

تأثیر فرسودگی شغلی بر حمایت اجتماعی و عزت نفس پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان یزد

سیدسعید مظلومی^۱، معصومه سعیدی^{۲*}، محمد واحدیان^۳، زهرا جلال پور^۴، محمدعلی کیانی^۵

۱. عضو هیأت علمی گروه بهداشت و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۲. عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۳. عضو هیأت علمی گروه بهداشت و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۴. کارشناس پرستاری، مرکز بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۵. عضو هیأت علمی گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۳/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۱۸

چکیده

مقدمه: امروزه یکی از عوامل اساسی در کاهش کارایی و از دست رفتن نیروی انسانی، فرسودگی شغلی کارکنان است. این معضل علاوه بر بروز اثرات نامطلوب جسمی، عوارض نامطلوب روانی نیز به همراه دارد. این پژوهش به منظور تعیین تأثیر فرسودگی شغلی بر حمایت اجتماعی و عزت نفس در پرسنل بهداشتی درمانی یزد انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به روش مقطعی انجام شد ۱۳۰ نفر از پرسنل که به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای و تصادفی ساده انتخاب شدند، پرسشنامه (فرسودگی شغلی، عزت نفس آیزنگ و حمایت اجتماعی کاسدی) را تکمیل نمودند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: ۹۶/۲٪ پرسنل عزت نفس بالا، ۵۱/۵٪ حمایت اجتماعی بالا و در رابطه با ابعاد فرسودگی شغلی میانگین کفایت شخصی $31/78 \pm 8/726$ از مجموع نمره ۴۸، میانگین خستگی هیجانی $26/53 \pm 12/624$ از مجموع نمره ۵۴ و میانگین مسخ شخصیت $5/70 \pm 5/444$ از مجموع نمره ۳۰ بود. بین ابعاد فرسودگی شغلی و متغیرهای جنسیت، سابقه کار، وضعیت تأهل، محل خدمت، نوع شغل و سابقه کار پرسنل ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$)، به طوری که مسخ شخصیت در آقایان و متأهلین و کارکنان مراکز شهری بیشتر از سایر کارکنان و خستگی هیجانی نیز در خانم‌ها، افراد متأهل و کارکنان مراکز شهری بیشتر بود. کفایت شخصی نیز در کارکنان با سابقه، بیشتر از سایر پرسنل بود ($P < 0/05$). حمایت اجتماعی با خستگی هیجانی همبستگی معنی‌دار و معکوس نشان داد ($P < 0/001$ و $r = -0/294$)، به طوری که هر چه میزان حمایت اجتماعی بیشتر بود خستگی هیجانی کمتر بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط فرسودگی شغلی و میزان حمایت اجتماعی، کاهش عوامل تنش‌زا و افزایش رضایت کاری در پرسنل از طریق بهبود شرایط محیط کار می‌بایست مورد توجه مسئولان قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: فرسودگی شغلی، پرسنل بهداشتی درمانی، شهر یزد، حمایت اجتماعی، عزت نفس

* نویسنده مسؤول: آدرس پستی: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تلفن: ۸۴۱۵۰۰۱

مقدمه

فرسودگی شغلی امروزه به عنوان یک مشکل در تمام سیستم‌های بهداشتی و درمانی مطرح است، به طوری که طبق آمار موجود از هر هفت نفر شاغل در پایان روز، یک نفر دچار تحلیل ضعف قوای جسمی و فکری می‌شود (۱). فرسودگی علاوه بر بروز اثرات سوئی که بر سلامت جسمی و روانی پرسنل بر جای می‌گذارد، باعث کاهش کارایی و افت کیفیت خدمات و نیز افزایش هزینه‌های کار می‌شود.

واژه فرسودگی برای اولین بار توسط Freudenberger در اواخر دهه ۱۹۶۰ زمانی که وی علائم خستگی را در کارکنان خود مشاهده کرد، تعریف شد. او این پدیده را سندرم تحلیل قوای جسمی روانی نامید. افرادی که توسط استرس و فرسودگی شغلی درهم شکسته می‌شوند، فرسوده (Burned out) نامیده می‌شوند (۲).

فرسودگی شغلی محصول استرس طولانی مدت در محل کار می‌باشد. علائم این سندرم زمانی آشکار می‌شود که توانایی‌های فرد برای تقاضاهای محیط کار کافی نباشد. خستگی هیجانی (Emotional exhaustion) (خستگی مزمن، اختلالات خواب، علائم جسمی مختلف) به صورت کاهش انرژی و احساس تخلیه توان روحی، مسخ شخصیت (Depersonalization) (واکنش منفی، عاری از احساس و توأم با بی‌اعتنایی مفرط نسبت به همکاران و مراجعین، احساس گناه، گوشه‌گیری، کاهش کار و فعالیت روزانه) به معنای جدایی روانی فرد از شغلش و کاهش احساس کفایت شخصی (Personal accomplishment) (کاهش احساس شایستگی و موفقیت در حرفه، نارضایتی از کار، احساسات مبنی بر شکست و ناتوانی، از دست دادن قدرت تشخیص و درک، حس دائمی از اجحاف و استثمار و کاهش عملکرد شغلی، سه بعد مختلف فرسودگی شغلی می‌باشند (۳-۵)). این سندرم اثرات متعددی در زندگی اجتماعی، فیزیکی و روان‌شناختی فرد به جای می‌گذارد. پرسنل

بهداشتی درمانی به علت مواجهه با استرس‌هایی نظیر مرگ و میر و ناتوانی بیماران، مشکلات بین فردی، حمایت اجتماعی کم، فشار کاری بالا، مواجهه با تعداد زیاد ارباب رجوع در روز (۱۰-۶)، تصمیم‌گیری در مواقع اورژانسی بر اساس اطلاعات ناکافی و پاسخگو بودن برای نتایج این تصمیم‌گیری، تلاش همراه با فشار روانی برای اجتناب از هر گونه اشتباه (۱۱)، مواجهه با خشونت و تهدید در محل کار (۱۴-۱۲)، نسبت به سایر مشاغل آمادگی بیشتری برای درگیری در این سندرم دارند.

