

ارتباط بین ابعاد توانمندی حل مسأله اجتماعی با همدلی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

پرویز پرزور[■]، محمد نریمانی، مرتضی ابراهیمی، اسماعیل سلیمانی

چکیده

مقدمه: توانمندی‌های فردی پرستاران در برقراری ارتباط مؤثر پرستار-بیمار مهم تلقی شده‌اند اما اینکه توانمندی پرستاران در حل مسایل اجتماعی می‌تواند با برقراری ارتباط همدلانه با بیماران بخش‌های ویژه مرتبط باشد؛ موضوعی چالش برانگیز است.

هدف: تعیین ارتباط ابعاد توانایی حل مسأله اجتماعی با همدلی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر اردبیل است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. نمونه این پژوهش شامل ۱۶۵ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های شهر اردبیل بودند که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای در سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی توانمندی حل مسأله اجتماعی (دی زوریللا و همکاران، ۲۰۰۲) و مقیاس همدلی (لامونیکا، ۲۰۰۷) استفاده شده که ضرایب پایایی این پرسشنامه‌ها با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب (۰/۷۹ و ۰/۸۳) بوده است. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با به کارگیری نرم‌افزار SPSS ۱۷ انجام شد.

یافته‌ها: طبق نتایج حاصل از ضرایب همبستگی پیرسون، بین جهت‌گیری حل مسأله مثبت، سبک حل مساله منطقی، مهارت تولید راه حل در سطح (۰/۰۱) و مهارت انجام راه حل در سطح (۰/۰۵) با همدلی رابطه مثبت معنی داری وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که جهت‌گیری حل مسأله مثبت، سبک حل مساله منطقی و مهارت تولید راه حل به (ترتیب ۱۶، ۱۳ و ۱۷ درصد) از واریانس همدلی پرستاران را تبیین می‌کند ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مدیران پرستاری و بیمارستانی می‌توانند با فراهم نمودن شرایطی برای آموزش توانایی‌های حل مساله به پرستاران بخش‌های ویژه، میزان برقراری ارتباط همدلانه پرستاران را به میزانی بالاتر از وضع موجود (۴۶ درصد) بهبود بخشند.

کلمات کلیدی: توانمندی حل مسأله اجتماعی، پرستاران مراقبت ویژه، مراقبت پرستاری ویژه، همدلی.

■ مؤلف مسؤول: پرویز پرزور

دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه

محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

آدرس: p.porzoor@gmail.com

محمد نریمانی

استاد گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی،

اردبیل، ایران

مرتضی ابراهیمی

استادیار گروه معارف اسلامی، دانشگاه محقق

اردبیلی، اردبیل، ایران

اسماعیل سلیمانی

استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه ارومیه، ارومیه،

ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال سوم، دوره سوم، شماره چهارم

زمستان ۱۳۹۳

■ مقدمه

ارتباط فرآیندی پویا بین انسان‌هاست که جهت تأثیرگذاری، کسب حمایت متقابل و کسب آنچه جهت تندرستی، رشد و بقا ضروری است استفاده می‌شود (۱). ارتباط تعاملی بین حداقل دو انسان تعریف می‌شود که حاصل آن پیامی است که فرستاده شده و دریافت می‌گردد تا هدفی برآورده گردد (۲). اهمیت ارتباط در زندگی انسان به حدی است که برخی از صاحب نظران اساس تمامی رشد انسانی، آسیب‌های فردی و پیشرفت‌های بشری را در فرایند ارتباط دانسته‌اند (۳). برخی از صاحب نظران پرستاری توانایی برقراری ارتباط مناسب را قلب تمامی مراقبت‌های پرستاری می‌دانند (۴). به طوری که توانایی برقراری ارتباط صحیح به عنوان اصلی ضروری برای مراقبت‌های پرستاری بارها مورد تأکید قرار گرفته است (۵). ارتباط موثر با بیماران، در سلامتی، کنترل فشارخون، کنترل درد، کاهش اضطراب و افزایش رضایت بیماران نقش دارد. از طرف دیگر، وجود اشکال در برقراری ارتباط منجر به اشتباه در تشخیص، کاهش مشارکت بیماران در برنامه‌های درمانی و کاهش ارائه اطلاعات به بیماران می‌شود (۶). از سوی دیگر در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان، ارتباط با بیمار اهمیت و اولویت خاصی دارد. چرا که پرستاران بخش مراقبت ویژه وظیفه مراقبت از بیمارانی را بر عهده دارند که بر لبه تیغ تیز بین مرگ و زندگی قرار دارند (۷). بطوریکه ثابت شده اگر ارتباط مناسب با بیماران برقرار نشود بیمار هویت خود را از دست داده، بی تفاوت شده و احساس منفی بودن کرده و حتی منجر به تسلیم شدن وی در برابر بیماری می‌شود (۸).

