



ارتباط متقابل شفقت و فروتنی فرهنگی در دانشجویان علوم پزشکی سبزوار

سید احمد محمدی حسینی^۱، سارا بهروش^۲

^۱ استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی،

دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

sa.mohammadi@hsu.ac.ir

۰۹۱۵۸۷۱۷۲۸۷

^۲ دانشجوی کارشناسی روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی،

دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

sarabehravesh20@gmail.com

۰۹۳۶۸۲۰۴۴۵۷

چکیده:

شفقت و فروتنی فرهنگی در مراقبت‌های بهداشتی فواید زیادی دارند و از آنجایی که در ارتباط با دیگران هستند، جزء ویژگی‌های ضروری محسوب می‌شوند. در این راستا، هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه میان شفقت و فروتنی فرهنگی می‌باشد. روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است و جامعه آماری دانشجویان دانشگاه پردیس علوم پزشکی سبزوار می‌باشد که در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ تحصیل می‌کردند. روش نمونه‌گیری استفاده شده تصادفی ساده می‌باشد. تعداد نمونه توسط جدول مورگان تعیین شد و تجزیه و تحلیل بر ۱۷۴ عدد پرسشنامه صورت گرفت. در این پژوهش از دو پرسشنامه شفقت ورزی نف^۱(۲۰۰۳) و فروتنی فرهنگی هوک و همکاران^۲(۲۰۱۳) با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت استفاده شد. روایی صوری و محتوایی توسط متخصصان تایید شد و روایی سازه توسط نرم افزار spss سنجیده شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از نرم افزار spss گرفته شد؛ پایایی پرسشنامه شفقت ۰/۸۷۴ و پرسشنامه فروتنی فرهنگی ۰/۷۰۹ به دست آمد که نشان دهنده وضعیت مطلوب آن‌ها است. همچنین برای سنجش چگونگی این دو متغیر، از آزمون‌های پارامتریک نظیر t تک نمونه و همبستگی پیرسون استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد که بین این دو متغیر ارتباط معنادار و متقابلی وجود دارد و نتیجه گرفته می‌شود که افزایش شفقت باعث افزایش فروتنی فرهنگی می‌شود و بالعکس. بنابراین به مسئولین پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌هایی را به منظور رشد شفقت و فروتنی فرهنگی در دستور کار قرار دهند.

واژگان کلیدی:

شفقت ورزی، فروتنی فرهنگی، دانشجویان علوم پزشکی سبزوار

^۱.Neff

^۲.Hook, et al



۱- مقدمه :

استرس جزء جدایی ناپذیر همه حرفه هاست (فدائی اقدم و همکاران، ۱۳۹۹). پرستاران اولین گروهی هستند که بیشترین زمان را با بیماران بدحال و مشرف به مرگ، دوستان و خویشاوندان وی در تماس هستند (کویک و کاو^۳، ۲۰۱۰). حرفه های مراقبت بهداشتی به واسطه ویژگی خاص خود، محیط پر استرسی برای کارکنان به حساب می آید (مکبث و گاملی^۴، ۲۰۱۲). سلامتی پرستاران در ابعاد مختلف، به دلیل شیفت های کاری طولانی و خستگی های ناشی از آن، همیشه مورد تهدید قرار می گیرد (محمد عبدی، محمد مراد و محمد احمد^۵، ۲۰۲۳). در حقیقت مراقبت یک عمل دلسوزانه به حساب می آید و در این میان دلسوزی و شفقت برای دیگران در هر شکلی که صورت گیرد، خود مستلزم داشتن شفقت نسبت به خود است (محمدی، برهانی و روشن زاده، ۱۳۹۵). شفقت نسبت به خود باعث افزایش شفقت نسبت به بیماران شده و همین طور باعث می شود که فرد مراقبت کننده نسبت به بیماران نیز شفقت داشته باشد (ویکلاند گاستین و واگنر^۶، ۲۰۱۳). شواهد موجود نشان می دهد زمانی که مراقبت براساس شفقت و مهربانی انجام می گیرد، بیماران به راحتی می توانند نشانه های بیماری و نگرانی های خود را ابراز کنند. همچنین شفقت به بیمار مزایایی چون افزایش کیفیت مراقبت و رضایت بیماران، افزایش اعتماد بیماران به مراقبین درمانی، پذیرش بهتر اقدامات درمانی از سوی بیماران، کاهش اضطراب، استرس و درد بیماران و حتی نتایج تسکینی دارد (ژان و همکاران^۷، ۲۰۲۲). به عقیده وانگ و همکاران^۸ (۲۰۲۰)، یکی از اصلی ترین شکایات بیماران و بستگان آنها از خدمات درمانی، در خصوص شفقت نداشتن مراقبین درمانی با آنها بوده است که این امر استرس بیماران را بیشتر و اعتماد آنان به سیستم درمانی را کمتر می کند. دلسوزی و تواضع فرهنگی در مراقبت های بهداشتی فواید زیادی دارند. وقتی کارکنان دلسوزی نشان می دهند، رضایت بیماران، پابندی به درمان و بهداشت کلی افزایش می یابد (واتس و همکاران^۹، ۲۰۲۳). به همین ترتیب، وقتی متخصصان بهداشت تواضع فرهنگی را نشان می دهند، ارتباطات، فرهنگ ایمنی، ادراک فرصت های یادگیری، انسجام تیم های بین حرفه ای و عدالت سلامت بهبود می یابد (فوروندا، مک و ویلیامز و آرتور^{۱۰}، ۲۰۱۶، اور و گلبا^{۱۱}، ۲۰۲۳). جانگن، ام سی کالمن و بین بریج^{۱۲} (۲۰۱۸)، گزارش دادند که رویکردهای متدوال در زمینه آموزش شایستگی فرهنگی می تواند به جای ایجاد شایستگی فرهنگی، سوء تفاهم فرهنگی ایجاد کند. آنان علت این سوء تفاهم را این گونه بیان کردند که برخی از افراد شرکت کننده در کارگاه فرهنگی، در کی از فرهنگ مورد نظر پیدا می کنند که باعث ایجاد کلیشه و تعصب می گردد، مگر اینکه با بیماران دارای فرهنگ های مختلف با نگرش فروتنانه برخورد کنند بطور کلی می توان گفت شایستگی فرهنگی مسیری به سوی تواضع فرهنگی است، رویکردی که شامل خود آگاهی، خوداندیشی و همدلی با تجربه زیستی گروه های فرهنگی می باشد (تروالون و موری^{۱۳}، ۱۹۹۸). فرهنگ بطور مداوم در حال تغییر است. ارائه دهندگان خدمات سلامت نیز باید علاوه بر شایستگی فرهنگی، درکشان نیز از فرهنگ بهبود یافته و به فروتنی فرهنگی برسند (هوگس و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۰). بدین ترتیب در سال های بعد «فروتنی فرهنگی» جایگزین «شایستگی فرهنگی» گردید. فروتنی فرهنگی توانایی حفظ موضع درونی خود، در جنبه های مختلف هویت فرهنگی، در عین دیگر محور بودن است. فروتنی فرهنگی متفاوت از آموزش

