مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۹، شماره ۸، آبان ۱۴۰۱ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد بر شاخص های روانشناختی و کیفیت زندگی کارکنان فوریت های پزشکی مبتلا به کرونا

محمد سلطانی دلگشا: دانشجو دکتری روانشناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

شهرام وزیری: دانشیار، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (* نویسنده مسئول) shahram.vaziri@gmail.com

فاطمه شهابی زاده: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

قاسم آهی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

احمد منصوری: استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به تأثیر کرونا بر مشکلات روان شناختی و کیفیت زندگی کارکنان پزشکی، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد بر شاخص‌های روان شناختی و کیفیت زندگی در کارکنان فوریت‌های پزشکی مبتلا به کرونا، انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که بر روی ۶۰ نفر از کارکنان فوریت های پزشکی مبتلا به کرونا شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ و در قالب سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) انجام شد. گروه‌های درمانی عبارت بودند از درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد. از پرسشنامه نشانه‌های اختلال‌های روانی و کیفیت زندگی به منظور جمع آوری اطلاعات استفاده شد. هر دو گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض درمان قرار گرفتند، اما گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. پس از خاتمه درمان پس آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و بعد از سه ماه از آخرین جلسه گروه، پیگیری به عمل آمد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج این مطالعه، بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مربوط به شاخص‌های روانشناختی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایشی درمان متمرکز بر شفقت، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر می‌توان از هر دو شیوه درمانی مورد استفاده، به منظور بهبود شاخص‌های روان شناختی و کیفیت زندگی در کارکنان فوریت‌های پزشکی مبتلا به کرونا استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها

درمان پذیرش و تعهد،

درمان متمرکز بر شفقت،

شاخص‌های روانشناختی،

کرونا،

کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۲

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۸/۱۴

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Soltani Delgosha M, Vaziri S, shahabizadeh F, Ahi G, Mansoury A. Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Indicators and Quality of Life of Emergency Medical Workers with Corona. Razi J Med Sci. 2022;29(8):146-154.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-28]

Razi Journal of Medical Sciences. 2022;29(8):146-154. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Indicators and Quality of Life of Emergency Medical Workers with Corona

Mohamad Soltani Delgosha: PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
Shahram Vaziri: Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (* Corresponding author) shahram.vaziri@gmail.com
Fateme shahabizadeh: Associate Professor, Department of Psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
Qasem Ahi: Assistant Profesor, Department of Psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
Ahmad Mansouri: Assistant Profesor, Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Abstract

Background & Aims: The novel coronavirus disease 2019 or Covid-19 is an acute respiratory disease that is closely related to the Sars virus. Although all medical personnel is exposed to corona disease, emergency medical personnel are more exposed to this type of disease due to the special nature of their job. The uncertainty and low predictability of this disease not only threaten the physical health of people but also affects the mental health of emergency medical personnel in terms of emotions and cognition. Long-term negative emotions reduce people's immune function and destroy the balance of their normal defense mechanisms. So people may overreact to any illness, which can lead to destructive behaviors, worry, anger, and fear. According to the review of the sources, it can be stated that the occurrence of a sudden and life-threatening illness can create extraordinary pressure on the medical staff. Medical staff is particularly vulnerable to psychological and mental health problems such as aggression, anxiety, and depression, and their quality of life is affected. Depression, as one of the mental disorders, includes a wide range of emotional and mental states, from sadness and low self-esteem to emotional and physical disability. Anxiety is an unpleasant emotion that is usually described with words such as worry, anxiety, tension, and fear; Emotions that everyone experiences with different intensity. New studies have also shown that anxiety can increase or decrease the level of people's functions. Aggression is often a response to a person's expectations not being met or a response to behaviors that are considered unacceptable to the person. From a psychological point of view, aggression is defined as behavior aimed at hurting, annoying, or harming another person. The increase in psychological and physical problems observed in the life of medical workers leads to the configuration of a large volume of studies on how to increase the health level of this group of people. Measures should be taken to prevent and treat these cases. Among the treatments that can be used in this regard are the treatment focused on compassion and the treatment of acceptance and commitment. In acceptance and commitment therapy, the main goal is to create psychological flexibility. Acceptance and commitment therapy focuses less on reducing symptoms and more on increasing quality of life. On the other hand, some experts believe that the core of helping people is based on a sense of compassion. In compassion-based therapy, people learn not to avoid or suppress their painful feelings, so they can first recognize their experience and feel compassion for it. This plays a significant role in calming the mind and reducing stress and negative spontaneous thoughts. Additionally, self-compassion requires active and patient acceptance of difficult feelings. Due to being

