

## The effectiveness of self-compassion training on nurses' family performance management

Forough Hajian<sup>1</sup>, Narges Sadeghi<sup>1\*</sup>, Maryam Moghimian<sup>2</sup>

1. Community Health Research Center, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran
2. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

\* Corresponding author e-mail: [n45sadeghi@yahoo.com](mailto:n45sadeghi@yahoo.com)

**Citation:** Hajian F, Sadeghi N, Moghimian M. The effectiveness of self-compassion training on nurses' family performance management. *Daneshvar Medicine* 2020; 29(5):50-61.  
**doi:** [10.22070/DANESHMED.2020.3055](https://doi.org/10.22070/DANESHMED.2020.3055)

### Abstract

**Background and Objective:** Nurses play a very important role in health team leadership. However, due to some work-related problems, they may encounter conflicts in their family roles such as maternal, spouse roles and in their self-care. The aim of this study was to determine the effectiveness of self-compassion training on nurses' family performance management.

**Materials and Methods:** The research method was quasi-experimental with pre - post test with the control group which was done in 2019. The sample consisted of 60 nurses working in psychiatric wards of Shahid Modarres Hospital in Isfahan who were selected by inclusion criteria. They were selected using convenience sampling and were divided into two equal groups of control and intervention randomly. The intervention group participated in eight 90-minute sessions of compassion-focused group training, but the control group did not. Before and after the intervention, the Epstein Family Functioning Scale was used. Data were analyzed using descriptive (mean, standard deviation, frequency, Percentage), and analytical tests (Independent t-test, paired t-test, chi-square) in SPSS software V:14.

**Results:** The mean score of family functioning management before education in the intervention group was  $132.13 \pm 42.92$  and in the control group was  $126.47 \pm 26.78$  which was not significantly different ( $P < 0.05$ ). After the intervention, those mean score in the intervention group was  $160.96 \pm 39.05$  while in the control group it was  $127.63 \pm 37.36$  which was significantly different ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** Self-compassion training was evaluated positively on family functioning management of nurses. Therefore, these trainings can be effective in controlling part of the work-family conflicts and it is suggested to be considered in the nurses' training program.

**Keywords:** Group therapy, Self-compassion, Family function management, Nurse

Received: 29 Sep 2020  
Last revised: 30 Nov 2020  
Accepted: 15 Dec 2020

# بررسی اثربخشی آموزش خودشفقتی بر مدیریت عملکرد خانوادگی پرستاران

نویسندگان: فروغ حاجیان<sup>۱</sup>، نرگس صادقی<sup>۱\*</sup>، مریم مقیمیان<sup>۲</sup>

۱. مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان،

ایران

۲. مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف

آباد، ایران

Email: N45sadeghi@yahoo.com

\*نویسنده مسئول: نرگس صادقی

## چکیده

**مقدمه و هدف:** ایفای نقش پرستاران در رهبری تیم سلامت بسیار حائز اهمیت است؛ اما به دلیل برخی مشکلات مربوط به محیط کار، ممکن است در ایفای نقش‌های خانوادگی مانند نقش همسری، مادری و در توجه به خود با تعارضاتی مواجه گردند. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش خودشفقتی بر مدیریت عملکرد خانوادگی پرستاران صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی با طراحی پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه پژوهش را ۶۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان شهید مدرس اصفهان که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند تشکیل دادند. نمونه‌ها بصورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی با نرم افزار تلفن همراه به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. گروه مداخله در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی خودشفقتی شرکت کردند؛ اما این مداخله بر روی گروه کنترل انجام نشد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها قبل و بعد از مداخله، مقیاس سنجش عملکرد خانوادگی اپشتاین بود. داده‌ها از طریق آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی، درصد فراوانی) و استنباطی (تی مستقل، تی زوجی، کای اسکور) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ تجزیه و تحلیل شدند.

