

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از دلسوزی و تنظیم هیجان در مربیان مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی سرپرست

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۴

ابوالقاسم یعقوبی^{۱*}، زینب قربانی^۲، محمدرضا روشنائی^۳، محمدرضا ذوقی پایدار^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بعضی از مشاغل از جمله مراقبت از کودکان بدسرپرست و بی سرپرست دارای اثرات و پیامدهایی بر سلامت روان مربیان می باشد که این امر لزوم مداخلات روان شناختی را در مربیان ضروری می سازد. لذا هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از دلسوزی و تنظیم هیجان در مربیان مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی سرپرست بود.

روش: پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مربیان خانم مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی سرپرست سازمان بهزیستی استان گلستان بود که از بین آنها، تعداد ۳۰ نفر از مربیان مراکز سه شهر گالیکش، گنبد کاووس و مینودشت به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش نامه های خستگی از دلسوزی پورنتوی (۱۹۹۶) و تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۲) و پروتکل شفقت درمانی بود. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت و سپس از آنها پس آزمون گرفته شد. جهت تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته ها: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد تفاوت میانگین نمرات خستگی ناشی از دلسوزی، سرکوب و ارزیابی مجدد (مقیاس های تنظیم هیجان) بعد از درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل معنادار بود ($P < 0/01$)، به طوری که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش خستگی ناشی از دلسوزی ($P < 0/01$) و سرکوب هیجانان ($P < 0/01$) و بهبود ارزیابی مجدد هیجانان ($P < 0/01$) شد.

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، به کارگیری این روش به عنوان یک راهکار مداخله ای مناسب برای ارتقای سلامت روانی و کاهش فشارهای هیجانی در این گروه از مربیان حائز اهمیت است.

کلمات کلیدی: تنظیم هیجان، خستگی ناشی از دلسوزی، درمان مبتنی بر شفقت، کودکان بدسرپرست/ بی سرپرست.

۱. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

* (نویسنده مسئول). yaghoobi@basu.ac.ir

۲. کاندیدای دکتری روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. zeynab.ghorbany72@gmail.com

۳. کاندیدای دکتری روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. m.roshanaei@eco.basu.ac.ir

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. m.r.zoghripaidar@basu.ac.ir



The Effect of Compassion-Focused Therapy on Compassion Fatigue and Emotion Regulation in Educators of Care Centers for Abused and Neglected Children

Received: 2025/10/1 Accepted: 2025/12/24

Abolghasem Yaghoobi^{1*}, Zeinab Ghorbany², Mohammad Reza Roshanaei³, Mohammad Reza Zoghi Paydar⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Certain occupations, particularly those involving the care of abused and neglected children, can significantly impact the mental health of professionals, underscoring the need for targeted psychological interventions for educators. This study aimed to determine the effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on compassion fatigue and emotion regulation among educators working in care centers for abused and neglected children.

Method: This quasi-experimental study employed a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population comprised all female educators from care centers for abused and neglected children under the auspices of the Golestan Provincial Welfare Organization. A convenience sample of 30 educators from centers in the cities of Galikesh, Gonbad Kavous, and Minudasht was selected and randomly assigned to an experimental group ($n = 15$) and a control group ($n = 15$). Data were collected using the Compassion Fatigue Questionnaire (Portnoy, 1996) and the Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2022). The experimental group participated in eight 90-minute sessions of Compassion-Focused Therapy, after which a post-test was administered to both groups. The data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) indicated a statistically significant difference between the experimental and control groups in post-test scores for compassion fatigue, expressive suppression, and cognitive reappraisal (the subscales of emotion regulation) following the intervention ($p < 0.01$). Specifically, Compassion-Focused Therapy significantly reduced compassion fatigue ($p < 0.01$) and the use of expressive suppression ($p < 0.01$), while significantly improving the use of cognitive reappraisal ($p < 0.01$) in the experimental group compared to the control group.

Conclusion: Given the demonstrated effectiveness of Compassion-Focused Therapy, the application of this approach is recommended as a suitable intervention strategy for enhancing the mental health and mitigating the emotional pressures experienced by this group of caregivers.

Keywords Abused and neglected children, Compassion fatigue, Compassion-Focused Therapy (CFT), Emotion regulation.

1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran *(Corresponding Author). yaghoobi@basu.ac.ir

2. Ph.D. Candidate in Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. zeynab.ghorbany72@gmail.com

3. Ph.D. Candidate in Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran. m.roshanaei@eco.basu.ac.ir

4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran, m.r.zoghipaidar@basu.ac.ir

مقدمه

اشتغال در زندگی هر فردی بخش مهمی از حیات وی به شمار می‌آید که صرف‌نظر از کسب درآمد، تعدادی از نیازهای اساسی آدمی مانند پیوندهای اجتماعی، احساس ارزشمندی، اعتماد به نفس و احساس کفایت را برآورده می‌کند (محمودپور، امیری مجد و قنبری پناه، ۱۴۰۰). با این حال، هر شغلی ممکن است، فشارهای روانی خاصی را به دنبال داشته باشد. یکی از محیط‌هایی که اشتغال در آن، ممکن است افراد را با تنش‌های روانی و هیجانی مواجه کند، کار در مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست یا بی‌سرپرست سازمان بهزیستی می‌باشد (رشیدی، ۱۳۹۰). این مربیان در برخورد با کودکانی که هر کدام به نوعی آسیب‌های جسمی و روانی را تجربه کرده‌اند و مشکلات خاص خود را دارند، مدام در معرض استرس و فشار روانی قرار می‌گیرند و سلامت جسمی و روانی آن‌ها به خطر می‌افتد. با توجه به چنین نقش حساسی که مراقبین در زندگی این گروه کودکان دارند، فرایند مراقبت می‌تواند چالش‌های متنوعی برای مربیان ایجاد کند (همایونی بخشایش، فتحی و اجارگاه و عارفی، ۱۴۰۲).

کارهای مراقبتی به معنای بر عهده گرفتن مسئولیت رفاه دیگران است. بسیاری از افراد با وجود شرایط کاری پر استرس در مشاغل مراقبتی، به دنبال چنین شغلی هستند. یکی از دلایل این امر می‌تواند یافتن لذت و معنی در کمک به دیگران باشد، زیرا نشان دادن شفقت^۱ اغلب منجر به احساسات مثبت و افزایش رفتار اجتماعی می‌شود (کلیمکی و سینگر^۲، ۲۰۱۲). شفقت یا دلسوزی به عنوان مهربان بودن و حمایت از خود در هنگام درد و رنج (یعقوبی، یآوری و یعقوبی، ۱۴۰۴) و شناسایی رنج دیگران و اقدام برای از بین بردن یا کاهش آن رنج تعریف شده است (تیرنی، بیونیس و سرس^۳، ۲۰۱۹). در واقع، شفقت نگرشی است که حساسیت نسبت به رنج را سبب می‌شود و در افرادی که شغل‌های مراقبتی دارند، کیفیت مراقبت را افزایش می‌دهد، سبب تسهیل بهبودی افراد دریافت‌کننده شفقت و تجربه رضایت بخش مراقبت‌کنندگان می‌شود (بریتو، کامپوس و سبولا^۴، ۲۰۱۸).