Keywords
Acceptance and commitment therapy,
Compassion-focused therapy,
Psychological indicators,
Corona,
Quality of life

Received: 03/09/2022
Published: 05/11/2022

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-28]

on the first line of dealing with this disease, emergency medical workers are more likely than others to be exposed to psychological disorders and extreme fluctuations in physical indicators. A cross-sectional study conducted on medical personnel in China during the outbreak of Covid- 19 has shown that among 512 personnel, about 164 had direct contact with an infected patient. Among them, the prevalence of anxiety was about 12.5%, of which 10.35% experienced mild anxiety, 1.36% experienced moderate anxiety, and about 0.78% experienced severe anxiety. The importance of conducting this research is because the more the number of psychological treatments including compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy increases, the more likely psychological indicators will decrease, including anxiety, stress, aggression, and the level of quality of life-related to their health. It is created and people can do their treatment tasks with more confidence.

Methods: The current research was of a semi-experimental type with a pre-test, post-test, and follow-up plan with a control group, which was conducted on 60 medical emergency workers infected with Corona in Mashhad in the year 1400 and the form of three groups (two experimental groups and one control group) was done. The treatment groups were compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy. The list of symptoms of mental disorders and the quality of life questionnaire were used to collect information. The interventions of the two groups were implemented as a group in the Skyroom software, and no intervention was done for the control group. Both experimental groups were exposed to treatment for 8 sessions of 90 minutes, but the control group was placed on the waiting list. After the end of the treatment, the post-test was performed for all three groups, and after three months after the last group meeting, the follow-up was done. After scoring, the obtained data were analyzed using SPSS-26 statistical software.

Results: Based on the results of this study, there was a significant difference between the three stages of pre-test, post-test, and follow-up related to psychological indicators and quality of life in the experimental groups of treatment focused on compassion, treatment of acceptance and commitment, and the control group ($P<0.05$).

Conclusion: The results of the present study indicated that the treatment focused on compassion and the treatment of acceptance and commitment improve psychological indicators and quality of life. It is suggested that in future comparative studies, the effectiveness of two treatment approaches focused on compassion and acceptance and commitment therapy on physiological characteristics (heart rate and blood pressure) and other psychological outcomes of patients with corona should be studied. The findings of this research were about emergency medical workers in Mashhad, so the generalization of the findings with other samples and statistical societies should be done with caution. The self-reporting of the tools used and the purposeful sampling method are other limitations of this research that must be taken into account.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Soltani Delgosha M, Vaziri S, shahabizadeh F, Ahi G, Mansoury A. Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Indicators and Quality of Life of Emergency Medical Workers with Corona. Razi J Med Sci. 2022;29(8):146-154.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-28]

مقدمه

بیماری کرونا ویروس نوین ۲۰۱۹ یا کووید ۱۹ یک بیماری حاد تنفسی است که در ارتباط نزدیک با کرونا ویروس سارس می‌باشد (۱). با وجود اینکه تمام پرسنل پزشکی در معرض بیماری کرونا قرار دارند لیکن پرسنل فوریت‌های پزشکی به دلیل ماهیت خاص شغل خود بیشتر در معرض این نوع بیماری قرار دارند (۲). عدم قطعیت و پیش بینی پذیری پایین این بیماری نه تنها سلامت جسمی افراد را تهدید می‌کند، بلکه سلامت روانی پرسنل فوریت‌های پزشکی را از نظر احساسات و شناخت تحت تاثیر قرار می‌دهد. احساسات منفی طولانی مدت، عملکرد ایمنی افراد را کاهش داده و تعادل مکانیسم‌های دفاعی بهنجار آنها را از بین می‌برد. بنابراین ممکن است افراد بیش از حد به هر بیماری واکنش نشان دهند، که این می تواند منجر به رفتارهای مخرب، نگرانی، خشم و ترس شود (۳). با توجه به بررسی منابع می‌توان بیان کرد که بروز یک بیماری ناگهانی و تهدیدکننده زندگی می‌تواند فشارهای خارق‌العاده‌ای بر کارکنان کادر درمان ایجاد کند (۴). کارکنان کادر درمانی به‌ویژه در برابر مشکلات روان شناختی و سلامت روان از جمله پرخاشگری، اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر هستند و در مجموع کیفیت زندگی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۵).

