

تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودک مبتلا به سرطان

نرگس رئوفی عادگانی^۱، ایلناز سجادیان^۲، ناهید رئیسی دهکردی^۳

۱. دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳. استاد خون و سرطان کودکان، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۸)

Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on the Self care and Compassion Fatigue in Mothers with Cancer Child

Narges Raoufi Adegani¹, Inaz Sajjadian², Nahid Reisi Dehkordi³

1. Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3. Professor of Pediatric Hematology and Oncology, Children's Department, Faculty of Medicine, Isfahan Medical University of Sciences, Isfahan, Iran.

Original Article

(Received: May. 18, 2021 - Accepted: Oct. 20, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The occurrence of particular diseases, such as cancer in children, causes severe damage to the mental health of mothers. This research aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on self-care and compassion fatigue in mothers of children with cancer. **Method:** The research method was quasi-experimental with a pretest, post-test, control group, and 45-day follow-up design. The sample size in the study was 25 mothers of children with cancer who were selected from those referred to Omid Educational Therapeutic Center in Isfahan 2018 through a convenient sampling method and were randomly replaced into experimental and control groups (12 mothers in the experimental and 13 mothers in the control group). The experimental group received eight ninety-minute compassion-therapy intervention sessions over 75 days once a week, while the control group didn't receive any intervention during the study. The instruments research included a self-care questionnaire (Galina et al., 2015) and a professional life quality questionnaire (Stam, 2005). **Findings:** The results of ANCOVA showed that compassion-focused therapy influenced self-care and compassion fatigue in the mothers of children with cancer in post-test and follow-up significantly ($p < 0.001$). **Conclusion:** Based on the present research findings, compassion-focused therapy is suggested to be an effective method to improve self-care and reduce compassion fatigue in mothers of children with cancer.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Self-Care, Compassion Fatigue, Cancer.

چکیده

مقدمه: بروز بیماری‌های خاص همچون سرطان در فرزندان، سلامت روان مادران را با آسیب جدی مواجه می‌سازد، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. بدین منظور ۲۵ مادر دارای کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی - درمانی امید اصفهان در سال ۱۳۹۷ به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۲ مادر در گروه آزمایش و ۱۳ مادر در گروه گواه). گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت را ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در طی دو ماه و نیم دریافت نمودند اما گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه خودمراقبتی (گالینا و همکاران، ۲۰۱۵) و پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای (استم، ۲۰۰۵) بود. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار دارد ($p < 0.001$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که از درمان مبتنی بر شفقت به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود خودمراقبتی و کاهش خستگی از شفقت مادران دارای کودک مبتلا به سرطان استفاده شود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، خودمراقبتی، خستگی از شفقت، سرطان.

*نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان

*Corresponding Author: Inaz Sajjadian

Email: i.sajjadian@khuif.ac.ir

مقدمه

مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و هم سازگاری با مسئولیت ناشی از مراقبت و درمان بیمار روبرو هستند. اضطراب، احساس گناه، خشم، نگرانی و دیگر فشارهای روانی و اجتماعی، طول دوره بیماری و درمان بستری شدن در بیمارستان و افزایش هزینه درمانی، وضعیت روحی و آسیب‌های اجتماعی از جمله تنیدگی‌هایی است که بر روی خانواده فرد مبتلا تأثیر می‌گذارد (مادی و کلیتون، ۲۰۱۸). بر همین اساس پژوهشگران بر این باورند که می‌بایست مداخلات روان‌شناختی مناسبی برای والدین (به خصوص مادران) کودکان سرطانی بکار گرفته شود (بکتاس، کباداس، بکتاس، آلتان و سلکگلا، ۲۰۱۷).

تحقیقات نشان می‌دهد، تشخیص سرطان مستقیماً بر کیفیت زندگی بیماران و مراقبان خانوادگی‌شان به خصوص مادران تأثیر می‌گذارد و زندگی روزمره آنان را به شیوه‌های متفاوت تغییر می‌دهد (ماسکرا، مک مارتی، وولف، هارپس و براک، ۲۰۱۵). چنانکه پژوهش ماسادح^۵ (۲۰۱۵) نشان داده است که تشخیص سرطان در دوران کودکی یک تجربه آسیب‌زا برای مراقبان آنها است که موجب توجه روزافزون متخصصان به ارائه راهبردهایی برای کاهش استرس‌های ناشی از بیماری برای والدین آنها است. بر این اساس تشخیص سرطان، مادران را با شوک و ناباوری مواجه می‌سازد (فلچر، ۲۰۱۱؛ پولات، تافکسی،

سرطان با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود که سلول‌ها به طور غیرطبیعی تکثیر یافته و در محیط اطراف به رشد نامنظم خود ادامه دهند. در واقع سرطان یک بیماری با یک علت خاص نیست، بلکه به گروهی از بیماری‌ها با علائم، تظاهرات، درمان و پیش‌آگهی‌های مختلف اشاره دارد. مواجهه با سرطان به خودی خود می‌تواند به عنوان یک حادثه تنش‌زا، جنبه‌های مختلف سلامت فردی بیمار از جمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی وی را به مخاطره بیندازد (نیکفر، رسولی، بوریم نژاد و علوی‌نژاد، ۲۰۱۷).

