

October–November 2020, Volume 8, Issue 4

## The Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies and Anxiety Sensitivity in Female Nurses

Soheila Rahmani<sup>1</sup>, Ali Rahmati<sup>2</sup>, Seyed Ali Kazemi Rezaei<sup>3\*</sup>, Behnaz Pishgahi<sup>4</sup>

1- Student of Health Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

2- Master Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.

3- PhD Student of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

**Email:** Ali.kazemi8989@gmail.com

4- M.Sc Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

Received: 15 June 2020

Accepted: 13 Oct 2020

### Abstract

**Introduction:** Nurses as a powerful arm of the health care system play an important role in the evolution and progress of care, treatment, improvement, and promotion of the system. This study aimed to evaluate the effectiveness of self-compassion-based therapy on cognitive emotion regulation strategies and anxiety sensitivity in female nurses.

**Methods:** In a quasi-experimental design, with pre-test-post-test with a control group, 30 female nurses working in the psychiatric ward working in hospitals (Imam Hossein (AS) and Bouali Hospital) in Tehran in 2019 to Targeted forms were selected and randomly assigned to two equal groups of 15 individuals. The experimental group then underwent compassion-focused treatment for 8 sessions and the control group did not receive any intervention. Participants completed the Anxiety Sensitivity Questionnaire and the Emotion Regulation Strategies Questionnaire in three baseline stages, after a two-month test and follow-up. Data were analyzed using univariate one-way analysis of variance and repeated measures with SPSS21 software.

**Results:** The results of the analysis showed that the scores of the experimental group decreased compared to the control group in the anxiety sensitivity variable (the greatest decrease in the fear component of physical anxiety). There was also a significant difference in improving emotional regulation the follow-up stage of this difference is maintained ( $P < 0.01$ ).

**Conclusions:** It can be concluded that self-compassionate therapy due to its high efficiency, especially when it is held in groups, cheapness, and acceptance by nurses is an effective strategy to help people exposed to anxiety sensitivity and improved emotion regulation strategies.

**Keywords:** Nurses, Cognitive emotion regulation, Anxiety sensitivity, Self-compassion therapy.

## اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و حساسیت اضطرابی در پرستاران زن

سهیلا رحمانی<sup>۱</sup>، علی رحمتی<sup>۲</sup>، سید علی کاظمی رضایی<sup>۳</sup>\*، بهناز پیشگاهی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: Ali.kazemi8989@gmail.com

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** پرستاران به عنوان بازوی توانمند سیستم خدمات بهداشتی و درمانی نقش به سزایی در تحول و پیشرفت امور مراقبتی، درمانی، بهبود و ارتقاء سلامت ایفا می کنند. این پژوهش با هدف اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و حساسیت اضطرابی در پرستاران زن انجام گرفت.

**روش کار:** در یک طرح نیمه آزمایشی، با پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از پرستاران زن شاغل در بخش اعصاب و روان شاغل در بیمارستانهای (امام حسین(ع) و بیمارستان بوعلی) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ به صورت هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان متمرکز بر شفقت به خود قرار گرفت و گروه گواه مداخله ایی دریافت نکرد. شرکت کنندگان پرسشنامه حساسیت اضطرابی و پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان را در سه مرحله خط پایه، پس از آزمون و پیگیری دو ماهه تکمیل کردند. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک راهه تک متغیری و اندازه گیری مکرر با نرم افزار SPSS 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج تحلیل نشان داد که نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در متغیر حساسیت اضطرابی (بیشترین کاهش در مولفه ترس از نگرانی های بدنی) کاهش یافته همچنین بر بهبود تنظیم هیجانی [و مولفه های آن] تفاوت معناداری ایجاد شده است و در مرحله پیگیری این تفاوت حفظ شده است ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** از این پژوهش چنین می توان نتیجه گیری کرد که درمان مبتنی بر شفقت به خود به دلیل کارایی بالای آن، به خصوص هنگامی که به صورت گروهی برگزار می شود، ارزان بودن و پذیرش آن توسط پرستاران راهبرد موثری برای کمک به افراد در معرض حساسیت اضطرابی و بهبود راهکارهای نظم جویی هیجان می باشد.

**کلیدواژه ها:** پرستاران، نظم جویی شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی، درمان مبتنی بر شفقت به خود.

### مقدمه

سلامت و حیات انسانها می باشند [۳]. در تمام بخشهای بیمارستانی با پرستارانی برخورد می کنیم که هنگام ورود به شغل پرستاری افراد منظم، دلسوز و علاقمندی بوده اند، اما معمولاً پس از مدتی به دلیل مواجهه با انبوهی از دشواریها و استرسهای شغلی در محیط کار احساس اضطراب و خستگی کرده و حتی مایل هستند از کار خود کناره گیری کنند [۴] محیط شغلی همواره بر فرد تاثیر می گذارد. به عبارت دیگر، ویژگیهای شغلی و ویژگیهای روانی به طور دایم در ارتباط متقابل و پویا هستند [۵]. طی تحقیقی

نیروی انسانی با ارزش ترین منبع برای سازمان ها به شمار می آید و از ارکان اصلی آن محسوب می شود. [۱] پرستاران از جمله نیروی انسانی با ارزش هستند و یکی از اعضای گروه بهداشتی هستند که دانش و مهارت لازم را کسب کرده و در انجام وظایف بنیادی خود که همانا اعتلای سلامتی جامعه، پیشگیری از بیماریها، تامین و حفظ سلامت کلیه افراد خانواده است فعالیت می کنند [۲]. در ارتباط نزدیک و تنگاتنگ با سایر مردم قرار دارند و دارای مسئولیتهای خطیری در قبال

تعریف می شود [۱۶].  
تنظیم هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می شود [۱۷].  
از آنجایی که تنظیم هیجان نقشی محوری در تحول به هنجار داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال های روانی به شمار می رود [۱۸]. نظریه پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجاناتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه های تشخیصی، اختلال های درونی سازی از قبیل اضطراب را نشان می دهند [۱۹، ۲۰].

