

بررسی عوامل مؤثر بر شدت فرسودگی شغلی بهورزان در استان‌های شمال شرق ایران

محمد امیری: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. m_amiri_71@yahoo.com

رضا چمن: دانشیار اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

محسن اعرابی: استادیار پزشکی هسته‌ای، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

احمد احمدی نسب: کارشناس ارشد مدیریت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

علی حجازی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

* احمد خسروی: دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران (*نویسنده مسئول).
khosravi2000us@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۲۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: فرسودگی شغلی اصطلاحی است برای توصیف تغییرات منفی در نگرش، خلق و رفتار افرادی که در مواجهه با فشارهای مرتبط با کار قرار می‌گیرند. مطالعه حاضر با هدف سنجش شدت فرسودگی شغلی بهورزان و تعیین برخی از عوامل مرتبط با آن در استان‌های شمال شرق ایران انجام شد. **روش کار:** در این مطالعه مقطعی تعداد ۵۴۸ نفر از بهورزان شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی شاهرود، سبزوار، نیشابور، بجنورد و سمنان به روش تصادفی ساده انتخاب و پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلاج به صورت خودایفا را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از رگرسیون لجستیک رتبه‌ای و آزمون کای-دو تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: اکثر بهورزان تحت مطالعه (۷۱٪) زن و متأهل (۹۰٪) بودند. ۱۴/۶٪ بهورزان از درآمد و ۷/۴٪ از امکانات ضروری خود رضایت کامل داشتند. علی‌رغم رضایت نسبی از درآمد و امکانات ضروری بیش از ۷۵٪ بهورزان به شغل خود علاقه شدید داشتند. میانگین امتیاز شدت خستگی عاطفی در افراد مورد مطالعه ۱۶/۹±۱۵/۶۰، شدت عدم موفقیت فردی ۳۵/۵±۱۳/۵۴، شدت مسخ شخصیت ۴/۸±۵/۰۷ و میانگین امتیاز شدت تعارض ۶/۱±۴/۶۶، شدت فرسودگی شغلی ۶۳/۱±۲۵/۱۴ بود. بین شدت فرسودگی شغلی با رضایت از درآمد، امکانات ضروری، علاقه به شغل، جنس و محل سکونت رابطه معناداری مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: گرچه شدت فرسودگی شدید در بهورزان پایین است ولی شدت فرسودگی در حیطه عدم موفقیت فردی و خستگی عاطفی در بهورزان باسابقه کار بالای ۱۰ سال بالاست. فراهم نمودن امکان انتقال بهورزان باسابقه به خانه‌های بهداشت نزدیک به مرکز شهرستان و امکان ادامه تحصیل و ارتقای علمی و شغلی آنان می‌تواند به بهبود وضعیت کمک شایانی نماید.

کلیدواژه‌ها: فرسودگی شغلی، بهورزان، خستگی عاطفی، مسخ شخصیت

مقدمه

می‌شود و پیشگویی‌کننده مشکلات سلامتی و پایین بودن سطح رضایت شغلی در آن‌ها است (۴-۷). فرسودگی شغلی از سه مؤلفه تحلیل عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش احساس موفقیت فردی تشکیل شده است (۸). تحلیل عاطفی، احساس خستگی و تحلیل منابع هیجانی فرد را در اثر کار با افراد نشان می‌دهد؛ این بعد نشان‌دهنده تأثیر بنیادی مؤلفه استرس فردی در فرسودگی شغلی است (۹، ۱۰). مسخ شخصیت، به واکنش‌های منفی، عیب‌جویانه یا بسیار غیر شخصی به سایر افراد در محیط کار اشاره دارد و نشان‌دهنده بعد بین فردی بودن شغلی است. موفقیت فردی

فرسودگی شغلی یک سندرم جسمانی- روانی است که منجر به خستگی و رفتار و نگرش منفی نسبت به خود، شغل، مراجعین و عدم رضایت شغلی می‌گردد (۱). این سندرم در مشاغلی که قسمت عمده زمان صرف شده در آن صرف حمایت از سایر افراد می‌شود شایع است (۲). این سندرم به‌عنوان یکی از پیامدهای اجتناب‌ناپذیر استرس شغلی معرفی می‌شود (۳) و با عوارضی چون کاهش روحیه، کاهش احساس کفایت و التزام به کار و میزان بهره‌وری و افزایش غیبت و تأخیر کارکنان، تضاد و تغییر شغل مشاهده

را در بروز آن مؤثر می‌داند (۲۴) و در مطالعه‌ای دیگر در شیراز پرستاران مرد و شاغلین نوبت کاری شب را برای ابتلا به فرسودگی شغلی مستعدتر گزارش نموده است (۲). نتایج مطالعه‌ای در دندان‌پزشکان بیرجند حاکی از مسخ شخصیت شدید در ۸۱/۶٪ و احساس عدم موفقیت فردی شدید در ۱۰۰٪ دندان‌پزشکان بود (۴). همچنین حاکی از وجود رابطه معنادار بین سن و سابقه کار با فرسودگی شغلی می‌باشد. در مطالعات دیگری در همدان و مشهد میانگین خستگی عاطفی و مسخ شخصیت در پرسنل در حد متوسط گزارش و متغیرهایی مانند سن، سنوات کاری، تحصیلات، نوع رابطه استخدامی، شغل و محل کار را در بروز آن مؤثر گزارش نموده‌اند (۳، ۲۵).

