MEJDS. 2023; 13:116.
Published online 2023 Nov. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Family Functioning and Happiness in Women with Breast Cancer

Anoushirani E[1],* Nouhi Sh[2], Razeghi N[3], Aghaei H[2]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran;
3. Assistant Professor of Psychology, Professor Hessabi Unit, Islamic Azad University, Tafresh, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** psynut.sh@gmail.com

Received: 2022 March 12; **Accepted:** 2022 June 28

Abstract

Background & Objectives: Cancer is a general term for a large group of diseases affecting any body part. Breast cancer is the most common cancer in women and can have profound effects on the various functions of women in life. In Iran, 16% of all cancers in both men and women are related to breast cancer, and it ranks first among Iranian women and causes profound emotional problems in them. This study aimed to evaluate the effectiveness of compassion–based therapy on family functioning and happiness in women with breast cancer. Breast cancer is a chronic disease; its diagnosis and treatment are accompanied by many psychological problems, increasing the need for psychological support. Cancer patients are worried about their survival. They are in pain, and this can seriously affect their mental state.
Methods: This research is quasi–experimental, using a pretest–posttest design with a control group. The statistical population of this study included all female patients with breast cancer referred to Imam Khomeini Hospital in 2019–2020. According to the records, 250 women had breast cancer. Among them, using an available sampling, 30 people were randomly selected and assigned to the experimental and control groups (each group consisting of 15 people). The inclusion criteria comprised being a woman, having breast cancer, committing to participate in therapy sessions, having a minimum level of diploma education, and not participating at the same time in other psychological treatment interventions. The exclusion criteria also included absence for more than three sessions from the intervention program and non–observance of the rules of the treatment group. After choosing the sample group and before starting the treatment program, the Family Assessment Device (Epstein et al., 1983) and Couples Happiness Inventory (Azrin, Naster, and Jones, 1973) were distributed among the two groups. After that, the diagnosis–based treatment program was performed on the experimental group (8 sessions of 90 minutes, once a week), and the control group did not receive any treatment program. In the end, the posttest was performed again from both groups. Also, after the end of the research, the treatment program was implemented for the control group to maintain ethical standards. Data analysis was performed in two sections: descriptive statistics and inferential statistics. At the level of descriptive statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics, multivariate analysis of covariance were used. Data analysis was performed in SPSS software version 24, and the significance level of the tests was considered to be 0.05.
Results: The results showed that the effect of compassion–based therapy on family functioning and happiness in women with breast cancer was significant ($p<0.001$).
Conclusion: It can be said that compassion–based therapy is one of the therapies of the third wave generation of psychological therapies that have been able to improve the family functioning and happiness of women with breast cancer.
Keywords: Compassion–Based therapy, Family function, Happiness, Breast cancer.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

Copyright © 2023, MEJDS. 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 cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۱۱۶.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه

الهام انوشیرانی[۱]، *شهناز نوحی[۲]، نرگس رازقی[۳]، حکیمه آقایی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد پروفسور حسابی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** psynut.sh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۱اسفند۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۷تیر۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان بیماری مزمنی است و تشخیص و درمان آن مشکلات روان‌شناختی زیادی به‌همراه دارد که لزوم استفاده از درمان روان‌شناختی را بیشتر می‌کند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

روش‌بررسی: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان امام‌خمینی(ره) تشکیل دادند که در سال‌های ۹۹ـ۱۳۹۸ به این بیمارستان مراجعه کردند و طبق آمار اعلام‌شده حدود ۲۵۰ نفر بودند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌صورت تصادفی وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. هر دو گروه پرسش‌نامهٔ کارکرد خانواده (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳) و پرسش‌نامهٔ شادکامی زناشویی (آزرین و همکاران، ۱۹۷۳) را تکمیل کردند. در ادامه اجرای برنامهٔ درمان مبتنی‌بر شفقت روی گروه آزمایش صورت گرفت. سپس پرسش‌نامه‌های مذکور توسط هر دو گروه تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس انجام پذیرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد، تأثیر درمان مبتنی‌بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه معنادار است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر مثبت دارد؛ بنابراین باتوجه به نتایج، توصیه می‌شود برای مداخلات مرتبط با سلامت به‌ویژه به‌منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه از درمان مبتنی‌بر شفقت در کنار سایر روش‌های درمانی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر شفقت، کارکرد خانواده، شادکامی، سرطان سینه.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

۱ مقدمه

سرطان[1] انواع مختلفی دارد و هر نوعی از آن می‌تواند هر قسمت از بدن را درگیر کند (۱). سرطان پستان[2] شایع‌ترین سرطان در زنان است و اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی دارد (۲). در ایران ۱۶درصد از کل سرطان‌ها در هر دو جنس مردان و زنان مربوط به سرطان پستان است. این سرطان رتبهٔ اول را در بین زنان ایرانی دارد (۳) و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در آن‌ها می‌شود. سرطان پستان بیماری مزمنی است که تشخیص و درمان آن مشکلات روان‌شناختی زیادی به‌همراه دارد و لزوم استفاده از درمان روان‌شناختی را بیشتر می‌کند (۴).

