

پاسخ کارکنان پرستاری به فرسودگی شغلی در مراکز سوختگی تهران

*دکتر فروغ رفیعی^۱ دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی^۲ دکتر منصوره یادآور نیکروش^۳

چکیده

زمینه و هدف: پرستاری در بخش سوختگی نیازمند مراقبت ویژه می باشد و پاسخ های عاطفی شدیدی را در کارکنان بر می انگیزد. هر پرستاری که از بیماران سوختگی مراقبت می کند، می داند که تنیدگی بخشی از پرستاری سوختگی است و مسائل سازمانی، مشکلات مربوط به بیماران و کار تیمی در مراکز سوختگی واکنش های شدیدی را در این کارکنان بر می انگیزد و تداوم این امر منجر به فرسودگی شغلی کارکنان شده و مراقبت پرستاری را تحت تأثیر منفی خود قرار می دهد. مقاله حاضر به عنوان بخشی از پژوهشی وسیع به هدف تعیین ماهیت پاسخ پرستاران سوختگی به فرسودگی شغلی تدوین شده است.

روش بررسی: در این پژوهش از روش تحقیق کیفی گراند تئوری استفاده شد. ۳۸ نفر از طریق نمونه گیری هدفدار و نظری در مطالعه شرکت کردند و داده ها با استفاده از مصاحبه های بدون ساختار و مشاهده با مشارکت جمع آوری گردید. به منظور تحلیل داده ها از روش مقایسه مداوم استفاده شد.

یافته ها: شرکت کنندگان در پاسخ به تنیدگی و فرسودگی شغلی ابعادی منفی را نمودار کردند. این پاسخ ها به صورت ابعاد عاطفی، نگرشی، روان تنی، رفتاری و سازمانی پدیدار شد. ابعاد عاطفی در قالب استیصال شخصی و حرفه ای، ابعاد نگرشی در قالب از خود بیگانگی و منفی نگری، ابعاد روان تنی به صورت فرسایش جسمی و روانی، ابعاد رفتاری در قالب عدم تحمل و توجیه کردن و ابعاد سازمانی به صورت رفع تکلیف کردن و زوال عملکرد نمایان شدند.

نتیجه گیری: فرسودگی شغلی تمام ابعاد وجودی شرکت کنندگان در مطالعه را متأثر ساخت و به همین نسبت، مراقبت های پرستاری را تحت تأثیرات منفی خود قرار داد. فرایند کنش ها و تعاملات کارکنان پرستاری در طول زمان و در پاسخ به موقعیت ها و بافت مراکز سوختگی پدیدار شد. جهت تعدیل واکنش های منفی پرستاران و بهبود کیفیت مراقبت های پرستاری، لازم است عوامل خرد و کلان حاکم بر مراکز سوختگی تهران تعدیل گردد. به علاوه توجه مدیران پرستاری به علائم و نشانه های فرسودگی شغلی، و همچنین اجرای برنامه های کاهش تنیدگی مفید خواهد بود.

کلید واژه ها: گراند تئوری، فرسودگی شغلی، مراقبت پرستاری، بخش سوختگی

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۰/۲۵ تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۲/۲۲

^۱ استادیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤل)

^۲ دانشیار گروه پرستاری بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ دانشیار گروه پرستاری بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

برآوردن نیازهای فردی بیمار، محور مراقبت های پرستاری را تشکیل داده و هدف نهایی پرستار انجام مراقبت با کیفیت از بیمار است.^(۱،۲) به عبارت دیگر، مراقبت با کیفیت، حق تمام بیماران و مسؤولیت تمام پرستاران مراقبت دهنده می باشد.^(۳)

پرستاران بیشترین تماس را با بیماران دارند و پرستاران سوختگی بزرگترین گروه تیم سوختگی هستند که مسؤولیت درمان شبانه روزی بیماران را به عهده داشته و به عنوان بزرگترین عامل پیشرفت یا ایجاد مشکل برای بیمار سوختگی شناخته می شوند.^(۴،۵)

پرستاری در بخش سوختگی مراقبت ویژه ای را تقاضا می کند^(۶) و پاسخ های عاطفی شدیدی را در اکثر افراد عادی و حرفه ای که با درد، ناهنجاری و مرگ بیماران روبرو هستند بر می انگیزد^(۵) و هر پرستاری که از بیماران سوختگی مراقبت می کند، می داند که تنیدگی بخشی از پرستاری سوختگی است.^(۷)

در مورد منابع محرومیت و علل تنیدگی پرستاران بخش سوختگی گزارش های متعددی منتشر شده است. برخی پژوهشگران به عواملی چون وسایل پیچیده، بار سنگین کاری، فوریت های مکرر پزشکی، هذیان های فراوان بیماران سوختگی، انتقال عفونت از طریق وسایل آلوده، ساعات کاری طولانی و واکنش های بستگان بیماران اشاره کرده اند.^(۸) گروهی نیز پاداش و سودمندی اندک برای کارکنان، تقاضاهای متعارض، مشکلات مربوط به تیم پزشکی، رفتار نامطلوب سرپرستان، روش های درمانی دردناک و تعارض با سایر کارکنان پرستاری را نام برده و بیش از همه بر سنگینی بار کاری تأکید کرده اند.^(۶) Lewis و همکاران نیز، در گزارش نتایج مطالعه خود اشاره کردند، که

عدم همکاری بیماران، رویارویی با بیماران در حال مرگ و عدم قدرت درمان یا التیام آنان، مشاهده رنج بیماران و عدم توانایی برطرف نمودن درد آنها، کودکانی که مورد آزار و غفلت واقع شده بودند، و برخوردهای بین کارکنان و مشکلات نوبت کاری منجر به تنیدگی شغلی پرستاران شده بود.^(۷)

تنیدگی شغلی می تواند به صورت های مختلفی ظاهر شود، کارآیی را مختل کند و در موارد شدید منجر به فرسودگی شغلی گردد.^(۹) فرسودگی شغلی که از سه جزء تحلیل عاطفی (Emotional Exhaustion)، مسخ شخصیت (Depersonalization)، و فقدان موفقیت فردی تشکیل شده، به عنوان یک نشانگان تحلیل عاطفی، جسمی و روحی باعث ایجاد خودپنداری منفی (Negative Self-concept)، نگرش منفی نسبت به شغل و بی علاقه‌گی به مددجویان می شود. پرستارانی که فرسودگی شغلی را تجربه می کنند ممکن است احساساتی از قبیل خستگی مزمن، تند مزاجی، بی‌حوصلگی و خشم نسبت به بیماران، فقدان اهمیت و همدردی نسبت به بیمار، تمایل به منطقی نشان دادن انجام نامناسب کار با این طرز فکر که بیماران آنچه را که شایسته مشکلات آنان است، دریافت می کنند، و کناره گیری روانی یا فیزیکی از بیمار و وظایف شغلی را بروز دهند.^(۱۰)

پاسخ های تنیدگی در کارکنان بخش های سوختگی نیز مورد مطالعه قرار گرفته است. واکنش شخصی نسبت به صدمات وسیع بیماران، خصوصاً احساس تهدید و آسیب پذیری، واکنش های شخصی نسبت به بیمارانی که دچار سوختگی شدید هستند و واکنش های ناشی از ناامیدی نسبت به کوشش بی مورد، برای نجات بیمارانی که ادامه حیات آنان و یا کیفیت زندگی بعدی شان بسیار مورد تردید است، از جمله مواردی است،

اخلاقی مورد قبول و تاحدی جسورانه شوند تا با حداقل تعداد کارکنان، مراقبت امن و با کیفیتی را ارائه دهند.^(۱۶)

پرستاران در خلأ عمل نمی کنند بلکه به طور مداوم تحت تأثیر عوامل واقع در حیطه مراقبتی قرار دارند.^(۱۷) در همین راستا برخی نویسندگان معتقدند که محیط های کاری پر تنش عملکرد روانی- اجتماعی پرستاران سوختگی را تحت تأثیر قرار می دهند.^(۶) پرستاران سوختگی تهران نیز در طول دوران تجربه کاری خود و در تعامل روزانه با بیماران، همکاران و سازمان چالش های زیادی را تجربه می کنند و این تجارب و تأثیرات، خواه ناخواه بر نحوه ادراک و عملکرد آنان و ماهیت مراقبت هایی که اجرا می کنند تأثیر گذار است.^(۱۴) اما در مورد چگونگی تجارب و ادراکات پرستاران در حیطه فعلی مراقبت سوختگی اطلاعاتی وجود ندارد و مشخص نیست که این تجارب و ادراکات و پاسخ های ناشی از آن، ماهیت مراقبت ها را به چه شکل تحت تأثیر قرار می دهد.

