

بررسی ارتباط خستگی از شفقت با کیفیت مراقبت های پرستاری در پرستاران بخش های کرونا بیمارستان های آموزشی شهر کرمانشاه سال ۱۴۰۱

دکتر علی اکبر ویسی رایگانی، مهرداد قلخانی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، دانشکده پرستاری و مامایی

کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه

چکیده

مراقبت به عنوان يك جزء اساسي در زمینه خدمات بهداشتي درماني به حساب می آید. در بین کلیه مراقبت های ارائه شده در محیط های درماني مانند بیمارستان خصوصاً در همه گیری کرونا، مراقبت های پرستاري از اهمیت بالایی برخوردار است و خستگی ناشی از شفقت از متغیرهای بسیار مهمی است که تأثیر مستقیمی بر کیفیت مراقبت های پرستاری دارد. بر همین اساس مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط خستگی از شفقت در پرستاران با کیفیت مراقبت های پرستاری در بخش های کرونا بیمارستان آموزشی شهر کرمانشاه سال ۱۴۰۱ انجام شد در این مطالعه مقطعي با رویکرد توصیفی - تحلیلی ۳۰۰ پرستار شاغل در بخش کرونا بیمارستان های شهر کرمانشاه با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های کیفیت مراقبت های پرستاري (QUALPAC)، خستگی از شفقت صابری و فرم اطلاعات دموگرافیک جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه 25 استفاده گردید: یافته های حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که میزان خستگی از شفقت در پرستاران بخش کرونا در ۶/۶ درصد در حد متوسط بود و همچنین میزان کیفیت مراقبت های پرستاری در ۸/۶۰ درصد از پرستاران شاغل در بخش کرونا یافته ها متوسط و ۵/۳۶ درصد زیاد بود. بر اساس یافته های بین خستگی از شفقت با دو بعد روانی- اجتماعی و ارتباطی کیفیت مراقبت های پرستاری رابطه معکوس و معناداری وجود دارد ($r = -0.347$ و $P < 0.001$) ($r = -0.416$ و $P < 0.001$). همچنین در بررسی رابطه متغیرهای دموگرافیک با کیفیت مراقبت های پرستاری و خستگی ناشی از شفقت نتایج نشان داد که بین کیفیت مراقبت های پرستاری با نوبت کاری ($P = 0.029$)، مدرک تحصیلی ($P = 0.026$) و وضعیت استخدامی ($P = 0.021$) رابطه معنی داری وجود دارد، همچنین بین خستگی از شفقت با بخش محل خدمت ($P = 0.001$) و سن ($P = 0.024$) رابطه معناداری وجود داشت. با توجه به رابطه معکوس بین خستگی ناشی از شفقت با کیفیت مراقبت های پرستاری به خصوص در شرایط همه گیری بیماری ها لازم است تا سیاستگذاران سلامت اقدامات موثر در جهت کاهش و پیشگیری خستگی ناشی از شفقت به خصوص جهت رویارویی با بحران های سلامتی اتخاذ نماید تا زمینه کاهش خستگی ناشی از شفقت و افزایش کیفیت مراقبت های پرستاری فراهم آید.

کلید واژه ها: کیفیت مراقبت های پرستاری، خستگی از شفقت، پرستار، کرونا

مقدمه

پرستاران به دنبال مراقبت از مددجویان، در شرایطی قرار می گیرند که می تواند منجر به نوعی از خستگی به نام "خستگی ناشی از ابراز شفقت نسبت به بیماران" شود. در واقع شفقت احساسی است به دنبال مشاهده رنج دیگران در فرد به وجود می آید و نیروی محرکه فرد برای کمک می باشد (1). خستگی از شفقت اولین بار توسط جانسون تعریف شد طبق



تعریف وی این پدیده به شرایطی اطلاق می گردد که احساس و تجربه کمک به دیگران در افراد مراقبت کننده به دلیل مواجه شدن با آسیب و بیماری خطرناک در بیماران، تغییر کرده و به نوعی سرخوردگی در خود مواجه می شود(2).

انگیزه پرستاران کمک به افرادی با نیازهای جسمی، روحی و عاطفی می باشد. به علاوه پرستاران به دلیل همراهی گام به گام احساسی و عاطفی که با بیماران آسیب دیده دارند؛ و به دلیل ویژگی های خاص و سطح همدردی-شان، به صورت ناخواسته در معرض خستگی از شفقت قرار می گیرند(3, 4). به عبارت دیگر سرخوردگی و خستگی از شفقت در مراقبت از بیماران به شرایطی اطلاق می شود که احساس و تجربه کمک به دیگران در افراد مراقبت کننده به واسطه مشاهده و روبرو شدن با آسیب و بیماری ویرانگر بیماران، تغییر کرده و به نوعی سرخوردگی در آن ها می شود(5).

