اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان[۱]

The effectiveness of compassion-focused therapy on cancer fatigue and self-care behaviors of cancer patients

فریناز طبیب زاده
دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ایران.
دکتر اسماعیل سلیمانی(نویسنده مسئول)
دانشیار دانشگاه ارومیه، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
دکتر شهره قربان شیرودی
دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران.

Farinaz Tabibzadeh
PhD Student in Health Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Iran.
Dr. Esmail Soleimani *
Associate Professor Urmia University, Urmia, Iran.
E.soleimani@urmia.ac.ir
Dr. Shohre Shiroudi
Associate Professor Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran.

چکیده
سرطان به عنوان یک عامل استرس زای منفی، تاثیر جدی بر سلامت جسمی و روانی مبتلایان دارد. این امر لزوم مداخلات روان شناختی را در این بیماران ضروری می سازد، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خود مراقبتی بیماران سرطانی انجام گرفت. روش پژوهش حاضر با توجه به موضوع آن، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون بود. جامعه آماری مطالعه حاضر نیز شامل تمامی بیماران مراجعه کننده به مرکز غیر دولتی سرطان شناسی شهرستان ارومیه در بازه زمانی فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۹ بودند. از بین جامعه آماری نمونه ای به حجم ۳۰ نفر بیمار مبتلا به سرطان (۱۵ نفر گروه آزمایش- ۱۵ نفر گروه کنترل) براساس ملاک های ورودی با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی بین دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه خستگی ناشی از سرطان اوکویاما و همکاران (۲۰۰۰) و پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی در بیماران سرطانی محقق ساخته استفاده شد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر شفقت را تجربه کردند. سپس هر دو گروه بعد از اتمام جلسات به ابزارهای اندازه گیری پاسخ دادند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد تفاوت میانگین نمرات خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بعد از درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل معنادار است ($P \leq ۰/۰۰۱$). به طوری که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش خستگی ناشی از سرطان و افزایش رفتارهای خود مراقبتی شد. پیشنهاد می شود جهت بهبود خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران در کنار سایر مداخلات از درمان مبتنی بر شفقت استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: *شفقت، خستگی، رفتارهای خودمراقبتی، سرطان.*

Abstract
Cancer as a negative stressor has a serious impact on the physical and mental health of patients. This necessitates psychological interventions in these patients, so the present study was conducted to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on cancer fatigue and self-care behaviors of cancer patients. The method of the present study was a semi-experimental pre-test-post-test according to its subject. The statistical population of the present study also included all patients referred to the non-governmental oncology center of Urmia in the period of April and May 2016. From the statistical population, a sample of 30 cancer patients (15 in the experimental group - 15 in the control group) was selected based on the input criteria by available sampling method and randomly assigned between the experimental and control groups. For data collection, Okoyama et al.'s (2000) cancer fatigue questionnaire and self-care behaviors questionnaire in researcher-made cancer patients were used. The experimental group experienced compassion-based therapy for 8 sessions of 90 minutes. Both groups then responded to the measurement tools after the sessions. The results of multivariate analysis of covariance showed that the difference between the mean scores of fatigue due to cancer and self-care behaviors after compassion-focused treatment compared to the control group was significant ($P \leq 0/001$) .Compassion-based therapy reduced cancer-induced fatigue and increased self-care behaviors. It is recommended to use compassion-focused therapy to improve cancer fatigue and patients' self-care behaviors along with other interventions.

Keywords: *Compassion, Fatigue, Self-care Behaviors, Cancer.*

ویرایش نهایی : اسفند ۹۹ **پذیرش: مهر ۹۹** **دریافت : مهر ۹۹** **نوع مقاله : کاربردی**

[۱] . این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی سلامت می باشد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]

مقدمه

سرطان نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است که می تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ دهد و با حمله به بافت های سالم بدن موجب بیماری شدید و در نتیجه مرگ گردد (لو، ریبا، برادرز و اندرسن[۱]،۲۰۱۹). هر چند امروزه تشخیص سرطان، دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع محسوب نمی شود در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده شده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیق در بیمار می شود (هوانگ، شین، زو و لو[۲]، ۲۰۲۰). بین ۵۲ تا ۱۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به طور هم زمان از یک اختلال روان پزشکی رنج می برند. تشخیص و درمان سرطان سبب اختلال در الگوی خواب، ایجاد علائم جسمی، اختلال در عملکرد شناخت، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فرد شده و در نهایت کیفیت زندگی فرد را تهدید می کند (هالبرت[۳] و همکاران، ۲۰۲۰).

