

فراوانی سندروم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شهر کرمان در سال ۱۳۸۷

مرتضی طائی^{۱*}، حسین صافی زاده^۲، کوروس دیوسالار^۳

خلاصه

مقدمه: استرس زیاد علاوه بر ایجاد مشکلات روانشناختی و جسمی در پزشکان عمومی می تواند به کاهش کیفیت در مراقبت و درمان بیماران نیز منجر گردد. هدف از انجام این بررسی تعیین فراوانی سندروم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شهر کرمان بود.

روش: این پژوهش توصیفی تحلیلی بر روی ۱۵۰ نفر از پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها و مطب‌های شهر کرمان در سال ۱۳۸۷ انجام گرفته است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه مازلاک بوده که بعد از توجیه آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها توزیع شد و بلافاصله پس از تکمیل جمع آوری گردیدند.

یافته‌ها: در مجموع ۹۴/۷٪ آزمودنی‌ها مسخ شخصیت بالا، ۲۳/۷٪ خستگی عاطفی متوسط به بالا و ۷/۳۳٪ عدم موفقیت شخصی متوسط به بالا را گزارش نمودند. نتایج، نشان دهنده خستگی عاطفی و مسخ شخصیت بیشتر در پزشکان عمومی مرد نسبت به زن بود ($P < 0/05$). تأهل و سابقه کار با هیچ کدام از حیطه‌های فرسودگی شغلی ارتباط معنی داری نداشت و خستگی عاطفی و مسخ شخصیت در پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها بیشتر بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: فراوانی سندروم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شهر کرمان به ویژه در حیطه مسخ شخصیت بالا است و مداخله سریع به منظور ارزیابی، مطالعه عوامل و اتخاذ تدابیر پیشگیرانه و درمانی در قبال این پدیده ضروری به نظر می رسد.

واژه‌های کلیدی: سندروم فرسودگی شغلی، پزشکان عمومی، کرمان

۱- پزشک عمومی، پژوهشگر مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- استادیار مرکز تحقیقات علوم اعصاب و گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی افضلی پور،

دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۳- پژوهشگر، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نویسنده مسؤل، آدرس: معاونت دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی، بلوار جمهوری اسلامی، کرمان • آدرس پست الکترونیک: taee40@gmail.com

پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۵

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۸/۱۰/۲۰

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۲/۱۲

مقدمه

پدیده استرس و فشار روانی بخش اجتناب‌ناپذیر زندگی حرفه‌ای را تشکیل می‌دهد و از تجربیات ناشی از شغل منشأ می‌گیرند. استرس به میزان کم می‌تواند به عنوان نیروی انگیزش افراد در جهت افزایش و بهبود فعالیت‌ها قلمداد شود اما به میزان زیاد عواقبی معکوس از خود برجای خواهد گذاشت. استرس ناشی از شغل باعث بروز نارضایتی در فرد شاغل شده و این به نوبه خود موجب تأثیرات منفی بسیاری در سایر زمینه‌های زندگی اعم از اجتماعی، فردی و خانوادگی می‌شود. گرچه شغل، منبع بسیار مهمی برای امرار معاش و احراز موفقیت‌های اجتماعی است، در عین حال می‌تواند به نارضایتی و تحلیل رفتن قوای جسمانی و روانی افراد منجر گردد، زیرا محیط کار از محرک‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی تشکیل شده است که هر کدام از این عوامل می‌تواند باعث بروز فشار روانی شود (۱). هزینه استرس در ایران بنا به پژوهش‌های الوانی و ابطی بسیار بالا بوده است (۲). همچنین هزینه‌های ناشی از استرس در کشور سوئد و ایالات متحده به ترتیب معادل حدود ۱۵٪ و ۱۰٪ تولید ناخالص ملی آن کشورها برآورد گردیده است (۳). فرسودگی شغلی در واقع عبارت مترادفی برای توصیف تأثیرات مخرب سندروم استرس شغلی است (۴). فرسودگی شغلی کاهش قدرت سازگاری فرد با عوامل فشارزا است (۵) و شامل سه مؤلفه فرسودگی عاطفی (وجود احساساتی که فرد در آن توان عاطفی خود را از دست داده و قادر به برقراری ارتباط با مددجویان نیست)، مسخ شخصیت (رفتارهای خشن و عاری از احساس نسبت به همکاران و مددجویان و نگرش منفی نسبت به آنان و درک افراد به صورت اشیای غیرانسانی) و عدم موفقیت شخصی (برداشت منفی از تلاش‌های شغلی و احساس عدم پیشرفت در شغل) می‌باشد (۶). سندروم فرسودگی شغلی خطرناک‌ترین عامل تهدیدکننده سلامت شاغلین حرف پزشکی است (۷). سازمان بهداشت جهانی و انجمن پزشکی

