

مدل پنج عاملی در تبیین ارتباط بین شخصیت و همدلی بالینی پرستاران

*بهزاد شالچی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران (*نویسنده مسئول). shalchi.b@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۹

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: مطالعه حاضر با هدف تبیین ارتباط بین شخصیت و همدلی پرستاران بر اساس مدل پنج عامل بزرگ شخصیتی انجام شده است. **روش کار:** این پژوهش از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری آن شامل پرستاران بیمارستان های خصوصی و دولتی شهر تبریز می باشد که بخشی از آن به تعداد ۲۸۲ نفر پرستار با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفته است. پرستاران به منظور شرکت در مطالعه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیتی (BFI-44) و مقیاس همدلی لامونیکا را پاسخ دادند. داده های به دست آمده با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و تحلیل رگرسیون هم زمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** نتایج مطالعه حاضر حکایت از آن دارد که ابعاد شخصیتی از یک تأثیر چند متغیری بر میزان همدلی پرستاران برخوردار می باشد. همچنین بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون مشخص شد، ۴۰ درصد از واریانس میزان همدلی بالینی بر اساس ابعاد پنج گانه شخصیت تبیین می شود ($R^2=0/398$). از بین ابعاد پنجگانه شخصیت چهار عامل قادر به پیش بینی میزان همدلی پرستاران بوده و تنها بعد وظیفه شناسی فاقد قدرت لازم برای تبیین همدلی بود. **نتیجه گیری:** با توجه به اینکه ارتباط قدرتمندی بین شخصیت و همدلی پرستاران وجود دارد، در برنامه هایی که به منظور ارتقاء سطح همدلی پرستاران و گزینش آنها طراحی می شوند، صفات شخصیتی مد نظر قرار گیرد.

کلیدواژه ها: مدل پنج عاملی، شخصیت، همدلی بالینی، پرستاران

مقدمه

رویکرد تجربی (Experiential mode of empathy) به همدلی و تأکید بر آن به عنوان یک اصل درمانی (آنچه روش تجربه ای (Mode of experiencing) نیز خوانده می شود) توسط کارل راجرز (Carl Rogers) (۱۹۰۲-۱۹۸۷) ارائه شده است. وی به اصطلاح کانون نگرشی همدلی را مطرح نمود که در رویکرد او حالتی را در برمی گیرد که مشاور در بودن با مراجع تجربه کرده و عمیقاً برای ایجاد یک فضای حمایتی در جریان مشاوره تلاش می شود. به منظور خلق چنین فضایی مشاور باید از طریق کاوش یا تأیید تجارب فردی مراجع پاسخ های همدلانه ای را به وی ابراز نماید (۳). در رویکرد مراجع محور راجرز همدلی هسته اصلی مشاوره در درمان تلقی می شود. وی همدلی را حالت درک درونی شخص دیگر با دقت و مؤلفه های هیجانی و معنایی مربوط به آن توصیف می کند، به طوری که فرد بدون آن که شرایط خویش را از دست بدهد خود را در جای فرد مقابل قرار

همدلی (Empathy) بعدی اجتماعی - عاطفی است که بر مبنای روابط و تعاملات بین فردی شکل می گیرد. برای اجتماعی بودن مطلوب توانایی درک افکار و اعمال دیگران به تنهایی تکافو نمی کند، بلکه باید با آنچه دیگران احساس می کنند یا به عبارتی دیگر با تمایلات و هیجان هایی که آن ها بروز می دهند، همساز و همدل شد. همدلی کردن به معنای درک نمودن، مشارکت کردن و خلق یک فضای درونی برای پذیرش شخص دیگر و القای حس درک شدن و تنها نبودن در وی است (۱). بارت - لنارد (Barret-Lennard) همدلی را یک مدل چرخه ای می داند که از مراحل درک و شناخت هیجانی شخص دیگر، انتقال این شناخت به طرف مقابل و در نهایت دستیابی به این نتیجه که هیجان های شخص مقابل مورد درک قرار گرفته تشکیل شده است (۲).

می‌دهد (۲).

در حالی که کالیش (Kalish) همدلی را عنصر بسیار مهم یک ارتباط تلقی می‌کند، رینولد، اسکات و جسیمن (Reynolds, Scott & Jessiman) وجود آن را در پیشرفت ارتباط درمانی بسیار اساسی می‌دانند (۲). اوزکن، اولغاز، سوتچو و چیچک (Ozcan, Oflaz, Sutcu & Cicek) همدلی را عنصر اصلی ارتباط بین پرستار و بیمار تلقی می‌کند (۴).

در حال حاضر مفهوم همدلی در گستره پژوهش‌های بالینی با چهار بعد هیجانی یا عاطفی، شناختی، اخلاقی و رفتاری شناخته می‌شود (۵). حوزه شناختی دربرگیرنده توانایی درک تجربه و احساسات شخص دیگر و توانایی نگاه جهان بیرون از منظر شخص دیگر می‌باشد. حوزه عاطفی شامل وارد شدن به تجربه هیجانی دیگری یا پیوند با آن است، چیزی که به‌عنوان هم‌حسی نیز تعریف می‌شود (۲). در واقع این بعد از همدلی به پاسخ هیجانی درمانگر نسبت به بیماران مربوط می‌گردد (۶).

