

گزارش کوتاه

فرسودگی شغلی پرستاران در بخش‌های روان‌پزشکی

خلاصه

مقدمه: فرسودگی شغلی، سندرمی شایع در میان پرستاران بخش روان‌پزشکی است و عدم توجه به آن منجر به افسردگی، رضایت شغلی پایین، عیب‌جویی، سرزنش کردن و فقدان همدلی نسبت به بیمار، کاهش عملکرد شغلی، افزایش مشکلات بین فردی و خانوادگی و بالاخره اختلال در امر مراقبت از بیماران می‌باشد، لذا هدف از این مطالعه درک تجارب پرستاران بخش روان‌پزشکی از فرسودگی شغلی در بیمارستان‌های روان‌پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۲ بوده است.

روش کار: این یک مطالعه‌ی کیفی با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری است. شرکت‌کنندگان از میان پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی بر اساس معیارهای پذیرش با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند (۱۲ نفر). جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار انجام و بر روی نوار ضبط و کلمه به کلمه بر روی کاغذ نوشته شد و سپس تحلیل اطلاعات به روش دیکلمن و همکاران (۱۹۸۹) صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه در قالب ۳ درون‌مایه‌ی اصلی و ۱۰ زیر درون‌مایه: ۱- راه رفتن روی شیشه (خشونت، برخورد با رفتارها و کلام غیر معمول بیماران، برآوردن نیازهای جسمی و روانی بیماران و اقدامات ناخواسته)، ۲- زندگی در تار عنکبوت (حجم بالای کار، عدم درک مدیران، کمبود کارکنان) و ۳- وضوح تاریکی (نیاز مالی، مسئولیت زندگی، مشکلات خانوادگی) از تجربیات مشارکت‌کنندگان ارایه شد.

نتیجه‌گیری: بسیاری از نشانه‌ها و شرایط مختلف موثر بر فرسودگی شغلی موجود در این مطالعه نشان می‌دهد که مداخلات باید منحصر به فرد بوده و بر تمام زندگی فرد از جمله رفتار، زندگی اجتماعی و محل کار تاثیر بگذارد، هم‌چنین حمایت بیشتر مدیران نیز در پیشگیری از فرسودگی شغلی یک امر لازم است.

واژه‌های کلیدی: پرستاران، روان‌پزشکی، فرسودگی شغلی

محمدرضا آهنچیان

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

علی مشکین یزد

کارشناس ارشد آموزش روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* پروانه سودمند

دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، مشهد، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Soudmandp901@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۳/۰۲/۲۰

تاریخ تایید: ۹۳/۱۱/۲۱

پی‌نوشت:

این مقاله بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان رابطه‌ای نداشته است. از همکاری پرستاران محترم شرکت‌کننده سپاسگزاری می‌گردد.

