

بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس شایستگی دلسوزی بین پرستاران شهر مشهد

غزاله نیرومندان^۱، قاسم آهی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: حرفه پرستاری بر رشد و گسترش رابطه بین همدلانه مراقب-بیمار مبتنی است و شایستگی دلسوزی به طور خاص در این حرفه مهم است. این پژوهش باهدف بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس شایستگی دلسوزی انجام شد.

روش: در یک مطالعه توصیفی-ارزیابی ابزار و با رویکرد تحلیل عاملی اکتشافی ۳۳۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و به مقیاس شایستگی دلسوزی (۲۰۱۶) و پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای (۲۰۱۰) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اس.پی.اس.اس.۲۲ و پی.ال.اس.۳ تحلیل شد. ضریب پایایی پرسشنامه از طریق روش بازآزمایی، ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی و روایی پرسشنامه از طریق روایی محتوایی و روایی سازه (روش تحلیل عاملی اکتشافی، روایی ملاکی، روایی همگرا و همسانی درونی) محاسبه شد. برای بررسی رابطه بین نمرات شایستگی دلسوزی با نمره کیفیت زندگی حرفه‌ای ضریب همبستگی پیرسون بکار رفت.

نتایج: روایی محتوایی با استفاده از دو ضریب نسبی روایی محتوا و شاخص روایی محتوا مطلوب گزارش شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار ۳ عاملی را استخراج کرد که روی هم‌رفته ۵۳/۶۰ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. عامل اول با بار عاملی ۵/۳۳، عامل دوم با بار عاملی ۲/۵۹ و عامل سوم با بار عاملی ۱/۳۲ به ترتیب ارتباط، حساسیت و بینش نام‌گذاری شد. ضرایب پایایی بازآزمایی برای عوامل سه‌گانه به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰، آلفای کرونباخ ۰/۸۱، ۰/۷۶ و ۰/۹۰ و پایایی ترکیبی ۰/۸۴، ۰/۷۸ و ۰/۹۳ به دست آمد. در بررسی همسانی درونی، همبستگی بین نمره کلی شایستگی دلسوزی با خرده مقیاس مذکور به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ بدست آمد ($P < 0/01$). همچنین روایی واگرا برای خرده مقیاس‌های سه‌گانه و نمره کل به ترتیب ۰/۵۶، ۰/۵۲، ۰/۷۶ و ۰/۵۸ محاسبه شد. به‌علاوه همبستگی بین نمره شایستگی دلسوزی با مؤلفه‌های فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه منفی و معنی‌دار و با رضایت از دلسوزی مثبت و معنی‌دار به دست آمد ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه ساختار سه عاملی به‌دست آمده پژوهش لی و سمثون (۲۰۱۶) را تأیید کرد و توصیه‌های کاربردی برای پرستاران و سازمان‌های مسئول برای استفاده از این مقیاس ارائه کرد.

کلیدواژه‌ها: دلسوزی، شایستگی دلسوزی

*Email: Ahigh1356@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است

نشریه علمی

روانشناسی
بالینی
و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۲، پیاپی ۳۳
پاییز و زمستان ۱۳۹۸
صص: ۱۶۷-۱۵۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۲

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

Vol. 17, No. 2, Serial 33

Autumn & Winter
2019 - 2020
pp.: 155-167

مقدمه

نقش پرستاران در طول درمان، فراتر از یک همدلی ساده با بیماران و ارائه کردن خدمات پرستاری به آنهاست [۱]. دلسوزی به معنای درک و شناخت مشکلات جسمی، روحی و عاطفی بیمار تحت مراقبت‌های پرستاری و نشان دادن عکس‌العمل‌های فعالانه به نیازهای او می‌باشد [۲]. دلسوزی معیاری کلیدی است که رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری ارائه‌شده را به دنبال دارد [۳]. محققان معتقدند که تعامل بین بیمار/مراجع و پزشک (پرستار) اساس موفقیت در درمان است، جایی که دلسوزی برای دیگران و یا مؤلفه‌های دلسوزی شامل -همدلی و گرم بودن- فاکتور اصلی ایجاد رابطه درمانی خوب پزشک-بیمار است [۴؛ ۵]. دلسوزی، پرستاران را قادر می‌سازد تا در کنار رابطه درمانی مناسبی که با بیماران برقرار می‌کنند، به آنها مراقبت‌های پرستاری باکیفیتی ارائه دهند [۶]. در سال‌های اخیر، علاقه به موضوع دلسوزی در مراقبت‌های پرستاری، افزایش یافته است [۷؛ ۸]. با این وجود هنوز هیچ توافق کلی و همه‌جانبه‌ای درباره مقیاس و روش اندازه‌گیری شایستگی دلسوزی در پرستاران به دست نیامده است [۹]. همچنین رفتارهای خاص پرستاران که باعث می‌شود بیماران آنها را به‌عنوان افرادی دلسوز بشناسند، به‌طور جامع مورد ارزیابی قرار نگرفته است [۱۰] و پژوهش‌های کمی درباره مهارت‌های موردنیاز پرستاران جهت ارائه مراقبت‌های دلسوزانه انجام‌شده است [۱۱].

شایستگی، توانایی فرد در انجام موفقیت‌آمیز نقش‌های محول شده به او در مفاهیم اجتماعی است [۱۱]. انجمن پرستاری انگلستان^۱ [۱۲] شایستگی را به‌عنوان مجموعه‌ای از دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های موردنیاز برای فعالیت ایمن و مؤثر بدون سوپروایزر مستقیم تعریف می‌کند. به همین شکل، شایستگی امری عادی و مستلزم استفاده عاقلانه از دانش نظری، مهارت‌های عملی، ارتباطات، استدلال‌های درمانی، احساسات، ارزش‌ها و تفکرات، در فعالیت‌های روزانه است [۱۳]. در همین راستا، پرستاران باید دارای شایستگی‌های مشخصی، متشکل از دانش‌ها، مهارت‌ها و ویژگی‌های موردنیاز باشند تا بتوانند با توجه به نیازهای بیماران مراقبت‌های پرستاری باکیفیتی ارائه دهند [۱۴].

علاقه به اندازه‌گیری میزان دلسوزی، در حال افزایش است و سؤالات فراوانی پیرامون اینکه آیا دلسوزی می‌تواند به افراد آموزش داده شود یا خیر، وجود دارد [۱۵]. مطالعات به بررسی این امر پرداخته‌اند که آیا مراقبت‌های دلسوزانه در محیط‌های درمانی، می‌تواند اندازه‌گیری شود یا خیر [۱۶]. بسیاری از مطالعات نیز بر دلسوزی در پرستاران متمرکز شده‌اند [۱۷؛ ۱۸؛ ۱۹]. هالدورسدوتیر^۲ [۲۰] دلسوزی مورد انتظار از پرستاران را به‌عنوان شایستگی دلسوزی در نظر می‌گیرد و نظریه‌ای ارائه می‌دهد که دربردارنده این مفهوم است. ابزاری اندازه‌گیری شایستگی دلسوزی بایستی بر دانش‌ها، مهارت‌ها و ویژگی‌های موردنیاز برای خدمات پرستاری استوار باشد. چنین ابزاری، ارزیابی دقیق شایستگی دلسوزی در پرستاران را میسر می‌کند که به‌نوبه خود به تلاش‌های آموزشی برای بهبود دلسوزی در پرستاران و همچنین ایجاد مراقبت‌های بهتر پرستاری کمک می‌کند [۲۱]. لی و سیمون^۳ [۲۱] از پژوهش‌های هالدورسدوتیر [۲۰] و پژوهش‌های قبلی استفاده کردند تا یک مدل ترکیبی ارائه دهند که به کمک آن، آنالیز مفهومی شایستگی دلسوزی پرستاران قابل انجام شود. این محققان در سال ۲۰۱۶ مقیاس شایستگی دلسوزی را در کره جنوبی طراحی و تدوین کردند که اندازه‌گیری شایستگی دلسوزی پرستاران در محیط‌های درمانی را میسر می‌سازد. این مقیاس، با استفاده از رویکردی با روایی و پایایی تأییدشده، میزان دلسوزی ارائه‌شده توسط پرستار به بیماران و خانواده‌هایشان را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس، بررسی تفاوت در میزان شایستگی دلسوزی بر اساس ویژگی‌های پرستاران را تسهیل می‌کند. لی و سیمون [۲۱] در طراحی و تدوین این مقیاس سه مرحله مرور ادبیات پژوهشی، کار میدانی و تحلیل محتوایی را دنبال کردند.

