

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، پریسا کرباسیان^۲، مرضیه کامکار^{۳*}، مسعود هنرمند^۴

- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی مثبت گرا، واحد نظری، دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران.
- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پاکدشت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
- 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 کنش وری تاملی بود. داده های 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 (دلستگی ناییمن، 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 می شود.

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 روان شناختی مرتبط با چگونگی شکل گیری 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 اصلی ترین احساس نارضایتی که «عناصر بتا» نامیده می‌شود، ماهیت فیزیکی دارند مثل ناراحتی تنفسی یا گرسنگی. این وضعیت مستلزم تغییر «عملکرد الfa» 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 تعذیه 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 (ابزه) در حال پرستاری را درونی کند. درونی سازی این کارکرد پرستاری، می‌تواند هسته اصلی ابزه‌های (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 درونی سازی و بازنمایی‌های مناسب پرستار از خود و دیگران سبب می‌شود که در هنگام مواجهه با نامایمات و دردهای فیزیکی سازگارانه تر 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 پیش‌بینی کننده داشته باشد.

درد یکی از عوامل استرس زا و اصلی بیماران 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). کترل درد در مدیریت بیماران اهمیت دارد؛ زیرا در درمان نشده تأثیر مخربی بر روی کیفیت زندگی بیماران می‌گذارد. پرستاران بخش قابل توجهی از وقت خود را با بیماران می‌گذرانند. بنابراین، آنها نقش حیاتی در فرایند تصمیم گیری 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 روان درمانی، 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 بارتلوشیک و همکاران (۵) و کان (۶) موضع ارائه مدیریت موثر درد را تشریح کرده اند (۵، ۶). دانش محدود، نگرش منفی و عملکرد ضعیف پرستاران نسبت به مدیریت درد به عنوان موضع اصلی در اجرای یک مدیریت موثر 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 موضع ارائه شده است. پرداختن به این موضع 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 دست کم بگیرند و بر این باور باشند که گزارش‌های خود بیماران در مورد درد اغراق آمیز 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 شکل گیری 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). در دیک 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 تاثیرگذار در زمینه چگونگی شکل گیری نوع نگرش پرستاران و تاثیر 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 (۲۴، ۳، ۲). 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 (أخذ 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 نامیدی 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 ابزه) 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 روابط 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 نامالاییات 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 بدنظمی 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 انکاس گر، اندیشمند و توانمند برای ذهنی سازی فراهم می کنند (۲۲). در نتیجه شکل گیری ظرفیت ذهنی سازی نیز، همدلی، تأمل، نگرش مثبت و توانایی تحمل تجربیات فیزیکی و روانی هم در خود و هم

فائزه مقصودی مهربانی و همکاران

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 (۲۹، ۲۸). اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا تعیین گردید و نمره پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بود (۳۴).

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 دلستگی نایمن، 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 روانپژوهشکی 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 ۰/۶۶-۰/۷۷، ضریب اعتبار دو نیمه کردن ۰/۹۰-۰/۷۷ و تنسی 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 روانپژوهشکی آمریکا از جمله اصل محramانگی 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 موافق نمره ۴، موافق نمره ۳، مخالف نمره ۲، و کاملاً مخالف نمره ۱). دامنه نمرات ۲۰-۸۰ و نمرات بالاتر از ۶۲ درصد نگرش نگرش مثبت، بین ۳۵-۶۲ 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 الفای کرونباخ ۰/۷۰ تایید شده است (۳۴، ۳۵). در ایران این ابزار توسط محمد رضا 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 (۳۶).

برای تعیین روایی پرسشنامه نگرش از نظرات علمی اعضا محترم هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی نیز استفاده شد. نمره پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد (۳۶).

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

تعداد آزمودنی ها در این پژوهش ۱۷۰ نفر بودند. ۷۱ نفر (۴۱/۸ درصد) زن و ۹۹ نفر (۵۸/۲ درصد) مرد بودند. ۸۱ نفر (۴۷/۶ درصد) مجرد و ۸۹ نفر (۵۲/۴ درصد) متاهل بودند. میانگین سن افراد ۲۹/۴۷ و انحراف معیار سن ۳/۹۶۳ بود. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پرسون و رگرسیون چندمتغیره پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند ($P < 0/05$). مقدار آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده ای استقلال خطاهای است. بررسی مفروضه عدم هم خطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۱/۰ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود هم خطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. جدول ۱، میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل چولگی و کشیدگی را نشان می دهد.

