

Comparing the effectiveness of compassion therapy training and reality therapy on psychosomatic symptoms, perceived stress and quality of life among health workers of certain teaching-treatment hospitals during the outbreak of covid-19 in Isfahan

Farideh Sabetghadam¹, Hasan Khoshakhlagh^{*2}

¹Student Islamic Azad University, Nayin, Iran

²Assistant Professor Islamic Azad University, Nayin, Iran

Article History

Received: 2023/05/09

Revised: 2023/08/21

Accepted: 2023/08/31

Available online: 2023/08/31

Article Type: Research Article

Keywords: quality of life, psychosomatic symptoms, perceived stress, compassion therapy and reality therapy

Corresponding Author*:

ph. D. Hasan Khoshakhlagh, Assistant Professor
Islamic Azad University, Nayin, Iran.

Postal code: 391965931

ORCID: 0000-0002-6710-4280

E-mail: Khoshakhlagh_h@yahoo.com

Dor:

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1401.17.1.11.6>

ABSTRACT

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of compassion therapy training and reality therapy on psychosomatic symptoms, perceived stress and quality of life in health workers. The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The research community consisted of all male and female personnel working in educational/therapeutic hospitals in the city of Isfahan. Sampling was done in an available manner. For this purpose, 45 employees of Khursheed, Isa bin Maryam, Amin, and Ghorri hospitals, who volunteered to participate in the research, were randomly selected in 3 experimental groups 1, 2, and control (15 people in each group) were assigned. Reality therapy sessions (Glasser, 1998) were applied during 8 sessions of 60 minutes for experimental group 1 and Gilbert (1996) compassion therapy sessions were applied during 8 sessions of 90 minutes for experimental group 2. while the control group did not receive any intervention. The research tools included Takata and Sakata (2004) Psychosomatic Complaint Scale, Cohen et al.'s (1983) Perceived Stress Questionnaire, and World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), which were completed by all 3 groups in the pre-test and post-test stages. Data analysis was performed at two descriptive levels (mean and standard deviation) and inferential (analysis of covariance). The research findings showed that compassion therapy and reality therapy were effective on psychosomatic symptoms, perceived stress and quality of life of health workers ($p < 0.05$). These two treatments (compassion therapy and reality therapy) have the same effectiveness on psychosomatic symptoms, perceived stress and quality of life of health workers. Therefore, it can be concluded that compassion therapy and reality therapy can have an important effect in increasing the quality of life, reducing psychosomatic symptoms and the perceived stress of health workers.

Citation: Sabetghadam1, F., Khoshakhlagh, H. (1401/2022). Comparing the effectiveness of compassion therapy training and reality therapy on psychosomatic symptoms, perceived stress and quality of life among health workers of certain teaching-treatment hospitals during the outbreak of covid-19 in Isfahan, 17 (1). 129-145.

Dor: <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081243.1401.17.1.11.6>

مقایسه‌ی اثربخشی آموزش شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در کارکنان حوزه‌ی سلامت بیمارستان‌های آموزشی - درمانی معین در دوره‌ی شیوع کووید ۱۹ در شهر اصفهان

فریده ثابت‌قدم^۱، حسن خوش‌اخلاق^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.
^۲ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.

اطلاعات مقاله

چکیده

دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۹

اصلاح نهایی: ۱۴۰۲/۰۵/۳۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۰۹

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۶/۰۹

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده، شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی

نویسنده‌ی مسئول*: حسن خوش‌اخلاق، روان‌شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، میلان مدرس، بلوار دکتر حسین
کد پستی: ۸۳۹۱۹۶۵۹۳۱

ارکید: ۴۲۸۰-۶۷۱۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰

پست الکترونیکی:

Khoshakhlagh_h@yahoo.com

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ی اثربخشی آموزش شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در کارکنان حوزه‌ی سلامت انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی پژوهش را تمام کارکنان زن و مرد شاغل در بیمارستان‌های آموزشی/درمانی معین شهر اصفهان تشکیل داد. نمونه‌گیری به شیوه‌ی در دسترس انجام شد. بدین‌منظور ۴۵ نفر از کارکنان بیمارستان‌های خورشید، عیسی بن مریم، امین و غرضی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایش ۱، گروه آزمایش ۲ و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) شمارش شدند. جلسات واقعیت‌درمانی (گلاس، ۱۹۹۸) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش ۱ و جلسات شفقت‌درمانی گیلبرت (۱۹۹۶)، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش ۲ اعمال شد. در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴)، پرسشنامه استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) بود که در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط هر ۳ گروه تکمیل شد. تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی کارکنان حوزه‌ی سلامت اثربخش بود ($p < 0/05$). این دو درمان (شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی) اثربخشی یکسانی بر علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی کارکنان حوزه‌ی سلامت دارند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی می‌تواند تأثیر مهمی در افزایش کیفیت زندگی، کاهش علائم روان‌تنی و استرس ادراک‌شده کارکنان حوزه‌ی سلامت داشته باشد.

مقدمه

شیوع ویروس کرونا^۱ (COVID-19) در سراسر جهان و ابتلای بسیاری از مردم جهان به بیماری کووید ۱۹ تقریباً همه‌ی کشورها و مناطق دنیا را تحت تأثیر قرار داده است. این ویروس اولین بار در دسامبر ۲۰۱۹ در ووهان چین شناسایی شد. سازمان بهداشت جهانی^۲ (WHO) به مردم هشدار داد که استراتژی‌های مراقبت عمومی شامل شستن دست‌ها، پوشیدن ماسک صورت، فاصله‌گذاری فیزیکی و اجتناب از تجمع و اجتماعات جمعی را رعایت کنند (سینتما^۳، ۲۰۲۰) و راهبردهای قرنطینه و ماندن در خانه به‌عنوان اقدام موردنیاز برای صاف کردن منحنی و کنترل انتقال بیماری در نظر گرفته شد (پوکرل و چتری^۴، ۲۰۲۱). در این برهه‌ی حساس، کارکنان حوزه‌ی سلامت در خط مقدم مبارزه با کووید-۱۹ هستند و به‌طور مستقیم مراقبت، تشخیص و درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ را برعهده دارند و همین امر موجب می‌شود کارکنان حوزه‌ی سلامت در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به استرس مزمن، پریشانی روانی قرار گیرند (سیرتی نیر، کریمی و خلیلی، ۲۰۱۹).

شیوع کووید-۱۹، کارکنان حوزه‌ی سلامت را در معرض مجموعه‌ای از خطرات قرار داده است که بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (فرانکلین و گیولکا^۵، ۲۰۲۱). کارکنان حوزه‌ی سلامت در بیمارستان‌ها، اغلب به دلیل حجم کاری زیاد، ساعات طولانی، وظایف شیفیتی و کار در یک محیط پرخطر و پرشتاب، با فشار روانی عظیمی روبرو هستند (هیلی و تیرل^۶، ۲۰۱۱؛ هوپر و همکاران^۷، ۲۰۱۰). کارکنانی که در چنین موقعیت‌های چالش‌برانگیز جسمی و عاطفی کار می‌کنند اغلب دچار خستگی، فرسودگی، فرسودگی ذهنی و جدایی عاطفی می‌شوند (بویل^۸، ۲۰۱۱). این افراد که در معرض برخورد با بیماران کرونایی قرار دارند از نظر روانی و ذهنی خسته می‌شوند و کیفیت زندگی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد (آن و همکاران^۹، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی در نتیجه‌ی کنش متقابل بین شخصیت^{۱۰} افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی تعریف می‌شود؛ رویدادهای زندگی

در یک مجموعه‌ی چندبعدی از حوزه‌های زندگی مانند آزادی، دانش، اقتصاد، امنیت، روابط اجتماعی، مذهب، محیط‌زیست و تفریح اتفاق می‌افتد که کیفیت زندگی بر مجموعه‌ی این حوزه‌های تشکیل‌دهنده‌ی زندگی تأثیر می‌گذارد (نادری و اکبری، ۲۰۱۶). در پی شیوع کووید-۱۹، کارکنان حوزه‌ی سلامت تحت فشار شدید مراقبت و واقع‌شدن در معرض آسیب احتمالی قرار گرفته‌اند که ممکن است عواقبی بر سلامت آن‌ها داشته باشد. ایجاد اختلالات روانی، با قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زای مختلف مرتبط است (سن مارتین و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۰). در طول شیوع کووید-۱۹ گزارش و منتشر شده است که افراد دچار استرس^{۱۲} شده‌اند (زرآبادی پور و همکاران، ۲۰۱۹؛ بازی، نگری، دله فاو و آکاردیو^{۱۳}، ۲۰۲۱؛ هندایانی و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۰).

