

اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه

سجاد علی قنوتی^۱، *فاطمه بهرامی^۲، کوروش گودرزی^۳، مهدی روزبهانی^۴

۱. دانشجوی دکتری مشاوره و راهنمایی دانشگاه بروجرد.

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد.

۴. استادیار گروه رفتار حرکتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۲/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۱۱)

Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer

Ali ghanavati Sajad¹, *Bahrami Fatemeh², Godarzi Koorosh³, Rozbahani Mahdi⁴

1. PhD student of consulting Islamic Azad University Boroujerd Branch.

2. Professor of Psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Boroujerd Branch.

4. Assistant Professor of the Department of Behavioral Sciences, Islamic Azad University, Boroujerd Branch.

(Received: May. 11, 2018 - Accepted: Dec. 02, 2018)

Abstract

Objective: Breast cancer is a chronic physical illness that produces many psychological and physical effects for the person. The aim of the present study is investigating the therapeutic effect of compassion on rumination, concern, and women with breast cancer in Ahvaz city. **Method:** The research design was a post-test pre-test with the experimental and control group. The statistical population of the study consisted of all breast cancer women referred to the health centers in Ahvaz, Iran in, among whom 24 were selected by the available sampling method. Twenty-four of them were randomly assigned, 12 in the experimental group and 12 in the control group. Compassion-based therapy was conducted in a group of 12 sessions in two experimental groups. The control group was placed on the waiting list and received no intervention. The instrument used in this study was Nullen & Huxma's Rhymes Questionnaire, Pennsylvania's Worry Questionnaire, which answered in the pre-test and post-test phases. statistical program SPSS-22 To analyze the results were used. **Result:** The results of this study indicate that there is a significant difference between the experimental and control groups regarding rumination and worry ($P < 0.001$). **Conclusion:** Compassion-based therapy is one of the treatments for the third wave of psychological therapy that has been able to reduce the rumination and concern of women with breast cancer.

Keywords: compassion focus therapy, rumination, concern, breast cancer.

چکیده

مقدمه: سرطان سینه به عنوان بیماری مزمن جسمی است که آثار روانی و جسمی فراوانی را برای فرد ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز بوده است. روش: طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز درمانی در سال ۹۵-۹۶ شهر اهواز بود که از میان آن‌ها ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این ۲۴ نفر به شکل تصادفی، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل گماشته شدند. درمان مبتنی بر شفقت به شیوه‌ی گروهی طی ۱۲ جلسه بر دو گروه آزمایش اجرا شد. و افراد گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار استفاده شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی نشخوار فکری نولن و هکسما، پرسش‌نامه‌ی نگرانی پنسیلوانیا بوده است که شرکت کنندگان در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سؤالات آن پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش بیانگر آن است که میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نشخوار فکری و نگرانی تفاوت معنی‌داری در سطح ($P < 0.001$) وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر شفقت یکی از درمان‌های گروه درمان‌های موج سوم روانشناختی است که توانسته است میزان نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه را کاهش دهد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، نشخوار فکری، نگرانی، سرطان سینه.

*نویسنده مسئول: فاطمه بهرامی

Email: f.bahrami 26@yahoo.com

*Corresponding Author: Bahrami Fatemeh

مقدمه

طبق تمامی یافته‌های روانشناسی جسم و روان انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و وضعیت یکی از آن‌ها می‌تواند تعیین کننده وضعیت دیگری باشد بیماری‌های جسمی از نظر شیمیایی و فیزیولوژیکی می‌توانند موجب پدید آمدن اختلالات روانی شوند در بسیاری از مواقع، بیماری جسمی می‌تواند تغییرات شیمیایی و هورمونی در بدن ایجاد نماید و در فرد مبتلا به بیماری جسمی، اختلال روانی ایجاد کند. سرطان-ها نیز به عنوان یکی از بیماری‌های جسمی مزمن، توانایی و قدرت جسمانی و روانی فرد را دچار اختلال می‌کنند و بدین طریق برای بیمار وضعیت ناامیدکننده‌ای را به وجود می‌آورند که منجر به کاهش کیفیت زندگی در فرد مبتلا به سرطان می‌شود (اسمیت- تورچین، مورگان و ریچاردسون^۶، ۲۰۱۵). تحقیقات کیفی در خصوص نرخ مشکلات بیماران دچار سرطان نشان داده است که میزان مشکلات روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان ۸ برابر افراد عادی تخمین زده می‌شود (استوارت و ویل، ۲۰۱۷). مشکلات روانشناختی (نشخوار فکری و نگرانی) با کاهش کیفیت زندگی، زوال قابل توجه در فعالیت‌های تفریحی و جسمی، مشکلات ارتباطی، مشکلات خواب، سرعت بیشتر پیشرفت علائم سرطان و متاستاز بیشتر و درد، در بیماران مبتلا به سرطان افسرده و نگران نسبت به بیماران دیگر است (اون یونگ و چانگ^۷، ۲۰۰۶). عوامل روانشناختی منفی همانند

