

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره بیست و نهم - پاییز ۱۳۸۵

صص ۱۵۱ - ۱۲۹

میزان فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی پزشکان جراح عمومی و متخصص داخلی شهر اصفهان

لاله عاطف^۱ - مریم روح‌الامین^۲

ابوالقاسم نوری^۳ - حسین مولوی^۴

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش مقایسه میزان فرسودگی شغلی پزشکان جراح عمومی و متخصص داخلی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۳ بود. بدین منظور ۳۵ نفر از پزشکان جراح عمومی و ۳۵ نفر از متخصصان داخلی به صورت تصادفی ساده از فهرست سازمان نظام پزشکی استان اصفهان انتخاب شدند و پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، فرسودگی شغلی مسلش و جکسون و پرسشنامه محقق ساخته خشنودی شغلی در مورد آنها اجرا شد. ضریب پایایی این دو پرسشنامه ۰/۸ محاسبه و ضریب روایی همزمان بین نمرات دو پرسشنامه برابر با ۰/۶۵- محاسبه گردید. در رابطه با فرضیه‌های پژوهش فرض شد که بین

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

۳- دانشیار روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۴- استاد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

۳- دانشیار روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۴- استاد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

میانگین‌های نمرات کل فرسودگی شغلی و زیرمقیاس‌های دو گروه پزشکان تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که میانگین نمرات کل فرسودگی شغلی پزشکان جراح عمومی به‌طور معناداری بیشتر از متخصصان داخلی بود. ($P = 0/001$). همچنین خستگی عاطفی ($P = 0/001$)، عملکرد فردی ($P = 0/005$) و خشنودی شغلی ($P = 0/029$) پزشکان جراح عمومی بیشتر از متخصصان داخلی بود. در ضمن میانگین نمرات کل فرسودگی شغلی پزشکان زن به‌طور معناداری بیشتر از پزشکان مرد بود. ولی تفاوت معناداری بین میانگین نمرات مسخ شخصیت پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی مشاهده نشد ($P = 0/021$). همچنین خستگی عاطفی ($P = 0/001$) و خشنودی شغلی ($P = 0/001$) پزشکان زن بیشتر از پزشکان مرد بود، ولی تفاوت معناداری بین میانگین نمرات مسخ شخصیت و عملکرد فردی پزشکان زن و مرد وجود نداشت. در نهایت با توجه به یافته‌ها، پیشنهادهایی برای پژوهشگران آتی و پزشکان جراح عمومی و متخصص داخلی ارائه گردیده است. کلید واژه‌ها: فرسودگی شغلی، خشنودی شغلی، پزشکان جراح عمومی، متخصصان داخلی.

مقدمه

اشتغال یکی از اساسی‌ترین فعالیتهای انسان است. هر فردی برای امرار معاش و تداوم زندگی خود، باید ساعاتی را کار کند. اشتغال واقعه‌ای از زندگی است که برای همه انسانها در برهه‌ای از زمان اتفاق می‌افتد و هیچ کس را گریزی از آن نیست. انسان همواره برای تأمین نیازهای خود به کار و تلاش پرداخته است. نقش کار در زندگی انسان فراتر از هدف و مقصود ظاهری آن یعنی مایحتاج ضروری زندگی روزانه است. کار نه تنها منبع درآمد فرد محسوب می‌شود، بلکه موجب برطرف شدن بسیاری از نیازهای روانی انسان می‌شود.

کار می‌تواند فشارزا باشد. فشارزا بودن کار دلایل مختلفی دارد: گاهی کار خیلی سنگین است یعنی کار زیادی باید انجام پذیرد، محدودیت زمان وقت استراحت و آرامش فرد را می‌گیرد، گاهی فرد احساس می‌کند که کار از حد تواناییها و مهارتهای او خارج است، یا نقش فرد در کار به درستی تعریف و درک نشده است، روشها در کار

دائماً تغییر می‌کنند و روابط درون‌سازمان ناقص است و فرد نمی‌داند در سازمان چه می‌گذرد و خود را جزو آن احساس نمی‌کند (احمدی و خلیفه‌سلطانی، ۱۳۸۱).

در سالهای اخیر پدیده فرسودگی شغلی توجه بسیاری از پژوهشگران و دست‌اندرکاران بهره‌وری نیروی انسانی را به خود جلب کرده است. حجم دقیق فرسودگی شغلی مشخص نیست، با این حال به دامنه وسیعی از نیروهای کار و نیروی انسانی صدمه می‌زند (راهنمای سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸، ص ۱۰۸-۹۱).

فرسودگی به مجموعه‌ای از علائم درگیرکننده افراد تحت فشار مداوم اطلاق می‌شود، که مدتهاست از زبان محاوره‌ای وارد حیطه روان‌شناسی و علوم اجتماعی شده است (مسلش و لیتز، ۲۰۰۰، ص ۱۵-۱۳).

فرسودگی شغلی در جوامع امروزی شیوع زیادی پیدا کرده و تمام ابعاد زندگی را در برمی‌گیرد و از یک طرف موجب افزایش اعتیاد، طلاق، ترک شغل و بیماریهای جسمی و روانی و از طرف دیگر موجب کاهش نیروی مولد کاری و ضربه به اقتصاد کشور می‌شود. این پدیده جامعه را در همه ابعاد با خطر مواجه می‌کند (هنرپیشه و غروی، ۱۳۷۶، ص ۶۱).

افرادی که دچار فرسودگی هستند نه تنها خود دچار مشکل‌اند بلکه برای دیگران نیز مشکل ایجاد کرده و سلامت روان و کارایی آنها را به خطر می‌اندازند. نکته قابل توجه اینکه افرادی که به‌طور افراطی کار می‌کنند و اضافه‌کاریهای متعدد دارند و یا روزهای تعطیل نیز کار می‌کنند، غالباً بیشتر مستعد فرسودگی هستند (ساعتچی، ۱۳۸۲).

علائم و نشانه‌های فرسودگی شامل خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش عملکرد فردی در رابطه با همکاران و بیماران است. افراد مبتلا به فرسودگی شغلی اغلب از سردرد، اختلال خواب، خلق تحریک‌پذیر، ناموفق بودن در زندگی زناشویی، اضطراب، افسردگی، فشار خون بالا و... رنج می‌برند (مک‌کیو، ۱۹۸۲، ص ۶۳-۴۵۸).

عامل اصلی فرسودگی شغلی، تحمل فشار روانی ناشی از کار به مدت طولانی همراه با کار زیاد است. علاقه نداشتن به کار، ناهماهنگی تخصص با حرفه‌ای که فرد در آن مشغول به فعالیت است، خارج از ظرفیت و استعداد بودن مشاغل و غیره، افراد را به سوی فرسودگی شغلی سوق می‌دهد (فرج‌پور، ۱۳۸۰، ص ۱۳).