ارتباط بین تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی در پژوهش ها به صورت جداگانه با درمان مبتنی بر شفقت ثابت شده است. از نظر بالینی «درمان مبتنی بر شفقت» و «تربیت توجه و تفکر مشفقانه» در افرادی که سطوح بالایی از شرم و خود شکنی را تجربه کرده اند و مشکلات زیادی را در زمینه مهربانی، احساس گرمی و محبت و شفقت به خود نشان داده اند، مشاهده شده است [۲۱].  
شرمگینی و خود شکنی ریشه در تاریخچه ای از خود آزاری، کله شقی هیجان زدگی، غفلت ورزی، خشکی عاطفی و پریشانی خانوادگی دارد که همه این ها به طور جدی تهدیدی برای انکار و ناسازگویی از دنیا و موقعیت خود می شود و خیلی سریع می تواند منجر به حمله وری و خود شکنی شود. بنابراین در درمان این گروه بایستی بر چنین تجارب تلخ و رخداد های پریشان کننده تأکید شود [۲۲].  
درمان مبتنی بر شفقت (آموزش توجه مهر ورزانه به خود) توسط گیلبرت برای افرادی که مشکلات مزمنی نظیر اضطراب و افسردگی داشته اند و دچار شرمساری و خود تخریبی و خود سرزنشگری شده اند. پدید آمد [۲۳].  
این درمان متکی بر اصولی است که از روان شناسی تکاملی، روان شناسی اجتماعی، روان شناسی رشدی، علوم عصب شناختی و الگوهای هیجانی نشأت گرفته اند [۲۴].  
خود شفقتی تأثیر قابل توجهی در پریشانی روانی به طور کل، اضطراب، ابعاد مختلف نشانه های روان شناختی دیگر و عاطفه مثبت دارد [۲۵].

به دلیل اینکه پرستاران سختی های زیادی را در محیط کار تحمل می کنند، بنابراین نیازمند توجه فراوانی در رابطه با سلامت روانی دارند. از آنجایی که تا کنون پژوهشی در رابطه با حساسیت اضطرابی پرستاران تا کنون انجام نگرفته و با توجه به آنچه که گفته شد، به نظر می رسد که درمان مبتنی بر شفقت به خود بر تنظیم هیجانی و

مشخص شد که میزان استرس و اضطراب در بین کارکنان بیمارستانها و نیز در گروه های درمانی و اداری همبستگی مثبت معنی داری با سلامت روان دارد [۶]. درجات بالای اضطراب و استرس در پرستاران هشداردهنده است و می تواند خطر ساز باشد [۷]. حساسیت اضطرابی را به عنوان ترس از احساس های مرتبط با اضطراب تعریف می کنند که از باور به اینکه این احساسات، تهدید اجتماعی، جسمانی یا روانشناختی برای فرد دارد، ناشی می شود [۸]. افراد دارای حساسیت اضطرابی تجارب غیر منتظره و متوالی از هیجان ها را تجربه می کنند. این اظهارهای متوالی هیجانی در افراد آسیب پذیر سبب می شود که واکنش های بدنی و هیجانی خود را غیر قابل کنترل بدانند، از این رو این افراد به اجتناب از موقعیت های گوناگون باور دارند، زیرا آنها فقدان کنترل درونی بر روی پاسخ های هیجانی خود را هنگام روبه رو شدن با موقعیت ها را پیش بینی می کنند [۹]. حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر واسطه ای میان استرس و ایجاد بیماری، نقش مهم و تعیین کننده ای در ایجاد و تداوم اختلالات روانی به ویژه اختلالات اضطرابی دارد [۱۰].

وقتی افراد دارای حساسیت اضطرابی زیاد با دشواری های بیشتری در تنظیم عملکردهای هیجانی خود رو به رو باشند، کمتر قادر به شناسایی و پذیرش هیجان های خود هستند و در موقعیت های هیجانی مبهم به نشان دادن هیجان های منفی تمایل بیشتری دارند [۱۱]. به نظر می رسد قابلیت هایی برای تشخیص و بیان تجارب هیجانی، جنبه هایی از تنظیم هیجانی هستند که با حساسیت اضطرابی مرتبطند. نقص در این حوزه ها در قالب مشکلات ساختاری در تنظیم شناختی هیجان تبیین می شود [۱۲].  
از تنظیم هیجان تعریف های متعددی شده است، ولی همه آنها تنظیم هیجان را شیوه ای که در آن افراد تجربه خود و بیان خود از هیجان را در شرایط پریشانی با به کار گرفتن راهبردهایی مانند سرپرستی، سرکوب و ارزیابی مجدد شناختی کنترل می کنند، تعریف کرده اند [۱۳].  
پژوهش ها نشان می دهند که تنظیم هیجان از مولفه های روان شناختی است که اغلب با حساسیت اضطرابی همراه است [۱۴].  
هنگامی که فرد با موقعیت های هیجانی مواجه می شود، برای تنظیم هیجان به بهترین کارکردهای شناختی نیاز دارد و می کوشد تا هیجان های خود را کنترل کند [۱۵].  
تنظیم هیجان به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر هیجان و احساس درونی مرتبط با فرایندهای اجتماعی- روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد

حساسیت اضطرابی در پرستاران شاغل نقش داشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر تنظیم هیجانی و حساسیت اضطرابی در پرستاران شاغل در بیمارستان انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل اجرا شده است. کلیه پرستاران زن که در سال ۱۳۹۸ در یکی از بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بیمارستانهای (امام حسین(ع) و بیمارستان بوعلی) در شهر تهران طی خردادماه تا شهریور ماه ۱۳۹۸، جامعه آماری این مطالعه را تشکیل دادند. پس از اخذ موافقت از طرف بیمارستانهای مذکور از بین پرستاران مشغول به کار در بخش اعصاب و روان در دو بیمارستان مذکور که ملاک های ورود را دارا بودند، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر به طور هدفمند انتخاب و ۱۵ نفر به گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت به خود) و ۱۵ نفر گروه افراد فاقد مداخله (گروه کنترل) گمارده شدند.

ملاک های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش، سوء مصرف مواد و یا دارو نداشته باشند. بیشتر از ۵ سال سابقه کار داشته

باشند. جنسیت مونث، سن پرستاران بین ۵۰-۳۰ سال باشد. تمایل به همکاری داشته باشند. ملاک های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله ملاک های خروج از مطالعه برای گروه کنترل: عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات قبل از شروع مداخله از همه آزمودنی های گروه آزمایش برای شرکت در مطالعه رضایت نامه کتبی اخذ شد.

روند اجرای پژوهش بدین شرح بود که مطالعه در بخش اعصاب و روان بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران توسط دانشجویان روان شناسی که آشنایی لازم از روش مداخله با توجه به معیارهای اخلاقی پژوهش نظیر رضایت آگاهانه و حفظ اسرار شرکت کنندگان برگزار شد. شرکت کنندگان در سه نوبت، یعنی در خط پایه قبل از مداخله در گروههای آزمایش، مرحله پس از مداخله، و پیگیری ۲ ماهه مورد سنجش قرار گرفتند. درمان برای گروه آزمایشی به صورت گروهی طی ۸ جلسه و یکبار در هفته به مدت دو ساعت براساس درمان متمرکز بر شفقت به خود اجرا شد [۲۶]. خلاصه ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان متمرکز بر شفقت به خود به شرح زیر است.

تعداد جلسات	محتوا
جلسه ۱	اجرای پیش آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر گفتگو درباره هدفی تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود، توضیح در مورد اضطراب و حساسیت اضطرابی، شناسایی ماشه چکان های شروع اضطراب
جلسه ۲	توصیف هیجان و راهکارهای تنظیم هیجان، توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت، توضیح در مورد هیجان و راهکارهای تنظیم هیجان
جلسه ۳	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب گرانه، آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت، تعیین تکلیف خانگی هفته ی آینده/توزیع جزوات جلسه سوم
جلسه ۴	ترتیب آموذنیها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت ورز» یا «غیر شفقت ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های «پرورش ذهن شفقت ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران آموزش
جلسه ۵	سبکها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره و برای بیماران، والدین، دوستان و آشنایان، تعیین تکلیف هفته ی آینده /توزیع جزوات شرکت کنندگان در جلسه پنجم
جلسه ۶	پر کردن جدول هفتگی افکار افسرده کننده و خود انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که اجزای تصویرپردازی های شفقت ورز می توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیکهای تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز، تکرار تمرینات جلسات قبل
جلسه ۷	آموزش مهارت های شفقت به شرکت کنندگان در حوزه های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم های مهم زندگی مانند پدر و مادر / تعیین تکلیف هفته ی آینده / توزیع جزوات
جلسه ۸	جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون، وارسی و بحث در مورد برنامه ها / مرور تکالیف خانگی / مرور دوره درمان

عبارت اند از مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش، پذیرش رخداد و رضایت دادن به آنچه اتفاق افتاده است [۳۰]. توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مثبت مجدد، تمرکز بر تفکر، ارزیابی مثبت مجدد، در جای حقیقی خود قرار دادن، مصیبت بار تلقی کردن. راهبردهای مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، فاجعه سازی و نشخوار ذهنی در جمع با یکدیگر، راهبردهای تنظیم هیجان "منفی" و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مثبت مجدد، باز ارزیابی مثبت و درجای حقیقی خود قرار دادن، بر رویهم راهبردهای تنظیم هیجان "مثبت" را نشان می دهند. سلوی و همکاران پایایی راهبردهای "مثبت" و "منفی"، "کل" با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۹۳ به دست آمده است [۳۱]. همسانی درونی (آلفای کرونباخ) پرسشنامه مذکور در تمامی مولفه ها در پژوهش حاضر ۰/۸۴۶/۰/۸۴۶ گزارش شده است که در سطح قابل قبولی می باشد برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی و شاخص های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس مکرر چند متغیری با نرم افزار آماري SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

### یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه کنترل ۴/۵۹ ± ۴/۰۳، برای گروه آزمایش ۴/۵۲ ± ۴/۵۰ سال و مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی سه گروه بود. از دیگر اطلاعات جمعیت شناختی مورد بررسی وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سطح درآمد آزمودنی ها بود. (جدول ۲) فراوانی و درصد این اطلاعات را ارائه می دهد و با استفاده از آزمون خی دو تفاوت در فراوانی این مولفه در دو گروه مقایسه شد. (جدول ۲) فراوانی و درصد فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه ارائه می دهد.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه کنترل و آزمون

مؤلفه	سطوح متغیر	گروه آزمون		گروه کنترل
		درصد	فراوانی	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۵	۱۵	۱۰۰
	مجرد	-	-	-
تحصیلات	لیسانس پرستاری	۹۱/۷	۱۱	۹۱/۷
	فوق لیسانس پرستاری	۴	۳/۸	۳/۸
درآمد	متوسط	۱۵	۱۵	۱۰۰

ابزارها

از پرسشنامه های حساسیت اضطرابی و پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان استفاده شد.

