

بررسی میزان خستگی ناشی از شفقت به بیماران در پرستاران

بخش‌های مراقبت ویژه

سمیه محمدی^۱

فریبا برهانی^۲

مصطفی روشنزاده^۳

چکیده

مقدمه: مواجه مکرر پرستاران با شرایط دردناک و رنج‌آور بیماران باعث نوعی خستگی از شفقت به بیماران می‌شود که می‌تواند علاوه بر آسیب‌های روانی، پیامدهای نامطلوبی همچون افت کیفیت و برآیند مراقبت از بیماران را به همراه داشته باشد، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان خستگی از شفقت به بیماران در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه صورت گرفته است.

روش: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی بوده که بر روی ۲۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه شهر کرمان صورت گرفته است. واحدهای پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه ۳۰ سؤالی فیگلی بوده که روایی و پایایی آن توسط محقق تأیید شد. داده‌ها پس از

۱. پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: mroshanzadeh62@gmail.com

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۴/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۵/۲۵

جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین خستگی از شفقت به بیماران در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه $3/35 \pm 0/7$ (کل ۵-۰) بود. ارتباط آماری معنی‌داری بین خستگی از شفقت به بیماران و متغیرهای سن، جنس، تعداد سال‌های خدمت، و نوع بخش مشاهده شد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: سطح متوسط این پدیده و تأثیرات منفی که می‌تواند بر روی پرستاران داشته باشد، بر لزوم اقدامات و راه‌کارهایی همانند آموزش پرستاران، و بررسی و رفع علل آن با توجه به شرایط خاص بخش‌های ویژه دلالت دارد.

واژگان کلیدی

شفقت، کیفیت مراقبت، بخش مراقبت ویژه، پرستاری

مقدمه

مراقبین سلامت به واسطه مراقبت از مددجویان روزانه با شرایطی روبرو می‌شوند که می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر کیفیت مراقبت از آنان داشته باشد. یکی از پیامدهای مهم و قابل توجه، خستگی فرد مراقبت‌کننده از شفقت به مددجویان است. (هانساگر و همکاران، ۲۰۱۵ م؛ وینچ و همکاران، ۲۰۱۵ م؛ آدامز و همکاران، ۲۰۰۶ م.)

خستگی از شفقت به بیماران برای اولین بار توسط جانسون^۱ توصیف شد. وی در تعریف این پدیده بیان می‌کند که سرخوردگی و خستگی از شفقت در مراقبت از بیماران به شرایطی اطلاق می‌شود که احساس و تجربه کمک به دیگران در افراد مراقبت‌کننده به واسطه مشاهده و روبروشدن با آسیب و بیماری ویرانگر بیماران، تغییر کرده و به نوعی سرخوردگی در خود مواجه می‌شود. (۱۹۹۲ م.)

فیگلی^۲ نیز در تعریف این پدیده بیان می‌کند که خستگی از شفقت به بیماران، اثر یا نتیجه عاطفی از حوادث آسیب‌زای غیر مستقیمی است که به واسطه کمک به افرادی که به طور مستقیم و اولیه حوادث آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند، به وجود می‌آید. وی این پدیده را توانی می‌داند که فرد مراقبت‌کننده در ازای کمک به بیماران پرداخت می‌کند. (۲۰۰۲ م.)

انگیزه پرستاران کمک به افرادی است که نیازهای جسمی، روحی و عاطفی دارند. (هاریس و همکاران، ۲۰۱۵ م.) محبت و کمک به دیگران یک کار رضایت‌بخش است، ولی این کمک می‌تواند به عنوان یک محرک آسیب‌زا برای سلامت جسمی و روانی پرستاران و سایر مراقبت‌کنندگان مطرح باشد. (آنی‌والث، ۲۰۰۹ م، برنچ و همکاران، ۲۰۱۵ م؛ بوهر و همکاران، ۲۰۰۶ م.) فیگلی در تئوری خود بیان می‌کند که سطح همدلی و همدردی فرد مراقبت‌کننده یک عامل معنادار در حالت خستگی

