

مقایسه فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش درمان و آموزش دانشگاه علوم پزشکی اراک 1387

حمید مؤمنی^{1*}، اشرف صالحی¹، ابوالفضل سراجی¹

1- مربی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، خمین، ایران

تاریخ دریافت 88/4/7، تاریخ پذیرش 88/8/13

چکیده

مقدمه: یکی از پیامدها و نتایج استرس شغلی، فرسودگی شغلی است که تأثیرات مخربی بر مراقبت از بیمار، سلامت جسمی - روحی پرستار و هزینه‌های درمانی دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه فرسودگی شغلی در پرستاران استان مرکزی، می‌تواند راهکارهایی را در جهت کاهش فرسودگی شغلی و افزایش اعتماد به نفس در پرستاران ارایه دهد.

روش کار: در این پژوهش تحلیلی - مقطعی در سال 1387 به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای 66 نفر از پرستاران شاغل در بخش درمان بیمارستان‌های دولتی شهرهای اراک، خمین و ساوه و کلیه مربیان پرستاری دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری اراک و دانشکده‌های خمین و ساوه، به تعداد 33 نفر و کلاً 99 نفر انتخاب شده و پرسش‌نامه استاندارد فرسودگی شغلی مازلاک برای آنها تکمیل شد.

نتایج: میانگین فرسودگی شغلی در این پژوهش از سایر مطالعات مشابه بالاتر است (40/84). میانگین نمره خستگی هیجانی 28/38، مسخ شخصیت 9/41 و کفایت شخصی 29/31 بود. تفاوت فرسودگی شغلی در گروه پرستاران بخش درمان و آموزش فقط در بعد مسخ شخصیت معنی دار بود و در سایر ابعاد تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: فرسودگی شغلی در پرستاران استان مرکزی به طور کلی بالاست که با تمهیدات خاص از قبیل افزایش ثبات کاری و حیطة عملکردی، شفاف سازی نحوه پاسخگویی فرد در مقابل کارهای انجام شده و تقسیم کار بین افراد به منظور کاهش بار کاری باید این میزان را کاهش داد.

واژگان کلیدی: فرسودگی شغلی، پرسش‌نامه فرسودگی شغلی مازلاک، پرستار

*نویسنده مسئول: خمین، دانشکده پرستاری

Email: Hamid52us@yahoo.com

مقدمه

قسمت عمده‌ای از زندگی روزانه هر شخص صرف اشتغال به کار می‌شود. فعالیت کاری از نظر سلامت روانی شخص، فعالیتی مهم به حساب می‌آید، استقلال می‌آورد و رشد عزت نفس او را مساعد می‌کند (1).

عوامل متعددی همواره به عنوان منابع فشارهای روانی در محیط کار وجود دارند، از قبیل عوامل محیطی و فیزیکی چون سر و صدا، ازدحام، نور و صوت نامناسب، عوامل انسانی چون تعارض با افراد دیگر، عوامل سازمانی چون تراکم کاری، سیاست گذاری نادرست و... در مقابل این استرس‌ها اگر شخص قادر به مقابله مؤثر نباشد، دستخوش عوارض متعدد جسمی، روانی و رفتاری می‌شود. طولانی شدن فشارهای روانی ممکن است موجب کاهش رضایتمندی از شغل و منجر به فرسودگی شغلی شود که پیامد آن کسالت، بی‌تفاوتی و کاهش اثربخشی، خستگی، ناکامی و حتی دلسردی در شخص می‌باشد (2). فرسودگی شغلی حالتی است که در یک فرد شاغل به وجود می‌آید و پیامدی از فشار شغلی دایم و مکرر است. بدین ترتیب که شخص در محیط کارش به علت عوامل درونی و بیرونی احساس فشار می‌کند و این فشار، دایمی و مکرر بوده و در نهایت به احساس فرسودگی تبدیل می‌گردد. در این وضعیت احساس کاهش انرژی رخ می‌دهد. در واقع فرسودگی شغلی، آن نوع از فرسودگی روانی است که با فشارهای روانی یا استرس‌های مربوط به شغل و محیط کار توأم گشته است (3). بر اساس نظر مازلاک فرسودگی شغلی سندرمی است که در پاسخ به فشار روانی مزمن به وجود می‌آید و شامل سه جزء خستگی یا تحلیل عاطفی، از خود بیگانگی یا مسخ شخصیت، فقدان موفقیت فردی یا پیشرفت شخص است و بیشتر در مشاغل مدد رسان و یاری دهنده نظیر مشاوران، معلمان، مددکاران اجتماعی، پزشکان، پلیس، پرستاران و مواردی از قبیل این مشاغل مشاهده می‌شود و این امر احتمالاً معلول نوع وظایف و مسئولیت‌های اینگونه مشاغل می‌باشد (4). برخی محققان بر این تصورند که توقعات بالا در محیط شغلی، موجبات بروز فشارهای شغلی

را فراهم می‌آورند و در نهایت فرسودگی شغلی را در دراز مدت ایجاد می‌کنند. در مقابل برخی دیگر از محققین اعتقاد دارند که عوامل بیرونی از قبیل درآمد پایین، می‌تواند زمینه را برای فرسودگی شغلی فراهم سازند. مثلاً گیل مور و دانسون معتقدند کمبود درآمد باعث می‌شود که افراد، سطوح بالاتری از فرسودگی شغلی را تجربه نمایند و احتمال خطر بروز فرسودگی شغلی در میان آنان افزایش یابد (5). فشار کار می‌تواند یکی از عوامل تعیین کننده بروز شکایات ناشی از فرسودگی شغلی باشد اما این بدان معنا نیست که هر کس فشار کاری تجربه نماید دچار فرسودگی شغلی خواهد شد بلکه این بدان معناست که فشار کار شرط لازم برای فرسودگی شغلی است، اما شرط کافی نیست (6).

