

رابطه سبک های دل بستگی با همدلی در دانشجویان پرستاری

*محمد رضا خدابخش^۱

چکیده

زمینه و هدف: سبک های دل بستگی پرستاران به عنوان مراقبان و اعضاء تیم های مراقبت پزشکی، و همدلی به عنوان ظرفیتی اساسی که در مدیریت روابط، حمایت از فعالیت های اجتماعی و بینش به کیفیت روابط پرستار- بیمار سهیم است، موضوعات ارزشمندی برای مطالعه می باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سبک های دل بستگی با همدلی در دانشجویان پرستاری ساکن در خوابگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه در مورد ۲۶۰ دانشجو (۱۳۰ پسر، ۱۳۰ دختر) انجام گرفت. از شرکت کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه سبک های دل بستگی و شاخص واکنش پذیری بین فردی را تکمیل کنند. داده ها پس از جمع اوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نگارش ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور بررسی رابطه بین متغیرها، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که سبک دل بستگی ایمن با همدلی همبستگی مثبت معنادار دارد و سبک دل بستگی نایمن با همدلی همبستگی منفی معنادار داشته اند ($P < 0/05$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که دل بستگی ایمن، ۶۷٪ واریانس همدلی را توضیح می دهد در حالیکه شیوه دل بستگی اضطرابی ۶۱٪ و شیوه دل بستگی اجتنابی ۵۴٪ واریانس همدلی را تبیین می نماید ($P = 0/001$).

نتیجه گیری کلی: ارزیابی و شناخت سبک های دل بستگی پرستاران و ارتباط سبک های دل بستگی با همدلی، می تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه تأمین بهداشت روانی برای دانشجویان پرستاری به همراه داشته باشد.

کلید واژه ها: سبک های دل بستگی، همدلی، پرستار

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۶

^۱کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول) شماره تماس: ۰۹۳۶۵۸۶۱۰۵۰
Email: khodabakhsh@ut.ac.ir

مقدمه

پرستاران پرداخته اند^(۱۴،۱۵). روابط بیمار و پرستار بوسیله سبک دل بستگی پرستاران و واکنش پرستاران به سبک دل بستگی بیماران تحت تاثیر قرار می گیرد. سبک دل بستگی پرستاران نقش مهمی در نوع رابطه‌ای که بین بیمار و پرستار ایجاد می شود بر عهده دارد^(۱۶). آگاهی از سبک‌های دل بستگی و نیاز های ارتباطی که آنها به دنبال دارند، به متخصصان مراقبت در جهت آگاهی از نقشی که سبک های دل بستگی در رابطه پرستار- بیمار ایفا می نمایند، کمک می کند. سبک های دل بستگی پرستاران به عنوان مراقبان و اعضاء تیم های پزشکی، موضوع ارزشمندی برای مطالعه است^(۱۶). یکی از هدفهای پژوهش حاضر بررسی رابطه سبک های دل بستگی با همدلی در پرستاران است. متخصصان پزشکی شاهد درد، ترس، خشم، اندوه، افسردگی، اضطراب و وحشت از مرگ در میان بیماران هستند. پزشکان و پرستاران از معدود کسانی هستند که وقتی بیماران تحت فشارهای شدید عواطف خود قرار می گیرند، در کنار آنان هستند. متخصصان پزشکی، آنگاه که بیماران تلاش می کنند با مشکلات توانفرسا دست و پنجه نرم نمایند، شاهد ناکامی‌ها و موفقیت‌های آنها هستند. به دلیل مبارزه بیماران با مشکلات ناشی از بیماری های مختلف، ارتباط متخصصان پزشکی با آنان، فرصتی را برای ارتباط نزدیک و صمیمیت عاطفی میان آنها فراهم می نماید^(۱۷). همدلی ظرفیت بنیادین افراد است که به تنظیم روابط، حمایت از فعالیتهای مشترک و انسجام گروهی کمک می کند. این توانایی در زندگی اجتماعی افراد نقش اساسی بر عهده دارد^(۱۸). در واقع، همدلی نیروی برانگیزنده رفتارهای اجتماعی و رفتارهایی است که انسجام گروهی را در پی دارد^(۱۸،۱۹). ابراز مناسب همدلی مستلزم دارا بودن مهارتهای اجتماعی است^(۲۰). همدلی پاسخ عاطفی جانشینی فرد به واکنشهای عاطفی دیگران است^(۲۱،۲۲). همدلی عنصر ضروری برای عملکردهای موفقیت آمیز بین شخصی است^(۲۳). همدلی تلویحات مهمی در حوزه پرستاری و پزشکی در زمینه مراقبت و مداوای بیمار دارد.

