AJNMC
Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care
Avicenna J Nurs Midwifery Care, 2025; 33(3): 197-206. Doi: 10.32592/ajnmc.33.3.197
https://nmj.umsha.ac.ir

UMSHA Press

Original Article

Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Parent-Child Relationship, Child's Quality of Life, and Emotional Empathy among Mothers of Children with Cancer

Samaneh Bahrani Tanha[1], Hajar Torkan[1*], Seyed Ali Kolahdozan[2]

1. Department of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Faculty of Psychology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Article history:
Received: 21 April 2025
Revised: 26 May 2025
Accepted: 15 July 2025
ePublished: 20 September 2025

***Corresponding author:**
Hajar Torkan, Department of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: h.torkan@iau.ac.ir

Abstract

Background and Objective: The present research aimed at investigating the effectiveness of compassion-based therapy on the parent-child relationship, the quality of life of the child, and emotional empathy among mothers of children suffering from cancer.

Materials and Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a one-month follow-up, conducted with both an experimental and a control group. The sample consisted of 36 mothers of children with cancer who visited Omid Hospital in Isfahan, Iran, during the second 6 months of 2023. Participants were selected using a convenience sampling method and randomly assigned to either an experimental group (receiving compassion-based therapy and acceptance and commitment-based treatment) or a control group. Mehrabian and Epstein's Emotional Empathy Questionnaire (1972), Pianta's Parent-Child Relationship Scale (1994), and Varney, Syed, and Curtin's Quality of Life Scale (2003) were used to collect data. The collected data were analyzed using the analysis of covariance method in SPSS software (version 23).

Results: According to the results of this study, the mean scores for emotional empathy and the parent-child relationship in the intervention group showed a significant increase in both the immediate post-intervention phase and at the one-month follow-up, compared to the pre-intervention phase ($P<0.01$). In contrast, no statistically significant difference was observed in the control group at the specified time points ($P<0.01$). However, there were no significant differences in the mean scores of children's quality of life between the experimental and control groups across the pre-test, post-test, and follow-up assessments ($P<0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, it can be concluded that compassion-based therapy is an appropriate treatment for reducing problems experienced by mothers of children with cancer.

Keywords: Compassion-based therapy, Emotional empathy, Parent-child relationship, Quality of life

Copyright © 2025 Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

Extended Abstract

Background and Objective

Pediatric cancer places both parents and children at risk for psychosocial difficulties, including a specific risk for diminished quality of life. The present research aimed to investigate the effectiveness of compassion-based therapy in improving the parent-child relationship, enhancing the child's quality of life, and fostering emotional empathy among mothers of children with cancer.

Materials and Methods

This quasi-experimental study, which included a control group and employed a pre-test-post-test design, was conducted on a research population consisting of all mothers of children with cancer and their children who were referred to Omid Hospital in Isfahan, Iran, in the year 2023. The research sample included a group of mothers of children with cancer who were willing to participate in the study and met the inclusion criteria. Inclusion criteria consisted of literacy, no participation in other educational or writing courses, and a diagnosis of childhood cancer for at least six months. Exclusion criteria included having known psychiatric disorders and missing more than two sessions during the treatment period. After providing the necessary explanations and obtaining written consent, the participants were divided into two control and experimental groups. Both groups completed the demographic information form, and Mehrabian and Epstein's Emotional Empathy Questionnaire (1972); Pianta's Parent-Child Relationship Scale (1994); and Varney, Sayed, and Curtin's Children's Quality of Life Scale (2003) via self-report. Subsequently, the Gilbert (2014) Compassion-Based Therapy protocol was administered to the experimental group across eight weekly sessions, each lasting 90 minutes, over a period of two months. The description of the intervention sessions was adapted from Paul Gilbert's Compassion-Focused Therapy. After the intervention ended, both groups completed the questionnaires, with a follow-up one month later. To prevent the transfer of educational materials from the intervention sessions to the control group, at the beginning of the first session, participants were asked not to share the materials with others. This was while the control group received no psychological intervention during the research. The control group was assured that they would also receive these interventions after the research process was completed. Both groups were also assured that their information would remain confidential and no names would be required. After the research was completed, the control group was invited to receive the intervention. Eight mothers attended the intervention sessions and received compassion-based therapy free of charge. The normality of the data was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. Statistical analyses were performed using the covariance method and an independent t-test with SPSS software (version 23). A $P<0.05$ was considered statistically significant in this study.

Results

The mean age of the control group was 36.2 ± 60.87 years, while that of the intervention group was 37.2 ± 27.86 years. Around 41.7% of participants in the experimental group and 30% in the control group held a high school diploma. According to the results, the scores for emotional empathy and parent-child relationship significantly increased in the post-test stage within the experimental group ($P<0.01$). However, the differences in means between the pre-test and post-test, as well as between the pre-test and follow-up, were not significant in the control group ($P<0.01$). The difference in quality of life in the experimental and control groups was not significant in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up. As can be seen, in the variables of emotional empathy and parent-child relationship, the mean scores of the post-test stage compared to the follow-up in the experimental group were not significant ($P<0.05$). Therefore, it can be said that the effect of treatment on all variables of emotional empathy and parent-child relationship in individuals remained stable one month after training.

Conclusion

Overall, it can be concluded that compassion-based therapy is an appropriate treatment for reducing problems experienced by mothers of children with cancer.

Please cite this article as follows: Bahrani Tanha S, Torkan H, Kolahdozan SA. Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Parent-Child Relationship, Child's Quality of Life, and Emotional Empathy among Mothers of Children with Cancer. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025; 33(3): 197-206 DOI: 10.32592/ajnmc.33.3.197

AJNMC
مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا
دوره ۳۳، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۴، صفحات: ۲۰۶-۱۹۷
https://nmj.umsha.ac.ir
UMSHA Press

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر رابطه والد–کودک، کیفیت زندگی کودک و همدلی عاطفی مادران دارای کودک مبتلابه سرطان

سمانه بهرانی تنها[۱]، هاجر ترکان[۱*]، علی کلاهدوزان[۲]

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. گروه روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۰۱
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۰۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۲۴
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** هاجر ترکان، روه روان‌شناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