از طرفی دیگر داشتن شغل‌های مراقبتی که در آن افراد به دنبال کمک به دیگران هستند، می‌تواند نوعی فرسودگی شغلی به نام خستگی ناشی از دلسوزی^۵ به وجود آورد (اندروز و براون^۶، ۲۰۱۵). خستگی از دلسوزی به عنوان ترکیبی از فشارهای جسمی، عاطفی و روان‌شناختی نسبت به درد عاطفی و رنج جسمانی مرتبط با مراقبت از افراد تعریف شده است (فیگلی^۷، ۲۰۰۲). خستگی از دلسوزی در مشاغلی مانند مراقبان، وکلا، درمانگران، آموزگاران آموزش ویژه، روانشناسان، تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی، آتش‌نشانان و اعضای خانواده افرادی که از بیماری مزمن رنج می‌برند، ممکن است دیده شود (مالی^۸، ۲۰۱۸). خستگی از شفقت معمولاً از طریق سه مجموعه علائم ظاهر می‌شود. نخست، آسیب‌های دیگران به نحوی دوباره تجربه می‌شود که بار عاطفی بزرگی را سبب می‌شود. دوم، رفتار اجتنابی و درجات بیش از حد هوشیاری رخ می‌دهد (جنتری^۹، ۲۰۰۲). سوم، تظاهرات روانی، شناختی و بین فردی همراه با افزایش مسئولیت‌ها، احساس گناه و هم‌ذات‌پنداری بیش از حد با رنج دیگران ظاهر می‌شود که همگی می‌تواند منجر به نادیده گرفتن روابط شخصی و کار گروهی شود (متقی، پورشیحالی و شاملی، ۲۰۲۰؛ نولته و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۷). افرادی که خستگی ناشی از دلسوزی را تجربه می‌کنند، معمولاً نشانه‌های گوناگونی از جمله ناامیدی، استرس و اضطراب مداوم، بی‌خوابی و یک نگرش منفی فراگیر را نشان می‌دهند. چه از نظر حرفه‌ای و چه از نظر شخصی، این می‌تواند اثرات زیان‌آوری مانند کاهش بهره‌وری، عدم توانایی در تمرکز و ایجاد احساسات جدید از بی‌کفایتی و تمایل به کناره‌گیری از شغل را

1. Compassion
2. Klimecki & Singer
3. Tierney, Bivins & Seers
4. Brito, Campos & Cebolla
5. Compassion fatigue
6. Andrews & Brown
7. Figley
8. Maley
9. Gentry
10. Nolte et al

برای افراد به همراه داشته باشد (نورمن هارلینگ، هاگمن و اسکاد، ۲۰۲۰). مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که سطح خستگی ناشی از دلسوزی در پرستاران و مربیان، متوسط به بالا است (آزاده‌جو، نصرآبادی و نصرالله، ۱۳۹۶).

علاوه بر خستگی ناشی از دلسوزی، مراقبین ممکن است بدلیل مواجهه با استرس شغلی، خستگی حرفه‌ای، رضایت یا نارضایتی شغلی، تعلق یا عدم تعلق به سازمان، تغییرات شخصیتی و تأثیرات روانی-جسمانی، با مشکلاتی در تنظیم هیجانات خود روبرو شوند (همایونی بخشایش و همکاران، ۱۴۰۲). افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، به شیوه‌ها و شدت متفاوتی هیجانات خود را تنظیم می‌کنند (شاکر و همکاران، ۱۴۰۴)؛ لذا مراقبین مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست یا بی‌سرپرست ممکن است در تنظیم هیجانات خود دچار مشکلاتی باشند. گروس^۲ (۲۰۱۵) بر این باور است که تنظیم هیجان نقش بسیار کلیدی در تحول بهنجار و سلامت روان افراد دارد و ناتوانی در تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در ایجاد اختلالات روان‌شناختی محسوب شود (حاتمیان، حاتمیان و نوری، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان^۳ یعنی آگاهی به شرایط و هیجانات خود و همچنین ارزیابی مناسب از شرایط و تأثیر بر آن (فلیس و همکاران^۴، ۲۰۱۴؛ یعقوبی و همکاران، ۱۴۰۴). به طور کلی، بسیاری از روانشناسان معتقدند که ناتوانی در تنظیم مناسب هیجانات، مهم‌ترین عامل در آسیب‌شناسی روانی است که این موضوع را می‌توان نتیجه عدم توانایی در فهم، تعدیل، تجربه و ابراز هیجانات در نظر گرفت (میلگرام، جانانان و تامیر^۵، ۲۰۲۰). افرادی که در تنظیم هیجانات خود نقص دارند، علاوه بر ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان (دی‌تلا و همکاران^۶، ۲۰۲۰)، در مواجهه با وقایع استرس‌زای زندگی، توانایی تنظیم و کاهش عواطف منفی خود را ندارند (پهلوان و همکاران، ۱۳۹۸؛ کلیر، گاملی و اکانر^۷، ۲۰۱۹).

همانگونه که بیان شد، افراد با احساس همدلی و شفقت با دیگران، در حالی که سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند، ممکن است دچار خستگی ناشی از دلسوزی شوند (کوتزی و کلپر^۸، ۲۰۱۰). علاوه بر این، تجربه‌ی سطوح بالای استرس شغلی، ممکن است افراد را در تنظیم هیجانات خود دچار مشکلاتی کند. در صورت عدم شناخت و عدم درمان یا مداخله، این شرایط می‌تواند به پیامدهای جدی‌تر منجر شود (گالاترو و آنتونیو^۹، ۲۰۱۷). اللهیاری و پایاد (۱۳۸۹) نشان دادند فردی که به خود شفقت داشته باشد، این شفقت را نسبت به اطرافیان نیز خواهد داشت. همچنین پاول^{۱۰} (۲۰۲۰) بیان کرد که بهبود مراقبت از خود سنگ بنای کاهش خستگی از همدلی است. تحقیقات زیادی نشان داده است که آموزش شفقت به خود به افراد باعث افزایش کارهای مراقبتی مثل کاهش مصرف سیگار، رژیم غذایی سالم و ورزش، جستجوی مراقبت‌های پزشکی، رابطه جنسی ایمن و به تعویق نینداختن زمان خواب می‌شود (ونگ، چانگ و لئونگ^{۱۱}، ۲۰۲۱؛ سیرویس، ناتس و مولنار^{۱۲}، ۲۰۱۹). بنابراین، می‌توان در زمینه کمک به افراد دارای مشاغل حمایتی در تنظیم هیجانات و جلوگیری از خستگی ناشی از دلسوزی به مداخلات مبتنی بر شفقت اشاره نمود. درمان متمرکز بر شفقت^{۱۳} از علوم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را در بر می‌گیرد (جوهانسن و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۲). محور اصلی این درمان پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش

1. Norrman Harling, Högman & Schad

2. Gross

3. Emotion Regulation

4. Phillips et al.

5. Millgram, Huppert & Tamir

6. DiTella et al

7. Cleare, Gumley & O'Connor

8. Coetzee & Klopper

9. Galaterou & Antoniou

10. Powell

11. Wong, Chung & Leung

12. Sirois, Nauts & Molnar

13. Compassion-Focused Therapy

14. Johannsen et al

کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آنها کمک می‌کند (غضنفریان‌پور و چلبیانلو، ۱۴۰۰). به عبارت دیگر، اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (عقیلی، مجیدی و اصغری، ۱۴۰۲). طیب‌زاده، سلیمانی و قربان شیرودی (۱۳۹۹) نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش خستگی ناشی از سرطان در بیماران سرطانی خواهد شد. همچنین، ژو و همکاران^۱ (۲۰۱۹)، در پژوهشی نشان دادند که هر چه میزان شفقت‌ورزی به خود بیشتر باشد، خستگی ناشی از دلسوزی کاهش می‌یابد. همچنین رئوفی عادگانی، سجادیان و رئیسی دهکردی (۱۴۰۱) بیان کردند که درمان مبتنی بر شفقت به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش خستگی از شفقت مادران دارای کودک مبتلا به سرطان تاثیرگذار است.

چارچوب نظری پژوهش حاضر بر اساس مدل درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۲۴) و نظریه تنظیم هیجان گروس (۲۰۱۵) طراحی شده است. همانطور که در پیشینه پژوهش اشاره شد، مطالعات متعددی (طیب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹؛ ژو و همکاران، ۲۰۱۹) نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند به کاهش خستگی ناشی از دلسوزی منجر شوند. این یافته‌ها با مکانیسم‌های نظری درمان مبتنی بر شفقت که بر سیستم تنظیم هیجان تأکید دارد، همسو است. از سوی دیگر، تحقیقات (همایونی بخشایش و همکاران، ۱۴۰۲؛ متقی و همکاران، ۲۰۲۰) نشان می‌دهند که مربیان مراکز نگهداری با چالش‌های منحصر به فردی در تنظیم هیجان مواجه‌اند که این موضوع با نظریه گروس در مورد نقش کلیدی تنظیم هیجان در سلامت روان ارتباط مستقیم دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با تلفیق این دو چارچوب نظری، به بررسی این مسئله می‌پردازد که چگونه آموزش مهارت‌های شفقت‌ورزی می‌تواند از طریق تقویت سیستم آرامش، به کاهش خستگی ناشی از دلسوزی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان در مربیان منجر شود.

برخلاف تحقیقات فراوان تأثیرات محیط زندگی و رابطه با والدین بر رشد کودکان، تحقیقات درباره تأثیرات و تجارب مراقبان و مربیان در مراکز نگهداری شبانه‌روزی و تلاش در زمینه بهبود سلامت روانی و ارتباطی آن‌ها، صرفاً به برخی مطالعات درباره نقش مربیان در زندگی کودکان، نسبت ناکافی سرپرست به کودک، عدم ثبات و تغییر ناگهانی، دسترسی ناکافی به مراقب و جدایی مکرر محدود شده است (همایونی بخشایش و همکاران، ۱۴۰۲). با این تفاسیر، پژوهش‌ها درباره عوامل مؤثر بر تجارب مربیان، چالش‌های حرفه‌ای و شخصی و نیازهای آموزشی و پشتیبانی و روش‌های بهبود کیفیت خدمات آنها، نادیده گرفته شده است. این شکاف، سبب شده که توجه کمی به نقش و جایگاه مربیان در زندگی شخصی و شغلی آن‌ها شود؛ بنابراین لازم است که پژوهش‌های بیشتری در این زمینه صورت گیرد تا به بهبود شرایط زندگی و رفع نیازهای مربیان و کودکان در این مراکز منجر شود.

ضرورت پژوهش حاضر با توجه به نقش حیاتی مربیان مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست و چالش‌های منحصر به فرد شغلی آنها قابل تبیین است. این مربیان که در خط مقدم مراقبت از آسیب‌پذیرترین گروه کودکان قرار دارند، به طور مستمر در معرض رنج و ضربه‌های روانی این کودکان هستند که ممکن است منجر به خستگی ناشی از دلسوزی و اختلال در تنظیم هیجان می‌گردد. با توجه به کمبود پژوهش‌های مداخله‌ای در این زمینه و تأثیر مستقیم سلامت روانی مربیان بر کیفیت مراقبت از کودکان، این مطالعه با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به عنوان راهکاری عملی، هم به نیازهای روان‌شناختی مربیان پاسخ می‌دهد و هم با بهبود عملکرد حرفه‌ای آنها، در نهایت به ارتقای کیفیت زندگی کودکان تحت مراقبت منجر خواهد شد. بنابراین در این پژوهش به دنبال بررسی تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از دلسوزی و تنظیم هیجان در مربیان مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست هستیم.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مربیان خانم مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست سازمان بهزیستی استان گلستان در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آنها، تعداد ۳۰ نفر از مربیان مراکز سه شهر گالیکش، گنبد کاووس و مینودشت، با توجه به معیارهای ورود به پژوهش، به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. تمامی شرکت‌کنندگان از مراکز با شرایط کاری مشابه (نسبت مربی به کودک، ساعت کاری و نوع خدمات ارائه شده) انتخاب شدند و همچنین متغیرهای محیطی مانند فضای فیزیکی مرکز و امکانات رفاهی از طریق پرسش‌نامه محقق‌ساخته ارزیابی و کنترل شد. همچنین با انجام مصاحبه ساختاریافته بالینی، شرکت‌کنندگان در پژوهش براساس ویژگی‌های شخصیتی بررسی شدند تا نمونه‌های همگن به پژوهش وارد شوند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: حداقل داشتن پنج سال سابقه کار در مراکز نگهداری شبانه‌روزی از کودکان و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی دست کم از یک سال قبل از ورود به پژوهش. معیارهای خروج نیز عبارتند از: غیبت بیش از دو جلسه و بروز مشکلات حاد روانی و خانوادگی در طول پژوهش. جهت اجرای پژوهش به مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست سازمان بهزیستی سه شهرستان گالیکش، گنبد کاووس و مینودشت مراجعه شد و توضیحاتی درباره هدف پژوهش حاضر به مسئولین این مراکز ارائه شد. پس از مشخص شدن نمونه‌های پژوهش، آنها فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کرده و وارد پژوهش شدند. قبل از انجام مداخله مبتنی بر شفقت، از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت و در مرحله بعد از همه‌ی شرکت‌کنندگان پس‌آزمون گرفته شد. سپس داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS-26 در سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه تنظیم هیجان^۱ (ERQ): پرسش‌نامه تنظیم هیجان توسط گراس و جان^۲ (۲۰۰۲) جهت سنجش دو راهبرد کلیدی تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب فکر) در موقعیت‌های استرس‌زا طراحی شده است که شامل ۱۰ گویه می‌باشد (۶ گویه مربوط به خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی و ۴ گویه مربوط به سرکوب فکر). از افراد خواسته می‌شود تا در مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به گویه‌ها پاسخ دهند. هر چه فرد نمره بالاتری کسب کند نشان از تنظیم هیجان بالاتر در فرد دارد. گراس و جان (۲۰۰۲)، ضرایب آلفای کرونباخ را برای دو خرده‌مقیاس سرکوب فکر و ارزیابی مجدد به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۱ بیان کردند. در پژوهش دل‌وله و همکاران^۳ (۲۰۲۲)، روایی از طریق بازآزمایی ۰/۶۹ و برای خرده‌مقیاس‌های سرکوب فکر و ارزیابی مجدد به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۹ بدست آمد. در ایران نیز، کیانفر، باهنر و صنیعی‌منش (۱۴۰۲) نشان دادند که این مقیاس دارای پایایی ۰/۶۹ و روایی مناسبی می‌باشد. همچنین، بیگدلی، نجفی و رستمی (۱۳۹۲)، مقدار آلفای کرونباخ برای سرکوبی و ارزیابی مجدد به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۳ به دست آوردند.