تدوین نظریه دل بستگی به وسیله بالبی^(۱)، نظریات و تحقیقات را در حوزه روانشناسی تحت تاثیر قرار داده است^(۲). دل بستگی پیوند عاطفی عمیقی است که شخص با افراد دیگر شکل می دهد^(۳). کارکرد سیستم دل بستگی، حفظ مجاورت با اشخاص دیگر در موقعیت های استرس آور است^(۴). سبک های دل بستگی الگوهای پایداری از روابط هستند و رفتار افراد را در سراسر زندگی تحت تاثیر قرار می دهند. تحقیقات نشان داده است سبک دل بستگی ایمن با اعتماد به خود، شایستگی، رفتارهای اجتماعی، عفو^(۵)، کیفیت روابط^(۶)، صمیمیت با افراد دیگر^(۷)، افزایش عواطف مثبت، شیوه های کنار آمدن انطباقی و کاهش عواطف منفی^(۸)، سطوح پایین تری از اضطراب^(۹)، کاهش احساس تنهایی، کاهش خشونت^(۱۰) و سبک دل بستگی نایمن با سیگار کشیدن، مصرف مشروبات الکلی، سوء مصرف مواد، افسردگی^(۱۱)، درد مزمن^(۱۲)، کاهش خود کارآمدی اجتماعی و سطوح بالاتری از اضطراب^(۱۳) در ارتباط است. ویژگی‌های بهنجار و نابهنجار روابط اجتماعی به گونه ای عمیق از سبک دل بستگی اشخاص تاثیر می پذیرند. بنابر نتایج تحقیقات، سبک دل بستگی ایمن با ویژگی های ارتباطی مثبت شامل صمیمیت و خرسندی در روابط اجتماعی، سبک دل بستگی نایمن اجتنابی با سطوح پایین تری از صمیمیت و تعهد در روابط اجتماعی و سبک دل بستگی نایمن اضطرابی با دلمشغولی در روابط اجتماعی و خرسندی کم پیوند می یابد. در نظریه بالبی سبک دل بستگی ایمن نشان دهنده احساس اعتماد و امنیت در رابطه با دیگران است. افرادی که در سبک دل بستگی نایمن اجتنابی قرار می گیرند، اظهار می کنند روابط آنها با دیگران سطحی و رسیدن به اهداف خودشان، مهمتر از ایجاد رابطه با دیگران است. افرادی که در سبک دل بستگی نایمن اضطرابی قرار می گیرند، اظهار می کنند برای آنها مهم این است که دیگران آنها را دوست بدانند با اینحال تحقیقات اندکی به مطالعه سبک های دل بستگی در

ابتدا خوابگاه های مورد نمونه گیری به صورت تصادفی انتخاب، سپس در داخل خوابگاه های مورد نمونه گیری، به صورت تصادفی اتاق های دانشجویان برای شرکت در نمونه تحقیق انتخاب شد. اگر دانشجویان در اتاق حضور نداشتند، پرسشگر موظف بود روز بعد مراجعه کند و اطلاعات مربوط به آن دانشجویان را جمع آوری کند. در هنگام مراجعه به اتاق های دانشجویان به منظور تکمیل پرسشنامه ها، تمام دانشجویان شانس برابر برای شرکت در نمونه تحقیق را داشتند. پس از تشریح اهداف پژوهش و گرفتن رضایت آگاهانه، پرسشنامه ها به منظور پاسخگویی در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. پرکردن پرسشنامه ها به صورت کاملاً آزادانه تعریف گردید. البته چنانچه فردی تمایل به همکاری در تحقیق را نداشت یا پس از بررسی پرسشنامه ها با بی دقتی پاسخ داده بود از گروه نمونه حذف و فرد جانشین انتخاب می شد. از این تعداد ۳ نفر از آزمودنیهای مرد و ۱ نفر از آزمودنیهای زن به علت عدم همکاری مناسب از محیط پژوهش حذف شدند. در تمام این موارد از افراد جانشین در نمونه استفاده شد. مدت زمان تقریبی لازم برای پر کردن پرسشنامه ها ۴۳ دقیقه بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نگارش ۱۸ و از روشهای توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده گردید. ابزار گردآوری داده ها شامل دو پرسشنامه سبک های دلبستگی (ASQ، فینی، ۱۹۹۴) و شاخص واکنش پذیری بین فردی (IRI، داویس، ۱۹۸۳) بود که به روش خود گزارش دهی تکمیل شد.

