

عوامل موثر در پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی

چکیده

زمینه و هدف: مسایل و مشکلات دیرپای حاکم بر مراکز سوختگی تهران، منجر به فرسودگی شغلی پرستاران شده است. این پدیده، پاسخ‌های شدیدی را برانگیخته و منجر به تحت فشار قرار دادن پرستاران، بیماران و سازمان گشته است. چالشی که پیش روی مسئولین و مدیران پرستاری قرار دارد، شناسایی عوامل افزایشده یا کاهش دهنده پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی، توسعه نظام‌های اجرایی مناسب برای ارتقاء سازگاری مثبت و تسهیل مراقبت با کیفیت است. بنابراین مطالعه حاضر به عنوان بخشی از پژوهشی وسیع، به هدف کاوش و توصیف ادراکات پرستاران از عوامل موثر بر پاسخ‌های آنان به فرسودگی شغلی انجام گرفت.

روش بررسی: در این پژوهش، از روش تحقیق کیفی نظریه پایه استفاده شد. ۲۸ نفر، از طریق نمونه‌گیری هدف‌دار و نظری، در مطالعه شرکت کردند و داده‌ها، با استفاده از مصاحبه‌های بدون ساختار و ۲۱ جلسه مشاهده با مشارکت در نوبت‌های کاری مختلف، جمع‌آوری گردید. تمامی مصاحبه‌ها بر روی نوار، ضبط و سپس وارد رایانه گردیدند و مشاهدات بر روی فرم‌های مخصوص، ثبت شدند. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش مقایسه مداوم استفاده شد و کدگذاری داده‌ها در سه سطح باز، محوری و انتخابی صورت گرفت و طبقه اصلی، طبقات فرعی و خصوصیات هر طبقه پدیدار گردید.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که خصوصیات فردی پرستاران و بیماران و حمایت اجتماعی سازمان، پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی را تحت تاثیر قرار داده است. تعامل مشخصات فردی پرستاران و بیماران، تاثیر قدرتمندی بر درک فرسودگی شغلی داشت و پاسخ‌های عاطفی، نگرشی، رفتاری و سازمانی به فرسودگی شغلی را تعدیل نمود و نوع رفتار مراقبتی را معین کرد. حمایت اجتماعی، اثری تسکین دهنده داشت و پاسخ‌های عاطفی و برخی از جنبه‌های پاسخ‌های نگرشی را تغییر داد.

نتیجه‌گیری: تاثیر قدرتمند خصوصیات مثبت فردی و حساسیت آن به فشارهای طولانی و شدید سازمانی، مطرح کننده اجرای روش‌های کاهش تنیدگی و با برجا نگهداشتن اخلاقیات از طریق اهمیت دادن بیشتر، به جنبه‌های اخلاقی مراقبت است. بعلاوه با توجه به اثر تسکین دهنده حمایت اجتماعی سازمان و اهمیت آن برای رفاه پرستاران، مدیران پرستاری، مسؤول ایجاد محیط‌های کاری حمایت کننده و برانگیزنده برای پرستاران می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: ۱- فرسودگی شغلی ۲- نظریه پایه ۳- مراقبت ۴- بخش سوختگی

تاریخ دریافت: ۸۴/۶/۲، تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۰/۲۵

مقدمه

کار در بخش‌های سوختگی، به عنوان شغلی تنش‌زا توصیف شده است.^(۱) هر پرستاری که از قربانیان سوختگی مراقبت می‌کند، آگاه است که تنیدگی، بخشی از کار در این

(I) استادیار پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، خیابان ولی‌عصر، خیابان رشید یاسمی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول).

(II) دانشیار بهداشت عمومی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

(III) دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

می‌شوند.^(۲) این در حالی است که پا برجا ماندن تنیدگی، احتمال کناره‌گیری عاطفی و فرسودگی شغلی را در پی دارد.^(۱) فرسودگی شغلی، به عنوان نشانگانی مشتعل بر تحلیل عاطفی، از خود بیگانگی و کاهش موفقیت فردی توصیف شده است^(۳) و طبق مطالعات انجام شده توسط پژوهشگر و همکاران، پرستاران شاغل در مراکز سوختگی تهران، سطوح بالایی از فرسودگی شغلی را تجربه کرده‌اند.^(۴) نتایج فرسودگی شغلی در پرستاران، جدی است. این پدیده، منجر به کناره‌گیری عاطفی یا بی‌تفاوتی و کاهش محدوده فعالیت پرستار و تماس وی با بیماران می‌شود.^(۵) فرسودگی شغلی، به ضعف کیفیت و کمیت مراقبت پرستاری می‌انجامد و در اکثر حیطه‌های عملکرد فردی، بین فردی و سازمانی، تاثیرات منفی می‌گذارد.^(۶)

در حالی که هیچ یک از کارکنان حرفه‌ای از این فشارها ایمن نیستند، شواهد موجود حکایت از آن دارد که حیطه‌هایی از پرستاری مانند بخشهای سوختگی که به عنوان حیطه‌های مراقبت ویژه شناخته می‌شوند، اغلب نسبت به تنیدگی، مستعدتر بوده و نیاز بیشتری به حمایت دارند.^(۷) پرستاران سوختگی تهران نیز مستعد فرسودگی شغلی می‌باشند، چون این مراکز با مشکلات متعددی مواجهند. مدیران این مراکز از اختیارات لازم برای استخدام پرستاران جدید بی‌بهره‌اند. بعلاوه خودگردانی مراکز سوختگی تهران، فقر مالی اکثر قربانیان سوختگی و فقدان سازمان‌های حمایت کننده، منجر به ایجاد مشکلات مالی متعددی در این مراکز شده است. این عوامل، کمبود شدید تعداد پرستاران را در پی داشته و منجر به افزایش بار کاری و کاهش دستمزدها شده است. افزوده شدن خصوصیات ذاتی بخشهای سوختگی به این عوامل، پرستاران را تحت فشار عظیمی قرار داده است و آنان، بارها اظهار داشته‌اند که هیچ انگیزه‌ای برای کار نداشته و آرزو دارند هر چه زودتر این مراکز را ترک کنند. مطالعات انجام شده در سایر کشورها نیز این مطلب را تایید می‌کند و گویای آن است که شدت مشکلاتی که پرستاران سوختگی با آن دست به گریبانند، لزوم مشاوره

