

## بررسی فرسودگی شغلی در پزشکان بیمارستان امام حسین (ع) در دوران پاندمی کووید ۱۹ Evaluation of Burnout Syndrome Among Physicians in Imam Hossein Hospital in Covid-19 Pandemic

Rozita Davari Ashtiani MD

Shaghayegh Kamian, MD<sup>✉</sup>

Mojgan Khademi MD

رزیتا داوری آشتیانی<sup>۱</sup>

شقایق کامیان<sup>۲</sup>

مژگان خادمی<sup>۱</sup>

### Abstract

Burnout is a psychological syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. This study evaluated this syndrome in specialist and residents working in Imam Hossein center in Covid wards and other wards.

Maslach Burnout Inventory survey including 22 items in three general scales including emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment was used. Data were analyzed in SPSS with Shapiro-Wilk test, Independent T- Test, and Mann-Whitney U test.

In this study, 78 physicians participated. Irrespective of working in Covid ward, emotional exhaustion was 23.1%, depersonalization was 28.2%, and reduced personal accomplishment was 66.7%. Emotional exhaustion and depersonalization in level 1-2 residents were significantly more than higher levels, but, personal accomplishment was the same in all levels. The only parameter that was significantly different between Covid wards and other wards was reduced personal accomplishment (P value=0.041) and this was again significant different in participants who did not have children (P. Value= 0.021). There was not any difference in other variables.

It was revealed that age under 40 years, female gender, nulliparity, and being resident were related with more burnout syndrome. In participants who were younger than 40-year-old burnout syndrome was more common in all three scales.

**Keywords:** Burnout syndrome, Covid Pandemic, Medical Staff, Doctor

### چکیده

فرسودگی شغلی یک حالت هیجانی است که با خستگی عاطفی و هیجانی، مسخ شخصیت و حس پایین موفقیت شخصی همراه است. این مطالعه به شناخت این سندرم در متخصصان و دستیاران بیمارستان امام حسین (ع) پرداخته است. از سیاهه فرسودگی شغلی مسلش که ترجمه فارسی آن اعتبارسنجی شده و شامل ۲۲ ماده است و به سنجش جنبه‌های سه‌گانه فرسودگی شغلی شامل خستگی عاطفی، پدیده‌های شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی می‌پردازد، استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS وارد و با سه تست independent T- Test, Shapiro-Wilk و Mann-Whitney U test انجام شد. در این مطالعه تعداد ۷۸ پزشک شرکت کردند. بدون در نظر گرفتن ارتباط با کار در بخش کووید ۱۹، میزان شدید بودن خستگی عاطفی ۲۳/۱ درصد، شخصیت‌زدایی ۲۸/۲ درصد و فقدان موفقیت فردی ۶۶/۷ درصد بود. در بین دستیاران سال پایین (سال ۱-۲) میزان خستگی عاطفی شدید و شخصیت‌زدایی به‌طور معنادار بیشتر از سال بالا بود؛ اما فقدان موفقیت فردی در همه دستیاران یکسان بود. در افراد زیر ۴۰ سال که در بخش کووید کار می‌کردند، نسبت به بخش‌های غیرکووید تنها فقدان موفقیت فردی اختلاف معناداری داشت (P. = ۰/۰۴۱). Value) که در کسانی که فرزند نداشتند اختلاف این حیطه باز معنادار بود (P. Value = ۰/۰۲۱). اما در سایر متغیرها اختلاف معناداری مشاهده نشد. نتایج نشان داد که سن زیر ۴۰ سال، جنس زن، نداشتن فرزند و وضعیت دستکاری در قیاس با هیأت علمی با میزان بالاتری از فرسودگی شغلی همراه بودند. در سنین زیر ۴۰ سال فرسودگی شغلی در هر سه حوزه بیشتر بود.

**واژه‌های کلیدی:** فرسودگی شغلی، پاندمی کووید، کادر درمان، پزشک

دریافت مقاله: تصویب نهایی:

۱. گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. گروه رادیوتراپی انکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

## ● مقدمه

فرسودگی (burnout) به مجموعه‌ای از علائم درگیرکننده افراد تحت فشار مداوم اطلاق می‌شود که مدت‌ها است از زبان محاوره‌ای وارد حیطه روان‌شناسی و علوم اجتماعی شده است. فرسودگی شغلی یک حالت هیجانی است که با خستگی عاطفی و هیجانی (emotional exhaustion)، مسخ شخصیت (depersonalization) و حس پایین موفقیت شخصی (low personal accomplishment) همراه است (مسلش و همکاران، ۱۹۹۶). از سال ۱۹۸۰ مطالعاتی در حوزه فرسودگی شغلی در کارکنان پزشکی انجام شده است (چن و مک‌مورای، ۲۰۰۱؛ مسلش و همکاران، ۱۹۹۶). این سندرم در میان شاغلین حوزه سلامت به‌ویژه در مراقبت‌کنندگان از بیماران به شدت بدحال در حوزه روان‌پزشکی، سالمندان و بخش مراقبت‌های ویژه یک مشکل جدی است. تعدادی از علائم فرسودگی شغلی عبارتند از: احساس درماندگی (frustration)، بدبینی (cynicism)، احساس خستگی و فرسودگی (exhaustion)، سرزنش کردن دائمی خود در محیط کار، از کار دست‌کشیدن و اشکال در شروع به‌کارکردن، تحریک‌پذیری و نداشتن صبر و تحمل در برخورد با همکاران و مراجعان، نداشتن انرژی برای بهره‌وری، اشکال در تمرکز و نبود رضایت از موفقیت‌ها (کاسیزکو همکاران، ۲۰۱۱).

فشار روان‌شناختی که به این افراد وارد می‌شود کیفیت زندگی آنها را نیز پایین آورده و حتی می‌تواند منجر به سوء مصرف مواد، بیماری‌های طبی، افسردگی و حتی مرگ شود (همین و همکاران، ۲۰۱۱).

