

تأثیر آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی بر ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران^۱

فاطمه دروه‌ئی^۲، محمدرضا ذوقی‌پایدار^۳، مسیب یارمحمدی^۴، بهزاد ایمنی^۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۰۸

تاریخ وصول: ۹۷/۰۷/۱۹

چکیده:

توجه به عواطف پرستاران در بیمارستان‌ها، علاوه بر افزایش بهزیستی پرستاران، موجب بهبود رابطه‌ی پرستار-بیمار شده و عملکرد بیمارستان‌ها را از نظر سازمانی ارتقا می‌دهد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی بر ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای (رضایت ناشی از شفقت، استرس آسیب‌زای ثانوی، و فرسودگی شغلی) در دانشجویان پرستاری بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی دانشجویان پرستاری سال سوم و چهارم دانشگاه علوم پزشکی همدان بودند. بعد از توزیع پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای (استام، ۲۰۱۰) بین ۱۵۰ نفر، غربالگری انجام شد و از میان کسانی که دارای نمره پایین در کیفیت زندگی حرفه‌ای بودند و تمایل به شرکت در جلسات آموزشی داشتند، ۴۶ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی اجرا گردید. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و در نهایت به دلیل افت آزمودنی داده‌های مربوط به ۳۸ نفر (۱۹ نفر گروه آزمایش و ۱۹ نفر گروه گواه) با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی بر کاهش استرس آسیب‌زای ثانوی ($F=22/76$ ، $p<0/001$)، فرسودگی شغلی ($p<0/002$)، و نیز افزایش رضایت ناشی از شفقت ($F=30/35$ ، $p<0/001$) تأثیر معناداری داشته است. با

۱. مقاله مستخرج از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی عمومی دانشگاه بوعلی سینای همدان است.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران (نویسنده مسئول) zoghipaidar@yahoo.com

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۵. استادیار گروه اتاق عمل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان از آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه‌آگاهی برای کاهش مؤثر استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی شغلی و افزایش رضایت ناشی از شفقت پرستاران استفاده کرد. واژگان کلیدی: شفقت به خود مبتنی بر توجه‌آگاهی، کیفیت زندگی حرفه‌ای، استرس آسیب‌زای ثانوی، فرسودگی، رضایت ناشی از شفقت، پرستاران.

مقدمه

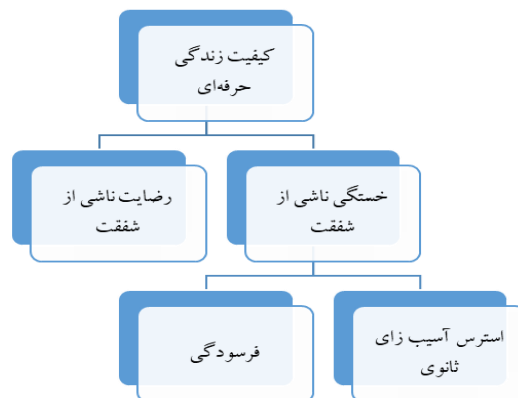
انسان‌ها اغلب برای رسیدن به اهدافشان و یا رفع مشکل، به کمک دیگران نیاز دارند. کسانی که در مشاغل خود کمک‌های آموزشی و درمانی را به مردم عرضه می‌کنند با عنوان متخصصین مددیاری^۱ توصیف می‌شوند (نیوسام، والدو، و گروسکا^۲، ۲۰۱۲)؛ ماهیت این حرفه‌ها با اصطلاح "تماس زیاد"^۳ شناخته می‌شود؛ اصطلاحی که بیان‌گر مشاغلی است که مستلزم داشتن ارتباط‌های زیاد چهره به چهره با افرادی است که به کمک نیاز دارند. در این مشاغل فعالیت‌ها حول کمک کردن و خدمت رساندن به دیگران می‌گردد (مسلش و لیتز^۴، ۱۹۹۷؛ به نقل از استار^۵، ۲۰۱۳). از جمله‌ی این مشاغل می‌توان به پرستاری اشاره کرد (استام^۶، ۲۰۱۰). پرستاران به دلیل کار کردن با بیماران و افراد آسیب‌دیده، مشکلات متفاوتی را تجربه می‌کنند. به اعتقاد بیومونت، دورکین، مارتین و کارسون^۷ (۲۰۱۶الف) مواجهه‌ی مداوم با مسائل کاری استرس‌زا موجب می‌شود که پرستاران نتوانند پاسخ همدلانه به بیمارانشان بدهند.

بدون همدلی کردن، نمی‌توان به بیماران کمک کرد (کارول^۸، ۲۰۱۷)؛ مسئله این‌جاست که هر چه پرستاران با بیمارانشان همدلانه‌تر رفتار کنند، به‌احتمال بیشتری آسیب‌های تجربه‌شده توسط آن‌ها را درونی می‌کنند (کنراد و کلار-گوئندر^۹، ۲۰۰۶). درنهایت این ارتباط همدلانه با بیماران، ممکن است کیفیت زندگی حرفه‌ای^{۱۰} پرستاران را

1. helping professional
2. Newsome, Waldo & Gruszka
3. High Touch
4. Maslach & Leiter
5. Star
6. Stamm
7. Beaumont, Durkin, Martin, & Carson
8. Carroll
9. Conrad & Kellar-Guenther
10. Professional Quality of Life (ProQoL)

تحت تأثیر قرار بدهد. کیفیت زندگی حرفه‌ای به چگونگی احساس یک فرد در مورد شغلش به‌عنوان یک مددیار اطلاق می‌شود. نتایج پژوهش ریجنباخ^۱ (۲۰۰۹) در ارتباط با مشاوران و کارول (۲۰۱۷) در ارتباط با پرستاران آسایشگاه نشان دادند ارتباط همدلانه با مراجعان بر ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای تأثیر می‌گذارد.

