



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Chronic Fatigue, Failure and Resilience in Mothers of Children with Leukemia

Shadi Valizadeh ¹  , Ali Khademi ² , Majid Mahmoud Alilou ³ , Azim Mehrvar ⁴ 

1. PhD Student, Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran

2. Department of Psychology, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran

3. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

4. Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Shadi Valizadeh

E-mail: shadi.valizadeh12@gmail.com

Received: 07 May 2022

Revised: 17 May 2022

Accepted: 03 June 2022

Published: 21 May 2026

Citation: Valizadeh, S., Khademi, A., Mahmoud Alilou, M., & Mehrvar, A. (2026). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Chronic Fatigue, Failure and Resilience in Mothers of Children with Leukemia. *Journal of Modern Psychological Researches*, 21(81), 14-26. DOI: [10.22034/jmpr.2026.51477.4925](https://doi.org/10.22034/jmpr.2026.51477.4925)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Cancer is a serious and life-threatening disease that, in addition to its physical consequences, has significant psychological effects on patients and their families. The diagnosis of cancer in children can be a major source of stress for the child and especially for parents, particularly mothers (Ferrario, Zotti, & Massara, 2003). Mortality caused by cancer among children aged 3 to 14 is higher than many other diseases, and in some countries such as the United States it is considered the second leading cause of death among children after unintentional injuries (Kadan Lottick, 2014; Mozaffari et al., 2016). Childhood cancers include a range of benign and malignant tumors that result from abnormalities in cellular growth and development and, in addition to physical complications, create significant psychological pressure on both children and their families (Fisher, Pizzatti, & Swanton, 2013).

Long and painful treatment processes, repeated hospitalization, and concerns about the child's future

often increase anxiety, depression, and psychological distress among parents. Research has shown that parents of children with cancer or survivors of childhood cancer experience significantly higher levels of post traumatic stress symptoms compared to parents of healthy children (Barakat et al., 1997; Salvador & Jacoby, 2010). Under such circumstances, problems such as psychological fatigue, hopelessness, and feelings of failure tend to increase among parents, especially mothers, who are usually the primary caregivers.

Fatigue is described as a state of severe exhaustion and lack of energy that interferes with both physical and cognitive functioning. It may arise from various factors such as disruptions in sleep cycles, heavy workload, and persistent stress (Williamson & Lombardi, 2011).

In addition, the concept of failure originates from the social rank theory and refers to an individual's perception of being unable to maintain or improve their social

position. This feeling can be associated with hopelessness, depression, and even suicidal thoughts (Taylor, 2010; Taylor et al., 2011; Mistakidou et al., 2007).

In contrast, resilience is defined as the ability to successfully adapt to threatening and challenging conditions and plays an important role in reducing the negative effects of stress and promoting mental health (Connor & Davidson, 2003; Kobasa, 1998; Aldao & Nolen Hoeksema, 2010).

One effective therapeutic approach for strengthening resilience and reducing emotional problems is Compassion Focused Therapy (CFT). This approach seeks to enhance feelings of compassion, empathy, and nonjudgmental acceptance toward oneself and others, thereby reducing negative emotions such as anxiety, shame, and self criticism (Gilbert, 2014). Studies have shown that this therapy can increase resilience and hope among parents of children with chronic illnesses and also reduce anxiety and depression (Kazino et al., 2019; Haj Sadeghi et al., 2018; Lasser & Corten, 2013).

Given the considerable psychological pressure experienced by mothers of children with leukemia, examining effective interventions to improve their mental health is essential. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of Compassion Focused Therapy on fatigue, feelings of failure, and resilience among mothers of children with leukemia.

Method

The present study used a quasiexperimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of all mothers of children with

cancer in Tehran Province in 2020. Based on the inclusion criteria and participants’ consent, 24 mothers were selected through purposive sampling and then randomly assigned to two groups: 12 in the experimental group and 12 in the control group. Purposive nonrandom sampling was used because the number of mothers with children suffering from cancer was limited and the researcher aimed to select participants with sufficient experience and relevant information. After the intervention period ended, the same intervention was also provided for the control group for ethical considerations. The inclusion criteria were being at least 20 years old, having at least a high school diploma, and not having substance abuse, while the exclusion criteria included unwillingness to continue cooperation or receiving other psychiatric interventions. The research instruments included the Multidimensional Fatigue Inventory (Fahlman et al., 2013), the Failure Scale (Gilbert & Allan, 1998), and the Connor–Davidson Resilience Scale (2003). The intervention consisted of Compassion Focused Therapy (CFT) based on Gilbert’s (2014) training package, implemented in eight sessions. Data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results

The mean age of the participating mothers at the time of the study was reported as 31.24 years. The mean age at marriage was 25.12 years, and the mean age at the birth of their child was 27.10 years, indicating that most mothers had their children at a relatively young age. Table 1 presents the summary of the MANCOVA results for the study variables.

Table 1. Summary of MANCOVA Results

Variable	Subscale	F	p-value	Effect Size (η^2)
Chronic Fatigue	Lack of Participation	2.15	0.001	0.08
	High Arousal	25.34	0.001	0.52
	Low Arousal	12.96	0.001	0.36
	Lack of Attention	22.07	0.001	0.49
	Time Perception	30.47	0.001	0.57
Sense of Failure	Total Score	31.49	0.001	0.53
	Resilience			
Resilience	Personal Competence	52.21	0.001	0.69
	Emotional Tolerance	27.37	0.001	0.54
	Acceptance of Change	17.69	0.001	0.43
	Control	9.68	0.005	0.29
	Spiritual Influence	36.71	0.001	0.61

Table 1 presents the results of the multivariate analysis of covariance (MANCOVA) examining the effects of the intervention on chronic fatigue, sense of

failure, and resilience. After controlling for pre-test scores, the findings indicate significant differences between the experimental and control groups across most

study variables. The intervention was associated with improvements in several dimensions of chronic fatigue and resilience, as well as a reduction in the sense of failure among participants. Overall, the results suggest that the intervention had a meaningful impact on the psychological outcomes assessed in this study.

