همدلی پرستار با بیمار: اثر حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده و مسؤولیت‌پذیری اخلاقی در برابر بیمار

حبیب‌الله رعنایی کردشولی■، احمد الهیاری بوزنجانی

چکیده

مقدمه: همدلی پرستاران با بیماران، به عنوان رفتاری اخلاقی در راستای حفظ کرامت انسانی بیماران، همواره مدنظر مدیران بیمارستان‌ها و سیاستگذاران حوزه سلامت بوده است. در این راستا آنچه حائز اهمیت است، شناسایی علل و زمینه‌هایی است که بتوان از طریق آنها بروز چنین رفتارهایی را در پرستاران تقویت نمود.

هدف: هدف از مطالعه حاضر، آزمون مدلی است که در آن، عوامل مؤثر بر رفتارهای همدلانه‌ی پرستاران در برابر بیماران تبیین شده است.

مواد و روش‌ها: در مطالعه‌ی حاضر، نمونه‌ای مشتمل بر ۱۴۳ نفر از پرستاران یک بیمارستان دولتی در شهرستان یاسوج، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های سنجش حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده پرستاران، سنجش دلبستگی شغلی پرستاران و سنجش مسؤولیت‌پذیری اخلاقی در بین آنها توزیع گردید. همچنین، جهت سنجش رفتارهای همدلانه‌ی پرستاران نیز از پرسشنامه‌ای محقق ساخته استفاده شد. جهت ارزیابی پایایی ابزار مربوطه، از شاخص‌های ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۱-۰/۹۱) و پایایی مرکب(۰/۸۵-۰/۹۲) استفاده گردید. پرستاران به‌صورت خود گزارشی ابزارها را تکمیل نمودند. به منظور تحلیل توصیفی داده‌ها از مجموعه‌ای از آزمون‌های توصیفی در بستر نرم‌افزار آماری (SPSS) و جهت تحلیل روابط میان متغیرهای پژوهش نیز از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزیی (PLS) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از این بود که هر دو بُعد حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده پرستاران، مشتمل بر حمایت عاطفی و حمایت ابزاری، به ترتیب با میزان تأثیر ۰/۲۷ و ۰/۳۴ و سطح معنی‌داری ۲/۴۱ و ۳/۱۳ بر دلبستگی پرستاران به شغل تأثیرگذار است. افزون بر این، دلبستگی شغلی و مسؤولیت‌پذیری اخلاقی پرستاران نیز، به ترتیب با میزان تأثیر ۰/۲۸ و ۰/۴۵ و سطح معنی‌داری ۳/۵۰ و ۵/۳۷ بر همدلی آنها با بیماران تأثیرگذار بودند.

نتیجه‌گیری: به مدیران پرستاری پیشنهاد می‌شود که با فراهم نمودن حمایت‌های اجتماعی برای پرستاران به عنوان یک عامل مدیریتی و در کنار آن، مسؤولیت‌پذیری اخلاقی پرستاران به عنوان یک عامل فردی، و تشویق آن با عملکردهای مدیریتی، بروز رفتارهای همدلانه عاطفی آنها با بیماران را افزون نمایند.

کلمات کلیدی: حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده، دلبستگی شغلی، مسؤولیت‌پذیری اخلاقی، همدلی پرستار

■ **مؤلف مسؤول: حبیب‌الله رعنایی کردشولی**
دانشیار مدیریت، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
آدرس: Ranaei@Shirazu.ac.ir

احمد الهیاری بوزنجانی
دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

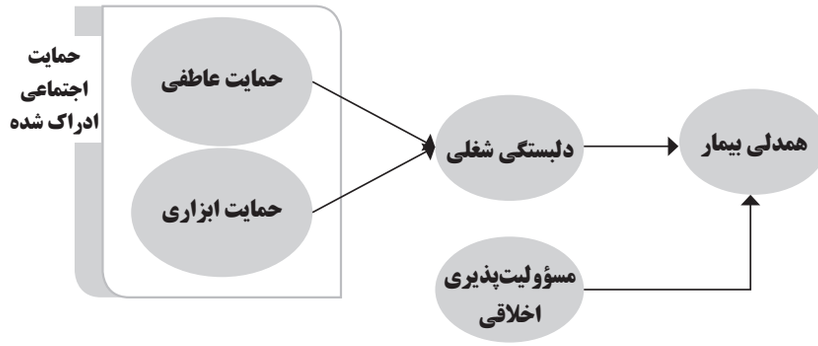
فصلنامه مدیریت پرستاری
سال پنجم، دوره پنجم، شماره اول
بهار ۱۳۹۵

■ **مقدمه**

همدلی پرستاران با بیماران، به عنوان یک مسأله اخلاقی، موضوعی است که از دیرباز به عنوان یک ضرورت، مورد توجه اساتید و پژوهشگران حوزه اخلاق پزشکی قرار گرفته است. در این زمینه، یکی از موضوعات مهم که در عمده، منشورهای اخلاقی مرتبط نیز یافت می‌شود، حکایت از این دارد که رفتار پرستاران با بیماران، باید مبتنی بر شأن و کرامت انسانی باشد. در حقیقت، اعتقاد بر این است که رفتار پرستار، به عنوان فردی که در ارتباط و تعامل مستقیم با بیماران است، صرف‌نظر از نژاد و قومیت بیماران، نه‌تنها باید مبتنی بر کرامت انسانی، بلکه باید تسکین‌دهنده‌ی آلام روان‌شناختی آنها نیز باشد.

ضرورت این بحث در بیمارستان‌ها از آن‌رو است که بر خلاف سایر سازمان‌های خدماتی، ماهیت فعالیت بیمارستان‌ها به گونه‌ای است که فرد دریافت‌کننده خدمت (بیمار) ممکن است جهت دریافت خدمات، نیاز داشته باشد که از چند ساعت تا چندین روز را در بیمارستان بستری باشد. در طی این مدت، طبیعی است که رنج‌های حاصل از بیماری از یک سو و مشکلات شخصی و خانوادگی از سوی دیگر، وضعیتی را برای بیماران رقم زند که ناچار به بروز واکنش‌هایی احساسی و رفتاری گردند. در این میان، کادر ارائه دهنده‌ی خدمات که در محور مقدم آنها پرستاران قرار دارند، با یک وضعیت پیچیده و دشوار مواجه می‌گردند؛ وضعیتی که در یک سوی آن حجم انبوهی از امور انباشته‌شده و روزمره، همچون رسیدگی به وضعیت سایر بیماران، و در سوی دیگر، تعامل صحیح و همدلی با بیماری است که در حال بروز یک واکنش احساسی و لحظه‌ای است. در نگاه اول، ممکن است چنین وضعیتی چندان دشوار به نظر نیاید، اما اهمیت آن هنگامی بیشتر جلوه می‌نماید که شرایط عاطفی و وضعیت روانی پرستاران نیز مدنظر قرار گیرد. در این زمینه، اتفاق نظری در میان پژوهشگران مبنی بر این‌که رفتارهای شغلی و عملکرد کارکنان، انعکاسی است از وضعیت مثبت یا منفی‌ای که بر ذهن و روان آنها حاکم است، وجود دارد از این رو، به طور دقیق بیان شده که رضایت کارکنان و دلبستگی شغلی آنها به محیط کار، تأثیری بسزا بر عملکرد شغلی و رفتارهای آنها در برابر دریافت‌کنندگان خدمات دارد (۱-۴). منطق این بحث، ریشه در این واقعیت دارد که کارکنان دلبسته به شغل، در هنگام انجام وظایف شغلی خود، به لحاظ روحی و روانی در وضعیتی به مراتب بهتر از سایرین قرار دارند و همین امر موجب انعکاس وضعیت عاطفی مطلوب رفتاری گردیده و نتایج مثبتی را به بار می‌آورد.