ایمیل: h.torkan@iau.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر رابطه والد-کودک، کیفیت زندگی کودک و همدلی عاطفی مادران دارای کودک مبتلابه سرطان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با آزمون پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۶ نفر از بین مادران دارای کودک مبتلابه سرطان بود که طی ۶ ماه دوم ۱۴۰۲ به بیمارستان امید شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جای‌گزین شدند. از پرسش‌نامه همدلی عاطفی مهرابیان و اپستاین (۱۹۷۲)، مقیاس رابطه والد-فرزند پیانتا (۱۹۹۴) و مقیاس کیفیت زندگی کودکان وارنی، سید و کورتین (۲۰۰۳) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد و با نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس (نسخه ۲۳) و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: طبق نتایج حاصل از این مطالعه، میانگین نمره همدلی عاطفی و رابطه والد-کودک در گروه مداخله در مرحله بلافاصله بعد مداخله و یک ماه پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معناداری نشان داده است (P<۰/۰۱)؛ درحالی‌که در گروه کنترل در زمان‌های بیان‌شده تفاوت آماری معناداری دیده نشد (P>۰/۰۱). در گروه آزمایش و کنترل تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره کیفیت زندگی کودکان معنادار نبود (P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت، درمان مناسب برای کاهش مشکلات مادران ناشی از سرطان فرزندان است.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، همدلی عاطفی، رابطه والد–کودک و کیفیت زندگی

استناد: بهرانی تنها، سمانه؛ ترکان، هاجر؛ کلاهدوزان، علی. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر رابطه والد-کودک، کیفیت زندگی کودک و همدلی عاطفی مادران دارای کودک مبتلابه سرطان. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۴؛۳۳(۳): ۲۰۶-۱۹۷

مقدمه

سرطان Cancer بیماری ناتوان‌کننده و شایعی است که یکی از علل اصلی مرگ کودکان در کشورهای توسعه‌یافته و درحال‌توسعه است. این بیماری حدود چهار درصد از مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال و سیزده درصد از کودکان پنج تا پانزده‌ساله را در جمعیت ایران شامل می‌شود. سرطان دومین عامل مرگ‌ومیر در آمریکا و سومین عامل مرگ‌ومیر در ایران است [۱]. سرطان با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود که سلول‌ها به‌طور غیرطبیعی تکثیر می‌یابند و در محیط اطراف به رشد نامنظم خود ادامه می‌دهند. درواقع، سرطان نوعی بیماری با علتی خاص نیست، بلکه به گروهی از بیماری‌ها با علائم، تظاهرات، درمان و پیش‌آگهی‌های مختلف اشاره دارد. مواجهه با سرطان به‌خودی‌خود می‌تواند به‌عنوان حادثه‌ای تنش‌زا، جنبه‌های مختلف سلامت فردی بیمار ازجمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی وی را به مخاطره بیندازد [۲].

این بیماری تهدیدکننده زندگی، در دوره کودکی، والدین به‌ویژه مادران را به‌عنوان مراقبان اصلی، با مشکلات متعدد و پیچیده‌ای مواجه می‌سازد [۳]. درواقع، مادران در مقایسه با پدران، بیشتر با مشکلات رفتاری کودک مبتلابه سرطان درگیرند و استرس

و بحران‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند [۴]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد مراقبت از کودک مبتلابه سرطان تنش زیادی برای والدین به همراه دارد؛ به‌نحوی‌که سبب پیدایش مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی نظیر استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده وی می‌شود [۵]. بر همین اساس، پژوهشگران بر این باورند که باید مداخلات روان‌شناختی مناسبی برای والدین (به‌خصوص مادران) کودکان سرطانی به کار گرفته شود [۶].

به‌علاوه، یکی از عناصر کلیدی و جامع در مدل مراقبت اولیه زیستی-روانی-اجتماعی، که نقش مهمی در بهبود و سلامت افراد ایفا می‌کند، همدلی است [۷، ۸]. همدلی Sympathy ظرفیت شخص در احساس و ادراک آنچه دیگری احساس می‌کند [۹]، توانایی درک عواطف فرد دیگر و نشان دادن واکنش مناسب به آن است [۱۰]. همچنین، پاسخی عاطفی است که از درک یا فهم حالت یا شرایط هیجانی دیگری نشئت می‌گیرد و شبیه چیزی است که دیگری احساس می‌کند یا انتظار می‌رود که احساس کند [۱۱]. همدلی دو مؤلفه مهم دارد: نخست، مؤلفه شناختی (درک احساسات دیگران مانند شناسایی و فهم آنچه فرد دیگر فکر یا احساس می‌کند بدون لزوم پاسخ عاطفی) و دوم، مؤلفه عاطفی (پاسخ هیجانی متناسب مشاهده‌گر به حالت هیجانی شخص دیگر مانند آگاه بودن و هم‌آوا شدن با احساسات شخص دیگر). مطالعات متعدد نشان داده که همدلی با تنظیم هیجان مرتبط است [۱۲]. یو و همکاران Yoo et al (۲۰۱۳) بر این باورند که همدلی عاطفی Emotional empathy و ابراز هیجان مادران موجب رشد همدلی و رفتارهای جامعه‌پسند در سنین نوجوانی و بزرگ‌سالی فرزندان می‌شود [۱۳] و به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و بهبود رفتارهای دوستانه و صمیمانه با دیگران می‌انجامد [۱۴].

پژوهش‌ها نشان داده است که مشکلات حاکم بر روابط والد-کودک Parent-child relationships ، والدین را مستعد حالات خودسرزنشی و تردید درباره توانایی و خودکارآمدی‌شان می‌کند و این امر نقش مهمی در ابعاد مختلف آموزشی کودک دارد [۱۵]. پژوهش مدان، هاله و ابتا Meadan, Halle & Ebata (۲۰۱۰) نشان داد که وجود کودک مشکل‌دار در خانواده، والدین را متحمل تنیدگی‌های جسمانی و روانی ازجمله استرس می‌کند. خانواده اولین پایه‌گذار شخصیت، ارزش‌ها و معیارهای فکری است و رابطه والدین با فرزندان نقش مهمی در سلامت روان آن‌ها دارد؛ به این معنا که رابطه والد-کودک، به‌طور ویژه رابطه مادر-کودک، از اهمیت بسزایی برخوردار است [۱۶]. بنابراین، کیفیت تربیتی و روابط والد-کودک در سال‌های اولیه کودکی، مبنای تحول شناختی، اجتماعی و هیجانی آینده او را پایه‌گذاری می‌کند [۱۷]. از سوی دیگر، فشارهای روانی ناشی از بیماری کودک در برخی از والدین به حدی می‌رسد که آنان از آرامش بخشیدن به کودک ناتوان می‌شوند و از به‌کارگیری تدابیری که باعث بهبود کیفیت زندگی کودک می‌شود بازمی‌مانند [۱۸].

