

Predictive Model of Altruistic Behaviors in Nurses Based on Empathy Considering the Mediating Role of Self-Compassion

1. Hoda Monhaser[✉]: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran
2. Simin Bashardoust^{✉*}: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran
3. Malek Mirhashemi[✉]: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

*Corresponding Author's Email: sibashardoust@riau.ac.ir

Received: 2026-06-28

Revised: 2026-10-03

Accepted: 2026-10-10

Initial Publish: 2026-10-12

Final Publish: 2027-08-23



Abstract

Introduction and Aim: Altruistic behaviors among nurses can play an important role in improving professional interactions, supporting patients, and enhancing the quality of care, while empathy and self-compassion are among the key psychological constructs associated with such behaviors. This study aimed to develop and test a predictive model of altruistic behaviors in nurses based on empathy, considering the mediating role of self-compassion.

Methodology: This descriptive-correlational study was conducted among nurses working in hospitals in Tehran. A total of 330 nurses were recruited through non-random voluntary sampling, of whom 316 provided analyzable data. Participants completed the Mehrabian and Epstein Empathy Scale, Neff Self-Compassion Scale, and Ahmadi Altruistic Behavior Questionnaire. Data were analyzed using SPSS and AMOS through structural equation modeling with maximum likelihood estimation.

Findings: The structural model demonstrated acceptable fit indices ($\chi^2/df=2.78$, GFI=0.904, AGFI=0.867, CFI=0.910, and RMSEA=0.075). Empathy had a significant positive effect on self-compassion ($\beta=0.370$, $P=0.001$), while self-compassion significantly and positively predicted altruistic behaviors ($\beta=0.540$, $P=0.001$). The direct effect of empathy on altruistic behaviors was significant ($\beta=0.416$, $P=0.001$), and its indirect effect through self-compassion was also significant ($\beta=0.203$, $P=0.001$). The total effect of empathy on altruistic behaviors was $\beta=0.616$, and empathy together with self-compassion explained 63% of the variance in altruistic behaviors.

Conclusion: Empathy was associated with nurses' altruistic behaviors both directly and indirectly through self-compassion, indicating that self-compassion constitutes an important mediating mechanism in this relationship. Accordingly, interventions aimed at strengthening empathy while fostering self-compassion may provide an effective basis for promoting supportive and altruistic behaviors among nurses.

Keywords: Altruistic behaviors, Empathy, Self-compassion, Nurses, Structural equation modeling.



Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

How to Cite: Monhaser, H., Bashardoust, S., & Mirhashemi, M. (2026). Predictive Model of Altruistic Behaviors in Nurses Based on Empathy Considering the Mediating Role of Self-Compassion. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(2), 1-19.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Nursing is one of the most demanding health-care professions because it requires continuous interaction with patients, sustained emotional involvement, rapid decision-making, and repeated exposure to pain, suffering, uncertainty, and death. These occupational demands can place considerable psychological pressure on nurses and may gradually diminish the emotional resources required for high-quality interpersonal care. Evidence from health-care settings has shown that nurses are particularly vulnerable to stress, anxiety, and burnout when professional demands become intense or prolonged (Shanafelt et al., 2020; Zhang et al., 2020). In such circumstances, prosocial and altruistic behaviors become especially important because they facilitate cooperation, voluntary helping, emotional support, and actions directed toward improving the welfare of patients and colleagues. Prosocial behavior in the workplace encompasses voluntary actions intended to benefit other individuals, groups, or organizations and is associated with more constructive interpersonal and organizational outcomes (Hart, 2024). Within nursing environments, such behaviors can contribute to better teamwork, work-environment optimization, organizational functioning, and quality of care (Feather et al., 2018). Prosocial service behavior among nurses is also related to the quality of organizational communication and emotional experiences at work (Kim & Jang, 2019), while resilience and prosocial tendencies may support adaptive functioning among professionals working in demanding care contexts (Martí-Vilar et al., 2022). Consequently, identifying psychological factors that facilitate altruistic behavior among nurses is important for both occupational health and the humanization of patient care.

Empathy is one of the most theoretically relevant antecedents of altruistic and prosocial behavior. It involves the capacity to recognize, understand, and respond to the emotional and psychological states of others, thereby creating a motivational foundation for helping and supportive actions. Empathy has long been regarded as an important mechanism underlying prosocial behavior because perceiving another person's distress can activate concern and motivate actions intended to reduce that distress (Decety et al., 2016; Dovidio et al., 2017). Neurocognitive evidence likewise indicates that components of empathy can predict everyday prosocial behavior (Morelli et al., 2014). In health care, empathy is particularly

significant because it facilitates understanding of patients' experiences while supporting more responsive and humane clinical relationships (Decety, 2020). A systematic review of empathy in health care has further emphasized its importance for professional interaction and care processes (Nembhard et al., 2023). Among nurses specifically, empathy has been identified as a predictor of prosocial behavior (Wahyuni, 2019), and the combination of empathy and moral sensitivity has been associated with more humanized and prosocial nursing care (Suazo et al., 2020). Similarly, empathy and emotion management contribute to the development of a work environment oriented toward humanized nursing practice (Pérez-Fuentes et al., 2020). From a motivational perspective, empathy may translate the recognition of another person's needs into a willingness to act on their behalf (Spaulding, 2024), and research in other interpersonal contexts has also linked empathy with helping behavior through cognitive and moral mechanisms (Hu et al., 2023). In clinical nurses, empathy is additionally embedded within a broader network of emotional and communicative competencies related to occupational well-being (Li et al., 2021).

Nevertheless, empathy is not invariably beneficial when it occurs in the absence of adequate emotional self-regulation. Repeated exposure to patients' suffering may cause empathic engagement to become psychologically costly, particularly among professionals who lack sufficient resources to regulate emotional arousal. Different components of empathy have shown distinct relationships with burnout among health-care professionals, indicating that intense affective engagement may sometimes contribute to emotional exhaustion (Delgado et al., 2023). In intensive-care settings, empathy, self-compassion, exhaustion, and secondary traumatic stress appear to operate within an interconnected psychological system (Moreno-Jiménez et al., 2023). Self-compassion may therefore represent an important internal resource through which nurses can remain sensitive to others while protecting themselves against excessive self-criticism and emotional depletion. Self-compassion involves responding to one's own difficulties with kindness, recognizing suffering as part of common humanity, and maintaining balanced awareness rather than becoming overwhelmed by negative experiences (Neff, 2016). It has been positively associated with psychological well-being (Zessin et al., 2015) and inversely associated with maladaptive processes such as rumination, avoidance, and depressive symptoms (Krieger et al., 2013). Compassion-focused perspectives similarly propose that compassionate self-relating can

reduce threat-based and self-critical responding (Gilbert, 2014). Research among health-care professionals suggests that mindfulness, compassion, and self-compassion can function as important resources for psychological adaptation and professional functioning (Conversano et al., 2020; Raab, 2014), while self-compassion has also been associated with more adaptive stress and coping processes (Sirois et al., 2015). Self-insight and caring attitudes toward oneself may further contribute to psychological well-being (Frank, 2021), and therapeutic approaches incorporating self-compassion have emphasized its value in managing difficult emotional experiences (Friedman, 2018).

Importantly, self-compassion does not appear to promote selfishness or withdrawal from others. Longitudinal evidence indicates that self-compassion can contribute to the development of gratitude and prosocial behavior (Yang et al., 2021), and developmental research has demonstrated that self-compassion can coexist with empathy and other-oriented prosocial behavior (Marshall et al., 2020). A recent multilevel meta-analysis also confirmed a positive association between self-compassion and prosocial behavior toward others (Liu et al., 2025), while self-compassion combined with social responsibility has been associated with greater prosocial behavior (Paga & Amir, 2025). Furthermore, empathy and self-compassion may operate together in explaining social behavior; evidence has shown that both constructs can mediate associations involving prosocial and antisocial outcomes (Liu et al., 2023). This suggests that empathy may heighten awareness of another person's needs, whereas self-compassion may preserve the emotional resources required to transform empathic concern into sustained helping behavior. Because mediation analysis can clarify the psychological process through which a predictor is related to an outcome (Igartua & Hayes, 2021), examining self-compassion as a mediator provides a theoretically meaningful approach to understanding how empathy may contribute to altruistic behavior among nurses. Accordingly, the present study aimed to develop and test a predictive model of altruistic behaviors in nurses based on empathy, considering the mediating role of self-compassion.

Methodology

The study employed a descriptive-correlational design based on structural equation modeling. The statistical population consisted of nurses working in hospitals in Tehran. Based on sample-size considerations for structural equation modeling, 330 nurses were

initially recruited through non-random voluntary sampling, and data from 316 participants were sufficiently complete for final analysis. Eligibility criteria included employment as a nurse in a hospital in Tehran, at least one year of work experience, willingness to participate, and provision of informed consent. Participants completed three instruments. Empathy was assessed using the 33-item Mehrabian and Epstein Empathy Scale, which evaluates multiple dimensions of empathic functioning. Self-compassion was assessed using the 26-item Self-Compassion Scale, encompassing self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification. Altruistic behavior was measured using the 13-item Altruistic Behavior Questionnaire, which evaluates ordinary and emergency altruism. Data were classified and analyzed using SPSS and AMOS. Before testing the structural model, univariate normality was examined using skewness and kurtosis, multicollinearity was evaluated using tolerance and variance inflation factor indices, and multivariate normality was assessed using Mahalanobis distance. Structural equation modeling with maximum likelihood estimation was subsequently applied to evaluate the hypothesized direct and indirect pathways and overall model fit.

Findings

The preliminary analyses supported the assumptions required for structural equation modeling. Skewness and kurtosis values for the observed variables were within acceptable limits, tolerance values exceeded the minimum acceptable level, and variance inflation factor values were below problematic thresholds, indicating no serious multicollinearity. Evaluation of the hypothesized structural model demonstrated an acceptable fit to the observed data. The chi-square value was 242.02 with 87 degrees of freedom, yielding a χ^2/df ratio of 2.78. The goodness-of-fit index was 0.904, the adjusted goodness-of-fit index was 0.867, the comparative fit index was 0.910, and the root mean square error of approximation was 0.075. Collectively, these indices indicated that the proposed model adequately represented the relationships among empathy, self-compassion, and altruistic behavior.

