Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 32, No. 1, Spring 2022 ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis

Hamid Aboutalebi[1], Nafiseh Yazdchi[2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3]
[1] MA in Conseling, Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran
[2]MA in Educational Psychology, Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran
[3]Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Abstract

Background: Because multiple sclerosis (MS) affects both the body and the mind, in addition to pharmacological and physiological interventions, psychological interventions should be considered in the treatment of these patients. The aim of this study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life in women with multiple sclerosis.
Materials and methods: This study was a semi-experimental with a pre-test, post-test control group design. This study consisted of all women with MS in Esfahan who were members of the MS Society in 2019. In total, 30 women were selected and randomly divided into two groups by a purposive sampling method. Members of the experimental group received their treatment in eight sessions of 1.5 hours; however, the control group did not receive any treatment. Data were analyzed using ANOVA with repeated measures.
Results: In the pre-test, mean and standard deviation of death anxiety score and quality of life were not significantly different in the experimental and control groups ($p>0.05$). Compassion-focused therapy reduced patients' death anxiety post-test, and increased their quality of life ($p<0.001$). At the follow-up stage, the effect of this treatment was lasting ($p<0.001$).
Conclusion: Compassion-focused therapy can reduce death anxiety and thus better cope with the disease and increase the quality of life of women with MS.
Keywords: *Compassion-focused therapy, Death anxiety, Quality of life, Multiple sclerosis.*

Cited as: Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2022; 32(1): **92-101.**

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejhad
Tel: *+98-41-34421999*
E-mail: Hadiakbarinejhad@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0001-5997-1790
Received: 4 Sep 2021; **Accepted:** 30 Oct 2021

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱، صفحات ۹۲ تا ۱۰۱

Original Article

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

حمید ابوطالبی[۱]، نفیسه یزدچی[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳]

[۱] کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
[۲] کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
[۳] گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *از آن‌جا که بیماری ام اس هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، باید در درمان و پرداختن به‌مشکلات این بیماران، علاوه بر مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، مداخلات روان‌شناختی را نیز مورد توجه قرار داد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفت.*

روش بررسی: *روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان مبتلا به ام اس شهر اصفهان که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن ام اس این شهر بودند تشکیل دادند. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه دریافت کردند، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشت ($p>۰/۰۵$). درمان متمرکز بر شفقت، اضطراب مرگ بیماران را در پس‌آزمون کاهش، و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش داد ($p<۰/۰۰۱$). در مرحله پیگیری، اثر این درمان ماندگار بود ($p<۰/۰۰۱$).*

نتیجه‌گیری: *درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند باعث کاهش اضطراب مرگ و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس شود.*

واژگان کلیدی: *درمان متمرکز بر شفقت، اضطراب مرگ، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکلروزیس.*

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (multiple sclerosis) بیماری مزمن ناتوان‌کننده‌ای است که میلین سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می‌کند و به‌سبب آن، عضلات بدن بخشی از توانایی خود را از دست می‌دهند (۱) و علائمی هم‌چون تاری دید و اختلالات حسی و حرکتی پدیدار می‌شود (۲). افراد مبتلا به MS به دلیل اختلال سیستم ایمنی، در برابر عفونت‌ها آسیب‌پذیرند (۳). زنان سه برابرِ مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند و میانگین سنی ابتلا به آن ۳۰ سال است (۴). اضطراب مرگ (death anxiety) زیاد (۵)، تاب‌آوری کم (۶) از شایع‌ترین علائم بیماران مبتلا به MS می‌باشد. این علائم تأثیر منفی و مخرب قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی (quality of life) این افراد دارد، عملکردهای آن‌ها را محدود کرده و هزینه‌های سنگینی را به آن‌ها و خانواده‌شان تحمیل می‌نماید (۷).