سرطان سینه عبارت است از رشد بدخیم بافت سینه سرطان سینه این سرطان قبل از ۱۳ سالگی نادر است و معمولاً حداکثر سن آن ۵۱ سالگی است (استوارت و ویل^۱، ۲۰۱۷). این سرطان بعد از سرطان ریه مهمترین علت مرگ و میر خانم‌ها در کشورهای غربی است (دیسانتیز، گودین سائور، نیومن و جمال^۲، ۲۰۱۷). تشخیص سرطان سینه می‌تواند منجر به اختلال در ابعاد مختلف کارکرد روانی، جسمی، اجتماعی و عاطفی شود؛ بنابراین تحقیقات بر شناسایی نگرانی‌ها و نیازهای بازماندگان در زمان اتمام درمان تمرکز کرده اند (گرانزو و اورگراد^۳، ۲۰۱۷). با این حال زمان تشخیص و درمان نیز زمان‌های کلیدی نیازهای روانی هستند و کمتر در مورد نگرانی‌های روانی و نیازهای مربوط به این زمان‌ها شناخت وجود دارد. این درحالی است که تحقیقات نشان داده است ۹ تا ۳۴ درصد از افراد بهبودیافته از سرطان دچار نگرانی از عود این بیماری می‌شوند این نگرانی بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر سو می‌گذارد (کاسترس^۴ و همکاران، ۲۰۱۴ و تواری و چاگپار^۵، ۲۰۱۴). در این راستا در تحقیقی جدید که توسط هولی و همکاران (۲۰۱۸) انجام شده است، نتایج نشان داده است که انجام آزمایش‌های لازم برای تشخیص سرطان سینه در زنان بر نحوه تصمیم‌گیری آن‌ها و نگرانی و اضطرابشان اثر مستقیم می‌گذارد.

1. Stewart & Wild
2. DeSantis, Goding Sauer, Newman & Jemal
3. Grantzau & Overgaard
4. Custers
5. Tewari & Chagpar

6 . Smith-Turchyn, Morgan & Richardson
7 . Eun-Young and Chang

است با این حال، حالت‌های روانشناختی می‌تواند بر بیماری جسمانی تاثیر بگذارد (تایلور، ۲۰۰۷). در واقع، زنجیره‌ای از رویدادها وجود دارد که می‌تواند از ضایعه‌ی جزئی به سرطان بیانجامد احتمال بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است. براساس تحقیقات انجام شده ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی، نشخوار فکری، عدم کیفیت زندگی مطلوب و ناامیدی فوق العاده‌ای در مراحل اولیه‌ی معالجات خود رنج می‌برند از طریق روان درمانی، می‌توان این عوارض را به حداقل رساند (پیرخائفی و صالحی، ۱۳۹۱) و با کمک به بیمار نظام ایمنی بدن وی را نیز تقویت کرد. با توجه به مشکلات همراه با بیماری سرطان بکارگیری درمان‌ها و آموزش‌های روانشناختی با اثرات دراز مدت می‌توانند نقش بسزایی در افزایش کیفیت زندگی این افراد داشته باشند (اسمیت - تورچین^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). تاکنون درمان‌های روانشناختی مختلفی برای ارتقاء متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در بیماران مبتلا به سرطان سینه به کار برده شده است که هر کدام از اثر بخشی خاص خود برخوردار است (هو^۴ و همکاران، ۲۰۱۳، پیرخائفی و صالحی، ۱۳۹۱، گراوندی و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه و اطلاعات گردآوری شده، مداخلات روان شناختی در این بیماری می‌تواند سبب بهبود علایم ثانویه‌ی وابسته به بیماری و حتی کمک به درمان‌های زیستی افراد باشد. در راستای

نشخوار فکری در مورد بیماری و نگرانی آن‌ها بر روند بهبودی بیماران مبتلا به سرطان و بر درمان و ارتباط با مربیان اثر منفی می‌گذارد و ممکن است بر مرگ و میر هم اثر داشته باشد (هولی و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به آنچه بیان شد نگرانی و نشخوار فکری دو حوزه مرتبط و مهم در افراد مبتلا به سرطان سینه می‌باشد که بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی این زنان اثر سو می‌گذارد (زو^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

در سرطان سینه، جراحی یکی از درمان‌های اصلی است و بسته به اندازه تومور، محل و میزان گسترش آن، ممکن است تمام یا بخشی از سینه برداشته شود بیشتر افراد که به سرطان سینه مبتلا می‌شوند، یک دوره فشار روانی را تجربه می‌کنند در برخی از بیماران این فشار روانی خود به خود از بین می‌رود و به مشکلات روانی دیر پا منجر نمی‌شود و می‌توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد در عوامل روانشناختی روزانه آن‌ها و اضطراب و افسردگی، نگرانی و نشخوار فکری به عنوان عوامل روانشناختی منفی می‌شود (گولد^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج تعدادی از بررسی‌ها نشان می‌دهد که بروز بعضی از انواع سرطان‌ها در بزرگسالان با میزان فاکتورهای روانشناختی مثبت و منفی که آن‌ها با آن دست به گریبانند، مرتبط است هر چند اثبات اینکه فشار روانی و عوامل روانشناختی موجب سرطان می‌شود غیر ممکن

3 . Smith-Turchyn

4 . Ho

1 . Zhou

2 . Gold

خود را از طریق کاهش خودسرزنشگری کاهش دهند، می تواند توجیه پذیر باشد. مطالعات اخیر اثر بخشی این درمان را برای کاهش علائم روان شناختی منفی در در جمعیت های مختلف مورد تایید قرار داده اند (آلبردسون، دیف و دیل-شاکلفورد^۵ و همکاران، ۲۰۱۵ و گنزالس^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). آلبردسون و همکاران (۲۰۱۵) اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بر خودسرزنشگری زنان دچار نارضایتی از تصویر تن نشان دادند همچنی گنزالس و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی که به تازگی انجام داده اند به بررسی اثربخشی آموزش شفقت مبتنی بر شناخت بر شاخصهای خود شفقت ورزی، نوع دوستی، عمل کردن با ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج این پژوهش گران نشاندهنده اثرمند بودن آموزش خود شفقت ورزی بر این شاخص ها بوده است.

