



نقش خود دلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران

سمانه مختاری^۱، قاسم آهی^{۲*}، غلام رضا شریف زاده^۳

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۳ مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

* نویسنده مسئول: قاسم آهی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. ایمیل:

Ahigh1356@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۲۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۰۴

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی حرفه‌ای رابطه پیچیده‌ای با ویژگی‌های محیط کاری، محیط زندگی شخصی و مواجهه با تروماهای اولیه و ثانویه در محیط‌های کاری دارد. این پژوهش به منظور تعیین نقش خوددلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران شاغل (۱۱۴ نفر؛ ۹۶ پرستار و ۱۸ بهیار) در بیمارستان دولتی شهر قاین در سال ۱۳۹۵ تشکیل داد. با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهشی کلیه اعضا به عنوان نمونه مد نظر قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها مقیاس دلسوزی به خود نف، مقیاس شایستگی بالینی مرتوجا و همکاران و پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای استام مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش تحلیل رگرسیون چند گانه بکار رفت.

یافته‌ها: تحلیل‌ها نشان داد که شایستگی بالینی و خوددلسوزی سازگاران پیش بین مثبت مؤلفه رضایت از دلسوزی هستند و روی هم ۲۴ درصد از واریانس رضایت از دلسوزی را تبیین می‌کنند ($R^2 = 0/24$). به علاوه خوددلسوزی ناسازگاران پیش بینی کننده مثبت استرس تروماتیک ثانوی بود و ۱۲ درصد از واریانس مشاهده شده در این مؤلفه را تبیین کرد ($R^2 = 0/12$). همچنین شایستگی بالینی و خوددلسوزی ناسازگاران به ترتیب پیش بینی کننده مثبت و منفی مؤلفه فرسودگی کیفیت زندگی بودند و در مجموع ۲۲ درصد از واریانس فرسودگی را تبیین می‌کنند ($R^2 = 0/22$).

نتیجه گیری: جمع بندی یافته‌های پژوهش حاکی از نقش شایستگی بالینی و خوددلسوزی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران و لزوم توجه به شایستگی و خوددلسوزی و مؤلفه‌های آن به هنگام آموزش پرسنل پرستاری در کلاس‌های درس در دانشگاه، دوره‌های کارورزی، بازآموزی و دوره‌های ضمن خدمت است.

واژگان کلیدی: شایستگی بالینی، خود دلسوزی، کیفیت زندگی حرفه‌ای

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

تعریف می‌شود که فرد درباره عملکردش به عنوان یک کمک کننده احساس می‌کند. رضایت از دلسوزی، فرسودگی و خستگی از دلسوزی (استرس تروماتیک) عناصر کیفیت زندگی کاری هستند که توسط پرسنل درمانی در محیط‌هایی که هدفشان کمک به تسکین درد بیماران است تجربه می‌شوند (۴). کیفیت زندگی حرفه‌ای رابطه پیچیده‌ای با ویژگی‌های محیط کاری، محیط زندگی شخصی و مواجهه با تروماهای اولیه و ثانویه در محیط‌های کاری دارد (۵). Stamm معتقد است کیفیت زندگی ترکیبی از سه مؤلفه خستگی از دلسوزی، رضایت از دلسوزی و فرسودگی است (۶). مطالعات نشان داده‌اند که

متخصصان مراقبت بهداشتی و به طور خاص پرستاران معمولاً با موقعیت‌های استرس زای زیادی در زندگی مواجه هستند، این موارد شامل چالش‌های زندگی شخصی، ماهیت کاری که نیاز به ایستادن و تمرکز زیادی دارد، تعهد به مراقبت از بیمار و کار کردن با بیماران نیازمند کمک می‌شود (۱). این چالش‌ها به طور منفی بهزیستی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سطح کیفیت زندگی کاری‌شان را کاهش می‌دهد (۲). کیفیت زندگی حرفه‌ای یک سازه کلی است که به عنوان کیفیت احساس شخص در ارتباط با کارش به عنوان یک مددکار تعریف می‌شود (۳). کیفیت زندگی حرفه‌ای به عنوان هیجانانگیز مثبت و منفی