قربانیان فرسودگی معمولاً در زندگی شخصی از عزت‌نفس و اعتماد به‌نفس پایین‌تری برخوردار هستند و برای جبران آن شروع به کار کردن افراطی می‌کنند و با این کار می‌خواهند به خود و دیگران ثابت کنند که فرد با ارزش و مهمی هستند؛ شاید این کار در کوتاه‌مدت مفید باشد، اما در نهایت این مسأله منجر به تجمع فشار روانی و کاهش انرژی می‌شود که هم به سلامت فرد و هم به دیگران صدمه می‌زند (ساعتچی، ۱۳۸۲).

ممکن است فرسودگی شغلی باعث شود که فرد شغل خود را تغییر دهد و هر چه میزان فرسودگی بیشتر باشد، میل به تغییر حرفه بیشتر است. به هر حال فرد فرسوده، یا شغل خود را تغییر می‌دهد و یا از لحاظ روان‌شناختی از کار کناره‌گیری می‌کند و به انتظار بازنشستگی می‌نشیند. بدین معنی که فقط حضور فیزیکی دارد و از نظر فعالیت حرفه‌ای، خود را کمتر درگیر کار می‌کند (ساعتچی، ۱۳۸۲).

بیشتر حرفه‌های درمانی از جمله پرستاری، پزشکی و همچنین حرفه‌هایی که با خدمات انسانی سر و کار دارند، شغل‌هایی هستند که تنش بسیاری را ایجاد می‌کنند (راسل و ولزن، ۱۹۸۷، ص ۲۷۴ - ۲۶۹). امروزه نداشتن رضایت از شغل در بسیاری از گروه‌های تخصصی پزشکی مانند جراحان، متخصصان بیماری‌های عفونی و متخصصان بیهوشی، بررسی شده است (کمپل و همکاران، ۲۰۰۱، ص ۷۰۵ - ۶۹۶). رضایت نداشتن پزشکان از شغل و فرسودگی آنها نه تنها باعث ایجاد خطاهای پزشکی می‌شود، بلکه باعث تحمیل هزینه‌های زیاد بر پزشکان، خانواده‌های بیماران و سازمان‌های بهداشتی می‌شود (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۱، ص ۷).

حرفه پزشکی و شاخه‌های مختلف آن به عنوان یکی از تنش‌زاترین مشاغل می‌تواند بر سلامت روانی پزشکان و به دنبال آن بیماران تأثیر گذارد. همچنین در بین تخصص‌های مختلف پزشکی عواملی مانند بار کاری زیادتر، مواجهه با بیماران بدحال یا مسن‌تر، وجود حالت فوریتی در برخی از این تخصص‌ها مثل جراحی و بیهوشی و سر و کار داشتن با بیماران غیرقابل درمان و مزمن مثل تخصص پرتودرمانی و سرطان‌شناسی به نظر می‌رسد در ایجاد تنش روانی و متعاقب آن فرسودگی شغلی نقش دارد. مسأله‌ای که ذهن پژوهشگر را مشغول کرده شناسایی این عوامل و تعیین میزان تأثیر هر یک از این عوامل بر سلامت روانی و فرسودگی شغلی دو گروه از

تخصص‌های پزشکی (متخصص داخلی و جراح عمومی)، با هدف رفع و کاهش آن طی اقدامات و برنامه‌ریزی‌های منسجم بهداشتی است.

اولکینورا (۱۹۹۰) بیان کرده است متخصصانی که با بیماران غیرقابل درمان، مزمن و در حال مرگ سر و کار دارند (روانپزشکان، سرطان‌شناسان، متخصصان بیماری ایدز و متخصصان بیماری ریوی) نسبت به متخصصانی که با بیماران دارای پیش‌آگهی خوب سر و کار دارند (زنان و زایمان، مامایی، گوش و حلق و بینی)، بیشتر در معرض خطر فرسودگی شغلی قرار دارند. در مطالعات چند جنبه‌ای گراهام، رامیرز و همکاران که در سال ۱۹۹۶ انجام شد میزان عوامل خطر و فرسودگی شغلی بین متخصصان حرفه‌های مختلف دسته‌بندی شد. نتایج این تحقیقات نشان داد که متخصصان جراحی و پرتو درمانی جزء گروه‌های پرخطرند و در معرض فرسودگی شغلی قرار دارند.

اکستد و فاگربرگ (۲۰۰۱) طی پژوهشی گزارش دادند که در ایالات متحده پزشکان زن، بیشتر از هم‌تایان مردشان دچار فرسودگی شغلی هستند، طی بررسی‌ها مشاهده شد که بیشتر بیماران پزشکان عمومی زن را افراد پیچیده و دارای مشکلات روحی مثل افسردگی، اختلالات خوردن و اضطراب تشکیل می‌دهند. همچنین این پزشکان اظهار کردند که نسبت به هم‌تایان مرد خود، تسلط کمتری بر محیط کار دارند.

فریبورن (۲۰۰۱) گزارش کرد از جمله عواملی که در حرفه پزشکی باعث ایجاد تنش و به دنبال آن ایجاد فرسودگی شغلی می‌شوند: مشکلات اقتصادی، کمبود منابع درمانی، تسلط نداشتن بر اوضاع، برخورد با بیماران بدحال برای مدت طولانی و نداشتن حمایت‌های سازمانی می‌باشند. طی پژوهشهایی که کولیر (۲۰۰۲) در ایالات متحده انجام داد گزارش شد که سه چهارم پزشکان در سال اول طبابت خود با علائم فرسودگی شغلی از جمله خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش عملکرد فردی روبه‌رو هستند. بیشتر این پزشکان علت مشکلات خود را وضعیت نامناسب اقتصادی عنوان کردند.

در پژوهشی که ونزنگ، لینزر و مک‌موری (۲۰۰۲) انجام دادند و با توجه به پژوهش‌های قبلی در مورد فرسودگی شغلی پزشکان پایه‌گذاری شده بود، پرسشنامه‌هایی در مورد رضایت شغلی برای ۵۷۰۴ پزشک ارسال و در آن میزان رضایت شغلی متخصصان داخلی برآورد شد. نتایج این پژوهش نشان داد که متخصصان داخلی که ۱۹ درصد پاسخ‌دهندگان نمونه مورد بررسی بودند، از نظر

رضایت از روابط با همکاران و بیماران، شغل و تخصص، کمتر از سایر نمونه مورد بررسی که شامل پزشکان خانواده و زیرگروه‌های تخصص داخلی بودند، رضایت داشتند. همچنین در مورد متخصصان داخلی نشان داده شده که بین بالاتر بودن سن و میزان رضایت از شغل ارتباط معنادار بیشتری وجود دارد. در ضمن عوامل تأثیرگذار بر نارضایتی شغلی در این پژوهش وجود مسائل روان‌شناختی در بیماران، بیشتر بودن ساعات کار و زمانی که در مطب با بیماران می‌گذرانند بود. همچنین در این پژوهش نتیجه‌گیری شد که متخصصان داخلی نسبت به پزشکان خانواده کمتر به دانشجویان پزشکی توصیه می‌کنند که این رشته تخصصی را انتخاب کنند.