شایع ترین و اغلب آزاردهنده ترین علامت مربوط به سرطان و درمان آن، خستگی می باشد که در ۷۰ تا ۱۰۰ درصد بیماران تحت درمان گزارش شده است (باور، وایلی، پترسن، ایروین، کول و گنز[۴]، ۲۰۱۸). طبق گزارش بیماران سرطانی، خستگی ناشی از سرطان[۵] بیشترین ناراحتی را برای آن ها ایجاد کرده و تاثیرات منفی زیادی بر کیفیت زندگی آن ها دارد (جاکوبسن و اندریکوسکی[۶]، ۲۰۱۵). خستگی ممکن است در اثر فرایند بیماری و درمان های مربوطه ایجاد شود که به آن خستگی ناشی از سرطان گفته می شود. این علامت بیش از ۷۰ درصد بیماران تحت اشعه درمانی و شیمی درمانی را تحت تاثیر قرار می دهد. برای بسیاری از بیماران، خستگی مربوط به سرطان به قدری شدید است که در صورت عدم تسکین، فعالیت های روزانه آن ها را مختل و محدود می سازد و به طور عمیقی بسیاری از جنبه های زندگی فرد در انجام فعالیت ها و نقش های با ارزش زندگی، کیفیت زندگی فرد و وضعیت عملکردی را تحت تاثیر قرار می دهد (دوپنات ، باور، استنتون و گنز[۷]، ۲۰۱۴). رابطه بین خستگی و عوامل روانشناختی، اجتماعی، رفتاری و جسمی در مطالعات متعددی تایید شده است. خستگی در بیماران سرطانی یک فرایند پیچیده است که سه دسته عوامل در ایجاد آن دخیل است، ۱-تجارب فردی شامل: اختلال جسمانی، فشارهای روانی؛ ۲-مراحل درمان سرطان شامل: محدودیت های اجتماعی و اثرات آن بر کیفیت زندگی و ۳-میزان تطابق با بیماری (اسمتس[۸] و همکاران، ۱۹۹۸).

یکی دیگر از متغیرهایی که در بیماران سرطانی، مورد توجه قرار گرفته رفتارهای خودمراقبتی است (یونگ[۹]، ۲۰۱۷). در میان عوامل تعیین کننده سلامت، رفتارهای خودمراقبتی ارتقا دهنده سلامت به عنوان اساسی ترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری به ویژه بیماری های مزمن شناخته شده است. بنابراین رفتارهای خودمراقبتی ارتقا دهنده سلامت باید به عنوان راهبرد اصلی جهت حفظ و ارتقاء سلامت مورد توجه قرار گیرند (مرنزن[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۸). بررسی های انجام شده در انگلستان حاکی از این است که رفتارهای خودمراقبتی ارتقا دهنده سلامت به طور مستقیم با سلامت سالمندان و کیفیت زندگی آنان ارتباط دارد و موجب کاهش میزان ابتلا به مرگ و میر می گردد (شن، چیه و یو[۱۱]، ۲۰۱۸). مهم ترین رفتارهای خودمراقبتی ارتقا دهنده سلامت شامل رفتارهای تغذیه ای سالم، فعالیت های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، رشد معنوی و مسئولیت پذیری در قبال وضعیت سلامتی می باشد (بامونتی[۱۲] و همکاران، ۲۰۱۴). خودمراقبتی روندی جدید در مراقبت از سلامت است که به معنی توانایی افراد، خانواده ها و جوامع در ارتقاء سطح سلامت، پیشگیری از بیماری، سالم ماندن، مقابله با بیماری و ناتوانی، با یا بدون کمک و حمایت ارائه دهنده گان مراقبت های سلامت می باشد

۱. Lo, Ryba, Brothers & Andersen
۲. Hoang, Shin, Xu & Lu
۳. Halbert
۴. Bower, Wiley, Petersen, Irwin, Cole & Ganz
۵. Cancer related fatigue
۶. Andrykowski & Jacobsen
۷. Dupont, Bower, Stanton & Ganz
۸. Smets
۹. Yeung
۱۰. Maranzan
۱۱. Shen, Cheah & Yu
۱۲. Bamonti

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]

(ترینه[۱] و همکاران، ۲۰۱۶). در زمینه ارتباط خودمراقبتی با بیماری های مختلف پژوهش های فراوانی صورت گرفته که همگی نشان دهنده رابطه رفتارهای خودمراقبتی با کنترل بیماری داشته است (پیرا، پدراس و ماچادو، ۲۰۱۴؛ کوک، مارو و باترسبی[۲]، ۲۰۱۷).

تاکنون درمان های روانشناختی مختلفی برای ارتقاء متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در بیماران سرطانی به کار برده شده است. یکی از رویکردهای مطرح در این زمینه، رویکرد نوین آموزش شفقت خود است. نف[۳](۲۰۰۳) شفقت خود را به عنوان سازه ای مولفه ای شامل مهربانی با خود[۴] در مقابل قضاوت کردن خود[۵]، اشتراک انسانی[۶] در مقابل انزوا[۷] و ذهن آگاهی[۸] در مقابل همانند سازی افراطی[۹] تعریف کرده است. ترکیب این مولفه ها مشخصه هر فردی است که به خود شفقت می ورزد. در آموزش شفقت خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی ها و بی کفایتی های خود است. نتایج پژوهش ها حاکی از این است که مهربانی با خود، اشتراک انسانی و ذهن آگاهی با احساس تنهایی رابطه مثبت دارد و شفقت خود اثر مستقیم بر احساس تنهایی دارد (آکین[۱۰]، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر شفقت خود توسط گیلبرت[۱۱] در سال (۲۰۰۵) بوجود آمد، گیلبرت در جلسات درمانی خود از سازه درمان مبتنی بر شفقت استفاده نمود که می تواند به عنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد و در نهایت نظریه درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد. طبق پژوهش های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیر گذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه های هشیار کننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان محور است چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می کند (به نقل از گیل[۱۲]، گیلبرت، رید و گروس[۱۳]، ۲۰۱۴). شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می دهد، زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می بیند. همچنین متوجه می شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است. زمانی که می پذیریم انسانی هستیم که به کل انسان ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم. پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است (سی گل[۱۴]، ۲۰۰۱). نتایج پژوهش پرززدسکی[۱۵](۲۰۱۳) نشان داد که خودشفقت ورزی عامل میانجی در ارتباط پریشانی روانی و تغییرات در تصویر تن زنان دچار سرطان سینه می باشد. همچنین ژو[۱۶] و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند بین خود شفقت ورزی، افسردگی، اضطراب و خستگی رابطه معنادار وجود دارد.