نظارت بر فرسودگی بهروزان به‌عنوان ابزاری مؤثر در شناسایی شرایط بحرانی در محل کار و بهبود مراقبت‌ها است (۱۷، ۲۶). با عنایت به اهمیت موضوع مطالعه حاضر با هدف بررسی شدت فرسودگی شغلی بهروزان و عوامل مؤثر بر آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی شمال شرق ایران انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع پژوهش‌های کاربردی است که به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. در این پژوهش ۵۰٪ بهروزان شاغل در تمامی خانه‌های بهداشت تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی شاهرود، سبزوار، نیشابور، بجنورد و سمنان به روش تصادفی ساده انتخاب و به‌صورت حضوری در مراکز بهروزی هر دانشگاه دعوت و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلاچ بود (۹، ۱۰)؛ که شامل ۲۰ سؤال دموگرافیک و ۲۵ سؤال مرتبط با فرسودگی در چهار حیطة طراحی شده است. بطوریکه سؤالات ۹-۱ شدت خستگی عاطفی، ۱۷-۱۰ شدت عملکرد شخصی، ۲۱-۱۸ شدت مسخ شخصیت و ۲۵-۲۲ شدت درگیری (تعارض) را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ سؤالات بر اساس طیف ناچیز، خیلی کم، کم، قابل‌ملاحظه، ملایم، نسبتاً زیاد، زیاد و خیلی زیاد طبقه‌بندی شده است. امتیاز ۰ برای "ناچیز"، ۱

کاهش یافته، نشان‌دهنده احساس کاهش در شایستگی و بهره‌وری فردی و پایین بودن باورهای کارآمدی فرد است. این مؤلفه بیانگر بعد خودارزیابی فرسودگی شغلی است (۱۱). این سندرم با ایجاد تصور منفی از خود، نگرش منفی نسبت به شغل و فقدان احساس ارتباط با مراجعین هنگام ارائه مراقبت، به افت شدید کمی و کیفی خدمات بهداشتی و درمانی می‌انجامد (۱۲-۱۴).

عوامل مختلفی مانند نوع شغل، تعارض و سردرگمی در نقش، فشار کاری بیش از حد، نوع مدیریت، فقدان حمایت اجتماعی، تغییرات سازمانی و رقابت شدید (۱۵)، ساعت کاری، شرایط نامناسب کاری، احساس ناکارآمدی سازمانی، احساس عدم موفقیت، فرصت‌های کم برای ارتقاء و وجود قوانین و مقررات خشک و دست و پاگیر در سازمان در ایجاد و گسترش فرسودگی شغلی مؤثرند (۱۶).

کارکنان برخی از مشاغل از جمله مشاغل بهداشتی درمانی من جمله بهروزان به دلیل کار در محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات بهداشتی درمانی و ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اقامت دائم در روستا و کمبود امکانات ارتقای علمی و شغلی و کار پراسترس به سبب حساس بودن نوع وظایف و مسئولیت‌های آن در معرض فرسودگی شغلی هستند (۱۷).

این سندرم هزینه‌های زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند. نتیجه مطالعاتی در انگلستان حاکی از دست رفتن ۴۰ میلیون روز کاری در سال (۱۸) و هزینه فرسودگی در آمریکا را ۵۰ تا ۷۵ میلیون دلار تخمین زده‌اند (۱۹، ۲۰). نتایج بررسی‌ها در پرستاران نشان داد که ۲۷٪ پرستاران در انگلستان، ۲۲٪ در ایالات‌متحده آمریکا و ۲۰٪ در آلمان از فرسودگی شغلی رنج می‌بردند (۲۱)، ۲۲٪. نتایج مطالعه‌ای در یکی از بیمارستان‌های تهران میزان فرسودگی شغلی را در پرسنل درمانی نسبت به پرسنل اداری در سطح بالاتری گزارش نموده و جنسیت و ساعات کار کارمندان در هفته را بر فرسودگی شغلی مؤثر دانست (۲۳) پژوهش دیگری در سندج میزان فرسودگی شغلی را در بیش از ۹۶٪ پرستاران گزارش نموده و شب‌کاری

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد n = ۵۴۸ (درصد)
دانشگاه	شاهرود ۳۳(۶) سمنان ۱۰۶(۱۹/۳) بجنورد ۲۳۹(۴۳/۶) سبزوار ۶۶(۱۲) نیشابور ۱۰۴(۱۹)
جنس	مرد ۱۵۹(۲۹) زن ۳۸۹(۷۱)
تحصیلات	ابتدایی ۴۴(۸) سیکل ۱۰۹(۱۹/۹) دیپلم ۲۹۷(۵۴/۲) فوق دیپلم ۸۶(۱۵/۷) لیسانس و بالاتر ۱۲(۲/۲)
وضعیت تأهل	مجرد ۳۴(۶/۲) متاهل ۵۰۳(۹۱/۸) مطلقه ۶(۱/۱) همسرمرده ۵(۰/۹) دارد ۲۹(۵/۳) ندارد ۵۱۹(۹۴/۷)
شغل دوم	فارس ۳۱۵(۵۸/۲) ترکمن ۷(۱/۳) ترک ۹۴(۱۷/۴) کرد ۱۱۵(۲۱/۳) سایر ۱۰(۱/۸) راضی ۷۶(۱۳/۹) نسبتاً راضی ۳۶۳(۶۶/۲) ناراضی ۱۰۹(۱۹/۹)
قومیت	رضایتمندی از امکانات ۱۲۴(۲۲/۶) ضروری نسبتاً راضی ۳۷۶(۶۸/۶) ناراضی ۴۸(۸/۸) علاقه‌مندی به شغل خیلی کم ۱۹(۳/۵) کم ۹۱(۱۶/۶) زیاد ۳۲۰(۵۸/۴) خیلی زیاد ۱۱۸(۲۱/۵)

(جدول ۱)

میانگین امتیاز خستگی عاطفی $15/60 \pm 16/9$ ، مسخ شخصیت $5/06 \pm 4/7$ ، کاهش عملکرد فردی $13/54 \pm 35/5$ ، تعارض $6/1 \pm 4/64$ و شدت فرسودگی شغلی کلی $25/14 \pm 63/1$ بود.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو بعد از سه بعد فرسودگی شغلی شامل خستگی عاطفی و عدم موفقیت شخصی با دانشگاه مورد مطالعه رابطه معناداری وجود ندارد، همچنین بین نوع دانشگاه با سطوح شدت فرسودگی شغلی (فرسودگی خفیف، متوسط و شدید) رابطه معناداری مشاهده نشد ($p \geq 0/05$). شدت عدم مسخ شخصیت در بهورزان