اروپا در فوریه سال ۲۰۰۳ در مورد افزایش سندروم فرسودگی شغلی در بین پزشکان و وخامت این مسأله با صدور بیانیه‌ای به تمامی انجمن‌های پزشکی جهان، خواستار افزایش آگاهی، بررسی و مطالعه عوامل و اقدامات پیشگیرانه در قبال آن شده‌اند (۸،۹). سندروم فرسودگی شغلی در بین پزشکان عمومی یک واقعیت است که به وضوح به شکل اختلال در کیفیت زندگی پزشکانی که از آن رنج می‌برند تظاهر یافته و نتایج بررسی‌های منتشر شده نشانگر پیامدهای زیان‌آور ناشی از آن در مراقبت از بیماران است (۱۰). پزشکان عمومی اغلب اولین کسانی هستند که بیماران با طیف وسیع مشکلات بهداشت روانی توأم با سوابقی از صدمات روحی را ملاقات می‌کنند و قرار گرفتن در معرض اوضاع دشوار عاطفی، آنان را در خطر فرسودگی شغلی و رنج غم‌خواری قرار می‌دهد (۱۱). مواجهه با درجات متفاوتی از استرس در کار روزانه و انباشت محرک‌های استرس‌آور روان‌شناختی و خستگی هیجانی سبب اختلال در تصمیم‌گیری در هنگام نسخه‌نویسی می‌شود و پزشکان عمومی مبتلا به میزان بالای فرسودگی شغلی ممکن است در مواردی به علت فقدان حمایت‌های روان‌شناختی و کم‌دقتی در نسخه‌نویسی متحمل جبران خسارت گردند (۱۲). بررسی شیوع سندروم فرسودگی شغلی در متخصصین بالینی سرطان و پزشکان عمومی در کشور سوئیس نشان داد که متخصصین بالینی سرطان به وضوح در خطر کمتری از نظر ابتلا به فرسودگی شغلی بودند در حالی که بار کاری بیشتر و مهم‌تری هم داشتند و بنابراین احتمال داده شده‌است که اشتغال به تحقیق و فعالیت‌های آموزشی و دسترسی به آموزش مداوم می‌تواند عاملی محافظت‌کننده در این زمینه باشد (۱۳). بررسی فرسودگی شغلی پزشکان عمومی اسپانیا در ناحیه‌ای از شهر مادرید ابتلای ۶۹/۲٪ آنان را به اثبات رساند (۱۴). نتایج تحقیقی مشابه در کانادا نشان داده است که زندگی فردی، اجتماعی و فعالیت حرفه‌ای پزشکان اورژانس آن

بررسی مسخ شخصیت و ۸ گزاره ارزیابی فقدان موفقیت شخصی می‌باشد. سؤالات پرسشنامه، فراوانی احساس فرسودگی شغلی در جنبه‌های سه‌گانه تجربه شده فوق را بر اساس نمره از صفر (هرگز) تا شش (هر روز) می‌سنجد. نمره به‌دست آمده در هر یک از سه جنبه یادشده، براساس نمره مرجع در سه طبقه پایین، متوسط یا بالا قرار می‌گیرد (جدول ۱). نمرات بالای خستگی هیجانی و مسخ شخصیت و نمره پایین عدم موفقیت شخصی نشان دهنده فرسودگی شغلی می‌باشد. بخش دیگر از پرسشنامه، اطلاعات جمعیتی مربوط به آزمودنی‌ها شامل جنسیت، وضعیت تأهل، محل کار، سابقه اشتغال را مشخص می‌نماید. پس از تعیین محل فعالیت آزمودنی‌ها، با مراجعه حضوری و توجیه آنان، پرسشنامه‌ها توزیع و بعد از تکمیل بلافاصله یا طی چند روز بعد جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل با ورود داده‌ها به نرم‌افزار آماری SPSS11.5 و استفاده از آزمون‌های تحلیل پراش و آزمون t (ANOVA t -test) و ضریب همبستگی پیرسون انجام گردید.