روانپزشکی را حتمی می‌سازد.^(۲)

با توجه به پاسخ‌های عاطفی، نگرشی، روان‌تنی، رفتاری و سازمانی پرستاران مراکز سوختگی تهران به فرسودگی شغلی که نتایج بخشی از این پژوهش را تشکیل داد، ضرورت تعیین عوامل موثر بر درک پرستاران از فرسودگی شغلی، آشکار شد. سایر نویسندگان نیز به وجود این عوامل در مراکز سوختگی^(۱) و سایر بخشها و جوامع اشاره کرده‌اند.^(۸، ۹) پرستاران مراکز سوختگی تهران نیز به طور صریح یا تلویحی به برخی عوامل که نقشی در درک تنیدگی یا تغییر پاسخ‌های آنان به فرسودگی شغلی داشته است، اشاره کرده‌اند.

چالشی که رویاروی مسئولین و مدیران مراکز سوختگی قرار دارد، درک این عوامل مداخله‌گر و تاثیر آنها بر پاسخ‌های پرستاران سوختگی به فرسودگی شغلی است. در این حال آنان قادر به توسعه نظام‌های اجرایی حمایت کننده‌ای خواهند بود که سازگاری مثبت با عوامل تنش‌زای مراکز سوختگی را ارتقاء بخشیده، به ابقای پرستاران کمک کرده و انجام مراقبت با کیفیت را تسهیل می‌کند. در همین راستا پژوهش حاضر به هدف کاوش و توصیف ادراکات پرستاران در مورد عوامل موثر بر پاسخ‌های آنان به فرسودگی شغلی انجام گرفت.

روش بررسی

برای پی بردن به درک پرستاران از عوامل مداخله‌کننده در پاسخ‌های آنان به فرسودگی شغلی، روش تحقیق کیفی نظریه پایه (Grounded Theory) انتخاب شد. نظریه پایه از داده‌هایی که به طور نظام‌دار، جمع‌آوری و در طول پروسه تحقیق تحلیل می‌شوند، استنتاج می‌گردد.^(۱۰) هدف روش تحقیق نظریه پایه، ایجاد نظریه بوده^(۱۱) و هدف محقق از کاربرد این روش، توضیح دادن پدیده‌ها در موقعیت‌های اجتماعی و تعیین چگونگی فرایندهای ذاتی موجود در آن است.^(۱۲) جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها در نظریه پایه به شکل همزمان صورت می‌گیرد و تحلیل، هنگامی به پایان می‌رسد

مراکز سوختگی تهران بود. بیماران نیز براساس 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 می‌دادند. ۱۲ نفر از کارکنان پرستاری به علت نیاز مالی، ۲ یا ۳ نوبت در مراکز سوختگی، سایر بیمارستان‌ها و مراکز خصوصی کار می‌کردند. سایر مشخصات کارکنان پرستاری در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- خصوصیات فردی کارکنان پرستاری

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

نمونه‌ها از تمامی بخشهای هر دو مرکز انتخاب شدند. اولین نمونه هدفدار (Purposeful Sample)، شامل ۶ نفر از کارکنان پرستاری بود. نمونه‌گیری نظری پس از پدیدار شدن نظریه آزمایشی بکار رفت. اساس نمونه‌گیری نظری، سؤالات پدیدار شده در طول تحلیل داده‌ها بود که به تأیید پاسخ‌های کارکنان پرستاری و اطمینان از واقعیت و قابل قبول بودن طبقات، کمک کرده و منجر به تراکم مفهومی (Conceptual Density) شد. در دو مصاحبه انتهایی، داده جدیدی پدیدار نشد و به این سبب، جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه خاتمه یافت. تمامی مصاحبه‌ها به جز یک مورد، بر روی نوار ضبط شدند. مصاحبه‌ها با استفاده از راهنمای عناوین، شامل ساختار، فرایند و پیامد مراقبت صورت گرفتند.^(۱۶)

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، براساس پاسخ‌های

که داده‌های جدید، بینش تازه‌ای ایجاد نکنند. این وضعیت، به عنوان اشباع طبقاتی (Category Saturation) شناخته شده است.^(۱۳ و ۱۴)

در این مطالعه، به منظور کاهش سوگیری شرکت کنندگان و پژوهشگران در مصاحبه‌ها و مشاهده مشارکتی (Participant Observation)^(۱۵)، ابتدا یک مطالعه مقدماتی (Pilot Study) انجام شد. در این مطالعه، ۵ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی که سرپرستی دانشجویان را در مراکز سوختگی تهران به عهده داشتند، شرکت کردند. نتایج این مطالعه بیانگر وجود نشانه‌های فرسودگی شغلی در کارکنان سوختگی و وجود عوامل افزایش دهنده یا کاهش دهنده آن بود. این یافته‌ها در مطالعه اصلی بکار رفت.^(۱۰)

مطالعه اصلی پس از کسب اجازه از مسؤولین مراکز سوختگی تهران (توحید و شهید مطهری) آغاز شد و تمامی شرکت کنندگان پژوهش، فرم رضایت آگاهانه را امضاء کردند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های بدون ساختار (Unstructured Interview) و مشاهده، با مشارکت جمع‌آوری شدند. مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط شدند. در مجموع، ۲۸ نفر در مصاحبه‌ها 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 فرایند نمونه‌گیری نظری (Theoretical Sampling)، مصاحبه شد.

