Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article
Volume 11, Issue 4 , Winter 2023

Investigating The Role of Object Relations And Mentalization In Predicting The Attitude And Performance Of Nurses In Relation To Patient Pain Management

Faezeh Maghsoodi Mehrabani[1], Parisa karbasian[2], Marzieh kamkar[3*], Massoud Honarmand[4]

1- Master of General Psychology, Varamin Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2- Master student of Positive Islamic Psychology, Natanz Branch, Payam Noor University, Isfahan, Iran.
3- Master student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.
4- Master student of clinical psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Marzieh kamkar, Master student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.
E-mail: kamkarmarzieh@gmail.com

Abstract

Introduction: Considering the importance and pivotal role of nurses in pain management and control, it is necessary to know the psychological components affecting the attitude and performance of nurses. This study was also conducted with the aim of investigating the role of object relations and mentalization in predicting the attitude and performance of nurses in relation to the management of patients' pain.

Methods: The present study was descriptive-correlational, which was carried out by convenience sampling on 170 nurses working in the emergency department of hospitals and medical centers in Tehran in 2022. The research tools included the attitude and performance questionnaire in relation to pain management, Bell's Thematic Relations Scale, and reflective activity questionnaire. The research tools included attitude and performance questionnaire, Bell Object Relations Inventory and Reflective Functioning questionnaire. The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multivariate regression analysis in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there is a negative and significant correlation between the subscales of object relations (insecure attachment, alienation, social incompetence, and egocentricity) and the subscale of mentalization (uncertainty) with the attitude and performance of nurses in relation to the management of patients' pain ($p<0.01$).There is a positive and significant correlation between the subscale of mentalization (certainty) and the attitude and performance of nurses in relation to the management of patients' pain ($p<0.01$). The results of multiple regression analysis also revealed that 79.7% of the variance of nurses' attitudes regarding patient pain management and 64.7% of the variance of nurses' performance regarding patient pain management are explained by object relations and mentalization.

Conclusions: The results of the study showed the significant role of object relations and mentalization in predicting the attitude and performance of nurses in managing patients' pain. Therefore, educational programs based on the model of mentalization and object relations are suggested to improve the positive attitude and better performance of health and nursing workers in the field of patient pain management.

Keywords: Pain management, Attitude, Performance, Nursing, object relations, Mentalization.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

بررسی نقش روابط موضوعی و ذهنی سازی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران

فائزه مقصودی مهربانی[۱]، پریسا کرباسیان[۲]، مرضیه کامکار[۳*]، مسعود هنرمند[۴]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی مثبت گرا، واحد نطنز، دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران.
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پاکدشت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۴- دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مرضیه کامکار، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پاکدشت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
ایمیل: kamkarmarzieh@gmail.com

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت و نقش محوری پرستاران در مدیریت و کنترل درد، شناخت مولفه های روان شناختی موثر بر نگرش و عملکرد پرستاران ضرورت دارد. این مطالعه نیز با هدف بررسی نقش روابط موضوعی و ذهنی سازی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود که به شیوه نمونه گیری دردسترس بر روی ۱۷۰ پرستار شاغل در بخش اورژانس بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نگرش و عملکرد، مقیاس روابط موضوعی بل و پرسشنامه کنش‌وری تاملی بود. داده‌های جمع آوری شده نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین خرده مقیاس های روابط موضوعی (دلبستگی ناایمن، بیگانگی، بی کفایتی اجتماعی و خودمیان بینی) و خرده مقیاس ذهنی سازی (عدم اطمینان) با نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۱$). بین خرده مقیاس ذهنی سازی (اطمینان) با نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۱$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۷۹/۷ درصد واریانس نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران و ۶۴/۷ درصد واریانس عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران به وسیله روابط موضوعی و ذهنی سازی تبیین می‌شود.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان دهنده نقش معنادار روابط موضوعی و ذهنی سازی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در مدیریت درد بیماران بود. بنابراین برنامه های آموزشی مبتنی بر مدل ذهنی سازی و روابط موضوعی جهت ارتقای نگرش مثبت و عملکرد بهتر کارکنان بهداشتی و پرستاری در زمینه مدیریت درد بیماران پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه ها: مدیریت درد، نگرش، عملکرد، پرستاری، روابط موضوعی، ذهنی سازی.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

مقدمه

درد یکـی از عوامـل اسـترس زا و اصلـی بیمـاران بسـتری در بیمارسـتان اسـت (۱). آگاهـی رو بـه رشـدی در مـورد علـت درد، همـراه بـا پیشـرفت مدیریـت دارویـی وجـود دارد. علـی رغـم ایـن آگاهـی و پیشـرفت دارویـی، بیمـاران هنـوز درد غیرقابـل تحملـی را تجربـه مـی کننـد کـه بعـد جسـمی، عاطفـی و معنوی سـلامتی را مختـل مـی نمایـد (۲). کنتـرل درد در مدیریـت بیمـاران اهمیـت دارد؛ زیـرا درد درمـان نشـده تاثیـر مخربـی بـر روی کیفیـت زندگـی بیمـاران مـی گـذارد. پرسـتاران بخـش قابل توجهـی از وقـت خـود را بـا بیمـاران مـی گذارننـد. بنابرایـن، آنهـا نقـش حیاتـی در فراینـد تصمیـم گیـری در مـورد مدیریـت درد دارنـد. پرسـتاران بایـد در ارزیابـی و تکنیکهـای مدیریـت درد بـه خوبـی آمـاده و آگاه باشـند و نبایـد باورهـای نادرسـتی در مـورد مدیریـت درد داشـته باشـند، کـه مـی تواننـد منجـر بـه شـیوه هـای نامناسـب و ناکافـی مدیریـت شـود. بـا توجـه بـه تاثیـر منفـی اسـتفاده از مسـکن هـا بـر عملکـرد فیزیولوژیکـی بیمـاران، رویکردهـای غیردارویـی بـرای مدیریـت درد ماننـد روان درمانـی، مشـاوره فیزیکـی و کار درمانـی بـدون اسـتفاده از دارو کاربـرد یافتـه اسـت (۳). بـه عـلاوه دانـش، نگـرش و عملکـرد پرسـتاران اورژانـس ممکـن اسـت بـر مدیریـت درد و کیفیـت مراقبـت کـه بیمـاران دریافـت می-کننـد، تاثیـر بگـذارد (۴).

