

The Relationship between Self-Compassion and Spiritual Health with Quality of Life and Mood in Women with Breast Cancer

Khoshnoudfar Z¹, Omidvar B^{2*}, Tahmasebi S³

¹M.A, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

²Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch. Islamic Azad University, Shiraz, Iran

³M.D. Associate Professor, Breast Diseases Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Background: Considering the life quality and short-temperedness of breast cancer patients, the purpose of this study was to examine the relationship between self-compassion and spiritual health with quality of life and mood in women with breast cancer in Shiraz.

Methods: The statistical population of the study was women with breast cancer who referred to health centers in Shiraz. The sample of the study, selected by available method, included 270 women who had undergone surgery and chemotherapy and referred to Motahari Clinic in Shiraz for post-operative follow up. In order to measure the variables of the research, the quality of life questionnaire (World Health Organization, 1996), the mood profiling questionnaire (McNeir and Dappleman, 1971), the self-compassion scale (Rees et al., 2011) and the spiritual health scale (Polotzin and Ellison, 1982) were used. Reliability was evaluated using Cronbach's alpha method. In order to analyze the data, simultaneous regression analysis method was used.

Results: The findings indicated that self-compassion and spiritual health were a positive and significant predictor of quality of life and that they were negative and significant regarding the mood of women with breast cancer. In addition, the results indicated that self-compassion dimensions are also a positive and significant predictor of quality of life and that they are a negative and significant predictor of mood. However, from the two dimensions of spiritual health (religious health and existential health), only religious dimension was a predictor of quality of life and mood.

Conclusion: Paying attention to self-compassion and spirituality that predicted mood and quality of life and their subscales is important in research and therapeutic programs.

Key words: self-compassion, spiritual health, quality of life, mood, breast cancer

Sadra Med Sci J 2019; 7(1): 23-36.

Received: Feb. 8th, 2019

Accepted: Feb. 20th, 2019

*Corresponding Author: **Omidvar B.** Ph.D., Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran, omidvarpsy@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۷، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۷، صفحات ۲۳ تا ۳۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱ تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۱۹

مقاله پژوهشی
(Original Article)

بررسی رابطه خودشفقتی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی و حالات خلقی در زنان مبتلا به سرطان سینه

زهرا خشنودفر^۱، بنفشه امیدوار^{۲*}، صدیقه طهماسبی^۳^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزشی روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران^۲ استادیار، گروه آموزشی روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های پستان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: با توجه به کیفیت زندگی و خلق پایین بیماران مبتلا به سرطان سینه، هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه خودشفقتی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی و حالات خلقی در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر شیراز بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سرطان سینه بودند که به مراکز درمانی شهر شیراز مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش که به روش در دسترس انتخاب گردید شامل ۲۷۰ نفر از افرادی بودند که شیمی درمانی و عمل شده و برای پیگیری بعد از عمل به درمانگاه مطهری شیراز مراجعه کرده بودند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶)، پرسشنامه نیمرخ حالات خلقی (مکنیر و دراپلمن، ۱۹۷۱)، مقیاس خود شفقتی (ریس و همکاران، ۲۰۱۱) و مقیاس سلامت معنوی (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲) استفاده شد. پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. به منظور تحلیل اطلاعات از روش تحلیل رگرسیون به شیوه همزمان استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر این بود که خود شفقتی و سلامت معنوی پیش بین مثبت و معنی دار کیفیت زندگی و منفی و معنی دار حالات خلقی در زنان مبتلا به سرطان سینه بودند. علاوه بر این نتایج بیانگر این بود که ابعاد خود شفقتی نیز پیش بینی کننده مثبت و معنی دار کیفیت زندگی و منفی و معنی دار حالات خلقی است. اما از بین دو بعد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) تنها بعد سلامت مذهبی پیش بینی کننده کیفیت زندگی و حالات خلقی بود.

بحث و نتیجه‌گیری: توجه به خودشفقتی و معنویت که قادر به پیش بینی معنی دار حالات خلقی و کیفیت زندگی بوده اند و در خلال آنها توجه به ابعاد پیش بینی کننده هر یک در مطالعات و برنامه‌های درمانی حائز اهمیت است.

واژگان کلیدی: خودشفقتی، سلامت معنوی، کیفیت زندگی، حالات خلقی، سرطان سینه

* نویسنده مسئول: بنفشه امیدوار، استادیار، گروه آموزشی روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران، omidvarpsy@gmail.com

مقدمه

سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در بین جمعیت زنان و دومین عامل اصلی مرگ و میر بعد از سرطان ریه می باشد و حدود ۲۲/۹ درصد از کل سرطان ها را شامل می شود (۱). سرطان سینه به عنوان یک بیماری به شدت ناهمگن و چند عاملی شناخته شده است که تحت تأثیر شرایط محیطی قرار می گیرد. مشخص شده است که در بیماری زایی و پیشرفت سرطان سینه عوامل مختلفی از قبیل هورمون ها، وراثت، جهش های ژنتیکی جدید و فاکتورهای محیطی فیزیکی و شیمیایی دخالت دارند (۲). با توجه به نقش مهمی که زنان در خانواده ایفا می کنند، محققان بیان می دارند وقتی زنی دچار سرطان سینه می شود، همه اعضای خانواده ممکن است دچار انواعی از بیماری ها شوند. بنابراین، علاوه بر ارائه خدمات درمانی مناسب به مبتلایان به این سرطان که طول عمر آنها را به دنبال دارد، تلاش در جهت کیفیت بخشی به زندگی نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است (۳).