با عنایت به مطالب ذکر شده و با مرور مطالعات صورت گرفته، ذکر این نکته ضروری است که در انجام پژوهش هایی با هدف بررسی تاثیر روش های درمانی روانشناختی روی بیماران سرطانی به ویژه در داخل کشور، غفلت شده است. بنابراین نیازمند تحقیقات بیشتر در این زمینه می باشد. لذا سوال اصلی این پژوهش این است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران سرطانی موثر می باشد.

---

۱. Trinh
۲. Pereira, Pedras, Machado, Cook, Morrow & Battersby
۳. Neff
۴. self-kindness
۵. self-judgment
۶. common humanity
۷. isolation
۸. mindfulness
۹. over-identification
۱۰. Akın
۱۱. Gilbert
۱۲. Gale
۱۳. Goss & Read
15. Siegel
۱۵. Przezdziecki
1. Zhu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]

روش

روش پژوهش مطالعه حاضر با توجه به موضوع آن، نیمه آزمایشی از نوع پیش ازمون – پس ازمون با گروه کنترل بود که در آن درمان متمرکز بر شفقت به عنوان متغیر مستقل و خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی به عنوان متغیرهای وابسته مورد مطالعه قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز غیردولتی سرطان شناسی در ارومیه در سال ۱۳۹۹ و در بازه زمانی فروردین تا اردیبهشت بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان از بین جامعه آماری بودند که براساس روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند. برای انجام پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه ی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۸۴). همچنین میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر برابر با ۵۶/۳۶(۸/۰۹) بوده و بیشتر شرکت کنندگان دارای جنسیت مونث (۱۹ نفر) و دارای سطح تحصیلات دیپلم (۲۱ نفر) بودند. **ملاکهای ورود آزمودنی ها:** حداقل تحصیلات در سطح دیپلم؛ حداقل سن ۴۰ سال و حداکثر سن ۶۰ سال؛ رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش؛ قرار داشتن در فاز ۱ و ۲ بیماری(قطر تومورها معمولا کمتر از ۲ سانتی متر یا ۳/۴ اینچ می باشد)؛ با حداقل ۶ ماه زمان بیماری و قرار داشتن در فرایند شیمی درمانی یا پرتو درمانی)؛ **ملاک خروج آزمودنی ها:** وجود اختلال‌های روانی ایجاب کننده درمانهای فوری(مثل نشانه‌های روانپریشی و وابستگی به مواد)؛ انصراف از درمان.

ابزار سنجش

مقیاس خستگی ناشی از سرطان(CFS)[۱]: پرسشنامه خستگی ناشی از سرطان توسط اوکویاما و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳ زیرمقیاس و ۱۵ گویه است که تفکیک گویه های هر زیرمقیاس عبارت است از؛ جسمانی: گویه های ۱ و ۲ و ۳ و ۶ و ۹ و ۱۲ و ۱۵؛ عاطفی: گویه های ۵ و ۸ و ۱۱ و ۱۴؛ شناختی: گویه های ۴ و ۷ و ۱۰ و ۱۳. این پرسشنامه، بر درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت صورت بندی شده است. هر سوال نمره‌ای بین صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) دارد که وضعیت اخیر بیمار بر روی پرسشنامه علامت زده می‌شود. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک تک گویه های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع کنید. برای محاسبه امتیاز کل پرسشنامه، نمره همه گویه های پرسشنامه را با هم جمع کنید. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۰ و ۶۰ می باشد. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر خستگی خواهد بود و بالعکس. به این ترتیب درجه احتمالی خستگی در بعد جسمانی بین ۰ تا ۲۸، در بعد عاطفی بین ۰ تا ۱۶، در بعد شناختی بین ۰ تا ۱۶ و نمره کلی خستگی بین ۰ تا ۶۰ متغیر است. در زمینه اعتبار نیز، این مقیاس از حمایت پژوهش‌های خارجی (اوکویاما و همکاران؛ ۲۰۰۰ به نقل ازحقیقت و همکاران؛ کرز[۲] و همکاران، ۲۰۰۸) و داخلی (حقیقت و همکاران، ۱۳۸۷) برخوردار است. در پژوهش حقیقت و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب کرونباخ در ابعاد مختلف جسمانی، عاطفی، شناختی و نمره کل خستگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۸۵و ۰/۹۵ محاسبه گردید که در حد رضایت بخشی بود. در تحقیق آقا یوسفی و همکاران (۱۳۹۵) اعتبار از روش همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب در سه مولفه جسمانی، عاطفی و شناختی ۰/۸۸ و ۰/۹۲ و ۰/۸۵ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰گزارش شد.

پرسش نامه رفتارهای خودمراقبتی[۳]: در مطالعه حاضر برای سنجش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران سرطانی از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه است که در طیف لیکرت ۸ گزینه ای تنظیم گردید. روش نمره گذاری این پرسشنامه به صورت مستقیم انجام می شود. حداکثر نمره ای که فرد می تواند از این پرسشنامه کسب کند، نمره ی ۸۰ است. اعتبار این پرسشنامه در قالب یک مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ نفر از بیماران سرطانی اجرا و گویه های نامناسب حذف گردید. بعد از تایید روایی صوری و محتوایی پرسشنامه پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمده است. همچنین ضمن تأیید سوالات نهایی توسط دو نفر از متخصصان روانشناسی، برای بررسی روایی این پرسش‌نامه از تحلیل عاملی استفاده شد. در ساختار عاملی این پرسش‌نامه از هر دو روش تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش‌های مختلف، در نهایت براساس ساختار نظری پرسش‌نامه رفتارهای خودمراقبتی تعداد عوامل استخراج شده، ارزش‌های ویژه و درصد تبیین واریانس تصمیم گرفته شد تا از تحلیل عاملی

---

۱. Cancer Fatigue Scale

۲. kroz

۳. Self-care behaviors questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]

اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس در سطح ماده استفاده شود. نتایج آزمون‌های میزان کفایت نمونه‌برداری کیسر؛ میبر؛ الکین (KMO) برابر با ۰/۸۸ و معنی‌داری آزمون کرویت بارتلت نشان دهنده این است که تعداد نمونه و ماتریس همبستگی برای این تحلیل مناسب است.

جهت اجرای پژوهش، شیوه‌ی اجرا بدین صورت بود که پس از هماهنگی با مسئولان مرکز غیر دولتی سرطان شناسی در ارومیه و ارایه اطلاعاتی راجع به نمونه مورد نظر (از جمله سن و تحصیلات)، گروه نمونه در اختیار محقق قرار گرفته و پرسشنامه ها و پروتکل های درمانی در گروه ها اجرا شد. پس از شناسایی بیماران سرطانی که براساس پرونده بیمار صورت می گیرد، ۳۰ نفر از بیمارانی که ملاک های ورود به پژوهش را دارند، مورد شناسایی قرار گرفتند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند.. فرایند تصادفی سازی با استفاده از سایت www.randomization.com صورت گرفت. به منظور پنهان سازی تخصیص تصادفی، از پاکت مهر و موم شده با توالی تصادفی استفاده شد.به این صورت که به تعداد حجم نمونه که ۳۰ نفر می باشد پاکت نامه توسط مسئول پذیرش مرکز تهیه و هریک از توالی های تصادفی ایجاد شده بر روی یک کارت ثبت شده و کارت ها داخل پاکت های نامه به ترتیب جایگذاری شدند، به منظور حفظ توالی تصادفی نیز، بر روی سطح خارجی پاکتها شماره گذاری به همان ترتیب صورت گرفت.در نهایت درب پاکتهای نامه چسبانده شده و به ترتیب داخل جعبه ای قرار گرفت.براساس ترتیب ورود شرکت کنندگان واجد شرایط به مطالعه، یکی از پاکت های نامه به ترتیب باز شده و گروه تخصیص یافته آن شرکت کننده آشکار گردید و در این مدت پژوهشگر و شرکت کنندگان از اختصاص گروه آزمایش و کنترل آگاه نبودند. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره های درمان و اهداف آنها برای آزمودنی ها توضیح داده شد و به آنها گفته شد که شرکت در دوره های درمانی داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در دوره ها وجود ندارد. در ضمن پژوهش حاضر درکمیته سازمانی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن مطرح و با شناسه IR.IAU.TON.REC.1398.013 به تصویب این شورا رسید و در سامانه کارآزمایی بالینی با کد IRCT20200108046059N1 نیز ثبت شده است. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها شاخص‌های انحراف معیار و میانگین و برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت پیش فرض های آن استفاده شد. سطح معناداری در مطالعه حاضر ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

جلسات درمانی: جلسات بر اساس درمان مبتنی بر شفقت خود (گیلبرت۲۰۱۴؛ به نقل از خلعتبری، همتی ثابت، محمدی، ۱۳۹۷) برگزار شد. برنامه جلسات آموزش شفقت خود در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هر هفته ۲ روز برای گروه آزمایش اجرا شد.

جلسات درمانی مبتنی بر شفقت خود گیلبرت ؛ به نقل از خلعتبری و همکاران

جلسه	شرح اهداف
۱	برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت با تاسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه های آن و مفهوم سازی آموزش خودشفقتی
۲	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی
۳	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، آموزش همدردی، و ارائه تکالیف خانگی
۴	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان "دارای شفقت " یا " غیر شفقت" خود با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های " پرورش ذهن مشفقانه"(ارزش خود-شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی
۵	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد " تمرینهای پرورش ذهن مشفقانه"،(بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلونزا آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیربودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالشهای مختلف و تکالیف خانگی
۶	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت(شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روشها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]

۷	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش " ثبت و یادداشت روزانه موقعیتهای واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد درآن موقعیت."
۸	موزش 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 نهایتا جمع بندی و رائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس آزمون

یافته ها

در جدول زیر شاخص های توصیفی متغیرها و مولفه های همراه آن آورده شده است.