طبق پژوهش های صورت گرفته عامل کلیدی و تأثیر گذار در اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه های هشیار کننده نسبت به مشکل است به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان محور می باشد چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می کند حال این هیجان مثبت باشد و یا منفی فرد را به سمت اجتناب از احساس دردناک و ناراحت کننده و نزدیکی و مهربانی سوق می دهد و فرد را آماده برای پذیرش مشتاقانه نسبت به احساسات منفی خود می نماید پذیرش مشکل در واقع عنصر ارتباط این درمان با بیماران سرطانی می باشد.

مداخلات روان شناختی یکی از این روان درمانی ها، روان درمانی مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را برای بیماری های خاص جلب کرده است (روزمورنت^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر شفقت^۲، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان شناسی موج سوم، بر این اساس و با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی، ایجاد شده است (لویز و یوتلی^۳، ۲۰۱۵). بر اساس پژوهش های صورت گرفته در حیطه درمان مبتنی بر شفقت و درمان های مکمل که بر پایه شفقت به خود است می توان از ساختارمند بودن این درمان استفاده نمود. گیلبرت در سال ۲۰۰۵، در جلسات درمانی خود از سازه درمان مبتنی بر شفقت استفاده نمود و این درمان که می تواند به عنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد را پایه ریزی نمود و در نهایت نظریه درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد (گیلبرت، ۲۰۱۵). در مطالعات اخیر نشان داده شده است که عمده ترین حوزه تاثیر گذار در درمان مبتنی بر شفقت خود انتقاد گری افراد مورد مطالعه می باشد (لویز و یوتلی، ۲۰۱۵) و از آنجا که زنان دچار سرطان سینه به دلیل جراحی ها و درمان های مرسوم این بیماری نسبت به تصویر تن خود دچار خودسرزنشگری می شوند و عامل خود شفقت ورزی به عنوان عامل محافظت کننده در این بیماران شناخته شده است (پردردیکی^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). از این رو بکارگیری درمان شفقت که به بیماران کمک می کند پریشانی ذهنی

1 . Ros-Morente
2 quality of life therapy
3 . Leaviss & Uttley
4 . Przedziecki

5 . Albertson, Neff & Dill-Shackelford
6. Gonsalez

رویکردی است که بر نگرانی و نشخوار گری ذهنی بیماران اثر می‌گذارد و به عنوان درمان های موج سوم روانشناختی مداخله‌هایی جدید در درمان روانشناختی بیماران جسمی مزمن به کار گرفته شده است (لوئیس و یوتلیس^۴، ۲۰۱۵، گال و همکاران، ۲۰۱۴) از این رو انتظار می‌رود که رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت بر نشخوارفکری و نگرانی به عنوان عوامل منفی روانشناختی بیماران دچار سرطان سینه اثر بخش باشد. نکته دارای اهمیت در بکارگیری درمان مبتنی بر شفقت بر جمعیت دارای سرطان سینه این است که این درمان به تازگی بر روی این نمونه مورد آزمون قرار گرفته است و هنوز پژوهش های این حیطه در حال تکوین است. بطوری که پژوهش های موجود شامل یک پژوهش در خارج از کشور می باشد (کنزالس و همکاران، ۲۰۱۸) که اثربخشی این درمان را بر عوامل مثبت مانند خودشفقت ورزی، نوع دوستی و عمل ذهن آگاهانه مورد سنجش قرار داده اند. بنابراین انجام پژوهشی که به بررسی اثر بخشی این درمان بر عوامل منفی مانند نشخوار فکری و نگرانی انجام شود از اهمیت بالایی برخوردار است. همچنین با توجه به بررسی های صورت گرفته در ایران پژوهشی در حیطه اثر بخشی رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت بر عوامل روانشناختی منفی (نشخوارفکری و نگرانی) بر جامعه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز درمانی صورت نگرفته است. در نتیجه این سؤال پیش می‌آید که آیا به‌کارگیری الگوی مبتنی بر شفقت بر عوامل روانشناختی منفی

اگرچه تحقیقات گذشته به اثر بخشی این درمان بر نگرانی و نشخوار فکری زنان دچار سرطان سینه پرداخته‌اند با این حال تحقیقاتی در خصوص ارتباط خود شفقت ورزی و سلامت روان افراد دچار سرطان سینه موجود می‌باشد (پردزدیسکی و همکاران، ۲۰۱۳، گال، گیلبرت، رید و گوس^۱، ۲۰۱۴). به طور مثال پردزدیسکی و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که خود شفقت ورزی عامل میانجی در ارتباط پریشانی روانی و تغییرات در تصویر تن زنان دچار سرطان سینه می‌باشد. به این نحو که زنانی که به دلیل پیشرفت بیماری مجبور به برداشتن سینه کرده‌اند استرس و پریشانی روانی بیشتری را تجربه می‌کنند با اینحال عامل محافظت کننده این زنان خود شفقت ورزی بوده است. از طرف دیگر تحقیقات گذشته نشان داده است، عنصر اثر گذار درمان مبتنی بر شفقت تاثیر بر نشخوار فکری با موضوع خود سرزنشگری در افراد دچار افسردگی می باشد (لوئیس و لوتلی، ۲۰۱۵). بنابراین اثر بخشی این درمان بر نشخوارگری افراد مورد تایید قرار گرفته است. از آنجا که یکی از حیطه های مهم و مورد بررسی در بیماران دچار سرطان نگرانی و نشخوار فکری در خصوص این بیماری می باشد (تل و دوگان^۲، ۲۰۱۱). و از طرف دیگر این نگرانی بر کیفیت زندگی زنان دچار سرطان سینه اثر منفی می‌گذارد (موریس و شاکسپیر^۳، ۲۰۱۱) درمان و کنترل نگرانی های این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. از آنجا که درمان مبتنی بر شفقت