مطالعـات بارتوشـیک و همـکاران (۵) و کان (۶) موانـع ارائـه مدیریـت موثـر درد را تشـریح کـرده انـد (۵، ۶). دانـش محـدود، نگـرش منفـی و عملکـرد ضعیـف پرسـتاران نسـبت بـه مدیریـت درد بـه عنـوان موانـع اصلـی در اجـرای یـک مدیریـت موثـر درد گـزارش شـده اسـت (۷). پرسـتاران ممکـن اسـت دارای ادراک، نگـرش و تصـور نادرسـت نسـبت بـه مدیریـت درد باشـند. تصـورات نادرسـت شـامل ایـن بـاور اسـت کـه بیمـاران تمایـل بـه جلـب توجـه دارنـد و نـه گـزارش درد واقعـی (۸). مداخـلات متعـددی بـرای رفـع ایـن موانـع ارائـه شـده اسـت. پرداختـن بـه ایـن موانـع منجـر بـه بهبـود قابـل توجهـی در نگـرش و عملکـرد تیـم مراقبتهـای بهداشـتی نسـبت بـه مدیریـت درد مـی شـود (۴، ۹، ۱۰، ۱۱). پرسـتاران ممکـن اسـت تمایـل داشـته باشـند کـه میـزان رنـج بیمـاران را دسـت کـم بگیرنـد و بـر ایـن بـاور باشـند کـه گـزارش هـای خـود بیمـاران در مـورد درد اغـراق آمیز اسـت. بـر ایـن اسـاس، بـرای رنـج بیمـاران، پرسـتاران بایـد دانـش کافـی، نگـرش بهتـر و عملکـرد مناسـبی نسـبت بـه مدیریـت درد داشـته باشـند (۱۲). امـا مهمتـر از ایـن موضـوع، شناسـایی ریشـه چگونگـی شـکل گیـری ایـن نـوع نگـرش و تاثیـر آن بـر عملکـرد پرسـتاران بـه عنـوان یـک رویکـرد غیرداروییـ، بیـش از پیـش اهمیـت مـی یابـد.

یکـی از سـازه هـای روان شـناختی مرتبـط بـا چگونگـی شـکل گیـری نـوع نگـرش پرسـتاران نسـبت بـه مدیریـت درد بیمـاران، روابـط موضوعـی اسـت. ایـن سـازه را مـی تـوان بـه صـورت بازنمایـی هـای فـرد از خـود و دیگـران و عواطـف همـراه بـا ایـن بازنمایـی هـا تعریـف نمـود. بـه عبارتـی دیگـر مـی تـوان بـه صـورت ظرفیـت افـراد بـرای برقـراری روابـط انسـانی تعریـف کـرد کـه در سـال هـای نخسـت زندگـی شـکل مـی گیـرد (۱۳). سـاختار روانـی مـا براسـاس وضعیـت بدنـی مـا اسـت. نـوزادان چنـد روزه اغلـب رضایـت و خشـنودی خـود را ابـراز مـی کننـد و احسـاس امنیـت مـی کننـد. بـا ایـن حـال ناگهـان ممکـن اسـت بـه شـکل عجیـب و هیجـان زده گریـه کننـد، گویـی از نابـودی قریـب الوقـوع خـود مـی ترسـند. بـه نظـر مـی رسـد انـگار امنیتشـان از بیـن رفتـه اسـت. بیمـاری کـه بـا یـک بیماری جـدی تهدیـد مـی شـود گاهـی اضطـراب و بـی نظمـی مشـابهی را تجربـه مـی کنـد (۱۴). در رویکـرد روابـط موضوعـی و بـه ویـژه از دیـدگاه بیـون اصلـی تریـن احسـاس نارضایتـی کـه «عناصـر بتـا» نامیـده مـی شـود، ماهیـت فیزیکـی دارنـد مثـل ناراحتـی تنفسـی یـا گرسـنگی. ایـن وضعیـت مسـتلزم تغییـر «عملکـرد آلفـا» توسـط مـادر یـا پرسـتار اسـت تـا بـه عنـوان بخشـی از ایگـو قابـل تحمـل تـر شـود. مـادر ایـن کار را عمدتـا بـا مراقبـت از پوسـت، تمـاس لـب، صـدای آرام بخـش و تغذیـه انجـام مـی دهـد. سـرانجام کـودک مـی توانـد بـرای بازگشـت بـه وضعیـت اولیـه دوبـاره اعتمـاد کنـد (۱۵). بیـک (۱۶) معتقـد اسـت اولیـن وظیفـه رشـد روانـی کـودک ایـن اسـت کـه کارکـرد محافظتـی آبجکـت (ابـژه) در حـال پرسـتاری را درونـی کنـد. درونـی سـازی ایـن کارکـرد پرسـتاری، مـی توانـد هسـته اصلـی ابـژه هـای (موضوعـات) درونـی خـوب در آینـده باشـد. درواقـع اولیـن خیـال پـردازی و اسـتفاده از ایـن ظرفیـت درون روانـی محافـظ، بـا اولین رابطـه موضوعـی پرسـتاری آغـاز مـی شـود (۱۷). بـه طـور کلـی توسـعه بازنمایـی روانـی بـدن خـود بـه یـک رابطـه بیـن فـردی سـالم بسـتگی دارد. لـذا در مطالعـه جـاری نیـز فـرض بـر ایـن اسـت کـه درونـی سـازی و بازنمایـی های مناسـب پرسـتار از خود و دیگـران سـبب مـی شـود کـه در هنـگام مواجـه بـا ناملایمـات و دردهـای فیزیکـی سـازگارانه تـر عمـل کنـد. بـه عبـارت دیگـر وجـود آبجکـت هـای خـوب در درون پرسـتار ممکـن اسـت در نگـرش همدلانـه و عملکـرد پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد نقـش پیـش بینـی کننـده داشـته باشـد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

رویکـرد روابـط موضوعـی بیـان مـی کنـد کـه مـادر از طریـق همدلـی و درک بـالا، احساسـات منفـی را دریافـت مـی کنـد، آنها را هضـم مـی کنـد و بـه نوعـی احساسـات منفـی دریافـت شـده را سـم زدایـی مـی کنـد. ایـن ناخشـنودی بـا تفکـر و نمادسـازی قابـل انتقـال و کمتـر تهدیـد کننـده مـی شـود. بـا درونـی سـازی ایـن ظـرف، کـودک شـکل بالاتـری از تفکـر را بـه دسـت مـی آورد و ناامیـدی هـا قابـل تحمـل تـر مـی شـود. ایـن فراینـد همـان مفهومـی اسـت کـه تحـت عنـوان ذهنـی سـازی از آن یـاد مـی شـود. توانایـی ذهنـی سـازی تجربـه شـده در رابطـه پرسـتاری اولیـه، عاملـی تعییـن کننـده در کمـک بـه تحمـل تجربیـات فیزیکـی و روانـی اسـت (۱۸). کـودک زمانی کـه ادراک، فکـر و حافظـه را بیشـتر توسـعه دهـد، قـادر بـه ایجـاد بازنمایـی اسـت. بازنمایـی هـا نمـاد روابـط عاطفی- شـناختی بـا موضوعاتی هسـتند کـه سـوژه بـا آنهـا وارد رابطـه مـی شـود (بازنمایـی هـای ابـژه) یـا در رابطـه بـا خـود سـوژه (بازنمایـی هـای خـود) هسـتند. بازنمایـی هـا ماهیتـی پایـدار دارنـد و حاصـل تجربیـات گوناگـون هسـتند. بـه عنـوان مثـال، بازنمایـی «پرسـتار» شـامل مراقبـت، تسـکین و درک، امـا همچنیـن شـامل پرسـتار تزریـق کننـده نیـز مـی باشـد (۱۹). بـه طورکلـی ظرفیـت ذهنی‌سـازی یـک رویکـرد بازتابـی تلقـی می‌شـود و نوعـی توانایـی درک حـالات ذهنـی خـود و دیگـران اسـت کـه از طریـق روابـط بین‌فـردی در دوران کودکـی بخصـوص روابـط دلبسـتگی بـه دسـت می‌آیـد و زیربنـای رفتارهـای آشـکار اسـت (۲۰). بـا افزایـش ظرفیـت ذهنی‌سـازی، ظرفیـت خوبـی نیـز بـرای عضوگیـری رابطـه ایجـاد می‌شـود، بـه عبارتـی دیگـر افـراد را قـادر مـی سـازد بـا دیگـران کـه مراقـب و مفیـد هسـتند و می‌تواننـد در تنظیـم مشـترک موثـر اسـترس و ناملایمـات کمـک کننـد، ارتبـاط برقـرار کننـد، امـا بـدون ذهنی‌سـازی قـوی، مشـکل در تعامـلات، تقابـل در روابـط و احسـاس امنیـت نمی‌تواننـد وجـود داشـته باشـد. بنابرایـن عـدم ظرفیـت ذهنـی سـازی در یـک پرسـتار، عـدم مدیریـت دردهـای جسـمی و عاطفـی در خـود و دیگـران را در پـی خواهـد داشـت؛ زیـرا ذهنـی سـازی پاییـن بـا تـاب آوری پاییـن و بدتنظیمـی هیجانـی در ارتبـاط اسـت (۲۱). در بافتـی کـه در آن والدیـن (یـا پرسـتاران) امـن و علاقـه منـد بـه ذهـن و ذهنیـت کـودک حضـور دارنـد، زمینـه را بـرای رشـد خـود در نتیجـه ایجـاد خـودی انعکاس‌گـر، اندیشـمند و توانمنـد بـرای ذهنی‌سـازی فراهـم مـی کننـد (۲۲). در نتیجـه شـکل گیـری ظرفیـت ذهنـی سـازی نیـز، همدلـی، تامـل، نگـرش مثبـت و توانایـی تحمـل تجربیـات فیزیکـی و روانـی هـم در خـود و هـم در دیگـران شـکل خواهـد گرفـت. بنابرایـن در ایـن مطالعـه نیـز فـرض بـر ایـن اسـت کـه ذهنـی سـازی مـی توانـد در نگـرش و عملکـرد پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد بیمـاران، نقـش پیـش بینـی کننـده داشـته باشـد.