**نتایج:** نمره مدیریت عملکرد خانواده قبل از آموزش در گروه مداخله  $42/92 \pm 12/13$  و در گروه کنترل  $26/78 \pm 12/47$  بود که تفاوت معناداری نداشت ( $P > 0/05$ ). بعد از مداخله، میانگین نمرات در گروه مداخله به  $39/05 \pm 16/96$  و در گروه کنترل  $37/36 \pm 12/63$  گزارش شد که تفاوت معنادار داشت ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزش خودشفقتی بر مدیریت عملکرد خانوادگی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی مؤثر بود؛ بنابراین این آموزش‌ها می‌تواند در کنترل بخشی از تعارضات کار-خانواده مؤثر باشد و پیشنهاد می‌شود در برنامه آموزشی پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان گروهی، خودشفقتی، مدیریت عملکرد خانوادگی، پرستار

## مقاله پژوهشی

دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۰۸

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۲۵

## مقدمه

مدیریت عملکرد خانوادگی به چگونگی برقراری ارتباط بین فردی، تصمیم‌گیری و حل مشکلات بین اعضای خانواده تعریف می‌شود و جنبه مهمی در زندگی است که سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و هیجانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). الگوی عملکرد خانوادگی بیشتر با ویژگی‌های خانواده و روابط بین اعضا مرتبط است. این الگو شامل هفت بعد شامل ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، حل مسئله، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی است (۲).

تعارض‌های کار- خانواده از جمله مشکلاتی است که می‌تواند عملکرد خانوادگی افراد را به مخاطره بیندازد (۳). از جمله حرفه‌های پرتنشی که می‌تواند فرد را درگیر این تعارض‌ها سازد و مدیریت عملکرد خانوادگی را تحت تأثیر قرار دهد، حرفه پرستاری است (۴). پرستاران از اعضای مهم در سیستم خدمات سلامت هستند که جامعه بشری به خدمات آن‌ها نیازمند است (۵). اما به دلیل شرایط شغلی از جمله حمایت سازمانی ناکافی، نوبت کاری، سختی کار، ساعات کاری طولانی و غیره بیشتر در معرض آسیب در نقش‌های خانوادگی خود هستند و هر ساله تعداد زیادی، به دلیل فقدان رضایت شغلی و تأثیرپذیری شرایط زندگی شخصی از شغل، اقدام به ترک کار می‌کنند که این موضوع علاوه بر اتلاف هزینه‌های صرف شده برای آموزش آن‌ها، موجب از دست رفتن مهارت‌ها، تخصص و منابع می‌شود (۶). با توجه به نتایج تحقیقات مختلف، پرستاران به دلیل ارتباط پیوسته با امور استرس‌آور مانند مرگ، ناخوشی، بیماری‌های صعب‌العلاج و...، استرس و فشار شغلی زیادی را تجربه می‌کنند که منجر به کاهش عملکردهای فردی، شغلی و خانوادگی آنها می‌گردد (۷-۱۱). این اختلال در مدیریت عملکرد پرستاران نوبتکار با اختلال در رضایت زناشویی و سلامت زوجین منجر به از هم گسیختگی فعالیت‌های اجتماعی مشترک در خانواده می‌شود (۱۲). این از هم گسیختگی در

فعالیت‌های اجتماعی مشترک خانواده می‌تواند سلامت روان افراد را به خطر بیندازد و بسیاری از آنها را با چالش متعادل‌سازی نقش‌های شغلی و خانوادگی خود مواجه کرده است (۱۳) و با بروز انزوای اجتماعی و کاهش کیفیت روابط خانوادگی، آنها را نیازمند مداخلات روان‌شناختی و خانواده‌درمانی کند (۱۴).

امروزه درمانگران روانشناسی با مدل‌های مختلف درمانی اعم از ذهن آگاهی، فراشناخت، پذیرش و تعهد و خودشفقتی برای برطرف کردن مشکلات خانوادگی و شغلی گام‌های بلندی برداشته‌اند. خودشفقتی بر چهار حوزه تجارب پیشین، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش بینی نشده و غیرعمدی متمرکز است. این سازه دارای سه مؤلفه مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، احساسات مشترک انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی است (۱۵). خودشفقتی یک نوع راهبرد تنظیم هیجان است که در آن از تجربه کردن هیجان‌های نامطلوب و آزاردهنده جلوگیری نمی‌شود؛ بلکه سعی می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه و مشفقانه مورد پذیرش واقع شوند؛ بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر شکل می‌دهند و فرد راه‌هایی جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند تا بتواند با رویدادهای منفی زندگی مواجه گردیده و در جهت تسکین رنجش، با خودش مهربانانه رفتار کند. این درمان با تقویت حس نوع‌دوستی باعث می‌شود که فرد از یکسو توانایی شاد زیستن در کنار دیگران، عشق ورزیدن و مهربانی کردن به آنها را بیابد و از سوی دیگر ضعف‌های خود را پذیرفته و در جهت تغییر گام بردارد. این تغییرات مثبت منجر به افزایش رضایتمندی از زندگی و امیدواری می‌گردد (۱۶). شواهد رو به رشدی وجود دارد که نشان می‌دهند خودشفقتی به‌طور معناداری بر سلامت روان افراد مؤثر است و اثرات عصبی- فیزیولوژیکی مثبتی دارد و باعث بهبود روابط خانوادگی،