با توجه به مطالب بالا، منطقی است که جهت بهبود رفتارهای همدلانه‌ی پرستاران، توجهات زیادی را به وضعیت عاطفی آنها نمود. در این راستا، مجموعه‌ای از راهکارها وجود دارند که می‌توان آنها را به طور کلی در قالب دو دسته راهکارهای جداگانه و در عین حال قابل تلفیق تقسیم نمود. نخست، راهکارهایی هستند که معطوف به کاهش فشارهای عاطفی در مواجهه با مسائل و مشکلات، و دیگری راهکارهای معطوف به بهبود دلبستگی شغلی کارکنان به سازمان می‌باشند. در این میان، راهکار دوم که بیشترین توجهات را در میان پژوهشگران به خود جلب نموده، عمدتاً در برگیرنده اقداماتی است که معطوف به فراهم نمودن حمایت‌های سازمانی برای کارکنان است (۵-۷). این حمایت‌ها که از سویی ریشه در اقدامات مدیران و سرپرستان سازمان و از سوی دیگر نحوه ادراک پرستاران از آن اقدامات دارند، عبارتند از حد و میزانی که پرستاران می‌پندارند سرپرستان و مدیران سازمان برای آنها ارزش قائل شده و به آنها بها می‌دهند (۸). در این رابطه، پژوهشگران اعتقاد دارند، ارزش و بهایی که سازمان برای کارکنان قائل می‌شود، باید ضمن مشابهت با ارزشی که برای ذی‌نفعان بیرون از سازمان (دریافت‌کنندگان خدمات) قائل است، مقدم بر آنها نیز باشد (۹). از این رو، ایده فراهم نمودن حمایت اجتماعی را به عنوان راهکاری جهت حل مشکلات عاطفی و انگیزشی کارکنان مطرح نموده‌اند که می‌تواند با فراهم نمودن چتری حمایتی برای کارکنان، تأثیر فزایندهای بر دلبستگی شغلی و عملکرد آنها در ارائه خدمات با کیفیت که هدفی راهبردی برای هر سازمان است، داشته باشد. در این ارتباط، می‌توان حمایت‌های اجتماعی را در قالب دو دسته از حمایت‌های عاطفی و حمایت‌های ابزاری به کارکنان ارائه داد. حمایت‌های عاطفی بیانگر مجموعه رفتارها و اقداماتی است که حاکی از محبت و همدردی با فرد بوده و در یک بیان کلی، میزان اهمیتی که برای فرد قائل شده‌اند را نشان می‌دهند (۱۰). حمایت‌های ابزاری نیز اشاره به رفتارهای کمک‌کننده‌ای دارد که در جهت رفع مشکلات فرد هستند (۱۰). در این راستا، بررسی‌ها حاکی از این است که فراهم نمودن حمایت‌های اجتماعی مناسب برای کارکنان، پیامدهایی از قبیل وابستگی بیشتر کارکنان به شغل (۱۱)، بهبود بهزیستی روان‌شناختی آنها (۱۲)، تعیین هویت آنها با سازمان (۱۳)، کاهش رفتارهای مخرب در سازمان (۱۴)، بهبود کیفیت زندگی کاری (۱۵)، کاهش تعارضات میان کار و زندگی (۱۶-۱۸)، افزایش رضایت شغلی (۵, ۱۹)، کاهش استرس شغلی (۵) و نهایتاً کاهش قصد ترک شغل (۱۹) و عملکرد شغلی بهتر کارکنان (۲۰) را در پی دارد.



شکل (۱): مدل مفهومی پژوهش

با توجه به موارد فوق، بدیهی است که به لحاظ نظری، مبنای پژوهش حاضر ریشه در مضامین محوری نظریه‌ی حمایت سازمانی ادراک‌شده ((perceived organizational support (POS) دارد. طبق تعریف ایسنبرگر و همکاران (۸) حمایت سازمانی ادراک‌شده عبارت است از حد و میزانی که کارکنان می‌پندارند، سازمان برای آنها ارزش قائل شده و به رفاه آنها اهمیت می‌دهد. در واقع، پرورش و شکل‌گیری ادراک کارکنان از حمایت سازمانی را می‌توان به دو نگرش که متعلق به کارکنان است، نسبت داد: نخست، تجسم شخصیت سازمان به عنوان یک انسان؛ سپس، حمایت‌هایی که براساس اختیارات و صلاحدید سازمان فراهم می‌شوند (۹). با تعمیم این بحث به محیط درونی بیمارستان‌ها، طبق این نظریه، پرستاران عمدتاً محل کار خود را به عنوان یک شخصیت انسانی تصور می‌نمایند و تمامی صفات و خصوصیات انسانی را برای آن متصور می‌شوند. بنابراین، همان‌گونه که می‌توانند به یک انسان دلبستگی پیدا کنند، به شغل و محیط کاری خود نیز دلبسته می‌شوند. در این فرایند، پرستاران نمایندگانی را برای سازمان متصور هستند که عمدتاً، مدیران بلندپایه سازمان و سایر سرپرستانی‌اند، که از نظر آنها دارای نزدیکی بیشتری با مدیران عالی‌رتبه سازمان بوده و تحت حمایت خاص آنها هستند. از این رو، رفتارها و گفتارهای آنها را به عنوان افعال سازمان در نظر گرفته و دلبستگی شغلی و رفتارهای خود در قبال سازمان را بر مبنای مشاهدات و شنیده‌هایشان از جانب مدیران و سرپرستان تنظیم می‌نمایند. در حقیقت، شخصیت و منش سرپرستان سازمان را به عنوان شخصیت خود سازمان پنداشته و براساس آن عکس‌العمل مناسب را اتخاذ می‌نمایند.