ازسوی‌دیگر احساس بهزیستی یا شادکامی[3] ویژگی مهم روانی است که فرد سالم باید از آن برخوردار باشد. آلبرتسون و همکاران درخصوص شادکامی افراد دچار سرطان سینه نشان دادند، کاهش این عامل با افزایش درد و اضطراب در بیماران همراه است (۵). شادکامی احساس مثبت و رضایتمندی عمومی از زندگی شامل رضامندی از خود و دیگران در حوزه‌های خانواده و شغل است (۶)؛ بنابراین باتوجه به اینکه شادی دارای نقش مهمی در بهداشت روانی است، پژوهشگران توجه ویژه‌ای به این متغیر دارند (۷).

کیم و گیون در پژوهش خود مشخص کردند، کارکرد خانواده[4] اثرات مهمی بر سلامت اعضای خانواده دارد و چرخهٔ بهداشت روان را در خانواده تقویت می‌کند. همچنین آن‌ها نشان دادند، در شرایط استرس و وجود بیماری، عملکرد طبیعی خانواده دچار مشکلاتی می‌شود (۸). خانواده با کارکرد سالم دارای انسجام و خانواده با کارکرد ناسالم با احساس ناامنی و ناخوشایند در داخل خانواده شکل می‌گیرد (۹). مدل مک‌مستر ابعاد مهم کارکرد خانواده را که اغلب نمود بالینی پیدا می‌کنند، مدنظر قرار می‌دهد (۱۰). آرچامبالت و همکاران دریافتند، حل مسئله، ارتباط، ایفای نقش، آمیختگی عاطفی، پاسخ‌گویی عاطفی و کنترل رفتار ابعاد مهمی از کارکرد خانواده را در بر می‌گیرد که در مدل مک‌مستر به آن توجه شده است (۱۱).

باتوجه به مطالب گفته‌شده و عوارض روان‌شناختی سرطان سینه برای بانوان، به‌نظر می‌رسد بهترین دفاع علیه مشکلات روان‌شناختی ناشی‌از آن، مداخلات روان‌شناختی[5] است (۱۲). تاکنون مداخله‌های آموزشی مانند کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[6] و مایه‌کوبی علیه استرس[7] (۱۳) و برنامه‌های متمرکز بر پرورش شفقت به خود[8] (۱۴) برای مقابله با موقعیت‌های هیجانی دشوار طراحی شده است که از میان آن‌ها توسعهٔ شفقت به خود در زمان‌های استرس به‌صورت بالقوه می‌تواند خطر استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی را کاهش دهد و هم‌زمان موجب افزایش بهزیستی فردی و رضایت ناشی‌از شفقت شود (۱۵). شفقت به خود سه عنصر اساسی را در بر دارد: ۱. ایجاد حس مهربانی و ادراک خود به‌جای خودانتقادگری و قضاوت سرسختانه (خودمهربانی)؛ ۲. تلقی‌کردن تجربهٔ شخصی به‌عنوان بخشی از تجربهٔ گسترده‌تر بشر به‌جای جدایی و انزوا (انسانیت مشترک)؛ ۳. نگه‌داشتن افکار و احساسات دردناک در هشیاری متعادل به‌جای همسان‌سازی مبالغه‌آمیز با آن‌ها ذهن‌آگاهی) (۲۰ـ۱۶). گیلبرت، درمان متمرکز بر شفقت[9] را در فضای درمان به‌کار برد. اصول درمان متمرکز بر شفقت این است که افکار و هر آنچه مربوط به عوامل بیرونی است، باید درونی شود و به‌این‌ترتیب ذهن انسان آرامش بگیرد (۱۴)؛ بنابراین در درمان مذکور افراد می‌آموزند احساسات منفی خود را لمس کرده و از آن اجتناب نکنند (۱۹).