Path analysis showed that empathy had a positive and statistically significant effect on self-compassion ($\beta=0.370$, $b=0.425$, $SE=0.081$, $P=0.001$). Self-compassion, in turn, had a positive and significant direct effect on altruistic behavior ($\beta=0.540$, $b=0.369$, $SE=0.078$, $P=0.001$). The direct effect of empathy on altruistic behavior was also positive and significant

($\beta=0.416$, $b=0.326$, $SE=0.083$, $P=0.001$). In addition to this direct association, empathy exerted a significant indirect effect on altruistic behavior through self-compassion ($\beta=0.203$, $b=0.157$, $SE=0.047$, $P=0.001$). The total effect of empathy on altruistic behavior was $\beta=0.616$ ($b=0.483$, $SE=0.099$, $P=0.001$). Because both the direct and indirect pathways were statistically significant, the findings supported a partial mediating role for self-compassion. The coefficient of determination for altruistic behavior was $R^2=0.63$, indicating that empathy and self-compassion jointly explained 63% of the variance in nurses' altruistic behavior.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that empathy is an important psychological predictor of altruistic behavior among nurses. Nurses who are more capable of recognizing and understanding the emotional states and needs of others appear more likely to engage in supportive, cooperative, and helping behaviors. In clinical settings, empathic sensitivity may allow nurses to recognize not only explicit requests for assistance but also less visible emotional and interpersonal needs. Consequently, empathy can reduce the psychological distance between the nurse and the recipient of care and facilitate the transition from recognizing another person's distress to taking constructive action on that person's behalf.

The significant direct effect of self-compassion on altruistic behavior further indicates that caring for oneself and caring for others are not competing orientations. Nurses who respond to their own mistakes, limitations, and stressful experiences with greater kindness and psychological balance may retain more emotional resources for helping patients and colleagues. Reduced self-criticism and more adaptive emotional regulation may prevent excessive internal preoccupation with guilt, failure, or inadequacy, thereby preserving attention and motivation for other-oriented behavior. This mechanism is particularly relevant in nursing, where exposure to high workloads, difficult clinical outcomes, and emotionally challenging encounters can rapidly consume psychological resources.

The positive pathway from empathy to self-compassion also suggests that sensitivity to human emotional experience may extend both outward and

inward. Nurses who are more capable of understanding vulnerability and suffering may be better positioned to recognize their own difficulties as legitimate human experiences rather than interpreting them exclusively as personal inadequacies. However, empathy without adequate self-regulation may increase emotional burden. Self-compassion may therefore function as a psychological balancing mechanism that allows nurses to remain empathically engaged without becoming overwhelmed by the emotional costs of repeated exposure to suffering.

The most important contribution of the study is the confirmation of the mediating role of self-compassion. The significant indirect pathway suggests that part of the association between empathy and altruistic behavior can be explained by the extent to which empathic nurses also maintain a compassionate relationship with themselves. Because the direct effect of empathy remained significant, self-compassion represents a partial rather than complete mediator. Thus, empathy can independently promote altruistic behavior, while an additional portion of its influence operates through self-compassion. The relatively high proportion of explained variance further suggests that the combination of interpersonal sensitivity and adaptive self-relating provides a meaningful psychological framework for understanding altruistic behavior among nurses.

In conclusion, the proposed structural model received empirical support and showed that empathy and self-compassion are important correlates of altruistic behavior in nurses. Empathy was directly associated with greater altruistic behavior and also indirectly related to it through increased self-compassion. Self-compassion itself emerged as a substantial positive predictor of altruistic behavior, and together the two psychological constructs explained 63% of its variance. These findings indicate that sustainable altruistic behavior in nursing may depend not only on nurses' capacity to understand and respond to others' suffering but also on their ability to relate to their own difficulties with kindness, acceptance, and emotional balance. Interventions that simultaneously strengthen empathic skills and self-compassion may therefore provide a promising foundation for promoting supportive interpersonal behavior, preserving nurses' psychological resources, and enhancing the human quality of nursing care.

ارائه مدل پیش‌بینی رفتارهای نوع‌دوستی در پرستاران براساس همدلی با در نظر گرفتن نقش میانجی گر شفقت به خود

۱. هدی منحصر^۱: گروه روان‌شناسی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، روده‌ن، ایران
۲. سیمین بشر دوست^۲: گروه روان‌شناسی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، روده‌ن، ایران
۳. مالک میرهاشمی^۳: گروه روان‌شناسی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، روده‌ن، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: sibashardoust@riau.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۶/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۸

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۷/۱۱

دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷

چکیده

مقدمه و هدف: رفتارهای نوع‌دوستانه در پرستاران می‌تواند در بهبود تعاملات حرفه‌ای، حمایت از بیماران و ارتقای کیفیت مراقبت نقش مهمی داشته باشند و عواملی مانند همدلی و شفقت به خود از سازه‌های روان‌شناختی مؤثر بر این رفتارها به شمار می‌روند. پژوهش حاضر با هدف تدوین و آزمون مدل پیش‌بینی رفتارهای نوع‌دوستی در پرستاران براساس همدلی با در نظر گرفتن نقش میانجی گر شفقت به خود انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری آن را پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران تشکیل دادند. تعداد ۳۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه وارد مطالعه شدند که داده‌های ۳۱۶ نفر برای تحلیل نهایی قابل استفاده بود. شرکت‌کنندگان به مقیاس همدلی مهرابیان و اپستین، مقیاس شفقت به خود نف و پرسشنامه رفتار نوع‌دوستانه احمدی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با برآورد بیشینه احتمال تحلیل شدند.

یافته‌ها: شاخص‌های برازش از برازش قابل قبول مدل ساختاری حمایت کردند ($\chi^2/df=2.78$ ، $GFI=0.904$ ، $AGFI=0.867$ ، $CFI=0.910$ و $RMSEA=0.075$). مسیر همدلی به شفقت به خود مثبت و معنادار بود ($\beta=0.370$ ، $P=0.001$) و شفقت به خود نیز اثر مستقیم مثبت و معناداری بر رفتارهای نوع‌دوستانه داشت ($\beta=0.540$ ، $P=0.001$). اثر مستقیم همدلی بر رفتارهای نوع‌دوستانه معنادار بود ($\beta=0.416$ ، $P=0.001$) و اثر غیرمستقیم همدلی بر رفتارهای نوع‌دوستانه از طریق شفقت به خود نیز معنادار به دست آمد ($\beta=0.203$ ، $P=0.001$). اثر کل همدلی بر رفتارهای نوع‌دوستانه برابر با $\beta=0.616$ بود و همدلی و شفقت به خود در مجموع ۶۳ درصد از واریانس رفتارهای نوع‌دوستانه را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان دادند که همدلی هم به‌طور مستقیم و هم از طریق افزایش شفقت به خود با رفتارهای نوع‌دوستانه پرستاران ارتباط دارد. بنابراین، شفقت به خود سازوکار میانجی مهمی در رابطه میان همدلی و نوع‌دوستی محسوب می‌شود و تقویت همدلی همراه با پرورش شفقت به خود می‌تواند مبنای مناسبی برای طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی با هدف ارتقای رفتارهای حمایت‌گرانه و نوع‌دوستانه در پرستاران باشد.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای نوع‌دوستانه، همدلی، شفقت به خود، پرستاران، مدل‌یابی معادلات ساختاری.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



نحوه استناددهی: منحصر، هدی، بشر دوست، سیمین، و میرهاشمی، مالک. (۱۴۰۵). ارائه مدل پیش‌بینی رفتارهای نوع‌دوستی در پرستاران براساس همدلی با در نظر گرفتن نقش میانجی گر شفقت به خود. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۲)، ۱-۱۹.

مقدمه

حرفه پرستاری در زمره مشاغل قرار دارد که ماهیت آن با مراقبت مستمر از انسان، مواجهه مستقیم با درد و رنج، مسئولیت‌پذیری اخلاقی، تعاملات بین‌فردی فشرده و تصمیم‌گیری در موقعیت‌های حساس و گاه بحرانی پیوند خورده است. پرستاران نه تنها وظایف فنی و بالینی مشخصی را بر عهده دارند، بلکه بخش مهمی از کیفیت تجربه بیمار از نظام سلامت به شیوه تعامل، حمایت، توجه و آمادگی آنان برای پاسخ‌گویی به نیازهای فراتر از حداقل الزامات شغلی وابسته است. در عین حال، محیط‌های درمانی می‌توانند با فشار کاری بالا، کمبود منابع، مواجهه مکرر با رنج و مرگ، مسئولیت‌های سنگین و تعارضات عاطفی همراه باشند؛ شرایطی که ظرفیت روان‌شناختی کارکنان برای ارائه مراقبت انسانی و حمایت‌گرانه را به چالش می‌کشد. شواهد حاصل از تجربه همه‌گیری کووید-۱۹ نیز نشان داد که متخصصان سلامت و به‌ویژه پرستاران در دوره‌های بحران ممکن است با سطوح بالایی از اضطراب، نگرانی درباره ایمنی خود و خانواده، فشار اخلاقی و ابهام حرفه‌ای روبه‌رو شوند (Shanafelt et al., 2020). همچنین، استرس و فرسودگی شغلی در پرستاران خط مقدم می‌تواند منابع هیجانی و شناختی آنان را کاهش داده و نحوه مقابله با تقاضاهای حرفه‌ای را تحت تأثیر قرار دهد (Zhang et al., 2020). در چنین بستری، رفتارهای نوع‌دوستانه و سایر اشکال رفتارهای اجتماعی مثبت می‌توانند به‌عنوان منابع مهم بین‌فردی و سازمانی مطرح شوند؛ زیرا این رفتارها از طریق کمک داوطلبانه، حمایت عاطفی، همکاری با همکاران و توجه فراتر از وظایف رسمی، می‌توانند کیفیت روابط حرفه‌ای و کارکرد محیط مراقبتی را ارتقا دهند. در ادبیات رفتار سازمانی، رفتارهای اجتماعی مثبت در محیط کار به مجموعه اقداماتی اشاره دارند که به قصد ایجاد منفعت برای دیگران، گروه یا سازمان انجام می‌شوند و می‌توانند طیفی از کمک‌رسانی، همکاری، حمایت و کنش‌های داوطلبانه را دربرگیرند (Hart, 2024). از منظر روان‌شناسی اجتماعی نیز رفتار نوع‌دوستانه را می‌توان در چارچوب گسترده‌تر رفتارهای اجتماعی مثبت تحلیل کرد؛ رفتارهایی که در آن‌ها فرد منابع، زمان، توجه یا تلاش خود را برای بهبود وضعیت دیگران به کار می‌گیرد (Dovidio et al., 2017).

