

مروری بر همدلی عاطفی و تاثیر آن در نگرش پرستاران به مراقبت از بیماران در حال مرگ

سولماز سلطانزاده حالجالی علیا^۱، ریتا لیاقت^۲

^۱دانش آموخته کارشناسی ارشد روان سنجی واحد تهران مرکزی (نویسنده مسئول)

^۲دکتری روان سنجی و استادیار واحد تهران مرکزی

چکیده

امروزه تغییر نوع و شکل بیماری ها نسبت به قرن های گذشته باعث شده است کادر مراقبتی و درمانی مهمترین نقش را در سلامت جامعه داشته باشند. در این بین پرستاران به عنوان بازوهای اجرایی نظام سلامت در جوامع محسوب می گردند. بیشتر پرستاران با بیماران در حال مرگ مواجه هستند و به دلیل وضعیت کاری شان، این مساله امری عادی و روزمره است؛ لذا نگرش به مراقبت از بیماران در حال مرگ یک عامل بسیار مهم در کار پرستاری است. نگرش منطقی پرستاران به مراقبت از بیمار در حال مرگ می تواند در مراقبت از بیماران روبه مرگ و خانواده آنان مؤثر باشد. از طرفی می توان گفت که افزایش رنج جسمانی احساس هوشیاری در بین پرستاران را افزایش می دهد و موجب همدلی بیشتر با بیماران در حال مرگ می شود از سوی دیگر پرستارانی که احساس می کنند با مراقبت از این بیماران به رشد شخصی و دانش ارتباطی و همدلی خود می افزایند بهتر می توانند با این بیماران همدلی نمایند، اما فشار کاری می تواند سطح فعالیت و یادگیری پرستاران را افزایش دهد و همین موضوع باعث می شد پرستاران ارتباط همدلانه خوبی با بیماران در حال مرگ داشته باشند. از اینرو در تحقیق حاضر، به لحاظ اهمیت همدلی عاطفی پرستاران، به مفاهیم آن، انواع همدلی و اثرات آن در روابط بین فردی پرداخته شده است، و در ادامه نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ و عوامل مؤثر بر آن را مورد بررسی قرار می دهد.

واژه های کلیدی: بیماران، روابط بین فردی، نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ، همدلی عاطفی، پرستاران

مقدمه

مراقبت از بیمار در حال مرگ به عنوان راهی برای برآوردن نیازهای جسمی، روانی و روحی افرادی که در حال بیماری لاعلاج هستند و در حال مرگ هستند، توصیف می شود. مرگ و تجربه مردن از پدیده هایی هستند که در محیط های درمانی و بالینی رایج هستند. مرگ و مردن فشارهای جسمی و روحی بر بیمار در حال مرگ، روابط او و مراقبان حرفه ای او وارد می کند (فارونبی، آکینیودا و اولوویتون، ۲۰۲۱). ارائه مراقبت های تسکینی خوب مستلزم تعهد درونی پرستاران است که درگیر هستند، که بستگی به نگاه این پرستاران به مرگ و افرادی دارد که در حال مرگ هستند. دیدگاه پرستاران نسبت به مراقبت از فرد در حال مرگ را می توان با نگرش آنها توصیف کرد (ابوهاشش، ابوزید، السعید و الهوجیلی، ۲۰۱۴).

امروزه در شرایطی که جهان در حال طی کردن است، مراقبت درمانی را به عنوان مهمترین عامل برای پویایی جوامع می توان در نظر گرفت. تغییر نوع و شکل بیماری ها نسبت به قرن های گذشته باعث شده است کادر مراقبتی و درمانی مهمترین نقش را در سلامت جامعه داشته باشند. در این بین پرستاران به عنوان بازوهای اجرایی نظام سلامت در جوامع محسوب می گردند (دالورا، بین، رینیوس و گریفیس، ۲۰۲۰). بیشتر پرستاران با بیماران در حال مرگ مواجه هستند و به دلیل وضعیت کاری شان، این مساله امری عادی و روزمره است؛ لذا نگرش به مراقبت از بیماران در حال مرگ یک عامل بسیار مهم در کار پرستاری است. نگرش منطقی پرستاران به مراقبت از بیمار در حال مرگ می تواند در مراقبت از بیماران روبه مرگ و خانواده آنان مؤثر باشد؛ لذا اگر کارکنان بهداشتی درمانی مرگ را موضوعی ترسناک و شوم بیندارند، نخواهند توانست به صورتی آرام و مؤثر با مرگ بیماران روبرو شوند (شهری و کهرازی، ۱۳۹۷).

مراقبت از بیمار در حال مرگ یکی از وظایف است متخصصان بهداشت، به ویژه پرستاران، که تمایل دارند بیشتر هزینه کنند زمان با بیماران پرستاران می توانند تحت تأثیر عاطفی قرار گیرند فرآیند مراقبت از بیماران لاعلاج به عنوان مرگ به طور کلی افراد را عمیقاً و دردناک تحت تأثیر قرار می دهد (سوین و سرت، ۲۰۲۰).

یکی از عوامل بسیار مهم که می تواند در سازگاری با رخداد های پرتنش در پرستاران کمک کننده باشد، همدلی عاطفی است. همدلی توانایی عاطفی و شناختی حالت روانی (احساسات، افکار و انگیزه ها) دیگران و پاسخ دهی مناسب به آنها با هیجان های مناسب می باشد (کانراس، میر و بوشمن، ۲۰۱۸). همدلی عاطفی به معنای دادن پاسخ مناسب به حالت هیجانی دیگران می باشد و مستلزم بازشناسی سریع احساسات دیگران براساس حالت چهره، حرکات بدن و تن و آهنگ صدا است (پترسون و هافلیش، ۲۰۱۲).

مفهوم پردازی اولیه همدلی به عنوان درونی کردن عواطف شخص دیگری که به وسیله مشاهده یا خود فرافکنی مشخص می شود، ارائه شده است. از دیدگاه کارل راجرز، احساس همدلی عاطفی به معنای احساس کردن دنیای مراجع است به گونه ای که گویی این حس از آن فرد همدل است (فرناندز و زاوی، ۲۰۲۰).

همدلی عاطفی

همدلی مفهومی چندبعدی است که در مورد دو بعد آن توافق نسبی وجود دارد. همدلی شناختی یا سرد که مربوط به درک حالت های ذهنی دیگران است و همدلی عاطفی، یا گرم که به پاسخ های هیجانی شخص در برابر حالت های عاطفی دیگران می گویند. همدلی عاطفی در درک رفتار اجتماعی، تنظیم رفتار اجتماعی خود، اکتساب اخلاق، رفتار پر خاشگرانه و ناتوانی در دریافت تأثیر رفتار خود بر دیگران نقش اساسی دارد (قربانی، ۱۳۹۷). همدلی ممکن است تبدیل به همدردی، یعنی نگران

شدن برای دیگری به دلیل دریافت یا درک حالت هیجانی دیگری، یا حتی درماندگی شخصی یعنی، واکنش هیجانی آزارنده که متمرکز بر خود فرد بوده و به دلیل دریافت یا درک حالت هیجانی دیگری ایجاد می‌شود، می‌گردد (دیستی و لام، ۲۰۰۹).