افسردگی به عنوان یکی از اختلالات روانی، دامنه وسیعی از حالت‌های عاطفی و ذهنی، از غمگینی و ضعف عزت نفس تا ناتوانی احساسی و جسمی را در بر می‌گیرد (۶). اضطراب هیجان ناخوشایندی است که معمولاً با کلماتی مانند نگرانی، تشویش، تنش و ترس توصیف می‌شود؛ احساساتی که همه با شدت‌های مختلف آن را تجربه می‌کنند. مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که اضطراب می‌تواند میزان کارکردهای افراد را افزایش یا کاهش دهد (۷). پرخاشگری غالباً پاسخی به عدم تحقق انتظارات فرد یا پاسخ به رفتارهایی است که از نظر فرد غیر قابل قبول تلقی می‌شوند (۸). از دید روان‌شناختی، پرخاشگری به عنوان رفتاری با هدف صدمه زدن، اذیت کردن و یا آسیب رساندن به فرد دیگر تعریف شده است. پرخاشگری ممکن است به اشکال گوناگونی بروز پیدا کند. شکل کلامی و جسمانی آن معرّف مولفه های ابزاری یا رفتاری، خشم معرّف جنبه هیجانی و خصومت معرّف جنبه شناختی پرخاشگری است (۶).

افزایش مشکلات روان شناختی و جسمانی مشاهده شده در زندگی کارکنان پزشکی موجب شکل‌گیری پیکربندی حجم وسیعی از مطالعات درباره چگونگی افزایش سطح سلامت این قشر از افراد می شود. برای پیشگیری و درمان این موارد باید اقداماتی صورت گیرد. از جمله درمان‌هایی که می‌توان در این خصوص استفاده گردد، درمان متمرکز بر شفقت‌ورزی و درمان پذیرش و تعهد است. در درمان پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است (۹). در حقیقت درمان پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر کاهش نشانه ها و تمرکز بیشتری بر افزایش کیفیت زندگی دارد (۱۰). از طرف دیگر، بعضی متخصصان بر این باورند که هسته اصلی کمک به افراد بر اساس حس شفقت است. در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. این امر نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد و کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد. افزون برآن، شفقت به خود مستلزم پذیرش فعال و صبورانهٔ احساسات سخت است (۱۱).

بونتینگ (Bunting) و همکاران (۲۰۰۸)، در پژوهشی به اثرات درمان پذیرش و تعهد برای علائم افسردگی بیماران مسن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پرداختند. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم افسردگی در سالمندان مبتلا به افسردگی اساسی شد (۱). مک بث (MacBeth) (۲۰۱۲)، در پژوهش خود نشان داد که شفقت به خود بالاتر با اختلال های روانی کمتر، بهزیستی روانی بیشتر و تاب آوری بالاتر در مقابل استرس است (۲). کارکنان فوریت‌های پزشکی به دلیل بودن در خط اول مقابله با این بیماری به امکان بیشتری نسبت به دیگران درمعرض بروز اختلالات روانشناختی و نوسانات شدید در شاخص‌های جسمانی هستند.یک مطالعه مقطعی که بر روی پرسنل پزشکی در کشور چین طی شیوع کووید- ۱۹ انجام شد نشان داده است که از بین ۵۱۲ نفر پرسنل، حدود ۱۶۴ نفر تماس مستقیم با بیمار آلوده داشتند. در این میان میزان شیوع اضطراب حدود ۱۲/۵

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-28]

درصد بود که ۱۰/۳۵ درصد اضطراب خفیف، ۱/۳۶ اضطراب متوسط و حدود ۰/۷۸ درصد اضطراب شدید را تجربه کردند (۵).