پرسش‌نامه خستگی از دلسوزی^۴ (CFQ): این پرسش‌نامه توسط پورنتوی^۵ (۱۹۹۶) جهت سنجش میزان فرسودگی هیجانی ناشی از مواجهه مداوم با رنج دیگران در مشاغل مراقبتی (مانند مربیان، پرستاران، مددکاران) طراحی شده است که دارای ۴۰ گویه است و بر اساس طیف لیکرت سه درجه‌ای (کاملاً درست است=۱، تا اندازه‌ای درست است=۲ و درست نیست=۳) نمره‌گذاری

1. Emotion Regulation Questionnaire
2. Gross & John
3. delValle et al
4. Compassion fatigue questionnaire
5. Portnoy

می‌شود. نمره‌های هر آزمودنی بین ۴۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. پورنتوی (۱۹۹۶) روایی مقیاس خستگی ناشی از دلسوزی را مناسب گزارش کرده است و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کرده است که نشان دهنده پایایی مناسب این مقیاس است. در ایران نیز، رشید، علی‌بلندی و بیات (۱۳۹۹) به کمک ضریب توافق کاپای کوهن، میزان همبستگی بین نظرات شرکت‌کنندگان محاسبه شد که این شاخص ۰/۸۳ به دست آمد که نشان از روایی مناسب این مقیاس دارد. همچنین پایایی این پرسش‌نامه نیز با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۸ محاسبه شد.

پروتکل شفقت درمانی: این رویکرد توسط محققان به صورت گروهی طی ۸ جلسه و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. محققان در تمام طول اجرای این پروتکل، بر نحوه مشارکت و انجام تکالیف توسط شرکت‌کنندگان نظارت داشتند و در ابتدای هر جلسه به مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف انجام شده پرداختند.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (CFT) اقتباس از گیلبرت^۱ (۲۰۲۴)

| جلسه | محتوای جلسه | تکلیف |
|-------|--|---|
| اول | برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود؛ ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی. | ۱. در طول هفته، موقعیت‌هایی را که در کار با کودکان باعث احساس فرسودگی یا ناتوانی در شما شده‌اند، یادداشت کنید و برای هر موقعیت، یک جمله شفقت‌آمیز به خود بگویید. |
| دوم | آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی و آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند. | ۲. توضیح دهید چگونه ترحم به خود با شفقت به خود متفاوت است. ۱. هر روز ۵ دقیقه قبل از شروع کار، نفس‌های عمیق و آگاهانه بکشید و توجه خود را به حس امنیت در بدن متمرکز کنید. ۲. در مرکز یک کودک را انتخاب کنید و سعی کنید یک روز را از دیدگاه او ببینید. احساسات خود را پس از این تمرین ثبت کنید. |
| سوم | آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم و آموزش همدردی. | ۱. نامه‌ای به یکی از کودکان تحت مراقبت خود بنویسید و در آن به نقاط قوت و رشد او اشاره کنید (حتی اگر نامه را به او ندهید). ۲. سه ویژگی انسانی که شما و کودکان مرکز در آن اشتراک دارید را یادداشت کنید. |
| چهارم | ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان دارای شفقت یا غیرشفقت با خود با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، ارزش خود-شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی و آموزش بخشایش. | ۱. وقتی احساس خستگی می‌کنید، خود را مانند کسی تصور کنید که نیاز به مراقبت دارد. ۲. یک رفتار از خود یا کودکانی که باعث رنجش شما شده‌اند را انتخاب کنید و با جمله‌ای مانند "این بخشی از روند یادگیری است" آن را بپذیرید. |
| پنجم | آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره انفلوانزا و آموزش بردباری، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو، تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف. تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته). | ۱. یک مشکل در کار با کودکان را به عنوان یک ویروس موقت ببینید و بنویسید چگونه شفقت می‌تواند به بهبودی کمک کند. ۲. یک موقعیت استرس‌زا در مرکز را بدون برچسب‌گذاری توصیف کنید (فقط واقعیت‌ها را بنویسید، نه قضاوت‌ها). |
| ششم | به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان و آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی. | ۱. خود را در حالی تصور کنید که با آرامش و مهربانی با یک کودک دشوار ارتباط برقرار می‌کنید. این تصویر را روزانه مرور کنید. ۲. سه عمل کوچک مهربانانه برای همکاران یا کودکان انجام دهید (مثلاً گوش دادن فعال، تشویق کلامی). |
| هفتم | آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت. | ۱. درباره یک روز سخت در مرکز نامه‌ای به خود بنویسید و در آن از زبانی حمایتی استفاده کنید. ۲. هر روز یک موقعیت که در آن با شفقت واکنش نشان دادید یا می‌توانستید نشان دهید، یادداشت کنید. |
| هشتم | آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون. | ۱. یک برنامه هفتگی شامل تمرین ذهن آگاهی، عمل شفقت به خود و دیگران برای خود تنظیم و اجرا کنید. ۲. سه تغییری که این درمان در نحوه برخورد شما با کودکان و خودتان ایجاد کرده است را بنویسید. |

