

مدل ساختاری رابطه نگرانی‌های همدلانه با رضایت از شفقت و خستگی از شفقت در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه

زهرا مظاهری^۱، ایلناز سجادیان^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۸/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۱/۰۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: نگرانی‌های همدلانه یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران می‌باشد. این پژوهش باهدف بررسی، مدل ساختاری رابطه نگرانی‌های همدلانه با رضایت از شفقت و خستگی از شفقت در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شد.

مواد و روش: روش پژوهش توصیفی-همبستگی، از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری آن را کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه اعم از NICU-ICU-CCU و دیالیز در بیمارستان‌های اصفهان در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند که از میان آن‌ها تعداد ۲۵۰ نفر از پرستاران (زن و مرد) شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌های الزهراء، نور و علی‌اصغر، امین و کاشانی بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به ابزارهای پژوهش شامل، سنجش کیفیت زندگی حرفه‌ای استم و نگرانی‌های همدلانه دیویس پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج مدل ساختاری نشان داد رابطه نگرانی‌های همدلانه با رضایت از شفقت و خستگی از شفقت از برازش مطلوب برخوردار است به طوری که متغیر نگرانی‌های همدلانه ۰/۶۷ درصد از واریانس بعد رضایت از شفقت و ۰/۱۳ درصد از واریانس بعد خستگی از شفقت را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری: بنابر نتایج این پژوهش، نگرانی‌های همدلانه بر ابعاد کیفیت زندگی پرستاران تأثیر معنی‌دار دارد.

واژه‌های کلیدی: همدلی، شفقت، خستگی، بخش‌های مراقبت ویژه، پرستاران

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره اول، پی‌درپی ۱۱۴، فروردین ۱۳۹۸، ص ۷۰-۶۲

آدرس مکاتبه: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، تلفن: ۰۹۱۳۲۱۰۷۹۰۵

Email: i.sajadian@khuif.ac.ir

مقدمه

می‌کند و خستگی از شفقت را بعد منفی که دارای دو سازه استرس تروماتیک ثانویه و فرسودگی است، عنوان کرد (۲).

استرس تروماتیک ثانویه به‌عنوان هیجانات و رفتارهایی تعریف شده است که فرد آن‌ها را در نتیجه مواجه شدن با تجارب آسیب‌زای فرد دیگر تجربه می‌کند که در مقوله اختلال استرس پس از سانحه جای می‌گیرد اما تفاوتی که با آن دارد، این است که فردی که استرس تروماتیک ثانویه را تجربه می‌کند خود به‌طور مستقیم یک رویداد آسیب‌زا را تجربه نکرده است و در عوض با افرادی تعامل داشته یا به آن‌ها کمک کرده است که یک چنین آسیب‌هایی را تجربه می‌کنند (۳). فرسودگی شغلی، سندرم روانی متشکل از خستگی عاطفی (احساس تخلیه توان روانی)، مسخ شخصیت

یکی از حساس‌ترین بخش‌های حرفه‌ای بیمارستان، بخش‌های مراقبت‌های ویژه است که پرستاران را با مسائل بی‌شماری مواجه می‌کند و با توجه به وضعیت وخیم بیماران، پرستاران مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر سلامت بیماران می‌باشند (۱). استم با بررسی کیفیت زندگی حرفه‌ای در حرفه‌های باورانه از جمله پرستاری به مفهوم‌پردازی ابعاد مثبت و منفی کیفیت زندگی حرفه‌ای بر مبنای احساس تجربه‌شده توسط افراد شاغل پرداخت. وی رضایت از شفقت را بعد مثبت و به‌عنوان احساس سرزندگی و انگیزه‌مندی که یک پرستار از پیوند با درد و رنج بیماران و سهیم شدن با آن‌ها احساس

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسوول)

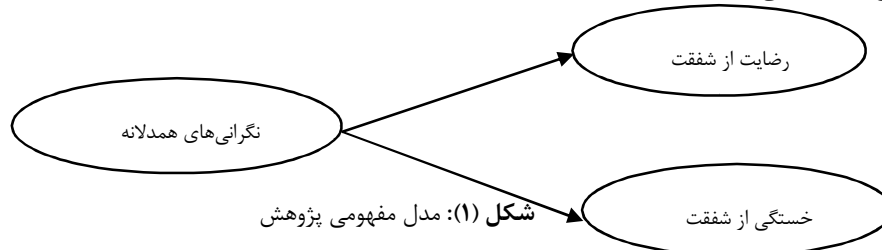
شود و از سوی دیگر می‌تواند فرد را به خستگی از شفقت سوق دهد (۱۳). تاکنون سه نظریه در مورد رابطه بین همدلی و نشانگان فرسودگی شغلی وجود دارد. ۱- فرسودگی موجب کاهش همدلی می‌شود ۲- همدلی میزان فرسودگی را افزایش می‌دهد. ۳- همدلی به‌عنوان یک عامل حمایتی در برابر نشانگان فرسودگی شغلی عمل می‌کند (۱۴).