پرستاری نمونه‌ای از مشاغلی است که فرد ساعات زیادی را با افراد گیرنده خدمات می‌گذراند. روابط با بیمار، به تخلیه ذخایر عاطفی پرستار می‌انجامد. مورد اخیر علامت محوری فرسودگی است. بروز نشانگان فرسودگی با پیامدهایی همراه است که مهمترین آنها عبارتند از: افت سطح سلامت جسمی و روانی پرستار، غیبت از محل کار، تغییر شغل، افت کیفیت مراقبت از بیمار و کاهش رضایت بیمار. روشن است که این روند افت کیفی و کمی خدمات بهداشتی و درمانی را به دنبال دارد. از این رو شناسایی هر چه بیشتر عوامل مؤثر بر فرسودگی شغلی می‌تواند در ارتقاء سطح سلامت و خدمات ارائه شده در این زمینه سودمند باشد (7). پرستاران از جمله افرادی هستند که ارتباطی نزدیک و تنگاتنگ با سایر مردم دارند. مسئولیت سلامتی و زندگی انسان‌ها را به دوش می‌کشند و با بیماران و بیماری‌های درمان ناپذیر روبرو هستند، از این رو پیوسته فشارهای روانی شدیدی را تجربه می‌کنند. از آنجا که فرسودگی شغلی بر کیفیت مراقبت از بیماران تأثیر می‌گذارد، شناسایی بهتر عوامل مؤثر بر آن در بالا بردن کیفیت خدمات ارائه شده در زمینه بهداشت و درمان سودمند خواهد بود (5). پژوهش‌های متعددی درباره فرسودگی شغلی در پرستاران انجام شده و نشان داده است که در شرایط کاری یکسان، افراد به یک اندازه دچار

روش کار

در این پژوهش تحلیلی - مقطعی به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، 66 نفر از پرستاران شاغل در بخش درمان بیمارستان‌های دولتی شهرهای اراک، خمین و ساوه و به روش سرشماری کلیه مریبان پرستاری دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری اراک و دانشکده‌های اقماری وابسته به آن (خمین - ساوه)، به تعداد 33 نفر و در کل 99 نفر انتخاب شده و پس از کسب مجوزهای لازم از واحدهای مربوطه، پرسش‌نامه استاندارد فرسودگی شغلی مازلاک - جکسون (Maslach Burnout Inventory) در مورد آنها تکمیل شد (4). هدف بررسی فرسودگی شغلی در دوره شغلی آموزشی و درمانی پرستاری بود.

در نمونه‌گیری این پژوهش از کلیه افراد شاغل در این رشته در محیط‌های مذکور استفاده شد. معیار ورودی یا خروجی خاصی وجود نداشت تا بتوان فرسودگی شغلی را در تمام ابعاد سنجید و تا حد امکان تمام فاکتورهای مؤثر بر آن را مورد مطالعه قرار داد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه دو قسمتی بود که بخش اول آن شامل 18 سوال در مورد خصوصیات دموگرافیک و در بخش دوم آن پرسش‌نامه استاندارد فرسودگی شغلی مازلاک - جکسون مورد استفاده قرار گرفت.

این پرسش‌نامه دارای 22 سؤال است. 9 سؤال مربوط به برآورد خستگی هیجانی (Emotional Exhaustion)، 5 سؤال مربوط به سنجش مسخ شخصیت (Depersonalization) و 8 سؤال در زمینه احساس کفایت شخصی (Personal Accomplishment) می‌باشد. در هر سوال فرد گزینه‌ای از صفر (هرگز) تا شش (هر روز) را انتخاب می‌کند. مجموع نمره‌های مربوط به سوالات هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی جداگانه محاسبه می‌شود. در بعد خستگی هیجانی نمره‌های 27 یا بالاتر، بیانگر سطح بالای خستگی هیجانی می‌باشد؛ نمره زیر 16 نشانه خستگی هیجانی پایین و نمرات 17-26 نیز نشانه خستگی هیجانی

فرسودگی نمی‌شوند. به بیان دیگر فرسودگی از تعامل بی‌شماری از جمله عوامل فردی، میان فردی، شغلی و ویژگی‌های شخصیتی پدید می‌آید. فرسودگی شغلی در میان پرستاران بر اساس خصوصیات شخصیتی و سن متفاوت است (8).