Discussion

The present study aimed to examine the effectiveness of compassion-focused therapy on chronic fatigue, sense of failure, and resilience in mothers of children with leukemia. The findings indicated that this intervention significantly reduced chronic fatigue and its components, including lack of participation, high arousal, low arousal, lack of attention, and time perception. These results are consistent with previous studies such as Carlson et al. (2019) and Kapage et al. (2018). Compassion-based therapy helps individuals develop a kinder and more accepting attitude toward themselves and reduces harsh self-judgment. Such an attitude enables individuals to experience fewer negative emotions when facing difficult life events and decreases the psychological pressure associated with these experiences. One of the key components of self-compassion is mindful awareness of internal experiences without judgment, which helps prevent negative thoughts and rumination. Since a large portion of negative emotions arises from rumination about unpleasant events, reducing this cognitive process can lead to decreased psychological and emotional fatigue in mothers. Therefore, self-compassion acts as a protective factor against psychological stress and contributes to reducing chronic fatigue among mothers of children with cancer.

The findings also showed that compassion-focused therapy significantly reduced the sense of failure in mothers. This result is consistent with the findings of Lasser and Corten (2013) and Ghasemzadeh et al. (2019). Self-compassion activates the soothing system and reduces feelings of fear, self-criticism, and withdrawal. Individuals with higher levels of self-compassion are less likely to experience anxiety and self-blame when confronting personal weaknesses or failures, and they can

evaluate negative experiences more realistically. In fact, self-compassion does not mean ignoring weaknesses or adopting overly positive thinking; rather, it involves the ability to acknowledge and experience negative emotions with awareness and without judgment. This capacity helps individuals accept their imperfections while maintaining a sense of personal worth and psychological well-being, which ultimately reduces the feeling of failure.

In addition, the results showed that compassion-focused therapy increased resilience in mothers of children with leukemia. This finding is consistent with studies conducted by Taherkarmi et al. (2018), Ghotour et al. (2018), and Kazino et al. (2019). Resilience refers to the ability to adapt to difficult circumstances and to find effective solutions to problems. Training in self-compassion helps individuals accept themselves as valuable persons, recognize their strengths and weaknesses, and approach problems with a realistic perspective. Resilient individuals tend to be more flexible in challenging situations and are better able to analyze problems realistically and develop both short-term and long-term strategies to cope with difficulties. Therefore, self-compassion training can enhance resilience and psychological adjustment among mothers.

Despite these findings, the present study had several limitations. The data were collected using self-report measures, which may have been influenced by participants' tendency to provide socially desirable responses. In addition, a follow-up phase was not conducted to examine the long-term effects of the intervention, and the results should be generalized to other populations with caution. Future studies are recommended to include larger sample sizes, longer intervention periods, and follow-up assessments to evaluate the long-term effectiveness of compassion-focused therapy. Furthermore, providing psychological interventions particularly self-compassion training along with social, economic, and educational support may help improve the psychological well-being of parents of children with cancer.

KEYWORDS

compassion-focused therapy, chronic fatigue, failure, resilience, cancer





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

journal homepage: <https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/>

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به سرطان خون

شادی ولی زاده^۱، علی خادمی^۲، مجید محمدعلیلو^۳، عظیم مهرور^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۴. دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

نویسنده مسئول: شادی ولی زاده

رایانامه: shadi.valizadeh12@gmail.com

استناددهی: ولی زاده، شادی؛ خادمی، علی؛ محمدعلیلو، مجید و مهرور، عظیم (۱۴۰۵). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به سرطان خون. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۲۱(۸۱)، ۱۴-۲۶. DOI: [10.22034/jmpr.2026.51477.4925](https://doi.org/10.22034/jmpr.2026.51477.4925)

تاریخ دریافت: ۱۷ اردیبهشت ۱۴۰۱

تاریخ بازنگری: ۲۷ اردیبهشت ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳ خرداد ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۵

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

درمان متمرکز بر شفقت، خستگی مزمن، احساس شکست، تاب‌آوری، سرطان

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به سرطان خون بود. این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان استان تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند نمونه‌ای به حجم ۲۴ نفر انتخاب شد که ۱۲ نفر در گروه آزمایش اول و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه خستگی فالمن و همکاران (۲۰۱۳)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، ناامیدی بک (۱۹۷۴) و احساس شکست گیلبرت و آلن (۱۹۹۸) تکمیل شد. سپس گروه آزمایش جلسات درمان متمرکز بر شفقت را به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک‌بار دریافت نمودند و در این مدت گروه کنترل برنامه عادی روزانه خود را گذراندند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به سرطان خون تأثیر دارد. در واقع درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش خستگی مزمن و احساس شکست شده و میزان تاب‌آوری آن‌ها را افزایش می‌دهد. بنابراین توجه به درمان متمرکز بر شفقت نقش مهمی در جنبه‌های سلامتی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان دارد.



مقدمه

تشخیص بیماری سرطان می‌تواند استرس‌های روانشناختی قابل توجهی برای فرد و خانواده‌اش ایجاد کند (فراریو، زوتی و ماسارا^۱، ۲۰۰۳). سرطان در هر سنی قابل توجه است؛ ولی مرگ و میر ناشی از آن، در کودکان بین سنین ۳-۱۴ ساله بیشتر از سایر بیماری‌ها است (مظفری، اصغرنژاد، دژمان، فتحعلی لواسانی و فرانوش، ۱۳۹۵). این بیماری یکی از علل اصلی منجر به مرگ در بین کودکان به شمار می‌رود، به طوری که در ایالات متحده آمریکا، بعد از جراحات غیرعمد، دومین علت مرگ و میر کودکان ۱-۱۴ سال محسوب می‌شود (کادان لاتیس^۲، ۲۰۱۴). سرطان دوران کودکی شامل مجموعه‌ای از تومورهای خوش خیم و بدخیم است که ناشی از اختلال رشد و تکامل سلولی می‌باشد (فیشر، پوزتای اسوانتون^۳، ۲۰۱۳). ابتلا به سرطان و فهمیدن وجود این بیماری توسط بیمار تأثیرات روان‌شناختی عمیقی بر کودکان می‌گذارد. از طرفی بستری شدن در بیمارستان و حضور مداوم در محیط سرد و بی‌روح بیمارستان، کودک را غمگین و تنیده می‌کند. درمان‌های طولانی مدت و دردآور این بیماری، شدت مشکلات روانی موجود را افزون‌تر می‌کند. همچنین از آن‌جا که سرطان‌های دوران کودکی به عنوان بیماری‌های تهدیدکننده زندگی هستند، نقش والدین به خصوص مادران، به طور فزاینده‌ای به عنوان مراقب اولیه و اصلی مطرح می‌شود. به دلیل تغییر در نقش والدی، والدین با مشکلات متعدد و پیچیده‌ای مواجه هستند (سوالوو و جیکوبی^۴، ۲۰۱۰). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مادران و پدران کودکان نجات یافته از سرطان به طور معناداری سطح بالاتری از نشانگان استرس پس از سانحه را در مقایسه با والدین کودکان سالم نشان می‌دهند (برکات^۵ و همکاران، ۱۹۹۷). بر اساس آنچه بیان شد سرطان تهدیدی برای سلامت جوامع بشری محسوب می‌شود و همچنین بیماری متنوعی است که می‌تواند قسمت‌های مختلف بدن را درگیر کند و نه تنها تأثیرات جسمی بلکه تأثیرات روانی و عاطفی بسیاری بر افراد و اطرافیان آن‌ها دارد (میچام و موریسون^۶، ۲۰۱۳). خانواده و به خصوص مادران بیماران سرطانی رویدادهای پراسترس و وضعیت‌های پیوسته و دنباله‌داری از اضطراب را تجربه می‌کنند. از جمله مشکلات روحی و رفتاری به وجود آمده برای اطرافیان افراد مبتلا به سرطان با توجه به روند طولانی پروسه درمان و وجود احساسات عاطفی و وابستگی به فرد مبتلا می‌توان به کاهش تاب‌آوری، افزایش ناامیدی، احساس شکست و خستگی اشاره کرد.