شاخص های توصیفی متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش و پس آزمون

رحله آزمون	تغیر	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		M	SD	M	SD
یش آزمون	**خستگی جسمانی**	۲۰/۵۶	۴/۶۴	۱۳/۹۷	۲/۵۲
	خستگی عاطفی	۱۲/۸۷	۲/۴۸	۶/۲۷	۱/۴۴
	خستگی شناختی	۱۱/۹۷	۳/۲۵	۵/۶۸	۱/۳۸
	خستگی ناشی از سرطان	۴۲/۰۹	۷/۲۱	۲۹/۴۶	۳/۶۵
	فتارهای خودمراقبتی	۴۱/۵۷	۹/۱۶	۵۶/۵۳	۱۰/۶۷
س آزمون	**خستگی عاطفی**	۱۹/۸۷	۳/۹۸	۲۱/۸۰	۵/۲۲
	خستگی جسمانی	۱۱/۶۶	۳/۰۱	۱۰/۸۹	۲/۸۶
	خستگی شناختی	۱۲/۰۲	۳/۳۲	۱۱/۲۲	۳/۰۲
	خستگی ناشی از سرطان	۴۱/۲۸	۸/۴۵	۴۳/۶۷	۸/۶۱
	فتارهای خودمراقبتی	۳۹/۹۷	۱۰/۰۱	۴۰/۰۹	۹/۱۹

همان طور که در جدول ملاحظه می گردد میانگین(و انحراف استاندارد) پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در خستگی جسمانی به ترتیب ۲۰/۵۶(±۴/۶۴) – ۱۳/۹۷(±۲/۵۶)؛ در خستگی عاطفی ۱۲/۸۷(±۲/۴۸) – ۶/۲۷(±۱/۴۴)؛ در خستگی شناختی ۱۱/۹۷(۳/۲۵)- ۵/۶۸(۱/۳۸)؛ خستگی ناشی از سرطان ۴۲/۰۹(±۷/۲۱) – ۲۹/۴۶(±۳/۶۵) و در رفتارهای خودمراقبتی ۴۱/۵۷(±۹/۱۶) – ۵۶/۵۳(±۱۰/۶۷) می باشد. در کل نتایج نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در نمره کل و ابعاد خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بعد از ارایه متغیر مستقل(درمان مبتنی بر شفقت خود) تغییر یافته است. در بخش یافته‌های استنباطی میزان معناداری این تفاوت مورد سنجش قرار گرفته است.

به منظور رعایت پیش فرض نرمالیته بودن دادها، نتایج آماره z کولموگروف- اسمیرنف نشان داد برای متغیرهای خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب برابر با ۰/۶۷۲ و ۰/۳۷۵ در سطح (P≥۰/۰۵) معنی دار نیست، یعنی توزیع متغیرها در بین نمونه با توزیع آن در جامعه آماری نرمال است. براساس نتایج آزمون لوین، سطح آماره (F) برای همه ۵ متغیر وابسته مورد مطالعه معنی دار نیست (P≥ ۰/۰۵) و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست (P=۰/۷۲۱ و F=۰/۹۶۳ و BOX= ۱۱/۶۴) و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

نتایج شاخص های اعتباری آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی متغیرها

نبع	ام آزمون	قدار	F	رضیه df	خطا df	P	Eta
	ثر پیلایی	۰/۵۶۷	۳۲/۹۸	۵/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
گروه	امبدا ویلکز	۰/۰۳۴	۳۲/۹۸	۵/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
	ثر هتلینگ	۱۹/۸۲	۳۲/۹۸	۵/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]

زرگترین ریشه خطا	۱۹/۸۲	۳۲/۹۸	۵/۰۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷

نتایج جدول نشان می دهد که سطوح معناداری همه آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهد که در بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام یک از متغیرهای وابسته بیشتر و معنی داری تحت تاثیر متغیر وابسته نسبت به گروه کنترل بوده است از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است که در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره(MANCOVA) بر روی متغیرها در گروه های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	F	Eta
	خستگی عاطفی	۱۷۹/۵۲	۱	۱۷۹/۵۲	۱۳/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۱۲
	خستگی جسمانی	۱۸۷/۹۷	۱	۱۸۷/۹۷	۱۴/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۸
	خستگی شناختی	۱۷۱/۵۴	۱	۱۷۱/۵۴	۱۳/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۳۷۹
	خستگی ناشی از سرطان	۳۵۱/۰۸	۱	۳۵۱/۰۸	۵۲/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۵۵۱
گروه	فتارهای خودمراقبتی	۳۶۷/۵۴	۱	۳۶۷/۵۴	۷۴/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۵۷۹

