

فرسودگی شغلی در کارکنان درمانی روانپزشکی بیمارستان روزبه

هدف:

دکتر کورش سلیمانی^۱

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

روش:

دکتر وناداد شریفی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

(/ %)

دکتر مهدی تهرانی دوست

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

% /

یافته‌ها:

%

% /

نتیجه‌گیری:

مقدمه

به مازلاک^۲ و جکسون^۳ (۱۹۹۳) است که آن را سندرمی روانشناختی متشکل از سه بعد خستگی احساسی یا هیجانی^۴، مسخ شخصیت^۵ و کاهش احساس کفایت شخصی^۶ دانستند. علامت محوری فرسودگی، خستگی هیجانی است که یک واکنش عمومی

فرسودگی شغلی اصطلاحی است که جهت توصیف تغییرات منفی در نگرش، خلق و رفتار افراد در مواجهه با استرس‌های مربوط به کار استفاده می‌شود. رایج‌ترین تعریف فرسودگی شغلی مربوط

2- Maslack
4- emotional exhaustion
6- personal accomplishment

3- Jackson
5- depersonalization

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

E-mail: Kooroshsoleimani@yahoo.com

استفاده کرده‌اند. در مورد کارکنان درمانی روانپزشکی نیز پژوهش‌هایی در محیط‌های متفاوت انجام شده است. از جمله کیلفدر^۲، پاور^۳ و ولز^۴ (۲۰۰۱)، ۵۱۰ پرستار روانپزشکی اسکاتلندی را بر اساس پرسشنامه MBI مورد مطالعه قرار دادند. میزان بالای خستگی هیجانی در ۲۲٪ افراد گزارش شد. ۷٪ میزان بالای مسخ شخصیت را تجربه کردند که تفاوت جنسی معنی‌دار بود؛ به طوری که در مردان بیشتر مشاهده شد. ۳۳٪ سطح پایینی از کفایت شخصی داشتند؛ که این افراد، سال‌های بیشتری در منصب فعلی خود کار کرده بودند. علاوه بر این همبستگی معنی‌دار منفی بین مسخ شخصیت و سن وجود داشت. ملکیور^۵، بورز^۶، اشمیتز^۷ و ویتیش^۸ (۱۹۹۷) فرسودگی شغلی در پرستاران روانپزشکی را در یک فراتحلیل بررسی کردند. این مطالعه نشان داد که فرسودگی شغلی ارتباط منفی با رضایت شغلی و حمایت شغلی و ارتباط مثبت با تعارض در نقش شغلی دارد. سه عامل خطر نوعی فرسودگی شغلی در میان پرستاران روانپزشکی وجود داشت: وجود بیمارانی که علائمی مانند تحریک‌پذیری یا افکار خودکشی دارند؛ عدم تعادل در تبادلات میان پرستاران و بیماران؛ توقعات غیرواقعی از پرستاران جهت بهبود بیماران.

در ایران نیز، درباره فرسودگی شغلی تحقیقاتی انجام شده است (پیامی بوساری، ۱۳۸۱؛ عبدی، ۱۳۸۰)، ولی مطالعه‌ای را نیافتیم که به‌طور ویژه فرسودگی شغلی کارکنان درمانی روانپزشکی را بررسی کرده باشد. هدف این مطالعه، بررسی میزان فرسودگی شغلی و ابعاد آن در کارکنان درمانی روانپزشکی در بیمارستان روزبه تهران در سال ۱۳۸۳ و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی و شغلی و سلامت عمومی بود.