پرستاری یکی از مشاغل پر استرس است. مروری بر مطالعات نشان می‌دهد فرسودگی شغلی در این قشر بالاست. همچنین پژوهش‌های مختلف نشان داده است در یک گروه شغلی، فرسودگی در میان پست‌های سازمانی مختلف، متفاوت است به طوری که در شغل معلمی، کسانی که در پست سازمانی آموزگاری فعالیت دارند بیشتر از افرادی که در پست‌های اداری مشغول کار هستند؛ دچار فرسودگی شغلی می‌شوند (9) در شغل پرستاری نیز ممکنست کسانی که در امر آموزش دانشجویان فعالیت می‌نمایند دچار درجاتی از فرسودگی شغلی شوند به گونه‌ای که بعضی از مریبان پرستاری از لحاظ شرایط کاری تقریباً مشابه پرستاران بالین بوده و درد و رنج‌های برخورد با بیماران و همراهان آنها را تحمل کرده از طرفی مسئولیت چندین دانشجو را متقبل می‌شوند و ممکنست در محیط کار با همکاران دیگر نیز تضادهایی داشته باشند. همچنین این افراد حقوق و مزایایی مشابه پرستاران بالینی دریافت می‌نمایند. با انجام این پژوهش برای اولین بار می‌توان میزان فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در امر آموزش پرستاری را در ایران به دست آورد.

با توجه به مطالب فوق و اهمیت شغل پرستاری و سلامت این قشر و به طبع آن سلامت جامعه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه فرسودگی شغلی در پرستاران استان مرکزی، همچنین بررسی فرسودگی شغلی در دو گروه پرستاران شاغل در بخش درمان در سال 1387 انجام شد. امید است شناسایی میزان فرسودگی شغلی در این دو گروه و ارایه راهکارهای مناسب جهت کاهش این عارضه شغلی گامی هر چند ناچیز در جهت حل مشکلات این قشر زحمت کش جامعه باشد.

بیشترین توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش در گروه آموزشی با 24/2 درصد و در گروه درمانی با 27/4 درصد در سنین زیر 25 سال و 31-35 سال بوده است. بیشترین فراوانی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه را زنان تشکیل می‌دهند (81/8 درصد در گروه آموزشی و 71/2 درصد در گروه درمانی). 69/7 درصد واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه آموزشی و درمانی، متأهل و 30/3 درصد نیز مجرد بودند. از نظر سطح تحصیلات 100 درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه پرستاران درمانی را کارشناسان پرستاری تشکیل داده‌اند. در گروه پرستاران آموزشی 48/5 درصد کارشناس ارشد و 51/5 درصد کارشناس پرستاری بودند. سایر خصوصیات فردی واحدهای مورد پژوهش در جدول 1 آورده شده است.

جدول 1. توزیع فراوانی پرستاران شاغل در بخش درمان و آموزش برحسب برخی خصوصیات دموگرافیک، دانشگاه علوم پزشکی اراک
1387

گروه آموزشی	گروه درمانی	
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
0/0	66(100)	شغل (پرستار درمانی)
0/0	49(74/2)	محل خدمت (بخش عمومی بیمارستان)
16(48/5)	20(30/3)	سابقه کار(زیر 5 سال)
30(90/9)	51(77/3)	اضافه کار(زیر 50 ساعت در ماه)
15(45/5)	38(56/7)	وضعیت درآمد ماهیانه(کم)
31(93/9)	64(97)	داشتن شغل دوم(ندارد)
28(84/8)	53(80/3)	راضی بودن از محیط کار(راضی)
28(84/8)	53(80/3)	راضی بودن از همکاران(راضی)
20(60/6)	51(77/3)	سابقه کسالت جسمی(ندارد)
28(84/8)	56(84/8)	سابقه کسالت روانی(ندارد)
28(84/8)	44(66/7)	سابقه مصرف دارو(ندارد)
25(75/8)	40(60/6)	تعداد فرزند(یک تا سه فرزند)

میانگین فرسودگی شغلی در واحدهای پژوهش 40/84 بود. میانگین نمره خستگی هیجانی در واحدهای مورد پژوهش 28/38 بود، هم‌چنین 50/3 درصد افراد خستگی هیجانی بالا، 38/2 درصد دارای خستگی هیجانی متوسط و 11/1 درصد دارای خستگی هیجانی پایین بودند.

متوسط می‌باشد. در بعد مسخ شخصیت نمرات 13 یا بیشتر نشان دهنده سطح بالای مسخ شخصیت، نمره زیر 6 نشانه مسخ شخصیت کم و نمرات 7-12 نشانه درجه متوسط مسخ شخصیت می‌باشند. در بعد کفایت شخصی نمره‌های 31 یا کمتر بیانگر سطح پایین کفایت شخصی، نمره بالای 39 نشانه کفایت شخصی بالا و نمرات بین 32-38 نشانه کفایت شخصی متوسط است. اگر شخص از نظر خستگی هیجانی یا از نظر مسخ شخصیت در سطح بالا و از نظر کفایت شخصی در سطح پایین باشد، به مفهوم داشتن فرسودگی شغلی است. همبستگی داخلی در هر سه بعد پرسش‌نامه فرسودگی شغلی مازلاک با آلفای کرونباخ بین 0/71 تا 0/90 در نمونه اصلی شامل 11000 نفر در حد قابل قبولی می‌باشد. ضرایب آزمون-بازآزمون در دوره‌های کوتاه تا یک ماه 0/6 تا 0/8 است(4). روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط فیلیان در ایران برای اولین بار مورد تأیید قرار گرفت که ضریب پایایی آنرا با روش آزمون مجدد 78 درصد گزارش نموده است و از آن پس در تحقیقات متعددی در ایران مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج با استفاده از تست‌های آماری توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به گونه‌ای که جهت بررسی میانگین نمرات فرسودگی شغلی در مردان و زنان از آزمون تی، برای بررسی تفاوت میانگین مقیاس‌های مورد نظر فرسودگی شغلی بین گروه‌های سنی متفاوت و با سابقه کار متفاوت از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و برای بررسی بیشتر این متغیرها از آزمون شفه استفاده گردید. مقایسه گروه‌های مختلف تحصیلی در ابعاد فرسودگی شغلی با آزمون مان ویتنی یو انجام گردید.