پارشورام و همکاران (۲۰۰۴) پژوهشی را بر روی ۱۱ دانشجوی فوق تخصص در واحد مراقبت‌های ویژه بیمارستان تورنتو طی ۳۵ شیفت کاری به منظور ارزیابی فرسودگی شغلی و بررسی عوامل مرتبط با آن (تعداد موارد بستری و ترخیص، نسبت پرستار به بیمار، تعداد و نوع فرایندهای تشخیصی و درمانی، ساعات شیفت و مراقبت‌ها) انجام دادند. در این مطالعه برخی عوامل کمی مثل میزان ساعات بیداری، تعداد دفعات فراخوانی بر بالین بیمار، همچنین تعداد عمل‌های تهاجمی که طی شیفت‌های خود ناچار به انجام آن بودند و ارتباط آن با تنش بررسی شد. نتایج نشان داد که این عوامل رابطه معناداری با فرسودگی شغلی دارند.

در مطالعه‌ای نیرل، شیروم و ایسمایل (۲۰۰۴) به منظور بررسی فشار کاری، فرسودگی شغلی و رضایت شغلی برای یک نمونه تصادفی پرسشنامه‌هایی ارسال شد که این افراد شامل پزشکان متخصص (چشم‌پزشکی، متخصص پوست، گوش، حلق و بینی، زنان و زایمان، قلب و جراحی عمومی) بودند. در نتایج به دست آمده شیفت و ساعات کاری در هفته ارتباط مثبت و معناداری با فشار کاری و فرسودگی داشتند. همچنین مشخص شد که استخدام دولتی در مقایسه با شغل خصوصی پزشکان و سن، ارتباط منفی با فشار کاری و فرسودگی شغلی داشت و داشتن مسؤولیتهای زیاد و افزایش ساعات کاری باعث تحمیل فشار کاری زیاد بر پزشکان تخصص‌های مختلف و افزایش فرسودگی شغلی آنها می‌گردد.

مستغاثی (۱۳۷۷) در پژوهشی با عنوان بررسی فرسودگی شغلی ناشی از کار در کارکنان بیمارستان شریعتی اصفهان با توجه به متغیرهای شخصی، ۳۹۹ نفر از کارکنان این بیمارستان را با آزمون فرسودگی شغلی مسلش ارزیابی کرد و به این نتیجه رسید که

اولاً میزان فرسودگی شغلی کارکنان این بیمارستان از میزان فرسودگی شغلی که در مقالات فرسودگی شغلی بیان شده، همچنین از میزان استاندارد جهانی، بیشتر بود. ثانیاً بین متغیرهای شغلی، وضعیت شغلی، سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد افراد تحت تکفل، سابقه کار، حقوق ماهانه، سطح تحصیلات و نوع کار با برخی ابعاد فرسودگی شغلی رابطه وجود داشت.

جلدکار (۱۳۷۹) در تحقیق توصیفی خود با عنوان «مقایسه فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی و غیرروانپزشکی نور، فارابی و توانبخشی مدرس» با انتخاب ۵۵ پرستار شاغل در بخش‌های روانپزشکی و ۵۱ پرستار شاغل در بخش‌های غیرروانپزشکی به صورت سرشماری به نتایج زیر دست یافت: بین سن و خستگی عاطفی، سابقه کار و خستگی عاطفی و تعداد نوبت کاری و خستگی عاطفی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی و بین سابقه کار و مسخ شخصیت پرستاران شاغل در بخش‌های غیرروانپزشکی رابطه معناداری وجود داشت و بین میزان مسخ شخصیت و عملکرد فردی پرستاران دو گروه تفاوت معنادار وجود نداشت.

فرضیه اصلی این تحقیق عبارت بود از: بین میانگین‌های نمرات کل فرسودگی شغلی پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوت وجود دارد. همچنین فرض گردید که بین میانگین‌های نمرات زیرمقیاس‌های فرسودگی شغلی (خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و عملکرد فردی) و بین میانگین‌های نمرات خشنودی شغلی پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوت وجود دارد.

روش

روش این پژوهش توصیفی و طرح آن از نوع علی - مقایسه‌ای بوده است. جامعه این پژوهش را پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی اصفهان در سال ۱۳۸۳ تشکیل می‌دادند. برای اجرای این تحقیق ابتدا فهرست پزشکان شهر اصفهان از سازمان نظام پزشکی استان اصفهان گرفته شد که پزشکان جراح عمومی ۱۴۰ نفر و متخصص داخلی ۱۲۷ نفر بودند، در مجموع ۱۶۷ نفر تعداد کل جامعه آماری را تشکیل می‌دادند. سپس از بین آنان به صورت تصادفی ساده از هر جامعه ۳۵ نفر (۲۸ مرد و ۷ زن جراح عمومی با میانگین سنی ۴۶ و ۲۲ مرد و ۱۳ زن متخصص داخلی با میانگین سنی ۴۵/۴۷) انتخاب شدند. چون تفاوت بین میانگین سن در دو گروه معنادار نبود، بنابراین دو گروه از نظر

سن همسان فرض گردیدند. در ضمن، کفایت حجم نمونه از آنجا معلوم می‌شود که فرضیه تأیید شده دارای توان آماری بالاتر از حد مجاز ۰/۸ بوده است. برای جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده شد:

الف - پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته: این پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل همسر، نوع محل کار، میزان ساعات کار و تعداد شیفت کاری) را شامل می‌شد.

ب - پرسشنامه محقق‌ساخته خشنودی از شغل، که متشکل از ۱۱ سؤال کوتاه بود، و برای تعیین روایی همزمان پرسشنامه اصلی (فرسودگی شغلی مسلش و جکسون) به کار برده شد. این ضریب برابر با ۰/۶۵ گردید که در سطح معناداری است. ضریب پایایی آن (آلفای کرونباخ) که نمایانگر هماهنگی درونی پرسشنامه است، معادل ۰/۸ محاسبه گردید.

ج - پرسشنامه فرسودگی شغلی از فرم پرسشنامه کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی مسلش و جکسون (۱۹۸۱) اقتباس گردید و سؤالات آن برای پزشکان انطباق داده شد. این پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس است که ضرایب پایایی آن (هماهنگی درونی به‌وسیله آلفای کرونباخ نشان داده می‌شود) برای سه زیرمقیاس خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و عملکرد فردی هر کدام به‌طور جداگانه ۰/۸ محاسبه گردید. روایی همزمان این زیرمقیاس با پرسشنامه خشنودی شغلی در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱- ضرایب روایی همزمان پرسشنامه فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی

خشنودی شغلی	روایی	۱	۰/۷۱۶	۰/۴۷۴	۰/۴۴۹
خشنودی شغلی	روایی	۱	۰/۷۱۶	۰/۴۷۴	۰/۴۴۹
معنادار بودن	—	—	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**
خستگی عاطفی	روایی	—	۱	۰/۶۶۳	۰/۶۲۴
معنادار بودن	—	—	—	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**
مسخ شخصیت	روایی	—	—	۱	۰/۷۱۷
معنادار بودن	—	—	—	—	۰/۰۰۱**