تعاریف همدلی طیف وسیعی از پدیده‌ها را در بر می‌گیرد، از جمله مراقبت از افراد دیگر و تمایل به کمک به آنها. تجربه احساساتی که با احساسات شخص دیگر مطابقت دارد. تشخیص اینکه شخص دیگری به چه فکر می‌کند یا چه احساسی دارد و کمتر متمایز کردن تفاوت‌های بین خود و دیگری (پیننبورگ، اسپیکمن، جرونیموس و آلمن، ۲۰۱۳).

داشتن همدلی می‌تواند شامل درک این باشد که عوامل زیادی در تصمیم‌گیری و فرآیندهای فکری نقش دارند. تجارب گذشته در تصمیم‌گیری امروز تاثیر دارد. درک این موضوع به فرد امکان می‌دهد با افرادی که گاهی تصمیمات غیرمنطقی برای مشکلی می‌گیرند که اکثر افراد با پاسخی آشکار به آن پاسخ می‌دهند، همدلی داشته باشد (دتریچ، ۲۰۱۷).

از آنجایی که همدلی شامل درک حالات عاطفی افراد دیگر است، نحوه توصیف آن برگرفته از روشی است که خود احساسات مشخص می‌شوند. از سوی دیگر، اگر احساسات به طور متمرکز با ترکیبی از باورها و خواسته‌ها مشخص شوند، درک این باورها و خواسته‌ها برای همدلی ضروری تر خواهد بود. توانایی تصور کردن خود به عنوان یک فرد دیگر یک فرآیند تخیلی پیچیده است. با این حال، ظرفیت اولیه برای تشخیص احساسات احتمالاً ذاتی است (بایرد و نادل، ۲۰۱۰) و ممکن است به طور ناخودآگاه به دست آید. با این حال می‌توان آن را آموزش داد و با درجات مختلفی از شدت یا دقت به دست آورد. به گفته مارتین هافمن همه با توانایی احساس همدلی متولد می‌شوند (روت-هانانجا، داویدوف و زان-واکسلر، ۲۰۱۱).

همدلی لزوماً یک کیفیت «کم و بیش» دارد. با این حال، مورد پارادایم یک تعامل همدلانه، شامل یک شناخت دقیق از اهمیت اقدامات عمدی مستمر، حالات عاطفی مرتبط، و ویژگی‌های شخصی شخص دیگر است، به نحوی که شخص شناخته شده بتواند آن را تحمل کند. تشخیص‌هایی که هم دقیق و هم قابل تحمل هستند، از ویژگی‌های اصلی همدلی هستند. توانایی انسان برای تشخیص احساسات بدنی دیگری به ظرفیت‌های تقلید فرد مربوط می‌شود و به نظر می‌رسد در یک ظرفیت ذاتی برای مرتبط ساختن حرکات بدنی و حالات چهره‌ای که شخص در دیگری می‌بیند با احساسات حس عمقی ناشی از تولید آن حرکات یا عبارات مربوطه استوار است (شوارتز، ۲۰۱۳).

همدلی ظرفیت درک یا احساس آنچه که شخص دیگری تجربه می‌کند از درون نگاه و چارچوبدید شخص است، یعنی ظرفیت قرار دادن خود در موقعیت دیگری. تعاریف همدلی طیف وسیعی از حالات عاطفی را در بر می‌گیرد. انواع همدلی عبارتند از همدلی شناختی، همدلی عاطفی (یا عاطفی)، همدلی جسمی و معنوی (رید، ۲۰۱۹).

همدلی عاطفی به معنای یافتن پاسخ عاطفی به سایر رخدادهای عاطفی و ایجاد یک پیوند عاطفی می‌باشد (بیرامی، هاشمی، پور شریفی و عندلیب کورائیم، ۱۳۹۶). همدلی این شرایط را ایجاد می‌کند که احساسات دیگران را درک کنیم، اعمال و احساسات آنها را پیش‌بینی کنیم. همدلی خود را در احساسات و ادراکاتی نشان می‌دهد که با علاقه شخصی به احساسات بیرونی تحریک می‌شوند. همدلی به ما این امکان را می‌دهد که وارد فضای عاطفی دیگران شویم و فرصتی را برای ما ایجاد می‌کند تا شادی‌ها، غم‌ها، احساسات و عواطف آنها را تجربه کنیم. روانشناسی اعتقاد دارد که مهارت همدلی به این معناست که افراد حتی زمانی که در آن موقعیت قرار ندارند زندگی دیگران را درک کنند تا بتوانند افراد دیگر را حتی زمانی که بسیار متفاوت از آنها هستند بپذیرند و به آنها احترام بگذارند. همدلی روابط اجتماعی را بهبود می‌بخشد و منجر به رفتارهای حمایتی و پذیرفته شده نسبت به افراد دیگر می‌شود، دوستی‌ها و روابط را تقویت می‌کند و سطح آگاهی اجتماعی را در جامعه افزایش می‌دهد (یاری قلی و همکاران، ۱۳۹۷).

اثرات همدلی در روابط بین فردی

داشتن شخصیتی با همدلی عاطفی بالا به روابط اجتماعی هدف و جهت می دهد. یک پیوند بدون همدلی عاطفی مانند یک کشتی هدایت نشده در دریا است. همدلی عاطفی به طور مستقیم و غیرمستقیم بر روابط شخصی تأثیر می گذارد و باعث می شود که رابطه رو به جلو پیش برود و بی هدف نچرخد (پنبه دانه، ۱۳۸۹). این تصور می گردد افرادی که سطح بالاتری از همدلی را در رابطه خود پیدا کرده اند، احساس با هم بودن و مسئولیت مشترک با همسر خود دارند و شخصاً تمایل به حفظ رابطه دارند و خواهان حفظ یا بهبود آن هستند. (شادکامی، ۱۳۸۸). والدینی که روابط اجتماعی بالا دارند و در روابط خود می توانند گرم و صمیمی هستند و با عواطف مثبت با فرزندان خود ارتباط برقرار می کنند، فرزندان آنها نیز به استرس دیگران واکنش مشابهی نشان می دهند و این رابطه تا نوجوانی و اوایل بزرگسالی ادامه می یابد (برک، ۲۰۱۰؛ سید محمد، ۱۳۹۵).

همدلی به وضوح به عنوان ویژگی یک رابطه ویژه تعریف می شود. اگرچه در علوم اجتماعی برای درک مفهوم همدلی اتفاق نظر وجود ندارد، اما مشکل درک کلی عوامل مؤثر بر شکل گیری یا تخریب یک رابطه خاص به دلیل عدم شناخت کامل همدلی است. بر اساس نظریه اجتماعی، بر اساس مفهوم همدلی، رابطه همدلانه از یک رابطه غیر همدلانه به سطح همبستگی، احساس تعلق و همبستگی که هر یک از زوجین احساس می کند، تعریف می شود (پیرا، ۱۳۹۷)..