حجت و همکاران همدلی را متشکل از دو بخش همدلی شناختی و همدلی عاطفی در نظر گرفته‌اند. در حالی که ممکن است برای متصدیان درمان تنها در یکی از دو حوزه همدلی عمل کردن دشوار باشد، ولی آن‌هایی که در قلمرو عاطفی عمل می‌کنند توانایی لمس واقعیت‌های جهان بیرونی را از دست داده و در هیجان‌های بیماران خود غرق می‌شوند. قلمرو عاطفی همدلی به‌عنوان پاسخ غیر انطباقی انسان توصیف شده است (۷). سومین بعد از همدلی در پزشکی و پرستاری بعد اخلاقی می‌باشد. گرایش فرد به پذیرا بودن، در دسترس قرار داشتن و حاضر بودن که باعث می‌شود وی به بیمار خودیاری رساند، بعد اخلاقی همدلی در نظر گرفته شده است. در نهایت چهارمین بعد همدلی به جنبه رفتاری یا ارتباطی آن مربوط می‌شود. این بعد شامل مهارت‌های ارتباطی همدلی مثل گوش دادن فعالانه به صحبت‌های بیمار، بازخورد دادن، روشن سازی مسائل و اعتبار بخشیدن به بیمار می‌باشد (۸). اخیراً توجه محققان از تمایز ابعاد مختلف

همدلی به ارائه رویکردی یکپارچه‌تر در خصوص همدلی تغییر یافته و به طرح مدل‌های چندبعدی در این راستا منجر شده است. مدل چندبعدی دیویس شاید شناخته‌شده‌ترین مدل روان‌شناختی همدلی در جمعیت عمومی باشد. این مدل چنین بیان می‌دارد که تفاوت‌های فردی از نظر صفت یا تمایل به همدلی در طول زمان نسبتاً ثابت است. از نظر دیویس تمایل به همدلی در دوران کودکی به‌عنوان یک توانایی شناختی تحول یافته و از تجارب اجتماعی و خانوادگی افراد تأثیر می‌پذیرد. تغییراتی که در دوران بزرگسالی اتفاق می‌افتند به رویدادهای غیرمعمولی مانند آسیب‌های مغزی یا بیماری‌هایی که شخصیت یا ظرفیت شناختی فرد را متأثر می‌سازند، مربوط می‌شوند (۹).

لارسن و یائو (Larson & Yao) به اقتباس از مدل فرآیند همدلی دیویس (Devis) آن را به موقعیت‌های بالینی تعمیم دادند. این مدل موجب درک بهتر فعالیت‌های رفتاری و روان‌شناختی درگیر در همدلی شده و به متصدیان درمان، در آمیختن همدلی با فعالیت‌های روزانه خودیاری می‌رساند. مدل فرآیند همدلی بالینی پیشینه‌هایی مانند ویژگی‌های بیمار و درمانگر و همچنین ویژگی‌های موقعیتی را در برمی‌گیرد. به‌عنوان مثال متخصصان و متصدیان درمان در ابراز همدلی با موانع بالقوه‌ای مانند مدت زمان طولانی کار، تمرکز ضعیف در همدلی و بدبینی مواجه می‌شوند. وجود پیشینه‌های مثبت، فرآیندهای شناختی و هیجانی مناسب را در پی داشته و به ارائه رفتارهای یاری‌دهنده‌ای مانند رفتار اجتماعی و مدیریت تعارض منجر می‌شوند (۱۰).

چنان‌که توصیف شد، طی چند دهه اخیر با توجه به اهمیت بسیار بالای همدلی بالینی در اثربخشی ارتباط بین متصدیان درمان و بیماران، پژوهش‌های زیادی در این خصوص صورت گرفته است (۱۱). یو و کیرک (Yu & Kirk) در مروری بر ۲۹ مقاله دریافتند که متغیرهای زیادی همچون سن، تجربه، شخصیت، تحصیلات، جنسیت، نگرش، شرایط محل کار و سبک رهبری مربوط به پرستاران با همدلی آنان در ارتباط است (۱۲). گذشته از این عوامل، فرهنگ نیز متغیر اساسی

(۱۹). وظیفه‌شناسی با بعد سایکوزگرایی در مدل آیزنک که با ضعف در همدلی مرتبط شناخته می‌شود، رابطه‌ای منفی داشته است (۲۰). ارتباط بین همدلی و نوروزگرایی از شفافیت کمتری برخوردار است، اما باین حال رفتارهای اجتماعی گرم و مثبت و توجه به دیگران با نمرات پایین در این بعد همراه بوده است (۲۱).

مطالعه سانگ و شای (Song & Shi) (۲۲) با موضوع ارتباط ابعاد همدلی و پنج عامل بزرگ شخصیتی در دانشجویان پزشکی چین نشان داد صفات پنج‌گانه شخصیت به‌خوبی ابعاد سه‌گانه دیدگاه‌گیری، توجه همدلانه و درماندگی شخصی در همدلی را پیش‌بینی می‌کنند. به بیان این پژوهشگران سازش‌پذیری ارتباطی قوی با توجه همدلانه و رابطه‌ای متوسط با دیدگاه‌گیری داشته است. نوروزگرایی با درماندگی شخصی از رابطه‌ای قوی برخوردار بوده و ارتباط متوسطی با دیدگاه‌گیری نشان داده است. رابطه گشودگی نسبت به تجارب جدید با دیدگاه‌گیری و درماندگی شخصی، رابطه‌ای متوسط به‌دست‌آمده و وظیفه‌شناسی نیز با دیدگاه‌گیری همبستگی داشته است.

دباریو و همکاران (de Barrio) (۱۹) ارتباط بین همدلی را با صفات پنج‌گانه شخصیت در نوجوانان اسپانیایی مطالعه کرده و دریافتند، بین همدلی و سازش‌پذیری ارتباط بسیار قوی وجود دارد. این محققان بیان داشتند که ارتباط بین همدلی با برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی و گشودگی معنادار بوده اما اهمیت کمی در تحلیل رگرسیون داشته است. در مطالعه مذکور برخلاف انتظار محققان رابطه معناداری بین ثبات هیجانی و همدلی نوجوانان مشاهده نگردید.