در مرحله اول ادبیات پژوهش مربوط به این حیطه از جمله نگرش‌های پرستاران نسبت به دلسوزی، روش‌های اندازه‌گیری و روابط بین مفاهیم مرتبط به‌طور کامل بررسی شد. بدین منظور واژه‌هایی مانند دلسوزی، شایستگی دلسوزی و مراقبت دلسوزانه در سایت‌های معتبر از جمله در سایت‌های معتبر از جمله گوگل اسکولار^۴، پاب مد^۵، مدلاین^۶، امباس^۷ و اوید^۸، پایان‌نامه‌های منتشرشده و کتاب‌ها در زمینه پرستاری، آموزش پرستاری، شغل و محیط‌های پرستاری مرور شد. این

¹ United Kingdom-based Nursing & Midwifery Council

² Halldorsdottir

³ Lee & Seomun

⁴ Google Schola

⁵ PubMed

⁶ Medline

⁷ Embase

⁸ Ovid

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری آن را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ که تعداد آن‌ها طبق آخرین آمار ۴۳۰۰ نفر بود، تشکیل داد. **ب) نمونه پژوهش:** تعداد نمونه این پژوهش با توجه به حجم جامعه ($N=4300$) و با استفاده از جدول کرجسی و مورگان^۱ [۲۳] ۴۰۰ نفر برآورد گردید. از مجموع ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۳۳۰ پرسشنامه واجد شرایط تحلیل تشخیص داده شد. به منظور انتخاب نمونه روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بکار رفت. بدین ترتیب که از بین بیمارستان‌های مشهد به‌طور تصادفی ۵ بیمارستان انتخاب شدند و سپس پرسشنامه پژوهش بر روی تمام پرستاران بیمارستان‌های منتخب اجرا شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و دارا بودن حداقل یک سال سابقه کار بالینی، به‌علاوه پرستار حتماً باید در یکی از بخش‌های بیمارستان نظیر اورژانس، بخش‌های جراحی، روان‌درمانی یا مرکز مراقبت‌های ویژه مشغول به ارائه خدمات باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت شرکت‌کنندگان در مطالعه بود، پرستاران پاره‌وقت نیز از مطالعه خارج شدند. جهت گردآوری اطلاعات در این مطالعه از دو مقیاس شایستگی دلسوزی [۲۱] و پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران [۲۴] استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

۱) مقیاس شایستگی دلسوزی: این مقیاس که توسط لی و سیمون [۲۱] تهیه شد یک ابزار خود گزارشی برای اندازه‌گیری میزان شایستگی دلسوزی از دید پرستاران است. این ابزار شامل ۱۷ سؤال با سه عامل می‌باشد. این سه عامل عبارت‌اند از: ارتباط (هشت آیتم، به‌عنوان مثال: من می‌دانم که ارتباط با بیماران چگونه آن‌ها را تشویق می‌کند)، حساسیت (پنج آیتم، به‌عنوان مثال: من از بروز تغییرات در وضعیت عاطفی بیماران کاملاً آگاه هستم) و بینش (چهار آیتم، به‌عنوان مثال: من به خاطر تجارب بالینی متنوعم، دید مثبتی نسبت به بیماران دارم). نمرات مربوط به هر کدام از سؤالات از ۱ "کاملاً مخالفم" تا ۵ "کاملاً موافقم" درجه‌بندی می‌شوند. نمره کلی پرسشنامه از میانگین نمرات تمام سؤالات به دست می‌آید. در پژوهش لی و سیمون [۲۱] در تعیین روایی آزمون، میزان همبستگی درونی برای کل آزمون در دامنه‌ای از ۰/۳۱ تا ۰/۶۵ به دست آمد. همچنین روایی هم‌زمان از طریق همبستگی با مقیاس شایستگی هیجانی

مرحله شامل مرور ادبیات منتشر شده از هنگام مطرح شدن واژه شایستگی دلسوزی در سال ۱۹۸۶ تا مطالعات منتشر شده در اکتبر ۲۰۱۳ بود. در مجموع ۲۳ مطالعه در این زمینه شناسایی شد و ۱۰ موضوع دانش حرفه‌ای، یادگیری مداوم، ارتباط، حساسیت، بینش، خودآگاهی، خودمدیریتی، احترام، همدلی و حفظ فاصله حرفه‌ای انتخاب شدند.

در حوزه کار میدانی نمونه موردنظر بر اساس معیارهای انتخابی از جمله کارکردن در بیمارستان‌های دانشگاهی یا بیمارستان‌های عمومی با بیش از ۳۰۰ تخت، درگیر کار مراقبت از بیماران و تمایل به گزارش دادن تجارب مرتبط با مراقبت از پرستاران بود. به‌علاوه در این مرحله از طریق مصاحبه‌های عمیق ۵۰ تا ۲۱۰ دقیقه‌ای با ۶ پرستار ارشد باتجربه ضمن توضیح اهداف مطالعه ۱۰ موضوع شناسایی شده در مرحله اول به‌طور کامل و مفصل بررسی شد.

در مرحله سوم تحلیل مقایسه‌ای انجام شد تا مشخص شود که محتوای شناسایی شده مرتبط با دلسوزی در مرحله اول تا چه حد با محتوای بررسی شده در مرحله کار میدانی همسو است و در نهایت ۸ موضوع در سه حیطه استخراج شد. حوزه اول دانش (دانش گسترده که از طریق آموزش و تجربه کسب می‌شود)، حوزه دوم مهارت (ارتباط هیجانی، حساسیت، بینش، و خودکنترلی) و حوزه سوم نگرش (نگرش مؤدبانه، همدلی و حفظ فاصله حرفه‌ای) بود.

تعریف و اندازه‌گیری شایستگی مشکل است، اگرچه پذیرفته شده است که شایستگی بالینی در حرفه پرستاری برای ارائه خدمات مراقبتی ایمن و مؤثر ضروری است. به‌علاوه تضمین مراقبت از بیماران به‌منظور اطمینان از شایستگی پرستاران در بیمارستان‌ها و سایر محیط‌های خدمات درمانی نگرانی عمده‌ای است و به‌شدت مورد توجه مدیران و نظام‌های خدمات سلامت است [۲۲] و پرداختن به شایستگی و تعیین نقش آن در تضمین خدمات مراقبتی ضروری است. از این ابزار تاکنون در ایران استفاده نشده است؛ لذا این پژوهش به‌منظور پاسخ‌گویی به این سؤال انجام می‌شود که ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس شایستگی دلسوزی [۲۱] در بین پرستاران ایرانی چگونه است؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی یک ابزار و روش گردآوری داده‌ها توصیفی-ارزیابی ابزار با رویکرد تحلیل عاملی اکتشافی بود.