با توجه به اینکه این بیماری هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی، فرهنگی و اجتماعی فشار زیادی بر افراد به خصوص کارکنان بخش بهداشت و درمان وارد می‌کند که با بررسی شاخص‌های روانشناختی و فیزیولوژیک به عنوان عوامل آسیب‌پذیر در برابر کرونا، لزوم شناخت انواع درمان‌های مرتبط با این معضل فراگیر بشری را دو چندان می‌کند (۷). لذا با توجه به نو ظهور بودن این بیماری و تاثیرات بسیار زیاد آن بر سلامت روانی و جسمانی افراد به خصوص کارکنان بهداشت و درمان، وجود درمان‌های مختلفی روانشناختی مختلف از جمله درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد جهت افزایش سلامت آنان را می‌طلبد. درمان متمرکز بر شفقت درمقایسه با درمان‌های شناختی- رفتاری موجود اهمیت بیشتری به هیجانات مثبت در روند درمان می‌دهد و متمرکز است بر بهبود رابطهٔ فرد با مشکلات روانشناختی‌اش که پرورش نگرش غیرقضاوتی و شفقت‌ورز نیز از همین دسته اقدامات محسوب می‌شوند. ولی درمان پذیرش و تعهد می‌تواند با تمرکز بر شفقت حلقه ارزیابی منفی، ترس از موقعیت و اجتناب از موقعیت را معکوس ساخته و منجر به درمان شود (۸). لذا اهمیت انجام این تحقیق از این بابت است که هرچه میزان درمان‌های روانشناختی از جمله درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد بیشتر شود احتمال کاهش شاخص‌های روانشناختی از جمله اضطراب و استرس و پرخاشگری و سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان تغییراتی ایجاد می‌شود و افراد می‌توانند با اطمینان بیشتر به وظایف درمانی خود بپردازند.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گرد آوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که در دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1400.269 به تصویب رسید.

شرکت کنندگان و ملاک‌های ورود و خروج جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کارکنان فوریت‌های پزشکی مبتلا به کرونا شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ (۴۷۰ نفر) بود. تعداد ۶۰ نفر از بین ۴۷۰ برای هر سه گروه به روش هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود در نظر گرفته شد. گمارش در گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی صورت گرفت. جلسات درمانی یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگران اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمانی شرکت کننده ها در هر سه گروه از لحاظ متغیرهای وابسته به عنوان پس آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل کارکنان فوریت‌های پزشکی دارای سابقه ابتلا به کرونا که از زمان بهبودی آنها حداقل یک ماه گذشته و عدوم وجود اختلا های روانی با استفاده از مصاحبه و پرونده‌های پزشکی آنان، بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه و شرکت همزمان در سایر روان درمانی ها بود. با شرکت کننده ها در مورد فرایند و اهداف جلسات صحبت شد و آنها رضایت آگاهانه خود برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. از شرکت‌کنندگان رضایت نامه کتبی گرفته شده است. آنها می‌توانستند هر زمان که بخواهند مطالعه را ترک کنند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت. ابزارهای پژوهش در این مطالعه عبارت بودند از:

- ***پرسشنامه نشانه‌های اختلال‌های روانی:*** این فهرست توسط دراگوتیس (Derogatis) و همکارانش (۱۹۷۶) ساخته شده است. این آزمون دارای ۹۰ ماده یا سوال می‌باشد. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از ماده های آن در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از هیچ تا به شدت می‌باشد. به هر یک از ماده ها نمره صفر تا ۴ تعلق می‌گیرد. دراگوتیس و همکارانش (۱۹۷۶) اعتبار درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفا رضایت بخش گزارش کرده‌اند. بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی ۰/۹۵ و کمترین آن برای روان گسسته‌گرای ۰/۷۷ به دست آمده است.