سرطان در هر سنی قابل توجه است ولی مرگ و میر ناشی از آن در کودکان بین سنین ۱۵-۳ ساله بیشتر از سایر بیماران است. سرطان اطفال مشتمل بر گروهی از بدخیمی‌ها است که هر یک اپیدمیولوژی - آسیب‌شناسی و میزان مرگ و میر مخصوص به خود را دارند. این بیماری که تنوع بیشتری نسبت به بیماری بزرگسالان دارد، شایع‌ترین علت مرگ و میر سنین بین ۱۶-۱ سالگی در کشورهای غربی است. شیوع سرطان در هر دو جنس در دوران قبل از بلوغ برابر است و در نوجوانی نسبت دختر به پسر ۲ به ۱ افزایش می‌یابد (کای، جریکنز، گاشو، دی مارش، سایکز، لو و همکاران، ۲۰۱۸).

سرطان علاوه بر خود بیمار، ابعاد جسمی و روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی خانواده بیمار و مراقب را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. آنها هم با

2. Madi, Clinton

3. Bektas, Kudubes, Bektas, Altan & Selekgolu

4. Muscara, McCarthy, Woolf, Hearps & Brke

5. Masadeh

6 Fletcher

1. Kaye, Jerkins, Gushue, DeMarsh, Sykes & Lu

کاکوگلا و بالات، ۲۰۱۵).

از طرفی باید اشاره کرد که بروز بیماری‌های مزمن و حاد روان‌شناختی و فیزیولوژیکی سبب می‌شود که مراقبان آنان، به خصوص مادران، خودمراقبتی کمتری را داشته باشند (صالحی، ضیایی راد، روزبهی ببادی و فیاضی، ۱۳۹۳). در مطالعه‌ای که توسط اسچرون^۲ و همکاران (۲۰۰۲) انجام شده است نشان داد مراقبت از خود عود مکرر بیماری و تعداد دفعات بستری را کاهش می‌دهد و باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. همچنین این پژوهشگران نشان داده‌اند که ارتقا خودمراقبتی منجر به عملکرد بهتر مراقبان بیماران می‌شود. خودمراقبتی به افراد می‌آموزد که چرا و چگونه از خودشان مراقبت کنند. انسان بالغ در این فرایند می‌آموزد و انجام می‌دهد تا بقاء، کیفیت زندگی و خوب بودن خودش را هدایت کند (محمودی، فیاضی، جهانی، کیخایی و لطیفی، ۱۳۹۱).

یکی از مشکلات عمده بر سر راه افراد مراقب نظیر مادران کودکان مبتلا به سرطان، توجه و مراقبت بیش از حد است که به عنوان خستگی ناشی از شفقت^۳ تعریف می‌شود. چنانکه نتایج پژوهش (ولی‌زاده، جونبخش و پاشایی، ۱۳۹۳) نشان داده است که بار مراقبتی والدین کودکان مبتلا به سرطان بیش از حد متوسط بوده و در ابعاد جسمی و مراقبتی، بار مراقبتی مادران بیشتر از پدران و در بعد عاطفی بار مراقبتی پدران بیشتر است. خستگی ناشی از شفقت از موقعیت‌هایی

ناشی می‌شود که در آن‌ها فرد در مقابل فرد دیگری بیش از اندازه حس همدردی و مسئولیت نشان می‌دهد (هانساگر، ماگان و هیستون، ۲۰۱۵؛ وینچ، هندرسون و جونز، ۲۰۱۵). خستگی از شفقت به بیماران برای اولین بار توسط جانسون^۴ توصیف شد. وی در تعریف این پدیده بیان می‌کند که سرخوردگی و خستگی از شفقت در مراقبت از بیماران به شرایطی اطلاق می‌شود که احساس و تجربه کمک به دیگران در افراد مراقبت‌کننده به واسطه مشاهده و روبروشدن با آسیب و بیماری ویرانگر بیماران، تغییر کرده و به نوعی سرخوردگی در خود مواجه می‌شود (هاریس و گریفین، ۲۰۱۵). فیگلی (۲۰۰۲)؛ به نقل از محمدی، برهانی و روشن‌زاده، ۱۳۹۴) نیز در تعریف این پدیده بیان می‌کند که خستگی از شفقت به بیماران، اثر یا نتیجه عاطفی از حوادث آسیب‌زای غیرمستقیمی است که به واسطه کمک ما به افرادی که به طور مستقیم و اولیه حوادث آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند، به وجود می‌آید، وی این پدیده را تاوانی می‌داند که فرد مراقبت‌کننده در ازای کمک به بیماران پرداخت می‌کند.