^۱ Krejcie & Morgan

اقدامات زیر انجام شد. به‌منظور تهیه و آماده‌سازی پرسشنامه روی پرستاران ایرانی از ترجمه مضاعف استفاده شد. بدین منظور در ابتدا پرسشنامه توسط پژوهشگر به فارسی ترجمه شد و سپس نسخه ترجمه‌شده و نسخه اصلی در اختیار یک متخصص دکترای ادبیات زبان انگلیسی قرار گرفت. دو ترجمه پس از نشست مشترک و رفع چالش‌ها به فرم واحد تبدیل شد و سپس توسط یک نفر از متخصصان روان‌سنجی، یک دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی و دو نفر از اساتید گروه پرستاری مورد بازبینی قرار گرفت و ایرادهای احتمالی رفع شد. در مرحله بعد، نسخه ترجمه‌شده توسط همان متخصص دکترای ادبیات زبان انگلیسی مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. پس از مطابقت نسخه ترجمه‌شده و نسخه اصلی، اشکالات موجود رفع گردید. قبل از اجرای نهایی، به‌منظور گرفتن بازخورد از شرکت‌کننده‌ها درباره دستورالعمل پرسشنامه، درک محتوای سؤالات و رفع ایرادهای احتمالی در ماده‌ها، نسخه‌ی آماده‌شده در قالب یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۰ نفر از پرستاران که به‌صورت نمونه‌برداری در دسترس انتخاب‌شده بودند، اجرا شد و درنهایت نسخه نهایی جهت اجرا تهیه گردید.

شیوه تحلیل داده‌ها

ضریب پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ و روش باز آزمایی و روایی پرسشنامه از طریق روایی سازه (روایی محتوایی، روش تحلیل عاملی اکتشافی، روایی ملاکی و همسانی درونی) محاسبه شد. برای بررسی رابطه بین نمرات شایستگی دلسوزی با نمره کیفیت زندگی حرفه‌ای ضریب همبستگی پیرسون بکار رفت [۳۰]. به علاوه روایی همگرا و پایایی ترکیبی نیز تعیین شد [۳۱]. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از دو ضریب نسبی روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اس.پی.اس.اس. ۲۲ و پی.ال.اس. ۴۳ تحلیل شد.

نتایج

از مجموع ۴۰۰ پرسشنامه‌ای که بین پرستاران توزیع شد، بعد از بررسی و نمره‌گذاری پرسشنامه، آزمودنی‌هایی که به بیش از ۱۰ درصد سؤالات پاسخ نداده بودند حذف شدند و درنهایت تعداد ۳۳۰ پرسشنامه واجد ملاک‌های لازم برای تجزیه و تحلیل تشخیص داده شدند. از این تعداد ۱۸۲ نفر (۵۵/۱۵ درصد) زن و ۱۴۸ نفر (۴۴/۸۵ درصد) مرد هستند.

[۲۵] و مقیاس دلسوزی عاشقانه [۲۶] بین ۰/۲۹ تا ۰/۶۸ به دست آمد. به‌علاوه پایایی با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ، برای کل آزمون ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های ارتباط ۰/۸۸، حساسیت، ۷۷ و بینش ۰/۷۳ و پایایی باز آزمایی ۰/۸۰ برآورد شد.

۲) پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای: پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای یک پرسشنامه ۳۰ سؤالی خود گزارش دهی است که توسط استام^۱ [۲۴] طراحی و ساخته شد. آیت‌ها بر روی یک مقیاس ۵ درجه لیکرت درجه‌بندی می‌شوند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی شامل فرسودگی، رضایت از دلسوزی و استرس تروماتیک ثانویه را به دست داد. نمرات بالاتر در هر خرده مقیاس نشان‌دهنده علائم بیشتر است. باین حال نمرات خرده مقیاس‌ها را نمی‌توان برای تعیین نمره کلی پرسشنامه جمع بست. آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های فرسودگی، رضایت از دلسوزی و استرس تروماتیک ثانویه به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ گزارش شد. در مطالعه کیم، هان و کیم^۲ [۲۷] آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های ذکرشده به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ برآورد شد. استام (۲۴) گزارش کرد که روایی سازه این پرسشنامه در بیش از ۲۰۰ مطالعه تأییدشده است. در مطالعه استام (۲۴) برای تعیین روایی پرسشنامه از همسانی درونی (همبستگی درون مقیاسی) استفاده شد. همبستگی درون مقیاسی رضایت از دلسوزی با خرده مقیاس‌های فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه به ترتیب ۰/۲۳- و ۰/۱۵- گزارش شد. به‌علاوه همبستگی خرده مقیاس فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه ۰/۴۶- برآورد شد. این پرسشنامه توسط مختاری، آهی و شریف‌زاده [۲۸] مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش این محققان برای تعیین روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی و برای تعیین پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل را استخراج کرد که در مجموع ۴۴/۴۲ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. میزان آلفای کرونباخ برای به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ برآورد شد.

شیوه انجام پژوهش

دستورالعمل‌های موجود برای انطباق بین فرهنگی ابزارها، معمولاً فرایندی چندمرحله‌ای شامل ترجمه، بازترجمه و اطمینان‌یابی از هم ارزی مفهومی مقیاس‌ها را پیشنهاد می‌کنند [۲۹]. در آماده‌سازی نسخه فارسی

¹ Stamm

² Kim, Han & Kim

³ Statistical package for social science (SPSS-22)

⁴ Partial Least Squares (PLS.3)

درصد) بالای ۴۰ سال سن دارند. در ابتدا روایی محتوایی با استفاده از دو ضریب نسبی روایی محتوا^۱ و شاخص روایی محتوا^۲ محاسبه شد. شاخص های روایی محتوایی با استفاده از فرمول های زیر محاسبه شد:

دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۱ تا ۵۲ سال با میانگین سنی $5/83 \pm 31/23$ بود. از مجموع ۳۳۰ نفر آزمودنی ۲۰ نفر (۶/۰۶ درصد) زیر ۲۵ سال، ۹۴ نفر (۲۸/۴۹ درصد) بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۱۲۵ نفر (۳۷/۸۸ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۶۲ نفر (۱۸/۷۸ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۲۹ نفر (۸/۷۹ درصد) بالای ۴۰ سال بودند.

تعداد کل متخصصین

_____ - تعداد متخصصینی که گزینه ضروری را انتخاب کرده اند

۲

_____ = ضریب نسبی روایی محتوا

تعداد کل متخصصین

۲

تعداد متخصصینی که به گویه نمره ۳ و ۴ داده اند

_____ = شاخص روایی محتوا

تعداد کل متخصصین

جدول ۱. شاخص های روایی محتوایی

آیتم	ضریب نسبی روایی محتوا	شاخص روایی محتوا	آیتم	ضریب نسبی روایی محتوا	شاخص روایی محتوا
اول	۰/۶۷	۰/۸۳	دهم	۱/۰۰	۱/۰۰
دوم	۰/۸۳	۰/۹۲	یازدهم	۰/۶۷	۰/۸۳
سوم	۰/۸۳	۰/۸۳	دوازدهم	۰/۶۷	۰/۹۲
چهارم	۰/۶۷	۰/۸۳	سیزدهم	۰/۶۷	۰/۹۲
پنجم	۰/۶۷	۰/۹۲	چهاردهم	۱/۰۰	۱/۰۰
ششم	۰/۶۷	۰/۹۲	پانزدهم	۱/۰۰	۰/۹۲
هفتم	۰/۶۷	۰/۸۳	شانزدهم	۱/۰۰	۱/۰۰
هشتم	۰/۸۳	۱/۰۰	هفدهم	۰/۸۳	۱/۰۰
نهم	۰/۶۷	۰/۹۲			

روی داده‌ها انجام شد. بر اساس اطلاعات جدول ۲ مقدار شاخص کیسر-الکین در نمونه موردبررسی (۰/۸۲) می‌باشد. طبق نظر کیسر و سرنی^۴ وقتی مقدار شاخص کیسر-الکین بزرگ‌تر از ۰/۶ باشد، به راحتی می‌توان تحلیل عاملی انجام داد و هر چه این مقدار بزرگ‌تر باشد نمونه مناسب‌تر است. با توجه به مقدار عددی شاخص کیسر-الکین (۰/۸۲) می‌توان گفت که نمونه جهت انجام تحلیل عاملی مناسب می‌باشد. همچنین آزمون بارتلت نشان داد که ماتریس همبستگی دارای اطلاعات معنی‌دار می‌باشد و شرایط لازم جهت تحلیل

آنگونه که در جدول ۱ مشخص است شاخص های روایی تایید کننده روایی محتوایی آیتم های پرسشنامه است. میزان مطلوب ضریب نسبی روایی محتوا در این پژوهش (با ۱۲ پرستار متخصص) ۰/۶۲ و شاخص روایی محتوا ۰/۷۹ در نظر گرفته شد.