کیفیت زندگی حرفه‌ای دو بعد را شامل می‌شود: بعد مثبت (رضایت ناشی از شفقت^۲) و بعد منفی (خستگی ناشی از شفقت^۳). بعد منفی یعنی خستگی ناشی از شفقت به دو شکل می‌تواند نمایان شود؛ فرسودگی و استرس آسیب‌زای ثانوی^۴ (استام، ۲۰۱۲). به عبارتی استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی شغلی، هر دو، پیامدهای منفی مراقبت از دیگران هستند که از مطالبات شرایط شغلی و مراقبت از افراد پریشان‌حال ناشی می‌شود (کرایجی، اُسریان-مایسون، همسوورث، اون، فرانسیس، بران، ری، ۲۰۱۶). در شکل ۱ دیاگرام مربوط به ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای بر اساس دیدگاه استام (۲۰۱۰ و ۲۰۱۲) نشان داده شده است.



شکل ۱. دیاگرام کیفیت زندگی حرفه‌ای

رضایت ناشی از شفقت، احساسی است که پرستاران به علت کمک کردن به افراد آسیب‌دیده تجربه می‌کنند (استام، ۲۰۰۵). رضایت ناشی از شفقت به یک حالت مثبت که پاداش هیجانی مراقبت از دیگران است، اشاره دارد. پرستاران با دیدن تغییر در بیماران و

1. Ringenbach
2. compassion satisfaction (CS)
3. compassion fatigue (CF)
4. secondary traumatic stress (STS)
5. Craigie, Osseiran-Moisson, Hemsworth, Aoun, Francis, Brown, & Ree

بهبود آن‌ها یک حالت اشتیاق و انگیزش را تجربه می‌کنند این احساسات مثبت می‌تواند در جهت خنثی کردن خطرات ناشی از استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی شغلی هدایت شود (اسلوکوم-گوری، همسوورث، چان، کارسون، و کازانجیان^۱، ۲۰۱۳).

خستگی ناشی از شفقت عبارت است از رفتارها و هیجانات منفی‌ای که به دلیل مراقبت کردن از افرادی که آسیب‌ها و جراحات شدیدی را تجربه کرده‌اند، اتفاق می‌افتد. این پاسخ‌های منفی شامل احساس درهم‌شکستن و غوطه‌وری در شغل است (باربانل و استرنبرگ^۲، ۲۰۰۵). خستگی ناشی از شفقت می‌تواند در قالب استرس آسیب‌زای ثانوی و یا فرسودگی شغلی نمود پیدا کند (استام، ۲۰۱۲).

استرس آسیب‌زای ثانوی تقریباً مشابه اختلال استرس پس از حادثه است و علائم مرتبط با آن (مثلاً تصاویر ناخواسته، اجتناب، بیش‌برانگیختگی، هیجان‌های پریشان‌کننده، تغییرات شناختی، و نقص در عملکرد) را دارد؛ تنها تفاوت موجود این است که در استرس آسیب‌زای ثانوی، رویارویی با آسیب و جراحی غیرمستقیم است (براید، رادی، فیگلی^۳، ۲۰۰۷).

پيامد منفی دیگر مراقبت از دیگران (بعد دیگر خستگی ناشی از شفقت) فرسودگی شغلی است (استام، ۲۰۱۲). از دیدگاه پژوهشی، فرسودگی شغلی عبارت است از نشانگان روان‌شناختی مرتبط با شغل فرد که در پاسخ به استرس‌ورهای مزمن بین فردی اتفاق می‌افتد (لیتر و مسلش، ۲۰۰۳؛ مسلش، اسکافلی^۴، لیتر، ۲۰۰۱؛ مسلش و جکسون^۵، ۱۹۸۱). در واقع فرسودگی شغلی یک قطع ارتباط بنیادی بین فرد شاغل و محیط کارش است (لیتر و مسلش، ۲۰۰۳).

به‌طور کلی خستگی ناشی از شفقت (استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی شغلی) می‌تواند تأثیر منفی بر مراقبت ارائه‌شده و ارتباطات فردی و حرفه‌ای پرستاران بگذارد و ظرفیت آنان را برای لذت بردن از زندگی را بکاهد.

بهترین دفاع علیه موقعیت‌های پریشان‌کننده، آموزش دادن درباره‌ی آن‌هاست (براید، رادی و فیگلی، ۲۰۰۷). تاکنون مداخله‌های آموزشی مانند کاهش استرس مبتنی بر

1. Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, & Kazanjian
2. Barbanell, L., & Sternberg
3. Bride, Radey, & Figley
4. Schaufeli
5. Jackson

توجه آگاهی (کبت‌زین^۱، ۱۹۸۲)، مایه‌کویی علیه استرس (مایکنبام، ۱۹۸۵؛ به نقل از مایکبام و دفنباخر^۲، ۱۹۸۸) و برنامه‌های متمرکز بر پرورش شفقت به خود (گیلبرت^۳، ۲۰۰۹؛ نف و گرمر^۴، ۲۰۱۳) برای مقابله با موقعیت‌های هیجانی دشوار طراحی شده‌اند که از میان آن‌ها توسعه‌ی شفقت نسبت به خود در زمان‌های استرس به‌صورت بالقوه می‌تواند خطر استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی را کاهش داده و هم‌زمان موجب افزایش بهزیستی فردی و رضایت ناشی از شفقت شود (بیومونت و همکاران، ۲۰۱۶الف).

شفقت به خود سه عنصر اساسی را در بردارد: ۱. ایجاد حس مهربانی و ادراک خود به‌جای خودانتقادگری و قضاوت سرسختانه (خود-مهربانی)؛ ۲. تلقی کردن تجربه‌ی شخصی به‌عنوان بخشی از تجربه‌ی گسترده‌تر بشر به‌جای جدایی و انزوا (انسانیت مشترک)؛ ۳. نگه‌داشتن افکار و احساسات دردناک در هشپاری متعادل به‌جای همسان‌سازی مبالغه‌آمیز با آن‌ها (توجه آگاهی) (نف، ۲۰۰۳الف و ب؛ نف، رود، کرک پاتریک^۵، ۲۰۰۷؛ نف، کرک پاتریک، رود، ۲۰۰۷؛ نف، پزیتسانکاگرن و هسیه^۶، ۲۰۰۸؛ نف و کاستیگان، ۲۰۱۴؛ نف و دام^۷، ۲۰۱۵).

