



سیمین دخت کلنی
سیده رؤیا درخشنده
لیلا قاسمی
پیمان ادیبی

خوب حال پزشک



- عنوان و نام پدیدآور: حال خوب پزشک / سیمین دخت کلنی...[و دیگران].
- طراحی و صفحه‌آرایی : علیرضا حمیدی
- مشخصات ظاهری : رقعی / ۱۹۶ ص.
- شابک: ۹-۷۲-۹۶۹۶-۶۲۲-۹۷۸
- وضعیت فهرست نویسی : فیپا
- یادداشت : سیمین دخت کلنی، سیده‌رویا درخشنده، لیلا قاسمی، پیمان ادیبی.
- موضوع : فرسودگی شغلی ، سلامت روان پزشکان
- موضوع : job burnout , mental health of physisians
- شناسه افزوده : کلنی، سیمین دخت، ۱۳۶۸
- رده بندی کنگره : HF۵۵۴۸/۸۵
- رده بندی دیویی : ۱۵۸/۷۲
- شماره کتابشناسی ملی : ۶۱۷۱۸۲۱

فہرست صفحہ

داستان من / ص ۱۳

• مقدمه / ص ۱۵

• بخش اول: فرسودگی شغلی چیست؟ / ص ۱۶

تاریخچه فرسودگی شغلی / ص ۱۷

فصل اول: فرسودگی شغلی پزشکان تا چه حد جدی است؟ / ص ۱۹

همه گیرشناسی فرسودگی شغلی / ص ۱۹

پیامدهای فرسودگی پزشکان / ص ۳۰

فصل دوم: آیا دچار فرسودگی شغلی هستیم؟ / ص ۳۹

نشانه‌های فرسودگی شغلی چیست؟ / ص ۴۰

استرس، فرسودگی یا افسردگی؟ / ص ۴۷

چگونه فرسوده می‌شویم؟ / ص ۴۹

چه زمانی فرسوده می‌شویم؟ / ص ۵۴

چگونه فرسودگی شغلی را بسنجیم؟ / ص ۵۴

فصل سوم: چرا فرسوده می‌شویم؟ / ص ۵۹

عوامل شغلی / ص ۶۰

عوامل فردی / ص ۷۴

• **بخش دوم: چگونه فرسوده نشویم؟ / ص ۷۸**

فصل چهارم: چگونه از فرسودگی پیشگیری کنیم؟ / ص ۷۹

وضعیت جسمی خود را بهبود بخشید / ص ۷۹

تفریح و مسافرت را جدی بگیرید / ص ۸۱

زمان خود را مدیریت کنید / ص ۸۱

فشارهای کاری را مدیریت کنید / ص ۸۲

ارتباطات خود را بهبود بخشید / ص ۸۳

• **بخش سوم: اگر فرسوده هستیم چه کنیم؟ / ص ۸۶**

فصل پنجم: به تجربه‌های ذهنی خود گوشه بانشیم / ص ۸۹

طنباب را رها کن / ص ۸۹

شما چه کاری انجام می‌دهید؟ / ص ۹۰

چرا کارهایی که انجام داده‌اید، بی‌فایده است؟ / ص ۹۲

بررسی تأثیرات راهبردها / ص ۹۵

بررسی راهبردها در کوتاه‌مدت و بلندمدت / ص ۹۶

کنترل دنیای درون را رها کنید و تمایل داشتن را تمرین کنید. / ص ۹۹

ارتقاء تمایل / ص ۱۰۵

فصل ششم: اینجا و اکنون باشیم / ص ۱۰۷

چگونه ذهن آگاه باشیم؟ / ص ۱۱۰

ده گام برای ایجاد تمرین‌های روزانه ذهن / ص ۱۲۴

فصل هفتم: از گذشته، آینده و برچسب‌ها رها شویم / ص ۱۲۷

اهمیت ارتباط داشتن با زمان حال / ص ۱۲۹

من کیستم؟ / ص ۱۳۴

فصل هشتم: به ارزش‌هایمان وصل باشیم / ص ۱۴۱

ارزش‌ها به‌عنوان راهنما / ص ۱۴۱

تشخیص ارزش‌ها / ص ۱۴۳

تصریح ارزش‌ها / ص ۱۴۶

زمان آن رسیده است که گام‌های جسورانه بردارید: نقشه راه خود را مشخص کنید. / ص ۱۵۱

شناسایی موانع / ص ۱۵۴

فصل نهم: مهربان باشیم / ص ۱۵۹

چگونه مهربانی را تمرین کنیم؟ / ص ۱۶۲

• سخن آخر / ص ۱۷۵

• منابع / ص ۱۷۷

دکتر کامران منتظری

معاون انتظامی و عضو هیئت مدیره نظام پزشکی اصفهان
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

حرفه پزشکی و کار با بیماران و دردمندان ماهیتی فرسوده کننده دارد. بسته به مسئولیت شغلی، رشته و ویژگی های فردی پزشک، در کوتاه مدت یا بلند مدت، آسیب های جسمی و روانی ناشی از این شغل پدیدار خواهد شد. متأسفانه این آسیب ها در فرآیند حرفه پزشکی، از ابتدای ورود افراد به آن و در مسیر اشتغالشان، هیچگاه مورد توجه جدی قرار نگرفته است که سلامت جسمی و روانی پزشک، کارایی او و جامعه را تحت تاثیر قرار می دهد. بنابراین آشنایی با موضوع فرسودگی شغلی، هم از سوی پزشکان و هم از سوی مؤسساتی که پزشکان را به کار می گمارند؛ و همچنین فعال نمودن روشها و گروه های ارزیابی و بهبود دهنده فرسودگی شغلی اهمیت بسیاری دارد. نگارش این کتاب با همین هدف انجام گردیده و در آینده جزء دوره های حداقل آموزشی پزشکان قرار خواهد گرفت تا پزشکان با بهره گیری از مفاهیم آن بتوانند فرسودگی شغلی خود را کاهش داده و حتی بتوانند در طول سالهای کاری خود، همواره به ارزیابی نشانگان فرسودگی خود بپردازند و با راهکارهایی که در این کتاب ارائه شده از پیشرفت این نشانگان جلوگیری نموده و پس از بهبود، مجدداً به کار بازگردند. من به نوبه خود از نویسندگان و گردآورندگان این کتاب کمال تشکر را داشته و امیدوارم در آینده این کتاب ذهنیتها را به موضوع فرسودگی شغلی رهنمون کند.

دکتر کامران منتظری

...

داستان من

زمان بسیار فریب‌دهنده است. انگار همین دیروز بود که جوان و مشتاق بودم و در یک تالار بزرگ، اولین روز ورودم به دانشکده پزشکی را با دیگر دانشجویان جشن گرفتیم. آرزوهای بزرگی در سر داشتم.

بیست و پنج سال بعد خودم را در حال برنامه‌ریزی برای ترک کردن حرفه پزشکی دیدم و از پزشک شدن احساس پشیمانی داشتم. بیش از حد احساس خستگی می‌کردم. هر روز تلاش می‌کردم به بهترین شکل، کارم را انجام دهم؛ اما گاهی تلاش‌هایم به اندازه کافی نبود. گاهی احساس می‌کردم کارهایم بی‌فایده است. از لحاظ ذهنی خسته و بی‌انرژی شده و به دام افتاده بودم. بعد بدینی به همکاران و اطرافیانم شروع شد که به علت استرس و اضطراب زیادم بود. دیگر نمی‌توانستم با بیمارانم همدلی کنم و بسیار سرد و بی‌عاطفه با آنان رفتار می‌کردم. به عنوان یک پزشک، ترس از بی‌کفایتی مرا فراگرفته بود. بدون آنکه بدانم، از رفتن به سر کار می‌ترسیدم. بدینی‌ام زیاده‌تر شده بود و همه چیز را پوچ می‌دیدم.

وقتی گذشته را مرور می‌کنم، به یاد می‌آورم به طرز شگفت‌انگیزی با همه می‌توانستم کنار بیایم. ستاره من در جامعه پزشکی روشن بود. در طول سال‌ها نقش‌ها و افتخارات بسیاری به دست آورده بودم. در خارج از کار، از نظر فیزیکی و جسمی، عالی و همیشه در بهترین حالت بودم. با دوستانم سرگرمی‌ها و علایق بسیاری را دنبال می‌کردم؛ اما عجیب‌تر این بود که به همان اندازه که این چیزها از بیرون شگفت‌انگیز به نظر می‌آمد، از درون برایم بد و پوچ به نظر می‌رسید؛ زیرا پشت این همه نمای بیرونی، همه چیز برای من فروریخته بود. سلامتی‌ام، عملکردم، پیشرفتم، موفقیت‌م و ارتباط‌م با خانواده و همکارانم

در حال از دست رفتن بود.

شاید اگر ممکن بود منفی گرایی را کنار بگذارم، می توانستم خوب باشم؛ اما در واقع برایم همدم ناخواسته‌ای شده بود. گاهی به پایان دادن زندگی ام هم فکر می کردم. پس از یک خطای بزرگ پزشکی، وضعیت برایم دشوار و تحمل ناپذیر شده بود. دیگر از راه رفتن در سالن بیمارستان شرم داشتم. دوست نداشتم با همکارانم روبه‌رو شوم. می خواستم پزشکی را ترک کنم و برای بازکردن یک فروشگاه بستنی، آژانس مسافرتی، مربیگری پرورش اندام و راه اندازی حرفه و شغلی در صنعت، ایده‌های افسانه‌ای و البته مضحکی را در ذهنم شکل دادم. این ایده‌ها راه حل نبود؛ بلکه فانتزی‌هایی برای فرار بود. یک شب وقتی همه خواب بودند به سراغ همه اسناد بیمه عمر خود رفتم. سردرگم بودم و نمی دانستم دنبال چه چیزی هستم. نمی دانم چرا همسرم هم بیدار شد و میبهوت کارهای من بود؛ اما هنوز نگاه وحشت‌زده، نگران و چهره ناراحت او را به یاد می آورم. بله؛ همه چیز بسیار بد بود. بدون هیچ هشدار، فرسودگی به من حمله کرده بود. قبل از اینکه ادامه کتاب را بخوانید، به این سؤال فکر کنید: آیا ممکن است یک پزشک بسیار باهوش، توانمند، پراکنجه، جذاب و خوش برخورد در فرسودگی شغلی غرق شود؟

مقدمه

در نظر بسیاری از ما، پزشک فردی است که باید از دیگران مراقبت کند و انتظار عملکرد بالایی از او داریم؛ اما کمتر به این مسئله توجه می‌کنیم که پزشک نیز خود به مراقبت‌هایی نیاز دارد و به این موضوع در آموزش پزشکی کمتر توجه شده است. نشانگان فرسودگی شغلی بیش‌ازپیش پزشکان را در سراسر جهان از جمله در ایران مبتلا کرده است؛ به همین سبب در این کتاب به معرفی نشانگان فرسودگی شغلی، علت‌شناسی، نشانه‌شناسی و درمان‌شناسی آن پرداخته‌ایم. رویکرد فصل‌های خودیاری این کتاب براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت است.^۱

۱. از همه صاحب‌نظران خواهشمندیم نظرها و پیشنهادات خود درباره این کتاب را با ما در میان بگذارند.

بخش اول: فرسودگی شغلی چیست؟

تاریخچه فرسودگی شغلی

مفهوم فرسودگی از سال ۱۹۷۴ برای توصیف کارکنان خسته و درمانده‌ای^۱ استفاده شد که انگیزه خود را برای موفقیت از دست داده بودند. در آن زمان دکتر هربرت فرویدنبرگر،^۲ روانشناسی در نیویورک، این واژه را برای توصیف شرايطی به کار برد که در بیماران و همکارانش می‌دید. او پی‌برد هم بیماران و هم همکارانش در محیط کارشان دلسرد شده‌اند؛ زیرا آنان معتقد بودند سخت کار می‌کنند؛ اما کمتر از حد انتظارشان موفق می‌شوند. دکتر فرویدنبرگر متوجه شد افراد فرسوده اغلب دلبستگی خود به کارشان را از دست داده‌اند و علائم ملالت و خستگی را نشان می‌دهند. مطالعات او نشان داد استرس تجربه شده در محیط کار یکی از عواملی است که باعث می‌شود ارتباط کارکنان با کارشان قطع شود و حس فداکاری و تعهد را نسبت به کارفرمایشان از دست بدهند. او علت فرسودگی را فقط محیط کار نمی‌دانست و بر این باور بود که تلاش مستمر برای دستیابی به «رؤیای آمریکا» عامل مهمی در فرسودگی شغلی است. تحقیقات او باعث شد به این باور برسد که تمایل به برتری و جلوترافتادن از دیگران در حوزه‌های مالی، احترام و اعتبار، در از دست دادن شور و اشتیاق و انگیزه در محیط کار نقش دارد. افزون بر این، هنگامی که وضعیت ثابتی از تغییر با تلاش برای دستیابی به اهداف ترکیب شود، ناامیدی، درماندگی و خستگی قوی‌تر می‌شود؛ زیرا احساس کنترل بر شرایط از بین می‌رود. برپایه نظر فرویدنبرگر، همه افراد دچار فرسودگی نمی‌شوند. معمولاً فرسودگی در افراد متعهد و فداکار که در شغل خود نیز چنین هستند، بیشتر است. قبل از تجربه فرسودگی، فرد معمولاً بسیار پرنرژی است؛ اهدافی را که برایش می‌کوشد، می‌بیند و احساس شادکامی دارد. او برای تشخیص و ایجاد درک عمیق‌تر از نشانه‌های فرسودگی،

1. fatigued employees

2. Herbert Freudenberger

تلاش‌هایی کرد و پی‌برد فرسودگی، هم شامل نشانه‌های جسمی و هم روانی است. این نشانه‌ها عبارت است از: خستگی؛ کناره‌گیری (انزوا)؛ بدبینی؛ شکاک‌بودن؛ افسردگی؛ انکار احساسات. البته هر فرد لزوماً همه علائم را نشان نمی‌دهد؛ بدین معنی که هر فرد فرسوده‌ای مجموعه علائم متفاوتی را نشان می‌دهد. بیشتر افراد سه نشانه اصلی را نشان دادند و به همین سبب این اعتقاد شکل گرفت که همان سه نشانه آنقدر رایج است که ملاک تشخیص فرسودگی قرار گیرد. این سه نشانه عبارت است از: خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش احساس شایستگی فردی که در فصل دوم شرح داده می‌شود. مجموع این علائم، در حال حاضر با عنوان «نشانگان فرسودگی»^۱ شناخته می‌شود.

فصل اول: فرسودگی شغلی پزشکان تا چه حد جدی است؟

نشانگان فرسودگی شغلی مهم‌ترین عارضه روان‌شناختی شغلی در سراسر جهان و در همه مشاغل است. از ابتدای شناخت این نشانگان تا سال ۲۰۱۹، طی چهل و پنج سال تحقیق و پژوهش، بیش از شش هزار کتاب، پایان‌نامه و مقاله درباره آن منتشر شده است. این نشانگان بیشتر در مشاغلی دیده می‌شود که فرد ساعات بسیاری را در تماس نزدیک با انسان‌های دیگر می‌گذراند؛ مانند معلمان و پرستاران و پزشکان. انجمن پزشکی اروپا و سازمان جهانی بهداشت در فوریه ۲۰۰۳ بیانیه‌ای درباره نشانگان فرسودگی بین پزشکان منتشر و درباره افزایش سطوح آن به‌طور جدی ابراز نگرانی کرد؛ همچنین از همه انجمن‌های ملی پزشکی خواست به این موضوع توجه کنند. در مجموعه‌های پزشکی حرفه‌ای برخی از کشورهای اروپایی (مانند سوئد)، فرسودگی شغلی به‌عنوان یک تشخیص پزشکی در کتابچه‌های راهنما (مانند ICD-۱۰) مطرح می‌شود و پزشکان و دیگر متخصصان سلامت (روان‌پزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و مشاوران) برای ارزیابی و درمان آن آموزش می‌بینند. کلینیک مایو^۱ در آمریکا یکی از پیشروترین

1. Mayo

مؤسساتی است که برای پیشگیری از بروز فرسودگی پزشکان برنامه‌ریزی می‌کند. با این حال، اکنون شیوع فرسودگی شغلی بین پزشکان در سراسر جهان به سطوح بحرانی رسیده است و از آن به عنوان اپیدمی قرن یاد می‌شود. شواهد اخیر نشان می‌دهد کمابیش نیمی از پزشکان به نوعی دچار فرسودگی هستند. یافته‌های بنیاد پزشکان آمریکا در سال ۲۰۱۸ بیانگر آن است که ۷۸ درصد از پزشکان دست کم گاهی احساس فرسودگی شغلی داشته‌اند که این میزان نسبت به سال ۲۰۱۶، چهار درصد افزایش یافته است.

بر پایه گزارش اخیر مؤسسه سلامت جهانی هاروارد، فرسودگی پزشکان به یک بحران سلامت عمومی فزاینده تبدیل شده است که به شدت و به سرعت نیازمند اقدامات مناسب است. هم‌اکنون در سراسر جهان، نیمی از همه پزشکان علائمی مانند افسردگی، خستگی، نارضایتی و احساس شکست را گزارش می‌دهند.

کارشناسان پیش‌بینی کرده‌اند اگر به فرسودگی شغلی پزشکان به‌طور جدی توجه نشود، بیش از گذشته سلامت روان آنان از بین خواهد رفت و عمدتاً کیفیت مراقبت از بیمار نیز ضعیف می‌شود.

در کنفرانس‌های پزشکی و در رسانه‌های جمعی، پزشکان تخصص‌های مختلف از افکار خود و درمان این تهدید رو به رشد صحبت می‌کنند؛ اما با وجود درک اضطراری بودن این شرایط، در بسیاری از کشورها هنوز به اندازه کافی اقدامات نظام‌مند پیشگیرانه یا درمانی انجام نشده است.

همه گیر شناسی فرسودگی شغلی

داوطلبان ورود به رشته پزشکی، نیمرخ سلامت روانی مشابهی با داوطلبان ورود به رشته‌های دیگر دارند؛ اما فرسودگی شغلی و افسردگی در آنان نسبت به جمعیت عمومی و همسالان همجنس خود، به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر است. روزنبرگر^۱ که یک پزشک و درحال حاضر رئیس بخش جراحی یک مرکز پزشکی تحصیلی در آمریکاست، در مقاله مروری خود می‌گوید: «فرسودگی پزشکان موضوع جدیدی نیست؛ اما حتی تا همین اواخر هم در آمریکا تصوّر می‌شده است که نادر و قابل کنترل است. متأسفانه درحال حاضر حرفه پزشکی در میان بحران فرسودگی است که راه حل آسانی هم ندارد».

فرسودگی پزشکان در همه کشورها شیوع دارد و یک معضل جهانی است. تاکنون بیش از ۱۰۰۰ پژوهش درباره شیوع فرسودگی بین گروه‌های مختلف پزشکی (دانشجویان دوره عمومی، دانشجویان دوره دستیاری، دانشجویان دوره فوق تخصص، پزشکان عمومی، اساتید و غیره) منتشر شده است. در اغلب این پژوهش‌ها آمده است که بیش از نیمی از پزشکان، دست کم یکی از علائم فرسودگی را تجربه می‌کنند. جالب است بدانید شیوع فرسودگی بین دستیاران بیش از سایر گروه‌های پزشکان است؛ زیرا دوره دستیاری دوره چالش برانگیز و مهمی است که به انرژی جسمانی و روانی بالایی نیاز دارد.

ما نمی‌توانستیم نتایج همه این پژوهش‌ها را در اینجا بیاوریم؛ به همین سبب در جدول شماره یک فقط نتایج مطالعات مروری و فراتحلیل‌ها را درباره شیوع فرسودگی پزشکان در سراسر جهان خلاصه کردیم. در این جدول، گروه‌های پزشکی مختلفی از کشورهای متفاوتی وجود دارد. همان طور که می‌بینید شیوع فرسودگی پزشکان در بیشتر کشورها نگران کننده است. به طور کلی بیشترین پژوهش درباره فرسودگی پزشکان در آمریکا انجام و ثابت شده است که دست کم نیمی از پزشکان آمریکایی از این نشانگان رنج می‌برند.

جدول ۱. شیوع فرسودگی پزشکان در سراسر جهان بر اساس نتایج مطالعات مروری و فرا تحلیل ها

مکان های مورد بررسی	تعداد نمونه	گروه مورد بررسی	سال های مورد بررسی	میزان شیوع فرسودگی
۱ کشور های مختلف ^۱	۲۶ مقاله ۴۶۶۴ نفر	دستیاران جراحی عمومی، بیهوشی، زنان و زایمان، ارتوپدی، داخلی، جراحی پلاستیک، کودکان و عصب شناسی	تمام مقالات قبل از ۲۰۱۹	۳۵/۷٪
۲ ۴۵ کشور مختلف ^۲	۱۸۲ مقاله ۱۰۹۶۲۸ نفر	پزشکان عمومی، جراحان و متخصصان تمامی رشته ها	۱۹۹۱ تا ۲۰۱۸	۶۷٪
۳ فرانسه ^۳	۳۷ مقاله ۱۵۱۸۳ نفر	پزشکان	۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷	۴۹٪ فرسودگی متوسط ۵٪ فرسودگی شدید
۴ کشور های مختلف ^۴	۵۸ مقاله ۳۵۰۶۱ نفر	دانشجویان پزشکی سال های اول تا هفتم	۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷	بر اساس ابزارهای مورد استفاده از ۷٪ تا ۷۵/۲٪

1. Rodrigues, Cobucci, Oliveira, Cabral, Medeiros, Gurgel, ... & Gonçalves

2. Rotenstein, Torre, Ramos, Rosales, Guille, Sen & Mata

3. Kansoun, Boyer, Hodgkinson, Villes, Lançon & Fond

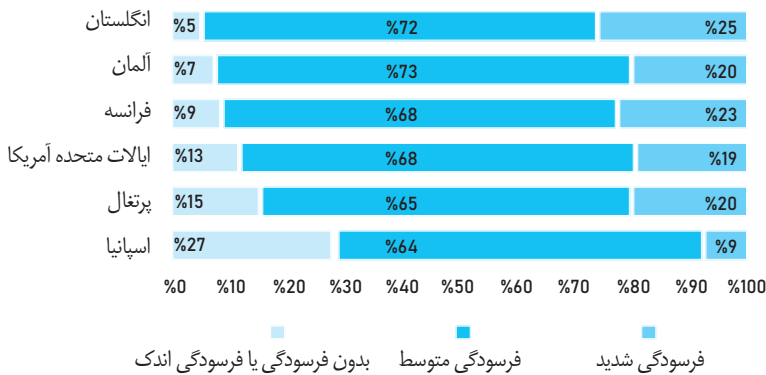
4. Erschens, Keifenheim, Herrmann-Werner, Loda, Schwillle-Kiuntke, Bugaj,... &

فصل اول: فرسودگی شغلی پزشکان تا چه حد جدی است؟

۵	کشورهای مختلف ^۱	۲۴ مقاله ۱۷۴۳۱ نفر	دانشجویان پزشکی (قبل از دستیاری)	۲۰۱۰ تا ۲۰۱۷	۴۴٪
۶	آمریکا، اسپانیا، فرانسه، مصر، ترکیه، استرالیا، کانادا، عربستان سعودی، برزیل، پاکستان ^۲	۶۰ مقاله ۲۲۷۷۸ نفر	جراحان و متخصصان تمامی رشته‌ها	۲۰۰۴ تا ۲۰۱۶	۵۱٪
۷	چین ^۳	۱۱ مقاله ۹۳۰۲ نفر	پزشکان	۲۰۰۶ تا ۲۰۱۶	۶۶/۵٪ تا ۸۷/۸٪
۸	آمریکا، اسپانیا، یونان، یمن، هنگ کنگ، لبنان ^۴	۱۲ مقاله ۲۵۰۹ نفر	دستیاران زنان و زایمان	۱۹۷۴ تا ۲۰۰۵	۴۴٪

1. Frajerman, Morvan, Krebs, Gorwood & Chaumette
2. Low, Yeo, Sharma, Leung, McIntyre, Guerrero,... & Ho
3. Lo, Wu, Chan, Chu & Li
4. Moradi, Baradaran, Yazdandoost, Atrak & Kashanian

برخی مؤسسات نیز پایش‌های سالانه و نظام‌مندی درباره شیوع فرسودگی انجام می‌دهند و منتشر می‌کنند. پکهام از ۲۰۱۳ تاکنون، تقریباً هر سال فراوانی، شدت فرسودگی، دلایل و پیامدهای فرسودگی متخصصان پزشکی در آمریکا را در تارنمای مداسکیپ منتشر می‌کند. مداسکیپ تارنمای يك سازمان در آمریکاست که اطلاعات پزشکی برای متخصصان فراهم می‌کند. در گزارش سال ۲۰۱۹ این تارنما، فرسودگی شغلی پزشکان چندین کشور مقایسه شده است که نتایج آن را در نمودار شماره یک می‌توانید ببینید.



نمودار ۱: مقایسه فرسودگی شغلی بین پزشکان شش کشور

در ایران نیز چندین پژوهش درباره شیوع فرسودگی شغلی پزشکان انجام شده است که نتایجش را در جدول شماره دو می‌توانید ببینید.

فصل اول: فرسودگی شغلی پزشکان تا چه حد جدی است؟

مکان مورد بررسی	تعداد نمونه	گروه مورد بررسی	سال بررسی	میزان شیوع فرسودگی
۱ دانشگاه علوم پزشکی مازندران ^۱	۱۷۰	دستیاران تخصص های مختلف	۱۳۹۶	٪۵۲
۲ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ^۲	۱۰۴	دستیاران طب اورژانس، داخلی و زنان و زایمان	۱۳۹۵	٪۷۱/۱۵
۳ دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ^۳	۹۲	دانشجویان پزشکی دوره کارورزی	۱۳۹۵	٪۳۸
۴ مشهد ^۴	۱۲۰	پزشکان خانواده	۱۳۹۳	بیش از ٪۵۰
۵ خراسان رضوی ^۵	۱۴۵	پزشکان خانواده	۱۳۹۲	بیش از ٪۵۰
۶ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ^۶ و کاشان	۱۶۰	دستیاران تخصص های مختلف	۱۳۹۲	٪۴۲/۵ فرسودگی خفیف ٪۵۳/ فرسودگی متوسط ٪۱/۳ فرسودگی شدید

۱. Sheikhmoonesi, Khani, Khademloo & Saravi

۲. کلنی، آزاد فلاح، عریضی، عزیز خانی، ادیبی

۳. بیجاری، عباسی، عسکری

۴. کیمیا فر، محمودیان، امین الشریعتی، موسی فرخانی، رجائیان

۵. مهدی زاده، وفایی نجار، تقی پور، اسماعیلی، مهدی زاده، ابراهیمی پور

۶. سپهر منش، احمدوند

۷	اصفهان ^۱	۳۰۰	دندان‌پزشکان	۱۳۹۲	بیش از ۳۰٪
۸	ارومیه ^۲	۳۱۳	پزشکان عمومی و متخصصان	۱۳۹۰	بیش از ۵۰٪
۹	کرمان ^۳	۱۵۰	پزشکان عمومی	۱۳۸۷	بیش از ۵۰٪
۱۰	دانشگاه علوم پزشکی کاشان ^۴	۵۶	دانشجویان سال آخر پزشکی	۱۳۸۶	۹۱/۱٪
۱۱	دانشگاه علوم پزشکی فسا ^۵	۱۰۱	دانشجویان پزشکی سال‌های پنجم، ششم و هفتم	۱۳۹۲	۶۱/۹٪

متخصصان کدام حوزه، فرسودگی بیشتری دارند؟

هیچ گروهی از پزشکان از فرسودگی در امان نیستند؛ اما پژوهش‌های علمی مختلف در سراسر جهان نتایج مشابهی را ارائه کرده است. تقریباً توافقی جهانی بر سر این مسئله وجود دارد که تخصص‌های طب اورژانس، داخلی و زنان و زایمان، جزو گروه‌های در معرض خطر است.

نمودار شماره دو و سه نتایج زمینه‌یابی مداسکیپ در سال ۲۰۱۹ و ۲۰۲۰ را نشان می‌دهد. بیش از ۱۵۰۰۰ پزشک از ۲۹ تخصص مختلف در این زمینه‌یابی شرکت کرده‌اند.

۱. اسلامی پور، یزدچی

۲. سلیمان نژاد، همدی، سودی

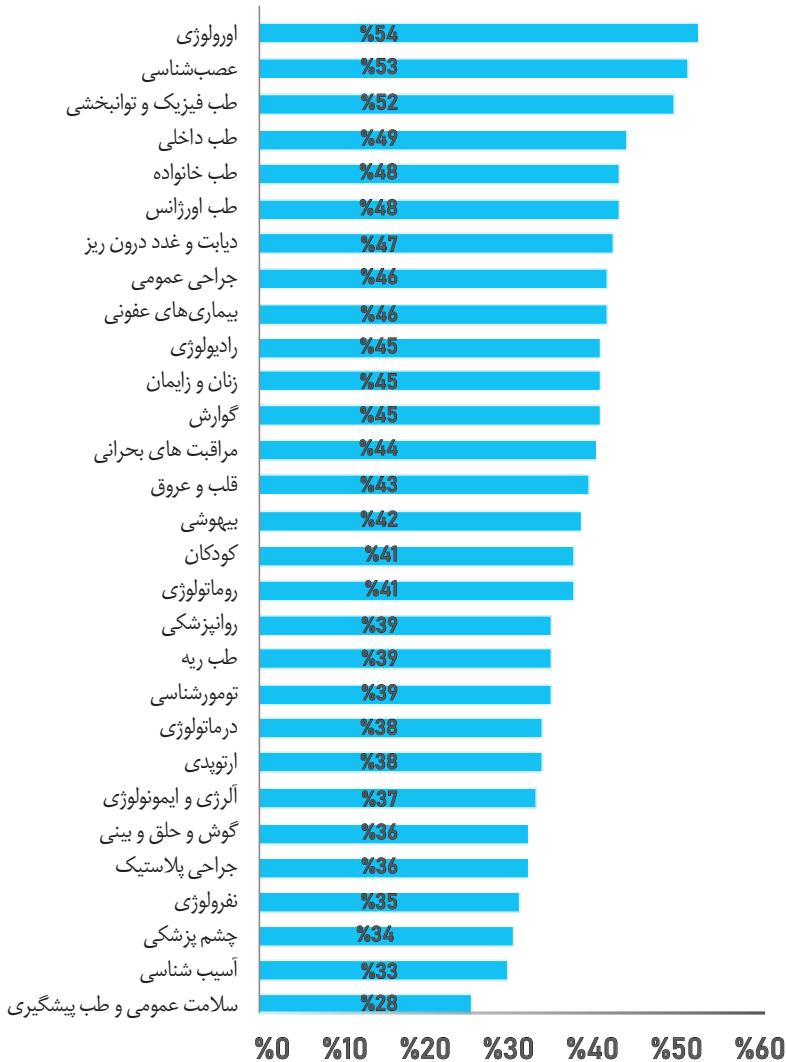
۳. طائی، صافی‌زاده، دیوسالار

۴. عکاشه، سپهرمنش، احمدوند

۵. روانسالار

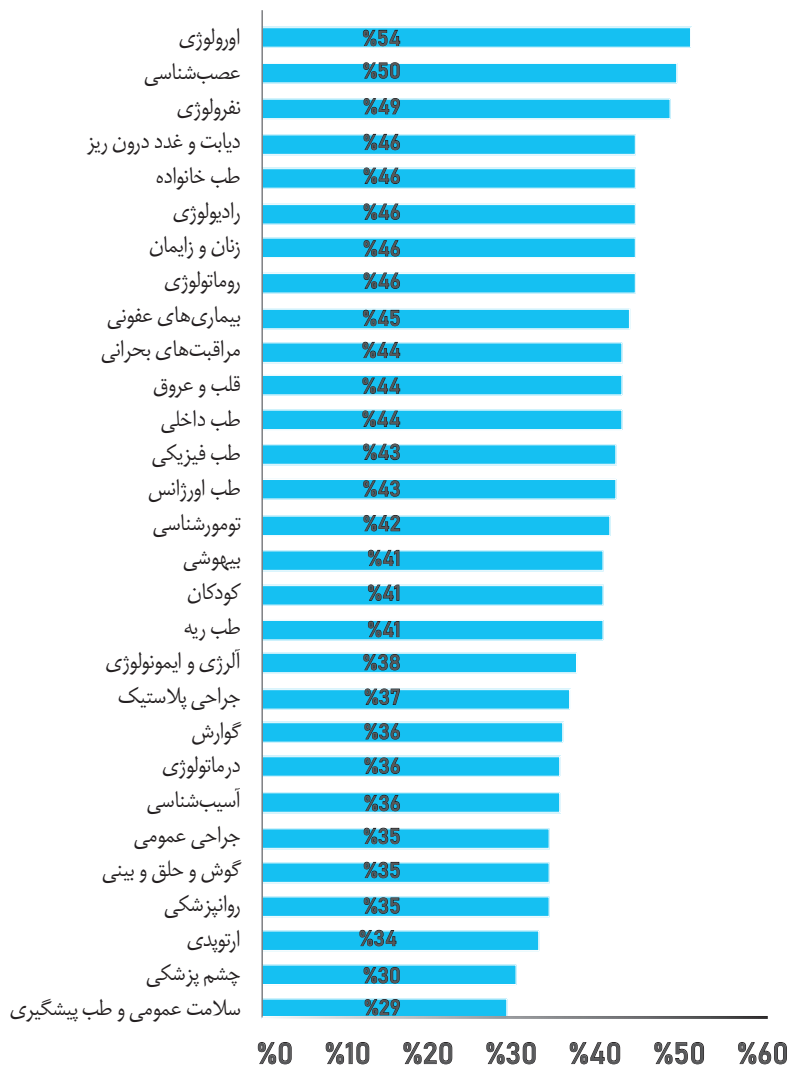


هر ردیف از این نمودارها، درصد شیوع فرسودگی بین متخصصان هر رشته را نشان می‌دهد. نتایج نظرسنجی سال ۲۰۱۸ نیز کم‌وبیش به نتایج ۲۰۱۹ و ۲۰۲۰ شباهت دارد. در سال ۲۰۱۸، متخصصان مراقبت‌های بحرانی، عصب‌شناسی، طب خانواده، زنان و زایمان و طب داخلی بیشترین، و جراحان پلاستیک، متخصصان پوست و مو و آسیب‌شناسان، کمترین شیوع فرسودگی را داشتند.



نمودار ۲: درصد شیوع فرسودگی در تخصص‌های مختلف (آمریکا، ۲۰۱۹)^۱

فصل اول: فرسودگی شغلی پزشکان تا چه حد جدی است؟



نمودار ۳: درصد شیوع فرسودگی در تخصص‌های مختلف (آمریکا، ۲۰۲۰)^۱

۱ برگرفته از تارنمای مداسکیپ.

درباره اینکه آیا زنان پزشک بیشتر دچار فرسودگی می‌شوند یا خیر، نتایج متناقضی وجود دارد؛ اما بیشتر پژوهش‌ها نشان داده است که شیوع فرسودگی در پزشکان زن بیشتر است؛ زیرا آنان مسئولیت فرزندآوری، فرزندپروری و دیگر مسئولیت‌های خانه را نیز بر عهده دارند. زمینه‌یابی‌های مداسکیپ نیز از سال ۲۰۱۳ تاکنون، همین نتیجه را نشان داده است.

پیامدهای فرسودگی پزشکان

فرسودگی شغلی جنبه‌های مختلفی از زندگی پزشکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در صورت بی‌توجهی به آن، پیامدهای شدیدی برای پزشک و کل نظام مراقبت‌های بهداشتی در پی خواهد داشت. پیامدهای فرسودگی را می‌توان در هشت حوزه طبقه‌بندی کرد. این پیامدها به صورت علائمی خفیف تا شدید ظاهر می‌شود. این هشت حوزه عبارت است از: سلامت جسمی؛ سلامت روانی؛ عملکرد شغلی؛ عملکرد تحصیلی؛ زندگی خانوادگی؛ ارتباط اجتماعی.

سلامت جسمی

- بیماری‌های جسمی: شایع‌ترین بیماری‌های جسمی مرتبط با فرسودگی شغلی، بیماری‌های قلبی عروقی است. پس از آن، اختلالات اسکلتی - عضلانی بیشترین هم‌بستگی را با فرسودگی دارد. احتمال دچار شدن افراد فرسوده به دردهای عضلانی اسکلتی (مانند گردن‌درد، درد شانه، کمردرد و سردرد) دو برابر بیشتر است.

خستگی مزمن، آنفولانزای مکرر، عفونت‌های مکرر، سرماخوردگی، سردرد، اختلالات دستگاه گوارش، ناتوانی جنسی و کاهش وزن از دیگر پیامدهای طولانی‌مدت فرسودگی شغلی است.

فصل اول: فرسودگی شغلی پزشکان تا چه حد جدی است؟

فرسودگی شغلی ناشی از استرس شغلی مزمن است؛ به همین سبب برخی پژوهشگران شواهد و روابط احتمالی بین فرسودگی با اختلال در محور^۱ HPA، اختلال‌های سیستم ایمنی بدن، تغییر تعادل انعقاد خون، دیابت نوع دو و کاهش توانایی باروری را تشریح کرده‌اند.

همچنین روابطی بین فرسودگی شغلی با ابتلا به سندرم متابولیک وجود دارد. این سندرم شامل چاقی شکمی، پرفشاری خون، هیپرتری‌گلیسیریدمی، کاهش^۲ HDL و مقاومت به انسولین است. ارتباط مثبتی بین فرسودگی و میزان گلوکز ناشتا به دست آمده است. همچنین فرسودگی بالا به‌طور قابل توجهی با افزایش کلسترول، کلسترول لیپوپروتئین کم‌تراکم، تری‌گلیسیرید و اسید اوریک و تاحدی با اختلال الکتروکاردیوگرام همراه است.

- کاهش دقت و ایمنی: نرخ تصادفات پزشکان فرسوده با وسایل نقلیه بالاتر از همکاران غیرفرسوده است. خستگی مفرط و پریشانی روانی ناشی از فرسودگی، دقت و ایمنی پزشکان را به خطر می‌اندازد و با افزایش تصادفات وسایل نقلیه موتوری ارتباط دارد.
- سوءمصرف مواد و وابستگی به الکل: همه مشکلاتی که گریبان‌گیر یک فرد فرسوده می‌شود، ممکن است سرآشایی دیگری به‌سوی سوءمصرف مواد و وابستگی به الکل ایجاد کند. یک نگاه دقیق‌تر به میزان سوءمصرف مواد بین پزشکان نشان می‌دهد که بیشترین میزان سوءمصرف در بین پزشکان طب اورژانس، بیهوشی و به‌طور کلی همان تخصص‌هایی است که طبق پژوهش‌ها دچار میزان بالای فرسودگی و استرس هستند.

1. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis

2. High-Density Lipoproteins

سلامت روانی

- اختلالات خلقی: فرسودگی پزشکان ممکن است به استرس شدید، اختلالات خلقی، رفتار درهم‌گسیخته^۱ و افسردگی انجامد. علائم افسردگی^۲ یکی از شایع‌ترین پیامد روانی فرسودگی است. پزشکان فرسوده اغلب از بی‌قراری، کج‌خلق، زودرنجی، احساس خستگی، احساس تهی شدن از انرژی، احساس درماندگی و تحریک‌پذیری شکایت می‌کنند. نوسان خلق و خو، خلق پایین و روحیه ضعیف نیز از دیگر پیامدهای فرسودگی است.
- اختلالات خواب: اختلالات خواب، بی‌خوابی،^۳ مشکل در آغاز یا تداوم خواب، خسته از خواب بیدار شدن، یکی دیگر از شایع‌ترین شکایاتی است که معمولاً افراد فرسوده مطرح می‌کنند. این پیامدها به این معنی است که افراد فرسوده حتی بعد از ساعات کاری قادر به بازتوانی و بازیابی روحیه خود نیستند. مطالعات درباره خواب نشان داده است که مرحله خواب عمیق در افراد فرسوده به‌طور معنی‌داری در مقایسه با افراد عادی کوتاه است. این نشان می‌دهد که فرایندهای بازسازی طبیعی که در طول خواب رخ می‌دهد، در افراد فرسوده آسیب می‌بیند. همچنین افراد فرسوده در شب، خوابی کوتاه‌تر و در طول روز، چرت‌زدن‌های بیشتری خواهند داشت و به‌طور کلی کیفیت خواب پایینی دارند.
- خودکشی / افکار خودکشی: متأسفانه پزشکانی که وضعیت حادثری دارند، علائم خود را تصدیق نمی‌کنند و نمی‌پذیرند که تحت تأثیر فرسودگی هستند؛ در نتیجه به دنبال کمک نمی‌روند و همین باعث شده است این دسته از

1. disruptive

2. depressive

3. insomnia

پزشکان، دو برابر بیش از دیگر پزشکان فرسوده، افکار خودکشی داشته باشند. پژوهشی نشان داده است پزشکان نسبت به جمعیت عمومی، بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند؛ به ویژه در میان تخصص‌هایی که خط مقدم مراقبت را تشکیل می‌دهند؛ مانند پزشکان طب اورژانس؛ حتی برخی پژوهش‌ها در آمریکا خودکشی را علت نخست فوت پزشکان اعلام کرده است.

عملکرد شغلی

- کاهش کیفیت مراقبت از بیماران: دکتر ماریا پاناگوتی^۱ از دانشگاه منچستر می‌گوید: «ما به‌طور قطعی نشان می‌دهیم که وقتی پزشکان از نظر جسمی، عاطفی و ذهنی فرسوده می‌شوند، ارائه خدمات ایمن و باکیفیت به بیمار به‌شدت به خطر می‌افتد». او به این نتیجه رسیده است که فرسودگی شغلی احتمال پایین آمدن استانداردهای حرفه‌ای، مانند پیروی نکردن از دستورالعمل‌های NICE^۲ را نیز دوچندان می‌کند. مسئله نگران‌کننده این است که احتمال این ناپیروی‌ها در پزشکان جوان ۳/۵ برابر بیش از سایر پزشکان است و البته بیماران نیز از ارتباط و همدلی پزشکان فرسوده رضایت کافی ندارند.

پزشکان فرسوده نگرش‌ها و رفتارهای غیرحرفه‌ای‌تری در طول مراقبت از بیماران خود دارند؛ برای مثال به احتمال بیشتر بیماران را زود مرخص می‌کنند؛ زیرا این‌گونه می‌خواهند مدیریت و کنترل بیشتری روی کارشان داشته باشند.

1. Maria Panagioti

2. National Institute for Health and Clinical Excellence

- افزایش خطاهای پزشکی: رابطه مستقیم بین فرسودگی پزشک و خطاهای پزشکی ثابت شده است. تا همین اواخر، فکر غالب این بود که اگر خطاهای پزشکی روی داده باشد، شما باید ایمنی در محل کار را با مواردی مانند چک لیست ها و کار تیمی بهتر برطرف کنید؛ اما پژوهش ها نشان می دهد که احتمالاً این کافی نیست؛ بلکه برای کاهش خطاهای پزشکی به یک رویکرد دوجانبه نیاز داریم که به فرسودگی پزشکان نیز بپردازد.

پزشکان فرسوده برای انتخاب گزینه های درمانی یا پاسخ به پرسش های پیش آمده به اندازه کافی مشورت نمی کنند و این موجب افزایش خطاهای درمانی و دارویی می شود. یافته های تحقیقاتی نشان می دهد احتمال دچار شدن این پزشکان به خطای جدی پزشکی، دو برابر بیشتر از دیگر پزشکان است. طبق یک پژوهش دیگر در آمریکا حدود ۸ درصد از پزشکان فرسوده - به ویژه جراحان، متخصصان بیهوشی و کارورزان در بخش مراقبت های ویژه - دست کم یک خطای پزشکی در سه ماه گذشته مرتکب شده بودند و رضایت بیماران شان به شدت کاهش یافته بود. این خطاها شامل تشخیص نادرست، نسخه های اشتباه و اقدام نادرست در هنگام جراحی بوده است. بیش از نیمی از خطاها عواقب جدی نداشته است؛ اما در ۳۵ مورد (۵/۵ درصد)، بیمار دچار عوارض دائمی قابل توجهی شده و در ۳۰ مورد دیگر نیز (۴/۴ درصد) بیمار درگذشته بود.

- غیبت کردن یا حضور نامؤثر: یکی دیگر از پیامدهای فرسودگی، غیبت کردن یا دیرآمدن بر سر کار است؛ اما چیزی بدتر از غیبت کردن هم وجود دارد. بسیاری از پزشکان ناراحتی های روان شناختی خود را پنهان می کنند و با وضعیت روان شناختی نامساعد، در محل کار حضور می یابند. غیبت پزشکان فرسوده در محیط کار برای کارفرمایان غیر قابل قبول به نظر می رسد؛ اما حضور پزشکان در محل کار زمانی که خود، بیمار هستند (به ویژه با داشتن

فصل اول: فرسودگی شغلی پزشکان تا چه حد جدی است؟

اختلالاتی مانند افسردگی)، از نظر اقتصادی و درمانی می‌تواند هزینه‌هایی فراتر از هزینه غیبت آنان داشته باشد.

- ترک شغل: برخی از پزشکان نمی‌توانند از عهده چنین چالشی برآیند و در نتیجه شغل خود را ترک می‌کنند. ترک کار به معنی جدایی داوطلبانه یک فرد از یک سازمان است. افزایش فرسودگی به احساس ناتوانی در مقابله با خواسته‌های فردی و بین فردی می‌انجامد. هنگامی که پزشکان به این مرحله برسند، احساس می‌کنند کارشان معنای خود را از دست داده است و به احتمال بسیار آن را ترک می‌کنند. زمانی که معنای کار از دست برود و به اصطلاح فرد هویت شغلی خود را درک نکند، نقش خود را در سیستم فقط مانند نقش یک چرخ‌دنده در یک دستگاه می‌بیند؛ بدون آنکه اهمیت کار خود در کنار کار دیگران و هدف غایی را درک کند؛ برای مثال در این حالت، پزشک احساس نمی‌کند در حال معالجه یک بیمار و خدمت به جامعه است؛ بلکه فقط احساس می‌کند هر روز باید یک فهرست از جملات و توصیه‌ها را چک و چندین اتاق را طی کند.

وزارت بهداشت آمریکا در سال ۲۰۱۵، کمبود ۹۰۰۰۰ پزشک را تا سال ۲۰۲۵ پیش‌بینی کرده است. یکی از دلایل اصلی این کمبود از دست دادن متخصصان در اثر فرسودگی است. حدود نیمی از پزشکان ایالات متحده در حال تجربه فرسودگی هستند که این روند همچنان ادامه دارد. تلاش برای جایگزین کردن پزشکان از دست‌رفته، هزینه‌های هنگفتی دارد. کافی است به هزینه تربیت یک پزشک و ضرر و زیان اقتصادی از دست دادن یک نیروی ماهر توجه کنید. طبق بررسی‌های انجام‌شده در آمریکا، هزینه از دست رفتن هر پزشک ۹۹۰ هزار دلار است و هزینه استخدام و جایگزینی هر پزشک، از ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ دلار است. وضعیت در اروپا از این هم بدتر است؛ زیرا پزشکان

آمریکایی در مقایسه با پزشکان اروپایی، به دلیل فرهنگ ایمن، موقعیت‌های شغلی عالی و آموزش روش‌های مقابله فعال با مسائل، فرسودگی کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین در سال ۲۰۱۴، کل هزینه‌های ترک کار پزشکان در کانادا ۲۱۳/۱ میلیون دلار تخمین زده شده است.

عملکرد تحصیلی

فرسودگی شغلی به عملکرد تحصیلی دانشجویان پزشکی آسیب می‌زند؛ زیرا باعث کاهش تمرکز، کاهش انرژی جسمی و روانی و کاهش انگیزه آنان می‌شود. این نشانگان با رفتارهای غیرحرفه‌ای دانشجویان پزشکی نیز ارتباط دارد. دانشجویانی که فرسودگی شغلی دارند، به احتمال بسیار در آزمون‌ها تقلب می‌کنند؛ تخلفات علمی - مانند نوشتن مقالات و پایان‌نامه دیگران - را انجام می‌دهند و در مراقبت از بیماران اهمال‌کاری می‌کنند.

زندگی خانوادگی

زمانی که پزشک دچار فرسودگی می‌شود، روابط او با همسر و فرزندانش آسیب می‌بیند. بروز هر یک از اختلالات روانی که پیشتر بیان شد، به شدت زندگی خانوادگی پزشک را مختل می‌کند. همسر یک پزشک فرسوده ممکن است متوجه شود که همسرش روز به روز منزوی‌تر، کج خلق و زودرنج شده است و تمایل دارد وقت بیشتری را بیرون از خانه بگذراند؛ به عبارت دیگر، فرد فرسوده ارتباط کمتری با همسرش دارد و وقت زیادی با او نمی‌گذراند. کاهش صمیمیت جسمی و جدایی عاطفی بین زوجین نیز دو مورد از بارزترین پیامدهای فرسودگی در حوزه روابط با همسر است. همه این‌ها زوج را از هم دور می‌کند و باعث می‌شود هر دو نفر بیشتر مانند دو فرد جداگانه و نه

یک تیم رفتار کنند. در نتیجه هرکدام به مراقبت از نیازهای خود می‌پردازند و ماریچی از سوءتفاهم‌ها و سوءارتباط‌ها پدید می‌آید. در این شرایط، ارتباط بین آنان بیشتر و بیشتر قطع می‌شود و منزوی‌تر می‌شوند.

ارتباط اجتماعی

فرسودگی شغلی به شکست روابط بین فردی در همه بخش‌های زندگی می‌انجامد. برخی از موقعیت‌ها تنش بیش از حدی به پزشک وارد می‌کند؛ برای مثال کارکردن با بیمارانی که آخرین روزهای زندگی خود را می‌گذرانند، یکی از دشوارترین موقعیت‌هاست. پزشکان فرسوده به احتمال بسیار در چنین شرایطی با همکاران خود خشونت کلامی دارند. همچنین افراد فرسوده از ارتباطات اجتماعی خود، از جمله وقت‌گذرانی با اقوام و دوستان، هر روز بیشتر می‌کاهند و خود را بیش از گذشته در کار غرق می‌کنند.

فصل دوم: آیا دچار فرسودگی شغلی هستیم؟

این نشانگان مرتبط با کار است و بیشتر در مشاغلی دیده می‌شود که فرد ساعات بسیاری را در تماس نزدیک با انسان‌های دیگر می‌گذراند؛ مانند معلمان، پرستاران و پزشکان؛ زیرا کارکردن با انسان‌ها، برخلاف کارکردن با تجهیزات و وسایل، نیازمند انرژی روانی و هیجانی بالایی است؛ مثلاً یک پزشک باید هم‌زمان تشخیص دهد، با بیمارش همدلی کند، با مدیریت اندوه خود از آسیب‌دیدن یک انسان دیگر، با تمام توان برای درمان او اقدام کند؛ حتی گاهی بیماران و همراهان او خشمگین می‌شوند یا او را به بی‌کفایتی متهم می‌کنند. درحالی‌که فردی که با یک دستگاه سروکار دارد (مانند اپراتور یک روبات در کارخانه اتومبیل‌سازی)، هیچ‌یک از این موقعیت‌ها، هیجان‌ها و احساسات را با آن روبات تجربه نمی‌کند.

نشانه‌های فرسودگی شغلی چیست؟

فرسودگی شغلی پزشکان پدیده‌ای پیچیده است که می‌توان آن را با روش‌های وسیعی آشکار کرد و نمود کامل آن را تنها از تأثیری که بر پزشکان و بیمارانشان می‌گذارد، می‌توان فهمید. فرسودگی شغلی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۱ به عنوان اختلال روانی طبقه‌بندی نشده است و در هیچ‌یک از نسخه‌های قبلی و فعلی آن، ملاک‌های تشخیصی برای آن وجود ندارد. درواقع این نشانگان اصلاً اختلال روانی تلقی نمی‌شود؛ اما این نشانگان در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، نسخه دهم (ICD-۱۰)^۲ تحت عنوان مسائل مربوط به مدیریت سختی‌های زندگی، با کد Z۷۳، با نام اختلال خستگی^۳ مشخص شده است. در نسخه سوئدی ICD-۱۰ حتی ملاک‌های تشخیصی برای فرسودگی شغلی تحت عنوان «اختلال خستگی»^۴ با کد ED;F۴۳/۸A ارائه شده است که در جدول شماره یک آن را مشاهده می‌کنید. در کشور سوئد، این اختلال به عنوان یک توجیه قانونی برای مرخصی استعلاجی تأیید و پذیرفته می‌شود.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 version

3. exhaustion disorder

4. exhaustion disorder

جدول ۱: ملاک‌های تشخیصی برای فرسودگی شغلی تحت عنوان «اختلال خستگی» در نسخه سوئدی ICD-۱۰^۱

A فرد دست‌کم دو هفته خستگی روانی و جسمی را تجربه کرده باشد. این علائم باید ناشی از عوامل استرس‌زای مشخصی باشد که دست‌کم شش ماه حضور داشته است.
B کمبود معنادار انرژی روانی یا مقاومت، بخش اعظم تابلوی بالینی فرد را تشکیل دهد.
C دست‌کم چهار مورد از علائم زیر، تقریباً هرروز در دو هفته گذشته، وجود داشته باشد: ۱. مشکلاتی در حافظه یا تمرکز ۲. کاهش قابل توجه توانایی رسیدگی به درخواست‌ها یا انجام کارها تحت فشار زمانی ۳. بی‌ثباتی هیجانی یا تحریک‌پذیری ۴. اختلال در خواب ۵. خستگی قابل توجه جسمی و عدم استقامت ۶. نشانه‌های جسمانی مانند درد عضلانی، درد قفسه سینه، تپش قلب، عوارض گوارشی، سرگیجه، افزایش حساسیت به صدا
علاوه‌بر ایجاد پریشانی قابل توجه و اختلال عملکرد، این علائم نباید قابل نسبت‌دادن به هر علت دیگری به‌جز استرس در محل کار باشد. چنانچه بیمار معیارهای اختلال افسردگی اساسی (major depressive disorder)، اختلال افسرده‌خویی (dysthymic disorder) یا اختلال اضطراب فراگیر (generalized anxiety disorder) را برآورد، اختلال خستگی به‌عنوان یک تشخیص ثانویه مطرح می‌شود.

^۱ منبع اقتباس: طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها، نسخه سوئدی، نشر رفاه اجتماعی، ۲۰۱۰، ص ۱۷۹.

ملاک‌های تشخیصی فوق در همه جای جهان استفاده نمی‌شود؛ کریستینا مسلس^۱ غالب‌ترین و معتبرترین نشانه‌شناسی و تشخیص فرسودگی شغلی را ارائه کرده است. طبق این دیدگاه، فرسودگی شغلی سه مؤلفه اصلی دارد: ۱- خستگی هیجانی؛^۲ ۲- مسخ شخصیت؛^۳ ۳- احساس کاهش شایستگی و موفقیت فردی.^۴

خستگی هیجانی

خستگی هیجانی اصلی‌ترین بُعد فرسودگی است و به خستگی مفرط ذهنی و جسمی، احساس تخلیه توان روانی، ناامیدی، منفی‌نگری و نبود نشاط اشاره دارد.

۱. خستگی مفرط ذهنی بدین معنی است که فرد تقریباً برای هر کاری بی‌حوصله است. او تمرکز خود را از دست داده است و توانایی درگیر شدن در چالش‌های ذهنی را ندارد؛ به همین دلیل توانایی تصمیم‌گیری او کاهش می‌یابد.
۲. خستگی مفرط جسمی بدین معنی است که فرد اغلب روزهای هفته، انرژی جسمی کافی ندارد و خسته است؛ حتی اگر زمان بسیاری را به استراحت و خواب بگذراند. بدتر اینکه احساس می‌کند نمی‌تواند انرژی از دست‌رفته‌اش را تجدید کند.

۳. احساس تخلیه توان روانی بدین معنی است که فرد احساس می‌کند برای انجام کارهایش از هرگونه انرژی روانی تهی شده است و انگیزه و اشتیاقی برای تمام کردن کارهایش ندارد. وی از نظر عاطفی خسته است و احساس ناکامی، ازکارافتادگی و ناتوانی شدید از انجام کار، او را فراگرفته است؛ همچنین استرس بالایی را تجربه می‌کند. معمولاً پزشکان در این مرحله

1. Christina Maslach

2. emotional exhaustion

3. depersonalization

4. reduced sense of personal accomplishment

جملاتی مانند «دیگر بریده‌ام» یا «دیگر به پایان خط رسیده‌ام» را به زبان می‌آورند.

۴. ناامیدی نیز یکی دیگر از نشانه‌های خستگی هیجانی است. پزشکانی که از خستگی هیجانی رنج می‌برند، انرژی بسیاری برای مراقبت از بیماران خود صرف می‌کنند؛ اما دوباره مشکلات بیمارانشان و اینکه راهکاری برای آنان و خانواده‌شان ندارند، نگران و ناامید هستند. یکی از پزشکان تجربه خود از ناامیدی را این‌گونه بیان می‌کند: «هر رویداد مرتبط با کار در مقابلم مانند یک کوه بود؛ یک شکایت بیمار برایم فاجعه‌آمیز بود و زمانی که مجبور بودم یک دستورالعمل را دوباره انجام دهم، برایم یک فاجعه قابل توجه بود. درواقع هر رویداد کوچکی به شواهد بیشتری برای موقعیت ناامیدکننده‌ای که در آن به دام افتاده بودم، تبدیل می‌شد. حتی اگر تایر ماشینم خراب می‌شد، این برایم پایان جهان بود». دکتر دون جاکوبسون،^۱ یک روانپزشک و متخصص فرسودگی شغلی است و این پاسخ ناامیدانه را به‌عنوان «درماندگی آموخته‌شده»^۲ توصیف می‌کند. درماندگی آموخته‌شده می‌تواند نشانه‌ای از افسردگی باشد و زمانی رخ می‌دهد که تجربه یک مشکل تکرار شود و فرد به این نتیجه برسد که پاسخ‌های او در تغییر شرایط تأثیری ندارد؛ یعنی حالتی که فرد اعتقاد می‌یابد رویدادها در کنترل او نیستند.

۵. منفی‌نگری نیز جزء جدایی‌ناپذیر خستگی هیجانی است. در این شرایط پزشک ممکن است در هر موقعیتی به موارد منفی توجه کند؛ برای مثال اگر صبح تعاملی منفی با یک بیمار داشته باشد، کل روز بر آن تمرکز می‌کند؛ حتی اگر بعد از آن، با بیست بیمار دیگر ملاقات خوشایندی داشته باشد، اوضاع

1. Don Jacobson

2. Learned helplessness

تغییر نمی‌کند. همچنین یک جراح فرسوده فقط به عارضه جزئی بیمارش بعد از عمل جراحی توجه می‌کند و موفقیت عمده خود در آن جراحی را نادیده می‌گیرد.

۶. در نهایت بارزترین ویژگی‌ای که دیگران می‌توانند در فرد دچار خستگی هیجانی ببینند، کاهش نشاط و شادمانی اوست. بسیاری از پزشکان می‌گویند ما برای کمک به دیگران به حرفه پزشکی وارد شدیم؛ اما در طول دوره شغلی‌مان، نشاط و شادمانی خود را از دست دادیم. یکی از پزشکان تجربه خود را این‌گونه توصیف می‌کند: «من در این شغل، شادی خود را از دست دادم و رفتن به سر کار برایم به معنی واقعی مانند رفتن به زندان بود. رانندگی به سمت محل کارم بسیار زجرآور بود؛ اما به خودم می‌گفتم حداقل شب‌ها و آخر هفته از این زندان آزاد هستم. امیدوار بودم زود بازنشسته شوم و مانند یک زندانی با حکم چهارده ساله باشم».

مسخ شخصیت (از خود بیگانگی فردی)

نشانه دوم فرسودگی مسخ شخصیت است و شامل دوری‌گزینی هیجانی، کاهش همدلی و شفقت، بدبینی به دیگران و تحریک‌پذیری است.

۱. دوری‌گزینی هیجانی: مسخ شخصیت زمانی روی می‌دهد که خستگی هیجانی بیش از حد شود؛ در نتیجه فرد برای محافظت از خود به تدریج عواطف و هیجانات خود را از کار جدا می‌کند. پزشکی که دچار مسخ شخصیت شده است، با دیگران به عنوان اشیا و بدون عاطفه رفتار می‌کند. به نظر می‌رسد هیجانات او خاموش شده است؛ یعنی نه رویدادهای شاد (مانند تولد فرزند، بهبود بیماران) او را به شگفت می‌آورد و نه رویدادهای ناراحت‌کننده (مانند مشاهده درد و رنج بیمار، فوت بیمار) او را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ حتی ممکن

است بگوید: «واقعاً برایم مهم نیست برای برخی بیمارانم چه پیش می‌آید». پزشکانی که این نشانه را تجربه می‌کنند، می‌گویند گویا شبیه روبات شده‌اند. تعامل آن‌ها با بیمارانشان در درجه اول بر زمان‌بندی ملاقات با بیمارانشان متمرکز می‌شود؛ به جای اینکه اولویت آنان حل مشکلات بیمارانشان باشد. در این شرایط به نظر می‌رسد اسامی افراد در برنامه روزانه پزشک، دیگر افراد نیستند؛ بلکه وظایف و مراحل هستند که در یک لیست بررسی می‌شوند. پزشکان تجربه خود را از دوری‌گزینی هیجانی این‌گونه بیان می‌کنند: «اگر خود را بازبگردیم یک فیلم فرض کنیم، نقشی را ایفا می‌کنم که برایم معتبر و حقیقی نیست؛ یعنی از نظر شناختی حضور دارم؛ اما از نظر هیجانی غایبم».

۲. کاهش همدلی و شفقت: با گسترش مسخ شخصیت، پزشک نمی‌تواند با دیگران همدلی کند و احساس شفقت نسبت به بیمارانش و حتی خودش را از دست می‌دهد. حتی در اتاق استراحت پزشکان، شفقت کردن و مراقبت کردن برایش به جوک و طعنه تبدیل می‌شود. مسخ شخصیت را حتی می‌توان با نام «خستگی از شفقت»^۱ نیز توصیف کرد. یک مثال کامل این توصیف را می‌توان در تجربه پزشک فرسوده‌ای جست‌وجو کرد که می‌گوید: «هنگام عبور از کنار اتاق بیمارم، دم در توقف کردم و به او اطلاع دادم که براساس نتایج MRI یک سکنه خفیف مغزی داشته است. سپس بیمار سعی کرد اطلاعات بیشتری کسب کند، من احساس ناامیدی و درماندگی کردم؛ زیرا زمانم را برای سایر کارها برنامه‌ریزی کرده بودم؛ اما ناگهان دیدم که درحال ارائه اطلاعات به بیمارم هستم. سپس بیمار شروع به گریه کرد و من خشمگین و ناامیدتر شدم. زمان زیادی را از دست داده بودم؛ از اتاق بیمار خارج شدم. درواقع نتوانستم خودم را به جای بیمارم بگذارم و با او همدلی کنم. احساس می‌کردم از همدلی کردن تهی شده‌ام».

۳. بدبینی: مسخ شخصیت موجب می‌شود که پزشکان به همکاران، بیماران و خانواده خود بدبین شوند و دیگر، بیماران نامهربان یا نیازمند را دوست نداشته باشند. اعتماد کمتر به همکاران، دوستان و خانواده، انزوا و رفتارهای ضداجتماعی همگی نشان‌دهنده بدبینی است.

مسخ شخصیت در پزشکی مدرن بسیار شایع است. به گفته برخی صاحب‌نظران، نظام آموزش پزشکی مدرن زمینه‌ای برای آموزش فرایند مسخ شخصیت است. این نظام همواره به پزشکان توصیه می‌کند از نظر عاطفی و هیجانی، خود را از کار جدا کنند تا بتوانند از خود محافظت کنند؛ زیرا اگر بیش از حد، احساس همدلی یا همدردی و یا غم و اندوه داشته باشند و انرژی روانی بیش از حدی برای بیماران صرف کنند، زمانی که حال یکی از بیماران وخیم شود یا فوت کند، پزشک او نیز کاملاً از پا درخواهد آمد.

احساس کاهش شایستگی و موفقیت فردی

احساس کاهش شایستگی و موفقیت فردی مؤلفه خودارزیابی فرسودگی شغلی است. این بُعد فرسودگی شغلی بیان می‌کند که پزشک احساس بی‌کفایتی، ناشایستی، ناموفق بودن و نارضایتی می‌کند و ارزیابی منفی و پایینی از عملکرد خود دارد. او غیرمنصفانه و بی‌رحمانه به خودش برچسب می‌زند. ممکن است بگوید: «من پزشک بدی هستم؛ زیرا نتوانستم به یک بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید کمک کنم».

متخصصان سلامت روان معتقدند این برچسب‌ها نشانه فرورفتن عمیق پزشک در فرایند فرسودگی است؛ حتی ممکن است به برچسب‌زدن به بیمارانش پردازد و اگر چنین شود، مراقبت مطلوبی از بیماران نخواهد داشت. به سبب همین احساس بی‌کفایتی، بسیاری از پزشکان فرسوده مسئولیت شخصی رویدادهایی را می‌پذیرند که فراتر از کنترل آنان است؛ گاهی خود را به سبب عوارض جانبی شناخته شده یک دارو که تجویز کرده‌اند، سرزنش و متهم می‌کنند و بار دیگر خود را ناشایست و بی‌کفایت می‌نامند؛ این مانند آن است که

یک خلبان خود را به سبب آب‌وهوای نامناسب و لغو پرواز مقصر بداند. در این موقعیت اگر پزشک از همکارانش درباره دیدگاهش پرس‌وجو کند، به او می‌گویند که او به کمک نیاز دارد و باید دیدگاه متعادل‌تری به دست آورد. یک مثال جالب، پزشکان مراقبت‌های اولیه هستند که خود را در برخی موارد سرزنش می‌کنند؛ مثلاً اینکه بیمارشان هنوز از سیگار و مشروبات الکلی دست برنداشته است.

احساس بی‌کفایتی تدریجی و نامحسوس رخ می‌دهد. پزشکان فرسوده به کمال‌گرایی متمایل‌اند. آنان خودشان را با کارشان می‌شناسند و فکر نمی‌کنند که پزشکی به‌عنوان یک حرفه است؛ بلکه به‌عنوان هویت خود به آن نگاه می‌کنند؛ درواقع گویا پزشکی تعریف می‌کند آنان چه کسانی هستند. در نتیجه بسیاری از این پزشکان، خود را با یک فهرست غیرممکن از «بایدها» ارزیابی می‌کنند. آنان فهرستشان را اولویت‌بندی هم نمی‌کنند و چنین می‌اندیشند که می‌توانند همه کارها را انجام دهند. وقتی با موفقیت همه کارها را انجام ندهند، احساس بی‌کفایتی می‌کنند؛ اگر همه کارها را هم انجام دهند، شب که به خانه بازمی‌گردند، کاملاً خسته‌اند؛ اما یک لیست «باید» دیگر برای فردا آماده می‌کنند.

استرس، فرسودگی یا افسردگی؟

فرسودگی شغلی مفهومی متمایز از سایر اختلالات خلقی است و می‌توان گفت بین استرس و افسردگی جای دارد. فرسودگی از استرس مزمن ناشی می‌شود و می‌تواند به افسردگی بینجامد. فرسودگی شغلی و افسردگی با هم هم‌بسته‌اند؛ اما مفاهیم متمایزی دارند.

افسردگی وابسته به زمینه خاصی نیست؛ درحالی‌که فرسودگی پدیده‌ای مرتبط با کار است؛ به عبارت دیگر، در افسردگی افکار و احساسات منفی فقط محدود به کار نیست؛ بلکه درباره همه زمینه‌های زندگی است. یک فرد افسرده، هم در زمان کار و

هم در دیگر اوقات، نبودِ انرژی را احساس می‌کند. در افسردگی احساس ناامیدی و غم مختص به شغل فرد نیست؛ بلکه در همه لحظه‌های زندگی او تأثیر دارد و از او جدا نمی‌شود. درحالی که یک فرد فرسوده چنین احساس مشابهی را اساساً در کار تجربه می‌کند و ممکن است در سایر حیطه‌های زندگی، این گونه نباشد.

استرس به‌خودی‌خود اختلال نیست؛ درحالی که فرسودگی به‌خودی‌خود اختلال است. فرسودگی شغلی با کُندشدن هیجانات، کاهش درگیرشدن در کار، احساس ناامیدی و درماندگی همراه است؛ اما استرس شغلی با شدت‌گرفتن واکنش‌های هیجانی، اشتیاق بیش از اندازه به کار،^۱ احساس فوریت و فزون‌کاری^۲ همراه است.

همچنین استرس یک واکنش گذرا به وضعیت دشوار است. اکثر مردم می‌توانند یک روز کاری پراسترس داشته باشند؛ سپس به خانه برگردند؛ ورزش کنند؛ وقت خود را با خانواده صرف کنند و احساس بهتری یابند؛ اما تفاوت فرسودگی و استرس این است که فرد پس از تجربه فرسودگی، نمی‌تواند خود را طی یک دوره کوتاه‌مدت دوباره برای روز بعد احیا کند. پزشکان فرسوده نمی‌توانند قبل از روز کاری بعدی، خود را شارژ کنند؛ اغلب در کار احساس غرق‌شدن و خستگی می‌کنند و از روزی که در پیش دارند احساس هراس می‌کنند. به‌طور معمول تصمیماتی که یک پزشک در طول روز برای تشخیص و بهبود سلامت بیماران خود می‌گیرد، پراسترس است؛ زیرا هزینه هر خطای احتمالی بسیار زیاد است. به‌علاوه مراقبت و تشخیص افراد مبتلا به بیماری که از نظر هیجانی نیز آسیب‌پذیر هستند، انرژی زیادی می‌طلبد؛ بنابراین تقریباً غیرممکن است که یک پزشک روزانه هیچ استرسی تجربه نکند. برای واضح‌ترشدن تفاوت استرس و فرسودگی این موقعیت را در نظر بگیرید: اگر فردی یک شب خواب خود را از دست بدهد، معمولاً می‌تواند در شب بعد، کمبود خواب خود را جبران کند؛ اما اگر سه یا چهار شب، خواب خود را از دست بدهد

1. over engagement

2. feeling of urgency and hyperactivity

فصل دوم: آیا دچار فرسودگی شغلی هستیم؟

و به طور فزاینده از خواب محروم شود، بدن او در نهایت واکنش نشان خواهد داد و دچار اختلال فیزیولوژیکی قابل توجهی خواهد شد. به همین ترتیب اگر تجارب ناخوشایند یک پزشک همواره تکرار شود، مانند فشارهای کاری بی پایان بدون هیچ گونه فراغت (همان طور که در پزشکی مدرن در حال اتفاق افتادن است)، آنگاه توانایی بهبودیافتن را از دست می دهد و به سوی فرسودگی خواهد رفت.

چگونه فرسوده می شویم؟

هر پزشک ممکن است با طی مسیری متفاوت، فرسودگی شغلی را تجربه کند؛ اما بیشتر محققان و متخصصان به این نتیجه رسیده اند که نشانگان فرسودگی شغلی، یک شبه حمله نمی کند؛ بلکه به تدریج در طول زمان گسترش می یابد. حتی در اغلب موارد، نخستین قربانیان فرسودگی شغلی کسانی بوده اند که با اشتیاق و انگیزه، تلاش و بلندپروازی بسیار، مسیر تحصیلی و شغلی خود را آغاز کرده اند؛ اما چگونه فردی که با امید و تلاش فراوان به رشته پزشکی وارد شده است، به فرسودگی و احساس سرخوردگی و بی کفایتی می رسد؟

با کنار هم گذاشتن مدل های مختلف، می توان فرایند رخداد فرسودگی شغلی را به دوازده مرحله تقسیم کرد. این مراحل لزوماً به ترتیب و پشت سر هم رخ نمی دهد. بسیاری از قربانیان همه مراحل را طی نمی کنند و برخی دیگر هم زمان خود را در چند مرحله می یابند. همچنین طول هر مرحله، از فردی به فرد دیگر متفاوت است. فردی که دچار فرسودگی شغلی می شود، احتمالاً برخی یا همه مراحل زیر را تجربه می کند:

۱. احساس اجبار برای اثبات خود

یکی از خاستگاه‌های فرسودگی معمولاً بلندپروازی بیش از حد است؛ در این مرحله فرد تمایل دارد خود را در محل کار اثبات کند و این تمایل به عزم و اراده قوی و احساس اجبار برای این کار تبدیل می‌شود. این بلندپروازی زمانی که بیش از حد باشد، به مشکل تبدیل می‌شود و باعث می‌گردد فرد از سلامت خود غافل بماند.

۲. سخت‌تر کار کردن

فرد در این مرحله برای پاسخگویی به انتظارات شخصی خود، بیشتر و بیشتر با کار دست‌وپنجه نرم می‌کند؛ خود را در کنترل همه امور غرق می‌کند که این مسئله مفهوم جایگزین‌ناپذیری^۱ را برای او اثبات می‌کند؛ یعنی به این نتیجه می‌رسد که آنقدر محور همه برنامه‌ها شده است که اگر یک روز نباشد، هیچ‌کس جایگزین او نخواهد بود و کارها درست پیش نخواهد رفت. این احساس مجدداً احساس اجبار برای بیشتر وقت گذاشتن در کار را تقویت می‌کند.

۳. غفلت کردن و گذشتن از نیازهای خود

پس از مدتی فرد هرگز برنامه‌های خود را به‌جز برای کار بیشتر ترک نمی‌کند و به دیگر نیازهای ضروری خود مانند خواب، غذا خوردن و دیدار دوستان و خانواده اهمیت نمی‌دهد. او به خود می‌گوید این فداکاری‌ها سندی برای اثبات عملکرد قهرمانانه اوست. درحالی‌که گذشتن از نیازها و تفریحات، او را بیشتر در خستگی و فرسودگی غرق می‌کند. گاهی فرد ناخواسته درگیر این مرحله می‌شود؛ زیرا ممکن است فشار کاری بسیار و محدودیت زمانی داشته باشد.

1. irreplaceability

۴. جابه‌جا کردن منشأ مشکل

فرد سرانجام در این مرحله متوجه می‌شود که گویا برخی چیزها درست نیست؛ به اصطلاح یک جای کار می‌لنگد؛ اما نمی‌تواند منبع مشکل خود را ببیند. برای مقابله با علل ریشه‌ای پریشانی خود، ممکن است یک بحران را ایجاد یا شعله‌ور کند و سپس آن را منبع تهدید به شمار آورد؛ برای مثال ممکن است رفتار بد همکاران، استادان و یا ناعادلانه بودن شرایط را علت وضعیت روحی و جسمی خود بداند؛ یعنی به اصطلاح منبع اصلی تعارض را برای خود جابه‌جا می‌کند. اولین علائم جسمی اغلب در این مرحله بروز می‌کند (علائم جسمی در جدول شماره دو توضیح داده شد).

۵. تجدیدنظر در ارزش‌ها

به تدریج انزوا، اجتناب از برخورد با دیگران و انکار نیازهای اساسی جسمی، ادراکات ذهنی فرد را تغییر می‌دهد. او در نظام ارزش‌های خود بازبینی می‌کند و چیزهای مهم مانند دوستان یا سرگرمی‌ها را کاملاً حذف می‌کند؛ تنها معیار او برای سنجش ارزشمندی خودش، شغلش می‌شود و به طور فزاینده‌ای از نظر عاطفی کُند^۱ می‌شود؛ یعنی واکنش‌های عاطفی و هیجانی متفاوتی را تجربه نمی‌کند و نشان نمی‌دهد؛ برای مثال هیچ چیز او را خیلی شاد یا خیلی غمگین نمی‌کند. برخی این حالت را مسطح بودن عاطفی می‌گویند.

۶. انکار مشکلات در حال بروز

او بسیار ناشکیبا می‌شود؛ همکارانش را افرادی احمق، تنبل یا نامنظم می‌بیند. تماس‌های اجتماعی را تقریباً تحمل‌ناپذیر می‌داند و بدبینی و پرخاشگری او آشکارتر می‌شود؛ اما همچنان علت مشکلات روزافزون خود را به فشار زمانی و حجم کاری نسبت می‌دهد و به این مسئله که درواقع روش زندگی او عوض شده است، توجه نمی‌کند.

1. blunt

۷. صرف نظر کردن و دست کشیدن

در این مرحله او تماس‌های اجتماعی خود را به حداقل کاهش می‌دهد و منزوی‌تر می‌شود؛ به‌طور فزاینده‌ای احساس ناامیدی یا سرگردانی می‌کند و به‌صورت وسواس‌گونه طبق آنچه کتاب‌ها گفته‌اند، کار می‌کند. بسیاری از افراد در این مرحله ممکن است آرامش را با الکل یا داروها جست‌وجو کنند.

۸. تغییرات رفتاری آشکار

همکارانی که در حلقه ارتباطی نزدیکی با فرد فرسوده هستند، دیگر نمی‌توانند تغییرات رفتاری او را نادیده بگیرند. قربانیانی که قبلاً پُرجنب‌وجوش و به‌شدت درگیر کار بوده‌اند، اکنون هراسان، عصبی، خجالتی و بی‌تفاوت شده‌اند و از درون احساس بی‌ارزشی می‌کنند.

۹. مسخ شخصیت

مسخ شخصیت یعنی فرد تماسش را با خودش از دست می‌دهد؛ نه خود را ارزشمند می‌بیند و نه دیگران را. نمی‌تواند نیازهای دیگران را درک کند یا با آنان همدلی کند. چشم‌انداز او محدود می‌شود و به آنچه خارج از محدوده زمانی، مکانی و ارزشی فعلی است، بی‌توجه می‌شود. به‌طور کلی زندگی برای آنان فقط مجموعه‌ای از اعمال مکانیکی می‌شود.

۱۰. پوچی درونی

در این مرحله احساس پوچی درونی فرد، بی‌رحمانه گسترش می‌یابد. برای غلبه بر این احساس، او ناامیدانه به دنبال فعالیت است. از این‌رو واکنش‌های افراطی مانند پرخوری، تمایلات جنسی بیش از حد، استفاده از الکل و داروها ظاهر می‌شود. بسیاری

از پزشکان می‌گویند در دوران دانشجویی جوان ایدئال‌گرایی بودند؛ اما با گذشت زمان، استرس و اضطراب پزشکی مدرن آنان را از ایدئال‌هایشان دور کرد و اکنون به پزشکی فقط به‌عنوان یک منبع درآمد نگاه می‌کنند و البته هر اشتباه پزشکی آنان ممکن است مسئولیت قضایی بالایی داشته باشد. در این مرحله او دیگر فعالانه دنبال راه حل نیست؛ صرفاً می‌کوشد چیزی را از دست ندهد و فقط جدول‌های ضروری مانیتور کامپیوتر را چک می‌کند. گویا فقط زنده است؛ اما زندگی نمی‌کند. در بدترین و ناامیدکننده‌ترین حالت، پزشکان به این مسئله اعتقاد می‌یابند که شغلشان بی‌معنی است و در کیفیت مراقبت از بیمارانشان شک می‌کنند.