3. Cevik, & Kav

4. MacBeth, & Gumely

5. Mohammed, Abd El, Mohamed Mourad, & Mohamed Ahmed

6. Wiklund Gustin, & Wagner

7. Zhun, et al

8. Wang, et al

9. Watts, et al

10. Foronda, MacWilliams, & McArthur

11. Or, & Golba

12. Jongen, McCalman, & Bainbridge

13. Tervalon, & Murray-García

14. Hughes, et al



فرهنگی و شایستگی فرهنگی است و به جای دستیابی به دانش و آگاهی درمورد فرهنگ‌ها، بر خود فروتنی تمرکز دارد (بنت و گیتس^{۱۵}، ۲۰۲۱). از آنجا که دانشجویان حرفه‌های بهداشتی وارد محیط‌های درمانی می‌شوند تا به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات فعالیت کنند، شفقت و فروتنی فرهنگی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا مراقبت متمرکز بر بیمار را ارتقا دهند، رویکردی مبتنی بر تمرکز بر دیگران در ارائه مراقبت اتخاذ کنند و احترام و قدردانی بیشتری نسبت به پیشینه‌های فرهنگی متنوع بیماران نشان دهند (اور، آندرسون و گلبا^{۱۶}، ۲۰۲۴).

شفقت و فروتنی فرهنگی باعث ایجاد عدالت و کاهش استرس می‌گردند. لذا ضروری است که این ویژگی‌ها را در دانشجویان حوزه درمان تقویت کرد. باتوجه به مرور مطالعات موجود دغدغه‌ای که برای محقق وجود آمد این است که ارتباط بین این دو متغیر به چه شکل است؟ و دیدگاه جوامع پزشکی کشور ما به ضرورت وجود و ارتباط متقابل شفقت و فروتنی فرهنگی چطور است؟

یکی از مفاهیم اصلی بوداییسم که در روانشناسی غربی کمتر شناخته شده اما در پژوهش‌هایی که به مفهوم خود و نگرش خود می‌پردازند بیشتر به چشم می‌خورد، مفهوم خود شفقت‌ورزی است (بایر^{۱۷}، ۲۰۱۷؛ گیلبرت^{۱۸}، ۲۰۰۹). واژه شفقت از واژه لاتین *Compati* به معنای "رنج بردن از چیزی" برگرفته شده است. در اغلب موارد، شفقت با مفاهیمی از قبیل همدردی، همدلی و مهربانی در ارتباط است (عزیزی، حیدری‌نیا و فلاح، ۱۳۹۸). شفقت نسبت به خود اگرچه واژه جدیدی در روانشناسی غرب است ولی سال‌ها پیش در فلسفه‌ی بودایی رایج بوده و به رنجشی اشاره دارد که فرد در مقابل اجتناب از شرایط نامطلوب متحمل شده و در جهت تسکین رنجش و بهبودی خودش با مهربانی عمل می‌کند (بریانسیس و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۴). همچنین این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیرقضاوت‌گرانه در رابطه با آن‌ها است (نف، ۲۰۰۳). خود شفقت‌ورزی باعث بهبود رابطه فرد با دیگران می‌شود و مراقبت همدلانه‌تر و نوع دوستی را تشویق می‌کند (آپتون^{۲۰}، ۲۰۱۸). بهبود نگرش‌ها و رفتارهای خود شفقت‌ورزی به احتمال زیاد باعث بهبود انعطاف‌پذیری در برابر فشار روانی و افزایش شفقت نسبت به دیگران می‌شود (دو و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۸). خود شفقت‌ورزی، یعنی افراد همان مهربانی و مراقبتی که به دیگران دارند، حین تجربه‌ی سختی‌ها به خودشان نیز داشته باشند (یسیل و پولات^{۲۲}، ۲۰۲۳). اما به معنای خودباوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (نف، ۲۰۱۱). شش زیر مقیاس خود شفقت‌ورزی شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت نسبت به خود، احساسات مشترک انسانی در مقابل بزرگ‌نمایی می‌باشد (دریسورنر، جانکر و وان‌دیک^{۲۳}، ۲۰۲۱). خود شفقت‌ورزی توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (به جای اجتناب از آن‌ها) بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تاسف برای خود می‌باشد (مارشال و همکاران^{۲۴}، ۲۰۲۰). شفقت‌ورزی به خود، مستلزم نوعی حرکت کردن از شرایط سخت روانی به سمت اصلاح و بهبود آن است. به این معنا که این سازه مستلزم احساس پذیرش و مهربانی نسبت به خود است و ناشی از گشودگی خاطر و خوش قلبی است و بوسیله قضاوت‌ها و پیش داوری‌های شدید مسدود نمی‌شود (تیرچ^{۲۵}، ۲۰۱۰). همچنین نتایج یک متاآنالیز نشان داد که خود شفقت‌ورزی با عملکردهای شناختی مانند خلق مثبت، خوش‌بینی و رفاه کلی مرتبط است (فراری و همکاران^{۲۶}، ۲۰۱۹) افرادی که نسبت به خود شفقت بالاتری دارند قدرت بهبود بخشیدن ضعف‌ها، اصلاح

