

فرسودگی شغلی و عوامل وابسته به آن در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مشهد

*دکتر علی طلایی^۱، دکتر مریم محمد نژاد^۲، علی اکبر ثمری^۳

^۱استادیار روان پزشکی، ^۲دستیار روان پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد،

^۳دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

خلاصه

مقدمه: فرسودگی شغلی سندرمی است که شامل خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش احساس کفایت شخصی بوده و یکی از علل مهم کاهش عملکرد شغلی است. این سندرم در مشاغلی که در برخورد مستقیم با مردم هستند بیشتر از سایر حرفه ها ممکن است مشاهده شود. این پژوهش به منظور بررسی ابعاد مختلف فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام گرفته است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی با استفاده از روش سرشماری، پرسنل شاغل در ۳۰ مرکز بهداشتی درمانی مشهد با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسش نامه فرسودگی شغلی مازلاک مورد ارزیابی قرار گرفتند و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی مناسب انجام شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۲۴/۵٪ کارکنان خستگی هیجانی زیاد، ۰/۷٪ آن ها مسخ شخصیت زیاد و ۶/۷٪ کارکنان کفایت شخصی کمی را دارا بودند. بین سه بعد فرسودگی شغلی، میزان خستگی هیجانی با مسخ شخصیت رابطه معنی داری داشت ($P=0/000$) و میزان کفایت شخصی با خستگی هیجانی رابطه معنی داری نشان داد ($P=0/008$). میزان خستگی هیجانی و مسخ شخصیت رابطه ی معنی دار معکوس با سن کارکنان داشتند ($P=0/015$ ، $P=0/01$) ولی کفایت شخصی با سن کارکنان رابطه ی معنی داری نداشت. تنها در بعد مسخ شخصیت تفاوت معنی داری بین زنان و مردان (با برتری مردان) مشاهده گردید ($P=0/035$).

بحث: خستگی هیجانی زیاد در کارکنان در مقایسه با سایر بررسی ها جای نگرانی قابل توجهی دارد ولی در سایر میزان های فرسودگی شغلی در پرسنل مراکز بهداشتی درمانی وضعیت بسیار مناسبی مشاهده شد که در برخی آمارها تفاوت های چشمگیری با میزان های سایر واحدهای پزشکی در ایران و جهان دارد.

واژه های کلیدی: فرسودگی شغلی، کفایت شخصی، مسخ شخصیت، خستگی هیجانی، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، پرسش نامه مازلاک

مقدمه

و کاهش احساس کفایت شخصی^۳ (نارضایتی از کار، احساسات مبنی بر شکست و ناتوانی، از دست دادن قدرت تشخیص و درک، حس دائمی از اجحاف و استعمار و کاهش عملکرد شغلی) (۲،۱). این سندرم در مشاغل یاری رسان به مردم بیشتر از سایر حرفه ها می باشد. پرسنل شاغل در بخش بهداشت و درمان شامل پزشکان عمومی، متخصصین، پرستاران و بهیاران به علت مواجهه با عوامل استرس زای متعدد شامل فشارهای روانی هیجانی، فیزیکی، مدیریتی و بین فردی میزان بیشتری از فرسودگی شغلی را به نسبت سایر مشاغل تجربه می کنند (۸-۳).

فرسودگی شغلی سندرمی روان شناختی است مشتمل بر خستگی هیجانی^۱ (خستگی مزمن، اختلالات خواب، علائم جسمی مختلف)، مسخ شخصیت^۲ (تمایلات منفی و بدبینانه نسبت به همکاران و مراجعین، احساس گناه، گوشه گیری، کاهش کار و فعالیت روزانه)

*آدرس مؤلف مسئول: مشهد- بلوار حر عاملی- میدان بوعلی- بیمارستان ابن سینا،
تلفن تماس: ۷۱۱۲۷۲۱-۰۵۱۱

Email: dralitalaee@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۶/۷/۴ تاریخ تایید: ۸۶/۱۰/۱۷

1. Emotional Exhaustion

2. Depersonalization

3. Personal Accomplishment

از محل کار (۲۸)، کاهش رضایت بیماران (۲۹)، ترک حرفه، مشکلات خانوادگی و زناشویی، استفاده از الکل و مواد مخدر (۳۰)، افسردگی و حتی خودکشی می باشد، شناخت این سندرم و عوامل موثر در ایجاد آن و در نهایت پیشگیری از وقوع این سندرم از اهمیت خاصی برخوردار می گردد. با توجه به این مطالب بر آن شدیم تا شیوع ابعاد مختلف فرسودگی شغلی و عوامل وابسته به آن را در پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد ارزیابی نماییم.

