



The Effectiveness of Empathy-Based Intervention for Nursing on Empathy and Management of Prosocial Behavior Intentions and Violent Behavior of Patients

Farzin Bagheri Sheykhangafshe^{1*}, Vahid Savabi Niri², Fatemeh Eghbali³,
Reza Shabahang⁴, Ali Fathi-Ashtiani⁵

1- Ph.D. Candidate in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2- Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

3- Master of General Psychology, Allameh Tabatabai University Campus, Tehran, Iran.

4- M.A in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

5- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding author: Farzin Bagheri Sheykhangafshe, Ph.D. Candidate in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: farzinbagheri@modares.ac.ir

Received: 26 Feb 2023

Accepted: 21 May 2023

Abstract

Introduction: Nurses have an undeniable role in the health system and the improvement of health services in the country has always been done by strengthening aspects related to nursing. In this regard, the present research was conducted to investigate the effectiveness of nurses' empathy-based intervention on empathy, managing pro-social behavioral tendencies, and violent acts of patients.

Methods: The current study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the research consisted of nurses in the 6th district hospitals of Tehran city in 2019. Among these, 40 nurses were selected using the available sampling method and randomly placed in experimental and control groups. The research tools consisted of the scale of empathy benefit (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004), the prosocial behavior tendency scale (Baumsteiger & Siegel, 2019), and the scale of attitude toward the management of aggression and violence (Duxbury, 2013). Intervention based on empathy was provided in 10 sessions for participants in the experimental group. Data analysis was done using multivariate analysis of covariance in SPSS24 software.

Results: The results showed that the empathy-based intervention on empathy significantly increases empathy, prosocial behavioral tendencies, mutual perspective, external perspective, biological perspective, and understanding of clinical management in nurses ($P < 0.001$). Also, 72% of the total variances of the intervention and control groups are caused by the effect of the independent variable.

Conclusions: Based on the findings of the present research, it can be stated that empathy is an effective structure in the efficiency of nurses. In this regard, intervention based on empathy can lead to an increase in empathy, an increase in the desire to perform pro-social behaviors, and an improvement in the attitude towards the management of patients' aggression and violence in nurses, which can ultimately lead to positive results for health systems. brought nurses and patients at different psychological, social, economic, and even physical levels.

Keywords: Effectiveness of Empathy-Based Intervention, Empathy, Management of Prosocial Behavior Intentions, Violent Behavior of Patients, Nursing.



اثربخشی مداخله مبتنی بر همدلی پرستاران بر همدلی، مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند و کنش های خشونت آمیز بیماران

فرزین باقری شیخانگفشه^۱، وحید صوابی نیری^۲، فاطمه اقبالی^۳، رضا شباهنگ^۴، علی فتحی آشتیانی^{۵*}

۱- دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی پردیس خودگردان، تهران، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۵- استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: فرزین باقری شیخانگفشه، دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

ایمیل: farzinbagheri@modares.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۷

چکیده

مقدمه: پرستاران نقش غیرقابل انکاری در مجموعه بهداشت دارند و همواره ارتقای خدمات سلامت در کشور از طریق تقویت ابعاد مرتبط با پرستاری انجام شده است. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر همدلی پرستاران بر همدلی، مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند و کنش های خشونت آمیز بیماران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از پرستاران بیمارستان های ناحیه ۶ شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. از این بین، ۴۰ پرستار با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. ابزارهای پژوهش متشکل از مقیاس بهره همدلی (کوهن و ویلرایت، ۲۰۰۴)، مقیاس تمایلات رفتار جامعه پسند (بامستیگر و سیگل، ۲۰۱۹) و مقیاس نگرش به مدیریت پرخاشگری و خشونت (داکسبری، ۲۰۱۳) بود. مداخله مبتنی بر همدلی در ۱۰ جلسه برای شرکت کنندگان در گروه آزمایش فراهم شد. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل چند متغیره کواریانس در نرم افزار SPSS24 انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر همدلی به طور معنی داری باعث افزایش همدلی، تمایلات رفتاری جامعه پسند، دیدگاه متقابل، چشم انداز خارجی، چشم انداز بیولوژیکی و درک مدیریت کلینیکی در پرستاران می شود ($P < 0.001$). هم چنین، ۷۲ درصد از کل واریانس های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش حاضر، می توان بیان نمود که همدلی سازه ای موثر در کارآمدی پرستاران است. در همین راستا، مداخله مبتنی بر همدلی می تواند منجر به افزایش همدلی، افزایش تمایلات برای انجام رفتارهای جامعه پسند و بهبود نگرش به مدیریت پرخاشگری و خشونت بیماران در پرستاران گردد که در نهایت می تواند نتایج مثبتی را برای سیستم های بهداشت، پرستاران و بیماران در سطوح مختلف روانشناختی، اجتماعی، اقتصادی و حتی جسمانی به ارمغان آورد.

کلیدواژه ها: مداخلات مبتنی بر همدلی، همدلی، مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند، کنش های خشونت آمیز بیماران، پرستاران.

کنند (۱۱). دنگ و همکاران (Deng) نیز اظهار می کند، همدلی نقشی مهم در تعاملات پرستار-بیمار دارد (۱۲). ویلیامز و استیکلی (Williams & Stickley) بیان می کنند، همدلی یک کیفیت رضایت بخش برای پرستاران است که نیازمند یکسری آموزش ها برای بهبود آن است (۱۳). در همین راستا، همدلی توانایی بسیار مهمی در پرستاری و پیامدهای پرستاری است که با توجه به در نظر گرفتن مشکلاتی همچون خستگی شفقت یعنی کاهش تدریجی سطوح همدلی در پرستاران و دانشجویان پرستاری، همواره استفاده از مداخلاتی برای بهبود همدلی در پرستاران الزامی به نظر می رسد.