** معناداری در سطح $P < 0/01$

* معناداری در سطح $P < 0/05$

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ضرایب روایی زیرمقیاس‌های پرسشنامه در حد قابل قبول و معناداری است ($P = 0/001$). در ضمن تحقیق خاصی برای بررسی رابطه خشنودی شغلی و فرسودگی شغلی وجود نداشت، اما ضرایب همبستگی بین نمرات این دو پرسشنامه به خوبی نشان می‌دهد که خشنودی و فرسودگی شغلی دارای روایی همزمان می‌باشند. این پرسشنامه از ۲۲ سؤال تشکیل شده که جنبه‌های فرسودگی شغلی را می‌سنجد (خستگی عاطفی، مسخ شخصیت، عملکرد فردی) شیوه پاسخگویی آزمودنی‌ها به هر یک از سؤالات پرسشنامه از دو نوع دستورالعمل پیروی می‌کند:

الف - دستورالعمل فراوانی، این شیوه تعداد دفعاتی را که احساس فرسودگی شغلی در جنبه‌های سه‌گانه تجربه شده است را در برمی‌گیرد. هرگز (صفر)، چند بار در سال (۱)، یک بار در ماه (۲)، چند بار در ماه (۳)، یک بار در هفته (۴)، چند بار در هفته (۵)، هر روز (۶).

ب - دستورالعمل شدت: این شیوه میزان شدتی که آزمودنی در مورد هر یک از موارد، احساس فرسودگی می‌کند را در نظر دارد.

هرگز (صفر)، به ندرت (۱)، کم (۲)، گاهی (۳)، متوسط (۴)، زیاد (۵)، همیشه (۶).
مسلش و جکسون (۱۹۸۱)، گزارش کردند که پاسخ آزمودنی‌ها براساس شدت و فراوانی، همبستگی خیلی بالایی دارند. در پرسشنامه این پژوهش سعی شده دو شیوه در اختیار پاسخ‌دهندگان قرار گیرد و آزمودنی‌ها بتوانند پاسخ‌های خود را با در نظر گرفتن شیوه‌ها تنظیم نمایند. پرسشنامه مورد نظر از ۲۲ سؤال و ۳ مقیاس جداگانه تشکیل شده که عبارت‌اند از: خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و عملکرد فردی.

نمره هر سؤال از صفر تا شش قابل تغییر است. مجموع نمرات سؤالات هر مقیاس نشان‌دهنده نمره فرد در آن مقیاس است. در ضمن اکتساب نمره بیشتر نشان‌دهنده مشکلات بیشتر است بجز سؤالات ۴، ۷، ۱۵، ۹، ۱۶، ۱۷، ۱۹ که در این سؤالات اکتساب نمره بالاتر نشان‌دهنده فرسودگی شغلی کمتر می‌باشد.

پایایی پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش و جکسون - پایایی پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش و جکسون همراه با زیرمقیاس‌های آن در پژوهش‌های قبلی و پژوهش حاضر در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲- پایایی پرسشنامه فرسودگی شغلی و زیرمقیاس‌های آن در پژوهش‌های قبلی و پژوهش حاضر

زیرمقیاس‌ها	مسلش و جکسون	نظریان	مؤمنی	نجفی و همکاران	پژوهش حاضر
خستگی عاطفی	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۸۸	۰/۸۹	۰/۸۴
مسخ شخصیت	۰/۷۹	۰/۶۵	۰/۷۹	۰/۸۳	۰/۸۱
عدم موفقیت فردی	۰/۷۱	۰/۸۱	۰/۷۶	۰/۸۷	۰/۷۵
پایایی کل	۰/۸۰	۰/۷۳	۰/۸۳	۰/۸۶	۰/۸۰

نمره‌گذاری پرسشنامه محقق‌ساخته خشنودی از شغل: برای این منظور بنا به ماهیت سؤال (مثبت و منفی بودن آن) به جوابهای «بلی و خیر» به ترتیب نمرات صفر و ۱ تعلق گرفت به استثنای سؤالات ۵، ۶ و ۱۱ که به دلیل منفی بودن، برعکس نمره‌دهی شد. جمع نمرات حاصل، نمره خشنودی شغلی را نشان می‌دهد. بدین ترتیب که اعداد به دست آمده از هر سؤال با هم جمع و نتیجه‌ای بین صفر تا ۱۱ حاصل گردید که صفر حداکثر خشنودی شغلی و ۱۱ حداقل خشنودی شغلی در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

چون در تحقیق واریانس توان آماری سطح آلفا و میزان تفاوت و کفایت حجم نمونه مشخص می‌شود و در آزمون t مستقل این کار امکان‌پذیر نیست، بنابراین از تحلیل واریانس چندگانه استفاده گردید (مولوی، ۱۳۷۹). میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات میزان ساعات کار در دو گروه پزشکان در جدول ۳ ارائه شده است:

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات میزان ساعات کار در دو گروه پزشکان

نوع تخصص	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات
متخصصان داخلی	۸/۸۰	۲/۴۶	۵ - ۱۶
جراحان عمومی	۱۰/۰۵	۲/۵۸	۸ - ۱۸

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین میزان ساعات کار متخصصان داخلی ۸/۸۰، انحراف معیار ۲/۴۶ و دامنه تغییرات آنها از ۵ تا ۱۶ ساعت می‌باشد. همچنین میانگین میزان ساعات کار جراحان عمومی ۱۰/۰۵، انحراف معیار ۲/۵۸ و دامنه تغییرات آنها از ۸ تا ۱۸ ساعت می‌باشد. میانگین و انحراف معیار فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی در دو گروه پزشکان در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار و فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی در دو گروه پزشکان

نوع تخصص	فرسودگی شغلی		خشنودی شغلی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
متخصصان داخلی	۳۹/۱۳۴	۱۱/۴۷۶	۱۵/۷۰۰	۲/۰۸۴
جراحان عمومی	۵۷/۷۰۰	۱۵/۴۴۱	۱۷/۴۶۳	۲/۵۸۰

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین فرسودگی شغلی متخصصان داخلی معادل ۳۹/۱۳۴، انحراف معیار آنها معادل ۱۱/۴۷۶ و میانگین جراحان عمومی معادل ۵۷/۷۰۰، انحراف معیار آنها معادل ۱۵/۴۴۱ می‌باشد. همچنین میانگین خشنودی شغلی متخصصان داخلی معادل ۱۵/۷۰۰، انحراف معیار آنها معادل ۲/۰۸۴ و میانگین جراحان عمومی معادل ۱۷/۴۶۳، انحراف معیار آنها معادل ۲/۵۸۰ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های فرسودگی شغلی در دو گروه پزشکان در جدول ۵ ارائه شده است:

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های فرسودگی شغلی در دو گروه پزشکان

