

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

Anoushirani E^{1,*}, Nouhi Sh², Razeghi N³, Aghaei H²

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.

تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر 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.

* رایانامه نویسنده مسئول: psvnut.sh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۱ اسفند ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۷ تیر ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان بیماری مزمنی است و تشخیص و درمان آن مشکلات روان‌شناختی زیادی به همراه دارد که لزوم استفاده از درمان روان‌شناختی را بیشتر می‌کند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه بود. **روش بررسی:** روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان امام‌خمينی (ره) تشکیل دادند که در سال‌های ۹۹-۱۳۹۸ 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 پرسش‌نامه کارکرد خانواده (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳) و پرسش‌نامه شادکامی زن‌اشویی (آزرین و همکاران، ۱۹۷۳) را تکمیل کردند. در ادامه اجرای برنامه درمان مبتنی بر شفقت روی گروه آزمایش صورت گرفت. سپس پرسش‌نامه‌های مذکور توسط هر دو گروه تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس انجام پذیرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد، تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه معنادار است ($p < 0.001$).

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

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، کارکرد خانواده، شادکامی، سرطان سینه.

سرطان انواع مختلفی دارد و هر نوعی از آن می‌تواند هر قسمت از بدن را درگیر کند (۱). سرطان پستان^۲ شایع‌ترین سرطان در زنان است و اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی دارد (۲). در ایران ۱۶ درصد از کل سرطان‌ها در هر دو جنس مردان و زنان مربوط به سرطان پستان است. این سرطان رتبه 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 به همراه دارد و لزوم استفاده از درمان روان‌شناختی را بیشتر می‌کند (۴).

از سوی دیگر احساس بهزیستی یا شادکامی^۳ 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^۴ اثرات مهمی بر سلامت اعضای خانواده دارد و چرخه 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). آدچامبالت 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، به نظر می‌رسد بهترین دفاع علیه مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن، مداخلات روان‌شناختی^۵ است (۱۲). تاکنون مداخله‌های آموزشی مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۶ و مایه‌کوبی علیه استرس^۷ (۱۳) و برنامه‌های متمرکز بر پرورش شفقت به خود^۸ (۱۴) برای مقابله با موقعیت‌های هیجانی دشوار طراحی شده است که از میان آن‌ها توسعه شفقت به خود در زمان‌های استرس به صورت بالقوه می‌تواند خطر استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی را کاهش دهد و هم‌زمان موجب افزایش بهزیستی فردی و رضایت ناشی از شفقت شود (۱۵). شفقت به خود سه عنصر اساسی را در بر دارد: ۱. ایجاد حس مهربانی و ادراک خود به جای خودانتقادگری و قضاوت سرسختانه (خودمهربانی)؛ ۲. تلقی کردن تجربه شخصی به عنوان بخشی از تجربه

گسترده‌تر بشر به جای جدایی و انزوا (انسانیت مشترک)؛ ۳. نگاه داشتن افکار و احساسات دردناک در هشیاری متعادل به جای همسان‌سازی مبالغه‌آمیز با آن‌ها ذهن‌آگاهی (۲۰-۱۶). گیلبرت، درمان متمرکز بر شفقت^۹ را در فضای درمان به کار برد. اصول درمان متمرکز بر شفقت این است که افکار و هر آنچه مربوط به عوامل بیرونی است، باید درونی شود و به این ترتیب 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 بهداشتی درمانی را طلب می‌کند. باتوجه به عوارض روان‌شناختی که سرطان سینه به دنبال دارد و این عوارض خود در ادامه روند بیماری بی‌تأثیر نیست، به نظر می‌رسد در کنار درمان‌های پزشکی سرطان، می‌توان از درمان‌های روان‌شناختی برای درمان مشکلات روان‌شناختی ناشی از سرطان در این بیماران بهره جست. همچنین باتوجه به بررسی‌های انجام‌شده، در ایران پژوهشی در حیطه اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت بر عوامل روان‌شناختی شادکامی و کارکرد خانواده روی جامعه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی صورت نگرفته است؛ در نتیجه انجام این پژوهش ضروری به نظر رسید؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه گواه و آزمایش انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان امام‌خمینی (ره) شهر تهران تشکیل دادند که در سال‌های ۹۹-۱۳۹۸ به این بیمارستان مراجعه کردند و طبق آمار اعلام‌شده حدود ۲۵۰ نفر بودند. از آنجاکه تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی حداقل پانزده نفر در نظر گرفته شده است (۲۰)، از بین جامعه آماری سی نفر داوطلب واجد شرایط به صورت تصادفی وارد مطالعه شدند. سپس به تصادف 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 برنامه درمانی پرسش‌نامه کارکرد خانواده^{۱۰} (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳) و پرسش‌نامه شادکامی زناشویی^{۱۱} (آزرین و همکاران، ۱۹۷۳) بین هر دو گروه توزیع شد. در ادامه گروه آزمایش برنامه درمان مبتنی بر شفقت را به صورت هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار، دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ برنامه درمانی ارائه نشد. در انتها مجدد اجرای پس‌آزمون در هر دو گروه صورت گرفت. همچنین پس از پایان پژوهش به منظور حفظ موازن