درد شـایع تریـن شـکایت بیمـاران در بخـش هـای اورژانـس در سراسـر جهـان اسـت (۲۳). درد یـک تجربـه شـخصی اسـت کـه بـر کیفیـت زندگـی تأثیـر مـی گـذارد، آسـیب پذیـری را در یـک جمعیـت آسـیب پذیـر افزایـش مـی دهـد و وابسـتگی بـه ارائـه دهنـدگان مراقبـت هـای بهداشـتی جهـت دسترسـی بـه مدیریت درد را افزایـش مـی دهـد. بـه عـلاوه بررسـی ادبیـات موجـود نشـان داده اسـت کـه یـک خـلاء پژوهشـی در زمینـه چگونگـی هسـته شـکل گیـری دانـش و نگـرش پرسـتاری نسـبت بـه مدیریـت درد وجـود دارد. همچنیـن بسـیاری از پرسـتاران فاقـد آمـوزش لازم بـرای مدیریـت موثـر درد هسـتند کـه در نتیجـه بسـتری طولانی‌تـر در بیمارسـتان و کاهـش کیفیـت زندگـی بیمـاران را بـه دنبـال دارد. بنابرایـن شناسـایی سـازه¬ها روان شـناختی بنیادیـن، مهـم و تاثیرگـذار در زمینـه چگونگـی شـکل گیـری نـوع نگـرش پرسـتاران و تاثیـر آن بـر عملکردشـان ضـروری بـه نظـر مـی رسـد؛ از ایـن رو مطالعـه حاضـر بـا هـدف بررسـی نقـش روابـط موضوعـی و ذهنـی سـازی در پیـش بینـی نگـرش و عملکـرد پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد بیمـاران صـوت گرفـت.

روش کار

ایـن مطالعـه توصیفـی- همبسـتگی در سـال ۱۴۰۱ انجـام شـد. جامعـه پژوهـش را تمامـی پرسـتاران در بخـش اورژانـس بیمارسـتان هـای و مراکـز درمانـی شـهر تهـران تشـکیل دادنـد. در ایـن مطالعـه، ۱۷۰ نفـر بـه شـیوه نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند. میانگیـن سـه پژوهـش پیشـین حجـم نمونـه پژوهـش را تعییـن نمـوده اسـت (۲، ۳، ۲۴). معیارهـای ورود بـه مطالعـه شـامل داشـتن تحصیـلات کارشناسـی پرسـتاری و بالاتـر و یـک سـال سـابقه کار در اورژانـس بـود. معیارهـای خـروج از پژوهـش نیـز تکمیـل ناقـص پرسشـنامه هـا بـود. اجـرای مطالعـه بدیـن صـورت بـود کـه ابتـدا علـت و هـدف مطالعـه بـرای پرسـتاران شـرح داده شـد و بـه آنهـا گفتـه شـد کـه حضورشـان در مطالعـه اختیـاری اسـت و هیچگونـه اجبـاری وجـود نـدارد (اخـذ رضایـت نامـه کتبـی شـرکت در پژوهـش). پرسشـنامه هـا بـه پرسـتاران تحویـل داده شـد تـا در طـول سـاعات کاری آن را تکمیـل نمـوده و در انتهـای کار تحویـل

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

دهنـد. درمجمـوع ۱۷۰ پرسشـنامه، پـس از حـذف پرسشـنامه هـای ناقـص مـورد تجزیـه و تحلیـل قـرار گرفتنـد. بـرای اجـرای ملاحظـات اخلاقـی در ایـن پژوهـش کدهـای اخلاقـی مطـرح شـده توسـط انجمـن روان‌پزشـکی آمریـکا از جملـه اصـل محرمانگـی و رازداری، رضایـت کتبـی، تشـریح فراینـد، اهـداف، مـدت زمـان صـرف شـده، زیـان و فوایـد احتمالـی شـرکت در پژوهـش و اجـازه خـروج از پژوهـش در هـر مرحلـه از اجـرا مـورد توجـه قـرار گرفـت. تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از آزمـون همبسـتگی پیرسـون و تحلیـل رگرسـیون چندگانـه از طریـق نـرم افـزار SPSS انجـام شـد. بـرای جمع‌آوری داده‌هـا از پرسشـنامه‌های زیـر اسـتفاده شـد.