فالمن، مرکر، گاسوسکی، ایست وود و ایست وود^۷ (۲۰۰۹) از نظریه پردازان وجودی بر این باورند که خستگی به وسیله کمبود معنا یا هدف در زندگی ایجاد می‌شود و هنگامی که فردی در فعالیت‌هایی که برای او ارزش نیست، شرکت داده می‌شود، خستگی را برای او به دنبال می‌آورد

(خوانا^۸، ۲۰۱۰). خستگی یک احساس طاقت‌فرسایی از فرسودگی و کمبود انرژی است که انجام هرگونه فعالیت فیزیکی و شناختی را مختل می‌نماید. این ناتوانی در انجام و حفظ عملکرد بهینه، در دنیای پژوهشی به علل متعددی چون برهم خوردن نظم چرخه خواب و بیداری، ریتم‌های بیولوژیک بدن و بار کاری نسبت داده شده است. با وجود آن که خستگی به‌عنوان یک مفهوم گسترده شناخته شده است و شیوع آن در میان جمعیت عادی ۴۵ درصد تخمین زده شده است، اما متأسفانه تاکنون تعریفی از آن ارائه نشده که مورد قبول همگان قرار گیرد. به‌گونه‌ای که در هر یک از مطالعات انجام‌شده در زمینه خستگی، محققان بسته به هدف خود، خستگی را تعریف و بر اساس آن روشی را برای اندازه‌گیری کمی یا کیفی آن به‌کاربرده‌اند. اگرچه نمی‌توان نقش خستگی را به‌عنوان یک علامت بالینی در تشخیص و افتراق بیماری‌های یادشده نادیده گرفت، اما بایستی به این نکته نیز توجه نمود که خستگی می‌تواند به‌عنوان یک عامل تهدید پزای مالی و جانی، جوامع انسانی را متحمل خسارات زیان‌باری کند (ویلیامسون، لومباردی^۹، ۲۰۱۱).

احساس شکست^{۱۰} یکی از مفاهیمی است که نظریه جایگاه اجتماعی معرفی کرده است و این احساس در ابتدا و بر اساس ارزیابی فرد از شرایط خودش شکل می‌گیرد؛ اینکه در آستانه شکست است و امکان از دست دادن جایگاه موجود برای وی وجود دارد و در نهایت و به دنبال آن احساس ناکامی به وجود می‌آید. تیلور (۲۰۱۰) احساس شکست را معادل با ناامیدی می‌داند. وقتی فردی احساس شکست را تجربه کرد، ابتدا ناامید می‌شود، بعد از آن دو وضعیت پیش می‌آید؛ یا وی نمی‌تواند درصد جبران آن برآمده و از نو شروع کند و یا اینکه به سمت افسردگی می‌رود. محققان بر این باورند که فرد ابتدا ناامید و سپس افسرده می‌شود (میستاکیدو و همکاران، ۲۰۰۷). تیلور، گودینگ، وود و تاریر^{۱۱} (۲۰۱۱) احساس شکست و ناکامی را به عنوان عوامل اصلی در افکار و اقدام به خودکشی گزارش کردند.

تاب‌آوری^{۱۲} عبارت است از توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده (کوباسا و پوکاتی^{۱۳}، ۲۰۰۲). هرچند مفهوم تاب‌آوری ابتدا توسط ورنر^{۱۴} در حوزه روانشناسی رشد مطرح شد؛ ولی به تدریج به حوزه‌های دیگر روانشناسی مانند روانشناسی اجتماعی و روانشناسی بالینی وارد شد (فلورین، میکولینسر و یابمان^{۱۵}، ۲۰۰۵). کاتر و دیویدسون^{۱۶} (۲۰۰۳) تاب‌آوری را در حوزه‌های اجتماعی مورد مطالعه قرار داده‌اند و معتقدند تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است. کوباسا تاب‌آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک می‌داند (کوباسا^{۱۷}، ۱۹۹۸). تاب‌آوری توانایی افراد در سازگاری مؤثر با محیط است، علی‌رغم قرار داشتن در معرض عوامل خطرآفرین. عوامل خطرآفرین آن دسته شرایط و

10. defeat
11. Taylor, Gooding, Wood & Tarrier
12. Resiliency
13. Kobasa & Puccetti
14. Werner
15. Florian, Mikulincer & Yabman
16. Conner & Davidson
17. Kobasa

1. Ferrario, Zotti & Massara
2. Kadan-Lottic
3. Fisher, Pusztai & Swanton
4. Swallow & Jacoby
5. Barakat
6. Meacham, C.E., Morrison
7. Fahlman, Mercer, Gaskovski, Eastwood & Eastwood
8. Khanna
9. Williamson

تصادفی» انجام دادند. پس از تنظیم نمرات قبل از آزمون، نتایج اولیه نشان داد که مداخلات متمرکز بر شفقت تأثیر معنی‌داری در کاهش علائم افسردگی دارد. همچنین، نتایج ثانویه نشان داد که این مداخله با کاهش معنی‌دار سطح اضطراب همراه بود. با این حال، براساس یافته‌ها، مداخلات تأثیر مثبت بیشتری بر سطح اضطراب داشتند. لاسر و کورتن^۶ (۲۰۱۳) پژوهشی تحت عنوان «اکتشافی از گروه درمانی متمرکز بر شفقت برای اختلال شخصیت» انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش احساس تنفر از خود، کاهش چشمگیر خشم و افزایش توانایی اطمینان به خود همراه بود.