روش

این مطالعه از نوع مقطعی و مشاهده‌ای - توصیفی^۹ است. جامعه پژوهش، کارکنان درمانی شاغل در بیمارستان روانپزشکی روزبه دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۳ بود. منظور از

به استرس و به صورت احساس تحت فشار قرار گرفتن و تخلیه منابع احساسی و هیجانی در فرد است. مسخ شخصیت، پاسخی منفی و سنگدلانه و بی‌تفاوتی به اشخاصی است که معمولاً دریافت‌کنندگان خدمات و مراقبت هستند و به نگرش منفی فرد نسبت به مددجویان اشاره دارد. این بعد از فرسودگی، برای مشاغل مرتبط با خدمات انسانی بسیار اختصاصی می‌باشد. کاهش احساس کفایت شخصی، کم شدن احساس لیاقت و ایفای موفق وظیفه است و یک ارزیابی منفی از خود در رابطه با انجام کار می‌باشد.

کارکنان درمانی، از جمله افرادی هستند که در ارتباط نزدیک و تنگاتنگ با سایر مردم قرار دارند و دارای مسئولیت خطیری در قبال سلامت و حیات انسان‌ها می‌باشند. مواجهه با افراد رنجور، بیماری‌های لاعلاج و مرگ، این شغل را در رده مشاغل پُراسترس قرار می‌دهد. فرسودگی شغلی در کارکنان درمانی از دو جنبه حائز اهمیت است: اولاً فرسودگی، سلامت روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث علائم جسمی و روانی، غیبت از شغل و تعویض شغل می‌شود. ثانیاً کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران را کاهش می‌دهد، نارضایتی از خدمات پزشکی را به ارمغان می‌آورد، سلسله کارهای تشخیصی و درمانی بیماران را دچار رکود و تأخیر می‌کند و از همه مهم‌تر، ممکن است باعث شود بیمار رنجوری با نیازهای روانی و جسمانی، پریشان و ناامید گردد. بنابراین شناخت و پیشگیری از فرسودگی شغلی، می‌تواند در بالا بردن بهداشت روانی افراد و ارتقاء سطح کیفیت و رضایت از ارائه خدمات تشخیصی و درمانی مؤثر باشد.

بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی، با بیماران بخش‌های دیگر پزشکی متفاوت هستند. بسیاری از آنان اعتقادی به بیمار بودن خود و اینکه نیاز به بستری و مصرف دارو دارند و روی آنها باید اقداماتی تشخیصی و درمانی انجام شود، ندارند. خشونت و خودکشی مسایلی است که بر استرس و سختی کار در این بخش‌ها می‌افزاید و مراقبت مضاعف را می‌طلبد. از همین رو فرسودگی شغلی کارکنان بیمارستان‌های روانپزشکی اهمیتی ویژه دارد.

در مورد فرسودگی شغلی کارکنان درمانی مطالعات مختلفی در نقاط مختلف دنیا انجام شده است که بیشتر آنها از پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک^۱ (MBI) (مازلاک و جکسون، ۱۹۹۳)

1- Maslach Burnout Inventory
3- Power
5- Melchior
7- Schmitz
9- observational-descriptive

2- Kilfedder
4- Wells
6- Bours
8- Wittich

کوروش سلیمانی و همکاران

۳۴ تا ۳۹ متوسط و زیر ۳۴ شدید در نظر گرفته شد.

در این مطالعه از نسخه فارسی ابزار استفاده شد. این پرسشنامه در پژوهش انجام شده به وسیله فیلیان (۱۳۷۱) به فارسی برگردانده شد و دارای روایی و پایایی خوب گزارش گردید. در همین مطالعه، نقاط برش سطوح فرسودگی شغلی، مشابه نقاط برش ارائه شده توسط مازلاک به دست آمد. در کنار این پرسشنامه، نسخه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴) نیز ارائه شد. پرسشنامه‌ها در اختیار تک تک کارکنان درمانی قرار گرفت و توضیحات لازم داده شد.

برای تحلیل آماری داده‌ها از آزمون مان-ویتنی^۴ و ضریب همبستگی اسپیرمن^۵ استفاده و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. بررسی چندمتغیره نیز به وسیله تحلیل رگرسیون خطی انجام شد و رابطه کلیه متغیرهای مستقل جمعیت‌شناختی و شغلی و سلامت عمومی مؤثر بر روی هر سه بعد فرسودگی شغلی بررسی گردید. برای این تحلیل، متغیرهای اسمی بازکدگذاری شدند.