پاندمی کووید ۱۹ ابتدا در سال ۲۰۱۹ از شهر ووهان چین شروع شد و سپس خیلی سریع به همه نقاط جهان گسترش پیدا کرد و در ایران نیز این بیماری بعد از مدت کوتاهی در تمام کشور مشاهده شد. پزشکانی که به‌طور مستقیم در تشخیص و درمان بیماری دخالت داشتند با استرس ناتوان‌کننده‌ای روبه‌رو بودند و گزارش‌هایی از خستگی فیزیکی و روانی در کارکنان شاغل در این بخش‌ها وجود دارد (لیپسیچ و همکاران، ۲۰۲۰؛ رألت و همکاران، ۲۰۲۰). تعداد زیاد بیماران، شدت بیماری، نداشتن پروتکل مشخص برای درمان، درد از دست رفتن بیماران و همکاران و اعضای خانواده، چالش‌های اخلاقی بر سر اولویت بستری بیماران به دلیل کمبود تخت و بیم از خطر عفونت برای خود و خانواده از عواملی بود که فشار و استرس زیادی را بر پزشکان شاغل در این بخش‌ها وارد می‌کرد. مطالعات زیادی در مورد فرسودگی شغلی در بین کارکنان و مراقبان سلامت قبل از دوران کووید ۱۹ انجام شده است. از جمله رودریگوس و همکاران (۲۰۱۸)، در مطالعه‌ای قبل از دوران کووید ۱۹، شیوع فرسودگی شغلی را در بین متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی گزارش کردند که در آن شیوع بالا (۴۲/۵ درصد) در رشته‌های جراحی عمومی، زنان، بیهوشی و ارتوپدی، شیوع متوسط (۲۹/۴ درصد) برای رشته‌های طب داخلی، جراحی پلاستیک و کودکان و شیوع پایین برای رشته‌های گوش و حلق و بینی و نورولوژی گزارش شد. در این مطالعه سن به‌عنوان یک عامل حمایتی ظاهر شد. سطح فرسودگی شغلی پزشکان با افزایش سن کاهش یافته بود که احتمالاً به دلیل رویکرد ایده‌آل‌گرا و همدلی‌گرایانه در پزشکان جوان‌تر است (کیتون و همکاران، ۲۰۰۷؛ نیسن و همکاران، ۲۰۰۳؛ شیورر و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسپیکارد و همکاران، ۲۰۰۲).

در دوران کووید تعداد بیشتری از کارکنان و مراقبان سلامت با موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی مواجه بودند و مواجهه بیشتری با عامل بیماری‌زا وجود داشت و شیفت‌های کاری بیش از حد بودند (لئو و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع فرسودگی شغلی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و در دستیاران و پرستاران بالاتر بود.

در یک مطالعه ایتالیایی، میزان فرسودگی شغلی در دستیاران، خانم‌ها و سنین پایین‌تر از ۳۰ سال و در افرادی که به‌طور مکرر وظایف شغلی و روتین‌های خانوادگی‌شان تغییر می‌کرد؛ بیشتر گزارش شد (هادکینسون و همکاران، ۲۰۲۲). یک مطالعه در کره جنوبی که روی ۲۰۰ نفر از کارکنان سلامت (شامل پزشکان و پرستاران) در دوران کووید ۱۹ انجام شده بود، نشان داد که جنس، تأهل، حجم کار درمان بیماران مشکوک به کووید، ترس از عفونت کووید، اضطراب و افسردگی پیش‌بینی‌کننده خستگی عاطفی بود. طبقه شغلی، ماه‌های متوالی کار در این بخش، رضایت از محیط کاری و اضطراب و افسردگی پیش‌بینی‌کننده مسخ شخصیت بودند و پیش‌بینی‌کننده موفقیت شخصی، حجم کاری، تعامل مستقیم با بیماران، وضعیت اجتماعی اقتصادی و استرس شغلی گزارش شد. فرسودگی شغلی در پرستاران بیش از پزشکان بود (جین و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعه دیگری در ایران عوامل ارتقا‌تاب‌آوری کارکنان پرستاری در دوران کووید بررسی

شد. رویکرد روش‌شناسی، آمیخته و طرح پژوهش مورد استفاده اکتشافی متوالی (کیفی- کمی) بود. جامعه آماری شامل کلیه کادر درمان پرستاری شامل پرستاران و کمک‌پرستاران بیمارستان خانواده بود که تجربه کار مستمر در بخش درمانی کرونا را داشتند. در مطالعه مشاهده شد که در پرستاران درگیر مراقبت‌های بالینی کووید-۱۹، مهمترین عامل برای ارتقای تاب‌آوری نحوه عمل و توانمندی سرپرستار به‌عنوان مسئول مستقیم و رهبر تیم بود و روابط امن و محیطی آرام، قابل تحمل و دلگرم‌کننده که توسط رهبر تیم (سرپرستار) در موقعیت‌های تنش‌زا در بخش مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ایجاد می‌شد در افزایش تاب‌آوری پرستاران مفید بود (آروند و همکاران، ۱۴۰۰). البته بخشی از این فشارها برای پزشکان شاغل در بخش‌های غیرکووید نیز وجود داشته است، به همین دلیل در این مطالعه بر آن شدیم فرسودگی شغلی را در پزشکان شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) در بخش‌های کووید و غیرکووید تعیین و نتایج را با هم مقایسه کنیم.

## • روش

پروپوزال این مطالعه ابتدا در واحد توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان امام حسین (ع) مطرح و تصویب گردید و سپس در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.RETECH.REC.1399.1137 مورد تأیید و تصویب قرار گرفت. این تحقیق یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه آماری پزشکان شاغل در مرکز آموزشی، درمانی امام حسین (ع) در تهران بود که شامل کلیه متخصصان و دستیاران تمام رشته‌های تخصصی موجود در بیمارستان بود. هدف مطالعه این بود که پزشکان کلیه بخش‌های بیمارستانی صرف نظر از اینکه در تماس با بیماران مبتلا به کووید بودند یا خیر، در مطالعه مورد بررسی قرار گیرند و سپس آنالیز برحسب محل کار و خدمت‌رسانی به بیماران کووید انجام شود.

