

میزان شفقت پرستاران نسبت به بیماران و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان

محمد افشار^{۱*}، صبا محمدی^۲

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۱۱/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۱/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: شفقت به بیمار عنصر اصلی ارائه خدمات سلامت با کیفیت به بیماران و عاملی در رضایت شغلی است. لذا هدف از انجام این مطالعه، تعیین میزان شفقت پرستاران نسبت به بیماران و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۴۰۰ می‌باشد. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی، ۴۰۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۴۰۰ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس آن‌ها پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، شفقت به بیمار لی و همکاران و استرس شغلی را تکمیل نمودند. سپس نتایج در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ با تست‌های آماری آنالیز واریانس یک طرفه، همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** میانگین شفقت به بیمار در پرستاران $65/99 \pm 5/37$ (طیف نمره ۸۵-۱۷) بود که با توجه به امتیاز درصدی ۷۷/۶ درصد، در حد بالا بود. همچنین نتایج نشان داد میانگین نمره کل استرس شغلی پرستاران $112/73 \pm 14/23$ (طیف نمره ۱۷۵-۳۵) بود و آن‌ها از نظر استرس شغلی در حد متوسط (۶۴/۴ درصد) بودند. نتایج رگرسیون نشان داد تنها سه متغیر سابقه خدمت ($\beta = 0/173$)، استرس شغلی ($\beta = 0/121$) و وضعیت تأهل ($\beta = 0/110$) با شفقت به بیمار ارتباط معناداری داشتند ($p < 0/05$) و شفقت پرستار به بیمار را پیشگویی می‌کنند. **بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می‌توان چنین استنباط کرد که با مدیریت استرس در پرستاران و توجه به عوامل دموگرافیک پرستاران، می‌توان میزان شفقت پرستار به بیمار را افزایش داد. **کلیدواژه‌ها:** شفقت، پرستار، استرس

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۵۷، آبان ۱۴۰۱، ص ۶۶۴-۶۵۵

آدرس مکاتبه: کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۳۱۵۵۵۴۰۰۲۱

Email: afshar_m_1344@yahoo.com

و ذهنی است که از طریق آن فرد با سایر افرادی که آسیب پذیر هستند، ارتباط برقرار می‌کند و از طریق پاسخ‌های احساسی و کلامی در جهت کاهش درد و رنج آن‌ها فعالیت می‌کند (۴). استانداردهای حرفه‌ای نیز از پرستاران انتظار دارد تا با شفقت با بیماران برخورد کنند، به طوری که در کدهای اخلاقی ارائه شده پرستاری از پرستاران خواسته شده است تا در برخورد با بیماران رفتار دلسوزانه و همراه با شفقت داشته باشند (۵).
دوارت^۴ و همکاران (۲۰۱۷) در کشور پرتغال، میانگین میزان شفقت پرستار به بیمار را در حد متوسط گزارش نمودند (۶). هوپر^۵

مقدمه

حرفه و عمل پرستاری با مراقبت و شفقت مترادف است. مراقبت پرستاری شامل احترام به دیگران، شفقت و مهربانی، ارتباط مثبت، دانش و مهارت حرفه‌ای و توجه به تجربه دیگران می‌باشد (۱). شفقت به بیمار عنصر اصلی ارائه خدمات سلامت با کیفیت به بیماران و عاملی در رضایت شغلی است (۲). در روانشناسی شفقت به معنای توجه به رنج خود و دیگران می‌باشد (۳). دوارت^۴ (۲۰۱۳) معتقد است که مراقبت همراه با شفقت فرایند ارتباطی، بین فردی

^۱ دانشجوی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۳ Dewar

^۴ Duarte

^۵ Hooper

نمایند و این می‌تواند بر ارتباط آن‌ها با بیمار و مراقبت همراه با شفقت از بیماران تأثیر گذارد (۱۵).