با توجه به مشکلات وسیع بیماران سوختگی و عوامل تنش زای موجود در این بخش ها، تأثیرات ساختاری مراکز سوختگی و پی آمدهای خاص بیماران مثل رضایت و وضعیت عملکردی آنها و با عنایت به تعاملی بودن فرآیند مراقبت و این واقعیت که تجارب و ادراکات پرستاران در اثر قرارگیری مداوم در معرض موقعیت های دنیای واقعی مراکز سوختگی شکل می گیرد، لازم است درک بهتری در مورد تأثیر این تجارب بر ماهیت مراقبت در بخش های سوختگی به دست آید. در همین راستا این مقاله به عنوان بخشی از یک پژوهش وسیع تر ماهیت پاسخ های کارکنان پرستاری، عوامل ساختاری موجود در مراکز سوختگی را روشن خواهد کرد.^(۱۸)

که برخی پژوهشگران به آن اشاره کرده اند.^(۱۱) به عبارت دیگر، شواهد نشان می دهد که عوامل تنش زای موجود در مراکز سوختگی و فرسودگی شغلی ناشی از آن، با تأثیر بر عواطف، جسم و روح کارکنان پرستاری، مراقبت ها را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد. Donabedian معتقد است که ساختار سازمانی، فرآیند مراقبت را تحت تأثیر قرار می دهد. به عبارت دیگر، عواملی مانند تعداد و ترکیب کارکنان و منابع موجود و سازماندهی آنها، فعالیت های بالینی را متأثر می سازد.^(۱۲) این در حالی است که طبق اطلاعات گردآوری شده، مرکز سوختگی شهید مطهری با ۷۰ تخت فعال از ۸۸ پرستار و مرکز سوختگی توحید با ۸۰-۷۰ تخت فعال، تنها از ۵۴ پرستار در سطوح مختلف برای مراقبت ۲۴ ساعته از بیمار برخوردار می باشند. به علاوه بالا بودن شیوع خودسوزی در بیماران از عوامل ساختاری خاص این مراکز است^(۱۳)، که با تحت تأثیر قرار دادن کارکنان و افزایش بار کاری، مراقبت ها را دگرگون می کند. خود گردانی بیمارستان ها و فقر اکثر بیماران سوختگی، کم بودن دستمزد کارکنان، ناتوانی مدیران در اداره مشکلات و تأمین رفاه کارکنان، خصوصیات خاص بیماران سوختگی مثل اعتیاد و ابتلا به بیماری های خطرناک واگیر دار، پزشک سالاری و سایر عوامل متعدد حاکم بر این مراکز از مواردی است که پرستاران کنترلی بر آن ندارند.^(۱۴) Hogston نیز معتقد است که فضای سیاسی حاکم بر پرستاری، کنترل پرستاران بر ساختارهای مراقبتی را امکان پذیر نمی سازد، زیرا ساختارها اکثراً در کنترل مدیران قرار داشته و اغلب تغییر ناپذیرند.^(۱۵) پرستاران بالینی حتی در حیطه کاری خود از کنترل حرفه ای بر کارشان برخوردار نیستند، در نتیجه ممکن است مجبور به توسل به رفتارهای متفاوت با استانداردهای اجتماعی و

روش بررسی

برای پی بردن به پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی، روش تحقیق کیفی گراند تئوری (Grounded Theory) انتخاب شد. گراند تئوری از داده هایی که به طور نظام دار جمع آوری و در طول پروسه تحقیق تحلیل می شود استنتاج می گردد.^(۱۹) هدف گراند تئوری ایجاد نظریه بوده^(۲۰) و هدف محقق از کاربرد این روش، توضیح دادن پدیده ها در موقعیت های اجتماعی و تعیین چگونگی فرآیندهای ذاتی موجود در آن است. جمع آوری و تحلیل داده ها در گراند تئوری به شکل هم زمان صورت می گیرد و تحلیل هنگامی به پایان می رسد که داده های جدید، بینش تازه ای ایجاد نکنند. این وضعیت به عنوان اشباع طبقاتی (Category Saturation) شناخته شده است.^(۲۱،۲۲) در این پژوهش به منظور کاهش سوگیری شرکت کنندگان و پژوهشگران در مصاحبه ها و مشاهده مشارکتی (Participant Observation)^(۲۳) ابتدا یک مطالعه مقدماتی (Pilot Study) با شرکت ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی که سرپرستی دانشجویان را در مراکز سوختگی تهران به عهده داشتند انجام شد. مطالعه اصلی پس از کسب اجازه از مسئولین مراکز سوختگی تهران (توحید و شهیدمطهری) آغاز شد و تمامی شرکت کنندگان پژوهش فرم رضایت آگاهانه را امضاء کردند. داده ها از طریق مصاحبه های بدون ساختار (Unstructured Interviews) و مشاهده با مشارکت جمع آوری شد. مصاحبه ها بر روی نوار ضبط شد. ابتدا داده ها در یک مرکز جمع آوری و تحلیل شده و پس از آن به جمع آوری و تحلیل داده ها در مرکز دوم اقدام شد. در مجموع ۳۸ نفر در مصاحبه ها شرکت کردند. از این

عده ۵ نفر مربوط به مطالعه مقدماتی، ۱۹ نفر مربوط به مرکز اول (شهید مطهری) و ۱۴ نفر مربوط به مرکز دوم (توحید) بودند. از مجموع شرکت کنندگان مطالعه اصلی (۳۳ نفر)، ۲۵ نفر را کارکنان پرستاری در سطوح مختلف تشکیل دادند و ۸ نفر از سایر اعضای تیم سوختگی بودند. نمونه کارکنان پرستاری شامل ۸ پرستار، ۸ بهیار، ۲ کمک بهیار، ۳ سرپرستار، ۲ سوپروایزر و ۲ مدیر پرستاری بود. از آنجا که کارکنان پرستاری به برخی موضوعات مربوط به تیم سوختگی اشاره کردند با یک پزشک، یک مددکار اجتماعی، ۲ فیزیوتراپیست و ۴ بیمار نیز در فرآیند نمونه گیری نظری (Theoretical Sampling) مصاحبه شد. معیار گزینش شرکت کنندگانی که به نحوی در مراقبت از بیمار نقش داشتند حداقل یک سال تجربه در مراکز سوختگی تهران بود. بیماران نیز بر اساس تمایل به همکاری و همچنین ثبات جسمانی و روانی انتخاب شدند. شرکت کنندگان مراکز سوختگی شامل ۱۱ مرد و ۲۲ زن بودند که ۱۹ زن و ۶ مرد از این عده را کارکنان پرستاری تشکیل می دادند. دوازده نفر از کارکنان پرستاری به علت نیاز مالی ۲ یا ۳ نوبت در مراکز سوختگی، سایر بیمارستان ها و یا مشاغل خصوصی کار می کردند. سایر مشخصات کارکنان پرستاری در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱ - مشخصات فردی کارکنان پرستاری

مشخصات	میانگین \pm انحراف معیار	دامنه
سن	۳۹ \pm ۹/۵	۲۳-۵۲
سابقه کار	۱۷/۵ \pm ۱۰/۵	۱-۲۹/۵
سابقه در بیمارستان مورد مطالعه	۱۲/۸۵ \pm ۱۰/۹	۱-۲۹/۵

مصاحبه ها و مشاهده ها صورت گرفت. برخی از سؤالاتی که نمونه گیری نظری را هدایت کرد عبارت بود از: «آیا تفاوتی بین مراقبت پرستاری ارائه شده به بیماران مختلف وجود دارد؟»، «آیا مراقبت پرستاری در بخش های کوچک و بزرگ متفاوت است؟».

سطح مشارکت از مشاهده صرف تا اشتراک کامل در برخی فعالیت ها متغیر بود. به علاوه در طول مشاهده، برخی گفتگوهای غیر رسمی با شرکت کنندگان پژوهش صورت گرفت. بلافاصله پس از هر جلسه مشاهده در عرصه، یادداشت های برداشته شده به طور نظام دار در برگه های مخصوص ثبت شد. تحلیل یادداشت های عرصه (Field Notes) به تعیین وضعیت های زمینه ای (Contextual Conditions) و توضیح دادن تغییرات پاسخ های کارکنان پرستاری در هر بافت کمک کرد. این امر منجر به طرح فرضیه های متعددی شد.

با توجه به روش نظریه پایه، جمع آوری، تحلیل و تفسیر داده ها به طور هم زمان وقوع یافت.^(۱۹) پس از هر مصاحبه، نوشتار کلمه به کلمه تایپ و در رایانه ذخیره شد و پس از آن بر روی کاغذ چاپ گردید و فرصتی را فراهم کرد تا با پخش مجدد نوار، مضامین (Themes) بهتر مشخص شوند. در هنگام پخش دوباره نوارها، به لحن صدا و مضامین تکرار شونده توجه شد. علاوه بر این موارد، افکار و احساسات اولیه تحلیل گر در مورد ماهیت و اهمیت داده ها منجر به ثبت یادداشت هایی در رابطه با داده ها گردید. یادداشت های عرصه نیز به همین ترتیب تایپ و تحلیل شد. یادداشت های تایپ شده، دوباره خوانی شده و کدهایی به مضامین تکرار شونده اختصاص یافت. با این کار، کدگذاری باز خوانده می شود و به وسیله آن، داده ها کلمه به کلمه و سطر به سطر بررسی می گردد^(۱۹) و کدهای اختصاص یافته،

نمونه ها از تمامی بخش های هر دو مرکز انتخاب شدند. اولین نمونه هدفدار (Purposeful Sample) شامل ۶ نفر از کارکنان پرستاری بود. نمونه گیری نظری پس از پدیدار شدن نظریه آزمایشی به کار رفت. اساس نمونه گیری نظری سؤالات پدیدار شده در طول تحلیل داده ها بود. در دو مصاحبه انتهایی داده جدیدی پدیدار نشد و به این سبب جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه خاتمه یافت.