15. Bennet, & Gates

16. Or, Anderson, & Golba

17. Bear

18. Gilbert

19. Breines, et al

20. Upton

21. Dev, et al

22. Yeşil, & Polat

23. Dreisoerner, Junker & Van Dick

24. Marshall, et al

25. Tirsch

26. Ferrari, et al



مشکلات اخلاقی و چالش‌های خودشان در آنها بیشتر بوده است (بریانسیس و چین ۲۰۱۲،^{۲۷}). استم (۲۰۱۰)،^{۲۸} رضایت از شفقت را بعد مثبت و به عنوان احساس سرزندگی و انگیزه‌مندی که یک پرستار از پیوند با درد و رنج بیماران و سهم شدن با آنها احساس میکند و خستگی از شفقت را بعد منفی که دارای دو سازه استرس تروماتیک ثانویه و فرسودگی است، عنوان کرد. یکی از عوامل مؤثر در بعد رضایت از شفقت در پرستاران، برقراری یک رابطه توأم با همدلی با بیماران است (ضیغمی، رفیعی و پرویزی، ۱۳۹۱). افرادی که نسبت به خود شفقت بالاتری دارند افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت‌مندی بیشتری در زندگی خود برخوردارند (بشارپور و همکاران ۲۰۱۴،^{۲۹}). تواضع فرهنگی شامل "داشتن یک موضع بین‌فردی است که به جای تمرکز بر خود، بر دیگران متمرکز است. که با احترام و فقدان برتری نسبت به پس‌زمینه و تجربه فرهنگی فرد دیگری مشخص می‌شود و همینطور شامل توانایی حفظ نگرشی بین‌فردی و دیگری محور (یا باز بودن به سوی دیگری) در رابطه با جنبه‌های هویتی فرهنگی است که برای مراجع مهم‌ترین اهمیت را دارند (هوک و همکاران، ۲۰۱۶). فروتنی فرهنگی و ساختاری به‌عنوان بخش مهمی از آموزش و عمل پزشکی پیشنهاد شده است (متزل و هنسن ۲۰۱۴،^{۳۰}؛ داس‌گوپتا ۲۰۰۸،^{۳۱}). از دیدگاه ساکاریتکول^{۳۲} (۲۰۰۲)، فروتنی فرهنگی یعنی گفتن "من تو را می‌بینم" یعنی واقعاً افراد را به‌عنوان کلیت وجودی‌شان ببینیم، نه تصاویری که ما از آنها در دسته‌بندی‌های خود ساخته‌ایم و همچنین به معنای تمرین گوش دادن با همدلی و گفتن "صدایت را می‌شنوم" است. یعنی پذیرش اینکه افراد داستان‌های منحصر به فردی دارند و آمادگی کامل برای شنیدن داستان‌های آنها، بدون آنکه تحت تأثیر تعصبات خود فقط چیزی را که تمایل داریم بشنویم، باشیم. پژوهشگران و کارکنان پژوهشی می‌توانند از طریق کارگاه‌های خودبازتابی نهادی که شامل رویکردهای "دیگران‌محور" برای کاهش تفاوت‌های قدرت، ایجاد مشارکت‌ها و درک فعال تجارب زندگی گروه‌هایی که با آنها کار خواهند کرد، فروتنی فرهنگی را تقویت کنند (زو و همکاران ۲۰۲۲،^{۳۳}). در حوزه بهداشت و درمان، تواضع فرهنگی به عنوان ویژگی‌هایی از احترام، همدلی و خوداندیشی انتقادی در سطوح درون‌فردی و بین‌فردی تعریف می‌شود (هوک و همکاران، ۲۰۱۴). چهار عنصر از تواضع فرهنگی: خوداندیشی/خودانتقادی، یادگیری از بیماران، ایجاد شراکت و یک فرآیند مادام‌العمر. خوداندیشی با جنبه درون‌فردی تواضع فرهنگی هم‌راستا است. مولفه بین‌فردی تواضع فرهنگی نیز بر یادگیری از بیماران از طریق گوش دادن و ایجاد شراکت تأکید دارد (چانگ، سایمون و دونگ ۲۰۱۲،^{۳۴}). در بُعد بین‌فردی، افراد فروتن می‌توانند نگرشی بین‌فردی داشته باشند که بیشتر بر دیگری متمرکز است تا بر خود و با احترام به دیگران و نبود احساس برتری مشخص می‌شود (دیویس و همکاران ۲۰۱۱،^{۳۵}). هوک و همکاران (۲۰۱۳) معتقدند که بُعد بین‌فردی به‌طور بالقوه مرتبط‌تر با رابطه درمانی و به شکلی بهتر قابل درک (و ارزیابی) توسط مراجع است. با توجه به مباحث گفته شده در ادامه به چند پژوهش داخلی و خارجی پرداخته می‌شود:

افشار و محمدی (۱۴۰۱)، پژوهشی تحت عنوان میزان شفقت پرستاران نسبت به بیماران و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام دادند و نتیجه گرفتند که مدیریت استرس در پرستاران و توجه به عوامل دموگرافیک پرستاران، می‌تواند میزان شفقت پرستار به بیمار را افزایش داد. نظری، عباس‌زاده و موسی‌زاده (۱۴۰۱)، در پژوهشی تحت عنوان فروتنی فرهنگی پرستاران در افق تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی، مرور اسناد بالادستی آموزش پرستاری در جمهوری اسلامی ایران به این نتیجه رسیدند که اگرچه اسناد موجود، در اهداف کلان خود به‌طور ضمنی به مفهوم فروتنی فرهنگی پرداخته‌اند، اما توجه شفاف و عملیاتی به آن در بخش‌های

²⁷. Breines, & Chen

²⁸. Stemm

²⁹. Basharpour, et al

³⁰. Metzl, & Hansen

³¹. DasGupta

³². Sucharitikul

³³. Zhu, et al

³⁴. Chang, Simon, & Dong

³⁵. Davis, et al



اجرائی برنامه، کم است. همچنین به برخی از ویژگی‌های مفهوم مورد نظر که از نظر شایستگی‌های بسیار مهم یک پرستار است، توجه کمتری شده است. لذا توصیه می‌شود تا سیاستگذاران و دست‌اندرکاران به عملیاتی کردن دستیابی به ویژگی مهم فروتنی فرهنگی پرستاران در اسناد بالادستی توجه بیشتری نمایند. آبرامز و همکاران^{۳۶} (۲۰۲۴)، پژوهشی با عنوان اقدامات شفقت فردی، بین فردی و سازمانی در میان پرستاران در زمان‌های استرس حاد: یک تحلیل کیفی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که سه موضوع اصلی از تحلیل روایت ما استخراج شد که شامل: ۱. یادگیری و تمرین خودشفقتی، ۲. حضور و غیاب، ۳. اعمال (غیر) شفقت‌آمیز سازمانی. یافته‌ها نشان می‌دهد که شفقت به خود نیازمند اجازه و انضباط است و اغلب برای پرستاران زمینه‌ای ناآشنا محسوب می‌شود. شفقت بین فردی می‌تواند در مواقع دشوار پرستاران را حمایت کند، اما اغلب در میان تیم‌ها غایب است. تجربیات پرستاران از اعمال شفقت‌آمیز سازمانی محدود بوده و آن‌ها اغلب احساس می‌کردند که بی‌ارزش، بدون حمایت و قابل جایگزینی هستند. اور، آندرسون و گلبا^{۳۷} (۲۰۲۴)، پژوهشی تحت عنوان پرورش شفقت و فروتنی فرهنگی در دانشجویان حرفه‌های بهداشتی از طریق یک تمرین کوتاه ذهن آگاهی انجام دادند و نتیجه گرفتند که پس از شرکت در تمرین کوتاه مدیتیشن مهربانی و محبت، افزایش‌های معنادار آماری در ذهن آگاهی، شفقت و فروتنی فرهنگی مشاهده شد که اندازه‌های تأثیر از کوچک تا متوسط بودند. فوروندا^{۳۸} (۲۰۲۰)، پژوهشی با عنوان یک نظریه درمورد فروتنی فرهنگی انجام داد و نتیجه گرفت که: نظریه فروتنی فرهنگی ارائه شده است. برای تقویت درک بهتر از ملاحظات متعدد مرتبط با داشتن فروتنی فرهنگی، این نظریه وضوحی در مفاهیم مرتبط، تأثیرات و نتایج آن ارائه می‌دهد. این نظریه ممکن است به یادگیرندگان کمک کند عوامل متعددی را که منجر به دیدگاه‌های ناسازگار می‌شوند شناسایی کرده و انعطاف‌پذیری لازم را برای تقویت نتایج مثبت از خود نشان دهند.

فرضیه‌های پژوهش

۱. بین شفقت و فروتنی فرهنگی در دانشجویان علوم پزشکی سبزواری ارتباط متقابل وجود دارد.
۲. دانشجویان علوم پزشکی سبزواری از فروتنی فرهنگی خوبی برخوردار هستند.
۳. دانشجویان علوم پزشکی سبزواری از شفقت خوبی برخوردار هستند.