4 . Leaviss & Uttley

1 . Gale, Gilbert, Read & Goss
2 . Tel & Dogan
3 . Morris & Shakespeare

(نشخوار فکری و نگرانی) تأثیر دارد؟

روش

طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل نابرابر) و شامل دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون بوده است. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر شفقت درمانی می باشد که فقط در گروه آزمایش، اعمال شده و تأثیر آن بر نمرات آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفته است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی (شامل بیمارستان های دولتی و درمانگاه های دولتی) و خصوصی (بیمارستان خصوصی و درمان گاه های خصوصی) شهر اهواز در سال ۹۵-۹۶ بوده است که از میان پرونده های موجود در هر بخش بدون احتساب تعداد کل به علت عدم دسترسی کامل اطلاعاتی ۲۴ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده اند. پس از انتخاب نمونه که به تعداد ۲۴ نفر است به شکل تصادفی، ۱۲ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت درمانی و ۱۲ نفر در گروه کنترل گماشته شده اند. میانگین سنی شرکت کنندگان در سه گروه ۴۱/۲ با انحراف معیار ۵ سال بود. همچنین تحصیلات شرکت کنندگان ۶ نفر ابتدایی، ۱۴ نفر راهنمایی، ۱۵ نفر دبیرستان و ۱ نفر تحصیلات دانشگاهی در سه گروه داشت.

در جلسه ی پیش آزمون ، شرکت کنندگان به سؤالات آزمون نشخوار فکری و نگرانی پاسخ داده اند .گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت

درمان گروهی بر مبنای روان درمانی مبتنی بر شفقت درمانی قرار گرفتند و پس از ۱۲ جلسه درمان روان درمانی مبتنی بر شفقت به صورت مجزا در هر دو گروه یک جلسه ی پس آزمون، مجدداً به سؤالات پاسخ دادند. ملاک های ورود شامل ۱. حداقل شش ماه از تشخیص سرطان سینه گذشته باشد، ۲. رضایت و موافقت شرکت کنندگان به منظور شرکت در جلسات درمان مبتنی بر شفقت و ۳. دامنه ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال و سطح تحصیلات حداقل دیپلم ملاک های خروج نیز ۱. وجود بیماری های جسمانی حاد مثل بیماری های قلبی عروقی ، آسم، دیابت، فشار خون بالا و اختلالات هورمونی شدید و کنترل نشده که سلامت عمومی فرد را به خطر می اندازد و ۲. وجود بیماری های روانی مزمن بود. این موارد از طریق بررسی پرونده پزشکی بیماران و مصاحبه از بیمار و همراه بیمار انجام گرفت. ۳. همچنین یکی دیگر از ملاک های خروج غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی برای گروه آزمایش بود. با اینحال تمامی افراد انتخاب شده تا پایان درمان در گروه شرکت داشتند قابل ذکر است درمانگر آقای سجاد علی قنواتی دانشجوی دوره دکتری مشاوره و راهنمایی بوده است که بعنوان شخصی دوره دیده در خصوص درمان مبتنی بر شفقت کار اجرای آموزش را در زمستان ۱۳۹۶ انجام دادند. در این پژوهش، از روش های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و از روش های آماری استنباطی - تحلیل کواریانس چند متغیری - استفاده شده است. برای تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS22 استفاده شده

دهشیری و همکاران (۱۳۸۸) روایی و پایایی این پرسشنامه را در دانشجویان ایرانی بررسی نمودند. نتایج تحلیل عاملی پرسشنامه در این پژوهش، یک ساختار دو عاملی را نشان داد. همچنین، برای بررسی روایی همگرایی پرسشنامه، همبستگی نمرات پرسشنامه با نمرات اضطراب صفت پرسشنامه اضطراب اسپیلگر و نمرات پرسشنامه بک محاسبه شد که نتایج روایی همگرایی مطلوب آن را نشان داد. پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۹ بدست آمد که بیانگر پایایی مطلوب آن است. پرسشنامه نشخوار فکری: این پرسشنامه دارای ۲۲ گویه می باشد که توسط نالن هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است که چهار سبک متفاوت واکشش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می داد (شاه حسینی و معنوی پور، ۱۳۹۵). این پرسشنامه در طیف ۱ تا ۴ درجه بندی می شود (نولن هوکسما^۳، ۲۰۰۰). مقیاس پاسخ های نشخواری پایای درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش های مختلف نشان می دهد همبستگی باز آزمایی برای پاسخ های نشخواری ۰/۶۷ است (لامینت^۴، ۲۰۰۴). آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش باقری نژاد (۱۳۸۸) ۰/۸۸ به دست آمد. دست آمده همچنین روایی همزمان آن با آزمون وسواس عملی - جبری مادزلی ۰/۵۹ گزارش شده است (منصوری، ۱۳۹۰).