مصاحبه ها در مکانی خصوصی با توافق طرفین صورت گرفت. تمامی مصاحبه ها توسط یکی از محققان انجام شد. مدت زمان مصاحبه ها بین ۱۶۵-۳۰ دقیقه متغیر بود. تمامی مصاحبه ها به جز یک مورد بر روی نوار ضبط شد و یادداشت هایی در طول گفتگوها برداشته شد. مصاحبه ها با استفاده از راهنمای عناوین مصاحبه که با توجه به مطالعات اولیه پژوهشگران در مورد مفاهیم اساسی تحقیق تهیه شده بود، صورت گرفت. عناوین راهنما شامل ساختار، فرآیند و پیامد مراقبت بود.^(۱۲)

اولین سؤالی که از شرکت کنندگان پرستاری پرسیده شد سؤالی بسیار باز بود: «لطفاً در مورد مراقبت پرستاری در بخش خود صحبت کنید». سؤالات بعدی بر اساس پاسخ های شرکت کنندگان و نیازمندی های نظریه پدیدار شده، مطرح گردید.

پس از اختتام مصاحبه در هر مرکز، اقدام به مشاهده شد. مشاهده با مشارکت در تمامی بخش ها و نوبت های کاری صبح، عصر و شب صورت گرفت. در مرکز اول ۱۴ جلسه و در مرکز دوم ۷ جلسه مشاهده انجام شد. با انتخاب تمامی بخش ها و تمامی نوبت های کاری نیازی به نمونه گیری نظری در این مرحله (مکان و زمان) نبود،^(۱۹) اما نمونه گیری نظری در هر بخش و اطاق پانسمان بر اساس سؤالات پدیدار شده در طول

منابع داده ها (Data Source Triangulation) و تلفیق روشی (Method Triangulation) نیز صورت گرفت.^(۲۳) نمونه گیری با حداکثر تنوع (Maximum Variation Sampling)، مشاهده با مشارکت و استفاده از ادبیات منتشر شده نیز، این معیار را برآورد. پس از کامل شدن توصیف پدیده، شرکت کننده از هر مرکز، نظریه ایجاد شده را تأیید کردند (Member Checks). بافت اصلی مطالعه تا حد امکان توصیف شد، بنابراین قضاوت در مورد قابلیت انتقال، توسط خوانندگان امکان پذیر گردید. جهت برآورد معیار ثبات، فرآیند مطالعه حسابرسی شد. به این منظور ۸ نفر از اساتید فن، فرآیند مطالعه را بازنگری کرده و در مورد نتایج پژوهش به توافق رسیدند. از آنجا که در این مطالعه، واقعیت، قابل انتقال بودن و ثبات تأمین شده است، معیار تأیید پذیری نیز خود به خود برآورده شد.^(۲۵) به عبارت دیگر تمام مطالعه به عنوان یک حسابرسی تحقیقی عمل کرد.

یافته ها

گردآوری و تحلیل همزمان داده ها بیانگر آن بود که شرکت کنندگان در نتیجه عوامل درون سازمانی و برون سازمانی حاکم بر مراکز سوختگی، نشانه های فرسودگی شغلی را نمایان ساخته و در نهایت این نشانه ها، عواطف، نگرش ها، جسم، رفتار و مراقبت های آن ها را هدف قرار داده اند. پاسخ های شرکت کنندگان به عوامل ساختاری حاکم بر مراکز سوختگی در پنج بعد منفی، شامل ابعاد عاطفی، نگرشی، روان تنی، رفتاری، و سازمانی ظهور کرد. هر یک از این ابعاد دارای طبقات فرعی و خصوصیات متعددی بود که چگونگی پاسخ کارکنان به عوامل ساختاری و فرسودگی شغلی ناشی از آن را نشان می داد.

اغلب، کلمات خود شرکت کنندگان را منعکس می کند. بعنوان مثال، کد فقدان همدلی^{۲۶} به این پاسخ اختصاص یافت: «...وقتی هیچکس نیست صدای ما را بشنوه ما صدای مریض را چرا بشنویم؟». کد هایی که معانی یکسانی را شامل می شدند تحت طبقات مشترکی قرار داده شدند. به عنوان مثال کدهای مشابه کد فوق تحت طبقه بندی «کناره گیری عاطفی» قرار گرفتند. ابزارهای تحلیلی (Analytical Tools) شامل پرسش سؤالات و انجام مقایسات به یافتن خصوصیات هر مفهوم کمک کرد.^(۱۹) در کدگذاری محوری، طبقات اصلی به طبقات فرعی خود ارتباط داده شدند؛ کدگذاری در حول محور هر طبقه صورت گرفت و منجر به ارتباط یافتن طبقات در سطح خصوصیات و ابعاد شد.^(۱۹) در این مرحله، ساختار مراقبت با فرآیند مراقبت ارتباط یافت. بعنوان مثال این نوع کدگذاری نشان داد که کدام گروه از عوامل منجر به فاصله گیری پرستاران از بیماران شده است.

فرآیند تلفیق و تصفیه نظریه در کدگذاری انتخابی روی داد.^(۱۹) در این مرحله طبقه اصلی پدیدار شدن ابعاد منفی: پاسخ به فرسودگی شغلی^{۲۷} تعیین شد. طبقه اصلی، سایر طبقات پدیدار شده و طبقات فرعی آن ها را به یکدیگر متصل کرد.

به منظور بررسی اعتبار و اعتماد داده ها در این مطالعه از روش لینکلن و گوبا استفاده شد. این نویسندگان، روایی درونی را در تحقیق کیفی به قابل قبول بودن (Credibility)، روایی برونی را به قابل انتقال بودن (Transferability)، قابلیت اعتماد را به ثبات (Dependability) و عینیت را به تأیید پذیری (Confirmability) ترجمه کرده اند.^(۲۴)

برای اطمینان از قابل قبول بودن داده ها ۸ ماه وقت صرف جمع آوری داده ها گردید و به علاوه، تلفیق

۱- ابعاد عاطفی:

بر اساس تحلیل داده ها، ابعاد عاطفی آن دسته از پاسخ‌های فرسودگی شغلی است، که در نتیجه ارزیابی منفی شرکت کنندگان از عوامل برون سازمانی و درون سازمانی ایجاد شده و عواطف آن‌ها را تحت فشار قرار می دهد. ابعاد عاطفی تحت دو طبقه بندی فرعی استیصال شخصی و استیصال حرفه ای ظهور کرد.

استیصال شخصی به صورت مجموعه احساسات شخصی، ناشی از خستگی عاطفی که در اثر به اوج رسیدن تأثیر عوامل تنش زا و عدم کنترل بر شرایط در فرد ایجاد شده و وی را وادار به واکنش هایی برای حفظ و نگهداری انرژی می کند ظهور کرد. خصوصیات این طبقه شامل احساس درماندگی و ناتوانی، احساس به دام افتادگی، احساس فشار عاطفی و فرسودگی، احساس خستگی و نداشتن انرژی، افسردگی و بی‌حوصلگی، و تمرکز بر خود بود. یکی از شرکت کنندگان در مورد احساس به دام افتادگی چنین گفت: "به دنبالش بودم یک جای فراری پیدا کنم از اینجا برم، ولی وقتی راه فراری نداری آدم حداقل احتیاج داره که یک نفس تازه بکشه. وقتی اکسیژن نیست یا باید بمیره یا باید بره تو حیاط نفس بکشه. اینجا عملاً اکسیژن نیست، پرسنل هم دچار خفگی تدریجی می شن؛ این واقعیت داره، داره اتفاق می افته" (شرکت کننده ۹).