پرسشنامه سبک های دلبستگی یک آزمون ۴۰ گویه ای است و سبک های دلبستگی را در پنج زمینه ایمن، اشتغال ذهنی با روابط، نیاز به نزدیکی، ناراحتی در روابط نزدیک و روابط ثانویه می سنجد. آزمودنی ها باید میزانی را که هر جمله توصیف کننده وضعیت آنها می باشد در طیف لیکرت ۶ درجه ای (از ۱، کاملاً ناموافق تا ۶ کاملاً موافق) مشخص نمایند. نمرات سوالات در هر عامل جمع

هنگامی که پرستار و پزشک از وضعیت عاطفی بیمار، همانند وضعیت جسمانی وی آگاه باشند و آن را درک کنند، دقت تشخیص آنها نیز افزایش می یابد؛ مثلاً یک بیمار که دارای علائم اضطراب (تنفس سریع، تعرق و ناآرامی عمومی) است، ممکن است دچار اضطراب شدید و هراس یا افزایش فعالیت غده تیروئید یا پایین افتادگی دریچه میترال قلب باشد. پزشکی که از حالت عاطفی حقیقی بیمار آگاهی دارد، قادر است بین علت جسمانی و عاطفی مشکل کنونی بیمار تمایز قائل شود. با توجه به این مطالب اهداف پژوهش حاضر عبارتند از: (۱) بررسی نوع رابطه احتمالی بین سبک دلبستگی ایمن و همدلی؛ (۲) بررسی نوع رابطه احتمالی بین سبک دلبستگی نایمن و همدلی. بر این اساس، فرضیه های پژوهش به شرح زیر مورد بررسی و آزمون قرار میگیرند: (۱) بین سبک دلبستگی ایمن و همدلی در پرستاران رابطه مثبت وجود دارد؛ (۲) بین سبک دلبستگی نایمن و همدلی در پرستاران رابطه منفی وجود دارد. دستیابی به نتایج آزمون فرضیه، دست یابی به هدف پژوهش حاضر، که بررسی رابطه سبک های دلبستگی با همدلی در پرستاران است را امکان پذیر می سازد. با توجه به وجود مطالعات اندکی که موضوع پژوهش حاضر را به طور مستقیم مورد بررسی قرار داده باشند، این مطالعه دارای نوآوریهای خاص خود نه تنها از نظر موضوع، بلکه از سایر جهات نظیر روش شناسی و تبیین نتایج است. یافته های حاصل از این سطح پژوهش، بر غنای دستاوردهای پیش گفته در زمینه متغیرهای پژوهش خواهد افزود.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی و جامعه آماری شامل تمام دانشجویان پرستاری ساکن در خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی تهران مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ بود. تعداد نمونه مورد بررسی در این پژوهش ۲۶۰ دانشجو (۱۳۰ دختر، ۱۳۰ پسر) بودند که به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند.

همدلی شامل پریشانی شخصی، دیدگاه گیری، همدلی خیالی و توجه همدلانه به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۷۳ و ۰/۶۹ بدست آمده است. روایی این ابزار توسط داوینس مطلوب گزارش شده است^(۲۶). به منظور تبیین روایی شاخص واکنش پذیری بین فردی، ضریب همبستگی بین این ابزار با مقیاس همدلی هاگان (۱۹۶۹) و پرسشنامه همدلی هیجانی مهرابیان و اپستین (۱۹۷۲) سنجیده شد که به ترتیب ۰/۴۰ و ۰/۶۰ است^(۲۷).

یافته ها

مشخصات جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سنی کل آزمودنیها ۲۵/۱ سال با دامنه ۲۱ تا ۴۵ سال و انحراف استاندارد ۹/۰۹، میانگین سن مردان ۲۶/۴ سال با دامنه ۲۱ تا ۴۵ سال و انحراف استاندارد ۹/۴۱ و میانگین سن زنان ۲۴/۲ سال با دامنه ۲۱ تا ۴۵ سال و انحراف استاندارد ۸/۲۷ بود. ۱۹۵ نفر از شرکت کنندگان (۷۵ درصد) مجرد و ۵۵ نفر (۲۱ درصد) متاهل بودند و ۱۰ نفر (۳ درصد) وضعیت تاهل خود را مشخص نکرده بودند.