تحصیلی کارشناسی پرستاری و بالاتر و نیز تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری در مطالعه و عدم شرکت در همه جلسات آموزشی بود که به دلیل توضیح کافی قبل از نمونه‌گیری و جلب نظر پرستاران، ریزش نمونه وجود نداشت. معیارهای عدم ورود شامل ابتلا به بیماری روانپزشکی مشخص و یا مصرف داروی روانپزشکی و یا برخورداری از خانواده ناسالم (داشتن همسر یا فرزند دارای مشکل جسمی یا روانی) بود. بدین‌سان پاره‌ای از متغیرهای مخدوش‌گر حذف شدند ولی تفاوت‌های فردی در یادگیری، تفاوت‌های فرهنگی و شخصیتی افراد به عنوان متغیرهای مخدوش‌گر دیگر قابل حذف نبود بلکه در صورت نیاز، برای این افراد علاوه بر آموزش‌های گروهی که شرکت می‌کردند ساعات اضافه تری به آموزش فردی و یا پاسخ به سؤالات اختصاص داده می‌شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش (جنس، سن، میزان تحصیلات، سابقه کار) که توسط خود فرد تکمیل گردید. پرسشنامه دوم، فرم استاندارد شده ارزیابی عملکرد خانواده‌ا‌پشتاین و همکاران بود. پرسشنامه مذکور، حاوی ۶۰ سؤال است که بر پایه الگوی عملکرد خانواده مک مستر، ۷ بعد عملکرد کلی (۱۳ سؤال)، نقش‌ها (۹ سؤال)، ارتباط (۷ سؤال)، حل مسئله (۶ سؤال)، همراهی عاطفی (۷ سؤال)، مهار رفتار (۹ سؤال) و آمیزش عاطفی (۹ سؤال) را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت به‌صورت کاملاً موافق (۱)، موافق (۲)، نظری ندارم (۳)، مخالف (۴) و کاملاً مخالف (۵) (به‌صورت مستقیم و معکوس) نمره‌دهی می‌شود؛ به سؤالات شماره ۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۸ نمره معکوس داده می‌شود. کسب نمره کمتر نشان‌دهنده عملکرد نامطلوب خانواده و نمرات بالاتر بیانگر عملکرد مطلوب است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۶۰ و حداکثر آن ۳۰۰ است (۱۹). در ایران این ابزار توسط زاده محمدی و ملک خسروی هنجاریابی شده است که آلفای کرونباخ کلی ابزار ۰/۹۴ بوده است و نشان‌دهنده اعتبار باز آزمایشی

عزت بخشی، سازگاری زناشویی و تعهد زناشویی می‌شود (۸، ۱۱، ۱۷، ۱۸).