های دفاعی نیز روایی همگرا و اگرای مقیاس روابط موضوعی بل را تایید کرد (۳۵). پرسشنامه کنشوری تاملی: این پرسشنامه خودگزارش دهی ۲۶ ماده ای در قالب یک پژوهش سه مرحله ای 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 درجه ای از کاملاً ناموفق (۱) و کاملاً موفق (۷)، و برای زیر مقیاس عدم اطمینان به صورت معکوس نمره گذاری می شود. 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 زیر مقیاس های آن با مقیاس ذهن آگاهی، پرسشنامه دلبستگی بزرگ سال 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).

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 نایمن	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 پرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۱ و پیش فرض های همبستگی پرسون 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									
۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱	۱-نگرش
								.۰/۷۱۵**	۲-عملکرد
					۱	-۰/۷۲۸**	-۰/۷۰۷**		۳-خودمیان بینی
				۱	.۰/۷۱۸**	-۰/۵۶۸**	-۰/۷۱۶**		۴-بیگانگی
			۱	.۰/۷۳۳**	.۰/۷۸۶**	-۰/۷۳۷**	-۰/۷۲۱**		۵-دلبستگی نایمن
		۱	.۰/۷۶۷**	.۰/۷۳۴**	.۰/۷۷۷**	-۰/۴۷۸**	-۰/۴۸۲**		۶-بی کفایتی اجتماعی
	۱	-۰/۴۲۳**	-۰/۵۲۸**	-۰/۴۷۷**	-۰/۵۸۳**	.۰/۵۹۹**	.۰/۶۷۷**		۷-اطمینان
۱	-۰/۷۲۵**	.۰/۴۴۴**	.۰/۳۷۹**	.۰/۳۴۰**	.۰/۴۰۱**	-۰/۳۶۸**	-۰/۵۸۴**		۸-عدم اطمینان

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

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 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	Tولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	**۱۴/۵۰۷	.۰/۰۰۱	-	-	
خودمیان بینی	-۰/۴۲۵	-۰/۰۵۶	.۰/۰۳۹	.۰/۱۳۷	۷/۲۹۱	
بیگانگی	-۰/۵۴۳	-۰/۴۹۸	.۰/۰۰۱	.۰/۳۰۴	۳/۲۹۱	
دلبستگی نایمن	-۰/۵۵۶	-۰/۰۴۱	.۰/۰۰۱	.۰/۲۰۰	۵/۰۰۹	۲/۱۴۸
بی کفایتی اجتماعی	-۰/۵۲۳	-۰/۵۶۷	.۰/۰۰۱	.۰/۲۹۶	۳/۳۷۷	
اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	.۰/۳۰۱	.۰/۰۵۸	.۰/۰۲۸	.۰/۳۳۹	۲/۹۵۲	
عدم اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	-۰/۳۵۷	-۰/۰۱۸	.۰/۰۰۱	.۰/۴۱۰	۲/۴۴۱	

$$R=۰/۸۹۳; R^2=۰/۷۸۹; F=۱۰۶/۶۲۳**$$

*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 بینی با ضریب بتا $-۰/۵۵۶$ -متغیر دلبستگی نایمن 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	-	**7/118	.0/.001	-	7/291	۲/۱۴۸
خودمیان بینی	-0/354	**-2/815	.0/.005	.0/.137	۷/۲۹۱	
بیگانگی	-0/311	**-3/128	.0/.028	.0/.304	۳/۲۹۱	
دلیستگی نایمن	-0/519	**-2/987	.0/.001	.0/.200	۵/۰۰۹	
بی کفايتی اجتماعی	-0/283	**-3/306	.0/.001	.0/.296	۳/۳۷۷	
اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	.0/271	**۳/۳۸۹	.0/.001	.0/.339	۲/۹۵۲	
عدم اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	-0/339	**-2/533	.0/.005	.0/.410	۲/۴۴۱	

