

# شفقت نسبت به خود در پرستاران مراقبت ویژه

سمیه محمدی، فریبا برهانی، مصطفی روشن زاده

## چکیده

**مقدمه:** محیط‌های مراقبتی به واسطه ماهیت ذاتی خود محیطی پر استرس و چالش‌زا بوده که می‌تواند تأثیراتی همانند افسردگی، اضطراب و ناراضی‌ت‌های شغلی را در پرستاران بدنبال داشته باشد. یکی از عوامل تأثیرگذار که در بسیاری از موارد می‌تواند نقش حمایتی را در پرستاران ایفا کرده و به عنوان یک عامل قدرتمند برای مراقبت با کیفیت باشد شفقت نسبت به خود است.

**هدف:** مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان شفقت پرستاران مراقبت ویژه نسبت به خود صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر پژوهش توصیفی-مقطعی بوده که بر روی ۱۸۱ نفر از پرستاران مراقبت ویژه (ICU، CCU، NICU و دیالیز) بیمارستان‌های استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۵ انجام شده است. پرستاران مورد پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ی شفقت نسبت به خود (نیف ۲۰۰۳) که دارای ثبات درونی محاسبه شده با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۱) بوده گردآوری شدند. با استفاده از نرم افزار Spss<sub>۱۶</sub> و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار، فراوانی و فراوانی نسبی) و تحلیلی (تی تست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از سطح متوسط شفقت نسبت به خود در پرستاران مراقبت ویژه بود (۰/۶۷ ± ۳/۸۶). همچنین بین شفقت نسبت به خود با سن و سابقه کار، جنس و سطح تحصیلات در پرستاران رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** مدیران پرستاری در سیستم‌های بهداشتی ضمن افزایش آگاهی پرستاران نسبت به این پدیده، نگرش پرستاران مراقبت ویژه را نیز نسبت به تجزیه و تحلیل وقایع محیط‌کاری و برخورد و واکنش مناسب با آن را تحت عنوان شفقت نسبت به خود تسهیل نمایند.

**کلمات کلیدی:** شفقت نسبت به خود، محیط کاری، پرستاران مراقبت ویژه

## سمیه محمدی

مربی، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

## فریبا برهانی

دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

## ■ مؤلف مسئول: مصطفی روشن‌زاده

کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

آدرس: Mroshanzadeh62@gmail.com

فصلنامه  
مدیریت پرستاری

سال پنجم، دوره پنجم، شماره دوم

تابستان ۱۳۹۵

## ■ مقدمه

حرفه‌های مراقبت بهداشتی به واسطه ویژگی خاص خود محیط پر استرسی برای کارکنان به حساب می‌آید. لذا ویژگی‌های خاص پرسنل این حرفه می‌تواند نقش مهمی در کنترل استرس و یا تأثیرپذیری از آن داشته باشد (۱). کارکنان حرفه‌های بهداشتی - مراقبتی می‌دانند که داشتن توان تحمل رنج مددجویان جهت ایفای نقش در این حرفه ضروری بوده و عمل مراقبت به‌طور بالقوه، با توان تسکین رنج دیگران همراه است (۲). به عبارت دیگر، حرفه‌های سلامتی از نظر روانی مستلزم داشتن یک نگرش دلسوزانه برای مراقبت از مددجویان هستند (۳).

در حقیقت مراقبت یک عمل دلسوزانه به حساب می‌آید و در این میان دلسوزی و شفقت برای دیگران در هر شکلی که صورت گیرد، خود مستلزم داشتن شفقت نسبت به خود است (۲). شفقت نسبت به خود یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روانی بوده و به معنای مراقبت و مهربانی نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است (۴). خوددلسوزی به عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی همانند نوع دوستی، مهربانی و شادی همراه است. خود دلسوزی می‌تواند به افراد کمک کند تا به صورت مؤثرتری سلامت خود را حفظ کنند. خوددلسوزی منابع مقابله‌ای مناسبی را برای افراد فراهم می‌کند تا بتوانند با رویدادهای منفی زندگی خود مواجه شوند. شفقت نسبت به خود اگرچه واژه‌ی جدیدی در روانشناسی غرب است ولی سال‌ها پیش در فلسفه‌ی بودایی رایج بوده و به رنجشی اشاره دارد که فرد در مقابل اجتناب از شرایط نامطلوب متحمل شده و در جهت تسکین رنجش و بهبودی خودش با مهربانی عمل می‌کند (۵).

