



مؤلفه‌های کلیدی تاب‌آوری در میان ارائه‌دهندگان خدمات درمانی

سمیرا آذربایجانی * ۱

۱- گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران.

samiraazarbajani89@gmail.com

خلاصه

تاب‌آوری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ظرفیت‌های روان‌شناختی کارکنان نظام سلامت، نقش اساسی در حفظ کیفیت ارائه خدمات، کاهش خطاهای پزشکی، مدیریت استرس و پیشگیری از فرسودگی شغلی دارد. با توجه به فشارهای متعدد کاری و محیط‌های پرتنش درمان، تقویت تاب‌آوری به یک اولویت جهانی در حوزه آموزش سلامت و مداخلات ارتقای سلامت تبدیل شده است. نظریه‌های رفتار سلامت همچون مدل PRECEDE-PROCEED، مدل اعتقاد بهداشتی، نظریه شناخت اجتماعی و مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده، ابزارهای مؤثری برای طراحی برنامه‌های آموزشی ساختاریافته هستند که می‌توانند عوامل فردی، سازمانی و محیطی مرتبط با تاب‌آوری را هدف قرار دهند. این مقاله با رویکرد مرور روایتی، به بررسی نقش مداخلات آموزشی مبتنی بر نظریه‌های رفتار سلامت در ارتقای تاب‌آوری پزشکان، پرستاران و روان‌شناسان می‌پردازد. بررسی شواهد نشان می‌دهد که مدل‌های رفتاری، چارچوبی منظم برای نیازسنجی، طراحی و ارزیابی مداخلات فراهم کرده و از طریق تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان، می‌توانند تاب‌آوری کارکنان نظام سلامت را به‌طور معناداری افزایش دهند. نتایج این مرور نشان می‌دهد که استفاده از مدل‌های نظری در برنامه‌های آموزشی، رویکردی مؤثر، هدفمند و قابل اجرا برای ارتقای تاب‌آوری و سلامت روان کارکنان درمانی است.

کلمات کلیدی: خدمات اورژانس، بیمارستان، پرسنل بهداشتی، تاب‌آوری، روانشناسی.

**۱. مقدمه**

دانش فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی (HCW) به دلیل پاسخگویی به رویدادهای مختلف فاجعه و تروریسم، پیامدهای روانشناختی متنوعی را تجربه می‌کنند. همچنین، حوادثی از جمله رویدادهای شیمیایی، بیولوژیکی، رادیولوژیکی یا هسته‌ای (CBRN) و همچنین حوادثی که در آنها کارکنان در طول پاسخ در معرض مواد خطرناک ثانویه قرار می‌گیرند، با افزایش خطر سلامت روانی تا سال‌ها پس از رویداد همراه هستند. با این حال، اکثر مدل‌های حمایت روانی برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که به شرایط اضطراری پاسخ می‌دهند، محدودیت‌های ساختاری دارند که نمی‌توانند پیچیدگی کامل و پیوستگی پیامدهای احتمالی، مانند اختلالات همراه جدید مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و افسردگی را در نظر بگیرند. یکی از مدل‌های محبوب حمایت روانی برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در بلایا، گزارش استرس حادثه بحرانی (CISD) است که بر ارائه یک «گزارش واحد» از رویدادها یا احساسات قوی محدود به مرحله فوری پس از پاسخ به فاجعه تمرکز کرده است. این رویکرد علیرغم یافته‌های اجماع بین‌المللی در مورد آسیب‌های احتمالی آن، همچنان ادامه دارد. کارهای جدیدتر بر افزایش تاب‌آوری کارکنان مراقبت‌های بهداشتی متمرکز شده‌اند، با تأکید بر آموزش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی برای شناسایی نقش‌ها، عوامل استرس‌زای احتمالی، واکنش‌ها و علائم احتمالی و/یا توسعه استراتژی‌های مختلف مقابله شناختی و رفتاری. حفظ کارکنان مراقبت‌های بهداشتی یکی از مهمترین مسائل برای کشورها است. به‌طور استثنایی، تاب‌آوری مشاغل بهداشتی به‌عنوان جدیدترین محل بررسی، دلایل تداوم مواجهه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی با چالش‌ها را ارائه می‌دهد و دیدگاهی مکمل برای مطالعات استرس، فرسودگی شغلی و فرسایش ارائه می‌دهد. سال‌هاست که مشخص شده است که نظارت می‌تواند استرس‌زا باشد، به‌ویژه برای نیروی کار جدید؛ با این حال، به نظر می‌رسد کمی اصلاح شده است. سیستم یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی جدید باید تاب‌آوری کافی برای مقابله با شرایط چالش‌برانگیز داشته باشد. در این راستا، محققان تاب‌آوری مرتبط با حفظ کارکنان در محل کار را در نظر گرفتند. بنابراین، لازم است تاب‌آوری ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در یک محیط مراقبت‌های اولیه بررسی شود. با این حال، مراقبت‌های بهداشتی اولیه به جای محیط‌های بیمارستانی، به شرایط جامعه‌محور مربوط می‌شود. علاوه بر این، تاب‌آوری به عنوان یک فرآیند پویا و سازگاری مثبت با مشکلات متعدد تعریف شده است. مطالعات مرتبط نشان داده است که عوامل استرس‌زای زیادی در مورد حرفه‌های بهداشتی مانند فشار زمانی، حجم کار، نقش‌های متعدد و نگرانی‌های عاطفی وجود دارد. علاوه بر این، استرس‌های مکرر محیطی مربوط به پریشانی در محل کار می‌تواند بر سلامت روانی و جسمی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی تأثیر بگذارد. این امر می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی و در برخی موارد، علائم و نشانه‌های شبیه استرس آسیب‌زا شود. نکته قابل توجه این است که توسعه و ارتقای محیط‌های تاب‌آور و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یکی از راه‌های کاهش پیامدهای منفی استرس در متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به نظر می‌رسد. در همین راستا، شیخ بردسیری و همکاران گفتند که دانشگاه‌های علوم پزشکی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید به درستی برای موارد اضطراری و بلایا آماده شوند. این شامل تیم‌های کمک پزشکی در بلایا و طرح جامع عملیاتی واکنش برای فوریت‌ها و بلایا می‌شود. جووانوویچ و همکارانش بر افزایش تاب‌آوری زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی، از جمله آمادگی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در بحران کووید-۱۹ تمرکز کردند. مطالعه دیگری اشاره کرد که بر اساس درس‌های آموخته‌شده از اپیدمی ابولا در آفریقا، به حداکثر رساندن تاب‌آوری کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در بلایای مختلف ضروری است. با توجه به تعاریف مختلف تاب‌آوری، وجود بهترین استراتژی‌ها برای مدیریت آن بر اساس تفاوت‌های حرفه‌ای، یکی از اهداف حیاتی در جوامع مدرن است. بنابراین، شناسایی ویژگی‌های اساسی تاب‌آوری ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند قدرت مقابله آنها را در مواجهه با مشکلات و بلایا بهبود بخشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های تاب‌آوری در حرفه‌های مراقبت‌های بهداشتی از طریق یک بررسی دامنه‌ای انجام شد که نشان داد چگونه تاب‌آوری در ادبیات مرتبط توصیف شده است [۱، ۲].