مقدمه

روش کار

فرسودگی شغلی، نشانگان خستگی مفرط عاطفی به دنبال سال‌ها درگیری و تعهد نسبت به کار و افراد بوده و شامل خستگی فیزیکی، هیجانی و روانی به دنبال قرار گرفتن طولانی‌مدت در موقعیت کار سخت، است و در آن، توانایی، رغبت و تمایلات افراد برای انجام کار کاهش می‌یابد (۱). عوامل زیادی در ایجاد فرسودگی نقش دارند که یکی از آن‌ها، عوامل بین فردی است. از این عوامل می‌توان نقش حمایت در فشار روانی و فرسودگی شغلی را نام برد که عامل به وجود آورنده‌ی دیگر عوامل درون فردی است. عدم آمادگی برای احراز شغل، متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تاهل) و ویژگی‌های شخصیتی افراد به عنوان عوامل درون فردی در فرسودگی شغلی شناخته شده‌اند. از عوامل دیگر، عوامل سازمانی شامل ویژگی‌های نقش (ابهام، گرانباری یا کم‌باری و تعارض نقش) و ویژگی‌های شغل می‌باشند. شاغلین در پایین‌ترین سلسله مراتب، بیشتر دستخوش فرسودگی شغلی می‌شوند (۲). این فرسودگی، در مشاغل شایع است که قسمت عمده‌ی زمان در آن، صرف حمایت از سایر افراد می‌شود و در بین شاغلین حرفه‌های پزشکی، بسیار مورد مطالعه قرار گرفته و با گزارشات مشخصی از کاهش توانایی در توجه به بیماران همراه بوده است. پرستاران، نسبت به پیشرفت فرسودگی شغلی مستعدترند و علت عمده‌ی آن، ماهیت شغل و تقاضای هیجانی آنان است (۳). یکی از مراکز تنش‌زا در بیمارستان‌ها، بخش‌های روان‌پزشکی می‌باشد. منابع تنش‌زا برای پرستاران شاغل در این بخش‌ها شامل بیماری‌های کارکنان، سیاست‌گذاری سخت و غیر قابل انعطاف، واگذاری کار به طور نامناسب به افراد، عدم ارضای نیازهای آموزشی، پاداش ناکافی، خودکشی بیماران و حش‌زده و تحریک‌پذیر، کشمکش بین همکاران، پیچیدگی‌های نیازهای بیماران و بیماری آن‌ها و عدم بهبودی آن‌ها می‌باشد. بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی با بیماران سایر بخش‌ها، متفاوتند. بسیاری از آنان اعتقادی به بیمار بودن خود و نیاز به بستری و مصرف دارو و ضرورت اقدام تشخیصی و درمانی ندارند. خشونت و خودکشی، مسایلی است که بر تنش و سختی کار این بخش‌ها افزوده و مراقبت مضاعفی می‌طلبد لذا فرسودگی شغلی کارکنان بیمارستان‌های روان‌پزشکی اهمیتی ویژه دارد (۴). فراوانی قابل توجه فرسودگی شغلی شدید، بالاخص کاهش کفایت شخصی در کارکنان روان‌پزشکی و به ویژه پرستاران و نیروهای خدماتی نیازمند توجه بوده و مداخله برای کاهش آن ضروری به نظر می‌رسد. به گفته‌ی فاربر، درمان فرسودگی شغلی فرد باید در رابطه با علت و نشانه‌های مطرح شده توسط افراد صورت گیرد (۵) لذا این مطالعه با هدف درک عمیق تجارب پرستاران روان‌پزشکی از فرسودگی شغلی طراحی و انجام گرفته است.

این پژوهش یک مطالعه‌ی کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری است که برای درک تجارب روان‌پرستاران از فرسودگی شغلی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۲ پرستار بودند که به صورت قضاوتی و همدند از میان بخش‌های مختلف بیمارستان انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه‌ی عمیق و بدون ساختار و رو در رو، به عنوان روش اصلی استفاده شده است. فرایند انجام مصاحبه به این ترتیب بود که پس از شناسایی پرستاران واجد شرایط، ابتدا توضیحاتی پیرامون طرح و اهداف آن به هر یک از افراد به طور جداگانه ارائه شد و از آن‌ها برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. در مورد استفاده از ضبط صوت در حین مصاحبه، رضایت اخذ می‌گردید. طول مدت جلسات مصاحبه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بود. پس از انجام هر مصاحبه، صحبت‌ها توسط محقق بر روی کاغذ آورده شد و در نهایت پس از ۶ ماه (پاییز و زمستان ۱۳۹۲) و با ۱۲ مشارکت‌کننده اشباع اطلاعات صورت گرفت. تحلیل اطلاعات، همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و با استفاده از روش دیکلمن و همکاران بود (۶). به این ترتیب که ابتدا متن تمام مصاحبه‌ها، برای رسیدن به یک درک کلی از پدیده‌ی مورد مطالعه، چندین بار توسط محققین خوانده شد و پس از آن، مرحله‌ی دوم از فرایند تجزیه و تحلیل آغاز گردید. طی این مرحله، هر یک از مصاحبه‌ها با استفاده از روش تفسیر متون مورد بررسی و معانی آشکار و نهفته در توصیف‌های ارائه شده از طرف شرکت‌کنندگان، استخراج گردید. سپس هر یک از مصاحبه‌ها با توجه به معانی استخراج شده و همچنین در راستای تعیین تم‌های اولیه کدبندی گردید. در مرحله‌ی سوم، متون کدگذاری شده توسط اعضای تیم تحقیق، مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. رسیدن به یک درک مشترک از توصیفات ارائه شده از طرف شرکت‌کنندگان، هدف عمده‌ی محققین در این مرحله بود. مرحله‌ی چهارم، مرحله‌ای بود که طی آن تناقضات موجود در تفسیرهای ارائه شده از طرف تیم تحقیق، تبیین و برطرف گردید. بدین منظور، مجدداً به متن اصلی مصاحبه‌ها رجوع و یا در صورت ضرورت و برای توضیح و تبیین بیشتر موضوع، با مشارکت‌کننده‌ی مربوطه تماس حاصل می‌شد. طی مرحله‌ی پنجم و با استفاده از روش مقایسه و مقابله‌ی متون، نسبت به تعیین و توصیف تم‌ها اقدام گردید. حاصل این مرحله، ۱۰ درون‌مایه بود که بر اساس تجارب شرکت‌کنندگان و در راستای تبیین ابعاد مختلف فرسودگی شغلی استخراج گردیده بود. در مرحله‌ی بعد، یافته‌های مطالعه در قالب درون‌مایه‌های استخراج شده که هر یک، توسط گزیده‌ای از متن مصاحبه‌ها همراهی شده بودند، توسط اعضای تیم مورد بررسی قرار گرفته و طرح نهایی یافته‌ها در قالب سه درون‌مایه‌ی اصلی