$$R = .804; R^2 = .634; F = 49/797 \text{ **}$$

* معنادار در سطح .01

درونى که باید با آن مبارزه کرد با مدل غالب پژشكى و پرستاري مطابقت دارد. براساس اين رو يك رد، تجربه آبجكت هاي (ابره هاي) درونى، در كل زندگى به صورت يك كاركرد ممکن باقى مى ماند که مى توان بخصوص هنگام بيماري هاي جسمى به آن متوصل شد (۱۶). به عبارتى پويایي ابڑه هاي درونى با ايده هاي علمى رايح در مورد درمان بيماري ها مطابقت دارد. هدف آنها اين است که همه چيز را تحت کنترل درآورند و به دفع نالمنى و اضطراب کمک کنند. پرستار به عنوان آبجكت بیرونی، وظایفی را به عهمه مى گيرد که مادر در زمان نوزادی انجام مى دهد، با اين تفاوت که بيماران معمولاً زندگى مستقل را از قبل تجربه کرده اند یا احساس مى کنند که آن را تجربه نموده اند. بنابراین بيماران تجربیات قبلی خود را وارد فرایند انتقال مى کنند و به تجربیات اوليه زندگى برگشت مى کنند (۱۶). همان طور که در بيماران الگوهای اوليه، روابط درونی و اشکال تجربه غالب مى شوند و روابط خارجی خود را نادیده مى گيرند، اين موضوع مى تواند در مورد پرستاران نيز صادق باشد. لذا در صورتی که بازنمایي پرستاران براساس موضوعات بد درونى شده باشد، آنگاه اين امر مى تواند بر روابط و نگرش منفي آنان در زمينه ناتوانى در مدیریت و کاهش درد بيماران تاثير بگذارد و اين به نوبه خود بر عملکرد آنان نيز تاثير مى گذارد. به عبارت ديگر، ابڑه بد درونى شده در پرستاران (دلیستگی نایمن) و بازنمایي اين آبڑه ها به هنگام مراقبت از بيماران، نگرش منفي، ناتوانى و بي کفايتی در خویشتن را در زمينه مدیریت درد بيماران به همراه دارد. در واقع پرستاري که دلیستگی نایمن و مراقبت بيمارگونه را در دوران کودکی تجربه نموده، همان نوع مراقبت

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 بيماران برابر .۸۰۴ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۶۴/۷ درصد از واریانس عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بيماران بر اساس روابط موضوعی و ذهنی سازی تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس يك 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 مى دهد روابط موضوعی و ذهنی سازی مى توانند تغیيرات مربوط به عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بيماران را به خوبی تبیین کنند و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج روابط موضوعی و ذهنی سازی مى توانند عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بيماران را پیش بینی کنند. قوي ترين متغير پیش بین با ضریب بتا -۰/۰۵۱۹- متغير دلیستگی نایمن مى باشد.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش روابط موضوعی و ذهنی سازی در پیش بینی نگرش و عملکرد پرستاران در رابطه با مدیریت درد بيماران بود. يافته هاي پژوهش نشان داد که بين نگرش و عملکرد پرستاران در ارتباط با مدیریت درد با خرده مقیاس هاي روابط موضوعی يعني دلیستگی نایمن، بیگانگی، بی کفايتی اجتماعی و خودمیان بینی رابطه منفي در وجود دارد. اين يافته ها با پژوهش هاي تیزینگ (۱۶)، يك (۱۶) و سندلر و روزنبلات (۱۹) هم سو است. به طور کلى در رو يك رد روابط موضوعی، مدل آبجكت بد