اهمیت رفتارهای نوع‌دوستانه در محیط پرستاری صرفاً به سطح روابط فردی محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند پیامدهایی برای محیط کار، عملکرد سازمانی و کیفیت مراقبت نیز داشته باشد. مرور شواهد مربوط به رفتارهای اجتماعی مثبت پرستاران نشان داده است که این رفتارها می‌توانند با بهینه‌سازی محیط کار، تسهیل همکاری تیمی، ارتقای عملکرد سازمانی و بهبود کیفیت مراقبت ارتباط داشته باشند (Feather et al., 2018). در محیط بیمارستان، کمک داوطلبانه به همکار، پاسخ‌گویی به نیازهای هیجانی بیمار، همکاری در شرایط پرازدحام، حمایت از اعضای کم‌تجربه‌تر تیم و انجام اقداماتی که مستقیماً در شرح وظایف فرد تصریح نشده‌اند، نمونه‌هایی از رفتارهایی هستند که می‌توانند کارکرد جمعی تیم درمان را تقویت کنند. یافته‌ها همچنین نشان داده‌اند که رضایت از ارتباطات سازمانی و کیفیت تجربه هیجانی پرستاران با رفتارهای خدماتی اجتماعی مثبت آنان ارتباط دارد؛ موضوعی که نشان می‌دهد بروز رفتارهای حمایت‌گرانه در پرستاری به زمینه روان‌شناختی و ارتباطی کارکنان وابسته است (Kim & Jang, 2019). افزون بر این، در حرفه‌های مراقبتی، تاب‌آوری و رفتار اجتماعی مثبت می‌توانند در کنار یکدیگر به سازگاری بهتر با فشارهای شغلی کمک کنند (Martí-Vilar et al., 2022). در پرستاری، نوع‌دوستی از اهمیت مضاعفی برخوردار است، زیرا مراقبت مطلوب معمولاً مستلزم چیزی فراتر از اجرای مکانیکی دستورهای درمانی است و شامل حساسیت نسبت به نیازهای انسانی، تمایل به یاری‌رسانی و آمادگی برای پاسخ اخلاقی به آسیب‌پذیری بیمار می‌شود. مفهوم مراقبت پرستاری شفت‌آمیز نیز بر مؤلفه‌هایی مانند توجه به رنج، درک نیاز بیمار، حضور عاطفی و اقدام حمایت‌گرانه تأکید دارد (Su et al., 2020). از این رو، شناسایی متغیرهای روان‌شناختی که می‌توانند رفتارهای نوع‌دوستانه پرستاران را پیش‌بینی یا تقویت کنند، از نظر نظری و کاربردی اهمیت ویژه‌ای دارد.

یکی از مهم‌ترین متغیرهایی که می‌تواند رفتارهای نوع‌دوستانه را توضیح دهد، همدلی است. همدلی سازه‌ای چندبعدی است که به توانایی تشخیص، درک و تا حدی سهیم شدن در حالات عاطفی و دیدگاه‌های دیگران اشاره دارد و معمولاً شامل مؤلفه‌های شناختی و عاطفی است. در حوزه سلامت، همدلی به متخصصان کمک می‌کند تجربه و نیاز بیمار را بهتر درک کرده و در عین حفظ مرزهای

استخراج می‌کند اهمیت دارد؛ به همین دلیل، درک همدلی به‌عنوان فرایندی که می‌تواند انگیزش برای توجه و اقدام در جهت منافع دیگری را ایجاد کند، برای توضیح نوع‌دوستی اهمیت دارد (Spaulding, 2024). همچنین، در پرستاران بالینی، همدلی با سایر منابع روان‌شناختی و ارتباطی مانند هوش هیجانی و رضایت ارتباطی در ارتباط است و می‌تواند بخشی از سازوکارهای مرتبط با بهزیستی شغلی را تشکیل دهد (Li et al., 2021).

با وجود مزایای همدلی، این سازه در حرفه‌های مراقبتی دارای پیچیدگی مهمی است. تماس مکرر با درد، بیماری و رنج دیگران ممکن است همدلی را به منبعی برای فشار عاطفی تبدیل کند، به‌ویژه هنگامی که پرستار فاقد منابع کافی برای تنظیم هیجان و مراقبت از خود باشد. فراتحلیل مطالعات کارکنان سلامت نشان داده است که مؤلفه‌های مختلف همدلی می‌توانند روابط متفاوتی با فرسودگی شغلی داشته باشند؛ به‌گونه‌ای که همدلی عاطفی شدید بدون تنظیم مناسب ممکن است با هزینه روان‌شناختی همراه شود، در حالی که اشکال سازگارانه‌تر همدلی می‌تواند به روابط حرفه‌ای مؤثرتر کمک کنند (Delgado et al., 2023). در بخش‌های مراقبت ویژه نیز تقاضاهای بالای شغلی، خستگی روزانه، استرس تروماتیک ثانویه، همدلی و شفقت به خود در شبکه‌ای از روابط متقابل قرار دارند؛ موضوعی که ضرورت برخورداری کارکنان از منابع درونی محافظت‌کننده را برجسته می‌کند (Moreno-Jiménez et al., 2023). بر همین اساس، ممکن است صرف برخورداری از همدلی برای حفظ رفتارهای نوع‌دوستانه پایدار کافی نباشد و متغیری لازم باشد که به فرد کمک کند فشار ناشی از مواجهه با رنج دیگران را تنظیم کرده و ظرفیت روانی خود را حفظ کند. این نکته زمینه نظری مناسبی برای توجه به شفقت به خود فراهم می‌سازد، زیرا شفقت به خود می‌تواند سازوکاری باشد که تجربه همدلی را از فرسایش عاطفی دور کرده و امکان تبدیل آن به رفتار یاری‌گرانه را افزایش دهد.

شفقت به خود به‌طور کلی به نگرش مهربانانه، پذیرنده و متعادل فرد نسبت به خود، به‌ویژه در شرایط شکست، ناکامی، درد یا فشار روان‌شناختی، اشاره دارد. این سازه شامل مهربانی با خود در برابر خودقضاوت‌گری، درک تجربه شخصی به‌عنوان بخشی از تجربه

حرفه‌ای، پاسخ‌هایی انسانی‌تر و متناسب‌تر ارائه دهند (Decety, 2020). مرور نظام‌مند پژوهش‌های حوزه مراقبت سلامت نیز نشان داده است که همدلی یکی از سازه‌های مهم در کیفیت ارتباطات بالینی، تجربه بیمار و رفتار حرفه‌ای کارکنان سلامت است، هرچند شیوه تعریف و سنجش آن در مطالعات متفاوت بوده است (Nembhard et al., 2023). از دیدگاه زیستی - رفتاری، همدلی با سازوکارهایی مرتبط است که می‌تواند توجه به وضعیت دیگری و انگیزش برای انجام رفتارهای اجتماعی مثبت را فعال کنند و بدین ترتیب، میان ادراک رنج دیگری و اقدام یاری‌گرانه پیوند برقرار سازند (Decety et al., 2016). یافته‌های علوم اعصاب اجتماعی نیز نشان داده‌اند که مؤلفه‌های همدلی با احتمال بیشتر رفتارهای اجتماعی مثبت روزمره ارتباط دارند و برخی فرایندهای عصبی مرتبط با درک هیجان دیگران می‌تواند رفتار کمک‌رسانی را پیش‌بینی کنند (Morelli et al., 2014). بنابراین، همدلی را می‌توان یکی از پایه‌های عاطفی و شناختی رفتار نوع‌دوستانه در محیط‌های درمانی دانست.

رابطه همدلی با رفتارهای نوع‌دوستانه در مطالعات مختلف نیز مورد حمایت قرار گرفته است. در میان پرستاران، همدلی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده رفتار اجتماعی مثبت گزارش شده و نشان داده شده است که توانایی درک شرایط و احساسات دیگران می‌تواند آمادگی فرد برای کمک و حمایت را افزایش دهد (Wahyuni, 2019). همچنین، حساسیت اخلاقی و همدلی با رفتار اجتماعی مثبت در پرستاری مرتبط دانسته شده‌اند و این پیوند از منظر انسانی‌سازی مراقبت اهمیت دارد، زیرا پرستاری انسانی زمانی تقویت می‌شود که کارکنان علاوه بر مهارت فنی، توانایی پاسخ عاطفی و اخلاقی به نیازهای بیمار را داشته باشند (Suazo et al., 2020). در همین راستا، مدیریت هیجان و همدلی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری محیط مراقبتی انسانی در پرستاری معرفی شده‌اند (Pérez-Fuentes et al., 2020). در حوزه وسیع‌تر رفتار اجتماعی نیز پژوهش‌ها نشان می‌دهند که همدلی می‌تواند رفتار کمک‌رسانی را در موقعیت‌های مختلف تقویت کند؛ برای مثال، در مطالعه‌ای درباره رفتار شاهدان در آزار سایبری، همدلی از طریق سازوکارهای شناختی و اخلاقی با رفتار کمک‌رسانی مرتبط بود (Hu et al., 2023). از منظر انگیزشی نیز صرف تجربه حالت هیجانی دیگری برای شکل‌گیری رفتار کمک‌رسان کافی نیست و نوع انگیزشی که فرد از تجربه همدلی

نسبت به خود و ایجاد نگرش حمایت‌گرانه می‌تواند ظرفیت تنظیم هیجان و بازیابی روانی را تقویت کند (Friedman, 2018). این مجموعه شواهد نشان می‌دهد که شفقت به خود ممکن است در پرستاران نه تنها با کاهش پیامدهای منفی فشار شغلی، بلکه با حفظ منابع عاطفی لازم برای توجه به دیگران ارتباط داشته باشد.

از سوی دیگر، شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهند که شفقت به خود لزوماً به خودمحوری یا کاهش توجه به دیگران منجر نمی‌شود، بلکه می‌تواند با رفتارهای اجتماعی مثبت همراه باشد. مطالعات طولی نشان داده‌اند که شفقت به خود قادر است رشد سپاسگزاری و رفتارهای اجتماعی مثبت را در گذر زمان پیش‌بینی کند (Yang et al., 2021). پژوهش درباره رشد نوجوانان نیز نشان داده است که خودشفقتی می‌تواند در کنار همدلی با رفتار اجتماعی مثبت همسو باشد و نگرانی درباره «خودخواهانه» بودن شفقت به خود را تا حد زیادی به چالش بکشد (Marshall et al., 2020). فراتحلیل چندسطحی جدیدتر نیز وجود رابطه مثبت میان شفقت به خود و رفتار اجتماعی مثبت نسبت به دیگران را تأیید کرده است، اگرچه شدت این رابطه ممکن است تحت تأثیر ویژگی‌های مطالعه و نوع رفتار اجتماعی قرار گیرد (Liu et al., 2025). افزون بر این، شواهد نشان می‌دهد که شفقت به خود همراه با احساس مسئولیت اجتماعی می‌تواند زمینه رفتارهای اجتماعی مثبت را فراهم سازد (Paga & Amir, 2025). از دیدگاه نظری، فردی که در مواجهه با اشتباه و ناکامی خود از خودانتقادی افراطی فاصله می‌گیرد، ممکن است منابع هیجانی بیشتری برای توجه به نیازهای دیگران در اختیار داشته باشد؛ در حالی که فرد درگیر شرم، خودسرزنش‌گری و آشفتگی شدید ممکن است بخش عمده منابع شناختی و هیجانی خود را صرف تنظیم وضعیت درونی کند. به این ترتیب، شفقت به خود می‌تواند به حفظ تعادل میان مراقبت از خود و مراقبت از دیگران کمک کند و به‌ویژه در حرفه پرستاری، که هر دو نوع مراقبت ضروری‌اند، اهمیت اساسی داشته باشد.