پرسشـنامه و چـک لیسـت نگـرش و عملکـرد: یکـی از بخـش هـای ایـن پرسشـنامه شـامل پرسشـنامه نگـرش پرسـتاران در ارتبـاط بـا مدیریـت درد مـی باشـد. ایـن ابـزار ۲۰ سـوال چنـد گزینـه ای مـی باشـد. نمـره بنـدی ابـزار براسـاس مقیـاس لیکرت (چهارتایـی) و پاسـخ هـا براسـاس مقیـاس لیکـرت امتیازبنـدی شـد (کامـلا موافقـم نمـره ۴، موافقـم نمـره ۳، مخالفـم نمـره ۲، و کامـلا مخالفـم نمـره ۱). دامنـه نمـرات ۲۰- ۸۰ و نمـرات بالاتـر از ۶۲ درصـد نگـرش نگـرش مثبـت، بیـن ۶۲- ۳۵ درصـد نگـرش متوسـط، و زیـر ۳۵ درصـد نشـان دهنـده نگـرش منفـی نسـبت بـه مدیریـت درد مـی باشـد. ایـن ابـزار بـا هـدف تعییـن نگـرش پرسـتاران نسـبت بـه مدیریـت درد بیمـار اولیـن بـار توسـط فـرل در سـال ۱۹۹۳ اسـتفاده شـد و مـک میـلان آن را در سـال ۱۹۹۳ بازنگـری و در سـال ۲۰۰۰ مـک میـلان و همـکاران طراحـی نمودنـد. روایـی ابـزار نیـز از طریـق روش پیـش آزمـون و پـس آزمـون کادر پرسـتاری و ضریـب ۰/۸۰ و ارزیابـی انسـجام درونـی ضریـب الفـای کرونبـاخ ۰/۷۰ تاییـد شـده اسـت (۲۴، ۲۵، ۲۶). در ایـران ایـن ابـزار توسـط محمدرضـا افلاطونیـان و همـکاران اسـتفاده شـد. ایـن ابـزار بـه روش ترجمـه بـه فارسـی برگـردان توسـط تیـم پژوهـش در دانشـکده پرسـتاری جیرفـت ترجمـه شـده و همچنیـن روایـی آن توسـط ۱۰ نفـر از اسـاتید انجـام و پایایـی آن نیـز براسـاس ضریـب همبسـتگی درونـی و بـا اسـتفاده از آلفـای کرونبـاخ (۰/۸۶) گـزارش گردیـده اسـت (۲۷). بـرای تعییـن روایـی پرسشـنامه نگـرش از نظـرات علمـی اعضای محتـرم هیـات علمـی دانشـکده پرسـتاری و مامایـی نیـز اسـتفاده شـد. نمـره پایایـی ایـن ابـزار بـا آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۵ بـه دسـت آمـد (۲۴).

چـک لیسـت عملکـرد پرسـتاران در ارتبـاط بـا مدیریـت درد بیمـاران شـامل ۵ سـوال چهـار گزینـه ای و یک سـوال تشـریحی مـی باشـد. پرسشـنامه توسـط شـرکت کننـده در مطالعـه (بـه صـورت خوداظهـاری) تکمیـل شـد. نمـره بنـدی ابـزار براسـاس بلـه بـا نمـره ۲، تـا حـدودی بـا نمـره ۱ و خیـز بـا نمـره ۰ از ۰ تـا ۸ متفـاوت بـوده و نمـره بالاتـر از میانـه یعنـی ۴ نشـان از عملکـرد بهتـر و نمـره کمتـر از میانـه نشـان از عملکـرد ضعیـف پرسـتاران در زمینـه مدیریـت درد مـی باشـد. پژوهـش هـا اعتبـار ایـن ابـزار را بـرای جامعـه ایـران تاییـد نمودنـد (۲۸، ۲۹). اعتبـار علمـی پرسشـنامه از روش اعتبـار محتـوا تعییـن گردیـد و نمـره پایایـی ایـن ابـزار بـا آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۵ بـود (۲۴).

مقیـاس روابـط موضوعـی بـل: مقیـاس بـل (۳۰)، کـه از پرکاربردتریـن مقیـاس هـا در حـوزه سـنجش روابـط موضوعـی اسـت، براسـاس پیوسـتار چنـد بعـدی ارزیابـی روابـط موضوعـی سـاخته شـده کـه بلـک، هارویـچ و گدیمـن (۳۱) از طریـق مصاحبـه هـای بالینـی بـا بیمـاران در مـورد رابطـه هایشـان بـه دسـت آورده انـد (۳۲). مقیـاس روابـط موضوعـی بـل ۴۵ مـاده بـا پاسـخ دهـی بـه صـورت درسـت ونادرسـت دارد کـه روابـط موضوعـی را در قالـب چهـار عامـل دلبسـتگی ناایمـن، بیگانگـی، بـی کفایتـی اجتماعـی و خودمیـان بینـی مـی سـنجد. بـل (۳۳) ضرایـب اعتبـار بازآزمایـی چهـار هفتـه ای زیـر مقیـاس هـای آن را ۰/۵۸ تـا ۰/۹۰ و همسـانی درونـی آنهـا را ۰/۷۸ تـا ۰/۹۰ گـزارش کـرده اسـت. روایـی ایـن مقیـاس نیـز از طریـق سـنجش همبسـتگی آن بـا مقیـاس هـای دیگـر ماننـد مقیـاس درجـه بنـدی روانپزشـکی مختصـر (۳۴) و فهرسـت تجدیدنظـر شـده ۹۰ مـاده ای نشـانه هـای بیمـاری تاییـد شـده اسـت. پژوهـش های مسـگریان و همـکاران (۳۵)، ویژگیهـای روان سـنجی نسـخه فارسـی مقیـاس روابـط موضوعـی مـورد بررسـی قـرار گرفـت. نتایـج تحلیـل عاملـی نسـخه فارسـی نیـز سـاختار چهـار عاملـی ایـن مقیـاس را نشـان داد. از آنجـا کـه ترکیـب مـاده های نسـخه فارسـی در برخـی عوامـل بـا نسـخه انگلیسـی متفـاوت بـود، نمره ای کـه بـه هـر پاسـخ (درسـت/ نادرسـت) در زیـر هر عامـل تعلق مـی گیـرد، براسـاس نتایـج تحلیـل آمـاری (بـار عاملـی) و مبنـای نظـری (نظـر متخصصـان در مـورد ارتبـاط هـر مـاده بـا محتـوا فـرض شـده) بازنگـری شـد. بدیـن ترتیـب بـرای نمـره گـذاری عامـل هـا بـه هـر مـاده در زیـر هـر عامـل نمـره ای بیـن صفـر تـا ۲ داده و سـپس نمـره مـاده هـای مربـوط بـه آن بـا هـم جمـع مـی شـود. اعتبـار عوامـل مقیـاس بـا اسـتفاده از محاسـبه آلفـای کرونبـاخ ۰/۷۷-۰/۶۶، ضریـب اعتبـار دو نیمه کـردن ۰/۷۷-۰/۶۰ و تنـای ترتیبـی کل مقیـاس ۰/۸۶ بـه دسـت آمـد. همبسـتگی هـای معنـادار بیـن ابعـاد روابـط موضوعـی و سـطوح مکانیـزم

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

هـای دفاعـی نیـز روایـی همگـرا و واگـرای مقیـاس روابـط موضوعـی بـل را تاییـد کـرد (۳۵).

پرسشـنامه کنـش‌وری تاملـی: ایـن پرسشـنامه خودگزارش‌دهـی ۲۶ مـاده‌ای در قالـب یـک پژوهـش سـه مرحلـه‌ای سـاخته شـد و نتایـج تحلیـل عاملـی، دو عامـل اطمینـان و عـدم اطمینـان در مـورد حـالات ذهنـی خـود و دیگـران را نشـان داد (۳۶). ایـن پرسشـنامه در طیـف لیکـرت هفـت درجـه‌ای از کامـلا ناموافـق (۱) و کامـلا موافـق (۷)، و بـرای زیـر مقیـاس عـدم اطمینـان بـه صـورت معکـوس نمره‌گـذاری می‌شـود. هنجارسـازی ایـن مقیـاس در جامعـه ایرانـی انجـام شـده اسـت. تحلیـل عاملـی اکتشـافی ایـن پرسشـنامه در جامعـه ایرانی نیـز دو عامـل اطمینان و عـدم اطمینـان را نشـان داد، روای همگرای آن از طریق همبسـته کـردن زیرمقیاس‌هـای آن بـا مقیـاس ذهـن آگاهـی، پرسشـنامه دلبسـتگی بزرگسـال و مقیـاس بیمارسـتانی اضطـراب و افسـردگی قابـل قبـول گـزارش شـد. همچنیـن پایایـی آن بـا اسـتفاده از آلفـای کرونبـاخ بـرای عامـل اطمینـان ۸۸/. و بـرای عامـل عـدم اطمینـان ۶۶/. بـود (۳۷).