فائزه مقصودی مهربانی و همکاران

کمک کننده است (۱۸). اما ضعف در ذهنی سازی بر عکس، عدم همدلی، عدم امنیت و اطمینان و مشکل در روابط و تعاملات را به همراه دارد. به عبارتی بازنمایی‌های منفی از خود و دیگران در افراد دارای سبک دلستگی نایمین، آنها را نسبت به نگرش و کارکرد مثبت در روابط و تعاملات بین فردی آسیب‌پذیر می‌کند؛ در واقع سبک‌های دلستگی، روش‌های مواجهه فرد با موقعیت‌های استرس‌زا را متاثر می‌سازد. بنابراین افراد که حس امنیت و اطمینان ندارند و دارای دلستگی نایمین هستند، خودپنداوه و تجربیات منفی بیشتری را در روابط گزارش می‌کنند و این به نوبه خود ناتوانی در تنظیم عواطف، هیجانات منفی در خود و دیگران را به همراه دارد (۲۸)؛ لذا یافته‌های 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 آسیب‌بازی دوران کودکی سبب می‌شود که افراد ظرفیت درک بالای روان‌شناختی، بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و دیگران و خودکتری بر فرایندهای درونی خود-مانند راهکارهای خودهمارگری جهت تعديل هیجاناتی مانند احساس شرم و گناه را نداشته باشند (۲۲)، در نتیجه این افراد (پرستار) در روابط بین فردی آینده (پرستار-بیمار) نمی‌توانند حالت‌های ذهنی درونی بیمار (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) را درک و تفسیر کنند و از این رو می‌توان گفت که عدم شکل گیری ظرفیت ذهنی سازی نمی‌تواند نگرش مثبت و عملکرد بهتر پرستاران در ارتباط با مدیریت درد در پی داشته باشد.

نتیجه گیری

در مجموع یافته‌های این مطالعه نشان دهنده نقش معنادار روابط موضوعی و ذهنی سازی در پیش‌بینی 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 غیردارویی 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 برنامه‌های آموزشی مدیریت و کنترل درد علمی به صورت جامع‌تر و مبتنی بر سازه‌های روان‌شناختی (مانند روابط موضوعی و ذهنی سازی) نیاز داریم. بنابراین، مهم است که پرستاران

و ایزهه مراقب (بد) را درونی و سپس بازنمایی کرده، و بنابراین احتمالاً نمی‌تواند عملکرد و نگرشی مثبت در زمینه مدیریت درد بیماران داشته باشد. این موضوع همچنین می‌تواند بر بیگانگی، تعاملات اجتماعی و بی‌کفایتی وی در آینده تأثیر 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 مکانیسم‌هایی همانند فرافکنی استفاده کنند، همچنین آنها احساسات خاص خود را (مانند درمانگی، ازوجار 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 نظرات می‌تواند منجر به درک بهتر بیمار و آگاهی از مکانیسم‌های فرافکنی و دوپاره سازی در خویشتن شود. پرستارانی که بدون آگاهی از روابط موضوعی خویش عمل می‌کنند، ممکن است مکرراً توسط اسرار غیرقابل درک گیج شده و گاهی اعمال بیهوده زیادی انجام دهند (۱۴).

نتایج دیگر یافته‌های 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 یافته‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های آگدن (۱۸)، سندلر و روزنبلات (۱۹) و بتمن و فوناگی (۲۰) هم راست است. رویکرد درمانی ذهنی سازی مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلستگی 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 انکاس‌گر، اندیشه‌مند و توانمند برای ذهنی سازی فراهم می‌کنند (۲۲). شکل گیری و توسعه نمادسازی و تفکر، احساسات و تجارب ناخوشایند و تهدیدکننده فیزیکی و روانی را قابل تحمل تر می‌سازد ظرفیت ذهنی سازی، همدلی، حس امنیت و اطمینان و تعاملات اجتماعی سطح بالا را ممکن می‌سازد 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 بودند، 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

نویسنده‌گان 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 نویسنده‌گان گزارش نشده است. قابل ذکر است که در مقاله حاضر تمام ملاحظات اخلاقی و هلسینکی رعایت شده است.

References

- Samarkandi OA. Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. Saudi journal of anaesthesia. 2018 Apr; 12(2):220.
- 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.
- Molaee S, Dehghanayeri 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.
- 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.
- Bartoszczyk DA, Gilbertson-White S. Interventions for nurse-related barriers in cancer pain management. Oncol Nurs Forum. 2015; 42:634–41.
- Kwon JH. Overcoming barriers in cancer pain management. J Clin Oncol. 2014; 32:1727–33.
- 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.
- 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.
- Qadire MA, Al Khalileh MA. Effectiveness of educational intervention on Jordanian nurses' knowledge and attitude regarding pain management. Br J Med Med Res. 2014; 4:1460–72
- Fishman SM, Young HM, Lucas Arwood E, Chou R, Herr K, Murinson BB, et al. Core

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 پردازنند. دوم، از آنجایی که شرکت کنندگان در

فائزه مقصودی مهربانی و همکاران

- 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. *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 psychopathology.* 1996; 77:217-33.
 23. Olateju AO, Adekunle D, Salau 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