

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

Faezeh Maghsoodi Mehrabani¹, Parisa karbasian², Marzieh kamkar^{3*},
Massoud Honarmand⁴

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.

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

فائزه مقصودی مهربانی^۱، پرینسا 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 نایمن، 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 ($p < 0/01$). بین خرده مقیاس ذهنی سازی (اطمینان) با نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). 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.

عملکرد پرستاران به عنوان یک رویکرد غیردارویی، بیش از پیش اهمیت می‌یابد.

یکی از سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با چگونگی شکل‌گیری نوع نگرش پرستاران نسبت به مدیریت درد بیماران، روابط موضوعی است. این سازه را می‌توان به صورت بازنمایی‌های فرد از خود و دیگران و عواطف همراه با این بازنمایی‌ها تعریف نمود. به عبارتی دیگر می‌توان به صورت ظرفیت افراد برای برقراری روابط انسانی تعریف کرد که در سال‌های نخست زندگی شکل می‌گیرد (۱۳). ساختار روانی ما براساس وضعیت بدنی ما است. نوزادان چند روزه اغلب رضایت و خشنودی خود را ابراز می‌کنند و احساس امنیت می‌کنند. با این حال ناگهان ممکن است به شکل عجیب و هیجان‌زده گریه کنند، گویی از نابودی قریب الوقوع خود می‌ترسند. به نظر می‌رسد انگار امنیتشان از بین رفته است. بیماری که با یک بیماری جدی تهدید می‌شود گاهی اضطراب و بی‌نظمی مشابهی را تجربه می‌کند (۱۴). در رویکرد روابط موضوعی و به ویژه از دیدگاه بیون اصلی‌ترین احساس ناراضی‌تی که «عناصر بتا» نامیده می‌شود، ماهیت فیزیکی دارند مثل ناراحتی تنفسی یا گرسنگی. این وضعیت مستلزم تغییر «عملکرد آلفا» توسط مادر یا پرستار است تا به عنوان بخشی از ایگو قابل تحمل تر شود. مادر این کار را عمدتاً با مراقبت از پوست، تماس لب، صدای آرام بخش و تغذیه انجام می‌دهد. سرانجام کودک می‌تواند برای بازگشت به وضعیت اولیه دوباره اعتماد کند (۱۵). بیک (۱۶) معتقد است اولین وظیفه رشد روانی کودک این است که کارکرد محافظتی آبجکت (ابژه) در حال پرستاری را درونی کند. درونی‌سازی این کارکرد پرستاری، می‌تواند هسته اصلی ابژه‌های (موضوعات) درونی خوب در آینده باشد. درواقع اولین خیال پردازی و استفاده از این ظرفیت درون روانی محافظ، با اولین رابطه موضوعی پرستاری آغاز می‌شود (۱۷). به طور کلی توسعه بازنمایی روانی بدن خود به یک رابطه بین فردی سالم بستگی دارد. لذا در مطالعه جاری نیز فرض بر این است که درونی‌سازی و بازنمایی‌های مناسب پرستار از خود و دیگران سبب می‌شود که در هنگام مواجهه با ناملایمات و دردهای فیزیکی سازگاران‌تر عمل کند. به عبارت دیگر وجود آبجکت‌های خوب در درون پرستار ممکن است در نگرش همدلانه و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد نقش پیش‌بینی‌کننده داشته باشد.

درد یکی از عوامل استرس‌زا و اصلی‌بیماران بستری در بیمارستان است (۱). آگاهی رو به رشدی در مورد علت درد، همراه با پیشرفت مدیریت دارویی وجود دارد. علی‌رغم این آگاهی و پیشرفت دارویی، بیماران هنوز درد غیرقابل تحملی را تجربه می‌کنند که بعد جسمی، عاطفی و معنوی سلامتی را مختل می‌نماید (۲). کنترل درد در مدیریت بیماران اهمیت دارد؛ زیرا درد درمان نشده تأثیر مخربی بر روی کیفیت زندگی بیماران می‌گذارد. پرستاران بخش قابل توجهی از وقت خود را با بیماران می‌گذارند. بنابراین، آنها نقش حیاتی در فرایند تصمیم‌گیری در مورد مدیریت درد دارند. پرستاران باید در ارزیابی و تکنیک‌های مدیریت درد به خوبی آماده و آگاه باشند و نباید باورهای نادرستی در مورد مدیریت درد داشته باشند، که می‌توانند منجر به شیوه‌های نامناسب و ناکافی مدیریت شود. با توجه به تأثیر منفی استفاده از مسکن‌ها بر عملکرد فیزیولوژیکی بیماران، رویکردهای غیردارویی برای مدیریت درد مانند روان‌درمانی، مشاوره فیزیکی و کار درمانی بدون استفاده از دارو کاربرد یافته است (۳). به علاوه دانش، نگرش و عملکرد پرستاران اورژانس ممکن است بر مدیریت درد و کیفیت مراقبت که بیماران دریافت می‌کنند، تأثیر بگذارد (۴).