روانگرد، محمدی، سجادی و قناتوتی نژاد در مطالعه‌ای نشان دادند، صفات شخصیتی با ماندگاری شغلی و نگرش مثبت به آن در پرستار آن‌که هر دو ارتباط تنگاتنگی با همدلی دارند، مرتبط می‌باشد. این محققان، پیشرفت‌مداری، منبع کنترل و خطرپذیری را از ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با ماندگاری شغلی در پرستاران معرفی کردند (۲۳). مقال‌هایس،

دیگری است که باید در ابراز و ادراک همدلی مورد بررسی قرار گیرد (۱۳). بر همین اساس از جمله متغیرهایی که مطالعه آن در همدلی پرستاران با توجه به تفاوت‌های فرهنگی مهم به نظر می‌رسد، ویژگی‌های شخصیتی است.

شخصیت یکی از عوامل بسیاری است که در ارتباط بین متصدیان درمان و بیماران تأثیر می‌گذارد (۷). بین صاحب‌نظران علوم رفتاری و اجتماعی در این مورد که شخصیت نقش تردیدناپذیری در رفتار انسان بازی می‌کند توافق بالایی وجود دارد. (۱۴). شخصیت نه تنها در همدلی که بلکه به گواهی پژوهش‌های موجود، در پیشرفت تحصیلی مرتبط با حوزه‌های پزشکی، کفایت بالینی و حوزه‌های علاقه‌مندی پزشکان نیز مؤثر بوده است (۱۵).

مدل پنج عاملی شخصیت که از ابعاد برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی، سازش‌پذیری، نوروزگرایی و گشودگی نسبت به تجارب تشکیل شده است، چارچوبی جامع برای توصیف شخصیت در بزرگسالان فراهم می‌سازد (۱۶). در این مدل برون‌گرایی با صفاتی مانند مردم‌آمیزی، عواطف مثبت و رفتارهای پرانرژی مشخص می‌شود. وظیفه‌شناسی ویژگی‌هایی چون انضباط، پشتکار و جدوجهد برای پیشرفت را در برمی‌گیرد. سازش‌پذیری به رفتارهای گروهی، عاطفی، اینترگرایانه و نوع‌دوستانه مربوط می‌گردد. نوروزگرایی مرکب از ویژگی‌هایی مانند اضطراب، ترس و احساس ناایمنی در روابط می‌باشد. در نهایت، گشودگی نسبت به تجارب به قوه تخیل فعال و حساسیت هوشمندانه نسبت به هنر و زیبایی اشاره دارد (۱۷).

انتظار می‌رود همدلی با انواع صفات شخصیتی در مدل پنج عاملی رابطه داشته باشد. به‌طور دقیق‌تر، همدلی باید از ارتباط قابل توجهی با سازش‌پذیری برخوردار باشد. این صفت اساساً یک بعد رفتار بین فردی بوده و طیفی از کیفیت تعاملات را که از دلسوزی و ترحم تا دشمنی و خصومت متغیر است، در برمی‌گیرد (۱۸). سازش‌پذیری همچنین نقشی قوی در پیش‌بینی رفتارهای اجتماعی گرم و مثبت و پرخاشگرانه دارد

مجوزهای لازم، به جمع آوری اطلاعات در قالب ارائه پرسشنامه به پرستاران اقدام نمود.

ابزار سنجش: نمونه منتخب در این پژوهش به سه پرسشنامه زیر پاسخ خواهند داد:

الف) مقیاس همدلی لامونیکا (Lamonic Empathy Scale Clinical): این مقیاس را لامونیکا در سال ۱۹۸۱ برای درجه بندی میزان همدلی پرستاران با بیماران طراحی کرده است. مقیاس لامونیکا از ۸۴ ماده تشکیل شده و در قالب یک طیف شش گزینه ای (از کاملاً غلط تا کاملاً درست) پاسخ داده می شود. لامونیکا برای همسانی درونی مقیاس همدلی، ضرایب آلفای کرونباخ را بین ۰/۹۷ تا ۰/۹۸ گزارش کرده است. خلیلی پایایی مقیاس لامونیکا را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آورده و اعتبار و پایایی آن را در ایران مناسب ارزیابی کرده است (۲۶).

ب) پرسشنامه پنج عاملی شخصیت (Big Five Inventory) (BFI-44): شخصیت نمونه منتخب از طریق پرسشنامه پنج عاملی شخصیت مورد بررسی قرار می گیرد. این پرسشنامه عوامل (۱) برونگرایی، (۲) سازش پذیری، (۳) وظیفه شناسی، (۴) نوروژگرایبی و (۵) گشودگی را مورد سنجش قرار می دهد و مشتمل بر ۴۴ پرسش می باشد. در نمونه آمریکایی و کانادایی، همسانی درونی زیر مقیاس های پنج گانه BFI در دامنه ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ بدست آمده است. پایایی بازآزمایی سه ماهه این مقیاس نیز در دامنه ای از ۰/۸ تا ۰/۹۰ (با میانگین ۰/۸۵) بدست آمده است. شواهد مربوط به روایی BFI نشانگر همگرایی و واگرایی قابل توجه آن با دیگر ابزارهای سنجش پنج عامل اصلی شخصیتی و همچنین ارزیابی همسالان می باشد (۲۷). در ایران نصرت آبادی، جوشنلو و جعفری روایی و پایایی BFI-44 را مورد بررسی قرار داده و نتیجه آن را رضایت بخش گزارش کرده اند (۲۸).

یافته ها

نتایج حاصل از تحلیل توصیفی اطلاعات به دست آمده در جدول ۱ به تفکیک جنسیت پرستاران خلاصه شده است. به منظور مقایسه ابعاد شخصیتی پرستارانی که

کوستا و کوسستا (Magalhães, Costa & Costa) در پژوهشی که به منظور بررسی ابعاد شخصیتی در دانشجویان پزشکی انجام داده بودند، ارتباط همدلی را در این جمعیت با سازش پذیری و گشودگی نسبت به تجارب، معنادار یافته و بین نوروژگرایبی، وظیفه شناسی و برونگرایی رابطه معناداری گزارش نکردند (۲۴).