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد (**email**: Hadiakbarinejhad@yahoo.com m)
ORCID ID: 0000-0001-5997-1790
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۶/۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۸/۸

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]

اضطراب مرگ «نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد است که هنگام فکرکردن در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آن‌چه که بعد از مرگ اتفاق می‌افتد، رخ می‌دهد (۸). چون مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ کس آن را به‌وضوح لمس نکرده، همه به‌نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند و این ترس و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری به‌مراتب بیش‌تر از سایر افراد جامعه است (۹).

کیفیت زندگی شرایطی است که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند. کیفیت زندگی، ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود و در واقع احساسی است که شخص بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد (۱۰). مطالعات بیانگر این است که بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (۱۱).

چون MS جسم و روان را درگیر می‌کند، برای درمان و پرداختن به مشکلات آن‌ها، هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روان‌شناختی (۱۲) باید مورد توجه قرار گیرد. در مورد مداخلات روان‌شناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی، از جمله درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-Focused therapy) اشاره کرد.

درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از افراد، به‌ویژه آن‌هایی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود-حمایت‌گر مشکلاتی داشتنند. تمرکز این درمان بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده است (۱۳). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آن‌ها کمک می‌کنند. اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (۱۴). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود-جهت‌داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود-اطمینانی، مهربانی و خود-تسکینی است که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است (۱۳). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر تاب‌آوری (۱۵)؛ سلامت روان (۱۶) و نگرش‌های ناکارآمد، خودانتقادی و شفقت به خود (۱۷) بیماران مبتلا به ام اس؛ و اضطراب مرگ سالمندان (۱۸) و کیفیت زندگی (۱۹) بیماران اثربخش است.

با توجه به این‌که هیچ پژوهشی در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس در دسترس نیست، در این پژوهش پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین‌حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند این درمان بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر می‌باشد، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که آیا این درمان روش مناسبی برای اضطراب مرگ و کیفیت زندگی این بیماران است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف آزمایش این درمان به‌عنوان درمان تکمیلی برای این نوع از بیماران و با این امید که این اقدامات تکمیلی بتوانند حالات روان‌شناختی آن‌ها را بهبود ببخشند انجام شد. لذا هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت که جزو درمان‌های موج سوم رفتاری هست را بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس مورد مطالعه قرار دهد.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به ام اس شهر اصفهان بود که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن ام اس این شهر بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت مسئولین انجمن و بیماران، پرسشنامه‌های اضطراب مرگ Templer و کیفیت زندگی در بین ۱۶۱ بیمار توزیع شد که ۸۶ نفر در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند. از این بین، ۳۰ نفر با درنظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۲۵ تا ۴۰ سال، متأهل بودن، ابتلا به بیماری ام اس بیش از ۳ سال، شرکت کامل در جلسات درمانی) و معیارهای خروج از مطالعه (ابتلا به‌بیماری جدی دیگری به‌غیر از ام اس، استفاده از داروهای روان‌پزشکی، شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]

و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد (۲۰). اندازه اثر= ۰/۳۶؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵؛ توان آزمون= ۰/۶۸؛ Repetitions=۲؛ Noncentrality parameter λ=۱۴/۱۷۹؛ Critical F= ۳/۷۶۷؛ Numerator df=۲؛ Denominator df=۲۹؛ Actual power=۰/۸۱؛ Pillai V=۰/۲۵. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.1398.231) بود.

پرسشنامه اضطراب مرگ Templer: پرسشنامه ۱۵ سوالی Templer ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به‌مرگ است که بیش‌ترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس، پرسشنامه‌ای خودسنجی متشکل از ۱۵ سوال بله/ خیر است و پاسخ بله نشانه وجود اضطراب در فرد است. دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۱۵ است و نمره بیش‌تر از ۸، معرف درجه زیادی از اضطراب مرگ است. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳، روایی همزمان به‌وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (۲۱). Kline & Saggino (۲۲) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به‌دست آمده است، به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال با پاسخ‌های چندگزینه‌ای (ضعیف (۱) تا عالی (۵)) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامتش می‌سنجد. این مقیاس دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط است، که ضرایب آلفای گزارش‌شده برای آن‌ها به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است (۲۳). حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیش‌تر است. این پرسش‌نامه سوالاتی چون "به‌طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید" دارد. مقیاس‌های گونه فارسی این پرسش‌نامه به جز مقیاس نشاط ۰/۶۵، از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به‌دست داد که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسش‌نامه را