اگرچه پژوهش‌های زیادی به بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی مادران کودکان دارای اختلالات روانپزشکی و اختلالات رفتاری و مادران کودکان عادی پرداخته‌اند، با این حال ویژگی‌های روانشناختی و مقایسه مداخلات مؤثر در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان خون با توجه به این مهم که در کشور ما مادران مراقبین اصلی کودکان بیمار هستند و معمولاً بیشترین فشار را در این زمینه متحمل می‌شوند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. چنین مطالعاتی با مشخص نمودن مشکلات این مادران و ارائه راهکار می‌توانند به روانشناسان و مددکاران کمک نماید تا به هنگام برخورد با این مادران دغدغه‌های مشکلات اصلی آن‌ها را دریافته و بتوانند کمک قابل توجهی در راستای ارتقای سلامت آن‌ها انجام دهد. همچنین این نتایج می‌تواند زمینه را برای سیاست‌گذاری‌های مناسب در زمینه سلامت و بهداشت روانی والدین و اطرافیان افراد مبتلا به سرطان فراهم سازد. با توجه به این موارد پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خستگی، احساس شکست و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان خون انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان استان تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. با توجه به اینکه در تحقیقات نیمه‌آزمایشی حداقل تعداد افراد برای هر گروه ۱۲ نفر پیشنهاد شده است (دلور؛ ۱۳۹۸)، در این‌راستا، از میان جامعه آماری ۲۴ مادر بر اساس معیارهای ورود به پژوهش و اعلام رضایت از جانب مادر و خانواده وی انتخاب و به صورت تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایشی درمان متمرکز بر شفقت و ۱۲ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند بود؛ زیرا تعداد افراد دارای ویژگی و شرایط لازم مورد مطالعه (مادر دارای فرزند مبتلا به سرطان خون) محدود بود و قصد پژوهشگر انتخاب مواردی است که با توجه به هدف پژوهش، اطلاعات زیادی داشته باشند. همچنین در نمونه‌گیری هدفمند، حجم نمونه معمولاً کوچک و محدود است. در این روش نمونه‌گیری، بخشی از جامعه، بر اساس قضاوت و

موقعیت‌های منفی هستند که با پیامدهای منفی و مشکلات رفتاری مرتبط می‌شوند (آلدالو و نولن-هوکسما^۱، ۲۰۱۰). افزون بر این، پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی (هاولی^۲، ۲۰۱۰)، عاطفی و شناختی است (اینزلیچت، آرانسون، گود و مک کی^۳، ۲۰۰۶).

مادرانی که کودک مبتلا به سرطان خون دارند، مانند همه مادران انتظار و آرزوهای متعددی برای آینده کودکشان دارند و حتی برنامه‌ریزی‌های متعددی برای آینده فرزند خود انجام می‌دهند. ابتلای کودک به سرطان موجبات احساس گناه و تقصیر، احساس شکست و محرومیت ناشی از بیماری کودک را در مادر ایجاد می‌کند که طبیعتاً غم و اندوه و افسردگی را به دنبال دارد (کلاین و همکاران، ۲۰۰۶). احساس شکست و ناکامی سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت، خودگرزایی، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند (بائر-وو و فارن^۴، ۲۰۱۵).

یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان درمان متمرکز بر شفقت^۵ (CFT) است. بر اساس نظریه درمان متمرکز بر شفقت سیستم‌های تهدید، سائق و رضایت، ریشه در تاریخچه تکاملی انسان در جهت بقا دارد (گیلبرت^۶، ۲۰۱۴). درمان متمرکز بر شفقت به راهبردهایی اشاره دارد که معمولاً به افراد کمک می‌کند تا شفقت را تجربه کرده و جنبه‌های مختلف آن را برای خود و دیگران ایجاد کنند. هدف درمان متمرکز بر شفقت ایجاد انگیزه، همدردی، حساسیت و تحمل پریشانی به شیوه‌ای مشفقانه و از طریق به کار بردن تمرین‌های خاص است. این تمرین‌ها به افراد کمک می‌کند تا دیدگاهی غیرقضوتی و بدون سرزنش را پرورش دهند (گیلبرت، ۲۰۱۴). طرفداران درمان متمرکز بر شفقت معتقدند که این سیستم‌ها هنوز فعال هستند و بر باورها، فعالیت‌ها و هیجانات انسان امروزی اثر می‌گذارند. به عنوان مثال، اگر فرد در معرض یک محرک تهدیدکننده قرار گیرد ممکن است احساس‌های متفاوتی مانند (ترس، اضطراب و خشم) را تجربه کند، رفتارهای متفاوتی (پاسخ تسلیم یا ستیز و گریز) انجام دهد و سوگیری‌های شناختی مشخصی (تصمیم‌گیری شتاب‌زده، تفکر قالبی یا اعتقاد به اینکه ایمن بودن بهتر از شرمندگی بودن است) را نشان دهد (آیرونز^۷، ۲۰۱۷). در این راستا کازینائو، هابز و آرتور^۸ (۲۰۱۹) پژوهشی تحت عنوان «نقش شفقت و ذهن‌آگاهی در ایجاد تاب‌آوری والدین در مراقبت از کودکان با شرایط مزمن: یک مدل مفهومی» انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت تأثیر معنی‌داری بر تاب‌آوری و امیدواری والدین دارای کودکان بیمار مزمن دارد. یافته‌های این پژوهش تأکید بر لزوم ادغام روش درمانی متمرکز بر شفقت با ذهن‌آگاهی دارد. حاج صادقی، یزدی راوندی و پیرنیا (۲۰۱۸) پژوهشی تحت عنوان «تمرکز مبتنی بر شفقت در سطح اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان: یک آزمایش آزمایشی

6. Gilbert
7. Irons
8. Cousineau, Hobbs & Arthur
9. Lucre & Corten

1. Aldalo & Nolen-Hoksema
2. Hawley
3. Inzlicht, Aronson, Good & McKay
4. Bauer-Wu & Farran
5. compassion focused therapy

پرسشنامه ارزیابی گردید که نتایج حاکی نشان داد که از لحاظ آماری در رده عالی و قابل اعتماد قرار می‌گیرد. همچنین نتایج حاصل از پایایی برای سوالات احساس خستگی ۰/۸۹ محاسبه شد که حاکی از پایایی قابل قبول آن است.