با در نظر گرفتن نظریه‌ی فوق، می‌توان انتظار داشت به میزانی که مدیران و سرپرستان بیمارستان در رفتارها و گفتارهای خود، جانب حمایت از پرستاران را حفظ نمایند و پرستاران نیز الگوهای رفتاری و ویژگی‌های شخصیتی آنها را به عنوان خصایص مطلوب بپذیرند، ضمن استناد و تعمیم این حمایت‌ها و ویژگی‌ها به کلیت سازمان، پاسخ‌های رفتاری و نگرشی مثبتی را بروز خواهند داد. در این ارتباط، پژوهشگران پیشین، به شیوه‌های مختلف، این ادعا را در مطالعات خود مورد تأیید قرار داده‌اند (۲۱-۲۴). با این پیش‌فرض، می‌توان بیان نمود که دلبستگی افراد به شغل‌شان، به عنوان پیامد یا پاسخی متقابل نسبت به حمایت‌های اجتماعی دریافت‌شده از جانب مدیران و سرپرستان است (۵-۷).

صرف نظر از تأثیر نگرش‌های شغلی و حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده بر همدلی پرستاران با بیماران، بدیهی است که بسیاری از مواقع، رفتارها و اقدامات افراد نشأت گرفته از عامل و انگیزهای درونی است که ریشه در ارزش‌های ذهنی آنها دارد (۲۵, ۲۶). در حقیقت، این ارزش‌های ذهنی افراد هستند که تعیین می‌کنند در یک شرایط خاص، چه رفتاری صحیح و چه رفتاری غلط است (۲۷). از این رو، می‌توان انتظار داشت افرادی که ارزش‌های ذهنی آنها نشأت گرفته از اصول صحیح اخلاقی بوده و مؤید احساس مسؤولیت در برابر هم‌نوعان است، بیشتر به رفتارهای انسان دوستانه گرایش داشته باشند. بر این اساس، می‌توان متصور بود که احساس مسؤولیت اخلاقی پرستاران در برابر بیماران و آینده آنها، از نقشی سازنده در همدلی آنها با بیماران برخوردار باشد. نظر به این امر، الگوی مفهومی پژوهش حاضر به‌صورت شکل (۱) ارائه گردیده است.

نظر به اهمیت همدلی پرستاران با بیماران در محیط بیمارستان‌ها و فقدان مطالعه‌ای که به‌صورت نظام‌مند اثرات مسؤولیت‌پذیری اخلاقی و حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده پرستاران را به عنوان عواملی فردی و سازمانی، بر همدلی آنها با بیماران مورد بررسی قرار داده باشد، در این پژوهش تلاش شده است تا با بررسی این موضوع در میان نمونه‌ای از پرستاران یک بیمارستان دولتی در شهرستان یاسوج، راهکارهای بهبود رفتارهای همدلانه پرستاران در برابر بیماران، مورد بررسی قرار گیرد.

■ مواد و روش‌ها

این پژوهش از منظر روش گردآوری داده‌ها، یک پژوهش پیمایشی است و به لحاظ ماهیت نیز در زمره آن دسته از پژوهش‌های علمی قرار می‌گیرد که با تکیه بر مبانی نظری موجود در پژوهش‌های پیشین، روابط منطقی میان متغیرهای پژوهش بیان گردیده و با استفاده از روش‌های آماری مورد آزمون قرار می‌گیرد.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، کلیه پرستاران شاغل در یک بیمارستان دولتی در شهرستان یاسوج هستند که طبق آمار قریب به ۲۰۰ نفر هستند. در این ارتباط، با مبنا قرار دادن فرمول نمونه‌گیری کوکران حداقل تعداد نمونه مورد نیاز تعداد ۱۳۳ نفر به دست آمد. با توجه به عدم امکان انجام نمونه‌گیری تصادفی، به دلیل مشغولیت کاری پرستاران و عدم در اختیار داشتن لیستی از اسامی یا کد پرسنلی آنها، جهت اطمینان از دستیابی به حداقل تعداد نمونه مورد نیاز، از طرح نمونه‌گیری غیرتصادفی و روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و از طریق مراجعه‌ی حضوری در سال (۱۳۹۴)، پرسشنامه مربوطه میان ۱۴۳ نفر از پرستاران توزیع و در حضور پژوهشگر تکمیل شد. در این راستا، معیار ورود نمونه‌ها به مطالعه، صرفاً اشتغال در سمت پرستاری بوده است. لازم به ذکر است، به منظور اطمینان از رعایت ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه‌ها به‌صورت بی‌نام در میان پرستاران توزیع شد و این اطمینان به آنها داده شد که پاسخ‌های آنها محرمانه مانده و صرفاً در راستای این پژوهش مورد استفاده قرار خواهند گرفت. در نهایت، با توجه به خوانا بودن پرسشنامه‌ها و درصد اندک داده‌های مفقوده در آنها، هیچ یک از آنها حذف نگردید و همگی در تحلیل‌ها مورد استفاده قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها

به منظور سنجش متغیرهای مورد مطالعه نیز مجموعه‌ای از ابزارهای پر استفاده در پژوهش‌های مرتبط مورد استفاده قرار گرفت. به این صورت که برای سنجش حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده پرستاران (مشتمل بر دو بُعد حمایت عاطفی و ابزاری ادراک‌شده) از پرسشنامه هامر و همکاران (۲۸) استفاده گردید. لازم به ذکر است، در این پرسشنامه جهت سنجش حمایت عاطفی از چهار گویه و جهت سنجش حمایت ابزاری ادراک‌شده نیز از سه گویه استفاده شده است. افزون بر این، برای سنجش دلبستگی شغلی پرستاران نیز از شش گویه استفاده گردید که پیش از این توسط چافلی، باکر و سالونوا (۲۹) جهت سنجش دلبستگی شغلی کارکنان در کشورهای مختلف طراحی و مورد استفاده قرارگرفته بود. همچنین، جهت سنجش مسؤولیت‌پذیری اخلاقی پرستاران نیز از پرسشنامه جکسون و وید (۳۰) استفاده گردید که در آن از سه سؤال جهت سنجش مسؤولیت‌پذیری افسران پلیس استفاده شده است. به علاوه، جهت ارزیابی همدلی پرستاران با بیماران نیز با مبنا قرار دادن تعریف گلداشتین (۳۱) از مفهوم همدلی، چهارگویه توسط محققان طراحی و مفهوم مربوطه توسط آنها مورد سنجش قرار گرفت. گویه‌های چهارگانه بدین شرح بودند: ۱. اگر متوجه شوم بیماری احساس غمگینی دارد به گونه‌ای با او رفتار می‌نمایم که تسکین‌دهنده احساس او باشد؛ ۲. در پاسخ به پرخاشگری یا بی‌تابی‌هایی که متأثر از بیماری بیماران است، با صبوری و متانت رفتار می‌نمایم؛ ۳. در صورتی که بیماری نیاز به بیان مشکلات شخصی خود داشته باشد، با صبر و حوصله به صحبت‌های او گوش می‌دهم؛ ۴. رفتارم با بیماران به نحوی است که به راحتی می‌توانند مشکلات شخصی و نیازهای خود را با من در میان بگذارند. لازم به ذکر است، گویه‌های اول و دوم در ارتباط با بُعد عاطفی و دو گویه دیگر نیز با بُعد شناختی، مرتبط هستند.