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای افراد آسیب‌پذیر همچون مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان به کار گرفته شده است. از انواع این درمان‌ها می‌توان به اداره تنش جهت بهبود چگونگی زندگی مادران سرطانی (منظومه و همکاران، ۱۳۹۴)، آموزش تفکر مثبت و خوش بینی به والدین کودکان سرطانی (زینی‌وند، کاظمی و

4. Hunsaker, Chen, Maughan & Haston

5. Winch, Henderson & Jones

6. Jonson

7. Harris & Giffin

1. Polat, Tufekci, Kuçukoglu & Bulut

2. Schron

3. compassion-fatigue

معناداری سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد. باید ذکر نمود که شفقت به خود، یک برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود بوده (باکر و مک‌نالتی،^{۱۳} ۲۰۱۱؛ لیری^۴ و همکاران، ۲۰۰۷) و از سه مولفه اصلی برخوردار است: در وهله اول، شامل مهربانی با خود و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده نابسندگی‌ها است. دوم شفقت به خود با عطف توجه به مشترکات انسانی، رنج و شکست را از ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر می‌پندارد و سرانجام آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه‌های شفقت به خود می‌باشد که به بیانی توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک (به جای اجتناب از آنها) بدون اغراق، درام یا ترحم به حال خود را دربر می‌گیرد (نفر^{۱۵}، ۲۰۰۷؛ آلبرتسون^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۵).

با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی در مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان و از سویی با نظر به کارایی درمان مبتنی بر شفقت در بهبود آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان، محققین تصمیم گرفتند تا تأثیر این درمان را بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان مورد بررسی و آزمون قرار دهند. بنابراین

سلیمی، ۱۳۹۲)؛ آموزش مهارت‌های مقابله‌ای جهت تأثیرگذاری بر کیفیت زندگی والدین کودکان سرطانی (خنجری، سیدفاطمی، برجی و حقانی، ۱۳۹۲)؛ آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۱)؛ مداخله معنوی جهت ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان (لطفی کاشانی، وزیر، قیصر، موسوی و هاشمیه، ۱۳۹۱)؛ و امید درمانی جهت تأثیرگذاری بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان (موحدی، موحدی و فرهادی، ۱۳۹۴) اشاره نمود.

یکی از درمان‌های جدید، درمان مبتنی بر شفقت است که اثربخشی کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگرانی همچون پژوهش بلاث و ایزنلوه-ماول^۲ (۲۰۱۷)؛ تاننباوم، آدامز، گونالز، هانس و هود^۳ (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین^۴ (۲۰۱۷)؛ الاین و هالینز^۵ (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ^۶ (۲۰۱۵)؛ اسمیت، نفر، آلبرت و پترز^۷ (۲۰۱۴)؛ کیونگ^۸ (۲۰۱۳)؛ یارنل^۹ و نفر (۲۰۱۳)؛ ترچ^{۱۰} (۲۰۱۲)؛ ورن، سومرز، ملیسا، گوتز، لاری و فراس^{۱۱} (۲۰۱۲)؛ گیلبرت و پروکتر^{۱۲} (۲۰۰۶)؛ کرد (۱۳۹۵)؛ عجم، فرزانه و شکوهی فرد (۱۳۹۳) نشان داده شده است. بر اساس نتایج پژوهش‌های این محققین، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌طور

1. Self-compassion
2. Bluth, Eisenlohr-Moul
3. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood
4. Wan, Chen, Poon, Teng, Jin
5. Elaine & Hollins
6. Soysa, Wilcomb
7. Smeets, Neff, Alberts, Peters
8. Kyeong
9. Yarnell
10. Tirsch
11. Wren, Somers, Melissa, Goetz, Leary, Fras
12. Gilbert, Procter