تعـداد آزمودنـی هـا در ایـن پژوهـش ۱۷۰ نفـر بودنـد. ۷۱ نفـر (۴۱/۸ درصـد) زن و ۹۹ نفـر (۵۸/۲ درصـد) مـرد بودنـد. ۸۱ نفـر (۴۷/۶ درصـد) مجـرد و ۸۹ نفـر (۵۲/۴ درصـد) متاهـل بودنـد میانگیـن سـن افـراد ۲۹/۴۷ و انحـراف معیـار سـن ۳/۹۶۳ بـود. در ایـن پژوهـش قبـل از اجـرای ضریـب همبسـتگی پیرسـون و رگرسـیون چندمتغیـره پیـش فـرض هـای آن بررسـی شـدند. توزیـع نمـرات متغیرهـای پژوهـش بـا ۹۵ درصـد اطمینـان طبیعی اسـت. از آنجایـی کـه سـطوح معنـاداری آماره‌هـای نرمـال بـودن بزرگتـر از ۰/۰۵ بودنـد (P>۰/۰۵). مقـدار آمـاره دوربیـن واتسـون بیـن ۱/۵ الـی ۲/۵ قـرار داشـت کـه نشـان دهنـده ی اسـتقلال خطاهـا اسـت. بررسـی مفروضـه عـدم هـم خطـی چندگانـه بـا ضریـب تحمـل و تـورم واریانـس نشـان داد کـه هیـچ کـدام از مقادیـر آمـاره تحمـل کوچکتـر از حـد مجـاز ۰/۱ و هیـچ کـدام از مقادیـر عامـل تـورم واریانـس بزرگتـر از حـد مجـاز ۱۰ نمـی باشـند. بنابرایـن بـر اسـاس دو شـاخص ذکـر شـده وجـود هـم خطـی چندگانـه در متغیرهـای پیـش بیـن مشـاهده نشـد. جـدول ۱، میانگیـن و انحـراف معیـار و آمـاره هـای نرمـال بـودن شـامل چولگـی و کشـیدگی را نشـان مـی دهـد.

یافته ها

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
نگرش	۴۱/۹۰	۱۸/۸۲۳	-۰/۰۴۲	-۱/۸۹۷
عملکرد	۴/۱۹	۲/۱۷۰	۰/۲۲۶	-۱/۲۴۸
خودمیان بینی	۶/۲۸	۳/۷۱۶	۰/۵۸۵	-۱/۳۸۳
بیگانگی	۳/۶۹	۱/۹۲۲	۰/۵۵۵	-۱/۱۳۸
دلبستگی ناایمن	۵/۰۸	۱/۵۴۸	۰/۴۲۳	-۱/۰۳۸
بی کفایتی اجتماعی	۲/۲۶	۱/۲۲۹	۰/۸۳۷	-۰/۲۶۵
اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	۱۸/۵۱	۱/۲۸۸	۰/۲۲۳	-۱/۸۱۴
عدم اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	۱۴/۲۰	۷/۱۶۶	۰/۰۰۵	-۱/۷۴۴

بعـد از بررسـی یافتـه هـای توصیفـی در جـدول ۱ و پیـش فـرض هـای همبسـتگی پیرسـون و رگرسـیون چندگانـه در ابتـدا بـرای بررسـی رابطـه روابـط موضوعـی و ذهنـی سـازی بـا نگـرش و عملکـرد پرسـتاران در رابطـه بـا مدیریـت درد بیمـاران از ضریـب همبسـتگی پیرسـون اسـتفاده شـده اسـت کـه نتایـج آن در جـدول ۲ آمـده اسـت.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

جدول ۲: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- نگرش	۱							
۲- عملکرد	۰/۷۱۵**	۱						
۳-خودمیان بینی	-۰/۷۰۷**	-۰/۷۲۸**	۱					
۴- بیگانگی	-۰/۷۱۶**	-۰/۵۶۸**	۰/۷۱۸**	۱				
۵-دلبستگی ناایمن	-۰/۷۲۱**	-۰/۷۳۷**	۰/۷۸۶**	۰/۷۳۳**	۱			
۶- بی کفایتی اجتماعی	-۰/۴۸۲**	-۰/۴۷۸**	۰/۷۷۷**	۰/۷۳۴**	۰/۷۶۳**	۱		
۷- اطمینان	۰/۶۷۷**	۰/۵۹۹**	-۰/۵۸۳**	-۰/۴۷۷**	-۰/۵۲۸**	-۰/۴۲۳**	۱	
۸-عدم اطمینان	-۰/۵۸۴**	-۰/۳۶۸**	۰/۴۰۱**	۰/۳۴۰**	۰/۳۷۹**	۰/۴۴۴**	-۰/۷۲۵**	۱

**معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

جدول ۲ نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون را نشان می دهد. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد، این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می سازد، لذا برای بررسی نقش روابط موضوعی و ذهنی سازی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران از رگرسیون چندگانه استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران بر اساس روابط موضوعی و ذهنی سازی

پیش بینی کننده ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	**۱۴/۵۰۷	۰/۰۰۱	-	-	
خودمیان بینی	-۰/۲۲۵	**-۲/۰۵۶	۰/۰۳۹	۰/۱۳۷	۷/۲۹۱	
بیگانگی	-۰/۵۴۳	**-۸/۴۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴	۳/۲۹۱	
دلبستگی ناایمن	-۰/۵۵۶	**-۷/۰۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰۰	۵/۰۰۹	۲/۱۴۸
بی کفایتی اجتماعی	-۰/۵۲۳	**-۸/۵۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۶	۳/۳۷۷	
اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	۰/۳۰۱	**۲/۰۵۸	۰/۰۲۸	۰/۳۳۹	۲/۹۵۲	
عدم اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	-۰/۳۵۷	**-۶/۰۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۱۰	۲/۴۴۱	

$R=۰/۸۹۳$ ؛ $R^2=۰/۷۹۷$ تعدیل شده ؛ $R^2=۰/۷۸۹$ ؛ $F=۱۰۶/۶۲۳$**
**معنادار در سطح ۰/۰۱

با توجه جدول ۳ نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین روابط موضوعی و ذهنی سازی با نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران برابر ۰/۸۹۳ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۷۹/۷ درصد از واریانس نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران بر اساس روابط موضوعی و ذهنی سازی تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۱۰۶/۶۲۳ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است که نشان می دهد روابط موضوعی و ذهنی سازی می توانند تغییرات مربوط به نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران را به خوبی تبیین کنند و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج روابط موضوعی و ذهنی سازی می‌توانند نگرش پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران را پیش بینی کنند. قوی ترین متغیر پیش بین با ضریب بتا ۰/۵۵۶- متغیر دلبستگی ناایمن می باشد. در ادامه برای بررسی عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران بر اساس روابط موضوعی و ذهنی سازی از رگرسیون چندگانه استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