روش تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌های گردآوری شده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزیی استفاده گردید. در این روش جهت تحلیل داده‌ها، ابتدا باید برازش دو مدل را مورد بررسی قرار داد و پس از کسب اطمینان از مطلوبیت آنها نسبت به تحلیل یافته‌ها اقدام نمود. در گام اول، برازش مدل اندازه‌گیری حائز اهمیت است که منظور از آن بررسی روایی و پایایی ابزار مورد استفاده جهت سنجش متغیرهای پژوهش است. برای این منظور، جهت ارزیابی پایایی ابزار مربوطه، از شاخص‌های ضریب آلفای کرونباخ و پایایی مرکب استفاده گردید که هر دو آنها سازگاری درونی گویه‌ها در سنجش یک مفهوم را مورد بررسی قرار می‌دهند. به اذعان هایر و همکاران (۳۲) حد مطلوب برای این دو شاخص میزانی بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۷ است. همچنین، جهت بررسی روایی گویه‌ها نیز ضمن کسب اطمینان از روایی محتوای آنها از طریق مراجعه به ادبیات پژوهش، تلاش گردید که از آزمون‌های روایی همگرا و روایی واگرا استفاده شود. در این ارتباط، هایر و همکارانش (۳۲) بر این اعتقادند که وجود میانگین واریانس استخراج شده بالای ۰/۵ برای هر متغیر نشان‌دهنده حد مطلوب روایی همگرای گویه‌های مربوطه در سنجش آن متغیر است. افزون بر این، در صورتی که میزان این شاخص در هر متغیر، بیش از واریانس مشترک میان آن متغیر و سایر متغیرها باشد، می‌توان گفت که روایی واگرای گویه‌ها مورد تأیید قرار گرفته است.

جدول(۱): وضعیت برازش مدل اندازه‌گیری پژوهش*

متغیرها	سازگاری درونی		روایی همگرا	روایی واگرا**	
	آلفای کرونباخ	پایایی مرکب	میانگین واریانس مستخرج	بیشینه واریانس مشترک	متوسط واریانس مشترک
حمایت عاطفی ادراک‌شده	۷۷	۸۵	۵۹	-۳	۳۳
حمایت ابزاری ادراک‌شده	۷۹	۸۸	۷۱	۹	۴۵
مسؤولیت‌پذیری اخلاقی	۸۷	۹۲	۸۰	۴۳	۵۹
دلبستگی شغلی	۹۱	۹۳	۷۰	۳۹	۴۰
همدلی با بیمار	۷۸	۸۵	۵۴	۱۷	۳۷

* اعداد به درصد هستند.
** ضرایب مربوطه، حاصل تفاضل میان شاخص میانگین واریانس مستخرج و دو شاخص بیشینه و متوسط واریانس مشترک هستند.

در این ارتباط، جهت سهولت مقایسه ضرایب، از دوشاخص بیشینه واریانس مشترک و متوسط واریانس مشترک استفاده می‌شود که اولی اشاره به بیشترین میزان واریانس مشترک موجود میان یک متغیر خاص و سایر متغیرهای مرتبط است و دومی نیز متوسط واریانس مشترک میان آن متغیر با سایر متغیرها را مورد اشاره قرار می‌دهد. به اعتقاد فرونل و لاکر (۳۳) در صورتی که شاخص میانگین واریانس مستخرج (مربوط به روایی همگرا) یک متغیر بیش از دو شاخص بیشینه واریانس مشترک و متوسط واریانس مشترک باشد، می‌توان روایی واگرای آن متغیر را مورد تأیید قرار داد. با توجه به مباحث فوق، در جدول(۱) وضعیت روایی و پایایی مدل‌های اندازه‌گیری پژوهش نشان داده شده است.

همان‌گونه که در جدول بالا مشخص است، تمامی شاخص‌های سازگاری درونی و روایی همگرا حاکی از وضعیت مناسب مدل‌های اندازه‌گیری پژوهش هستند. افزون بر این، از منظر روایی واگرا نیز همان‌گونه که نشان داده شده است، تفاوت میان شاخص میانگین واریانس مستخرج و دو شاخص بیشینه و متوسط واریانس مشترک، در تمامی متغیرها به استثناء متغیر حمایت عاطفی ادراک‌شده، مثبت است. بنابراین متغیرهای پژوهش از روایی واگرای مناسبی برخوردار هستند. با این حال، در خصوص متغیر حمایت عاطفی ادراک‌شده، اگر چه وضعیت آن از منظر تفاوت میان میانگین واریانس مستخرج و متوسط واریانس مشترک بسیار مناسب است، اما بیشینه واریانس مشترک این متغیر با سایر متغیرها اندکی بیش از میانگین واریانس مستخرج است (به میزان ۰/۰۳). با این حال، از آنجا که از منظر سایر شاخص‌های سازگاری درونی، روایی همگرا و همچنین روایی واگرا، وضعیت مناسب است و همچنین، با توجه به اختلاف اندک شاخص میانگین واریانس مستخرج و بیشینه واریانس مشترک این متغیر، می‌توان با اندکی اغماض وضعیت کلی آن را مورد تأیید قرار داد. لازم به ذکر است، با توجه به این‌که مجموعه سؤالات متغیر همدلی با بیمار، توسط محققان طراحی شده بودند، اثبات روایی همگرا و واگرا و همچنین پایایی آن بسیار حائز اهمیت بود، که طبق جدول بالا، از منظر تمامی شاخص‌ها وضعیت این متغیر بسیار مناسب است. لذا می‌توان با اطمینان بیان نمود که گویه‌های طراحی شده برای سنجش این مفهوم به نحو مناسبی مفهوم مورد نظر را مورد سنجش قرار می‌دهند.

افزون بر این، گام دیگر در این ارتباط، بررسی برازش مدل ساختاری پژوهش است که روابط علّی میان متغیرهای پژوهش را در بر می‌گیرد. در این راستا، اعتقاد بر این است که متغیرهای مستقل باید از توان بالایی در پیش‌بینی تغییرات متغیرهای وابسته برخوردار باشند. برای این منظور، بررسی میزان واریانس تبیین شده در متغیرهای وابسته و همچنین شاخص اهمیت پیشبین، راهکارهایی هستند که از طریق آنها می‌توان توان پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای مستقل را مورد آزمون قرار دهد. در این زمینه، هایر و همکاران بر این باورند که وجود میزان واریانس تبیین‌شده برابر ۰/۵۰ برای متغیرهای درونزا، بیانگر مطلوبیت متوسط مدل ساختاری پژوهش است. همچنین، وجود میزان بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۱۵ برای شاخص اهمیت پیشبین نیز حاکی از وضعیت متوسط رو به مطلوب مدل است. با توجه به این مطالب، وضعیت متغیرهای وابسته‌ی پژوهش از منظر هر دو شاخص فوق در قالب جدول(۲) نشان داده شده است.