برای "خیلی کم"، ۲ برای "کم"، ۳ برای "قابل ملاحظه"، ۴ برای "ملايم"، ۵ برای "نسبتاً زیاد"، ۶ برای "زیاد"، ۷ برای "خیلی زیاد" در نظر گرفته می‌شود. روایی پرسشنامه و پایایی آن در مطالعه صاحب زاده و همکاران با مقدار آلفای کرونباخ $0/86$ (۲۷)، در مطالعه پرداختچی و همکاران با مقدار آلفای کرونباخ $0/82$ (۲۸) و در مطالعه طلایی و همکاران در آزمون بازمون با ضریب پایایی $0/78$ (۲۵) محاسبه و در این پژوهش $0/851$ تأیید گردیده است. پرسشنامه‌ها از طریق پرسشگران آموزش دیده در اختیار بهورزان قرار گرفته و به صورت خودایفا تکمیل و عودت داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ وارد گردیده و با آزمون‌های آماری کای-دو و رگرسیون لجستیک رتبه‌ای تناسبی تحلیل گردید. در این مدل چند متغیره فرسودگی شغلی به‌عنوان یک متغیر سه سطحی رتبه‌ای در نظر گرفته شده است. آنالیز رگرسیون چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار Stata-12 انجام شده است. برای مقایسه بین مدل نهایی با سایر مدل‌های ارائه شده آزمون نسبت بزرگنمایی (Likelihood Ratio) استفاده شده است. برآورد خطای معیار با استفاده از روش بوت استرپ انجام شده است. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها $0/05$ می‌باشد.

یافته‌ها

میانگین سنی بهورزان $35/8 \pm 7/52$ سال و میانگین سابقه کار آنان $13/8 \pm 8/25$ سال و مدت اقامت آنان در روستا $23/7 \pm 14/70$ سال بود. بهورزان زن اکثریت نیروی کار شاغل در خانه بهداشت و افراد مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند. بیشتر بهورزان دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. بیش از ۹۰ درصد بهورزان متأهل و بیش از ۶۰ درصد آنان در روستا زندگی می‌کردند. $14/6$ درصد بهورزان از درآمد $7/4$ درصد از امکانات ضروری خود رضایت کامل داشتند. علی‌رغم رضایت نسبی از درآمد و امکانات ضروری بیش از ۷۵ درصد بهورزان به شغل خود علاقه شدید داشتند. از ۶۰۰ پرسشنامه توزیع شده همگی تکمیل ولی به دلیل کامل نبودن، ۵۲ پرسشنامه حذف گردید