همانطوریکه در جدول ملاحظه می گردد، نتایج نشان می دهد بین گروه های آزمایش و گروه کنترل در ابعاد و نمره کل خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معناداری در سطح ($P \leq ۰/۰۰۱$) وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین خستگی ناشی از سرطان و مولفه های آن در گروه آزمایش بعد از مداخله درمان مبتنی بر شفقت متفاوت است. بدین معنی که بعد از مداخله درمان مبتنی بر شفقت، امتیاز گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در خستگی ناشی از سرطان و مولفه های آن به طور معنی داری کاهش پیدا کرده است و همچنین میانگین رفتارهای خودمراقبتی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است. این نتایج بیانگر موثر بودن این روش مداخله ای می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران سرطانی بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش معنی دار میانگین نمرات خستگی ناشی از سرطان می شود. این یافته با یافته های برنارد و کری (۲۰۱۱؛ به نقل از ابرین و هاگا[۱]، ۲۰۱۵)، ژو[۲] و همکاران (۲۰۱۹)، نصری و صادقیان (۱۳۹۶)، پورحسینی دهکردی، سجادیان، شعربافتچی (۱۳۹۸)، آلبرتسون[۳] و همکاران (۲۰۱۵)، استفان[۴] و همکاران (۲۰۱۱)، نواب، دهقانی و صالحی (۱۳۹۷) همسو بود. در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت که تفاوت ایجاد شده در نمرات خستگی شرکت کنندگان می‌تواند به دلیل تمرکز بر رفتاری باشد که در القای شفقت خود اتفاق افتاده است. در این القا، شرکت کنندگان علاوه بر آنکه در معرض القای مؤلفه‌های شفقت خود قرار گرفتند، به‌صورت ضمنی در معرض این باور بودند که حادثه توصیف شده صرفاً یک تجربه و رفتار بوده است و تمرکزشان از ارزیابی منفی معطوف بر خود که اغلب در احساس خستگی اتفاق می‌افتد، برداشته و متمرکز بر تجربه یاد شده، گردید. به همین دلیل القای شفقت خود در احساس خستگی که خود به دلیل ارزیابی منفی رفتار ایجاد می‌شود، تغییراتی معنادار ایجاد کرد. در نتیجه آموزش مهارت‌های شفقت به خود، افراد پذیرفتند که اشتباه جزیی گریز ناپذیر از زندگی انسانی است، اشتباهات خود را پذیرفتند و تجربه احساسات ناخوشایند برانگیخته شده را هشیارانه، با کنجکاوی و بدون سوگیری در نظر گرفتند. در نهایت می‌توان به این نکته اشاره کرد که در تمرینات ذهن‌آگاهی افراد تجربیات را به‌عنوان عناصر مجزا از خود و به‌عنوان یک حالت گذرا و به‌عنوان موضوعی برای تغییر پذیرفتند و لذا به‌جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن، که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند

[۱] O'Brien & Haaga
[۲] .zhu
[۳]. Albertson
[۴] .stefan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]

سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی کردند، فرایندی که باعث بهبود سلامت ذهنی و هیجانی و به تبع آن کاهش خستگی بیماران می‌شود. در واقع شفقت خود، همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که نسبت به خود شفقت بالایی دارند از آنجا که با سخت گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خود ارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیش‌تر بر پایه عملکرد واقعی‌شان صورت می گیرد که خود می تواند موجب تسهیل تغییر عاطفی به‌منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا برد و آشفتگی‌های عاطفی و خستگی را کاهش دهد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری باعث افزایش میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی می شود. این یافته با یافته های لیری، تات، آدامز، آلن و هانکوک[۱] (۲۰۰۷)، کلی، زوروف، فوا و گیلبرت[۲] (۲۰۱۰)، مگنوس، کوالسکی و مک هیو[۳] (۲۰۱۰)، کاظمی، احدی و نجات (۱۳۹۹)، پیمان نیا و همکاران (۲۰۰۸)، قربانی (۱۳۹۷)، رحمانیان (۱۳۹۷) و شکاری نسب (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین یافته‌های حاضر و با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت بر پایه‌ی دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شده است. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه‌ی مدیریت احساسات است (گیلبرت،۲۰۱۰). این موازنه‌ی تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه‌ی تصمیمی افراد دچار سرطان، در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص باعث کاهش عوامل منفی روان‌شناختی (نشخوار فکری و نگرانی) می شود. بر مبنای نظر جرمر و نف (۲۰۱۳) می توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت باعث می شود با بکارگیری تجربه ها، فعالیت هایی مانند یادگیری و یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه تر ایجاد شود. علاوه بر آن این روش دارای منابع مقابله ای مناسب است که به افراد کمک می کند تا با رویدادهای منفی زندگی به خوبی مواجه شوند و با آنها مقابله نمایند. همچنین این روش درمانی نقش مهم و موثری در حفظ سلامت دارد. زیرا در این روش افراد یاد می گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار بوده و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبرو شوند. از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت به عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج ها و آسیب های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می شود و با مولفه های مثبت روانشناختی مانند نوع دوستی، شادی و مهربانی با خود همراه است، لذا این روش درمانی از طریق افزایش توجه به خود و مهربانی با خود سبب ارتقای رفتارهای خودمراقبتی آنان می گردد. همچنین میتوان گفت در جلسات درمانی بر این نکته تاکید شد که بسیاری از مشکلات و چالش هایی که افراد در زندگی با آن مواجه می شوند توسط آنها طراحی و ایجاد و انتخاب نشده است و در واقع تقصیر آنها نیست. بنابراین در مواجهه با چالشها و مشکلات نباید احساس شرم، بی ارزشی، بی فایدگی یا خوب نبودن وجود داشته باشد و افراد خود یا دیگری را سرزنش کنند. این مشکلات و چالش ها معنای انسان بودن در این روز و روزگار را می سازند. از طرفی باید مراقب بود که علیت با مسئولیت اشتباه گرفته نشود، بسیاری از تجارب دردناک درونی و جوانب این تجربه ها که همان مشکلات و چالش ها ی زندگی است تقصیر انسان نیست یعنی وقوع آنها انتخاب یا طراحی خود فرد نبوده است اما در عین حال مسئولیت تلاش مستقیم و فعالانه برای بهبود زندگی با خود فرد است، بنابراین باید مدارا با شکست ها و چالشهای زندگی بدون شرمنده شدن صورت گیرد و شیوه مقابله ای مثبت و موثری برای این دشواری ها اتخاذ شود. از این رو می توان اظهار داشت درک جدیدی از مسائل و چالشهای زندگی در بیماران شکل گرفت که این امر موجب شد بیماران درد و رنج را جزئی جدایی ناپذیر از زندگی خود در نظر بگیرند و با تغییر جهان بینی به صورت فعال و ذهن آگاهانه بیماری خود را بپذیرند و به تبع آن با رعایت رژیم غذایی مناسب، ورزش، تبعیت از دستورات پزشک و پیگیری برنامه درمانی، تکنیک های آرام سازی و تمرین تنفس رفتارهای خود مراقبتی آنها بهبود یابد و نقش فعال و پررنگی در روند بیماری خود داشته باشند.