نتایج

در این بررسی ۱۵۰ نفر از پزشکان عمومی شاغل در شهر کرمان مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین مدت زمان اشتغال به کار پزشکان $8/51 \pm 5/08$ سال با دامنه ۲ تا ۳۶ سال بود و نیمی از ایشان سابقه فعالیت برابر یا کمتر از ۸ سال داشتند و تنها ۱۱ نفر (۷/۳٪) بیش از ۱۵ سال مشغول طبابت بودند. سایر ویژگی‌های جمعیتی در جدول ۲ نشان داده شده‌است.

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات در حیطه‌های مسخ شخصیت ($4/35 \pm 3/61$)، خستگی عاطفی ($11/81 \pm 14/15$) و عدم موفقیت شخصی ($10/27 \pm 31/58$) بوده و بر اساس نمره مرجع $94/7\%$ افراد مورد بررسی میزان بالای مسخ شخصیت و 12% میزان بالای خستگی عاطفی و $26/7\%$ میزان پایین عدم موفقیت شخصی داشتند (جدول ۳).

کشور به میزان متوسط به بالا تحت تأثیرات منفی سندروم فرسودگی شغلی (۹۳٪ مسخ شخصیت، ۷۹٪ فقدان موفقیت فردی و ۴۶٪ خستگی عاطفی) قرار گرفته‌است (۱۵). در مرکز ویلاسانا در کشور نروژ ۴۹٪ پزشکان عمومی مبتلا به خستگی عاطفی بودند که احتمال داده شده‌است ۷۳٪ آنها نیاز به درمان افسردگی یا اضطراب داشته و ۲۱٪ هم سابقه‌ای از افکار خودکشی و نحوه اقدام به آن را گزارش کردند (۱۶). با توجه به اجتناب‌ناپذیر بودن برخی از عوامل استرس‌زا در حرفه پزشکی و لزوم پیشگیری و کنترل آن و عدم دسترسی به اطلاعاتی منتشر شده از وضعیت سندروم فرسودگی شغلی در پزشکان، هدف این تحقیق بررسی میزان سندروم فرسودگی شغلی پزشکان عمومی شهر کرمان به‌عنوان بخشی از جامعه پزشکی کشور و اعلام نتایج آن به سیاست‌گذاران، محققین و مدیران اجرایی است تا ضمن جلوگیری از هدررفتن استعداد و توانایی پزشکان عمومی، زمینه ارتقای سلامت شاغلین و گیرندگان خدمات پزشکی و رضایت عمومی افزون‌تر از این خدمت‌گزاران کشور فراهم آید.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مقطعی است و آزمودنی‌های آن کلیه پزشکان عمومی با حداقل یک سال سابقه کار و شاغل در مراکز بهداشتی درمانی، مطب‌ها و بیمارستان‌های شهر کرمان در سال ۱۳۸۷ بودند. ابزار اصلی پژوهش، پرسشنامه میزان شده فرسودگی شغلی مازلاک و جاکسون (۱۹۸۵) یا MBI (Maslach Burnout Inventory) بود که روایی و پایایی آن در تعیین سندروم فرسودگی شغلی پزشکان عمومی با بررسی یامان و سولر در ۱۶ کشور اروپایی در سال ۲۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفته (۱۷) و در ایران نیز در مطالعات مختلفی روایی و پایایی آن تأیید شده‌است (۱۸، ۱۹). این پرسشنامه دارای ۲۲ گزاره و شامل ۹ گزاره برای سنجش فرسودگی عاطفی یا هیجانی، ۵ گزاره

جدول ۱. نحوه طبقه‌بندی هر یک از گویه‌های فرسودگی شغلی

نمره	میزان	ابعاد فرسودگی
< ۱۷	کم	خستگی عاطفی
۱۸-۲۹	متوسط	
> ۳۰	شدید	
< ۵	کم	مسخ شخصیت
۶-۱۱	متوسط	
> ۱۲	شدید	
> ۴۰	کم	عدم موفقیت فردی
۳۴-۳۹	متوسط	
< ۳۳	شدید	

منبع: فرسودگی شغلی پرستاران و برخی عوامل مرتبط با آن (۶).