از دیگر مولفه های مهم در پرستاری، رفتارهای جامعه پسند و تمایل به انجام این دسته از رفتارها است. بدین مفهوم که رفتارهای جامعه پسند می توانند بر عملکرد پرستاران تاثیر بگذارند و کیفیت بالاتر مراقبت را موجب گردند (۱۴). به طور کلی، جامعه پسندی به صورت رفتارها، نگرش ها و هیجان های مثبت نسبت به دیگران تعریف می شود (۱۵). رفتارهای جامعه پسند در سطح عاطفی به صورت همدلی، همدردی و شفقت و در سطح رفتاری به صورت رفتارهای داوطلبانه برای فایده رساندن به دیگران تعریف می گردند (۱۶). در واقع، رفتارهای جامعه پسند پدیده ای بسیار ضروری در جوامع انسانی است که می تواند به اشتراک گذاشتن منابع شخصی، تهیه کمک ابزاری و حمایت را شامل گردد (۱۷). نتایج پژوهش ها حاکی از آن هستند که رفتارهای جامعه پسند و تمایلات برای انجام آنها، مسئله ای برجسته برای کارکنان مراقبت سلامتی و به طور مشخص در زمینه پرستاری است (۱۸). بر طبق نتایج پژوهش دزیوباک و موتیکا (Dziubak & Motyka)، بین جهت گیری جامعه پسندی و تمایل برای انتخاب حرفه پرستاری همبستگی مثبت معناداری وجود دارد (۱۹). بیاجیولی و همکاران (Biagioli) عنوان می کنند، سطوح جامعه پسندی در پرستاران بالا است و جامعه پسندی پرستاران با رضایت شغلی و رضایت تحصیلی آن ها مرتبط است (۲۰). لاگرد و بلاو (Lagarde & Blaauw) گزارش می دهد که هر چه قدر پرستاران وقف شده تر باشند، به احتمال بیشتری موقعیت های شغلی اطراف شهری که سختی های بیشتری دارند را انتخاب می کنند که این موضوع بیانگر اهمیت جامعه پسندی در پرستاری است (۲۱). همچنین یافته های مطالعه طولی نسج (Nesje) نشان می دهد،

در مجموعه بهداشت، پرستاران نقش بسیار مهمی را ایفا می کنند و با بسیاری از مسائل مهم در جامعه همچون بیماری ها و اختلالات دست و پنجه نرم می کنند (۱). تغییرات رخ داده شده در سیستم بهداشت منجر به افزایش اهمیت پرستاران در دنیای امروز شده است و آنها نقشی غیرقابل انکار در بهبود سلامت جامعه دارند (۲). به بیانی دیگر، حرفه پرستاری به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده سلامت تلقی می شود که سیستم های گوناگونی همچون موسسه ملی تحقیقات پرستاری، بهبود سلامت را از طریق تقویت ابعاد مرتبط با پرستاری در نظر دارند (۳). در واقع، علم پرستاری از اهمیت بسیاری زیادی در مجموعه بهداشت برخوردار است تا جایی که نیاز است که علم پرستاری از رویکرد سنتی خودش فراتر رود و به جامعه بیشتر پیوندد (۴).

از جمله مهارت های برجسته در پرستاری، همدلی است که به عنوان توانایی بسیار مهمی در کیفیت مراقبت شناخته می شود (۵). تا به امروز، تعاریف متنوعی در رابطه با مفهوم همدلی مطرح شده است. پژوهشگران همدلی را توانایی پیش بینی و به اشتراک گذاری وضعیت های هیجانی دیگران تعریف می نماید. همچنین، یک پاسخ عاطفی به حالت احساس مستقیم ادراک شده، تصویری یا استنباط شده از یک موجود دیگر و ظرفیت به اشتراک گذاری و فهم حالات هیجانی دیگران در مراجعه به خود از دیگر تعاریف همدلی هستند (۶-۷). همدلی یک پاسخ هیجانی است که به تعامل بین ظرفیت های سنخ شخصیتی پایدار و تاثیرات سنخ شخصیتی وابسته به موقعیت بستگی دارد. فرآیندهای همدلانه به طور خودکار فراخوانده می شوند اما همچنین توسط فرآیندهای کنترل از بالا به پایین شکل می گیرند. احساسات حاصل شده شبیه به درک یک شخص و فهم احساسات محرک است، با این درک که منبع احساسات شخص دیگری است (۸). پژوهش های صورت گرفته در مورد همدلی حاکی از اهمیت توانایی همدلی در زمینه پرستاری است که می تواند در پیامدهای مراقبت پرستاری بسیار برجسته باشد (۹). تا جایی که پنپرس و همکاران (Penprase) از همدلی به عنوان عاملی تعیین کننده در انتخاب شغل پرستاری حرف می زنند (۱۰). داجنیاس و ملیس (Dagenais & Meleis) در فرم خود-توصیفی پرستاران، به همدلی به عنوان یکی از مولفه ها اشاره می

انگیزه جامعه پسندانه با تعهد شغلی پس از سه سال بعد از فارغ التحصیلی رابطه دارد. با در نظر گرفتن اهمیت رفتارهای جامعه پسند و تمایلات انجام این دسته از رفتارها در عملکرد پرستاران، ضروری است که مداخلاتی به منظور بهبود تمایلات جامعه پسندی در پرستاران صورت گیرد تا از این طریق پیامدهای مثبتی همچون افزایش کیفیت مراقبت پرستاران رخ دهد (۲۲).

از طرفی دیگر، پرخاشگری و خشونت در زمینه پرستاری نیز مسئله دیگر است که نیازمند توجه است (۲۳). موضوعی که می تواند پیامدهای گوناگونی را برای پرستاران، بیماران، مراقبت سلامت و سازمان های سلامت به همراه داشته باشد (۲۴). به بیان ساده، رفتار پرخاشگرایانه به عنوان هر گونه رفتار با هدف آسیب به دیگران تعریف می گردد که در سیستم مراقبت پزشکی هم برجسته است (۲۵). همان طور که هیلز (Hills) مطرح می کند، مفهوم و تعریف پرخاشگری محیط کار در مراقبت پزشکی هم کاربرد دارد (۲۶). بدین مفهوم که پرخاشگری می تواند به صورت کلامی یا نوشتاری و جسمانی باشد که دو منبع گروهی درونی و بیرونی داشته باشد. در واقع، پرخاشگری در رابطه با زمینه پرستاری مهم است و به نوعی، پرستاران تحت خطر هستند (۲۷). تا جایی که تجربه خشونت در محیط کاری می تواند حالاتی از اختلال استرس پس از سانحه را برای پرستاران به همراه آورد (۲۸). مطالعات صورت گرفته حاکی از اهمیت پرخاشگری در زمینه پرستاری هستند. پکورینن و همکاران (Pekurinen) عنوان می کنند، پرخاشگری بیماران مسئله جدی است که بر بهزیستی پرستاران تاثیر می گذارد (۲۹). ادوارد و همکاران (Edward) منطبق با مطالعه مروری خودشان بیان می کنند که تجربه پرستاران از پرخاشگری بیماران می تواند تاثیرات مخربی را برای پرستاران به همراه داشته باشد (۳۰). بر این اساس بسیار ضروری است که نگرش مدیریت پرخاشگری و خشونت پرستاران مورد توجه قرار گیرد (۳۱).

