Original Article

Iran Occupational Health

http://ioh.iums.ac.ir

Iran Occupational Health. 2020 (30 Dec);17: 84.

Multidimensional Fatigue in Iranian Social Workers

Maliheh Khalvati, (*Corresponding author), Assistant professor, Faculty of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. khalvatiml@mums.ac.ir
Mahboube khalvati, Ph.D. of English Literature, College of Human Sciences, University of South Africa, Pretoria, South Africa.
Leila Ostadhashemi, Assistant Professor , Department of Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Science (USWR), Tehran, Iran.
Abdolhadi Saidi, MSn in Psychology, Imam Khomeini Hospital, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.
Mohammad Ghorbani, MSc in Social Welfare Planning, Imam Khomeini Relief Committee, Iran, Fars, Pasargad.
Monire khalvati, Ph.D. of French Literature, Faculty of Foreign Languages, Islamic Azad University Central Tehran Branch, Tehran, Iran.
Seyed Mohammad Hossein Javadi, Assistant Professor , Department of Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Science (USWR), Tehran, Iran.
Mohammad Sabzi Khoshnami, Ph.D. student of social work, Social Work Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran .

Abstract

Background and aims: Social workers have previously been identified as being at risk of experiencing fatigue, stress and burnout. Social work is strongly client-based, with workers being involved in complex social situations. Hence, they can experience many evident conflicts in human service work. In addition, the last decade has seen a transformation in the nature and practice of social work, as a result of administrative, societal, and political change. A number of researchers have commented that much of what is known about stress and burnout among social workers is anecdotal and there is a lack of systematic research findings on this subject.

Fatigue is generally defined as a sense of persistent tiredness or exhaustion that is often distressing to the individual. It is a common subjective complaint among formal caregivers. Accordingly, the etiology of fatigue is believed to be multifactorial. Fatigue is often described by those who experience it in terms of physical, mental, and emotional tiredness. These sensations may be sufficiently consistent as to be characterized as unidimensional or, conversely, as sufficiently distinct in their expression as to be characterized as different dimensions of fatigue. This multidimensional characterization of fatigue is evidenced by the large number and variety of multidimensional fatigue measures, currently available.

The psychological consequences of providing social support and care to traumatized individuals have been studied for over 2 decades; however, few studies have focused on formal caregivers (i.e., therapists, child protection workers, nurses, social workers, etc.) and their emotional response to dealing with traumatized clients. Studies have shown that providing such care can be both highly rewarding and highly stressful. Individuals working in the care-giving professions, though, may have occupational environments and caregiving demands that increase the likelihood of adverse psychological outcomes

Theoretically, individuals working in the caring professions often attempt to alter the behaviors and emotions of their clients by providing emotional support (e.g., empathy), strategies for coping with emotions, or better cognitive

Keywords

Social Workers

Multidimentional Fatigue

Formal caregivers

Mental fatigue

Received: 2019-12-20

Accepted : 2020-04-13

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

management skills. Within the context of formal caregiving, providing therapy to clients who have survived a traumatic event can be particularly stressful. Many researchers have indicated that therapists who work with traumatized clients often show signs of psychological distress, because of these interactions. The adverse impact of working with clients who have a history of psychological trauma (e.g., sexual and physical abuse, military combat, or community disaster) has been described under a variety of terms: vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and fatigue

Methods: The present study is a cross-sectional descriptive study that examines multidimensional fatigue in Iranian social workers. This study was conducted from July to November,2019. The statistical population of the study consisted of all those working in the field of social work in Iranian governmental and non-governmental organizations who were employed at the time of the study. Sampling was done by available method and snowball. A total of 334 people participated in the study. In the present study, the MFI standard questionnaire was used to measure fatigue, which is recognized as one of the most effective and most complete multidimensional fatigue measuring tools. A review of the literature and a history of applying the MFI questionnaire indicate that numerous studies have been carried out worldwide using the above-mentioned questionnaire. This questionnaire provides a deeper and more accurate understanding of a person's fatigue by assessing the extent of general fatigue, physical fatigue, reduced activity, reduced arousal, and mental fatigue. In fact, the MFI measures fatigue in the way that a person feels. General physical exhaustion is related to one's overall day-to-day functions, physical exhaustion is related to physical sensation that is directly related to exhaustion, mental exhaustion is associated with reduced cognitive skills, reduced daily activity, and reduced activity and routine activity. Reduction of motivation refers to a decrease or lack of motivation to start any activity. This questionnaire is applicable to the population of patients and healthy people and consists of 20 items rated on a 5-point Likert scale (from 1 = yes completely right to 5 = completely wrong). Ultimately, higher scores indicate a higher degree of fatigue. It is noteworthy that four questions were considered for each dimension and simultaneously positive and negative orientations were used to reduce the likelihood of bias. The total score for each dimension is 4–20 and the total fatigue score which is achieved by summing the scores of the areas is between 20 –100. This questionnaire was first presented by Smiths in 1996, and its validity and reliability in different groups of cognitive populations, such as patients with cancer who were undergoing radiotherapy, patients with concomitant fatigue syndrome, first-year psychology and medical students, soldiers, and third-year medical students were evaluated. Alpha-Cronbach's coefficient was higher than 80٪ for general, physical and mental fatigue and above 65٪ for reduced activity and excitement. Cronbach's alpha coefficient for this study was 69٪. Demographic characteristics of the sample members including age, education, marital status, work experience, place of work, etc. were collected through a separate questionnaire and a sample questionnaire along with the main questionnaire. The questionnaire was prepared electronically and sent to social workers working in different fields via SMS, email, questionnaire link sharing in social worker social media groups and channels. Data was analyzed by SPSS version 22 using descriptive statistics, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests.

Results: The age of participants was 21 to 62 years with a mean and standard deviation of 38.91± 23.82. 84 (25.1٪) participants were male and 250 (74.9٪)

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

were female. The mean and standard deviation of the fatigue score was 62.72± 4.9. Mental fatigue and reduced motivation with a mean of 12.8 were the highest among the dimensions of fatigue. 66.8٪ of participants reported too much fatigue. 32.9٪ had moderate fatigue and only 0.3٪ had no fatigue.