روش کار

جامعه پژوهش کلیه کارکنان ۳۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۸۵ بوده است. این پژوهش به روش توصیفی طراحی شده است. پرسنلی وارد تحقیق شدند که شرایط زیر را دارا بودند: پرسنل شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد که در زمان پژوهش مشغول به کار و فعالیت باشند، قبلاً این پرسش نامه ها را تکمیل نکرده باشند، سابقه مصرف داروهای موثر بر روان نداشته باشند، دچار مشکلات مالی سنگین نباشد، دچار معلولیت و نقص عضو نباشد، اعضای درجه یک خانواده مبتلا به بیماری های مزمن و لاعلاج یا معلولیت جسمی و ذهنی و روانی نباشند و سابقه استرس شدید و ناراحتی روانی در طی ۶ ماه گذشته نداشته باشند (مرگ یکی از نزدیکان، طلاق، تصادفات شدید، فرد معتاد در خانواده).

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسش نامه ای شامل اطلاعات دموگرافیک واحدهای پژوهش و نیز پرسش نامه فرسودگی شغلی مازلاک^۷ (۳۱) بودند که پس از آموزش توسط پژوهشگران به پرسنل، توسط ایشان پر شدند. پرسش نامه اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی فرد شامل سن و میزان تحصیلات، رشته تحصیلی، وضعیت تاهل، وضعیت درآمد، میزان تحصیلات و وضعیت استخدامی بود. پرسش نامه دوم پرسش نامه فرسودگی مازلاک بود که این پرسش نامه رایج ترین ابزار اندازه گیری فرسودگی شغلی است که از ۲۲ گزاره تشکیل شده و هر سه جنبه فرسودگی شغلی را می سنجد.

7. Mazlach

این عوامل استرس زا شامل فشار کاری بالا (۹-۱۳،۵)، حمایت اجتماعی کم، مواجهه با خشونت و تهدید در محل کار (۱۴-۱۶)، کار در شیفت های شبانه (۹،۱۰،۱۷)، تقاضای زیاد در محل کار (۱۱)، سازماندهی ضعیف کاری (۱۳)، سختی و ابهام در کار (۱۳) و تصمیم گیری در موقعیت های بحرانی بر اساس اطلاعات ناکافی و مواجهه با نتایج جدی این تصمیم گیری ها می باشد (۱۸).

در مطالعه امبریاکو^۱ ۵۰ درصد پزشکان اورژانس و یک سوم پرستاران اورژانس (۵) و در پژوهش تیلور^۲ ۴۱-۲۷٪ جراحان انکولوژی سطوح متوسط تا شدید فرسودگی شغلی را تجربه کرده بودند (۱۹). کمپل^۳ در تحقیق خود نشان داد که دو سوم جراحان سطوح بالایی از خستگی هیجانی، ۱۳٪ آن ها سطوح بالای مسخ شخصیت و ۴٪ کفایت شخصی را در سطح پائین داشته اند (۲۰). در اغلب مطالعات سن کمتر با میزان بیشتری از فرسودگی شغلی همراه بوده است (۶، ۷، ۱۷، ۲۱)، هر چند در تحقیق پدرو^۴ سن رابطه معناداری با فرسودگی شغلی نداشته است (۲۲). پرستارانی که تجربه کاری بیشتری داشتند و یا در مقاطع بالای رشته تحصیلی خود مشغول به کار بودند فرسودگی شغلی کمتری داشتند (۲۳). در مطالعه گلدبرگ^۵ سنوات شغلی اثری روی فرسودگی شغلی نداشته است (۴). نتایج در مورد رابطه جنسیت و فرسودگی شغلی متناقض است. در یک سری تحقیقات میزان مسخ شخصیت در مردان به طور واضحی بیشتر از زنان بوده است و لیکن ارتباطی بین جنسیت و خستگی هیجانی و کفایت شخصی دیده نشده است (۲۱، ۲۵) و بر عکس در پژوهش مک موری^۶ نشان داده شد که فرسودگی شغلی در زنان پزشک در آمریکا ۱/۶ برابر بیشتر از مردان پزشک می باشد (۲۶).

با توجه به اثرات منفی فرسودگی شغلی بر عملکرد فرد که به صورت کاهش درآمد و موثر بودن در محل کار (۲۷)، غیبت

1. Embriaco

2. Taylor

3. Campbell

4. Pedro

5. Goldberg

6. Mc Murray

به تک تک واحدهای پژوهش توضیح داده شد که شرکت در این پژوهش اختیاری است و کلیه اطلاعات ثبت شده در پرسش نامه ها بدون نام بوده و محرمانه خواهد ماند. اطلاعات به دست آمده از تعداد ۲۸۵ نفر واحد پژوهش وارد نرم افزار آماری SPSS شده و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، برای مقایسه گروه های مختلف از آزمون های تحلیل واریانس، t، تعقیبی توکی استفاده شد.

نتایج

۲۸۵ نفر پرسش نامه ها را تکمیل نمودند که اطلاعات دموگرافیک واحدهای پژوهش در جدول شماره (۱) آمده است.