جدول ۲- شدت فرسودگی شغلی بهروزان در ابعاد مختلف بر حسب برخی متغیرها

کاهش عملکرد فردی			مسخ شخصیت			خستگی عاطفی			ابعاد	متغیر
شدید تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	خفیف تعداد(درصد)	شدید تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	خفیف تعداد(درصد)	شدید تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	خفیف تعداد(درصد)		
۱۳(۳۹/۴)	۸(۲۴/۲)	۱۲(۳۶/۴)	۱(۳)	۸(۲۴/۲)	۲۴(۷۲/۷)	۲(۶/۱)	۲(۶/۱)	۲۹(۸۷/۸)	سمنان	دانشگاه
۴۳(۴۰/۶)	۲۰(۱۸/۹)	۴۳(۴۰/۶)	۷(۶/۶)	۹(۸/۵)	۹۰(۸۴/۹)	۱۰(۹/۴)	۸(۷/۵)	۸۸(۸۳)	شاهرود	سن (۵ سال)
۶۹(۲۸/۹)	۵۳(۲۲/۲)	۱۱۷(۴۹)	۱۷(۷/۱)	۶۲(۲۵/۹)	۱۶۰(۶۶/۹)	۳۲(۱۳/۴)	۳۵(۱۴/۶)	۱۷۲(۷۲)	بجنورد	رضایت از درآمد
۲۱(۳۱/۸)	۱۷(۲۵/۸)	۲۸(۴۲/۴)	۰(۰)	۱۸(۲۷/۳)	۴۸(۷۲/۷)	۶(۹/۱)	۶(۹/۱)	۵۴(۸۱/۸)	سبزوار	امکانات ضروری
۳۳(۳۰/۸)	۲۶(۲۵)	۴۶(۴۴/۲)	۵(۴/۸)	۳۶(۳۴/۶)	۶۳(۶۰/۶)	۱۷(۱۶/۳)	۱۵(۱۴/۴)	۷۲(۶۹/۲)	نیشابور	علاقه به منزل
۱۷۸(۳۲/۵)	۱۲۴(۲۲/۶)	۲۴۶(۴۴/۹)	۳۰(۵/۵)	۱۳۳(۲۴/۳)	۳۸۵(۷۰/۳)	۶۷(۱۲/۲)	۶۶(۱۲)	۴۱۵(۷۵/۷)	جمع	سن سابقه کار (سال)
	۰/۵۴۷			۰/۰۰۱			۰/۱۶۳		سطح معناداری	جنس
۴۳(۳۰/۱)	۳۶(۲۵/۲)	۶۴(۴۴/۸)	۵(۳/۵)	۳۱(۲۱/۷)	۱۰۷(۷۴/۸)	۴(۲/۸)	۱۰(۷)	۱۲۹(۹۰/۲)	کمتر از ۳۰	دوم
۱۲۹(۳۳/۵)	۸۵(۲۲/۱)	۱۷۱(۴۴/۴)	۲۳(۶)	۹۹(۲۵/۷)	۲۶۳(۶۸/۳)	۶۱(۱۵/۸)	۵۵(۱۴/۳)	۲۶۹(۶۹/۹)	۳۰-۵۰	منزل دوم
۶(۳۰)	۳(۱۵)	۱۱(۵۵)	۲(۱۰)	۳(۱۵)	۱۵(۷۵)	۲(۱۰)	۱(۵)	۱۷(۸۵)	بالاتر از ۵۰	
	۰/۷۶۰			۰/۳۹۶			۰/۰۰۱		سطح معناداری	
۲۶(۳۴/۲)	۱۶(۲۱/۱)	۳۴(۴۴/۷)	۳(۳/۹)	۱۳(۱۷/۱)	۶۰(۷۸/۹)	۵(۶/۶)	۴(۵/۳)	۶۷(۸۸/۲)	کامل‌رأزی	
۱۱۵(۳۱/۷)	۸۵(۲۳/۴)	۱۶۳(۴۴/۹)	۱۸(۵)	۹۱(۲۵/۱)	۲۵۴(۷۰)	۳۵(۹/۶)	۴۷(۱۲/۹)	۲۸۱(۷۷/۴)	نسبتاً راضی	
۳۷(۳۳/۹)	۲۳(۲۱/۱)	۴۹(۴۵)	۹(۸/۳)	۲۹(۲۶/۶)	۷۱(۶۵/۱)	۲۷(۲۴/۸)	۱۵(۱۳/۸)	۶۷(۶۱/۵)	ناراضی	
	۰/۹۷۳			۰/۲۶۶			۰/۰۰۱		سطح معناداری	
۴۴(۳۵/۵)	۲۸(۲۲/۶)	۵۲(۴۱/۹)	۹(۷/۳)	۴۰(۳۲/۳)	۷۵(۶۰/۵)	۲۲(۱۷/۷)	۱۳(۱۰/۵)	۸۹(۷۱/۸)	ضعیف	
۱۱۶(۳۰/۹)	۸۴(۲۲/۳)	۱۷۶(۴۶/۸)	۱۹(۵/۱)	۸۶(۲۲/۹)	۲۷۱(۷۲/۱)	۴۳(۱۱/۴)	۴۹(۱۳)	۲۸۴(۷۵/۵)	متوسط	
۱۸(۳۷/۵)	۱۲(۲۵)	۱۸(۳۷/۵)	۲(۴/۲)	۷(۱۴/۶)	۳۹(۸۱/۲)	۲(۴/۲)	۴(۸/۳)	۴۲(۸۷/۵)	خوب	
	۰/۶۸۲			۰/۰۵۹			۰/۰۸۹		سطح معناداری	
۳(۱۵/۸)	۴(۲۱/۱)	۱۲(۶۳/۲)	۲(۱۰/۵)	۹(۴۷/۴)	۸(۴۲/۱)	۹(۴۷/۴)	۵(۲۶/۳)	۵(۲۶/۳)	خیلی کم	
۱۶(۱۷/۹)	۲۳(۲۵/۳)	۵۲(۵۷/۱)	۱۰(۱۱)	۳۰(۳۳)	۵۱(۵۶)	۲۷(۳۹/۷)	۱۸(۱۹/۸)	۴۶(۵۰/۵)	کم	
۹۶(۳۰)	۷۴(۲۳/۱)	۱۵۰(۴۶/۹)	۱۴(۴/۴)	۷۳(۲۲/۸)	۲۳۳(۷۲/۸)	۲۸(۸/۸)	۳۲(۱۰)	۲۶۰(۸۱/۲)	زیاد	
۶۳(۵۳/۴)	۲۳(۱۹/۵)	۳۲(۲۷/۱)	۴(۳/۴)	۲۱(۱۷/۸)	۹۳(۷۸/۸)	۳(۲/۵)	۱۱(۹/۳)	۱۰۴(۸۸/۱)	خیلی زیاد	
	۰/۰۰۱			۰/۰۰۱			۰/۰۰۱		سطح معناداری	
۷۴(۳۷/۲)	۴۷(۲۳/۶)	۷۸(۳۹/۲)	۸(۴)	۴۰(۲۰/۱)	۱۵۱(۷۵/۹)	۹(۴/۵)	۱۷(۸/۵)	۱۷۳(۸۶/۹)	کمتر از ۱۰	
۷۱(۳۱/۷)	۵۳(۲۳/۷)	۱۰۰(۴۴/۶)	۱۳(۵/۸)	۶۷(۲۹/۹)	۱۴۴(۶۴/۳)	۳۵(۱۵/۶)	۳۰(۱۳/۴)	۱۵۹(۷۱)	۱۰-۲۰	
۳۳(۲۶/۴)	۲۴(۱۹/۲)	۶۸(۵۴/۴)	۹(۷/۲)	۲۶(۲۰/۸)	۹۰(۷۲)	۲۳(۱۸/۴)	۱۹(۱۵/۲)	۸۳(۶۶/۴)	بالاتر از ۲۰	
	۰/۱۰۶			۰/۰۷۳			۰/۰۰۱		سطح معناداری	
۶۷(۴۲/۱)	۳۱(۱۹/۵)	۶۱(۳۸/۴)	۱۰(۶/۳)	۳۰(۱۸/۹)	۱۱۹(۷۴/۸)	۱۰(۶/۳)	۱۳(۸/۲)	۱۳۶(۸۵/۵)	مرد	
۱۱۱(۳۸/۵)	۹۳(۲۳/۹)	۱۸۵(۴۷/۶)	۲۰(۵/۱)	۱۰۳(۲۶/۵)	۲۶۶(۶۸/۴)	۵۷(۱۴/۷)	۵۳(۱۳/۶)	۲۷۹(۷۱/۷)	زن	
	۰/۰۰۹			۰/۱۶۲			۰/۰۰۲		سطح معناداری	
۱۰(۳۴/۵)	۶(۲۰/۷)	۱۳(۴۴/۸)	۲(۶/۹)	۴(۱۳/۸)	۲۳(۷۹/۳)	۳(۱۰/۳)	۳(۱۰/۳)	۲۳(۷۹/۳)	دارد	
۱۶۸(۳۲/۴)	۱۱۸(۳۲/۷)	۲۳۳(۴۴/۹)	۲۸(۵/۴)	۱۲۹(۳۴/۹)	۳۶۲(۶۹/۷)	۶۴(۱۲/۳)	۶۳(۱۲/۱)	۳۹۲(۷۵/۴)	ندارد	
	۰/۹۵۷			۰/۳۹۵			۰/۹۴۸		سطح معناداری	

($p \geq 0.05$)

بین رضایت از درآمد با شدت فرسودگی شغلی، شدت خستگی عاطفی رابطه معناداری وجود داشت. به طوری که شدت فرسودگی شغلی و شدت خستگی عاطفی در افرادی که از درآمد خود ناراضی بودند بیشتر از سایر گروه‌ها بود ($p=0.001$). ولی بین رضایت از درآمد با شدت عدم موفقیت شخصی و شدت مسخ شخصیت رابطه معناداری وجود نداشت ($p \geq 0.05$).