شیوع فراوان اختلالات روان‌پزشکی در زنان مبتلا به سرطان سینه لزوم توجه بیشتر مسئولان بهداشتی‌درمانی را طلب می‌کند. باتوجه به عوارض روان‌شناختی که سرطان سینه به‌دنبال دارد و این عوارض خود در ادامهٔ روند بیماری بی‌تأثیر نیست، به‌نظر می‌رسد در کنار درمان‌های پزشکی سرطان، می‌توان از درمان‌های روان‌شناختی برای درمان مشکلات روان‌شناختی ناشی‌از سرطان در این بیماران بهره جست. همچنین باتوجه به بررسی‌های انجام‌شده، در ایران پژوهشی در حیطهٔ اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی‌بر شفقت بر عوامل روان‌شناختی شادکامی و کارکرد خانواده روی جامعهٔ زنان مبتلا به سرطان سینهٔ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی صورت نگرفته است؛ درنتیجه انجام این پژوهش ضروری به‌نظر رسید؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه گواه و آزمایش انجام گرفت. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان امام‌خمینی(ره) شهر تهران تشکیل دادند که در سال‌های ۹۹ـ۱۳۹۸ به این بیمارستان مراجعه کردند و طبق آمار اعلام‌شده حدود ۲۵۰ نفر بودند. ازآنجاکه تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی حداقل پانزده نفر در نظر گرفته شده است (۲۰)، از بین جامعهٔ آماری سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌صورت تصادفی وارد مطالعه شدند. سپس به‌تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. روش اجرا به این ترتیب بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامهٔ درمانی پرسش‌نامهٔ کارکرد خانواده[10] (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳) و پرسش‌نامهٔ شادکامی زناشویی[11] (آزرین و همکاران، ۱۹۷۳) بین هر دو گروه توزیع شد. در ادامه گروه آزمایش برنامهٔ درمان مبتنی‌بر شفقت را به‌صورت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار، دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ برنامهٔ درمانی ارائه نشد. در انتها مجدد اجرای پس‌آزمون در هر دو گروه صورت گرفت. همچنین پس از پایان پژوهش به‌منظور حفظ موازین

[1]. Cancer
[2]. Breast Cancer
[3]. Happiness
[4]. Family Function
[5]. Psychological interventions
[6]. Mindfulness-based stress reduction
[7]. Vaccination against stress
[8]. Self-compassion
[9]. Compassion-focused treatment
[10]. Family Assessment Device
[11]. Couples Happiness inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

اخلاقی، برنامه‌های درمانی انجام‌شده در پژوهش برای گروه گواه اجرا شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: زن‌بودن؛ مبتلابودن به سرطان سینه؛ متعهد به شرکت در جلسات؛ داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت‌نکردن هم‌زمان در مداخلات درمان روان‌شناختی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از سه جلسه و رعایت‌نکردن قوانین گروه درمانی بود.

ابزارهای زیر در این پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ شادکامی زناشویی (MHS) (آزرین و همکاران، ۱۹۷۳): مقیاس شادکامی زناشویی (MHS) توسط آزرین و همکاران در سال ۱۹۷۳ ساخته شد که از ده گویه تشکیل شده است و به‌منظور سنجش میزان شادکامی زناشویی به‌کار می‌رود (۲۱). این ابزار ده‌سؤالی ابتدا برای آزمون اثرات مشاهده‌ای تقابل طراحی شد که رویکردی رفتاری در مشاورهٔ زناشویی است. این مقیاس میزان کلی شادکامی زناشویی را در نُه محیط متفاوت از روابط زن و شوهر با استفاده از شاخص‌های تک‌ماده‌ای کلی می‌سنجد. از هر پرسش می‌توان به‌عنوان شاخصی مستقل برای شادکامی زناشویی درزمینه‌های خاصی از تعامل زناشویی استفاده کرد. برای به‌دست‌آوردن شاخص کلی شادکامی زناشویی، نمرات کل سؤالات جمع می‌شود. در مقابل هر گزاره طیفی از ۱تا۱۰ قرار دارد که پاسخ‌دهنده باتوجه به گزاره، میزان شادکامی خود را در آن حیطه درجه‌بندی می‌کند (۲۱). دامنهٔ پرسش‌نامه از ۱۰تا۱۰۰ است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت ده‌گزینه‌ای انجام می‌شود. نمرهٔ بین ۱۰تا۲۰ بیانگر شادکامی زناشویی ضعیف و نمرهٔ بین ۲۰تا۵۵ نشان‌دهندهٔ شادکامی زناشویی متوسط و نمرهٔ بیشتر از ۵۵ بیانگر شادکامی زناشویی قوی است. پایایی نسخهٔ اصلی پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و به‌روش بازآزمایی ۰/۸ به‌دست آمد (۲۱). در پژوهش امامی کاله‌سر و رسولی، میزان همبستگی مقیاس شادکامی زناشویی با مقیاس کیفیت روابط زناشویی اسپنیرا ۰/۷۱ بود و میزان پایایی این پرسش‌نامه به‌شیوهٔ همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹ به‌دست آمد (۲۲).