مداخله مبتنی بر همدلی در پرستاران، یک روش موثر برای بهبود روابط بین پرستاران و بیماران است. این روش در واقع به معنای قرار دادن خود در جای بیمار و درک بهتر از تجربه و درد او است. با این رویکرد، پرستاران می توانند به طور موثری با بیمارانشان در ارتباط باشند و نیازهای احساسی و روانی آن ها را به خوبی درک کنند (۵). این مداخله می تواند شامل مواردی مانند شنیدن فعالانه، توجه به علائم بدنی و غیر کلامی بیمار، ابراز همدلی و همراهی در کاهش درد و

اضطراب، و ارائه اطلاعات مربوط به بیماری و درمان باشد. همچنین، استفاده از تکنیک های مانند سوالات باز، ارتباط برقرار کردن با خانواده بیمار، و ارائه اطلاعات دقیق در مورد روند درمان و توانایی های بیمار نیز می تواند در بهبود روابط میان پرستاران و بیماران مؤثر باشد (۹). در کل، مداخله مبتنی بر همدلی در پرستاری، نه تنها بهبود روابط بین پرستاران و بیماران را فراهم می کند، بلکه می تواند بهبود کیفیت مراقبت و درمان و در نتیجه، بهبود سلامتی بیماران را نیز به همراه داشته باشد (۱۱).

همدلی در پرستاران اهمیت بسیاری دارد زیرا می تواند تأثیر مستقیم و مثبتی بر کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی داشته باشد. همدلی می تواند به پرستاران کمک کند تا بهترین رویکردها و راهکارهایی را برای ارتباط با بیماران و خانواده های آنها پیدا کنند و به کاهش تنش های ارتباطی در زمان ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کمک کنند. همچنین، همدلی می تواند به پرستاران کمک کند تا بهترین راهکارها و رویکردهایی را برای مقابله با رفتارهای پرخاشگرانه بیماران پیدا کنند. پرستاران ممکن است در معرض رفتارهای پرخاشگرانه بیماران قرار داشته باشند که می تواند به کاهش اعتماد به نفس و افزایش استرس آنها منجر شود. با این حال، همدلی می تواند به پرستاران کمک کند که با احترام و توجه به نیازهای بیماران، بهترین روش ها و راهکارها را برای مقابله با رفتارهای پرخاشگرانه بیماران پیدا کنند. بنابراین، بررسی همدلی در پرستاران بسیار مهم است و می تواند بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی، افزایش رضایت و روحیه پرستاران و بهبود فرآیند ارائه خدمات بهداشتی و درمانی منجر شود. در همین رابطه، مداخلات مرتبط با همدلی می توانند برنامه هایی برجسته و مفید باشند (۳۲). برنامه های مبتنی بر همدلی با تاکید مشخص بر همدلی و ابعاد مرتبط با آن، می توانند ابزاری کارآمد بر شاغلین بهداشت نیز باشند (۳۳). به طور مشخص تر، برنامه های همدلی می توانند در زمینه پرستاری هم برجسته باشند (۳۴). بر همین اساس، پژوهشگران درصد پاسخگویی به این سوال هستند که آیا اثربخشی مداخله مبتنی بر همدلی پرستاران برای بهبود همدلی و مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند و کنش های خشونت آمیز بیماران تأثیر دارد یا خیر؟

روش کار

شرکت کنندگان بر مفهوم همدلی اجتناب شود. روش استفاده از آزمون همدلی و نمره گذاری آن بسیار ساده است. تقریباً پاسخ منفی به نیمی از سؤال ها و پاسخ مثبت به نیمی دیگر، بیانگر وجود همدلی است. این امر برای جلوگیری از گرایش به پاسخ مثبت یا منفی است. بیشترین نمره همدلی در فرم ۴۰ سؤالی این پرسشنامه ۸۰ و کمترین آن صفر است. بارون- کوهن و ویلرایت (۳۶) مشخصه های آماری (۰/۹۰) مناسب مقیاس را گزارش می دهند. پایایی و روایی این مقیاس را در جامعه ایرانی ۰/۹۷ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۳۷). در پژوهش حاضر نیز روایی (۰/۸۴) و پایایی (۰/۸۹) مطلوبی برای مقیاس بهره همدلی بدست آمد.

مقیاس تمایلات رفتاری جامعه پسند (Prosocial behavioral intention scale): بامستیگر و سیگل (Baumsteiger & Siegel, 2019) به منظور ارزیابی تمایل افراد برای انجام رفتارهای جامعه پسند، مقیاس تمایلات رفتاری جامعه پسند را طراحی کردند (۳۸). آنها با توجه به پاسخ های کیفی و گویه های مقیاس های مرتبط با رفتارهای جامعه پسند پیشین، مجموعه ای از رفتارهای جامعه پسندی که افراد تمایل به درآمیختگی با آن را دارند، تهیه کردند (۲۰ گویه). سپس برای شناسایی رفتارهایی که بیش از همه نمایانگر جامعه پسندی هستند، گویه ها را ارزیابی نمودند (تحلیل مولفه های اصلی) نتایج بیانگر همبستگی بین ۰/۱۰ تا ۰/۶۷ گویه ها بودند ($\alpha = 0/76$). گویه ها به صورت لیکرت ۷ گزینه ای از به هیچ وجه انجام نخواهم داد (۱) تا حتماً انجام خواهم داد (۷) پاسخدهی و نمره دهی می شوند. دامنه نمرات بین ۴ تا ۲۸ است که نمرات بیشتر بیانگر تمایلات رفتاری جامعه پسند است. بامستیگر و سیگل (۳۸) گزارش می دهند، مقیاس تمایلات رفتاری جامعه پسند از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. بدین مفهوم که آلفا کرونباخ مقیاس ۰/۸۳ حاصل گردید. همچنین نتایج بیانگر همبستگی مناسب مقیاس با رفتارهای جامعه پسند پیشین ($r = 0/21$)، هویت اخلاقی ($r = 0/50$) و ماده گرایی ($r = -0/30$) است. ویژگیهای روانسنجی این مقیاس در پژوهش شباهنگ و همکاران (۳۹) مورد بررسی قرار گرفت. یافته های بدست آمده حاکی از روایی و پایایی مطلوب این ابزار داشت (۰/۸۹). در پژوهش پیش رو، آلفا کرونباخ مقیاس تمایلات رفتاری جامعه پسند ۰/۸۹ بدست آمد.

مقیاس نگرش به مدیریت پرخاشگری و خشونت (The

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش متشکل از پرستاران بیمارستان های ناحیه ۶ شهر تهران (گاندی، آریا، مهرگان) در سال ۱۳۹۹ بودند. در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله با کد IR.BMSU.REC. 1398. 276 اخذ شد. از میان پرستاران بیمارستان های مورد نظر، ۴۰ پرستار با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰) جابدهی شدند. حجم نمونه بر اساس نتایج نرم افزار G*Power (۳۵) با اندازه اثر متوسط و توان آزمون ۰/۹۵ و سطح معناداری ۰/۰۵ کافی برآورد شد. تعلق به جامعه پژوهش و پرستار بودن، سنین بین ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن وقت آزاد به منظور مشارکت در پژوهش به عنوان ملاک های ورود به پژوهش در نظر گرفته شدند. همچنین ملاک خروج، بروز اختلالات جدی روانی یا جسمی در حین مداخله، غیبت بیش از ۱ جلسه، ایجاد مشکل در روند مداخله، و مشارکت در مداخلات دیگر را شامل می شد. به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، ابتدا رضایت شرکت کنندگان در پژوهش جلب شد. هم چنین به آنها این امکان داده شد که در هر لحظه از پژوهش که تمایل داشتند، انصراف دهند. به منظور اصل رازداری، به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار گرفت و اطلاعات فردی شان کاملاً محرمانه خواهد ماند. در انتها نمونه گیری، توضیحات شفاهی کاملتری در مورد موضوع، روش و اهداف پژوهش به شرکت کنندگان داده شد.