خودمهربانی^۸ به معنای تمایل به مراقبت از خود به‌جای انتقاد سرسختانه از خود، و ملایمت به‌جای رفتاری سرد و خشن با خود است (لاکرد، هیز، نف، لاک^۹، ۲۰۱۴). عنصر دوم شفقت به خود یعنی انسانیت مشترک^{۱۰} شامل تشخیص تجربیات مشترک انسانی است؛ دانستن این موضوع که همه‌ی انسان‌ها در زندگی با مشکل روبه‌رو می‌شوند و در زندگی خود نقص‌ها و کمبودهایی دارند. این موضوع فرد را توانمند می‌سازد تا به‌جای احساس انزوا به یک دیدگاه وسیع‌تر در مورد مشکلات و ضعف‌هایش اتخاذ کند (نف و کاستیگان، ۲۰۱۴؛ نف و گرمر، ۲۰۱۳). توجه آگاهی^{۱۱}، عنصر سوم شفقت به خود، شامل

1. Kabat-Zinn
2. Meichenbaum, & Deffenbacher
3. Gilbert
4. Germer
5. Neff, Rude, & Kirkpatrick
6. Neff, Pisitsungkagarn, & Hsieh
7. dahm
8. self-kindness
9. Lockard, Hayes, Neff, & Locke
10. common humanity
11. mindfulness

آگاه بودن متعادل و روشن از تجربیات رنج لحظه‌ی کنونی است؛ نه غفلت و نشخوار فکری در مورد جنبه‌های منفی خود یا تجربیات زندگی؛ و بدون این‌که مبالغه یا همسان‌سازی افراطی در کار باشد (نف و کاستیگان، ۲۰۱۴؛ لاکرد، هیز، نف، لاک، ۲۰۱۴).

شفقت به خود یک راه مؤثر برای مقابله با تجربیات هیجانی منفی (نف و دام، ۲۰۱۵) و مرتبط با مفهوم تنظیم هیجان است (نف، ۲۰۰۳ الف). تنظیم هیجان اشاره دارد به فرایندهایی که به وسیله‌ی آن افراد به هیجان‌هایشان توجه کرده و شدت و مدت انگیزندگی هیجانی را هنگام رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا مدیریت می‌کنند. شفقت به خود نیازمند هشیاری با توجه آگاهانه نسبت به هیجان‌های خود است؛ بنابراین از احساسات پریشان‌کننده و دردناک اجتناب نمی‌شود بلکه در عوض با آن‌ها با مهربانی، پذیرش و احساس انسانیت مشترک برخورد می‌شود (نف، ۲۰۰۳ ب).

گیلبرت (۲۰۰۹) بیان می‌کند که در حوزه‌ی نوروفیزیولوژی شفقت به خود حداقل سه نوع سیستم تنظیم هیجان را می‌توانیم تمیز دهیم: ۱. سیستم تهدید و حفاظت؛ کارکرد آن شناسایی سریع تهدید است و به ما هشدار می‌دهند که باید واکنشی نسبت به تهدید داشته باشیم تا از خودمان محافظت کنیم (گیلبرت، ۲۰۰۱؛ به نقل از گیلبرت، ۲۰۰۹) ۲. سیستم سائق، جستجوی منبع و انگیزندگی؛ این سیستم تنظیم هیجان هنگام پیگیری اهداف، هیجان‌خواهی و تلاش برای پیروزی و موفقیت فعال می‌شود و در نوع واکنش ما به دنیای اطراف نقش کلیدی را به عهده دارد (تیرچ، ساندورف، آر، و استین، ۱۳۹۵) ۳. سیستم تسکین، آرامش و امنیت؛ این سیستم که محور رویکرد متمرکز بر شفقت در نظر گرفته می‌شود، به‌طور ویژه‌ای نسبت به نشانه‌های بین فردی، پذیرش، و مراقبت شدن نفوذپذیر است. هم‌چنین کلیدی است برای تنظیم سیستم‌های تهدید و سائق (گیلبرت، ۱۳۹۵). ابراز شفقت به سمت خود، سطوح اکسی‌توسین را افزایش می‌دهد. افزایش سطوح اکسی‌توسین با فعال شدن سیستم تسکین رابطه دارد (تیرچ و همکاران، ۱۳۹۵). امنیت فقط مربوط به غیاب تهدید یا کاهش فعالیت نیست. بلکه به نظر می‌رسد سیستم ویژه‌ای است که به تسکین‌دهنده‌ها^۱ که احساسات بهزیستی و رضایت را ایجاد می‌کنند، پیوند

خورده است (گیلبرت، ۲۰۰۹). بر همین اساس برنامه‌های آموزشی و درمانی پرورش شفقت به خود سعی در تقویت سیستم تسکین دارند (گیلبرت، ۱۳۹۵).

شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی^۱ که توسط کریستین نف و کریستوفر گرمر (۲۰۱۳) طراحی شده است، یکی از برنامه‌های آموزشی پرورش شفقت به خود است که برای افراد غیربالینی^۲ به کار می‌رود. در این برنامه شرکت کنندگان هر هفته به مدت ۲ ساعت طی یک دوره ۸ هفته‌ای در جلسات حاضر می‌شوند. از تمرین‌های رسمی‌ای که در طول جلسات آموزش داده می‌شود، می‌توان تنفس تسکین‌بخش و مدیتیشن عشق‌ورزی و مهربانی^۳ را نام برد. از تمرین‌های غیررسمی می‌توان به تکرار مجموعه‌ای از جملات مشفقانه در مواقع پراسترس اشاره کرد. در میان برنامه، تمرین‌های میان‌فردی برای کمک به ایجاد احساسات مشترک انسانی استفاده می‌شود. در پایان هر جلسه، تکالیفی برای منزل ارائه می‌شود؛ مثلاً نوشتن نامه‌ی مشفقانه به خود. از شرکت کنندگان خواسته می‌شود در طول روز ۴۰ دقیقه را به انجام تمرین‌های شفقت به خود اختصاص دهند. نتایج نشان می‌دهد که افرادی که در معرض مداخله‌ی شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی قرار گرفتند به‌طور قابل ملاحظه‌ای نسبت به گروه گواه در شفقت به خود پیشرفت نشان دادند. این نتایج تا یک سال بعد از مداخله پایدار بوده است. این موضوع نشان می‌دهد که شفقت به خود یک مهارت قابل آموزش است که می‌تواند در طی زندگی افزایش یابد.