جدول ۲. توزیع ویژگی‌های جمعیتی در پزشکان مورد بررسی

(۱۵۰ نفر)

ویژگی	تعداد	درصد
جنس	مرد	۹۰
	زن	۶۰
وضعیت تأهل	متأهل	۱۳۵
	مجرد	۱۵
محل اشتغال	مطب خصوصی	۲۹
	درمانگاه	۶۶
	بیمارستان	۲۴
	بیش از یک محل	۴۱

با انجام آزمون t مشخص گردید که بین دو جنس از نظر خستگی عاطفی و مسخ شخصیت اختلاف معنی‌داری وجود دارد و آقایان بیشتر از خستگی عاطفی رنج برده و مسخ شخصیت نیز در آنها بیشتر است ($P < 0/05$)، اما از نظر عدم موفقیت فردی تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد. با انجام آزمون t اختلاف معنی‌داری از نظر خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و عدم موفقیت فردی براساس وضعیت تأهل مشاهده نگردید. نتایج آزمون تحلیل پراش (ANOVA) اختلاف معنی‌داری از نظر خستگی عاطفی و مسخ شخصیت با محل فعالیت را نشان داد اما از نظر عدم موفقیت فردی تفاوتی مشاهده نگردید. با انجام آزمون بعد از تحلیل پراش (LSD) مشخص گردید که افراد شاغل در بیمارستان بیشتر از افراد شاغل در مطب یا درمانگاه دچار خستگی عاطفی هستند ($P < 0/05$)، ولی با افرادی که در بیش از یک محل فعالیت می‌کنند تفاوتی نداشتند. همچنین انجام آزمون LSD نشان داد که افراد شاغل در بیمارستان بیشتر از افرادی که در مطب، درمانگاه یا بیش از یک محل شاغلند دچار مسخ شخصیت هستند ($P < 0/05$). بین سابقه کار و خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و عدم موفقیت فردی نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید.

جدول ۳. فراوانی پاسخ‌های ارائه شده در هر یک از سه حیطه فرسودگی شغلی

حیطه فرسودگی شغلی	پایین		متوسط		بالا		جمع کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
خستگی عاطفی	۱۰۵	۷۰	۲۷	۱۸	۱۸	۱۲	۱۵۰
مسخ شخصیت	۸	۵/۳	۰	۰	۱۴۲	۹۴/۷	۱۵۰
عدم موفقیت شخصی	۴۰	۲۶/۷	۲۹	۱۹/۳	۸۱	۵۴	۱۵۰

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان فرسودگی شغلی پزشکان عمومی شهر کرمان در ابعاد مسخ شخصیت و عدم موفقیت فردی در حد بالایی است. این یافته‌ها با نتایج پژوهشی در سال ۲۰۰۸ بر روی پزشکان اورژانس کانادایی هماهنگی دارد (۱۵). در پژوهش دیگری در مورد فرسودگی شغلی ۶۲ سرپرست در سازمان‌های بهداشت عمومی مشخص گردید که این سرپرستان، سطوح بالاتری از مسخ شخصیت و موفقیت فردی کاهش یافته را تجربه کرده‌اند اما سطح عاطفی آنان در حد متوسطی بود، علت اولیه فرسودگی شغلی برای آنها ابهام نقش و سیاست‌های سازمانی ناهماهنگ بوده است (۲۰). نقش عوامل سازمانی تعیین سلامت پزشکان بسیار مهم‌تر از عوامل فردی آنان گزارش شده است (۲۱). بر اساس رویکرد بالینی فرودنبرگر، کارکنان فداکار و متعهد به کار، بیشتر مستعد فرسودگی هستند زیرا آنها در جستجوی کمک به دیگران هستند و برای آنها مهم نیست که شخص در جستجوی کمک، فقیر یا غنی، سیاه یا سفید، جوان یا پیر و شهری یا روستایی است و چون آنها نیاز به کمک دارند وی نیز کمک می‌کند. در حقیقت این کارکنان با فشارهای مضاعف گریبانگیر هستند، نخست برای عملکرد بهتر از درون، استرس یا فشاری را احساس می‌کنند و از سوی دیگر در بیرون خود، از سوی کسانی که به آنها خدمت می‌کنند تحت فشار روانی هستند. اضافه شدن فشارهای روانی با فشارهای سازمانی که دائم به آنها تحمیل می‌گردد نشان‌دهنده استرس‌های زیادی است که به این کارکنان وارد می‌آید (۲۲). پزشکان عمومی به عنوان خط مقدم درمان، در مواجهه با طیف وسیعی از بیماری‌ها و مخاطرات تهدیدکننده زندگی بیماران بدون هر انتخاب و گزینشی پذیرای بیماران بوده و به درمان آنها می‌پردازند اما از حمایت‌های اجتماعی کافی برخوردار نیستند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده پرستارانی که بین میزان تلاش و