معیار گزینش شرکت کنندگانی که به نحوی در مراقبت از بیمار نقش داشتند، حداقل یک سال تجربه در

جدول شماره ۲- پدیدار شدن ابعاد منفی: پاسخ‌های پرستاران به

فرسودگی شغلی

طبقه‌های اصلی	طبقه‌های فرعی
پاسخ‌های عاطفی	استیصال شخصی
پاسخ‌های نگرشی	استیصال حرفه‌ای
پاسخ‌های روان‌تنی	از خود بیگانگی
پاسخ‌های رفتاری	منفی نگری
پاسخ‌های سازمانی	فرسایش جسمی
	فرسایش روانی
	عدم تحمل
	توجه کردن
	رفع تکلیف کردن
	زوال عملکرد

به منظور بررسی اعتبار و اعتماد داده‌ها در این مطالعه، از روش Lincoln و Guba استفاده شد.^(۱۷) این نویسندگان در تحقیق کیفی، روایی درونی را به قابل قبول بودن (Credibility)، روایی برونی را به قابل انتقال بودن (Transferability)، قابلیت اعتماد را به ثبات (Dependability) و عینیت را به تأییدپذیری (Confirmability) ترجمه کرده‌اند.^(۱۷)

برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها، یادداشت‌های پژوهشگر در عرصه، شامل محتوا و فرایند تعاملات و واکنش‌های او به رویدادهای مختلف حفظ شدند و ۸ ماه وقت صرف جمع‌آوری داده‌ها گردید و بعلاوه مثلث‌سازی منابع داده‌ها (Data Source Triangulation) و مثلث‌سازی روشی (Method Triangulation) نیز صورت گرفت.^(۱۵) نمونه‌گیری 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، ۴ 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 امکانپذیر گردید. جهت برآوردن معیار ثبات، فرایند مطالعه حسابرسی شد.^(۱۸) به این منظور، اساتید راهنما

شرکت کنندگان و نیازمندی‌های نظریه پدیدار شده مطرح گردیدند. پس از اختتام مصاحبه در هر مرکز، اقدام به مشاهده شد. مشاهده با مشارکت در تمامی بخشها و نوبت‌های کاری صبح، عصر و شب صورت گرفت. با انتخاب تمامی بخشها و تمامی نوبت‌های کاری، نیازی به نمونه‌گیری نظری در این مرحله (مکان و زمان) نبود^(۱۰)، اما نمونه‌گیری نظری در هر بخش و اطاق پانسمان، براساس سؤالات پدیدار شده در طول مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها صورت گرفت. برخی از سؤالاتی که نمونه‌گیری نظری را هدایت کردند، عبارت بودند از: «آیا تفاوتی بین مراقبت پرستاری ارایه شده به بیماران مختلف وجود دارد؟» و «آیا مراقبت پرستاری در بخشهای کوچک و بزرگ متفاوت است؟».

مشاهده طولانی مدت در عرصه، احتمال تغییر رفتار شرکت کنندگان را کاهش داد. بلافاصله پس از هر جلسه مشاهده، یادداشت‌ها به طور نظام‌دار در برگه‌های مخصوص ثبت شدند.

با توجه به روش نظریه پایه، جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها به طور همزمان وقوع یافت. 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. یادداشت‌های مربوط به مشاهدات نیز به همین ترتیب، تایپ و تحلیل شدند. یادداشت‌های تایپ شده، دوباره خوانی شدند و کدگذاری باز و محوری صورت گرفت. فرایند تلفیق و تصفیه نظریه در کدگذاری انتخابی روی داد.^(۱۰) در این مرحله، طبقه اصلی (پدیدار شدن ابعاد منفی: پاسخ به فرسودگی شغلی) تعیین شد. طبقه اصلی، سایر طبقات پدیدار شده (ابعاد عاطفی، نگرشی، روان‌تنی، رفتاری و سازمانی) و طبقات فرعی آنها را به یکدیگر متصل کرد. به منظور روشن شدن یافته‌های بعدی که در این مقاله مطرح شده است، طبقات اصلی و طبقات فرعی پدیدار شده در کل مطالعه، در جدول شماره ۲ منعکس شده است.

فرسودگی شغلی را تعدیل نمود. یکی از شرکت کنندگان اظهار کرد: «خدا می‌دونه، من همیشه فکر می‌کنم خودم روی اون تخت خوابیدم. بعضی وقتها مریض صدا می‌کنه و من توجه نمی‌کنم، اما به خودم می‌گم اگر من جای او روی تخت بودم چه انتظاری داشتم؟ از خدا می‌ترسم و به خودم می‌گم هر کار بکنم او می‌بینه و باید جواب پس بدم».

بسیاری از کارکنان پرستاری از بیماران فاصله می‌گرفتند؛ آنها باورهایی غیر اخلاقی داشتند و بیماران را تحقیر و سرزنش می‌کردند. این کارکنان نگرش غیراخلاقی خود را به خستگی و عوامل بازدارنده خرد و کلان حاکم بر مراکز سوختگی و از دست رفتن انگیزه‌هایشان نسبت می‌دادند، اما مشاهده نشان داد که این امر در مورد تمامی پرستاران صادق نیست. پرستارانی که به عنوان «پرستار خوب» شناخته شده بودند، در رفتار با بیماران خود، بسیار آرام و صمیمی بوده و بر نیازهای بیماران تمرکز داشتند. تمامی رده‌های کارکنان پرستاری تحت فشارهای سازمان قرار داشتند، اما چنانچه بخشهایی از مصاحبه‌ها نشان داد، ارزیابی این موانع در حضور خصوصیات فردی خاص، متفاوت بود.

داده‌ها نشان داد، در مواقعی که کارکنان پرستاری با موانع متعدد و طولانی مدت مواجه می‌شوند (مثل کار در اطاق پانسمان)، حتی خصوصیات مثبت فردی، کاری از پیش نمی‌برد؛ در این حال، موانع فوق در تعامل با خصوصیات مثبت فردی، برتری می‌یابند و بر آن غلبه می‌کنند. یکی از شرکت کنندگان در این مورد اظهار داشت: «مریض انتظار داره ازش مراقبت بشه، انتظار داره باهاش خوب برخورد بشه، اما نمی‌شه. اگر راستش را بخواهید بعضی روزها من اینقدر خسته و داغونم که حوصله جواب دادن به سؤال مریض را ندارم. از نظر عاطفی نمی‌تونم آنچه را می‌خوام برای مریض انجام بدم، دلش هم همین مشکلات شبانه‌روزی و مداوم این شغله». این فرایند در جدول شماره ۴ نمایان است.