۲. تاب‌آوری شخصی

طبق مطالعات، تاب‌آوری شخصی به عنوان مجموعه‌ای از رفتارها، مهارت‌ها و نگرش‌های فردی شامل رفاه عاطفی، اجتماعی، جسمی و شخصی، مانند جلوگیری از فرسودگی شغلی، توصیف شده است. با این حال، در حرفه‌های مراقبت‌های بهداشتی با استرس‌های ذاتی، پزشکان باید یک وظیفه حرفه‌ای برای دنبال کردن رفتارهای شخصی سالم را درونی کنند. علاوه بر این، حفظ سلامت پزشکان و پیامدهای مراقبت‌های بالینی آنها می‌تواند برای کاهش هنجارهای پزشکی که مراقبت از خود را خودخواهانه توصیف می‌کنند، اهمیت بیشتری داشته باشد. علاوه بر این، حمایت از مراقبت از خود توسط هنجارهای فرهنگی و اثربخشی اقدامات بالینی، زمان کافی برای مراقبت از خود را فراهم می‌کند و پزشکان می‌توانند تاب‌آوری شخصی را تقویت کنند. در این راستا، برخی مطالعات اشاره کرده‌اند که رویکردهای متعددی ارائه شده است که ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند از این روش‌ها برای بهبود تاب‌آوری خود استفاده کنند. به عنوان مثال، تغذیه بهینه، ورزش و خواب کافی، خطرات فرسودگی شغلی را کاهش داده و رفاه عمومی را بهبود می‌بخشند. علاوه بر این، آنها می‌توانند به طور بالقوه عملکردهای شناختی را بهبود بخشند. همچنین، تلاش برای کاهش استرس از طریق ذهن آگاهی و ایجاد حس شفقت می‌تواند به استراتژی‌هایی برای افزایش تاب‌آوری شخصی منجر شود. مطالعات دیگر، رویکردهای سازمانی برای ارتقای تاب‌آوری شخصی را ذکر کرده‌اند که عبارتند از: ساعات کاری محدود، دسترسی آسان به مواد غذایی سالم ارزان یا رایگان، امکانات ورزشی در محل کار و داشتن مکان‌هایی برای چرت زدن (آرامش یا مدیتیشن) در طول وظایف شبانه، کشیک یا شیفت طولانی [۳].