The results of mean comparison showed that the mean score of fatigue of social workers in social services area (welfare organization, charity associations and hospitals) was higher than other areas. Age group 56-62 reported higher mean fatigue than other age groups. Social workers with more than 30 years of experience also reported greater job fatigue than others. The results of mean comparisons showed that the mean of fatigue dimensions was different in the different domains (Chi-Square = 6.806 sig = 0.047), in the different age groups (Chi-Square = 1.715 sig=0.034) and in individuals with different work experience (Chi-Square= 0.861 sig=0.035).

Conclusion: Due to the nature of the social work profession, employment in different workplaces creates different levels of fatigue for social workers. Therefore, the fatigue caused by employment in this profession is inevitable, and training self-care practices and the ability to change and rotate in different areas of work for social workers can reduce the effects of job fatigue. Making sense of a career and reviewing the reasons for being a social worker are some of the things that can reduce job fatigue. Developing a personal philosophy that guides the thinking and practice of social work will also be effective.

Conflicts of interest: None

Funding: None

How to cite this article:
Maliheh Khalvati, Mahboube khalvati, Leila Ostadhashemi, Abdolhadi Saidi, Mohammad Ghorbani, Monire khalvati, Seyed Mohammad Hossein Javadi, Mohammad Sabzi Khoshnami. Multidimensional Fatigue in Iranian Social Workers. Iran Occupational Health. 2020 (30 Dec);17:84.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

سلامت کار ایران
دوره ۱۷ - ۸۴/۱۳۹۹
مقاله پژوهشی
http://ioh.iums.ac.ir

خستگی چند بعدی در مددکاران اجتماعی شاغل ایرانی

ملیحه خلوتی: (* نویسنده مسئول) استادیار، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران . khalvatiml@mums.ac.ir
محبوبه خلوتی: دکتری ادبیات انگلیسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آفریقای جنوبی، پرتوریا، آفریقای جنوبی.
لیلا استادهاشمی: استادیار، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
عبدالهادی سعیدی: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، بیمارستان امام خمینی (ره) مهاباد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
محمد قربانی: کارشناس ارشد برنامه ریزی و رفاه اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی(ره)، ایران، فارس، پاسارگاد.
منیره خلوتی : دکتری ادبیات فرانسه، دانشکده زبانهای خارجی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.
محمد حسین جوادی: استادیار، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
محمدسبزی خوشنامی: دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ایران، تهران.

چکیده

زمینه و هدف: خستگی احساس طاقت فرسایی از فرسودگی و کمبود انرژی است که انجام هرگونه فعالیت فیزیکی و شناختی را مختل می نماید. خستگی یک عامل بازدارنده در تمام کارها، درست انجام ندادن آنها و نهایتا کاهش دهنده بازده کاری است. در چهارچوب مراقبتهای رسمی ارائه خدمت به افراد آسیب دیده یا در معرض آسیب می تواند استرس زا باشد. تحقیقات زیادی نشان داده است که حرفه ای هایی که با افراد آسیب دیده کار می کنند اغلب نشانه هایی از پریشانی روانشناختی که نتیجه این تعاملات است را بروز می دهند. مددکاری اجتماعی نیز حرفه ایست کاملا مبتنی بر مراجع (مراجع محور) و مددکاران اجتماعی همواره درگیر شرایط پیچیده کاری بوده و هستند. به این ترتیب آنها بسیاری از مشکلات و مسائلی را که در کار خدمت رسانی به انسانها مشهود است را تجربه می کنند و در معرض خستگی ناشی از نوع کار و حرفه خود قرار دارند. در واقع ریشه کن کردن نابرابریها کار بسیار طاقت فرساست که مددکاران اجتماعی با آن مواجه هستند.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد که به بررسی خستگی چند بعدی در مددکاران اجتماعی شاغل در ایران پرداخته است. این مطالعه در بازه زمانی تیر ماه تا آبان ماه ۱۳۹۸ انجام گرفت. نمونه گیری به روش در دسترس و گوله برفی انجام شد و در کل ۳۳۴ نفر مددکار اجتماعی شاغل در ایران در مطالعه شرکت نمودند. به منظور سنجش خستگی از پرسشنامه استاندارد MFI استفاده شد این پرسشنامه به صورت الکترونیکی تهیه و در اختیار مددکاران اجتماعی قرار گرفت. داده های به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از روش های آمار توصیفی، آزمون های ویتنی و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: سن مشارکت کنندگان بین ۲۱ تا ۶۲ سال و میانگین و انحراف معیار آن۲۳/۸۲± ۳۸/۹۱ بود. تعداد ۸۴ نفر (۲۵/۱ درصد) مرد و ۲۵۰ نفر (۷۴/۹ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف نمره کل۴/۹ ± ۶۲/۷۲ به دست آمد. خستگی ذهنی و کاهش انگیزه با میانگین ۱۲/۸ بالاترین میانگین را در میان ابعاد خستگی داشتند. ۶۶/۸ درصد مشارکت کنندگان مقدار خستگی خود را زیاد گزارش کرده اند. و ۳۲/۹ درصد خستگی متوسط و تنها ۰/۳ درصد فاقد خستگی شغلی بودند. نتایج مقایسه میانگین ها نشان داد که در حوزه های مختلف کاری مددکاران اجتماعی که ارائه دهنده خدمات اجتماعی هستند (شاغل در بهزیستی، انجمن های نیکوکاری و بیمارستان) میانگین نمره خستگی در آنها بالاتر از سایر حوزه های خدماتی بود. گروه سنی ۶۲-۵۶ میانگین خستگی بیشتری نسبت به سایر گروه های سنی را گزارش کردند. مددکاران اجتماعی که سابقه کاری ۳۰ سال به بالا داشتند نیز خستگی شغلی بیشتری نسبت به سایر افراد گزارش نمودند.

نتیجه گیری: به دلیل نوع و ماهیت کار مددکاری اجتماعی، اشتغال در حوزه های کاری مختلف میزان متفاوتی از خستگی را برای مددکاران اجتماعی رقم می زند. بنابراین خستگی ناشی از اشتغال در این حرفه گریز ناپذیر بوده و آموزش شیوه های خود مراقبتی و بوجود آوردن امکان تغییر و چرخش در حوزه های مختلف کار برای مددکاران اجتماعی می تواند عوارض خستگی ناشی از شغل را کاهش دهد. ایجاد معنا در زندگی حرفه ای و مرور دلایل گرایش به حرفه مددکاری اجتماعی از مواردی است که می تواند خستگی شغلی را کاهش دهد. پرورش فلسفه شخصی که راهنمای طرز فکر و عمل در حرفه مددکاری اجتماعی باشد نیز اثر گذار خواهد بود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: ندارد.