الف) پرسشنامه ی حساسیت اضطرابی (ASI) یک پرسشنامه خودگزارش دهی است که ۱۶ گویه دارد و بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرتی (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) است. هر گویه این عقیده را منعکس می کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب زا را دارند. دامنه نمرات از صفر ۶۴ است و همانطور که اشاره شد مقیاس لیکرت است. فلویید، گارفیلد و مارکز (۲۰۰۵) ساختار این پرسشنامه از سه عامل؛ ترس از نگرانی های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. [۲۷]. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ نشان داده است که حساسیت اضطرابی یک سازه ی شخصیتی پایدار است. اعتبار آن در نمونه ی ایرانی انجام شده است. همسانی درونی (آلفای کرونباخ) پرسشنامه مذکور در تمامی مولفه ها در پژوهش حاضر ۰/۸۸۳/۰/۸۸۳ گزارش شده است که در سطح قابل قبولی می باشد. در ایران حاتمیان و همکاران (۱۳۹۸) آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۳ گزارش کردند [۲۸].

ب) پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی، ۲۰۰۱): برای بررسی این مفهوم، از پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان استفاده شد که گارفنسکی و همکاران (۲۰۰۱) آن را به منظور ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رخداد های تهدید کننده یا استرس زای زندگی ابداع کرده اند [۲۹]. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که نحوه ی پاسخ به آن بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت، در دامنه ای از (۱ هرگز تا ۵ همیشه) قرار دارد. پرسشنامه از نظر مفهومی ۹ خرده مقیاس متمایز از هم را تشکیل می دهند که هر یک به منزله راهبردی خاص از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و دارای ۴ عبارت است. این راهبردها

به تفکیک دو گروه (درمان مبتنی بر شفقت به خود و گواه) و سه نوبت اجرای آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) ارائه شده است.

بررسی فراوانی وضعیت تاهل، تحصیلات و درآمد در دو گروه، حاکی از یکسان بودن متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه (آزمون و کنترل) بود. در (جدول ۳) میانگین و انحراف استاندارد نمره های متغیرهای پژوهش (حساسیت اضطرابی)

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر حساست اضطرابی و راهبردهای شناختی هیجان (n=۳۰)

متغیر	مؤلفه	نوبت اجرا	گروه آزمایش		گواه کنترل
			میانگین	انحراف استاندارد	
حساسیت اضطرابی	ترس از نگرانی های بدنی	پیش آزمون	۲۵/۲۷	۱/۱۶	۱/۷۲
		پس آزمون	۱۴/۲۷	۱/۱۶	۱/۵۷
		پیگیری	۱۴/۵۳	۱/۴۶	-
	ترس از نداشتن کنترل شناختی	پیش آزمون	۹/۷۳	۰/۸۸	۱/۰۸
		پس آزمون	۷/۰۷	۰/۹۶	۰/۹۹
		پیگیری	۶/۴۰	۰/۷۴	-
	مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	پیش آزمون	۱۳/۳۳	۱/۰۵	۰/۶۲
		پس آزمون	۹/۰۰	۰/۹۳	۱/۱۶
		پیگیری	۹/۵۳	۱/۰۶	-
	نمره کل	پیش آزمون	۴۵/۳۳	۱/۴۵	۲/۱۰
		پس آزمون	۳۰/۳۳	۲/۰۹	۱/۸۶
		پیگیری	۳۰/۴۷	۲/۱۷	-
ملامت خویش	پیش آزمون	۱۰/۱۳	۱/۹۲	۲/۶۵	
	پس آزمون	۷/۴۰	۱/۴۵	۱/۹۹	
	پیگیری	۸/۲۷	۲/۴۰	-	
پذیرش	پیش آزمون	۱۱/۰۷	۲/۰۲	۲/۱۷	
	پس آزمون	۶/۷۳	۱/۶۲	۱/۸۷	
	پیگیری	۷/۴۰	۱/۸۸	-	
نشخوارگری	پیش آزمون	۱۲/۲۷	۲/۰۹	۱/۹۸	
	پس آزمون	۷/۰۷	۱/۶۲	۲/۵۳	
	پیگیری	۹/۰۰	۱/۷۷	-	
تنظیم هیجانی	پیش آزمون	۱۰/۲۰	۱/۷۸	۱/۷۵	
	پس آزمون	۷/۰۷	۱/۲۸	۱/۸۶	
	پیگیری	۸/۲۷	۱/۸۳	-	
تمرکز مجدد مثبت	پیش آزمون	۱۰/۴۷	۲/۲۳	۲/۵۲	
	پس آزمون	۶/۷۳	۱/۷۱	۱/۷۱	
	پیگیری	۸/۰۷	۱/۶۷	-	
تمرکز مجدد برنامه ریزی	پیش آزمون	۹/۹۳	۱/۸۳	۰/۷۲	
	پس آزمون	۱۰/۳۳	۱/۵۰	۱/۹۵	
	پیگیری	۹/۸۰	۲/۰۴	-	
ارزیابی مجدد مثبت	پیش آزمون	۱۲/۰۰	۲/۵۶	۱/۷۸	
	پس آزمون	۶/۹۳	۱/۹۱	۱/۶۷	
	پیگیری	۷/۶۷	۱/۵۴	-	