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 کمک کننده یکسان نبوده و هر فردی که علائم نامبرده را داشت، لزوماً دچار خستگی از شفقت به دیگران نخواهد بود(6). دو علامت کلیدی که در این پدیده وجود دارد فرسودگی و استرس است، ولی گاهی علائم ساده ای همانند خستگی و نیاز به استراحت نیز می تواند جزء علائم آن محسوب شود(7). این پدیده تحت عنوان پاسخ ثانویه به استرس نیز مطرح بوده و بیشتر در گروه های پزشکان، مشاوران، کارکنان اجتماعی و پرستاران دیده می شود. علائم آن نیز مشابه سندرم استرس پس از سانحه بوده و می تواند به صورت عصبی بودن و اضطراب، کج خلقی، خلق متغیر، اشکال در تمرکز، کاهش اعتماد به نفس، فاصله گرفتن از دیگران و علائم فیزیکی همانند سردرد و سرگیجه ظاهر شود. اگر این پدیده درمان نشود، می تواند باعث اختلال در عملکرد فرد، آسیب روانی، افت کیفیت و برآیند مراقبت شده و به تدریج احساس سنگدلی در فرد به وجود آمده و شخص نسبت به مددجویان بی احساس و بی تفاوت گردد(8, 9). پرستاران به عنوان خط مقدم نظام سلامت از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگوی کیفیت مراقبت های ارائه شده باشد. نتایج نشان داده است که افزایش هزینه های مراقبت، استفاده از پرستاران دوره ندیده و کاهش پرستاران حرفه ای اثرات معکوسی بر کیفیت خدمات دارد(10). در مجموع با عنایت به این که سطح کیفیت مراقبت های پرستاری در عملکرد آنان در محیط کار بسیار مهم بوده و در سطح خدمت رسانی به بیماران و سیستم درمانی نقش اصلی را ایفاء می کنند و از طرف دیگر وجود محرک های تنش زای فراوان در محیط کار پرستاران می تواند بر سطح عملکرد بالینی و کیفیت مراقبت های پرستاری آن ها اثرگذار باشد(11).

خستگی از شفقت در پرستار به دنبال مراقبت های ممتد از بیمار در صورت نبود حمایت کافی از طرف سیستم درمانی ایجاد می شود همچنین پرستار دچار دلسردی و رخوت در مراقبت از بیمار می شود که می تواند در کیفیت مراقبت های پرستاری تأثیر بگذارد(12). در مطالعه ای میزان بیزاری از کمک در پرستاران نزدیک به ۷۸ درصد تخمین زده شد(13). همچنین در بررسی مطالعه ای بر روی گروهی از پرستاران بخش های انکولوژی انجام گرفت، مشخص گردید که مشاهده درد و رنج بیماران توسط پرستاران می تواند باعث افزایش استرس، فشار کاری و خطای کاری آنها گردد. هاندرر هم در مطالعه ای که به بررسی خستگی ناشی از شفقت در پرستاران بخش های تروما پرداخته است، سطح آن را متوسط گزارش کرده است(14).



ظهور بیماری های ناشناخته و نوپدید و شیوع و همه گیری آنها موجب فشار روانی بالایی میگردد که احساسات و افکار بیماران، پرستاران و درمانگران را تحت تاثیر قرار می دهد (15). ویروس کرونا از جمله این بیماری ها هست که از ابتدا با توجه به قدرت سرایت بیماری مورد توجه قرار گرفت و محققان در تلاش برای مقابله با کرونا ویروس بودند که موجب غفلت از تاثیر روانشناختی این بیماری بر اقشار مختلف جامعه از جمله کادر درمان به عنوان خط مقدم مبارزه با این بیماری گردید. شواهد، حاکی از آن دارد که طغیان این بیماری باعث ایجاد مشکلات متعدد روانی مانند: اختلال ترس، اختلال استرس پیش و پس از سانحه، اضطراب و افسردگی در سطح جهانی شده است (16). انجمن ملی ایمنی حرفه ای آمریکا، پرستاری را در رأس ۱۲ حرفه پر استرس معرفی کرده و احتمالاً در میان مشاغل بهداشتی، در رأس مشاغل پر استرس قرار دارد (17). همچنین در بخش های کرونا پرستاران به علت مراقبت های بیست و چهار ساعته از بیماران بدحال و درگیری شدید با این بیماران بیشتر از سایر پرستاران در بخش های دیگر در معرض خستگی از شفقت می باشند. در نتیجه با توجه به اهمیت خستگی از شفقت، در مورد ارتباط خستگی از شفقت با کیفیت مراقبت های پرستاری بخصوص در شرایط اپیدمی کووید ۱۹ مطالعات کمتری در این زمینه انجام شده بنابراین مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط خستگی از شفقت در پرستاران با کیفیت مراقبت های پرستاری در بخش های کرونا بیمارستان های آموزشی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش به صورت مقطعی با رویکرد توصیفی- تحلیلی است که جامعه پژوهش آن کلیه پرستاران بخش کرونا بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می باشد. در ابتدا پژوهشگر مجوزهای لازم را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه اخذ نموده و سپس با در دست داشتن معرفی نامه به بیمارستان های وابسته به دانشگاه سطح شهر کرمانشاه مراجعه کرد. نمونه گیری به روش احتمالی از نوع طبقه ای و تصادفی ساده بود، به این صورت که هر یک از بخش های کرونا هفت بیمارستان دارای بخش کرونا شهر کرمانشاه به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و با در نظر گرفتن سهمیه و تخصیص متناسب با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده افراد از هر طبقه انتخاب گردیده تا زمانی که ۳۰۰ نمونه مورد نیاز تکمیل شد. حداقل سابقه شش ماه کار در دوران اپیدمی کووید ۱۹ در بخش کرونا، تمایل به مشارکت در پژوهش، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری معیار خروج از مطالعه هم تکمیل ناقص پرسشنامه (تکمیل کمتر از ۲۰ درصد پرسشنامه ها) بود. بعد از گرفتن فرم رضایت آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه خستگی از شفقت صابری و همکاران و پرسشنامه کیفیت مراقبت های پرستاری (QUALPAC) توسط پژوهشگر در محیط بیمارستان به نمونه ها داده شد، لازم به ذکر است که پرسشنامه ها در فضای راحت و مناسب که مطابق با نظر