برقراری ارتباط موثر و صحیح به ویژه در بخش‌های مراقبت ویژه به طور وسیعی به عنوان یک شاخص کلیدی جهت رضایت، همکاری و التیام بیمار در نظر گرفته شده است (۹). بطوریکه طبق مطالعات صورت گرفته، ارتباط مناسب پرستاران با بیماران بستری در بخش‌های ویژه، باعث کاهش اضطراب و نگرانی بیماران شده و منجر به ارتقاء روند درمانی آن‌ها می‌شود (۱۰). یکی از انواع برقراری رابطه ایجاد همدلی با بیماران است. نظریه همدلی تاریخچه بسیار طولانی و غنی دارد و به اواخر قرن نوزدهم باز می‌گردد. کلمه لاتین همدلی از واژه آلمانی *Enifuhlung* به معنای ادراک زیبایی و کلمه یونانی *Empatheia* که به معنای فهم عواملی فراتر از خود است اقتباس شده است (۱۱). همدلی توانایی مهمی است که فرد را با احساسات و افکار دیگران هماهنگ می‌کند، او را به دنیای اجتماعی پیوند می‌زند، کمک به دیگران را برای وی ترسیم می‌کند

و از آسیب به دیگران جلوگیری می‌کند. همچنین همدلی را نیروی برانگیزاننده رفتارهای اجتماعی می‌دانند که انسجام گروهی را در پی دارد (۱۲، ۱۳). ابراز مناسب همدلی مستلزم داشتن مهارت‌های اجتماعی است. در طی سی سال گذشته، تحقیقات بر روی همدلی، مباحث جدی مبنی بر تسلط مکانیسم‌های عاطفی یا شناختی را در بررسی این ساختار ایجاد کرده است (۱۴). همچنین همدلی نقشی اساسی در تعهدات بین شخصی و تعاملات اجتماعی (۱۵)، کیفیت روابط خانوادگی (۱۶)، ایجاد دوستی و حفظ آن (۱۷، ۱۸)، افزایش سلامت (۱۹)، افزایش احتمال کمک (۲۰)، نوع دوستی (۲۱، ۲۲)، تنظیم رفتار اجتماعی (۲۳)، پیوندهای اجتماعی (۲۴)، رفتارهای اجتماعی (۲۵) و حفظ روابط بین شخصی (۲۰) دارد. در مقابل، ویژگی‌های روانشناختی که با عنوان سنگدل و بی‌عاطفه مشخص می‌شوند (۲۶)؛ مشکلات بین شخصی (۲۷، ۲۸) و رفتارهای بیرونی سازی و مشکلات رفتاری (۱۲) به همراه دارد.

بورنشتاین (۲۹) یکی از شاخص‌های مهم سلامت روانی را توانمندی حل مساله می‌داند که شامل فرآیندی است برای کشف و شناسایی پاسخ‌های مقابله‌ای سازگارانه جهت مواجه شدن با موقعیت مشکل‌زای خاص در زندگی روزمره. حل مساله مستلزم راهبردهای ویژه و هدفمندی است که فرد به وسیله آن مشکلات را تعریف می‌کند، تصمیم به اتخاذ راه حل می‌گیرد، راهبردهای حل مساله را انجام داده و بر آن نظارت می‌کند (۳۰). به طور کلی حل مساله به فرایند شناختی-رفتاری ابتکاری فرد اطلاق می‌شود که به وسیله آن فرد می‌خواهد راهبردهای موثر و سازش‌یافته مقابله‌ای برای مشکلات روزمره را تعیین، کشف یا ابداع کند. به عبارت دیگر حل مساله یک راهبرد مقابله‌ای مهمی است که توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و نشانه‌های شناسی روانی را کاهش می‌دهد (۳۱). شواهد پژوهشی در اندک مطالعات صورت گرفته در این خصوص نشان می‌دهد که برخی از راهبردهای حل مساله می‌تواند در همدلی نقش داشته باشد (۳۲). شهبازی و حیدری در پژوهشی ضمن تأکید بر اینکه مشکل‌گشایی و حل مسئله، پایه و اساس فرایند پرستاری است، نشان دادند که آموزش الگوهای حل مساله اجتماعی به دانشجویان پرستاری، منجر به افزایش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی آنان می‌شود (۳۳). نتایج بسیاری از مطالعات نیز نشان داده‌اند که بطور کلی ارتباط پرستاران با بیماران کم بوده (۳۴، ۳۵، ۳۶) و در ایران نیز پرستاران وقت کمی را برای صحبت و ابراز همدلی با بیماران اختصاص داده‌اند (۳۷). با وجود اهمیتی که برای توانمند

ساختن پرستاران از نظر مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله در نظر گرفته شده است، اما این مهارت‌ها به صورت مدون و سازمان یافته در برنامه‌های آموزش پرستاری دیده نمی‌شود (۳۸). با توجه به ضرورت ارتباط همدلانه پرستاران با بیماران جهت دسترسی به اهداف درمانی و ارتقاء کیفیت مراقبت از بیماران و همچنین اهمیت رابطه‌ی بیمار و پرستار در بخش‌های ویژه بیمارستان، لذا با عنایت به مطالب فوق و شواهد پژوهشی ذکر شده، مطالعه‌ی حاضر در صدد تعیین ارتباط ابعاد توانمندی حل مسأله اجتماعی با همدلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر اردبیل می‌باشد.