به محض اینکه احساس همبستگی و حفظ نفس برای رابطه به وجود آمد، شکی نیست و در نتیجه شادی ناشی از رابطه بین افراد و آن رابطه به نحو صحیح برقرار می شود و فرد آن را احساس می کند. برای پرداخت. همدلی از طریق تجربه جذابیت، استعداد و اعتماد آشکار می شود. برای اینکه همدلی در روابط بین افراد به حداکثر برسد، رضایت فردی باید مبتنی بر عدالت و عقل سلیم باشد. با افزایش همدلی، روابط به سمت آرامش بیشتر می رود و همدلی به تقویت روابط بر اساس کاهش تمرکز مداوم بر رابطه کمک می کند و در نتیجه آن همدلی را حفظ می کند (جانسون، ۲۰۰۳؛ به نقل از مشاک، ۱۳۸۹).

انواع همدلی

همدلی عاطفی

همدلی عاطفی که همدلی هیجانی نیز نامیده می شود: ظرفیت پاسخگویی با عاطفه مناسب به حالات ذهنی دیگران. توانایی ما برای همدلی عاطفی مبتنی بر سرایت عاطفی است. تحت تأثیر وضعیت عاطفی یا برانگیختگی دیگران (شامی- تسوری، آهارون- پرز و پری، ۲۰۰۹).

همدلی عاطفی را می توان به ابعاد زیر تقسیم کرد:

نگرانی همدلانه: همدردی و همدردی با دیگران در پاسخ به رنج آنها.

پیشانی شخصی: احساس خود محوری ناراحتی و اضطراب در پاسخ به رنج دیگران. در مورد اینکه آیا پیشانی شخصی شکل اساسی همدلی است یا در عوض به منزله همدلی نیست، اتفاق نظر وجود ندارد. این بخش فرعی ممکن است جنبه توسعه ای داشته باشد. نوزادان با ناراحتی خود به ناراحتی دیگران پاسخ می دهند. تنها زمانی که آنها ۲ ساله هستند، شروع به پاسخ دادن به روش های غیرمحور، تلاش برای کمک، آرامش و مشارکت می کنند (پرز-فنتز، لینارز، خواردادو، مارکز و مارتوس، ۲۰۲۰).

همدلی شناختی

ظرفیت درک دیدگاه یا وضعیت ذهنی دیگران. واژه‌های شناخت اجتماعی، دیدگاه‌گیری، نظریه ذهن، و ذهن‌سازی اغلب به صورت مترادف استفاده می‌شوند، اما به دلیل فقدان مطالعاتی که نظریه ذهن را با انواع همدلی مقایسه می‌کند، مشخص نیست که آیا این‌ها معادل هستند. اگرچه علم هنوز بر تعریف دقیق این سازه‌ها توافق نکرده است، اما در مورد این تمایز اتفاق نظر وجود دارد. همدلی عاطفی و شناختی نیز مستقل از یکدیگر هستند. کسی که شدیداً از نظر عاطفی همدلی می‌کند، لزوماً در درک دیدگاه دیگران خوب نیست (گراس، دی، کاسی و مهر، ۲۰۱۳).

همدلی شناختی را می‌توان به ابعاد زیر تقسیم کرد:

دیدگاه‌گیری: تمایل به اتخاذ خود به خود دیدگاه‌های روان‌شناختی دیگران.

فانتزی: تمایل به همدات پنداری با شخصیت‌های داستانی.

همدلی تاکتیکی (یا استراتژیک): استفاده عمدی از چشم انداز برای دستیابی به اهداف مورد نظر معین. اگرچه معیارهای همدلی شناختی شامل پرسشنامه‌های خودگزارش دهی و اقدامات رفتاری است، یک متاآنالیز در سال ۲۰۱۹ تنها یک ارتباط ناچیز بین خودگزارش دهی و اقدامات رفتاری پیدا کرد، که نشان می‌دهد افراد معمولاً قادر به ارزیابی دقیق توانایی‌های همدلی شناختی خود نیستند (کانسکی، بوکر، تراوتین، لسمانن و سینگر، ۲۰۱۶).

همدلی جسمی

همدلی جسمی یک واکنش فیزیکی است که احتمالاً بر اساس پاسخ‌های نورون آینه‌ای در سیستم عصبی جسمانی است (پررز-فنتز و همکاران، ۲۰۲۰).

مفاهیم مرتبط با همدلی

اصطلاح همدلی به طور متداول به بیش از نیم دوجین پدیده اطلاق می‌شود. این پدیده‌ها با یکدیگر مرتبط هستند، اما عناصر، ابعاد، رویه‌ها یا اجزای یک چیز بهنام همدلی نیستند. هر یک از این پدیده‌ها حائلهایی روانشناختی هستند که به لحاظ مفهومی متفاوت و مستقل از یکدیگرند:

مفهوم اول: شناخت حائلهای درونی دیگران شامل افکار و احساسها برخی متخصصان بالینی و پژوهشگران، شناخت حالت درونی و برخی دیگر از پژوهشگران، این دانش را دیگران را همدلی "همدلی شناختی" یا "دقت همدلانه" نامیده‌اند. گاهی اوقات اطمینان یافتن از آنچه دیگری بدان می‌اندیشد یا از این که دیگری چه احساسی دارد، ممکن است دشوار باشد، به خصوص زمانی که سرنخ‌های محدودی وجود داشته باشد (بایزیدی، ۱۳۹۸).

مفهوم دوم: اقتباس وضعیت بدنی فرد مورد مشاهده یا هماهنگ شدن با پاسخ‌های عصبی او اقتباس وضعیت بدنی یا بیانی فرد مشاهده‌شده تعریفی بوده که در بسیاری از فرهنگهای لغت از همدلی ارایه شده است. فیلسوفی با نام گوردون از این حالت به نام "همدلی چهره‌ای" یاد می‌کند روانشناسان، اقتباس وضعیت بدنی شخص دیگر را "همرنگی حرکتی" یا "تقلید" می‌نامند. پرستون و دیوال نظریه یکپارچه‌ای در مورد همدلی دارند. آنها به جای تقلید حرکتی بر تقلید تجسمهای عصبی تاکید

داشته اند. نظریه این دانشمندان مبتنی بر مدل ادراک- عمل است. براساس این مدل، ادراک فرد در موقعیتی مفروض به طور خودکار باعث می شود تا شخص، خود را با حالت عصبی فرد مشاهده شده مطابقت دهد. زیرا چرخه های عصبی ادراک و عمل تا حدودی با هم مشترک هستند. شخص، در نتیجه این مطابقت و تجسم عصبی باعث فعالیت حرکتی یا آگاهی که لزوماً مشابه نمی شود، می تواند آنچه را که دیگری حس می کند، احساس کند و در نتیجه حالت درونی آن فرد را بفهمد (بایزیدی، ۱۳۹۸).