۱۱. افسردگی

این مرحله نشانگان فرسودگی مانند افسردگی است. افراد فرسوده بی‌تفاوت، بی‌احساس، ناامید، خسته و بی‌انرژی هستند و بر این باورند که آینده چیزی برای آنان نگه نداشته است. در این مرحله هریک از علائم افسردگی ممکن است آشکار شود؛ از بی‌قراری گرفته تا بی‌حالی و بی‌تفاوتی. درنهایت کل زندگی برای او معنای خود را از دست می‌دهد.

۱۲. نشانگان فرسودگی شدید

در این مرحله تقریباً همه قربانیان فرسودگی شغلی برای فرار از وضعیت خود افکار مرگ یا متمایل به خودکشی دارند؛ اما عملاً تعداد کمی از آنان خودکشی می‌کنند؛ درنهایت از فروپاشی روانی و جسمی رنج می‌برند. بیماران در این مرحله به توجه فوری پزشکی نیازمندند.

چه زمانی فرسوده می شویم؟

براساس پژوهش‌های منتشرشده در سراسر جهان، در همه سال‌های تحصیل (از پزشکی عمومی تا مراحل بالاتر)، امکان ابتلا به فرسودگی شغلی وجود دارد. هرچند در برخی سال‌ها و دوره‌ها، شیوع آن بیشتر است؛ برای مثال شیوع این نشانگان در دانشجویان سال دوم در دوره‌های تحصیلی مختلف (عمومی، دستیاری و غیره) بیشتر از سال‌های دیگر است؛ همچنین در بین همه مراحل تحصیل و اشتغال پزشکی، دوران دستیاری چالش‌انگیزترین و فرسوده‌کننده‌ترین دوره‌هاست. دستیاران تخصص‌های مختلف در معرض خطر این نشانگان قرار دارند.

چگونه فرسودگی شغلی را بسنجیم؟

رایج‌ترین و معتبرترین ابزاری که برای سنجش این نشانگان به کار می‌رود، پرسشنامه فرسودگی مسلش^۱ است؛ بنابراین بیاید با این سنجش شروع کنیم. آیا شما دچار فرسودگی شغلی هستید؟ لطفاً سؤالات پرسشنامه را مطالعه کنید و با توجه به مقیاس درجه‌بندی زیر نمره دهید.

1. Maslach Burnout Inventory

قیاس	ناچیز	خیلی کم	کم	قابل ملاحظه	نسبتاً زیاد	زیاد	خیلی زیاد
نمره	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

نمره

---	۱.	احساس می‌کنم از نظر عاطفی، از کارم خسته شده‌ام.
---	۲.	در پایان یک روز کاری احساس می‌کنم از کار افتاده شده‌ام.
---	۳.	صبح که از خواب برمی‌خیزم، از اینکه مجبورم روز دیگری کارکنم احساس خستگی شدید می‌کنم.
---	۴.	احساس می‌کنم سروکار داشتن با همکاران و بیماران در تمام روز بر من فشار می‌آورد.
---	۵.	احساس می‌کنم کار مرا از پا درآورده است.
---	۶.	از شغلم احساس ناکامی می‌کنم.
---	۷.	احساس می‌کنم در شغلم سختی زیادی می‌کشم.
---	۸.	کار کردن مستقیماً با همکاران و بیماران، باعث استرس زیادی برای من می‌شود.
---	۹.	احساس می‌کنم که به آخر خط رسیده‌ام.
---	۱۰.	نمی‌توانم احساس همکاران و بیماران را دربارهٔ موضوعات مطرح شده درک کنم.
---	۱۱.	من نمی‌توانم به شیوهٔ بسیار مؤثری به حل مشکلات مرجعانم بپردازم.
---	۱۲.	احساس می‌کنم بی انرژی هستم.
---	۱۳.	احساس می‌کنم از طریق کارم، تأثیر مثبتی بر زندگی دیگران ندارم.
---	۱۴.	نمی‌توانم محیط آرامی را برای همکاران و بیماران ایجاد کنم.
---	۱۵.	پس از کار با همکاران و بیماران، احساس شادمانی و نشاط نمی‌کنم.
---	۱۶.	احساس می‌کنم کارهای ارزشمندی را در این شغل انجام نداده‌ام.
---	۱۷.	نمی‌توانم در کارم مسائل عاطفی را با آرامش کامل سروسامان دهم.
---	۱۸.	احساس می‌کنم با برخی از مراجعانم مانند اشیاء رفتار می‌کنم.
---	۱۹.	احساس می‌کنم از وقتی به این شغل پرداخته‌ام، نسبت به بیماران بی‌عاطفه شده‌ام.
---	۲۰.	نگرانم شغلم مرا از نظر عاطفی خشن کرده باشد.
---	۲۱.	واقعاً برایم مهم نیست که برای بعضی از بیماران چه پیش می‌آید.
---	۲۲.	احساس می‌کنم که بیماران مرا به خاطر بی‌توجهی به بعضی از مشکلاتشان سرزنش می‌کنند.

شما چه رنگی هستید؟
حالا امتیاز کلی خود را محاسبه کنید. برای محاسبه امتیاز کلی، نمرات مربوط به پاسخ‌های خود را جمع بزنید.

نمره ۲۲ تا ۶۶

نمره ۶۷ تا ۱۱۰

نمره ۱۱۱ تا ۱۵۴

اگر ■ هستید، شما فرسوده هستید؛ اما نگران نباشید و حتماً این کتاب را تا پایان بخوانید.

اگر ■ هستید، شما در معرض فرسودگی شغلی هستید؛ اما باز هم نگران نباشید و تا آخرین فصل این کتاب را بخوانید.

اگر ■ هستید، به شما تبریک می‌گوییم. توصیه ما برای پیشگیری از مبتلا شدن به فرسودگی شغلی این است که تا آخرین فصل این کتاب همراه ما باشید.

علاوه بر نمره کلی خود، شما می‌توانید نمره خود را در هریک از ابعاد فرسودگی شغلی محاسبه کنید. سؤالات ۱ تا ۹ مربوط به خستگی هیجانی، سؤالات ۱۰ تا ۱۷ مربوط به احساس شایستگی شخصی و سؤالات ۱۸ تا ۲۲ مربوط به مسخ شخصیت است.

نمره شما	ابعاد
_____	خستگی هیجانی
_____	مسخ شخصیت
_____	احساس کاهش شایستگی و موفقیت فردی
_____	کل (فرسودگی شغلی)

فصل دوم: آیا دچار فرسودگی شغلی هستیم؟

فصل سوم: چرا فرسوده می شویم؟

پیش از هر چیز باید بدانیم فرسودگی شغلی برای پزشکان اجتناب‌ناپذیر است و حرفه پزشکی به‌خوبی از این مسئله آگاه است. استرس‌ها، تنش‌ها، ناکامی‌ها و سایر عوامل شغلی که سرانجام به فرسودگی شغلی تبدیل می‌شود، همواره در این شغل وجود دارد؛ به عبارت دیگر به‌دلیل ماهیت حرفه پزشکی نمی‌توان آن عوامل را حذف و یا از آن اجتناب کرد؛ برای مثال پزشکان از یک‌سو همواره با تقاضا و انتظارات بسیار بیماران و ازسوی دیگر با کمبود زمان، منابع و نیز احساس مسئولیت درباره سلامتی آنان روبه‌رو هستند؛ همچنین مواردی مانند مرگ‌ومیر بیماران و رویارویی با بیماری‌های بدخیم کاملاً اجتناب‌ناپذیر است.

به‌طورکلی می‌توان گفت دو دسته عوامل خطر برای فرسودگی شغلی وجود دارد: عوامل شغلی و عوامل فردی. منظور از عوامل شغلی عواملی است که به محیط کار و ماهیت شغل افراد مربوط می‌شود و منظور از عوامل فردی عواملی است که به ویژگی‌های شخصیتی یا زندگی خصوصی افراد مربوط است. البته میزان اهمیت این دو دسته متفاوت است و عوامل شغلی سهم بیشتری دارد.

در ادامه فهرستی از عوامل شغلی و فردی که به فرسودگی شغلی در پزشکان می‌انجامد، تشریح می‌شود.

عوامل شغلی

- جامع نبودن نظام آموزش پزشکی: متخصصان فرسودگی پزشکی دریافته‌اند که نظام آموزشی پزشکان را برای فرسودگی آماده می‌کند؛ حتی برخی معتقدند فرسودگی شغلی را باید نتیجه آشکار نظام آموزش پزشکی در نظر گرفت. در آغاز و حین و پایان آموزش پزشکی، کاستی‌های متعددی در نظام آموزش پزشکی وجود دارد.

دانشجویان تازه‌وارد درباره مهارت‌های سازگاری با شرایط جدید آموزش کافی نمی‌بینند. روانشناسان صنعتی و سازمانی معتقدند برای افراد تازه‌وارد به هر حرفه و دوره تحصیلی خاص، آموزش‌های جامعه‌پذیری لازم است. در طی دوره‌های جامعه‌پذیری، فرهنگ و هنجارهای محیط جدید، الزامات کاری و تحصیلی، کدهای اخلاقی و مهارت‌های سازگاری با محیط جدید آموزش داده می‌شود. سازگاری با محیط آموزشی پزشکی زمان‌بر است. دانشجویان پزشکی در معرض منابع استرس مختلفی هستند؛ برای مثال دانشجویان سال اول با چالش‌هایی بین خانواده، دوستان، تفریح و الزامات محیط یادگیری جدیدشان روبه‌رو هستند. آنان درباره عملکرد تحصیلی، تلاش برای مدیریت مطالعه حجم زیادی از اطلاعات و قرارگرفتن در بین گروهی از همکاران و همکلاسی‌ها که انگیزه و هوش مشابهی دارند، نگران هستند.

مدارس پزشکی دانشجویان را آموزش می‌دهد تا در آینده پزشکانی موفق شوند. هدف آموزش‌های پزشکی افزایش دانش نظری، مهارت‌های بالینی، عملی و استانداردهای اخلاقی و حرفه‌ای دانشجویان است؛ اما متأسفانه مدارس پزشکی، مهارت‌های مرتبط با «عضو یک سازمان بودن» را به پزشکان آموزش نمی‌دهد. در طی

دوره‌های تحصیلی، هیچ آموزشی برای ارتباطات بین فردی در محیط‌های مراقبتی و بهداشتی به پزشکان داده نمی‌شود. به همین دلیل، زمانی که پزشکان آماده پاسخگویی به نیازهای بیمار نیستند، نمی‌توانند ارتباط مؤثری با او برقرار کنند و این موجب نارضایتی بیماران و احساس بی‌کفایتی یا تنش در پزشک می‌شود. علاوه بر مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های رهبری، مهارت‌های کار تیمی، مدیریت زمان، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری در شرایط دشوار، از جمله آموزش‌هایی است که در هر سازمانی ضروری است؛ اما چنین آموزش‌هایی در نظام آموزش پزشکان جایی ندارد.

همچنین محیط یادگیری در یک مدرسه پزشکی، از جنبه‌های غیررسمی و پنهانی تشکیل شده است که هویت حرفه‌ای دانشجویان پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مسئله به‌طور گسترده‌ای از سال‌های دور تصدیق شده است که بخش بزرگی از یادگیری، خارج از کلاس درس و محیط بالینی، به‌عنوان بخشی از یک برنامه درسی پنهان^۱ اتفاق می‌افتد. اکثر تعاملات بین دانشجویان در محیطی غیررسمی اتفاق می‌افتد که هیچ استادی حضور ندارد. برنامه درسی پنهان پیام‌های قدرتمندی درباره ارزش‌های حرفه‌ای، شخصیت‌ها و هنجارها ارسال می‌کند؛ برای مثال جنبه‌های رسمی آموزش پزشکی می‌تواند حرفه‌ای‌گرایی^۲ را به ارمغان بیاورد؛ اما جنبه‌های پنهان، عملکرد رقابتی بین همکلاسی‌ها را ارزشمند می‌داند. یکی از رفتارهای ناسازگارانه که می‌تواند به دلیل رقابت اتفاق بیفتد، گزارش ندادن خطاهای پزشکی است؛ برای مثال ممکن است فردی دچار خطای پزشکی شود، اما به‌خاطر خدشه دارنشدن توانمندی خود، این خطا را گزارش نکند. این فضای غیررسمی می‌تواند به مدل‌سازی بدبینی، رفتارهای غیراخلاقی، مخالفت با درس‌های رسمی، بی‌نظمی در رسیدگی به بیماران، استرس و فرسودگی بینجامد.

1. hidden curriculum

2. professionalism

در سال‌های پایانی آموزش پزشکی عمومی، دانشجویان از فضای درس‌های نظری، به‌عنوان کارورز وارد محیط عملی می‌شوند؛ این چرخش نیز چالش‌های خود را دارد؛ زیرا محیط بالینی (بیمارستان)، یک محیط یادگیری بدون ساختار و نیازمند تعهدات طولانی‌مدت است و دانشجویان یک‌باره مسئولیت‌های بالینی بیشتری احساس می‌کنند. علاوه‌بر این، دانشجویان در این دوره اغلب از گروه‌های دوستانه هم‌کلاسی‌های خود جدا و به محیط بالینی وارد می‌شوند. گروه‌های دوستانه در افزایش احساس حمایت اجتماعی افراد مؤثر است و حمایت‌های اجتماعی نقش بسیاری در کاهش استرس و اضطراب افراد دارد. با این اوصاف، آنان هم‌زمان با استرس بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری روبه‌رو خواهند شد. این شرایط ممکن است در آغاز یا تشدید فرسودگی دانشجویان نقش داشته باشد.

- محیط کاری ناخوشایند و دشوار: برخی مشاغل فرد را همواره در معرض هیجانات ناخوشایند قرار می‌دهد؛ برای مثال آتش‌نشانان، پرستاران و پزشکان به‌خاطر ماهیت شغلشان، همواره مجموعه‌ای از هیجانات شدید را تجربه می‌کنند؛ مانند نیاز به نجات‌دادن دیگران، احساس شکست و ناامیدی، فوت دیگران، رویارویی با ابهامات و قطعیت‌نداشتن. همچنین آنان مجبورند در محیطی کار کنند که به‌طور فزاینده‌ای پرهیاهو و گاهی همراه با دعواست؛ اما افرادی با چنین مشاغلی باید هم وظایف خود را انجام دهند و هم از آنان انتظار می‌رود که در مقابل چشم مراجعان، خود را مسلط و آرام و با اعتمادبه‌نفس نشان دهند و حتی با مراجعان همدلی کنند. پزشکان همواره شاهد درد و رنج بیماران هستند، از بیماری‌های دشوار گرفته تا فوت بیماران؛ بنابراین طبیعی است که پزشکان برای برقراری ارتباط با بیمارانی که روزهای آخر عمر خود را می‌گذرانند، اضطراب داشته باشند. در چنین شرایطی،

فصل سوم: چرا فرسوده میشویم؟

پزشکان احساس ناراحتی، غم، حس آسیب‌پذیری، عصبانیت و ترس را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، پزشکان همواره شاهد اندوه و ناآرامی همراهان بیمار هستند. آنان معمولاً از رویارویی با خانواده چنین بیمارانی احساس ناخوشایندی دارند و این مسئله استرس مضاعفی به آنان وارد می‌کند.

- ساعات کاری بسیار: تحقیقات نشان می‌دهد یکی از عمده‌ترین و اصلی‌ترین دلایل فرسودگی ساعات کاری طولانی است. اکثر پزشکان بین ۴۰ تا ۶۰ ساعت در هفته کار می‌کنند؛ بدون آنکه کنترلی بر برنامه‌های خود و مجموع ساعت‌های کاری هر هفته داشته باشند. ساعات کاری زیاد باعث خستگی مفرط، وعده‌های غذایی نامنظم، نبودن فرصت برای خواب کافی، بیداری‌های شبانه (چه برای نوبت‌های کاری و چه برای مطالعه کتاب‌های درسی)، از بین رفتن تعادل بین کار و خانواده و نداشتن فرصت کافی برای تفریح می‌شود. علاوه بر ساعات کاری طولانی، حجم کار پزشکان بسیار زیاد است و درعین حال هیچ کنترلی بر حجم کارشان ندارند؛ برای مثال تعداد بیمارانی که وارد بیمارستان می‌شوند، قابل پیش‌بینی و کنترل نیست. کاهش احساس کنترل در محیط کاری با اضطراب، کاهش انگیزه و استقامت، افسردگی، سرعت حل مسئله پایین و تمایل به تسلیم شدن در برابر مشکلات یا رهاکردن آن‌ها همراه است.

- محرومیت از خواب: این غیرمعمول نیست که پزشکان، به‌ویژه دستیاران و متخصصان، در شبانه‌روز چهار ساعت یا کمتر بخوابند. آنان در این ساعات کمی که می‌خوابند، غالباً محل خواب راحتی ندارند و روی همان تخت‌خواب نامناسب اتاق کشیک می‌خوابند؛ اما خواب آنان با وقفه همراه است یا به راحتی

نمی‌توانند به خواب روند. یک پژوهش دربارهٔ اینکه کارورزان و دستیاران چگونه کشیک‌های شبانه خود را سپری می‌کنند، نشان داده است که حداکثر زمان خواب آنان اندکی بیش از چهار ساعت است؛ اما این خواب هم پیوسته نیست و مدت زمان خواب پیوسته آنان، بین ۴۰ تا ۸۶ دقیقه در نوسان است. به نظر می‌رسد پزشکان پس از همین میزان خواب هم می‌توانند کارهای خود را انجام دهند؛ ولی این کارها نسبتاً ساده است؛ یعنی آنان فقط کارهایی را می‌توانند انجام دهند که خوب یاد گرفته‌اند؛ مثل قدم‌زدن، گفت‌وگو کردن و دیگر وظایف عملی ساده؛ در نتیجه توانایی‌های شناختی سطح بالا مانند حافظه، مهارت‌های محاسباتی و تصمیم‌گیری آنان مختل می‌شود و در بسیاری از موارد دچار افسردگی و فرسودگی شغلی می‌شوند.

- ابهام در شرح وظایف: ۵۰ تا ۸۵ درصد دانشجویان پزشکی احساس می‌کنند مورد سوءاستفاده فراستان خود (استادان، دانشجویان سال‌های بالاتر، مسئولین و کارکنان بیمارستان و غیره) قرار می‌گیرند؛ برای مثال کارهایی به آنان محول می‌شود که وظیفهٔ سایر کارکنان بیمارستان است و یا مسئولیت‌های شخصی استادان، کارکنان و دانشجویان سال‌های بالاتر است؛ اما اغلب دانشجویان به‌خاطر ترس از انتقاد یا نگرانی درباره نمرات ارزیابی‌های عملکرد، در برابر این سوءاستفاده‌ها نافرمانی نمی‌کنند.

علاوه‌بر دانشجویان، سایر پزشکان نیز از ابهام در شرح وظایف خود آسیب می‌بینند. آنان برای همکاری هرچه بیشتر و سرعت‌بخشیدن به کارها ممکن است هر کاری انجام دهند؛ حتی آن کاری که می‌دانند در شرح شغل آنان نیست؛ اما همین ابهام‌ها و بی‌نظمی‌ها در طولانی‌مدت به خستگی و ناامیدی آنان می‌انجامد. به‌علاوه پس از مدتی احساس می‌کنند اصلاً در شرایط عادلانه‌ای نیستند. ادراک نابرابری و

بی‌عدالتی (نمرات ناعادلانه، حجم کار بیش از حد، کارهای غیرضروری) از جمله مسائل جدی دانشجویان پزشکی و سایر پزشکان است. بسیاری از آنان معتقدند نظام ارزیابی عملکرد و پاداش آنان ناعادلانه است. زمانی که پزشکان احساس کنند مدیران و سرپرستان با آنان به صورت برابر رفتار نمی‌کنند و پاداش‌ها، افزایش حقوق و ارتقاها بر مبنای شایستگی افراد و کیفیت کارشان نیست، اعتماد به نفس آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و مضطرب و بدبین می‌شوند.

- محدودیت‌های زمانی: امروزه پزشکان براساس مدل حرفه‌ای مبتنی بر حجم کار می‌کنند؛ یعنی در برابر حجم کاری بیشتر، پاداش بیشتری می‌گیرند. در این مدل هرچه در مدت زمان کمتری، بیماران بیشتری را ملاقات کنند پاداش مالی بیشتری به دست خواهند آورد. درواقع در این مدل، خوب کارکردن اغلب تاوان خواهد داشت؛ بنابراین هر بار که بیماری توضیح بیشتری درباره مشکلش بپرسد و یا با پزشکش تماس بگیرد، نادیده گرفته می‌شود. مدل مبتنی بر حجم کار پزشک را مجبور می‌کند بین یک پزشک خوب بودن یا پاداش خوب کسب کردن، یکی را انتخاب کند. پزشک خوب بودن مبتنی بر ایجاد ارتباط شخصی بین پزشک و بیمار است و این یعنی وقت بسیاری برای هر بیمار لازم است. پاملا وایبل^۱ متخصص فرسودگی تغییرات در پزشکی، دهه ۱۹۶۰ تاکنون را این گونه توصیف می‌کند: «ما از حرفه رابطه‌مدار به یک حرفه تولیدمدار تبدیل شده‌ایم».

- نبود پاداش و قدرشناسی: بسیاری از پزشکان معتقدند تلاش‌ها و زحمات آنان حتی دیده نمی‌شود، چه برسد به آنکه از آنان قدردانی شود. زمانی که از فرد به‌خاطر تلاش‌ها، دستاوردها و نقشش در سازمان قدرشناسی نشود، احساس ناامیدی، خشم و سرخوردگی خواهد داشت و این احساسات خستگی هیجانی و در نهایت فرسودگی را به دنبال خواهد داشت.

- شرمساری و سرزنش شدن: در دوره‌های آموزشی پزشکی به‌ویژه دوره دستکاری، فرهنگی پایدار از «شرمسار و سرزنش کردن»^۱ افراد ریشه دوانیده است. حتی برخی پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که شاید تعداد ساعات کاری علت فرسودگی نباشد؛ بلکه اثر روان‌شناختی تجربه شرم و تحقیر بر عزت‌نفس فرد و اثرات آن بر روابط بین فردی، دلیل مهم‌تری برای فرسودگی است. این تجربه به‌طور کلی کیفیت زندگی دانشجویان دوره‌های مختلف پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهشگران طی یک پژوهش بر روی دستیاران گوش و حلق و بینی پی‌بردند که دستیاران ارشد و یا اساتید ۵۰٪ دستیاران را تحقیر و شرمسار کرده‌اند. آنان همچنین دریافتند در معرض شرمساری و تحقیر قرار گرفتن به افزایش افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و کاهش عملکرد شغلی می‌انجامد.

یک پژوهش دیگر هم نشان داده است که از ۲۱۷ دستیار جراحی، دستیاری که بیشتر، تجربه شرمسار شدن و تحقیر شدن داشتند - نسبت به دستیاری که چنین تجربه‌ای نداشته و یا به‌ندرت داشته‌اند - به احتمال بیشتری دچار افسردگی، فرسودگی شغلی متوسط تا شدید و انزوا شده‌اند؛ همچنین اعتماد به نفس و عملکرد شغلی ضعیف‌تری داشته‌اند. آنان پی‌بردند که ۷۰٪ شرکت‌کنندگان در طول دوره دستیاری تجربه شرمسار شدن و

1. shame-and-blame

تحقیق را داشته‌اند و ۸۲٪ نیز شاهد شرمسار شدن دیگر دستیاران بوده‌اند. ۷٪ دستیاران معتقد بودند شرمسار کردن یک ابزار مؤثر و ضروری آموزشی است. به ترتیب ۸۰٪ و ۷۶٪ گزارش کردند شرمسار کردنشان از سوی یک استاد و دستیار ارشد بوده است و ۶۷٪ اعلام کردند این تجربه اغلب در اتاق عمل روی داده است. همچنین دستیاران اغلب زمانی در معرض شرمساری و تحقیر قرار می‌گرفتند که خطای جراحی داشته‌اند یا به سؤالات پاسخ اشتباه داده‌اند و یا درباره مراقبت‌های بالینی اختلاف نظر داشته‌اند. کمتر از ۵٪ دستیاران اعلام کردند این تجربه بر آنان تأثیری ندارد. تحقیر و سرزنش شدن کارورزان و پزشکان توسط مدیران ارشد به سبب مسائل غیرقابل کنترل، احساس ناراحتی، گناه و ناامیدی از جمله عوامل فرسودگی شغلی پزشکان است.

- ترس از «انگ خوردن»: جک موری، مدیر برنامه‌های منابع انسانی پزشکی دانشگاه دالهوس در کانادا، بیان کرده است که متأسفانه مراقبت از خود، بخشی از آموزش‌های پزشکی نیست و معمولاً جزو اولویت‌های آخر در لیست یک پزشک است. پزشکان هر روز با مشکلات شخصی افراد سروکار دارند؛ اما احتمال بسیار کمی دارد که به مشکلات خودشان توجه کافی کنند. آنان به آسانی اعتراف نمی‌کنند که تحت استرس هستند. علاوه بر این، پزشکان و دانشجویان پزشکی به آسانی در جست‌وجوی کمک‌های روان‌شناختی بر نمی‌آیند. یک پژوهش نشان داده است که از هر ده دانشجوی فرسوده، فقط سه نفرشان به دنبال کمک می‌روند. بیشتر پزشکان و دانشجویان فرسوده و افسرده به دلیل خجالت، ترس از مورد تبعیض واقع شدن، نقض محرمانگی اطلاعاتشان و ترس از انگ یا برچسب خوردن به جست‌وجوی کمک نمی‌روند؛ درواقع جست‌وجوی کمک را مانند یک ننگ برای خود می‌بینند. به طور جالبی

افرادی که بیشتر به درمان نیاز دارند، اغلب برچسب‌های فردی و اجتماعی بیشتری ادراک می‌کنند. این افراد دریافت درمان و حمایت روان‌شناختی را نشانه ضعف می‌دانند؛ به بیماری‌های روانی، نگرش درونی منفی دارند و معتقدند دیگران نیز چنین اعتقادی دارند. همچنین امکان دارد قبلاً شاهد بدنام‌شدن یا مورد تبعیض واقع‌شدن همکاران فرسوده و افسرده خود که به دنبال کمک رفته‌اند، بوده باشند. یکی از پزشکان در این باره می‌گوید: «اگر مدیران دوره‌دستیاری متوجه مشکل روان‌شناختی پزشک شوند، درخواستش را برای دستیاری رد می‌کنند؛ اگر اساتید، همکاران و همکلاسی‌ها متوجه شوند که او دچار مشکل روان‌شناختی شده است و کمک‌های روان‌شناختی دریافت می‌کند، نگاهشان منفی و نامطلوب می‌شود و اگر بیماران متوجه مشکلش شوند، او را به‌عنوان پزشک خود نمی‌پذیرند. به‌علاوه رئیس دانشکده پزشکی و مسئولان دیگر اگر بخواهند می‌توانند به مدارک روان‌پزشکی او دسترسی داشته باشد و این ممکن است باعث پایان یافتن دوره تحصیلی‌اش شود؛ بنابراین بسیاری از پزشکان زمانی که دچار مشکل روان‌شناختی هستند، مجبورند آن را از مردم پنهان کنند».

- پیشرفت سریع و فزاینده دانش: زمانی که پزشکان به‌طور رسمی به محیط کار وارد می‌شوند، بین انتظارات سازمانشان و مسئولیت‌های پزشکی‌شان دچار تعارض می‌شوند. سازمان‌های بهداشت و درمان انتظار دارند پزشکان نقش رهبر را در گروه‌های مراقبتی داشته باشند؛ در کاهش هزینه‌های سازمان بکوشند و با فناوری‌های جدید پزشکی سازگار شوند. درعین حال پزشکان باید همواره آخرین و برترین شیوه‌های درمان را جست‌وجو و مطالعه کنند؛ این کار بسیار دشوار است. در حرفه پزشکی سرعت رشد دانش و کشف اطلاعات

جدید بسیار سریع است و آنان باید به‌طور مداوم در جریان این پیشرفت‌ها باشند و اطلاعات خود را به‌روز کنند. این تغییرات اغلب آنقدر سریع رخ می‌دهد که ممکن است در همان زمانی که فرد در حال تغییر اطلاعات پیشین است، جنبش اطلاعاتی جدیدتری آغاز شده باشد. سالانه بیش از ۴۳۰۰۰ مجله علمی، بیش از ۸۰۰۰۰۰ مقاله منتشر می‌کند؛ مسئولیت‌های سازمانی هر پزشک فرصت او را برای مطالعه اطلاعات جدید محدود می‌کند و این مسئله به احساس ناشایستی و بی‌کفایتی پزشک دامن می‌زند. ناسازگاری موجود بین انتظارات نقش پزشکان و انتظارات سازمان ممکن است باعث بروز فرسودگی شغلی پزشک شود.

- تناسب‌نداشتن مهارت فرد با وظایفش: شاید به نظر برسد کار زیاد و دشوار فقط باعث فرسودگی می‌شود؛ اما پژوهشگران پی‌برده‌اند اگر کارهای ساده و تکراری به کسی سپرده شود که سطح مهارت بالایی دارد، در طی زمان دچار فرسودگی می‌شود؛ برای مثال پژوهش‌ها نشان داده است پزشکی خانواده که جزو تخصص‌های پراسترس نیست، به دلیل تکراری بودن فعالیت‌های شغلی، فرسودگی بسیاری دارد.

- وظایف اداری و کاغذبازی‌های سازمانی بیش از حد (بوروکراسی): پزشکان ترجیح می‌دهند وقت خود را برای طبابت و مراقبت از بیمارانشان صرف کنند؛ اما در عوض اغلب زمان قابل توجهی را صرف تکمیل کارهایی می‌کنند که به دانش و آموزش پزشکی اندکی نیاز دارد؛ مانند پرکردن فرم‌های کاغذی و الکترونیکی، اصلاح رونوشت‌ها و دیگر وظایف دفتری. حجم کاری بوروکراتیک در پزشکی مدرن در سراسر جهان درک‌ناپذیر شده است. پزشکان

مجبورند الزامات قانونی و کاغذبازی‌های بسیاری انجام دهند. هر تعامل با بیمار به مستندات کامپیوتری یا دستی سخت‌گیرانه‌ای نیاز دارد. به نظر می‌رسد پزشکان هر هفته تقریباً با چالش‌های جدیدی در این حوزه روبه‌رو هستند. علاوه بر این به سرعت در حال ازدست‌دادن کنترل و خودمختاری در شغلشان هستند؛ زیرا موظف‌اند دستورالعمل‌ها را دنبال کنند؛ حتی اگر آشکارا تضادها و تناقض‌ها را ببینند. سروکارداشتن با شرکت‌های بیمه‌ای و قوانین خاص هرکدام از شرکت‌ها نیز چالش دیگری است که پزشکان با آن روبه‌رو هستند. پزشکان مجبورند آخر هفته خود را برای بسیاری از این کاغذبازی‌ها صرف کنند.

بسیاری از پزشکان می‌گویند ما برای خدمت به بیماران باید بکوشیم؛ اما اغلب روزهایمان را با اتوماسیون‌های اداری و فرایندهای صدور صورتحساب می‌گذرانیم. در دوره‌های تحصیلی پزشکی نیز فعالیت‌های جانبی دیگری برای پزشکان ناخوشایند است؛ هرچند اغلب این کارها ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. یکی از دانشجویان دوره فوق تخصص، تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: «من تلاش زیادی کردم که وارد دوره فوق تخصص شوم، اکنون ارائه‌های کلاسی و سمینارهای زیادی بر عهده من گذاشته شده است؛ برای هرکدام علاوه بر مطالعه، باید پاورپوینت‌های زیادی آماده کنم که زمان بیشتری از من می‌گیرد. اکنون می‌توانم بگویم فوق تخصص ساخت پاورپوینت گرفته‌ام نه فوق تخصص داخلی».

- مسئولیت قضایی: محیط پزشکی و جامعه در هر کشوری نسبت به اشتباهات پزشکی بسیار سختگیر و نابخشنده است. انجمن جهانی پزشکی در شیوه‌نامه اخلاق پزشکی در سال ۲۰۰۵ اشاره کرده است که «پزشکان در بسیاری از کشورها در حال تجربه سرخوردگی و فرسودگی شدیدی در زندگی حرفه‌ای

خود هستند، چه به دلیل محدودیت منابع، نحوه مدیریت خدمات مراقبت‌های بهداشتی، گزارش‌های جنجالی رسانه‌ها درباره خطاهای پزشکی و رفتارهای غیراخلاقی پزشکان و چه به دلیل به چالش کشیدن قدرت و مهارت آنان توسط بیماران یا دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی». به همین دلایل تهدید و ترس از دادرسی هر لحظه برای هر پزشک وجود دارد و او را تحت فشار قرار می‌دهد. متأسفانه این ترس بر هر جنبه از مراقبت از بیماران تأثیر می‌گذارد. پزشکان گاهی آزمایش‌هایی را سفارش می‌دهند که بیماران برای پذیرش در بیمارستان به آن نیاز ندارند؛ یا بیماران را به مشاوره‌های بیشتری می‌فرستند تا با این کار از خود محافظت کنند. بسیاری از متخصصان جراحی زایمان، خود را تنها به متخصص بیماری‌های زنان محدود کرده‌اند تا از دادرسی‌های غیرضروری اجتناب کنند. بسیاری از پزشکان دیگر نیز داستانی شخصی از دادرسی‌های غیرضروری‌شان دارند.

- نشانگان قربانی دوم: ^۱ برخی از پزشکان، به‌ویژه پزشکان طب اورژانس مستعد این نشانگان هستند. این افراد پس از رسیدگی به بیمارانی که سرانجام مطلوبی ندارند، برای سوگواری، غمگینی و برون‌ریزی هیجاناتشان به‌خاطر آن بیمار و به‌خاطر شرایطی که تجربه کرده‌اند، زمانی ندارند؛ زیرا همیشه بیمار بعدی منتظر است. اکثر این پزشکان داستان‌هایی درباره بیماران فوت‌شده‌ای دارند که برای زنده نگه‌داشتن او بهترین تلاش خود را کرده‌اند و بعد مجبور بوده‌اند با ناراحتی، به سراغ بیمار بعدی بروند. این نبود زمان پردازش ذهنی برای فوت بیمار و یا خطاهای پزشکی، آنان را مستعد نشانگان قربانی دوم می‌کند؛ یعنی خودشان هم در این فرایند به‌نوعی بعد از بیمار، قربانی

می‌شوند. این نشانگان موجب ایجاد یا افزایش فرسودگی در آنان می‌شود. به همین ترتیب، فرسودگی نیز خطاهای پزشکی را افزایش می‌دهد. این چرخه «فرسودگی و خطای پزشکی» ممکن است فرد را به‌سوی ترک شغل، افسردگی یا خودکشی سوق دهد.

- نداشتن امنیت مالی: تحقیقات نشان می‌دهد فشارهای مالی تأثیر قابل توجهی بر وضعیت روانی پزشکان دارد؛ به‌ویژه پزشکان عمومی و دانشجویان دوره دستیاری. بسیاری از پزشکان فرسوده بدهی‌های مالی دارند. احساس نداشتن امنیت مالی در آنان موجب استرس و درنهایت فرسودگی می‌شود.

- میزان رضایت بیماران: پزشکان اغلب با میزان رضایت بیماران قضاوت می‌شوند؛ اما این روش همیشه راه منصفانه‌ای برای نقد مراقبت‌های ارائه‌شده نیست. معمولاً بیماران بدخلق رضایت کمی از پزشکشان ابراز می‌کنند؛ زیرا معتقدند او به‌درستی وظایف پزشکی خود را انجام نداده است؛ برای مثال یکی از پزشکان گزارش داده است که یک ساعت با یک بیمار صحبت کرد تا به او توضیح دهد آنتی‌بیوتیک لازم ندارد و پس از آن بیمار شکایت خود را پس گرفت. در یک مورد دیگر، پزشکی اظهار می‌داشت بیمارش به این دلیل رضایت نداشته که تصاویر قلاب عکس مطب او را دوست نداشته است.

- تماس‌های تلفنی: علاوه‌بر استرس روزانه از حضور بیماران فراوان، تلفن‌های گاه و بی‌گاه می‌تواند کنترل، استقلال و کیفیت کار پزشک را یکباره از بین ببرد. یک تماس تلفنی از پیش تعیین‌نشده باعث اختلال بسیاری در برنامه

زمان بندی کاری پزشک می شود و استرس و مسئولیت مضاعفی به او وارد می کند. بسیاری از اوقات پزشکان حتی مجبورند فقط به صورت تلفنی ارزیابی بالینی خود را ارائه دهند؛ بدون آنکه به تاریخچه بیمار یا نتایج آزمایشگاه دسترسی داشته باشند. این مسئله نیز موجب استرس و ترس از دادرسی خواهد بود.

- اطلاعات پزشکی و دسترسی به اینترنت: فناوری مدرن چالش های جدیدی برای پزشکان ایجاد کرده است. بیماران معمولاً آگاهی پزشکی دارند و گاهی نیز گمراه می شوند؛ زیرا به اینترنت دسترسی دارند و انبوهی از اطلاعات درست و نادرست پزشکی در دسترس آنهاست. گاهی بیماران فکر می کنند خودشان متخصص هستند و لازم است پزشکشان داروها یا آزمایش های بیشتری تجویز کنند؛ اما اغلب، اطلاعات آنان سطحی و نادرست است. این تعارض ها با بیماران برای پزشکان بسیار فرساینده است؛ زیرا با دو چالش روبه رو هستند: (۱) درمان بیمار؛ (۲) متقاعد کردن بیمار برای اعتماد کردن به پزشک و نه اینترنت.

- بیماران دشوار: نتایج یک فراتحلیل نشان داده است که یک عامل مشترک فرسودگی شغلی در سراسر جهان، ارتباطات ناکارآمد بین بیماران و پزشکان است. برخی بیماران پزشکان را در شرایط دشوار و فرسوده کننده ای قرار می دهند که به این افراد اصطلاحاً بیماران دشوار^۱ می گویند. نمونه هایی از این شرایط عبارت است از: پیگیری نکردن مشاوره های پزشکی، درخواست آزمایش های غیرضروری، انتظارات غیرواقعی از درمان و مراقبت، شکایت

مداوم، بی‌احترامی به پزشک، سوءبرخورد کلامی؛ حتی پزشکان باید گاهی با بیمارانی مقابله کنند که آنان را به آسیب جسمی تهدید کرده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده است پزشکانی که از تعداد بیشتری بیمار دشوار مراقبت می‌کنند، سطوح بالاترِ فرسودگی شغلی دارند. استرس‌های اضافی دیگری که پزشک ممکن است تحمل کند، رفتارهای نامناسب است؛ برای مثال برخی بیماران همچنان به نوشیدن الکل، مصرف مواد مخدر و سوزاندن خود فکر می‌کنند؛ درحالی که پزشکان به‌طور مداوم برای درمان آنان می‌کوشند.