بین امکانات ضروری با شدت فرسودگی شغلی در حیطه‌های خستگی عاطفی، عدم موفقیت شخصی

دانشگاه علوم پزشکی بجنورد و شاهرود بالاتر از سایر دانشگاه‌ها بود که با آزمون کای دو رابطه معناداری بین سطوح شدت عدم مسخ شخصیت با دانشگاه‌های مورد مطالعه مشاهده گردید ($p=0.001$). بر اساس نتایج جدول ۲ خستگی شدید عاطفی در گروه‌های سنی ۳۰-۵۰ سال بیشتر از سایر گروه‌ها بود؛ که آزمون کای دو رابطه معناداری را بین شدت خستگی عاطفی با گروه‌های سنی نشان داد ($p=0.001$). بین شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی شغلی با گروه‌های سنی مشاهده نگردید

جدول ۳- آنالیز چند متغیره با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک رتبه ای در خصوص رابطه فرسودگی شغلی با جنس و رضایت از درآمد در بهورزان

متغیر	نسبت شانس	انحراف استاندارد	حدود اطمینان ۹۵٪	سطح معناداری
جنس	۱	---	---	---
مرد	۱/۵۸	۰/۳۰	۱/۰۸-۲/۳۰	۰/۰۱۸
زن	۱	---	---	---
رضایت از درآمد	۱	---	---	---
راضی	۲/۲۰	۰/۶۹	۱/۱۹-۴/۰۸	۰/۰۱۲
نسبتاً راضی	۴/۱۶	۱/۵۱	۲/۰۴-۸/۴۹	<۰/۰۰۰۱
ناراضی	۱/۹۹	۰/۴۳	۱/۱۵-۲/۸۴	---
برش ۱	۵/۴۷	۰/۵۰	۴/۵۰-۶/۴۴	---
برش ۲	---	---	---	---

($p=0/162$)

بین تحصیلات، وضعیت تأهل، با شدت خستگی عاطفی، شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی شغلی رابطه معناداری وجود نداشت ($p \geq 0/05$). بین محل سکونت با شدت خستگی عاطفی، شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت رابطه معناداری وجود نداشت ($p \geq 0/05$). ولی بین محل سکونت با شدت فرسودگی شغلی کلی رابطه معناداری وجود داشت ($p = 0/017$). به طوری که بهورزانی که در مرکز شهرستان زندگی می کردند فرسودگی شغلی کمتری داشتند. بین وضعیت مسکن با شدت خستگی عاطفی رابطه معناداری وجود داشت ($p = 0/022$). ولی بین وضعیت مسکن با شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی شغلی کلی رابطه معناداری وجود نداشت ($p \geq 0/05$). بین داشتن شغل دوم با شدت خستگی عاطفی، شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی شغلی کلی رابطه معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$).

در نهایت عوامل مورد بررسی در مطالعه در مدل چند متغیره مورد بررسی قرار گرفتند. این عوامل شامل سن، جنس، سابقه کار، رضایت از درآمد، علاقه به شغل و شغل دوم بودند. با توجه به سه حالتی بودن متغیر وابسته (فرسودگی شغلی: ضعیف، متوسط و شدید) از مدل رگرسیون لجستیک رتبه ای استفاده شد. در نهایت مدل نهایی با اثر دو متغیر جنس و رضایت از درآمد با مدل اولیه با استفاده از آزمون نسبت بزرگنمایی (LR test) ارائه گردید. نتایج جدول ۳ نشان می دهد که جنس زن شانس افزایش رتبه فرسودگی شغلی (از

و مسخ شخصیت رابطه معناداری مشاهده نگردید ($p \geq 0/05$). ولی بین امکانات ضروری با شدت فرسودگی شغلی کلی رابطه معناداری وجود داشت ($p = 0/015$). به طوری که شدت فرسودگی شغلی در افرادی که از امکانات ضروری ضعیفی برخوردار بودند بیشتر از سایر گروهها بود.

بین علاقه به شغل با شدت خستگی عاطفی ($p = 0/001$)، عدم موفقیت شخصی ($p = 0/001$)، شدت مسخ شخصیت ($p = 0/001$) و شدت فرسودگی شغلی ($p = 0/009$) رابطه معناداری وجود داشت. به طوری که شدت خستگی عاطفی، شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی شغلی در افرادی که از علاقه به شغل کمتری برخوردار بودند بیشتر از سایر گروهها بود.

بین سابقه کار و شدت خستگی عاطفی رابطه معناداری وجود داشت ($p = 0/001$). به طوری که شدت خستگی عاطفی در افرادی که از سابقه کار بیشتری برخوردار بودند بیشتر از سایر گروهها بود. ولی بین سابقه کار با شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی کلی شغلی رابطه معناداری وجود نداشت ($p \geq 0/05$).

بین جنسیت با شدت خستگی عاطفی ($p = 0/002$) و شدت فرسودگی شغلی کلی ($p = 0/032$) رابطه معناداری وجود داشت. به طوری که شدت خستگی عاطفی در زنان بیشتر از مردان بود. بین جنسیت با شدت عدم موفقیت شخصی رابطه معناداری وجود داشت ($p = 0/009$). به طوری که شدت عدم موفقیت شخصی در مردان بیشتر از زنان بود. ولی بین جنسیت با شدت مسخ شخصیت رابطه معناداری وجود نداشت

حسینی و همکاران ۷/۹٪ و ستوده اصل و همکاران ۲/۹٪ افراد داری فرسودگی عاطفی شدید بودند (۴، ۱۶) که کمتر از نتایج اخیر است. خطیبیان و همکاران در مطالعه خود عنوان نموده که ۲۳/۶٪، خاقانی زاده و همکاران ۱۳/۵٪، طلائی و همکاران ۳۱/۲٪، کیلفدر و همکاران ۲۲٪ و راشدی و همکاران ۱۸/۹٪ افراد دارای فرسودگی عاطفی شدید بوده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۳، ۲۵، ۲۹-۳۱). خستگی عاطفی به‌عنوان اولین مرحله فرسودگی شغلی تجربه می‌گردد شاید یکی از دلایل اصلی این فرسودگی در بهروزان تکراری بودن شغل و عدم امکان پیشرفت شغلی برای آنان، فشار کاری محل زندگی در روستا و فشارهای خاص زندگی روستایی باشد؛ که نیاز به توجه بیشتر از سوی برنامه‌ریزان سلامت به این مقوله دارد.