پرسشنامه احساس شکست: پرسشنامه احساس شکست توسط گیلبرت و آلن (۱۹۹۸) ساخته شد. این پرسشنامه با ۱۶ آیتم احساس شکست را با یک نمره که به معنای احساس شکست در مبارزه و از دست رفتن جایگاه فرد است، اندازه‌گیری می‌کند. به هرکدام از سوالات که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز تا تقریباً همیشه طراحی شد. این مقیاس دارای همسانی درونی بسیار بالا با ضرایب آلفا در هر دو گروه (۰/۹۴ برای زنان و ۰/۹۳ برای مردان)، به علاوه با اطمینان ۰/۹۴ برای دانش‌آموزان ۰/۹۳ در گروه افسرده هست (گیلبرت و آلن، ۱۹۹۸).

پرسشنامه تاب‌آوری: پرسشنامه تاب‌آوری مورد استفاده در این پژوهش توسط کانر دیویدسون^۲ در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۵ سوال است که سازه‌ی تاب‌آوری را در افراد مختلف می‌سنجد. کمیل-سیلس و اشتین^۳ (۲۰۰۷) مقیاس اولیه تاب‌آوری را با انتخاب ۱۰ گویه از میان ۲۵ گویه آن را بر روی نمونه‌ای ۵۱۱ نفری هنجاریابی نمودند. روایی سازه مقیاس جدید تاب‌آوری بر اساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر ده سؤال بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد بارگذاری شده است که این حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است. عبدی، بنی‌جمالی، احدی و کوشکی (۱۳۹۸) همسانی درونی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند.

بسته درمانی شفقت ورزی: محتوای جلسات آموزشی شفقت درمانی بر اساس پکیج آموزشی گیلبرت (۲۰۱۴) به شرح جدول ۱ انجام شد.

نظر کارشناسی خود پژوهنده و با تایید استاد راهنما و مشاور انتخاب شد. این نمونه به گونه‌ای انتخاب می‌شود که تا حد امکان ویژگی‌های جامعه واقعی را داشته باشد. پس پژوهشگر، با توجه به آشنایی قبلی با جامعه برای رسیدن به هدف خود (یعنی درک عمیق مشکلات روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان) به صورت قضاوتی افرادی را انتخاب نمود که اطلاعات و درک آن‌ها در زمینه مورد بررسی بسیار زیاد و عمیق است. یکی از مهم‌ترین مسائل اخلاقی در طرح‌های مداخله‌ای اجراء یا عدم اجراء متغیر مداخله‌ای در مورد گروه کنترل پس از اتمام آزمایش است. در تحقیق حاضر، پس از اتمام دوره در دو گروه آزمایش برای مادران گروه کنترل نیز مداخله‌ها اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش داشتن سن ۲۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، عدم ابتلاء به سوء مصرف مواد مخدر بوده و معیارهای خروج عدم تمایل به همکاری و دریافت سایر مداخلات روانپزشکی بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه احساس خستگی: پرسشنامه چندبعدی خستگی روانی توسط فالمن^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۳ طراحی شد که اولین و تنها مقیاس کامل اندازه‌گیری حالت خستگی است. این فرم ۲۹ عبارت دارد و دارای ۵ خرده آزمون است که عبارتند از عدم مشارکت (۱۰ سوال)، تحریک بالا (۵ سوال)، تحریک پایین (۵ سوال)، عدم توجه (۴ سوال) و ادراک زمان (۵ سوال). برای نمره‌گذاری به هر سوال امتیازاتی به صورت کاملاً مخالفم (۱-)، مخالفم (۲-)، نسبتاً مخالفم (۳-)، احساسی ندارم (۴-)، نسبتاً موافقم (۵-)، موافقم (۶-) و کاملاً موافقم (۷-) اختصاص داده شده است. پرسشنامه مذکور برای اولین بار در ایران توسط میرلوحیان و قمرانی (۱۳۹۴) استفاده شد که پس از ترجمه و انطباق‌یابی تعیین اعتبار صوری و محتوایی آن توسط تعدادی از اساتید متخصص در رشته‌های روانشناسی و کودکان استثنایی ضریب پایایی این

جدول ۱: پکیج درمانی شفقت-درمانی

جلسه	درمان متمرکز بر شفقت
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، توضیح در مورد بیماری سرطان و اثرات آن بر خانواده آشنایی با اصول کلی درمان CFT و تمایز شفقت با تأسف برای خود؛ ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خو شفقتی.
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی؛ آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی؛ و ارائه تکالیف خانگی.
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن مشفقانه» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی.
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی.
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی.

هفتم مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت».

هشتم آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که میانگین سن مادر در هنگام اجرای این پژوهش ۳۱/۲۴ بود. همچنین میانگین سن مادر هنگام ازدواج ۲۵/۱۲ و هنگام تولد کودک ۲۷/۱۰ بود.

شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری به تفکیک گروه و نوع آزمون در جداول ذیل نشان داده شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر خستگی مزمن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها

گروه	درمان متمرکز بر شفقت	کنترل
متغیرها	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
عدم مشارکت	۳۴/۱۳ (۱/۷۵)	۳۴/۶۰ (۲/۰۹)
تحریک بالا	۱۹/۲۶ (۱/۳۸)	۲۰/۳۳ (۱/۷۵)
تحریک پایین	۲۰/۴۰ (۱/۸۰)	۲۰/۳۰ (۱/۷۱)
عدم توجه	۱۷/۳۳ (۰/۹۷)	۱۷/۳۷ (۰/۶۱)
ادراک زمان	۲۰/۵۳ (۱/۴۰)	۲۰/۸۰ (۱/۷۴)
خستگی مزمن	۱۱۱/۸۶ (۲/۷۹)	۱۱۳/۴۰ (۴/۰۱)
	۱۰۲/۲۶ (۴/۲۸)	۱۱۳/۸۰ (۳/۹۴)

پس‌آزمون به ترتیب ۳۲/۹۳، ۱۷/۴۰، ۱۷/۶۶، ۱۵/۸۶ و ۱۸/۴۰ است. مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات خستگی مزمن و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت) کاهش یافته؛ اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است.