فردی که فرسودگی شغلی را تجربه می‌کند غالباً دچار ناراحتی، خستگی، عدم تحمل دیگران، تندخویی با بیماران و خانواده آنها، دوری جستن از همکاران، عصبانیت و به طور کلی برای همکاران خود غیرقابل تحمل می‌شود (۱۴-۱۳).

در مطالعه Kluger، ۲۰٪ جمعیت مورد مطالعه ۴۲۲ نفر از متخصصین بیهوشی استرالیا، خستگی هیجانی بالا، ۲۰٪ مسخ شخصیت بالا، ۳۶٪ کفایت شخصی پایین را نشان داد. تنها ۱/۴٪ دچار سندرم فرسودگی شغلی بودند (۱۵).

کارکنان بهداشتی درمانی به عنوان پاسخ‌دهندگان به نیاز انسان‌ها و افرادی که مسئولیت اصلی‌شان به سوی مراقبت و بهبود مردم جهت‌دهی شده، دارای نیازهایی هستند که باید برآورده شود و یکی از این نیازها عزت نفس است. عزت نفس چهارمین سطح نیازهای مازلو است و این نیاز به انسان اعتماد و استقلال می‌بخشد (۱۶).

Brandn می‌نویسد برای انسان هیچ حکم ارزشی مهم‌تر از داوری وی در مورد نفس خویش نیست و ارزشیابی شخص از خویشتن قطعی‌ترین عامل در روند رشد روانی اوست (۱۷).

عزت نفس و احترام به خود نقش به‌سزایی در بهداشت روانی فرد دارد و بالا بردن آن می‌تواند از برخی بیماری‌های روانی جلوگیری کند. به عبارت دیگر یکی از ملاک‌های شخصیت سالم، دارا بودن عزت نفس و احترام

۳- حمایت اطلاعاتی: تکیه بر نظر مشورتی دیگران در مورد مشکل ۴- حمایت ابزاری: همکاری و حمایت همسر در تقسیم امور خانه‌داری و تربیت فرزند.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی و سلامتی ارتباط معناداری وجود دارد. افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند، از سلامت بهتری برخوردارند. همچنین بررسی‌ها گویای آن هستند که واکنش‌های فیزیولوژیک نسبت به استرس، تحت تاثیر حمایت اجتماعی تغییر می‌کند (۲۲،۲۳).

پرسنل مراکز بهداشتی درمانی از جمله افرادی هستند که در ارتباطی نزدیک و تنگاتنگ با سایر مردم قرار دارند و در قبال سلامتی و حیات انسان‌ها مسئولیت دارند و همچنین با فرد رنجور، بیماری‌های حاد و مزمن مواجهه دارند، از آنجا که فرسودگی شغلی در کیفیت مراقبت از ارباب رجوع تأثیر می‌گذارد، شناسایی هر چه بیشتر عوامل مؤثر بر آن در بالا بردن کیفیت خدمات ارائه شده در حیطه بهداشت و درمان مفید خواهد بود، از طرفی بیشتر بررسی‌های صورت گرفته در خصوص فرسودگی شغلی بر روی پرسنل درمانی صورت گرفته و از میزان فرسودگی شغلی در پرسنل بهداشتی اطلاعات زیادی منتشر نگردیده است و از طرفی در خصوص ارتباط بین فرسودگی شغلی و حمایت اجتماعی و عزت نفس در کارکنان نیز اطلاعات اندکی منتشر گردیده است، لذا بر آن شدیم تا تاثیر فرسودگی شغلی بر حمایت اجتماعی و عزت نفس را در میان پرسنل مراکز بهداشتی درمانی یزد بررسی نمائیم تا امکان برنامه‌ریزی و مقایسه با سایر مناطق کشور و نیز امکان مقایسه با سایر کشورها فراهم آید.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به روش مقطعی انجام شد، جامعه پژوهش، کلیه کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد بودند. حداقل تعداد نمونه ۱۳۰ نفر از پرسنل بهداشتی درمانی شاغل در مراکز

به خود است (۱۸) و نقش مهمی در درک خود از خوب یا بد بودن خودش ایفا می‌کند (۱۹).

به نظر می‌رسد که عزت نفس عامل اصلی و اساسی در سازگاری عاطفی اجتماعی افراد باشد که در این زمینه تحقیقات زیادی هم انجام شده است. به طوری که صالحی به نقل از ایفلد می‌نویسد: نشان داده شده که عزت نفس ضعیف می‌تواند باعث تشدید استرس شود و به طور چشم‌گیری با نشانه‌های مرضی همراه باشد (۱۹).

