

بررسی فرسودگی شغلی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت در استان مرکزی

احسان زارعی^۱، عباس دانش کهن^۱، سهیلا خدا کریم^۲، رضا عباسی^{۳*}

• پذیرش مقاله: ۹۷/۴/۲۰

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۷/۴/۱۹

• دریافت مقاله: ۹۶/۱۲/۱۵



چکیده

مقدمه: امروزه، فرسودگی شغلی به عنوان یک سندرم روان‌شناختی، مشکل عمده‌ای به ویژه در خدمات سلامت بوده و در طیف وسیعی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت شناسایی شده است. این مطالعه با هدف تعیین میزان فرسودگی شغلی و بررسی ارتباط بین خصوصیات دموگرافیک با ابعاد فرسودگی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت انجام پذیرفت.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه آماری شامل تمام ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت (۳۳۵ نفر)، شاغل در یکی از دانشکده‌های علوم پزشکی استان مرکزی بودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلج بود. از آزمون‌های آماری رگرسیون ساده و رگرسیون چندگانه استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ وارد شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره خستگی هیجانی ۱۵/۵، مسخ شخصیت ۴/۹ و دستاورد شخصی ۳۳/۸ بود. ۲۱/۸ درصد دچار خستگی هیجانی بالا، ۲۳ درصد مسخ شخصیت بالا و ۴۷/۵ درصد دارای دستاورد شخصی پایین بودند. رابطه آماری معنادار بین جنسیت، سابقه کار و محل خدمت با فرسودگی شغلی دیده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: استراتژی‌هایی نظیر برگزاری دوره‌های آموزشی، ارائه خدمات مشاوره‌ای و مدیریت بهینه منابع انسانی به‌ویژه جهت زنان، شاغلین شهری و کارکنان با سابقه بالا جهت کاهش فرسودگی شغلی پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: فرسودگی شغلی، خستگی هیجانی، مسخ شخصیت، دستاورد شخصی، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت

•ارجاع: زارعی احسان، دانش کهن عباس، خدا کریم سهیلا، عباسی رضا. بررسی فرسودگی شغلی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت در استان مرکزی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۷؛ ۴(۲): ۴۵-۱۳۵.

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان ولیعصر، پارک وی، دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی

Email: abbasireza1500@gmail.com

تلفن: ۰۲۱۲۶۲۱۵۳۲۸

مقدمه

امروزه فرسودگی شغلی یک مشکل عمده به‌ویژه در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است و در طیف وسیعی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت شناسایی شده است (۱). فرسودگی شغلی یک سندرم روان‌شناختی متشکل از خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش دستاورد شخصی می‌باشد. خستگی هیجانی بعد کلیدی فرسودگی شغلی است به‌طوری‌که نیروهای احساسی کارکنان از بین رفته و آن‌ها احساس می‌کنند که نمی‌توانند به مدت طولانی خود را در سطح روانی مطلوب نگه دارند. مسخ شخصیت به معنی ایجاد نگرش و احساس منفی و بی‌حسی در مورد مشتریان می‌باشد و کاهش دستاورد شخصی به معنی ارزیابی کردن خویش به‌طور منفی به‌ویژه در ارتباط با کار خویش و در رابطه با مشتری می‌باشد (۲). طیف گسترده‌ای از عوامل سازمانی و محیطی در خدمات بهداشتی مانند حجم کاری بیش‌ازحد، رهبری و یا نظارت ناکافی، عدم احساس کنترل بر وضعیت کار، فقدان تعامل اجتماعی و حمایت از کارکنان ممکن است در بروز فرسودگی شغلی نقش داشته باشند (۱). فرسودگی شغلی به علت تقاضای مفرط و شرایط کاری پر استرس که از توان عملیاتی کارکنان فراتر است و انتظارات گاهی ایده‌آل و غیرواقعی رخ می‌دهد (۳). علائم فرسودگی شغلی شامل تحریک‌پذیری، خشم، الگوهای خواب ضعیف، تمرکز ناکافی، اجتناب از بیماران و دیگران، خستگی و بی‌حسی عاطفی می‌باشد (۴). فرسودگی شغلی عواقبی برای فرد و همچنین سازمان دارد (۵). فرسودگی شغلی باعث ایجاد بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، عفونت‌های رایج، دردهای عضلانی-اسکلتی و نشانه‌های افسردگی شده و علاوه بر آن