نتایج

بر اساس یافته‌های پژوهش، واحدهای مورد پژوهش به طور کلی در دامنه سنی 23 تا 54 سال قرار داشتند. میانگین سنی $33/15 \pm 6/42$ سال بود. به تفکیک رسته میانگین سنی در پرستاران بخش آموزش $32/79 \pm 8/12$ و در پرستاران درمانی $33/33 \pm 5/62$ برآورد گردید.

جدول 2. مقایسه میانگین نمرات فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بخش درمان و آموزش دانشگاه علوم پزشکی اراک 1387

ابعاد	دارای	فاقد	میانگین امتیاز	رتبه بر اساس پرسش نامه
فرسودگی شغلی	فرسودگی شغلی	فرسودگی شغلی	(8/73)50/3	(7/62)11/1
خستگی			(10/96)28/38	بالا
هیجانی			(3/6)31/3	(4/62)44/4
مسخ شخصیت			(5/90)9/41	متوسط
کفایت شخصی			(5/9)48/5	(6/68)18/1
			(11/43)29/31	پائین

جدول 3. مقایسه میانگین نمرات خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کفایت شخصی در دو گروه پرستاران شاغل در بخش درمان و آموزش دانشگاه علوم پزشکی اراک 1387

p	پرستاران درمانی میانگین (انحراف معیار)	پرستاران آموزشی میانگین (انحراف معیار)
0/053	(11/33)30/05	(13/06)25/06
0/001	(5/82)11/20	(6/14)5/85
0/536	(10/53)28/95	(6/54)30/03

در این پژوهش تفاوت آماری معنی دار بین میانگین امتیازات فرسودگی شغلی در ابعاد مختلف در دو جنس زن و مرد فقط در بعد مسخ شخصیت مشاهده شد ($p=0/005$). اما در بعدهای خستگی هیجانی و کفایت شخصی تفاوتی بین مردان و زنان نبود (به ترتیب $p=0/368$ و $p=0/218$). اگرچه فرسودگی شغلی در دو گروه وجود دارد. مقایسه میانگین نمرات انبار فرسودگی شغلی در گروه‌های سنتی مختلف در دو گروه نشان داد که فقط بین نمرات بعد مسخ شخصیت و سن در دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد ($p=0/005$). در مورد افسردگی شغلی و سن فقط بین دو گروه سنتی زیر 25 سال و 31-35 سال تفاوت وجود داشت. در ارتباط با افسردگی شغلی و سابقه کار نیز صرفاً در سوابق کاری زیر 5 سال و 11-15 سال تفاوت دیده شد.

مقایسه گروه‌های مختلف بر اساس وضعیت تأهل در این پژوهش نیز بیانگر این بود که بین وضعیت تأهل و

در پرستاران درمانی میانگین نمره خستگی هیجانی 30/05 است که بالاتر و 59/1 درصد واحدهای مورد پژوهش دارای خستگی هیجانی بالا می‌باشند. در گروه پرستاران آموزشی میانگین امتیاز خستگی هیجانی 25/06 است که در حد متوسط قرار می‌گیرد. در این گروه 33/2 درصد افراد دارای خستگی هیجانی بالا، 52/6 درصد دارای خستگی هیجانی متوسط و 12/1 درصد نیز دارای خستگی هیجانی پایین هستند.

در بعد مسخ شخصیت میانگین امتیاز در کل آزمودنی‌های پژوهش 9/41 می‌باشد که در حد متوسط است. این امتیاز به تفکیک، در گروه درمانی، 11/20 و در حد متوسط و در گروه پرستاران آموزشی 5/85 و در حد مسخ شخصیت پایین می‌باشد. 31/3 درصد واحدهای مورد پژوهش دارای مسخ شخصیت بالا می‌باشند که این میزان در پرستاران درمانی 37/8 درصد و در پرستاران بخش آموزش 18 درصد می‌باشد.

در بعد کفایت شخصی میانگین امتیاز کلی واحد های مورد پژوهش 29/31 بود که در حد پایین می‌باشد. این میانگین در گروه پرستاران درمانی 28/95 (در حد کفایت شخصی پایین) و در پرستاران آموزشی نیز 30/03 است که بر اساس نقاط برش پرسش‌نامه مازلاک در حد کفایت شخصی پایین است. واحدهای مورد پژوهش دارای فرسودگی شغلی در این حیطه به طور کلی 48/5 درصد دارای کفایت شخصی پایین هستند که این مورد در پرستاران درمانی و آموزشی به یک نسبت و 48/5 درصد می‌باشد (جدول 2). بر اساس جدول 3 در دو گروه پرستاران آموزشی و درمانی تفاوت آماری معنی داری در بعد کفایت شخصی و خستگی هیجانی مشاهده نشد.

فرسودگی شغلی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد، اگرچه فرسودگی شغلی در هر دو گروه به وضوح دیده می‌شود.

