



اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب آوری در پرستاران با نشانگان دلزدگی زناشویی

فریبا حسینی^۱، محمدرضا رضازاده^۲، افسانه قنبری پناه^۱، عباس خوش خبر^{۳*}

^۱ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز، تهران، ایران

^۲ استادیار، برنامه ریزی درسی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز، تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: عباس خوش خبر، دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز، تهران، ایران. ایمیل:

akhosh1341@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۰/۲۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۵/۱۲

چکیده

مقدمه: در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. براین اساس این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب آوری در پرستاران با نشانگان دلزدگی زناشویی شهر تبریز با پیگیری سه ماهه انجام شد.

روش کار: این پژوهش، به صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری و با گروه کنترل انجام شد. نمونه‌ها شامل ۴۰ پرستار شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ بودند که در پرسشنامه دلزدگی زناشویی نمره بیشتری کسب کرده بودند (یک انحراف معیار طبق نقطه برش) و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمون (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. سپس پرسشنامه‌های رضایت جنسی، تنظیم هیجان و تاب آوری توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد و مداخله مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه برای گروه آزمون اجرا شد. پس از اتمام جلسات، مجدداً پرسشنامه‌های فوق در هر دو گروه تکمیل و نهایتاً بعد از سه ماه نیز پیگیری بعمل آمد و داده‌ها با استفاده از آزمون اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمون نسبت به پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$). اما در گروه کنترل تفاوتی بین پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر مثبت درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجان و تاب آوری، استفاده از این درمان در برنامه‌ریزی کاهش دلزدگی پرستاران توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت ورزی، رضایت جنسی، تنظیم هیجان، تاب آوری، نشانگان دلزدگی زناشویی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

در پرستاران و در نتیجه اثرات منفی بر عملکرد شغلی، خواب، سلامت فیزیکی، سلامت روانی و زندگی اجتماعی آنان می‌گردد و بالاخره اثرات مخرب روی خانواده آنها خواهد گذاشت [۲]. شواهد کافی برای اثبات تأثیر نوبت کاری بر سلامت انسان و عملکرد آنها با اختلالات خواب و اختلال در ریتم‌های سیرکادین وجود دارد [۱]. شیفت در گردش باعث

طی سال‌های اخیر و از زمانیکه اثرات منفی و بارز پرستاری مشخص و معلوم گردیده است، علاقه و توجه محققین و بخصوص مدیران به این مسئله به صورت چشمگیری افزایش یافته است، مطالعات نشان داده است که ۳۴ درصد پرستاران دچار ناراضی زناشویی هستند [۱]. کار کردن در شیفت‌های مختلف مخصوصاً شیفت شب باعث کاهش تمرکز

از طرفی عوامل فردی، محیطی، روانشناختی و ... بسیاری در سازگاری و عدم سازگاری پرستاران با محیط پیرامون خود نقش اساسی دارد [۱۰]. یکی از عواملی که فرض می‌شود که می‌تواند در سازگار یا ناسازگار بودن پرستاران، تأثیر داشته باشد، متغیر روانشناختی تنظیم هیجانی است [۸]. تنظیم هیجان به عنوان یکی از متغیرهای روانشناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است [۱۵]. تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد [۱۶]. بر طبق مدل تنظیم هیجان گروس، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود [۱۷]. تنظیم هیجان نقش مهمی در موفقیت یا عدم موفقیت و همچنین در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد [۱۸، ۱۹].

یکی از مسائل هیجانی که می‌تواند به تعارض در روابط زناشویی پرستاران بیانجامد نوع و کیفیت روابط جنسی و در نتیجه رضایت جنسی است. از لحاظ لغوی واژه رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق می‌گردد. باید اشاره کرد سطوح بالایی از رضایت جنسی منجر به افزایش کیفیت زندگی زناشویی شده که این منجر به کاهش بی‌ثباتی زناشویی در طی زندگی می‌گردد [۲۰]. رضایت جنسی به عنوان میزان خرسندی یا شادی هر شخص از ارتباط جنسی [۲۱] تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله استرس‌های شغلی، کشمکش‌های روابط زوجین، سطح تحصیلات و فرهنگ، مشکلات اقتصادی، سفارش‌های اخلاقی و جنسی، مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی طرفین قرار دارد [۲۲]. پیچیدگی مفهوم رضایت زناشویی و عوامل بسیار گوناگون تأثیر گذار در آن، عرصه چالش برانگیزی را به وجود آورده است. سازگار شدن با فرد دیگری که به فرهنگ و زمینه خانوادگی دیگری تعلق دارد، دشوار است؛ در حالی که تغییرات چرخه زندگی نیز به این پیچیدگی می‌افزاید. از طرف دیگر، این فرض نیز وجود دارد که ممکن است تأثیراتی که هر فرد از محیط اولیه خود وارد زندگی زناشویی می‌کند در رضایت یا عدم رضایت آن نقش داشته باشد [۲۳].

از طرف دیگر درمان مبتنی بر شفقت یکی دیگر از درمان‌های موج سوم برای بهبود دلزدگی زناشویی می‌باشد. این درمان، رویکردی برگرفته از تأثیرات بودا، روانشناسی تکاملی و علوم اعصاب عاطفی است که بر پایه مفاهیمی نظیر شناسایی تهدید، وابستگی و مشوق / منبع، بنا نهاده شده است [۲۴]. اصول پایه درمان مبتنی بر شفقت این فرضیه را مطرح می‌سازد که ایجاد شفقت و دلسوزی، فرآیند محوری در تنظیم هیجان و رواندرمانی قلمداد می‌شود، به ویژه در هنگام برخورد با بیمارانی که با حس شرمساری مبارزه می‌کنند و دارای تفکر خود انتقادی هستند [۲۵]. مطالعات اخیر بر روی درمان مبتنی بر شفقت، نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از این روش درمانی را در کار با جمعیت بالینی و غیر بالینی فراهم کرده است. به طوری که مطالعات انجام شده، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را به عنوان مداخله‌ای مناسب برای اختلال افسردگی [۲۶، ۲۷]؛ اختلالات خوردن [۲۸]؛ اختلال وسواسی - جبری [۲۹]؛ اختلال دوقطبی [۳۰، ۳۱]؛ اختلالات اضطرابی [۳۲] و گسترش راهبردهای مقابله‌ای [۳۳] و افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی [۳۴] مطرح کرده‌اند. علاوه بر این، نوربالا، برجلی و نوربالا