یافته‌ها

از کل نمونه ۱۵۱ نفر پرسشنامه را بازگرداندند و از این تعداد، ۱۴۰ پرسشنامه نقص عمده‌ای نداشت و میزان پاسخ‌دهی^۶ ۸۴/۸ درصد بود. در کل نمونه ۷۶ نفر (۵۴/۳٪) مرد بودند. میانگین سن ۳۵/۷ سال (انحراف معیار ۷/۵)، میانگین سابقه کلی کار ۱۲ سال (انحراف معیار ۸)، میانگین سابقه کار روانپزشکی ۸/۶ سال (انحراف معیار ۷/۳) و میانگین ساعات کار در هفته ۴۹ ساعت (انحراف معیار ۱۳/۸) بود. ۳۱ نفر (۲۲/۱٪) مجرد و ۱۰۵ نفر (۷۵٪) متأهل بودند. میزان تحصیلات در ۱۷ نفر (۱۴/۵٪) زیر دیپلم، ۳۰ نفر (۲۱/۷٪) در حد دیپلم، ۶۵ نفر (۴۷/۱٪) فوق دیپلم تا فوق لیسانس و ۲۲ نفر دکترا و بالاتر (۱۵/۷٪) بود. ۴۹ نفر (۳۵/۳٪) در بیرون از بیمارستان نیز کار می‌کردند.

از کل نمونه (۱۴۰ نفر) سه گروه شغلی انتخاب شد که شامل دستیاران (۲۲ نفر، ۱۵/۷٪)، پرستاران - بهیاران (۷۰ نفر، ۵۰٪) و کارکنان خدماتی (۲۶ نفر، ۱۸/۶٪) بود. در سه گروه دستیاران،

کارکنان درمانی، افرادی بودند که در روند درمان تماس رو در رو با بیمار داشتند و دارای دست کم شش ماه سابقه کار در بخش روانپزشکی بودند. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد. تعداد نمونه بر اساس آمار موجود در سال ۱۳۸۳، ۱۶۵ نفر بود که شامل ۳۱ دستیار، ۵۸ پرستار، ۲۱ بهیار، پنج کمک بهیار، ۲۷ نفر کارکنان خدماتی و ۲۳ نفر مشاغل دیگر (شامل مددکار اجتماعی و کاردرمانگر) بود. میزان عدم همکاری ۱۵/۲٪ بود که از نظر متغیرهای زمینه‌ای با سایر افراد مورد بررسی تفاوتی نداشتند. به علت شرایط کاری مشابه، دو رسته کاری پرستار و بهیار در یک گروه (به عنوان پرستار) و کمک‌بهیار و خدمات در گروه دیگر (به عنوان کارکنان خدماتی) بررسی شدند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و متغیرهای مرتبط با کار (مانند سابقه کار، ساعات کار در هفته و رسته شغلی)، پرسش‌نامه فرسودگی شغلی مازلاک (MBI) (مازلاک و جکسون، ۱۹۹۳) و پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ) (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴) بود. MBI رایج‌ترین ابزار اندازه‌گیری فرسودگی شغلی است که از ۲۲ گزاره جداگانه تشکیل شده است و هر سه جنبه فرسودگی شغلی را شامل می‌شود. بسامد^۲ این احساسات با نمراتی از صفر (هرگز) تا شش (هر روز) و شدت^۳ آنها با نمراتی از صفر (هرگز) تا خیلی زیاد (۷) سنجیده می‌شود. هرچه زیرنمره خستگی هیجانی و مسخ شخصیت بیشتر و زیرنمره کفایت شخصی کمتر باشد، منعکس‌کننده فرسودگی شغلی بیشتر است. زیرنمره‌های به دست آمده در هر یک از سه جنبه بسامد و شدت، بر اساس نمره مرجع، در دسته خفیف، متوسط یا شدید قرار می‌گیرد. از آنجا که در مطالعه حاضر، نمرات جنبه شدت فرسودگی بسیار شبیه نمرات جنبه بسامد بود و در تحلیل‌ها نیز نتایج مشابهی داشتند، در اینجا مانند بسیاری از مطالعات دیگر، صرفاً نتایج مربوط به جنبه بسامد فرسودگی شغلی در هر یک از سه بعد یاد شده ارائه می‌شود. بر اساس نمرات مرجع، در بعد خستگی هیجانی نمره زیر ۱۸ به عنوان فرسودگی خفیف، ۱۸ تا ۲۹ متوسط و بالای ۲۹ شدید، در بعد مسخ شخصیت، نمره زیر ۶ به عنوان فرسودگی خفیف، ۶ تا ۱۱ متوسط و بالای ۱۱ شدید و در بعد کاهش کفایت شخصی، نمره بالای ۳۹ به عنوان فرسودگی خفیف،