## سهیلا رحمانی و همکاران

۲/۶۵	۱۱/۸۰	۱/۷۷	۱۲/۴۰	پیش آزمون	فاجعه انگاری	تنظیم هیجانی
۲/۲۰	۱۱/۵۳	۱/۵۳	۶/۷۳	پس آزمون		
-	-	۱/۲۱	۷/۲۰	پیگیری		
۲/۱۹	۱۲/۳۳	۲/۵۳	۱۲/۸۷	پیش آزمون	ملامت دیگران	
۱/۶۱	۱۲/۲۰	۲/۲۲	۶/۷۳	پس آزمون		
-	-	۱/۸۱	۷/۵۳	پیگیری		
۵/۹۹	۹۶/۶۰	۷/۲۹	۱۰۱/۳۳	پیش آزمون	نمره کل	
۶/۴۱	۹۷/۰۰	۶/۹۶	۶۵/۷۳	پس آزمون		
۶/۰۰	۸۳/۶۷	۶/۱۶	۷۳/۲۰	پیگیری		

بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا داده‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها (کنترل-آزمایش) و موقعیت (پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد (جدول ۴).

با توجه به اینکه سطح معناداری شاخص Z کولموگروف اسمیرنوف در متغیرهای مورد بررسی در هر سه نوبت اندازه‌گیری و در هر سه گروه پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع داده‌های متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر بهنجار می‌باشد. قبل از

جدول ۴: نتایج آزمون شاپیرو-ویلکس به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر وابسته	
آماره	.Sig	آماره	.Sig	موقعیت	
۰/۷۸۷	۰/۹۶	۰/۹۷۷	۰/۹۸	پیش آزمون	تنظیم هیجانی
۰/۴۲۷	۰/۹۳	۰/۹۱۹	۰/۹۷	پس آزمون	
۰/۵۳۳	۰/۹۴	۰/۹۱۶	۰/۹۷	پیگیری	
۰/۶۸۶	۰/۹۵	۰/۳۶۶	۰/۹۳	پیش آزمون	حساسیت اضطرابی
۰/۳۴۴	۰/۹۳	۰/۰۷۷	۰/۸۸	پس آزمون	
۰/۴۴۷	۰/۹۴	۰/۰۳۴	۰/۸۵	پیگیری	

داد این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نمی‌باشد ( $\text{BoxM} = ۳۸/۴۹۹, F_{۶, ۳۳۵, ۶۷} = ۵/۴۵۸, P > ۰/۰۰۱$ ) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه‌ی متغیرهای مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که برای متغیرهای تنظیم هیجانی و حساسیت اضطرابی برقرار است ( $P < ۰/۰۵$ ). سپس مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که این مفروضه برای مؤلفه‌های تنظیم هیجانی و حساسیت اضطرابی برقرار است ( $P < ۰/۰۵$ ). نتایج این تحلیل در (جدول ۵) ارائه شده است.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در (جدول ۴) نشان می‌دهد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها در ابعاد تنظیم هیجانی و حساسیت اضطرابی در موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ( $P > ۰/۰۵$ ).

نتایج (جدول ۳) نشانگر همگن بودن دو گروه در مرحله پیش آزمون می‌باشد و همچنین یافته‌ها در (جدول ۴) نشان داد متغیرهای وابسته از توزیع نرمال برخوردار هستند بنابراین جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و حساسیت اضطرابی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکراری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان

جدول ۵: نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس خطا

مولفه ها	حالت	آماره لون	Df <sup>1</sup>	Df <sup>2</sup>	.Sig
	پیش آزمون	۲/۳۶	۱	۲۲	۰/۱۳۸
تنظیم هیجانی	پس آزمون	۳/۸۹	۱	۲۲	۰/۰۶۱
	پیگیری	۲/۵۵	۱	۲۲	۰/۱۲۴
	پیش آزمون	۰/۹۳	۱	۲۲	۰/۳۴۵
حساسیت اضطرابی	پس آزمون	۰/۸۲	۱	۲۲	۰/۳۷۴
	پیگیری	۱/۶۷	۱	۲۲	۰/۲۰۹

می باشد. این نتایج نشان می دهد که مداخله مدل درمان مبتنی بر شفقت به خود بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می باشد.

نتایج آزمون های چند متغیری در (جدول ۶) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود در عامل زمان ( $F=۴۵/۶۱, P<۰/۰۰۱$ ) و اثر تعاملی زمان و گروه ( $F=۳۷/۳۲, P<۰/۰۰۱$ ) معنی دار

جدول ۶: نتایج آزمون جهت مقایسه اثر درون گروهی و بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