باعث افزایش خطر صدمات شدید، غیبت به دلیل بیماری و حتی مرگ زودرس می‌شود (۶). فرسودگی شغلی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت خدمات یا مراقبت ارائه شده توسط کارکنان گردد (۷). ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت به‌عنوان اولین سطح تماس نظام سلامت با جامعه، وظایف متنوعی را عهده‌دار بوده و فشار زیادی تحمل می‌کنند که آن‌ها را در معرض فرسودگی شغلی قرار می‌دهد (۸). با توجه به این که اهداف توسعه پایدار و تسریع پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت، تنها از طریق سرمایه‌گذاری راهبردی و درست در نیروی کار سلامت به دست می‌آید (۹) و کارکنان مراقبت‌های سلامت در حال حاضر میزان فرسودگی شغلی بالایی را تجربه می‌کنند؛ بنابراین به‌کارگیری استراتژی‌های پیشگیری از فرسودگی شغلی در بین کارکنان مهم می‌باشد (۱۰). درباره رابطه فرسودگی شغلی مطالعات متعددی در بین پرستاران و پزشکان انجام شده است؛ ولی مطالعات معدودی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت انجام پذیرفته است. به نظر می‌رسد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت با اجرای طرح تحول سلامت بار کاری بیشتری را تحمل و تحت فشارها و استرس‌های بیشتری قرار دارند و در معرض فرسودگی شغلی بیشتری می‌باشند. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فرسودگی شغلی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت در استان مرکزی انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش توصیفی-تحلیلی به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری شامل تمام ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت شاغل در یکی

از دانشکده‌های علوم پزشکی استان مرکزی بود که شامل بهورزان، مراقبین سلامت، پزشکان، دندان‌پزشکان، داروسازان، کاردان‌ها و کارشناسان سلامت بودند. با توجه به این که تعداد کل کارکنان ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه سلامت ۴۲۰ نفر بودند؛ لذا تمام افراد مذکور وارد مطالعه شدند و نمونه‌گیری انجام نگرفت. تعداد ۳۳۵ نفر از ۴۲۰ نفر به پرسشنامه‌ها جواب دادند. نرخ پاسخگویی، ۸۰ درصد بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه ۲۲ سؤالی فرسودگی شغلی مسلج (Maslach Burnout MBI: Inventory) بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۱ توسط مسلج طراحی و معتبرسازی شده و پرکاربردترین ابزار برای ارزیابی فرسودگی شغلی در سه بعد خستگی هیجانی، دستاورد شخصی و مسخ شخصیت در دنیا است.

اطلاعات دموگرافیک کارکنان شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه کاری، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، سمت، محل خدمت و نوع استخدام که به صورت رسمی و قراردادی (شامل نیروهای طرحی، پیمانی و شرکتی) بود، جمع‌آوری گردید.

برای فراوانی احساسات برای هر سؤال، نمره‌ای بین ۰ برای «هرگز» تا ۶ برای «هر روز» در نظر گرفته شد. خستگی هیجانی شامل ۹ سؤال، دستاورد شخصی ۸ سؤال و مسخ شخصیت شامل ۵ سؤال می‌باشد. در مورد تقسیم‌بندی نمرات خستگی هیجانی به این شکل اقدام شد: نمرات کمتر از ۱۹ نشان‌دهنده خستگی هیجانی پایین. نمرات بین ۱۹ تا ۲۶ نشان‌دهنده خستگی هیجانی متوسط و نمرات بالای ۲۶ حاکی از خستگی هیجانی بالا بود.