پرسشنامه ویژگیهای جمعیت شناختی (Demographic characteristics questionnaire): این پرسشنامه محقق ساخته شامل بررسی ویژگی های جمعیت شناختی توسط پژوهشگر تدوین شد و اطلاعاتی همچون سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، میزان درآمد و سابقه کاری را شامل می شود.

مقیاس بهره همدلی (The empathy quotient): این مقیاس یکی از پر استفاده ترین پرسشنامه های همدلی است که بارون- کوهن و ویلرایت (Baron-Cohen & Wheelwright) در سال ۲۰۰۴ آن را ساخته اند (۳۶). این پرسشنامه ۶۰ سؤال دارد که به دو بخش تقسیم می شود: ۴۰ سؤال برای سنجش میزان همدلی و ۲۰ سؤال خنثی. هدف از طراحی سؤال های خنثی این بود که از تمرکز

management of aggression and violence attitude

scale): طراحی مقیاس نگرش به مدیریت پرخاشگری و خشونت (MAVAS) بر اساس الگوهای داخلی، خارجی و تعاملی پویش های پرخاشگری پیشنهاد شده توسط داکسبری (Duxbury) است (۲۸). مدل داخلی، محیط داخلی یا عوامل شخصی مؤثر بر پرخاشگری را توصیف می کند. به عنوان مثال، وضعیت روانی یا علائم روانپزشکی فرد و مسمومیت با الکل یا دارو می تواند رفتارهای پرخاشگرانه وی نقش داشته باشد. مدل خارجی بر روی تحریکات جسمی و اجتماعی یا عوامل محیطی متمرکز است که ممکن است باعث خشونت شود. به عنوان مثال، خشونت های بدنی اغلب توسط عوامل خارجی مختلفی فراخوانده می شوند که منجر به احساس پریشانی، عصبانیت و سرخوردگی از قبیل خدمات یا مراقبت های نامناسب، محیط غیر غنی، یا ننگ اجتماعی و تبعیض می شود. با این حال، مدل تعاملی اهمیت روابط یا تعامل بین فردی برای القاء پرخاشگری یا رفتارهای خشونت آمیز را برجسته می کند. بدین معنا که روابط ضعیف کارکنان - بیمار یا ارتباطات و تعارضات بین فردی می تواند منجر به پرخاشگری بیمار شود. یافته ها حاکی از آن هستند که مقیاس MAVAS متشکل از ۲۷ گویه در ۴ بعد است: (الف) دیدگاه متقابل، از جمله پنج جمله اندازه گیری موقعیت های بین فردی و تعامل بین کارکنان و بیماران، (ب) چشم انداز خارجی، شامل سه جمله برای اندازه گیری موقعیت های محیطی، (ج) چشم انداز بیولوژیکی شامل پنج جمله که بر عوامل داخلی مؤثر بر خشونت توجه دارد و (د) درک مدیریت کلینیکی شامل چهارده جمله برای سنجش نگرش پرستاران نسبت به رویکردهای مختلف برای مدیریت خشونت بیمار. پاسخدهی و نمره گذاری مقیاس MAVAS بر روی طیف لیکرت ۵ گزینه

ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) است که نمرات بیشتر بیانگر سطوح پایین تر موافقت پرستاران با مدل خشونت توصیف شده است. حداقل و حداکثر نمره بدست آمده در این مقیاس به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ است. از نمره MAVAS می توان برای برآورد نگرش پرستاران نسبت به هر یک از مدل های توضیحی از خشونت و مقایسه نگرش آنها بین راهبردهای مختلف در مدیریت خشونت بیمار استفاده کرد. مطالعات حاکی از مطلوبیت مشخصه های آماری مقیاس MAVAS هستند (۲۸). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و زیر مقیاس های دیدگاه متقابل، چشم انداز خارجی، چشم انداز بیولوژیکی و درک مدیریت کلینیکی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ بدست آمد.

مداخله مبتنی بر همدلی: قبل از اجرای درمان، ابتدا پرسشنامه ها به صورت خودگزارشی بر روی پرستاران اجرا شدند (پیش آزمون). سپس، اعضای گروه آزمایش در فضای اسکای روم درمان مبتنی بر همدلی را به صورت گروهی طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای (۳ ماه) دریافت کردند (۳۹). در طول دوره مطالعه اعضای گروه کنترل هیچ درمان و آموزش روانشناختی را دریافت نکردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه ها، از آنها خواسته شد درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. بعد از اتمام جلسات (پس آزمون) اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه ها، حین مصاحبه اولیه با تمامی آنها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد.

جدول ۱: برنامه مبتنی بر همدلی بر اساس برنامه های همدلی پرستاران داین و همکاران (۴۰)

جلسه ها	محتوای جلسات
---------	--------------

در داخل سایت گوگل داکس بارگذاری شد. سپس لینک آن در اختیار پرستاران قرار گرفت و از آنها خواسته شد در زمانی که دسترسی کامل به اینترنت دارند اقدام به پاسخ

روش اجرای پژوهش
پس از هماهنگی ها و اخذ کد اخلاق در پژوهش، به منظوره جمع آوری داده ها ابتدا پرسشنامه های مطالعه

فرزین باقری شیخانگشسه و همکاران

پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی پرستاران گروه آزمایش ۳۲/۸۴±۹/۴۳ سال و پرستاران گروه کنترل ۳۳/۰۹±۷/۱۵ سال بود. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که گروه‌های مداخله و کنترل از نظر نوبت کاری، جنسیت، وضعیت تأهل و گروه بندی سنی تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0/05$) (جدول ۲).

