



The Effect of Compassion-Focused Therapy on the Symptoms of Intrusion, Arousal, and Avoidance of Post-Traumatic Stress Disorder in Nurses

Milad Mohammadi^{1*} , Mosayeb Yar Mohammadi Vasel² , Hossein Mohagheghi³ ,
Gholam Hossein Fallah Nia⁴ 

1. Corresponding Author, Department of Psychology, Faculty of Psycholog, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran. Email: miladmohammad.i@yahoo.com
2. Department of Psychology, Faculty of Psycholog, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran. Email: m.yarmohamadivasel@basu.ac.ir
3. Department of Psychology, Faculty of Psycholog, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran. Email: h.mohagheghi@basu.ac.ir
4. Department of Internal Medicine and Surgery, Faculty of Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: falahinia@umsha.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 20 Jul 2022
Revised: 20 Sep 2022
Accepted: 23 Sep 2022
Published: 30 Dec 2024

Keywords:
Compassion-Focused Therapy, Post-Traumatic Stress Disorder, Symptoms of Avoidance, Symptoms of Arousal, Symptoms of Intrusion.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the effect of compassion-focused therapy (CFT) on the symptoms of intrusion, arousal, and avoidance in post-traumatic stress disorder (PTSD) in nurses at Farshchian Hospital in Hamadan in 2021. The research design is quasi-experimental, with a control group and a pre-test-post-test, and the research method is applied in terms of purpose. The target population includes the nurses of Farshchian Heart Hospital in 2021. The purposive sampling method was employed to select 30 nurses (23 women and 7 males) for this study. The nurses were randomly assigned to the experimental and control groups. The experimental group underwent focused compassion treatment for eight 45-minute sessions. Research tools include the PTSD checklist (PCL). The data were analyzed using SPSS software version 23 for covariance analysis. The results showed that post-traumatic stress disorder was significantly impacted by compassion-focused treatment ($p < 0.01$, $F = 60.56$). Therefore, it can be suggested that compassion-focused therapy, which employs techniques such as compassionate self-correction, emotional system regulation, and mindfulness, is a viable approach to alleviating the symptoms of intrusion, arousal, and avoidance in post-traumatic stress disorder.

Cite this article: Mohammadi, M., Yar Mohammadi Vasel, M., Mohagheghi, H., & Fallah Nia, Gh. (2024). The Effect of Compassion-Focused Therapy on the Symptoms of Intrusion, Arousal, and Avoidance of Post-Traumatic Stress Disorder in Nurses. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(4), 35-49. doi: 10.22059/japr.2024.346057.644321.



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.346057.644321>

© The Author(s).



تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر علائم نفوذ، برانگیختگی و اجتناب در اختلال استرس پس از سانحه در پرستاران

میلاذ محمدی^{۱*}، مسیب یارمحمدی واصل^۲، حسین محقق^۳، غلام حسین فلاح‌نیا^۴

۱. نویسنده مسئول، دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. رایانامه: miladmohammad.i@yahoo.com

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. رایانامه: m.yarmohamadivasel@basu.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. رایانامه: h.mohagheghi@basu.ac.ir

۴. مربی، گروه آموزشی پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. رایانامه: falahinia@umsha.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر علائم نفوذ، برانگیختگی و اجتناب در اختلال استرس پس از سانحه در پرستاران بیمارستان فرشچیان همدان انجام شده است. روش پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و طرح تحقیق نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه مورد نظر شامل پرستاران بیمارستان قلب فرشچیان همدان در سال ۱۴۰۰ است. در این پژوهش ۳۰ پرستار (۲۳ زن و ۷ مرد) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (PCL) است. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS23 و به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر اختلال استرس پس از سانحه تأثیر معنادار دارد ($F= ۶۰/۵۶$; $p < ۰/۰۱$)؛ بنابراین می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت با بهره‌گیری از فنونی مانند ذهن‌آگاهی، تنظیم سیستم‌های هیجانی و خوداصلاح‌گری مشفقانه می‌تواند روشی کارآمد برای کاهش علائم نفوذ، برانگیختگی و اجتناب در اختلال استرس پس از سانحه باشد.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۶/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰

کلیدواژه‌ها:

اختلال استرس پس از سانحه، درمان مبتنی بر شفقت، علائم اجتناب، علائم برانگیختگی و علائم نفوذ.

استناد: محمدی، م.، یارمحمدی واصل، م.، محقق، ح.، و فلاح‌نیا، غ. ح. (۱۴۰۳). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر علائم نفوذ، برانگیختگی و اجتناب در اختلال استرس پس از سانحه در پرستاران. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۵(۴)، ۳۵-۴۹. doi: 10.22059/japr.2024.346057.644321

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.346057.644321>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

تجربه رویدادهای آسیب‌زا^۱ می‌تواند با مواجهه مستقیم یا غیرمستقیم با رویداد آسیب‌زا، افراد را دچار اختلال استرس پس از سانحه^۲ کند. پرستاران در مواجهه مستقیم و غیرمستقیم رویدادهای آسیب‌زا قرار دارند که آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه قرار می‌دهد (سچاستر و دویر^۳، ۲۰۲۰). بسیاری از پرستاران اگرچه به‌طور مستقیم خود حادثه را تجربه نکرده‌اند، برخی از علائم افراد آسیب‌دیده را دارند (اسپرنگ و همکاران^۴، ۲۰۱۹). پرستاری حرفه‌ای است که با سلامتی مردم سروکار دارد و مراقبت‌های پرستاری بالینی با ارتباطات انسانی بین افراد و گروه‌ها از ملزومات آن است. این گروه از شاغلان جامعه روزانه در محیط کار با استرس‌های متعددی، مثل مرگ‌ومیر، نداشتن حمایت روانی و ابهام در میزان اختیارات روبه‌رو می‌شوند (لامبرت و همکاران^۵، ۲۰۰۷). از طرف دیگر حجم زیاد کار، روبه‌رو شدن با رویدادهای آسیب‌زایی که موجب مرگ افراد می‌شود، ترس از آلوده شدن به ویروس‌ها و جدابودن طولانی‌مدت از خانواده می‌تواند خطر ابتلای پرستاران را به افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه افزایش دهد (پورعلیزاده و همکاران^۶، ۲۰۲۰). اختلال استرس پس از سانحه، واکنشی طبیعی و رایج در افرادی است که پس از قرارگرفتن در معرض رویدادهای تهدیدکننده و هولناک ایجاد می‌شود (ونگ و همکاران^۷، ۲۰۲۰). علائم این اختلال شامل تجربه مجدد و ناخواسته حادثه آسیب‌زا، اجتناب از نشانه‌ها یا موقعیت‌هایی که رویداد آسیب‌زا را یادآوری می‌کنند، واکنش‌پذیری و بیش‌برانگیختگی افراطی در مواجهه با نشانه‌های حادثه، اضطراب و بی‌قراری است (سچاستر و دویر^۳، ۲۰۲۰). پرستاران با قرارگرفتن در معرض بیماران مبتلا به بیماری‌های ناراحت‌کننده دچار استرس پس از سانحه می‌شوند (بک^۸، ۲۰۱۱ به نقل از موردنو و همکاران^۹، ۲۰۱۷).