پژوهش حاضر بر آن است تا با توجه به اهمیت روزافزون همدلی بالینی در فضاها درمانی، ارتباط آن را با یکی از مهمترین ویژگی های فردی یعنی شخصیت افراد، در چارچوب مدل پنج عاملی شخصیت تبیین نماید. بدیهی است تحلیل ارتباط بین همدلی بالینی با صفات شخصیتی پرستاران و فرهنگ سازی در جهت توجه کاربردی به نتایج آن، ما را در جهت شناخت بهتر تفاوت های فردی افراد در یکی از مشاغل حساس جامعه یاری داده و به مدیریت بهتر فضاها درمانی منجر می شود.

روش کار

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر در قالب طرح همبستگی اجرا شده است. جامعه آماری این تحقیق شامل پرستاران بیمارستان های خصوصی و دولتی شهر تبریز می باشد که بخشی از آن با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفته است. با توجه به روش های تعیین حجم نمونه در پژوهش های غیرآزمایشی، تعداد نمونه مورد نیاز در این پژوهش با استفاده از فرمول زیر (۲۵) بدست آمده است:

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2} = 260 = \frac{(2/58)^2 \times 0/25}{0/08^2}$$

بنابر این در مطالعه حاضر، ۲۶۰ نفر به عنوان حداقل حجم نمونه تعیین شدند. به منظور انجام نمونه گیری خوشه ای اسامی بیمارستان های خصوصی و دولتی شهر تبریز تهی شده و از میان آن ها به قید قرعه دو بیمارستان انتخاب گردیدند. پس از انتخاب حجم نمونه و بیمارستان، محقق با مراجعه به مدیریت بیمارستان و دریافت

جدول ۱- اطلاعات توصیفی نمرات پرستاران در متغیرهای پژوهش

| متغیر | زن (n=180) | | مرد (n=102) | | جمع (n=282) | |
|--------------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| سابقه کار (به ماه) | ۱۰۰/۳۳ | ۸۲/۹ | ۱۴۳/۹ | ۱۰۲/۴ | ۱۱۶/۱۱ | ۹۲/۷ |
| سن | ۳۳/۴ | ۶/۷ | ۳۷/۰۶ | ۸/۵ | ۳۴/۷ | ۷/۶ |
| همدلی با بیمار | ۲۶۵/۸۵ | ۸۰/۶ | ۲۶۷/۶۹ | ۶۹/۹ | ۲۶۶/۵۲ | ۷۶/۸ |
| برونگرایی | ۲۶/۹۶ | ۴/۶ | ۲۷/۷۷ | ۳/۹ | ۲۷/۲۵ | ۴/۴ |
| سازش پذیری | ۳۱/۱۷ | ۱۰/۰۷ | ۳۰/۲۲ | ۸/۲۸ | ۳۰/۸۳ | ۹/۴۶ |
| وظیفه شناسی | ۳۰/۱۰ | ۹/۲۱ | ۳۰/۷۸ | ۷/۸ | ۳۰/۳۴ | ۸/۷۲ |
| نوروزگرایی | ۲۲/۷۳ | ۶/۹ | ۲۱/۳۴ | ۶/۹ | ۲۲/۲۳ | ۶/۹ |
| گشودگی | ۳۵/۴۵ | ۵/۵ | ۳۶/۷۲ | ۵/۶ | ۳۵/۹۱ | ۵/۵ |

جدول ۲- اطلاعات توصیفی نمرات پرستاران در ابعاد پنج گانه شخصیت بر مبنای سطح همدلی

| متغیر | همدلی پایین (n=70) | | همدلی بالا (n=71) | |
|-------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| برونگرایی | ۲۵/۱۶ | ۴/۴۴ | ۳۰/۲۷ | ۳/۱۳ |
| سازش پذیری | ۱۹/۵۷ | ۸/۴۶ | ۳۷/۶۶ | ۵/۸۸ |
| وظیفه شناسی | ۲۰/۷۸ | ۱۰/۰۳ | ۳۵/۱۸ | ۵/۹۹ |
| نوروزگرایی | ۲۵/۰۸ | ۹/۴۵ | ۲۱/۴۹ | ۵/۳۷ |
| گشودگی | ۳۳/۴۴ | ۶/۴۳ | ۳۸/۵۸ | ۲/۷۷ |

می‌باشد.

در جدول ۴ نتایج حاصل از مقایسه میانگین های مربوط به ابعاد شخصیتی دو گروه مورد بررسی خلاصه شده است. این نتایج نشان می‌دهند که هر پنج بعد شخصیتی در دو سطح همدلی بالا و پایین از تفاوت آماری معناداری برخوردار می‌باشند.

ضرایب همبستگی بین ابعاد شخصیتی و میزان همدلی پرستاران در جدول ۵ آمده است. میزان همدلی پرستاران با تمام ابعاد پنج‌گانه شخصیتی رابطه معناداری نشان می‌دهد. سازش‌پذیری و نوروزگرایی به ترتیب از قوی‌ترین ($r=0/52$) و ضعیف‌ترین ($r=-0/13$) ($P<0/05$) میزان همبستگی با همدلی پرستاران برخوردار می‌باشند. در این تحلیل مشاهده می‌شود رابطه میزان همدلی پرستاران با عوامل شخصیتی در میان زنان

نمرات همدلی آن‌ها در حد بالا و پایین بود با استفاده از نمرات چارک اول و سوم، ۲۵ درصد بالا و پایین توزیع نمرات همدلی تعیین و دو گروه افرادی که نمرات آن‌ها پایینتر از $200/75$ و بالاتر از 337 بود، مشخص شدند. در جدول ۲ اطلاعات توصیفی مربوط به ابعاد شخصیتی پرستاران با توجه به سطح همدلی آن‌ها آورده شده است.