شرکت کنندگان تکمیل گردید و از آن‌ها تقاضا گردید در هر زمان و مکانی که احساس از نظر جسمی و روحی و روانی در شرایط مناسبی بودند، پرسشنامه ها را تکمیل نمایند. فرم اطلاعات فردی شامل اطلاعات دموگرافیک مثل: سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، نوع استخدام، سابقه‌ی کار، محل خدمت، نوبت کاری بود. پرسشنامه خستگی از شفقت صابری و همکاران توسط صابری و همکاران در سال ۱۳۹۶ طراحی گردید. شامل دو زیر مقیاس " عوامل خطرزای خستگی از مهرورزی (شفقت) پرستاران" و " خستگی مهرورزی پرستاران" و ۳۵ گویه است. در مرحله پایایی آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای محاسبه شد. این مقادیر برای ابزار "خستگی مهرورزی پرستاران" برابر ۰/۹۲ و ۰/۹۱ و برای ابزار "عوامل خطرزای خستگی مهرورزی پرستاران" برابر ۰/۸۵ و ۰/۸۱ بود (18). پرسشنامه QUALPAC یکی از معتبرترین ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت مراقبت می‌باشد که در سال ۱۹۷۲ ارائه گردید و بارها مورد تجدیدنظر قرار گرفت که از سال ۱۹۷۵ در کشورهای آمریکا، انگلستان و نیجریه به‌کارگیری شده است. این پرسشنامه دارای ۶۵ سوال در سه بعد روانی-اجتماعی، ارتباطی و جسمی می‌باشد که در این پژوهش از دو بعد روانی - اجتماعی و ارتباطی که شامل ۴۱ سوال می‌باشد استفاده شد. روایی این ابزار در سال ۱۳۸۳ در تبریز توسط خوشخو مورد بررسی و با فرهنگ ایران تطبیق داده شد و تاکنون در مطالعات مختلفی روایی آن مورد تأیید و به کار گرفته شده است. پایایی پرسشنامه کیفیت مراقبت QUALPAC نیز در مطالعات متعددی مورد تأیید قرار گرفته است؛ و ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۹۶ درصد محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت (19).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۵ استفاده شد. از روش‌های آمار توصیفی (شامل: تنظیم جداول توزیع فراوانی یک‌بعدی و دوبعدی، محاسبه شاخص‌های عددی نظیر میانگین، انحراف معیار، ... برای صفات کمی و درصد برای صفات کیفی) به‌منظور خلاصه‌سازی و توصیف متغیرها استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۳۰۰ نفر از پرسنل شاغل در بخش‌های کرونا شرکت داشتند.

جدول ۴-۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی در واحدهای پژوهش

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر |
|-----------|---------|--------------|-------|--------|
| سن | 35/4 | 5/9 | 22 | 50 |
| سابقه کار | 11/3 | 5/01 | 1 | 25 |

مطابق جدول ۴-۱؛ میانگین سن این افراد 35/4 با انحراف معیار 5/9 سال بود. حداقل سن این افراد 22 و حداکثر 50 سال بود. میانگین سابقه کار پرستاران 11/3 با انحراف معیار 5/01 سال بود. حداقل سابقه‌ی کاری 1 و حداکثر 25 سال بود.