برای بهبود علائم استرس پس از سانحه درمان‌های مختلفی را می‌توان پیشنهاد کرد. رایج‌ترین درمان‌ها درمان رفتاری-شناختی^{۱۰} (CBT) و پردازش مجدد حساسیت‌زدایی با حرکات چشم^{۱۱} (EMDR) است که هر دو درمان براساس تأثیر ترس در اختلال استرس پس از سانحه است؛ درحالی‌که سایر عوامل روان‌شناختی نظیر احساسات به‌ندرت به‌عنوان عوامل اصلی در نظر گرفته شده است (ایرونز و لاد^{۱۲}، ۲۰۱۷)، اما از آنجا که افراد مبتلا به استرس پس از سانحه با درد و رنج مداوم و مشکلات سلامت روان مزمن و پیچیده دست‌به‌گریبان هستند، درمان مبتنی بر شفقت، مفروضه‌هایی را در قالب مهارت‌ها و تمرین‌ها بیان می‌کند که به بررسی این مسائل می‌پردازد. شفقت به خود متغیری است که با تأثیرگذاری بر سیستم‌های هیجانی می‌تواند اثرات نامطلوب مواجهه با بحران‌ها را در پرستاران کاهش دهد (شیوندی، ۱۴۰۰). نف^{۱۳} (۲۰۰۳) شفقت به خود را سازه‌ای سه‌مؤلفه‌ای شامل موارد زیر معرفی می‌کند: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود^{۱۴} (درک خود به‌جای انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک‌های انسان در مقابل انزوا^{۱۵} (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نواقصی هستند و اشتباه می‌کنند) و توجه‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی^{۱۶} (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که سبب می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شوند و نه به‌طور مکرر، ذهن را اشغال کنند). درمان متمرکز بر شفقت^{۱۷}، اجتناب از درد و رنج یا تلاش برای تسکین آن نیست، بلکه روبه‌رو شدن با درد و رنج است. در این درمان روش‌های مشفقانه برای

1. traumatic events
2. Pts Traumatic Stress Disorder (PTSD)
3. Schuster & Dwyer
4. Sprang et al.
5. Lambert et al.
6. Pournalizadeh et al.
7. Wang et al.
8. Beck, A. T.
9. Mordeno et al.
10. Cognitive- behavioral therapy
11. Eye Movement Desensitization and Reprocessing
12. Irons & Lad
13. Neff
14. self-kindness/self-critical
15. common humanity/isolating
16. mindfulness/over-identifying
17. compassion focused therapy

روبه‌رو شدن با تجارب دردناک، احساس ترس یا خاطرات آشفته‌کننده وجود دارد. حال آنکه افراد با علائم استرس پس از سانحه به‌طور مکرر در تلاش برای مواجه نشدن با علائم خود هستند که به تداوم اختلال در این افراد منجر می‌شود (اهلرز و کلارک^۱، ۲۰۰۰). تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که اختلال استرس پس از سانحه را تجربه کرده‌اند، سطوح بالایی از شرم را نیز تجربه می‌کنند (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر شفقت در اصل برای افرادی تدوین شده است که دارای خودانتقادگری و شرم زیاد هستند و در تسکین دادن خودشان یا ایجاد احساس ملایمت درونی و خوداطمینان بخشی مشکلات و دشواری‌هایی دارند (گیلبرت^۲، ۲۰۱۰). خودانتقادگری واکنش به شرم است و شرم فعال‌کننده سیستم تهدید، و فعال شدن سیستم تهدید موجب برانگیختگی و گوش‌به‌زنگی در فرد می‌شود. براین اساس مشخص شده است که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند شرم و خودانتقادگری را کاهش دهد (خونساری و همکاران، ۱۴۰۰). موضوع دیگر در بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه سیستم‌های تنظیم عاطفه است که به آشفته‌گی‌های هیجانی در این افراد منجر می‌شود. به‌طور مشخص سیستم تهدید و محافظت از خود^۳ از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. خاطرات تهدیدشدگی در سیستم‌های مختلفی نظیر سیستم هیجانی^۴ (آمیگدالا^۵) و حافظه^۶ رویدادی^۶ (هیپوکامپ^۷) ذخیره می‌شوند. این دو سیستم گاهی با هم در تعارض‌اند. به همین دلیل افرادی که رویدادی آسیب‌زا یا یک سانحه را تجربه کرده‌اند، هنگام یادآوری آن اتفاق، ترس را طوری تجربه می‌کنند که انگار آن سانحه دوباره برایشان اتفاق افتاده است (بروین^۸، ۲۰۰۶). در نتیجه فعال بودن سیستم تهدید می‌تواند در علائم اختلال استرس پس از سانحه به‌ویژه علائم نفوذ نقش داشته باشد. درمان متمرکز بر شفقت با تنظیم این سیستم‌های هیجانی به افراد دچار آشفته‌گی هیجانی ناشی از علائم بیش‌برانگیختگی کمک می‌کند؛ به‌طوری‌که مشخص شده است آموزش مبتنی بر شفقت می‌تواند آشفته‌گی هیجانی را کاهش دهد (آقایی و همکاران، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر شفقت بر جنبه‌های مختلفی از زندگی پرستاران نیز تأثیر می‌گذارد که در مجموع می‌تواند با کاهش و بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه در آن‌ها مرتبط باشد؛ برای مثال توانایی پرستاران برای تحمل ابهام ناشی از رویارویی با افراد آسیب‌دیده را افزایش می‌دهد (بهاروندی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین می‌تواند هدفی درمانی برای تغییر خودپنداره منفی در اختلال استرس پس از سانحه در پرستاران باشد (کاراتزیاس و همکاران^۹، ۲۰۱۹).