دیدگاه سوم در واقع بیان‌کننده ارتباط همدلی با رضایت‌مندی شغلی بالاتر است که موجب معنی‌دار شدن فعالیت‌های کاری می‌شود به همین دلیل پزشکان و پرستارانی که همدلی بیشتری دارند، هیجان مدارتر بوده و از یک تأثیرگذاری درمانی بالاتر بهره‌مند هستند و در نتیجه می‌توانند بازخورد مثبت‌تری را از بیماران دریافت کنند (۱۵). در این زمینه دوارته و همکاران بیان کردند نگرانی‌های همدلانه در پرستاران به شکل مثبت از رابطه‌ای تنگاتنگ با رضایت از شفقت برخوردار است و برعکس در صورت عدم وجود همدلی در پرستاران، آنان از مزایای مثبت کمک کردن به دیگران که همان رضایت از شفقت است محروم خواهند شد (۱۶). پینک چمپلین نیز در بررسی خود در مورد رابطه همدلی با رضایت از شفقت در پرستاران بخش اطفال به یک رابطه قوی بین همدلی با رضایت از شفقت اشاره می‌کند (۱۷). همچنین توماس در پژوهش خود به این نتیجه رسید که نگرانی‌های همدلانه رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار با رضایت از شفقت در مددکاران اجتماعی دارد (۱۸). اسمیت در این خصوص که همدلی در برابر خستگی از شفقت نقش تاب‌آوری را دارد، به این موضوع اشاره کرد که پرستاران بدون همدلی نمی‌توانند به مراقبت‌های مشفقانه بپردازند (۱۹).

علی‌رغم تحقیقات گسترده در گروه پرستاران، به دلیل اینکه در داخل کشور تحقیق روشنی به‌منظور بررسی تأثیرات علی نگرانی‌های همدلانه بر ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای (رضایت از شفقت و خستگی از شفقت) در پرستاران مراقبت‌های ویژه صورت نگرفته است لذا اجرای چنین پژوهشی می‌تواند نقش بسزایی در ارتقاء سلامت و زندگی فردی و اجتماعی پرستاران و همچنین روند کیفیت مراقبت‌های بالینی داشته باشد، بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا مدل ساختاری رابطه نگرانی‌های همدلانه بر ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای از برازش مطلوب برخوردار است؟

(واکنش منفی عاری از احساس و توأم با بی‌اعتنایی مفرط نسبت به گیرندگان خدمات) و کاهش احساس موفقیت فردی (کاهش احساس شایستگی و موفقیت در حرفه) است که بین کارکنان حرف خدمات پزشکی و به‌ویژه پرستاران بروز می‌کند (۴). نتایج پژوهشی نشان داد که پدیده خستگی از شفقت در مراقبت از بیماران از شیوع بالایی در میان کارکنان بهداشتی برخوردار است، به‌طوری‌که مورفی بیان می‌کند پرستاران شاغل در بخش ICU نسبت به سایر بخش‌های مراقبت‌های ویژه از سطح بالاتری از خستگی کمک به بیماران به‌خصوص نسبت به سالمندان برخوردار هستند (۵).

برخلاف خستگی از شفقت، پرستاران از طریق برخی از سازوکارها به‌جای انباشت پاسخ‌ها و نشانگان منفی، موفق به کسب میزان زیادی از عواطف مثبت می‌شوند که می‌تواند باعث رضایت از شفقت به بیماران شود (۶). یکی از عوامل مؤثر در بعد رضایت از شفقت در پرستاران، برقراری یک رابطه توأم با همدلی با بیماران است. طبق نظر راجرز، همدلی به معنای توانایی ورود به دنیای احساس طرف مقابل با لطافت و سنجیدگی بدون هیچ قضاوت است (۷). همدلی از دو مؤلفه شناختی (دیدگاه‌گیری) و عاطفی (شفقت) تشکیل شده است. در دیدگاه‌گیری به دلیل اینکه فرد توانایی در نظر گرفتن دیدگاه دیگران را دارد و در ابراز توجه همدلانه می‌تواند میزان احساسات همدلانه دیگر محور و نگرانی برای افراد درمانده را ابراز نماید، موجب ارتقای رضایت شغلی، درگیری شغلی و کاهش قصد ترک شغل می‌شود (۸). بنابراین در حرفه پرستاری، پرستاران باید لحظاتی از رنج بردن مشترک را تجربه کنند که این یک پاسخ همدلانه شناختی است (۹). در این زمینه انجمن پزشکی آمریکا توصیه کرده است که مهارت‌های همدلی باید به‌عنوان یک موضوع کلیدی برای آموزش رزیدنت‌ها در نظر گرفته شود به‌طوری‌که ارائه خدمات مراقبتی با یک شیوه مشفقانه‌تر انجام شود (۱۰). نتایج پژوهشی نشان داد که مهارت‌های همدلانه در پرستارانی که با علاقه‌مندی این حرفه را انتخاب کرده‌اند بیشتر است (۱۱). نتایج پژوهش دیگری نشان داده است که توجه به جنبه‌های روانی - اجتماعی و نیازهای عاطفی بیماران، بیش از توجه به جنبه‌های تکنیکی مراقبت، موجب رضایت بیماران می‌شود (۱۲). در مورد رابطه نگرانی‌های همدلانه با ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران، همدلی از یک‌سو می‌تواند موجب تسهیل مراقبت از بیمار