بر این مبنا، انتظار می‌رود رابطه همدلی با رفتار نوع‌دوستانه صرفاً یک مسیر مستقیم نباشد، بلکه بخشی از اثر همدلی از طریق منابع درونی مانند شفقت به خود انتقال یابد. شواهدی وجود دارد که همدلی و شفقت به خود می‌توانند به‌صورت همزمان در توضیح رفتارهای اجتماعی مثبت نقش داشته باشند؛ برای مثال، در مطالعه‌ای پس از

مشترک انسانی در برابر احساس انزوا و حفظ آگاهی متعادل از افکار و هیجانات در برابر همانندسازی افراطی با آن‌هاست و انسجام نظری و سنجشی آن در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (Neff, 2016). خودشفقتی با پیامدهای مثبت روان‌شناختی ارتباط دارد؛ فراتحلیل پژوهش‌ها نشان داده است که سطوح بالاتر شفقت به خود با بهزیستی بیشتر همراه است (Zessin et al., 2015). در مقابل، کاهش شفقت به خود می‌تواند با خودانتقادی، نشخوار فکری و اجتناب بیشتر در افراد دارای علائم افسردگی همراه باشد (Krieger et al., 2013). از منظر بالینی، رویکردهای مبتنی بر شفقت تلاش می‌کنند نظام تهدید و خودانتقادی را تعدیل کرده و ظرفیت فرد برای آرام‌سازی و پاسخ مهربانانه به رنج را افزایش دهند (Gilbert, 2014). همچنین، مداخلات شفقت به خود ذهن‌آگاهانه نشان داده‌اند که این مهارت قابل آموزش است و می‌تواند به بهبود شاخص‌های روان‌شناختی منجر شود (Neff & Germer, 2013). بنابراین، شفقت به خود صرفاً ویژگی ثابت فردی نیست، بلکه می‌تواند به‌عنوان منبع قابل تقویت برای تنظیم هیجان و حفظ عملکرد سازگارانه در شرایط دشوار در نظر گرفته شود.

اهمیت شفقت به خود برای کارکنان سلامت به دلیل ماهیت پرتنش و هیجانی حرفه آنان برجسته‌تر می‌شود. مرور مطالعات حوزه سلامت نشان داده است که ذهن‌آگاهی، شفقت و شفقت به خود می‌توانند در تجربه روان‌شناختی متخصصان سلامت نقش محافظتی داشته باشند و ظرفیت آنان را برای مواجهه با تقاضاهای عاطفی مراقبت تقویت کنند (Conversano et al., 2020). همچنین، مرور پیشین ادبیات نشان داده بود که ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و همدلی در کارکنان سلامت سازهایی مرتبط و بالقوه مؤثر در سلامت حرفه‌ای و کیفیت مراقبت هستند (Raab, 2014). شفقت به خود می‌تواند از طریق کاهش خودانتقادی، افزایش پذیرش و تسهیل راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه به افراد کمک کند در برابر استرس عملکرد بهتری داشته باشند؛ برای مثال، رابطه آن با استرس و راهبردهای مقابله‌ای در شرایط بیماری مزمن نشان داده شده است (Sirois et al., 2015). همچنین، شناخت و مراقبت از خود می‌تواند به انسجام هویت و بهزیستی کمک کند و منابع فرد را برای مواجهه سازگارانه با فشارهای محیطی افزایش دهد (Frank, 2021). رویکردهای درمانی مبتنی بر خودشفقتی نیز بر این فرض استوارند که کاهش خصومت

ظرفیت آنان برای مراقبت متعادل و غیرقضاوتی از خود نیز توجه کنند؛ رویکردی که می‌تواند هم حفظ منابع روانی کارکنان و هم استمرار رفتارهای حمایت‌گرانه آنان را تسهیل کند.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر تدوین و آزمون مدل پیش‌بینی رفتارهای نوع‌دوستانه در پرستاران براساس همدلی با در نظر گرفتن نقش میانجی‌گر شفقت به خود بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، از نوع بنیادی و به لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران ۳۰ تا ۴۵ سال بیمارستان‌های شهر تهران بود. کلین^۱ (۲۰۱۵) معتقد است در مدل‌یابی معادلات ساختاری برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است؛ اما در تحلیل عاملی تأییدی حداقل حجم نمونه براساس عامل‌ها تعیین می‌شود نه متغیرها. در این مطالعه ۱۵ متغیر آشکار وجود داشت که اگر برای هر متغیر ۲۰ نمونه هم در نظر گرفته شود، تعداد ۳۰۰ نفر نمونه مناسب می‌باشد. لذا با توجه به حجم کار بر اساس روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه تعداد ۳۳۰ نفر برای این پژوهش در نظر گرفته شد که در صورت ریزش بتوان به تعداد نمونه مطلوب بر اساس نظر متخصصان دست یافت. از این تعداد، داده‌های مربوط به ۳۱۶ نفر قابل تحلیل بودند که تجزیه و تحلیل صرفاً روی داده‌های آن‌ها انجام شد. ملاک‌های ورود شامل داشتن سن بین ۳۰ تا ۴۵ سال، اشتغال به عنوان پرستار در بیمارستان‌های شهر تهران، حداقل یک سال سابقه کار، تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش و نقص یا عدم تکمیل پاسخ‌ها در پرسشنامه‌ها بود. ابزارهای پژوهش به شرح زیر بودند:

مقیاس همدلی: این مقیاس دارای ۳۳ پرسش است که ۱۷ پرسش آن به صورت مثبت و ۱۶ پرسش به صورت معکوس توسط مهراییان و اپستین^۲ (۱۹۷۲) طراحی شده است. مقیاس شامل شش خرده‌مقیاس همدلی واکنشی، بیانی، مشارکتی، اثرپذیری عاطفی، ثبات عاطفی و همدلی نسبت به دیگران است. پرسش‌های شماره ۳، ۴، ۶، ۱۱،

یک بلای طبیعی، هر دو سازه همدلی و شفقت به خود در روابط میان دلبستگی والدینی و رفتارهای اجتماعی مثبت و ضداجتماعی نقش میانجی داشتند (Liu et al., 2023). این یافته از این دیدگاه حمایت می‌کند که تمایل به کمک دیگران نتیجه یک عامل منفرد نیست، بلکه محصول تعامل میان حساسیت نسبت به دیگری و توانایی تنظیم سازگاران تجربه‌های شخصی است. در چنین چارچوبی، همدلی می‌تواند نیاز یا رنج دیگری را برای فرد برجسته کند و انگیزش اولیه کمک‌رسانی را شکل دهد، در حالی که شفقت به خود می‌تواند به فرد کمک کند بدون غرق شدن در فشار عاطفی، منابع روان‌شناختی خود را حفظ کرده و این انگیزش را به رفتار عملی تبدیل کند. تحلیل چنین روابطی مستلزم توجه همزمان به اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهاست و رویکردهای میانجی‌گری امکان آزمون این فرض را فراهم می‌کنند که اثر یک متغیر بر پیامد از طریق سازوکار روان‌شناختی دیگری انتقال می‌یابد (Igartua & Hayes, 2021). در نتیجه، بررسی شفقت به خود به عنوان متغیر میانجی می‌تواند توضیح دقیق‌تری از سازوکار ارتباط همدلی و نوع‌دوستی در پرستاران ارائه دهد و از سطح توصیف همبستگی ساده فراتر رود.

با وجود حجم قابل توجه پژوهش درباره همدلی، شفقت و رفتارهای اجتماعی مثبت، هنوز نیاز به مدل‌هایی وجود دارد که این سازه‌ها را به صورت یکپارچه در بافت حرفه پرستاری بررسی کنند. بخش مهمی از مطالعات پیشین بر پیامدهای همدلی، فرسودگی، مراقبت شفقت‌آمیز یا بهزیستی متمرکز داشته‌اند، در حالی که چگونگی انتقال اثر همدلی به رفتارهای نوع‌دوستانه از طریق منابع خودتنظیمی فرد کمتر به طور مستقیم آزمون شده است. از یک سو، شواهد نقش همدلی را در تقویت رفتار کمک‌رسانی تأیید می‌کنند و از سوی دیگر، مطالعات شفقت به خود نشان می‌دهند که این سازه با تنظیم بهتر فشار روانی، کاهش خودانتقادی و افزایش رفتارهای اجتماعی مثبت مرتبط است. تلفیق این دو خط پژوهشی می‌تواند نشان دهد که چرا برخی پرستاران، حتی در شرایط کاری پرتنش، قادرند حساسیت نسبت به نیازهای دیگران را به رفتارهای حمایت‌گرانه پایدار تبدیل کنند. چنین مدلی از نظر کاربردی نیز می‌تواند ارزشمند باشد، زیرا اگر شفقت به خود بخشی از رابطه میان همدلی و نوع‌دوستی را تبیین کند، مداخلات سازمانی و آموزشی نباید صرفاً بر افزایش حساسیت پرستاران نسبت به رنج دیگران متمرکز شوند، بلکه باید به تقویت

1. Kline

2. Mehrabian & Epstein

نقطه ای می باشد. این پرسشنامه دارای ۲ بعد بوده که بعداول نوع دوستی عادی را با ۸ سوال و بعد دوم نوع دوستی اضطرابی را با ۵ سوال می سنجد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات آن بعد را با هم محاسبه نمائید. امتیازات کلی بالاتر نشان دهنده رفتار نوع دوستانه بالاتر فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. در پژوهش احمدی (۱۳۸۸) روایی صوری پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه بررسی و مورد تایید قرار گرفت. روایی سازه پرسشنامه با استفاده از آزمون تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمده است که نشان دهنده پایایی خوب این ابزار است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۱۶ پرستار (۷۶ مرد و ۲۴۰ زن) شرکت کردند که ۶۱ نفر (۱۹/۳ درصد) از آنان کمتر از ۲۵ سال، ۷۸ نفر (۲۴/۷ درصد) ۲۶ تا ۳۰ سال، ۱۰۷ نفر (۳۳/۹ درصد) ۳۱ تا ۳۵ سال، ۴۹ نفر (۱۵/۵ درصد) ۳۶ تا ۴۰ سال و ۲۱ نفر (۶/۶ درصد) بیشتر از ۴۰ سال داشتند. در بین شرکت کنندگان ۱۲۱ نفر (۳۸/۳ درصد) مجرد، ۱۷۸ نفر (۵۶/۳ درصد) متاهل و ۱۷ نفر (۵/۴ درصد) از همسر خود جدا شده بودند. میزان تحصیلات ۱۷۴ نفر (۵۵/۱ درصد) از شرکت کنندگان لیسانس، ۱۳۳ نفر (۴۲/۱ درصد) فوق لیسانس و ۹ نفر (۲/۸ درصد) دکتری بود. گفتنی است که ۴۶ نفر (۱۴/۶ درصد) از شرکت کنندگان کمتر از ۱ سال، ۷۰ نفر (۲۲/۲ درصد) ۱ تا ۵ سال، ۱۰۵ نفر (۳۳/۲ درصد) ۵ تا ۱۰ سال، ۵۴ نفر (۱۷/۱ درصد) ۱۰ تا ۱۵ سال، ۲۹ نفر (۹/۲ درصد) ۱۵ تا ۲۰ سال و ۱۲ نفر (۳/۸ درصد) بیشتر از ۲۰ سال سابقه کار داشتند.

