Quarterly Journal of Health Psychology
Vol. 12, No. 2, (Series 46), Summer 2023
doi: 10.30473/HPJ.2023.65641.5655

نشریه علمی روانشناسی سلامت
سال دوازدهم، شماره دوم (پیاپی ۴۶)، تابستان ۱۴۰۲، (۲۲-۷)

مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر میزان علائم سایبرکندریا در پرستاران

اصغر فولادی[۱]، *علی خادمی[۲]، علی شاکر دولق[۳]
۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۱. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۰۷ ـ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۰)

Comparsion the Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy and Compassion Therapy on the Symptoms of Cyberchondria in Nurses

Asghar Fouladi [1], *Ali Khademi[2], Ali Shaker Dioulagh[3]
1. Ph.D Student, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
1. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Original Article
(Received: Sept. 29, 2022 - Accepted: Nov. 01, 2022)
مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پرستاران به علت مواجه گسترده با بیماران بیشتر در معرض بیماری سایبرکندریا قرار دارند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر میزان علائم سایبرکندریا در پرستاران انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بوده است. نمونه آماری تحقیق شامل ۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های شهرستان تبریز در سال ۱۴۰۱ بودند که به روش تصادفی در سه گروه فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه اختصاص یافتند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس سایبرکندریا مک الروی و شولین استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته، آزمون تعقیبی توکی و بنفرونی از طریق نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) مورد تحلیل قرار گرفتند. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** اثر عامل زمان بر میزان ابعاد متغیر سایبرکندریا معنادار به‌دست آمد، به‌عبارت دیگر میزان ابعاد سایبرکندریا از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش یافته است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز بیانگر این است که بین سه گروه (گروه فراشناخت‌درمانی، گروه شفقت‌درمانی و گروه کنترل) از لحاظ نمرات اجبار، پریشانی، افراط و اطمینان‌جویی تفاوت معنادار وجود داشت. به‌عبارت دیگر میزان ابعاد سایبرکندریا در پس‌آزمون و مرحله پیگیری گروه‌های مداخله پایین‌تر از گروه‌های کنترل بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی فراشناخت‌درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر میزان علائم بیماری سایبرکندریا، به‌نظر می‌رسد اعمال مداخله‌های فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش و درمان علائم بیماری سایبرکندریا در پرستاران می‌شود.

واژگان کلیدی: فراشناخت‌درمانی، درمان مبتنی بر شفقت، علائم، سایبرکندریا، پرستار.

Abstract

Objective: Nurses are more often exposed to cyberchondria owing to their frequent contact with patients. Thus, the present study was carried out to compare the effectiveness of metacognitive and compassion therapies on the level of cyberchondria symptoms in nurses. **Method:** The research utilized an experimental method involving a pre-test, post-test and follow-up design. As for the sample size, 60 nurses from hospitals in Tabriz participated in the research in 2022. Through random selection, the nurses were assigned to three groups, i.e. metacognitive therapy, compassion therapy and control group. McLurry and Shevlin's Cyberchondria Scale (CSS) was employed for data collection. Next, the researchers carried out data analysis with the use of the mixed analysis of variance model, Tukey's and Benferroni's post hoc tests, using SPSS statistical software (version 22). A significant P value of less than 0.05 was observed. **Findings:** The time factor proved to have a significant impact on the amount of cyberchondria dimensions. In other words, the level of cyberchondria dimensions decreased from pre-test to follow-up. Moreover, the interaction effect of time and group also revealed that there were significant variations among the three groups (i.e. metacognitive therapy group, compassion therapy group and control group) in terms of compulsion, distress, excessiveness and reassurance. In other words, the level of cyberchondria dimensions in the intervention groups was lower than that of the control group in the post-test and the follow-up phases. **Conclusion:** Given the effectiveness of metacognitive and compassion therapies on cyberchondria symptoms, it seems that the application of metacognitive therapy and compassion therapy interventions will alleviate and treat cyberchondria symptoms in nurses.

Keywords: Metacognitive Therapy, Compassion Therapy, Symptoms, Cyberchondria, Nurses.

*نویسنده مسئول: علی خادمی

*Corresponding Author: Ali Khademi
Email: Dr_ali_khademi@yahoo.com

مقدمه

در عصر جدید نیاز به داشتن پرستارانی با نقش تخصصی به دلایلی چون پیشرفت تکنولوژی، افزایش سن و بروز بیماری‌های مزمن برای دریافت مراقبت باکیفیت و کاهش هزینه‌های درمانی بیش از پیش احساس می‌شود (هاشمی، عظیمی و محمودی، ۱۳۹۹) زیرا پرستاران و کارکنان بهداشت و درمان، تنها نقش مراقبتی ایفا نمی‌کنند بلکه اداره‌کنندگان وضعیت مراقبتی بیماران نیز هستند. آنان در نقش مشاور و راهنمای افراد در موضوعات آموزشی، بهداشتی و درمانی، ایفای نقش می‌کنند و در جهت اعتلای سلامتی جامعه و پیشگیری از بیماریها فعالیت می‌کنند (چراغپور، حجازی و محمدی، ۱۴۰۰).

حضور مداوم پرستاران در امر مراقبت از بیماران و مشاهده علائم و نشانه‌های بیماران (کیخا و حیدری، ۱۳۹۹)، سایبرکندریا[1] را ویژگی اجتناب‌ناپذیر برای پرستاران تبدیل کرده است. سایبرکندریا شکل نوظهوری از هیپوکندریا است که در آن جست‌وجوی مکرر مطالب مربوط به بیماری‌ها در اینترنت موجب افزایش اضطراب و پریشانی فرد شده و با تلاش‌های تکراری و بی‌نتیجه در زمینه اطمینان جویی ادامه می‌یابد (سرافراز، پورشهبازی و افشاری، ۱۳۹۹). جستجوی اطلاعات در مورد علائم و بیماریها در شبکه‌های اجتماعی امری رایج است و اغلب اهداف مفیدی دارد. با این حال، تعدادی از افرادی که بیش از حد مضطرب یا مضطرب در مورد سلامتی خود هستند، جستجوهای بیش از حد یا مکرر مرتبط با سلامت را در شبکه‌های اجتماعی انجام می‌دهند، الگویی که در اینجا به‌عنوان سایبرکندریا تعریف می‌شود (استارچویچ و برل[2]، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به سایبرکندریا، ممکن است در شبکه‌های اجتماعی در تشخیص منابع اطلاعاتی درست از نادرست ناتوان باشند، که این امر هم، ناتوانی آنها را دو چندان می‌کند (استارچویچ و ابوجاود، ۲۰۱۵). تابحال نتایج تحقیقات مشخص نکردند که سایبرکندریا را می‌توان به‌عنوان یک اختلال مستقل در نظر گرفت یا نه، بنابراین لازم است در این حوزه مطالعات بیشتری صورت گیرد (استارچویچ، بریل و آرناز، ۲۰۲۰). سایبر کندریا در بین پرستاران و سایر کارکنان بهداشتی و درمانی در حال افزایش است به طوری که ۱۲ درصد از واریانس سواد سلامت الکترونیک آنها، از طریق سایبر کندریا قابل تبیین می باشد (اوزر، اوزمن و اوزکان[3]، ۲۰۲۱).

