

بررسی عوامل مرتبط با فرسودگی شغلی کارکنان مراکز بهداشتی_درمانی شهرستان همدان در سال ۱۳۹۱

سعید دشتی^۱، جواد فردمال^{۲*}، مختار سهیلی زاده^۳، رضا شهرآبادی^۴، حمید صالحی نیا^۵

۱. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۲. استادیار آمار زیستی و عضو مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۲/۱۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۳۰

چکیده

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 حرفه‌ها ممکن است مشاهده شود. این پژوهش به منظور بررسی ابعاد مختلف فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان همدان انجام گرفته است.

روش کار: این از نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد. نمونه‌گیری به صورت سرشماری، شامل ۲۷۸ نفر از پرسنل شاغل در مراکز بهداشتی درمانی همدان بود که با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و فرسودگی شغلی مازلاک مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، میانگین نمره خستگی هیجانی ۲۱/۴۴، مسخ شخصیت ۴/۷۱ و کفایت شخصی ۳۲/۱۷ بود. میزان خستگی هیجانی با مسخ شخصیت و میزان کفایت شخصی با خستگی هیجانی رابطه معنی داری داشت ($P < 0/001$). فرسودگی شغلی با ویژگی‌های دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، سابقه کاری، وضعیت مسکن، وضعیت استخدامی و میزان درآمد رابطه معنی داری نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به فراوانی بالای فرسودگی شغلی ۵۵/۷٪ در بین پرسنل و با توجه به تاثیر فرسودگی شغلی در عملکرد شغلی، خانوادگی و فردی و نیز اثر آن بر غیبت از کار و بازنشستگی زود هنگام، کاهش عوامل تنش‌زا و افزایش رضایت کاری، از طریق بهبود شرایط محیط کار در مراکز بهداشتی درمانی می‌بایست مورد توجه و همت بیشتر مسئولان قرار گیرد.

واژگان کلیدی: فرسودگی شغلی، پرسشنامه مازلاک، پرسنل بهداشتی درمانی

مقدمه

افراد دیگر، حمایت اجتماعی کم) و عوامل سازمانی (تقاضای زیاد در محل کار، سختی و ابهام در کار، و سیاست گذاری نادرست) می‌باشند. اگر شخص قادر به مقابله مؤثر با این فشارهای روانی نباشد، دستخوش عوارض متعدد جسمی، روانی و رفتاری می‌شود. طولانی شدن فشارهای روانی ممکن است موجب کاهش رضایتمندی از شغل و منجر به

قسمت عمده زندگی هر شخص به کار پرداخته می‌شود. کار از نظر سلامت روانی، فعالیتی مهم و موجب رشد و عزت نفس و استقلال فرد می‌گردد (۱). منابع فشارهای روانی (استرس) در محیط کار شامل عوامل محیطی و فیزیکی (سرو صدا، ازدحام، نور و صوت نامناسب)، عوامل انسانی (تعارض با

* نویسنده مسئول: جواد فردمال، عضو مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیر

واگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

ایمیل: javad.faradmal@umsha.ac.ir

تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۵۰۹

پزشکان عمومی، متخصصین، پرستاران و بهیاران به علت مواجهه با عوامل استرس زای متعدد مانند فشارهای روانی، فیزیکی، مدیریتی و بین فردی، میزان بیشتری از فرسودگی شغلی را نسبت به سایر مشاغل تجربه می کنند (۱۳-۱۸). اداره اطلاعات آمریکا بیان داشته است که در میان مشاغل، مشاغل بهداشتی-درمانی بالاترین میزان آسیب های شغلی و از جمله فرسودگی شغلی همراه هستند (۱۹). از آنجا که این سندرم با ایجاد نگرش منفی نسبت به شغل و احساس عدم ارتباط با مددجو در هنگام ارائه مراقبت، به افت شدید کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی می انجامد، شناسایی هر چه بیشتر عوامل موثر بر آن در بالا بردن کیفیت خدمات ارائه شده در حیطه بهداشت و درمان مفید خواهد بود، این تحقیق با هدف تعیین ابعاد مختلف فرسودگی شغلی و عوامل مرتبط با آن در پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهرستان همدان انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی بود که در بهار و تابستان سال ۱۳۹۱ روی ۲۷۸ نفر از کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان همدان (شامل کارکنان ۱۹ پایگاه شهری، ۱۸ مرکز بهداشتی-درمانی شهری و ۱۲ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی) که مایل به شرکت در مطالعه بودند، انجام گرفت. 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. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسش نامه ای شامل اطلاعات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش و نیز پرسش نامه فرسودگی شغلی مازلاک بودند. این پرسشنامه ها از طریق همکاران آموزش دیده طرح در اختیار افراد مورد مطالعه قرار گرفت. پرسش نامه اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی فرد شامل سن، میزان تحصیلات، رشته تحصیلی، وضعیت تاهل، وضعیت درآمد، و وضعیت استخدامی بود. پرسشنامه دوم پرسشنامه فرسودگی شغلی که توسط مازلاک و همکارانش در سال ۲۰۰۱ ابداع شده بود، بکار رفت. این ابزار از ۲۲ گزاره تشکیل شده و هر سه بعد فرسودگی شغلی را می سنجد. خستگی هیجانی ۹ گزاره، 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. نمره