تقسیم‌بندی امتیازات پرسشنامه دستاورد شخصی به این نحو بود: نمرات بالاتر از ۳۹ نشان‌دهنده دستاورد شخصی بالا، نمرات بین ۳۴-۳۹ نشان‌دهنده دستاورد متوسط و نمرات پایین‌تر از ۳۴ نشان‌دهنده دستاورد شخصی در حد پایینی بود. تقسیم‌بندی نمرات مشخص شخصیت نیز به این گونه انجام شد: نمرات بالاتر از نه نشان‌دهنده مسخ شخصیت بالا، نمرات بین ۶ و ۹ نشان‌دهنده مسخ شخصیت متوسط و نمرات پایین‌تر از شش نشان‌دهنده مسخ شخصیت پایین کارمندان مورد بررسی بودند (۸). نمرات این سه بعد قابل جمع نیستند؛ زیرا که در دو بعد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت، بالا بودن نمرات نمایانگر فرسودگی شغلی است و در بعد دستاورد شخصی پایین بودن نمرات بیانگر فرسودگی شغلی است (۷). با توجه به راهنمای مسلج درجه بالای فرسودگی شغلی در نمرات بالای ابعاد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت و نمرات پایین در بعد دستاورد شخصی بازتاب یافته است (۱۱).

پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران در مطالعات گوناگون به تأیید رسیده است (۱۳، ۱۲، ۸). آلفای کرونباخ در مطالعه امیری و همکاران ۰/۸۵ (۸) و در مطالعه کبیر و همکاران ۰/۹۵ گزارش گردید (۱۲) که نشان از پایایی ابزار مورد استفاده داشت. روایی پرسشنامه توسط صاحب‌نظران و خبرگان در دسترس تأیید شد (۱۲). پرسشنامه در جلسات بین گروه‌های هدف توزیع و پس از تکمیل، جمع‌آوری شد. پرسشنامه‌های کارکنانی که غایب بودند با مراجعه حضوری به محل کارشان تکمیل و جمع‌آوری گردید. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی مدنظر قرار گرفت و اطلاعات پاسخ‌دهندگان با

رضایت آگاهانه و مشارکت داوطلبانه جمع‌آوری شد. اطلاعات به‌صورت محرمانه و ناشناس باقی ماند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. برای بررسی رابطه بین متغیرها از آزمون‌های آماری رگرسیون ساده و رگرسیون چندگانه استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ وارد شدند.

یافته‌ها

از بین ۳۳۵ نفر ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه سلامت، ۶۶/۳ درصد زن، ۸۲/۱ درصد متأهل و ۵۸/۵ درصد دارای مدرک دانشگاهی بودند. میانگین سن ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت ۳۵/۵ سال، حداقل سن ۲۰ و حداکثر آن ۵۵ سال بود. میانگین سابقه خدمت ۱۱/۳ سال به دست آمد که حداقل یک و حداکثر ۳۲ سال سابقه کار داشتند. جدول ۱ نشان می‌دهد محل خدمت ۶۱/۲ درصد از کارکنان مذکور در شهر بود. از نظر سمت، ۳۷/۳ درصد بهورز، ۵۳/۱ درصد مراقبین سلامت و ۹/۶ درصد پزشک بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت

متغیر	تعداد (درصد)
گروه سنی	۳۵ سال و کمتر (۵۲/۲) ۱۷۵
	بیشتر از ۳۵ سال (۴۷/۸) ۱۶۰
جنسیت	مرد (۳۳/۷) ۱۱۳
	زن (۶۶/۳) ۲۲۲
وضعیت تأهل	متأهل (۸۲/۱) ۲۷۵
	مجرد (۱۷/۹) ۶۰
میزان تحصیلات	غیردانشگاهی (۴۱/۵) ۱۳۹
	دانشگاهی (۵۸/۵) ۱۹۶
سمت	بهورز (۳۷/۳) ۱۲۵
	مراقب سلامت (۵۳/۱) ۱۷۸
	پزشک (۹/۶) ۳۲
نوع استخدام	رسمی (۵۸/۲) ۱۹۵
	قراردادی (۴۱/۸) ۱۴۰
محل خدمت	شهر (۶۱/۲) ۲۰۵
	روستا (۳۸/۸) ۱۳۰
سنوات خدمت	۱۰ سال و کمتر (۵۴/۹) ۱۸۴
	بیشتر از ۱۰ سال (۴۵/۱) ۱۵۱

جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمره خستگی هیجانی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت ۱۵/۵، میانگین نمره مسخ شخصیت ۴/۹ و دستاورد شخصی ۳۳/۸ بود. تعداد ۷۳ نفر (۲۱/۸ درصد) خستگی

هیجانی بالا، ۷۷ نفر (۲۳ درصد) مسخ شخصیت بالا و ۱۵۹ نفر (۴۷/۵ درصد) دستاورد شخصی را پایین گزارش کردند.

