

شیوع فرسودگی شغلی در دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و اصفهان

در سال ۱۳۹۲

زهرا سپهرمنش^{۱*}، افشین احمدوند^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۳/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۹

چکیده

مقدمه: فرسودگی یک واکنش آسیب‌زا در پاسخ به استرس کاری طولانی مدت می‌باشد و باعث بروز انواع بیماری‌های جسمی، روانی و عدم ارتباط مطلوب با گیرنده خدمت می‌شود. دوره دستگیری پزشکی دوره‌ای است که سطح بالایی از انرژی جسمی و روانی را طلب می‌کند و باتوجه به روابط پراسترس بیمار - پزشک یکی از تنش‌زاترین مشاغل می‌باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان فرسودگی شغلی در دستیاران پزشکی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی تحلیلی بر روی ۱۶۰ دستیار پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و اصفهان به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی و با استفاده از پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاخ و اطلاعات جمعیت‌شناختی، انجام شد. پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاخ دارای سه زیر مقیاس خستگی عاطفی مسخ شخصیت و کفایت شخصی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۹۶/۹ درصد دستیاران دارای درجاتی از فرسودگی شغلی بودند. ۴۲/۵ درصد فرسودگی خفیف، ۵۳/۱ درصد فرسودگی متوسط و ۱/۳ درصد فرسودگی شدید بودند. ۹۸/۹ درصد دستیاران زن و ۹۴/۵ درصد دستیاران مرد دارای فرسودگی شغلی بودند. میانگین نمره فرسودگی شغلی افراد مجرد نسبت به افراد متاهل و دستیاران سال اول نسبت به دستیاران سال‌های بالاتر به طور معناداری بیشتر بود ($p = ۰/۰۴$ و $p = ۰/۴۴$). فراوانی مسخ شخصیت دستیاران رشته داخلی و زیر مجموعه آن از دستیاران رشته جراحی بطور معناداری بیشتر بود ($p = ۰/۰۴$). فراوانی خستگی عاطفی در دستیاران سال اول نسبت به دستیاران سال‌های بالاتر ($p = ۰/۰۳$) و دستیاران مجرد نسبت به دستیاران متاهل بالاتر بود ($p < ۰/۰۵$). بین جنس، سن، رشته تحصیلی و محل تحصیل با فرسودگی شغلی ارتباط معناداری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: اکثریت دستیاران پزشکی دارای فرسودگی شغلی بودند لذا انجام مطالعات بیشتر برای یافتن راه حلی برای کاهش فرسودگی شغلی دستیاران ضروری می‌باشد. با توجه به اهمیت حرفه پزشکی و نقش آن در سلامت افراد جامعه، لازم است دستیاران پزشکی به صورت دوره‌ای از نظر فرسودگی شغلی مورد ارزیابی قرار گیرند و مراکز مشاوره تخصصی برایشان فراهم گردد.

کلید واژه‌ها: فرسودگی شغلی، شیوع، دانشگاه، دستگیری

مقدمه

عاطفی، روانی و فیزیکی بخاطر استرس‌های مربوط به کار مشخص می‌شود. کار می‌تواند، به دلایلی مثل: حجم زیاد، احساس عدم همخوانی کار با توانایی و مهارت فرد، عدم تعریف درست نقش فرد در کار، تغییر دائمی روش‌ها و روابط درون سازمانی ناقص برای فرد فشارزا باشد (۴).

حرفه پزشکی با توجه به روابط پراسترس بیمار - پزشک به عنوان یکی از تنش‌زاترین مشاغل به شمار می‌آید و می‌تواند باعث ایجاد فرسودگی شغلی و به دنبال آن بروز انواع بیماری‌های جسمی - روانی و نگرش منفی نسبت به فعالیت‌های حرفه‌ای و عدم ارتباط مطلوب با گیرنده خدمت شود (۵). سازمان بهداشت جهانی و انجمن پزشکی اروپا در فوریه ۲۰۰۳ در مورد افزایش سندرم فرسودگی شغلی در بین

فرسودگی شغلی یک سندرم پاتولوژیک است که در پاسخ به استرس‌های طولانی شغلی به وجود می‌آید. این سندرم در افرادی که شغل آن‌ها در ارتباط مستقیم با مردم است رخ می‌دهد (۱). براساس تعریف مازلاخ سندرم فرسودگی شغلی شامل خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش عملکرد می‌باشد (۲). سندرم فرسودگی شغلی خطرناک‌ترین عامل تهدید کننده سلامت شغلی و احساس عدم موفقیت شخصی (برداشت منفی از تلاش‌های شغلی و احساس عدم پیشرفت در شغل) می‌باشد (۳). فرسودگی شغلی با ازدست دادن انرژی

* نویسنده مسئول: زهرا سپهرمنش، گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران. il.comz.sepehrmanesh@gmail.com
افشین احمدوند، گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران.