فرسودگی شغلی شود (۲). فرسودگی شغلی با بهداشت روانی و میزان بهره وری یک شخص رابطه دارد. لذا آشنا شدن با روش های برخورد مؤثر و مناسب با فشارهای روانی و غلبه بر فرسودگی شغلی می تواند به ارتقای بهداشت روانی و افزایش اثر بخشی و بهره وری نیروی انسانی کمک کند (۳). بر اساس نظر مازلاک فرسودگی شغلی پاسخی تأخیری به عوامل استرس زای مزمن هیجانی و بین فردی است که در حیطه مشاغل بوجود می آید (۴) و شامل سه بعد تحلیل عاطفی یا خستگی هیجانی (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 که همواره با نگرش منفی نسبت به آنان و درک افراد به صورت اشیای غیر انسانی بروز می کند) و فقدان موفقیت فردی یا کفایت شخصی (افراد که از تلاش های شغلی خود برداشت منفی دارند و احساس می کنند در شغل خود پیشرفتی نکرده اند) می باشد (۵،۶). فرسودگی بدنی اولین آسیب در زمینه فرسودگی شغلی می باشد. افرادی که از این عارضه رنج می برند دچار کاهش انرژی و احساس خستگی شدید می گردند، به علاوه این افراد برخی از نشانه های فشار بدنی نظیر سردرد، تهوع، کم خوابی و تغییراتی در عادات غذایی را به طور فراوان گزارش می دهند. همچنین افراد مبتلا به این عارضه، فرسودگی عاطفی، احساس درماندگی، عدم کارایی در شغل خود و همچنین ایجاد نگرش های منفی نسبت به خود، شغل، سازمان و به طور کلی نسبت به زندگی نشانگرهای فرسودگی نگرشی هستند و نهایتاً اینکه اغلب مبتلایان، احساس پایین بودن پیشرفت و ترقی شخصی را گزارش می دهند که ممکن است به جستجوی مشاغل و نقش های اداری و اجرایی جدید بپردازند (۷-۹). خوشبختانه پژوهش های زیادی نشان داده اند که فرسودگی شغلی درمان پذیر است و قربانیان فرسودگی شغلی با دریافت کمک مناسب، بهبود می یابند (۱۰). روشهای درمانی گوناگونی وجود دارد که مهمترین آنها عبارتند از روان درمانی، درمانهای شیمیایی، درمانهای فیزیکی و عصبی (۱۱). امروزه بخش بهداشت و درمان به دلیل ارتباط مستقیم با سلامتی انسانها، یکی از مهمترین حوزه های توسعه پایدار در جوامع بشری بشمار می رود، فرسودگی شغلی در این بخش موضوعی است که مورد توجه پژوهشگران زیادی قرار گرفته است (۱۲) کارکنان شاغل در بخش بهداشت و درمان شامل

روان شناسی، دندانپزشک و تغذیه) ۱۹/۶ درصد بودند. میانگین و انحراف معیار سابقه کاری ۱۳/۴۲±۸/۴۸ سال بود. سایر ویژگی های جمعیتی افراد مورد بررسی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی پرسنل بر حسب متغیر های جمعیت شناختی

تعداد(درصد)	متغیر های دموگرافیک	
۲۱۰(۷۵/۸)	زن	جنس
۶۶(۲۴/۲)	مرد	
۴۵(۱۶/۳)	مجرد	وضعیت تأهل
۲۳۱(۸۳/۷)	متأهل	
۷۳(۲۴/۴)	زیر ۳۰ سال	سن
۱۰۸(۳۹/۱)	۳۰ تا ۴۰ سال	
۷۹(۲۸/۵)	۴۰ تا ۵۰ سال	
۱۱۷(۶/۱)	بالای ۵۰ سال	
۵۰(۱۸/۱)	دیپلم و پایین تر	میزان تحصیلات
۷۰(۲۴/۴)	کاردانی	
۱۱۴(۴۱/۳)	کارشناسی	
۹(۳/۳)	کارشناسی ارشد	
۳۳(۱۲)	دکتر	
۱۱۳(۴۰/۸)	قراردادی	وضعیت استخدامی
۱۵۶(۵۶/۳)	رسمی	سابقه کار
۸(۲/۹)	طرحی	
۶۶(۲۴/۲)	۱ تا ۵ سال	
۹۲(۳۳/۷)	۵ تا ۱۵ سال	
۱۱۵(۴۲/۱)	بیشتر از ۱۵ سال	
۱۴۱(۵۵/۷)	دارند	فرسودگی شغلی
۱۱۲(۴۴/۳)	ندارند	