جدول ۱. جلسات درمانی مبتنی‌بر شفقت (CFT) *اقتباس از گیلبرت* (۲۴)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، معرفی و برقراری رابطهٔ حسنه، معرفی ساختار جلسات، تأکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی و اجتناب از قضاوت و سرزنش یا تمسخر دیگران، آشنایی با رویکرد درمانی مبتنی‌بر شفقت و ماهیت شفقت، آشنایی با بیماری سرطان سینه، ارائهٔ تکلیف خانگی.
دوم	خلاصهٔ جلسهٔ قبل، مرور تکلیف جلسهٔ قبل، تعریف شرم، درک مفهوم خودسرزنشگری، تفاوت شرم، احساس گناه و تحقیر، ارائهٔ تکلیف خانگی.
سوم	خلاصهٔ جلسهٔ قبل، مرور تکلیف جلسهٔ قبل، مقایسهٔ مسئولیت‌پذیری درمقابل تقصیرجویی خودانتقادگرانه، ذهن‌آگاهی و ریتم تنفس تسکین‌دهنده، ارائهٔ تکلیف خانگی.
چهارم	خلاصهٔ جلسهٔ قبل، مرور تکلیف جلسهٔ قبل، تعریف همدلی، پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی، معرفی تصویرسازی مشفقانه.
پنجم	خلاصهٔ جلسهٔ قبل، ایجاد مکانی امن، پرورش خودشفقت‌ورزی، تکنیک صندلی مشفق.
ششم	خلاصهٔ جلسهٔ قبل، معرفی مفهوم خودشفقت‌ورزی به خود، شفقت‌ورزی به دیگران، شفقت‌ورزی ازسوی دیگران.
هفتم	شناسایی راهبرهای ایمنی‌بخش و رفتارهای سلطه‌پذیرانه و رابطهٔ آن با خودانتقادگری، به‌چالش‌کشیدن خود ازطریق گفت‌وگوی سقراطی، ارائهٔ تکلیف خانگی.
هشتم	خلاصهٔ جلسه قبل، مرور تکلیف جلسهٔ قبل، نوشتن نامهٔ مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه، تمرین شفقت به خود و شفقت به دیگران، ارائهٔ بازخورد، تشکر از شرکت‌کنندگان برای شرکت در گروه و آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای پایان جلسات، اجرای پس‌آزمون.

ـ پرسش‌نامهٔ کارکرد خانواده (FAD) (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳): این پرسش‌نامه، شصت‌سؤالی است و برای سنجیدن کارکرد خانواده برمبنای الگوی مک‌مستر تدوین شد. اپشتاین و همکاران این ابزار را در سال ۱۹۸۳ با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه کردند که توانایی خانواده را در سازش با حوزهٔ وظایف خانوادگی با مقیاسی خودگزارش‌دهی ارزیابی می‌کند (۱۰). مقیاس کارکرد خانواده دارای شش بُعد است: حل مشکل؛ ارتباط؛ نقش‌ها؛ همراهی عاطفی؛ آمیختگی عاطفی؛ کنترل رفتار. برای ارزیابی هرکدام از خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامهٔ کارکرد خانواده، سؤال‌های خاصی در پرسش‌نامه گنجانده شده است. خرده‌مقیاس‌ها و سؤال‌های مربوط به آن‌ها به‌صورت زیر است: حل مشکل: سؤال‌های ۲، ۱۲، ۲۴، ۳۸، ۵۰، ۶۰؛ ارتباط: سؤال‌های ۳، ۱۴، ۱۸، ۲۹، ۴۳، ۵۲، ۵۹؛ نقش‌ها: سؤال‌های ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۳، ۳۰، ۳۴، ۴۰، ۴۵، ۵۳؛ همراهی عاطفی: سؤال‌های ۵، ۹، ۱۹، ۲۸، ۳۹، ۴۹، ۵۷؛ آمیزش عاطفی: سؤال‌های ۱۳، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۳، ۳۵، ۳۷، ۴۲، ۵۴؛ کنترل رفتار: سؤال‌های ۷، ۱۷، ۲۷، ۳۲، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۵۵، ۵۸؛ عملکرد کلی: سؤال‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۶، ۵۱، ۵۶. ضریب روایی همگرایی و واگرایی خرده‌مقیاس‌های ابزار سنجش خانواده با پرسش‌نامهٔ الگوهای ارتباطی در نسخهٔ اصلی به‌ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های حل مسئله ۰/۳۷ و ۰/۳۱، ارتباط یا تعامل ۰/۴۱ و ۰/۳۵، نقش‌ها ۰/۳۱ و ۰/۳۴، پاسخ‌گویی عاطفی ۰/۳۷ و ۰/۴۶، آمیزش عاطفی ۰/۴۲ و ۰/۳۸، کنترل رفتار ۰/۳۲ و ۰/۴۱ ـ و عملکرد کلی خانواده ۰/۴۶ و ۰/۴۳ ـ گزارش شد. همچنین پایایی ابزار کارکرد خانواده ازطریق محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های خود، ۰/۷۲تا۰/۹۲ محاسبه شد (۱۰). در ایران نجاریان برای اولین‌بار پرسش‌نامهٔ کارکرد خانواده را ترجمه، هنجاریابی و میزان‌سازی کرد (۲۳). او در پژوهشی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار کارکرد خانواده روی نمونه‌ای ۵۰۱نفری از دانشجویان دانشگاه تهران پرداخت. وی ضمن تأیید اعتبار نسخهٔ فارسی این آزمون که دارای ۴۵ سؤال است، اعتبار کل آزمون را ۰/۹۳ به‌دست آورد. او با استفاده از