۲- روش شناسی :

هدف تحقیق نوشته شده کاربردی است چرا که کمک کننده به تمام سازمان‌های نظام آموزشی اعم از نظام پزشکی، آموزش عالی و... است و به دنبال این است که ارتباط متقابل بین دو متغیر شفقت و فروتنی فرهنگی را بررسی کند. همچنین از لحاظ ماهیت و گردآوری داده‌ها کمی و از نوع توصیفی-همبستگی است. این پژوهش توصیفی است، چرا که به توصیف وضعیت متغیرها و از این جهت همبستگی می‌باشد که به ارتباط بین آن‌ها می‌پردازد. از جهت گردآوری اطلاعات در زمینه تنظیم مقاله، از پایگاه‌های اطلاعاتی ایرانی و خارجی نظیر سیولیکا، SID، نورمگز، GoogleScholar و ScienceDirect و پایان‌نامه‌های مربوطه بهره گرفته شده است. همچنین یکی دیگر از ابزار گردآوری که اصلی‌ترین این پژوهش می‌باشد، پرسشنامه است. پرسشنامه پخش شده شامل ۴۱ گویه می‌باشد. این تعداد مربوط به سه قسمت مجزا از جمله مشخصات فردی، مقیاس شفقت و مقیاس فروتنی فرهنگی است. مشخصات فردی شامل ۴ گویه (جنسیت، سن، میزان تحصیلات و دانشکده) می‌باشد. پرسشنامه شفقت ورزی به خود توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۶ گویه با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) است که دارای ۶ زیر مقیاس، مهربانی نسبت به خود (۱۹، ۲۶، ۱۲، ۲۳، ۵)؛ قضاوت خود (۲، ۲۰، ۲۴ و ۶)؛ بهشیاری (۱۶، ۱، ۲۱، ۱۱ و ۸)؛ همانند سازی افراطی (۱۰، ۷، ۱۵، ۳)؛ اشتراکات انسانی (۲۵، ۴، ۱۳، ۱۸)؛ و انزوا (۱۷، ۲۲، ۱۴، ۹) می‌باشد. بخش سوم پرسشنامه مربوط به فروتنی فرهنگی است که توسط هوک و همکاران در سال ۲۰۱۳ طراحی شد. این مقیاس ۱۲ گویه با طیف ۵ تایی لیکرت دارد. که برای هر گزینه امتیاز در نظر گرفته شده است: ۱: کاملاً مخالفم ۲: تقریباً مخالفم ۳: بدون

36. Abrams, et al



نظر ۴: تقریباً موافقم ۵: کاملاً موافقم. این پرسشنامه دارای سه بعد اصلی می‌باشد. از جمله: دیگر محوری (۱ تا ۵)، تمایل به یادگیری (۶) و خود محوری (۷ تا ۱۱).

خلاصه چگونگی پرسشنامه‌ها را می‌توانید در جدول شماره ۱ مشاهده نمایید.

۱) خلاصه چگونگی پرسشنامه‌ها

متغیر	ابعاد	سوالات
شفقت	مهربانی نسبت به خود	۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶
	قضاوت خود	۶، ۲۰، ۲۱، ۲۴
	به‌شیاری	۱۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱
	هماندسازی افراطی	۳، ۷، ۱۰، ۱۵
	اشتراکات انسانی	۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵
	انزوا	۹، ۱۴، ۱۷، ۲۲
فروتنی فرهنگی	دیگر محوری	۱، ۲، ۳، ۴، ۵
	تمایل به یادگیری	۶
	خود محوری	۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱

جامعه آماری مربوطه، شامل دانشجویان دانشگاه پردیس علوم پزشکی سبزوار است که در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ مشغول به تحصیل هستند. این تعداد شامل ۲۶۰۰ نفر می‌باشد. همچنین نمونه مورد مطالعه براساس جدول مورگان ۳۳۵ نفر تعیین شد و به روش تصادفی ساده بین ۳۵۰ دانشجوی بخش شد که از این تعداد ۲۰۰ پرسشنامه به دست ما رسید. از این تعداد ۲۶ پرسشنامه مخدوش بود و کنار گذاشته شد و بر روی ۱۷۴ پرسشنامه تجزیه و تحلیل صورت گرفت. روایی صوری و محتوایی مربوط به پرسشنامه، توسط استاد راهنما تایید گردید و همچنین روایی سازه توسط نرم افزار SPSS گرفته شد. آلفای کرونباخ هردو متغیر توسط نرم افزار SPSS گرفته شد و اعداد به دست آمده بالای ۰/۷ می‌باشد. به این صورت که آلفای کرونباخ شفقت ۰/۸۷۴ و آلفای کرونباخ فروتنی فرهنگی ۰/۷۰۹ می‌باشد.

۳- بحث درباره یافته‌ها

نتایج چگونگی توزیع نمونه آماری از حیث متغیرهایی چون جنسیت، سن، میزان تحصیلات را در جدول ذیل آمده است:

۲) ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه آماری

ویژگی‌های مورد بررسی	گزینه‌ها	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۷۸	۴۴/۸
	زن	۹۶	۵۵/۲
سن	۱۸ تا ۲۲	۱۱۲	۶۴/۴
	۲۳ تا ۲۶	۳۸	۲۱/۸
	۲۷ تا ۳۰	۱۰	۵/۷
	۳۰ به بالا	۱۴	۸/۰
	کارشناسی	۱۵۸	۹۰/۸
میزان تحصیلات	کارشناسی ارشد	۸	۴/۶



۴/۶	۸	دکتری	دانشکده
۳۰/۵	۵۳	پرستاری و مامایی	
۲۷/۶	۴۸	پزشکی	
۲۳/۶	۴۱	پیراپزشکی	
۱۷/۸	۳۱	بهداشت	
۰/۶	۱	پرستاری جویین	

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، اکثریت نمونه آماری پژوهش را زنان با ۵۵/۲ درصد تشکیل داده‌اند. از نظر سنی ۶۴/۴ درصد بین ۱۸ تا ۲۲ سال، ۲۱/۸ درصد بین ۲۳ تا ۲۶ سال، ۵/۷ درصد بین ۲۷ تا ۳۰ سال و ۸ درصد ۳۰ سال به بالا هستند. از لحاظ میزان تحصیلات اکثر پاسخ دهندگان با ۹۰/۸ درصد در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کنند. اکثر دانشجویان با ۳۰/۵ درصد از دانشکده پرستاری و مامایی و اقلیت آنان با ۰/۶ درصد از دانشکده پرستاری جویین بودند.