از مراقبت است. (۱۹۹۵ م.) همچنین به علت این که پرستاران یک همراهی گام به گام احساسی و عاطفی را با بیماران آسیب‌دیده انجام می‌دهند؛ این خود سبب می‌شود که با توجه به ویژگی‌های خاص و سطح همدردی‌شان، ناخواسته شرایط بروز بیزاری از محبت در آن‌ها به وجود آید. (مورفی، ۲۰۱۴ م؛ هوک، ۲۰۱۴ م.) توجه به این نکته ضروری است که این پدیده در طی زمان و در نتیجه تماس مکرر با شرایط ایجادکننده آن به وجود آمده و خطر بروز آن نیز در تمام افراد کمک‌کننده یکسان نبوده و هر فردی که علائم نامبرده را داشت، لزوماً دچار خستگی از محبت به دیگران نخواهد بود. (شیپارد، ۲۰۱۵ م؛ کیزاجا و همکاران، ۲۰۱۴ م.)

دو علامت کلیدی که در این پدیده وجود دارد شامل فرسودگی و استرس است، ولی گاهی علائم ساده‌ای همانند خستگی و نیاز به استراحت نیز می‌تواند جزء علائم آن محسوب شود. (مایتوم و همکاران، ۲۰۰۴ م؛ کویتزی و همکاران، ۲۰۱۰ م؛ منز، ۲۰۱۴ م.) این پدیده تحت عنوان پاسخ ثانویه به استرس نیز مطرح بوده و بیشتر در گروه‌های پزشکان، مشاوران، کارکنان اجتماعی و پرستاران دیده می‌شود. علائم آن نیز مشابه سندرم استرس پس از سانحه بوده (مارجوری، ۲۰۰۵ م؛ کراچ و همکاران، ۲۰۱۰ م.) و می‌تواند به صورت عصبی‌بودن و اضطراب، کج‌خلقی، خلق متغیر، اشکال در تمرکز، کاهش اعتماد به نفس، فاصله‌گرفتن از دیگران و علائم فیزیکی همانند سردرد و سرگیجه ظاهر شود. (ابندروت و همکاران، ۲۰۰۶ م؛ دیوالی و همکاران، ۲۰۰۹ م.)

اگر این پدیده درمان نشود، می‌تواند باعث اختلال در عملکرد فرد، آسیب روانی، افت کیفیت و برآیند مراقبت شده و به تدریج احساس سنگدلی در فرد به وجود آمده (بوش، ۲۰۰۹ م.) و شخص نسبت به مددجویان بی‌احساس و بی‌تفاوت گردد. (هاندرو، ۲۰۱۴ م؛ دراری، ۲۰۱۴ م؛ کیم، ۲۰۱۴ م.) این پدیده قابل پیشگیری

بوده و افراد در مواجهه با این پدیده از مکانیزم‌های متفاوتی استفاده می‌کنند. در این میان عواملی همچون سیستم حمایتی فرد، توانایی فرد برای در میان گذاشتن احساسات خود با دیگران و قدرت مدیریت بحران در وی می‌تواند بر پاسخ فرد در برابر شرایط موجود تأثیر بگذارد. (مییر، ۲۰۱۵ م؛ آریاپور، ۲۰۱۴ م؛ باتلر و همکاران، ۲۰۰۵ م.)

مرور مطالعات حاکی از آن است که پدیده خستگی از شفقت در مراقبت از بیماران بیشتر در گروه غیر پرستاری مورد بررسی قرار گرفته و از شیوع بالایی در میان کارکنان بهداشتی برخوردار است. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ صورت گرفت ۷۸٪ از پرستاران در طیف متوسط تا بالایی از خطر بروز بیزاری از کمک قرار داشته‌اند. (ابندروت و همکاران، ۲۰۰۶ م.) مایتوم^۳ نیز در مطالعه‌اش میزان این پدیده را در پرستاران بالا توصیف کرده است. (۲۰۰۴ م.) در مطالعه‌ای که در یک گروه از پرستاران بخش‌های انکولوژی در برزیل صورت گرفت، مشخص شد که مشاهده درد و رنج بیماران توسط پرستاران می‌تواند باعث افزایش استرس، فشار کاری و خطای کاری آن‌ها شود. (دی کاروالو و همکاران، ۲۰۰۵ م.) یک مطالعه نیز در سال ۲۰۱۰ که بر روی پرستاران صورت گرفت، نشان داد که پرستاران در معرض خستگی از شفقت به بیماران بوده و از این وضعیت خود آگاهی ندارند. این مطالعه مهم‌ترین عامل در ایجاد این پدیده را مربوط به مراقبت از بیماران و همچنین شرایط بیماران دانسته است. (یودر، ۲۰۱۰ م.) کریچ^۴ و اسپرانگ نیز در مطالعه‌اش ضمن بررسی این پدیده در گروه مراقبین بیان می‌کند که این پدیده می‌تواند به طور مستقیم بر رضایت شغلی و فرسودگی کارکنان تأثیر بگذارد. (۲۰۱۰ م.) محمدی^۵ و همکاران نیز در مطالعه خود علاوه بر بررسی خستگی از شفقت به بیماران، ارتباط آن را با دیسترس اخلاقی معنی‌دار گزارش کرده‌اند. (محمدی و همکاران، ۲۰۱۴ م.)