## • ابزارها

**الف. سیاهه فرسودگی شغلی مسلس (Maslach burnout inventory- MBI):** ترجمه فارسی این سیاهه که اعتبارسنجی شده و در تمام مطالعات از آن استفاده شده شامل ۲۲ ماده است که به سنجش جنبه‌های سه‌گانه فرسودگی شغلی شامل خستگی عاطفی، پدیده‌های شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی در چارچوب فعالیت حرفه‌ای می‌پردازد و به‌خصوص برای سنجش و پیشگیری از فرسودگی در گروه‌های حرفه‌ای مانند پرستاران و پزشکان به کار برده شده است. مسلس و همکارانش بعد از بررسی‌های مختلف این سیاهه ضریب اعتبار درونی را برای خستگی عاطفی ۰/۹، شخصیت‌زدایی ۰/۷۹ و برای موفقیت فردی ۰/۷۱ گزارش کردند و ما از این سیاهه استفاده کردیم. نحوه نمره‌گذاری ماده‌های این سیاهه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای صورت گرفت که شامل گزینه‌های هرگز، خیلی کم، کم، متوسط، بالای متوسط، زیاد و خیلی زیاد بود. گزینه‌ها طوری مشخص شده‌اند که به هنگام مطالعه این مقیاس توسط آزمودنی، شخص احساس خود را با توجه به گزینه‌های تحت اختیار بیان می‌کند. در حیطه خستگی عاطفی ۹ پرسش، در حیطه شخصیت‌زدایی ۵ پرسش و در حیطه فقدان موفقیت فردی ۸ پرسش قرار داشتند. این سیاهه در مطالعه اکبری و همکاران که در سال ۱۳۹۰ چاپ شده است، ساختار عاملی نسخه فارسی با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی در میان ۵۷۰ معلم زبان انگلیسی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این پژوهش نشان داد مدل سه عاملی که در اصل توسط مسلس و جکسون ارائه شده، در مورد نسخه فارسی سیاهه فرسودگی شغلی صحت داشته است (اکبری و همکاران، ۱۳۹۰). از آن پس سیاهه فارسی فرسودگی شغلی قابلیت استفاده در تحقیقات فرسودگی شغلی با افراد ایرانی فارسی‌زبان را داشته و در مطالعات مختلف فارسی زبان مورد استفاده قرار گرفته است.

ماده‌های این سیاهه در نرم افزار پرس‌لاین تایپ شده و به کمک این نرم‌افزار برای متخصصان و دستیاران بیمارستان امام حسین (ع) از طریق پیامک از واحد توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان ارسال شد.

در این مطالعه تعداد ۷۸ نفر از متخصصان و دستیاران سال اول تا آخر رشته‌های مختلف در حال کار در بیمارستان امام حسین (ع) شرکت کردند. این تعداد از پاسخ‌دهندگان بعد از سه بار پیامک برای یادآوری پاسخگویی به پرسشنامه جمع‌آوری شد و به علت اینکه بیش از آن نمی‌توانستیم جهت دریافت پاسخ بیشتر وقت بگذاریم با همین تعداد آنالیز آماری انجام شد. نرمالیت داده‌ها در هر سه حیطه

با آزمون Shapiro-Wilk انجام شد. داده‌هایی که نرمال بودند با Independent T- Test و داده‌هایی که نرمال نبودند با Mann-Whitney U test بررسی شدند. چون تمام شرکت‌کنندگان به تمام سوال‌ها پاسخ ندادند، آنالیز داده‌ها در درصدی از افراد که پاسخ کامل در هر حیطة دادند محاسبه و در نتایج ارائه شده است.

### • یافته‌ها

در این مطالعه تعداد پاسخ دهندگان به پرسشنامه ۷۸ نفر بود که شامل متخصصان و دستیاران سال اول تا آخر رشته‌های مختلف بالینی شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) بود. محدوده سنی پاسخ‌دهندگان از ۲۶ تا ۶۷ سال بود و میانگین سنی  $42 \pm 10$  سال بود. بعد از جمع‌آوری اطلاعات برای آنالیز آماری پاسخ‌دهندگان در دو دسته سنی پایین‌تر و بالاتر از ۴۰ سال تقسیم‌بندی شدند. از بین آزمودنی‌ها ۶۲/۸ درصد خانم بودند. همچنین ۵۶ نفر (درصد ۷۱) از شرکت‌کنندگان متأهل بودند که ۴۱ نفر (۵۲/۵ درصد) دارای فرزند بودند. از بین شرکت‌کنندگان، ۳۳ نفر دستیار (۴۲/۳ درصد) شامل ۱۱ نفر سال یک تا دو، ۲۲ نفر سال بالاتر و مابقی متخصص بودند که تنها ۴ نفر غیر هیأت علمی بودند و همگی تحت عنوان متخصص تقسیم‌بندی و آنالیز شدند.

پاسخ‌ها در سه حیطة بررسی شدند که شامل خستگی عاطفی، شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی بود. همان‌گونه که قبلاً توضیح داده شد در حیطة خستگی عاطفی ۹ پرسش مطرح شد و برحسب پاسخ سه سطح (کم، متوسط و شدید) برای بیان احساسات در این زمینه در نظر گرفته و تحلیل آماری انجام شد.

خستگی عاطفی در بین ۷۳ نفر (که ۹۳/۶ درصد شرکت‌کنندگان بودند)، ۳۹/۷ درصد خفیف، ۳۰/۸ درصد متوسط و ۲۳/۱ درصد شدید بود. در حیطة شخصیت‌زدایی ۵ پرسش در پرسشنامه وجود داشت که در بین ۷۴ نفر (که ۹۴/۹ درصد شرکت‌کنندگان بودند) به ترتیب ۴۷/۴ درصد، ۱۹/۲ درصد و ۲۸/۲ درصد میزان احساسات‌شان در این زمینه خفیف، متوسط و شدید بود. در حیطة فقدان موفقیت فردی که ۸ پرسش قرار داشت و ۷۴ نفر (۹۴/۹ درصد) به همه سوالات پاسخ دادند احساسات آزمودنی‌ها در این حیطة ۳/۸ درصد کم، ۲۴/۴ درصد متوسط و ۶۶/۷ درصد (اکثر افراد) شدید بود.

نرمالیتة داده‌ها در هر سه حیطة با آزمون Shapiro-Wilk انجام شد. داده‌هایی که نرمال بودند با Independent T- Test و داده‌هایی که نرمال نبودند با Mann-Whitney U test بررسی شدند.

در مورد متغیرهای سن، جنس، تأهل، داشتن فرزند و تحصیلات در هر سه حیطة با توجه به تعداد و درصد بررسی شد که در جدول (۱) به‌طور خلاصه مشاهده می‌شود. در هر ردیف تعداد افراد و درصد آنها مشخص شده است که درصد در داخل پرانتز در زیر تعداد نوشته شده است. تعداد در بین کسانی که به تمام پرسش‌های مطرح شده پاسخ داده بودند؛ محاسبه، که در بالا اشاره شد.