به نظر می رسد این ادعا که مطابقت پاسخ عصبی یا همرنگی حرکتی، منبع منحصر به فرد همه احساس های همدلانه است، بیشانگاری نقش این فرآیندها به خصوص در انسان باشد. تجسم عصبی ادراکی حتی اگر مطابقت داشته باشد، همیشه و به طور خودکار منجر به احساس نمی شود. در سطح حرکتی نه انسان و نه سایرگونه ها، همه اعمال دیگران را تقلید نمی کنند. همه کسانی که یک بندباز را در حال تلاش برای برقراری تعادل روی طناب بندبازی مشاهده می کنند، احساس تنیدگی و پیچ و تاب مینمایند و مقاومت در برابر این تجربه آشنا دشوار است. اما ممکن است شخصی را ببینیم که در حال مرتب کردن کاغذهایش است و در ما میلی برای تقلید این عمل او ایجاد نشود. چیزی بیش از همرنگی خود به خودی باید وجود داشته باشد تا اعمالی که باید تقلید شوند و آنهایی که نباید تقلید شوند، انتخاب شوند. افزون بر این، ثابت شده که تقلید ممکن است به آن اندازه که پنداشته می شود، واکنشی و خودکار نباشد (بایزیدی، ۱۳۹۸).

مفهوم سوم: تعریف رایج دیگری که در فرهنگ لغت در مورد همدلی دیده می شود، احساس کردن هیجانی است که دیگری احساس می کند. این تعریف توسط برخی فیلسوفان، برخی دانشمندان علوم اعصاب نیز مورد استفاده قرار گرفته است و برخی از روانشناسان اغلب کسانی که از این تعریف استفاده می کنند، آن را بدین صورت محدود می کنند که لازم نیست همدلی کننده، همان هیجان دقیقاً فرد مشاهده شده را احساس کند و فقط کافی است هیجان آنها، اما روشن نیست که چه چیزی میزان مشابه با آن هیجان باشد مشابهت این هیجانها را مشخص می کند. نکته کلیدی که در مورد این کاربرد همدلی وجود دارد، نه تنها مطابقت هیجان، بلکه "درک" هیجان است (قربانی، ۱۳۹۷).

مفهوم چهارم: حدس زدن یا تصور کردن خود در موقعیت فرد دیگر است. تصور کردن خود در موقعیت فرد دیگر به صورت فرضی، حالت روانشناختی است که سپس از آن با واژه آلمانی *Einfühlung* یاد می کند و تیچنر اولین بار واژه انگلیسی، همدلی را برای آن پیشنهاد می دهد (قربانی، ۱۳۹۷).

مفهوم پنجم: تجسم کردن آنچه که دیگری، فکر یا احساس می کند. فرد به جای این که خود را در موقعیت دیگران تصور کند، می تواند تجسم کند که آن فرد چه فکر یا احساسی دارد. این تجسم کردن میتواند براساس آنچه که دیگری میگوید و انجام می دهد و نیز برداشتی باشد که فرد نسبت به شخصیت، ارزشها و خواسته های آن فرد دارد. استاتلند این حالت را نوع خاصی از دیدگاه گیری به نام دیدگاه "او را تجسم کن" نامید که به طور کلی تر، دیدگاه "دیگری را تجسم کن" نامیده شده است (قربانی، ۱۳۹۷).

نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ

از دید (اولتوس و همکاران، ۲۰۰۳)، منشأ تلاش و موفقیت پرستاران در مراقبت تسکینی و پیوند آنها با همه بیماران، تمایل و علاقه آن ها نسبت به بیماران در حال مرگ می باشد. این انگیزه شخصی در پرستاران از منظر آنها در روند توجه و مراقبت از بیماران در حال مرگ ناشی می گردد. انگیزه فردی این مراقبان و پرستاران علاوه بر دید و اعتقاد آن ها می تواند از تجربیات فردی و کاری آن ها در پیوند با مراقبت از بیماران در حال مرگ تاثیر پذیرد (دان، اوتن و استیفن، ۲۰۰۵).

مراقبت از بیمار در حال مرگ به عنوان راهی برای برآوردن نیازهای جسمی، روانی و روحی افرادی که در حال بیماری لاعلاج هستند و در حال مرگ هستند، توصیف می شود. مرگ و تجربه مردن پدیده‌های رایج در تمام محیط‌های بالینی هستند. مرگ و مردن فشارهای جسمی و روحی بر بیمار در حال مرگ، روابط او و مراقبان حرفه ای او وارد می کند (فارونبی و همکاران، ۲۰۲۱). ارائه مراقبت های تسکینی خوب مستلزم تعهد درونی پرستارانی است که درگیر هستند، که بستگی به نگاه این پرستاران به مرگ و افرادی دارد که در حال مرگ هستند. دیدگاه پرستاران نسبت به مراقبت از فرد در حال مرگ را می توان با نگرش آنها توصیف کرد (ابوهاش و همکاران، ۲۰۱۴). به گفته پیترز، پاین، کانر، مک درموت، هود و همکاران، نگرش در نتیجه ارزیابی یک موجودیت خاص با درجاتی از نفع یا عدم رضایت شکل می گیرد و انتظار می رود در طول زمان با تجربه تغییر کند. این نگرش ها به عواطف انسانی و به اعمال وابسته است. در این صورت مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ است (پیترز و همکاران، ۲۰۱۳).

مراقبت از بیمار در حال مرگ یکی از وظایف است متخصصان بهداشت، به ویژه پرستاران، که تمایل دارند بیشتر هزینه کنند زمان با بیماران پرستاران می توانند تحت تأثیر عاطفی قرار گیرند فرآیند مراقبت از بیماران لاعلاج به عنوان مرگ به طور کلی افراد را عمیقاً و دردناک تحت تأثیر قرار می دهد (سوین و همکاران، ۲۰۱۹). نگرش ها، باورهای فرد در مورد نتیجه رفتاری که انجام خواهد شد، در طی ارزیابی نتایج آن رفتار می باشند. نگرش (ادراکات، احساسات و عقاید) نسبت به مراقبت از بیمار به سطحی از دیدگاه و نگرش مثبت و منفی مراقبان به بیمارانی که در حال مرگ هستند، اطلاق می گردد (کورتنی و همکاران، ۲۰۰۰). سازمان بهداشت جهانی مراقبت به بیماران در حال مرگ را اینگونه تعریف می کند: تلاشی که کیفیت زندگی بیماران و خانواده هایشان را که با مشکلات مرتبط با بیماری های تهدید کننده زندگی مواجه هستند، از طریق پیشگیری و تسکین رنج از طریق شناسایی زود هنگام و ارزیابی بی عیب و نقص و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی اجتماعی و معنوی بهبود می بخشد (سرت و همکاران، ۲۰۲۰).