همچنین فرنج و وارگو از عزت نفس به عنوان یک محافظ فرهنگی در مقابل اضطراب نام می‌برند و Bakker معتقد است که نیاز به عزت نفس فقط به انسان اختصاص دارد (۲۰). Biabangard نیز در این باره می‌نویسد: جامعه‌ای که افراد آن از احساس ارزشمندی (عزت نفس بالا) برخوردار باشند در مقابل انواع مشکلات و مسائل زندگی و فشارهای روانی، تهدیدها، حوادث ناگوار طبیعی و بیماری‌های روانی مقاوم و پایدار خواهند بود (۲۰).

عزت نفس می‌تواند به عنوان پیشگویی‌کننده پاسخ کارکنان به استرس شغلی باشد افرادی با عزت نفس ضعیف به سادگی تحت تأثیر محرک‌های محیطی قرار می‌گیرند و به ویژه مستعد بروز علائم جسمی و سلامتی در پاسخ به استرس هستند (۲۱).

تحقیق و بررسی درباره عزت نفس از این نظر حائز اهمیت است که روانشناسان و جامعه‌شناسان احترام به خود مثبت را به عنوان عامل اصلی در سازگاری اجتماعی عاطفی در نظر می‌گیرند (۱۸).

حمایت اجتماعی نیز به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه به اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. انواع حمایت اجتماعی عبارتند از: ۱- حمایت عاطفی: به معنای درک، همدلی، گوش دادن صمیمانه و توجه به نیازهای همسر ۲- حفظ حرمت: احساس مثبت نسبت به همسر و دست کم نگرفتن مهارت‌ها و توانایی‌های همسر

شده و سه جنبه فرسودگی شغلی شامل (خستگی هیجانی با ۹ سوال، مسخ شخصیت با ۵ سوال، کاهش کفایت شخصی با ۸ سوال) را از نظر فراوانی با نمرات ۰ تا ۶ مورد سنجش قرار می‌دهد (جدول ۱).

اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه فرسودگی Maslach برای اولین بار در ایران توسط Philian مورد تأیید قرار گرفت. وی جهت تعیین اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده کرد و نتایج نهایی هر دو مرحله با استفاده از آزمون همبستگی محاسبه شده است. یافته‌های نهایی همبستگی، مبین همبستگی قوی میان پاسخ‌های داده شده در دو مرحله آزمون و برابر ۰/۹۸ بوده است (۲۴).

مقیاس حمایت اجتماعی شامل ۷ سوال بوده و به صورت بلی، مطمئن نیستم و خیر پاسخ داده می‌شود. هر سوال بین صفر تا ۲ نمره دارد و نمره‌هایی بر مبنای حداقل صفر و حداکثر ۱۴ امتیاز مورد محاسبه قرار گرفته و به سه طبقه ضعیف (۰-۵)، متوسط (۶-۱۰) و بالا (۱۱-۱۴) تقسیم می‌شود.

مقیاس عزت نفس شامل ۷ عبارت بوده و واحد پژوهش به هر عبارت می‌تواند نمره‌ای بین صفر تا ۲۰ بدهد و نمره نهایی بر مبنای حداقل صفر و حداکثر ۱۴۰ امتیاز مورد محاسبه قرار گرفته و به سه طبقه ضعیف (۰-۵۰)، متوسط (۶۰-۱۰۰) و بالا (۱۱۰-۱۴۰) تقسیم می‌شود.

روایی مقیاس حمایت اجتماعی توسط Cassidy اولین بار تأیید شده است و توسط Karkeh Abadi مورد استفاده قرار گرفته است و مقیاس عزت نفس نیز توسط Sahebi تأیید و روایی آن توسط Doulat Abadi بررسی و گزارش شده است (۲۲-۲۳).

پرسشنامه فاقد نام و نام خانوادگی افراد بود و شرکت در طرح داوطلبانه بود. اطلاعات به دست آمده از گروه مورد مطالعه وارد ویرایش ۱۱/۵ نرم‌افزار SPSS شده و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند درصد و آزمون‌های آماری تحلیلی مانند ANOVA و آزمون تعقیبی Tukey و ضریب همبستگی پیرسون و t مستقل

بهداشتی درمانی شهر یزد، با خطای ۰/۰۵٪ و اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۳٪ تعیین شده که این با توجه به مطالعات گذشته‌نگر در جامعه‌های مشابه و با استفاده از فرمول‌های زیر تعیین گردیده است:

$$N = \frac{z^2(1-a/2).pq}{1+n./N} \quad \text{و} \quad n = \frac{n.}{1+n./N}$$

در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و تصادفی ساده انجام شد. بدین صورت که از طریق مرکز بهداشت شهرستان، ابتدا جامعه را به خوشه‌های مجزا (با توجه به پراکندگی مراکز در سطح شهر) تقسیم‌بندی نموده و سپس در داخل خوشه‌ها، به صورت تصادفی ساده انتخاب و هر مرکز که انتخاب می‌شد، همه اعضای آن در صورت داشتن رضایت، بررسی می‌شدند.

پرسنلی وارد تحقیق شدند که شرایط ذیل را دارا بودند: پرسنل شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد که در زمان پژوهش مشغول به کار و فعالیت بودند، قبلاً این پرسشنامه را تکمیل نکرده باشند، سابقه مصرف داروهای مؤثر بر روان نداشته باشند، دچار مشکلات مالی سنگین نباشند، دچار معلولیت و نقص عضو نباشند، فرزند، همسر، برادر یا خواهر (اعضای خانواده) دچار معلولیت جسمی و ذهنی نباشد، اعضای درجه یک خانواده مبتلا به بیماری‌های مزمن و لاعلاج نباشند، اعضای درجه یک خانواده مبتلا به بیماری روانی (افسردگی و غیره) نباشد، اختلافات شدید خانوادگی نداشته باشند، سابقه استرس شدید و ناراحتی روانی در طی ۶ ماه گذشته نداشته باشند (مرگ یکی از نزدیکان، طلاق، تصادفات شدید، وجود فرد معتاد در خانواده).