و مشاور و دو ناظر خارجی، فرایند 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 تأییدپذیری نیز خودبه‌خود برآورده شد.^(۱۷) به عبارت دیگر تمام مطالعه به عنوان یک حسابرسی تحقیقی عمل کرد.

یافته‌ها

در این مقاله، یافته‌های مربوط به عوامل مداخله کننده در پاسخ‌های کارکنان پرستاری به فرسودگی شغلی، ارائه شده است. تحلیل و تفسیر داده‌ها نشان داد که خصوصیات فردی و حمایت اجتماعی سازمان، در پاسخ‌های پرستاران نقش داشته است. این عوامل در جدول شماره ۳ نمایش داده شده‌اند.

جدول شماره ۳- عوامل موثر در پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی

خصوصیات فردی	خصوصیات پرستاران
	خصوصیات بیماران
حمایت اجتماعی سازمان	حمایت مدیران پرستاری
	حمایت هم‌گروهان

داده‌های مربوط به مصاحبه و مشاهده بیانگر آن بود که مشخصات خاص فردی و خصوصیات شخصیتی کارکنان پرستاری در پاسخ‌های عاطفی، نگرشی، رفتاری و سازمانی آنها به فرسودگی شغلی تاثیر داشته است. مشخصات فردی مانند وجدان، باورهای مذهبی، فلسفه شخصی، حس تعهد، مسئولیت پذیری و نوع دوستی، رفتارهای مراقبتی را تسهیل کردند. پرستارانی که این خصوصیات را داشتند، صبورتر بوده و همدلی بیشتری را نشان دادند. این کارکنان از همکاری بیشتری برخوردار بوده و بندرت خطاهای خود را با خستگی، سنگینی بار کاری و کمبود تعداد کارکنان توجیه می‌کردند. وجدان، تعهد و باورهای مذهبی مثل ترس از عقوبت، بارزترین خصوصیات بود که پاسخ‌های داده شده به

علاوه بر این، با بیمارانی که سوختگی وسیعی داشتند و احتمال زنده ماندن آنها ناچیز بود، نه تنها رفتار نامناسبی صورت می‌گرفت، بلکه این بیماران تنها درمان‌هایی را دریافت می‌کردند که توسط پزشک دستور داده شده بود و در صورت انجام نشدن، موجب توییح کارکنان می‌شد. یکی از شرکت کنندگان در این مورد گفت: «اگر راستش را بخواهید، بیماری که ۹۰٪ سوخته، این پماد تتراسیکلین چه فایده‌ای برایش دارد، اما تو دستورش هست. من ترجیح می‌دم وقتم را برای بیماری بگذارم که شانس زنده ماندنش بیش‌تره». بنابراین فرسودگی شغلی منجر به تغییر رفتارهای مراقبتی پرستاران در رابطه با بیماران مختلف شد.

تحلیل و تفسیر داده‌ها نشان داد که تعامل خصوصیات پرستاران و بیماران منجر به ترکیب قدرتمندی می‌شود که پاسخ‌های فرسودگی شغلی را دگرگون کرده و نوع رفتارهای مراقبتی را تعیین می‌کند. این فرایند در جدول شماره ۵ نمایش داده شده است. لازم به ذکر است که منظور از خصوصیات بیماران در این مطالعه، ارزیابی پرستار از این خصوصیات و منظور از پرستار، کارکنان بالینی پرستاری در رده‌های مختلف است.

جدول شماره ۵- روابط متقابل میان خصوصیات پرستاران و

بیماران و رفتار مراقبتی در فرسودگی شغلی

خصوصیات پرستاران		خصوصیات بیماران	
		+	-
رفتار خوب به طور طبیعی	رفتار نسبتاً خوب در رابطه با جنبه‌های اخلاقی - گاه رفتار غیراخلاقی	+	
رفتار نسبتاً خوب در رابطه با ممانعت از جنبه‌های غیراخلاقی	رفتار نامناسب در رابطه با فرصت پدیدار شدن جنبه‌های غیراخلاقی	-	

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که وقتی هم خصوصیات پرستار و هم ارزیابی وی از خصوصیات بیمار مثبت می‌باشد، رفتار مناسب به طور طبیعی روی می‌دهد. در این

جدول شماره ۴- روابط میان عوامل بازدارنده، خصوصیات فردی و

رفتار مراقبتی در فرسودگی شغلی

تکرار و شدت عوامل بازدارنده	خصوصیات مثبت فردی	رفتار مراقبتی
زیاد	مغلوب می‌شود	زوال می‌یابد
کم	غلبه می‌کند	بهبود می‌یابد

داده‌ها بشدت گویای آن بودند که ارزیابی پرستاران از خصوصیات بیماران، برخی جنبه‌های پاسخ‌های نگرشی و رفتاری آنها را تحت تاثیر قرار داده است. روابط، با ارزیابی مثبت، بهبود یافته و با ارزیابی منفی، مختل شد. ارزیابی مثبت، اغلب نسبت به بیمارانی وجود داشت که با درمان‌ها همکاری می‌کردند، دارای انگیزه بالایی برای بهبودی بودند، به طبقات بالاتر اجتماعی - اقتصادی - فرهنگی تعلق داشتند یا تحصیلات بالاتری داشتند و یا حس دلسوزی پرستاران را تحریک می‌کردند. ارزیابی منفی، زمانی وقوع یافت که بیماران به طبقات پایین اجتماعی - فرهنگی تعلق داشتند، معتاد بودند یا احتمال ابتلاء آنها به هپاتیت و نارسایی ایمنی اکتسابی وجود داشت.

با گروه اول، با احترام و محبت بیش‌تری رفتار شد. کاربرد واژه‌های تحقیر کننده و سرزنش بار کاهش یافت و رفتارهای خشونت بار و کناره‌گیری فیزیکی، کمتر روی داد. یکی از شرکت کنندگان اظهار کرد: «من با بچه‌ها مهربان‌تر هستم، آنهایی که تنها هستند، هیچ کس را ندارند، آنهایی که خودسوزی کرده‌اند، زنانی که شوهرشان باعث شده خودشون را بسوزانند و هیچ کس نیست که حمایت شون کنه. من حس می‌کنم این بیماران خیلی به کمک نیاز دارند.»