پایین آمدن کیفیت و کمیت خواب و بروز خواب آلودگی حین روز و مشکلات زناشویی می‌شود [۳]. پرستاران اظهار می‌کنند که کار شیفتی، پیامد منفی بر مسائل خانوادگی و اجتماعی آنها داشته و موجب از هم گسیختگی فعالیت‌های اجتماعی مشترک آنها با همسرشان شده است که این خود تضادهای بین فردی آنها را افزایش داده و بطور معنی داری بهداشت روانی آنها را به خطر انداخته است [۴]. کار شیفتی امری ضروری است اما برای آنها که اشتغال به این نوع کارها دارند ضررهایی به دنبال دارد [۵]. افرادی که در نوبت‌های عصر و شب کار می‌کنند بیشتر از پرستاران روزکار دچار امراض مختلف می‌شوند، زیرا ساعات کاری غیرمعمول بر ریتم فیزیولوژیکی‌شان و جسم و روان آنها اثر می‌گذارد [۶]. کار شیفتی از طریق ایزوله شدن اجتماعی، افزایش افسردگی و کم شدن تعامل زناشویی و در نهایت با افزایش تعارض، باعث کاهش کیفیت زناشویی می‌شود [۷].

زمانی که پرستاران با به عرصه زندگی زناشویی می‌گذارند، با انتظارات و توقعات خاصی که از پیش در ذهن خود داشته‌اند، وارد این رابطه می‌گردند؛ اما وقتی متوجه می‌شوند واقعیت چیز دیگری است به تدریج دچار نوعی احساس سرخوردگی یا دلخوری و در نهایت دلزدگی از رابطه زناشویی خود می‌شوند [۸]. دلزدگی زناشویی مجموعه‌ای از علائم خستگی عاطفی، جسمانی و روانی است که پیامدهای قابل توجهی برای زندگی پرستاران به دنبال دارد. پدیده دلزدگی، نوعی فرسودگی و از پا افتادگی جسمی، عاطفی و روانی می‌باشد که ناشی از عدم تناسب بین انتظارات و واقعیت در زندگی زناشویی است [۹]. دلزدگی تدریجی بوده و به ندرت ناگهانی رخ می‌دهد، در حقیقت، عشق و صمیمیت بزنه تدریج خاموش شده و تحلیل می‌رود. در بدترین حالت، دلزدگی به معنای فروپاشی کلی روابط زناشویی است [۱۰]. در همین راستا سازه‌های روانشناختی مختلفی در پرستارانی که دچار دلزدگی زناشویی می‌شوند تأثیر گذار هستند [۹]. دلزدگی زناشویی با ابعاد مختلف سلامت ارتباط می‌باشد و در بعد جسمانی با پایین بودن سلامت عمومی، ضعیف بودن سیستم ایمنی بدن و مشکلات قلبی عروقی همراه می‌باشد [۸].

یکی از متغیرهایی که با شدت دلزدگی پرستاران در ارتباط است تاب آوری می‌باشد. تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک است [۱۱]. در واقع، تاب آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علیرغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد [۱۲]. تاب آوری مفهومی مهم در فهم فرآیند انطباق و یادگیری روشهای سازگاری در مبتلایان به بیماریهای مزمن است. تاب آوری توانایی و مهارت فرد در انطباق مثبت با استرس و یا شرایط سخت همچون ابتلا به یک بیماری مزمن است. به بیانی دیگر انطباق موفقیت آمیز با شرایط چالش برانگیز در زندگی را تاب آوری می‌نامند [۱۳]. تاب آوری توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی می‌باشد. در نتیجه این انعطاف پذیری انطباقی، افراد دارای سطح بالای تاب آوری با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می‌نمایند و اعتماد به نفس بالاتری داشته و در مقایسه با افرادی که از سطح پایین تاب آوری برخوردارند، سازگاری روان شناختی بهتری دارند [۱۴].

که در جریان پژوهش اختلال ایجاد کند که با بررسی سابقه پرستاران و مصاحبه با آنها صورت گرفت، موافقت پرستاران برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی، دارا بودن سایر اختلال روانی شدید از قبیل روان پریشی یا اختلالات شخصیت براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم همکاری و عدم حضور در ۲ جلسه. برای سنجش متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه رضایت جنسی لارسون: پرسشنامه رضایت جنسی لارسون به وسیله لارسون و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ارائه شد. این پرسشنامه دارای ۲۵ عبارت است. در پژوهشی اعتبار و پایایی این آزمون به ۰/۹۰ و ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۵). در تحقیق ادلاخ و همکاران (۲۰۱۷)، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای یک گروه بارور ۰/۹۳ و برای گروه نابارور ۰/۸۹ گزارش شد (۲۳). این پرسشنامه شامل ۲۵ عبارت بوده و پاسخ‌های آن به صورت ۵ گزینه‌ای و بر اساس یک مقیاس لیکرتی از ۱ تا ۵ است. در عبارت ۱-۲-۳-۱۰-۱۲-۱۳-۱۶-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳ گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه، به ترتیب نمرات ۱ تا ۵ را دریافت می‌کنند. در عبارات ۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۴-۱۵-۱۸-۲۰-۲۴-۲۵ این گزینه‌ها برعکس نمره‌گذاری شده و به ترتیب نمرات ۵ تا ۱ را دریافت می‌کنند.

ب) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک ابزار ۱۸ گویه ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و استرس زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب نه زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری؛ پذیرش؛ تمرکز بر فکر؛ نشخوار فکر؛ تمرکز مجدد مثبت؛ تمرکز مجدد بر طراحی؛ ارزیابی مثبت؛ کم اهمیت شماری؛ فاجعه نمایی؛ دیگر سرزنشگری [۱۵] که همه این ۹ مؤلفه در دو مقیاس راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان قرار می‌گیرند. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۰ و ۱۰ خواهد بود و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۷]. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد [۱۴]. این ضرایب که در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند، همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند. در پژوهش میلر و همکاران (۲۰۱۵) ضرایب همبستگی در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از $R = 0.57$ تا $R = 0.76$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح ۱ $P < 0.001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند [۲۰]. روایی محتوایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بر اساس دآوری هشت نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ محاسبه شد [۱۵].