جدول ۴: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران بر اساس روابط موضوعی و ذهنی سازی

پیش بینی کننده ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	–	۷/۱۱۸**	۰/۰۰۱	–	–	
خودمیان بینی	-۰/۳۵۴	-۲/۸۱۵**	۰/۰۰۵	۰/۱۳۷	۷/۲۹۱	
بیگانگی	-۰/۳۱۱	-۳/۱۲۸**	۰/۰۲۸	۰/۳۰۴	۳/۲۹۱	
دلبستگی ناایمن	-۰/۵۱۹	-۲/۹۸۷**	۰/۰۰۱	۰/۲۰۰	۵/۰۰۹	۲/۱۴۸
بی کفایتی اجتماعی	-۰/۲۸۳	-۳/۳۰۶**	۰/۰۰۱	۰/۲۹۶	۳/۳۷۷	
اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	۰/۲۷۱	۳/۳۸۹**	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹	۲/۹۵۲	
عدم اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	-۰/۳۳۹	-۲/۵۳۳**	۰/۰۰۵	۰/۴۱۰	۲/۴۴۱	

** F =۴۹/۷۹۷ ؛ R^2 =۰/۶۴۷ تعدیل شده ؛ R^2 = ۰/۶۳۴ ؛ R=۰/۸۰۴
** معنادار در سطح ۰/۰۱

با توجه جدول ۴ نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین روابط موضوعی و ذهنی سازی با عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران برابر ۰/۸۰۴ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۶۴/۷ درصد از واریانس عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران بر اساس روابط موضوعی و ذهنی سازی تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۴۹/۷۹۷ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است که نشان می دهد روابط موضوعی و ذهنی سازی می توانند تغییرات مربوط به عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران را به خوبی تبیین کنند و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج روابط موضوعی و ذهنی سازی می‌توانند عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران را پیش بینی کنند. قوی ترین متغیر پیش بین با ضریب بتا ۰/۵۱۹- متغیر دلبستگی ناایمن می باشد.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش روابط موضوعی و ذهنی سازی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران بود. یافته های پژوهش نشان داد که بین نگرش و عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد با خرده مقیاس های روابط موضوعی یعنی دلبستگی ناایمن، بیگانگی، بی کفایتی اجتماعی و خودمیان بینی رابطه منفی و معنی دار وجود دارد. این یافته ها با پژوهش های تیزینگ (۱۴)، بیک (۱۶) و سندلر و روزنبلات (۱۹) هم سو است. به طور کلی در رویکرد روابط موضوعی، مدل آبجکت بد درونی که باید با آن مبارزه کرد با مدل غالب پزشکی و پرستاری مطابقت دارد. براساس این رویکرد، تجربه آبجکت های (ابژه های) درونی، در کل زندگی به صورت یک کارکرد ممکن باقی می ماند که می توان بخصوص هنگام بیماری های جسمی به آن متوسل شد (۱۶). به عبارتی پویایی ابژه های درونی با ایده های علمی رایج در مورد درمان بیماری ها مطابقت دارد. هدف آنها این است که همه چیز را تحت کنترل درآورند و به دفع ناامنی و اضطراب کمک کنند. پرستار به عنوان آبجکت بیرونی، وظایفی را به عهده می گیرد که مادر در زمان نوزادی انجام می دهد، با این تفاوت که بیماران معمولا زندگی مستقل را از قبل تجربه کرده اند یا احساس می کنند که آن را تجربه نموده اند. بنابراین بیماران تجربیات قبلی خود را وارد فرایند انتقال می کنند و به تجربیات اولیه زندگی برگشت می کنند (۱۴). همان طور که در بیماران الگوهای اولیه، روابط درونی و اشکال تجربه غالب می شوند و روابط خارجی خود را نادیده می گیرند، این موضوع می تواند در مورد پرستاران نیز صادق باشد. لذا در صورتی که بازنمایی پرستاران براساس موضوعات بد درونی شده باشد، آنگاه این امر می تواند بر روابط و نگرش منفی آنان در زمینه ناتوانی در مدیریت و کاهش درد بیماران تاثیر بگذارد و این به نوبه خود بر عملکرد آنان نیز تاثیر می گذارد. به عبارت دیگر، ابژه بد درونی شده در پرستاران (دلبستگی ناایمن) و بازنمایی این ابژه ها به هنگام مراقبت از بیماران، نگرش منفی، ناتوانی و بی کفایتی در خویشتن را در زمینه مدیریت درد بیماران به همراه دارد. در واقع پرستاری که دلبستگی ناایمن و مراقبت بیمارگونه را در دوران کودکی تجربه نموده، همان نوع مراقبت

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

و ابـژه مراقـب (بـد) را درونـی و سـپس بازنمایـی کـرده، و بنابراین احتمـالا نمـی توانـد عملکـرد و نگرشـی مثبـت در زمینـه مدیریت درد بیمـاران داشـته باشـد. ایـن موضـوع همچنیـن مـی توانـد بـر بیگانگـی، تعامـلات اجتماعـی و بـی کفایتـی وی در آینـده تاثیـر بگـذارد. در مجمـوع توسـعه بازنمایـی روانـی خـود بـه یـک رابطه بیـن فـردی بسـتگی دارد. پرسـتاران بـه واسـطه غلبـه الگوهـای بـد درونـی و اولیـه خـود، ممکـن اسـت خـود را کمـک کننـده نبیننـد و بـه هنـگام شـرایط بحرانـی بیمـار، روابـط موضوعـی درونـی شـان فعـال شـود و آنـگاه تعـارض، اضطـراب و تشـویش درونـی خویـش بیشـتر از درد و رنـج بیمـار اولویـت پیـدا کنـد (خودمیـان بینـی) و بـه جـای اینکـه عواطـف و دردهـای جسـمی بیمـار را مدیریـت نمایـد در دنیـای درونـی خـود خزیـده (بیگانگی) و بـا مشـکلات خـود درگیـر شـود (۱۳). بـه طـور کلـی پرسـتاران هـم هماننـد بیمـاران ممکـن از از مکانیسـم هایـی هماننـد فرافکنـی اسـتفاده کننـد، همچنیـن آنهـا احساسـات خاص خـود را (ماننـد درماندگـی، انزجـار و احسـاس گنـاه) دارنـد، به ویـژه زمانی کـه وضعیـت سـلامتی بیمـار بغرنـج اسـت. در چنیـن شـرایطی جهـت کمـک بهتـر بـه بیمـار، گفتگـو بـا همـکاران تحـت نظارت مـی توانـد منجـر بـه درک بهتـر بیمـار و آگاهـی از مکانیسـم هـای فرافکنـی و دوپـاره سـازی در خویشـتن شـود. پرسـتارانی کـه بـدون آگاهـی از روابـط موضوعـی خویـش عمـل مـی کننـد، ممکـن اسـت مکـررا توسـط اسـرار غیرقابـل درک گیـج شـده و گاهـی اعمـال بیهـوده زیـادی انجـام دهنـد (۱۴).