مولفه / متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر (مجذور اتا جزئی)
حساسیت اضطرابی	بین گروهی	۱۹۶۳/۳۳۳	۲	۹۸۱/۶۶۷	۱۲۵/۴۴۶**	۰/۸۵۷
	درون گروهی	۳۲۸/۶۶۷	۴۲	۷/۸۲۵		
	کل	۲۲۹۲/۰۰۰	۴۴			
ملاطت خویش	بین گروهی	۳/۷۳۳	۲	۱/۸۶۷	۰/۴۱۸	۰/۶۶۱
	درون گروهی	۱۸۷/۴۶۷	۴۲	۴/۴۶۳		
	کل	۱۹۱/۲۰۰	۴۴			
پذیرش	بین گروهی	۲/۹۷۸	۲	۱/۴۸۹	۰/۳۷۶	۰/۶۸۹
	درون گروهی	۱۶۶/۲۶۷	۴۲	۳/۹۵۹		
	کل	۱۶۹/۲۴۴	۴۴			
نشخوارگری	بین گروهی	۲/۸۴۴	۲	۱/۴۲۲	۰/۴۰۱	۰/۶۷۲
	درون گروهی	۱۴۸/۸۰۰	۴۲	۳/۵۴۳		
	کل	۱۵۱/۶۴۴	۴۴			
تمرکز مجدد مثبت	بین گروهی	۱۲/۰۴۴	۲	۶/۰۲۲	۲/۰۲۲	۰/۱۴۵
	درون گروهی	۱۲۵/۰۶۷	۴۲	۲/۹۷۸		
	کل	۱۳۷/۱۱۱	۴۴			
تنظیم هیجانی	بین گروهی	۱۲/۱۳۳	۲	۶/۰۶۷	۱/۲۰۷	۰/۳۰۹
	درون گروهی	۲۱۱/۰۶۷	۴۲	۵/۰۲۵		
	کل	۲۲۳/۲۰۰	۴۴			
ارزیابی مجدد مثبت	بین گروهی	۱۶/۰۴۴	۲	۸/۰۲۲	۳/۰۳۰	۰/۰۵۹
	درون گروهی	۱۱۱/۲۰۰	۴۲	۲/۶۴۸		
	کل	۱۲۷/۲۴۴	۴۴			
دیدگاه پذیری	بین گروهی	۲/۸۰۰	۲	۱/۴۰۰	۰/۲۸۳	۰/۷۵۵
	درون گروهی	۲۰۸/۰۰۰	۴۲	۴/۹۵۲		
	کل	۲۱۰/۸۰۰	۴۴			
فاجعه انگاری	بین گروهی	۲/۸۰۰	۲	۱/۴۰۰	۰/۲۶۰	۰/۷۷۲
	درون گروهی	۲۲۶/۴۰۰	۴۲	۵/۳۹۰		
	کل	۲۲۹/۲۰۰	۴۴			
ملاطت دیگران	بین گروهی	۲/۵۳۳	۲	۱/۲۶۷	۰/۲۵۳	۰/۷۷۸
	درون گروهی	۲۱۰/۶۶۷	۴۲	۵/۰۱۶		
	کل	۲۱۳/۲۰۰	۴۴			
نمره کل تنظیم هیجانی	بین گروهی	۱۸۰/۱۳۳	۲	۹۰/۰۶۷	۲/۱۴۵	۰/۱۳۰
	درون گروهی	۱۷۶۳/۸۶۷	۴۲	۴۱/۹۹۷		
	کل	۱۹۴۴/۰۰۰	۴۴			



## سهیلا رحمانی و همکاران

پژوهشی تأیید می شود. پس از اینکه اثرات زمان، گروه و تعاملی معنادار شد در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو به دو به تفکیک هر متغیر مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در (جدول ۷) گزارش شده است.

**جدول ۷:** نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی درمان شفقت متمرکز به خود در طی زمان

حساسیت اضطرابی			تنظیم هیجان		
Sig.	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	Sig.	خطای استاندارد	اختلاف میانگین
۰/۰۰۱	۰/۰۸۱	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱	۱/۴۹	۱۴/۶۰
۰/۰۰۱	۰/۰۹۱	۴/۸۲	۰/۰۰۱	۱/۶۲	۴/۴۲
۰/۰۰۱	۰/۰۹۹	۶/۲۳	۰/۰۰۱	۱/۵۹	۷/۱۷

بر کاهش حساسیت اضطرابی پرستاران تأثیر معنادار دارد. نتیجه حاضر همخوان و همسو با نتایج دانسون [۳۴]، دیمینوف [۳۵]، تارنر و همکاران [۹]، الکسانترا و همکاران [۱۰]، چهرمی و همکاران [۸]، می باشد. در تبیین نتایج پژوهش می توان گفت که آموزش شفقت خود در این افراد سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل عاقلانه هیجان ها شده و با تعدیل هیجان های منفی و افزایش هیجان های خوشایند سبب تعدیل تنظیم هیجان های این افراد شده است. تلاش برای آگاهی از هیجان ها و توسعه چشم انداز شخصی از هیجان ها خودآگاهی و ذهن آگاهی را افزایش می دهد و سبب می شود که افراد خودآگاهی بیش تری را به دست آورند و بر خود کنترل مناسب تری داشته باشند و افکار خود سرزنش گری و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت خود در افراد می تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان های مثبت و منفی شود و در کل نظم جویی هیجانی را بهبود بخشد [۲۵]. نظم دهی هیجان، کنترل عواطف و نشخوار گری به افراد کمک کند تا توانایی تنظیم رفتار نامناسب خود را بیاموزند و سلامت روانی خود را بهبود بخشند [۱۳]. افرادی که شفقت خود بالایی دارند تمایل بیش تری برای پذیرش نقش و مسوولیت خود در حوادث منفی دارند، می توانند اتفاقات منفی را با آنچه که هستند در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهات کمتر هیجان های منفی

با توجه به اینکه شاخص های F مشاهده شده [در داده های هر دو متغیر پژوهش و مولفه های آنها] کوچکتر از شاخص  $F_{.۰۵}$  بحرانی با درجه آزادی های ۴۲ و ۲ (۳/۲۲) است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره های پیش آزمون در دو گروه

یافته ها در (جدول ۷) نشان می دهد بین پیش آزمون- پس آزمون در دو متغیر تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ) به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تایید قرار می گیرد. همچنین بین پیش آزمون- پیگیری نیز در هر دو متغیر تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ) به عبارت دیگر اثر زمان مورد تایید قرار می گیرد. بین پس آزمون و پیگیری در دو متغیر تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی تفاوت معنادار وجود ندارد ( $P < ۰/۰۰۵$ ) در نتیجه ثبات مداخله برای هر دو متغیر مورد تایید قرار می گیرد.