کلیدواژه‌ها

مددکاران اجتماعی

ابعاد مختلف خستگی

مراقبین رسمی

خستگی ذهنی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۲۵

شیوه استناد به این مقاله:

Maliheh Khalvati, Mahboube khalvati, Leila Ostadhashemi, Abdolhadi Saidi, Mohammad Ghorbani, Monire khalvati, Seyed Mohammad Hossein Javadi, Mohammad Sabzi Khoshnami. Multidimensional Fatigue in Iranian Social Workers. Iran Occupational Health. 2020 (30 Dec);17:84.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

مددکاران اجتماعی در ایران از اواسط سال ۱۳۴۰ به‌عنوان افراد حرفه‌ای در سازمان‌ها و مؤسسات ملی، نظیر جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران، انجمن ملی حمایت از کودکان و انجمن‌ها و مؤسسات دیگر، مسئولیت ارائهٔ خدمات حمایتی و توانبخشی به افراد نیازمند و معلولین را برعهده داشتند. قبل از انقلاب، در سال ۱۳۴۷، برای اولین بار خدمات اجتماعی به‌صورت سازمان‌یافته در مجموعهٔ وظایف دولت در برنامهٔ عمرانی چهارم مطرح گردید. مددکاران اجتماعی از همان ابتدای فعالیت خود در ایران در معرض استرس و خطر بوده‌اند. (۱ـ۵) مددکاری اجتماعی حرفه‌ای است کاملاً مبتنی بر مراجع (مراجع‌محور) و مددکاران اجتماعی همواره درگیر شرایط پیچیدهٔ کاری بوده و هستند. به این ترتیب، آن‌ها بسیاری از مشکلات و مسائلی را که در کار خدمت‌رسانی به انسان‌ها مشهود است، تجربه می‌کنند. (۶ـ۸) علاوه‌بر این در دهه‌های گذشته شاهد تغییر و تحول در ماهیت و عملکرد مددکاری اجتماعی بوده‌ایم که نتیجهٔ تغییرات اجرایی، اجتماعی و سیاسی بوده است. (۹ـ۱۰) از نظر تئوریکی، افراد شاغل در حرفه‌های مراقبتی تلاش می‌کنند تا با ارائهٔ حمایتهای عاطفی و روانی (مانند همدلی) استراتژی‌های مقابله‌ای، مهارت‌های مدیریت شناختی قوی‌تر رفتار و عواطف مراجعان خود را تغییر دهند. در چارچوب مراقبت‌های رسمی، خدمت‌رسانی به افراد آسیب‌دیده یا در معرض آسیب می‌تواند استرس‌زا باشد. تحقیقات زیادی نشان داده است که حرفه‌ای‌هایی که با افراد آسیب‌دیده کار می‌کنند، اغلب نشانه‌هایی از پریشانی روان‌شناختی را که نتیجهٔ این تعاملات است، بروز می‌دهند. (۱۱)

شماری از نویسندگان معتقدند بیشتر مطالبی که دربارهٔ خستگی و فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی وجود دارد، روایتی است و یافته‌های تحقیقاتی منظمی در این زمینه وجود ندارد و یا بسیار محدود است. (۸، ۱۲ـ۱۵) کورنایر (۱۹۸۸) بیان می‌کند متصدیان خدمات انسانی تمایل دارند خستگی و ناراحتی‌ای را که مددکاران اجتماعی در محیط کار تجربه می‌کنند، دست‌کم بگیرند و اجازهٔ انعکاس آن را ندهند. (۶) خستگی به‌صورت هرگونه کاهش حداکثر توان بدن برای تولید نیرو یا خروجی (عملکرد) تعریف شده است. به‌طور کلی خستگی احساس ضعف، ناتوانی و کمبود انرژی در تمامی فعالیت‌های بدن است؛ به‌طوری که به‌صورت ناتوانی جسمی و روحی‌روانی ظاهر می‌شود. (۱۶) خستگی احساس طاقت‌فرسایی از فرسودگی و کمبود انرژی است که انجام هرگونه فعالیت فیزیکی و شناختی را مختل می‌کند. این ناتوانی در انجام و حفظ عملکرد بهینه به علل متعددی همچون برهم خوردن نظم چرخهٔ خواب و بیداری، ریتم‌های بیولوژیک بدن و بار کاری نسبت داده شده است. (۱۷) علاوه‌بر این موارد، فاکتورهای متعدد دیگری نیز در بروز خستگی نقش دارد؛ برای مثال مشاهده شده است که شیوع خستگی در میان زنان به‌طور معناداری بالاتر از مردان است یا آنکه خستگی در میان جمعیت‌هایی با طبقات اجتماعی و اقتصادی بالاتر نسبت به گروه مقابل، کمتر است. دربارهٔ تأثیر سن نیز نمی‌توان به‌طور قطعی اظهارنظر کرد؛ زیرا در برخی از تحقیقات این ارتباط رد شده؛ درحالی که در برخی دیگر افزایش خستگی با بالا رفتن سن تأیید شده است. (۱۸) نتایج مطالعات حسین جمیل (۱۹) تأیید می‌کند که خستگی یک عامل بازدارنده در تمام کارها، درست انجام ندادن آن‌ها و نهایتاً کاهش‌دهنده بازده کاری است. (۲۰) عمده‌ترین علت بروز خستگی در شاغلان سالم مواجهه با استرس طولانی‌مدت است. نقش تعیین‌کنندهٔ نیازمندی‌های شغلی در میزان استرس سبب شده است تا محققان متعددی به جست‌وجوی نشانه‌های خستگی در محیط کار بپردازند و شدت آن را به عدم تعادل در نسبت بین نیازمندی‌های شغل از یک سو و توانایی شاغل از سوی دیگر ربط دهند. (۲۱) بنابراین توجه به خستگی و ابعاد آن در حرفه‌های خدمت‌رسان لازم و ضروری به‌نظر می‌رسد. تعداد مددکاران اجتماعی در سازمان‌های دولتی و مردم‌نهاد به‌آهستگی درحال افزایش است. آمارهای رسمی انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران نشان می‌دهد تعداد ۱۵هزار مددکار اجتماعی شاغل در ایران (۲۲) با سطح زیادی از استرس جسمی و روانی روبه‌رویند. (۲۳) مطالعات محدودی به بررسی خستگی و فرسودگی شغلی حرفه‌های کمک‌رسان موجود در ایران، مانند روان‌شناسی و مشاوره، پرداخته‌اند. اما هیچ پژوهشی در ایران خستگی ناشی از فرسودگی و استرس‌های شغلی در مددکاران اجتماعی را مورد بررسی قرار نداده است. بنابراین مقالهٔ حاضر با هدف بررسی خستگی چندبُعدی مددکاران اجتماعی شاغل در ایران انجام شد.