جهت پاسخگویی به این سؤال، پاسخ‌های افراد موردبررسی به ۱۷ آیتم پرسشنامه مورد تحلیل عاملی قرار گرفت. ابتدا جهت بررسی مناسبت و کفایت نمونه جهت انجام تحلیل عاملی آزمون کرویت بارتلت و شاخص کیسر-الکین^۳ بر

¹ Content validity ratio (CVR)

² Content validity index (CVI)

³ Kaiser – Olkin Measure (KOM)

⁴ Kaiser & Cerney

عاملی وجود دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون کروییت بارتلت و شاخص کیسر-الکین جهت تعیین کفایت و مناسبت داده‌ها جهت تحلیل عاملی

Kaiser – Olkin Measure of sampling adeqency	۰/۸۲
Bartlett's Test of Approx. Chi – squire Sphericity	۲۴۲۱/۹۶
df	۱۳۶
sig	۰/۰۰۰

شایستگی دلسوزی را انجام شد. با توجه به جدول ۳، ۴ عامل با مقادیر ارزش‌های بالاتر از یک مشخص شد که در مجموع ۶۰/۸۲ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین کردند.

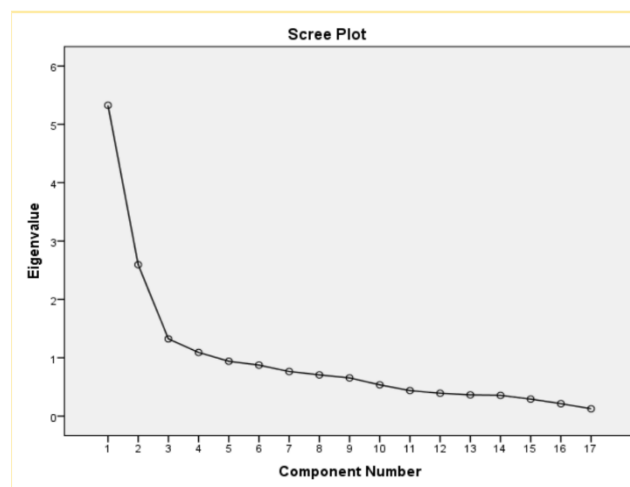
با توجه به اینکه نتایج آزمون بارتلت مناسبت نمونه را جهت تحلیل عاملی تأیید نمود، تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس بر روی داده‌های حاصل از پاسخ‌های نمونه موردبررسی (۳۳۰ نفر) به ۱۷ آیتم مقیاس

جدول ۳. استخراج مجموعه عوامل اولیه

مؤلفه	مقادیر ویژه ماتریس همبستگی			مجموع بارهای چرخش داده نشده			مجموع بارهای چرخش داده شده		
	کل	درصد واریانس	واریانس تراکمی	کل	درصد واریانس	واریانس تراکمی	کل	درصد واریانس	واریانس تراکمی
۱	۵/۳۲۷	۳۱/۳۳۷	۳۱/۳۳۷	۵/۳۲۷	۳۱/۳۳۷	۳۱/۳۳۷	۳/۳۹۰	۱۹/۹۴۲	۱۹/۹۴۲
۲	۲/۵۹۵	۱۵/۲۶۷	۴۶/۶۰۴	۲/۵۹۵	۱۵/۲۶۷	۴۶/۶۰۴	۳/۱۵۶	۱۸/۵۶۳	۳۸/۵۰۵
۳	۱/۳۲۵	۷/۷۹۱	۵۴/۳۹۵	۱/۳۲۵	۷/۷۹۱	۵۴/۳۹۵	۲/۶۵۶	۱۵/۰۹۱	۵۲/۵۹۶
۴	۱/۰۹۲	۶/۴۲۱	۶۰/۸۱۶	۱/۰۹۲	۶/۴۲۱	۶۰/۸۱۶	۱/۲۲۷	۷/۲۲۱	۶۰/۸۱۶
۵	۰/۹۴۰	۵/۵۳۰	۶۶/۳۴۷						
۶	۰/۸۷۵	۵/۱۴۷	۷۱/۴۹۴						
۷	۰/۷۶۵	۴/۵۰۱	۷۵/۹۹۵						
۸	۰/۷۰۷	۴/۱۵۷	۸۰/۱۵۲						
۹	۰/۶۵۶	۳/۸۵۸	۸۴/۰۰۹						
۱۰	۰/۵۳۷	۳/۱۵۶	۸۷/۱۶۶						
۱۱	۰/۴۳۸	۲/۵۷۸	۸۹/۷۴۳						
۱۲	۰/۳۹۲	۲/۳۰۷	۹۲/۰۵۰						
۱۳	۰/۳۶۴	۲/۱۴۳	۹۴/۱۹۳						
۱۴	۰/۳۵۶	۲/۰۹۲	۹۶/۲۸۵						
۱۵	۰/۲۹۲	۱/۷۱۸	۹۸/۰۰۳						
۱۶	۰/۲۱۳	۱/۲۵۵	۹۹/۲۵۸						
۱۷	۰/۱۲۶	۰/۷۴۲	۱۰۰/۰۰۰						

مدنظر قرار گرفت. این سه عامل روی هم‌رفته ۵۳/۶۰ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند.

با مراجعه به نمودار اسکری ۱ و همچنین ساختار عاملی استخراجی در پرسشنامه اصلی لی و سیمون (۲۱) ۳ عامل



نمودار ۱. اسکری

جدول ۴. عوامل چرخش یافته

آیتم‌ها	ساختار عاملی پژوهش حاضر			ساختار عاملی پژوهش لی و سیمون		
	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم
آیتم اول	۰/۶۷۶			۰/۷۸۳		
آیتم دوم	۰/۶۶۹			۰/۷۷۹		
آیتم سوم	۰/۶۸۳			۰/۷۷۱		
آیتم چهارم	۰/۶۳۵			۰/۶۲۰		
آیتم پنجم	حذف شد			۰/۵۷۱		
آیتم ششم	۰/۶۵۰			۰/۴۵۲		
آیتم هفتم	۰/۶۱۹			۰/۳۶۰		
آیتم هشتم	۰/۶۱۶			۰/۳۳۴		
آیتم نهم		۰/۵۹۰		۰/۷۱۹		
آیتم دهم		۰/۸۲۷		۰/۶۰۲		
آیتم یازدهم	۰/۴۱۷	۰/۴۷۸		۰/۵۰۶		
آیتم دوازدهم		۰/۶۹۳		۰/۴۷۵		
آیتم سیزدهم		۰/۶۳۳		۰/۳۵۱	۰/۳۰۰	
آیتم چهاردهم			۰/۸۱۸		۰/۶۱۶	
آیتم پانزدهم			۰/۹۱۱		۰/۵۹۱	
آیتم شانزدهم			۰/۹۰۸		۰/۴۰۴	
آیتم هفدهم			۰/۸۴۲		۰/۳۱۰	