۹ گزاره آن در مورد خستگی هیجانی، ۵ گزاره در مورد مسخ شخصیت و ۸ گزاره در مورد احساس کفایت شخصی می باشد. فراوانی این احساسات با نمراتی از صفر (هرگز) تا ۶ (هر روز) سنجیده می شود. نمرات به دست آمده در هر یک از این سه جنبه بر اساس نمره مرجع در دسته های کم، متوسط و بالا قرار می گیرد. نمره بالای خستگی هیجانی و مسخ شخصیت و نمره کم احساس کفایت شخصی منعکس کننده فرسودگی شغلی می باشند. اعتبار و پایایی علمی پرسش نامه فرسودگی مازلاک برای اولین بار در ایران توسط فیلیان (۳۲) مورد تایید قرار گرفت. وی جهت تعیین پایایی علی پرسش نامه از روش آزمون مجدد استفاده کرد، ضریب پایایی آن را ۰/۷۸ گزارش نموده است.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک مربوط به ۲۸۵ نفر کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد شرکت کننده در پژوهش

درصد	تعداد	مشخصات دموگرافیک	
٪۷۳	۲۰۸	زن	جنس
٪۲۷	۷۷	مرد	
٪۶/۷	۱۹	زیر ۲۰ سال	سن
٪۱۶/۵	۴۷	۲۰-۲۴ سال	
٪۱۳/۷	۳۹	۲۵-۲۹ سال	
٪۱۸/۶	۵۳	۳۰-۳۴ سال	
٪۱۴/۷	۴۲	۳۵-۳۹ سال	
٪۲۰	۵۷	۴۰-۴۴ سال	
٪۹/۸	۲۸	۴۵ سال و بالاتر	
٪۱۰/۲	۲۹	زیر دیپلم	میزان تحصیلات
٪۲۲/۵	۶۴	دیپلم	
٪۲۷/۴	۷۸	کاردانی	
٪۲۴/۶	۷۰	کارشناسی	
٪۱/۱	۳	کارشناس ارشد	
٪۱۴/۴	۴۱	دکترای حرفه ای	
٪۶۵/۳	۱۸۶	کارمند رسمی	وضعیت استخدامی
٪۱/۸	۵	کارمند پیمانی	
٪۲۲/۵	۶۴	شرکتی	
٪۹/۱	۲۶	طرحی	
٪۱/۱	۳	طرح پزشک خانواده	
٪۱۳	۳۷	مجرد	وضعیت تاهل
٪۸۲/۱	۲۳۴	متاهل	
٪۱/۱	۳	مطلقه	
٪۳/۹	۱۱	همسر متوفی	

با توجه به خطوط برش استاندارد پرسش نامه فرسودگی شغلی کم، متوسط و زیاد به دست آمد جدول شماره (۲).

مازلاک فراوانی هر کدام از ابعاد فرسودگی شغلی در دسته های

جدول ۲- فراوانی میزان شدت ابعاد فرسودگی شغلی (خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کفایت شخصی) در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مشهد در سال ۱۳۸۵

بعد فرسودگی	میزان شدت		کم		متوسط		زیاد	
	فراوانی	فراوانی نسبی	فراوانی	فراوانی نسبی	فراوانی	فراوانی نسبی	فراوانی	فراوانی نسبی
خستگی هیجانی	۱۴۳	۵۰/۲٪	۷۲	۲۵/۳٪	۷۰	۲۴/۵٪		
مسخ شخصیت	۲۷۷	۹۷/۲٪	۶	۲/۱٪	۲	۰/۷٪		
کفایت شخصی	۱۹	۶/۷٪	۴۰	۱۴٪	۲۲۶	۷۹/۳٪		

خانه های خاکستری معرف بخش های مرتبط با فرسودگی شغلی بیشتر می باشند.

رابطه ی معنی داری ندارد ($I = -0/063$ و $P = 0/287$). از ۲۸۵ نفر مورد بررسی ۷۷ نفر مرد و ۲۰۸ نفر زن بودند که ارتباط ابعاد مختلف فرسودگی شغلی با آزمون t مستقل سنجیده شد و در مردان به طور معنی داری بیش از زنان تنها مسخ شخصیت زیادتری مشاهده گردید ($t = 2/11$ و $P = 0/035$) جدول شماره (۳).

تفاوت معنی داری بین کارکنان با وضعیت تاهل مختلف در ابعاد مختلف فرسودگی شغلی با روش تحلیل واریانس یک طرفه مشاهده نشد، اما با این روش آماری تنها در بعد مسخ شخصیت بین گروه های تحصیلی کارکنان تفاوت معنی داری مشاهده گردید ($F = 2/25$ و $P = 0/05$) جدول شماره (۴). توسط آزمون تعقیبی توکی فقط بین تحصیلات دکتری و فوق دیپلم در بعد مسخ شخصیت سطح معنی داری معادل ($P = 0/022$) مشاهده شد و سایر گروه های تحصیلی از نظر میزان ابعاد فرسودگی شغلی تفاوت معنی داری با هم نداشتند. ارتباط ابعاد مختلف فرسودگی شغلی و سابقه کاری کارکنان با ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شدند و مشخص گردید که خستگی هیجانی ($I = -0/142$ و $P = 0/016$) و مسخ شخصیت ($I = -0/155$ و $P = 0/009$) رابطه معنی دار معکوس با سابقه کار کارکنان دارند ولی کفایت شخصی و سابقه کار کارکنان رابطه ی معنی داری ندارند ($I = -0/059$ و $P = 0/323$).