۳۲/۵ درصد افراد دارای عدم موفقیت فردی شدید بودند که با نتایج طلائی و همکاران ۳۱/۲٪ نزدیک است (۲۵). در مطالعه علویچه و همکاران ۰٪، ستوده اصل و همکاران ۶/۹٪، خطیبیان و همکاران ۳/۶٪ و طلائی ۱۲/۹ درصد افراد داری فرسودگی عاطفی شدید بودند (۳، ۱۶، ۱۷، ۲۵) که کمتر از نتایج اخیر است. حسینی و همکاران در مطالعه خود عنوان نموده که ۳۸٪، خاقانی زاده و همکاران ۴۵٪ و راشدی و همکاران ۳۹/۵٪ افراد دارای فرسودگی عاطفی شدید بوده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۴، ۲۹، ۳۰). بالا بودن این بعد نشان‌دهنده ارزیابی منفی فرد از خود در رابطه با انجام کار است؛ که می‌تواند ناشی از فقدان شرایط مثبت ارتقاءدهنده انگیزه و عزت نفس کارکنان در محیط کار باشد.

۵/۵ درصد افراد دارای مسخ شخصیت در مطالعه علویچه و همکاران ۱/۳٪، کیلفدر و همکاران ۷٪ و راشدی و همکاران ۲/۸٪ افراد دارای مسخ شخصیت بودند (۱۷، ۲۹، ۳۱) که کمتر از نتایج اخیر است. خطیبیان و همکاران در مطالعه خود عنوان نموده که ۳۴/۵٪، خاقانی زاده و همکاران ۱۵٪، طلائی و همکاران ۱۷/۴٪، محمودی و همکاران ۲۴/۷٪ و حسینی و همکاران ۹۲/۱٪ افراد دارای فرسودگی عاطفی شدید بوده (۱، ۳، ۴،

فرسودگی ضعیف به سمت متوسط و شدید) را نسبت مردان ۱/۵۸ برابر افزایش می‌دهد. در این مدل رضایت از درآمد در سطح نسبتاً راضی ۲/۲ برابر و در سطح ناراضی ۴/۱۶ برابر شانس افزایش رتبه فرسودگی شغلی را نسبت به گروه با درآمد راضی در بهروزان افزایش می‌دهد. نقطه برش ۱ و ۲ به‌عنوان پارامترهای کمکی مدل می‌باشند. در این حالت افرادی که دارای نسبت شانس کمتر از ۱/۹۹ می‌باشند را می‌توان در گروه با فرسودگی خفیف و افراد دارای نسبت شانس بالاتر از ۵/۴۷ را می‌توان در گروه افراد با فرسودگی شدید طبقه‌بندی نمود.

بحث و نتیجه‌گیری

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $35/8 \pm 7/52$ بود که با نتایج خطیبیان و همکاران (۳) و قاری علویچه و همکاران (۱۷) همخوانی داشته ولی کمتر از میانگین سنی مطالعه حسینی و همکاران (۴) بود. میانگین سنی این مطالعه نشان داد که افراد به اندازه کافی در معرض عوامل فرسودگی آور شغلی بوده‌اند.

میانگین امتیاز شدت خستگی عاطفی در افراد مورد مطالعه $16/9 \pm 15/60$ ، شدت عدم موفقیت فردی $35/5 \pm 13/54$ بوده که از میانگین مطالعه راشدی و همکاران (۲۹) و میراب زاده و همکاران (۲۳) کمتر ولی از میانگین نمره قاری علویچه و همکاران (۱۷) بیشتر بود. شاید یکی از تفاوت‌های قابل توجه در مطالعه حاضر با برخی از مطالعات دیگر (۲۳، ۲۹) ناشی از ماهیت شغل بهروزی و کار در شیفت صبح بوده که در کاهش فرسودگی در این حیطه نقش داشته است.

میانگین امتیاز شدت مسخ شخصیت $4/8 \pm 5/07$ بود که از میانگین مطالعه راشدی و همکاران (۲۹) و قاری علویچه و همکاران (۱۷) و میراب زاده و همکاران (۲۳) بیشتر بود. مسخ شخصیت یکی از پیامدهای خستگی عاطفی و روشی برای انطباق با آن است و با توجه به بالاتر بودن این عامل در مطالعه حاضر، منطقی به نظر می‌رسد.

۱۲/۲ درصد افراد دارای فرسودگی عاطفی شدید بودند. در مطالعه علویچه و همکاران (۱۷) $6/7$ ٪،

شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی شغلی با گروه‌های سنی رابطه معناداری مشاهده نشد که با نتایج علویجه و همکاران و راشدی و همکاران (۱۷)، (۲۹) همخوانی دارد. ولی با نتایج ستوده (۱۶) همخوانی ندارد. با توجه به وضعیت شغلی بهورزان به نظر می‌رسد هرچه سابقه کار و سن بهورزان بالاتر می‌رود به دلایل عدم امکان پیشرفت شغلی برای آنان، فشار کاری و محل زندگی و مشکلات تحصیلی فرزندان خستگی عاطفی افزایش می‌یابد. بین تحصیلات با شدت خستگی عاطفی، شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی شغلی رابطه معناداری وجود نداشت که با نتایج علویجه و همکاران و راشدی و همکاران (۱۷، ۲۹) همخوانی دارد. ولی با نتایج طلایی و همکاران (۲۵) مطابقت ندارد. به نظر می‌رسد به دلیل هم‌سطح بودن تمامی بهورزان و کاربرد کم تحصیلات در ارتقاء آنان و موقعیت بهتر شغلی، نقش چندانی در فرسودگی افراد ندارد.

بین وضعیت تأهل با شدت خستگی عاطفی، شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی شغلی رابطه معناداری وجود نداشت که با نتایج علویجه و همکاران (۱۷) همخوانی دارد. ولی با نتایج طلایی و همکاران (۲۵) مطابقت ندارد.