درمان های تهاجمی و طولانی مدت در بسیاری از موارد توانایی لذت بردن از زندگی را از بیمار سلب می کند (۴). کیفیت زندگی یکی از مفاهیمی است که طی چند دهه اخیر مورد توجه پژوهشگران در حوزه های مختلف علوم به ویژه روان شناسی قرار گرفته است. کیفیت زندگی، درجه احساس اشخاص از توانایی هایشان در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است (۵). در بیماری سرطان مانند دیگر بیماری های مزمن، به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت است و هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد و کیفیت زندگی است (۶).

از سوی دیگر شیوع افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه قبل و بعد از درمان در پژوهش های مختلف نشان داده شده است (۷). افسردگی همواره همراه با کاهش خلق و بروز خلق منفی در افراد می باشد. تلاش در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و خلق زنان سرطان سینه نه تنها می تواند

در بهبود شرایط زندگی و بهداشت روانی این گروه از بیماران تأثیر بسزایی داشته باشد، بلکه می تواند آثار مطلوبی بر روابط خانوادگی و اجتماعی ایشان داشته باشد. از سوی دیگر برخی از بیماران، پس از درمان زمینه مساعدتری جهت ابتلا به اختلالات خلق مانند افسردگی و اضطراب دارند (۸).

عوامل مختلفی بر کیفیت زندگی و خلق افراد، بویژه زنان مبتلا به سرطان سینه موثر است. در این پژوهش دو متغیر خودشفقتی و معنویت مورد بررسی قرار گرفته است.

خودشفقتی را می توان به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می رود، تعریف کرد (۹). شفقت خود به عنوان یک صفت و یک عامل محافظ موثر برای پرورش انعطاف پذیری عاطفی محسوب می شود، بطوریکه به تازگی، روش های درمانی با هدف بهبود خودشفقتی توسعه داده شده است (۱۰). خودشفقتی موجب احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست های خود و پذیرش این نکته که تجارب وی نیز بخشی از تجارب معمول بشری است، می شود (۹).

شفقت معمولاً به صورت مهربانی نسبت به دیگران بیان شده است؛ اما در روان شناسی بودایی این باور وجود دارد که احساس شفقت نسبت به خود ضروری تر از شفقت نسبت به دیگران است (۹). در واقع شفقت نسبت به خود مستلزم پذیرش این

نکته است که رنج، شکست و نابسندگی ها بخشی از شرایط انسانی است و همه انسان ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است (۱۱). فرایند خودشفقتی مستلزم آنست که فرد احساسات خود را بازگو کند که این فرایند موجب شکستن چرخه در خود فرو رفتن می شود و احساس خودمداری و تنهایی کاهش یافته و همزمان احساس بهم پیوستگی و ارتباط افزایش یابد (۱۲).

پژوهش های گذشته نشان داده اند که میزان شفقت ورزی بیمار نسبت به خود بر کیفیت زندگی و خلق بیماران موثر بوده است. نتایج تحقیقی که بر روی بیماران

دارد (۲۱). تأثیر معنویت بر سلامت و کیفیت زندگی به ویژه برای افرادی برجسته است که آسیب ناشی از تشخیص سرطان و تقلای متعاقب آن را با کنار آمدن با بیماری تجربه می کنند. محققان به این نتیجه رسیدند که ارزیابی شناختی بر تنظیم سرطان سینه موثر است. نگرش خود شفقتی و معنویت ممکن است برای بیماران سرطان سینه که بخاطر سرطانشان خود سرزنشی دارند، سودمند باشد. زنانی که خود سرزنشی دارند، اختلالات خلقی بیشتر و کیفیت زندگی ضعیفتری را گزارش دادند و برعکس کسانی که خود شفقتی بیشتر و معنویت بیشتری داشتند، اختلال خلقی کمتر و کیفیت زندگی بهتری را گزارش دادند (۲۲). تحقیق دیگری نیز نشان داد که هر دو نگرش خودشفقتی و معنویت، پیش بین منحصر بفردی برای کاهش اختلالات خلقی و کیفیت زندگی بهتر بودند (۲۳).

در مطالعه ای نشان داده شد که مبتلایان به سرطان سینه با نمرات بالاتر سلامت معنوی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی کمتری وجود داشت. به علاوه بالا بودن سلامت معنوی یک فاکتور مهم محافظت کننده در برابر بروز استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران بود (۲۴). نتایج تحقیق دیگری که بر روی بیماران مبتلا به ایدز انجام شد نشان داد که بین معنویت و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد (۲۵). محققان همچنین بیان داشتند که سلامت معنوی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان رابطه مثبت و معناداری دارد (۲۶).

محققان در پژوهشی نشان دادند که اختلاف میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی پس از انجام جلسات معنادرمانی در گروه مداخله به طور معنی داری از گروه کنترل بیشتر بود؛ به این معنی که شرکت در جلسات معنادرمانی قادر است کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را افزایش دهد. بنابراین معنا درمانی میتواند در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد (۲۷).

باتوجه به اینکه تأثیر سرطان سینه و روش های درمان آن بر روی بیماران، همراه با ناراحتیهای روحی- روانی

مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس انجام شد، نشان داد که خودشفقتی ارتباط مثبت و معناداری با سلامت مرتبط با کیفیت زندگی دارد (۱۳). همچنین نتایج نشان داد که خودشفقتی و تلقین سه حیطه تخصصی کیفیت زندگی را پیش بینی کردند (۱۴). گیلندر و همکاران در مطالعه ای که بر روی نمونه ای نامتجانس از بیماران بعد از سرطان انجام شد نشان داد که ادراک بیماری، ادغام شناخت، اجتناب و خود شفقتی منحصراً مرتبط با پریشانی و کیفیت زندگی است (۱۵). تحقیق دیگری که بر روی سه گروه متمایز شامل نمونه ای از ترکیب بیماران سرطانی، بیماران با بیماری مزمن و افراد سالم انجام شد، نشان داد تحلیل همبستگی ارتباط معناداری بین خودشفقتی پایین تر و افزایش نشانه های استرس و افسردگی و نمره های کمتر در ابعاد کیفیت زندگی در نمونه های بیمار وجود دارد (۱۶). در پژوهشی تاثیر خودشفقتی بر شدت نشانه های آسیب روانی بررسی شد. نتایج نشان داد که خودشفقتی پیش بینی کننده قوی برای سلامت روانی به ویژه افسردگی است (۱۷). نتایج تحقیق ریس نشان داد که خودشفقتی به طور قابل توجهی تغییرات در نشانه های افسردگی را پیش بینی می کند چنان که سطوح بالاتر خودشفقتی در ابتدا به طور قابل توجهی کاهش بیشتر و یا افزایش کمتر در چنین نشانه هایی در طول فاصله ۵ ماهه مرتبط بود (۱۸). محققان نشان دادند که خودشفقتی و انعطاف پذیری روان شناختی بالاتر با افسردگی، اضطراب و استرس کمتر در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مرتبط است (۱۹).

معنویت متغیر دیگری است که اثر بخشی آن در پژوهش های مختلف بر زندگی بیماران تایید شده است. بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، معنویت شامل تعالی، ارتباط داشتن، هدف و ارزش هایی می شود (به عنوان مثال ایمان، بخشندگی، قدردانی، حس تعلق، و عشق) که در افراد با پیشینه های متفاوت قومی، فرهنگی و مذهبی مشترک می باشد (۲۰). شواهد تجربی نشان می دهد معنویت همبستگی مثبتی با طول عمر و کیفیت زندگی

درمانی و عمل شده اند و برای پیگیری بعد از عمل به تمام کلینیک ها و یا درمانگاه های شیراز مراجعه می کنند. نمونه مورد بررسی ۲۷۰ نفر از افرادی هستند که شیمی درمانی و عمل شده اند و برای پیگیری بعد از عمل به درمانگاه شهید مطهری شیراز مراجعه کرده اند و بوسیله پزشک (جراح سرطان) معاینه شده اند. روش نمونه گیری، نمونه گیری در دسترس است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی پرسشنامه کیفیت زندگی توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت (۲۰) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است که ۲۴ گویه آن برای سنجش چهار حیطه سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیط مورد استفاده قرار می گیرد و دو سؤال دیگر در مورد رضایت بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود را نیز شامل می شود. گویه های پرسشنامه بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ گزیننه ای از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم ارزیابی می شود. این پرسشنامه در ایران ترجمه شده و شاخص های روانسنجی آن تایید شده است (۲۹). روایی و پایایی این پرسشنامه بوسیله مقادیر همبستگی درون خوشه ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه ها بالای ۰/۷۰ بدست آمد. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه ها بالاتر بود (۲۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیر مقیاس ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ بدست آمد.

مقیاس نیمرخ حالات خلقی

پرسشنامه نیمرخ حالات خلقی را مکینر و دراپلمن (۱۹۷۱)، برای آزمون وضعیت خلقی بیماران غیر بستری طراحی شده است (۳۰). این پرسشنامه شامل ۶۵ گویه است و دارای ۶ زیرگروه اضطراب، افسردگی، خستگی، سردرگمی، تنش و توانایی می باشد. از این آزمون می توان

خصوصا اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب، عصبانیت) و تغییر در سبک زندگی، ترس و نگرانی در مورد تصویر ذهنی از بدن، عود بیماری و مرگ می باشد، لذا شناسایی عوامل موثر بر کیفیت زندگی و خلق و خوی بیماران می تواند راه حل های جدیدی پیش روی کارکنان درمانی قرار دهد تا به بیماران کمک کنند که به طور مستقل قادر به اداره امور زندگی خود در شرایط بحرانی و غیربحرانی باشند (۲۸).

بنابراین با توجه به اینکه تحقیقات در زمینه کیفیت زندگی و خلق این بیماران محدود است و تا به حال تحقیقی با پیش بینی کیفیت زندگی و خلق بیماران سرطان سینه براساس خودشفقتی و معنویت آنها در داخل کشور انجام نشده است، و همچنین با توجه به اهمیت این بیماری مزمن و بیماری که در طی این بیماری، علاوه بر بیماری جسمی ممکن است به بیماری روحی نیز مبتلا شوند و به شدت آلام آنها افزوده شود؛ پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش خودشفقتی و معنویت بر کیفیت زندگی و خلق این بیماران است. بر این اساس دو فرضیه اصلی مطرح می گردد:

اول: خود شفقتی و سلامت معنوی می تواند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه را به طور معناداری پیش بینی کند.

دوم: خود شفقتی و سلامت معنوی می تواند حالات خلقی زنان مبتلا به سرطان سینه را به طور معناداری پیش بینی کند.

مواد و روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی می باشد و روش پژوهش تحلیل رگرسیون چندگانه به صورت همزمان است که بوسیله نرم افزار SPSS 22 انجام شده است و به پیش بینی متغیرهای خلق و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بر اساس خود شفقتی و معنویت آنها می پردازد.

جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به سرطان سینه در شیراز در سال ۱۳۹۷ می باشد که شیمی

دارای دو خرده مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی است که در طیف لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره گذاری می شود. پولوتزین و والیسون (۱۹۸۲) این پرسشنامه را معتبر دانسته و ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند (۳۳). در این پژوهش نیز، پایایی این پرسشنامه بوسیله آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار هر متغیر و ابعاد آنها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد آن

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی (کل)	۸۳/۰۷	۱۳/۷۴
سلامت جسمانی	۲۲/۰۶	۴/۳۷
سلامت روان	۲۰/۹۳	۴/۳۶
روابط اجتماعی	۱۱	۲/۴۲
سلامت محیط	۲۸/۶۴	۵/۸۱
اضطراب	۱۲/۰۸	۶/۵۹
افسردگی	۱۴/۴۲	۱۰/۴۳
عصبانیت	۹/۳۶	۷/۸۵
توانایی	۱۶/۹۴	۵/۵۵
خستگی	۷/۶۱	۵/۴۴
سردرگمی	۸/۲۳	۴/۸۱
خود شفقتی (نمره کل)	۴۰/۱۹	۷/۴۸
مهربانی باخود	۷/۲۴	۱/۸۷
قضاوت در مورد خود	۶/۷۸	۲/۱۹
احساس مشترکات انسانی	۶/۵۷	۲/۰۱
انزوا	۶/۴۱	۲/۳۵
هوشیاری	۷/۰۶	۲/۱
فزون همانند سازی	۶/۱۱	۲/۱۴
سلامت معنوی (کل)	۹۶/۳	۱۴/۵۸
سلامت مذهبی	۴۳/۶۷	۹/۴۸
سلامت وجودی	۵۲/۶۱	۲/۲۷

برای سنجش حالات خلقی یک سال، یک ماه یا یک هفته قبل، امروز و در حال حاضر آزمودنی ها استفاده نمود. در این پرسشنامه هر گویه در مقیاس لیکرت ۵ نمره ای از صفر (به هیچ وجه) تا چهار (بسیار زیاد) نمره گذاری می شود. برای محاسبه نمره ی کلی خلق، نمره ی ۵ عامل منفی خلق شامل اضطراب، افسردگی، عصبانیت، خستگی و سردرگمی با یکدیگر جمع شده ، و نمره عامل مثبت خلقی، که توانایی است از آن کم می شود. بنابراین نمره ی کلی خلق بین ۰ تا ۱۶۸ متغیر می باشد و نمره ی پایین تر نشان دهنده ی خلق بهتر است (۳۱). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در تحقیقی دیگر ۰/۸۱ بدست آمد (۸). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمد.

پرسشنامه خود شفقتی

به منظور سنجش خودشفقتی از پرسشنامه ای به همین نام که توسط ریس (۲۰۱۱) ساخته شده است، استفاده شد (۱۸). مقیاس خودشفقتی شامل ۱۲ گویه و ۶ عامل مهربانی باخود، قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی، انزوا، بهوشیاری و فزون همانندسازی است. پاسخها در طیف لیکرت ۵ درجه ای (۱= تقریباً هرگز، ۵= تقریباً همیشه) قرار می گیرند. در مطالعه ای، اعتبار این مقیاس مورد تأیید قرار گرفته است (آلفا = ۰/۸۶) (۱۸). در تحقیقی دیگر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰، دامنه ضرایب بازآزمایی ۰/۷۱ - ۰/۵۶ و دامنه همبستگی بین ماده ها ۰/۷۸ - ۰/۵۴ بیانگر پایایی مطلوب مقیاس بود. همچنین الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاسها، روایی محتوا، واگرا، همگرا و ملاکی بیانگر روایی خوب مقیاس بود (۳۲). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز بوسیله آلفای کرونباخ ۰/۶۸ بدست آمد.

سلامت معنوی

مقیاس ۲۰ سوالی سلامت معنوی توسط پولوتزین و والیسون (۱۹۸۲) ساخته شده است (۳۳). این مقیاس

قبل از بررسی فرضیه های پژوهش و به منظور شناخت مناسبتر از روابط بین متغیرها ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. ضریب همبستگی بین متغیرها

حالات خلقی	کیفیت زندگی	
-۰/۵۱*	۰/۴۴*	خود شفقتی (نمره کل)
-۰/۳۲*	۰/۳۸*	مهربانی با خود
-۰/۳۱*	۰/۲۰*	قضاوت در مورد خود
۰/۰۵	۰/۲۱*	احساس مشترکات انسانی
-۰/۴۰*	۰/۲۸*	انزوا
-۰/۳۴*	۰/۲۷*	هوشیاری
-۰/۳۹*	۰/۲۸*	فزون همانند سازی
-۰/۴۴*	۰/۵۲*	سلامت معنوی (کل)
-۰/۴۸*	۰/۵۵*	سلامت مذهبی
-۰/۲۵*	۰/۳۰*	سلامت وجودی

همانگونه که مشاهده می شود ضریب همبستگی چندگانه بین سلامت معنوی و خودشفقتی با کیفیت زندگی برابر با ۰/۵۶ بدست آمده است و مقدار ضریب تعیین نیز برابر با ۰/۳۲ می باشد. بدین معنی که ۳۲ درصد از تغییرات نمرات کیفیت زندگی توسط سلامت معنوی و خودشفقتی تبیین می شود. همچنین با توجه به مقدار ضریب استاندارد رگرسیون (Beta) می توان نتیجه گرفت که خودشفقتی نسبت به سلامت معنوی پیش بینی کننده قویتر کیفیت زندگی می باشد.

فرضیه دوم پژوهش بیانگر این بود که خود شفقتی و معنویت می تواند حالات خلقی زنان مبتلا به سرطان سینه را پیش بینی کند. نتایج آن در جدول ۴ گزارش گردیده است.

همانگونه که مشاهده می شود هر دو متغیر خودشفقتی و سلامت معنوی پیش بین منفی و معنی دار حالات خلقی بودند. مقدار ضریب تعیین برابر با ۰/۳۲ بود، بدین معنی که ۳۲ درصد از تغییرات نمرات حالات خلقی توسط سلامت معنوی و خودشفقتی تبیین شدند. با توجه به مقدار ضریب استاندارد رگرسیون (Beta) می توان نتیجه گرفت که سلامت معنوی نسبت به خودشفقتی پیش بینی کننده قویتر حالات خلقی می باشد.