از درمان‌های مفید در زمینه درمان و کاهش علایم سایبر کندریای پرستاران، می توان از درمان مبتنی بر شفقت[4] نام برد. شفقت‌ورزی شامل داشتن احساسات مثبت توام با همدلی نسبت به دیگران است اما در جنبه ای از شفقت‌ورزی، احساسات و افکار موجود، به خود فرد بر می‌گردد (راکلیف[5] و همکاران، ۲۰۰۸). این مولفه تحت عنوان شفقت‌ورزی نسبت به خود شناخته می‌شود که در حوزه‌های شخصیت، آسیب‌شناسی و روان‌درمانی (لری و آدامز ،

1. cyberchondria

2. Starcevic, & Berle
3. Özer, Özmen, Özkan
4. compassion therapy
5. Rockliff

۲۰۰۷) از مولفه‌های کلیدی تلقی می‌گردد (جرمر[1]، ۲۰۰۹). شفقت صرفا فرآیندی که از روابط جامعه یار با دیگران ساخته شده باشد، نیست بلکه یک عامل اساسی برای التیام بخشیدن به ذهن و بدن انسان می‌باشد. شفقت نه تنها فرآیندی است که برقراری روابط جامعه یار با دیگران را تایید می‌کند بلکه توانایی زیادی در التیام‌بخشی به ذهن و بدن دارد (وادینگتون،[2] ۲۰۲۱). در طول شیوع همه‌گیری کرونا، شفقت به خود در سلامت روانی پرستاران، میتواند نقش عمده داشته باشد (گراس[3]، ۲۰۲۲). با تقویت ویژگی شخصیتی شفقت به خود در پرستاران، میتوان سلامت روانی آنان را افزایش داد (باند و هوی، ۲۰۲۲). آموزش شفقت‌ورزی، باعث افزایش تاب‌آوری و سلامت روانی پرستاران می‌شود (دیلینی[4]، ۲۰۱۸). در فصل همه‌گیری کرونا، شفقت به خود می‌تواند نقش محافظتی در برابر هیپو کندریا به کرونا و اعتیاد به اینترنت ایفا کند (منیری، نژاد و لواسانی، ۲۰۲۲). کلیچ و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت در افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی موثر می‌باشد. پورعبدل (۱۳۹۸) نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی موثر می‌باشد. با افزایش دلسوزی، مشکلات رفتاری، اختلالات هیجانی کاهش و بهزیستی روانی افزایش می‌یابد (شناآر-جولان، قور و یاتزکار، ۲۰۲۲).

از درمان‌های دیگر اثرگذار بر میزان علائم سایبرکندریای پرستاران، فراشناخت درمانی[5] می‌باشد. درمان فراشناختی، رویکرد نوینی است که در سالهای اخیر به دلیل ویژگی‌های خاص خود نظیر تعداد محدود جلسه‌های درمانی، داشتن ساختار منظم، تأکید بر فرآیند شناخت به جای محتوای آن و طراحی فنون خاص با استقبال گسترده‌ای در سطح جهان مواجه گشته است (عراقی، برازیان، امیری مجد و قمری، ۱۳۹۹). این مدل بر اساس نظریه بنیادی «الگوی کارکرد اجرایی خود نظم بخش» استوار است، که به منظور تعدیل و برطرف‌کردن خلأهای نظریه‌های شناختی شکل گرفته است (ولز[6]، ۲۰۰۲). در درمان فراشناختی، باورهـای فراشـناختی تاثیر محوری بر شیوه پاسخگویی به افکـار، باورهـا، علائـم و هیجانات منفی دارند و درمان باید شامل حذف نگرانـی، رهـا کردن راهبردهای تهدیدیابی و کمک به افـراد بـرای تجربـه افکار مزاحم بدون اجتناب کردن از آنهـا باشـد (فایجا، ریوز، هل، کاپوبیانکو، اندرسون و ولز[7]، ۲۰۱۹). در این درمان، برای فهم فرایندهای تفکر بیماران، علاوه بر توجه به باورهای بیمار درباره تفکر و راهبردهای کنترل فکر، نوع باورهای فراشناختی وی نیز مورد تأکید قرار می‌گیرد (نوردال و ولز، ۲۰۱۸). آموزش مبتنی بر درمان فراشناختی و ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر اضطراب پرستاران در همه‌گیری کووید-۱۹ تأثیر دارد و تأثیر هر دو روش نسبت به مرحله پیش‌آزمون پایدار است (تاجیک، حسینی المدنی و خدابخشی کولایی، ۱۴۰۰). درمان فراشناختی، اضطراب

1. Germer
2. Waddington
3. Gerace
4. Delaney
5. metacognitive therapy
6. Wells
7. Faija, CReeves, Heal, Capobianco, Anderson & Wells

صفت و حالتی پرستاران را به طور معنی‌دار کاهش می‌دهد (حسنی، زارع و دانایی، ۲۰۲۰). آموزش فراشناخت، روش مناسبی برای بهبود رضایت شغلی و مدیریت خشم پرستاران می باشد (چریکی، رمضانی و موحدزاده، ۱۴۰۱). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که نقش باورهای فراشناختی و اضطراب سلامت در پیش‌بینی میزان سایبرکندریا معنی‌دار می‌باشد (نادم و همکاران، ۲۰۲۲؛ ولادان، برل و ساندرآ، ۲۰۲۰). یکی از محورهای ارزیابی سلامت سازمان‌ها، بهداشت روانی و سلامت هیجانی، منابع انسانی آن سازمان می‌باشد. بی‌شک این محور ارزیابی، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر سازمان ایفا می‌کند و لازم است بطور مستمر تدابیری جهت سنجش و بهبود آن در سازمان‌ها اندیشیده شود که اهمیت این نکته در برخی سازمان‌ها از جمله بیمارستان‌ها بیشتر می‌شود. پرستاران و کارکنان بیمارستان به علت تأمین راحتی، آسایش و مداوای بیماران تحت تأثیر عوامل تنش‌زا قرار دارند. تمام حرفه‌هایی که با سلامتی و جان انسان‌ها سروکار دارد، همواره پرتنش بوده و سلامت هیجانی و روانی شاغلین این حرفه‌ها را تهدید می‌کند، از جمله این شغل‌های پرتنش، حرفه پرستاری می‌باشد (طارمی، افشاری‌نیا و کاکابرایی، ۱۴۰۰). از آنجایی که با شیوع بیماری مهلک کرونا، میزان اختلال سایبرکندریا و اضطراب سلامت در بین پرستاران افزایش چشمگیر یافته است. لذا آنها (پرستاران) نمی‌توانند رضایت کامل بیماران را نسبت به خدمات مراقبتی و درمانی به‌دست آورند (اوزر، اوزمن و اوزکان، ۲۰۲۱). بنابراین، ضروری است مدیران و سیاست‌گذاران بهداشتی، برنامه‌های مدون جهت پایش مداوم سلامت (سلامت سایبری و روانی) و کیفیت زندگی و کاری پرستاران را طراحی و راهکارهای مناسب جهت ارتقای سلامت آنها را اتخاذ نمایند (عزیزی، الازمنی نوده و احمدی، ۱۳۹۹). از آنجایی که تابحال میزان سایبرکندریا و سایر اختلالات سایبری و مداخله‌های موثر بر میزان آنها در بین پرستاران بررسی نشده است بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان‌های شفقت‌ورزی و فراشناخت بر میزان سایبر کندریا در پرستاران انجام گرفت.