از آنجا که طبق تجربه پژوهشگران، پرستاران بخصوص شاغلین در بخش‌های پرتنشی همچون روانپزشکی با فشار روانی مضاعفی روبرو هستند که علاوه بر تأثیرگذاری بر کیفیت فعالیت حرفه‌ای، بر سلامت عملکرد کلی در همه عرصه‌های زندگی آنها نیز مؤثر است؛ اما متأسفانه تدابیر اثربخشی برای کمک به آنها اندیشیده نشده است. لیکن با توجه به اینکه مفاهیم کار و خانواده بیشترین و قوی‌ترین پیوند را با پرستار به عنوان یک عضو جامعه و جامعه وی دارد، ایجاد تعادل بین آنها از اهمیت بالایی برخوردار است. از این رو با توجه اهمیت نقش مداخلات روان‌شناختی از جمله خودشفقتی در سلامت روانی فردی و خانوادگی پرستاران و فقدان پژوهش مشابه که این مداخله را برای پرستاران انجام داده باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش خودشفقتی بر مدیریت عملکرد خانوادگی پرستاران طراحی و اجرا گردید تا در صورت مؤثر بودن این آموزش بر عملکرد خانوادگی پرستاران، نتایج بتواند ضمن آگاهی بخشی به پرستاران، راهگشایی برای مدیران عرصه سلامت در طراحی راهکارهای مناسب در ارتقا عملکرد خانوادگی پرستاران باشد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع پژوهش نیمه تجربی با طراحی دوگروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان شهید مدرس شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بودند. تعداد ۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های روانپزشکی به صورت در دسترس انتخاب شدند. این حجم نمونه با احتساب ضریب اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰، انحراف معیار ۷ و دقت ۸ محاسبه شد که تعداد نمونه برای هر گروه ۲۵ نفر بدست آمد؛ اما با احتساب ۲۰ درصد ریزش نمونه، تعداد هر گروه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تأهل، حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بخش روانپزشکی، دارا بودن مدرک

نفره به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت هفته‌ای یک جلسه، مطابق برنامه ارائه شده در جدول ۱ آموزش خودشفقتی را توسط پژوهشگر با مدرک تحصیلی روانپرستاری دریافت کردند. بسته درمان گروهی خودشفقتی، مطابق محتوای درمان خود شفقتی ارائه شده توسط گیلبرت (۲۰۱۰) (۲۱) تهیه گردیده است؛ اما نمونه‌های گروه کنترل این آموزش‌ها را دریافت نکردند. برای کنترل برقراری ارتباط بین نمونه‌های دو گروه مداخله و کنترل سعی گردید حدالمقدور پرستارانی که شیفت‌های همسانی داشتند در پژوهش وارد نشوند تا ارتباط آنها با یکدیگر کاهش یابد. پس از پایان جلسات مداخله، کلیه آزمودنی‌ها مجدداً به پرسشنامه سنجش عملکرد خانوادگی ایشتاین پاسخ دادند. برای رعایت اخلاق در پژوهش در انتهای جلسات مداخله، بسته آموزشی به صورت لوح فشرده در اختیار گروه کنترل قرار گرفت و طی جلسه‌ای به سؤالات آنها پاسخ داده شد.

به منظور کورسازی در تجزیه و تحلیل داده‌ها، پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط نمونه‌ها در گروه مداخله و کنترل با کدهای A و B مشخص شدند که مشاور آمار از نحوه اختصاص آنها به گروه‌های مورد مطالعه مطلع نبود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها، از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد فراوانی) و استنباطی (تی مستقل، تی زوجی، کای-اسکوئر) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ استفاده شد.

کافی آن است (۲۰). در این مطالعه نیز پایایی ابزار سنجش عملکرد خانواده ایشتاین با احتساب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد شد که از نشانگر همسانی درونی مناسب ابزار است.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان و کسب معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه و ارائه آن به مسئولین بیمارستان مدرس اقدام به نمونه‌گیری نمود. تعداد ۶۰ نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان پرستاران شاغل در سه بخش روانپزشکی بیمارستان مدرس که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند انتخاب شد. سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی با استفاده از نرم‌افزار تصادفی سازی تلفن همراه در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. به این صورت که ابتدا نام افراد بر اساس حروف الفبا ردیف شده و به آنها کدهای ۶۰-۱ داده شد، سپس در نرم‌افزار دو گروه مداخله و کنترل تعریف گردید، با هر نوبت لمس دکمه تخصیص، مشخص می‌شد که آزمودنی در کدام یک از گروه‌ها باید قرار گیرند، این روند تا جایی ادامه پیدا کرد که کلیه نمونه‌های پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. بدین ترتیب ۳۰ نفر به گروه مداخله و ۳۰ نفر به گروه کنترل اختصاص داده شد. در ابتدا نمونه‌های دو گروه، به پرسشنامه سنجش عملکرد خانوادگی ایشتاین پاسخ دادند. گروه مداخله بصورت گروهی و با تشکیل گروه‌های ۹-۸