بین محل کار با شدت خستگی عاطفی، شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت رابطه معناداری وجود نداشت؛ که با نتایج طلایی و همکاران و راشدی و همکاران (۲۵، ۲۹) مطابقت ندارد. ولی بین محل کار با شدت فرسودگی شغلی کلی رابطه معناداری وجود داشت که با نتایج طلایی و همکاران (۲۵) مطابقت دارد. به نظر می‌رسد سکونت و محل کار دائمی بهورزان در روستا سبب افزایش شدت فرسودگی در بهورزان گردیده است.

بین علاقه به شغل با شدت خستگی عاطفی، عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی شغلی رابطه معناداری وجود داشت؛ که در تمامی تحقیقات فوق علاقه به شغل مورد بررسی قرار نگرفته بود. به نظر می‌رسد علاقه شدید به شغل در بهورزان یکی از دلایل تحمل سختی‌ها

۲۵، ۳۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. این بعد از فرسودگی در مشاغل مرتبط با خدمات بهداشتی درمانی بسیار اختصاصی و با اهمیت است و پایین بودن این شاخص در مطالعه حاضر نشان‌دهنده نگرش منفی کم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه به دریافت‌کنندگان خدمات می‌باشد.

بین جنسیت و شدت فرسودگی شغلی کلی رابطه معناداری وجود داشت به طوری که شدت فرسودگی شغلی کلی در زنان بیشتر از مردان بود؛ که با یافته‌های میرابزاده و همکاران، طلایی و همکاران همخوانی داشته (۲۳، ۲۵) ولی با نتایج علویجه و همکاران، حسینی و همکاران و راشدی همخوانی ندارد (۴، ۱۷، ۲۹)؛ که می‌تواند ناشی از کم‌توجهی به حقوق زنان نسبت به مردان و حجم کاری بیشتر آنان در سازمان باشد.

بین سابقه کار و شدت خستگی عاطفی رابطه معناداری وجود داشت. به طوری که شدت خستگی عاطفی در افرادی که از سابقه کار بیشتری برخوردار بودند بیشتر از سایر گروه‌ها بود؛ که با نتایج خاقانی زاده و همکاران و طلایی و همکاران (۲۵، ۳۰) مطابقت دارد. در مطالعه ستوده اصل این رابطه معکوس بود (۱۶) که با نتایج حاضر همخوانی ندارد. بین سابقه کار با شدت عدم موفقیت شخصی، شدت مسخ شخصیت و شدت فرسودگی کلی شغلی رابطه معناداری وجود نداشت که با نتایج علویجه و همکاران و راشدی (۱۷، ۲۹) همخوانی دارد. ولی با نتایج خاقانی زاده و همکاران و طلایی و همکاران (۲۵، ۳۰) مطابقت ندارد. با توجه به وضعیت شغلی بهورزان به نظر می‌رسد هرچه سابقه بهورزان بالاتر می‌رود به دلایل عدم امکان پیشرفت شغلی برای آنان، فشار کاری و محل زندگی و مشکلات تحصیلی فرزندان خستگی عاطفی افزایش می‌یابد. شدت خستگی شدید عاطفی در گروه‌های سنی ۵۰-۳۰ سال بیشتر از سایر گروه‌ها و حاکی از رابطه معناداری بین شدت خستگی عاطفی با گروه‌های سنی بود؛ که با نتایج طلایی و همکاران (۲۵) مطابقت دارد. ولی با نتایج علویجه و همکاران و راشدی و همکاران (۱۷، ۲۹) همخوانی ندارد. بین شدت عدم موفقیت شخصی،

control, and burnout amongst nurses. West J Nurs Res. 2002;24(8):905-17.

6. Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. Social Science & Medicine. 1997; 45(12):1781-8.

7. Martini S, Arfken C, Balon R. Comparison of burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits. Acad Psychiatry. 2006;30(4):352-5.

8. Masoudi R, Etemadifar S, Afzali S, Kheyri F, Hasanpour Dehkordi A. The influential factors on burnout among nurses working in private hospitals in Tehran. IJNR. 2008;3(8-9):47-58. [Persian]

9. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. Consulting Psychologists Press (Palo Alto, Calif. 577 College Ave. Palo Alto 94306); 1996.

10. Maslach C. What have we learned about burnout and health? Psychology & Health. 2001; 16(5):607-11.

11. Arefi M, Ghahramani M, Taheri M. Levels of burn out and its relationship with certain demographic factors among faculty members of shahid beheshti university. Journal of Applied Psychology. 2010;2(14):72-86. [Persian]

12. Aziznezhad P, Hosseini J. Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences (2004). JBUMS. 2006;8(2):63-9. [Persian]

13. Rafiee F, Oskouie F, Nikraves M. Key factors in nurses' reaction to Burnout: A qualitative study. Razi Journal of Medical Sciences. 2007; 13(53):83-94. [Persian]

14. Khajeddin N, Hakim Shoushtari M, Hajebi A. The impact of perception of locus of control on Burnout syndrome among nurses in a psychiatric hospital. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006;12(1):43-48. [Persian]

15. Soltaniyan MA, Aminbeidokhti A. The role of sport on job burnout of employees. Koomesh. 2009;10(4):281-6. [Persian]

16. Sotodeh Asl N, Bakhtiari AH. Occupational exhaustion and its related factors in nurses and midwives of semnan university of medical sciences. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2006;11(1):77-83. [Persian]

17. Qari Alavijeh A, Arab M, Kheiri S, AkbariSari A, Asgari Moghadam M, Mohamadi GR, et al. Job burnout and some of its risk factors on the health workers (behvarz) in koohrang county, IR Iran, in 2010. Shahrekord University of Medical Sciences Journal. 2012;14(3):62-71.

18. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy M. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. Int J Nurs Stud. 2003;40(8):807-27.

19. Salahian A, Oreizi H, Babamiri M, Asgari A. The predictor factors of Burnout syndrome in

و بالا نبودن درصد فرسودگی شغلی شدید در آنان باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه کمبود مطالعات مرتبط در رده بهورزان بوده که امکان بحث قوی‌تر را با مشکل مواجه نمود.

