Iranian Journal of Breast Diseases. 2024; 16(4):69-81

Original Article

# Effect of self-compassion program on hope in female patients with breast cancer

**Hamed Faghihi[1], Hanie Dahmardeh[*2]**

[1]Anesthesia Department, Paramedical School, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

[2]Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

## Abstract

**Introduction:** Breast cancer can lead to a decrease in people's hope and affect their lives; therefore, planning to maintain or improve hope in these patients with training focused on self-compassion seems necessary. Therefore, the present study aimed to assess the effect of self-compassion program implementation on the hope of female patients with breast cancer.

**Methods:** In this quasi-experimental study, 60 female patients with breast cancer in Zahedan in 2023 were selected via the available method and were randomly assigned to two groups of 30 cases: intervention and control. For patients in the intervention group, eight sessions of a self-compassion training program were held. Before and three months after the implementation of the intervention, patients' hope was measured using Snyder's hope questionnaire. The data were analyzed in SPSS (version 21) software using independent t, paired t, and chi-square statistical tests.

**Results:** The t-test demonstrated a significant increase in the mean total score of hope and components of agentive thinking and strategic thinking three months after the completion of the educational intervention in the intervention group (P=0.001). Moreover, the independent t-test results three months after the educational intervention pointed to a statistically significant difference between the control and intervention groups in the mean total score of hope, agentive thinking, and strategic thinking (P=0.001).

**Conclusion:** The findings of the present study indicated the positive effect of the self-compassion program on the hope of breast cancer patients. Therefore, the mentioned educational communication program, which is an easy, inexpensive, applicable, safe, and effective method, can be used to boost hope among patients after breast cancer diagnosis.

**Keywords**
Breast cancer, Hope, Self-compassion

**Received:** 2023/08/01
**Accepted:** 2023/11/20

[*]**Corresponding Author:**
haniedahmardeh@gmail.com

**Ethics Approval:**
IR.ZAUMS.REC.1402.101

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

Copyright © 2024 Faghihi and Dahmardeh. Published by Breast Cancer Recearch Center, ACECR

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/ ) Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

## Introduction

Cancer, defined as the rapid growth of abnormal cells, is one of the leading causes of death in developed and developing countries. In Iran, cancer is the third cause of death (1). Female breast cancer is one of the most common types of cancer, with an estimated 2.3 million new cases (11.7%) and 685,000 deaths in 2020 (2). Patients mostly feel despair (3), their life expectancy decreases significantly, and they do not pay enough attention to their treatment. Moreover, they do not take the doctors' orders very seriously and do not make much effort to recover (4). The feeling of self-compassion is an influential factor in the emergence of hope in a person (5), and self-compassion-based treatments are one of the most recent treatments that are likely to be effective in boosting hope. Self-compassion represents the warmth and acceptance of aspects of oneself and life that are pleasant (6). It is an adaptive way to communicate with oneself when aware of inadequacies and facing difficult life conditions, such as critical periods of life and chronic diseases (7). As a psychological construct, it has significant efficiency and effectiveness in the care and treatment of chronic patients (8-10).

## Materials & Methods

A total of 60 female patients with breast cancer were selected and received eight sessions of an educational program based on providing self-compassion promotion strategies and their level of hope was evaluated.

## Results

The mean age scores of subjects in the intervention and control groups were reported as 40.18±9.2 and 41.81±9.4 years, respectively. According to the findings, before the intervention, there was no statistically significant difference between the intervention and control groups in terms of age, education level, and marital status ($P<0.05$). The independent t-test did not show any statistically significant difference between the control and intervention groups in the mean total score of hope, agentic thinking, and strategic thinking before the educational intervention (Table 1). Nonetheless, three months after the educational intervention, there was a statistically significant difference between the control and intervention groups in the mean score of total hope, agentive thinking, and strategic thinking ($P=0.001$). The t-test pointed to a significant increase in the mean score of total hope and its components, agentive thinking and strategic thinking, three months after the completion of the educational intervention in the intervention group ($P=0.001$). In the control group, three months after the completion of the educational intervention, no significant difference was observed in the mean scores of hope, factor thinking, and strategic thinking.

**Table 1: Comparison of the mean total score of hope and its dimensions before and after the intervention in patients of two groups**

| Variable Dimension score | Group | Before intervention | After the intervention | P × |
|---|---|---|---|---|
| | | Mean± standard deviation | Mean± standard deviation | |
| Factorial thinking | intervention | 7.29±2.05 | 16.70±2.44 | 0.001 |
| | Control | 7.33±2.05 | 7.25±2.26 | 0.90 |
| | ××P | 0.94 | 0.001 | 0.001 |
| Strategic thinking | intervention | 10.37±1.88 | 14.29±1.20 | 0.62 |
| | Control | 10.25±1.91 | 10.51±2.11 | |
| | ××P | 0.83 | 0.001 | |
| Total score | intervention | 30.96±3.53 | 43.14±3.05 | 0.001 |
| | Control | 30.59±3/52 | 30.81±3.83 | 0.81 |
| | ××P | 0.71 | 0.001 | |

×Paired t-test
×× independent t-test

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]
[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

## Discussion

The present study aimed to assess the effectiveness of self-compassion training in the level of hope among female patients with breast cancer in 2023. The results pinpointed a significant increase in the mean total score of hope and its components three months after the completion of the educational intervention in the intervention group.

Moreover, three months after the completion of the educational intervention, a statistically significant difference was observed between the two groups in the mean total score of hope and its components. Therefore, it can be stated that the self-compassion training program can increase the level of hope in female patients with breast cancer.

## Conclusion

It seems that by using self-compassion training for this group of patients, nurses will take a valuable step to maintain or improve their level of hope, and it will be a great help in maintaining the individual and therapeutic performance of this group.