مواد و روش

به صورت ترجمه و باز ترجمه صورت گرفت به این ترتیب که در ابتدا پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه و سپس توسط فردی که به هر دو زبان فارسی و انگلیسی مسلط بود ترجمه شد و پس از آن از نظر هم خوانی با هم تطبیق داده شده و در اختیار چند نفر از اساتید قرار گرفت تا گویه‌های آن برای معیارهای روایی محتوا نمره دهی شود. طبق نظر استم، ضریب آلفای کرونباخ برای ۳ زیر مقیاس رضایت از شفقت، استرس تروماتیک ثانویه و فرسودگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر به منظور بررسی پایایی ابزار سنجش متغیرها ضریب آلفای کرونباخ برای ۳ زیر مقیاس رضایت از شفقت، استرس تروماتیک ثانویه و فرسودگی به ترتیب، ۰/۸۶، ۰/۷۶ و ۰/۷۲ به دست آمد. طبق نظر دوارته روایی همزمان که از طریق میانگین واریانس استخراج شده (AVE) تحلیل شده است برای مقیاس‌های رضایت از شفقت و خستگی از شفقت بسیار خوب بوده است به طوری که رضایت از شفقت ۰/۵۶ و خستگی از شفقت ۰/۵۹ گزارش شده است (۲۱).

پرسشنامه نگرانی‌های همدلانه: پرسشنامه همدلی بزرگسالان توسط دیویس تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده و ۳ خرده مقیاس از جمله نگرانی‌های همدلانه، دیدگاه گیری و آشفتگی شخصی است. این شاخص به سنجش چهار جنبه از آمادگی‌های همدلانه می‌پردازد که شامل نگرانی همدلانه، پریشانی شخصی، خیال پردازی و خود را به جای دیگران گذاردن است. در این پژوهش تنها خرده مقیاس نگرانی همدلانه مورد مطالعه قرار گرفته است. این خرده مقیاس دارای ۷ گویه است (۲۲). دیویس و فرانزوی، لیبیل و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این خرده مقیاس را ۰/۷۶ گزارش نموده‌اند (۲۳، ۲۴). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. روایی این ابزار توسط دیویس مطلوب گزارش شده است (۲۵، ۲۲).

یافته‌ها

نتایج تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و به روش مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (NICU- ICU- CCU) و دیالیز) در چهار بیمارستان دولتی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. با توجه به این که برای مدل‌سازی معادلات ساختاری ۲۵۰ نفر نمونه مطلوب است بدین منظور ۲۵۰ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این تعداد ۲۱۵ پرستار، زن (۸۶ درصد) و ۳۵ پرستار مرد (۱۴ درصد) بودند که بر اساس توزیع نمونه آماری پژوهش بر حسب سن ۲۷/۶ درصد که بیشترین درصد نمونه آماری بود به سنین ۳۱ تا ۳۵ سال اختصاص یافت. شرکت‌کنندگان در پژوهش با رعایت موازین اخلاقی پژوهش با تمایل آگاهانه انتخاب شدند و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه‌ها به صورت گروهی تحلیل خواهد شد و اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند.

جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای به منظور سنجش رضایت از شفقت و خستگی از شفقت و همچنین پرسشنامه نگرانی‌های همدلانه استفاده شد. نرخ بازگشت پرسشنامه‌ها ۸/۸ درصد برآورد شد. ملاک‌های ورود به پژوهش، شاغل بودن در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (NICU، ICU، CCU) و دیالیز)، دارا بودن حداقل یک سال سابقه کار در این بخش‌ها و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش را شامل می‌شد و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی پرستاران بود.