مطالعات بارتوشیک و همکاران (۵) و کان (۶) موانع ارائه مدیریت مؤثر درد را تشریح کرده‌اند (۵، ۶). دانش محدود، نگرش منفی و عملکرد ضعیف پرستاران نسبت به مدیریت درد به عنوان موانع اصلی در اجرای یک مدیریت مؤثر درد گزارش شده است (۷). پرستاران ممکن است دارای ادراک، نگرش و تصور نادرست نسبت به مدیریت درد باشند. تصورات نادرست شامل این باور است که بیماران تمایل به جلب توجه دارند و نه گزارش درد واقعی (۸). مداخلات متعددی برای رفع این موانع ارائه شده است. پرداختن به این موانع منجر به بهبود قابل توجهی در نگرش و عملکرد تیم مراقبت‌های بهداشتی نسبت به مدیریت درد می‌شود (۴، ۹، ۱۰، ۱۱). پرستاران ممکن است تمایل داشته باشند که میزان رنج بیماران را دست‌کم بگیرند و بر این باور باشند که گزارش‌های خود بیماران در مورد درد اغراق‌آمیز است. بر این اساس، برای رنج بیماران، پرستاران باید دانش کافی، نگرش بهتر و عملکرد مناسبی نسبت به مدیریت درد داشته باشند (۱۲). اما مهم‌تر از این موضوع، شناسایی ریشه چگونگی شکل‌گیری این نوع نگرش و تأثیر آن بر

در دیگران شکل خواهد گرفت. بنابراین در این مطالعه نیز فرض بر این است که ذهنی سازی می تواند در نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران، نقش پیش بینی کننده داشته باشد.

درد شایع ترین شکایت بیماران در بخش های اورژانس در سراسر جهان است (۲۳). درد یک تجربه شخصی است که بر کیفیت زندگی تأثیر می گذارد، آسیب پذیری را در یک جمعیت آسیب پذیر افزایش می دهد و وابستگی به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی جهت دسترسی به مدیریت درد را افزایش می دهد. به علاوه بررسی ادبیات موجود نشان داده است که یک خلاء پژوهشی در زمینه چگونگی هسته شکل گیری دانش و نگرش پرستاری نسبت به مدیریت درد وجود دارد. همچنین بسیاری از پرستاران فاقد آموزش لازم برای مدیریت موثر درد هستند که در نتیجه بستری طولانی تر در بیمارستان و کاهش کیفیت زندگی بیماران را به دنبال دارد. بنابراین شناسایی سازه ها روان شناختی بنیادین، مهم و تأثیرگذار در زمینه چگونگی شکل گیری نوع نگرش پرستاران و تأثیر آن بر عملکردشان ضروری به نظر می رسد؛ از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش روابط موضوعی و ذهنی سازی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران صوت گرفت.

روش کار

این مطالعه توصیفی-همبستگی در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان های و مراکز درمانی شهر تهران تشکیل دادند. در این مطالعه، ۱۷۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه پژوهش را تعیین نموده است (۲، ۳، ۲۴). معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تحصیلات کارشناسی پرستاری و بالاتر و یک سال سابقه کار در اورژانس بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. اجرای مطالعه بدین صورت بود که ابتدا علت و هدف مطالعه برای پرستاران شرح داده شد و به آنها گفته شد که حضورشان در مطالعه اختیاری است و هیچگونه اجباری وجود ندارد (اخذ رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش). پرسشنامه ها به پرستاران تحویل داده شد تا در طول ساعات کاری آن را تکمیل نموده و در انتهای کار تحویل

