

بررسی ارتباط بین سلامت عمومی با فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستانهای

دولتی و مراکز بهزیستی شهر تهران

دکتر طلعت اللهیاری*

کبری پادیاد**

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۱۰

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۱۵

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی و شناخت ارتباط بین سلامت عمومی با فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستانهای دولتی و مقایسه با مراکز بهزیستی شهر تهران می‌باشد، که سلامت عمومی از ابعاد کارکرد جسمانی، میزان اضطراب، کارکرد اجتماعی و میزان افسردگی سنجیده شده است. فرسودگی شغلی از ابعاد میزان و شدت تحلیل عاطفی، میزان و شدت مسخ شخصیت و میزان و شدت عدم موفقیت فردی، سنجیده شده است و از تحقیق‌های توصیفی و بخصوص روش تحقیق زمینه‌یابی یا پیمایشی استفاده شده است. بدین ترتیب که با تأکید بر شناسایی روابط بین متغیرهای اصلی فرسودگی شغلی و سلامت عمومی و با اشاره به بررسی وضعیت موجود افرادی که در جامعه آماری قرار دارند، می‌توان به روش تحقیق زمینه‌یابی از نوع روندپژوهی توجه نمود.

از مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان با روش سرشماری تعداد ۸۷ نفر از تمام مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌ها مورد سنجش قرار گرفتند و از مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز بهزیستی از طریق دو روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌ای و نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی تعداد ۷۹ نفر مورد گزینش قرار گرفتند که روی هم ۱۶۶ نفر شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و میلر) و فرسودگی شغلی (مازلاک) جمع‌آوری شد.

یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که بین سلامت عمومی و فرسودگی شغلی مددکاران شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز بهزیستی رابطه غیرمستقیمی وجود دارد، بدین معنا که با افزایش میزان فرسودگی شغلی، سلامت عمومی کاهش می‌یابد و بالعکس مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان نسبت به مددکاران اجتماعی شاغل در سازمان بهزیستی از نظر میزان و شدت، فرسودگی شغلی بیشتری را تجربه می‌کنند. یکی از ابعاد فرسودگی شغلی، میزان موفقیت فردی می‌باشد که مددکاران اجتماعی مورد مطالعه، وضعیت مطلوبی در این زمینه ندارند و اغلب آنان موفقیت فردی پایینی را تجربه می‌کنند.

تبعاً دیگر فرسودگی شغلی که نقش مهمی نیز در سلامت عمومی دارد، تحلیل عاطفی می‌باشد که مددکاران اجتماعی مورد مطالعه، در این زمینه تحلیل عاطفی بالایی را تجربه می‌نمایند.

مقدمه

مشاغل گوناگون، رابطه‌ای مستقیم یا غیرمستقیم با بیماریها دارند، این مشاغل مختلف، انسان را با مخاطرات خاصی مواجه می‌کند که مقابله با آنها بستگی کامل به امکانات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی جامعه دارد. بسیاری از بیماریها با مشاغل خاص ارتباط دارند و به دلیل جلوگیری از این بیماریهاست که جامعه محتاج به رعایت اصول بهداشتی خاصی می‌شود. (محسنی، ۱۳۸۵: ۱۱۸).

مددکاران اجتماعی به اقتضای شغلی که دارند با انواع مشکلات و افراد مشکل‌دار مواجه می‌باشند. در این میان گروهی از مددکاران اجتماعی قادرند خود را از مشکلات سازمانی و مشکلات استفاده‌کنندگان از خدمات جدا نمایند، ولی عده‌ای دیگر نمی‌توانند خود را از مشکلات شغل جدا نمایند و به استرس‌های شدید و طولانی که می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی^۱ شود دچار می‌شوند. استرس می‌تواند تأثیر جدی بر سلامت مددکاران اجتماعی داشته باشد، به ویژه اگر پیشرفت کند و مزمن شود بر قلب و عروق خونی، سیستم ایمنی و عصبی تأثیر می‌گذارد. استرس می‌تواند موجب اضطراب، تحریک پذیری، عدم تمرکز شود و همچنین می‌تواند برخی بیماریها را وخیم‌تر نماید. زخم معده، بیماری شریان کرونری، دیابت و آسم در طول زمان می‌تواند به افسردگی، مشکلات ارتباطی و بدی عملکرد و کار منجر شود.