رابطه بین ابعاد مختلف فرسودگی شغلی با ضریب همبستگی پیرسون^۱ سنجیده شد که میزان خستگی هیجانی با مسخ شخصیت رابطه ی معنی داری داشت ($I = 0/465$ و $P = 0/000$) مسخ شخصیت نیز علاوه بر خستگی هیجانی با کفایت شخصی رابطه ی معنی داری نشان داد ($I = 0/139$ و $P = 0/019$). با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه^۲ و آزمون تعقیبی توکی^۳ مشخص شد که گروه با خستگی هیجانی زیاد از نظر میزان کلی مسخ شخصیت با هر دو گروه خستگی هیجانی کم و متوسط تفاوت معنی داری دارد (به ترتیب با سطوح معنی داری $P = 0/000$ و $P = 0/014$)، گروه با مسخ شخصیت زیاد از نظر میزان کلی خستگی هیجانی با گروه مسخ شخصیت کم تفاوت معنی داری دارد ($P = 0/009$)، گروه کفایت شخصی کم نیز از نظر میزان کلی خستگی هیجانی با گروه های کفایت شخصی متوسط و زیاد تفاوت معنی داری دارد (به ترتیب با سطوح معنی داری $P = 0/006$ و $P = 0/014$). رابطه بین ابعاد مختلف فرسودگی شغلی و سن کارکنان با ضریب همبستگی پیرسون سنجیده شد که مشخص گردید میزان خستگی هیجانی ($I = -0/144$ و $P = 0/015$) و مسخ شخصیت ($I = -0/152$ و $P = 0/010$) رابطه ی معنی دار معکوس با سن کارکنان دارند ولی کفایت شخصی با سن کارکنان

1. Pearson Correlation

2. ANOVA

3. Tokey

جدول ۳- مقایسه تفاوت جنسیت در ابعاد مختلف فرسودگی شغلی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مشهد

آماره	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی داری	بعد فرسودگی
خستگی هیجانی	مرد	۷۷	۱۹/۶۰	۱۱/۳۲	۱/۵۲	۰/۱۲۹	
	زن	۲۰۸	۱۷/۴۰	۱۰/۶۲			
مسخ شخصیت	مرد	۷۷	۵/۶۹	۵/۵۸	۲/۱۱	۰/۰۳۵	
	زن	۲۰۸	۴/۳۵	۴/۴۲			
کفایت شخصی	مرد	۷۷	۳۴/۰۴	۱۰/۶۳	۰/۲۱	۰/۸۳۳	
	زن	۲۰۸	۳۳/۷۵	۱۰/۳۹			

جدول ۴- مقایسه گروه های تحصیلی مختلف کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مشهد در ابعاد مختلف فرسودگی شغلی

آماره	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	بعد فرسودگی
خستگی هیجانی	۶۹۸/۱۵۵	۵	۱۳۹/۶۳۱	۱/۱۹۲	۰/۳۱۳	بین گروهی
	۳۲۶۶۹/۸۳۱	۲۷۹	۱۱۷/۰۹۶			
	۳۳۳۶۷/۹۸۶	۲۸۴				
مسخ شخصیت	۲۵۲/۱۶۶	۵	۵۰/۴۳۳	۲/۲۵۰	۰/۰۵۰	بین گروهی
	۶۲۵۴/۶۶۲	۲۷۹	۲۲/۴۱۸			
	۶۵۰۶/۸۲۸	۲۸۴				
کفایت شخصی	۵۸۲/۵۴۶	۵	۱۱۶/۵۰۹	۱/۰۷۱	۰/۳۷۷	بین گروهی
	۳۰۳۴۴/۶۸۲	۲۷۹	۱۰۸/۷۶۲			
	۳۰۹۲۷/۲۲۸	۲۸۴				

تحلیل واریانس یک طرفه ابعاد مختلف فرسودگی شغلی و نوع وضعیت استخدامی افراد مورد مطالعه ارزیابی شد که تفاوت معنی دار تنها در بعد مسخ شخصیت مشاهده شد (جدول شماره (۵). با $f=۳/۳۶۳$ و $P=۰/۰۱۰$). با آزمون تعقیبی توکی نیز در بعد مسخ شخصیت، کارمندان طرحی نسبت به کارمندان رسمی و شرکتی به طور معنی داری مسخ شخصیت بیشتری داشتند (به ترتیب $P=۰/۰۰۳$ و $P=۰/۰۳۲$). در مورد ارتباط ابعاد فرسودگی شغلی با واحد محل خدمتی کارکنان با توجه به این که در یکی از گروه های کاری تعداد کارکنان بسیار محدود بود (یک دارویار) امکان مقایسه از طریق