همان‌گونه که در جدول بالا مشخص است، از منظر شاخص میانگین واریانس تبیین شده، وضعیت مدل ساختاری پژوهش

جدول(۲): وضعیت برازش مدل ساختاری پژوهش

متغیر وابسته	متغیر وابسته	واریانس تبیین‌شده
دلبستگی‌شغلی	۴۳	۲۳
همدلی با بیمار	۴۲	۲۱

پایین‌تر از حد متوسط است که چنین امری می‌تواند نشأت گرفته از وجود تعداد اندک متغیرهای مستقل در مدل ارائه شده باشد. با این‌حال، از منظر شاخص اهمیت پیشبین، همان‌گونه که مشخص است وضعیت مدل بالای حد متوسط قرار دارد. بنابراین، اگرچه از منظر شاخص واریانس تبیین‌شده وضعیت مدل ساختاری پژوهش چندان مطلوب نیست، اما از منظر شاخص اهمیت پیش‌بینی وضعیت کلی آن مورد تأیید قرار گرفته است.

■ یافته‌ها

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، افراد شرکت‌کننده در این پژوهش ۷۳ درصد زن و ۲۷ درصد مرد بودند. علاوه بر این، ۷۴ درصد از آنها در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و مابقی در دامنه سنی ۳۰ تا ۴۷ سال قرار داشتند. همچنین، از منظر سابقه خدمت، ۶۳ درصد دارای سابقه پنج سال و کمتر، ۲۴ درصد بین پنج تا ده سال و مابقی دارای سابقه خدمت بیش از ده تا بیست و نه سال بودند که از مجموع آنها، قریب به ۱۰ درصد به‌صورت رسمی، ۱۷ درصد پیمانی و مابقی به شیوه قراردادی مشغول به خدمت بودند. از منظر تحصیلات نیز ۸۳ درصد از آنها دارای مدرک لیسانس، ۱۵/۵ کمتر از لیسانس و مابقی فوق لیسانس بودند.

از نظر ویژگی‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه نیز همان‌گونه که در جدول ۳ مشخص است، حمایت عاطفی ادراک‌شده پرستاران از وضعیت بهتری نسبت به حمایت ابزاری ادراک‌شده آنها برخوردار است. این امر به این معناست که پرستاران از این‌که سرپرستان‌شان توانسته‌اند آنها را به لحاظ عاطفی درک کنند و از نظر روحی با آنها همگام شوند، رضایت بالای حد متوسط دارند (میانگین بالای ۴ از ۷). اما در خصوص این‌که آیا در هنگام مشکلات نیز سرپرستان عملاً کمک کنند، رضایت اندکی کمتر است و دقیقاً در مرز متوسط قرار دارد (میانگین ۳/۹۹ از ۷). همچنین در خصوص سایر متغیرها، وضعیت گویای این است که پرستاران تا حد مطلوبی از نظر اخلاقی خود را در برابر بیماران مسؤول می‌دانند (میانگین ۵/۸۰ از ۷) چنین وضعیتی در خصوص همدلی آنها نیز تا حدودی صادق است، هر چند که فاصله میانگین آن تا عدد ۷، تقریباً قابل توجه است (حدود ۱/۵۰)، به این معنا که بهبود بیشتر آن همچنان مورد انتظار است. افزون بر این، از منظر دلبستگی شغلی نیز یافته‌ها هر چند حاکی از وضعیت بالای متوسط این متغیر هستند (۴/۵۹ از۷) اما نشان می‌دهند که این وضعیت تا حد قابل توجهی امکان بهبود دارد و می‌توان امید داشت که با برنامه‌ریزی بهتر، وضعیت دلبستگی شغلی پرستاران به محیط کار بهبود یابد.

جدول(۳): تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
حمایت عاطفی ادراک‌شده	۱	۷	۴/۲۰	۱/۳۷
حمایت ابزاری ادراک‌شده	۱	۷	۳/۹۹	۱/۳۲
مسؤولیت‌پذیری اخلاقی	۱	۷	۵/۸۰	۱/۱۴
دلبستگی شغلی	۱	۷	۴/۵۹	۱/۲۹
همدلی با بیمار	۲	۷	۵/۴۸	۱/۰۷

افزون بر این، بررسی روابط علّی میان متغیرهای ارائه شده در مدل مفهومی پژوهش نیز حاکی از وجود روابط علّی معنادار میان تمامی متغیرهای مورد مطالعه است؛ به نحوی که می‌توان الگوی مفهومی ارائه شده در پژوهش حاضر را به کلی مورد تأیید قرار داد. در جدول (۴) ضرایب مسیر و اعداد معناداری روابط میان متغیرهای مورد مطالعه، نشان داده شده است.

جدول(۴): بررسی روابط علّی میان متغیرها

متغیرها			ضریب مسیر (β)	عدد معنی‌داری (t)	نتیجه
مستقل	⇦	وابسته			
حمایت‌عاطفی	⇦	دلبستگی شغلی	۰/۲۷	۲/۴۱	تأیید
حمایت‌ابزاری	⇦	دلبستگی شغلی	۰/۳۴	۳/۱۳	تأیید
دلبستگی شغلی	⇦	همدلی با بیمار	۰/۲۸	۳/۵۰	تأیید
مسؤولیت‌پذیری	⇦	همدلی با بیمار	۰/۴۵	۵/۳۷	تأیید

■ بحث

همان‌گونه که مشخص است، حمایت عاطفی و ابزاری ادراک‌شده هر دو دارای تأثیر معناداری بر دلبستگی شغلی پرستاران به سازمان هستند. به عبارتی بهتر، با فراهم نمودن حمایت‌های ابزاری برای پرستاران می‌توان تا حد قابل توجهی نسبت به دلبسته نمودن آنها به شغل خود اقدام نمود که البته اگر در کنار این امر، حمایت‌های عاطفی نیز برای آنها فراهم شود، این تأثیر بیشتر خواهد بود. در یک بیان کلی، این یافته هم‌راستا با مفاهیمی است که در بطن نظریه حمایت سازمانی نهفته است و پیش از این نیز توسط پژوهشگران