به گونه‌ای که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، نتایج همه آزمون‌های مربوط به معناداری مانوا مثبت بوده ($\text{Partial}\eta^2=0/65$ ، $P<0/001$ ، $F_{5,135}=50/28$ و $F_{5,135}=0/651$ = اندازه اثر پیلایی) و در نتیجه می‌توان چنین استنباط نمود که حداقل یک بعد شخصیتی در میان دو گروه از پرستاران متفاوت است؛ به عبارت دیگر این تحلیل نشان می‌دهد که ابعاد شخصیتی از یک تأثیر چند متغیری بر میزان همدلی پرستاران برخوردار

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات ابعاد پنج گانه شخصیت پرستاران در دو گروه با سطوح همدلی پایین و بالا

| آزمون | مقدار | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | F | p |
|-------------------|-------|------------------|----------------|-------|--------|
| اثر پیلایی | ۰/۶۵۱ | ۵ | ۱۳۵ | ۵۰/۲۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۳۴۹ | ۵ | ۱۳۵ | ۵۰/۲۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| اثر هنتینگ | ۱/۸۶ | ۵ | ۱۳۵ | ۵۰/۲۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| بزرگترین ریشه روی | ۱/۸۶ | ۵ | ۱۳۵ | ۵۰/۲۸ | ۰/۰۰۰۱ |

جدول ۴- نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات ابعاد پنج گانه شخصیت در دو گروه با سطوح همدلی پایین و بالا

| متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | p |
|-------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------|
| برونگرایی | ۹۲۰/۵۷ | ۱ | ۹۲۰/۵۷ | ۶۲/۵۰ | ۰/۰۰۰۱ |
| سازش پذیری | ۱۱۵۳۵/۶۱ | ۱ | ۱۱۵۳۵/۶۱ | ۲۱۷/۴۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| وظیفه شناسی | ۷۳۰۶/۴۲ | ۱ | ۷۳۰۶/۴۲ | ۱۰۷/۳۳ | ۰/۰۰۰۱ |
| نوروزگرایی | ۴۵۴/۹۸ | ۱ | ۴۵۴/۹۸ | ۷/۷۳ | ۰/۰۰۰۶ |
| گشودگی | ۹۲۹/۲۹ | ۱ | ۹۲۹/۲۹ | ۳۳/۵۵ | ۰/۰۰۰۱ |

جدول ۵- ماتریس همبستگی ابعاد شخصیت و همدلی با بیمار در میان پرستاران

| متغیر | زن | مرد | کل |
|-------------|--------|--------|--------|
| برونگرایی | ۰/۵۲** | ۰/۴۶** | ۰/۵۰** |
| سازش پذیری | ۰/۶۰** | ۰/۳۳** | ۰/۵۲** |
| وظیفه شناسی | ۰/۵۵** | ۰/۲۹** | ۰/۴۷** |
| نوروزگرایی | -۰/۱۷* | -۰/۰۵ | -۰/۱۳* |
| گشودگی | ۰/۴۶** | ۰/۲۶** | ۰/۳۹** |

*P < ۰/۰۵ **P < ۰/۰۱

جدول ۶- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون با روش همزمان برای پیش بینی میزان همدلی با بیمار بر اساس ابعاد شخصیتی پرستاران (جدول شماره ۷ نداریم. نتایج تحلیل رگرسیون طبق روش جدول بندی APA به صورت زیر است)

| مدل | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | p | R ² | Adj.R ² | خطای استاندارد |
|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|-------|----------------|--------------------|----------------|
| رگرسیون | ۶۵۹۷۱۸/۰۵ | ۵ | ۱۳۱۹۴۳/۶۱ | ۳۶/۵۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۹۸ | ۰/۳۸۷ | ۶۰/۱۰ |
| باقیمانده | ۹۹۷۰۰۲/۳۵ | ۲۷۶ | ۳۶۱۲/۳۳ | | | | | |

| مدل | ضرایب غیر استاندارد | | ضرایب استاندارد | | p | T value |
|-------------|---------------------|----------------|-----------------|----------------|-------|---------|
| | B مقدار | خطای استاندارد | β | خطای استاندارد | | |
| مقدار ثابت | -۶۵/۰۴ | ۳۲/۶۸ | - | | ۰/۰۴۸ | -۱/۹۹ |
| برونگرایی | ۵/۴۱ | ۰/۹۵۶ | ۰/۳۰۹ | | ۰/۰۰۰ | ۵/۶۵۷ |
| سازش پذیری | ۳/۱۲ | ۰/۸۳۴ | ۰/۳۸۵ | | ۰/۰۰۰ | ۳/۷۵ |
| وظیفه شناسی | ۰/۲۳ | ۰/۹۳ | ۰/۰۲۷ | | ۰/۸۰۱ | ۰/۲۵۲ |
| نوروزگرایی | -۱/۱۹ | ۰/۵۸۴ | -۰/۱۰۸ | | ۰/۰۴۲ | -۲/۰۴ |
| گشودگی | ۱/۵۱ | ۰/۷۷۳ | ۰/۱۰۹ | | ۰/۰۵۰ | ۱/۹۵ |

نوروزگرایی ($t = -\beta, 0.4/2 = -0.11$) و گشودگی ($t = \beta, 0.95/1 = 0.11$) به خوبی می توانند واریانس همدلی را تبیین نمایند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط همدلی بالینی پرستاران با ابعاد شخصیتی آن ها صورت گرفته است.

یافته های حاصل از این مطالعه حکایت از آن دارند، در مقایسه ابعاد شخصیتی پرستارانی که همدلی بالایی داشتند با آن ها که از همدلی پایینی برخوردار بودند، الگوی شخصیتی افراد همدل متفاوت از افراد غیر همدل می باشد؛ به عبارت

قوی تر از مردان به دست آمده است.