می‌گه من آدم آهنی‌ام، شارژ باطریام تموم شده و اصرار داره باطری منو شارژ کنین" (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۲). "مريضای اینجا همش دنبال دو تا شونه می‌گردن که سرشونو بزارن روش و درد دل کنن، مثل این که هیچ کس رو ندارن که باهاش حرف بزبن، بیشتر درد دل‌هاشون مصیبت-هایی هست که سرشون اومده. مثلا یادمه یک مریض بعد زایمان بچه‌شو خفه کرده بود و شوهرش طلاقش داده بود، اون حادثه رو که برای من تعریف کرد تا مدت‌ها من تو فکرش بودم" (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۱). گاهی اوقات در بخش‌های روان‌پزشکی لازم است بیمار برای جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران و ارزیابی کافی، مهار فیزیکی گردد. این امر به خصوص در مواقعی که بیمار شدیداً تحریک‌پذیر بوده و یا دارای افکار تهاجمی یا خودکشی می‌باشد، ضرورت می‌یابد. مشارکت‌کنندگان از این که مجبور هستند گاهی برای محافظت خود و دیگران از مهار فیزیکی استفاده کنند احساس تنش کرده و این اقدام را باعث درگیری و تیره شدن روابط بین پرستار و بیمار می‌دانستند. "زمان‌هایی هست که مریض بدحاله و کنترلی رو رفتاراش نداره و مرتب به خودش و دیگران آسیب می‌زنه، طبق تجویز هر دو ساعت هم هالوپریدول می‌زنیم و حالش بهتر نمی‌شه، آخر مجبوریم فیکسش کنیم. ولی مریض اینو قبول نداره و شروع به مقاومت می‌کنه، یک بار که داشتیم یک مریض پارانوئید رو می‌بستیم با لگد زد تو سینه‌ی انترن کشیک. سه تا دنده‌اش شکست. به ما هم فحاشی می‌کرد که شماها قاتلین می‌خواین منو بکشین" (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۸).

ب- زندگی در تار عنکبوت: این درون‌مایه، محیط بخش‌های روان‌پزشکی و ویژگی‌های آن را توصیف می‌کند. اجماع بر سر این موضوع وجود دارد که محیط کاری بیمارستان‌های روان‌پزشکی با سایر بخش‌ها متفاوت است. وجود درهای بسته، ساختمان‌های قدیمی، عدم وجود تهویه، تعداد زیاد بیماران، فرار و خودکشی بیماران، عدم امنیت و درگیری فیزیکی و کلامی بیماران با یکدیگر از مسایلی است که پرستاران در این بخش‌ها به طور مکرر با آن روبه‌رو می‌شوند. اغلب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، حجم بالای کار و نداشتن زمان کافی را مانع انجام اقدامات مناسب پرستاری می‌دانستند، هم‌چنین ادعا می‌کردند که مدیران شرایط آن‌ها را درک نکرده و به مشکلات آن‌ها اهمیت نمی‌دهند و از این که روز به روز، تعداد بیماران زیاد می‌شود ولی نیروی پرستاری جدید استخدام نمی‌شود نیز احساس نارضایتی داشتند. "از وقتی که من میام تو بخش، می‌رم تو اتاق کار و دارو می‌ریزم، حدود یک و نیم تا دو ساعت طول می‌کشه، بعد جواب سوپروایزر، سرپرستار، بیمار، تلفن، همراهی، آماده کردن مریض برای شوک، ویزیت پزشک که آموزش به دانشجویها هم می‌ده، نوشتن پرونده‌ها و گاهی هم حوادثی

(راه رفتن روی شیشه، زندگی در تار عنکبوت و تاریکی روشن) گردید (جدول ۱).