## References


1. Zahedi A, Rafiemanesh H, Enayatrad M, Ghoncheh M, Salehiniya H. Incidence, Trends and Epidemiology of Cancers in North West of Iran. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2015;16:7189-93.
2. Allahqoli L, Mazidimoradi A, Momenimovahed Z, Rahmani A ,Hakimi S, Tiznobaik A, et al. The Global Incidence, Mortality, and Burden of Breast Cancer in 2019: Correlation With Smoking,Drinking, and Drug Use. Front Oncol. 2022;12.
3. Salabifard S, Tajeri B, Rafiepoor A. The Effectiveness of Positive Psychological Intervention on Posttraumatic Growth, Self-Compassion, and Hope in Women with Breast Cancer. Community Health journal. 2021;14(4):34-44.
4. Rezaii A, Refahi Z, Ahmadikhah M. Effectiveness of group logotherapy to reduce depression in patients with cancer. Journal of Psychological Models and Methods 2012;2(7):37-46.
5. Fakhrian S, Bolghan-Abadi M. Investigating the Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship between Spiritual Intelligence and Hope in Female Nurses of Neyshabur-Iran Hospitals in 2019. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal. 2022;12(2):1-9.
6. Kazemi N, Hejazi E, Rasolzadeh V, Mohammadi ST, Moradi R. The effectiveness of self-compassion treatment on loneliness and life expectancy in elderly women. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2020;8(12):73-80.
7. Moszadeh S. Effectiveness of self-directed group training on reducing the stress of parenting and increasing parental self-efficacy and resilience of mothers of children with autism spectrum disorder: Mashhad Ferdowsi University; 2017.
8. Pinto-Gouveia J, Duarte C, Matos M, Fráguas S. The Protective Role of Self-compassion in Relation to Psychopathology Symptoms and Quality of Life in Chronic and in Cancer Patients. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2014; 21(4):311-23.
9. Neff KD. TheDevelopment andValidation of a Scale to Measure Self-Compassion. psychology press. 2003;2:223-50.
10. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, et al. Self-Compassion in Patients With Persistent Musculoskeletal Pain : Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. Journal of Pain and Symptom Management. 2012;3(4):759-70.


[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

مجله علمی
بیماری‌های پستان ایران
۸۱-۶۹ :(٤)١٦؛١٤٠٢

مقاله پژوهشی

# تأثیر اجرای برنامه خودشفقتی بر امید در زنان مبتلا به سرطان پستان

**حامد فقیهی[1]، هانیه دهمرده[2]***

[1]گروه بیهوشی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
[2]گروه داخلی- جراحی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

## چکیده

**مقدمه:** ابتلا به سرطان پستان می‌تواند منجر به کاهش امید افراد شود و زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد ازاین‌رو برنامه‌ریزی برای حفظ یا ارتقای امید در این بیماران با آموزش‌هایی متمرکز بر شفقت به خود، ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه خودشفقتی بر امید بیمارانِ زن مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

**روش بررسی:** در مطالعه مداخله‌ای حاضر، ۶۰ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲ به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی سازی بلوکی در دو گروه ۳۰ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. جهت بیماران گروه مداخله، ۸ جلسه برنامه آموزشی خودشفقتی اجرا گردید. قبل و ۳ ماه پس از اجرای مداخله، امید بیماران با استفاده از پرسشنامه امید اسنایدر اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی‌مستقل، تی زوج و کای اسکوئر تحت نرم‌افزار آماری SPSS21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تی‌مستقل سه ماه بعد از مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری برای میانگین نمره کل امید، تفکر عاملی و تفکر راهبردی بین دو گروه کنترل و مداخله نشان داد (P=۰/۰۰۱). از طرفی آزمون تی‌زوجی نشان‌دهنده‌ی افزایش معنی‌دار میانگین نمره کل امید و مؤلفه‌های تفکر عاملی و تفکر راهبردی سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی در گروه مداخله است (P=۰/۰۰۱).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از تأثیر مثبت برنامه خودشفقتی بر امید بیماران مبتلا به سرطان پستان توسط پرستاران است. لذا می‌توان برنامه آموزشی- ارتباطی مذکور را که شیوه‌ای آسان، ارزان‌قیمت، قابل‌اجرا، ایمن و مؤثر است را جهت ارتقای امید بیماران بعد تشخیص سرطان پستان بکار بست. با توجه به محدودیت‌های مطالعه حاضر، اجرای تحقیقات بیشتری در این خصوص پیشنهاد می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** سرطان پستان، خودشفقتی، امید

**تاریخ ارسال:** ۱۴۰۲/۰۵/۰۳
**تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۲/۰۷/۱۹

* **نویسنده مسئول:**
haniedahmardeh@gmail.com

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

## مقدمه

سرطان به‌عنوان رشد سریع سلول‌های غیرطبیعی که می‌توانند به سایر اندام‌ها گسترش یابند تعریف می‌شود که یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است. با توجه به تغییر اپیدمیولوژیک و جمعیت شناختی جمعیت و تغییر الگوی مرگ‌ومیر در ایران، سرطان سومین عامل مرگ‌ومیر پس از بیماری‌ها و حوادث قلبی عروقی است(۱).

سرطان پستان زنان (FBC) یکی از رایج‌ترین انواع سرطان است که با حدود ۲/۳ میلیون مورد جدید (۱۱/۷٪) و ۶۸۵۰۰۰ مرگ در سال ۲۰۲۰ تخمین زده می‌شود. انتظار می‌رود این آمار در سال ۲۰۷۰ به ۴/۴ میلیون نفر برسد. میزان بروز و مرگ‌ومیر سرطان پستان در بین کشورها متفاوت است. به‌طوری‌که از ۱۱۲/۳ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در بلژیک تا ۳۵.۸ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در ایران متغیر است(۲).

