

Research Article

Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy on Anxiety and Quality of Life of Parents of Children with Cancer

Authors

Mahmoud Borjali¹, Soheila Rahmanieh², Parisa Zakerzadeh³, Maryam Zeinali⁴

1. Faculty member of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. PhD Student in Health Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran. (Corresponding Author).

3. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Buin Zahra Branch, Qazvin, Iran.

4. PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Saveh Branch, Saveh, Iran.

Abstract

Receive Date:
09/01/2021

Accept Date:
03/04/2021

Introductoin: Parents of children with cancer are at risk for mental disorders such as anxiety that affects their quality of life. The aim of this study was to determine the effect of self-compassion-focused therapy on anxiety and quality of life in parents of children with cancer.

Method: This study was a quasi-experimental study. Sixty parents of children with a cancer diagnosis were randomly selected from patients referred to the oncology department of hospitals under the auspices of Tehran University of Medical Sciences in 2021 and were randomly assigned to intervention and control groups. The Demographic questionnaire, Beck anxiety questionnaire and quality of life questionnaire were completed by both groups before the intervention. Self-compassion-focused therapy was taught to the parents in the intervention group for 2 months. Questionnaires were completed by both groups in the post-test and follow-up stages. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance in SPSS software version 21.

Results: The results of the present study showed that before the intervention, there was no statistically significant difference in the mean scores of anxiety and quality of life in the experimental and control groups (p -value <0.05). Immediately after the intervention and three subsequent follow-ups, a statistically significant difference was observed in the mean scores of anxiety in the two groups (p -value <0.05).

Discussion and Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that the treatment of self-centered compassion in parents with children with cancer who have high anxiety is highly educable and will reduce anxiety and increase their quality of life.

Keywords

Anxiety, Compassionate Therapy, Quality of Life, Parents of Children with Cancer.

Corresponding Author's E-mail

soheilahmani_sh@yahoo.com

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان

نویسندگان

محمود برجلی^۱، سهیلا رحمانی^{۲*}، پریسا ذاکرزاده^۳، مریم زینالی^۴

۱. عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران (نویسنده مسئول).

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوین زهرا، قزوین، ایران.

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، ساوه، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف: والدین کودکان مبتلا به سرطان در معرض ابتلا به اختلالات روانی از جمله اضطراب قرار دارند که کیفیت زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. هدف مطالعه حاضر تعیین تاثیر درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی در والدین کودکان سرطانی بوده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع نیمه تجربی بود. تعداد ۶۰ نفر از والدین کودکان با تشخیص سرطان از میان بیماران مراجعه کننده به بخش آنکولوژی بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ به شیوه تصادفی انتخاب شدند و با تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه کیفیت زندگی قبل از مداخله توسط هر دو گروه تکمیل شد. درمان متمرکز بر شفقت به خود به والدین گروه مداخله به مدت ۲ ماه آموزش داده شد. پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمرات اضطراب و کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشده است ($p\text{-value} > 0/05$). بلافاصله پس از مداخله و سه پیگیری بعد از آن، تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمرات اضطراب در دو گروه مشاهده شده است ($p\text{-value} < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت درمان شفقت متمرکز بر خود در والدین دارای فرزند سرطانی که اضطراب بالایی دارند قابلیت آموزش‌پذیری بالایی دارد و منجر به کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در آنان خواهد شد.

تاریخ دریافت:

۱۳۹۹/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۰/۰۲/۱۰

کلیدواژه‌ها

اضطراب، درمان شفقت متمرکز بر خود، کیفیت زندگی، والدین کودکان مبتلا به سرطان.

نشانی پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

soheilarahmani_sh@yahoo.com

مقدمه

روابط زناشویی در والدین کودکان مبتلا به سرطان و تأثیر این مشکلات روی عملکرد کلی (فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی) این افراد موجب شده که برخی از محققین، عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند [۱۱].

توجه به والدین بیماران مبتلا به سرطان اهمیت به سزایی دارد. پژوهش‌های انجام شده درصد بالایی مبتلا به اختلالات روانی را در این قشر گزارش کرده‌اند [۱۲].