راهبردها و تکنیک های به کار رفته در جلسات و همچنین نکات آموزشی به طور خلاصه از

است. سطح معنی داری برای آزمون فرضیه ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه نگرانی، و پرسشنامه نشخوار فکری بود که در ادامه به توضیح هر یک پرداخته می شود. پرسشنامه ی نگرانی: پرسشنامه ی نگرانی پنسلوانیا توسط مایر (۱۹۹۰) ساخته شده است این پرسشنامه ۱۶ گویه ای که برای سنجش نگرانی به کار میرود و عمومیت، شدت، غیر قابل کنترل بودن نگرانی بیمارگون (مثل نگرانی مرا از پای درمی آورد، من همیشه نگرانم) را می سنجد (دیوی^۱ و ولز، ۲۰۰۶). پاسخ ها در این مقیاس بر پایه مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (۱=موافق نیستم تا ۴=خیلی زیاد موافقم) نمره گذاری می شوند. این مقیاس دارای ۵ خرده مقیاس می باشند که عبارتند از ۱) باورهای مثبت درباره ی نگرانی ۲) باورهای کنترل ناپذیری و خطر ۳) باورهای درباره کفایت شناختی ۴) باورهای فراشناختی عمومی منفی در ارتباط با نیاز به کنترل ۵) باورهای فراشناختی در ارتباط با خودآگاهی شناختی. همه خرده مقیاس ها به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند و نمره های بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر در هر یک از زیر مقیاس ها می باشد پژوهش ها پایایی آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۸۶، به روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش کرده است (مایر، میلر، متسگار و برکوورس^۲، ۱۹۹۰). روایی این پرسشنامه در جمعیت عمومی (دیوی، ۱۹۹۳، مایر و همکاران، ۱۹۹۰) و بالینی (براون، آنتونی و بارلو، ۱۹۹۲) در حد مطلوبی گزارش شده است.

1 . Davey

2 . Meyer, Miller, Metzger & Borkovec

3 . Nolen-Hoeksema

4 . Luminet

گیلبرت (۲۰۱۰) بر گرفته شده است. شرح
جلسات مداخله به طور خلاصه در جدول (۱)
قابل ملاحظه است.

جدول ۱. شرح محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	مراحل	محتوای جلسه
اول	آشنایی با اهداف گروه	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمان‌گر، بیان هدف تشکیل گروه و اهمیت مسأله، تعریف نقش عوامل روانشناختی مثبت در بیماری سرطان و علائم روانشناختی افراد، معرفی درمان مبتنی بر شفقت درمانی و رویکردهای جدید روان‌شناسی در درمان سرطان، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، آشنایی با شفقت و شفقت به خود
دوم	آموزش کیفیت زندگی و شادکامی	بررسی نقش کیفیت زندگی در بهزیستی ذهنی، شادکامی و سلامت روان، تعریف امیدواری بر اساس مدل درمان مبتنی بر شفقت درمانی، ارائه تکنیک‌ها و راه‌های موفقیت در دستیابی به امیدواری و شادکامی (کمک به بهبود کاهش نشخوار فکری افراد از طریق عمل کردن بر طبق استانداردهایی که افراد در حوزه‌های ارزشمند زندگی‌شان در نظر گرفته‌اند و از این طریق، افزایش رضایت خاطر را به دست می‌آورند، دریافت بازخورد.
سوم	آموزش نقش اهداف و ارزش‌ها	مرور جلسه‌ی قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه‌های مهم زندگی، مشخص کردن فلسفه‌ی زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی، اجرای مدل شناسایی حوزه‌هایی که باعث نگرانی هستند و برنامه‌ی فعالیت‌های روزمره جهت تولید ارزش‌ها در پهنه‌ی زندگی، دریافت بازخورد.
چهارم	تغییر نگرش	مرور جلسه‌ی قبل، استفاده از گام تغییر نگرش برای بهبود رضایت در حیطه‌هایی که رضایت در آنها کافی نیست، آموزش تغییر نگرش بر پایه‌ی اصول شناخت درمانی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار، آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پر خطر، دریافت بازخورد
پنجم	تغییر اهداف	مرور جلسه‌ی قبل، آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هوشیاری، آموزش تغییر اولویت‌ها و زمینه‌های مهم با استفاده از کسب بینش، دریافت بازخورد.
ششم	آموزش خود شفقت و ورزش	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش یا آدم غم‌خوار، اصل مردم‌آمیزی یا غرق شدن در رابطه و ... دریافت بازخورد
هفتم	آموزش خوش بینی	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم خوش بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت‌گزینی، اصل تنفس آرام بخش و احساس راحتی و چشم‌پوشی کردن و بخشش یا اصل کنار گذاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن.
هشتم	آموزش همدلی	مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک‌های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه موثر ... دریافت بازخورد
نهم	آموزش کاهش ترس	مرور جلسه قبل و شروع به‌کارگیری تکنیک‌های کاهش ترس و مواجهه با ترس‌های روانشناختی مبهم، ارائه راهکارهای آرامش‌سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی موثر... و ارائه بازخوردهای لازم.
دهم	آموزش مراقبه	مرور جلسه قبل و آموزش مراقبه‌ی شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد
یازدهم	آموزش خود القایی مثبت	مرور جلسه قبل، ارائه راهکارهای افزایش کیفیت زندگی، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی مبتنی بر شفقت درمانی و خودالقایی مثبت، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر برای بیماری سرطان و ارائه بازخورد.
دوازدهم	خلاصه و مرور	مرور و خاتمه‌ی تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شفقت درمانی و ارائه‌ی خلاصه‌ای از راهبردها و تکنیک‌های تأثیرگذار.

یافته‌ها

و (انحراف معیار) نمرات نگرانی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برابر ۴۷ (۷/۷۶) و ۳۳/۷۵ (۱۰/۲۴) است. این شاخص های آماری برای گروه کنترل، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برابر است با ۴۸/۰۷ (۸/۱۸) و ۵۴/۳۳ (۱۱/۰۳) است.

به منظور انجام آزمون کواریانس پیش فرض های نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون و همگنی واریانس ها انجام شد. پیش فرض همگنی واریانس ها از طریق آزمون کلومگروف اسمیرنوف بدست آمد که این آزمون برای که نتایج آن در جدول شماره ۳ ملاحظه می شود.