روش بررسی

مطالعهٔ حاضر از نوع توصیفی ـ مقطعی است که به بررسی خستگی چندبُعدی در مددکاران اجتماعی شاغل پرداخته است. این مطالعه در بازهٔ زمانی تیر ماه تا آبان ماه ۱۳۹۸ انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش عبارت بودند از تمام افراد

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

شاغل در سِمت مددکاری اجتماعی در سازمان‌های دولتی و غیردولتی ایران که در زمان انجام پژوهش شاغل بودند. نمونه‌گیری به روش در دسترس و گوله‌برفی انجام شد و درکل ۳۳۴ نفر در مطالعه شرکت کردند. در مطالعهٔ حاضر، به‌منظور سنجش خستگی از پرسش‌نامهٔ استاندارد MFI[1] استفاده شد که یکی از جامع‌ترین و کامل‌ترین ابزار سنجش خستگی چندبُعدی شناخته شده است. مرور متون و سابقهٔ به‌کارگیری پرسش‌نامهٔ MFI نشان می‌دهد در سطح جهانی مطالعات متعددی با استفاده از آن انجام شده است. (۱۸) این پرسش‌نامه با ارزیابی پنج بُعد خستگی شامل خستگی عمومی، خستگی جسمانی، کاهش فعالیت، کاهش انگیزه و خستگی ذهنی، درک عمیق‌تر و دقیق‌تری از میزان خستگی فرد فراهم می‌کند. درواقع MFI خستگی را آن‌طور که فرد احساس و بیان می‌کند، اندازه می‌گیرد. خستگی عمومی مربوط به عملکردهای کلی فرد در روز، خستگی جسمی به یک احساس بدنی که مستقیماً با خستگی در ارتباط است، خستگی ذهنی به کاهش مهارت‌های شناختی فرد، کاهش فعالیت به کاهش فعالیت‌های معمول و مفید روزانه و کاهش انگیزه به کاهش یا فقدان انگیزه برای شروع هر فعالیتی اشاره دارد. (۲۴) این پرسش‌نامه قابلیت استفاده در جمعیت بیماران و افراد سالم را دارد و شامل ۲۰ گویه است که براساس مقیاس پنج‌امتیازی لیکرت (از ۱ = بلی کاملاً درست است تا ۵ = خیر کاملاً غلط است) امتیازدهی می‌شود. درنهایت جمع امتیازات بالاتر نشانگر خستگی بیشتر فرد است. برای هریک از ابعاد، چهار سؤال درنظر گرفته و در نگارش آن‌ها نیز هم‌زمان از جهت‌گیری‌های مثبت و منفی استفاده شده است تا احتمال سوگیری پاسخ‌دهندگان کاهش یابد. نمرهٔ کل هر حیطه ۴ تا ۲۰ و نمرهٔ کل خستگی که با جمع نمرات حیطه‌ها مشخص می‌شود، بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. این پرسش‌نامه را برای نخستین بار اسمتس[2] در سال ۱۹۹۶م ارائه کرد و روایی و پایایی آن نیز در گروه‌های مختلف جمعیت‌شناختی، مانند بیماران مبتلا به سرطان که تحت درمان با روش رادیوتراپی بودند، بیماران مبتلا به سندروم خستگی مزمن، دانشجویان سال اول روان‌شناسی و پزشکی، سربازان و دانشجویان سال سوم پزشکی ارزیابی شد. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد سؤالات هر بُعد توصیفگر همان بُعد بوده و پرسش‌نامه از همسانی درونی مناسبی برخوردار است (ضریب آلفا برای خستگی عمومی، جسمانی و ذهنی بالاتر از ۸٪ و برای کاهش فعالیت و انگیزه بالاتر از ۶۵٪ بود). نتایج دیگر مطالعات نیز تأییدکنندهٔ پایایی و روایی مناسب این ابزار است. (۲۵) این پرسش‌نامه به زبان فارسی ترجمه شده و پایایی و روایی آن تأیید شده است. (۲۶) ضریب آلفای کرونباخ برای این مطالعه نیز ۶۹٪ به‌دست آمد. مشخصات جمعیت‌شناختی اعضای نمونه شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقهٔ کاری، محل خدمت و... در قالب پرسش‌نامهٔ جداگانه و در کنار پرسش‌نامهٔ اصلی در اختیار اعضای نمونه قرار گرفت. پرسش‌نامه به‌صورت الکترونیک تهیه شد و از طریق پیامک، ایمیل و اشتراک‌گذاری لینک پرسش‌نامه در گروه‌ها و کانال‌های اجتماعی مددکاران اجتماعی در اختیار مددکاران اجتماعی شاغل در حوزه‌های مختلف قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری‌شده به‌وسیلهٔ نرم‌افزار SPSS (نسخهٔ ۲۲) و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

پرسش‌نامه توسط ۳۳۴ مددکار اجتماعی شاغل تکمیل گردید. سن مشارکت‌کنندگان بین ۲۱ تا ۶۲ سال و میانگین و انحراف معیار آن ۸۲/ ۲۳± ۳۸/۹۱ بود. تعداد ۸۴ نفر (۲۵/۱٪) مرد و ۲۵۰ نفر (۷۴/۹٪) زن بودند. مشخصات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ ذکر شده است.