بیماری‌های زنان و پستان به ترتیب ۷/۸ و ۲۵/۶ درصد از کل سرطان‌های زنان در ایران را شامل می‌شود که این مقادیر در مقایسه با سایر کشورها کمتر است. اگرچه ایران با نرخ بروز ۲۴ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، یکی از کمترین میزان سرطان پستان در جهان را دارد، اما این بیماری به دلیل تغییر در عوامل خطر و الگوی جمعیتی، شایع‌ترین سرطان در بین زنان ایرانی است. پیش‌بینی می‌شود در دهه‌های آینده در این کشور به‌شدت افزایش یابد(۳).

میانگین سن تشخیص پستان در ایران حدود ۴۶ تا ۴۹ سال است (۳) که تشخیص آن به‌شدت استرس‌زا و منجر به افسردگی است و می‌تواند عواقب نامطلوب جسمی، روانی اجتماعی و اقتصادی زیادی هم برای فرد مبتلا و هم برای خانواده آن‌ها داشته باشد (۴)، چراکه رژیم‌های درمانی سرطان پستان می‌تواند منجر به تغییر در زندگی عادی روزانه، کاهش کیفیت زندگی، از دست دادن حافظه و اختلال در روابط بین فردی در بیماران شود (۵) ازاین‌رو بیماران با مشکلاتی مانند ترس از مرگ، مسائل حل نشده، جدایی از خانواده و درد مواجه می‌شوند. پریشانی روانی با ناتوانی در مقابله مؤثر با یک عامل استرس‌زا مشخص می‌شود که می‌تواند منجر به علائم افسردگی، استرس و اضطراب شود که ارتباط نزدیکی با علائم جسمانی دارد. از دست دادن علاقه، غمگینی، ناامیدی، بی‌قراری، تنش، بی‌خوابی، سردرد و کمبود انرژی برخی از شایع‌ترین ویژگی‌های پریشانی روانی هستند که می‌توانند بر عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره فرد به‌دلیل سرطان تأثیر بگذارند. شیوع اختلالات روان‌پزشکی پس از تشخیص اولیه سرطان بین ۱۴ تا ۳۸ درصد گزارش‌شده است و احساس افسردگی یک اختلال روان‌پزشکی شایع در بیماران سرطانی است که ناامیدی با افسردگی مرتبط است(۴).

بیماران عمدتاً احساس یاس و ناامیدی می‌کنند (۶) امید به زندگی در بیماران به‌طور قابل‌توجهی کاهش پیدا می‌کند و نسبت به درمان خود توجه کافی نشان نداده و دستورات پزشکان را چندان جدی نگیرند، آنان برای بهبودی تلاش زیادی نکرده (۷)، عدم احاطه بر خود و یاس، اثرات منفی شدیدی بر رفتار، خلق و فیزیولوژی می‌گذارد (۸).

عاملی تأثیرگذار که در پیدایش امید در فرد مطرح باشد، احساس شفقت به خود است (۹) و درمان‌های مبتنی بر خودشفقتی[1] یکی از جدیدترین درمان‌های مطرح شده است که بر روی احساس امید به زندگی احتمالاً مؤثر باشد. خودشفقتی نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده (۱۰) به نوعی یک روش سازگارانه برای برقراری ارتباط با خود در هنگام آگاهی از بی‌کفایتی‌ها و رویارویی با شرایط دشوار زندگی از قبیل دوره‌های حساس زندگی و بیماری‌های مزمن است (۱۱) و به‌عنوان یک سازه روان‌شناختی، کارایی و اثربخشی قابل‌توجهی در مراقبت و درمان بیماران مزمن دارد (۱۲-۱۴).

خودشفقتی به‌عنوان راهی برای ارتباط با خود در زمان درد و یا ناامیدی تعریف شده است(۱۵) و شامل سه جزء اصلی:

[1] Self-compassion

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

مهربانی و درک درست نسبت به خود[1](خودمهربانی)، بشریت انسانی[2] (بشردوستی عمومی) و ذهن آگاهی[3] است. منظور از خودمهربانی، گسترش مهربانی و درک نسبت به خود، به‌جای قضاوت شدید خود، در زمان پریشانی است. منظور از بشردوستی عمومی این است که دیدگاهی مبنی بر این‌که تجربیات شخص جزئی از تجارب همه‌ی افراد است، داشته باشد، یعنی سایرین نیز این تجربیات را بدون داشتن احساس انزوا و تمایز از دیگران، در زندگی خود دارند و منظور از ذهن آگاهی(ذهنیت) در زمینه خودشفقتی، این است که به احساسات و تجربیات خود بدون بزرگ‌نمایی کردن آن‌ها و به شکل متعادل نگریست(۱۶، ۱۷).

زمانی که احساس ناکفایتی، مانند درگیری بدن و فعالیت‌های بدنی با معلولیت رخ می‌دهد، داشتن خودشفقتی توانایی فرد را جهت پذیرش بهتر وضعیتِ خود ارتقاء می‌دهد (۱۸) و تقویتِ آن (خودشفقتی) می‌تواند در مقابله با حوادث دشوار زندگی مانند ابتلا به بیماری مزمن مفید باشد (۱۸). از آنجا که خودشفقتی، نیازمند آگاهی و ذهن آگاهی نسبت به هیجانات خود است، از احساسات دردناک یا ناراحت کننده اجتناب نشده، بلکه با مهربانی و درک احساس مشترک انسانی در ذهن نگه‌داشته شده است، بنابراین احساس منفی به حالت احساس مثبت‌تر تبدیل می‌شود و اجازه می‌دهد تا درک روشن‌تری از واقعیت کنونی داشته باشد و به اتخاذ اقدامی منجر می‌شود که خود یا محیط را به‌صورت اثربخش تغییر دهد (۱۹).

بنابراین اگر خودشفقتی را در افرادی با بیماری‌های مزمن یا ناتوان‌کننده مانند بیماران مبتلا به سرطان تقویت کنیم، می‌توانیم توانایی افراد مبتلا به این بیماری‌ها را افزایش داده تا نگرش ذهنی خود را نسبت به شرایط‌شان (وضعیت‌شان) تغییر داده و نتایج بهتری به دست آوریم (۱۸).