جدول ۲: بررسی وضعیت میانگین امتیاز ابعاد فرسودگی شغلی در بین ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت

ابعاد فرسودگی شغلی	طبقه‌بندی	نمره	تعداد (درصد)	انحراف معیار $\pm$ میانگین
خستگی هیجانی	پایین	کمتر از ۱۹	۲۱۵ (۶۴/۲)	
نمره ۵۴ تا ۰	متوسط	۱۹-۲۶	۴۷ (۱۴)	۱۵/۵ $\pm$ ۱۲/۷
	بالا*	بیشتر از ۲۶	۷۳ (۲۱/۸)	
مسخ شخصیت	پایین	کمتر از ۶	۲۴۱ (۷۱/۹)	
نمره ۳۰ تا ۰	متوسط	۶-۹	۱۷ (۵/۱)	۴/۹ $\pm$ ۵/۷
	بالا*	بیشتر از ۹	۷۷ (۲۳)	
دست‌آورد شخصی	پایین*	کمتر از ۳۴	۱۵۹ (۴۷/۵)	
نمره ۴۸ تا ۰	متوسط	۳۴-۳۹	۴۱ (۱۲/۲)	۳۳/۸ $\pm$ ۹/۹
	بالا	بیشتر از ۳۹	۱۳۵ (۴۰/۳)	

* نشانگر فرسودگی شغلی بالا

جدول ۳ نشان می‌دهد که به‌طور متوسط، خستگی هیجانی مردان نسبت به زنان ۷/۰۳ واحد کمتر بود. همچنین خستگی هیجانی افراد با سابقه کاری کمتر از ۱۰ سال ۵/۸ واحد از افراد با سابقه کاری بیش از ۱۰ سال کمتر بود.

جدول ۳: بررسی ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک با خستگی هیجانی در کارکنان مورد بررسی

رگرسیون ساده			رگرسیون چندگانه		
ویژگی‌های دموگرافیک	ضریب رگرسیونی خام	خطای معیار	P-Value	ضریب رگرسیونی تعدیل شده	خطای معیار
سن	۰/۳	۰/۱۵	۰/۰۴	—	—
جنسیت	—	—	—	—	—
زن	—	—	—	—	—
مرد	-۶/۴	۲/۷	۰/۰۲	-۷/۰۳	۲/۶
وضعیت تأهل	—	—	—	—	—
مجرد	—	—	—	—	—
متاهل	-۲/۲	۳/۴	۰/۵	—	—
محل خدمت	—	—	—	—	—
شهر	-۲/۶	۲/۷	۰/۳	—	—
روستا	—	—	—	—	—
سطح تحصیلات	—	—	—	—	—
غیر دانشگاهی	۶/۳	۲/۶	۰/۰۲	—	—
دانشگاهی	—	—	—	—	—
نوع استخدام	—	—	—	—	—
رسمی	۴/۱	۲/۶	۰/۰۰۵	—	—
قراردادی	—	—	—	—	—
سابقه کار	—	—	—	—	—
۱۰ سال و کمتر	-۷/۳	۲/۶	۰/۰۰۵	-۵/۸	۲/۶
بیشتر از ۱۰ سال	—	—	—	—	—
سمت شغلی	—	—	—	—	—
بهورز	۸/۳	۴/۷	۰/۰۸	—	—
مراقب سلامت	۳/۵	۴/۵	۰/۴	—	—
پزشک	—	—	—	—	—

شخصیت مردان نسبت به زنان ۳/۹ واحد کمتر بود.