جدول شماره ۱: اطلاعات دموگرافیک پرستاران

متغیر	تعداد (درصد)
وضعیت تاهل (مجرد)	۱۹۵ (۷۵)
وضعیت تاهل (متاهل)	۵۵ (۲۱/۱۵)
وضعیت تاهل (نامشخص)	۱۰ (۳/۸۵)
تحصیلات (کارشناسی)	۱۹۵ (۷۵)
تحصیلات (کارشناسی ارشد)	۳۵ (۱۳/۴۶)
تحصیلات (نامشخص)	۳۰ (۱۱/۵۳)

مقادیر میانگین و انحراف معیار متغیرهای سبک های دلبستگی و همدلی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره سبک های

دلبستگی و همدلی

سبک های دلبستگی و همدلی	میانگین	انحراف استاندارد
سبک دلبستگی ایمن	۱۵/۳۶	۶/۵۳
سبک دلبستگی اضطرابی	۲۰/۳۲	۵/۶۳
سبک دلبستگی اجتنابی	۱۰۵/۸۴	۱۱/۴۷
همدلی	۱۵/۳۶	۶/۵۳

می شود، تا نمره هر عامل به دست آید. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی به ترتیب ۱ و ۱۲۶ خواهد بود. در این مقیاس، نمره بیشتر، سبک دلبستگی غالب در آن عامل را نشان می دهد. نمونه ای از سوالات پرسشنامه به این شرح است: من نگرانی زیادی درباره روابط خودم با دیگران دارم". من در روابط خودم با دیگران احساس راحتی می کنم". ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس از ۰/۸۲ تا ۰/۹۹ است. این ضرایب نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش فرم ۴۰ گویه ای پرسشنامه سبک های دلبستگی است. سبک دلبستگی ایمن نشان دهنده احساس ایمنی در روابط با افراد دیگر است. اشتغال ذهنی با روابط و نیاز به نزدیکی نشان دهنده سبک دلبستگی نایمن اضطرابی است. ناراحتی در روابط نزدیک و روابط ثانویه نشان دهنده سبک دلبستگی نایمن اجتنابی هستند^(۲۴).

شاخص واکنش پذیری بین فردی پرسشنامه ۲۸ سوالی است که به منظور اندازه گیری همدلی به کار برده می شود. این ابزار چهار عامل پریشانی شخصی، توجه همدلی، دیدگاه گیری و همدلی خیالی را می سنجد. هر خرده مقیاس در این آزمون دارای ۷ جمله است. آزمودنی ها باید میزانی را که هر جمله توصیف کننده وضعیت آنها می باشد در طیف لیکرت ۵ درجه ای (از ۰، اصلا مرا توصیف نمی کند تا ۴، به خوبی مرا توصیف می کند)، مشخص نمایند. نمرات سوالات در هر عامل جمع می شود، تا نمره هر عامل و نمره کل به دست آید. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی برای هر عامل به ترتیب ۰ و ۲۸ خواهد بود. در این مقیاس، نمره بیشتر، همدلی بیشتری را نشان می دهد. نمونه ای از سوالات پرسشنامه به این شرح است: "قبل از انتقاد کردن از فردی، تصور می کنم اگر به جای آن فرد بودم، چه احساسی داشتم". "زمانی که می بینم فردی در یک موقعیت اضطرابی نیاز به کمک فوری دارد، ناراحت می شوم". پایایی بازآزمایی این ابزار از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ برای مردان و ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ برای زنان است، در حالی که پایایی درونی از ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ است^(۲۵). پایایی بازآزمایی این ابزار ۰/۷۱ و برای مولفه های

برای تحلیل داده ها و آزمون فرضیه های پژوهش، ابتدا ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش محاسبه شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن با همدلی

برای تحلیل داده ها و آزمون فرضیه های پژوهش، ابتدا ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش محاسبه شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن با همدلی

جدول شماره ۳: ماتریس کلی همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	سطح معناداری
سبک دلبستگی ایمن	-				
سبک دلبستگی اضطرابی	-۰/۳۲*	-			۰/۰۵
سبک دلبستگی اجتنابی	-۰/۳۶*	۰/۱۶	-		۰/۰۵
همدلی	۰/۷۳*	-۰/۶۳*	-۰/۵۹*	-	۰/۰۵

* ضرایب در سطح $p < ۰/۰۵$ معنادار هستند.

همدلی را پیش بینی می کند ($p=۰/۰۰۱$ ، $r=۰/۷۳$)، $F(۱, ۲۵۹)=۹/۵۹$ ؛ این متغیر حدود ۶۱ درصد از واریانس همدلی را تبیین می کند ($R^2=۰/۶۱$)، سبک دلبستگی اجتنابی، همدلی را پیش بینی می کند ($p=۰/۰۰۱$ ، $r=۰/۱۶$)، $F(۱, ۲۵۹)=۱۰/۱۷$ ؛ این متغیر حدود ۵۴ درصد از واریانس همدلی را تبیین می کند ($R^2=۰/۵۴$)، سبک دلبستگی اضطرابی،