مدیریتی مورد تأیید قرار گرفته است (۵-۷).
افزون بر این، مشخص است که دلبستگی شغلی پرستاران به محیط کار، بر همدلی آنها با بیماران تأثیرگذار است و با توجه به عدد معنی‌داری حاصل از آن، می‌توان ادعا نمود که این تأثیر معنادار است. در واقع، همان‌گونه که پیش از این نیز بحث شد، این نظریه بر این ادعاست که فراهم نمودن حمایت‌های سازمانی مناسب برای کارکنان می‌تواند احساس دِینی را در آنها ایجاد نماید مبنی بر این‌که جهت جبران حمایت‌های مدیران باید واکنش‌های رفتاری و نگرشی مطلوبی را بروز دهند. چنان‌که یافته‌ها نشان می‌دهند، از جمله این واکنش‌ها دلبستگی کارکنان به شغل‌شان و تلاش در جهت جبران حمایت‌های مدیران از طریق رفتارهای سازمانی مثبت (همدلی) در برابر بیماران است. با این حال، نکته قابل توجه در این میان، آن است که بر خلاف انتظار قبلی، تأثیر دلبستگی شغلی پرستاران بر رفتارهای همدلانه آنها با بیماران از قدرت چندانی برخوردار نیست (۰/۲۸). این امر نشان‌دهنده این است که عواملی منفک از دلبستگی شغلی نیز باید وجود داشته باشند تا همدلی پرستاران با بیماران افزایش مطلوبی پیدا کند. از این رو، توجه به عامل دیگر مورد مطالعه در این پژوهش که مسؤولیت‌پذیری اخلاقی است، می‌تواند کمک‌کننده باشد.
همان‌گونه که مشخص است، مسؤولیت‌پذیری اخلاقی پرستاران در برابر جامعه و بیماران، توانسته است تأثیر مطلوبی را بر همدلی آنها با بیماران داشته باشد (۰/۴۵). افزون بر این، همان‌گونه که مشخص است با توجه به مقدار عدد معناداری این میزان تأثیر می‌توان معناداری آن را مورد تأیید قرار داد. چنین یافته‌ای گویای این واقعیت است که سوای دلبستگی شغلی پرستاران، آنچه به عنوان یک عامل مهم در رفتارهای همدلانه پرستاران با بیماران حائز توجه است، میزانی است که آنها خود را در برابر بیماران مسؤول می‌دانند. بنابراین، اگر چه دلبستگی شغلی پرستاران از تأثیر فزایندهای بر همدلی آنها با بیماران برخوردار است، اما این تأثیر در برابر احساس مسؤولیت اخلاقی آنها در قبال بیماران، ناچیز است. در تبیین چنین یافته‌ای، توجه به نقش انگیزه‌های درونی افراد در عملکرد شغلی‌شان می‌تواند حائز اهمیت باشد. در این زمینه، پژوهش‌ها حاکی از این هستند که هنگامی که رفتارهای افراد توسط انگیزاننده‌هایی درونی تنظیم شود، عملکرد شغلی آنها از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار خواهد بود (۳۴-۳۵). بنابراین، در این پژوهش نیز می‌توان مسؤولیت‌پذیری اخلاقی پرستاران را به عنوان یک انگیزه درونی و مستقل از عوامل انگیزشی بیرونی در نظر گرفت که به موجب آن، پرستاران به‌صورت خودجوش رفتارهای همدلانه‌ای را در برابر بیماران از خود بروز می‌دهند. حال آن‌که دلبستگی شغلی پرستاران، به خودی خود، نشأت گرفته از عوامل انگیزشی بیرونی است و نه درونی، و در صورت فقدان آن عامل انگیزشی (حمایت‌های اجتماعی) ممکن است دلبستگی شغلی پرستاران نیز کاهش یافته و یا از بین برود. این در حالی است که مسؤولیت‌پذیری اخلاقی، ذاتاً یک ارزش درون‌زا بوده و در هر شرایطی، حتی بدون وجود عوامل انگیزشی بیرونی نیز، می‌تواند وجود خود را حفظ نماید. با این حال، توجه به این نکته نیز حائز اهمیت است که وجود عوامل انگیزشی بیرونی می‌تواند انگیزه‌های درونی فرد را تحت‌الشعاع قرار داده و رفتارهای فرد را تنظیم نمایند. برای مثال، چنانچه یک عامل انگیزشی بیرونی، همچون پول، برای فرد بسیار حائز اهمیت باشد و فرد به آن نیاز داشته باشد، قاعدتاً می‌توان انتظار داشت که رفتار همدلانه فرد در برابر بیماران نیز بسته به میزان تأمین این انگیزه، متفاوت باشد. بنابراین، هرچند که اخلاق‌مداری به عنوان یک انگیزه درونی از اهمیت بالایی در بروز رفتارهای همدلانه در میان پرستاران برخوردار است؛ اما تأثیر عوامل انگیزشی بیرونی را در این میان نمی‌توان منکر شد و در تصمیمات مدیریتی تا حد بسیاری باید به آنها توجه نمود.
نتایج نشان داد، میزان واریانس تبیین شده متغیر همدلی با بیماران مجموعاً برابر با ۰/۴۲ است. این امر بیانگر آن است که مجموعه‌ی عوامل مورد بررسی در این پژوهش، از تبیین یا پیش‌بینی سایر تغییرات این متغیر که برابر با ۰/۵۸ است، ناتوان بوده‌اند. بنابراین، هرچند که عوامل مورد بررسی در این پژوهش همگی از تأثیر فزاینده و معناداری بر همدلی پرستاران با بیماران برخوردار بوده‌اند، اما این عوامل به تنهایی قادر به تبیین کامل عوامل مؤثر بر این امر نیستند.

■ نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثر حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده و مسؤولیت‌پذیری اخلاقی پرستاران، بر رفتارهای همدلانه آنها در برابر بیماران بود. همان‌گونه که در یافته‌ها نیز مشخص شد، هر دو بُعد حمایت اجتماعی مشتمل بر حمایت‌های عاطفی و ابزاری ادراک‌شده پرستاران از طریق تأثیرگذاری بر دلبستگی شغلی آنها، بر همدلی آنها با بیماران تأثیرگذار بودند. با این حال، مشخص شد که مسؤولیت‌پذیری اخلاقی پرستاران در برابر بیماران، به تنهایی، اثر قابل توجهی بر همدلی آنها با بیماران دارد. به عنوان یک نتیجه کلی، این یافته‌ها بیانگر این هستند که مدیران باید با فراهم نمودن حمایت‌های اجتماعی برای پرستاران به عنوان یک عامل مدیریتی و در کنار آن، مسؤولیت‌پذیری اخلاقی

پرستاران به عنوان یک عامل فردی و تشویق آن با عملکردهای مدیریتی، بروز رفتارهای همدلانه عاطفی آنها با بیماران را افزون نمایند.

نظر به نتایج حاصل از این پژوهش، جهت بهبود رفتارهای همدلانه پرستاران در برابر بیماران، توجه و عمل به مجموعه پیشنهادهای زیر می‌تواند مؤثر باشد:

در مرحله اول، توصیه می‌شود توجه مدیران معطوف به فرایند گزینش متقاضیان استخدام در شغل پرستاری باشد. در این فرایند، مدیران باید تلاش نمایند با استفاده از آزمون‌های استخدامی مناسب، افرادی را برای تصدی این مشاغل انتخاب نمایند که از منظر مسؤولیت‌پذیری اخلاقی، حد نصاب نمره قبولی را کسب نمایند. به عبارتی، افرادی باید به سازمان ورود پیدا کنند که ابتدا به ساکن، سطح مطلوبی از مسؤولیت‌پذیری اخلاقی را دارا هستند. افزون بر این، توصیه می‌شود به منظور حفظ و بهبود این روحیه در میان پرستاران شاغل در بیمارستان، مجموعه‌ای از کلاس‌های آموزشی و معرفت‌افزایی در حوزه اخلاق در تعامل با بیماران برگذار شود. به علاوه، در نظر گرفتن برنامه‌هایی همچون انتخاب پرستار نمونه سال که یکی از معیارهای اصلی آن مسؤولیت‌پذیری اخلاقی آنها است، می‌تواند در تشویق سایر پرستارها به پایبندی بیشتر به مسائل اخلاقی مؤثر باشد. همچنین، در نظر گرفتن مجموعه‌ای از هدایای نقدی (همچون وجه نقد) و غیر نقدی (مانند مرخصی تشویقی) برای پرستاران برجسته از منظر مسؤولیت‌پذیری اخلاقی، می‌تواند در حفظ و نگهداری روحیه‌ی اخلاقی در میان پرستاران اثر مهمی داشته باشد.