نتایج نشان داد که علی‌رغم رضایت نسبی از درآمد و محیط کار، علاقه به شغل در بهورزان بسیار بالاست. همچنین شدت فرسودگی شدید در بهورزان پایین است. ولی شدت فرسودگی در حیطه عدم موفقیت فردی و افزایش خستگی عاطفی در بهورزان با سابقه کار بالای ۱۰ سال بالاست. فراهم نمودن امکان انتقال بهورزان با سابقه به خانه‌های بهداشت نزدیک به مرکز شهرستان، امکان ادامه تحصیل و ارتقای علمی و شغلی آنان می‌تواند به بهبود وضعیت کمک شایانی نماید.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح پژوهشی شماره ۹۱۲۱ دانشگاه علوم پزشکی شاهرود است که نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه و همکاران طرح آقایان عبدالرضا یوسفی، محمدجواد کبیر، سید رضا میرحسینی، جعفر کاریزنوبی، علی عباس‌زاده اوندری، دکتر بابک فرخی و علی اکبر منصوریان تقدیر و تشکر می‌نمایند.

منابع

1. Mahmoodi G, Rouhy G, Mojerlu M, Sheikh H, Rahmany H. Relationship between nursing burnout, physical environment and profesinal equipments. J Gorgan Uni Med Sci. 2006;8(2):40-6. [Persian]

2. Toubaei S, Daghighafkar M, Haghshenas H. The Relation of Dentists Job Burnout with their General Health, Demographic and Personality Characteristics. J Dent Shiraz Univ Med Sci. 2009;10(4):348-55. [Persian]

3. Khatiban M, Hosseini S, Beikmoradi A. Burnout in the Personnel of the Emergency Medical Services in Hamadan Province. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2012;20(2):5-15. [Persian]

4. Hoseini M, Sharifzadeh M, Khazaie T. Occupational burnout in Birjand dentists. JDM. 2011;24(2):113-120. [Persian]

5. Allen J, Mellor D. Work context, personal

- Isfahan nurses. *IJNR*. 2012;6(23):23-31. [Persian]
20. Kendrick P. Comparing the effects of stress and relationship style on student and practicing nurse anesthetists. *AANA J*. 2000(68):15-22.
21. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets E, McMurray JE, de Haes HC. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*. 2001;111(2):170-5.
22. Bergner T. Burn-out bei Arzten-Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. *Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A*. 2004; 101(33):2232-5.
23. Mirabzadeh A, Irani S, Samiei M, Feyzzadeh G. Burnout and It's Effective Factors Among the Personnel of Razi Psychiatric Hospital. *Journal of Rehabilitaion*. 2007;8(29):64-70. [Persian]
24. Esfandiari G. Survey of the rate of occupational burnout between nursing staff of sanandaj hospitals affiliated to Kurdistan university of medical sciences in 2001. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2001;6(1):31-5. [Persian]
25. Talaei A, Mokhber N, Mohammad-Nejad M, Samari A. Burnout and its related factors in staffs of university hospitals in Mashhad in 2006. *Koomesh*. 2008;9(3):237-46. [Persian]
26. Agostinelli A, La Torre G, Bevilacqua F, Chiaradia G, Specchia M, Ricciardi W. Burnout in healthcare workers of a university teaching hospital in Rome, Italy: a cross-sectional study]. *Igiene e Sanità Pubblica*. 2008;64(1):41.
27. Sahebzadeh M, Karimi S, Hosseini S, Akhtar Danesh G, Hosseini S. Job burnout of bursing administrators and chief executive officers in university hospitals and its relation to their demographic features. *Health Information Management*. 2011;7:637-48. [Persian]
28. Pardakhtchi M, Ahmadi GA, Arezoumand F. The quality of work life and burnout among teachers and principals in takestan schools. *Journal of Educational Leadership*. 2009;3(9):25-50. [Persian]
29. Rashedi V, Foroughan M, Hosseini M. Burnout and related demographic variables among Tehran Welfare Organization staffs. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2012;16(1):28-36. [Persian]
30. Abdi F, Khaghanizade M, Sirati M. Determination of the amount Burnout in Nursing Staff. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 2(1):51-9. [Persian]
31. Kilfedder C, Power K, Wells T. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs*. 2001;34(3):383-96.

Factors influencing the intensity of burnout among rural health workers (Behvarz) in Northeastern Provinces of Iran

Mohammad Amiri, Associate Professor of Health Services Management, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. m_amiri_71@yahoo.com

Reza Chaman, Associate Professor of Epidemiology, Faculty of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

Mohsen Arabi, Assistant Professor Nuclear Medicine, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Ahmad Ahmadinasab, MSc Management, Health deputy Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Ali Hejazi, Assistant Professor of Health Services Management, School of Public Health, north khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

Ahmad Khosravi, PhD Student of Epidemiology, Center for Health Related Social & Behavioral Sciences Research, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran (*Corresponding author). khosravi2000us@yahoo.com

Abstract

Background: Job burnout is a term to describe the negative changes in attitudes and behavior of people exposed to work stress. This study aimed to measure the intensity of burnout among rural health workers and to determine its related factors in Northeastern provinces of Iran.

Methods: In this cross-sectional study a total of 548 rural health workers (Behvarz) working in medical universities of Shahroud, Sabzevar, Neishabour, Bojnourd and Semnan randomly were selected and investigated through Maslach Burnout Inventory. Data were analyzed using proportional ordered logistic regression and chi-square tests.

Results: Most of the participants (71%) were female and married (90%). 14.6% of the participants were completely satisfied with their income and 7.4% with their essential facilities. Despite moderate satisfaction with their income and essential facilities, more than 75% of the rural health workers were highly interested in their job. The mean score of the intensity of emotional exhaustion, lack of personal accomplishment, depersonalization, conflict and burnout among the participants were 16.9 ± 15.60 , 35.5 ± 13.54 , 4.8 ± 5.07 , 6.1 ± 4.66 , and 63.1 ± 25.14 , respectively. Significant relationships were observed between burnout and factors including satisfaction with income and essential facilities, interest in job, gender, and place of residence.

Conclusion: Although burnout among rural health workers is low, the intensity of emotional exhaustion, lack of personal accomplishment in health workers with experience of over 10 years is high. The opportunity to transfer high experienced workers to health houses close to city center, and providing the opportunity of continuation of education and academic and job promotion can improve the situation.

Keywords: Burnout, Rural health worker, Emotional exhaustion, Depersonalization