بر اساس یافته های این پژوهش، ۵۵/۷ درصد از پرسنل فرسودگی شغلی داشتند. بین نمره فرسودگی شغلی با متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، سابقه کاری، وضعیت مسکن، وضعیت استخدامی و میزان درآمد) رابطه معنی داری یافت نشد ($P>0/05$).

افراد مورد مطالعه ۲۶/۱ درصد دارای خستگی هیجانی بالا، ۲۹/۶ درصد دارای خستگی هیجانی متوسط و ۴۴/۴ درصد

های مربوط به هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی جداگانه محاسبه می شود. نمرات به دست آمده در هر یک از این سه بعد بر اساس نمره مرجع در دسته های کم، متوسط و بالا قرار می گیرد. نحوه امتیاز بندی هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی در جدول ۱، مشخص شده است.

جدول ۱- نحوه امتیاز بندی هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی

گویه	بالا	متوسط	پایین
خستگی هیجانی یا مسخ شخصیت	>30	۲۹-۱۸	۲۹-۱۸
کفایت شخصی	>12	۱۱-۶	۱۱-۶
کفایت شخصی یا عدم موفقیت فردی	>40	۳۴-۳۹	۳۴-۳۹

نمرات بالاتر بعد های خستگی هیجانی و مسخ شخصیت و همچنین نمره کمتر بعد احساس کفایت شخصی، منعکس کننده وضعیت فرسودگی شغلی می باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط فیلیان در ایران برای اولین بار مورد تأیید قرار گرفت که ضریب پایایی آنرا با روش آزمون مجدد ۷۸ درصد گزارش شد و از آن پس در تحقیقات متعددی در ایران مورد تأیید و استفاده قرار گرفته است (۲۰). تجزیه و تحلیل نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) و در قالب جداول و شاخص های توصیفی صورت گرفت. همچنین مقایسه میانگین پاسخ در گروه ها مختلف با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تی مستقل و در سطح معنی داری ۵٪ انجام شد.

یافته ها

در این مطالعه ۲۷۸ نفر از پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی شرکت نمودند که میزان پاسخگویی ۷۳ درصد بود. میانگین و انحراف معیار سنی مردان $36/87 \pm 9/22$ سال و برای زنان $37/45 \pm 7/96$ بود. از لحاظ توزیع شغلی، ۱۰/۵ درصد پزشک، ۱۱/۳ درصد کارشناس بهداشت خانواده، ۲۵/۱ درصد ماما، ۱۲/۴ درصد کارشناس مبارزه با بیماریها، ۹/۱ درصد کارشناس بهداشت محیط، ۴ درصد کارشناس علوم آزمایشگاهی، ۳/۳ درصد کارشناس بهداشت حرفه ای و ۴/۷ درصد بهورز بودند. سایر مشاغل (بهداشت دهان و دندان، بهداشت مدارس، اپیدمیولوژی، مدیریت خدمات بهداشتی،

بحث

بررسی ابعاد سه گانه فرسودگی شغلی نشان داد که نمره خستگی هیجانی در سطح متوسط و مسخ شخصیت و کفایت شخصی در سطح پایین قرار دارد.

در مطالعه حاضر بین میانگین نمره کلی فرسودگی شغلی با متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه کاری، وضعیت استخدامی رابطه معنی دار آماری یافت نشد که این نتایج با مطالعه قاری علویچه (۲۲) که در شهرستان کوهنگ بر روی بهروزان در سال ۸۹ انجام شده است، همسو می باشد. در توضیح این مطلب می توان، مشابهت خدمات ارائه شده و نزدیک بودن محل های جغرافیایی را نام برد.