1. Gilbert

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه کنترل ۳۴/۴۶ و ۶/۷۶ و گروه آزمایش ۳۶/۸۱ و ۷/۹۲ بود. از نظر وضعیت تأهل، ۲۶ نفر (۸۶/۶۷ درصد) متأهل و ۴ نفر (۱۳/۳۳ درصد) مجرد و از نظر تحصیلات، ۳ نفر (۱۰ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۲۰ درصد) کاردانی، ۱۸ نفر (۶۰ درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۱۰ درصد) کارشناسی ارشد، نمونه این پژوهش را تشکیل دادند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | گروه آزمایش | | گروه کنترل | | پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | |
|-----------------|-------------|--------------|------------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| خستگی از دلسوزی | ۹۳/۹۳ | ۷/۲۵ | ۶۶/۴۶ | ۵/۹۳ | ۹۲/۶۶ | ۱۱/۴۴ | ۹۵/۱۳ | ۱۱/۴۵ |
| سرکوبی | ۲۳/۲۰ | ۱/۶۱ | ۱۳/۸۶ | ۴/۴۸ | ۲۱/۴۶ | ۱/۲۷ | ۱۹/۸۶ | ۲/۷۲ |
| ارزیابی مجدد | ۲۰/۶۶ | ۶/۶۴ | ۳۶/۶۰ | ۳/۶۲ | ۲۴/۸۰ | ۴/۱۷ | ۲۴/۹۳ | ۵/۱۰ |

طبق جدول ۲ میانگین و انحراف معیار خستگی ناشی از دلسوزی در پیش‌آزمون گروه آزمایش ۹۳/۹۳ و ۷/۲۵، در پس‌آزمون گروه آزمایش ۶۶/۴۶ و ۵/۹۳، در پیش‌آزمون گروه کنترل ۹۲/۶۶ و ۱۱/۴۴ و در پس‌آزمون گروه کنترل ۱۱/۴۵ و ۹۵/۱۳ است. همچنین میانگین و انحراف معیار سرکوبی در پیش‌آزمون گروه آزمایش ۲۳/۲۰ و ۱/۶۱، در پس‌آزمون گروه آزمایش ۱۳/۸۶ و ۴/۴۸، در پیش‌آزمون گروه کنترل ۲۱/۴۶ و ۱/۲۷ و در پس‌آزمون گروه کنترل ۱۹/۸۶ و ۲/۷۲ و میانگین و انحراف معیار ارزیابی مجدد در پیش‌آزمون گروه آزمایش ۲۰/۶۶ و ۶/۶۴، در پس‌آزمون گروه آزمایش ۳۶/۶۰ و ۳/۶۲، در پیش‌آزمون گروه کنترل ۲۴/۸۰ و ۴/۱۷ و در پس‌آزمون گروه کنترل ۲۴/۹۳ و ۵/۱۰ می‌باشد. این تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل حاکی از کاهش میانگین خستگی از دلسوزی و سرکوبی و افزایش ارزیابی مجدد در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است.

در ادامه، آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که سطح معنی‌داری مقادیر Z بدست آمده برای متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد ($p > ۰/۰۵$)، که این امر بیانگر آن است که نمرات این متغیرها، دارای توزیع نرمال است.

جدول ۳. نتیجه آزمون لون جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های متغیرهای پژوهش

| متغیرها | F | df1 | df2 | سطح معناداری |
|-----------------|-------|-----|-----|--------------|
| خستگی از دلسوزی | ۴/۰۰۶ | ۱ | ۲۸ | ۰/۰۵۵ |
| سرکوبی | ۳/۱۰۸ | ۱ | ۲۸ | ۰/۰۸۹ |
| ارزیابی مجدد | ۰/۰۱۷ | ۱ | ۲۸ | ۰/۸۹۷ |

قبل از اجرای آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون طبق جدول نشان داد خطای واریانس‌ها در متغیرهای خستگی از دلسوزی ($P = ۰/۰۵۵$)، سرکوبی ($F = ۳/۱۰۸$ ، $P = ۰/۰۸۹$) و ارزیابی مجدد ($F = ۰/۰۱۷$ ، $P = ۰/۸۹۷$) همگون است ($P > ۰/۰۵$)، بر این اساس گروه‌ها با یکدیگر قابلیت مقایسه دارند. بررسی شیب رگرسیون نیز نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با گروه معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$)؛ بنابراین مجوز استفاده از مدل تحلیل کواریانس برای داده‌های پژوهش وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های چند متغیره متغیرهای پژوهش

| آزمون | ارزش | F | درجه آزادی اثر | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | مجدور اتا |
|--------------------|-------|--------|----------------|----------------|--------------|-----------|
| اثر پیاپی | ۰/۸۹۳ | ۶۴/۷۸۵ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۹۳ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۱۰۷ | ۶۴/۷۸۵ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۹۳ |
| اثر هتلینگ | ۸/۳۲۰ | ۶۴/۷۸۵ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۹۳ |
| بزرگ‌ترین ریشه خطا | ۸/۳۲۰ | ۶۴/۷۸۵ | ۲ | ۲۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۹۳ |

نتایج آزمون چهارگانه تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

جدول ۵. نتیجه تحلیل کوواریانس برای متغیرهای پژوهش

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|-----------|
| خستگی از دلسوزی | ۶۵۸۳/۸۲ | ۱ | ۶۵۸۳/۸۲ | ۲۸۳/۷۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱۳ |
| سرکوبی | ۱۹۹/۳۵ | ۱ | ۱۹۹/۳۵ | ۱۳/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴۱ |
| ارزیابی مجدد | ۱۰۹۱/۹۱ | ۱ | ۱۰۹۱/۹۱ | ۶۳/۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۰۰ |