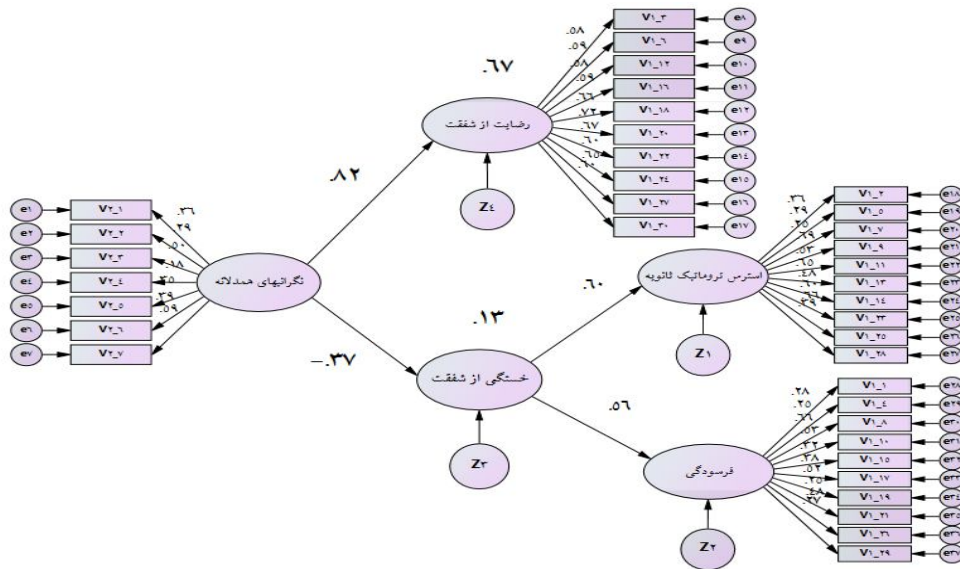
پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای: پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای نسخه پنجم توسط استم ساخته شده است. این ابزار شامل ۳۰ گویه در ۳ زیر مقیاس رضایت از شفقت، خستگی از شفقت که شامل فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه است و هر زیر مقیاس شامل ۱۰ سؤال است و در شیوه نمره دهی به دلیل این که هر زیر مقیاس مستقل است و نمی‌توان نمرات زیر مقیاس‌ها را با هم جمع کرد بنابراین نمره به دست آمده از هر ده گویه، نمره کل فرد را تشکیل می‌دهد (۲۰). با توجه به این که پرسشنامه به زبان انگلیسی است و قبلاً در مقالات داخلی استفاده نشده است، ترجمه این پرسشنامه

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی

متغیر	میانگین و انحراف معیار
رضایت از شفقت	۲۵/۹۹±۵/۵۶
خستگی از شفقت	۹/۷۱±۳۲/۸۵
نگرانی‌های همدلانه	۳/۶۲±۲۵/۲۳

جهت بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه نگرانی‌های همدلانه بر رضایت از شفقت و خستگی از شفقت در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه اثر دارد از رویکرد مدل‌سازی معادله ساختاری کوواریانس محور استفاده گردید، متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش به صورت متغیرهای مکنون و در قالب مدل‌های عاملی مرتبه اول وارد مدل معادله ساختاری گردیدند، برآوردهای مربوط به شاخص‌های برازش کلیت مدل و پارامتر اصلی (اثر متغیر نگرانی‌های همدلانه بر رضایت از شفقت و خستگی از شفقت) در شکل و جداول زیر گزارش شده است.

مقادیر جدول شماره (۱) بیانگر این است که میانگین بعد رضایت از شفقت بالاتر از حد متوسط برآورد شده است در حالی که میانگین بعد خستگی از شفقت پایین‌تر از حد متوسط قرار دارد. شاخص‌های پراکندگی (انحراف معیار و واریانس) نشان‌دهنده میزان پراکندگی در حد کم داده‌های مربوط به این بعد از شاخص میانگین در نمونه آماری پژوهش است. میانگین متغیر نگرانی‌های همدلانه در نمونه آماری پژوهش مقداری بالاتر از حد متوسط برآورد شده است. شاخص‌های پراکندگی گویای میزان پراکندگی در حد معمول داده‌های این متغیر از شاخص میانگین در نمونه آماری است.



شکل (۲): مدل معادله ساختاری اثر متغیر نگرانی‌های همدلانه بر رضایت از شفقت و خستگی از شفقت

جدول (۲): برآورد مقادیر شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری

شاخص	برآزش مطلق		برآزش تطبیقی			برآزش مقتصد		هلتر
	GFI	CMIN	CFI	TLI	PCFI	DF	RMSEA	
مقدار	۰/۹۲	۱۷۵۵/۲۷	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۵۷	۶۲۵	۰/۰۶	۱۲۸

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری با توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها در مجموع بیانگر این است که مدل مفروض تدوین شده توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند، به عبارت دیگر برآزش داده‌ها به مدل برقرار است و همگی شاخص‌ها دلالت بر مطلوبیت مدل معادله ساختاری دارند.

جدول (۳): برآورد اثر متغیر نگرانی‌های همدلانه بر رضایت از شفقت و خستگی از شفقت

P	CR	برآورد		ضریب تعیین	متغیر وابسته	مسیر	متغیر مستقل
		استاندارد	غیراستاندارد				
۰/۰۱	۴/۴۵	۰/۸۲	۱/۰۵	۰/۶۷	رضایت از شفقت	←	نگرانی‌های همدلانه
۰/۰۲	-۳/۰۶	-۰/۳۷	-۶/۸۹	۰/۱۳	خستگی از شفقت		

مقادیر برآورد شده در جدول شماره (۳) بیانگر این است:

در خصوص بعد رضایت از شفقت: متغیر نگرانی‌های همدلانه در مجموع ۰/۶۷ درصد از واریانس بعد رضایت از شفقت متغیر کیفیت زندگی حرفه‌ای را تبیین می‌کند، با توجه به مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار بزرگ برآورد می‌شود، به عبارت دیگر متغیر نگرانی‌های همدلانه در حد بالایی توان تبیین واریانس بعد رضایت از شفقت را دارد. همچنین اثر متغیر نگرانی‌های همدلانه بر بعد رضایت از شفقت به لحاظ آماری معنی‌دار است ($P \leq 0/05$). بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه متغیر نگرانی‌های همدلانه بر بعد رضایت از شفقت تأثیر دارد، تأیید می‌شود. با توجه به مقدار ضریب تأثیر می‌توان گفت اثر این متغیر مستقیم و در حد بالا برآورد می‌شود.