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای حاوی چهار دسته سؤال مربوط به خصوصیات فردی و دموگرافیک، مقیاس حمایت اجتماعی، Cassidy مقیاس عزت نفس Ayzeng و نیز تست فرسودگی شغلی Maslach استفاده شده است.

پرسشنامه فرسودگی مازلاک رایج‌ترین ابزار اندازه‌گیری فرسودگی شغلی است که از ۲۲ گزاره تشکیل

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

۱۳۰ نفر از پرسنل بهداشتی درمانی پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ۳۱ نفر (۲۳/۸٪) حجم نمونه از مرکز بهداشت شهرستان، ۷۴ نفر (۵۶/۹٪) از مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۲۵ نفر (۱۹/۲٪) نیز از مرکز بهداشتی درمانی روستایی انتخاب شدند. ۴۰ نفر (۳۰/۸٪) واحدهای پژوهش مرد و ۹۰ نفر (۶۹/۲٪) زن و میانگین سابقه کار در آنان 6.913 ± 1.384 بود.

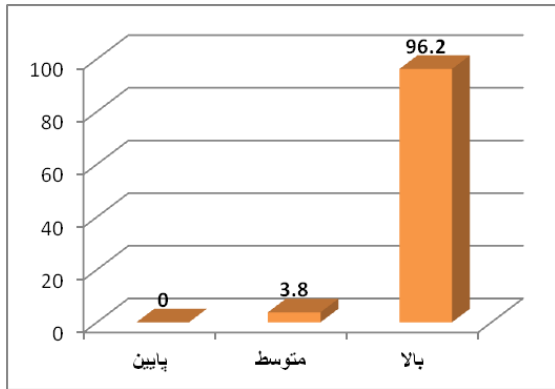
از لحاظ وضعیت تاهل ۱۰ نفر (۷/۷٪) مجرد و ۱۲۰ نفر (۹۲/۳٪) متأهل بودند و از لحاظ وضعیت استخدامی ۸۳ نفر (۶۳/۸٪) پرسنل رسمی، ۲۴ نفر (۱۸/۵٪) پیمانی، ۹ نفر (۶/۹٪) طرحی و ۱۴ نفر (۱۰/۸٪) سایر موارد (شبه پیمانی، قراردادی) بودند.

۰/۰۰۸٪ از افراد نمونه زیر دیپلم، ۹/۲٪ دیپلم، ۳۰٪ فوق دیپلم، ۴۹/۲٪ لیسانس، ۳/۱٪ فوق لیسانس و ۷/۷٪ دکتری حرفه‌ای داشته‌اند.

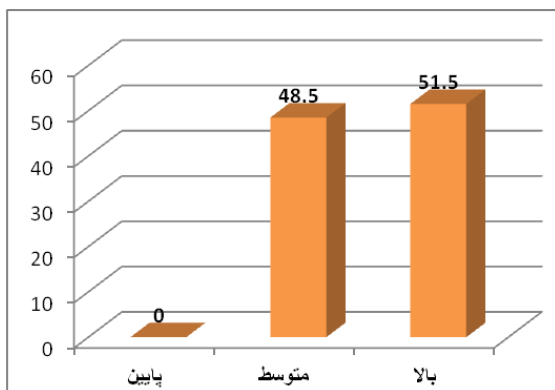
از لحاظ نوع شغل: ۵/۴٪ پزشک، ۲۸/۵٪ بهداشت خانواده، ۱۶/۹٪ مامایی، ۱۰/۸٪ بهورز، ۵/۴٪ مبارزه با بیماری‌ها، ۴/۶٪ بهداشت محیط و ۰/۰۸٪ امور اداری بودند.

دامنه سنی واحدهای مورد پژوهش در محدوده ۲۳ تا ۵۸ سال قرار داشته و میانگین سنی افراد مورد پژوهش 38.88 ± 8.05 بود.

یافته‌ها نشان داد میانگین نمره عزت نفس در کارکنان 11.728 ± 121.953 از مجموع نمره ۱۴۰ و میانگین نمره حمایت اجتماعی در کارکنان 2.527 ± 10.784 از مجموع نمره ۱۴ بود و میزان عزت نفس و حمایت اجتماعی نیز در اکثریت کارکنان بالا بوده است (نمودار ۱، ۲).



نمودار ۱- توزیع فراوانی سطوح عزت نفس در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد



نمودار ۲- توزیع فراوانی سطوح حمایت اجتماعی در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد

بر اساس یافته‌ها میانگین فرسودگی شغلی در بعد کفایت شخصی 8.726 ± 31.78 (از مجموع نمره ۴۸)، در بعد خستگی هیجانی 12.624 ± 26.53 (از مجموع نمره ۵۴) و در بعد مسخ شخصیت 5.444 ± 0.70 (از مجموع نمره ۳۰) به دست آمد. به عبارت دیگر با توجه به خطوط برش پرسشنامه مازلاک، افراد مورد پژوهش در بعد کفایت شخصی و مسخ شخصیت در حد پایین و در بعد خستگی هیجانی در حد متوسط بودند (جدول ۱).