عوامل فردی

- رویدادهای زندگی: برخی رویدادها برای هر فردی تنش‌زا خواهد بود؛ مانند تولد فرزند، فوت اعضای خانواده و غیره، مسئولیت‌های زندگی شخصی (همسری، والدی و غیره). این مسائل در کنار مشغله‌های بسیار حرفه پزشکی، ممکن است فرایند فرسودگی را سرعت بخشد.
- ویژگی‌های شخصیتی: شخصیت نوع A نشان‌دهنده اضطراب، کمال‌گرایی، پرکاری، رقابت‌پذیری و هدفمندی است. پژوهشی نشان داده است که نیمی از پزشکان، خود را معتاد به کار می‌دانند؛ به این معنی که بیش از حد کار می‌کنند. همین مطالعه نشان داده است ۶۲ درصد از پزشکان خود را دارای شخصیت نوع A می‌دانند.
- کمال‌گرایی یک ویژگی تقریباً مشترک بین همه پزشکان است. پزشکان اغلب به‌خاطر نیم‌رخ ویژگی‌های شخصیتی‌شان و همچنین انتظاراتی که از آنان می‌رود، مستعد فرسودگی شغلی هستند. مدیران و استادان پزشکی، افرادی رقابتی و پراگیزه می‌خواهند که در هر کاری که انجام می‌دهند عالی باشند و بکوشند هر چیزی را امتحان

فصل سوم: چرا فرسوده می‌شویم؟

کنند؛ این استادان همواره به این افراد می‌گویند باید در هر کاری موفق باشند. از نظر تاریخی نیز به نظر می‌رسد فرسودگی شغلی افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص (مانند کمال‌گرایی و روان‌رنجوری) را درگیر می‌کند. یکی از محققان فرسودگی شغلی می‌گوید: «یکی از تناقضات غم‌انگیز فرسودگی این است که افراد فرسوده، افرادی مسئولیت‌پذیرتر، متعهدتر و پراکنیزتر بوده‌اند. آنان اغلب، ایدئال‌گرا و کمال‌گرا هستند و اکثر مدارس پزشکی به دنبال افرادی با چنین ویژگی‌هایی هستند».

- نداشتن روابط اجتماعی مناسب: حجم درسی و کاری بالا، محدودیت زمانی و اشتغال ذهنی بالا اغلب پزشکان را از برنامه‌های اجتماعی، دوستانه و خانوادگی دور می‌کند. کاهش این روابط و گاهی شکست در ایجاد و حفظ روابط با دیگران، یکی از دلایل مهم فرسودگی است. این روابط برای هر انسانی، حمایت‌های اجتماعی فراهم می‌آورد. داشتن حمایت‌های اجتماعی نقش مهمی در کاهش اضطراب و استرس دارد و این احساس را به فرد می‌دهد که در رویارویی با مشکلات تنها نیست.

- تعارض بین کار و خانواده: تعارض بین کار و خانواده نقش بزرگی در شکل‌گیری فرسودگی پزشکان دارد. حجم کاری و درسی بالا، محدودیت زمانی و خستگی‌های مکرر، تعادل کار و خانواده را برهم می‌زند. برخی پژوهش‌ها نشان داده است که این تعارض بیشتر برای پزشکی رخ می‌دهد که همسر آنان نیز پزشک است.

زنان ممکن است چالش‌های بالاتری نسبت به کار و مسئولیت‌های خانه داشته باشند و اغلب اوقات با تعارض بین پیشرفت خود و مسئولیت همسر / مادر بودن روبه‌رو شوند. این مسئله به‌ویژه برای جراحان زن پررنگ است. جراحان مرد نیز سطوح بالایی از

تعارض کار و خانواده را تجربه می‌کنند؛ اما پژوهش‌های متعددی نشان داده است زنان پزشک نسبت به هم‌تایان مرد خود فرسودگی بیشتری را تجربه می‌کنند.

تا اینجا عوامل متعدد پیش‌بین فرسودگی شغلی پزشکان تشریح شد؛ یادآوری می‌کنیم که بیشتر این عوامل به‌ویژه حجم کاری و درسی بالا برای پزشکان اجتناب‌ناپذیر است. در همین راستای پوسس از دانشگاه براون می‌گوید: «اکثر مداخلاتی که به‌منظور بهبود فرسودگی شغلی پزشکان انجام می‌شود، با فرسودگی شغلی پزشکان مانند یک بیماری روان‌پزشکی برخورد کرده‌اند و نه به‌عنوان یک پاسخ منطقی به نظام مراقبت بهداشتی ناخوشایند و ناکارآمد».

فصل سوم: چرا فرسوده میشویم؟

بخش دوم: چگونه فرسوده نشویم؟

فصل چهارم: چگونه از فرسودگی پیشگیری کنیم؟

پیشگیری کم‌هزینه‌ترین راه برای محافظت کردن از خود در برابر فرسودگی است. اگر نگران فرسودگی شغلی هستید، با تغییر شیوه زندگی و کسب مهارت‌های کارآمد شروع کنید. مدیریت عوامل استرس‌زا به پیشگیری از فرسودگی شغلی کمک می‌کند. در این فصل پیشنهادهایی برای تغییر شیوه زندگی ارائه شده است.

وضعیت جسمی خود را بهبود بخشید

وقتی از فرسودگی رنج می‌برید، اغلب احساس مسئولیت و گناه می‌کنید. همواره به این فکر می‌کنید که باید در اسرع وقت به کار خود بازگردید؛ اما این راه بهبودی نیست؛ زیرا بیشتر و بیشتر تحت فشار قرار می‌گیرید. شما باید اول به وضعیت جسمی خود اهمیت دهید و یاد بگیرید استراحت کنید. برای این کار:

۱. اطمینان حاصل کنید که از الگوی خواب خوب و منظم برخوردار هستید. خیلی دیر نخوابید؛ صبح به موقع بیدار شوید؛ اما صبح خود را با کاری که به فعالیت بالایی نیاز دارد، آغاز نکنید.
۲. وعده‌های غذایی منظم و سالم داشته باشید. رژیم غذایی سرشار از کربوهیدرات‌ها (مانند ماکارونی) روحیه و حافظه شما را بهبود می‌بخشد. آجیل هم دربردارنده موادی است که به شما برای آرامش کمک می‌کند. الکل مصرف نکنید.
۳. برای پیاده‌روی، شناکردن یا رفتن به سالن ورزشی وقت بگذارید. به‌طور منظم ورزش کنید؛ حتی اگر خسته هستید و احساس می‌کنید دیگر نمی‌توانید کاری انجام دهید.
۴. یک لیست از کارهایی تهیه کنید که از انجام‌دادن آن‌ها لذت می‌برید و روزانه دست‌کم یکی از آن‌ها را انجام دهید.
۵. قبل از اینکه انرژی‌تان تمام شود، کارکردن را متوقف کنید. به واقعیت‌ها و توانایی‌های جسمی خود توجه نشان دهید. توان جسمی و روانی خود را بشناسید و بدانید تا چه میزان می‌توانید کار کنید و چه موقع باید استراحت کنید.
۶. هر شب در یک دفتر خاطرات، چیزهایی را یادداشت کنید که در آن روز به شما انرژی روانی خوبی داده و یا از شما انرژی روانی زیادی گرفته است. سپس در روزهای بعدی کارهایی انجام دهید که بیشتر به شما انرژی می‌دهد و کمتر از شما انرژی می‌گیرد.
۷. تصمیمات و برنامه‌هایتان را اولویت‌بندی کنید و تا جای ممکن برخی را به تعویق اندازید؛ تا زمانی که احساس کنید انرژی بیشتری دارید.

تفریح و مسافرت را جدی بگیرید

۱. هر روز سر ساعتی خاص استراحت کنید. در آن ساعت دیگر لازم نیست کاری انجام دهید. استراحت کنید؛ دوش بگیرید؛ به موسیقی گوش دهید و غیره.
۲. در تقویم خود برای مسافرت برنامه‌ریزی کنید. داشتن برنامه مسافرت در تقویم، انگیزه‌ای برای ادامه راه پیش روی شما قرار می‌دهد. با نزدیک شدن تاریخ مسافرت نیز باید در مقابل وسوسه عوض کردن این برنامه ایستادگی کنید. استفاده از تعطیلات و مسافرت رفتن به ذهن شما استراحت می‌دهد.
۳. برای عصرها و آخر هفته‌ها برنامه بریزید. این به هفته شما کمی تنوع می‌بخشد و باعث می‌شود فقط به کار خلاصه نشود. اگر کسانی که دوستشان دارید و برایشان اهمیت قائل می‌شوید نیز در فعالیت بعدازظهرها یا آخر هفته شما حضور داشته باشند، بسیار بهتر است؛ مثل همسر، فرزندان و یا دوستان.

زمان خود را مدیریت کنید

۱. برای هر روز خود برنامه‌ریزی کنید و اولویت‌ها را تعیین کنید. به هر فعالیتی انتقادی نگاه کنید و از خود بپرسید که آیا انجام این کار ضروری است؟ به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی کنید که فعالیت‌های مهم در اولویت باشد.
۲. هر روز زمان مشخصی را برای انجام کارهای ضروری‌ای که باید حتماً انجام دهید، معین کنید. این کار به کاهش استرس شما کمک می‌کند و باعث می‌شود مطمئن باشید کارهای مهم انجام خواهد شد.
۳. اجازه ندهید برنامه‌ریزی‌تان با تماس‌های تلفنی و ایمیل‌های غیرضروری مختل شود. خود را وادار کنید کارهای مهم را تمام کنید و به بقیه کارها «نه» بگویید.

۴. از زمان اضافه‌ای که به دست می‌آورد، برای هیچ کاری استفاده نکنید. ملالت نشانه خوبی است که به شما می‌گوید باید استراحت کنید.

فشارهای کاری را مدیریت کنید

۱. گاهی موبایل خود را خاموش کنید یا در دسترس نباشید. در ساعات غیرکاری دست‌کم چند ساعت موبایل خود را خاموش کنید. دنیای فناوری‌زده کنونی این احساس را در ما به وجود می‌آورد که باید همیشه پاسخگو باشیم و همین باعث می‌شود خیلی‌ها بعد از ساعات کاری با ما در تماس باشند. با در دسترس بودن ایمیل یا ابزارهای حل مشکل از راه دور، هر فردی در معرض استرس مداوم و واکنش قرار می‌گیرد.
۲. «نه» گفتن را یاد بگیرید. با نه گفتن در برابر تقاضایی که به آن علاقه ندارید یا عملاً قادر به پاسخگویی به یک تقاضا نیستید، می‌توانید شدت و سختی امور را کمتر کنید؛ برای مثال تقاضاها و کارهای اضافه سازمان را کاهش دهید.
۳. قبل از پذیرش مسئولیت جدید، جای آن را خالی کنید. در غیر این صورت آن را نپذیرید. افزودن یک وظیفه دیگر به فعالیت‌هایتان، بدون حذف یا تفویض وظیفه دیگر، فقط به سرخوردگی و نارضایتی بیشتر می‌انجامد.
۴. اصرار نداشته باشید کارها را به‌تنهایی انجام دهید. به همکاران خود اعتماد کنید و در صورت امکان، برخی از وظایف خود را به آنان تفویض کنید. وقتی برای درمان در کنار بیمار خود هستید، اجازه ندارید در کارتان وقفه پیش آید؛ مگر اینکه موردی اضطراری پیش آید. با زمان استراحت خود نیز این‌گونه رفتار کنید. به همکارانتان بگویید فقط در موارد کاملاً اضطراری می‌توانند با شما تماس بگیرند. وقتی سر کار نیستید، استراحت کنید و به خودتان اجازه دهید در تعطیلات، حضور کامل جسمی و روانی داشته باشید.

فصل چهارم: چگونه از فرسودگی پیشگیری کنیم؟

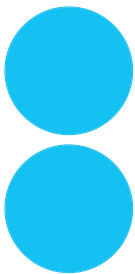
۵. نظم محیط کار خود را جدی بگیرید. هر روز در پایان روز، میز کاری خود را مرتب کنید.
۶. روزه‌های کاری خود را کاهش دهید. براساس تجربه خودتان عددی را برای روزه‌های کاری خود تعیین کنید. شاید لازم باشد به جای شش روز ملاقات با بیماران، فقط سه روز را به این کار اختصاص دهید.
۷. آنچه را نمی‌توانید تغییر دهید، بپذیرید. بسیاری از پزشکان از نظام مراقبت‌های بهداشتی فعلی ناامید هستند؛ اما شکایت کردن از چیزهایی که نمی‌توانید تغییر دهید، فقط انرژی شما را تخلیه و شما را ناامیدتر می‌کند. قبول چیزهایی که نمی‌توانید تغییر دهید، یک قدم روبه‌جلو است. در عوض، تصمیم بگیرید که چه مشکلاتی را می‌توان برطرف کرد.

ارتباطات خود را بهبود بخشید

۱. از گوشه‌گیری و انزوا بپرهیزید. صمیمیت خود را با دوستانتان و کسانی که دوستشان دارید، افزایش دهید. نزدیکی به دیگران، هم افکار جدیدی را برای شما به ارمغان می‌آورد و هم راهی برای دور شدن از افسردگی و هیجان‌های منفی خواهد بود.
۲. یک شبکه حمایتی برای خود فراهم کنید. در محل کار درباره استرس با همکارانتان حرف بزنید و بینش و دیدگاه آنان را برای مقابله با استرس جویا شوید. در خانه نیز با اعضای خانواده‌تان درباره نقش‌ها و مسئولیت‌های خانواده گفت‌وگوی صریح داشته باشید؛ مانند مسائل مربوط به فرزندپروری، مراقبت از فرزندان و سایر مسائل مربوط به خانه.
۳. اگر با برخی از همکاران خود مشکلات ارتباطی دارید و یا درباره شما نگرش منفی و خصومت دارند، با لحنی آرام و محترم با آنان صحبت کنید. این

راه اغلب به بهبود اوضاع می‌انجامد. ممکن است هریک از شما توضیح قانع‌کننده‌ای برای روش و رفتار کاری خود داشته باشید؛ برای مثال یکی از پزشکان از دست منشی خود عصبانی بود؛ زیرا به بیماران بسیاری نوبت می‌داد و به‌نوعی او را وامی‌داشت تا دیر وقت در مطب بماند. وقتی با منشی صحبت کرد، او گفت دور کردن بیماران و متوقف کردن خواهش‌ها و التماس آنان برای دریافت نوبت، بسیار دشوار است و گاهی حتی عصبانی می‌شوند. پزشک نیز توضیح داد که ملاقات با بیماران در ساعات پایانی ممکن است برای او دشوار باشد و به‌علت خستگی چه‌بسا دچار خطاهای پزشکی شود و یا کل برنامه‌های کاری فردای خود را از دست بدهد؛ در نتیجه توانست منشی را متقاعد کند رفتار خود را تغییر دهد.

۴. به دیگران بیش از حد لزوم، اهمیت ندهید. اگر فکر شما به‌طور معمول در مشکلات دیگران و مسئولیت‌های آنان مشغول است، بکوشید تاحدی که می‌توانید، به آنان کمک کنید. درعین حال، به فکر رفع مشکلات و رشد و بهبود خود نیز باشید.



بخش سوم:
اگر
فرسوده هستیم
چه کنیم؟

ادامه داستان من...

نیازی به گفتن نیست که رفتار و حالات من برای همسر و همکارانم آزاردهنده بود. بعد از آن شب، همسر مرا وادار کرد برای خارج شدن از این حالت هر کاری می‌توانم بکنم؛ مانند هر مسئله دیگر تا وقتی شما نفهمید مشکلی وجود دارد، بعید است که حل شود. برای من جست‌وجو در اسناد بیمه عمر در آن نیمه شب، نقطه عطفی بود که باعث شد آزادانه اعتراف کنم مشکلی وجود دارد. بدون این آگاهی ممکن بود همچنان رنج ببرم؛ کارهایم را بی دقت انجام دهم؛ احترام خانواده و دوستانم را از دست بدهم؛ شغل خود را ترک کنم و حتی در دام افسردگی و اعتیاد به دارو و... بیفتم. شاید همه چیز را از دست می‌دادم؛ بنابراین شناخت فرسودگی بسیار مهم بود. من از دو نفر یاری طلبیدم؛ یک مربی گذار در مسیر شغلی پزشکی و یک مددکار و روانشناس. در طول سال بارها با آنان ملاقات کردم و هنوز هم ماهانه با مربیانم ارتباط دارم. مربی مسیر شغلی درباره حرفه پزشکی، مسیر آن و حرفه‌ای رفتار کردن در آن به من اطلاعات می‌داد و روانشناسم برای کاهش اضطراب، افسردگی و فرسودگی به من کمک می‌کرد. بعد از آنکه فرسودگی من تا حد بسیاری کاهش یافت، دیگر نیازی به روانشناس نبود. در سفر بهبودی من،

همسرم خیلی با من همکاری داشت. همچنین از مربیان غیررسمی، دوستان پزشکی صمیمی ام و حتی مدیرانی که با آنان کار می‌کنم، سپاسگزارم؛ زیرا همه آن‌ها برای من حمایت‌های اجتماعی فراهم کرده بودند. اوایل فکر می‌کردم فرسودگی به‌شدت در من ریشه دوانیده و تنها راه حل ترک شغلم است؛ اما به‌طور خاص، ارتباط با یکی از همکارانم بسیار به من کمک کرد. به‌سرعت متوجه شدیم که دوره منفی مشابهی را طی کرده‌ایم. داشتن کسی که به معنای واقعی کلمه با کفش‌های من راه رفته بود و می‌دانست چه اتفاقی افتاده است، بسیار برایم مفید بود و باعث شد در سفر بهبودی‌ام کمتر احساس تنهایی داشته باشم. سفر بهبودی من دو سال طول کشید؛ مسیر بهبودی‌ام خطی نبود و پیشرفت‌ها و فراز و نشیب بسیاری داشت؛ پیشرفت‌ها روشن و رنج‌ها ناامیدکننده بود. نمی‌توانم مطمئن باشم بار دیگر فرسوده نخواهم شد؛ اما اکنون مطمئنم نسبت به این نشانگان آگاهی دارم و برای محدودکردن تأثیرات آن، ابزارهایی دارم. این ابزارها را در این کتاب و در فصل‌هایی که پیش رو دارید جست‌وجو کنید.

فصل پنجم: به تجربه‌های ذهنی خود گشوده باشیم

طناب را رها کن

«بعد از گذشت سال‌ها که در حرفه پزشکی مشغول به کار هستم، هنوز هم وقتی در درمان بیماری به موفقیت نمی‌رسم و با نارضایتی بیماران یا خودم روبه‌رو می‌شوم، هجوم افکار، احساسات و علائم بدنی و گاهی خاطرات آزاردهنده مرتبط با آن، تمام بدنم را فلج می‌کند، طوری که هیچ عکس‌العملی را برایم ممکن نمی‌سازد و یا رفتاری نشان می‌دهم که از خودم مات و مبهوت می‌مانم. به خود می‌گویم: "اتفاقی نیفتاده؛ نباید ناراحت باشی؛ سعی کن استرس و افکار بد را از خودت دور کنی؛ نفس عمیق بکش تا ضربان قلبت تنظیم شود؛ به خودت مسلط باش". بارها به این تجربه‌ها نگاه کرده‌ام و تلاش کرده‌ام تا دیگر اتفاق نیفتند و در موقعیت تا جایی که در توانم بود، سعی در کنترل آن‌ها داشته‌ام تا بتوانم از ذهنم حذف یا دورشان کنم؛ اما متأسفانه هنوز هم بعد از گذشت سال‌ها و با اینکه پزشک ماهری هستم، افکار و هیجانات را با شدت بیشتری تجربه می‌کنم.»

موقعیتی که شرح داده شد مثل یک مسابقه طناب‌کشی با هیولای ترسناک بزرگی است که به نظر می‌رسد نمی‌توانید برنده شوید. هرچه بیشتر طناب را می‌کشید، فاصله آن هیولا با شما کمتر می‌شود. درواقع این مسابقه برای شما اصلاً برنده‌ای نخواهد داشت؛ زیرا هرکدام که برنده شوید، در نهایت فاصله شما با هیولا کمتر می‌شود. تصور کنید اگر هیولای ترسناک طناب را بکشد و برنده شود، شما به‌سوی آن کشیده می‌شوید و اگر شما برنده شوید و طناب را بکشید، ناگزیر باز هم فاصله هیولا با شما کم می‌شود و به‌سوی شما کشیده می‌شود. شاید باید کار متفاوت دیگری انجام دهید؛ شاید بهتر باشد که در این مسابقه شرکت نکنید. طناب را رها کنید.

شما چه کاری انجام می‌دهید؟

احساس بی‌کفایتی، ناشایستی، ناموفق بودن، نارضایتی و ارزیابی پایین و منفی از عملکرد خود شرایطی است که ممکن است یک پزشک فرسوده تجربه کند. هرکدام از این شرایط دشوار می‌تواند با احساسات و افکار، علائم بدنی و خاطراتی همراه باشد. برای آنکه متوجه شوید شما در شرایط دشوار چه واکنشی دارید، تمرین زیر را دنبال کنید.

تمرین ۱: در شرایط دشوار چه واکنشی دارید؟

تمرین راننده خودرو

اگر راننده خودرویی باشید که چهار سرنشین دارد، در شرایط بحرانی چطور برخورد می‌کنید؟

تصور کنید سرنشینان خودرو شما عبارت‌اند از: یک پیرمرد که سابقه رانندگی با ماشین‌های قدیمی دارد؛ یک درشکه‌چی؛ یک نوجوان و یک کودک. حال شما در شرایط بحرانی قرار گرفته‌اید و هرکدام از سرنشینان به شیوه خودشان می‌خواهند کنترل اوضاع را به دست بگیرند. پیرمرد می‌خواهد ماشین را به سبک خودروهای قدیمی هدایت کند؛ درشکه‌چی می‌خواهد آن را به سبک درشکه کنترل کند؛ نوجوان از این شرایط به وجد آمده است و کودک ترسیده است. هریک از سرنشینان می‌خواهد به نحوی کمک کند و از دیدگاه خودش منطقی‌ترین کار ممکن را انجام می‌دهد. اگر کنترل خودروی خود را به دست آنان بسپارید، چه فاجعه‌ای رخ می‌دهد؟ فاجعه بدتر زمانی اتفاق می‌افتد که به جای کنترل خودرو بکوشید مسافران را قانع کنید. در چنین شرایطی عاقلانه‌ترین کار این است که به رانندگان خودتان ادامه دهید. شما همچنان می‌بینید که مسافران چه می‌کنند، همچنان می‌شنوید که آنان چه می‌گویند؛ اما به مسیر خودتان ادامه می‌دهید. نکته جالب این است که پس از آنکه شرایط بحران به پایان برسد، مسافران دوباره به شما اعتماد می‌کنند و از سروصدا دست برمی‌دارند.

حالا خودرو را به شغل پزشکی تشبیه کنید. شما در مسیر شغلی‌تان راننده این خودرو هستید و در مواقع بحرانی (مرگ بیمار، نارضایتی از تشخیص یا درمان، رفتار همراهان بیمار و یا همکاران)، افکار و احساسات (بی‌کفایتی، ارزیابی منفی، نارضایتی)، خاطرات (تکرار این اتفاقات در گذشته) و علائم بدنی (ضربان قلب بالا، عرق و لرزش و غیره) که در شما فعال می‌شوند، همان مسافرانی هستند که شروع به سروصدا می‌کنند. شما چه کاری انجام می‌دهید؟ درگیر آن افکار و احساسات می‌شوید و مطابق با آن‌ها رفتار می‌کنید و یا قدرت شنیدن و حس کردن آن افکار و هیجانات را دارید و به مسیر خودتان ادامه می‌دهید و آنچه لازم است، انجام می‌دهید؟

چرا کارهایی که انجام داده‌اید، بی‌فایده است؟

انزوا، پرهیز از برخورد با دیگران، انکار نیازهای اساسی جسمی و مصرف دارو کارهایی است که پزشک فرسوده برای کنترل و دوری از هیجانات و احساسات درونی خود انجام می‌دهد. در کوتاه‌مدت این راهبردها شاید مؤثر واقع شود؛ ولی در بلندمدت می‌بینیم که همچنان آن افکار و احساسات، حتی با شدت بیشتر، حضور دارد و انرژی و زمان بسیاری را نیز از ما گرفته است.

کنترل در دنیای بیرون (جهان مادی) کارساز است. یکی از توانایی‌های ذهنی ما انسان‌ها «حل مسئله» است. حل مسئله در دنیای بیرون اغلب خوب کار می‌کند؛ مثلاً شما وقتی سردتان می‌شود، پنجره اتاقتان را می‌بندید یا لباس گرم‌تر می‌پوشید. با ثابت‌شدن اینکه کنترل در جهان مادی بسیار فایده دارد، طبیعی است که ذهن ما با دنیای درون (افکار، احساسات، خاطرات، حس‌ها و میل‌ها) نیز همین کار را بکند. متأسفانه اغلب موارد، زمانی که می‌خواهیم از دست این افکار و احساسات خلاص شویم، این ابزار (کنترل) کار نمی‌کند. پس دنیای درون دنیای کنترل نیست. لطفاً تمرین زیر را انجام دهید تا خودتان متوجه شوید.

تمرین ۲: آیا کنترل کردن راه حل مسئله است؟

تمرین بررسی کنترل در دنیای بیرونی و درونی

۱. در جای خالی، فهرست مواقعی را بنویسید که برای حل مسئله آگاهانه، کنترل کردن در دنیای بیرونی مؤثر بوده است.

۲. همه ما از کودکی آموزش دیده‌ایم که فکرها و احساساتمان را کنترل کنیم؛ مثلاً به ما گفته شده است: «ترس»، «سعی کن گریه نکنی»، «ناراحت نباش». حالا به دوران کودکی فکر کنید و ببینید چه خاطره‌ای به یادتان می‌آید.

۳. وقتی شما کوچک بودید، ظاهراً بزرگ‌ترها می‌توانستند افکار و احساسات درون خود را کنترل کنند؛ مثلاً جایی که بر اثر اتفاقی خیلی ترسیده بودید، گویا پدر و مادرتان اصلاً نترسیدند.

فکر کنید ببینید چیزی یادتان می‌آید، بنویسید.

۴. بسیاری از تبلیغات این پیام را می‌دهد که شادی مساوی با نداشتن افکار و احساسات آزاردهنده است؛ اگر این محصول را بخرید احساس بهتری به شما دست می‌دهد. اگر پیام بازگانی‌ای مثل این را به یاد می‌آورید بنویسید. فکر می‌کنید پرهیز از چه چیزی زیربنای فکری طراح این پیام تبلیغاتی بوده است؟

۵. گاهی به نظر می‌رسد پرهیز از بعضی احساسات و افکار ناخوشایند ما واقعاً در کوتاه‌مدت مفید بوده است؛ مثلاً فکر یا احساس «ترس از تشخیص اشتباه یا درمان نشدن بیمار»، برای پرهیز از این فکر یا احساس بد، می‌توان از راهبرد اختصاص دادن زمان بیشتر برای تشخیص و درمان بیماران استفاده کرد. این راهبرد شاید در کوتاه‌مدت مؤثر واقع شود؛ ولی در بلندمدت باعث می‌شود انرژی و زمان بسیاری از ما گرفته شود. اگر تجربه‌ای این‌چنینی دارید در زیر بنویسید.

تمرین ۳: آیا سرکوب افکار می‌تواند مؤثر باشد؟

من همین الان به شما می‌گویم که نمی‌خواهم درباره فلان چیز فکر کنید. وقتی که من گفتم، شما سعی کنید حتی برای یک لحظه هم به آن چیز فکر نکنید؛ آماده باشید.

تمرین به یک شکلاتی فکر نکن!

مراحل زیر را دنبال کن.

۱. به یک کیک شکلاتی گرم فکر نکن. میدانی که کیک وقتی تازه از فر درمی‌آید چه بویی دارد!... به آن فکر نکن!... (بعد از اینکه سعی کردی انجام دهی، باز به این صفحه برگرد).

۲. مزه آن تکه‌های شکلات وقتی اولین گاز را به کیک می‌زنی... به آن هم فکر نکن... (چند دقیقه تلاش کن به این‌ها فکر نکنی. بعد از آن باز به این صفحه برگرد).

۳. وقتی تکه‌های گرم و تازه کیک در بشقاب قرار می‌گیرد... به این هم فکر نکن...؛ به هیچ‌کدام از این‌ها فکر نکن!

توجه: چه اتفاقی افتاد؟ آیا توانستید فکر کیک شکلاتی با آن جزئیات را از ذهن خود پاک کنید؟ شاید جواب شما این باشد: «من برای لحظاتی موفق می‌شدم فکر کیک شکلاتی را از سر خود دور کنم»؛ اما من به شما می‌گویم حتی در آن مواقع که شما فکر خود را جای دیگری می‌بردید تا به کیک شکلاتی فکر نکنید، باز هم فکر کیک شکلاتی در ذهن شما بود و شما تمام حواس خود را جمع می‌کردید که مبادا فکر کیک شکلاتی را بکنید. قبول دارید ما از کنترل فکرهایمان عاجز هستیم؟

بررسی تأثیرات راهبردها

اکنون می‌خواهیم بررسی کنیم که آیا راهبردهایی که تاکنون برای رهایی از افکار و احساسات ناراحت‌کننده استفاده کرده‌اید، مؤثر بوده است یا نه؟ مسائل روانی از هر نوعی که باشد، با افکار ما گره می‌خورد و در نتیجه اگر از نظر روانی رنج می‌کشیم، احتمالاً افکار مکرری داریم که باعث رنج ما می‌شود و ما را آزار می‌دهد؛ مثلاً فکر یا باوری داریم که می‌گوید: «رفتار یک پزشک باید با بیمار در همه موقعیت‌ها محترمانه باشد.» و یا «پزشک چون با جان آدمی سروکار دارد نباید خطا کند». چه فکر یا باوری در ذهن شما وجود دارد که باعث رنج در شما شده است؟ تمرین زیر را انجام دهید.

تمرین ۴: آیا موفق بوده‌اید؟

تمرین بررسی راهبردها

۱. در زیر فکری را بنویسید که در رنج کشیدن شما تأثیر می‌گذارد.

.....
۲. در طول هفته گذشته چند بار این فکر را داشته‌اید (اگر نمی‌دانید چند بار، تخمین بزنید)؟

.....
۳. حالا وقت بگیرید و برای چند دقیقه تا جایی که می‌توانید اصلاً به آن فکر نکنید. وقتی کارتان تمام شد باز به تمرین برگردید.

۴. درحالی‌که سعی می‌کردید به آن موضوع فکر نکنید چند بار آن فکر (حتی به‌طور گذرا) به سراغتان آمد؟

۵. حالا دوباره چند دقیقه وقت بگیرید و به خودتان اجازه دهید به هرچه می‌خواهید فکر کنید. وقتی کارتان تمام شد باز به این تمرین برگردید. وقتی به خودتان اجازه دادید به هر موضوعی که می‌خواهید فکر کنید؛ چند بار به آن موضوع فکر کردید؟

توجه: وقتی شروع به سرکوب فکر خود کردید، متوجه چه چیزی شدید؟ آیا از اهمیت آن کاسته شد، کمتر در مرکز توجه قرار گرفت و کمتر فراخوانده شد؟ آیا بیشتر درگیر آن نبودید و یا فراوانی آن افزایش نیافت؟

نکته: این تمرین برای افکار انجام شد؛ اما درباره بقیه محتوای ذهنی (احساسات، خاطرات، امیال و علائم بدنی) هم صدق می‌کند. می‌توانید این تمرین را یک بار هم برای احساسات انجام دهید

بررسی راهبردها در کوتاه‌مدت و بلندمدت

می‌توانید از کاربرد زیر استفاده کنید تا متوجه شوید چه راهبردهای مقابله‌ای انجام داده‌اید و تأثیر آن را در کوتاه‌مدت و بلندمدت بررسی کنید. برای بهتر پُر کردن کاربردگ ابتدا مطالب زیر را بخوانید.

ستون اول: محتویات ذهنی

به‌طور طبیعی وظیفه ماشین ذهن «تولید» است و اگر ذهن شما دائماً در حال تولید فکر یا احساس و غیره است، نشان‌دهنده سلامت ذهن شماست. محتویات ذهن شما شامل افکار و باورها، احساسات، امیال، خاطرات و علائم بدنی است.

ستون دوم: راهبردهای مقابله‌ای

در این ستون هر کاری که انجام می‌دهید تا از این افکار و احساسات آزاردهنده خلاص شوید، بنویسید؛ مثل مواردی که در ادامه گفته شده است.

۱. حواس‌پرتی: ^۱ چطور حواس خودتان را از این افکار و احساسات پرت می‌کنید (تلویزیون، خرید، خوابیدن و غیره)؟

۲. دوری کردن: ^۲ اغلب از افراد، محل‌ها، فعالیت‌ها و شرایطی که موجب برانگیخته‌شدن افکار و احساسات ناخوشایند در ما می‌شود، دوری می‌کنیم (ترک کردن محل، به تعویق انداختن کارها یا پس کشیدن)؛ مثل پزشکی که به‌علت یادآوری خاطره آزادهنده از اتاق عمل، دیگر حاضر نیست هیچ جراحی انجام دهد و از فضای اتاق عمل دوری می‌کند.

۳. فکر کردن: ^۳ از نظر فکری چگونه سعی کردید از این وضعیت خلاص شوید؟ برای مثال سرزنش کردن دیگران، نگرانی، بحث‌های تکراری درباره گذشته، خیال‌بافی، تفکر مثبت، حل مسئله، برنامه‌ریزی، خودانتقادگری، تحلیل کردن، سعی بر موجه نشان دادن، بحث با خودتان، انکار، حمله به خود.

آیا تاکنون وقت خود را در افکاری مانند «چه می‌شد اگر»، «اگر فقط...»، «چرا من»، «انصاف نیست» یا چیزهایی شبیه به این‌ها صرف کرده‌اید؟

۴. مواد مخدر، خودآسیب‌رسانی و دیگر شیوه‌ها: ^۴ چه موادی را کوشیده‌اید به بدنتان وارد کنید (ازجمله غذا و داروهای تجویزی)؟ آیا هرگز کارهایی که به خودتان ضربه بزنند، انجام داده‌اید؛ برای مثال تلاش برای خودکشی یا بی‌ملاحظه دست به کارهای پُرخطر زدن.

ستون سوم: تأثیر کوتاه‌مدت

در این ستون بنویسید آیا این راهبردها برای خلاص شدن از افکار و احساسات دردناک در کوتاه‌مدت مؤثر بوده است؟

1. Distraction

2. Opting out

3 Thinking

4 Substances, Self-harm, Other Strategies

ستون چهارم: هزینه بلندمدت

زمانی که از این راهبردها بیش از حد، سخت یا نامناسب استفاده می‌کنید، چه هزینه‌هایی را در زمینه سلامتی، سرزندگی، انرژی، روابط، کار، فراغت، پول، از دست دادن فرصت‌ها، تلف شدن زمان و ناراحتی هیجانی متقبل می‌شوید یا شده‌اید؟

کاربرگ راهبردهای مقابله‌ای و تأثیرات آن			
هزینه بلندمدت	سود کوتاه‌مدت	روش مقابله‌ای	محتویات ذهنی آزاددهنده (افکار و باورها، احساسات، امیال، خاطرات و علائم بدنی)

وقتی همه سطرها و ستون‌های جدول پر شد، یک بار دیگر به جدول نگاه کنید. آیا می‌ارزد برای آن سودهای کوتاه‌مدت، هزینه‌های سخت و سنگین پرداخت کنید؟

کنترل دنیای درون را رها کنید و تمایل داشتن را تمرین کنید.

تا اینجا به آن رسیدیم که محتویات ذهن ما را به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای وامی‌دارد. این راهبردها در طولانی‌مدت برای ما هزینه‌بر و گاهی حتی جبران‌ناپذیر است. متأسفانه چون این فرایندهای کلامی با استفاده معمول ما از زبان، پیوند محکمی دارد، کنترل آن‌ها آسان نیست. مردم اغلب در ذهن خود زندگی می‌کنند و با دنیای بیرونی، براساس این فرایندهای کلامی ارتباط برقرار می‌کنند. اغلب بین دنیایی که به‌طور شفاهی مجسم می‌کنیم و دنیایی که مستقیماً تجربه می‌کنیم، تمایزی قائل نمی‌شویم. دنیا همان‌طور که هست، نمایان می‌شود و نمی‌دانیم که درواقع این، نتیجه ترکیب تفکر و تجربه مستقیم است. ما با ذهنمان ادغام می‌شویم. تحت این شرایط، مفهوم شفاهی ذهن بر رفتار تسلط می‌یابد. اگر بتوانیم افکار و احساسات یا سایر درونیات ذهن را همان‌طور که هست، ببینیم (مثلاً افکار: پزشک خوب باید... باشد؛ پزشک باید بتواند با همه بیماران همدلی کند؛ در درمان بیماران خطا جایز نیست، این‌ها فقط یک فکر یا احساسات است: احساس اضطراب در تشخیص و یا احساس درماندگی در درمان، فقط یک احساس است)، یاد می‌گیریم احساسات و افکار می‌گذرند و افکار و احساسات دیگری جای آن‌ها را می‌گیرد. اگر بتوانیم هیجان‌هایمان را در احاطه آگاهی، همان‌طور که هست ببینیم، بدون اینکه تلاشی برای تغییر فراوانی یا شکل آن‌ها انجام دهیم؛ به **تمایل^۱ رسیده‌ایم. تمایل یعنی کنترل دنیای درون را رها کنیم.** تمایل فرایندی است که در آن یک فرد انتخاب می‌کند نسبت به دامنه کاملی از رویدادهای درونی گشوده باشد و آن‌ها را بدون تغییر یا دفاع تجربه کند.

1. Acceptance

تمرین ۵: به میهمانان ناخوانده‌تان تمایل نشان دهید.

تمرین بررسی کنترل در دنیای بیرونی و درونی

تصور کنید خانه جدیدی خریده‌اید و همهٔ همسایه‌ها را به یک مهمانی دعوت کرده‌اید تا در جهت ارزش دوستی و تفریح خود اقدام کنید. شما دعوت‌نامه‌ای روی دیوار سوپرمارکت محله‌تان چسبانده‌اید که همهٔ اهل محل در فلان تاریخ برای مهمانی به این آدرس تشریف آورند. روز جشن فرامی‌رسد و همه همسایه‌ها به منزل شما می‌آیند و شما دم در ایستاده‌اید و خوش آمد می‌گویید. ناگهان سروکله‌گدایی پیدا می‌شود؛ کسی که پشت سوپرمارکت در خرابه‌ای زندگی می‌کند و بسیار بدبو، کثیف و نفرت‌انگیز است. با خودتان می‌گویید این چرا سروکله‌اش پیدا شد؟ اما این خود شما بودید که در دعوت‌نامه گفته‌اید همگی خوش آمدید. در این موقعیت آیا قادر به خوش آمد گویی به او هستید؟ و واقعاً این کار را انجام می‌دهید؟ اکنون می‌توانید سه راه را انتخاب کنید.

راه اول: تصمیم می‌گیرید به او خوش آمد نگویید و او را راه ندهید؛ اما به محض اینکه این کار را انجام دهید، مهمانی تغییر می‌کند. درواقع باید جلو در منزلتان بایستید و مراقب باشید که او نتواند وارد شود؛ در را محکم گرفته‌اید و جشن را از دست می‌دهید. در این صورت شما گزینه فرار یا پرهیز از افکار و احساسات منفی را انتخاب کرده‌اید؛ در نتیجه باعث می‌شود همه وقتتان صرف مبارزه برای راه‌اندادن این گدا به منزل شود؛ همچنین از مهمانی لذتی نخواهید برد؛ از ارزش‌های خود دور می‌شوید و به قصدتان نخواهید رسید.