دستیار سال پایین و بالا نیز به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند که میزان خستگی عاطفی شدید در سال پایین (سال ۲-۱) بیشتر از سال بالاتر (سال ۴-۳) بود که به ترتیب ۴۵/۵ درصد در مقابل ۲۷/۳ درصد بود. درباره شخصیت‌زدایی میزان شدید آن باز هم در دستیاران سال پایین ۷۲/۷ درصد در مقابل ۴۵/۵ درصد در دستیاران سال بالا بود. اما میزان شدید فقدان موفقیت فردی در هر دو گروه یکسان بود. (جدول ۱)

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار سه حیطة به‌طور خلاصه آورده شده است. میانگین هر کدام از حیطة‌ها در افراد تحت بررسی که در بخش کووید کار می‌کردند و انحراف معیار آن برحسب متغیرهای سن و جنس، وضعیت تأهل، داشتن فرزند، تحصیلات و تماس با بیماران مبتلا به کووید مشخص شده است. (جدول ۲)

بعد از محاسبه میانگین و انحراف معیار در هر حیطة مشاهده شد که در سن زیر ۴۰ سال فقط فقدان موفقیت فردی معنادار شد (P. Value=0.041). اما تفاوت معناداری از نظر جنسیت و تأهل دیده نشد. فقدان موفقیت فردی در افرادی که در بخش کووید کار می‌کردند و فرزند نداشتند، به‌طور معنادار تفاوت داشت (P. Value=0.021). همچنین فقدان موفقیت فردی در افراد متخصص شاغل در بخش کووید معنادار شد (P. Value=0.076). سپس میزان تأثیر متغیرها در هر سه حیطة از نظر اینکه بسته به متغیر معنادار می‌شود، بررسی و میزان P. Value محاسبه شد. میزان قابل قبول از نظر آماری زیر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد که در جدول شماره ۳ مشخص شده است.

جدول ۱. میزان شدت سه حیطة بر حسب متغیرها

نوع متغیر	دسته بندی	خستگی عاطفی			شخصیت‌زدایی			فقدان موفقیت فردی		
		کم	متوسط	شدید	کم	متوسط	شدید	کم	متوسط	شدید
سن	زیر ۴۰ سال	۱۰	۱۴	۱۲	۱۴	۳	۱۹	۱	۶	۲۹
	(۲۷/۸)	(۳۸/۹)	(۳۳/۳)	(۳۸/۹)	(۸/۳)	(۵۲/۸)	(۲/۸)	(۱۶/۷)	(۸۰/۶)	
جنس	بالای ۴۰ سال	۲۱	۱۰	۶	۲۳	۱۲	۳	۱۳	۱۳	۲۳
	(۵۶/۸)	(۲۷)	(۱۶/۲)	(۶۰/۵)	(۳۱/۶)	(۷/۹)	(۵/۳)	(۳۴/۲)	(۶۰/۵)	
وضعیت تأهل	مرد	۱۵	۹	۳	۱۶	۵	۶	۱۱	۱۳	۱۳
	(۵۵/۶)	(۳۳/۳)	(۱۱/۱)	(۵۹/۳)	(۱۸/۵)	(۲۲/۲)	(۱۱/۱)	(۴۰/۷)	(۴۸/۱)	
تأمینات	زن	۱۶	۱۵	۱۵	۲۱	۱۰	۱۶	۸	۳۹	۳۹
	(۳۴/۸)	(۳۲/۶)	(۳۲/۶)	(۴۴/۷)	(۲۱/۳)	(۳۴)	(۳۴)	(۱۷)	(۸۳)	
وضعیت تأهل	مجرد	۸	۵	۷	۹	۱	۱۰	۳	۱۶	۱۶
	(۴۰)	(۲۵)	(۳۵)	(۴۵)	(۵)	(۵۰)	(۵)	(۱۵)	(۸۰)	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۳	۱۹	۱۰	۲۸	۱۴	۱۱	۱۶	۳۵	۳۵
	(۴۴/۲)	(۳۶/۵)	(۱۹/۲)	(۵۲/۸)	(۲۶/۴)	(۲۰/۸)	(۳/۸)	(۳۰/۲)	(۶۶)	
وضعیت تأهل	بدون فرزند	۱۰	۱۳	۱۲	۱۵	۳	۱۷	۶	۲۸	۲۸
	(۲۸/۶)	(۳۷/۱)	(۳۴/۳)	(۴۲/۹)	(۸/۶)	(۴۸/۶)	(۲/۹)	(۱۷/۱)	(۸۰)	
وضعیت تأهل	داشتن فرزند	۲۱	۱۱	۶	۲۲	۱۲	۵	۱۳	۲۴	۲۴
	(۵۵/۳)	(۲۸/۹)	(۱۵/۸)	(۵۶/۴)	(۳۰/۸)	(۱۲/۸)	(۵/۱)	(۳۳/۳)	(۶۱/۵)	
وضعیت تأهل	دستیار	۹	۱۳	۱۱	۱۲	۳	۱۸	۵	۲۷	۲۷
	(۲۷/۳)	(۳۹/۴)	(۳۳/۳)	(۳۶/۴)	(۹/۱)	(۵۴/۵)	(۳)	(۱۵/۲)	(۸۱/۸)	
وضعیت تأهل	متخصص	۲۲	۱۱	۷	۲۵	۱۲	۴	۱۴	۲۵	۲۵
	(۵۵)	(۲۷/۵)	(۱۷/۵)	(۶۱)	(۲۹/۳)	(۹/۸)	(۴/۹)	(۳۴/۱)	(۶۱)	
وضعیت تأهل	تماس با بیمارستان	۸	۵	۵	۱۰	۴	۵	۴	۱۴	۱۴
	(۴۴/۴)	(۲۷/۸)	(۲۷/۸)	(۵۲/۶)	(۲۱/۱)	(۲۶/۳)	(۵/۳)	(۲۱/۱)	(۷۳/۷)	
وضعیت تأهل	به کووید	۲۲	۱۹	۱۳	۲۶	۱۱	۱۷	۱۵	۳۷	۳۷
	(۴۰/۷)	(۳۵/۲)	(۲۴/۱)	(۴۸/۱)	(۲۰/۴)	(۳۱/۵)	(۳/۷)	(۲۷/۸)	(۶۸/۵)	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سه حیطة