7. Vaccination against stress

8. Self-compassion

9. Compassion-focused treatment

10. Family Assessment Device

11. Couples Happiness inventory

1. Cancer

2. Breast Cancer

3. Happiness

4. Family Function

5. Psychological interventions

6. Mindfulness-based stress reduction

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

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: زن بودن؛ مبتلا بودن به سرطان سینه؛ متعهد به شرکت در جلسات؛ داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت نکردن هم‌زمان در مداخلات درمان روان‌شناختی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از سه جلسه و رعایت نکردن قوانین گروه درمانی بود. ابزارهای زیر در این پژوهش به کار رفت.

– پرسش‌نامه 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 به منظور سنجش میزان شادکامی زناشویی به کار می‌رود (۲۱). این ابزار ده سوالی ابتدا برای آزمون اثرات مشاهده‌ای تقابل طراحی شد که رویکردی رفتاری در مشاوره زناشویی است. این مقیاس میزان کلی شادکامی زناشویی را در نه محیط متفاوت از روابط زن و شوهر با استفاده از

شاخص‌های تک‌ماده‌ای کلی می‌سنجد. از هر پرسش می‌توان به عنوان شاخصی مستقل برای شادکامی زناشویی در زمینه‌های خاصی از تعامل زناشویی استفاده کرد. برای به دست آوردن شاخص کلی شادکامی زناشویی، نمرات کل سؤالات جمع می‌شود. در مقابل هر گزاره طیفی از ۱ تا ۱۰ قرار دارد که پاسخ دهنده باتوجه به گزاره، میزان شادکامی خود را در آن حیطه درجه‌بندی می‌کند (۲۱). دامنه پرسش‌نامه از ۱۰ تا ۱۰۰ است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت ده‌گزینه‌ای انجام می‌شود. نمره بین ۱۰ تا ۲۰ بیانگر شادکامی زناشویی ضعیف و نمره بین ۲۰ تا ۵۵ نشان‌دهنده شادکامی زناشویی متوسط و نمره بیشتر از ۵۵ بیانگر شادکامی زناشویی قوی است. پایایی نسخه اصلی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و به روش بازآزمایی ۰/۸ به دست 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 به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹ به دست آمد (۲۲).

جدول ۱. جلسات درمانی مبتنی بر شفقت (CFT) / اقتباس از گیلبرت (۲۴)

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

– پرسش‌نامه کارکرد خانواده (FAD) (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳): این پرسش‌نامه، شصت سوالی است و برای سنجیدن کارکرد خانواده بر مبنای 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 حوزه 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 هر کدام از خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه کارکرد خانواده، سؤال‌های خاصی در پرسش‌نامه گنجانده شده است. خرده‌مقیاس‌ها و سؤال‌های مربوط به آن‌ها به صورت 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 پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی در نسخه اصلی به ترتیب 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 – و عملکرد کلی خانواده ۰/۴۶ و ۰/۴۳ – گزارش شد. همچنین پایایی ابزار کارکرد خانواده از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های خود، ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ محاسبه شد (۱۰). در ایران نجاریان برای اولین بار پرسش‌نامه کارکرد خانواده را ترجمه، هنجاریابی و میزان‌سازی کرد (۲۳). او در پژوهشی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار کارکرد خانواده روی نمونه‌ای ۵۰۱ نفری از دانشجویان دانشگاه تهران پرداخت. وی ضمن تأیید اعتبار نسخه فارسی این آزمون که دارای ۴۵ سؤال است، اعتبار کل آزمون را ۰/۹۳ به دست آورد. او با استفاده از

اطلاعات فردی مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. تجزیه و تحلیل 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 SPSS نسخه ۲۴ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش، در مجموع 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 $39/5 \pm 3/4$ و در افراد گروه گواه $40/8 \pm 3/7$ سال بود.

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 علاوه بر کارکرد خانواده نسخه‌های دیگری از این آزمون هنجاریابی و تحلیل عاملی شد. این نسخه‌ها ۴۱، ۴۳، ۵۳ و ۶۰ سؤالی بود. در تحلیل عاملی این نسخه‌ها هفت عامل به دست آمد که ذکر شد. در این پژوهش نسخه شصت‌سؤالی کارکرد خانواده به‌کار رفت (۲۳).