ماسون^۵ و همکاران (۲۰۱۴) تنش‌های شغلی پرستاران نظیر مرگ‌ومیر بیماران، طولانی بودن سیر بیماری، اثرات جانبی داروها و درد و رنج بیماران را از عوامل مؤثر بر شفقت آنان دانسته است (۱۶). در مطالعه‌ای که در یک گروه از پرستاران بخش‌های انکولوژی در برزیل صورت گرفت، مشخص شد که مشاهده درد و رنج بیماران توسط پرستاران می‌تواند باعث افزایش استرس، فشار کاری و کاهش شفقت به بیمار شود (۱۷). نتایج مطالعه ویو^۶ و همکاران در سال ۲۰۱۶ نشان داد پرستاران در بخش انکولوژی شفقت بالایی نسبت به بیماران دارند. در پژوهش آن‌ها ارتباط معناداری بین استرس شغلی و میزان شفقت وجود داشت (۱۸). در پژوهش زاجاک^۷ و همکاران (۲۰۱۷) میزان شفقت به بیمار در حد متوسط بیان شده همچنین ارتباطی بین شفقت به بیمار و استرس شغلی وجود نداشت (۱۹). پژوهش زانک^۸ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد بین شفقت به بیمار و استرس شغلی و خستگی ناشی از شفقت ارتباط معنادار در حالیکه بین شفقت و عوامل زمینه‌ای (سن، جنس، بخش محل خدمت، تحصیلات) ارتباط معنی‌دار نمی‌باشد وجود نداشت (۲۰). مونی^۹ و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که میزان شفقت پرستاران در بخش مراقبت ویژه نسبت به بیماران در سطح پایین است و میزان شفقت به بیمار در مردان پرستار بیشتر از زنان است. همچنین بین سن، تحصیلات، تعداد ساعت کاری، تأهل، تعداد شیفت با میزان شفقت به بیمار ارتباط معنی‌دار وجود دارد (۲۱). جعفری و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند میانگین شفقت به بیمار در پرستاران زن خوب و در پرستاران مرد در حد متوسط گزارش شده است. همچنین بین میانگین امتیاز شفقت پرستاران با جنس، سن، سابقه خدمت در واحد پژوهش، سطح تحصیلات و میزان اضافه کار ماهیانه ارتباط معناداری وجود داشت، اما با وضعیت تأهل رابطه معناداری وجود نداشت (۲۲). در مطالعه پاشیب^{۱۰} و همکاران میزان شفقت پرستاران به بیماران زن نسبت به بیماران مرد بیشتر گزارش شده است. همچنین این مطالعه بین شفقت به بیمار و نوع استخدام، سن، سابقه کاری و میزان اضافه کاری پرستار اختلاف معناداری را نشان نداد (۲۳). در پژوهشی دیگر نشان داده شده است که میزان شفقت پرستاران به بیماران در بخش‌های مختلف بیمارستان متفاوت می‌باشد (۱۳). به علاوه مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد بین سن پرستار و سابقه کاری، ساعات اضافی کاری با شفقت به بیمار رابطه معناداری وجود دارد (۲۴).

و همکاران (۲۰۱۰) در آمریکا میزان شفقت به بیمار را در بخش‌های انکولوژی ۵۰ درصد و در حد خوب بیان نمودند (۷). در پژوهش محسن پور و همکاران در ایران نشان داد پرستاران از کیفیت زندگی کاری خود و میزان شفقت به بیمار ناراضی بودند (۸).

شفقت به بیمار مزایایی چون افزایش کیفیت مراقبت و رضایت بیماران، افزایش اعتماد بیماران به مراقبین درمانی، پذیرش بهتر اقدامات درمانی از سوی بیماران، کاهش اضطراب، استرس و درد بیماران و حتی نتایج تسکینی دارد (۹). تا جایی که به عقیده وانگ^۱ و همکاران، یکی از اصلی‌ترین شکایات بیماران و بستگان آن‌ها از خدمات درمانی، در خصوص شفقت نداشتن مراقبین درمانی با آن‌ها بوده است که این امر استرس بیماران را بیشتر و اعتماد آنان به سیستم درمانی را کمتر می‌کند (۱۰).

شواهد موجود نشان می‌دهد زمانی که مراقبت براساس شفقت و مهربانی انجام می‌گیرد، بیماران به راحتی می‌توانند نشانه‌های بیماری و نگرانی‌های خود را ابراز کنند و این امر باعث می‌شود تا کارکنان درمانی نیز شرایط بیمار را به طور کامل بررسی کنند و تشخیص‌های دقیق ارائه نمایند. همچنین ارائه مراقبت همراه با شفقت می‌تواند باعث بهبود کیفیت مراقبت، افزایش رضایت بیمار و حتی کاهش دعاوی قضایی از سوی بیماران گردد (۸-۹). در مقابل، اگر مراقبت‌ها به صورت غیر مشفقانه انجام گیرد، سبب کاهش استانداردهای مراقبتی شده و تأثیر منفی بر کیفیت مراقبت می‌گذارد (۱۰). همچنین باعث می‌شود تا بیماران احساس کنند که به فراموشی سپرده شده‌اند و ارزش چندانی برای آن‌ها قائل نیستند که این فرایند نهایتاً سبب نارضایتی بیماران می‌شود (۱۱).

