



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

Article Info

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

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



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

اطلاعات مقاله

سهیلا سلمانیان^۱
شیدا جبل عاملی^{۲*}
مریم مقیمیان^۳
فریبا ارجمندی^۴

مقدمه: پرستاران بخش های ویژه از اعضای کلیدی درمان در بیمارستان ها هستند، مداخلات روانشناختی علاوه بر افزایش بهزیستی پرستاران می تواند موجب بهبود رابطه ی پرستار بیمار شده و در نتیجه عملکرد بیمارستان ها 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 بخش های 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. گروه های 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 گردآوری 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 ($P=0,053$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش به نظر می رسد، می توان از درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در ارتقای شفقت به خود و تاب آوری در پرستاران شاغل در بخش های ویژه استفاده کرد.

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

وابستگی سازمانی نویسنده گان

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

۴ 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

مقدمه

پرستاری جزو مشاغل سخت و زیان آور و کلیدی در درمان به حساب می‌آید و پرستاران با تنش‌های زیادی در محل کار خود روبرو هستند که می‌تواند تأثیری منفی بر خلق و خو، عملکرد شغلی و کیفیت زندگی آنها داشته باشد. پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان خصوصاً بخش‌های 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 بیمارستان‌ها 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 تاب‌آوری و شفقت‌ورزی در پژوهش حاضر در نظر گرفته شده است. ویژگی تاب‌آوری در انسانها خصوصاً پرستاران با کیفیت زندگی از طریق ابرازگری هیجانی مرتبط است. تاب‌آوری و ابرازگری هیجانی می‌توانند کیفیت زندگی پرستاران را بهبود بخشد (۳). از آنجایی که یکی از ابعاد سلامت روان تاب‌آوری است و سلامت روانشناختی به مفهوم تأمین و ارتقا سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا و درمان مناسب بیماری‌های روانی و توانبخشی بیماران روانی است و بین ابعاد سلامت روانشناختی با تاب‌آوری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، بنابراین با بهبود، تقویت و توسعه ابعاد سلامت روانشناختی پرستاران می‌توان میزان تاب‌آوری بیماران را در مقابل با درد افزایش داد (۴). تاب‌آوری را یک فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز علیرغم شرایط تهدید کننده تعریف کرده‌اند که نقش مهمی در مقابل با تنیدگی‌ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد. تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه فرد تاب‌آور، 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 تاب‌آور چهار ویژگی‌هایی دارند که به سلامت روان آنها کمک می‌کند (۶).

ویژگی شفقت‌ورزی 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 روان‌شناسی 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 تاب‌آوری در آنان از اهمیت بالایی برخوردار است.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یکی از درمان‌های روانشناختی مؤثر در این حیطه می‌باشد. روانشناسان ذهنی‌سازی را به عنوان توانایی شخص برای فهم یا توضیح رفتار خود و یا دیگران توضیح داده‌اند و روش درمانی جدیدی را به نام درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اساس مکتب روابط شئی و نظریه دلبستگی ایجاد کرده‌اند (۸). ذهنی‌سازی شامل طیف گسترده‌ای از عملیات شناختی، از جمله حضور، درک، شناخت، توصیف، تفسیر، استنباط، تصور، شبیه‌سازی، به یادآوردن، تأمل و پیش‌بینی 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، تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان‌ها، شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، آموزش‌های راهبردی 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 نحوه‌ی استفاده از راهبردی بازدارنده 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 تأثیر مداخلات روانشناختی در میزان تقویت نقش حمایتی و مراقبت با کیفیت در پرستاران و حتی رضایت شغلی پرستاران در پژوهش‌ها مشخص شده است (۱۱). به نظر می‌رسد این مداخلات روانشناختی برای ارتقاء سطح بهزیستی پرستاران خصوصاً پرستاران ویژه و همچنین بهبود رابطه‌ی پرستار بیمار و ارتقاء عملکرد بیمارستانها از نظر سازمانی از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار باشند.

مطالعات قبلی اثر بخشی مولفه‌های روانشناختی را بر روی پرستاران تأیید کرده است (۱۲). با در نظر گرفتن این که

انجامید. پس از اتمام جلسات پس از هر سه گروه گرفته شد. تعداد ریزش آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های خروج سه نفر بود.