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

روش تحلیل عاملی توانست سه سازه یا عامل را شناسایی و نام‌گذاری کند. این سازه‌ها عبارت بود از: ۱. نقش‌های خانوادگی؛ ۲. حل مسئله؛ ۳. همراهی عاطفی. در ایران علاوه‌بر کارکرد خانواده نسخه‌های دیگری از این آزمون هنجاریابی و تحلیل عاملی شد. این نسخه‌ها ۴۱، ۴۳، ۵۳ و ۶۰سؤالی بود. در تحلیل عاملی این نسخه‌ها هفت عامل به‌دست آمد که ذکر شد. در این پژوهش نسخهٔ شصت‌سؤالی کارکرد خانواده به‌کار رفت (۲۳).

ـ درمان مبتنی‌بر شفقت: محتوای جلسهٔ درمانی اقتباس‌شده از بستهٔ درمانی گیلبرت، برای هشت جلسه طراحی شد (۱۴). روایی محتوایی به‌تأیید چند نفر از استادان رسید. در جدول ۱ محتوای تفکیک جلسات ارائه شده است.

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان دربارهٔ خروج از پژوهش در هر زمان و ارائهٔ اطلاعات فردی مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSSنسخهٔ ۲۴ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش، درمجموع سی آزمودنی (پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه) شرکت کردند که میانگین سنی و انحراف معیار در افراد گروه آزمایش ۳۹/۵±۳/۴ و در افراد گروه گواه ۴۰/۸±۳/۷ سال بود.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمایش				گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شادکامی	۱۴/۶	۳/۶	۱۷/۹	۳/۴	۱۵/۶	۳/۶	۱۶/۴	۳/۸
حل مسئله	۱۴/۱	۳/۴	۱۷/۸	۳/۲	۱۲/۳	۳/۲	۱۳/۳	۳/۲
ارتباط	۲۱/۸	۴/۳	۲۵/۶	۴/۲	۲۲/۴	۴/۶	۲۰/۸	۴/۳
نقش‌ها	۲۳/۳	۳/۳	۳۲/۸	۳/۸	۲۳/۵	۳/۳	۲۴/۸	۳/۲
پاسخ‌گویی عاطفی	۱۵/۵	۳/۶	۲۰/۲	۳/۹	۱۶	۳/۲	۱۸/۴	۴/۳
آمیزش عاطفی	۱۴/۸	۴/۲	۱۹/۹	۴/۱	۱۶/۲	۳/۰۴	۱۶/۸	۲/۳
کنترل رفتاری	۲۴/۶	۴/۱	۳۱/۸	۴/۵	۲۴/۴	۴/۵	۲۵/۳	۴/۲

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای برنامهٔ درمان مبتنی‌بر شفقت آورده شده است. همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در هر دو متغیر شادکامی و کارکرد خانواده بهبود یافته است؛ اما در گروه گواه تغییر درخورتوجهی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس در زیرمقیاس‌های کارکرد خانواده و شادکامی

نوع اثر	خرده‌مقیاس	F	مقدار *p*	مجذور اتا
اثر پیش‌آزمون	شادکامی	۱۲۴/۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
	حل مسئله	۲۵/۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۲
	ارتباط	۵۱/۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۱
	نقش‌ها	۲۵/۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۱
	پاسخ‌گویی عاطفی	۳۶/۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۶
	آمیزش عاطفی	۱۹/۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۲
	کنترل رفتاری	۲۴/۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
اثر گروه	شادکامی	۱۰۱/۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۴
	حل مسئله	۱۵/۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۵
	ارتباط	۳۹/۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
	نقش‌ها	۱۱/۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۱
	پاسخ‌گویی عاطفی	۲۷/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۶
	آمیزش عاطفی	۱۰/۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۳
	کنترل رفتاری	۱۶/۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

ابتدا نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کولموگروف‌اسمیرنف بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون ام‌باکس بیانگر مفروضهٔ همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس بود. مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش با آزمون لوین به‌تأیید رسید؛ بنابراین تمام مفروضه‌های آنالیز کوواریانس تک‌متغیری برقرار بود و برای تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده شد.

