

Original article

Comparison of Burnout Syndrome Frequency between General Family Physicians and Other General Physicians, in Mazandaran Province, Iran, in 2018

Zahra Rahnama¹Mahshid Ahmadi^{2*}Alireza Khalilian³Maryam Sefidgarnia⁴

- 1- Family Medicine Resident, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran
- 2- Assistant Professor, Department of Community Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran
- 3- Professor, Department of Community Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran
- 4- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran

***Corresponding author:** Mahshid Ahmadi, Department of Community Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran

Email: ma.ahmadi@mazums.ac.ir

Received: 08 September 2019

Accepted: 16 November 2019

ABSTRACT

Introduction and purpose: Job burnout is a kind of psychological distress that results from various occupational factors and leads to the deterioration of job performance. This condition is usually characterized by weakness, disappointment, and nonachievement of career goals. Regarding this, the present study aimed to compare the frequency of burnout syndrome between general family and non-family physicians in Mazandaran province, Iran, in 2018.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 153 urban family physicians, 158 rural family physicians, and 295 non-family physicians (i.e., a total of 606 cases) selected using simple random sampling technique. In this study, Maslach Burnout Questionnaire was used, as the main tool for measuring the three dimensions of emotional exhaustion, depersonalization, and personal empowerment. Study participants included two groups of family general practitioners with more than two years of experience working in all shifts as a family physician, as well as non-family general practitioners working in health centers and offices affiliated to mazandaran university of medical sciences. General practitioners working in the hospital and staffing plan were excluded from the study. One-way ANOVA was used to compare the mean values and the mean differences of burnout dimensions at two levels of urban and rural family physicians and those outside the family physician plan.

Results: Emotional exhaustion score in the non-family physicians was 14.6 ± 10.31 , while this score was obtained as 19.73 ± 12.57 and 20.39 ± 12.17 in the urban and rural family physicians, respectively, showing a statistically significant difference ($P < 0.0001$). In this regard, family physicians (especially rural family physicians) had the highest occupational burnout in this dimension. However, regarding the other two dimensions, the difference between the family and non-family physicians was not statistically significant. Generally, emotional exhaustion had the highest prevalence (20.3 %), followed by depersonalization (29.4%) and personal accomplishment (24.1%). In addition, more than half of the subjects showed a high level of burnout at least in one of the three dimensions of this construct.

Conclusion: As the findings indicated, occupational burnout was more common in family physicians, especially in rural area family physicians, which can be due to working in remote places with more duties, fewer facilities, and more difficult environmental conditions. Many demographic and environmental factors account for the incidence of burnout. Therefore, it is required to perform further studies and develop plans targeted toward reducing occupational burnout, especially in family physicians, since resolving this situation can improve the quality of patient care services.

Keywords: Family physician, Occupational burnout, Work environment

► **Citation:** Rahnama Z, Ahmadi M, Khalilian A, Sefidgarnia M. Comparison of Burnout Syndrome Frequency between General Family Physicians and Other General Physicians, in Mazandaran Province, Iran, in 2018. Journal of Health Research in Community. Autumn 2019;5(3): 39-51.

مقاله پژوهشی

مقایسه فراوانی علائم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شاغل در طرح پزشک خانواده با سایر پزشکان عمومی در استان مازندران در ۱۳۹۷

چکیده

زهرا رهنما^۱
مهشید احمدی^{۲*}
علیرضا خلیلیان^۳
مریم سفیدگر نیا^۴

۱. دستیار، گروه آموزشی پزشکی خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استاد، گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استادیار، گروه آموزشی روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* نویسنده مسئول: مهشید احمدی، گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Email: ma.ahmadi@mazums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۱۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۲۵

مقدمه و هدف: فرسودگی شغلی نوعی استرس روانی است که متأثر از عوامل شغلی مختلف بوده و موجب کاهش عملکرد شغلی می گردد و معمولاً به صورت احساس ضعف، ناامیدی و عدم نبل به اهداف شغلی مشخص می شود. در این ارتباط، مطالعه حاضر با هدف مقایسه فراوانی نشانگان فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شاغل در طرح پزشک خانواده و خارج از این طرح طی سال ۱۳۹۷ در استان مازندران انجام شد.

روش کار: در پژوهش مقطعی - تحلیلی حاضر ۱۵۳، ۱۵۸ و ۲۹۵ به ترتیب پزشک خانواده شهری، روستایی و غیرشاغل در طرح پزشک خانواده از طریق نمونه گیری تصادفی ساده شرکت نمودند. در این مطالعه از پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک به عنوان ابزار اصلی به منظور سنجش سه بعد فرسودگی هیجانی، مسخ شخصیت و توانمندی شخصی استفاده شد. شرکت کنندگان در مطالعه شامل دو گروه از پزشکان خانواده عمومی با سابقه کاری بیش از دو سال شاغل در تمامی شیفت های کاری به عنوان پزشک خانواده و همچنین پزشکان عمومی غیرخانواده شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی و مطب های وابسته به علوم پزشکی مازندران بودند. به منظور مقایسه میانگین و تعیین اختلاف میانگین بعدها در دو بخش پزشکان خانواده (شهری و روستایی) و پزشکان خارج از طرح پزشک خانواده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) استفاده گردید.

یافته ها: در پی مقایسه فرسودگی شغلی بین دو گروه، میانگین و انحراف معیار بعد خستگی هیجانی در پزشکان غیرخانواده معادل $10/31 \pm 4/6$ و در پزشکان خانواده شهری و روستایی به ترتیب برابر با $12/57 \pm 9/73$ و $12/17 \pm 20/39$ به دست آمد که اختلاف آن ها به لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0/001$). بر مبنای نتایج، پزشکان خانواده (به ویژه پزشکان خانواده های روستایی) دارای بیشترین فرسودگی شغلی در این بعد بودند؛ اما اختلاف دو بعد دیگر در بین پزشکان خانواده و غیرخانواده از نظر آماری معنادار نبود ($P > 0/05$). به طور کلی، فرسودگی بالا در پزشکان به ترتیب در بعد خستگی هیجانی (۲۰/۳ درصد)، مسخ شخصیت (۲۹/۴ درصد) و موفقیت فردی (۲۴/۱ درصد) به دست آمد. باید خاطر نشان ساخت که بیش از نیمی از افراد، حداقل در یکی از ابعاد، فرسودگی بالا را گزارش نمودند.

نتیجه گیری: فرسودگی شغلی در پزشکان خانواده به ویژه روستایی بیشتر بود که ممکن است دلیل آن کار در محیط های دورتر با امکانات کمتر، شرح وظایف بیشتر و شرایط سخت تر باشد. بر مبنای نتایج، عوامل فردی و محیطی بسیاری در ایجاد فرسودگی شغلی نقش دارند که این موضوع اهمیت نیاز به مطالعات بیشتر و برنامه ریزی جهت رفع فرسودگی شغلی پزشکان - به ویژه پزشکان خانواده - را مورد تأکید قرار می دهد.

