

بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای و فرسودگی شغلی با سلامت روانی در پزشکان ارومیه

دکتر اکبر سلیمان نژاد^{۱*}، پریسا همدمی^۲، حورا سودی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۶/۰۸، تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۸/۰۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین سبک‌های مقابله با فشار روانی، افسردگی و سلامت روان در پزشکان ارومیه صورت گرفته است. **مواد و روش‌ها:** برای انجام این پژوهش ۳۱۳ (۸۳ نفر متخصص و ۲۳۰ نفر پزشک عمومی) نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. از پرسش‌نامه فرسودگی شغلی مازلاک، سبک‌های مقابله لازاروس و فوولکمن و پرسش‌نامه سلامت روان گلدبرگ استفاده شد. **یافته‌ها:** فرسودگی شغلی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روان است. بین سبک‌های مقابله با فشار روانی و سلامت روان در پزشکان رابطه معنی‌دار و معکوس وجود دارد. بین سبک‌های مقابله با فشار روانی و فرسودگی شغلی در پزشکان رابطه معنی‌دار وجود دارد. بین فرسودگی شغلی و سلامت روان پزشکان رابطه معنی‌دار و معکوس وجود دارد. فرسودگی شغلی، سلامت روان و سبک‌های مقابله با فشار روانی پزشکان با توجه به جنسیت آنان متفاوت نیست. **بحث و نتیجه‌گیری:** با به کار بردن نتایج این پژوهش در برنامه‌ریزی‌های آموزشی، دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی این امکان فراهم می‌شود که کسانی که به حرفه پزشکی روی می‌آورند، با استرس شغلی و فرسودگی شغلی و شیوه مقابله با آن آگاه شوند و شرایطی بهتر برای سلامت روانی آنان فراهم شود. **کلیدواژه‌ها:** سبک‌های مقابله، فشار روانی، فرسودگی شغلی، سلامت روان، پزشکان

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره دوم، پی در پی ۳۷، خرداد و تیر ۱۳۹۱، ص ۲۳۶-۲۲۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه پیام نور گروه علمی روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۴۶۱۱۶۳۱

Email: Dr.a.solan@gmail.com

مقدمه

محیط کار، هر یک از این وقایع؛ انسان را تحت فشار روانی قرار می‌دهد. فشار روانی از طریق ساز و کارهای روانی-عصبی بر جسم و روان انسان اثر می‌گذارد و در دراز مدت می‌تواند به ایجاد و تشدید اختلالات جسمی یا روانشناختی بینجامد. در صورتی که افراد زیادی از جامعه تحت تاثیر آثار ناشی از فشار روانی باشند، به طبع آن، این وضعیت باعث آثار سوء اجتماعی نیز خواهد شد. افراد در موقعیت‌های فشار آور از شیوه‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند. کارآمد بودن یا ناکارآمد بودن این شیوه‌های مقابله، نقش اساسی در بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی افراد دارد (۲).

در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، سلامت انسان به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است. بر این اساس، یکی از سه رکن مهم سلامت انسان‌ها، سلامت روان می‌باشد که در تعامل با سلامت جسمی و اجتماعی باعث سلامت کلی می‌گردد (۱). عوامل مهمی سلامت روان انسان را به مخاطره می‌اندازد، مواجه شدن او با وقایع ناخوشایندی که به طور روزمره با آن‌ها سر و کار دارد؛ وقایعی نظیر مرگ نزدیکان، بیماری، حوادث و سوانح، مشکلات اقتصادی، بی‌عدالتی‌های اجتماعی، انجام خطاهای روزمره، مشکلات

^۱استادیار دانشگاه پیام نور، گروه علمی روانشناسی، کد ۴۶۹۷-۱۹۳۹۵ (نویسنده مسئول)

^۲کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

^۳دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تربیتی

از آنجایی که فشار روانی همراه با هیجانات نامطلوب و ناسازگاری می‌باشد، لذا لازمه کارآمد بودن شیوه‌های مقابله‌ای این است که هیجانات به شیوه‌ای ابراز گردد که نه تنها فشار روانی را به حداقل برساند، بلکه برای حفظ و ارتقای سلامت روان نیز بهترین کارآیی را داشته باشد.