باتوجه به اینکه پرستاران از جمله افرادی هستند که در بسیاری شرایط با بیماران و بیماری‌های درمان ناپذیر روبرو بوده و پیوسته فشارهای روانی شدیدی را تجربه می‌کنند؛ لذا اثرات ناشی از رویارویی با درد و رنج بیمار، ممکن است تأثیر فلج‌کننده‌ای بر روی مراقبت همراه با شفقت مراقبین داشته باشد (۱۲). خستگی و استرس شغلی پرستار از پیامدهای کاهش شفقت به بیمار است (۲، ۱۲). مطالعات عوامل احتمالی متعددی را بیان می‌کنند که بر شفقت پرستار به بیمار تأثیر می‌گذارد. این عوامل عبارت از سن، جنس، تحصیلات، تأهل، تعداد شیفت و میزان استرس شغلی پرستار می‌باشند (۱۳-۱۴). پرستاران به علت ارتباط مستقیم با سلامتی افراد، در حالی که زمان شروع کارشان اغلب افرادی با انگیزه‌ی کاری بالا هستند اما معمولاً پس از مواجهه با استرس‌های شغلی در محیط کار احساس خستگی کرده و حتی مایلند از کار خود کناره‌گیری

⁵ Zhang
⁶ Mooney
⁷ Pashib

¹ Vang
² Mason
³ Wu
⁴ Zajac

با توجه به تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی و سازمانی در ایران و نتایج متناقض در مورد میزان شفقت پرستار به بیمار در مطالعات مختلف و اینکه در مرور متون مطالعه‌ای که در این زمینه در منطقه کاشان با فرهنگ خاص آن انجام شده باشد، یافت نشد. لذا، این مطالعه با هدف تعیین میزان شفقت پرستاران نسبت به بیماران و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان ۱۴۰۰ انجام گرفت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع مقطعی-همبستگی بود که در سال ۱۴۰۰ انجام شد در این مطالعه کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان (شهید بهشتی، نقوی، متینی، سیدالشهدا) که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، شرکت نمودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۱۵) (۲۴)، با در نظر گرفتن $\alpha = 0.05$ و $p = 0.50$ و $q = 1 - p = 0.50$ به دست آمد که برای دقت بیشتر ۴۰۰ نمونه در نظر گرفته شد.

محقق پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان IR.kaums.NUHEPM.REC1400.020 و دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی جهت نمونه‌گیری به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی کاشان (بهشتی، نقوی، متینی، کارگر نژاد، سیدالشهدا) مراجعه و نمونه‌گیری به روش در دسترس از بیمارستان‌های زیر بر اساس تعداد پرستار شاغل در هر بیمارستان و به نسبت مساوی انجام گرفت (۲۶۴ نفر از بیمارستان بهشتی، ۳۸ نفر از بیمارستان نقوی، ۲۳ نفر از بیمارستان متینی، ۲۹ نفر از بیمارستان کارگر نژاد، ۴۶ نفر از بیمارستان سیدالشهدا). اسامی کلیه پرستاران واجد شرایط، بخش محل خدمت و تلفن آن‌ها را از دفتر پرستاری گرفته شد. سپس پژوهشگر با پرستاران قرار ملاقات گذاشت. قرار ملاقات قبل از شروع شیفت کاری صبح یا عصر و زمانی انجام گرفت که پرستار خسته نبود. محل ملاقات پژوهشگر و پرستار در اتاقی خلوت که رفت و آمد به آن کم بود، انجام شد. در روز ملاقات اهداف پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه مبنی بر شرکت در پژوهش از آن‌ها گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه می‌ماند. در این زمان پرسشنامه‌های پژوهش نیز در اختیار آن‌ها قرار گرفت. از آن‌ها درخواست شد که در نهایت دقت و به‌طور کامل به سؤالات این

پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های اطلاعات زمینه‌ای (سن، جنسیت، تأهل، سابقه خدمت، بخش محل خدمت، سطح تحصیلات، ساعت اضافه کاری، نوع استخدام)، پرسشنامه شفقت به بیمار و پرسشنامه استرس شغلی بود. پرسشنامه شفقت به بیمار که در سال ۲۰۱۶ توسط لی^۱ و همکاران در کشوره کره طراحی و روانسنجی شد. این پرسشنامه ابتدا در ۴۹ سؤال طراحی شد که در طی بررسی روایی صوری و محتوایی به ۱۷ سؤال کاهش یافت. سؤالات آن در لیکرت ۵ تایی از یک (به شدت مخالف) و ۵ (شدیداً موافق) است. کمترین نمره ۱۷ و بیشترین نمره ۸۵ است. هر چه نمره بیشتر باشد یعنی شفقت به بیمار بالاتر است. آلفا کرونباخ این ابزار در مطالعه لی و همکاران برابر با ۰/۸۰ بود (۲۵). در پژوهش حاضر میزان آلفا کرونباخ ۰/۸۱۸ محاسبه شد. پرسشنامه استرس شغلی HSE دارای ۳۵ سؤال براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای می‌باشد. بازه تغییرات نمرات این پرسشنامه ۱۷۵-۳۵ می‌باشد به طوری که نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس کم‌تر و هر چه نمره کمتر باشد استرس شغلی فرد بیشتر خواهد بود (۲۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه آزادمرزآبادی و فشارکی (۱۳۸۹) مورد ارزیابی قرار گرفت. در پژوهش آن‌ها اعتبار کلی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۶۵ گزارش شد. همچنین همبستگی قوی بین عامل‌های استخراج شده از گویه‌های پرسشنامه HSE (نقش، ارتباط، حمایت مسئولین، حمایت همکاران، کنترل، تقاضا و تغییرات) به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۳، ۰/۷۵، ۰/۶۳، ۰/۸۷ و ۰/۲۲ بود (۲۷). ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه استرس شغلی در پژوهش حاضر ۰/۸۴۳ و برای هر کدام از حیطه‌های نقش ۰/۷۲۰، ارتباط ۰/۷۶۰، حمایت مسئولین ۰/۶۹۵، حمایت همکاران ۰/۷۰۹، کنترل ۰/۶۸۲، تقاضا ۰/۷۹۴ و تغییرات ۰/۶۲۱ بود. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پرستاران، اطلاعات تجزیه تحلیل شد و نتایج در اختیار گروهان ذینفع (پرستاران، سرپرستاران) قرار داده شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS16 وارد شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد. جهت توصیف وضعیت متغیرهای دموگرافیک از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد و فراوانی) استفاده شد. جهت بررسی ارتباط متغیرهای زمینه‌ای کیفی با میانگین نمره شفقت از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و همچنین آزمون تی مستقل برای متغیرهای کیفی (دوطبقه) استفاده شد. همچنین ارتباط متغیرهای زمینه‌ای کمی با میانگین نمره شفقت از همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین جهت بررسی تأثیر متغیرهای زمینه‌ای بر میزان

² Health and Safety Executive

¹ Lee

پرستاران شرکت‌کننده، ۱۴/۲۶±۱۰ سال بوده است که بیش از نیمی از آن‌ها، ۱۰ سال و کمتر سابقه کاری داشته‌اند. همچنین بیشتر پرستاران مورد پژوهش، استخدام رسمی (۶۳/۵ درصد) بوده‌اند.

یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد استرس شغلی پرستاران با بیمارستان محل خدمت، سابقه خدمت و نوع استخدامی ارتباط معناداری دارد ($p < 0.05$) (جدول شماره ۱). همچنین نتایج نشان داد میانگین شفقت به بیمار در پرستاران $65/99 \pm 5/37$ بوده است که با توجه به امتیاز درصدی ۷۷/۶ درصد، در حد بالا است (جدول شماره ۲). یافته‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهد به صورت تک‌متغیره میزان شفقت به بیمار با سن، وضعیت تأهل، بیمارستان محل خدمت، سابقه خدمت و استرس شغلی ارتباط معناداری دارد ($p < 0.05$).

شفقت از آزمون رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بیشتر پرستاران شرکت‌کننده را زنان (۷۳/۵ درصد) تشکیل داده‌اند. میانگین سنی پرستاران مورد پژوهش $34/27 \pm 6/70$ سال بوده است که بیش از ۸۰ درصد آن‌ها، در گروه سنی ۴۰ سال به پایین قرار داشته‌اند. نزدیک به ۸۰ درصد پرستاران، متأهل بوده‌اند. سطح تحصیلات بیش از ۹۰ درصد پرستاران مورد مطالعه، لیسانس بوده است. بعد از پرستاران بیمارستان شهید بهشتی که بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند، بیمارستان‌های سیدالشهدا و نقوی در رتبه‌های بعدی قرار دارند. میانگین سابقه خدمت در بین

جدول (۱): میزان استرس شغلی پرستاران مورد پژوهش بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	استرس شغلی (نمره کل)	p-value
جنس	زن	$112/80 \pm 14/35$
	مرد	$112/52 \pm 13/98$
سن	سال	$0/077$
وضعیت تأهل	مجرد	$112/41 \pm 14/86$
	متأهل	$112/81 \pm 14/09$
سطح تحصیلات	لیسانس	$112/46 \pm 14/39$
	فوق لیسانس/دکتر	$115/23 \pm 12/56$
بیمارستان محل خدمت	بهشتی	$110/15 \pm 13/11^a$
	نقوی	$114/34 \pm 15/54$
	متینی	$126/09 \pm 12/10^b$
	کارگرنژاد	$117/55 \pm 18/51$
سابقه خدمت	سیدالشهدا	$116/45 \pm 12/13$
	سال	$0/112$
	رسمی	$114/06 \pm 14/14^c$
نوع استخدامی	قراردادی	$111/04 \pm 15/99$
	پیمانی	$110/11 \pm 13/23$