مقیاس‌های پرسشنامه در جدول ۵ ارائه شده است. ضرایب پایایی به شیوه باز آزمایی به فاصله یک ماه و بر روی یک نمونه ۲۵ نفری از جامعه هدف برای عامل اول (ارتباط) $\alpha = 0.74$ ، برای عامل دوم (حساسیت) $\alpha = 0.69$ و عامل سوم (بینش) $\alpha = 0.80$ برآورد شد. همچنین میزان آلفای کرونباخ برای عامل اول با ۷ آیتم برابر با $\alpha = 0.81$ ، عامل دوم با ۵ آیتم $\alpha = 0.76$ و برای عامل سوم با ۴ آیتم برابر با $\alpha = 0.90$ محاسبه شد. ضرایب همسانی درونی در دامنه 0.76 تا 0.90 نشان‌دهنده همسانی درونی بالای مقیاس شایستگی دلسوزی است. همچنین پایایی مرکب و روایی واگرای پرسشنامه محاسبه شد. محققان [۳۱] معتقدند مقدار میانگین واریانس استخراج شده^۱ بالای 0.50 روایی همگرای قابل قبول را نشان می‌دهد، همچنین مقدار پایایی ترکیبی^۲ بالاتر از 0.7 نشانگر پایایی قابل قبول است. با توجه به شاخص‌های ارائه شده در جدول ۵ می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه از روایی واگرا و پایایی ترکیبی لازم برخوردار است.

جدول ۵. نتایج ضریب آلفای کرونباخ عوامل به‌دست‌آمده

عامل	مطالعه حاضر		مطالعه حاضر		مطالعه لی و سیمون
	تعداد مؤلفه	باز آزمایی	آلفای کرونباخ	روایی واگرا	
ارتباط	۷	۰/۷۱	۰/۸۱	۰/۵۶	آلفای کرونباخ
حساسیت	۵	۰/۶۹	۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۸۸
بینش	۴	۰/۷۹	۰/۹۰	۰/۷۶	۰/۷۷
کل پرسشنامه	۱۶	۰/۷۸	۰/۸۵	۰/۵۸	۰/۷۳

¹ Average variance extracted (AVE)

² Composit reliability (CR)

تحلیل عوامل داده‌ها پس از ۵ چرخش (از نوع واریماکس) به بهترین ساختار عاملی رسید.

طبق نتایج جدول ۴:

عامل اول با ارزش عاملی برابر با $Eig = 5/327$ و ۷ آیتم ۳۳/۳۴ درصد از واریانس را تبیین کرد (سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸).

عامل دوم با ارزش عاملی برابر با $Eig = 2/595$ و ۵ آیتم ۱۵/۲۷ درصد از واریانس را تبیین کرد (سؤال‌های ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳).

عامل سوم با ارزش عاملی برابر با $Eig = 1/325$ و ۴ آیتم ۷/۷۹ درصد از واریانس را تبیین کرد (سؤال‌های ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷).

سؤال ۵ روی عامل چهار بارگذاری و بنابراین حذف شد. سؤال ۸ نیز روی عامل اول و چهارم بارگذاری شد و به عامل با بار بزرگتر (عامل اول) اختصاص یافت.

نام‌گذاری عوامل به‌دست آمده

نام‌گذاری عوامل به‌دست‌آمده با توجه به محتوای سؤالات هر عامل صورت و مراجعه به عوامل پرسشنامه اصلی در پژوهش لی و سیمون [۲۱] انجام گرفت. عامل اول به‌دست‌آمده دقیقاً شبیه عامل اول به‌دست‌آمده در مطالعه لی و سیمون [۲۱] بود، با این تفاوت که در پژوهش حاضر سؤال ۶ حذف شد. با توجه به محتوای سؤالات این عامل "ارتباط" نام‌گذاری شد. عامل دوم این پژوهش دقیقه شبیه عامل دوم مطالعه لی و سیمون [۲۱] بود و "حساسیت" نام‌گذاری شد. با این تفاوت که سؤال ۱۱ روی عامل اول نیز بار داشت. عامل سوم این پژوهش نیز دقیقه شبیه عامل سوم مطالعه لی و سیمون [۲۱] بود و "بینش" نام‌گذاری شد.

به‌منظور برآورد پایایی آزمون از روش باز آزمایی، آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی استفاده شده است. ضرایب پایایی به شیوه باز آزمایی و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده

از روایی به شیوه همسانی درونی خرده مقیاس‌ها است. به‌علاوه همبستگی بالای خرده مقیاس‌ها با نمره کلی آزمون تأییدی دیگر بر این فرض است.

بحث و نتیجه‌گیری

برای تعیین ساختار عاملی مقیاس شایستگی دلسوزی مورد تجزیه و تحلیل عاملی اکتشافی قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی سؤالات پرسشنامه وجود ۴ عامل را نشان داد که روی هم‌رفته ۶۰/۸۲ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کردند. با توجه به نمودار اسکرین و ساختار عاملی پژوهش لی و سیمون [۲۱] ساختار ۳ عاملی در نظر گرفته شد. این سه عامل روی هم‌رفته ۵۳/۶۰ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کند. در پژوهش لی و سیمون [۲۱] نیز سه عامل کشف شد که به ترتیب ۱۹/۹۴۲، ۱۸/۵۶۳ و ۱۵/۰۱۹ از واریانس را تبیین می‌کرد. این سه عامل روی هم‌رفته ۵۳/۶۰ از واریانس کل را تبیین می‌کرد. عامل اول ارتباط نام گرفت. استخراج این عامل با یافته پژوهش لی و سیمون [۲۱] همسو می‌باشد، ارتباط یا رابطه بیانگر ابراز مهربانی و دلسوزی نسبت به بیماران و خانواده‌های آن‌هاست. مؤلفه‌های فرعی این عامل عبارت‌اند از ارتباط عاطفی و دانش به‌دست‌آمده از طریق آموزش و تجربه [مشارکت مداوم در آموزش به‌منظور توسعه روابط بین فردی تخصصی]. توانایی برای ترکیب مؤثر مهارت‌های شناختی، عاطفی و روان حرکتی، قابلیت‌های عملی پرستاران را هنگام نیاز به خدمات مراقبتی افزایش می‌دهد [۳۲] به پرستاران یک احساس خودکفایی می‌دهد و این احساس خودکفایی پرستاران را در کمک به بیماران خلاق‌تر می‌سازد و می‌تواند تصمیم‌های کارآمدتر بگیرند [۳۳]. علاوه بر این عامل رابطه نیاز به حفظ فاصله حرفه‌ای با بیماران و خانواده‌های آنان دارد تا پرستاران بتوانند دلگرمی و حمایت عاطفی موردنیاز بیماران را برای آنان فراهم کنند.