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی خودشفقتی

جلسات	محتوای جلسه
اول	بیان اهداف آموزش، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد، مدت و زمان برگزاری جلسات، بیان انتظارات، آشنایی افراد با یکدیگر، بررسی مشکلات اعضاء و اجرای پیش‌آزمون
دوم	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد بیماری، شغل پرستاری و آسیب‌های جسمانی ناشی از آن، آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر خودشفقتی، آموزش همدلی، توضیح و تشریح سازه شفقت
سوم	تشویق به تفکر درباره شفقت به دیگران، پرورش احساس مهربانی به خود، پرورش و درک دیگران و نقایص و مشکلات آنها (حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم. ارائه تمرین برای شناسایی اقدامات و رفتارهایی که در زمینه شفقت به دیگران در طول هفته انجام داده‌اند.
چهارم	مرور تمرین ارائه شده در جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد دارای شفقت و یا عدم آن با توجه به مباحث آموزشی، ارائه تمرین برای پرورش ذهن مشفقانه (همدلی با خود و دیگران) و بخشایش
پنجم	مرور تمرین ارائه شده در جلسه قبل، آموزش افزایش گرمی و انرژی، ارائه تمرین برای پرورش ذهن با شفقت (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، پذیرش مسائل (پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف) و عدم قضاوت
ششم	مرور تمرین ارائه شده در جلسه قبل، آموزش تصویرسازی مبتنی بر شفقت، سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (کلامی، عملی، مقطعی و شفقت)، ارائه تمرین عملی به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان و آشنایان
هفتم	مرور تمرین ارائه شده در جلسه قبل، آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز، تعادل خشم و شفقت، حل موضوع ترس از شفقت، ارائه تمرین یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی متمرکز بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.
هشتم	مرور تمرین ارائه شده در جلسه قبل، بررسی تجارب افراد و مقایسه دیدگاه آنها با قبل از آموزش و اجرای پس‌آزمون

## نتایج

درصد) بودند. توزیع فراوانی نمونه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی‌دار نشان نداد (جدول ۲).

دامنه سنی نمونه‌ها در گروه مداخله و کنترل بین ۳۸-۳۰ سال بود. پرستاران، بین ۹-۷ سال سابقه کار داشتند، اکثر آنها زن (۶۵/۵۶ درصد) و دارای مدرک کارشناسی (۷۵



جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	کنترل	مداخله	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
$\chi^2=0/78$ $P=0/44$	۲۵(۸۳/۳)	۲۰(۶۶/۷)	کارشناسی
	۱۰(۳/۳۳)	۱۰(۳۳/۳)	کارشناسی ارشد
$\chi^2=0/34$ $P=0/56$	۱۸(۶۰)	۱۶(۵۳/۳)	زن
	۱۲(۴۰)	۱۴(۴۶/۷)	مرد
$t=0/28$ $P=0/78$	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	سن
	۳۷/۲۰(۵/۳۷)	۳۶/۸۳(۴/۸۸)	
$t=1/33$ $P=0/19$	۷/۲۳(۳/۶۸)	۸/۵۰(۳/۷۱)	سابقه کار

ارتباطات، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌دار نشان داد ( $P < 0/05$ ) (جدول ۳).

آزمون  $t$  مستقل نشان داد که قبل از آموزش میانگین نمرات دو گروه اختلاف معنی‌دار نداشت ( $P > 0/05$ ). بعد از آموزش میانگین نمرات گروه مداخله در مؤلفه‌های