کلمات کلیدی: پزشک خانواده، فرسودگی شغلی، محیط کار

◀ **استناد:** رهنما، زهرا؛ احمدی، مهشید؛ خلیلیان، علیرضا؛ سفیدگر نیا، مریم. مقایسه فراوانی علائم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شاغل در طرح پزشک خانواده با سایر پزشکان عمومی در استان مازندران در ۱۳۹۷. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، پاییز ۱۳۹۸؛ ۵(۳): ۵۱-۳۹.

مقدمه

فرسودگی شغلی نوعی استرس روانی و یا به عبارت دیگر خستگی جسمی و روحی است که با کاهش قدرت و توانایی افراد،

کاهش رغبت و تمایل آن‌ها برای ادامه کار و فعالیت حرفه‌ای، عدم دستیابی به اهداف شغلی، بروز ناامیدی و در نهایت کاهش عملکرد شغلی همراه می‌باشد [۱]. این مشکل در اثر استرس‌های طولانی مدت مرتبط با کار و روابط بین فردی به وجود می‌آید و در بسیاری از خدمات شغلی مانند پرستاری، آتش‌نشانی و نیروی انتظامی مشاهده می‌شود [۱،۲]. سایر علائم فرسودگی شغلی عبارت هستند از: شکایت‌های جسمی مبهم و بدون علت مشخص، تحریک‌پذیری، مشکلات خواب، قضاوت مختل، کاهش اعتماد به نفس و اختلال در روابط بین فردی که می‌توانند به دلیل احساس عدم موفقیت و نارضایتی از کار و حرفه منجر به کناره‌گیری از شغل شوند [۱،۳]. از سوی دیگر، فرسودگی شغلی می‌تواند موجب کاهش کیفیت خدمات ارائه‌شده و بروز عوارضی همچون افسردگی و یا سوء مصرف مواد گردد [۴].

فرسودگی شغلی خطرناک‌ترین عامل تهدیدکننده سلامت افراد شاغل در حرفه پزشکی می‌باشد [۵]. اخیراً کار بر روی مقوله افسردگی شغلی به‌طور بین‌المللی گسترش یافته و منجر به مدل‌های مفهومی و دیدگاه‌های جدید در مورد طراحی و انجام مداخلات لازم جهت کاهش میزان فرسودگی شغلی گردیده است [۶]. در این ارتباط، انجمن جهانی پزشکی و انجمن پزشکی اروپا در فوریه سال ۲۰۰۳ با صدور بیانیه‌ای در مورد افزایش فرسودگی شغلی در بین پزشکان و وخامت این مسأله به تمامی انجمن‌های پزشکی جهان، خواستار افزایش آگاهی، بررسی و مطالعه عوامل مداخله‌گر و اتخاذ اقدامات پیشگیرانه در قبال آن شدند [۷،۸]. در پژوهشی که اخیراً در ایالات متحده انجام شده است، گزارش گردیده است که ۴۵/۸ درصد از پزشکان، حداقل دارای یک نشانه از فرسودگی شغلی می‌باشند [۹]. عوامل مرتبط با نشانگان فرسودگی شغلی در میان مشاغل مانند پزشکی شامل: عوامل موقعیتی اعم از تعهد سازمانی و رعایت سلسله‌مراتب، فقدان منابع شغلی همچون عدم پرداخت مناسب، اضافه بار کاری، تعارض و ابهام در نقش‌ها، عدم پیشرفت مناسب شغلی و

فقدان بازخورد مناسب و همچنین عوامل فردی شامل: متغیرهای جمعیت‌شناختی، ویژگی‌های شخصیتی، منبع کنترل خارجی (External Locus of Control)، رضایت شغلی، انصراف از شغل و عدم حمایت اجتماعی می‌باشد که در این میان، تأثیر عوامل موقعیتی بیشتر است [۴]. در بیانیه ژنو در سال ۲۰۱۷، بندی به سوگندنامه پزشکی تحت عنوان "در خدمت رفاه، سلامت و توانمندی خود خواهیم بود تا بتوانم مطابق با بالاترین استانداردها در خدمت بیماران باشم" اضافه گردید که نشان‌دهنده اهمیت این موضوع می‌باشد [۱۰]. علاوه بر این در نشست اخیر ژنو در سال ۲۰۱۹، فرسودگی شغلی به گروه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های نسخه یازده (Internation Classification of Disease) اضافه گردید و بیان شد که فرسودگی شغلی، یک پدیده شغلی بوده و یک بیماری پزشکی محسوب نمی‌شود [۱۱].

پزشکان خانواده به دلیل مواجهه با عوامل استرس‌زا، فشار کاری بالا و تقاضای تعداد بالای مراجعین در محل کار، فرسودگی شغلی زیادی را تجربه می‌کنند [۱۲]. در بررسی‌های انجام‌شده در ارتباط با تمایل پزشکان خانواده برای ادامه کار، ۷۰ درصد از آن‌ها بیان نمودند که پس از اتمام دوره یا قرارداد، حاضر به ادامه خدمت به‌عنوان پزشک خانواده نخواهند بود [۱۳]. طرح پزشک خانواده در استان مازندران به‌عنوان یکی از استان‌های پیشرو در این امر، از چندین سال قبل آغاز شده است (پزشک خانواده روستایی از سال ۱۳۸۴ و پزشک خانواده شهری از سال ۱۳۹۱)؛ اما متأسفانه هیچ مطالعه‌ای به‌منظور بررسی نشانگان فرسودگی شغلی در این گروه از افراد صورت نگرفته است؛ لذا هدف از مطالعه حاضر، بررسی مقایسه‌ای فراوانی نشانگان فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شاغل در طرح پزشک خانواده و پزشکان عمومی غیرشاغل در این طرح در استان مازندران می‌باشد. تا در صورت اثبات فرسودگی شغلی در هریک از گروه‌ها، بتوان با اقدامات مداخله‌ای نسبت به رفع آن انجام داد.

روش کار

پژوهش مقطعی- تحلیلی حاضر در سال ۱۳۹۷ پس از تأیید در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. افراد شرکت کننده در این پژوهش را پزشکان عمومی خانواده شاغل در مراکز بهداشتی- درمانی و مطب‌های استان مازندران با سابقه کاری بیشتر از دو سال که در تمامی شیفت‌های کاری به عنوان پزشک خانواده طرف قرارداد با دانشگاه علوم پزشکی مازندران مشغول به فعالیت بودند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و نیز پزشکان عمومی شاغل در مطب‌ها و درمانگاه‌ها و پزشکان استخدامی وزارت بهداشت که در طرح پزشک خانواده نبودند، تشکیل دادند. شایان ذکر است که پزشکان با سابقه کاری کمتر از دو سال، پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان، پزشکان طرح نیروی انسانی، پزشکان مبتلا به هرگونه بیماری صعب‌العلاج و پزشکانی که از داروهای روان‌شناختی استفاده می‌کردند، از فرایند پژوهش حذف گردیدند. حجم نمونه براساس شیوع فرسودگی شغلی در پزشکان خانواده براساس ابعاد سه‌گانه فرسودگی شغلی مازلاک در مطالعه Soler و همکاران (۱۲ درصد) و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برآورد گردید [۴]. با توجه به لیست اخذ شده از واحد گسترش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، از میان تمامی پزشکان خانواده عمومی شاغل در مراکز بهداشتی- درمانی و مطب‌ها و با در نظر گرفتن نسبت بین دو گروه شهری و روستایی، ۱۵۳ پزشک خانواده شهری و ۱۵۸ پزشک خانواده روستایی (در مجموع ۳۱۱ نفر) انتخاب شدند. در ارتباط با گروه دوم نیز پس از اخذ لیست پزشکان غیرشاغل در طرح پزشک خانواده از سازمان نظام پزشکی استان، ۲۹۵ نفر به صورت تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی از طریق کامپیوتر وارد مطالعه شدند. با توجه به معیارهای خروج، ۴۷ نفر از فرایند مطالعه حذف گردیدند. پرسشنامه مربوط به داده‌های پژوهش با ارائه توضیحات لازم توسط دانشجوی انجام‌دهنده طرح و همچنین افراد