نتایج

در این مطالعه، ۱۲ پرستار (۷ مرد و ۵ زن) با دامنه‌ی سنی ۴۸-۲۵ سال و سابقه‌ی کاری ۲۵-۳ سال، شرکت داشتند که از بین آن‌ها ۲ پرستار زن و ۱ پرستار مرد، مجرد و بقیه متاهل بودند. دو نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌پرستاری و ۱۰ نفر کارشناس پرستاری بودند. طی فرایند تحلیل داده‌ها سه درون‌مایه‌ی اصلی در این مطالعه مشخص شد که عبارتند از: الف- راه رفتن روی شیشه، ب- زندگی در تار عنکبوت و ج- تاریکی روشن. هر یک از این مضامین را چندین درون‌مایه‌ی فرعی‌تر شکل می‌داد. در ذیل این موارد با نقل قول مشارکت‌کنندگان ارایه می‌گردد.

الف- راه رفتن روی شیشه: این درون‌مایه مربوط به روابط بین فردی پرستاران با مددجویان روان‌پزشکی است و نشان می‌دهد چگونه پرستاران با بیماران، تعامل داشته و چه مراقبت‌هایی ارایه می‌دهند و به جنبه‌های تعامل در زمینه‌ی مواجهات روزمره‌ی آن‌ها در محیط کار مربوط می‌شود. اغلب شرکت‌کنندگان، خشونت، برخورد با رفتارها و کلام غیر معمول، برآوردن نیازهای جسمی و روانی و اقدامات ناخواسته را در ارتباط با بیماران مطرح نمودند. خشونت محل کار، یکی از نگرانی‌های پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی بوده و بخش‌های روان‌پزشکی به عنوان محل کار خطرناک برای پرستاران است. "سال اول استخدام بود که یک روز صبح ساعت ۵ داشتم دارو می‌ریختم، یک دفعه یک مریض از پشت به من حمله کرد و یک ملافه انداخت رو صورتم و با یک وسیله‌ی فلزی می‌کوبید تو سر و صورتم. از حال که رفتم اومدن سراغم. ۱۰ روز رفتم استعلاجی و روز یازدهم شروع به کار کردم" (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۹). بیماران اعصاب و روان هم‌چون سایر بیماران نیازمند حمایت و توجه عاطفی و رسیدگی به امور جسمی هستند. آن چه پرستاران گزارش نمودند این بود که این مددجویان به دنبال کسب محبت و توجه بیش از حد هستند، هم‌چنین این باور وجود دارد که افراد بهنجار در یک سمت و افراد مبتلا به اختلالات روانی در سمت دیگر قرار دارند و آشکارا از هم متمایز هستند. این موضوع حتی در میان کادر پزشکی و پرستاری نیز مشخص است. "اخیراً تعداد مریضا خیلی زیاد شده، همه فکر می‌کنن اینا نیاز جسمی ندارن در حالی که خیلی از این مریضا حتی دستشویی نمی‌تونن برن، یک دختر جوون بود که همش خودشو خیس می‌کرد چون می‌ترسید بره دستشویی، می‌گفت اون جا روح داره" (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۵). "این مریضا با همه‌ی مریضای دیگه فرق دارن، دنیای خاص خودشونو دارن. می‌ری تو اتاق می‌بینی مریض داره با توهمش صحبت می‌کنه، اون یکی دیگه هذیان داره و میاد