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار، نمره- های نشخوار فکری و نگرانی را در گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین و (انحراف معیار) نمرات نشخوار فکری گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برابر ۵۵/۷۵ (۹/۵۰) و ۳۹/۱۶ (۹/۴۱) است. این شاخص های آماری برای گروه کنترل، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برابر است با ۵۴/۴۱ (۸/۲۷) و ۶۰/۸۳ (۱۱/۲۶) است. همچنین میانگین

جدول ۲. میانگین تعدیل شده و انحراف معیار نشخوار فکری و نگرانی گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
نشخوار فکری	پیش آزمون	آزمایش	۵۵/۷۵	۹/۵۰
		کنترل	۵۴/۴۱	۸/۲۷
	پس آزمون	آزمایش	۳۹/۱۶	۹/۴۱
		کنترل	۶۰/۸۳	۱۱/۲۶
نگرانی	پیش آزمون	آزمایش	۴۷	۷/۷۶
		کنترل	۴۸/۰۸	۸/۱۸
	پس آزمون	آزمایش	۳۳/۷۵	۱۰/۲۴
کنترل		۵۴/۳۳	۱۱/۰۳	

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون

متغیر	گروه	شاخص آماره	درجه آزادی	معنی داری
نشخوار فکری	گروه شفقت درمانی	۰/۱۵۰	۱۲	۰/۲۰۰
	گروه گواه	۰/۱۶۳	۱۲	۰/۲۰۰
نگرانی	گروه شفقت درمانی	۰/۱۹۱	۱۲	۰/۲۰۰
	گروه گواه	۰/۱۳۰	۱۲	۰/۲۰۰

مندرجات جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (نشخوار فکری و نگرانی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه‌ی اثربخشی برابر با $0/78$ و توان آماری آزمون برابر ۱ می‌باشد. برای بررسی نقطه‌ی تفاوت، دو تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول شماره (۵) ارائه شده است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا را بر روی میانگین (نشخوار فکری و نگرانی) با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول (۵) نشان داده شده است.

نتایج مندرج در جدول شماره (۵) نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیرهای نشخوار فکری ($F=18/970$ و $p < 0/001$) و نگرانی ($F=15/202$ و $p < 0/001$) معنی‌دار می‌باشند. به علاوه ضریب اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد که ۵۳ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس-آزمون از نظر متغیر نشخوار فکری و ۴۸ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر نگرانی و مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می‌باشد.

همانطور که در جدول شماره (۳) ملاحظه می‌شود شاخص آماری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در هیچ یک از متغیرهای نشخوار فکری و نگرانی معنی‌دار نیست بنابراین توزیع نمرات پیش آزمون این متغیرها نرمال می‌باشد.

پیش فرض همگنی واریانس‌ها متغیرهای فوق در گروه‌های مورد مطالعه تایید شد و در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است. همچنین برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست ($P=0/41$ و $F=1/06$) و در نتیجه پیش فرض $BOX=61/14$ تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است. همچنین پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون برای شاخص‌های نشخوار فکری و نگرانی غیر معنی‌دار بدست آمد ($P=0/214$, $X^2=2/23$) که این نتایج نشانگر نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون متغیرهای پژوهش است. همچنین جهت آزمون پیش فرض خطی بودن و احتراز از هم خطی چندگانه از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. نتیجه این آزمون معنی‌دار بدست آمد ($P < 0/001$, $X^2=25/92$) که نشان‌دهنده تایید فرض خطی بودن و احتراز از هم خطی چند گانه بحساب می‌آید.

جدول شماره (۴)، نشان‌دهنده‌ی خلاصه‌ی نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بین نمره‌های نشخوار فکری و نگرانی گروه‌های آزمایش و کنترل است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی نمره‌های نمره‌های نشخوارفکری و نگرانی گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه‌ی اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلا ^۱	۰/۵۶۹	۳/۹۲	۲	۳۲	۰/۷۸۴	۱	P<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز ^۱	۰/۴۳۵	۳/۹۲	۲	۳۲	۰/۷۸۴	۱	P<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ ^۱	۱/۲۹۱	۳/۹۲	۲	۳۲	۰/۷۸۴	۱	P<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه‌ی روی ^۱	۱/۲۸۳	۳/۹۲	۲	۳۲	۰/۷۸۴	۱	P<۰/۰۰۱

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون نشخوارفکری و نگرانی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه‌ی اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
نشخوار فکری	۳۹۳۶/۸۸۹	۱	۳۹۳۶/۸۸۹	۱۸/۹۷۰	۰/۵۳۲	۱	P<۰/۰۰۱
نگرانی	۳۲۵۷/۷۲۲	۱	۳۲۵۷/۷۲۲	۱۵/۲۰۲	۰/۴۸۰	۱	P<۰/۰۰۱

نتیجه‌گیری و بحث

درمان شفقت بر روی متغیرهای پژوهش با نتایج تحقیقات پردزدی‌سکی و همکاران (۲۰۱۳)، آلبردسون^۱ و همکاران (۲۰۱۵)، گزالس و همکاران (۲۰۱۸) و لويس و یوتلی (۲۰۱۵)، همسو است. لويس و یوتلی (۲۰۱۵) در فراتحلیل خود نشان دادند که عنصر اثر بخش این درمان بر افراد افسرده اثر گذاری آن بر نشخوار فکری با موضوع خودسرزنشگری می باشد. عنصر نشخوار

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوارفکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر شفقت، نشخوار فکری نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه را کاهش داده است. همچنین این درمان نگرانی روانشناختی را در نمونه‌ی بالینی پژوهش در مقایسه با گروه کنترل افزایش داده است یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تاثیر

1. Albertson

احساسات است (گیلبرت، ۲۰۱۰). این موازنه‌ی تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه‌ی تصمیمی افراد دچار سرطان سینه، در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص بر عوامل منفی روانشناختی (نشخوار فکری و نگرانی) کاهش پیدا می‌کند. زنان مبتلا به سرطان سینه با آموزش‌های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرا می‌گیرند که با سازه‌ی موازنه‌ی تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است. این یافته همسو با تحقیقاتی است که شفقت ورزی در زنان دچار سرطان سینه را به عنوان عامل مرتبط با سلامت روان در نظر گرفته اند (پردازدیسکی و همکاران، ۲۰۱۳، گال و همکاران، ۲۰۱۴).