آموزش دیده تحت نظر وی به پزشکان عمومی شاغل در طرح پزشک خانواده و پزشکان عمومی غیرشاغل در این طرح تحویل داده شد و پس از تکمیل شدن توسط شرکت کنندگان جمع‌آوری گردید. شایان ذکر است که شماره تماس پژوهشگر در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت تا در صورت وجود هرگونه ابهام در تکمیل پرسشنامه‌ها، پاسخگویی لازم انجام گیرد. باید خاطرنشان ساخت که ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه اطلاعات عمومی و جمعیت‌شناختی، پرسشنامه ویژگی‌های محل کار و پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک.

ابزار اصلی مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک (MBI: Maslach Burnout Inventory) می‌باشد که روایی و پایایی آن در تعیین نشانگان فرسودگی شغلی پزشکان عمومی توسط Yaman و Soler در ۱۶ کشور اروپایی در سال ۲۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است [۱۳]. در ایران نیز روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف تأیید شده است [۱۶-۱۴]. این پرسشنامه دارای ۲۲ گزاره شامل: نه گزاره برای سنجش فرسودگی در بعد خستگی عاطفی یا هیجانی، پنج گزاره برای بررسی فرسودگی در بعد مسخ شخصیت و هشت گزاره برای ارزیابی فرسودگی در بعد کفایت (توانمندی) شخصی می‌باشد. سؤالات پرسشنامه، فراوانی احساس فرسودگی شغلی را در ابعاد سه‌گانه تجربه شده فوق براساس نمره "۰= هرگز یا اصلاً" تا "۶= هر روز براساس مقیاس فراوانی و بسیار زیاد براساس مقیاس شدت" مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره به دست آمده در هریک از سه بعد یاد شده براساس نمره مرجع در سه گروه پایین، متوسط و بالا جای می‌گیرد. نمرات بالای خستگی هیجانی و مسخ شخصیت و نمره پایین کفایت (توانمندی) شخصی نشان‌دهنده فرسودگی شغلی می‌باشند.

براساس نمرات مرجع در بعد خستگی عاطفی یا هیجانی، نمره کمتر یا مساوی ۱۳ به عنوان فرسودگی خفیف، نمره بین ۱۴ تا ۲۶ به عنوان فرسودگی متوسط و نمره بزرگتر یا مساوی

یافته‌ها

به‌طور کلی ۶۰۶ پزشک در این مطالعه شرکت نمودند. نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن، سابقه کار، تعداد مراجعه‌کنندگان و میزان کارکرد روزانه در بین پزشکان غیرخانواده، پزشکان خانواده شهری و پزشکان خانواده روستایی از نظر آماری معنادار بوده است (جدول ۱). در مقایسه فرسودگی شغلی بین دو گروه و نیز بررسی تأثیر نوع اشتغال بر آن، نتایج نشان دادند که در بعد خستگی هیجانی، میانگین و انحراف معیار برای پزشکان غیرشاغل در طرح پزشک خانواده معادل $10/31 \pm 14/60$ و برای پزشکان شاغل در طرح خانواده شهری و روستایی به‌ترتیب برابر با $12/57 \pm 19/73$ و $12/17 \pm 20/39$ به‌دست آمد که اختلاف آن‌ها از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/001$). در این میان، پزشکان خانواده (به‌ویژه پزشکان خانواده روستایی) بیشترین فرسودگی شغلی را در این بعد داشتند؛

۲۷ به‌عنوان فرسودگی شدید؛ در بعد مسخ شخصیت، نمره کمتر یا مساوی ۵ به‌عنوان فرسودگی خفیف، نمره بین ۶ تا ۹ به‌عنوان فرسودگی متوسط و نمره بیشتر یا مساوی ۱۰ به‌عنوان فرسودگی شدید؛ در بعد احساس کفایت شخصی، نمره بیشتر یا مساوی ۴۰ به‌عنوان فرسودگی خفیف، نمره بین ۳۴ تا ۳۹ به‌عنوان فرسودگی متوسط و نمره کمتر یا مساوی ۳۳ به‌عنوان فرسودگی شدید در نظر گرفته می‌شود.

در انتها، اطلاعات به‌دست‌آمده توسط نرم‌افزار آماری SPSS 24 تجزیه و تحلیل گردیدند. برای توصیف داده‌های حاصل از جمع‌آوری اطلاعات از شاخص‌های مرکزی (میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و فراوانی (درصد) برای متغیرهای کیفی) استفاده شد. علاوه‌براین، از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) برای مقایسه میانگین و تعیین اختلاف میانگین ابعاد در دو بخش پزشکان شاغل در طرح پزشک خانواده (شهری و روستایی) و پزشکان غیرشاغل در این طرح بهره گرفته شد.

جدول ۱: مقادیر متغیرهای شغلی به تفکیک نوع اشتغال در کل پزشکان

متغیر	دامنه	میانگین و انحراف معیار	نوع اشتغال	میانگین و انحراف معیار	سطح معناداری
سن (سال)	۲۵-۷۵		غیرخانواده	$45/97 \pm 8/80$	<0/001
			خانواده شهری	$47/28 \pm 8/33$	
			خانواده روستایی	$41/91 \pm 8/44$	
سابقه کار (سال)	۲-۴۲		غیرخانواده	$7/14 \pm 7/40$	<0/001
			خانواده شهری	$10/61 \pm 9/14$	
			خانواده روستایی	$5/03 \pm 5/76$	
تعداد مراجعه‌کنندگان (نفر در روز)	۳-۲۵۰		غیرخانواده	$40/28 \pm 36/51$	0/002
			خانواده شهری	$31/54 \pm 18/66$	
			خانواده روستایی	$42/68 \pm 24/54$	
میزان کارکرد روزانه (ساعت)	۳-۲۴		غیرخانواده	$8/31 \pm 4/05$	0/022
			خانواده شهری	$7/47 \pm 1/41$	
			خانواده روستایی	$8/12 \pm 1/89$	

جدول ۲: نمرات ابعاد سه گانه پرسشنامه مازلاک براساس نوع اشتغال پزشکان

متغیر	خستگی هیجانی	مسخ شخصیت	موفقیت فردی
	فراوانی (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
پزشکان غیر شاغل در طرح پزشک خانواده	۲۹۵ (۴۸/۷)	۱۴/۶۰ $\pm$ ۱۰/۳۱	۸/۳۸ $\pm$ ۳/۷۸
پزشکان خانواده شهری	۱۵۳ (۲۵/۲)	۱۹/۷۳ $\pm$ ۱۲/۵۷	۸/۵۳ $\pm$ ۳/۴۵
پزشکان خانواده روستایی	۱۵۸ (۲۶/۱)	۲۰/۳۹ $\pm$ ۱۲/۱۷	۸/۸۲ $\pm$ ۳/۷۵
سطح معناداری		< ۰/۰۰۱	۰/۴۷۲
			۰/۹۲۱

اما اختلاف دو بعد دیگر در بین پزشکان خانواده و پزشکان خارج از این طرح معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۲).