به عنوان نمونه مطالعات بیانگر این است که بین نگرش نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ رابطه وجود دارد (هولوی، ۲۰۰۶). برخی پژوهش ها نیز پیوند بین نگرش نسبت به مراقبت از بیمارانی که روزهای آخر عمرشان را سپری می کنند و تجربه حرفه ای پرستاران را نشان می دهد. همچنین مهارت و تجربه های عملی، حرفه ای و شغلی پرستاران در کنار مولفه های اجتماعی و فرهنگی می تواند پسخوراند و جواب های در مورد بیماران در حال مرگ را نمایان سازد؛ در همین ارتباط انجمن دانشکده های پرستاری آمریکا مدعی بود که یکی از توانمندی ها و شایستگی های ضروری پرستاران برای مساعد نمودن روند یک مراقبت با کیفیت، توجه به نگرش، هیجان و احساسات و شاخص سنجی ارزش های آنان است (شهری، ۱۳۹۶).

مرگ به معنی نقطه ای است که علائم حیاتی و جسمانی به انتها می رسد و تمام می شود. در گذشته و قرن های قبل، نگاه به مرگ سطحی تر از زمان کنونی بود. زمانی که وقتی مغز و ریه کارکرد خود را از دست داده و از کار باز می ایستند، اطلاق می گردد که شخص مرده است. امروزه با پیشرفت های تکنولوژیکی با نوع جدیدی از بیماران مواجه هستیم. یعنی اگر بیماران در حین تصادف تحت احیای قلب و ریه قرار گیرند و در بیمارستان بستری شوند، قلب و ریه های آنها ممکن است فعال باشد اما عملکرد مغز نداشته باشند. بنابراین این ضرورت احساس می گردد تا تعریف واضح و دقیق تری از مرگ در نظر گرفته شود. ارائه شود تا مشخص شود که فرد هم از نظر جسمی و هم از نظر قانونی فوت کرده است (شهری، ۱۳۹۶).

مرگ را پایان کار خودآگاه ارگانیزم می دانند (سراجی، ۱۳۸۹). مرگ یکی از مهمترین عناصری است که مغز انسان برای مدت طولانی در میان نیروهای فراطبیعی مشغول بوده است (آقاجانی، ولیئی و ظل، ۱۳۸۹). مرگ یک واقعیت بیولوژیکی و روانی است که مردم از فکر کردن به آن می ترسند و بیشتر مردم تمایل دارند خیلی به آن فکر نکنند (عبدالخالق و توماس - سبادو، ۲۰۰۵)، زیرا مرگ ما را به یاد پیشرفت های تکنولوژیکی و اضطراب و ضعف انسان می اندازد. ترس از مرگ، یک تجربه

ناخوشایند و رایج بشری است (تاوان، حکمت پور و جهانی، ۲۰۱۴). تعریفی که UDDA از سال ۱۹۸۱ به بعد برای مرگ ارائه داده است: اگر گردش خون و تنفس او به طور غیر قابل برگشتی از کار افتاده باشد و تمام فعالیت های مغز که اساس مغز است از بین برود، فرد مرده محسوب می شود (براون، ۲۰۱۳).

نقش مراقبت به بیمار در حال مرگ در بهبود وضعیت بیمار در حال مرگ

در نظر گرفتن آموزش مراقبت به بیمار در حال مرگ برای پرستارانی که در امر مراقبت از بیماران در حال مرگ فعالیت می کنند، می تواند ضرورتی مانند آموزش حرفه ای در پرستار لحاظ گردد. هر ساله حدود میلیون ها نفر به مراقبت های تسکینی نیاز دارند که اکثریت آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می کنند. برای کودکان، ۹۸ درصد از کسانی که به مراقبت تسکینی نیاز دارند در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می کنند که تقریباً نیمی از آنها در آفریقا زندگی می کنند. در سرتاسر جهان، برای رفع نیاز برآورده نشده به مراقبت های پایان زندگی، باید بر تعدادی از موانع مهم غلبه کرد: سیاست ها و سیستم های ملی سلامت اغلب شامل مراقبت تسکینی نمی شوند. آموزش مراقبت های بیماران در حال مرگ، برای متخصصان سلامت اغلب محدود است یا وجود ندارد و دسترسی جمعیت به داروهای ضد درد ناکافی است و کنوانسیون های بین المللی در مورد دسترسی به داروهای ضروری را رعایت نمی کند. بر اساس یک نظرسنجی WHO در رابطه با بیماری های غیرواگیر که در بین ۱۹۴ کشور عضو در سال ۲۰۱۹ انجام شد: بودجه برای مراقبت های تسکینی در ۶۸٪ کشورها در دسترس بود و تنها ۴۰٪ از کشورها گزارش کردند که این خدمات حداقل به نیمی از بیماران نیازمند رسیده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰).

سایر موانع مراقبت به بیماران در حال مرگ عبارتند از: عدم آگاهی سیاست گذاران، متخصصان بهداشت و عموم مردم در مورد اینکه مراقبت تسکینی چیست و مزایایی که می تواند به بیماران و سیستم های بهداشتی ارائه دهد. موانع فرهنگی و اجتماعی، مانند باورهای مربوط به مرگ و مردن؛ تصورات غلط در مورد مراقبت تسکینی، مانند اینکه این مراقبت فقط برای بیماران مبتلا به سرطان یا برای هفته های آخر زندگی است و تصورات نادرستی مبنی بر اینکه بهبود دسترسی به بی دردی مواد افیونی منجر به افزایش سوء مصرف مواد می شود (آرادیل، سابادو و بنیتو، ۲۰۱۳). در شرایط زندگی کنونی بیشتر بیماران در انتهای عمر خود بیشترین زمان و وقت خود را بیمارستان می گذرانند و این می تواند برای پرستاران بسیار چالش برانگیز باشد (یاوری، شمسایی و یزدانبخش، ۲۰۱۴).

اهداف مراقبت پرستاری در مراحل آخر زندگی

مراقبت از بیماران در پایان عمر می تواند پرستاران را به طرق مختلف تحت تاثیر قرار دهد و آنها می توانند برای مراقبت پایان عمر احساس آمادگی کنند. مقابله با احساسات خود و در عین حال ارائه مراقبت در هنگام مراقبت از بیماران در پایان عمر می تواند چالش برانگیز باشد (گیلان، ون در ریت، یونگ، ۲۰۱۴). همزمان با افزایش جمعیت سالمندان تصور می شود که بیماری های مزمن افزایش خواهد یافت و در سال ۲۰۲۰ بیشترین میزان افزایش خواهد یافت. بیماری های شایع باقی می ماند بیماری های قلبی، عروق مغزی بیماری ها، بیماری های مزمن تنفسی، عفونت های تنفسی، و سرطان های ریه. مراقبت تسکینی جایگاه مهمی در بین پزشکی حفظ خواهد کرد تمرینات هدف از مراقبت تسکینی افزایش کیفیت است زندگی افراد مبتلا به بیماری های مزمنی که آنها را تحت تاثیر قرار می دهد زندگی و خانواده آنها (سرت و همکاران، ۲۰۲۰).