برای تعیین نرمالیتی متغیر خستگی چندبُعدی از آزمون کولموگروف ـ اسمیرنف استفاده شد. میزان sig متناظر با خستگی چندبُعدی برابر با ۰/۰۰۰ بود که از میزان ۰/۰۵ کمتر است؛ درنتیجه داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرهٔ کل و ابعاد مختلف خستگی در مددکاران اجتماعی شاغل را نشان می‌دهد. میانگین و انحراف نمرهٔ کل ۴/۹ ± ۶۲/۷۲ به‌دست آمد. خستگی ذهنی و کاهش انگیزه با میانگین ۱۲/۸ بالاترین میانگین را در میان ابعاد خستگی داشت.

جدول ۴ نشان می‌دهد ۶۶/۸٪ مشارکت‌کنندگان مقدار خستگی خود را زیاد و ۳۲/۹ خستگی خود را متوسط گزارش کرده‌اند و فقط ۰/۳٪ فاقد خستگی بودند.

جدول ۵ حاکی از آن است که زنان نسبت به مردان ۲۶٪ بیشتر ابعاد مختلف خستگی را تجربه کرده‌اند. مشارکت‌کنندگانی که در مقطع تحصیلی لیسانس بودند، ۳۶/۸٪ خستگی زیاد را گزارش کردند که بالاترین درصد خستگی در بین گروه‌های تحصیلی است.

1. Multidimensional Fatigue Inventory
2 . Smets

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۱ـ مشخصات جمعیت‌شناختی

متغیرها		اندازه
سن (میانگین، انحراف معیار)		۳۸/۹۱±۲۳/۸۲
سابقهٔ کار (میانگین، انحراف معیار)		۱۱/۷۴±۷/۹۵
جنسیت (تعداد، درصد فراوانی)	زن	۲۵۰(۷۴/۹)
	مرد	۸۴(۲۵/۱)
وضعیت تأهل (تعداد، درصد فراوانی)	مجرد	۹۴(۲۸/۱)
	متأهل	۲۴۰(۷۱/۹)
محل کار (تعداد، درصد فراوانی)	بیمارستان	۹۳(۲۷/۸)
	بهزیستی	۶۸(۲۰/۴)
	زندان	۱۱(۳/۳)
	بانک	۱۷(۵/۱)
	دانشگاه	۱۷(۵/۱)
	معاونت درمان	۱۶(۴/۸)
	شهرداری	۲(۰/۶)
	شرکت نفت	۸(۲/۴)
	انجمن نیکوکاری	۲۹(۷/۸)
	کلینیک مددکاری	۲۴(۷/۲)
	صدا و سیما	۸(۲/۴)
	دادگستری	۱(۰/۳)
	بنیاد جانبازان	۲(۰/۶)
	کمیتهٔ امداد	۳۳(۹/۹)
سطح تحصیلات (تعداد، درصد فراوانی)	دیپلم	۴(۱/۲)
	لیسانس	۱۸۰(۵۳/۹)
	فوق لیسانس	۱۲۸(۳۸/۳)
	دکترا و بالاتر	۲۲(۶/۶)
وضعیت استخدام (تعداد، درصد فراوانی)	رسمی	۱۵۲(۴۵/۵)
	پیمانی	۲۶(۷/۸)
	قراردادی	۶۴(۱۹/۲)
	شرکتی	۳۰(۹)
	سایر	۶۶۲(۱۸/۶)
رشتهٔ تحصیلی (تعداد، درصد فراوانی)	مرتبط	۲۳۱(۶۹/۲)
	غیرمرتبط	۱۰۳(۳۰/۸)
حوزهٔ کاری (تعداد، درصد فراوانی)	درمان	۹۳ (۲۷/۸)
	خدمات اجتماعی	۱۵۶(۴۶/۷)
	آسیب‌های اجتماعی	۱۴(۴/۲)
	رفاهی	۳۳(۹/۹)
	امور ستادی	۳۳(۹/۹)

جدول ۲ـ تعیین نرمالیتی خستگی چندبُعدی

	کولموگروف ـ اسمیرنف		
	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
خستگی چندبعدی	۰/۰۸۹	۳۳۴	۰/۰۰۰

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۳ـ میانگین و انحراف معیار ابعاد خستگی

ابعاد خستگی	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
خستگی ذهنی	۸	۲۰	۱۲/۸۹۵	۱/۵۵۷
کاهش انگیزه	۸	۱۸	۱۲/۸۵۶	۱/۷۱۶
کاهش فعالیت	۸	۲۰	۱۲/۴۲۲	۱/۵۶۱
خستگی جسمی	۷	۲۰	۱۱/۸۷۷	۱/۴۵۸
خستگی عمومی	۴	۱۷	۱۲/۶۷۶	۱/۷۱۹
نمرهٔ کل	۴۰	۸۴	۶۲/۷۲۷	۴/۹۳۳

جدول ٤ـ توزیع خستگی چندبُعدی

خستگی چندبعدی	فراوانی	درصد فراوانی
کم	۱	۰/۳
متوسط	۱۱۰	۳۲/۹
زیاد	۲۲۳	۶۶/۸
جمع	۳۳۴	۱۰۰

جدول ۵ـ توزیع خستگی چندبعدی در گروه‌های مختلف

		خستگی متوسط		خستگی زیاد	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۲۸	٪۸/۴	۵۶	٪۱۶/۸
	زن	۸۲	٪۲۴/۶	۱۶۷	٪۵۰
سطح تحصیلات	لیسانس	۵۶	٪۱۶/۸	۱۲۳	٪۳۶/۸
	فوق لیسانس	۴۶	٪۱۳/۸	۸۲	٪۲۴/۶
	دکترا و بالاتر	۷	٪۲/۱	۱۵	٪۴/۵
رشتهٔ تحصیلی	مرتبط	۷۸	٪۲۳/۴	۱۵۳	٪۴۵/۸
	غیر مرتبط	۳۲	٪۹/۶	۷۰	٪۲۱
نوع استخدام	رسمی	۵۷	٪۱۷/۱	۹۵	٪۲۸/۴
	پیمانی	۱۰	٪۳	۱۶	٪۴/۸
	قراردادی	۱۸	٪۵/۴	۴۶	٪۱۳/۸
	شرکتی	۴	٪ ۲/۱	۲۲	٪۶/۶
	سایر	۱۷	٪۵/۱	۴۳	٪۱۲/۹
محل کار	بیمارستان	۳۴	٪۱۰/۳	۵۹	٪۱۷/۹
	بهزیستی	۲۵	٪۷/۶	۴۳	٪۱۳/۱
	زندان	۳	٪۰/۹	۸	٪۲/۴
	بانک	۹	٪۲/۷	۸	٪۲/۴
	دانشگاه	۵	٪۱/۵	۱۲	٪۳/۶
	معاونت درمان دانشگاه	۵	٪۱/۵	۱۱	٪۳/۳
	شهرداری	۰	۰	۲	٪۰/۶
	شرکت نفت	۴	٪ ۱/۲	۴	٪۱/۲
	انجمن‌های نیکوکاری	۸	٪۲/۴	۲۱	٪۶/۴
	کلینیک مددکاری اجتماعی	۱	٪۰/۳	۲۳	٪۷
	صدا و سیما	۲	٪۰/۶	۶	٪۱/۸
	دادگستری و قوه قضائیه	۰	۰	۱	٪۰/۳
	بنیاد شهید و جانبازان	۰	۰	۲	٪۰/۶
	کمیتهٔ امداد	۱۲	٪۳/۶	۲۰	٪۶/۱