۳. تاب‌آوری در بخش اورژانس

مطالعات مختلف، رابطه ویژه‌ای را بین ظرفیت یک منطقه جغرافیایی در واکنش و مقاومت در برابر شرایط اضطراری، مستقل از مقیاس مکانی منطقه مورد نظر و عملکردهای مناسب سیستم‌های موجود در آن منطقه، نشان داده‌اند. بر اساس سایر یافته‌ها، این وابستگی زمانی که سیستم‌های زیرساخت حیاتی در یک فاجعه از کار می‌افتند، به طرز نگران‌کننده‌ای مشاهده می‌شود و به یک عامل کلیدی خسارات انسانی و اقتصادی تبدیل می‌شود. سیملارو و همکارانش یک مدل شبیه‌سازی رویداد گسسته برای بخش اورژانس یک بیمارستان با و بدون طرح اضطراری توسعه دادند. بنابراین، آنها خروجی‌های آن را مشاهده کردند و زمان‌های انتظار را توسط طرح اضطراری محاسبه کردند. محققان این خروجی‌ها را در شرایط عملیاتی عادی مقایسه کردند که اثربخشی طرح اضطراری فعلی را نشان داد. با این وجود، ساخت یک مدل DES دشوار بود. بنابراین، یک مدل مناسب به عنوان یک متامدل معرفی شد. از این رو، محققان پروتکل‌های متنوعی را با توجه به شدت ورودی‌های لرزه‌ای و تعداد اتاق‌های اورژانس عملکردی برای توسعه این متامدل مطالعه کردند. در نتیجه، همه بیمارستان‌ها می‌توانند از فرم مدل معرفی‌شده برای سنجش عملکرد بخش اورژانس خود، جدا از شبیه‌سازی‌های پیچیده و بهبود تاب‌آوری خود در برابر بلایا استفاده کنند. بک و همکارانش، در کنار یک پروتکل گزارش‌شده مبتنی بر نظریه تاب‌آوری مراقبت‌های بهداشتی، استخراج و طبقه‌بندی فعالیت‌های تشدید برای اورژانس‌ها را در سیاست‌گذاری و مشاهده طولی عملی



تشدیدهای واقعی بررسی کردند. آن‌ها از تحقیق ترکیبی، شامل تحلیل مفهومی سیاست‌های تشدید خدمات بهداشت ملی ($n = 12$)، اقدامات تشدید مرتبط ($n = 92$) و یک بررسی جامع قوم‌نگاری از تشدید در محل در ۱۶ ماه در یک اورژانس بزرگ بریتانیا (۳۰ مشاهده) استفاده کردند. طبق این تحلیل مفهومی، فعالیت‌های تشدید نیاز به پیکربندی مجدد پویای منابع (پرسنل و تجهیزات)، تغییر گردش کار و جابجایی بیماران دارد. در عمل، محققان تعیین کردند که چه زمانی اورژانس تحت فشار بوده است، از جمله فقدان مداوم مکان‌های پیش‌نیاز. بنابراین، رویه‌های تشدید به طور غیررسمی برای مدیریت فشارها اصلاح شده‌اند. یافته‌ها نشان داد که چنین رویه‌های تطبیقی تا حدی در سیاست‌های موجود در نظر گرفته شده‌اند. مطالعه دیگری مدل ساده‌ای را توسعه داد که توانایی بخش اورژانس بیمارستان را برای ارائه خدمات به هر بیمار پس از بلایای طبیعی یا سایر موارد اضطراری تعریف می‌کرد. نکته قابل توجه این است که زمان انتظار یکی از پارامترهای مهم پاسخ است که برای اندازه‌گیری تاب‌آوری بیمارستان در یک فاجعه استفاده می‌شود. در ابتدا، یک مدل شبیه‌سازی رویداد گسسته از بخش اورژانس در بیمارستانی واقع در ایتالیا برای اتاق‌های اورژانس، منابع بیمارستان، الگوهای گردش و کدهای بیماران توسعه داده شد. طبق خروجی‌های شبیه‌سازی‌های مونت کارلو، زمان انتظار برای کدهای زرد در طرح اورژانس ۹۶٪ کاهش یافت، در حالی که این زمان برای کدهای سبز ۷۵٪ بود. در نهایت، متامدل جدید آنها عمومی بود زیرا می‌توان از آن برای همه نوع بیمارستان استفاده کرد [۴].



۴. تاب‌آوری در ارائه دهندگان خدمات درمانی

برخی مطالعات نشان داده‌اند که فرسودگی شغلی و استرس ارائه دهندگان خدمات درمانی (پزشک، رزیدنت جراحی، پرستار و روانشناس) از مسائل اصلی در مورد پیش‌بینی‌های نیروی کار، هزینه‌ها، کیفیت مراقبت و زندگی ارائه دهندگان خدمات درمانی و خانواده‌هایشان است [۵].