شفقت نسبت به خود در ارتباط با تجربیات افراد، مهم بوده و برای کمک به درمان افسردگی و اضطراب آن‌ها مفید است (۶). مطالعات بیان کرده است که شفقت نسبت به خود در برابر استرس‌های محیطی باعث واکنش‌های متعادل‌تری می‌شود (۷). افرادی که نسبت به خود شفقت بالاتری دارند افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت‌مندی بیشتری در زندگی خود برخوردارند (۸). همچنین این افراد در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند. وقتی از آن‌ها خواسته می‌شود که تجربیات شکست خود را بیاد بیاورند از خود ارزیابی هیجانی و منفی پایین‌تری استفاده می‌کنند (۹).

شفقت پرستاران نسبت به خود، به‌عنوان یک فرد مراقبت‌کننده تأثیرات متفاوتی را ایجاد می‌کند. با توجه به این که چالش‌های موجود در محیط کاری مراقبتی می‌تواند تأثیرات منفی همانند استرس و افسردگی، نارضایتی شغلی، ناامنی محیط شغلی، تأثیر به‌رروی زندگی خانوادگی و ترک حرفه را به دنبال داشته باشد (۱۰)، نقش یک متغیر میانجی که بتواند این تأثیرات را در پرستاران کاهش دهد حائز اهمیت است. در این میان شفقت نسبت به خود منبع قدرتمند و یک پایه و اصل برای مراقبت دلسوزانه بوده و به پرستاران کمک کرده تا با تجربیات و رویدادهای محیط کاری و زندگی خود مواجه شوند (۱۱). شفقت نسبت به خود باعث افزایش بازیابی و سازگاری در آن‌ها شده و سبب می‌شود تا احساس امنیت، پیوستگی و آرامش هیجانی کنند. این عوامل باعث افزایش بهزیستی فرد شده و لذا خواهد توانست بیمار را به‌عنوان فردی جدای از استرس و فرسودگی در محیط کار در نظر گرفته و لذا کیفیت مراقبت ارائه شده افزایش یابد (۱۲). شفقت نسبت به خود باعث افزایش شفقت نسبت به بیماران شده و یک جز با ارزش در کاهش تأثیرات خستگی ناشی از کمک به مددجویان است. شفقت نسبت به خود باعث می‌شود که فرد مراقبت‌کننده نسبت به بیماران نیز شفقت داشته و لذا از خستگی از شفقت نسبت به بیماران جلوگیری می‌شود (۱۳).

لیری و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند که وقتی افراد با شرایط بالقوه تحقیق‌آمیز روبرو می‌شود و یا رویدادهای منفی زندگی گذشته‌اش را به خاطر می‌آورد در این شرایط از طرف خود نیز بازخوردهای منفی را دریافت می‌کند. در این شرایط سطح بالای شفقت نسبت به خود، از افراد در برابر احساس منفی نسبت به خود و احساس استرس و یا شرایط زندگی منفی حمایت کرده و سبب می‌شود که افراد نسبت به خودشان مهربان بوده و به زندگی امیدوار شوند و معنایی دوباره از زندگی پیدا کنند (۱۴). کریت در سال ۲۰۱۱ بیان می‌کند که شفقت نسبت به خود، مراقبت‌کنندگان را قادر می‌سازد که نسبت به بیمارانشان همبستگی و شفقت داشته باشند و لذا کیفیت مراقبت افزایش می‌یابد (۱۵). بریانس و چین (۲۰۱۳) نشان دادند که افرادی که نسبت به خود شفقت بالاتری دارند قدرت بهبود بخشیدن ضعف‌ها، اصلاح مشکلات اخلاقی و چالش‌های خودشان در آن‌ها بیشتر بوده و همچنین شفقت نسبت به خود توان عشق ورزیدن و مهربانی را نسبت به دیگران در آن‌ها ایجاد می‌کند (۱۶).