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ٦ـ مقایسهٔ میانگین خستگی چندبُعدی در گروه‌های متفاوت

		فراوانی	میانگین طیف	Chi-Square	درجه ازادی	sig
سطح تحصیلات	لیسانس	۱۸۰	۱۷۰/۰۵	۲/۴۴۲	۳	۰/۴۸۶
	فوق لیسانس	۱۲۸	۱۶۰/۸۲			
	دکترا و بالاتر	۲۲	۱۷۴/۴۵			
	جمع	۳۳۴				
نوع استخدام	رسمی	۱۵۲	۱۵۹/۳۸	۲/۹۱۸	۵	۰/۵۷۲
	پیمانی	۲۶	۱۵۵/۶۰			
	قراردادی	۶۴	۱۸۱/۲۶			
	شرکتی	۳۰	۱۷۰/۴۷			
	غیره	۶۰	۱۷۱/۵۴			
	جمع	۳۳۲				
حوزهٔ کاری	درمان	۹۳	۱۴۷/۰۶	۶/۸۰۶	۴	۰/۰۴۷
	خدمات اجتماعی	۱۵۶	۱۷۳/۸۳			
	آسیب‌های اجتماعی	۱۴	۱۷۲/۷۱			
	خدمات رفاهی	۳۳	۱۵۱/۳۵			
	امور ستادی	۳۳	۱۲۴/۲۰			
	جمع	۳۲۹				
سابقهٔ کار	۱۰-۱	۱۶۳	۱۶۶/۹۷	۰/۸۶۱	۳	۰/۰۳۵
	۲۰-۱۱	۱۲۲	۱۶۹/۱۱			
	۳۰-۲۱	۴۳	۱۶۰/۶۶			
	۳۴-۳۱	۶	۱۹۸/۰۸			
	جمع	۳۳۴				
سن	۳۵-۲۱	۱۴۳	۱۷۲/۵۲	۱/۷۱۵	۳	۰/۰۳۴
	۴۵-۶۳	۱۳۴	۱۵۹/۴۵			
	۵۵-۴۶	۴۵	۱۷۱/۳۳			
	۶۲-۵۶	۱۲	۱۸۳/۲۱			
	جمع	۳۳۴				

سطح تحصیلات افراد به دو دستهٔ مرتبط و غیرمرتبط تقسیم شد. رشته‌های مرتبط شامل مددکاری اجتماعی، خدمات اجتماعی و آسب‌شناسی خانواده و آسیب‌شناسی اجتماعی بود. رشته‌های غیرمرتبط شامل رشته‌های تحصیلی مانند ادبیات، مهندسی، حقوق، جامعه‌شناسی، تربیت بدنی، دام‌پزشکی، حسابداری، الهیات، پژوهشگری، مدیریت و... بود. مشارکت‌کنندگانی که تحصیلات آکادمیک مرتبط با رشتهٔ شغلی خود را داشتند، میزان خستگی ۲۳/۴٪ در سطح متوسط و ۴۵/۵٪ در سطح زیاد را گزارش کردند. بیشترین میزان خستگی گزارش‌شده ۲۸/۴٪ و مربوط به مشارکت‌کنندگانی است که نوع استخدام آن‌ها رسمی بوده است. درخصوص محل کار نیز بیشترین خستگی‌ها را مشارکت‌کنندگانی اظهار کردند که در بیمارستان و بهزیستی مشغول کار بودند که به‌ترتیب ۱۷/۹ و ۱۳/۱٪ خستگی زیاد را گزارش کردند.

برای مقایسهٔ میانگین نمرهٔ خستگی چندبُعدی در مشارکت‌کنندگان از آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. نتایج در جدول ۶ و ۷ نشان داده شده است.

نتایج مقایسهٔ میانگین‌ها بیانگر آن است که تفاوت میانگین ابعاد مختلف خستگی در حوزه‌های کاری مختلف (Chi-Square=۶/۸۰۶ و sig =۰/۰۴۷)، گروه‌های سنی (Chi-Square=۱/۷۱۵ و sig=۰/۰۳۴) و سابقهٔ کار (Chi-Square=۰/۸۶۱ و sig =۰/۰۳۵) متفاوت است. در

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۷ـ مقایسهٔ میانگین خستگی در گروه‌های متفاوت

		تعداد	میانگین طیف	Wilcoxon W	Mann-Whitney U	Z	sig
رشتهٔ تحصیلی	مرتبط	۲۳۱	۱۶۵/۱۱	۳۸۱۴۰/۵۰۰	۱۱۳۴۴/۵۰۰	-۰/۶۷۹	۰/۰۴۷
	غیرمرتبط	۱۰۳	۱۷۲/۸۶				
	جمع	۳۳۴					
جنسیت	مرد	۸۴	۱۶۸/۶۸	۴۱۷۷۵/۵۰۰	۱۰۴۰۰/۵۰۰	-۰/۱۳۰	۰/۸۹۶
	زن	۲۵۰	۱۶۷/۱۰				
	جمع	۳۳۴					

حوزه‌های مختلف کاری مددکاران اجتماعی که ارائه‌دهندهٔ خدمات اجتماعی هستند (شاغل در بهزیستی، انجمن‌های نیکوکاری و بیمارستان) میانگین نمرهٔ خستگی در آن‌ها بالاتر از سایر حوزه‌های خدماتی بود. گروه سنی ۵۶ تا ۶۲ میانگین خستگی بیشتری را نسبت به سایر گروه‌های سنی گزارش کردند. مددکاران اجتماعی که سابقهٔ کاری ۳۱ سال به بالا داشتند، نیز خستگی شغلی بیشتری را نسبت به سایر افراد اعلام کردند. (جدول ۶)

براساس جدول ۷، میانگین خستگی شغلی در افرادی که با رشتهٔ تحصیلی غیرمرتبط در سمت مددکاری اجتماعی مشغول کار هستند، بالاتر از افرادی است که با رشتهٔ تحصیلی مرتبط در این حوزه شاغل‌اند (sig=۰/۰۴۷). میانگین خستگی در بین زنان و مردان تفاوت معنادار آماری نداشت. میانگین طیف‌ها نیز این موضوع را تأیید می‌کند.