کیفیت زندگی کودکان را می‌توان به‌عنوان موقعیتی چندبعدی در نظر گرفت که عملکردهای اجتماعی، هیجانی و جسمی کودک از زیرمجموعه‌های آن است و درحقیقت مفهومی است که به تغییرات رشدی حساس است [۱۹]. کیفیت زندگی به معنای احساس خوب بودن ذهنی است. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: درک فرد از موقعیت خود در زندگی، در بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و درک وی از اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش [۲۰]. بدون فراهم کردن کیفیت زندگی و نیازهای اساسی در دوره کودکی، توقع داشتن یک زندگی باکیفیت در دوره بزرگ‌سالی فرد واقع‌بینانه نیست [۱۹].

تاکنون درمان‌های متعددی به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی گزارش شده است که ازجمله می‌توان به درمان شفقت اشاره کرد [۲۱]. درمان مبتنی بر شفقت Compassion-based therapy یکی از درمان‌های جدید است که اثربخشی کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگرانی همچون عجم و همکاران (۱۳۹۳)، حیدری و همکاران (۱۴۰۲)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داده شده است [۲۲-۲۴].

براساس نتایج پژوهش‌های این محققان، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌طور معناداری سطح امید، عزت‌نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشد و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد. باید یادآور شد که شفقت به خود نیز برخوردی توأم با محبت و پذیرفتن ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود است [۲۵] و سه مؤلفه اصلی دارد: در وهله اول، شامل مهربانی با خود و درک خود در سختی‌ها یا در زمان مشاهده نابسندگی‌ها است؛ دوم، شفقت به خود همراه با عطف توجه به مشترکات انسانی است و رنج و شکست را از ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر می‌پندارد؛ و سرانجام، آگاهی متعادل درباره احساسات خود، از مؤلفه‌های شفقت به خود است که به بیان دیگر، توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک (به جای اجتناب از آن‌ها) بدون اغراق، درام یا ترحم به حال خود را دربرمی‌گیرد [۲۶]. بنابراین، با توجه به اینکه مادرانی که کودک مبتلابه سرطان دارند از سطح امیدواری و به تبع آن از سطح معنای زندگی پایینی برخوردارند و همچنین از عواطف منفی و سلامت روان پایین رنج می‌برند و درمان مبتنی بر شفقت بر بُعد مثبت این مؤلفه‌ها اثرگذار است، طبق پژوهش‌های انجام‌شده، به نظر می‌رسد انجام دادن این درمان برای مادران کودکان مبتلابه سرطان اهمیت بسیاری دارد.

بنابراین، با توجه به اینکه طبق پژوهش‌های ذکرشده، مادران کودکان مبتلابه سرطان از فقدان لذت و معنا در زندگی رنج می‌برند و درمان مبتنی بر شفقت، روی این مؤلفه‌ها اثرگذار است، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر رابطه والد-کودک، کیفیت زندگی کودک و همدلی عاطفی مادران دارای کودک مبتلابه سرطان انجام شد.

روش کار

این مطالعه، پژوهشی نیمه‌تجربی با گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون است که جامعه پژوهش آن را مادران دارای کودک مبتلابه سرطان به همراه کودکانشان که به بیمارستان امید اصفهان در سال ۱۴۰۲ مراجعه کردند، تشکیل دادند. نمونه‌های پژوهش، گروهی از مادران دارای کودک مبتلابه سرطان بودند که به شرکت در مطالعه تمایل داشتند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم شرکت در سایر دوره‌های آموزشی و گذشت حداقل شش ماه از تشخیص ابتلا به سرطان کودک بود. ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شناخته‌شده و غیبت بیش از دو جلسه در دوره درمان نیز از معیارهای خروج از مطالعه بود. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور مبتنی بر آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری، برای انجام دادن آزمون در سطح معناداری ۵ درصد (α=۰/۰۵)، با توان آزمون ۸۰ درصد (β=۰/۲) و اندازه اثر متوسط (d=۰/۲۵) و ۲ بار تکرار، ۳۶ نفر (دو گروه هجده‌نفری) به دست آمد. نمونه‌ها ابتدا به روش نمونه‌گیری آسان با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، وارد پژوهش شدند. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند؛ بدین صورت که محقق از ابتدا مشخص کرد افرادی که عدد زوج به آن‌ها تعلق بگیرد، در گروه آزمون و افرادی که نمره فرد به آن‌ها تعلق بگیرد، در گروه کنترل قرار بگیرند.

برای جمع‌آوری اطلاعات، از فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه همدلی عاطفی مهرابیان و اپستاین (۱۹۷۲)، مقیاس رابطه والد-فرزند پیانتا (۱۹۹۴) و مقیاس کیفیت زندگی کودکان وارنی، سید و کورتین (۲۰۰۳) استفاده شد. فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن و سطح تحصیلات بود.

پرسش‌نامه همدلی عاطفی مهرابیان و اپستاین در سال ۱۹۷۲ ساخته شد که این مقیاس ۳۳ گویه دارد و ۱۷ گویه آن، همدلی را به‌صورت مثبت، و ۱۶ گویه آن را به‌صورت منفی ارزیابی می‌کند [۲۷]. این مقیاس شامل عوامل همدلی واکنشی، همدلی بیانی، همدلی مشارکتی، اثرپذیری عاطفی، ثبات عاطفی، همدلی با دیگران و کنترل است. گویه‌ها به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» از ۵ تا ۱ نمره‌گذاری می‌شوند [۲۸]. مهرابیان و اپستاین (۱۹۷۲) روی ۲۰۲ زن و مرد ضریب پایایی ۰/۸۴ را گزارش کرده‌اند [۲۷]. زرشقایی، نوری و عریضی (۱۳۸۹) نیز اعتبار مقیاس را به روش آزمون و بازآزمایی مناسب ارزیابی کرده‌اند. پایایی این پرسش‌نامه به روش ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۳ گزارش شد [۲۹].