راه دوم: تصمیم می‌گیرید به او خوش آمد بگویید؛ به شرط اینکه در آشپزخانه بماند و با دیگر میهمانان معاشرت نکند که در این صورت هم شما باز مجبورید پیوسته مراقب باشید که او این کار را انجام می‌دهد یا نه؛ در نتیجه کل جشتان به این موضوع خواهد گذشت و این اصلاً برای شما رضایت‌بخش نیست؛ زیرا شما در جهت ارزشتان نبوده‌اید و از مهمان‌های دیگر غافل شده‌اید؛ در نتیجه به قصدتان نخواهید رسید.

راه سوم: تصمیم می‌گیرید مانند دیگر مهمان‌ها به او خوش آمد بگویید. فکر و احساس خوبی به او ندارید و یا از سبک زندگی و لباس پوشیدن او متنفرید؛ اما عقیده

و ارزیابی‌تان درباره او کاملاً متفاوت از تمایلاتان به داشتن او به عنوان یک مهمان در منزلتان است. در این صورت شما او را همانند دیگر مهمان‌ها پذیرفته‌اید و در جهت ارزشتان عمل کرده‌اید و در نهایت به قصدتان هم خواهید رسید.

درباره سه گزینه خوب فکر کنید و نتایج هر راه حل را بررسی کنید.

حالا تصور کنید محتویات ذهن شما این مهمان‌های ناخوانده هستند و شما میزبان آن‌ها هستید. به دعوت خداوند دانا و توانا در روزی که شما به این دنیا آمدید، این افکار و احساسات، تمایلات، علائم بدنی و بعد از گذشت چندین سال خاطرات، به ذهن شما دعوت شدند (مهمان‌های ناخوانده). انتخاب با شماست که برای کنترل یا حذف این مهمان ناخوانده دائم با آن‌ها درگیر باشید و از آنچه برایتان مهم است، فاصله بگیرید و زمان‌هایی را که باید برای مهم‌ترین آدم‌ها و چیزهای باارزش زندگی‌تان بگذراند، در جنگ با این مهمان ناخوانده تلف کنید؛ یا اینکه به بودن آن‌ها تمایل نشان دهید و با وجود آن‌ها در مسیر ارزش‌هایتان قدم بردارید.

تمرین ۶: مسافران ذهن همیشگی نخواهند بود.

تمرین اتوبوس

فرض کنید شما راننده یک اتوبوس هستید و قرار است مسافرانی را سوار کنید و به مقصد تهران برسانید. در حین رانندگی ناگهان با سه مسافر بد، قدرتمند و ترسناک روبرو می‌شوید. این مسافران شما را تهدید خواهند کرد و خواهان آن هستند که سوار اتوبوس شوند. در این موقعیت دردناک شما سه راه دارید.

راه اول: تصمیم می‌گیرید اتوبوس را نگه دارید؛ مسافران دیگر را رها کنید و با آن مسافران بدبو و کثیف صحبت و بحث کنید و بگویید من حاضر نیستم شما را برم و می‌خواهید به هر شکلی آن‌ها را از اتوبوس بیرون اندازید؛ ولی آنان نیرومند و قوی هستند؛ مخالفت می‌کنند و اصرار دارند حتماً با شما بیایند؛ در این صورت درواقع شما همه وقتتان را صرف بحث کردن با آن‌ها کرده‌اید و از دیگر مسافران (خوشایند و مثبت) خود غافل شده‌اید. درنتیجه در مسیر خود متوقف شده‌اید و به مقصد خودتان که تهران بود هم نخواهید رسید.

راه دوم: تصمیم می‌گیرید آن‌ها را سوار کنید و از آن‌ها می‌خواهید آرام و بدون سروصدا باشند تا شما رانندگی کنید؛ آن‌ها می‌گویند این کارها را انجام می‌دهیم به شرط اینکه شما سر هر دوراهی به سمت چپ بروید. در این صورت نیز درواقع شما آن‌ها را تحمل کرده و با آن‌ها قرارداد بسته‌اید و باید سر هر دوراهی به سمت چپ بروید؛ ولی این خود باعث دور شدن از مسیر اصلی شما خواهد شد. همچنین باید دائم حواس خود را صرف این کنید که مبادا آن‌ها دوباره صحبت کنند و این خود بسیار دردناک و رنج‌آور است.

راه سوم: تصمیم می‌گیرید آن‌ها را سوار کنید و به‌سوی مقصد حرکت کنید. در این حالت شما همه حواس خود را در این موضوع صرف نمی‌کنید که با آن‌ها مبارزه کنید و از اتوبوس بیرونشان کنید؛ یا اینکه با آن‌ها قرارداد ببندید که صحبت نکنند و در عوض شما سر هر دوراهی به سمت چپ بپیچید؛ بلکه به مقصد و مسیر خود توجه می‌کنید و به رانندگی خود ادامه می‌دهید. از رفتار و اعمال این مسافران خیلی اذیت

می‌شوید؛ ولی تصمیم می‌گیرید با وجود این شرایط سخت باز هم به حرکت خود در مسیر تهران ادامه دهید.

در مورد سه راه پیشنهاد شده فکر کنید و نتایج به دست آمده از هر راه حل را بررسی کنید.

فکر می‌کنید اشتباه این راننده چیست؟ آیا مسافران بد، قدرتمند و کثیف همان محتویات ذهن (افکار و احساسات و غیره) ما نیستند که نمی‌گذارند در مسیر ارزشمند زندگی قدم برداریم و به طرف مقصد حرکت کنیم؟ به نظر شما اشتباه این راننده در این نیست که به مسافران بد و زورگو به چشم «مسافر» نگاه نکرد و با آن‌ها وارد قرارداد شد؟ مسافر همیشه نخواهد بود و بالاخره در جایی از مسیر پیاده می‌شود. در راه حل سوم، راننده به این مسافران تمایل نشان می‌دهد و به مسیر خود ادامه می‌دهد؛ به بستن قرارداد با آن‌ها نیازی ندارد و می‌تواند به سمت مقصد تهران در حرکت باشد. مسافران ذهن شما هم بالاخره زمانی ساکت می‌شوند. فکرها و احساسات همیشه نیستند. شما می‌توانید با وجود اذیت‌شدن‌های بسیار از فکرها و احساسات بدتان بکوشید در مسیر چیزهای با ارزش زندگی‌تان بمانید.

کاربرگ زیر را روزانه پر کنید تا بتوانید اتفاقاتی را دنبال کنید که در زمان کشمکش با هیجانات خود و در زمان فضا دادن (تمایل) به آن‌ها تجربه کرده‌اید.

کاربرگ کشمکش در برابر فضا دادن			
روز / تاریخ / زمان احساسات چه حادثه‌ای موجب چنین حالتی شد؟	چقدر شما با این احساسات کشمکش دارید؟ 0 = بدون کشمکش 10 = حداکثر کشمکش	آیا توانستید فضایی برای این احساسات ایجاد کنید؟ آیا به آن‌ها اجازه دادید که آنجا باشند؛ حتی اگر ناخوشایند هستند؟	اثر بلندمدت شیوه‌های پاسخ‌دهی شما به احساساتتان چه بود؟ آیا موجب ارتقاء زندگی شما شد یا بدتر شد؟

ارتقاء تمایل

تمایل زمانی اتفاق می‌افتد که ذهن آگاه^۱ باشیم. پس نکات گفته‌شده در زیر را ذهن آگاهانه در نظر داشته باشید (ذهن آگاه‌بودن در فصل بعدی تشریح شده است). اجازه بدهید احساسات همان‌طور که هستند، باشند. سعی نکنید آن‌ها را تغییر دهید یا کنترل کنید.

اگر احساس سختی مانند اضطراب یا کم‌ر درد را تجربه می‌کنید، به‌سادگی آن را تأیید کنید. به آرامی به خودتان بگویید: «این احساس کم‌ر درد است یا این احساس اضطراب است؟»

توجه داشته باشید که تغییر همیشه موجب اضطراب می‌شود و اگر نخواهیم فضایی برای آن ایجاد کنیم، در ایجاد تغییرات دچار مشکل می‌شویم. احساسات شما اعمال شما را کنترل نمی‌کند. شما نمی‌توانید احساسات خود را کنترل کنید؛ اما می‌توانید اعمال خود را کنترل کنید.

به خاطر داشته باشید که تمایل همیشه در خدمت عمل ارزش‌مدار است؛ بنابراین از طریق ارتباط با ارزش‌ها، توانایی تمایلتان را افزایش دهید (برای تصریح ارزش‌هایتان به فصل هشتم مراجعه کنید). «آیا تمایل دارید برای احساس، افکار یا رنجی که از آن‌ها می‌برید، فضایی ایجاد کنید تا بتوانید آن کاری را انجام دهید که برای شما مهم است؟» فرض کنید شما عاشق کوهنوردی هستید. این چیزی است که واقعاً علاقه بسیاری به آن دارید؛ یک روز آماده می‌شوید تا به کوهی که چیزهای فوق‌العاده‌ای درباره آن شنیده‌اید، صعود کنید؛ اما زمانی که به آن نزدیک می‌شوید می‌فهمید باتلاقی اطراف آن را گرفته است. خیلی تعجب می‌کنید. هیچ‌کس به شما درباره آن چیزی نگفته بود؛ اما حالا تنها راهی که می‌توانید از این کوه صعود کنید، این است که از میان این باتلاق

عبور کنید؛ این کاری است که شما انجام می‌دهید؛ از میان آن عبور می‌کنید؛ اما درون آن غلت نمی‌زنید؛ بلکه با وجود اذیت‌شدن بسیار زیاد، از میان باتلاق عبور می‌کنید؛ زیرا صعود از کوه برای شما بسیار مهم است.

فصل ششم: اینجا و اکنون باشیم

بعد از اینکه سه بار سعی کردید جلوی چُرت زدن خود را بگیرید به ناچار از رختخواب برمی‌خیزید؛ درحالی‌که تقریباً بیست دقیقه از برنامه‌تان عقب مانده‌اید. همان‌طور که ساعت را نگاه می‌کنید مغزتان بلافاصله یک پیام آدرنالین ترشح می‌کند تا به شما اعلام کند خیلی دیرتان شده است؛ شما درحال دویدن، زمین می‌خورید. درعین حال، صدای تلویزیون را هم می‌توانید بشنوید که درحال پخش خبرهای بد و مشکلات سیاسی است؛ قبل از اینکه حمام کنید، همه چیز برای یک روز کسل‌کننده و ناامیدکننده فراهم شده است. درحالی‌که مغزتان درحال پردازش اخبار صبحگاهی است، همه کارهایی را که در طول روز باید انجام دهید، مرور می‌کنید: چند جلسه؛ تکالیف مربوط به پروژه؛ قرار با همکاران؛ کارهای مرتبط با سرویس بچه‌ها و آه بله... مهم‌تر از همه درگیری که روز قبل با رئیس بیمارستان داشتید! مغزتان برای چند دقیقه درگیر این موضوع می‌شود و دوباره احساس عصبانیت می‌کنید. پس از حمام کردن، وقتِ چک کردن پیام‌های تلفنی، ایمیل‌ها و پیامک‌هاست. ضربان قلبتان سریع شده است و اضطراب خفیفی در بدنتان حس می‌کنید. حمام می‌کنید؛ لباس می‌پوشید و تقریباً با آشفتگی برای خوردن صبحانه‌ای سریع، راهی آشپزخانه می‌شوید؛ درحالی‌که بچه‌هایتان بر سر یک لقمه دعوا

می‌کنند و همسران کلیدهای ماشینش را گم کرده و در حال غُرزدن است. زمانی که به بیمارستان، مطب و یا هر جایی که قرار است روزتان را با آن شروع کنید می‌روید، ذهنتان خسته و پریشان شده است. به شدت آشفته هستید و هر لحظه ممکن است از شدت ناراحتی، منفجر شوید. وقتی تا این حد ترشح آدرنالین در بدنتان بالاست و مضطرب هستید، جسم و ذهنتان به هیجان، منفی‌گرایی و آشفتگی زندگی روزانه عادت می‌کند و باعث می‌شود به جای تمرکز روی فعالیت‌هایی که قرار است در طول آن روز انجام دهید، تسلیم افکار و رویدادها شوید.

ممکن است این نمایش‌نامه توصیف دقیق زندگی یا برنامه عادی صبح شما نباشد؛ اما شاید قبلاً نوعی آشفتگی، استرس، نگرانی، بی‌قراری، تفکر منفی، فرسودگی هیجانی و جسمی را تجربه کرده باشید. همه این‌ها نقش مهمی در زندگی ما ایفا می‌کند. نمایش‌نامه‌ای که در بالا شرح دادیم حاصل دوره ترسناکی از انفعال، آشفتگی و استرس است که بهتر است آن را زندگی ناهشیار بنامیم.

اکثر ما نمی‌دانیم چگونه انتخاب‌هایمان در زمینه‌های مختلف مانند سبک زندگی، عادت‌ها و افکارمان به اضطراب و ناراحتی می‌انجامد. همچنین، اغلب نسبت به ارزش‌های واقعی، اولویت‌های زندگی و اشتیاق شدید برای زندگی متعادل‌تر آگاهی نداریم. از آرامش عمیق و رضایتی که در لحظه حال وجود دارد، آگاه نیستیم؛ زیرا همواره با حسرت گذشته و دغدغه آینده این رفتار ناهشیار اکتسابی را در طول زمان پرورش می‌دهیم.

چگونه می‌توان این ایده را عملی کرد؟ چگونه می‌توان در زمان حال باقی ماند وقتی مجبور به برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و دستیابی به اهداف و زندگی در دنیای گیج‌کننده‌ای هستید که بر آینده متمرکز است؟ آیا تنها در صورتی که یک راهب یا معتکف باشید می‌توانید در حال زندگی کنید؟ یا یک پزشک خسته و پُرمشغله هم می‌تواند در لحظه حال زندگی کند؟

پاسخ اینجاست: تمرین روزانه ذهن آگاهی داشته باشید

ذهن آگاهی^۱ مفهوم بسیار ساده‌ای است؛ بدان معنا که با اختیار خود از لحظه حال آگاه باشید؛ یعنی نسبت به احساسات، افکار و حواس خود (و حتی قضاوت‌های ذهن خود) توجه کاملی داشته باشید.

برای آن دسته از پزشکانی که دائماً تحت تأثیر مشغله‌های زندگی روزمره‌شان قرار می‌گیرند، ذهن آگاهی موجب می‌شود تا قدر زمان حال را بیشتر بدانند و چشم‌انداز وسیع‌تری به زندگی داشته باشند. همچنین به آنان کمک می‌کند تا واکنش‌های خود را که از روی عادت نشان می‌دهند، با فرصت کافی برای انتخاب شیوه رفتاری‌شان تغییر دهند.

مزایای ذهن آگاهی عبارت است از:

تقویت حال خوب جسمی و ذهنی؛

کاهش علائم بیماری‌های جسمی؛

کاهش شدت و تکرار احساسات منفی یا مخرب.

هرچه بیشتر ذهن آگاهی را تمرین کنید، بیشتر زمان حال را درک خواهید کرد و کمتر ناهشیار خواهید بود. بیشتر تصمیمات و فعالیت‌های شما با آگاهی خواهد بود و به شما امکان خواهد داد به جای واکنشی بودن، کنشگر باشید. با گذشت زمان، عادت می‌کنید وقتی در حالت واکنش به مدرنیته غالب قرار گرفتید، به زمان حال برگردید. در برابر هر دقیقه‌ای که شما در طول روز ذهن آگاهی را تمرین می‌کنید، منبعی از آرامش در درون خودتان ایجاد می‌کنید که می‌تواند در زمان‌های ناهشیار، از شما حمایت کند. البته در اکثر تمرینات ذهن آگاهی باید فقط برای چند لحظه با زمان حال هم‌نوا شوید؛ این کار باعث می‌شود ذهن آگاهی به یکی از ساده‌ترین کارهایی تبدیل شود که تاکنون انجام داده‌اید.

1. Mindfulness

چگونه ذهن آگاه باشیم؟

برای ذهن آگاه شدن تمرین های زیر را دنبال کنید.

تمرین ۱: مراقبه صبحگاهی را تمرین کنید

مراقبه بخش اصلی تمرین ذهن آگاهی است. اختصاص فقط ده دقیقه مراقبه در طول روز، از سایر تمرین های ذهن آگاهی روزانه شما حمایت خواهد کرد؛ زیرا مراقبه شکلی از آموزش نیرومندی به ذهن شماست. هدف مراقبه مشاهده الگوها، عادات ذهن و یادگیری رام کردن افکار مزاحم همیشگی است. با تمرین، کنترل بیشتری بر افکارتان کسب می کنید و به جای اینکه آن ها شما و هیجاناتتان را کنترل کنند، شما آن ها را مدیریت می کنید.

تمرین مراقبه صبحگاهی بهترین راه برای شروع صبح است. شواهد پژوهشی فواید روانی و جسمی بسیاری برای تمرین مراقبه برشمرده اند؛ مانند فشارخون کمتر، تقویت عملکرد سیستم ایمنی، کاهش درد و عفونت، کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود توجه و تمرکز. علاوه بر این، بسیاری از سنت های مذهبی، مراقبه را راهی برای پایان دادن به رنج، افزایش عشق و محبت، آگاه شدن نسبت به خود و در نهایت رسیدن به حالت روشن فکری می دانند.

هدف شما در حال حاضر پرورش این عادت و تقویت مهارت های مراقبه است. حتی چند دقیقه مراقبه در روز مزایای جسمی و روانی آن را ایجاد می کند. با گذشت زمان و تمرین متوجه می شوید که پزشکی عمیق، ذهن آگاه و رشدیافته تری شده اید.

تمرین مراقبه صبحگاهی

- اگر مایلید زمان‌سنج را برای ده دقیقه تنظیم کنید. روی صندلی یا بالش روی زمین بنشینید. ستون فقرات خود را عمود نگه دارید و دست‌ها را به آرامی روی پاها بگذارید.
- چشم‌ها را ببندید یا آن‌ها را باز نگه دارید و به سمت پایین خیره شوید؛ سپس چند نفس عمیق بکشید.
- از تنفس خود آگاه باشید؛ به هوایی که حرکت می‌کند و از سوراخ بینی وارد و خارج می‌شود دقت کنید؛ به بالا و پایین رفتن قفسه سینه و شکم توجه کنید و به‌صورت طبیعی و بدون اعمال فشار نفس بکشید.
- نفس‌هایتان را بشمارید. به‌صورت ذهنی تعداد بازدم خود را شمارش کنید؛ مثلاً از ده به‌طور معکوس شمارش کنید یا زمانی که دم انجام می‌دهید، بگویید «ورود» و زمانی که بازدم انجام می‌دهید، بگویید «خروج».
- وقتی افکارتان منحرف شد، به آرامی آن‌ها را به سمت تنفس برگردانید. خود یا افکار سرزده‌تان را قضاوت نکنید؛ فقط ذهنتان را برای متمرکز شدن روی تنفس هدایت کنید.
- همان‌طور که نفس می‌کشید ادراک‌ها و حس‌های دیگر نیز توجه‌تان را جلب می‌کند؛ مانند صداها، ناراحتی جسمی، هیجانات و غیره. به آن‌ها فقط به‌عنوان چیزهایی که به آگاهی‌تان وارد می‌شود، به آرامی توجه کنید و سپس به تنفستان بازگردید.
- اگر مشاهده کردید که در حال گم‌شدن در افکارتان هستید، همانند یک مشاهده‌گر خارجی بدون قضاوت یا هیجان به آن‌ها نگاه کنید. آن‌ها را افکار سرزده بنامید و سپس متوجه تنفستان شوید.
- این مراحل را تا جایی ادامه دهید که برای همه صداها، حس‌ها، هیجانات و افکاری که می‌آید و می‌رود، فقط یک مشاهده‌گر باشید.
- همان‌طور که به پایان زمان مراقبه خود نزدیک می‌شوید چند نفس عمیق دیگر بکشید، چشمانتان را باز کنید و به آرامی روز خود را شروع کنید.

تمرین ۲: با حس قدردانی از خواب بیدار شوید.

چه چیزی بهتر از این است که صبح خود را با قدردانی شروع کنید؟ شکل دادن به این عادت می‌تواند افکار منفی صبحگاهی شما را (اعم از وحشت، اضطراب یا بی‌علاقگی به شغل‌تان) به سمت افکار مثبت‌تر و شادتر تغییر دهد.

جک کورنفیلد، معلم و طیب بودایی، در کتاب «هنر بخشندگی، لطف محبت‌آمیز و آرامش»^۱ درباره تمرین قدردانی می‌گوید: قدردانی یک تمرین ذهن‌آگاهی است که ما را نسبت به نعمت‌های بزرگ و کوچکی که هر روز تجربه می‌کنیم آگاه می‌کند؛ درحالی‌که در زندگی پرمشغله امروزی آن‌ها را نادیده می‌گیریم. وقتی صبح را با سپاسگزاری شروع می‌کنیم، به ذهن خود آموزش می‌دهیم به جای تمرکز بر چالش‌ها، ناکامی‌ها و تحقیرهایی که در طول هفته با آن‌ها روبه‌رو شده‌ایم، به دنبال چیزهای مثبت باشد. تمرین قدردانی علاوه بر ارتقاء رشد روانی ما، سلامت و بهزیستی ما را نیز ارتقا می‌دهد. دکتر رابرت. ای. امونز، کارشناس علمی مشهور در حوزه قدردانی، درباره ارتباط بین قدردانی و بهزیستی مطالعات بسیاری انجام داده و اثبات کرده است که تمرین قدردانی شادکامی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد. طبق این تحقیقات، قدردانی می‌تواند روابط، عزت‌نفس و حتی خواب شما را بهبود دهد.

کلید تأثیرگذاری این تمرین به تعداد تشکرهایی که می‌کنید و یا حتی میزان زمانی که به آن اختصاص می‌دهید، وابسته نیست؛ بلکه به شدت تمرکز و احساسی که درباره آن دارید، وابسته است. یک تمرین قدردانی ذهن‌آگاهانه این است که خود را تا آنجایی در هیجان غوطه‌ور کنید که به صورت عمیق و ژرف احساس سعادت‌مندی کنید.

تمرین قدردانی

- داشتن دفترچه قدردانی مهم‌ترین راه برای تقویت احساسات مرتبط با سپاسگزاری در شماست؛ می‌توانید اغلب به سراغ آن بروید و چیزهایی را که نوشته‌اید یادآوری کنید. به جای نوشتن فهرست طولانی از مواردی که به خاطر آن‌ها سپاسگزارید، پیشنهاد می‌دهیم هر روز صبح، تنها به یک یا دو مورد برای چند دقیقه توجه کنید. این کار باعث می‌شود هر نعمت را به طور کامل یاد آورید و با توجه به آن، احساس قدردانی عمیق‌تر و بادوام‌تری را تجربه کنید و متوجه و متمرکز باقی بمانید.
در اینجا فرایندی چندمرحله‌ای را برای کاربرد این عادت نشان می‌دهیم:
 - هنگام نوشتن قدردانی در دفتر خود، از عباراتی مانند «من به خاطر تخت گرم و نرم سپاسگزارم» استفاده کنید.
 - توجه کنید که از بودن در تخت خود چه احساسی دارید و توجه کنید چقدر گرم و نرم است.
 - افکار خود را به سمت عواملی که باعث می‌شود تختتان راحت باشد، معطوف کنید: بالش و تشک نرم، پایه‌هایی که شما را بالاتر از سطح زمین نگه می‌دارد و باعث می‌شود خواب شبانه راحتی داشته باشید.
 - درباره این فکر کنید که زندگی بدون این چیزها، مانند تخت خواب در مثال ما، ممکن بود چگونه باشد.
 - باید به این فکر کنید که «بدون این تخت مجبور بودم روی زمین بخوابم؛ سردم می‌شد، راحت نبودم و ممکن بود نتوانم خوب بخوابم». این نوع تصورات باعث ارتقای احساس قدردانی شما می‌شود.
- برای سپاسگزاری از هر چیزی مانند دستورالعمل بالا عمل کنید. توجه خود را به جزئیات چیزی که برای آن سپاسگزاری می‌کنید، معطوف کنید. اگر احساسات هیجانی و فیزیکی به وجود آمد، افکار خود را بر آن‌ها متمرکز کنید؛ تصور کنید زندگی بدون این چیزها چه شکلی داشت.

تمرین ۳: یک اسکن بدنی ذهن آگاهانه انجام دهید.

از مهم‌ترین کاربردهای ذهن آگاهی این است که با شیوه احساس کردن بدن خود درگیر می‌شوید. اگر توجه کنید بدن شما درباره وضعیت روانی و هیجانی تان چیزهای بسیاری را آشکار می‌کند و ساده‌ترین راه برای حس کردن بدن، انجام اسکن ذهن آگاهانه است. اسکن بدن یک تمرین مراقبه‌ای است که در آن بر همه بخش‌های بدن تمرکز می‌کنید. اغلب از انگشتان پا شروع و به سر ختم می‌شود. دراصل، برای لحظاتی توجه خود را به هر قسمت معطوف و سعی کنید تشخیص دهید چه احساسی دارید. با توجه کردن به هر قسمت از بدن و تنشی که در عضلات مختلف انباشته شده است، می‌توانید به‌صورت هشیار، تنش را کاهش دهید و همان‌طور که ذهن خود را آرام می‌کنید، نسبت به آنچه سبب این تنش شده است، آگاه‌تر شوید. هر ناراحتی و دردی که ممکن است احساس کنید، نوعی هیجان منفی است که باید آن را شناسایی کرد و تسکین داد.

اسکن بدنی به منحرف کردن توجه از افکار تان به سمت وجود فیزیکی تان کمک می‌کند، همان‌طور که تنفس راهی برای برگرداندن شما به لحظه حال است، اسکن بدنی نیز می‌تواند همین کار را انجام دهد.

تمرین اسکن بدنی

(برای اجرای این تمرین می‌توانید صدای خود را ضبط کنید یا از کسی بخواهید که این تمرین را برایتان بخواند.)

به پشت بخوابید، نفس عمیق بکشید، اجازه دهید تنفستان آرام شود و سعی کنید به‌جای قفسه سینه از ناحیه شکم نفس بکشید.

از انگشتان پا شروع کنید. توجه خود را به هر قسمت از بدن معطوف کنید. به‌آرامی از انگشتان پا به سمت کف پا، مچ، ساق، زانو، ران و بقیه قسمت‌ها بروید؛ تا زمانی که به سر و صورت برسید. اگر مایل باشید می‌توانید به اندام‌های درونی مانند قلب و شش‌ها نیز توجه کنید.

همان‌طور که به هر قسمت از بدن توجه دارید، به هر نوع درد و تنش یا گرفتگی که احساس می‌کنید، توجه کنید. آیا انرژی متمرکز شده اطراف یک ناحیه خاص را حس می‌کنید؟ برای یک دقیقه تمرکز کنید و به احساسی که دارید، توجه داشته باشید.

اگر در قسمتی از بدن خود درد، تنش یا ناراحتی دارید از خود بپرسید «چرا چنین احساسی دارم؟ باید به چه چیزی توجه کنم یا چه چیزی را درمان کنم؟». ممکن است نتوانید به این سؤال پاسخ روشنی دهید؛ اما به هر چیز دیگری که با پرسیدن این سؤال به ذهنتان می‌آید، توجه کنید. درد و تنش شدید که ناشی از افکار و هیجانات منفی است.

بعد از پرسیدن این سؤالات نفس عمیقی بکشید و برای آرام کردن قسمت‌های دردناک بدن، بازدم خود را به آن نواحی معطوف کنید. تصور کنید ماهیچه‌ها آرام می‌شود و درد از بین می‌رود.

تنفس را با انقباض خفیف هر قسمت یا برخی قسمت‌ها همراه کنید (برای مثال، می‌توانید ماهیچه‌های صورت را منقبض کنید) انگشتان پا و ماهیچه‌های کف پا را منقبض کنید. کف پا را به‌صورت دورانی حرکت دهید تا مچ پا منقبض شود. کف پا را برای انقباض ساق پا بکشید. برای آرامش بیشتر همراه با هر کشش نفس عمیق بکشید.

وقتی اسکن بدن را تمام کردید چند نفس عمیق بکشید، اجازه دهید کل بدن آرام شود.

تمرین ۴: تنفس ذهن آگاهانه را انجام دهید.

آیا به تنفس خود توجه می‌کنید؟ تنفس به قدری طبیعی صورت می‌گیرد که اکثر ما تا زمانی که مشکل پیدا نکند، به آن توجه نمی‌کنیم؛ اما تنفس برای بهزیستی جسمی و روانی ضروری است و در ایجاد ارتباط بین ذهن و بدن مؤثر است. همان‌طور که راهب بودایی تیچ نات هان می‌گوید: «تنفس پلی است که زندگی را هشیار و بین بدن و افکار ارتباط ایجاد می‌کند». تنفس از نظر جسمی به دو دلیل اهمیت دارد: اکسیژن ضروری برای حیات بدن و اندام‌ها را فراهم می‌کند و ضایعات بدن را دفع می‌کند.

تنفس مبنای هر تمرین ذهن آگاهی دیگری نیز هست؛ زیرا کمک می‌کند متمرکز باقی بمانید و هنگام دم و بازدم با مشاهده هر بخش از تنفس، ذهن و بدن آرام می‌شود. تمرین ذهن آگاهی همراه با تنفس متمرکز، حتی برای ده دقیقه در روز، استرس را کاهش و آرامش را افزایش می‌دهد. تنفس آرام، عمیق و منظم، سیستم پاراسمپاتیک را تحریک می‌کند که به کاهش ضربان قلب و آرمیدگی عضلات می‌انجامد. همچنین اکسیژن‌رسانی به مغز و فعالیت آن را بهبود می‌دهد و از سطح اضطراب و استرس می‌کاهد.

تمرین تنفس آگاهانه

(برای اجرای این تمرین می‌توانید صدای خود را ضبط کنید یا از کسی بخواهید این تمرین را برایتان بخواند.)

در اینجا فرایندی ساده برای تمرین تنفس ارائه می‌شود:

- روی صندلی یا جایی دیگر به‌گونه‌ای بنشینید که کمرتان صاف و کف پاهایتان روی زمین باشد.
- به‌آرامی نفس بکشید؛ به‌گونه‌ای که تمام گنجایش شش‌ها با اکسیژن پر شود. با بینی نفس بکشید و شکم را به‌آرامی به‌سمت بالا بکشید؛ به‌طوری‌که گویا درحال پُرکردن آن از هوا هستید؛ این کار تنفس شکمی نامیده می‌شود.
- در پایان نفس خود را برای دو ثانیه نگه دارید.
- آرام و کامل بازدم را انجام دهید و اجازه دهید شکم به وضعیت نرمال خود بازگردد. در پایان بازدم نیز دو ثانیه توقف کنید.
- برای اولین بار، تنفس طولانی انجام ندهید. چهار ثانیه دم، دو ثانیه نگه‌داشتن نفس و مجدداً چهار ثانیه بازدم انجام دهید.
- توجه خود را به فرایند دم، بازدم و نگه‌داشتن نفس معطوف کنید. اگر ذهنتان منحرف شد به‌آرامی آن را متمرکز کنید.
- این چرخه تنفس را ده مرتبه یا برای چهار دقیقه تکرار کنید

تمرین ۵: مراقبه پیاده‌روی داشته باشید.

مراقبه پیاده‌روی یک تمرین ذهن آگاهی است که وقتی در حال حرکت در محیط هستید، انجام می‌شود. به جای اینکه روی صندلی بنشینید یا روی مبل لم بدهید، بیرون بروید و با چشمان خود حرکت کنید و فضای باز را احساس کنید.

این تمرین به شما اجازه می‌دهد با محیط، بیشتر در ارتباط باشید. حضور در طبیعت شما را از افکار درونی آزاد می‌کند و به شما کمک می‌کند نسبت به زیبایی فضای بیرون آگاهی بیشتری داشته باشید.

با ترکیب پیاده‌روی و ذهن آگاهی، یک عادت عالی برای رهایی از استرس روزانه را تمرین می‌کنید و می‌توانید راحت‌تر و با هماهنگی بیشتری به سراغ فعالیت‌های خود بروید.

تمرین مراقبه پیاده‌روی

مکانی را بیابید که در آن بتوانید مراقبه پیاده‌روی را بدون حواس‌پرتی توسط افراد دیگر انجام دهید. می‌توانید به پارک خلوتی بروید یا در اطراف خانه پیاده‌روی کنید.

قبل از شروع، یک یا دو دقیقه را برای تنفس عمیق و مهار توجه خود به بدنتان صرف کنید. صاف بایستید و به یک نقطه خیره شوید تا بتوانید تمرکز کنید. پاهای خود را به اندازه عرض لگن باز کنید تا وزن بدنتان به‌طور ثابت روی هر دو پا تنظیم شود. آگاهانه ثبات زمین را زیر پاهای خود حس کنید.

همان‌طور که نویسنده و معلم بودایی جک کورن فیلد می‌گوید: «سعی کنید با حس راحتی و وقار قدم بردارید. راحت باشید و بگذارید پیاده‌روی شما راحت و طبیعی باشد؛ گویا شما یک پادشاه یا ملکه هستید و برای گردش سلطنتی بیرون آمده‌اید».

سپس چشمان خود را ببندید و چند نفس عمیق بکشید. کل بدن خود را از پاها تا سر اسکن کنید. به هر ناراحتی، احساس، افکار و حواس خود توجه کنید. توجه خود را کاملاً به بدن و حضور فیزیکی بدنتان در محیط معطوف کنید.

پیاده‌روی را به آرامی آغاز کنید؛ یک پا در مقابل پای دیگر. به بالا آوردن هر پا و قراردادن آن روی زمین توجه کنید. توجه داشته باشید که چگونه پاشنه پای شما قبل از انگشتان آن به زمین می‌رسد. توجه کنید که زمین زیر پاهایتان چگونه به نظر می‌رسد.

به همین طریق چند قدم بردارید و نسبت به هر قدم توجهی آگاهانه داشته باشید. اگر ذهن شما منحرف شد، دوباره آن را به‌سوی قدم‌هایتان متوجه کنید. شاید بخواهید هر گام را برای حفظ تمرکز ذهنتان بشمارید یا می‌توانید از جملات کوتاه استفاده کنید مانند «من اینجا هستم» یا «من در حال قدم زدن هستم». آرام و راحت نفس بکشید.

بعد از چند گام، یک لحظه توقف داشته باشید و به محیط اطرافتان توجه کنید. به درختان، چمنزارها و آسمان نگاه کنید. گرما یا سرمای هوا را با صورت و پوست خود حس کنید. مشتاقانه به صداهای طبیعت گوش دهید و به کوچک‌ترین صداها نیز توجه کنید. مجدداً به بدن خود و هر حسی که در آن دارید، توجه کنید. لحظه‌ای به افکار خود دقت کنید و مراقب باشید بدون قضاوت به‌سمت گذشته نروید.

اگر می‌خواهید ده دقیقه به قدم‌زدن ادامه دهید، باید از ابتدا آغاز کنید. به پیاده‌روی مراقبه خود بازگردید و با هر گامی که برمی‌دارید همه توجه خود را به آن معطوف کنید.

زمانی که پیاده‌روی مراقبه‌تان به آخر نزدیک شد، به آرامی متوقف شوید و بار دیگر به اطراف خود نگاه کنید و از همه حواس خود استفاده کنید. چند نفس عمیق بکشید و به فعالیت‌های روزمره خود بازگردید.

تمرین ۶: خوردن کشمش

کشمش‌ها میوه‌های بامزه‌ای هستند و زمانی که آن‌ها را می‌خوریم، دوست داریم به سرعت و بدون هیچ فکری آن‌ها را داخل دهانمان بیندازیم. اگر با این تجربه ذهن آگاهانه برخورد کنید، متعجب می‌شوید که تجربه شما از خوردن یک کشمش تا چه حد می‌تواند عمیق‌تر باشد.

تمرین خوردن کشمش

- ابتدا یک کشمش بردارید و آن را به روش همیشگی تان بخورید؛ یعنی فقط آن را داخل دهانتان بیندازید. حالا یک کشمش دیگر بردارید. آن را بر روی میزی روبه روی خود قرار دهید و آن را بررسی کنید. به چین و چروک روی پوست آن توجه کنید. به طرح‌های مختلفی که این چین و چروک‌ها شکل داده‌اند، نگاه کنید. دومین کشمش را بردارید و آن را در کنار اولی قرار دهید و ببینید چه تفاوتی با هم دارد. هیچ دو کشمشی شبیه هم نیست.
- آیا دو کشمش هم‌اندازه است؟ درباره کشمش‌ها نسبت به فضایی که در اتاق، در محیط و در جهان اشغال کرده است، فکر کنید. درباره اندازه‌های آن‌ها نسبت به یکدیگر ببینید.
- حالا یک کشمش بردارید و آن را بین انگشتانتان بچرخانید. بافت بیرونی این میوه را لمس کنید. اثر چسبناکی را که بر روی انگشتانتان به جای می‌گذارد، احساس کنید.
- کشمش را در دهانتان بگذارید. آن را در داخل دهانتان بچرخانید؛ بالا و پایین زبانتان. آن را در شکاف بین فک‌ها و گونه‌تان مخفی کنید. حداقل برای سی ثانیه آن را نجوید. زمانی که آن را می‌جوید بر روی دندان‌هایتان احساس می‌شود. زمانی که آن را قورت می‌دهید و در گلویتان پایین می‌رود، آن را احساس کنید.
- حالا دومین کشمش را بخورید؛ ولی این بار بسیار آهسته‌تر. آن را هرچه می‌توانید بجوید تا در دهانتان به خمیر مایعی تبدیل شود. آیا وقتی کشمش را به این شکل می‌خورید مزه آن در مقایسه با دفعه آخری که خوردید، متفاوت است؟ وقتی کشمش در دهان شما به قسمت‌های مختلف تقسیم می‌شود، چگونه آن را احساس می‌کنید؟ احساس آن شبیه چیست؟ وقتی آن را قورت می‌دهید چگونه احساس می‌شود؟ در مقایسه با کشمش قبل چگونه است؟ بین وقتی که کشمش را با ذهن آگاهی می‌خورید و زمانی که آن را در داخل دهانتان می‌اندازید و زود آن را قورت می‌دهید چه تفاوتی وجود دارد؟ پاسخ این سؤالات را در زیر بنویسید:

.....

.....

.....

.....

تمرین ۷: نوشیدن چای

اکنون تمرین مشابهی را با یک فنجان چای امتحان می‌کنیم.

تمرین نوشیدن چای

- کمی آب را در کتری بجوشانید.
 - یک چای کیسه‌ای یا یک صافی را که از برگ‌های چای پُر شده است، بردارید و آن را داخل یک فنجان قرار دهید.
 - آب جوش را بر روی چای کیسه‌ای یا صافی بریزید. فنجان را پُر کنید.
 - اجازه دهید تا خیس بخورد. همان‌طور که چای خیس می‌خورد، به آب که رنگش تغییر می‌کند، نگاه کنید. زمانی که برای بار اول آب جوش را روی چای می‌ریزید، آب به یک مایع قهوه‌ای، سبز یا قرمز تبدیل می‌شود (بستگی به این دارد که شما چه نوع چایی استفاده می‌کنید). به‌زودی آن تیره و تیره‌تر می‌شود.
 - چند دقیقه اجازه دهید تا چای کاملاً رنگ دهد و آن را از آب خارج کنید. به‌دقت به رنگ چای نگاه کنید. آیا چیزی درباره رنگ چای هست که پیشتر به آن توجه نکرده باشید؟ اگر این‌طور است می‌توانید مشاهدات خود را در زیر بنویسید:
-
- حالا دستان خود را دور فنجان گرم قرار دهید. آیا شما تاکنون یک فنجان چای را به این صورت احساس کرده‌اید؟ چگونه احساس می‌شود؟ کاملاً داغ است، یا فقط گرم؟ به دمای آن توجه کنید.
 - فنجان را به سمت لب‌هایتان بیاورید. بخاری را که به صورتتان می‌خورد، احساس کنید. فنجان را فوت کنید و بخاری را که به سمت لب‌هایتان بالا می‌آید، حس کنید.
 - چای را بو کنید. به‌صورت عمیق چای را بو کنید. نود درصد از حس چشایی شما با بینی‌تان کنترل می‌شود. اگر چایتان را نبویید، نمی‌توانید مزه آن را احساس کنید.