استیصال حرفه ای به صورت مجموعه احساسات ناشی از تأثیر وضعیت های ساختاری بر حرفه که بر اثر ارزیابی منفی فرد از این عوامل و عدم کنترل بر شرایط ایجاد شده بود ظهور کرد. خصوصیات این طبقه شامل کاهش انگیزه و رضایت شغلی، احساس محرومیت شخصی و حرفه ای، احساس عدم برخورداری از قدردانی و تصدیق، و احساس بی کفایتی

و عدم موفقیت بود. یکی از شرکت کنندگان در مورد احساس بی کفایتی و عدم موفقیت چنین گفت: "مشکلات بیمارستان جای خود، مشکلات مریض را می بینی که هیچ کاری از دستت بر نیامد، خوب از نظر روحی همه اینها ضربه است. وقتی کاری از دستم بر نیامد، از نظر روانی اثر می گذاره. تمام این‌ها روز به روز اثر منفی می گذاره" (شرکت کننده ۱۲)

۲- ابعاد نگرشی:

بر اساس تحلیل داده ها، ابعاد نگرشی آن دسته از پاسخ‌های فرسودگی شغلی است که در نتیجه ادامه فشارهای عاطفی بر فرد شاغل و بلا حل ماندن تعارضات ایجاد می شود. ابعاد نگرشی تحت دو طبقه بندی از خود بیگانگی و منفی نگری پدیدار شد.

از خود بیگانگی به صورت از دست دادن احساسات نوع دوستانه نسبت به بیماران ظهور کرد. طبقات فرعی‌تر از خود بیگانگی شامل درک غیر انسانی و کناره گیری عاطفی بود.

درک غیر انسانی بر اساس داده ها به صورت مجموعه احساسات و نگرش های غیر اخلاقی، غیر انسانی و گاه خصومت آمیز نسبت به مددجویان تعریف شد و بیشتر در مورد بیمارانی وجود داشت که از نظر شرکت کنندگان خصوصیات منفی داشتند. خصوصیات این طبقه فرعی شامل باورهای غیر اخلاقی، قائل نشدن احترام و تحقیر و سرزنش بود. یکی از شرکت کنندگان باور خود را چنین توجیه کرد:

"خشونت که نیست، بعضی ها میگوین که تنبیه معلمانه، می گن چوب معلم، چیه؟ بعضی از مریض ها از نظر فرهنگی خیلی پایین هستند، یعنی تو خانواده ای تربیت شده که همش سروصدا و داد بوده، یعنی با داد، این

۳- ابعاد روان تنی

پاسخ های جسمی و روانی فرسودگی شغلی در نتیجه تعامل فشارهای عاطفی و تحلیل نیروی جسمانی ایجاد شده است. داده ها بیانگر آن بود که هم زمان با تخلیه منابع عاطفی، جسم کارکنان نیز آسیب پذیرتری یافته و منجر به شیوع درد و بیماری گشته است. خصوصیات این طبقه به صورت شیوع بیماری و عفونت، درد، و خستگی ظهور کرد. یکی از شرکت کنندگان درمورد شیوع بیماری و عفونت چنین گفت:

«من زیاد بیمار می شوم، عفونت تو بدن مون زیاد هست، معمولاً اکثراً سرما می خوریم. به خاطر این که سالها تو اطاق پانسمان بودم. محیط گرمه، لباس و کلاه و ماسک و عرق می کنیم. اینجا جوون های ما که چند ساله فقط کار می کنند بیماران، خانم ها عفونت ادراری زیاد می گیرن، برای همین بچه ها فقط شیفتمی چرخونن، شیفتم» (شرکت کننده ۶).

۴- ابعاد رفتاری

بر اساس تحلیل و تفسیر داده ها، ابعاد رفتاری به صورت آن دسته از پاسخ های فرسودگی شغلی که در نتیجه تعامل متقابل عواطف و نگرش های منفی و پاسخ های روان تنی ایجاد شده و منجر به تحولات رفتاری منفی می شود، تعریف شد. ابعاد رفتاری شامل عدم تحمل و توجیه کردن بود.

فشارهای عاطفی **درجه تحمل** کارکنان را کاهش داد. خصوصیات این طبقه شامل کناره گیری فیزیکی، تخلیه عاطفی، تعارض خانوادگی، و برخورد بین فردی بود. یکی از شرکت کنندگان کناره گیری فیزیکی را این چنین نمایان کرد:

«دیگه از خودشون مایه نمی گذارن بچه ها، یعنی به این حد رسیدن، فقط می گن ما امروز اومدیم وظیفه کاری

مریض می شینه سر جاش، یعنی احساس زور؛ می گن، تا نباشد چوب تر، فرمان نبرد گاو نر» (شرکت کننده ۸).

کناره گیری عاطفی بر اساس تحلیل و تفسیر داده ها بصورت مجموعه احساسات و کنش های حاکی از بی تفاوتی و اهمیت ندادن به بیمار و مسائل او تعریف شد و به نظر رسید که کارکنان جهت محافظت خویش در مقابل تنیدگی و فشار عاطفی از آن استفاده کرده اند. خصوصیات این طبقه فرعی شامل فقدان همدلی، دوری گزینی و شکایت بود.

دوری گزینی در کلام یکی از شرکت کنندگان این چنین منعکس شد:

«... می دونید من زیاد نمیرم تو بحر مریض ها، زیاد کند و کاو نمی کنم با چی سوختی، چرا سوختی، چون تو روحیه ام خیلی اثر می گذاره، زیاد کند و کاو نمی کنم» (شرکت کننده ۱۳).

ناامیدی از حل مسایل باعث شده بود که کارکنان تصور کنند هر گونه تقلایی برای غلبه بر مشکلات بیهوده است. ناامیدی منجر به بی تفاوتی آن ها نسبت به دیگران و مسایل شد. بنابراین خصوصیات **منفی نگری** به صورت انتقاد، بی اعتمادی و بد بینی، و استهزاء و بی تفاوتی پدیدار گردید.

یکی از شرکت کنندگان بی تفاوتی خود را به شکل زیر نمایان کرد:

«... اصلاً مهم نیست برام غیبت بززن، اصلاً من ارزش نمره ارزشیابی و نمی دونم کسر این حقوق روزانه ای که می گیرم واقعاً برام ملاک نیست. به دلیل این که چی می خواد بشه، می خواد کدوم کمک مادی منو قطع کنه، وقتی پول نباشه...» (شرکت کننده ۲۷).

لازم به ذکر است که خصوصیات مثبت کارکنان، ارزیابی مثبت آن ها از خصوصیات بیمار و حمایت همکاران، برخی از پاسخ های نگرشی را تعدیل می کرد.

در صورت انجام ندادن آن مؤاخذ می شود، در کوتاه‌ترین زمان ممکن و بدون توجه به اصول و روش‌های مراقبتی انجام می دهد؛ به طوری که یک مشاهده کننده خارجی بتواند صرفاً انجام شدن آن را تأیید کند. رفع تکلیف کردن به صورت راهبردهای کوتاه کردن زمان مراقبت، بی توجهی به اصول و روش‌ها، و اولویت دادن به وظایف ضروری ظاهر شد و بزرگترین طبقه پدیدار شده از داده ها بود که ماهیت مراقبت در مراکز سوختگی را به خوبی بیان می کرد.

شرکت کنندگان جهت انجام وظایف خود کوتاه ترین زمان ممکن را به کار می بردند و به این منظور از راهبردهایی استفاده می کردند که شامل: ارتباط و آموزش تلگرافی یا حین مراقبت، انتخاب راحت ترین رویکرد، حذف یا چشم پوشی، محول کردن وظایف به دیگران/ شیفت بعد، مراقبت سطحی، تعجیل و سرعت، و مراقبت ماشینی بود. پژوهشگر در یکی از یادداشت‌های خود در عرصه، بارزترین شکل مراقبت ماشینی را در یکی از اطاق های پانسمان ثبت کرد:

پانسمان حالت زنجیر وار دارد، هر کس وظیفه ای را به عهده دارد. دو نفر سریع شستشو می دهند. تنها کلماتی که ردوبدل می شود این است که خودت را بلند کن، باز کن، بیار بالا، بیار پایین، برگرد، تگون بخور. یک کارگر مسئول بالا گرفتن اعضای بدن بیمار و چرخاندن بیمار به این طرف و آن طرف است. بیمار مثل توپ فوتبال و با سرعت پرت می شود. پانسمان بیمار با ۷۵٪ سوختگی تنها ۱۰ دقیقه وقت می برد. در همین مدت، مریض بعدی شستشو داده شده و آماده پانسمان می باشد (یادداشت شماره ۵).

مون را انجام بدیم، بریم. قبلاً خیلی علاقه مند بودن، می رفتن تو اطاق ها با مریض ها اگر کار نداشتن صحبت می کردن، ولی الان شما ببینید، همه شون اینجا نشستن، علت چیه؟ دیگه انگیزه ندارن، دلگرمی ندارن (شرکت کننده ۱۸)

توجیه کردن بر اساس داده ها، به صورت تمایل به منطقی نشان دادن انجام نا مناسب وظایف و مراقبت ها ظهور کرد. توجیه کردن در رابطه با موارد مختلف، از جمله کمبودها، بیماران، رفتار همکاران و مدیران، و بار کاری و خستگی صورت گرفت.