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین مؤلفه های همدلی (همدلی واکنشی، همدلی بیانی، همدلی مشارکتی، اثرپذیری عاطفی، ثبات عاطفی، همدلی نسبت به دیگران و کنترل)، شفقت به خود (مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی) و نوع دوستی (نوع دوستی عادی و نوع دوستی اضطرابی) را نشان می دهد.

۱۳، ۱۲، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۲ و ۳۳ پرسش های منفی مقیاس را تشکیل دادند (مانند نمایش عواطف در بین افراد جامعه برای من آزار دهنده است) و بقیه ی پرسش ها، پرسش های مثبت را تشکیل می دهند (مانند هنگامی که فردی را می بینم که در میان گروه خود را غریبه احساس می کند، دچار اندوه می شوم). پرسش ها به صورت ۵ گزینه ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) طرح شده و به ترتیب امتیازهای ۵ تا ۱ را کسب می کنند. در پژوهشی که توسط مهرابی و اپستین (۱۹۷۲) با استفاده از این مقیاس روی ۲۰۲ مرد و زن انجام گرفت ضریب پایایی ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش زرشقایی و همکاران (۱۳۸۹) نیز ضریب همبستگی نمره کل مقیاس با خرده مقیاس های مستخرج حاکی از روایی نسبتاً مناسب این مقیاس بود.

پرسشنامه شفقت به خود: پرسشنامه شفقت به خود توسط نف در سال ۲۰۰۳ و با ۲۶ ماده ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۶ عامل دو وجهی است که عبارتند از: جنبه های مثبت و منفی ۶ بعد اصلی خود شفقت ورزی را می سنجد: مهربانی به خود (۵ گویه) در برابر قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، اشتراکات انسانی (۴ گویه) در برابر انزوا (۴ گویه) و ذهن آگاهی (۴ گویه) در برابر همانندسازی افراطی (۴ گویه). سه خرده مقیاس قضاوت خود، انزوا و همانندسازی منفی هستند و رابطه معکوسی با مهربانی، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی خواهند داشت. این پرسشنامه در طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود. نمره بالاتر نشان دهنده خودشفقت ورزی بیشتر است. روایی محتوا و سازه توسط سازندگان تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ بدست آمد. روایی محتوا و سازه توسط در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) تایید شده است و پایایی داده های گردآوری شده از طریق این ابزار به روش آلفای کرونباخ برای تمامی مقیاس ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه رفتار نوع دوستانه: این پرسشنامه توسط احمدی (۱۳۸۸) طراحی و دارای ۱۳ سوال بوده و هدف آن ارزیابی رفتار نوع دوستانه افراد از ابعاد مختلف (نوع دوستی عادی، نوع دوستی اضطرابی) می باشد. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۴

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱	-														
۲	۰/۳۹**	-													
۳	۰/۵۱**	۰/۴۵**	-												
۴	۰/۵۳**	۰/۴۶**	۰/۵۳**	-											
۵	۰/۳۱**	۰/۶۱**	۰/۴۹**	۰/۴۱**	-										
۶	۰/۵۱**	۰/۴۲**	۰/۵۹**	۰/۵۶**	۰/۴۱**	-									
۷	۰/۳۷**	۰/۱۳*	۰/۴۰**	۰/۳۹**	۰/۳۷**	۰/۴۷**	-								
۸	۰/۲**	۰/۱۳*	۰/۱۹**	۰/۱۶**	۰/۱۲*	۰/۱۱*	۰/۱۶**	-							
۹	۰/۲۲**	۰/۲۳**	۰/۱۶**	۰/۲۰**	۰/۱۹**	۰/۱۲*	۰/۱۶**	۰/۶۱**	-						
۱۰	۰/۱۱*	۰/۲۴**	۰/۱۳*	۰/۳۳**	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۱۹**	۰/۳۵**	۰/۳۹**	-					
۱۱	۰/۰۸	۰/۱۸**	۰/۲۳**	۰/۲۵**	۰/۱۸**	۰/۱۰	۰/۲۰**	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۰/۶۵**	-				
۱۲	۰/۲۷**	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۲۲**	۰/۲۵**	۰/۱۴*	۰/۱۵**	۰/۴۲**	۰/۳۶**	۰/۵۰**	-				
۱۳	۰/۱۵**	۰/۲۴**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۰/۲۱**	۰/۱۳*	۰/۲۰**	۰/۴۸**	۰/۴۵**	۰/۵۱**	۰/۶۶**	۰/۵۲**	-		
۱۴	۰/۱۶**	۰/۱۷**	۰/۲۰**	۰/۲۴**	۰/۲۳**	۰/۱۱*	۰/۲۲**	۰/۱۸**	۰/۲۳**	۰/۲۳**	۰/۲۷**	۰/۳۲**	-		
۱۵	۰/۱۸**	۰/۲۳**	۰/۲۸**	۰/۳۲**	۰/۳۰**	۰/۲۵**	۰/۱۰	۰/۱۷**	۰/۲۰**	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۶۲**	-
میانگین	۱۷/۷۰	۱۳/۵۳	۱۴/۲۴	۱۶/۲۶	۱۲/۵۸	۱۱/۷۱	۴/۳۳	۱۵/۰۱	۱۱/۳۷	۱۱/۶۳	۱۲/۵۷	۱۰/۶۳	۱۱/۷۳	۲۶/۱۳	۱۷/۳۴
SD	۴/۶۴	۲/۶۱	۴/۱۲	۴/۵۵	۳/۶۴	۳/۹۲	۱/۲۴	۳/۷۶	۲/۶۴	۳/۲۸	۳/۲۰	۲/۸۲	۳/۲۸	۵/۹۴	۴/۸۴

P* < ۰/۰۵ و P** < ۰/۰۱

۱. همدلی - همدلی واکنشی؛ ۲. همدلی - همدلی بیانی؛ ۳. همدلی - همدلی مشارکتی؛ ۴. همدلی - اثرپذیری عاطفی؛ ۵. همدلی - ثبات عاطفی؛ ۶. همدلی - همدلی نسبت به دیگران؛ ۷. همدلی - کنترل؛ ۸. شفقت به خود - مهربانی به خود؛ ۹. شفقت به خود - قضاوت خود؛ ۱۰. شفقت به خود - اشتراکات انسانی؛ ۱۱. شفقت به خود - انزوا؛ ۱۲. شفقت به خود - ذهن آگاهی؛ ۱۳. شفقت به خود - همانندسازی افراطی؛ ۱۴. نوع دوستی - نوع دوستی عادی؛ ۱۵. نوع دوستی - نوع دوستی اضطراری

براساس نتایج جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش بود. در این پژوهش به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری

جدول ۲: بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و همخطی بودن

متغیر	مفروضه نرمال بودن		مفروضه همخطی بودن	
	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
همدلی - همدلی واکنشی	-۰/۰۸	-۰/۱۰	۰/۵۳	۱/۸۸
همدلی - همدلی بیانی	۰/۰۱	-۰/۶۶	۰/۶۵	۱/۵۴
همدلی - همدلی مشارکتی	۰/۵۴	-۰/۷۳	۰/۴۷	۲/۱۲
همدلی - اثرپذیری عاطفی	۰/۰۳	۰/۶۱	۰/۴۹	۲/۰۴
همدلی - ثبات عاطفی	۰/۳۵	-۰/۴۶	۰/۶۵	۱/۵۳
همدلی - همدلی نسبت به دیگران	۰/۵۰	۰/۶۵	۰/۴۹	۲/۰۴
همدلی - کنترل	۰/۷۷	-۰/۲۴	۰/۶۶	۱/۵۱
شفقت به خود - مهربانی به خود	-۰/۰۱	-۰/۸۷	۰/۵۳	۱/۸۸
شفقت به خود - قضاوت خود	-۰/۱۰	۰/۶۸	۰/۵۳	۱/۹۰
شفقت به خود - اشتراکات انسانی	-۰/۵۲	-۰/۲۹	۰/۴۷	۲/۱۳
شفقت به خود - انزوا	-۰/۱۳	-۰/۸۸	۰/۴۰	۲/۵۲
شفقت به خود - ذهن آگاهی	-۰/۲۴	-۰/۲۸	۰/۵۶	۱/۷۹

۲/۳۱	۰/۴۳	-۱/۰۴	۰/۱۲	شفقت به خود - همانندسازی افراطی
-	-	-۰/۶۷	-۰/۰۳	نوع دوستی - نوع دوستی عادی
-	-	-۰/۸۵	۰/۱۰	نوع دوستی - نوع دوستی اضطراری

استاندارد شده خطاهامورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که مفروضه یاد شده در بین داده‌ها برقرار است.

پس از ارزیابی مفروضه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. در مدل پژوهش فرض شده بود که همدلی هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری شفقت به خود با رفتارهای نوع دوستی در پرستاران رابطه دارد. همچنان که در شکل ۱ ملاحظه می‌شود، متغیر مکنون همدلی به وسیله نشانگرهای همدلی واکنشی، همدلی بیانی، همدلی مشارکتی، اثرپذیری عاطفی، ثبات عاطفی، همدلی نسبت به دیگران و کنترل، متغیر مکنون شفقت به خود به وسیله نشانگرهای مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی و متغیر مکنون نوع دوستی به وسیله نشانگرهای نوع دوستی عادی و نوع دوستی اضطراری سنجیده می‌شد. چگونگی برازش مدل با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، نرم افزار AMOS ۲۴.۰ و برآورد بیشینه احتمال (ML) ارزیابی شد. جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

منطبق بر یافته‌های جدول ۲ مقادیر کشیدگی و چولگی همه متغیرها در محدوده ± 2 قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری در بین داده‌ها برقرار است (رک کلاین، ۲۰۱۶). جدول ۲ نشان می‌دهد که مفروضه همخطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آنها کوچکتر از ۱۰ است. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کوچکتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بزرگتر از ۱۰ نشان دهنده عدم برقراری مفروضه همخطی بودن است. در این پژوهش به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مهلبویس» استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلبویس به ترتیب برابر با ۰/۲۸ و ۱/۰۴ به دست آمد که نشان می‌دهد شاخص‌های چولگی و کشیدگی در محدوده ± 2 بوده و بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده‌ها برقرار بود. لازم به توضیح است به منظور ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌ها نمودار پراکندگی واریانس‌های جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص‌های برازندگی	مدل پژوهش	نقطه برش
مجذور کای	۲۴۲/۰۲	-
درجه آزادی مدل	۸۷	-
χ^2/df	۲/۷۸	کمتر از ۳
GFI	۰/۹۰۴	> ۰/۹۰
AGFI	۰/۸۶۷	> ۰/۸۵۰
CFI	۰/۹۱۰	> ۰/۹۰
RMSEA	۰/۰۷۵	< ۰/۰۸

می‌کنند. در ادامه جدول ۴ ضرایب مسیر در مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