نتایج تحلیل کوواریانس برای هریک از زیرمقیاس‌های کارکرد خانواده و متغیر شادکامی نشان داد، در همهٔ مؤلفه‌ها بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، درمان مبتنی‌بر شفقت موجب بهبود نمرات شادکامی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با مطالعات زیر همسوست: خلعتبری و همکاران در پژوهشی با ارزیابی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان دریافتند، درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی این زنان مؤثر باشد (۲۵)؛ علی قنواتی و همکاران به بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر اهواز پرداختند. آن‌ها نشان دادند، میانگین‌های کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون و میانگین‌های شادکامی دو گروه آزمایش وگواه در مرحلهٔ پس‌آزمون در تحلیل کوواریانس چندمتغیری از لحاظ آماری معنادار است (۲۶).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، در آموزش شفقت خود، مهربانی با خود، درک خود به‌جای قضاوت خود و نوعی حمایت از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همهٔ انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصهٔ اصلی اشتراکات انسانی است. بهشیاری درمقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به آگاهی متعادل و روشنی از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرر ذهن را اشغال نکند (۲۷). درمان متمرکز بر شفقت فقط دربارهٔ مقابله با پردازش مبتنی‌بر تهدید یا ایجاد دفاع‌های مختلف مانند یادگیری قاطع به‌جای تسلیم نیست؛ بلکه به‌دنبال تحریک پردازش عاطفهٔ مثبت است. برخی از مُراجعان از لذت‌بردن از انجام کارهای خوب، ترس دارند و احساسات مثبت خود را سرکوب می‌کنند. قرارگرفتن درمعرض احساسات مثبت مانند شادکامی، مُراجع را تشویق و کمک می‌کند از تجربهٔ آن‌ها لذت ببرد (۱۴). داشتن شفقت خود در زندگی زناشویی نیازمند آن است که فرد به‌علت شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد و این مفهوم به‌معنای توجه‌نکردن یا اصلاح‌نکردن این شکست‌ها نیست. وقتی خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، اگر به‌خاطر اشتباهاتش به‌سختی قضاوت شود، عملکردهای حمایتی خود را، با هدف تهدید نشدن حرمت خود فرد، درجهت پنهان‌کردن نواقص از خودآگاهی فرد تنظیم می‌کند.

مداخلهٔ مبتنی‌بر شفقت خود، افزایش گذشت و انعطاف‌پذیری و بیشترشدن شادکامی زناشویی افراد متأهل را به‌دنبال داشت (۲۸). همچنین آموزش شفقت خود باعث گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار دربارهٔ خود می‌شود. آموزش شفقت خود به‌دلیل اینکه مسبب پذیرش، مهربانی و قضاوت‌نکردن همسر است، موجب می‌شود زوجین در هنگام تجربهٔ شکست و ناتوانی (مانند ابتلای همسر به بیماری سرطان پستان) باهم صمیمیت بیشتری داشته باشند و خودتنظیمی مثبتی از خود نشان دهند. افزایش عزت‌نفس زنان در روابط زناشویی باعث می‌شود نگرش‌های صمیمانهٔ آن‌ها درجهت زندگی هدفمندتر ارتقا پیدا کند. آموزش شفقت خود در زنان، نگرش‌های صمیمانهٔ آن‌ها را تقویت می‌کند، بین زنان احساس به‌هم‌پیوستگی به‌وجود می‌آورد و مسبب جذابیت، رفتار شایسته، مناسب و اعتماد بین افراد متأهل می‌شود. هرچه شفقت خود بیشتر باشد، صمیمیت در روابط بین زنان افزایش می‌یابد و زمینه‌ای برای خشنودی و رضایت و هیجانات مثبت در رضایت از زندگی زناشویی زنان خواهد بود (۲۵).

ازسوی‌دیگر نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، درمان مبتنی‌بر شفقت موجب بهبود نمرات کارکرد خانواده در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با مطالعات زیر همسوست: خلعتبری و همکاران در پژوهشی با ارزیابی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان دریافتند، درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی این زنان مؤثر باشد (۲۵)؛ علی قنواتی و همکاران به بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر اهواز پرداختند. آن‌ها نشان دادند، میانگین‌های کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون و میانگین‌های شادکامی دو گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون در تحلیل کوواریانس چندمتغیری از لحاظ آماری معنادار است (۲۶).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، مدت‌ها است که پژوهشگران متوجه شدند مشکلات شرم و انتقاد از خود اغلب ریشه در بدکارکردی خانواده، بی‌توجهی و/یا نبود محبت دارد (۱۴). گنزالس‌ـ هرناندز و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان مبتنی‌بر شفقت بر بیماران تحت درمان سرطان سینه پرداختند (۲۹). این پژوهشگران نتیجه گرفتند، روندهای همدلی و بخشش خویشتن و ایجاد پل ارتباطی با دیگران در پذیرش بیماری و افزایش خودمهرورزی و کنترل بر استرس‌های درمان سرطان نقش بسزایی دارد. یکی از حوزه‌های تأکیدشده در درمان مبتنی‌بر شفقت، همدلی و گسترش علاقه به دیگران است که در جلسات درمانی بر آن تأکید شد. گسترش بخشش و همدلی با دیگران درنهایت منجربه افزایش شبکهٔ حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز تأکید شده است. اثرگذاری این درمان بر ارتباطات خانوادگی بیماران می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. ازسوی‌دیگر، تفسیر مجدد رویدادها باتوجه به شرایط اصلاح‌شده، شادکامی و سرزندگی را افزایش می‌دهد که به‌نوبهٔ خود باعث افزایش کارکرد خانواده در زنان

