Journal of Nurse and Physician within War/Autumn 2022/ Tenth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68

Comparison of the effectiveness of metallization-based therapy and emotion-regulated therapy based on the Gross process model on self-compassion and resilience in Critical Care Unit Nurses

Abstract

Introduction: Nurses in critical wards are key members of treatment in hospitals psychological interventions, in addition to increasing the well-being of nurses, can improve the nurse-patient relationship and, as a result, improve the performance of hospitals from an organizational point of view. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of treatment based on mentalization and treatment based on emotion regulation based on the Gross process model on the variables of resilience and self-compassion in nurses of intensive care units.

Method: The research design was Comparative clinical trial semi-experimental with two test groups and one control group. The statistical population included 45 nurses in special care units in Tehran, who were randomly assigned online in three groups of 15 people. The intervention groups each received eight 90-minute sessions of mentalization-based therapy and emotion regulation-based therapy, and the control group did not receive training. Data collection tools were Neff's self-compassion questionnaires and Connor and Davidson's resilience scale. To analyze the data, multivariate covariance was used using SPSS version 22 software.

Results: The results showed that the highest scores of resilience and self-compassion were in the intervention group based on mentalization, and the lowest scores were in the control group. However, the difference between the three groups at the end of the study was not statistically significant (P=0.053).

Conclusion: Based on the findings of this study, it seems that training sessions may improve self-compassion and resilience in nurses working in intensive care units.

Keywords: self-compassion, resilience, emotion regulation therapy, metallization-based therapy, Critical Care Unit

Article Info

Authors:

Soheila Salmanian [1]

Sheida Jabalameli [2*]

Maryam Moghimian [3]

Fariba Arjmandi [4]

Affiliations

PhD Candidate of Psychology Islamic Azad University. Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2* Assistant Professor, Department of Psychology Islamic Azad University. Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (*Corresponding Author)
email: Jabalameli.sh@gmail.com

3 Assistant professor, Department of Nursing Islamic Azad University. Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

4 Clinical Research Development Center Islamic Azad University. Clinical Research Development Center. Islamic Azad University, Najafabad, Iran

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ پاییز ۱۴۰۱ / سال دهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68 ISSN: 2645-3940

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس بر میزان شفقت ورزی به خود و تاب آوری پرستاران بخش های ویژه

چکیده

مقدمه: پرستاران بخش های ویژه از اعضای کلیدی درمان در بیمارستان‌ها هستند، مداخلات روانشناختی علاوه بر افزایش بهزیستی پرستاران می تواند موجب بهبود رابطه ی پرستار بیمار شده و در نتیجه عملکرد بیمارستان‌ها را از نظر سازمانی ارتقا دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس بر متغیرهای تاب آوری و شفقت به خود در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش کارآزمایی بالینی مقایسه ای نیمه آزمایشی با دو گروه آزمون و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۵۴ پرستار در بخش های مراقبت ویژه شهر تهران بودند، که به صورت تخصیص تصادفی آنلاین در سه گروه ۵۱ نفره گماشته شدند. گروه‌های مداخله هرکدام هشت جلسه ۰۹ دقیقه ای درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان دریافت کردند و گروه شاهد آموزشی دریافت نکرد. ابزار های گرداوری داده ها ، پرسشنامه های شفقت به خود نف و مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون بود. .جهت تحلیل داده ها از کواریانس چند متغیری با استفاده از نرم افزار SSPS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد بیشترین میزان نمرات تاب آوری و شفقت ورزی به خود در گروه مداخله مبتنی بر ذهنی سازی بود و کمترین میزان نمرات در گروه کنترل بود. اما اختلاف بین سه گروه در انتهای مطالعه از نظر آماری معنادار نبود (P=۰,۰۵۳).

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد، می توان از درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در ارتقائ شفقت به خود و تاب آوری در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه استفاده کرد.

کلمات کلیدی: شفقت ورزی به خود، تاب آوری، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر ذهنی سازی،بخش مراقبت ویژه.

اطلاعات مقاله

سهیلا سلمانیان[۱]
شیدا جبل عاملی[۲*]
مریم مقیمیان[۳]
فریبا ارجمندی[۴]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی. گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسالامی، نجف آباد، ایران

۲* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی. گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

نویسنده مسئول. پست الکترونیک:Jabalameli.sh@gmail.com

۳ استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی. مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد- ، دانشگاه ازاد اسلامی، نجف اباد، ایران

٤ استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، مرکز توسعه پژوهش های بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی. مرکز توسعه پژوهش های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]

مقدمه

پرستاری جزو مشاغل سخت و زیان آور و کلیدی در درمان به حساب می‌آید و پرستاران با تنش های زیادی در محل کار خود روبرو هستند که می‌تواند تاثیری منفی بر خلق و خو، عملکرد شغلی و کیفیت زندگی آنها داشته باشد. پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان خصوصا بخش های ویژه (مثل سی سی یو و آی سی یو) به دلیل شرایط سخت کاری در معرض مشکلات بهداشت روان زیادی قرار دارند (۱). بخش مراقبت ویژه یکی از ارکان ضروری و حیاتی بیمارستان ها است که بیماران با وضعیت وخیم را که در معرض خطر مرگ قرار دارند در خود جای می‌دهد و پرستاران این بخش‌ها با ارائه صحیح خدمات درمانی و استفاده بهینه از تجهیزات مدرن پزشکی و بهره‌گیری از کادر مجرب و واجد صلاحیت و تصمیم‌گیری گروهی با تیم درمان در مورد بیمار می‌توانند در بازگرداندن سلامت به بیماران بدحال بسیار مؤثر باشند (۲).