■ مواد و روش‌ها

روش انجام تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه مورد بررسی این پژوهش تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر اردبیل در سال ۱۳۹۳ بودند که بصورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به استناد جدول مورگان ۱۶۵ نفر انتخاب شدند. نمونه آماری مورد پژوهش از نظر جنس و سن محدودیتی نداشته و پرستاران از هر دو جنس و با سنین مختلف مورد آزمون قرار گرفتند. برای انتخاب آزمودنی‌ها، جنسیت و بخش محل کار به عنوان طبقه، داشتن مدرک کارشناسی و بالاتر در رشته پرستاری به عنوان معیار ورود به پژوهش در نظر گرفته شدند. برای گردآوری اطلاعات از دو ابزار استفاده شد:

الف) مقیاس توانایی حل مسأله اجتماعی: براساس مطالعات تجربی، دی زوریلا، نزو و مایدو-الیوراس (۲۰۰۲)، پرسشنامه حل مسأله اجتماعی تجدید نظر شده را در اسپانیا ساختند (۳۹). این پرسشنامه ۵۲ گویه دارد که هر آزمودنی به سوالات با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً غلط، تقریباً درست، به طور متوسط درست، خیلی درست و کاملاً درست) پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه در پنج مقیاس سازمان داده شده است: ۱- جهت‌گیری مثبت مسأله (۵ آیتم)؛ مثل: ۲- جهت‌گیری منفی مسأله (۱۰ آیتم)؛ ۳- حل مسأله منطقی (۲۰ آیتم)؛ ۴- سبک تکانشی - بی‌احتیاطی (۱۰ آیتم) و ۵- سبک اجتنابی (۷ آیتم). نیمی از سوالات این پرسشنامه به صورت مثبت (مثل: به نظر من هر مسأله‌ای قابل حل است) و نیمی دیگر به صورت منفی (مثل: برای ارزیابی نتایج تلاش‌م، وقت صرف نمی‌کنم) بیان شده است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های این پرسشنامه در نمونه آمریکایی از (۰/۴۵ تا ۰/۹۱) و در نمونه اسپانیایی (۰/۴۶ تا ۰/۸۵) گزارش شده است. میانگین این ضرایب

در دو نمونه اسپانیایی و آمریکایی در دامنه‌ای از (۰/۵۸ تا ۰/۸۰) می‌باشد. برون و مایدو-الیوراس (۲۰۰۱)، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن را از (۰/۷۶ تا ۰/۹۲)، در جامعه سالم بدست آوردند. ضریب پایایی بازآزمایی آزمون در دامنه‌ای از (۰/۷۲ تا ۰/۸۸) در نمونه پرستار و از (۰/۶۸ تا ۰/۹۱) در افراد بیمار گزارش کردند (۴۰). در مطالعه ابوالقاسمی و کیامرثی (۴۱) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه (۰/۸۹) و در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای آن (۰/۷۹) بدست آمد.

ب) مقیاس همدلی لامونیکا: این پرسشنامه که ۸۴ آیتم دارد توسط الین لامونیکا ریگولوسی (۲۰۰۷) ساخته شده است (۴۲). هر آزمودنی به سوالات با یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (کاملاً غلط، غلط، تا حدودی غلط، تا حدودی درست، درست و کاملاً درست) پاسخ می‌دهد. در این آزمون هر آزمودنی به هر سؤال با یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از خیلی موافقم تا خیلی مخالفم پاسخ می‌دهد. مقیاس لامونیکا یک ابزار آموزشی قدرتمند برای تمام کسانی که می‌خواهند درک و بینش کلی نسبت به توانایی خود در قرار دادن خود به جای دیگران بدست آورند. این ابزار می‌تواند برای به دست آوردن بینش به چگونگی بهبود مهارت‌های ارتباطی، همکاری و عملکرد در هنگام برقراری ارتباط با دیگران استفاده شود (۴۳). از جمله گویه‌های آن عبارتند از: به واکنش‌ها و احساسات دیگران توجه می‌کنم. به هنگام صحبت کردن با دیگران، خوب گوش نمی‌دهم. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش امانی و همکاران، (۰/۸۳) بدست آمده است (۳۲). ضریب آلفای این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۷۸ محاسبه شد.