آمار تحلیلی

جدول ۲-۴: میانگین، انحراف معیار و توزیع وضعیت مقیاس خستگی از شفقت و کیفیت مراقبت های پرستاری

| مقیاس | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر | کولموگروف اسمیرنوف | |
|---------------------|---------|--------------|-------|--------|--------------------|---------|
| | | | | | آماره آزمون | P-value |
| خستگی از شفقت | 82/2 | 15/3 | 11 | 127 | 0/107 | 0/001 |
| بعد روانی - اجتماعی | 78/9 | 11/2 | 29 | 112 | 0/103 | 0/001 |
| بعد ارتباطی | 37/02 | 6/2 | 11 | 52 | 0/078 | 0/001 |

مطابق جدول ۲-۴؛ براساس یافته های آزمون کولموگروف اسمیرنوف توزیع نمرات مقیاس خستگی از شفقت و کیفیت مراقبت های پرستاری غیرنرمال بود ($P < 0/05$). در این مطالعه برای آزمون نرمال بودن داده ها از خطای استاندارد ضریب چولگی^۱ و خطای استاندارد ضریب کشیدگی^۲ استفاده شده است، بنابر قضیه ی حد مرکزی با توجه به حجم بالای نمونه ی پژوهش و با توجه به اینکه خطای استاندارد چولگی و کشیدگی برای تمامی مقیاس های ذکر شده در جدول ۳-۴ بین (2+ و 2-) لذا توزیع داده ها نرمال می باشد. خطای معیار چولگی و کشیدگی کیفیت مراقبت های پرستاری به ترتیب 0/140 و 0/280، خستگی از شفقت 0/152 و 0/198 بود. همچنین میانگین نمره ی کیفیت مراقبت های پرستاری 116/01 با انحراف معیار 16/1 بود. حداقل نمره 42 و حداکثر 164 بود. میانگین نمره ی خستگی از شفقت 82/2 با انحراف معیار 15/3 بود. حداقل نمره 11 و حداکثر 127 بود.

جدول ۳-۴: مقایسه ی میانگین و انحراف معیار بعد روانی- اجتماعی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی در پرستاران شاغل در بخش های کرونا

| متغیرها | میانگین \pm انحراف معیار | آماره آزمون | P-value |
|------------|---------------------------------|-------------|---------|
| جنسیت | مرد 77/5 \pm 10/01 | -2/1 | 0/035 |
| | زن 80/3 \pm 12/1 | | |
| تحصیلات | کارشناسی 79/6 \pm 11/7 | 1/6 | 0/101 |
| | کارشناسی ارشد 77/2 \pm 9/6 | | |
| وضعیت تاهل | مجرد 79/04 \pm 14/4 | -0/005 | 0/996 |

| | | | | |
|--------------|-------|-------|---------------------|---------------|
| بخش محل خدمت | 0/001 | 8/1 | متاهل | 79/04 ± 9/3 |
| | | | مطلقه و بیوه | 78/05 ± 9/8 |
| | | | اورژانس | 77/7 ± 7/9 |
| | | | بخش عمومی | 84/8 ± 18/9 |
| | | | بخش مراقبت های ویژه | 79/9 ± 14/9 |
| نوع استخدام | 0/067 | 2/4 | رسمی | 84/5 ± 20/3 |
| | | | شرکتی | 77/02 ± 7/3 |
| | | | طرح | 77/2 ± 9/9 |
| | | | قراردادی | 78/9 ± 10/4 |
| نوبت کاری | 0/052 | 3/2 | شب کار | 78/1 ± 12/4 |
| | | | صبح کار | 77/5 ± 9/2 |
| | | | عصر کار | 81/ ± 11/07 |
| | | | سن | 79/7 ± 15/5 |
| سابقه ی کار | 0/783 | 0/245 | < 30 سال | 78/7 ± 9/4 |
| | | | 30-40 سال | 78/7 9/5 |
| | | | > 40 | 79/01 ± 12/2 |
| | | | < 10 | 79/08 ± 10/06 |
| سابقه ی کار | 0/864 | 0/146 | 10-20 سال | 77/1 ± 9/03 |
| | | | > 20 | |
| | | | | |

مطابق جدول ۳-۴ و براساس یافته های آزمون تی مستقل بین میانگین نمره ی مولفه ی روانی اجتماعی برحسب تحصیلات اختلاف آماری معناداری یافت نشد ($P > 0.05$). یافته های این آزمون نشان داد بین میانگین مولفه ی روانی اجتماعی برحسب جنسیت اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P < 0.05$). میانگین نمره ی مولفه ی روانی اجتماعی در پرستاران بخش های کرونا در زنان بالاتر از مردان بود.

یافته های تحلیل واریانس نشان داد بین میانگین نمره ی مولفه ی روانی اجتماعی برحسب وضعیت تاهل، نوع استخدام سن ، سابقه ی کار و نوبت کاری تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$). همچنین یافته های این آزمون نشان داد بین میانگین نمره ی مولفه ی روانی اجتماعی برحسب بخش محل خدمت پرستاران بخش های کرونا اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P < 0.05$).