با گروه دوم به گونه‌ای غیراخلاقی رفتار شد و تحقیر، سرزنش و پرخاشگری شایع بود. یکی از شرکت کنندگان گفت: «وقتی مریض را پانسمان می‌کنم با من می‌جنگه، دستش را می‌کشه، پاشو می‌کشه، همکاری نمی‌کنه، لیاقت نداره. همه انرژی منو می‌گیره و به حدی می‌رسم که نمی‌خواهم باهاش حرف بزنم. من فکر می‌کنم اینها از نظر ذهنی عقب افتاده هستند. ولی وقتی داد می‌زنم ساکت می‌شن.»

می‌دم. رفتار حمایت کننده و نگرش مثبت او کمک زیادی می‌کند، می‌دونید؟».

لازم به ذکر است که تاثیر حمایت اجتماعی بر پاسخ‌های پرستاران به فرسودگی شغلی، به قدرتمندی خصوصیات فردی پرستار و بیمار نبود. حمایت اجتماعی بر پاسخ‌های عاطفی و گاه نگرشی فرسودگی شغلی اثر گذاشت، اما دارای قدرت کافی برای تحت تاثیر قرار دادن پاسخ‌های سازمانی و رفتاری نبود. بنابراین رفتارهای مراقبتی را به نحو بارز تغییر نداد. بعلاوه داده‌ها، نشانگر تاثیر تعدیل کننده عوامل ذکر شده بر پاسخ‌های روان‌تنی فرسودگی شغلی نبود.

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که خصوصیات پرستاران و بیماران و حمایت اجتماعی سازمان، پاسخ‌های پرستاران به فرسودگی شغلی را تعدیل کرده است. این موارد، درک پرستاران از عوامل بازدارنده درون سازمانی و برون سازمانی را تغییر داد و به عبارت دیگر توانست در برخی موارد منجر به ارزیابی مثبت از این عوامل شده و پاسخ‌های پرستاران را تعدیل نماید.

لازاروس و فولکمن مطرح کردند که آغازگر تظاهرات رفتاری، یک ارزیابی تبادل (Transactional) است که برای رفاه شخص اهمیت داشته و مواجهه صورت گرفته را به صورت مضر، مفید یا تهدید کننده جلوه می‌دهد.^(۱۹) علاوه بر این، لازاروس معتقد بود که متغیرهای شخصی مثل ارزشها، باورها، تعهد و حس کنترل بر محیط، عوامل تعدیل کننده‌ای هستند که بر ارزیابی شناختی (Cognitive Appraisal) فرد تاثیر می‌گذارند.^(۲۰) در این مطالعه، وجدان، اعتقادات مذهبی و تعهد، برجسته‌ترین خصوصیات بودند و پاسخ‌های پرستاران را تعدیل کردند. پرستارانی که از خصوصیات مثبتی بهره‌مند بودند، ارزیابی مثبتی از مواجهات خود داشتند و بنابراین مراقبت بهتری را از بیماران بعمل آوردند. برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که درک پرستاران از محیط، بیشتر به شخصیت آنها مربوط می‌شود تا به تحصیلات یا تجربه آنان.^(۸) وجدان و تعهد، برجسته‌ترین خصوصیات بودند که

موقعیت، بیمار رفتار محترمانه و توأم با همدلی را دریافت می‌کند و پرستار زمان بیش‌تری را با بیمار سپری کرده و به نیازهای عاطفی وی ارزش می‌نهد. هنگامی که خصوصیات پرستار، مثبت، اما ارزیابی وی از خصوصیات بیمار، منفی است، پرستار به طور طبیعی رفتاری توأم با همدلی را نشان نمی‌دهد، اما به دلیل باورهای خود، فکر می‌کند که باید خوب باشد و رفتار مناسبی داشته باشد، بنابراین رفتار مناسبی را نشان می‌دهد. در این مورد گاه بیماران خصوصیات بسیار منفی از نظر پرستاران دارند، در این صورت نگرش پرستار نسبت به بیمار بسیار منفی بوده و منجر به رفتارهای غیراخلاقی با بیمار می‌شود. در مواردی که خصوصیات پرستار، منفی است اما ارزیابی او از خصوصیات بیمار، مثبت می‌باشد، رفتار مناسبی روی می‌دهد. در این هنگام، خصوصیات بیمار از بروز خصوصیات منفی پرستار جلوگیری می‌کند، بنابراین رفتار اخلاقی و محترمانه روی خواهد داد. در مواقعی که هم خصوصیات پرستار و هم ارزیابی وی از خصوصیات بیمار منفی است، رفتارهای مراقبتی غیراخلاقی، فرصت مناسبی جهت پدیدار شدن می‌یابند؛ بیمار بشدت تحقیر می‌شود و کناره‌گیری فیزیکی و پرخاشگری نسبت به او بارز است. یکی از شرکت کنندگان در این مورد اظهار کرد: «من از بعضی بیماران با عشق و وجدان مراقبت می‌کنم و از بعضی بیماران فقط با وجدان مراقبت می‌کنم. من از بیماران ساکت، آرام و تنها بهتر مراقبت می‌کنم، اما برای سایر بیماران مراقبت روتین انجام می‌دم». بر این اساس، تعامل خصوصیات پرستاران و بیماران تاثیر بسیار قدرتمندی بر پاسخ‌های پرستاران به فرسودگی شغلی نشان داد و تعیین کننده رفتارهای مراقبتی بود.