نوع تخصص	خستگی عاطفی		مسخ شخصیت		عملکرد فردی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
متخصصان داخلی	۱۸/۴۶۵	۴/۲۹۳	۹/۸۱۵	۳/۴۴۰	۱۲/۵۲۲	۵/۴۲۸
جراحان عمومی	۳۱/۳۷۳	۸/۴۷۲	۱۱/۸۶۰	۳/۸۸۳	۲۰/۲۴۱	۷/۰۵۳

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود میانگین خستگی عاطفی متخصصان داخلی معادل ۱۸/۴۶۵، انحراف معیار آنها معادل ۴/۲۹۳ و میانگین جراحان عمومی معادل ۳۱/۳۷۳، انحراف معیار آنها معادل ۸/۴۷۲ است و میانگین مسخ شخصیت متخصصان داخلی معادل ۹/۸۱۵، انحراف معیار آنها معادل ۳/۴۴۰ و میانگین جراحان عمومی معادل ۱۱/۸۶۰، انحراف معیار آنها معادل ۳/۸۸۳ می‌باشد. همچنین میانگین عملکرد فردی متخصصان داخلی معادل ۱۲/۵۲۲، انحراف معیار آنها معادل ۵/۴۲۸ و میانگین جراحان عمومی معادل ۲۰/۲۴۱، انحراف معیار آنها معادل ۷/۰۵۳ می‌باشد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نوع تخصص و جنسیت بر فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی به‌طور کلی در دو گروه پزشکان در جدول ۶ ارائه شده است:

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نوع تخصص و جنسیت بر فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی به‌طور کلی در دو گروه پزشکان

متغیرهای مستقل و لامبدای ویلکز	ضریب F	معنادار بودن	میزان تفاوت	توان آماری	کنترل
نوع تخصص	۱۲/۰۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱	۱	۰/۳۸۳
جنسیت	۷/۳۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶	۰/۹۹۰	۰/۵۰۴
تعامل جنسیت و تخصص	۲/۴۰۴	۰/۰۷۲	۰/۲۴۳	۰/۶۱۹	۰/۷۵۷

۴ = درجه آزادی

چنانکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود، تفاوت بین دو گروه از متخصصان به‌طور کلی با توجه به فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی معنادار است ($P = 0/001$). میزان تفاوت ۰/۶۱ است یعنی ۶۱ درصد واریانس نمرات، مربوط به نوع تخصص است. همچنین بین زنان و مردان با توجه به فرسودگی و خشنودی شغلی به‌طور کلی تفاوت وجود دارد ($P = 0/001$). میزان تفاوت ۰/۴۹ است یعنی ۴۹ درصد واریانس نمرات مربوط به جنسیت است. در ضمن تعامل بین جنسیت و تخصص معنادار نیست. نتایج

تحلیل واریانس چندمتغیره تأثیر نوع تخصص و جنسیت بر نمرات کل فرسودگی شغلی در دو گروه پزشکان در جدول ۷ ارائه شده است:

جدول ۷- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تأثیر نوع تخصص و جنسیت بر نمرات کل فرسودگی شغلی در دو گروه پزشکان

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان تفاوت یا رابطه آماری	توان
جنسیت	۹۴۱/۴۷۵	۹۴۱/۴۷۵	۵/۸۵۱	۰/۰۲۱	۰/۱۵۱	۰/۶۵۱
تخصص	۳۲۳۹/۰۶۱	۳۲۳۹/۰۶۱	۲۰/۱۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹	۰/۹۹۲
تعامل تخصص و جنسیت	۶۹/۳۷۰	۶۹/۳۷۰	۰/۴۳۱	۰/۵۶۱	۰/۰۱۳	۰/۰۹۸

۱ = درجه آزادی

فرضیه اصلی: بین میانگین‌های نمرات کل فرسودگی شغلی پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۷ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار است ($P = ۰/۰۰۱$). لذا فرضیه اصلی تأیید می‌شود. میزان تفاوت ۰/۳۸ است یعنی ۳۸ درصد از نمرات واریانس فرسودگی شغلی مربوط به نوع تخصص است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تأثیر نوع تخصص و جنسیت بر زیرمقیاس‌های فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی در دو گروه پزشکان در جدول ۸ ارائه شده است:

فرضیه فرعی ۱- بین میانگین‌های نمرات خستگی عاطفی پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۸ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار است ($P = ۰/۰۰۱$). لذا فرضیه فرعی ۱ تأیید می‌شود. میزان تفاوت ۰/۵۲ است یعنی ۵۲ درصد از نمرات واریانس خستگی عاطفی مربوط به نوع تخصص است. میانگین‌های نمرات زیرمقیاس‌های فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی دو گروه پزشکان در جدول ۹ ارائه شده است:

جدول ۸ - نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تأثیر نوع تخصص و جنسیت بر زیرمقیاس‌های فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی در دو گروه پزشکان

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان تفاوت یا رابطه آماری	توان
منبع تغییرات	خستگی عاطفی	۴۲۶/۹۰۲	۴۲۶/۹۰۲	۱۴/۳۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰۳	۰/۹۵۶
	مسخ شخصیت	۱/۰۷۹	۱/۰۷۹	۰/۰۷۳	۰/۷۸۹	۰/۰۰۲	۰/۰۵۸
جنسیت	عملکرد فردی	۸۰/۶۹۲	۸۰/۶۹۲	۱/۹۷۲	۰/۱۷۰	۰/۰۵۶	۰/۲۷۶
	خشنودی شغلی	۵۹/۳۰۷	۵۹/۳۰۷	۱۵/۷۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲	۰/۹۷۰
تخصص	خستگی عاطفی	۱۰۴۹/۹۹۴	۱۰۴۹/۹۹۴	۳۵/۲۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۱
	مسخ شخصیت	۲۶/۳۴۵	۲۶/۳۴۵	۱/۷۸۲	۰/۱۹۱	۰/۰۵۱	۰/۲۵۴
تخصص و جنسیت	عملکرد فردی	۳۷۵/۴۴۳	۳۷۵/۴۴۳	۹/۱۷۶	۰/۰۰۵	۰/۲۱۸	۰/۸۳۶
	خشنودی شغلی	۱۹/۵۸۵	۱۹/۵۸۵	۵/۱۸۶	۰/۰۲۹	۰/۱۳۶	۰/۵۹۹
تخصص و جنسیت	خستگی عاطفی	۹۸/۶۹۰	۹۸/۶۹۰	۳/۳۰۹	۰/۰۷۸	۰/۰۹۱	۰/۴۲۳
	مسخ شخصیت	۸/۳۹۸	۸/۳۹۸	۰/۵۶۸	۰/۴۵۶	۰/۰۱۷	۰/۱۱۳
تخصص و جنسیت	عملکرد فردی	۱/۶۷۰	۱/۶۷۰	۰/۰۴۱	۰/۸۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۴
	خشنودی شغلی	۱۰/۱۱۲	۱۰/۱۱۲	۲/۶۷۸	۰/۱۱۱	۰/۰۷۵	۰/۳۵۵

۱ = درجه آزادی

نمودار ۱ - میانگین نمرات خستگی عاطفی دو گروه پزشکان

جدول ۹- میانگین‌های نمرات زیرمقیاس‌های فرسودگی شغلی و خشنودی شغلی دو گروه پزشکان

متغیرهای وابسته	تخصص	میانگین
خشنودی شغلی	متخصصان داخلی	۱۵/۷۰۰
	جراحان عمومی	۱۷/۴۶۳
خستگی عاطفی	متخصصان داخلی	۱۸/۴۶۵
	جراحان عمومی	۳۱/۳۷۳
مسخ شخصیت	متخصصان داخلی	۹/۸۱۵
	جراحان عمومی	۱۱/۸۶۰
عملکرد فردی	متخصصان داخلی	۱۲/۵۲۲
	جراحان عمومی	۲۰/۲۴۱

چنانکه در نمودار ۱ مشاهده می‌شود میانگین‌های نمرات خستگی عاطفی جراحان عمومی بیشتر از متخصصان داخلی است.