گرچه در دهه‌های اخیر بهبود روش‌های درمانی باعث بقا در کودکان مبتلا به سرطان‌ها شده است [۱۳]. اما این افزایش بقا ممکن است کودک و خانواده او را در معرض سایر خطرات سلامتی چون مشکلات تکاملی، شناختی و کیفیت زندگی قرار دهد. از آنجایی که مراقبان افراد مبتلا به سرطان نقش اصلی و اساسی در مراقبت، نظارت و مدیریت نشانه‌های تجربه شده در بیماران مبتلا به سرطان، حمایت و پیگیری درمان این بیماران ایفا می‌کنند [۱۴].

علاوه بر آن شناسایی به موقع بار مراقبتی در والدین، نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای سلامت آنها دارد [۱۵]. زیرا بار مراقبتی مهمترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی والدین معرفی می‌گردد؛ از طرفی ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین کیفیت زندگی کودکان و والدین وجود دارد؛ زیرا یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کودکان و سلامت می‌باشد که می‌تواند تحت تأثیر بار مراقبتی قرار گیرد [۱۶]. بنابراین آنچه برای ارتقا زندگی کودک سرطانی دارای اهمیت به سزایی است شناسایی به موقع این فشارها در والدین می‌باشد. در همین راستا مطالعات نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به سرطان بار مراقبتی بالایی را تحمل نموده و کیفیت زندگی پایینی را برای کودکان خود گزارش می‌نمایند و تقاضاهای مراقبتی کودک بیمار، عواقبی بر کیفیت زندگی خود کودک و والدینش ایجاد می‌کند [۱۷]. یکی از راهبردهای مناسب جهت بهبود وضعیت روانی بیماران و اطرافیان آنها مداخلات روان‌شناختی می‌باشند. یکی از مداخلات درمانی جدید که می‌تواند در بهبود سلامت مؤثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت است [۱۸]. توسط پائول گیلبرت و در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت‌گر دشواریهایی بر چهار حوزه تجارب پیشین

در کشور های در حال توسعه سرطان^۱ یکی از علل اصلی مرگ در کودکان می‌باشد [۱]. حدود ۴ درصد از مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و ۱۳ درصد از کودکان ۵ تا ۱۵ ساله به دلیل ابتلا به بیماری سرطان گزارش شده است [۲]. که با پیشرفت‌های اخیر در درمان سرطان‌های کودکان، تعداد بیشتری از این بیماران، از مرگ‌رهایی می‌یابند [۳]. با این وجود هنوز هم، سرطان، در مقایسه با سایر بیماری‌های دارای پیش‌آگهی بد، ترس و نگرانی بیشتری را برای بیمار و خانواده‌اش ایجاد می‌کند [۴]. به خصوص در والدینی که کودک مبتلا، به سرطان دارند، با یک تجربه به ستوه آورنده در خانواده خود روبرو می‌شوند، هنگام تشخیص دچار شوک و ناباوری^۲ می‌گردند، مجبور به زندگی کردن با یک بار مضاعف می‌شوند، بیماری فرزند، خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵]. مسائلی نظیر مشکلات روانی اجتماعی، تنش در روابط والدین، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی^۳، تغییر در وظایف شغلی و خانوادگی، الگوهای تفریحی و کمبود وقت خانواده جهت پرداختن به کودکان سالم به عنوان دیگر عوامل تنش‌زا در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به سرطان معرفی شده‌اند [۶]. والدین کودکان مبتلا به سرطان در معرض ابتلا به اختلالات روانی از جمله اضطراب^۴، افسردگی^۵، استرس^۶ و نگرانی در مورد عود سرطان، ترس از دست دادن و مرگ قرار دارند [۷]. یک عضو با بیماری شدید، خانواده را دچار استرس می‌کند و این خانواده‌ها جزء خانواده‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند و در واحد خانواده هر عملکرد معیوب (بیماری، جدایی و ...) که یک عضو را درگیر می‌کند، از طرق مختلف اعضای دیگر و همچنین، زن و شوهر را به عنوان یک کل تحت تأثیر خود قرار می‌دهد که اکثراً " اثر موجی " نامیده می‌شود [۸]. شاخص اضطراب عاملی اساسی در پیش‌بینی نشانه‌های اختلالات وحشتزدگی^۷، افسردگی^۸ است. وقتی افراد دارای اضطراب زیاد با دشواری‌های بیشتری در تنظیم عملکردهای هیجانی^۹ خود رو به رو باشند، کمتر قادر به شناسایی و پذیرش هیجان‌های خود هستند و در موقعیت‌های هیجانی مبهم به نشان دادن هیجان‌های منفی تمایل بیشتری دارند [۹]. شواهد جدید در خصوص اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد که مشکل در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در این اختلالات باشد [۱۰]. با توجه به شیوع بالای افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات هیجانی در