بررسی افراد براساس جنسیت نشان داد که از میان ۶۰۶ پزشک، ۳۹۵ نفر (۶۵/۲ درصد) مرد و ۲۱۱ نفر (۳۴/۸ درصد) زن بودند. لازم به ذکر است که بیشتر افراد شرکت کننده (۴۲۹ نفر، ۷۰/۸ درصد) بیشتر از ۴۰ سال سن داشتند. از سوی دیگر، در بررسی وضعیت تأهل نشان داده شد که ۵۲۰ نفر (۸۵/۸ درصد) متأهل و ۷۶ نفر (۱۲/۵ درصد) مجرد می باشند. از نظر تعداد فرزندان نیز ۵۵۰ نفر (۹۰/۸ درصد) کمتر یا مساوی ۲ فرزند بودند و ۵۶ نفر (۹/۲ درصد) بیش از دو فرزند داشتند.

شایان ذکر است که در مجموع پزشکان، اختلاف آماری به دست آمده در بعد موفقیت فردی در سن بالاتر از ۴۰ سال، در بعد خستگی هیجانی در پزشکان با تعداد فرزند کمتر یا مساوی ۲ و در بعد موفقیت فردی در پزشکان دارای بیش از دو فرزند معنادار بود (جدول ۳).

جدول ۴ نشان دهنده فراوانی توزیع میزان فرسودگی شغلی براساس ابعاد سه گانه مازلاک در میان تمامی پزشکان می باشد.

با وجود اینکه ۵۸۰ نفر (۹۵/۷ درصد) از پزشکان در شهرها ساکن بودند؛ اما این آمار در محیط کار معادل ۴۵۶ نفر (۷۵/۲ درصد) در شهر بود. از سوی دیگر، بیش از نیمی از پزشکان (۳۵۶ نفر، ۵۸/۷ درصد) در محیط درمانگاهی مشغول به کار بودند و ۲۵۰

نفر (۴۱/۳ درصد) مطب خصوصی داشتند. بر مبنای نتایج، بخش عمده پزشکان (۴۸۱ نفر، ۷۰/۴ درصد) بومی محل اشتغال خود نبودند. در بررسی میزان علاقه مندی به شغل، بیشترین فراوانی با ۴۳۲ نفر (۷۱/۳ درصد) مربوط به علاقه زیاد بود و پس از آن علاقه معمولی با ۱۵۵ نفر (۲۵/۶ درصد) قرار داشت. کمترین فراوانی نیز مربوط به "اصلاً" با چهار مورد (۰/۷ درصد) بود. مطالعه سوابق و شرایط شغلی پزشکان شرکت کننده در طرح نشان داد که نزدیک به نیمی از پزشکان که تقریباً ۲۹۹ نفر (۴۹/۳ درصد) می باشند، دارای سابقه کار قبل از آغاز طرح پزشک خانواده بوده اند که در ۲۶۷ مورد (۴۴/۱ درصد) سابقه کار به عنوان پزشک عمومی غیر شاغل در پزشک خانواده، بیشتر از سه سال بود. از سوی دیگر، سابقه کار به عنوان پزشک خانواده در ۳۵۷ مورد (۵۸/۹ درصد) بیشتر از سه سال و در ۲۴۹ مورد (۴۱/۱ درصد) کمتر از سه سال گزارش گردید. از میان تمامی پزشکان بررسی شده، ۵۳۴ نفر (۸۸/۱ درصد) به صورت پیتوته و شبانه روزی مشغول به کار بودند و ۷۲ نفر (۱۱/۹ درصد) غیر پیتوته بودند. همچنین ۲۹۳ نفر (۴۸/۳ درصد) در مرکز اشتغال خود دارای مسئولیت بودند. بررسی وضعیت استخدامی نیز نشان داد که کمی بیش از نیمی از پزشکان (۳۳۹ نفر، ۵۵/۹ درصد) استخدام بودند.

علاوه بر این، بررسی نمرات حیطه های سه گانه پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک براساس متغیرهای شرایط محیطی و شغلی

جدول ۳: نمره حیطه‌های سه گانه پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	نسبت افراد	خستگی هیجانی	مسخ شخصیت	موفقیت فردی
	فراوانی (درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سن	کمتر یا مساوی ۴۰ سال	۱۷۷ (۲۹/۲)	۱۸/۳۸ $\pm$ ۱۱/۰۸	۸/۷۸ $\pm$ ۳/۷۵
	بیشتر از ۴۰ سال	۴۲۹ (۷۰/۸)	۱۷/۰۰ $\pm$ ۱۱/۹۶	۸/۴۳ $\pm$ ۳/۶۷
	سطح معناداری	۰/۱۷۴	۰/۲۸۸	۰/۰۳۰
جنسیت	مرد	۳۹۵ (۶۵/۲)	۱۶/۷۷ $\pm$ ۱۱/۷۰	۸/۶۲ $\pm$ ۳/۷۶
	زن	۲۱۱ (۳۴/۸)	۱۸/۵۹ $\pm$ ۱۱/۶۹	۸/۳۶ $\pm$ ۳/۵۵
	سطح معناداری	۰/۰۷۰	۰/۴۱۸	۰/۴۶۰
وضعیت تأهل	مجرد	۷۶ (۱۲/۵)	۱۸/۴۵ $\pm$ ۱۱/۰۶	۹/۱۸ $\pm$ ۳/۷۸
	متأهل	۵۲۰ (۸۵/۸)	۱۷/۲۶ $\pm$ ۱۱/۸۲	۸/۴۵ $\pm$ ۳/۷۰
	سایر	۱۰ (۱/۷)	۱۷/۱۰ $\pm$ ۱۲/۰۸	۷/۷۰ $\pm$ ۱/۵۷
	P-value	۰/۷۱۰	۰/۲۱۰	۰/۵۹۱
تعداد فرزندان	کمتر یا مساوی ۲	۵۵۰ (۹۰/۸)	۱۷/۸۷ $\pm$ ۱۱/۷۳	۸/۵۳ $\pm$ ۳/۶۰
	بیشتر از ۲	۵۶ (۹/۲)	۱۲/۸۸ $\pm$ ۱۰/۶۷	۸/۵۷ $\pm$ ۴/۵۰
	P-value	۰/۰۰۲	۰/۹۳۲	۰/۰۴۳