علاوه بر این، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون به منظور بررسی سهم ابعاد خود شفقتی در توانایی پیش بینی کنندگی کیفیت زندگی و حالات خلقی در جدول ۵ آمده است.

همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می گردد خودشفقتی و ابعاد آن و سلامت معنوی و ابعاد آن با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه مثبت و معنی دار و با حالات خلقی رابطه منفی و معنی دار داشتند. البته نتایج بیانگر این بود که تنها بعد احساس مشترک انسانی رابطه معنی داری با حالات خلقی نداشت. فرضیه اول پژوهش عبارت بود از اینکه خود شفقتی و معنویت می توانند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه را پیش بینی کنند. به منظور بررسی این فرضیه از روش تحلیل رگرسیون به شیوه همزمان استفاده شد. نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه خودشفقتی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی

P	t	Beta	P	F	R ²	R	
۰/۰۰۰۱	۶/۳۲	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱	۵۱/۳۳	۰/۳۲	۰/۵۶	خودشفقتی
۰/۰۰۰۱	۴/۰۲	۰/۲۵					سلامت معنوی

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه خودشفقتی و سلامت معنوی با حالات خلقی

P	t	Beta	P	F	R ²	R	
۰/۰۰۰۱	۴/۵۴	-۰/۲۱	۰/۰۰۰۱	۶۱/۵۳	۰/۳۲	۰/۵۵	خودشفقتی
۰/۰۰۰۱	۶/۱۸۸	-۰/۳۹					سلامت معنوی

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه ابعاد خودشفقتی بر کیفیت زندگی و حالات خلقی

P	t	Beta	P	F	R ²	R		
۰/۰۰۱	۳/۳۲	۰/۲۴	۰/۰۰۰۱	۹/۵۸	۰/۲۰	۰/۴۶	مهربانی باخود	کیفیت زندگی
۰/۲۸	۱/۱۸	۰/۰۸					قضاوت در مورد خود	
۰/۳۵	۰/۹۲	۰/۰۶					احساس مشترک انسانی	
۰/۱۲	۱/۵۲	۰/۱۱					انزوا	
۰/۱۸	۱/۳۴	۰/۰۹					هوشیاری	
۰/۱۴	۱/۴۵	۰/۱۰					فزونهماندسازی	
۰/۰۱	۲/۳۷	-۰/۱۵	۰/۰۰۰۱	۲۰/۲۱	۰/۳۲	۰/۵۶	مهربانی باخود	حالات خلقی
۰/۰۰۳	۳/۰۶	-۰/۱۷					قضاوت در مورد خود	
۰/۰۸	۱/۷۳	۰/۱۰					احساس مشترک انسانی	
۰/۰۰۲	۳/۱۶	-۰/۱۹					انزوا	
۰/۰۰۱	۳/۸۴	-۰/۲۲					هوشیاری	
۰/۰۰۶	۲/۷۸	-۰/۱۷					فزونهماندسازی	

در مورد خود، انزوا، هوشیاری و فزون هماندسازی پیش بینی کننده منفی و معنی دار حالات خلقی بودند و تنها بعد احساس مشترک انسانی نتوانست حالات خلقی را بطور معنی داری پیش بینی کند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون ابعاد سلامت معنوی بر کیفیت زندگی و حالات خلقی در زنان مبتلا به سرطان سینه در جدول شماره ۶ آمده است.

با توجه به جدول فوق مشاهده می گردد که از بین ابعاد خودشفقتی تنها بعد مهربانی با خود پیش بینی کننده مثبت و معنی دار کیفیت زندگی است و سایر ابعاد نتوانستند کیفیت زندگی را به طور معنی داری پیش بینی کنند. اما در خصوص نقش پیش بینی کنندگی ابعاد خود شفقتی بر حالات خلقی مشاهده شد که ابعاد مهربانی با خود، قضاوت

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه ابعاد سلامت معنوی بر کیفیت زندگی و حالات خلقی

P	t	Beta	P	F	R ²	R		
۰/۰۰۰۱	۸/۴۴	۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۴۹/۹۳	۰/۳۱	۰/۵۶	سلامت مذهبی	کیفیت زندگی
۰/۷	۰/۳۷	۰/۰۲۴					سلامت وجودی	
۰/۰۰۰۱	۷/۵۴	-۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۴۰	۰/۲۵	۰/۵۰	سلامت مذهبی	حالات خلقی
۰/۷۲	۰/۳۵	-۰/۰۲					سلامت وجودی	

بحث

هدف از اجرای این پژوهش بررسی رابطه خودشفقتی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی و حالات خلقی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. یافته ها بیانگر این بودند که خودشفقتی و معنویت پیش بین مستقیم و معنی دار کیفیت زندگی است. علاوه بر این مشخص شد که خودشفقتی نسبت به سلامت معنوی پیش بینی کننده

مطابق با جدول فوق، از میان دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی، بعد سلامت مذهبی کیفیت زندگی را بطور مثبت و معنی دار و حالات خلقی را بصورت منفی و معنی دار پیش بینی می کند. اما بعد سلامت وجودی پیش بین معنی دار کیفیت زندگی و حالات خلقی در زنان مبتلا به سرطان سینه نبود.

است آگاهی متعادل یا یک شناسایی با مشکلات فردی را استنباط کند (۳۵).

بیماران مبتلا به سرطان سینه که رنج ناشی از بیماری خود را متحمل می شوند به خودشفقتی نیاز دارند که در دوره های سخت بیماری با خود مهربان باشند، سختی ها را عنوان فرآیند طبیعی در انسان ببینند و نسبت به سختی ها آگاهی متعادلی داشته باشند. از این رو وقتی بیماری با خود به این روش رفتار کند به آرامشی در وجود خود خواهد رسید که با آن می تواند به در مقابل سختی ها بایستد و کیفیت زندگی اش کاهش قابل توجهی پیدا نکند.