را عامل مهمی در ایجاد فرسودگی شغلی دانسته‌اند. در این بررسی نشان داده شده است که اتفاقات زندگی شخصی ارتباط محکمی با فرسودگی شغلی دارد (۲۳).

بطور کلی ساعات کاری طولانی در هفته و حجم زیاد اطلاعات حرفه‌ای - تداخلات زندگی خانوادگی و کار - موقعیت‌های اورژانسی طاقت‌فرسا و محدودیت کنترل بر کار دستیاران پزشکی را در معرض خطر بالایی برای ابتلا به فرسودگی شغلی قرار می‌دهد (۱).

با توجه به اهمیت سلامتی پزشک و تاثیر آن در کار و حوزه پزشکی و پیامدهای آن و با توجه به اجتناب ناپذیر بودن برخی از عوامل استرس‌زا در حرفه پزشکی و اطلاعات ناکافی از وضعیت فرسودگی شغلی در دستیاران پزشکی ایران، این مطالعه به بررسی میزان فرسودگی شغلی در دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و اصفهان به عنوان بخشی از جامعه پزشکی کشور پرداخته است. تا با اعلام نتایج آن به سیاست‌گزاران، محققین و مدیران اجرایی ضمن جلوگیری از هدر رفتن استعداد و توانایی دستیاران پزشکی، زمینه ارتقای سلامت دستیاران پزشکی و گیرندگان خدمات فراهم آید. همچنین با روشن شدن ابعاد این موضوع بتوان راهکارهایی را در جهت درمان و پیشگیری از شیوع فرسودگی در میان این قشر از جامعه اجرایی ساخت.

روش‌ها

این مطالعه مقطعی تحلیلی بر روی دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و اصفهان در سال ۹۱-۹۲ انجام شد. محیط پژوهش شامل کلیه بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان و اصفهان بود. حجم نمونه در این مطالعه با $d=0.05$, $q=0.24$, $p=0.76$ ۱۶۰ نفر محاسبه گردید و نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که در ابتدا با مراجعه به واحد آموزش تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و اصفهان لیستی از کلیه دستیاران تهیه گردید و سهم هر دانشگاه از طریق فرمول $n_i = k_i/N \times n$ تعیین شد. (۱۳۰ نفر از اصفهان و ۳۰ نفر از کاشان) سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی نمونه‌ها مشخص شدند. پس از تعیین نمونه‌ها با مراجعه به محل کار دستیاران (بیمارستان شهید بهشتی و شبیه‌خوانی کاشان و بیمارستان‌های الزهرا، نور و علی اصغر، آیت الله کاشانی و شهید بهشتی اصفهان) و توضیح در مورد هدف از انجام مطالعه پس از کسب رضایت آن‌ها جهت شرکت در مطالعه پرسشنامه فرسودگی مازلاخ و

پزشکان و وخامت این مساله با صدور بیانیه‌ای به تمامی انجمن‌های پزشکی جهان خواستار افزایش آگاهی، بررسی و مطالعه عوامل و اقدامات پیشگیرانه در قبال آن شده‌اند (۶،۷). دوره دستگیری پزشکی دوره مهمی است که گروهی از پزشکان آنرا در زندگی حرفه‌ای خود تجربه می‌کنند و در همه جای دنیا، سطح بالایی از صرف انرژی جسمی و روانی را طلب می‌کند (۵،۱). دستیاران مجبور به تطابق خود با مسؤولیت افزایش یافته، بار کاری زیاد، محرومیت از خواب، خستگی بدنی و حقوق کم هستند (۸). در این زمان دستیاران باید برای تمام زمان خود برنامه‌ریزی کنند، دانش و مهارت‌های تکنیکی کافی برای کار در سطح بالاتر را بیاموزند و احساس همدلی و شفقت نسبت به بیماران را در خود پرورش دهند. دستیاران اغلب در موقعیت‌هایی واقع می‌شوند که نیاز به تصمیم‌گیری‌هایی سریعی دارد که در آنجا قضاوت آن‌ها موشکافانه بررسی می‌شود. طی آموزش دستگیری موقعیت‌های مکرر مواجهه با مرگ به وجود می‌آید که می‌تواند علت مهمی برای ایجاد اضطراب و عدم اعتماد به نفس باشد (۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲).