۵. تاب‌آوری در پزشکان



همانطور که مطالعات متعدد نشان داده‌اند، حرفه‌ای مانند پزشکی می‌تواند شغلی بسیار دلگرم‌کننده باشد. علاوه بر این، این حوزه می‌تواند به طور غیرمعمول چالش‌برانگیز باشد، به طوری که پزشکان در مقایسه با سایر جمعیت‌ها در معرض خطر بیشتری برای افسردگی، فرسودگی شغلی، خودکشی و اضطراب قرار دارند. بنابراین، ممکن است بین خطرات فرسودگی شغلی پزشکان و سایر بیماری‌های روانی و تاب‌آوری آنها همبستگی وجود داشته باشد. در واقع، تاب‌آوری را می‌توان به عنوان توانایی افراد در سازگاری کامل با مشکلات یا استرس قابل توجه توصیف کرد تا بتوانند بعداً بازگشت قوی‌تری داشته باشند. بنابراین، روانشناسان برخی از پارامترهای شخصیتی را که به تاب‌آوری فرد کمک می‌کنند، از جمله نگرش مثبت، خوش‌بینی، کنترل احساسات و دیدن شکست به عنوان بازخورد مفید، تعیین کردند. مک‌کین و همکارانش، مقابله، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در پزشکان را بررسی کردند. آنها پزشکان مراقبت‌های اولیه و ثانویه را در مطالعه مقطعی خود گنجانده‌اند. در نتیجه، ۲۸۳ پزشک در این مطالعه شرکت کردند و میانگین تاب‌آوری آنها ۶۸.۹ نشان داد که آنها نسبت به دیگران تاب‌آورتر هستند. علاوه بر این، ۱۰۰ نفر از پزشکان افزایش فرسودگی شغلی را تجربه کردند، ۱۹۴ نفر استرس آسیب‌زای ثانویه بالاتری را نشان دادند و ۶۴ نفر (۲۴٪) رضایت کمتری از شفقت نشان دادند. فرسودگی شغلی با تاب‌آوری کمتر، رضایت کمتر از شفقت، استرس آسیب‌زای ثانویه بالاتر و استفاده مکرر از استراتژی‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند سرزنش خود، مصرف مواد و عدم تعهد رفتاری ارتباط مثبت داشت. همچنین، نگرانی‌های غیربالینی در محل کار، مسئله اصلی است که به تاب‌آوری کمتر در پزشکان کمک می‌کند. علیرغم افزایش تاب‌آوری، پزشکان فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانویه بیشتری را تجربه کردند. علاوه بر این، پزشکانی که فرسودگی شغلی داشتند از استراتژی‌های مقابله‌ای ناسازگارانه‌تری استفاده کردند. با این حال، در پزشکانی که تاب‌آوری بالاتری داشتند، بهبود تاب‌آوری شخصی مزایای بیشتری برای کیفیت زندگی حرفه‌ای آنها نداشت. به طور کلی، استرس بیش از حد یا مزمن در غیاب مهارت‌های مقابله‌ای مناسب، علائم پریشانی روانی مانند افسردگی، افکار خودکشی و همچنین سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. در این راستا، تحقیقات ذکر شده، سهمی در استرس بیش از حد تحت پریشانی و همچنین اثرات بد فرسودگی شغلی در پزشکان را نشان داده‌اند. علیرغم نگرانی‌های جهانی در مورد فرسودگی شغلی، دانش کافی در مورد علیت یا خطرات فرسودگی شغلی و پارامترهای تاب‌آوری وجود ندارد. برخی مطالعات وجود افسردگی، استرس بیش از حد و فرسودگی شغلی را در یک محدوده نشان داده‌اند؛ با این حال، جهت آنها مبهم خواهد بود. لبارس و همکارانش فرسودگی شغلی و ویژگی‌های روانشناختی آن را که می‌تواند بر آسیب‌پذیری در برابر فرسودگی شغلی تأثیر بگذارد و تاب‌آوری را در گروهی از کارآموزان جراحی کاهش دهد، مورد مطالعه قرار دادند. بنابراین، محققان در سپتامبر ۲۰۱۶ یک نظرسنجی آنلاین را برای هر برنامه جراحی عمومی معتبر ACGME توزیع کردند. سپس، از پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ (Maslach Burnout Inventory) خلاصه شده برای ارزیابی فرسودگی شغلی استفاده شد. پس از آن، اضطراب، استرس، تاب‌آوری، افسردگی، مصرف الکل و ذهن‌آگاهی از نظر شیوع یا فراگیری ارزیابی و بررسی شدند. در مرحله بعد، میزان خطرات فرضی و پارامترهای تاب‌آوری با نسبت شانس تعیین شد. از بین ۵۶۶ رزیدنت جراحی شرکت‌کننده در این نظرسنجی، شیوع فرسودگی شغلی ۶۹ درصد بود، مسخ شخصیت و خستگی عاطفی سهم یکسانی داشتند. بنابراین، علائم پریشانی و استرس ادراک‌شده مانند افکار خودکشی، افسردگی و اضطراب بر اساس سطوح آموزش به طور قابل توجهی افزایش یافت؛ با این حال، در طول سال‌های مطالعه بهبود یافتند [۶، ۷].