- ***پرسشنامه کیفیت زندگی:*** این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-28]

سلامت استفاده می‌شود توسط ویر و شربورن (۱۹۹۲) ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می آورد؛ نمره کلی مولفه فیزیکی که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مولفه روانی که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارز شیابی می‌نماید. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد. آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰/۸۲، برای سلامت روانی ۰/۸۱، برای سلامت محیط ۰/۸۰و برای روابط اجتماعی ۰/۶۸ به دست آمد.

روش اجرای این مطالعه بدین گونه بود که بعد از کسب مجوز و اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مشهد با مراجعه به مراکز پیش بیمارستانی از بین کارکنان فوریت های پزشکی واجد ملاک های شمول، ۶۰ نفر بصورت هدفمند در طول زمان انتخاب گردیدند. مداخلات دو گروه به صورت گروهی در فضای نرم افزار اسکای روم اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگر فت. دوره پس آزمون اجرای آزمون های مطالعه حاضر در یک جلسه مجزا بعد از اتمام جلسه مداخله روان شناختی صورت گرفت. گروه درمانی پذیرش و تعهد که از مداخلات موج سوم بود و پژوهشگر در این زمینه آموزش دیده بود توسط روانشناس بالینی این پژوهش انجام شد و گروه درمانی مبتنی بر شفقت را از آنجایی که هر دو روش درمان را یک درمانگر انجام ندهد زیرا این مسئله موجب اعتماد بیشتر به نتایج و کاهش سوگیری ها در زمینه یافته ها خوهد شد، توسط دکتری روانشناسی سلامت که در این زمینه آموزش دیده بود، انجام شد. به طور کلی هر دو گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در معرض درمان قرار گرفتند، اما گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. پس از خاتمه درمان پس آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و بعد از سه ماه از آخرین جلسه گروه، پیگیری به عمل آمد.

داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، تمامی ۴۰ نفر در گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد متأهل بوده اما در گروه کنترل ۸۵ درصد متأهل و ۱۵ درصد مجرد بوده اند. در گروه درمان متمرکز بر شفقت، درمان پذیرش و تعهد و گزوه کنترل بیشترین تعداد به ترتیب با ۷۰ درصد، ۴۰ درصد و ۶۵ درصد بصورت پیمانی استخدام بوده‌اند. در هر سه گروه درمان متمرکز بر شفقت، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل بیشترین تعداد افراد به ترتیب با ۹۰ ، ۸۵ و ۱۰۰ درصد دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بوده‌اند. همچنین در هر سه گروه مورد مطالعه کل افراد سالم بوده‌اند. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و شاخص‌های روانشناختی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه مورد مطالعه، به ترتیب در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با درمان پذیرش و تعهد بر شاخص های روان شناختی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کارکنان فوریت های پزشکی مبتلا به کرونا انجام شد. نتایج نشان داد در اثر زمان با توجه به اینکه مؤلفه های کیفیت زندگی معنادار شده است، بنابراین بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در این مؤلفه‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد، بین گروه و زمان، تعامل وجود دارد. به عبارتی بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در مؤلفه های کیفیت زندگی و اختلالات روانی تفاوت وجود دارد. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می‌گردد در متغیر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-28]

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه

متغیر	زمان	گروه آزمایش متمرکز بر شفقت		گروه آزمایش پذیرش و تعهد		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد جسمانی	پیش آزمون	۲۷/۸	۳/۳۶۵	۲۷/۷۵	۳/۰۷۶	۲۷/۷۸	۳/۲۶۵
	پس آزمون	۳۲/۶	۲/۷۶۱	۳۳/۱	۲/۶۹۳	۲۸/۱۵	۳/۷۲۲
	پیگیری	۳۲/۳۵	۳/۱۸۳	۳۲/۳	۲/۸۱۲	۲۷/۸۶	۳/۱۸۳
محدودیت جسمانی	پیش آزمون	۷/۲۵	۱/۰۷	۷/۴۵	۰/۸۸۷	۷	۱/۴۳
	پس آزمون	۳/۹	۱/۷۷۴	۴/۲۵	۱/۸۳۲	۴/۸	۱/۸۷
	پیگیری	۳/۶۵	۱/۴۹۶	۴/۵	۱/۹۸۷	۶/۵	۱/۸۷۸
محدودیت مشکلات هیجانی	پیش آزمون	۵/۲	۱/۰۵۶	۵/۵۵	۰/۸۲۶	۵/۱۵	۱/۰۴
	پس آزمون	۴/۰۵	۱/۲۳۴	۴/۲۵	۱/۳۷۲	۵/۷	۰/۵۷۱
	پیگیری	۴/۵	۱/۳۵۷	۴/۶۵	۱/۳۴۸	۵/۵	۰/۸۸۹
انرژی و نشاط	پیش آزمون	۱۴/۳۵	۲/۹۷۸	۱۳/۲	۲/۸۹۵	۱۳/۹۵	۲/۴۶۲
	پس آزمون	۱۶/۴۵	۱/۵۰۴	۱۵/۶۵	۱/۹۸۱	۱۴/۱	۲/۱۱۳
	پیگیری	۱۶/۷	۱/۴۱۸	۱۶/۲۵	۲/۲۴۵	۱۳/۲۵	۲/۰۳۸
سلامت عاطفی	پیش آزمون	۱۸/۴۵	۲/۱۶۴	۱۷/۸	۲/۸۴	۱۸/۹	۲/۵۹۴
	پس آزمون	۱۹/۹۵	۲/۰۱۲	۲۰/۸۵	۱/۲۶۸	۱۸	۲/۴۷۱
	پیگیری	۲۰/۵	۱/۲۷۷	۲۰/۷	۱/۳۴۲	۱۷/۴۵	۲/۰۸۹
عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	۵/۶	۰/۸۸۳	۵/۷۵	۰/۷۱۶	۵/۲۵	۰/۹۶۷
	پس آزمون	۶/۵۵	۰/۹۹۹	۶/۷	۱/۰۸۱	۴/۸	۱/۰۵۶
	پیگیری	۶/۹	۱/۲۵۲	۶/۸	۱/۰۵۶	۴/۶	۰/۶۸۱
درد	پیش آزمون	۵/۴	۲/۳۰۳	۴/۲	۱/۹۶۳	۴/۵۵	۲/۰۳۸
	پس آزمون	۲/۵	۰/۷۶۱	۲/۴۵	۰/۶۸۶	۵/۴	۲/۱۱۳
	پیگیری	۲/۵۵	۰/۷۵۹	۲/۶۵	۱/۳۸۷	۵/۴۵	۲/۰۸۹
سلامت عمومی	پیش آزمون	۱۴/۷۵	۲/۶۵۳	۱۳/۲۵	۱/۸۳۲	۱۳/۳۵	۳/۰۶۶
	پس آزمون	۱۸/۲	۱/۹۸۹	۱۸/۶۵	۲/۳	۱۳/۷	۱/۵۹۳
	پیگیری	۱۸/۳۵	۲/۴۹۸	۱۸/۳	۲/۳۸۶	۱۳/۲	۲/۴۶۲

کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات سان (Sun) و همکاران (۲۰۲۰) (۳) همسو و در تأیید آن می‌باشد. سان و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر لوپوس سیستمیک در مراحل پس آزمون و پیگیری تاثیر معنادار دارد (۳). نتایج رویز (Ruiz) و همکاران (۲۰۱۸)، حاکی از اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناامیدی بوده است. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود شاخص‌های روان شناختی، و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کرونا می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت با تأثیر گذاری بر مؤلفه مهربانی با خود و کاهش خود انتقادی عمل می‌کند. شباهت‌های موازی بین مفاهیم انعطاف پذیری روانشناختی و خودشفقتی وجود دارد. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم مرکزی مهربانی با خود، ممکن است به شدت با پذیرش خود ارتباط داشته باشد. در این دیدگاه، مقابل پذیرش تجربی، اجتناب تجربی، ارزیابی بیش از حد تجربیات خود به عنوان بد یا غلط و در نتیجه ارزشیابی بیش از حد از خود در نظر گرفته شده است. بنابراین پذیرش تجربیات دردناک وقتی که کسی آسیب دیده است، می‌تواند به عنوان موضع عقلانی و محبت آمیز به خود باشد (۴). علاوه بر این، تماس با رنج ناشی از بیماری به طور آشکار برای گسترش درک خود ضروری است که در واقع یک نوع مهارت مقابله ای است که از خودشفقتی آمده است. فرد به کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-28]

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار استاندارد مؤلفه های اختلالات روانی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه

متغیر	زمان	گروه آزمایش متمرکز بر شفقت		گروه آزمایش پذیرش و تعهد		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرخاشگری	پیش آزمون	۰/۳۵	۰/۴۸	۰/۱۲۵	۰/۱۷۸	۰/۱۷۸	۰/۲۱۹
	پس آزمون	۰/۰۲۵	۰/۱۱۲	۰/۰۱۷	۰/۰۷۵	۰/۲۶۸	۰/۳۸۴
	پیگیری	۰/۰۰۸	۰/۰۳۷	۰/۰۱۸	۰/۰۵۱	۰/۲۴۷	۰/۳۸۸
اضطراب	پیش آزمون	۰/۶۱۶	۰/۶۳۲	۰/۶۸۱	۰/۴۸۲	۰/۶۹۴	۰/۳۶۵
	پس آزمون	۰/۱۳۹	۰/۴۰۹	۰/۱۷	۰/۴۲۲	۰/۷۶۱	۰/۳۶۸
	پیگیری	۰/۱۴۴	۰/۴۰۸	۰/۱۰۳	۰/۳۲۱	۰/۸۰۸	۰/۴۲۵
وسواس	پیش آزمون	۰/۸۲	۰/۸۲۴	۰/۶۵	۰/۷۵۱	۰/۳۷۵	۰/۵۲۶
	پس آزمون	۰/۰۴۵	۰/۰۸۹	۰/۱	۰/۲۰۸	۰/۵۷۵	۰/۲۸۳
	پیگیری	۰/۱۱۵	۰/۲۰۳	۰/۰۹۵	۰/۱۹۶	۰/۵۲	۰/۳۰۲
حساسیت فردی	پیش آزمون	۰/۳۰۶	۰/۳۵۳	۰/۵۱۷	۰/۵۳۷	۰/۱۶۱	۰/۲۰۵
	پس آزمون	۰/۰۳۳	۰/۱۰۳	۰/۰۸۳	۰/۲۹۹	۰/۴۳۷	۰/۴۵۶
	پیگیری	۰/۰۱۷	۰/۰۷۵	۰/۰۱۱	۰/۰۳۴	۰/۴۷۷	۰/۴۸۹
شکایات جسمانی	پیش آزمون	۰/۶۵	۰/۸۲۹	۰/۲۹۲	۰/۴۵۴	۰/۲۹۲	۰/۴۰۳
	پس آزمون	۰/۰۳۸	۰/۱۱۶	۰/۰۹۶	۰/۲۱۸	۰/۵۱۷	۰/۴۱۷
	پیگیری	۰/۱۴۲	۰/۱۸۶	۰/۱	۰/۲۳۷	۰/۴۱۷	۰/۳۸۷
روان پریشی	پیش آزمون	۰/۴۷	۰/۵۰۹	۰/۴۲۵	۰/۴۹۴	۰/۴۸۵	۰/۵۰۵
	پس آزمون	۰/۰۱۵	۰/۰۳۷	۰/۱۱	۰/۲۳۴	۰/۵۷	۰/۵۰۳
	پیگیری	۰/۱۳	۰/۲۷	۰/۰۴۵	۰/۰۸۹	۰/۴۲۵	۰/۵۰۶
تصورات پارانوئیدی	پیش آزمون	۰/۵۴۲	۰/۶۴۶	۰/۳۸۳	۰/۴۴۶	۰/۴۷۵	۰/۵۶۸
	پس آزمون	۰/۱۱۷	۰/۲۱	۰/۰۵۸	۰/۱۸۲	۰/۵۴۲	۰/۵۳۸
	پیگیری	۰/۲۰۸	۰/۳۱۵	۰/۱۰۸	۰/۲۲۵	۰/۵۲۲	۰/۵۴۳
افسردگی	پیش آزمون	۰/۶۳۵	۱/۰۲۳	۰/۳۰۴	۰/۶۰۵	۰/۳۴۳	۰/۶۲
	پس آزمون	۰/۰۳۵	۰/۰۸۵	۰/۰۱۵	۰/۰۵۴	۰/۳۵۶	۰/۳۴۳
	پیگیری	۰/۰۵۴	۰/۱	۰/۰۵	۰/۱۷۳	۰/۴۶	۰/۳۸۳
ترس مرضی	پیش آزمون	۰/۱۵۶	۰/۱۸۱	۰/۰۸۱	۰/۱۱۷	۰/۱	۰/۱۲۶
	پس آزمون	۰/۰۴۴	۰/۰۹۳	۰/۰۱۳	۰/۰۳۸	۰/۱۴۹	۰/۱۳۶
	پیگیری	۰/۰۳۸	۰/۰۵۹	۰/۰۰۶	۰/۰۲۸	۰/۱۴۴	۰/۱۳

نسبت به گذشته جراتمند شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را باز طراحی کند. بنابراین افزایش خود شفقتی دور از انتظار نیست. همچنین درمان یک مداخله عملی-موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی می‌باشد که رنج بشر را ناشی از انعطاف پذیری روان شناختی می‌داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می یابد. در بافت روابط درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقدامات مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به منظور ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر به واسطه پذیرش، گسلش شناختی، ایجاد حس متعالی از خود، در لحظه بودن، ارزش‌ها و ایجاد الگوهای عمل متعهدانه در ارتباط با آن ارزش‌ها به کار می‌گیرد (۱۰).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد، باعث بهبود شاخص‌های روان شناختی و کیفیت زندگی می شوند. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات مقایسه‌ای آتی، اثربخشی دو رویکرد درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد بر روی ویژگی‌های فیزیولوژیک (ضربان قلب و فشار خون) و سایر پیامدهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به کرونا مورد مطالعه قرار گیرد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-28]

محدودیت‌های مطالعه

یافته‌های این پژوهش در خصوص کارکنان فوریت‌های پزشکی شهر مشهد بوده است لذا تعمیم یافته‌ها با سایر نمونه‌ها و جوامع آماری باید با احتیاط صورت گیرد. خود گزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده و شیوه نمونه‌گیری هدفمند از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد.

References

1. Bunting L, Boivin J. Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. Hum Reprod. 2008;23:1858–1864.
2. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clin Psychol Rev. 2012;32:545-552.
3. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, et al. Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. MedRxiv. 2020;15:1-9.
4. Ruiz J, Paula O, González H. A longitudinal comparison of metacognitive therapy andacceptance and commitment Therapy models of Anxiety disorders. Anales Psicología., 2018;33.
5. Hart E, Ostrov J. Functions of aggressive behavior and future functional impairment. Early Childhood Res Q. 2013;28:683-691.
6. Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng V, et al. Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and PersonalLives of Healthcare Workers in Singapore What Can We Learn? Med Care. 2015:676-82.
7. Kunwar D, Kunwar R, Shrestha B, Amatya R, Risal A. Depression and quality of life among the chronic kidney disease patients. J Nepal Health Res Counc. 2020;18(3):459-65.
8. Vaishya R, Javaid M, Khan IH, Haleem A. Artificial Intelligence (AI) applications for COVID-19 pandemic. Diabetes Metab Syndr. 2020;14(4):337-9.
9. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53:6–41.
10. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395:912-20
11. Cox BJ, Rector NA, Bagby RM, Swinson RP, Levitt AJ, Joffe RT. Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. J Affect Disord. 2000;57:223-228.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-28]