جدول ۱- جدول استاندارد مربوط به عنوان ابعاد فرسودگی شغلی

مازلاک

متغیر	بالا	متوسط	پایین
کفایت شخصی	$39 \leq$	۳۲-۳۸	$31 \leq$
خستگی هیجانی	$27 \leq$	۱۷-۲۶	$16 \leq$
مسخ شخصیت	$13 \leq$	۷-۱۲	$6 \leq$

میانگین نمره کفایت شخصی و خستگی هیجانی در خانم‌ها بیشتر از آقایان و میانگین مسخ شخصیت در آقایان بیشتر از خانم‌هاست. تفاوت آماری معنی‌داری بین جنسیت و خستگی هیجانی موجود است، به طوری که

میانگین نمره خستگی هیجانی در خانم‌ها بیشتر از آقایان می‌باشد ($P < 0/006$) (جدول ۲).

یافته‌های تحقیق نشان داد میانگین نمره مسخ شخصیت و خستگی هیجانی در افراد متأهل بیشتر از مجردها می‌باشد. از طرفی میانگین نمره کفایت شخصی در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل می‌باشد. با انجام آزمون t مشخص گردید که میانگین نمره فرسودگی شغلی در ابعاد مسخ شخصیت و خستگی هیجانی در افراد متأهل، به طور معنی‌داری بیشتر از افراد مجرد می‌باشد ($P < 0/005$) (جدول ۳).

جدول ۲- مقایسه تفاوت جنسیت در ابعاد مختلف فرسودگی شغلی در پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان یزد

بعد فرسودگی	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی‌داری
خستگی هیجانی	مرد	۴۰	۲۲/۰۳	۱۱/۹۱۷	-۲/۷۸۳	۰/۰۰۶
	زن	۹۰	۲۸/۵۳	۱۲/۴۷۳		
مسخ شخصیت	مرد	۴۰	۶/۰۵	۵/۷۵۱	-۰/۴۸۷	۰/۶۲
	زن	۹۰	۵/۵۴	۵/۳۲۸		
کفایت شخصی	مرد	۴۰	۳۰/۹۳	۹/۲۳۳	-۰/۷۴۱	۰/۴۶

جدول ۳- مقایسه تفاوت وضعیت تاهل در ابعاد مختلف فرسودگی شغلی در پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان یزد

بعد فرسودگی	تاهل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی‌داری
خستگی هیجانی	مجرد	۱۰	۱۰/۹۳۲	۱۸/۸۰	۲/۰۴۰	۰/۰۴۳
	متاهل	۱۲۰	۱۲/۵۸۱	۲۷/۱۸		
مسخ شخصیت	مجرد	۱۰	۱/۹۳۲	۲/۲۰	-۱/۱۴۵	۰/۰۳۴
	متاهل	۱۲۰	۵/۵۴۴	۵/۹۹		
کفایت شخصی	مجرد	۱۰	۸/۸۳۹	۳۲/۸۰	۰/۳۸۵	۰/۷۰۱
	متاهل	۱۲۰	۷/۵۵۴	۳۱/۶۹		

گردید بین ابعاد فرسودگی شغلی و وضعیت استخدامی کارکنان رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

نتایج نشان داد میانگین نمره کفایت شخصی در کارکنان مراکز روستایی، میانگین نمره خستگی هیجانی و مسخ شخصیت در کارکنان مراکز شهری بیشتر از سایر کارکنان بوده است. با آزمون ANOVA مشخص گردید بین نوع مرکز بهداشتی درمانی و ابعاد فرسودگی شغلی در بعد خستگی هیجانی رابطه آماری معنی‌داری موجود است (جدول ۴).

با آزمون ANOVA رابطه آماری معنی‌داری بین ابعاد فرسودگی شغلی و سطح تحصیلات مشاهده نشد ($P > 0/05$).

بر اساس نتایج میانگین نمره کفایت شخصی در کارمندان رسمی بیشتر از سایر کارکنان می‌باشد. میانگین نمره خستگی هیجانی در کارمندان رسمی و کارکنان تبصره ۳ (قراردادی) بیشتر از سایر کارکنان و میانگین نمره مسخ شخصیت در کارمندان رسمی بیشتر از سایر کارکنان می‌باشد. با انجام آزمون ANOVA مشخص

جدول ۴- مقایسه میانگین ابعاد فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد بر حسب نوع مرکز بهداشتی درمانی

سطح معنی داری	F	درجه آزادی	میانگین (انحراف معیار)	تعداد	ابعاد فرسودگی
۰/۰۰۰	۸/۱۹۰	۱۲۹	۱۸/۹۷ (۱۲/۵۳۱)	۳۱	مرکز بهداشت شهرستان
			۲۹/۱۶ (۱۲/۳۴)	۷۴	مرکز بهداشتی درمانی شهری
			۲۸/۱۲ (۱۰/۰۹۷)	۲۵	مرکز بهداشتی درمانی روستایی
			۲۶/۳ (۱۲/۶۲۴)	۱۳۰	کل
۰/۱۳۸	۲/۰۱۳	۱۲۹	۴/۶۱ (۴/۹۴۴)	۳۱	مرکز بهداشت شهرستان
			۶/۵۳ (۵/۸۶۷)	۷۴	مرکز بهداشتی درمانی شهری
			۴/۶۰ (۴/۳۷۸)	۲۵	مرکز بهداشتی درمانی روستایی
			۵/۷۰ (۵/۴۴۴)	۱۳۰	کل
۰/۳۴۲	۱/۰۸۲	۱۲۹	۳۱/۱۳ (۱۰/۹۷۵)	۳۱	مرکز بهداشت شهرستان
			۳۱/۲۷ (۸/۱۰۹)	۷۴	مرکز بهداشتی درمانی شهری
			۳۴/۰۸ (۷/۱۹۹)	۲۵	مرکز بهداشتی درمانی روستایی
			۵/۷۰ (۵/۴۴۴)	۱۳۰	کل

آزمایشگاه و غیره) و گروه مامایی تفاوت آماری در بعد خستگی هیجانی معنی دار بوده است ($P=0/001$).