رویکرد روابط موضوعی بیان می کند که مادر از طریق همدلی و درک بالا، احساسات منفی را دریافت می کند، آنها را هضم می کند و به نوعی احساسات منفی دریافت شده را سم زدایی می کند. این ناخشنودی با تفکر و نمادسازی قابل انتقال و کمتر تهدید کننده می شود. با درونی سازی این ظرف، کودک شکل بالاتری از تفکر را به دست می آورد و ناامیدی ها قابل تحمل تر می شود. این فرایند همان مفهومی است که تحت عنوان ذهنی سازی از آن یاد می شود. توانایی ذهنی سازی تجربه شده در رابطه پرستاری اولیه، عاملی تعیین کننده در کمک به تحمل تجربیات فیزیکی و روانی است (۱۸). کودک زمانی که ادراک، فکر و حافظه را بیشتر توسعه دهد، قادر به ایجاد بازنمایی است. بازنمایی ها نماد روابط عاطفی-شناختی با موضوعاتی هستند که سوژه با آنها وارد رابطه می شود (بازنمایی های ابژه) یا در رابطه با خود سوژه (بازنمایی های خود) هستند. بازنمایی ها ماهیتی پایدار دارند و حاصل تجربیات گوناگون هستند. به عنوان مثال، بازنمایی «پرستار» شامل مراقبت، تسکین و درک، اما همچنین شامل پرستار تزریق کننده نیز می باشد (۱۹). به طور کلی ظرفیت ذهنی سازی یک رویکرد بازتابی تلقی می شود و نوعی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی بخصوص روابط دلبستگی به دست می آید و زیربنای رفتارهای آشکار است (۲۰). با افزایش ظرفیت ذهنی سازی، ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری رابطه ایجاد می شود، به عبارتی دیگر افراد را قادر می سازد با دیگران که مراقب و مفید هستند و می توانند در تنظیم مشترک موثر استرس و ناامیلات کمک کنند، ارتباط برقرار کنند، اما بدون ذهنی سازی قوی، مشکل در تعاملات، تقابل در روابط و احساس امنیت نمی توانند وجود داشته باشد. بنابراین عدم ظرفیت ذهنی سازی در یک پرستار، عدم مدیریت دردهای جسمی و عاطفی در خود و دیگران را در پی خواهد داشت؛ زیرا ذهنی سازی پایین با تاب آوری پایین و بدتنظیمی هیجانی در ارتباط است (۲۱). در بافتی که در آن والدین (یا پرستاران) امن و علاقه مند به ذهن و ذهنیت کودک حضور دارند، زمینه را برای رشد خود در نتیجه ایجاد خودی انعکاس گر، اندیشمند و توانمند برای ذهنی سازی فراهم می کنند (۲۲). در نتیجه شکل گیری ظرفیت ذهنی سازی نیز، همدلی، تامل، نگرش مثبت و توانایی تحمل تجربیات فیزیکی و روانی هم در خود و هم

می باشد. پرسشنامه توسط شرکت کننده در مطالعه (به صورت خوداظهاری) تکمیل شد. نمره بندی ابزار براساس بله با نمره ۲، تا حدودی با نمره ۱ و خیز با نمره ۰ از ۰ تا ۸ متفاوت بوده و نمره بالاتر از میانه یعنی ۴ نشان از عملکرد بهتر و نمره کمتر از میانه نشان از عملکرد ضعیف پرستاران در زمینه مدیریت درد می باشد. پژوهش ها اعتبار این ابزار را برای جامعه ایران تایید نمودند (۲۸، ۲۹). اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا تعیین گردید و نمره پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بود (۲۴).