ج) پرسشنامه تاب آوری: مقیاس تاب آوری کاتر و دیویدسون یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار اندازه گیری می‌کند. حداقل نمره تاب آوری شرکت کنندگان در این مقیاس صفر و حداکثر نمره آنها صد است [۱۴]. نتایج

در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت به خود بر اضطراب و افسردگی بیماران افسرده مؤثر است [۲۵]. نف و گرمر (۲۰۱۳) نیز در مطالعه‌ای اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود را به صورت گروهی در یک نمونه غیر بالینی با استفاده از تمرینات بین فردی، مراقبه هدایت شونده، تمرینات غیر رسمی به منظور افزایش دلسوزی به خود در زندگی روزمره، مورد آزمایش قرار دادند. نتایج بیانگر کاهش قابل ملاحظه‌ای در سطح افسردگی، اضطراب و استرس بود. در صورت تحکیم نگرش مبتنی بر شفقت، ذهن انسان در مسیر کارکرد سالم خود قرار می‌گیرد و این موضوع در مطالعات متعددی تأیید شده است [۳۶]. بنابراین سؤال پژوهش حاضر این است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب آوری در پرستاران شیفت متغیر با نشانگان دلزدگی زناشویی تأثیر دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه پرستاران مبتلا به دلزدگی زناشویی شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۸ بودند، و روش نمونه گیری به صورت هدفمند از بین افرادی بود که طبق نمره برش پرسشنامه دلزدگی زناشویی در وضعیت نامطلوبی بودند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین).

نحوه نمونه گیری به این صورت انجام شد که ابتدا پرسشنامه ۲۱ سوالی دلزدگی زناشویی پاییز (۱۹۹۶) در بین پرستاران شهر تبریز ۱۱۶۳ پخش شد و سپس از بین آنهایی که فقط یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند ۴۰ نفر مبتنی بر فرمول گرجی و مورگان انتخاب شد و به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند. سپس همه ۴۰ آزمودنی، ابتدا به پرسشنامه رضایت جنسی لارسون (۱۹۹۸)، پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی (۲۰۰۹) و پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۱) پاسخ دادند. برای گروه آزمایش مداخله مبتنی بر شفقت اعمال شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. بعد از اتمام جلسات درمانی مجدداً همین پرسشنامه‌ها به عنوان پس آزمون اجرا شد و در نهایت سه ماه بعد نیز دوره پیگیری به عمل آمد و سپس نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون اندازه گیری های مکرر بررسی شد. یک گروه ۱۲ جلسه درمان متمرکز بر شفقت طبق پروتکل گیلبرت (۲۷) به مدت ۳ ماه و هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. یک گروه نیز کنترل بود که هیچ مداخله‌ای برایشان انجام نشد.

پس از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه به منظور تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگر به مراجعان این اطمینان را داد، که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. ضمناً برای رعایت و احترام به حقوق شرکت‌کنندگان همه پرسشنامه‌های تحقیق بدون نام بودند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل تحصیلات لیسانس پرستاری، دریافت درمان مبتنی بر شفقت قبل از ورود به پژوهش، نداشتن اختلال جدی پزشکی همزمان

افتاده موارد مطرح شده در رابطه زناشویی خود را مشخص می‌سازد. نمره گذاری ۴ ماده نیز به صورت معکوس انجام می‌شود و نمره بالاتر آزمودنی در این مقیاس نشانه فرسودگی بیشتر می‌باشد. ضریب پایایی مقیاس با روش بازآزمایی در یک دوره یک ماهه برابر ۰/۷۶ محاسبه شد. همچنین اعتبار یا قابلیت اطمینان این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است [۳۷]. پایایی این مقیاس را مجرد (۲۰۱۷) با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲ محاسبه نموده است [۱۰]. همچنین در پژوهش دیگری آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در مورد ۲۴۰ نمونه، ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند [۸]. همچنین در پژوهش حاضر پایایی مقیاس دلزدگی زناشویی پاییز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و روش تصنیف (دو نیمه کردن) به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ برآورد گردید.

مطالعات مقدماتی مربوط به ویژگیهای روان سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را مورد تأیید قرار داده است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی آن و روایی همگرا و واگرایی مقیاس، کافی گزارش شده‌اند. این مقیاس در فرم فارسی در پژوهشهای قبلی از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است. در پژوهش حبیبی و همکاران [۱۳] ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای پرسشنامه تاب آوری بدست آورده‌اند. (۵) مقیاس دلزدگی زناشویی پاییز: یک ابزار خودسنجی است که توسط پاییز (۳۷) با هدف اندازه گیری درجه دلزدگی زناشویی در بین زوجین ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ ماده است که ۱۶ ماده آن شامل عبارتهای منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی ارزش بودن و ۴ ماده آن شامل عبارات مثبت مانند خوشحال بودن و پرانرژی بودن است. نمره گذاری این مقیاس در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ای بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) می‌باشد که آزمودنی تعداد دفعات اتفاق

جدول ۱. درمان مبتنی بر شفقت، براساس راهنمای درمانی گیلبرت [۲۷]:

جلسه	هدف جلسه	شرح جلسه
۱	اجرای پیش‌آزمون، معرفی و آشنایی با اعضای گروه	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت
۲	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس	آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت و ارائه منطق درخصوص انجام تکالیف خانگی
۳	آشنایی با خصوصیات افراد دلسوز	شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه زوجین نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب گرانه و ارائه تکلیف خانگی.
۴	ترغیب زوجین به خودشناسی و بررسی شخصیت خود	شناسایی و کاربرد بخش اول تمرینات ذهن دلسوزانه (ارزش دلسوزی، همدلی و همدردی نسبت به خود، آموزش استعاره فیزیوتراپی) و محبت و ارائه تکالیف خانگی.
۵	آشنایی و کاربرد بخش دوم تمرینات پرورش ذهن دلسوزانه	بخشش، پذیرش به دور از قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری
۶	تمرین عملی ایجاد تصور کردن خود دلسوز	آموزش سبکها و روش‌های ابراز دلسوزی (دلسوزی کلامی، دلسوزی عملی، دلسوزی مقطعی و دلسوزی پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره در ارتباط با یکدیگر
۷	آموزش نامه‌نگاری دلسوزانه	ثبت و یادداشت روزانه برای خود و طرف مقابل، آموزش روش موقعیت‌های واقعی مبتنی بر دلسوزی و عملکرد فرد در آن موقعیت.
۸	بکارگیری اصول شفقت	ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری درمان مبتنی بر شفقت در زندگی روزمره.
۹	نامه نگاری شفقت ورز	تمرین خشم و شفقت، و نامه نگاری بر اساس شفقت.
۱۰	حواس مبتنی بر شفقت	انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت
۱۱	تمرین	تمرین درباره شفقت نسبت به دیگران، توجه و تمرکز بر شفقت، تفکر شفقت آمیز، رفتار شفقت آمیز
۱۲	پس آزمون	مرور، جمع بندی و انجام پس آزمون

داده‌اند. یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که بیشترین درصد افراد گروه نمونه استخدام پیمانی و کمترین درصد آنان بصورت طرح مشغول به کار بوده‌اند. جدول ۳، میانگین، انحراف استاندارد، آماره‌ی شاپیرو-ویلک و سطح معنی داری آن به منظور بررسی نرمالیتی توزیع نمره‌ی متغیر وابسته را برای رضایت جنسی، ابعاد تنظیم هیجان و تاب آوری، در دو گروه (درمان متمرکز بر شفقت و کنترل) و در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۳. توزیع افراد نمونه بر اساس نوع استخدام

درصد	فراوانی
۳۲/۸	۱۰ رسمی
۳۹/۷	۱۳ پیمانی
۲۷/۵	۷ طرح
۱۰۰	۳۰ کل

برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل اندازه گیری های مکرر استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۲. توزیع سنی افراد گروه نمونه

سن	فراوانی	درصد
۲۳-۲۷	۶	۲۱/۶
۲۸-۳۲	۶	۲۱/۳
۳۳-۳۷	۹	۲۳/۰۵
۳۸-۴۲	۶	۱۹/۰۵
۴۳ و بالاتر	۴	۱۴/۸
کل	۳۰	۱۰۰

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بیشترین رده سنی گروه نمونه را افراد ۳۳ تا ۳۷ سال و کمترین رده سنی را افراد ۴۳ و بالاتر تشکیل

جدول ۴. میانگین، انحراف استاندارد، آماره‌ی شاپیرو-ویلک و سطح معنی داری آن را برای رضایت جنسی، ابعاد تنظیم هیجان و تاب آوری در دو گروه (درمان متمرکز بر شفقت و کنترل) و در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

ابعاد تنظیم هیجان	زمان		پیگیری
	پیش آزمون	پس آزمون	
راهبردهای مثبت			
شفقت ورزی			
M	۴۴/۱۰	۵۳/۲۵	۵۲/۲۰
S	۳/۴۰	۴/۵۸	۴/۵۶
شاپیرو-ویلک	۰/۹۶۲	۰/۹۴۰	۰/۹۴۷
Sig	۰/۵۸۳	۰/۲۴۳	۰/۳۲۵
کنترل			
M	۴۳/۵۵	۴۲/۹۵	۴۳/۸۰
S	۳/۴۴	۳/۵۹	۳/۷۶
شاپیرو-ویلک	۰/۹۷۴	۰/۹۶۶	۰/۹۷۵
Sig	۰/۸۲۷	۰/۶۶۷	۰/۸۵۲
راهبردهای منفی			
شفقت ورزی			
M	۳۸/۱۵	۳۱/۴۵	۳۰/۰۰
S	۳/۱۲	۴/۹۶	۳/۷۵
شاپیرو-ویلک	۰/۹۰۵	۰/۹۰۷	۰/۹۱۷
Sig	۰/۰۵۲	۰/۰۵۳	۰/۰۸۸
کنترل			
M	۳۷/۲۰	۳۶/۹۵	۳۶/۷۰
S	۲/۹۰	۳/۸۵	۳/۵۶
شاپیرو-ویلک	۰/۹۲۱	۰/۹۰۵	۰/۹۰۹
Sig	۰/۱۰۵	۰/۰۵۲	۰/۰۶۲
رضایت جنسی			
درمان متمرکز بر شفقت			
M	۵۱/۲۰	۶۲/۲۵	۶۱/۵۵
S	۵/۵۱	۵/۳۰	۴/۹۴
شاپیرو-ویلک	۰/۹۳۸	۰/۹۶۹	۰/۹۴۷
Sig	۰/۲۲۳	۰/۷۲۹	۰/۳۲۲
کنترل			
M	۵۰/۶۰	۵۰/۱۰	۵۰/۹۰
S	۶/۳۵	۶/۲۵	۵/۴۷
شاپیرو-ویلک	۰/۹۵۷	۰/۹۵۴	۰/۹۳۸
Sig	۰/۴۸۵	۰/۴۳۹	۰/۲۲۰
تاب آوری			
درمان متمرکز بر شفقت			
M	۴۳/۱۷	۵۵/۹۸	۵۴/۱۱
S	۴/۰۹	۴/۴۵	۴/۲۳
شاپیرو-ویلک	۰/۸۵۷	۰/۴۷۵	۰/۳۹۸
Sig	۰/۳۵۱	۰/۹۶۶	۰/۴۷۶
کنترل			
M	۴۴/۰۱	۴۵/۷۳	۴۴/۱۹
S	۵/۷۳	۵/۱۲	۵/۲۱
شاپیرو-ویلک	۰/۹۵۶	۰/۷۵۹	۰/۹۲۳
Sig	۰/۳۶۲	۰/۷۴۵	۰/۸۲۳

و تاب آوری در مرحله‌ی پیش آزمون را در دو گروه کنترل و آزمایشی می‌پذیریم. در نتیجه مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در مرحله‌ی پیش آزمون بین گروه‌های کنترل و آزمایشی برقرار است.