* Independent t-test/ ** Pearson correlation/ *** ANOVA

a: اختلاف معنادار بهشتی با متینی ($p < 0.001$)، کارگرنژاد ($p = 0.006$) و سیدالشهدا ($p = 0.004$)

b: اختلاف معنادار متینی با نقوی ($p = 0.001$)، کارگرنژاد ($p = 0.026$) و سیدالشهدا ($p = 0.006$)

c: اختلاف معنادار رسمی با پیمانی ($p = 0.020$)

جدول (۲): میزان شفقت به بیمار در پرستاران مورد پژوهش

متغیر	تعداد گویه	انحراف معیار ± میانگین	امتیاز درصدی
شفقت به بیمار	۱۷	۶۵/۹۹ ± ۵/۳۷	۷۷/۶

جدول (۳): بررسی ارتباط (تک‌متغیره) شفقت به بیمار با متغیرهای مستقل

متغیر	شفقت به بیمار	p-value
جنس	زن	۶۵/۸۱ ± ۵/۴۲
	مرد	۶۶/۵۰ ± ۵/۲۳
سن	ضریب همبستگی	۰/۱۹۹
وضعیت تأهل	مجرد	۶۴/۴۰ ± ۵/۴۱
	متأهل	۶۶/۴۰ ± ۵/۳۰
سطح تحصیلات	لیسانس	۶۵/۸۸ ± ۵/۳۲
	فوق لیسانس/دکتر	۶۷/۱۰ ± ۵/۸۳
بیمارستان محل خدمت	بهشتی	۶۵/۴۹ ± ۵/۱۱
	نقوی	۶۶/۰۵ ± ۴/۵۱
	متینی	۶۵/۳۰ ± ۶/۵۲
	کارگرنژاد	۷۰/۴۵ ± ۶/۰۲ ^a
سابقه خدمت	سیدالشهدا	۶۶/۳۷ ± ۵/۳۹
	ضریب همبستگی	۰/۲۱۲
	رسمی	۶۶/۳۸ ± ۵/۵۳
نوع استخدامی	قراردادی	۶۵/۸۷ ± ۵/۴۳
	پیمانی	۶۵/۰۴ ± ۴/۸۴
استرس شغلی	ضریب همبستگی	۰/۱۴۲

* Independent t-test/ ** Pearson correlation/ *** ANOVA

a: اختلاف معنادار کارگرنژاد با بیمارستان‌های دیگر ($p < 0/01$)

جدول (۴): بررسی ارتباط (چند متغیره) شفقت به بیمار با متغیرهای مستقل

متغیر	B	SE	Beta	t	p-value
مقدار ثابت	۶۱/۰۳۳	۲/۲۶۲	-	۲۶/۹۷۹	۰/۰۰۰
سابقه خدمت	۰/۱۵۲	۰/۰۴۴	۰/۱۷۳	۳/۴۶۳	۰/۰۰۱
استرس شغلی	۰/۰۴۶	۰/۰۱۸	۰/۱۲۱	۲/۴۹۰	۰/۰۱۳
وضعیت تأهل	۱/۴۶۵	۰/۱۶۶	۰/۱۱۰	۲/۲۱۵	۰/۰۲۷

Model information: F=10.022, p<.001

ADJ.R²=0.064= R= R²

نتایج مطالعه نشان داد میزان شفقت به بیمار با سن، وضعیت تأهل، بیمارستان محل خدمت، سابقه خدمت و استرس شغلی ارتباط معناداری دارد. مطالعات مختلف ذکر می‌کنند 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 که می‌توان به کاهش شفقت به بیمار اشاره نمود (۳۱-۳۰). مطالعات ذکر می‌کنند شفقت به بیمار با عوامل سن و جنس و فرهنگ سابقه خدمت و بخش محل خدمت، فرسودگی شغلی و استرس شغلی مرتبط است (۳۱-۳۲). این در حالیست که نتایج پژوهش حاضر نشان داد شفقت به بیمار با سن، وضعیت تأهل، بیمارستان محل خدمت، سابقه خدمت و استرس شغلی ارتباط معنادار دارد. بنابراین با افزایش میزان استرس شغلی در پرستاران، میزان شفقت به بیمار در آن‌ها کاهش می‌یابد. استانتون^۱ و همکاران در پژوهش خود بیان نمود شفقت سپری در برابر اثرات منفی استرس است. اما بخش دیگری از پژوهش آن‌ها حاکی از آن بود که شفقت زیاد می‌تواند پرستاران را در معرض ابتلا به خستگی از شفقت قرار دهد که این می‌تواند انعکاس از شمشیر دو لبه‌ای باشد که با یافته‌های پژوهش حاضر ناهمسو است (۳۳). مشابه با پژوهش استانتون، روبینز^۲ و همکاران نیز بیان کرده‌اند که شفقت و مهربانی به بیمار به عنوان عامل مثبت در برابر اثرات منفی استرس شغلی و فرسودگی در پرستاران است اما از طرف دیگر همدلی می‌تواند پرستاران را در معرض مخاطره خستگی از شفقت قرار دهد (۳۴). نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۴) ارتباط آماری معنی‌داری بین میزان شفقت به بیماران و متغیرهای سن، جنس، تعداد سال‌های خدمت، و نوع بخش را نشان داد (۲۴). مطالعه وی با پژوهش حاضر به‌جز در متغیر جنس همخوانی دارد.