با مراجعه به بیمارستان در شیفت‌های کاری صبح و بعد از ظهر، بعد از اطمینان دادن به آزمودنی‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعاتشان، از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه‌های مورد نظر را با دقت تکمیل نمایند. سپس پرسش نامه‌ها بدون نام و به صورت کددار توزیع شده و به روش خودگزارش دهی تکمیل شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) با به کارگیری نرم‌افزار SPSS ۱۷ انجام شد.

■ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی پرستاران به ترتیب $(35/21 \pm 7/61)$ می‌باشد. ۷۱ نفر از شرکت‌کنندگان، مرد (۴۳/۰۳٪) و ۹۴ نفر آن‌ها

تصمیم‌گیری، تولید راه حل و انجام راه حل به ترتیب $(\pm 15/44)$ $(0/26)$ ، $(0/26 \pm 15/59)$ ، $(0/26 \pm 16/21)$ و $(0/27 \pm 15/67)$ بود. همان طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، همبستگی کامل همدلی با بیمار با انواع سبک‌های حل مساله و مهارت‌های آن نشان داده شده است که در این میان بیشترین همبستگی همدلی با جهت‌گیری مثبت ($I=0/21$ و $p<0/01$)، مهارت تولید راه حل ($I=0/24$ و $p<0/01$)، مهارت انجام راه حل ($I=0/13$ و $p<0/05$) و سبک حل مساله منطقی ($I=0/18$ و $p<0/01$) است. نتایج حاصل از اجرای تحلیل رگرسیون همدلی و جهت‌گیری، سبک‌ها و مهارت‌های حل مساله در جدول‌های (۳ و ۴) آمده است. براساس داده‌های جدول ۳، تغییرات F برای همدلی پرستاران، پس از ورود جهت‌گیری حل مساله مثبت ($p<0/001$) معنادار به دست آمد. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مثبت حل مساله اثر معناداری بر همدلی دارد و در مجموع (۱۶٪) از واریانس همدلی را پیش‌بینی

زن ($56/97\%$) بودند. ۱۱۵ نفر متأهل ($69/7\%$) و ۵۰ نفر ($30/3\%$) مجرد بودند. مدرک تحصیلی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش، به ترتیب ۱۳۸ نفر لیسانس ($83/6\%$) و ۲۷ نفر کارشناسی ارشد ($16/4\%$) بودند. یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و طیف سؤالات مقیاس‌های مورد استفاده و خرده مقیاس‌های آنان می‌باشد که در جدول ۱ نشان داده شده است. مطابق با جدول، میانگین و انحراف معیار همدلی به ترتیب $(11/07 \pm 1/80)$ ؛ و میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های حل مساله شامل جهت‌گیری مثبت مساله به ترتیب $(15/23 \pm 0/22)$ ؛ جهت‌گیری منفی مساله $(22/45 \pm 0/41)$ ؛ حل مساله منطقی $(23/68 \pm 0/33)$ ؛ سبک تکانشی-بی احتیاطی $(19/49 \pm 0/25)$ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار در مهارت‌های حل مساله نیز برای تعریف-تدوین،

جدول ۱. میانگین میزان همدلی در پرستاران بخش ویژه و جهت‌گیری، سبک‌ها و مهارت‌های حل مساله اجتماعی

متغیر / مؤلفه	خرده مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار
همدلی		۲۰۹/۱۶	۲/۲۱
جهت‌گیری‌های حل مساله	جهت‌گیری مثبت مساله	۱۶/۲۳	۰/۲۵
	جهت‌گیری منفی مساله	۲۲/۴۵	۰/۶۸
سبک‌های حل مساله	سبک حل مساله منطقی	۶۲/۷۲	۱/۲۳
	سبک تکانشی-بی احتیاطی	۲۳/۲۵	۰/۳۳
	سبک حل مساله اجتنابی	۱۸/۲۱	۰/۳۱
مهارت‌های حل مساله	مهارت تعریف-تدوین	۱۶/۲۵	۰/۲۴
	مهارت تصمیم‌گیری	۱۵/۶۳	۰/۲۲
	مهارت تولید راه حل	۱۷/۱۰	۰/۴۲
	مهارت انجام راه حل	۱۶/۶۹	۰/۲۹

مشاهدات است که یکی از فرضیه‌های اصلی به کارگیری مدل رگرسیون خطی می‌باشد. در جدول (۴) ضرایب تأثیر همدلی بر مؤلفه‌های حل مسأله اجتماعی با توجه به آماره T، نشان داده شده است. متغیر جهت‌گیری مثبت حل مسأله با مقدار ($t=4/51$ و $P<0/001$) رابطه مثبت و معناداری با همدلی دارد. از این رو فرضیه مربوط به رابطه بین دو متغیر مذکور تأیید می‌شود. در متغیر مهارت تولید راه حل، مقدار ($t=4/80$) و ($P<0/001$) حاکی از آن است که این عامل با همدلی رابطه مثبت و معناداری دارد. رابطه سبک حل مسأله منطقی و همدلی با مقدار ($t=3/71$ و $P<0/001$) نیز معنادار به دست آمد. اما سایر ابعاد حل مسأله رابطه معناداری با همدلی پرستاران نداشتند.