مقایسه همبستگی ابعاد فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد بر حسب میزان حمایت اجتماعی و عزت نفس نشان داد فقط بین خستگی هیجانی و میزان حمایت اجتماعی کارکنان همبستگی معنی دار معکوس موجود است (ضریب همبستگی پیرسون $= -0/297$ و $P=0/001$) (جدول ۵).

یافته‌ها نشان داد میانگین نمره کفایت شخصی در ماماها بیشتر از سایر کارکنان می‌باشد و میانگین نمره خستگی هیجانی در پرسنل مبارزه با بیماری‌ها و میانگین نمره مسخ شخصیت در پرسنل بهداشت خانواده بیشتر از سایر کارکنان می‌باشد.

آزمون ANOVA نشان داد بین نوع شغل و فرسودگی شغلی در بعد خستگی هیجانی تفاوت معنی دار آماری وجود دارد ($P=0/007$) آزمون توکی نیز نشان داد بین گروه‌های سایر موارد (دندانپزشک، تکنسین دارویی،

جدول ۵- مقایسه همبستگی ابعاد فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد بر حسب میزان حمایت اجتماعی و عزت نفس

ابعاد فرسودگی شغلی	عزت نفس	حمایت اجتماعی
کفایت شخصی	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۱۴۲
	درجه معنی داری	۰/۱۰۷
خستگی هیجانی	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۲۹۷
	درجه معنی داری	۰/۰۰۱
مسخ شخصیت	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۱۱۷
	درجه معنی داری	۰/۱۸۵

هیجانی را در حد شدید برآورد نموده‌اند که با نتایج تحقیق Caballero و همکاران مبنی بر وجود احساس خستگی هیجانی شدید در ۳۰/۶٪ پرستاران، هم‌خوانی داشته و از طرفی می‌تواند نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب کارکنان مطالعه شده در این تحقیق باشد (۲۳). صاحب‌نظران معتقدند سطوح متوسط تا شدید احساس خستگی هیجانی می‌تواند به علت تضاد نقش و ایجاد نقص، تقبل وظایف بیش از حد، تضادهای میان فردی و بین فردی باشد.

احساس خستگی هیجانی، توان روحی روانی فرد را کاهش می‌دهد، به طوری که دچار نوعی سردی توأم با بی‌تفاوتی مفرط نسبت به مددجو و حرفه می‌گردد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت احتمالاً اکثریت کارکنان قادر به اثبات شایستگی‌های خود در محیط کار نمی‌باشند و این مسئله می‌تواند به دلیل عدم وجود شرایط مثبت در محیط کار باشد (۲۳).

یافته‌های این تحقیق بیانگر سطوح کم کفایت شخصی در اکثریت واحدهای مورد پژوهش بود که با یافته‌های Robinson و Yaghobi Nia همخوانی ندارد (۱،۲۶). احساس موفقیت و تسلط، زمانی به وجود می‌آید که فرد بتواند در خط مشی‌های سازمان متبوع تأثیر بگذارد و بدین وسیله توانایی‌های خود را به معرض نمایش گذاشته و نگرش مثبت نسبت به خود و ارباب رجوع به دست آورد (۱،۲۳).

یافته‌ها همچنین نشان داد میزان فرسودگی اکثریت واحدهای پژوهش در بعد مسخ شخصیت کم بوده است که با یافته‌های Robert در این زمینه هماهنگ می‌باشد (۲۲).

کاهش میزان مسخ شخصیت را در پرسنل مورد مطالعه می‌توان ناشی از اعتماد به نفس بیشتر و حمایت اجتماعی بهتر آنها دانست، زیرا اکثریت پرسنل مورد مطالعه متأهل و بیشتر اوقات فراغت خود را صرف رسیدگی به خانواده و امور منزل می‌نمودند و این مسأله می‌تواند معرف نقش حمایتی اساسی خانواده در کارایی و

مقایسه میانگین ابعاد فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد بر حسب سن نشان داد میانگین کفایت شخصی در گروه سنی بیشتر از ۴۰ سال بیشتر از سایر گروه‌ها، میانگین خستگی هیجانی در گروه سنی ۴۰-۳۶ سال بیشتر از سایر گروه‌ها و میانگین مسخ شخصیت در گروه سنی ۴۰-۳۶ سال بیشتر از سایر گروه‌ها بوده است. با انجام آزمون ANOVA بین ابعاد فرسودگی شغلی و سن کارکنان رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

مقایسه میانگین ابعاد فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان یزد بر حسب سابقه کار پرسنل نشان داد میانگین کفایت شخصی در کارکنانی که بیشتر از ۲۰ سال سابقه کار دارند بیشتر از سایر کارکنان می‌باشد. میانگین خستگی هیجانی در کارکنانی که ۲۰-۱۶ سال سابقه کار دارند بیشتر از سایر کارکنان و میانگین مسخ شخصیت در کارکنانی که بیشتر از ۲۰ سال سابقه کار دارند و نیز در کارکنانی که ۱۰-۵ سال سابقه کار دارند بیشتر از سایر کارکنان می‌باشد.