بحث

در مطالعهٔ حاضر، وضعیت ابعاد مختلف خستگی در مددکاران اجتماعی شاغل بررسی شد. این پژوهش اولین مطالعه در ایران است که به موضوع خستگی و ابعاد آن در مددکاران اجتماعی شاغل پرداخته است. در قسمت مشخصات دموگرافیک، یافته‌ها حاکی از زنانه بودن حرفهٔ مددکاری اجتماعی در ایران بود؛ به‌گونه‌ای که ۷۴/۹٪ مشارکت‌کنندگان زن بودند. این یافته با نتایج محققان دیگر همخوانی دارد؛ به‌گونه ای که جک فیشل (۲۰۱۳) نیز اظهار کرد ۸۲٪ مددکاران اجتماعی در امریکا زن هستند. (۲۷) با این حال، مک فیل (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای زنانه بودن حرفهٔ مددکاری اجتماعی را به‌چالش کشید. (۲۸) نتایج گویای آن بود که ۴۶/۷٪ مشارکت‌کنندگان به ارائهٔ خدمات اجتماعی به مجموعهٔ تحت پوشش خود مشغول هستند؛ این درحالی است که پایهٔ حرفهٔ مددکاری اجتماعی بر خدمت‌رسانی به افراد بنا شده است. (۲۹)

بررسی میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف خستگی نشان داد خستگی ذهنی و کاهش انگیزه بالاترین میانگین را دارند. براساس نتایج پژوهش چادهاری و بهان (۲۰۰۴)، کاهش انگیزه یکی از علل بروز خستگی است (۳۰) که نتایج این مطالعه در پژوهش خانی (۲۰۱۲) نیز تأیید شد. (۳۱) مطالعهٔ حاضر نشان داد ۶۶/۸٪ مددکاران اجتماعی مشارکت‌کننده در مطالعه خستگی زیادی را گزارش کردند. با توجه به اینکه در تحقیقات زیادی به بررسی خستگی مهرورزی در مددکاران اجتماعی پرداخته شده، می‌توان نتیجه گرفت خستگی مهرورزی نیز یکی از ابعاد خستگی کلی به‌شمار می رود که ناشی از کاهش توانایی و علاقهٔ مددکار اجتماعی برای خدمت‌رسانی است. (۱۱) مقایسهٔ میانگین نمرهٔ خستگی چندبُعدی در مددکاران اجتماعی نشان داد خستگی در گروه‌های سنی تفاوت معناداری دارد و افزایش سن باعث ابراز خستگی بیشتری در مددکاران اجتماعی می‌شود. نتایج مقالهٔ صارمی (۲۰۰۸) و طباطبایی (۲۰۱۷) نیز با نتایج مطالعهٔ حاضر درخصوص گزارش افزایش خستگی شغلی بر اثر افزایش سن مطابقت دارد. (۳۲ـ۳۳) نتایج مقایسهٔ میانگین خستگی در مددکاران اجتماعی شاغل با سابقهٔ کاری آن‌ها نیز تفاوت معنادار آماری را نشان داد. درواقع مددکاران اجتماعی با سابقهٔ کار بالای ۳۰ سال خستگی بیشتری نسبت به همکاران خود با سابقهٔ کار کمتر گزارش کردند که هم‌راستا با مطالعهٔ طباطبایی (۲۰۱۷) بود. مددکاران اجتماعی در حوزه‌های درمان، خدمات اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی با مددجویان رنج‌کشیده و در معرض آسیب مواجه هستند که شرایط کاری همراه با رنج و پریشانی را برای آن‌ها فراهم می‌کند. طبق نتایج بررسی حاضر، میانگین خستگی ذهنی در مددکاران اجتماعی شاغل در حوزهٔ آسیب‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی و درمان به‌طور معنادار متفاوت با حوزه‌های ستادی و رفاهی بود که مطابق و همسو با نتایج مطالعهٔ استادهاشمی و همکاران (۲۰۱۹) و یی و همکاران

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

(۲۰۱۸) بود که خستگی و فرسودگی در حوزهٔ کودکان مبتلا به سرطان را بررسی نمودند. (۳۴) توماس (۲۰۱۳) نیز در جستار خود اظهار کرد مددکاران اجتماعی که از شرایط اجتماعی مددجویان خود رنج می‌برند، خستگی بیشتری را گزارش می‌کنند. (۳۵)

نتیجه‌گیری

مطالعهٔ حاضر نشان داد مددکاران اجتماعی شاغل در معرض خستگی چندبُعدی قرار دارند و خستگی ذهنی و کاهش انگیزه شیوع بیشتری در آن‌ها دارد. کار در حوزهٔ درمان و آسیب‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی برای مددکاران اجتماعی خستگی زیادی به‌همراه داد که با توجه به مطالعات متعدد انجام‌شده در این حوزه و ارائهٔ راهکارهای خودمراقبتی (۳۶)، تأمین نیروی انسانی با توجه به تعرفه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ایجاد برنامه‌های رفاهی می‌توان از میزان خستگی آن‌ها کاست. همچنین به‌وجود آوردن امکان تغییر و چرخش در حوزه‌های مختلف کار برای مددکاران اجتماعی عوارض خستگی ناشی از شغل را کاهش خواهد داد. ایجاد معنا در زندگی حرفه‌ای و مرور دلایل گرایش به حرفهٔ مددکاری اجتماعی از مواردی است که می‌تواند خستگی شغلی را کاهش دهد. پرورش فلسفهٔ شخصی که راهنمای طرز فکر و عمل در حرفهٔ مددکاری اجتماعی است، نیز اثرگذار خواهد بود.