متعددی در ارزیابی شایستگی پرستاران سهم دارند (۳۰). برای مثال مطالعات قبلی مرتبط با شایستگی بالینی پرستاران نشان داده‌اند که فاکتورهای مرتبط با عملکرد و شایستگی پرستاران بر حسب نوع دپارتمان متفاوت است و عملکرد و شایستگی پرستاران بالینی با تجربه کاری و سطح آموزش افزایش می‌یابد (۳۱، ۳۲). مطالعات دیگر مربوط به نقش فاکتورهای مرتبط با عملکرد و شایستگی بالینی بر ویژگی‌های مرتبط با کار از جمله استرس شغلی، رضایت شغلی و ویژگی‌های جمعیت شناختی متمرکز شده‌اند و سایر مطالعات رابطه بین مهارت‌های تفکر انتقادی پرستار و خود رهبری را بررسی کرده‌اند (۳۳). ارزیابی شایستگی بالینی و اثر آن بر کیفیت خدمات مراقبتی همیشه یک مؤلفه کلیدی آموزش بالینی برای متخصصان سلامت بوده است (۳۵). بیشتر مطالعات مربوط به این حیطه ارتباط شایستگی بالینی با متغیرهایی مانند استرس شغلی و رضایت شغلی (۳۶، ۳۷)، هوش هیجانی (۳۸)، خودکارآمدی (۳۹)، نیازهای انگیزشی (۴۰) و فعالیت تاملی (۴۱) را بررسی کرده‌اند. با وجود این یافته‌های پژوهشی مربوط به این زمینه ناهمگن است و کمتر شایستگی و عملکرد بالینی و کیفیت زندگی حرفه‌ای بررسی شده است (۴). سازمان بهداشت جهانی (۴۲) مجموعه‌ای از شواهد مربوط به خطرات در محیط‌های کاری را ارائه کرده است که در آن استرس‌های مرتبط با کار به عنوان یک خطر جهانی برای سلامت کارکنان شناخته می‌شود. با توجه به شدت استرس‌های تجربه شده در حرفه پرستاری و اینکه استرس در پرستاران به عنوان جز مهم سیستم بهداشتی درمانی موجب کاهش رضایت شغلی، افزایش ترک خدمت و کاهش کیفیت مراقبت‌های بالینی می‌شود (۴۳) پرداختن به خوددلسوزی به عنوان یک مکانیزم تعدیل کننده سایکوپاتولوژیکال مهم به نظر می‌رسد. در صورت وجود رابطه بین خوددلسوزی و کیفیت زندگی این مسیر پژوهشی در فعالیت‌های پرستاری می‌تواند به منظور ارتقای کیفیت زندگی حرفه‌ای و دست یافتن به مراقبت‌های اصیل بکار گرفته شود. به علاوه از آنجایی که یافته‌ها مربوط به شرایط کنونی پرستاران نشان می‌دهد میزان تجربه، مهارت و سابقه کار آنان و یا حتی دانش تئوری و عملی آنان نیز ضعیف می‌باشد و از طرف دیگر موفقیت در فعالیت بالینی نیازمند ترکیب پیچیده دانش، مهارت‌های حسی-حرکتی، مهارت‌های حل مسئله و احساس شایستگی بالینی است (۴۴). به علاوه تضمین مراقبت از بیماران به منظور اطمینان از شایستگی بالینی پرستاران در بیمارستان‌ها و سایر محیط‌های خدمات درمانی نگرانی عمده‌ای است و به شدت مورد توجه مدیران و نظام‌های خدمات سلامت است (۴۵)، پرداختن به شایستگی و تعیین نقش آن در تضمین خدمات مراقبتی ضروری است. از این رو و با توجه به گسترش روزافزون علوم و فنون و رد شدن برخی روش‌های علمی مراقبت و بهداشت لازم است ارتقاء علمی مراکز آموزش، بازآموزی و دوره‌های کوتاه مدت حرفه‌ای و تخصصی جدی گرفته شود. کتاب‌های جدید، مجلات علمی و تحقیقات، سمینارها مجدد و بر مبنای تکنولوژی روز طراحی و تولید شوند و این ممکن نیست مگر به مدد پژوهش‌های بیشتر و بهتر و بر مبنای تکنولوژی روز دنیا و آنچه این امر را میسر خواهد کرد همراه شدن پژوهشگران در این مسیر است. با توجه به آنچه گذشت و به منظور پر کردن خلاء پژوهشی موجود و ایجاد و گسترش یک چارچوب ارجاعی

فاکتورهای مرتبط با کیفیت زندگی کاری بین پرستاران می‌توانند به دو بخش موقعیتی و ذاتی (شخصی) تقسیم شوند. فرسودگی با میزان سختی کار، خود مراقبتی و تعادل تلاش-پاداش مرتبط می‌باشند (۷). (۸)، در حالی که خستگی از دلسوزی با تاب آوری روانشناختی، پاسخ‌های همدلانه و فعالیت تخصصی مرتبطاند (۹). افزایش تجربه بالینی، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی متنوع شاخص‌های رضایت از دلسوزی سطح بالا هستند (۱۰). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که دلسوزی برای دیگران به طور نزدیکی با خوددلسوزی مرتبط است (۱۱، ۱۲) خوددلسوزی نوعی دلسوزی است که به درون جهت داده می‌شود و با خود به عنوان شخص مراقب و مرتبط زمانی که شخص مجبور به تجربه رنج است مرتبط است. خوددلسوزی به عنوان شکل سازگانه‌ای از خودارتباطی که شامل سه مؤلفه اصلی ذهن آگاهی آگسترش حس آگاهانه از رنج شخصی، مهربانی به خود (رفتار کردن با خود به منظور فهمیدن و مهربانی با خود در زمان‌های مشکل) و انسانیت مشترک (ارتباط تجارب استرس زای شخصی در یک چشم انداز تجارب انسانی گسترده‌تر) می‌شود، تعریف می‌شود (۱۳). ادبیات پژوهش به طور هماهنگ نشان داده است که خوددلسوزی با نشانگان روانشناختی کمتر و شاخص‌های بهزیستی روانشناختی مرتبط است (۱۴). افراد خوددلسوز به نظر می‌رسد که نیم رخ‌های روانشناختی سازگانه تری دارند که می‌تواند چنین یافته‌هایی را تبیین کند برای مثال خوددلسوزی با سطوح پایین نشخوار (۱۵-۱۷)، نشانگان ترومای پایین (۱۸)، ترس از ارزیابی منفی (۱۹)، کاهش اجتناب (۲۰)، کاهش نشانگان سایکوز (۲۱)، سرکوبی افکار و هیجان‌ات مزاحم و مهارت‌های هیجانی قابل اطمینان (۲۲، ۲۳) همبسته است. مطالعات تجربی این یافته‌ها را تأیید کرده‌اند و نشان داده‌اند که خوددلسوزی می‌تواند در بهزیستی سهم داشته باشد، آن را افزایش دهد و درماندگی روانشناختی را کمتر کند. خوددلسوزی می‌تواند به متخصصان مراقبت سلامت و به طور خاص پرستاران کمک کند، زیرا آن ممکن است نقش مهمی در حفظ سلامت روانی‌شان داشته باشد (۲۴). به علاوه از آنجا که مشخص شده است که خوددلسوزی با دلسوزی برای دیگران مرتبط است خوددلسوزی می‌تواند تأثیر مهمی بر پیامدهای بیماری (بیماران) داشته باشد. گسترش خوددلسوزی برای پیشگیری از خستگی از دلسوزی و ارتقای مراقبت‌های دلسوزانه مهم است (۲۵).