جدول ۴ نشان می‌دهد که به‌طور متوسط، مسخ

رنگر سیون چند گانه

رگرسیون چند گانه			رگرسیون ساده			ویژگی‌های دموگرافیک	
P-Value	خطای معیار	ضریب رگرسیونی تعدیل شده	P-Value	خطای معیار	ضریب رگرسیونی خام		
—	—	—	۰/۲۵	۰/۱۳	—۰/۱۵	سن	جنسیت
—	—	—	—	—	—	زن	
۰/۰۶	۲/۱	—۳/۹	۰/۲۴	۲/۲	۳/۹	مرد	وضعیت تأهل
—	—	—	—	—	—	مجرد	
—	—	—	۰/۳	۲/۷	—۳/۰۱	متأهل	محل خدمت
—	—	—	۰/۲۵	۲/۱	—۲/۵	شهر	
—	—	—	—	—	—	روستا	سطح تحصیلات
—	—	—	۰/۹	۲/۱	۰/۳	غیر دانشگاهی	
—	—	—	—	—	—	دانشگاهی	نوع استخدام
—	—	—	۰/۵	۲/۱	—۱/۳	رسمی	
—	—	—	—	—	—	قراردادی	سابقه کار
—	—	—	۰/۷	۲/۱	۰/۹	۱۰ سال و کمتر	
—	—	—	—	—	—	بیشتر از ۱۰ سال	سمت شغلی
—	—	—	۰/۸	۳/۸	—۰/۸	بهورز	
—	—	—	۰/۸	۳/۷	—۰/۸	مراقب سلامت	پزشک
—	—	—	—	—	—	پزشک	

جدول ۵ نشان می‌دهد که به‌طور متوسط، دستاورد شخصی مردان نسبت به زنان $6/2$ واحد کمتر بود و

تعدیل شده خطای معیار

ویژگی‌های دموگرافیک	ضریب رگرسیونی خام	خطای معیار	P-Value	ضریب رگرسیونی تعدیل شده	خطای معیار	P-Value
سن	-۰/۰۴	۰/۱۴	۰/۷	-	-	-
جنسیت	-	-	-	-	-	-
زن	-	-	-	-	-	-
مرد	-۵/۷	۲/۴	۰/۰۲	-۶/۲	۲/۳	۰/۰۰۸
وضعیت تأهل	-	-	-	-	-	-
مجرد	-	-	-	-	-	-
متأهل	-۲/۱	۲/۹	۰/۵	-	-	-
محل خدمت	-۴/۳	۲/۳	۰/۰۶	-۵/۰۲	۲/۳	۰/۰۳
شهر	-	-	-	-	-	-
روستا	-	-	-	-	-	-
سطح تحصیلات	-۰/۹۹	۲/۳	۰/۷	-	-	-
غیردانشگاهی	-	-	-	-	-	-
دانشگاهی	-	-	-	-	-	-
نوع استخدام	۰/۷	۲/۳	۰/۷	-	-	-
رسمی	-	-	-	-	-	-
قراردادی	-	-	-	-	-	-
سابقه کار	-۰/۹۶	۲/۳	۰/۷	-	-	-
۱۰ سال و کمتر	-	-	-	-	-	-
بیشتر از ۱۰ سال	-	-	-	-	-	-
سمت شغلی	-۰/۵	۴/۱	۰/۹	-	-	-
بهبورز	-۰/۹	۳/۹	۰/۸	-	-	-
مراقب سلامت	-	-	-	-	-	-
پزشک	-	-	-	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، میانگین نمره خستگی هیجانی ۱۵/۵ بود و ۲۱/۸ درصد کارکنان دچار خستگی هیجانی بالا بودند. در مطالعه امیری و همکاران نمره خستگی هیجانی در بهورزان ۱۵/۵ (۸) و در مطالعه Cagan و Gunay (۱۸) در ترکیه بر روی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ۱۵ گزارش شد که با یافته‌های حاضر همسو بود. چندین مطالعه در بین پزشکان، پرستاران و کارکنان اورژانس، میزان خستگی هیجانی بالاتری را از مطالعه حاضر نشان داد (۱۷-۱۴). به نظر می‌رسد ماهیت شغل و میزان استرس ناشی از حجم کار و فشار زمانی می‌تواند عامل تأثیرگذاری در این تفاوت‌ها باشد. کارکنان مراقبت‌های اولیه سلامت اگرچه مسئول ارائه مراقبت‌های پیشگیری و ارتقای سلامت به مردم هستند؛ اما ریسک کارشان نسبت به پزشکان و پرستاران که با بیماران پرخطر و شرایط تهدیدکننده سلامت سروکار دارند، کمتر است.