نوع متغیر	دسته بندی	خستگی عاطفی			شخصیت‌زدایی			فقدان موفقیت فردی		
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
سن	زیر ۴۰ سال	۲۴/۴۲ ± ۱۳	۹/۷۴ ± ۷/۲	۲۹/۱۳ ± ۶/۵						
	بالای ۴۰ سال	۱۸/۲۲ ± ۱۱	۵/۹۶ ± ۴/۳	۳۲/۶۵ ± ۴/۷						
جنسیت	مرد	۱۸/۷۳ ± ۱۰/۹	۷/۴۵ ± ۶/۴	۳۳ ± ۶/۴						
	زن	۲۳/۸۸ ± ۱۳/۲	۸/۵۹ ± ۶/۴	۲۹ ± ۵/۲						
وضعیت تأهل	مجرد	۲۳/۳۹ ± ۱۳/۷	۹/۷۸ ± ۷/۴	۳۰/۵۶ ± ۶						
	متأهل	۲۰/۹۷ ± ۱۱/۹	۷/۳۱ ± ۵/۷	۳۰/۶۷ ± ۶/۱						
وضعیت تأهل	بدون فرزند	۲۴/۲۹ ± ۱۳/۲	۹/۷۵ ± ۷/۵	۲۹/۸۹ ± ۶/۹						
	دارای فرزند	۱۹/۰۸ ± ۱۱/۳	۶/۳۸ ± ۴/۴	۳۲/۵ ± ۴/۲						
وضعیت تأهل	دستیار	۲۴/۳۴ ± ۱۲/۴	۹/۹ ± ۷/۳	۲۸/۶۶ ± ۶/۶						
	متخصص	۱۸/۸ ± ۱۲/۱	۶/۰۸ ± ۴/۶	۳۲/۹۲ ± ۴/۴						

هر سه حیطة وقتی با آزمون Independent T- Test در دستیاران سال پایین و بالا مقایسه شدند؛ هیچ کدام از نظر آماری معنادار نبود.

هدف مطالعه تأثیر متغیرهای سن، جنس، تأهل، داشتن فرزند و تحصیلات بر سه حیطة خستگی عاطفی و شخصیت‌زدایی و فقدان موفقیت فردی در افرادی که در بخش کووید کار می‌کردند و مقایسه با افرادی که در بخش‌های غیر کووید کار می‌کردند؛ بود و داده‌ها تحت آنالیز با independent samples test قرار گرفت. نتایج نشان داد، در افراد زیر ۴۰ سال تنها فقدان موفقیت فردی اختلاف معناداری داشت که در کسانی که در بخش کووید کار می‌کردند؛ بیشتر بود (P. Value = ۰/۰۴۱). اما در بالای ۴۰ سال اختلاف معناداری

در هیچ حیطه بین کارکنان بخش کووید با سایر بخش‌ها دیده نشد. وقتی برای جنسیت آنالیز مشابه بین بخش کووید با سایر بخش‌ها انجام شد، در بین آقایان و خانم‌ها تفاوت معنادار آماری در هیچ‌یک از حیطه‌ها دیده نشد. همچنین تأهل یا مجرد نیز در این موارد تفاوت معنادار آماری در بخش‌های مختلف نداشت. اما در کسانی که فرزند نداشتند فقدان موفقیت فردی در افرادی که در بخش کووید کار می‌کردند به‌طور معنادار بیش از افراد بدون فرزند در سایر بخش‌ها بود ( $P. Value = 0/021$ ). این آنالیز یک‌بار برای دستیاران سال بالا و پایین و یک‌بار برای تفاوت بین متخصصان و دستیاران انجام شد. در بین دستیاران سال سه و چهار فقدان موفقیت فردی در بخش کووید به‌طور مرزی از نظر آماری بالاتر بود ( $P. Value = 0/055$ ). اما در سایر حیطه‌ها و نیز دستیاران سال یک و دو تفاوت معنادار نبود. اما تفاوت معناداری بین دستیاران و متخصصان در هیچ‌کدام از حیطه‌ها در بخش کووید با سایر بخش‌ها دیده نشد.

جدول ۳. میزان تأثیر متغیرها در هر سه حیطه مورد بررسی

متغیر	خستگی عاطفی	شخصیت‌زدایی	فقدان موفقیت فردی
سن	۰/۰۱۶	۰/۰۱	۰/۰۲۲
جنسیت	۰/۰۰۸	۰/۵۷۳	۰/۰۰۳
تأهل	۰/۳۳۶	۰/۱۵۸	۰/۸۹۸
داشتن فرزند	۰/۲۹۹	۰/۰۸۵	۰/۰۱۲
تحصیلات	۰/۰۱۹	۰/۰۱	۰/۰۱۱
تماس با بیماران مبتلا به کووید	۰/۹۲۲	۰/۵۴۲	۰/۱۶

## • بحث

هدف از انجام این مطالعه شناخت میزان فرسودگی شغلی در میان پزشکان شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) در دوران پاندمی کووید ۱۹ بود. در این مطالعه فرسودگی شغلی در پزشکان در بخش‌های کووید و غیرکووید نیز بررسی و مقایسه انجام شد. نتایج نشان داد که سن زیر ۴۰ سال، جنس زن، نداشتن فرزند و وضعیت دستکاری در قیاس با هیأت علمی با میزان بالاتری از فرسودگی شغلی همراه بودند. اما در اکثر حوزه‌های فوق تفاوتی در میزان فرسودگی شغلی در پزشکانی که درگیری مستقیم در درمان بیماران مبتلا به کووید داشتند با گروهی که در بخش‌های غیرکووید کار می‌کردند وجود نداشت، تنها تفاوت معنادار در فقدان موفقیت فردی در گروه زیر ۴۰ سال و خستگی عاطفی و فقدان موفقیت فردی در افراد بدون فرزند بین دو گروه مشاهده شد. در واقع این مطالعه نشان داد که مواجهه مستقیم با کووید تأثیر قابل ملاحظه‌ای نداشته است. شاید یکی از دلایل این نتیجه آن است که در بخش‌های غیرکووید ترس از مواجهه به دلیل فقدان به‌کارگیری وسایل و پوشش‌های محافظتی که در بخش‌های کووید مورد استفاده قرار می‌گرفت؛ بیشتر باشد.