جدول ۴-۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه ی دوگانه میانگین نمره ی بعد روانی اجتماعی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی در پرستاران شاغل در بخش های کرونا

| متغیرها | اختلاف میانگین | P-value |
|-----------|---------------------|-----------------|
| اورژانس | بخش عمومی | 7/09- *0/001 |
| | بخش مراقبت های ویژه | 2/1- 0/364 |
| بخش عمومی | بخش مراقبت های ویژه | 4/9 0/186 |

جدول ۴-۵: مقایسه ی میانگین و انحراف معیار بعد ارتباطی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی در پرستاران شاغل در بخش های کرونا

| متغیرها | میانگین \pm انحراف معیار | آماره آزمون | P-value |
|--------------|----------------------------|------------------|---------|
| جنسیت | مرد | 36/7 \pm 5/07 | 0/532 |
| | زن | 37/2 \pm 7/1 | |
| تحصیلات | کارشناسی | 37/5 \pm 6/08 | 0/015 |
| | کارشناسی ارشد | 35/2 \pm 6/4 | |
| وضعیت تاهل | مجرد | 36/9 \pm 7/3 | 0/369 |
| | متاهل | 37/1 \pm 5/6 | |
| | مطلقه و بیوه | 35/9 \pm 6/2 | |
| بخش محل خدمت | اورژانس | 36/5 \pm 4/7 | 0/014 |
| | بخش عمومی | 39/5 \pm 9/6 | |
| | بخش مراقبت های ویژه | 36/6 \pm 9/3 | |
| نوع استخدام | رسمی | 40/9 \pm 10/1 | 0/008 |
| | شرکتی | 37/05 \pm 5/07 | |
| | طرح | 34/7 \pm 6/2 | |
| نوبت کاری | قراردادی | 36/8 \pm 5/7 | |
| | شب کار | 36/6 \pm 6/5 | 0/064 |
| | صبح کار | 36/2 \pm 6/01 | |
| | عصرکار | 38/2 \pm 5/9 | |
| سن | < 30 سال | 37/8 \pm 8/4 | 0/418 |
| | 30 - 40 سال | 36/7 \pm 5/4 | |
| | > 40 | 36/7 \pm 5/1 | |
| سابقه ی کار | < 10 سال | 37/1 \pm 6/9 | 0/942 |
| | 10 - 20 سال | 36/8 \pm 5/3 | |
| | > 20 | 37/1 \pm 6/8 | |

مطابق جدول ۴-۶ یافته های این آزمون نشان داد بین میانگین نمره ی مولفه ی ارتباطی برحسب تحصیلات اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P < 0/05$) و براساس یافته های آزمون تی مستقل بین میانگین نمره ی مولفه ی ارتباطی برحسب جنسیت اختلاف آماری معناداری یافت نشد ($P > 0/05$). میانگین نمره ی مولفه ی ارتباطی در پرستاران بخش های کرونا با تحصیلات کارشناسی بالاتر از سایر پرستاران بود.

یافته های تحلیل واریانس نشان داد بین میانگین نمره ی مولفه ی ارتباطی برحسب وضعیت تاهل، نوبت کاری، سن و سابقه ی کار تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$). همچنین یافته های این آزمون نشان داد بین میانگین نمره ی مولفه ی ارتباطی برحسب بخش محل خدمت و نوع استخدام پرستاران بخش های کرونا اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P < 0/05$).

جدول ۴-۶: نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه ی دوگانه میانگین نمره ی بعد ارتباطی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی در پرستاران شاغل در بخش های کرونا

| متغیرها | اختلاف میانگین | P-value |
|---------------------|---------------------|---------|
| اورژانس | بخش عمومی | -2/9 |
| بخش مراقبت های ویژه | بخش عمومی | *0/010 |
| | بخش مراقبت های ویژه | 0/998 |



| | | | | |
|---------|------|---------------------|-----------|-------------|
| 0/169 | 2/8 | بخش مراقبت های ویژه | بخش عمومی | نوع استخدام |
| 0/097 | 3/8 | شرکتی | رسمی | |
| * 0/005 | 6/1 | طرح | | |
| * 0/019 | 4/03 | قراردادی | | |
| 0/494 | -2/3 | طرح | شرکتی | |
| 0/998 | 0/18 | قراردادی | | |
| 0/390 | -2/1 | قراردادی | طرح | |