بر اساس نتایج جدول ۳، اثر اصلی زمان در متغیر رضایت جنسی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین مقدار مجذور اتا برای رضایت

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که نرمال بودن توزیع همه‌ی متغیرها در تمامی حالت‌ها پذیرفته می‌شود. برای آزمون مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطای رضایت جنسی، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و تاب آوری در مرحله‌ی پیش آزمون بین گروه‌های کنترل و آزمایشی از آزمون لون استفاده شده است و در سطح معنی داری ۰/۰۵ برابری واریانس‌های خطای رضایت جنسی، تنظیم هیجان

اتا برای رضایت جنسی در اثر تعاملی «زمان*گروه» نشان دهنده‌ی این است که ۳۷ درصد واریانس متغیر رضایت جنسی به وسیله‌ی متغیر مستقل تبیین شده است. نتایج فوق بیانگر آن است که اثر درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل برای متغیر رضایت جنسی متفاوت است.

جنسی در اثر اصلی زمان نشان دهنده‌ی این است که ۶۴/۴ درصد واریانس متغیر رضایت جنسی به وسیله‌ی متغیر مستقل تبیین شده است. مجدداً، با توجه به جدول ۵، اثر تعاملی «زمان*گروه» نیز در متغیر رضایت جنسی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین مقدار مجذور

جدول ۵. اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان*گروه برای متغیر رضایت جنسی

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	η^2
زمان						
رضایت جنسی						
برقراری کرویت	۳۶۵/۱۲	۲	۱۸۲/۵۶	۶۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴
گرینپوس گیسر	۳۶۵/۱۲	۱/۵۰	۲۴۳/۴۰	۶۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴
زمان*گروه						
رضایت جنسی						
برقراری کرویت	۱۱۸/۸۵	۲	۵۹/۴۳	۲۲/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷۰
گرینپوس گیسر	۱۱۸/۸۵	۱/۵۰	۷۹/۲۳	۲۲/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷۰

جدول ۶. اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان*گروه برای هر یک از ابعاد تنظیم هیجان

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	η^2
زمان						
راهبردهای مثبت						
برقراری کرویت	۲۴۳/۲۲	۲	۱۲۱/۶۱	۸۴/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۰
گرینپوس گیسر	۲۴۳/۲۲	۱/۵۰۴	۱۶۱/۷۳	۸۴/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۰
راهبردهای منفی						
برقراری کرویت	۱۴۹/۷۲	۲	۷۴/۸۶	۲۰/۵۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
گرینپوس گیسر	۱۴۹/۷۲	۱/۶۴۹	۹۰/۷۸	۲۰/۵۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
راهبردهای منفی						
برقراری کرویت	۱۹۱/۳۲	۲	۹۵/۶۶	۶۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶
گرینپوس گیسر	۱۹۱/۳۲	۱/۵۰۴	۱۲۷/۲۲	۶۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶
راهبردهای منفی						
برقراری کرویت	۷۹/۵۵	۲	۳۹/۷۸	۱۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۲۳
گرینپوس گیسر	۷۹/۵۵	۱/۶۴۹	۴۸/۲۴	۱۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۲۳

جدول ۷. اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان*گروه برای متغیر تاب آوری

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	η^2
زمان						
تاب آوری						
برقراری کرویت	۳۷۱/۹۹	۲	۲۱۴/۷۳	۵۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
گرینپوس گیسر	۳۷۱/۹۹	۱/۴۲	۱۶۲/۸۵	۵۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
زمان*گروه						
تاب آوری						
برقراری کرویت	۲۷۱/۲۳	۲	۶۲/۷۶	۳۱/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹
گرینپوس گیسر	۲۷۱/۲۳	۱/۴۲	۹۱/۵۵	۳۱/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹

واریانس راهبردهای منفی به وسیله‌ی متغیر مستقل (درمان متمرکز بر شفقت) تبیین شده است.

مجدداً، بر اساس نتایج جدول ۵، اثر تعاملی «زمان*گروه» در راهبردهای مثبت ($\eta^2 = ۰/۶۳۶$ ، $P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۶۶/۴۱۳$) و راهبردهای منفی ($\eta^2 = ۰/۲۲۳$ ، $P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۱۰/۹۲۴$) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین مقدار مجذور اتا برای مثبت و منفی در اثر تعاملی «زمان*گروه» به ترتیب نشان دهنده‌ی این است که ۶۳/۶

جدول ۶، اثر اصلی زمان و اثر تعاملی زمان*گروه را برای هر یک از ابعاد تنظیم هیجان نشان می‌دهد. بر اساس نتایج جدول فوق، اثر اصلی زمان در راهبردهای مثبت ($\eta^2 = ۰/۶۹۰$ ، $P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۸۴/۴۳۰$) و راهبردهای منفی ($\eta^2 = ۰/۳۵۱$ ، $P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۲۰/۵۵۹$) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین مقدار مجذور اتا برای ابعاد مثبت و منفی تنظیم هیجان در اثر اصلی زمان به ترتیب نشان دهنده‌ی این است که ۶۹ درصد واریانس متغیر راهبردهای مثبت و ۳۵/۱ درصد

معنادار است. همچنین مقدار مجذور اتا برای تاب آوری در اثر تعاملی «زمان*گروه» نشان دهنده‌ی این است که ۳۱ درصد واریانس متغیر تاب آوری به وسیله‌ی متغیر مستقل تبیین شده است. نتایج فوق بیانگر آن است که اثر درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل برای متغیر تاب آوری متفاوت است.

همچنان که در جدول ۸ ملاحظه می‌شود، در متغیر رضایت جنسی بین میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$)، $SE = 2/700$ و $\Delta\bar{X} = 11/05$ ، همچنین، بین میانگین‌های پیگیری و پیش آزمون نیز در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$)، $SE = 1/629$ و $\Delta\bar{X} = 10/35$ ولی در این بعد، بین میانگین‌های پیگیری و پس آزمون در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$)، $SE = 0/78$ و $\Delta\bar{X} = 304100$ ، بر این اساس، می‌توان گفت که اجرای درمان متمرکز بر شفقت پس از اتمام توانسته است مقدار «رضایت جنسی» را به صورت معنادار افزایش دهد (زیرا $0 < 11/05 = \Delta\bar{X}$ ، یعنی میانگین مرحله‌ی پس آزمون بزرگتر از پیش آزمون است) و پس از اتمام دوره و با گذشت سه ماه نیز این بهبودی در میانگین نمره‌های «رضایت جنسی» باقی مانده است؛ زیرا تفاوت معناداری بین میانگین مرحله پیگیری و پس آزمون وجود ندارد. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گیری نمود که اجرای درمان متمرکز بر شفقت اثر پایدار در افزایش رضایت جنسی دارد.