جدول ۴: فراوانی توزیع میزان فرسودگی شغلی براساس ابعاد سه گانه مازلاک در میان تمامی پزشکان

متغیر	کل افراد
	فراوانی (درصد)
خستگی هیجانی	کم
	متوسط
	زیاد
مسخ شخصیت	کم
	متوسط
	زیاد
موفقیت فردی	کم
	متوسط
	زیاد

پزشکان نشان داد که در حیطه خستگی هیجانی، محیط کار به ترتیب در شهر و روستا دارای میانگین و انحراف معیار $۱۶/۴۶ \pm ۱۱/۴۶$ و $۲۰/۲۷ \pm ۱۲/۰۸$ می‌باشد، میزان علاقه‌مندی به شغل بر مبنای گزینه‌های "اصلاً" ($۲۳/۰۰ \pm ۱۸/۸۳$)، "کم" ($۲۸/۰۷ \pm ۱۲/۸۹$)، "معمولی" ($۲۰/۸۱ \pm ۱۲/۳۰$) و "زیاد" ($۱۵/۷۶ \pm ۱۰/۹۴$) ارزیابی می‌شود، سابقه کار قبل از آغاز طرح پزشک خانواده به صورت مثبت و منفی به ترتیب معادل $۱۸/۵۵ \pm ۱۲/۲۰$ و $۱۶/۲۳ \pm ۱۱/۱۱$ است، سابقه کار به عنوان پزشک خانواده به میزان کمتر از سه سال برابر با $۱۵/۶۴ \pm ۱۱/۰۷$ و بیشتر از سه سال معادل $۱۸/۶۴ \pm ۱۲/۰۲$ می‌باشد و وضعیت استخدامی پزشکان به صورت استخدام و غیراستخدام به ترتیب برابر با $۱۹/۱۵ \pm ۱۲/۳$ و $۱۵/۱۹ \pm ۱۰/۵$ است که تمامی این اختلافات از نظر آماری معنادار می‌باشند ($P < ۰/۰۵$). بر مبنای نتایج، فرسودگی در بعد خستگی هیجانی در محل کار

در روستا، علاقه‌مندی کم به شغل، داشتن سابقه کار قبل از طرح پزشک خانواده، داشتن سابقه کار در طرح پزشک خانواده به مدت بیش از سه سال و در پزشکان استخدام شده بیشتر بود.

همچنین میانگین و انحراف معیار بعد مسخ شخصیت براساس بومی بودن یا نبودن به ترتیب معادل $8/36 \pm 3/67$ و $9/18 \pm 3/72$ بوده و میزان علاقه‌مندی به شغل بدین صورت می‌باشد: "اصلاً" ($9/25 \pm 2/99$)، "کم" ($10/67 \pm 3/58$)، "معمولی" ($9/56 \pm 4/23$) و "زیاد" ($8/08 \pm 3/39$) که این اختلافات از نظر آماری معنادار هستند ($P < 0/05$). شایان ذکر است که فرسودگی در این بعد در افراد غیربومی و همچنین افراد با میزان علاقه‌مندی کم به شغل، بیشتر می‌باشد.

در این مطالعه در بعد موفقیت فردی، میانگین و انحراف معیار میزان علاقه‌مندی به شغل براساس گزینه‌های "اصلاً" ($35/43 \pm 8/06$)، "کم" ($31/40 \pm 11/07$)، "معمولی" ($34/50 \pm 8/74$) و "زیاد" ($39/84 \pm 7/63$) ارزیابی گردید. همچنین سابقه کار به عنوان پزشک عمومی غیرشاغل در طرح به میزان کمتر از سه سال ($37/35 \pm 8/07$) و بیشتر از سه سال ($38/93 \pm 8/14$) و وضعیت استخدامی به صورت استخدام ($37/74 \pm 7/91$) و غیراستخدام ($39/40 \pm 8/35$) گزارش شد که اختلاف آن‌ها از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/05$). فرسودگی در این بعد در افراد با میزان علاقه‌مندی کم به شغل، افراد دارای سابقه کار به عنوان پزشک عمومی غیرخانواده و در افراد استخدامی بیشتر بود.

در بررسی مربوط به متغیرهای محل کار پزشکان مورد مطالعه نیز چنانچه مشهود است، در ۵۲۲ مورد ($86/1$ درصد) فضای کافی در اتاق پزشک وجود داشت و در ۸۴ مورد ($13/9$ درصد) فضای موجود کافی نبود. همچنین در ۵۵۲ مورد ($91/1$ درصد) نور مناسب در محیط کار وجود داشت و در ۵۴ مورد ($8/9$ درصد) نور محیط کار نامناسب بود. علاوه بر این، ۵۰۷ نفر از پزشکان ($83/7$ درصد) دارای محیط کار با تهویه مناسب بودند؛ درحالی که ۹۹ نفر ($16/3$ درصد) تهویه محیط کار خود را نامناسب قلمداد

می‌کردند. از سوی دیگر، بررسی میزان سر و صدا در محیط کار نشان داد که سر و صدای متوسط با ۲۷۶ مورد ($45/5$ درصد) و پس از آن سر و صدای کم با ۲۶۶ مورد ($43/9$ درصد) بیشترین فراوانی را دارند؛ اما در ۶۴ مورد ($10/6$ درصد) از پاسخ‌ها، پزشکان سر و صدای محیط را زیاد گزارش کردند. در بعد بهداشت محیط کار نیز بیشترین فراوانی مربوط به گزینه کثیف با ۳۵۸ مورد ($59/1$ درصد) بود و پس از آن بهداشت محیط متوسط با ۲۲۴ مورد ($37/0$ درصد) قرار داشت و تنها ۲۴ نفر از پزشکان ($4/0$ درصد) محیط کار خود را از نظر بهداشتی تمیز ارزیابی نمودند.

علاوه بر این، ۵۲۸ نفر از پزشکان ($87/1$ درصد) مدت نشستن مداوم بیش از دو ساعت و ۱۴۸ نفر ($24/4$ درصد) مدت ایستادن مداوم بیشتر از دو ساعت را گزارش نمودند. همچنین ۳۴۷ نفر از پزشکان ($57/3$ درصد) از وضعیت نامناسب بدن در حین انجام کار و ۵۴۷ نفر ($90/3$ درصد) از انجام کار تکراری ناراضی بودند. شایان ذکر است که در ۲۵۲ مورد ($41/6$ درصد)، مکان برای استراحت پزشک مهیا بود که در ۲۳۹ مورد ($39/4$ درصد)، استراحت پزشک نیز امکان‌پذیر بود. همچنین در ۳۴۰ مورد ($56/1$ درصد) کارکنان کافی در مرکز فعالیت پزشک مشغول به کار بودند و در ۴۳۶ مورد ($71/9$ درصد) پزشک جایگزین در مرکز وجود داشت. لازم به ذکر است که محرک‌های تنش‌زا در محیط کار ۴۰۰ نفر از پزشکان ($66/0$ درصد) وجود داشتند. بر مبنای نتایج، ساعات کاری پزشک با سایر کارکنان بهداشتی در ۳۴۲ مورد ($56/4$ درصد) نامتناسب بود. همچنین در ۳۹۱ مورد ($64/5$ درصد) کارکرد پزشکان به صورت پیوسته و در ۲۱۵ مورد ($35/5$ درصد) به صورت منقطع بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر مقایسه میزان فرسودگی شغلی در ابعاد مختلف در دو گروه پزشکان خانواده و پزشکان غیرخانواده مشخص نمود