جدول ۴-۷: مقایسه ی میانگین و انحراف معیار خستگی از شفقت بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی درپرستاران شاغل در بخش های کرونا

| متغیرها | میانگین \pm انحراف معیار | آماره آزمون | P-value |
|--------------|----------------------------|------------------|---------|
| جنسیت | مرد | 82/9 \pm 13/7 | 0/433 |
| | زن | 81/5 \pm 16/6 | |
| تحصیلات | کارشناسی | 81/6 \pm 16/3 | 0/260 |
| | کارشناسی ارشد | 83/8 \pm 12/06 | |
| وضعیت تاهل | مجرد | 81/3 \pm 19/3 | 0/748 |
| | متاهل | 82/7 \pm 13/2 | |
| | مطلقه و بیوه | 81/6 \pm 11/1 | |
| بخش محل خدمت | اورژانس | 84/08 \pm 11/1 | 0/001 |
| | بخش عمومی | 74/5 \pm 22/7 | |
| | بخش مراقبت های ویژه | 78/6 \pm 25/7 | |
| نوع استخدام | رسمی | 75/3 \pm 31/02 | 0/074 |
| | شرکتی | 86/2 \pm 11/7 | |
| | طرح | 82/9 \pm 12/1 | |
| | قراردادی | 82/1 \pm 13/5 | |
| نوبت کاری | شب کار | 82/8 \pm 14/7 | 0/078 |
| | صبح کار | 84/3 \pm 12/01 | |
| | عصرکار | 79/4 \pm 18/1 | |
| سن | < 30 سال | 77/9 \pm 23/4 | 0/024 |
| | 30 - 40 سال | 83/7 \pm 11/9 | |
| | > 40 | 82/9 \pm 9/9 | |
| سابقه ی کار | < 10 سال | 81/09 \pm 17/8 | 0/394 |
| | 10 - 20 سال | 83/2 \pm 12/3 | 0/935 |
| | > 20 | 82/2 \pm 6/6 | |

مطابق جدول ۴-۷ و براساس یافته های آزمون تی مستقل بین میانگین نمره ی خستگی از شفقت بر حسب تحصیلات و جنسیت اختلاف آماری معناداری یافت نشد ($P > 0/05$).

یافته های این آزمون نشان داد بین میانگین نمره ی خستگی از شفقت بر حسب بخش محل خدمت پرستاران بخش های کرونا اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P < 0/05$) همچنین یافته های تحلیل واریانس نشان داد بین میانگین نمره ی

خستگی از شفقت بر حسب وضعیت تاهل، نوع استخدام، نوبت کاری، سن و سابقه ی کار تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

جدول ۸-۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه ی دوگانه میانگین نمره ی خستگی از شفقت بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی در پرستاران شاغل در بخش های کرونا

| متغیرها | اختلاف میانگین | P-value |
|---------------|---------------------|---------|
| بخش های مختلف | بخش عمومی | 9/5 |
| | بخش مراقبت های ویژه | 0/221 |
| | بخش مراقبت های ویژه | 0/526 |
| اورژانس | | |
| بخش عمومی | | |

جدول ۹-۴: همبستگی بین مولفه های خستگی از شفقت و دو بعد روانی - اجتماعی و بعد ارتباطی در پرستاران شاغل در بخش اورژانس

| مولفه ها | خستگی از شفقت |
|---------------------|---------------|
| | ضریب همبستگی |
| بعد روانی - اجتماعی | -0/404 |
| بعد ارتباطی | -0/347 |
| | P-value |
| | 0/001 |
| | 0/001 |

مطابق جدول ۹-۴ براساس یافته های آزمون همبستگی پیرسون بین خستگی از شفقت با بعد روانی اجتماعی نیز ارتباط معکوس و معناداری مشاهده شد ($r = -0/347$ و $P < 0/001$). بین خستگی از شفقت با بعد ارتباطی نیز ارتباط معکوس و معناداری یافت شد ($r = -0/416$ و $P < 0/001$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط خستگی از شفقت با کیفیت مراقبت‌های پرستاری در پرستاران بخش‌های کرونا بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمانشاه سال ۱۴۰۱ انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی نشان داد که بین متغیر خستگی از شفقت و کیفیت مراقبت‌های پرستاری همبستگی معکوس وجود دارد که در ادامه به تفکیک و تفصیل هر کدام از آن‌ها مورد بررسی قرار خواهند گرفت. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که میانگین خستگی از شفقت در اکثر پرستاران در حد متوسط می‌باشد. میسر و همکاران نیز میزان این پدیده را در گروه مراقبت کنندگان بالا دانسته و در بیان مکانیزم‌های سازگاری با این پدیده، آشناسازی پرستاران با این پدیده و همچنین ارتقای شرایط کاری را ذکر می‌کنند (20). در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان چنین گفت که در مراکز آموزشی و درمانی به دلیل مواجهه کادر پرستاری با بیماران متعدد، به خصوص بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های ویژه دارند و به خاطر وجود استرس و سختی کار، میزان خستگی شغلی آن‌ها به مراتب از گروه‌های دیگر مانند معلمان مدارس یا کارکنان یک مرکز تحقیقاتی بیشتر است (21). کیفیت مراقبت‌های پرستاری در دو بعد روانی-اجتماعی و ارتباطی مطلوب ارزیابی گردید که با مطالعه نیشابوری و همکاران همسب بود (22). در مطالعه زمان زاده و همکاران نیز نتایج نشان داد اکثریت پرستاران کیفیت مراقبت را در سه بعد روانی اجتماعی، فیزیکی و ارتباطی مطلوب ارزیابی نمودند (23).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین خستگی از شفقت و دو بعد روانی - اجتماعی و بعد ارتباطی همبستگی معکوس وجود دارد و رابطه بین این متغیرهای از نظر آماری معنی دار است. همسو با نتایج مطالعه حاضر گرامی نژاد و همکاران خستگی از شفقت را از جمله عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بیان کرد به طوری که این دو متغیر با یکدیگر رابطه معکوس و معنی دار داشتند (24). از جمله دلایل این امر احتمالا می‌تواند به خاطر حجم کاری بالا، محیط کاری خشن، قوانین نامناسب، حقوق و مزایای ناعادلانه و سایر شرایط شغلی پرستاران بخصوص در شرایط اپیدمی بیماری مانند کووید ۱۹ باشد.