مرور مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که این پدیده علاوه بر آن که نقش مؤثری در عملکرد کاری و ارائه خدمت

با کیفیت به مددجو بر عهده دارد تأثیرات مهمی را بر روی خود پرستاران به عنوان فردی که به‌طور مداوم در معرض مشکلات و بیماری‌های افراد قرار دارد بر عهده دارد. لذا با توجه به اهمیت نقش شفقت نسبت به خود در سلامت روانی پرستاران و همچنین نقش مهم و کلیدی آن‌ها در ارتقای مراقبت ارائه شده به بیماران و همچنین به دلیل این‌که در مطالعات صورت گرفته در این زمینه گروه پرستاران به‌عنوان عضو مراقبت‌کننده کمتر مورد توجه قرار گرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان شفقت نسبت به خود در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه صورت گرفته است.

### ■ مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی- توصیفی است که در سال ۱۳۹۵ در استان خراسان جنوبی صورت گرفته است. واحدهای مورد پژوهش شامل ۱۸۱ نفر از پرستاران بودند که به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس و از کلیه بخش‌های مراقبت ویژه (ICU, CCU, NICU) و دیالیز) در استان خراسان جنوبی انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل یک سال سابقه کار در محیط بالینی، اشتغال به کار فعلی در محیط بالینی، و کارمند وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بودند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های دو قسمتی بود. بخش اول شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک بود که اطلاعات مربوط به سن، جنس، بخش محل خدمت، تعداد سال‌های خدمت، وضعیت تأهل و نوع مدرک تحصیلی را در پرستاران مورد بررسی قرار می‌داد. بخش دوم شامل فرم بلند پرسشنامه شفقت نسبت به خود (SCS-LF: Self-Compassion Scale-Long Form) بوده که توسط نیف در سال ۲۰۰۳ تدوین شده است (۱۸). این مقیاس شامل ۲۶ گویه در ۶ حیطه‌ی "مهربانی نسبت به خود (۵ عبارت)، قضاوت نسبت به خود (۵ عبارت)، احساس مشترک انسانی (۴ عبارت)، انزوا (۴ عبارت)، ذهن آگاهی (۴ عبارت) و فراشناخت (۴ عبارت)" است. گزینه‌های این پرسشنامه مطابق لیگرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۵ (تقریباً همیشه) آرایش یافته است.

روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه‌ی نیف و همکاران در سال ۲۰۱۳ آلفای کرونباخ این پرسشنامه در تایلند و تایوان ۰/۸۶ و در آمریکا ۰/۹۵ گزارش شده است (۱۹). جهت اطمینان بیشتر نیز این پرسشنامه توسط محقق مورد ترجمه دو طرفه (بک وارد- فوروارد) قرار گرفته و روایی آن به روش ضریب همبستگی درونی (CVI) توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ۰/۸۳ محاسبه شد.

ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز با حجم نمونه‌ی ۳۰ نفری از پرستاران مورد مطالعه نیز ۰/۸۱ به دست آمد. پس از کسب مجوزهای اخلاقی و قانونی از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، پرسشنامه‌های مربوطه توسط پژوهشگر و همکار وی در محیط بالینی توزیع شد. قبل از توزیع پرسشنامه، از واحدهای مورد پژوهش جهت شرکت در مطالعه رضایت شفاهی کسب شد. همچنین، راجع به مطالعه و چگونگی تکمیل پرسشنامه به آن‌ها اطلاعاتی داده شده و به آن‌ها خاطر نشان شد که پرسشنامه بی‌نام بوده و ورود و خروج پرستاران از مطالعه اختیاری است. کل مدت جمع‌آوری پرسشنامه‌ها ۵۰ روز بود. از کل ۲۰۰ پرسشنامه‌ی توزیع شده، ۱۹۲ پرسشنامه جمع‌آوری شد. در این میان، ۱۱ پرسشنامه به دلیل نقص حذف گردید و در نهایت، ۱۸۱ پرسشنامه وارد مطالعه شدند. داده به وسیله نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (کای دو، تی تست، آنالیز واریانس ...) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ■ یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۱۸۱ پرستار شرکت داشته‌اند که از نظر سنی در دامنه‌ی ۴۱-۲۶ سال بوده و میانگین سنی آن‌ها نیز  $27.56 \pm 3.3$  بود. کم‌ترین و بیشترین سنوات خدمتی به ترتیب ۴ و ۲۳ سال