دیوار و نولان^۱ [۶] در بررسی مراقبت‌های دلسوزانه بیمار محور و با تکیه بر رابطه میان بیماران و پرستاران بیان کردند که مکالمات محبت‌آمیز و قدرشناسانه میان بیماران و پرستاران، مراقبت‌های دلسوزانه از بیماران را تسریع می‌کند و کیفیت این مراقبت‌ها را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، آن‌ها گزارش نمودند که وجود این‌گونه مکالمات، رابطه میان بیمار و پرستار را به رابطه‌ای درمانی تبدیل می‌کند؛ بنابراین پرستاران می‌توانند با توجه نشان دادن به این مسئله که این بیماران چه کسانی هستند، چه چیزی برای آن‌ها اهمیت دارد و چه احساسی درباره تجربیاتشان دارند، رابطه‌ای دلسوزانه با

جهت تعیین روایی پرسشنامه از روایی سازه (بررسی ساختار عاملی، روایی ملاکی و همسانی درونی) استفاده شد. آن‌گونه که در بالا اشاره شد نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ساختار سه عاملی را مشخص کرد که روی هم‌رفته ۵۳/۶۰ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین کردند. این عوامل با توجه به محتوای سؤالات نام‌گذاری شدند. روایی ملاکی پرسشنامه از طریق همبستگی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی حرفه‌ای موردبررسی قرار گرفت (جدول ۶).

جدول ۶. ماتریس همبستگی بین نمره شایستگی دلسوزی و مؤلفه‌های کیفیت

زندگی حرفه‌ای

عامل	شایستگی دلسوزی
فرسودگی	-۰/۳۶**
استرس تروماتیک ثانویه	-۰/۲۴**
رضایت از دلسوزی	۰/۳۷**

آن‌گونه که در جدول ۶ مشخص است همبستگی بین نمره شایستگی دلسوزی با مؤلفه‌های فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه منفی و با رضایت از دلسوزی مثبت است. همبستگی‌ها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار است ($p < ۰/۰۱$).

همچنین برای تعیین روایی پرسشنامه از طریق همسانی درونی آزمون (محاسبه همبستگی بین نمرات خرده مقیاس‌ها با نمره کل آزمون، جدول ۷) موردبررسی قرار گرفت. به لحاظ نظری نمرات خرده مقیاس‌ها باید با نمره کل آزمون همبستگی زیادی داشته باشند زیرا فرض بر این است که همه آن‌ها روی هم حوزه رفتاری واحدی را می‌سنجند. به‌علاوه خرده مقیاس‌ها نباید باهم همبستگی بالایی داشته باشند زیرا در چنین حالتی فرض می‌شود که همه آن‌ها یک‌چیز را اندازه‌گیری می‌کنند و لذا تکراری هستند [۲۹].

جدول ۷. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

عامل	نمره کلی آزمون	ارتباط	حساسیت	بینش
نمره کلی آزمون	۱			
ارتباط	۰/۷۶**	۱		
حساسیت	۰/۷۷**	۰/۴۵**	۱	
بینش	۰/۸۱**	۰/۲۴**	۰/۲۶**	۱

آن‌گونه که در جدول ۷ مشخص است: بین عامل اول، دوم و سوم همبستگی مثبت و معنی‌دار ولی پایین دارد. درحالی‌که همبستگی بین نمره کلی آزمون و عامل اول، دوم و سوم بسیار بالا است و این همبستگی‌ها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌داری قرار گرفت. آن‌گونه که مشخص است همبستگی‌های پایین محاسبه‌شده بین خرده مقیاس‌ها حاکی

^۱ Dewar & Nolan

آن‌ها برقرار کنند.

عامل دوم حساسیت نام گرفت. حساسیت بیانگر تشخیص عواطف بیماران (از طریق مشاهده دقیق) و واکنش نشان دادن به تغییرات ایجادشده در وضعیت آنان است. رافائل^۱ [۳۴] بیان نمود که تسلی دادن به بیمار نیازمند داشتن حساسیت دلسوزانه نسبت به مشکلات و عواطف بیمار است. علاوه بر این، هالدورسدوتیر [۲۰] بیان نمود که به‌عنوان بخشی از شایستگی دلسوزی، پرستاران نبایستی به بیماران و خانواده‌هایشان فقط توجه کنند، بلکه بایستی در گوش دادن و واکنش نشان داده به صحبت‌های آنان نیز فعال باشند. رفتارهای پیشنهادشده در این زمینه عبارت‌اند از خوش‌برخورد و مهربان بودن با بیمار و خانواده‌اش، گذراندن زمان با بیماران و صادقانه نگران بیمار بودن. پرستاران برای بهبود مهارت‌های مرتبط با حساسیت در خود، بایستی توانایی توجه کامل داشتن به بیمار و مراقبت از او را در خود توسعه دهند. همچنین برآوردن بدون معطلی نیاز بیماران، گوش دادن فعالانه به آن‌ها و ایجاد طرحی احتمالی برای مقابله با مشکلاتی که ممکن است بیماران در آینده با آن روبرو شوند، نیز در این زمینه ضروری است.

عامل سوم هم بینش نامیده شد. در پژوهش لی و سیمون [۲۱] نیز این بعد به‌عنوان عامل سوم کشف گردید. بینش به توانایی در درک کامل بیمار و پی بردن همه‌جانبه به نیازها و شرایط او، بر اساس دانش حرفه‌ای اشاره دارد. این آگاهی عمیق از نیازهای بیمار، بر همدلی که خود با میل صادقانه و دلسوزانه برای کمک به دیگران در تسکین دردهایشان رابطه دارد، مبتنی است [۳۵]. مؤلفه‌های فرعی بینش عبارت‌اند از رویکرد احترام‌آمیز در حین رسیدگی به نیازهای بیماران و خودکنترلی جهت مدیریت عواطف خود پرستاران در حین مراقبت از بیماران. یانگ^۲ [۳۶] گزارش نمود که ویژگی‌هایی نظیر درک بیماران و پی بردن به نیازهای آن‌ها از شایستگی پرستاری ناشی می‌شوند. به‌هرحال، پرستاران به‌منظور فراهم آوردن مراقبت‌های دلسوزانه، بایستی از بینش کافی در تشخیص عواطف بیان‌نشده و تغییرات ایجادشده در وضعیت بیماران و واکنش نشان دادن به این تغییرات و عواطف برخوردار باشند. بارنل^۳ [۳۷] بیان نمودند که پرستاران بایستی با ارج نهادن به این مسئله که بیماران نیز انسان‌اند، عمیقاً به آن‌ها احترام بگذارند و خدمات و مراقبت‌های درمانی سفارشی‌سازی شده در اختیار آن‌ها قرار دهند. لاون، روزن و

مارتیللا^۴ [۳۸] گزارش کردند که بیماران مراقبت‌هایی را دلسوزانه می‌دانند که در آن رفتار توأم با احترامی با بیماران می‌شود، اطلاعات بیماران برای به دست آوردن شناخت بهتر وضعیت آن‌ها جمع‌آوری می‌گردد و بیماران در فرایند درمان و برنامه‌هایی مراقبتی، مشارکت داده می‌شوند. این کار نیازمند بینشی است که از دانش حرفه‌ای، تجربیات بالینی مختلف، تحصیلات و آموزش شغلی به دست می‌آید. برای، ابرین، کیرتون، زابارو و کریستنسن^۵ [۳۹] یک برنامه آموزش شغلی برای پرستاران ارائه نمودند که شامل محتوایی دستوری برای افزایش بینش پرستاران بوده و درک عمیق وضعیت بیماران را برای آن‌ها میسر می‌سازد.

ضرایب پایایی با روش باز آزمایشی و روش آلفای کرونباخ برای محاسبه پایایی مقیاس شایستگی دلسوزی استفاده شد. باثبات‌ترین خرده مقیاس بینش (۰/۹۰) بود و کمترین ضریب برای خرده مقیاس حساسیت (۰/۷۶) به دست آمد؛ به عبارتی دامنه مقادیر ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ بود. در همین راستا در پژوهش لی و سیمون [۲۱] با توجه به میزان همبستگی درونی و با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ، برای کل آزمون ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های ارتباط ۰/۸۸، حساسیت، ۷۷ و بینش ۰/۷۳ به دست آمد.