بررسی ارتباط بین وضعیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری و متغیرهای جمعیتی شناختی پرستاران نشان داد که بین کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بین پرستاران مرد و زن (متغیر جنسیت) رابطه معناداری وجود ندارد که با نتایج مطالعه دهقانی و همکاران متفاوت بود به طوری که در مطالعه دهقانی و همکاران پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که پرستاران زن بیشتر از پرستاران مرد اظهار کردند که در بعد ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار و مجموع کیفیت عملکرد حرفه‌ای، معیارهای حرفه‌ای را رعایت می‌کنند (25). مطالعه تفاق و همکاران نیز همانند مطالعه‌ی حاضر عدم ارتباط معنا دار بین میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای و متغیرهایی همچون سن و سابقه کاری پرستاران را نشان می‌دهد (26).

همینطور در مطالعه حاضر بین کیفیت مراقبت‌های پرستاری و بخش محل خدمت رابطه معنادار آماری وجود داشت در حالی که در مطالعه تفاق و همکاران اینگونه نبود (26).



همچنین بین متغیر نوبت کاری، مدرک تحصیلی، وضعیت استخدامی و کیفیت مراقبت های پرستاری رابطه معناداری وجود داشت که با نتایج مطالعه حاکی و همکاران متفاوت بود و این می تواند بدلیل تفاوت فرهنگی و فردی شرکت کنندگان و شرایط اپیدمی کووید ۱۹ و کار در بخش کرونا باشد(27).

کیفیت مراقبتهای پرستاری، در پرستاران متأهل و پرستاران با نوبت کاری ثابت بهتر از کیفیت مراقبتهای پرستاری پرستاران مجرد و پرستاران با نوبت کاری در گردش بود اما این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود که همسو با مطالعه دهقانی و همکاران بود(25).

در مطالعه حاضر بین خستگی از شفقت با بخش محل خدمت و سن رابطه معناداری وجود داشت که با نتایج مطالعه محمدی و همکاران همسو بود(28). نتایج به دست آمده در مورد خستگی از شفقت به بیماران و نوع بخش خدمت حاکی از ارتباط مثبت معنی داری بین این متغیرها است. پرستاران شاغل در بخش اورژانس نسبت به سایر بخش عمومی از سطح بالاتری از خستگی از کمک به بیماران برخوردار بوده اند. مورفی این پدیده را در بخش سالمندان بالاتر دانسته است(29). پرستاران شاغل در این بخش ها در معرض میزان بالاتری از وقایع استرس زا قرار داشته و به طبع، میزان بروز خستگی از شفقت به بیماران در آن ها بیشتر خواهد بود. از طرف دیگر میزان مراجعه بیماران در بخش اورژانس نسبت به سایر بخش ها بیشتر بوده و شاید این حجم زیاد طول تماس پرستاران را با آن افزایش داده و خود زمینه ساز این خستگی در طولانی مدت باشد.

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که خستگی ناشی از شفقت ورزی در بین پرستاران در سطح متوسط بود و سطح کیفیت مراقبت های پرستاری مطلوب ارزیابی گردید همچنین با توجه به رابطه معکوس بین خستگی ناشی از شفت ورزی با دو بعد روانی- اجتماعی و ارتباطی کیفیت مراقبت های پرستاری ارتباط دارد؛ بنابراین توصیه می گردد از روش های درمانی و مشاوره ای مبتنی بر تقویت شفقت و پیشگیری از خستگی از شفقت جهت افزایش کیفیت مراقبت های پرستاری استفاده گردد.