نتایج تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون برای پیش بینی میزان همدلی با بیماران بر اساس ابعاد شخصیتی پرستاران در جدول ۶ ارائه شده است. نتایج نشان می دهند، آزمون تحلیل واریانس معنادار بوده ($F = 36/53$) و $P < 0/0001$ و ۴۰ درصد از واریانس میزان همدلی بالینی بر اساس ابعاد پنج گانه شخصیت تبیین می شود ($R^2 = 0/398$). ضرایب رگرسیون محاسبه شده حکایت از آن دارند که به جز بعد وظیفه شناسی ($t = \beta, 2.52/0 = 0/027$)، بقیه ابعاد شخصیتی یعنی ابعاد برونگرایی ($t = \beta, 0/31$)، سازش پذیری ($t = \beta, 7.5/3 = 0/38$)،

از ابعاد رفتار بین فردی که کیفیت تعاملات اجتماعی را نشان می‌دهد نام می‌برند (۳۰، ۳۱). علاوه بر این سازش‌پذیری و همدلی از طریق مکانیزم‌های نوروسایکولوژیک از جمله نورون‌های آینه‌ای با هم مرتبط هستند. نورون‌های آینه‌ای انسان را قادر می‌سازند که اعمال دیگران را تفسیر کرده و بتواند هیجان‌ها، مقاصد و حالت‌های ذهنی آن‌ها را درک کند (۳۲-۳۴).

یافته‌های حاصل از مطالعات رفتاری و تصویربرداری عصبی مانند آنچه در پژوهش‌های بروک، رمیلارد، ایشک و اندرسون آمده است نشان داده‌اند، سازش‌پذیری با دقت همدلانه همبستگی داشته و با افزایش فعالیت در دو ناحیه مغز از جمله کرتکس پیش‌پیشانی میانی و تقاطع تمپوپاریتال که در پردازش همدلانه طی دیدگاه‌گیری هیجانی و بازشناسی حالت‌های احساسی هیجانی افراد دیگر اهمیت دارند، همراه است (۳۵). داشتن ظرفیت‌های شخصیتی مذکور موجب توجه عمیق‌تر پرستار به بیمار شده و کیفیت تعاملات آن‌ها را غنی‌تر می‌سازد. به نظر می‌رسد نمرات بالاتر در این بعد شخصیتی با درک بهتر احساسات و حالات عاطفی طرف مقابل که در واقع مقصود اصلی همدلی است، از رابطه‌ای تنگاتنگ برخوردار باشد.

پرستاران برون‌گرا نسبت به همکاران درون‌گراتر خود عواطف مثبت بیشتری را تجربه کرده و از نظر پرانرژی بودن و مردم‌آمیزی در سطح بالاتری عمل می‌کنند. یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر نیز در همین راستا قرار داشته و حکایت از همدلی بالای پرستاران برون‌گرا دارد. یافته‌های اخیر همسو با یافته‌های روانگرد، محمدی، سجادی و قناتوی نژاد (۲۳) بوده و با یافته‌های حاصل از مطالعه مقال‌هایس، کوستا و کوستا (۲۴) ناهمسو است.

خون‌گرمی و مهارت‌های ارتباطی قوی‌تر که مختص افراد برون‌گرا می‌باشد، روند برقراری روابط را تسهیل نموده و باعث می‌شود فرد به لایه‌های درونی‌تر ارتباط با مخاطب خود نفوذ کند. بنابراین این بیماران از طرف پرستاران برون‌گراتر با گرمی و پذیرش بیشتری مواجه شده و در بیان حالات خود با آسودگی بیشتری عمل خواهند کرد. در نتیجه

دیگر این دو گروه در هر پنج بعد شخصیتی با هم تفاوت دارند. از پژوهش حاضر چنین استنباط می‌شود که ابعاد شخصیتی همان‌گونه که قادر است بسیاری از جنبه‌های رفتاری انسان را پیش‌بینی کند، می‌تواند همدلی پرستاران با بیماران را نیز تبیین نماید. به طور کلی نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون در بررسی حاضر نشان داد، ۴۰ درصد از واریانس میزان همدلی بالینی بر اساس ابعاد شخصیتی پرستاران تبیین می‌شود. این یافته‌ها در راستای نتایج تحقیقات حجت و همکاران، اسکینر و اسپورژن، یو و کیرک، سانگ و شای) و دباریو، آلوچا و گارسیا که بر اهمیت توجه به شخصیت در همدلی پرسنل مجموعه خدمات درمانی صحنه گذاشته‌اند، قرار دارد (۷، ۸، ۱۲، ۲۲ و ۱۹).

در پژوهش حاضر سازش‌پذیری از بین عوامل پنج‌گانه شخصیتی قوی‌ترین ارتباط را با همدلی پرستاران نشان داده است. کوستا، مک‌کرای و دای در پیش‌بینی‌های خود سازش‌پذیری را دارای قویترین ارتباط با همدلی فرض کرده‌اند (۱۸). کاسپی باور دارد این بعد شخصیتی با گرایش‌های هم‌نوع‌دوستانه و رفتارهای ایثارگرانه مشخص می‌شود. افرادی که از نظر سازش‌پذیری در سطح بالاتری قرار دارند، تمایلات عاطفی قوی‌تری داشته و بیش از سایرین احساساتی مثل ترحم و دلسوزی را تجربه می‌کنند.

همسو با یافته‌های این پژوهش مقال‌هایس، کوستا و کوستا نیز در تحقیقات خود نشان داده‌اند، سازش‌پذیری و گشودگی نسبت به تجارب در بین دانشجویان پزشکی پرتغال از همبستگی بالایی با همدلی برخوردار است (۲۴، ۲۹). از طرف دیگر در پژوهش‌های اخیر نمرات بالای همدلی با میزان اجتماعی بودن بیشتر و پرخاشگری - خصومت کمتر در میان دانشجویان سال اول پزشکی در ارتباط بوده است. این یافته در پژوهش حجت و همکاران نیز مورد تایید قرار گرفته است (۷).