در راستای کمک به پرورش پرستار کارآمد و توانمند،اثر دو ویژگی تاب آوری و شفقت ورزی در پژوهش حاضر در نظر گرفته شده است. ویژگی تاب آوری در انسانها خصوصا پرستاران با کیفیت زندگی از طریق ابرازگری هیجانی مرتبط است. تاب آوری و ابرازگری هیجانی می‌توانند کیفیت زندگی پرستاران را بهبود بخشد (۳). از آنجایی که یکی از ابعاد سلامت روان تاب آوری است و سلامت روانشناختی به مفهوم تامین و ارتقا سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا و درمان مناسب بیماری های روانی و توانبخشی بیماران روانی است و بین ابعاد سلامت روانشناختی با تاب آوری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، بنابراین با بهبود، تقویت و توسعه ابعاد سلامت روانشناختی پرستاران می‌توان میزان تاب آوری بیماران را در مقابله با درد افزایش داد (۴). تاب آوری را یک فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیتآمیز علیرغم شرایط تهدید کننده تعریف کرده اند که نقش مهمی‌در مقابله با تنیدگی‌ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد. تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه فرد تاب آور، مشارکت کننده فعال و سازنده محیطی پیرامونی خود است. تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی- روحی، در مقابل شرایط مخاطره آمیز می‌باشد (۵). افراد تاب آور چهار ویژگی هایی دارند که به سلامت روان آنها کمک می‌کند (۶).

ویژگی شفقت ورزی به خود با ظهور موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری که عمدتاً مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش هستند، مورد توجه و مطالعه قرار گرفته است (۷). نف به مفهوم بندی سازه شفقت به خود پرداخته است. در روان شناسی بودائی شفقت یعنی توجه به رنج خود و دیگران، شفقت حساسیت به تجربه رنج را شامل می‌شود و با تمایل قوی برای تسکین آن همراه است. شفقت به خود صرفاً شفقتی است که متوجه درون است.شفقت به خود در زمانهای درد و شکست بهتر مشخص می‌شود (۷). بنابر تعاریف فوق، به دلیل حساسیت بالا و شرح وظایف در پرستاری، شفقت و توجه به خود و دیگران مثل تاب آوری در آنان از اهمیت بالایی برخوردار است.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یکی از درمان های روانشناختی موثر در این حیطه می‌باشد. روانشناسان ذهنی سازی را به عنوان توانایی شخص برای فهم یا توضیح رفتار خود و یا دیگران توضیح داده اند و روش درمانی جدیدی را به نام درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اساس مکتب روابط شئ و نظریه دلبستگی ایجاد کرده اند (۸). ذهنی سازی شامل طیف گسترده ای از عملیات شناختی، از جمله حضور،درک،شناخت،توص یف،تفسیر،استنباط،تصور، شبیه سازی، به یادآوردن،تامل و پیش بینی است (۹).

رویکرد روانشناختی دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان است که شناخت هیجان و موقعیتهای برانگیزاننده ،تقاوت عملکرد انواع هیجان ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان ها ، شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد، آموزش‌های راهبرد حل مسئله، مهارت‌های بین فردی (گفتگو اظهار وجود و حل تعارض)، متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی و همچنین شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی حالت‌های هیجانی ،شناسایی میزان و نحوه ی استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن (مواجهه،آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده‌های محیطی،آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس) و در نهایت کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیطهای طبیعی خارج از جلسه درمان را شامل می‌شود (۱۰)، و از آنجایی که تاثیر مداخلات روانشناختی در میزان تقویت نقش حمایتی و مراقبت با کیفیت در پرستاران و حتی رضایت شغلی پرستاران در پژوهش ها مشخص شده است (۱۱). به نظر می‌رسد این مداخلات روانشناختی برای ارتقاء سطح بهزیستی پرستاران خصوصا پرستاران ویژه و همچنین بهبود رابطه ی پرستار بیمار و ارتقاء عملکرد بیمارستانها از نظر سازمانی از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار باشند.

مطالعات قبلی اثر بخشی مولفه های روانشناختی را بر روی پرستاران تایید کرده است (۱۲)، با در نظر گرفتن این که

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]

درمـان هایـی از قبیـل درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی و درمـان مبتنـی بـر تنظیـم هیجـان طیـف گسـترده ای از عملیات شـناختی را دربـر می‌گیرنـد و پژوهشـی کـه درمـان هـای فـوق را بـر شـفقت بـه خـود و تـاب آوری روی پرسـتاران ویـژه کار انجـام شـده کـم اسـت و بـا وجـود خـلاء مقایسـه پژوهشـی بـه صـورت همزمـان در ایـن گـروه در مطالعـات داخـل کشـور بـا توجـه بـه اهمیـت تاثیـر سـلامت پرسـتاران بـر محیـط خانـواده و کیفیـت شغلشـان ، سـوال پژوهـش حاضـر اینگونـه شـکل گرفـت کـه آیـا اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی و درمـان مبتنـی بـر تنظیـم هیجـان بـر اسـاس مـدل فراینـدی گـراس بـر میـزان تـاب آوری و شـفقت بـه خـود در پرسـتاران بخش‌هـای مراقبـت ویـژه تفـاوت دارنـد؟