پزشکان به عنوان خط مقدم درمان، در مواجهه با طیف وسیعی از بیماری‌ها و مخاطرات تهدیدکننده زندگی بیماران بدون هر انتخاب و گزینشی پذیرای بیماران بوده و به درمان آن‌ها می‌پردازند اما از حمایت‌های کافی برخوردار نیستند. فرسودگی شغلی در مشاغل یاری رسان به مردم، بیشتر از سایر حرفه‌ها می‌باشد. پرسنل شاغل در بخش بهداشت و درمان شامل پزشکان عمومی، متخصصان، پرستاران و بهیاران به علت مواجهه با عوامل استرس زای متعدد شامل فشارهای روانی هیجانی، فیزیکی، مدیریتی و بین فردی میزان بیشتری از فرسودگی شغلی را به نسبت سایر مشاغل تجربه می‌کنند (۸-۳). این عوامل استرس زا شامل فشار کاری بالا (۹-۱۳)، حمایت اجتماعی کم، مواجهه با خشونت و تهدید در محل کار (۱۷-۱۴)، کار در شیفت شبانه (۹-۱۱)، تقاضای زیاد در محل کار (۱۴)، سازماندهی ضعیف کاری (۱۲)، سختی و ابهام در کار (۱۴)، تصمیم‌گیری در موقعیت‌های بحرانی بر اساس اطلاعات ناکافی و مواجهه با نتایج این تصمیم‌گیری‌ها می‌باشد (۱۶). در مطالعه امبریاکو^۱ ۵۰ درصد پزشکان اورژانس و یک سوم پرستاران اورژانس (۵) و در پژوهش تیلور^۲ ۴۱-۲۷ درصد جراحان انکولوژی سطوح متوسط تا شدید فرسودگی شغلی را تجربه کرده‌اند (۱۹). کمپل در تحقیق خود نشان داد که دو سوم جراحان سطوح بالایی از خستگی هیجانی، ۱۳ درصد آن‌ها سطوح بالای مسخ شخصیت و ۴ درصد کفایت شخصی را در سطح پایین داشته‌اند (۲۰). در پژوهشی بر روی بیش از ۳۵۰۰ دندانپزشک، ۳۸ درصد آن‌ها همیشه و یا بیشتر احساس

نگرانی و اضطراب داشته‌اند، ۳۴ درصد آن‌ها بیشتر احساس خستگی روحی و جسمی داشتند و ۲۶ درصد آن‌ها غالباً دچار سردرد و یا کمر درد بودند (۲۰). در مطالعه‌ای در ترکیه مهم‌ترین عامل پیش بینی در تمام ابعاد فرسودگی شغلی و رضایت شغلی پزشکان به دفعات استفاده از تعطیلات و مالکیت عمومی تسهیلات رفاهی کارکنان در سطح گروه بستگی داشت (۲۲). در پزشکان دانمارک بین عدم مشارکت در آموزش مداوم پزشکی و ابتلای دو برابر به فرسودگی شغلی از لحاظ آماری رابطه معنی داری به دست آمد (۲۳).

نکته قابل توجه دیگر این است که آسیب‌پذیری روانی در اقشار مختلف جامعه یکسان نمی‌باشد. در این میان پزشکان از جمله اقشار آسیب‌پذیر جامعه از لحاظ روانی می‌باشند. پزشکان به دلیل دگرگونی شدید روانی ناشی از مشکلات محیط کار و نیز نداشتن ساز و کارهای حمایتی در جهت تسهیل مقابله مؤثر (۲۴) آسیب‌پذیری روانی بالایی دارند و در صورتی که به آن‌ها توجه نشود، سلامت روان آن‌ها متزلزل می‌گردد.

مواد و روش کار

تحقیق حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع پیمایشی و همبستگی است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه پزشکان عمومی و متخصص شهر ارومیه می‌باشد که در سال ۱۳۸۹-۱۳۸۸ طبق آمار گزارش شده تعداد آنان ۱۷۰۰ نفر می‌باشد. که از این تعداد ۱۲۴۷ نفر پزشک عمومی و ۴۵۳ نفر از آن‌ها متخصص هستند. حجم نمونه این پژوهش ۳۱۳ نفر می‌باشد. که از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به نسبت هر یک از آن‌ها در دو طبقه متخصص و عمومی برای انتخاب نمونه استفاده شد. که ۸۳ نفر متخصص و ۲۳۰ نفر پزشک عمومی نمونه این تحقیق بود.

ابزارهای تحقیق

الف) پرسش‌نامه سلامت عمومی GHQ

¹ Embriaco

² Taylor

روش آلفای کرونباخ معادل $0/83$ گزارش نموده است. پایایی محاسبه شده پرسش‌نامه فرسودگی شغلی: مازلاک و جکسون (۱۹۸۱) پایایی را برای هر یک از خرده تست‌ها محاسبه کرده‌اند پایایی درون برای خستگی عاطفی $\alpha = 0/90$ و مسخ شخصیت $\alpha = 0/79$ و فقدان موفقیت فردی $\alpha = 0/71$ گزارش کرده‌اند. در یک مطالعه مقدماتی که توسط محقق بر روی ۳۰ نفر از معلمان صورت گرفت خستگی عاطفی $\alpha = 0/84$ مسخ شخصیت $\alpha = 0/75$ عدم موفقیت فردی $\alpha = 0/74$ بدست آمد.