سازش‌پذیری در پژوهش‌های انجام شده مهمترین پیش‌بینی‌کننده همدلی در بین فرهنگ‌ها و اقشار مختلف مردم بوده و از آن به‌عنوان یکی

در تبیین این یافته می توان چنین برداشت نمود که احتمال می رود درگیری ذهنی و جسمی پرستاران با الزامات شغلی خود و تلاش برای ماندن در قیود قواعد و قوانین تعیین شده مانع از داشتن حس همدلی و نیاز به ابراز آن در شرایط جاری می شود.

در خصوص برخی از محدودیت هایی که در فراروی این پژوهش قرار داشت ذکر چند نکته ضروری به نظر می رسد. نخست، دسترسی دشوار به پرستاران امکان استفاده از نمونه ای با حجم بالاتر و مطالعه دو سیستم بیمارستانی دولتی و خصوصی به صورت مجزا را محدود کرد. دوم، این مطالعه با توجه به شرایط اداری و کاری پرستاران در قالب طرح همبستگی صورت پذیرفت، حال آنکه اگر امکان انجام مطالعه ای کیفی فراهم می آمد، قطعاً ظرافت های بیشتری برجسته می شد. سوم، با توجه به محدودیت های فضای کاری پرستاران صرفاً استفاده از یک ابزار برای گردآوری اطلاعات مقدور گردید، در صورتی که اگر امکان استفاده توأمان از پرسشنامه و مصاحبه به وجود می آمد، نتایج قابل اطمینان تری حاصل می شد.

در پایان بر اساس یافته های حاصل از پژوهش حاضر و مطالعات پیشین پیشنهاد می شود با توجه به اینکه ارتباط معناداری بین شخصیت و همدلی پرستاران در رده های مختلف وجود دارد، اولاً در برنامه هایی که به منظور ارتقاء سطح همدلی در آموزش پرستاران و حتی سایر اعضای کادر مراقبت و درمان طراحی می شوند، صفات شخصیتی و اهمیت آن مد نظر قرار گیرد. دوماً در تعریف چارچوب نقش ها برای کادر درمان و بخصوص پرستاران به ارتباط صریح و قدرتمند ویژگی های شخصیتی و همدلی بالینی توجه ویژه مبذول شود.

منابع

1. Cunico L, Sartori R, Marognoli O, Meneghini AM. Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *J Clinic Nurs*; 2012. 21:2016-2025.
2. Brunero S, Lamont S, Coates MA. Review of empathy education in nursing. *Nurs Inquiry*; 2010.

چنین تعاملاتی امکان درک بیماران از سوی پرستاران افزایش پیدا کرده و راه برای پیشبرد فرآیند همدلی هموارتر می شود. با وجود آنچه ذکر شد باید تأثیر بافت فرهنگی جوامع مختلف را نیز در مرتبط ساختن ویژگی شخصیتی برونگرایی با همدلی در نظر گرفت.

بعد گشودگی نسبت به تجارب به خوبی توانسته است میزان همدلی در پرستاران شرکت کننده در تحقیق حاضر را پیش بینی کند. چنان که پیش از این گفته شد (۲۴)، بعد مذکور به همراه سازش پذیری در مطالعات دیگر نیز به عنوان یک عامل پیش بینی کننده قوی در رابطه با همدلی مطرح شده است. افرادی که نمرات بالایی در بعد گشودگی نسبت به تجارب دارند، در مقابل شیوه های جدید تفکر و تغییراتی که در محیط آن ها روی می دهد با ذهنی باز برخورد می کنند. بر این اساس افراد مذکور از حساسیت و بینش بالایی در درک افراد دیگر برخوردار بوده و قادرند شرایط شخصی و هیجانی دیگران را بهتر بفهمند (۳۶).

بعد نوروگرایی در این پژوهش اگر چه ارتباط منفی معناداری با میزان همدلی نشان داده است اما از ارزش قابل توجهی در تحلیل رگرسیون برخوردار نیست. این مورد در راستای تحقیقات پژوهشگرانی مانند اشنایدر و کاسپی (۲۰۰۳) قرار دارد که ارتباط همدلی با عامل ثبات هیجانی را نسبت به ابعاد دیگر غیر شفاف قلمداد نموده اند (۲۱). باین حال چنان که در پژوهش های دیگر نیز اشاره شده است، رفتارهای اجتماعی گرم و مثبت و توجه به دیگران با نمرات پایین در این بعد همراه بوده است (۲۱).

ارتباط بعد وظیفه شناسی با میزان همدلی اگر چه در پژوهش حاضر به لحاظ ضریب همبستگی پیرسون معنادار به دست آمد، اما میزان رابطه حاصل شده در تحلیل رگرسیون فاقد قدرت پیش بینی میزان همدلی در پرستاران بود. عدم وجود رابطه معنادار بین وظیفه شناسی و همدلی در پژوهش مقال هایس، کوستا و کوستا (۲۴) و دست یافتن به ارتباطی ضعیف بین دو متغیر مذکور در مطالعه دباریو، آلوجا و گارسیا (۱۹) مشابه با یافته اخیر در این مطالعه است.