با توجه به این که یکی از نقش‌های مهم پرستاران نقش ارتباطی و مراقبتی آن‌ها بوده و همچنین با مورد توجه قراردادن آسیب‌ها و عواقبی که این ارتباط می‌تواند برای بازدهی پرستاران بر جای بگذارد، لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان خستگی از شفقت به بیماران در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه صورت گرفته است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است. نمونه مطالعه حاضر شامل ۲۶۵ نفر از پرستاران بوده که به روش در دسترس و از بخش‌های مراقبت ویژه (ICU، CCU، NICU و دیالیز) بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان انتخاب شدند. مطالعه در سال ۱۳۹۳ انجام شد، معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناس پرستاری و داشتن یک‌سال سابقه کار در بخش‌های مراقبت ویژه بود. ابزار مورد استفاده پرسشنامه بوده که در بخش اول به بررسی اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنس، تحصیلات، تعداد سال‌های خدمت، نوع استخدام و نوع بخش خدمت پرداخته شده است. بخش دوم پرسشنامه شامل کیفیت زندگی حرفه‌ای (PRO-QOL) است که در نیمه سال ۱۹۰۰ میلادی جهت تعیین میزان خستگی از شفقت و استرس بعد از تروما توسط فیگلی تدوین شده است. (استام، ۲۰۰۵ م.) فرم اولیه این پرسشنامه شامل ۶۶ عبارت بوده که به ۳۰ سؤال تقلیل یافته است. این پرسشنامه از سه زیر مقیاس رضایت از شفقت (۱۰ سؤال)، فرسودگی (۱۰ سؤال) و خستگی از شفقت (۱۰ سؤال) تشکیل شده است. گزینه‌های مربوطه به پرسشنامه نیز طبق معیار لیکرت ۶ تایی از صفر (هرگز) تا پنج (همیشه) مرتب شده‌اند. (فیگلی و همکاران، ۱۹۹۹ م.) این پرسشنامه

به روش ترجمه دوطرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفتند. پس از ترجمه، روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته و شاخص روایی محتوا (CVI) ۰.۸۷ به دست آمد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۰.۸۰ محاسبه گردید. پرسشنامه پس از کسب مجوز قانونی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، در رابطه با پرسشنامه و نحوه پاسخگویی به آن اطلاعات لازم داده شد. سپس، پرسشنامه‌ها پس از یک هفته و با مراجعه به بخش‌های مربوطه توسط محقق جمع‌آوری گردید. مدت جمع‌آوری داده‌ها از کل بخش‌ها ۱۰ روز به طول انجامید. از کل ۲۷۳ پرسشنامه توزیع شده، ۲۶۵ پرسشنامه جمع‌آوری و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

سن واحدهای مورد پژوهش در محدوده ۲۵-۴۴ سال قرار داشته و میانگین سنی آن‌ها ۳۲ سال گزارش شد. از نظر جنسیت، ۸۶٪ از واحدهای پژوهش زن و ۱۳٪ مرد بودند. حداقل و حداکثر تعداد سال‌های خدمت پرستاران ۲-۲۵ سال بوده که میانگین آن ۱۴ سال گزارش شد. از نظر نوع بخش، محل خدمت، پرستاران به چهار دسته شاغل در بخش NICU، CCU، ICU و دیالیز تقسیم شدند. از نظر نوع استخدام نیز پرستاران در سه گروه رسمی، قراردادی و طرحی جای گرفتند (جدول ۱).