روش کار:

مطالعـه حاضـر یـک کارآزمایـی بالینـی مقایسـه ای نیمـه تجربـی بـا دو گـروه آزمـون و یـک گـروه گـواه، بـا پیـش آزمـون و پـس آزمـون بـود. جامعـه آمـاری شـامل کلیـه پرسـتاران بخـش هـای ویـژه بیمارسـتان هـای شـهر تهـران در سـال ۱۴۰۰ بـود. نمونـه پژوهـش ۴۵ نفـراز پرسـتاران بخـش هـای ویـژه (بیمارسـتان امـام خمینی(ره)،بیمارسـتان شریعتی،بیمارسـتان قلـب تهـران و بیمارسـتان بانـک ملـی) شـهر تهـران بودنـد در پژوهـش هـای آزمایشـی طبـق دسـتورالعمل مـورگان حداقـل تعـداد نمونـه تعـداد ۱۵ نفـر در هـر گـروه می‌باشـد (۱۳). پـس از اخـذ کـد اخـلاق و هماهنگـی بـا مسـئولین مربوطه،نمونـه گیـری بـه صـورت در دسـترس بـر اسـاس مـلاک هـای ورود بـه پژوهـش انجـام شـد. آزمودنـی هـا بـه صـورت تخصیـص تصادفـی سـاده از طریـق برنامـه تولیـد اعـداد تصادفـی آنلایـن در سـه گـروه ۱۵ نفـره جایگـذاری شـدند . ۱۵ نفـر در گـروه درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی ، ۱۵ نفـر درگـروه درمـان مبتنـی بـر تنظیـم هیجـان بـر اسـاس مـدل فراینـدی گـراس و ۱۵ نفـر در گـروه شـاهد قـرار گرفتنـد. بعـد ازتوضیحـات در مـورد هـدف پژوهـش، فـرم رضایتنامـه کتبـی و پرسشـنامه هـا ی جمعیـت شـناختی ،تـاب آوری و خـود شـفقت ورزی در مصاحبـه فـردی توسـط آزمودنی‌هـا تکمیـل شـدند و سـپس جلسـات مداخلـه طبـق پروتـکل درمـان آغـاز شـد. دو گـروه مداخلـه درمـان را بـه تفکیـک بـه مـدت ۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه ای در یافـت کردنـد. گـروه گـواه هیـچ گونـه مداخلـه ای دریافـت نکـرد. مداخلـه توسـط نویسـنده اول ایـن مقالـه طبـق جـدول پروتـکل درمانـی جـداول شـماره ۱ و ۲ انجـام شـد. لازم بـه ذکـر اسـت بـه دلیـل شـیفت در گـردش بـودن پرسـتاران ،زمـان پاندمی‌کرونـا و رایزنـی کاهـش زمـان ایـاب و ذهـاب و رعایـت ایمنـی ،جلسـات بـه صـورت آنلایـن و تصویـری انجـام شـد. ایـن پژوهـش از ابتـدای آبـان مـاه ۱۴۰۰ لغایـت انتهـای آذر مـاه بـه مـدت ۶۰ روز (۸ هفتـه) بـه طـول انجامیـد. پـس از اتمـام جلسـات پـس آزمـون از هـر سـه گـروه گرفتـه شـد.تعداد ریـزش آزمودنـی هـا بـر اسـاس مـلاک هـای خـروج سـه نفـر بـود.

بـه منظـور حفـظ اسـرار و رعایـت اصـول اخلاقـی در برخـورد بـا آزمودنیهـا ، کـد اخـلاق دریافـت گردیـد. ملاحظـات اخلاقـی شـامل رازداری در پژوهـش و حفـظ اطلاعـات فـردی ، ایـن مطالعـه برگرفته از رساله دکتری روانشناسـی اسـت و در دانشـگاه آزاد اسـلامی‌واحد فلاورجـان بـا کـد اخـلاق IR.IAU.FALA.REC.1400.057 بـه تصویـب رسـیده است.

مـلاک هـای ورود شـامل: لیسانس و ارشـد پرسـتاری شـاغل در بخـش ویـژه بیمارسـتان هـای شـهر تهـران ، رنـج سـنی ۲۲-۵۰ سـال، رضایـت شـرکت در پژوهـش ، عـدم ناتوانـی جسـمی‌یا بیمـاری ناتـوان کننـده.

ملاک‌هـای خـروج شـامل : ۲ جلسـه یـا بیشـتر غیبـت آزمودنـی، همـکاری نکـردن در طـول کار و تکمیـل نکـردن پرسشـنامه هـا و ابتـلا بـه بیمـاری ناتـوان کننـده.