میانگین نمره خستگی هیجانی با مطالعه طلایی (۲۳)، مومنی (۲۴) و یعقوبی نیا (۲۵) هماهنگی دارد. در این مطالعه ۲۶/۱ درصد از افراد خستگی هیجانی بالایی داشتند و با مطالعه طلایی در مشهد (۲۳) (۲۴/۵ درصد) و کلر در امریکا (۲۶) تقریباً مشابه بود. نیمی از کارمندان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان همدان خستگی هیجانی در حد زیاد و متوسط، و نیمی از آن ها خستگی هیجانی پایین، را تجربه می کنند که جای نگرانی و توجه بیشتر دارد. صاحب نظران تاکید دارند که سطوح خستگی هیجانی متوسط تا شدید می تواند به علت تضاد در نقش، قبول وظایف بیش از حد، تضادهای میان فردی و بین فردی باشد. محققان معتقدند احساس خستگی هیجانی، توان روحی و روانی فرد را کاهش می دهد، به طوری که دچار نوعی سردی همراه با بی تفاوتی مفرط نسبت به مددجو و حرفه می گردد (۲۷).

در مطالعه حاضر میزان کفایت شخصی با یافته های طلایی (۲۳) در پرسنل مراکز بهداشتی درمانی مشهد و مطالعه حسینی در بیرجند (۲۸) همسو نبود. احساس موفقیت و تسلط در شخص، زمانی به وجود می آید که فرد خود را در اهداف سازمان مورد نظر تأثیر گذار بداند، بدین وسیله توانایی های خود را عرضه می کند و نگرش مثبت نسبت به مددجویان خویش بدست می آورد. توانایی کنترل بر رخداد های شغلی از جمله مهمترین عوامل مؤثر بر کفایت شخصی برشمرده شده است. میزان بالای فرسودگی شغلی در بعد کفایت شخصی می تواند نشانه نگرش منفی نسبت به خود، حرفه و نداشتن رضایت شغلی و کاهش اعتماد به نفس پرسنل باشد (۲۹).

همچنین نتایج تحقیق نشان داد که بین میزان کفایت شخصی و میزان تحصیلات رابطه معنی داری وجود دارد به

دارای خستگی هیجانی پایین بودند. تحلیل یافته ها نشان داد که اختلاف معنی داری بین نمره خستگی هیجانی و رشته تحصیلی وجود دارد ($P=0/015$)، بین سایر ویژگی های مورد مطالعه و جنبه خستگی هیجانی رابطه معنی داری یافت نشد ($P>0/05$).

میانگین نمره مسخ شخصیت در کل آزمودنی های مورد پژوهش ۴/۷۱ درصد بود که در حد پایین می باشد. همچنین ۱۰/۸ درصد افراد دارای مسخ شخصیت بالا، ۲۳/۲ درصد دارای مسخ شخصیت متوسط و ۶۶ درصد دارای مسخ شخصیت پایین بودند. در بررسی ارتباط بین عوامل جمعیت شناختی و مسخ شخصیت، تنها ارتباط معنی داری بین نمره مسخ شخصیت با سن ($P=0/04$) و رشته تحصیلی ($P=0/018$) مشاهده گردید.

نمره بعد کفایت شخصی در کل آزمودنی های مورد پژوهش ۳۲/۱۷ درصد بود که بر مبنای طبقه بندی پرسشنامه در سطح پایین می باشد. نتایج مطالعه نشان می دهد که بیش از ۵۰٪ افراد دارای سطح کفایت شخصی پایین می باشند. ۲۳/۳ درصد از افراد دارای کفایت شخصی بالا، ۲۴/۱ درصد دارای سطح کفایت شخصی متوسط بودند. بین نمره کفایت شخصی با سطح تحصیلات و رشته تحصیلی رابطه معنی دار آماری مشاهده شد ($P<0/05$). به طوری که بیشترین سطح کفایت شخصی مربوط به پرسنل با سطح تحصیلات دیپلم و پایین تر بود.

یافته ها نشان داد ارتباط معنی داری بین رشته تحصیلی پرسنل با ابعاد فرسودگی شغلی وجود دارد. بیشترین میزان خستگی هیجانی به ترتیب مربوط به حرفه بهروزی ۵۳/۸٪ و بهداشت خانواده ۵۱/۹٪ می باشد. بیشترین کفایت شخصی مربوط به پرسنل با رشته تحصیلی بهروز ۳۳/۳٪، علوم آزمایشگاهی ۳۳/۳٪، ماما ۲۶/۲٪ می باشد. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین مسخ شخصیت مربوط به پرسنلی است که رشته تحصیلی آنها به ترتیب بهداشت محیط ۳۴/۸٪، بهروز ۲۳/۱٪، بهداشت حرفه ای ۲۲/۲٪ و بهداشت عمومی ۱۱/۸٪ می باشد.

ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه معنی داری بین فراوانی مسخ شخصیت و فراوانی خستگی عاطفی ($R=+0/479$)، نشان داد. و بین خستگی هیجانی با کفایت شخصی رابطه ($R=-0/210$ ، $P=0/001$) و نیز بین مسخ شخصیت با کفایت شخصی رابطه ($R=-0/329$ ، $P<0/001$) وجود دارد.

طوری که کمترین کفایت شخصی مربوط به پرسنل با سطح تحصیلات کاردانی و پایین تر می باشد. مطالعات انجام شده در بخش پرستاری بیان می کند که پرستارانی که تحصیلات کمتری داشتند کفایت شخصی کمتری نیز داشتند که با نتایج مطالعه ما همسو می باشد (۳۰-۳۲).

مطالعه حاضر همچنین نشان داد میزان فرسودگی اکثریت واحدهای پژوهش در بعد مسخ شخصیت پایین بوده است که با یافته های روبرت (۳۳) و کیلفدر (۳۴) در این زمینه هماهنگ می باشد. ۱۰/۸ درصد افراد دارای مسخ شخصیت بالا بودند که این میزان ۱۵ برابر بیشتر از مطالعه طلایی (۲۳) است در مقابل این میزان نسبت به مطالعه کلاگر (۳۵) نصف و نیز نسبت به مطالعه حسینی و همکارانش (۲۸) ۸ برابر کمتر می باشد.

قبلاً اشاره شد که مسخ شخصیت به معنای جدایی روانی فرد از شغل اش و در نتیجه واکنش منفی، عاری از احساس و توام با بی اعتنایی مفرط نسبت به گیرندگان خدمت تعریف می شود (۵،۶). این میزان مسخ شخصیت در مطالعه حاضر در مقایسه با سایر مطالعات، احترام به مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی را نشان می دهد (۲۳). دلیل این مسئله می تواند بالا بودن میزان تأهل (۸۳/۷ درصد) نیز مربوط باشد که این مسئله معرف نقش حمایتی اساسی خانواده در کارایی و احساس مثبت از توانمندی خود می باشد که می تواند باعث کاهش فرسودگی شغلی شود (۲۰) اما بین وضعیت تأهل و ابعاد فرسودگی شغلی در این مطالعه ارتباط معنی داری یافت نشد. 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 (۳۶،۳۷).

نتایج این مطالعه نشان داد که بین مسخ شخصیت افراد مورد مطالعه با سن ارتباط معنی داری وجود دارد به نحوی که نمره مسخ شخصیت در افراد با رده سنی ۳۰ سال و جوانتر ۱۶/۲ درصد بیشتر است. به عقیده برخی محققان، افراد جوانی که هنوز متأهل نشده اند، آسیب پذیری بیشتری در برابر فرسودگی شغل احساس می کنند (۲۰) که این نتیجه با مطالعه طلایی (۲۳) همخوانی دارد. در توضیح این مطلب می توان گفت که با افزایش سن پرسنل سابقه کاری آنها بالا می رود که این خود بر تجربه کاری آنها می افزاید و در این حال بهتر می توانند خود را با شرایط جدید منطبق کنند.

همچنین یافته ها نشان داد که بین نمره مسخ شخصیت با رشته تحصیلی رابطه معنی داری وجود دارد به نحوی که بیشترین مسخ شخصیت مربوط به پرسنلی که رشته تحصیلی آنها به ترتیب بهداشت محیط (۳۴/۸ درصد)، بهورز (۲۳/۱ درصد)، بهداشت حرفه ای (۲۲/۲ درصد) و بهداشت عمومی (۱۱/۸ درصد) می باشد. که این نتایج با مطالعه مومنی (۳۸) همسو می باشد. این نتایج متأثر از شرایط محیط کار و فزونی استرس در واحد های بهداشت محیط، حرفه ای و عمومی می باشد. شرایط نامناسب کاری در این حرفه ها مخصوصاً بهداشت محیط و حرفه ای که به دلیل نظارت بر فعالیت مراکز عرضه محصولات در سطح شهر، و به دلیل مواجه شدن با موقعیت های تهدید و نیز عدم حمایت سازمانی استرس زا می باشد. محققین معتقدند کار گروهی، حمایت شغلی، شرکت دادن افراد در تصمیم گیری ها، کاهش تعارضات و ابهام های شغلی و افزایش کنترل بر رخدادها و مداخلات روانشناختی برای کاهش استرس های شغلی و سازگاری با محیط کار، می تواند منجر به ارتقاء کارایی کارکنان شود (۲۹).