داده‌های حاصل از مصاحبه و مشاهده نشان داد که رفتار حمایت کننده سرپرستاران، مدیران و همکاران، پاسخ‌های کارکنان پرستاری نسبت به فرسودگی شغلی را تعدیل کرده است؛ در این میان، حمایت سرپرستار، موثرترین عامل بود. یکی از پرستاران اظهار کرد: «ما رابطه خیلی نزدیکی با سرپرستارمون داریم، من خیلی از کارها را به خاطر او انجام

خستگی و تخلیه فیزیکی ممکن است توان پرستار برای ادامه مراقبت را کاهش دهد.^(۲۵)

بیماران مبتلا به سوختگی وسیع، نامناسب‌ترین نوع مراقبت را دریافت کردند. پرستاران اظهار کردند که مراقبت از این بیماران، بیهوده است و داده‌ها نشانگر آن بود که مراقبت از این بیماران با ارزشهای پرستاران در تعارض بوده است. مطالعات نشان داده است که احساس تحلیل عاطفی در این پرستاران، تحت تاثیر تکرار درگیری آنها با مداخلات نجات‌بخشی بیماران قرار داشته که مراقبت از آنها با ارزشها و استانداردهای اخلاقی پرستاران در تعارض بوده است، چون زنده ماندن بیمار، بهبود وضعیت و پیامد مثبتی را برای وی در بر نداشته است.^(۲۶)

تعامل بین خصوصیات پرستاران و بیماران، نوع رفتار مراقبتی را تعیین کرد. برخی نویسندگان مطرح کرده‌اند که پرستاران نه تنها ماهیت گفتگو و لحن صدای خود را برای برآوردن نیازهای هر بیمار تغییر می‌دهند، بلکه پاسخهای عاطفی خویش را نیز تعدیل می‌نمایند. آنها اشاره کرده‌اند که پی بردن به این رفتارها می‌تواند بسیار مفید باشد اما تاکنون این شیوه‌های مراقبتی مورد کاوش قرار نگرفته است.^(۲۷) در این مطالعه برخی بیماران به طور طبیعی مراقبت خوبی را دریافت کردند، در حالی که سایر بیماران با مراقبتی اخلاقی و در برخی موارد غیراخلاقی مواجه شدند. مراقبت طبیعی به طور خودبخودی و بدون تفکر روی داد؛ اما مراقبت اخلاقی، متفکرانه و با واسطه خصوصیات مثبت پرستاران و بیماران اتفاق افتاد. مراقبت غیر اخلاقی نیز به طور محسوس با تفکر روی داد اما در این مورد، خصوصیات پرستار و بیمار هر دو منفی بود و ارزیابی بسیار تهدید کننده می‌نمود. برخی نویسندگان نیز در بحث خود در مورد مراقبت، تفاوت بین مراقبت طبیعی (Natural Care) و اخلاقی (Ethical Care) را تشخیص داده‌اند. بر همین اساس، گفته شده است که مراقبت طبیعی از یادآوری مراقبت شدن و مورد توجه بودن ناشی می‌شود، در حالی که مراقبت اخلاقی، رابطه‌ای است فعال بین خود واقعی فرد و دیدگاه او از خود مطلوبش به عنوان کسی که مراقبت می‌کند.^(۲۸) سایر نویسندگان نیز مطرح کرده‌اند که

پاسخ‌های پرستاران به فرسودگی شغلی را تعدیل کردند و با رفتارهای مراقبتی ارتباط داشتند. برخی نویسندگان نیز با تمرکز بر نگرش‌های مراقبتی، مطرح نموده‌اند که رفتارهای مراقبتی در پرستاری از طریق پنج خصوصیت نمودار می‌شود که عبارتند از: دلسوزی و شفقت، قابلیت، اعتماد، وجدان و تعهد.^(۲۹) به عنوان بازنمایی کننده آنچه از نظر شخص اهمیت دارد، عنوان شده و شامل تصمیماتی است که فرد آنها را در زندگی خود ضروری می‌بیند و می‌تواند او را به و یا دور از وضعیت‌هایی که می‌توانند تهدید کننده، مضر یا احتمالاً مفید باشند، رهنمون شود.^(۳۰) شرکت کنندگان اکثراً به باورهای مذهبی به عنوان عامل تعدیل کننده اشاره کردند. برخی پژوهشگران نیز به این نتیجه رسیدند که اعتقادات مذهبی خصوصاً قادر به کاهش تنیدگی و تاثیر بر قابلیت‌های مقابله‌ای شخص می‌باشند.^(۳۱) در این مطالعه، هنگامی که عوامل بازدارنده، شدید و مکرر بودند، حتی خصوصیات مثبت فردی نیز مغلوب شدند. سلیه نتیجه گرفت که تاثیر عوامل تنش‌زا به تعداد عوامل تنش‌زایی که شخص در طول زمانی معین با آنها مواجه می‌شود، طول مدت مواجهه با این عوامل و تجربه قبلی از تنش‌زاهای مشابه بستگی دارد.^(۳۲) این حالت بیش‌تر در اطاق‌های پانسمان عفونی روی داد، جایی که پرستاران نزدیک‌ترین و طولانی‌ترین تماس را با بدن عریان و زخمی قربانیان سوختگی داشتند.

رفتار با بیماران با توجه به خصوصیات آنها صورت می‌گرفت و به نظر می‌رسید که پرستاران فاقد قوای عاطفی و فیزیکی و انگیزش کافی برای مراقبت از همه بیماران هستند. وقتی ارزیابی از این خصوصیات مثبت بود، رفتارهای مراقبتی بهبود می‌یافت و هنگامی که این ارزیابی منفی بود، نامناسب‌ترین رفتارهای مراقبتی روی می‌داد. برخی پژوهشگران همگون با این تفسیر معتقدند که شواهد اندکی در مورد یکسان بودن رفتارهای مراقبتی وجود دارد.^(۳۳) و برخی دیگر به این نتیجه رسیده‌اند که مشخص نیست که این امر ناشی از تخلیه عاطفه مراقبتی می‌باشد یا نیازهای شخصی پرستار به محافظت عاطفی، بر مراقبت انسانی از دیگران برتری می‌گیرد. همین پژوهشگران معتقدند که

پرستاران ممکن است به طور طبیعی و یا به دلیل تمایل به یک پرستار خوب بودن مراقبت نمایند.^(۲۹)