به منظور بررسی دقیق تر ارتباط سبک های دلبستگی با همدلی از تحلیل رگرسیون استفاده شد. سطوح دلبستگی به عنوان متغیر پیش بین، و همدلی به عنوان متغیر ملاک، وارد معادله رگرسیون شدند. سبک دلبستگی ایمن، همدلی را پیش بینی می کند ($p=۰/۰۰۱$ ، $r=۰/۷۳$)، $F(۱, ۲۵۹)=۹/۵۹$ ؛ این متغیر حدود ۶۱ درصد از واریانس همدلی را تبیین می کند ($R^2=۰/۶۱$)، سبک دلبستگی اجتنابی،

جدول شماره ۴: خلاصه رگرسیون سبک های دلبستگی با همدلی

سطح معناداری	Df	F	R ²	R	
۰/۰۰۱	(۱, ۲۵۹)	۱۱/۶۳	۰/۶۷	۰/۴۱	سبک دلبستگی ایمن
۰/۰۰۱	(۱, ۲۵۹)	۹/۵۹	۰/۶۱	۰/۲۹	سبک دلبستگی اضطرابی
۰/۰۰۱	(۱, ۲۵۹)	۱۰/۱۷	۰/۵۴	۰/۳۶	سبک دلبستگی اجتنابی

از دیگران، بسته به اینکه دیگران را ارزشمند محسوب می کنند یا نه، شکل می دهند^(۲۹). افرادی با سبک دلبستگی ایمن، دارای دیدگاهی مثبت نسبت به خود و دیگران هستند^(۳۰). نظریه دلبستگی بیان می کند تجربیات بین فردی، روشها و کارکردهای بین شخصی در مقابله با استرس را از طریق مدل های کاری درونی تحت تاثیر قرار می دهد^(۳۱). افرادی با سبک دلبستگی ایمن روابط خود با افراد دیگر را باثبات، در دسترس و پاسخ دهنده فرض می کنند، و بنابراین موفقیت بسیاری را در ایجاد و حفظ روابط موفقیت آمیز با دیگران تجربه می کنند. افرادی با سبک دلبستگی ایمن حسی از اعتماد به طرف مقابل را تشکیل می دهند. این احساس اعتماد باعث ایجاد ظرفیت

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد سبک دلبستگی ایمن با همدلی رابطه مثبت دارد. این نتایج که فرضیه اول پژوهش را تایید می کند، با یافته های پژوهش های قبلی^(۲۸) همسو است. این یافته را می توان بر حسب احتمالات زیر تفسیر کرد: سبک های دلبستگی الگوهای پایداری از روابط هستند و رفتار افراد را در موقعیت های گوناگون تحت تاثیر قرار می دهند. سبک های دلبستگی ترکیبی از دو سطح خود انگاره (مثبت و منفی) با دو سطح از تصاویر دیگران (مثبت و منفی) است. افراد تصاویری مثبت یا منفی از خودشان، بسته به اینکه از دیدگاه دیگران ارزشمند هستند یا نه، و همچنین تصاویری مثبت یا منفی

نتایج درمان رضایت نداشته باشند، کمتر علیه پزشک اقامه دعوی تخلف پزشکی می کنند^(۱۷). این امر نشان می دهد متخصصان پزشکی و پرستاری می توانند نقش مهمی را در کمک به بیماران برای مقاومت در برابر ویرانی عاطفی ایفا نمایند. بازبینی های اخیر از تحقیقات به طور کلی بر روی این ایده تاکید دارند که همدلی در بافت درمانی از سه بعد تشکیل یافته است این ابعاد شامل ابعاد شناختی یعنی بازشناسی دقیق تجربیات بیمار، ابعاد عاطفی یعنی سهیم شدن در احساسات بیمار و ابعاد رفتاری یعنی بیان همدلی به بیمار می باشند^(۳۵). نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد سبک دلبستگی نایمن با همدلی دارای همبستگی منفی و معنادار است. این یافته با نتایج تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده اند^(۳۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت افرادی با سبک های دلبستگی نایمن دارای دیدگاهی منفی نسبت به خود یا دیگران هستند^(۳۰). تحقیقات نشان می دهند سبک دلبستگی نایمن فرایند انتقال از پاسخ های ویرانگر به رفتار مثبت را بازداری می کند^(۳۶). این فرایند موجب کاهش توانایی همدلی و عفو می شود. تجربیات اولیه افراد نه تنها کیفیت روابط بین شخصی آنها را شکل می دهد^(۳۷) بلکه زمینه ای را برای رشد و گسترش پاسخ های همدلانه فراهم می سازد. تجربیات دلبستگی سبک طبابت بالینی را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. روانشناسان بالینی با سبک دلبستگی نایمن که پاسخ های غیر همدلانه والدینی را گزارش کرده اند، نیاز بیشتری به حمایت و آسیب پذیری بیشتری در برابر استرس های محیط کاری از خود نشان می دهند^(۳۸). نظریه دلبستگی بیان می کند افرادی با سبک دلبستگی نایمن در روابط بعدی مشکلات زیادی را تجربه خواهند کرد^(۳۹). به طور خاص سبک دلبستگی نایمن با مشکلات رفتاری، هیجانی و ناشایستگی های اجتماعی، پرخاشگری^(۴۰) ناتوانی و افسردگی، تمایلات بین شخصی که با عنوان درونگرایی، سرد و به لحاظ اجتماعی گنگ توصیف می شود^(۴۱) پیوند می یابد. پژوهش حاضر، به دلیل تازگی