1 . Baker& McNulty	3
1 . Leary	4
1 . Neff	5
1 . Albertson	6

تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و بروز حادثه ناخواسته که امکان ادامه حضور فرد در جلسات درمان را مختل می‌کند، بود. در پژوهش حاضر از پرسشنامه های زیر استفاده شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه ای^۱ پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه ای در نیمه سال ۱۹۰۰ میلادی جهت تعیین میزان خستگی از شفقت و استرس بعد از تروما توسط فیگلی تدوین شده است (استام، ۲۰۰۵). فرم اولیه این پرسشنامه شامل ۶۶ عبارت بوده که به ۳۰ سؤال تقلیل یافته است. این پرسشنامه از سه زیر مقیاس رضایت از شفقت (۱۰ سؤال)، فرسودگی (۱۰ سؤال) و استرس پس از حادثه (۱۰ سؤال) تشکیل شده است. گزینه های مربوطه به پرسشنامه نیز طبق معیار لیکرت ۶ تایی از صفر (هرگز) تا پنج (همیشه) مرتب شده اند (فیگلی، ۲۰۰۲) این پرسشنامه در پژوهش محمدی، برهانی و روشن زاده (۱۳۹۴) به روش ترجمه دوطرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفته است. پس از ترجمه، روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفته و شاخص روایی محتوا ۰/۸۷ به دست آمد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸ محاسبه گردید. در این پژوهش نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های رضایت از شفقت، فرسودگی و استرس پس از حادثه به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۴ و ۰/۷۰ و برای نمره

مساله اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. متغیر مستقل درمان مبتنی بر شفقت و متغیرهای وابسته خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی امید اصفهان در بهار و تابستان سال ۱۳۹۷ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به مرکز امید، ۳۰ مادر دارای فرزند مبتلا به سرطان انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند. لازم به ذکر است که ۳ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه گواه به علت وخیم شدن بیماری و فوت ناگهانی کودک خود از مطالعه خارج شدند. (در نهایت ۱۲ مادر در گروه آزمایش و ۱۳ مادر در گروه گواه). ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند مبتلا به بیماری سرطان به تشخیص پزشک متخصص، نداشتن اختلالات روانی حاد روانپزشکی همزمان، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت؛ عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس؛ عدم

کل پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه خودمراقبتی^۱

پرسشنامه خودمراقبتی توسط گالینا، الیور، سانسو و بیتو در سال ۲۰۱۵ تهیه شده است. مقیاس خودمراقبتی حرفه‌ای، خودمراقبتی افراد را در سه حوزه اصلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد: خودمراقبتی جسمی: مولفه‌هایی و تحرکاتی که سلامت بدنی را حفظ می‌کنند؛ خودمراقبتی ذهنی: فعالیت‌هایی که به سلامت مغز و ذهن یاری می‌رسانند؛ خودمراقبتی اجتماعی: به فعالیت‌های گروهی و اجتماعی که به شخص در زمینه سلامت اجتماعی کمک می‌کند. این سه فاکتور با هم خودمراقبتی حرفه‌ای را شکل می‌دهند. این پرسشنامه دارای ۹ سوال است که بر اساس طیف پاسخگویی لیکرت (از ۱: کاملاً مخالفم تا ۵: کاملاً موافقم) به آنها پاسخ داده می‌شود. روایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش گالینا، الیور، سانسو و بیتو^۲ (۲۰۱۵). مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در پژوهش گالینا، الیور، سانسو و بیتو (۲۰۱۵) بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. در این پژوهش نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خودمراقبتی جسمی، خودمراقبتی ذهنی و خودمراقبتی اجتماعی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۳ و ۰/۶۴ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۶۵ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری، مادران کودکان مبتلا به سرطان انتخاب

شده (۲۵ مادر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۲ مادر در گروه آزمایش و ۱۳ مادر در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر شفقت را در طی دو ماه و نیم به صورت یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته، دریافت نمودند. این در حالی است که گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. جلسات درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید. این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۵۲۰۶۱ از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد (خوراسگان) می‌باشد. رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند و به آنها اطمینان داده شد که پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی برای بررسی پیش فرض کرویت و همچنین از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از بسته نرم‌افزاری آماری در علوم اجتماعی (SPSS_{۲۳}) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1. self care questionnaire
2. Galiana, Oliver, Sanso and Benito