حمایت اجتماعی از جانب سرپرستاران، مدیران پرستاری و هم گروهان، پرستاران را قادر به تحمل مسایل کرد. لازاروس، ادعا کرد که منابع کاهش دهنده صدمه می‌تواند در محیط و خصوصاً در دیگرانی نهفته باشد که نشان داده‌اند می‌توان به آنها تکیه کرد.^(۳۰) حمایت اجتماعی تنها توانست پاسخ‌های عاطفی و برخی از جنبه‌های پاسخ‌های نگرشی را تغییر دهد؛ بنابراین تغییری در رفتارهای مراقبتی حاصل نشد. سایر نویسندگان نیز به این نتیجه رسیده‌اند که افراد شاغل در حیطه‌های کاری مثل سرپرستان و هم گروهان، تنها می‌توانند احساس از خود بیگانگی و تحلیل عاطفی را کاهش دهند.^(۸)

لازم به توضیح است که محدودیت این پژوهش مانند تمام پژوهش‌های نظریه پایه، عدم قابلیت تعمیم کامل آن به سایر حیطه‌هاست؛ با این حال چنانچه خصوصیات مشابه محیط این پژوهش در حیطه مورد نظر وجود داشته باشد، تعمیم یافته‌ها امکانپذیر خواهد بود.^(۱۰ و ۱۵)

نتیجه‌گیری

این مطالعه به عنوان بخشی از یک تحقیق وسیع، مهم‌ترین عوامل مداخله کننده در پاسخ پرستاران سوختگی به فرسودگی شغلی را تعیین کرد. پاسخ‌های پرستاران شامل ابعاد عاطفی، نگرشی، روان‌تنی، رفتاری و سازمانی بود. این بخش از مطالعه نشان داد که خصوصیات پرستاران و بیماران و تعامل بین این عوامل، اثر بسیار قدرتمندی بر پاسخ‌های فوق داشته و نوع رفتارهای مراقبتی را تعیین می‌کند، بعلاوه حمایت اجتماعی مدیران و هم‌گروهان، برخی از پاسخ‌های پرستاران به فرسودگی شغلی را تعدیل می‌نماید.

تأثیر خصوصیات مثبت فردی، بخصوص وجدان، باورهای مذهبی، فلسفه، تعهد و حس مسئولیت و نودوستی بر پاسخ‌های پرستاران به فرسودگی شغلی، اثر ویرانگر و تخریب کننده مسایل دیرپا و شدید مراکز سوختگی بر

خصوصیات فردی و مسایل متعدد حاکم بر این حیطه‌ها، نشان می‌دهد که این پرستاران به کمک فوری نیازمندند. با توجه به کمبود شدید پرستاران در این مراکز به نظر می‌رسد که حفظ پرستاران موجود از جانب مدیران، ضرورت دارد و مهم‌ترین طریقه حفظ و ابقاء این کارکنان، اجرای برنامه‌های کاهش تنیدگی است. داده‌ها نشانگر آن بود که این پرستاران نیاز به استراحت دوره‌ای جهت حفظ انرژی و تازه شدن اخلاقیات خود دارند. علاوه بر این، اهمیت دادن مدیران به جنبه‌های اخلاقی و معنوی مراقبت می‌تواند کمک کننده و انگیزش‌دهنده باشد. تغییر دادن خصوصیات ذاتی بیماران سوختگی و سایر مشخصات آنها مثل فقر و سطح اجتماعی - فرهنگی ممکن نیست، اما ارتقاء اخلاقیات و معنویات پرستاران امکانپذیر است و چنانچه بخواهیم بیماران سوختگی حداقل، مراقبتی اخلاقی را دریافت نمایند باید به برآوردن این هدف کمک کنیم.

حمایت اجتماعی سازمان، مشکلات را قابل تحمل کرد. هر چند بهترین راه حل، از بین بردن عوامل بازدارنده درون سازمانی و برون سازمانی است، اما کوشش مدیران پرستاری مراکز سوختگی تهران در جهت ایجاد یک محیط کاری کاهش دهنده درک فشار و افزایش دهنده درک حمایت اجتماعی، می‌تواند گامی موثر در این مورد محسوب شود.

این مطالعه نظریه پایه، فرضیات چندی را در این مرحله ایجاد کرد. پرستارانی که خصوصیات ویژه‌ای داشتند نسبت به فرسودگی شغلی مقاوم‌تر بوده و در مراقبت‌های خود توجه بیش‌تر را بکار می‌بردند. این امر انجام یک تحقیق کمی برای آزمون رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، فرسودگی شغلی و رفتارهای مراقبتی را مطرح می‌کند. تفاوت رفتارهای مراقبتی با بیماران مختلف، با تأثیر فرسودگی شغلی بر خصوصیات فردی پرستاران و ارزیابی آنها از خصوصیات بیماران، رابطه داشت. این مورد، یافته‌ای بسیار جدید است که نیاز به بررسی بیش‌تری دارد.

تأثیر بارز حمایت اجتماعی بر درک پرستاران از فشارهای موجود در مراکز سوختگی تهران، مطرح کننده تعیین رابطه

6- MC Carthy P. Burnout in psychiatric nursing. JAN 1985; 10: 305-10.

7- Von Baeyer C, Krause L. Effectiveness of stress management training for nurses working in a burn unit. Int J Psychiatry Med 1983; 13: 12-13.

8- Garrett Dk, MC Daniel AM. A new look at nurse burnout: the effects of environmental uncertainty and social climate. JONA 2001; 31(2): 91-6.

9- Chacon Fuertes F, Vecina Himenez ML. Motivation and burnout in volunteerism. Psychology in Spain 2000; 4(1): 75-81.

10- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research; Techniques and procedures for developing grounded theory. 1st ed. Philadelphia: Sage publications; 1998. p. 140-5.

11- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. 1st ed. Chicago: Aldine; 1976. p. 176-9.

12- Baker C, Wuest J, Stern P. Method slurring: the grounded theory phenomenology example. JAN 1992; 17: 1355-60.

13- Fiels PA, Morse JM. Nursing research: the application of qualitative approaches. Beckenham: Croom Helm; 1991. p. 203-8.