نتایج این مطالعه در راستای مطالعه اعتصام و همکاران (۲۰۲۱) است که در آنجا نیز میزان فرسودگی شغلی در کادر درمان بخش‌های کووید و غیر کووید تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت. میزان فرسودگی شغلی در مطالعه حاضر کمتر از مطالعه اعتصام بود، البته در مطالعه فعلی بر خلاف مطالعه اعتصام و همکاران، شرکت‌کننده‌ها فقط پزشکان بودند. زمان انجام مطالعه نیز می‌تواند اهمیت داشته باشد، برای مثال شدت اضطراب، مسیر مشخص درمانی، واکسیناسیون و میزان شیفت‌های کاری در اوایل، اواسط و اواخر پاندمی با هم تفاوت دارند که به همان نسبت روی میزان فرسودگی شغلی نیز می‌تواند موثر باشند.

در مطالعه کنونی دستیاران سال اول و دوم میزان خستگی عاطفی شدید و شخصیت‌زدایی بیشتری نسبت به سال‌های سه و چهار تجربه کرده بودند که از نظر آماری هم این اختلاف معنادار بود. اما در مطالعه میون و همکاران در سال ۲۰۲۱ که تأثیر پاندمی کووید را در افزایش فرسودگی پزشکان نشان داد، در دستیاران بیهوشی، فرسودگی شغلی در دوران کووید نسبت به ۱۲ سال قبل از این دوران تفاوتی نداشته است. در سنین زیر ۴۰ سال فرسودگی شغلی در هر سه حوزه بیشتر بوده است، ولی در بخش‌های کووید و غیرکووید افراد زیر ۴۰ سال فقدان موفقیت فردی بیشتری را نشان دادند. به‌نظر می‌رسد که در ماه‌های اولیه شروع پاندمی به‌دلیل نبود وجود پروتکل مشخص درمانی و حجم بالای بیماران و کشیک‌های متراکم و با توجه به تجربه کمتر این گروه سنی تا اندازه‌ای نتوان این نتایج را انتظار داشت. افزایش فرسودگی شغلی در سنین پایین در پزشکان در مطالعه هادکینسون و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان داده شد.

مطالعه حاضر نشان داد که گروه دستیاران بیشترین میزان خستگی عاطفی و شخصیت‌زدایی را داشته‌اند. این نتایج در راستای مطالعه مقبولی و همکاران (۲۰۱۹) است که در آن جنس، وضعیت تأهل و نوع رشته را مد نظر قرار دادند و نتایج نشان داده بود میزان فرسودگی

شغلی در بین تمام دستیاران تخصصی تمام رشته‌ها بالا بوده است.

جنسیت نیز در دو بخش کووید و غیر کووید در میزان فرسودگی شغلی تأثیری نداشت. البته به‌طور کلی میزان فقدان موفقیت فردی در دو گروه در خانم‌ها بیشتر بود؛ ولی در مطالعات قبل از پاندمی در دستیاران (رهنما و همکاران، ۲۰۱۹)، در بُعد خستگی عاطفی زنان تفاوت معناداری را در دستیاران نشان دادند. یک مطالعه ایتالیایی نیز میزان بالاتر فرسودگی شغلی را در زنان نشان داد (هادکینسون و همکاران، ۲۰۲۲).

در این مطالعه داشتن فرزند با خستگی عاطفی و فقدان موفقیت فردی رابطه معناداری را نشان داد که این نتیجه نیز در راستای نتایج مطالعه رهنما و همکاران (۲۰۱۹) است. ولی مطالعه کسمایی و همکاران (۲۰۲۲) در دستیاران نتایج متناقضی را نشان داد که بر اساس آن نداشتن فرزند، عامل حمایتی در مقابل فرسودگی شغلی به ویژه در خانم‌ها بوده است. بنابراین شاید بتوان نتیجه گرفت که این عامل را نمی‌توان چندان مؤثر تلقی نمود.

عوامل ارتقا تاب‌آوری کارکنان پرستاری در مطالعه‌ای در ایران در دوران کووید بررسی شد. رویکرد روش شناسی، آمیخته و طرح پژوهش مورد استفاده، اکتشافی متوالی (کیفی - کمی) بود. جامعه آماری در مرحله کیفی، متشکل از مقالات علمی پژوهشی چاپ شده در زمینه استرس و تاب‌آوری روانی کادر درمان در همه گریه‌های ویروسی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ در پایگاه‌های علمی معتبر بود اما برای مرحله کمی جامعه آماری شامل کلیه کادر درمان پرستاری شامل پرستاران و کمک پرستاران بیمارستان خانواده بود که تجربه کار مستمر در بخش درمانی کرونا را داشتند.

بر اساس نتایج پژوهش آرون و همکاران (۱۴۰۰) عوامل ارتقا تاب‌آوری روان‌شناختی کارکنان پرستاری در مبارزه با بحران همه‌گیری کووید ۱۹ در سه مقوله اصلی (بُعد) شامل مسئولیت جمعی، تقویت شایستگی‌های تاب‌آوری و سبک زندگی کاری، ۹ مؤلفه شامل حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی، حمایت روان‌شناختی، کمک‌های اورژانسی اولیه، شایستگی‌های فردی پرستاران، شایستگی سرپرستان در رهبری تیم، عجین شدن کارکنان پرستاری با شغل‌شان، معنویت، خودمراقبتی آگاهانه در کار و محیط کار تیمی سالم و ۳۴ شاخص (مفاهیم) احصا شد. همانگونه که می‌دانیم تاب‌آوری یک فرایند پیچیده‌ای است که تحت تأثیر مؤلفه‌های روان‌شناسی افراد و فیزیولوژی، محیط و آموزش است. در مطالعه مشاهده گردید که مهمترین عامل برای ارتقای تاب‌آوری پرستاران نحوه عمل و توانمندی سرپرستار بود (آرون و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعاتی که در دوران کووید انجام شده است و کادر درمان از منظر حیطه‌های مختلف روان‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفتند همگی حاکی از این است که در پاندمی کووید ۱۹، کادر درمان اعم از پزشک و پرستار درگیر مراقبت‌های سخت‌تر از بیماران مبتلا به کووید بوده‌اند و در عین حال نگران سلامتی خود و انتقال آن به خانواده به علت شدت زیاد سرایت بیماری بوده‌اند نیازهای عاطفی و احساسی بیشتری نسبت به قبل داشته‌اند.