1- General Health Questionnaire
3- intensity
5- Spearman

2- frequency
4- Mann-Whitney U Test
6- response rate

پرستاران - بهیاران و کارکنان خدماتی، به ترتیب ۱۳ نفر (۵۹/۱٪)، ۳۸ نفر (۵۴/۳٪) و ۲۰ نفر (۷۶/۹٪) مذکر و به ترتیب ۱۳ نفر (۵۹/۱٪)، ۵۷ نفر (۸۱/۴٪) و ۲۲ نفر (۸۴/۶٪) متأهل بودند. میانگین سنی در دستیاران ۳۱/۷ سال (انحراف معیار ۳/۶)، در پرستاران - بهیاران ۳۶ سال (انحراف معیار ۶/۸) و در کارکنان خدماتی ۳۸/۶ سال (انحراف معیار ۹/۸) بود. همچنین تمام دستیاران دکترا داشتند؛ در گروه پرستاران - بهیاران ۱۵ نفر (۲۱/۷٪) دیپلم و سایرین فوق دیپلم یا لیسانس داشتند؛ در گروه کارکنان خدماتی ۴ نفر (۱۶٪) دیپلم و سایرین زیر دیپلم بودند. توزیع جنسی گروه‌ها تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشت، ولی تفاوت معنی‌داری از نظر وضعیت تأهل ($\chi^2=12/1, p<0/05$)، سن ($\chi^2=212/03, p<0/001$) و تحصیلات ($F=5/47, p<0/001$) وجود داشت. نتایج بررسی نشان داد که از کل کارکنان ۲۰/۷٪ (۲۹ نفر) دچار خستگی هیجانی شدید، ۹/۳٪ (۱۳ نفر) دچار مسخ شخصیت شدید و ۵۵٪ (۷۷ نفر) دچار کاهش کفایت شخصی شدید بودند (جدول ۱). در صورتی که میزان شدید خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی را به عنوان فرسودگی شغلی شدید کلی^۱ در نظر بگیریم، ۵ نفر دچار فرسودگی شغلی شدید بودند که از آنها ۴ نفر در گروه پرستاران و یک نفر جزو کارکنان

خدماتی بود.