- حالا جرعه‌ای بنوشید. آیا لب‌هایتان را می‌سوزاند؟ خیلی داغ است؟ یا گرم و خوب؟ مزه آن چگونه است؟ سعی کنید بدون قضاوت به تجربیات خود توجه داشته باشید؛ سپس تجربیات خود را توصیف کنید.

اگر شما واقعاً چای دوست ندارید، مهم نیست. فقط تمرین را امتحان کنید. به این توجه کنید که وقتی چای را می‌نوشید چقدر از آن بیزارید و آن تجربه را یادداشت کنید. این ساده‌انگاری است که فکر کنید فقط در زمان‌های لذت باید آگاهی از زمان حال را تمرین کنید. می‌دانید که شما تجربیات ناخوشایندی هم در زندگی خواهید داشت؛ بنابراین باید به آن‌ها نیز تمایل نشان دهید؛ آن‌ها را کاملاً تجربه کنید و به اندازه‌ای که ارزشمند هستند، آن‌ها را بپذیرید.

ده گام برای ایجاد تمرین های روزانه ذهن

شمار کمی تمرین ذهن آگاهی در این کتاب ذکر شده است؛ اما می توانید با مراجعه به کتاب «ده دقیقه ذهن آگاهی، هفتاد و یک عادت ساده برای زندگی در لحظه حال»^۱ تعداد دلخواه از این تمرینات را برای ایجاد تغییری مثبت در زندگی تان انتخاب کنید. برای کمک به عملی شدن این کار از شما می خواهیم مهارت های خلاقیت خود را تقویت کنید. توصیه می کنیم از استراتژی ده گام برای ایجاد تمرین های روزانه ذهن آگاهی استفاده کنید:

۱. زمانی که در حال انجام امور روزانه خود در مطب، بیمارستان یا هر جای دیگر هستید، زمان و مکان یا ترکیبی از آن ها را برای اجرای تمرین ذهن آگاهی انتخاب کنید. فقط کافی است درباره مواردی که می خواهید در زندگی خود بهبود دهید، فکر کنید و عادت مناسب آن را در هر زمان از روز که لازم است، ایجاد کنید.

۲. بسته های تمرینی خود را ثابت نگه دارید؛ به گونه ای که تمرین موجود را در هر روز به طور خودکار انجام دهید؛ مانند حمام کردن، مسواک زدن، چک کردن تلفن، سر یخچال رفتن یا نشستن پشت میز و یا تمرین هایی که در مطب یا بیمارستان می خواهید نهادینه کنید. این کار بسیار مهم است؛ زیرا باید صد درصد مطمئن باشید که این تمرین را فراموش نمی کنید.

۳. یک چک لیست داشته باشید که در بردارنده توالی تمرین ها، مدت زمان انجام هر کدام و مکان انجام دادن آن ها باشد.
۴. پاداش های کوچک لذت بخشی برای خود در نظر بگیرید تا به شما کمک کند در انجام تمرین ها ثابت قدم باشید. این جوایز می تواند شامل تماشای برنامه مورد علاقه تلویزیونی تان، مصرف غذاهایی سالم یا چند دقیقه استراحت بعد از ملاقات مثلاً پنج بیمار (بیشتر یا کمتر) باشد.
۵. بر تکرار تمرکز کنید و هیچ روزی را از دست ندهید. درواقع مهم است که دائماً به تمرین های خود توجه داشته باشید؛ حتی اگر لازم باشد یک یا دو مورد را حذف کنید. استمرار مهم تر از هر چیز دیگری است.
۶. از ترک تمرین ها به هر بهانه ای حتی برای یک روز بپرهیزید. هدف روزانه قابل اجرایی را برای خود ایجاد کنید که می توانید با وجود هر اتفاقی به آن دست یابید و اجازه ندهید برایتان دردسر ایجاد کند. شاید لازم باشد هدف کوچکی را انتخاب کنید که در آن فقط دو یا سه کار انجام دهید.
۷. انتظار چالش های مقطعی و عقب نشینی (مثل ملاقات نابهنگام بیمار بدحال یا حتی جراحی فوری و از قبل تعیین نشده، یا بی خوابی چندروزه به خاطر شیفت های پشت سر هم در بیمارستان) را داشته باشید. درواقع اگر گمان می کنید ممکن است این چالش ها اتفاق بیفتند، بهتر است برای آن ها برنامه ریزی داشته باشید تا بتوانید این وضعیت را نیز کنترل کنید.

۸. برای تمرین‌هایی که بیشترین تکرار روزانه، هفتگی و ماهیانه دارد، برنامه زمان‌بندی تهیه کنید. پیشنهاد ما این است که با تمرین‌های روزانه ساده آغاز کنید؛ اما زمانی که می‌خواهید تمرین‌های بیشتری ایجاد کنید، کارهای هفتگی و ماهیانه را نیز به آن بیفزایید.

۹. عادت‌های خود را با افزایش تمرین‌ها و کل زمان انجام آن‌ها، بیشتر کنید؛ اما در این گام بسیار مراقب باشید. اگر متوجه شدید پیشرفت کار سخت‌تر از زمان شروع آن است، چند تمرین را کاهش دهید و یا از خود بپرسید چرا می‌خواهید حداقل یک روز آن‌ها را انجام ندهید. هرچه درباره نداشتن انگیزه بیشتر بدانید راحت‌تر می‌توانید بر آن فائق آیید.

۱۰. یک تمرین در یک زمان ایجاد کنید؛ زیرا هر تمرین جدید اضافی، دشواری در پایبندی به تمرین‌های موجود را در پی دارد. تنها زمانی که احساس می‌کنید یک تمرین نهادینه شده است، می‌توانید تمرین‌های بیشتری به آن اضافه کنید.

فصل هفتم: از گذشته، آینده و برچسب‌ها را شویم

ما واقعاً خوشبخت هستیم که ذهنمان می‌تواند گذشته و آینده را تصور کند. این توانایی بسیار مفیدی است که به ما اجازه می‌دهد فکر کنیم؛ از گذشته یاد بگیریم و درباره آینده پیش‌بینی و برای آن برنامه‌ریزی کنیم. به‌مرور که بزرگ‌تر می‌شویم ذهن بهتر و بهتر این فن را اجرا می‌کند؛ با گذشته و آینده تردستی می‌کند؛ اما متأسفانه این شروع بروز مشکلات ماست؛ مانند کودکان به‌راحتی می‌توانیم در زمان حال باشیم؛ اما در مقام بزرگ‌سال، ذهن مانند یک ماشین خارج از کنترل، مدام ما را درون گذشته یا به‌سمت آینده می‌برد. در نتیجه زمان بسیاری را به زندگی دوباره در آسیب‌ها، شکست‌ها، طردشدن‌ها و اشتباهات گذشته یا زمان بسیاری را به آینده و نگرانی درباره هر چیزی که ممکن است اشتباه شود، اختصاص می‌دهیم. در این میان زندگی در زمان حال را از دست می‌دهیم. اگر در حال زندگی نکنیم و قدردان آن نباشیم هیچ رضایت خاطری از زندگی مان به دست نخواهیم آورد.

هنگامی که به دنیای تعریف شده خود وارد می شویم، تمایل داریم از تجربیات مستقیم، تعریف نشده و جاری خود رهایی یابیم. دقیقاً حالت نوزادی را داریم که از دنیای امن و تعریف شده رحم مادر به دنیای جدید پا می گذارد و چون این دنیا برایش از پیش تعریف نشده و ناآشناست، احساس غریبی می کند. اغلب به اشتباهات گذشته و خطرات آینده فکر می کنیم و خیال بافی های روزانه جای زمان حال را می گیرد. بدون ارتباط و تماس با زمان حال، رفتار ما به گونه ای خاص تحت تأثیر برنامه ریزی ها و عکس العمل ها و افکار قدیمی قرار می گیرد و موجب می شود که از خود رفتار مشابهی همانند آنچه در گذشته انجام داده ایم، بروز دهیم و احتمالات جدید را نادیده بگیریم.

ذهن همیشه می خواهد زمان حال را انکار کند و از آن بگریزد. به عبارت دیگر، هرچه بیشتر در بند ذهنیت باشیم، رنج بیشتری خواهیم کشید. هرچه بیشتر بتوانیم زمان حال را به عنوان یک واقعیت بپذیریم، رهایی بیشتری از درد و رنج داریم و از ذهن خود آزاد می شویم.

چرا ذهن از روی عادت نسبت به زمان حال مقاومت نشان می دهد یا آن را انکار می کند؟ ذهن بدون زمان نمی تواند عمل کند و در کنترل باقی بماند. زمان نیز با مفهوم گذشته و آینده معنا می یابد و در نتیجه زمان حال را که قابل اندازه گیری نیست، نوعی تهدید می بیند. درواقع باید گفت ذهن و زمان دو عنصر جدایی ناپذیر است.

زندگی همیشه در «اینجا و اکنون» در حال سپری شدن است. هر تجربه ای در زمان حال اتفاق می افتد. همه تجارب به آینده یا گذشته ذهنی فرد برمی گردد؛ اما همگی می توانند در زمان کنونی رخ دهد. توانایی توجه به گذشته و طراحی برای آینده در بیشتر مواقع برای انسان ها مفید و ضروری است؛ اما بسیاری از مشکلات به این دلیل به وجود می آید که اغلب افراد بیشتر در آینده یا گذشته خود غوطه ور شده اند و از حال خود غافل می مانند. به دلیل آمیختگی های شناختی و ذهنی، اغلب انسان ها تمایل دارند با آینده یا گذشته خود ارتباط برقرار کنند، گویی که این گونه ادراکات واقعاً اتفاق افتاده است و در زمان کنونی کاری از دست آن ها بر نمی آید.

اهمیت ارتباط داشتن با زمان حال

بیشتر ناملایمات ما انسان‌ها به دلیل آمیختگی با افکارمان است. آمیختگی با فکر به معنی درگیر شدن با افکار و خود را بنده مطیع افکار دانستن است. با همین آمیختگی‌های فکری، به شکل بدبینانه‌ای ارزیابی‌های نادرستی از موقعیت‌ها در ذهن خود ایجاد می‌کنیم و سپس می‌کوشیم با جست‌وجو در گذشته، تجارب منفی‌ای را که باعث ناراحتی و نداشتن آسایش ما می‌شود، از ذهن خود پاک کنیم. همچنین وقت بسیاری را به آینده اختصاص می‌دهیم و درباره آنچه پیش رو خواهیم داشت و اینکه چه اتفاقی خواهد افتاد، فکر می‌کنیم. وقتی به ادراک ذهنی‌مان درباره آینده مشغول شویم، تمایل داریم برخی از فرصت‌ها را در شرایط کنونی از دست بدهیم. در صورتی که با بازگشت به لحظات حال می‌توانیم با محیط ارتباط برقرار کنیم و به ارزش‌هایمان در زندگی جامه عمل بپوشانیم.

اگر با زمان حال ارتباط برقرار کنیم، دیگر چیزی برای جنگیدن و مقاومت کردن نخواهیم داشت و به آنچه اکنون داریم، بسنده خواهیم کرد. وقتی زمان حال را از دست می‌دهیم، می‌توانیم آگاهی خود را نیز از دست بدهیم و با ارزیابی‌ها و قضاوت‌ها درباره احساسات، افکار و حس‌های درونی‌مان درگیر شویم؛ در نتیجه موجب تولید رنجی بی‌حاصل خواهیم شد. ارتباط با زمان حال این آمیختگی و سردرگمی را با اتصال به یک خودِ ادراکی تقلیل می‌دهد.

زمان حال همچنین دارای ارزش حیاتی و خلاقیت است. اگر به زمان حال بیشتر از گذشته و آینده توجه داشته باشیم، می‌توانیم آنچه را که دوست داریم به زندگی‌مان وارد کنیم. با تجربه درمی‌یابیم هر نوع احساس دشوار و ملال‌انگیزی که در زمان حال پدید می‌آید، مخرب نیست. تخریب و زیان‌هنگامی صورت می‌گیرد که در مقابل یک احساس، مقاومت و مبارزه کنیم و بخواهیم آن احساس از بین برود؛ این همان زمانی

است که آسیب و تخریب در ما پدیدار می‌شود. از یک نگاه اغراق‌آمیز، این پدیده یعنی آسیب‌رساندن به خود، می‌تواند شبیه نوعی خودکشی باشد. زندگی کردن با یک درد در زمان حال، همانند زندگی با خوشی و شادمانی است. اغلب فکر می‌کنیم زندگی‌مان زمانی آغاز می‌شود که احساس بهتری داشته باشیم؛ اما باید به این دیدگاه برسیم آنچه تاکنون اتفاق افتاده، به هر حال اتفاق افتاده است و دیگر راه برگشتی وجود ندارد. تاریخچه و سابقه وقایع یک مسیر، ثابت محسوب می‌شود و ما نمی‌توانیم برگردیم و تاریخ دیگری را تجربه کنیم. زمان در بهترین حالت فقط در زمان حال رخ می‌دهد. با القای چنین دیدگاهی می‌توانیم به خودمان کمک کنیم تا ارزش‌های خود را در زندگی دریابیم. از طرفی آنچه ممکن است در آینده اتفاق بیفتد، هنوز اتفاق نیفتاده است. دقیقاً نمی‌توانیم آینده را پیش‌بینی کنیم و اغلب از آنچه آینده پیش‌روی ما می‌گذارد، دچار شگفتی و بهت می‌شویم. هرچند کارهای خاصی را انجام می‌دهیم تا به زندگی کامل‌تر، عمیق‌تر و غنی‌تر دست یابیم، به‌ندرت آنچه بدان امیدواریم و یا انتظار داریم برایمان فراهم می‌شود. زمان حال، اعمال ما و ارزش‌های پایدار می‌تواند موجب وقوع زندگی‌ای شود که خواهان آن هستیم.

در بیشتر مواقع به مشکلات خود به این شیوه واکنش نشان می‌دهیم که می‌خواهیم مشکلات زندگی را همانند یک مسئله ریاضی حل کنیم؛ یعنی با قواعد از پیش تعیین شده و بسیار منطقی. بسیاری از مسائل را نمی‌توان این‌گونه حل کرد. پس چاره چیست؟ چاره کار این است که در ذهن خود بدین گونه عمل کنیم: «آها این رنگ قرمز مثل رنگ قرمزی نیست که دیروز در نقاشی دیدم. مثل اینکه کمی روشن‌تر به نظر می‌رسد. مثل اینکه این رنگ بهتر است». برای تجربه «اینجا و اکنون» و رهاشدن از گذشته و حال، تمرین‌های زیر را دنبال کنید.

تمرین ۱: آگاهی مربوط به زمان حال خود را گسترش دهید.

ما باید با حس‌های خودمان ارتباط برقرار کنیم نه با محتوای فکری‌مان (مثلاً من غمگین هستم، من ناامید هستم، به جای اینکه بگوییم همسرم هیچ توجهی به من نمی‌کند، همکارم با من در بیمارستان هیچ همکاری نمی‌کند و غیره). یکی از بهترین روش‌های کمک به خودمان، یافتن حس‌های خود در زمان حال از طریق فعالیت‌های ساختاری تمرکز ذهنی است. در فعالیت‌ها و تمرین‌های ذهنی که در ادامه تشریح کرده‌ایم، می‌کوشیم با ملایمت و بدون قضاوتی خاص، یک رخداد یا مجموعه‌ای از رخدادهایی را ببینیم که در حال حاضر در پوست خود احساس می‌کنیم.

تمرین مشاهده ابرافکار

(برای انجام این تمرین از کسی بخواهید درحالی که چشمان شما بسته است، جملات زیر را برایتان زمزمه کند یا خودتان از قبل جملات زیر را بخوانید و صدایتان را ضبط کنید و سپس به آن گوش دهید.)

- نفس عمیقی بکشید. وقتی نفس خود را بیرون می‌دهید، چشمانتان را ببندید. دو نفس عمیق دیگر بکشید و سپس به صورت عادی تنفس کنید (توقف).
- سبزه‌زاری پُر از علف و گل را تصور کنید؛ تصور کنید بر روی جایی از این سبزه‌زار که خود انتخاب کرده‌اید، دراز کشیده‌اید و به آسمان آبی نگاه می‌کنید. در این آسمان، ابرها در همه اشکال و اندازه‌ها در حال حرکت است (برای چند لحظه اجازه دهید تا این خیال باقی بماند).
- هر فکری که از ذهنتان می‌گذرد، به یک ابر نسبت دهید و اجازه دهید همانند ابر به آرامی به مسیر خود ادامه دهد. اگر متوجه شدید که این تصورات مدام از ذهنتان خارج می‌شود، چندان هم بد نیست؛ وقتی متوجه شدید چنین اتفاقی می‌افتد، بدون هیچ‌گونه قضاوتی به آرامی فقط به ابرهای در حال حرکت نگاه کنید و دوباره فکرتان را به ابر نسبت دهید. می‌خواهم برای چند لحظه آرام باشید و این کار را تمرین کنید (به خودتان اجازه دهید این فرایند را برای مدتی مشاهده کنید).

- به یاد داشته باشید اگر این فکر از ذهنتان خارج شد و دیگر برنگشت، خود را رها کنید و آن را به وقت دیگری محول کنید.
- حال از این سرزمین خارج شوید؛ چشمانتان را باز کنید و به اتاق خود بازگردید. اکنون به این انتقال ذهنی خود از سبزه‌زار به اتاق توجه کنید.
- زمان بیشتری را به خود اختصاص دهید تا کاملاً متوجه شوید چگونه افکارتان تغییر می‌یابد و چگونه این مسیر را طی می‌کنید و بعضی اوقات دچار آشفتگی می‌شوید. گاهی یک مسیر مستقیم و گاهی اوقات مسیر پر چالشی را طی می‌کنید.

تمرین ۲: آگاهی خود را نسبت به تجربه‌های موجود گسترش دهید.

تمرین آگاهی نسبت به تجربه‌های جاری

- به آرامی روی صندلی بنشینید و زمانی که آماده شدید چشمانتان را ببندید.
- برای لحظه‌ای به آنچه می‌شنوید گوش دهید (۱۰ ثانیه توقف).
- حال به نفس کشیدن‌تان و به هوای دم و بازدم خود توجه کنید (۲ ثانیه توقف).
- اکنون در کنار توجه به نفس کشیدن به هر نوع لمس، فکر و احساسی که در شما ایجاد شده است، توجه کنید؛ مثلاً برای یک لحظه به خارش بدنتان توجه کنید؛ بعد به احساس نگرانی در خود، بعد به تفکر خود و بعد احساس درد در ماهیچه و یا احساس ناآرامی در آن‌ها. کار شما در این تمرین صرفاً مشاهده تجارب جدیدی است که پدید می‌آید. به همین ترتیب به آنچه بدان آگاهی می‌یابید برای چند دقیقه توجه کنید (به خود ۵-۱۰ دقیقه وقت اختصاص دهید).
- دوباره به نفس کشیدن و دم و بازدم خود توجه کنید.
- چشمانتان را باز و به اتاق توجه کنید.

نکته اساسی در این تمرین‌ها آن است که به خود کمک کنید تا توجه کردن، آگاهی‌یافتن، احساس فشار کردن، ارتباط با لحظه‌های کنونی و تغییر در تجربیات را درک کنید.

این تمرین را به صورت ذهن آگاهانه در فعالیت‌های روزانه مثل خوردن، شستن ظروف، رانندگی، در ترافیک ماندن یا حتی در هنگام معاینه بیمار تمرین کنید.

تمرین ۳: محتوای افکار تان را کاهش دهید.

این تمرین را برای تقلیل محتوای فکری تان به کار بگیرید تا تمرکزتان روی زمان حال افزایش یابد.

تمرین کاهش محتوای افکار

- یک اتفاق ناگوار در گذشته را به یاد آورید که اغلب مواقع خیلی ذهنتان با آن درگیر است. چه زمانی بود؟ دقیقاً چه اتفاقی افتاد؟ چه کسانی آنجا بودند؟ چه لباسی پوشیده بودی؟ در آن اتفاق ناگوار چه احساسی داشتی؟ در واکنش به آن اتفاق بد چه رفتاری کردی؟ چقدر به خودت حق دادی که آن کار را بکنی؟ هنوز هم به خودت حق می‌دهی؟ یا پشیمان شده‌ای؟ آیا به این فکر کردی که آن لحظه به نظرت بهترین تصمیم را گرفته‌ای؟ آن لحظه چه چیز تو را اذیت می‌کرد که آن رفتار را کردی؟ آیا به حال بد خود در آن شرایط حق می‌دهی؟
- با خودکار خطی وسط کاغذ بکش. در سمت چپ بالا بنویسید «افکار» و در سمت راست بنویس «احساسات». سپس لحظه به لحظه افکار تان را در باره آن اتفاق ناگوار در ستون سمت چپ و احساسات خود را در ستون سمت راست بنویس.
- اکنون چشمانت را ببند. در همین لحظه که چشمانت بسته است، چه احساسی داری؟ حالا تمرکزت را بیشتر کن و بگو هر لحظه‌ای که می‌گذرد به چه چیزی توجه می‌کنی؟ توجهت را به اینجا و این لحظه بیاور و همه حواست را به اطرافت متمرکز کن.

تمرین ۴: بودن با دیگران در زمان حال را تجربه کنید.

تمرین بودن با دیگران در زمان حال

- اندکی تأمل کن. امروز چه کار خاصی را می‌توانی برای همسرت انجام دهی که مدت‌ها بنا بوده است، انجام دهی؟ امروز به سراغش برو و انجام بده.
- آیا همسرت چیزی از تو می‌خواهد که بتوانی او را راضی نگه داری؟ امروز چه کارهایی می‌توانی انجام دهی که او را راضی نگه داری؟
- در ذهنت مرور کن. توجه کن چه اتفاقی دارد می‌افتد. همچنان بر روی احساسات نسبت به همسرت تمرکز کن. توجه کن که تو گذشته را رها کردی و به آینده نیز توجهی نداری. اگر گذشته و آینده را رها کنی آیا به ارزش‌هایت آسیب می‌رسد؟ آیا ماندن در لحظه حال تو را بیشتر به حرکت به سمت ارزش‌هایت سوق نمی‌دهد؟

من کیستم؟

صفحه شطرنجی را تصور کنید که بر روی آن مهره‌های سفید و سیاه وجود دارد. مهره‌های سیاه نماد افکار و احساسات منفی (مثل اضطراب، افسردگی و خشم) و مهره‌های سفید نماد افکار و احساسات مثبت است. مهره‌های سفید را در یک طرف و مهره‌های سیاه را در طرف دیگر قرار دهید.

شما برای مبارزه با مهره‌های سیاه، خود را به پشتِ وزیر سفید می‌رسانید و نبرد را شروع می‌کنید. نزاع برای برنده شدن، جنگ علیه اضطراب، افسردگی، افکار و سواسی، نگرانی، تپش قلب و غیره. این یک مسابقه جنگی است و در دیدگاه منطقی، قسمت عظیمی از خودتان، دشمن خودتان است. ظاهراً نمی‌توان مهره‌های سیاه را از صفحه حذف کرد؛ بنابراین نبرد ادامه می‌یابد و احساس درماندگی تان بیشتر می‌شود. احساس

می‌کنید نمی‌توانید برنده شوید و تاکنون هم نتوانسته‌اید جنگ را متوقف کنید. مهره‌های سیاه تهدیدکننده زندگی و ماندن در یک منطقه جنگی شیوه بسیار بدی برای زندگی است. حالا اجازه دهید از شما بخواهم با دقت فکر کنید. فرض کنید به جای مهره‌های شطرنج، صفحه شطرنج هستید. بدون صفحه شطرنج، این مهره‌ها جایی برای بودن ندارند. صفحه آن‌ها را نگه می‌دارد؛ بنابراین اگر شما نباشید چه اتفاقی برای افکارتان می‌افتد؟ این مهره‌ها به شما احتیاج دارند. آن‌ها بدون شما نمی‌توانند وجود داشته باشند. شما حاوی آن‌ها هستید؛ اما آن‌ها حاوی شما نیستند.

شما مانند یک صفحه نگه‌دارنده تجارب (مهره‌ها) و نظارت‌کننده تجربه‌ها هستید. تجربه از یک لحظه به لحظه دیگر جریان می‌یابد و هر تجربه جدید همانند مهره دیگری که به صفحه اضافه می‌شود قابل مشاهده و توجه است.

دنیایی که انسان‌ها در آن زندگی می‌کنند، دنیایی کلامی است. زبان و شناخت انسان را قادر می‌کند تا مسائل روزمره را حل کند و دنیای راحتی برای انسان می‌آفریند؛ اما همین زبان و شناخت باعث می‌شود انسان پیوسته خود را ارزشیابی و مقایسه کند؛ گذشته دردناکش را به زمان حال بیاورد و آینده‌ای ترسناک را تصور کند. بسیاری از مسائل روان‌شناختی انسان‌ها در زبان و شناخت ریشه دارد؛ اما زندگی بدون زبان و شناخت امکان‌پذیر نیست.

زمانی که کودکان حرف‌زدن را می‌آموزند جهان را با زبان درک می‌کنند و با پرسش‌های والدین مانند «چی دوست داری؟»، «چی می‌خواهی؟»، «کجا می‌خواهی بری؟» و غیره روبه‌رو می‌شوند. به‌طور کلی بزرگسالان انتظار دارند به این سؤالات پاسخ داده شود؛ اما کودکان نمی‌دانند چطور باید به این سؤالات پاسخ دهند و اغلب با جواب‌هایی مانند «نمی‌دانم» و «من نمی‌دانم» پاسخ می‌دهند. هرچه کودک بیشتر رشد می‌کند، بیشتر می‌آموزد که داستان‌های قابل‌قبول‌تر و منسجم‌تری ارائه دهد که توجیه‌کننده عملکردش باشد. نتیجه رشد این فرایند اجتماعی - آموزشی شکل‌گیری

«خودِ مفهوم‌سازی‌شده» یا «مفهومِ خود» است. درواقع همه اشکالی که ما می‌گوییم «من... هستم»، اعلامِ باورهایمان درباره خودمان است که در قالبِ برچسبی زیر آن مخفی می‌شویم؛ برای مثال ممکن است بگوییم «من مرد هستم»، «من زن هستم»، «من پزشک هستم»، «من حرفه‌ای هستم»، «من قربانی هستم»، «من باهوش هستم» و غیره.

داشتن هویت لازمه انسان بودن است؛ اما زمانی که به این خودِ مفهوم‌سازی‌شده یا هویت می‌چسبیم و مانند نقابی آن را جلوی صورت می‌گیریم تا نقش‌های زندگی خود را اجرا کنیم، شبیه عروسک خیمه‌شب‌بازی می‌شویم که از پشت ما را کنترل می‌کند و خود هیچ اختیاری نداریم و تابع محض هستیم.

برای آنکه این برچسب‌ها و خودهای مفهوم‌سازی‌شده را درک کنید، تمرین‌های زیر را دنبال کنید.

تمرین ۵: تجربه نقش، افکار، حواس، احساس و امیال رفتاری

تمرین تجربه نقش، افکار، حواس، احساس و امیال رفتاری

- چشم‌هایت را ببند. چند لحظه روی تنفس تمرکز کن و روی صندلی‌ات آرام بگیر تا متمرکز شوی.
- اکنون توجهات را روی خودت در این اتاق متمرکز کن. دقیقاً کجا نشسته‌ای؟ با بدنت تماس برقرار کن و به اینکه چگونه در صندلی فرورفته‌ای و به بخش‌هایی از پوست که صندلی را لمس می‌کند، توجه داشته باش. آن احساس را بشناس و اجازه بده هوشیاری‌ات به سمت آن برود.
- حالا می‌خواهم چند لحظه به یکی از کارهایی که امروز صبح انجام داده‌ای، فکر کنی؛ مثل خوردن صبحانه یا آماده‌شدن برای رفتن به کار. آن خاطره را بررسی کن. توجه کن چه کار می‌کردی و اگر کسی آنجا بود او کیست. بین می‌توانی صحنه‌ها و صداها را آن خاطره را به یاد بیاوری.

- همین‌طور که به این خاطره توجه داری و آن را مشاهده می‌کنی، ببین چه کسی متوجه این کارهاست. حالا این خاطره را رها کن و به زمان‌های قبل‌تر برو و یکی دیگر را پیدا کن؛ مثلاً از یک ماه تا یک سال پیش. وقتی این خاطره را یافتی؛ ببین صحنه‌ها و صداها و این خاطره چه چیزهایی هستند؟ دوباره همین‌طور که به این خاطره توجه می‌کنی، ببین چه کسی درحال مشاهده است.

- اینجا یک «تو» وجود دارد و می‌بینی که تو این خاطره را داری. آیا می‌توانی شخص پشت چشمت که دید، شنید و احساس کرد را درک کنی؟

- تو آنجا بودی و اکنون اینجا هستی. آیا آن تو، تویی نیست که اکنون اینجا هستی و آن موقع آنجا بود. آگاهی آن شخص از آنچه تو از آن آگاه هستی، اکنون اینجا هست و آن موقع آنجا بود.

- اکنون از تو می‌خواهم خاطره‌ای را از زمان نوجوانی به یاد آوری. همه اتفاقات را به یاد آور. مناظر، صداها، احساسات و غیره. از آنچه آنجا بود آگاه شو. فقط برای یک ثانیه تصور کن فردی پشت چشمت وجود داشت که می‌شنید، می‌دید و همه این‌ها را احساس می‌کرد. آیا یک پیوستگی اساسی بین این شخص آگاه از آنچه تو اکنون از آن آگاهی و شخصی که از آنچه تو به‌عنوان نوجوان در آن موقعیت خاص از آن آگاه بودی، وجود دارد؟ تو در کل زندگی‌ات تو بودی.
- اکنون اجازه بده به حوزه دیگری برویم. به نقش‌هایی که اکنون داری یا در گذشته داشته‌ای فکر کن؛ مانند نقش‌های پزشک، پدر، مادر، جراح، فرزند، رئیس، استاد، کارورز، دستیار و غیره.

- دوباره خودت را در اتاق تجسم کن، نفس‌های عمیق بکش و چشمت را باز کن. در دنیای بیرون، تو همواره در برخی نقش‌ها هستی. حتی اکنون بخشی از تو یک نقش را بازی می‌کند. نقش تو بخشی از «تو» است و تو آن را تماشا می‌کنی و از آنچه تو از آن آگاهی، آگاه است و هنوز تو، تویی هستی که در کل زندگی وجود داشته است؛ یعنی با وجود نقش‌هایی که داری، خودت را به‌صورت نقش‌هایت تجربه نمی‌کنی.

بنابراین، به‌عنوان یک تجربه، تو صرفاً بدنت، نقشت، هیجانت و یا افکارت نیستی. این چیزها محتوای زندگی تو هستند. درحالی‌که تو زمینه و فضایی هستی که در آن، این‌ها آشکار می‌شود. همچنان که این را می‌بینی توجه کن چیزهایی که با آن منازعه می‌کنی و می‌کوشی آن‌ها را تغییر دهی، به هیچ وجه خودت نیستند. مهم نیست این جنگ چگونه پیش می‌رود، تو بدون تغییر، وجود خواهی داشت.

تمرین ۶: ارزیابی خود

ارزیابی کردن برای برخی چیزها بسیار سودمند است. ارزیابی می‌تواند ما را در برابر خطر حفظ کند؛ انتخاب‌های ما را هدایت کند و به ما کمک کند تا درست و غلط‌های فرهنگی، کاری و ارتباطی را بشناسیم. توانایی ارزیابی در برخی از بافت‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ اما در برخی بافت‌ها ممکن است مضر باشد؛ مخصوصاً زمانی که در درون شخص انجام می‌شود؛ مانند پزشکی که با خطایی در درمان، همیشه خود را این‌گونه ارزیابی می‌کند که «من پزشکی نالایقم»، «من به درد این شغل نمی‌خورم». خودارزیابی مثبت غیرواقعی نیز مضر است؛ مثل «پزشک‌ها توانمندترین قشر جامعه هستند.» «من در تشخیص بی‌مانند هستم»، «دستیاران دانشکده ما از دستیاران دانشکده فلان بهتر هستند.» و غیره.

گاهی تصور می‌کنیم برای داشتن زندگی بهتر نیاز است که خودارزیابی‌هایمان را عوض کنیم و خودارزیابی‌های بهتر و مثبت‌تری را جایگزین کنیم. این نیز خود، مبارزه‌ای جدید می‌شود. با جایگزین کردن خودارزیابی‌های منفی، ریشه مشکلات به قوت خود باقی می‌ماند. ارزیابی‌های ما قسمتی از خودمان و گذشته‌مان است؛ بنابراین برای تغییر یا حذف این ارزیابی‌ها با خود مبارزه می‌کنیم. نتیجه آن، حمله به خود است. بهترین گزینه این است که به خودمان کمک کنیم تا ارزیابی‌ها را آن‌طور که هستند ببینیم و آن‌ها را بی‌طرفانه مشاهده کنیم.

برای توصیف و مشاهده بدون قضاوت خود، تمرین‌های زیر را دنبال کنید.

تمرین توصیف یا ارزیابی

- خودکاری در دست خود بگیرید.
- آن را به‌خوبی برانداز کنید و برای خود توصیف کنید: خودکاری با بدنه سفید دارم. نوشته روی آن اندکی برجسته و سیاه است. نوک آن فلزی است و جوهر مشکی دارد.
- حالا دوباره آن را به‌خوبی برانداز کنید و ارزیابی‌اش کنید: من یک خودکار خیلی خوب و زیبا دارم. خودکار من بهترین خودکار دنیاست. آیا می‌توانید فرق بین توصیف و ارزیابی را متوجه شوید؟ بهترین خودکار دنیا، درون خودکار نیست. این ارزیابی‌ای است که من درباره خودکار دارم. این ارزیابی درباره خودکار وجود ندارد. ارزیابی‌ای که در شما وجود ندارد؛ نالایق بودن، بی‌ارزش بودن، زشت بودن، درمانده بودن، شرمگین بودن و غیره است.

در این فصل کوشیدیم به شما کمک کنیم تا به‌جای گیرکردن در گذشته و نگرانی از آینده، در حال زندگی کنید تا بتوانید بهتر حل مسئله کنید و بتوانید با دیگران ارتباط مؤثری برقرار کنید. همچنین به برچسب‌هایی که به خود نسبت می‌دهید یا دیگران به شما نسبت می‌دهند، نجسید و با فراغِ بالِ بیشتر در مسیر ارزش‌هایتان گام بردارید.

فصل هشتم: به ارزش هایمان وصل باشیم

ارزش ها به عنوان راهنما

زمانی که سوار اتوبوسی می شوید، معمولاً در جلوی آن تابلوی کوچکی وجود دارد که نشان می دهد اتوبوس کجا می رود. مسافرانی که سوار اتوبوس می شوند، به سمت آن مقصد منتقل می شوند. خواسته های لحظه به لحظه مسافران تعیین نمی کند که اتوبوس به کجا برود؛ بلکه مالک اتوبوس و راننده است که مقصد را تعیین و به سمت آن حرکت می کند. حالا وقت این رسیده است که ببینید دوست دارید این اتوبوس که زندگی شما نام دارد، کجا برود. دقیقاً می خواهید چه چیزی را بر روی آن تابلو بنویسید؟ مسیر شما کجاست؟

معمولاً برای یافتن مسیر، قطب نما بهترین ابزار است. قطب نما چه کاربردی دارد؟ قطب نما به شما جهت را نشان می دهد و شما را زمانی که در مسافرت هستید در مسیر صحیح نگه می دارد؛ مثلاً وقتی می خواهید به سمت غرب برویم، قطب نما کمک می کند تا در مسیر به سمت غرب حرکت کنید. مهم نیست چقدر می خواهید به سمت غرب بروید؛ ممکن است هرگز به آنجا نرسید؛ اما همیشه در مسیر خواهید بود.

این سؤال را یادآوری می‌کنیم که آیا ممکن است یک پزشک بسیار باهوش، پرانگیزه، جذاب و خوش‌برخورد در فرسودگی شغلی غرق شود؟
وقتی گذشته را مرور می‌کنید شاید این ویژگی‌ها را درون خود دیده باشید. سال‌هایی که به‌طرز عجیب بانگیزه و پرانرژی پیش می‌رفتید. حتی اگر مانعی سر‌راحتان بود حتماً برای حل مسئله آن، همه تلاش خود را می‌کردید. انگار هیچ نیرویی نمی‌توانست مقابل شما در برابر خواسته و هدف‌تان بایستد. شما قوی‌تر بودید و سعی و تلاشی بی‌نهایت برای هدف‌تان داشتید. شما همان آدم هستید؛ پس چه چیزی تغییر کرده است که امروز دیگر آن ویژگی‌ها را ندارید و هر روز با انرژی و انگیزه کمتری به محل کارتان می‌روید و محیط کاری‌تان کسل‌کننده و زجرآور شده است.

فکر نمی‌کنید مسیر و مقصد را گم کرده‌اید؟ شاید به قطب‌نما نیاز دارید.

ارزش‌ها می‌تواند در مسیر زندگی نقش قطب‌نما را برای شما داشته باشد. کلمه ارزش^۱ از ریشه لاتین به معنای شایسته^۲ و نیرومند^۳ گرفته شده است و معنی ضمنی عمل را در بر دارد.

ارزش‌ها جهت‌های مهم فرد را در زندگی روشن می‌کند و نشان می‌دهد فرد تمایل دارد چه اوضاع و احوالی را همواره در زندگی‌اش تجربه کند. ارزش‌ها متفاوت از اهداف است. ارزش‌ها انتها ندارد؛ درحالی‌که اهداف می‌تواند کسب شود؛ برای مثال اگر مهربان‌بودن یک ارزش باشد، همیشه می‌توانیم رفتاری را در مسیر مهربان‌بودن انجام دهیم. باین‌حال، مهربانی حد مشخصی ندارد؛ برای مثال فعالیت در یک مؤسسه خیریه می‌تواند یک هدف باشد؛ ما بلافاصله بعد از عضویت در این خیریه، به آن هدف رسیده‌ایم و می‌توانیم هدف دیگری را جایگزین کنیم؛ اما توجه داشته باشید که این هدف یک هدف همسو با ارزش ما، یعنی ارزش مهربان‌بودن است. پس در جهت تحقق ارزش‌ها،

1. Value

2. Worthy

3. Strong

قدم‌های رفتاری‌ای هم وجود دارد که به آن‌ها رفتار همسو با ارزش‌ها می‌گوییم. ارزش‌ها شخصی هستند. آنچه برای شما مهم است، شاید برای همسر یا همکاران مهم نباشد. زندگی ارزش‌مدار، یعنی هر بار کاری مفید و هدفمند انجام می‌دهید، درواقع کاری بر مبنای ارزش‌هایتان انجام داده‌اید. زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، از غنا، هدف و درگیری فعالانه برخوردار است. ارزش تعیین می‌کند که واقعاً چه چیزی می‌خواهیم و برای چه چیز اهمیت قائل هستیم.

فواید ارزش‌مداری

افزایش انعطاف‌پذیری و بالابردن انگیزش، نتیجه ارزش‌مدار بودن است. ارزش‌ها با انتخاب‌ها ارتباط دارد. رفتارها بر مبنای انتخاب‌هاست. ارزش‌ها ما را به‌سوی رفتارهای انعطاف‌پذیرتر سوق می‌دهد و یک زندگی همراه با انتخاب، باعث حیات بخشیدن و انگیزه‌دادن به زندگی می‌شود.