امروزه برای ارایه‌ی خدمات مطلوب بهداشتی و درمانی، تاکید زیادی بر سلامت جسمانی و روانی پرستاران شده و فروشدگی شغلی از جمله مولفه‌های آسیب‌رسان بر سلامت پرستاران معرفی شده است (۷). یافته‌های این مطالعه که تجربه‌ی زنده‌ی پرستاران از فروشدگی شغلی در بخش‌های روان‌پزشکی بود در قالب سه درون‌مایه‌ی اصلی راه رفتن روی شیشه، زندگی در تار عنکبوت و تاریکی روشن ارایه گردید. اطلاعات حاصل از درون‌مایه‌ی راه رفتن روی شیشه نشان داد پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی هر روزه با بیمارانی در ارتباطند که رفتار، گفتار و تفکر آن‌ها، متفاوت است و همه‌ی آن‌ها حداقل یک بار مورد خشونت فیزیکی و کلامی از سوی بیمار قرار گرفته بودند. هم‌چنین از بیمارانی مراقبت می‌کنند که حتی برخی از آن‌ها در برآوردن پایه‌ی‌ترین نیازهای خود از جمله خوردن غذا ناتوان هستند و گاهی نیز مجبور هستند با وجود عدم میل و برای حفظ ایمنی بیمار و سایر افراد، اقدام به مهار فیزیکی بیمار نمایند. محققین بیان می‌دارند که خشونت در بخش روان‌پزشکی، یک مورد شناخته شده‌ی دایمی برای کارکنان مراقبت بهداشتی است که اغلب توسط بیمار و با وسعت کمتر توسط ملاقات‌کنندگان آنان صورت می‌گیرد (۸). مسئله‌ی دیگری که پرستاران با آن مواجه بودند سخت بودن ارتباط به خاطر متفاوت بودن تفکر، کلام و رفتار این بیماران است. بررسی متون تحقیق مربوط به بخش روان‌پزشکی نشان می‌دهد که بیماران از فقدان رویه‌های درمانی از جانب پرستاران ناراحت هستند. بیماران گزارش کردند که پرستاران اغلب درگیر وظایف مدیریت بخش هستند. درک این موضوع که ارتباط با مددجویان با اختلال روان‌پزشکی سخت است، در عموم مردم و کارکنان حرفه‌ای و حتی روان‌پزشکان نیز دیده می‌شود. یک ارتباط خوب با این مددجویان نیاز به گوش سپردن حرفه‌ای به آنان و درک آن‌ها همانند افرادی است که نیازها و علایق ویژه‌ی دارند (۹). در دنیای شلوغ بخش‌های روان‌پزشکی و تحت شرایط خطر بالقوه، گفتار و رفتار بیماران روان‌پزشکی به آسانی نادیده گرفته می‌شود. بیماران روان‌پزشکی احساس بیگانگی با افراد دیگر دارند و سعی هم‌دلانه برای ورود به دنیای آن‌ها، تنها راه پر کردن این شکاف است (۱۰). در زمینه‌ی انجام اقدامات ناخواسته، مشارکت‌کنندگان این پژوهش نیز هم‌راستا با سایر مطالعات اگر چه محدودیت فیزیکی را بخشی از شغل خود می‌دانستند اما احساس ناخوش‌آیندی در هنگام استفاده داشتند و از تأثیرات منفی آن بر روابط بین خود و بیماران آگاه بودند. پرستاران، بین احساس تلاش برای درمان و نیاز به حفظ ایمنی بیماران و کارکنان، گرفتار می‌شوند و در شرایطی که راه حل جای-گزینی وجود نداشته باشد از محدودیت فیزیکی استفاده می‌کنند. درون-مایه‌ی اصلی دیگر این مطالعه، زندگی در تار عنکبوت بود. محیط کاری

مثل اقدام به خودکشی و فرار و درگیری فیزیکی بیماران پیش میاد (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۱۲). "مسئولای بیمارستان اصلا از درد پرسنل خبر ندارن، هر یک سال یک بار می‌یان بخش‌ها و اونم موقع ارزشیابی- هاست که مبادا خودشون زیر سوال برن. تازه آگه ما مشکلی هم داشته باشیم ترتیب اثر نمی‌دن" (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۳). "ما الان ۶۰ تا بیمار داریم و تو شیفت عصر و شب با دو تا پرستار می‌دارن. فقط می-رسیم که پرونده‌ها رو بزیم و داروشون رو بدیم. این طوری ما اصلا با مریض تعامل نداریم و کیفیت مراقبت پایین میاد و خدمت‌رسانی رو با اختلال روبه‌رو می‌کنه" (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۵).