توجیه کردن در رابطه با کمبودها بیش از همه نمایان بود در حالی که کمبودها مقطعی بودند و گاه کمبودی وجود نداشت. یکی از شرکت کنندگان که با وجود ست‌های استریل متعدد، تنها از یک ست استریل برای کمپرس صورت تمام بیماران استفاده می کرد، رفتار خود را چنین توجیه نمود:

خوب می شه با همون یک دونه ست هم استریل کار کرد، روش داره دیگه، ولی اینکه ما ۲۰ تا کمپرس داریم، ۲۰ تا ست هم باز کنیم یک چیز وحشتناکی اصلاً می شه، اصراف هم می شه، چون داخل هر ستی چند تا گازه (شرکت کننده ۱۹)

۵- ابعاد سازمانی

ابعاد سازمانی به صورت واکنش های شرکت کنندگان نسبت به خواسته های سازمان که در نتیجه تعامل متقابل پاسخ های عاطفی، نگرشی و روان تنی ایجاد می شود، پدیدار گردید. ابعاد سازمانی شامل رفع تکلیف کردن، و زوال عملکرد بود.

تحلیل داده ها نشان داد که در رفع تکلیف کردن، مراقبت دهنده کاری را که ملزم به اجرای آن است یا

بی توجهی به اصول وسعت زیادی داشت و کیفیت مراقبت‌ها را به شدت کاهش می‌داد. خصوصیات این طبقه شامل: بی توجهی به نیاز جسمی (مراقبت روتین)، بی توجهی به نیاز عاطفی، بی توجهی به کلیت بیمار (وظیفه گرایی)، بی توجهی به بهداشت، بی توجهی به تقاضا و آسودگی بیمار، بی توجهی به امنیت و نتایج و عوارض، مراقبت در زمان یا مکان نامناسب، هماهنگی نامناسب تیمی، بی توجهی به نیازهای اطلاعاتی، و عدم کاربرد قابلیت‌ها بود.

یکی از سوپروایزرها غلبه روتین‌ها و بی توجهی به نیازهای جسمی را بیان می‌کند:

«برای بچه‌ای که تب ۴۰ درجه داره خون وصل کرده، بهش می‌گم چرا علائم حیاتی اش را چک نکردی؟ می‌گه مگر ساعت ۱۱ علائم حیاتی می‌گیرن خانم؟ به ما تا حالا نگفتن ساعت ۱۱ علائم حیاتی بگیریم. یعنی ایشون علائم حیاتی را فقط ۶ و ۱۲ می‌گیره و فکر می‌کنه فقط همین کافیه» (شرکت کننده ۳۸).

شرکت کنندگان به **وظایفی اولویت** دادند که از نظر آن‌ها بسیار ضروری بود. این موارد شامل مراقبت‌های دستور داده شده یا لازم الاجرا، وظایف مورد نظر مدیران، مراقبت‌هایی که عدم انجام آن منجر به مؤاخذه می‌شود، و موارد مشهود و ظاهری بود. یکی از شرکت کنندگان در مورد انجام مراقبت برای مؤاخذه نشدن چنین گفت:

«مراقبتی که اینجا انجام می‌شه شاید از حد متوسط هم پایین تره، منتها اون چیزی که باید انجام بشه نمی‌شه، اصلاً فقط اون چیزی که برای بیمار order شده، داروشو بدن، پانسمانش را انجام بدن، فقط. مراقبت‌های دیگری که توی کتاب‌ها هست و می‌دونیم انجام نمی‌شه، یعنی اون چیزهایی که دستور داده شده

و اگر انجام ندن مورد بازخواست قرار می‌گیرند» (شرکت کننده ۵).

بر اساس داده‌ها **زوال عملکرد** عبارت از تخلیه انرژی جسمی و عاطفی است که منتهی به فقدان انگیزه و اشتیاق به کار شده و عملکرد کارکنان را از جنبه‌های فیزیکی، روانی، و اخلاقی مختل می‌نماید. خصوصیات زوال عملکرد به صورت غیبت عاطفی و روانی، غیبت فیزیکی، تنزل اخلاقی، و گریز، از داده‌ها پدیدار شد. یکی از شرکت کنندگان غیبت عاطفی و روانی را چنین نمودار کرد:

«ما پرسنل با سابقه مون به جرأت می‌تونم بگم همه شون خوابن تو شیفت‌های بیداری شون، یا کسلن، یا خوابن، یعنی اگر مطمئن باشن سوپروایزر وارد بخش نمی‌شه، مسلم بدونید خوابن» (شرکت کننده ۸).

گریز به شکل تفکر به ترک سازمان، اقدام به ترک سازمان، و سپس ترک دائمی سازمان نمودار شد. یکی از شرکت کنندگان در این مورد گفت:

«من خیلی مشتاق هستم و درخواست بازنشستگی کردم و دنبالش هم رفتم، بخاطر اینکه اینجا هیچ امتیازی نداره، برای چی من کار کنم؟ بخاطر چی کار کنم؟ بخاطر هیچ امتیازی که نداره؟ اشک آدم می‌ریزه، کار خیلی سخته» (شرکت کننده ۱۰).

بحث و نتیجه‌گیری

شرکت کنندگان، واکنش منفی خود به فرسودگی شغلی را در قالب پاسخ‌های عاطفی، نگرشی، روان‌تنی، رفتاری و سازمانی نمایان کردند.

Igodan و Newcomb نشانه‌هایی شبیه پاسخ‌های عاطفی در پژوهش حاضر را نشانه‌های روانی می‌نامند و در این رابطه به خستگی عاطفی و از دست دادن

نیز در مطالعه گراند تئوری خود به این نتیجه رسید که برخی پرستاران ترجیح می دهند بر خود تمرکز داشته باشند و به این ترتیب درگیر بیماران نشوند. وی اظهار می کند که به نظر می رسد سطوح بالای تنیدگی منجر به ناتوانی پرستاران در مطالعه او در انجام مراقبت مناسب شده و رفتارهای مراقبتی آن‌ها را تغییر داده است.^(۱)

برخی نویسندگان کاهش انگیزه و رضایت شغلی را که در شرکت کنندگان این پژوهش نیز مشاهده شد در زمره عوامل رفتاری^(۲۶) و برخی آن را جزء شاخص‌های عاطفی^(۱۰) فرسودگی شغلی طبقه بندی کرده اند. در بررسی اپیدمیولوژیکی که بین شاغلین ۲۳ شغل در آمریکا صورت گرفت، از دست دادن علاقه به کار و بیزاری از کار، به عنوان نتایج فقدان کنترل مزمن بر موقعیت کاری یاد گردید.^(۲۹)

بر انگیزته شدن عواطف در شرکت کنندگان با تغییرات نگرشی همراه بود. Mourhed و Griffin در این مورد مطرح می کنند که طرز تلقی‌ها هم به وسیله ویژگی‌های عینی محیط کار، و هم اطلاعات مربوط به محیط اجتماعی شکل می گیرند.^(۳۰) با عنایت به این نظریه می توان نتیجه گرفت که نگرش کارکنان مراکز سوختگی با توجه به عوامل خرد و کلان سازمان (واقعیت‌های عینی) و اطلاعات به دست آمده از گروه اجتماعی شکل گرفته است.

نگرش‌های منفی شرکت کنندگان گاه به صورت درک غیر انسانی و کناره گیری عاطفی متجلی شد. Potter با توصیف درک غیر انسانی (Dehumanization) به عنوان شکلی از کناره گیری عاطفی، (Emotional Withdrawal) عنوان کرد که بسیاری از مراقبت دهندگان به این تفکر می رسند که مددجویان آن‌ها اشیایی بیش نیستند. برخی از آن‌ها دچار عواطف

کنترل عاطفی، عدم توانایی مقابله با تنش‌های ناخواسته، احساس بی قدرتی، احساس درماندگی و افسردگی اشاره می کنند. برخی نویسندگان پیدایش نشانه‌های عاطفی را در کاربرد روش‌های مقابله با تنیدگی مؤثر می دانند.^(۲۶) Boyle در این رابطه اظهار می کند که ممکن است احساس درماندگی و ناامیدی مربوط به فرسودگی شغلی، به جای استفاده از روش‌های مقابله‌ای مشکل نگر، روش‌های عاطفه نگر را تشویق کند، زیرا پرستاری که دچار فرسودگی شغلی است، احتمالاً فاقد انرژی لازم جهت استفاده از روش‌های مقابله‌ای مشکل نگر می باشد.^(۲۷)

شرکت کنندگان نشانه‌های **استیصال شخصی** را به گونه‌ها و شدت‌های متفاوتی نشان دادند. Potter اشاره می کند که احساس محرومیت، خشم، افسردگی، نارضایتی و اضطراب بخش‌های طبیعی از زندگی و کار هستند، اما افرادی که در چرخه فرسودگی شغلی گرفتار می شوند، اغلب این احساسات منفی را به دفعات زیادتری تجربه می نمایند تا وقتی که این نشانه‌ها در آنان مزمن می شود. در بدترین حالات، افراد از نوعی خستگی عاطفی یا تحلیل عاطفی شکایت دارند. با این که هیچ دو نفری به شیوه مشابهی پاسخ نمی دهند، افراد ابتدا محرومیت را تجربه می کنند که ممکن است به صورت خشم تجلی کند. در مراحل بعدی، اضطراب، احساس گناه و ترس و سپس افسردگی و در موارد شدید، استیصال مشاهده می شود.^(۲۸)