آنگونه که اشاره شد اخیراً توجه بر مفاهیم مرتبط با کیفیت زندگی کاری متمرکز شده است. این مفهوم به طور نزدیکی با عملکرد شغلی پرستار از جمله عملکرد و شایستگی بالینی مرتبط است (۴). Cowin و همکاران معتقدند که ارزیابی شایستگی پرستار یک شاخص مهم در ارزیابی کیفیت خدمات پرستاری است (۲۶). تعریف و اندازه‌گیری شایستگی بالینی مشکل است، اگر چه پذیرفته شده است که شایستگی بالینی در پرستاری برای ارائه خدمات مراقبتی ایمن و مؤثر برای بیماران ضروری است (۱۹، ۲۷). Black و همکاران شایستگی بالینی را به عنوان توانایی پرستار برای یکپارچه سازی و کاربرد دانش، مهارت، قضاوت‌ها و اسناد شخصی مورد نیاز برای فعالیت کردن مطمئن و اخلاقی در حرفه و محل کارشان تعریف می‌شود (۲۸). انجمن پرستاری انگلستان شایستگی را به عنوان مجموعه‌ای از دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های مورد نیاز برای فعالیت ایمن و مؤثر بدون سوپروایزر مستقیم تعریف می‌کند (۲۹). در محیط‌های مراقبت بهداشتی موضوعات

می‌نویسد، برای هر حیطة میانگین مهارت‌ها و برای کل پرسشنامه میانگین امتیاز کل مهارت‌ها محاسبه می‌شود. شاخص‌های روانسنجی (پایایی و روایی) این ابزار با مشارکت ۴۹۸ پرستار تأیید شده است. در بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران همسانی درونی طبقات بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ گزارش شد (۴۵).

پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای

پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای یک پرسشنامه ۳۰ سوالی خودگزارش دهی است که توسط استام طراحی و ساخته شد (۴۸). آیت‌ها بر روی یک مقیاس ۵ درجه لیکرت درجه بندی می‌شوند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی شامل فرسودگی، رضایت از دلسوزی و خستگی از دلسوزی را بدست داد. نمرات بالاتر در هر خرده مقیاس نشان دهنده علائم بیشتر است. آلفای کرنباخ برای خرده مقیاس‌های فرسودگی، رضایت از دلسوزی و خستگی از دلسوزی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ گزارش شد. در مطالعه Kim و همکاران (۴) آلفای کرنباخ برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ برآورد شد. با توجه به عدم وجود شاخص‌های روایی و پایایی در کشور در این پژوهش برای تعیین روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی و برای تعیین پایایی پرسشنامه از آلفای کرنباخ استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل را استخراج کرد که در مجموع ۴۴/۴۲ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. میزان آلفای کرنباخ برای خرده مقیاس‌های سه گانه به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ برآورد شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی صورت خواهد گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین، میانگین، درصدها برای بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها و از تحلیل رگرسیون چند گانه برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۲۰ پرسشنامه توزیع شده ۹۶ پرسشنامه برگشت کرد. آنگونه که در جدول (۱-۴) مشخص است از مجموع ۹۶ نفر ۵۸ نفر (۶۱/۴۱ درصد) زن و ۳۸ نفر (۳۹/۵۹ درصد) مرد هستند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۰ تا ۵۲ سال با میانگین سنی ۳۰/۰۷ و انحراف معیار ۶/۸۷ بود. از مجموع ۹۶ نفر ۲۶ نفر (۲۷/۰۸ درصد) زیر ۲۵ سال، ۳۲ نفر (۳۳/۳۴ درصد) بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۱۸ نفر (۱۸/۷۵ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۲۰ نفر (۲۰/۸۳ درصد) بالای ۳۵ سال سن دارند. قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل موردبررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌های توزیع روش کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. یافته‌ها نشان داد هیچ یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند. مفروضه استقلال باقیمانده‌ها به کمک آماره دوربین واتسون و بررسی همخطی چندگانه متغیرهای مستقل به کمک آماره عامل تورم واریانس و شاخص تولورنس حاکی از عدم تخطی از مفروضه استقلال باقی مانده‌ها و عدم هم خطی بودن چندگانه بود. جهت پیش بینی رضایت از دلسوزی از طریق خود دلسوزی (سازگارانه و ناسازگارانه) و شایستگی بالینی از تحلیل رگرسیون چند گانه استفاده شد (جدول ۱).

کاملتر این پژوهش به منظور تعیین نقش خوددلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران انجام می‌شود.

روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان دولتی شهر قاین در سال ۱۳۹۵ تشکیل داد. تعداد اعضای نمونه در این پژوهش با توجه به حجم جامعه و بر مبنای استفاده از جدول کرجسی مورگان (۱۹۷۰) ۱۴۰ نفر در نظر گرفته برآورد شد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که پژوهشگر به بیمارستان مراجعه کرده و آزمون‌های مورد نظر توسط تمامی پرستارانی که در روزهای اجرای آزمون در بخش‌های بیمارستانی حاضر بودند تکمیل گردید. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس دلسوزی به خود، پرسشنامه شایستگی بالینی و پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و دارا بودن حداقل یک سال سابقه کار بالینی، به علاوه پرستار حتماً باید در یکی از بخش‌های بیمارستان نظیر اورژانس، بخش‌های جراحی، روان درمانی یا مرکز مراقبت‌های ویژه مشغول به ارائه خدمات باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت شرکت کنندگان در مطالعه بود، پرستاران پاره وقت نیز از مطالعه خارج شدند.

مقیاس دلسوزی به خود

یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ سوالی است که توسط نف ساخته شد. این مقیاس ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود (۵ گویه)، قضاوت از خود (۵ گویه)، مروت یا انسانیت عمومی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، ذهن آگاهی (۴ گویه) و همدردی بیش از حد (۴ گویه) را در بر می‌گرفت. آزمودنی‌ها به سؤالات این پرسش نامه در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ دادند. میانگین نمرات این ۶ مقیاس نیز (با احتساب نمرات معکوس) نمره کلی دلسوزی به خود را به دست می‌دهد. پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسش نامه نشان داده‌اند که همه این ۶ مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تأییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای دلسوزی به خود این همبستگی درونی را تبیین می‌نماید. ثبات درونی این پرسش نامه در تحقیقات گذشته ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۶). در مطالعات ایرانی نیز همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرنباخ ۰/۸۴ مناسب ارزیابی شده است (۴۷).