مقیاس رابطه والد-فرزند را پیانتا برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخت و شامل ۳۳ گویه است که ادراک والدین را درباره رابطه خود با کودک می‌سنجد [۳۰]. این مقیاس دارای حوزه‌های نزدیکی (۱۰ گویه)، وابستگی (۶ گویه)، تعارض (۱۷ گویه) و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) است. این مقیاس، پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی است و برای سنجش رابطه والد–کودک در تمام سنین استفاده می‌شود. نزدیکی بیانگر ادراک مادر از رابطه گرم، عاطفی و ارتباط نزدیک با فرزندش است، وابستگی بیانگر ادراک مادر از میزان وابستگی بیش‌ازحد کودک به والدین است، و تعارض بیانگر درجه‌ای است که مادر احساس می‌کند رابطه نامطلوب و منفی با فرزندش دارد. این پرسش‌نامه دارای مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به‌صورت ۱ تا ۵ است. رابطه مثبت کلی، که همان نمره کل است، از مجموع نمره‌های حوزه نزدیکی و معکوس نمره‌های حوزه تعارض و وابستگی به دست می‌آید. دریکسول و پیانتا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را در هریک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به‌ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند [۳۱، ۳۲]. در پژوهش عاشوری و احمدیان، روایی این مقیاس ۰/۷۱ و ضریب پایایی آن در حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به‌ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۸۱ و ۰/۷۲،به دست آمده است [۳۳]. در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی کودکان scales core generic ™ PedsQL 4.0 مربوط به گروه سنی دو تا شانزده سال است که وارنی و همکاران (۲۰۰۱) آن را تهیه و تدوین کردند و ابزاری ۲۳گویه‌ای است که کیفیت زندگی کودکان را در چهار خرده‌مقیاسِ عملکرد جسمانی (۸ گویه)، عملکرد عاطفی (۵ گویه)، عملکرد اجتماعی (۵ گویه) و عملکرد مدرسه (۵ گویه) اندازه‌گیری می‌کند. پرسش‌نامه دو فرم دارد: فرم خودسنجی آن برای کودکان هشت تا دوازده‌ساله به کار می‌رود و فرم گزارش‌دهی را والدین همان کودکان پر می‌کنند. پرسش‌نامه به‌گونه‌ای طراحی شده است که هر عبارت، وجود مشکلی خاص را در یک ماه گذشته بررسی می‌کند. پاسخ‌ها به‌صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای شامل هرگز (۴)، خیلی کم (۳)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۱) و همیشه (۰) است. نمره به‌دست‌آمده برای هر زیرمقیاس بین صفر تا صد است. برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، ابتدا در هر عبارت به این صورت نمره داده شد: هرگز: نمره ۱۰۰، خیلی کم: نمره ۷۵، گاهی اوقات: نمره ۵۰، اغلب: نمره ۲۵ و همیشه: نمره صفر. نمره کمتر از ۲۵، مطرح‌کننده کیفیت پایین زندگی، نمره ۲۵ تا ۷۵ نشان‌دهنده کیفیت متوسط زندگی و نمره بالاتر از ۷۵ مطرح‌کننده زندگی باکیفیت است. جمع نمره‌های عبارات ۱ تا ۸ تقسیم‌بر ۸، زیرمقیاس عملکرد فیزیکی را نشان می‌دهد. جمع نمره‌های عبارات ۹ تا ۱۳ تقسیم‌بر ۵، زیرمقیاس عملکرد عاطفی را نشان می‌دهد. جمع نمره‌های عبارات ۱۴ تا ۱۸ تقسیم‌بر ۵، زیرمقیاس عملکرد اجتماعی را نشان می‌دهد. جمع نمره‌های عبارات ۱۹ تا ۲۳ تقسیم‌بر ۵ نیز زیرمقیاس عملکرد تحصیلی را نشان می‌دهد. همچنین، جمع نمره‌های عبارات ۱ تا ۸

تقسیم‌بر ۸، زیرمقیاس کلی سلامت جسمانی، و جمع نمره‌های عبارات ۹ تا ۲۳ تقسیم‌بر ۱۵، زیرمقیاس کلی سلامت روان‌شناختی را نشان می‌دهد. جمع نمره‌های تمام عبارات تقسیم‌بر ۲۳، نمره کل را نشان می‌دهد [۳۴]. در مطالعه وارنی و همکاران (۲۰۰۳) آلفای کرونباخ نسخه کودکان ۰/۸۸ و نسخه والدین ۰/۹۰ گزارش شد [۳۵]. در پژوهش محمدیان و همکاران (۲۰۱۵)، پایایی پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی کودکان در کل ابزار ۰/۸۴ و در چهار زیرمقیاس عملکرد جسمانی ۰/۸۰، عملکرد عاطفی ۰/۸۶، عملکرد اجتماعی ۰/۸۳ و عملکرد مدرسه ۰/۸۸ به دست آمد [۳۶].

برای انجام دادن این مطالعه، پژوهشگر پس از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق و کسب معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) برای بیمارستان امید اصفهان، به محیط پژوهش مراجعه کرد. سپس پژوهشگر با مراجعه به مسئولان بیمارستان و ارائه معرفی‌نامه و توضیح درباره پژوهش و اهداف آن، همکاری آن‌ها را جلب کرد. پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های مختلف در ساعات مشخصی از روز، به مادران دارای کودک مبتلابه سرطان، که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، روش انجام دادن پژوهش و اهداف آن را توضیح داد و از نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه دعوت کرد. پس از ارائه توضیحات لازم و اخذ رضایت‌نامه کتبی از آنان و پس از تقسیم نمونه‌ها به دو گروه کنترل و آزمون، داوطلبان هر دو گروه فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه همدلی عاطفی مهرابیان و اپستاین (۱۹۷۲)، مقیاس رابطه والد-فرزند پیانتا (۱۹۹۴) و مقیاس کیفیت زندگی کودکان وارنی، سید و کورتین (۲۰۰۳) را به شیوه خودگزارش‌دهی پر کردند. سپس برای گروه آزمون پروتکل درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) در طی ۸ جلسه نوددقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه به مدت دو ماه اجرا شد. شرح جلسات مداخله، برگرفته از کتاب «درمان متمرکز بر شفقت به خود» گیلبرت [۳۷] بود و به‌طور خلاصه در جدول ۱ آمده است. در پژوهش باقری و همکاران (۱۴۰۱) [۳۸] تأیید روایی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش مشخص شده است. پس از پایان مداخله و یک ماه پس از پایان مداخله، هر دو گروه به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. برای جلوگیری از انتقال مطالب آموزشی ارائه‌شده در جلسات گروه مداخله به گروه کنترل، در ابتدای جلسه نخست از شرکت‌کنندگان خواسته شد مطالب را به دیگران منتقل نکنند. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی در طول اجرای پژوهش دریافت نکردند. به گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. به هر دو گروه نیز اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. پس از اتمام پژوهش، از گروه کنترل برای دریافت مداخله دعوت شد. تعداد ۸ مادر در جلسات مداخله حاضر شدند و درمان مبتنی بر شفقت را به‌صورت رایگان دریافت کردند.