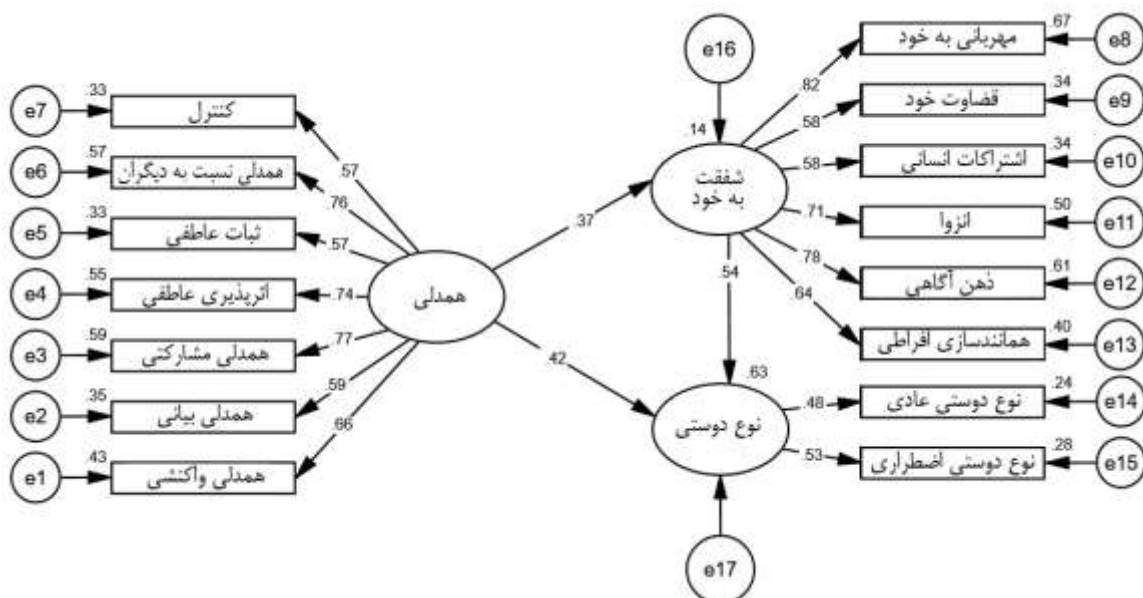
جدول ۳ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل با داده‌های گراوری شده حمایت

جدول ۴: ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

مسیرها	b	S.E	β	p
همدلی $\leftarrow$ شفقت به خود	۰/۴۲۵	۰/۰۸۱	۰/۳۷۰	۰/۰۰۱
شفقت به خود $\leftarrow$ رفتارهای نوع دوستی	۰/۳۶۹	۰/۰۷۸	۰/۵۴۰	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم همدلی $\leftarrow$ رفتارهای نوع دوستی	۰/۳۲۶	۰/۰۸۳	۰/۴۱۶	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم همدلی $\leftarrow$ رفتارهای نوع دوستی	۰/۱۵۷	۰/۰۴۷	۰/۲۰۳	۰/۰۰۱
ضریب مسیر کل همدلی $\leftarrow$ رفتارهای نوع دوستی	۰/۴۸۳	۰/۰۹۹	۰/۶۱۶	۰/۰۰۱

جدول ۴ نشان می‌دهد ضریب مسیر کل بین همدلی و رفتارهای نوع دوستی ($\beta=0/616$ ، $P=0/001$) مثبت و معنادار است. همچنین ضریب مسیر بین شفقت به خود با رفتارهای نوع دوستی ($P=0/001$) مثبت و معنادار بود. جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین همدلی و رفتارهای نوع دوستی ($\beta=0/203$ ، $P=0/001$) مثبت و معنادار است. برای این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که شفقت به خود رابطه بین همدلی و رفتارهای نوع دوستی را در پرستاران به صورت منفی و معنادار میانجی‌گری می‌کند. در ادامه شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش با استفاده از داده‌های استاندارد را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نشان می‌دهد ضریب مسیر کل بین همدلی و رفتارهای نوع دوستی ($\beta=0/616$ ، $P=0/001$) مثبت و معنادار است. همچنین ضریب مسیر بین شفقت به خود با رفتارهای نوع دوستی ($P=0/001$) مثبت و معنادار بود. جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین همدلی و رفتارهای نوع دوستی ($\beta=0/203$ ، $P=0/001$) مثبت و معنادار است.



شکل ۱: پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین و آزمون مدل پیش‌بینی رفتارهای نوع‌دوستانه در پرستاران براساس همدلی با در نظر گرفتن نقش میانجی‌گر شفقت به خود انجام شد. نتایج مدلیابی معادلات ساختاری نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش قابل قبول برخوردار است؛ به‌طوری‌که نسبت مجذور کای به درجه آزادی برابر با ۲.۷۸، شاخص GFI برابر با ۰.۹۰۴، شاخص AGFI برابر با ۰.۸۶۷، شاخص

شکل فوق نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای رفتارهای نوع دوستی برابر با ۰/۶۳ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که همدلی و شفقت به خود در مجموع ۶۳ درصد از واریانس رفتارهای نوع دوستی را در پرستاران تبیین می‌کند.

CFI برابر با ۰.۹۱۰ و RMSEA برابر با ۰.۰۷۵ به دست آمد. همچنین، مسیر همدلی به شفقت به خود مثبت و معنادار بود ($P=0.001$, $\beta=0.370$)، شفقت به خود اثر مستقیم مثبت و معناداری بر رفتارهای نوع‌دوستانه داشت ($P=0.001$, $\beta=0.540$) و اثر مستقیم همدلی بر رفتارهای نوع‌دوستانه نیز مثبت و معنادار بود ($\beta=0.416$, $P=0.001$). افزون بر این، اثر غیرمستقیم همدلی بر رفتارهای نوع‌دوستانه از طریق شفقت به خود مثبت و معنادار به دست آمد ($P=0.001$, $\beta=0.203$) و اثر کل همدلی بر رفتارهای نوع‌دوستانه برابر با ۰.۶۱۶ بود. در مجموع، همدلی و شفقت به خود توانستند ۶۳ درصد از واریانس رفتارهای نوع‌دوستانه پرستاران را تبیین کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که رفتارهای نوع‌دوستانه در پرستاران صرفاً پیامد مستقیم توانایی درک هیجان‌ها و نیازهای دیگران نیستند، بلکه بخشی از این رابطه از طریق نحوه برخورد فرد با خود در موقعیت‌های دشوار، یعنی شفقت به خود، شکل می‌گیرد.

نخستین یافته اصلی پژوهش نشان داد که همدلی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر رفتارهای نوع‌دوستانه پرستاران دارد. این یافته با شواهد نظری و تجربی متعددی همسو است که همدلی را یکی از مهم‌ترین محرک‌های رفتارهای اجتماعی مثبت و کمک‌رسانی معرفی کرده‌اند. از منظر روان‌شناسی اجتماعی، همدلی از طریق افزایش حساسیت نسبت به وضعیت دیگران، کاهش فاصله روان‌شناختی میان خود و دیگری و ایجاد انگیزش برای پاسخ به نیاز یا رنج فرد مقابل، احتمال بروز رفتارهای یاری‌گرانه را افزایش می‌دهد (Dovidio et al., 2017). همچنین، سازوکارهای عصب‌روان‌شناختی همدلی نشان می‌دهند که ادراک و پردازش حالات هیجانی دیگران می‌تواند زمینه بروز رفتارهای اجتماعی مثبت را فراهم آورد (Decety et al., 2016). یافته حاضر همچنین با نتایج Morelli و همکاران هم‌راستا است که نشان دادند مؤلفه‌های همدلی می‌تواند رفتار اجتماعی مثبت روزمره را پیش‌بینی کنند (Morelli et al., 2014). در محیط پرستاری نیز این رابطه از اهمیت بیشتری برخوردار است، زیرا پرستار به‌طور مستمر با بیمارانی مواجه است که علاوه بر نیازهای درمانی، دارای نیازهای هیجانی، ارتباطی و حمایتی هستند؛ ازاین‌رو، توانایی فهم تجربه بیمار می‌تواند محرکی برای اقدام‌هایی فراتر از الزامات رسمی شغلی باشد.

همسویی یافته حاضر با مطالعات اختصاصی حوزه پرستاری نیز قابل توجه است. Wahyuni نشان داد که همدلی می‌تواند رفتارهای اجتماعی مثبت پرستاران را پیش‌بینی کند (Wahyuni, 2019). همچنین، Suazo و همکاران دریافتند که همدلی و حساسیت اخلاقی با رفتارهای اجتماعی مثبت در پرستاران ارتباط دارند و این مجموعه متغیرها در انسانی‌تر شدن مراقبت نقش دارند (Suazo et al., 2020). Pérez-Fuentes و همکاران نیز بر نقش همدلی و مدیریت هیجان در شکل‌دهی محیط کاری مبتنی بر مراقبت انسانی تأکید کرده‌اند (Pérez-Fuentes et al., 2020). از سوی دیگر، مطالعات حوزه مراقبت سلامت نشان داده‌اند که همدلی با کیفیت روابط حرفه‌ای، ارتباط مؤثرتر و پاسخ‌گویی بهتر به نیازهای بیماران مرتبط است (Nembhard et al., 2023). بنابراین، می‌توان چنین تبیین کرد که پرستار همدل نه تنها نشانه‌های آشکار نیاز بیمار را بهتر تشخیص می‌دهد، بلکه حساسیت بیشتری نسبت به نیازهای کمتر بیان‌شده، مانند نیاز به اطمینان‌بخشی، حمایت عاطفی و حضور مراقبتی، دارد. این حساسیت می‌تواند انگیزه رفتارهایی نظیر کمک داوطلبانه، حمایت بیشتر، همکاری و فداکاری حرفه‌ای را تقویت کند.

از منظر انگیزشی نیز نتیجه به‌دست‌آمده قابل تبیین است. همدلی زمانی به رفتار نوع‌دوستانه منتهی می‌شود که درک رنج یا نیاز دیگری بتواند به انگیزه‌ای برای عمل تبدیل شود. Spaulding بر این نکته تأکید می‌کند که همدلی تنها تجربه منفعل حالت روانی دیگری نیست، بلکه در شرایط مناسب می‌تواند به نیروی انگیزشی برای عمل اجتماعی تبدیل شود (Spaulding, 2024). همچنین، شواهد نشان داده‌اند که همدلی با رفتار کمک‌رسانی در موقعیت‌های اجتماعی متفاوت ارتباط دارد؛ برای مثال، در مطالعه Hu و همکاران، همدلی با رفتار کمک‌کننده در موقعیت آزار سایبری مرتبط بود و بخشی از این ارتباط از طریق قضاوت اخلاقی تبیین شد (Hu et al., 2023). بنابراین، گرچه زمینه این مطالعات با پرستاری متفاوت است، الگوی مشترکی مشاهده می‌شود که براساس آن درک و مشارکت عاطفی در وضعیت دیگری، آمادگی فرد را برای رفتارهای حمایت‌گرانه افزایش می‌دهد. در محیط بیمارستان، این فرایند می‌تواند به‌ویژه برجسته باشد، زیرا نیاز دیگری غالباً فوری، ملموس و از نظر اخلاقی برجسته است. افزون بر این، رفتارهای نوع‌دوستانه پرستاران به بهبود محیط کاری، عملکرد سازمانی و کیفیت مراقبت کمک می‌کنند.