ابزار

۱-پرسشـنامه شـفقت بـه خـود: پرسشـنامه شـفقت بـه خود شـامل ۲۶ گویـه و ۶ مولفـه مهربانـی بـا خـود(۵ مـاده)، قضـاوت نسـبت بـه خـود(۵ مـاده)، اشـتراکات انسـانی(۴ماده)، انزوا(۴مـاده)، بهوشـیاری (ذهـن آگاهـی) (۴مـاده) و همانندسـازی افراطـی (۴مـاده)در یـک طیـف لیکـرت ۵ درجـه ای از کامـلاً مخالفـم=۱ تـا کامـلاً موافقـم= ۵ نمـره گـذاری می‌گـردد. کـه نمـره بالاتـر سـطح بالاتـر شـفقت خـود را نشـان می‌دهـد. ضمنـاً مـاده هـای ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ بـه صـورت معکـوس نمـره گـذاری می‌شـوند. پایایـی پرسشـنامه شـفقت بـه خـود ضریـب آلفـا بـرای نمـره کلـی مقیـاس ۰/۹۱ اسـت (۱۴).

۲-مقیـاس تـاب آوری : پرسشـنامه تـاب آوری ۲۵ گویـه ای کونـور و دیویدسـون کـه بـر اسـاس یـک مقیـاس لیکـرت بیـن صفـر (کامـلاً غلـط) و پنـج (کامـلاً درسـت)، نمـره گـذاری می‌شـود. (۵). بـرای بدسـت آوردن امتیـاز کلـی پرسشـنامه، مجمـوع امتیـازات همـه سـوالات را بـا هـم جمـع می‌شـود. ایـن امتیـاز دامنـه‌ای از ۰ تـا ۱۰۰ را خواهـد داشـت. امتیـاز بالاتـر بیانگـر میـزان تـاب‌آوری بیشـتر اسـت و برعکـس. پایایـی تـاب آوری کونـور و دیویدسـون بـا آلفـای کرونبـاخ کل آن ۸۹/ ۰ گـزارش شـده اسـت (۱۵).

۳- پرسشـنامه اطلاعـات جمعیـت شـناختی:اطلاعات دموگرافیـک سـن، جنسـیت، وضعیـت تاهل و مـدرک تحصیلی.

پـس از جمـع آوری داده هـا، تجزیـه و تحلیـل داده هـا با اسـتفاده از روش هـای آمـار توصیفـی واسـتنباطی انجام شـد

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]

جدول ۱-محتوای جلسات آموزش ذهنی سازی به تفکیک جلسات برگرفته از پروتکل درمانی بتمن و فوناگی

جلسات	محتوای جلسات
اول (ذهنی سازی و موضع ذهنی سازی چیست؟)	خوشامد گویی،ایجاد رابطه درمانی، ذهنی سازی چیست؟ توضیح جنبه های خاص، ابعاد،شکل گیری و مزایایی ذهنیسازی و معرفی شیوه درمان و شرح مختصری از مدل درمان و مداخله ،بیان اهداف جلسات ، تأکید بر حضور در جلسات و ارائه تکلیف خانگی(معرفی کتاب ذهنی سازی).
جلسه دوم (مشکل داشتن در ذهنی سازی)	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان شاخص های ذهنی سازی ضعیف و خوب،مشکلات در ذهن خوانی خودو دیگران، مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری ، علامت های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران ،حساسیت های بین فردی ،ارائه تمرین،شفاف سازی تفسیرهای مراجع و ارائه تکلیف خانگی(تهیه لیست از مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری) .
جلسه سوم (ذهنی سازی هیجانات)	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه، توصیف انواع هیجانات ، هیجانات اصلی و اجتماعی،هیجانات اولیه و ثانویه،چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات و تفاوتهای فردی در کنترل هیجانات و ذهنیسازی هیجانات و ارائه تکنیک های آرمیدگی و ارائه تکلیف خانگی(تفسیر علامت های هیجانی درونی در خودمان و حالت هیجانی در دیگران، خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران میتوانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند).
جلسه چهارم اهمیت روابط دلبستگی و دلبستگی و ذهنی سازی)	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه، بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی ،اهمیت روابط دلبستگی ، دلبستگی و ذهنی سازی و تعارض های دلبستگی و ارائه تکالیف خانگی.
جلسه پنجم (درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی سازی)	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه، درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی سازی ،بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی سازی ،آموزش و تمرین ذهنی سازی، جنبه دلبستگی درمان ذهنی سازی، اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و درمان مبتنی بر ذهنی سازی . اهمیت ایجاد روابط دلبستگی با بالینگر و ایجاد ارتباط با دیگران و ارائه تکالیف خانگی.
جلسه ششم (حمایت و تایید همدلانه و شفاف سازی)	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه،پرسش در مورد مشکلات و شفاف سازی مباحث مطرح شده در جلسات، حمایت گری،رفتار همدلانه و روشن سازی و آموزش در جهت ذهنی سازی مطالب برای تسهیل اعتماد . ذهنی سازی رویدادهای مطرح شده و ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هفتم (شناسایی و تمرکز عاطفی)	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهداف جلسه،بررسی و کشف مراجع به درک و شناخت جدیدش و احساس کنونی مشترک بین مراجع و درمانگر در هر لحظه از جلسه (شناسایی تمرکز عاطفی درمانجو در ارتباط با جلسه کنونی،ذهنی سازی در اینجا و اکنون) و تکلیف خانگی.
جلسه هشتم (ذهنی سازی ارتباط و خلاصه و نتیجه گیری)	خلاصه وبازبینی ، نتیجه گیری و بستن جلسه.