استرس می‌تواند تأثیر بسزایی بر سلامت روان^{۱۵} افراد داشته باشد (گو^{۱۶}، ۲۰۱۹). سلیه^{۱۷} (۱۹۹۶) پاسخ نامشخص بدن انسان به هرگونه تقاضا را استرس نامید، گروهی از صاحب‌نظران، استرس را بیماری شایع قرن نام‌گذاری کرده‌اند. استرس ادراک‌شده به‌عنوان برآیندی از تعامل متقابل بین فرد و محیط پیرامونش در نظر گرفته می‌شود (کوهن، لیکن، گلان هاداری و لهد^{۱۸}، ۲۰۰۷). استرس علاوه بر این که خود یک حالت ناراحت‌کننده و آزاردهنده است، علت بسیاری از اختلال‌های روانی و روان‌تنی است (سابل و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۸؛ پورشالچی، حسینقلی پور و اورنگ، ۲۰۱۵). بررسی‌های انجام‌شده در دهه‌ی جاری نشان می‌دهند که استرس ادراک‌شده نیز نقش مهمی در شروع اختلال‌های روانی و روان‌تنی دارد (بختیارپور و دریس، ۲۰۱۵) و موجب تغییرات فیزیولوژیکی مخرب عمده‌ای در بدن می‌شود. در واقع، استرس مداوم و افزایش سطح کورتیزول به دلیل عدم تعادل سیستم عصبی خودمختار (سمپاتیک)^{۲۰} و اختلالات عروقی بر تضعیف سیستم ایمنی بدن، تأثیر منفی می‌گذارد از این رو استرس یکی از دلایل اصلی بیماری‌های روان‌تنی است (سابل و همکاران، ۲۰۱۸). اختلال روان‌تنی اختلالی است که بدن و ذهن

¹².Stress

¹³Bassi, Negri, Delle Fave, Accardi

¹⁴Handayani et al

¹⁵.mental health

¹⁶.Goh

¹⁷.Selye

¹⁸ Cohen, Leykin, Golan-Hadari, Lahad

¹⁹.Sabel et al

²⁰.autonomous nervous system (sympathetic)

¹.coronavirus(COVID-19)

².world health organization(WHO)

³.Sintema

⁴.Pokhrel & Chhetri

⁵.Franklin & Gkiouleka

⁶.Healy & Tyrrell

⁷.Hooper et al

⁸.Boyle

⁹.An et al

¹⁰.personality

¹¹.San Martin

پرستاری تأثیر مثبتی بر وضعیت مشکلات سلامت روانی از جمله کاهش اضطراب، تغییر خلق و خوی، عواطف، همدلی، کاهش استرس، تنهایی دارد. به طور کلی، واقعیت درمانی، تأثیر مثبتی بر بهبود سلامت روان پرستاران دارد.

یکی دیگر از درمان‌های مؤثر موج سوم برای بهبود درمان‌های مؤثر بر کارکنان شاغل در بیمارستان، درمان مبتنی بر شفقت است (حسینی و همکاران، ۲۰۲۰؛ رحمانی و همکاران، ۲۰۱۹). این درمان، رویکردی برگرفته از تأثیرات بودا، روان‌شناسی تکاملی و علوم اعصاب عاطفی است که بر پایه‌ی مفاهیمی نظیر شناسایی تهدید، وابستگی و مشوق/منبع، بنا نهاده شده است (فینلی جونز^۴، ۲۰۱۷). اصول پایه‌ی درمان مبتنی بر شفقت این فرضیه را بیان می‌کند که ایجاد شفقت و دلسوزی، فرآیند محوری در تنظیم هیجان و روان‌درمانی قلمداد می‌شود، به‌ویژه در هنگام برخورد با بیمارانی که با حس شرمساری مبارزه می‌کنند و دارای تفکر خود انتقادی هستند (حسینی و همکاران، ۲۰۲۰؛ اینوود و فراری^۵، ۲۰۱۸).

بررسی پیشینه‌ی پژوهش نشان می‌دهد اثربخشی شفقت‌درمانی در کاهش هیجانات منفی، بهبود روابط بین فردی و بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه (معینی و همکاران، ۲۰۱۸)؛ کیفیت زندگی (قدمپور و همکاران، ۲۰۱۹)؛ کاهش استرس (مارتینز-روبیو، ناوارته و مونتر-مارین، ۲۰۲۱)؛ خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (شمس، پشنگ و صداقت، ۲۰۲۰) مؤثر بوده است. در این رابطه حسینی و همکاران (۲۰۲۰) نیز دریافتند که در شفقت‌درمانی، پرستاران با انجام مراقبه، مهر و محبت، می‌توانند سبب تغییر حالت تنظیم هیجان از نظام پاسخ‌دهی پرخاشگرانه، مضطرب یا مبتنی بر تهدید و تبدیل آن به نظام آرامش‌بخش پیوندجویانه و دلسوزانه نسبت به مشکلات سازگار شوند.

با توجه به آن‌چه گفته شد بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روانی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند از توسعه‌ی اقداماتی برای پیشگیری و کاهش خطرات روانی اجتماعی و ایجاد محیط‌های کاری سالم حمایت کند. علاوه بر این، تحقیقات در مورد اثرات کووید-۱۹ بر کارکنان حوزه‌ی سلامت، به سرعت در حال تکامل است و بنابراین بررسی‌های به روز مورد نیاز است. در این زمینه، هدف اصلی این پژوهش بررسی اقدامات پیشگیرانه‌ی پسا کرونا بر کارکنان حوزه‌ی سلامت است. قرار گرفتن طولانی

را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ظهور و بروز اختلالات روان‌تنی، نیازمند آن است که عوامل روان‌شناختی و نشانه‌های جسمی به‌طور هم‌زمان با یک دیگر پیوند و نزدیکی دائم داشته باشند. در واقع، اختلالات روان‌تنی، به وجود نوعی رابطه و تعامل پیچیده و چندوجهی زمینه‌ها و استعداد‌های زیستی و فیزیولوژیک از یک‌سو و عوامل و فشارزاهای محیطی و روانی از سوی دیگر، اشاره دارد (میرونوا، پولیاکوا و اوشکوف^۱، ۲۰۱۷).

برای پیشگیری از بروز این مشکلات متخصصان بالینی تلاش می‌کنند تا با مداخله‌های روان‌شناختی، مشکلات و اختلالات روانی ناشی از کار در محیط‌های بیمارستانی را درمان کنند. استفاده از روش واقعیت درمانی در راستای درمان اختلالات روان‌شناختی و کارایی بالای آن توانسته است که در کاهش پیامدهای اختلالات روانی کارکنان شاغل در بخش‌های بیمارستانی و بهداشتی مؤثر واقع شود (رحمتی ساغرانی و همکاران، ۲۰۱۸). واقعیت‌درمانی بیان می‌کند که انسان‌ها به گونه‌ای رفتار می‌کنند که دنیا و خودشان را برای ارضای نیازهای خود کنترل کنند و این سبک از کنترل می‌تواند در بروز مشکلات روان‌شناختی افراد نقش داشته باشد؛ ولی انسان‌ها با قبول مسئولیت رفتارهای خود می‌توانند رضایت‌مندی بیشتری در زندگی داشته باشند (گلاسر^۲، ۱۹۹۸).

واقعیت‌درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی تاکنون در زمینه‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است؛ که می‌توان به مثال‌های متعدد در این زمینه اشاره کرد که از جمله می‌توان به اثربخشی برنامه‌ی واقعیت‌درمانی در کاهش استرس ادراک‌شده (اصلی آزاد، فرهادی و خاکی، ۲۰۲۰)، کیفیت زندگی (دیزجانی و خرامین، ۲۰۱۶) و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران (رحمتی ساغرانی و همکاران، ۲۰۱۸). اشاره نمود. با توجه به آن‌چه گفته شد، واقعیت‌درمانی بر روی مسائلی از جمله مواجهه با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، تمرکز بر این‌جا و اکنون، کنترل درونی و هویت توفیق و غیره سر و کار دارد. در این رویکرد اعتقاد بر این است اعمالی که ما انجام می‌دهیم رفتار به شمار می‌روند و تقریباً تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شوند (گلاسر، ۱۹۹۸). بادیمن، مگاناندا و فرادیس^۳ (۲۰۲۱)، نیز در پژوهشی با عنوان تأثیر درمان واقعیت‌درمانی و تغییرات آن در سلامت روان پرستاران نشان دادند استفاده از درمان مبتنی بر واقعیت در

^۴Finlay-Jones

^۵Inwood & Ferrari

^۱Mironova, Polyakova & Ushkov

^۲Glasser

^۳Budiman, Megananda, Faradisa

مدت در معرض یک شرایط دشوار مانند کووید ۱۹ می‌تواند از طریق یک مسیر استرس‌زا بر سلامت روانی و جسمی کارکنان حوزه‌ی سلامت تأثیر بگذارد. علاوه بر این، عملکرد یک سازمان مهم مانند بیمارستان را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد. به همین جهت پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا اثربخشی آموزش شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در کارکنان حوزه‌ی سلامت بیمارستان‌های آموزشی- درمانی معین در دوره‌ی شیوع کووید ۱۹ در شهر اصفهان تفاوت دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و کار آزمایی بالینی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه‌ی آماری در پژوهش حاضر شامل تمام کارکنان زن و مرد شاغل در بیمارستان‌های آموزشی/ درمانی معین شهر اصفهان در سال ۲۰۲۰ بودند. با توجه به اعلام وزارت بهداشت در شهر اصفهان (بیمارستان خورشید، عیسی بن مریم، امین و غرضی) به‌عنوان بیمارستان‌هایی که بیماران مبتلا به کرونا را درمان می‌کنند معرفی شدند. ابتدا آزمودنی‌های واجد ملاک‌های ورود به آزمون (۴۵ نفر) به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر (دو گروه آزمایشی) و (یک گروه کنترل) قرار داده شدند. ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بودند: در بیمارستان‌های درمانی- آموزشی معین شاغل باشند، داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم و حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۰. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم همکاری و شرکت در مداخله‌ای دیگر به‌صورت هم‌زمان بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس شکایات روان‌تنی^۱: این مقیاس توسط تاکاتا و ساکاتا^۲ (۲۰۰۴) طراحی و اعتباریابی شده است که از ۳۰ سؤال تشکیل شده است و از ساختار تک عاملی برخوردار است که به‌منظور سنجش شکایات روان‌تنی به کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای است که برای