مراقبت پرستاری در بیماران در حال مرگ به منظور فراهم آوردن شرایط برای مرگ راحت همراه با حفظ شأن و شخصیت و احترام است. پروسه مرگ سه جانبه است (بیمار، پرستار و خانواده) (معماریان، ۱۳۹۰). هدف های درمان از درمان های تهاجمی مبتنی بر علاج بیماری به طرف مراقبت های آرامش بخش تغییر جهت می دهند. چنانچه در تصمیم گیری های مربوط به درمان، مسائلی چون رفع علائم و کیفیت زندگی بیمار/خانواده اهمیت چشمگیری پیدا می کنند (شهری، ۱۳۹۶).

پرستاران مراقبت تسکینی محیطی را فراهم می آورند که باعث مرگ راحت در افراد در حال مرگ شود. دیدگاه شخصی آنها نسبت به مرگ و مراقبت افراد در حال مرگ باید با اهداف آنها مطابقت داشته باشد (باقریان، ایران منش و عباس زاده، ۱۳۸۸). پیوند بشردوستانه پرستاران با بیماران زمانی اهمیت دارد که آنها، نگرش مثبتی به مرگ و مراقبت از افراد در حال مرگ داشته باشند. در مراقبت تسکینی، موفقیت پرستاران نشأت گرفته از پیوند آنها با همه بیماران در حال مرگ نیز هست. مطالعات گذشته بیانگر رابطه بین نگرش نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ می باشد (ویزل و روتلج، ۲۰۰۵). برخی تحقیقات نیز حاکی از پیوند بین نگرش نسبت به مراقبت از بیمارانی که روزهای آخر عمرشان را می گذرانند و تجربه حرفه ای پرستاران، می باشند (دان، اوتن و استیون، ۲۰۰۵). تحقیقات پیشین نیز رابطه تجربه شخصی افراد با مرگ و مردن و دید آنها نسبت به مراقبت از بیمار در حال مرگ را بیان کرده اند. مضاف بر این تجربه های حرفه ای و شخصی پرستاران و همچنین عوامل فرهنگی و اجتماعی در ایجاد برخوردهای متفاوت با افراد در حال مرگ و ایجاد نگرش مثبت نسبت به این بیماران در پرستاران نقش دارند (باقریان و همکاران، ۱۳۸۸).

نقش مثبت اندیشی و امیدواری در نگرش به مرگ

مرگ و زندگی، همیشه و جدایی ناپذیر هستند. در صورتی که تاریخ اندیشه بشر از ابتدا به موضوع زندگی و پیچیدگی مرگ و زندگی پرداخته است. زندگی با مرگ به پایان می رسد و با این پیامدها نیز معنا پیدا می کند و تنها با مرگ می توان به شناخت همه حیات دست یافت، زیرا فرآیندی که ما زندگی می نامیم با مرگ به صورت منطقی و قطعی به پایان می رسد و در آن متجلی می شود. کامل و جامع زمان مرگ در وجود انسان از اهمیت اساسی برخوردار است. در این نقطه جایی که تمام حقیقت دیده می شود و صحنه زندگی در کلی ترین موقعیت شکل می گیرد. بنابراین مرگ یک رویداد بیگانه نیست که قلمرو زندگی را از بیرون اشغال کند، بلکه در زندگی است و به گفته هایدگر وجود انسان مملو از نیستی است. مرگ یک حادثه نیست، بلکه قانونی است که از آغاز زندگی به زندگی مربوط می شود، همه ما مست مرگ و بیماری آن هستیم و هر چه می بینیم استعاره ای از مرگ و نیستی می باشد (معمودی، ۱۳۸۶).

دانش بیولوژیکی با رشد و توسعه خود به آنان اجازه می دهد تا امید به زندگی خود را به میزان قابل توجهی افزایش دهند. با پیشرفت علم پزشکی، هر چه توانایی انسان در افزایش سن زندگی و تسکین آلام پیری و سوگواری افزایش می یابد، سرانجام مرگ نیز از آن حوادث ناگواری است که بر سلطه انسان بر طبیعت پا می گذارد. اگرچه در چند ساعت گذشته بسیاری از مردم به آرامی می میرند، اما این نیز مهم است. مرگ یک فرآیند گام به گام است که اغلب زودتر از این شروع می شود. افراد در آستانه مرگ چنان ضعیف و ناتوان می شوند که خواه ناخواه ارتباطشان با افراد سالم قطع می شود. چون دیگر در حال معاشرت و نشستن نیستند و احساساتشان سرد است، بدون اینکه نیاز خود را به افراد دیگر از دست بدهند. سخت ترین مشکل این است، زیرا قانون نانوشته کسانی که در شرف مرگ نیستند، زنده ها را از هم جدا می کند و به آرامی با کسانی که قبلاً با آنها ارتباط داشتند سرد می شود. یعنی با همان افرادی که در گذشته به آنها معنا و امنیت می دادند. سال های جدایی و زوال نه تنها برای کسانی که رنج می کشند، بلکه برای کسانی که تنها مانده اند نیز طاقت فرسا است. در جوامع توسعه یافته بیش از هر جای دیگری دم مرگ، انزوای اولیه افراد اتفاق می افتد، هرچند ناگاهانه، یکی از نقاط ضعف این جوامع است. این گواهی بر

سختی هایی است که بسیاری از افراد در آشفتگی عاطفی یک فرد مسن و مرگ با آن روبرو هستند. عزاداری و مرگ در جوامع توسعه یافته اغلب از دید زندگان دور می شود و در پشت پرده زندگی روزمره پنهان می شود. هرگز مردم در سکوت و تحت تدابیر بهداشتی که امروزه در جوامع پیشرفته شاهد آن هستیم نمی مردند و وضعیت اجتماعی هیچ جامعه قبلی تا این حد با غربت و تنهایی انسان ها پایان نیافته است (شهری، ۱۳۹۶).