مقایسه گروه‌های مختلف تحصیلی نشان داد که در ابعاد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت بین گروه‌های تحصیلی پرستاران آموزشی و درمانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی در بعد کفایت شخصی تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

بررسی ارتباط بین سطح درآمد و فرسودگی شغلی نشان داد که از این نظر در هیچ یک از ابعاد فرسودگی شغلی در دو گروه پرستاران آموزشی و درمانی تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

بررسی رابطه بین ابعاد مختلف فرسودگی شغلی با سابقه کاری کارکنان نشان داد که تنها خستگی هیجانی با سابقه کارکنان بخش درمان رابطه معنی‌دار مستقیم دارد و در افراد با سابقه کار بیشتر میزان فرسودگی شغلی در این بعد بیشتر است و مسخ شخصیت و کفایت شخصی با سابقه کار کارکنان رابطه معنی‌داری نداشتند.

بحث

در این مطالعه از روش بررسی سه گانه ابعاد مختلف فرسودگی شغلی یعنی خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کفایت شخصی استفاده شد. میانگین نمره خستگی هیجانی در مقایسه با مطالعات طولایی در مشهد بیشتر بود (10، 11). (در دو مطالعه جداگانه میزان خستگی هیجانی بالا به ترتیب 31/2 درصد و 24/5 درصد گزارش شده است). در مطالعات طولایی و همکاران در مشهد، کلیفدر و همکاران در روان پرستاران اسکاتلند و مطالعه وو و همکاران در چین، میانگین نمره خستگی هیجانی بسیار کمتر از این مقدار است (10-13). هم‌چنین در مطالعات طولایی و صحرا بیان (22/8 درصد) عبدی و همکاران (20/82 درصد) و حکیم شوشتری (35 درصد) افراد دارای خستگی هیجانی بالا می‌باشند (14-16). به هر حال در این پژوهش میانگین امتیاز خستگی هیجانی بیش از اغلب مطالعات است و جای تأمل فراوان دارد و می‌تواند در ارایه نقش درمانی این

پرستاران تداخل جدی ایجاد کند. علت این موضوع می‌تواند مسایل متعددی باشد که از آن جمله می‌توان به فشار کاری بالا، شب کاری فراوان، محیط کاری ناامن و خسته کننده، استرس زیاد در مریبان پرستاری، حقوق و مزایای پایین و تداخل وظایف در محیط کار اشاره نمود. می‌توان با کم کردن ساعات کاری و شیفت‌های پشت سرهم، همچنین افزودن برنامه‌های تفریحی کارکنان از خستگی این افراد کاهش داد. آمار فراوانی درجه‌های مختلف خستگی هیجانی در گروه پرستاران آموزشی، اگر چه از گروه درمانی کمتر و امیدوار کننده تر است ولی بازهم از نتایج سایر پژوهش‌ها بیشتر بوده و نگران کننده است.

مقایسه گروه‌های مختلف آموزشی و درمانی از نظر خستگی هیجانی تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد (جدول 3). می‌توان نتیجه گرفت محیط کار بالینی در مریبان پرستاری که درصد بیشتری از پرستاران بخش آموزش را تشکیل می‌دهند تأثیری مشابه پرستاران درمانی روی آنها دارد و باعث خستگی هیجانی می‌شود. از آنجا که داده‌های به دست آمده از پرستاران به صورت خود گزارشی می‌باشد احتمال گزارش بیش از اندازه یا کمتر از اندازه واقعی علائم وجود دارد.

میانگین امتیاز مسخ شخصیت در این پژوهش در حد متوسط است ولی نتایج جداگانه گروه‌ها نتایج نگران کننده‌ای می‌باشد. بر اساس جدول 3 در دو گروه پرستاران آموزشی و درمانی تفاوت آماری معنی‌داری در بعد مسخ شخصیت مشاهده شد.

مسخ شخصیت به معنای جدایی روانی فرد از شغلش و در نتیجه واکنش منفی عاری از احساس و توأم با بی‌اعتنایی مفرط نسبت به گیرندگان خدمت تعریف می‌شود (17). کاهش میزان مسخ شخصیت را در پرستاران آموزشی این پژوهش می‌توان ناشی از اعتماد به نفس بیشتر و موقعیت اجتماعی بهتر آنها دانست، زیرا تدریس در دانشگاه می‌تواند در تغییر نگرش افراد به پرستار مؤثر بوده و باعث بهبود تصویر ذهنی پرستاران بخش آموزش گردد. در پژوهش طولایی 17/4 درصد افراد مسخ شخصیت بالا و

24/5 درصد مسخ شخصیت متوسطی داشتند (10). متوسط امتیاز مسخ شخصیت در پژوهش رسولیان و همکاران 3/26 بود که بسیار پایین‌تر از میانگین این پژوهش است (18). در مطالعه کیلفدر 7/1 درصد واحدهای مورد پژوهش دارای مسخ شخصیت بالا می‌باشند؛ که در مقایسه با پژوهش حاضر بسیار پایین است (12).

میزان بالای فرسودگی شغلی در بعد عدم کارایی فردی می‌تواند نشان دهنده نگرش منفی نسبت به خود و حرفه خود و عدم تمایل و علاقه و رضایت نسبت به شغل و کاهش اعتماد به نفس در افراد می‌باشد. در این حیطه نتایج پژوهش با نتایج تحقیق عبدی و همکاران در تضاد است. زیرا در پژوهش مذکور 45/5 درصد افراد دارای احساس کفایت شخصی بالا بودند (15). علت این امر می‌تواند محیط کاری متفاوت در استان‌های مختلف، فرهنگ متفاوت مراجعان و همکاران یا تیپ شخصیتی افراد باشد. نتایج سایر تحقیقات با نتایج این پژوهش همخوانی دارد به گونه‌ای که در پژوهش اسفندیاری میزان فرسودگی شغلی (در تمام ابعاد) 96 درصد گزارش شده است (19). در پژوهش لوپزفرانکو در مکزیک نیز میزان عدم کارایی فردی یا کفایت شخصیت 63 درصد گزارش شده که بسیار بیشتر از یافته‌های این پژوهش است (20).