در پژوهش حاضر سعی بر این است که با آموزش شفقت‌ورزی به خود، با تقویت سیستم تسکین و امنیت، به‌منظور بهبود وضعیت روانی پرستاران و ارتقای کیفیت زندگی حرفه‌ای آنان، استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی شغلی را کاهش داده و به توسعه‌ی رضایت ناشی از شفقت در آنان پرداخته شود. در همین راستا برنامه‌ی آموزشی شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی در این پژوهش مبنای آموزش قرار گرفته است. با توجه به خلأ پژوهش در زمینه‌ی تأثیر آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی بر رضایت ناشی از شفقت، استرس آسیب‌زای ثانوی، فرسودگی شغلی، هدف پژوهش حاضرشناسایی میزان تأثیر آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی بر ابعاد کیفیت زندگی

1. Mindful Self-Compassion (MSC)
2. None clinical
3. loving-kindness Meditation (LKM)

حرفه‌ای (استرس آسیب‌زای ثانوی، فرسودگی شغلی، و رضایت ناشی از شفقت) پرستاران می‌باشد.

روش

روش این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه‌ی مورد نظر شامل دانشجویان پرستاری سال سوم و چهارم سال تحصیلی ۹۷-۹۶ دانشگاه علوم پزشکی همدان بود که بین یک تا دو سال سابقه‌ی فعالیت در بیمارستان را داشتند. پس از اجرای پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی حرفه‌ای (استام، ۲۰۱۰) میان ۱۵۰ نفر از دانشجویان، غربال‌گری صورت گرفت و ۴۸ نفر از افرادی که نمره‌ی کیفیت زندگی آن‌ها مطلوب نبود (یعنی استرس آسیب‌زای ثانوی یا فرسودگی بالایی داشتند) و هم‌چنین تمایل داشتند در جلسات آموزشی شفقت به خود مبتنی بر توجه‌آگاهی شرکت کنند، در نمونه‌ی پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند و برنامه‌ی آموزشی شفقت به خود مبتنی بر توجه‌آگاهی (نف و گرمر، ۲۰۱۳) در ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته به‌صورت گروهی به گروه آزمایش ارائه شد. اما گروه گواه مداخله‌ی مذکور را دریافت نکرد. پس از پایان کار مداخله، پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا شد و در نهایت به دلیل افت آزمودنی داده‌های مربوط به ۳۸ نفر (۱۹ نفر گروه آزمایش و ۱۹ نفر گروه گواه) با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS25 تجزیه و تحلیل شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: کسب نمره‌ی کم در پرسشنامه کیفیت زندگی و کار کردن در بیمارستان (چه شاغل چه کارورز) به مدت حداقل یک سال و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه‌ی شرکت در دوره و داشتن حداکثر سه جلسه غیبت.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات هر آزمودنی، داشتن رضایت آگاهانه، و عدم آسیب رسیدن به آزمودنی توضیح داده شد و بعد از اتمام مداخله‌ی آموزشی در مورد گروه آزمایش، مداخله‌ی آموزشی برای گروه گواه نیز اجرا شد.

ابزار پژوهش: کیفیت زندگی حرفه‌ای: برای سنجش کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران از آخرین نسخه‌ی پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی حرفه‌ای^۱ استام (۲۰۰۹) یعنی نسخه‌ی پنجم (ProQoL5) استفاده شده است. این پرسشنامه شامل سه مؤلفه‌ی رضایت ناشی از شفقت، استرس آسیب‌زای ثانوی، و فرسودگی شغلی می‌باشد که سه نمره‌ی متمایز را به دست می‌دهد و نمره‌ی کل ندارد. سؤالات بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند. سؤالات ۳، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۳۰ مربوط به بعد رضایت ناشی از شفقت، سؤالات ۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۶، ۲۹ مربوط به فرسودگی شغلی، و سؤالات ۲، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۵، ۲۸ مربوط به استرس آسیب‌زای ثانوی است. نقاط برش برای هر سه مؤلفه در این پرسشنامه، نمرات ۲۲ و ۴۲ هستند. نمره‌ی پایین‌تر از ۲۲ نمره‌ی پایین و نمره‌ی بیشتر از ۴۲ نمره‌ی بالا به حساب می‌آیند. استام (۲۰۱۰) ضریب پایایی سه زیرمقیاس رضایت ناشی از شفقت، استرس آسیب‌زای ثانوی، و فرسودگی شغلی را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ و ۰/۷۵ و روایی آن را نیز مطلوب گزارش کرد. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ محاسبه شده برای هر زیرمقیاس به ترتیب ۰/۷۵۴، ۰/۷۸۲ و ۰/۷۳۱ به دست آمد.

برنامه‌ی آموزشی شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی: این برنامه توسط نف و گرمر^۲ (۲۰۱۳) ابداع شد. این برنامه در ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته به پرستاران ارائه شد. در هر جلسه از تکنیک‌های مراقبه به همراه مفهوم‌سازی الگوها و تبیین مفاهیم استفاده شد.