ج- تاریکی روشن: در برخی محیط‌های کاری نظیر بخش‌های روان-پزشکی، عوامل تنش‌زای بیشتری وجود دارد. در این پژوهش، اغلب تنش‌هایی که مشارکت‌کنندگان عنوان نمودند نیاز مالی، مسئولیت زندگی و مشکلات خانوادگی بود. مشارکت‌کنندگان از این که در شرایط بی‌کاری موجود و تامین هزینه‌های زندگی و داشتن مسئولیت زندگی، چاره‌ای جز کار در بیمارستان ندارند و این که نوع کار آن‌ها باعث تمسخر و کشمکش‌های خانوادگی می‌شود نیز ابراز ناراضیاتی داشتند. "من آگه شغل دیگه‌ای داشتم این کار رو انتخاب نمی‌کردم. مجبورم دیگه. البته حقوق پرستاری فقط بخور و نمیره، ولی با لیسانس پرستاری تو کشور ما کجا به جز بیمارستان کار هست؟" (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۴). "من ۳ تا بچه دارم. همسرم خونه‌داره، مستاجر هم هستم. حالا با این وضع من مجبورم با همه‌ی سختی‌های کار باز هم ادامه بدم و حتی تقاضای اضافه‌کاری هم دارم. آخرش هم همیشه بدهکارم" (مشارکت‌کننده شماره‌ی ۶). من اصلا حوصله‌ی بچه‌هامو ندارم. همسرم هم ناراحته و بهانه می‌گیره و می‌گه تو هیچ وقت خونه نیستی، تو دیوونه- خونه بیشتری تا خونه، مسولیت بچه‌ها با منه و ... بعد هم جر و بحث پیش میاد، بعدش هم من با این شرایط روحی دوباره میام سر کار" (مشارکت-کننده شماره‌ی ۷).

جدول ۱- درون‌مایه‌های اصلی و زیردرون‌مایه‌های تجربیات پرستاران از

فروشدگی شغلی در بخش روان‌پزشکی	
زیردرون‌مایه‌ها	درون‌مایه‌های اصلی
خشونت	راه رفتن روی شیشه
برخورد با رفتارها و کلام غیر معمول بیماران برآوردن نیازهای جسمی و روانی بیماران	زندگی در تار عنکبوت
اقدامات ناخواسته حجم بالای کار عدم درک مدیران کمبود کارکنان	تاریکی روشن
نیاز مالی مسئولیت زندگی مشکلات خانوادگی	

پرستارانی بود که درآمد خود را متناسب با هزینه‌های خانواده می‌دانستند (۴). بیان شده که بیشترین عامل تنش‌زا و ایجادکننده‌ی فرسودگی شغلی در پرستاران، حقوق و مزایا است. هم‌چنین با افزایش میزان حمایت همسر، دفعات خستگی و شدت بی‌تفاوتی کاهش یافته و با افزایش میزان حمایت خانواده در پرستاران، شدت و دفعات خستگی عاطفی کاهش می‌یابد (۴). نتایج برخی از بررسی‌ها دال بر این ادعا است که پرستاران به ویژه کارکنان بخش روان‌پزشکی که با بیماران نامتعادل سر و کار دارند بیشتر در معرض مشکلات روانی-عاطفی و جسمی هستند. در مطالعه‌ای در زمینه‌ی فرسودگی شغلی و ناامیدی بر روی ۱۲۰ پرستار ایتالیایی، نتایج نشان داد پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی، سطوح بالاتری از فرسودگی را نسبت به بخش‌های جسمی تجربه می‌کنند، هم‌چنین پرستاران روان‌پزشکی در معرض خطر بیشتری برای خودکشی هستند (۱۴). بنا بر نتایج فوق لازم است که فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی مورد توجه ویژه قرار گیرد. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه، نیاز به ایجاد مداخلات در برابر فرسودگی شغلی وجود دارد. بسیاری از نشانه‌ها و شرایط مختلف موثر بر فرسودگی شغلی موجود در این مطالعه نشان می‌دهد که مداخلات باید منحصر به فرد بوده و بر تمام زندگی فرد، از جمله رفتار، زندگی اجتماعی و محل کار تاثیر بگذارد. هم‌چنین حمایت و توجه مدیران نیز در پیشگیری از فرسودگی شغلی، یک امر لازم است.