میانگین کل نمره خستگی از شفقت به بیماران $3/35 \pm 0/7$ بود. خستگی از شفقت به بیماران از سه زیر مقیاس عدم رضایت از کمک به دیگران، رضایت از کمک به دیگران و فرسودگی تشکیل شده است. نمره مربوط به زیرمقیاس رضایت از کمک به بیماران $4/25 \pm 1/1$ و میانگین مربوط به زیرمقیاس عدم رضایت از کمک به بیماران $2/33 \pm 0/53$ و همچنین میانگین فرسودگی در این مقیاس $3/4 \pm 0/8$ بود.

ارتباط بین خستگی از شفقت به بیماران و متغیرهای دموگرافیک نشان داد که بین سن، جنس و بخش محل خدمت با میانگین خستگی از کمک به بیماران رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$) (جدول ۱). ارتباط میانگین خستگی از شفقت به بیماران با سن ($r = 0/4$) و تعداد سال‌های خدمت ($r = 0/5$) نیز معنی‌دار بود.

بحث

هدف اصلی این مطالعه بررسی میزان خستگی از شفقت به بیماران در پرستاران بوده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین خستگی از شفقت به بیماران در پرستاران بیشتر از حد متوسط بوده است. مایتوم و همکاران (۲۰۰۴ م.) نیز در مطالعه بر روی پرستارانی که با بیماران مزمن سروکار داشتند، سطح این پدیده را در سطح متوسط به بالا دانسته و گزارش کرده‌اند که شرایط کاری نقش بسیار مهمی در این پدیده بر عهده داشته و با ارتقای کیفیت شرایط کاری می‌توان سطح آن را کاهش داد. (۲۰۰۴ م.) مییر^۶ و همکاران نیز میزان این پدیده را در گروه مراقبت‌کنندگان بالا دانسته و در بیان مکانیزم‌های سازگاری با این پدیده، آشناسازی پرستاران با این پدیده و همچنین ارتقای شرایط کاری را

ذکر می‌کنند. (۲۰۱۵ م.) هاندرر^۷ نیز در مطالعه‌اش به بررسی این پدیده در پرستاران بخش‌های تروما پرداخته و سطح آن را متوسط گزارش می‌کند. (۲۰۱۴ م.) کیم^۸ نیز در مطالعه‌شان در پرستاران بخش‌های پیوند اعضا میزان این پدیده را بالا دانسته است. (۲۰۱۳ م.)

در توضیح می‌توان گفت که سطح پدیده خستگی از شفقت به بیماران می‌تواند تحت شرایط سازمانی و همچنین فردی پرستاران متفاوت باشد. در این مطالعه میانگین زیرمقیاس رضایت از کمک به بیمار در حد بالایی بوده است. این خود نشان می‌دهد که میانگین کل این پدیده بیش از آنکه تحت تأثیر عدم رضایت از ارائه مراقبت باشد، تحت تأثیر فرسودگی پرستاران بوده است. میانگین فرسودگی نیز در این مطالعه در حد بالایی بوده است. فرسودگی بالای پرستاران مورد مطالعه شاید عامل مهمی برای خستگی از شفقت به بیماران باشد. فرسودگی با نوعی خستگی مفرط از کار همراه بوده که علاوه بر آنکه در بعد جسمی نمایان می‌شود، می‌تواند با نوعی عدم رضایت ذهنی نیز همراه باشد.

برای بررسی خستگی از شفقت به بیماران ۳۰ سؤال در ابعاد رضایت از کمک به دیگران، عدم رضایت از کمک به دیگران و فرسودگی مطرح شده است. بیشترین نمره مربوط به بعد رضایت از کمک به بیماران و کم‌ترین آن مربوط به بعد خستگی از شفقت به بیماران بوده است. استام^۹ و بوشنیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی با این مطالعه دست یافتند. (۲۰۰۵ و ۲۰۰۹ م.) بیشترین میانگین در مورد این سؤالات مربوط به سؤال ۲۸ است که «کار با قربانیان حوادث استرس‌زا را بخش مهمی از حرفه پرستاری» می‌داند. در این زمینه می‌توان به این نکته اشاره نمود که پرستاری ماهیتاً یک حرفه کمک‌کننده بوده و اکثر مددجویان مراجعه‌کننده به محیط‌های بالینی با شرایط نامناسب جسمی و روحی به مراکز درمانی مراجعه