در گام دوم، توصیه می‌شود که مدیران توجه خود را به ترتیب معطوف به فراهم نمودن حمایت‌های ابزاری و عاطفی برای پرستاران نمایند. جهت بهبود حمایت‌های عاطفی فراهم شده برای پرستاران، قاعدتاً بهترین راهکار را باید در رفتار و منش مدیران و سرپرستان در برابر پرستاران جستجو نمود. در این ارتباط، سرپرستان باید رفتاری متواضعانه و مبتنی بر احترام در برابر پرستاران داشته باشند؛ به گونه‌ای که در صورت احساس نیاز، پرستاران بتوانند به راحتی نزد آنان مراجعه نموده و مسائل و مشکلات کاری خود را بیان نمایند. همچنین، برقراری جلساتی منظم و ماهانه با پرستاران به منظور شنیدن نظرات آنها و آگاهی از مشکلات حاکم بر کارشان، می‌تواند حائز اهمیت باشد. افزون بر این، فراهم نمودن شرایطی که در صورت لزوم، پرستاران بتوانند به‌صورت فردی و خصوصی نزد آنها مراجعه نموده و مشکلات خود را بیان دارند نیز از اثربخشی بالایی برخوردار است.

پیرامون فراهم نمودن حمایت‌های ابزاری برای پرستاران نیز آنچه حائز اهمیت است، مدارا نمودن و همکاری با پرستاران جهت رفع مشکلاتی است که با آن مواجه هستند. چنین مشکلاتی می‌توانند طیف متنوعی از قبیل مشکلات مرتبط با تعارض میان کار و زندگی و همچنین، مشکلاتی که در حین انجام وظایف رخ می‌نمایند را شامل شوند. در این ارتباط، انعطاف‌پذیری مدیران و سرپرستان در برابر درخواست‌های احتمالی پرستاران مبنی بر تغییر شیفت کاری، اخذ مرخصی کاری و یا ایجاد انعطاف در ساعات کاری پرستار مربوطه به شیوه‌ای که در حل مشکلات وی مؤثر باشد، می‌تواند در ادراک پرستاران مبنی بر وجود حمایت ابزاری از جانب مدیران و سرپرستان، مؤثر باشد.

در پایان، همان‌گونه که در الگوی ارائه شده در این پژوهش نیز مشخص است، از میان عوامل مؤثر بر همدلی پرستاران با بیماران، تنها عواملی از قبیل دلبستگی شغلی، حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده و مسؤولیت‌پذیری اخلاقی مورد بررسی قرار گرفتند. بنابراین، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی پژوهشگران عوامل دیگری که می‌توانند در این زمینه مؤثر باشند را نیز مورد بررسی قرار دهند. این عوامل می‌توانند شامل قضاوت‌های اخلاقی پرستاران، رضایت شغلی آنها و حتی سطح پایبندی مذهبی آنها را شامل شوند. افزون بر این، بررسی مرزهای نظری الگوی ارائه شده در این پژوهش نیز می‌تواند در دستیابی به نتایج دقیق‌تر در پژوهش‌های آتی بسیار مؤثر باشد. در این راستا، متغیرهای مرزی یا تعدیل‌کننده‌ای می‌توانند وجود داشته باشند که روابط میان متغیرهای مورد مطالعه را تعدیل نمایند. چنین متغیرهایی می‌توانند شامل سن، سابقه خدمت و یا جنسیت پرستاران باشند که به نظر می‌رسد بررسی اثر تعدیلی آنها در الگوی ارائه شده، بتواند نتایج قابل توجهی را ارئه دهد.

محدودیت‌ها

طبیعتاً در انجام هر پژوهش، محدودیت‌هایی برای پژوهشگر و ماهیت پژوهش وجود دارد و این پژوهش نیز مستثنی از سایر پژوهش‌ها نیست. از جمله محدودیت‌های موجود در این پژوهش، در اختیار نداشتن لیستی از پرستاران بیمارستان مورد مطالعه بود که این امر موجب شد، پژوهشگران نتوانند از روش نمونه‌گیری تصادفی جهت انتخاب نمونه‌ها استفاده کنند. دیگر محدودیت موجود در این پژوهش، معطوف به زمان تحت اختیار پژوهشگران بود. در صورت برخورداری از فرصت زمانی کافی، مدل ارائه شده در این مطالعه می‌توانست در سایر بیمارستان‌ها نیز مورد آزمون قرار گرفته و با اتکا به داده‌های تجربی بیشتر، نتایج جامع‌تری را

ارائه دهد. محدودیت دیگر، مربوط به افراد پاسخگو است. طبیعتاً اگر وضعیت رفتارهای همدلانه پرستاران از منظر بیماران نیز مورد بررسی قرار می‌گرفت، نتایج دقیق‌تری حاصل می‌شد، اما به دلیل عدم همکاری بیماران از یک سو و عدم تمایل مسؤولین بیمارستان به انجام این کار از سوی دیگر، امکان انجام این کار فراهم نگردید.

■ **تشکر و قدرانی**

بدینوسیله، از زحمات آقای موسی ایزدی که در امر گردآوری داده‌های لازم برای این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌نماییم.

■ **References**

1. Rasheed A, Khan S, Ramzan M. Antecedents and consequences of employee engagement: The case of Pakistan. Journal of Business Studies Quarterly. 2013;4(4):183-200.

2. Rich BL, Lepine JA, Crawford ER. Job engagement: Antecedents and effects on job performance. Academy of management journal. 2010;53(3):617-35.

3. Andrew OC, Sofian S. Individual factors and work outcomes of employee engagement. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2012;40:498-508.

4. Hart PM, Caballero CL, Cooper W, editors. Understanding Engagement: Its Structure, Antecedents and Consequences2010: International Academy of Management and Business Summer Conference, Madrid.

5. Caesens G, Stinglhamber F, Luypaert G. The impact of work engagement and workaholism on well-being: The role of work-related social support. Career Development International. 2014;19(7):813-35.