مقیاس شایستگی بالینی

مقیاس خودارزیابی شایستگی بالینی پرستاران توسط مرتوجا و همکاران ساخته شد (۴۵). این ابزار ۷۳ مهارت پرستاری را در ۷ حیطة بررسی می‌کند که شامل حیطة‌های، یاری رسانی و کمک به بیمار (هفت مهارت)، آموزش و هدایت (شانزده مهارت)، اقدامات تشخیصی (هفت مهارت)، توانایی‌های مدیریتی (هشت مهارت)، اقدامات درمانی (ده مهارت)، تضمین کیفیت (شش مهارت)، و وظایف شغلی و سازمانی (هجده مهارت)، می‌باشند. برای هر مهارت امتیازی بین ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شده که هر فرد براساس میزان مهارت خود، عدد مربوط را

جدول ۱: نتایج تحلیل رگرسیون رضایت از دلسوزی از طریق شایستگی بالینی و خود دلسوزی

متغیر	همبستگی	مجذور همبستگی	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار تی	سطح معنی داری	شاخص تولورنس	عامل تورم واریانس	آماره دوربین واتسون
شایستگی بالینی	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۳۸	۰/۰۸۱	۰/۳۵	۳/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۰۱	
دلسوزی سازگاران	۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۰۲۳	۰/۰۰۶	۰/۳۳	۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۰۱	۱/۷۰

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون استرس تروماتیک ثانوی از طریق شایستگی بالینی و خود دلسوزی

متغیر	همبستگی	مجذور همبستگی	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار تی	سطح معنی داری
خوددلسوزی ناسازگاران	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۳۴	۰/۰۹	۰/۳۵	۳/۶۰	۰/۰۰۱

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون فرسودگی از طریق شایستگی بالینی و خود دلسوزی

متغیر	همبستگی	مجذور همبستگی	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار تی	سطح معنی داری	شاخص تولورنس	عامل تورم واریانس	آماره دوربین واتسون
شایستگی بالینی	۰/۴۲	۰/۱۷	-۰/۰۱۷	۰/۰۰۴	-۰/۴۰	-۴/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۰۷	
خوددلسوزی ناسازگاران	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۱۸	۰/۰۸۲	۰/۲۱	۲/۲۶	۰/۰۲۶	۰/۹۹	۱/۰۰۷	۱/۹۸

می‌دهد که دو متغیر شایستگی بالینی و خوددلسوزی ناسازگاران وارد معادله رگرسیون شده است (جدول ۳). مقدار آماره دوربین واتسون ۱/۹۸ محاسبه شد که حاکی از عدم تخطی از مفروضه استقلال باقی مانده‌ها است. همچنین مقدار شاخص VIF و شاخص تولورنس به ترتیب ۱/۰۰۷، ۱/۰۰۷ و ۰/۹۹ بدست آمد که نشان دهنده عدم هم خطی بودن چندگانه است.

مدل اول مشخص می‌کند که ۱۷ درصد از واریانس مشاهده شده در فرسودگی از طریق شایستگی بالینی توجیه می‌شود ($R = 0.17$) (Square). اضافه شدن مدل ۲ (خوددلسوزی ناسازگاران) باعث افزوده شدن ۵ درصد به واریانس قبلی می‌شود، بدین ترتیب دو مدل روی هم ۲۲ درصد از واریانس فرسودگی را تبیین می‌کنند ($R = 0.22$) (Square). بر این اساس اگر شایستگی بالینی به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰/۴۰ نمرات فرسودگی را کاهش می‌دهد. به علاوه یک واحد افزایش در خوددلسوزی ناسازگاران سبب ۰/۲۱ افزایش در نمرات فرسودگی می‌گردد.

$$\text{فرسودگی} = -0.40 \times 0.21 + 0.22 \times 0.61 = -0.084 + 0.1342 = 0.0492$$

بحث

این پژوهش با هدف بررسی نقش خود دلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران (رضایت از دلسوزی، فرسودگی و استرس تروماتیک ثانوی) انجام شد. یافته‌ها نشان داد که شایستگی بالینی و خوددلسوزی سازگاران پیش بین مثبت مؤلفه رضایت از دلسوزی هستند. به علاوه خوددلسوزی ناسازگاران پیش بینی کننده

مدل اول مشخص می‌کند که ۱۳ درصد از واریانس مشاهده شده در رضایت از دلسوزی از طریق شایستگی بالینی توجیه می‌شود ($R = 0.13$) (R Square). اضافه شدن مدل ۲ (خوددلسوزی سازگاران) باعث افزوده شدن ۱۱ درصد به واریانس قبلی می‌شود، بدین ترتیب دو مدل روی هم ۲۴ درصد از واریانس رضایت از دلسوزی را تبیین می‌کنند ($R = 0.24$) (R Square =). بر این اساس اگر شایستگی بالینی به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰/۳۵ نمرات رضایت از دلسوزی را افزایش می‌دهد. به علاوه یک واحد افزایش در خوددلسوزی سازگاران سبب ۰/۳۳ افزایش در نمرات رضایت از دلسوزی می‌گردد.

$$\text{رضایت از دلسوزی} = 0.35 \times 0.17 + 0.33 \times 0.24 = 0.0595 + 0.0792 = 0.1387$$

جهت پیش بینی استرس تروماتیک ثانوی از طریق خود دلسوزی (سازگاران و ناسازگاران) و شایستگی بالینی از تحلیل رگرسیون چند گانه استفاده شد. مدل نشان می‌دهد که متغیر خوددلسوزی ناسازگاران وارد معادله رگرسیون شده است (جدول ۲).