در ارتباط با بعد خستگی از شفقت: متغیر نگرانی‌های همدلانه در مجموع ۰/۱۳ درصد از واریانس خستگی از شفقت را تبیین می‌کند، با توجه به مقادیر مربوط به حجم اثر شاخص ضریب تعیین این مقدار متوسط برآورد می‌شود، به عبارت دیگر متغیر نگرانی‌های همدلانه در حد متوسط توان تبیین واریانس خستگی از شفقت را دارد. به علاوه اثر نگرانی‌های همدلانه بر خستگی از شفقت به لحاظ آماری معنی‌دار است ($P \leq 0/05$). بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه متغیر نگرانی‌های همدلانه بر خستگی از شفقت تأثیر دارد، تأیید می‌شود. با توجه به مقدار ضریب تأثیر می‌توان گفت اثر این متغیر معکوس و در حد متوسط برآورد می‌شود.

بحث

هدف از اجرای این پژوهش مدل ساختاری رابطه نگرانی‌های همدلانه با رضایت از شفقت و خستگی از شفقت در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بود. با توجه به این که تاکنون مطالعات بسیار اندکی در حرفه پزشکی به خصوص در گروه پرستاران در زمینه ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای و به خصوص در ارتباط آن با نگرانی‌های همدلانه صورت گرفته است، نتایج این پژوهش در این دوره زمانی و در کشور ایران می‌تواند مهم و کاربردی باشد به دلیل این که مشخص شده است که برنامه‌های ارتقاء دهنده کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران باعث کاهش میزان شکایت، نرخ غیبت از کار و میزان اعمال مقررات انضباطی شده و افزایش نگرش مثبت و مشارکت را به همراه دارد.

در حرفه پرستاری به‌ویژه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه به دلیل شرایط بحرانی بیماران بستری در این بخش‌ها و همچنین شیفت‌های مکرر، پرستاران دچار چالش‌های شدید می‌شوند بنابراین ضعف روانی طولانی مدت به واسطه کار می‌تواند موجب بروز نشانگان شود که سبب می‌شود تأثیر منفی بر

کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران گذاشته و آن‌ها را در معرض مخاطره خستگی از شفقت قرار دهد لذا یکی از عوامل تأثیرگذار بر ابعاد رضایت از شفقت و خستگی از شفقت، برقراری رابطه‌ای مؤثر توأم با همدلی و درک متقابل بین پرستار و بیمار است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین متغیر نگرانی‌های همدلانه در نمونه آماری پژوهش مقداری بالاتر از حد متوسط برآورد شده است و اثر متغیر نگرانی‌های همدلانه بر بعد رضایت از شفقت به لحاظ آماری معنی‌دار است ($P \leq 0/05$) این رابطه زمانی که وارد مدل شدند نشان از تأثیر نگرانی‌های همدلانه بر روی رضایت از شفقت دارد. بنابراین می‌توان گفت اثر متغیر نگرانی‌های همدلانه بر بعد رضایت از شفقت مستقیم و در حد بالا برآورد می‌شود به این معنا که با افزایش همدلی پرستاران با بیماران میزان رضایت از شفقت نیز در آن‌ها افزایش می‌یابد.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر رابطه معنی‌دار بین نگرانی‌های همدلانه و رضایت از شفقت با یافته‌های پژوهش دوارته و همکاران در پرستاران، پینک چمپلین در پرستاران بخش اطفال و توماس در مددکاران اجتماعی در بافتی کلی همسویی دارد (۱۶، ۱۷، ۱۸). در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که یکی از اجزای قابلیت بالینی که جوهره عملکرد بالینی خوب را تشکیل می‌دهد، مهارت‌های ارتباطی است. مهارت ارتباط با بیمار موجب توفیق در گرفتن اطلاعات کافی از وی، تشخیص صحیح جلب اطمینان بیمار و در نهایت درمان موفقیت آمیز می‌گردد (۲۶). در نتیجه پرستاران با برقراری ارتباط همدلانه با بیماران احساس خوشایند و رضایت از شفقت خواهند داشت.

در خصوص رابطه همدلی با خستگی از شفقت در پرستاران نشان داده شده است که بار و فشاری که بر دوش افراد در حرفه‌های یاورانه سنگینی می‌کند می‌تواند توازن بین عینیت گرایشی همدلی را در این حرفه‌ها بر هم زده و به خستگی از شفقت منجر شود (۲۷). از طرف دیگر همدلی می‌تواند موجب تسهیل مراقبت از بیمار شود به همین دلیل همدلی را می‌توان به‌عنوان شمشیر دو لبه در نظر گرفت (۱۳).