علاوه بر این، رابطه‌ای بین افزایش فرسودگی شغلی و استرس بیشتر، افسردگی و افکار خودکشی یافت شد. برعکس، ذهن آگاهی جهت‌دار با کاهش خطرات فرسودگی شغلی، استرس، اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی مرتبط بوده است. افزایش سطح فرسودگی شغلی، استرس حاد و علائم پریشانی در طول آموزش جراحی عمومی مشاهده شد و در طول سال‌های مطالعه نسبتاً بهبود یافت. علاوه بر این، کارآموزان دارای فرسودگی شغلی و استرس بیشتر در معرض خطر بیشتری برای افکار خودکشی و افسردگی بودند. افزایش ذهن آگاهی جهت‌دار با کاهش خطرات فرسودگی شغلی، استرس شدید و علائم پریشانی مرتبط بود که پتانسیل آموزش ذهن آگاهی را برای ارتقاء تاب‌آوری در طول دوره رزیدنتی جراحی تأیید کرد. به عنوان مثال، لبارس و همکارانش یک کارآزمایی بالینی تصادفی آزمایشی در مورد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی اصلاح‌شده (MBSR) در مقابل یک گروه کنترل فعال انجام دادند. آنها ۲۱ کارآموز جراحی را در طرح آموزش رزیدنتی در یک مرکز پزشکی دانشگاهی سطح سوم از ۳۰ آوریل ۲۰۱۶ تا دسامبر ۲۰۱۷ انتخاب کردند. علاوه بر این، یک کلاس ۲ ساعته اصلاح‌شده MBSR هفتگی و ۲۰ دقیقه تمرین روزانه خانگی پیشنهادی به مدت ۸ هفته در نظر گرفته شد. همچنین، امکان‌سنجی آن در شش حوزه (اجرا، تقاضا، پذیرش، عملی بودن، ادغام و سازگاری) همراه با استفاده از گروه‌های متمرکز، زمان تمرین روزانه، نظرسنجی‌ها، حضور، مصاحبه‌ها و خودگزارش‌دهی‌های ذهنی از تجربیات ارزیابی شد. طبق نتایج تحقیقات ۲۱ رزیدنت، ۱۳ نفر (۶۲٪) مرد بودند. میانگین سنی گروه‌های مورد و شاهد ۲۹ و ۲۷.۴ سال بود. در این راستا، آموزش رسمی تاب‌آوری در برابر استرس با افزایش حمایت دینفعان امکان‌پذیر بوده است. در نتیجه، MBSR اصلاح‌شده بر اساس یافته‌های زیر منطقی بود: حضور بیشتر (۱۳٪ غیبت در گروه مورد در مقابل ۱۵٪ در گروه شاهد)، عدم تفاوت معنی‌دار بین دو گروه در مورد روزهای تمرین در هفته، یکسان بودن میانگین زمان تمرین روزانه برای دو گروه با تفاوت معنی‌دار فقط در هفته اول (۲۸.۱۵ دقیقه در گروه شاهد در مقابل ۱۵.۴۷ دقیقه در گروه مورد؛ $P=0.02$)، برای هفته دوم (۲۳.۸۹ دقیقه در گروه شاهد در مقابل ۱۲.۶۱ دقیقه در گروه مورد؛ $P=0.03$) و در هفته چهارم (۲۶.۲۶ دقیقه برای گروه شاهد در مقابل ۱۵.۳۶ دقیقه برای گروه مورد؛ $P=0.04$)، رضایت آنها از دوره آموزشی (بر اساس مصاحبه‌ها و بازخورد گروه‌های متمرکز)؛ و اعتبار ادراک‌شده پس از آموزش (۱۸.۰۰ دقیقه برای گروه شاهد در مقابل ۲۰.۰۰ دقیقه برای گروه مورد؛ $P=0.03$). از این رو، مهارت‌های ذهن آگاهی در زمینه‌های حرفه‌ای و شخصی ادغام شده بودند و تمرین مستقل مهارت‌های ذهن آگاهی طی ۱۲ ماه پیگیری ادامه یافت (میانگین روزهای تمرین رسمی در هفته = ۳). نکته قابل توجه این است که آموزش رسمی MBSR برای کارآموزان جراحی در یک مرکز دانشگاهی سطح سوم امکان‌پذیر و منطقی بود. در نهایت، کارآموزان مورد مطالعه برخی مهارت‌ها و مفاهیم را کشف کردند که دارای مزایای شخصی و حرفه‌ای بودند، به طوری که این همکاری هیچ اثر مضری بر مراقبت از بیماران یا آموزش جراحی کارآموزان نداشت [۸، ۶].