6. Stress

7. Panic disorder

8. Depression

9. Regulating emotional functions

1. Cancer

2. Shock and disbelief

3. Social isolation

4. Anxiety

5. Depression

این صورت بود که از بین جامعه آماری، لیستی از کودکان مبتلا به سرطان بستری شده در بیمارستانهای تحت پوشش علوم پزشکی شهر تهران از ابتدای سال ۹۹ تهیه شده، و از ابتدا با توجه به شماره پرونده بیمار، شماره گذاری شروع شد؛ بدین صورت که شماره ۱ به مراقب اولین کودک مبتلا به سرطان بستری شده در این بیمارستان در سال ۹۹ تعلق گرفت و سپس شماره ها را روی کاغذهای یک شکل و یک اندازه نوشته و در یک جعبه ریخته و پس از اختلاط کامل، تعداد ۶۰ نمونه از مراقبین این بیماران به صورت تصادفی انتخاب شدند. با توجه به پرونده ی بیماران، با فراخوان تلفنی و بعد از توضیحات اولیه در مورد این طرح، از افرادی که تمایل به همکاری داشته و واجد ملاک های ورود به پژوهش بودند، تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند. پیش از اجرای پژوهش، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا از طریق آگاه ساختن شرکت کنندگان از هدف پژوهش و تاثیر انجام چنین پژوهش هایی در بهبود وضعیت روانشناختی آنها، اقدام به اخذ رضایت آگاهانه کتبی از تمامی مادران شد. سپس، کلیه اطلاعات شرکت کنندگان در پژوهش توسط پژوهشگر جمع آوری گردید و به آنها اطمینان داده شد که این داده ها نزد پژوهشگر محرمانه باقی می ماند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش آموزشی درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد. در پایان هر دو گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند. پروتکل جلسات آموزشی درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ ارائه شده است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل نمونه برگ جمعیت شناختی و پرسشنامه اضطراب بک بود.

پرسشنامه اضطراب بک

یک پرسشنامه خود گزارشی است که توسط آیرون بک و همکارانش (۱۹۹۰) برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است [۲۵]. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می کند [۲۶]. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است [۲۷]. در ایران نیز در مورد ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی به ترتیب روایی برابر با (۰/۷۲) و پایایی برابر (۰/۸۳) و ثبات درونی ($\alpha=0/92$) را گزارش کرده اند [۲۸]. پنج نوع روایی محتوا، هم زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد. نتایج آلفای کرونباخ پرسشنامه اضطراب در

و تاریخچه ای، داشتند. ترسهای اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش بینی نشده متمرکز است [۱۹]. CFT بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان شناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش ها و قابلیت های شفقت ورزی با نظام های مغزی تکامل یافته ای مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می باشد [۲۰]. محور اصلی CFT، پرورش ذهن شفقت ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت ها و ویژگی های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می دهد. بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونسی مراجعان با خودشان، بجای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجعان می شود [۲۱].

حقیقت درمان دارویی به دلیل ماهیت علامت محور بودن خود، نه تنها موفقیتی در درمان اساسی و قطعی اختلالات نداشته، بلکه عوارض دارویی ناشی از مصرف دراز مدت آنها نیز بر مشکل افزوده است [۲۲]. از آنجایی که مراقبان افراد مبتلا به سرطان نقش اصلی و اساسی در مراقبت، نظارت و مدیریت نشانه های تجربه شده در بیماران مبتلا به سرطان، حمایت و پیگیری درمان این بیماران ایفا می کنند [۲۳]. با توجه به مطلب مطرح شده این پژوهش با هدف اثر بخشی درمان شفقت متمرکز بر خود بر اضطراب و کیفیت زندگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان انجام گرفته است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه مراقبین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران که در سال ۱۳۹۹ از ماه های مهر تا آذر تشکیل داده است. که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه ۳۰ نفر برای هر گروه انتخاب شد [۲۴]. ملاک های ورود به مطالعه حاضر شامل رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در مطالعه، توانایی شرکت در جلسات و همکاری در انجام تکالیف، همکاری در تکمیل ابزارها، دامنه سنی بین ۲۰-۵۵، برخورداری از حداقل تحصیلات سیکل و برخورداری از ثبات و تعادل روان شناختی مناسب به منظور شرکت در مطالعه هم چنین برخورداری از ثبات جسمانی بود. ملاک های خروج از مطالعه حاضر شامل عدم تمایل برای شرکت در جلسات و غیبت بیش از سه جلسه در فرآیند آموزش ها، نداشتن توانایی شرکت در جلسات و عدم همکاری در انجام تکالیف و دریافت هر گونه آموزش یا درمان روانشناختی که جز برنامه این پژوهش نباشد، بود. روش اجرای پژوهش به