درصد واریانس راهبردهای مثبت و ۲۲/۳ درصد واریانس راهبردهای منفی به وسیله‌ی متغیر مستقل (درمان متمرکز بر شفقت) تبیین شده است. نتایج فوق بیانگر آن است که اثر درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل در هر یک از ابعاد تنظیم هیجان (مثبت و منفی) متفاوت است.

بین گروه و زمان در بعد راهبردهای مثبت تعامل وجود دارد ($F = 66/413$ و $P < 0/001$)، $\eta^2 = 0/636$ بیشتر از گروه «کنترل»، بعد راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را به صورت متفاوت تحت تأثیر قرار داده و آن را افزایش داده است. همچنین، بین گروه و زمان در بعد راهبردهای منفی تنظیم هیجان تعامل وجود دارد ($F = 10/924$ و $P < 0/001$)، $\eta^2 = 0/223$ «درمان متمرکز بر شفقت» بیشتر از گروه «کنترل»، بعد راهبردهای منفی تنظیم هیجان را به صورت متفاوت تحت تأثیر قرار داده و آن را کاهش داده است.

بر اساس نتایج جدول ۷، اثر اصلی زمان در متغیر تاب آوری ($F = 412$)، $\eta^2 = 0/412$ ، همچنین مقدار مجذور اتا برای تاب آوری در اثر اصلی زمان نشان دهنده‌ی این است که ۵۱/۸۷ درصد واریانس متغیر تاب آوری به وسیله‌ی متغیر مستقل تبیین شده است. مجدداً، با توجه به جدول ۷، اثر تعاملی «زمان*گروه» نیز در متغیر تاب آوری ($F = 31/45$ و $P < 0/001$)، $\eta^2 = 0/329$ در سطح ۰/۰۰۱

جدول ۸. مقایسه‌های زوجی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیر رضایت جنسی

متغیر	پس آزمون - پیش آزمون	پیگیری - پس آزمون	پیگیری - پیش آزمون
رضایت جنسی	$\Delta\bar{X} = 11/05$, $SE = 2/700$, $Sig = 0/001$	$\Delta\bar{X} = 0/78$, $SE = 0/410$, $Sig = 0/410$	$\Delta\bar{X} = 10/35$, $SE = 1/629$, $Sig = 0/001$

جدول ۹. مقایسه‌های زوجی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای ابعاد تنظیم هیجان در گروه آزمایشی

متغیر	پس آزمون - پیش آزمون	پیگیری - پس آزمون	پیگیری - پیش آزمون
راهبردهای مثبت	$\Delta\bar{X} = 9/150$, $SE = 1/494$, $Sig = 0/000$	$\Delta\bar{X} = 10/50$, $SE = 0/276$, $Sig = 0/675$	$\Delta\bar{X} = 8/100$, $SE = 1/533$, $Sig = 0/000$
راهبردهای منفی	$\Delta\bar{X} = -6/700$, $SE = 1/827$, $Sig = 0/001$	$\Delta\bar{X} = -10/50$, $SE = 0/786$, $Sig = 0/147$	$\Delta\bar{X} = -8/150$, $SE = 1/310$, $Sig = 0/001$

جدول ۱۰. مقایسه‌های زوجی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیر تاب آوری

متغیر	پس آزمون - پیش آزمون	پیگیری - پس آزمون	پیگیری - پیش آزمون
تاب آوری	$\Delta\bar{X} = 12/81$, $SE = 2/334$, $Sig = 0/001$	$\Delta\bar{X} = 1/87$, $SE = 0/499$, $Sig = 0/067$	$\Delta\bar{X} = 10/94$, $SE = 2/473$, $Sig = 0/001$

از پیش آزمون است) و پس از اتمام دوره و با گذشت سه ماه این بهبودی در میانگین نمره‌های «راهبردهای مثبت تنظیم هیجان» باقی مانده است؛ زیرا تفاوت معناداری بین میانگین مرحله پیگیری و پس آزمون وجود ندارد ($P < 0/01$)، $SE = 0/786$ و $\Delta\bar{X} = 10/50$ ، بنابراین می‌توان چنین نتیجه گیری نمود که اجرای درمان متمرکز بر شفقت اثر پایدار در بهبود راهبردهای مثبت تنظیم هیجان دارد.

در بعد راهبردهای منفی تنظیم هیجان بین میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$)، $SE = 0/276$ و $\Delta\bar{X} = 10/50$ ، بر این اساس می‌توان گفت اجرای درمان متمرکز بر شفقت پس از اتمام توانسته است مقدار «راهبردهای مثبت تنظیم هیجان» را به صورت معنادار افزایش دهد (زیرا $0 < 8/100 = \Delta\bar{X}$ ، یعنی میانگین مرحله‌ی پس آزمون بزرگتر

همچنان که در جدول ۹ ملاحظه می‌شود، در بعد راهبردهای مثبت بین میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد ($F = 1/494$ ، $P < 0/01$)، $SE = 9/150$ ، همچنین در این بعد، بین میانگین‌های پیگیری و پیش آزمون در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد ($F = 10/533$ ، $P < 0/01$)، $SE = 8/100$ ، نهایتاً، در این بعد، بین میانگین‌های پیگیری و پس آزمون در سطح معناداری ۰/۰۵ تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$)، $SE = 0/276$ و $\Delta\bar{X} = 10/50$ ، بر این اساس می‌توان گفت اجرای درمان متمرکز بر شفقت پس از اتمام توانسته است مقدار «راهبردهای مثبت تنظیم هیجان» را به صورت معنادار افزایش دهد (زیرا $0 < 8/100 = \Delta\bar{X}$ ، یعنی میانگین مرحله‌ی پس آزمون بزرگتر

همچنین، در این بعد، بین میانگین‌های پیگیری و پس‌آزمون در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/01$ ، $SE = 0/786$ و $\Delta\bar{X} = -1/050$). بر این اساس، با توجه به این که بین میانگین‌های پیگیری و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد می‌توان گفت اثرات درمان متمرکز بر شفقت بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان پایدار بوده است ($P > 0/01$ ، $SE = 0/786$ و $\Delta\bar{X} = -1/050$). بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اجرای درمان متمرکز بر شفقت اثر پایدار در کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان دارد.