از طرف دیگر با توجه به اینکه درمان متمرکز بر شفقت یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عامل فرانشناخت و تکنیک‌های ذهن آگاهانه می‌باشد (ولز و فیشر^۱، ۲۰۱۵) بنابراین استفاده از این راهکارها بیشترین تاثیر را بر نشخوارگری و نگرانی‌های بیماران داراست.

تحقیقات گذشته به نقش اثر بخش درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری اشاره کرده لویس و یوتلی (۲۰۱۵). با توجه به اینکه بیماران دچار سرطان سینه از لحاظ وضعیت بدنی دچار تغییراتی می‌شوند و این تغییرات ممکن است افراد را دچار خود سرزنشگری و در نتیجه

گری همان متغیری است که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین در راستای نتایج این پژوهش پردازدیسکی و همکاران (۲۰۱۵) از عامل خود شفقت ورزی به عنوان عامل محافظت کننده زنان دچار سرطان سینه در برابر خود سرزنشگری به دلیل تغییر شکل ظاهر بدنی یاد کردند. در پژوهش حاضر نیز بکارگیری درمان مبتنی بر شفقت باعث شده افراد توانایی بیشتری برای خود شفقت ورزی پیدا کرده و در نتیجه از حجم خود انتقاد گری ناشی از عوارض بیماری کاسته شود. در این راستا نتایج پژوهش حاضر در راستای نتیجه مطالعه آلبرستون و همکاران (۲۰۱۵) می‌باشد. در تحقیق آلبرستون اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقاد گری زنان دچار نارضایتی از تصویر بدنی مورد تایید قرار گرفت. همچنین همسو با نتایج پژوهش حاضر در پژوهش اخیر گنزالس و همکاران (۲۰۱۸) اثر بخشی این درمان بر خود شفقت ورزی، نوع دوستی و عمل کردن بر اساس نوع دوستی در بیماران دچار سرطان سینه مورد تایید قرار گرفت.

در تبیین یافته‌های حاضر و با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت بر پایه‌ی دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه‌ی مدیریت

1 . Wells & Fisher

بالاتری را تجربه می‌کنند (البرتسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح شده سبب افزایش شادکامی و سرزندگی که به نوبه ی خود جزء عوامل محافظت کننده در برابر نشخوار فکری و نگرانی در زندگی اختصاصی زنان مبتلا به سرطان سینه در طی گذراندن آموزش می‌شود. در اینجا منظور از نشخوار فکری و نگرانی همان عوامل تهدید کننده روانشناختی است که روند درمان‌های جسمی بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد که پس از طی ۱۲ جلسه درمانی، زنان مبتلا به سرطان سینه توانستند آن را کاهش دهند. از آنجا که اصلاح و بهبود عوامل تهدید کننده روانشناختی (نشخوار فکری و نگرانی) در بیماران مبتلا به سرطان سینه احتمال تحت شعاع قرار دادن روند درمانی را به دنبال داشته باشد توصیه می‌شود درمان‌هایی برای بهبود و اصلاح عوامل تهدید کننده روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه استفاده شود که در محتوای درمانی خود به عوامل تهدید کننده روانشناختی توجه خاصی را نشان دهند. از محدودیت های این پژوهش می توان به فقدان گروه درمانی مورد مقایسه اشاره کرد به این معنی که در پژوهش حاضر از لیست انتظار جهت مقایسه نتایج درمان استفاده شد. به منظور کنترل بهتر آماری پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی از گروه درمانی های رایج مانند درمان شناختی رفتاری استفاده شود.

نگرانی و نشخوار فکری در خصوص وضعیت جسمانی خود کند اند پردزدیسی و همکاران (۲۰۱۵) در نتیجه درمان مبتنی بر شفقت از طریق اثر گذاری بر حوزه خود انتقادگری می تواند منجر به کاهش نشخوار گری و نگرانی بیماران دچار سرطان سینه شود.

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۱۲ جلسه درمانی مدل شفقت عوامل تهدید کننده روانشناختی (نشخوار فکری و نگرانی) را در پس آزمون کاهش یافته نشان دادند. این موضوع بیانگر آن است که زنان مبتلا به سرطان سینه با گذراندن مدل درمانی شفقت آگاهی نسبت به وضعیت خود را در طی مراحل می‌آموزند و توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرسورهای سوق دهنده به سوی وخیم تر شدن وضعیت جسمی و روانشناختی افزایش می‌دهند و همچنین قادر به کنترل محرک‌های محیطی در حین درمان جسمی خود برای سرطان هستند. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود سبب تغییر به- کارگیری راهبردهای بهتر برای مبارزه و ادامه درمان‌های جسمی طولانی مدت خواهد شد. به نظر می رسد تکنیک ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود بخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثر گذار است همچنان که در تحقیقات اخیر نشان داده شده است زنان دچار سرطان سینه ای که از خود بخشودگی بیشتری برخورداراند کیفیت زندگی

1. Albertson

سپاسگزاری

افرادی که پژوهشگران را در رسیدن به یافته‌های این پژوهش یاری رسانده اند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

این مطالعه نتیجه یافته‌های رساله دکتری با حمایت های مسئولین مراکز خصوصی و دولتی شهر اهواز بوده است بدین وسیله از تمامی

منابع

دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا. مجله روانشناسی بالینی، ۴، ۶۷-۷۵.