که پزشکان خانواده (به‌ویژه پزشکان خانواده روستایی) در بعد خستگی هیجانی دچار فرسودگی بیشتری نسبت به گروه پزشکان غیرخانواده می‌باشند که این اختلاف از نظر آماری معنادار است؛ اما اختلاف معناداری در دو بعد دیگر مشاهده نگردید که ممکن است علت آن کارکردن در محیط‌های کاری با امکانات کمتر، شرح وظایف بیشتر و شرایط محیط کاری سخت‌تر باشد. در مورد پزشکان خانواده روستایی می‌توان طی کردن مسافت و دوری راه را نیز اضافه نمود. براساس این نتایج می‌توان گفت که عوامل فردی و محیطی زیادی در ایجاد فرسودگی شغلی نقش دارند. در این رابطه، ۳۲/۲ درصد از پزشکان فرسودگی شغلی بالا در یک بعد را گزارش نمودند و ۵/۸ درصد از پزشکان در هر سه بعد دارای فرسودگی بالایی بودند. شایان ذکر است که تنها در ۱/۷ درصد از شرکت کنندگان، فرسودگی در هیچ یک از ابعاد مشاهده نشد.

در مطالعه Hansen و همکاران که در ایالات متحده انجام شد، فرسودگی شغلی در پزشکان خانواده جوان که سه سال از فارغ‌التحصیلی آن‌ها گذشته بود (به تعداد ۱۵۵۱ نفر) پرداخته شد. نتایج نشان دادند که در بعد خستگی هیجانی، ۳۹/۸ درصد و در بعد مسخ شخصیت، ۲۳/۷ درصد از شرکت کنندگان دچار فرسودگی شغلی بالایی بودند که این نتایج در بعد مسخ شخصیت با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد [۱۷]. شایان ذکر است که میزان فرسودگی بیشتر این افراد در بعد خستگی هیجانی می‌تواند ناشی از سن پایین شرکت کنندگان، عدم تطابق آن‌ها با شرایط کار و راه‌های مقابله با فرسودگی باشد.

علاوه‌براین، در مطالعه مهدی‌زاده و همکاران با موضوع "فرسودگی شغلی و شاخص‌های تأثیرگذار محیط کار بر آن در بین پزشکان خانواده خراسان رضوی در سال ۱۳۹۲"، با استفاده از روش انتخاب تصادفی - سیستماتیک به بررسی ۱۴۵ پزشک خانواده شاغل در دانشگاه علوم پزشکی خراسان رضوی پرداخته شد و اطلاعات براساس پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک و پرسشنامه شاخص‌های محیط کار گردآوری گردید. بر مبنای

نتایج، میانگین سن شرکت کنندگان $32/57 \pm 4/87$ سال بود که ۳۷/۲ درصد از آن‌ها مرد و ۶۲/۸ درصد زن با میانگین سابقه کار ۳۹ ماه در تیم سلامت بودند. در این مطالعه فرسودگی شغلی در ابعاد موفقیت شخصی، کم (۲۷/۶ درصد)، در بعد مسخ شخصیت، بالا (۳۳/۸ درصد) و در بعد خستگی هیجانی، بالا (۵۶/۶ درصد) گزارش گردید [۱۸]. لازم به ذکر است که پژوهش فوق جمعیت جوان‌تری نسبت به مطالعه حاضر داشت و در آن تعداد پزشکان زن بیشتر از پزشکان مرد بود که این امر می‌تواند دلیل فرسودگی بیشتر پزشکان نسبت به مطالعه حاضر باشد.

علاوه‌براین، Soler و همکاران در یک مطالعه مقطعی با موضوع فرسودگی شغلی در پزشکان خانواده اروپایی در سال ۲۰۰۸ با استفاده از پرسشنامه مازلاک به بررسی فرسودگی شغلی در پزشکان خانواده پرداختند. در این مطالعه حدود ۳۵۰۰ پرسشنامه در بین پزشکان خانواده در ۱۲ کشور اروپایی توزیع گردید و ۱۳۹۳ مورد از آن‌ها با میزان پاسخ ۴۱ درصد جمع‌آوری شد. در بررسی فرسودگی شغلی، ۴۳ درصد از افراد پاسخ‌دهنده نمره بالایی در بعد خستگی هیجانی (عاطفی) داشتند، ۳۵ درصد نمره بالایی را در مسخ شخصیت کسب نمودند، ۳۲ درصد نمره پایینی در موفقیت شخصی داشتند و ۱۲ درصد فرسودگی بالایی را در هر سه بعد نشان دادند. شایان ذکر است که حدود یک‌سوم از پزشکان در هیچ بعدی فرسودگی شغلی را گزارش نکردند که این مهم با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر همخوانی دارد و اندک تفاوت‌های مشاهده‌شده در برخی از ابعاد می‌تواند ناشی از تفاوت‌های جمعیتی و شرایط محیطی باشد [۴]. در پژوهش مذکور، افراد نمونه به تعداد ۱۳۹۳ نفر از ۱۲ کشور اروپایی بودند؛ از این رو علاوه بر تفاوت‌های نژادی مربوط به دو مطالعه، متغیرهایی مانند استفاده از الکل و سیگار و همچنین داروهای پسیکوتروپیک در پژوهش Soler و همکاران لحاظ شده است که در مطالعه حاضر مورد توجه نبوده و یا جزء معیارهای خروج از مطالعه بوده است.

از سوی دیگر، در پژوهشی توصیفی-تحلیلی که توسط طائی و همکاران با موضوع فراوانی سندرم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی در ایران (شهر کرمان) در ارتباط با ۱۵۰ نفر از پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی، بیمارستان‌ها و مطب‌های شهر کرمان در سال ۱۳۸۷ انجام شد، با استفاده از پرسشنامه مازلاک به سنجش میزان فرسودگی شغلی پرداخته شد. نتایج نشان دادند که در مجموع، ۹۴/۷ درصد از آزمودنی‌ها مسخ شخصیت بالا، ۲۳/۷ درصد خستگی هیجانی متوسط به بالا و ۷۳/۷ درصد موفقیت فردی متوسط به بالا را گزارش نموده‌اند که این مهم با یافته‌های مطالعه حاضر در ارتباط با ابعاد خستگی هیجانی و کفایت شخصی مطابقت دارد؛ اما در بعد مسخ شخصیت، فرسودگی بیشتری گزارش شده است که می‌تواند ناشی از فشارهای کاری در محیط کار و تفاوت در شرایط محیطی و سازمانی جمعیت‌های مورد بررسی باشد [۱۹]. مواجهه با بیماران اورژانسی و بدحال بر ایجاد استرس و به دنبال آن فرسودگی شغلی در پزشکان شاغل در بیمارستان اثرگذار بوده و فقدان تسلط کافی بر اوضاع، مواجهه با بیماران بدحال برای مدت طولانی و نبود حمایت سازمانی از عوامل تأثیرگذار بر ایجاد تنش و فرسودگی ناشی از آن می‌باشند. پزشک در ساعات کاری خود با بیمارانی با اخلاق و رفتارهای متفاوت مواجه بوده و باید بتواند با تمامی این افراد ارتباط برقرار نموده و تعامل ایجاد کند. هر بیمار همچون مسأله‌ای نیازمند رمزگشایی بوده و پزشک موظف است تمامی جنبه‌های مشکل بیمار را در نظر بگیرد و به‌صورت همزمان بیماری وی را از ده‌ها تشخیص افتراقی دیگر آن به شکل صحیح تمیز دهد؛ از این رو این شرایط موجب ایجاد فشار و تنش زیادی در پزشک معالج می‌گردد [۲۰].