در ارزیابی رابطه فرسودگی شغلی با متغیرهای مستقل، مشاهده شد که مسخ شخصیت در مردان بیش از زنان ($p<0/05$)، کاهش کفایت شخصی در افراد مجرد بیش از متأهلین ($U=1891, p<0/05$)، سن بدون رابطه معنی‌دار با فرسودگی شغلی، سطح تحصیلات دارای رابطه معکوس با خستگی هیجانی ($p<0/001$) و سابقه کلی کار درمانی و سابقه کار روانپزشکی بی‌ارتباط با فرسودگی شغلی است. ساعات کار در هفته فقط با مسخ شخصیت ارتباط مستقیم داشت ($\rho=0/17, p<0/05$). مسخ شخصیت در افراد شاغل در بیمارستان روزبه بالاتر از سایرین بود ($U=1627, p<0/05$). در مقایسه رسته‌های شغلی، خستگی هیجانی در پرستاران بیش از دستیاران بود ($p<0/01$)، $U=405$. در مقایسه بین دو گروه دستیاران و کارکنان خدماتی نیز این تفاوت در خستگی هیجانی ($U=116, p<0/001$) و کاهش کفایت شخصی ($U=183, p<0/05$) مشاهده شد، به طوری که در کارکنان خدماتی بیش از دستیاران گزارش شد. در سایر جنبه‌ها تفاوت معنی‌داری یافت نشد. بین دو گروه پرستاران - بهیاران و کارکنان خدماتی هیچ تفاوت معنی‌داری در ابعاد فرسودگی یافت نشد.

جدول ۱- فراوانی نسبی ابعاد سه گانه فرسودگی شغلی بر پایه پرسش‌نامه فرسودگی شغلی مازلاک در کل نمونه (n=140) و رسته‌های شغلی دستیاران (n=22)، پرستاران - بهیاران (n=69) و کارکنان خدماتی (n=26)

ابعاد فرسودگی شغلی	میانگین (انحراف معیار)	طبقه بندی	کل نمونه فراوانی (%)	دستیاران فراوانی (%)	پرستاران - بهیاران* فراوانی (%)	کارکنان خدماتی فراوانی (%)
خستگی هیجانی	۱۷/۴۰ (۹/۶۵)	شدید	۲۹ (۲۰/۷)	۰ (۰)	۱۶ (۲۳/۲)	۶ (۲۳/۱)
		متوسط	۳۷ (۲۶/۴)	۴ (۱۸/۲)	۱۸ (۲۶/۱)	۱۲ (۴۶/۲)
		خفیف	۷۴ (۵۲/۹)	۱۸ (۸۱/۸)	۳۵ (۵۰/۷)	۸ (۳۰/۸)
مسخ شخصیت	۴/۶۳ (۳/۸۴)	شدید	۱۳ (۹/۳)	۱ (۴/۵)	۹ (۱۳)	۲ (۷/۷)
		متوسط	۳۵ (۲۵)	۳ (۱۳/۶)	۱۹ (۲۷/۵)	۶ (۲۳/۱)
		خفیف	۹۲ (۶۵/۷)	۱۸ (۸۱/۸)	۴۱ (۵۹/۴)	۱۸ (۶۹/۲)
کاهش کفایت شخصی	۳۸/۱۳ (۶/۶۹)	شدید	۷۷ (۵۵)	۸ (۳۶/۴)	۳۷ (۵۳/۶)	۱۷ (۶۵/۴)
		متوسط	۲۷ (۱۹/۳)	۶ (۲۷/۳)	۱۳ (۱۸/۸)	۵ (۱۹/۲)
		خفیف	۳۶ (۲۵/۷)	۸ (۳۶/۴)	۱۹ (۲۷/۵)	۴ (۱۵/۴)

* در یک نفر از این گروه اطلاعات مربوط به هر سه بعد کامل نبود، از این رو تحلیل اطلاعات مربوط به فرسودگی شغلی برای ۶۹ نفر انجام شد.

روان بیمارستانی و جامعه‌نگر در دو مقطع زمانی سنجیدند. در این بررسی، نمرات ابعاد MBI بسیار نزدیک به نمرات مطالعه حاضر و شغل روان‌پرستاری مرتبط با نمرات بالاتر فرسودگی شغلی بود. در سایر مطالعات انجام شده بر روی روان‌پرستاران (کیلفدر و همکاران، ۲۰۰۱) نیز نمرات به دست آمده به میزان زیادی نزدیک به نمرات پرستاران بیمارستان روزبه است، جز آن که به نظر می‌رسد در پرستاران بیمارستان روزبه میزان کاهش کفایت شخصی بالاتر بوده است.