References

1. Acker GM. The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. Health & Social Work. 1999; 24(2): 112-9.
2. Egan M. Resilience at the front lines: Hospital social work with AIDS patients and burnout. Social Work in Health Care. 1993; 18(2): 109-25.
3. Gilbar O. Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. Social Work in Health Care. 1998; 26(3): 39-49.
4. Sze WC, Ivker B. Stress in social workers: The impact of setting and role. Social Casework. 1986; 67(3): 141-8.
5. Um M-Y, Harrison DF. Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. Social Work Research. 1998; 22(2): 100-15.
6. Cournoyer BR. Personal and professional distress among social caseworkers. Social casework. 1988; 69(5): 259-64.
7. Pines A, Kafry D. Occupational tedium in the social services. Social work. 1978; 23(6): 499-507.
8. Söderfeldt M, Söderfeldt B, Warg L-E. Burnout in social work. Social work. 1995; 40(5): 638-46.
9. Jones C, Novak T. Social work today. The British Journal of Social Work. 1993; 23(3): 195-212.
10. Kurland R, Salmon R. When problems seem overwhelming: Emphases in teaching, supervision, and consultation. Social Work. 1992; 37(3): 240-4.
11. Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. American Journal of orthopsychiatry. 2006; 76(1): 103-8.
12. Collings JA, Murray PJ. Predictors of stress amongst social workers: An empirical study. The British Journal of Social Work. 1996; 26(3): 375-87.
13. Gibson F, McGrath A, Reid N. Occupational stress in social work. The British Journal of Social Work. 1989; 19(1): 1-18.
14. Taylor-Brown S, Johnson KH, Hunter K, Rockowitz RJ. Stress identification for social workers in health care: A preventive approach to burn-out. Social work in health care. 1982; 7(2): 91-100.
15. Thompson N, Stradling S, Murphy M, O'neill P. Stress and organizational culture. The British Journal of Social Work. 1996; 26(5): 647-65.
16. Gholami T, Piran Veyseh P, Aliabadi M, Farhadian M. Evaluation of noise pollution and its effects on subjective fatigue of staffs in the governmental banks of Hamadan city. Iran Occupational Health Journal. 2014; 11(5): 65-73. (Persian)
17. Williamson A, Lombardi DA, Folkard S, Stutts J, Courtney TK, Connor JL. The link between fatigue and safety. Accident Analysis & Prevention. 2011; 43(2): 498-515.
18. Watt T, Groenvold M, Bjorner JB, Noerholm V, Rasmussen N-A, Bech P. Fatigue in the Danish general population. Influence of sociodemographic factors and disease. Journal of Epidemiology & Community Health. 2000; 54(11): 827-33.
19. Hossain JL, Reinish LW, Heslegrave RJ, Hall GW, Kayumov L, Chung SA, et al. Subjective and objective evaluation of sleep and performance in daytime versus nighttime sleep in extended-hours shift-workers at an underground mine. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2004; 46(3): 212-26. (Persian)
20. Halvani G, Baghianimoghadam MH, Rezaei MH. Fatigue situation in tile industries workers. Iran Occupational Health. 2007; 4(3): 57-63. (Persian)

Saremi M, Fallah MR. Subjective fatigue and medical errors among nurses in an educational hospital. Iran Occupational Health Journal. 2013; 10(4): 1-8. (Persian)

21. Mousavi Chalk SH. Tasnim News 2019 [Available from: https://www.tasnimnews.com/fa/news/1398/04/07/2042276/.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]

22. Padyab M, Richter J, Nygren L, Ghazinour M. Burnout among social workers in Iran: relations to individual characteristics and client violence. Global journal of health science. 2013; 5(4): 142. (Persian)
23. Najafi Mehri S, Pashandi S, Mahmoodi H, Ebadi A, Ghanei M. Assessment of fatigue and spirometery parameters in chemical war victims with respiratory disease. Iranian Journal of War and Public Health. 2010; 2(4): 29-35. (Persian)
24. Smets E, Garssen B, Bonke Bd, De Haes J. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. Journal of psychosomatic research. 1995; 39(3): 315-25.
25. Hafezi S, Zare H, Mehri SN, Mahmoodi H, editors. The Multidimensional Fatigue Inventory validation and fatigue assessment in Iranian distance education students. 2010 4th International Conference on Distance Learning and Education; 2010: IEEE. (Persian)
26. Fischl J. Make the Right Impression 2013 [Available from: https://www.mic.com/articles/30974/almost-82-percent-of-social-workers-are-female-and-this-is-hurting-men.
27. McPhail BA. Setting the record straight: Social work is not a female-dominated profession. Social Work. 2004; 49(2): 323.
28. Parton N, Kirk S. The nature and purposes of social work. Sage; 2009.
29. Chaudhuri A, Behan PO. Fatigue in neurological disorders. The lancet. 2004; 363(9413): 978-88.
30. Khani JR, Saremi M, Kavousi A, Shirzad H, Rezapour T. Different scales of fatigue in traffic policemen. POLICE MEDICINE 2012; 1(1): 2-10. (Persian)
31. Saremi M, Tassi P. Comparison of fatigue level, sleep quality and quantity in old and young shift workers. Research in Medicine. 2008; 32(2): 135-9. (Persian)
32. Tabatabaei S, Khani Jazani R, Ghaneh S. The Role of Age and Work Experience on Fatigue, Health, and Social Well-being of Employees; a Case Study of Iran Railway Transportation Employees. Occupational Hygiene and Health Promotion Journal. 2017; 1(1): 19-32. (Persian)
33. Ostadhashemi L, Arshi M, Khalvati M, Eghlima M, Khankeh HR. Social Workers' Resilience: Preventing Burnout and Compassion Fatigue in Pediatric Oncology. International Journal of Cancer Management. 2019; 12 (7).
34. Thomas J. Association of personal distress with burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among clinical social workers. Journal of Social Service Research. 2013; 39(3): 365-79.
35. Cuartero ME, Campos-Vidal JF. Self-care behaviours and their relationship with Satisfaction and Compassion Fatigue levels among social workers. Social work in health care. 2019; 58(3): 274-90.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-15]