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

مبتلا به سرطان سینه در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین به‌کارگیری مداخلات ذهن‌آگاهانه و تمرینات آرام‌بخشی، از دیگر حوزه‌های تأکیدشده در این درمان بود. اثرگذاری این تکنیک‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته مشخص شده است. به‌نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی‌بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خودبخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است؛ همچنان‌که تحقیقات اخیر نشان داد، زنان دچار سرطان سینه‌ای که از خودبخشودگی بیشتری برخوردار هستند، روابط خانوادگی بهتری را تجربه می‌کنند (۳۰).

در تبیین دیگر می‌توان گفت، در درمان مبتنی‌بر شفقت وقتی فرد به درد و رنج خود توجه می‌کند و با مهربانی پاسخ می‌دهد و به‌یاد می‌آورد که رنج بخشی از شرایط مشترک انسان است، می‌تواند با سهولت بیشتری با مشکلات زندگی کنار بیاید. فرد یک حالت ذهنی و قلبی عاشقانه، مرتبط و متعادل ایجاد می‌کند که برای کاهش آسیب‌شناسی روانی کمک‌کننده است و درعین‌حال شادی و معنای زندگی را افزایش می‌دهد. شفقت به خود منبع قابل حملی از دوستی و حمایت به‌شمار می‌رود و در زمانی که فرد به آن بیشتر نیاز دارد مانند وقتی شکست می‌خورد، اشتباه می‌کند یا در زندگی مبارزه می‌کند، دردسترس است. برخلاف عزت‌نفس که دوستی با خود با رعایت عدالت و انصاف است، شفقت به خود، منبعی دردسترس در زمان خوشحالی و بدحالی محسوب می‌شود. فرد با ترکیب پذیرش آگاهانهٔ تجربهٔ لحظهٔ حال خود با میل دلسوزانه برای شادبودن و رهایی از رنج، توانایی خود را برای درمان و رسیدن به پتانسیل کامل خود به‌حداکثر می‌رساند (۱۵).

برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌شود. نمونهٔ پژوهش حاضر فقط افرادی را پوشش داد که برای دریافت خدمات به بیمارستان امام‌خمینی(ره) تهران مراجعه کردند؛ بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند اشخاصی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند، گروه بیماران بستری در بیمارستان‌های دیگر و...، به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید بااحتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری دردسترس و جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به‌دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی، مستعد تحریف هستند. همچنین در این پژوهش پیگیری نتایج بعد از اجرای پس‌آزمون مقدور نبود؛ لذا می‌توان به‌عنوان محدودیتی زمانی از آن نام برد.

پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند کم‌بودن حجم نمونهٔ این پژوهش را جبران کند. پژوهش حاضر تنها روی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران انجام شد و انتخاب آزمودنی‌هایی از بین سایر شهرها، تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش می‌دهد. ازآنجاکه پژوهش حاضر روی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران صورت گرفت، برای رفع این محدودیت توصیه می‌شود چنین پژوهشی در سایر فرهنگ‌ها به‌ویژه قومیت‌های کرد و لر و بلوچ انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی‌بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر مثبت دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان بیمارستان امام‌خمینی(ره) تهران که در مطالعهٔ حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامهٔ کتبی امضاشده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم درزمینهٔ پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها درزمینهٔ رازداری و محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن

داده‌های پژوهش در پیوست رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. نویسندهٔ اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور، کل پژوهش را انجام داد.

References

1. Mohan J, Sehgal M, Giti Ghoreishi A. Comparison of stress and coping styles in patients with cancer and healthy people. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2017;12(45):77–86. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1156_ce501feb11c13bb094ba1efc3ecb5754.pdf
2. Wapnir IL, Price KN, Anderson SJ, Robidoux A, Martín M, Nortier JWR, et al. Efficacy of chemotherapy for ER–negative and ER–positive isolated locoregional recurrence of breast cancer: final analysis of the CALOR trial. J Clin Oncol. 2018;36(11):1073–9. https://doi.org/10.1200/jco.2017.76.5719
3. Fathollahi Shourabeh F, Tarverdizadeh B, Keihani M. The impact of eight weeks of resistance training on some angiogenesis indicators in women with breast cancer. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2017;20(3):9–17. [Persian] https://doi.org/10.22038/ijogi.2017.8868