جدول ۱. جلسات آموزش

جلسه ۱	شناخت اعضا و محتوای دوره	تعیین چارچوب و قواعد شرکت در جلسات، اجرای پرسشنامه‌های پیش‌آزمون برای گروه کنترل و گواه، بیان منطق مداخله‌ی MSC، توضیح درباره‌ی سرمایه‌ی عاطفی سازمان و مشاغل high touch، اجرای تکنیک تنفس تسکین‌بخش.
جلسه ۲	تبیین مفهوم شفقت به خود	اجرای تکنیک تنفس تسکین‌بخش، توضیح این که شفقت چه چیز هست و چیز نیست، بیان رابطه‌ی بین شفقت به خود و تنظیم هیجان، آموزش خودمهربانی-انسانیت مشترک-توجه آگاهی در شفقت، فیزیولوژی شفقت به خود و خودانتقادگری، مفهوم‌سازی مدل سه حلقه‌ای تنظیم هیجان، اجرای تکنیک self-compassion.
جلسه ۳	تبیین مفهوم	اجرای تکنیک تنفس تسکین‌بخش، توضیح سبک‌های توجه‌ی، بیان ارتباط میان

1. Professional Quality of Life (ProQOL5)
2. Neff & Germer

توجه آگاهی	توجه آگاهی با شفقت به خود و تنظیم هیجان، توضیح این که چرا ذهن سرگردان یک ذهن غم‌انگیز است (با توجه به نقش شبکه‌ی پیش‌فرض)، اجرای تکنیک Hand gesture.
جلسه ۴	تبیین مفهوم عشق‌ورزی-مهربانی
جلسه ۵	اجرای تکنیک دوست مشفق، مقایسه‌ی سه مفهوم عشق‌ورزی-مهربانی و شفقت به خود، توضیح درباره‌ی مفهوم شفقت به دیگران، آگاهی از پیامدهای هیجانی شفقت به دیگران با/بدون شفقت به خود، اجرای تکنیک مدیریت خستگی ناشی از شفقت.
جلسه ۶	کشف صدای مشفق درونی
جلسه ۷	اجرای تکنیک تنفس تسکین‌بخش، توضیح خودانتقادگری و ایمنی طلبی، تمرین یافتن عبارات و لحن مشفقانه‌ی مخصوص خود، بیان ویژگی‌های یک فرد مشفق، اجرای تکنیک نوشتن نامه‌ی مشفقانه.
جلسه ۸	یافتن معنای زندگی
جلسه ۷	اجرای تکنیک تنفس تسکین‌بخش، بیان مفهوم پذیرش، توضیح تفاوت بین درد و رنج، بررسی روابط چالش‌انگیز، اعتبار دادن به هیجان‌ها، بیان درد ناشی از ارتباط/قطع ارتباط، بررسی هیجان‌های خشم، و غم، و اضطراب در سایه‌ی شفقت به خود، توضیح درباره‌ی احساسات شکننده و نیازهای برآورده نشده، اجرای تکنیک ابراز و دریافت شفقت.
جلسه ۸	اجرای تکنیک تنفس تسکین‌بخش، مروری بر جلسات گذشته، بیان مفهوم هیجان‌های مثبت و ادراک آن، ایجاد شفقت به خود هنگام تجربه‌ی هیجان‌های مثبت، اجرای تکنیک عشق‌ورزی-مهربانی. اجرای پس‌آزمون برای گروه آزمایش و گواه.
جلسه ۸	لذت بردن از زندگی

نتایج

ابتدا میانگین و انحراف استاندارد نمرات ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای نمونه مورد مطالعه در پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه محاسبه شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آمارهای توصیفی نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای در گروه‌های کنترل و آزمایش پرستاران

شاخص آماری	گروه گواه		گروه آزمایش	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
رضایت ناشی از شفقت	۳۲/۸۵	۵/۰۷	۳۲/۸۸	۴/۸۶
فرسودگی شغلی	۲۶/۵۶	۴/۴۵	۲۶/۳۵	۴/۰۲
استرس آسیب‌زای ثانوی	۳۱/۲۹	۳/۷۸	۳۱/۵۱	۳/۹۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد نمرات بعد رضایت ناشی از شفقت در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش یافته است. نمرات ابعاد فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانوی نیز در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش یافته‌اند. در ادامه به منظور بررسی سوال پژوهش یعنی آزمودن معنی‌داری تفاوت میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای بین دو گروه گواه و آزمایش از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

قبل از انجام این تحلیل ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت که شامل مفروضه‌های همگنی شیب خط رگرسیون، همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع و همگنی ماتریس کوواریانس بود. ابتدا همگنی شیب خط رگرسیون بررسی شد که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

اطلاعات حاصل از مقادیر پیش‌فرض‌های ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری مقدار F به دست آمده در مورد تفاوت شیب خطوط رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای، بین دو گروه گواه و آزمایش،

بالاتر از ۰/۰۵ است، بنابراین شیب خطوط رگرسیون این نمرات، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته و فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌شود. در ادامه همگنی واریانس با استفاده از آزمون لون، نرمال بودن با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنف و همگنی کوواریانس با استفاده از آماره باکس مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس در مورد همه ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نیز نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف در مورد همه ابعاد کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. در بررسی همگنی ماتریس کوواریانس نیز آماره باکس معادل ۳/۶۲ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار نبود. بر این اساس نتایج پیش‌فرض‌ها از لحاظ آماری مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی سوال پژوهش (آیا آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه‌آگاهی بر ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای (استرس آسیب‌زای ثانوی، فرسودگی شغلی، و رضایت ناشی از شفقت) پرستاران تأثیر دارد؟) از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای، در تحلیل چندمتغیره آماره لامبدای ویلکز^۱ مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه این آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چند متغیره روی نمرات پس‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران با کنترل نمرات پیش‌آزمون

شاخص	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری
لامبدای ویلکز	۰/۳۲	۲۱/۷۲	۳	۳۱	۰/۰۰۱