پرستاری حرفه‌ای ارزشمند در حوزه درمان است؛ چرا که پرستاران در خط‌مقدم کمک‌رسانی به افراد آسیب‌دیده قرار دارند. پرستاران در مواجهه مستقیم و غیرمستقیم با رویداد آسیب‌زا در معرض اختلال استرس پس از سانحه قرار می‌گیرند. سطح بالای استرس پس از سانحه در پرستاران ممکن است به فرسودگی شغلی، گردش کار یا جدایی از پرستاری منجر شود (ترک‌مورتن^{۱۰}، ۲۰۰۷). به نقل از دومینگز-گومز و راتلج^{۱۱}، ۲۰۰۹). همچنین مشخص شده است که پرستاران در بیماری‌های همه‌گیر نظیر کرونا بیشتر در معرض پریشانی عاطفی و ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند. اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند عملکرد پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد و موجب کاهش کارآمدی آن‌ها شود (رانیر و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱).

بیشتر پژوهش‌ها در حوزه تروما، متمرکز بر افرادی است که در مواجهه مستقیم با رویدادهای آسیب‌زا نیازمند رسیدگی فوری بوده‌اند؛ حال آنکه پرستاران در مواجهه با افراد آسیب‌دیده نیز به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم علائم این اختلال را بروز می‌دهند. بر همین اساس بررسی‌های یکپارچه^{۱۳} اختلال استرس پس از سانحه را به‌عنوان یک نگرانی روبه‌رشد در حرفه پرستاری برجسته می‌کند (سچاستر و دویر، ۲۰۲۰)، اما پژوهش‌ها در حوزه درمان این اختلال در پرستاران بسیار اندک است. از همین‌رو

1. Ehlers & Clark
2. Gilbert
3. The threat and self-protection system
4. emotion system
5. Amygdala
6. event memory
7. hippocampus
8. Brewin
9. Karatzias et al.
10. Throckmorton, T.
11. Dominguez-Gomez & Rutledge
12. Ranieri et al.
13. integrative review

نجفی قره‌حسنی و همکاران (۱۳۹۹) بر ضرورت آموزش شفقت‌ورزی به پرستاران تأکید می‌کنند. با توجه به خلأ پژوهش در حوزه درمان این اختلال در پرستاران، هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه به‌ویژه علائم نفوذ، برانگیختگی و اجتناب در پرستاران است. فرضیه بررسی شده این است که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه تأثیر دارد.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر براساس هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری آن را ۱۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان فرشچیان همدان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین‌صورت که پس از توزیع پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه میان ۱۲۰ نفر از پرستاران، غربالگری براساس نتایج پیش‌آزمون و شرط ورود به پژوهش صورت گرفت. از میان این تعداد، نمونه پژوهش حاضر ۳۰ نفر بود که به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه). سپس روی گروه آزمایشی، بسته درمان مبتنی بر شفقت به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد، اما گروه گواه این درمان را در طول اجرای روند پژوهش دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: پرستار بودن، داشتن علائم تروما (براساس خط‌برش آزمایشی پرسشنامه) و کسب نمره مجاز برای شرکت در جلسات (برای پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه نمره ۵۰ یا داشتن ۷ نشانه از علائم نفوذ، برانگیختگی و اجتناب)، نداشتن یک اختلال روانی مشخص. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی و مشاوره بعد از بروز علائم تروما و دریافت خدمات روان‌درمانی دیگر، عدم حضور به مدت سه جلسه، عدم همکاری، عدم انجام تکالیف ارائه‌شده در جلسات درمانی، ناراضی‌آزمودنی برای شرکت در ادامه پژوهش. از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش فرم رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و همچنین اصول اخلاقی و رازداری برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد.

آزمودنی‌ها در این پژوهش پرستاران بیمارستان قلب فرشچیان همدان بودند. پس از کسب مجوزهای لازم، پرسشنامه فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL) به‌منظور غربال کردن و اجرای پیش‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل توزیع شد و توضیحات لازم داده شد (کسب رضایت‌نامه کتبی از داوطلب، نحوه اجرا و پاسخ‌دادن به سؤال‌ها و توضیحات لازم درمورد محرمانه بودن نتایج پرسشنامه‌ها). پس از مصاحبه و متعهد شدن برای شرکت در جلسات، افراد واجد شرایط به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس برای گروه آزمایشی دستورالعمل درمان مبتنی بر شفقت به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد. جلسات به‌دلیل شیوع کرونا به‌صورت برخط^۱ در فضای مجازی (برنامه کلاس‌های آنلاین آموزشی، شرکت آرون) هفته‌ای دو جلسه برگزار شد. در این مرحله گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. پروتکل درمانی توسط خود پژوهشگر گردآوری و اجرا شد. در ابتدای هر جلسه مروری بر جلسه قبل انجام گرفت. سپس موضوعات و تکنیک‌های همان جلسه مطرح و بررسی و در آخر تکلیف جلسه بعد در اختیارشان قرار داده شد. از آزمودنی‌ها خواسته شد تا جلسه بعد تکالیف را حداقل روزی یک‌بار انجام دهند و تأثیر آن و احساس خود از انجام آن را در ابتدای جلسه بعد مطرح کنند. پس از اتمام جلسه آخر پرسشنامه‌ها به هر دو گروه آزمایش و کنترل ارائه و نتایج بررسی شد.