یافته های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که نوع شغل (رشته تحصیلی) نیز با ابعاد فرسودگی شغلی کارکنان ارتباط آماری معنی داری داشته، ولی ارتباط آن با نمره کلی فرسودگی شغلی معنی دار نبوده است. به طوری که میانگین کفایت شخصی و میانگین خستگی هیجانی در بهورزان بیشتر از سایر کارکنان، بوده است. یافته های قاری علویجه (۲۲) و طلایی (۲۳)، نیز بیانگر تاثیر نوع شغل در شدت فرسودگی شغلی کارکنان بوده است.

نمره کفایت شخصی در حرفه بهورزی نسبت به سایر رشته ها مناسب تر است که می توان در این رابطه به تفاوت های تحصیلات و شاغل بودن بهورزان به نسبت مراجعین اشاره نمود. همانطور که بررسی طلایی و همکارانش (۲۳) نشان داد فشار کاری کارمندان خانه بهداشت (بهورزان) باعث تفاوت معنی دار آنها در بعد خستگی عاطفی با کارمندان بخش واکسیناسیون و مامایی شده است و در ضمن می توان به محل زندگی در روستا و فشارهای خاص زندگی روستایی نیز اشاره نمود (۲۳).

در پژوهش حاضر مشابه مطالعه قاری علویجه (۲۲) و طلایی (۲۳) رابطه معنی دار مستقیمی بین مسخ شخصیت

طوری که کمترین کفایت شخصی مربوط به پرسنل با سطح تحصیلات کاردانی و پایین تر می باشد. مطالعات انجام شده در بخش پرستاری بیان می کند که پرستارانی که تحصیلات کمتری داشتند کفایت شخصی کمتری نیز داشتند که با نتایج مطالعه ما همسو می باشد (۳۰-۳۲).

مطالعه حاضر همچنین نشان داد میزان فرسودگی اکثریت واحدهای پژوهش در بعد مسخ شخصیت پایین بوده است که با یافته های روبرت (۳۳) و کیلفدر (۳۴) در این زمینه هماهنگ می باشد. ۱۰/۸ درصد افراد دارای مسخ شخصیت بالا بودند که این میزان ۱۵ برابر بیشتر از مطالعه طلایی (۲۳) است در مقابل این میزان نسبت به مطالعه کلاگر (۳۵) نصف و نیز نسبت به مطالعه حسینی و همکارانش (۲۸) ۸ برابر کمتر می باشد.

قبلاً اشاره شد که مسخ شخصیت به معنای جدایی روانی فرد از شغل اش و در نتیجه واکنش منفی، عاری از احساس و توام با بی اعتنایی مفرط نسبت به گیرندگان خدمت تعریف می شود (۵،۶). این میزان مسخ شخصیت در مطالعه حاضر در مقایسه با سایر مطالعات، احترام به مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی را نشان می دهد (۲۳). دلیل این مسئله می تواند بالا بودن میزان تأهل (۸۳/۷ درصد) نیز مربوط باشد که این مسئله معرف نقش حمایتی اساسی خانواده در کارایی و احساس مثبت از توانمندی خود می باشد که می تواند باعث کاهش فرسودگی شغلی شود (۲۰) اما بین وضعیت تأهل و ابعاد فرسودگی شغلی در این مطالعه ارتباط معنی داری یافت نشد. 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 (۳۶،۳۷).

نتایج این مطالعه نشان داد که بین مسخ شخصیت افراد مورد مطالعه با سن ارتباط معنی داری وجود دارد به نحوی که نمره مسخ شخصیت در افراد با رده سنی ۳۰ سال و جوانتر ۱۶/۲ درصد بیشتر است. به عقیده برخی محققان، افراد جوانی که هنوز متأهل نشده اند، آسیب پذیری بیشتری در برابر فرسودگی شغل احساس می کنند (۲۰) که این نتیجه با مطالعه طلایی (۲۳) همخوانی دارد. در توضیح این مطلب می توان گفت که با افزایش سن پرسنل سابقه کاری آنها بالا

زمینه برنامه ریزی هر چه بهتر در زمینه کاهش استرس در محیط کار و استخدام افراد در پست های مختلف سازمانی بر حسب تخصص و توانایی های آنها افزایش یابد.

نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای فرسودگی شغلی (۵۵/۷ درصد) در بین پرسنل بهداشتی درمانی و عواقب آن بر کیفیت خدمات ارائه شده توسط این قشر زحمتکش به ارباب رجوع در مراکز بهداشتی درمانی و غیبت کارکنان از کار، با اتخاذ روش های تعدیل کننده به رفع این پدیده اقدام گردد. لذا در این زمینه با استفاده از استراتژی هایی مثل آموزش های ضمن خدمت، کاهش تعارضات و ابهام های شغلی می توان احتمال بروز فرسودگی شغلی را در بین کارکنان کاهش و نیز از آن پیشگیری نمود.