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

4. Norouzi H, Hashemi E. The efficacy of Mindfulness–based Cognitive Therapy (MBCT) on emotion regulation among patients with breast cancer. Iranian Journal of Breast Diseases. 2017;10(2):38–48. [Persian] https://ijbd.ir/article-1-628-en.pdf
5. Albertson E, Neff K, Dill–Shackleford K. Self–compassion and body dissatisfaction in women: a randomized controlled trial of a brief meditation intervention. Mindfulness. 2015;6(3):444–54. http://dx.doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3
6. Aassve A, Arpino B, Balbo N. It takes two to tango: couples' happiness and childbearing. Eur J Population. 2016;32(3):339–54. https://doi.org/10.1007/s10680-016-9385-1
7. Heiman JR, Long JS, Smith SN, Fisher WA, Sand MS, Rosen RC. Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. Arch Sex Behav. 2011;40(4):741–53. https://doi.org/10.1007/s10508-010-9703-3
8. Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. Cancer. 2008;112(11 Suppl):2556–68. https://doi.org/10.1002/cncr.23449
9. Kim H, Prouty AM, Smith DB, Ko MJ, Wetchler JL, Oh JE. Differentiation and healthy family functioning of Koreans in South Korea, South Koreans in the United States, and white Americans. J Marital Fam Ther. 2015;41(1):72–85. https://doi.org/10.1111/jmft.12049
10. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. Journal of Marital and Family Therapy. 1983;9(2):171–80. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
11. Archambault R, Mansfield AK, Evans D, Keitner GI. Using the tenets of the Problem–Centered Systems Therapy of the Family (PCSTF) to teach the McMaster approach to family therapists. Fam Process. 2014;53(4):640–55. https://doi.org/10.1111/famp.12065
12. Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring compassion fatigue. Clin Soc Work J. 2007;35(3):155–63. https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7
13. Meichenbaum DH, Deffenbacher JL. Stress inoculation training. The Counseling Psychologist. 1988;16(1):69–90. https://doi.org/10.1177/0011000088161005
14. Gilbert P. Introducing compassion–focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment. 2009;15(3):199–208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264
15. Beaumont E, Durkin M, Hollins Martin CJ, Carson J. Compassion for others, self–compassion, quality of life and mental well–being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: a quantitative survey. Midwifery. 2016;34:239–44. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002
16. Neff KD, Hsieh YP, Dejitterat K. Self–compassion, achievement goals, and coping with academic failure. Self and Identity. 2005;4(3):263–87. https://doi.org/10.1080/13576500444000317
17. Neff KD, Dahm KA. Self–compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP, editors. Handbook of mindfulness and self–regulation. New York, NY: Springer; 2015. pp: 121–37. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10
18. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self–compassion program. J Clin Psychol. 2013;69(1):28–44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923
19. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh YP. Self–compassion and self–construal in the United States, Thailand, and Taiwan. Journal of Cross–Cultural Psychology. 2008;39(3):267–85. https://doi.org/10.1177/0022022108314544
20. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
21. Azrin NH, Naster BJ, Jones R. Reciprocity counseling: a rapid learning–based procedure for marital counseling. Behaviour Research and Therapy. 1973;11(4):365–82. https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90095-8
22. Emami Kalesar L, Rasouli M. The relationship between relational beliefs, relational attributes and marital happiness. Journal of Applied Psychology. 2018;11(4):393–410. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_96920_7c7fe2d658433281b5d55e45d0ff5ea1.pdf
23. Najarian F. Factors affecting family functioning (a study of psychometric properties of the FAD family assessment scale [Thesis for Master in Counseling Psychology]. [Roudehen, Iran]: Islamic Azad University; 1996. [Persian]
24. Gilbert P. Introducing compassion–focused therapy. Esbati M, Feizi A. (Persian translator). Tehran: Ibn Sina Pub; 2018.
25. Khalatbari J, Hemmati Sabet V, Mohammadi H. Effect of compassion–focused therapy on body image and marital satisfaction in women with breast cancer. Iranian Journal of Breast Diseases. 2018;11(3):7–20. [Persian] http://dx.doi.org/10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7
26. Alighanavati S, Bahrami F, Goudarzi K, Rrouzbahani M. Effectiveness of compassion–based therapy on quality of life and happiness of women with breast cancer in Ahvaz city. Journal of Nursing Education. 2018;7(2):53–61. [Persian] http://jne.ir/article-1-920-en.pdf
27. Neff KD, McGehee P. Self–compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and Identity. 2010;9(3):225–40. https://doi.org/10.1080/15298860902979307
28. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. JAMA. 1999;281(11):991–9. https://doi.org/10.1001/jama.281.11.991
29. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego–Pedro R, Baños R, et al. Cognitively–Based Compassion Training (CBCT®) in breast cancer survivors: a randomized clinical trial study. Integr Cancer Ther. 2018;17(3):684–96. https://doi.org/10.1177/1534735418772095
30. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer–related fatigue: a meta–analysis. JAMA Oncol. 2017;3(7):961–8. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.6914

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]