پژوهش حاضر [n=60] ۰/۸۹ به دست آمده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36

این پرسشنامه توسط (ویر و همکاران، ۱۹۸۸) طراحی شده است [۲۹]. یک پرسشنامه جامع جهت اندازه گیری کیفیت زندگی در تمامی مسائل مرتبط با بهداشت می باشد. این پرسشنامه ۸ بعد کیفیت زندگی را بررسی می کند که دارای ۳۶ گزینه بوده که توسط خود فرد یا از طریق مصاحبه تکمیل می گردد و در گروههای مختلف سنی و بیماریهای مختلف قابل اجرا است. پایایی و روایی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط ویر و همکارانش مورد تایید قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای پایایی و روایی بین‌المللی است و در ایران توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ترجمه و

پایایی و روایی بین‌المللی آن بررسی و تایید شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون پایایی آن در تمام ابعاد پرسشنامه به استثنایی بعد سر زندگی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ و برای بعد سر زندگی ۰/۶۵ بوده است [۳۰]. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است [۳۱].

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار "SPSS-21" استفاده گردید. روش آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی و در سطح آمار استنباطی از آزمون‌ها مدل تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه دستورالعمل اجرایی جلسات آموزشی درمان متمرکز بر شفقت

موضوع	مداخله
جلسه اول	اجرای پیش آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر گفتگو درباره هدفی تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
جلسه دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریس بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، 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 خودتخریب گرانه، آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت
جلسه چهارم	ترتیب آموذنیها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت ورز» یا «غیر شفقت ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های «پرورش ذهن شفقت ورزه، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران آموزش
جلسه پنجم	سبکها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان
جلسه ششم	آموزش مهارت های شفقت به شرکت کنندگان در حوزه های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورزه احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورزه ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم های مهم زندگی مانند پدر و مادر
جلسه هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که اجزای تصویرپردازی های شفقت ورز می توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیکهای تصویرپردازی ذهنی شفقت ورزه، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.
جلسه هشتم	جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون

پژوهش را نشان می دهند. میانگین و انحراف معیار سن در جدول ۳ ارائه شده است.

یافته های پژوهش

جداول زیر آماره های توصیفی شرکت کنندگان در

¹ .Statistical package of social sciences(spss)