نقش مراقبت در آرامش بیمار

در مراحل پایان زندگی، درایت پرستاران باید متمرکز بر راحتی بیمار باشد و باید از مراقبت های شدید و کنترل غیرضروری علائم حیاتی و آزمایش های اضافی و هرگونه درمانی که راحتی بیمار را برهم زند اجتناب شود. باید دقت کرد که در این مراحل بیماران با افراد نزدیک خود که قبلاً فوت کرده اند صحبت می نمایند و از آماده بودن برای سفر، توصیف محلی که می بینند و حتی زمان مرگ را نیز بیان می کنند. در این مرحله لازم است افراد خانواده با بیمار مرتباً در تماس باشند و حتماً تصمیم گیری های مختلف با نظر آنان صورت گیرد. ممکن است یکی از مراحل دراماتیک در این زمان جداسازی بیمار از دستگاه تهویه مصنوعی باشد که لازم است این عمل قبلاً با هماهنگی خانواده بیمار انجام شود، چون ممکن است بعضی از اعضای خانواده هنوز بر بالین بیمار حاضر نشده باشند. در این مرحله بهتر است بیمار به اتاق جداگانه ای منتقل شود. لازم است در آن اتاق به آرامی و آهسته صحبت شود و هرگز پرستاران یا مراقبین در آنجا نباید بخندند، چون این مسائل باعث به هم خوردن سوگواری خانواده می شود. اگر زندگی بیمار وابسته به دستگاه بوده باشد، وقتی بیمار از دستگاه تهویه مصنوعی جدا می شود مرگ در عرض چند دقیقه اتفاق می افتد. خانواده بیمار باید آگاه باشند که بعد از جدا کردن بیمار از دستگاه، بیمار ممکن است صداهای تنفسی خاصی داشته باشد. توجه داشته باشیم که اطراف بیمار و خود بیمار کاملاً تمیز و مرتب باشد و کلیه وسایل اضافی از کنار بیمار خارج شود. در این مراحل توجه به خانواده بیمار حائز اهمیت است. باید به آنان توصیه شود که به هنگام سوگواری و گریه در کنار بیمار آرامش خود را حفظ نمایند، چون صدای بلند آن ها می تواند از سایر بیماران نیز صلب آسایش کند. همچنین، باید به آن ها اجازه داد که سؤال های خود را مطرح نمایند و در صورت امکان در کلیه مراحل در کنار بیمار باشند تا از انجام کلیه خدمات و درمان ها برای بیمارشان اطلاع داشته باشند، چون این مسئله باعث می شود راحت تر بتوانند با مسائل پیش آمده کنار بیایند (اردن، ۲۰۱۰). مراقبت پایان زندگی رویکردی مهم در مراقبت از بیماران در حال مرگ است. این نوع مراقبت بر تأمین بهترین کیفیت زندگی ممکن، برای بیماران در حال مرگ و خانواده آنان از طریق پیشگیری و تسکین درد و رنج جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی آنان تأکید دارد (بک استرند، مور، کالیستر و بوند، ۲۰۰۹).

با کاهش پاسخ دهی در اواخر عمر، کنترل ترشحات اوروفارنکس برای بیماران به طور فزاینده ای دشوار می شود. صدای جغجغه مرگ افرادی که به طور فعال در حال مرگ هستند، صدای حرکت هوا در میان ترشحات جمع شده است. اگر چه دلیلی برای درد و رنج برای افراد در حال مرگ نیست، شنیدن صدای جغجغه مرگ می تواند برای عزیزان آزاردهنده باشد. جابجایی سر بیمار و استفاده از آنتی کولینرژیک ها مانند آتروپین یا اسکوپولامین از اصلی ترین روش های درمان است (بیکل و آرنولد، ۲۰۱۱).

عوامل موثر بر نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ

ویژگی های جمعیت شناختی و تجربی و تحصیلات قبلی پرستاران می تواند نگرش آنها را نسبت به مراقبت از بیماران در حال مرگ تغییر دهد و شکل دهد. پرستارانی که بیشتر در معرض بیماران در حال مرگ قرار داشتند، نگرش های مثبت بیشتری را گزارش کردند (دان و همکاران، ۲۰۰۵).

درک نگرش پرستاران در یک موقعیت خاص می تواند کیفیت مراقبت را که بیماران ممکن است دریافت کنند، پیش بینی کند. پرستارانی با سال های بیشتر در عمل، ساعت های بیشتر آموزش مراقبت های تسکینی و نمرات امید بالاتر در مراقبت از کودکان در حال مرگ راحت تر هستند. تجربه پرستاری و سن متغیرهایی هستند که احتمالاً نگرش پرستاران را نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ پیش بینی می کنند. در مراقبت تسکینی، مطالعات تحقیقاتی نشان داده اند که برای ارائه مراقبت با کیفیت EOL و ایجاد روابط معنادار و حمایتی با بیماران و خانواده های آنها، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید با مرگ و مرگ راحت باشند. ارتباط با بیماران و خانواده های آنها در مورد تمام جنبه های مراقبت از آنها، به ویژه مراقبت از EOL، حیاتی است (ابوهاشش و همکاران، ۲۰۱۴). نگرش شخصی پرستاران در مراقبت از این بیماران می تواند تحت تأثیر فرهنگ و ارزش ها باشند (فارونبی و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه گیری

در شرایطی که جهان امروزی در حال طی کردن است، مراقبت درمانی را به عنوان مهمترین عامل برای پویایی جوامع می توان در نظر گرفت. تغییر نوع و شکل بیماری ها نسبت به قرن های گذشته باعث شده است کادر مراقبتی و درمانی مهمترین نقش را در سلامت جامعه داشته باشند. در این بین پرستاران به عنوان بازوهای اجرایی نظام سلامت در جوامع محسوب می گردند. بیشتر پرستاران با بیماران در حال مرگ مواجه هستند و به دلیل وضعیت کاری شان، این مساله امری عادی و روزمره است؛ لذا نگرش به مراقبت از بیماران در حال مرگ یک عامل بسیار مهم در کار پرستاری است. نگرش منطقی پرستاران به مراقبت از بیمار در حال مرگ می تواند در مراقبت از بیماران روبه مرگ و خانواده آنان مؤثر باشد.

پرستاران از گروه هایی هستند که با توجه به شرایط شغلی و محیط کاری شان که مستعد انواع تنش ها و فشارهاست، نیازمند به داشتن و مجهز بودن به مهارت ها، توانمندی ها و خصیصه های شخصیتی مثبت جهت سازگاری بالا و بهبود عملکرد شغلی شان هستند؛ در این ارتباط داشتن نگرش مثبت به بیمار در حال مرگ و همچنین همدلی عاطفی می توانند به عنوان مولفه های مهم در پرستاران خصوصاً آنها که در بخش های ویژه هستند، محسوب گردند؛ در این شرایط داشتن ابزارهای پایا و معتبر و با خصیصه های روانسنجی مقبول مانند پایایی و روایی بالا و نرم مناسب می تواند اطمینان به پژوهشگر در جهت سنجیدن خصیصه مورد نظر را بیشتر کند؛ براین اساس و با توجه به اینکه انجام مطالعات در پرستاران می تواند ضرورت های بالایی را داشته باشد؛ لذا وجود ابزارهای قوی و مورد اطمینان می تواند در مسیر انجام تحقیقات قوی و هدفمند در پرستاران کمک شایان توجهی باشد.