بسیاری از مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستانها و مراکز بهزیستی در ارتباط با افراد و گروههای مشکل‌دار، بطور مداوم در معرض فشارهای روانی قرار دارند. تماس مداوم با بیماران و خانواده‌هایی که مشکلات پیچیده دارند، امکانات اندک، توسعه شغلی بسیار کم و بی‌توجهی به رشته توسط مسئولان، مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستانها و مراکز بهزیستی را دائماً در حالت استرس شدیدی قرار می‌دهد، به نظر می‌رسد که امکان ابتلا به سندروم فرسودگی شغلی در این قشر از افراد جامعه در حال افزایش است.

مشاغل مختلف بر اثر عدم رعایت بهداشت شغلی و یا دلایلی دیگر، افراد را مستعد پذیرفتن بیماریهای معینی می‌کنند. ابتلا به بیماریها، به هر صورت و بنا به هر علتی که باشد در میزان کارایی مؤثر است. عملاً کشورهایی که دارای وضع بهداشتی نامناسبی هستند، دارای نیروی انسانی قدرتمند نمی‌باشند و از منافع اقتصادی هم استفاده کافی نمی‌برند.

فشار روانی وارد بر مددکاران اجتماعی موجب بروز تنش‌های فراوانی شده که این گونه تنیدگی در درازمدت، سیستم اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در اندام احشایی، انقباض‌های جسمی فراوانی را ایجاد می‌کند، همچنین زمینه مساعدی برای بروز عوارضی چون کندی حرکت، لختی عضلات، خستگی جسمانی و عدم تمرکز فراهم می‌سازد که این عوارض را می‌توان به عنوان سندرم فرسودگی شغلی تعریف کرد. (کامکاری، ۱۳۸۰: ۶۳)

^۱ . Burnout

مراجعه به سازمانهای رفاهی و خدمات اجتماعی، گاه توقعات بسیار زیادی از مددکاران اجتماعی دارند، چرا که مددکاران اجتماعی را تنها مرجعی می‌دانند که می‌توانند به آنها تکیه نمایند. در بسیاری از موارد، مسئولیت‌های بسیار متنوعی که به عهده مددکاران اجتماعی می‌باشد موجب خستگی مفرط جسمی و روحی آنان شده و از طرفی بی‌توجهی مسئولین ادارات و سازمان‌های استخدام کننده مددکاران اجتماعی نسبت به این حرفه مهم و حیاتی در جامعه، فشاری مضاعف بر مددکاران اجتماعی وارد می‌سازد.

یکی از مفاهیمی که در سالهای اخیر توجه روان‌شناسان صنعتی- سازمانی را به خود معطوف ساخته، از پا درآمدن، از رمق افتادن، بی‌حالی، سستی و رخوت متصدی شغل است که اصطلاحاً به آن فرسودگی شغلی گفته می‌شود. به نظر می‌آید فرسودگی شغلی نوعی پاسخ فرد به عوامل استرس‌زای میان فردی در محیط کار می‌باشد که طی آن تماس بیش از ظرفیت متصدی شغل با دیگران باعث ایجاد تغییراتی در نگرشها و رفتار وی نسبت به آنان می‌شود. (ساعتچی، ۱۳۸۲: ۲۱۵)

فروتن برگر، پدر مفهوم فرسودگی شغلی، فرسودگی شغلی را از نظر رویکرد بالینی، سبب‌شناسی، علائم، روند و سیر بالینی و درمان در مقاله‌ای که در سال ۱۹۷۹ انتشار داده، تشریح کرده است. وی معتقد بود که سندروم فرسودگی خود را به صورت علائم مختلف نشان می‌دهد که این علائم و شدت آنها از یک شخص به شخص دیگر تفاوت دارد و تقریباً یک سال بعد از اینکه فرد در یک اداره یا مؤسسه کار می‌کند شروع می‌شود. (باهلر و لند، ۲۰۰۳: ۶)