(Feather et al., 2018)؛ از این رو، همدلی نه تنها ویژگی مطلوب فردی، بلکه منبعی بالقوه برای عملکرد بهتر تیمی و سازمانی نیز به شمار می‌رود.

یافته دوم پژوهش نشان داد که شفقت به خود دارای اثر مستقیم مثبت و معنادار بر رفتارهای نوع‌دوستانه است. این نتیجه با دیدگاهی که شفقت به خود را مترادف با خودمحوری یا کاهش توجه به دیگران می‌داند، سازگار نیست؛ در مقابل، شواهد جدید نشان می‌دهند که برخورد مهربانانه و غیرقضاوتی با خود می‌تواند منابع هیجانی و شناختی لازم برای توجه به دیگران را حفظ کند. فراتحلیل Liu و همکاران نشان داد که شفقت به خود با رفتارهای اجتماعی مثبت نسبت به دیگران رابطه مثبت دارد (Liu et al., 2025). همچنین، Paga و Amir نشان دادند که شفقت به خود در کنار مسئولیت اجتماعی می‌تواند رفتارهای اجتماعی مثبت را تقویت کند (Paga & Amir, 2025). یافته‌های طولی Yang و همکاران نیز نشان دادند که شفقت به خود می‌تواند با افزایش سپاسگزاری و رفتارهای اجتماعی مثبت در طول زمان همراه باشد (Yang et al., 2021). Marshall و همکاران نیز در بررسی رابطه شفقت به خود، همدلی و رفتار اجتماعی مثبت نشان دادند که خودشفقتی لزوماً به نگرشی خودمحور منجر نمی‌شود و می‌تواند در کنار توجه و حساسیت نسبت به دیگران رشد یابد (Marshall et al., 2020).

برای تبیین این نتیجه می‌توان به نقش شفقت به خود در تنظیم هیجان و کاهش خودانتقادی اشاره کرد. افرادی که شفقت به خود بیشتری دارند، هنگام مواجهه با خطا، شکست یا فشار به‌جای درگیر شدن در خودسرزنش‌گری شدید، نگرشی پذیرنده‌تر و متعادل‌تر نسبت به تجربه خود اتخاذ می‌کنند. Neff تأکید می‌کند که شفقت به خود ترکیبی از مهربانی با خود، احساس اشتراک انسانی و ذهن‌آگاهی متعادل است و این مؤلفه‌ها فرد را در مواجهه با دشواری‌ها از غرق شدن در هیجان‌های منفی محافظت می‌کنند (Neff, 2016). Krieger و همکاران نیز نشان دادند که کاهش شفقت به خود با افسردگی، نشخوار فکری و اجتناب ارتباط دارد (Krieger et al., 2013). از سوی دیگر، Zessin و همکاران در یک فراتحلیل نشان دادند که شفقت به خود با بهزیستی روان‌شناختی بیشتر همراه است (Zessin et al., 2015). بنابراین، پرستاری که در مواجهه با فشار

کاری یا خطاهای حرفه‌ای از توانایی بیشتری برای برخورد متعادل با خود برخوردار است، احتمالاً منابع روانی بیشتری برای توجه به دیگران حفظ می‌کند. چنین فردی کمتر در چرخه شرم، اضطراب یا خودانتقادی فرساینده گرفتار می‌شود و در نتیجه ظرفیت بیشتری برای انجام رفتارهای حمایت‌گرانه و نوع‌دوستانه خواهد داشت.

این تبیین در بافت حرفه پرستاری اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا کار پرستاری با مواجهه مکرر با درد، مرگ، رنج، مسئولیت بالا و فشارهای زمانی همراه است. مطالعات نشان داده‌اند که متخصصان سلامت به دلیل این شرایط در معرض فرسودگی و فشار هیجانی قابل توجهی قرار دارند (Shanafelt et al., 2020; Zhang et al., 2020).

در چنین شرایطی، شفقت به خود می‌تواند نقش یک منبع روان‌شناختی محافظتی را ایفا کند. مرور Raab نشان داد که ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و همدلی در کارکنان سلامت با سازگاری روان‌شناختی و کیفیت تجربه حرفه‌ای آنان ارتباط دارند (Raab, 2014). همچنین، مرور نظام‌مند Conversano و همکاران بر اهمیت شفقت و خودشفقتی در میان کارکنان سلامت تأکید کرده است (Sirois et al., 2020). Sirois و همکاران نیز نشان داده‌اند که شفقت به خود با استرس و الگوهای مقابله‌ای سازگارانه ارتباط دارد (Sirois et al., 2015). از منظر درمان مبتنی بر شفقت نیز کاهش خودانتقادی و فعال‌سازی نظام‌های آرام‌ساز می‌تواند انعطاف‌پذیری هیجانی فرد را افزایش دهد (Gilbert, 2014). بنابراین، شفقت به خود می‌تواند به پرستار کمک کند ضمن مواجهه مکرر با رنج دیگران، منابع لازم برای رفتارهای یاری‌گرانه را حفظ کند.

یافته مهم دیگر پژوهش نشان داد که همدلی اثر مثبت و معناداری بر شفقت به خود دارد. این یافته از این نظر قابل توجه است که نشان می‌دهد توانایی فهم و پاسخ‌گویی به حالات هیجانی دیگران ممکن است با نحوه برخورد فرد با تجارب دشوار خودش نیز ارتباط داشته باشد. گرچه همدلی عمدتاً معطوف به دیگری و شفقت به خود معطوف به تجربه شخصی است، هر دو سازه بر ظرفیت شناسایی رنج، پذیرش تجربه عاطفی و پاسخ غیرخصمانه به آن متکی هستند. پژوهش Liu و همکاران نیز نشان داده است که همدلی و شفقت به خود می‌توانند در یک مدل روان‌شناختی واحد در تبیین رفتارهای اجتماعی مثبت نقش ایفا کنند (Liu et al., 2023). از طرف دیگر،

مطالعه Moreno-Jiménez و همکاران در کارکنان بخش‌های مراقبت ویژه نشان داد که همدلی و شفقت به خود در کنار فشارهای شغلی و خستگی روزانه بخشی از شبکه پیچیده سازگاری روان‌شناختی کارکنان سلامت هستند (Moreno-Jiménez et al., 2023). می‌توان استدلال کرد که پرستاری که نسبت به حالات عاطفی دیگران حساسیت بیشتری دارد، در صورت برخورداری از تنظیم هیجان مناسب، ممکن است این نگرش‌پذیرنده و همدلانه را نسبت به خود نیز به کار گیرد؛ در نتیجه، همدلی بین‌فردی می‌تواند با خودفهمی و خودشفقتی بیشتر همراه شود.

در عین حال، باید توجه داشت که همدلی همواره بدون هزینه نیست. فراتحلیل Delgado و همکاران نشان داد که مؤلفه‌های مختلف همدلی می‌توانند روابط متفاوتی با فرسودگی در کارکنان سلامت داشته باشند و به‌ویژه اشکال هیجانی شدید همدلی در صورت نبود تنظیم مناسب ممکن است با فشار روان‌شناختی بیشتری همراه شوند (Delgado et al., 2023). همین نکته اهمیت شفقت به خود را برجسته می‌کند. اگر پرستار درد و رنج بیمار را به‌شدت درک کند اما فاقد سازوکاری برای تنظیم فشار ناشی از این تجربه باشد، همدلی ممکن است به خستگی عاطفی یا کاهش منابع روانی منجر شود. در مقابل، شفقت به خود می‌تواند به فرد کمک کند بدون سرکوب حساسیت انسانی، مرزهای هیجانی سالم‌تری حفظ کند و در مواجهه با محدودیت‌ها و ناکامی‌های حرفه‌ای کمتر خود را سرزنش کند. در این معنا، شفقت به خود ممکن است سازوکاری باشد که همدلی را از تجربه‌ای بالقوه فرساینده به منبعی پایدارتر برای رفتار نوع‌دوستانه تبدیل می‌کند. یافته‌های Frank درباره نقش خودشناسی و خودمراقبتی در بهزیستی (Frank, 2021) و تأکید Friedman بر کاربرد شفقت به خود در تنظیم تجربه‌های دشوار هیجانی (Friedman, 2018) نیز با چنین تبیینی سازگار است.

مهم‌ترین یافته مدل حاضر، معناداری اثر غیرمستقیم همدلی بر رفتارهای نوع‌دوستانه از طریق شفقت به خود بود. این یافته نشان می‌دهد که شفقت به خود بخشی از سازوکار روان‌شناختی انتقال اثر همدلی به رفتار نوع‌دوستانه را تبیین می‌کند. از آنجا که اثر مستقیم همدلی بر رفتارهای نوع‌دوستانه همچنان معنادار باقی ماند، الگوی به‌دست‌آمده را می‌توان در قالب میانجی‌گری جزئی تفسیر کرد؛ یعنی

همدلی علاوه بر اثر مستقیم بر رفتارهای نوع‌دوستانه، از مسیر تقویت شفقت به خود نیز با این رفتارها ارتباط دارد. این الگو با منطق تحلیل میانجی‌گری سازگار است که براساس آن متغیر میانجی سازوکاری را توضیح می‌دهد که از طریق آن بخشی از ارتباط میان متغیر پیش‌بین و پیامد شکل می‌گیرد (Igartua & Hayes, 2021). همچنین، نتیجه حاضر با یافته‌های Liu و همکاران همسو است که نقش میانجی همدلی و شفقت به خود را در ارتباط میان دلبستگی و رفتارهای اجتماعی مثبت نشان دادند (Liu et al., 2023). از این منظر، همدلی می‌تواند حساسیت نسبت به نیاز دیگری و انگیزش کمک را فعال کند، در حالی که شفقت به خود به فرد کمک می‌کند منابع هیجانی لازم را برای تبدیل این انگیزش به اقدام پایدار حفظ کند.