جدول ۳. مقایسه نمره مدیریت عملکرد خانوادگی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		نتیجه آزمون
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	
مؤلفه‌های عملکرد خانوادگی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون
حل مسئله	۱۵/۴۳ (۴/۰۲)	۱۴/۶۷ (۴/۳۶)	۱۴/۲۳ (۵/۰۱)	۱۴/۷ (۳/۸۷)	t=۰/۷۱ P=۰/۴۸
ارتباطات	۲۰/۴۷ (۸/۱۵)	۱۹/۵۰ (۵/۴۸)	۲۵/۹۰ (۷/۸۱)	۱۹/۷ (۸/۲۴)	t=۰/۵۴ P=۰/۵۹
نقش‌ها	۲۶/۱۷ (۸/۸۲)	۲۵/۰۷ (۵/۳۳)	۳۱/۳۳ (۱۰/۹۶)	۲۵/۶ (۹/۱۷)	t=۰/۵۸ P=۰/۵۶
همراهی عاطفی	۱۳/۲۳ (۶/۷۳)	۱۲/۴۳ (۵/۰۸)	۱۷/۸۳ (۶/۶۰)	۱۲/۷ (۵/۲۶)	t=۰/۵۲ P=۰/۶۱
آمیزش عاطفی	۱۵/۸۷ (۶/۴۴)	۱۵/۶۷ (۴/۴۴)	۱۹/۴۳ (۵/۶۹)	(۵/۷۶) ۱۵/۱۳	t=۰/۱۴ P=۰/۸۹
کنترل رفتار	(۷۷/۸) ۱۹/۸۰	۱۸/۲۷ (۵/۳۷)	۲۷/۲۷ (۸/۰۴)	(۷/۲۰) ۱۹/۰۳	t=۰/۸۲ P=۰/۴۲
عملکرد کلی	(۶/۲۵) ۲۱/۱۷	۲۰/۸۷ (۵/۱۶)	۲۴/۹۷ (۷/۶۳)	(۵/۹۱) ۲۱/۴	t=۰/۲۰ P=۰/۸۴
نمره کل	(۴۹/۹۲) ۱۳۲/۱۳	۱۲۶/۴۷ (۲۶/۷۸)	۱۶۰/۹۶ (۳۹/۰۵)	۱۲۷/۶۳ (۳۷/۳۶)	t=۰/۶۱ P=۰/۵۴

مداخله اختلاف معنادار وجود داشت ( $P < ۰/۰۵$ ). میانگین نمرات قبل و بعد، در گروه کنترل در هیچ یک از مؤلفه‌های مدیریت عملکرد خانوادگی تفاوت معنی‌دار نداشت ( $P > ۰/۰۵$ ) (جدول ۴).

آزمون t زوجی نشان داد که میانگین نمرات مدیریت عملکرد خانوادگی گروه مداخله در مؤلفه حل مسئله بین دو زمان قبل و بعد از آموزش اختلاف معنادار نداشت ( $P > ۰/۰۵$ )؛ اما بین میانگین نمره کلی مدیریت عملکرد خانوادگی و سایر مؤلفه‌های آن قبل و بعد از

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره مدیریت عملکرد خانوادگی بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله

گروه	مداخله	کنترل
مؤلفه‌های عملکرد خانواده		نتیجه آزمون
حل مسئله	t=۱/۰۱ P=۰/۳۲	t=۰/۰۳ P=۰/۹۸
ارتباطات	t=۲/۸۱ P=۰/۰۰۹	t=۰/۱۱ P=۰/۹۱
نقش‌ها	t=۲/۲۵ P=۰/۰۳۵	t=۰/۲۶ P=۰/۸۰
همراهی عاطفی	t=۲/۵۹ P=۰/۰۱۵	t=۰/۲۴ P=۰/۸۱
آمیزش عاطفی	t=۲/۲۸ P=۰/۰۳۳	t=۰/۴۶ P=۰/۶۵
کنترل رفتار	t=۳/۷۷ P=۰/۰۰۱	t=۰/۴۵ P=۰/۶۶
عملکرد کلی	t=۲/۲۷ P=۰/۰۳۳	t=۰/۴۴ P=۰/۶۷
نمره کل	t=۲/۶۹ P=۰/۰۱۲	t=۰/۱۴ P=۰/۸۹

## بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که قبل از آموزش خودشفقتی گروه‌ها از نظر آماری اختلاف معنادار نداشتند و همگن بودند. میانگین نمره کلی مدیریت عملکرد خانوادگی در گروه آموزش خودشفقتی از ۱۳۲/۱۳ در قبل از مداخله به ۱۶۰/۹۶ پس از مداخله و میانگین نمره مذکور در گروه کنترل از ۱۲۶/۴۷ به ۱۲۷/۶۳ افزایش یافت. بر اساس این نتایج پرستارانی که تحت مداخله خود شفقتی قرار گرفتند در مؤلفه‌های مدیریت عملکرد خانوادگی از جمله ارتباطات، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی نسبت به گروه کنترل و همچنین نسبت به نمرات مرحله پیش‌آزمون پیشرفت معنی‌دار داشتند.