به منظور حفظ اسرار و رعایت اصول اخلاقی در برخورد با آزمودنی‌ها، کد اخلاق دریافت گردید. ملاحظات اخلاقی شامل رازداری در پژوهش و حفظ اطلاعات فردی، این مطالعه برگرفته از رساله دکتری روانشناسی است و در دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان با کد اخلاق IR.IAU.FALA.REC.1400.057 به تصویب رسیده است.

ملاک‌های ورود شامل: لیسانس و ارشد پرستاری شاغل در بخش ویژه بیمارستان‌های شهر تهران، رنج سنی ۲۲-۵۰ سال، رضایت شرکت در پژوهش، عدم ناتوانی جسمی یا بیماری ناتوان کننده.

ملاک‌های خروج شامل: ۲ جلسه یا بیشتر غیبت آزمودنی، همکاری نکردن در طول کار و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها و ابتلا به بیماری ناتوان کننده.

ابزار

۱- پرسشنامه شفقت به خود: پرسشنامه شفقت به خود شامل ۲۶ گویه و ۶ مولفه مهربانی با خود (۵ ماده)، قضاوت نسبت به خود (۵ ماده)، اشتراکات انسانی (۴ ماده)، انزوا (۴ ماده)، بهوشیاری (ذهن آگاهی) (۴ ماده) و همانندسازی افراطی (۴ ماده) در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵ نمره گذاری می‌گردد. که نمره بالاتر سطح بالاتر شفقت خود را نشان می‌دهد. ضمناً ماده‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. پایایی پرسشنامه شفقت به خود ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۱ است (۱۴).

۲- مقیاس تاب‌آوری: پرسشنامه تاب‌آوری ۲۵ گویه‌ای کونور و دیویدسون که بر اساس یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً غلط) و پنج (کاملاً درست)، نمره گذاری می‌شود. (۵). برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. امتیاز بالاتر بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر است و برعکس. پایایی تاب‌آوری کونور و دیویدسون با آلفای کرونباخ کل آن ۰/۸۹ گزارش شده است (۱۵).

۳- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: اطلاعات دموگرافیک سن، جنسیت، وضعیت تاهل و مدرک تحصیلی. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد

درمان‌هایی از قبیل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان طیف گسترده‌ای از عملیات شناختی را دربر می‌گیرند و پژوهشی که درمان‌های فوق را بر شفقت به خود و تاب‌آوری روی پرستاران ویژه کار انجام شده کم است و با وجود خلاء مقایسه پژوهشی به صورت همزمان در این گروه در مطالعات داخل کشور با توجه به اهمیت تاثیر سلامت پرستاران بر محیط خانواده و کیفیت شغلشان، سوال پژوهش حاضر اینگونه شکل گرفت که آیا اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس بر میزان تاب‌آوری و شفقت به خود در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه تفاوت دارند؟

روش کار:

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی مقایسه‌ای نیمه تجربی با دو گروه آزمون و یک گروه گواه، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از پرستاران بخش‌های ویژه (بیمارستان امام خمینی (ره)، بیمارستان شریعتی، بیمارستان قلب تهران و بیمارستان بانک ملی) شهر تهران بودند در پژوهش‌های آزمایشی طبق دستورالعمل مورگان حداقل تعداد نمونه تعداد ۱۵ نفر در هر گروه می‌باشد (۱۳). پس از اخذ کد اخلاق و هماهنگی با مسئولین مربوطه، نمونه‌گیری به صورت در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انجام شد. آزمودنی‌ها به صورت تخصیص تصادفی ساده از طریق برنامه تولید اعداد تصادفی آنلاین در سه گروه ۱۵ نفره جایگذاری شدند. ۱۵ نفر در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، ۱۵ نفر در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس و ۱۵ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. بعد از توضیحات در مورد هدف پژوهش، فرم رضایتنامه کتبی و پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، تاب‌آوری و خود شفقت‌ورزی در مصاحبه فردی توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند و سپس جلسات مداخله طبق پروتکل درمان آغاز شد. دو گروه مداخله درمان را به تفکیک به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در یافت کردند. گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. مداخله توسط نویسندگان اول این مقاله طبق جدول پروتکل درمانی جداول شماره ۱ و ۲ انجام شد. لازم به ذکر است به دلیل شیفت در گردش بودن پرستاران، زمان پاندمی کرونا و رایزنی کاهش زمان ایاب و ذهاب و رعایت ایمنی، جلسات به صورت آنلاین و تصویری انجام شد. این پژوهش از ابتدای آبان ماه ۱۴۰۰ لغایت انتهای آذر ماه به مدت ۶۰ روز (۸ هفته) به طول