- Personality and Individual Differences; 1991. 12: 887-898.
19. de Barrio V, Aluja A, García LF. Relationship between empathy and the big five personality traits in a sample of Spanish adolescents. *Soc Behav Personal*; 2004. 32(7): 677-682.
 20. Aluja A, García O, García LF. A comparative study of Zuckerman's three structural models for personality through the NEO-PI-R, ZKPQ-III-R, EPQ-RS and Goldberg's 50-bipolar adjectives. *Personal Individ Differ*; 2002. 33: 713-725.
 21. Shiner R, Caspi A. Personality differences in childhood and adolescence: Measurement, development, and consequences. *J Child Psychol Psychiatr*; 2003. 44: 2-32.
 22. Song Y, Shi M. Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. *Plos One*; 2017. 12(2): e0171665.
 23. Ravangard R, Mohamadi Z, Sajjadnia Z, Ghanavatinejad Z. Nurses' Job Involvement and Their Personality Traits in Teaching Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. *Health Scope*; 2014. 2(5): e15096.
 24. Magalhães E, Costa P, Costa MJ. Empathy of medical students and personality: Evidence from the Five-Factor Model. *Med Teach*; 2012. 34(10): 807-812.
 25. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Methods Research in Behavioural Sciences*. 2003. Tehran: Agah. [In Persian].
 26. Abolghasemi A, Narimani M. *Psychological Testes*. Ardebil: Publication of Baghe Rezvan. 2005. [In Persian].
 27. John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In LA. Pervin & OP. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). New York: Guilford Press. 1999.
 28. Nosrat Abadi M, Joshanloo M, Jafari Gh. Reliability and validity of big five inventory (BFI) in Students of Tehran university. *J Psychol Educat Sci*; 2006. 5: 123-148. [In Persian].
 29. Costa P, Alves R, Neto I, Marvão P, Portela M, Costa MJ. Associations between medical student empathy and personality: A multi-institutional study. *PLoS One*; 2014. 9(3): e89254.
 30. Costa PT Jr, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *J Pers Soc Psychol*; 2001. 81(2): 322-331.
 31. Melchers MC, Li M, Haas BW, Reuter M, Bischoff L, Montag C. Similar personality patterns are associated with empathy in four different countries. *Front Psychol*; 2016. 7: 290.
 32. Graziano WG, Habashi MM, Sheese BE, Tobin RM. Agreeableness, empathy, and helping: A person×situation perspective. *J Pers Soc* 17:64-73.
 3. Černý M. Notes on Empathy and Trust as Key Notions in English Medical Discourse. *J ELT Appl Linguist*; 2014. 2(2).
 4. Ozcan CT, Oflaz F, Sutcu CH. Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *Int Nurs Rev*; 2010. 57: 493-499.
 5. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. *J Gen Int Med*; 2006. 21(5): 524-530.
 6. Rahimi-Madiseh M, Tavakol M, Dennick R, Nasiri J. Empathy in Iranian medical students: A preliminary psychometric analysis and differences by gender and year of medical school. *Med Teach*; 2010. 32:471-478.
 7. Hojat M, Zuckerman M, Magee M, Mangione S, Nasca T, Vergare M, et al. Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Pers Individ Differ*; 2005. 39: 1205-1215.
 8. Skinner C, Spurgeon P. Valuing empathy and emotional intelligence in health leadership: a study of empathy, leadership behaviour and outcome effectiveness. *Health Serv Manage Res*; 2005. 18(1): 1-12.
 9. Davis MH. *Empathy: A Social-Psychological Approach*. Oxford: West view Press. 1996.
 10. Larson E B, Yao X. Clinical empathy as emotional labour in the patient-physician relationship. *J Am Med Associat*; 2005. 293(9): 1100-1106.
 11. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi J, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*; 2002. 77: 58-60.
 12. Yu J, Kirk M. Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *J Advanc Nurs*; 2008. 64: 440-454.
 13. Tsai SL, Chai S, Wang HH. Patient-perceived empathy from nurses in Taiwan acute care settings. *Open J Nurs*; 2013. 3: 532-538.
 14. Hojat M. Assessments of empathy in medical school admissions: what additional evidence is needed? *Int J Medi Educa*; 2014. 5:7-10.
 15. Hojat M, Erdmann JB, Gonnella JS. Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide. *Med Teach*; 2013. 79(35): 1267-1301.
 16. Muck P, Hell B, Gosling S. Construct validation of a short five-factor model instrument. A self-peer study on the German adaptation of the Ten-Item Personality Inventory (TIPI-G). *Eur J Psychol Assess*; 2007. 23(3):166-175.
 17. Caspi A, Roberts BW, Shiner R. Personality development: Stability and change. *Ann Rev Psychol*; 2005. 56:453-84.
 18. Costa PT, Mc Crae RR, Dye DA. Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the Neo Personality Inventory.

Psychol; 2007. 93(4): 583–599.

33. Cheng Y, Chou KH, Decety J, Chen IY, Hung D, Tzeng OJ, et al. Sex differences in the neuroanatomy of human mirror-neuron system: A voxel-based morphometric investigation. *Neuroscience*; 2009. 158 (2): 713–720.

34. DeYoung CG, Hirsh JB, Shane MS, Papademetris X, Rajeevan N, Gray JR. Testing predictions from personality neuroscience: Brain structure and the big five. *Psychol Sci*; 2010. 21(6): 820–828.

35. Haas BW, Brook M, Remillard L, Ishak A, Anderson IW, Filkowski MM. I know how you feel: The warm altruistic personality profile and the empathic brain. *PLoS One*; 2015. 10(3): e0120639.

36. Costa P, Magalhães E, Costa MJ. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ Theory Prac*; 2013. 18(3): 509–522.

Big five model in explanation of associations between personality and clinical empathy among nurses

***Behzad Shalchi**, PhD, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran (*Corresponding author). shalchi.b@gmail.com

Abstract

Background: The aim of this study is explanation of associations between personality and clinical empathy on the base of big five model among nurses.

Methods: Statistical population of this research is all of the nurses in public and private hospital of Tabriz city. Selected from that 282 nurses with cluster sampling method. Nurses participated in the present study with answering to Big Five Inventory (BFI-44) and Lamonica Clinical Empathy Scale. Accumulated Data analyses with use of the multivariate analysis of variance (MANOVA) and multivariate analysis of regression.

Results: According to the findings, the dimensions of personality have a multivariate effect on the clinical empathy among nurses. As well as Analysis of multivariate regression relevant that 40% of variance of clinical empathy is explained with five dimensions of personality ($R^2=0.398$). Through of five dimensions of personality, four factors is able to predict the clinical empathy and only consciences dimension of personality not predict the clinical empathy in nurses.

Conclusion: As regards to Strong correlations between personality factors and clinical empathy among nurses suggested that personality traits be taken in to consideration in programs designed to enhance empathy in nursing education and employing them.

Keywords: Big five model, Personality, Clinical empathy, Nurses