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار شفقت نسبت به خود بر حسب متغیرهای دموگرافیک در پرستاران

متغیر	تعداد	درصد	شفقت نسبت به خود (M±SD)
بخش‌های مراقبت ویژه	ICU	۴۳	۴ ± ۰/۵۵
	CCU	۳۱	۲/۴ ± ۰/۸۱
	NICU	۱۷	۳/۲۶ ± ۰/۹
	دیالیز	۲۰	۲/۲۴ ± ۰/۸۷
	اورژانس	۷۰	۴/۱ ± ۰/۹۹
کل	۱۸۱	۱۰۰	P = ۰/۱
جنس	زن	۱۳۱	۴/۱ ± ۰/۶۷
	مرد	۵۰	۳/۵ ± ۰/۶۶
کل	۱۸۱	۱۰۰	P = ۰/۴
مدرک تحصیلی	کارشناس	۱۷۴	۳/۷ ± ۰/۶۴
	کارشناس ارشد	۷	۳/۹۸ ± ۰/۷۱
کل	۱۸۱	۱۰۰	P = ۰/۰۳
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۳	۳/۹ ± ۰/۹۴
	مجرد	۷۸	۳/۳۳ ± ۰/۶
کل	۱۸۱	۱۰۰	P = ۰/۰۷

داشته و نیابستی به معنای زجر نسبت به خود تلقی شود (۱۳). در تأیید نتایج مطالعه حاضر همچنین می‌توان به مطالعه گرم و نیف (۲۰۱۳) اشاره کرد (۲۰). در این مطالعه، آنان ضمن بررسی پدیده شفقت نسبت به خود در حرفه‌های مراقبتی، سطح این پدیده را با توجه به شرایط کاری بالا دانسته و بیان می‌کنند که شفقت نسبت به خود به عنوان واکنشی انطباقی در پرستاران عمل کرده و آن‌ها را در برابر عوامل استرس‌زا محافظت می‌کند. بارنارد و کاری (۲۰۱۳) پدیده شفقت نسبت به خود را مورد بررسی قرار داده و بیان می‌کنند که این پدیده به طور شایع در بین افراد مراقبت کننده به صورت پنهان و یا آشکار وجود دارد.

بررسی ابعاد پرسشنامه نشان داد که بیشترین میانگین مربوط به بعد فراشناخت بوده و کمترین میانگین شفقت نسبت به خود در بعد انزوا به دست آمد. سؤالات حیطه فراشناخت مربوط به هنگامی است که افراد در زمینه عملکرد خود به تفکر و قضاوت می‌پردازند. بیشترین میانگین در این بعد مربوط به سؤال "هنگامی که ناراحت هستم تمایل دارم بروی اشتباهاتم متمرکز شوم" بوده است. هفرنان و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای بعد خودقضاوتی و فراشناخت را در پرستاران بالا دانسته و بیان کرده‌اند که وقتی پرستاران بر روی حوادثی که قبلاً تجربه کرده‌اند متمرکز می‌شوند، به قضاوتی دست می‌یابند که باعث افزایش شفقت نسبت به خود می‌شود (۲۲). کینگ و همکاران (۲۰۱۲) نیز مراحل و مکانیزم شفقت نسبت به خود را بیان کرده و بعد فراشناخت و خودقضاوتی را در پیدایش این پدیده مهم و ضروری معرفی کرده‌اند (۲۳). در بعد انزوا، بیشترین میانگین مربوط به سؤال "هنگامی که ناراحت هستم تمایل دارم احساس کنم بسیاری از مردم نسبت به من شادتر هستند" بوده است. این بعد در حقیقت مربوط به مقایسه‌های است که فرد در شرایط استرس‌زا نسبت به سایرین انجام می‌دهد. شفقت نسبت به خود باعث می‌شود که فرد زمینه و شرایط موجود را بدترین حالت دانسته و به دنبال یک نتیجه‌گیری از شرایط موجود باشد. نیف و پومیر (۲۰۱۳) در مطالعه خود بعد انزوا را در مفهوم‌پردازی این پدیده مهم دانسته و بیان می‌کنند که مراقبین در مراقبت از بیماران ممکن است احساس افسردگی و استرس و انزوا را بکرات تجربه کنند (۱۹).