می‌کنند و این موضوع سبب ایجاد خستگی پرستاران گردیده است. کم‌ترین میانگین نیز مربوط به سؤال ۱۳ بوده است. این سؤال مطرح می‌کند که «کار فرد به عنوان کمک‌کننده باعث فرسودگی و خستگی‌اش» می‌شود. در این زمینه می‌توان این نکته را خاطرنشان کرد که کمک به دیگران خود فرآیندی لذت بخش بوده، ولی گاهی شرایط موجود ممکن است زمینه خستگی افراد را فراهم آورد. در زمینه خستگی از شفقت به بیماران این نکته قابل توجه است که بروز این پدیده در پرستاران می‌تواند تحت شرایط کاری و ویژگی‌های فردی پرستاران متفاوت باشد. در زمینه ارتباط بین میزان خستگی از شفقت به بیماران با متغیرهای سن و تعداد سال‌های خدمت، نتایج حاکی از وجود ارتباط معنادار مثبت است. ابندروت^{۱۰} در مطالعه‌اش ارتباط بین سن و تعداد سال‌های خدمت را با خستگی از شفقت به بیماران مثبت ارزیابی کرده و بیان می‌کند که هرچه سن افراد بالاتر می‌رود، به دلیل تغییرات فردی و شخصیتی که در فرد رخ می‌دهد، توان رویارویی وی با حوادث استرس‌زای مربوط به بیماران و تطابق موثر با آن‌ها کاهش می‌یابد (۲۰۰۶م، ص ۳۵۶-۳۴۶). یودر^{۱۱} نیز این ارتباط را مثبت گزارش کرده و بیان می‌کند که افزایش تعداد سال‌های خدمت در کنار افزایش سن می‌تواند باعث نوعی خستگی از شفقت به بیماران شود. (۲۰۱۰م، مندز^{۱۲} نیز بیان می‌کند که افراد در انتهای سال‌های خدمت خود با مجموعه‌ای از خاطرات شغلی ناخوشایند روبرو بوده که می‌تواند فرد را متأثر ساخته و نوعی تعارض در وی در ماهیت کمک‌رسانی و محبت به بیماران ایجاد کند. (۲۰۱۴م).

یافته‌ها حاکی از آن است که میزان خستگی از شفقت در زنان بیشتر از مردان بوده است. شیپارد نیز میزان این پدیده را در زنان نسبت به مردان بالاتر دانسته است. (۲۰۱۵م، ابندروت نیز ضمن بیان این موضوع اشاره کرده است که این

پدیده می‌تواند ناشی از ساختارهای شخصیتی متفاوت زنان نسبت به مردان باشد. زنان نسبت به مردان به میزان بیشتری تحت تأثیر شرایط عاطفی و هیجانی بیماران قرار گرفته و از آن متأثر می‌شوند. همچنین شاید زنان در مواجهه و همدردی با بیماران، و شرایط آنها، بیشتر تحت تأثیر وضعیت آنها قرار گرفته و در نتیجه احتمال بروز خستگی از ارائه مراقبت به بیماران در آنها بیشتر است. (۲۰۰۶ م.)