فرضیه فرعی ۲- بین میانگین‌های نمرات مسخ شخصیت پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۸ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار نیست. لذا فرضیه فرعی ۲ تأیید نمی‌شود.

فرضیه فرعی ۳- بین میانگین‌های نمرات عملکرد فردی پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۸ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار است ($P = ۰/۰۰۵$). لذا فرضیه فرعی ۳ تأیید می‌شود. میزان تفاوت ۰/۲۲ است یعنی ۲۲ درصد از نمرات واریانس عملکرد فردی مربوط به نوع تخصص است.

میانگین‌های نمرات عملکرد فردی دو گروه پزشکان متخصصان داخلی و جراحان عمومی در جدول ۹ و نمودار ۲ ارائه شده است.

چنانکه در نمودار ۲ مشاهده می‌شود میانگین‌های نمرات عملکرد فردی پزشکان جراح عمومی بیشتر از متخصصان داخلی می‌باشد.

نمودار ۲- میانگین‌های نمرات عملکرد فردی دو گروه پزشکان

فرضیه فرعی ۴- بین میانگین نمرات خشنودی شغلی پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۸ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار است ($P = ۰/۰۲۹$). لذا فرضیه فرعی ۴ تأیید می‌شود. میزان تفاوت ۰/۱۳ است. یعنی ۱۳ درصد از نمرات واریانس خشنودی شغلی مربوط به نوع تخصص است. میانگین‌های نمرات خشنودی شغلی دو گروه پزشکان متخصص داخلی و جراحان عمومی در جدول ۹ و نمودار ۳ ارائه شده است:

نمودار ۳- میانگین‌های نمرات خشنودی شغلی دو گروه پزشکان

چنانکه در نمودار ۳ مشاهده می‌شود میانگین‌های نمرات خشنودی شغلی پزشکان جراح عمومی بیشتر از متخصصان داخلی می‌باشد.

بحث در یافته‌ها

همان‌طور که نتایج جدولهای ۴ و ۷ نشان می‌دهد بین میانگین‌های نمرات کل فرسودگی شغلی پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوت وجود دارد و نمرات کل فرسودگی شغلی پزشکان جراح عمومی به‌طور معناداری بیشتر از نمرات کل فرسودگی شغلی متخصصان داخلی می‌باشد. متأسفانه برای مقایسه نتایج تحقیقات دیگر با نتایج این مطالعه در متون و تحقیقات داخلی و خارجی مقاله یا مطلبی مشابه که به مقایسه فرسودگی شغلی پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی پرداخته باشد، یافت نشد و یا پژوهشگر با آن برخورد نکرده است. ولی با این حال نتایج تحقیق حاضر با نتایج مطالعات تقریباً مشابه، تطبیق داده شده و مقایسه گردید.

نتیجه فرضیه اصلی این مطالعه با نتایج مطالعات اولکینورا (۱۹۹۰) و گراهام و همکاران (۱۹۹۶) همخوانی دارد. طبق مطالعات چندجانبه‌ای گراهام و همکاران میزان عوامل خطر و فرسودگی شغلی در بین متخصصان جراحی بیشتر از دیگر پزشکان متخصص بود. طبق نظر اولکینورا متخصصانی که با بیماران غیرقابل درمان، بیماریهای مزمن و بیماران در حال مرگ مواجه هستند نسبت به متخصصانی که با بیماران با پیش‌آگهی خوب سر و کار دارند بیشتر در معرض خطر افسردگی شغلی قرار می‌گیرند. بدیهی است که این مطلب در مورد پزشکان متخصص جراح عمومی نسبت به متخصصان داخلی بیشتر صادق است و بالاتر بودن میانگین نمرات فرسودگی شغلی پزشکان متخصص جراح عمومی از متخصصان داخلی را توجیه می‌کند.

یکی از عوامل اصلی فرسودگی شغلی، تحمل فشار روانی ناشی از کار به مدت طولانی، همراه با کار زیاد می‌باشد. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین ساعات کاری جراحان عمومی بیشتر از متخصصان داخلی است و حتی اگر سختی کار را نیز برای هر دو گروه یکسان در نظر بگیریم، که به یقین چنین نمی‌باشد، واضح است که فرسودگی شغلی جراحان عمومی بیشتر از متخصصان داخلی می‌باشد. علاوه بر این بسیار اتفاق افتاده که جراحی‌هایی پیش می‌آید و جراح مجبور است ساعات متمادی و

بیشتر از ساعات کار روزانه تعیین شده و در شرایط فشارزا به کار ادامه دهد، این در حالی است که پزشکان متخصص داخلی زندگی منظم‌تر و حساب‌شده‌تری دارند و این در بالا بردن فرسودگی شغلی جراحان عمومی نیز مؤثر است. این دلایل در مطالعات پاراشوم (۲۰۰۴) و نیرل، شیروم و ایسمایل (۲۰۰۴) نیز به تأیید رسیده است.

در مطالعه نیرل، شیروم و ایسمایل (۲۰۰۴) بیان شد که شیف و ساعات کاری در هفته ارتباط مثبت و معناداری با فشار کاری و فرسودگی دارد. همچنین در مطالعه پاراشوم و همکاران (۲۰۰۴) که بر روی ۱۱ دانشجوی فوق‌تخصص انجام گرفت برخی عوامل کمی مانند میزان ساعات بیداری، تعداد دفعات فراخوانی بر بالین بیمار، تعداد عمل‌های تهاجمی که طی شیفت‌های خود ناچار به انجام آن بودند و ارتباط آن با تنش بررسی شد. در نتیجه به‌دست آمده معلوم گردید که این عوامل رابطه معناداری با فرسودگی شغلی دارد.