برخی مفاد اخلاقی در بخش اجرایی این پژوهش، احترام به کرامت و حریم خصوصی افراد، محرمانه بودن داده‌های جمع‌آوری‌شده، توضیح اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها، کسب رضایت آگاهانه، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آزمودنی‌ها بود. درنهایت، داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تجزیه‌وتحلیل شدند. برای توصیف متغیرهای کمّی، از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بنفرونی و تی مستقل برای تعیین معناداری تفاوت بین میانگین نمره رابطه والد-کودک، کیفیت زندگی کودک و همدلی عاطفی قبل و بعد از اجرای مداخله استفاده شد. سطح معناداری در تمام آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی گروه کنترل ۶۰/۸۷±۳۶/۲ و گروه مداخله ۲۷/۸۶±۳۷/۲ سال بود. ۴۱/۷ درصد از افراد گروه آزمایش و ۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان گروه کنترل دیپلم داشتند. میانگین و انحراف متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

شاخص‌های آماری مقیاس	آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت)		کنترل		t	سطح معناداری
	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
همدلی عاطفی	پیش‌آزمون	۱۰۶/۹۱	۷/۱۵	۱۰۵	۶/۸۲	۰/۶۷۲	۰/۵۰۹
	پس‌آزمون	۱۱۲/۹۱	۱۰/۷۰	۱۰۴/۸۳	۶/۶۸	۲/۲۱۸	۰/۰۳۷
	پیگیری	۱۱۳/۵۰	۹/۴۱	۱۰۴/۸۳	۶/۶۵	۲/۶۰۰	۰/۰۱۶
	(تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر)	F=۱۳/۶۶۲	p=۰/۰۰۳	F=۰/۳۷۹	p=۰/۵۵۱		
رابطه والد-کودک	پیش‌آزمون	۱۱۸/۳۳	۱۶/۰۱	۱۱۴/۵۸	۹/۲۷	۰/۷۰۲	۰/۴۹۰
	پس‌آزمون	۱۲۸	۱۴/۶۱	۱۱۴/۳۳	۹/۲۵	۲/۷۳۷	۰/۰۱۲
	پیگیری	۱۲۸/۴۱	۱۴/۳۹	۱۱۴/۳۳	۹/۲۷	۲/۸۵۱	۰/۰۰۹
	(تحلیل واریانس	F=۹۱/۹۰۲	p=۰/۰۰۱	F=۰/۳۷۱	p=۰/۵۵۵		

	اندازه‌های مکرر)						
کیفیت زندگی کودک	پیش‌آزمون	۶۳/۷۵	۸/۶۷	۵۹/۸۳	۱۰/۴۵	۰/۹۹۹	۰/۳۲۹
	پس‌آزمون	۶۰/۳۳	۹/۰۱	۵۹/۸۱	۱۰/۴۱	۰/۸۷۸	۰/۳۸۹
	پیگیری	۶۲/۸۳	۸/۰۲	۶۰/۶۶	۱۰/۰۸	۰/۵۸۲	۰/۵۶۶
	(تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر)	F=۹/۴۸۳	p=۰/۰۱۰	F=۰/۵۵۵	p=۰/۴۹۸		

جدول ۲: محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	اهداف	محتوای جلسات	تکالیف
اول	آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی	آشنایی با لیدر و اعضای گروه، معرفی برنامه، توضیح اهداف و وضع قراردادها، اجرای پیش‌آزمون، معرفی اجمالی درمان مبتنی بر شفقت، سیستم‌های سه‌گانه تنظیم هیجان	پایش سیستم‌های تنظیم هیجانی خود
دوم	معرفی شفقت به خود و خودانتقادی	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش ویژگی‌های شفقت (مهربانی و همدلی)	پایش رفتارهای خود براساس دو ویژگی مطرح‌شده
سوم	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود	بررسی تکالیف جلسه قبل، ویژگی‌های شفقت (شجاعت و عقلانیت)، ترس از شفقت	پایش رفتارهای خود براساس دو ویژگی مطرح‌شده
چهارم	معرفی تصویرسازی ذهنی	بررسی تکالیف جلسه قبل، اهمیت تصویرسازی و تکنیک‌های عملی، ذهن‌آگاهی، تنفس آرام‌بخش	انجام دادن تنفس آرام‌بخش و ذهن‌آگاهی
پنجم	آموزش تصویرسازی و رفتار مشفقانه	بررسی تکالیف جلسه قبل، تصور مکان آرام‌بخش، تصور خودمشفق، تصور شفقت به دیگران، رفتار مشفقانه	انجام دادن تصویرسازی‌ها و تمرین رفتار
ششم	آموزش نامه‌نگاری مشفقانه	بررسی تکالیف جلسه قبل، تصور رفتار مشفقانه دیگران با خود، تصور شفقت از مشفق ایدئال	انجام دادن تصویرسازی‌ها و نامه‌نگاری مشفقانه
هفتم	توضیح ترس از شفقت و شناسایی افکار مانع شفقت به خود	تمرین مهارت‌های فراگرفته‌شده، ترس از شفقت به خود، شناسایی افکار ممانعت‌کننده از پرورش خودمشفق و کار روی آن، جست‌وجوی موانع دیگر پرورش ذهن شفقت‌ورز	تمرین کار با صندلی و تصویرسازی مشفقانه
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در جلسات و پس‌آزمون	تمرین مهارت‌های فراگرفته‌شده، اجرای پس‌آزمون، نظرخواهی درباره برنامه و اجرای جلسه مهمانی پایان برنامه و درنهایت، تقدیر از شرکت‌کنندگان	-

طبق جدول ۲، نمره‌های همدلی عاطفی، رابطه والد-کودک و کیفیت زندگی کودک در گروه آزمایش بر اثر مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های همدلی عاطفی معنادار است (P<۰/۰۱)، اما در گروه کنترل معنادار نیست (P=۰/۶۸۹). مقایسه بین‌گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های همدلی عاطفی، بین گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار است (P<۰/۰۱). بنابراین، می‌توان گفت برنامه درمانی بر همدلی عاطفی مادران کودکان مبتلابه سرطان اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور اتا، میزان این تأثیر ۳۶/۵ درصد است.