پاداش آنان هماهنگی وجود داشته است، میزان مسخ شخصیت کمتری داشته‌اند (۲۳). در بررسی گروهی از پزشکان تایوانی، مشوق‌های اقتصادی بهترین راهکار افزایش رضایت شغلی و رضایت از زندگی آنها اعلام شده است (۲۴). رضایت شغلی بالا، پتانسیل محافظت کننده‌ای در مقابل فرسودگی شغلی دارد و پزشکان با احساس فرسودگی شغلی نسبت به پزشکان فاقد آن از رضایت شغلی پایین‌تری برخوردارند (۲۱). آنها کارشان را بدون پاداش یافته و معتقدند که غیرمنصفانه به درمان می‌پردازند و با تضاد در ارزش‌ها مواجهند (۲۵). گوتمن (Gautman) در بررسی خود نشان داد که علائم و شکایات فرسودگی شغلی در پزشکان زن نسبت به همکاران مرد آنها ۶۰٪ بیشتر و به ازای هر ۵ ساعت کار اضافه بر ۴۰ ساعت فعالیت هفتگی، ۱۲ تا ۱۵ درصد بیشتر از پزشکان مرد بوده است (۲۶). در یک بررسی در مورد وضعیت شغلی دانش‌آموختگان رشته پزشکی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶ دانشگاه علوم پزشکی کرمان مشخص شده که حدود ۲۰ درصد از پزشکان مذکور با گذشت زمان (سه سال از اتمام تحصیل) در فعالیت‌های مرتبط با تحصیل خود وارد نشده یا از کشور خارج گردیده‌اند و عدم موفقیت فردی در پزشکان مرد بسیار مهم و نتیجه درآمد پایین آنها عنوان شده است (۲۷). هم‌چنین در این زمینه عوامل ایجاد فرسودگی شغلی را باید مدنظر داشت، در مطالعه حاضر نیز مشخص گردید که مسخ شخصیت و خستگی عاطفی در پزشکان مرد بیش از پزشکان زن می‌باشد که به نوعی با عدم موفقیت پزشکان مرد در مطالعه ذکر شده هم‌خوانی دارد. هم‌چنین نتایج به‌دست آمده حاکی از آن هستند که خستگی عاطفی و مسخ شخصیت در پزشکان شاغل در اورژانس بیمارستان‌ها بیشتر از سایر پزشکان می‌باشد که می‌تواند متأثر از شرایط محیط کار و فزونی استرس در اورژانس‌ها باشد. شرایط نامناسب کاری، احساس ناکارآمدی سازمانی، احساس عدم پیشرفت فردی، فرصت‌های کم برای ارتقا و وجود قوانین

شغلی پزشکان جامعه تحقیق مؤثر باشد. در بررسی‌های مختلف گزارش شده که سندروم فرسودگی شغلی مسری است و از یک پرستار یا پزشک به سایر همکاران آنان سرایت می‌کند (۳۲، ۳۳). بر این اساس ممکن است عدم آگاهی کافی و پیشگیری و در نتیجه سرایت احتمالی سندروم فرسودگی شغلی در بین پزشکان جامعه تحقیق از دیگر عوامل بالابودن آن محسوب گردد و فارغ‌التحصیلان این رشته هم در آینده به تعداد مبتلایان این سندروم اضافه شده و افزایش تعداد تنها سبب اتلاف هزینه‌های گزاف انسانی و اقتصادی گردد.

این مطالعه، نشان می‌دهد که سندروم فرسودگی شغلی در بین پزشکان عمومی شهر کرمان به‌ویژه در حیطه مسخ شخصیت بالاست و سلامت بزرگ‌ترین بخش از جامعه پزشکی کشور (پزشکان عمومی) و استفاده‌کنندگان از خدمات آنها (بیماران) به‌طور جدی در معرض تهدید و آسیب ناشی از سندروم فرسودگی شغلی است. با توجه به یافته‌های پژوهش، آگاهی بیشتر و مطالعه عوامل ایجاد فرسودگی شغلی و اتخاذ تدابیری در زمینه پیشگیری، کنترل، درمان، آموزش روش‌ها و مهارت‌های صحیح مقابله با استرس و رفع عوامل زمینه‌ساز این پدیده از ضروریات کنونی سیاست‌گذاری در امر بهداشت و درمان کشور می‌باشد.