پایایی محاسبه شده پرسش‌نامه سبک‌های مقابله: اعتبار پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای از طریق آزمایش ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای که به وسیله ضریب آلفای کرونباخ به دست می‌آید، ارزیابی شده است. برآورد ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای عموماً در کران پایینی دامنه قابل قبول رایج قرار می‌گیرد. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) ثبات درونی $0/79$ تا $0/66$ را برای هر یک از سبک‌های مقابله گزارش کرده‌اند. یافته‌های مطالعات متعدد حمایت روشنی برای پرسش‌نامه راه‌های مقابله‌ای به عنوان ابزاری که هر دو کارکرد مسئله‌مدار و هیجان‌مدار را می‌سنجد و تغییر در مقابله چه در مواجهات متفاوت و چه در یک مواجهه معین را تمیز می‌دهد، فراهم آورده‌اند. بنابراین روایی سازه پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای تاجایی که با پیش‌بینی‌های نظری ما هماهنگ هستند، تایید می‌شود پایایی محاسبه شده پرسش‌نامه‌ها توسط محقق از فن آلفای کرونباخ محاسبه شد، که آلفای محاسبه شده مطابق جدول (۱) بدست آمد که با توجه به نتایج زیر می‌توان گفت که سوالات مربوط به هر دو پرسش‌نامه از پایایی لازم و کافی برخوردارند.

جدول شماره (۱): پایایی سؤالات مربوط به سازه‌های مورد بررسی

سازه	سوال‌های هر سازه	تعداد سؤال	مقدار آلفا
سلامت عمومی	۱-۲۸	۲۸	۰/۹۲
فرسودگی شغلی	۱-۲۲	۲۲	۰/۷۳
سبک‌های مقابله	۱-۶۶	۶۶	۰/۸۱

این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ در ۱۹۷۲ تدوین شده و به منظور استفاده برای افراد غیر بیمار و به‌هنگار که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود طراحی شده است و می‌توان آن را برای هر طبقه سنی و به‌منظور کشف ناتوانی در عملکرد به‌هنگار و وجود حوادث آشفته‌کننده زندگی در مراکز و محیط‌های مختلف استفاده کرد.

(ب) پرسش‌نامه فرسودگی شغلی:

این پرسش‌نامه که به وسیله مازلاک و جکسون (۱۹۸۵) تهیه شده است همان پرسش‌نامه فرسودگی شغلی خدمات انسانی است که در آن اصطلاح پزشکان جایگزین مراجعان شده است این پرسش‌نامه از ۲۲ ماده تشکیل شده است که جنبه‌های سه‌گانه فرسودگی شغلی (خستگی عاطفی، مسخ شخصیت، موفقیت فردی) را می‌سنجد.

(ج) پرسش‌نامه سبک‌های مقابله:

پرسش‌نامه سبک‌های مقابله توسط لازاروس و فولکمن تدوین شده است که شامل ۶۶ سوال می‌باشد که سازگاری مسئله محور و هیجان محور بودن افراد را نشان می‌دهد.

روایی محاسبه شده پرسش‌نامه سلامت عمومی: هومن (۱۳۷۶) جهت تعیین روایی از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده کرد که نتیجه این محاسبات حاکی از اشباع تست از چهار عامل معنی‌دار مهم است و نیز روایی برآورد شده از طریق محاسبه ضریب همبستگی را معادل $0/82$ گزارش نموده‌اند. پایایی محاسبه شده پرسش‌نامه سلامت عمومی: ضریب همسانی درونی این تست نیز توسط هومن (۱۳۷۶) با استفاده از

یافته‌ها

۲۳ نشان از سلامت روان پزشکان در حالت کلی دارد و بیشتر از ۲۳ نشانه اختلال است. میانگین فرسودگی شغلی ۴۸/۹۴ و انحراف معیار آن ۱۴/۹۷۴ می‌باشد، که مقدار بدست آمده در حالت کلی متوسط به پایین می‌باشد که این میزان با توجه به برخورد پزشکان با افراد بیمار می‌باشد. میانگین سبک‌های مقابله با فشار روانی ۱۰۵/۵۶ و انحراف معیار آن ۷۰/۲۹۰ بدست آمده است که مقدار به‌دست آمده ناشی از مساله مدار بودن سبک مقابله با فشارهای روانی در پزشکان می‌باشد.

توصیف متغیرهای سلامت روان، فرسودگی شغلی، سبک‌های مقابله با فشار روانی پزشکان

جدول (۲) شامل آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین سلامت روان ۲۲/۶۲۶۲ و انحراف استاندارد آن ۶/۷۲۲۳۵ می‌باشد که در مقایسه با تفسیر پرسش‌نامه که نقطه برش آن ۲۳ بوده و نمره پایین‌تر از