۶. تاب‌آوری در پرستاران



همانطور که در مطالعات نشان داده شده است، تاب‌آوری به عنوان توانایی غلبه بر مشکلات و کسب قدرت از تجربیات در نظر گرفته شده است. با این حال، تاب‌آوری بالاتر تأثیر مثبتی بر پرستاران داشته است. علاوه بر این، توانایی پرستاران برای بهبودی یا بازگشت به حالت اولیه بسیار مهم است. در این راستا، مطالعات قبلی اهمیت تاب‌آوری را در حرفه پرستاری توصیف کرده و ملاحظات را برای بهبود تاب‌آوری پرستاران بالینی توصیه کرده‌اند. یانگ و اسمیت همچنین همبستگی بین تاب‌آوری و استرس را در مورد سلامت روان دانشجویان پرستاری چینی در مقطع کارشناسی یافتند. نتایج نشان داد که دانشجویان پرستاری در سال آخر تحصیل خود، حداکثر میانگین استرس را بر اساس SINSN و حدود ۱۲ نمره پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) داشتند. علاوه بر این، تاب‌آوری متوسط در بین تمام ۴ سال برنامه‌ریزان آموزش پرستاری گزارش شد. مشخص شده است که نمرات مقیاس تاب‌آوری (RS) با میانگین کل نمره استرس و سلامت روان ارتباط منفی داشته است. علاوه بر این، به نظر می‌رسد سلامت روان دانشجویان پرستاری چینی، به ویژه دانشجویان سال آخر و قبل از ثبت نام آنها، به شدت آسیب دیده است. همچنین، ماتاد و همکارانش پیش‌بینی‌کننده‌ها و همبستگی تاب‌آوری را در بین دانشجویان پرستاری شناسایی کردند. آن‌ها ۱۹۴ آزمودنی را در مطالعه توصیفی-همبستگی خود گنجانده‌اند. سپس، از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه برای تحلیل داده‌ها استفاده کردند. نتایج نشان داد که تاب‌آوری همبستگی معناداری با تفکر درجا، ذهن‌آگاهی و همدلی در دانشجویان پرستاری دارد. طبق تحلیل رگرسیون، مدل آن‌ها تقریباً ۳۳٪ از واریانس تاب‌آوری را توجیه کرد. نتیجه به‌دست‌آمده جالب بود زیرا ذهن‌آگاهی به‌طور مستقل ۲۳٪ از واریانس را توجیه کرد، به‌طوری‌که تفکر منفی تکرارشونده (RNT) که ظرفیت ذهنی را مصرف می‌کند و RNT غیرمولد به ترتیب ۲٪ و ۸٪ را پیش‌بینی کردند. بر اساس خروجی‌ها، تاب‌آوری ارتباط معناداری با همدلی، ذهن‌آگاهی و RNT داشت. همچنین، نتایج رگرسیون نشان داد که ذهن‌آگاهی می‌تواند ۲۳٪ از واریانس تاب‌آوری را پیش‌بینی کند. به‌طور کلی، نتایج ذکر شده از اهمیت ذهن‌آگاهی و تاب‌آوری در دانشجویان پرستاری حمایت می‌کند. تحقیق دیگری، تأثیرات برنامه مقابله با خشونت (VCP) را بر اساس نظریه میان‌برد تاب‌آوری پولک بر شایستگی پرستاری، فرسودگی شغلی، تاب‌آوری و توانایی مقابله با خشونت در پرستاران شاغل در اورژانس گزارش کرد. نکته قابل توجه این است که گروه آزمایش دو بار در هفته و به مدت هشت هفته در VCP شرکت کردند. نتایج نشان داد که سطح تاب‌آوری، رفتار مقابله‌ای فعال و شایستگی پرستاری به‌طور قابل توجهی افزایش یافته و سطح رفتار مقابله‌ای غیرفعال و فرسودگی شغلی در گروه آزمایش به‌طور قابل توجهی کاهش یافته است. بنابراین، می‌توان فرض کرد که VCP یکی از استراتژی‌های کارآمد برای کاهش فرسودگی شغلی و بهبود تاب‌آوری، شایستگی پرستاری و رفتار مقابله‌ای فعال است [۹، ۱۰].

۷. تاب‌آوری در روانشناسان

به‌طور گسترده نشان داده شده است که روانشناسی می‌تواند چگونگی منجر شدن مشکلات و فشارها به بارهای بالینی مربوطه بر فرد را تجزیه و تحلیل کند. سال‌هاست که محققان پیامدهای اولیه روانی-اجتماعی رویدادهای منفی زندگی را به عنوان آسیب‌ها و خساراتی که بر افراد وارد می‌شود، در نظر می‌گیرند. به‌طور کلی، روانشناسان موقعیت‌های استرس‌زای زندگی و تأثیرات منفی آنها بر عملکرد روانی، جسمی و اجتماعی افراد را در نظر می‌گیرند. در نتیجه افزایش بیماری‌ها و مرگ و میر مرتبط با بیماری‌هایی مانند اضطراب و افسردگی، تأکید بر پیشگیری از بیماری‌های روانی ضروری خواهد بود. این متخصصان به‌طور فزاینده‌ای از آموزش تاب‌آوری به عنوان روشی برای پیشگیری احتمالی از بیماری‌های روانی و پریشانی روانی حمایت کردند. بنابراین، تاب‌آوری را می‌توان به عنوان توانایی مؤثر در تحمل و بهبودی از مشکلات روانی توصیف کرد. علاوه بر این، باکی و لیچینیو سطح پریشانی روانی و تاب‌آوری را در دانشجویان روانشناسی و پزشکی تعیین کردند. آنها همچنین پارامترهای مؤثر بر این سطوح، روابط بین پریشانی روانی و تاب‌آوری، و نظرات دانشجویان در مورد علل استرس و