با توجه به اطلاعات جدول ۳ مشاهده می‌شود که مقدار F به دست آمده در آماره لامبدای ویلکز ۲۱/۷۲ است که سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است ($P=0/001$)، بنابراین در میانگین نمرات ترکیبی ابعاد کیفیت زندگی، بین دو گروه گواه و آزمایش در پرستاران تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

1. Wilks' Lambda

در ادامه برای پی بردن به این نکته که تفاوت مربوط به کدام یک از متغیرهای وابسته (رضایت ناشی از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانوی) بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد، سه تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام گرفت.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات پس‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران با کنترل نمرات پیش‌آزمون

متغیر	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
رضایت ناشی از شفقت	گروه	۱۲۸/۷۷	۱	۱۲۸/۷۷	۳۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	خطا	۱۳۶/۸۶	۳۳	۴/۹۱			
فرسودگی شغلی	گروه	۱۳۲/۸۳	۱	۱۳۲/۸۳	۱۱/۷۰	۰/۰۰۲	۰/۲۶
	خطا	۳۶۲/۳۶	۳۳	۱۰/۹۸			
استرس آسیب‌زای ثانوی	گروه	۲۲۹/۵۴	۱	۲۲۹/۵۴	۲۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	خطا	۲۸۷/۶۸	۳۳	۸/۱۷			

به دلیل انجام تحلیل‌های جداگانه، از تعدیل بن‌فرونی استفاده شده است که در ساده‌ترین شکل، شامل تقسیم سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بر تعداد تحلیل‌ها است (تباچینک و فیدل، ۲۰۰۷). در اینجا آلفای میزان شده بن‌فرونی معادل (۰/۰۱۷) است. با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴، در بعد رضایت ناشی از شفقت، مقدار F به‌دست‌آمده ۳۰/۳۵ است و سطح معنی‌داری پایین‌تر از ۰/۰۱۷ می‌باشد ($p=0/001$ ، $F=30/35$). بنابراین تفاوت میانگین نمرات رضایت ناشی از شفقت پرستاران بین گروه گواه و آزمایش معنی‌دار است با این نتایج می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی برافزایش رضایت ناشی از شفقت پرستاران تأثیر دارد و با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۴۸ درصد است.

در زمینه فرسودگی شغلی، مقدار F به دست آمده $۱۱/۷۰$ است و سطح معنی‌داری پایین‌تر از $۰/۰۱۷$ می‌باشد ($F = ۱۱/۷۰$ ، $p = ۰/۰۰۲$). بنابراین تفاوت میانگین نمرات فرسودگی شغلی بین گروه گواه و آزمایش معنی‌دار است و می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی بر کاهش فرسودگی شغلی پرستاران اثر معناداری دارد و با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۲۶ درصد است.

نتایج جدول ۴ درباره استرس آسیب‌زای ثانوی نشان می‌دهد، مقدار F به دست آمده $۲۲/۷۶$ است و سطح معنی‌داری پایین‌تر از $۰/۰۱۷$ می‌باشد ($F = ۲۲/۷۶$ ، $p = ۰/۰۰۱$). بنابراین تفاوت میانگین نمرات استرس آسیب‌زای ثانوی بین گروه گواه و آزمایش معنی‌دار است و می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی بر کاهش استرس آسیب‌زای ثانوی پرستاران اثر معناداری دارد و با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۴۱ درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی مفهوم کیفیت زندگی حرفه‌ای پیچیده است زیرا به ویژگی‌های محیط کار، ویژگی‌های فردی کارکنان، و رویارویی با آسیب اولیه و ثانویه در محیط کار بستگی دارد (استام، ۲۰۱۰). با این حال با آموزش‌های سازمانی مناسب می‌توان گامی در راستای بهبود آن برداشت. هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر آموزش شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی بر ابعاد کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بوده است. نتایج به دست آمده حاکی از مؤثر بودن این برنامه‌ی مداخله‌ی آموزشی در افزایش رضایت ناشی از شفقت و کاهش استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی شغلی می‌باشد. بر اساس نتایج، بعد از شرکت گروه آزمایش در جلسات آموزشی، میانگین نمرات رضایت ناشی از شفقت افزایش، و میانگین نمرات استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی شغلی هر دو کاهش یافت، در حالی که میانگین نمرات گروه گواه تغییر معناداری نکرد.

بیومونت و همکاران (۲۰۱۶ الف) در پژوهش خود که روی دانشجویان مامایی اجرا شده بود، بین شفقت به خود و رضایت ناشی از شفقت رابطه‌ی مثبت معناداری را گزارش کردند. در پژوهش دیگری که بیومونت و همکاران (۲۰۱۶ ب) روی گروه دانشجویان روانشناسی و مشاوره انجام دادند نیز همین نتیجه به دست آمد. ریجنباخ (۲۰۰۹) نیز دریافت

که توسعه‌ی شفقت به خود بر بهزیستی فردی و حرفه‌ای اثر می‌گذارد و رضایت ناشی از شفقت را افزایش می‌دهد. آلکما، لیتون، و دیویس^۱ (۲۰۰۸) دریافتند که آموزش مهارت‌های خودمراقبتی در مشاغل بیمارستانی، رضایت ناشی از شفقت را افزایش می‌دهد. اما استار (۲۰۱۳) در پژوهش خود روی مشاوران با سابقه‌ی کمتر از ۱۰ سال که دوره‌ی آموزش خود را می‌گذراندند، به این نتیجه دست یافت که آموزش مهارت خودمراقبتی تأثیری بر رضایت ناشی از شفقت آنان ندارد. وی نتیجه را این‌گونه تبیین کرد که مشاوران تازه‌کار خودشان رضایت ناشی از شفقت بالایی دارند و احتمالاً نیازی به آموزش ندارند. این در حالی است که در پژوهش حاضر با این که میانگین نمرات رضایت ناشی از شفقت در سطح متوسط رو به بالا بود، بعد از مداخله افزایش معناداری رخ داد. احتمالاً این ناهمسو بودن به دلیل تفاوت در برنامه‌هایی است که آموزش داده شده است.