جدول ۱. جلسات درمان متمرکز بر شفقت طبق برنامه درمانی Gilbert (۱۴)

جلسه	شرح جلسات (هدف و موضوع)
اول	هدف: آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی. موضوع: معرفی اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	هدف: توضیح و تشریح شفقت: این‌که شفقت چیست، و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. موضوع: آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	هدف: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، 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 خودتخریب‌گرانه. موضوع: آموزش افزایش گرمی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
چهارم	هدف: ترغیب اعضا به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان «شفقت‌ورز» یا «غیر شفقت‌ورز». موضوع: شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز»، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
پنجم	هدف: آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته). موضوع: به‌کارگیری روش‌های ابراز شفقت در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
ششم	هدف: آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود-انتقادگر، خود-انتقادشونده و خودشفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت. موضوع: پیدا کردن لحن و تن صدای خودانتقادگر و خودشفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
هفتم و هشتم	هدف: پُر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. موضوع: آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به‌سوالات اعضا، و ارزیابی کل جلسات.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]

توجیه می‌نمود. این پرسش‌نامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است (۲۳).

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان متمرکز بر شفقت به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Gilbert (۱۴) برخوردار شدند (جدول ۱). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین اعضای گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۵ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۲ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و تربیتی و ۱ متخصص با درجه دکتری تخصصی مشاوره در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر اصفهان برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۵ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند.

فرضیه پژوهش: درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش است.

متغیر مستقل: درمان متمرکز بر شفقت

متغیر وابسته: اضطراب مرگ و کیفیت زندگی

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی، و برای مقایسه سن و مدت زمان ابتلا به ام اس آزمودنی‌ها از آنالیز واریانس استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۲ آورده شده است، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴/۴۳±۳۴/۲۹ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس ۱/۳۲±۴/۲۳ سال بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (p<۰/۰۵) معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون متغیرهای اضطراب مرگ (F=۳/۰۲۲) و کیفیت زندگی (F=۲/۹۱۷) به‌ترتیب در سطح (۰/۵۴۴ و ۰/۳۳۸) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	p
سن	درمان متمرکز بر شفقت	۴/۱۸±۳۴/۷۱	۰/۸۱۱
	کنترل	۴/۶۸±۳۳/۸۸	
	کل	۴/۴۳±۳۴/۲۹	
مدت زمان ابتلا به بیماری	درمان متمرکز بر شفقت	۱/۲۳±۴/۱۴	۰/۵۳۹
	کنترل	۱/۴۲±۴/۳۳	
	کل	۱/۳۲±۴/۲۳	