مطالعه Campbell و همکاران در آمریکا در سال ۲۰۱۰ فرسودگی شغلی دستیاران را یک مشکل اساسی مطرح کرد (۱۳). میزان فرسودگی شغلی براساس مطالعه Garza (۲۰۰۴) ۱۷/۶ درصد (۱۴) و طبق مطالعه Shanafelt (۲۰۰۲) ۷۶ درصد گزارش شد. (۱۵). مطالعه Biaggi (۲۰۰۳) این میزان را ۸۷ درصد بیان کرد (۱۶). مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ توسط Shahm Martin و همکاران انجام شد این میزان را ۵۰ درصد گزارش کرد (۱). براساس مطالعه Fahrenkopf و همکارانش (۲۰۰۸) ۷۵ درصد از دستیاران پزشکی دچار فرسودگی شغلی هستند (۱۸). در مطالعه Castelo-Branco میزان فرسودگی شغلی در دستیاران رشته زنان و مامایی ۵۸ درصد بدست آمد (۱۹). مطالعه Gelfand (۲۰۰۴) فرسودگی شغلی دستیاران جراحی را ۴۰-۷۰ درصد گزارش کرد (۲۰). مطالعه Silvian .v.Waldan و همکاران (۲۰۰۹) بر روی دستیاران قلب آرژانتین میزان فرسودگی شغلی این گروه را ۸۰ درصد گزارش کرده است (۲۱). همچنین مطالعه Barrach (۲۰۰۶) در آمریکا نشان داد که با افزایش ساعات کاری فرسودگی شغلی نیز افزایش می‌یابد (۲۲).

در تحقیقاتی که در بین دانشجویان مقاطع مختلف رشته پزشکی در آمریکا انجام شده است در ۴۵ درصد دانشجویان فرسودگی مشاهده شده است که با افزایش سال‌های تحصیلی ارتباط مستقیمی دارد به طوری که افزایش سال‌های تحصیل

بودند. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول شماره یک ارائه گردیده است. (جدول ۱)

جدول ۱: میانگین فرسودگی شغلی دستیاران پزشکی بر حسب عوامل دموگرافیک

| P- value | میانگین و انحراف معیار | فرسودگی شغلی عوامل دموگرافیک |
|----------|------------------------|------------------------------|
| | | جنس |
| ۰/۱۱ | ۵۴/۷۸±۱۶/۱ | n=۸۷ زن |
| | ۵۰/۶±۱۶/۸ | n=۷۳ مرد |
| | | سن |
| ۰/۴ | ۵۴/۰۴±۱۶/۶۳ | n=۷۴ زیر ۳۰ سال |
| | ۵۱/۸±۱۶/۳۳ | n=۸۶ بالای ۳۰ سال |
| | | وضعیت تاهل |
| ۰/۰۴ | ۵۶/۹۵±۱۵/۲۵ | n=۴۷ مجرد |
| | ۵۱/۱۸±۱۶/۷ | n=۱۱۳ متاهل |
| | | علاقه به رشته |
| ۰/۸ | ۵۲/۸۲±۱۶/۷۹ | n=۱۵۲ دارد |
| | ۴۰±۸/۱۳ | n=۸ ندارد |
| | | رتبه تحصیلی |
| ۰/۰۴۶ | ۵۶/۱۷±۱۵/۳۵ | n=۷۸ سال اول |
| | ۴۹/۶۶±۱۸/۱۴ | n=۵۰ سال دوم |
| | ۴۹/۸۷±۱۵/۱۸ | n=۳۲ سال ۳ و ۴ |
| | | بیماری جسمی |
| ۰/۷ | ۵۶±۱۸/۱۲ | n=۴ دارد |
| | ۵۲/۸±۱۶/۴۷ | n=۱۵۶ ندارد |
| | | رشته تحصیلی |
| ۰/۱۶ | ۵۱/۶۵±۱۶/۶۳ | n=۱۱۰ داخلی و زیر مجموعه |
| | ۵۵/۵۸±۱۵/۱۸ | n=۵۰ جراحی و زیر مجموعه |
| | | محل تحصیل |
| ۰/۹ | ۵۲/۹۵±۱۶/۵۱ | ۱۳۰ اصفهان |
| | ۵۲/۵۶±۱۶/۵۰ | ۳۰ کاشان |

براساس نتایج مطالعه حاضر از نظر فراوانی ۱۵۵ نفر از دستیاران پزشکی (۹۶/۸ درصد) دارای فرسودگی شغلی بودند و تنها ۵ نفر (۳/۲ درصد) فرسودگی شغلی نداشتند. از این تعداد ۶۸ نفر (۴۲/۵ درصد) فرسودگی خفیف، ۸۵ نفر (۵۳/۱ درصد) فرسودگی متوسط و ۲ نفر (۱/۳ درصد) فرسودگی شدید داشتند. دستیاران دانشگاه اصفهان ۱۰/۸ درصد فرسودگی خفیف و ۵۳/۸ درصد فرسودگی متوسط و ۱/۵٪ فرسودگی شدید داشتند و دستیاران دانشگاه کاشان ۵۰ درصد فرسودگی خفیف و ۵۰ درصد فرسودگی متوسط و صفر درصد فرسودگی شدید داشتند.

پرسشنامه مشخصات فردی جهت تکمیل در اختیار دستیاران قرار گرفت و جهت رعایت ملاحظات اخلاقی و محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه بدون نام تکمیل شد. از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را بدون نام تکمیل نمایند. معیار ورود داشتن سابقه حداقل سه ماه دوره دستیاری، نداشتن نقص عضو و اختلال روانپزشکی تحت درمان بود.