بین پدیده شفقت نسبت به خود با تعداد سال‌های خدمت و سن پرستاران ارتباط مستقیم و معنی‌داری برقرار بوده است. این بدان معنی است که هر چه تعداد سال‌های خدمت افراد بیشتر می‌شود و افراد با تجربه‌تر می‌شوند، به میزان بیشتری شفقت نسبت به خود در آن‌ها اتفاق می‌افتد. در تأیید نتایج فوق می‌توان به مطالعه گرم

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار ابعاد شفقت نسبت به خود در پرستاران

ردیف	ابعاد شفقت نسبت به خود	میانگین و انحراف معیار
۱	مهربانی نسبت به خود	۳/۶۱±۰/۷
۲	قضاوت نسبت به خود	۴±۰/۴۷
۳	احساس مشترک انسانی	۴/۱±۰/۷
۴	انزوا	۳/۲±۰/۹۶
۵	ذهن آگاهی	۳/۹±۰/۹
۶	فراشناخت	۴/۴±۰/۷
	کل	۳/۸۶±۰/۶۷

جدول (۳): ارتباط بین سن و تعداد سال‌های خدمت با شفقت نسبت به خود در پرستاران

متغیر	سن	تعداد سال‌های خدمت
شفقت نسبت به خود	$r = 0/3$ $P = 0/03$	$r = 0/2$ $P = 0/04$

بود (میانگین  $2/12 \pm 0/13$ ). از نظر نوع بخش نیز پرستاران در ۴ گروه جای گرفتند (جدول شماره ۱). میانگین کل نمره شفقت نسبت به خود در پرستاران از دامنه (۵-۱)  $3/86 \pm 0/67$  بود. در میان ابعاد مختلف شفقت نسبت به خود، در بعد فراشناخت بیشترین ( $4/4 \pm 0/7$ ) و بعد انزوا کمترین ( $3/2 \pm 0/96$ ) میانگین را به خود اختصاص داد (جدول شماره ۲).

بررسی ارتباط بین نمره کل شفقت نسبت به خود و ویژگی‌های دموگرافیک حاکی از آن است که بین نمره شفقت نسبت به خود با تعداد سال‌های خدمت و سن (جدول شماره ۳) و همچنین نمره شفقت نسبت به خود با سطح تحصیلات و جنس ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ) (جدول شماره ۱).

#### ■ بحث

نتایج مطالعه حاضر در زمینه پدیده شفقت نسبت به خود حاکی از سطح متوسط این پدیده در پرستاران بوده است. گاستین و واگنر (۲۰۱۳) شفقت نسبت به خود را در اعضای تیم مراقبتی بالا دانسته و شرایط موجود در محیط‌های کاری را در ایجاد آن مؤثر می‌دانند. آنان همچنین بیان کرده‌اند که سطوح بالای شفقت نسبت به خود در پرستاران نقش مهمی در سلامت روانی آن‌ها

### ■ نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که پدیده شفقت نسبت به خود در پرستاران از سطح متوسط به بالایی برخوردار می‌باشد. با توجه به مثبت بودن نقش شفقت نسبت به خود در سلامت روان پرستاران می‌توان سطح آن را مطلوب ارزیابی کرد. همچنین، باید با ایجاد شرایطی همانند مشاوره و حمایت‌های روانی سبب افزایش شفقت نسبت به خود در پرستاران شد. به علاوه، با توجه به ارتباط مثبت و معنی‌دار بین این پدیده با سن و تعداد سال‌های خدمت، باید به این نکته اشاره نمود که حضور پرستاران با تجربه در تیم‌های مراقبتی می‌تواند نقش مهمی در تجزیه و تحلیل و قضاوت شرایط موجود و در نتیجه، افزایش شفقت نسبت به خود در پرستاران دانش‌آموز داشته باشد. لذا بایستی چنین شیفت‌های پرستاران به گونهای باشد که در هر شیفت از نیروهای با تجربه استفاده شود. همچنین، باید مدیران در سیستم‌های بهداشتی ضمن افزایش آگاهی پرستاران نسبت به این پدیده، نگرش آنان را نسبت به تجزیه و تحلیل وقایع محیط کاری و برخورد و واکنش مناسب با آن را که منجر به افزایش شفقت نسبت به خود در پرستاران می‌شود، تسهیل نمایند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی آن اشاره کرد. همچنین، باید جهت آشکار شدن ابعاد و جنبه‌های این پدیده پژوهش‌های بیشتری در سایر نقاط کشور صورت بگیرد.