فشارهای عاطفی، درماندگی، خستگی، افسردگی و بی‌حوصلگی موجب شده بود تا کارکنان برای حفظ انرژی عاطفی خود، به جای تمرکز بر نیاز بیمار، بر خود متمرکز شوند و خود را محافظت نمایند. Williams

خویش را به این صورت نشان دادند. Lazarus و Folkman این مورد را مقابله رویارویی می نامند و معتقدند که تهاجم و حمله به چیزی که مضر تلقی می شود، روش متداولی برای حفاظت خود در برابر خطر است.^(۳۱)

وقتی شرکت کنندگان از مقابله از طریق انتقاد و تهاجم نتیجه ای نگرفتند در نهایت بی تفاوت شدند. Lazarus مطرح می کند که در برخی موقعیت های خاص تهدید آمیز، این گونه به نظر می رسد که هیچ زمینه یا امیدی جهت پیشگیری یا غلبه بر صدمه وجود ندارد. در چنین موقعیتی که ناامیدی خوانده می شود، احتمالاً هیچ انگیزه ای برای تهاجم یا گریز از صدمه وجود ندارد و شخص دچار سکون می شود.^(۳۳)

فشارهای عاطفی ناشی از عوامل تنش زای سازمانی همراه با فشار فیزیکی ناشی از کمبود تعداد کارکنان و بار سنگین کاری مراکز سوختگی منجر به ایجاد ابعاد روان تنی گردید. Potter معتقد است همچنان که منابع عاطفی قربانیان فرسودگی شغلی تخلیه می شود، بهبود پذیری جسمانی آنان نیز تنزل می یابد.^(۳۸) Lewis و همکاران نیز با اشاره به عوامل تنش زای فراوان بخش های سوختگی مطرح می کنند که وسعت و شدت مشکلاتی که پرستاران بخش سوختگی با آن مواجه هستند نشان می دهد که به مشاوره روان پزشکی در این مورد نیاز می باشد. آن ها مطرح می کنند که پرستاری از چنین بیمارانی نه تنها نوعی مبارزه است، بلکه از نظر عاطفی و جسمی نیز تنش هایی را بر پرستار وارد می کند.^(۷)

کناره گیری فیزیکی از بیماران از جمله ابعاد عاطفی بود. Mourhed و Griffin کناره گیری را از پی آمدهای فرسودگی شغلی می دانند و اظهار می کنند که فرد شاغل ممکن است در این حال به عنوان مثال زمان

خصوصیت بار نسبت به بیماران می شوند. برخی نیز دوری گزین و عقل گرا (Intellectual) می شوند و در مورد مددجویان خود به عنوان مواردی انتزاعی در کتاب های درسی سخن می گویند. پوتر معتقد است که تمامی این کوشش هایی که برای مقابله صورت می گیرد، در واقع فرآیند فرسودگی شغلی را تشدید می کند. وی اظهار می دارد که وقتی ادامه کار به شکل فزاینده ای نامطبوع می شود، به یک آزمایش تحمل تبدیل می گردد و در نهایت ممکن است منجر به از بین رفتن کامل عواطف شود.^(۲۸)

کناره گیری عاطفی و دوری گزینی از بیمار به حد زیادی در کارکنان پرستاری مشاهده شد. Lazarus و Folkman دوری گزینی را به عنوان مجموعه رفتارهای شناختی توصیف می کنند که فرد یا گروه برای دوری از منبع ایجاد کننده مشکل و یا اجتناب از این منبع، در جهت کاهش اهمیت آن به کار می برند. بنابراین شرکت کنندگان با اهمیت ندادن به مسایل بیمار، عدم همدردی و دوری گزینی، در واقع در صدد آن بودند که به نوعی تنیدگی خود را کاهش دهند.^(۳۱) یافته های پژوهش رفیعی و همکاران نشان داد که بین دوری گزینی و شدت از خود بیگانگی بهیاران رابطه مستقیمی وجود داشته است. به عبارت دیگر دوری گزینی از بیمار می تواند نشان دهنده سطوح بالای فرسودگی شغلی باشد. تغییرات نگرشی گاه نیز به صورت منفی نگری ظهور کرد.^(۳۲) Igodan و Newcomb معتقدند که منفی نگری و بدگمانی نسبت به درستی و نیکوکاری بشر (Cynicism)، افزایش شکایت در مورد شغل، بی تفاوتی و از دست دادن حس اهمیت، از جمله پاسخ های فرسودگی شغلی می باشد.^(۲۶)

شرکت کنندگان به کرات از موسسه و مدیران انتقاد کردند و خشم خود نسبت به آنان و حتی همتایان

همچنین امکان دارد تحت این شرایط، نحوه انجام وظیفه یا روش انجام آن تغییر یابد.^(۳۶،۳۹)

پرستاران این مطالعه از راهبردهایی برای کوتاه کردن زمان مراقبت استفاده کردند و مراقبت بی کیفیتی را عرضه نمودند. Williams این رفتار را با سطوح بالای تنیدگی مرتبط دانسته و اظهار می دارد که در این حالت، خصوصیات معمول و قابلیت های پرستار به کار نمی رود، تیم غیر عملکردی است و تنها نیازهای فیزیکی تا حدی برآورده می شود. وی مطرح می کند که به نظر می رسد، موجود بودن منابع انسانی و فیزیکی بر مقدار زمان موجود برای اجرای مراقبت های پرستاری تأثیر می گذارد.^(۱) پرستاران مطالعه Bowers و همکاران راهبردهایی شبیه راهبردهای به کار رفته توسط پرستاران این مطالعه را جهت اداره زمان و بار کاری مورد استفاده قرار دادند. از جمله رویکردها، تثبیت یک روش روتین بود. در این حال انجام وظیفه در مورد مددجویان ثابتی صورت می گرفت و یا رویکردی کلی برای سازمان دادن کار بر اساس مددجو یا بر اساس وظیفه به کار می رفت. راهبرد دیگر پرستاران، تولید زمانی نو در هنگام کمبود وقت بود. در این حال پرستاران سریع تر کار می کردند، وظایف را ترکیب و دسته بندی می نمودند، توالی انجام وظایف را تغییر می دادند، به مددجویان اظهار می کردند که وقت ندارند، وقت تلف شده را به وقت مفید تبدیل می کردند و یا اوقاتی واقعی را فراهم می نمودند. وقتی پرستاران نمی توانستند با این رویکردها نیز وظایف خود را به انجام رسانند، آن را بخش بخش کرده و به دیگران تفویض می نمودند.^(۳۷) برخی محققین مطرح کرده اند که ارتباط ضعیف و غیر اثربخش ممکن است با ناتوانی پرستاران در مقابله با تنیدگی، نداشتن وقت کافی و ترس از درگیر شدن با

طولانی تری را صرف خوردن غذا کند و به وظایف خود بی توجه گردد.^(۳۰) Milne و William نیز صرف وقت با بیمار را جزء بسیار با ارزش و کمتر از حد تخصیص یافته، کار پرستاری می داند.^(۳۴)

تخلیه عاطفی شایع ترین واکنش رفتاری کارکنان بود که بصورت تحریک پذیری و پرخاشگری نمایان شد. Potter عواطف منفی را از جمله نشانه های فرسودگی شغلی دانسته و بیان می کند که بدخلقی و تند مزاجی در نتیجه محرک های جزئی، احتمال فرسودگی شغلی را هشدار می دهد.^(۲۸) Mourhed و Griffin نیز خشونت را از پیامدهای فرسودگی شغلی در سازمان محسوب می کنند.^(۳۰)

به نظر می رسد که کارکنان با توجیه کردن و منطقی نشان دادن اعمال و رفتارهای خود در صدد کاهش بار فشار عاطفی و کاهش تنش و احساس گناه خود بودند. Cax چنین رفتاری را تحت عنوان تسکین (Palliation) توضیح می دهد و آن را نوعی مقابله می داند. وی مطرح می کند که تسکین، بر کاهش، حذف، یا تحمل جنبه های ناراحت کننده جسمانی، حرکتی یا عاطفی تنیدگی های نشأت گرفته از محیط تمرکز دارد و بروز رفتار یا عمل تسکینی به معنای تعدیل پریشانی، جهت کسب آسایش کوتاه مدت است.^(۳۵)

ابعاد سازمانی بصورت دو مضمون برجسته رفع تکلیف کردن و زوال عملکرد از داده ها پدیدار گردید. ادبیات فرسودگی شغلی نیز به نوعی به مفهوم رفع تکلیف کردن اشاره می کنند و بیان می دارند که کارآیی فرد نیز در اثر عوامل مربوط به کار به طور غیر مستقیم تحت تأثیر قرار می گیرد. به عنوان مثال در شرایط زیادی بار کار، ممکن است فرد جهت تمرکز بر وظیفه اصلی، از کارهای جانبی مربوط به آن غفلت نماید.