مقیاس روابط موضوعی بل: مقیاس بل (۳۰)، که از پرکاربردترین مقیاس ها در حوزه سنجش روابط موضوعی است، براساس پیوستار چند بعدی ارزیابی روابط موضوعی ساخته شده که بلک، هارویچ و گدیمن (۳۱) از طریق مصاحبه های بالینی با بیماران در مورد رابطه هایشان به دست آورده اند (۳۲). مقیاس روابط موضوعی بل ۴۵ ماده با پاسخ دهی به صورت درست و نادرست دارد که روابط موضوعی را در قالب چهار عامل دل بستگی ناایمن، بیگانگی، بی کفایتی اجتماعی و خودمیان بینی می سنجد. بل (۳۳) ضرایب اعتبار بازآزمایی چهار هفته ای زیر مقیاس های آن را ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و همسانی درونی آنها را ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. روایی این مقیاس نیز از طریق سنجش همبستگی آن با مقیاس های دیگر مانند مقیاس درجه بندی روانپزشکی مختصر (۳۴) و فهرست تجدیدنظر شده ۹۰ ماده ای نشانه های بیماری تایید شده است. پژوهش های مسگریان و همکاران (۳۵)، ویژگیهای روان سنجی نسخه فارسی مقیاس روابط موضوعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی نسخه فارسی نیز ساختار چهار عاملی این مقیاس را نشان داد. از آنجا که ترکیب ماده های نسخه فارسی در برخی عوامل با نسخه انگلیسی متفاوت بود، نمره ای که به هر پاسخ (درست/ نادرست) در زیر هر عامل تعلق می گیرد، براساس نتایج تحلیل آماری (بار عاملی) و مبنای نظری (نظر متخصصان در مورد ارتباط هر ماده با محتوا فرض شده) بازنگری شد. بدین ترتیب برای نمره گذاری عامل ها به هر ماده در زیر هر عامل نمره ای بین صفر تا ۲ داده و سپس نمره ماده های مربوط به آن با هم جمع می شود. اعتبار عوامل مقیاس با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۷-۰/۶۶، ضریب اعتبار دو نیمه کردن ۰/۷۷-۰/۶۰ و تتای ترتیبی کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. همبستگی های معنادار بین ابعاد روابط موضوعی و سطوح مکانیزم

دهند. درمجموع ۱۷۰ پرسشنامه، پس از حذف پرسشنامه های ناقص مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان پزشکی آمریکا از جمله اصل محرمانگی و رازداری، رضایت کتبی، تشریح فرایند، اهداف، مدت زمان صرف شده، زیان و فواید احتمالی شرکت در پژوهش و اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله از اجرا مورد توجه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS انجام شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

پرسشنامه و چک لیست نگرش و عملکرد: یکی از بخش های این پرسشنامه شامل پرسشنامه نگرش پرستاران در ارتباط با مدیریت درد می باشد. این ابزار ۲۰ سوال چند گزینه ای می باشد. نمره بندی ابزار براساس مقیاس لیکرت (چهارتایی) و پاسخ ها براساس مقیاس لیکرت امتیازبندی شد (کاملاً موافقم نمره ۴، موافقم نمره ۳، مخالفم نمره ۲، و کاملاً مخالفم نمره ۱). دامنه نمرات ۲۰-۸۰ و نمرات بالاتر از ۶۲ درصد نگرش نگرش مثبت، بین ۶۲-۳۵ درصد نگرش متوسط، و زیر ۳۵ درصد نشان دهنده نگرش منفی نسبت به مدیریت درد می باشد. این ابزار با هدف تعیین نگرش پرستاران نسبت به مدیریت درد بیمار اولین بار توسط فرل در سال ۱۹۹۳ استفاده شد و مک میلان آن را در سال ۱۹۹۳ بازنگری و در سال ۲۰۰۰ مک میلان و همکاران طراحی نمودند. روایی ابزار نیز از طریق روش پیش آزمون و پس آزمون کادر پرستاری و ضریب ۰/۸۰ و ارزیابی انسجام درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ تایید شده است (۲۴، ۲۵، ۲۶). در ایران این ابزار توسط محمدرضا افلاطونیان و همکاران استفاده شد. این ابزار به روش ترجمه به فارسی برگردان توسط تیم پژوهش در دانشکده پرستاری جیرفت ترجمه شده و همچنین روایی آن توسط ۱۰ نفر از اساتید انجام و پایایی آن نیز براساس ضریب همبستگی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۸۶) گزارش گردیده است (۲۷). برای تعیین روایی پرسشنامه نگرش از نظرات علمی اعضای محترم هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی نیز استفاده شد. نمره پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد (۲۴).