مایتوم^۳ و همکاران (۲۰۰۴) نیز در مطالعه بر روی پرستارانی که با بیماران مزمن سر و کار داشتند، میزان شفقت به بیمار را ناکافی گزارش کرده و بیان کردند شرایط کاری نقش بسیار مهمی در این پدیده بر عهده داشته و با ارتقای کیفیت شرایط کاری می‌توان سطح آن را افزایش داد (۳۵). نتایج مطالعه وی در حمایت یافته این پژوهش مبنی بر ارتباط بین بیمارستان محل خدمت و میزان شفقت است. بطوریکه محیط کاری و بیماران مورد پذیرش در هر بیمارستان متفاوت می‌باشد که می‌تواند بر میزان شفقت به بیمار تأثیر بگذارد. استورم و چن^۴ در مطالعه‌ای ارتباط بین سن و تعداد سال‌های خدمت را با میزان شفقت به بیماران مثبت ارزیابی کرده و بیان

آزمون رگرسیون خطی چندگانه به روش گام‌به‌گام نشان داد با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس، برازش مدل قابل قبول و در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین مقدار ضریب تعیین تعدیل شده نشان می‌دهد ۳ متغیر توانسته‌اند بیش از ۶ درصد از تغییرات شفقت به بیمار در پرستاران را تبیین کنند. علاوه بر این با توجه مقادیر آماره t و p -value می‌توان نتیجه گرفتسه متغیر سابقه خدمت، استرس شغلی ۱۲ درصد، وضعیت تأهل ۱۱ درصد و سابقه خدمت ۱۷ درصد بیشترین میزان را داشتند که با شفقت به بیمار ارتباط معناداری دارند ($p < 0.05$). (جدول شماره ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد میانگین شفقت به بیمار در پرستاران با توجه به امتیاز درصدی ۷۷/۶ درصد، در حد بالا می‌باشد. در این راستا متخصصین با توجه به شرایط کاری همواره توصیه به داشتن این ویژگی در حد مطلوب برای مراقبین بهداشتی را می‌کنند. ویژگی شفقت نسبت به خود و همچنین به بیمار به عنوان واکنشی انطباقی در پرستاران عمل کرده و آن‌ها را در برابر عوامل استرس‌زا محافظت می‌کند (۲۸). وانگ^۱ و همکاران (۲۰۱۹) میزان شفقت به بیمار توسط پرستار رادر حد متوسط گزارش کردند (۲۹). نتایج پژوهش هوپرو و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد میزان شفقت در ۸۶٪ پرستاران بخش اورژانس متوسط تا زیاد بود (۷). در پژوهش حاضر مانند پژوهش وانگ و همکاران از پرستاران تمام بخش‌های بیمارستان برای بررسی میزان شفقت به بیمار نظرسنجی شده بود در صورتیکه در پژوهش هوپرو و همکاران فقط از پرستاران بخش اورژانس جهت سنجش میزان شفقت به بیمار نظرسنجی شده بود. بر طبق نتایج، میزان شفقت پرستار در مطالعات مختلف متوسط و بالا ذکر شده است. به نظر می‌رسد فرهنگ حاکم به جامعه مورد بررسی، بخش محل خدمت، وخامت حال بیماران در میزان شفقت پرستار به بیمار نقش داشته باشد و به عنوان دلیلی برای متفاوت بودن میزان شفقت به بیمار در مطالعات مختلف می‌توان به آن اشاره نمود. همچنین در پژوهش حاضر از پرسشنامه شفقت به بیمار که به‌طور مستقیم میزان شفقت پرستار به بیمار را می‌سنجد استفاده شد ولی در پژوهش‌های هوپرو و همکاران و وانگ و همکاران از پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای که سه مقوله میزان شفقت، فرسودگی و خستگی از شفقت را می‌سنجد استفاده گردیده است که می‌تواند دلیلی برای تفاوت در نتایج مطالعات باشد.

⁴ Mytum

⁵ Storm & Chen

¹ Wang

² Stanton

³ Robins

دارند تا از نظر فرهنگی - اجتماعی و خانوادگی مورد حمایت قرار گیرند تا بتوانند میزان شفقت در خود نسبت به بیمار را افزایش دهند لذا پیشنهاد می‌گردد کارگاه‌های آموزش مدیریت استرس و راهکارهای ارتقاء شفقت به بیمار برای پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها برگزار گردد.