همچنین، یافته مربوط به تبیین ۶۳ درصد از واریانس رفتارهای نوع‌دوستانه نشان می‌دهد که ترکیب همدلی و شفقت به خود از قدرت تبیینی قابل توجهی در این نمونه برخوردار بوده است. این نتیجه از نظر کاربردی اهمیت دارد، زیرا نشان می‌دهد رفتارهای نوع‌دوستانه پرستاران تا حد زیادی با ویژگی‌هایی مرتبط هستند که قابلیت آموزش و مداخله دارند. برنامه‌های شفقت به خود نشان داده‌اند که می‌توان این سازه را از طریق آموزش‌های ساختاریافته تقویت کرد (Neff & Germer, 2013) و شواهد مربوط به رفتارهای اجتماعی مثبت در محیط کار نیز نشان می‌دهد که این رفتارها تحت تأثیر عوامل فردی و محیطی و قابل تقویت از طریق مداخلات هدفمند هستند (Hart, 2024). علاوه بر این، رفتارهای اجتماعی مثبت پرستاران می‌توانند کیفیت محیط کاری و مراقبت را ارتقا دهند (Feather et al., 2018) و رفتار خدماتی اجتماعی مثبت نیز با متغیرهای ارتباطی و هیجانی در پرستاران مرتبط است (Kim & Jang, 2019). بنابراین، مدل حاضر از دیدگاه نظری نشان می‌دهد که برای درک رفتار نوع‌دوستانه باید هم حساسیت نسبت به دیگری و هم نحوه رابطه فرد با خود را در نظر گرفت و از دیدگاه کاربردی نیز می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات چندبعدی در محیط‌های پرستاری فراهم کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. نخست، طرح پژوهش توصیفی-همبستگی و مقطعی بود؛ بنابراین، باوجود استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری،

خودانتقادی، پذیرش محدودیت‌های حرفه‌ای و مواجهه سازگارانه با خطا و فشار کاری تمرکز داشته باشند. همچنین، لازم است محیط‌های سازمانی به گونه‌ای طراحی شوند که رفتارهای حمایت‌گرانه و همکاری میان پرستاران را تقویت کنند و فرصت‌هایی برای حمایت همتایان، سوپرویزن روان‌شناختی و بازتاب حرفه‌ای فراهم آورند. توجه همزمان به مراقبت از بیمار و مراقبت روان‌شناختی از پرستار می‌تواند زمینه حفظ پایدار رفتارهای نوع‌دوستانه، بهبود کیفیت روابط حرفه‌ای و ارتقای کیفیت مراقبت را فراهم سازد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's new? A systematic review. *Frontiers in psychology*, 11, 1683. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01683>
- Decety, J. (2020). Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it. *The American Journal of Medicine*, 133(5), 561-566. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
- Decety, J., Bartal, I. B. A., Uzefovsky, F., & Knafo-Noam, A. (2016). Empathy as a driver of prosocial behaviour: Highly conserved neurobehavioural mechanisms across species. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1686), 20150077. <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0077>
- Delgado, N., Delgado, J., Betancort, M., Bonache, H., & Harris, L. T. (2023). What is the link between different components

نمی‌توان درباره روابط علی میان همدلی، شفقت به خود و رفتارهای نوع‌دوستانه با قطعیت نتیجه‌گیری کرد. دوم، نمونه پژوهش به پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران محدود بود و از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه استفاده شد که ممکن است قابلیت تعمیم نتایج به پرستاران سایر مناطق جغرافیایی، مراکز درمانی خصوصی یا گروه‌های حرفه‌ای دیگر را کاهش دهد. سوم، متغیرهای پژوهش از طریق ابزارهای خودگزارشی سنجیده شدند و در نتیجه احتمال سوگیری مطلوبیت اجتماعی، خطای یادآوری و تمایل شرکت‌کنندگان به ارائه تصویری مطلوب‌تر از ویژگی‌های همدلانه یا نوع‌دوستانه خود وجود دارد. افزون بر این، شرایط سازمانی نظیر حجم کار، نوع بخش، شیفت کاری، حمایت مدیریتی و فرسودگی شغلی در مدل وارد نشدند و ممکن است بخشی از روابط مشاهده‌شده تحت تأثیر این عوامل قرار گرفته باشد.

برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود مدل حاضر در نمونه‌های بزرگ‌تر، چندمرکزی و متنوع‌تر از نظر جغرافیایی، نوع بیمارستان، سابقه کار و بخش بالینی بازآزمایی شود. استفاده از طرح‌های طولی می‌تواند توالی زمانی روابط میان همدلی، شفقت به خود و رفتارهای نوع‌دوستانه را روشن‌تر سازد و مطالعات آزمایشی یا نیمه‌آزمایشی می‌توانند اثر مداخلات افزایش همدلی و شفقت به خود را بر تغییر رفتارهای نوع‌دوستانه ارزیابی کنند. همچنین، استفاده از روش‌های چندمنبعی مانند ارزیابی همکاران، سرپرستان و بیماران، مشاهده مستقیم رفتار و شاخص‌های عینی عملکرد می‌تواند وابستگی به داده‌های خودگزارشی را کاهش دهد. بررسی متغیرهای تعدیل‌گر و میانجی دیگر از جمله فرسودگی شغلی، تنظیم هیجان، تاب‌آوری، حساسیت اخلاقی، حمایت سازمانی ادراک‌شده، رضایت شغلی و فشار کاری نیز می‌تواند به توسعه مدل جامع‌تری از رفتارهای نوع‌دوستانه در پرستاران کمک کند.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود مدیران بیمارستان‌ها و مسئولان آموزش پرستاری برنامه‌هایی منظم برای تقویت مهارت‌های همدلی، تنظیم هیجان و شفقت به خود طراحی و اجرا کنند. این برنامه‌ها می‌توانند در آموزش بدو خدمت، آموزش‌های ضمن خدمت و برنامه‌های ارتقای سلامت روان کارکنان ادغام شوند و بر مهارت‌هایی مانند گوش‌دادن فعال، تشخیص نیازهای هیجانی بیمار، کاهش

- compassion, empathy, and prosocial behavior in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 30, 472-484. <https://doi.org/10.1111/jora.12492>
- Martí-Vilar, M., Tortosa, A. C., Sales-Galán, A., & Corradi, G. (2022). Resilience and prosocial behaviour in Spanish care professionals of dependent persons. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e6613-e6621. <https://doi.org/10.1111/hsc.14110>
- Morelli, S. A., Rameson, L. T., & Lieberman, M. D. (2014). The neural components of empathy: Predicting daily prosocial behavior. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(1), 39-47. <https://doi.org/10.1093/scan/nss088>
- Moreno-Jiménez, J. E., Demerouti, E., Blanco-Donoso, L. M., Chico-Fernández, M., Iglesias-Bouzas, M. I., & Garrosa, E. (2023). Passionate healthcare workers in demanding intensive care units: Its relationship with daily exhaustion, secondary traumatic stress, empathy, and self-compassion. *Current Psychology*, 42(33), 29387-29402. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03986-z>
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7, 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Nembhard, I. M., David, G., Ezzeddine, I., Betts, D., & Radin, J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. *Health Services Research*, 58(2), 250-263. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14016>
- Paga, B. A., & Amir, Y. (2025). The effects of self-compassion and social responsibility on promoting prosocial behavior among university students. *Psikologi Prima*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.34012/psychoprima.v8i1.6753>
- Pérez-Fuentes, M. D. C., Herrera-Peco, I., Molero Jurado, M. D. M., Oropesa Ruiz, N. F., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2020). A cross-sectional study of empathy and emotion management: Key to a work environment for humanized care in nursing. *Frontiers in psychology*, 11, 706. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00706>
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95-108. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876>
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133-2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and identity*, 14(3), 334-347. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>
- Spaulding, S. (2024). Motivating empathy. *Mind & Language*, 39(2), 220-236. <https://doi.org/10.1111/mila.12469>
- Su, J. J., Masika, G. M., Paguio, J. T., & Redding, S. R. (2020). Defining compassionate nursing care. *Nursing Ethics*, 27(2), 480-493. <https://doi.org/10.1177/0969733019851546>
- Suazo, I., Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Martos Martínez, Á., Simón Márquez, M. D. M., Barragán Martín, A. B., & Gázquez Linares, J. J. (2020). Moral sensitivity, empathy and prosocial behavior: Implications for humanization of nursing care. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8914. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238914>
- of empathy and burnout in healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Psychology research and behavior management*, 447-463. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S384247>
- Dovidio, J. F., Piliavin, J. A., Schroeder, D. A., & Penner, L. A. (2017). *The social psychology of prosocial behavior*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315085241>
- Feather, J., McGillis Hall, L., Trbovich, P., & Baker, G. R. (2018). An integrative review of nurses' prosocial behaviours contributing to work environment optimization, organizational performance and quality of care. *Journal of nursing management*, 26(7), 769-781. <https://doi.org/10.1111/jonm.12600>
- Frank, T. (2021). *The benefits of knowing and caring about oneself: The role of self-insight and self-compassion in identity and well-being* University of Northern British Columbia].
- Friedman, P. (2018). Healing from anxiety, depression, trauma using forgiveness, self-compassion, and energy psychology while tracking change over time Part 2: Therapeutic Interventions. *Society for the Advancement of Psychotherapy*.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Hart, R. (2024). Prosocial behaviors at work: Key concepts, measures, interventions, antecedents, and outcomes. *Behavioral Sciences*, 14(1), 78. <https://doi.org/10.3390/bs14010078>
- Hu, Y., Zhang, T., Shi, H. F., & Fan, C. Y. (2023). Empathy and bystander helping behavior in cyberbullying among adolescents: The mediating role of internet moral judgment and the moderating role of internet self-efficacy. *Frontiers in psychology*, 14, 1196571. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1196571>
- Igartua, J. J., & Hayes, A. F. (2021). Mediation, moderation, and conditional process analysis: Concepts, computations, and some common confusions. *The Spanish journal of psychology*, 24, e49. <https://doi.org/10.1017/SJP.2021.46>
- Kim, Y., & Jang, S. J. (2019). Nurses' organizational communication satisfaction, emotional labor, and prosocial service behavior: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 21(2), 223-230. <https://doi.org/10.1111/nhs.12586>
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*, 44(3), 501-513. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>
- Li, X., Chang, H., Zhang, Q., Yang, J., Liu, R., & Song, Y. (2021). Relationship between emotional intelligence and job well-being in Chinese clinical nurses: Multiple mediating effects of empathy and communication satisfaction. *BMC Nursing*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00658-4>
- Liu, A., Wang, W., Wu, X., & Xu, B. (2023). *Empathy and self-compassion mediate the relationships between parental attachment, prosocial behavior, and antisocial behavior among adolescents after the Jiuzhaigou earthquake*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2627633/v1>
- Liu, X., Li, J., & Chen, X. (2025). Does compassion for oneself extend to prosocial behavior for others? Examining the relationship between self-compassion and prosocial behavior using multilevel meta-analysis. *Personality and individual differences*, 237, 113047. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113047>
- Marshall, S. L., Ciarrochi, J., Parker, P. D., & Sahdra, B. K. (2020). Is self-compassion selfish? The development of self-

- Wahyuni, R. (2019). *Empathy as a predictor of prosocial behavior of nurses in the special region of Yogyakarta* 3rd International Conference on Current Issues in Education (ICCIE 2018), <https://doi.org/10.2991/iccie-18.2019.76>
- Yang, Y., Kong, X., Guo, Z., & Kou, Y. (2021). Can self-compassion promote gratitude and prosocial behavior in adolescents? A 3-year longitudinal study from China. *Mindfulness*, 12, 1377-1386. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01605-9>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>
- Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X., & Zhu, C. (2020). Stress, burnout, and coping strategies of frontline nurses during the COVID-19 epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 565520. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.565520>