. جهت تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل آمیخته با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS با نسخه ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری آزمون ها ۰,۰۵ درنظر گرفته شد. از آزمون ANOVA برای داده های نرمال و در صورت غیر نرمال بودن از آزمون کروسکال والیس استفاده شده است. P-value با استفاده از کای اسکوئر به دست آمده است.

یافته ها:

یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد در این مطالعه ۴۵ پرستار شرکت داشتند که ۴۲ نفر از افراد شرکت کننده را زنان تشکیل دادند. میانگین سنی در سه بازه برای شرکت کنندگان تعریف شد که از لحاظ آماری اختلاف معناداری بین سه گروه وجود نداشت (p=۰.۶) . در مجموع ۱۹ متاهل و ۲۳ مجرد پرسشنامه را تکمیل نمودند (p=۰.۸۶) و تعداد پرستاران با مدرک کارشناسی

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]

جدول ۲- پروتکل آموزش تنظیم هیجان براساس مدل گراس

جلسه اول	آشنایی و ارزیابی ،ایجاد رابطه متقابل و توضیح مراحل درمان ، بیان منطق و مراحل مداخله و گرفتن تعهد شفاهی شرکت در جلسات و تکلیف خانگی
جلسه دوم شروع موقعیت: ارائه آموزش هیجانی	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه،شناخت هیجان و موقعیتهای برانگیزاننده از طریق آموزشی تفاوت عملکرد انواع هیجان ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان ها و تکلیف خانگی
جلسه سوم انتخاب موقعیت: ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارتهای هیجانی	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه،۱- خود - ارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود ،مثالهایی از تجربه های واقعی ۲- خود- ارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد ۳- خود - ارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای خودتنظیمی فرد ۴- تکلیف خانگی
جلسه چهارم اصلاح موقعیت: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزانندگی هیجان	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه،۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب ۲) آموزشی راهبرد حل مسئله ۳) آموزشی مهارت‌های بین فردی (گفتگو اظهار وجود و حل تعارض) ۴) تکلیف خانگی
جلسه پنجم گسترش توجه: تغییر توجه	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه،۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی ۲) آموزش توجه و تکلیف خانگی
جلسه ششم ارزیابی شناختی: تغییر ارزیابی های شناختی	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه ،۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی حالت‌های هیجانی ۲) آموزش راهبرد باز- ارزیابی مجدد و تکلیف خانگی
جلسه هفتم تعدیل پاسخ: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـه،۱) شناسایی میزان و نحوه ی استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن ۲) مواجهه ۳) آموزش ابراز هیجان ۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده‌های محیطی ۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس و تکلیف خانگی
جلسه هشتم ارزیابی و کاربرد: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد	مروری بر بحث جلسه ی قبل ، بررسی تکلیف، بیان اهـداف جلسـ ه،۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و آمادگی برای پایان دادن به جلسات ۲) کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیطهای طبیعی خارج از جلسه ۳) بررسی و رفع موانع و انجام تکالیف

بیشـتر از کارشناسـی ارشـد بـود امـا بیـن سـه گـروه اختـلاف معنـی داری وجـود نداشـت (p=۰.۹۷). جـدول شـماره ۳ اطلاعـات دموگرافیـک پرسـتاران شـرکت کننـده در مطالعـه را نشـان می‌دهـد. نتایـج آزمـون فرضیـه هـای پژوهـش در جـدول شـماره ۴ نشـان داده شـده اسـت کـه در گـروه ۱ مداخلـه درمـان مبتنـی بـر ذهنـی سـازی بالاتریـن نمـرات تـاب آوری را کسـب نمودنـد و کمتریـن نمـرات در گـروه ۳ گـواه بـدون جلسـات درمـان امـا ایـن نتایـج از نظـر آمـاری بیـن سـه گـروه تغییـر معنـاداری نداشـتند (p=۰.۰۵۳). تغییـرات قبـل و بعـد آزمـون و میـزان تغییـرات در هـر گـروه بـه صـورت جداگانـه محاسـبه و آنالیـز شـد، کـه بیـن سـه گـروه از نظـر آمـاری هیـچ اختـلاف معنـاداری نداشـتند.

در پرسشـنامه شـفقت ورزی بـه خـود، بعـد از جلسـات آموزشـی

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]

جدول ۳- اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	گروه ۱ مداخله درمان مبتنی بر ذهنی سازی	گروه ۲ مداخله درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس	گروه۳ گواه بدون جلسات درمان	P-value #
سن (سال) ۲۰-۳۰	۴ (۲۶.۷٪)	۵ (۳۳.۵٪)	۲ (۱۶.۷٪)	۰.۶
۳۰-۴۰	۳ (۲۰٪)	۶ (۴۰٪)	۵ (۴۱.۷٪)	
۴۰-۵۰	۸ (۵۳٪)	۴ (۲۶.۷٪)	۵ (۴۱.۷٪)	
جنسیت زن	۱۴ (۹۳.۳٪)	۱۵ (۱۰۰٪)	۱۳ (۸۶.۷٪)	۰.۸۴
مرد	۱ (۶.۳٪)	۰	۲ (۱۳.۳٪)	
وضعیت تأهل متاهل	۶ (۴۰٪)	۷ (۴۶.۷٪)	۶ (۵۰٪)	۰.۸۶
مجرد	۹ (۶۰٪)	۸ (۵۳.۳٪)	۶ (۵۰٪)	
مدرک تحصیلی کارشناسی	۱۲ (۸۰٪)	۱۲ (۸۰٪)	۹ (۷۵٪)	۰.۹۷
ارشد	۳ (۲۰٪)	۳ (۲۰٪)	۳ (۲۵٪)	

P-value با استفاده از کای اسکوئر به دست آمده است.