برای بررسی روایی مقیاس علاوه بر تحلیل عاملی اکتشافی همسانی درونی آزمون و روایی ملاکی نیز موردبررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش در این زمینه نشان داد که همبستگی بین نمره شایستگی دلسوزی با مؤلفه‌های فرسودگی و استرس تروماتیک ثانویه و با رضایت از دلسوزی مثبت است. همچنین مشخص شد که نمرات خرده مقیاس‌ها با نمره کل آزمون همبستگی زیادی داشتند. در پژوهش لی و سیمون [۲۱] در تعیین روایی آزمون میزان همبستگی درونی برای کل آزمون در دامنه ۰/۳۱ تا ۰/۶۵ به دست آمد. همچنین در پژوهش لی و سیمون [۲۱] روایی هم‌زمان مقیاس با مقیاس شایستگی عاطفی، مقیاس عشق شایسته و چک‌لیست پاسخ‌دهی بین فردی محاسبه شد که دامنه از ۰/۲۹ تا ۰/۶۸ به دست آمد. مطالعات مربوط به نقش فاکتورهای مرتبط با عملکرد و شایستگی در حرفه پرستاری بر ویژگی‌های مرتبط با کار از جمله استرس شغلی، رضایت شغلی و ویژگی‌های جمعیت شناختی متمرکز شده‌اند [۴۰]؛ [۴۱]. سایر مطالعات مربوط به این حیطه ارتباط شایستگی پرستاران را با متغیرهایی مانند استرس شغلی و رضایت شغلی

¹ Raphael

² Jang

³ Burnell

⁴ Lown, Rosen & Marttila

⁵ Bray, O'Brien, Kirton, Zubairu & Christiansen

- 3- Hill, R. (2010). Compassion, quality and standards of care. *Nurse Prescribing*, 8, pp. 100-101.
- 4- Elliott, R., Bohart, AC., Watson, J.C., Greenberg, LS. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1): pp. 43-49.
- 5- Bennett-Levy, J. (2005). Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, pp. 57-78.
- 6- Dewar, B., Nolan, M. (2013). Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *Int J Nurs Stud*, 50(9): pp.1247-1258.
- 7- Bramley, L. (2014). 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*, 23(19-20): pp. 2790-2799.
- 8- Department of Health and NHS Commissioning Board. (2012). Compassion in practice: Nursing midwifery and care staff: Our vision and strategy. London, UK.
- 9- Youngson, R. (2011). Compassion in healthcare—the missing dimension of healthcare reform. In I. Renzenbrink (Ed.), *Caregiver stress and staff support in illness, dying, and bereavement* (pp. 49-61). New York, NY: Oxford University Press.
- 10- Von Dietze E, Orb A. (2000). Compassionate care: A moral dimension of nursing. *Nursing Inquiry*, 7, pp. 166-174.
- 11- Rychen, D.S., Salganik, LE. (2001). Defining and selecting key competencies. Ashland, OH: Hogrefe & Huber.
- 12- The United Kingdom-based Nursing & Midwifery Council. (2010). Standards for pre-registration nursing education. Retrieved from <http://standards.nmc-uk.org> /Published Documents/Standards.
- 13- Epstein, RM., Hundert, EM. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 9(2): pp.226-235.
- 14- Scott Tilley, DD. (2008). Competency in nursing: A concept analysis. *J Contin Educ Nurs*, 39(2):58-64.
- 15- Martins, D., Nicholas, NA., Shaheen, M., Jones, L., Norris, K. (2013). The development and evaluation of a compassion scale. *J Health Care Poor Underserved*, 24(3): pp.1235-1246

[۴۲، ۴۳]، هوش هیجانی [۴۴]، خودکار آمدی و حرمت خود [۴۵، ۴۶]، نیازهای انگیزشی [۴۷]، فعالیت تأملی [۴۸] گزارش کرده‌اند.

با این حال این پژوهش دارای محدودیت‌هایی از جمله عدم همکاری سازمان‌های مسئول جهت ارائه آمار دقیق پرستاران تحت پوشش است. محدودیت دیگر استفاده از پرسشنامه‌های مداد کاغذی بود، در این‌گونه موارد امکان کج‌فهمی سؤالات و محتوای آن‌ها و سوگیری در پاسخ دادن به آزمون‌ها وجود دارد. پیشنهاد می‌شود برای تأیید اعتبار محتوایی این مقیاس، تأیید دوباره با کمک کارشناسان حوزه شایستگی و بیمارانی که مراقبت‌های دلسوزانه را در شرایط درمانی دریافت کرده‌اند انجام شود. در این پژوهش ویژگی‌ها و ابعاد شایستگی دلسوزی شناسایی شدند. با این وجود، در پژوهش‌های آتی بایستی برنامه‌های آموزشی و مداخلات پرستاری لازم برای افزایش شایستگی دلسوزی در پرستاران توسعه یابند. دلسوزی به‌عنوان یک شایستگی جدید در شغل پرستاری هم برافزایش رضایت بیماران و هم بر بهبود خدمات پرستاری تأثیر می‌گذارد، بنابراین، پیشنهاد می‌شود تلاش‌های منسجمی برای افزایش شایستگی دلسوزی در پرستاران انجام شود. یافته‌هایی این پژوهش می‌توانند به‌عنوان منبع اولیه برای ارزیابی و آموزش نیروی انسانی شاغل در بخش پرستاری به‌کاربرده شوند. بدان معنا که شایستگی دلسوزی پرستاران نسبت به بیماران می‌تواند تقویت شود و با استفاده از مقیاس شایستگی دلسوزی ارائه‌شده در این پژوهش اندازه‌گیری گردد؛ بنابراین این مقیاس می‌تواند به‌عنوان نقطه‌ی شروع برای ارائه آموزش‌های لازم جهت افزایش شایستگی دلسوزی به‌کاربرده شود.

سپاسگزاری

از کلیه مسؤولان و دست‌اندرکاران بیمارستان‌های شهر مشهد و تمامی پرستاران شرکت‌کننده که نهایت همکاری را برای اجرای این طرح داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم. در پایان لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند می‌باشد. همچنین قدردان زحمات این مسؤولان دانشگاه آزاد واحد بیرجند و به‌طور خاص معاونت پژوهشی این واحد هستیم.

منابع

- 1- Schantz, ML. (2007). Compassion: a concept analysis. *Nursing forum*, 42(2):pp. 48-55.
- 2- Dewar, B. (2013). Christley Y. A critical analysis of Compassion in Practice. *Nursing Standard*, 28 (10): pp. 46-50