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان در پژوهش

گروه مورد مطالعه					
P	جمع	کنترل	آزمایش		
۰/۹۵۳	۵۵ (۱۰۰)	۲۷ (۴۹/۱)	۲۸ (۵۰/۹)	زن	جنسیت
	۵ (۱۰۰)	۳ (۶۰)	۲ (۴۰)	مرد	
۰/۶۴۰	۵ (۱۰۰)	۲ (۴۰)	۳ (۶۰)	۲۰ تا ۲۵ سال	گروه سنی
	۱۵ (۱۰۰)	۸ (۵۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	۲۶ تا ۳۰ سال	
	۲۰ (۱۰۰)	۹ (۴۵)	۱۱ (۵۵)	۳۱ تا ۳۵ سال	
	۱۸ (۱۰۰)	۱۰ (۵۵/۶)	۸ (۴۴/۴)	۳۶ تا ۴۰ سال	
	۲ (۱۰۰)	۱ (۵۰)	۱ (۵۰)	۴۱ تا ۴۵ سال	
۰/۳۱۳	۵۹ (۱۰۰)	۲۹ (۴۹/۲)	۳۰ (۵۰/۸)	متاهل	وضعیت تاهل
	۱ (۱۰۰)	۱ (۱۰۰)	۰	مطلقه	
۰/۹۴۷	۱۰ (۱۰۰)	۵ (۵۰)	۵ (۵۰)	ابتدایی	میزان تحصیلات
	۲۰ (۱۰۰)	۱۱ (۵۵)	۹ (۴۲/۹)	راهنمایی	
	۷ (۱۰۰)	۴ (۵۷/۱)	۳ (۴۲/۹)	دبیرستان	
	۱۲ (۱۰۰)	۶ (۵۰)	۶ (۵۰)	دیپلم	
	۳ (۱۰۰)	۱ (۳۳/۳)	۲ (۶۶/۷)	فوق دیپلم	
	۶ (۱۰۰)	۱ (۳۳/۳)	۵ (۶۲/۵)	لیسانس	
۰/۸۷۷	۱ (۱۰۰)	۱ (۱۰۰)	۰	۲ نفر	تعداد اعضا خانواده
	۱۶ (۱۰۰)	۶ (۵۴/۵)	۵ (۴۵/۵)	۳ نفر	
	۴ (۱۰۰)	۲ (۵۰)	۲ (۵۰)	۴ نفر	
	۳۴ (۱۰۰)	۱۶ (۴۷/۱)	۱۸ (۵۲/۹)	۵ نفر	
	۱۰ (۱۰۰)	۵ (۵۰)	۵ (۵۰)	۶ نفر	
	۴۵ (۱۰۰)	۲۲ (۴۸/۹)	۲۳ (۵۱/۱)	ضعیف	
۱۰ (۱۰۰)	۵ (۵۰)	۵ (۵۰)	متوسط		
۵ (۱۰۰)	۳ (۶۰)	۲ (۴۰)	خوب		

تحصیلات بیشتری فراوانی ۲۰ نفر مربوط به افراد با میزان تحصیلات راهنمایی بود. از نظر تعداد اعضا خانواده بیشترین فراوانی ۳۴ نفر مربوط به افراد با تعداد اعضا خانواده ۵ نفر بود. از نظر وضعیت اقتصادی بیشترین فراوانی ۴۵ نفر مربوط به افراد با میزان تحصیلات ضعیف بود.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، از بین شرکت کنندگان در پژوهش ۵۵ نفر زن و ۵ نفر مرد بودند. از نظر گروه سنی بیشترین فراوانی ۲۰ نفر مربوط به افراد گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال بود. از نظر وضعیت تاهل بیشترین فراوانی ۵۹ نفر مربوط به افراد متاهل بود. از نظر میزان

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پنج بار نمره اندازه‌گیری نمره اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری اول
			میانگین	میانگین	میانگین
اضطراب	آزمایش	۳۰	۳۲/۹۰	۷/۱۵	۵/۷۴
	کنترل	۳۰	۳۳/۳۰	۷/۴۷	۶/۴۳
	کل	۳۰	۳۴/۱۰	۷/۲۵	۸/۳۷
کیفیت زندگی	آزمایش	۳۰	۴۰/۹۶	۴/۹۱	۴/۶۴
	کنترل	۳۰	۴۲/۸۶	۴/۶۰	۶/۴۳
	کل	۳۰	۴۴/۱۰	۴/۴۴	۷/۲۷

ان طوری که در جدول بالا نشان داده شده است، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب $(M= 51/48 \pm 18/20)$ ، $(M= 21/57 \pm 5/74)$ آزمایشی از میانگین نمره اضطراب در گروه کنترل در پس-آزمون و پیگیری به ترتیب $(M= 42/07 \pm 5/74)$ ، $(M= 6/84 \pm 4/64)$ ، $(M= 4/79 \pm 54/60)$ ، $(M= 51/57 \pm 5/74)$ بوده است.

در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب $(M= 51/48 \pm 18/20)$ ، $(M= 21/57 \pm 5/74)$ آزمایشی از میانگین نمره اضطراب در گروه کنترل در پس-آزمون و پیگیری به ترتیب $(M= 42/07 \pm 5/74)$ ، $(M= 6/84 \pm 4/64)$ ، $(M= 4/79 \pm 54/60)$ ، $(M= 51/57 \pm 5/74)$ بوده است.