مدل مشخص می‌کند که ۱۲ درصد از واریانس مشاهده شده در استرس تروماتیک ثانوی از طریق خوددلسوزی ناسازگاران توجیه می‌شود ($R = 0.12$) (R Square =). بر این اساس اگر خوددلسوزی ناسازگاران به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰/۳۵ نمرات استرس تروماتیک ثانوی را افزایش می‌دهد.

$$\text{استرس تروماتیک ثانوی} = 0.35 \times 0.20 + 0.12 \times 0.16 = 0.07 + 0.0192 = 0.0892$$

جهت پیش بینی فرسودگی از طریق خود دلسوزی (سازگاران و ناسازگاران) و شایستگی بالینی از تحلیل رگرسیون چند گانه برای ورود متغیرهای پیش بینی در مدل رگرسیون استفاده شد. مدل نشان

هنگام درماندگی با درک این مسئله که چنین احساساتی متفاوت با احساس شخصی هستند و همچنین توانایی برای پذیرفتن آگاهانه تجارب منفی به هنگام ارائه خدمات مراقبتی به نظر می‌رسد که در عملکرد پرستار نقش مثبتی داشته باشد (۵۷). در تأیید این یافته‌ها Finlay-Jones و همکاران معتقدند که افرادی که خوددلسوزی سازگاران بیشتری را تجربه می‌کنند و شفافیت هیجانی بیشتری دارند هیجانات منفی را راحت‌تر می‌پذیرند و احتمال کمتری هست تا در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا رفتارهای تکانشی را تجربه کنند. این آنها را قادر می‌سازد تا راهبردهای مقابله‌ای بهتری را انتخاب کنند و بدین وسیله پاسخ‌های سازگاران تری به شرایط دیسترس‌زا بدهند (۵۸). لری و همکاران نیز معتقدند که افراد با خوددلسوزی سازگاران بالاتر احتمال بیشتری هست تا درباره رویدادهای منفی به روش‌های سازگاران تری فکر کنند، آن‌ها هدفمندتر و معقول‌ترند، احتمال کمتری هست تا درباره خودشان بی‌رحمانه و فاجعه‌بار قضاوت کنند و این آنان را قادر می‌سازد تا تجارب و رویدادهای منفی را به عنوان بخشی از زندگی روزانه در نظر بگیرند (۲۲). از طرفی دیسترس‌های شخصی و هیجانات منفی مبتنی بر خود از جمله خودقضاوتی و همدردی بیش از حد که از طریق دیسترس‌های دیگران برانگیخته می‌شوند، تمایل به خودانتقادی و برش از دیگران به هنگام دیسترس و بیش‌ارزیابی تجارب منفی می‌تواند منجر به خستگی و فرسودگی شود (۵۶). Klimecki Singer & (۵۹) استدلال می‌کنند که پرورش و ارتقای خوددلسوزی مراقبان سلامت روان را در برابر فرسودگی حمایت می‌کند. به طور خاص آنها استدلال می‌کنند که اگر یک پرستار به رنج بیمار/مراجع با دلسوزی پاسخ دهد آنها با رنج کشیدن همدلی خواهند کرد، اما با آن همانند سازی نخواهند کرد و بنابراین قادر خواهند بود تا احساسات منفی‌شان را کنترل کنند، در مقابل اگر یک پرستار با دیسترس شخصی/همدلانه پاسخ دهد همانندسازی با رنج بیمار باعث می‌شود تا آنها احساس درماندگی کنند که در طولانی مدت منجر به فرسودگی می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش در نظر نگرفتن سال‌های تجربه بالینی پرستاری است. گزارش‌ها نشان می‌دهد تجربه بالینی بیشتر در کار پرستاری با خستگی از دلسوزی بیشتر مرتبط است، زیرا امکان دارد چنین پرستارانی بیشتر با بیماران دارای رنج شدید برخورد داشته باشند و چنین مواجهه‌هایی فشارهای هیجانی شدیدی‌تری به آنها تحمیل می‌کند. به علاوه عدم در نظر گرفتن نقش متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن، جنسیت، سطح آموزش و ... محققان معتقدند که سن، جنسیت، سطح آموزش، موقعیت بیمارستان و مذهب می‌توانند کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران را تحت تأثیر قرار دهند. همچنین فاکتورهای مرتبط با کار نظیر سال‌های خدمت، دپارتمان محل کار، فشار و شیفت کاری و ویژگی‌های بیمارستان محل کار با مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری رابطه معنی داری دارند که در این پژوهش در نظر گرفته نشدند. در گرفتن نقش متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن، جنسیت، سطح آموزش و ... و کنترل این متغیرهای مداخله‌گر از طریق تحلیل رگرسیون‌های چند متغیری یا استفاده از رویکردهای آماری پیچیده‌تر از جمله مدل یابی معادلات ساختاری و طراحی مدل‌هایی با مکانیزم‌های میانجی که حتی امکان روابط علت و معلولی را نیز فراهم می‌آورد. با توجه به نتایج حاصل لزوم توجه به شایستگی و خوددلسوزی و مؤلفه‌های آن به هنگام آموزش پرسنل پرستاری در کلاس‌های درس