همان‌طور که نتایج جداول ۵ و ۸ و نمودار ۱ نشان داد که میانگین نمرات خستگی عاطفی پزشکان جراح عمومی به‌طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات خستگی عاطفی متخصصان داخلی است. طی مطالعات کولیر (۲۰۰۲) یکی از علل خستگی عاطفی پزشکان وضعیت نامناسب اقتصادی است. این مطلب در مطالعات دیگر تأیید شده است، ولی با توجه به اینکه وضع اقتصادی پزشکان متخصص جراح عمومی معمولاً بهتر از پزشکان متخصص داخلی است، بنابراین باید میانگین نمرات خستگی عاطفی پزشکان متخصص داخلی بالاتر از جراحان عمومی باشد که این علت به تنهایی توجیه‌کننده نتیجه این تحقیق نیست و با آن مغایرت دارد. بنابراین باید علل دیگری نیز در خستگی عاطفی افراد دخالت داشته باشد، از جمله این علل شاید فشار و حجم کار زیاد پزشکان جراح عمومی در مقایسه با متخصصان داخلی است و همان‌طور که از مطالعات گراهام و همکاران (۱۹۹۶) و نیرل، شیروم و ایسمایل (۲۰۰۴) نیز برمی‌آید فشار و حجم کار زیاد از علل مهم خستگی عاطفی و به دنبال آن فرسودگی شغلی است.

پزشکان جراح عمومی نسبت به متخصصان داخلی در موقعیت‌های پرتنش‌تری قرار می‌گیرند و در اتاق عمل با بیماران بسیار بدحالی روبه‌رو می‌شوند که در هر لحظه احتمال فوت آنها وجود دارد و با کوچکترین اشتباه پزشک این احتمال افزایش می‌یابد. در ضمن پزشکان جراح عمومی بیشتر در شرایطی قرار می‌گیرند که بر اوضاع مسلط نیستند. همچنین معمولاً بیمارانی نیاز به عمل جراحی پیدا می‌کنند که درمان‌های دارویی

در آنها غیرمؤثر واقع شده است و بیماری وخیم‌تری دارند و این باعث سخت‌تر و فشارزاتر شدن شرایط کاری پزشکان متخصص جراح عمومی نسبت به متخصصان داخلی می‌گردد. بنابراین در مطالعه پیش رو شاید دلایل گفته شده در بالا توجیه‌کننده بالاتر بودن میانگین نمرات خستگی عاطفی جراحان عمومی نسبت به متخصصان داخلی باشد.

چنانکه در جدول ۵ و ۸ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات مسخ شخصیت پزشکان متخصص جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوتی وجود ندارد و این با نتیجه مطالعات جلدکار (۱۳۷۹) مطابقت دارد. در مطالعه جلدکار با اینکه تفاوت معناداری بین میانگین نمرات مسخ شخصیت دو گروه مورد مطالعه وجود نداشت، ولی میانگین نمرات مسخ شخصیت هر دو گروه بالا بود و این بدان معنا بود که دو گروه مورد مطالعه جلدکار صرف‌نظر از نوع کاری که به آن مشغول بودند در جاتی از فشار، مسؤولیت بیش از حد، دشواری کار و بسیاری از موارد دیگر را تحمل می‌کنند به طوری که این عوامل تنش‌زا، عوارض و پیامدهای منفی زیادی را به‌جا می‌گذارد که منجر به ناراضایتی و مسخ شخصیت و بالطبع فرسودگی شغلی شده بود. در این مطالعه نیز با اینکه بین میانگین نمرات مسخ شخصیت دو گروه پزشکان مورد مطالعه، تفاوت معناداری نبود، ولی میانگین نمرات مسخ شخصیت هر دو گروه بالا است. بالا بودن میانگین نمرات مسخ شخصیت در هر دو گروه پزشکان مورد مطالعه نشان می‌دهد که پزشکان با فشار و حجم کار زیاد، شغل پرتنش دارند. بالا بودن میزان ساعات کاری پزشکان همان‌طور که در جدول ۳ نیز آمده است شاهدهی بر ادعای ماست.

در طول یک روز پزشک با بیماران مختلفی برخورد می‌کند که هر یک خصوصیات اخلاقی جداگانه‌ای دارند و پزشک باید بتواند با این افراد به نحوی ارتباط برقرار کند تا علت و نوع بیماری را تشخیص دهد. هر بیمار خود مانند معمایی است که باید رمزگشایی شود و پزشک این کار را طوری باید انجام دهد که جنبه‌ای از مشکل بیمار از قلم نیفتد و در عین حال هر بیماری را از دهها بیماری مشابه دیگر به‌طور صحیح افتراق دهد. وجود این شرایط باعث وارد آمدن فشار زیادی بر پزشک می‌شود. مدت زیاد و طولانی دوره تحصیلات رشته پزشکی و درسهای پیچیده و مشکل، کشیک‌های طاقت‌فرسا، سختی‌های حین فراگیری آموزش پزشکی که قابل مقایسه با رشته‌های دیگر دانشگاهی نیست از دیگر مشکلات رشته پزشکی است.

تسلط نداشتن بر اوضاع در شرایط روبه‌رو شدن با بیماران اورژانسی، برخورد با بیماران بدحال برای مدت طولانی و نداشتن حمایت‌های سازمانی همگی در ایجاد مسخ شخصیت و ایجاد فرسودگی شغلی در پزشکان مؤثر است. این دلایل در مطالعات اولکینورا (۱۹۹۰)، گراهام و همکاران (۱۹۹۶) و فریبورن (۲۰۰۱) نیز تأیید شده است. این شرایط در مورد پزشکان متخصص جراح عمومی و متخصصان داخلی کم و بیش صادق است. بنابراین تفاوت معناداری بین میانگین‌های نمرات مسخ شخصیت هر دو گروه نبود، در عین حال میانگین نمرات مسخ شخصیت در هر دو گروه پزشکان مورد مطالعه بالا بود. همان‌طور که در جدولهای ۵ و ۸ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات عملکرد فردی پزشکان جراح عمومی و متخصصان داخلی تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت در پزشکان جراح عمومی بیشتر از متخصصان داخلی می‌باشد. این نتایج با نتایج نیرل، شیروم و ایسمایل (۲۰۰۴) مطابقت دارد، ولی با نتایج جلدکار (۱۳۷۹) همخوانی ندارد. شاید علت تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه جلدکار در این مورد، به تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه باز می‌گردد. در مطالعه جلدکار این بررسی‌ها روی دو گروه از پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی و غیرروانپزشکی انجام شده بود، ولی در این مطالعه بررسی‌ها روی دو گروه از پزشکان متخصص انجام شده است. بنابراین شاید ماهیت شغلی در میزان میانگین نمرات عملکرد فردی تأثیر می‌گذارد و در حرفه پزشکی به خصوص بین متخصصان جراح عمومی و متخصصان داخلی این تفاوت به‌طور معناداری احساس می‌شود. ماهیت شغل پرستاری به‌گونه‌ای است که میانگین نمرات عملکرد فردی در یک سطح می‌باشد و تفاوت معناداری بین پرستارانی که در بخش‌های مختلف و یا حداقل در بین پرستارانی که در بخش روانپزشکی و غیرروانپزشکی کار می‌کنند وجود ندارد.