جدول ۴. پیش فرض یکسانی کوواریانس ها و یکسانی واریانس ها (مولفه های اضطرابی)

سطح معناداری	F	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آزمون	پیش فرض
۰/۶۱۹	۰/۴۸۵	۴۲	۲	Levene	اضطراب
۰/۵۸۵	۰/۵۴۳	۴۲	۲	Levene	کیفیت زندگی

جدول ۵. تجزیه و تحلیل واریانس برای مقایسه نمره های افتراقی اضطراب و کیفیت زندگی نمره کل

اندازه اثر (مجذور اتا جزئی)	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۸۵۷	۱۲۵/۴۴۶**	۹۸۱/۶۶۷	۲	۱۹۶۳/۳۳۳	بین گروهی
		۷/۸۲۵	۴۲	۳۲۸/۶۶۷	درون گروهی
			۴۴	۲۲۹۲/۰۰۰	کل
۰/۷۷۷	۷۳/۳۴۰**	۲۳۵۲/۶۳۶	۲	۴۷۰۵/۲۷۳	بین گروهی
		۳۲/۰۷۸	۴۲	۱۳۴۷/۲۹۰	درون گروهی
			۴۴	۶۰۵۲/۵۶۳	کل

** $P < 0.01$

بحث و نتیجه گیری

در تعریف یادایا^۱ (۲۰۱۳) شفقت به خود، مهربانی و درک بدون قضاوت خشن در زمان‌های دشوار نسبت به خود است که به عنوان یک جایگزین برای انتقاد نسبت به خود و عزت نفس آرایه شده است. در حال حاضر، شفقت به خود، معانی متفاوتی دارد و به عنوان راهبردی برای تسکین اختلالات روانی، مورد علاقه پژوهشگران قرار گرفته است [۱۹]. برخی از محققین بین عزت نفس و شفقت به خود فرق می‌گذارند. برای مثال در زمانی که خوب عمل می‌کنیم و موفق می‌شویم، عزت نفس تمایل به افزایش یافتن دارد اما زمانی که بد عمل می‌کنیم شفقت به خود مهم است. همچنین شفقت به خود، بر نوعی هیجان ویژه نسبت به خود یعنی خود گرمی و خود مهربانی تأکید می‌ورزد [۲۳].

در بررسی‌هایی که انجام شده به این نتیجه رسیده اند که خود شفقتی از احساسات منفی که در تصویرسازی رویدادهای اجتماعی ناراحت کننده ایجاد می‌شود، جلوگیری می‌کند و همچنین واکنش فرد به رویدادهای منفی را کاهش می‌دهد و در برخی موارد مفیدتر از عزت نفس است. شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می‌دهد، زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می‌بیند. او در اینجا متوجه می‌شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان‌هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می‌گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است [۲۰]. زمانی که می‌پذیریم انسانی هستیم که به کل انسان‌ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم. پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان، بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام گردید. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که این روش مداخله اثربخشی معناداری در بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مراقبین کودکان مبتلا به سرطان پستان دارد. طبق نتایج این پژوهش، اضطراب گروه آزمایشی در مراحل پس آزمون و پیگیریهای انجام شده به طور معناداری پایینتر از گروه کنترل و کیفیت زندگی به طور معناداری در گروه آزمایش افزایش یافته است. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت شفقت نوعی تأثر از رنج دیگران و آگاهی یافتن از درد دیگران است به نحوی که فرد نسبت به دیگران احساس مهربانی پیدا کند و مشتاق تسکین درد و رنج آن‌ها باشد. در واقع، شفقت عبارت است از درک غیرقضاوتی افرادی که دچار خطا یا ناکامی هستند، به نحوی که اعمال و رفتار آن‌ها در بافت جایز الخطا بودن انسان، دیده می‌شود. به این ترتیب شفقت به خود عبارت است از متأثر شدن و آگاهی یافتن از رنج خود است و نه فرار یا قطع رابطه با آن و پدید آوردن تمایلی در خود برای تسکین رنج‌های خود و بهبودی آن‌ها از طریق مهر ورزی و صمیمیت با خود. به عبارت دیگر «مهر ورزی به خود» نوعی هم دلی و فهم غیر قضاوتی نسبت به دردها، رنج‌ها، اشتباهات و ناشایستگی‌های خود است، به نحوی که تجارب تلخ خود را به عنوان بخش بزرگ تری از تجارب انسانی ببیند [۲۲].