گزینه‌های هرگز (۰)، به‌ندرت (۱)، گاهی اوقات (۲) و به‌طور مکرر (۳) نمره‌گذاری می‌شود. "من سردرد دارم." و "در سرم احساس سنگینی می‌کنم" دو نمونه از سؤالات مربوطه هستند. پایایی بازآزمایی مقیاس شکایات روان‌تنی به فاصله‌ی یک ماه و در دو نوبت اجرا روی یک نمونه‌ی ۳۰ نفره از دانشجویان، مورد تأیید قرار گرفت ($r=0/83$). سازندگان این مقیاس از طریق محاسبه‌ی همبستگی آن با مقیاس سلامت روانی، روایی هم‌زمان آن را در دو مطالعه‌ی جداگانه، ۰/۶۴ و ۰/۶۵ به دست آوردند. همچنین، برای بررسی اعتبار سازه‌ی مقیاس در دو مطالعه از تحلیل عاملی استفاده کردند و معلوم شد در مطالعه‌ی اول که در سال ۱۹۹۷ انجام شد، ۳۴/۱ درصد و در مطالعه‌ی دوم که در سال ۱۹۹۹ انجام شد، ۳۱/۱ درصد واریانس بخش‌ها توسط یک عامل تبیین می‌شود. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در سال ۱۹۹۷ برابر با ۰/۹۳، در سال ۱۹۹۸ برابر با ۰/۹۱ و در سال ۱۹۹۹ برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. همبستگی بین بخش‌های مقیاس نیز در سه بار اجرای متفاوت توسط سازندگان مقیاس، برابر با ۰/۵۰ یا بیشتر گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده روی نمونه‌ی اصلی نیز برابر با ۰/۸۵ بود که بیانگر همسانی درونی بالا برای بخش‌های این مقیاس است (حاجلو، ۱۳۹۱). ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی استرس ادراک‌شده^۳: این پرسشنامه توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) تهیه‌شده است. این آزمون دارای ۱۴ سؤال است و دارای یک مقیاس پنج گزینه‌ای هرگز تا خیلی زیاد (۰-۴) با سوالاتی مانند "تا چه اندازه به دلیل پیش آمدن مسأله‌ای که انتظارش را نداشته‌اید، ناراحت شدید." و "تا چه اندازه احساس کرده‌اید که نمی‌توانید از عهده‌ی مسائل مهم زندگی‌تان بربیایید" نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی اکتسابی در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۵۶ است. نمره‌ی بالا در این پرسشنامه به معنای این است که افراد دارای سطح بالایی از استرس ادراک‌شده است و نمره‌ی پایین به معنای سطح پایین استرس ادراک‌شده هستند. پایایی این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶، گزارش‌شده است و به‌طور کلی ملاک‌های روایی این مقیاس تحت تأثیر جنسیت و سن قرار نمی‌گیرد و روایی مناسبی دارد (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). امین یزدی و صالحی فدردی (۱۹۹۹)

۳. Perceived stress questionnaire

۱. Scale of psychosomatic complaints

۲. Takata & Sakata

استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. در عین حال گروه کنترل (گواه) در پایان دوره‌ی اجرای پژوهش به‌صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت آموزش قرار گرفتند.

روش اجرا

انتخاب نمونه با مراجعه به بیمارستان‌های ذکرشده و توضیح پژوهش به پرستارانی که تمایل به شرکت داشتند شروع شد. تعداد پرستارانی که در پژوهش مایل به مشارکت بودند، ۵ نفر از بیمارستان خورشید، ۱۶ نفر از بیمارستان عیسی بن مریم، ۱۵ نفر از بیمارستان امین و ۹ نفر از بیمارستان غرضی بودند. فراخوانی جهت شروع آموزش‌ها از طریق پیامک برای شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه کنترل ارسال شد. در اولین جلسه از آموزش، هدف از پژوهش و همچنین تکمیل پرسشنامه‌های مربوط به متغیرها (پیش‌آزمون) انجام شد. هر کدام از گروه‌ها، ۸ جلسه به مدت یک ساعت و نیم آموزش دریافت کردند؛ گروه آزمایش ۱ تحت آموزش جلسات شفقت درمانی طبق مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) و گروه آزمایش ۲ تحت آموزش واقعیت درمانی بر اساس جلسات واقعیت درمانی تدوین‌شده توسط صاحبی (۲۰۱۷) قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمانی، در جلسه‌ی نهم از هر سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گروه کنترل، پس‌آزمون گرفته شد. داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اس پی اس اس^۳ و ورژن ۲۳ تحلیل شد. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی مانند: فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده شد. در زمینه‌ی ملاحظات اخلاقی پژوهش، ضمن ارائه‌ی توضیح کافی درباره هدف، اهمیت، روش، مدت و شرایط اجرای مداخله‌ی پژوهشی و ارزیابی‌ها به شرکت‌کنندگان، از آن‌ها رضایت‌نامه‌ی کتبی برای شرکت در پژوهش اخذ شد. همچنین، آن‌ها می‌توانستند در هر مرحله از پژوهش، در صورت عدم رضایت از ادامه‌ی شرکت در تحقیق انصراف دهند. در راستای سپاس‌گزاری از شرکت‌کنندگان، ضمن تعهد درباره‌ی آگاهی آن‌ها از نتایج پژوهش، هدایایی نیز برای آن‌ها در نظر گرفته شد. خلاصه‌ی جلسات آموزشی در جداول به شرح زیر است:

طی پژوهشی در این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را گزارش نموده است که در حد قابل قبولی است. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: برای این پژوهش از فرم کوتاه ۲۶ سؤالی پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ استفاده شد. این فرم حاوی ۲۶ سؤال و ۴ بعد سلامت جسمانی (۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۴، ۳)، روان‌شناختی (۲۶، ۱۹، ۱۱، ۷، ۵)، روابط اجتماعی (۲۲، ۲۱، ۲) و سلامت محیطی (۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۹، ۱۸) است که به‌عنوان یک مقیاس جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی است (ماس^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). و دو سؤال کلی نیز برای سنجش کیفیت زندگی در این پرسشنامه گنجانده شده است. هر یک از سؤالات بر اساس مقیاس از ۱ تا ۵ نمره‌دهی می‌شوند. سؤال (۴، ۳) به‌صورت معکوس نمره‌دهی می‌شوند. نمونه‌ای از سؤالات به‌صورت "کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟" و "یا "درد جسمانی چقدر مانع انجام کارهای مورد نظر شما می‌شود؟" است. در نتایج گزارش‌شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران نیز نصیری (۲۰۰۶) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله‌ی سه هفته‌ای، توصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۴/۸۷ و ۰/۸۴ بود. همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی (۲۰۰۷) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با (۰/۸۸)، برای سلامت جسمی (۰/۷۰)، برای سلامت روانی (۰/۷۷) و برای روابط اجتماعی (۰/۶۵) و برای کیفیت محیط زندگی برابر با (۰/۷۷) گزارش شده است. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی پژوهش، شامل رعایت رازداری کامل برای شرکت‌کنندگان، آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه‌ی کتبی و

^۳. Mas-Expósito

^۴. Statistical package for social science (Spss)

^۱. World Health Organization Quality of Life Questionnaire

^۲. World Health Organization Quality of Life Questionnaire

جدول ۱- جلسات واقعیت‌درمانی (گلاس، ۱۹۶۵؛ ترجمه‌ی صاحبی، ۲۰۱۷)

جلسه	محتوا
اول	معارفه‌ی اعضا، آشنایی با موضوع پژوهش، شرح اهداف دوره و قوانین دوره‌ی آموزشی و انجام تکالیف به‌صورت دقیق در منزل.
دوم	آموزش مفاهیم نظریه‌ی واقعیت‌درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی افراد، تمرکز بر شناخت و آگاهی اعضا از خود و نحوه‌ی تأثیر این شناخت بر خود و دیگران و شناسایی نقاط قوت و منفی خود و تلاش برای کسب هویت موفق.
سوم	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با چهار مؤلفه‌ی رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی)، آموزش مهارت تصمیم‌گیری و بررسی تغییر در افکار، احساس، اعمال، فیزیولوژیک در زمان حال.
چهارم	آشنایی، معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری.
پنجم	آشنایی با هیجانات از جمله خشم، پرخاشگری از دیدگاه واقعیت‌درمانی و آموزش مهارت تن آرامی برای کنترل و تنظیم هیجانات.
ششم	معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط و آموزش زندگی کردن در زمان حال.
هفتم	آموزش اصول ده‌گانه‌ی نظریه‌ی انتخاب، پذیرش مسئولیت در قبال رفتار.
هشتم	مرور جلسات قبلی و جمع‌بندی.