جلسات	خلاصه جلسات درمانی
جلسه اول	ارایه مقدمه ای از درمان متمرکز بر شفقت و اهمیت آن در زندگی؛ آموزش اصول پایه درمان متمرکز بر شفقت و تأثیر آن بر سیستم مغزی؛ آموزش فرایند تنظیم سه سیستم هیجان اصلی (تعامل بین کارکرد مغز قدیم و مغز جدید)
جلسه دوم	آموزش تمرین ذهن آگاهی، حساسیت نسبت به رنج در بستری از زمان حال (اینجا و اکنون)؛ آموزش مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت: شناسایی مشکلات و نشانه های موجود، بستر کنونی مشکلات، تأثیر زندگی گذشته، تهدیدهای اصلی و ترس های شکل گرفته، راهبردهای امنیتی، پیامدهای ناخواسته
جلسه سوم	تصویرسازی خود مهربان، تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران، تصویرسازی مکانی امن، تکنیک دو صندلی؛ برقراری شفقت آمیز و انعطاف پذیری بین جنبه های مختلف خود و ایجاد حساسیت شفقت آمیز، همدلی و همدردی نسبت به خویش.
جلسه چهارم	ایجاد هویت شفقت آمیز؛ هدف اصلی این جلسه: چگونه از تکرار عبارت های مهرورزی فراتر رفته و به صورت طبیعی ذهن شفقت ورز را پرورش دادن (اهمیت تربیت ذهن مهربان).
جلسه پنجم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار؛ تمرینات شامل؛ آگاهی مراجع از کشمکش مداوم خود با افسردگی و اضطراب و دردهایی که در روابط دشوار زندگی تحمل شده اند؛ استفاده از درماندگی خلاق و دیدگاه بی تقصیری (گسلش از احساس شرمندگی)
جلسه ششم	عمیق زندگی کردن؛ تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر مراقبت از سلامتی؛ بررسی و کشف ارزش های اصلی که به زندگی معنا می بخشد.
جلسه هفتم	تغییر روابط؛ کشف روش های جدید و اتخاذ رویکردی گسترده، آگاهی یافتن و رهایی از روش های اجتناب و کنترل؛ تقویت رفتارهای شفقت آمیز؛ شامل توسعه رفتارهای هوشمندانه، کسب قدرت و شجاعت و مهربانی، مشارکت فعال از طریق تکنیک های فعال سازی رفتاری در فعالیت های دشوار و ترس آور.
جلسه هشتم	مورد هدف قراردادن تعصبات منفی زندگی (مداخله خاتمه دادن به جنگ)؛ تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش طبق تکمیل کردن فرم ۸ آیتمی: شغل و زندگی کاری، خانواده، زندگی اجتماعی، تحصیل، سلامتی جسمی، معنویت، مشارکت اجتماعی، تفریح و سرگرمی

رئوفی عادگانی و همکاران: تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودک ...

یافته‌ها

فوق لیسانس بودند که در این بین سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود (۴۱ درصد). نتایج تحلیل واریانس درمورد ویژگی‌های سن و تحصیلات نشان داد تفاوت معنی‌دار بین دو گروه وجود ندارد. حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که مادران نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۳۰ تا ۴۸ سال بودند که در دامنه سنی ۳۴ تا ۳۷ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۲/۴۰ درصد). از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات سیکل تا

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد خودمراقبتی و خستگی از شفقت در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
خودمراقبتی	آزمایش	۲۷/۶۶	۳۸/۳۰	۳۸/۳۳
	گواه	۲۸/۰۷	۲۶/۸۴	۲۵/۷۶
خستگی	آزمایش	۲۷/۷۶	۱۸/۲۳	۱۶/۳۰
	گواه	۲۷/۶۱	۲۶/۷۶	۲۶/۹۲

پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان از تحلیل کواریانس استفاده شده است.

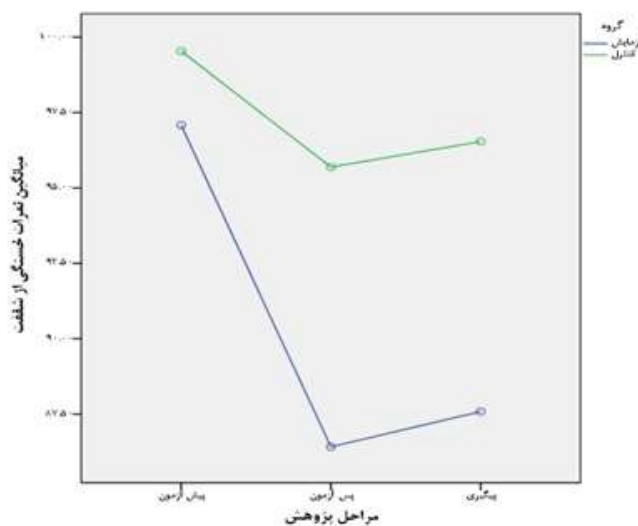
بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۳، تفاوت میانگین نمرات خودمراقبتی و خستگی از شفقت دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون ($p = 0/001$) و در مرحله پیگیری ($p = 0/001$) معنی‌دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت، در گروه آزمایش در مرحله

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس چند متغیره، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای خودمراقبتی و خستگی از شفقت در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان در مراحل پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه برقرار بوده است ($p < 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان داد

پس‌آزمون و پیگیری خودمراقبتی را بهبود و خستگی از شفقت را کاهش داده است. میزان تأثیر این درمان بر بهبود خودمراقبتی در مرحله پس‌آزمون برابر با ۸۲/۷ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۶۱/۴ درصد و در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۵/۶ درصد است.