ریجنباخ (۲۰۰۹) دریافت که افزایش شفقت به خود موجب کاهش استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی شغلی می‌شود. هم‌چنین بیومونت و همکاران (۲۰۱۶الف) بیان کردند که افرادی که شفقت به خود بالاتری داشتند، فرسودگی شغلی کمتری را گزارش دادند. در این گروه نمونه کسانی که با خودشان رفتاری قضاوت‌گرانه و غیرهمدلانه داشتند، شفقت آن‌ها نسبت به خودشان و دیگران پایین‌تر بود و این کاهش بهزیستی، افزایش فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانوی را در پی داشت. در پژوهش دیگری نیز بین خودقضاوت‌گری، انزوا، و همسان‌سازی مبالغه‌آمیز رابطه‌ی مثبتی با فرسودگی شغلی یافت شد (دارت، پیتو-گویی، و کروز^۲، ۲۰۱۶). استار (۲۰۱۳) نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های خودمراقبتی موجب کاهش فرسودگی شغلی و استرس آسیب‌زای ثانوی می‌شود.

در همین راستا زلیکمن^۳ (۲۰۱۵) دریافت که آموزش شفقت به خود در مشاغل مددیاری، استرس ادراک شده‌ی آنان را کاهش می‌دهد. نریمانی و همکاران (۱۳۸۹) نیز دریافتند که آموزش توجه‌آگاهی موجب ارتقای سلامت روان و عملکرد اجتماعی و شغلی می‌شود. به گفته‌ی ترخان و همکاران (۱۳۹۱) افرادی که در شرایط استرس و تنش‌های هیجانی دچار آشفتگی می‌شوند، فاقد مهارت‌های لازم برای رویارویی با این

-
1. Alkema, Linton, & Daviess
 2. Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz
 3. Zelikman

شرایط هستند. بنابراین با آموزش مهارت‌های مورد نیاز به افرادی که در معرض استرس هستند، می‌توان گامی در جهت بهبود سلامت آن‌ها برداشت. نتایج پژوهش برنی، اسپکا و کارلسون (۲۰۱۰) نشان داد که شفقت به خود رابطه‌ی منفی معناداری با نشانگان استرس و آشفتگی خلق دارد. بعد از مداخله، شرکت‌کنندگان توانایی بیشتری در تحمل پریشانی در هنگام مشاهده‌ی تجربیات منفی دیگران نشان دادند.

به طور کلی پرستارانی که تحت آموزش شفقت به خود بوده‌اند، کمتر احتمال دارد که دچار استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی شغلی شوند. زیرا مهارت‌های موردنیاز برای اجتناب از درگیری شدید با استرس و فرسودگی شغلی را در هنگام ارتباط با بیماران فراگرفته‌اند. هم‌چنین شفقت به خود موجب رضایت ناشی از شفقت می‌شود؛ احساس پرانرژی بودن، شادی، و قدردان از این‌که می‌توان در این دنیا تغییری ایجاد کرد. هنگامی که پرستاران غرق در وظایف شغلی خود نشوند، راحت‌تر می‌توانند بر پیامدهای تلاش‌شان متمرکز شوند (نف، ۲۰۱۱).

در توضیح این یافته‌ها می‌توان گفت که خودشفقت‌ورزی به‌جای این‌که احساسات منفی را با احساسات مثبت جایگزین کند، هیجان‌های مثبتی تولید می‌کند که هیجان‌های منفی را در بر می‌گیرد و با ایجاد احساسات مثبت، احساسات منفی را تعدیل می‌کند (نف و دام، ۲۰۱۵). به عبارتی افراد خودمشفق بهتر می‌توانند با رنج دیگران روبرو شوند بدون این‌که خودشان دچار رنج شوند (نف و کاستیگان، ۲۰۱۴). از آنجایی که خودشفقت‌ورزی ترشح اکسی‌توسین را در بدن افزایش می‌دهد (نف، ۲۰۱۱) و این عامل سبب فعالیت بیشتر سیستم امنیت و تسکین می‌شود (گیلبرت، ۱۳۹۵). افزایش شفقت‌ورزی به خود نقش اساسی در سیستم تنظیم هیجان دارد. به این صورت که با فعال کردن سیستم امنیت و تسکین موجب می‌شود افراد با پذیرش و درک بیشتری با هیجان‌های دشوارشان روبرو شوند و بهتر آن را مدیریت کنند. بنابراین پرستاران با شفقت به خود بالاتر مهارت بیشتری در مدیریت هیجان‌های خود دارند و کمتر تحت تاثیر جراحات‌های بیمارانشان قرار می‌گیرند.

توسعه‌ی شفقت به خود در محیط‌های چالش‌انگیز از جمله بیمارستان، منابع هیجانی لازم برای مراقبت از دیگران را فراهم می‌کند. پرستاران با شفقت به خود بالاتر اطمینان بیشتری به خود دارند و کمتر دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. شفقت به خود یک صفت از

پیش تعیین شده نیست بلکه از طریق آموزش قابل ارتقا است. باید در نظر داشت که افراد خود-مشفق بهتر می‌توانند با رنج دیگران روبرو شوند بدون این که خودشان دچار پریشانی شوند (نف و کاستیگان، ۲۰۱۴).

شفقت به خود موجب می‌شود که پرستاران بهتر درد بیماران را درک کنند بدون این که در آن غوطه‌ور شوند. به عبارت دیگر هنگام رویارویی با شرایط دشوار بیماران خودشان را مشفقانه تسلی می‌دهند و قوی‌تر، پایدارتر، و با تاب‌آوری بیش‌تر می‌توانند از بیماران مراقبت کنند. این یک مهارت بسیار مهم به طور عمومی برای کسانی که در طول زندگی با مشکلات مردم سروکار دارند، و به طور خاص برای پرستاران و دانشجویان پرستاری است (نف، ۲۰۱۱). با این که یک محیط کاری آرمانی برای پرستاران از لحاظ مدیریت استرس و آسیب، ترکیبی از رضایت ناشی از شفقت بالا با فرسودگی پایین و استرس آسیب‌زای ثانوی پایین است، اما باید توجه داشت که سطوح متوسط استرس آسیب‌زای ثانوی همراه با رضایت ناشی از شفقت بالا، احساس قوی نوعدوستی را به همراه دارد و می‌تواند منجر به انجام دادن موثر شغل خود شوند (استام، ۲۰۱۰).