نتایج به دست آمده در مورد خستگی از شفقت به بیماران و نوع بخش خدمت حاکی از ارتباط مثبت معنی‌داری بین این متغیرها است. پرستاران شاغل در بخش ICU نسبت به سایر بخش‌های مراقبت ویژه از سطح بالاتری از خستگی از کمک به بیماران برخوردار بوده‌اند. مورفی این پدیده را در بخش سالمندان بالاتر دانسته است. (۲۰۱۴ م.) یودر نیز این پدیده را در بخش‌هایی که با شرایط حاد سروکار دارند، بالاتر دانسته است. (۲۰۱۰ م.) پرستاران شاغل در این بخش‌ها در معرض میزان بالاتری از وقایع استرس‌زا قرار داشته و به طبع، میزان بروز خستگی از شفقت به بیماران در آنها بیشتر خواهد بود. از طرف دیگر طول مدت بستری بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به سایر بخش‌ها بیشتر بوده و شاید این مدت زمان طول تماس پرستاران را با آن افزایش داده و خود زمینه‌ساز این خستگی در طولانی مدت باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره نمود که این مطالعه فقط در منطقه خاصی از ایران صورت گرفته و لزوم انجام مطالعات در سایر نقاط کشور نیز وجود دارد. روش نمونه‌گیری غیر تصادفی این مطالعه نیز جزء محدودیت‌های آن به شمار می‌رود. همچنین جهت آشکار شدن جنبه‌های بیشتر این پدیده انجام سایر مطالعات همانند مطالعات کیفی در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که پرستاران با افزایش سال‌های خدمت‌شان بیشتر در معرض خطر بالای این پدیده قرار می‌گیرند. همچنین با توجه به این که این پدیده در بخش‌های مختلف متفاوت است، توصیه می‌گردد که پرستاران در سال‌های انتهایی خدمت‌شان به بخش‌هایی که از نظر شرایط کاری وضعیت ثابت‌تری دارند، منتقل شوند. همچنین توصیه به پایش این پدیده در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه می‌گردد.

سپاسگزاری

این مطالعه از یک طرح تحقیقاتی که در مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی شهید بهشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران به تصویب رسیده منتج شده است. بدین‌وسیله از مساعدت‌های این دانشگاه و همچنین تمامی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

جدول ۱: میانگین خستگی از شفقت به بیماران بر حسب جنس، نوع بخش و نوع استخدام در پرستاران مورد پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	خستگی از مراقبت از بیمار (M±SD)
جنس	زن	۲۳۰	۱/۱±۳/۵۱
	مرد	۳۵	۰/۵۸±۲/۹۶
	کل	۲۶۵	
	سطح معنی داری		P=۰/۰۴
نوع بخش	ICU	۱۵۳	۰/۶۸±۳/۹
	CCU	۵۶	۰/۱۶±۲/۸
	NICU	۳۹	۱/۲±۳
	دیالیز	۱۷	۰/۷۷±۳/۱۱
	کل	۲۶۵	
سطح معنی داری		P=۰/۰۳	
نوع استخدام	رسمی	۱۵۱	۰/۵۸±۴
	قراردادی	۵۵	۰/۵۵±۳/۷
	طرحی	۵۹	۰/۹±۳
	کل	۲۶۵	
سطح معنی داری		P=۰/۱	

پی‌نوشت‌ها

1. Joinson
2. Figly
3. Maytum
4. Craig
5. Mohammadi
6. Meyer
7. Hinderer
8. Kim
9. Stamm
10. Abendroth
11. Yoder
12. Mendes

فهرست منابع

- Abendroth, M. Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 8 (6): 346-56.
- Adams, RE. Boscarino, JA. Figley, CR. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*. 76 (1): 103-8.
- Anewalt, P. (2009). Fired up or burned out? Understanding the importance of professional boundaries in home health care hospice. *Home Healthcare Nurse*. 27 (10): 591-7.
- Ariapooran, S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iran J Nurse Midwifery Res*. 19 (3): 279-84.
- Bober, T. Regehr, C. Zhou, YR. (2006). Development of the coping strategies inventory for trauma counsellors. *Journal of Loss and Trauma*. 11 (1): 71-83.

- Branch, C. Klinkenberg, D. (2015). Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. *MCN Am J Matern Child Nurse*. 40 (3): 160-6.
- Bush, N. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncology Nursing Forum*. 36: 24-8
- Butler, LD. Blasey, CM. Garlan, RW. McCaslin, SE. Azarow, J. Chen, XH. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptoms predictors in internet convenience sample. *Traumatology*. 11: 247-67.
- Coetzee, SK. Klopper, HC. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing Health Science*. 12: 235-43.
- Craig, CD. Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*. 23 (3): 319-39.
- Czaja, SA. Moss, M. Mealer, M. (2012). Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 27: 357-65.
- De Carvalho, EC. Muller, M. Bachion, P. (2005). Stress in the professional practice of oncology nursing. *Cancer Nursing*. 28 (3): 187-92.
- Devilley, GJ. Wright, R. Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 43 (4): 373-85.
- Drury, V. Craigie, M. Francis, K. Aoun, S. Hegney, DG. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: phase 2 results. *J Nurs Manag*. 22 (4): 519-31.
- Figley, CR. (2002). Treating compassion fatigue. New York: Brunner-Routledge, 88.