۲-۲. ابزار سنجش

۲-۲-۱. پرسشنامه فهرست اختلال استرس پس از ضربه^۲ (PCL)

این پرسشنامه توسط وودرز و همکاران (۱۹۹۳) براساس معیارهای تشخیصی، راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی برای مرکز ملی اختلال استرس پس از ضربه آمریکا تهیه و ساخته شده و دارای ۱۷ پرسش و سه مؤلفه نفوذ^۳،

1. online
2. PTSD check list
3. intrusion

اجتناب^۱ و برانگیختگی^۲ است. پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از افراد عادی به‌عنوان یک ابزار کمک‌تشخیصی به‌کار می‌رود. مزیت این فهرست در مختصر و کوتاه‌بودن آن است. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از اصلاً (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) و نمرات آن در دامنه ۱۷ تا ۸۵ است. نقطه برش برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه نمره ۵۰ است. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PCL)، ضریب‌های همسانی درونی ۰/۹۷ و ۰/۹۶ را برای کل مقیاس و ضریب‌های ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ را برای نشانگان علائم نفوذ، علائم اجتناب و علائم منفی در شناخت و خلق، و ضریب ۰/۹۶ را به‌عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله‌ای دو یا سه روز گزارش کرده‌اند (ودرز و همکاران، ۲۰۱۳). به‌منظور بررسی روایی، روایی همگرا بین این فهرست و ابزارهای زیر به شرح زیر گزارش شده است: مقیاس می‌سی‌سی‌پی^۳ که برای سنجش اختلال استرس پس از سانحه مورد استفاده قرار می‌گیرد (۰/۹۳)، مقیاس PK مربوط به MMPI-2 (۰/۷۷) که برای سنجش رویاروی با شرایط استرس‌زا مورد استفاده قرار می‌گیرد، مقیاس اثر حادثه^۴ (۰/۹۰) و مقیاس رویارویی با جنگ^۵ (۰/۴۶) (ودرز و همکاران ۱۹۹۳). اعتبار و روایی این فهرست در ایران توسط گودرزی (۱۳۸۲) در دانشگاه شیراز با استفاده از داده‌های این فهرست روی ۱۱۷ آزمودنی بررسی شده است. گودرزی (۱۳۸۲) به‌منظور بررسی اعتبار این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ به‌دست آورد. همچنین ضریب اعتبار این فهرست براساس روش تنصیف (براساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) ۰/۸۷ (n=۱۱۷) است که حاکی از اعتبار پرسشنامه است. ضرایب آلفای محاسبه‌شده برای این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۶ بود.

۲-۳. روش اجرای مداخله درمانی

این برنامه درمانی متمرکز بر شفقت توسط گیلبرت^۶ (۲۰۱۴) تدوین شده است. همچنین اثربخشی این برنامه توسط عمادی و همکاران (۱۴۰۱) و محمدی و همکاران (۱۴۰۳) و رحیمیان و همکاران (۱۴۰۲) مورد بررسی قرار گرفته است. شرح جلسات درمان مبتنی بر شفقت در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. برنامه درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	اهداف	محتوا
اول	آشنایی با مبانی نظری درمان شفقت، قوانین و فرمول‌بندی مراجع	اجرای پیش‌آزمون، بیان قوانین جلسات، تشریح منطق جلسات، تعریف مبانی شفقت، اهمیت و اثرات شفقت‌ورزی، تفاوت ذهن متمرکز بر خطر و ذهن مشفق، فرمول‌بندی مسئله مراجع
دوم	مفهوم‌سازی مدل سه حلقه سیستم‌های هیجانی مغز، تکنیک‌های توجه‌آگاهی و آموزش تکنیک تسکین‌بخش به‌منظور کاهش درد و رنج ناشی از علائم نفوذ، برانگیختگی و اجتناب	ارائه خلاصه از جلسات قبل، معرفی انواع سیستم‌های تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق، آموزش تکنیک (وارسی بدنی و توجه لحظه‌به‌لحظه)، آموزش تنفس تسکین‌بخش
سوم	شناسایی خودانتقادگری، بیان اثرات خودانتقادگری، تحلیل کارکردی خودانتقادگری، جداسازی خودانتقادگری از بخش اصلی شخصیت با تصویرسازی مشفقانه برای کاهش علائم مزاحمت مربوط به حادثه	بررسی تکلیف و خلاصه جلسه قبل، تبیین مفهوم خودانتقادگری، انواع کارکردهای آن، بیان استعاره ببر، تکنیک صندلی خالی و تصویرسازی
چهارم	آشنایی با مفهوم خوداصلاح‌گری مشفقانه، تفاوت بین خوداصلاح‌گری مشفقانه و خودانتقادگری، تبیین ویژگی‌های فرد مشفق، معرفی تکنیک تصویرسازی خودمشفق به‌منظور بازشناسی و تحلیل حادثه و ارزیابی شناختی مجدد از حادثه	مرور تکلیف جلسه قبل، تفاوت بین علیت و مسئولیت با استعاره باغ، معرفی ویژگی‌های فرد مشفق، تکنیک خودمشفق، توضیح خصوصیت‌های شش‌گانه شفقت

1. avoidance
2. arousal
3. Mississippi Scale
4. Impact of Event Scale
5. Combat Exposure Scale
6. Gilbert

جلسه	اهداف	محتوا
پنجم	ارزیابی و نظارت بر نشخوار ذهنی و آشنایی با کارکرد آن به منظور شفقت‌ورزی به خود برای مقابله با هیجانات برخاسته از علائم استرس پس از سانحه	مرور جلسه قبل، تمرین صدلی مشفقانه، آشنایی با مفهوم نشخوار ذهنی و اثرات آن، ملایمت، عدم قضاوت، داشتن شجاعت
ششم	آموزش تمرین شفقت‌ورزی به دیگران و دریافت شفقت از سوی دیگران به منظور تعدیل قضاوت‌های نادرست که به خودانتقادگری در فرد منجر می‌شود	بررسی تکلیف جلسه قبل، تمرین شفقت‌ورزی به دیگران، تمرین دوست مشفق، بررسی ریشه‌های ترس از شفقت افراد
هفتم	پرورش سیستم تسکین و ایجاد رابطه درمانی مشفقانه به منظور کاهش علائم برانگیختگی و اجتناب	بررسی تکالیف جلسات پیشین، آموزش نوشتن نامه مشفقانه، تمرین شفقت‌ورزی به خود با تصویرسازی، ثبت رویدادهای مشفقانه، تنظیم کاربرگ ثبت رویداد، بازسازی خاطرات هیجانی سخت با تأکید بر اتخاذ هویت مشفقانه
هشتم	بررسی نظرات فرد درباره مفاهیم آموزشی و انواع تکلیف خانگی، بررسی نظر فرد در خصوص تأثیر جلسات، تکالیف و تغییر ایجاد شده در آن‌ها به منظور ایجاد راهبردهای مقابله‌ای مناسب با علائم به جای اجتناب	مرور کلی مباحث جلسات قبل، اجرای پس‌آزمون، بررسی نظرات فرد روی تکالیف انجام شده، ارائه خلاصه رؤس و مطالب آموزشی، ترغیب فرد به استمرار انجام تمرینات پرورش ذهن، توضیح ایده‌های برای رفتار مشفقانه، به‌کارگیری کاربرگ‌ها