مندرجات جدول ۲ نشان داد که میانگین گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت در متغیر عدم مشارکت، تحریک بالا، تحریک پایین، عدم توجه و ادراک زمان و در پیش‌آزمون به ترتیب ۳۴/۱۳، ۱۹/۲۶، ۲۰/۴۰، ۱۷/۳۳ و ۲۰/۵۳ است. همچنین میانگین گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت در

جدول ۳: آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر احساس شکست و تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها

گروه	درمان متمرکز بر شفقت	کنترل
متغیرها	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
تصور از شایستگی فردی	۲۷/۶۰ (۳/۶۴)	۲۷/۰۶ (۲/۵۲)
تحمل عاطفه منفی	۱۹/۹۳ (۱/۵۷)	۲۱/۲۰ (۱/۷۴)
پذیرش مثبت تغییر	۱۸/۷۳ (۲/۱۸)	۱۹/۰۶ (۱/۳۸)
	۲۴/۲۶ (۲/۸۴)	۱۹/۵۳ (۲/۰۶)

۸/۹۳ (۱/۰۹)	۸/۸۶ (۱/۳۰)	پیش‌آزمون	کنترل
۹/۲۰ (۱/۸۵)	۱۲/۲۶ (۲/۸۶)	پس‌آزمون	
۴/۸۶ (۱/۵۹)	۴/۳۳ (۰/۷۲)	پیش‌آزمون	تأثیرات معنوی
۴/۷۳ (۱/۴۸)	۸/۱۳ (۱/۲۴)	پس‌آزمون	
۸۱/۱۳ (۳/۲۷)	۷۹/۴۶ (۳/۱۵)	پیش‌آزمون	تاب‌آوری
۸۲/۷۳ (۷/۱۳)	۱۰۸/۳۳ (۵/۹۱)	پس‌آزمون	
۴۱/۳۳ (۱/۹۵)	۴۱/۷۳ (۱/۸۶)	پیش‌آزمون	احساس شکست
۴۱/۶۶ (۲/۰۲)	۳۶/۸۶ (۲/۶۹)	پس‌آزمون	

میانگین نمرات احساس شکست در گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت) کاهش یافته؛ اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است. قبل از آزمون تحلیل کواریانس، جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، برای نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که یافته‌ها نشان داد، داده‌ها نرمال است. همچنین بر اساس آزمون لوین نشان داد که متغیرهای احساس شکست، تاب‌آوری و خستگی معنی‌دار نیستند و لذا یکسانی واریانس‌ها برقرار است. از سوی دیگر شرط دیگر خطی بودن همبستگی متغیر پیش‌آزمون و متغیر مستقل است که مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش در متغیرهای پژوهش در بیماران معنادار است و می‌توان گفت که همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است. لذا با توجه به محقق شدن پیش‌فرض‌ها، می‌توان برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

مندرجات جدول ۳ نشان داد که میانگین گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت در متغیر تصور از شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات منفی و در پیش‌آزمون به ترتیب ۲۷/۶۰، ۱۹/۹۳، ۱۸/۷۳، ۸/۸۶ و ۴/۳۳ است. همچنین میانگین گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت در پس‌آزمون به ترتیب ۳۷/۷۳، ۲۶/۹۳، ۲۴/۲۶، ۱۲/۲۶ و ۸/۱۳ است. مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت) افزایش یافته؛ اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است. همچنین مندرجات جدول ۳ نشان داد که میانگین گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت در متغیر احساس شکست در پیش‌آزمون ۴۱/۷۳ است. همچنین میانگین گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت در پس‌آزمون ۳۶/۸۶ است. مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات متغیر خستگی مزمن

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	۷/۷۶	۱	۷/۷۶	۲/۱۵	۰/۱۵	۰/۰۸
عدم مشارکت	۵۹/۹۹	۱	۵۹/۹۹	۲۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲
تحریک بالا	۵۰/۹۸	۱	۵۰/۹۸	۱۲/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۳۶
تحریک پایین	۱۳/۹۵	۱	۱۳/۹۵	۲۲/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹
عدم توجه	۵۷/۵۱	۱	۵۷/۵۱	۳۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
ادراک زمان						

گرفت که درمان متمرکز بر شفقت، بر خستگی مزمن و مؤلفه‌های (عدم مشارکت، تحریک بالا، تحریک پایین، عدم توجه و ادراک زمان) تأثیر دارد و خستگی مزمن را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

بر اساس مندرجات جدول ۴، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر احساس شکست

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۲۴/۳۱	۱	۲۴/۳۱	۴/۸۷	۰/۰۵	۰/۱۵
گروه	۱۵۷/۱۹	۱	۱۵۷/۱۹	۳۱/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۱۳۴/۷۵	۲۷	۴/۹۹			

داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت، بر احساس شکست مادران کودکان مبتلا به سرطان خون تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($p=0/001$, $F=31/49$). به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات متغیر تاب‌آوری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
گروه تصور از شایستگی فردی	۳۸۱/۳۶	۱	۳۸۱/۳۶	۵۲/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹
تحمل عاطفه منفی	۲۰۴/۰۷	۱	۲۰۴/۰۷	۲۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴
پذیرش مثبت تغییر	۱۲۷/۹۶	۱	۱۲۷/۹۶	۱۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳
کنترل	۶۳/۰۸	۱	۶۳/۰۸	۹/۶۸	۰/۰۰۵	۰/۲۹
تأثیرات معنوی	۶۲/۲۹	۱	۶۲/۲۹	۳۶/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱

افرادی که شفقت خود بالایی دارند از آنجا که با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه‌ی عملکرد واقعی‌شان است، چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خودانتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. تحقیقات نشان داده است که افراد مشفق با خود، بهتر می‌توانند در عین حال که با خود مهربان هستند، مسئولیت شخصی خود را در حوادث منفی که به وجود آورند، بپذیرند (کارلسون و همکاران، ۲۰۱۹). بر این اساس، داشتن شفقت بالا، باعث کاهش خستگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان خون می‌گردد.

یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش احساس شکست تأثیر دارد. در واقع درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش احساس شکست در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج لاسر و کورتن (۲۰۱۳) و قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) مطابقت دارد. شفقت نسبت به خود به فعال‌سازی نظام تسکین خود کمک می‌کند و بنابراین به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد شفقت نسبت به خود، تاب‌آوری هیجانی را نیز بالا می‌برد، چنان که افرادی که دارای درجات بالاتری از این خصیصه‌ی شخصیتی هستند، گرایش کمتری به فرونشان نشخوار افکار دارند. شفقت خود علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت مثل سلامت و کاهش شکست نیز نقش دارد (لاسر و کورتن، ۲۰۱۳). اگر چه شفقت با عواطف مثبت ارتباط دارد، اما این ویژگی صرفاً یک شیوه‌ی تفکر مثبت نیست، بلکه توانایی نگهداشتن هیجانات منفی در هشیاری غیرقضاوت‌گر بدون فرونشانی یا انکار جنبه‌های منفی تجربه است. به عنوان مثال این طور نیست که افرادی که نسبت به خود شفقت دارند زمانی که نقاط ضعف‌شان را توصیف می‌کنند، از کلماتی که بیانگر هیجانات منفی هستند کمتر استفاده کنند، آن‌ها فقط زمانی که نقاط ضعفشان را از نظر می‌گذرانند، اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین شفقت نسبت به خود به طور معناداری با داشتن شفقت نسبت به دیگران همراه است. افراد با شفقت خود بالا، تعارضات بین‌فردی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (نف و مک‌گهی، ۲۰۱۰). در واقع درمان شفقت خود می‌تواند بر کاهش شکست مادران کمک کرده و میزان احساس شکست را در آن‌ها کمتر کند.

یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری تأثیر دارد. در واقع درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش تاب‌آوری در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های طاهر

بر اساس مندرجات جدول ۶، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری افزایش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان متمرکز بر شفقت، بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های (تصور از شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی) تأثیر دارد و تاب‌آوری را به طور معناداری افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خستگی مزمن، احساس شکست و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به سرطان خون بود. یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خستگی مزمن و مؤلفه‌های عدم مشارکت، تحریک بالا، تحریک پایین، عدم توجه و ادراک زمان تأثیر دارد. در واقع درمان مبتنی بر شفقت بر باعث کاهش خستگی مزمن و مؤلفه‌های عدم مشارکت، تحریک بالا، تحریک پایین، عدم توجه و ادراک زمان در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کارلسون و همکاران (۲۰۱۹) و کاپاگه و همکاران (۲۰۱۸) مطابقت دارد. درمان مبتنی بر شفقت، که اخیراً به عنوان جایگزینی برای ارزش خود در نگرش و ارتباط سالم با خود مطرح شده است، نقش مؤثری در تنظیم هیجانات و کاهش خستگی دارد. در واقع وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه‌ی این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند (نف، ۲۰۰۳). بنابراین افرادی که شفقت بالاتری دارند در تجربه‌ی وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی‌سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی). همچنین مؤلفه بهوشیاری شفقت خود، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای فکری پیشگیری کند (کاپاگه و همکاران، ۲۰۱۸) و از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجانات منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفه‌ی بهوشیاری با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجانات منفی در آن‌ها می‌شود؛ بنابراین شفقت با کاهش هیجانات منفی در مادران باعث کاهش خستگی مزمن در آن‌ها می‌گردد. در واقع شفقت خود، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند.

خود، ارزیابی مثبتی داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی تعداد مادران بیشتر و مدت زمان طولانی‌تری برای مداخله در نظر گرفته شود و پیگیری نیز انجام شود تا اثرات درمان مبتنی بر شفقت در بلندمدت مشخص گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بدین‌وسیله از تمامی مادران کودکان مبتلا به سرطان که با صبوری و همکاری صمیمانه در این پژوهش شرکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنند.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافع علمی، مالی یا شخصی در ارتباط با انجام و انتشار این پژوهش وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش بدون دریافت هیچ‌گونه حمایت مالی مستقیم از سازمان‌ها، نهادها یا مؤسسات پژوهشی انجام شده است. تمامی هزینه‌های پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت اصول اخلاقی پژوهش و مطابق با مفاد اعلامیه هلسینکی انجام شد. پیش از شروع مطالعه، اهداف و مراحل پژوهش به طور کامل برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و مشارکت آن‌ها به صورت داوطلبانه و پس از ارائه رضایت آگاهانه صورت گرفت. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و در هر مرحله از پژوهش می‌توانند بدون هیچ پیامدی از ادامه همکاری انصراف دهند.

بهره‌گیری از هوش مصنوعی

در مراحل ویرایش و خلاصه‌سازی بخش‌هایی از مقاله از ابزارهای هوش مصنوعی (مدل زبانی چت جی‌بی‌تی) به‌عنوان ابزار کمکی برای بهبود نگارش استفاده شده است. تصمیم‌گیری علمی، تحلیل داده‌ها و تأیید نهایی تمام مطالب توسط نویسندگان انجام شده است.

دسترسی به داده‌ها

داده‌های خام پژوهش بنا به درخواست پژوهشگران واجد شرایط و با رعایت اصول محرمانگی و حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول قابل دسترسی است.

نقش نویسندگان

شادی ولی‌زاده: طراحی پژوهش، اجرای مداخله، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش پیش‌نویس اولیه.

علی خادمی: تحلیل آماری داده‌ها، تفسیر نتایج و نگارش بخش یافته‌ها.

مجید محمودعلیلو: نظارت درمانی و بالینی بر روند مداخله، بازبینی محتوایی و ویرایش تخصصی مقاله.

عظیم مهرور: مشارکت در طراحی، ویرایش نهایی و نظارت بر رعایت اصول اخلاقی پژوهش.

کریمی و همکاران (۱۳۹۷)، قطور و همکاران (۱۳۹۷) و کازینائو و همکاران (۲۰۱۹) مطابقت دارد.

افراد تاب‌آور ذهنیتی تحلیلی-انتقادی نسبت به توانایی‌های خود و شرایط موجود دارند، در مقابل شرایط مختلف انعطاف‌پذیرند و توانایی شگفت‌انگیزی درباره پیدا کردن راه‌حل‌های مختلف درباره یک موقعیت یا مساله خاص دارند. همچنین توانایی ویژه‌ای در تجزیه و تحلیل واقع‌بینانه مشکلات شخصی و پیدا کردن راه‌حل‌های فوری و راهبردهای درازمدت برای حل و فصل مشکلاتی که به آسانی و سریع حل نمی‌شوند را دارا هستند. بنابراین، آموزش شفقت خود می‌تواند بر تاب‌آوری مادران تأثیرگذار باشد و مشکلات آن‌ها را کاهش دهد (کازینائو و همکاران، ۲۰۱۹).

مهربانی با خود، توجه و درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه‌ی انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه‌ی اشتراکات انسانی است. بهوشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده، منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک نادیده گرفته نشود و در عین حال نیز مکرراً ذهن را اشغال نکند. افراد در حین تجربه‌ی رنج و هنگام مقابله با چالش‌های زندگی ممکن است به جای آن که با هشیاری به تماشای خود بنشینند و از چشم‌انداز بالاتری به تجربه‌ی خویش بنگرند که سبب واقع‌بینی و جامع‌بینی آن‌ها شود، خود را به طور ناهشیار مورد ارزیابی منفی قرار دهند. در واقع آموزش شفقت خود و مهربانی می‌تواند میزان تاب‌آوری را بهبود بخشد (قطور و همکاران، ۱۳۹۷).