سرطان به عنوان یک عامل استرس زای منفی، تاثیر جدی بر سلامت جسمی و روانی مبتلایان دارد که در مطالعه حاضر اثر درمان مبتنی بر شفقت بر روی خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خود مراقبتی بیماران سرطانی مورد تایید قرار گرفت. از جمله محدودیت های این تحقیق می توان به عدم اجرای مرحله پیگیری، نمونه گیری در دسترس، عدم کنترل وضعیت اقتصادی بیماران سرطانی اشاره

۱. Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock
۲. Kelly, Zuroff, Foa & Gilbert
۳. Magnus, Kowalski & McHugh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]

نمود. پیشنهاد می شود که در تحقیقات آتی پژوهشگران ضمن استفاده از روش های نمونه گیری تصادفی و اجرای مرحله پیگیری، اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت براساس نوع سرطان و نیز بر روی دیگر بیماران مزمن مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود کلینیک های روان شناسی و مراکز درمانی در جهت بهبود خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران در کنار سایر مداخلات از درمان متمرکز بر شفقت استفاده کنند.

منابع

آقایوسفی، ر.، دهستانی، م، و شریفی ساکی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری در کاهش خستگی سرطان زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه روانشناسی سلامت، ۵(۱۹)، ۱۰-۵.*

پور حسینی دهکردی، ر.، سجادیان، و ا.، و شعربافتچی، م. ر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان. *فصلنامه روان شناسی سلامت، ۸(۳).۵۲-۳۷.*

خلعتبری، ج.، همتی ثابت، و.، و محمدی، ح. (۱۳۹۷)اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. *فصلنامه بیماری های پستان، ۱۱(۳)، ۲۰-۸.*

دلاور، ع. (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. ویرایش پنجم. تهران: انتشارات رشد.

رحمانیان، م. (۱۳۹۷). *اثربخشی شفقت درمانی بر بهبود اختلالات روان شناختی (اضطراب و افسردگی) و میزان متابعت درمانی بیماران مبتلا به روماتیسم.* پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان.

شکاری نسب، م. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر سلامت روان و خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در استان یزد.* پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه اردکان.

قربانی؛ آ. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با شفقت درمانی بر متابعت درمانی، عزت نفس و خطاهای شناختی بیماران لوپوس سیستمیک شهر شیراز.* پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان.

کاظمی، ا.، احدی، ح.، و نجات، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت برا احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی و قندخون در بیماران مبتلا به دیابت. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۶(۳)، ۴۹-۴۲.*

نصری، پ.، و صادقیان، س. (۱۳۹۶). *اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر ادراک درد زنان مبتلا به سرطان پستان. دهمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی.*

نواب، م.، دهقانی، ا.، و صالحی، م. (۱۳۹۷). تاثیرگروه درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و تغییر در اهداف و الویتهای مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. *فصلنامه سلامت روان کودک، ۵(۱)، ۱۳۷-۱۲۷.*

Akin, A. (2010). Self-compassion and automatic thoughts. *Journal of Education, 42, 1-10.*

Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness.6(3):444-54. doi: 10.1007/s12671-014-0277-3.*

Kelly, A., Zuroff, D., Foa, C., & Gilbert, P. (2010). Who Benefits from Training in Self-Compassionate Self-Regulation? A Study of Smoking Reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology: Vol. 29, No. 7, pp. 727-755.*

Bamonti, P. M., Keelan, C. M., Larson, N., Mentrikoski, J. M., Randall, C. L., Sly, S. K., . . . McNeil, D. W. (2014). Promoting ethical behavior by cultivating a culture of self-care during graduate training: A call to action. *Training and Education in Professional Psychology, 8*(4), 253-260.