همان‌طور که در جدولهای ۴ و ۸ مشاهده می‌شود بین میانگین‌های نمرات خشنودی شغلی پزشکان جراح عمومی و متخصص داخلی تفاوت معناداری وجود دارد. و چنانکه در نمودار ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمرات خشنودی شغلی پزشکان جراح عمومی بیشتر از متخصصان داخلی است. این نتیجه با نتایج مطالعات ونزنگ، لینزر و مک‌موری (۲۰۰۲) و ویسر و همکاران (۲۰۰۳) مطابقت دارد.

در مطالعه و نزنک، لیزر و مک‌موری (۲۰۰۲) بیان شده که متخصصان داخلی از نظر رضایت از روابط با همکاران، بیماران، شغلشان و رضایت از تخصص، کمتر از سایر نمونه مورد بررسی که شامل پزشکان خانواده و زیرگروه‌های تخصص داخلی بودند رضایت داشتند. همچنین در مورد متخصصان داخلی نشان داده شد که بین بالاتر بودن سن و میزان رضایت از شغل ارتباط معنادار بیشتری وجود دارد. نیز متخصصان داخلی نسبت به پزشکان خانواده کمتر به دانشجویان پزشکی توصیه می‌کنند که این رشته تخصصی را انتخاب کنند. همچنین مطالعه ویسر و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که احساس درمان ناکامل توسط پزشک و نداشتن منابع کافی، نقش زیادی در کم کردن رضایت شغلی دارند.

همان‌طور که در این تحقیق و تحقیقات مشابه دیگر مشاهده شد شرایط مربوط به محیط کار نقش مهمتری از مشخصه‌های فردی و شغلی در ایجاد خشنودی شغلی ایفا می‌کنند. در مقایسه کار متخصصان داخلی و پزشکان جراحی به نظر می‌رسد که کار پزشکان جراح عمومی با ارزش‌تر باشد. اگرچه متخصصان داخلی خدمت زیادی در راه درمان بیماران انجام می‌دهند و بیماران را تا آنجا که امکان داشته باشد با تجویز دارو از معرض تیغ جراحان و عوارض جراحی و بیهوشی دور نگه می‌دارند، ولی باور عامه مردم و اکثر جامعه پزشکی این است که پزشکان متخصص جراح عمومی کار سخت‌تر و با ارزش‌تری انجام می‌دهند.

از طرفی دیگر متخصصان جراح عمومی بیشتر با بیماران و مصدومانی سر و کار دارند که در یک قدمی مرگ قرار دارند و بدون انجام عمل جراحی، مرگ آنان حتمی است. بعد از عمل جراحی و رفع خطر، احساس رضایتی که فرد جراح به علت خدمتی که در راه نجات انسانها انجام داده در بالا بردن میزان خشنودی شغلی وی بسیار حایز اهمیت است.

طبق مطالعات فریبورن (۲۰۰۱) و کولیر (۲۰۰۲) وضع اقتصادی و درآمد در خشنودی شغلی افراد مؤثر است. اگرچه تعداد بیمارانی که متخصصان داخلی در طول یک روز ویزیت می‌کنند بسیار بیشتر از تعدادی است که پزشکان متخصص جراح عمومی در مطب خویش ویزیت می‌کنند، ولی به علت درآمد بیشتر حاصل از اعمال جراحی، درآمد جراحان عمومی بسیار بالاتر از متخصصان داخلی می‌گردد و این هم ممکن است عاملی باشد برای توجیه بالاتر بودن میانگین نمرات خشنودی شغلی جراحان عمومی نسبت به پزشکان متخصص داخلی.

منابع

- احمدی، احمد و افتخارالسادات خلیفه‌سلطانی. (۱۳۸۱)، «بررسی فرسودگی شغلی مدیران آموزشی در مقاطع سه‌گانه شهر اصفهان»، *مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان*، شماره ۱.
- جلدکار، معصومه. (۱۳۷۹)، «مقایسه فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی و غیرروانپزشکی بیمارستانهای نور، فارابی و توانبخشی مدرس»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده تحصیلات تکمیلی.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۸۲)، *روان‌شناسی در کار، سازمان و مدیریت*، تهران، نشر ویرایش.
- فرج‌پور، علی. (۱۳۸۰)، «عوامل مؤثر بر فرسودگی شغلی»، *نشریه صف*، شماره ۲۶.
- مستغاثی، م. (۱۳۷۷)، «بررسی فرسودگی ناشی از کار در کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان با توجه به متغیرهای شخصی»، پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای پزشکی، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد.
- مولوی، حسین. (۱۳۷۹)، *راهنمای عملی SPSS10 در علوم رفتاری*، اصفهان، انتشارات مهر قائم.
- هنرپیشه، ح و س غروی. (۱۳۷۶)، «فرسودگی شغلی»، *مجله زنان*، شماره ۴.
- CAMPBELL, D.A., SONNAD, S.S., ECKHAUSER, F.E., CAMPBELL, K.K. & GRENFIELD, L. J. (2001). Burnout among American surgeons. *Surgery*. 130, 696 – 705.
- COLLIER. (2002). burnout among physicians. *Annals of Internal medicine*, 139, 384 – 390.
- EKSTEDT, M., FAGERBERG, I. (2001). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of advanced nursing*. 49(1), 59 – 67.
- FREEBORN, D. (2001). Commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West Journal of medicine*. 174, 13 – 18.
- GRAHAM, J., RAMIREZ, A.J., CULL, A., RICHARDS, M.A. (1996). *A user's guide to the Consultants Mental Health Questionnaire*. London: Guy's Hospital, 78.

- MASLACH, C. & LEITER, M.P. (2000). *The truth about burnout*. San Fransisco, CA: Josey-Bass publishers, 78 – 79,13 – 15 .
- MCCUE, J.D. (1982). The effects of stress on physicians and their medical practice. *New England journal of medicine*. 306 : 458 – 463 .
- NIREL, N., SHIROM, A., ISMAIL, S. (2004). The relationship between job overload, burnout and job satisfaction, and number of jobs. *Hare fuah*. 143(11),839 – 840 .
- OLKINUORA, M. (1990) . Stress symptoms burnout and suicidal thoughts in finish physicians. *Social psychiatry and psyhiatric epidemiology*. 25,81 – 86 .
- PARSHURAM, C.S, HANANI, S., KIRSH, J.A., COX, P.N. (2004). Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. *Canadian Medical assosiation journal*. 170(6),975 – 976 .
- RUSSEL, A., VELZEN, J. (1987) . Job related stress and burnout. *Journal of applied psychology*. 17(2),269 – 274 .
- WENZENG, T.B., LINZER, M., MC MURRAY, J. (2002). Work life and satisfaction of general internists. *Archives of internal medicine*. 162,649 – 656 .
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1998). *Guidelines for the primary prevention of mental neurological and psychosocial disorders: Staff burnout*. Division of mental health. Geneva. WHO, 91 – 108 .
- WILLIAMS, E.S., KRUSE, G.R., KONRAD, T.R., SCHECKLER, D.P. (2001) . Understanding physicians in tentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health care management review*. Aspen publishers, 7 .

وصول: ۸۴/۲/۱

پذیرش: ۸۵/۵/۲۵