در این مطالعه میانگین نمره مسخ شخصیت ۴/۹ بود و ۲۳ درصد کارکنان دچار مسخ شخصیت بالایی بودند. نمره مسخ شخصیت در مطالعات امیری و همکاران، ۳/۷ (۸) و Cagan و Gunay، ۳ (۱۷) گزارش شد که به نتیجه مطالعه حاضر نزدیک بود. چندین مطالعه در بین پزشکان و پرستاران، نمره مسخ شخصیت بالاتر از مطالعه حاضر را نشان داد (۱۹، ۱۸، ۱۳). در مطالعات امیری و همکاران ۸/۸ درصد بهورزان (۸) و در مطالعه طلایی و همکاران ۱۷/۳ درصد کارکنان بیمارستانی، دچار مسخ شخصیت بالا بودند (۱۳) که کمتر از مطالعه حاضر بود؛ ولی در مطالعات Molina-Praena و همکاران ۲۴ درصد پرستاران (۱۶)، Shanafelt و همکاران ۳۰ درصد پزشکان (۱۵) و Hamdan و Hamra ۳۸ درصد کارکنان اورژانس دچار مسخ

شخصیت بالا (۱۴) بودند. فاصله بین این یافته‌ها می‌تواند به علت ترکیب و تنوع مشاغل در مطالعات باشد و می‌توان استنباط کرد کارکنانی که در ارتباط نزدیک‌تری با بیماران بودند و در محیط‌های پراسترس‌تر فعالیت می‌کنند، دچار مسخ شخصیت بالاتری می‌شوند.

در این مطالعه نمره دستاورد شخصی ۳۳/۸ بود و ۴۷/۵ درصد دستاورد شخصی خود را پایین اعلام نمودند. امیری و همکاران میانگین نمره دستاورد شخصی را در بهورزان ۳۵ گزارش کردند (۸) که با مطالعه حاضر همسو بود؛ ولی میانگین نمره در مطالعه طلایی و همکاران در بین پرستاران ۲۵ و Cagan و Gunay ۲۳ گزارش شد (۱۷) که پایین‌تر از نتایج مطالعه حاضر بود. در مطالعات Sofology و همکاران در کارکنان سلامت روان ۳۸/۵ و Lahana و همکاران در بین پرستاران ۴۴ گزارش شد که از میانگین مطالعه حاضر بالاتر بود (۲۰، ۱۸). چندین مطالعه در بین پزشکان، پرستاران، کارکنان اورژانس و بهورزان میزان دستاورد شخصی پایین‌تری از مطالعه حاضر نشان دادند (۲۰، ۱۴، ۱۳، ۸). به نظر می‌رسد نوع و ماهیت شغل، رضایت شغلی و احساس کارکنان درباره تأثیرگذاری بر مراجعان بر احساس دستاورد شخصی تأثیرگذار باشد.

در این پژوهش زنان خستگی هیجانی بالاتر و مسخ شخصیت بیشتری نسبت به مردان داشتند. نتایج چندین مطالعه نشان داد که خستگی هیجانی و مسخ شخصیت در بین زنان بیشتر از مردان بود (۱۳، ۲۱-۲۳). به نظر می‌رسد کارکنان زن در برابر فشار و استرس ناشی از کار با مراجعان و بیماران، داشتن روحیه حساس و فقدان نظارت حمایتی تعارض نقش، دچار خستگی هیجانی و مسخ شخصیت بالایی

با توجه به شیوع درجاتی از فرسودگی شغلی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت و از آنجایی که فرسودگی شغلی بر کارکنان تأثیرات منفی دارد؛ بنابراین پیشگیری از فرسودگی شغلی ضروری است. در این راستا استراتژی‌هایی نظیر برگزاری دوره‌های آموزشی، ارائه خدمات مشاوره‌ای و مدیریت بهینه منابع انسانی به‌ویژه جهت زنان، شاغلین شهری و کارکنان با سابقه بالا پیشنهاد می‌گردد.

سیاسگزاری

این مقاله حاصل از پایان‌نامه تحت عنوان «بررسی رابطه بین فرسودگی شغلی و تعهد سازمانی در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت در یکی از دانشکده‌های علوم پزشکی استان مرکزی در سال ۱۳۹۷» در مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. و دارای کد اخلاق IR.SBMU.PHNS.REC.1397.21 می‌باشد. از همکاری بی‌دریغ کلیه اساتید و همکاران گران‌قدر و کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه سلامت که با دقت و حوصله نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمودند، سپاسگزاری می‌نمایم.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله فاقد تضاد منافع با افراد و سازمان‌ها بودند.