### ■ تشکر و قدرانی

این طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.RUMS.REC.1395.145 در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران مورد تأیید قرار گرفت. بدین وسیله از کلیه پرستاران شرکت کننده در این مطالعه و همه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند قدرانی می‌شود.

و نیف (۲۰۱۳) اشاره کرد (۲۰). آنان بیان می‌نمایند که پرستاران با تجربه‌تر بیشتر نسبت به نتایج کارهای خود حساس بوده و لذا سعی می‌کنند رفتار معقولانه‌تری را در محیط کاری داشته باشند. لذا، تجزیه و تحلیل آن‌ها نسبت به عملکرد و شرایطشان بیشتر بوده و شفقت نسبت به خود در آن‌ها بیشتر است. گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) نیز بیان کرده‌اند که وقتی افراد فراتر از درک خود از شرایط محیط به قضاوت در مورد آن می‌پردازند، شفقت نسبت به خود را تجربه می‌کنند، حال آن‌که می‌توان گفت افراد با تجربه به دلیل مواجهه مکرر و تجربه کافی عموماً دست به قضاوت بهتری زده و لذا این پدیده را بیشتر تجربه می‌کنند (۲۴). شاپیرا و مونگران (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که بین این پدیده با تعداد سال‌های خدمت رابط‌های وجود ندارد. آنان معتقدند که این پدیده می‌تواند در افرادی با تجربیات و سال‌های خدمت مختلف رخ دهد و همچنین، افراد کم تجربه‌تر به دلیل حساس‌تر بودن نسبت به شرایط کاری، شفقت بیشتری نسبت به خود دارند (۲۵).

میانگین شفقت نسبت به خود در زنان نسبت به مردان بیشتر بوده است. همچنین شفقت نسبت به خود در پرستاران دارای مدرک کارشناسی ارشد نسبت به پرستاران دارای مدرک کارشناسی بالاتر بوده است. فیگلی (۲۰۰۲) در مطالعه‌اش بیان می‌کند که انواع شفقت نسبت به خود چه نسبت به خود و یا دیگران در زنان بیشتر از مردان روی می‌دهد (۲۶). این را می‌توان به ویژگی‌های روان‌شناختی آنان مربوط دانست. ویتیس و همکاران (۲۰۱۱) نیز بیان می‌کنند که شفقت نسبت به خود در زنان نسبت به مردان بیشتر به وقوع می‌پیوندد، زیرا زنان بیشتر از حوادث و شرایط آسیب‌زای محیط کاری متأثر می‌شوند (۲۷). هفرنان و همکاران (۲۰۱۰) و ریس (۲۰۱۰) بیان کرده‌اند که هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد، انتظار، درک و قضاوت افراد از شرایط کار بیشتر بوده و لذا آن‌ها با شدت بیشتری شفقت نسبت به خود را تجربه خواهند کرد (۲۲، ۲۸).

### ■ References

1. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion & psychopathology. *Clinical Psychology Review* 2012; 32: 545-552.
2. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral distress and compassion fatigue in patient care: a correlational study on nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2014;7(2):47-57. [Persian]
3. Kelley R. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 2014; 20(3):95-108.
4. Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine JP. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disale* 2011; 25:123-130.