از طرفی می توان گفت که افزایش رنج جسمانی احساس هوشیاری در بین پرستاران را افزایش می دهد و موجب هملی بیشتر با بیماران در حال مرگ می شود از سوی دیگر پرستارانی که احساس می کنند با مراقبت از این بیماران به رشد شخصی و دانش ارتباطی و همدلی خود می افزایند بهتر می توانند با این بیماران همدلی نمایند بر همین اساس مشاهده می شود که بالیدگی یک مولفه مهم در همدلی عاطفی پرستاران با بیماران در حال مرگ است در کنار آن باید دقت نمود اگرچه فشار کاری و احساس خستگی در مراقبت از این بیماران در سطح بالایی قرار دارد اما این فشار کاری می تواند سطح فعالیت و یادگیری پرستاران را

افزایش دهد همین موضوع باعث می‌شد پرستاران ارتباط همدلانه خوبی با بیماران در حال مرگ داشته باشند بنابراین فشار نیز بر همدلی عاطفی پرستاران تاثیر مثبت داشت. همچنین زمان‌هایی که پرستاران احساس تنهایی، خستگی و یا اضطراب می‌کنند ارتباط بهتر با همکاران یا اطرافیان بیماران یا خانواده خود می‌تواند انواع حمایت‌های اجتماعی را برای آن‌ها فراهم آورد که موجب می‌شود با انرژی بیشتری به مراقبت از بیماران در حال مرگ بپردازند بنابراین حمایت اجتماعی بر همدلی عاطفی پرستاران در مراقبت از بیماران در حال مرگ تاثیر مثبت دارد مجموعاً باید گفت نگرش به مراقبت از بیماران در حال مرگ اگرچه فرایندی ذهنی-روانی است لیکن رد بستر واقعیت و تجرب زیسته پرستاران در مراقبت از این بیماران روی می‌دهد بنابراین پیدایش چنین نگرش به علت ترجیحی بودن بسیار پایدارتر از نگرش‌ای کسب شده در کلاس‌های آموزشی این حوزه است.

منابع

- آقاجانی، محمد؛ ولیئی، سینا و طل، آذر (۱۳۸۹). اضطراب مرگ در پرستاران بخش‌های ویژه و عمومی. نشریه پرستاری ایران ۲۳ (۶۷): ۵۹ - ۶۸.
- بایزیدی، امینه (۱۳۹۸). بررسی رابطه بهزیستی معنوی، حس انسجام و همدلی عاطفی با رضایت از زندگی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش کمیته امداد پیرانشهر. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه آزاد ارومیه.
- بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج. پور شریفی، حمید؛ عندلیب کورایم، مرتضی (۱۳۹۶). برازش روابط علی-ساختاری بزهکاری با اسناد خطا و اجبار والدینی با واسطه‌گری همدلی شناختی و عاطفی. دو فصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی، ۱۱(۱)، ۶۲-۴۰.
- پنبه دانه، سیمین. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش هوش هیجانی ب همدلی عاطفی زوجین متقاضی طلاق. پایاننامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.
- سراجی، محمود (۱۳۸۹). ماهیت مرگ مغزی از نظر قرآن و روایات. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۷۷- ۶۵ (۴) ۱۳
- شادکامی، محسن. (۱۳۸۸). مقایسه سبکهای دلبستگی و همدلی زوجین زن و مرد. پایاننامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی تهران.
- شهری، حمیده. (۱۳۹۶). بررسی نقش نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ در پیشبینی اضطراب بالینی و کیفیت خواب پرستاران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان.
- قربانی، مریم؛ صالح آبادی، رها؛ مهدوی فر، ندا؛ راد مصطفی (۱۳۹۹). عوامل مرتبط با نگرش پرستاران به مراقبت از سالمندان بیمار: نقش پیشگویی کنندگی نوع دوستی، هوش اخلاقی، رضایت از زندگی و سلامت عمومی. مجله سالمند. نسخه زیر چاپ.
- معتمدی، غلام حسین (۱۳۸۶). انسان و مرگ، تهران: نشرمرکز.
- یاری قلی، بهبود؛ بهادر یخسروشاهی، جعفر (۱۳۹۷). بررسی تطبیقی مفهوم همدلی از منظر روانشناسی و مبانی اسلامی.
- Baird, JD., Nadel, L. (2010). Happiness Genes: Unlock the Positive Potential Hidden in Your DNA. New Page Books. ISBN 978-1-60163-105-3
- Bickel K, Arnold R. (2019). Death Rattle and Oral Secretions, 2nd ed. Fast Facts and Concepts. April 2008; 109. Accessed September 19, 2011.

- Brown, LM.(2013).Uniform Determination of Death Act.New Jersey Law Revision Commission.
- Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, 18, 1-17.
- Decety, J., Lamm, C. (2009). Empathy versus Personal Distress: Recent Evidence from Social Neuroscience, In J. Decety, & W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 199-214). Cambridge, MA: MIT Press.
- Dietrich, C. (2017). Decision Making: Factors that Influence Decision Making, Heuristics Used, and Decision Outcomes. *Inquiries Journal*. Inquiries Journal/Student Pulse LLC.
- Dunn, KS., Otten, C., Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*; 32: 97–104.
- Faronbi, JO., Akinyoola, O., Faronbi, GO., Bello, CB., Kuteyi, F., & Olabisi, IO. (2021). Nurses’ Attitude Toward Caring for Dying Patients in a Nigerian Teaching Hospital. *SAGE Open Nursing*. 2 (4), 13-27.
- Fernandez, AV., Zahavi, D. (2020). Basic empathy: Developing the concept of empathy from the ground up. *International Journal of Nursing Studies*. 110, 103695.
- Gerace, A., Day, A., Casey, S., Mohr, P. (2013). An exploratory investigation of the process of perspective taking in interpersonal situations". *Journal of Relationships Research*. 4(6), 1–12.
- Kanske, P., Böckler, A., Trautwein, FM., Lesemann, FH., Singer, T. (2016). Are strong empathizers better mentalizers? Evidence for independence and interaction between the routes of social cognition". *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 11 (9). 1383–92.
- Konrath, S., Meier, B. P., & Bushman, B. J. (2018). Development and validation of the Single Item Trait Empathy Scale (SITES). *Journal of Research in Personality*, 73, 111–1۲۲.
- Pérez-Fuentes, M., Linares, J. J., Jurado, M., Márquez, M., & Martínez, Á. (2020). The mediating role of cognitive and affective empathy in the relationship of mindfulness with engagement in nursing. *BMC public health*, 20(1), 16.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O’Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., and Shimoinaba K. (2013). How Death Anxiety Impacts Nurses’ Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *Open Nursing Journal*. 7: 14–21.
- Pijnenborg, GH., Spikman, JM., Jeronimus, BF., Aleman, A. (2013). Insight in schizophrenia: associations with empathy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 263 (4): 299–307.
- Read, H. (2019). A typology of empathy and its many moral forms. *Philosophy Compass*. 14 (10).
- Roth-Hanania, R., Davidov, M., Zahn-Waxler, C. (2011). "Empathy development from 8 to 16 months: early signs of concern for others". *Infant Behavior & Development*. 34 (3), 447–۵۸.
- Schwartz, W. (2013). The parameters of empathy: Core considerations for psychotherapy and supervision. *Advances in Descriptive Psychology*. 10(4), 11-21.
- Seven, A., Sert, H. (2020). How The Nurses’ Attitude for Dying Patients and Their Knowledge about Palliative Care? *Bezmialem Science* 8(3), 250-7.
- Shamay-Tsoory, SG., Aharon-Peretz, J., Perry, D. (2009). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions". *Brain*. 132 (3), 617–27.