۳) آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیر	Z	سطح معناداری
شفقت	۰/۰۵۷	۰/۲۰۰
فروتنی فرهنگی	۰/۰۹۴	۰/۰۰۱

برای تعیین درست یا نادرست بودن وضعیت داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده کردیم و همان طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد می‌بینیم که داده‌های مربوط به متغیر شفقت نرمال بوده اما داده‌های متغیر فروتنی فرهنگی دارای وضعیت نرمال نمی‌باشد. اما از آنجایی که بیش از ۶۰ پرسشنامه پخش گردیده‌است، از قضیه حد مرکزی استفاده نموده و فرض می‌شود که داده‌های مربوط به فروتنی فرهنگی نیز نرمال هستند. بنابراین می‌توان برای هر دو متغیر از آزمون‌های پارامتریک از جمله آزمون میانگین جامعه، همبستگی پیرسون، Anova و... استفاده نمود.

از آزمون میانگین یک جامعه برای تشخیص تفاوت میانگین جامعه با میانگین نمونه استفاده می‌شود و تفاوت آن را با یک مقدار مفروض که در جدول شماره ۴ آمده‌است مورد آزمون قرار می‌دهیم.

۴) نتایج میانگین یک جامعه برای متغیرهای پژوهش

مقدار آزمون						
نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	عدد معناداری	t	درجه اطمینان ۹۵٪	
					حد پایین	حد بالا
شفقت	۸۲/۶۷۸۲	۱۳/۳۹۱۸۲	۰/۰۰۱	۱۷/۴۱۳	۱۵/۶۷۴۳	۱۹/۶۸۲۰
فروتنی فرهنگی	۴۲/۹۷۷۰	۵/۴۷۵۰۷	۰/۰۰۱	۳۷/۲۸۸	۱۴/۶۵۷۸	۱۶/۲۹۶۳

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میانگین مربوط به متغیر شفقت از میانگین مفروض (۶۵) بیشتر بوده و t در بازه $\pm 1/96$ قرار ندارد. همچنین سطح معناداری زیر ۰/۰۵ می‌باشد. به همین دلیل تفاوت معناداری بین میانگین جامعه و میانگین نمونه وجود دارد و فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهشی تایید می‌شود. همچنین طبق جدول فوق، متوجه می‌شویم که میانگین متغیر فروتنی فرهنگی از میانگین مفروض (۲۷/۵) بیشتر است و از آنجایی که t در بازه $\pm 1/96$ قرار ندارد و عدد معناداری زیر ۰/۰۵ می‌باشد، پس بین میانگین جامعه و میانگین نمونه این متغیر تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه پژوهشی تایید می‌شود. بنابراین هر دو متغیر دارای وضعیت مناسبی هستند. داده‌های به دست آمده نشانگر این است که دانشجویان علوم پزشکی سبزوار از شفقت و فروتنی فرهنگی خوبی برخوردار هستند.



۵) آزمون همبستگی

فروتنی فرهنگی	شفقت	همبستگی پیرسون	شفقت
۰/۲۲۴*	۱	سطح معناداری	
۰/۰۰۳	۱۷۴	تعداد	

جدول شماره ۵ نشان می دهد که مقدار سطح معناداری بین شفقت و فروتنی فرهنگی ۰/۰۰۳ به دست آمده است و از مقدار ۰/۰۵ کمتر است؛ پس نتیجه می گیریم که بین این دو متغیر رابطه وجود دارد و با افزایش شفقت فروتنی فرهنگی آن ها افزایش می یابد و بالعکس. یعنی هرچقدر مهربانی و دلسوزی افراد نسبت به خود و دیگران افزایش پیدا کند، تواضع افراد نیز بیشتر می شود. همان طور که داده ها نشان می دهند شدت میزان این همبستگی، ۰/۲۲۴ می باشد. به این معنا است که رابطه مشاهده شده، رابطه متوسطی است.