مازلاک و همکارانش فرسودگی شغلی را یک ساختار چند بعدی می‌دانند که از سه مؤلفه مربوط به هم تشکیل شده که عبارتند از: تحلیل رفتن یا خستگی عاطفی که به از دست دادن انرژی‌های عاطفی شخص مرتبط است. مؤلفه دوم مسخ شخصیت است، که پزشکان با فرسودگی شغلی در بعد مسخ شخصیت، به جای احترام و حفظ ارزشهای انسانی، فرد بیمار را با شماره، نوع بیماری، شماره اتاق یا تخت می‌شناسند. مؤلفه سوم فرسودگی، عدم موفقیت فردی است که در آن فرد احساس می‌کند عملکردش همراه با موفقیت نیست. (بک استید، ۲۰۰۲: ۷۸۵)

کلمه فرسودگی شغلی اشاره به یک وضعیت خلقی و عاطفی دارد، یک افت انرژی که معمولاً در مشاغل کمک‌کننده به دیگران دیده می‌شود. این حالت، با یک غم و اندوه و شک و تردید به آینده کاری، آرمانها و عقاید همراه است. (تاپن، ۲۰۰۱: ۵۱۰)

روش پژوهش

در این پژوهش از پژوهش‌های توصیفی و بخصوص روش تحقیق زمینه‌یابی یا پیمایشی از نوع روندپژوهی استفاده شده است. جامعه تحقیق حاضر را مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌های دولتی و مراکز بهزیستی شهر تهران تشکیل می‌دهند و افراد مورد مشاهده در این پژوهش همگی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌های دولتی می‌باشند که دست کم یک سال سابقه کار دارند و همچنین به علت فراوانی مددکاران اجتماعی شاغل در

بهزیستی، تقریباً به تعداد مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستانها، مددکار اجتماعی از مراکز بهزیستی واقع در شهر تهران که آنها نیز دست کم یک سال سابقه کار داشتند گزینش شدند. از ۹۹ نفر مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستانها ۸۷ نفر گزینش شدند و ۱۲ نفر ریزش داشتند (مددکاران اجتماعی که یکسال سابقه کار نداشتند، غیبت و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه) در حالی که به دلیل گسترده بودن جامعه آماری مددکاران اجتماعی شاغل در بهزیستی، از دو روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌ای و نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شده است.

برای جمع‌آوری داده‌های تجربی از ابزار روان‌شناختی که شامل دو پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و میلر (GHQ)^۳ و دیگری پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک (MBI)^۴ می‌باشد، استفاده شده است. در راستای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS علاوه بر آمار توصیفی و به منظور پاسخگویی به سئوالات تحقیق و با توجه به مقایسه فرسودگی شغلی و سلامت عمومی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستانها و بهزیستی، از مدل آماری استیودنت دو گروه مستقل استفاده شده است. همچنین از رگرسیون چند متغیری که هر دو از مدل‌های آماری پارامتریک می‌باشند، بهره گرفته شد. جهت وجود رابطه بین سلامت عمومی و فرسودگی شغلی از آماره سامرز استفاده شد و جهت بررسی نرمال بودن توزیع، از آماره اسمیرنوف کلموگروف و جهت بررسی شدت رابطه، از مجذورخی که هر سه از مدل‌های آماری ناپارامتریک هستند، استفاده شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی دارای روایی مقبولی می‌باشد و در آخرین انجمن سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲) به عنوان یکی از ابزارهایی که دارای اعتبار و روایی مطلوبی می‌باشد، مطرح گردید. این پرسشنامه بر اساس نظریه سلامت عمومی به تنیدگی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی معطوف بوده و دارای روایی سازه می‌باشد.

تحقیقات متعددی در زمینه روایی و اعتبار این پرسشنامه در داخل کشور انجام گرفته است که از جمله می‌توان به هومن (۱۳۷۶)، پالاهنگ (۱۳۷۴)، یعقوبی (۱۳۷۴)، یزدان پناه (۱۳۷۵). میرعشقی (۱۳۷۵)، بهاری (۱۳۷۸) و شریفی درآمدی (۱۳۸۱) اشاره نمود. لازم به ذکر است که ضرایب اعتبار این پرسشنامه در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ بدست آمده است. اعتبار پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک برای بررسی پژوهش ابزار مناسبی است زیرا هر سه خرده مقیاس، از همسانی درونی قابل قبولی برخوردارند.