جدول شماره (۲): شاخص‌های توصیفی سلامت روان، فرسودگی شغلی و سبک‌های مقابله با فشار پزشکان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف از میانگین	حداقل	دامنه تغییرات	چولگی	کشیدگی
سلامت روان	۲۲/۶۲۶۲	۶/۷۲۲۳۵	۰/۳۷۹۹۷	۱۰	۳۳	۰/۱۳۸	-۰/۳۱۶
فرسودگی شغلی	۴۸/۹۴	۱۴/۹۷۴	۰/۸۴۷	۱۰	۸۰	۰/۰۴۱	-۰/۲۷۲
سبک‌های مقابله با فشار	۱۰۵/۵۶	۷۰/۲۹۰	۱/۲۵۹۹۴	۲۵	۱۲۹	-۱/۳۸۷	۲/۰۹۲

پزشکان دارای مسخ شخصیت متوسط، ۲/۶ درصد از پزشکان دارای مسخ شخصیت پایین، ۲۳ درصد از پزشکان دارای عدم موفقیت فردی بالا، ۱۶/۳ درصد از پزشکان دارای عدم موفقیت فردی متوسط و ۶۰/۹ درصد از پزشکان دارای عدم موفقیت فردی پایین هستند.

توزیع فراوانی پزشکان بر حسب هریک از مولفه‌های فرسودگی شغلی به تفکیک سطوح بالا، متوسط و پایین در جدول ۳ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ۶/۴ درصد از پزشکان دارای خستگی عاطفی بالا، ۴۳/۱ درصد از پزشکان دارای خستگی عاطفی متوسط، ۵۰/۵ درصد از پزشکان دارای خستگی عاطفی پایین، ۷۱/۹ درصد از پزشکان دارای مسخ شخصیت بالا، ۲۵/۶ درصد از

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی مولفه‌های فرسودگی شغلی پزشکان

متغیر سطح	خستگی عاطفی	مسخ شخصیت	فقدان موفقیت فردی
بالا تعداد درصد فراوانی	۲۰	۲۲۵	۷۲
	۶/۴	۷۱/۹	۲۳/۰
متوسط تعداد درصد از کل	۱۳۵	۸۰	۵۱
	۴۳/۱	۲۵/۶	۱۶/۳
پایین تعداد درصد از کل	۱۵۸	۸	۱۹۰
	۵۰/۵	۲/۶	۶۰/۷
مجموع درصد کل	۳۱۳	۳۱۳	۳۱۳
	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

فرضیه اول: بین سبک‌های مقابله‌ای با فشار روانی و سلامت روان در پزشکان رابطه وجود دارد. همبستگی بین سبک‌های مقابله‌ای با فشار روانی و سلامت روان ۰/۱۴۷- است بنابراین می‌توان گفت که بین سبک‌های مقابله با فشار روانی و سلامت روان رابطه معنی‌دار و معکوس وجود دارد. بر این اساس این فرضیه تائید می‌گردد.

جدول شماره (۴): نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بین سبک‌های مقابله‌ای با فشار روانی و سلامت روان

سلامت روان	
۰/۱۴۷-	همبستگی اسپیرمن
۰/۰۰۹	سطح معنی‌داری
۳۱۳	تعداد

فرضیه دوم: بین سبک‌های مقابله‌ای با فشار روانی و فرسودگی شغلی در پزشکان رابطه وجود دارد. همبستگی بین سبک‌های مقابله‌ای با فشار روانی و فرسودگی شغلی ۰/۱۱۵- است. بنابراین می‌توان گفت که بین سبک‌های مقابله‌ای با فشار روانی و فرسودگی شغلی رابطه معنی‌داری وجود دارد و فرضیه دوم تائید می‌گردد.

جدول شماره (۵): نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بین سبک‌های مقابله‌ای با فشار روانی و فرسودگی شغلی

فرسودگی شغلی	
۰/۱۱۵	همبستگی اسپیرمن
۰/۰۴۲	سطح معنی‌داری
۳۱۳	تعداد

فرضیه سوم: بین فرسودگی شغلی و سلامت روان در پزشکان رابطه وجود دارد. همبستگی بین فرسودگی شغلی و سلامت روان ۰/۸۲۲- است. بنابراین می‌توان گفت که بین فرسودگی شغلی و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد و فرضیه سوم تائید می‌گردد.

جدول شماره (۶): نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بین فرسودگی شغلی و سلامت روان

سلامت روان	
۰/۸۲۲-	همبستگی اسپیرمن
۰/۰۰۰	سطح معنی‌داری
۳۱۳	تعداد

فرضیه چهارم: فرسودگی شغلی پزشکان با توجه به جنسیت آنان متفاوت است. برای آزمون این فرضیه، از آزمون تی مستقل استفاده گردید. در جدول ۷ شاخص‌های آماری فرسودگی شغلی پزشکان، به تفکیک جنسیت آمده است.

جدول شماره (۷): شاخص‌های آماری فرسودگی شغلی پزشکان به تفکیک جنسیت

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
مرد	۲۵۰	۴۸/۸۶	۱۵/۴۳۹	۰/۹۷۶
زن	۶۳	۴۹/۲۷	۱۳/۰۹۹	۱/۶۵۰

بررسی جدول ۸ حاکی است که فرسودگی شغلی پزشکان با توجه به جنسیت آن‌ها متفاوت نیست.