دادن به سؤالات این پژوهش کنند و اگر دوستانی دارند که متعلق به جامعه این مطالعه هستند لینک پرسشنامه را نیز برای آنها ارسال نمایند. در انتها پس از رسیدن تعداد نمونه‌ها به میزان مناسب (۴۰ نفر)، جمع‌آوری داده متوقف شد. سپس برای گروه آزمایش (۲۰ نفر) در فضای اسکای روم ۱۰ جلسه مداخله مبتنی بر همدلی اجرا شد. هم‌چنین به پرستاران این امکان داده شد که در هر لحظه از پژوهش که تمایل داشتند، انصراف دهند. به منظور اصل رازداری، به دانش‌آموزان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت و اطلاعات فردی شان کاملاً محرمانه خواهد ماند. داده‌ها

جدول ۲: مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌های مداخله و کنترل در پرستاران (۴۰ نفر)

متغیرها	سطوح	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	مقدار P
نوبت کاری	گردشی	۸ (۴۰)	۷ (۳۵)	۰/۱۶۷
	روز	۶ (۳۰)	۵ (۲۵)	
	شب	۶ (۳۰)	۸ (۴۰)	
جنسیت	زن	۱۲ (۶۰)	۱۱ (۵۵)	۰/۲۸۶
	مرد	۸ (۴۰)	۹ (۴۵)	
وضعیت تأهل	مجرد	۷ (۳۵)	۶ (۳۰)	۰/۴۳۷
	متاهل	۱۳ (۶۵)	۱۴ (۷۰)	
گروه سنی (سال)	۲۸ تا ۳۴	۷ (۳۵)	۸ (۴۰)	۰/۵۲۸
	۳۴ تا ۳۹	۸ (۴۰)	۹ (۴۵)	
	۳۵ به بالا	۵ (۲۵)	۳ (۱۵)	

آزمون مجذور کای، $P < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

Wilk برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه مورد مطالعه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Shapiro-Wilk برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است (جدول ۳).

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون مؤلفه‌های همدلی، مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند و کنش‌های خشونت‌آمیز بیماران در پرستاران در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ گزارش شده است. هم‌چنین، در این جدول نتایج آزمون Shapiro-

جدول ۳: شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های مداخله و کنترل در پرستاران

متغیرها	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار آماره آزمون Shapiro-Wilk	مقدار P
همدلی	پیش آزمون	آزمایش	۵۴/۱۵	۵/۲۴	۰/۰۸۵	۰/۰۵۲
		کنترل	۵۴/۰۵	۵/۶۵	۰/۱۰۹	۰/۰۶۶
	پس آزمون	آزمایش	۵۹/۲۵	۴/۷۵	۰/۱۴۳	۰/۰۵۸
		کنترل	۵۴/۶۰	۵/۶۹	۰/۰۹۱	۰/۱۶۱
تمایلات رفتاری جامعه پسند	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۱۵	۳/۵۴	۰/۱۰۳	۰/۰۵۶
		کنترل	۱۸/۴۰	۵/۷۵	۰/۰۹۱	۰/۰۷۲
	پس آزمون	آزمایش	۲۲/۷۰	۴/۹۸	۰/۰۹۵	۰/۰۷۴
		کنترل	۱۸/۱۰	۶/۸۵	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
دیدگاه متقابل	پیش آزمون	آزمایش	۱۴/۶۵	۲/۴۵	۰/۱۱۵	۰/۰۹۷
		کنترل	۱۴/۵۵	۲/۸۴	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
	پس آزمون	آزمایش	۱۸/۱۰	۱/۶۳	۰/۰۹۰	۰/۱۷۱
		کنترل	۱۴/۷۵	۲/۷۸	۰/۰۹۵	۰/۰۷۱
چشم انداز خارجی	پیش آزمون	آزمایش	۸/۹۰	۱/۹۶	۰/۱۶۲	۰/۰۵۹
		کنترل	۸/۸۰	۲/۰۹	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
	پس آزمون	آزمایش	۱۲/۷۵	۲/۴۷	۰/۰۹۲	۰/۰۸۸
		کنترل	۸/۹۵	۳/۶۹	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
چشم انداز بیولوژیکی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۱۰	۲/۶۵	۰/۰۸۹	۰/۰۵۵
		کنترل	۱۵/۲۰	۱/۴۵	۰/۱۵۲	۰/۰۶۳
	پس آزمون	آزمایش	۱۹/۱۰	۲/۴۲	۰/۰۵۹	۰/۰۹۴
		کنترل	۱۵/۰۱	۱/۴۵	۰/۱۰۳	۰/۰۶۷
درک مدیریت کلینیکی	پیش آزمون	آزمایش	۵۱/۷۵	۵/۹۸	۰/۱۰۹	۰/۰۹۵
		کنترل	۵۱/۵۵	۶/۷۸	۰/۰۸۵	۰/۰۹۳
	پس آزمون	آزمایش	۵۶/۱۰	۷/۱۵	۰/۰۷۵	۰/۰۵۹
		کنترل	۵۱/۹۵	۶/۰۹	۰/۱۰۷	۰/۰۵۵

$P < 0.05$ انحراف معنی دار از توزیع نرمال

خشونت آمیز بیماران نشان داد که رابطه بین آنها معنی دار است ($P < 0.001$)، $df = 20$ (درجه آزادی)، $(\chi^2 = 156/30)$. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیره، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون ها و پس آزمون ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است ($P = 0/359$)، $F = 0/867$. بنابراین، این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد (جدول ۴). با توجه به جدول ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود. به عبارت دیگر، گروه های مداخله

برای بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر همدلی پرستاران بر همدلی، مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند و کنش های خشونت آمیز بیماران از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون Levene برای بررسی همگونی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس همدلی ($F_{3,38} = 1/015$)، مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند ($F_{3,38} = 3/674$)، و کنش های خشونت آمیز بیماران ($F_{3,38} = 3/824$) در گروه ها همگن است. نتایج آزمون ام باکس (Box's M) برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه مداخله و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه همگن است ($F = 1/48$)، $P = 0/073$. هم چنین، نتایج آزمون مجذور کای Bartlett برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین همدلی، مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند و کنش های

فرزین باقری شیخانگفته و همکاران

آماري آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص این که در کدام حیطه ها تفاوت معنادار است، از تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای همدلی، مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند و کنش های خشونت آمیز بیماران تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۲ درصد از کل واریانس های گروه مداخله و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. هم چنین، توان

جدول ۴: تحلیل کواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمرات پس آزمون پرستاران

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۷۲۹	۱۲/۱۰۹	۶	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۷۱	۱۲/۱۰۹	۶	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۶۹۱	۱۲/۱۰۹	۶	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۶۹۱	۱۲/۱۰۹	۶	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱

۶۵ درصد از دیدگاه متقابل، ۶۲ درصد از چشم انداز خارجی، ۶۷ درصد از چشم انداز بیولوژیکی و ۴۹ درصد از درک مدیریت کلینیکی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است. در نتیجه می توان بیان کرد که درمان مبتنی بر همدلی به طور معنی داری باعث افزایش همدلی، تمایلات رفتاری جامعه پسند، دیدگاه متقابل، چشم انداز خارجی، چشم انداز بیولوژیکی و درک مدیریت کلینیکی در پرستاران شده است.