در ایران اولین بار نسخه پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک و پرسشنامه MBI توسط فیلیان (۱۳۷۱) ترجمه و اعتبار علمی آن تعیین شده است. وی در مطالعه خود تحلیل عاطفی $\alpha = 0/90$ مسخ شخصیت $\alpha = 0/80$ و احساس عدم موفقیت فردی $\alpha = 0/83$. با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار این پرسشنامه را محاسبه کرده است.

اعتبار پرسشنامه در سایر پژوهش‌ها (از افشانک، ۱۹۷۲)، (منکیور، ۱۹۹۷)، (پاور، ۲۰۰۱) نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش مجدداً اعتبار پرسشنامه فرسودگی شغلی مازلاک با نظر اساتید آمار در رشته علوم رفتاری از طریق اجرا روی ۱۰ آزمودنی مورد سنجش قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ فرسودگی شغلی مازلاک مساوی با ۰/۸۳ مورد تأیید واقع گردید.

³ . General Health Questioners (GHQ)

⁴ . Maslack Burnout Inventory (MBI)

نتایج

یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که بین سلامت عمومی و فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز بهزیستی رابطه غیرمستقیمی وجود دارد. بدین معنا که با افزایش میزان فرسودگی شغلی، سلامت عمومی کاهش می‌یابد و بالعکس. بیشتر مددکاران اجتماعی مورد مطالعه، احساس می‌کنند که در محیط کاری موفقیت فردی کمی دارند.

فرضیه ۱- بین سلامت عمومی و فرسودگی شغلی مددکاران شاغل در بیمارستان و مددکاران شاغل در سازمان بهزیستی رابطه وجود دارد.

جدول ۱- توزیع فراوانی میزان سلامت عمومی مددکاران مورد مطالعه برحسب میزان فرسودگی شغلی

| جمع | | کم | | متوسط | | زیاد | | فرسودگی شغلی |
|------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|--------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۸۰ | ۱۳۳ | ۱۰۰ | ۱۹ | ۸۰ | ۱۱۳ | ۲۰ | ۱ | بالا |
| ۱۸ | ۳۰ | ۰ | ۰ | ۱۸/۳ | ۲۶ | ۸۰ | ۴ | متوسط |
| ۲ | ۳ | ۰ | ۰ | ۲ | ۳ | | ۰ | پایین |
| ۱۶۶ | | ۱۹ | | ۱۴۲ | | ۵ | | تعداد |
| | | ۱۱/۴ | | ۸۵/۵ | | ۲ | | درصد |

۲۰ درصد از مددکاران اجتماعی که فرسودگی شغلی زیادی را تجربه می‌کنند، از سلامت عمومی بالا و ۸۰ درصد از سلامت عمومی متوسط برخوردار هستند. ۸۰ درصد مددکاران اجتماعی که فرسودگی شغلی متوسطی را تجربه می‌کنند، از سلامت عمومی بالا، ۱۸/۳ درصد از سلامت عمومی متوسط و ۲ درصد از سلامت عمومی پایین برخوردارند و در نهایت تمامی مددکاران اجتماعی مورد مطالعه که در شغل خود فرسودگی کمی دارند، از سلامت عمومی بالایی برخوردار هستند.

فرضیه ۲- بین مددکاران شاغل در بیمارستان و مددکاران شاغل در سازمان بهزیستی تفاوت معناداری از لحاظ میزان فرسودگی شغلی وجود دارد.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی میزان فرسودگی شغلی مددکاران مورد مطالعه برحسب محل اشتغال

| جمع | | بهزیستی | | بیمارستان | | محل اشتغال |
|------|-------|---------|-------|-----------|-------|------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۳ | ۵ | ۲/۵ | ۲ | ۳/۴ | ۳ | زیاد |
| ۸۵/۵ | ۱۴۲ | ۷۸/۵ | ۶۲ | ۹۲ | ۸۰ | متوسط |

| | | | | | | |
|------|----|------|----|------|---|-------|
| ۱۱/۴ | ۱۹ | ۱۹ | ۱۵ | ۴/۶ | ۴ | کم |
| ۱۶۶ | | ۷۹ | | ۸۷ | | تعداد |
| | | ۴۷/۶ | | ۵۲/۴ | | درصد |
| جمع | | | | | | |

۳/۴ درصد از مددکاران شاغل در بیمارستان‌ها، فرسودگی شغلی زیاد، ۹۲ درصد از آنان، فرسودگی شغلی متوسط و ۴/۶ درصد از ایشان فرسودگی شغلی کمی را تجربه می‌کنند.