شده‌اند. در این مطالعه مردان دستاورد شخصی پایین‌تری نسبت به زنان داشتند. نتایج چندین مطالعه این یافته را تأیید می‌کنند (۲۴، ۲۱، ۱۸). به نظر می‌رسد مردان به دلیل روحیات و ذهنیات خاص، نتایج و مزایایی که از سازمان به دست آورند در مقابل وقت، انرژی و تخصصی که برای سازمان هزینه می‌کنند کمتر برآورد کرده باشند؛ لذا احساس پایین‌تری از دستاورد شخصی خویش دارند.

این پژوهش نشان داد کارکنان با سابقه کاری بالا، خستگی هیجانی بیشتری داشتند که با نتایج مطالعه کبیر و همکاران (۱۲) و مطالعه Sofology و همکاران (۲۰) هم‌راستا بود. به نظر می‌رسد با افزایش سابقه کاری، کارکنان که به مدت طولانی‌تری در معرض استرس و فشار کاری بوده و نیز عدم مدیریت صحیح استرس، فقدان نظام جبران خدمت متناسب و عدم توجه مدیران به نیازهای فردی، سازمانی و اجتماعی آن‌ها، به مرور سطح انرژی و انگیزه آن‌ها کاهش یافته و دچار خستگی هیجانی بالایی می‌شوند.

همچنین شاغلین شهری دارای دستاورد شخصی پایین‌تری نسبت به شاغلین روستایی بودند. نتایج تعدادی مطالعه نشان داد، فرسودگی شغلی با محل خدمت ارتباط معنادار داشت (۲۵، ۱۷، ۱۳، ۱۲). به نظر می‌رسد کارکنان شهری به علت بار کاری بیشتر، فشار زمانی، انتظارات روزافزون و فقدان نظارت حمایتی دچار فرسودگی شغلی بالایی شده‌اند.

پیشنهاده‌ها

References

1. World Health Organization (WHO). The Global Occupational Health Network; 2002 [cited 2019 May 12]. Available from:

https://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2e.pdf

2. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, Ca:

- Consulting Psychologists Press; 1996.
3. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S, et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research* 2014;1(2):82-9. doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.004
 4. World Health Organization (WHO). Human resources WHO; 2008 [cited 2019 May 12]. Available from: https://www.who.int/hiv/pub/imai/om_9_human_resources.pdf
 5. Korunka C, Tement S, Zdrehus C, Borza A. Burnout: Definition, recognition and prevention approaches: Burnout Intervention Training for Managers and Team Leaders; 2010 [cited 2019 May 12]. http://www.burnoutintervention.eu/fileadmin/user_upload/BOIT_theoretical_abstract_2705.pdf
 6. Ahola K, Toppinen-Tanner S, Seppänen J. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research* 2017;4:1-11.
 7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational Behavior* 1981;2(2):99-113. doi.org/10.1002/job.4030020205
 8. Amiri M, Khosravi A, Eghtesadi AR, Sadeghi Z, Abedi G, Ranjbar M, et al. Burnout and its Influencing Factors among Primary Health Care Providers in the North East of Iran. *PLoS One* 2016;11(12):e0167648. doi: 10.1371/journal.pone.0167648.
 9. World Health Organization (WHO). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030; 2017 [cited 2019 May 12]. Available from: https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/
 10. Laschinger H, Montgomery A. Burnout and healthcare. *Burnout Research* 2014;1(2):57-8. doi.org/10.1016/j.burn.2014.08.002
 11. Doulougeri K, Georganta K, Montgomery A. "Diagnosing" burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? *Cogent Medicine* 2016;3(1):1. doi: 10.1080/2331205X.2016.1237605
 12. Kabir MJ, Heydari A, Babazadeh A, Jafari N, Naimi M, Poorabasi M, et al. Job Burnout among Health Workers in Golestan Province, 2012. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014;24(114):169-73. Persian
 13. Talaei A, Mokhber N, Mohammad – Nejad M, Samari AA. Burnout and its related factors in staffs of university hospitals in Mashhad in 2006. *Koomesh* 2008;9(3):237-46. Persian
 14. Hamdan M, Hamra AA. Burnout among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Serv Res* 2017; 17: 407. doi: 10.1186/s12913-017-2356-3
 15. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012;172(18):1377-85. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199
 16. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza J, Cañadas G, De la Fuente E. Levels of Burnout and risk factors in medical area nurses: a meta-analytic study. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(12). pii: E2800. doi: 10.3390/ijerph15122800.
 17. Cagan O, Gunay O. The job satisfaction and burnout levels of primary care health workers in the province of Malatya in Turkey. *Pak J Med Sci* 2015;31(3):543-7. doi: 10.12669/pjms.313.6795.
 18. Lahana E, Papadopoulou K, Roumeliotou O, Tsounis A, Sarafis P, Niakas D. Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nursing* 2017;16(1):15. doi.org/10.1186/s12912-017-0209-3
 19. Rossouw L, Seedat S, Emsley RA, Suliman S, Hagemester D. The prevalence of burnout and depression in medical doctors working in the Cape Town Metropolitan Municipality community healthcare clinics and district hospitals of the Provincial Government of the Western Cape: a cross-sectional study. *South African Family Practice* 2013;55(6):567-73. doi: 10.1080/20786204.2013.10874418
 20. Sofology M, Efstratopoulou M, Dunn T. Predicting Burnout Syndrome in Greek Mental Health Professionals. *Journal of Social Service Research* 2019;45(1):142-9. doi: 10.1080/01488376.2018.1480556
 21. Rafieian M, Jamshidi A, Hasanzadeh A, Sheikhi M. Investigating of Job Burnout among Health Workers in health houses of Esfahan 1health center in 2013. *J Health Syst Res* 2013;11(3):537-49. Persian
 22. de Paiva LC, Canario ACG, de Paiva China EL, Goncalves AK. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo)* 2017;72(5):305-9. doi: 10.6061/clinics/2017(05)08.
 23. El-Ibiary SY, Yam L, Lee KC. Assessment of burnout and associated risk factors among pharmacy practice faculty in the United States. *Am J Pharm Educ* 2017;81(4):75. doi: 10.5688/ajpe81475.
 24. Pavlakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Serv Res* 2010;10:63. doi: 10.1186/1472-6963-10-63.

25. Maroco J, Maroco AL, Leite E, Bastos C, Vazao MJ, Campos J. Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the

National Level. Acta Med Port 2016;29(1):24-30. Portuguese doi: 10.20344/amp.6460.

Evaluation of Burnout among Primary Health Care Providers in Markazi Province

Zarei Ehsan¹, Daneshkohan Abbas¹, Khodakarim Soheyla², Abbasi Reza^{3*}

• Received: 06. 03.2018

• Revised: 10. 07. 2018

• Accepted: 11. 07. 2018



Abstract

Background & Objectives: Nowadays, burnout as a psychological syndrome is a major problem, especially in health services, that has been identified in a large number of health care providers. The aim of this study was to determine the extent of burnout and the relationship between demographic characteristics and burnout dimensions among primary health care providers.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytic study was conducted in 2019. The statistical sample included all primary health care providers (n=335) working in one of the medical colleges in Markazi province. Data were collected using Maslach Burnout Inventory (MBI). Simple and multiple regression tests were used. Data were entered into SPSS version 23 software.

Results: The mean score of emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishments was 15.5, 4.9, and 33.8, respectively. Among health care providers, 21.8% had high emotional exhaustion, 23%, high depersonalization, and 47.5% had low personal accomplishments. The results of multiple regression tests indicated a significant relationship between gender, work experience, and place of service with burnout.

Conclusion: Some strategies such as conducting training courses, providing advisory services, and optimizing human resources management, especially for women, urban employees, and those with high work experience, are suggested to reduce burnout.

Keywords: Burnout, Emotional exhaustion, Depersonalization, Personal accomplishment, Primary health care providers

Citation: Zarei E, Daneshkohan A, Khodakarim S, Abbasi R. Evaluation of Burnout among Primary Health Care Providers in Markazi Province. Journal of Health Based Research 2018; 4(2): 135-45. [In Persian]

1. Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. MSc Student, School of Management and Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Correspondence: School of Management and Medical Education, Parkway Valiasr Street, Tehran, Iran

Tel: 00982126215328

Email: abbasireza1500@gmail.com