جدول شماره (۸): آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین فرسودگی شغلی پزشکان به تفکیک جنسیت

آزمون لون برای برابری دو واریانس		آزمون t برای برابری میانگین	
نسبت F	سطح معنی‌داری	t	درجه آزادی
۱/۲۷۹	۰/۲۵۹	-۰/۱۹۶	۳۱۱

با فرض برابری واریانس فرضیه پنجم: سلامت روان پزشکان با توجه به جنسیت آنان متفاوت است.

برای آزمون این فرضیه، از آزمون t مستقل استفاده گردید. نتایج جدول ۹ نشانگر این است که سلامت روان پزشکان با توجه به جنسیت آن‌ها متفاوت نیست.

جدول شماره (۹): آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سلامت روان پزشکان به تفکیک جنسیت

آزمون لون برای برابری دو واریانس		آزمون t برای برابری میانگین	
نسبت F	سطح معنی‌داری	t	درجه آزادی
۶/۶۵۴	۰/۰۱۰	-۰/۳۶۵	۳۱۱

با فرض برابری واریانس

با فرض نابرابری واریانس

فرضیه ششم: سبک‌های مقابله‌ای پزشکان با توجه به جنسیت آنان متفاوت است. عدم نرمال بودن سبک‌های مقابله‌ای از آزمون یومن ویتنی استفاده گردید. در جدول ۱۰ میانگین رتبه‌ها برحسب جنسیت آمده است.

برای آزمون فرضیه ششم، با توجه به نوع و مقیاس متغیر و

جدول شماره (۱۰): میانگین رتبه‌ها برای انجام آزمون ناپارامتریک یومن ویتنی

متغیرها	جنسیت	تعداد	میانگین رتبه‌ها	مجموع رتبه‌ها
سبک‌های مقابله با فشار	مرد	۲۵۰	۱۵۴/۵۷	۳۸۶۴۲
پزشکان و جنسیت	زن	۶۳	۱۶۶/۶۵	۱۰۴۹۹

جدول شماره (۱۱): نتایج آزمون یومن ویتنی برای مقایسه

نتایج آزمون برابری رتبه‌های سبک‌های مقابله با فشار پزشکان	رتبه‌های سبک‌های مقابله با فشار به تفکیک جنسیت
مرد و زن در جدول ۱۱ آمده است.	متغیر
بر این اساس، این فرضیه رد می‌گردد یعنی بین سبک‌های مقابله با فشار پزشکان با توجه به جنسیت آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.	سبک‌های مقابله با فشار
	آماره یومن ویتنی
	آماره z
	سطح معنی‌داری

مقدار بدست آمده از این ضریب بیانگر آن است که حدود ۶۷ درصد از واریانس سلامت روان توسط متغیرهای مستقل موجود در شکل رگرسیونی تبیین می‌گردد. همچنین شکل رگرسیونی تبیین شده براساس جدول (۱۴-۴) (آزمون تحلیل واریانس انجام شده)، خطی است زیرا مقدار آزمون F برای تعیین معنی‌داری اثر متغیرهای مستقل بر سلامت روان برابر $F = ۳۲۵/۷۹۷$ با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ می‌باشد.

سوال پژوهش: کدامیک از مولفه‌های سبک‌های مقابله و فرسودگی شغلی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روان هستند؟
به منظور تبیین سلامت روان براساس متغیرهای سبک‌های مقابله و فرسودگی شغلی از رگرسیون چندگانه به روش اینتر استفاده شد که در نهایت طبق اطلاعات جدول شماره (۱۲) ضریب همبستگی چندگانه آن‌ها برابر $R = ۰/۸۲۳$ با ضریب تبیینی برابر $R^2 = ۰/۶۷۸$ و ضریب تبیین خالص برابر $\bar{R}^2 = ۰/۶۷۶$ می‌باشند.

جدول شماره (۱۲): ضریب همبستگی چندگانه برای تبیین میزان سلامت روان

شکل	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تبیین	ضریب تبیین خالص	اشتباه معیار برآورد	آماره دوربین واتسون
۱	۰/۸۲۳	۰/۶۷۸	۰/۶۷۶	۳/۸۲۹۱۵	۱/۶۷۷

جدول شماره (۱۳): تحلیل واریانس برای آزمون معنی‌داری شکل رگرسیونی

شکل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌داری
رگرسیون	۹۵۵۳/۹۲۹	۲	۴۷۷۶/۹۶۴		
باقی‌مانده	۴۵۴۵/۳۳۷	۳۱۰	۱۴/۶۶۲	۳۲۵/۷۹۷	۰/۰۰۰
کل	۱۴۰۹۹/۲۶۵	۳۱۲			