همچنین، در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های رابطه والد-کودک معنادار است (P<۰/۰۱)، اما در گروه کنترل معنادار نیست (P=۰/۵۵۵). مقایسه بین‌گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های رابطه والد-کودک، بین گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار است (P<۰/۰۱). بنابراین، می‌توان گفت برنامه درمانی بر رابطه والد-کودک مادران کودکان مبتلابه سرطان اثر داشته و آن را افزایش داده است. با توجه به مقدار مجذور اتا، میزان این تأثیر ۷۷/۴ درصد است.

در گروه آزمایش و کنترل تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره کیفیت زندگی کودکان معنادار نیست (P>۰/۰۵). مقایسه بین‌گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره کیفیت زندگی کودکان بین گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار نیست (۰/۷۹۰ و P=۰/۷۳۵). بنابراین، می‌توان گفت برنامه درمانی بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلابه سرطان اثر نداشته است. مطابق نتایج جدول ۳، در گروه آزمایش، نمره همدلی عاطفی و رابطه والد-کودک در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته که این تغییر معنادار است (P<۰/۰۱)؛ درحالی‌که تفاوت میانگین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل

معنادار نیست (P<۰/۰۱). تفاوت کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، در متغیرهای همدلی عاطفی و رابطه والد-کودک، میانگین نمره‌های مرحله پس‌آزمون نسبت به پیگیری در گروه آزمایش معنادار نیست (P>۰/۰۵). بنابراین، می‌توان گفت تأثیر آموزش بر تمام متغیرهای همدلی عاطفی و رابطه والد-کودک در افراد، یک ماه پس از آموزش نیز پایدار باقی مانده است.

جدول ۳: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین نمره‌های متغیرها

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری
همدلی عاطفی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۶*	۱/۸۰۱	۰/۰۲۰	۰/۱۶۷	۰/۲۷۱	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۶/۵۸۳*	۱/۴۵۴	۰/۰۰۴	۰/۱۶۷	۰/۲۷۱	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۵۸۳	۰/۴۵۲	۰/۶۶۹			
رابطه والد-کودک	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۹/۶۶۷*	۰/۹۱۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵۰	۰/۴۱۱	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۰/۰۸۳*	۱/۰۹۰	۰/۰۰۱	۰/۲۵۰	۰/۴۱۱	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۴۱۷	۰/۳۱۳	۰/۶۲۹			
کیفیت زندگی کودک	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۴۱۷	۱/۰۱۱	۱/۰۰۰	-۰/۸۳۳	۰/۲۷۱	۰/۰۹۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۹۱۷	۱/۰۶۲	۱/۰۰۰	-۰/۸۳۳	۰/۲۷۱	۰/۰۹۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۵۰۰	۰/۳۵۹	۰/۵۷۳			

**P<0/01 *P<0/05

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر همدلی عاطفی، رابطه والد–کودک و کیفیت زندگی کودکان مبتلابه سرطان و مادران آن‌ها انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش ظرفیت تجربه لذت و لذت‌جویی در مادران و افزایش معنا در زندگی، همدلی عاطفی و بهبود رابطه والد–کودک در مادران کودکان مبتلابه سرطان مؤثر است.

یافته اول پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر همدلی عاطفی مادران کودکان مبتلابه سرطان مؤثر است. همسو با یافته‌های این پژوهش، اینگبرتسون و همکاران (۲۰۲۰) و گاروت-کاپاروس و همکاران (۲۰۲۳) به این نتیجه رسیدند که شفقت درمانی می‌تواند همدلی و روابط اجتماعی را بهبود بخشد [۳۹، ۴۰]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش رویکرد خودشفقتی به مراجعه‌کننده کمک می‌کند روی کسب شفقت، تمرین‌های تمرکز و اقدام مشفقانه متمرکز شود. آموزش خودشفقتی سبب می‌شود مواجهه با رنج و رفتارهای خودآسیبی کاهش یابد. از طرف دیگر، احساس کمک کردن به خود برای رفع مشکلات فزونی می‌یابد. همچنین، رویکرد شفقت به افراد آموزش می‌دهد که هرقدر رفتار مهربانانه بیشتری داشته باشند، کم‌کم ذهنشان هم مهربان‌تر می‌شود. از طرف دیگر، می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت استناد کرد. در این تمرینات بر تن‌آرامی، ذهن آرام و مشفق و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که می‌تواند نقش بسزایی در آرامش فرد و افزایش همدلی داشته باشد [۴۱]. افراد شرکت‌کننده در این پژوهش با موضوع اشتراکات انسانی آشنا شدند و این مفهوم برای آن‌ها تبیین شد که مشکلی که با آن در کشمکش هستند، تنها مختص آنان نیست و افراد متعددی در این زمینه به آن‌ها شباهت دارند. نتایج گوناگونی از تأثیر این باور در سلامت و بهزیستی روانی حکایت کردند.

یافته دیگر پژوهش این بود که درمان مبتنی بر شفقت بر رابطه والد–کودک مادران کودکان مبتلابه سرطان اثربخش است. این یافته نیز با نتایج مطالعه زمانی فروشانی و همکاران (۱۳۹۸) [۴۲] و پیغان و همکاران (۲۰۲۲) [۴۳] تا حدی مطابقت دارد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت در تمرین‌های شفقت، بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت [۴۲]. شفقت به افزایش تاب‌آوری هیجانی کمک می‌کند و به افراد اجازه پاسخ‌های سازنده در مقابل مشکلات و تعارض‌ها در روابط را می‌دهد تا بدین وسیله سلامت روان را در روابطشان بهبود بخشند. همچنین، افراد می‌توانند به‌طور گسترده نیازهایشان را از طریق آرامش، مهربانی و تعلق برآورده سازند و در روابط بین‌فردی خود، آزادی بیشتری به افراد دهند و دست از کنترل اضافی بردارند [۴۲]. القای شفقت منجر به قوی شدن پیوند عاطفی بین مادر و فرزند خواهد شد. درنتیجه، احساس صمیمیت، ملایمت و گرمی در رابطه مادر و کودک افزایش، و تعارض بین آن‌ها

کاهش می‌یابد [۴۴]. مادران به‌عنوان نزدیک‌ترین فرد به کودک، بیشترین سهم را در آموزش و یادگیری او ایفا می‌کنند. بنابراین، آموزش مادران، با کاهش فشار و تنش موجود و بهبود روابط مادر و کودک، این امکان را به والدین می‌دهد که نیازهای کودکشان را بهتر درک کنند و در راستای رفع مشکلات خود و فرزندانشان، نقشی مؤثر و فعال ایفا کنند [۴۲].