– درمان مبتنی بر شفقت: محتوای جلسه درمانی اقتباس شده از بسته درمانی گیلبرت، برای هشت جلسه طراحی شد (۱۴). روایی محتوایی به تأیید 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 درباره خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمایش				گواه			
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	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 برنامه درمان مبتنی بر شفقت آورده شده است. همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه

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

ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کولموگوروف-اسمیرنوف بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون ام‌باکس بیانگر مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس بود. مفروضه همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش با آزمون لوین به تأیید 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 همه مؤلفه‌ها بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$).

۴ بحث

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

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت موجب بهبود نمرات شادکامی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با مطالعات زیر همسوست: خلعتیری 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 قناتی و همکاران به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر 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 مرحله پس‌آزمون و میانگین‌های شادکامی دو گروه آزمایش و گواه در مرحله 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 به جای قضاوت خود و نوعی حمایت از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه 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 درباره مقابله با پردازش مبتنی بر تهدید یا ایجاد دفاع‌های مختلف مانند یادگیری قاطع به جای تسلیم نیست؛ بلکه به دنبال تحریک پردازش عاطفه مثبت است. برخی از مراجعان از لذت بردن از انجام کارهای خوب، ترس دارند و احساسات مثبت خود را سرکوب می‌کنند. قرار گرفتن در معرض احساسات مثبت مانند شادکامی، مراجع را تشویق و کمک می‌کند از تجربه آن‌ها لذت ببرد (۱۴). داشتن شفقت خود در زندگی زناشویی نیازمند آن است که فرد به علت شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد و این مفهوم به معنای توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست. وقتی خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، اگر به خاطر اشتباهاتش به سختی قضاوت شود، عملکردهای حمایتی خود را، با هدف تهدید نشدن حرمت خود فرد، در جهت پنهان کردن

نواقص از خود آگاهی فرد تنظیم می‌کند. مداخله مبتنی بر شفقت خود، افزایش گذشت و انعطاف‌پذیری و بیشتر شدن شادکامی زناشویی افراد متأهل را به دنبال داشت (۲۸). همچنین آموزش شفقت خود باعث گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار درباره خود می‌شود. آموزش شفقت خود به دلیل اینکه مسبب پذیرش، مهربانی و قضاوت نکردن همسر است، موجب می‌شود زوجین در هنگام تجربه شکست و ناتوانی (مانند ابتلای همسر به بیماری سرطان پستان) باهم صمیمیت بیشتری داشته باشند و خودتنظیمی مثبتی از خود نشان دهند. افزایش عزت نفس زنان در روابط زناشویی باعث می‌شود نگرش‌های صمیمانه آن‌ها در جهت زندگی هدفمندتر ارتقا پیدا کند. آموزش شفقت خود در زنان، نگرش‌های صمیمانه آن‌ها را تقویت می‌کند، بین زنان احساس به هم پیوستگی به وجود 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).

ازسوی دیگر نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت موجب بهبود نمرات کارکرد خانواده در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با مطالعات زیر همسوست: خلعتیری 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 قناتی و همکاران به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر 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 مرحله پس‌آزمون و میانگین‌های شادکامی دو گروه آزمایش و گواه در مرحله 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). گزنالس-هرناندز و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر 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 تأکید شده در درمان مبتنی بر شفقت، همدلی و گسترش علاقه به دیگران است که در جلسات درمانی بر آن تأکید شد. گسترش بخشش و همدلی با دیگران در نهایت منجر به افزایش شبکه 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. ازسوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح شده، شادکامی و سرزندگی را افزایش می‌دهد که به نوبه خود باعث افزایش کارکرد خانواده در زنان

روی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران انجام شد و انتخاب آزمودنی‌هایی از بین سایر شهرها، تصمیم‌پذیری نتایج را افزایش می‌دهد. از آنجاکه 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 مبتنی بر 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 مطالعه حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن

داده‌های پژوهش در پیوست رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسنده اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور، کل پژوهش را انجام داد.

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

در تبیین دیگر می‌توان گفت، در درمان مبتنی بر 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 در عین حال شادی و معنای زندگی را افزایش می‌دهد. شفقت به خود منبع قابل‌حملی 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 آگاهانه تجربه لحظه حال خود با میل دلسوزانه برای شاد بودن 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. نمونه پژوهش حاضر فقط افرادی را پوشش داد که برای دریافت خدمات به بیمارستان امام‌خمینی (ره) تهران مراجعه کردند؛ بنابراین، تصمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند اشخاصی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند، گروه بیماران بستری در بیمارستان‌های دیگر و... به‌راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط 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 نمونه این پژوهش را جبران کند. پژوهش حاضر تنها

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>

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, Wechler 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/10.1080/1357650044000317>
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](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>