در مطالعه دیگر روی زنان ایرانی شیوع نشانه‌های ملال پیش‌قاعدگی، رابطه آن با دشواری تنظیم هیجانی و نگرش زنان نسبت به قاعدگی طی همه‌گیری کووید ۱۹ بررسی شد. در این مطالعه ۲۸۷ نفر خانم در سنین باروری بررسی و مشاهده شد که تعداد اختلال ملال پیش‌قاعدگی بیشتر از نشانگان پیش‌قاعدگی بود. نشانه‌ها طی دوران کووید در اکثر زنان بدون تغییر مانده بود. دشواری تنظیم هیجان ۱۶ درصد از تغییرات نشانه‌های پیش‌قاعدگی و ابعاد دشواری در انجام رفتارهای هدف‌مند و فقدان وضوح هیجانی با هم ۱۸ درصد از تغییرات آن را نشان دادند. این مطالعه که روی زنان غیرکادر درمان انجام شده بود، نشان می‌دهد که لازم است حتی به مسائل فیزیولوژیک در طی استرس‌های بزرگی همچون پاندمی بیماری‌های ویروسی بزرگ توجه کرد؛ که در کسانی که درگیر درمان بیماران هم هستند و اکثراً ممکن است کشیک‌های طولانی و بیشتر داشته باشند روند قاعدگی حتی تغییر کند و باید به اختلالات خلقی مانند سندرم پیش از قاعدگی نیز در خانم‌های شاغل در کادر درمان توجه شود (موسوی و همکاران، ۱۴۰۱)

جالب است که بدانیم مطالعه در ایام کووید محدود به کادر درمان نبوده و حتی در افراد عادی جامعه و کودکان و نوجوانان نیز بررسی شده است. در یک بررسی که نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوجوانان در رابطه با شدت درگیری با کرونا و استرس ناشی از آن در استان هرمزگان بررسی شد، ۲۶۰ نوجوان که به علت نافرمانی آنها والدین درخواست مشاوره کرده بودند؛ مطالعه و مشاهده شد، شدت درگیری و استرس کرونا در والدین می‌تواند به صورت مستقیم و غیرمستقیم و از طریق افزایش پرخاشگری در والدین باعث پیدایش نشانگان اختلال نافرمانی در فرزندان شود. این مطالعه نشان می‌دهد که در افرادی که در محیط کار با بیماران مبتلا به کووید

سرو کار دارند پرخاشگری می‌تواند در محیط خانواده شان باعث ایجاد اختلالات روان‌شناختی در فرزندان شود (کاسبی، ۱۴۰۲). بنابراین به نظر می‌رسد حیطه تأثیرات کووید نه تنها به کادر درمان منحصر نیست بلکه روی رفتار اعضای خانواده از جمله فرزندان هم بی‌تأثیر نیست. لزوم داشتن افکار احساسی مثبت، رفع تنش در محیط کار، توجه به کانون خانواده در افراد شاغل در مراکز درمانی، داشتن زمان‌های استراحت و گذراندن وقت با فرزندان به خصوص در سنین کودکی و نوجوانی از جمله مسایلی است که باید در روزهای پس از پایان پاندمی مورد توجه قرار گیرد. مشکلاتی که کارکنان بهداشتی در ایام همه‌گیری کووید داشتند، صرفاً منحصر به کشیک‌های طولانی و خستگی مفرط در حین کار نبوده و ممکن است تا سال‌ها آثار مخرب روانی آن در فرد شاغل در مرکز درمانی و بهداشتی و خانواده ملموس باشد. بنابراین باید برنامه‌های آموزشی و تقویت روحیه به خصوص برای کسانی که عزیزان خود را در ابتلا به این بیماری از دست داده‌اند ترتیب داد و توجه بیشتری به کادر درمان و خانواده‌های آنها کرد.

## • نتیجه‌گیری

در این مطالعه طبق پرسشنامه مسلش سه حیطه شخصیت‌زدایی، خستگی عاطفی و فقدان موفقیت فردی در پزشکان شاغل در یک مرکز در دوران پاندمی کووید بررسی شد. تنها بعضی از فاکتورهای شخصی از جمله جنسیت و تأهل و داشتن فرزند مورد مطالعه قرار گرفت. اما می‌دانیم که درگیری و شاغل بودن در مراکز درمانی منحصر به پزشکان نیست و کلیه کادر درمانی اعم از پرستاران، بهیاران و حتی نیروهای خدماتی نیز می‌توانند در دوران پاندمی‌های ویروسی بسیار آسیب‌پذیر باشند. از همه مهم‌تر این بود که این افراد علاوه بر ترس از ابتلا به کووید، از انتقال آن به افراد خانواده خود و به خصوص فرزندان‌شان بیمناک بودند. همگی این عوامل تنش و اضطراب زیادی را برای آنها به ارمغان آورد.

همچنین آثار روانی کار در مراکز درمانی در این همه‌گیری منحصر به پیک‌های شیوع آن نمی‌شود. خیلی از افراد عزیزان خود را در اثر ابتلا به ویروس کرونا در مدت کوتاهی از دست دادند که همچنان اضطراب و افسردگی آن می‌تواند باقی بماند. بنابراین لازم است در طی سال‌ها بعد مطالعاتی روی میزان اضطراب و افسردگی کادر درمان به خصوص افرادی که در بخش‌های اورژانس، عفونی، داخلی و بیهوشی کار می‌کردند و بیشترین مواجهه را با این بیماران داشتند، انجام شود. شاید بسیاری از این افراد نیاز به درمان روان‌پزشکی و مشاوره‌های روان‌شناسی داشته باشند و بینش کافی نسبت به میزان اضطراب و افسردگی خود نداشته باشند.

با اینکه ما در ابتدای شروع مطالعه درصدد بودیم از کلیه پزشکان شاغل در این بیمارستان برای پرکردن پرسشنامه‌ها کمک بگیریم اما فقط ۷۸ نفر شرکت کردند. هرچند این تعداد هم برای یک مطالعه علی‌مقایسه‌ای می‌تواند کافی باشد، اما می‌توان در آینده طراحی مطالعه برای آثار سوء روان‌شناختی مواجهه با کووید با حجم بیشتر نمونه و یا چندمرکزی و یا روی سایر کادر درمان مانند پرستاران صورت گیرد. یک علتی که می‌توان برای نبود همکاری کلیه پزشکان مرکز در این مطالعه فرض نمود این است که ممکن است افرادی که در پرکردن پرسشنامه‌ها همکاری نکردند میزان فرسودگی شغلی بالاتری داشتند و به همین دلیل انگیزه‌ای برای مشارکت در طرح تحقیقاتی را نداشتند.