- ۲۹- مسگریان، فاطمه، آزاد فلاح، پرویز، فراهانی، حجت الله، قربانی، نیما. (۱۳۹۶). ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس روابط موضوعی بل. دوفصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۵(۲): ۱۹۳-۲۰۴.
- ۳۰- سیف، علی اکبر. (۱۳۹۲). اندازه گیری آموزشی، سنجش و ارزشیابی. چاپ سوم. نشر دوران.
- ۳۱- داوری، علی، رضازاده، آرش. (۱۳۹۵). مدل سازی معادلات ساختاری با نرم افزار PLS. سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی.
- 32- Wu, S.Y., Li, H.Y., Tian, J., Zhu, W., Li, J. (2011). Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Indust Health*. 49(2):pp.158-65
- 33- Hajbaghery, M.A., Salsali, M, Ahmadi, F. (2004). The factors facilitating effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs*. 3(1): pp.20-25.
- 34- Raphael, B. (1981). Personal disaster. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 15, pp.183-198.
- 35- Ricard, M., Lutz, A., Davidson, RJ. (2014). Mind of the meditator. *Sci Am*. 311(5): pp.38-45
- 36- Jang, K. (2000). A study on the establishment of a clinical career development model of nurses. (Doctoral dissertation) Seoul, Republic of Korea: Yonsei University.
- 37- Burnell, L. (2009). Compassionate care a concept analysis. *Home Health Care Management and Practice*. 21 (5): pp. 319-324.
- 38- Lown, B.A., Rosen, J., Marttila, J. (2001). An agenda for improving compassionate care: A survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Aff*. 30(9): pp.1772-1778.
- 39- Bray, L., O'Brien, MR., Kirton, J., Zubairu, K., Christiansen, A. (2014). The role of professional education in developing compassionate practitioners: A mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registration students. *Nurse Educ Today*. 34(3): pp.480-6
- 40- Sung, M.H., Eum, OB. (2009). Relationships between critical thinking disposition, professional nursing competence and job satisfaction in clinical nurses. *J Korean Acad Nurs Adm*. 15(1): pp.26-36.
- 41- Park, KN., Park, MK. (2008). A study on nurses' self-leadership, organizational commitment and the nursing performance. *J Korean Acad Nurs Adm*. 14 (1): pp. 63-71.
16. Lown, B.A., Muncer, S.J., Chadwick, R. (2015). Can compassionate healthcare be measured? The Schwartz Center Compassionate Care Scale TM. *Patient Educ Couns*. 98(8):pp.1005-1010.
- 17- Burnell, L., Agan, DL. (2013). Compassionate care: can it be defined and measured? The development of the Compassionate Care Assessment Tool. *International Journal of Caring Sciences*. 6 (2):pp.180-187.
- 18- Burtson, PL., Stichler, JF. (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (8):pp. 1819-1831
- 19- Papadopoulos, I., Ali S. (2016). Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: an integrative review. *Nurse Education in Practice*. *Nurse Educ Pract*. 16(1): pp.133-139.
- 20- Halldorsdottir, S. (2012). Nursing as compassionate competence: a theory on professional nursing care based on the patient's perspective. *International Journal for Human Caring*. 16 (2): pp. 7-19.
- 21- Lee, Y., Seomun, G. (2016). Development and validation of an instrument to measure nurses' compassion competence. *Appl Nurs Res*. 30: pp.76-82
- 22- Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs*. 47(2): pp.124-33.
- 23- Krejcie, RV., Morgan, DW. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607-610
- 24- Stamm, BH. (2010). The concise ProQOL manual. Available from: <http://www.proqol.org>;
- 25- Park, T., Lee, HJ. (2011). The effects of public officials' sociological variables on their emotional competence in the Korean central government. *Korea Public Administration Review*. 45, pp.1-26
- 26- Sprecher, S., Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*. 22(5): pp. 629-651
- 27- Kim, K., Han, Y., Kim, JS. (2015). Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. *Nurs. Ethics*. 22 (4): pp.467-478
- ۲۸- مختاری، سمانه، آهی، قاسم، شریفزاده، غلامرضا. نقش خود دلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران. نشریه پژوهش پرستاری ایران. (زیر چاپ).

- 42- Nabirye, R.C., Brown, K.C., Pryor, E.R., Maples, E.H. (2011). Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala. *J Nurs Manag.* 19(6): pp.760-768...
- 43- Farquharson, B., Allan, J., Johnston, D., Johnston, M., Choudhary, C., Jones, M. (2012). Stress amongst nurses working in a healthcare telephone-advice service: relationship with job satisfaction, intention to leave, sickness absence, and performance. *J Adv Nurs.* 68(7): pp.1624-1635.
- 44- Rahkar Farshi, M., Vahidi, M., Jabraeil, M. (2015). Relationship between Emotional Intelligence and Clinical Competencies of Nursing Students in Tabriz Nursing and Midwifery School. *Res Dev Med Educ.* 4(1): pp. 91-95.
- 45- Mohamadi, SH., Kohan, SH., Shafei, F. (2015). The Relationship between Clinical Competence and Clinical Self-efficacy among Nursing and Midwifery Students. *Int J Pediatr.* 3(6): pp.1117-1123.
- ۴۶- حسین‌خانزاده، عباسعلی، طاهر، محبوبه، فلاح مرتضی‌نژاد، سیده زینت، سیدنوری، سیده زهرا. (۱۳۹۵). پیش‌بینی خودکارآمدی و حرمت خود بر اساس خوددلسوزی. دوفصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۴(۱): ۳۳-۴۲.
- 47- Dehghan, N., Jafarpour, H. (2014). Relationship between clinical competence and motivation needs of nurses based on the McClelland theory. *Nurs Pract Today.* 1(2): pp.86-92.
- 48- Hellia, K.K., Arumugam, Z. (2012). Does reflective practice enhance clinical competency in Medical imaging undergraduates. *Procedia -Social and Behavioral Sciences.* 60, pp.73 – 77.

پیوست

مقیاس شایستگی دلسوزی

پرستار زحمت کش، از اینکه وقتتان را در اختیار ما قرار داده اید سپاسگزاریم. عبارات زیر مربوط به رفتار، افکار و احساسات شما در محیط کار و در عمدتاً در ارتباط با بیماران می باشد. لطفاً در هر مورد، نظرتان را به صورت یک مقیاس ۵ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مشخص نمایید.

عبارات	کاملاً موافقم	مواقفم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	۱	۲	۳	۴	۵
می توانم دلسوزی خودم را نسبت به بیماران، از طریق ارتباط با آنها بیان نمایم.					
۲	۱	۲	۳	۴	۵
نسبت به اینکه چگونه ارتباط با بیماران می تواند آنها را تشویق کند، آگاه هستم.					
۳	۱	۲	۳	۴	۵
برای ایجاد حال خوب در بیماران شوخ طبع هستم.					
۴	۱	۲	۳	۴	۵
بیماران، مسائل و مشکلات مهم بیماری شان را برای من در میان می گذارند					
۵	۱	۲	۳	۴	۵
هنگام ارتباط با بیماران، با تظاهرات غیر کلامی مناسب به آنها پاسخ می دهم.					
۶	۱	۲	۳	۴	۵
در دوره های آموزشی به منظور ایجاد و یادگیری مهارت های ارتباطی بین فردی در ارتباط با بیماران، همکاری ها و غیره شرکت می کنم.					
۷	۱	۲	۳	۴	۵
می توانم حمایت عاطفی لازم را برای بیماران، به نحو مناسبی ارائه دهم.					
۸	۱	۲	۳	۴	۵
در گفتار و رفتارم مواظب هستم تا به احساسات بیمارانم، آسیب وارد ننمایم.					
۹	۱	۲	۳	۴	۵
همیشه به آنچه بیماران می گویند، توجه می کنم.					
۱۰	۱	۲	۳	۴	۵
بی درنگ به نیاز توجه بیماران پاسخ می دهم.					
۱۱	۱	۲	۳	۴	۵
نسبت به عقاید دیگران بردباری دارم.					
۱۲	۱	۲	۳	۴	۵
من به خوبی از تغییر در وضعیت عاطفی بیماران آگاه می شوم.					
۱۳	۱	۲	۳	۴	۵
به خاطر گستردگی تجارب بالینی ام، نسبت به بیماران احساس شهودی دارم.					
۱۴	۱	۲	۳	۴	۵
در ملاحظات هر بیمار، ویژگی های شخصیتی شان را می پرسم و با توجه به آنها، مراقبت های ویژه ارائه می دهم.					
۱۵	۱	۲	۳	۴	۵
به بیمارانم، بدون اینکه تحت تأثیر موقعیت های چالشی شخصی قرار بگیرم، توجه می کنم.					
۱۶	۱	۲	۳	۴	۵
به خوبی می توانم با مشکلات بیماران همدلی نمایم.					