سپاسگزاری

در پایان از مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان به‌دلیل حمایت از طرح و مساعدت بی‌دریغ و صمیمانه پرسنل آن مرکز در تسهیل انجام مراحل طرح تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

و مقررات خشک و دست و پا گیر در نظام سازمان از عوامل مؤثر در ایجاد و گسترش فرسودگی شغلی محسوب می‌گردند (۲۸). موقعیت اقلیمی کرمان و دوری از مراکز خوش آب و هوای کشور، نیاز به تفریح و مسافرت در مشاغل پراسترس را مضاعف می‌کند و کمبود مراکز اقامتی و رفاهی متناسب با شأن و وضعیت معیشتی برای پزشکان مورد بررسی را نیز می‌توان یکی از عوامل فرسودگی شغلی آنان محسوب نمود. در مطالعه‌ای در ترکیه مهم‌ترین عامل پیش‌بینی در تمام ابعاد فرسودگی شغلی و رضایت شغلی پزشکان به دفعات استفاده از تعطیلات و مالکیت عمومی تسهیلات رفاهی کارکنان در سطح گروه بستگی داشته و میزان رضایت شغلی با تمام ابعاد فرسودگی شغلی رابطه معکوسی و با موفقیت فردی ارتباط مستقیمی داشته است (۲۹). در پزشکان عمومی دانمارک بین عدم مشارکت در آموزش مداوم پزشکی و ابتلای دو برابر به فرسودگی شغلی از لحاظ آماری رابطه معنی‌داری به‌دست آمد (۳۰). در پژوهش دیگری بین دسترسی به فرصت‌هایی برای به روزرسانی توانمندی‌های حرفه‌ای از طریق آموزش مداوم پزشکی و فرسودگی شغلی ارتباطی منفی گزارش شده است (۳۱). در پژوهش حاضر تنها ۱۹/۳٪ پزشکان دارای مطب بودند و برای تمدید مجوز مطب ملزم به شرکت در آموزش‌های مداوم پزشکی بودند. به‌علاوه وضعیت شرکت در آموزش‌های مداوم پزشکان شاغل در بیمارستان که در این بررسی خستگی عاطفی و مسخ شخصیت بالاتری نسبت به سایر همکاران خود داشتند نامشخص و نیازمند بررسی بیشتر است. بنابراین احتمال می‌رود عدم شرکت یا فراهم نبودن تمهیدات لازم جهت حضور در این دوره‌ها هم در فراوانی سندرم فرسودگی

Frequency of Burnout among General Practitioners of Kerman City, 2008

Taee M., M.D.^{1*}, Safizadeh H., M.D., M.P.H.², Divsalar K., M.A.³

1. General Practitioner, Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
2. Assistant Professor of Social Medicine, Neuroscience Research Center and Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3. Researcher, Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

* Corresponding author, e-mail: taee40@gmail.com

(Received: 2 May 2009 Accepted: 24 Feb. 2010)

Abstract

Background & Aims: Excessive stress in addition to causing physical and psychological problems in General Practitioners (GPs), can lead to decreased quality of patient care. This research aimed to find the frequency of burnout in general practitioners of Kerman city.

Methods: This descriptive analytic study was carried out on 150 GPs in Kerman city in 2009. Data gathering was done by Maslach questionnaire. Data analysis was done by using t test, ANOVA, and Chi-square or Fisher test.

Results: In whole, 94.7% of the participants had high level of depersonalization (DP), 27.3% showed medium to high range of emotional exhaustion (EE) and 73.7% reported medium to high range of personal accomplishment (PA). There were higher levels of EE and DP among male GPs ($P < 0.05$). Marital status and work experience had no significant relationships with the level of burnout. DP and EE were seen more in those working in the hospital ($P < 0.05$).

Conclusion: There's a high frequency of burnout syndrome in Kerman general practitioners, particularly on DP subscale. Quick interventions in health policy in order to find the related factors, control and prevent this issue are highly required.