طبق جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد مداخله مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر متغیرهای خستگی از دلسوزی ($F=۲۸۳/۷۳, P=۰/۰۰۱$)، سرکوبی ($F=۱۳/۹۸, P=۰/۰۰۱$) و ارزیابی مجدد ($F=۶۳/۰۲, P=۰/۰۰۱$) داشته است؛ به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی از دلسوزی، سرکوبی و ارزیابی مجدد (دو زیر مقیاس تنظیم هیجان) در مریبان مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست مؤثر بوده است و با توجه به شاخص مجذور اتا درمان مبتنی بر شفقت تأثیر چشمگیری بر متغیرهای مورد مطالعه داشته است. بر این اساس، مداخله فوق‌مستول ۹۱ درصد از تغییرات کاهش خستگی ناشی از دلسوزی بوده که نشانگر اثربخشی بسیار قوی آن در کاهش خستگی از دلسوزی مریبان است. همچنین مداخله مذکور توانسته ۷۰ درصد از بهبودی حاصل در راهبرد سازگارانه ارزیابی مجدد شناختی و ۳۴ درصد از کاهش استفاده از راهبرد ناسازگارانه سرکوبی را تبیین کند. این یافته‌ها به وضوح نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر شفقت نه تنها در کاهش علائم فرسودگی شغلی، بلکه در اصلاح الگوهای تنظیم هیجان نیز بسیار مؤثر عمل کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیرگذاری درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از دلسوزی و تنظیم هیجان در مریبان مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از دلسوزی مریبان مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست اثرگذار است و باعث کاهش خستگی از دلسوزی در آن‌ها می‌شود. یافته‌های این پژوهش با تحقیقات بانکو و همکاران^۱ (۲۰۱۹)، کوترا و همکاران^۲ (۲۰۲۱) همسو است، که بیان می‌کنند شفقت به خود باعث کاهش خستگی از دلسوزی، فرسودگی شغلی و استرس می‌شود و میزان رضایت از شفقت به دیگران را در میان مریبان، روان‌درمانگران، پرستاران و پزشکان را تقویت می‌کند. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد، خستگی ناشی از دلسوزی که از قرارگرفتن دراز مدت در شرایط استرس‌زا و کارهای مراقبتی حاصل می‌شود، علائمی مانند خستگی، کاهش توانایی احساس همدردی و همدلی، عصبانیت و تحریک‌پذیری، ترس از کار با بیماران و مراجعان، کاهش لذت از کار، افزایش اضطراب و ترس‌های غیرمنطقی و اختلال در جهان‌بینی را به دنبال دارد (پاول، ۲۰۲۰)، و می‌تواند با شفقت به خود کاهش یابد. همچنین در تحقیقات دیگری نشان داده شده است که شفقت به خود می‌تواند باعث شود که فرد به دیگران احساس نزدیکی داشته باشد و عیب‌های آنان را بیشتر ببخشد و ارتباط بهتری با آن‌ها داشته باشد (بروک، اسکول و بروس، ۲۰۲۲)، که این خود می‌تواند جنبه‌هایی از خستگی ناشی از دلسوزی را بهبود بخشد.

شفقت به خود به نحوه ارتباط ما با خود در مواردی از شکست، عدم کفایت یا رنج اشاره دارد که دارای سازه‌های مهربانی با خود در مقابل خود قضاوتی، انسانیت مشترک در مقابل احساس انزوا و ذهن آگاهی در مقابل نشخوار ذهنی است (نف، ۲۰۲۳).

1. Babenko et al.
2. Kotera et al.
3. Bruk, Scholl & Bless
4. Neff

در بررسی این سازه‌ها می‌توان بیان کرد که بسیاری از افراد هنگامی که یکی از عزیزانشان در رنج هستند و یا مشکلی را سپری می‌کنند، سعی کرده با مهربانی و حمایت از آن‌ها رفتار کنند، در حالی که نسبت به خود خشن بوده و هرگز به گونه‌ای که با دوستشان رفتار می‌کنند، نسبت به خود ملایمت ندارند و با خود قضاوتی رفتار می‌کنند. با این حال، در درمان مبتنی بر شفقت سعی بر این هست که به افراد کمک کنیم تا روند حمایتی نسبت به خود داشته باشند، کاستی‌های خود را بپذیرند و از خود مراقبت کنند. شفقت نسبت به خود به معنای انکار مشکلات و شرایط سخت نیست، بلکه به این معناست که باید درد و رنج خود از شرایط را بپذیرفت و از خود پرسید در این شرایط چگونه می‌توان از خود مراقبت کرد. در بررسی سازه بعدی که انسانیت مشترک در برابر احساس انزوا می‌باشد، می‌توان بیان کرد که در درمان مبتنی بر شفقت به افراد کمک می‌شود در مواقعی که اشتباه می‌کنند یا شکست می‌خورند، بجای جدایی از دیگران، احساس ارتباط با دیگران داشته باشند. افراد در مواقع شکست یا اشتباه فکر می‌کنند که تنها آن‌ها هستند که اشتباه کردند و دیگران مبرا از خطا و اشتباه هستند که این یک باور منطقی نیست و فقط یک واکنش احساسی است که درک فرد را محدود و واقعیت را تحریف می‌کند. فرد به گونه‌ای واکنش نشان می‌دهد که انگار مشکل لاینحل و جبران ناپذیری پیش آمده و فراموش می‌کند که بخشی از انسان بودن به معنای مواجهه با چالش‌ها و آسیب‌پذیری است. این احساس نابهنجار به منزله‌ی احساس ترسناک قطع ارتباط و تنهایی است. در شفقت به خود به افراد آموزش داده می‌شود که چالش‌های زندگی، بخشی از انسان بودن است و تجربه‌ای مشترک بین همه انسان‌هاست. دانستن این نکته که همه انسان‌ها در زندگی با چالش‌های مختلفی مواجه می‌شوند، رنج فرد را کاهش می‌دهد. در سازه سوم که ذهن آگاهی در مقابل نشخوار ذهنی است، برای اینکه فرد نسبت به خود شفقت داشته باشد، ابتدا باید رنج خود بشناسد و آن را آگاهانه بپذیرد (نف، ۲۰۲۳).

در ادامه، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجانات مریبان اثربخشی مثبتی دارد؛ به این صورت که با کاهش سرکوبی هیجانات و بهبود مهارت ارزیابی مجدد هیجانات سبب بهبود مهارت تنظیم هیجانات می‌شود. این نتیجه با یافته‌های پاسیک و همکاران^۱ (۲۰۲۳)؛ پاسیک و همکاران (۲۰۲۰)؛ فینالی-جونز، ریس و کین^۲، (۲۰۱۵) همسو است که بیان می‌کنند افرادی که نسبت به خود شفقت بیشتری دارند، در تنظیم هیجانات بهتر عمل می‌کنند، نسبت به احساسات خود آگاه‌تر و پذیراتر هستند و تمایل بیشتری به استفاده از راهبردهای انطباقی مانند حل مسئله و ارزیابی مجدد و تمایل کمتری به استفاده از راهبردهای ناسازگار مانند اجتناب رفتاری دارند. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان بیان کرد که شفقت‌ورزی به عنوان عامل مهمی در تسهیل یادگیری و استفاده از مهارت‌ها و استراتژی‌های تنظیم هیجان کاربرد دارد (اینوود و فراری^۳، ۲۰۱۸). جوهانسن و همکاران (۲۰۲۲) شفقت به خود را به عنوان یک استراتژی خودتنظیمی مفهومی بیان می‌کنند که در تنظیم هیجانات نقش مهمی ایفا می‌کند. به عبارت دیگر، افرادی که نسبت به خود دارای شفقت هستند، تمایل بیشتری نسبت به هیجانات خود دارند و با دقت، درک، پذیرش و تحمل بیشتری با آنها مواجه می‌شوند (پاسیک و همکاران، ۲۰۲۲). لذا، شفقت به فرد این امکان را می‌دهد تا با ایجاد انگیزه برای رویارویی (به جای اجتناب) با افکار و احساسات دردناک، بدون نمایش یا ترحم به خود، آگاهی متعادلی از احساسات خود ایجاد کند.