روشن‌شدن انتخاب‌ها و ارزش‌ها، راهنمایی برای عملکرد مناسب‌تر فراهم می‌آورد. تصریح ارزش‌ها هدایت‌گری دائمی را در طوفان‌های زندگی (رنج افکار، احساسات، باورها و غیره) به وجود می‌آورد.

ارزش‌ها شیوه‌هایی را برای ایجاد اهداف ثابت و انعطاف‌پذیر فراهم می‌آورد.

تشخیص ارزش‌ها

فهم فرایند ارزش‌گذاری برای ذهن سخت است. ممکن است شما فرضیاتی درباره چیستی ارزش‌ها داشته باشید که مانع کارکرد ارزش‌ها شود؛ بنابراین بهتر است درباره اینکه ارزش‌ها واقعاً چه چیزهایی هستند، بیشتر بدانیم.

ارزش‌ها، اهداف نیستند

اهداف رویدادها، موقعیت‌ها، یا اشیای دست‌یافتنی و عینی هستند. آن‌ها می‌توانند کامل شوند، به‌دست آورده شوند و یا به پایان برسند. اهداف جهت‌ها نیستند. ارزش‌ها مانند مسیر هدایت هستند که می‌خواهیم در زندگی‌مان در آن مسیر حرکت کنیم؛ درحالی‌که اهداف چیزهایی هستند که می‌خواهیم به آن‌ها برسیم یا کامل کنیم. ارزش‌ها مربوط به اینجا و اکنون، ولی اهداف مربوط به آینده است؛ مثلاً تحصیلات یک هدف است؛ ولی رشد شخصی برای ما یک ارزش به شمار می‌رود؛ چون همیشگی است و زمانی نمی‌رسد که به انتهای آن رسیده باشیم.

ارزش‌ها احساسات ما نیستند

گاهی این احساسات هستند که با انتخاب‌های مهم زندگی ما همراه می‌شوند. احساسات بسیار کمک‌کننده هستند؛ زیرا به ما نشان می‌دهند چه زمان‌هایی براساس ارزش‌هایمان عمل کرده‌ایم؛ ولی احساسات ارزش‌های ما نیستند. مثلاً احساس سرزندگی به ما می‌گوید در مسیر ارزش‌هایمان هستیم. احساسات چیزهایی هستند که می‌توانیم داشته باشیم؛ اما ارزش‌ها راهی است که با آن می‌توانیم چیزی را به دست آوریم. احساسات لحظه‌به‌لحظه درحال تغییر هستند؛ اما ارزش‌ها همیشه ثابت‌اند.

ارزش‌ها فضیلت‌ها و اخلاقیات و اصول اخلاقی نیستند

ارزش‌ها فراسوی درست یا غلط و خوب یا بد هستند. البته جامعه ما درباره ارزش‌ها به‌شکل خوب یا بد قضاوت می‌کند و «خوب‌ها» را فضیلت می‌داند.

ارزش‌ها نتیجه نیستند

زندگی کردن براساس ارزش‌ها به نتایج شگفت‌انگیزی می‌انجامد؛ اما در دنیای واقعی برای به‌دست آوردن آنچه می‌خواهیم، یک راه میانبر وجود ندارد. برای ارزش‌ها مکان و زمانی وجود ندارد که بتوانیم بگوییم کامل به نتیجه رسیده‌ایم. درواقع ارزش‌ها یک جهت بی‌انتهاست. نیروی جاذبه را تصور کنید؛ یک نیرو در جهت پایین است؛ اما

زمانی که آب درون لیوان است، نمی‌تواند به آن سو برود؛ درحالی که هنوز نیروی جاذبه به‌طرف پایین وجود دارد و اگر آب راهی بیابد سریع به آن سو حرکت می‌کند.

اجازه بدهید به انواع واژگان که به فهم مفهوم ارزش‌ها کمک می‌کند، نگاهی بیندازیم. عاشق، بخشنده، شکیبا، مهربان، نوازشگر، مراقبت‌کننده، پرورش‌دهنده، توانمند، در دسترس و دقیق بودن تنها برخی از کیفیت‌هایی است که یک شخص ممکن است در حوزه روابط شخصی‌اش، ارزشمند بداند. به‌طور مشابه، سخت‌کوش، متعهد، مولد بودن، اختصاص دادن تداوم به رشد حرفه‌ای و یک مربی الهام‌بخش و حمایتگر بودن تنها برخی از شیوه‌های کسب توانایی‌ها و کیفیت‌های شخصی فعالیت است که یک فرد ممکن است آرزو داشته باشد به‌صورت مداوم در بُعد خانواده، کار و مسیر شغلی آشکار کند. به‌طور خلاصه، توصیف ارزش‌ها باید بازتاب‌دهنده آن چیزی باشد که فرد می‌خواهد در حوزه‌های متفاوت زندگی‌اش انجام دهد. ارزش‌ها، در زمینه خاصی از زندگی، مجموعه‌ای از اهداف به‌هم‌پیوسته را ارائه می‌دهد و کمک می‌کند که حتی وقتی اهداف مطابق با برنامه به دست نمی‌آید، افراد «در مسیر» بمانند و به حرکت ادامه دهند.

تصریح ارزش ها

برای آنکه بتوانید ارزش هایتان را شناسایی کنید، تمرینات زیر را دنبال کنید.

تمرین ۱: تولد هشتاد سالگی خود را تصور کنید.

تمرین تولد هشتاد سالگی

• از شما می‌خواهم روی یک صندلی یا مبل راحتی در راحت‌ترین وضعیت بنشینید. چشمانتان را ببندید. بعد از اینکه چند نفس عمیق کشیدید، سعی کنید توجه خود را روی تنفس خود ببرید و تصور کنید تولد هشتاد سالگی شماست. فرزندانان برای خوشحال کردن شما جشنی ترتیب داده‌اند و از همه دوستان و آشنایان دعوت کرده‌اند تا در این جشن شرکت کنند. شما تصمیم می‌گیرید برای فرزند یا فرزندانان از خودتان حرف بزنید. دوست دارید خود را به فرزندان چگونه معرفی کنید. این تمرین را انجام دهید و بعد به این صفحه برگردید و درباره آن موارد بنویسید.

.....
.....
.....

• برگردید و دوباره چیزهایی را که نوشته‌اید، بخوانید. اگر لازم است چیزی اضافه کنید. آیا این همان چشم‌اندازی نیست که شما از خودتان در زندگی دارید؟

تمرین ۲: مراسم تشییع جنازه خود را برگزار کنید.

تمرین مراسم تشییع جنازه

- مکان یا زمانی را بیابید که در آن بتوانید به آرامی تمرکز کنید. مطمئن شوید که چیزی حواس شما را پرت نمی‌کند تا بتوانید به‌طور کامل نمایش‌نامه زیر را تصور کنید. حالا چشمان خود را ببندید و چند نفس عمیق بکشید. زمانی که ذهنتان آرام گرفت، تصور کنید مُرده‌اید؛ اما با رویدادی معجزه‌آسا می‌توانید به‌صورت یک روح در مراسم تشییع جنازه خود شرکت کنید. درباره اینکه این مراسم کجا باشد و چگونه باشد، فکر کنید. اجازه دهید چند دقیقه بگذرد تا بتوانید به‌خوبی تصویر روشنی از مراسم تشییع جنازه خود تجسم نمایید.

- تصور کنید اعضای خانواده، دوستان و همکاران شما آنجا هستند و از آن‌ها خواسته می‌شود بایستند و درباره آن چیزی که شما در زندگی خواهان آن بودید، چند کلمه صحبت کنند؛ درباره آنچه به آن علاقه‌مند بودید؛ درباره راهی که پیموده‌اید.

- اعضای خانواده، دوستان و همکاران را تصور کنید. چه چیزی ممکن است بگویند؟ کلمه به کلمه در خطوط زیر بنویسید.

.....

- حالا تصور کنید می‌توانستید در آن لحظه درون سر شخص را ببینید. اگر هیچ سانسوری در کار نبود و هیچ رفتار متظاهرانه‌ای وجود نداشت و افکار این فرد برای شما نمایان بود، چه چیزهای دیگری (فقط به خودش) می‌گفت که در جمع، آن‌ها را نمی‌گفت. آن‌ها را کلمه به کلمه در زیر یادداشت کنید.

.....

- حالا تصور کنید یک نفر (می‌توانید آن را انتخاب کنید) مطلبی درباره شما می‌خواند که بازتاب‌کننده آن چیزی است که اگر زندگی شما براساس ارزش‌های درونی‌تان بود، همه می‌توانستند آن را در زندگی‌تان ببینند. آن چیزی را تصور کنید که می‌خواستید بیشتر از همه در زندگی شما بارز باشد. این یک امتحان نیست. شما قضاوت نمی‌شوید. زمانی که به ایده روشنی رسیدید، چند دقیقه وقت بگذارید و آن را به‌تفصیل بنویسید؛ کلمه به کلمه از آنچه می‌خواهید

درباره خود بشنوید و درباره اینکه چگونه زندگی کرده‌اید، بنویسید. مواظب باشید، این یک پیشگویی نیست. این خودستایی نیست. اجازه دهید این کلمات معنایی را خلق کنند که شما می‌خواهید؛ هدفی که بیش از همه دوست دارید، کلمه به کلمه در خطوط زیر بنویسید.

- انجام این تمرین برای شما چگونه بود؟ حالا به عقب برگردید و آنچه را نوشته‌اید بخوانید. اگر ناقص بود می‌توانید بازنویسی کنید.
- آیا می‌توانید چیزهایی را ببینید که می‌خواستید در زندگی‌تان نمود داشته باشد؟ ما نمی‌دانیم افراد در تشییع جنازه شما چه خواهند گفت؛ اما می‌دانیم اعمال امروز شما می‌تواند در اینکه زندگی شما پس از این چگونه باشد، تفاوت عمیقی ایجاد کند. این افکار، احساسات و علائم بدنی شما نیست که فرد مورد علاقه‌تان شما را با آن یاد می‌کند؛ بلکه انتخاب‌هایی که کرده‌اید و اعمالی که روزانه انجام داده‌اید، اهمیت دارد.

تمرین ۳: یک گام به جلو بردارید؛ شما زنده هستید نه مرده. چگونه می‌خواهید زندگی کنید؟

حوزه‌های مهم زندگی چیست؟ ده حوزه مهم زیر را که ممکن است برای شما مهم باشد، در نظر بگیرید:

۱. ازدواج، روابط زناشویی، روابط صمیمی؛
۲. فرزندپروری؛
۳. روابط خانوادگی (غیر از رابطه با همسر و فرزند)؛
۴. روابط دوستانه، روابط اجتماعی؛
۵. مسیر شغلی، اشتغال؛
۶. رشد و تحول شخصی؛
۷. تفریح، اوقات فراقت؛

۸. معنویت؛
۹. سلامتی، رفاه جسمانی؛
۱۰. شهروندی.

تمرین مراسم تشییع جنازه

• برای هر کدام از حوزه‌های بالا که برایتان مهم است، ارزش‌های خود را توصیف کنید. اگر دیدید در حال نوشتن چیزهای عینی هستید که می‌توانید آن‌ها را مانند یک شیء به دست آورید، متوقف شوید و دوباره درباره اینکه از شما چه خواسته‌ایم، یعنی جهت‌هایی که می‌توان همیشه انتخاب کرد، اما هیچ‌گاه به‌طور کامل تحقق نمی‌یابد یا به پایان نمی‌رسد، بیندیشید. لازم نیست که هریک از حوزه‌ها به یک اندازه برای شما با ارزش باشد. افراد مختلف ارزش‌های متفاوتی دارند. در گام بعدی به شما کمک خواهیم کرد که این ارزش‌ها را برای خود رتبه‌بندی کنید. اگر حوزه‌ای هست که اصلاً نمی‌توانید درباره آن چیزی به یاد آورید، می‌توانید از آن بگذرید.

۱. ازدواج، روابط زناشویی، روابط صمیمی

بیشتر دوست دارید در زمینه روابط صمیمی چه جور آدمی باشید؟ بهتر است درباره اعمال خاصی که دوست دارید انجام دهید، بیندیشید و سپس از آن‌ها برای کشف انگیزه‌های اساسی هر عمل استفاده کنید؛ انگیزه‌های اساسی شما چه چیزهایی است؟ چگونه آن چیزی را که در روابطتان برای شما ارزش دارد، منعکس می‌کنید؟ اهداف خود (مانند ازدواج) را یادداشت نکنید؛ بعداً به آن‌ها فرصتی اختصاص می‌دهیم.

۲. فرزندپروری

مادر یا پدر بودن برای شما به چه معناست؟ دوست دارید در این نقش چگونه باشید؟

۳. روابط خانوادگی (غیر از رابطه با همسر و فرزند)

خانواده گسترده‌تان را در نظر بگیرید. دوست دارید چه ارزش‌هایی را در این حوزه مشاهده

کنید؟

۴. روابط دوستی، روابط اجتماعی

دوستی حوزه دیگری از روابط شخصی است که برای بیشتر افراد ارزشمند است. درباره نزدیک‌ترین دوستانتان فکر کنید و ببینید دوست دارید چه چیزی در زندگی شما بارز باشد (اینجا می‌توانید از روابطتان با بیماران و یا همکارانتان بنویسید). دوست دارید این روابط چگونه باشد؟

.....

۵. مسیر شغلی و اشتغال

زمان بسیاری از زندگی خود را در این حوزه می‌گذارید. دوست دارید چه نوع پزشکی باشید؟ دوست دارید چه نوع تفاوتی در کارتان ایجاد کنید؟

.....

۶. رشد و تحول شخصی

این حوزه همه چیزهایی را که می‌خواهید یاد بگیرید، در بر می‌گیرد. دوست دارید چه طور یادگیرنده‌ای باشید؟ دوست دارید چطور در این حوزه درگیر شوید؟

.....

۷. تفریح، اوقات فراغت

تفریح، اوقات فراغت و تن‌آرامی برای بیشتر ما اهمیت دارد. اینجا باطری‌های خود را دوباره شارژ می‌کنیم؛ فعالیت این حوزه معمولاً جایی است که با خانواده و دوستان خود ارتباط برقرار می‌کنیم. سرگرمی، ورزش، بازی، حرفه و شغل دیگر و غیره. در این حوزه دوست دارید چه چیزی در زندگی شما مشهود باشد؟

.....

۸. معنویت

منظور ما از معنویت لزوماً یک مذهب سازمان‌یافته نیست؛ گرچه مذهب می‌تواند مطمئناً در این قسمت بگنجد. معنویت شامل هر چیزی است که به شما کمک می‌کند احساس کنید به چیزی بزرگ‌تر از خودتان متصل هستید. معنویت ایمان شما، فعالیت‌های معنوی و مذهبی شما و پیوندتان با دیگران در این حوزه را در بر می‌گیرد. می‌خواهید زندگی‌تان در این حوزه چگونه باشد؟

.....

۹. سلامت، رفاه جسمانی

ما موجوداتی فیزیکی هستیم و مراقبت از بدن و سلامتی مان با رژیم غذایی و ورزش و غیره حوزه مهم دیگری است. دوست دارید در این حوزه چه چیزی نمایان باشد؟

۱۰. شهروندی

دوست دارید چگونه در جامعه مشارکت داشته باشید؟ در حوزه‌های اجتماعی / سیاسی / امور خیریه و انجمن‌ها چگونه عمل کنید؟

برای اینکه ارزش‌هایتان را محک بزنید، به تمرین بالا نگاهی بیندازید و با توجه به هر ارزشی که نوشته‌اید، سؤال زیر را از خود بپرسید:

اگر هیچ‌کس نداند که من روی این ارزش کار می‌کنم، آیا باز هم به انجام دادن آن ادامه خواهم داد؟

حال اگر لازم است، برگردید و دوباره پاسخ‌های خود را ویرایش کنید.

زمان آن رسیده است که گام‌های جسورانه بردارید: نقشه راه خود را مشخص کنید.

در جهتی که می‌خواهید زندگی‌تان به آن سمت برود، چند گام جسورانه بردارید. این کار یک فرایند چهاربخشی است که بی‌نهایت تکرار می‌شود:

۱. ارتباط داشتن با ارزش‌هایتان در هر لحظه؛

۲. گسترش اهدافی که شما را به جهتی ارزشمند سوق می‌دهد؛

۳. انجام کارهای خاصی که به شما امکان می‌دهد به آن اهداف دست یابید؛

۴. ارتباط داشتن و کارکردن با موانع درونی اعمال.

تمرین ۴: اهداف خود را تعیین کنید.

تمرین تعیین اهداف

- گام اول: حیطه‌ای از زندگی را که می‌خواهید روی آن کار کنید، انتخاب کنید و دور آن خط بکشید.
کار، سلامتی، معاشرت، والدگری، شریک صمیمی، خانواده، معنویت، اجتماع، محیط زیست، اوقات فراغت، رشد شخصی.
- گام دوم: ارزش‌های مرکزی اهداف خود را در حیطه‌ای که مشخص کرده‌اید، تعیین کنید.
مثال: حیطه خانواده: صمیمیت داشتن، مراقبت کننده بودن، متعهد بودن.
- گام سوم: هدف‌های مبتنی بر ارزش‌های خود را بنویسید.
توجه: قبل از اینکه گام سوم را بردارید، دقت کنید اهدافتان SMART باشد.
Specific (خاص): اعمالی را که می‌خواهید انجام دهید به‌طور خاص مشخص کنید کی و کجا می‌خواهید انجام دهید و چه کسی و چه چیزی در آن قرار می‌گیرد.
مثال:
می‌خواهم اوقات زیادی را با فرزندم سپری کنم: این هدف مبهم و غیرخاص است.
یکشنبه بعدازظهر فرزندم را برای بازی تنیس به پارک می‌برم: این هدف واضح و خاص است.
- Meaningful (معنادار): اگر این هدف واقعاً به‌وسیله ارزش‌هایتان مانند مخالفت با ادامه یک قانون سفت و سخت نامنعطف، تلاش برای رضایت دیگران یا تلاش برای پرهیز از درد، هدایت می‌شود، پس شخصاً برای شما معنادار نخواهد بود. بررسی کنید که آیا واقعاً جزو ارزش‌های شما بوده است یا نه.

Adaptive (انطباقی): پیش‌بینی کنید که آیا این هدف برای بهبود یافتن، پُربار شدن یا ارتقاء کیفیت زندگی به شما کمکی می‌کند؟

Realistic (واقعی): هدف باید به‌طور واقع‌گرایانه قابل دسترسی باشد. سلامتی‌تان، اوضاع مالی و توانمندی‌تان را حتماً مدّ نظر داشته باشید و بعد هدف را تعیین کنید.

Time-framed (چارچوب زمانی): بازه زمانی دقیقی را برای اینکه به هدف خود برسید، تعیین کنید. اگر امکان دارد روز و تاریخ آن تعیین شود.

حالا هدف‌های مبتنی بر ارزش‌هایتان را اینجا بنویسید:

اهداف فوری (چیزی کوچک، ساده و آسان که می‌توانم طی بیست و چهار ساعت آینده انجام دهم):

.....

اهداف کوتاه‌مدت (چیزهایی که می‌توانم در چند روز یا چند هفته آینده انجام دهم):

.....

اهداف میان‌مدت (چیزهایی که می‌توانم در چند هفته یا چند ماه آینده انجام دهم):

.....

اهداف بلندمدت (چیزهایی که می‌توانم در چند ماه یا چند سال آینده انجام دهم):

.....

توجه: موارد زیر را در نوشتن اهداف مدّ نظر داشته باشید:

آیا عملی است؟

آیا قابل حصول است؟

آیا با موقعیت کنونی شما جور درمی‌آید؟

آیا این هدف شما را در مسیر ارزش تعیین شده سوق می‌دهد؟

این چک‌لیست را برای هر هدف بلندمدت، جداگانه پُر کنید تا به یک مجموعه اهداف عملی دست یابید.

شناسایی موانع

آیا تاکنون دیده‌اید یک حباب بزرگ صابون چگونه می‌تواند با حباب‌های کوچک‌تر تماس برقرار کند و حباب‌های کوچک‌تر چگونه به راحتی جذب حباب بزرگ‌تر می‌شوند؟ تصور کنید شما یک حباب صابون هستید و در مسیری که انتخاب کرده‌اید در حال حرکتید. ناگهان حباب‌های دیگری جلوی شما ظاهر می‌شوند و می‌گویند «ایست!». شما چند لحظه در آنجا شناور می‌مانید. وقتی شروع به حرکت می‌کنید، آن حباب سریعاً راه شما را می‌بندد.

اکنون فقط دو انتخاب دارید: می‌توانید حرکت در مسیری را که برایتان ارزشمند است، متوقف کنید و یا با آن حباب تماس برقرار کنید؛ آن را جذب خود کنید (تمایل) و حرکت را ادامه دهید.

متأسفانه وقتی می‌خواهیم در زندگی تغییرات مثبتی ایجاد کنیم با موانعی روبه‌رو خواهیم شد. این موانع دو دسته است:

- موانع بیرونی: موانع بیرونی هر چیزی در محیط بیرون است که در اجرای فعالیت‌های مبتنی بر ارزشی که شما انتخاب کرده‌اید مداخله می‌کند؛ چیزهایی که به شکل عملی بروز می‌کند و با آن‌ها حین حرکت در مسیر ارزش‌هایتان روبه‌رو می‌شوید؛ مثلاً زمان کم و یا همراه نبودن دیگران در مسیری که شما می‌خواهید در جهت ارزشتان حرکت کنید. برای موانع بیرونی می‌توانید از فن‌های حل مسئله استفاده کنید.

- موانع درونی: موانع درونی به عنوان هر فکر، احساس، ادراک، یا میل ناکارآمدی توصیف می‌شود که توانایی مداخله با فعالیت مبتنی بر ارزش شخص را دارد. رایج‌ترین آن‌ها در زیر آمده است. بیابید نگاهی مختصر به آن‌ها بیندازیم.

۱. همجوшы^۱ (آمیختگی): زمانی که مجموعه‌ای از کارها را برای رسیدن به اهدافمان تعیین می‌کنیم، برای ذهن ما عادی است که افکار منفی را به بیرون پرتاب کند؛ مانند خیلی کار دارم، نمی‌توانم انجام دهم، شکست می‌خورم، سخت هست و غیره. اگر با این افکار همجوшы داشته باشیم (جزئی از خودمان یا واقعیت انگاشته شود)، می‌تواند ما را از حرکت بازدارد؛ مثلاً این فکر که «من پزشک ماهری نیستم»، اگر واقعی انگاشته شود، ممکن است ما را از ادامه‌دادن حرفه پزشکی بازدارد؛ اما اگر به آن‌ها فقط به عنوان یک فکر یا احساس بنگریم، مشکلی پیش نمی‌آید و می‌توانیم در مسیر ارزش‌هایمان حرکت کنیم

۲. اهداف افراطی: اگر اهدافمان بزرگ‌تر از منابعمان (ظرفیت، زمان، مال، توانمندی و غیره) باشد، یا منصرف می‌شویم و یا شکست می‌خوریم.

۳. اجتناب: ^۲تغییرات معمولاً با احساس ناراحتی همراه است؛ معمولاً اضطراب. اگر نخواهیم به این ناراحتی تمایل نشان دهیم، نمی‌توانیم جلو برویم.

۴. دوری از ارزش‌ها: اگر ارتباطمان را با ارزش‌های مرکزی از دست بدهیم، یعنی اگر دیگر معنادار و مهم به نظر نیایند، انگیزه خود را از دست می‌دهیم.

1Fution

2Avoidance

تمرین ۵: موانع خود و راهبردهای مقابله با آن‌ها را بشناسید.

در جدول زیر موانعی که انتظار دارید در طول مسیر ارزشتان با آن‌ها روبه‌رو شوید را در یک یا دو کلمه بنویسید. در ستون دوم راهبردهایی که می‌توانید استفاده کنید، نوشته شود.

موانع (هم درونی و هم بیرونی)	راهبردها

توجه: برای قسمت راهبردهای موانع درونی می‌توانید از تمرین‌های فصل پنجم و ششم و هفتم استفاده کنید.

بازگردیم به پرسش اول فصل: «آیا ممکن است یک پزشک بسیار باهوش، پرانگیزه، جذاب و خوش برخورد در فرسودگی شغلی غرق شود؟»

بله امکان دارد. یکی از دلایل آن را به شما می‌گوییم. ممکن است یک پزشک ماهر، باهوش و با انگیزه در برهه‌ای از زمان به دلیل کم‌رنگ شدن و یا گم کردن ارزش‌هایش به فرسودگی شغلی دچار شود. جایی که معنا و اهمیتی برای درمان بیماران و یاری همکاران‌تان نمی‌یابید و دچار روزمرگی در شغلتان شده‌اید، لازم است به ارزش‌هایتان رجوع کنید. ارزش‌ها به شما مسیر زندگی را نشان می‌دهد و منبعی برای تأمین انرژی روزهای سخت کاری و انگیزه برخورد با بیماران سخت است. هرگاه برای انجام کاری سردرگم بودید و دلیلی برای انجام آن کار نیافتید، به این فصل از کتاب حاضر مراجعه کنید و تمرینات تصریح ارزش‌ها را انجام دهید.

فصل نهم: مهربان باشیم

نشانه دوم فرسودگی، مسخ شخصیت است و شامل دوری گزینی هیجانی، کاهش همدلی و شفقت، بدبینی به دیگران و تحریک پذیری است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند هرچه انسان از نظر تکاملی پیشرفته‌تر باشد، بیشتر و بهتر می‌تواند با خودش و دیگران مهربانی کند. با مهربانی به دیگران حال خودش خوب می‌شود و با مهربانی به خود، حال خود و دیگران را خوب می‌کند و این تعریفی از تکامل است.

مهربانی را می‌توان به شیوه‌های گوناگونی تعریف کرد. دالایی لا‌ما مهربانی را حساسیت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد و تلاش برای کاهش آن رنج تعریف می‌کند. بودا و سایر ادیان شرقی برای داشتن ذهن آرام، مهربانی و ذهن آگاهی را مانند دو بال یک پرنده می‌دانند. این دو باید هماهنگ با هم و در کنار هم حرکت کند تا عملکرد فرد بهبود یابد.

برای مهربان بودن باید ذهن مهربانی داشته باشیم. ذهن مهربان چیزی است که می‌توانیم با متمرکز کردن مهربانانه توجه، افکار و احساساتمان در روابط با دیگران آن را ایجاد کنیم. این نکته نیز مهم است که چنین رابطه مهربانانه‌ای را با خودمان هم برقرار کنیم. وقتی ذهنمان را برای مهربانی آموزش دهیم این فرایند آموزش ذهن مهربان (CMT)^۱ نامیده می‌شود.

فرد مهربان کیست و چه ویژگی‌هایی دارد؟ فرد مهربان باید این چهار ویژگی را داشته باشد: خردمندی؛ قدرت؛ ملایمت؛ قضاوت نکردن.

خردمندی

خردمندی مفهومی چندوجهی است و با مؤلفه‌های شناختی، عقلانی و عاطفی مرتبط است.

اول اینکه خردمندی شامل انگیزه برای فهمیدن، دانستن و یادگیری کنجکاوانه و جست‌وجوگرانه درباره خود و دیگران است.

دوم اینکه خردمندی به معنای توانایی تفکر درباره طبیعت بشر و دست و پنجه نرم کردن با پیچیدگی‌های اوست.

سوم اینکه استدلال خردمندانه این توانایی را به ما می‌دهد که به موقعیت‌ها با دیدگاهی متفاوت بیندیشیم؛ ذهنی آرام ایجاد کنیم تا کمتر و کمتر با استدلال‌های هیجانی مان خود و دیگران را قضاوت کنیم.

در اصل، خردمندی به دور بودن از هرگونه قضاوت و محکوم کردن است و به معنای یادگیری تجربه است.

چهارم اینکه با خردمندی نسبت به رنج خود و دیگران بینش داریم و می‌کوشیم این رنج را التیام و کامیابی خود و دیگران را افزایش دهیم.

¹ CMT : Compassionate mind training

خردمندی چیزی است که در طول عمر و با تجربه پدیدار می‌شود. به یک نکته مهم توجه داشته باشید و آن اینکه خردمندی یک فرد تا حد بسیاری به توانایی اندیشیدن او درباره حالات ذهنی‌اش (قصداًندیشی) وابستگی دارد. راه‌های بسیاری به سمت خردمندی وجود دارد؛ اما تقویت‌کننده خودش نیز هست. خردمندی از بینش، دانش و فهم می‌آید و ذهن را متحول می‌کند.

قدرت

یکی از سوءتفاهم‌های شایع درباره مهربانی این است که افراد آن را ضعیف یا احساساتی بودن می‌پندارند؛ اما همان‌طوری که شارون سالزبرگ (۱۹۹۵) نوشته است: مهربانی به معنای ضعف نیست؛ بلکه قدرتی برخاسته از دیدن ماهیت واقعی رنج در دنیاست. قدرت به ما اجازه می‌دهد تا بتوانیم رنج خود و دیگران را بدون ترس مشاهده کنیم.

توانایی تاب‌آوردن احساسات، دردناک است و به شجاعت (قدرت) مربوط است. قدرتی که در مهربانی هست با مفهوم اختیار و اراده ارتباط دارد. در ادامه فصل به تمرینی در این زمینه خواهیم پرداخت.

ملایمت

ملایمت پایه‌ریزی‌کننده احساسات مثبت تسکین‌دهندگی، آرامش‌بخشی و آرمیدگی است و هیجان‌های دفاعی مثل خشم، اضطراب و غم و رفتارهای دفاعی (مثل پرخاشگری و گریز) را تعدیل می‌کند. همچنین می‌تواند هیجان‌ها و رفتارهای مرتبط با جست‌وجوگری، در طلب بودن و خواستن را خاموش کند. ملایمت دست‌کم سه ویژگی اساسی دارد:

نخست اینکه ملایمت موجب بروز نشانه‌های کلامی و غیرکلامی از علاقه، مراقبت و مهربانی می‌شود که همگی تسکین‌بخش است. دوم اینکه ملایمت، عاطفه‌ای مثبت در سایرین ایجاد می‌کند که برانگیزاننده دوستی، محبت و برقراری ارتباط است (برعکس، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی، عقب‌کشیدن یا حمله‌کردن را کاهش می‌دهد). سوم اینکه وقتی افراد در کنار یکدیگر احساس امنیت و اعتماد می‌کنند، احتمال بروز ملایمت بیشتر است. افرادی که به راحتی احساس تهدید می‌کنند و تدافعی می‌شوند، احتمالاً در احساس یا ابراز ملایمت مشکل دارند.

به دور بودن از قضاوت

دوری کردن از قضاوت درواقع به معنای دوری از محکوم کردن است و با مشکلات مربوط به تغییر اجباری، تلاش برای رهایی چیزها یا نابودکردن آن‌ها همراه است. غیرقضاوتی بودن درباره خود و دیگران به ما کمک می‌کند چشمان را بیشتر به واقعیت‌ها باز کنیم؛ به جای اینکه برداشت‌های شخصی مان به ما جهت دهد.

چگونه مهربانی را تمرین کنیم؟

- تمرینات متمرکز بر مهربانی را می‌توان در چهار طبقه اصلی طبقه‌بندی کرد:
۱. ایجاد و رشد خودِ مهربان درونی: در این تمرینات مثل بازیگری که دارد وارد نقش خود می‌شود، روی ایجادکردن حس خودِ مهربانی تمرکز می‌کنیم.
 ۲. جاری کردن مهربانی از خود نسبت به دیگران: در این تمرینات روی پُرکردن ذهن‌هایمان با احساس مهربانی نسبت به دیگران تمرکز می‌کنیم.
 ۳. جاری کردن مهربانی ازسوی دیگران نسبت به خود: در این تمرینات روی ذهن‌هایمان برای گشودن آن نسبت به مهربانی دیگران تمرکز می‌کنیم. این

تمرین برای گشودن ذهن و تحریک ناحیه‌هایی از مغز انجام می‌شود که نسبت به مهربانی دیگران واکنش نشان می‌دهد.

۴. مهربانی با خود: این تمرین با هدف ایجاد و رشد احساسات، افکار و تجربه‌هایی انجام می‌شود که روی مهربانی با خود متمرکز می‌شود. زندگی بسیار سخت است و یادگرفتن مهربانی با خود در مواقع سخت زندگی بسیار مفید است؛ مخصوصاً به ما در تعامل با هیجان‌هایمان کمک می‌کند.

مثال:

پزشکی را در نظر بگیرید که مشکلی مانند شکست در درمان بیمار یا بیمار منجر به فوت دارد. این پزشک نسبت به خود احساس بدی دارد و خودسرنشگر است. در این شرایط پزشک برای مهربانی با خود باید:

۱. ناراحتی خود را از شکست در درمان تأیید کند و قبل از شروع مجدد درمان بیماران دیگر، روی حل و فصل کردن ناراحتی خود تمرکز داشته و نسبت به آن حساس و همدل باشد (اما نسبت به خود ترحم و دلسوزی نکند). این نکته بسیار مهم است؛ چون بسیاری از افراد می‌کوشند تا ناراحتی خود را نادیده بگیرند؛ کوچکش بشمارند و به خودشان می‌گویند که خود را جمع کن یا از دست خودشان عصبانی می‌شوند که چرا نمی‌توانند خوب از پس این شکست و ناراحتی برآیند.

۲. هیجانات منفی خود را کنترل کند و توانمندی‌ها و ضعف‌های خود را بدون

قید و شرط بپذیرد. نه از ضعف‌های خود فرار کند و نه خود را با آن‌ها درگیر کند.

۳. تمایل به خودسرنشگری خود را ببیند؛ اما آگاه باشد که این کار غیر مفید است. در پس خودانتقادگری، ترس‌ها و غم‌های خود را ببیند و سپس نسبت به این هیجان‌ها، با خود مهربان رفتار کند.

۴. با تنفس آگاهانه حال بد خود را ببیند و خودسرنش‌گری‌ها را رها کند.

۵. توجه خود را در این شرایط روی چیزی متمرکز کند که مفید و حمایت‌کننده است؛ مثلاً خاطرات موفقیت‌های درمانی گذشته، نقاط مثبت خود یا حمایت‌ها و بازخوردهای دیگران را از درمان خود و غیره به یاد آورد.
 ۶. از مفاهیم مختلف شناختی و مهربانانه نظیر این‌ها استفاده کند: من تنها فردی نیستم که این مشکلات را دارم (همه انسان‌ها همین‌طور هستند)؛ این رنج من بخشی از انسان‌بودن است و این‌گونه تفکر سیاه و سفید بودن را از خود دور می‌کند.
 ۷. به رفتارها و اقدامات کاملاً حمایت‌گرانه‌ای بیندیشد که در کوتاه‌مدت و بلندمدت برای درمان بیماران خود انجام می‌دهد.
- مواردی که ذکر شد، فقط چند ایده بود. در ادامه به بعضی از آن‌ها با جزئیات بیشتری پرداخته می‌شود.

ایجاد و رشد خودِ مهربانِ درونی

پرورش خودِ مهربان و الگوی مهربانی می‌تواند عنصر کلیدی در رویارویی با شلوغی ذهن و البته بخش‌های ناخوشایند، دشوار یا آسیب‌زننده‌ای باشد که در ما برانگیخته می‌شود. مهربانی می‌تواند تسکین‌دهنده غم، خشم و اضطراب باشد؛ اما درعین حال به ما کمک می‌کند تا شجاعت لازم برای رویارویی با این هیجان‌ها را بیابیم و یاد بگیریم چطور با آن‌ها مدارا کنیم یا به‌طور مناسبی براساس آن‌ها عمل کنیم. برای رشد و پرورش خودِ مهربان‌تان، تمرین‌های زیر را دنبال کنید.

تمرین ۱: خودِ مهربانان در پیری را بیابید.

خودتان را در حالتی که پیرتر شده‌اید، تصور کنید. حالا شاید بخواهید تا تمرکز روی هرکدام از این ویژگی‌ها، تصور داشتن آن‌ها، تجربه احساسی آن‌ها و اثرهایی را که روی بدن شما می‌گذارد، تمرین کنید. پس تمرین را این‌طور شروع می‌کنیم:

تمرین خودِ مهربان در پیری

جایی را پیدا کنید که بتوانید آرام بنشینید؛ چیزی حواس شما را پرت نکند و روی تنفس آگاهانه خود تمرکز کنید. وقتی احساس کردید بدن‌تان کمی آرام شده است و آماده تمرین هستید، تصور کنید فردی هستید که از اعماق جان مهربان است. به همه ویژگی‌هایی فکر کنید که به‌عنوان یک پزشک مهربان ایدئال دارید. بیابید آن‌ها را مرور کنیم.

روی تمایل خود برای تبدیل به «فردی مهربان بودن» تمرکز کنید و به‌طور مهربانانه‌ای فکر، اقدام و احساس کنید. بعد خودتان را در حالتی تصور کنید که ویژگی‌های زیر را دارید:

تصور کنید آرام و خردمند هستید (مقداری مکث کنید).

تصور کنید ملایم و مهربان هستید (مقداری مکث کنید).

تصور کنید فردی انتقادگر و محکوم‌کننده نیستید؛ اما درعین حال می‌خواهید کمک کنید؛ رنج و ناراحتی را کاهش دهید؛ تغییر ایجاد کنید و شکوفا شوید.

یکشنبه بعد از ظهر فرزندانم را برای بازی تنیس به پارک می‌برم: این هدف واضح و خاص است.

تلاش کنید حالت چهره‌تان بیانگر مهربانی باشد؛ مثلاً لب‌خند بزنید و هر حالتی را که مناسب می‌دانید، به خود بگیرید.

خودتان را تصور کنید که قدرتمندتر، بالغ‌تر، خردمندتر و دارای اعتماد به نفس بیشتری می‌شوید.

به بدن خود درحالی که این تصورات را ایجاد می‌کنید، توجه کنید. چنین ویژگی‌هایی را در بدن خود برای چند لحظه به‌طور خیلی ملایم احساس کنید.

یک یا چند دقیقه دربارهٔ لحن صدا و چیزهایی که می‌خواهید به‌عنوان فردی مهربان بگویید و انجام دهید، فکر کنید.

یک یا چند دقیقه دربارهٔ لذتی که این گونه بودن به شما می‌دهد، فکر کنید. به یاد داشته باشید که موضوع اصلی احساس کردن یا نکردن این ویژگی‌ها نیست؛ بلکه تصور داشتن این ویژگی‌هاست.

تمرین ۲: بهترین حالت خود را به یاد بیاورید.

تمرین بهترین حالت خود

راه دیگری برای تمرین خودِ مهربان این است که چند لحظه‌ای وقت بگذارید و زمانی را به یاد آورید که احساس مهربان بودن داشتید؛ آرام و خردمند بودید و می‌خواستید کمک کنید. می‌توانید خودِ مهربان را «بهترین حالت خود» در نظر بگیرید و حس درونی آرامش و صدای حمایتگر آن حالت را تصور کنید.

وقتی آن حالت را به یاد می‌آورید سعی کنید حالت بدنی و چهرهٔ متناسب با آن را داشته باشید. بر موقعیتی که در آن فردی بسیار ناراحت و پریشان بوده‌اید، تمرکز نکنید؛ زیرا ممکن است توجه شما بر ناراحتی متمرکز شود. هدف این تمرکز روی احساس تمایل شما به کمک کردن و مهربانی است.