پرسشنامه فرسودگی شغلی توسط مازلاخ در سال ۱۹۸۵ تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۲۲ عبارت است که ۹ عبارت آن فرسودگی عاطفی یا هیجانی را می‌سنجد، ۵ عبارت مسخ شخصیت و ۸ عبارت پیشرفت و موفقیت شخصی را ارزیابی می‌کند. نمرات پرسشنامه هم از نظر فراوانی فرسودگی شغلی و هم از نظر شدت آن قابل بررسی می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۷ گزینه می‌باشد که از صفر تا شش نمره گذاری می‌شود. برای نمره گذاری پرسشنامه نقطه برش زیر ۱۸ نشانه عدم فرسودگی شغلی، ۱۸ تا ۵۳ فرسودگی خفیف، ۵۴ تا ۸۹ فرسودگی متوسط و ۹۰ تا ۱۰۸ فرسودگی شدید می‌باشد. اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۷۱ تا ۹۰ و ضریب پایایی آن ۶۰ تا ۸۰ گزارش شده است. این پرسشنامه توسط اکبری و همکاران اعتبار عاملی و روانسنجی شده است (۲۴). اعتبار و پایایی پرسشنامه در ایران طبق بررسی‌های مختلف تایید شده است. در این مطالعه علاوه بر اطلاعات مربوط به فرسودگی شغلی متغیرهای دیگر مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، رشته تخصصی، علاقه به رشته و میزان آن، سابقه بیماری جسمی و سابقه بیماری روانی بررسی شد. اطلاعات توسط نرم افزار SPSS.Ver.16 و آزمون‌های آماری ANOVA T-test, Chi square, Leven, kolmogorove (جهت تعیین توزیع نرمال داده‌ها) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر میانگین و انحراف معیاری نمونه‌های مورد مطالعه ۴/۰۴±۳۱/۷۵ بود ۷۴ نفر (۴۶/۳ درصد) زیر ۳۰ سال و ۸۶ نفر (۵۳/۷ درصد) بالای ۳۰ سال سن داشتند. ۸۷ نفر (۵۴/۴ درصد) زن و ۷۳ نفر (۴۵/۶ درصد) مرد بودند. ۴۷ نفر (۲۹/۴ درصد) مجرد و ۱۱۳ نفر (۷۰/۶ درصد) متاهل بودند. ۱۱۰ نفر (۶۷/۸ درصد) در رشته داخلی و زیر مجموعه آن مشغول به تحصیل بودند و بقیه (۳۱/۲ درصد) در رشته جراحی و زیر مجموعه آن بودند. ۸۷ نفر (۴۸/۸ درصد) در سال اول تحصیلی و سایر دستیاران (۵۱/۲ درصد) سال دوم به بالا

از لحاظ سنی میانگین نمره فرسودگی شغلی افراد زیر ۳۰ سال بالاتر از دستیاران بالای ۳۰ سال بود که این تفاوت معنی دار نبود. ۹۸/۹ درصد دستیاران زن دچار فرسودگی شغلی بودند. از نظر وضعیت تاهل میانگین نمره فرسودگی شغلی افراد مجرد بیشتر از متاهلین بود. که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ($p=0/04$). از لحاظ رتبه تحصیلی میانگین نمره فرسودگی شغلی دستیاران سال اول بالاتر از دستیاران مقاطع بالاتر بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ($p=0/04$) نمره میانگین فرسودگی شغلی دستیارانی که به رشته تحصیلی خود علاقمند نبودند و کسانی که دارای بیماری جسمی بودند بیشتر از سایرین بود. بطور کلی تفاوت آماری معناداری بین فرسودگی شغلی با متغیرهای سن، جنس، رشته تحصیلی، علاقمندی به رشته، محل تحصیل، سابقه بیماری جسمی مشاهده نشد (جدول ۱).

در بررسی ابعاد سه گانه فرسودگی شغلی دستیاران رشته داخلی و زیر مجموعه آن بیشترین فراوانی را در بعد مسخ شخصیت به خود اختصاص دادند که این تفاوت با دستیاران رشته‌های جراحی ($P=0/048$) معنادار بدست آمد. در بعد فراوانی خستگی عاطفی افراد مجرد میانگین بالاتری در مقایسه با افراد متاهل داشتند که با $p=0/05$ معنادار بدست آمد همچنین افرادی که در سال اول دستگیری مشغول به تحصیل بودند نسبت به دستیاران سال‌های بالاتر خستگی عاطفی بیشتری داشتند که با $p=0/03$ این تفاوت معنادار بدست آمد. در بعد کفایت شخصی دستیارانی که در اصفهان مشغول به تحصیل بودند کفایت شخصی بیشتری نسبت به دستیاران کاشان داشتند که این تفاوت معنادار بدست آمد ($p=0/018$) (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین ابعاد سه گانه فرسودگی شغلی در دستیاران پزشکی بر حسب عوامل دموگرافیک