اعیادی، درگاهی، شهریار، قمری گیوی، عباسی، مسلم. (۱۳۹۵). نقش استرس شغلی پرستاری در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی، استرس زناشویی و همدلی پرستاران. اخلاق و تاریخ پزشکی، ۹(۲)، ۶۷-۷۹.

شاه حسینی آرزو و معنوی پور داوود. (۱۳۹۵). ارائه مدل علی برای نشخوار فکری بر اساس متغیرهای روان شناختی مثبت و منفی. مجله علوم اعصاب شفای خاتم. ۴، (۳)، ۵۱-۶۴.

آق‌ری نژاد، مینا؛ صالحی فدردی، جواد؛ طباطبایی، محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. مطالعات تربیتی و روانشناسی. ۱۱(۱)، ۳۸-۲۱

گراوندی، سمیه، گرام، کاظم، مظلومی، اکرم، مظلومی، الهام. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی بر امید به زندگی و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت. ۳(۱۲)، ۷-۲۳.

بهمنی، بهمن، نقیائی، مائده، قنبری مطلق، علی، خراسانی، بیژن، دهخدا، آیدا، علی محمدی، فهیمه. (۱۳۹۳). رضامندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه در طی دوره درمان‌های تکمیلی پزشکی: یک مطالعه مقایسه‌ای. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت. ۳(۱)، ۱-۱۲.

منصوری، احمد، بخشی پور، عباس، علیلو، محمود، فرنام، علیرضا، فخاری، علی. (۱۳۹۰). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس - اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار. ۷(۴)، ۲۹.

پیرخائفی، علیرضا، صالحی، فاطمه. (۱۳۹۲). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت. ۲(۸)، ۶۱-۶۹.

Brebach, R., Sharpe, L., Costa, D. S., Rhodes, P., & Butow, P. (2016). Psychological intervention targeting

distress for cancer patients: A meta-analytic study investigating uptake and

- adherence. *Psycho-Oncology*, 25(8), 882-890.
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour research and therapy*, 30(1), 33-37.
- Butow, P., Olver, I., Lockett, T., Grimison, P., Toner, G. C., Stockler, M. R., ... & Gurney, H. (2016). The prevalence, severity, and correlates of psychological distress and impaired health-related quality of life following treatment for testicular cancer: a survivorship study. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), 223-233.
- Custers, J. A., van den Berg, S. W., van Laarhoven, H. W., Bleiker, E. M., Gielissen, M. F., & Prins, J.B. (2014). The cancer worry scale: detecting fear of recurrence in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 37(1), E44-E50.
- Davey, G. C., & Wells, A. (Eds.). (2006). *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. John Wiley & Sons.
- Davey, G. C. (1993). A comparison of three worry questionnaires. *Behaviour research and therapy*, 31(1), 51-56.
- DeSantis, C. E., Ma, J., Goding Sauer, A., Newman, L. A., & Jemal, A. (2017). Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(6), 439-448.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 58, 43-51.
- Eun-Young, B., & Change, I. (2006). The effect of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer (woman). *Clinical Rehabilitation*, 20, 379-388.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 1-12.
- Gilbert, P. (2015). Compassion focused therapy. *The Beginner's Guide to Counselling & Psychotherapy*, 127.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gold, M., Dunn, L. B., Phoenix, B., Paul, S. M., Hamolsky, D., Levine, J. D., & Miaskowski, C. (2016). Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 97-105.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., ... & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial

- Study. *Integrative cancer therapies*, 1534735418772095.
- Grantzau, T., & Overgaard, J. (2015). Risk of second non-breast cancer after radiotherapy for breast cancer: a systematic review and meta-analysis of 762,468 patients. *Radiotherapy and Oncology*, 114(1), 56-65.
- Ho, S. S., So, W. K., Leung, D. Y., Lai, E. T., & Chan, C. W. (2013). Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: a comparative evaluation. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 877-882.
- Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of psychosomatic research*, 66(3), 235-244.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- Luminet, O. (2004). 10 Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. *Depressive Rumination*, 187.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 504.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1176-1183.
- Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22 (8), 1872-1879.
- Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An examination of the relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Anales de Psicología /Annals of Psychology*, 34(1), 63-67.
- Smith-Turchyn, J., Morgan, A., & Richardson, J. (2016). The effectiveness of group-based self-management programmes to improve physical and psychological outcomes in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Oncology*, 28(5), 292-305.
- Stewart, B. W., & Wild, C. P. (2014). World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. *World Health Organization*, 630.
- Taylor, D., & Bury, M. (2007). Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of health & illness*, 29(1), 27-45.
- Tel, H., Tel, H., & Doğan, S. (2011). Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurology, psychiatry and brain research*, 17(2), 42-45.

Tewari, A., & Chagpar, A. B. (2014). Worry about breast cancer recurrence: a population - based analysis. *The American Surgeon* , 80 (7), 640-645.

Wells, A., & Fisher, P. (Eds.). (2015). *Treating Depression: MCT, CBT, and Third Wave Therapies*. John Wiley & Sons.

Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D., & Xin, X. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European journal of oncology nursing*, 19(1), 54-59.