جدول ۲- خلاصه‌ی ساختار و محتوای جلسات شفقت‌درمانی

شرح مختصر جلسات شفقت‌درمانی	
جلسه‌ی اول	۱- معارفه‌ی اعضا و تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش ۲- تعیین زمان برگزاری جلسات و بیان مقررات و اهداف برنامه‌ی آموزشی و موافقت همه‌ی اعضای گروه ۳- معرفی درمان مبتنی بر شفقت ۴- معرفی ذهن‌آگاهی ۵- خلاصه‌ی جلسه‌ی اول، گرفتن بازخورد از افراد گروه و ارائه‌ی تکلیف ۱- بحث و اظهارنظر در مورد آموخته‌های جلسه‌ی قبل و بررسی تکلیف
جلسه‌ی دوم	۲- توضیح در مورد مدل سه حلقه‌ای: از نظر رویکرد شفقت‌محور انسان‌ها دارای سه نوع سیستم تنظیم هیجان‌اند که در این جلسه در مورد آن‌ها توضیحاتی ارائه می‌شود. ۳- خلاصه‌ی جلسه‌ی دوم، گرفتن بازخورد از افراد گروه و ارائه‌ی تکلیف خانگی ۱- بحث و اظهارنظر در مورد آموخته‌های جلسه‌ی قبل و تأثیر آن در زندگی روزمره ۲- شفقت چیست؟ معرفی ذهن شفقت‌ورز ۳- تمرین رشد خود مشفق ۴- خلاصه‌ی جلسه‌ی سوم، گرفتن بازخورد از افراد گروه
جلسه‌ی چهارم	۱- بحث و اظهارنظر در مورد آموخته‌های جلسه‌ی قبل و تأثیر آن در زندگی روزمره ۲- معرفی مغز جدید و قدیم ۳- تمرین تنفس آرامش‌بخش ۴- خلاصه‌ی جلسه‌ی چهارم، گرفتن بازخورد از افراد گروه
جلسه‌ی پنجم	۱- بحث و اظهارنظر در مورد آموخته‌های جلسه‌ی قبل و تأثیر آن در زندگی روزمره ۲- بررسی برخی از هیجانات از دیدگاه ذهن مشفق ۳- معرفی مؤلفه‌های شفقت و بررسی یک هیجان اخیر با توجه به مؤلفه‌های شفقت ۴- خلاصه‌ی جلسه‌ی پنجم، گرفتن بازخورد از افراد گروه
جلسه‌ی ششم	۱- بحث و اظهارنظر در مورد آموخته‌های جلسه‌ی قبل و تأثیر آن در زندگی روزمره ۲- معرفی مهارت‌های شفقت، تفکر و رفتار مشفقانه، توسعه ذهن شفقت‌ورز از طریق تصویرسازی ۳- تمرین ایجاد فضای امن ۴- خلاصه‌ی جلسه‌ی ششم، گرفتن بازخورد از افراد گروه
جلسه‌ی هفتم	۱- بحث و اظهارنظر در مورد آموخته‌های جلسه‌ی قبل و تأثیر آن در زندگی روزمره ۲- تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن، آموزش افکار و رفتار شفقت‌ورز در مقابل انتقادگر ۳- تمرین گفتگوی خود انتقادگر با خود مشفق ۴- خلاصه‌ی جلسه‌ی هفتم، گرفتن بازخورد از افراد گروه
جلسه‌ی هشتم	۱- بحث، بررسی و اظهارنظر در مورد تمرین و مطالب جلسات قبل؛ بحث و اظهارنظر در مورد آموخته‌های جلسه‌ی قبل و تأثیر آن در زندگی روزمره. ۲- خود مشفق ایده‌آل ۳- نامه‌نگاری شفقت‌ورز ۴- خلاصه‌ی جلسه‌ی هشتم، گرفتن بازخورد از افراد گروه

یافته‌ها

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. تحلیل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که در گروه آزمایش ۱، ۱۲ نفر کارشناسی و ۳ شرکت‌کننده کارشناسی ارشد بودند. همچنین در گروه آزمایش ۲ و کنترل هر کدام، ۱۰ نفر کارشناسی و ۵ شرکت‌کننده کارشناسی ارشد بودند. همچنین بیشترین فراوانی سنی در گروه‌های آزمایش و کنترل، ۳۱ تا ۴۰ سال و کمترین فراوانی، ۴۱ تا ۵۰ سال بود. نتایج نشان داد میانگین علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون گروه آزمایش ۱، به ترتیب $۰.۷۷/۹۳$ ، $۳۵/۸$ و $۷۲/۹۳$ و در گروه آزمایش ۲، $۰.۶۴/۵۳$ ، $۳۷/۴$ و $۶۳/۱۳$ بود. همچنین میانگین متغیرها در پیش‌آزمون گروه کنترل، به ترتیب $۰.۷۴/۴$ ، $۳۲/۷۳$ و $۷۰/۷۳$ به دست آمد. به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت.

به منظور بررسی این مفروضه از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد؛ نتایج نشان داد آزمون کولموگروف اسمیرنوف، در مورد تمام متغیرها معنی‌دار نیست. در نتیجه فرض نرمال بودن متغیرها برقرار است. به منظور بررسی تساوی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد؛ نتایج نشان داد لوین برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نیست. در نتیجه فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرها از آزمون ام باکس استفاده شد؛ نتایج نشان داد مقدار ام باکس در سطح $۰/۰۵$ برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نیست که گویای آن است که شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس به خوبی رعایت شده است. با توجه به برقراری سه مفروضه بالا، می‌توان از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها در این پژوهش استفاده کرد. همچنین به منظور بررسی معنی‌داری اثر گروه بر متغیرهای پژوهش از آزمون‌های اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌روی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون‌های معنی‌داری در تحلیل کوواریانس چند متغیره‌ی علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی

ارزش	F	درجه‌ی آزادی اثر	درجه‌ی آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی اثر
اثر پیلائی	۳/۹۳	۳	۳۷	۰/۰۱	۰/۲۴
لامبدای ویلکز	۳/۹۳	۳	۳۷	۰/۰۱	۰/۲۴
اثر هتلینگ	۳/۹۳	۳	۳۷	۰/۰۱	۰/۲۴
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۳/۹۳	۳	۳۷	۰/۰۱	۰/۲۴

نتایج آزمون‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که بین سه گروه شفقت درمانی، واقعیت‌درمانی و کنترل از لحاظ ترکیب خطی متغیرهای وابسته‌ی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به منظور بررسی تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول زیر، تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی اثربخشی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی اثربخشی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی

مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۵۷۵/۵۴	۱۸/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۹۸
علائم روان‌تنی	۲	۴۸۶/۳۷	۷/۶۲	۰/۰۰۲	۰/۲۷	۰/۹۳
خطا	۴۱	۱۳۰۷/۷۸	۳۱/۸۹			
پیش‌آزمون	۱	۶۵۶/۱۴	۶۹/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
علائم ادراک‌شده	۲	۶۱۱/۸	۳۰۵/۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
گروه	۴۱	۳۸۵/۴۵	۹/۴			
خطا	۴۱	۴۱۷۱/۴۸	۱۶۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸	۱
پیش‌آزمون	۲	۱۷۲۳/۵۹	۳۴/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
گروه	۴۱	۱۰۳۸/۹۱	۲۵/۳۳			
خطا						

معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.001$). با توجه به نتایج می‌توان گفت اثربخشی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی معنی‌دار است. به‌منظور بررسی تفاوت دوبه‌دو گروه‌ها از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵، مطرح‌شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴، بین نمرات علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش ۱ و ۲ تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین بین نمرات علائم روان‌تنی در سه گروه آزمایش ۱ و ۲ و کنترل در پس‌آزمون نیز تفاوت

جدول ۵- نتایج آزمون بونفرونی مقایسه‌ی سه گروه در متغیر علائم روان‌تنی، استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی

متغیر	گروه‌ها	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
علائم روان‌تنی	آزمایش ۱- کنترل	-۸/۸۵	۲/۶	۰/۰۰۴
	آزمایش ۲- کنترل	-۵/۷	۲/۱۱	۰/۰۳
	آزمایش ۱- آزمایش ۲	-۳/۱۵	۲/۹۱	۰/۸۵
	آزمایش ۱- کنترل	-۷/۹۴	۱/۱۲	۰/۰۰۱
استرس ادراک‌شده	آزمایش ۲- کنترل	-۷/۷۶	۱/۱۳	۰/۰۰۱
	آزمایش ۱- آزمایش ۲	-۰/۱۷	۱/۱۳	۱
	آزمایش ۱- کنترل	۱۵/۰۱	۱/۹	۰/۰۰۱
	آزمایش ۲- کنترل	۱۳/۲۴	۱/۸۹	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	آزمایش ۱- آزمایش ۲	۱/۷۷	۱/۸۵	۱

نتیجه‌گیری

اثربخشی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر علائم روان‌تنی معنی‌دار و مثبت است. در نتیجه هر دو روش درمانی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی توانسته‌اند علائم روان‌تنی را کاهش دهند. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های انجام‌شده توسط یو^۱ و همکاران (۲۰۱۹)،^۲ زوهر و اسکویچ (۲۰۱۹)، ترینداد و سیرویس^۳ (۲۰۲۱)، ادوارد^۴ و همکاران (۲۰۱۴) و فیض‌الهی، اسدزاده، بختیارپور و فرخی^۵ (۲۰۲۰)، مبنی بر این که ارتباط منفی‌ای بین علائم روان‌تنی و شفقت به خود وجود دارد، هم‌سو است. همچنین جلالی و قادری (۲۰۱۵)، در پژوهش خود نشان دادند که واقعیت‌درمانی می‌تواند علائم خلقی را کاهش دهد.

در تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده (تأثیر مثبت و معنی‌دار شفقت‌درمانی بر علائم روان‌تنی) می‌توان چنین نوشت که شفقت به خود سه مؤلفه دارد: خود‌مهربانی در مقابل خود‌قضاوتی، انسانیت مشترک در مقابل گوشه‌گیری از خود، و ذهن‌آگاهی در مقابل شناسایی بیش از حد. مهربانی با خود به این معناست که فرد نسبت به خود گرم و فهمیده باشد نه انتقادپذیر. مشارکت- انسانیت، توانایی تشخیص این است که رنج، شکست و ناتوانی طبیعی هستند و بخشی از شرایط انسانی هستند. با این حال، هر فردی نمی‌تواند از انتقادی که توسط کمال‌گرایی خودراهر به وجود می‌آید چشم‌پوشی کند (فراست، مارتین، لهارت و روزنبلت، ۱۹۹۰).^۶

نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد تفاوت نمرات علائم روان‌تنی بین گروه آزمایش ۱ ($P < 0.001$) و کنترل و بین گروه آزمایش ۲ و کنترل معنی‌دار است ($P < 0.05$). در نتیجه هر دو روش درمانی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی توانسته‌اند علائم روان‌تنی را کاهش دهند. همچنین تفاوت نمرات علائم روان‌تنی بین گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ معنی‌دار نیست ($P > 0.05$). در نتیجه بین اثربخشی درمان واقعیت‌درمانی و شفقت‌درمانی در کاهش علائم روان‌تنی تفاوتی وجود ندارد. تفاوت نمرات استرس ادراک‌شده بین گروه آزمایش ۱ و کنترل و بین گروه آزمایش ۲ و کنترل معنی‌دار است ($P < 0.001$). در نتیجه هر دو روش درمانی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی توانسته‌اند استرس ادراک‌شده را کاهش دهند. اما تفاوت نمرات استرس ادراک‌شده بین گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ معنی‌دار نیست ($P > 0.05$). در نتیجه بین اثربخشی درمان واقعیت‌درمانی و شفقت‌درمانی تفاوتی وجود ندارد. تفاوت نمرات کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی بین گروه آزمایش ۱ و کنترل و بین گروه آزمایش ۲ و کنترل معنی‌دار است ($P < 0.001$). در نتیجه هر دو روش درمانی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی توانسته‌اند کیفیت زندگی را افزایش دهند. اما تفاوت نمرات کیفیت زندگی بین گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ معنی‌دار نیست ($P > 0.05$). در نتیجه بین اثربخشی درمان واقعیت‌درمانی و شفقت‌درمانی تفاوتی وجود ندارد.