مطالعات انجام شده بر روی فرسودگی شغلی در داخل کشور عمدتاً بر روی پرستاران بوده، آنچنان که گفته شد، مطالعه‌ای که منحصر به کارکنان روانپزشکی باشد یافت نشد. در مطالعات یادشده، بر اساس MBI میزان خستگی هیجانی شدید ۲۰ تا ۳۵ درصد، مسخ شخصیت ۴ تا ۲۳ درصد و کاهش کفایت شخصی ۲۸ تا ۵۱/۹ درصد گزارش شده است (اسفندیاری، ۱۳۸۰؛ پیامی بوساری، ۱۳۸۱؛ عبدی ۱۳۸۰؛ فیلیان ۱۳۷۱). نتایج پژوهش حاضر نیز در همین محدوده قرار دارد. البته با توجه به تفاوت قابل ملاحظه نمونه‌ها از نظر متغیرهای مختلف شغلی و جمعیت‌شناختی، مقایسه نتایج دشوار است.

بررسی ارتباط میزان فرسودگی شغلی با متغیرهای جمعیت‌شناختی و شغلی (جدا از نوع شغل) نشان داد که مسخ شخصیت در مردان و افرادی که ساعات کاری بیشتری دارند و بیرون از بیمارستان نیز کار می‌کنند بیشتر، و خستگی هیجانی در تحصیلات بالاتر کمتر است و از نظر سایر متغیرها، مشاهده شد که رسته شغلی دستکاری، رابطه معکوس با خستگی هیجانی دارد. به علاوه، سلامت عمومی ضعیفتر با فرسودگی بیشتر مرتبط بود. روشن است که با توجه به ناهمگنی نمونه از نظر وضعیت شغلی نتایج به دست آمده ممکن است تا حد زیادی متأثر از نوع شغل باشد؛ برای مثال، تحصیلات بالاتر می‌تواند تابعی از نوع شغل باشد. به همین دلیل، تحلیل چند متغیری انجام شد و نشان داد تنها سلامت عمومی ضعیف و رسته شغلی دستکاری با فرسودگی شغلی ارتباط معنی‌دار دارد.

سلامت عمومی با GHQ سنجیده شد و بر اساس نقطه برش درصد کمی از نمونه‌ها دچار اختلال روانپزشکی احتمالی بودند (۵ نفر برابر با ۳/۵٪). رابطه فرسودگی شغلی با سابقه اختلال روانپزشکی میسر نشد، اما ابعاد فرسودگی شغلی رابطه معنی‌داری با سلامت عمومی ضعیف (نه لزوماً در حد اختلال روانپزشکی) داشتند (خستگی هیجانی: $\rho=0/31$, $p<0/001$ ؛ مسخ شخصیت $\rho=0/39$, $p<0/001$ ؛ کاهش کفایت شخصی: $\rho=-0/30$).

تحلیل چندمتغیره با روش تحلیل رگرسیون خطی انجام شد و رابطه کلیه متغیرهای مستقل جمعیت‌شناختی و شغلی و سلامت عمومی مؤثر بر روی ابعاد فرسودگی بررسی گردید. در مورد متغیر وابسته خستگی هیجانی مدل رگرسیون معنی‌دار ($p<0/05$)، $F=2/26$ و R تعدیل شده^۱ برابر با ۰/۱ بود و در این مدل تنها متغیرهای پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار عبارت بودند از رسته شغلی دستکاری ($\beta=0/414$, $p<0/01$) و سلامت عمومی ($p<0/05$)، $\beta=0/224$. در مورد متغیر وابسته مسخ شخصیت، مدل رگرسیون معنی‌دار ($F=2/28$, $p<0/05$) و R تعدیل شده برابر با ۰/۱ بود و در این مدل تنها متغیر پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار سلامت عمومی شخصی، مدل رگرسیون معنی‌دار نبود. ($\beta=0/232$, $p<0/01$)