۲/۵ درصد از مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز سازمان بهزیستی، فرسودگی شغلی زیاد، ۷۸/۵ درصد از آنان فرسودگی شغلی متوسط و ۱۹ درصد از ایشان فرسودگی شغلی کم را تحمل می‌کنند.

قضاوت

با توجه به این که متغیر مستقل «فرسودگی شغلی» توسط مقیاس شناخته شده‌ای مورد سنجش واقع شده است و از توزیع نرمالی در نمونه آماری برخوردار است، برای بررسی تفاوت دو گروه از آزمون t استیودنت دو گروه مستقل استفاده گردیده است.

| مددکاران شاغل در بیمارستان | مددکاران شاغل در بهزیستی | آماره‌ها |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| ۶۲/۸ | ۵۶/۶ | میانگین |
| ۱۳ | ۱۸/۸ | انحراف معیار |
| | | T: ۲/۴۹۸ |
| | | Sig(2-tailed): ۰/۰۱۳ |

از آنجا که مقدار t محاسبه شده (۲/۴۹۸) در سطح خطای ۳۱٪ معنادار می‌نماید، با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که بین مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان و مراکز سازمان بهزیستی، تفاوت معناداری از لحاظ میزان فرسودگی شغلی وجود دارد. بدین معنا که براساس آماره میانگین جدول فوق الذکر، مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان، فرسودگی شغلی بیشتری را نسبت به مددکاران اجتماعی شاغل در سازمان بهزیستی تجربه می‌کنند. پس بین مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان و سازمان بهزیستی تفاوت معناداری از لحاظ شدت فرسودگی شغلی وجود دارد.

جدول ۳- توزیع فراوانی شدت فرسودگی شغلی مددکاران مورد مطالعه بر حسب محل اشتغال

| جمع | | بهبودی | | بیمارستان | | محل اشتغال |
|------|-------|--------|-------|-----------|-------|--------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | فرسودگی شغلی |
| ۱۵/۷ | ۲۶ | ۱۹ | ۱۵ | ۱۲/۶ | ۱۱ | ضعیف |
| ۷۹ | ۱۳۱ | ۸۱ | ۶۴ | ۷۷ | ۶۷ | متوسط |
| ۵/۴ | ۹ | ۰ | ۰ | ۱۰/۳ | ۹ | قوی |
| ۱۶۶ | | ۷۹ | | ۸۷ | | تعداد |
| | | ۴۷/۶ | | ۵۲/۴ | | درصد |

۱۲/۶ درصد مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌ها، از نظر شدت فرسودگی شغلی ضعیف ۷۷ درصد آنان فرسودگی شغلی متوسط و ۱۰/۳ درصد آنان فرسودگی شغلی را تحمل می‌کنند. همچنین ۱۹ درصد مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز بهبودی، فرسودگی شغلی ضعیف و ۸۱ درصد فرسودگی شغلی متوسط را از نظر شدت تجربه می‌کنند.

قضایوت:

| آماره‌ها | مددکاران شاغل بیمارستان | مددکاران شاغل بهبودی |
|---------------------|-------------------------|----------------------|
| میانگین | ۶۹/۷ | ۶۰/۲ |
| انحراف معیار | ۲۲/۶ | ۱۶/۶ |
| T : ۳/۰۳۴ | | |
| Sig(2-tailed) : ۰۰۳ | | |

از آنجا که مقدار t محاسبه شده (۳/۰۳۴) در سطح خطای ۰/۰۰۳ معنادار می‌نماید، با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که بین مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز بهبودی، تفاوت معناداری از نظر شدت فرسودگی شغلی وجود دارد. بدین معنا که با توجه به این که میانگین مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌ها بیشتر از گروه دوم است، شدت فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها، بیشتر است.