در این زمینه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اثر متغیر نگرانی‌های همدلانه بر ابعاد خستگی از شفقت (فرسودگی شغلی و استرس تروماتیک ثانویه) به لحاظ آماری معنی‌دار است ($P \leq 0/05$) و می‌توان گفت اثر این متغیر معکوس و در حد متوسط برآورد شده است. بنابراین با افزایش میزان نگرانی‌های همدلانه در پرستاران، خستگی از شفقت در آن‌ها کاهش یافته و با کاهش نگرانی‌های همدلانه میزان خستگی از شفقت افزایش می‌یابد. یافته‌های حاصل از رابطه معنی‌دار بین نگرانی‌های همدلانه و خستگی از شفقت همسو و هم جهت است با نتایج دوارته و همکاران مبنی بر اینکه

مؤثر با بیمار و خانواده آن‌ها می‌تواند احساس رضایت‌مندی را در خود و بیماران به وجود آورده و میزان خستگی خود را کاهش دهند.

نتیجه‌گیری

پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه به دلیل تعامل ۲۴ ساعته و ارتباط نزدیک با بیماران بستری در این بخش‌ها شاهد درد و رنج آن‌ها هستند بنابراین نحوه پاسخ آن‌ها در قبال شرایط بحرانی بیماران در عملکرد بالینی و کیفیت مراقبت اهمیت زیادی دارد لذا با توجه به نقش و اهمیت رضایت از شفقت و خستگی از شفقت در سازمان‌هایی چون بیمارستان که بزرگ‌ترین بخش کارکنان را پرستاران تشکیل می‌دهند، اهمیت جذب و ابقای کارکنان امری ضروری و حیاتی است و اخیراً وضعیت پرستاران برای افزایش کارایی بیمارستان‌ها بسیار مورد توجه مدیران قرار گرفته است. بنابراین مراقبت‌های روان شناختی از جمله تعامل بین پرستار و بیمار و ارتباط مبتنی بر همدلی یک جزء مهم در مراقبت همه‌جانبه از بیماران است به همین دلیل تقویت رویکردهای حمایتی از سوی مدیران به‌منظور توسعه همدلی در پرستاران، آموزش مهارت همدلی، حمایت روان شناختی، کاهش پریشانی‌های روان شناختی و تأمین نیارهای فردی پرستاران کمک کننده است. لذا پژوهش حاضر به دنبال انجام مدل ساختاری رابطه نگرانی‌های همدلانه با رضایت از شفقت و خستگی از شفقت در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بود که یافته‌ها حاکی از تأثیر مثبت و معنی‌دار بین نگرانی‌های همدلانه و رضایت از شفقت بود. از سوی دیگر مرور مطالعات نشان داد که رفتارهای توأم با همدلی می‌تواند زمینه ساز خستگی از شفقت شود. محیط پر از استرس و تنش بیمارستان به مرور زمان در پرستاران فرسودگی شغلی را ایجاد می‌کند بنابراین فرسودگی شغلی موجب کاهش همدلی می‌شود اما چنانچه با وجود شرایط تنش‌زای محیط کار، تجربه استرس‌های تروماتیک ثانویه، پرستاران بتوانند یک فاصله هیجانی بین حیطه‌های حرفه‌ای و فردی خود ایجاد نمایند می‌توانند اثرات منفی ناشی از فرسودگی شغلی و خستگی از شفقت را در خود کاهش دهند

اجرای این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود. این مطالعه در تعدادی از بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تنها در بخش‌های مراقبت‌های ویژه صورت گرفت لذا بایستی در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت گردد. با توجه به این‌که در این مطالعه، بیشتر افراد شرکت کننده در پژوهش را پرستاران زن تشکیل دادند بنابراین بررسی نقش تعدیل‌کنندگی متغیرهای جمعیت شناختی بر روی متغیرهای مطرح در پژوهش امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به رابطه کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران با سایر متغیرهای روان‌شناختی و به روش

سطوح بالای همدلی عاطفی می‌تواند عاملی خطرزا برای خستگی از شفقت در پرستاران باشد و همچنین با پژوهش پولین و همکاران در این خصوص که بعد دگر مداری شفقت می‌تواند این امکان را به فرد بدهد که به رغم نشان دادن همدلی با دیگران با آن‌ها همانندسازی نکنند تا به این ترتیب علاوه بر این که ارتقاء مراقبت صورت می‌گیرد، فرد دچار برآفتگی‌های فردی یا خستگی از شفقت نشود (۱۶، ۲۸). همچنین می‌توان به پژوهش اسمیت اشاره کرد که همدلی را سپری در برابر اثرات منفی استرس می‌داند. اما بخش دیگری از پژوهش اسمیت حاکی از آن بود که همدلی می‌تواند پرستاران را در معرض ابتلا به خستگی از شفقت قرار دهد که این می‌تواند انعکاس از شمشیر دو لبه‌ای باشد که به آن اشاره شد که با یافته‌های پژوهش حاضر ناهمسو است (۱۹). مشابه با پژوهش اسمیت، روبینز و همکاران نیز بیان کرده‌اند که درگیری‌های همدلانه شناختی به‌عنوان عامل مثبت در برابر اثرات منفی خستگی از شفقت و فرسودگی در پرستاران است اما از طرف دیگر همدلی می‌تواند پرستاران را در معرض مخاطره خستگی از شفقت قرار دهد (۲۹).