پاسخ دادن به صورت مثبت و همدلانه به دیگران در روابط بعدی می شود. تحقیقات نشان می دهد فقدان دلبستگی ایمن با رفتارهای پرخاشگرانه که مانع همدلی است پیوند می یابد^(۳۲). این تحقیقات نشان می دهد تاریخچه دلبستگی، ترجیحات تخصصی دانشجویان پزشکی و پرستاری را نیز پیش بینی می کند^(۳۳). برای مثال دانشجویان پزشکی و پرستاری با سبک دلبستگی ایمن، با احتمال بیشتر تخصص هایی را انتخاب می کنند که مستلزم روابط بیشتری با بیماران است^(۳۳). مشابهت هایی بین دلبستگی کودک- والد و روابط پرستار- بیمار وجود دارد. برای مثال نیاز کودک به مراقبت و محافظت مادر از او برای زنده ماندن، هنگامی که کودک در شرایط استرسزا و درد قرار دارد، تشدید می شود. به طور مشابه بیماران نیز، تمایل طبیعی به پیوند جویی با پرستاران به منظور حفظ و بازیابی سلامت هنگامی که در شرایط درد و رنج آور هستند، از خود نشان می دهند. بنابراین روابط پرستار- بیمار، به صورت ناخود آگاه از روابط دلبستگی آغازین تاثیر می پذیرد. سبک دلبستگی ایمن روابط بیمار- پرستار را تحت تاثیر قرار داده، باعث می شود پرستاران در روابط خود با بیماران احساس همدلی کنند. چنین ارتباطی فراتر از آن است که پرستاران صرفاً به بیمار بگویند "من احساس شما را درک می کنم" یا به علامت تصدیق سر خود را تکان دهند؛ بلکه برای همدلی، ابتدا باید تجربه عاطفی بیمار را دقیقاً درک کنند و سپس آنچه را که فهمیده اند، در قالب کلمات یا اشاراتی به وی منتقل نمایند. همدلی پرستار با وضعیت عاطفی بیمار، تأثیرات جانبی مهمی در مراقبت و مداوای بیمار دارد. همدلی ممکن است فرایند مداوای پزشکی را نیز بهبود بخشد. هنگامی که بیماران احساس کنند پزشکان، آنان را درک کرده اند، احتمال بیشتری دارد که از توصیه های درمانی پیروی نمایند^(۳۴). غالباً بیماران از نتیجه ناموفق درمان، حتی اگر قبلاً از خطرات درمان اطلاع یافته باشند، خشمگین می شوند. تحقیقات نشان می دهند هرگاه بیماران از مراقبت عاطفی پزشکان خود راضی باشند، حتی اگر از

پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به سبک‌های دلبستگی و همدلی در پرستاران کمک کند و همچنین پرسشها و فرضیه‌های جدید در مورد نسبت و رابطه سبک‌های دلبستگی و همدلی در چهارچوب پژوهش‌های مربوط مطرح سازند. نمونه‌ای از این پرسشها عبارتند از: آیا نوع رابطه سبک‌های دلبستگی و میزان تأثیرگذاری این متغیر بر همدلی در تیپ‌های مختلف شخصیتی پرستاران متفاوت است؟ برای مثال، آیا میزان همدلی در فردی که در بعد نوروژگرای (neuroticism) نمره بالا کسب می‌کند با کسی که در یک خصیصه یا بعد نمره بالا و در خصیصه یا بعد دیگر نمره پایین کسب می‌کند، مشابه است یا متفاوت؟ پاسخ به هر یک از این پرسشها و فرضیه‌های مبتنی بر آنها نیازمند پژوهش‌های مستقلی است که به علاقمندان پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگزیده‌ای از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد دانشجوی، با کد ثبت ۴۷۰ می‌باشد. از دانشجویان رشته پرستاری و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت داشتند و مسئولان دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تشکر و قدردانی می‌شود.

آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تاییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همین‌طور، نمونه پژوهش (گروهی از دانشجویان) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. بعلاوه، مشکلات و محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت. به‌طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن، می‌توانند با همدلی پرستاران در ارتباط باشند. بر این اساس، می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره کرد. در سطح عملی، تهیه برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای به منظور افزایش روابط یاری‌بخش، می‌تواند مهارت‌ها و راهبردهای مناسب و کارآمد را به پرستاران در زمینه بهبود روابط پرستار-بیمار، کاهش فرسودگی شغلی، افزایش سلامت در محیط کاری و نهایتاً افزایش همدلی را به همراه داشته باشد. بررسی نقش دلبستگی و همدلی در حوزه اخلاق پزشکی می‌تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه تأمین بهداشت روانی از سطح پیشگیری تا درمان در دسترس افراد و نهادهای مختلف نظیر وزارت بهداشت و کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره به همراه داشته باشد. در سطح نظری، یافته‌های

فهرست منابع

1. Burnette JL, Davis DE, Green JD, Worthington Jr EL, Bradfield E. Insecure attachment and depressive symptoms: The mediating role of rumination, empathy, and forgiveness. *Pers Individ Dif*. 2009; 46(3):276-80.
2. Cassidy, J. The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press; 1999.
3. Erez A, Mikulincer M, van Ijzendoorn MH, Kroonenberg PM. Attachment, personality, and volunteering: Placing volunteerism in an attachment-theoretical framework. *Pers Individ Dif*. 2008; 44(1):64-74.
4. Zilber A, Goldstein A, Mikulincer M. Adult attachment orientation and the processing of emotional pictures-ERP correlates. *Pers Individ Dif*, 2007;43,1898-1907
5. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In RD. Parke, GW. Ladd (Eds.), *Hillsdale, NJ: Erlbaum*. 1992.

6. Lieberman M, Doyle AB, Markiewicz D. Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence: associations with peer relations. *Child Dev.* 1999 Jan-Feb; 70(1):202-13.
7. Updegraff KA, Madden-Derdich DA, Estrada AU, Sales LJ, Leonard SA. Young Adolescents' Experiences with Parents and Friends: Exploring the Connections. *Fam Relat.* 2002; 51(1):72-80.
8. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment theory and intergroup bias: Evidence that priming the secure base schema attenuates negative reactions to out-groups. *J Pers Soc Psychol.* 2001; 81(1):97.
9. Moreira JM, de Fátima Silva M, Moleiro C, Aguiar P, Andrez M, Bernardes S, et al. Perceived social support as an offshoot of attachment style. *Pers Individ Dif.* 2003; 34(3):485-501.
10. DiTommaso E, Brannen-McNulty C, Ross L, Burgess M. Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Pers Individ Dif.* 2003; 35(2):303-12.
11. Berry K, Barrowclough C, Wearden A. A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27(4):458-75.
12. Rossi P, Di Lorenzo G, Malpezzi MG, Di Lorenzo C, Cesarino F, Faroni J, et al. Depressive symptoms and insecure attachment as predictors of disability in a clinical population of patients with episodic and chronic migraine. *Headache.* 2005; 45(5):561-70.
13. Wei M, Russell DW, Zakalik RA. Adult Attachment, Social Self-Efficacy, Self-Disclosure, Loneliness, and Subsequent Depression for Freshman College Students: A Longitudinal Study. *J Couns Psychol.* 2005; 52(4):602.
14. Hawkins AC, Howard RA, Oyebode JR. Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psychooncology.* 2007 Jun; 16(6):563-72.
15. Kaya N, Kaya H, Uygur E. Examination of Attachment Style of Nurses in Terms of Some Variables. 4th International – 11th National Nursing Congress, Ankara, 5–8 September, Abstract Book, 2007.
16. Kaya N. Attachment styles of nursing students: A cross-sectional and a longitudinal study. *Nurs Educ Today.* 2010; 30(7):666-73.
17. Khodabakhsh MR, Mansori P. [Empathy and revision of its role in improvement of physician-patient relationship]. *J Med Ethic Hist Med.* 1390; 3(4):38-46. Persian
18. Rieffe C, Ketelaar L, Wiefferink CH. Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Pers Individ Dif.* 2010; 49(5):362-7.
19. Jolliffe D, Farrington DP. Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggress Violent Behav.* 2004; 9(5):441-76.
20. Hunter JA, Figueredo AJ, Becker JV, Malamuth N. Non-sexual delinquency in juvenile sexual offenders: The mediating and moderating influences of emotional empathy. *J Fam Violence.* 2007; 22(1):43-54.
21. Ali F, Amorim IS, Chamorro-Premuzic T. Empathy deficits and trait emotional intelligence in psychopathy and Machiavellianism. *Pers Individ Dif.* 2009; 47(7):758-62.
22. Khodabakhsh MR, Besharat MA. [Mediation effect of narcissism on the relationship between empathy and the quality of interpersonal relationships]. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011; 30:902-6 persian
23. de Sousa A, McDonald S, Rushby J, Li S, Dimoska A, James C. Understanding deficits in empathy after traumatic brain injury: The role of affective responsiveness. *Cortex.* 2011 May; 47(5):526-35.
24. Feeney JA, Noller P, Hanrahan M. Assessing adult attachment. In: Sperling MB, Berman WH, editors. Attachment in adults: clinical and developmental perspectives. New York: Guilford Publications, 1994.
25. Ristovski A, Wertheim E. Investigation of compensation source, trait empathy, satisfaction with outcome and forgiveness in the criminal context. *Aust Psychol.* 2005; 40(1):63-9.
26. Davis MH. Empathic concern and the muscular dystrophy telethon. *Pers Soc Psychol Bull.* 1983;9(2):223-9.
27. Ghorbani N, Bing MN, Watson P, Kristl Davison H, LeBreton DL. Individualist and collectivist values: Evidence of compatibility in Iran and the United States. *Pers Individ Dif.* 2003; 35(2):431-47