مثبت استرس تروماتیک ثانوی بود. همچنین شایستگی بالینی و خوددلسوزی ناسازگاران به ترتیب پیش‌بینی کننده مثبت و منفی مؤلفه فرسودگی کیفیت زندگی بودند. کیفیت زندگی حرفه‌ای کیفیت احساس فرد در ارتباط با کارش به عنوان یک کمک کننده (مددکار) است (۴۸) و جنبه‌های مثبت و منفی عملکرد شغلی، کیفیت زندگی حرفه‌ای فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که شایستگی پرستاران یک تجربه فردی، فرایندی پویا و تغییر اجتماعی تعاملی مثبت و سودمند است که باعث توانایی‌های فراشناختی، تماس با واقعیت، انگیزش، قدرت تصمیم‌گیری، درگیری شغلی، اقتدار حرفه‌ای، خود اعتمادی و دانش و مهارت‌های حرفه‌ای می‌شود و در کیفیت زندگی حرفه‌ای نقش دارد (۴۹). در تأیید این موضوع و همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، یافته‌های Kim و همکاران نشان دادند که پرستاران با نمره‌های بالاتر در شایستگی بالینی رضایت از دلسوزی بالاتر و خستگی از دلسوزی پایین‌تری دارند (۴). Lee, Seomun گزارش کردند که شایستگی با رضایت از دلسوزی رابطه مثبت و با استرس تروماتیک ثانوی و فرسودگی رابطه منفی دارد (۴۸). یافته‌های محمدی و همکاران نشان داد که شایستگی بالینی با کارایی بالینی رابطه مثبت معنی داری دارد (۳۹). همسو با این یافته‌ها Yu و همکاران گزارش کردند که همدلی شناختی، آموزش و حمایت از طرف سازمان شاخص‌های معنی دار کیفیت زندگی حرفه‌ای بودند (۵۰). مهم‌ترین شاخص رضایت از دلسوزی دیدگاه‌گیری بود. ویژگی‌های شخصیتی باز بودن به تجربه و وجدان‌گرایی به طور مثبت با رضایت از دلسوزی مرتبط بود، در حالی که نروتیسم شاخص منفی فرسودگی و خستگی از دلسوزی بود. به علاوه یافته‌های Keidel (۵۱) و Leon و همکاران (۵۲) نشان‌دهنده ارتباط نروتیسم و برون‌گرایی با مؤلفه فرسودگی کیفیت زندگی بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که شایستگی بالینی توانایی کاربرد دانش و مهارت‌های حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی و بین فردی، مهارت‌های حل مسئله پیشرفته، مهارت‌های تصمیم‌گیری، توانایی برای انجام وظایف پرستاری و توانایی برای ترکیب مؤثر مهارت‌های شناختی، عاطفی و روان حرکتی به هنگام مراقبت از بیمار است (۵۳). چنین مهارت‌هایی قابلیت‌های عملی پرستاران را هنگام نیاز به خدمات مراقبتی افزایش می‌دهد (۵۴). به علاوه گزارش شده است که شایستگی بالینی به پرستاران یک احساس خودکفایتی می‌دهد و این احساس خودکفایتی پرستاران را در کمک به بیماران خلاق‌تر می‌سازد و می‌توانند تصمیم‌های کارآمدتر بگیرند (۵۵). درباره ارتباط خوددلسوزی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسو با یافته‌های این پژوهش گزارش‌ها نشان می‌دهد که خوددلسوزی ناسازگاران رابطه بین همدلی با مؤلفه‌های رضایت از دلسوزی و خستگی از دلسوزی را تبیین می‌کند (۵۶). همسو با این یافته‌ها، یافته‌های Gleichgerrcht & Decety (۵۷) نشان دهنده ارتباط همدلی و جنبه‌های منفی کیفیت زندگی حرفه‌ای و یافته‌های Gumley & MacBeth (۱۴) نشان دهنده اثرات مثبت و منفی خوددلسوزی با بهزیستی بود. همچنین Finlay-Jones و همکاران نشان داد که پس از کنترل متغیرهای سن و نروتیسم، خوددلسوزی شاخص اصلی نشانگان استرس بود و اختلال در تنظیم هیجانی این رابطه را میانجی کرد (۵۸). در ارتباط با نقش مثبت خوددلسوزی سازگاران در کیفیت زندگی حرفه‌ای می‌توان گفت احساس همدلانه مرتبط با دیگران به

پرستاری در کلاس‌های درس در دانشگاه، دوره‌های کارورزی، بازآموزی و دوره‌های ضمن خدمت است.

سپاسگزاری

از کلیه مسؤولان و دست اندرکاران محترم بیمارستان شهرستان قاین و تمامی پرستاران شرکت کننده که نهایت همکاری را برای اجرای این طرح داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم. در پایان لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند می‌باشد. همچنین قدردان زحمات این مسؤولان دانشگاه آزاد واحد بیرجند و به طور خاص معاونت پژوهشی این واحد هستیم.

در دانشگاه، دوره‌های کارورزی، بازآموزی و دوره‌های ضمن خدمت برجسته به نظر می‌رسد. بهبود و ارتقای شایستگی بالینی از طریق روش‌هایی چون بازاندیشی، ارزیابی‌های مبتنی بر شبیه سازی و لزوم معرفی خوددلسوزی های سازگارانه و ناسازگارانه و کاربرد اصول پایه درمان مبتنی بر خوددلسوزی گیلبرت و القای شفقت خود نکته‌ای است که به آن باید توجه شود.

نتیجه گیری

جمع بندی یافته‌های پژوهش حاکی از نقش شایستگی بالینی و خوددلسوزی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران و لزوم توجه به شایستگی و خوددلسوزی و مؤلفه‌های آن به هنگام آموزش پرسنل

References

- Gemeay E, Mansour E, Albarrak M. Professional Quality of Life as Perceived By Nursing Students at King Saud University in Riyadh. *J Nurs Health Sci*. 2016;5(2):48-53.
- Boyle D. Countering compassion fatigue: A requisites nursing agenda. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(1):22-30.
- Circenis K, Millere I, Deklava L. Measuring the Professional Quality of Life among Latvian Nurses. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2013;84:1625-9. DOI: [10.1016/j.sbspro.2013.07.003](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.003)
- Kim K, Han Y, Kim JS. Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. *Nurs Ethics*. 2015;22(4):467-78. DOI: [10.1177/0969733014538892](https://doi.org/10.1177/0969733014538892) PMID: [24964868](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24964868/)
- Amin AA, Vankar JR, Nimbalkar SM, Phatak AG. Perceived Stress and Professional Quality of Life in Neonatal Intensive Care Unit Nurses in Gujarat, India. *Indian J Pediatr*. 2015;82(11):1001-5. DOI: [10.1007/s12098-015-1794-3](https://doi.org/10.1007/s12098-015-1794-3) PMID: [26062528](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26062528/)
- Stamm B. *The ProQOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/ Secondary Trauma Scales*. Baltimore, MD: Sidran Press; 2005.
- Sanchez-Reilly S, Morrison LJ, Carey E, Bernacki R, O'Neill L, Kapo J, et al. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *J Support Oncol*. 2013;11(2):75-81. PMID: [23967495](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23967495/)
- da Silva RM, Goulart CT, Lopes LFD, Serrano PM, Costa ALS, de Azevedo Guido L. Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities-an analytic study. *BMC Nurs*. 2014;13(1):9. DOI: [10.1186/1472-6955-13-9](https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-9) PMID: [24678676](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24678676/)
- McGarry S, Girdler S, McDonald A, Valentine J, Lee SL, Blair E, et al. Paediatric health-care professionals: relationships between psychological distress, resilience and coping skills. *J Paediatr Child Health*. 2013;49(9):725-32. DOI: [10.1111/jpc.12260](https://doi.org/10.1111/jpc.12260) PMID: [23808920](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23808920/)
- Sodeke-Gregson EA, Holttum S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur J Psychotraumatol*. 2013;4. DOI: [10.3402/ejpt.v4i0.21869](https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869) PMID: [24386550](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24386550/)
- Lindsay EK, Creswell JD. Helping the self help others: self-affirmation increases self-compassion and pro-social behaviors. *Front Psychol*. 2014;5:421. DOI: [10.3389/fpsyg.2014.00421](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00421) PMID: [24860534](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24860534/)
- Welp LR, Brown CM. Self-compassion, empathy, and helping intentions. *J Posit Psychol*. 2013;9(1):54-65. DOI: [10.1080/17439760.2013.831465](https://doi.org/10.1080/17439760.2013.831465)
- Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self Identity*. 2003;2(2):85-101. DOI: [10.1080/15298860309032](https://doi.org/10.1080/15298860309032)
- MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(6):545-52. DOI: [10.1016/j.cpr.2012.06.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003) PMID: [22796446](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22796446/)
- Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Differ*. 2010;48(6):757-61. DOI: [10.1016/j.paid.2010.01.023](https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023)
- Johnson EA, O'Brien KA. Self-Compassion Soothes the Savage EGO-Threat System: Effects on Negative Affect, Shame, Rumination, and Depressive Symptoms. *J Soc Clin Psychol*. 2013;32(9):939-63. DOI: [10.1521/jscp.2013.32.9.939](https://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.9.939)
- Odou N, Brinker J. Exploring the Relationship between Rumination, Self-compassion, and Mood. *Self Identity*. 2013;13(4):449-59. DOI: [10.1080/15298868.2013.840332](https://doi.org/10.1080/15298868.2013.840332)
- Beaumont E, Galpin A, Jenkins P. 'Being kinder to myself': A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behaviour therapy or cognitive behaviour therapy and compassionate mind training. *Counsel Psychol Rev*. 2012;27(1):31-43.
- Vernon RA, Chiarella M, Papps E. Assessing the Continuing Competence of Nurses in New Zealand. *J Nurs Regulat*. 2013;3(4):19-24. DOI: [10.1016/s2155-8256\(15\)30182-4](https://doi.org/10.1016/s2155-8256(15)30182-4)
- Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther*. 2013;44(3):501-13. DOI: [10.1016/j.beth.2013.04.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004) PMID: [23768676](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23768676/)
- Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*.