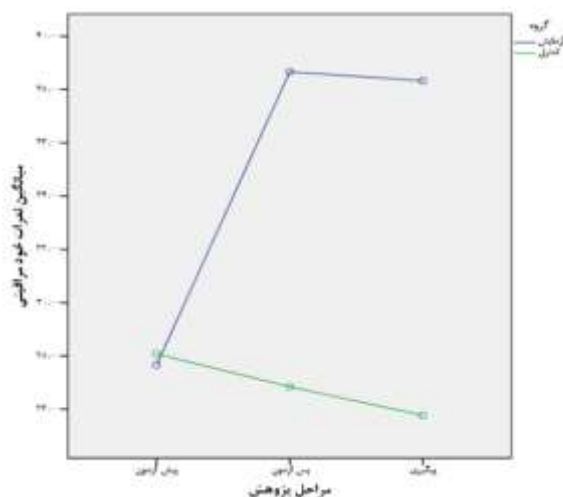
جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت در مرحله

پس‌آزمون و پیگیری							
منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی	حجم	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات		داری	اثر	آماري
پس‌آزمون خودمراقبتی	۹۰۰/۹۷	۱	۹۰۰/۹۷	۱۰۵/۴۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷	۱/۰۰۰
پیگیری خودمراقبتی	۱۰۱۹/۰۷۶	۱	۱۰۱۹/۰۷۶	۸۸/۹۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰۲	۱/۰۰۰
پس‌آزمون خستگی	۰/۳۸۶	۱۶/۶۷۸	۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۰/۹۹۹
پیگیری خستگی	۰/۷۴۴	۳/۶۱۶	۲	۲۱	۰/۰۴۵	۰/۲۵۶	۰/۷۰۳



شکل ۱. نمودار خطی مقایسه میانگین نمرات خستگی از شفقت در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

رئوفی عادگانی و همکاران: تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودک ...



شکل ۲. نمودار خطی مقایسه میانگین نمرات خودمراقبتی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

نتیجه‌گیری و بحث

محققین، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به طور معناداری سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد.

در تبیین یافته اول مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان باید اشاره کرد که مطابق با نظر کروگر و همکاران (۲۰۰۸)، ذهن‌آگاهی از عناصر عمده درمان مبتنی بر شفقت است که تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه با ذهن آگاهی، تولید شده و انجام می‌پذیرند. ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیاهای درونی و بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین ذهن‌آگاهی می‌تواند به مادران کمک کند تا از ذهنیت‌های نشخوارگر خود و آسیبی که به بار می‌آورند آگاه شده، این چرخه‌های نشخوار فکری و افکار خودانتقادی را بهتر درک کرده و آن را در

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار دارد ($p < 0.001$). بدین صورت که این درمان توانسته منجر به افزایش خودمراقبتی و کاهش خستگی از شفقت مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان منجر شود.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش بلاث و ایزنلوهر - ماول (۲۰۱۷)؛ تاننام و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ و همکاران (۲۰۱۷)؛ الاین و هالینز (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)؛ اسمیت و همکاران (۲۰۱۴)؛ کیونگ (۲۰۱۳)؛ و عجم، فرزانه و شکوهی‌فرد (۱۳۹۳) در بافتی کلی‌تر همسو است. بر اساس نتایج پژوهش‌های این

نشخوارگری فکری، افکارخودآیند منفی و افکار بدبینانه نیز کاهش یافته و در نتیجه این فرایند، مولفه‌های خودمراقبتی نیز افزایش یابد.

در تبیین یافته دوم پژوهش مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خستگی از شفقت مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان باید اشاره کرد که در درمان مبتنی بر شفقت، از تکنیک‌های آموزشی فرآیند تنظیم سیستم هیجان‌ات و تأثیر آن بر سطوح هورمون‌های مغزی و تأثیر متعاقب آن در تغییر رفتار و سبک زندگی استفاده می‌شود. چنانکه به کمک درمان مبتنی بر شفقت، مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان با بهره‌گیری از ذهن‌آگاهی و حل مساله می‌توانند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند. بنابراین بهبود در سطح شفقت و دوری از خستگی از شفقت در اثر درمان مبتنی بر شفقت دور از انتظار نیست. چنانکه مشخص شده است که شفقت به خود یک عامل مؤثر برای تعادل عاطفی، رفتاری، هیجانی و روان شناختی محسوب شده و موجب احساس مراقبت از خود، آگاهی‌یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود می‌شود. از این جهت می‌تواند مولفه‌های روانی و هیجانی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار دهد. علاوه‌براین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت از طریق تحریک سیستم امنیت

هم بشکنند. بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند و به خودمراقبتی افراد آسیب می‌زند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی همچون داشتن فرزند مبتلا به سرطان ایجاد می‌شود؛ بر این اساس می‌توان گفت مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجان‌های منفی همچون افسردگی و اضطراب در آنها می‌شود که این فرایند منجر به بهبود مراقبت از خود در جنبه‌های جسمی و روان‌شناختی در نزد مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان می‌شود.