جدول ٤- نمرات پرسشنامه تاب آوری و شفقت به خود در سه گروه شرکت کننده در مطالعه

متغیر	گروه ۱ مداخله درمان مبتنی بر ذهنی سازی	گروه ۲ مداخله درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس	گروه۳ گواه بدون جلسات درمان	P-value#
تاب آوری				
قبل آزمون	۶۹.۷۳ ± ۱۲.۸	۶۷.۸۵ ± ۸.۳۴	۶۰.۴۵ ± ۱۱.۵۹	۰.۱۶
بعدآزمون	۷۳.۴ ± ۱۳.۶۱	۷۰.۸ ± ۸.۴۱	۶۲.۴۱ ± ۱۲.۳۳	۰.۰۵۳
تغییرات	۳ ± ۱	۳ ± ۱.۲۵	۲.۴۵ ± ۱.۲۹	۰.۱۵
شفقت به خود				
قبل آزمون	۸۸.۱۳ ± ۱۱.۶۶	۸۴.۰۶ ± ۱۰.۴۵	۷۸.۸۱ ± ۱۰.۷۲	۰.۱۱
بعدآزمون	۸۸.۲۶ ± ۱۱.۴۷	۸۴.۴ ± ۱۱.۱۱	۷۹.۱۶ ± ۱۰.۸۶	۰.۱۲
تغییرات	۰.۳۵ ± ۰.۰	۰.۳۵ ± ۰.۱	۰.۱ ± ۰.۰۴۵	۰.۵۸

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]

بیشترین میزان نمرات در گروه ۱ مداخله درمان مبتنی بر ذهنی سازی به دست امد (۸۸.۲۶ ± ۱۱.۴۷) و کمترین میزان نمرات شفقت به خود در گروه ۳ گواه بدون جلسات درمان می‌باشد (۷۹.۱۶ ± ۱۰.۸۶). گرچه این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود (p=۰.۱۲).

همچنین نتایج نشان داد بین اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در میزان تاب آوری و میزان شفقت به خود در پرستاران تفاوت معناداری وجود ندارد.

داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار یا میانه ± دامنه میان چارکی گزارش شده است. از آزمون ANOVA برای داده های نرمال و در صورت غیر نرمال بودن از آزمون کروسکال والیس استفاده شده است.

بحث و نتیجه گیری:

هدف این پژوهش مقایسه بین اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس بر شفقت به خود و تاب آوری در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های تهران بود. نتایج نشان داد که هشت جلسه مداخلات روانشناختی پرستاران بخش های مراقبت ویژه (سی سی یو و آی سی یو) با افزایش نمرات تاب آوری و شفقت به خود همراه بوده است. مداخله مبتنی بر ذهنی سازی بالاترین میزان نمرات تاب آوری و شفقت به خود را در پرستاران به همراه داشته، گرچه که این اختلاف بین سه گروه از نظر آماری معنادار نبود. همچنین بین درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت مداخلات روانشناختی علاوه بر افزایش بهزیستی پرستاران می‌تواند موجب بهبود رابطه ی پرستار بیمار شده و در نتیجه عملکرد بیمارستان‌ها را از نظر سازمانی ارتقا دهد. و همچنین به نظر می‌رسد، می‌توان از درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در ارتقائ شفقت به خود و تاب آوری در پرستاران شاغل در بخش های ویژه استفاده کرد. ویکلاند و همکاران(۲۰۱۳) همسو با این مطالعه شفقت به خود را در اعضای تیم مراقبتی بالا گزارش کرده‌اند هر چند شرایط موجود در محیط کار در ایجاد شفقت به خود مؤثر است. همچنین اعلام کردند ،سطوح بالای شفقت به خود در پرستاران نقش مهمی‌در سلامت روانی آنها داشته و نبایستی به معنای زجر نسبت به خود تلقی شود (۱۶). نف و گرمر (۲۰۱۳) همسو با نتایج مطالعه حاضر، ضمن بررسی پدیده شفقت به خود در حرفه های مراقبتی، سطح این پدیده را با توجه به شرایط کاری بالا دانسته و بیان می‌کنند که شفقت به خود به عنوان واکنشی انطباقی در پرستاران عمل کرده و آنها را در برابر عوامل استرس‌زا محافظت می‌کند (۱۷). همچنین برنارد و کاری (۲۰۱۳) همراستا با پژوهش حاضر پدیده شفقت به خود مورد ارزیابی قرار داده و اذعان دارند که این پدیده به طور شایع در بین افراد مراقبت کننده به صورت پنهان و یا آشکار وجود دارد (۱۸). آلکما و همکاران (۲۰۰۸) همسو با این پژوهش تصدیق کردند که آموزش مهارت های خودمراقبتی به خصوص در مشاغل بیمارستانی، رضایت ناشی از شفقت نسبت به خود را افزایش می‌دهد (۱۹). رینجنبچ(۲۰۰۹) همراستای با مطالعه حاضر اعلام کرد افزایش شفقت به خود می‌تواند استرس آسیب زای ثانوی و فرسودگی شغلی را کاهش دهد (۲۰). همسو با نتایج ما، استار (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای بر روی مشاوران با سابقه کاری کمتر از ۱۰ سال نشان داد که ممکن است آموزش مهارت خودمراقبتی تاثیری بر رضایت ناشی از شفقت نداشته باشد (۲۱). بیومنت و همکاران (۲۰۱۶) همراستا با پژوهش ما در مطالعه خود نشان دادند افرادی را که شفقت به خود بالاتری داشتند، فرسودگی شغلی کمتری را گزارش دادند و از طرف دیگر پرستارانی که تحت آموزش شفقت به خود بوده اند، کمتر دچار استرس آسیب زای ثانوی و فرسودگی شغلی می‌شوند (۲۲).همچنین مهارت‌های مورد نیاز برای اجتناب از درگیری شدید با استرس و فرسودگی شغلی را در هنگام ارتباط با بیماران فراگرفته‌اند (۲۲). همچنین نف (۲۰۰۳) همراستای با این مطالعه شفقت به خود را موجب رضایت اعلام کرد؛احساس پرانرژی بودن، شادی، و قدردان از اینکه میتوان در این دنیا تغییری ایجاد کرد.همچنین زمانی که پرستاران غرق در وظایف شغلی خود نشوند، راحت تر می‌توانند بر پیامدهای تلاش خود متمرکز شوند (۲۳). در مطالعه حاضر میانگین سنی و میزان شفقت به خود در گروه ۱ نسبت به دو گروه دیگر بالاتر بود اما این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. محمدی و همکاران(۲۰۱۶) اعلام کردند که پرستارانی که سابقه بالاتری داشتند (سن بالاتری داشتند) میزان شفقت در آن ها افزایش می‌یافت (۲۴). و این که پرستاران با تجربه تر بیشتر نسبت به نتایج کارهای خود حساس بوده و لذا سعی می‌کنند رفتار معقولانه تری را در محیط کاری داشته باشند. لذا، تجزیه و تحلیل آنها نسبت به عملکرد و شرایط شان بیشتر بوحات تاب آوری بعد از جلسات آموزشی در بین ۳ گروه تفاوت آماری معناداری نداشت. در مقابل نتایج ما، مطالعه هزاوه و همکاران نتایج نشان داد که آموزش تاب آوری منجر به بهبود توانمندی روانشناختی پرستاران شاغل در بخشهای مراقبت ویژه می‌شود (۲۵). همچنین نتایج مطالعه ای در ترکیه

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]

نیز مدعی شد که اجرای برنامه آموزشی روانشناختی منجر به ارتقای توانمندی روانشناختی پرستاران شاغل در بخش های انکولوژی شده است .(۲۶) در ایران، نتایج مطالعه کدیور و همکاران در تهران بیان داشت که اجرای آموزش مبتنی بر شبکه مجازی منجر به بهبود توانمندی روانشناختی پرستاران شاغل در بخشهای مراقبت ویژه نوزادان شده است (۲۷). نا همسو با نتایج مطالعه ما، احمدی و همکاران (۲۰۱۹) اعلام کردند پس از مداخله آموزشی تاب آوری میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستان نسبت به قبل از آن به میزان حدود ۱۲درصد افزایش یافته است (۲۸). همچنین بابنتاج(۲۰۱۹) و رضوی (۲۰۱۸) اعلام کردند آموزش مهارتهای تاب آوری منجر به ارتقای ابعاد حل مشکلات فردی، حقوق و دستمزد، ارتقای شغلی، مشارکت در سازمان و امنیت شغلی کیفیت زندگی کاری پرستاران می‌شود (۲۹-۳۱).

از محدودیت های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت قلمرو زمانی و مکانی در شهر تهران، در تعمیم نتایج آن به سایر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به محدودیت های کرونایی ، دسترسی سخت به پرستاران بخش های ویژه در زمان پاندمی‌کرونا، شیفت در گردش بودن پرستاران ، شرکت در پژوهش در پیک پنجم کرونا ، پر کردن پرسشنامه ها (پرسشنامه های اول فرم) و جلسات روان درمانی به صورت آنلاین و ویدیو کال . پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده دوره های حین خدمت و کارگاه های آموزشی مداخلات روانشناختی متنوع برای افزایش بهزیستی پرستاران گذاشته شود، همچنین پژوهش حاضر در شهرهای مختلف کشور و در مشاغل دیگر و از آزمون های پیگیری شش ماهه برای ماندگاری اثر بخشی درمان در دوره های طولانی تر اسفاده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش و سایر اساتید و عزیزانی که یاری گر ما در این پژوهش بودند تشکر و قدردانی نمایند.

بیانیه

این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران مورد تایید سازمان بهداشت جهانی کد **IRCT**20220530055024**N1** گرفته است.