آزمون: t مستقل، #اختلاف معنی‌دار p<۰/۰۵

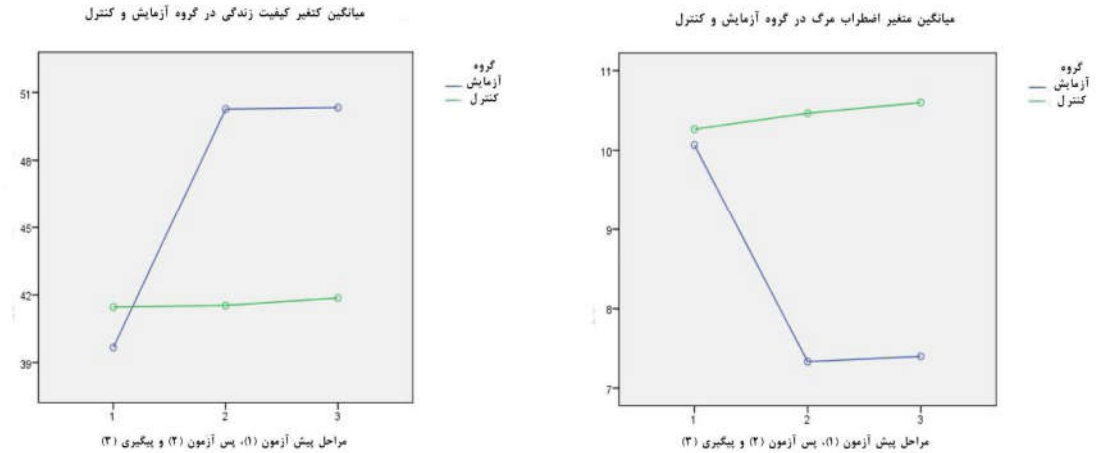
جدول ۳. نمرات متغیرهای اضطراب مرگ و کیفیت زندگی پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
اضطراب مرگ	آزمایش	۲/۲۵±۱۰/۰۷	۱/۹۵±۷/۳۳	۲/۱۳±۷/۴۰	P<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۵۲±۱۰/۲۷	۲/۳۸±۱۰/۴۷	۲/۲۶±۱۰/۶۰	P>۰/۸	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۸۲۰	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	-	-
کیفیت زندگی	آزمایش	۴/۸۲±۳۹/۶۷	۵/۲۸±۵۰/۲۷	۵/۰۳±۵۰/۳۳	P<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	کنترل	۳/۲۲±۴۱/۴۷	۳/۲۴±۴۱/۵۳	۳/۱۵±۴۱/۸۷	P>۰/۸	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۲۳۹	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	-	-

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر		مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اضطراب مرگ	زمان	اثر پیلایی	۰/۸۷	۹۰/۱۲	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۸۹	۱/۱۸	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹
کیفیت زندگی	زمان	اثر پیلایی	۰/۹۱	۱/۵۳	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۹۱	۱/۴۰	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱



نمودار ۱. میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. هچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر اضطراب مرگ در سطح خطای داده‌شده (۰/۲۳۳) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده‌شده (۰/۵۶۷) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر آن، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس بعد از ۵ ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱). جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر آن، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس بعد از ۵ ماه پیگیری نیز ماندگار بود (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱). نمودار ۱ میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیش تری نسبت به‌سایر آزمون‌ها دارد، در جدول ۴ نتایج آن گزارش شده است. اطلاعات بخش اول جدول ۴ برای متغیر اضطراب مرگ بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اطلاعات بخش اول جدول ۴ برای متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس تأثیر دارد. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی تغییر یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک‌شدن به‌پایان مداخله بر روی نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی افراد در گروه آزمایش مثبت بود.

در راستای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس می‌توان به‌نتایج پژوهش‌های Ghator و همکارانش (۱۵)، Salimi و همکارانش (۱۶) و Zamanian Najafabdi (۱۷) اشاره کرد که نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری، سلامت روان، و نگرش‌های ناکارآمد، خودانتقادی و شفقت به خود بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است که در نتیجه پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو است. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی کرد.

در بیماران مبتلا به ام اس که با مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب مرگ درگیر هستند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به‌نوعی پرکاری شدید دارد، که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد است. از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشدیافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آن‌ها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. درمان متمرکز بر شفقت برای این افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند؛ یعنی با تحریک سیستم تسکین بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم مقاومت در برابر افسردگی و اضطراب مرگ را بالا می‌برد و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی در آن‌ها می‌شود (۱۳).