تحلیل واریانس یک طرفه ابعاد مختلف فرسودگی شغلی و نوع وضعیت استخدامی افراد مورد مطالعه ارزیابی شد که تفاوت معنی دار تنها در بعد مسخ شخصیت مشاهده شد (جدول شماره (۵). با $f=۳/۳۶۳$ و $P=۰/۰۱۰$). با آزمون تعقیبی توکی نیز در بعد مسخ شخصیت، کارمندان طرحی نسبت به کارمندان رسمی و شرکتی به طور معنی داری مسخ شخصیت بیشتری داشتند (به ترتیب $P=۰/۰۰۳$ و $P=۰/۰۳۲$). در مورد ارتباط ابعاد فرسودگی شغلی با واحد محل خدمتی کارکنان با توجه به این که در یکی از گروه های کاری تعداد کارکنان بسیار محدود بود (یک دارویار) امکان مقایسه از طریق

جدول ۵- مقایسه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مشهد با وضعیت استخدامی مختلف در ابعاد مختلف فرسودگی شغلی

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	آماره	بعد فرسودگی
۰/۶۱۸	۰/۶۶۵	۷۸/۷۲۵	۴	۳۱۴/۹۰۲	بین گروهی	خستگی هیجانی
		۱۱۸/۳۸۰	۲۷۹	۳۳۰۲۸/۰۶۶	میان گروهی	
			۲۸۳	۳۳۳۴۲/۹۶۸	کل	
۰/۰۱۰	۳/۳۶۳	۷۴/۷۹۸	۴	۲۹۹/۱۹۳	بین گروهی	مسخ شخصیت
		۲۲/۲۳۹	۲۷۹	۶۲۰۴/۷۰۵	میان گروهی	
			۲۸۳	۶۵۰۳/۸۹۸	کل	
۰/۱۲۸	۱/۸۰۴	۱۹۳/۵۰۵	۴	۷۷۴/۰۱۸	بین گروهی	کفایت شخصی
		۱۰۷/۲۸۶	۲۷۹	۲۹۹۳۲/۶۶۸	میان گروهی	
			۲۸۳	۳۰۷۰۶/۶۸۷	کل	

جدول ۶- مقایسه تفاوت بین واحد محل خدمتی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مشهد در ابعاد مختلف فرسودگی شغلی

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	آماره	بعد فرسودگی
۰/۰۲۰	۲/۱۷۱	۲۴۵/۵۰۴	۱۰	۲۴۵۵/۰۳۹	بین گروهی	خستگی هیجانی
		۱۱۳/۱۰۲	۲۷۳	۳۰۸۷۶/۷۳۵	میان گروهی	
			۲۸۳	۳۳۳۱/۷۷۵	کل	
۰/۱۷۵	۱/۴۱۱	۳۱/۸۷۶	۱۰	۳۱۸/۷۶۳	بین گروهی	مسخ شخصیت
		۲۲/۵۸۵	۲۷۳	۶۱۶۵/۸۱۴	میان گروهی	
			۲۸۳	۶۴۸۴/۵۷۷	کل	
۰/۰۰۶	۲/۵۴۹	۲۶۳/۵۳۱	۱۰	۲۶۳۵/۳۰۸	بین گروهی	کفایت شخصی
		۱۰۳/۳۸۸	۲۷۳	۲۸۲۲۴/۸۴۷	میان گروهی	
			۲۸۳	۳۰۸۶۰/۱۵۵	کل	

بحث

هم ممکن است خستگی هیجانی در ایشان ایجاد شده باشد به طوری که کار در آن ها بیش از حد معمول ایجاد خستگی و علائم جسمانی و اختلال خواب ایجاد نماید.

در گروه مسخ شخصیت زیاد نسبت به کم در میزان کلی خستگی هیجانی تفاوت معنی دار مستقیمی دیده شد که معرف نقش بارز مسخ شخصیت (تمایلات منفی و بدبینانه به همکاران و مراجعین و احساس گناه) در ایجاد خستگی هیجانی در محیط کار است. این مسئله به نقش مهم بهبود روابط در محیط کار و تکریم واقعی ارباب رجوع بر بهبود روحیه خود کارمند اشاره دارد.

در پژوهش حاضر در گروه خستگی هیجانی زیاد به نسبت گروه های کم و متوسط آن میزان کلی مسخ شخصیت کاملاً بیشتر بود که نشان دهنده نقش مهم خستگی هیجانی بر ایجاد تمایلات منفی و بدبینانه به مراجعین و همکاران است که می تواند منجر به تغییر رفتار کارکنان با یکدیگر و با مراجعین شود و کارمندی کم حوصله و بداخلاق را به همراه داشته باشد و باعث کاهش کار و فعالیت روزانه آن ها شود. اما خستگی هیجانی زیاد الزاماً باعث کفایت شخصی کم نمی شود، در کار بالینی نیز قابل مشاهده است که افرادی که کماکان از توانمندی های خود راضی هستند باز

میزان مسخ شخصیت در مطالعه حاضر در مقایسه با سایر مطالعات دیده شد که احترام به مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهری را نشان می دهد. دلیل این مسئله می تواند به بالا بودن میزان تأهل در پرسنل مطالعه ی حاضر (۸۲/۱٪) نیز مربوط باشد که این مسئله به دلیل حمایت بیشتر از سوی خانواده در کاهش فرسودگی شغلی نقش دارد (۳۲)، از نگاهی دیگر، از آن جا که اکثریت پرسنل مراکز بهداشتی درمانی در شیفت صبح کار می کنند این مسئله در کاهش میزان مسخ شخصیت نسبت به سایر مطالعات احتمالاً نقش مهمی ایفا می کند چرا که در مطالعات متعدد بیان شده است کار در شیفت های شبانه میزان فرسودگی شغلی در هر سه بعد را افزایش می دهد (۱۷-۱۰).