با توجه به مندرجات جدول ۵، آماره F برای همدلی (۲۴/۵۰)، تمایلات رفتاری جامعه پسند (۴۸/۲۰)، دیدگاه متقابل (۶۰/۳۶)، چشم انداز خارجی (۵۳/۱۱)، چشم انداز بیولوژیکی (۶۷/۰۴) و درک مدیریت کلینیکی (۳۱/۴۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته ها نشانگر آن است که بین گروه ها در این متغیرها تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. هم چنین، با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۴۳ درصد از همدلی، ۶۰ درصد از تمایلات رفتاری جامعه پسند،

جدول ۵: تحلیل کواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمره های پس آزمون پرستاران

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	اندازه اثر
همدلی	۲۱۱/۳۶۲	۲۷۶/۰۵	۱	۲۱۱/۳۶۲	۸/۶۲	۲۴/۵۰	< ۰/۰۰۱	۰/۴۳
تمایلات رفتاری جامعه پسند	۲۳۳/۱۶۷	۱۵۴/۷۷	۱	۲۳۳/۱۶۷	۴/۸۳	۴۸/۲۰	< ۰/۰۰۱	۰/۶۰
دیدگاه متقابل	۱۰۶/۴۱۸	۵۶/۴۱	۱	۱۰۶/۴۱۸	۱/۷۶	۶۰/۳۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵
چشم انداز خارجی	۱۳۳/۱۲۵	۸۰/۲۱	۱	۱۳۳/۱۲۵	۲/۵۰	۵۳/۱۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۲
چشم انداز بیولوژیکی	۱۷۵/۸۷۰	۸۳/۹۴	۱	۱۷۵/۸۷۰	۲/۶۲	۶۷/۰۴	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷
درک مدیریت کلینیکی	۱۵۸/۵۹۰	۱۶۱/۷۹	۱	۱۵۸/۵۹۰	۵/۰۶	۳۱/۴۲	< ۰/۰۰۱	۰/۴۹

پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد. دلیل این امر این است که همدلی باعث ایجاد یک فضای ارتباطی مثبت و ایجاد اعتماد و احترام در بین پرستاران و بیماران می شود. این فضای ارتباطی مثبت می تواند بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی را به دنبال داشته باشد. وقتی پرستاران با همدلی به بیماران نزدیک می شوند، این باعث می شود که بیماران احساس ارزشمندی کنند و از وجود پرستار در کنار خود رضایت داشته باشند. این احساس رضایت و ارزشمندی می تواند بهبود خود احساس بیماران و حتی روحیه آنها

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر همدلی پرستاران بر همدلی، مدیریت تمایلات رفتاری جامعه پسند و کنش های خشونت آمیز بیماران انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد مداخله مبتنی بر همدلی پرستاران موجب افزایش همدلی پرستاران شد. این یافته ها در راستای پژوهش های پنپرس و همکاران (۱۰)؛ داجنیاس و ملیس (۱۱)؛ دنگ و همکاران (۱۲) قرار دارد. همدلی یکی از مهمترین عواملی است که می تواند رفتار

را نیز بهبود بخشد. همچنین، همدلی می تواند باعث افزایش همکاری و ارتباطات سالم بین پرستاران شود که این موضوع می تواند به بهبود ارتباطات داخلی در بیمارستان و بهبود فرآیند ارائه خدمات بهداشتی و درمانی منجر شود. به طور کلی، همدلی می تواند به پرستاران کمک کند تا ارتباطات بهتری با بیماران و خانواده های آنها برقرار کنند و این موضوع می تواند بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی و رضایت بیماران و خانواده های آنها را به دنبال داشته باشد. از آنجایی که پرستاران به هر دلیلی برای مدت زمان مشخصی نمی توانند تمرکز کافی داشته باشند، ممکن است در برخورد با بیماران و همراهان آنها از همدلی و همدردی مناسبی برخوردار نباشند. در این پژوهش نیز بسیاری از پرستاران با شرکت در دوره های آموزشی تقویت و ارتقای همدلی توانستند ارتباطات خود را بهبود بخشند و از همدلی بالایی دارا باشند. پژوهشگران همدلی را توانایی پیش بینی و به اشتراک گذاری وضعیت های هیجانی دیگران تعریف می نمایند. همچنین، یک پاسخ عاطفی به حالت احساس مستقیم ادراک شده، تصویری یا استنباط شده از یک موجود دیگر و ظرفیت به اشتراک گذاری و فهم حالات هیجانی دیگران در مراجعه به خود از دیگر تعاریف همدلی هستند (۸). با در نظر گرفتن این تعریف می توان استدلال کرد در کنار درمان های پزشکی دادن حمایت اجتماعی و ارائه درست هیجان ها چقدر می تواند در روند درمان بیماران تاثیرگذار باشد (۱۱).

از طرفی دیگر، یافته های بدست آمده مشخص کرد درمان مبتنی بر همدلی باعث افزایش تمایلات رفتاری جامعه پسند در پرستاران شد. این نتایج در راستای مطالعات دزیوباک و موتیکا (۱۹)؛ بیاجیولی و همکاران (۲۰)؛ لاگرد و بلاو (۲۱) و نسج (۲۲) قرار دارد.

در تبیین این نتایج می توان گفت پرستارانی که یاد می گیرند چگونه با بیماران همدردی داشته باشند و آنها را قضاوت نادرست نکنند، بیشتر مورد پسند افراد قرار می گیرند. در واقع این شخصیت فرد است که موجب ایجاد تصویری مطلوب از او در بین مردم می شود. با توجه به اینکه محیط بیمارستان به خودی خود برای بیماران و همراهان آنها تنش آور است، داشتن رفتارهایی که مورد پسند افراد قرار گیرد و مقداری از هیجان های منفی آنها بکاهد از اهمیت بسیاری بالایی برخوردار است (۱۶). به طور کلی، جامعه پسندی به صورت رفتارها، نگرش ها و

هیجان های مثبت نسبت به دیگران تعریف می گردد. به بیانی دیگر، رفتارهای جامعه پسند در سطح عاطفی به صورت همدلی، همدردی و شفقت و در سطح رفتاری به صورت رفتارهای داوطلبانه برای فایده رساندن به دیگران تعریف می گردند (۲۲). همین موضوع باعث می گردد بیماران ارتباط خوبی با پرستاران و مراقبان خود برقرار نمایند که موجب کنترل بیماری و افزایش امید به زندگی در آنها می شود (۱۸). در واقع پرستارانی که از سطوح بالایی از تمایلات رفتاری جامعه پسند برخوردار دارند بهتر می توانند از توانایی های خود در جهت درمان بیماران استفاده نمایند و تصویر مطلوبی از خود را برای بیماران و همراهان آنها به نمایش بگذارند (۲۰).