در این پژوهش تفاوت آماری معنی‌دار بین میانگین امتیازات فرسودگی شغلی در ابعاد مختلف در دو جنس زن و مرد فقط در بعد مسخ شخصیت مشاهده شد، اگرچه فرسودگی شغلی در دو گروه وجود دارد. بین میانگین نمرات فرسودگی شغلی زنان و مردان در بعد مسخ شخصیت تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج پژوهش در این زمینه با نتایج برخی پژوهش‌ها متفاوت است. علت این امر می‌تواند تفاوت‌های شخصیتی زنان و مردان باشد؛ با این وجود، برخی مطالعات مسخ شخصیت را در زنان و برخی در مردان بالاتر گزارش نموده‌اند. بالاتر بودن مسخ شخصیت زنان در این پژوهش می‌تواند به دلیل ناپایداری عاطفی - هیجانی بیشتر در زنان باشد که می‌تواند روی روابط آنها با بیماران تأثیرگذار باشد. در پژوهش طلایی زنان مشخصاً

خستگی هیجانی بالاتر و مسخ شخصیت بیشتر از مردان داشتند (10). این در جایی است که در یک سری از مطالعات مسخ شخصیت در مردان بالاتر گزارش شده است (12، 13) که می‌تواند ناشی از کم توجهی به حقوق زنان باشد. نتایج پژوهش اسفندیاری نشان داد که فرسودگی شغلی زنان کمتر از مردان است. به نظر می‌رسد با عنایت به اینکه مردان علاوه بر مشکلات شغلی بیشترین مسایل و مسئولیت‌های خانواده را نیز عهده‌دار هستند، بنابراین فشار روانی اجتماعی بیشتری به آنها وارد می‌شود (19).

در مورد متغیر سن، گروه‌های سنی مختلف نمرات متفاوتی در بعد مسخ شخصیت به دست آوردند. اما در این بعد تفاوت در دو گروه سنی زیر 25 سال و 31-35 سال وجود داشت.

در مورد متغیر سابقه کار نیز، نتایج نشان داد که گروه‌ها نمرات متفاوتی در بعد مسخ شخصیت به دست آوردند ولی تفاوت در این بعد در سوابق کاری زیر 5 سال و 11-15 سال تفاوت وجود داشت.

نتایج پژوهش اسفندیاری نشان داد که فرسودگی شغلی گروه سنی پایین بیشتر از گروه سنی بالا می‌باشد (19). در توضیح این مطلب می‌توان گفت که شاید به دلیل افزایش سن، تجربه درمان‌گران در برخورد با مسائل شغلی افزایش می‌یابد و بنابراین کمتر فرسوده می‌شوند. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که میانگین فرسودگی افراد با سابقه کار بالا کمتر از افراد با سابقه کار پایین است. به نظر می‌رسد افزایش تجربه کاری درمان‌گران با کاهش فرسودگی شغلی آنها در ارتباط باشد.

مقایسه گروه‌های مختلف بر اساس وضعیت تأهل در این پژوهش نیز نشان داد که بین وضعیت تأهل و فرسودگی شغلی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. اگرچه فرسودگی شغلی در هر دو گروه به وضوح دیده می‌شود. نتایج پژوهش در مورد این متغیر با برخی پژوهش‌ها همسو است به طوری که در بررسی طولی در مشهد ابعاد فرسودگی شغلی ارتباطی با تأهل نداشتند (10). ولی در مطالعه دیگر طولی افراد متأهل مشخصاً کفایت شخصی بالاتری داشتند

که این مسأله معرف نقش حمایتی اساسی خانواده در کارایی و احساس مثبت از توانمندی خود می‌باشد که می‌تواند باعث کاهش فرسودگی شغلی شود (11).

مقایسه گروه‌های مختلف تحصیلی نشان داد که در ابعاد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت بین گروه‌های تحصیلی پرستاران آموزشی و درمانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی در بعد کفایت شخصی تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

در مطالعه طلایی و همکاران در مشهد مقایسه گروه‌های مختلف تحصیلی در ابعاد مختلف فرسودگی شغلی نشان داد که تنها در بعد کفایت شخصی بین گروه‌های تحصیلی پرستاران تفاوت معنی‌داری وجود دارد (11). تحصیلات لیسانس، فوق دیپلم و دیپلم در مقایسه با گروه زیر دیپلم باعث افزایش مشخص کفایت شخصی افراد در این مطالعه شده است که نتیجه آن با پژوهش حاضر اندکی تفاوت دارد. در برخی مطالعات پرستارانی که تحصیلات کمتری داشتند کفایت شغلی کمتری داشتند (13). به نظر می‌رسد که نقش تحصیلات در ایران در بالاتر بردن وجهه افراد نقش به‌سزایی دارد و در این بررسی افراد با تحصیلات فوق لیسانس که در گروه پرستاران آموزشی می‌باشند فرسودگی شغلی کمتری در دو بعد نشان دادند.

