers Should Know. *Health Care Manag (Frederick)*. 2020;**39**(4):181-9. [PubMed ID:33079770]. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000306>.
27. Zhang YY, Han WL, Qin W, Yin HX, Zhang CF, Kong C, et al. Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *J Nurs Manag*. 2018;**26**(7):810-9. [PubMed ID:30129106]. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>.
28. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs*. 2010;**36**(5):420-7. [PubMed ID:20837210]. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>.
29. Lynch SH, Shuster G, Lobo ML. The family caregiver experience - examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue as caregiving outcomes. *Aging Ment Health*. 2018;**22**(11):1424-31. [PubMed ID:28812375]. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364344>.
30. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 2002;**58**(11):1433-41. [PubMed ID:12412153]. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>.
31. Naghavi A, Zamani-Forooshani F. [Fatigue and Satisfaction due to Compassion: the Experiences of Mother Caregivers of a Child with Disability]. *J Appl Sociol*. 2019;**30**(4):21-34. Persian. <https://doi.org/10.22108/jas.2019.114021.1557>.
32. Cheng F, Meng A-f, Jin T. Correlation between burnout and professional value in Chinese oncology nurses: A questionnaire survey. *Int J Nurs Sci*. 2015;**2**(2):153-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.004>.
33. Nikbakht Nasrabadi A, Salari A, Hosseinpour M, Yekaninejad MS. [Study the rate of burnout and intention to leave and their relationship among emergency department nurses]. *Iran J Nurs Res*. 2014;**9**(3):19-29. Persian.
34. Spooner-Lane R, Patton W. Determinants of burnout among public hospital nurses. *Australian J Adv Nurs*. 2007;**25**(1). <https://doi.org/10.37464/2007.251.1859>.
35. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008;**93**(3):498-512. [PubMed ID:18457483]. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>.
36. Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y. Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;**15**(4):358-63. [PubMed ID:20863757]. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.08.001>.
37. Rafii F, Shamsikhani S, Zarei M, Haghani M, Shamsikhani S. [Burnout and its Relationship with the Nurses' Characteristics]. *Iran J Nurs*. 2012;**25**(78):23-33. Persian.
38. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2009;**29**(4):371-9. [PubMed ID:19056153]. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011>.

Research Article

Correlation Between Compassionate Fatigue and Burnout in Double-duty Nurses

Mahsa Boozaripour ¹, Leila Khanali Mojen ¹, Maliheh Nasiri ², Maryam Ebrahimpour Roodpoushti ³, Fatemeh Saleh ^{4,*}

¹Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Department of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

⁴Spiritual Health Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

*Corresponding Author: Spiritual Health Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. Email: fatemeh.saleh.nurse@gmail.com

Received 02/06/2024; Accepted 04/12/2024

Abstract

Background: There is ample evidence indicating that nurses who provide care both in hospitals and in their personal lives are at risk of experiencing negative physical and mental effects, such as burnout, fatigue, emotional distress, and symptoms of depression. Additionally, studies related to these dual-role caregivers show that a lack of personal and professional resources and support, along with high family expectations regarding caregiving, can particularly expose these individuals to compassion fatigue and burnout.

Objectives: The present study aimed to determine the correlation between compassion fatigue and occupational burnout among dual-role nurses working in hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Methods: This descriptive-correlational study selected 112 dual-role nurses through purposive and snowball sampling methods. They were assessed using a demographic information questionnaire, the Compassion Fatigue Scale for Clinical Nurses (Saberi et al.), and the Maslach Burnout Inventory.

Results: The results of the Pearson correlation test indicated that there was a direct and significant correlation between compassion fatigue and two dimensions of occupational burnout, namely emotional exhaustion ($P < 0.001$) and depersonalization ($P < 0.001$). However, no significant correlation was observed between compassion fatigue and the third dimension, which is personal accomplishments ($P = 0.891$).

Conclusion: Considering the correlation between compassion fatigue and two dimensions of occupational burnout, identifying nurses who have dual roles at the bedside and providing them with educational, welfare, and managerial support can be effective in preventing and reducing these two phenomena and their effects on nurses and nursing care.

Keywords: Compassion Fatigue, Burnout, Nursing, Home Care Services