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت تأثیری بر کیفیت زندگی کودکان ندارد. برای توضیح این موضوع می‌توان به این نکته اشاره کرد که سلامت جسمانی این کودکان می‌تواند منجر به بروز برخی اختلالات، هم در آن‌ها و هم در مادرانشان شود. این اختلالات به‌طورکلی باعث افزایش مشکلات روان‌شناختی در کودکان می‌شود و درنتیجه، کاهش توانایی حل مسئله، کاهش توانمندی خودگردانی، کاهش باور به آینده‌ای روشن، از دست رفتن آرامش در مواجهه با فشارهای ناشی از بیماری، کاهش انعطاف‌پذیری در برابر موانع، گرایش به استفاده از راهبردهای ناکارآمد و فرسایشی و کاهش خوش‌بینی و احساسات مثبت هنگام مواجهه با سختی‌ها را به‌دنبال دارد. درمجموع، این عوامل می‌توانند کیفیت زندگی کودکان را کاهش دهند. بنابراین، آموزش برای افزایش کیفیت زندگی کودک به زمان بسیار بیشتری نیاز دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی مربوط به درمان اشاره کرد که محدودیتی برای تفسیر نمره‌های درمان در این پژوهش محسوب می‌شود. همچنین، به‌دلیل آنکه این پژوهش در نمونه خاصی اجرا شد، در تعمیم‌پذیری نتایج درمان باید احتیاط شود. کوتاه بودن مدت‌زمان دوره پیگیری، ازجمله محدودیت‌های پژوهش بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود دوره‌های دیگر درمان همراه با دوره پیگیری تکرار شود (جدا از دوره پیگیری اول) تا مشخص شود بعد از گذشت زمان، نتایج به‌دست‌آمده ثابت می‌مانند یا خیر. همچنین، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخله با سایر مداخلات پزشکی یا روان‌شناختی مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش، که در این مطالعه به ما یاری رساندند، قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد نویسنده اول، در رشته روان‌شناسی بالینی و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1402.072 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان است. تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین، همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند و اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حمایت مالی

این پژوهش در قالب رساله کارشناسی ارشد بود و حامی مالی نداشت.

سهم نویسندگان

این مقاله از رساله کارشناسی ارشد نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم استخراج شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

REFERENCES

1. Manzoomeh SH, Akbari B. The effectiveness of relaxation techniques training on mental health indicators and resilience of mothers of children with leukemia. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019;**27**(3):198-207. DOI: 10.30699/ajnmc.27.3.198
2. Nikfarid L, Rassouli M, Borimnejad L, Alavimajd H. Experience of chronic sorrow in mothers of children with cancer: A phenomenological study. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;**28**:98-106. PMID: 28478863 DOI: 10.1016/j.ejon.2017.02.003
3. Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. Effect of coping skills training on quality of life among parents of children with leukemia. *Hayat*. 2014;**19**(4):15-25. Link
4. van Warmerdam J, Zabih V, Kurdyak P, Sutradhar R, Nathan PC, Gupta S. Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. *Pediat Blood Cancer*. 2019;**66**(6):e27677. PMID: 30816008 DOI: 10.1002/pbc.27677
5. Hoseinzadeh F, Radfar M, Moghaddamtabrizi F, Khalkhali H. Effect of resilience-based group therapy intervention on coping in mothers of children with cancer: A randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019;**24**(4):291-5. PMID: 31333744 DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_174_18
6. Raoofi Adegani N, Sajjadian I, Reisi Dehkordi N. Effectiveness of compassion-focused therapy on the self care and compassion fatigue in mothers with cancer child. *Health Psychol*. 2023;**11**(44):137-52. DOI: 10.30473/hpj.2023.58681.5233
7. Nambisan P. Information seeking and social support in online health communities: impact on patients' perceived empathy. *J Am Med Inform Assoc*. 2011;**18**(3):298-304. PMID: 21486888 DOI 10.1136/amiajnl-2010-000058
8. Rakel DP, Hoeft TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med*. 2009;**41**(7):494-501. PMID: 19582635
9. Wang FM, Chen JQ, Xiao WQ, Ma YT, Zhang M. Peer physical aggression and its association with aggressive beliefs, empathy, self-control, and cooperation skills among students in a rural town of China. *J Interpers Violence*. 2012;**27**(16):3252-67. PMID: 22585113 DOI: 10.1177/0886260512441256
10. Rieffe C, Ketelaar L, Wiefferink CH. Assessing empathy in young children: Construction and validation of an empathy questionnaire (EmQue). *Pers Individ Dif*. 2010;**49**(5):362-7. DOI: 10.1016/j.paid.2010.03.046