جدول شماره (۱۴): ضرایب متغیرهای مستقل باقیمانده در شکل رگرسیونی به روش اینتر

شکل	ترتیب ورود متغیرهای مستقل در	ضرایب خام		ضرایب استاندارد شده		P
		B	Std. Error	Beta	t	
مقدار ثابت		۴۰/۷۹۸	۰/۷۴۵			۰/۰۰۰
فرسودگی		-۰/۳۶۷	۰/۰۱۵	-۰/۸۱۷		۰/۰۰۰
سبک‌های مقابله		-۰/۷۶۰	۰/۴۸۰	-۰/۰۵۱		۰/۱۱۴

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر میانگین سلامت روانی پزشکان ۲۲/۶۲۶۲ و انحراف استاندارد آن ۶/۷۲۲۳۵ می‌باشد که در مقایسه با تفسیر پرسش‌نامه که نقطه برش آن ۲۳ بوده و نمره پایین‌تر از ۲۳ نشان از سلامت روان پزشکان در حالت کلی دارد و بیشتر از ۲۳ نشانه اختلال است. میانگین فرسودگی شغلی ۴۸/۹۴ و انحراف معیار آن ۱۴/۹۷۴ می‌باشد که مقدار بدست آمده در حالت کلی متوسط به

در جدول شماره (۱۴) مقدار ثابت و سهم هر کدام از متغیرها در پیش‌بینی سلامت روان مشاهده می‌شود. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، مقدار ثابت و β فرسودگی شغلی معنی‌دار بوده اما مقدار β سبک‌های مقابله معنی‌دار نیست. بنابراین معادله‌ی رگرسیون (پیش‌بینی) سلامت روان از روی متغیرهای فرسودگی شغلی و سبک‌های مقابله به صورت زیر خواهد بود.

$$\hat{Y} = \beta + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_K X_K$$

$$\hat{Y} = ۴۰/۷۹۸ + (-۰/۳۶۷ \times \text{فرسودگی شغلی}) + (-۰/۷۶۰ \times \text{سبک‌های مقابله})$$

با توجه به این که فرسودگی شغلی عوارض مختلف روانی، جسمانی و هیجانی در فرد ایجاد می‌کند، بنابراین چنین عاملی تاثیر زیادی در سلامت روان فرد به همراه خواهد داشت. هر چه فرد از فرسودگی شغلی بالاتری برخوردار باشد، به همان میزان از سلامت روانی او کاسته می‌شود.

همچنین فرسودگی شغلی پزشکان و سلامت روان پزشکان با توجه به جنسیت آن‌ها متفاوت نبود.

میلر و کرچ (به نقل از ۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که موضوع رابطه جنس با رفتار مقابله‌ای، نیاز به تحقیق و بررسی بیشتر دارد. آن‌ها نشان دادند که پژوهش‌های موجود گزارش‌های متفاوتی در خصوص مقابله با استرس در مردان و زنان بیان می‌کنند. یافته‌های این پژوهشگران نشان می‌دهد که مردان تمایل دارند بر روی عامل و مشکل استرس زا متمرکز شوند؛ در حالی که زنان تمایل دارند از راهبردهایی بهره گیرند تا پاسخ‌های عاطفی خود را کاهش داده، آن را کنترل کنند. البته این تمایلات در برخی شرایط تغییر می‌کنند. به عنوان مثال؛ بن زور و زیدنر (به نقل از ۱۶) بیان کردند که در شرایط استرس زا زنان بیشتر تمایل دارند که فعال باشند، در حالی که مردان تمایل دارند که بر مسأله متمرکز شوند. همچنین گزارش شده است که زنان بیشتر بر عواطف و احساسات متمرکز هستند (۱۵).

با توجه به این که فرسودگی شغلی عوارض مختلف روانی، جسمانی و هیجانی در فرد ایجاد می‌کند، بنابراین چنین عاملی تاثیر زیادی در سلامت روان فرد به همراه خواهد داشت. هر چه فرد از فرسودگی شغلی بالاتری برخوردار باشد، به همان میزان از سلامت روانی او کاسته می‌شود. همچنین فرسودگی شغلی پزشکان و سلامت روان پزشکان با توجه به جنسیت آن‌ها متفاوت نبود.

میلر و کرچ (به نقل از ۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که موضوع رابطه جنس با رفتار مقابله‌ای، نیاز به تحقیق و بررسی بیشتر دارد. آن‌ها نشان دادند که پژوهش‌های موجود

پایین می‌باشد که این میزان با توجه به برخورد پزشکان با افراد بیمار می‌باشد. سلامت روان پزشکان به دلایل متعددی نسبت به سایر اقشار جامعه در خطر است که از مهم‌ترین این دلایل می‌توان به ماهیت استرس زای این حرفه، فشار کاری، مواجه شدن با موقعیت‌های غیر مترقبه، نوبت‌های کاری، عوامل سازمانی و عوامل فردی اشاره کرد.