دیگر یافته این پژوهش بیانگر این بود که سلامت معنوی و خودشفقتی قادر به پیش بینی حالات خلقی بودند. این یافته نیز با یافته های گذشته همسو بود (۱۸، ۲۳، ۴، ۱۷، ۲۴).

در تبیین این یافته می توان بیان داشت که معنویت در حکم تجربه ای کل نگرانه، عامل متحد کننده ای است که در خود- مشغولی ها ریشه ندارد بلکه در احساس جمعی ریشه دارد که هدف آن مشارکت تمام و کمال در اجتماعی است که کامل ادراک می شود (۲۵). همچنین بسیاری از آموزگاران معنوی همچون دلایی لاما عشق را به مثابه جوهرهء معنویت می دانند (۳۶).

علاوه بر این شفقت و رضایت خاطر و عشق و صبر و تحمل به عنوان ویژگی هایی از روح انسان و جزئی از معنویت معرفی شده است که مرتبط با خلق، همچون شادمانی خوانده شده است. معنویت در بیماران باعث بوجود آمدن رفتارها یا احساساتی می شود که فرد با آن احساس شادمانی و خلق بهتری را دارد. مثلا فرد معنویت گرا ممکن است احساس شفقت نسبت به خود و دیگران را دارا باشد که در نهایت بعد از فعالیت مشفقانه خود احساس رضایت و شادمانی درونی می کند که بر خلق فرد تاثیرگذار است. در رابطه با متغیر خودشفقتی و خلق، بعضی از تحقیقات دریافته اند که خودشفقتی یک پیش بین قدرتمند از سلامتی روانی است. برای مثال،

قویتر کیفیت زندگی می باشد. این یافته با یافته های گذشته همسو است (۱۶، ۲۳، ۱۳، ۲۵).

در تبیین این یافته می توان گفت که معنویت به افراد کمک می کند کیفیت زندگی خود را از جنبه ذهنی بهتر ببینند و مصائب و مشکلات، کیفیت زندگی آنها را کاهش ندهد. بعضی بیماران ارتباط با خدا را راهی می بینند که بواسطه آن بتوانند برای زمانی رنج ها و دردهای خود را التیام بخشند. آنها به مذهب و ارتباط با خدا به عنوان دژی محکم و تکیه گاهی قابل اعتماد در مقابل مشکلات احتمالی پیش رو نگاه می کنند. بعضی هم در زندگی معنایی را یافته اند؛ مثلا همسر یا فرزندانشان که به آنها نیاز دارند. بنابراین با این دیدگاه های معنوی، نمی گذارند مشکلات آنها را از پا در بیاورد، از زندگی خود نیز راضی ترند و به مراتب کیفیت زندگی بهتری دارند.

در نشست سران انجمن ارزش های معنوی، اخلاقی و مذهبی در مشاوره (۱۹۹۶)، بیان شده است که معنویت قابلیت و گرایشی است که برای هر فرد فطری و منحصر به فرد است. این گرایش های معنوی افراد را به سمت معرفت، عشق، معنا، آرامش، امیدواری، تعالی، پیوند، شفقت، خوبی و یکپارچگی سوق می دهد. به لحاظ نظری اعتقاد به معنویت مانند اعتقاد دینی مسئولیت هایی مانند دلسوزی و درک متقابل نسبت به دیگران بوجود می آورد اما در انسان معنویت گرا، اعتقاد شخصی است که تعیین کننده این مسئولیت هاست نه عقیده دینی رسمی (۳۴).

در رابطه با متغیر خودشفقتی محقان بیان داشته اند خودشفقتی به عنوان ابزار سه جانبه ای تصور شده است. توانایی رها کردن سه نوع از تفاوت های فردی وقتی که با شکست ها و رنج های شخصی سروکار داریم. اول تفاوت ها در روشی که با خود رفتار می شود در یک روش مهربانانه یا بدنام کردنانه. دوم تفاوت در ارزیابی سختی ها، که ممکن است به عنوان بخشی از طبیعت انسانی یا به عنوان منبع گوشه گیری دیده شود. سوم، تفاوت ها در نگرش به رنجش های شخصی، که ممکن

معنویت می باشد که در زندگی نمایانند و در یک زندگی خوب تجلی می یابند.

به عقیده محققان ویژگی های خاص مذهب عبارتند از الهیات، مناسک و آیین ها، نهادها و آموزه های اخلاقی آن. بنابراین عقیده و توجه به اینکه کشور مورد مطالعه کشوری مذهبی می باشد و با یک سری مناسک و آموزه های ناشی از مذهب در ارتباط هست، شاید به این دلیل بعد مذهبی به عنوان پیش بینی کننده به شمار رفته است. همچنین با توجه به مذهبی بودن کشور، شرکت کنندگان ارتباط با یک فرد برتر را بیشتر از معنا و بعد وجودی آن درک کرده اند (۳۶).

این پژوهش با محدودیت هایی نیز همراه است. استفاده از روش آماری همبستگی مهمترین محدودیت به شمار می رود، لذا شایسته است در استفاده از نتایج در قالب روابط علت و معلولی جانب احتیاط رعایت گردد. محدودیت دیگر این پژوهش بررسی بیماران مبتلا به سرطان سینه می باشد در حالی که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سایر سرطان ها نیز باتوجه به ماهیت مزمن بیماری ضروری می باشد.

علاوه بر این، پیشنهاد می شود با توجه به اهمیت خود شفقتی و معنویت در زنان مبتلا به سرطان سینه، مشاورانبا توجه بر خودشفقتی و معنویت در برنامه های مشاوره به خصوص برای زنان مبتلا به سرطان سینه به کیفیت زندگی و خلق بهتر بیماران کمک نمایند.

همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می شود تا درمان های متمرکز بر شفقت و معنویت را بر روی بیماران انجام دهند تا نتایج آن درمان ها نیز بررسی شود. پیشنهاد می شود بجای طرح های پرسشنامه ای از روش های دیگر پژوهش مانند مصاحبه استفاده شود تا قابلیت تعمیم آن بررسی شود. همچنین استفاده از طرح های مقایسه ای به منظور شناسایی تفاوت ها میان زنان بیمار و سالم نیز از دیگر پیشنهادات پژوهشی است.

خودشفقتی به طور منفی با خودانتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوار، توقیف فکر و کمال گرایی عصبی مرتبط است درحالیکه مثبت بودن مرتبط است با رضایت از زندگی و وابستگی های اجتماعی (۱۲).

از دیگر یافته های این پژوهش این بود که از بین ابعاد خودشفقتی فقط بعد مهربانی باخود به تنهایی و با کنترل عوامل دیگر قادر است کیفیت زندگی را پیش بینی نماید و بقیه ابعاد معنی دار نیستند. در تبیین این یافته با توجه به اینکه خودشفقتی گرایشی به مراقب بودن و فهمیدن نسبت به خودمان است، تا اینکه انتقاد سخت گیرانه یا قضاوتگرانه باشد. وقتی موقعیت زندگی سخت است، افراد خودشفیق خودشان را تسکین می دهند و آسوده می کنند (۳۷). پس وقتی افراد خود مهربان در موقعیت های سخت زندگی خود را تسکین می دهند و آسوده می کنند می توان گفت که کیفیت زندگی خود را با انتقادات سخت از خود و قضاوت خود نامطلوب نمی کنند (۳۷). از سوی دیگر بعد هوشیاری خودشفقتی تنها پیش بینی کننده حالات خلقی می باشد. در تبیین این یافته، به سومین جزء از خودشفقتی اشاره می شود که شامل آگاه بودن از تجربیات لحظه ای حال حاضر در سبکی روشن و متعادل است که نه چشم پوشیدن و نه نشخوار کردن ابعاد ناراضی کننده خود شخص یا محیط فرد می باشد (۳۸). این نشان از تفاوت ها در نگرش به رنجش های شخصی، که ممکن است آگاهی متعادل یا یک شناسایی با مشکلات فردی را استنباط کند (۳۵) می باشد. این نوع نگرش به خود، باید مخصوصاً مفید باشد وقتی که فرد بوسیله فرد دیگری ارزیابی شده است. ارزیابی حتی بوسیله غریبه ها، می تواند اندوه قدرتمند و احساسات شرمساری را فراخوانی کند (۳۹).

علاوه بر این که سلامت مذهبی تنهاپیش بینی کننده کیفیت زندگی بود و حالات خلقی بود. در تبیین این یافته می توان به تعریف پترسون و سلیگمن (۴۰) اشاره کرد که معنویت را ارتباط خصوصی و صمیمی بین انسان و خدا می دانند و معتقدند دامنه ای از فضیلت ها نشانه

نتیجه گیری

رشد روزافزون سرطان در چند دهه اخیر اثرات زیانبار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی، سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود. این بیماران همانند دیگر افراد بهنجار و گروه های دیگر نیازمند کیفیت زندگی و خلق خوب برای ادامه زندگی هستند؛ بنابراین برنامه ریزی اثربخش برای ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان نیازمند کشف و درک عمیق ماهیت و عوامل تأثیرگذار بر ابعاد مختلف آن در زندگی مبتلایان به این بیماری است. از آنجایی که خودشفقتی و معنویت به بسیاری از افراد سالم و بیمار در کیفیت زندگی و خلق کمک های زیادی کرده است، در این راستا با توجه به یافته های پژوهش حاضر توجه به خودشفقتی و معنویت که قادر به پیش بینی معنی دار حالات خلقی و کیفیت زندگی بوده اند و در خلال آنها توجه به ابعاد پیش بینی کننده هریک نیز حائز اهمیت است.

ملاحظات اخلاقی

- ۱- جلب رضایت شرکت کنندگان در انجام پرسشنامه ها و پرهیز از هرگونه اصرار و اجبار.
- ۲- اطمینان دادن به شرکت کنندگان در جهت رعایت حفظ اسرار.
- ۳- پرهیز از نوشتن مشخصات فردی در جهت اطمینان خاطر آزمودنی ها.

تقدیر و تشکر

محققان بر خود لازم می دانند از بیماران مبتلا به سرطان سینه در کلینیک سرطان پستان واقع در درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی شهید مطهری شیراز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکر کنند. به علاوه از کمیته منطقه ای اخلاق بر پژوهش های علوم پزشکی دانشگاه

شیراز که طبق نامه ۱۴۲۹۱۳-۱۷۳۲۸-۹۷-۰۱-۹۷ این طرح را تایید نمودند تشکر می نمایند.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Habibi J, Habibi, M, Malekzadeh M, Ghanbari, N. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on increasing quality of life in patient with breast cancer. *Journal of Res. in Cli. Psychology & Counseling*, 2017;6(2):97.
2. Hosseini M, Mellati A, Mousavi S, Moghimi M, Ramezani A. Relation between Proteome of Women with Invasive Ductal Breast Cancer and Body Mass Index. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2017;25(109):75. (In Persian)
3. Paraskevi T. Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncology Reviews*. 2012;6(2):7.
4. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The Relationship between Psychological Capital and Quality of Life among Patients with Breast Cancer. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2017;24(156):111.
5. Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2004;13(3):147-60.
6. Alagheband M, Servat F, Zarepour F. Investigation of the Relationship between Quality of Life and Life