با توجه به مطالب بیان شده و توجه به این نکته که بیماران مبتلا به سرطان که نسبت به مرگ قریب‌الوقوع خودآگاهی می‌یابند، اغلب بعد از انکار و خشم دچار درماندگی، بدبینی نسبت به آینده، ناامیدی و احساس شکست می‌شوند(۲۰). بنابراین، یکی از متغیرهایی که در ارتباط با بیماران سرطانی نیازمند بررسی می‌باشد، امید به زندگی است (۲۱). ازاین‌رو مطالعه حاضر با این پرسش که اجرای برنامه خودشفقتی بر امید زنانِ بیمار مبتلا به سرطان پستان در سال ۱۴۰۲ تأثیری دارد یا خیر؟ انجام شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به‌صورت مداخله‌ای تصادفی شده انجام شد. جامعه پژوهش را کلیه بیمارانِ زن مبتلا به سرطان پستان شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها، در نظر گرفتن $\alpha$=۰/۰۵ و $\beta$=۰/۰۲، اطلاعات به‌دست‌آمده از مطالعات قبلی (مطالعه سعلبی فرد و همکاران (۲۰۱۹)) (۲۱)، تفاوت تغییرات ایجاد شده در دو گروه=۱۰ و انحراف معیار برابر با ۱۲ حجم نمونه موردنظر با فرمول مقایسه میانگین‌ها برابر با ۲۳ نفر به دست آمد که برای اطمینان از حجم نمونه، در نظر داشتن ریزش احتمالی و امکان انجام آزمون‌های آماری، در هر گروه ۳۰ نفر و درمجموع ۶۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفت. درمجموع ۶۰ نفر به روش در دسترس وارد مطالعه شدند و با تصادفی سازی بلوکی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ۳ نفر از گروه مداخله در جلسات آموزشی شرکت نکردند و ۳ نفر از افراد گروه کنترل جهت تکمیل پرسش‌نامه پیگیری مراجعه نکردند. درنتیجه تجزیه‌وتحلیل نهایی برای ۵۴ بیمار (۲۷ نفر در هر گروه) انجام شد.

**معیارهای ورود** به مطالعه شامل: تائید و تشخیص قطعی بیماری سرطان پستان توسط پزشک معالج، سن بین۶۰-۱۸ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم وابستگی به صندلی چرخ‌دار، نبودن در مرحله حاد بیماری (یعنی بیمار به‌صورت اینتوبه و بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نباشد)، عدم ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن جسمی، ذهنی یا روانی، اختلال تکلم و یا شنوایی و **معیارهای**

[1] self-kindness
[2] common humanity
[3] mindfulness

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]
[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

**خروج** از مطالعه شامل بروز عارضه و اختلالات روانی جدی در طی مداخله بود. اگر بیماری در بیش از ۳ جلسه شرکت نکرده باشد از مداخله حذف شد.

**ابزار گردآوری داده‌ها شامل:** پرسش‌نامه مشخصات فردی و مقیاس امید اسنایدر بود. پرسش‌نامه مشخصات فردی: شامل سؤالاتی جهت سنجش سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل بود.که قبل از مداخله توسط هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید.

پرسشنامه امید اسنایدر (**Snyder Hope Scale**): این مقیاس توسط اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ طراحی، و روایی و پایایی آن تائید شده است. این پرسشنامه، دارای ۱۲ عبارت است. ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی،۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت نیز انحرافی است. علیرغم اینکه پرسشنامه اصلی به‌صورت لیکرت ۸ درجه‌ای (کاملاً موافق (۸)، بسیار موافق (۷)، موافق (۶)، کمی موافق (۵)، کمی مخالف (۴)، مخالف (۳)، بسیار مخالف (۲)، کاملاً مخالف (۱) ) تنظیم‌شده است و این‌گونه باید تکمیل می‌شد اما به‌منظور تسهیل پاسخ‌دهی بیماران از پرسشنامه با لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً مخالف با نمره ۱ تا کاملاً موافق، با نمره ۵) جهت نمره دهی هر سؤال استفاده شد. لذا دامنه تغییرات خرده سنجش تفکر عاملی بین ۲۰-۴ و تفکر راهبردی بین ۲۰-۵ و نمره کلی بین ۴۰-۸ محاسبه شده است. بنابراین در پژوهش حاضر، شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالف با نمره ۱ تا کاملاً موافق، با نمره ۵ است. از این عبارات ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی (سؤالات، ۲،۹، ۱۰ و ۱۲)، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی (سؤالات۱، ۴، ۷ و ۸)، ۴ عبارت انحرافی(سؤالات، ۳، ۵، ۶ و ۱۱) است. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس است. کرمانی و همکاران (۱۳۹۰)، همسانی درونی این ابزار را از طریق محاسبه آلفای کرونباخ در کل ۰/۸۶ و جهت تفکر عاملی و تفکر راهبردی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند (۲۲).

**پس از توضیح اهداف** پژوهش برای بیماران مراجعه کننده جهت دریافت داروی شیمی‌درمانی به بخش شیمی‌درمانی بیمارستان خاتم‌الانبیاء شهر زاهدان از آنان خواسته شد تا در صورت تمایل وارد مطالعه شده و سپس در گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند. قبل از آغاز مداخله پرسشنامه مشخصات دموگرافیک تکمیل، و میزان امید در بیماران مداخله و کنترل مورد سنجش قرار گرفت. سپس مداخله آموزشی، برنامه‌ای مبتنی بر ارتقاء خودشفقتی در بیماران جهتِ بیماران تنظیم شد. این برنامه آموزشی در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای طی ۴ هفته در محل، برای افراد گروه مداخله ارائه گردید.