درمان مبتنی بر شفقت، افکار، هیجانات و رفتارهای مثبت جدیدی را می‌سازد و گسترش می‌دهد که با افکار و هیجانات منفی درگیر با افسردگی، اضطراب و خودانتقادی در تضاد است. رفتار مشفقانه که یکی از مهارت‌های درمان مبتنی بر شفقت است و به‌معنای انجام هر کاری است که برای شکوفاشدن به آن نیاز داریم می‌باشد از این نوع است. از طرف دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت استناد نمود. در این تمرینات بر تن‌آرامی، ذهن آرام و مشفق و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود، که می‌تواند نقش به‌سزایی در آرامش فرد و کاهش اضطراب مرگ داشته باشد. درمان مبتنی بر شفقت مراجعان را به‌تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند همچنین در درمان مبتنی بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۴). افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه‌گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کم‌تر ارزیابی می‌کنند، بر خود کم‌تر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند. عکس‌العمل‌ها و واکنش‌هایشان در برابر مشکلات‌شان بیش‌تر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون قضاوت‌هایشان نه به‌سمت خود-دفاعی و نه به‌سمت خودانتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود (۲۵).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]

درمان متمرکز بر شفقت بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شده است. اولین فرآیند به‌تمامی 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 (۱۴). فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است. این موازنه تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه تصمیمی افراد مبتلا به ام اس، در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به‌صورتی خاص بر عوامل مثبت روانشناختی (کیفیت زندگی) تأثیر گذار است. زنان مبتلا به ام اس با آموزش‌های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرا می‌گیرند که با سازه موازنه تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است. با توجه به‌نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۸ جلسه درمانی مدل شفقت عوامل محافظت کننده روان‌شناختی (کیفیت زندگی) را در پس‌آزمون افزایش‌یافته نشان دادند. این موضوع بیانگر آن است که زنان مبتلا به ام اس با گذراندن مدل درمانی شفقت آگاهی نسبت به‌وضعیت خود را در طی مراحل می‌آموزند و توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرسورهای سوقدهنده به‌سوی وخیم‌ترشدن وضعیت جسمی و روان‌شناختی افزایش می‌دهند و همچنین قادر به‌گواه محرک‌های محیطی در حین درمان جسمی خود برای ام اس هستند. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود سبب تغییر به‌کارگیری راهبردهای بهتر برای مبارزه و ادامه درمان‌های جسمی طولانی مدت خواهد شد (۲۶).

یکی از حوزه‌های مورد تأکید در درمان مبتنی بر شفقت همدلی و گسترش علاقه به‌دیگران است که در جلسات درمانی مورد تأکید قرار گرفتند. گسترش بخشش و همدلی با دیگران نهایتاً منجر به‌افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۲۷). اثرگذاری این درمان بر کیفیت زندگی بیماران می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به‌شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش سرزندگی که به‌نوبه خود باعث افزایش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین به‌کارگیری مداخلات ذهن‌آگاهانه و تمرینات آرام‌بخشی یکی دیگر از حوزه‌های مورد تأکید در این درمان بود. اثرگذاری این تکنیک‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته نشان داده شده است. به‌نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود-بخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است (۲۸).

در این پژوهش، درمان متمرکز بر شفقت با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص خود توانسته به بیماران مبتلا به ام اس کمک کند تا با مشکلات خود مقابله نمایند و آن‌ها را بهبود دهند. این رویکرد با روش‌های منحصر به فرد خود در کاهش اضطراب مرگ وافزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش بوده است.

نمونه پژوهش حاضر را زنان متأهل ۲۵-۴۰ ساله مبتلا به ام اس شهر اصفهان تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به زنان مبتلا به ام اس جوان‌تر و مسن‌تر، و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه انجام شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

با توجه به‌نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت، با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، سبب کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس شده است. با توجه به‌نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به‌سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود در انجمن‌های ام اس، و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، علاوه بر مداخلات پزشکی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر کنند.