- Sclerosis. Disability and Health Journal. 2018;11(2):256.
14. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;60:1.
 15. Gillanders DT, Sinclair AK, MacLean M, Jardine K. Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015;(4)4:300.
 16. Pinto-Gouveia J, Duarte C, Matos M, Fraugas S. The Protective Role of Self-compassion in Relation to Psychopathology Symptoms and Quality of Life in Chronic and in Cancer Patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2014;21(4):311.
 17. Van Dam NT, Sheppard SC, compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25(1):123-130.
 18. Raes F. The Effect of Self-Compassion on the Development of Depression Symptoms in a Non-clinical Sample. *Mindfulness*. 2011;2(1):33.
 19. Sadeghi M, Safari-Mousavi SS, Farhadi M, Amiri M. The Role of Psychological Flexibility and Self-Compassion in Predicting Depression, Anxiety and Stress in Patients with Expectancy in Patients with Breast Cancer. *TB*. 2016;15(2):176. (In Persian)
 7. Wardono P, Nugroho FX. Effects of Luminous Furniture on Mood. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2016;222:343.
 8. Fazel A, Tirgari B, Mokhber N, Koushyar M, Esmaily H. The Effect of Mastectomy on Mood and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *JSSU*. 2008; 16(3):36. (In Persian)
 9. Neff KD. Self Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*. 2003;2(2):85-101.
 10. Hupfeld J, Ruffieux N. Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2011;40(2):115–123.
 11. Baker L, McNulty J. Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011;100(5):853-873.
 12. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick K. An examination of self compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*. 2007;41,(4):909.
 13. 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

26. Baljani E, Kazemi, M, Amanpour E, Tizfahm T. A Study of the Relationship Between Religion, Spiritual Health, Hope and Quality of Life in Patients with Cancer. *Journal of Evidence-Based Care*. 2011;1(1):51. (In Persian)
27. Abedi HA, Alavi M, Mazroie-Sebdani A. The effect of logotherapy on cancer patient's quality of life. *J Res Behave Sci* 2014;12(4):21.
28. Mohaddesi H, Ayatollahi H, Hassanzadeh G, Estoni Unite M. Evaluation of quality of life in patients with breast cancer treated at Cancer Research Center. *Journal of Breast Diseases*. 2011;5(4):36. (In Persian)
29. Nejat S, Montazeri A, HalakoueiNaeini C, Mohammad K, Majzadeh SR. Standardization of the WHO Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): Translation and Psychometrics of the Iranian Species. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2004;4(4):2-1. (In Persian)
30. Mirzaii B, Rahmaninia F, Bardar F. Comparison of the mood profiles of wrestlers from national teams of youth and adults in both free and inferior countries. *Quarterly Olympics*. 2005;14(33):32. (In Persian)
31. Shafiei Z, Babae S. Relationship between Mood and Self-Efficacy in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Hospitalized in Isfahan Chamran Hospital in 2011. *Nursing Journal of the Vulnerable*. 2016;3(6):51. (In Persian)
- Type 2 Diabetes. *Journal of Isfahan Medical School*. 2017;35(452):1468.
20. WHO.WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment, Field Trial Version. In: HEALTH POM, editor. Geneva: World Health Organization; 1996.
21. Borji M, Malek M, Azammi M, Bastami M.R, Azammi,S. Evaluation of Spiritual Health Status and Its Relationship with Demographic Characteristics of Hemodialysis Patients. *Religion and Health*. 2016;3(2):1-8.
22. Friedman LC, Barber CR, Chang J, Tham YL, Kalidas M, Rimawi MF, et.al. Self-blame, Self-forgiveness, and Spirituality in Breast Cancer Survivors in a Public Sector Setting. *Journal of Cancer Education*. 2010;(25)3:343.
23. Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*. 2006;29(1):29.
24. Musarezaie A, Naji Esfahani H, Momeni Ghaleghasemi T, Karimian J, Ebrahimi A. The Relationship between Spiritual Wellbeing and Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Breast Cancer. *Journal of Isfahan Medical School*. 2012;30(195):928.
25. Pirasteh Motlagh AK, Nikmanesh Z. The Relationship of Spirituality with the Pain and Quality of Life in Patients with HIV/AIDS. *Armaghan Danesh*. 2012;17(4):337.

37. Gerber Z, Tolmacz R, Doron Y. Self-compassion and forms of concern for others. *Personality and Individual Differences*. 2015;86:395.
38. Wang X, Chen Z, Poon KT, Teng F, Jin SH. Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*. 2017;106:1.
39. Ewert C, Gaube B, Geisler FCM. Dispositional self-compassion impacts immediate and delayed reactions to social evaluation. *Personality and Individual Differences*. 2018;125:92.
40. Peterson C, Seligman, MEP. Character strengths and virtues: A Handbook and Classification. Washington: American Psychological Association; 2004.
32. Hasani J, Pasdar K. The Assessment of Confirmatory Factor Structure, Validity, and Reliability of Persian Version of Self-Compassion Scale (SCS-P) in Ferdosi University of Mashhad in 2013. *JRUMS*. 2017;16(8):727.
33. Heidarzadegan A, Kochekzaei M. The Relationship Between Spiritual Health and Auto Student Attendance in Technical-Engineering, Psychology, and Educational Sciences. *Quarterly journal of engineering education*. 2015;17(65):84. (In Persian)
34. Mirmehdi SR, Safari Nia M, Sharifi E. *Spirituality Therapy and Positive Psychology Approach*. Tehran: The Voice of Light; 2013.
35. Veneziani CA, Fuochi G, Voci A. Self-compassion as a healthy attitude toward the self: Factorial and construct validity in an Italian sample. *Personality and Individual Difference*. 2017;119:61.
36. Hartz GW. *Spirituality and mental health*: Routledge; 2005.

Cite this article as:

Khoshnoudfar Z, Omidvar B, Tahmasebi S. The Relationship between Self-Compassion and Spiritual Health with Quality of Life and Mood in Women with Breast Cancer. *Sadra Med Sci J* 2019; 7(1): 23-36.