می‌کند. همچنین در مورد سبک‌های حل مسأله تغییرات F برای همدلی پس از ورود متغیر سبک حل مسأله منطقی در سطح ($p<0/001$) معنادار به دست آمد. به عبارتی سبک حل مسأله منطقی اثر معناداری بر همدلی پرستاران دارد و در مجموع (۱۳٪) از تغییرات واریانس همدلی را پیش‌بینی می‌کند. از طرف دیگر در مورد مهارت‌های حل مسأله تغییرات F برای همدلی پس از ورود متغیر مهارت تولید راه حل در سطح ($p<0/001$) معنادار به دست آمد. بطوریکه مهارت تولید راه حل اثر معناداری بر همدلی پرستاران دارد و در مجموع (۱۷٪) از تغییرات واریانس همدلی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین مقادیر بدست آمده آماره دوپیرین-واتسون حدوداً در فاصله (۱/۵ تا ۲/۵) قرار دارد که نشان دهنده عدم همبستگی باقیمانده‌های مدل و در نتیجه مؤید استقلال

جدول ۲. ماتریس همبستگی جهت‌گیری‌ها، سبکها و مهارت‌های حل مسأله اجتماعی با همدلی پرستاران با بیمار

متغیر/مؤلفه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- همدلی	۱									
۲- جهت‌گیری مثبت مسأله	۰/۲۱**	۱								
۳- جهت‌گیری منفی مسأله	۰/۰۳	-۰/۳۸**	۱							
۴- سبک حل مسأله منطقی	۰/۱۸**	۰/۷۲**	-۰/۴۱**	۱						
۵- سبک تکانشی بی احتیاطی	۰/۰۹	-۰/۳۲	۰/۶۲**	-۰/۱۲	۱					
۶- سبک حل مسأله اجتنابی	۰/۰۵	-۰/۲۴	۰/۵۸**	-۰/۵۷	۰/۵۲**	۱				
۷- مهارت تعریف- تدوین	۰/۱۰	۰/۶۳**	-۰/۳۷**	۰/۸۸**	-۰/۰۵	-۰/۰۲	۱			
۸- مهارت تصمیم‌گیری	۰/۱۱	۰/۶۲**	-۰/۳۳**	۰/۹۰**	-۰/۱۰	-۰/۰۳	۰/۸۷**	۱		
۹- مهارت تولید راه حل	۰/۲۴**	۰/۷۱**	-۰/۴۰**	۰/۸۵**	-۰/۱۸**	-۰/۱۱	۰/۸۱**	۰/۸۰**	۱	
۱۰- مهارت انجام راه حل	۰/۱۳*	۰/۷۱**	-۰/۳۴**	۰/۸۰**	-۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۷۰**	۰/۷۵**	۰/۷۲**	۱

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام همدلی پرستاران بر مؤلفه‌های حل مساله اجتماعی

متغیر ملاک	R	R ^۲	خطای استاندارد	آماره‌های تغییر یافته		
				تغییرات R ^۲	F	معناداری
جهت‌گیری مثبت حل مساله	۰/۳۹	۰/۱۶	۴۴/۲۶	۰/۱۶	۲۰/۳۵	۰/۰۰۱
سبک حل مساله منطقی	۰/۳۵	۰/۱۳	۴۶/۲۳	۰/۱۳	۱۴/۲۶	۰/۰۰۱
مهارت تولید راه حل	۰/۴۱	۰/۱۷	۴۱/۴۰	۰/۱۷	۲۲/۱۷	۰/۰۰۱

جدول ۴. ضرایب تأثیر همدلی پرستاران بر مؤلفه‌های حل مساله اجتماعی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	β	خطای استاندارد B	BETA	T	معنی داری
همدلی	جهت‌گیری مثبت حل مساله	۵/۱۸	۱/۳۹	۰/۳۸	۴/۵۱	۰/۰۰۰
	مهارت تولید راه حل	۵/۲۲	۱/۰۹	۰/۴۰	۴/۸۰	۰/۰۰۰
	سبک حل مساله منطقی	۱/۱۳	۰/۳۵	۰/۳۳	۳/۷۱	۰/۰۰۰

■ بحث

پرستاری به عنوان یک حرفه پر استرس همواره با چالش‌های جدی رو به رو است که مایوس نشدن در ناکامی‌ها و اعتقاد به قابل حل بودن تمام مشکلات و همچنین اعتماد به توانایی‌های شخصی در چهارچوب مولفه‌های جهت‌گیری مثبت منجر به بهره‌گیری از فواید و نتایج مثبت مسائل و ایجاد دیدگاه مثبت به مشکلات شغل پرستاری می‌شود که تاثیر مثبت آن را می‌توان در توانایی همدلی ایشان مشاهده نمود.