در مطالعه فعلی میزان های کم کفایت شخصی در ۶/۷٪ افراد پژوهش مشاهده شد که مقایسه آن با میزان های مطالعه کلاگر (۳۳) در متخصصین بیهوشی (۳۶٪) و کیلفدر در روان پرستاران (۳۳/۱٪) نشان از کفایت شخصی بسیار مناسب تر دارد ولی به نسبت مطالعه کلر (۱۶٪) (۳۵) این میزان تقریباً نصف می باشد و حتی نسبت به مطالعه وو (۸) (۸-۱۲٪) باز هم میزان های مناسب تری دارد. به هر حال در مجموع کفایت شخصی پرسنل بهداشت درمانی با توجه به مطالعه ما در کشور به میزان قابل توجهی مناسب است که می توان در این رابطه به تفاوت های تحصیلات و شاغل بودن کارمندان این مراکز به نسبت مراجعین اشاره نمود و نیز نقش قابل قبول و جایگاه والای پزشک و پرسنل بهداشتی درمانی نزد عامه مردم در کشورهای شرق و به خصوص ایران که به تقویت این احساس کفایت کارمندان کمک به سزایی می تواند بکند. جالب آن که سن در مطالعه ما ارتباط معنی دار معکوسی با افزایش خستگی هیجانی و مسخ شخصیت دارد یعنی هر چه سن کمتر باشد خستگی پرسنل پذیرای هیجانی فرد بیشتر و مسخ شخصیت بیشتر خواهد بود که شاید به تجربه بیشتر پرسنل مسن تر در انجام کار در عین حفظ روحیه کاری خودشان مربوط باشد. مشابه این نتایج در مطالعه ازورت^۵ در پزشکان ترک مشاهده شد اما کفایت شخصی در این مورد ارتباط معنی داری

در گروه کفایت شخصی کم نسبت به گروه کفایت شخصی متوسط و زیاد، خستگی هیجانی زیادتر بود که نشان می دهد که خستگی هیجانی در حالت کاهش کفایت شخصی همراه آن دیده می شود. پس نارضایتی از محیط کار و احساس ناتوانی در انجام آن می تواند کاملاً باعث ایجاد خستگی هیجانی شود که این مسئله به اهمیت افزایش روحیه کارکنان و تشویق آنان و توجه به توانمندی های آن ها جهت کاهش خستگی آنان اشاره دارد.

در این مطالعه ۲۴/۵٪ افراد خستگی هیجانی زیاد داشتند که در مقایسه با مطالعه کلاگر^۱ در استرالیا (۳۳) بر روی متخصصین بیهوشی تقریباً مشابه بود (۲۰٪) ولی به نسبت مطالعه کیلفدر^۲ که روی ۵۱۰ روان پرستار در اسکاتلند انجام شده بود و مطالعه ی وو^۳ (۸) در چین تقریباً دو برابر بود. مقایسه مطالعه حاضر با مطالعه کلر^۴ در پزشکان آمریکایی در مورد خستگی هیجانی نیز میزان های نسبتاً نزدیک را نشان می دهد (۴۹/۸٪) خستگی هیجانی متوسط و شدید در مطالعه حاضر در برابر ۶۰٪ در مطالعه کلر، به هر حال قبول این واقعیت که یک چهارم کارمندان بهداشتی درمانی مراکز مشهد خستگی هیجانی در حد زیاد و نیمی از آن ها خستگی هیجانی متوسط، زیاد را تجربه می کنند جای نگرانی قابل توجهی دارد.

در این مطالعه تنها ۰/۷٪ افراد مسخ شخصیت زیاد داشتند که این میزان در مقابل ۷/۱٪ در مطالعه کیلفدر (۳۴) به روی روان پرستاران ده برابر کمتر است و در مقابل مقایسه کلاگر بر روی متخصصین بیهوشی (۲۰٪) بیش از ۳۰ برابر کمتر است. اگر میزان های متوسط و بالای مسخ شخصیت را نیز در نظر بگیریم در مطالعه ما این رقم به ۲/۸٪ می رسد که در مقایسه با مطالعه کلر (۷۸٪) تفاوت بسیار چشمگیر است. قبلاً اشاره شد که مسخ شخصیت به معنای جدایی روانی فرد از شغل اش و در نتیجه واکنش منفی، عاری از احساس و توأم با بی اعتنائی مفرط نسبت به گیرندگان خدمت تعریف می شود. تفاوت قابل توجهی در

1. Kluger

2. Kilfedder

3. Wu

4. Keller

5. Ozyurt

استخدام مشاهده شد، یعنی کارمندان طرحی نسبت به رسمی و شرکتی مسخ شخصیت بیشتری داشتند که نشان از تأثیر موقتی بودن و عدم امکان استخدام بعد از پایان کار است که می تواند بر عملکرد و احساس افراد در مقابله با مراجعین تأثیر بگذارد.