## بحث

مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی و حساسیت اضطرابی در پرستاران به روش گروهی بود. یافته های این مطالعه نشان داد که مداخله درمان متمرکز بر شفقت به خود به روش گروهی باعث بهبود معنادار علائم حساسیت اضطرابی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان در پرستاران پس از مداخله و پیگیری ۲ ماهه می شود. این یافته ها همسو با مطالعات پیشین است که نشان داده اند این برنامه می تواند یک مداخله روانی - اجتماعی موثر در بهبود راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی و حساسیت اضطرابی باشد [۳۲-۳۳].

با توجه به هدف پژوهش حاضر مبنی بر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر حساسیت اضطرابی پرستاران یافته های حاصل از تجزیه و تحلیل واریانس تک متغیره نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به خود

هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی درمان استفاده شود. این مطالعه بر روی پرستاران مراجعه کننده به بیمارستانهای (امام حسین (ع) و بیمارستان بوعلی) تهران اجرا شده است، پیشنهاد می شود پژوهشگران برای بسط یافته های این مطالعه، درمان متمرکز بر شفقت به خود به شیوه گروهی را بر روی سایر کارکنان بخش های مختلف در سایر بیمارستانها اجرا کنند.

### نتیجه گیری

به صورت کلی مطابق آنچه از یافته ها بدست آمد براساس نتایج این مطالعه می توان نتیجه گرفت مداخله درمان متمرکز بر شفقت به خود به روش گروهی باعث بهبود معنادار علائم حساسیت اضطرابی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان در پرستاران پس از مداخله و پیگیری ۲ ماهه می شود. این امر احتمالاً به دلیل تأکید روشهای مبتنی بر شفقت به خود بر افکار ناکارآمد، باورهای هسته ای و زیر بنایی است که در پرستاران مبتلا به حساسیت اضطرابی شده است.

### سیاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت های مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی استان تهران و بیمارستانهای (امام حسین (ع) و بیمارستان بوعلی) و همچنین، تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

### تعارض منافع

پژوهشگر در طول فرایند مطالعه تعارض منافی را گزارش نموده است.

را تجربه می کنند. همچنین می توان به این نکته اشاره کرد که درمان مبتنی بر شفقت به خود با افزایش میزان شفقت به خود آزمودنی ها، موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیش تر و حمایت از خود می شود، قابلیت پذیرش ناراحتی ها را بالا می برد و آشفتگی های عاطفی را کاهش می دهد [۲۸]. در تبیین این یافته می توان بیان نمود که اعتقاد به این که بهره گیری مطلوب از راهبرد های سازگارانه تنظیم شناختی هیجان باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می شود و به این ترتیب فرد فرصت بیشتری برای جستجوی و پیگیری رسیدن به معنای زندگی و بازبینی و ادامه آن دارد [۳۱].

این مطالعه دارای محدودیت های ویژه ای است. نخستین محدودیت مطالعه حاضر حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه گیری، عدم خویشتن نگری و...) است. محدودیت سوم مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می شود از نمونه

### References

- James P, Bertrand KA, Hart JE, Schernhammer ES, Tamimi RM, Laden F. Outdoor light at night and breast cancer incidence in the Nurses' Health Study II. *Environmental Health Perspectives*. 2017 Aug 17; 125(8):087010. <https://doi.org/10.1289/EHP935>
- Glynn RJ, Colditz GA, Tamimi RM, Chen WY, Hankinson SE, Willett WW, Rosner B. Comparison of questionnaire-based breast cancer prediction models in the Nurses' Health Study. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2019 Jul 1; 28(7):1187-94. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-18-1039>
- Kumar A, Pore P, Gupta S, Wani AO. Level of stress and its determinants among Intensive Care Unit staff. *Indian journal of occupational and environmental medicine*. 2016 Sep; 20(3):129. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.203137>
- Khodadadi E, Hosseinzadeh M, Azimzadeh R, Fooladi M. The relation of depression, anxiety and stress with personal characteristics of nurses in hospitals of Tabriz, Iran. *International journal of medical research & health sciences*. 2016;5(5):140-8.
- Gorgich EA, Zare S, Ghoreishinia G, Barfroshan