آزمون ANOVA نشان می‌دهد بین ابعاد فرسودگی شغلی و سابقه کار، تنها در بعد کفایت شخصی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت ($P = 0/045$). آزمون تعقیبی توکی نیز نشان می‌دهد بین گروه‌هایی که بیشتر از ۲۰ سال سابقه کار دارند و نیز بین گروه ۱۵-۱۱ سال سابقه کار دارند، اختلاف آماری معنی‌دار وجود دارد.

بحث

در این مطالعه از روش بررسی سه‌گانه ابعاد مختلف فرسودگی شغلی یعنی خستگی هیجانی، مسخ شخصیت، کفایت شخصی و مقیاس حمایت اجتماعی و عزت نفس استفاده شد. میزان فرسودگی شغلی اکثریت واحدهای مورد پژوهش از نظر احساس خستگی هیجانی بالا ارزیابی گردید که با یافته‌های Melby, Robinson, Robert و Yaghobi Nia همسو می‌باشد (۱،۲۵،۲۶،۲۲). در این تحقیق ۴۷/۷٪ کارکنان فراوانی احساس خستگی

همسو نبوده ولی با یافته‌های Boyle که حاکی از ارتباط معکوس معنی‌دار بین حمایت اجتماعی و فرسودگی شغلی بوده (۳۱) و با یافته Robinson در این زمینه هماهنگ می‌باشد (۲۶).

در این پژوهش اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق برگه‌های پرسشنامه به عنوان پاسخ صحیح در نظر گرفته شده و از صحت و سقم آن اطلاعی در دست نیست. چنانچه واحدهای پژوهش در هنگام پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه به طور مقطعی بر اثر واقعه خاصی دچار ناراحتی، استرس و غیره باشند بر روی نتیجه پژوهش تأثیر خواهد داشت که در این پژوهش قابل کنترل نخواهد بود. اخذ اطلاعات در زمان‌های غیریکسان از واحدهای پژوهش، بر کیفیت پاسخگویی آنها مؤثر بوده و از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

وضعیت روحی و روانی واحدهای پژوهش در هنگام پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه بر نحوه پاسخ‌گویی آنها اثر داشته که کنترل آن از عهده پژوهشگران خارج بوده است.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه خستگی هیجانی در کارکنان متوسط به بالا بود که می‌تواند به علت فشار کاری و افزایش ساعت کاری آنان در محیط کار باشد. کفایت شخصی نیز در کارکنان کم بود که می‌تواند به دلیل جایگاه پایین کارکنان مورد مطالعه در مراکز بهداشتی درمانی، توجه کمتر به آنان در مسایل حمایتی و تشویقی و اعمال کم رنگ نقطه نظرات آنان در محیط کار، علی‌رغم زحمات زیاد آنها اشاره داشت و لزوم توجه و تشویق بیشتر در حیطه کار را جهت این دسته از پرسنل خط مقدم مراقبت سلامتی جامعه خاطر نشان می‌سازد.

با توجه به سطوح مختلف فرسودگی شغلی در پرسنل بهداشتی درمانی و عواقب آن بر کیفیت خدمات ارائه شده توسط این قشر زحمتکش با اتخاذ روش‌های تعدیل‌کننده و پیشگیری به رفع این پدیده اقدام گردد.

احساس مثبت از توانمندی افراد باشد که می‌تواند باعث کاهش فرسودگی شغلی در بعد مسخ شخصیت باشد.

به نظر می‌رسد افرادی که انتظارات بالایی از خود داشته و با انگیزش، ایده‌آل‌ها و امید بسیار وارد محیط کار می‌شوند و تحت شرایطی کار می‌کنند که نیازهای مراقبتی مددجویان بالا است، عمدتاً مستعد ابتلا به فرسودگی شغلی هستند (۲۳).

موقعیت اقلیمی یزد 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 کارکنان را نیز می‌توان یکی از عوامل فرسودگی شغلی کارکنان محسوب نمود. در مطالعه‌ای در ترکیه مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی در تمام ابعاد فرسودگی شغلی پزشکان و رضایت شغلی آنان به دفعات استفاده از تعطیلات و مالکیت عمومی تسهیلات رفاهی کارکنان در سطح گروه بستگی داشته است (۲۷).

شرایط نامناسب کاری، احساس ناکارآمدی سازمانی، احساس عدم پیشرفت فردی، فرصت‌های کم برای ارتقاء و وجود قوانین و مقررات خشک و دست و پاگیر در نظام سازمان از عوامل مؤثر در ایجاد و گسترش فرسودگی شغلی محسوب می‌گردد (۲۸).

عدم مشارکت دادن پرسنل در تصمیم‌گیری‌ها و اداره مستبدانه مراکز بهداشتی درمانی و عدم ارزش‌گذاری به تفاوت‌های واقعی بین نیروهای کارآمد و ناکارآمد می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد (۲۹).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد عزت نفس در اکثریت کارکنان مورد مطالعه در حد بالا می‌باشد، اما این متغیر با ابعاد فرسودگی شغلی همبستگی معنی‌داری نداشت که با یافته‌های Mofit در این خصوص هماهنگ نیست (۳۰).