6. Taipale S, Selander K, Anttila T, Nätti J. Work engagement in eight European countries: The role of job demands, autonomy, and social support. International Journal of Sociology and Social Policy. 2011;31(7/8):486-504.

7. Sawang S. Is there an inverted U-shaped relationship between job demands and work engagement: The moderating role of social support? International Journal of Manpower. 2012;33(2):178-86.

8. Eisenberger R, Armeli S, Rexwinkel B, Lynch PD, Rhoades L. Reciprocation of perceived organizational support. Journal of applied psychology. 2001;86(1):42.

9. Aselage J, Eisenberger R. Perceived organizational support and psychological contracts: A theoretical integration. Journal of Organizational Behavior. 2003;24(5):491-509.

10. Tardy CH. Social support measurement. American Journal of Community Psychology. 1985;13(2):187-202.

11. Chan ANW. Social support for improved work integration: Perspectives from Canadian social purpose enterprises. Social Enterprise Journal. 2015;11(1):47-68.

12. Moeller C, Chung-Yan GA. Effects of social support on professors' work stress. International Journal of Educational Management. 2013;27(3):188-202.

13. Chen-Chi C, Cheng-Chieh W. Multilevel analysis of work context and social support climate in libraries. Aslib Proceedings. 2013;65(6):644-58.

14. Chiu S-F, Yeh S-P, Huang TC. Role stressors and employee deviance: the moderating effect of social support. Personnel Review. 2015;44(2):308-24.

15. Md-Sidin S, Sambasivan M, Ismail I. Relationship between work-family conflict and quality of life: An investigation into the role of social support. Journal of Managerial Psychology. 2010;25(1):58-81.

16. Rudolph CW, Michel JS, Harari MB, Stout TJ. Perceived social support and work-family conflict: A comparison of Hispanic immigrants and non-immigrants. Cross Cultural Management: An International Journal. 2014;21(3):306-25.

17. Johnson H, Worthington R, Gredecki N, Wilks-Riley FR. The impact of forensic work on home life: The role of emotional labour, segmentation/integration and social support. The Journal of Forensic Practice. 2016;18(1): null.

18. Rathi N, M. B. Work-family conflict and job and family satisfaction: Moderating effect of social support among police personnel. Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal. 2013;32(4):438-54.

19. Buttigieg SC, West MA. Senior management leadership, social support, job design and stressor-to-strain relationships in

hospital practice. Journal of Health Organization and Management. 2013;27(2):171-92.

20. Lee LY, Veasna S, Wu WY. The effects of social support and transformational leadership on expatriate adjustment and performance: The moderating roles of socialization experience and cultural intelligence. Career Development International. 2013;18(4):377-415.

21. Currie P, Dollery B. Organizational commitment and perceived organizational support in the NSW police. Policing: an international journal of police strategies & management. 2006;29(4):741-56.

22. Newman A, Thanacoody R, Hui W. The effects of perceived organizational support, perceived supervisor support and intra-organizational network resources on turnover intentions: A study of Chinese employees in multinational enterprises. Personnel Review. 2011;41(1):56-72.

23. Aubé C, Rousseau V, Morin EM. Perceived organizational support and organizational commitment: The moderating effect of locus of control and work autonomy. Journal of managerial Psychology. 2007;22(5):479-95.

24. Casimir G, Ngee Keith Ng Y, Yuan Wang K, Ooi G. The relationships amongst leader-member exchange, perceived organizational support, affective commitment, and in-role performance: A social-exchange perspective. Leadership & Organization Development Journal. 2014;35(5):366-85.

25. Bardi A, Schwartz SH. Values and behavior: Strength and structure of relations. Personality and social psychology bulletin. 2003;29(10):1207-20.

26. Boeve-de Pauw J, Van Petegem P. A cross-cultural study of environmental values and their effect on the environmental behavior of children. Environment and Behavior. 2013;45(5):551-83.

27. Gholipour A. Organizational Behavior Management (Individual Behavior). Tehran: SAMT; 2012.

28. Hammer LB, Kossek EE, Yragui NL, Bodner TE, Hanson GC. Development and validation of a multidimensional measure of family supportive supervisor behaviors (FSSB). Journal of Management. 2008.

29. Schaufeli WB, Bakker AB, Salanova M. The measurement of work engagement with a short questionnaire a cross-national study. Educational and Psychological Measurement. 2006;66(4):701-16.

30. Jackson AL, Wade JE. Police perceptions of social capital and sense of responsibility: An explanation of proactive policing. Policing: An International Journal of Police Strategies & Management. 2005;28(1):49-68.

31. Gladstein GA. Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives. Journal of Counseling Psychology. 1983;30(4):467.

32. Hair Jr JF, Hult GTM, Ringle C, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): Sage Publications; 2013.

33. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. Journal of Marketing Research. 1981:39-50.

34. Ryan RM. Psychological needs and the facilitation of integrative processes. Journal of personality. 1995;63(3):397-427.

35. Li Y, Wei F, Ren S, Di Y. Locus of control, psychological empowerment and intrinsic motivation relation to performance. Journal of Managerial Psychology. 2015;30(4):422-38.

Nurses' empathy with patient: the effect of perceived social supports and ethical responsibility to patient

Habibollah Ranaei Kordshouli■, Ahmad Allahyari Bouzanjani

■ **Corresponding author:**
Ranaei Kordshouli H.
PhD.Associate Professor, Faculty of Economy, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
Address: Ranaei@Shirazu.ac.ir

Allahyari Bouzanjani A.
PhD. Student of HRM, Faculty of Economy and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Introduction: Nurses' empathy with patients as a ethical behavior to respect the patients' dignity, always has been considered by hospital managers and policy makers in the health systems. In this regard, it is important to identify the anttecedence that we can increase these behaviors among the nurses by them.
Aim: Current study aimes to test a model that explain the effective factores on nurses' empathetic behavior with patients.
Method: Using the convenience sampling method, a sample of 143 nurses in a public hospital were selected and the data were gathered. Data were gathered by the (perceived organizational support: POS) questionaire, nurses' job engagement measure and Responsibility measure. Its reliability by Cronbach (α= 0.71-0.91) in diferrent doains. Also, the measure of nurses' empathetic behavior was designed by researcher. Finally, using the SPSS software, data were analysed, and the structural equation modeling with partial least squares approach (Smart PLS Software) was used to analyse the relationships among the variables.
Results: According to the faindings, both affective and instrumental dimention of percived social supports, have positive effects on nurses' job engagment (respectively β: 0.27, T: 2.41 and β: 0.34, T: 3.13). Moreover, nurses' job engagement and their ethical responsibility positively have 0.28 and 0.45 effect on their empathy with patients; respectively with T: 3.50 and T: 5.37.
Conclusion: Based on results suggest to nurse managers by providing social support for nurces, as a managerial factor, nurses' ethical responsibility as an individual factor, must be incentive them; positively can be reflected in their empathetic behavior with patients.

Key words: ethical responsibility, job engagement, percived social supports, nurses' empathy

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Five Year, Vol 5, No 1, Spring 2016