همچنین نتایج بدست آمده از این مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر همدلی باعث افزایش چشم انداز خارجی، چشم انداز بیولوژیکی و درک مدیریت کلینیکی در پرستاران شد. یافته های بدست آمده همسو با پژوهش های هیلز (۲۶)؛ پکورینن و همکاران (۲۹)؛ ادوارد و همکاران (۳۰) است.

رفتار پرخاشگرایانه به عنوان هر گونه رفتار با هدف آسیب به دیگران تعریف می گردد که در سیستم مراقبت پزشکی هم برجسته است. به طور مشخص تر، مفهوم مدیریت رفتار پرخاشگرانه و خشونت آمیز به نگرش پرستاران نسبت به مدیریت خشونت بیماران اشاره دارد (۲۵). پرستاران در خط مقدم مبارزه با چالش هایی همچون بیماری ها هستند و نقش بسیار برجسته ای در سیستم خدمات بهداشتی دارند در واقع، اهداف اصلی سیستم بهداشت شامل تهیه مراقبت های لازم برای هر کسی، افزایش کیفیت مراقبت، کاهش واریانس های مراقبتی و حذف هدر رفت ها است. در همین راستا و با توجه به تغییرات صورت گرفته در سیستم بهداشت، پرستاران یه اشخاصی برجسته در چرخه خدمات بهداشتی تبدیل گشته اند. در واقع، عملکرد بسیاری از سیستم های بهداشت در مواردی به نوعی یخ زده اند و هدررفت بسیاری دارند، تا جایی که ارگان هایی همچون موسسه ملی تحقیقات پرستاری بهبود سلامت از طریق تقویت ابعاد مرتبط با پرستاری را هدفی بسیار مهم در نظر می گیرند (۳۰). در همین راستا، غنی سازی پرستاران همواره مسئله ای حیاتی و بسیار مفید است که می تواند پیامدهای مثبت گوناگونی را به همراه آورد. در این بین، همدلی، جامعه پسندی و نگرش نسبت به مدیریت خشونت بیماران در پرستاران بسیار حائز اهمیت است. مطالعات مختلف صورت گرفته حاکی از ارتباط

این افراد آموزش دهد. این مهارت و آموزش‌ها می‌توانند به چهارچوب برنامه‌های مداخله‌ای موجود در زمینه ارتقای سلامت روان شناختی پرستاران اضافه شود و بر کارآمدی آنها بیافزاید.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر بر این موضوع تأکید دارد که همدلی، عاملی برجسته در پرستاری و کیفیت پرستاری است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هم راستا با مطالعات عمدتاً توصیفی و غیرمداخله‌ای، همدلی یک مسئله ضروری در پرستاری است و مداخلات مرتبط با همدلی می‌تواند همچون کاتالیزوری، منجر به افزایش همدلی، جامعه‌پسندی و بهبود نگرش نسبت به مدیریت پرخاشگری و خشونت بیماران گردد. در واقع، مداخله مرتبط با همدلی چه به صورت مجزا و چه به صورت مکمل با سایر مداخلات می‌تواند تأثیرات مثبتی بر ابعاد همدلانه و جامعه‌پسندانه پرستاران بگذارد و نگرش آن‌ها را نسبت به مدیریت پرخاشگری و خشونت بیماران بهبود دهد. در مجموع، مطالعه حاضر می‌تواند این موضوع را روشن نماید که همدلی مسئله‌ای جدی در پرستاری است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند بیانگر اهمیت همدلی در جامعه‌پسندی و مدیریت پرخاشگری بیماران و به طور کلی اثربخشی مداخله مبتنی بر همدلی، تمایلات رفتار جامعه‌پسند و نگرش مدیریت پرخاشگری و خشونت بیماران در پرستاران باشد.

سیاسگزاری

نویسندگان این پژوهش از تمامی شرکت‌کنندگان فرهیخته‌ای که با دقت فراوان به سؤالات این مطالعه پاسخ دادند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

تضاد منافع

انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

و اهمیت همدلی، جامعه‌پسندی و مدیریت پرخاشگری بیماران در پرستاری و کیفیت آن است. موضوعی که بیشتر در سطح نظری باقی مانده است و تلاش‌های بسیار کمی در در سطوح عملیاتی آن صورت گرفته است. به طور کلی باید اذعان داشت که پرستاری پدیده‌ای برجسته است که به موجب پیامدهای گوناگونی که در سطوح مختلف دارد در دهه‌های اخیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته شده است. تا جایی که تأثیرات پرستاری در سطح جهانی بررسی گردیده است و کتاب‌هایی همچون پرستاری در دنیای امروز نگارش گردیده‌اند. به بیانی دیگر، پرستاری یک مسئله چندبعدی است که نیازمند توجه جدی است. بر همین اساس، مداخلات مرتبط با پرستاری، نقشی برجسته در پدیده کیفیت پرستاری دارند.

در انتها، بیان این نکات ضروری است که پژوهش حاضر دارای یک سری محدودیت‌ها است. به دلیل شیوع کووید-۱۹ پرسشنامه‌های پژوهش به صورت اینترنتی پخش شد و درمان مبتنی بر همدلی در بستر اسکای روم انجام شد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی با فاصله اجتماعی و رعایت نکات بهداشتی به صورت حضوری انجام شود. جامعه آماری پژوهش حاضر پرستاران منطقه ۶ استان تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. به همین دلیل در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و مناطق دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود. عدم امکان پیگیری بلندمدت تأثیر برنامه با استفاده از آزمون پیگیری، نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این موضوع مورد توجه قرار گیرد تا امکان بررسی تأثیر بلندمدت درمان مبتنی بر همدلی پرستاران ممکن شود. همچنین لازم است پژوهش با حجم نمونه بزرگتر و محدوده جغرافیایی وسیع‌تر انجام گیرد تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به کارگیری متغیرهای ذکر شده فراهم آید. با توجه اینکه پرستاران از مهم‌ترین ارکان بخش بهداشت و سلامت جامعه هستند لازم است نشست‌ها و برنامه‌هایی پیرامون ارتقای همدلی در پرستاران و کادر درمانی بیمارستان‌های کشور ایران تدارک دیده شود که می‌تواند راهبردهای مناسب و کارآمد را به