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

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 مزایای ذهنی سازی 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 خود و 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 تفاوت های فردی در کنترل هیجانات و ذهنی سازی هیجانات و ارائه تکنیک های آرمیدگی و ارائه تکلیف خانگی (تفسیر علامت های هیجانی درونی در خودمان و حالات 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 و بازبینی، نتیجه گیری و بستن جلسه.

یافته ها:

یافته های توصیفی نشان می دهد 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 ($p=0.06$). در مجموع ۱۹ مآهل و ۲۳ مجرد پرسشنامه را تکمیل نمودند ($p=0.86$) و تعداد پرستاران با مدرک کارشناسی

. 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 در نظر 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 اسکور به دست آمده است.

جدول ۲- پروتکل آموزش تنظیم هیجان براساس مدل گراس

جلسه اول	آشنایی و ارزیابی، ایجاد رابطه متقابل و توضیح مراحل درمان، بیان منطبق 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 اهداف جلسه، 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 اهداف جلسه، ۱- خود - ارزیابی با هدف شناخت تجربه های 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 اهداف جلسه، 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 اهداف جلسه، 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 اهداف جلسه ۱) شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالت های 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 اهداف جلسه، 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 کننده های 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 اهداف جلسه ۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و آمادگی برای پایان دادن به جلسات ۲) کاربرد مهارتهای آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه ۳) بررسی و رفع موانع و انجام تکالیف

نمرات در گروه ۳ گواه بدون جلسات درمان اما این نتایج از نظر آماری بین سه گروه تغییر معناداری نداشتند ($p=0.053$). تغییرات قبل و بعد آزمون و میزان تغییرات در هر گروه به صورت جداگانه محاسبه و آنالیز شد، که بین سه گروه از نظر آماری هیچ اختلاف معناداری نداشتند. در پرسشنامه شفقت ورزی به خود، بعد از جلسات آموزشی

بیشتر از کارشناسی ارشد بود اما بین سه گروه اختلاف معنی داری وجود نداشت ($p=0.97$). جدول شماره ۳ اطلاعات دموگرافیک پرستاران شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد. نتایج آزمون فرضیه های پژوهش در جدول شماره ۴ نشان داده شده است که در گروه ۱ مداخله درمان مبتنی بر ذهنی سازی بالاترین نمرات تاب آوری را کسب نمودند و کمترین

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	گروه ۳ گواه بدون جلسات درمان	P-value #
سن (سال)	۴ (۲۶.۷٪)	۵ (۳۳.۵٪)	۲ (۱۶.۷٪)	.۰۶
۳۰-۴۰	۳ (۲۰٪)	۶ (۴۰٪)	۵ (۴۱.۷٪)	
۴۰-۵۰	۸ (۵۳٪)	۴ (۲۶.۷٪)	۵ (۴۱.۷٪)	
جنسیت	۱۴ (۹۳.۳٪)	۱۵ (۱۰۰٪)	۱۳ (۸۶.۷٪)	.۸۴
زن	۱ (۶.۳٪)	۰	۲ (۱۳.۳٪)	
وضعیت	۶ (۴۰٪)	۷ (۴۶.۷٪)	۶ (۵۰٪)	.۸۶
متاهل	۹ (۶۰٪)	۸ (۵۳.۳٪)	۶ (۵۰٪)	
مجرد	۱۲ (۸۰٪)	۱۲ (۸۰٪)	۹ (۷۵٪)	.۰۹۷
مدرک	۳ (۲۰٪)	۳ (۲۰٪)	۳ (۲۵٪)	
کارشناسی تحصیلی ارشد				