تمرین ۳: صندلی مهربان

تمرین بهترین حالت خود

تعدادی صندلی یک سایز و اندازه را به صورت دایره‌ای بچینید و یک صندلی بلندتر را در قسمت بالایی اتاق، در کنار سایر صندلی‌ها بگذارید. صندلی بلندتر، صندلی مهربانی و صندلی‌های دیگر، هریک مربوط به احساسات و هیجانات مثبت و منفی دیگر است. با مرور خاطرات تلخ و ناراحت‌کننده خود و تداعی افکار و احساسات و هیجانات منفی مثل خشم، غم، ناامیدی و اضطراب، روی صندلی مخصوص به آن بنشینید و درباره آن تأمل کنید و در موردش حرف بزنید؛ به صدای آن گوش دهید؛ یعنی احساسات و تجربه‌های بدنی آن هیجان منفی را بیان کنید. با مثال‌های ساده و نه‌چندان دشوار شروع کنید تا به تجربه‌های سخت برسید. به حال بد خود در آن لحظات حق بدهید و با مهربانی به خود انتقادگر، خود عصبانی، خود مضطرب و خود ناامید و غیره پاسخ دهید. حالا در صندلی مهربان خود، آگاهانه نفس بکشید و آرامش را در بدن خود احساس کنید. اکنون روی بهترین حالت خود متمرکز شوید؛ مثلاً می‌توانید زمانی را به یاد آورید که احساس آرامش، خردمندی و مهربانی بیشتری می‌کردید. همه ویژگی‌هایی را تصور کنید که به عنوان یک فرد مهربان ایدئال دوست دارید، داشته باشید. توجه کنید چطور تفکر درباره آن ویژگی‌ها می‌تواند به شما کمک کند که با آن‌ها احساس تماس و ارتباط داشته باشید.

به خودتان اجازه بدهید تا چهره‌تان جلوه‌ای مشفقانه داشته باشد. به آرامی خودتان را تصور کنید که فردی خردمند، بالغ و مقتدر هستید. همچنان که بدنتان با تنفس آگاهانه به حالت اول برمی‌گردد، احساس می‌کنید که به خود مهربان تبدیل شده‌اید. مدت زمانی را صرفاً به تأمل درباره فرستادن مهربانی به بخش خشمگین یا خود انتقادگران و غیره اختصاص دهید.

می‌توانید از بخش مهربان بخواهید تا تأمل کند که چه چیزی این بخش خود را (مثلاً بخش خشمگین، یا خود انتقادگر یا غیره) تهدید یا ناراحت کرده است. تصور کنید خود انتقادگر یا خشمگین شما شفا یابد و دیگر هیچ چیز تهدیدکننده‌ای نباشد. چنین شرایطی چگونه احساس می‌شود؟ خود مهربان تلاش نمی‌کند از دست بخش‌های دیگر خلاص شود یا آن‌ها را ساکت کند؛ بلکه آن‌ها را به‌عنوان صداهای مهمی در نظر می‌گیرد و مهربانانه به آن‌ها می‌پردازد.

جاری کردن مهربانی از خود برای دیگران

شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد پرورش مهربانی نسبت به دیگران به بهزیستی روانی می‌انجامد. گاهی افراد مهرورزی به دیگران را آسان‌تر از مهربانی به خود می‌یابند؛ اما یک نکته کلیدی را در نظر بگیرید؛ گاهی افراد چیزی به اسم مهربانی را در خود ایجاد می‌کنند؛ اما درواقع کار آنان مماشات مطیعانه، خوشایند دیگران بودن، خوب‌بودن برای دوست داشته‌شدن، رودربایستی و نداشتن قدرت نه گفتن است. گاهی مهربان به نظر می‌رسیم؛ اما اطرافیانمان در توانمندی ما در همدلی و درک‌شدن کمبود احساس می‌کنند. این مشکلی است که در روابط همسران، والدین با فرزندان و پزشک با بیمار و غیره به‌وضوح دیده می‌شود. دلیل آن این است که هریک از افراد از دید خود به مهربانی می‌نگرند. همسری توجه‌گرفتن و همسر دیگر اندکی آزاد گذاشتن، پزشک مراقبت از جسم مریض و بیمار هر دو مراقبت جسمی و روانی را می‌خواهد و همگی از مخاطب خود پاسخ می‌گیرند؛ اما باز هم احساس رضایت نیست.

تمرین ۴: با دیگران مهربان باشید.

تمرین مهربانی به دیگران

در این تمرین می‌خواهیم شما به دیگران مهربانی و شفقت بورزید. در مکانی که کسی یا چیزی حواستان را پرت نمی‌کند به آرامی بنشینید و روی تنفس خود متمرکز شوید.

زمانی را به یاد آورید که احساس مهربانی و مراقبت بسیاری نسبت به فرد دیگر (مثل بیمار خود) داشتید. زمانی را انتخاب نکنید که آن فرد ناراحت بوده است؛ زیرا احتمال دارد روی آن ناراحتی تمرکز کنید. نکته اصلی این تمرین، تمرکز روی تمایل به کمک به دیگران و احساس مهربانی است. در ذهن داشته باشید که رفتار و نیت شما و احساساتی که پشت آن‌ها وجود دارد، اهمیت دارد.

خودتان را تصور کنید که آرام‌تر، خردمندتر و بالغ‌تر می‌شوید و می‌توانید به آن فرد کمک کنید.

وقتی احساس مهربانی را به یاد می‌آورید، به بدن خود توجه کنید. سعی کنید حالت چهره‌تان بیانگر شفقت باشد.

به هر احساس گرمی و ملایمتی که در بدن خودتان حس می‌کنید، چند لحظه‌ای توجه کنید. تمایل او را به رهایی از رنج احساس کنید.

اگر توانستید یک دقیقه یا بیشتر، دربارهٔ ثن صدای خود و چیزهایی که به او گفتید یا رفتارهایی که انجام دادید یا می‌خواستید انجام دهید، فکر کنید.

یک دقیقه یا بیشتر دربارهٔ احساس لذتی فکر کنید که از توانایی کمک به دیگران دارید.

حالا فقط روی تمایل خود به مفید و مهربان بودن، احساس ملایمت، احساس رشد، ثن صدای خود و خردمندی موجود در صدا و رفتارتان تمرکز کنید.

وقتی این تمرین را تمام کردید، شاید بخواهید چند جمله دربارهٔ حسی که این تمرین به شما داده است، بنویسید.

تمرین ۵: رفتن از خود مهربان به سمت دیگران

می‌توانیم با هدایت کردن خود مهربان به سمت دیگران پیش برویم.

تمرین رفتن از خود مهربان به سمت دیگران

زمانی و جایی را انتخاب کنید که بتوانید آرام بنشینید و حواستان پرت نشود. حالا تمرکز کنید و کسی (همسر / دوست / پدر / مادر، بیمار و غیره) را که برای شما اهمیت دارد، به یاد آورید. روی هدایت این سه احساس و فکر اساسی به سمت آن‌ها تمرکز کنید:

آرزو می‌کنم خوب باشی.

آرزو می‌کنم شاد باشی.

آرزو می‌کنم از رنج‌ها باشی.

به یاد داشته باشید که رفتار و نیت‌های شما و احساساتی که در پس آن‌هاست،

اهمیت دارد.

آرام باشید؛ عجله نکنید و به خودتان اجازه دهید روی خواسته‌ها و آرزوهایی که در خودتان نسبت به آن فرد ایجاد کرده‌اید، تمرکز کنید. می‌توانید آن‌ها را تصور کنید که به شما لبخند می‌زنند و احساسات خوشایند خود را با شما در میان می‌گذارند. دقایقی را روی این خواسته‌های اصیل خود نسبت به «دیگری» تمرکز کنید.

به یاد داشته باشید اگر ذهن شما در این مسیر سرگردان شد، این اتفاق یک مشکل نیست و فقط به آرامی توجه خود را به‌سوی تکلیف برگردانید. هر احساسی را که ذهن و بدن‌تان با این تمرین تمرکز ایجاد می‌کند، مشاهده کنید. اگر تغییر بسیاری مشاهده نکردید، نگران نشوید؛ این تمرین بالاخره اثر خودش را می‌گذارد.

شواهد جدیدی وجود دارد که نشان می‌دهد انجام کارهای محبت‌آمیز برای دیگران به داشتن حال خوب ما کمک می‌کند. پس می‌توانید روی رفتار مهربانانه نیز تمرکز کنید و درباره چگونگی تمرین و انجام رفتار مهربانانه با دیگران فکر و برنامه‌ریزی کنید؛ مثلاً هر روز رفتاری محبت‌آمیز برای خودتان و فردی دیگر (همکار یا بیمارتان) انجام دهید.

جاری کردن مهربانی از سوی دیگران نسبت به خود

علاوه‌بر مهربانی با دیگران باید بتوانیم نسبت به مهربانی دیگران هم گشودگی داشته باشیم. تمرین‌های زیر برای گشودن ذهن و تحریک ناحیه‌هایی از مغز به کار می‌رود که نسبت به مهربانی دیگران واکنش نشان می‌دهد.

تمرین ۶: از خاطراتان استفاده کنید.

یادآوری خاطره باعث گشودن ذهن و تحریک ناحیه‌هایی از مغز می‌شود که نسبت به مهربانی دیگران واکنش نشان می‌دهد. اگر به یک فروشگاه برویم و از ده فروشنده یک نفر، بی‌ادبانه و آزاردهنده رفتار کند و نه نفر دیگر مفید و کمک‌رسان باشند، احتمال آن زیاد است که وقتی به خانه برمی‌گردید، درباره آن فرد بی‌ادب نشخوار فکری کنید و کارکنان مفید را از یاد ببرید. دلیلش این است که مغز ما طوری طراحی شده است که نسبت به تهدید، بیشتر از پاداش حساس باشد و این گرایش وقتی بیشتر خود را نشان می‌دهد که در وضعیت مغزی متمرکز بر تهدید باشیم. در نتیجه لازم است تا در مقابل چنین گرایی کار کنیم و یاد بگیریم که مجدداً توجهمان را به سوی سودمندی دیگران برگردانیم؛ یاد بگیریم که چطور به مهربانی دیگران توجه نشان دهیم.

تمرین به کار بردن خاطره

در مکانی که کسی یا چیزی حواستان را پرت نمی کند، به آرامی بنشینید و روی تنفس خود تمرکز کنید.

احساس کنید که مهربانی آهسته آهسته در اطراف شما گسترش می یابد. به چهره تان حالتی مهربانانه بدهید. این حالت ممکن است یک لبخند یا یک چهره آسوده باشد.

وقتی احساس کردید آماده اید، خاطره ای را به یاد آورید که کسی با شما مهربان بود. این خاطره نباید مربوط به موقعی باشد که خیلی ناراحت بودید؛ زیرا ممکن است روی ناراحتی متمرکز شوید. تمرکز این تمرین روی تمایل به مهربانی و کمک است. حالتی مهربانانه به چهره و بدن خود بدهید؛ طوری که مهربانی موجود در آن خاطره را احساس کنید.

برای یک دقیقه چهره فردی را که با شما مهربان بوده است، کاوش کنید. فقط روی حرف های محبت آمیزی که آن فرد به شما گفت و لحن صدای او تمرکز کنید. یک دقیقه این تمرکز را ادامه دهید.

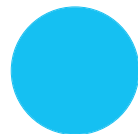
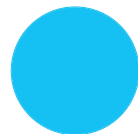
حالا روی احساس کردن هیجانی که آن فرد داشت و احساسی که در آن لحظه نسبت به شما داشت، تمرکز کنید. این تمرکز را یک دقیقه یا بیشتر ادامه دهید.

حالا روی همه تجربه ای که از آن خاطره داشتید، تمرکز کنید (مثلاً شیوه نوازش، شیوه کمک کردن، حس قدردانی و رضایتی که در شما به وجود آورد).

اجازه دهید قدردانی و لذت کمک گرفتن در شما رشد کند و حالت چهره خود را به بهترین شکلی که می توانید مهربانانه نگه دارید.

چند دقیقه با این خاطره باشید. وقتی آماده بودید اجازه دهید که خاطره به آرامی محو شود. از این تمرین بیرون بیاوید و چند جمله درباره احساسی که داشتید، بنویسید.

در مسیر زندگی برای دستیابی به آرامش بیشتر، بهترین و مؤثرترین شیوه مهربانی با خود و دیگران است. البته بسیار بدیهی است که مهربانی با خود و دیگران هیچ‌گونه تناقضی با هم ندارد. اگر در مهربانی با خود، از مهربانی با دیگران غافل شدیم و در مسیر مهربانی با دیگران، از خود غافل شدیم، مسیر را خطا رفته‌ایم.





در این کتاب سعی کردیم روش‌هایی برای خودیاری در برابر فرسودگی شغلی ارائه کنیم؛ ولی گاهی لازم است برای بهبود فرسودگی به کتاب بسنده نکنید و از کسی کمک بگیرید. تحت شرایط زیر لازم است به روانشناسان با تخصص اختلالات خلقی و اضطرابی مراجعه کنید:

۱. نمره شما در پرسشنامه فصل دوم ۱۱۱ تا ۱۵۴ باشد؛
 ۲. حداقل دو هفته خستگی و کمبود معنادار انرژی روانی و جسمی را تجربه کرده باشید؛
 ۳. حداقل چهار مورد از علائم زیر را، تقریباً هرروز در دو هفته گذشته، تجربه کرده باشید:
- مشکلاتی در حافظه یا تمرکز؛
 - کاهش قابل توجه در توانایی رسیدگی به درخواست‌ها یا انجام کارها تحت فشار زمانی، احساس ناامیدی و درماندگی؛
 - بی‌ثباتی هیجانی، بی‌قراری، تحریک‌پذیری و عصبانیت؛
 - اختلال در خواب؛
 - نشانه‌های جسمانی مانند درد عضلانی، درد قفسه سینه، تپش قلب، عوارض گوارشی، سرگیجه و افزایش حساسیت به صدا.
- اگر به تارنمای سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران^۱ رجوع کنید، می‌توانید فهرست روانشناسان و مراکزی را ببینید که مجوز این سازمان را دارند. همچنین درحال حاضر برخی از مراکز مشاوره و روانشناسی تحت نظر سازمان بهزیستی کشور فعالیت می‌کند که با مراجعه به تارنمای سازمان بهزیستی^۲ هر استان می‌توانید آدرس و شماره تلفن آن‌ها را بیابید. توجه داشته باشید که لزوم مراجعه به روانپزشک را روانشناسان تعیین خواهند کرد.

1 <http://www.pcoiran.ir>

2 <http://www.behzisti.ir>



- اسلامی‌پور، ف.؛ یزدچی، ا. (۱۳۹۵). «بررسی فرسودگی شغلی در دندان‌پزشکان شهر اصفهان». مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان، ۱۲ (۴)، ۴۰۸-۴۱۷.
- بیجاری، ب.؛ عباسی، ع.؛ عسکری، ع. (۱۳۹۵). «فرسودگی شغلی و سلامت عمومی در دانشجویان پزشکی دوره کارورزی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند». طب و تزکیه، ۲۵ (۱)، ۱۹۲۸.
- روانسالار، ع. (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه فرسودگی شغلی در میان دانشجویان پزشکی سال‌های پنجم، ششم و هفتم دانشگاه علوم پزشکی فسا. فسا: پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی فسا. استاد راهنما: دکتر مینا حبیبی.
- سپهرمنش، ز.؛ احمدوند، ا. (۱۳۹۴). «شیوع فرسودگی شغلی در دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و اصفهان در سال ۱۳۹۲». پژوهش در آموزش علوم پزشکی، ۷ (۱)، ۲۷۳-۲۸۴.
- سلیمان‌نژاد، ا.؛ همدی، پ.؛ سودی، ح. (۱۳۹۱). «بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای و فرسودگی شغلی با سلامت روانی در پزشکان ارومیه». دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۰ (۲)، ۲۲۶-۲۳۶.

طائی، م.؛ صافی‌زاده، ح.؛ دیوسالار، ک. (۱۳۸۹). «فراوانی سندروم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شهر کرمان در سال ۱۳۸۷». مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۷ (۳)، ۲۷۶۲۶۸.

عکاشه، گ.؛ سپهرمنش، ز.؛ احمدوند، ا. (۱۳۸۹). «شیوع فرسودگی شغلی در دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، سال ۱۳۸۶». مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۴ (۳)، ۳۷۴۱.

کلنی، س. (۱۳۹۶). ارزیابی تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی شغلی پزشکان باتوجه به نقش تعدیل‌کننده رگه‌های شخصیت. تهران: پایان‌نامه دکتری روانشناسی. دانشگاه تربیت مدرس. استاد راهنما: دکتر پرویز آزاد فلاح، استاد مشاور: دکتر پیمان ادیبی، دکتر حمیدرضا عریضی.

کلنی، س.؛ آزاد فلاح، پ.؛ عریضی، ح.؛ عزیزخانی، ر.ف.؛ ادیبی، پ. (۱۳۹۶). «شیوع نشانگان فرسودگی شغلی در دستیاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان». مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۵ (۴۴۲)، ۹۹۳۹۹۹.

کیمیافر، خ.؛ محمودیان، س.؛ امین‌الشریعتی، ف.؛ موسی‌فرخانی، ا.؛ و رجائیان، م. (۱۳۹۷). «بررسی فرسودگی شغلی در پزشکان خانواده روستایی شاغل در مراکز بهداشت شهرستان مشهد در سال ۱۳۹۳». ۳۶، ۲۸۳۳.

مهدی‌زاده، م.؛ وفایی‌نجار، ع.؛ تقی، ع.؛ اسماعیلی، ح.؛ مهدی‌زاده، س.؛ م.؛ ابراهیمی‌پور، ح. (۱۳۹۲). «فرسودگی شغلی و شاخص‌های تأثیرگذار محیط کار بر آن در بین پزشک‌های خانواده خراسان رضوی». فصلنامه علمی تخصصی طب کار، ۵ (۳)، ۴۲۵.

Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). "Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis". *Work & Stress*, 23,244-263 ,(3)

Ali, N. A., Wolf, K. M., Hammersley, J., Hoffmann, S. P., O'Brien Jr, J. M., Phillips, G. S., . . . Garland, A. (2011). Continuity of care in intensive care units: a cluster-randomized trial of intensivist staffing. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 184(7), 803-808.

Amutio-Kareaga, A., Garc a-Campayo, J., Delgado, L. C., Hermosilla, D., & Mart nez-Taboada, C. (2017). Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. *Journal of clinical medicine*, 6(3), 33.

Andrade, A. P. M., Amaro, E., Farhat, S. C. L., & Schwartsman, C. (2016). Higher burnout scores in paediatric residents are associated with increased brain activity during attentional functional magnetic resonance imaging task. *Acta Paediatrica*, 105(6), 705-713.

Ashkar, K., Romani, M., Musharrafieh, U., & Chaaya, M. (2010). Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgraduate medical journal*, 86(1015), 266-271.

Association, A. P. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn (Washington, DC: APA).

Association, W. M. (2005). Medical ethics manual World Health Communication Associates. *United Kingdom*.

Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2), 184-190.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

Baer, T. E., Feraco, A. M., Sagasky, S. T., Williams, D., Litman, H. J., & Vinci, R. J. (2017). Pediatric resident burnout and attitudes toward patients. *Pediatrics*, e20162163.

Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P., Van Der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression.

Bakker, A. B., Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of social psychology*, 146(1), 31-50.

Balch, C. M., & Shanafelt, T. (۲۰۱۰). Combating stress and burnout in surgical practice: a review. *Advances in surgery*, 44(1), 29-47.

Bar-Sela, G., Lulav-Grinwald, D., & Mitnik, I. (2012). "Balint group" meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *Journal of cancer education*, 27(4), 786-789.

Barrack, R. L., Miller, L. S., Sotile, W. M., Sotile, M. O., & Rubash, H. E. (2006). Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. *Clinical orthopaedics and related research*, 449, 134-137.

Batten, S. (2011). *Essentials of acceptance and commitment therapy*: Sage Publications.

Beach, M. C., Roter, D., Korthuis, P. T., Epstein, R. M., Sharp, V., Ratanawongsa, N., . . . Moore, R. D. (2013). A multicenter study of physician mindfulness and health care quality. *The Annals of Family Medicine*, 11(5), 421-428.

Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine*, 87(6), 815-819.

Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 25-54.

Brazeau, C. M., Shanafelt, T., Durning, S. J., Massie, F. S., Eacker, A., Moutier, C., . . . Dyrbye, L. N. (2014). Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Academic Medicine*, 89(11), 1520-1525.

Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(6), 389–398.

Busireddy, K. R., Miller, J. A., Ellison, K., Ren, V., Qayyum, R., & Panda, M. (2017). Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *Journal of graduate medical education*, 9(3), 294–301.

Chati, R., Huet, E., Grimberg, L., Schwarz, L., Tuech, J.-J., & Briedoux, V. (2017). Factors associated With burnout among French digestive surgeons in training: results of a national survey on 328 residents and fellows. *The American Journal of Surgery*, 213(4), 754–762.

Cherniss, C. (1986). Different ways of thinking about burnout *Redefining social problems* (pp. 217–229): Springer.

Chew-Graham, C. A., Rogers, A., & Yassin, N. (2003). ‘I wouldn’t want it on my CV or their records’: medical students’ experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical education*, 37(10), 873–880.

Christopher, A. S., Smith, C. S., Tivis, R., & Wilper, A. P. (2014). Trends in United States physician work hours and career satisfaction. *The American journal of medicine*, 127(7), 674–680.

Clough, B. A., March, S., Chan, R. J., Casey, L. M., Phillips, R., & Ireland, M. J. (2017). Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 144.

Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18(4), 621–656.

Cubero, D. I., Fumis, R. R. L., de S, T. H., Dettino, A., Costa, F. O., Van Eyll, B. M. A., . . . Altino, J (2016) .Burnout in medical oncology fellows: a prospective multicenter cohort study in Brazilian institutions. *Journal of cancer education*, 31(3), 582–587.

Cuttillo, B. (2000). Teaching professionalism to medical students. *Jama*, 283(2), 197–198.

Dean, J. (2016). JAMA and jammies: The work-life balance of an intern. *Academic Psychiatry*, 1(40), 117-118.

Dyrbye, L. N., Eacker, A., Durning, S. J., Brazeau, C., Moutier, C., Massie, F. S., . . . Shanafelt, T. D. (2015). The impact of stigma and personal experiences on the help-seeking behaviors of medical students with burnout. *Academic Medicine*, 90(7), 961-969.

Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2011). Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *Jama*, 305(19), 2009-2010.

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., . . . Novotny, P. J. (2008). Burnout and Suicidal Ideation among US Medical Students. *Medical Student Burnout and Suicidal Ideation. Annals of internal medicine*, 149(341-344), 5

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Power, D. V., Durning, S., Moutier, C., Massie Jr, F. S., . . . Sloan, J. A. (2010). Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Academic Medicine*, 85(1), 94-102.

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2005). *Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions*. Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings.

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.

Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academic Medicine*, 89(3), 443-451.

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*: New Harbinger Publications.

El-bar, N., Levy, A., Wald, H. S., & Biderman, A. (2013). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area—a cross-sectional study. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 31.

Eller, N. H., Netterstr m, B., Gyntelberg, F., Kristensen, T. S., Nielsen, F., Steptoe, A., & Theorell, T. (2009). Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease : a systematic review. *Cardiology in review*, 17(2), 83-97.

Elliott, D. D., May, W., Schaff, P. B., Nyquist, J. G., Trial, J., Reilly, J. M., & Lattore, P. (2009). Shaping professionalism in pre-clinical medical students : Professionalism and the practice of medicine. *Medical teacher*, 31(7), e295-e302.

Elmore, L. C., Jeffe, D. B., Jin, L., Awad, M. M., & Turnbull, I. R. (2016). National survey of burnout among US general surgery residents. *Journal of the American College of Surgeons*, 223(3), 440-451.

Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *Jama*, 282(9), 833-839.

Epstein, R. M., & Krasner, M. S. (2013). Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Academic Medicine*, 88(3), 301-303.

Erschens, R., Keifenheim, K. E., Herrmann-Werner, A., Loda, T., Schwille-Kiuntke, J., Bugaj, T. J., ... & Junne, F. (2019). "Professional burnout among medical students: Systematic literature review and meta-analysis". *Medical teacher*, 41172-183 ,(2) .

Feudtner, C., Christakis, D. A., & Christakis, N. A. (1994). Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Academic Medicine*, 69(8), 670-679.

Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview In CR Figley. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*; Brunner/ Mazel: Bristol, UK.

Finkelstein, C., Brownstein, A., Scott, C., & Lan, Y. L. (2007). Anxiety and stress reduction in medical education : an intervention. *Medical education*, 41(3), 258-264.

Flaxman, P. E., Bond, F. W., & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance*: New Harbinger Publications.

Frajerma, A., Morvan, Y., Krebs, M. O., Gorwood, P., & Chaumette, B. (2019). "Burnout in medical students before residency : a systematic review and meta-analysis". *European Psychiatry*, 55, 36-42.

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12(1), 73.

Freudenberger, H. J., & North, G. (1985). *Women's burnout: Double-day*.

Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). Burn-out: The high cost of high achievement. What it is and how to survive it. *Garden City, New York*.

Friberg, T. (2009). Burnout : from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 33(4), 538-558.

Gatchel, R. J., & Schultz, I. Z. (2012). *Handbook of occupational health and wellness*: Springer Science & Business Media.

Gelfand, D. V., Podnos, Y. D., Carmichael, J. C., Saltzman, D. J., Wilson, S. E., & Williams, R. A. (2004). Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. *Archives of surgery*, 139(9), 933-940.

Gerber, M., Lindwall, M., Lindeg rd, A., Bjesson, M., & Jonsdotir, I. H. (2013). Cardiorespiratory fitness protects against stress-related symptoms of burnout and depression. *Patient education and counseling*, 93(1), 146-152.

Ghetti, C., Chang, J., & Gosman, G. (2009). Burnout, psychological skills, and empathy : balint training in obstetrics and gynecology residents. *Journal of graduate medical education*, 1(2), 231-235.

Goitein, L., Shanafelt, T. D., Wipf, J. E., Slatore, C. G., & Back, A. L. (2005). The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Archives of internal medicine*, 165(22), 2601-2606.

Golberstein, E., Eisenberg, D., & Gollust, S. E. (2008). Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatric services*, 59(4), 392–399.

Goldhagen, B. E., Kingsolver, K., Stinnett, S. S., & Rosdahl, J. A. (2015). Stress and burnout in residents : impact of mindfulness-based resilience training. *Advances in medical education and practice*, 6, 525.

Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119–128.

Gopal, R., Glasheen, J. J., Miyoshi, T. J., & Prochazka, A. V. (2005). Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Archives of internal medicine*, 165(22), 2595–2600.

Govardhan, L. M., Pinelli, V., & Schnatz, P. F. (2012). Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. *Connecticut medicine*, 76(7), 389–395.

Goyal, D. G., Dyrbye, L. N & ,Shanafelt, T. D. (2017). Screening for Burnout in Emergency Medicine Residents : Now What? *AEM Education and Training*, 1(2), 79–80.

Gunasingam, N., Burns, K., Edwards, J., Dinh, M., & Walton, M. (2015). Reducing stress and burnout in junior doctors : the impact of debriefing sessions. *Postgraduate medical journal*, 91(1074), 182–187.

Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals of internal medicine*, 135(2), 145–148.

Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform : confronting medicine's hidden curriculum. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(4), 403–407.

Hafler, J. P., Ownby, A. R., Thompson, B. M., Fasser, C. E., Grigsby, K., Haidet, P., . . . Hafferty, F. W. (2011). Decoding the learning environment of medical education : a hidden curriculum perspective for faculty development. *Academic Medicine*, 86(4), 440–444.

Halbesleben, J. R., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organization-life. *Journal of management*, 30(6), 859–879.

Hayes, S., Pankey, J., & Gregg, J. (2002). Anxiety and acceptance and commitment therapy. *Comparative treatments of anxiety disorders*, 110–136.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.

Hayes, S. C. (2005a). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*: New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*: Springer Science & Business Media.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford Press.

Henkens, K., & Leenders, M. (2010). Burnout and older workers' intentions to retire. *International Journal of Manpower*, 31(3), 306-321.

Holm, M., Tyssen, R., Stordal, K. I., & Haver, B. (2010). Self-development groups reduce medical school stress: a controlled intervention study. *BMC medical education*, 10(۲۳), ۱

Holmes, E. G., Connolly, A., Putnam, K. T., Penaskovic, K. M., Denniston, C. R., Clark, L. H., . . . Meltzer-Brody, S. (2016). Taking care of our own: a multispecialty study of resident and program director perspectives on contributors to burnout and potential interventions. *Academic Psychiatry*, 1-8.

Howe, A., Smajdor, A., & Stckl, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical education*, 46(4), 349-356.

Hutter, M. M., Kellogg, K. C., Ferguson, C. M., Abbott, W. M., & Warshaw, A. L. (2006). The impact of the 80-hour resident workweek on surgical residents and attending surgeons. *Annals of surgery*, 243(6), 864-875.

Iacovides, A., Fountoulakis, K., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of affective disorders*, 75(3), 209-221.

Iorga, M., Soponar, C., Hanganu, B., & Ioan, B.-G. (2016). The burnout syndrome of forensic pathologists. The influences of personality traits, job satisfaction and environmental factors. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 24(4), 325-332.

Ireland, M. J., Clough, B., Gill, K., Langan, F., O'Connor, A., & Spencer, L. (2017). A randomized controlled trial of mindfulness to reduce stress and burnout among intern medical practitioners. *Medical teacher*, 39(4), 409-414.

IsHak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., . . . Bernstein, C. A. (2009). Burnout during residency training: a literature review. *Journal of graduate medical education*, 1(2), 236-242.

Jager, A. J., Tutty, M. A., & Kao, A. C. (2017). *Association between physician burnout and identification with medicine as a calling*. Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings.

Jena, A. B., Baldwin, D. C., Daugherty, S. R., Meltzer, D. O., & Aro-ra, V. M. (2010). Presenteeism among resident physicians. *Jama*, 304(11), 1166-1168.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*: Hachette UK.

Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 29(3), 284.

Kansoun, Z., Boyer, L., Hodgkinson, M., Villes, V., Lançon, C., & Fond, G. (2019). "Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis". *Journal of affective disorders*, 246, 132-147.

Kealy, D., Halli, P., Ogrodniczuk, J. S., & Hadjipavlou, G. (2016). Burnout among Canadian psychiatry residents: a national survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(11), 732-736.

Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R., & Hayward, R. A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burn-out. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 949-955.

Kimo Takayesu, J., Ramoska, E. A., Clark, T. R., Hansoti, B., Dougherty, J., Freeman, W., . . . Gross, E. (2014). Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Academic Emergency Medicine*, 21(9), 1031–1035.

Kumar, S. (2016). *Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention*. Paper presented at the Healthcare.

Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2008). Burnout interventions : An overview and illustration. *Handbook of stress and burnout in health care*, 201–215.

Legassie, J., Zibrowski, E. M., & Goldszmidt, M. A. (2008). Measuring resident well-being : impostorism and burnout syndrome in residency. *Journal of general internal medicine*, 23(7), 1090–1094.

leiter, M., & Maslach, C. (2000). Burnout and health. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 415–426). NJ : Lawrence Erlbaum.

Leiter, M. P., & Harvie, P. L. (1996). Burnout among mental health workers : a review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 90–101.

Linzer, M., Levine, R., Meltzer, D., Poplau, S., Warde, C., & West, C. P. (2014). 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *Journal of general internal medicine*, 29(1), 18–20.

Linzer, M., Poplau, S., Grossman, E., Varkey, A., Yale, S., Williams, E., . . . Kohnhorst, D. (2015). A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care : results from the Healthy Work Place (HWP) study. *Journal of general internal medicine*, 30(8), 1105–1111.

Lo, D., Wu, F., Chan, M., Chu, R., & Li, D. (2018). “A systematic review of burnout among doctors in China : a cultural perspective”. *Asia Pacific family medicine*, 17 (1), 3.

Low, Z. X., Yeo, K. A., Sharma, V. K., Leung, G. K., McIntyre, R. S., Guerrero, A., ... & Ho, C. S. (2019). “Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents : A Meta-Analysis”. *International journal of environmental research and public health*, 16 (9), 1479.

Lu, D. W., Dresden, S., McCloskey, C., Branzetti, J., & Gisondi, M. A. (2015). Impact of burnout on self-reported patient care among emergency physicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(7), 996.

Lue, B.-H., Chen, H.-J., Wang, C.-W., Cheng, Y., & Chen, M.-C. (2010). Stress, personal characteristics and burnout among first postgraduate year residents : a nationwide study in Taiwan. *Medical teacher*, 32(5), 400-407.

Malik, A. A., Bhatti, S., Shafiq, A., Khan, R. S., Butt, U. I., Bilal, S. M., . . . Ayyaz, M. (2016). Burnout among surgical residents in a low-er-middle income country-Are we any different? *Annals of Medicine and Surgery*, 9, 28-32.

Martini, S., Arfken, C. L., Churchill, A., & Balon, R. (2004). Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*, 29(2-3), 181-183.

Martini, S., Arfken, C. L., Churchill, M. A., & Balon, R. (2004). Burn-out comparison among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*, 28(3), 240-242.

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human behavior*, 5(9), 16-22.

Maslach, C. (1982). Burnout. The Cost of Caring. Englewood Cliffs; Prentice.

Maslach, C. (2003). Job burnout : New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192.

Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout : New perspectives. *Applied and preventive psychology*, 7(1), 63-74.

Maslach, C., & Jackson, S. (1986). Maslach burnout inventory Consulting Psychologists Press Palo Alto. *CA Google Scholar*.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational behavior*, 2(2), 99-113.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto : CA : Consulting psychologists press.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual . Mountain View, CA : CPP. Inc., and Davies- Black.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout

inventory. *Evaluating stress: A book of resources*, 3, 191-218.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical teacher*, 39(2), 160-163.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

McManus, I., Keeling, A., & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC medicine*, 2(1), 29.

Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological bulletin*, 132(3), 327.

Montgomery, A. (2014). The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. *Burnout Research*, 1(1), 50-56.

Montgomery, A., Todorova, I., Baban, A., & Panagopoulou, E. (2013). Improving quality and safety in the hospital: The link between organizational culture, burnout, and quality of care. *British journal of health psychology*, 18(3), 656-662.

Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., . . . Stein, J. (2013). Helping the Helpers Mindfulness Training for Burnout in Pediatric Oncology—A Pilot Program. *Journal of pediatric oncology nursing*, 30(5), 275-284.

Moradi, Y., Baradaran, H. R., Yazdandoost, M., Atrak, S., & Kashanian, M. (2015). Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(4), 235.

Myhren, H., Ekeberg, ., & Stokland, O. (2013). Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Critical care research and practice*, 2013.

Organization, W. H. (2003). *Statement on the burnout syndrome among physicians*. Paper presented at the European Forum of Medical Associations. Germany.

Ozyurt, A., Hayran, O., & Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Qjm*, 99(3), 161–169.

Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., . . . Esmail, A. (2016). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*.

Peckham, C. (2013). Physician lifestyles—linking to burnout: a Medscape survey. March 28, 2013.

Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., Van Der Heijden, F. M., Van De Wiel, H., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2007). Burnout in medical residents: a review. *Medical education*, 41(8), 788–800.

Ripp, J., Babyatsky, M., Fallar, R., Bazari, H., Bellini, L., Kapadia, C., . . . Korenstein, D. (2011). The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Academic Medicine*, 86(10), 1304–1310.

Ripp, J. A., Bellini, L., Fallar, R., Bazari, H., Katz, J. T., & Korenstein, D. (2015). The impact of duty hours restrictions on job burnout in internal medicine residents: a three-institution comparison study. *Academic Medicine*, 90(4), 494–499.

Ro, K. E. I., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G., & Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*, 10(1), 1.

Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., ... & Gonçalves, A. K. (2018). “Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis”. *PloS one*, 13 (11), e0206840.

Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M. (2006). Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine*, 81(1), 82–85.

Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). "Prevalence of burnout among physicians: a systematic review". *Jama*, 320 (11), 1131–1150.

Rothenberger, D. A. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the Colon & Rectum*, 60(6), 567–576.

Sablik, Z., Samborska-Sablik, A., & Dro d , J. (2013). Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Archives of medical science: AMS*, 9(3), 398.

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., Gonz lez, A. D., Gabani, F. L., & de Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*, 12(10), e0185781.

Schooley, B., Hikmet, N., Tarcn, M., & Yorgancioglu, G. (2016). Comparing burnout across emergency physicians, nurses, technicians, and health information technicians working for the same organization. *Medicine*, 95.(10).

Shanafelt, T. D. (2009). Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *Jama*, 302(12), 1338–1340.

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., . . . Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377–1385.

Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., & West, C. P. (2017). Addressing Physician Burnout: The Way Forward. *Jama*, 317(9), 901–902.

Shapiro, M. C., Rao, S. R., Dean, J., & Salama, A. R. (2017). What a shame : Increased rates of OMS resident burnout may be related to the frequency of shamed events during training. *Journal of Oral and Maxillo-facial Surgery*, 75(3), 449–457.

Shea, J. A., Bellini, L. M., Dinges, D. F., Curtis, M. L., Tao, Y., Zhu, J., . . . Novak, C. (2014). Impact of Protected Sleep Period for Internal Medicine Interns on Overnight Call on Depression, Burnout, and Empathy. *Journal of graduate medical education*, 6(2), 256–263.

Sheikmoonesi, F., Khani, F., Khademloo, M., & Saravi, S. F. B. (2017). Prevalence of Burnout among Resident Physicians in Mazandaran University of Medical Sciences, Iran. *Global Journal of Health Science*, 9(4), 50.

Sikora, R., Mongold, B., Sedgeman, J., & Davis, S. (2008). 122 : Burn-out in Emergency Medicine residents and faculty : an attempt to modify stress response by journaling. *Annals of Emergency Medicine*, 51(4), 508.

Smith, R. P. (2017). Burnout in Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(2), 297–310.

Socialstyrelsen. (2010). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade halsoproblem- ICD- 10- SE.978-91-86585-63-1. P179*

Stanciu, C., Gnanasegaram1, S., Brooks, N., Ahmed, S., Kohrman, S., & Teja, N. (2018). Physician Wellness and Substance Use—a Brief Review. *Journal of Alcoholism & Drug Dependence*, 6(3), 1–3.

Stehman, C. R., Testo, Z., Gershaw, R. S., & Kellogg, A. R. (2019). Burnout, drop out, suicide : physician loss in emergency medicine, part I. *Western journal of emergency medicine*, 20(3), 485.

Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D., & Shapira, I. (2012). Burnout and risk of coronary heart disease : a prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine*, 74(8), 840–847.

Murphy, T. (2015). Physician Burnout : A Guide to Recognition and Recovery. *Aloha Publishing*.

Van der Heijden, F., Dillingh, G., Bakker, A., & Prins, J. (2008). Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Archives of Suicide Research*, 12(4), 344-346.

Van Emmerik, H. (2004). For better and for worse: Adverse working conditions and the beneficial effects of mentoring. *Career development international*, 9(4), 358-373.

Veage, S., Ciarrochi, J., Deane, F. P., Andresen, R., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2014). Value congruence, importance and success and in the workplace: Links with well-being and burnout amongst mental health practitioners. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 258-264.

Wen, J., Cheng, Y., Hu, X., Yuan, P., Hao, T., & Shi, Y. (2016). Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. *Bioscience trends*, 10(1), 27-33.

McMurray, J. E., . . . Schwartz, M. (2010). Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: The role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health care management review*, 35(2), 105-115.

Zubairi, A. J., & Noordin, S. (2016). Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Annals of Medicine and Surgery*, 6, 60-63.

Zwack, J., & Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine*, 88(3), 382-389.

...

پایان