روش

روش پژوهش، آزمایشی چند گروهی گسترش‌یافته (پیش‌آزمون – پس‌آزمون – پیگیری) بوده است. که روش درمانی در دو سطح آموزش فراشناخت درمانی، درمان مبتنی بر شفقت و عدم آموزش (گروه کنترل) به عنوان متغیر مستقلِ فعال و متغیر سایبرکندریا به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. در مطالعه حاضر دو مداخله فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر شفقت برای گروه‌های آزمایش یک و دو در شهرستان تبریز و به زبان فارسی اعمال شد که شرح این روش‌ها در زیر آمده است:

برای گروه آزمایش الف، پروتکل آموزشی–درمانی مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹)، به‌مدت ۸ جلسه و برای گروه آزمایش ب، پروتکل آموزش – درمانی فراشناخت درمانی ولز (۲۰۰۹)، به مدت ۸ جلسه آموزش داده شد.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسات	محتوای جلسات
۱	ارزیابی میزان سایبر کندریا، آسیب‌پذیری نسبت به استرس و فراهیجانات ، توصیف و تبیین علل آنها و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن، توضیح قواعد آموزش گروهی مانند رازداری، توضیحات مقدماتی دربارهٔ تعداد جلسات و مدت هر جلسه و هدف آن، توضیح ابتدایی شفقت و انواع آن (شفقت با خود، شفقت با دیگران).
۲	تبیین منابع دهگانهٔ رنج (مقایسه‌ها، بایدها، شکست‌ها، ارتباطات و غیره)، معرفی سیستم‌های هیجانی و اصول حاکم بر هیجان در واکنش آدمی به رنج.
۳	آموزش نحوهٔ کارکرد سیستم عصبی (مغز قدیم و جدید) و توضیح چگونگی ایجاد مشکلات هیجانی در تبادل اطاعات این دو مغز با یکدیگر و نتیجهٔ آن یعنی ناتوانی در مشفق بودن.
۴	آشناسازی با دو مفهوم اساسی شفقت (۱. مشارکت، عدم اجتناب و تایید حضور درد- ۲. التیام)، مؤلفه‌های شفقت به خود از نظرگیلبرت (دوازده مؤلفه).
۵	آموزش شناخت فرد مشفق و صفات او (خردمندی، مسئولیت‌پذیری، گرم و شجاعت).
۶	آموزش مهارت‌های گیلبرت مانند استدلال مهربانانه، توجه مهربانانه، رفتار مهربانانه، احساس مهربانانه، تجربه حسی مهربانانه و تصویرسازی مهربانانه و توضیح نحوهٔ استفاده از آنها.
۷	آموزش شیوه‌های معرفی‌شده شفقت برای تحمل پریشانی و چگونگی به کارگیری مهارت‌های رفتار مهربانانه مانند نوازش، فرصت‌دادن، ساختار و ایجاد چالش.
۸	مهارت‌آموزی تکنیک نامه مهربانانه و صندلی خالی، مرور و تمرین عملی مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته، و بیان راهکارهای نهایی برای حفظ و به کارگیری مهارت‌ها در زندگی، جمع‌بندی نهایی.

جدول ۲. محتوای جلسات آموزشی فراشناخت درمانی (ولز، ۲۰۰۹)

جلسات	محتوای جلسات
۱	اجرای پیش‌آزمون، آماده‌سازی و معرفی درمان فراشناختی، ارائه منطق درمان فراشناختی.
۲	آشنایی با سندرم شناختی - توجهی و چگونگی تاثیر آن در تداوم اختلالات روانی، پرسشگری درباره اثربخشی رفتارهای خودتنظیمی (مقابله ای)، آزمایش سرکوبی افکار.
۳	چالش با باورهای فراشناختی منفی مربوط به کنترل‌ناپذیری نشخوارها، افکارها و هیجانات منفی، آموزش تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی، تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی در مورد افکار خنثی.
۴	ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری (بررسی شواهد مخالف)، اجرای آزمایش به تعویق انداختن نشخوارها، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان.
۵	چالش با باورهای فراشناختی مربوط به کنترل‌ناپذیری خطر و آسیب، آشناسازی با روش‌های کلامی و آزمایش های رفتاری.
۶	چالش با باورهای فراشناختی مثبت، ارائه راهبرد عدم تطابق و ناهماهنگی، اجرای آزمایش تعدیل نشخوارهای فکری.
۷	ارائه برنامه پردازشی جدید شامل: شناسایی فرآیند نشخوارها-اضطراب ها-استرس ها- هیجانات و نگرانی‌ها، تاکید بر بکارگیری توجه آگاهی انفصالی برای افکار برانگیزاننده، اجازه دادن به هیجانات و نشخوارها برای اوج گرفتن و فروکش کردن بدون تلاش برای بررسی آنها، اجرای مکرر سبک‌های جدید تفکر.
۸	پایش پیشرفت، ارائه خلاصه ای از تکنیک‌های ارائه شده در تمام جلسات درمانی، پاسخ به سوالات و مشکلات در به‌کارگیری این تکنیک‌ها، گرفتن بازخورد از کل جلسات، اجرای پس‌آزمون.

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان تبریز در سال ۱۴۰۱ تشکیل داده بودند، برای گزینش اعضای نمونه، از بین پرستاران بیمارستان‌های شهرستان تبریز، ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس در سه گروه ۲۰ نفری (گروه فراشناخت درمانی، گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل) به صورت تصادفی گمارش شدند. با توجه به آنکه در روش پژوهش آزمایشی برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است (دلاور، ۱۳۹۰). در این پژوهش به دلیل احتمال افت آزمودنی‌ها (به‌دلایل مختلف) برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد (n=۶۰). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: شاغل در بخش های غیرواگیردار بیمارستان‌ها، مشکوک نبودن به بیماری کرونا و داشتن تمایل همکاری با مطالعه بود. تنها ملاک خروج از مطالعه، انصراف فرد از ادامه همکاری با پژوهشگران بوده است.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سایبر کندریا مک الروی و شولین استفاده شد.

پرسشنامه سایبر کندریا مک الروی و شولین: این مقیاس یک ابزار خودگزارشدهی با ۳۳ گویه است که ۴ مؤلفه سایبرکندریا به نامهای «اجبار»، «پریشانی»، «افراط» و «اطمینان‌جویی/بی‌اعتمادی» را مورد سنجش قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها میزان موافقت خود با هریک از گویه‌ها را در قالب گزینه‌هایی که در مقیاس لیکرت طراحی شده و از (۱ هرگز) تا همیشه (۴) را شامل می‌شوند اعلام می‌دارند. این ابزار علاوه بر یک نمره کلی، برای هریک از ۴ مؤلفه خود نیز نمره جداگانه‌ای به‌دست می‌دهد (مک الروی و شولین، ۲۰۱۴). پایایی و روایی این ابزار بالا گزارش شده است (فرگوس، ۲۰۱۴). البته برخی از متخصصان عامل بی‌اعتمادی را از این ابزار حذف کرده و میزان مؤلفه‌های سایبرکندریا را به ۳ عامل تقلیل داده‌اند (نورر، ۲۰۱۵). در ایران، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی چهار عامل اجبار، اطمینان‌جویی / بی‌اعتمادی، افراط و پریشانی استخراج گردید که به‌جز یک عامل جدید (اطمینان‌جویی /بی‌اعتمادی)، سه عامل دیگر مطابق با نسخه اصلی مقیاس بود. پایایی مقیاس از طریق ارزیابی ضریب همسانی درونی و روایی آن از طریق رابطه همبستگی نمره کل مقیاس و عامل‌های استخراج‌شده با سایر متغیرهای پژوهش بررسی‌شده مورد تأیید قرار گرفت (سرافراز، پورشهبازی و افشاری، ۱۳۹۹). در این پژوهش داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته، آزمون تعقیبی توکی و بنفرونی از طریق برنامه نرم‌افزار SPSS ۲۲ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نمونه آماری مطالعه حاضر شامل ۶۰ نفر (۲۲ نفر آقا و ۳۸ نفر خانم) از پرستاران بخش‌های غیر واگیردار بیمارستان‌های شهر تبریز (شهید محلاتی، شهید مدنی، رازی، ولیعصر و نورنجات) با میانگین و انحراف معیار سنی۵/۹۱± ۳۲/۳۸ بودند که در دامنه سنی ۲۴ الی ۵۲ سال قرار داشتند. مدرک تحصیلی ۸۳/۳ درصد از پاسخ‌گویان کارشناسی و ۱۶/۷ کارشناسی ارشد بودند، که ۱۶/۷ درصد در بخش زایمان، ۱۳/۳

درصد در بخش دیالیز، ۱۶/۷ درصد در بخش اورژانس، ۲۰ درصد در بخش قلب، ۱۱/۷ در بخش کودک و نوزاد و ۲۱/۷ درصد هم در سایر بخش‌های مراقبتی بیماران مشغول به‌کار بودند.

۷۵ درصد پرستاران ۱ تا ۱۰ سال، ۲۱/۶ درصد ۱۱ تا ۲۰ سال و ۳/۳۳ درصد ۲۱ تا ۳۰ سال سابقه کار داشتند که میانگین و انحراف معیار ابعاد متغیر سایبرکندریای پرستاران در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ابعاد سایبر کندریا در سه گروه از پرستاران تحت آموزش فراشناخت درمانی، شفقت درمانی و کنترل به تفکیک نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اجبار	فراشناخت درمانی	۲۰/۴ ± ۸/۳۵	۱۷/۱۰ ± ۷/۳	۱۷/۰۵ ± ۷/۴۶
	شفقت درمانی	۲۲/۲ ± ۸/۰۲	۱۷/۳۰ ± ۵/۹۸	۱۶/۸۰ ± ۶/۰۰
	کنترل	۲۲/۴۵ ± ۷/۸۸	۲۲/۵۵ ± ۷/۷۸	۲۲/۶۵ ± ۷/۷۴
پریشانی	فراشناخت درمانی	۲۲/۲۵ ± ۶/۷۱	۱۷/۹۵ ± ۵/۲۹	۱۷/۷۵ ± ۴/۷۰
	شفقت درمانی	۲۳/۱۰ ± ۷/۶۶	۱۷/۶۵ ± ۵/۱۳	۱۷/۵۵ ± ۴/۹۶
	کنترل	۲۲/۱۰ ± ۴/۱۶	۲۲/۱۵ ± ۴/۱۸	۲۲/۰۰ ± ۴/۲۴
افراط	فراشناخت درمانی	۲۶/۶۰ ± ۶/۵۳	۲۱/۶۵ ± ۵/۶۰	۲۱/۳۵ ± ۵/۱۳
	شفقت درمانی	۲۷/۴۰ ± ۷/۸۰	۲۲/۶۰ ± ۵/۸۲	۲۲/۲۵ ± ۵/۵۰
	کنترل	۲۸/۵۵ ± ۶/۰۵	۲۸/۷۰ ± ۶/۰۷	۲۸/۲۵ ± ۵/۷۷
اطمینان‌جویی	فراشناخت درمانی	۲۷/۷۵ ± ۳/۱۴	۲۲/۸۵ ± ۲/۸۷	۲۳/۰۵ ± ۲/۶۲
	شفقت درمانی	۲۹/۷۵ ± ۵/۳۰	۲۴/۴۵ ± ۳/۷۷	۲۴/۷۵ ± ۳/۲۹
	کنترل	۳۰/۲۰ ± ۳/۱۸	۳۰/۳۰ ± ۳/۲۲	۳۰/۳ ± ۳/۲۱

با هدف تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته، ابتدا پیش‌فرض‌های مرتبط با آمار پارامتریک و تحلیل واریانس آمیخته مورد بررسی قرار گرفت که عدم معنی‌داری خروجی آزمونهای کولموگروف – اسمیرنف (Kolmogorov - Smirnov) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع نمرات ابعاد سایبر کندریا می‌باشد. سطوح عدم معناداری آزمون لوین (Levene's) نیز نشان از همسانی واریانس ابعاد سایبرکندریا در پرستاران دارد. جهت بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده ناهمگونی ماتریس واریانس – کواریانس در متغیر وابسته است، لذا از آزمون محافظه‌کارانه‌تر گرین هاوس – گیرز (Greenhouse Geisser) استفاده شد که با هدف تعدیل درجه آزادی برای تفسیر F انجام می‌شود.

در جدول ۴ نمره‌های پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تبریز در ابعاد متغیر سایبرکندریا با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شدند، که در این طرح از سه گروه (گروه فراشناخت درمانی، گروه شفقت درمانی و گروه

کنترل) به‌عنوان عامل بین گروهی و از زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به‌عنوان عامل درون‌گروهی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط به روش گرین هاوس-گیرز

متغیر	منبع	SS	Df	MS	F	P	مجذور اتا
	دوره	۳۱۷/۴۷	۱/۵۶	۲۰۳/۲۵	۷۸/۲۷	۰/۰۰	۰/۵۷۹
	گروه*دوره	۲۰۱/۹۸	۳/۱۲	۶۴/۶۵	۲۴/۸۹	۰/۰۰	۰/۴۶۶
اجبار	خطا	۲۳۱/۲۰	۸۹/۰۳	۲/۵۹			
	دوره	۴۳۸/۴۷	۱/۲۲	۳۵۸/۷۴	۱۰۷/۲۰	۰/۰۰	۰/۶۵۳
	گروه*دوره	۲۲۳/۷۲	۲/۴۴	۹۱/۵۲	۲۷/۳۵	۰/۰۰	۰/۴۹۰
پریشانی	خطا	۲۳۳/۱۳	۶۹/۶۶	۳/۳۴			
	دوره	۴۶۱/۹۱	۱/۳۴	۳۴۲/۶۱	۱۱۹/۸۷	۰/۰۰	۰/۶۷۸
	گروه*دوره	۲۱۹/۱۲	۲/۶۹	۸۱/۲۶	۲۸/۴۳	۰/۰۰	۰/۴۹۹
افراط	خطا	۲۱۹/۶۳	۷۶/۸۴	۲/۸۵			
	دوره	۴۲۹/۷۰	۱/۰۹	۳۹۴/۲۳	۱۱۰/۲۷	۰/۰۰	۰/۶۵۹
اطمینان‌جویی	گروه*دوره	۲۲۸/۸۶	۲/۱۸	۱۰۴/۹۹	۲۹/۳۶	۰/۰۰	۰/۵۰۸
	خطا	۲۲۲/۱۰	۶۲/۱۲	۳/۵۷			

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، می‌توان گفت که اثر عامل زمان بر میزان ابعاد متغیر سایبر کندریا معنادار بوده است، به عبارت دیگر میزان ابعاد سایبر کندریا از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش یافته است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز بیانگر این است که بین سه گروه (گروه فراشناخت درمانی، گروه شفقت‌درمانی و گروه کنترل) ازلحاظ نمرات اجبار (Partial Eta^2 =۰/۴۶۶؛ F=۲۴/۸۹؛ P<۰/۰۰۰)، پریشان (Partial Eta^2=۰/۴۹۰؛ F=۲۷/۳۵؛ P<۰/۰۰۰)، افراط (Partial Eta^2=۰/۴۹۹؛ F=۲۸/۴۳؛ P<۰/۰۰۰) و اطمینان‌جویی (Partial Eta^2=۰/۵۰۸؛ F=۲۹/۳۶؛ P<۰/۰۰۰) تفاوت معنادار وجود دارد. با هدف روشن‌کردن ماهیت تفاوت‌های موجود بین گروه‌ها، از آزمون مقایسه چندگانه توکی استفاده شد که نتایج در جدول ۵ آمده است.

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون ابعاد متغیر سایبر کندریا در سه گروه فراشناخت درمانی، شفقت‌درمانی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات خرده مقیاس اجبار، پریشانی، افراط و اطمینان‌جویی، در گروه‌های شفقت‌درمانی و فراشناخت نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌دار کاهش پیدا کرده است. به عبارت دیگر مداخله‌های شفقت‌درمانی و فراشناخت درمانی، در کاهش نمرات ابعاد متغیر سایبر کندریا اثربخش بوده‌اند. اما تفاوت مداخله‌های مربوطه در کاهش علائم ابعاد سایبرکندریا معنی‌دار نبوده است به‌عبارت دیگر میزان اثربخشی هر دو درمان در کاهش علائم ابعاد سایبرکندریا یکسان بوده است. به‌منظور

روشن‌کردن ماهیت تفاوت‌های موجود در زمان‌های مختلف، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۶ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌های تحت آموزش فراشناخت درمانی، شفقت درمانی و کنترل در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ابعاد سایبرکندریا

متغیر	دوره	گروه	اختلاف میانگین گروه‌ها	
			گروه فراشناخت درمانی	گروه کنترل
اجبار	پیش‌آزمون	گروه شفقت درمانی	-۱/۸۰	-۲/۰۵
		گروه فراشناخت درمانی	-	-/۲۵
	پس‌آزمون	گروه شفقت درمانی	۰/۰۵	-۵/۴۵*
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۵/۵۰*
	پیگیری	گروه شفقت درمانی	۰/۲۵	-۵/۶۰*
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۵/۸۵*
پریشانی	پیش‌آزمون	گروه شفقت درمانی	-۰/۸۵	۰/۱۵
		گروه فراشناخت درمانی	-	۱/۰۰
	پس‌آزمون	گروه شفقت درمانی	۰/۳۰	-۴/۲۰*
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۴/۵۰*
	پیگیری	گروه شفقت درمانی	۰/۲۰	-۴/۲۵*
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۴/۴۵*
افراط	پیش‌آزمون	گروه شفقت درمانی	-/۸۰	-۱/۹۵
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۱/۱۵
	پس‌آزمون	گروه شفقت درمانی	۰/۹۵	-۷/۰۵*
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۶/۱۰ *
	پیگیری	گروه شفقت درمانی	-/۹۰	-۶/۹۰*
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۶/۰۰ *
اطمینان‌جویی	پیش‌آزمون	گروه شفقت درمانی	-۲/۰۰	-۲/۴۵
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۰/۴۵
	پس‌آزمون	گروه شفقت درمانی	-۱/۶۵	-۷/۴۵*
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۵/۸۰*
	پیگیری	گروه شفقت درمانی	-۱/۷۰	-۷/۲۵*
		گروه فراشناخت درمانی	-	-۵/۵۵*

* p<۰/۰۵ و ** p<۰/۰۱

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ابعاد متغیر سایبرکندریا به تفکیک گروه‌های فراشناخت درمانی، شفقت درمانی و گروه کنترل

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			پس‌آزمون	پیگیری
اجبار	گروه فراشناخت درمانی	پیش‌آزمون	۳/۳۰*	۳/۳۵*
		پس‌آزمون	–	۰/۰۵
	گروه شفقت درمانی	پیش‌آزمون	۵/۱۵*	۵/۴۰*
		پس‌آزمون		-۰/۲۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۱۰	-۰/۲۰
		پس‌آزمون		-۰/۱۰
پریشانی	گروه فراشناخت درمانی	پیش‌آزمون	۴/۳۰*	۴/۵۰*
		پس‌آزمون		۰/۲۰
	گروه شفقت درمانی	پیش‌آزمون	۵/۴۵*	۵/۵۵*
		پس‌آزمون		۰/۱۰
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۰۵	-۰/۱۰
		پس‌آزمون		۰/۱۵
افراط	گروه فراشناخت درمانی	پیش‌آزمون	۴/۹۰*	۵/۲۵*
		پس‌آزمون		۰/۳۰
	گروه شفقت درمانی	پیش‌آزمون	۴/۸۰*	۵/۱۵*
		پس‌آزمون		۰/۳۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۱۵	۰/۳۰
		پس‌آزمون		۰/۴۵
اطمینان‌جویی	گروه فراشناخت درمانی	پیش‌آزمون	۴/۹۰*	۴/۷۰*
		پس‌آزمون		-۰/۲۰
	گروه شفقت درمانی	پیش‌آزمون	۵/۲۵*	۵/۰۰*
		پس‌آزمون		-۰/۲۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۱۰	-۰/۱۰
		پس‌آزمون		۰/۰۵

* p<۰/۰۵ و ** p<۰/۰۱

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، میانگین پس‌آزمون و پیگیری ابعاد: اجبار، پریشانی، افراط و اطمینان‌جویی در گروه‌های فراشناخت درمانی و شفقت درمانی نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. اما در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ابعاد متغیر سایبر کندریا تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر میزان علائم سایبرکندریای پرستاران انجام گرفت. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی

بنفرونی نشان داد که میانگین پس‌آزمون و پیگیری ابعاد: اجبار، پریشانی، افراط و اطمینان جویی در گروه مداخله نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. اما در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ابعاد متغیر سایبر کندریا تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. که یافته به‌دست آمده تا حدودی همسان با مطالعه گراس (۲۰۲۲) بوده که در طول شیوع همه‌گیری کرونا، اعتقاد داشت که شفقت به خود در سلامت روانی پرستاران نقش عمده دارد. همچنین با مطالعه باند و هوی (۲۰۲۲) در یک راستا است که با تقویت ویژگی شخصیتی شفقت به خود، سلامت روانی پرستاران را افزایش دادند. یا دیلینی (۲۰۱۸) و منیری، نژاد و لواسانی (۲۰۲۲) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش شفقت‌ورزی، باعث افزایش تاب آوری و سلامت روانی پرستاران می شود که به نتایج مطالعه حاضر نزدیک هستند. نتایج مطالعات سایر محققانی که تا حدودی با نتایج مطالعه حاضر همسان هستند، عبارت است از مطالعه کلیچ و همکاران (۲۰۲۱)، پورعبدل (۱۳۹۸) و شناآر-جولان، قور و یاتزکار (۲۰۲۲) که نشان دادند در فصل همه‌گیری کرونا، شفقت به خود می‌تواند نقش محافظتی در برابر هیپوکندریا به کرونا و اعتیاد به اینترنت در پرستاران ایفا کند. می توان گفت که پرستاران به علت شیوع ویروس کرونا و همچنین مواجهه با عنوان بیماران روانی و بدنی، نسبت به سلامتی خود نگران هستند و ترس دارند که مبادا خودشان هم به اختلالات و بیماری‌ها مبتلا شده‌اند، بنابراین به‌صورت افراطی در اینترنت و شبکه‌های مجازی، در مورد علائم، نشانه‌ها و علت اختلالات، به‌دنبال جستجوی مطالب هستند. که با آموزش مهارت‌های شفقت به خود و دیگران، در پرستاران برخی توانایی‌های موثر نظیر برداشت معقول از خود، تعادل عاطفی در شرایط استرس‌آور (فصل شیوع کرونا)، تحمل و بردباری افزایش یافته و با یادآوری این نکته که علائم و نشانه‌های بیماری‌ها و اختلالات در همه افراد حتی در متخصصان بهداشتی و درمانی هم دیده می شود، باعث می‌شود که از اثرات منفی آنها (نشانه‌های جزیی بیماری‌ها) کاسته شود و شخص پرستار نگران علائم و نشانه‌های جزئی بیماری‌های خود نشود و نسبت به سلامتی خود مضطرب نباشد و به دنبال جمع‌آوری اطلاعات، مدارک و اسناد از اینترنت و سایر شبکه‌های اجتماعی مجازی در خصوص بیماری‌ها و سلامت روانی و بدنی نباشد.

همچنین نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که فراشناخت درمانی، بر میزان علایم ابعاد سایبرکندریای پرستاران موثر می‌باشد، به‌عبارت دیگر، با آموزش فراشناخت درمانی، میزان علائم سایبرکندریا در پرستاران کاهش یافت. مطالعاتی که نقش فراشناخت درمانی را بر میزان علائم سایبرکندریا بررسی کنند، تابحال انجام نشده است، یا اینکه حداقل محققان پیدا نکردند. اما تحقیقاتی هستند که نتایجشان نزدیک به نتایج حاصل از این مطالعه هستند، به‌عنوان مثال تاجیک، حسینی المدنی و خدابخشی کولایی (۱۴۰۰) نشان دادند که فراشناخت درمانی و ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر تاب‌آوری در

برابر استرس پرستاران در همه‌گیری کرونا تاثیر دارد و تاثیر هر دو روش نسبت به مرحله پیش آزمون پایدار است. همچنین حسنی، زارع و دانا (۲۰۲۰) در مطالعه خود از درمان فراشناختی برای کاهش اضطراب صفتی و حالتی پرستاران استفاده کردند. نتایج دیگر تحقیقات هم‌راستا با یافته مطالعه حاضر، نتیجه پژوهش چریکی، رمضانی و موحدزاده (۱۴۰۱) و نادم و همکاران (۲۰۲۲) بوده که اعتقاد داشتند فراشناخت درمانی، روش مناسبی برای بهبود رضایت شغلی و مدیریت خشم پرستاران می باشد. می توان گفت که پرستاران به‌علت تحصیلات و تجربه‌ای که در حوزه بیماری‌ها و درمان اختلالات دارند، در حوزه کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها ، خودشان را نسبت به سایر افراد، توانمند ارزیابی می‌کنند. از طرف دیگر، شرایط کاری سخت و استرس آور پرستاران، باعث بروز و ایجاد علایم خفیف بیماری‌های تبدیلی و جسمانی‌سازی در پرستاران می‌شود، که این دو حالت منجر به ایجاد ناهماهنگی شناختی در پرستاران می‌گردد و پرستاران برای اینکه بتوانند خودشان را از این حالت نجات دهند و ناهماهنگی شناختی خودشان را برطرف کنند، برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه بهنجاری و نابهنجاری، به اینترنت و سایر شبکه‌های مجازی مراجعه می کنند. موقعی که پرستاران در کلاس‌های فراشناخت درمانی شرکت کردند، تلاش شد که باورهای فراشناختی کارآمد و موثر جایگزین، باورهای ناکارآمد و ناتوان‌کننده آنها شود و در نتیجه پرستاران خودشان را در کنترل فشار و استرس کاری توانمند احساس کنند و اجازه ندهند که فشار و استرس کاری باعث شکل‌گیری اختلالات تبدیلی و جسمانی‌ساز خفیف در پرستاران شود. این فرایند هم، به کاهش حالت ناهماهنگی شناختی در پرستاران منجر گردیده و در نتیجه علائم صفت سایبرکندریا در پرستاران کاهش یافت.

از اهداف دیگر مطالعه حاضر مقایسه میزان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و فراشناخت درمانی بر علائم سایبرکندریا در پرستاران بوده است، نتیجه حاصل از آزمون توکی نشان داد که تفاوت اثربخشی درمان‌های مربوطه در کاهش علائم سایبرکندریا معنی‌دار نمی‌باشد. به‌عبارت دیگر هر دو درمان اثر یکسانی در کاهش علائم ابعاد سایبرکندریا داشتند. مطالعاتی که تفاوت اثربخشی مداخله‌های درمان فراشناختی و شفقت درمانی را در کاهش علائم سایبرکندریا بررسی کرده باشند تا به حال انجام نشده است، اما از نتایج مطالعات نزدیک به مطالعه حاضر می‌توان از پژوهش تاجیک، حسینی المدنی و خدابخشی کولایی (۲۰۲۲)، نام برد که اثربخشی هر دو درمان در کاهش علائم اضطراب پرستاران را در ایام همه‌گیری کرونا یکسان نشان دادند. همچنین رفسنجانی اکبرآبادی، حسین‌زاده تقوایی، دانش، کراسکیان موجمناری و تاری مرادی (۱۴۰۱)، که در پژوهش خود نقش مداخله‌های درمانی را در مدیریت خشم آزمودنی‌ها یکسان نشان داده بودند به‌نوعی با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد. علاوه‌براین مطالعه قهرمانی اوچقاز، محمدخانی، حاتمی و محمدرضایی (۱۳۹۹) تا حدودی در تایید نتیجه مطالعه حاضر می‌باشد که، اثربخشی

شفقت درمانی و شناخت درمانی را در کاهش متغیر وابسته یکسان نشان دادند. اما مطالعه برجعلی، رحمانی، کریمی و زینالی (۱۳۹۹) نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر شفقت بیشتر از فراشناخت درمانی، بر کاهش علائم افسردگی بیماران موثر است، که با یافته حاضر همخوانی ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت با آموزش روانشناختی درباره مغز فریبکار و تکامل یافته و آگاه‌سازی پرستاران نسبت به انواع خودهای خود، به نوعی باورهای فراشناختی ناکارآمد را تحت تاثیر قرار داده و موجب می شود پرستاران تفاسیر مهربان‌تر با خودانتقادی کمتر درباره تجارب دردناک را در ذهن خود به وجود آورند. همچنین داشتن نگرش مشفقانه، تعادل روانشناختی و ذهنی افراد را افزایش داده، احساسات منفی فرد درباره خودش را کاهش داده و از طریق پذیرش به کاهش چالش‌های فکری افراد کمک می‌کند و با تغییر احساسات منفی به احساسات مثبت، نگرش‌ها و باورهای فراشناختی فرد را تحت تاثیر قرار داده و فرد راه‌های جدیدی را برای رویارویی با مسائل پیدا می‌کند. از طرف دیگر با توجه به اینکه شفقت‌درمانی یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عامل فراشناخت و فنون ذهن‌آگاهانه می‌باشد (ولز و فیشر، ۲۰۱۵) بنابراین استفاده از راهکارهای شفقت، باورهای فراشناختی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. بطور خلاصه شفقت درمانی بطور غیرمستقیم با فنون و سازوکارهای خود به نوعی باورهای فراشناختی پرستاران را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد و همین امر دلیلی بر یکسان‌بودن تاثیرات هر دو درمان (درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر شفقت) بر ابعاد سایبرکندریای پرستاران می باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. اول اینکه در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد، از آنجایی که پرسشنامه‌ها جنبه خودسنجی داشته‌اند ممکن است آزمودنی‌ها با سوگیری به سوالات پاسخ داده باشند بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش مصاحبه و مشاهده هم برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود. دوم اینکه در این مطالعه اجرای کلیه جلسات درمان توسط یک نفر صورت گرفت، در مطالعات بعدی برای جلوگیری از خستگی مفرط درمانگر پیشنهاد می‌شود که از کمک درمانگر نیز استفاده شود. سوم، از آنجایی که نمونه مورد مطالعه پرستاران بیمارستان‌ها بودند، لازم است در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌ها، احتیاط شود. در پژوهش حاضر به‌دلیل محدودیت زمانی، مرحله پیگیری ۱ ماه پس از درمان اجرا شد که فاصله نسبتا کمی برای بررسی اثرات بلندمدت مداخله‌های درمانی می باشد، بنابراین انجام پژوهش‌هایی که اثرات بلندمدت مداخله‌های مذکور را مورد توجه قرار دهند ضروری می‌باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر شفقت از طریق راهکارهای نظیر خودآگاهی و حل ناهماهنگی شناختی، در کاهش علائم و نشانه‌های سایبرکندریا در پرستاران نقش دارند و می‌توان از این تکنیک‌ها برای افزایش سلامت سایبری و بهزیستی روانی استفاده کرد، بنابراین، برای کاهش

اضطراب سلامتی و اعتیاد به فضای مجازی، و نیز افزایش سلامت سایبری در پرستاران لازم است کارگاه‌های آموزشی در این زمینه اجرا شود.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از یافته‌های مستخرج از رساله دکترای تخصصی رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه بوده و دارای مجوز کد اخلاق به شماره: IR.IAU.URMIA.REC.1401.003 ازکمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می‌باشد. از همه پرستاران عزیزی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

برجعلی، م؛ رحمانی، س؛ کریمی، آ و زینالی، م (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان فراشناختی بر علائم افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در کارکنان نیروهای مسلح مبتلا به افسردگی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*، ۱۱(۴۴)، ۱۶-۵.

پورعبدل، س (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۹ (۱)، ۵۱-۳۲.

تاجیک، ا؛ حسینی المدنی، س و خدابخشی کولایی، آ (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر فراشناخت و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر تاب‌آوری در برابر استرس پرستاران در همه‌گیری کووید-۱۹. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی، ۱۳(۴۸)، ۶۴-۴۱.

چراغپور، ر؛ حجازی، ن و محمدی، ا (۱۴۰۰). بررسی ارتباط سلامت اجتماعی با هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی پرستاران : ارائه یک مدل ساختاری. *روان پرستاری*، ۹ (۲)، ۵۱-۴۱.

چریکی، ر؛ رمضانی، خ و موحدزاده، ب (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر فراشناخت بر رضایت شغلی و مدیریت خشم پرستاران. *آموزش پرستاری*، ۱۱(۲)، ۴۳-۳۲.

رفسنجانی اکبرآبادی، ز؛ حسین‌زاده تقوایی، م؛ دانش، ع؛ کراسکیان موجماری، آ و تاری مرادی، آ (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی ذهن مشفق و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کنترل خشم نوجوانان دختر. *رویش روانشناسی*، ۱(۱۱)، ۹۲-۸۱

سرافراز، م ؛ پورشهبازی، م و افشاری، م (۱۳۹۹). تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شدت سایبرکندریا در جمعیت بزرگسال ایرانی. *روانشناسی بالینی*،۱۲(۳)، ۷۶-۶۷.

عراقی، ی؛ بزازیان، س؛ امیری م؛ مجتبی، ن و قمری، م (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی به شیوه فراشناخت و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی زوجین متقاضی طلاق. *فرهنگ مشاوره و رواندرمانی*، ۱۱(۴۳)، ۲۶۶-۲۳۷.

عزیزی، ح؛ الازمنی، ف و احمدی، ی (۱۳۹۹). اهمیت پایش سلامت توسط پرستاران و تاثیر آن در کیفیت ارائه خدمات پرستاری به بیمار. *فصلنامه مدیریت پرستاری*،۹ (۱)، ۸۴-۷۶.

قهرمانی اوچقاز، م؛ محمدخانی، پ؛ حاتمی، م و محمدرضایی، ر (۱۳۹۹). مقایسه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش ترس از شفقت و خودسرزنشگری افراد مبتلا به نارسایی قلبی. *دو فصلنامه روانشناسی معاصر، ۱۵(۱)، ۱۳۶-۱۲۳.*

کوه‌نشین طارمی، ف؛ افشاری نیا، ک و کاکابرایی، ک (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه. *فصلنامه علمی - پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۲(۴۳)، ۶۹-۵۵.

کیخا، ع و حیدری، ع (۱۳۹۹). تحلیل مفهوم تعارض نقش مراقبتی پرستاران با استفاده از روش واکر و اوانت. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۹(۳)،۷۴۱-۷۲۹.

هاشمی، س؛ عظیمی، ا و محمودی، ح (۱۳۹۹). واضح سازی مفهوم نقش پرستار متخصص در بخش مراقبت‌های ویژه: تحلیل مفهوم با رویکرد راجرز. *نشریه مرور سیستماتیک در علوم پزشکی*، ۱ (۲)، ۸۸-۷۵.

Bond C, Hui A, Timmons S, Charles A. (2022) Mental health nurses' constructions of compassion: A discourse analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. 5(1), 1-9.

Cheriki R, Ramezani K, Movahedzadeh B. (2022). The Effectivensis of Education Based on Metacognition on Job Satisfaction and Anger Management of Nurses. *Journal of Nursing Education* (JNE),11(2), 32-43.

Delaney, M.C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PloS one*, 13(11), e0207261.

Faija, C. L., Reeves, D., Heal, C., Capobianco, L., Anderson, R., & Wells, A. (2019). Measuring the cognitive attentional syndrome in cardiac patients with anxiety and depression symptoms: Psychometric properties of the CAS-1R. *Frontiers in Psychology*, 10, 2109-2120.

Fergus TA (2014). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *J Anxiety Disord [Internet]*, 28(6), 504–10.

Gerace A. (2022). Gentle gloves: The importance of self-compassion for mental health nurses during COVID-19. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 3-7.

Germer, C. K. (2009). The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from Destructive thoughts and emotions. Hove: Routledge.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15*(3), 199-208.

Hasani H, Zarei B, Danaie Z, Mahmoudi Rad G H. (2020). Resilience Skills Training Versus Metacognitive Therapy: A Comparison of Effectiveness on Anxiety in Nurses Working in Intensive Care Units and Emergency Department. *Mod Care J*,17(3), e106905.

Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*, 52(3), 607-625.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887.

McElroy E, Shevlin M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord*, 28(2), 25-36.

Moniri R, Nezhad KP, Lavasani FF.(2022). Investigating Anxiety and Fear of COVID-19 as Predictors of

Internet Addiction With the Mediating Role of Self-Compassion and Cognitive Emotion Regulation. *Frontiers in Psychiatry*, 13:1-8.

Nadeem F, Malik NI, Atta M, Ullah I, Martinotti G, Pettorruso M, Vellante F, Di Giannantonio M, De Berardis D. (2022). Relationship between Health-Anxiety and Cyberchondria: Role of Metacognitive Beliefs. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2-18.

Nordahl, H., & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy for social anxiety disorder: An A–B replication series across social anxiety subtypes. *Frontiers in psychology*, 9, 540-550.

Özer Ö, Özmen S, Özkan O. (2021). Investigation of the effect of cyberchondria behavior on e-health literacy in healthcare workers. *Hospital Topics*, 1,18,1-9.

Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. Clinical Neuropsychiatry: *Journal of Treatment Evaluation*, 5(3), 132–139.

Shenaar-Golan, V., Gur, A., & Yatzkar, U. (2022). Emotion regulation and subjective well-being among parents of children with behavioral and emotional problems–the role of self-compassion. *Current Psychology*, 1-12.

Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205-213.

Stevelink SAM, Malcolm EM, Mason C, Jenkins S, Sundin J, Fear NT. (2015). The prevalence of mental health disorders in (ex-)military personnel with a physical impairment: a systematic review. *Occup Environ Med*, 72,243-251.

Tajik A, Hosseini Almadani SA, Khodabakhshi-koolaee A. (2022). Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy (MCT) training and self-compassion-based mindfulness on nurses' anxiety in the Covid-19 epidemic. *Journal of Clinical Psychology*, 13(4), 87-102.

Starcevic, V., Berle, D., & Arnáez, S. (2020). Recent insights into cyberchondria. *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 1-8.

Vladan S, Berle D. (2020). Sandra A. Recent Insights Into Cyberchondria. *Current Psychiatry Reports*, 22(11),2-8.

Waddington, K. (2021). Introduction: Why compassion? why now? In Towards the Compassionate University (pp. 5-22). Routledge.

Wells A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press.

Wells, A. (2002). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons.13-85.

Wells, A., & Fisher, P. (2015). Treating Depression: MCT, CBT, and Third Wave Therapies. John Wiley & Sons.35-52.