- Figley, CR. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *J Clin Psychol.* 58 (11): 1433-41.
- Harris, C. Griffin, MT. (2015). Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms and system interventions. *J Christ Nurse.* 32 (2): 80-7.
- Hinderer, KA. VonRueden, KT. Friedmann, E. McQuillan, KA. Gilmore, R. Kramer, B. Murray, M. (2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction and secondary traumatic stress in trauma nurses. *J Trauma Nurse.* 21 (4): 160-9.
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. *Clin J Oncol Nurse.* 18 (4): 454-8.
- Hunsaker, S. Chen, HC. Maughan, D. Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurse Scholarsh.* 47 (2): 186-94.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing Management.* 22 (4): 118-21.
- Kim, S. (2013). Compassion fatigue in liver and kidney transplant nurse coordinators: a descriptive research study. *Prog Transplant.* 23 (4): 329-35.
- Marjorie, R. Rothschild, B. (2006). Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. *Contempt Hypnosis.* 23 (4): 181-3.
- Maytum, J. Heiman, H. Garwick, A. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care.* 18 (4): 172-9.
- Mendes, A. (2014). Recognising and combating compassion fatigue in nursing. *Br J Nurse.* 23 (21):11-46.

- Meyer, RM. Li, A. Klaristenfeld, J. Gold, JI. (2015). Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout and job satisfaction. *J Pediatr Nurse*. 30 (1):174-83.
- Mohammadi, M. Borhani, F. Roshanzadeh, L. Roshanzadeh, M. (2014). Moral distress and compassion fatigue in patient care: a correlational study on nurses. *Iranian J Med Ethics Hist Med*. 7 (2): 57-48.
- Murphy, BS. (2014). Exploring holistic foundations for alleviating and understanding compassion fatigue. *Beginnings*. 34 (4): 6-9.
- Sheppard, K. (2015). Compassion fatigue among registered nurses: connecting theory and research. *Appl Nurse Res*. 28 (1): 57-9.
- Stamm, BH. (2005). *The ProQOL manual: The Professional Quality of Life Scale*. Sidran Press, 1-78.
- Winch, S. Henderson, A. Jones, J. (2015). Recognizing the dialectic of compassionate care in the workplace: feedback from nurse educators. *J Contin Educ Nurse*. 46 (5): 228-32.
- Yoder, EA. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*. 23:191-7.

یادداشت شناسه مؤلفان

سمیه محمدی: پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

فریبا برهانی: دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

مصطفی روشن زاده: دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: mroshanzadeh62@gmail.com

Compassion fatigue in nurses of intensive care unit*Somayeh Mohammadi**Fariba Borhani**Mostafa Roshanzadeh***Abstract**

Background: Nurses frequently encounter to patients suffering and painful conditions caused some frustration and exhaustion in the care of patients that in addition to the psychological damage can have important implications as to the quality and outcome of patient care. This study aimed determination the compassion fatigue in nurses of intensive care unit to care of patients.

Method: This study is a cross - sectional study that had taken on 260 intensive care nurse has been done in Kerman. Sampling were convenience in this study. Data collection was Figly 30 questions that reliability and validity have been used by researchers and Cronbach's alpha was calculated to be 80 percent. Data collected by SPSS16 software using descriptive and analytical statistics were analyzed.

Results: The results of this study suggest that total mean of Compassion fatigue in nurses of intensive care unit provide care to patients in domain (0-5) is $3/35 \pm 0/7$. The relationship between Compassion fatigue and age, number of years of service, type of unit care and sex whit compassion fatigue have a positive and significant correlation ($P < 0/05$).

Discussion & Conclusion: The average level of the phenomenon and the negative effects that could be on nurse's necessary measures and strategies as well as training and orientation for nurses with this phenomenon and as well as measures to evaluate the reasons for considering the specific circumstances may require different parts.

Keywords

Compassion Fatigue of Patient Care, Quality of Care, Intensive Care Unit, Nurses