

اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت و همدلی پرستاران

غلامحسین عسگری^۱، مهین اعتمادی نیا*^۲، فرناز فرشباغف مانی صفت^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۱۲/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۳/۱۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پرستاران به‌عنوان یکی از گروه‌های مهم در حوزه بهداشت و سلامت، در معرض مشکلاتی مانند خستگی از شفقت هستند که همدلی به‌عنوان یک ویژگی مهم موردنیاز آن‌ها است؛ لذا مداخلات درمانی جهت کاهش خستگی از شفقت و افزایش همدلی باید موردتوجه قرار بگیرد. بر این اساس پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت و همدلی پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود. تعداد ۶۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان عارفیان ارومیه در بهار و تابستان ۱۴۰۱، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند و پرسشنامه‌های خستگی از شفقت فیگلی (۱۹۹۵) و همدلی بارون-کوهن (۲۰۰۳) را پیش و پس از مداخله و پس از دو ماه پیگیری تکمیل نمودند. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت ($p < 0/01$) و همدلی ($p < 0/05$) پرستاران اثربخش بود. همچنین اثرات مداخله درمانی در خستگی از شفقت و همدلی تا مرحله پیگیری مجدد حفظ شده بود ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی مداخله‌ای مؤثر در کاهش خستگی از شفقت و افزایش همدلی پرستاران بود. استفاده از این مداخله در محیط‌های بالینی برای کاهش مشکلات پرستاران در معرض استرس زیاد در محیط کار توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: توجه آگاهی، خستگی از شفقت، همدلی، پرستاران، کاهش استرس

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۶۳، اردیبهشت ۱۴۰۲، ص ۹۸-۱۰۷

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۶۰۶۹۱

Email: asgarihl6@yahoo.com

مقدمه

در ایران در پایان برنامه چهارم توسعه، این نسبت در مراکز درمانی زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۰/۵۳ بود. نسبت فوق نشان می‌دهد که بیمارستان‌های ایران با کمبود پرستار و بحران منابع انسانی مواجه‌اند. این امر بر کیفیت خدمات ارائه‌شده اثر نامطلوبی نهاده است و مشکلاتی در خدمت‌رسانی به بیمار، کیفیت مراقبت و هزینه‌های درمانی ایجاد کرده است (۳).

در ایران، بر اساس گزارشات سازمان نظام پرستاری ۷۵ درصد پرستاران دچار درجاتی از مشکلات جسمی و روانی به‌ویژه استرس و اضطراب می‌باشند (۴). مطالعات نشان داده‌اند که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به پرستاران بخش‌های غیر ویژه از

از شغل‌های حساس و البته پرفشار امروزی، پرستاری است (۱). در بین تمامی کارکنان حرفه‌ای بهداشت و سلامت، پرستاران به دلیل ماهیت شغلی خود، اولین گروهی هستند که بیشترین زمان را با بیماران بدحال و مشرف‌به مرگ، دوستان و خوبشاوندان وی در تماس هستند (۲). بر اساس بررسی سازمان‌های متولی بهداشت، مانند سازمان جهانی بهداشت^۴، متوسط جهانی نیروی پرستار به تعداد تخت‌های بیمارستانی ۲/۵۶ است. این رقم در کشورهای پیشرفته مانند استرالیا، آمریکا و کانادا به ۶/۷ الی ۷ نیز می‌رسد؛ اما

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ World Health Organization

معنا که اگر پرستاران همدلی داشته باشند و در فرایند مراقبت مشارکت کنند، ممکن است دچار خستگی ناشی از شفقت‌ورزی شوند (۱۱).

بر این اساس از دیگر عواملی که می‌تواند در پرستاران بسیار اهمیت داشته باشد و در هنگام مواجهه با تنش‌ها، به کارشان بیاید، همدلی^۵ است. از نظر تاریخی، دو خط مجزا از تحقیقات حول محور همدلی تکامل یافته است (۱۶). اول، به گفته آیزنبرگ و میلر^۶ در سال ۱۹۸۷، از نظر عاطفی، همدلی واکنش‌های عاطفی به تجربیات عاطفی شخص دیگر را توصیف می‌کند. این بدان معنی است که یکی از احساسات مشابه دیگری را تجربه می‌کند (۱۷). دوم، از منظر شناختی، ویسپ^۷، در سال ۱۹۸۶، همدلی را نشان‌دهنده توانایی فرد برای درک احساسات دیگران با در نظر گرفتن دیدگاه آن‌ها و خواندن سیگنال‌های غیرکلامی آن‌ها تعریف می‌کند (۱۸).

همدلی توانایی پیش‌بینی، درک شخصیت و درک تفکر نیز تعریف شده است (۱۹)، همدلی تقویت‌کننده ارتباط حرف‌های بین بیمار و پرستار است. همدلی یک مهارت بالینی مهم برای دانشجویان پرستاری به شمار می‌آید (۲۰). بدون همدلی، پرستاران نمی‌توانند مشکلات و نیازهای بیماران را درک کنند. مطالعه‌ای نشان داد که رویکرد همدلانه در محیط بالینی می‌تواند منجر به افزایش شایستگی بالینی، رضایت حرفه‌ای، افزایش دقت و احساس موفقیت در درمان گردد (۲۱). در نتیجه همدلی در پرستاران و دانشجویان پرستاری، اهمیت زیادی به خود می‌گیرد (۲۲).

اما امروزه استفاده از مداخلات روان‌شناختی در جهت توانمندسازی پرستاران نیز مورد توجه قرار گرفته است، یکی از مداخلاتی که در دو دهه اخیر بسیار مورد استفاده قرار گرفته است، مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی است از طریق فنون مراقبه‌ای ایجاد می‌شود که به افراد کمک می‌کند انعطاف‌پذیری بیشتری را تجربه نمایند (۲۳). تمرین‌های توجه آگاهی به افراد کمک می‌کند به‌جای پاسخ‌های ناسازگارانه، سازگارانه مواجهه‌هایی با دشواری‌های زندگی داشته باشند (۲۴).

نتایج مطالعات حاکی از آن است که مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی به افزایش همدلی و همدردی (۲۵)، کاهش علائم خستگی و افزایش شفقت خود (۲۶)، کاهش خستگی روانی (۲۷)، کاهش اضطراب و افزایش شادی و توجه آگاهی (۲۸)، کاهش استرس و اضطراب (۲۹)، کاهش تعارض کار- خانواده (۳۰)، افزایش بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران (۳۱)، کاهش

استرس و اضطراب بالاتری در رنج می‌باشند (۵). سلامتی پرستاران در ابعاد مختلف، به دلیل شیفت‌های کاری طولانی و خستگی‌های ناشی از آن، همیشه مورد تهدید قرار می‌گیرد (۶).

یکی از ظرفیت‌های بسیار مهم در پرستاران، خود-شفقت‌ورزی^۱ است. خود-شفقت‌ورزی با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است؛ اما به معنای خودمحوری یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (۷). خود-شفقت‌ورزی رویکردی تازه درباره بهزیستی روان‌شناختی است و به معنای پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی کردن نسبت به خود، نگرش غیر ارزیابانه نسبت به نارسایی‌ها و شکست‌های خویش و بازشناسی تجربیاتی که جزء تجربیات رایج فرد است، است (۸). خود-شفقت‌ورزی، یعنی افراد همان مهربانی و مراقبتی که به دیگران دارند، حین تجربه‌ی سختی‌ها به خودشان نیز داشته باشند (۹). اما شفقت به خود در پرستاران، تحت تأثیر فشار کاری زیاد و شیفت‌های زیاد در کنار مراقبت از بیماران با وضعیت در حال مرگ، باعث می‌شود پرستاران دچار خستگی ناشی از شفقت‌آشوند. مفهوم خستگی ناشی از شفقت‌ورزی در ادبیات پژوهش بیشتر برای متخصصان حرفه‌های یاریگرانه به کار رفته است و تنها به‌تازگی در چند پژوهش محدود برای مراقبان خانگی نیز پیشنهاد شده است (۱۰). خستگی ناشی از شفقت‌ورزی تاوان مراقبت است. فیگلی^۲ معتقد است متخصصانی که به داستان‌های سرشار از رنج، درد و ترس گوش می‌دهند، ممکن است همان رنج، درد و ترس را احساس کنند. این پدیده به دلیل تحمل رویارویی با رنج دیگران اتفاق می‌افتد (۱۱ و ۱۲).

اولین بار جوینسون^۴ در سال ۱۹۹۲ میلادی اصطلاح خستگی ناشی از شفقت‌ورزی را مطرح کرد. او این اصطلاح را هنگام مطالعه‌ی فرسودگی پرستاران بخش اورژانس مطرح و در تعریف آن بیان کرد که خستگی ناشی از شفقت‌ورزی به معنای از دست دادن توانایی تسلی‌دادن است (۱۳). در سال ۱۹۹۵ میلادی این مفهوم برای برخی متخصصان مراقبتی به کار گرفته شد و به‌جای اصطلاحاتی مثل ترومای نیابتی، سندروم ترومای ثانویه، استرس ترومای ثانویه، انتقال، فرسودگی یا استرس یاریگران به کار رفت (۱۴). فیگلی یکی از افرادی بود که در چارچوب‌بندی نظری اصطلاح خستگی ناشی از شفقت‌ورزی نقش مهمی را ایفا کرد (۱۵). به اعتقاد او همدلی اگرچه در روابط یاورانه ضروری است، همین توانایی می‌تواند یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های خستگی ناشی از شفقت‌ورزی نیز باشد؛ به این

⁵ empathy

⁶ Eisenberg and Miller

⁷ Wispé

¹ self-compassion

² fatigue due to compassion

³ Figley

⁴ Joihson

اخلاقی این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات در هر ۳ مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) پس از جلب رضایت پرستاران انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان حصول اطمینان از رازداری در اطلاعات شخصی آن‌ها داده شد. همچنین اطلاعات بدون قید نام افراد در اختیار پژوهشگر گذاشته شد. با اتخاذ تمهیدات مناسب از سوی مسئولین بیمارستان، همچون منظور نمودن مدت‌زمان مشارکت پرستاران در پژوهش به‌عنوان برنامه آموزش موظفی آن‌ها و ایجاد انگیزش و ترغیب پرستاران برای همکاری در تحقیق، ریزش نمونه‌ها اتفاق نیفتاد.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های کیفیت کاری فیگلی (۳۶) و همدلی بارون - کوهن (۳۷) و پروتکل کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی کابات زین (۳۸) است که در ادامه توضیح داده شده است.

ابزارهای اندازه‌گیری:

پرسشنامه کیفیت کاری: پرسشنامه کیفیت کاری فیگلی در سال ۱۹۹۵ توسط فیگلی طراحی شده است و برای بررسی خستگی ناشی از شفقت و ارائه مراقبت مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرم اولیه این پرسشنامه شامل ۶۶ سؤال بود که به ۳۰ عبارت تقلیل یافته است. پرسشنامه از سه زیر مقیاس رضایت از شفقت (۱۰ سؤال)، فرسودگی (۱۰ سؤال)، و خستگی ناشی از شفقت (۱۰ سؤال) تشکیل یافته است. گزینه‌های هر پرسش طبق معیار لیکرت ۶ قسمتی از صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) مرتب شده‌اند. دامنه نمرات گویه‌ها در هر یک از زیرمقیاس‌های رضایت از شفقت، فرسودگی و خستگی ناشی از شفقت، صفر تا ۵۰ و دامنه نمره کل بین صفر تا ۱۵۰ است (۳۴). میانگین نمرات گویه‌ها در هر زیرمقیاس و کل عبارت به‌عنوان نمره کیفیت زندگی کاری در نظر گرفته می‌شود (۱۱). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی و همکاران (۳۹). ترجمه و در مطالعه آن‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. به این ترتیب که روایی آن توسط ۱۰ نفر از استادان ارزیابی شده است و شاخص روایی محتوای آن ۰/۸۷ گزارش شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۰ محاسبه شده است. در تحقیق حاضر نیز فقط از زیرمقیاس خستگی از شفقت استفاده شد.

پرسشنامه همدلی بارون - کوهن (۲۰۰۳): این پرسشنامه ۴۰ سؤال دارد و هدف آن، ارزیابی همدلی است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که پاسخ منفی به تقریباً نیمی از سؤالات و پاسخ مثبت به نیمی دیگر، نشان‌دهنده وجود همدلی است. بیشترین نمره همدلی ۸۰ و کمترین نمره، صفر است. بارون کوهن و همکاران ضریب اعتبار همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند (۴۰). در پژوهش ابوالقاسمی ضریب روایی این مقیاس از طریق ضریب

استرس (۳۲)، و افزایش همدلی و کیفیت عشق (۳۳-۳۵) در پرستاران و سایر گروه‌ها منجر شده بود.

با توجه به اینکه افزایش خستگی ناشی از شفقت و کاهش همدلی در پرستاران می‌تواند مشکلاتی را برای پرستاران در حوزه مراقبتی و ارائه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت ایجاد نماید، باید به دنبال راهکار بهبود شرایط در این متغیرها گشت؛ لذا آموزش در این زمینه اهمیت دارد و استفاده از مداخلات روان‌شناختی با توجه به مزایای بالا مانند هزینه‌های اندک، دسترسی راحت، نداشتن عوارض و پیامدهای داروها و مداخلات پزشکی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد؛ لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت و همدلی پرستاران انجام شده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری ۲ ماهه است. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان شهید منصور عارفیان شهر ارومیه در بهار و تابستان ۱۴۰۱ شامل می‌شود.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن رضایت کامل از شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی بود.

معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در بیش از یک‌سوم جلسات درمانی، عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، عدم انجام تکلیف‌های ارائه‌شده، و شرکت کردن هم‌زمان در هر نوع مداخله آموزشی دیگر بود.

تعداد ۶۰ نفر از پرستاران که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از تأیید و امضاء فرم رضایت از شرکت در پژوهش، به صورت تصادفی از طریق قرعه‌کشی در ۲ گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. در مرحله بعد، ۲ گروه در مرحله پیش‌آزمون، مقیاس خستگی از شفقت، پرسشنامه کیفیت کاری فیگلی (۳۶) و همدلی بارون - کوهن (۳۵) را تکمیل نمودند. سپس گروه مداخله در مجموع به مدت ۲ ماه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی (شامل ۸ جلسه، هر هفته ۱ جلسه ۲ ساعته) دریافت نمود. در طول مدت مداخله درمانی برای گروه مداخله، برای گروه کنترل هیچ آموزشی ارائه نگردید. پس از انجام فرایند مداخله درمانی، از ۲ گروه پس‌آزمون گرفته شد و به شرکت‌کنندگان گروه مداخله جهت آمادگی برای مرحله سوم آزمون، یعنی مرحله پیگیری مجدد، تکالیفی ارائه شد. پس از ۲ ماه جهت انجام مرحله پیگیری مجدد، از شرکت‌کنندگان دعوت شد پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمایند. به جهت حفظ رعایت اصول

همبستگی با پرسشنامه‌های هوش هیجانی و مقیاس افسردگی، استرس و اضطراب (dass۲۱)، به ترتیب ۰/۳۲ - به دست آمد. برای بررسی اعتبار مقیاس، از روش بازآزمایی استفاده شد که مقدار این ضریب پس از چهار هفته ۰/۸۰ به دست آمد (۴۱). در پژوهش سعیدی، پایایی ابزار، ۰/۴۴ گزارش شد (۴۲).

جدول (۱): پروتکل کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی MBSR کابات زین (۲۰۱۳)

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و مقدمه: معرفی برنامه (توضیح خستگی از شفقت، همدلی، معرفی MBSR، جلسات و اهداف)، هدایت خودکار، آموزش و تمرین تنفس و خوردن توجه آگاهانه، ارائه تکالیف خانگی
دوم	شروع بر توجه آگاهی: مرور تکالیف خانگی، توضیح استرس، مکانیسم و واکنش‌ها، تشریح نتایج برخی تحقیقات اخیر در مورد اثربخشی MBSR، مراقبه نشسته (تنفس، گوش دادن به صدا، توجه به افکار و احساسات در حالت نشسته)، تمرین تنفس و قدم زدن توجه آگاهانه، ارائه تکالیف خانگی
سوم	توجه به بدن: مرور تکالیف خانگی، آموزش فن اسکن بدن، تمرین تنفس توجه آگاهانه، آموزش فن STOP، فضای تنفس یک دقیقه‌ای، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	زیستن در لحظه حاضر: مرور تکالیف خانگی، آموزش حرکات و تمرین‌های یوگا، تمرین اسکن بدن و مراقبه یوگا، ارائه تکالیف خانگی
پنجم	افکار واقعیات نیستند: مرور تکالیف خانگی، توضیح اهمیت افکار در بروز هیجانات، تمرین مراقبه یوگا در حالت نشسته، ارائه تکالیف خانگی
ششم	آشتی با طبیعت: مرور تکالیف خانگی، آموزش و تمرین مراقبه برکه و کوهستان، ارائه تکالیف خانگی
هفتم	دوست داشتن خود و دیگران: مرور تکالیف خانگی، آموزش و تمرین مراقبه شفقت، ارائه تکالیف خانگی
هشتم	زندگی مبتنی بر توجه آگاهی: مرور تکالیف خانگی، دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره‌ی اصول آموزش داده شده، جمع‌بندی مطالب گذشته، استفاده از فنون توجه آگاهانه (پیاده‌روی توجه آگاهانه، غذا خوردن توجه آگاهانه و...) در زندگی و تعمیم آن به کل جریان زندگی.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول (۲): بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه

متغیر	مقوله	گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی		گروه کنترل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	۲۰ تا ۳۰	۱۱	۳۶/۷	۱۰	۳/۳۳
	۳۱ تا ۴۰	۱۲	۴۰	۹	۳۰
	۴۱ تا ۵۰	۳	۱۰	۶	۲۰
	۵۰ به بالا	۴	۱۳/۳	۵	۱۶/۷
جنسیت	مرد	۸	۲۶/۷	۱۰	۳۳
	زن	۲۲	۷۳/۳	۲۰	۶۷
تحصیلات	کارشناسی	۲۹	۹۶/۷	۲۶	۸۶/۷
	کارشناسی ارشد	۱	۳/۳	۴	۱۳/۳

جدول ۲. بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد در گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال با ۱۰ نفر و در گروه کنترل نیز بیشترین

شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه در گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، ۲۹ نفر با تحصیلات کارشناسی و ۱ نفر کارشناسی ارشد و در گروه کنترل ۲۶ نفر با تحصیلات کارشناسی و ۴ نفر کارشناسی ارشد قرار دارند.

فراوانی در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال با ۱۰ نفر بود. در بررسی جنسیت شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود در گروه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، ۲۲ نفر مرد و ۸ نفر پرستار زن و در گروه کنترل تعداد برابر ۱۰ نفر مرد و ۲۰ نفر پرستار زن قرار دارند. بررسی وضعیت تحصیلات

جدول (۳): نتایج آزمون موچلی

متغیر	W موچلی	مجدور خی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اپسیلون گرین هاوس - گیسر	اپسیلون هاین - فلت
خستگی از شفقت	۰/۴۶	۴۸/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۶۵
همدلی	۰/۷۱	۱۸/۹۴۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۰/۸۱

شود و اگر اپسیلون گرین هاوس - گیسر کوچک‌تر از ۰/۷۵ و یا هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس - گیسر استفاده شود. با توجه به جدول فوق، مقدار اپسیلون شاخص‌های گرین هاوس - گیسر کمتر از ۰/۷۵ است (۴۳)؛ لذا از شاخص گرین هاوس - گیسر برای تصحیح درجه آزادی استفاده شد. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس - گیسر در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای خستگی از شفقت (۰/۴۶) و همدلی (۰/۷۱)، در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است. بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. در رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین هاوس - گیسر ۱ و هاین - فلت^۲ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، استیونس^۳ (۱۹۹۶) پیشنهاد می‌کند اگر مقدار اپسیلون گرین هاوس - گیسر بزرگ‌تر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین - فلت استفاده

جدول (۴): نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر جهت بررسی مقایسه اثرات درون‌گروهی، بین‌گروهی و تعامل مراحل زمانی و گروه در

متغیر خستگی از شفقت و همدلی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجدورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجدور اتا	توان آزمون
خستگی از شفقت	تفاوت مراحل زمانی	۹۲۲/۱۳۳	۱/۲۷۰	۷۲۶/۲۳۱	۶۴/۰۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	تعامل مراحل با گروه	۸۵۱/۲۰۰	۱/۲۷۰	۶۷۰/۳۶۷	۵۹/۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱
	تفاوت بین گروهی	۱۵۴۸/۸۰۰	۱	۱۵۴۸/۸۰۰	۳۲/۴۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱
همدلی	تفاوت مراحل زمانی	۲۴۵/۷۳۳	۱/۵۵۹	۱۵۷/۶۰۳	۹۱/۳۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	تعامل مراحل با گروه	۲۳۵/۵۱۱	۱/۵۵۹	۱۵۱/۰۴۷	۸۷/۵۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
	تفاوت بین گروهی	۵۱۶/۸۰۶	۱	۵۱۶/۸۰۶	۸/۶۱۷	۰/۰۲۸	۰/۱۶	۱

مراحل زمانی و گروه در خستگی از شفقت ($F=۵۹/۱۰۲$; $P < ۰/۰۱$) و همدلی ($F=۸۷/۵۱۲$; $P < ۰/۰۱$) که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله و کنترل از لحاظ

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است تفاوت از نظر مراحل زمانی در خستگی از شفقت ($F=۶۴/۰۲۷$; $P < ۰/۰۱$) و همدلی ($F=۹۱/۳۱۰$; $P < ۰/۰۱$) معنی‌دار است. میزان اثر تعامل

³ Stevens

¹ Greenhouse-Geisser

² Huynh-Feldt

همدلی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین تفاوت بین گروه‌ها در خستگی از شفقت ($F=8/617$; $P < 0/01$) و همدلی ($F=32/482$; $P < 0/01$) معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه‌های مداخله و کنترل در همدلی تفاوت معنی‌دار وجود داشت. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت ($p < 0/01$) و همدلی ($p < 0/05$) پرستاران اثربخش بود و همچنین اثرات مداخله درمانی تا مرحله پیگیری مجدد حفظ شده است ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی بر خستگی از شفقت و همدلی پرستاران انجام شده است. نتایج نشان داد، مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی به‌صورت معنی‌دار منجر به کاهش خستگی از شفقت و افزایش همدلی در پرستاران شد.

یافته به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در کاهش خستگی از شفقت پرستاران با نتایج مطالعه طاهری و همکاران، (۲۷)، شعبانی و همکاران (۲۸)، شفیع‌آبادی و همکاران (۳۱) همخوان بود.

در تبیین یافته به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در کاهش خستگی شفقت پرستاران می‌توان گفت در تمرین‌های توجه آگاهی، فرد به شکلی عینی و ملموس شفقت و مهربانی با خود و دیگر اجزای آن را از طریق کاربرد اشعار و استعاره‌های مختلف از قبیل استعاره مهمان ناخوانده که در آن فرد می‌آموزد چگونه نگرشی همراه با شفقت و مهربانی و بدون قضاوت نسبت به افکار و احساسات خود داشته باشد را انجام می‌دهد (۳۰). این وضعیت می‌تواند باعث شود پرستاران از دریچه خارج از قضاوت خود به بیماران نگاه کنند و این شرایط منجر به بهبود نظر و دیدگاه آن‌ها شده، زمینه افزایش سطح شفقت به خود را موجب شده و میزان خستگی ناشی از شفقت در پرستاران را نیز کاهش می‌دهد. در این راستا، نتایج مطالعه شعبانی و همکاران (۲۸)، نشان داد مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی به کاهش خستگی روانی منجر گردید. همچنین تام‌رویز و همکاران (۳۰) نشان داده‌اند آموزش توجه آگاهی منجر به کاهش استرس و اضطراب پرستاران شده و از این طریق خستگی آن‌ها نیز کاهش می‌یابد. همچنین بر اساس نظر شاپیرو و همکاران (۴۴)، داشتن شفقت به خود نیازمند داشتن توجه آگاهی است؛ یعنی توجه آگاهی یکی از عوامل و مؤلفه‌های شفقت به خود نیز می‌تواند باشد؛ بر این اساس با آموزش و مداخله توجه آگاهی، سطح توجه آگاهی پرستاران نیز افزایش

می‌یابد. در همین راستا، نتایج مطالعه طاهری و همکاران (۲۷) حاکی از اثربخشی توجه آگاهی در کاهش خستگی از شفقت است. یافته به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در افزایش همدلی پرستاران با نتایج مطالعه بهاروند و همکاران (۲۶)، شمسی و همکاران (۳۴)، جونز و همکاران (۳۵) و بایوت و همکاران (۳۶) همخوان بود.

همچنین در تبیین یافته به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در افزایش همدلی پرستاران می‌توان اشاره کرد که در مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، باید اشاره نمود که مداخله توجه آگاهی می‌تواند با آموزش مهارت‌هایی مانند مراقبه متمرکز بر تنفس، واریسی بدن و تمرین‌های یوگا، آگاهی لحظه‌به‌لحظه افراد از احساسات، افکار و حس‌های بدنی را افزایش می‌دهد (۲۶) و به افراد می‌آموزد، به‌جای واکنش‌های عادی و خودکار و تلاش برای رهایی از حالت نامطلوب، حالت درونی خود را بپذیرند (۲۴) و با تمرین مهربانی به خود و دیگران، هم در بعد درون فردی و هم بعد بین‌فردی، واکنش‌های آگاهانه و مطلوب‌تری نشان دهند (۴۵). در همین راستا باید اشاره کرد، اینکه پرستاران بتوانند احساسات خود را آزادانه و بدون کنترل افراطی بیان کنند، این معادل افزایش همدلی در آن‌ها می‌تواند باشد. در تأیید این تبیین، نتایج مطالعه جونز و همکاران (۲۴) حاکی از اثربخشی مداخله توجه آگاهی در ارتقاء همدلی بود.

درنهایت در نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی یک مداخله مؤثر در کاهش خستگی ناشی از شفقت و بهبود همدلی پرستاران بود. بر همین اساس با تمرکز بر نتایج مطالعه حاضر و استفاده از این مداخله در مراکز درمانی و برای پرستاران، می‌توان به کاهش مشکلات این گروه از افراد که در معرض تنش‌های زیادی در محیط کاری هستند اقدام نمود. مشکل پایین بودن انگیزش و مشغله کاری پرستاران، به‌عنوان مانعی در بدو امر برای انجام پژوهش مطرح بود که خوشبختانه با اتخاذ تدابیر مناسب از سوی مسئولین بیمارستان که در بخش روش به آن‌ها اشاره شد، مرتفع گردید. در انجام مطالعه حاضر، محدودیت‌هایی مانند نمونه‌گیری در دسترس در مرحله اول نمونه‌گیری، حجم نمونه اندک و همچنین عدم امکان کنترل جنسیت به دلیل کثرت تعداد پرستاران زن نسبت به پرستاران مرد و همچنین عدم امکان مشارکت برخی از پرستاران مرد در تحقیق با توجه به مأموریت‌های متفرقه محوله، وجود داشت که پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران در مطالعات آتی با انجام پژوهش‌های مشابه در جهت تأیید و تثبیت نتایج، زمینه‌سازی جهت کاهش محدودیت‌های اشاره‌شده را نیز مدنظر قرار دهند. درنهایت در پیشنهادی کاربردی برای مراکز آموزشی-درمانی و بیمارستان‌ها، به جهت کاهش

شهید عارفیان ارومیه و تمام پرستاران حاضر در مطالعه، تشکر می‌شود. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی آقای غلامحسین عسگری با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1401.002 کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی است، از تمامی عوامل حمایت‌کننده در این دانشگاه نهایت تشکر به عمل می‌آید.

مشکلات پرستاران مانند خستگی از شفقت و همچنین ارتقاء توانمندی‌ها و ظرفیت‌هایی مانند همدلی، از مداخله کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی گروهی در پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

در نهایت از ریاست، مدیریت، مسئولین بخش‌های بیمارستان

References:

- Bell T, Sprajcer M, Flenady T, Sahay A. Fatigue in nurses and medication administration errors: A scoping review. *J Clin Nurs* 2023; 27. <https://doi.org/10.1111/jocn.16620>.
- Cevik B, Kav S. Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey. *Cancer Nurs* 2013;36(6):58-65. DOI:10.1016/S1462-3889(10)70155-1.
- Rangriz H, moosavi SZ. General Health Policies and The effect of burnout by overworks on the shortage of nurses in Iranian hospitals. *Q J Macro Strat Polic* 2014;2(2):43-64. https://www.jmsp.ir/article_7725.html?lang=en.
- Matourypour P, Ghaedi Heydari F, Bagheri I, Mmariam R. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on the Occupational Stress of Nurses in Critical Care Units. *Hakim Jorjani J* 2012;1(1):9-15. <http://goums.ac.ir/jorjanijournal/article-1-195-en.html>.
- Orly S, Rivka B, Rivka E, Medse M, Dorit SE. Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? *Appl Nurs Res* 2012; 25(3):152-57. DOI:10.1016/j.apnr.2011.01.004.
- Mohammed AE, Mohamed Mourad G, Mohamed Ahmed F. The Effect of Implementing Work Stress Management Program on Compassion Fatigue of Nurses Working at Oncology Department. *J Nurs Sci Benha Univ* 2023;4(1):996-1010.
- Wang L, Wang KS. Age Differences in the Association of Severe Psychological Distress and Behavioral Factors with Heart Disease. *Psychiatry J* 2013;1-9. doi: 10.1155/2013/979623.
- Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Indiv Dif* 2010;48(6):757-61. DOI:10.1016/j.paid.2010.01.023.
- Yeşil A, Polat Ş. Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. *BMC Nurs* 2023;22(1):1-2.
- Lynch SH. Looking at Compassion Fatigue Differently: Application to Family Caregivers. *Am J Health Educ* 2018;49(1):9-11. <https://doi.org/10.1080/19325037.2017.1369197>
- Figley CR. Treating compassion fatigue. New York: Brunner-Routledge, 2002, 88.
- Naghavi, A., Zamani-Forooshani, F. Fatigue and Satisfaction due to Compassion: the Experiences of Mother Caregivers of a Child with Disability. *J App Sociol* 2019;30(4):21-34. doi: 10.22108/jas.2019.114021.1557
- Joihnson, C. Coping and compassion fatigue. *Nursing* 1992;22(4):116-21.
- Coetzee S, & Laschinger H. Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review: Theoretical model of compassion fatigue. *Nurs Health Sci* 2018;20(2):24-32. DOI: 10.1111/nhs.12387
- Figley CR. Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self-Care. *J Clin Psychol* 2002;58(11):1433-41.
- Baron-Cohen S, & Wheelwright S. The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger

- syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disorders* 2004;34(2):163–75. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>.
17. Eisenberg, N & Miller, P A. Empathy and prosocial behaviour. *Psych Bull* 1987;101:91-119. doi: 10.1037/0033-2909.101.1.9
 18. Wispé L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *J Pers Soc Psychol* 1986;50(2):314. DOI:10.1037/0022-3514.50.2.314.
 19. Khodabakhsh MR, Mansoori P. Empathy and its impact on promoting physician-patients relationship. *Iranian J Med Ethics History Med* 2011;4(3):38-46. <http://ijme.tums.ac.ir/article-1-172-en.html>.
 20. Mardani-Hamooleh M, Ahmadi M, Seyedfatemi N, Haghani H. Relationship between Empathy and Spiritual Attitude among Nursing Students in Tehran. *Iran J Med Ethics History Med* 2018;11(1):176-88. URL: <http://ijme.tums.ac.ir/article-1-5990-en.html>.
 21. Mikaeili N, Ghaffari M. The relationship between personal intelligence and empathy in nurses and their moral sensitivity. *J Med Ethics History Med* 2016; 8(6):45-56.
 22. Rezaei, R., Vagharseyyedin, S. A., Taheri, F., & Nikkhah Beidokhti, A. (2021). The effect of Spiritual Care Training on the Empathy among Nursing Students. *Fašnlāmah-I akhlāq-I Pizishkī* 2021;14(45):1-11. <https://doi.org/10.22037/mej.v14i45.34313>
 23. Jones, L., Gold, E., Totsika, V., Hastings, R. P., Jones, M., Griffiths, A., & Silverton, S. A mindfulness parent well-being course: Evaluation of outcomes for parents of children with autism and related disabilities recruited through special schools. *Eur J Spec Needs Educ* 2018;33(1):16-30. <https://doi.org/10.1080/08856257.2017.1297571>.
 24. Raj A, & Kumar P. Efficacy of mindfulness based stress reduction (MBSR): A brief overview. *J Disabil Manag Rehabil* 2018;4(2):73-81. <https://doi.org/10.29120/jdmr.1918.v4.i2.54>.
 25. Baharvand I, sodani M. the effectiveness of mindfulness - based stress reduction training on empathy and sympathy in single mother - headed adolescents. *Psychologicalscience* 2020;19(86):183-93. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-575-en.html>.
 26. Taheri S, Sajadian I. Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on symptoms of fatigue, self-compassion and mindfulness on Employers with Chronic Fatigue Syndrome. *Career and Organizational Counseling* 2017;9(30):145-71. 20.1001.1.22286144.1397.25.2.8.8.
 27. Shabani M, Jarareh J. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Caregiver Burden and Mental Fatigue of Autistic Children's Mothers. *Socialworkmag* 2020;9(1):5-12 URL: <http://socialworkmag.ir/article-1-535-fa.html>.
 28. Talebi M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety, Happiness and Mindfulness in Nurses. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2021;29(2):126-36. URL: <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2215-fa.html>
 29. Torné-Ruiz A, Reguant M, Roca J. Mindfulness for stress and anxiety management in nursing students in a clinical simulation: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Prac* 2023;66:103533.
 30. Shafiabadi A, Haghani Zemydani M, Salimi Bajestani H, Ghasemi Jobaneh R. Effectiveness of Mindfulness Training on work-family conflict of married nurses. *J Nurs Edu* 2019;7(5):38-44. URL: <http://jne.ir/article-1-826-fa.html>
 31. Izadabadi Z, Balvardi M, Imani-goghary Z. Effectiveness of Mindfulness and Metacognition Education on Social Welfare and Life Expectancy of Nurses. *Iran J Psychiatry* 2020;8(5):14-24 URL: <http://ijpn.ir/article-1-1533-fa.html>

32. Zahedirad Z, Rezakhani S, Vakili P. Comparison effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction method on Stress among Nurses in Psychiatric Hospital. *Iran J Nurs Res* 2020;15(5):84-98. URL: <http://ijnr.ir/article-1-2403-fa.html>
33. Shamsi M, Taghvaei D, Davoodi H. Offering Attachment-Based Mindfulness Therapy and Evaluating Its Efficacy on the Quality of Love and Empathy in Women Who Have Experienced Marital Infidelity. *J App Psychol Res* 2022;13(2):303-23. doi: 10.22059/japr.2022.321684.643810.
34. Jones SM, Bodie GD, Hughes SD. The impact of mindfulness on empathy, active listening, and perceived provisions of emotional support. *Comm Res* 2019;46(6):838-65. <https://doi.org/10.1177/0093650215626983>.
35. Bayot M, Vermeulen N, Kever A, Mikolajczak M. Mindfulness and empathy: Differential effects of explicit and implicit Buddhist teachings. *Mindfulness* 2020;11:5-17.
36. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview, w: compassion fatigue, red. New York: CR Figley. 1995. <https://doi.org/10.4324/9780203777381>.
37. Baron-Cohen S. The essential difference: Men, women and the extreme male brain. London: Penguin. 2003.
38. Kabat-Zinn J, Hanh TN. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. *Delta*; 2009 Jul 22.
39. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Compassion fatigue in nurses of intensive care unit. *Q J Med Ethics* 2017;9(33):85-102. URL: <http://ijme.tums.ac.ir/article-1-5335-en.html>.
40. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron -Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychol Med* 2004;34(5):911-20. doi:10.1017/S0033291703001624.
41. Abou Alghasemi A. The Reliability and Validation of the Empathy Quotient Scale for High School Students. *Psychol Stud* 2009;5(4):9-25. <https://www.sid.ir/paper/67728/en>.
42. Saeidi N, Pour Shah Abadi F, Jorjani M, Akbarian M, Mafakheri M. Prediction of Chronic Pain Components based on Mentalization, Emotion Regulation and Empathy in Patients with Chronic Pain. *J Mil Med* 2022;24(8):1506-16 . URL: <http://militarymedj.ir/article-1-3232-fa.ht>
43. Stevens J. J. Applied multivariate statistics for the social sciences, Mahvah.
44. Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educ Prof Psychol* 2007;1(2):105. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>.
45. Liu C, Chen H, Cao X, Sun Y, Liu CY, Wu K, et al. Effects of mindfulness meditation on doctors' mindfulness, patient safety culture, patient safety competency and adverse event. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(6):3282. doi: 10.3390/ijerph19063282.

THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION GROUP THERAPY ON COMPASSION FATIGUE AND EMPATHY OF NURSES

Gholamhosein Asgari¹, Mahin Etemadina*², Farnaz Farshbaf Minisefat³

Received: 08 March, 2023; Accepted: 06 June, 2023

Abstract

Background & Aims: Nurses, as one of the important groups in the health field, are exposed to problems such as compassion fatigue, which requires empathy as an important characteristic. Thus, therapeutic interventions to reduce compassion fatigue and increase empathy should be considered. Therefore, this research aimed to study the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) group therapy on compassion fatigue and empathy of nurses.

Materials & Methods: The present study was a semi-experimental study. Sixty nurses working in Arefian Hospital in Urmia were randomly selected and divided into two Mindfulness based Stress Reduction (30 people) and control (30 people) groups in the spring and summer of 2022-2023. They completed the Figley's Compassion Fatigue questionnaire (1995) and the empathy scale of Baron-Cohen (2003) before and after the intervention and after two months of follow-up. The data were analyzed by repeated measure analysis of variance with SPSS v.22 software.

Results: The results of variance analysis showed that the Mindfulness-Based Stress Reduction group intervention was effective on compassion fatigue ($p < 0.01$) and empathy ($p < 0.05$) of nurses. Furthermore, the effects of therapeutic intervention on compassion fatigue and Empathy was maintained until follow-up ($p < 0.01$).

Conclusion: According to the obtained results, it can be concluded that Mindfulness-Based Stress Reduction Group therapy effectively reduced compassion fatigue and increased nurses' empathy. Using this intervention in clinical settings is recommended to reduce the nurses' problems of being exposed to much stress in the work environment.

Keywords: Attention, Compensation from Compassion, Empathy, Nurses, Stress Reduction

Address: Department of Psychology, Azad University of Urmia, West Azarbayjan, Iran

Tel: +989144460691

Email: asgarilh16@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Phd Student of Psychology, Department of Psychology, Azad University of Urmia, Urmia, Iran

² Assistant Professor of Department of Psychology, Azad University of Urmia, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Department of Psychology, Azad University of Urmia, Urmia, Iran