بر این اساس، مرور مطالعات نشان می‌دهد که طولانی بودن و سخت بودن روند درمان در بیماران سرطانی ممکن است باعث افزایش خستگی مادران این کودکان شود. در ادبیات اجتماعی مربوط به مادران کودکان بیمار، تأکید قابل توجهی به بار مراقبت شده است که در این زمینه پذیرفتن خود به عنوان فردی ارزشمند، و احترام قائل شدن برای خود و توانایی هایشان، بی‌قید و شرط دوست داشتن و سعی در شناخت نقاط مثبت خود و پرورش دادن آنها و از طرف دیگر شناخت نقاط ضعف خود و کتمان نکردن آنها می‌تواند تا حدودی مشکلات مادران را کاهش دهد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که یافته‌های این پژوهش بر اساس مقیاس نگرش‌سنجی بود، ممکن است به دلیل ناخودآگاه، شرکت‌کنندگان در پژوهش از پاسخ دادن طفره روند و این امر ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بیندازد. اجرا نشدن مرحله پیگیری برای بررسی ماندگاری درمان به عنوان یک محدودیت در پژوهش حاضر مطرح بود. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی مادران کودکان مبتلا به سرطان خون انجام شده است؛ لذا در تعمیم نتایج به مادران سایر بیماران باید احتیاط نمود.

بر اساس یافته پژوهش و با توجه به وضعیت خستگی مزمن و احساس شکست مادران دارای فرزند سرطانی پیشنهاد می‌شود که نهادهای مسئول شرایط مداخله‌های روان‌شناختی رایگان از جمله افزایش درمان شفقت خود همراه با حمایت‌های اقتصادی، آموزشی، فرهنگی مناسب را برای این خانواده‌ها فراهم آورند تا والدین کودک سرطانی در ادراک وضعیت اجتماعی

References

- Abdi, F., Bani Jamali, S. S., Ahadi, H., & Kooshki, S. (2019). Examining the psychometric properties of the Connor–Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *Journal of Research in Psychological Health*, 13(2), 81–99. (In Persian) <https://www.sid.ir/FileServer/JF/45113980206>
- Aldao, A., & Nolen-Hoksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behavior research and therapy*, 48, 974-983. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20591413/>
- Barakat, L. P., Kazak, A. E., Meadows, A. T., Casey, R., Meeske, K., & Stuber, M. L. (1997). Families surviving childhood cancer: A comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(6), 843-859.
- Borneman, T, Stahl, C., Ferrell, B.R, Smith, D. (2002). The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home. *Journal Hospitl Palliat Nursis*, 4(1), 21-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9494321/>
- Cousineau, T.M., Hobbs, L.M & Arthur, K.C (2019) The Role of Compassion and Mindfulness in Building Parental Resilience When Caring for Children With Chronic Conditions: A Conceptual Model. *Front. Psychol.* 10, 1602. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01602
- Fahlman, S.A., Mercer, K.B., Gaskovski, P., Eastwood, A.E., Eastwood, J.D. (2009). Does a lack of life meaning cause boredom? Results from psychometric, longitudinal, and experimental analyses. *Journal Society Clinical Psychology*, 28(3), 307-340. <https://psycnet.apa.org/record/2009-04996-002>
- Ferrario, S, Zotti, A.M, Massara, G. (2003). A combative assessment of psychological and psychosocial characteristic of cancer patients. *Psychooncology*, 12(1), 1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12548644/>
- Fisher, R, Puszta L. Swanton, C. (2013). Cancer heterogeneity: implications for targeted therapeutics. *British Journal Cancer*, 108, 479-85. <https://www.nature.com/articles/bjc2012581>
- Florian, V, Mikulincer, M & Yaubman, O. (2005). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 687-695. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7738771/>
- Gilbert, P. & Allen, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological medicine*, 28(3), 585-598. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9626715/>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24588760/>
- Inzlicht, M, Aronson, J, Good, C & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323-336. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022103105000739>
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 3, 47-54. <https://www.semanticscholar.org/paper/Using-Compassion-Focused-Therapy-to-Work-with-Shame-Irons-Lad/74c458d1daff8488ef91fb200d492c32d60aff2a>
- Kadan-Lottic, N.S. (2014). Epidemiology of childhood and adolescent cancer. IN: Behrman RE, Kligman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of pediatrics. 17th ed. New York: Mc Grow hill. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221740/>
- Khanna, R. (2010). Burden of Care and Health-Related Quality of Life among Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder. USA: West Virginia University Libraries. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-025-06154-x>
- Kobasa, S.C & Puccetti, M.C. (2002). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839-850. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6631665/>
- Kobasa, S.C. (1998). Stressful life events: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11. <https://psycnet.apa.org/record/1980-21134-001>
- Lucre, K.M, Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother*, 86(4), 387-400. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24217864/>
- Meacham, C.E., Morrison, S.J. (2013). Tumor heterogeneity and cancer cell plasticity. *Nature*, 501, 328-37. <https://www.nature.com/articles/nature12624>
- Mozafari, N., Asgharnejad Farid, A. A., Dezhman, M., Fathali Lavasani, F., & Faranoosh, M. (2016). God and the meaning of life: The lived experience of children with cancer, a qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22(2), 93–102. (In Persian) <https://psycnet.apa.org/record/2017-12088-002>
- Mystakidou, K, Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, E., Galanos, A. et al. (2007). Exploring the relation between depression, hopelessness, cognitive status, pain and spirituality in patient with advanced cancer. *Archives of psychiatry nursing*, 21(3), 150-161. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883941707000295>

- Swallow, V.M., & Jacoby, A. (2010). Mothers' evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 755-764. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11903705/>
- Taylor, P. J. (2010). The role of defeat and entrapment in suicide. the University of Manchester. https://journals.lww.com/amhe/fulltext/2021/22010/defeat_and_entrapment_in_the_pathogenesis_of.9.aspx
- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological bulletin*, 137(3), 391-420. <https://doi.org/10.1037/a0022935>
- Williamson, A., Lombardi, D.A., Folkard, S., Stutts, J., Courtney, T.K., & Connor, J.L. (2011). The links between fatigue, safety and performance. *Accid AnalPrev*, 43, 498-515. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21130213/>