همچنین درمان مبتنی بر شفقت به مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان آموزش می‌دهد که هر چقدر رفتار مهربانانه بیشتری داشته باشند کم کم ذهن آنها هم مهربان می‌شود. علاوه بر این، همانگونه که گفته شد شفقت شامل مجموعه‌ای از عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی است که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر به همراه ملاحظت و مراقبت دخالت دارند. در الگوی درمان مبتنی بر شفقت بین فرایندهای مؤثر در تجربه شفقت و هیجان و برانگیختگی سیستم نوروفیزیولوژی، به خصوص آن‌هایی که با رفتارهای اجتماعی در ارتباطند، به واسطه دو بعد اشتیاق و التیام پیوند برقرار شده است. این پیوند سبب می‌شود تا فرد از خودانتقادگری و خودتخریبی دست برداشته و نسبت به خود مهربانی و ملایمت بیشتری ابراز نماید. پرهیز از مولفه‌های شناختی آسیب‌زا نظیر خودانتقادگری سبب می‌شود تا در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان پردازش‌های ذهنی نابهنجار نظیر

می‌شود مدت زمان پیگیری برای پژوهش‌های بعدی افزایش یابد تا پایداری اثربخشی مداخله بر متغیرهای پژوهش بهتر مشخص شود. از بزرگترین محدودیت در این پژوهش احتمال ریزش گروه آزمایش و گروه گواه در حین اجرا بود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر شفقت طی دوره‌های آموزشی تخصصی، به روانشناسان مراکز درمانی کودکان مبتلا به سرطان، آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان در این مراکز، جهت بهبود خودمراقبتی و کاهش خستگی از شفقت این مادران گامی عملی برداشته باشند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد با کد تصویب پژوهشی ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۵۲۰۶۱ بود. بدین وسیله از تمام مادران حاضر در پژوهش و خانواده‌های آنان و مسئولین مرکز درمانی امید که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

(پیوستگی)، ادراک خطر و تهدیدات در افراد کاهش و در عوض، رفتارهای مراقبتی، همدلانه و مشفقانه با دیگران افزایش می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۰۹). درمان مبتنی بر شفقت پیشنهاد می‌دهد که تلاش برای تحریک سیستم امنیت و رضایت با استفاده از تمرکز مجدد، تصویرسازی ذهنی و توجه مشفقانه مفید خواهد بود. سیستم امنیت (پیوستگی) مادران را قادر می‌سازد که آرامش، سکون و آسودگی را برای خود فراهم کنند و کمک می‌کند تا تعادل خود را دوباره به دست آورند. همچنین درمان مبتنی بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل نموده و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید که بر اساس آن رفتار، افکار، هیجانات و احساسات مشفقانه افزایش و فرسودگی و دلزدگی از شفقت کاهش می‌یابد.

محدودیت زمانی و جغرافیایی در این پژوهش و عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی نبود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر آسیب‌ها و بیماری‌ها (همانند ام‌اس، فلج مغزی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و ...) انجام گیرد. کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. کوتاه بودن مدت زمان دوره پیگیری از جمله محدودیت‌های پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد

منابع

- پرستاری، (۵)۵: ۹-۱۷.
- حسینی قمی، طاهره و سلیمی بجستانی، حسین. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴، ۹۷-۱۰۹.
- خنجری، صدیقه؛ سید فاطمی، نعیمه؛ برجی، سمیه و حقانی، حمید. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله بر کیفیت زندگی والدین مبتلا به لوسمی، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، ۱۹ (۴)، ۱۵-۲۵.
- زینی وند، مریم؛ کاظمی، فرنگیس و سلیمی، حسین. (۱۳۹۲). بررسی آموزش تفکر مثبت و خوش‌بینی بر سلامت روان والدین کودکان سرطانی ۳-۷ بستری در بیمارستان محک، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۵، ۱۹، ۳۴-۵۰.
- صالحی، شایسته؛ ضیایی راد، مرضیه؛ روزبهی ببادی، مریم و فیاضی صدیقه. (۱۳۹۳). تأثیر بکارگیری الگوی خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند مبتلا به فیل کتونوریا. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۱۲ (۱۰): ۹۵۸-۹۵۰.
- عجم، علی‌اکبر؛ فرزانه، جواد و شکوهی فرد، حسین. (۱۳۹۳). بررسی نقش شفقت خود در سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. نشریه آموزش
- کرد، بهمن. (۱۳۹۵). پیش‌بینی بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری بر اساس ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی به خود. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۶ (۳۴): ۲۸۲-۲۷۳.
- لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ قیصر، شروین؛ موسوی، سید مهدی و هاشمیه، مژگان. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودک مبتلا به سرطان، فصلنامه فقه پزشکی، ۴ (۱۱) و (۱۲)، ۵۰-۱۲۵.
- محمودی، سمیه؛ برهانی، فریبا و روشن زاده، مصطفی. (۱۳۹۴). بررسی میزان خستگی ناشی از شفقت به بیماران در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه. فصلنامه اخلاق پزشکی، ۹ (۳۳): ۱۰۳-۸۵.
- منظومه، شیوا؛ حسین خانزاده، عباسعلی و شاکری نیا، ایرج. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش اداره تنش بر بهبود چگونگی زندگی مادران دارای فرزند دچار بدخیمی خون، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۵ (۹۷)، ۷۹-۸۸.
- موحدی، معصومه؛ موحدی، یزدان و فرهادی، علی. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش امیدرمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان، مجله پرستاری مامایی جامع‌نگر، ۲۵ (۷۶): ۸۴-۹۲.
- محمودی، غلامرضا؛ فیاضی، صدیقه؛ جهانی، سیمین؛ کیخایی، بیژن و لطیفی، سیدمحمود. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر برنامه خودمراقبتی بر