^۵ Feizollahi, Asadzadeh, Bakhtiarpour, Farrokhi

^۶ Frost, Marten, Lahart, Rosenblate

^۱. Yu

^۲. Yeshua, Zohar, Berkovich

^۳. Trindade & Sirois

^۴. Edwards

سومی و کاندا^۱ (۲۰۰۲) نشان دادند که عدم رعایت استانداردهای بالا است که احتمال بروز علائم روان‌تنی را افزایش می‌دهد. مشخص شد که شفقت به خود با سلامت روان‌شناختی و پردازش احساسات مرتبط با خود مرتبط است (نف، کرکپتریک و رودی^۲، ۲۰۰۷؛ ون دام^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). شفقت به خود در پردازش استرس مفید است و تنظیم هیجان را تقویت می‌کند (نیلی^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). ذهن‌آگاهی - بخشی از یک تعریف گسترده از شفقت به خود - یک عامل تاب‌آوری برای اختلالات روان‌تنی است. علائم روان‌تنی با اضطراب تشدید می‌شود (وونگ و فونگ^۵، ۲۰۱۵)، در حالی که شفقت به خود اضطراب را کاهش می‌دهد (سیدنهام، بردوود، ریمز^۶، ۲۰۱۷؛ ون دام، شپارت، فورسیت و ارلین^۷، ۲۰۱۱). بنابراین می‌توان گفت شفقت به خود در برابر علائم روان‌تنی از افراد محافظت می‌کند.

از سویی دیگر واقعیت‌درمانی، یکی از تکنیک‌های کاهش استرس است. واقعیت‌درمانی یک تکنیک مشاوره و روان‌درمانی است که توسط ویلیام گلسر (واتسون، دیلی، تدورو و تکوانی^۸، ۲۰۱۴) توسعه یافته است و رایج‌ترین مداخله‌ی درمانی مورد استفاده در روان‌شناسی شناختی است. قوانین رفتاری را ارائه می‌کند و چگونگی دستیابی به رضایت، شادی و موفقیت را تعیین می‌کند. بیان می‌کند که هر فرد باید با واقعیت روبرو شود، مسئولیت را بپذیرد، نیازهای اساسی خود را بشناسد، در مورد درست و نادرست قضاوت اخلاقی کند، بر زمان حال تمرکز کند و کنترل درونی خود را توسعه دهد. همچنین هویت ناموفق افراد را تغییر می‌دهد و در نتیجه به آن‌ها کمک می‌کند تا هویتی قوی پیدا کنند و سلامت روانی آن‌ها را بهبود بخشد (کروانتس و روبی^۸، ۲۰۱۸). واقعیت‌درمانی عمدتاً به‌جای غلبه بر نقاط ضعف، بر بهبود نقاط قوت متمرکز است. افرادی که با هویت خود آشنا نیستند، معمولاً خود و نیازهای خود را نمی‌شناسند و مسئولیت رفتارهای خود را نمی‌پذیرند. واقعیت‌درمانی می‌تواند هویت ناموفق را از طریق آشنا کردن افراد با هویت خود، بهبود پذیرش مسئولیت در قبال زندگی، کمک به آن‌ها برای یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکلات و تمرکز بر نقاط قوت خود و ایجاد انگیزه در آن‌ها برای افراد واقع‌بین تغییر دهد. در نتیجه، اضطراب را کاهش داده و سلامت

عمومی را بهبود می‌بخشد و علائم روان‌تنی را کاهش می‌دهد (لوجیک^۹ و همکاران، ۲۰۱۸).

در این راستا دو مطالعه در ایران، اثرات مثبت واقعیت‌درمانی را بر سلامت روان و کیفیت زندگی در میان افراد نابینا گزارش کردند (خدابخشی کلاهی، مسلژاد و ممقانی^{۱۰}، ۲۰۱۷) و بر شادی و کیفیت زندگی در میان نوجوانان بدون نظارت (اسلامی و همکاران، ۲۰۱۳) یک مطالعه در کره نیز نشان داد که واقعیت‌درمانی در بهبود قابل توجهی بهزیستی ذهنی و روابط بین فردی در بین دانشجویان پرستاری مؤثر است (لی^{۱۱}، ۲۰۱۵). مطالعه‌ی دیگری در هند نشان داد که واقعیت‌درمانی مجازی بهزیستی روانی را در بین پرستاران بهبود می‌بخشد (همالکشمی، ویجایلکشیمی و ونکاتسان^{۱۲}، ۲۰۱۸).

نتایج دیگر نشان داد بین اثربخشی درمان واقعیت‌درمانی و شفقت‌درمانی در کاهش علائم روان‌تنی تفاوتی وجود ندارد. در توجیه اثربخشی یکسان درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت‌درمانی در بهبود علائم روان‌تنی نیز می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت به این واقعیت می‌پردازد که خودشفقتی و مهرورزی پیامدهای بسیار مطلوبی در مقایسه با خودانتقادی و خود سرزنش‌گری دارد و این مهم حداقل در ذهن تأیید شده است و مسئولیت تغییر آن بر عهده مراجع است. از طرفی واقعیت‌درمانی نیز اساساً رویکردی در این باب است که آن‌چه در واقعیت می‌خواهید و آرزو می‌کنید باید رفتارها، افکار و انگیزه‌هایی در جهت رسیدن به آن داشته باشید و برای آن تلاش کنید (صاحبی، ۲۰۱۷). همان‌طور که مشاهده می‌شود وقتی بنیان درمان‌ها مشابه یکدیگر باشد، اگرچه فنونی متفاوت را به کار گیرند، اما در نهایت نتایج مشابهی به بار خواهند آورد. آن‌چه این دو رویکرد را در اثربخشی بر بهبود علائم روان‌تنی در پرستاران هم‌ارز قرار می‌دهد، این نکته است که اساساً هر دو درمان بر ذهن واقعیت محور آگاه تأکید ویژه دارند؛ ذهنی که برنامه‌ریز، تجهیزکننده‌ی نیروهای درونی و بیرونی برای رسیدن به اهداف مناسبی همچون آرامش و دوری از استرس و نگرانی است. همچنین اثربخشی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر استرس ادراک شده معنی‌دار و مثبت است در نتیجه‌ی هر دو روش درمانی

^۹. Lojk

^{۱۰} Mosalanejad, Mamaghanirad

^{۱۱}. Lee

^{۱۲} Hemalakshmi, Vijaylakshmi, Venkatesan

^۱. Sumi & Kanda

^۲. Neff, Kirkpatrick, Rude

^۳. Van Dam, Sheppard, Forsyth, Earleywine

^۴. Neely

^۵. Wong & Fong

^۶. Sydenham, Beardwood, Rimes

^۷. Watson, Dealy, Todorova, Tekwani

^۸. Cervantes & Robey

شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی توانسته‌اند استرس ادراک‌شده را کاهش دهند. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های انجام‌شده توسط اصلی‌آزاد و همکاران (۲۰۲۰)، بنبو و اندرسون^۱ (۲۰۱۹)، حجتی، جیبی و علی محمدزاده^۲ (۲۰۱۹)، الهی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۸)، ترینداد و سیرویس (۲۰۲۱) و ادوارد و همکاران (۲۰۱۴)، مبنی بر این که هر چقدر میزان شفقت به خود زیاد باشد، میزان استرس ادراک‌شده کاهش می‌یابد هم سو است. همچنین پژوهش اصلی‌آزاد و همکاران (۲۰۲۰)، نشان داد که واقعیت‌درمانی می‌تواند میزان استرس را کاهش دهد.

در تبیین یافته‌های به دست آمده (تأثیر مثبت و معنی‌دار شفقت‌درمانی بر استرس ادراک‌شده) می‌توان چنین نوشت که یکی از عوامل روان‌شناختی محافظت‌کننده و بهبودبخش در جمعیت‌های نوجوان، شفقت به خود است که به‌عنوان ارتباط بدون قضاوت با رنج و شکست خود به‌عنوان جنبه‌ی ذاتی انسان بودن، و ایفای نقش فعال در تسکین خود در هنگام تجربه‌ی چالش‌های عاطفی تعریف می‌شود (نف، ۲۰۰۳). مفهوم شفقت به خود با عزت نفس متفاوت است، که اغلب شامل مقایسه‌ی توانایی‌های فرد با دیگران در یک سلسله مراتب اجتماعی است، در حالی که شفقت به خود شامل برقراری ارتباط با دیگران برای درک موقعیت برابر در شرایط انسانی است (نف و مک گیهی، ۲۰۱۰). علاوه بر این، شفقت به خود به‌طور کلی به‌عنوان یک استراتژی مقابله‌ای مثبت در نظر گرفته می‌شود. بنابراین، ممکن است با سایر راهبردهای مقابله‌ای مثبت مشابه مانند ارزیابی مجدد، حل مسأله و پذیرش مرتبط باشد (آلن، عبدالحی و طاهری^۳، ۲۰۲۱). شفقت به خود هم یک ویژگی و هم یک فرآیند روانی است و در زمان مبارزه‌ی عاطفی خود ایجاد می‌شود. از سه بعد به هم پیوسته تشکیل شده است:

۱) مهربانی با خود، که مستلزم ایفای نقش فعال در پرورش مراقبت و گرمی نسبت به خود است.