۴- نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی ارتباط متقابل شفقت و فروتنی فرهنگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می باشد. نتایج نشان می دهد که بین شفقت و فروتنی فرهنگی رابطه متقابل وجود دارد و با افزایش شفقت، فروتنی فرهنگی افزایش پیدا می کند و بالعکس. به طوری که در سازمان مدنظر، افرادی که در زمان های دشوار بیش از قبل به خود مهر می ورزند، از خود مراقبت می کنند و کمتر به خود سخت گیری می کنند، بیشتر به مراجعین احترام می گذارند و در کارشان محتاط و ملاحظه تر هستند. پژوهش صورت گرفته توسط اور، آندرسون و گلبا در سال ۲۰۲۴ با این یافته ها شباهت داشت که با هدف برنامه های آموزش بهداشت تربیت حرفه ای های بهداشتی دلسوز با مهارت های بالینی قوی، از جمله توانایی برخورد همدلانه و ذهنی با بیماران از زمینه های فرهنگی مختلف انجام شد. همچنین این پژوهش گویای این است که میزان شفقت دانشجویان بالا است. یعنی کاستی ها و بی کفایتی های خود را تحمل می کنند و سعی می کنند که به یاد آورند که این احساس بین تمام انسان ها مشترک است. این نتیجه با نتایج پژوهش های افشار و محمدی (۱۴۰۱)، هوپر و همکاران^{۳۷} (۲۰۱۰) و ویکلاند گاستین و واگنر (۲۰۱۳) که میزان شفقت در آن ها نیز بالا تلقی شد، همخوانی دارد. پژوهش انجام شده حاکی از این است که دانشجویان علوم پزشکی سبزوار از فروتنی فرهنگی خوبی برخوردار هستند. به این معنا که نسبت به مراجعین مختلف، هیچ تعصبی ندارند و به آنان از موضع بالاتر نگاه نمی کنند همچنین به دنبال یادگیری بیشتر هستند و زمانی که دچار تردید می شوند سوالاتشان را مطرح می کنند. اما پژوهشی هم راستای چگونگی میزان فروتنی فرهنگی در کادر درمان مشاهده نشد. با این حال پژوهش هایی (نظری، عباس زاده و موسی زاده در سال ۱۴۰۱، فوروندا و همکاران در سال ۲۰۱۶) در دسترس هستند که مرتبط با واژگانی همچون شایستگی فرهنگی است که این واژه رابطه تنگاتنگی با فروتنی فرهنگی دارد.

پیشنهادهای

به دلیل لزوم وجود شفقت و فروتنی فرهنگی پیشنهاد می شود به تقویت این دو متغیر در دانشجویان علوم پزشکی که آیندگان کادر درمان هستند، پرداخته شود و مهارت های لازم را در این زمینه به آن ها آموزش دهند. چرا که آن ها با مراجعان ارتباط دارند و باید بتوانند دلسوزی و مهربانی مناسبی نسبت به مراجعین خود داشته باشند. همچنین لازم به ذکر است که لازمه شفقت ورزی به دیگران، شفقت ورزی به خود است لذا ضروری به نظر می آید که در مراکز آموزشی درباره این دو متغیر بحث هایی صورت گرفته شود و کارگاه هایی تحت عنوان شفقت و فروتنی فرهنگی برگزار شود که دانشجویان را با این مفاهیم آشنا سازند و به رشد این ویژگی ها در دانشجویان بپردازند. به این معنا که تلاش کنند صحبت هایی را پیرامون تقویت موضوعاتی مانند قضاوت کردن بی کفایتی ها و احساس متفاوت بودن به دلیل وجود آن و همچنین به سردی رفتار کردن با خود، انجام دهند. تا بتوانند مهربانی و دلسوزی را نسبت به خود و دیگران افزایش دهند. همچنین توصیه می شود در

³⁷ Hooper, et al



راستای اینکه دانشجویان نباید احساس کنند که همه چیز را می‌دانند و بیش از آنچه انجام می‌دهند، می‌فهمند گفتگو کنند. به این منظور که ابعاد منفی مربوط به فروتنی فرهنگی را در دانشجویان علوم پزشکی کاهش دهند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که روابط به دست آمده از نوع همبستگی است لذا نمی‌توان گزاره‌های علی بیان کرد و همچنین این مطالعه مربوط به جامعه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار است، لذا یافته‌های مربوطه قابل تعمیم به دیگر دانشگاه‌های علوم پزشکی نیست. و استفاده کردن از این یافته‌ها در دانشگاه‌های دیگر غیرمجاز می‌باشد.

منابع و مراجع

- افشار، محمد و محمدی، صبا (۱۴۰۱). میزان شفقت پرستاران نسبت به بیماران و عوامل مرتبط با آن در بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان، *مجله پرستاری و مامایی*، دوره ۲۰، شماره ۸، پی در پی ۱۵۷، آبان ۱۴۰۱، صص ۶۵۵-۶۶۴.
- ضیغمی، رضا، رفیعی، فروغ و پرویزی، سرور (۱۳۹۱). تحلیل مفهوم همدلی در پرستاری، *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، سال ۱، شماره ۱، صص ۳۳-۲۷.
- عزیزی، امین، حیدری‌نیا، هادی و فلاح، محمدحسین (۱۳۹۸). بررسی مولفه‌های روانشناسی شفقت گیلبرت در کتاب بوستان سعدی، *نشریه علمی-پژوهشی*، پژوهشنامه ادبیات تعلیمی، سال ۱۱، شماره ۴۱، بهار ۱۳۹۸، صص ۲۰۴-۱۸۱.
- فدائی اقدم، نسرين، عامری، ملیحه، گلی، شهربانو، ایمنی، ملیحه (۱۳۹۹). بررسی ارتباط کیفیت خواب و استرس شغلی پرستاران در شیفت‌های مختلف کاری، *در مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، دوره ۲۸، شماره ۲، صص ۱۱۱-۱۰۵.
- نظری، رقیه، عباس زاده، عباس و موسی زاده، نوشین (۱۴۰۱). فروتنی فرهنگی پرستاران در افق تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی، *مرور اسناد بالادستی آموزش پرستاری در جمهوری اسلامی ایران*، *مجله اخلاق پزشکی*، دوره ۱۶، شماره ۴۷، صص ۱-۱۲.