نتایـج دیگـر یافتـه هـای پژوهـش نشـان داد کـه بیـن نگـرش و عملکـرد پرسـتاران در ارتبـاط بـا مدیریـت درد بـا مولفـه اطمینـان رابطـه مثبـت و بـا مولفـه عـدم اطمینـان رابطـه منفـی و معنـی دار وجـود دارد. ایـن یافتـه هـا بـه صـورت مسـتقیم و غیرمسـتقیم بـا پژوهـش هـای آگـدن (۱۸)، سـندلر و روزنبـلات (۱۹) و بتمـن و فوناگـی (۲۰) هـم راسـتا اسـت. رویکـرد درمانـی ذهنـی سـازی مبتنـی بـر دو مفهـوم اصلـی اسـت: نظریـه دلبسـتگی بالبـی و ذهنی‌سـازی. در بافتـی کـه در آن والدیـن (یـا پرسـتاران) امـن و علاقـه منـد بـه ذهـن و ذهنیـت کـودک حضـور دارنـد، زمینـه را بـرای رشـد خـود در نتیجـه ایجـاد خـودی انعکاس‌گـر، اندیشـمند و توانمنـد بـرای ذهنی‌سـازی فراهـم مـی کننـد (۲۲). شـکل گیـری و توسـعه نمادسـازی و تفکـر، احساسـات و تجـارب ناخوشـایند و تهدیدکننـده فیزیکـی و روانـی را قابـل تحمـل تـر مـی سـازد ظرفیـت ذهنـی سـازی، همدلـی، حـس امنیـت و اطمینـان و تعامـلات اجتماعـی سـطح بـالا را ممکـن می سـازد و بـه هنـگام شـرایط بحرانـی در تنظیـم هیجانـات و تجـارب ناگـوار کمـک کننـده اسـت (۱۸). امـا ضعـف در ذهنـی سـازی برعکـس، عـدم همدلـی، عـدم امنیـت و اطمینـان و مشـکل در روابـط و تعامـلات را بـه همـراه دارد. بـه عبارتـی بازنمایی‌هـای منفـی از خـود و دیگـران در افـراد دارای سـبک دلبسـتگی ناایمـن، آنهـا را نسـبت بـه نگـرش و کارکـرد مثبـت در روابـط و تعامـلات بیـن فـردی آسـیب‌پذیر می‌کنـد؛ در واقـع سـبک هـای دلبسـتگی، روش هـای مواجهـه فـرد بـا موقعیـت هـای اسـترس‌زا را متاثـر مـی سـازد. بنابرایـن افـراد کـه حـس امنیـت و اطمینـان ندارنـد و دارای دلبسـتگی ناایمـن هسـتند، خودپنـداره و تجربیـات منفـی بیشـتری را در روابـط گـزارش می‌کننـد و ایـن بـه نوبـه خـود ناتوانـی در تنظیـم عواطـف، هیجانـات منفـی در خـود و دیگـران را بـه همـراه دارد (۳۸)؛ لـذا یافتـه هـای ایـن پژوهـش منطقـی اسـت کـه در آن پرسـتارانی بـا مولفـه عـدم اطمینـان در ذهنـی سـازی، نگـرش مثبـت و عملکـرد مناسـبی در ارتبـاط بـا مدیریـت درد بیمـاران نداشـته باشـند و بالعکـس. در مجمـوع شکسـت در ذهنی‌سـازی بـه سـبب تجـارب آسـیب‌زای دوران کودکـی سـبب می‌شـود کـه افـراد ظرفیـت درک بـالای روان‌شـناختی، بینـش نسـبت بـه فرایندهـای ذهنـی خـود و دیگـران و خودکنترلـی بـر فرایندهـای درونـی خـود- ماننـد راهکارهـای خودمهارگـری جهت تعدیـل هیجاناتـی ماننـد احسـاس شـرم و گنـاه را نداشـته باشـند (۲۲)، در نتیجـه ایـن افـراد (پرسـتار) در روابـط بیـن فـردی آینـده (پرسـتار- بیمـار) نمـی تواننـد حالـت هـای ذهنـی درونـی بیمـار (نیازهـا، امیـال، باورهـا، اهـداف، قصـد و دلایـل) را درک و تفسـیر کننـد و از ایـن رو مـی تـوان گفـت کـه عـدم شـکل گیـری ظرفیـت ذهنـی سـازی نمـی توانـد نگـرش مثبـت و عملکـرد بهتـر پرسـتاران در ارتبـاط بـا مدیریـت درد در پـی داشـته باشـد.

نتیجه گیری

در مجمـوع یافتـه هـای ایـن مطالعـه نشـان دهنـده نقـش معنـادار روابـط موضوعـی و ذهنـی سـازی در پیـش بینـی نگـرش و عملکـرد پرسـتاران در مدیریـت درد بیمـاران بـود. ایـن مطالعـه بینـش عمیقـی از چگونگـی شـکل گیـری نـوع نگـرش و تاثیر آن بـر عملکـرد پرسـتاران بـه عنـوان یـک رویکـرد غیردارویـی ارائـه نمـوده اسـت. همچنیـن بـرای بررسـی ارتقـای نگـرش مثبـت و عملکـرد بهتـر کارکنـان بهداشـتی و پرسـتاری در زمینـه مدیریـت درد بیمـاران، عـلاوه بـر رویکـرد دارویـی، بـه برنامه‌هـای آموزشـی مدیریـت و کنتـرل درد علمـی بـه صـورت جامع‌تـر و مبتنـی بـر سـازه هـای روان شـناختی (ماننـد روابـط موضوعـی و ذهنـی سـازی) نیـاز داریـم. بنابرایـن، مهـم اسـت کـه پرسـتاران

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

با آموزش دیدن مبتنی بر این سازه ها، خود را با مهارت و نگرش مثبت در مورد درد و مدیریت درد آماده کرده و به نوعی موانع مدیریت درد را شناسایی و بر آن غلبه کنند. بنابراین آموزش دوره ای، فراهم نمودن امکانات ارزیابی و سنجش درد و برنامه هایی برای آموزش کارکنان مبتنی بر این دو سازه پیشنهاد می گردد. اگر چه این مطالعه نشان داد که روابط موضوعی و ذهنی سازی نقش پیش بینی کننده ای در نگرش و عملکرد پرستاران در مدیریت درد بیماران دارد، اما محدودیت هایی وجود دارد که باید به آنها اذعان کرد. اول اینکه طرح مطالعه مقطعی است و امکان تجزیه و تحلیل روابط گزارش شده در طول زمان و مبتنی بر روابط علی و معلولی وجود ندارد. هر چند، همیشه انتقاداتی به مطالعات همبستگی در زمینه عدم توانایی استنباط روابط علت و معلولی وجود دارد، اما هدف این مطالعه کشف روابط علی نیست، بلکه بررسی نقش پیش بین این متغیرها مبتنی بر داده های همبستگی است. با توجه به اینکه مطالعه بر روی سازه هایی مانند روابط موضوعی، ذهنی سازی و نگرش و عملکرد پرستاران است، مطالعات آتی می توانند با استفاده از استفاده از یک طرح طولی به بررسی رابطه زمانی این متغیرهای بپردازند. دوم، از آنجایی که شرکت کنندگان در مطالعه پرستاران بودند، لذا در زمینه تعمیم نتایج به سایر اقشار جامعه باید احتیاط لازم صورت گیرد. سوم اینکه کارکنان به دلیل مشغول بودن در بخش های اورژانس بیمارستان، قادر به پر نمودن پرسشنامه ها در همان لحظه نبودند، درنتیجه ممکن است انواع سوگیری ها در مطالعه ما وارد شده باشد. در نهایت، دقت سنجی فراوانی در مورد سنجش مولفه های روابط موضوعی و ذهنی سازی مورد نیاز است و امکان دارد ابزار پرسشنامه ای در این زمینه محدودیت هایی داشته باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از پرستاران شرکت کننده در این پژوهش و تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است. قابل ذکر است که در مقاله حاضر تمام ملاحظات اخلاقی و هلسینکی رعایت شده است.