چک لیست عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد بیماران شامل ۵ سوال چهار گزینه ای و یک سوال تشریحی

های دفاعی نیز روایی همگرا و واگرای مقیاس روابط موضوعی بل را تایید کرد (۳۵).

پرسشنامه کنش‌وری تاملی: این پرسشنامه خودگزارش‌دهی ۲۶ ماده‌ای در قالب یک پژوهش سه مرحله‌ای ساخته شد و نتایج تحلیل عاملی، دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالات ذهنی خود و دیگران را نشان داد (۳۶). این پرسشنامه در طیف لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً ناموافق (۱) و کاملاً موافق (۷)، و برای زیر مقیاس عدم اطمینان به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. هنجارسازی این مقیاس در جامعه ایرانی انجام شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز دو عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد، روای همگرای آن از طریق همبسته کردن زیرمقیاس‌های آن با مقیاس ذهن آگاهی، پرسشنامه دلبستگی بزرگسال و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی قابل قبول گزارش شد. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۳۷).

یافته‌ها

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

نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

بعد از بررسی یافته‌های توصیفی در جدول ۱ و پیش فرض‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه روابط موضوعی و ذهنی سازی با

فائزه مقصودی مهربانی و همکاران

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

سازي در پيش بيني 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 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

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	تولرانانس	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	

$$R = ۰/۸۹۳ ; R^2 = ۰/۷۹۷ \text{؛ تعدیل شده؛ } R^2 = ۰/۷۸۹ ; F = ۱۰۶/۶۲۳^{**}$$

**معنادار در سطح ۰/۰۱

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 می توانند 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.

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

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 نایمن	-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	

$$R^2 = ۰/۶۳۴; F = ۴۹/۷۹۷^{**}; R = ۰/۸۰۴; R^2 = ۰/۶۴۷ \text{ تعدیل شده};$$

** 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 می توانند عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بیماران را پیش بینی کنند. قوی ترین متغیر پیش بین با ضریب بتا -۰/۵۱۹- متغیر دلبستگی نایمن 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 نایمن، 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 معمولاً 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 نایمن) 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 نایمن و مراقبت بیمارگونه را در دوران کودکی تجربه نموده، همان نوع مراقبت

کمک کننده است (۱۸). اما ضعف در ذهنی سازی برعکس، عدم همدلی، عدم امنیت و اطمینان و مشکل در روابط و تعاملات را به همراه دارد. به عبارتی بازنمایی های منفی از خود و دیگران در افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، آنها را نسبت به نگرش و کارکرد مثبت در روابط و تعاملات بین فردی آسیب پذیر می کند؛ در واقع سبک های دلبستگی، روش های مواجهه فرد با موقعیت های استرس زا را متأثر می سازد. بنابراین افراد که حس امنیت و اطمینان ندارند و دارای دلبستگی ناایمن هستند، خودپنداره و تجربیات منفی بیشتری را در روابط گزارش می کنند و این به نوبه خود ناتوانی در تنظیم عواطف، هیجانات منفی در خود و دیگران را به همراه دارد (۳۸)؛ لذا یافته های این پژوهش منطقی است که در آن پرستارانی با مولفه عدم اطمینان در ذهنی سازی، نگرش مثبت و عملکرد مناسبی در ارتباط با مدیریت درد بیماران نداشته باشند و بالعکس. در مجموع شکست در ذهنی سازی به سبب تجارب آسیب زای دوران کودکی سبب می شود که افراد ظرفیت درک بالای روان شناختی، بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و دیگران و خودکنترلی بر فرایندهای درونی خود- مانند راهکارهای خودمهارگری جهت تعدیل هیجاناتی مانند احساس شرم و گناه را نداشته باشند (۲۲)، در نتیجه این افراد (پرستار) در روابط بین فردی آینده (پرستار- بیمار) نمی توانند حالت های ذهنی درونی بیمار (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) را درک و تفسیر کنند و از این رو می توان گفت که عدم شکل گیری ظرفیت ذهنی سازی نمی تواند نگرش مثبت و عملکرد بهتر پرستاران در ارتباط با مدیریت درد در پی داشته باشد.