جدول ۴- پیش‌بینی متغیر وابسته سلامت عمومی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستانها و بهبودی بر اساس

متغیرهای مستقل پژوهش

(خرده مقیاس‌های فرسودگی شغلی)

| متغیر | ضریب بتا (Beta) | آزمون تی (T) | معنی‌داری تی (T) |
|-----------------------|-----------------|--------------|------------------|
| میزان عدم موفقیت فردی | ۰/۲۳ | ۳/۵۵ | ۰/۰۰۱ |

| | | | |
|------------|------------|--------------|-------------------|
| ۰/۳۵ | ۰/۹۲۹ | -۰/۰۷ | میزان مسخ شخصیت |
| ۰/۰۰۰ | ۶/۲۸ | -۰/۴۷ | میزان تحلیل عاطفی |
| $R^2=۰/۳۸$ | $f=۳۳/۳۸۰$ | $sigf=۰/۰۰۰$ | |

ضریب تعیین ۰/۳۸ بدین معناست که نسبتی از واریانس سلامت عمومی که توسط متغیرهای مستقل جدول ۴ تعیین شده است به اندازه ۳۸ درصد است و مابقی آن توسط متغیرهایی تبیین می‌شود که در پژوهش حاضر لحاظ نشده است. آزمون f با ۹۹ درصد اطمینان صحت داده‌های فوق را تأیید می‌کند.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که بیشترین تأثیر بر میزان سلامت عمومی به ترتیب از خرده‌مقیاس میزان تحلیل عاطفی و میزان عدم موفقیت فردی نشأت می‌گیرد و خرده‌مقیاس مسخ شخصیت تأثیر قابل توجهی بر سلامت عمومی ندارد.

بر اساس جدول ۴ به ازای یک واحد تغییر در وضعیت عدم موفقیت فردی، سلامت عمومی ۰/۲۳ تغییر می‌کند، به ازای یک واحد تغییر در میزان تحلیل عاطفی، سلامت عمومی ۰/۴۷ تغییر می‌کند البته به صورت معکوس.

معادله پیش‌بینی متغیر وابسته سلامت عمومی بر اساس خرده‌مقیاس‌های فرسودگی شغلی
 سلامت عمومی = (۳۵/۵۴) + عدم موفقیت فردی (۰/۲۸۰) + تحلیل عاطفی (۰/۱۵۸)

بحث و نتیجه‌گیری

فرسودگی شغلی بیشتر در مشاغلی از قبیل پزشکان، پرستاران، معلمان، مددکاران اجتماعی و مدیران رده‌های بالا دیده می‌شود. فرسودگی شغلی را می‌توان نوعی اختلال که به دلیل قرار گرفتن طولانی مدت شخص در معرض استرس در ارتباط با کار و مردم در فرد ایجاد می‌شود، دانست که با نشانگان فروپاشی هیجانی، جسمی و ذهنی همراه است. عزت نفس فرد مبتلا، پایین است و احساس غیرسودمندی را تجربه می‌کند. کسانی که فاقد تعادل بین کار و زندگی شخصی خود هستند و کسانی که کارشان یکنواخت است و کسانی که از کارشان ناراضی بوده و آشکارا با مردم خصومت می‌ورزند، کسانی که درگیر تصمیم‌گیری درباره زندگی و مرگ افراد هستند (مانند پزشکان)، مدیران، کسانی که تحت شرایط دشوار و سخت کار می‌کنند، کسانی که کارشان به توجه دقیق نیاز دارند، کسانی که کارشان تکراری است و کسانی که سروکارشان با مردم است، بیشتر از همه در معرض فرسودگی شغلی قرار دارند، به ویژه اگر احساس کنند تلاش‌هایشان به اهداف مطلوبی منجر نمی‌شود.