- 2013;52(2):199-214. DOI: [10.1111/bjc.12009](https://doi.org/10.1111/bjc.12009) PMID: [24215148](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24215148/)
22. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol.* 2007;92(5):887-904. DOI: [10.1037/0022-3514.92.5.887](https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887) PMID: [17484611](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17484611/)
 23. Neff KD, Hsieh Y-P, Dejitterat K. Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self Identity.* 2005;4(3):263-87. DOI: [10.1080/13576500444000317](https://doi.org/10.1080/13576500444000317)
 24. Adams CE, Leary MR. Promoting Self-Compassionate Attitudes Toward Eating Among Restrictive and Guilty Eaters. *J Soc Clin Psychol.* 2007;26(10):1120-44. DOI: [10.1521/jscp.2007.26.10.1120](https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.10.1120)
 25. Wiklund Gustin L, Wagner L. The butterfly effect of caring - clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scand J Caring Sci.* 2013;27(1):175-83. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x) PMID: [22734628](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22734628/)
 26. Cowin LS, Hengstberger-Sims C, Eagar SC, Gregory L, Andrew S, Rolley J. Competency measurements: testing convergent validity for two measures. *J Adv Nurs.* 2008;64(3):272-7. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2008.04774.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04774.x) PMID: [18990106](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18990106/)
 27. Yanhua C, Watson R. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Educ Today.* 2011;31(8):832-6. DOI: [10.1016/j.nedt.2011.05.003](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.05.003) PMID: [21636181](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21636181/)
 28. Black J, Allen D, Redfern L, Muzio L, Rushowick B, Balaski B, et al. Competencies in the context of entry-level registered nurse practice: a collaborative project in Canada. *Int Nurs Rev.* 2008;55(2):171-8. DOI: [10.1111/j.1466-7657.2007.00626.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00626.x) PMID: [18477101](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18477101/)
 29. Council TUK-bNM. Standards for pre-registration nursing education. UK2010.
 30. Meretoja R, Numminen O, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence between three generational nurse cohorts: A cross-sectional study. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(4):350-8. DOI: [10.1111/ijn.12297](https://doi.org/10.1111/ijn.12297) PMID: [24689751](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24689751/)
 31. Han Y, Park Y. Effects of Self-leadership and Job Involvement on Clinical Competence in General Hospital Nurses. *J Kor Acad Nurs Adm.* 2013;19(4):462. DOI: [10.11111/jkana.2013.19.4.462](https://doi.org/10.11111/jkana.2013.19.4.462)
 32. Kang K-J, Kim E-M, Ryu S-A. Factors Influencing Clinical Competence for General Hospital Nurses. *J Korea Contents Assoc.* 2011;11(1):284-93. DOI: [10.5392/jkca.2011.11.1.284](https://doi.org/10.5392/jkca.2011.11.1.284)
 33. Sung M-H, Eum O-B. Relationships between critical thinking disposition, professional nursing competence and job satisfaction in clinical nurses. *J Kor Acad Nurs Adm.* 2009;15(1):26-36.
 34. Park K, Park M. A study on nurses' self-leadership, organizational commitment and the nursing performance. *J Korean Acad Nurs Adm.* 2008;14:63-71.
 35. Park K, Ahn Y, Kang N, Sohn M. Development of a simulation-based assessment to evaluate the clinical competencies of Korean nursing students. *Nurse Educ Today.* 2016;36:337-41. DOI: [10.1016/j.nedt.2015.08.020](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.020) PMID: [26362069](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26362069/)
 36. Nabirye RC, Brown KC, Pryor ER, Maples EH. Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda. *J Nurs Manag.* 2011;19(6):760-8. DOI: [10.1111/j.1365-2834.2011.01240.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01240.x) PMID: [21899629](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21899629/)
 37. Farquharson B, Allan J, Johnston D, Johnston M, Choudhary C, Jones M. Stress amongst nurses working in a healthcare telephone-advice service: relationship with job satisfaction, intention to leave, sickness absence, and performance. *J Adv Nurs.* 2012;68(7):1624-35. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2012.06006.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06006.x) PMID: [22621255](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22621255/)
 38. Rahkar Farshi M, Vahidi M, Jabraeili M. Relationship between Emotional Intelligence and Clinical Competencies of Nursing Students in Tabriz Nursing and Midwifery School. *Res Dev Med Educ.* 2015;4(1):91-5. DOI: [10.15171/rdme.2015.015](https://doi.org/10.15171/rdme.2015.015)
 39. Mohamadi S, Kohan S, Shafei F. The Relationship between Clinical Competence and Clinical Self-efficacy among Nursing and Midwifery Students. *Int J Pediatr.* 2015;3(6):1117-23.
 40. Dehghan N, Jafarpour H. Relationship between clinical competence and motivation needs of nurses based on the McClelland theory. *Nurs Pract Today.* 2014;1(2):86-92.
 41. Chelliah KK, Arumugam Z. Does Reflective Practice Enhance Clinical Competency in Medical Imaging Undergraduates? *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2012;60:73-7. DOI: [10.1016/j.sbspro.2012.09.349](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.349)
 42. Organization WH. World Health Statistics. Switzerland: WHO Press; 2014.
 43. Komeili-Sani M, Etemadi A, Boustani H, Bahreini M, Hakim A. The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz university hospital, 2013. *J Clin Nurs Midwifery.* 2015;4(1):39-49.
 44. Hassankhani H, Mohajjel Aghdam A, Rahmani A, Mohammadpoorfard Z. The Relationship between Learning Motivation and Self Efficacy among Nursing Students. *Res Dev Med Educ.* 2015;4(1):97-101. DOI: [10.15171/rdme.2015.016](https://doi.org/10.15171/rdme.2015.016)
 45. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs.* 2004;47(2):124-33. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x) PMID: [15196186](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15196186/)
 46. Neff KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity.* 2003;2(3):223-50. DOI: [10.1080/15298860309027](https://doi.org/10.1080/15298860309027)
 47. Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships With Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation. *Int J Psychol Relig.* 2012;22(2):106-18. DOI: [10.1080/10508619.2011.638601](https://doi.org/10.1080/10508619.2011.638601)
 48. Stamm B. The concise ProQOL manual 2010. Available from: <http://www.proqol.org>.
 49. Vanaki Z, Nehrir B, Mokhtari Nouri J, Khademolhosseini SM, Ebadi A. Competency in Nursing Students: A Systematic Review. *Int J Travel Med Global Health.* 2016;4(1):3-11. DOI: [10.20286/ijtmg-04013](https://doi.org/10.20286/ijtmg-04013)
 50. Yu H, Jiang A, Shen J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2016;57:28-38. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012) PMID: [27045562](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27045562/)
 51. Keidel GC. Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *Am J Hosp Palliat Care.*