نتیجه گیری

در مجموع یافته های این مطالعه نشان دهنده نقش معنادار روابط موضوعی و ذهنی سازی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در مدیریت درد بیماران بود. این مطالعه بینش عمیقی از چگونگی شکل گیری نوع نگرش و تاثیر آن بر عملکرد پرستاران به عنوان یک رویکرد غیروارویی ارائه نموده است. همچنین برای بررسی ارتقای نگرش مثبت و عملکرد بهتر کارکنان بهداشتی و پرستاری در زمینه مدیریت درد بیماران، علاوه بر رویکرد دارویی، به برنامه های آموزشی مدیریت و کنترل درد علمی به صورت جامع تر و مبتنی بر سازه های روان شناختی (مانند روابط موضوعی و ذهنی سازی) نیاز داریم. بنابراین، مهم است که پرستاران

و ابژه مراقب (بد) را درونی و سپس بازنمایی کرده، و بنابراین احتمالا نمی تواند عملکرد و نگرشی مثبت در زمینه مدیریت درد بیماران داشته باشد. این موضوع همچنین می تواند بر بیگانگی، تعاملات اجتماعی و بی کفایتی وی در آینده تاثیر بگذارد. در مجموع توسعه بازنمایی روانی خود به یک رابطه بین فردی بستگی دارد. پرستاران به واسطه غلبه الگوهای بد درونی و اولیه خود، ممکن است خود را کمک کننده نبینند و به هنگام شرایط بحرانی بیمار، روابط موضوعی درونی شان فعال شود و آنگاه تعارض، اضطراب و تشویش درونی خویش بیشتر از درد و رنج بیمار اولویت پیدا کند (خودمیان بینی) و به جای اینکه عواطف و دردهای جسمی بیمار را مدیریت نماید در دنیای درونی خود خزیده (بیگانگی) و با مشکلات خود درگیر شود (۱۳). به طور کلی پرستاران هم همانند بیماران ممکن از از مکانیسم هایی همانند فرافکنی استفاده کنند، همچنین آنها احساسات خاص خود را (مانند درماندگی، انزجار و احساس گناه) دارند، به ویژه زمانی که وضعیت سلامتی بیمار بغرنج است. در چنین شرایطی جهت کمک بهتر به بیمار، گفتگو با همکاران تحت نظارت می تواند منجر به درک بهتر بیمار و آگاهی از مکانیسم های فرافکنی و دویاره سازی در خویشتن شود. پرستارانی که بدون آگاهی از روابط موضوعی خویش عمل می کنند، ممکن است مکرراً توسط اسرار غیرقابل درک گیج شده و گاهی اعمال بیهوده زیادی انجام دهند (۱۴).

نتایج دیگر یافته های پژوهش نشان داد که بین نگرش و عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد با مولفه اطمینان رابطه مثبت و با مولفه عدم اطمینان رابطه منفی و معنی دار وجود دارد. این یافته ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های آگدن (۱۸)، سندلر و روزنبالات (۱۹) و بتمن و فوناگی (۲۰) هم راستا است. رویکرد درمانی ذهنی سازی مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی سازی. در بافتی که در آن والدین (یا پرستاران) امن و علاقه مند به ذهن و ذهنیت کودک حضور دارند، زمینه را برای رشد خود در نتیجه ایجاد خودی انعکاس گر، اندیشمند و توانمند برای ذهنی سازی فراهم می کنند (۲۲). شکل گیری و توسعه نمادسازی و تفکر، احساسات و تجارب ناخوشایند و تهدیدکننده فیزیکی و روانی را قابل تحمل تر می سازد ظرفیت ذهنی سازی، همدلی، حس امنیت و اطمینان و تعاملات اجتماعی سطح بالا را ممکن می سازد و به هنگام شرایط بحرانی در تنظیم هیجانات و تجارب ناگوار

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، در نتیجه 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.

سیاسگزاری

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. Molaei 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.

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 پردازند. دوم، از آنجایی که شرکت کنندگان در

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

- competencies for pain management: Results of an interprofessional consensus summit. *Pain Med.* 2013; 14:971-81.
11. Ekim A, Ocakci 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. *etiadjpajohi* 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 psychoanalysis.* 1996; 77:217-33.
 23. Olateju AO, Adekunle D, Salio 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*

- 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