References

- Abrams, R., Conolly, A., Rowland, E., Harris, R., Kent, B., Kelly, D., & Maben, J. (2024). Self, interpersonal and organisational acts of compassion amongst nurses during times of acute stress: A qualitative analysis. *SSM- Qualitative Research in Health*, 5, 100437.
- Basharpour, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani, M., & Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in clinical psychology*, 2(3), 155-164. (Persian)
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness-and acceptance-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 2(1), 135-153.
- Bennett, B., & Gates, T. G. (2021). Teaching cultural humility for social workers serving LGBTQI Aboriginal communities in Australia. In *Social Work with Minority Groups* (pp. 47-60). Routledge.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and social psychology bulletin*, 38(9), 1133-1143.
- Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain, behavior, and immunity*, 37, 109-114.
- Cevik, B., & Kav, S. (2010). P93 Attitudes and experiences of nurses towards death and caring for dying patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, (14), S52.
- Chang, E. S., Simon, M., & Dong, X. (2012). Integrating cultural humility into health care professional education and training. *Advances in health sciences education*, 17(2), 269-278.
- DasGupta, S. (2008). Narrative humility. *The Lancet*, 371(9617), 980-981.
- Davis, D. E., Hook, J. N., Worthington Jr, E. L., Van Tongeren, D. R., Gartner, A. L., Jennings, D. J., & Emmons, R. A. (2011). Relational humility: Conceptualizing and measuring humility as a personality judgment. *Journal of personality assessment*, 93(3), 225-234.



- Dev, V., Fernando III, A. T., Lim, A. G., & Consedine, N. S. (2018). Does self-compassion mitigate the relationship between burnout and barriers to compassion? A cross-sectional quantitative study of 799 nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 81-88.
- Dreisoerner, A., Junker, N. M., & Van Dick, R. (2021). The relationship among the components of self-compassion: A pilot study using a compassionate writing intervention to enhance self-kindness, common humanity, and mindfulness. *Journal of Happiness Studies*, 22, 21-47.
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10, 1455-1473.
- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse education in practice*, 19, 36-40.
- Foronda, C. (2020). A theory of cultural humility. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 7-12.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Hook, J. N. (2014). Engaging Clients with Cultural Humility. *Journal of Psychology & Christianity*, 33(3).
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington Jr, E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of counseling psychology*, 60(3), 353.
- Hook, J. N., Boan, D., Davis, D. E., Aten, J. D., Ruiz, J. M., & Maryon, T. (2016). Cultural humility and hospital safety culture. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23, 402-409.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing*, 36(5), 420-427.
- Hughes, V., Delva, S., Nkimbeng, M., Spaulding, E., Turkson-Ocran, R. A., Cudjoe, J., ... & Han, H. R. (2020). Not missing the opportunity: Strategies to promote cultural humility among future nursing faculty. *Journal of Professional Nursing*, 36(1), 28-33.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- Marshall, S. L., Ciarrochi, J., Parker, P. D., & Sahdra, B. K. (2020). Is self-compassion selfish? The development of self-compassion, empathy, and prosocial behavior in adolescence. *Journal of research on adolescence*, 30, 472-484.
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social science & medicine*, 103, 126-133.
- Mohammed, A. E. F., Mohamed Mourad, G., & Mohamed Ahmed, F. (2023). The Effect of Implementing Work Stress Management Program on Compassion Fatigue of Nurses Working at Oncology Department. *Journal of Nursing Science Benha University*, 4(1), 996-1010.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure Selfcompassion. *Self and Identity*, 2, 223-250
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, Selfesteem and well being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1-11.
- Or, J., Anderson, A. M., & Golba, E. A. (2024). Nurturing compassion and cultural humility in health professions students through a brief mindfulness practice. *PEC innovation*, 5, 100338.
- Or, J., & Golba, E. (2023). The relationships between cultural humility, therapeutic communication, and intercultural communication in health professionals. *Journal of Allied Health*, 52(3), 133E-141E.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC health services research*, 18, 1-15.
- Stamm, B. H. (2010). The ProQOL (Professional quality of life scale: Compassion satisfaction and compassion fatigue). *ProQOL.org*.(Persian)
- Sucharitkul, S. (2002). Asian perspectives of the evolution of international law: Thailand's experience at the threshold of the third millennium. *Chinese J. Int'l L.*, 1, 527.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of health care for the poor and underserved*, 9(2), 117-125.
- Tirch, D. D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 113-123.



- Upton, K. V. (2018). An investigation into compassion fatigue and self-compassion in acute medical care hospital nurses: A mixed methods study. *Journal of Compassionate health care*, 5(1), 1-27.
- Wang, J., Okoli, C. T., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L., & Lin, M. (2020). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103472.
- Watts, E., Patel, H., Kostov, A., Kim, J., & Elkbulli, A. (2023). The role of compassionate care in medicine: toward improving patients' quality of care and satisfaction. *Journal of Surgical Research*, 289, 1-7.
- Wiklund Gustin, L., & Wagner, L. (2013). The butterfly effect of caring—clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 175-183.
- Yeşil, A., & Polat, Ş. (2023). Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. *BMC nursing*, 22(1), 12.
- Zhan, Y., Liu, Y., Chen, Y., Liu, H., Zhang, W., Yan, R., ... & Li, S. (2022). The prevalence and influencing factors for compassion fatigue among nurses in Fangcang shelter hospitals: A cross-sectional study. *International journal of nursing practice*, 28(5), e13054.
- Zhu, J. W., d'Angelo, F., Miranda, J. J., Yancy, C. W., Cupido, B., Zannad, F., & Van Spall, H. G. (2022). Incorporating cultural competence and cultural humility in cardiovascular clinical trials to increase diversity among participants. *Journal of the American College of Cardiology*, 80(1), 89-92.