- 2002;19(3):200-5. [DOI: 10.1177/104990910201900312](#) [PMID: 12026044](#)
52. Leon SC, Visscher L, Sugimura N, Lakin BL. Person-job match among frontline staff working in residential treatment centers: the impact of personality and child psychopathology on burnout experiences. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;78(2):240-8. [DOI: 10.1037/a0013946](#) [PMID: 18954187](#)
 53. Reed FC. Baccalaureate education and professional practice. *Nurs Outlook*. 1967;15(1):50-2.
 54. Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J, Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Ind Health*. 2011;49(2):158-65. [PMID: 21173535](#)
 55. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2004;3(1):2. [DOI: 10.1186/1472-6955-3-2](#) [PMID: 15068484](#)
 56. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;60:1-11. [DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015](#) [PMID: 27297364](#)
 57. Gleichgerrcht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS One*. 2013;8(4):e61526. [DOI: 10.1371/journal.pone.0061526](#) [PMID: 23620760](#)
 58. Finlay-Jones AL, Rees CS, Kane RT. Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133481. [DOI: 10.1371/journal.pone.0133481](#) [PMID: 26207900](#)
 59. Klimecki O, Singer T. Empathic Distress Fatigue Rather Than Compassion Fatigue? Integrating Findings from Empathy Research in Psychology and Social Neuroscience. *New York: Oxford University Press*; 2011. 369-83 p.



Investigating the Role of Self-Compassion and Clinical Competencies in the Prediction of Nurses' Professional Quality of Life

Samaneh Mokhtari¹, Ghassem Ahi^{2,*}, Gholamreza Sharifzadeh³

¹ MSc, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

³ Instructor, Social Determinant of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

* **Corresponding author:** Ghassem Ahi, Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: Ahigh1356@yahoo.com

Received: 24 Apr 2017

Accepted: 18 Oct 2017

Abstract

Introduction: Quality of professional life has complicated the relationship with the characteristics of the work environment, personal living environment, and exposure to primary and secondary trauma at the workplace. This study aimed at determining the role of self-compassion and clinical competence in the quality of nurses' professional life.

Methods: This study was descriptive and correlational. The study population of this study included all nurses at public hospitals of Cain (n = 114; 96 nurses and 18 health workers). Due to the small size of the study population, all members were considered as samples. In order to collect data, the Self-Compassion Scale (Neff, 2003), Clinical Competence Scale (Meretoja et al., 2004) and the Quality of Professional Life Questionnaire (Stam, 2010) were used. Multiple regression analysis was used to examine the research hypotheses.

Results: Data analysis showed that adaptive clinical competency and self-compassion were positive predictors of satisfaction of compassionate component and in total explained 24% of the satisfaction of compassionate variance (R Square = 0.24). In addition, maladaptive self-compassion was a positive predictor of secondary traumatic stress and explained 12% of the observed variance in this component (R Square = 0.12). Furthermore, maladaptive self-compassion and clinical competency were positive and negative predictors of quality of life burnout component, respectively, and totally, explained 22% of burnout (R Square = 0.22).

Conclusions: Analysis of the findings showed the role of self-compassion and clinical competence in the quality of nurses' professional life and the importance of attention to competence and self-compassion and its components during the training of nursing staff in university classrooms, training, retraining and in-service training courses.

Keywords: Clinical Competence, Self- Compassion, Quality of Professional Life