در این جلسات پس از توضیحات تکمیلی در مورد پژوهش و اهداف آن، محتوی برنامه آموزشی بر اساس تعریف و کشف خودشفقتی، ذهن آگاهی، مهربانی-عشق ورزیدن، کشف صدای خودشفقتی و شفقت به خود و بدن، عمیق زندگی کردن، روبه روشدن با هیجان‌های دشوار و کاهش شرم، کشف روابط چالش‌برانگیز، و پذیرش زندگی ارائه شد(جدول شماره ۱). این برنامه به‌صورت بحث گروهی و سخنرانی ، پرسش و پاسخ به بیماران آموزش داده شد و درنهایت مروری بر موارد آموزش داده شده صورت گرفت و به سؤالات بیماران نیز پاسخ داده شد. برای بیماران گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از اتمام مداخله بیماران به مدت ۳ ماه تحت پیگیری و حمایت پژوهشگر به اجرای روزانه برنامه آموزش داده شده در منزل پرداختند(جهت اطمینان از روند انجام مداخله توسط بیمار در منزل). پژوهشگر در یک روز خاص در بیمارستان حضور می‌یافت و بیماران می‌توانستند سؤالات و مشکلات خود را به‌صورت حضوری یا تلفنی از وی بپرسند. پس از گذشت سه ماه، از افراد گروه کنترل و مداخله دعوت شد و سپس مجدداً مقیاس امید اسنایدر توسط افراد دو گروه تکمیل شد. جهت رعایت موازین اخلاقی پس از اتمام مطالعه برنامه آموزشی تدوین شده به‌صورت جزوات آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی‌مستقل (جهت مقایسه میزان امید و مقایسه میانگین نمره و میانگین تغییرات نمره امید و ابعاد آن بین دو گروه)، کای‌اسکوئر (جهت مقایسه توزیع فراوانی برخی متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه) و آزمون تی‌زوج (جهت مقایسه میانگین نمره امید و ابعاد آن، قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه) تحت نرم‌افزار آماری SPSS21 صورت گرفت.

**جدول ۱: ساختار و محتوای مداخله آموزشی خودشفقتی**

| جلسه | هدف | محتوای جلسه آموزش | روش ارائه محتوا |
|---|---|---|---|
| اول | آشنایی اولیه، معرفی آموزش شفقت به خود، کشف خودشفقتی | معارفه و برقراری ارتباط اولیه، مرور بر قوانین گروه، توضیح در مورد ساختار و اهداف جلسه، توضیح در مورد ماهیت خود دلسوزی و اصول آن، ارائه تکلیف: تهیه فهرستی از رنج‌های خود. | سخنرانی- پرسش و پاسخ |
| دوم | آموزش ذهن آگاهی | مرور و بررسی تکلیف جلسه قبل، اجرای تمرین‌های ذهن آگاهی: (تمرین تنفس، تمرین متمرکز بر شیء، تمرین وارسی و لمس بدن، تمرین خوردن و لمس کردن کشمش)، ارائه تکلیف: شامل چهل دقیقه تمرین‌های ذهن آگاهی در منزل. | سخنرانی- پرسش و پاسخ |
| سوم | تمرین مهربانی-عشق ورزیدن | بررسی بازخورد و مرور جلسه قبل، اهمیت تربیت ذهن مهربان، احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز دلسوزی با استفاده از عبارات (من احساس امنیت می‌کنم، من با خودم مهربانم)، تمرین، تصویرسازی از مکان امن، ارائه تکلیف. | سخنرانی- پرسش و پاسخ |
| چهارم | کشف صدای خودشفقتی و شفقت به خود و بدن (یافتن جایگاه خودشفقتی) | مرور و بررسی تکلیف، تقویت رفتارهای شفقت به خود، تمرین مهربانی کردن با خود با استفاده از عبارات (من تو را دوست دارم و نمی‌خواهم تو رنج بکشی، تمرین مهربانی گرفتن از دیگران) پرورش ذهن مهربانانه، ارائه تکلیف: تکرار این عبارات در زندگی روزانه و همچنین اجرای تکلیف مهربانی کردن با خود و دیگران. | سخنرانی- پرسش و پاسخ |
| پنجم | عمیق زندگی کردن | ارزیابی و بررسی تکلیف قبلی، بررسی و کشف موارد مهمی که به زندگی فرد معنا می‌بخشد، انجام تمرین تصویرسازی از یک زندگی پربار و ارزشمند، نامه نوشتن درباره انتقاد مهربانانه از زندگی خود، تمرین استعاره یک روز عالی، ارائه تکلیف: مربوط به روشن شدن موارد مهم برای اعضاء گروه. | سخنرانی- پرسش و پاسخ |
| ششم | روبه‌رو شدن با هیجان‌های دشوار و کاهش شرم، مدیریت احساسات و عواطف دشوار | گرفتن بازخورد و بررسی تکلیف ، آموزش رابطه بین اجزاء فیزیکی، روانی و ذهنی عواطف دشوار و چگونگی تأثیر این اجزاء بر یکدیگر، اجرای تمرین‌های آرامش بخشی فیزیکی، روانی و فکری، معرفی استدلال منطقی و استدلال مهربانانه، معرفی تجربه حسی مهربانانه، ارائه تکلیف: آرام‌سازی جسمانی و روانی با تمرین‌های ذهن آگاهانه، همچنین رها کردن ذهن خود از افکار منفی. | سخنرانی- پرسش و پاسخ |
| هفتم | کشف روابط چالش‌برانگیز (تغییر روابط) | ارزیابی و مرور جلسه گذشته، شناسایی تمام رابطه‌های دردآور قطع شده با خود و دیگران و زمینه‌سازی برای رابطه خود با خود و خود با دیگران، تمرین آشتی با خود، بازگویی ویژگی‌های انسان مهربان، ارائه تکلیف: شناسایی قهر خود با خود: قهر با موقعیت‌ها و دیگران و تمرین آشتی کردن و رابطه برقرار کردن با این سه نوع رابطه | سخنرانی- پرسش و پاسخ |
| هشتم | قبول و پذیرش زندگی | ارزیابی و بازخورد جلسه گذشته، بررسی تعصبات منفی زندگی از طریق تکیه بر چیزهای خوب و ویژگی‌های خوب در وجود فرد به منظور کاهش تعصبات و باورهای غیرمنطقی، کسب لذت بیشتر از زندگی، ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی. | سخنرانی- پرسش و پاسخ |