یکی از ابعاد فرسودگی شغلی، میزان موفقیت فردی می‌باشد که مددکاران اجتماعی مورد مطالعه وضعیت مطلوبی در این زمینه ندارند و اغلب آنان، موفقیت فردی پایینی را تجربه می‌کنند. نظریه شبکه حمایتی در مددکاری اجتماعی، مددکار اجتماعی را موظف به ترمیم یا اصلاح شبکه حمایتی موجود و یا ایجاد شبکه حمایتی جدید می‌نماید، اما موفقیت در این امر، علاوه بر توانایی، قابلیت‌های فردی به امکانات اجتماعی که جامعه در اختیار وی قرار می‌دهد، بستگی دارد. چنین به نظر می‌رسد که اشتغال در سازمان‌هایی مانند بیمارستان و مراکز

بهزیستی که وظایف مددکار اجتماعی به صورت منظم و ساختمند تعریف شده و منابع در دسترس وی نیز مشخص شده است، هرچند مزایای فراوانی دارد، اما ممکن است به شدت مددکار اجتماعی را در چارچوب محدودیت‌های سازمانی گرفتار کند در حالی که هدف مددکاری اجتماعی در هر سازمانی، حمایت از مراجع می‌باشد. متأسفانه در کشور ما اغلب هدف واحد مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها، فقط کاستن از هزینه‌های درمانی بیمار می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که از یک سو مراکز آموزشی با همکاری سازمان‌هایی که به کار مددکاری اجتماعی می‌پردازند، دوره‌های آموزشی خاصی را جهت آموزش مددکاران اجتماعی آن سازمان اجرا نمایند. به عنوان دوره آموزشی نقش مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها به مددکاران اجتماعی آموزش دهد، که وظیفه ایشان صرفاً کمک مالی نمی‌باشد و وظایف مهم دیگری نیز دارند که باید بیاموزند، اما در سیستم آموزشی، فقط مددکاری اجتماعی عمومی را آموخته‌اند.

همچنین جلسات منظم هفتگی با مسئولان بیمارستان جهت برطرف نمودن مشکلات بیماران در رابطه با اعضای خانواده بیمار، کارکنان بیمارستان و منابع جامعه برگزار گردد.

بعد دیگر فرسودگی شغلی که نقش مهمی نیز در سلامت عمومی دارد، تحلیل عاطفی می‌باشد. برای کاستن از میزان تحلیل عاطفی، پیشنهاد می‌شود که توسط مددکاران اجتماعی گروه‌هایی با هدف بررسی نحوه نگرش به کار در معاونت درمان، با مسئولیت و بودجه معاونت درمانی دانشکده‌های علوم پزشکی شهر تهران ماهیانه یکبار تشکیل شود و بر اساس ساختار کار گروهی مددکار اجتماعی، سعی شود علاوه بر تخلیه هیجانی، آموزش‌های لازم جهت پیشگیری و کاهش این اثرات نامطلوب ارائه شود.

علاوه بر موارد فوق الذکر می‌توان برای کاهش فرسودگی شغلی، اقدامات دیگری نیز انجام داد که عبارتند از: سفر رفتن، انجام یوگا، ورزش نمودن و تقویت عضلات و ماهیچه‌ها، وقتی را به خود اختصاص دادن، توجه به طبیعت، استراحت و خواب کافی، ایجاد تنوع در کار، توجه بیشتر مدیران و رؤسا به حق و حقوق کارمندان، مناسب نمودن شرایط محیط کار توسط مقامات مسئول سازمانها و بیمارستان‌ها، بها دادن مدیران به کوشش و فعالیت افراد کوشا.

منابع

- ساعتچی، محمود. (۱۳۸۲)، روان‌شناسی بهره‌وری (ابعاد کاربردی روان‌شناسی کار و روان‌شناسی صنعتی - سازمانی)، چاپ چهارم، مؤسسه نشر ویرایش.
- کامکاری، کامبیز. (۱۳۸۰)، بررسی عوامل مؤثر بر رضایت مندی شغلی کارکنان پتروشیمی ایران، اداره کل پژوهش و توسعه و توسعه منابع انسانی.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۵)، جامعه‌شناسی پزشکی، انتشارات طهوری، چاپ هشتم.

- Beckstead; Jason w. (2002), *confirmatory factor analysis of the maslack burnout inventory amoag florida nurses*. International journal of nursing studies. 39 pp785.

- Buhler; k.e. land, T. (2003), *Burnout and personality in intensive care: An empirical study*. Hospital to pics: research and perspectives on health care, 81 cw 5-42 Retrieved October 16, 2004 from the social sciences database.

- Tappen; Ruth m. (2001), *Nursing Leadership and management fourth edition f.A.* Daris company, pp 509, 510.