References

- Gatchel RJ. The importance of the profession of nursing in health care: Current and future issues. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 2018; 23(1): e12127. <https://doi.org/10.1111/jabr.12127>
- Salmond SW, & Echevarria M. Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthopedic Nursing*. 2017; 36(1): 12-25. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308>
- Grady PA, Gough LL. Nursing science: Claiming the future. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015; 47(6): 512-521. <https://doi.org/10.1111/jnu.12170>
- Clarke PN, Shattell M. Public dialogue in nursing and healthcare. *Nursing Science Quarterly*. 2018; 31(1): 29-30. <https://doi.org/10.1177/0894318417741093>
- Singer T, Lamm C. The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009; 1156: 81-96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Stocks EL, Lishner DA, Waits BL, Downum EM. I'm embarrassed for you: The effect of valuing and perspective taking on empathic embarrassment and empathic concern. *Journal of Applied Social Psychology*. 2011; 41(1): 1-26. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00699.x>
- Gibbons SB. Understanding empathy as a complex construct: A review of the literature. *Clinical Social Work Journal*. 2011; 39(3): 243-252. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0305-2>
- Wondra JD, Ellsworth PC. An appraisal theory of empathy and other vicarious emotional experiences. *Psychological Review*. 2015; 122(3): 411-428. <https://doi.org/10.1037/a0039252>
- Cuff BMP, Brown SJ, Taylor L, Howat DJ. Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*. 2016; 8(2): 144-153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Penprase B, Oakley B, Ternes R, Driscoll D. Empathy as a determining factor for nursing career selection. *Journal of Nursing Education*. 2013; 52(4): 192-197. <https://doi.org/10.3928/01484834-20130314-02>
- Dagenais F, Meleis AI. Professionalism, work Ethic, and empathy in nursing: The nurse self-description form. *Western Journal of Nursing Research*. 1982; 4(4): 407-422. <https://doi.org/10.1177/019394598200400406>
- Deng X, Chen S, Li X, Tan C, Li W, Zhong C, Mei R, Ye M. Gender differences in empathy, emotional intelligence and problem-solving ability among nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*. 2023;120:105649.
- Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*. 2010; 30(8): 752-755. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>
- Feather J, Hall M, Trbovich P, Baker GR. An integrative review of nurses' prosocial behaviours contributing to work environment optimization, organizational performance and quality of care. *Journal of Nursing Management*. 2018; 26(7): 769-781. <https://doi.org/10.1111/jonm.12600>
- Knafo-Noam A, Uzevovsky F, Israel S, Davidov M, Zahn-Waxler C. The prosocial personality and its facets: genetic and environmental architecture of mother-reported behavior of 7-year-old twins. *Frontiers in Psychology*. 2015; 6: 112.
- Eisenberg N, Fabes RA, Spinrad T. (2006). "Prosocial development," in *Handbook of Child Psychology, Vol. 3, Social, Emotional, and Personality Development, 6th Edn, Vol. ed. N. Eisenberg; Series eds W. Damon and R. M. Lerner (New York: Wiley): 646-718.*
- Futamura I. Is extraordinary prosocial behavior more valuable than ordinary prosocial behavior?. *PLoS ONE*. 2018; 13(4): e0196340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196340>
- Hyde P, Harris C, Boaden R. Pro-social organisational behaviour of health care workers. *The International Journal of Human Resource Management*. 2013; 24(16): 3115-3130. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.775030>
- Dziubak M, Motyka M. Motivation behind the choice of nursing as a profession and its determinants — research among students of nursing at the Medical College of the Jagiellonian University. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*. 2013; 21(3): 281-289.
- Biagioli V, Prandi C, Guilianin L, Nyatanga B, Fida R. Prosocial behaviour in palliative nurses: psychometric evaluation of the prosociality scale. *International Journal of Palliative Nursing*. 2016; 22(6): 292-298. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.6.292>
- Lagarde M, Blaauw D. Pro-social preferences and self-selection into jobs: Evidence from South African nurses. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2014; 107: 136-152. <https://doi.org/10.1177/019394598200400406>

- [org/10.1016/j.jebo.2014.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jebo.2014.09.004)
22. Nesje K. Nursing students' prosocial motivation: does it predict professional commitment and involvement in the job?. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71(1): 115– 125. <https://doi.org/10.1111/jan.12456>
 23. Hopkins M, Fetherston CM, Morrison P. Aggression and violence in healthcare and its impact on nursing students: A narrative review of the literature. *Nurse Education Today*. 2018; 62: 158-163. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.019>
 24. Jacobowitz W. PTSD in psychiatric nurses and other mental health providers: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*. 2013; 34(11): 787-795. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.824053>
 25. Hsieh IJ, Chen YY. Determinants of aggressive behavior: Interactive effects of emotional regulation and inhibitory control. *PloS one*. 2017;12(4):e0175651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175651>
 26. Hills DJ. Defining and classifying aggression and violence in health care work. *Collegian*. 2018; 25(6): 607-612. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.08.002>
 27. Bonner G, McLaughlin S. The psychological impact of aggression on nursing staff. *British Journal of Nursing*. 2007; 16(13): 810-814. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.13.24248>
 28. Duxbury J. Testing a New Tool: The management of aggression and violence attitude scale (MAVAS). *Nursing Research*. 2013; 10(4): 39-52. <https://doi.org/10.7748/nr2003.07.10.4.39.c5906>
 29. Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M. Patient aggression and the wellbeing of nurses: A cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14(10): 1245. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101245>
 30. Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*. 2014; 23(12): 653-659. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.12.653>
 31. Hills D, Lam L, Hills S. Workplace aggression experiences and responses of Victorian nurses, midwives and care personnel. *Collegian*, 2018; 25(6): 575-582. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.09.003>
 32. Davis MH., Begovic E. Empathy-related interventions. In A. C. Parks & S. M. Schueller (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of positive psychological interventions* (p. 111–134). Wiley-Blackwell; 2014. <https://doi.org/10.1002/9781118315927.ch6>
 33. Kiosses VN, Karathanos VT, Tatsioni A. Empathy promoting interventions for health professionals: a systematic review of RCTs. *Journal of Compassionate Health Care*. 2016; 3: 7. <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0024-9>
 34. Braithwaite J. Changing how we think about healthcare improvement. *BMJ*. 2018; 361: k2014. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2014>
 35. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*. 2007; 39(2): 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
 36. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2004; 34(2): 163-75. <https://doi.org/10.1023/b:jadd.0000022607.19833.00>
 37. Mousavi P, Khosravi Z, Dehshiri G. The latent structure of empathy based on empathy quotation in an Iranian population. *Advances in Cognitive Sciences*. 2017; 19(1): 75-90. [Persian]
 38. Baumsteiger R, Siegel JT. Measuring prosociality: The development of a prosocial behavioral intentions scale. *Journal of Personality Assessment*. 2019; 101(3): 305-314. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1411918>
 39. Shabahang, R., Bagheri Sheykhangafshe, F., Shahryari Sarhadi, M., Yousefi Siahkoucheh, A., Hajjalani, V. Comparison of Hope and Prosocial Behavior Intentions in Different Levels of Positive Consequences of Cancer Illness. *Health Psychology*, 2020; 9(33): 95-112. [Persian]
 40. Daepfen J, Fortini C, Bertholet N, Bonvin R, Berney A, Michaud PA, Layat C, Gaume J. Training medical students to conduct motivational interviewing: a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 2012; 87(3): 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.12.005>