References

1. Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*. 2007;35:155-63.
2. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Applied nursing research*. 2010;23(4):191-7.
3. Farhadi P, Sharifian R, Feili A, Shokrpour N. The effects of supervisors' supportive role, job stress, and work-family conflicts on the nurses' attitudes. *The health care manager*. 2013;32(2):107-22.
4. Khodayarian M, Vanaki Z, Navipour H, Vaezi A. THE EFFECTS OF DESIGNED CLINICAL COMPETENCY-BASED ADVANCEMENT PROGRAM ON THE CCU NURSES' QUALITY OF WORK LIFE. 2008.
5. Horrigan JM, Lightfoot NE, Larivière MA, Jacklin K. Evaluating and improving nurses' health and quality of work life: A cross-sectional study of Korean blue collar workers employed by small businesses. *Workplace Health & Safety*. 2013;61(4):173-81.
6. Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Carney Doebbeling C. Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of health psychology*. 2009;14(2):267-77.
7. Carroll DE. Compassion fatigue in hospice nursing: A program development. 2017.
8. Conrad D, Kellar-Guenther Y. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect*. 2006;30(10):1071-80.
9. Khosravi ZT, Navabinejad S, Pirani Z. Comparison of the Effectiveness of Schema-Based Education and Acceptance and Commitment-Based Education on Compassion Fatigue in Family Caring Mothers. *Scientific Journal of Social Psychology*. 2021;9(60):45-58.
10. Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M, Abed Saeedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study. *Research in Medicine*. 2007;31(2):155-8.
11. Shahriari M, Mohammadi E, Fooladi MM, Abbaszadeh A, Bahrami M. Proposing codes of ethics for Iranian nurses: A mixed methods study. *Journal of mixed methods research*. 2016;10(4):352-66.
12. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Compassion fatigue in nurses of intensive care unit. *Med Ethics J*. 2015;9(33):85-102.
13. Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2006;8(6):346-56.
14. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, et al. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing | JTN*. 2014;21(4):160-9.
15. Alsubaie S, Tamsah MH, Al-Eyadhy AA, Gossady I, Hasan GM, Al-Rabiaah A, et al. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus epidemic impact on healthcare workers' risk perceptions, work and personal lives. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 2019;13(10):920-6.
16. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian journal of psychiatry*. 2020;50:102014.
17. Waldron HA. Occupational health practice: Butterworth-Heinemann; 2013.



18. Sabery M, Tafreshi MZ, Mohtashami J, Ebadi A. Development and psychometric evaluation of the nurses' compassion fatigue inventory. *Journal of Nursing Measurement*. 2017;25(3):E185-E201.
19. Kolahi MV, Totonchi Bagheri MZ, Bakhshandeh H, Gheshlagh RG, Mohammadnejad E. Evaluation of Factors Affecting Quality of Nursing Cares for Dying Patients in ICUs. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*. 2020;14(1).
20. Meurier C, Vincent C, Parmar D. Learning from errors in nursing practice. *Journal of advanced nursing*. 1997;26(1):111-9.
21. Mohammadnahl L, Mirzaei A, Khezeli MJ. THE EFFECT OF CARING FOR COVID 19 PATIENTS ON NURSES'PRODUCTIVITY AND BURNOUT. *Nursing and Midwifery Journal*. 2021;18(11):859-72.
22. Neishabory M, Raeisdana N, Ghorbani R, Sadeghi T. Nurses' and patients' viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of Medical Sciences, 2009. *Koomesh*. 2010;12(2).
23. Zamanzadeh V, Moghadasian S, Valizadeh L, Haghighi Khoshkho N. Compare of nurses and patient perspective about the quality of nursing care provided in educational hospitals in Tabriz. *Journal of Caring Sciences*. 2006;2:4-12.
24. Gerami Nejad N, Hosseini M, Mousavi Mirzaei S, Ghorbani Moghaddam Z. Association between resilience and professional quality of life among nurses working in intensive care units. *Iran Journal of Nursing*. 2019;31(116):49-60.
25. Dehghani A, Kermanshahi SMK. Evaluating of compliance with professional ethical standards in nursing practice from Nursing Staff's Viewpoints in Tehran University of Medical Sciences. *Modern care journal*. 2012;9(3).
26. Tefaq M, Nikbakht Nasrabadi A, Mehran A, Din Mohammad N. Evaluation of professional ethics in the implementation of drug orders by nurses. *J Nurs and Midwifery Tehran University of Medical Sciences* 1383.10(4):77-86.
27. Esmaeilpourzanjani S, Mashouf S. Nursing cares quality in nurses. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2018;3(4):1-14.
28. Sheppard K. Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*. 2015;28(1):57-9.
29. Murphy BS. Exploring holistic foundations for alleviating and understanding compassion fatigue. *Beginnings*. 2014;34(4):6-9.