28. Kestenbaum R, Farber EA, Sroufe LA. Individual differences in empathy among preschoolers: Relation to attachment history. In N. Eisenberg (Ed.). San Francisco: Jossey-Bass. 1989.
29. Besser A, Priel B. Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support. *Pers Individ Dif*. 2008; 44(8):1711-25.
30. Acer D, Akgun E. Determining attachment styles of the pre-school teacher candidates. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; 2(2):1426-31.
31. Berry K, Barrowclough C, Wearden A. Attachment theory: a framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behav Res Ther*. 2008 Dec; 46(12):1275-82.
32. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M. Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, 2003; 1, 25-41.
33. Ciechanowski PS, Russo JE, Katon WJ, Walker EA. Attachment theory in health care: the influence of relationship style on medical students' specialty choice. *Med Educ*. 2004 Mar; 38(3):262-70.
34. Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med*. 1990; 30(3): 325-39.
35. Schnur JB, Montgomery GH. A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: Uncommon factors? *Clin Psychol Rev*. 2010; 30(2):238-47.
36. Burnette JL, Taylor KW, Worthington EL, Forsyth DR. Attachment and trait forgivingness: The mediating role of angry rumination. *Pers Individ Dif*. 2007; 42(8):1585-96.
37. Fonagy, P. Attachment theory and psychoanalysis. New York: Other Press. 2001.
38. Leiper R, Casares P. An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *Br J Med Psychol*. 2000 Dec; 73 Pt 4:449-64.
39. Tan A, Zimmermann C, Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliat Med*. 2005 Mar; 19(2):143-50.
40. Carlson EA, Sroufe LA. Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. Oxford, England: John Wiley & Sons. 1995.
41. Cyranowski JM, Bookwala J, Feske U, Houck P, Pilkonis P, Kostelnik B, et al. Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in women with recurrent major depression. *J Soc Clin Psychol*. 2002; 21(2):191-217.

Relationship between Attachment Style and Empathy in Nursing Students

Khodabakhsh MR.¹ MSc

Abstract

Background & Aims: Attachment styles of nurses as caregivers and members of healthcare teams and empathy as individuals' basic capacity which contributes to the management of relationships, the supporting of communal activities, and insight to the quality of nurse-patient relationship; are therefore considered to be an important topic worth studying. This study examined the relationship between attachment styles and empathy in nursing students living in dormitories of Tehran University of Medical Sciences.

Material & Method: A sample of 260 university students (130 males, 130 females) participated in this study. All participants completed the Attachment Style Questionnaire (ASQ), and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). Data was collected and analyzed using Pearson correlation coefficient and regression analysis using SPSS (v.18)

Results: The results showed that secure and insecure attachment styles had significant positive and negative correlation with empathy, respectively. The results of regression analysis revealed that secure attachment style is shown to be the predicting 67% of the variance of empathy variable; whereas anxiety attachment styles is shown to be the predicting 61% and avoidant attachment styles is shown to be the predicting 54% of the variance of empathy variable.

Conclusion: Assessing attachment styles and relationship of attachment styles with empathy; can be valuable guidelines in order to provide mental health for nursing students. The meaning and limitation of this study and the suggestion for the further study are discussed.

Keywords: Attachment Style, Empathy, Nursing Students

Received: 2 Jun 2012

Accepted: 27 Aug 2012

¹ MSc in Psychology, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (*Corresponding author)

Tel: +098 936-586-1050

E-mail: khodabakhsh@ut.ac.ir.