تضاد و منافع

به این وسیله نویسندگان این مقاله بیان می‌کنند که هیچ تضاد و منافعی در خصوص مقاله حاضر وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش بدون دریافت هیچ گونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی خاص انجام شده است.

منابع

1.Barkhordari SM, Dehghan DF, NASIRIANI K. The Relationship between Work-Family Conflict and Sleep Quality in Nurses Working in Critical Care Units. 2020 [Persian].

2.Noroozi A, Moshri E. The relationship between physical and human resources in the Intensive Care Units and patients mortality rate in Hospitals of Markazi Province's: 2007. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2009;12(2):29-38. [Persian].

3.Moshtaghi M, Asghari Ebrahimabad MJ, Salayani F. Associations between Resilience and Quality of Life in Nurses: The Mediating Role of Emotional Expressivity. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2020;30(191):53-65. [Persian].

4.MOUSAVI SA. Investigating The Relationship Between The Dimensions Of Nurses' Psychological Health With Resilience. 2020. [Persian].

5.Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82.

6.Garmezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. American behavioral scientist. 1991;34(4):416-30.

7.Nef S, Verma-Kurvari S, Merenmies J, Vassalli J-D, Efstratiadis A, Accili D, et al. Testis determination requires insulin receptor family function in mice. Nature. 2003;426(6964):291-5.

8.Brisch KH. Treating attachment disorders: From theory to therapy: Guilford Press; 2012.

9.Daubney M, Bateman A. Mentalization-based therapy (MBT): an overview. Australasian Psychiatry. 2015;23(2):132-5.

10.Jaffary F, Kharatzadeh H, Hoseini SM, Mohammadi A. The Relationship between Difficulties in Emotion Regulation and Experimental Avoidance with Depression in Patients with Vitiligo. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2020;11(4):71-7. [Persian].

11.Dasht Bozorgi Z, Shamshirgaran M. Effectiveness of positive training on social competence and health hardiness in nurses. Positive Psychology Research. 2018;4(2):13-24. [Persian].

12.Vitale E. The Mindfulness and the Emotion-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]

behavioural psychotherapists: A quantitative survey. Counselling and Psychotherapy Research. 2016;16(1):15-23.
23.Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and identity. 2003;2(2):85-101.
24.Mohammady S, Borhani f, Roshanzadeh m. Self-compassion in critical care nurses. Quarterly Journal of Nersing Management. 2016;5(2):44-50. [Persian].
25.Hezaveh Z, Mardani Hamooleh M, Seyed Fatemi N, Haghani S. The Effect of Resilience Training on the Psychological Empowerment of ICU Nurses. Iran Journal of Nursing. 2020;33(123):22-34. [Persian].
26.Özbaş AA, Tel H. The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: Psychological empowerment in oncology nurses. Palliative & supportive care. 2016;14(4):393-401.
27.Kadivar M, Seyedfatemi N, Zolfaghari M, Mehran A, Hosseinzadeh Z. The impact of virtual-based education on nurses' psychological empowerment in the level II neonatal care unit. Iranian Journal of Medical Education. 2017;17:102-15. [Persian].
28.Ahmadi B, Mosadeghrad AM, Karami B. Effectiveness of resilience education on quality of working life among nursing personnel: A randomized controlled study. Payesh (Health Monitor). 2019;18(3):279-89. [Persian].
29.Babanataj R, Mazdarani S, Hesamzadeh A, Gorji MH, Cherati JY. Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. International journal of nursing practice. 2019;25(1):e12697. [Persian].
30.García-Izquierdo M, Meseguer de Pedro M, Ríos-Risquez MI, Sánchez MIS. Resilience as a moderator of psychological health in situations of chronic stress (burnout) in a sample of hospital nurses. Journal of Nursing Scholarship. 2018;50(2):228-36.
31.Razavi Vs. Effectiveness of resilience training on stress and psychological well-being of nurses in a military hospital in Kerman. Ebnesina. 2018;19(4):38-44. [Persian].
al Regulation Skills in Italian Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Descriptive Survey-Correlational Study. Journal of Holistic Nursing. 2021;39(4):345-55.
13.VanVoorhis CW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutorials in quantitative methods for psychology. 2007;3(2):43-50.
14.Sh M. Confirmatory factor analysis of the Persian version of the self-compassion rating scale-revised. Psychological methods and models. 2015;6(19):31-46.
15.Mohammadi M, Jazayeri A, Rafie A, Joukar B, Pourshahbaz A. Resilience factors in individuals at risk for substance abuse. 2006.. [Persian].
16.Wiklund Gustin L, Wagner L. The butterfly effect of caring–clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2013;27(1):175-83.
17.Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. Journal of clinical psychology. 2013;69(1):28-44.
18.Barnard LK, Curry JF. Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. Review of general psychology. 2011;15(4):289-303.
19.Alkema K, Linton JM, Davies R. A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care. 2008;4(2):101-19.
20.Ringenbach R. A comparison between counselors who practice meditation and those who do not on compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout and self-compassion: The University of Akron; 2009.
21.Star KL. The relationship between self-care practices, burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among professional counselors and counselors-in-training: Kent State University; 2013.
22.Beaumont E, Durkin M, Hollins Martin CJ, Carson J. Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.68]