بررسی ارتباط بین سطح درآمد و فرسودگی شغلی نشان داد که از این نظر در هیچ یک از ابعاد فرسودگی شغلی در دو گروه پرستاران آموزشی و درمانی تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. به نظر می‌رسد تفاوت درآمد در پرستاران بخش درمان و پرستاران بخش آموزش که به عنوان عضو هیأت علمی با حقوق بالاتر در دانشگاه‌ها مشغول به خدمت هستند در فرسودگی شغلی مؤثر باشد که این فرضیه پژوهش رد شد. احتمال می‌رود در سال‌های اخیر با اضافه شدن حقوق و مزایای پرستاران درمان، تفاوت این متغیر در دو گروه چندان قابل توجه نباشد. در پژوهش‌های عبدی و همکاران و طوبایی و صحرائیان نیز ارتباطی بین وضعیت اقتصادی و فرسودگی شغلی بیان نشده است (14، 15).

بررسی رابطه بین ابعاد مختلف فرسودگی شغلی با سابقه کاری کارکنان نشان داد که تنها خستگی هیجانی با سابقه کارکنان بخش درمان رابطه معنی‌دار مستقیم دارد و در افراد با سابقه کار بیشتر میزان فرسودگی شغلی در این بعد بیشتر است و مسخ شخصیت و کفایت شخصی با سابقه کار کارکنان رابطه معنی‌داری نداشتند. که نتایج همسو با نتایج اسفند یاری و طوبایی و صحرائیان است (14، 19).

عدم مشارکت دادن پرسنل در تصمیم‌گیری‌ها و اداره مستبدانه مراکز درمانی و عدم ارزش‌گذاری به تفاوت‌های واقعی بین نیروهای کارآمد و ناکارآمد می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد (15).

با توجه به سطوح مختلف فرسودگی شغلی در پرستاران و عواقب آن بر کیفیت مراقبت از بیمار و غیبت پرستاران از کار با اتخاذ روش‌های تعدیل‌کننده و پیشگیری به رفع این پدیده اقدام گردد. استراتژی‌های مقابله جهت تقلیل و کنترل عوامل تنش‌زای شغلی مثل اختصاص دادن درصدی از بودجه رفاهی به کادر پرستاری، افزایش طرح کارانه پرستاران، ایجاد باشگاه‌های ورزشی و تفریحات سالم، تأمین نیروی انسانی، تجدید نظر در شرح وظایف رده‌های مختلف پرستاری، حمایت‌های مادی و معنوی مدیران از پرسنل پرستاری، تشکیل جلسات منظم بحث حضوری بین مدیران و کارکنان، آموزش مهارت‌های مشکل‌گشایی، افزایش حقوق و مزایا، شرکت دادن پرستاران در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای و سازمانی و انتشار نشریه‌های مختلف فرهنگی در مورد حرفه پرستاری و آموزش ضمن خدمت به کارکنان از آن جمله می‌باشند (10). پرستاران دارای فرسودگی شغلی در انجام وظایف شغلی خود با مشکلات زیادی مواجه هستند، به نظر می‌رسد که این پدیده از فشار روانی رابطه بین فردی درمان‌گر بودن ناشی می‌شود. زیرا درمانگران عمدتاً کمک‌کننده و بیماران بیشتر کمک‌گیرنده هستند، به عبارت دیگر رابطه درمان‌گری یک رابطه یک‌سویه است. این امر در پرستاران آموزشی نیز وجود دارد که بیشتر در مرئیان بالینی با مدرک کارشناسی دیده می‌شود و موجب اختلال در امر آموزش

محترم و کلیه پرستاران، مربیان پرستاری و اعضاء هیئت علمی دانشگاه که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند؛ به ویژه جناب آقای کوروش رضایی و سرکار خانم شراره خسروی اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک و جناب آقای احمدرضا عابدی، ریاست محترم دانشکده پرستاری ساوه تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

1. Helm Sersht P, Delpishe E. Occupational health: Tehran, Tchehr Publication; 2000.
2. Mahmudi GhR, Rouhy Gh, Moujer Lou M, Sheykh HAN, Rahmani H. [Relationship between nursing burnout, physical environment and profesinal equipment]. J Gorgan University of Medical Science 2006; 8(2):40-6.
3. Soltani I, Ruhanei A. [Burnout in industrial and productive institution], Tadbir Educational and Scientific Journal 2005; 109:125.
4. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis, social psychology of health and illness. 3rd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004.
5. Gillmore J, Daownson N. The clinical practice of neurological. 3th ed. Philadelphia: Lippincott Com; 1997.
6. Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: an inquiry- into hardness. J Pers Soc Psycol 2003; 42:168-77.
7. Aziz Nejad P, Hosseini J. [Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Science (2004)]. J JBUMS 2006; 8(2(30)):56-62.
8. Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorists and their work. 4th ed. St. Louis: Mosby Com; 2001.
9. Yahyaei Gh. Study of burnout in administrative, educational and nourishment employee in Guillan training education. Website of Gillan training education, [Online 2004]. Availabe from: www.university-directory.eu/.../Guilan-University-of-Medical-Sciences.html.
10. Talaei A, Mokhber N, Mohamadnejad M, Samari AA. [Burnout and its related factors in