References

1. Samarkandi OA. Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. Saudi journal of anaesthesia. 2018 Apr; 12(2):220.
2. Pereira Dames LJ, Herdy Alves V, Pereira Rodrigues D, De Souza B, Rangel R, Do Valle Andrade Medeiros F, et al. Nurses' practical knowledge on the clinical management of neonatal pain: A descriptive study. Online Brazilian J Nurs. 2016; 15:393–403.
3. Molaee S, Dehghannayeri N, Manookian A, Amini F, Esmaili N, Moeinibadi F. Survey on Pain Management Knowledge and Attitude among Emergency working Nurses in Iran. International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention. 2020 Jan 10; 5(4):410-7.
4. Al-Sayaghi KM, Fadlalmola HA, Aljohani WA, Alenezi AM, Aljohani DT, Aljohani TA, Alsaleh SA, Aljohani KA, Aljohani MS, Alzahrani NS, Alamri AA. Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia. InHealthcare 2022 Mar 14 (Vol. 10, No. 3, p. 528). MDPI.
5. Bartoszczyk DA, Gilbertson-White S. Interventions for nurse-related barriers in cancer pain management. Oncol Nurs Forum. 2015; 42:634–41.
6. Kwon JH. Overcoming barriers in cancer pain management. J Clin Oncol. 2014; 32:1727–33.
7. Zhou L, Liu XL, Tan JY, Yu HP, Pratt J, Peng YQ, et al. Nurse-led educational interventions on cancer pain outcomes for oncology outpatients: A systematic review. Int Nurs Rev. 2015; 62:218–30.
8. Aflatoonian MR, Rafati F. The survey of nurses, knowledge and attitude towards pain management in Jiroft University of medical sciences. Anesthesiology and Pain. 2017 Jul 10; 8(2):14-21.
9. Qadire MA, Al Khalaileh MA. Effectiveness of educational intervention on Jordanian nurses' knowledge and attitude regarding pain management. Br J Med Med Res. 2014; 4:1460–72
10. Fishman SM, Young HM, Lucas Arwood E, Chou R, Herr K, Murinson BB, et al. Core

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

competencies for pain management: Results of an interprofessional consensus summit. Pain Med. 2013; 14:971–81.
11. Ekim A, Ocakcı AF. Knowledge and attitudes regarding pain management of pediatric nurses in Turkey. Pain Manag Nurs. 2013; 14:e262–7.
12. Angeletti C., Guetti C., Paesani M., Colavincenzo S., Ciccozzi A., Angeletti P.M. An Analysis of Italian Nurses' Approach to Patients' Pain: A Nationwide Online Survey. Pain Res. Manag. 2018; 2018:5165262.
13. Ahmadi F, Sarafraz M R, kazemi rezaei A. The Diagnostic Role of Object Relations and Defensive Mechanisms in Patients with Opioid abuse, Stimulant Users and Normal Individuals. etiadpajohi 2020; 14 (55) :169-192
14. Teising M. The nurse, the patient, and the illness: an object relations approach to nursing. Perspectives in Psychiatric Care. 1997 Oct; 33(4):19-24.
15. BION W. Attention and Interpretation London: Tavistock (1970).
16. Bick E. Further considerations on the function of the skin in early object relations: Findings from infant observation integrated into child and adult analysis. British journal of psychotherapy. 1986 Jun; 2(4):292-9.
17. Klein M. A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. The International Journal of Psycho-Analysis. 1935; 16:145.
18. Ogden TH. On the concept of an autistic-contiguous position. International Journal of Psycho-Analysis. 1989; 70:127-40.
19. Sandler J, Rosenblatt B. The concept of the representational world. The psychoanalytic study of the child. 1962 Jan 1; 17(1):128-45.
20. Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. The British Journal of Psychiatry. 2013 Sep; 203(3):221-7.
21. Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. BMC psychiatry. 2016 Dec; 16(1):1-1.
22. Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. International journal of psycho-analysis. 1996; 77:217-33.
23. Olateju AO, Adekunle D, Saliu A, Layiwola A. Oluyimika yebamiji E, Adebayo OO. Oligoanalgesia in emergency department: economical use of analgesia a cause for concern. Int J Recent Sci Res. 2016; 7(5):11180-4.
24. Aliha JM, Ghezeljeh TN, Haghani S, Nejhad SN. The attitude and performance of nurses regarding pain management in the patients admitted to the emergency department. Journal of Nursing. 2020; 32(122):38-50.
25. Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. J Prof Nurs. 1993; 9(2):79-88.
26. Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. J Prof Nurs. 1993; 9(2):79-88.
27. Aflatoonian MR, Rafati F. The survey of nurses, knowledge and attitude towards pain management in Jiroft University of medical sciences. Anesthesiology and Pain. 2017; 8(2):14-21.
28. Noghabi A, Soudagar S, Nazari O. Knowledge, attitude and performance of nurses regarding pain assessment and measurement, Bandar Abbas, Iran. Hormozgan Medical Journal. 2012; 16(5):403-13.
29. Issa MR, Awajeh AM, Khraisat FS. Knowledge and attitude about pain and pain management among critical care nurses in a tertiary hospital. J Intensive Crit Care. 2017; 3(1).
30. Bell M. Bell Object Relations Inventory for adolescents and children: Reliability, validity, and factorial invariance. Journal of personality assessment. 2003 Feb 1; 80(1):19-25.
31. Bellak L, Hurvich M, Gediman HK. Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals: A systematic study of conceptual, diagnostic, and therapeutic aspects. John Wiley & Sons Incorporated; 1973.
32. Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. Journal of Clinical Psychology. 1986 Sep; 42(5):733-41.
33. Bell, M. D. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI) manual. Los Angeles: Western Psychological Services.1995.
34. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

rating scale. Psychological reports. 1962 Jun; 10(3):799-812.

35. Mesgarian, F., Azadfallah, P., Farahani, H., Ghorbani, N. Psychometric properties of Bell object relations inventory (BORI). Clinical Psychology and Personality, 2020; 15(2): 193-204.
36. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. PLoS One. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678.
37. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. Journal of Clinical Psychology, 2020; 12(1): 1-12.
38. Ciocca G, Pelligrini F, Mollaioli D, Limoncin E, Sansone A, Colonnello E, Jannini EA, Fontanesi L. Hypersexual behavior and attachment styles in a non-clinical sample: The mediation role of depression and post-traumatic stress symptoms. Journal of Affective Disorders. 2021 Oct 1; 293:399-405

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]