در بررسی حاضر نشان داده شد که فشار کاری کارمندان خانه بهداشت باعث تفاوت معنی دار آن ها در بعد خستگی هیجانی با کارمندان واکسیناسیون و مامایی شده است و ضمناً می تواند به محل زندگی در روستا و فشارهای خاص زندگی روستایی نیز اشاره نماید. در مجموع با توجه به نتایج مطالعه حاضر مشخص شد که میزان های کم فرسودگی شغلی (به جز در مورد خستگی هیجانی) در پرسنل مراکز بهداشتی درمانی مشاهده می شود که در برخی آمارها تفاوت های چشمگیری با میزان های سایر واحدهای پزشکی در ایران و جهان دارد. به نظر می رسد فشار کاری نه چندان زیاد و شیفت کاری عمدتاً در صبح باعث این نتایج مطلوب شده است و می تواند نوید بخش ارائه خدمات در سطح بالا به مراجعین این مراکز در مشهد باشد. از جمله موارد قوت پژوهش ما گستردگی جمعیت مورد مطالعه بود اما عدم امکان مصاحبه دقیق بالینی محدودیت پژوهش ما محسوب می شود.

تشکر و قدردانی

در نهایت امید داریم نتایج این پژوهش کاربردی مورد استفاده مسئولین محترم قرار گیرد تا خدمات بهتری در اختیار مراجعین قرار گیرد و لازم است از زحمات آقایان دکتر خدایی، دکتر شاکری، دکتر جاهد، دکتر عزیزی، دکتر رحیمی و خانم سعیدی کمال تشکر را داشته باشیم. این تحقیق با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به انجام رسید.

با سن نداشت که نشان دهنده آن است که مسن تر بودن معرف کفایت شخصی بیشتر نمی باشد. مطالعات گلدبرگ (۲۴) بر روی پزشکان اورژانس و پژوهش شارما^۱ (۳۰) بر روی جراحان ارتباطی بین سن و فرسودگی را نشان ندادند.

در مطالعه ما تنها در بعد مسخ شخصیت بود که نشان داده شد که مردان به طور معنی داری بیش از زنان مسخ شخصیت را دارند، در مطالعه شارما (۳۰) نیز تفاوت های چشمگیری بین زن و مرد یافت نشد. مطالعه فعلی نتوانست ارتباط ابعاد فرسودگی را با وضعیت تاهل واحدهای پژوهش به طور معنی داری نشان دهد که می تواند معرف حمایت اجتماعی قابل قبول تا ازدواج می باشد یعنی تاهل نقش کمتری از سایر مطالعات در کم کردن فرسودگی شغلی دارد و به نوعی معرف کم بودن معضل تنهایی قبل از ازدواج به نسبت جوامع غربی در ایران می باشد.

در مورد میزان تحصیلات کارکنان، تنها ارتباط معنی دار در بعد مسخ شخصیت بود که آن هم به تفاوت معنی دار تحصیلات دکتری و فوق دیپلم اشاره دارد که علاوه به احترام بیشتر مردم و همکاران به پزشکان مراکز، از آن جا که بسیاری از پزشکان مراکز به عنوان مسئول مرکز انجام وظیفه می کنند می تواند این مهم باعث پیش گیری از فرسودگی و خصوصاً مسخ شخصیت در افراد شود. در مطالعاتی که در پرستاران انجام شده است بیان گردیده پرستارانی که تحصیلات کمتری داشتند کفایت شغلی کمتری نیز داشتند (۲۳-۸). در مطالعه ما نشان داده شد که هر چه سابقه کاری بیشتر باشد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت کمتر می شود اما سابقه کاری رابطه معنی داری با کفایت شخصی نداشت. در مطالعه کوستانتینی^۲ (۲۳) در پرستاران نیز هر چه تجربه کاری بیشتر می شد فرسودگی کمتر می شد اما در مطالعه گلدبرگ (۲۴) رابطه معنی داری فرسودگی و سابقه کاری به دست نیامد. وضعیت استخدامی نیز در ایجاد فرسودگی شغلی نقش دارد، رابطه معنی داری در بعد مسخ شخصیت با نوع