همچنان که در جدول ۱۰ ملاحظه می‌شود، در متغیر تاب‌آوری بین میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$ ، $SE = 2/734$ و $\Delta\bar{X} = 12/81$). همچنین، بین میانگین‌های پیگیری و پیش‌آزمون نیز در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$ ، $SE = 2/473$ و $\Delta\bar{X} = 10/94$) ولی در این بعد، بین میانگین‌های پیگیری و پس‌آزمون در سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$ ، $SE = 0/499$ و $\Delta\bar{X} = 1/87$). بر این اساس، می‌توان گفت که اجرای درمان متمرکز بر شفقت پس از اتمام توانسته است مقدار «تاب‌آوری» را به صورت معنادار افزایش دهد (زیرا $0 < \Delta\bar{X} = 12/81$). یعنی میانگین مرحله‌ی پس‌آزمون بزرگتر از پیش‌آزمون است) و پس از اتمام دوره و با گذشت سه ماه نیز این بهبودی در میانگین نمره‌های «تاب‌آوری» باقی مانده است؛ زیرا تفاوت معناداری بین میانگین مرحله پیگیری و پس‌آزمون وجود ندارد. بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اجرای درمان متمرکز بر شفقت اثر پایدار در افزایش تاب‌آوری دارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در پرستاران با نشانگان دلزدگی زناشویی شهر تبریز بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش رضایت جنسی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در پرستاران با دلزدگی زناشویی می‌شود. در همین راستا، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را به عنوان مداخله‌ای مناسب گسترش راهبردهای مقابله‌ای [۳۳] و افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی [۳۴] مطرح کرده‌اند که با یافته‌های این پژوهش همسو می‌باشد. کلی و همکاران [۳۰] در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش اختلال دوقطبی می‌گردد. لوتاز و همکاران [۳۲] در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی می‌شود. در تبیین اثربخشی و ماندگاری درمان مبتنی بر شفقت بر رضایت جنسی پرستاران با دلزدگی زناشویی می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر شفقت، پرستاران با به کارگیری گستره متنوعی از روش‌های تنظیم هیجان و تلفیقی از ذهن آگاهی، پذیرش و خود - دلسوزی، می‌آموزند به مهربانی و وابستگی پاسخ دهند و با استفاده از صمیمیت و نگرش دلسوزانه‌ای که در خود ایجاد می‌کنند، آگاهی درونی، پذیرش به دور از قضاوت، همدلی و توجه

آگاهانه شرکت در پژوهش توسط همه آزمودنی‌ها امضا شد. برای گروه کنترل نیز بعد از اتمام مداخله آزمایشی جلسات آموزشی اعمال شد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی در قالب رساله دکترای تخصصی انجام شده است.

سهم نویسندگان

فریبا حسینی: ایده پژوهش، محمدرضا رضازاده: طرح پژوهش و برنامه ریزی پژوهش، افسانه قنبری پناه: نگارش مقاله، عباس خوش خیر: جمع آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد منافی گزارش نشده است.

کاربرد عملی یافته‌ها

اجرای درمان مبتنی بر خودشفقت ورزی در پرستاران اثرگذار بوده و می‌تواند رهنمودی برای مدیران و مسئولین پرستاری باشد و به عنوان یکی از روش‌های مؤثر جهت توانمندسازی پرستاران به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر ماحصل رساله دکترای می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت کنندگان پژوهش حاضر و همچنین شرکت کنندگان محترم تشکر و قدردانی نمایند.

References

- Jensen HI, Larsen JW, Thomsen TD. The impact of shift work on intensive care nurses' lives outside work: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2018;27(3-4):e703-e9. doi: 10.1111/jocn.14197 pmid: 29193498
- Li H, Shao Y, Xing Z, Li Y, Wang S, Zhang M, et al. Napping on night-shifts among nursing staff: A mixed-methods systematic review. *J Adv Nurs*. 2019;75(2):291-312. doi: 10.1111/jan.13859 pmid: 30229998
- Abdalkarem F, Alsharari. Psychosocial Impact of Night Shift Work among Nurses in Saudi Arabia. *America J Nurs Res*. 2019;7(3):238-47. doi: 10.12691/ajnr-7-3-2
- Books C, Coody LC, Kauffman R, Abraham S. Night Shift Work and Its Health Effects on Nurses. *Health Care Manag (Frederick)*. 2017;36(4):347-53. doi: 10.1097/HCM.000000000000177 pmid: 28953576
- Kerkhof GA. Shift work and sleep disorder comorbidity tend to go hand in hand. *Chronobiol Int*. 2018;35(2):219-28. doi: 10.1080/07420528.2017.1392552 pmid: 29157012
- Cheng P, Drake CL. Psychological Impact of Shift Work. *Curr Sleep Med Rep*. 2018;4(2):104-9. pmid: 29984133
- Proper KI, van de Langenberg D, Rodenburg W, Vermeulen RCH, van der Beek AJ, van Steeg H, et al. The Relationship Between Shift Work and Metabolic Risk Factors: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Am J Prev Med*. 2016;50(5):e147-e57. doi: 10.1016/j.amepre.2015.11.013 pmid: 26810355
- Behzadpoor S, Vakili M, Sohrabi F. The Effect of resilience training on increasing psychological well-being

که با تحریک سیستم تسکین بخشی، زمینه تحول این سیستم را در پرستاران مبتلا به دلزدگی زناشویی فراهم می‌نماید و با تحول یافتگی این سیستم، تاب آوری نیز افزایش می‌یابد [۲۸].