۲) قدردانی از انسانیت مشترک، یا درک این که عواطف اساسی انسانی جهانی وجود دارد که همه‌ی ما در زمان‌های چالش‌برانگیز آن را تجربه می‌کنیم، و این که این احساسات ما را به افراد دیگر متصل می‌کنند.

۳) ذهن‌آگاهی یا توانایی توجه به تجربه لحظه‌ای خود با احساس آرامش عاطفی.

از طریق فعال کردن رفتارهای خود آرام بخش، خود مهربانی به احساسات دقیق درد عاطفی مرتبط با علائم درونی مانند افسردگی و اضطراب می‌پردازد. علاوه بر این، مؤلفه‌ی مشترک انسانیت در شفقت به خود و همچنین بخش فرعی ذهن‌آگاهی شفقت به خود بر ایجاد آرامش و آگاهی متمرکز بر زمان تمرکز دارد و استرس ادراک‌شده یعنی حالتی است که توسط عوامل فشارزا به وجود می‌آید و منجر به ایجاد واکنش‌های استرسی می‌شود را کاهش می‌دهد. بحث‌های زیادی پیرامون مشکلاتی با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که مراقبت‌های دلسوزانه را در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌دهند، احاطه کرده است (براون^۴ و همکاران، ۲۰۱۳، کرافورد^۵ و همکاران، ۲۰۱۳، کرافورد و همکاران، ۲۰۱۴). سطوح بالای خود شفقت و شفقت برای دیگران با سطوح پایین‌تر خستگی و فرسودگی شفقت مرتبط است (فیگلی^۶، ۲۰۰۲). علاوه بر این، سطوح بالاتر خوددلسوزی پس از درمان با کاهش علائم تروما (بیومونت و هولین مارتین^۷، ۲۰۱۵)، بهبود خلق و خو (گیلبرت و پروکتر^۸، ۲۰۰۶)، و کاهش علائم روان‌پریشی مرتبط است (بره‌لر^۹ و همکاران، ۲۰۱۲). نشان داده‌شده است که تمرینات شفقت به خود سطوح کورتیزول را کاهش می‌دهد و تغییرات ضربان قلب را افزایش می‌دهد، که با توانایی خود آرام کردن هنگام استرس مرتبط است.

در تبیین یافته‌های به دست آمده (تأثیر مثبت و معنی‌دار واقعیت‌درمانی بر استرس ادراک‌شده) می‌توان چنین نوشت که دو هسته‌ی اصلی واقعیت‌درمانی مسئولیت و انتخاب است. این رویکرد به زمان حال بیشتر از گذشته اهمیت می‌دهد. خودآگاهی را به ناخودآگاهی ارجح می‌داند. بیماری را یک فرایند فرار از مسئولیت می‌داند و به اهمیت بالا بردن بینش برای تغییر رفتار تکیه می‌کند. واقعیت‌درمانی یک شیوه‌ی درمانی فرایند محور و راه‌حل مدار است. اهداف واقعیت‌درمانی شامل موارد زیر هستند. جایگزین کردن انتخاب‌های مؤثر به جای انتخاب‌های نامؤثر و تبدیل سبک زندگی رضایت‌مند به جای زندگی غیر رضایت‌مند. در واقع گلاسار در مخالفت با نظریه‌ی روان کاوی از گذشته‌گرایی دست برداشت و معتقد بود به جای آن که همواره بر نقش تجربیات کودکی و سهم والدین در بروز اختلال‌های روانی تأکید کنیم باید به افراد یاد بدهیم که در نهایت جز خودشان هیچ‌کس مسئول وضعیت زندگی آن‌ها نیست و این خودشان هستند که انتخاب

^۶ Figley

^۷ Beaumont, Hollins Martin

^۸ Gilbert, Procter

^۹ Braehler

^۱ Benbow & Anderson

^۲ Hojati, Jabibi, Ali Mohammad Zadeh

^۳ Allen, Abdollahi, Taheri

^۴ Brown

^۵ Crawford

پیشانی و مهربانی ویژگی‌های کلیدی شفقت هستند، همراه با شفقت به خود که با کاهش انتقاد از خود، کاهش سرزنش و نگرانی و به دنبال آن افزایش سلامت روانی همراه است (نف، ۲۰۰۳، گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴؛ گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). شفقت به خود ریشه در آموزه‌های بودایی دارد، تحقیقاتی انجام شده است که نشان می‌دهد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان با شفقت به خود رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری هستند (به‌عنوان مثال، نف، ۲۰۰۳؛ نف و همکاران، ۲۰۰۷؛ لیری و همکاران، ۲۰۰۷؛ هاجرسون، سپلا و گروس^۴، ۲۰۰۸؛ لوتر و همکاران، ۲۰۰۸؛ گیلبرت، ۲۰۰۹؛ کلی و همکاران، ۲۰۰۹؛ بومونت و هولینز مارتین^۵، ۲۰۱۲). ذهن‌آگاهی، همدلی و مهربانی عواملی هستند که شفقت به خود را پرورش می‌دهند و مراقبت از خود و بهزیستی را ارتقاء و نهایتاً باعث بهبود کیفیت کلی می‌شود (بومونت و هالینز مارتین، ۲۰۱۵).

در تبیین یافته‌های به دست آمده (تأثیر مثبت و معنی‌دار واقعیت درمانی بر کیفیت زندگی) می‌توان چنین نوشت که مطالعاتی مانند پژوهش جف، راستلینگ و وایز (۲۰۱۹)؛ کاکیا (۲۰۱۷)، کستتر (۲۰۱۶) و نیلوفری (۲۰۱۷) نشان می‌دهند که آموزش تئوری انتخاب تغییرات مثبتی را در راستای کاهش هیجانات و افکار منفی خود آسیب‌رسان در افراد ایجاد کرده است. گلاسز معتقد است، خودانتقادی راهبرد انتخاب شده‌ی نامناسبی است که افراد برای تنبیه خود و پیشگیری از وقوع مجدد اشتباهات در آینده و نیز کسب همدلی و همدردی دیگران به‌جای تحقیر و نکوهش انتخاب می‌کنند، اما چون این مسأله فرد را در جهت کنترل بیرونی سوق می‌دهد، اثرات زیان‌بار فراوانی بر سلامت روان و بهزیستی وی باقی می‌گذارد. تئوری انتخاب معتقد است، انتخاب صحیح افراد باید بر شناخت خود واقعی، نیازهای روانی خود، پذیرش خود واقعی و ارتباط با دنیای ادراکی خویش مبتنی باشد؛ علاوه بر این فاصله گرفتن از واقعیت بر اساس خود ایده‌آل، ارتباط وی با دیگران را مخدوش می‌کند؛ زیرا به اشتباه دیگران را مسبب احساس شرم خود می‌داند. رویکرد تئوری انتخاب که در شکل درمانی آن با نام واقعیت‌درمانی شناخته می‌شود، در عین سادگی و اختصار، ارتباط فرد را با احساسات، افکار و رفتار خود و نیز با دنیای پیرامون و افراد دیگر بهبود می‌بخشد و شخص را به سوی انتخاب احساسات و افکار سازگارانه و بهینه سوق می‌دهد که این امر باعث بهبود وضعیت

می‌کنند در کدام یک از مسیرهای سلامت یا بیماری گام بردارند. از دیدگاه گلاسز انسان‌ها اکثراً از تلاش برای کنترل بیرونی استفاده می‌کنند و خیلی از افراد به‌نوعی یا در معرض کنترل بیرونی قرار دارند و یا در حال تلاش برای رهایی از این کنترل و رساندن خود به جایگاهی که خودشان بتوانند دیگران را تحت کنترل درآورند هستند و به همین دلیل شادکامی و احساس سعادت موضوعی دست‌نیافتنی برای انسان به شمار می‌رود.

اثر بخشی این دو درمان بر استرس ادراک شده یکسان است. در توجیه اثربخشی یکسان هر دو درمان، می‌توان گفت هر دو رویکرد بر مسئولیت فردی برای تلاش فعالانه در جهت تغییر الگوهای رفتاری ناکارآمد، غیرواقعی و نامهربانان هستند، بنابراین طبیعی است که هر دو رویکرد به یک اندازه بر بهبود میزان استرس ادراک شده‌ی پرستاران تأثیرگذار باشند. از طرفی می‌توان گفت به دلیل تجربه برخی عوامل مشترک در هر دو گروه درمانی هم‌چون فرصت شرکت در گروه، به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات، برقراری ارتباطات انسانی و خودافشایی مؤثر و مفید هر دو رویکرد تأثیر یکسانی داشته‌اند. همچنین ممکن است تفاوت‌های درمانی ناشی از درمان‌ها در بلند مدت آشکار شود که نیازمند پیگیری است.

اثر بخشی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر کیفیت زندگی نیز معنی‌دار و مثبت است. در نتیجه هر دو روش درمانی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی توانسته‌اند کیفیت زندگی را افزایش دهند. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های انجام شده توسط وان دام و همکاران (۲۰۱۱)، دورکین، بیومونت، مارتین و کارسون^۱ (۲۰۱۶)، بروفی^۲ و همکاران (۲۰۲۰) و نری-هارویت، یون و ایبیک^۳ (۲۰۱۸) مبنی بر این که هر چقدر فرد میزان شفقت به خود بالایی داشته باشد، از کیفیت زندگی خوبی برخوردار است. همچنین عارفی و گنجوری (۲۰۱۷)، در پژوهش خود ارتباط مثبت میان واقعیت درمانی و بهزیستی روان‌شناختی را نشان دادند.