14- Chenitz WC, Swanson JM. Qualitative research using grounded theory. In: Chenitz WC, Swanson JM, editors. From practice to grounded theory: qualitative research in nursing. 1st ed. California, Menlo Park: Addison Wesley; 1986. p. 3-13.

15- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999. p. 130-6.

16- Donabedian A. The quality of care. Journal of American Medical Association 1988; 260(12): 1743-8.

17- Guba E, Lincoln Y. Forth generation. 1st ed. California, Newbury Park: Sage publication; 1989. p. 172-9.

18- Guba E, Lincoln Y. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responses and naturalist approaches. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1985. p. 432-8.

19- Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. Social Sciences and Medicine 1988; 26(3): 309-17.

20- Lazarus RS. Patterns of adjustment. 3rd ed. New York: MC Graw-Hill book co; 1976. p. 102-6.

بین حمایت اجتماعی سازمان و سطح فرسودگی شغلی تجربه شده توسط پرستاران این مراکز است.

تعمیم‌پذیری و حمایت بیشتر یافته‌های این مطالعه از طریق انجام تحقیقات کیفی بیشتر در سایر بخشهای مراقبت ویژه امکانپذیر است. کاربرد یافته‌های این مطالعه و انجام مطالعات پیشنهاد شده می‌تواند به مدیران مراکز سوختگی کمک کند تا ایجاد محیط‌های کاری تشویق کننده اخلاقیات و ارتقاء دهنده مراقبت اخلاقی را سر لوحه کار خود قرار دهند و به این ترتیب خصوصیات مثبت پرستاران را تازه گردانیده و محیط حمایت کننده‌ای را برای آنان ایجاد نمایند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان این مقاله، مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران و مدیران و شرکت کنندگان محترم مراکز سوانح و سوختگی شهید مطهری و توحید ابراز می‌دارند.

فهرست منابع

1- Steenkamp WC, Van der Merwe AE. The psychosocial functioning of nurses in a burn unit. Burns 1998; 24(3): 235-58.

2- Lewis KF, Poppe S, Twomey J, Peltier G. Survey of perceived stressors and coping strategies among burn unit nurses. Burns 1990; 16(2): 109-11.

3- Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach burnout inventory scale. 3rd ed. Palo Alto: Consulting psychologists press; 1996. p. 54-8.

۴- رفیعی فروغ، عالیخانی مریم، موسوی ملیحه‌السادات، بررسی میزان فرسودگی شغلی و ارتباط آن با روشهای مقابله‌ای بکار گرفته شده توسط پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سوانح و سوختگی تهران و مقایسه آن با بهیاران شاغل در این بیمارستان‌ها، پایان نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، ۱۳۷۳.

5- Mobily PR. Staff stress on an Alzheimer's unit. Journal of Psychosocial Nursing 1992; 30(4): 25-31.

21- Roach S. The human act of caring: A blue print for the health professions. 1st ed. Ottawa: Canada hospital association publication; 1987. p. 202-6.

22- Stuart GW, Sundeen SJ. Principles and practice of psychiatric nursing. 3rd ed. St Louis: The CV Mosby co; 1987. p. 465-8.

23- Selye H. The stress of life. Revised edition. New York: MC Graw Hill book co; 1976. p. 84-9.

24- Maslach C. Burnout: the cost of caring. 1st ed. New Jersey, Englewood Cliffs: N J Prentice Hall; 1982. p. 45-54.

25- Benner P, Wruble J. The primacy of caring: stress and coping in health and illness. 1st ed. California, Menlo Park: Addison Wesley; 1989. p. 103-7.

26- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care* 2004; 13(3): 202-7.

27- Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Botterff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. *ADV Nurs Sci* 1990; 13(1): 1-14.

28- Noddings N. Caring: A feminine approach to ethics and moral education. 1st ed. Berkeley: University of California press; 1984. p. 76-80.

29- Bishop AH. The nature of nursing: natural or conventional? In: Kikuchi JF, Simmons H, Romyn D, editors. *Truth in nursing inquiry*. 1st ed. California: Sage publication; 1996. p. 88-97.

Key Factors in Nurses' Reaction to Burnout: A Qualitative Study

^I
*F. Rafiee, PhD ^{II}
F. Oskouie, PhD ^{III}
M. Nikravesh, PhD

Abstract

Background & Aim: Intense and long-standing problems in burn centers in Tehran have led nurses to burnout. This phenomenon has provoked serious responses and has put the nurses, patients and the organization under pressure. The challenge for managers and nursing executives is to understand the factors which would reduce or increase the nurses' responses to burnout and develop delivery systems that promote positive adaptation and facilitate the quality of care. This study, as a part of an extensive research, aims to explore and describe the nurses' perceptions of the factors affecting their responses to burnout.

Patients & Method: This qualitative study made use of grounded theory as a research method. Thirty-eight participants were recruited through purposeful and theoretical sampling. Data was collected by unstructured interviews and 21 sessions of participant observation during all working shifts. The interviews were tape recorded and transcribed by computer and observations were documented as field notes on special forms. Constant comparison was used for data analysis. Open, axial, and selective coding were done and then core category, sub-categories and their attributes emerged.

Results: The results revealed that nurses' and patients' personal characteristics and social support influenced nurses' responses to burnout. Personal characteristics of the nurses and patients, especially when interacting, had a more powerful effect. They altered emotional, attitudinal, behavioral and organizational responses to burnout and determined the kind of caring behavior. Social support had a palliative effect and altered emotional responses and some aspects of attitudinal ones.

Conclusion: The powerful effect of positive personal characteristics and their sensitivity to long-standing and intense organizational pressures suggests new approaches to executing stress reduction programs and refreshing the nurses' morale by attaching more importance to ethical aspects of caring. Moreover, regarding palliative effect of social support and its importance for nurses' well-being, nursing executives are responsible for providing a working environment that supports nurses and motivates them.

Key Words: 1) Burnout 2) Grounded Theory 3) Caring 4) Burn Unit

I) Assistant Professor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Rashid Yasemi St., Vali-Asr Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

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

III) Associate Professor of Health Services Administration, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.