| فرسودگی شغلی عوامل دموگرافیک | خستگی عاطفی میانگین وانحراف معیار | | مسخ شخصیت میانگین وانحراف معیار | | کفایت شخصی میانگین وانحراف معیار | |
|---------------------------------|---|-------------|---------------------------------------|-----------|--|-------------|
| | Pvalue | Pvalue | Pvalue | Pvalue | Pvalue | Pvalue |
| جنس | | | | | | |
| زن n= ۸۷ | ۰/۱۴ | ۲۰/۸۷±۱۰/۸ | ۰/۱۴ | ۵/۴۲±۵/۹۶ | ۰/۴۴ | ۲۸/۴۷±۱۰/۰۲ |
| مرد n= ۷۳ | | ۱۸/۲۸±۱۱/۱۹ | | ۵/۰۹±۵/۰۹ | | ۲۷/۲۳±۱۰/۴۷ |
| سن | | | | | | |
| زیر ۳۰ سال n= ۷۴ | ۰/۳۶ | ۲۰/۵۴±۱۱/۲۹ | ۰/۳۶ | ۵/۵۶±۵/۲۴ | ۰/۰۹ | ۲۷/۹۳±۱۰/۶۸ |
| بالای ۳۰ سال n= ۸۶ | | ۱۸/۹۶±۱۰/۷۹ | | ۵/۰۲±۵/۵۸ | | ۲۷/۸۹±۹/۸۶ |
| وضعیت تاهل | | | | | | |
| مجرد n= ۴۷ | ۰/۰۵ | ۲۲/۲۵±۹/۹۲ | ۰/۰۵ | ۵/۷۲±۴/۷۸ | ۰/۳۹ | ۲۸/۹۷±۹/۳۸ |
| متاهل n= ۱۱۳ | | ۱۸/۶۲±۱۱/۳۲ | | ۵/۰۸±۵/۸۷ | | ۲۷/۴۶±۱۰/۵۵ |
| علاقه به رشته | | | | | | |
| دارد n= ۱۵۲ | ۰/۱۶ | ۱۹/۴۵±۱۱/۱۳ | ۰/۱۶ | ۵/۱۳±۵/۶ | ۰/۰۵ | ۲۸/۲۳±۱۰/۲۴ |
| ندارد n= ۸ | | ۲۵/۴۲±۷/۶۷ | | ۸±۴/۷۲ | | ۲۰/۷۱±۷/۹۵ |
| سال تحصیلی | | | | | | |
| اول n= ۷۸ | ۰/۰۳ | ۲۱/۹۸±۱۱/۱۵ | ۰/۰۳ | ۶/۰۷±۵/۶۱ | ۰/۰۹ | ۲۸/۱۱±۱۰/۳ |
| دوم n= ۵۰ | | ۱۷/۶۴±۱۰/۵۳ | | ۴/۳۶±۴/۱۴ | | ۲۷/۶۶±۱۱/۲۸ |
| سوم و چهارم n= ۳۲ | | ۱۷/۳۱±۱۰/۶۳ | | ۴/۷۵±۷/۱۱ | | ۲۷/۸۱±۸/۴ |
| بیماری جسمی | | | | | | |
| دارد n= ۴ | ۰/۰۶ | ۱۷±۸/۷۱ | ۰/۰۶ | ۸/۷۵±۷/۸۸ | ۰/۶۴ | ۳۰/۲۰±۱۴/۲۴ |
| ندارد n= ۱۵۶ | | ۱۹/۷۶±۱۱/۰۹ | | ۵/۱۸±۵/۵ | | ۲۷/۸۵±۱۰/۱۵ |
| رشته تحصیلی | | | | | | |
| داخلی n= ۱۱۰ | ۰/۲۹ | ۱۹/۰۸±۱۱/۲۹ | ۰/۲۹ | ۶/۷±۶/۴۴ | ۰/۰۹ | ۲۷/۹۴±۹/۶۴ |
| جراحی n= ۵۰ | | ۲۱/۰۴±۱۰/۳۸ | | ۴/۶۲±۵/۰۲ | | ۲۷/۹۴±۱۱/۴۹ |
| محل تحصیل | | | | | | |
| اصفهان n= ۱۳۰ | ۰/۱۷ | ۱۹/۰۱±۱۰/۳۶ | ۰/۱۷ | ۵/۰۵±۵/۳۸ | ۰/۰۰۹ | ۲۸/۹۱±۱۰/۲۶ |
| کاشان n= ۳۰ | | ۲۲/۶۳±۱۲/۳۳ | | ۶/۳۶±۶/۳۲ | | ۲۳/۵۶±۸/۹۵ |

در نگرانس (۱۷/۶ درصد)، Biaggi در سال ۲۰۰۳ در سوئیس (۸۷ درصد)، Martini سال ۲۰۰۴ در آمریکا (۵۰ درصد)، Shanafelt سال ۲۰۰۲ در واشنگتن (۷۶ درصد) Fahrenkopf سال ۲۰۰۸ در آمریکا (۷۵ درصد)، بیشتر می‌باشد (۱۸-۱۴).