REFERENCES

1. National Multiple Sclerosis Society. WHAT IS MS? [Cited 2019 Oct 22]. Available from: https://www.nationalmssociety.org/

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]

2. Huang WJ, Chen WW, Zhang X. Multiple sclerosis: pathology, diagnosis and treatments. Exp Ther Med 2017; 13:3163-6.
3. Mahdizadeh A, Lokzadeh S, Riyahi A, Hosseini S A, Jalili N. The Investigation of Factors Affecting the Gait of the Patients Suffering From Multiple Sclerosis. jrehab 2019; 20:64-73. [In Persian]
4. Tsang BK, Macdonell R. Multiple sclerosis: Diagnosis, management and prognosis. Aust Fam Physician 2011; 40:948-955.
5. Mohammadizadeh A, Askarizadeh G, Bagheri M. The Relationship between Spiritual Health and Death Anxiety in Patients with Multiple Sclerosis. JRH 2017; 4:20-28. [In Persian]
6. Ziaian T, De Anstiss H, Georgia A, Baghurst P, Sawyer M. Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilization among refugee adolescents living in South Australia. Int J Popul Res 2012; 22:9-17. [In Persian]
7. Oraki M, Sami P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior- Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. Health Psycho. 2017; 5:34-47. [In Persian]
8. Venes D, Taber CW, Editors. Taber's cyclopedic medical dictionary. 23en ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017. P.55-56.
9. Degi CL. Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical and psychosocial factors. Support Care Cancer 2009; 17:1101-1107. doi: 10.1007/s00520-008-0568-0
10. Thompson DR, Yu CM. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: assessment tools. Health Qual Life Outcomes 2003; 1:42.
11. Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? Diabetes Metab 2003; 29:6s9-6s18.
12. Schapiro RT. Managing the symptoms of multiple sclerosis. 1nd ed. New York: Demos; 2007. P.71-72.
13. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. Brain Impairment 2011; 12:128-139.
14. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in psychiatric treatment 2009; 15:199-208.
15. Ghator Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis (MS). Armaghane Danesh 2018; 23: 350-363. [In Persian]
16. Salimi A, Arsalandeh F, Zahrakar K, Davarniya R, Shakarami M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Mental Health of Women with Multiple Sclerosis. Horizon Med Sci 2018; 24: 125-131. [In Persian]
17. Zamanian Najafabdi M. The effectiveness of compassion-based treatment on dysfunctional attitudes, Self-criticism and compassion for the patients with MS [Master's Degree in Clinical Psychology]. Najafabad , Iran: Islamic Azad University, Najafabad Branch; 2018: 94-95. [In Persian]
18. Baharvandi B, Kazemianmoghadam K, Haroon Rashidi H. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Ambiguity Tolerance and Death Anxiety in the Elderly. Aging Psychol 2020; 6: 13-26. [In Persian]
19. Rezaei A, Sharifi T, Ghazanfari A, Aflaki E, Bahredar HJ. Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment, Compassion-Based Therapy and Combination Therapy on Depression, Anxiety Quality of Life in Patients with Lupus. Quarterly J Health Psychol 2020; 9: 127-144. [In Persian]
20. Motamed N, Zamani F, Editors. Sample size in medical research: with a practical approach. Tehran: Asre Roshanbin; 2019. [In Persian]
21. Rajabi G, Naderi Nobandegani Z. Reliability and Validity of the Persian Version of Reasons for Death Fear Scale. PCP 2020; 8: 9-16.
22. Saggino A, Kline P. Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. J Clin Psychol 1996; 52:329-333.
23. Rafiei N, Sharifian Sani M, Rafiey H, Behnampour N, Foroozesh K. Reliability and Validity of Persian Version of "Quality of Life Index". J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24:75-83. [In Persian]
24. Neff K D. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self Identity 2003; 2:85-101.
25. Saeedi Z, Ghorbani N, Reza Sarafraz M, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. BJCP. 2013; 8:91-102. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]
[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]

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. JNE 2018; 7:53-61. [In Persian]

27. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K ,Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2006; 4:1-12. [In Persian]

28. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. Mindfulness 2015; 6:444-54.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.1.10.5]

[DOI: 10.52547/iau.32.1.92]