- ولی‌زاده، لیلا؛ جونبخش، فاطمه و پاشایی، صنوا. (۱۳۹۳). بار مراقبتی والدین کودکان مبتلا به سرطان در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز سال ۱۳۹۲. *بالینی پرستاری و مامایی*، ۲۰(۲): ۱۳-۲۰.
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454.
- Baker, L. R., & McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of personality and social psychology*, 100(5), 853.
- Bektas, M., Kudubes, A. A., Bektas, İ., Altan, S. S., & Selekgolu, Y. (2017). Determination of the interventions of families intended for the symptoms of children with cancer. *Collegian*, 24(3), 237-245.
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Crocker, J., & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: the role of compassionate and self-image goals. *Journal of personality and social psychology*, 95(3), 555.
- کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کم‌خونی داسی شکل. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۱(۲): ۲۲۰-۲۰۹.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Elaine, B. C. J., & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Fletcher, P. C. (2011). My child has cancer: finding the silver lining in every mother's nightmare. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 34(1), 40-55.
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2015). Validation of a new instrument for self-care in Spanish palliative care professionals nationwide. *The Spanish journal of psychology*, 18.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.

- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Harris, C., & Griffin, M. T. Q. (2015). Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms and system interventions. *Journal of Christian Nursing*, 32(2), 80-87.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship*, 47(2), 186-194.
- Kaye, E. C., Jerkins, J., Gushue, C. A., DeMarsh, S., Sykes, A., Lu, Z., ... & Baker, J. N. (2018). Predictors of late palliative care referral in children with cancer. *Journal of pain and symptom management*, 55(6), 1550-1556.
- Kyeong, L. W. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899-902.
- 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.
- Madi, D., & Clinton, M. (2018). Pain and its impact on the functional ability in children treated at the children's cancer center of lebanon. *Journal of pediatric nursing*, 39, e11-e20.
- Masa'Deh, R. (2015). Perceived stress in parents of children with chronic disease: A comparative study. *European Scientific Journal*, 11(36).
- Muscara, F., McCarthy, M. C., Woolf, C., Hearps, S. J. C., Burke, K., & Anderson, V. A. (2015). Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *European Psychiatry*, 30(5), 555-561.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Nikfarid, L., Rassouli, M., Borimnejad, L., & Alavimajd, H. (2017). Experience of chronic sorrow in mothers of children with cancer: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 98-106.
- Polat, S., Tüfekci, F. G., Küçükoğlu, S., & Bulut, H. K. (2016). Acceptance-rejection levels of the Turkish mothers toward their children with cancer. *Collegian*, 23(2), 217-223.
- Schron, E. B., Exner, D. V., Yao, Q.,

- Jenkins, L. S., Steinberg, J. S., Cook, J. R., ... & AVID Investigators. (2002). Quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial: impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. *Circulation*, 105(5), 589-594.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of clinical psychology*, 70(9), 794-807.
- Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226.
- Tanenbaum, M. L., Adams, R. N., Gonzalez, J. S., Hanes, S. J., & Hood, K. K. (2018). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 32(2), 196-202.
- Tirch, D. (2012). The compassionate-mind approach to overcoming anxiety: Using the compassion focused therapy (CFT) to treat worry, panic, and fear. American institute for cognitive therapy, 38, 6-29.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K. T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Winch, S., Henderson, A., & Jones, J. (2015). Recognizing the dialectic of compassionate care in the workplace: feedback from nurse educators. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(5), 228-232.
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., & Keefe, F. J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of pain and symptom management*, 43(4), 759-770.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159.