براساس یافته پژوهش حاضر، میزان شفقت به بیمار در پرستاران بالا و همچنین میزان شفقت به بیمار با سن، وضعیت تأهل، بیمارستان محل خدمت، سابقه خدمت و استرس شغلی ارتباط معناداری دارد. بنابراین با مدیریت استرس در پرستاران و توجه به عوامل مرتبط ذکر شده می‌توان شفقت به بیمار را توسط پرستار افزایش داد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و تمامی پرستارانی که در پژوهش حاضر شرکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

می‌کند که هرچه سن افراد بالاتر می‌رود، به دلیل تغییرات فردی و شخصیتی که در فرد رخ می‌دهد، توان رویارویی وی با حوادث استرس‌زای مربوط به بیماران و تطابق مؤثر با آن‌ها کاهش می‌یابد و خستگی از شفقت در آن‌ها افزایش می‌یابد (۳۶). این در حالیست که در پژوهش حاضر نشان داد میزان شفقت به بیمار در پرستاران جوان و متأهل با سابقه خدمت بالاتر، بیشتر است. یودر نیز در مطالعه‌اش بیان می‌کند که افزایش تعداد سال‌های خدمت در کنار افزایش سن می‌تواند باعث نوعی خستگی از شفقت به بیماران شود (۳۶). در مقابل مندز نیز بیان می‌کند که افراد در انتهای سال‌های خدمت خود با مجموعه‌ای از خاطرات شغلی ناخوشایند روبرو بوده که می‌تواند فرد را متأثر ساخته و نوعی تعارض در وی در ماهیت کمک‌رسانی و محبت به بیماران ایجاد کند (۳۷). مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد بین شفقت نسبت به خود با سن و سابقه کار، جنس و سطح تحصیلات در پرستاران رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده شد (۲۴). مطالعه وی از نظر رابطه سن و سابقه کار با شفقت به بیمار با پژوهش حاضر همخوانی داشت. تفاوت پژوهش وی با مطالعه حاضر در پرسشنامه سنجش شفقت به بیمار با توجه به یافته‌های پژوهش مشخص می‌گردد که پرستاران نیاز

References:

- Aslan H, Erci B, Pekince H. Relationship between compassion fatigue in nurses, and work-related stress and the meaning of life. *J Relig Health* 2022;61(3):1848-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-020-01142-0>.
- Meyer RM, Li A, Klaristenfeld J, Gold JJ. Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *J Pediatr Nurs* 2015;30(1):174-83.
- Davison N, Williams K. Compassion in nursing. 1: defining, identifying and measuring this essential quality. *Nurs Times* 2009;105(36):16-8.
- Dewar B. Cultivating compassionate care. *Nurs Stand* 2013;27(34):48-55.
- Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. Effectiveness of compassion focused therapy on loneliness, self-care behaviors and blood sugar in diabetes patients. *Iran J Rehabil Res Nurs* 2020;6(3):42-9.
- Duarte, J.; Pinto-Gouveia, J. The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *Eur J Oncol Nurs* 2017;28:114-21.
- Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs* 2010;36(5):420-7.
- Mohsenpour M, Abbaszadeh A, Rakhshani MH, Sadeghi Bimorgh M, Mousavi SS. Relationship Between Quality of Work Life and Personality-Profession Compatibility of Nurses: A Case Study in Sabzevar University of Medical Sciences. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2016;23(3):526-31