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش نیز تحلیل کوواریانس تک‌متغیره^۱ و چندمتغیره^۲ به کار رفت. نتایج آماری با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

در این بخش ابتدا شاخص‌های جمعیت‌شناختی نمونه بررسی شدند. دامنه سنی دو گروه بین ۲۴ تا ۴۶ سال بود و میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش $32/20 \pm 5/72$ سال و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل $31/46 \pm 4/70$ بود. در گروه آزمایش ۲ مرد (۱۳/۳ درصد) و ۱۳ زن (۸۶/۷ درصد) و در گروه کنترل ۵ مرد (۳۳/۳ درصد) و ۱۰ زن (۶۶/۷ درصد) حضور داشتند. از گروه آزمایش ۱۱ نفر (۷۳/۳ درصد) لیسانس و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) فوق‌لیسانس بودند و از گروه کنترل ۱ نفر (۶/۷ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) لیسانس و ۶ نفر (۴۰ درصد) فوق‌لیسانس بودند.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		انحراف معیار
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نفوذ	۱۵	۳/۱۹	۱۵	۱۰/۹۳	۳/۳۰
	۱۵	۳/۳۱	۱۵	۱۶/۶۱	۳/۸۸
برانگیختگی	۱۵	۳/۶۶	۱۵	۹/۴۰	۲/۸۸
	۱۵	۴/۵۵	۱۵	۱۵/۸۷	۳/۸۳
اجتناب	۱۵	۱۹/۴۱	۱۵	۱۳/۰۰	۳/۴۴
	۱۵	۲۰/۸۶	۱۵	۲۱/۱۳	۴/۴۲
نمره کلی استرس پس از سانحه	۱۵	۴۹/۶۰	۱۵	۳۳/۳۴	۸/۶۷
	۱۵	۵۱/۱۲	۱۵	۵۱/۶۵	۱۰/۷۸

1. Analysis of covariance (ANCOVA)
2. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA)

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات نفوذ در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون این گروه، کاهش پیدا کرده و از ۱۵/۰۶ به ۱۰/۹۳ رسیده است. میانگین نمرات برانگیختگی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون این گروه، کاهش یافته و از ۱۵/۱۳ به ۹/۴۰ رسیده است. همچنین میانگین نمرات اجتناب در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون این گروه کاهش پیدا کرده و از ۱۹/۴۱ به ۱۳/۰۰ رسیده است. میانگین نمره کل استرس پس از سانحه در پیش‌آزمون گروه کنترل ۵۱/۱۲ و در پس‌آزمون این گروه ۵۱/۶۵ است. همچنین میانگین نمره کل استرس پس از سانحه در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون این گروه کاهش پیدا کرده و از ۴۹/۶۰ به ۳۳/۳۴ رسیده است.

۳-۳. بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس

ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن، همگنی شیب خطوط رگرسیون و همگنی واریانس بررسی شد. در بررسی نرمال بودن توزیع، نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف^۱ نشان داد سطح معنی‌داری مقادیر Z برای توزیع نمرات استرس پس از ضربه و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل مورد بررسی بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0/05$) که نشان می‌دهد این متغیر دارای توزیعی نرمال است. سطح معنی‌داری مقدار F در مورد تفاوت شیب خطوط رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استرس پس از ضربه و مؤلفه‌های آن بین دو گروه کنترل و آزمایش، بالاتر از ۰/۰۵ به دست آمد؛ بنابراین شیب خطوط رگرسیون این نمرات، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد و فرض همگنی شیب‌های رگرسیون در ارتباط با متغیرها تأیید می‌شود. آزمون لون^۲ برای تعیین همگنی واریانس‌ها اجرا شد که تفاوت معنی‌داری در واریانس نمرات استرس پس از ضربه و مؤلفه‌های آن بین دو گروه مشاهده نشد؛ چرا که در این مورد، سطح معنی‌داری F بالاتر از ۰/۰۵ است ($P > 0/05$)؛ بنابراین فرض همگنی واریانس نمرات متغیر وابسته بین دو گروه پذیرفته می‌شود.

۳-۴. تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه‌ها

برای بررسی اثر درمان مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش استرس پس از ضربه، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره روی نمرات پس‌آزمون استرس پس از ضربه با کنترل نمرات پیش‌آزمون

متغیر	عامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۲۵۸/۱۲	۱	۱۲۵۸/۱۲	۲۹/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲	
استرس پس از ضربه	۲۶۰۴/۵۵	۱	۲۶۰۴/۵۵	۶۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹	
خطا	۱۱۶۱/۲۰	۲۷	۴۳/۰۰				

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد اثر پیش‌آزمون معنادار بوده و انتخاب آن به‌عنوان متغیر هم‌پراش مؤثر بوده است. اثر گروه نیز معنادار است ($F = ۶۰/۵۶$; $p < 0/01$). بدین معنا که درمان مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش استرس پس از ضربه اثر معناداری دارد. با توجه به این نتایج فرضیه تأیید می‌شود و با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۶۹ درصد است. در ادامه برای بررسی اثر درمان مبتنی بر شفقت به خود بر مؤلفه‌های اختلال استرس پس از سانحه تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار رفت که نتایج آن در ادامه آمده است. ابتدا همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نتایج، این پیش‌فرض را تأیید کرد ($Box's M = ۸/۴۹$; $F = ۱/۳۶$; $p = 0/۲۱۱$). در ادامه برای مطالعه معنی‌داری تفاوت میانگین ابعاد استرس پس از ضربه، آماره چندمتغیره لامبدای ویلکز بررسی شد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چندمتغیره روی نمرات پس‌آزمون ابعاد استرس پس از ضربه با کنترل نمرات پیش‌آزمون

شاخص	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	خطای آزادی	سطح معنی‌داری
لامبدای ویلکز	۸/۷۲	۳	۲۳	۰/۰۰۱

با توجه به اطلاعات جدول ۳، مقدار F در آماره لامبدای ویلکز $8/72$ و سطح معنی‌داری کمتر از $0/01$ است ($P < 0/01$)؛ بنابراین در میانگین نمرات ترکیبی مؤلفه‌های استرس پس از ضربه بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه برای پی‌بردن به این نکته که در کدام یک از متغیرهای وابسته (ابعاد استرس پس از ضربه) بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات پس‌آزمون ابعاد استرس پس از ضربه با کنترل نمرات پیش‌آزمون