بحث

نسبت قابل توجهی از کل کارکنان، دچار فرسودگی شغلی شدید در ابعاد سه گانه MBI بودند: ۲۰/۷٪ دچار خستگی هیجانی شدید، ۹/۳٪ دچار مسخ شخصیت شدید و ۵۵٪ دچار کاهش کفایت شخصی شدید. در هر سه بعد یاد شده، فرسودگی شغلی پرستاران و کارکنان خدماتی بیش از دستیاران بود که در ابعاد خستگی هیجانی و کفایت شخصی این تفاوت معنی‌دار بود. مطالعات اندکی به فرسودگی شغلی در کارکنان روانپزشکی پرداخته و بیشتر مطالعات انجام شده درباره فرسودگی شغلی منحصر به پرستاران بوده است. پروسر^۲ و همکاران (۱۹۹۹) فرسودگی شغلی را با پرسشنامه MBI در کل کارکنان بهداشت

است ناشی از اختلال روانپزشکی در نمونه باشد. اگرچه سابقه اختلال روانپزشکی را بررسی نکردیم ولی سلامت عمومی با GHQ سنجیده شد و بر اساس نقطه برش، درصد کمی از نمونه‌ها دچار اختلال روانپزشکی بودند (کمتر از ۵٪). از این رو شاید بتوان فراوانی زیاد فرسودگی شغلی شدید را با سابقه اختلال روانپزشکی قابل توجه دانست؛ هرچند فرسودگی شغلی رابطه معنی‌داری با سلامت عمومی ضعیف (نه در حد اختلال روانپزشکی) داشت.

شواهد بسیاری نشان داده‌اند که فرسودگی شغلی عواقب و هزینه‌های بسیاری بر سازمان‌ها و کارکنان تحمیل می‌کند؛ مانند تعویض مکرر شغل و محل کار، غیبت‌ها و مرخصی‌های فراوان، افت کمیت و کیفیت کار، روی آوری به سوء مصرف سیگار و مواد و آثار سوء بر سلامت روان کارکنان. این عواقب در کارکنان پزشکی می‌تواند آثار سویی بر مراقبت مناسب از بیماران بگذارد. فراوانی قابل توجه فرسودگی شغلی شدید، بالاخص کاهش کفایت شخصی در کارکنان روزبه و به‌ویژه پرستاران و نیروهای خدماتی نیازمند توجه خاصی است و انجام مداخله برای کاهش فرسودگی شغلی کارکنان ضروری به‌نظر می‌رسد. یک نوع مداخله می‌تواند سازمانی باشد؛ مانند ترغیب کار گروهی، مشارکت دادن کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها، حمایت‌های شغلی، کاهش تعارضات و ابهام‌های شغلی و افزایش کنترل بر رخدادهای شغلی. نوع دیگر مداخله، مداخله روانشناختی جهت کاهش استرس‌های شغلی و افزایش سازگاری در محیط کار است. بسیاری از محققین معتقدند این مداخلات نه تنها باید در محیط کار انجام گیرد، بلکه باید آموزش آنها جزو برنامه‌های آموزشی کارکنان بهداشتی - درمانی باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان لازم می‌دانند از کلیه کارکنان بیمارستان روزبه که امکان انجام این پژوهش را فراهم آوردند سپاسگزاری نمایند. از سرکار خانم فرشته حسامی که در مراحل پژوهش کمک فراوانی کردند قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۲/۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۴/۲۲