^۱. Yadavaia

5. Toledano-Toledano F, Luna D, Moral de la Rubia J, Martínez Valverde S, Bermúdez Morón CA, Salazar García M, Vasquez Pauca MJ. Psychosocial factors predicting resilience in family caregivers of Children with Cancer: A Cross-Sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jan; 18(2):748.
6. Jadidi R A, Hekmatpou D, Eghbali A, Memari F. The experiences of parents of children with leukemia: A qualitative research. *J Arak Uni Med Sci*. 2013; 15 (9):28-40.
7. Luo YH, Li WH, Cheung AT, Ho LL, Xia W, He XL, Zhang JP, Chung JO. Relationships between resilience and quality of life in parents of children with cancer. *Journal of Health Psychology*. 2021 Jan 31:1359105321990806.
8. Modanloo S, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A, Pourhossein gholi A. Assessment of family function among parents of children with cancer. *IJNR*. 2015; 10 (1):56-65.
9. Asadzandi M, Farahany SS, Abolghasemy H, Saberi M, Ebadi A. Effect of Sound Heart Model-based spiritual counseling on stress, anxiety and depression of parents of children with cancer. *Iran J Ped Hematol Oncol*. 2020; 10(2):96-106.
10. Toledano-Toledano F, Luna D, Moral de la Rubia J, Martínez Valverde S, Bermúdez Morón CA, Salazar García M, Vasquez Pauca MJ. Psychosocial factors predicting resilience in family caregivers of Children with Cancer: A Cross-Sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jan; 18(2):748.
11. Chung JO, Li WH, Cheung AT, Ho LL, Xia W, Chan GC, Lopez V. Relationships among resilience, depressive symptoms, self-esteem, and quality of life in children with cancer. *Psycho-Oncology*. 2021 Feb; 30(2):194-201.
12. Omani-Samani R, Vesali S, Navid B, Mohajeri M, Rafsanjani KA, Aghamaleki SZ, Mohammadi M. Adult cancer patients and parents of younger cancer patients have little information about fertility preservation: a survey of knowledge and attitude. *Middle East Fertility Society Journal*. 2021 Dec; 26(1):1-9.
13. Greenzang, K. A., Cronin, A. M., Kang, T. I., & Mack, J. W. (2018). Parental distress and desire for information regarding long-term implications of pediatric cancer treatment. *Cancer*, 124(23), 4529-4537.
14. Racine NM, Khu M, Reynolds K, Guilcher GM, Schulte FS. Quality of life in pediatric cancer survivors: contributions of parental distress and psychosocial family risk. *Current Oncology*. 2018 Feb; 25(1):41-8.

طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است [۱۹]. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه های شبیه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می شود از نمونه هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. این مطالعه بر روی بیماران بیمارستانهای تحت نظارت علوم پزشکی استان تهران اجرا شده است، پیشنهاد می شود پژوهشگران برای بسط یافته های این مطالعه، درمان مذکور را بر روی بیماران مشابه در سایر بیمارستانها اجرا کنند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت های مسئولین محترم بیمارستانهای امام حسین (ع) و بیمارستان امام خمینی استان تهران تقدیر و تشکر می نمایند. همچنین، از تمامی والدینی که در این پژوهش شرکت نمودند؛ کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

1. Kratz CP, Jongmans MC, Cavé H, Wimmer K, Behjati S, Guerrini-Rousseau L, Milde T, Pajtler KW, Golmard L, Gauthier-Villars M, Jewell R. Predisposition to cancer in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2021 Feb 1; 5(2):142-54.
2. Marcu LG, Chau M, Bezak E. How much is too much? Systematic review of cumulative doses from radiological imaging and the risk of cancer in children and young adults. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2021 Mar 2:103292.
3. Schraw JM, Desrosiers TA, Nembhard WN, Langlois PH, Meyer RE, Canfield MA, Rasmussen SA, Chambers TM, Spector LG, Plon SE, Lupo PJ. Cancer diagnostic profile in children with structural birth defects: An assessment in 15,000 childhood cancer cases. *Cancer*. 2020 Aug 1; 126(15):3483-92.
4. Nielsen MK, Christensen JF, Frandsen TL, Thorsteinsson T, Andersen LB, Christensen KB, Wehner PS, Hasle H, Adamsen LØ, Schmiegelow K, Larsen HB. Effects of a physical activity program from diagnosis on cardiorespiratory fitness in children with cancer: a national non-randomized controlled trial. *BMC medicine*. 2020 Dec; 18(1):1-2.