- S, Arbabisarjou A, Yoosefian N. Job stress and mental health among nursing staff of educational hospitals in South East Iran. *Thrita*. 2017 Mar; 6(1).
6. Wong CL, Lui MM, Choi KC. Effects of immersive virtual reality intervention on pain and anxiety among pediatric patients undergoing venipuncture: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019 Dec 1; 20(1):369. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3443-z>
  7. Mousavi SV, Ramezani M, Salehi I, Hossein Khanzadeh AA, Sheikholeslami F. The relationship between burnout dimensions and psychological symptoms (depression, anxiety and stress) among nurses. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2017 Jun 10;27(2):37-43. <https://doi.org/10.18869/acadpub.hnmj.27.2.37>
  8. Jahromi MK, Javadpour S, Taheri L, Poorgholami F. Effect of nurse-led telephone follow ups (tele-nursing) on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients. *Global Journal of Health Science*. 2016 Mar;8(3):168. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p168>
  9. Turner K, McCarthy VL. Stress and anxiety among nursing students: A review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015. *Nurse Education in Practice*. 2017 Jan 1;22:21 <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.002>
  10. Alcántara C, Cosenzo LA, Fan W, Doyle DM, Shaffer JA. Anxiety sensitivity and racial differences in sleep duration: Results from a national survey of adults with cardiovascular disease. *Journal of anxiety disorders*. 2017 May 1; 48:102-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.002>
  11. Kugler BB, Phares V, Salloum A, Storch EA. The role of anxiety sensitivity in the relationship between posttraumatic stress symptoms and negative outcomes in trauma-exposed adults. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2016 Mar 3; 29(2):187-201. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1028029>
  12. Brandt CP, Paulus DJ, Jardin C, Heggeness L, Lemaire C, Zvolensky MJ. Examining anxiety sensitivity as an explanatory construct underlying HIV-related stigma: Relations to anxious arousal, social anxiety, and HIV symptoms among persons living with HIV. *Journal of anxiety disorders*. 2017 May 1; 48:95-101. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.001>
  13. Compas BE, Jaser SS, Bettis AH, Watson KH, Gruhn MA, Dunbar JP, Williams E, Thigpen JC. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological bulletin*. 2017 Sep;143(9):939. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
  14. Garnefski N, Hossain S, Kraaij V. Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh. *Archives of Depression and Anxiety*. 2017; 3:7. <https://doi.org/10.17352/2455-5460.000019>
  15. Kneeland ET, Dovidio JF, Joormann J, Clark MS. Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical psychology review*. 2016 Apr 1; 45:81-8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.008>
  16. Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, Witthöft M, Kraaij V. Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*. 2016 Aug 1; 98:218-24. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.022>
  17. Tan AH. Emotion regulation, psychopathology, and offending in a Singaporean sample of low-risk, moderate-risk, and high-risk incarcerated males (Doctoral dissertation).
  18. Heleniak C, Jenness JL, Vander Stoep A, McCauley E, McLaughlin KA. Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Cognitive therapy and research*. 2016 Jun 1;40(3):394-415. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z>
  19. Heleniak C, Jenness JL, Vander Stoep A, McCauley E, McLaughlin KA. Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Cognitive therapy and research*. 2016 Jun 1;40(3):394-415. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z>
  20. Heleniak C, Jenness JL, Vander Stoep A, McCauley E, McLaughlin KA. Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway

- to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. Cognitive therapy and research. 2016 Jun 1;40(3):394-415. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z>
21. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. Behavior Therapy. 2017 Nov 1;48(6):778-92. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
  22. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: a narrative review. Journal of clinical medicine. 2017 Mar;6(3):33. <https://doi.org/10.3390/jcm6030033>
  23. Welford M, Langmead K. Compassion-based initiatives in educational settings. Educational and Child Psychology. 2015;32(1):71-80.
  24. Przedzicki A, Sherman KA. Modifying affective and cognitive responses regarding body image difficulties in breast cancer survivors using a self-compassion-based writing intervention. Mindfulness. 2016 Oct 1;7(5):1142-55.
  25. Allen NB, Knight W. Mindfulness, compassion for self, and compassion for others. Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy. 2005 Jul 5:239-62.
  26. Wyner DR. Pilot study of a university counseling center stress management program employing mindfulness and compassion-based relaxation training with biofeedback. Biofeedback. 2015 Nov;43(3):121-8.
  27. Muris P, Schmidt H, Merckelbach H, Schouten E. Anxiety sensitivity in adolescents: factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. Behaviour research and therapy. 2001 Jan 1;39(1):89-100.
  28. Hatamian P, & et al. effectiveness of meta cognitive based training on emotion regulation and anxiety ..JHC, 2019
  29. Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). European Journal of Psychological Assessment. 2006 Jan;22(2):126-31. Silvers JA, McRae K, Gabrieli JD, Gross JJ, Remy KA, Ochsner KN. Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. Emotion. 2012 Dec;12(6):1235. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126>
  30. Otto MW, Eastman A, Lo S, Hearon BA, Bickel WK, Zvolensky M, Smits JA, Doan SN. Anxiety sensitivity and working memory capacity: Risk factors and targets for health behavior promotion. Clinical Psychology Review. 2016 Nov 1; 49:67-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.003>
  31. Slavitt DB, Stamps PL, Piedmont EB, Haase AM. Nurses' satisfaction with their work situation. Nursing research. 1978;27(2):114-20. <https://doi.org/10.1097/00006199-197803000-00018>
  32. Lamb C, Evans M, Babenko-Mould Y, Wong C, Kirkwood K. Nurses' use of conscientious objection and the implications for conscience. Journal of advanced nursing. 2019 Mar;75(3):594-602. <https://doi.org/10.1111/jan.13869>
  33. May K, Noel D. School Nurses and Climate Change. Annual Review of Nursing Research, Volume 38: Nursing Perspectives on Environmental Health. 2019 Dec 28:275. <https://doi.org/10.1891/0739-6686.38.275>
  34. Damson, R. The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. Journal of Personality assessment, 2015 63 (2), 262 - 274.
  35. Deminof, L. The efficacy of self-compassion on the adversity quotient, Emotion Regulation of marital woman. Journal Anxiety Disorder, 2013.; 11(5), 279-315.