Bower, J. E., Wiley, J., Petersen, L., Irwin, M. R., Cole, S. W., & Ganz, P. A.(2018). Fatigue after breast cancer treatment: Biobehavioral predictors of fatigue trajectories. *Health Psychology, 37(11), 1025-1034*

Magnus, C., Kowalski, K., & McHugh, T. L. (2010). The Role of Self-compassion in Women's Self-determined Motives to Exercise and Exercise-related Outcomes. *Journal of self and Identitiy: Vol 9, No. 4, pp. 363-382.*

Maranzan, K. A., Kowatch, K. R., Mascioli, B. A., McGeown, L., Popowich, A. D., & Spiroiu, F. (2018). Self-care and the Canadian Code of Ethics: Implications for training in professional psychology. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 59*(4), 361-368.

Dupont, A., Bower, J. E., Stanton, A. L., & Ganz, P. A. (2014). Cancer-related intrusive thoughts predict behavioral symptoms following breast cancer treatment. *Health Psychology, 33(2), 155-163.*

Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clin Psychol Psychother.21(1):1-12.*

Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol. 2013;69(8):856-67.*

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*: Routledge

Haghighat, S., Montazeri, A., Akbari, M.A., Holakouee, K. & Rahimi, A. (2008). Predictors of fatigue in patients with breast cancer. *Journal of Breast Disease; 1:17-24.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]

Halbert, C. H., Jefferson, M. S., Danielson, C., Froeliger, B., Giordano, A., & Thaxton, J. E.(2020). An observational study and randomized trial of stress reactivity in cancer disparities. *Health Psychology, 39(9), 745–757.*

Hoang, T. M., Shin, L. J., Xu, S., & Lu, Q. (2020). Coping with breast cancer among immigrant Chinese Americans. *Asian American Journal of Psychology, 11(2), 108–116.*

Jacobsen, P. B., & Andrykowski, M. A. (2015). Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period. *American Psychologist, 70(2), 134-145.*

Kröz, M., Zerm, R., Reif, M., Von Laue, H., Schad, F., Büssing, A. & et al. (2008). "Validation of the German version of the Cancer Fatigue Scale (CFS-D)". *European Journal of cancer care; 17(1):33-41.*

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92, 887–904.*

Lo, S. B., Ryba, M. M., Brothers, B. M., & Andersen, B. L. (2019). Predicting implementation of an empirically supported treatment for cancer patients using the theory of planned behavior. *Health Psychology, 38(12), 1075–1082.*

Maranzan, K. A., Kowatch, K. R., Mascioli, B. A., McGeown, L., Popowich, A. D., & Spiroiu, F. (2018). Self-care and the Canadian Code of Ethics: Implications for training in professional psychology. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 59(4), 361-368.*

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2(4), 85-102.*

O'Brien, J. L., & Haaga, D. A. F. (2015). Empathic accuracy and compassion fatigue among therapist trainees. *Professional Psychology: Research and Practice, 46(6), 414-420.*

Okuyama, T., Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Imoto, S., Nakano, T., et al. (2000). Factors correlated with fatigue in disease-free breast cancer patients: application of the cancer fatigue scale, *Support Care Cancer, 8(3), 215-22.*

Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C.(2014). Family variables as moderators between beliefs towards medicines and adherence to self-care behaviors and medication in type 2 diabetes. *Families, Systems, & Health, 32(2), 198–206.*

Peymannia, B., Hamid, N., & Mahmoudalilu, M.(2018). The effectiveness of ACT matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of students with symptoms of borderline personality disorders. *J Psychol Achiev, 25(1):23-44.*

Przezdziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psychooncology*. *22(8):1872-9.*

Shen, J. J., Cheah, C. S. L., & Yu, J. (2018). Asian American and European American emerging adults' perceived parenting styles and self-regulation ability. *Asian American Journal of Psychology, 9(2), 140-148.*

Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, mindsight and neural integration. *Infant mental health journal*. *22, 67-94.*

Smets, E., Visser, M., Willems-Groot, A., Garssen, B., Oldenburger, F., Van Tienhoven, G., & et al. (1998). Fatigue and radiotherapy:(A) experience in patients undergoing treatment. *British Journal of Cancer*; *78(7):899.*

Stefan, G., Hofmann, P., & Grossman, D. E. (2011). HintonLoving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions.*Clinical Psychology Review, 31(7), 1126-1132.*

Trinh, O., Oh, J., Choi, S., To, K. G., Van Do, D. (2016). Changes and socioeconomic factors associated with attitudes towards domestic violence among Vietnamese women aged 15–49: findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2006–2011. *Global health action*, 9(2), 157-166.

Yeung, C. W. (2017). The ethics of collusion and nondisclosure in cancer care: A perspective from professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 48(1), 46-53.*

Zhu, L., Yao, J., Wang, J.,Wu, L., Gao, Y., Xie, J., Liu, A., Ranchor, A.V., & Schroevers, M. (2019). The predictive role of self-compassion in cancer patients' symptoms of depression, anxiety, and fatigue: A longitudinal study. *Journal of the psychological. Social and behavioral dimensions of cancer. 28(9), 1918-1925.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1]