دانشجویان بویژه در بالین بیمار می‌گردد. همچنین در کارهای آموزشی نیز فرسودگی شغلی دیده می‌شود و پژوهش‌های متعددی فرسودگی شغلی را در آموزگاران بالا گزارش داده‌اند(9). به نظر می‌رسد وجود پرستاران آموزشی با مدرک کارشناسی که به عنوان مربی در بخش‌های بالینی مشغول آموزش می‌باشند و از نظر حقوق و مزایا و شرایط کاری تقریباً یکسانی با پرستاران درمانی دارند موجب تفاوت اندک فرسودگی شغلی در دو گروه شده است. محققان به منظور کاهش تأثیر عوامل استرس زای شغل گروه‌های مختلف پرستاری مواردی را پیشنهاد کرده‌اند که از جمله آنها افزایش ثبات کاری و حیطه عملکردی و شفاف سازی نحوه پاسخگویی فرد در مقابل کارهای انجام شده، تقسیم کار بین افراد به منظور کاهش بار کاری، بهینه سازی محیط اجتماعی و محیط فیزیکی می‌باشد(11).

در پایان توصیه می‌شود در آینده پژوهش‌هایی در مورد علل بالا بودن میزان فرسودگی شغلی در پرستاران استان مرکزی و مقایسه چند استان با یکدیگر از نظر فرسودگی شغلی پرستاران انجام شود.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت فرسودگی شغلی در گروه پرستاران بخش درمان و آموزش فقط در بعد مسخ شخصیت معنی دار بود و در سایر ابعاد تفاوت آماری معنی دار مشاهده نشد. فرسودگی شغلی در پرستاران استان مرکزی به طور کلی بالاست که با تمهیدات خاص از قبیل افزایش ثبات کاری و حیطه عملکردی، شفاف سازی نحوه پاسخگویی فرد در مقابل کارهای انجام شده و تقسیم کار بین افراد به منظور کاهش بار کاری باید این میزان را کاهش داد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، طرح تحقیقاتی مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به شماره 270 بوده است؛ پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از این معاونت

- staffs of university hospitals in Mashhad in 2006]. *Koomesh* 2008; 9(3(27)):237-45.
11. Talaei A, Mohammad Nejad M, Samari AA. [Burnout in staffs of health care center in Mashhad]. *J Fundamentals of Mental Health* 2007; 36: 133-42.
 12. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 2001; 34: 383-96.
 13. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China *J Advance Nurse* 2007; 59:233-9.
 14. Sahraeian A, Toubaei Sh. [Burnout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry and burn wards]. *Ofoogh-e-Danesh*, 2007; 12(4):40-5.
 15. Abdi Masuleh F, Kaviani H, Khaghanizadeh M, Momeni Araghi AAF. [The relationship between burnout and mental health among nurses]. *TUMJ* 2007; 65(6): 65-75.
 16. Hakim Shoushtari M, Arabgol F, Khajeh Aldin N, Elahi F. [The relationship between burnout syndrome in mothers in nursing career and their childrens behavioral problems]. *Advances in Cognitive Science* 2004; 6(1-2): 67-72.
 17. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care worker in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163(2): 166-9.
 18. Rasulian M, Elahi F, Afkham Ebrahimi A. [The Relationship between Job burnout and personality traits in nurses]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2004; 9(4): 18-24.
 19. Esfandiari GR. [Survey of the rare of occupational burnout between nursing staff of Sanandaj hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Science in 2001]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Science* in 2001; 6(1): 31-5.
 20. Lopez Franco M, Rodriguez Nunez A, Fernandez Sanmartin M, Marcos Alonso S, Martinon Torres F, Martinon Sanchez JM. Burnout syndrome among health workers in pediatric. *An Pediatr* 2005; 62(3): 248-51.

The comparison of burnout in nurses working in clinical and educational sections of Arak University of Medical Sciences in 2008

Momeni H^{1*}, Salehi A¹, Seraji A¹

1-Instructor, MSc of Nursing, Nursing Department, Arak University of Medical Sciences, Khomein, Iran.

Received 28 Jun, 2009 Accepted 4 Nov, 2009

Abstract

Background: Job burnout is a common consequence of job stress among nurses which has negative impacts on the quality patient care and physical and mental health status of nurses and it imposes some expenses on health care system. This research aiming at comparing burnout level among the nurses in Markazi province can offer some solutions for reducing burnout and improving self-esteem in nurses.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional survey, via stratified random sampling, 66 nurses working in the clinical sections of governmental hospitals in Arak, Khomein and Saveh and 33 nursing instructors and nursing faculty members of Arak University of Medical Sciences who had their BSc or MSc in nursing were selected. Maslach Burnout Inventory was then administered to the participants.

Results: Mean of Job burnout (40.84%) in this research was higher than that of other similar studies. Mean of emotional exhaustion scores, depersonalization and personal accomplishment were 28.38, 9.41 and 29.31, respectively. The difference between occupational burnout in nurses working in the clinical sections and those in the educational departments were significant in the domain of depersonalization. But in other domains, no statistically significant differences were seen between the two groups.

Conclusion: Job burnout among educational and clinical nurses is generally high in Markazi province. This can be decreased through such special ways as increasing job stability and freedom of action, clarification of individual responsibility regarding personal performance and dividing tasks among the members for lowering workload.

Keywords: Burnout, Maslach Burnout Inventory, Nurse

*Corresponding author;
Email: Hamid52us@yahoo.com
Address: Nursing Faculty, Khomain, Iran.