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان فرسودگی شغلی دستیاران پزشکی انجام گردید. براساس نتایج اکثر (۹۶/۸ درصد) دستیاران دارای درجاتی از فرسودگی شغلی بودند که در مقایسه با مطالعات انجام گرفته توسط Garza سال ۲۰۰۴

هیجانی و مسخ شخصیت و ارتباط مستقیمی با کفایت شخصی دارد و از آنجایی که مهارت‌های اجتماعی قابل یادگیری میباشند لذا اهمیت تعلیم مهارت‌های بین فردی و حرفه‌ای در طول دوره دستیاران پزشکی جهت بهبود عملکردشان تاکید شده است (۳۰). در مطالعه legassie در سال ۲۰۰۸ بیان شده که دستیاران ارشد بیشتر فرسودگی شغلی را تجربه می‌کنند که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۳۱).

در مطالعه فعلی شیوع فرسودگی شغلی در زنان و مردان تفاوت معنی‌داری نداشت اگرچه درصد بیشتری از دستیاران زن در مقایسه با دستیاران مرد دچار فرسودگی بودند. در مطالعه De Oliveria (۲۰۱۳) در دستیاران بیهوشی جنسیت زن با افزایش خطر فرسودگی شغلی در ارتباط بوده است (۳۲). در این مطالعه فراوانی فرسودگی شغلی دستیاران جراحی بیشتر از دستیاران داخلی بدست آمد هرچند این تفاوت معنادار نبود. در مطالعه عاطف که بر روی پزشکان متخصص اصفهان انجام شد فرسودگی شغلی جراحان بیشتر از متخصصین داخلی بدست آمد و خستگی عاطفی در آنها نسبت به متخصصان داخلی بیشتر گزارش شد که با یافته مطالعه حاضر مطابقت دارد (۳۳). دستیاران جراحی نسبت به دستیاران داخلی در موقعیت‌های پرتنش‌تری قرار می‌گیرند و با بیمارانی روبرو می‌شوند که هر لحظه احتمال فوت آنها وجود دارد بنابراین بیشتر در معرض فرسودگی شغلی قرار دارند.

در این مطالعه میانگین شدت مسخ شخصیت در افرادی که سابقه بیماری جسمی داشتند بالاتر بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. مطالعه Hill house در آمریکا در سال ۲۰۰۰ فرسودگی شغلی را در دستیارانی که بیماری جسمی داشتند بیشتر ارزیابی کرد که با یافته ما هماهنگ می‌باشد (۳۴). با توجه به نتایج مطالعه حاضر تقریباً اکثر دستیاران مورد مطالعه دچار فرسودگی شغلی بودند که نشان می‌دهد دستیاران پزشکی از وضعیت بهداشت روانی مناسبی برخوردار نمی‌باشند. بنابراین با توجه به اهمیت حرفه پزشکی و نقش آن در سلامت افراد جامعه، لازم است سلامت دستیاران پزشکی با انجام معاینات دوره‌ای از نظر میزان اضطراب و افسردگی و فرسودگی شغلی مورد توجه بیشتر قرار گیرد و راهکارهایی جهت درمان و پیشگیری از شدت فرسودگی آنها به کار گرفته شود. که ایجاد مراکز مشاوره‌ای تخصصی از جمله یکی از راهکارها می‌باشد. به نظر می‌رسد پزشکان به مساله سلامتی خود خیلی توجه نمی‌کنند که از جمله دلایل آن می‌تواند ترس از انگ بیماری روانی باشد لازم