همچنین یافته‌ها این پژوهش در مورد سبک‌های حل مساله بیانگر این است که حل مساله منطقی بالاترین همبستگی ($r=0/18$) را با میزان همدلی به خود اختصاص داده و به تنهایی (۱۳) درصد از واریانس آن را پیش بینی می‌کند. حل رویدادها و مسائل زندگی به صورت منطقی نشان دهنده تشخیص درست راه حل مسائل روزمره افراد است و اینکه چگونه بتوان بصورت درست و منطقی با دیگران و احساسات آنها ارتباط برقرار کرد تحت عنوان

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط ابعاد توانمندی حل مساله اجتماعی با همدلی پرستاران بخشهای مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر اردبیل انجام گرفت. با توجه به ضرایب تأثیر همدلی پرستاران بر مؤلفه‌های حل مساله اجتماعی و نتایج تحلیل رگرسیون، می‌توان گفت در مجموع (۴۶٪) از واریانس همدلی پرستاران، توسط برخی از ابعاد توانمندی حل مساله اجتماعی شامل جهت‌گیری مثبت حل مساله، مهارت تولید راه حل و سبک حل مساله منطقی تبیین می‌شود. بطوریکه نتایج این پژوهش نشان داد، جهت‌گیری مثبت حل مساله ارتباط معناداری ($r=0/21$) با همدلی پرستاران دارد و (۱۶) درصد از واریانس آن را پیش بینی می‌کند. این یافته با نتایج دیویس (۲۰)، دی زوریلدا، نزو و مایودا - الیوارس (۳۹)، باتسون و شاو (۲۲)، دی زوریلدا و شیدی (۳۱)، لیزارگا و همکاران (۲۱) و دادس (۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت

و به اقدامات درمانی کیفیت بالایی بخشید. همچنین بررسی نقش جهت‌گیری‌ها و سبک‌ها و مهارت‌های حل مسأله اجتماعی می‌تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه تأمین بهداشت روانی بالاتر از سطح پیشگیری تا درمان در دسترس وزارت بهداشت، بیمارستان‌ها، کلینیک‌های روانشناسی و روانپزشکی و همچنین مسئولان و مدیران امور درمانی به همراه داشته باشد.

■ تشکر و قدرانی

محققین برخورد لازم می‌دانند که از کلیه پرستاران و مسئولین محترم بیمارستان‌های علوی، امام خمینی (ره) و فاطمی‌اردبیل که ما را در انجام این پژوهش یاری کرده‌اند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

حل مسأله منطقی تعریف می‌شود. این نتیجه با یافته‌های دیویس (۲۰)، باتسون و شاو (۲۲)، لیزارگا و همکاران (۲۱)، سیمپسون و همکاران (۲۷)، فایندلای و همکاران (۲۳)، جولیف و فارینگتو (۱۲) و گلیسن و همکاران (۲۸) در راستای عوامل تاثیرگذار بر شیوه‌های پاسخ‌گویی به احساسات دیگران و تعاملات اجتماعی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت توانایی درک مشکلات بیماران، فهمیدن موقعیت‌ایشان و آمادگی برای یافتن راه‌های منطقی برای کمک به بیماران، مستلزم توانایی در روشن کردن موضوع، خلاقیت در ارائه راه حل، پیش‌بینی نتایج هر راه حل و در نهایت تحلیل نکات مثبت و منفی راه حل پس از کاربرد آن است که با عنوان سبک حل مسأله منطقی شناخته می‌شود.

از طرف دیگر در بررسی رابطه چندگانه مهارت‌های حل مسأله با همدلی پرستاران با بیماران مشخص شد که مهارت تولید راه حل بیشترین همبستگی ($r=0/24$) را با این مولفه داشته و به تنهایی ۲۴ درصد تغییرات در سطح همدلی با بیماران را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج دیویس (۲۰)، باتسون و شاو (۲۲)، لیزارگا و همکاران (۲۱)، سیمپسون و همکاران (۲۷)، بورنشتاین (۲۹) و گلیسن و همکاران (۲۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت همدلی با بیماران علاوه بر دقت در رفتار نیاز به خلاقیت دارد به نحوی که پرستاران در مواجهه با بیماران با مشکلات گوناگون مربوط آنان در صورتی می‌توانند همدلی موثر و عملکرد مثبتی داشته باشند که تمامی جوانب امر را در نظر گرفته و با توجه کردن به راه‌های مختلف بتوانند مناسب‌ترین راه حل را بصورت تلفیقی ارائه نمایند.

■ نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که جهت‌گیری حل مسأله مثبت، سبک حل مسأله منطقی و مهارت حل مسأله تولید راه حل ارتباط معناداری با همدلی پرستاران بخش‌های ویژه دارد. همچنین توانایی‌های حل مسأله اجتماعی می‌تواند به طور معنی‌داری همدلی پرستاران را پیش‌بینی کند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر تمرکز بر پرستاران بخش‌های ویژه و عدم توجه به دیگر پرسنل بالینی است. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و رابطه میزان همدلی با ابعاد مختلف حل مسأله اجتماعی، می‌توان با آموزش توانایی‌های حل مسأله به پرسنل بالینی و به ویژه پرستاران بخش‌های ویژه، میزان رضایت بیماران را افزایش و از سوی دیگر تعارضات شغلی کادر بالینی را کاهش داده

■ References

- 1 Pahlavanzadeh S, Maghsudi Ganjeh J. Mental health. Isfahan: Isfahan Medical University Publisher; 2006. [Persian].
- 2- FathiAzar E. Methods and techniques of teaching. Third Edition, Tabriz: University of Tabriz. 2012. [Persian].
- 3- Shives LA, Isaacs A. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. 5nd ed. Philadelphia: Lippincott. 2002.
- 4- Zamani A, Shams B, Moazam E. Education communication skills to physicians as a way to increase patient satisfaction: model for continuing education. Iranian Journal of Medical Education. 2004; 4(1):15-22. [Persian].
- 5- Bowles N, Mackintosh C, Torn A. Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solutionfocused communication training. Issues and Innovations in Nursing Education. 2001; 36(3): 347-354.
- 6- Sabzevari S, Soltani K, Shokrabi R, Kohpaie zad J. Communication of nursing students with patients in teaching hospitals of Kerman Medical Sciences University. Iranian Journal of Medical Education. 2006; 6(1): 43-49. [Persian]
- 7- Hoonakker P, Carayon P, Douglas S, Schultz K, Walker J, Wetterneck TB. Communication in the ICU and the relation with quality of care and patient safety from a nurse perspective. International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics. 2011; 6(1): 51-69.
- 8- Johansson GW. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. Intensive Critical Care Nursing. 2001; 17: 29-39.
- 9- Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G. Communication skills: some problems in nursing education and practice. J Clin Nurs. 2002; 1(11): 12-21.
- 10- Hemmati-Maslakpak M, Sheikhabaklu M, Baghaei R, Sheikhi N. Study the performance of nurses communication with patients in special education and non- teaching hospital, Urmia. Journal of urmia nursing and midwifery faculty. 2002; 10(2): 286-294. [Persian].
- 11- Gutiérrez-Sanmartín M, Escarti-Carbonell A, Pascual-Baños C. Relationships among empathy, prosocial behavior, aggressiveness, self-efficacy and pupils' personal and social responsibility. Psicothema. 2011; 23(1), 9-13.
- 12- Rieffe C, Ketelear L, Wiefferink CH. Assessing empathy in young children: construction and validation of an empathy questionnaire (em que). Personality and individual differences. 2010.
- 13- Jolliffe D, Farrington DP. Examining the relationship between low empathy and bullying. Aggressive Behavior. 2006; 32(6), 540-550.
- 14- Dadds MR, Hunter K, Hawes DJ, Frost AD, Vassallo S, Bunn P, et al. A measure of cognitive and affective empathy in children using parent ratings. Child Psychiatry and Human Development. 2008; 39(2): 111-122.
- 15- Fontenelle LF, Soares ID, Miele F, Borges MC, Prazeres AM, Rangé BP, et al. Empathy and symptoms dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder, Journal of Psychiatric Research. 2009; 43 (4):455-463.
- 16- Lizarraga ML, Ugarte MD, Cardelle-Elawar M, Iriarte MD, Baquedano MT. Enhancement of self-regulation, assertiveness, and empathy. Learning and Instruction. 2003; 13(4):423-439.
- 17- Hay DF. Prosocial development. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 1994; 35(1), 29-71.
- 18- Del Barrio V, Aluja A, García LF. Relationship between empathy and the Big Five personality traits in a sample of Spanish adolescents. Social Behavior and Personality. 2004; 32(7), 677-681.
- 19- Offerman-Zuckerberg J. The parenting process: a psychoanalytic perspective. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 1992; 20(2), 205-214.
- 20- Davis MH. The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. Journal of Personality. 51(2), 1983; 167-184.
- 21- Davis MH. Empathy: a social psychological approach (Social Psychology). Florida: Westview Press. 1996.
- 22- Batson CD, Shaw-Laura L. Evidence for altruism: toward a pluralism of prosocially motives. Psychological Inquiry. 1991; 2(2): 107-122.