از آنجایی که سازمان‌ها در تقلیل اثرات خستگی ناشی از شفقت نقش دارند، با برنامه‌ریزی‌های سازمانی می‌توان یک تعادل در زندگی حرفه‌ای کارکنان ایجاد کرد. کارکنان به منظور تقویت خود و ارائه‌ی عملکرد بهینه نیاز به تعادل زندگی کاری دارند. بدین منظور پیشنهاد می‌شود: ۱- این پژوهش روی دانشجویان سال سوم و چهارم پرستاری انجام شده است پیشنهاد می‌شود تاثیر این آموزش روی پرستاران با سابقه بالا که دارای فرسودگی بالاتری هستند نیز مورد بررسی قرار گیرد. ۲- آموزش شفقت به خود به پرستاران در برنامه‌های سازمانی گنجانده شود تا کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران ارتقا پیدا کرده و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها افزایش یابد و هم رابطه‌ی پرستار-بیمار در سایه‌ی یک رابطه‌ی مشفقانه قرار گیرد. ۳- بیمارستان‌ها می‌توانند یک مشاور متخصص در حوزه‌ی شفقت به خود در دسترس کارکنان قرار دهند تا برای تنظیم هیجان‌اتشان به آنها کمک کند. ۴- با توجه به اینکه آموزش شفقت به خود در داخل کشور از سابقه زیادی برخوردار نیست پیشنهاد می‌شود پژوهشگران این آموزش را در حوزه‌های دیگری نیز مورد بررسی قرار دهند تا منابع و گنجینه غنی تری در این حوزه فراهم شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مواردی اشاره کرد. ۱- این پژوهش روی دانشجویان سال

سوم و چهارم پرستاری بیمارستان های همدان انجام شده در تعمیم نتایج آن به سایر افراد احتیاط شود. ۲- در این پژوهش با توجه محدودیت وقت برای ارزیابی فقط از ابزار پرسشنامه استفاده شده است.

سپاسگزاری

این پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی همدان اجرا شد. بدین وسیله از مساعدت‌های این دانشگاه و شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید. (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت عمومی جانبازان شیمیایی. مطالعات روان شناسی بالینی، ۲، ۱، ۹۳-۱۱۷.

ترخان، مرتضی؛ صفاری‌نیا، مجید؛ خوش خلق سیما، پروانه. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی مصون سازی در مقابل استرس بر فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشار خون بالا. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۹، ۳، ۴۵-۲۵.

تیرچ، دنیس. ساندورف، بنجامین. آر، لورا. استین، سیلبر. (۲۰۱۴). *درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت*. ترجمه: سعیده دانشمندی، راضیه ایزدی، و محمدرضا عابدی. (۱۳۹۵)، چاپ اول، اصفهان، انتشارات کاوشیار.

گیلبرت، پائول. (۲۰۱۰). *درمان متمرکز بر شفقت*. ترجمه: مهرانوش اثباتی و علی فیضی (۱۳۹۵)، با مقدمه‌ای از لادن فتی، چاپ اول، تهران، انتشارات ابن سینا.

Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). 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*, 4(2), 101-119.

Barbanel, L., & Sternberg, R. J. (Eds.). (2005). *Psychological interventions in times of crisis*. Springer Publishing Company.

Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016a). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239-244.

- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J., & Carson, J. (2016b). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research, 16*(1), 15-23.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal, 35*(3), 155-163.
- Carroll, D. E. (2017). Compassion Fatigue in Hospice Nursing: A Program Development.
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect, 30*(10), 1071-1080.
- Craigie, M., Osseiran-Moisson, R., Hemsworth, D., Aoun, S., Francis, K., Brown, J., & Rees, C. (2016). The influence of trait-negative affect and compassion satisfaction on compassion fatigue in Australian nurses. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8*(1), 88.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies, 60*, 1-11.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment, 15*(3), 199-208.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33-47.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2003). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies* (pp. 91-134). Emerald Group Publishing Limited.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior, 2*(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology, 52*(1), 397-422.
- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *The Counseling Psychologist, 16*(1), 69-90.
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity, 2*(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity, 2*(3), 223-250.
- Neff, K. (2011). Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind. *New York, NY: William Morrow*.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology, 69*(1), 28-44.

- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Guilford Press.
- Neff, K. D., & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Österreich*, 2(3), 114-119.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). Springer New York.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.
- Lockard, A. J., Hayes, J. A., Neff, K., & Locke, B. D. (2014). Self-Compassion Among College Counseling Center Clients: An Examination of Clinical Norms and Group Differences. *Journal of College Counseling*, 17(3), 249-259.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Newsome, S., Waldo, M., & Gruszka, C. (2012). Mindfulness group work: Preventing stress and increasing self-compassion among helping professionals in training. *The Journal for Specialists in Group Work*, 37(4), 297-311.
- Ringenbach, R. (2009). *A comparison between counselors who practice meditation and those who do not on compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout and self-compassion* (Doctoral dissertation, The University of Akron).
- Showalter, S. E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(4), 239-242.
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172-178.
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2Ed. Pocatello, ID : ProQOL.org.
- Stamm, B. H. (2012). Helping the Helpers: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in Self-Care, Management, and Policy of Suicide Prevention Hotlines. *Resources for community suicide prevention*, 1-4.
- Star, K. L. (2013). *The relationship between self-care practices, burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among professional counselors and counselors-in-training*. Kent State University.
- Zelikman, J. L. (2015). Self-compassion training for graduate students in the helping professions. Saint Mary's University of Minnesota.