23. Jorjorzadeh M, Ehteshamzadeh P, Pasha R, Marashian FS. The Effectiveness of Religious-based Gender Justice Training and Compassion-focused Therapy on Psychological Capital of Girls with Delayed Marriage. *International Journal of Health Studies*. 2021 Apr 25; 7(2):17-23.
24. Sourmeh A, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The Effectiveness of Group-Based Compassion-Focused Therapy on Depression, Anxiety and Improving the Quality of Life in Women with Feminine Cancers. *Multidisciplinary Cancer Investigation*. 2020 Apr 10;4(2):21-7.
25. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory: Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanich Inc., San Diego: 1986.
26. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). TUMS Publications. 2008. May 15; 66(2):136-40.
27. Dadfar M, Kalibatseva Z. Psychometric properties of the Persian version of the Short Beck Depression Inventory with Iranian psychiatric outpatients. *Scientifica (Cairo)*. 2016; 2016:8196463.
28. Ghasemi M, Lotfollahzadeh H, Kermani-Ranjbar T, Kharazifard MJ. Effect of music practice on anxiety and depression of Iranian dental students. *Journal of Dentistry (Tehran, Iran)*. 2017 May; 14(3):138.
29. Janani K, Jain M, Vargese J, Srinivasan V, Harika K, Michael T, Venkataraman J. Health-related quality of life in liver cirrhosis patients using SF-36 and CLDQ questionnaires. *Clinical and experimental hepatology*. 2018 Dec; 4(4):232.
30. Blüthner E, Bednarsch J, Stockmann M, Karber M, Pevny S, Maasberg S, Gerlach UA, Pascher A, Wiedenmann B, Pratschke J, Pape UF. Determinants of quality of life in patients with intestinal failure receiving long-term parenteral nutrition using the SF-36 questionnaire: a German single-center prospective observational study. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2020 Feb; 44(2):291-300.
31. Al-Ibrahimya AS, Rabea S. Evaluation of General Health Status in Diabetic Patients Using Short Form Health Survey (SF-36). *Current Diabetes Reviews*. 2020 Aug 14.
15. Barrera M, Hancock K, Atenafu E, Alexander S, Solomon A, Desjardins L, Shama W, Chung J, Mills D. Quality of life in pediatric oncology patients, caregivers and siblings after psychosocial screening: a randomized controlled trial. *Supportive care in Cancer*. 2020 Aug;28(8):3659-68
16. Atun R, Bhakta N, Denburg A, Frazier AL, Friedrich P, Gupta S, Lam CG, Ward ZJ, Yeh JM, Allemani C, Coleman MP. Sustainable care for children with cancer: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology*. 2020 Apr 1; 21(4):e185-224.
17. Van Warmerdam J, Zabih V, Kurdyak P, Sutradhar R, Nathan PC, and Gupta S. Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. *Pediatric blood & cancer*. 2019 Jun; 66(6):e27677.
18. Tabibzadeh F, Soleimani E, Shiroudi S. The effectiveness of compassion-focused therapy on cancer fatigue and self-care behaviors of cancer patients. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021 Feb 10; 9(12):75-84.
19. Sadeghpour A, Seif AA, Shahriariahmadi A. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and mindfulness training on post-traumatic developmental disorder and cancer burnout in cancer patients. *Journal of psychologicalscience*. 2020 Apr 10; 19(86):193-202.
20. Sanagouye Moharer G, Shirazi M, Kia S, Karami Mohajeri Z. The effect of compassion focused training on hope, life satisfaction and alexithymia of delinquent female adolescents. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2020 Aug 10; 8(3):46-56.
21. Khalifesoltani F, Hajjalizadeh K, Ahadi H, Tavakolizadeh J, Goli F, Ebrahimi A, Hajivosough NS, Mohseni S, Sharbafchizadeh M, Sadeghi S, Zanjani HA. Comparing the Effectiveness of Self-Efficacy-Based Training and Compassion-Focused Therapy on Depression, Self-Care Behaviors and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Body, Mind and Culture*.
22. Behvandi N, Khayatan F, Gol Parvar M. Comparing the Effectiveness of Compassionate Emotion-Based Integrated Therapy With Compassion Focused Therapy on Perfectionism and Intolerance of Uncertainty Irrational Beliefs in Patients With Early Headache Symptoms.