تشکر و قدردانی

از کلیه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهرستان همدان و از آقایان محمد زارعی و میثم دلاور که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند کمال تشکر را داریم. در ضمن این مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی به شماره ۹۰۱۲۱۶۴۸۱۹ مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان می باشد که از حمایت مالی این دانشگاه استفاده کرده است.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته است.

و خستگی هیجانی دیده شد 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.

همچنین نتایج پژوهش حاضر مشابه قاری علویچه (۲۲) و طلائی (۲۳) رابطه معنادار معکوسی بین کفایت شخصی با خستگی هیجانی دیده شد که معرف آن است که خستگی هیجانی در حالت کاهش کفایت شخصی همراه آن می باشد. 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 آنها جهت کاهش خستگی هیجانی آنان اشاره دارد (۲۳).

از محدودیت های این پژوهش می توان به این موارد اشاره نمود: استفاده صرف از پرسشنامه جهت جمع آوری اطلاعات، پژوهش فقط بر روی کارمندان شهرستان همدان انجام شد و از آنجایی که فرسودگی شغلی متأثر از جو سازمانی، سبک رهبری و نظایر آن می باشد و این عوامل از سازمانی به سازمان دیگر متفاوت می باشد، لذا در تعمیم نتایج به سایر سازمانها باید احتیاط کرد.

پیشنهاد می شود این تحقیق در شهرستان های دیگر نیز انجام شود، مقطعی بودن پژوهش حاضر نیز به دلیل محدود بودن وقت برای انجام پژوهش از دیگر محدودیت های این پژوهش بود. پیشنهاد می شود با توجه به سطوح مختلف فرسودگی در پرسنل، سطح آگاهی مدیران و مسئولین در

References

1. Helmsersht P, Delpisheh A. Health community nursing. 1st ed. Tehran: Chehr Publication; 2013. (Persian)
2. Mahmoodi GHR, Rouhi GH, Mojerlou M, Sheikh H, Rahmany H. Relationship between nursing burnout, physical environment and professional equipments. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2006;8(2):40-46. (Persian)
3. Rafiyy F. Relationship between the usage of coping strategies and burnout as well as compar-

- ison of these variables among staff and practical nurses employed in burn and reconstructive hospitals of Tehran. Iran Journal of Nursing. 1996;14-15(10):5-14. (Persian)
4. Maslach C, Jackson S. Burnout in health professions: A social psychological analysis. Social psychology of health and illness. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1982.79-103.
5. Maslach, C. Burnout: A social psychological analysis. The burnout syndrome. Park Ridge, IL: London House; 1981.30-53.

6. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *Applied and Preventive Psychology*; 1998;63-74.
7. Kalliath TJ, O'Driscoll MP. A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work & Stress*. 2000;14(1):35-50.
8. Payami Bousari M. Occupational burnout and some related factors in female nurses working at Zanjan educational hospitals in 2001. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2002;40(10):45-47. (Persian)
9. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*. 2004;42(2 Suppl):57-66.
10. Baron RA, Greenberg J. *Behavior in organization: understanding and managing the human side of work*. 3rd ed. London: Allyn and Bacon, co London; 1990.
11. Corey G, Corey M. *Issues and ethics in the helping professions*. 3rd ed. Australia: Calif Brooks/Cole Pub; 1991:140-152.
12. Samadpour T. Evaluation job of stressful factors in the employment of pregnant nurses working in surgical hospitals of Tehran medical sciences university. *Zanjan University of Medical Sciences Journal*. 1994;2(7):44-51. (Persian)
13. Gundersen L. Physician burnout. *Annals of Internal Medicine*. 2001;135:145-148.
14. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(3):311-318.
15. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care health care workers. *Current Opinion in Critical Care*. 2007;13(5):482-488.
16. Patrick K, Lavery JF. Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2007;24(3):43-48.
17. Kumar S, Fischer J, Robinson E, Hatcher S, Bhagat RN. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Intrnational Journal of Social Psychiatry*. 2007;53(4):306-316.
18. 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):233-239.
19. Maslach C, Schaufeli, W.B; Leiter, M.P. Job burnout. *Annual Review Psychology*. 2001;52:397-422.
20. Philian E. Evaluation of burnout and its relation to coping methods used by nurses in Tehran hospitals [Nursing MSc Thesis]. Tehran: Tehran University of Medical sciences;1992. (Persian)
21. Khazaei T, Sharif Zadeh Gh. Nurses' professional burnout and some predisposing factors. *Journal Birjand University of Medical Sciences*. 2006;1(13):56-6. (Persian)
22. Qari-Alavijeh A, Arab M, Kheiri S, Akbari-Sari A, Asgarimoqadam M, Mohamadi GhR, et al. Job burnout and some of its risk factors on the health workers (Behvarz) in Koohrang County, I.R.Iran, in 2010. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2012;14(3):62-71. (Persian)
23. Talaei A, Mohammad Nejad M, Samari AA. Burnout in staffs of health care centers in Mashhad. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2007;35(36):133-142. (Persian)
24. Momeni H, Salehi A, Seraji A. The comparison of burnout in nurses working in clinical and educational sections of Arak University of Medical Sciences in 2008. *Arak Medical University Journal*. 2010;12(4):113-123. (Persian)
25. Yaghobi Nia F. Associated of self-esteem with burnout in nurses in hospitals in Mashhad University of Medical Sciences [Nursing MSc Thesis]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2000. (Persian)