زمان انجام مطالعه در پاندمی نیز می‌تواند در نتایج اثر داشته باشد. به‌عنوان نمونه وضعیت پزشکان در مواجهه و درمان این بیماران در اوایل نسبت به اواخر پاندمی متفاوت بود و ترس کادر درمان نیز در مواجهه با این بیماری با گذر زمان تغییر کرده بود. البته ویژگی مثبت این مطالعه مقایسه پزشکان در بخش‌های کووید و غیرکووید بود که در مطالعات قبلی به آن کمتر پرداخته شده بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگر با هدف‌گذاری روی افسردگی، اضطراب و سایر فاکتورهای دموگرافیک انجام گردد.

## • تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌کنند که در رابطه با انتشار مقاله ارائه شده؛ به‌طور کامل از اخلاق نشر، از جمله سرقت ادبی، سوء رفتار، جعل داده‌ها و یا ارسال و انتشار دوگانه پرهیز کرده‌اند و منافع تجاری در این راستا وجود ندارد. نویسندگان در قبال ارائه اثر خود وجهی دریافت نکرده‌اند و این مطالعه منافع مادی برای آنها نداشته است. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تصویب و پس از آن بدون دریافت هزینه از جانب نویسندگان اجرا شد.



## • تشکر و قدردانی

از کلیه دستیاران و متخصصان رشته‌های مختلف بیمارستان امام حسین (ع) که با دقت پرسشنامه را تکمیل کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم. همچنین از مشاور آمار که برای آنالیز داده‌ها بارها زحمت کشیدند هم سپاسگزار هستیم.

## • منابع

- آروند، ح.؛ اکبری، ر.؛ غفارثمر، ر.؛ کیانی، غ.؛ و اقتصادی، ا. ر. (۱۳۹۰). اعتبار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه فرسودگی شغلی ماسلاچ نسخه فارسی. دانش و تندرستی، ۱۹(۶)، ۱-۸.
- Chen, S.-M., & McMurray, A. (2001). " Burnout" in intensive care nurses. *Journal of nursing research*, 9(5), 152-164.
- Etesam, F., Akhlaghi, M., Vahabi, Z., Akbarpour, S., & Sadeghian, M. H. (2021). Comparative study of occupational burnout and job stress of frontline and non-frontline healthcare workers in hospital wards during COVID-19 pandemic. *Iranian Journal of Public Health*, 50(7), 1428.
- Hodkinson, A., Zhou, A., Johnson, J., Geraghty, K., Riley, R., Zhou, A., Esmail, A. (2022). Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *bmj*, 378.
- Hyman, S. A., Michaels, D. R., Berry, J. M., Schildcrout, J. S., Mercaldo, N. D., & Weinger, M. B. (2011). Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 114(1), 194-204.
- Jihn, C.-H., Kim, B., & Kim, K. S. (2021). Predictors of Burnout in Hospital Health Workers during the COVID-19 Outbreak in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11720.
- Kasbi, Z. (1402). The Role of Corona Involvement Severity and Corona Stress in Predicting Oppositional Defiant Disorder Mediated by Parental Aggression. *Journal of Psychology*, 2(27), 224-232.
- Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R., & Hayward, R. A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 949-955.
- Książek, I., Stefaniak, T. J., Stadnyk, M., & Książek, J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 347-350.
- Leo, C. G., Sabina, S., Tumolo, M. R., Bodini, A., Ponzini, G., Sabato, E., & Mincarone, P. (2021). Burnout among healthcare workers in the COVID 19 era: a review of the existing literature. *Frontiers in public health*, 9.
- Lipsitch, M., Swerdlow, D. L., & Finelli, L. (2020). Defining the epidemiology of Covid-19—studies needed. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1194-1196.
- Maghbouli, N., Sohrabpour, A. A., & Fatehi, F. (2019). The prevalence of burnout in Iranian residents: a cross-sectional study. *Future of Medical Education Journal*, 9(1), 3-8. doi:10.22038/fmej.2019.3698۰,۱۲۴۲
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). The maslach burnout inventory-test manual. *Palo Alto*.
- Mion, G., Hamann, P., Saleten, M., Plaud, B., & Baillard, C. (2021). Psychological impact of the COVID-19 pandemic and burnout severity in French residents: A national study. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 173-180.
- Monsef Kasmaei, V., Haghshenas Bakerdar, F., Asadi, P., Zia Ziabari, S., Khodadadi-Hassankiadeh, N., Kouchakinejad-Eramsadati, L., Kazemzadeh, Z. (2022). Comparative Study of Occupational Burnout between Professors and Residents of Emergency Medicine in Educational-Remedial Centers of Medical Sciences Universities. *Research in Medical Education*, 14(1), 54-63.
- Mousavi, S. Z., & Khorramabadi, R. (1401). Prevalence of premenstrual dysphoric symptoms in Iranian women and its relationship with difficulty in emotional regulation and change in the symptoms during corona virus. *Journal of Psychology*, 1(26), 12-23.
- Nyssen, A. S., Hansez, I., Baele, P., Lamy, M., & De Keyser, V. (2003). Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British journal of anaesthesia*, 90(3), 333-337.
- Rahnama, Z., Ahmadi, M., Khalilian, A., & Sefidgarnia Amiri, M. (2019). Comparison of Burnout Syndrome Frequency between General Family Physicians and Other General Physicians, in Mazandaran Province, Iran, in 2018. *Journal of health research in community*, 5(3), 39-51.
- Raoult, D., Zumla, A., Locatelli, F., Ippolito, G., & Kroemer, G. (2020). Coronavirus infections: Epidemiological, clinical and immunological features and hypotheses. *Cell stress*, 4(4), 66.
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., . . . Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 13(11), e0206840.

- Scheurer, D., McKean, S., Miller, J., & Wetterneck, T. (2009). US physician satisfaction: a systematic review. *Journal of Hospital Medicine: An Official Publication of the Society of Hospital Medicine*, 4(9), 560-568.
- Spickard Jr, A., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*, 288(12), 1447-1450.
- Abdi, b., askar zad, n., & erteghaei, h. (1400). Resilience Factors of nurses involved in clinical care of Covid-19 patients. *Journal of Psychology*, 4(25), 560-570.