بسیاری از آن‌ها در مصاحبه‌ها گفته بودند که فقط انجام می‌دهی (کیفیت اهمیتی ندارد). نویسندگان متذکر می‌شوند که چنین مراقبت‌هایی نشان دهنده و یا ایجاد کننده تنش در کارکنان است و افزایش نیروی انسانی را در مراکز مراقبت دراز مدت پیشنهاد کردند.^(۳۷)

خصوصیات زوال عملکرد بصورت غیبت عاطفی و روانی، غیبت فیزیکی، تنزل اخلاقی و گریز در شرکت کنندگان پدیدار شد. Potter نیز با اشاره به زوال عملکرد در فرسودگی شغلی بیان می‌کند که سطوح بالای انرژی، سلامتی و اشتیاق که وضعیت‌های ضروری برای عملکرد مناسب می‌باشند، جملگی در فرسودگی شغلی تخلیه می‌شوند و این امر موجب کاهش کارآیی و نزول کیفیت پیامدها می‌شود. Potter معتقد است که با دردناک تر شدن کار و عدم دریافت پاداشی از آن، غیبت نیز بیشتر وقوع می‌یابد. حتی در هنگامی که قربانی فرسودگی شغلی حضور فیزیکی دارد، از نظر عاطفی و روانی از کار خود غیبت دارد. مسایل مربوط به سلامتی و فشارهای مربوط به روابط بین فردی، منجر به اختلال در روابط با همکاران می‌شود و بنابراین فرد حمایت و همکاری آن‌ها را از دست می‌دهد و انجام وظایف شغلی دشوارتر می‌شود. بنابراین به مرور زمان، تنزلی کلی در کیفیت عملکرد ایجاد شده و بهره‌وری کاهش می‌یابد.^(۳۸) Igodan و Newcomb نیز به زوال عملکرد، کاهش اشتیاق به کار و افزایش غیبت اشاره می‌کنند.^(۳۶) با توجه به نظریه‌های مختلف انگیزشی سازمان، خصوصاً نظریه دو عاملی، به نظر می‌رسد که کارکنان از عوامل بهداشتی (ابقاء) و انگیزش دهنده در سازمان برخوردار نیستند و بنابراین انتظار غیبت عاطفی و روانی و جابجایی در چنین کارکنانی می‌رود.^(۴۰)

بیمار در ارتباط باشد^(۳۸)، این در حالی است که شرکت کنندگان این مطالعه در اکثر موارد نسبت به نیازهای عاطفی بیمارانشان بی توجه بودند.

کارکنان به وظایفی اولویت دادند که از نظر آن‌ها ضرورت بیشتری داشت؛ بنابراین سایر وظایف، حاشیه‌ای محسوب شده و فراموش شدند. پرستاران مطالعه Bowers و همکاران از رویکردی بنام اولویت بندی مجدد کار جهت مراقبت استفاده کردند. خصوصیات این طبقه به صورت اولویت بندی بر اساس نتایج انجام ندادن کار، بر اساس پیچیدگی وظیفه، بر اساس منبعی که تقاضای انجام کار را کرده است، بر اساس مشهود بودن نتایج، بر اساس وظیفه و بر اساس نیاز مددجو، و احتمال تأثیر انجام یک وظیفه بر وظیفه بعدی مشخص شد.^(۳۷) Austin و همکاران نیز از تأثیر موارد غیر مشهود در کیفیت مراقبت پرستاری یاد کردند. این نویسندگان اظهار کردند که بسیاری از فعالیت‌هایی که از نظر پرستاران مطالعه آنان منجر به مراقبت با کیفیت می‌گردید، موارد نسبتاً غیر مشهود بوده است.^(۳۹)

رفع تکلیف کردن، پرستاران، بیماران و سازمان را تحت تأثیر قرار داد و منجر به انجام نشدن و یا انجام پرخطر بسیاری از مراقبت‌ها شد. Bowers و همکاران در مطالعه خود اظهار کردند با این که چنین راهبردهایی به پرستاران امکان داد تا وظایفی را که مسئول آن بودند انجام دهند، نتایج سوئی برای پرستاران و مددجویان داشت. آن‌ها تشخیص دادند که تقاضاها و فشارهای زمانی، انجام مراقبت با کیفیت بالا را غیر ممکن می‌کند، بنابراین از کارهایی که خوب است انجام شود صرف نظر کردند تا به کارهایی که باید انجام شود بپردازند. این نویسندگان بیان کردند که منبع اصلی عدم رضایت پرستاران کمبود وقت بوده است و

کارکنان راهبردهایی را برای کاهش تنیدگی آن‌ها انتخاب و اجرا نمایند. تعیین اهداف توسط کارکنان، مشارکت دادن کارکنان در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی، دادن بازخورد مناسب پس از سنجش عملکرد، و تشکر و قدردانی از زحمات کارکنان، انگیزش‌دهندگانی قدرتمند هستند که قابلیت فراوانی برای کاهش فرسودگی شغلی دارند.^(۴۱)

هرچند اجرای برنامه‌های کاهش فشارهای عصبی کارکنان پرستاری هزینه‌بر است و با توجه به محدودیت امکانات مالی مراکز سوختگی با اشکال مواجه می‌شود، اما با افزایش بهره‌وری کارکنان، جبران این هزینه‌ها صورت خواهد گرفت. مدیران می‌توانند با تهیه و اجرای این برنامه‌ها و تشویق کارکنان پرستاری جهت مبادرت به ورزش و اختصاص زمان‌هایی برای تفریح، به کارکنان بیاموزند که چگونه فشار عصبی خود را تشخیص داده و مسؤولیت تغییر آن را نیز خود به عهده بگیرند.^(۳۰)

با این‌که ماهیت تحقیقات کیفی تعمیم‌پذیری یافته‌ها به حیطه‌های گسترده‌تر را محدود می‌کند، اما توصیف دقیق بافت‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، نمونه‌گیری نظری از تمامی موقعیت‌های ممکن و مشخص بودن تصمیمات اخذ شده در فرآیند تولید داده‌ها و موافقت شرکت‌کنندگان با یافته‌های تولید شده، راه را بر تعمیم یافته‌های این پژوهش در موقعیت‌های مشابه هموار می‌سازد.

پژوهش حاضر سؤال‌های تحقیقی متعددی را مطرح می‌کند که از طریق روش‌های کمی و کیفی قابل بررسی است. پژوهشگران از میان ده‌ها سؤال تحقیقی، انجام پژوهش‌هایی در رابطه با رابطه بین احساس بی‌کفایتی و عدم موفقیت در کار و رضایت شغلی پرستاران، تجربه بیماران سوختگی از تحقیر شدن و

رضایت Griffin و Mourhed در همین راستا به عدم رضایت شغلی اشاره کرده و عوامل سازمانی (پرداخت‌ها، فرصت‌های رشد، نوع کار، سیاست‌ها، شرایط کار)، عوامل گروهی (همکاران، سرپرستاران)، و عوامل شخصی (نیازها، اشتیاق‌ها، مزایای واسطه‌ای) را در ایجاد نارضایتی مؤثر دانسته و بیان می‌کنند که این عوامل در نهایت موجب افزایش غیبت و جابجایی زیاد از کار می‌شود.^(۳۰)

Boyle معتقد است که برای رویارویی مناسب با فرسودگی شغلی لازم است علائم این پدیده و عوامل مؤثر در وقوع و شدت آن، به‌طور واضح مشخص و شناسایی شود.^(۲۷) این پژوهش، عوامل و علائم را مشخص کرد و بنابراین شناسایی آن را تسهیل نمود. لذا در مرحله اول پیشنهاد می‌شود که مدیران پرستاری و سوپروایزرها و سرپرستاران بخش‌های سوختگی شاخص‌های عاطفی، نگرشی، روان‌تنی، رفتاری و سازمانی فرسودگی شغلی مانند افسردگی و بی‌حوصلگی، احساس خستگی و نداشتن انرژی، تمرکز بر خود، کاهش رضایت شغلی، توسعه باورهای غیر انسانی، بی‌احترامی به بیماران و سرزنش و تحقیر آن‌ها، دوری‌گزینی از بیمار، شکایت از بیماران، انتقاد از سازمان و هم‌تایان، بدبینی، استهزاء و بی‌تفاوتی، شیوع بیماری و عفونت و دردهای جسمانی، پرخاشگری، برخورد‌های بین‌فردی، توجیه و منطقی‌جلوه‌دان خطاهای مراقبتی، غیبت عاطفی و فیزیکی، تنزل اخلاقی، تقاضای بازنشستگی پیش از موعد و عادی شدن رفتارهای نادرست مراقبتی را به دقت مورد مشاهده و بررسی قرار دهند و علاوه بر کوشش در جهت تعدیل عوامل درون‌سازمانی و برون‌سازمانی حاکم بر مراکز سوختگی که عامل اصلی ظهور ابعاد منفی پنج‌گانه و نزول کیفیت مراقبت‌ها می‌باشند، با گفتگو با