میانگین سبک‌های مقابله با فشار روانی ۱۰۵/۵۶ و انحراف معیار آن ۷۰/۲۹۰ بدست آمده است که ناشی از مساله مدار بودن سبک مقابله با فشارهای روانی در پزشکان می‌باشد. تحلیل اطلاعات نشان داد که بین سبک‌های مقابله با فشار روانی و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد. می‌توان نتیجه گیری اخیر را اینگونه تفسیر کرد که که مقابله مسأله دار، مفیدترین و مؤثرترین پاسخ مقابله‌ای است و لیکن برخی از پژوهشگران عقیده دارند، مقابله مساله مدار عموماً توسط مردان به عنوان یک سبک مقابله‌ای مؤثر مورد استفاده قرار می‌گیرد و زنان برای مقابله، عموماً تمایل به تمرکز بر عواطف و تخلیه هیجانی دارند و سعی می‌کنند از راهبردهایی بهره گیرند تا پاسخ‌های عاطفی خود را کاهش دهند و آن را کنترل کنند (۲۸،۲۹).

بین سبک‌های مقابله‌ای با فشار روانی و فرسودگی شغلی رابطه معنی داری وجود دارد (۳۰) هنگامی که یک عامل فشارزا قابل تغییر ارزیابی می‌شود، مقابله متمرکز بر مساله با افسردگی کمتر و مقابله متمرکز بر هیجان با افسردگی بیشتر رابطه دارد (۳۱). همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که در افراد افسرده، سبک‌های مقابله با سطوح بالای نشانه‌های افسردگی رابطه دارند که نتایج بدست آمده با یافته‌های این تحقیق همسو می‌باشند (۳۲).

نتیجه بدست آمده دیگر، وجود رابطه معکوس بین فرسودگی شغلی و سلامت روان می‌باشد. نتایج پژوهش‌های (۴۲-۳۳) در تائید یافته‌های این فرضیه می‌باشند.

پیشنهادها

مسئولان و دست اندرکاران، فضایی همراه با احساس اطمینان، اعتماد، همدردی و دوستی و همچنین احساس شایستگی در میان پزشکان به وجود آورند زیرا در چنین محیطی همکاران یکدیگر را دوست می‌دارند و این دوستی و محبت را به یکدیگر ابراز می‌کنند و با میل و رغبت به انجام دادن وظایف خود می‌پردازند و به تبع آن بر سلامت روان پزشکان موثر خواهد بود.

مسئولان و دست اندرکاران امکاناتی را برای آشنایی پزشکان با مهارت‌های خود ارزیابی و بهبود سلامت روانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و شناخت عوامل استرس‌زا و تداوم بخش استرس فراهم کنند و اقداماتی را به منظور از میان برداشتن این عوامل به عمل آورند.

با انتشار مقالات و نتایج تحقیقات انجام گرفته در زمینه سبک‌های مقابله با فشار روانی و فرسودگی شغلی با سلامت روان پزشکان در مجله‌ها و سایر منابع مطالعاتی، پزشکان را به اهمیت رابطه سبک‌های مقابله با فشار روانی و فرسودگی شغلی با سلامت روان پزشکان آگاه سازند.

گزارش‌های متفاوتی در خصوص مقابله با استرس در مردان و زنان بیان می‌کنند. یافته‌های این پژوهشگران نشان می‌دهد که مردان تمایل دارند بر روی عامل و مشکل استرس‌زا متمرکز شوند؛ در حالی که زنان تمایل دارند از راهبردهایی بهره‌گیرند تا پاسخ‌های عاطفی خود را کاهش داده، آن را کنترل کنند. البته این تمایلات در برخی شرایط تغییر می‌کنند. به عنوان مثال؛ بن زور و زیدنر (به نقل از ۱۶) بیان کردند که در شرایط استرس‌زا زنان بیشتر تمایل دارند که فعال باشند، در حالی که مردان تمایل دارند که بر مسأله متمرکز شوند. همچنین گزارش شده است که زنان بیشتر بر عواطف و احساسات متمرکز هستند (۱۵).

پژوهشگران دیگری نیز به این نتیجه رسیده‌اند که مقابله مساله مدار عموماً توسط مردان به عنوان یک سبک مقابله‌ای موثر مورد استفاده قرار می‌گیرد و زنان برای مقابله، عموماً تمایل به تمرکز بر عواطف و تخلیه هیجانی دارند و سعی می‌کنند از راهبردهایی بهره‌گیرند تا پاسخ‌های عاطفی خود را کاهش دهند و آن را کنترل کنند (۲۸،۲۹).

نتایج مطالعه ماتود (۳۰) در زمینه تفاوت جنس نشان داده است؛ یافته‌های حاصل از رابطه جنسیت با رفتار مقابله‌ای، کامل و جامع نیستند. نتایج پژوهش نجفی و همکاران (۳۴) در تأیید این فرضیه می‌باشند.