در مطالعه حاضر داشتن فرزندان بیشتر با ابعاد خستگی هیجانی و موفقیت فردی فرسودگی شغلی ارتباط معناداری داشت؛ به‌طوری که افزایش تعداد فرزندان باعث کاهش میزان فرسودگی در این ابعاد گردید. در این راستا، در پژوهش انجام‌شده

توسط Woodside و همکاران در دانشگاه تنسی ایالات متحده با عنوان "مشاهده فرسودگی شغلی در دستیاران پزشکی خانواده و روان‌پزشکی در سال ۲۰۰۸"، ۱۵۵ دستیار پزشکی خانواده و روان‌پزشکی با استفاده از پرسشنامه مازلاک و پرسشنامه محیط کار مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که داشتن فرزند با میزان پایین‌تری از مسخ شخصیت ($T=3/98$, $P<0/001$) و خستگی هیجانی ($T=2/59$, $P=0/011$) در ارتباط می‌باشد [۲]. به نظر می‌رسد که مسئولیت‌های مربوط به داشتن فرزند در پزشکان باعث ایجاد اولویت‌های درونی متفاوتی در آن‌ها شده است که در مواجهه با استرس‌ها و مشکلات روزمره، یاری‌رسان آن‌ها می‌باشد. بررسی فرسودگی شغلی پزشکان براساس جنسیت، نتایج متفاوتی را در مطالعات انجام‌شده به‌دست داده است. در مطالعه مهدی‌زاده و همکاران و طلائی و همکاران، فرسودگی شغلی در حیطه خستگی هیجانی در زنان بیشتر از مردان بود. این درحالی است که طلائی و همکاران، فرسودگی شغلی در ابعاد مسخ شخصیت و خستگی هیجانی را در پزشکان مرد بیشتر از پزشکان زن گزارش نموده‌اند. Soler و همکاران نیز فرسودگی شغلی در بعد مسخ شخصیت را در پزشکان مرد بیشتر از پزشکان زن ارزیابی نموده‌اند. علاوه‌براین، Ozyurt و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی عوامل مؤثر بر فرسودگی و رضایت شغلی در ۵۹۸ نفر از پزشکان ترکیه در سال ۲۰۰۶ براساس پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک و پرسشنامه رضایت شغلی مینه‌سوتا پرداختند و نشان دادند که میانگین فرسودگی شغلی در بعد مسخ شخصیت به‌طور معناداری در پزشکان مرد شاغل در مراکز مراقبت‌های بهداشتی بیشتر از پزشکان زن بوده است [۲۱]. در مطالعه Woodside و همکاران نیز نمرات حیطه مسخ شخصیت و خستگی هیجانی در دستیاران زن، پایین‌تر از دستیاران مرد بود. با این وجود، در مطالعه حاضر تفاوت آماری معناداری در هیچ‌یک از ابعاد فرسودگی شغلی براساس پرسشنامه مازلاک به لحاظ جنسیتی به‌دست نیامد. علت احتمالی مغایرت یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعات مختلف

می‌تواند ناشی از تفاوت در تعداد شرکت‌کنندگان از جنس‌های مختلف، نوع فعالیت پزشکان مورد مطالعه و تفاوت‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها باشد.

در مطالعه حاضر موفقیت فردی در پزشکان بالای ۴۰ سال به‌طور معناداری بالاتر از پزشکان زیر ۴۰ سال گزارش شد. این امر به آن معناست که پزشکان بالای ۴۰ سال، فرسودگی کمتری در این بعد داشته‌اند که این امر می‌تواند بیانگر این مهم باشد که افراد مسن‌تر، تسلط بیشتری به کار داشته و ارزیابی مثبت‌تری از خود دارند که این یافته با نتایج مطالعه Soler و همکاران که در آن گزارش نمودند که پزشکان خانواده مسن‌تر، موفقیت فردی بالاتری دارند و پزشکان جوان‌تر، خستگی هیجانی و مسخ شخصیتی بیشتری را احساس می‌نمایند، مطابقت دارد. در ایران نیز نتایج مطالعه مهدی‌زاده و همکاران نشان دادند که با افزایش سن شرکت‌کنندگان، موفقیت فردی افزایش می‌یابد.

از دیگر نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه می‌توان به محیط کار پزشکان خانواده مورد بررسی اشاره کرد؛ به‌طوری که پزشکان خانواده شاغل در مراکز روستایی، فرسودگی بیشتری را در بعد خستگی هیجانی گزارش نمودند. بر مبنای نتایج، وضعیت بومی‌بودن در کاهش فرسودگی شغلی در بعد مسخ شخصیت، میزان علاقه‌مندی در تمامی ابعاد سه‌گانه و سابقه کار قبلی در بعد خستگی هیجانی و موفقیت فردی اثرگذار بوده و رابطه وضعیت استخدامی با ابعاد خستگی هیجانی و موفقیت فردی معنادار می‌باشد. در این راستا، تأثیر عوامل فردی و محیطی بر فرسودگی شغلی در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است. در مطالعه عبدالغفور و همکاران بین ابعاد خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و موفقیت فردی با فاصله مکانی محیط کار، ارتباط قابل‌توجهی وجود داشت [۲۲]. در مطالعه Soler و همکاران نیز بین فرسودگی شغلی و متغیرهای رضایتمندی، قصد تغییر شغل، استفاده از الکل و تنباکو و اختلالات روان‌شناختی ارتباط وجود داشت که این یافته نشان می‌دهد که این عوامل بر ایجاد

فرسودگی اثرگذار می‌باشند [۲۲].