در تبیین یافته‌های به دست آمده (تأثیر مثبت و معنی‌دار شفقت درمانی بر کیفیت زندگی) می‌توان چنین نوشت که شفقت شامل نیکوکاری نسبت به دیگران است (باراد، ۲۰۰۷). در مقابل، علوم روان‌شناختی شفقت را به‌عنوان تشخیص ناراحتی خود یا دیگری و تلاش برای کاهش آن می‌دانند (گیلبرت، ۲۰۰۹). همدلی، تحمل

^۴Hutcherson, Seppala, Gross^۵ Beaumont, Hollins Martin^۱ Durkin, Beaumont, Martin, Carson^۲ Brophy^۳Nery-Hurwit, Yun, Ebbeck

قابل‌تعمیم به کل جامعه نیست. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی نمونه‌های دیگر و در مناطق دیگر نیز انجام شود، درواقع برای رسیدن به نتایج بهتر باید بر روی سایر افراد جامعه صورت گیرد. با توجه به این‌که این پژوهش در زمان شیوع ویروس کرونا انجام شد، دسترسی به نمونه به سختی انجام شد. بنابراین انجام این پژوهش بر پرستاران زمانی که ویروس کرونا به کمترین مقدار شیوع رسیده و مقایسه‌ی نتایج به دست آمده با پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود. با توجه به این‌که شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر علائم روان‌تنی، در کارکنان حوزه‌ی سلامت اثربخش بوده، پیشنهاد می‌شود برای این افراد و خصوصاً پرستاران که در شرایط کرونا (کووید-۱۹)، به اختلالات روان‌تنی مانند اختلال وسواس فکری-عملی، خستگی زیاد، تنگی نفس به دلیل استفاده از ماسک، استفراف، تهوع، سردردهای میگرنی، بی‌خوابی و مشکلات استخوانی-عضلانی دچار می‌شوند، واقعیت‌درمانی و شفقت‌درمانی اجرا شود. همچنین انجام دوره‌ای تحقیقات مقایسه‌ای سلامت روان بین پرستاران شاغل در کشورهای مختلف تفاوت سطح رفاهی و شغلی این قشر را مشخص خواهد کرد و زمینه‌ساز مطالبات تعویقی این قشر فعال و صبور خواهد بود.

تندرستی کامل از نظر جسمی، روحی، روانی و اجتماعی، داشتن اعتماد به نفس، توانایی سازگاری با محیط، برقراری روابط اجتماعی سالم و مشارکت اجتماعی سالم و در نهایت افزایش میزان کیفیت زندگی افراد می‌شود (جف، راستلینگ و وایز^۱، ۲۰۱۹).

اثربخشی دو درمان بر کیفیت زندگی یکسان است. دلیلی که می‌توان درباره‌ی اثربخشی یکسان دو رویکرد بیان داشت، این است که اعضای گروه‌ها را پرستاران تشکیل داده‌اند و شیفت کاری باعث می‌شود، تلاش‌های مسئولانه آن‌ها تغییر چندانی را به دلیل محدودیت‌های برنامه رفتاری در بیمارستان ایجاد نکند و آن‌ها اجازه‌ی لازم را برای اعمال تغییرات درمانی در سطح وسیع در زندگی خود نداشته باشند، لذا هر دو رویکرد توانسته‌اند به یک میزان تغییرات درمانی را ایجاد نمایند. از طرفی این درمان‌ها در زمان شیوع ویروس کرونا انجام شده است که این امر، انجام تمرین‌های مربوط به درمان‌ها را به دلیل مشغله‌ی کاری دچار محدودیت می‌کند. محدودیت‌های پژوهش به این صورت بود که این پژوهش، فقط بر روی تمام کارکنان زن و مرد شاغل در بیمارستان‌های آموزشی/درمانی معین شهر اصفهان در سال ۲۰۲۱، صورت گرفته است و

قدردانی: از تمامی کارکنان بیمارستان‌های خورشید، عیسی بن مریم، امین و غرضی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند کمال تشکر و سپاسگزاری داریم.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ تعارض منافی اعلام نکرده‌اند.

حامی مالی: این مقاله هیچ نوع حامی مالی نداشته است.

Reference

- Allen, K. A., Abdollahi, A., & Taheri, A., (2021). Perceived stress, self-compassion and job burnout in nurses: the moderating role of self-compassion. *Journal of Research in Nursing*, 26(3), 182-191.
- American Psychological Association. (2018). Stress in America: Generation z. <http://www.apa.org/news/press/releases/stress/2018/stress-gen-z.pdf>
- Amin Yazdi, S., & Salehi Federdi, J. (1999). Examining the relationship between documentary style and perceived stress. *Educational and Psychological Studies.*, 1(2), 1-9. (In Persian).
- An, Y., Yang, Y., Wang, A., Li, Y., Zhang, Q., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 276, 312-315.
- Bakhtiarpour, S., & Drees, A. (2016). The relationship between perceived stress and psychosomatic complaints in students of the Islamic Azad University of Ahvaz branch, the first international conference on modern researches in the field of educational sciences, psychology and social studies of Iran, Qom. (In Persian).
- Barad, J., (2007). The understanding and experience of compassion: Aquinas and the Dalai Lama. *Buddhist-Christian Studies*, 11-29
- Bassi, M., Negri, L., Delle Fave, A., & Accardi, R. (2021). The relationship between post-traumatic stress and positive mental health symptoms among health workers during COVID-19 pandemic in Lombardy, Italy. *Journal of Affective Disorders*, 280, 1-6.
- Beaumont, E., Hollins Martin, C. J. (2015). A narrative review exploring the effectiveness of Compassion-Focused Therapy. *Counselling Psychology Review*, 30(1), 21-32.
- Benbow, A. A., & Anderson, P. L. (2019). A meta-analytic examination of attrition in virtual reality exposure

^۱. Joff, Rustling, & Wiese

- therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 18-26.
- Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1).
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199–214.
- Breuer, J., & Freud, S. (1895). Studies on hysteria. In: James Strachey, editor. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 260, 45-52.
- Brown, B., Crawford, P., Gilbert, P., Gilbert, J., & Gale, C. (2013). Practical compassions: repertoires of practice and compassion talk in acute mental healthcare. *Sociology of Health & Illness*, ISSN 0141-9889. pp. 1–17.
- Budiman, A. A., Megananda, N. K., & Faradisa, E. (2021). The impact of Virtual Reality (VR) therapy and its modifications in mental health nursing services: A scoping review: Virtual Reality (VR) therapy. *Promotion and Prevention in Mental Health Journal*, 1(2), 43-48.
- Cervantes, S. N., & Robey, P. A. (2018). Aligning reality therapy and choice theory psychology with cognitive psychology. *International Journal of Choice Theory® and Reality Therapy*, 38(1), 13.
- Cohen, R., Leykin, D., Golan-Hadari, D., & Lahad, M. (2017). Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives. *Midwifery*, 50, 1–8.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama*, 298(14), 1685-1687.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (Eds.). (1983). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press on Demand.
- Costakis, H. R., Gruhlke, H., & Su, Y. (2020). Implications of emotional labor on work outcomes of service workers in not-for-profit human service organizations. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*.
- Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., Gilbert, P., 2014. The design of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24): 3589-99.
- Crawford, P., Gilbert, P., Gilbert, J., Gale, C., Harvey, K. (2013). The language of compassion in acute mental health care. *Qualitative Health Research*, 23, 719–727.
- D'Souza, R. S., & Hooten, W. M. (2019). Somatic syndrome disorders. In: StatPearls. StatPearls Publishing. (2019). Available online at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532253/>. (accessed December 20, 2020).
- Dizjani, F., & Khoramin, Sh. (2017/2016). The effect of reality therapy on marital satisfaction and quality of life of women. *Armaghane Knowledge*, 21(2), 199-187.
- Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109-114.
- Edwards, M., Adams, E. M., Waldo, M., Hadfield, O. D., & Biegel, G. M. (2014). Effects of a mindfulness group on Latino adolescent students: Examining levels of perceived stress, mindfulness, self-compassion, and psychological symptoms. *The Journal for Specialists in Group Work*, 39(2), 145-163.
- Elahi Nejad, S., Makvand-Hosseini, S., & Sabahi, P. (2019). Effect of neurofeedback therapy versus group reality therapy on anxiety and depression symptoms among women with breast cancer: A clinical trial study. *IJBD*, 11(4), 39-52. (In Persian)
- Eslami, R., Hashemian, P., Jarahi, L., & Modarres Gharavi, M. (2013). Effectiveness of group reality therapy on happiness and quality of life in unsupervised adolescents in Mashhad. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 56(5), 300-306. (In Persian).
- Fathish & Rahmanian M. (2020), the effect of mindfulness treatment on perceived stress, psychological well-being and psychosomatic symptoms of the 115 emergency medical staff during the outbreak of covid-19. The second conference of educational sciences, *psychology and Humanities*. (In Persian).
- Feizollahi, Z., Asadzadeh, H., Bakhtiarpour, S., & Farrokhi, N. (2020). The Mediating Role of Self-compassion in the Correlation Between Perceived Social Support and Psychosomatic Symptoms Among Students with Gender as the Moderator. *Journal of Health Reports and Technology*, 8(2). (In Persian).
- Figley, C. R., (2002). Treating compassion fatigue. New York: Brunner/Mazel.
- Finlay-Jones, A. L. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*, 21(2), 90-103.