References:

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases and mental health. Geneva: The Institute; 2003. (Persian)
2. Kessler RC, Lane MC, Shahly V, Stang PE. Accounting for comorbidity in assessing the burden of epilepsy among US adults: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Mol Psychiatry* 2011 doi:10.1038/mp.2011.56.
3. Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med* 2001; 135:145-8.
4. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurse Stud* 2006 March; 43(3): 311-18.
5. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. burnout syndrome among critical care health care workers. *Curr Opin Crit Care* 2007 Oct; 13(5):482-8.
6. Patrick K, Lavery JF, burnout in nursing. *Aust J Adv Nurs* 2007 Mar-May; 24(3): 43-8.

7. Kumar S, Fischer J, Robinson E, Bhagat RN. Burnout and Job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53(4): 306-16.
8. Wu S, Zhu W, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in china. *J Adv Nurs* 2007;59(3):233-9.
9. Mc Philips HA, Stanton B, Zuckerman B, Stapleton FB. Role of a pediatric department chair: factors leading to satisfaction and burnout. *J Pediatr* 2007; 151(4):425-30.
10. Lee H, Song R, Cho YS, Lee GZ, Daly B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *J Adv Nurs* 2003 Dec; 44(5): 534-45.
11. Greenglass ER, Bruke RJ. Stress and the effects of hospital restructuring in nurses. *Can J Nurs Res* 2001 Sep; 33(2): 93- 108.
12. Estryn-behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlen C, Azoulay S et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med* 1990 Jan; 47(1):20-8.
13. Revicki DA, May HJ. Organizational characteristics, occupational stress and mental health in nurses. *Behav Med* 1989; 15: 30-6.
14. Schat ACH, Kelloway EK. Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *J Occup Health Psychol* 2000; 5:386-402.
15. Schat ACH, Kelloway EK. Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence. The buffering of organizational support. *J Occup Health Psychol* 2003; 8: 110-22.
16. Quine L. Workplace bullying in NHS Community trust: staff questionnaire Survey. *BMJ* 1999; 318: 228-32.
17. Alimoglu MK, Donmez L. daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a university hospital. *Int J Nurs Stud* 2005 Jul; 42(5): 549-55.
18. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. *J Pediatr*. 2007 Oct;151(4):425-30.
19. Taylor C, Graham J, Potts HW, Richard MA, Ramirez AJ. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet* 2005;336:742-4.
20. Campbell Da, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130: 696-702.
21. Moller AT, Spangenberg JJ. Stress and coping among South African dentists in private practice. *J Dent Assoc S Afr* 1996: 51; 347-57.
22. Ozyurt A, Hayran O, Sur-QJm H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians *Q J Med* 2009; 99(3):161-9.
23. Brondt A, Sokolowski I, Olesen FV, Edsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract* 2008;58(546):15-19.
24. Hekmatpor A. Study of stress in Tehran university students (Dissertation). Tehran: Tarbiyat Moallem University; 2001. P. 15-68.
25. Kiyamanesh AR. Educatuinal apprissal. Tehran: Payame Noor University Publisher; 1995.
26. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;1(2):18-29.
27. Hooman H. Multivariate analysis in science research. Tehran: Pars Publisher; 2008. (Persian)
28. Yarahmadi Y. Relationship of coping and stress in students (Dissertation). Tehran: Allame University; 2003.
29. Heydary. Norm of coping in university students in Tehran (Dissertation). Tehran: Allame University; 2004. (Persian)
30. Matud MP. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Individ Differ* 2008; 37: 1401-15.
31. Wang J, Patten SB. The moderating effects of coping strategies on major depression of the general population. *Can J Psychiat* 2011;47:167-73.
32. Norberg I, Linblad F, Boman KK. Coping strategies in parents of children with cancer. *Soc Sci Med* 2007;60:965.

33. Turnipseed DL. Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychol Rep* 2009;82(2):627-42.
34. Najafi M. Relationship of coping with mental health. *Shahrekord Med J* 2000; 2(2); 34-41. (Persian)
35. Abdi masole F, Kawyani H, Khagani M, Momenieragi A. Relationship between burnout and mental health. *Tehran Univ Med J* 2007; 5:75-7. (Persian)
36. Cooper CL. *Handbook of stress, Medicine and Health*. London: CRC Press; 1990. P. 624-65.
37. Srivastava A. Moderating effect of coping on the relationship between stress and performance. *Psychol Stud* 1991; 36:192-7.
38. Seidman SA, Zager J. A study of coping behaviors and teachers burnout. *Work Stress* 1991; 5(3): 205-16. (Persian)
39. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affec Disord* 2007; 104:103-10.
40. Bauer J, Stamm A, Virnich K, Wissing K, Muller U, Wirsching M. Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *J Int Arch Occup Environ Health* 2006; 79: 199-204.
41. Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson I. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int Behav Med* 2006; 13: 51-9.
42. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szmuller G. Mental health burnout and job satisfaction among hospital and community based mental health staff. *Br J Psychol* 2009;16(3):334-7.