که پرستاران هر روزه با آن مواجه می‌شوند. مشغله‌ی اغلب مشارکت‌کنندگان، حجم زیاد کار و نداشتن وقت، افزایش روزافزون تعداد بیماران، کمبود نیروی پرستاری و عدم حمایت از سوی مدیران بود. میزان تجربه‌ی فرسودگی شغلی، به میزان تطابق یا عدم تطابق با محیط کار بستگی دارد. حیطه‌های عدم تطابق شامل بار کاری، کنترل، پاداش، اجتماع، عدالت، انصاف و ارزش‌ها است. این حوزه‌ها توسط نیروی انسانی، تقاضاهای کاری، محیط کار، حمایت سوپروایزر، ارتباط پزشک-پرستار و مهارت‌های تطابقی تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۱۱). ملچور^۱ و همکاران، درباره‌ی عوامل فرسودگی شغلی پرستاران در بخش‌های روان‌پزشکی بیان نمودند که افزایش حجم کار، فقدان استقلال، مشخص نبودن نقش و مسئولیت‌ها و عدم حمایت پرستاران، با فرسودگی شغلی رابطه دارد (۱۲). درون‌مایه‌ی اصلی دیگر، روشنائی-تاریکی بود. مشارکت‌کنندگان، تنش‌های فردی را نیاز به کسب درآمد، تامین هزینه‌های زندگی، مشکلات عدم رسیدگی به خانواده و کشمکش با همسر، عنوان نمودند. در این رابطه لازاروس^۲ عنوان کرد منابع کاهش‌دهنده‌ی تنش می‌تواند در محیط و به خصوص در دیگرانی نهفته باشد که نشان داده‌اند می‌توان به آن‌ها تکیه کرد (۱۳).

در مطالعه‌ی صاحب‌الزمانی و همکاران با هدف بررسی فرسودگی شغلی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های روان‌پزشکی تهران بر روی ۹۳ پرستار، میزان شدت خستگی عاطفی و دفعات و شدت کاهش موفقیت فردی در پرستارانی که اظهار می‌داشتند درآمد آن‌ها نامتناسب با هزینه‌ی خانواده است به ترتیب بیشتر از

¹Melchior

²Lazarus

References

1. Hamidi E. burnout, consequences of permanent and repeated job strain. J Manag Eng 2012; 6: 53.
2. Shakeri Nia. [Moral distress, burnout and mental health nurses in Yazd]. Journal of medicine 2012; 4: 167-91. (Persian)
3. Toubaei S, Sahraeian A. Burnout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry burn and burn wards. Horizon Med Sci 2007; 12(4): 40-5.
4. Sahebalzamani M, Safavi M, Farahani H. Burnout of nursing and its relationship with social support employed at Tehran psychiatric hospitals. Journal of sciences of Islamic Azad University 2009; 19(3): 206-11.
5. Soleimani K, Sharifi V, Tehranidust M. Burnout among Ruzbeh Medical Psychological Hospital Staff. J Cogn Sci 2005; 7(4): 36-42.
6. Abedi HA, Heidari A, Salsali M. New graduate nurses' experiences of their professional readiness during transition to professional roles. Iran J Med Educ 2004; 4(2): 69-78.
7. Shakerynya I, Mohammadpoor M. [The relationship between job stress and resiliency with burnout among woman nurses]. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences, Behbud 2010; 14(2): 161-9. (Persian)
8. Ramezani T, Fasihi T, Mangoli M. [Nurses' experiences of occupational aggression in the psychiatric wards: Phenomenology approach]. Journal of fundamentals of mental health 2012; 13(4): 314-27. (Persian)
9. Crisp A. The stigmatization of sufferers with mental disorder. Br J Gen Pract 1999; 49: 3-4.
10. Frank A. The wounded story tellers. Chicago: The University of Chicago; 1995.
11. Running head. Preventing and reducing burnout among staff nursing. Missouri: Sinclair School of Nursing University of Missouri; 2010.
12. Melchior EA, van den Berg AA, Halfens R, Huyer Abu-Saad H, Philipsen H, Gassman P. Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol 1997; 32: 158-64.
13. Lazarus RS. Patterns of adjustment. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1976: 102-6.
14. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. J Psychiatry Nurs 2006; 20(3): 135-43.