در تحقیقات مختلف در زمینه تأثیر آموزش خودشفقتی بر مؤلفه‌های مختلف مدیریت عملکرد خانوادگی بر روی گروه‌های هدف متفاوت، نتایج متعددی بدست آمده است. در برخی از تحقیقات مانند مطالعه یوسفی و همکاران، آموزش خود شفقتی بر بهبود روابط خانوادگی، بخشش و صمیمیت مؤثر بوده است (۱۶). در مطالعه بیبی و همکاران، بین خرده مقیاس شفقت و سازگاری خانواده رابطه معناداری نشان داده شده است (۱۷). در مطالعه جانجانی و همکاران، رضایت در خانواده با خودشفقتی، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی، انزوا و موارد همانندسازی ارتباط معنادار داشته است (۲۲). سعادت و همکاران، سازگاری خانوادگی را پس از آموزش خودشفقتی مثبت ارزیابی کردند (۲۳). اما در تحقیقات انجام شده بر روی اعضای تیم

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که آموزش خودشفقتی در پرستاران موجب شد تا با تقویت اکثر مؤلفه‌های آن بتوانند عملکرد خانوادگی خویش را بهبود بخشند. بنابراین به مسئولان حوزه سلامت پیشنهاد می‌گردد در آموزش‌های ضمن خدمت پرستاران، به آموزش مبتنی بر خودشفقتی نیز توجه داشته باشند تا بخشی از عملکرد خانوادگی پرستاران که می‌تواند متأثر از خودشفقتی باشد بهبود یابد.

در این مطالعه با توجه به محدودیت انتخاب جامعه آماری از پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان شهید مدرس شهر اصفهان و نیز عدم امکان کنترل کامل ارتباطات گروه‌های مداخله و کنترل، در تعمیم یافته‌ها باید جوانب احتیاط رعایت گردد و مطالعات وسیع‌تری در خصوص موضوع مورد مطالعه، مبتنی بر فرهنگ در جوامع مختلف پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) کد IR.IAU.KHUISF.REC.1398.009 انجام شده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان برای تصویب این پژوهش و نیز پرستاران شاغل در بیمارستان شهید مدرس اصفهان که صمیمانه در انجام این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

### منابع

1. Momeni K, Alikhani M. The Relationship between Family Functioning, Differentiation of Self and Resiliency with Stress, Anxiety and Depression in the Married Women Kermanshah city. *Family Counseling and Psychotherapy* 2013;3(2):329-97.
2. Yosefi N, Amani A, Hosseini S. A study of the relationship between family function and test anxiety and the mediating role of differentiation

سلامت از جمله پرستاران نتایج به مطالعه حاضر نزدیک‌تر است. گاستین و همکاران، در مطالعه خود دریافتند که آموختن خودشفقتی در پرستاران احساس تعلق آنها به دیگران را بیشتر کرده و آنها را نسبت به نیازها و احترام به دیگران حساس‌تر می‌کند و این موضوع فقط در مراقبت از بیمار نمایان نیست (۲۴). گرمر و همکاران نیز آموزش خودشفقتی را در پرستاران بر جنبه‌های شغلی و خانوادگی آنها مؤثر دانسته‌اند (۲۵). دروه‌ئی و همکاران، آموزش خودشفقتی را بر رضایت از شفقت و کنترل استرس‌های آسیب‌زای ثانوی پرستاران مؤثر دانستند (۲۶).

با در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان بیان داشت که خودشفقتی می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود؛ بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به‌صورت مهربانانه مورد پذیرش واقع گردند و هیجان‌ها و احساسات منفی به هیجان‌های مثبت تغییر وضعیت پیدا کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا کند. به‌عبارت‌دیگر خودشفقتی نه تنها توانایی نگهداری احساسات جریحه‌دار و فشارزا را برای پرستاران به همراه دارد؛ بلکه توانایی روبرو شدن با شرایط سخت را نیز فراهم می‌سازد و فرد راحت‌تر با مسائل و رویدادهای فشارزا مواجه شود. از این رو می‌توان بیان نمود شفقت درمانی بر اساس اهداف خود که ایجاد تغییر در پذیرش احساسات، عواطف و هیجان‌ها است، می‌تواند موجب کیفیت اکثر مؤلفه‌های عملکرد خانوادگی و در کل منجر به بهبود مدیریت عملکرد خانوادگی پرستاران گردد.

among students. *Journal of School Psychology* 2017; 5(4): 52-74.

3. Rasooli P, Khankeh H, Khoshknab MF, Rahgozar M. Effect of Time Management Training on Work-Family Conflict among Hospital Nurses. *Hayat* 2009;15(3);5-11.
4. Jamshidi eini A, Razavi Vs. Effectiveness of resilience training on stress and Psychological well-being of

- nurses in a military hospital in Kerman. *Ebnesina* 2018;19(4): 38-44.
5. Zolfaghari M, Bahramnezhad F, Asgari P, Shiri M. Challenge of clinical education for critical care nursing students: qualitative content analysis. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2016;4(4): 57-67.
  6. Botey A P, Kulig J C. Family functioning following wildfires: Recovering from the 2011 Slave Lake fires. *Journal of Child and Family Studies* 2014; 23(8): 1471-1483.
  7. Rostazadeh MM. Evaluation of nurses' mood and its related factors in selected wards of affiliated hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of Isfahan University of Medical Sciences* 2010;13:74-7.
  8. Askarian Omran S, Sheikholeslami F, Tabari R, Paryad E. Role of career factors on marital satisfaction of nurses. *Journal of Holistic Nursing Midwifery* 2015; 25(4): 102-9.
  9. Terzioglu F, Temel S, Uslu Sahar F. Factors affecting Performance and Productivity of nurses: professional attitude, organisational justice, organisational culture and mobbing. *Journal of Nursing Management* 2016; 24(6): 735-44.
  10. Mohammady S, Borhani F, Roshanzadeh M. Self-compassion in critical care nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management* 2016;5(2):44-50.
  11. Bibi S, Sobia M, Mustanir A, Sana B. Effect of self-compassion on the marital adjustment of Pakistani adults. *Foundation University Journal of Psychology* 2017; 2(2): 52-66.
  12. Tai S-Y, Lin P-C, Chen Y-M, Hung H-C, Pan C-H, Pan S-M, et al. Effects of marital status and shift work on family function among registered nurses. *Industrial Health* 2014;52(4):296-303.
  13. Farshad M, Najarpourian S, Salmabadi M. Prediction of Family Function Based on Couples' Communication Patterns and Perceived Social Support in Hormozgan University of Medical Sciences nurses. *Journal of Nursing Education* 2019;6(1): 19-25.
  14. Khalatbari j, Hemmati Sabet V, Mohammadi H. Effect of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease* 2018;11(3): 7-20.
  15. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development* 2009; 52(4): 211-14.
  16. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social Personality Psychology Compass* 2011;5(1): 1-12.
  17. Rahimzadeh feyzabad T, Nassiri A, Khzaie T, Khazaie k. The ImPact of Cognitive Behavioral Stress Management on Job Stress and Coping Strategies in Psychiatric Nursing. *Journal of Nursing Education* 2017;5(1): 54-63.
  18. Parvandi A, Arefi M, Moradi A. The role of family functioning and couples communication Patterns in marital satisfaction. *Family pathology. Counseling & Enrichment Journal* 2016; 2(1): 54-65.
  19. Epstein, N. B. Baldwin. L. M. & Bishop, D. S. The Macmaster model of family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy* 1983; 9(2),171-180.
  20. Zademohammadi A, Malekkhosravi GH. Barresi Moghadamati vizhegihay ravansanji va etebaryabi FDA. *Journal of Family Research* 2006;2(5);69-89. [Persian].

21. Gilbert P. Compassion focused therapy: Distinctive features. London: Routledge 2010.
22. Janjani P, Haghazari L, Keshavarzi F, Rai A. The role of self-compassion factors in predicting the marital satisfaction of staff at Kermanshah University of medical sciences. World Family Medicine 2017; 15(7): 83-8.
23. Saadati N, Rostami M, Darbani SA. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. Family Psychology 2017; 3(2): 45-58.
24. Wiklund Gustin L, Wagner L. The butterfly effect of caring-clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2013; 27(1): 175-83.
25. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical Practice. Journal of Clinical Psychology 2013; 69(8): 856-67.
26. Deroae F, ZoghiPaydar MR, Yarmohammadi M, Imani B. Tasir Amoozesh Shafaghat be Khod bar Tavajohaghahi bar Abade kyfyate zendeghi herfei parastaran. Quarterly of Clinical Psychology Studies 2018; 9(24): 89-108.