در بررسی شرایط محیط کار در مطالعه حاضر مشخص شد که کمبود فضای کافی در اتاق پزشک و دما و تهویه نامناسب با ابعاد خستگی هیجانی و موفقیت فردی؛ وضعیت نامناسب بدن، کمبود بهداشت محیط کار، سر و صدا در محیط و محرک‌های تنش‌زا در حین انجام کار با هر سه بعد فرسودگی شغلی؛ انجام کار تکراری، عدم امکان استراحت پزشک، عدم وجود کارکنان کافی و عدم وجود مکان استراحت با خستگی هیجانی ارتباط معناداری دارند. در مطالعه انجام‌شده توسط Ozyurt و همکاران نیز ارتباط معناداری بین ساعات کارکرد شبانه‌روزی و داشتن مسئولیت اجرایی با فرسودگی شغلی در بعد خستگی هیجانی مشاهده گردید. در این مطالعه بین تعداد روزهای فراغت و تعطیلی در سال با مقیاس‌های فرسودگی شغلی نیز ارتباط وجود داشت [۲۰]. از سوی دیگر، محمودی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که خستگی هیجانی و مسخ شخصیت با شرایط فیزیکی نامناسب محیط کار و همچنین کمبود امکانات تخصصی و حرفه‌ای محیط کار رابطه معناداری دارند؛ اما رابطه آن‌ها با مطلوبیت محیط، معکوس می‌باشد [۲۳]. در مطالعه دیگری که توسط مسعودی و همکاران انجام شد، عوامل مؤثر بر ایجاد فرسودگی شغلی شامل: کم‌بودن احتمال پیشرفت شغلی، مناسب‌نبودن میزان حقوق با شرح وظایف، پاسخ‌گویی به تعداد زیادی از مراجعه‌کنندگان در طول روز و توقع بیش از حد مراجعه‌کنندگان و خانواده آن‌ها بودند [۲۴]. به نظر می‌رسد که محیط کار بر سلامت روان کارکنان اثرگذار بوده و به دلایل مختلفی می‌تواند یک منبع استرس برای افراد باشد. باید توجه داشت که کمبود امکانات تخصصی بر شدت استرس ناشی از کار افزوده و بر میزان فرسودگی شغلی تأثیرگذار می‌باشد.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه می‌توان گفت که تمامی پزشکان مورد مطالعه دچار فرسودگی شغلی بودند که میزان آن در هر پزشک متفاوت بود. همچنین با مقایسه دو گروه

و بیان بیشتر یا کمتر از حد واقعی احساسات و حالات درونی افراد شرکت کننده گردد. علاوه بر این، گستردگی جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش و استفاده از پرسشنامه‌های محیط کار تا حدودی سبب شناسایی منابع محیطی تنش‌زا و استرس‌آوری که بر فرسودگی شغلی پزشکان خانواده اثرگذار می‌باشند، گردید.

ق‌درانی

مطالعه حاضر (با کد IR.MAZUMS.REC.1397.2801) در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران تأیید گردیده است. بدین وسیله از تمامی عزیزانی که در راستای انجام این پژوهش با پژوهشگران همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

پزشکان خانواده و پزشکان غیرخانواده از نظر خستگی هیجانی، رابطه آماری معناداری مبنی بر اینکه پزشکان خانواده (به‌ویژه پزشکان خانواده‌های روستایی) فرسودگی بیشتری را نسبت به پزشکان غیرخانواده در این بعد احساس می‌کردند، به‌دست آمد که این موضوع نیاز به مطالعات بیشتر و برنامه‌ریزی برای رفع فرسودگی شغلی پزشکان-به‌ویژه پزشکان خانواده-را مورد تأکید قرار می‌دهد؛ بهبود این وضعیت می‌تواند بر ارتقای کیفیت ارائه خدمات به بیماران تأثیرگذار باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم امکان مصاحبه دقیق بالینی و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط فرد پژوهشگر (مصاحبه چهره به چهره) و جمع‌آوری مجدد داده‌ها اشاره نمود که این موضوع می‌تواند منجر به ازدست‌رفتن برخی از اطلاعات

References

1. Trollope-Kumar K. Do we overdramatize family physician burnout?: NO. *Can Fam Physician* 2012; 58(7):731-3.
2. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad Psychiatry* 2008; 32(1):13-9.
3. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* 2008; 93(3):498-512.
4. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008; 25(4):245-65.
5. Pavlat J. The stressed physician. I. What conditions of the profession are stressful for the physician? What disorders do physicians experience and what are the effects on patients? *Cas Lek Cesk* 2002; 141(11):343-5.
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:397-422.
7. Kushnir T, Levhar C, Cohen AH. Are burnout levels increasing? The experience of Israeli primary care physicians. *Isr Med Assoc J* 2004; 6(8):451-5.
8. Kamrowska A. Job burn-out. *Pol Merkur Lekarski* 2007; 23(136):317-9.
9. 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.
10. WMA declaration of Geneva. World Medical Association. Available at: URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva>; 2017.
11. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": international classification of disease. Geneva: World Health Organization; 2019.
12. Mohamadi Rizi S, Kordi M, Shakeri MD, Salehi Fadardi J. A survey on midwives work ability at public hospitals and health-care centers in Mashhad in 2011. *Occup Med Quart J* 2012; 4(1):59-65.
13. Saeidi M, Khodaei GH, Derakhshan A. Study on relationship between job burnout with social support and self-esteem in health center employees of mashhad after implementation of family physician program. *J Mashhad Med Council* 2014; 18(1):12-6 (Persian).
14. Yaman H, Soler JK. The job related burnout questionnaire. A multinational pilot study. *Aust Fam*

- Physician 2002; 31(11):1055-6.
15. Boosari P. Burnout syndrome in nurses working at educational hospitals. Iran J Nurs 2003; 15(32):20-6 (Persian).
16. Esfandiari GR. Survey of the rate of occupational burnout between nursing staff of Sanandaj hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2001; 6(1):31-5 (Persian).
17. Hansen A, Peterson LE, Fang B, Phillips RL Jr. Burnout in young family physicians: variation across states. J Am Board Fam Med 2018; 31(1):7-8.
18. Taghipour A, Esmaeily H, Mahdizadeh SM, Ebrahimipour H. Occupational burnout and influence of work environment factors among family physicians in Khorasan Razavi. Occup Med Quart J 2014; 5(4):42-51 (Persian).
19. Taei M, Safizadeh H, Divsalar K. Frequency of burnout among general practitioners of kerman city, 2008. J Kerman Univ Med Sci 2010; 17(3):268-76.
20. Atef L, Rouhalamin M, Nouri AG, Molavi H. A Comparision of job burnout in general surgeons and internists in Isfahan. Knowl Res Appl Psychol J 2017; 8(29):129-51.
21. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. QJM 2006; 99(3):161-9.
22. Abdulghafour YA, Bo-hamra AM, Al-Randi MS, Kamel MI, El-Shazly MK. Burnout syndrome among physicians working in primary health care centers in Kuwait. Alexandria J Med 2011; 47(4):351-7.
23. Mahmoudi GR, Rouhy G, Moujerlou M, Sheykh HA, Rahmani H. Rahmany relationship between nursing burnout, physical environment and profesinal equipments. J Gorgan Univ Med Sci 2006; 8(2):40-6 (Persian).
24. Massoudi R, Aetemadifar S, Afzali SM, Khayri F, Hassanpour Dehkordi A. The influential factors on burnout among nurses working in private hospitals in Tehran. Iran J Nurs Res 2008; 3(9):47-58 (Persian).