مداخلات احتمالی را بررسی کردند. سپس، محققان نظرسنجی‌های آنلاین داوطلبانه و ناشناس خود را بین دانشجویان پزشکی و روانشناسی دانشگاه آدلاید توزیع کردند. طبق نتایج، دانشجویان پزشکی و روانشناسی میانگین یکسانی از پریشانی روانی و تاب‌آوری را نشان دادند. علاوه بر این، ۵۵.۱٪ از دانشجویان روانشناسی و ۴۷.۹٪ از دانشجویان پزشکی پریشانی روانی را تجربه کردند. علاوه بر این، افزایش تاب‌آوری با کاهش پریشانی همبستگی داشت ($p < 0.001$). علاوه بر این، دانشجویان مداخله مبتنی بر تاب‌آوری، اهداف یادگیری واضح‌تر، حمایت مالی بالاتر و ارزیابی مداوم را به عنوان ابزارهای بالقوه برای کاهش اثرات استرس تأیید کردند. در نهایت، بین افزایش و کاهش پریشانی روانی ارتباط وجود داشت. هندریکس و همکاران همچنین تأثیرات یک مداخله روانشناختی مثبت چند مؤلفه‌ای (MPPI) سازگار با فرهنگ بر تاب‌آوری را تعیین کردند. بنابراین، یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده بین ۱۵۸ کارمند با اصالت چند قومیتی در پاراماریو، سورینام انجام شد. سپس، یک برنامه مداخله‌ای شش جلسه‌ای برای افراد مورد مطالعه و یک گروه کنترل لیست انتظار برگزار شد. پس از آن، داده‌ها در ابتدا و پس از مداخله با پیگیری سه ماهه جمع‌آوری شدند. بنابراین، دستورالعمل‌های دقیقی برای کاهش خطرات سوگیری و افزایش اطمینان از کیفیت روش‌شناختی بالا دنبال شد. علاوه بر این، تحلیل کوواریانس بهبود قابل توجهی را در بهزیستی روانی، اثرات مثبت، تاب‌آوری، همچنین بهبود متوسط در اثرات منفی، افسردگی و بهبود جزئی در اضطراب در مقایسه با گروه‌های کنترل نشان داد. تجزیه و تحلیل‌ها نشان داد که این مداخله در استرس، انعطاف‌پذیری روانی و پریشانی مالی نسبت به گروه‌های کنترل مفیدتر نبوده است. در نتیجه، یک MPPI سازگار با فرهنگ می‌تواند یک مداخله دلگرم‌کننده برای افزایش بهزیستی و تاب‌آوری در بین بزرگسالان سالم با پیشینه چند قومیتی در کارائیب-ایی باشد. در تحقیق دیگری، ماتسونو و اسرائیل ادبیات روانشناختی در مورد رویکردهای تاب‌آوری در بین افراد تراجنسیتی را ترکیب کردند، سپس از این اطلاعات در چارچوب استرس اقلیت استفاده کردند و یک مدل سازگار با عنوان مدل مداخله تاب‌آوری تراجنسیتی (TRIM) معرفی کردند. TRIM پیشنهاد کرد که پذیرش خانواده، حمایت اجتماعی، تعلق به جامعه، الگوهای مثبت، مشارکت در یک فعالیت و الگوی مثبت بودن، پارامترهای تاب‌آوری در سطح گروهی هستند. از این رو، تعریف خود، ارزش خود، غرور، پذیرش خود، امید و گذار به عنوان پارامترهای سطح فردی که تاب‌آوری را ارتقا می‌دهند، در نظر گرفته شده‌اند. علاوه بر این، محققان موضوعاتی مانند مداخلات گروهی، اجتماعی و فردی را به عنوان تأثیرات بالقوه بر تاب‌آوری نشان داده‌اند. این مدل خواستار توسعه مداخلات اضافی با هدف افزایش تاب‌آوری برای افراد تراجنسیتی است [۱۱، ۱۲].

۸- چالش‌های تقویت تاب‌آوری در کارکنان نظام سلامت

چالش‌های فردی

کارکنان نظام سلامت در معرض فشارهای عاطفی ناشی از مواجهه مکرر با مرگ، رنج بیماران و تصمیم‌گیری‌های حیاتی هستند. بسیاری از کارکنان، به‌خصوص پرستاران، دچار خودفرسودگی، کم‌خوابی، اضطراب و احساس درماندگی می‌شوند. ضعف مهارت‌های تنظیم هیجان، خودکارآمدی پایین یا ناتوانی در مدیریت استرس، مانع توسعه تاب‌آوری می‌شود. برخی کارکنان نیز به دلیل مشغله زیاد، فرصت مشارکت در برنامه‌های آموزشی را ندارند، که این موضوع مداخلات آموزشی سنتی را دشوار می‌سازد.