11. Hein S, Röder M, Fingerle M. The role of emotion regulation in situational empathy-related responding and prosocial behaviour in the presence of negative affect. *Int J Psychol*. 2018;**53**(6):477-85. PMID: 27978597 DOI: 10.1002/ijop.12405
12. Saidi S, Ahmadian H, Saffarinia M. Predicting emotional empathy on the basis of emotion regulation and self-control in teachers. *QJOE*. 2022;**38**(3):159-76. Link
13. Yoo H, Feng X, Day RD. Adolescents' empathy and prosocial behavior in the family context: A longitudinal study. *J Youth Adolesc*. 2013;**42**(12):1858-72. PMID: 23283695 DOI: 10.1007/s10964-012-9900-6
14. Alaedini Z, Moeeini SH, Kajbaf MB. Effects of affective and cognitive empathy induction on couples' behavior and outcomes in conflicts. *BJCP*. 2019;**13**(2):130-9. DOI: 10.29252/bjcp.13.2.130
15. Leung C, Tsang S, Ng GSH, Choi SY. Efficacy of parent–child interaction therapy with Chinese ADHD children: randomized controlled trial. *Res Soc Work Pract*. 2017;**27**(1):36-47. DOI: 10.1177/1049731516643837
16. Hassanzadeh M, Hassanzadeh M, Cheraghi M. Investigating the relationship between parent-child relationship and social self-efficacy of adolescent girls and boys in Shiraz. In: *2nd Natl Conf Psychol Fam Psychol*; 2013; Shiraz, Iran.
17. Lippold MA, Davis KD, Lawson KM, McHale SM. Day-to-day consistency in positive parent-child interactions and youth well-being. *J Child Fam Stud*. 2016;**25**(12):3584-92.10. PMID: 28736495 DOI:1007/s10826-016-0502-x
18. Rahimi S, Fadakar Soghe K, Tabari R, Kazem Nejad Lili E. Relationship between mother's general health status with quality of life of child with cancer. *Hayat*. 2013;**19**(2):93-108. Link
19. Orouji Aghdam Z, Atadokht A, Basharpoor S. The effectiveness of parent-child relationship-based game therapy on quality of life in preschool children. *JHPM*. 2020;**9**(3):1-9. Link
20. Rahimi S, Barkhordari-Sharifabad M. The Effect of Family-Centered Care Based on the Neuman Systems Model on the Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025;**33**(2)173-85. Link
21. Mohammadi Sangachin Doost A, Hossein Khanzadeh A, Kousha M, Naseh A. The effect of self-compassion training on the quality of life components of mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Exception Individ*. 2022;**12**(46):23-48. DOI:10.22054/jpe.2022.67055.2435
22. Ajam AA, Farzanfar J, Shokohi Fard H. The role of self-compassion in the general health and academic achievement of the nursing and midwifery students in Mashhad University of Medical Sciences in 2014. *J Nurs Edu*. 2017;**5**(5):9-16. DOI: 10.21859/jne-05052
23. Heidari F, Ahadi H, Tajeri B. Comparing the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Anxiety of Infertile Women. *J Appl Fam Ther* 2023;**4**(2):227-40 DOI: 10.22034/aftj.2023.366686.1802
24. Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Loneliness, Self-care Behaviors and Blood Sugar in Diabetes Patients. *IJRN*. 2020;**6**(3):42-9. Link
25. Emadifar F, Fallah Ayakhdani MH, Vaziri Yazdi S, Chaboki Nejad Z. Efficiency of therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy on the self-compassion in conflicting women with early maladaptive schemas related to disconnection and rejection domain. *Med J Mashhad Uni Med Sci*. 2018;**61**(5):4395-407. DOI: 10.22038/mjms.2022.20155
26. Shirani SH, Hoseinpour M, Asli Azad M. Effectiveness of teaching self-compassion on subjective vitality and loneliness feeling in students with learning disability. *Empower Except Child*. 2020;**11**(1):85-73. DOI: 10.22034/ceciranj.2020.155168.1074
27. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *J Pers*. 1972;**40**(4):525-43. PMID: 4642390 DOI: 10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x
28. Saidi S, Ahmadian H, Saffarinia M. Predicting emotional empathy on the basis of emotion regulation and self-control in teachers. *QJOE*. 2022;**38**(3):159-76. Link
29. Zarshghaee M, Nori A, Oraizi H. Psychometric properties of the Persian version of the balanced emotional empathy scale. Psychol Models Methods. 2010;**1**(1):39-50. Link
30. Pianta RC. Adult–child relationship processes and early schooling. *Earl Educ Dev*. 1997;**8**(1):11-26. DOI: 10.1207/s15566935eed0801_2
31. Aslani K, Varasteh M, Amanelahi A. Effectiveness of positive parenting program training on parent-child interaction quality. *Couns Cult Psychother*apy. 2016;**7**(28):183-201. DOI: 10.22054/qccpc.2017.7095
32. Driscoll K, Pianta RC. Mothers' and fathers' perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. J Early Childhood Infant Psychol. 2011;**7**:1. Link
33. Ashori M, Ahmadian Z. Investigating the effectiveness of incredible years' program on the interaction of mother-child with behavioral disorder. *Psychol Except Individ*. 2018;**8**(30):199-217. DOI: 10.22054/jpe.2018.9276
34. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL™ 4.0: reliability and validity of the pediatric quality of life inventory™ version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care*. 2001;**39**(8):800-12. PMID: 11468499 DOI: 10.1097/00005650-200108000-00006
35. Varni JW, Burwinkle TM, Katz ER, Meeske K, Dickinson P. The PedsQL™ in pediatric cancer: reliability and validity of the pediatric quality of life inventory™ generic core scales, multidimensional fatigue scale, and cancer module. *Cancer*. 2002;**94**(7):2090-106. PMID: 11932914 DOI: 10.1002/cncr.10428
36. Mohamadian H, Akbari H, Gilasi H, Gharlipour Z, Moazami A, Aghajani M, et al. Validation of pediatric quality of life questionnaire (PedsQL) in Kashan city. *SJIMU*. 2014;**22**(3):10-18. Link
37. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Int J Cogn Ther*. 2010;**3**(2):97-112. DOI: 10.1521/ijct.2010.3.2.97
38. Bagheri Sheykhangafshe F, Fathi-Ashtiani A, Savabi Niri V, Nakhostin Asef Z, Bourbour Z. The effectiveness of compassion-focused therapy on obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder in nurses with COVID-19 burnout: a quasi-experimental study. *JRUMS*. 2023;21(11):1115-32. DOI: 10.52547/jrums.21.11.1115
39. Engbretson AM, Poehlmann-Tynan JA, Zahn-Waxler CJ, Vigna AJ, Gerstein ED, Raison CL. Effects of cognitively-based compassion training on parenting interactions and children's empathy. *Mindfulness*. 2020;**11**(12):2841-52. DOI: 10.1007/s12671-020-01495-3
40. Garrote-Caparrós E, Lecuona Ó, Bellosta-Batalla M, Moya-Albiol L, Cebolla A. Efficacy of a mindfulness and compassion-based intervention in psychotherapists and their patients: empathy, symptomatology, and mechanisms of change in a randomized controlled trial. *Psychotherapy*. 2023;**60**(2):182. PMID: 36480373 DOI: 10.1037/pst0000467
41. Sadoni Z, Kazemian Moghadam K, Haroon Rashidi H. The effectiveness of compassion-focused therapy on resilience, alexithymia and empathy students with specific learning disabilities. *J Learn Disabil*. 2023;**12**(3):50-65.10. DOI: 10.22098/jld.2023.12700.2086
42. Peyghan K, Mujumbari AK, Taghvaie MH, Peivandi P. Comparison of the effectiveness of "compassion-based group therapy" and "group reality therapy" on parent-child interaction in mothers with autistic children. *J Health Promot Manag*. 2022;**11**(6):12-25. DOI: 10.22034/JHPM.11.6.12
43. Foroushani SZ, Sharifi T, Ghazanfari A, Abedi MR, Naghavi A. Develop of compassion-based education package on mother-child interaction and its effectiveness on mother-child relationship and parental stress improvement. *J Nurs Edu*. 2019;**8**(1). Link
44. Skinner E, Johnson S, Snyder T. Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parent Sci Prac*. 2005;**5**(2)175-235. DOI: 10.1207/s15327922par0502_3