## یافته‌ها

میانگین سنی در گروه مداخله ۹/۲ ± ۴۰/۱۸ سال و در گروه کنترل ۹/۴ ± ۴۱/۸۱ سال بود. بر اساس یافته‌ها، قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری بین متغیرهای سن، سطح تحصیلات وضعیت تأهل در دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد ( p>۰/۰۵) (جدول شماره ۲).

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

آزمون تی‌مستقل هیچ اختلاف آماری معنی‌داری را برای میانگین نمره کل امید، تفکر عاملی و تفکر راهبردی قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه کنترل و مداخله نشان نداد (جدول ۳ و ۴) اما بعد از سه ماه بعد از مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری برای میانگین نمره کل امید، تفکر عاملی و تفکر راهبردی بین دو گروه کنترل و مداخله مشاهده شد (P=۰/۰۰۱).

آزمون تی‌زوجی افزایش معنی‌داری را برای میانگین نمره کل امید و مؤلفه‌های آن: تفکر عاملی و تفکر راهبردی سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی در گروه مداخله نشان داد (P=۰/۰۰۱). در گروه کنترل سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری برای میانگین نمره کل امید و تفکر عاملی و تفکر راهبردی مشاهده نشد.

**جدول۲: مشخصات فردی و بیماری مشارکت‌کنندگان**

| متغیر | گروه | مداخله | کنترل | P |
|---|---|---|---|---|
| | | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | |
| **سطح تحصیلات** | بی‌سواد | ۲(۷/۴) | ۵ (۱۸/۵) | ×۰/۱۹ |
| | ابتدایی | ۸ (۲۹/۶) | ۷ (۲۵/۹) | |
| | دیپلم | ۶ (۲۲/۲) | ۱۱ (۴۰/۷) | |
| | لیسانس | ۸ (۲۹/۶) | ۳ (۱۱/۱) | |
| | فوق‌لیسانس | ۳ (۱۱/۱) | ۱ (۳/۷) | |
| **وضعیت تأهل** | مجرد | ۱۰ (۳۷/۰) | ۱۰(۳۷/۰) | ×۰/۶۱ |
| | متأهل | ۱۷ (۶۳/۰) | ۱۷ (۶۳/۰) | |
| **میانگین سن (سال)××** | | ۴۰/۱۸ ± ۹/۲ | ۴۱/۸۱ ± ۹/۴ | |

× آزمون فیشر

×× آزمون کای‌اسکوئر

**جدول ۳: مقایسه میانگین نمره کل امید و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در بیماران دو گروه**

| متغیر نمره ابعاد | گروه | قبل از مداخله | بعداز مداخله | ×P |
|---|---|---|---|---|
| | | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار | |
| تفکر عاملی | مداخله | ۷/۲۹ ± ۲/۰۵ | ۱۶/۷۰ ± ۲/۴۴ | P=۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۷/۳۳ ± ۲/۰۵ | ۷/۲۵ ± ۲/۲۶ | P=۰/۹۰ |
| | ××P | ۰/۹۴ | ۰/۰۰۱ | |
| تفکر راهبردی | مداخله | ۱۰/۳۷ ± ۱/۸۸ | ۱۴/۲۹ ± ۱/۲۰ | P=۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۱۰/۲۵± ۱/۹۱ | ۱۰/۵۱ ± ۲/۱۱ | P=۰/۶۲ |
| | ××P | ۰/۸۳ | ۰/۰۰۱ | |
| نمره کل | مداخله | ۳۰/۹۶ ± ۳/۵۳ | ۴۳/۱۴ ± ۳/۰۵ | P=۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۳۰/۵۹ ± ۳/۵۲ | ۳۰/۸۱ ± ۳/۸۳ | P=۰/۸۱ |
| | ××P | ۰/۷۱ | ۰/۰۰۱ | |

× آزمون تی‌زوجی

×× آزمون تی‌مستقل

**جدول ۴: مقایسه میانگین تغییرات نمره کل امید و ابعاد آن در دو گروه مداخله و کنترل**

| متغیر نمره ابعاد | گروه | مداخله | کنترل | ×P |
|---|---|---|---|---|
| | | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار | |
| تفکر عاملی | | ۹/۴ ± ۳/۳ | -۰/۰۷ ± ۳/۰۳ | P=۰/۰۰۱ |

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| تفکر راهبردی | ۳/۹ ± ۲/۲ | ۰/۲ ± ۲/۷ | P=۰/۰۰۱ |
| نمره کل | ۱۲/۱ ± ۴/۴ | ۰/۲ ± ۵/۰ | P=۰/۰۰۱ |

× آزمون تی‌مستقل

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش برنامه خودشفقتی بر سطح امید بیمارانِ زن مبتلا به سرطان پستان سال ۱۴۰۲ بود. نتایج حاصله نشان‌دهنده‌ی افزایش معنی‌دار در میانگین نمره کل امید و مؤلفه‌های آن سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی در گروه مداخله می‌باشد، همچنین سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی، اختلاف آماری معنی‌داری برای میانگین نمره کل امید و مؤلفه‌های آن بین دو گروه کنترل و مداخله مشاهده شد، بنابراین می‌توان بیان داشت که برنامه آموزش خودشفقتی می‌تواند باعث افزایش سطح امید در بیمارانِ زن مبتلا به سرطان پستان شود.