چالش‌های محیط کاری و سازمانی

مجموعه‌ای از مشکلات مانند کمبود نیرو، حجم کاری بالا، شیفت‌های طولانی، محیط‌های پرتنش، حمایت سازمانی ناکافی و ارتباطات بین‌بخشی ضعیف، به‌طور مستقیم بر تاب‌آوری کارکنان اثر می‌گذارند. در برخی محیط‌ها، فرهنگ سازمانی توجه چندانی به سلامت روان کارکنان ندارد و تمرکز بیشتر بر کارایی و سرعت است. این وضعیت نه تنها فضای مناسبی برای اجرای مداخلات آموزشی ایجاد نمی‌کند، بلکه کارکنان انگیزه کافی برای مشارکت در برنامه‌های تاب‌آوری نیز ندارند.



چالش‌های مربوط به اجرای مداخلات آموزشی

طراحی برنامه‌های آموزشی موفق برای ارتقای تاب‌آوری نیازمند استفاده از نظریه‌ها و مدل‌های معتبر رفتار سلامت است؛ اما در بسیاری از مداخلات، آموزش‌ها بدون نیازسنجی، بدون چارچوب نظری مشخص و بدون ارزیابی دقیق اجرا می‌شوند. یکی دیگر از چالش‌ها، دشواری بومی‌سازی مدل‌ها برای شرایط واقعی بیمارستان‌ها و تفاوت‌های فرهنگی کارکنان است. سازمان‌ها نیز اغلب منابع مالی، زمانی و انسانی کافی برای اجرای مداخلات طولانی‌مدت ندارند. نبود ابزارهای استاندارد ارزیابی تاب‌آوری و تفاوت در کیفیت اجرای آموزش نیز باعث کاهش اثربخشی مداخلات می‌شود.

۹. نتیجه‌گیری

ویژگی‌های اصلی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به سه دسته تاب‌آوری شخصی، تاب‌آوری بخش اورژانس و تاب‌آوری در پزشکان، پرستاران و روانشناسان تقسیم می‌شوند. بنابراین، برای بهبود تاب‌آوری کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، در نظر گرفتن شخصیت مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت از خود، حمایت‌های سازمانی، ظرفیت جغرافیایی، زیرساخت‌های مناسب، فعالیت‌های تشدید و تفاوت بین حرفه‌های مراقبت‌های بهداشتی ضروری است. بنابراین، تاب‌آوری به دلیل عدم بررسی یا استفاده از نظریه مربوطه، ناهماهنگی در اندازه‌گیری پیامدها و نقص‌های روش‌شناختی قابل توجه، در مراحل اولیه خود قرار دارد.

۱۰. مراجع

1. Cates DS, Gomes PG, Krasilovsky AM. Behavioral health support for patients, families, and healthcare workers. *Bioemergency Planning: A Guide for Healthcare Facilities*: Springer; 2018. p. 195-214.
2. Fox S, Lydon S, Byrne D, Madden C, Connolly F, O'Connor PJPMJ. A systematic review of interventions to foster physician resilience. 2018;94(1109):162-70;
3. Wisnivesky JP, Teitelbaum SL, Todd AC, Boffetta P, Crane M, Crowley L, et al. Persistence of multiple illnesses in World Trade Center rescue and recovery workers: a cohort study. 2011;378(9794):888-97;
4. Unjai S, Forster EM, Mitchell AE, Creedy DK. Interventions to promote resilience and passion for work in health settings: A mixed-methods systematic review. *International journal of nursing studies advances*. 2024;7:100242; 10.1016/j.ijnsa.2024.100242
5. Rees C, Craigie M, Slatyer S, Heritage B, Harvey C, Brough P, et al. Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR): protocol for a pilot trial of a brief mindfulness intervention to promote occupational resilience in rural general practitioners. 2018;8(6):e021027;
6. Bernabé M, Botia JMJoHP. Resilience as a mediator in emotional social support's relationship with occupational psychology health in firefighters. 2016;21(8):1778-86;



7. Russo G, Rego I, Perelman J, Barros PPJHP. A tale of loss of privilege, resilience and change: the impact of the economic crisis on physicians and medical services in Portugal. 2016;120(9):1079-86;
8. Alameddine M, Fouad FM, Diaconu K, Jamal Z, Lough G, Witter S, et al. Resilience capacities of health systems: accommodating the needs of Palestinian refugees from Syria. 2019;220:22-30;
9. Smith GD, Yang FJNet. Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. 2017;49:90-5;
10. Lee SM, Sung KMJJoKAoN. The effects of violence coping program based on middle-range theory of resilience on emergency room nurses' resilience, violence coping, nursing competency and burnout. 2017;47(3):332-44;
11. Janitra FE, Chen R, Sung C-M, Wang C-H, Wibawa YA, Banda KJ, et al. Comparative effectiveness of resilience-related interventions on resilience and stress for healthcare professionals: A network meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Nursing Studies. 2025;170:105151; <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105151>
12. Bacchi S, Licinio JAp. Resilience and psychological distress in psychology and medical students. 2017;41(2):185-8;