⁶ Mendes

9. Zhan, Yuxin, et al. "The prevalence and influencing factors for compassion fatigue among nurses in Fangcang shelter hospitals: A cross-sectional study." *Int J Nurs Prac* 2022:e13054.
10. Wang J, Okoli CT, He H, Feng F, Li J, Zhuang L, Lin M. Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2020;102:103472
11. Hosseini F, Farnia F, Vaziri S. Predicting nurse's depression based on self-compassion and resilience. *Occup Hygiene Health Prom* 2021;5(3):251-60
12. .BABAEI, Sima; TALEGHANI, Fariba; FARZI, Sedigheh. Components of Compassionate Care in Nurses Working in the Cardiac Wards: A Descriptive Qualitative Study. *J Caring Sci* 2022;11(4):240.
13. Jakimowicz S, Perry L, Lewis J. Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Crit Care* 2018;31(6):396-405.
14. Guastello S, Frampton SB. Patient-centered care retreats as a method for enhancing and sustaining compassion in action in healthcare settings. *J Compassion Health Care* 2014; 1: 2.
15. Fowler MDM. *Guide to the code of ethics for nurses: interpretation and application*. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2008.
16. Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C, Griffin M. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimens Crit Care* 2014;33(4):215-25.
17. Flynn M, Mercer D. Is compassion possible in a market-led NHS? *Nurs Times* 2012;109(7):12-4.
18. Wu S, Singh-Carlson S, Odell A, Reynolds G, Su Y. Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncol Nurs Forum* 2016;43(4):E161-9.
19. Zajac LM, Moran KJ, Groh CJ. Confronting Compassion Fatigue: Assessment and Intervention in Inpatient Oncology. *Clin J Oncol Nurs* 2017;21(4):446-53.
20. Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2018;97(26):e11086.
21. Mooney C, Fetter K, Gross BW, Rinehart C, Lynch C, Rogers FB. A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *J Trauma Nurs* 2017;24(3):158-63.
22. Jafari M, Mohammadpur M. Evaluation of nurses' empathy with depressed patients in Shahid Modarres Psychiatric Hospital in Isfahan. *Conference or Workshop Item* 2017:138-42
23. Pashib M, Abbaspour S, Tadayyon H, Khalafi A. Quality of Professional life among Nurses of hospitals in Torbat Heydariyeh city in 2016. *J Tanin Salamat* 2016;4(1):36-41.
24. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Compassion fatigue in nurses of intensive care unit. *Med Ethics J* 2015;9(33):85-102.
25. Lee Y, Seomun G. Development and validation of an instrument to measure nurses' compassion competence. *Appl Nurs Res* 2016;30:76-82.
26. Esfahani MS, Mirzaee M, Boroumandfar K, Abedi MR. Job burnout and its relation with personality traits among the midwives working in Isfahan, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012;17(3):220.
27. Azadmarzabadi E, Gholamifesharaki MGH. Reliability and validity assessment for the HSE job stress questionnaire. *J Behav Sci* 2011;4(4):291-7.
28. Bramley L, Matiti M. How does it really feel to be in my shoes? patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of

- developing compassionate nurses. *J Clin Nurs* 2014;23(19-20):2790-9.
29. Wang J, Okoli CT, He H, Feng F, Li J, Zhuang L, Lin M. Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2020;102:103472
30. Mendes A. Recognising and combating compassion fatigue in nursing. *Br J Nurse* 2014;23(21):11-46.
31. Hilliard RE. The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers. *Arts Psychother* 2006;33(5):395-401
32. Mottaghi S, Poursheikhali H, Shameli L. Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nurs Ethics* 2020;27(2):494-504.
33. Stanton MP, Houser RA, Riechel MEK, Burnham JJ, McDougall G. The Effect of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) on Resilience, Compassion Fatigue, Stress and Empathy in Professional Nurses. *Adv Res* 2015;5(2):10.9734/AIR/2015/16842.
34. Wells-English D. Compassion Fatigue as it Relates to Nurse Turnover in Oncology Nurses at an Urban Hospital. *Australian Crit Care* 2018; 2(1):10-22.
35. Maytum J, Heiman H, Garwick A. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with chronic conditions and their families. *J Pediatric Health Care* 2004;18(4):172-9.
36. Storm J, Chen HC. The relationships among alarm fatigue, compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in critical care and step-down nurses. *J Clin Nurs* 2021;30(3-4):443-53
37. Mendes A. Recognising and combating compassion fatigue in nursing. *Br J Nurse* 2014;23(21):11-46.

COMPASSION LEVEL OF NURSES TOWARDS PATIENTS AND ITS RELATED FACTORS IN THE HOSPITALS OF KASHAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

Mohammad Afshar¹, Saba Mohamadi²

Received: 21 January, 2022; Accepted: 28 January, 2023

Abstract

Background & Aim: Patient compassion is critical in providing quality health services and is essential to nurses' job satisfaction. Therefore, this study aimed to determine compassion level of nurses towards patients and its related factors in the hospitals of Kashan University of Medical Sciences in 2021.

Materials & Methods: In this cross-sectional study, 400 nurses working in educational hospitals of Kashan University of Medical Sciences were selected by convenient sampling method in 2021. Then they completed the questionnaires of demographic information, patient compassion of Lee et. al., and job stress. The results were then analyzed by one-way analysis of variance, Pearson correlation, and stepwise regression using SPSS v16 statistical software.

Results: The mean score of patient compassion was 65.99 ± 5.37 (range from 17 to 85) in nurses which was high according to the percentage score of 77.6%. The results also showed that nurses' the mean of total score of job stress was 112.73 ± 14.23 (range from 35 to 175) and was moderate in terms of job stress (64.4% score). Regression results showed that only three variables of work experience ($\beta = 0.173$), job stress ($\beta = 0.121$), and marital status ($\beta = 0.110$) had significant relationships with compassion for the patient ($p < 0.05$), and may predict the nurse's compassion towards patient.

Conclusion: According to the results of this research, it can be inferred that the nurse's compassion towards patient could be increased by managing stress in nurses and paying attention to their demographic factors.

Keywords: Compassion, Nurse, Stress

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Tel: +983155540021

Email: afshar_m_1344@yahoo.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Associate Professor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran (Corresponding Author)

² Master's student in psychiatry, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran