Scientific Journal of Military Psychology

52

Vol. 13
Winter 2023

1986
Imam Hossein
Comprehensive
University

Investigating the effectiveness of compassion-based therapy (CFT) on the quality of life and psychological empowerment of conscript soldiers

Nasrin Azizian Kohan[1] | Iman Bakhshodenia[2] | Masoud Najjari[3] | Majid Vermaghani[4] | Diako Saadi[5]

Research Paper

Received:
11 June 2022
Revised:
15 August 2022
Accepted:
15 October 2022
Published:
20 February 2023
P.P: 77-91

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517x

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of compassion-based therapy on the quality of life and psychological empowerment of conscript soldiers. The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with the control group. The statistical population included all conscripts of the police force of Bukan city in 2020-2021, who were included in the study through the available sampling method from among the qualified volunteers, and they were randomly replaced in two groups of 15 people, test and control. The measurement tools in this research were the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (1998) and Spritzer's Psychological Empowerment (1995). The experimental group received 10 75-minute sessions of compassion-based therapy, and the control group received no intervention. Statistical data analysis was done using the single-variable analysis of covariance method and SPSS version 23 software. The significance level of the tests was considered 0.05.The results of data analysis showed that after the intervention, the effect of compassion-based treatment on quality of life and psychological empowerment was significant ($p<0.01$). Based on the results of the research, it can be said that compassion-based therapy is a suitable intervention method to increase the quality of life and psychological empowerment of conscripts. Therefore, using this treatment method alone or in combination with other intervention programs can increase the quality of life and psychological empowerment of soldiers.

Keywords: Compassion-Based Therapy, Quality Of Life, Psychological Empowerment.

DOR: 20.1001.1.25885162.1401.13.52.4.4

1. Associate Professor, Department of Sports Management, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
2.corresponding author: Ph.D. Candidate, Department of Sports Management, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. Iman.b1364@yahoo.com
3. Ph.D. in Psychology, Department of Psychology, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran.
4.PhD in Sports Management, Department of Physical Education, Saqoz Branch, Islamic Azad University, Saqoz, Iran.
5.MA in Information Technology, Education, Bukan, West Azerbaijan, Iran.

Publisher: Imam Hussein University
This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)

نشریه علمی روانشناسی نظامی

۵۲

سال سیزدهم
زمستان ۱۴۰۱

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۳/۲۱
تاریخ بازنگری:
۱۴۰۱/۰۵/۲۴
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۱/۷/۲۳
تاریخ انتشار:
۱۴۰۱/۱۲/۰۱
صص: ۹۱-۷۷

شاپا چاپی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸
الکترونیکی: ۵۱۷x-۲۶۴۵

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت CFT بر کیفیت زندگی وتوانمندسازی روان‌شناختی سربازان وظیفه

نسرین عزیزیان کهن [۱] | ایمان بخشوده نیا [۲] | مسعود نجاری [۳] | مجید ورمقانی [۴] | دیاکو سعادی [۵]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان وظیفه انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی سربازان وظیفه نیروی انتظامی شهر بوکان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد داوطلب واجد شرایط تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) و توانمندسازی روان‌شناختی اسپریتزر (۱۹۹۵) بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بعد از مداخله، اثر درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی معنادار بود ($p<0/01$). بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت روش مداخله‌ای مناسبی برای افزایش کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان وظیفه است. بنابراین به‌کارگیری این روش درمانی به تنهایی یا در ترکیب با سایر برنامه‌های مداخله‌ای می‌تواند موجب افزایش کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت؛ کیفیت زندگی؛ توانمندسازی روان‌شناختی.

DOR: 20.1001.1.25885162.1401.13.52.4.4

۱. دانشیار، گروه مدیریت ورزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. نویسنده مسئول :دانشجوی دکتری، گروه مدیریت ورزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران Iman.b1364@yahoo.com
۳. دکتری روانشناسی، گروه روان شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران
۴ . دکتری مدیریت ورزشی، گروه تربیت بدنی، واحد سقز، دانشگاه آزاد اسلامی، سقز، ایران
۵ . کارشناسی ارشد فناوری اطلاعات، آموزش و پرورش، بوکان، آذربایجان غربی، ایران

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)
این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (creative Commons Licence- CC BY) در دسترسی شما قرار گرفته است.

مقدمه

امروزه توجه به روحیه کارکنان، انگیزه‌ها، نیازها، و خواسته‌های آنان، اهمیت خود را نمایان ساخته و عامل انسانی به‌عنوان محور اصلی از میان دیگر منابع شناسایی شده است. ازاین‌رو فراهم نمودن زمینه‌های مناسب برای به وجود آوردن روحیه کاری مطلوب، به‌منظور ترغیب و تشویق آنان به کار و فعالیت بیشتر، وفاداری به سازمان، تبدیل فعالیت‌های فردی به جمعی از طریق تشکیل گروه‌های هماهنگ و همدل، معاضدت و همکاری برای حصول به اهداف مشترک و همچنین ایجاد محیط کاری مساعد، می‌تواند روحیه سربازان را افزایش داده، که این امر سبب کارایی سربازان و رسیدن سازمان به هدف‌های موردنظر خواهد شد و از طرفی وجود روحیه عالی می‌تواند موجبات سلامت روانی[1] سربازان را فراهم آورد، که این خود در رشد تعالی و ترقی جامعه تأثیر خواهد داشت (جهانی، ۱۳۹۹). در این میان داشتن زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده و است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۸). کیفیت زندگی کاری علاوه بر اینکه خود فی نفسه ارزشمند است، سایر متغیرهای سازمانی را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (قشقایی زاده، ۱۳۹۹). کیفیت زندگی[2] افراد یکی از گام‌های ضروری و مثبت در برخورد با موقعیت‌های متفاوت زندگی نظیر چالش‌ها و مشکلات متعدد به‌شمار می‌رود و می‌تواند از تشدید آن‌ها جلوگیری کند. کیفیت زندگی، ادراک فرد از میزان رضایت و خشنودی در زندگی، سلامت خانوادگی، جسمانی و اجتماعی، امید به زندگی و سلامت روانی افراد مبتلا به اختلال یا بیمار است (مک داول و پراوت[3]، ۲۰۰۲ به نقل از عثمانی و نجاری، ۱۴۰۱). کیفیت زندگی برای سنجش نیازهای جامعه، سنجش اثربخشی اجتماعی مبتلایان، شناسایی افراد آسیب‌پذیر و با ریسک بالا، اجرای سیاست‌های بهداشتی بهینه متناسب با این مسائل و اختصاص منابع در بخش سلامت استفاده می‌شود (بومپوری[4] و همکاران، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی در واقع یک تعریف چند وجهی است که وضعیت افراد را از

1. Mental health
2. Quality of Life
3. McDowell & Praught
4. Bompori & et al

لحاظ سلامت جسمانی، عاطفی، روانی و اجتماعی مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهد (فرانس[1]، ۲۰۰۵).

از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی، توانمندسازی روان‌شناختی[2] است. توانمندسازی روان‌شناختی به مجموعه‌ای از شناخت‌های تجربه‌شده گفته می‌شود که به‌صورت احساس معناداری[3]، شایستگی[4]، تأثیرگذاری[5] و خودمختاری[6] تداعی می‌شود و در واقع نوعی بالابردن انگیزش شغلی[7] درونی است (اسپریتزر[8]، ۱۹۹۵). توانمندسازی از طریق خودمختاری و افزایش مشارکت کارکنان، به اصلاح عملکرد سازمان منجر می‌شود. توانمندسازی اساساً با اعتماد، انگیزش، تصمیم‌گیری و شکستن حد و مرز بین مدیریت و کارکنان مرتبط می‌باشد و بهره وری، تولید بیشتر، رضایت شغلی و کاهش نقل و انتقال کارکنان در سازمان منجر می‌شود (انگوری و شنودا[9]، ۲۰۰۸) ۲۰۰۸). به‌طور کلی، احساس توانمندی، در عملکرد سازمان تأثیر بسزایی دارد. چنانچه افراد احساس توانمندی کنند، منافع سازمانی و فردی متعددی از قبیل خلاقیت، انعطاف‌پذیری، حل مسئله، عملکرد شغلی با کیفیّت خوب، رضایت شغلی، سلامت و بهداشت روانی را در بر خواهد داشت (مرادی و جلیلیان، ۱۳۹۴ به نقل از غریب‌زاده و علیزاده، ۱۳۹۷).

ارتباط استرس‌های دوره خدمت سربازی با زندگی فردی و خانوادگی، موجب سرایت مشکلات به محیط خانوادگی و اجتماعی این افراد می‌شود و در مجموع کاهش کیفیت زندگی آنان را به‌دنبال خواهد داشت (فرخزادیان، احمدیان و عندلیب، ۱۳۹۸). در پژوهشی رضایی و همکاران (۱۳۹۶) به بررسی کیفیت زندگی در سربازان وظیفه پرداخته‌اند که نتایج نشان می‌دهد کیفیت زندگی این افراد در بعد روانی بسیار ضعیف‌تر از بعد جسمی است و به‌طور کلی سربازان کیفیت زندگی پایینی را تجربه می‌کنند همچنین مطالعه شاهوردی، ساعدی و رازانی (۱۳۹۹) نیز

1. Ferrans
2. Psychological empowerment
3. A sense of meaning
4. Competence
5. Impact
6. Self-determination
7. job motivatin
8. Spreitzer
9. Ongori & Shunda

نشان داده است که آموزش و برنامه‌های مداخله‌ای می‌تواند موجب افزایش توانمدسازی روان‌شناختی سربازان گردد. بر همین اساس از جمله آموزش‌هایی که در سربازان به‌نظر می‌رسد می‌تواند بر توانمدسازی آن‌ها و کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد درمان مبتنی بر شفقت است که کمتر مورد توجه پژوهشگران و روان‌شناسان قرار گرفته است. مطالعات فراوانی از درمان مبتنی بر شفقت در داخل و خارج کشور صورت گرفته است؛ اما بر روی سربازان هیچ برنامه‌ای اجرا نشده است.

کارتر، گیلبرت و کربی[1] (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای با عنوان «درمان متمرکز بر شفقت برای شرم از وزن بدن: یک آزمایش ترکیبی» به این نتیجه رسیدند که CFT تأثیر مثبتی بر کاهش شرم از وزن بدن، افزایش شفقت و بهبود رفتارهای سلامتی دارد.

استرود و گریفیتس[2] (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی درمان متمرکز بر شفقت در محیط‌های بستری بزرگسالان» دریافتند به‌طور کلی در همه حوزه‌ها به‌خصوص سلامت روان پیشرفت‌های قابل‌توجهی به‌دست آمد. همچنین مشاهده شد که محتوای جلسهٔ درمان مبتنی بر شفقت برای جلسات تنفس و مبتنی بر ذهن آگاهی و کسانی که از تکنیک های تصویرسازی استفاده می‌کنند مؤثرتر است.

آقایی، خانجانی وشکی و پاشا (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان «اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر کاهش آشفتگی هیجانی زنان دارای تجربه خیانت زناشویی» نشان دادند آموزش مبتنی بر شفقت بر کاهش آشفتگی هیجانی تأثیر معنی‌داری دارد. بنابراین آموزش مبتنی بر شفقت می تواند منجر به کاهش آشفتگی هیجانی شود.

بهاروندی، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان» دریافتند بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارت

1. Carter, Gilbert & Kirby
2. Stroud, & Griffiths

دیگر درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش توانایی تحمل ابهام و کاهش اضطراب مرگ سالمندان شد.

ترخان (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان «اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت (CFT) بر روی تاب‌آوری تحصیلی و امیدواری دانش آموزان پسر اهمال‌کار تحصیلی مقطع دوم متوسطه» نشان داد که با توجه به نمرات پیش‌آزمون، آموزش مبتنی بر شفقت تحصیلی در هر دو گروه تفاوت معنادار نشان داد.

نیاستی، قربان شیرودی، خلعتبری و تیز دست (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان «اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر سه روش درمان متمرکز بر شفقت، هیجان و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه: یک مطالعه راهنما» دریافتند که بسته آموزشی مبتنی بر روش‌های درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، هیجان (EFT) و مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه مؤثر بود.

استیفن، فاکس، کتانی، آلدرگ، آستین، بورلینگام[1] (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان «تأثیر یک مداخله درمانی متمرکز بر شفقت مبتنی بر گروه؛ طی ۱۲ هفته بر تغییرپذیری ضربان قلب» دریافتند که افزایش شفقت به خود، واکنش‌پذیری تغییرپذیری ضربان قلب (HRV) را افزایش می‌دهد و به‌طور بالقوه توانایی درگیر شدن با احساسات دشوار در روان‌درمانی را تقویت می‌کند.

بنابراین، با توجه به نقش اساسی سربازان به‌عنوان یکی از حلقه‌های اصلی امنیت کشور، کیفیت زندگی پایین و عدم توانمندی روان‌شناختی، مشکلات زیادی را هم برای خود و هم برای مجموعه ناجا می‌تواند به همراه داشته باشد. ازاین‌رو انجام پژوهش‌هایی به‌صورت اثربخشی برنامه‌ها و درمان‌ها به‌صورت گروهی ضروری به نظر می‌رسد. تاکنون مطالعه‌ای در داخل کشور به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان وظیفه نپرداخته است. بنابراین انجام این پژوهش می‌تواند دست آوردهای تلویحی مهمی برای ناجا به‌دنبال داشته

1. Steffen, Fox, Cattani, Alldredge, Austin & Burlingame

باشد. در نهایت هدف از انجام پژوهش حاضر با توجه به مطالب ارائه شده در بالا بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان وظیفه بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی سربازان وظیفه شهر بوکان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد داوطلب واجد شرایط تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: سربازان گروه ب و معاف از رزم و دارای پرونده پزشکی در بهداری بوکان، داوطلب شرکت در پژوهش و همچنین دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی، عدم شرکت همزمان در سایر گروه‌های مشاوره‌ای و درمانی و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در پروتکل درمانی و مایل نبودن به ادامه همکاری در جلسات آموزشی بود. در آخر این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) و توانمندسازی روان‌شناختی اسپریتزر (۱۹۹۵) استفاده شد.

پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸): مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی (WHOQOL) در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ سؤال است که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، سلامت محیطی را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرتی و ۵ گزینه‌ای می‌باشد. در پایان، مجموع کل نمره‌های این پرسش‌نامه به‌صورت ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته می‌شود که برحسب امتیازهای کسب

شـده، کیفیـت زنـدگی آن‌ها در یکی از سه گروه نامطلوب، متوسط، مطلوب قرار می‌گیرد (حسین دخت و همکاران، ۱۳۹۲). در ایران نجات و همکاران (۲۰۰۶) این مقیاس را هنجاریابی کـرده‌انـد. ضریب آلفای پرسش‌نامه را بـرای جمعیـت سـالم در حیطـه سـلامت جسـمانی ۰/۷۰، سـلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ بـه‌دسـت آورده‌انـد. ضـریب پایـایی روش بازآزمـایی را پـس از دو هفتـه ۰/۷۰ گـزارش کـرده‌انـد. در پـژوهش حاضـر میـزان پایـایی پرسش‌نامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه توانمندسازی روان‌شـناختی اسـپریتزر (۱۹۹۵): ایـن پرسـش‌نامـه توسـط اسپریتزر (۱۹۹۵) به‌منظور ارزیابی میزان توانمندسازی روان‌شناختی کارکنان تدوین و طراحی شده است. که شامل ۱۵ سؤال می‌باشد و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (به‌صورت کاملاً مخالفم= ۱ تا کاملاً موافقم=۵) سنجیده می‌شود. دامنه نمرات کسب شـده از ۱۵ تـا ۷۵ متغیـر است. افرادی که نمرات بالا را کسب می‌کنند از توانمندسازی روان‌شناختی بـالاتری برخوردارنـد. ۳ سؤال مربوط به مولفهٔ شایستگی با گویه‌های (۱، ۲، ۳)، ۳ سؤال مربوط به مولفهٔ خودمختـاری بـا گویه‌های (۴، ۵، ۶)، ۳ سؤال مربوط به مولفهٔ تأثیرگذاری با گویه‌های (۷، ۸، ۹)، ۳ سؤال مربوط به مولفهٔ معنی داری یا گویه‌های (۱۰، ۱۱، ۱۲) و ۳ سؤال مربوط به مولفهٔ اعتمـاد بـا گویـه‌هـای (۱۳، ۱۴، ۱۵) می‌باشد. تیموری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای ضریب پایایی آزمون را با اسـتفاده از روش الفای کرونباخ ۰/۹۵ به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسش‌نامه از طریـق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد.

گروه آزمایش، مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر شفقت را در طی ۵ هفته به صورت هفته‌ای دو جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) بود که از پـژوهش اورکـی و بیتابـه (۱۳۹۷) اقتبـاس شـده است. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می‌شد و آنگاه افـراد گـروه آزمـایش فعالانه وارد بحث می‌شدند. فرایند هر جلسه شامل مرور مباحث قبلی، آموزش مستقیم بـه صـورت

سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، انجام تکالیف و ایفای نقش بود. خلاصه محتوای جلسات آموزش مبتنی بر شفقت و فعالیت‌های انجام شده در گروه آزمایش در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل درمانی آموزش مبتنی بر شفقت

جلسه اول	معارفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از شفقت در زندگی
جلسه دوم	تعریف شفقت، شناخت و توضیح در مورد فرایند شفقت و اثرگذاری شفقت بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن شفقت تجربه شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه سوم	آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی بخش و غفلت از نگرانی.
جلسه چهارم	آموزش راه‌های شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی. آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن مهار زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پزشک و عدم استفاده از مواد مخدر
جلسه پنجم	آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی شفقت، آموزش راهبردی و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان.
جلسه ششم	آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از شفقت، آموزش ابراز شفقت، اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش، آرمیدگی و عمل معکوس.
جلسه هفتم	توجه آگاهانه به شفقت خود، توجه کامل به رفتار مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان.
جلسه هشتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز شفقت، آموزش ارزیابی و توجه به پیامدها و تلاش برای ابراز مناسب و نامناسب شفقت
جلسه نهم	آموزش تغییر شفقت منفی از طریق عمل بر خلاف شفقت تجربه شده
جلسه دهم	جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون.

در پژوهش حاضر پس از تأیید مفروضه‌های آماری نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک، همچنین پس از برگزاری جلسه‌های آموزشی و اجرای پس‌آزمون‌ها به‌منظور آزمودن فرضیه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار تحلیل شد و در سطح استنباطی به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش بعد از برقراری پیش فرض‌های اساسی شامل همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی شیب خط رگرسیون از روش تحلیل

کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد و همچنین برای تحلیل یافته‌ها و داده‌های این پژوهش تحلیلگر آماری SPSS23 مورد استفاده قرار گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن برای سربازان وظیفه به ترتیب ۲۴/۱۵ و ۴/۳۷ بود. نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که از لحاظ سن بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود نداشت (p=۰/۰۶۹). پیش از تحلیل داده‌ها بررسی پیش‌فرض نرمال بودن بر اساس آزمون شاپیرو- ویلک بررسی شد و فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار بود. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر		آماره	سطح معناداری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۷۶	۰/۳۳۷
	پس‌آزمون	۰/۹۶۹	۰/۱۵۷
توانمندسازی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۰/۹۸۵	۰/۴۴۳
	پس‌آزمون	۰/۹۶۰	۰/۰۹۳

با توجه به نتایج جدول (۲) در متغیرهای کیفیت زندگی و توانمدسازی روان‌شناختی مقدار z به‌دست آمده معنادار نمی‌باشد (p>۰/۰۵). بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	گواه	۱۵	۴۰/۹۲	۱۲/۰۷	۴۰/۰۸	۱۱/۸۰
	آزمایش	۱۵	۴۰/۲۷	۱۱/۵۴	۵۱/۷۳	۱۳/۳۹

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
توانمندسازی روان‌شناختی	گواه	۱۵	۰/۴۰	۹/۸۵	۲۹/۵۲	۹/۲۳
	آزمایش	۱۵	۲۹/۱۹	۹/۸۰	۴۳/۹۲	۱۲/۱۲

همان‌طور که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش از (۴۰/۲۷) در مرحلهٔ پیش‌آزمون به (۵۱/۷۳) در مرحله پس‌آزمون و میانگین توانمندسازی روان‌شناختی در گروه آزمایش از (۲۹/۱۹) در مرحله پیش‌آزمون به (۴۳/۹۲) در مرحله پس‌آزمون بعد از مداخلهٔ درمان مبتنی بر شفقت افزایش یافته است.

جدول ۴. آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱/۷۵	۱	۲۸	۰/۱۶۸
توانمندسازی روان‌شناختی	۱/۳۷	۱	۲۸	۰/۲۴۵

همچنین، نتایج به‌دست‌آمده در جدول (۴) نشان می‌دهد با توجه به اینکه سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ است، می‌توان نتیجه گرفت که همگنی واریانس‌های متغیرهای کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی برقرار است. آزمون لوین همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تأیید کرده است.

جدول ۵. پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱	۸۱۰/۲۴۷	۳/۲۱	۰/۰۸۳
توانمندسازی روان‌شناختی	۱	۶۵۰/۴۳۱	۲/۸۹	۰/۰۹۷

در جدول (۵) مفروضهٔ همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی با سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ را نشان می‌دهد. پیشفرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنادار نبودن تعامل گروه- پیش‌آزمون تأیید می‌شود و بنابراین، پس از تحقق پیش‌فرض‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۱۵۴۱۹/۴۰	۱	۱۵۴۱۹/۴۰	۳۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
توانمندسازی روان‌شناختی	۱۹۶۰۲/۱۷	۱	۱۹۶۰۲/۱۷	۴۰/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲

براساس نتایج جدول (۶) مداخله برنامه مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان وظیفه تأثیر مثبت و معنادار داشته است و همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده اتا و معنادار بودن آن می‌توان گفت که ۵۴ درصد از واریانس کیفیت زندگی و همچنین ۶۷ درصد از واریانس توانمندسازی روان‌شناختی به وسیله مداخله برنامه مبتنی بر شفقت تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان وظیفه انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان وظیفه اثربخش است. به عبارتی، درمان مبتنی بر شفقت توانایی افزایش میانگین متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی را داشت.

یافته‌های این پژوهش با نتایج کارتر، گیلبرت و کربی (۲۰۲۱)، استرود و گریفیتس (۲۰۲۱)، آقایی، خانجانی وشکی و پاشا (۱۴۰۰)، بهاروندی، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی (۱۴۰۰)، نیاستی، قربان شیرودی، خلعتبری و تیز دست (۱۴۰۰) و ترخان (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین یافته اول مبنی بر اثر درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی می‌توان اظهار کرد که درمان مبتنی برشفقت بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است. این موازنه تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند و در واقع این موازنه در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به‌صورتی خاص بر عوامل مثبت روان‌شناختی تأثیرگذار است (علی قنواتی و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع سربازان در جلسات پروتکل درمانی از طریق آموزش راه‌های شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی، آموزش جهت تلاش برای به‌دست گرفتن مهار زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پزشک و عدم استفاده از مواد مخدر می‌توانند سطح کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

در تبیین یافته دوم مبنی بر اثر درمان مبتنی بر شفقت بر توانمندسازی روان‌شناختی می‌توان اظهار کرد کارکنانی که توانمندسازی روان‌شناختی بالایی دارند دارای عزت‌نفس بیشتر و خیلی مطلوب‌تر می‌توانند بر احساس درماندگی و ناتوانی خود در محیط کار غلبه کنند. این افراد دارای انگیزه درونی بالایی بوده و فعالیت و مشارکت بیشتری در سازمان نسبت به دیگر افراد انجام می‌دهند. چنانچه افراد احساس توانمندی کنند، منافع سازمانی و فردی متعددی از قبیل خلاقیت، انعطاف‌پذیری، حل مسئله، عملکرد شغلی با کیفیّت خوب، رضایت شغلی، سلامت و بهداشت روانی را در بر خواهد داشت (غریب‌زاده و علی‌زاده، ۱۳۹۷). که درمان مبتنی بر شفقت با آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از شفقت، آموزش ابراز شفقت، اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی، آرمیدگی و عمل معکوس، آموزش ارزیابی و توجه به پیامدها و تلاش

برای ابراز مناسب و نامناسب شفقت می‌تواند احساس توانمندی در سربازان ایجاد کند. در نهایت استفاده از درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان رویکردی کارآمد و مداخله‌ای اثربخش می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان وظیفه مؤثر باشد. به‌طور کلی نتایج پژوهش نشان داد بین کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود داشت. بنابراین به‌کارگیری برنامه درمانی مبتنی بر شفقت به تنهایی یا در ترکیب با سایر برنامه‌های مداخله‌ای می‌تواند موجب افزایش کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی سربازان شود.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: تمرکز بر روی سربازان وظیفه شهر بوکان که تعمیم‌یافته‌ها را به بقیهٔ مناطق جغرافیایی با محدودیت همراه می‌کند. با عنایت به این نکته که پژوهش حاضر روی سربازان وظیفه شهر بوکان انجام شده است و تنها ارتباط برخی از متغیرها را در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت مورد بررسی قرار داده است؛ در نتیجه نمی‌توان نتایج این یافته را به افراد دیگر تعمیم داد. همچنین حجم نمونه پایین و بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های اصلی پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی این محدودیت‌ها برطرف شود.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش (سربازان وظیفه)، فرماندهی محترم انتظامی و رئیس بهداری شهر بوکان که صمیمانه ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد. همه نویسندگان مقاله در تدوین و تحلیل و تفسیر داده‌های نسخه پیش‌نویس و دستنویس مقاله همکاری داشته و آن را خوانده و تأیید کرده‌اند و به نبود تضاد منافع نویسندگان اشاره می‌شود.

فهرست منابع

اورکی، محمد و بیتانه، مژگان. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال‌گرایی و سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر. **روان‌شناسی افراد استثنایی**، ۱۰(۳۷)، ۳۹-۵۸.

آقایی، افسانه؛ خانجانی وشکی، سحر و پاشا، شیما. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر کاهش آشفتگی هیجانی زنان دارای تجربه خیانت زناشویی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱۲(۱)، ۲۹۹-۳۱۳.

بهاروندی، بهناز؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان. **روان‌شناسی پیری**، ۶(۱)، ۱۳-۲۶.

ترخان، مبینا. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت (CFT) بر روی تاب‌آوری تحصیلی و امیدواری دانش آموزان پسر اهمال‌کار تحصیلی مقطع دوم متوسطه. فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۸(۴)، ۹-۱۸.

تیمورنژاد، کاوه و صریحی اسفستانی، رسول. (۱۳۸۹). تأثیر یادگیری سازمانی بر توانمندسازی روان‌شناختی کارکنان ستادی وزارت امور اقتصادی و دارایی. **مطالعات بهبود مدیریت و تحول**، ۲۰(۶۲)، ۳۷-۵۹.

جهانی، امیر مسعود. (۱۳۹۹). بررسی وضعیت روحیه کاری سربازان نیروی انتظامی استان لرستان و عوامل مؤثر بر تغییرات آن. **فصلنامه علمی مطالعات خدمت سربازی**، ۳(۲)، ۳۱-۵۰ .

حسین دخت، آرزو؛ فتحی آشتیانی، علی و تقی زاده، محمد احسان. (۱۳۹۲). رابطهٔ هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. فصلنامه روان‌شناسی و دین، ۶(۲)، ۵۷-۷۴.

رضایی جابری، صدیقه؛ عابدینی، صدیقه؛ محسنی، شکرالله و فولادی، زهرا. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی سربازان یکی از یگان‌های نظامی بندر عباس. **فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا**، ۱۹(۱)، ۵۴-۴۶.

شاهوردی، عباس؛ ساعدی، سارا و رازانی، محسن. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر توانمندسازی روان شناختی، حساسیت اضطرابی و خشم سربازان. **مجله سلامت اجتماعی**، ۷(۲)، ۱۵۶-۱۶۵.

عباسی، منظر؛ سیاه کمری، راحله؛ نصرتی، رقیه؛ حیدری شرف، پریسا و طریقتی مرام، فاطمه. (۱۳۹۸). رابطه کیفیت زندگی و تاب آوری با دلزدگی زناشویی معلمان زن شهر کرمانشاه. **رویش روان شناسی**، ۸ (۶) :۸۶-۷۹.

عثمانی، حسام و نجاری مسعود. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا. **پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری**. ۷ (۵۵)، ۱۱۲-۱۲۱.

علی قنواتی، سجاد؛ بهرامی، فاطمه؛ گودرزی، کوروش و روزبهانی، مهدی. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز. **آموزش پرستاری**. ۷ (۲)، ۵۳-۶۱.

غریب زاده، رامین و علیزاده، سیما. (۱۳۹۷). مدل یابی روابط بین معنویت در محیط کار و اشتیاق شغلی با نقش میانجی گری توانمندسازی روان‌شناختی. **رویش روان‌شناسی**، ۷(۷)، ۳۰۰-۳۲۰.

فرخزادیان، علی اصغر؛ احمدیان، فریبا و عندلیب، لیلا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت علائم و کیفیت زندگی سربازان مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. **مجله طب نظامی**، ۲۱(۱)، ۴۴-۵۲.

قشقایی زاده، نصراله. (۱۳۹۹). طراحی و تدوین مدل ارتقاء کیفیت زندگی کاری اعضای هیات علمی. **مجله سلامت کار ایران**، ۱۷(۱)، ۱۹۶-۲۰۷.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ کاظم، محمد؛ هلاکوئی، کوروش و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۴). کیفیت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه WHOQOL-BREF. **فصلنامه حکیم**، ۱۰(۳)، ۱-۸.

نیاستی، نرجس؛ قربان شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد و تیزدست، طاهر. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر سه روش درمان متمرکز بر شفقت، هیجان و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه: یک مطالعه راهنما. **دوماهنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی**، ۸(۳)، ۴۹۶-۵۰۸.

Bompori E, Niakas D, Nakou I, Siamopoulou-Mavridou A, Tzoufi MS. (2014). Comparative study of the health-related quality of life of children with epilepsy and their parents. **Epilepsy and Behavior**. 41, 11-7.

Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021). Compassion- focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 28(1), 93-108.

Ferrans CE. (2005). Definitions and conceptual models of quality of life. Outcomes assessment in cancer: **Measures**, **Methods, and Applications**. 5(9), 14-30.

Ongori, H. & Shunda, J.P.W.(2008) Managing behind the scenes: **Employee empowerment. The International Journal of Applied Economics and Finance**, 2(2): 84-94.

Spreitzer, G.M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. **Academy of Management Journal**, 38, 1442–1465.

Steffen, P. R., Foxx, J., Cattani, K., Alldredge, C., Austin, T., & Burlingame, G. M. (2021). Impact of a 12-week group-based compassion focused therapy intervention on heart rate variability. **Applied Psychophysiology and Biofeedback**, 46(1), 61-68.

Stroud, J., & Griffiths, C. (2021). An evaluation of compassion- focused therapy within adult mental health inpatient settings. Psychology and Psychotherapy: **Theory, Research and Practice**, 94(3), 587-602.