نتایج این پژوهش با تبیین مکانیسم‌های نظری درمان مبتنی بر شفقت نشان می‌دهد که بر اساس مدل گیلبرت (۲۰۲۴)، اثربخشی مداخله از طریق فعال‌سازی سیستم آرامش و تعدیل سیستم تهدید محقق شده است، به طوری که کاهش چشمگیر خستگی ناشی از دلسوزی حاکی از تقویت مؤلفه‌های مهربانی با خود و انسانیت مشترک است. همچنین بهبود راهبردهای تنظیم هیجان (کاهش سرکوب و افزایش ارزیابی مجدد) مطابق با مدل فرآیندی گروس (۲۰۱۵)، نشان‌دهنده‌ی تأثیر شفقت‌ورزی در ایجاد فضای روانی امن برای بازتعریف شناختی موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشد. این یافته‌ها به طور همسو با پژوهش‌های

1. Paucsik et al.
2. Finlay-Jones, Rees & Kane
3. Inwood & Ferrari

عصب‌شناختی اخیر (کیم و همکاران، ۲۰۲۱) نشان می‌دهند که مداخله با تغییر الگوی فعال‌سازی مناطق پیش‌بینی و آمیگدال، هم موجب کاهش نشانه‌های فرسودگی شده و هم راهبردهای تنظیم هیجان را اصلاح کرده است. شغل مراقبت از کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست می‌تواند به عنوان یک عامل استرس‌زا، تاثیر جدی بر سلامت روانی مراقبین داشته باشد. لذا، در مطالعه حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر روی خستگی ناشی از دلسوزی و تنظیم هیجان در مربیان مراکز نگهداری از کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست مورد تایید قرار گرفت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به عدم اجرای مرحله پیگیری، نمونه‌گیری در دسترس و عدم کنترل وضعیت اقتصادی مربیان اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران ضمن استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی دیگر و اجرای مرحله پیگیری، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر مفاهیم دیگر در مربیان و همچنین خود کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست مورد بررسی قرار گیرد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود سازمان بهزیستی با همکاری مراکز نگهداری، برنامه‌های عملیاتی، شامل برگزاری دوره‌های آموزشی منظم درمان مبتنی بر شفقت به صورت کارگاه‌های ماهانه، اختصاص ساعات کاری مشخص برای تمرین‌های گروهی شفقت‌ورزی، استقرار روانشناسان متخصص در مراکز برای ارائه خدمات مستمر و توسعه نرم‌افزارهای خودیاری حاوی تمرین‌های روزانه شفقت‌محور را در دستور کار قرار دهد. همچنین پیشنهاد می‌گردد ارزیابی‌های دوره‌ای هر شش ماه یکبار برای پایش اثربخشی این مداخلات و پیگیری از بازگشت علائم انجام پذیرد. این راهکارهای عملی می‌تواند به ارتقای پایدار سلامت روانی مربیان و در نتیجه بهبود کیفیت مراقبت از کودکان منجر شود.

ملاحظات اخلاقی

در تدوین این مقاله، ملاحظات اخلاقی و امانت‌داری رعایت شده است. کد اخلاق پژوهش حاضر: IR.BASU.REC.1403.052

سپاس‌گزاری و حمایت مالی

با سپاس فراوان از شرکت کنندگان، جویندگان و پژوهشندگان علم و دانش در حوزه روانشناسی. شایان ذکر است این مطالعه بدون هرگونه حمایت مالی صورت گرفته است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- آزاده‌جو، ندا؛ نصرآبادی، طاهره؛ و نصرالله، سپیده. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط خستگی ناشی از شفقت و حساسیت اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه. *پرستاری قلب و عروق*، ۶(۴)، ۵۹-۵۰.
- اللهیاری، طلعت؛ و پایاد، کبری. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط بین سلامت عمومی با فرسودگی شغلی مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌های دولتی و مراکز بهزیستی شهر تهران. *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۱(۴)، ۱۵۰-۱۳۵.
- بیگدلی، ایمان اله؛ نجفی، محمود؛ و رستمی، مریم. (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های دلبستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. *آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳(۹)، ۷۲۹-۷۲۱.
- پهلوان، مرضیه؛ بشارت، محمدعلی؛ برجعلی، احمد؛ و فراهانی، حجه‌اله. (۱۳۹۸). پیش‌بینی شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن بر اساس آلکسی تایمیا: نقش میانجی سیستم بازدارنده رفتاری. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۱)، ۷۱-۵۶.