دستیاران پزشکی با استرس‌های فراوانی مواجه هستند که این استرس‌ها می‌تواند موقعیتی، شخصی و حرفه‌ای باشد. استرس‌های موقعیتی شامل محرومیت از خواب، حجم کاری زیاد و ساعات کار طولانی، مسئولیت‌های اداری بیش از حد و بیماران دشوار باشد. استرس‌های شخصی شامل تعهدات خانوادگی، مسائل مالی، انزوای، مدت زمان محدود برای استراحت و یا مراقبت از خود و یا مهارت‌های مقابله با استرس ناکافی می‌باشد و استرس‌های حرفه‌ای شامل مسئولیت مراقبت از بیمار، نظارت بر دستیاران جوان و دانشجویان و نوع برنامه‌ریزی شغلی باشد. عامل دیگر می‌تواند نوع فرهنگ سازمانی و محیط کاری غیرخلاقانه و مهار کننده، تسلط نداشتن بر اوضاع در زمان روبرو شدن با بیماران اورژانسی و بدحال باشد. همه این عوامل ممکن است بتواند در توضیح این مطلب که چرا فرسودگی شغلی در دستیاران پزشکی بالاست کمک کند. در این مطالعه تفاوت آماری معناداری در فرسودگی شغلی دستیاران مجرد و متاهل بدست آمد. که با مطالعه Corlotto در سوئد (۲۵) و Demirel در آمریکا (۲۶) منطبق می‌باشد. شاید بتوان ثبات اجتماعی افراد متاهل و برخورداری از روابط اجتماعی بهتر و حمایت عاطفی بیشتر را عاملی در برابر استرس و فرسودگی شغلی دانست. در مطالعه‌ای که توسط Kimo Takayesu در سال ۲۰۱۴ در دستیاران اورژانس انجام شده دستیاران متاهل بیشتر از افراد مجرد دچار فرسودگی شغلی بودند. که این یافته با مطالعه حاضر مغایرت دارد (۲۷).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمرات فرسودگی شغلی دستیاران سال اول با سایر دستیاران وجود دارد که مطالعه Martini (۲۰۰۴) این یافته را تایید می‌کند (۲۸). همچنین فراوانی خستگی عاطفی در دستیاران سال اول بیشتر از سایر دستیاران گزارش شد در مطالعه Purdy دستیاران سال اول سطوح بالایی از مسخ شخصیت و سطوح متوسطی از خستگی عاطفی و کفایت شخصی داشتند که با یافته ما هماهنگ است (۲۹). شاید یکی از عوامل ایجاد فرسودگی شغلی در دستیاران سال اول ناآشنا بودن افراد با اهداف سازمان و قابل درک نبودن این اهداف برای آنان باشد که بر استرس آنها می‌افزاید و فرد جهت مقابله با این استرس‌ها و تطابق با آنها انرژی روانی زیادی را صرف می‌کند که خود منجر به خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی می‌شود. در مطالعه Pereira-lima در سال ۲۰۱۴ عنوان شده که مهارت‌های اجتماعی رابطه معکوسی با ابعاد خستگی

راهکاری مناسب ارایه نمود. انجام مطالعات بیشتر برای یافتن راه حلی برای کاهش فرسودگی شغلی دستیاران ضروری می‌باشد تا زمینه ارتقای سلامت دستیاران فراهم آید.

قدردانی

نویسندگان از همکاری خانم رضوان ساعی در انجام این مطالعه تشکر می‌نمایند. این مطالعه برگرفته از پایان نامه دانشجوی دوره دکترای پزشکی پزشکی عمومی بوده است.

است تا شیوه‌های مناسبی جهت انگ‌زدایی به کار گرفته شود تا پزشکان در صورت احساس نیاز به راحتی با مراکز مشاوره در ارتباط باشند و با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری بتوانند از کیفیت سلامت روان مناسبی برخوردار شوند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدود بودن مطالعه به دستیاران دو دانشگاه اشاره نمود. لذا پیشنهاد می‌گردد این مطالعه در دستیاران سایر دانشگاه‌ها انجام گردد تا بتوان نتایج را مقایسه و علل فرسودگی را در دستیاران مشخص نمود و

References

1. Thomas NK. Residen Burnout. JAMA 2004; 292 (23):2880-9.
2. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident Physician Burnout :Is There Hope? Fam-Med 2008; 40 (9): 628-632.
3. Khazaei T, Khazaei T, Sharifzade Gh. Professional burnout & predisposing factor. J-Birjand Univ Med Sci 2006; 13 (1): 56-62.
4. Businger A, Stefenelli U, Guller U. Prevalence of Burnout Among Surgical Residents & Switzerland. Arch Surg 2010; 145 (10): 1013-1016.
5. Prins JT, Gazendman-Donfrio SM, Tubben BJ, Van der Heijden FM, Van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE. Burnout in medical residents. Med Educ 2007; 41: 788-800.
6. Vasse RM, Nijhuis FJ, Kok G. Association between work stress, alcohol consumption and sickness abstinence. Addiction. 1998; 1: 231-241.
7. Sonnetage S, Brodbeck FC, Heinbokel T, Stolte W. Stressor-burnout relationship in software development teams. Occup & Organ Psysi J 1994; 67(4): 327-341.
8. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, et al. Effect of reducing interns weekly work hours on sleep & attentional failures. NEJM 2004; 351: 1829: 1837.
9. Stecker T. Well-Being in an academic environment. Med Educ 2004; 38 (5): 465-478.
10. Moffat K, McConachie A, Ross S, Morrison J. First year medical student stress & coping in a problem-based learning medical curriculum. Med Educ 2004; 38 (5): 482-491.
11. Finkelstein C, Brownstein A, Scott C, Lan YL. Anxiety & stress reduction in medical education. Acad Med 2007; 41: 258-264.
12. Levey RE. Source of stress for residents & recommendations for programs to assist them. Acad Med 2001; 76 (2): 142-50.
13. Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R. Predictor of persistent burnout in internal medicine residents. Acad Med 2010; 85 (10): 1630-4.
14. Garza JA, Schneider KM, Promecene P, Monga M. Burnout in residency: a statewide study. South Med J. 2004; 97 (12): 1171-3.
15. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002; 136(5): 358-367.
16. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents. What can be done? Swiss Med Week 2003 ;133 (23-24): 339-46.
17. Martini S, Arfken C, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. Acad Psychiatric 2004; 28 (3): 240-2.

18. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed & burnout residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336 (7642): 488-491.
19. Castelo-Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo MJ, González S, Balasch J. Stress symptoms & burnout in obstetric gynecologic residents. *B JOG*. 2007; 114 (5): 94-98.
20. Gelfand DV, Podnos YD. Effects of 82 hours workweek on residents burnout. *Arc Surg* 2004; 139 (9): 933-938.
21. Waldman S, Deiz H, Arazi HC, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout perceived stress & depression among cardiology residents in Argentina. *Acad Psychiatry* 2009; 33 (4): 296-301.
22. Barrach RL, Miller LS, Sotile WM, Sotile MO, Rubash HE. Effect of duty hour standard on burnout among Orthopedic surgery resident. *Clinical orthop Related Res* 2006; 449: 134-137.
23. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. Personal life vents and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med* 2006; 81 (4): 374-84.
24. Akbari R, Ghafar Samar R, Kiany G R, Eghtesadi A R. [Factorial Validity and Psychometric Properties of Maslach Burnout Inventory –The Persian Version]. *Knowledge & Health* 2011; 6 (3): 1-8. [Persian]
25. Carlotto MS, Palazzo Ldos S. Factors associated with burnouts syndrome. *Acad Saude Publica* 2006; 22 (5): 1017-26.
26. Demirel Y, Guller N, Toktamis A, Özdemir D, Sezer RE. Burnout among high school teacher in Turkey. *Middle East Journal of Family Medicine* 2005; 3 (3): 33.
27. Kimo Takayesu J, Ramoska EA, Clark TR, Hansoti B, Dougherty J, Freeman W, et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad Emerg Med* 2014; 21 (9): 1031-5.
28. Purdy RR, Lemakau JP, Rudisill JR. Resident physicians in family practice: whose burnout and who know? *Fam Med*. 1987; 19 (3): 203-8.
29. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med*. 2015; 20(3): 353-62.
30. Legassie J, Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring resident well-being: imposterism and burnout syndrome in residency. *J Gen Intern Med* 2008; 23 (7): 1090-4.
31. De Oliveira GS Jr, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analog* 2013 1; 117(1): 182-93.
32. Atef L, Rooh Ol-amin M, Noori A, Molavi H. [A Comparison of Job Burnout in General Surgeons and Internists in Isfahan]. *Knowledge and Research in Psychology* 2007; 0 (29): 129-151. [Persian]
33. Hillhouse JJ, Adler CM, Walters DN. A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study. *Psychl health Med* 2000; 5 (1): 63-73.

Prevalence of Burnout in the Residents of Kashan and Isfahan Universities of Medical Sciences in 2012

Sepehermanesh Z^{*1}, Ahmadvand A²

Received:2014/5/31

Accepted: 2015/3/10

Abstract

Introduction: Burnout is disruction reaction in response to long-term work-related stress and can cause somatic, psychological disorders and poor relationship with patient. Medical residency is a period which needs high psychosocial energy and by considering the high stress between patient and physician, residency is high stress job. The present study evaluates burnout prevalence in medical residents.

Methods: In this analytical cross sectional study, 160 medical residents were studied in Kashan and Isfahan Medical Universities by randomized stratified sampling. The instruments were Maslach burnout Inventory and demographic questionnaire. Maslach burnout Inventory has three sub scales include Emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. Data were analyzed with SPSS v.16 soft ware.

Results: Prevalence of burnout was 96.9 percent. 42.5 percent of residents had mild burnout, 53.1 percent had moderate and 1.3percent had severe burnout. Prevalence of burnout in female was 98.9 percent and in male 94.5 percent. The mean score of burnout was higher in single residents than married residents and in first grade residents to higher grade residents ($p=0.04$, $p=0.044$). Frequency of depersonalization score in internal residents was higher than the surgical residents ($p=0.04$). Emotional exhaustion was higher in single and first year residents than to married and higher grade residents. ($p=0.03$, $p<0.05$). There was not Significant difference between sex, age, educational field and local of education with burnout ($p>0.05$).

Conclusion: The Majority of medical residents had burnout. further studies for decreasing burnout is necessary to health promotion of residents. Periodic evaluation of residents burnout is necessary and professional counseling should be prepared for them.

Keywords: Burnout, Professional, Prevalence, University, Residency, Medical

Corresponding Author: Sepehermanesh Z, Psychology Dept, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. z.sepehrmanesh@gmail.com
Ahmadvand A, Psychology Dept, School Of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.