1. Sharma

2. Costantini

منابع

1. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. *Hum Behav.* 1976 Sep; 5:16-22.
2. Maslach C, Goldenberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *Applied prevent psychol* 1988; 7:63-74.
3. Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med* 2001; 135:145-8.
4. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006 March; 43(3):311-18.
5. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care health care workers. *Curr Opin Crit Care.* 2007 Oct; 13(5):482-8.
6. Patrick K, Lavery JF. Burnout in nursing. *Aust J Adv Nurs.* 2007 Mar- May; 24(3):43-8.
7. Kumar S, Fischer J, Robinson E, Hatcher S, Bhagat RN. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry* 2007 Jul; 53(4):306-16.
8. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of advanced nursing* 2007; 59(3):233-39.
9. Mc Phillips HA, Stanton B, Zuckerman B, Stapleton FB. Role of pediatric department chair: factors leading to satisfaction and burnout. *J Pediatr.* 2007 Oct; 151(4):425-30.
10. Lee H, Song R, Cho YS, Lee GZ, Daly B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *J Adv Nurs.* 2003 Dec; 44(5):534-45.
11. Greenglass ER, Bruke RJ. Stress and the effects of hospital restructuring in nurses. *Can J Nurs Res.* 2001 Sep; 33(2):93-108.
12. Estry-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlen C, Azoulay S, Giorgi M. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med.* 1990 Jan; 47(1):20-28.
13. Revicki DA, May HJ. Organizational characteristics, occupational stress and mental health in nurses. *Behav Med* 1989; 15:30-36.
14. Schat ACH, Kelloway EK. Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *J Occup Health psychol.* 2000; 5:386-402.
15. Schat ACH, Kelloway EK. Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence. The buffering effects of organizational support. *J Occup Health Psychol* 2003; 8:110-22.
16. Quine L. Workplace bullying in NHS Community trust: staff questionnaire survey. *BMJ* 1999; 318:228-32.
17. Alimoglu MK, Donmez L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a university hospital. *Int J Nurs Stud* 2005 Jul; 42(5): 549-55.
18. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. *Social Psychology of Health and Illness* 1982, 3rd edn. Hillsdale NJ Lawrence Erlbaum pp.227-51.
19. Taylor C, Graham J, Potts HW, Richard MA, Ramirez AJ. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet* 2005; 336:742-4.
20. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130:696-702.
21. Ozyurt A, Hayron O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM* 2006; 99(3):161-169.
22. Pedro R, Gil-Monte, Jose M-Peiro. A study on significant source of the burnout syndrome in workers at occupational centers for the mentally disabled; *Psychology in Spain* 1988; 2(1):116-123.
23. Costantini A, Solano D. Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychother Psychosom* 1997; 66(2):78-82.
24. Goldberg R, Boss RW, Chon L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D. Burnout and its Correlates in emergency physicians: four years experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med.* 1996 Dec; 3(12):1156-64.
25. Brake H, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31: 321-7.

26. Mc Murray JE, Linzer M, Konrad TR. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction study group. *J Gen Inter Med.* 2000; 15:372-80.
27. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Anna Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
28. Baba VV, Galperin BL, Lituchy TR. Occupational mental health: A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *Int J Nurs Stud* 1999; 36(2): 163-9.
29. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med care.* 2004 Feb; 42(2 Suppl): II 57-66.
30. Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Manson JRT. Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Anaesthesia.* 2006 Sep; 61(9):856-66.
31. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 1996, 3rd edn. Consulting Psychologists Press, Inc., Paolo Alto, California.
۳۲. فیلیان عماد. بررسی میزان فرسودگی شغلی و ارتباط آن با روش های مقابله ای به کار گرفته شده توسط پرستاران بیمارستان های آموزشی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاران، تهران، ۱۳۷۱.
33. Kluger MT, Towend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australia specialist anesthetists. *Anesthesia* 2003 Apr; 58(4): 339-45.
34. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs.* 2001 May; 34(3): 383-96.
35. Keller KL, Koenig WJ. Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 1989 Jan; 18(1): 42-7.

Abstract

Burnout in staffs of health care centers in Mashhad

Talaei A. MD, Mohammad Nejad M. MD, Samari AA

Introduction: Burnout syndrome includes aspects of emotional exhaustion, depersonalization, and decrement of personal accomplishment. Medical and health care staffs are vulnerable to burnout syndrome because of their exposure to physical and psychological stressors. The present study assessed the rate of aspects of burnout syndrome and its relations to demographic characteristics in staffs of health care centers of Mashhad.

Methods and Materials: In this descriptive-analytical study we evaluated staffs of 30 health centers of Mashhad in 1385. Data was collected using the demographic questionnaire and Maslach Burnout Inventory (MBI). MBI is a Likert rating scale to assess different aspects of burnout. Data was statistically analyzed using SPSS and appropriate descriptive and analytic statistical tests.

Results: This study showed that 24.5% of staffs had high rates of emotional exhaustion, 0.7% had high rates of depersonalization and 6.7% of subjects experienced the low rates of personal accomplishment. There were significant correlation between emotional exhaustion and depersonalization ($P=0/000$) and between personal accomplishment and emotional exhaustion ($P=0.008$). Emotional exhaustion and depersonalization had significant convert correlation with age of staffs ($P=0.015$ and $P=0.010$). Only depersonalization was significantly higher in men than women ($P=0.035$).

Conclusions: High emotional exhaustion in staffs of health care centers in comparison with other reports was prominent and needs to close attention, but other aspects of burnout were in good position in them.

Keywords: Burn-out, Health care centers staffs, Emotional exhaustion, Depersonalization, Personal accomplishment, Maslach Burnout Inventory, Mashhad