متغیر	عامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
نفوذ	گروه	۴۸۶/۳۸	۱	۴۸۶/۳۸	۱۱/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	خطا	۱۰۲۱/۰۰	۲۵	۴۰/۸۴			
برانگیختگی	گروه	۶۴۹/۴۲	۱	۶۴۹/۴۲	۱۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	خطا	۱۰۸۰/۵۰	۲۵	۴۲/۲۲			
علائم اجتناب	گروه	۸۵۶/۹۰	۱	۸۵۶/۹۰	۱۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	خطا	۱۲۳۲/۶۲	۲۵	۴۹/۳۱			

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴، درمورد علائم نفوذ مقدار F به‌دست‌آمده $11/90$ است و سطح معنی‌داری $p < 0/01$ است که نشان می‌دهد اثر درمان مبتنی بر شفقت به خود بر علائم نفوذ در پرستاران معنادار است و میزان آن را کاهش می‌دهد. با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر 41 درصد است. در زمینه علائم برانگیختگی، مقدار F برابر با $15/02$ است و سطح معنی‌داری $p < 0/01$ است که نشان می‌دهد اثر درمان مبتنی بر شفقت به خود بر علائم برانگیختگی پرستاران معنادار است و میزان آن را کاهش می‌دهد. با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر 46 درصد است. در زمینه علائم اجتناب، مقدار F برابر با $17/37$ و سطح معنی‌داری $p < 0/01$ است که نشان می‌دهد اثر درمان مبتنی بر شفقت به خود بر علائم اجتناب پرستاران معنادار است و میزان آن را کاهش می‌دهد. با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر 52 درصد است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر علائم نفوذ، برانگیختگی و اجتناب در اختلال استرس پس از سانحه در پرستاران بود. اختلال استرس پس از سانحه در DSM-5 یکی از چند اختلالی است که نویسندگان DSM برای آن سبب‌شناسی مطرح کرده‌اند؛ یعنی تجربه یک حادثه تروماتیک. این تجربه می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم و از طریق رویاروشدن با افراد ترومادیده نیز ایجاد شود. سایر علائم آن عبارت‌اند از: علائم نفوذ (افکار مزاحم و ناخواسته مربوط به رویداد تروماتیک)، علائم بیش‌برانگیختگی (تغییرات در بیش‌برانگیختگی و واکنش‌پذیری فرد) و اجتناب (اجتناب دائم از محرک‌های درونی و بیرونی که یادآور رویداد تروماتیک باشند) (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). نتایج تحلیل‌های آماری نشان می‌دهد درمان متمرکز بر شفقت در کاهش علائم این اختلال و به‌طورکلی بهبود شرایط پرستاران مبتلا به این اختلال مؤثر است. گوردین و همکاران^۲ (۲۰۱۹) با تمرکز بر شفقت در جانبازانی که با اختلال استرس پس از سانحه دست‌وپنجه نرم می‌کنند، نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت در جانبازانی که تا ۹ جلسه درمان را پیگیری کردند، خشم، علائم اختلال استرس پس از سانحه و ترس از شفقت را در میان آنان بسیار کاهش داد. شیوندی (۱۴۰۰) در پژوهشی که بر روی پرستاران بیمارستان‌های پذیرش‌کننده بیماران کرونایی انجام شد، دریافت خودشفقت‌ورزی متغیری است که می‌تواند اثرات نامطلوب بحران‌هایی مانند پاندمی کرونا را در پرستاران کاهش دهد. نجفی‌قهرسانی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی که روی ۱۸۱ پرستار انجام شد، نشان دادند آموزش مهارت‌های مشفقانه به پرستاران ضروری است.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر کاهش علائم نفوذ در استرس آسیب‌زای ثانویه، بهاروندی و همکاران (۲۰۲۰) مشخص کرد درمان مبتنی بر شفقت، توانایی بیمار را برای تحمل ابهام ناشی از رویارویی با فرد حادثه‌دیده کاهش می‌دهد. بروین

(۲۰۰۶) بیان می‌کند علائم نفوذ در سطح ناهشیار ذهن هستند و هیجان‌اتی نظیر تجربه رویداد تروماتیک را به وجود می‌آورند. درمان متمرکز بر شفقت با تنظیم سیستم‌های هیجانی و متعادل کردن آن‌ها بروز چنین علائمی را تعدیل می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۰) که با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر کاهش علائم نفوذ در اختلال استرس آسیب‌زای ثانویه همسو است.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر کاهش علائم برانگیختگی در اختلال استرس پس از سانحه، ساکنی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت روشی مؤثر در شفقت به خود و کاهش خشم مبتلایان به سرطان است. نادری و همکاران (۱۳۹۴) دریافتند افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به‌طور معناداری دارای نشخوار ذهنی، احساس گناه و خودسرزنش‌گری هستند. همچنین در برخورد با موانع محیطی، در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه احساس خشم و خودانتقادگری ایجاد می‌شود. دلیل ایجاد احساس خشم، برانگیختگی فرد برای مقابله با مانع است. هنگامی که فرد نتواند مانع را از سر راه بردارد احساس خشم را به سمت خود برمی‌گرداند و به خودانتقادگری روی می‌آورد. خودانتقادگری واکنشی به شرم و شرم فعال‌کننده سیستم تهدید است. فعال شدن سیستم تهدید موجب برانگیختگی و گوش‌به‌زنگی در فرد می‌شود (نف، ۲۰۰۳). براساس نتایج پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر شفقت با جایگزین کردن خوداصلاح‌گری مشفقانه به جای خودانتقادگری و نشخوار حادثه می‌تواند علائم برانگیختگی در اختلال استرس پس از سانحه را کاهش دهد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر کاهش علائم اجتناب در استرس پس از سانحه، دروه‌ئی و همکاران (۱۳۹۸) به این نتیجه رسیدند که آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه‌آگاهی در کاهش استرس آسیب‌زای ثانویه پرستاران تأثیر معنی‌داری دارد. ذهن‌آگاهی یکی از مهارت‌های درمان متمرکز بر شفقت است. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از اجتناب دوری کنند، مسائل تروماتیک (تصاویر، خاطرات و افکار مزاحم) را به یاد بیاورند و در فضای آرام و به دور از تنش با مرور دوباره آن‌ها از هیجان‌ات آزردهنده حساسیت‌زدایی کنند. اجتناب، مکانیسمی مقابله‌ای برای دوری از احساسات ناشی از حادثه تروماتیک است که خود موجب افزایش و تداوم علائم این اختلال می‌شود. در همین راستا آریان‌پوران و راضینی^۱ (۲۰۱۹) نشان دادند شدت علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران با سبک‌های مقابله‌ای آن‌ها رابطه دارد. درمان مبتنی بر شفقت برای رهایی از درد و رنج ناشی از علائم این اختلال، مهارت‌ها و تکنیک‌هایی را به مراجعان خود ارائه می‌کند که به افراد، امکان رویاروشدن با علائم اختلالشان را می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۱۰) که براساس پژوهش حاضر، نشانه‌های اجتناب را کاهش می‌دهد.