آنچه در پژوهش حاضر به دست آمد بیانگر اثر معنی‌دار نگرانی‌های همدلانه و خستگی از شفقت بود. در بررسی پژوهش‌های دیگر و هماهنگ با یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان به پژوهش هانت و همکاران اشاره کرد که دریافتند پرستارانی که در حین درگیری همدلانه با بیماران هستند چنانچه از توانمندی تنظیم هیجانی برخوردار باشند، می‌توانند میزان فرسودگی را در خود کاهش دهند (۳۰).

زاک و همکاران طی بررسی خود پیرامون عوامل مؤثر در بروز فرسودگی در بین پرستاران به این نتیجه رسیدند که به جهت افزایش رضایت‌مندی بیماران و کاهش میزان فرسودگی در پرستاران، آموزش برنامه‌های مهارت‌های ارتباطی به پرستاران می‌تواند میزان فرسودگی را کاهش دهد (۳۱). این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر هماهنگ است اما با بخشی از یافته‌های پینیک چمپلین مبنی بر اینکه پرستاران بخش اطفال در معرض مخاطره متوسط تا بالا برای فرسودگی و خستگی از شفقت هستند و همدلی رابطه‌ای قوی با استرس تروماتیک ثانویه ندارد و با پژوهش جنکینز و وارن که معتقدند سطوح بالای همدلی زمینه ساز خستگی از شفقت در بین مراقبان سلامتی است، ناهمسو است (۱۷، ۳۲). لازم به ذکر است که توجه به جنبه‌های روانی - اجتماعی و معنوی مراقبت، به‌خصوص برقراری ارتباط صحیح با بیماران، موجب رضایت بیماران خواهد شد. پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه با انجام اقداماتی همچون برآورده نمودن نیازهای به موقع بیماران با همدلی و حساس بودن به مسائل عاطفی آن‌ها و برقراری یک ارتباط

بهتر علاوه بر روش پرسشنامه از مصاحبه نیز استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل کار پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی به شماره تصویب ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۰۱۲ بوده است. بدین وسیله نویسندگان، مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه مسوولان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سوپر وایزرهای آموزشی بیمارستانها و پرستاران شرکت کننده که با سعه صدر پژوهشگر را درانجام این پژوهش یاری رساندند اعلام می‌دارند.

مقایسه‌ای و با در نظر گرفتن متغیر جنسیت و حجم گروه نمونه بیشتر، در سایر بخش‌های بیمارستان‌ها پرداخته شود. در این پژوهش با توجه به نقش همدلی و بررسی یافته‌های به دست آمده، نگرانی‌های همدلانه ۶۷ درصد از واریانس بعد رضایت از شفقت و ۱۳ درصد از واریانس بعد خستگی از شفقت را تبیین می‌کند لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی با برگزاری دوره‌های آموزشی، آموزش‌هایی جهت بهبود همدلی به منظور افزایش رضایت از شفقت و کاهش خستگی از شفقت برای ارتقاء کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران صورت گیرد. همچنین به منظور به دست آوردن نتایج

References

- 1-Pashae S, Lakdizaji S, Rahmani A, Zamanzadeh V. Priorities of caring behaviors from critical care nurses' viewpoints. PCNM 2014;4(1): 65-73. (Persian)
- 2-Stamm BH. The ProQOL (Professional quality of life scale: Compassion satisfaction and compassion fatigue). Pocatello, ID: ProQOL 2010; 19: 2011.
- 3-Von Rueden KT, Hinderer KA, McQuillan KA, Murray M, Logan T, Kramer B, Gilmore R, Friedmann E. Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. J Trauma Nurs 2010;17(4): 191-200.
- 4- Amini F, Farah bakhsh K, Nikoozadeh kordmirza E. Comparative analysis of life satisfaction, resilience and burnout among intensive and other units nurses in special departments and other departments. Quarterly J Nurs Manag 2013; 1 (4): 9-17. (Persian)
- 5-Murphy BS. Exploring holistic foundations for alleviating and understanding compassion fatigue. Beginnings 2014;34(4): 6-9.
- 6-Ackley JL. Compassion Fatigue and Secondary Traumatic Stress in Nurses. Univ Arizona; 2014.
- 7- Zeighami R, Raffie F, Parvizi S. Analysis of the concept of empathy in nursing . J Qual Res Health Sc . 2012;1(1): 27-33. (Persian)
- 8-Bánovčínová L, Bubeníková M. Empaty in nursing. Ošetř porod Asist 2011; 2: 164-9.
- 9-Sabo BM. Compassionate presence: the meaning of hematopoietic stem cell transplant nursing. Eur J Oncol Nurs 2011;15(2): 103-11.
- 10-Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson scale of physician empathy (JSPE) and the interpersonal reactivity index (IRI). Med Teach 2005;27(7): 625-8.
- 11-Buyuk ET, Rizalar S, Güdek E, Güney Z. Evaluation of empathetic skills of nurses working in oncology units in Samsun. Int J caring Sci 2015;8(1): 131-9.
- 12- Baljani E, Azimi N, Hosseinloo A. A survey on nurse's perception of the importance of caring behaviors and factors affecting its provision. Evidence Based Care J 2012;2(1): 13-21. (Persian)
- 13-Boellinghaus I, Jones FW, Hutton J. The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other-focused concern in health care professionals. Mindfulness. 2014;5(2): 129-38.
- 14-Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. Br J Gen Pract 2012;62(600): 346-7.
- 15-Halpern J. What is clinical empathy? J Gen Intern Med 2003;18(8): 670-4.
- 16-Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and

- dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2016;60: 1-11.
- 17-Pink de Champlain RA. Examining the Relationship between Empathy and Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Pediatric Nurses. Dalhousie Univ Halifax, Nova Scotia; 2016.
- 18-Thomas JT, Otis MD. Intrapyschic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation. *J Soc Social Work Res* 2010;1(2): 83-98.
- 19-Smith SW. Resilience to compassion fatigue in empathic nurses (Doctoral dissertation, Walden University). Retrived from ProQuest; 2013.
- 20-Stamm BH. Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue version 5 (ProQOL). 2011-03-20]. <http://www.isu.edu/bhstamm>. 2009.
- 21- Duarte J. Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*; 2017; 35(4): 529-42.
- 22-Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*; 1983;44(1): 113.
- 23-Davis MH, Franzoi SL. Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *J Res Pers*; 1991;25(1): 70-87.
- 24-Laible DJ, Carlo G, Raffaelli M. The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *J Youth Adolesc*; 2000;29(1): 45-59.
- 25- Khodabakhsh MR, Mansori P. Relationship of Forgiveness and Empathy Among Medical and Nursing Students. *Horizon Med Sci* 2012; 18 (2): 45-54. (Persian)
- 26- Mirhaghjou S N, Nayebi N, Majd Teymouri R, Kazemnejad leily E. Communication skills and related factors within patient by nursing student. *J Holist Nurs Midwifery*. 2015; 25 (2): 93-101. (Persian)
- 27- Gardner E. Differences in Perceptions of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout Among Nurse Faculty. Theses and Dissertations (All) [Internet] 2015; Available from: <https://knowledge.library.iup.edu/etd/834>.
- 28- Poulin MJ, Brown SL, Dillard AJ, Smith DM. Giving to others and the association between stress and mortality. *Am J Public Health* 2013;103(9): 1649-55.
- 29-Robins PM, Meltzer L, Zelikovsky N. The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *J Pediatr Nurs* 2009; 24(4): 270-9.
- 30-Hunt PA, Denieffe S, Gooney M. Burnout and its relationship to empathy in nursing: a review of the literature. *J Res Nurs* 2017;22(1-2): 7-22.
- 31-Zaki S, Elsayed LA, Ibrahim MM. Factors contributing to burnout among Saudi nurses and their effect on patients' satisfaction at Makkah Al-Mukaramah hospitals. *Life Sci J* 2016;13(5): 73-88.
- 32-Jenkins B, Warren NA. Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Crit Care Nurs Q* 2012;35(4): 388-95.

STRUCTURAL MODEL OF THE RELATIONSHIP OF EMPATHIC CONCERNS WITH COMPASSION SATISFACTION AND COMPASSION FATIGUE IN INTENSIVE CARE UNITS NURSES

Zahra Mazaheri¹, Ilnaz Sajjadian^{2*}

Received: 02 Nov, 2018; Accepted: 27 Mar, 2019

Abstract

Background & Aim: Empathic concerns are one of the factors affecting the quality of nurses' professional life. The purpose of this study was to investigate the structural model of the relationship between empathic concerns and compassion satisfaction and compassion fatigue in intensive care units' nurses.

Materials and Method: The type of this descriptive-correlational research was structural equation modeling. Population comprised of all nurses working in NICU-ICU-CCU and dialysis units in Isfahan hospitals in 2017. Of these population, 250 nurses (men and women) working in intensive care units were selected in Alzahra, Nour, Ali Asghar, Amin and Kashani hospitals based on convenience sampling method and responded to the research tools included Stamms professional quality of life questionnaire and Davis empathic concerns. Data were analyzed using AMOS software.

Results: The results showed that the structural model of the relationship between empathic concerns with compassion Satisfaction and compassion fatigue has an appropriate fitness, so that the empathic concerns variable accounted for 67% of the variance in compassion satisfaction and 13% of variance in compassion fatigue.

Conclusion: Based on the results of this research the effect of empathic concerns on compassion satisfaction and compassion fatigue is significant ($p \leq 0/05$).

Keywords: Empathy, Compassion, Fatigue, Intensive Care Units, Nurses.

Address: Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Tel: +98 9132107905

Email: i.sajjadian@khuif.ac.ir

¹ MA in general psychology, Department of psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Assistant Professor, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University (Corresponding Author)