نتایج این مطالعه نشان داد حمایت اجتماعی در کارکنان در حد متوسط به بالا می‌باشد، این متغیر با ابعاد فرسودگی شغلی در بعد خستگی هیجانی همبستگی معکوس و معنی‌دار نشان داد که با یافته‌های Melbi (۲۵)

تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای و سازمانی و انتشار نشریه‌های مختلف فرهنگی اجتماعی در مورد کارکنان بهداشتی درمانی و انعکاس مشکلات آنان و آموزش ضمن خدمت به کارکنان از آن جمله می‌باشند.

تقدیر و تشکر

از کلیه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی یزد و مرکز بهداشت شهرستان یزد که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند کمال تشکر و امتنان را داریم.

استراتژی‌های مقابله جهت تقلیل و کنترل عوامل تنش‌زای شغلی مثل اختصاص دادن درصدی از بودجه رفاهی به کادر بهداشتی درمانی، افزایش تشویقی مادی و معنوی کارکنان در مناسبت‌های مختلف، ایجاد باشگاه‌های ورزشی و تفریحات سالم، تأمین نیروی انسانی، حمایت‌های مادی و معنوی مدیران از پرسنل بهداشتی، تشکیل جلسات منظم بحث حضوری بین مدیران و کارکنان، آموزش مهارت‌های مشکل‌گشایی، مدیریت استرس، افزایش اضافه کاری، شرکت دادن پرسنل در

منابع

1. Yaghoobi Nia F. Associated of self-esteem with burnout in nurses in hospitals in Mashhad University of Medical Sciences, Master's thesis of nursing, Mashhad university of medical sciences, 2000. [Persian]
2. Hosseini A. Analysis of physical and mental powers of labor and its prevention methods, Journal of Mental Health the first year, 1999;2. [Persian]
3. Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Iss. 1974;30:165-159.
4. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. Hum Behav. 1976;5:22-16.
5. Maslach C, Goldenberg J. Prevention of burnout: new perspectives. Appl Prevent Psychol. 1988; 7:74-63.
6. Duxbury M, Armstrong G, Drew D, Henly S. Head nurse leadership style with sta. burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. Nurs Res. 1984;33:101-98.
7. Lewis D, Robinson J. ICU nurses' coping measures: response to work-related stress. Critical Care Nurse 1992;12:23-18.
8. Gray-Toft P, Anderson J. Organizational stress in the hospital: development of a model for diagnosis and prediction. Health Serv Res 1985;19:774-753.
9. Kelly J, Cross D. Stress, coping behaviors and recommendations for intensive care and medical surgical ward registered nurses. Res Nurs Health 1985;8:328-321.
10. Topf M, Dillon E. Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. Heart Lung 1988;17: 567-573.
11. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. social psychology of health and illness, 3rd ed. Hillsdale NJ Lawrence Erlbaum 1982;2(2): 251-227.
12. Cox T. stress, fourth edition, british cataloging in publication data ,1988: 217-84.
13. Douglass L. The effective Nurse, fifth edition. A time mirror company, 1996:174-162.
14. Brooking J. A text book of psychiatric and mental health nursing churchill livingston, edinburgh, London , 1992:64-59.
15. kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. 2003; 58(4): 339-345.
16. Willkins W. Stedmans medical dictionary 26th editiona, 1995:434.
17. Branden N. Self-esteem of men. Jamal Hashemi translation. Tehran: Publishing Company, 1993:134-119.
18. Salehi Fdrdy J. Effect of frequency and satisfaction of its role on the level of self-esteem and stress in female teachers. Master Thesis Psychology, University of Tarbiat Modarres, 1994. [Persian]

19. Ganji H. Fundamentals of Mental Health. Tehran: Arasbaran Publishing; 1998:217-78. [Persian]
20. Mobily P. staff stress on alzheimer unit journal of psychology nursing. 1992; 30: 31-25.
21. Gorrol, B, langenbach M. Curriculum Issues related to nurse turnover. Journal of nursing education, 1994; 33(3): 106-101.
22. Robert B. Meredith Davison B. Donald sefcik. Do. "A first survey measuring burn out in emergency medicine physician assistants. JAAPA. 2002;15(3):40-2, 45-8, 51-2.
23. Caballero Martín M, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalence and factors associated with burnout in a health area. Aten Primaria. 2001;27(5):313-7.
24. Dowlatabadi H. "Comparing the level of self-esteem and depression among employees and Physically Handicapped Physically Handicapped motion without jobs." Clinical Psychology Master's thesis, Department of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, 1998. [Persian]
25. Gillespie M, Melby v. "Burn out among nursing staff in accident and emergency and acute medicine". J clin nurse. 2003; 12(6): 842-51.
26. Rosdhal c. Text book of basic. Nursing, sixth edition, JB lippincot company, 1995:659-643.
27. Ozyurt A, Hayran O, Sur-QJm H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. Q J M 2006;99(3):161-9.
28. Alavi A. Management and Organization Psychology. Tehran: State Management Training Center, 1992:114-39. [Persian]
29. Abdi Masuleh F, Kaviani H, Khaghanizadeh M, Momeni Araghi AAF. The relationship between burnout and mental health among nurses. TUMJ 2007; 65(6): 75-65.
30. Manteghi Farideh. Factors influencing nursing turnover The nurses' views in the last 10 years to leave the nursing profession are dealing with in Tehran. MSc Thesis, Iran University of Medical Sciences, 1990.
31. Boyle A, Grap MJ, Younger J, Thornby D. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. J Adv Nurs. 1991;16(7):850-7.