Keywords: Burnout, General practitioners, Kerman

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2010; 17(3): 268-276

References

1. Levi L. Occupational stress: Spice of life or kiss of death? *American Psychologist* 1990; 45 (10): 1142-5.
2. Alvani S.M. Fesharhaye asabi dar saze man va rahhaye moghabeleh ba an. *Majaleye Modiriyate Dowlati* 2009; 3: [Persian].
3. Rahmqvist M, Carstensen J. Trend of psychological distress in a Swedish population from 1985 to 1995. *Scand J Public Health* 1998; 26(3): 214-22.
4. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experience burnout. *J Occupational Behavior* 1981; 2: 99-113.
5. Breakwell G. M. Are you stressed out? *AJN* 1990; 31-3.
6. Khozaei T, Sharifzadeh Gh.R. Professional burnout and predisposing factors. *J Birjand Univ Med Sci* 2006; 1(13): 56-61 [Persian].
7. Pavlat J. The stressed physician. What conditions of the profession are stressful for the physician? what disorders do physicians experience and what are the effect on patients? *Cas Lek Cesk* 2002; 141(11): 343-5 .
8. Kushnir T, Levhar C, Cohen A.H. Are burnout levels increasing? The experience of

- Israeli primary care physicians. *ISR MED ASSOC J* 2004; 6(8): 451-5.
9. Kamrowska A. Job burn-out. *Pol Merkur lekarski* 2007; 23(136): 317-9.
 10. Truchot D, Bois C, Laporte S. Burnout among French general practitioners. *Press Med* 2004; 33(22): 1569-74.
 11. Benson J, Magraith K, Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Aust Fam physician* 2005; 34 (6): 497-8.
 12. Cebira J, Soberques J, Rodriguez C, Segura J. Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians. *Gac Sanit* 2003; 17(6): 483-9.
 13. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino A.P. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Cancer* 2009; 17(1): 75-81.
 14. Molina S.A, García P.M.A, Alonso G.M. Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31(9): 564-71.
 15. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med* 1994; 12(4): 559-65.
 16. Rø K.E.I, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counseling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health* 2007; 7(147): 36.
 17. Yaman H, Soler JK. The Job related burnout questionnaire. A Multinational pilot study. *Aust fam physician* 2002; 31(11): 1055-6.
 18. Payami Boosari M. Burnout syndrome in nurses working at educational hospitals. *Iran J Nurs* 2003; 34: 32-3 [Persian].
 19. Esfandiari Gh.R. Survey of the rate of occupational burnout between nursing staff of Sanandaj hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences. *J Kurdistan Univ Med Sci* 2001; 21: 31-5 [Persian].
 20. Erera Irite-P. Supervisors can burn out too. *Clinical-supervisor* 1991; 2(9): 131-48.
 21. Visser MRM, Smets EMA, Oort F.J, deHaes C.J.M. Stress satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003; 168(3): 271-5.
 22. Freudenberger HJ. The Staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory Research and Practice* 1975; 12(1): 73-85.
 23. Laschinger H.K.S., Sullivan Havens D. The impact of Workplace empowerment of staff nurses occupational mental health and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration* 1997; 27(6): 42-50.
 24. Lee MC, Chou MC. Job and life satisfaction among remote physicians in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 1991; 90(7): 681-7.
 25. Spickard A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA* 2002; 288: 1447-50.
 26. Gautam M. Topics in Review: Women in medicine: stresses and solutions. *West J Med* 2001; 174(1): 37-41.
 27. Dehghani M.R., Kamyabi A, Haghdoost A.A. Career status of Medical graduates between 2001 and 2007 from Kerman University of Medical Sciences. *J Medical Education Development Center* 2007; 2(4): 67-76 [Persian].
 28. Alavi S.A. Ravanshenasiye modiriyat va sazeaman. Tehran, Markaze Amoozeshe Modiriyate dolati, 1992 [Persian].

29. Ozyurt A, Hayran O, Sur-QJm H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J M* 2006; 99(3): 161-9.
30. Brondt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract* 2008; 58(546): 15-19.
31. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physician's, job stress, burnout and dissatisfaction. *Med Edu* 2001; 34(6): 430-36.
32. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli W.B. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2005; 51(3): 276-87.
33. Bakker AB, Schaufeli W.B., Sixma H.J, Basveld W. Burnout contagion among general practitioners. *J Soc Clin Psychol* 2001; 20(1): 82-98.