به دلیل شرایط پیش‌آمده و وجود بیماری کرونا، تمامی جلسات گروه‌درمانی به صورت برخط و در فضای مجازی اجرا شد. به همین دلیل هماهنگی آزمودنی‌ها برای شرکت در دوره بسیار مشکل بود. از طرف دیگر، محدودیت در منابع مالی و نبود زمان کافی، امکان پیگیری درمورد یافته‌های تحقیق را میسر نکرد. در آخر جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی (پرسشنامه‌ای) انجام گرفت که این گزارش‌ها به دلیل تعصب در پاسخ‌دهی، مستعد تحریف هستند. این محدودیت‌ها و موارد دیگر همگی بخشی از محدودیت‌هایی بودند که این پژوهش با آن‌ها روبه‌رو شد. پرستاری حرفه‌ای ارزشمند در حوزه درمان است؛ چرا که پرستاران در خط‌مقدم کمک‌رسانی به افراد ترومادیده قرار دارند. سطح بالای استرس پس از سانحه در پرستاران ممکن است به فرسودگی شغلی، گردش کار یا جدایی از پرستاری منجر شود (ترکورتن^۲، ۲۰۰۷ به نقل از دومینگز-گومز و راتلج، ۲۰۰۹). براین اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر روی دیگر پرستاران نیز انجام شود. انجام پژوهش‌های مشابه با جلسات پیگیری چندماهه امکان بررسی و ارزیابی پایداری تغییرات مثبت در شرکت‌کنندگان را فراهم می‌سازد. براساس نتایج پژوهش حاضر، این درمان در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. در نتیجه به درمانگران پیشنهاد می‌شود برای افراد دارای علائم این اختلال از این درمان استفاده کنند.

۵. ملاحظات اخلاقی

برای رعایت اخلاق پژوهشی، رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و همچنین امکان مداخله پژوهش به صورت رایگان برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش در نظر گرفته شد.

۶. سیاست‌گذاری و حمایت مالی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا است که به تصویب شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه رسیده است. نویسندگان مقاله حاضر بر خود لازم می‌دانند از تمامی پرستاران شرکت‌کننده و همچنین مدیران بیمارستان قلب فرشچیان که زمینه انجام پژوهش را فراهم آوردند قدردانی کنند. مقاله حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی‌ای دریافت نکرده است.

۷. تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- آقایی، ا.، خانجانی‌وشکی، س.، و پاشا، ش. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر کاهش آشفتگی هیجانی زنان دارای تجربه خیانت زناشویی. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۲(۱)، ۳۱۳-۲۹۹. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.303377.643528>
- بهاروندی، ب.، کاظمیان مقدم، ک.، و هارون رشیدی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان. *روان‌شناسی پیری*. ۱(۱)، ۲۶-۱۳. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5148.1409>
- خونساری، م.، تاجری، ب.، سرداری‌پور، م.، حاتمی، م.، و حسین‌زاده تقوایی، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت و تئوری انتخاب بر احساس شرم و سطوح خودانتقادی دانش‌آموزان دختر. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۲(۲)، ۳۵۶-۳۴۱. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.306866.643588>
- دروهئی، ف.، ذوقی‌پایدار، م.، یارمحمدی‌واصل، م.، و ایمنی، ب. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه‌آگاهی بر ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۹(۳۴)، ۸۹-۱۰۸. <https://doi.org/10.22054/jcps.2019.33577.1895>
- ساکنی، ز.، فراهانی، س.، اسحاقی‌مقدم، ف.، رفیعی‌پور، ا.، جعفری، ط.، و لطفی، پ. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود تجربه خشم و شفقت به خود در بیماران سرطانی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۹(۳۶)، ۲۶-۱. <https://doi.org/10.22054/jcps.2020.46588.2193>
- شیوندی، ک. (۱۴۰۰). طراحی و تدوین مدل پیامدهای ارتباطی و شغلی اضطراب ناشی از پاندمی کووید ۱۹ با نقش میانجی‌گری خودشفقت‌ورزی در پرستاران بیمارستان‌های پذیرش‌کننده بیماران کرونایی در شهر تهران. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۱۲(۴۵)، ۳۲-۲. <https://doi.org/10.22054/jcps.2022.64536.2665>
- عمادی‌فر، ف.، فلاح یخدانی، م.، وزیر یزدی، س.، و چابکی‌نژاد، ز. (۱۴۰۱). طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت و ارزیابی اثربخشی آن بر دلزدگی زناشویی زنان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۳(۴)، ۹۱-۱۰۸. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.329307.643954>
- گودرزی، م. ع. (۱۳۸۲). براساس اعتباریابی و روایی مقیاس تنیدگی می‌سی‌سی‌پی (اشل). *مجله روان‌شناسی*. ۷(۲)، ۱۷۸-۱۵۳. <https://www.sid.ir/paper/54490/fa>
- محمدی، م.، رضایی شریف، ع.، شیخ‌الاسلامی، ع.، و قمری گیوی، ح. (۱۴۰۳). واکاوی مشکلات زنان دارای همسر جانباز و بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مشکلات روان‌شناختی-زناشویی آن‌ها. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۵(۲)، ۹۵-۱۱۲. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.342993.644258>
- نادری، ی.، مرادی، ع.، رمضان‌زاده، ف.، و واقفی‌نژاد، م. (۱۳۹۵). طرحواره‌های هیجانی (ESs) در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD): به‌عنوان یک عامل خطر در PTSD. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۶(۲۲)، ۲۲-۱. <https://doi.org/10.22054/jcps.2016.3888>