5. Breines JG, Thoma MV, Gianferante D, Hanlin L, Chen X, Rohleder N. Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain, Behavior and Immunity* 2014; 37: 109–114.
6. Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2012; 38(1):1133–1143.
7. Arch JJ, Brown KW, Dean DJ, Landy LN, Brown KD, Laudenslager ML. Self-compassion training modulates alpha-amylase, heart rate variability, and subjective responses to social evaluative threat in women. *Psycho neuroendocrinology* 2014;42(2): 49–58.
8. Basharpour S, Khosravinia D, Atadokht A, Daneshvar S, Narimani M, Massah O. The Role of Self-compassion, Cognitive Self-control, and Illness Perception in Predicting Craving in People With Substance Dependency. *Practice in clinical psychology* 2014; 2(3): 155-194. [Persian]
9. Baker LR, McNulty JK. Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology* 2011; 100(5): 853–873.
10. Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *Iran Journal of Medical Ethical History Medicine* 2013; 6 (2):57-66. [Persian]
11. Shapiro S, Astin J, Bishop S, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management* 2005; 12(2): 164–176.
12. Kret DD. The qualities of a compassionate nurse according to the perceptions of medical-surgical patients. *MEDSURG Nursing* 2011; 20(1): 29–36.
13. Gustin LW, Wagner L. The butterfly effect of caring-clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 27(1): 175–183.
14. Leary MR, Tate EB, Allen AB, Adams CE, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology* 2007; 92(5): 884- 907.
15. Kret DD. The qualities of a compassionate nurse according to the perceptions of medical-surgical patients. *MEDSURG Nursing* 2011;20(1): 29–36.
16. Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2012; 38(3):1133–1143.
17. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. A typology of mixed methods research designs. *Qual Quant.* 2009; 43(2):265–75.
18. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2003; 2(3): 223–250.
19. Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity* 2013; 12(2): 160–176.
20. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology* 2013; 69(8): 1–12.
21. Barnard LK, Curry JF. Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology* 2011;15: 289–303.
22. Heffernan M, Quinn Griffin MT, McNulty R, Fitzpatrick JJ. Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice* 2010;16(4): 366–373.
23. Keng SL, Smoski MJ, Robins C, Ekblad AG, Brantley JG. Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction: Self-compassion and mindfulness as mediators of intervention outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2012; 26(3): 270–280.
24. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2006;13(6): 353–379.
25. Shapira LB, Mongrain M. The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology* 2010; 5(5): 377–389.
26. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology* 2002; 58(11):1433–1441.
27. Vetesse LC, Dyer CE, Li WL, Wekerle C. Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotional regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2011; 9(2): 480–491.
28. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences* 2010; 48(1): 757–761.

# Self-compassion in critical care nurses

Somayeh Mohammadi, Fariba Borhani, Mostafa Roshanzadeh<sup>■</sup>

**Introduction:** Clinical settings due to their inherent nature can be stressful and challenging, which may result in depression, anxiety and job dissatisfaction among critical care nurses. One of the factors that, in many cases, can play a supporting role and assures quality care is self-compassion.

**Aim:** This study aimed to assess self-compassion in critical care nurses.

**Method:** This cross-sectional study was carried out on 181 critical nurses (ICU, CCU, NICU and Dialysis) from hospitals in South Khorasan province in 2017. Nurses were selected by convenience sampling method. Data were collected with Neff's Self-Compassion Questionnaire (2003) and its internal consistency was ( $\alpha= 0.81$ ). Data analyzed by descriptive (mean, standard deviation, frequency and relative frequency) and inferential (t-test, ANOVA and Pearson's coefficient of correlation) statistics.

**Results:** Mean level ( $3.86\pm 0.67$ ) of self-compassion was moderate. There was a significant correlation between self-compassion and age, experience years, sex as well as educational level ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** Nurse Managers should facilitate understanding and insight to self-compassion in nurses to gain a better attitude toward events of work environment. By this they would be used self-compassion for dealing job stresses.

**Key words:** critical nurses, self-compassion, work environment

**Mohammadi S.**

MSc, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

**Borhani F.**

Associate Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

**■ Corresponding author:**

**Roshanzadeh M.**

Ms of Nursing, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Address:**

**Mroshanzadeh62@gmail.com**

**Nursing  
Management**

Quarterly Journal of Nursing Management

Five Year, Vol 5, No 2, Summer 2016