- حاتمیان، پیمان؛ حاتمیان، پرستو؛ و نوری، مریم. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش تنظیم هیجان به روش گروس بر افزایش رفتار ایمنی پرستاران. *دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۱(۳)، ۸۷-۹۵.
- رشید، خسرو؛ علی‌بلندی، لیلا؛ و بیات، احمد. (۱۳۹۹). مقایسه وضعیت خستگی از دلسوزی در آموزگاران مدارس آموزش ویژه شهر همدان براساس سن، جنسیت و تحصیلات. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۰(۳۸)، ۱۸۹-۲۰۶.
- رشیدی، نجمه. (۱۳۹۰). *بررسی عوامل موثر بر فرسودگی شغلی مربیان مراکز نگهداری کودکان بی سرپرست سازمان بهزیستی شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- رئوفی عادگانی، نرگس؛ سجادیان، ایلناز؛ و رئیسی دهکردی، ناهید. (۱۴۰۱). تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودمراقبتی و خستگی از شفقت مادران دارای کودک مبتلا به سرطان. *روانشناسی سلامت*، ۱۱(۴۴)، ۱۵۲-۱۳۷.
- شاکر، زید؛ سلیمانی، اسماعیل؛ و یعقوبی، ابوالقاسم. (۱۴۰۴). مقایسه کمال گرایی، آگاهی فراشناختی شنیداری و تنظیم هیجان در زبان آموزان با و بدون اضطراب یادگیری. *روان شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۴(۲)، ۸۶-۴۵.
- طیب‌زاده، فریناز؛ سلیمانی، اسماعیل؛ و قربان شیرودی، شهره. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان. *رویش روان شناسی*، ۹(۱۲)، ۸۴-۷۵.
- عقیلی، سید مجتبی؛ فاطمه؛ و اصغری، آرزو. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر بر خوشبینی و رضایتمندی از زندگی زنان درگیر تعارض در سال‌های اول زندگی مشترک. *فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۱۸(۶۲)، ۲۱۵-۱۹۵.
- غضنفریان پور، سمیرا؛ و چلبیانلو، غلامرضا. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله کوتاه مدت شفقت به خود بر عاطفه مثبت و منفی و رضایت از زندگی. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۳)، ۱۳۴-۱۲۱.
- کیانفر، فاطمه؛ باهنر، فهیمه؛ و صنیعی منش، محیا. (۱۴۰۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم هیجان و پرسش‌نامه تحمل‌پریشانی در دانش‌آموزان متوسطه. *پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۶(۱)، ۳۳-۵۳.
- محمودپور، آرینا؛ امیری مجد، مجتبی؛ قنبری پناه، افسانه. (۱۴۰۰). رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری در تبیین تأثیر استرس شغلی و تعارض کار - خانواده بر بهزیستی روان‌شناختی در مربیان مراکز اختلال یادگیری خاص. *کودکان استثنایی*، ۲۱(۲)، ۶۳-۷۶.
- همایونی بخشایش، نسرين؛ فتحی واجارگاه، کوروش؛ و عارفی، محبوبه. (۱۴۰۲). تجارب مراقبان مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی. *مددکاری اجتماعی*، ۱۰(۳۵)، ۲۱۹-۱۷۹.
- یعقوبی، ابوالقاسم؛ روشنائی، محمدرضا؛ قربانی، زینب؛ و یارمحمدی واصل، شهریار. (۱۴۰۴). تاثیر آموزش تربیت منجبه بر تنظیم هیجان و حفظ توجه در کودکان دارای نقص توجه-بیش‌فعالی. *روانشناسی افراد استثنایی*، مقالات آماده انتشار.
- یعقوبی، ابوالقاسم؛ یآوری، امیرحسین؛ و یعقوبی، مینا. (۱۴۰۴). تاثیر آموزش شفقت‌ورزی بر کمال‌گرایی و وسواس مادران دارای دانش آموز مبتلا به اضطراب تحصیلی. *روان شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۴(۳)، ۸۴-۷۲.
- Andrews, A., & Brown, J. L. (2015). Discrepancies in the Ideal Perceptions and the Current Experiences of Special Education Teachers. *Education and Training Studies*, 3(6), 126-131.
- Brito, G., Campos, D., & Cebolla, A. (2018). Implicit or explicit compassion? efficacy of a compassion-based intervention and comparison with mindfulness-based stress reduction intervention on empathy and compassion. *Mindfulness*, 9(3), 1494-1508.
- Bruk, A., Scholl, S. G., & Bless, H. (2022). You and I both: Self-compassion reduces self-other differences in evaluation of showing vulnerability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 48(7), 1054-1067.
- Babenko, O., Mosewich, A. D., Lee, A., & Koppula, S. (2019). Association of physicians' self-compassion with work engagement, exhaustion, and professional life satisfaction. *Medical Sciences*, 7(2), 29-36.

- Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(5), 511-530.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235–243.
- delValle, M. V., Andres, M. L., Urquijo, S., Zamora, E. V., Mehta, A., & Gross, J. J. (2022). Argentinean adaptation and psychometric properties of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). *Psychological reports*, 125(5), 2733-2759.
- DiTella, M., Adenzato, M., Catmur, C., Miti, F., Castelli, L., Ardito, R.B. (2020). The role of alexithymia in social cognition: Evidence from a nonclinical population. *Affective Disorders*, 273, 482-492.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PLoS ONE*, 10(7), e0133481–19.
- Gentry, J. E. (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Trauma Practice*, 1(3-4), 37-61.
- Gilbert, P. (2024). An Evolution-and Compassion-Informed Biopsychosocial Approach to the Challenge of Building an Integrated Science for Psychotherapy. *Integrating Psychotherapy and Psychophysiology: Theory, Assessment, and Practice*, 13.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence*, 297-319.
- Galaterou, J., & Antoniou, A. S. (2017). Teachers' Attitudes towards Inclusive Education: The Role of Job Stressors and Demographic Parameters. *Special Education*, 32(4), 643-658.
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
- Johannsen, M., Schlander, C., Farver-Vestergaard, I., Lundorff, M., Wellnitz, K. B., Komischke-Konnerup, K. B., & O'Connor, M. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults—Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry research*, 314, 114683.
- Klimecki, O., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. *Pathological altruism*, 5, 368-383.
- Kotera, Y., Maxwell-Jones, R., Edwards, A. M., & Knutton, N. (2021). Burnout in professional psychotherapists: Relationships with self-compassion, work–life balance, and telepressure. *environmental research and public health*, 18(10), 5308.
- Maley, M. (2018). Combatting compassion fatigue with mindfulness. *doctoral nursing practice*, 11(1), 52-58.
- Millgram, Y., Huppert, J. D., & Tamir, M. (2020). Emotion goals in psychopathology: A new perspective on dysfunctional emotion regulation. *Current Directions in Psychological Science*, 29(3), 242-247.
- Mottaghi, S., Poursheikhali, H., & Shamedi, L. (2020). Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nursing ethics*, 27(2), 494-504.
- Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *clinical nursing*, 26(23-24), 4364-4378.
- Norrman Harling, M., Högman, E., & Schad, E. (2020). Breaking the taboo: Eight Swedish clinical psychologists' experiences of compassion fatigue. *qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1785610.
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193-218.
- Phillips, L. H., Henry, J. D., Nouzova, E., Cooper, C., Radlak, B., & Summers, F. (2014). Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. *clinical and experimental neuropsychology*, 36(8), 831-842.

- Portnoy, D. (1996). *Overextended and Undernourished: A Self-Care Guide for People in Helping Roles*. Johnson Institute.
- Paucsik, M., Bodelet, C., Niveau, N., Shankland, R., & Celine, B. (2020). Compassion based intervention and emotion regulation: a systematic review and meta-analysis. Manuscript in preparation.
- Paucsik, M., Nardelli, C., Bortolon, C., Shankland, R., Leys, C., & Baeyens, C. (2023). Self-compassion and emotion regulation: testing a mediation model. *Cognition and Emotion*, 37(1), 49-61.
- Powell, S. K. (2020). Compassion fatigue. *Professional Case Management*, 25(2), 53-55.
- Sirois, F. M., Nauts, S., & Molnar, D. S. (2019). Self-compassion and bedtime procrastination: an emotion regulation perspective. *Mindfulness*, 10, 434-445.
- Tierney, S., Bivins, R., & Seers, K. (2019). Compassion in nursing: Solution or stereotype? *Nursing inquiry*, 26(1), e12271.
- Wong, M. Y. C., Chung, P. K., & Leung, K. M. (2021). The relationship between physical activity and self-compassion: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 12, 547-563.
- Zhu, L., Yao, J., Wang, J., Wu, L., Gao, Y., Xie, J., ... & Schroevers, M. J. (2019). The predictive role of self-compassion in cancer patients' symptoms of depression, anxiety, and fatigue: A longitudinal study. *Psycho-oncology*, 28(9), 1918-1925.