نجفی قره‌حسینی، ع.، یزدانبخش، ک.، و مؤمنی خ. (۱۳۹۹). پیش‌بینی رشد پس از سانحه نیابتی براساس انعطاف‌پذیری شناختی و ارزیابی مجدد شناختی در پرستاران ارائه‌دهنده خدمات به آسیب دیدگان زلزله کرمانشاه. *مجله سلامت و مراقبت*. ۲۳(۱)، ۱۷-۲۴.
<http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1197-fa.html>

References

- Aghaie, A., Khanjani Veshki, S., & Pasha, S. (2021). The effectiveness of compassion-based education on reducing emotional turbulence in women experiencing marital infidelity. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(1), 299-313.
<https://doi.org/10.22059/japr.2021.303377.643528> (In Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ariapooran, S., & Raziani, S. (2019). Sexual satisfaction, marital intimacy, and depression in married Iranian nurses with and without symptoms of secondary traumatic stress. *Psychological Reports*, 122(3), 809-825. <https://doi.org/10.1177/0033294118776927>
- Baharvandi, B., Moghadam, K. K., & Rashidi, H. H. (2020). The effectiveness of compassion-focused therapy on ambiguity tolerance and death anxiety in the elderly. *Aging Psychology*, 6(1), 13-26. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5148.1409>
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 765-784. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.02.005>
- Darvehi, F., Zoghi Paydar, M., Yarmohammadi Vasel, M., & Imani, B. (2019). The impact of mindful self-compassion on aspects of professional quality of life among nurses. *Clinical Psychology Studies*, 9(34), 89-108. <https://doi.org/10.22054/jcps.2019.33577.1895> (In Persian)
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199-204.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Emadifar, F., Fallah Yakhdani, M. H., Vaziri Yazdi, S., & Chabokinejad, Z. (2022). Offering and evaluation therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy and evaluating its effectiveness on the on women's marital burnout. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(4), 91-108. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.329307.643954> (In Persian)
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- 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>
- Goodarzi, M. A. (2003). Evaluating validity and reliability of Mississippi post traumatic stress disorder scale. *Journal of Psychology*, 7(2), 153-178. <https://sid.ir/paper/54490/en> (In Persian)
- Grogin, J., Clark, J. L., Kolts, R., & Lovejoy, T., I. (2019). Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.004>
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743. Link

- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Fyvie, C., Logan, K., Easton, P., ... & Shevlin, M. (2019). Is self-compassion a worthwhile therapeutic target for ICD-11 complex PTSD (CPTSD)? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 257-269. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000577>
- Khonsari, M., Tajeri, B., Sardaripour, M., Hatami, M., & Hoseinzadeh Taghvai, M. (2021). Comparing the effectiveness of group training based on compassion and choice theory on the sense of shame and level of self-criticism in female high school students. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(2), 341-356. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.306866.643588> (In Persian)
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Petrini, M., Li, X. M., & Zhang, Y. J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in china. *Nursing & Health Sciences*, 9(2), 120–126. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00316.x>
- Mohammadi, M., Rezaeisharif, A., Sheykhosslami, A., & Ghamari-Givi, H. (2024). Investigating the problems of women with veteran spouses and Examining the effectiveness of Compassion-focused therapy on their psychological-marital problems. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(2), 95-112. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.342993.644258> (In Persian)
- Mordeno, I. G., Go, G. P., & Yangson-Serondo, A. (2017). Examining the dimensional structure models of secondary traumatic stress based on DSM-5 symptoms. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.024>
- Naderi, Y., Moradi, A., Ramezanzade, F., & Vaghefinezhad, M. (2016). Emotional schemas (ess), depression and anxiety in posttraumatic stress disorder (PTSD) patient: as a risk factor in PTSD. *Clinical Psychology Studies*, 6(22), 1-22. <https://doi.org/10.22054/jcps.2016.3888> (In Persian)
- Najafi Gharehasani, E., Yazdanbakhsh, K., & Moment, K. (2020). Predicting vicarious post traumatic growth based on cognitive flexibility and cognitive reappraisal in nurses providing services to kermanshah earthquake victims. *Journal of Health and Care*, 22(1), 17-24. <http://dx.doi.org/10.29252/jhc.22.1.17>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Pouralizadeh, M., Bostani, Z., Maroufizadeh, S., Ghanbari, A., Khoshbakht, M., Alavi, S. A., & Ashrafi, S. (2020). Anxiety and depression and the related factors in nurses of Guilan University of medical sciences hospitals during COVID-19: A web-based cross-sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, 100233. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100233>
- Rahimian, A., Namazi, M., & Aghili, S. M. (2024). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on experiential avoidance and post-traumatic growth in sexually abused girls. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(6), 41-49. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.6.5>
- Ranieri, J., Guerra, F., & Giacomo, D. (2021). Predictive risk factors for post-traumatic stress symptoms among nurses during the Italian acute COVID-19 outbreak. *Health Psychology Report*, 9(2), 180-185. <https://doi.org/10.5114/hpr.2020.101249>
- Sakeni, Z., Farahani, S., Eshaghi Moghaddam, F., RafieePour, A., Jafari, T., & Lotfi, P. (2019). The effectiveness of mindfulness training on improving the experience of anger and self-compassion in cancer patients. *Clinical Psychology Studies*, 9(36), 1-23. <https://doi.org/10.22054/jcps.2020.46588.2193> (In Persian)
- Schuster, M., & Dwyer, P. A. (2020). Post-traumatic stress disorder in nurses: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2769-2787. <https://doi.org/10.1111/jocn.15288>

- Sheivandi, K. (2021). Designing and Developing a Model of relational and occupational Consequences of Covid-19 pandemic anxiety with the mediating role of self compassion in nurses of Tehran hospitals. *Clinical Psychology Studies*, 12(45), 2-32.
<https://doi.org/10.22054/jcps.2022.64536.2665> (In Persian)
- Sprang, G., Ford, J., Kerig, P., & Bride, B. (2019). Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts. *Traumatology*, 25(2), 72–81. <https://doi.org/10.1037/trm0000180>
- Wang, Y. X., Guo, H. T., Du, X. W., Song, W., Lu, C., & Hao, W. N. (2020). Factors associated with post-traumatic stress disorder of nurses exposed to corona virus disease 2019 in China. *Medicine*, 99(26), e20965. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020965>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio. Link
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). Scale available from the National Center for PTSD at <http://www.ptsd.va.gov/>