26. Keller KL, Koenig WJ. Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*. 1989;18(1):42-47.
27. Caballero MM, Bermejo FF, Nicto GR, caballero MF. prevalence and factors associated with burnout in health area. *Atencion Primaria*. 2001;27(5):307-313.
28. Hoseini S, Sharifzadeh M, Khazaie T. Occupational burnout in Birjand dentists. *Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences* . 2011;24(2):113-120. (Persian)
29. Abdi H, Shahbazi L. Correlation between occupation stress in nurses at intensive care unit with job burnout. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 200;3(9):58-63. (Persian)
30. 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):233-239.
31. Mc Phillips HA, Stanton B, Zuckerman B, Stapleton FB. Role of pediatric department chair: factors leading to satisfaction and burnout. *The Journal of Pediatrics*. 2007;151(4):425-430.
32. Alimoglu MK, Donmez L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42(5):549-555
33. Bell RB, Davison M, Sefcik D. A first survey Measuring burnout in emergency medicine physician assistants. *Official Journal of American Academy of Physician Assistant*. 2002;15(3):40-42.
34. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;34(3):383-396.
35. Kluger MT, Towend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australia specialist anesthetists. *Anesthesia*. 2003;58(4):339-345.
36. Schat ACH, Kelloway EK. Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2003;8(2):110-122
37. Lee H, Song R, Cho YS, Lee GZ, Daly B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;44(5):534-545.
38. Momeni H, Salehi A, Seraji A. The comparison of burnout in nurses working in clinical and educational sections of Arak University of Medical Sciences in 2009. *Arak Medical University Journal*. 2010;12(4):113-123. (Persian)

Survey of factors associated with burnout among health care staffs in Hamadan County in year 2012

Saeid Dashti¹, Javad Faradmal^{2*}, Mokhtar Sohaili Zad³, Reza Shahrabadi⁴,
Hamid Salehiniya⁵

1. Ph.D Student in Health Education and Health Promotion, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
2. Dept. of Biostatistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
4. Ph.D Student in Health Education and Health Promotion, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. .
5. Ph.D Student Epidemiology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Recieved: 21 Dec. 2013

Accepted: 4 May 2014

Abstract

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 features of burnout syndrome and its relations to demographic characteristics in staffs of health care centers of Hamadan city.

Methods: This cross-sectional study was conducted as a census on 278 staffs at health centers in Hamadan. Data was collected using the demographic questionnaire and Maslach Burnout Inventory. The obtained data were analyzed via SPSS software.

Results: Average score for emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment were 21.44, 4.71 and 32.17, respectively. There was a significant relationship between emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment ($P < 0/001$). There were no significant relationship between burnout and demographic characteristics including age, sex, marital status, education level, work experience, housing status, employment status and income ($P > 0/05$).

Conclusion: In view of high frequency of burnout (55.7) among health staffs and the impact of burnout on job, family, individual performance, absence from work and early retirement and job satisfaction increase through improving working conditions in the health care environment should be paid more attention.

Keywords: Occupational burnout, Maslach burnout inventory, Health care centers staffs

* Corresponding Author: Javad Faradmal, Dept. of Biostatistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
Email: javad.faradmal@umsha.ac.ir Tel:+9838380509

Please cite this article as: Dashti S, Faradmal J, Soheili zad M, Shahrabadi R, Salehiniya H. [Survey of factors associated with burnout among health care staffs in Hamadan County in year 2012]. *Pajouhan Scientific Journal*. 2015;13(1):1-9