- 23- Findlay LC, Girardi A, Coplan RJ. Links between empathy, social behavior, and social understanding in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*. 2006; 21(3): 347-359.
- 24- Anderson C, Keltner D. The role of empathy in the formation and maintenance of social bonds. *Behavioral and Brain Sciences*. 2002; 25: 21-22.
- 25- Eisenberg N, Miller PA. The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*. 1987; 101(1), 91-119.
- 26- Lahey-Benjamin B, Waldman-Irwin D, McBurnett K. Annotation: the development of antisocial behavior: an integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1999; 40(5): 669-682.
- 27- Simpson JA, Orina MM, Ickes W. When accuracy hurts, and when it helps: a test of the empathic accuracy model in marital interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 85(5), 881-893.
- 28- Gleason KA, Jensen-Campbell LA, Ickes W. The role of empathic accuracy in adolescents' peer relations and adjustment. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2009; 35(8): 997- 1011.
- 29- Bornstein MH, Davidson L, Keyes CM, Moore K. The center for child well-being (Eds.). well-being: positive development across the life course. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2003.
- 30- Elliot TR, Shewchuk RM, Richard JS. Caregiver social problem solving abilities and family member adjustment to recent onset physical disability. *Rehabilitation psychology*. 1999; 44,104-123
- 31- D'Zurilla TJ, Sheedy CF. The relation between social problem-solving ability and subsequent level of academic competence in college students. *Cognitive Therapy and Research*. 1992; 16: 589-599.
- 32- Amani A, Esfandyari H, gholami M. The role of problem solving strategies in empathy with patients in Sanandaj nurses. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2014; 1(1):39-49. [Persian].
- 33- Shahbazi S, Heidari M. The impact of training by social problem-solving model of D'Zurilla & Gold Fried on problem-solving skills of nursing students. *The Iran Journal of Nursing*. 2012; 25 (76): 1-9. [Persian].
- 34- Deborab M, Nadzam p. Nurse role in communication and patient safety. *Nurse care Quality*. 2009; 24: 184- 188.
- 35- Browing EM, Campbell ME. Evaluating students' communication process in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*. 1987; 12(1): 28-9.
- 36- Marlene V, Obermeyer R. Communication in nursing: the foundation for caring module 1. Kansas State Board of Nursing: Mobermeyer; 2006. P. 1-15.
- 37- Anooosheh M, Zarkha S, Faghihzaeh S, Vasimoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *International Nursing Review* .2009; 56: 243-249.
- 38- Hoyt P. Problem solving for better health nursing: a working approach to the development and dissemination of applied research in developing countries. *Applied Nursing Research*. 2006 May; 19(2):110-2; discussion 2.
- 39- D'Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Social problem-solving inventory-revised (SPSI-R). North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems; 2002.
- 40- Brown A, Maydeu-Olivares A. Item response modeling of forced-choice questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*. 2011; 71: 460-502.
- 41- Abolghasemi A, Kiamarsi A. The relationship of social problem – solving and its components with narcissistic and antisocial personalities among high school students in the Ardabil city. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2009; 4(4): 9-26. [Persian].
- 42- LaMonica EL. Empathy construct rating scale leader's manual (ECRSLG). Umea: Umea University. 2007.
- 43- Rigolosi EL. Empathy construct ratings scale leader's manual: Human Resource Development Press. 2009.

Relationship between nurses' social problem solving ability and their empathy in intensive care units

Parviz Porzoor[■], Mohammad Narimani, Mortaza Ebrahimi, Esmail Soleimani

■ Corresponding author:

Porzoor P.

PhD Student, Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Narimani M.

Professor in psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Ebrahimi M.

Assistant Professor, Department of Islamic Education, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Soleimani E.

Assistant Professor, Department of Educational, University of Urmia, Urmia, Iran.

Abstract

Introduction: Personal characteristics' nurses in communication between themselves and patients are important, but it is challenge; is there any correlation between their social problem solving ability and empathic relationship in CCU.

Aim: This study was done for determining the relationship between nurses' social problems solving ability and their empathy in intensive care units in hospitals of Ardabil provenience.

Method and Material: this descriptive-correlational study was done in 2014. The samples were (165) critical care nurses who worked in hospitals of Ardabil provenience. They were selected by multistage cluster in the year (2014). Data gathering was done by questionnaire social problem solving ability (D'zurilla et al, 2002), and empathy scale (La Monica, 2007), that their reliability by α -Chronbach were (0.79 and 0.83) respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and multiple regressions in SPSS 17.

Results: The results showed that positive problem solving orientation, logical problem solving style, produce solutions skills ($P < 0/001$) and ability of implementation of solution skills ($P < 0/05$) have a significant positive relationship with empathy. Multiple regression analysis showed that nurses' empathy of variance is explained respectively (16%, 13% and 17%) by positive problem solving orientation, logical problem solving style and produce solutions skills ($P < 0/001$).

Conclusion: Nurse managers would be increased empathy relationship between critical care nurses and patients more than (46%) now, by programming problem-solving skills in-service education.

Key words: critical care nurses, empathy, critical care nursing, social problem solving ability.

Nursing
Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Third Year, Vol 3, No 4, Winter 2014