براساس نتایج مطالعه حاضر افزایش معنی‌داری در میانگین نمره کل امید و مؤلفه‌های آن سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی در گروه مداخله به دست آمد، این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی کاظمی و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی میزان اثربخشی درمان متمرکز بر خودشفقتی بر احساس تنهایی و امید به زندگی زنانِ سالمند پرداخته شده است(۱۰) همسو می‌باشد. هرچند در این مطالعه گروه هدف متفاوت با مطالعه حاضر می‌باشد اما نشان‌دهنده‌ی تأثیر آموزش برنامه خودشفقتی بر سطح امید زنان در دوره‌ی سالمندی که یکی از دوره‌های حساس زندگی بوده و اهمیتِ این دوره همچون دوره‌ی مراقبت پس از ابتلا به یک بیماری صعب‌العلاج به مانند سرطان بوده، می‌باشد. از طرفی خودشفقتی، یک نیروی انسانی مهم است که به‌عنوان کیفیت مهربانی، ملایمت، احساس ارتباط درونی و کمک به افراد برای امیدوار بودن در زمان مواجه شدن با دشواری‌های زندگی (مانند ابتلا به بیماری یا دوران سالمندی) در نظر گرفته می‌شود. در این رویکرد بیشتر به حل اختلافات درونی پرداخته و از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدی به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه تغییر افراد کمک می‌شود (۲۳). بنابراین می‌توان از این آموزه‌ها (خودمهربانی، حس مشترک انسانی و ذهن آگاهی) جهت غلبه به احساسات و افکار منفی که منجر به کاهش امید در دوره‌های سخت زندگی(۱۸)(۲۴) بهره برد.

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی، اختلاف آماری معنی‌داری برای میانگین نمره کل امید و مؤلفه‌های آن بین دو گروه کنترل و مداخله مشاهده شد، نتایج مطالعه صالح‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹) نیز که به بررسی تأثیر آموزش شفقت به خود بر امیدواری و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری پرداخته است نیز نشان‌دهنده‌ی آن است که آموزش خودشفقتی سبب افزایش امیدواری و کاهش باورهای غیرمنطقی در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی می‌شود(۲۴) همچنین یانگ[1] و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود که به بررسی نقش امید بر خودشفقتی بزرگسالان چینی پرداخته است، نشان دادند که امید نقشی واسطه‌ای و مثبت بین خودشفقتی و رضایت از زندگی ایفا می‌کند، یعنی افراد تا چه اندازه از زندگی خود راضی هستند، به‌طور غیرمستقیم از طریق سطوح امید آن‌ها تأثیر می‌پذیرد (۲۵)، براساس نتایج این مطالعه می‌توان چنین نتیجه گرفت که سطح امید نیز بر خودشفقتی افراد نقش دارد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان چنین بیان داشت که از آنجایی که امید به‌عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌سازد تا خود را با دیدگاهی فراتر از وضعیت فعلی ببینند، محسوب می‌شود و افرادی که رویدادهای استرس‌زا را با درجات مختلف امید تجربه کرده‌اند، منتظر همه چیز، حتی معجزه هستند، و تمایل دارند به سمت پیش‌بینی‌های خود حرکت کنند (۲۶). امید به‌عنوان یکی

[1] Yang

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

از منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج به‌شمار می‌رود، می‌تواند به‌عنوان عاملی شفابخش، چند بعدی، پویا و قدرتمند نقش مهمی در سازگاری داشته باشد و کیفیت روابط با دیگران را تحت تأثیر قرار دهد. امید به انسان انعطاف‌پذیری، سرزندگی و توانایی حذف ضربات تحمیل شده توسط زندگی را می‌دهد(۲۷). عوامل زیادی می‌تواند بر امید یک فرد تأثیر بگذارد (۹) که خودشفقتی یکی از آنان است (۲۸). نتایج مطالعه‌ی تودرو[1] و همکاران (۲۰۱۹) نیز که به بررسی میزان تأثیر امید بر پریشانی تصویر بدن و پریشانی روانشناختی در بازماندگان سرطان پستان به تنهایی و در مقایسه مستقیم با خودشفقتی انجام شد، به نقش خودشفقتی و امید در بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته شده است بیانگر آن است که خودشفقتی و امید از مولفه‌های کمک کننده در زمینه اختلال و ناراحتی تصویر بدن در بازماندگان سرطان پستان محسوب می‌شوند (۲۸).

درنهایت پیشنهاد می‌شود با توجه به تأثیر اجرای برنامه آموزشی خودشفقتی بر امید بیمارانِ زن مبتلا به سرطان پستان، پژوهش حاضر دیدی تازه در این خصوص جهت ارتقای کیفیت خدمات پرستاری به این گروه بیماران ارائه کرده. بنابراین پرستاران با به کاربردن آموزش خودشفقتی جهت این گروه از بیماران، گامی ارزشمند برای حفظ یا ارتقاء سطح امید آنان برخواهند داشت و کمک شایانی به حفظ عملکرد فردی و درمانی این گروه خواهد شد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، تفاوت‌های فردی بیماران گروه مداخله در انجام برنامه آموزش داده شده و چگونگی به‌کارگیری مهارتها و روش‌ها علی‌رغم پیگیری‌های انجام شده بود. همچنین زمان اجرای مداخله را نیز می‌توان یکی از محدودیت‌های این مطالعه دانست. زمان اجرای مداخله در تابستان و فصلی است که اکثریت افراد به سفر خواهند رفت و از این‌رو بعنوان محدودیت مطالعه در نظر گرفته شده است که امکان دستیابی به بیماران را محدود کرده بود.

[1] Todorov

نمره‌دهی صحیح براساس آنچه اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) طراحی کرده‌اند طیف لیکرت ۸ گزینه ای دارد (۲۹)، اما در مطالعه حاضر به دلیل شرایط بیماران مبتلا به سرطان پستان جهت پاسخ‌دهی راحت‌تر توسط آنان از لیکرت ۵ گزینه‌ای استفاده شده، از این‌رو می‌توان آن را یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر دانست که ممکن است بر تفسیر نتایج تأثیری احتمالی گذاشته باشد.

## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر قسمتی از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.ZAUMS.REC.1402.101 می‌باشد. بدین وسیله از مسئولین محترم زاهدان و کلیه بیماران مشارکت کننده که بدون همکاری و مساعدت آنها انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود، تشکر و قدردانی می گردد.

## تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

**References**

1. Zahedi A, Rafiemanesh H, Enayatrad M, Ghoncheh M, Salehiniya H. Incidence, Trends and Epidemiology of Cancers in North West of Iran. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2015;16:7189-93.
2. Allahqoli L, Mazidimoradi A, Momenimovahed Z, Rahmani A, Hakimi S, Tiznobaik A, et al. The Global Incidence, Mortality, and Burden of Breast Cancer in 2019: Correlation With Smoking,Drinking, and Drug Use. Front Oncol. 2022;12:1-9.
3. Mahdavifar N, Pakzad R, Ghoncheh M, Pakzad I, Moudi A, Salehiniya H. Spatial Analysis of Breast Cancer Incidence in Iran. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2016;17:59-64.
4. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, Hopelessness and Social Support among Breast Cancer

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

Patients: in Highly Endogamous Population. Asian Pac J Cancer Prev. 2017 18(7):1889–96.
5. Hashemi SM, Rafiemanesh H, Aghamohammadi T, Badakhsh M, Amirshahi M, Sari M, et al. Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta‐analysis. Breast Cancer. 2020;27(2):166-178.
6. Salabifard S, Tajeri B, Rafiepoor A. The Effectiveness of Positive Psychological Intervention on Posttraumatic Growth, Self-Compassion, and Hope in Women with Breast Cancer. Community Health journal. 2021;14(4):34-44.
7. Rezaii A, Refahi Z, Ahmadikhah M. Effectiveness of group logotherapy to reduce depression in patients with cancer. Journal of Psychological Models and Methods 2012;2(7):37-46.
8. Soroush M, Hejazi E, Shoakazemi M, Gheranpayeh L. Body Image Psychological Characteristics and Hope in Women with Breast Cancer. Iranian Journal of Breast Diseases, 2014; 7 (4) :52-63
9. Fakhrian S, Bolghan-Abadi M. Investigating the Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship between Spiritual Intelligence and Hope in Female Nurses of Neyshabur-Iran Hospitals in 2019. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal. 2022;12(2):1-9.
10. Kazemi N, Hejazi E, Rasolzadeh V, Mohammadi ST, Moradi R. The effectiveness of self-compassion treatment on loneliness and life expectancy in elderly women. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2020; 8(12):73-80.
11. Iida N, Wada Y, Yamashita T, Aoyama M, Hirai K, Narumoto J. Effectiveness of parent training in improving stress-coping
19. Nayeb Hoseinzadeh S, Fatollahzadeh N, Saadati N, Rostami M. The effectiveness of acceptance and commitment training on improving the quality of life and self-compassion of the mothers of educable disabled children. Psychological Studies. 2016;12(3):103-22.

capability, anxiety, and depression in mothers raising children with autism spectrum disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018;14:3355-3362.
12. Pinto-Gouveia J, Duarte C, Matos M, Fráguas S. The Protective Role of Self-compassion in Relation to Psychopathology Symptoms and Quality of Life in Chronic and in Cancer Patients. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2014; 21(4):311–23.
13. Neff KD. TheDevelopment andValidation of a Scale to Measure Self-Compassion. psychology press. 2003;2(3):223-50.
14. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, et al. Self-Compassion in Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. Journal of Pain and Symptom Management. 2012;3(4):759-70.
15. Kachooei M, Hasani J, Moradi A, Fathi-Ashtiani A. Comparison of Dispositional Mindfulness and Self-Compassion among Women with Normal and High Body-Mass-Index. . Community Health. 2018; 5(2):103-12.
16. Neff KD. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. Self and Identity. 2003;2:85–101.
17. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and Factorial Validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2011;18:250-5.
18. Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disabil Health J*ournal. 2018;11(2):256-61.
20. Rezaee Jamaloe H. Effect of "Ellis's Rational Emotive Therapy" and "Seligman Optimism Training" on General Health and Hopelessness in Divorce Women with Depression. Journal of Health Promotion Management. 2019;8(5):33-40.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]

21. Salabifard S, Tajeri B, Rafiepoor A. The Effect of Spiritual Therapy on Posttraumatic Growth, Self-Compassion and Hope in Women with Breast Cancer. JHPM 2020; 9 (6) :37-48
22. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometrics features of the Snyder Hope Scale. Journal of Applied Psychology. 2011;5(3):7-23.
23. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53:6-41.
24. Salehabadi A, Naemi AM. The effect of teaching self-compassion on hope and irrational beliefs of mothers of children with learning disabilities. Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals,Allameh Tabataba'i University. 2020;10(39):157-78.
25. Yang Y, Zhang M, Kou Y. Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. Personality and Individual Differences. 2016;98:91–5.
26. Fingeret M, Teo I, Epner D. Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. Cancer. 2014;120(5):633-41.
27. Falk Dahl C, Reinertsen K, Nesvold I, Fossa S, Dahl A. A study of body image in long-term breast cancer survivors. Cancer. 2010;116(15):3549-57.
28. Todorov N, Sherman K, Kilby C. Breast Cancer Network Australia. Self-compassion and hope in the context of body image disturbance and distress in breast cancer survivors. Psycho-Oncology. 2019;28: 2025-32.
29. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving SA, Sigmon S, et al. The will and the ways: Development and validation of an individualdifferences measure of hope. Journal of Personality and Social Psychology. 1991;60(4):570-85.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.16.4.69 ]