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه افراد نمونه به صورت هدفمند انتخاب شده‌اند و همچنین برای سنجش متغیرها از آزمون‌های خودگزارش دهی استفاده شده است که ممکن است با سوگیری آزمودنی‌ها همراه باشد. پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آینده از سایر جوامع نمونه پژوهش انتخاب گردد و همچنین از پژوهش‌های کیفی استفاده شود.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد درمان مبتنی بر خودشفقت ورزی در کاهش دلزدگی پرستاران مؤثر می‌باشد. به نظر می‌رسد که علیرغم اینکه پرستاری نقش مهمی در ارائه مراقبت بهداشتی دارد ولی همین قشر نیازمند مراقبت ویژه‌ای از جانب مسئولین ذیربط دارد و نتیجه گرفته می‌شود که برای پرستاران شیفت متغیر درمان مبتنی بر شفقت جهت مقاوم سازی پرستاران بکار گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، نکات اخلاقی طبق پروتکل‌های اخلاقی رعایت و کد اخلاق ۱۳۹۸،۹۵۶ IR.IAU.TABRIZ.REC. از دانشگاه علوم پزشکی تبریز با شماره ۶۷۴ دریافت شد. همچنین فرم رضایت نامه

of infertile women. [Persian]. *Sci J Ilam Univ Med Sci*. 2015;23(5):131-42.

- Babaei GR, Nazary A, Mosenzadeh F. Comparison of psychological well-being and marital burnout and their dimensions among employed and unemployed woman. [Persian]. *J Women Soc*. 2016;7(25):163-80.
- Mojarrad A. Comparison of the effectiveness of Bowen's systemic counseling and the solution-based approach to reducing the risk of divorce, disturbance and marital incompatibility in maladaptive women. Master's thesis. [Persian]: Mohaghegh Ardabili University; 2017
- Rajeyan M, Godarzi N. Relationship between social support and resilience among patients with cancer. *J Soc Work Res*. 2015;1(3):37-74.
- Heydarian A, Zaharakar K, Mohsenzadeh F. The effectiveness of mindfulness training on resilience and reduced rumination in female patients breast cancer: A randomized trial. *Iran Breast Cancer J*. 2016;9(2):52-9.
- Habibi M, Salmani K, Amani O, Rafezi Z, Mahani SSN. The comparison of spiritual experience and resilience between women with breast cancer and healthy women. *J Res Behav Sci*. 2016;14(1):50-5.
- Vartak J. The Role of Hope and Social Support on Resilience in Cancer patients. *India J Mental Health*. 2015;2(1):35-42. doi: 10.30877/IJMH.2.1.2015.35-42
- Tull MT, Gratz KL, McDermott MJ, Bordieri MJ, Daughters SB, Lejuez CW. The Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relation Between PTSD Symptoms and the Learned Association Between Trauma-Related and Cocaine Cues. *Subst Use Misuse*.

- 2016;51(10):1318-29. doi: 10.3109/10826084.2016.1168445 pmid: 27224676
16. Seligowski AV, Lee DJ, Bardeen JR, Orcutt HK. Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther.* 2015;44(2):87-102. doi: 10.1080/16506073.2014.980753 pmid: 25421727
 17. Valipoursheikhi Z, Mirederikvand F. The Effectiveness of Emotion Regulation Instruction on Increasing of Marital Adjustment in Couples with Marital Conflict. *IJPN.* 2019;7(1):75-81.
 18. Madani T. The effective of emotional regulation instruction on decreasing of couples with marital conferrd to Behzisty city of Ray. *J Psychol.* 2017;11(2):147-59.
 19. Geranand P, Manshaee G. The effectiveness of emotion regulation and social skills training on overt and relational aggression and pro-social behaviors in aggressive adolescents in khorramabad. *Khorramabad Univ J Med Sci.* 2017;69(12):12-28.
 20. Miller AM, Gruskin S, Cottingham J, Kismodi E. Sound and Fury--engaging with the politics and the law of sexual rights. *Reprod Health Matters.* 2015;23(46):7-15. doi: 10.1016/j.rhm.2015.11.006 pmid: 26718992
 21. Miller AM, Kismodi E, Cottingham J, Gruskin S. Sexual rights as human rights: a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health. *Reprod Health Matters.* 2015;23(46):16-30. doi: 10.1016/j.rhm.2015.11.007 pmid: 26718993
 22. Peta C. Disability is not asexuality: the childbearing experiences and aspirations of women with disability in Zimbabwe. *Reprod Health Matters.* 2017;25(50):10-9. doi: 10.1080/09688080.2017.1331684 pmid: 28784066
 23. Addlakha R, Price J, Heidari S. Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reprod Health Matters.* 2017;25(50):4-9. doi: 10.1080/09688080.2017.1336375 pmid: 28784058
 24. Finlay-Jones AL. The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clin Psychol.* 2017;21(9):90-103. doi: 10.1111/cp.12131
 25. Inwood E, Ferrari M. Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Appl Psychol Health Well Being.* 2018;10(2):215-35. doi: 10.1111/aphw.12127 pmid: 29673093
 26. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol.* 2007;92(5):887-904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887 pmid: 17484611
 27. Gilbert P. *Compassion focused therapy: Distinctive features.* New York, NY: Routledge; 2010.
 28. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(6):545-52. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003 pmid: 22796446
 29. Gilbert P. Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioural therapy In *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*, 2 (ed. Simos G). Routledge: East Sussex, UK2009.
 30. Kelly AC, Zuroff DC, Shapira LB. Soothing oneself and resisting self-attacks: the treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therap Res.* 2009;33(9):301-13. doi: 10.1007/s10608-008-9202-1
 31. Lowens I. Compassion focused therapy for people with bipolar disorder. *Int J Cognitive Therap.* 2010;3(1):172-85. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.172
 32. Lutz A, Brefczynski-Lewis J, Johnstone T, Davidson RJ. Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PLoS One.* 2008;3(3):e1897. doi: 10.1371/journal.pone.0001897 pmid: 18365029
 33. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Pers.* 2009;77(1):23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x pmid: 19076996
 34. Hofmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: potential for psychological interventions. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(7):1126-32. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.003 pmid: 21840289
 35. Noorbala F, Borjali A, Ahmadian-Attari MM, Noorbala AA. Effectiveness of Compassionate Mind Training on Depression, Anxiety, and Self-Criticism in a Group of Iranian Depressed Patients. *Iran J Psychiatr.* 2013;8(3):113-17.
 36. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol.* 2013;69(1):28-44. doi: 10.1002/jclp.21923 pmid: 23070875
 37. Pinez AM. *Couples burnout: courses and cures.* London Rout ledge. 1996;32(4):1-27.