- Franklin, P., & Gkiouleka, A. (2021). A scoping review of psychosocial risks to health workers during the Covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2453.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. London: Constable.
- Glasser William. (1965). *Reality therapy*. Translated by Ali Sahibi. Tehran: Sayeh Sokhan Publications
- Glasser, W. (1998). *Choice theory*. New York: Harper Collins.
- Glasser, W. (2010). *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. New York: HarperCollins Publication.
- Golparvar, M., & Khatunabadi, G. (2017). The relationship between bullying in the hospital and psychosomatic complaints of female nurses regarding the moderating role of resilience and hope. *Journal of Health Research*, 3(4), 262-254. (In Persian).
- Gu, B., Tan, Q., & Zhao, S. (2019). The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: a cross-sectional survey. *Medicine*, 98(22).
- Hajlo Nader (2011). Psychometric properties of the Takata and Sakata psychosomatic complaints scale among students of Mohaghegh Ardabili University. *Behavioral Science Research*, 10(3), 212-204. (In Persian).
- Handayani, R. T., Kuntari, S., Darmayanti, A. T., Widiyanto, A., & Atmojo, J. T. (2020). Factors Causing Stress in Health and Community When the Covid-19 Pandemic. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 8(3), 353-360.
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4).
- Hemalakshmi, J., Vijaylakshmi, K., & Venkatesan, L. (2018). Virtual reality therapy upon psychological wellbeing among nursing students. *TNNMC Journal of Mental Health Nursing*, 6(2), 9-14.
- Hojati, H., Jabibi, K., & Ali Mohammad Zadeh, K. H. (2020). Effectiveness of reality therapy on empathy of the spouses of veterans with posttraumatic stress disorder. *MCS*, 7(1), 1-7. (In Persian).
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427.
- Hosni, F., Rezazadeh, M., Ghanbaripanah, A., & Khoshbahar, A. (2020). The effectiveness of compassion-focused therapy on sexual satisfaction, emotional regulation and resilience in nurses with marital burnout syndrome. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 7(3), 52-64. (In Persian).
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., Gross, J. J., (2008). Loving kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8, 720-724
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
- Jalali, A., & Qadri, D. (2016). Comparing the effectiveness of group reality therapy and drug therapy on improving the mood symptoms of addicts. *Addiction and Substance Abuse Research Quarterly*, 38(10), 28-22. (In Persian).
- Joff, R. T., Rustling, C. L., & Wiese, A. C. (2019). Reality therapy for dependent and self-critical patients. *Journal of Psychology*, 20(15), 56-63.
- Kadampour, A., Nusratabadi, M., Pourabadei, P., & Mirdrikund, F. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy on improving the quality of life and increasing the resilience of caregivers of dementia patients. *Recent Advances in Behavioral Sciences*, 5(43), 43-55. (In Persian).
- Khodabakhshi Koolae, A., Mosalanejad, L., & Mamaghanirad, B. (2017). The effectiveness of group training of choice theory on quality of life and hope in blind people. *Iranian Rehabilitation Journal*, 15(3), 199-206. (In Persian).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J., (2007). Selfcompassion and reactions to unpleasant self-relevant Events: The implications of treating oneself kindly, *Journal of Personality and Social Psychology* 92, 887-904.
- Lee, E. S. (2015). Effects of a happiness choice program based on reality therapy on subjective well-being and interpersonal relations in nursing students. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 29(3), 503-514.
- Lojk, L., Butorac, D., Posavec, M., Maras, T., Kranželić, V., & Baković, A. (2018). Reality therapy training efficiency in helping participants to better their relationships and improve their psychological wellbeing. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 37(2), 111-121.

- Main Azad, M., Farhadi, T., & Khaki, S. (2020). The effectiveness of online reality therapy on the perceived stress and experiential avoidance of those who have recovered from Covid-19, *Journal of Health Psychology*, 10(38), 141-156. (In Persian).
- Martínez-Rubio, D., Navarrete, J., & Montero-Marin, J. (2021). Feasibility, effectiveness, and mechanisms of a brief mindfulness-and compassion-based program to reduce stress in university students: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 154.
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., & Lalucat-Jo, L. (2011). The World Health Organization quality of life scale brief version: a validation study in patients with schizophrenia. *Quality of life Research*, 20, 1079-1089.
- Mironova, O., Polyakova, O., & Ushkov, F. (2017). Impact of compelled contacts on psychosomatic disorders of employees of organizations. *Economic and social development: Book of Proceedings*, 878-885.
- Moini, F., Taheri, N., Gooderzi, N., Tanbaghi, P., Rah Nejat, A., & Denavi, V. (2018). The effectiveness of compassion therapy on improving symptoms of post-traumatic stress disorder. *Nurse and Doctor in Battle*, 7(23), 25-20. (In Persian).
- Monroe, M., Morse, E., & Price, J. M. (2020). The Relationship Between Critical Care Work Environment and Professional Quality of Life. *American Journal of Critical Care*, 29(2), 145-149.
- Naderi, H., & Akbari, M. (2016). The relationship between emotional intelligence and the quality of life of tourism students (case study: tourism students of Mazandaran University). *Journal Of Tourism Planning and Development*, 6(22), 144-164. (In Persian).
- Nasiri, H. (2006). *Checking the validity and reliability of the World Health Organization's short quality of life scale and preparing its Iranian version*. National seminar on mental health of students. (In Persian).
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Selfkindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97.
- Neff, K. D. (2016). Does self-compassion entail reduced self-judgment, isolation, and over-identification? A response to Muris, Otgaar, and Petrocchi (2016). *Mindfulness*, 7(3), 791-797.
- 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. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- 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.
- Nery-Hurwit, M., Yun, J., & Ebbeck, V. (2018). Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disability and Health Journal*, 11(2), 256-261.
- Pokhrel, S., & Chhetri, R. (2021). A literature review on impact of COVID-19 pandemic on teaching and learning. *Higher Education for the Future*, 8(1), 133-141.
- Porshalchi, H., Hosseinalipour, A., & Ebrahimi Orang, A. (2016). *Explaining the role of stress in psychosomatic disorders*, the 4th National Counseling and Mental Health Conference, Qochan. (In Persian).
- Rahimi, M. (2016). the relationship between family communication patterns and quality of life. Master thesis, Shiraz University. (In Persian).
- Rahmani, S., Rahmati, A., Kazemi, A., & Pishgahi, B. (2019). The effectiveness of self-compassion therapy on cognitive regulation strategies of emotion and anxiety sensitivity in female nurses. *Psychiatric Nursing*, 8(4), 110-99. (In Persian).
- Rahmati Sagarani, S., Kolahi, P., Sam Khaniani, A., & Rahmani, S. (2018). Investigating the effectiveness of reality therapy on the psychological well-being of female nurses, the fifth national conference on recent innovations in psychology, *Applications and Empowerment Centered on Psychotherapy*, Tehran. (In Persian).
- Sabel, B. A., Wang, J., Cárdenas-Morales, L., Faiq, M., & Heim, C. (2018). Mental stress as consequence and cause of vision loss: the dawn of psychosomatic ophthalmology for preventive and personalized medicine. *EPMA journal*, 9(2), 133-160.
- San Martin, A. H., Serrano, J. P., Cambriles, T. D., Arias, E. M. A., Méndez, J. M., Del Yerro Álvarez, M. J., & Sánchez, M. G. (2020). Sleep characteristics in health workers exposed to the COVID-19 pandemic. *Sleep Medicine*, 75, 388-394.
- Selye, H. (1996). Further thoughts on "stress without distress". *Medical Times*, 104(11), 124-144.
- Shams, G., Pashang, S., & Sedaghat, M. (2020). Comparing the effectiveness of compassion-based therapy and reality therapy on the self-efficacy of patients with multiple sclerosis. *Preventive Medicine Quarterly*, 8(1), 8-17. (In Persian).
- Sharifinia, R., & Rezaei, A. (2020). The effect of positive thinking training on the perceived stress and self-efficacy of Hamadan law enforcement units in 2019.

- Police cultural studies, *Hamadan Law Enforcement Knowledge*, 8(2 (29 series)), 15-27. (In Persian).
- Shuichi, J. (2019). The effect of reality therapy training on self-care and emotional self-regulation of physically-motor disabled men. *Journal of Psychological Achievement*, 27(1), 247-264. (In Persian).
- Sintema, E. J. (2020). Effect of COVID-19 on the performance of grade 12 students: Implications for STEM education. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 16(7), em1851.
- Sirti Nair, M., Karimi, L., & Khalili, R. (2019). The level of perceived stress of medical and non-medical staff in the face of the epidemic of the Covid-19 disease. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26(3), 305-294. (In Persian).
- Sumi, K., & Kanda, K. (2002). Relationship between neurotic perfectionism, depression, anxiety, and psychosomatic symptoms: A prospective study among Japanese men. *Personality and Individual Differences*, 32(5), 817-826.
- Sydenham, M., Beardwood, J., & Rimes, K. A. (2017). Beliefs about emotions, depression, anxiety and fatigue: A mediational analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(1), 73-78.
- Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(1), 3-7.
- Trindade, I. A., & Sirois, F. M. (2021). The prospective effects of self-compassion on depressive symptoms, anxiety, and stress: A study in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 146, 110429.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130.
- Watson, M. E., Dealy, L. A., Todorova, I. G., & Tekwani, S. (2014). Choice theory and reality therapy: Applied by health professionals. *International Journal of Choice Theory & Reality Therapy*, 33(2).
- Wiley, E., Khattab, S., & Tang, A. (2022). Examining the effect of virtual reality therapy on cognition post-stroke: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 7(1), 50-60.
- Wong, J. Y. H., & Fong, D. Y. T. (2015). Anxiety mediates the impact of stress on psychosomatic symptoms in Chinese. *Psychology, Health & Medicine*, 20(4), 457-468.
- Yeshua, M., Zohar, A. H., & Berkovich, L. (2019). "Silence! The body is speaking"—a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, Health & Medicine*, 24(2), 229-240.
- Yu, N. X., Chan, J. S., Ji, X., Wan, A. H., Ng, S. M., Yuen, L. P., & Chan, C. H. (2019). Stress and psychosomatic symptoms in Chinese adults with sleep complaints: Mediation effect of self-compassion. *Psychology, Health & Medicine*, 24(2), 241-252.
- Zarabadipour, M., Askari, Ghancheh, M., Asgari Ghancheh, S., & Mirzadeh, M. (2019). Psychological investigation of the factors affecting the stress caused by the corona epidemic in the medical staff and the community of Qazvin city. *Journal of Military Medicine*, 22(6), 525-57. (In Persian).
- Zhao, X., Liu, S., Yin, Y., Zhang, T., & Chen, Q. (2022). Airborne transmission of COVID-19 virus in enclosed spaces: An overview of research methods. *Indoor Air*, 32(6), e13056.