بالا بودن میزان کاهش کفایت شخصی در بین پرستاران و نیروهای خدماتی و نیز بالا بودن آن نسبت به دستیاران ممکن است ناشی از عوامل مختلفی باشد. یکی آن که استرسورهای شغلی در دو گروه اول متفاوت از دستیاران باشد. دیگر آنکه نشان داده شده توانایی کنترل بر روی رخدادهای شغلی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کفایت شخصی است، به نحوی که احساس کنترل بیشتر با کفایت شخصی بهتری همراه است (کیلفدر و همکاران، ۲۰۰۱). ممکن است پرستاران و کارکنان خدماتی نسبت به دستیاران، کمتر خود را در تصمیم‌گیری برای بیماران و درمان سهیم می‌دانند و دستیاران خودمختاری (اتونومی) بیشتری دارند که این با احساس کفایت شخصی بالاتر همراه است (ترن‌ایسید^۱، ۱۹۹۴). نکته بعدی اینکه دستیاران جزو نیروهای آموزشی هستند و تنها تا پایان دوره دستیاری در آن مکان حضور دارند. این مرکز محلی برای گذر و ارتقای تحصیلی و جایگاه علمی آنها می‌باشد. البته در حرفه روانپزشکی کار گروهی نقش اساسی ایفا می‌کند. متأسفانه این کار گروهی در خدمات فعلی و غالب روانپزشکی در کشور که عمدتاً مبتنی بر بیمارستان و درمانگاه یا مطب است جایی ندارد و خدمات مبتنی بر جامعه^۲ نیز گسترش نیافته‌اند و از این نظر روانپزشکی ایران با بسیاری از کشورهای توسعه یافته متفاوت است.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، مقطعی بودن آن است. بررسی طولی فرسودگی شغلی چنان که پروسر و همکاران (۱۹۹۹) انجام دادند، می‌تواند ارزیابی دقیق‌تری به‌دست دهد. محدودیت دیگر، استفاده از داده‌های خودگزارشی^۳ است؛ از طرفی، از آنجا که فرسودگی شغلی مفهومی ذهنی^۴ است، شاید بهترین منبع گزارش آن خود فرد باشد. دیگر ناهمگن بودن و حجم نسبتاً کوچک نمونه مورد بررسی و محدود بودن مطالعه به بیمارستان روانپزشکی روزبه است که شاید تعمیم‌پذیری آن به سایر کارکنان روانپزشکی را دشوار سازد. یکی دیگر از محدودیت‌ها، نبودن گروه شاهد شامل گروه‌های دیگر (مانند رشته‌ها و بیمارستان‌های دیگر) بود. همچنین بررسی سایر عوامل مؤثر بر فرسودگی شغلی، مانند ویژگی‌های مختلف شغلی و سازمانی و نیز متغیرهای فردی مانند شخصیت و نحوه سازگاری، امکان دستیابی به نتایج قوی‌تر را فراهم می‌آورد. نکته دیگر این است که آیا فرسودگی شغلی ممکن

1- Turnipseed

2- community-based

3- self-report

4- subjective

منابع

- اسفندیاری، غ. (۱۳۸۰). بررسی میزان فرسودگی شغلی کادر پرستاری شاغل در بیمارستان‌های سنندج در سال ۱۳۸۰. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۱، ۳۶-۳۱.
- پیامی بوساری، م. (۱۳۸۱). بررسی فرسودگی شغلی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر زنجان در سال ۱۳۸۱. *فصل‌نامه پرستاری ایران*، ۳۲ و ۳۳، ۲۰-۲۶.
- عبدی، ه. (۱۳۸۰). استرس شغلی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه و ارتباط آن با فرسودگی شغلی آنها. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۹ (۳)، ۶۳-۵۸.
- فیلیان، ع. (۱۳۷۱). بررسی میزان فرسودگی شغلی و ارتباط آن با روش‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده توسط پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

Kilfedder, C. J., Power, K. G., & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 383-396.

Maslach, C & Jackson, S. E. (1993). Manual of the Maslach Burnout inventory, 2nd edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Melchior, M. E., Bours, g. J., Schmitz, P., & Wittich, Y. (1997). Burnout in psychiatric nursing: A meta-analysis of related variables. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 193-201.

Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasamy, M. T., &

Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.

Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Dunn, G., Szmukler, G., Reid, Y., Bebbington, P., & Thornicroft, G. (1999). Mental health, "burnout" and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 295-300.

Turnipseed, D. L. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 782-800.