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

جدول ۴- 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	گروه ۳ گواه بدون جلسات درمان	P-value#
تاب آوری	۶۹.۷۳ ± ۱۲.۸	۶۷.۸۵ ± ۸.۳۴	۶۰.۴۵ ± ۱۱.۵۹	.۰۱۶
قبل آزمون	۷۳.۴ ± ۱۳.۶۱	۷۰.۸ ± ۸.۴۱	۶۲.۴۱ ± ۱۲.۳۳	
بعد آزمون	۳ ± ۱	۳ ± ۱.۲۵	۲.۴۵ ± ۱.۲۹	
تغییرات				.۰۱۵
شفقت به خود	۸۸.۱۳ ± ۱۱.۶۶	۸۴.۰۶ ± ۱۰.۴۵	۷۸.۸۱ ± ۱۰.۷۲	.۰۱۱
قبل آزمون	۸۸.۲۶ ± ۱۱.۴۷	۸۴.۴ ± ۱۱.۱۱	۷۹.۱۶ ± ۱۰.۸۶	
بعد آزمون	۰.۳۵ ± ۰.۰	۰.۳۵ ± ۰.۱	۰.۱ ± ۰.۰۴۵	
تغییرات				.۰۵۸

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 مراقبت‌کننده به صورت پنهان و یا آشکار وجود دارد (۱۸). آلکما و همکاران (۲۰۰۸) همسو با این پژوهش تصدیق کردند که آموزش مهارت‌های خودمراقبتی به خصوص در مشاغل بیمارستانی، رضایت ناشی از شفقت نسبت به خود را افزایش می‌دهد (۱۹). رینجنجی (۲۰۰۹) همراستای با مطالعه حاضر اعلام کرد افزایش شفقت به خود می‌تواند استرس آسیب‌زای 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). بیومن 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 بوده‌اند، کمتر دچار استرس آسیب‌زای 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، راحت‌تر 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 آن‌ها افزایش می‌یافت (۲۴). و این که پرستاران با تجربه‌تر بیشتر نسبت به نتایج کارهای خود حساس بوده و لذا سعی می‌کنند رفتار معقولانه‌تری را در محیط کاری داشته باشند. لذا، تجزیه و تحلیل آنها نسبت به عملکرد و شرایط شان بیشتر بوحات تاب‌آوری 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 تاب‌آوری منجر به بهبود توانمندی روانشناختی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه می‌شود (۲۵). همچنین نتایج مطالعه‌ای در ترکیه

بیشترین میزان نمرات در گروه ۱ مداخله درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به دست آمد (88.26 ± 11.47) و کمترین میزان نمرات شفقت به خود در گروه ۳ گواه بدون جلسات درمان می‌باشد (79.16 ± 10.86). گرچه این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0.12$).

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

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

بحث و نتیجه‌گیری:

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 تاب‌آوری در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های تهران بود. نتایج نشان داد که هشت جلسه مداخلات روانشناختی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه (سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو) با افزایش نمرات تاب‌آوری و شفقت به خود همراه بوده است. مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی بالاترین میزان نمرات تاب‌آوری 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 ذهنی‌سازی 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 رابطه‌ی پرستار بیمار شده و در نتیجه عملکرد بیمارستان‌ها را از نظر سازمانی ارتقا دهد. و همچنین به نظر می‌رسد، می‌توان از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در ارتقای شفقت به خود و تاب‌آوری در پرستاران شاغل در بخش‌های 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 پرستاران نقش مهمی در سلامت روانی آنها داشته و نایستی 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 حرفه‌های مراقبتی، سطح این پدیده را با

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-

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 ۱۲ درصد افزایش یافته است (۲۸). همچنین بابتاج (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 می شود (۲۹-۳۱).

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان 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 پاندمی کرونا، 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 می شود 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 استفاده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانند 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 IRCT20220530055024N1 گرفته است.

تضاد و منافع

به این وسیله نویسندگان این مقاله بیان می کنند 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.

- 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 Nursing 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, Gorgji 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. *Ebnesima*. 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