- 6- Steenkamp WC, Van der Merwe AE. The psychosocial functioning of nurses in a burn unit. *Burns*; 1998. 24(3): 253- 258.
- 7- Lewis KF, Poppe S, Twomey J, Peltier G. Survey of perceived stressors and coping strategies among burn unit nurses. *Burns*; 1990. 16(2): 110- 112.
- 8- Heimbach D. Burn patients, then and now. *Burns*; 1999. 25(1): 1- 2.
- 9- Swaffield L. Coping with stress- sharing the load. *Nurs Times*; 1988. 84(36): 24-26.
- 10- MC Carthy P. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs*; 1985. 10: 305- 310.
- 11- Nicosia JE, Petro JA. Manual of burn care. New York: Raven press; 1983. P. 134- 135.
- 12- Donabedian A. The quality of care, how can it be assessed?. *JAMA*; 1988. 260(12): 1743- 1748.
- 13- Zarghami M, Khalilian A. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. *Burns*; 2002. 28(2): 115- 119.
- 14- Rafii F, Oskouie F, Nikravesh M. Factors involved in nurses' responses to burnout: a grounded theory study. *BMC Nurs*. [serial on the Internet]. 2004; 3(6) [about 10p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/6>. Accessed November 13, 2004.
- 15- Hogston R. Quality nursing care: a qualitative enquiry. *J Adv Nurs*; 1995. 21(1): 116- 124.
- 16- Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv Nurs Sci*; 1990. 13(1): 167- 171.
- 17- Fletcher CE. Hospital RN's job satisfaction and dissatisfaction. *JONA*; 2001. 31(6): 324- 331.
- 18- Mark BA. What explains nurses' perceptions of staffing adequacy?. *JONA*; 2002. 32(5): 234- 242.
- 19- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research; techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. thousand oaks: Sage publication; 1998. P. 57- 237.

سرزنش توسط کارکنان پرستاری، رابطه بین همدلی و نگرش کارکنان پرستاری، رابطه بین درک بیماران از حقوق خود و رفتارهای مراقبتی دریافت شده توسط آنها، رابطه بین فرسایش جسمی و تحلیل عاطفی کارکنان پرستاری، درک کارکنان پرستاری و مدیران از کناره گیری فیزیکی از بیمار، تأثیر خشونت و محبت بر همکاری بیماران سوختگی، تحلیل و توسعه مراقبت ماشینی با استفاده از داده های این مطالعه، و ارتباط بین غیبت عاطفی و فیزیکی و فرسودگی شغلی کارکنان سوختگی و همچنین انجام پژوهشی مشابه در سایر حیطه های مراقبتی را پیشنهاد می کنند.

تقدیر و تشکر

حمایت های مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران در جهت کمک به انجام پژوهش قابل تقدیر است. پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را به شرکت کنندگان پژوهش و مدیران محترم مراکز سوختگی تهران اعلام می نمایند.

فهرست منابع

- 1- Williams AM. The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. *J Adv Nurs*; 1998. 27(4): 808- 816.
- 2- Mander R. Encouraging students to be research minded. *Nurs Edu*; 1988. 8: 30-35.
- 3- Redfern SJ, Norman IJ. Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. *J Adv Nurs*; 1990. 15: 1260- 1271.
- 4- Dufrene RL. An evaluation of a patient satisfaction survey: validity and reliability. *Eval Program Plann*; 2000. 23(3): 293- 300.
- 5- Herndon D. Total burn care. 2nd ed. London: Saunders; 2002. P.16- 23, 421, 723- 729, 740- 783.

- ۳۲- رفیعی فروغ، عالیخانی مریم، موسوی ملیحه السادات، محمودی محمود. بررسی میزان فرسودگی شغلی و ارتباط آن با روش های مقابله ای به کار گرفته شده توسط پرستاران شاغل در بیمارستان های سوانج و سوختگی تهران و مقایسه آن با بیماران شاغل در این بیمارستان ها. فصلنامه پرستاری و مامایی ایران؛ ۱۳۷۵. ۱۴ و ۱۵: ۵-۱۴.
- 33- Lazarus RS. Patterns of adjustment. 3rd ed. New York: MC Graw- Hill; 1976. P. 45- 47, 56- 59.
- 34- Milne HA, MC William CL. Considering nursing resource as caring time. J Adv Nurs; 1996. 23: 810- 819.
- 35- Cox T. Stress. 4th ed. London: British library cataloguing in publication data; 1988. P. 14- 18, 28-30.
- 36- Pyne R, Cozens JF. Stress in health professionals. New York: John Wiley & sons; 1987. P. 210- 215.
- 37- Bowers BJ, Lauring C, Jacobson N. How nurses manage time and work in long- term care. J Adv Nurs; 2001. 33 (4): 484- 491.
- 38- Macleod CJ. Communication: why it can go wrong. Nurs Times; 1985. 2(38): 1119- 1120.
- 39- Austin L, Luker K, Caress A, Halleh C. Palliative care: community nurses' perceptions of quality care. Qual Health Care; 2000. 9: 151- 158.
- ۴۰- الوانی سیدمهدی. مدیریت عمومی. تهران: نشر نی؛ ۱۳۷۹. ص. ۱۳۲-۱۶۶.
- 41- Weinbeg K. Pain and anxiety with burn dressing changes: patient self- report. J Burn Care Rehabil; 2000. 21(2): 155- 156
- 20- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1976. P. 65-7.
- 21- Field PA, Morse JM. Nursing research: the application of qualitative approaches. Beckenham: Croom Helm; 1991. P. 45-50.
- 22- Chenitz WC, Swanson JM. Qualitative research using grounded theory, From practice to grounded theory; qualitative research in nursing. Menlo Park: Addison Wesley; 1986. P. 3-13.
- 23- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of nursing research. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001. P. 203- 250.
- 24- Guba E, Lincoln Y. Forth Generation. California. Newbury Park: Sage publication; 1989. P. 23-40.
- 25- Guba E, Lincoln Y. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responses and naturalist approaches. San Fransisco: Jossey-Bass; 1985. P. 120-23.
- 26- Igodan OC, Newcomb LH. Are you experiencing burnout?. J Extension; 1986. 24(1): 1-7.
- 27- Boyle A. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. J Adv Nurs; 1991. 16: 850-857.
- 28- Potter BA. Symptoms of burnout. 1998. Available from: <http://www.docpotter.com/boclass-zbosymptoms.html>. Accessed 5 February 2004.
- 29- Kalimo R. Psychosocial factors at work and their relation to health. Geneva: World health organization; 1987. P. 4- 100.
- ۳۰- مورهد گرین، رفتار سازمانی. ترجمه الوانی مهدی، معمارزاده غلامرضا. تهران: مروارید؛ ۱۳۷۹. ص. ۲۶۴-۱۶۳.
- 31- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984. P. 70- 75, 308-311.

Response of Nursing Staff to Burnout in Burn Centers of Tehran

*F. Rafiee PhD¹ SF. Haghdoost Oskouie PhD² M. Yadavar Nikravesh PhD³

Abstract

Background & Aim: Nursing care in a burn center is demanding intensive care which provokes emotional responses among staff. Every nurse who cares for a patient with burn injury, knows that stress is a part of working in this field and organizational problems and issues related to the patients in these centers leads to intense reactions in the staff which finally results in burnout and exerts negative influences on nursing care. Therefore, the objective of this paper as part of an extensive research was identifying the nature of burn nurses' responses to burnout.

Material & Method: Grounded theory was used in this study. Thirty- eight participants were recruited by purposeful and theoretical sampling and data were generated by unstructured interviews and participant observations. Constant comparison was used for data generation in this study.

Results: Participants represented negative dimensions in response to stress and burnout. These responses emerged as emotional, attitudinal, psychosomatic; behavioral, and organizational dimensions. Emotional dimension included personal and professional desperation; attitudinal dimension included depersonalization and negativity; psychosomatic, responses included physical and psychological attrition; behavioral response included intolerance and justification; and organizational dimension included irresponsiveness care and declining performance.

Conclusion: Burnout impressed all dimensions of participants' entities and in this way, influenced quality of nursing care negatively. The process of actions and interactions of the nursing staff emerged as a response to situations and context of burn centers during time period. These responses sometimes were represented spontaneously, and sometimes as means for reducing the influence of environmental stressors. Some of these responses focused on the kind of care, and some involved feelings and emotions of the participants. But the participants' bodies were also the target of some responses.

Modifying macro and micro conditions governing burn centers is necessary. Nurse administrators concerning about signs and symptoms of burnout, and also executing stress management programs will reduce stress and distress in the nurses and also improve the quality of nursing care.

Key Words: Grounded theory, Burnout, Nursing care, Burn unit

Accepted for Publication: 13 March 2007

¹ Assistant Professor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (*Corresponding Author)

² Associate Professor of Public Health, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

³ Associate Professor of Health Management, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.