

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان

راضیه پورحسینی دهکردی^۱، * ایلناز سجادیان^۲، محمدرضا شعرباغچی^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۳. استادیار، متخصص روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلا (مکسا)، اصفهان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۶/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۰۴)

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Perceived Stress and Psychological Distress in the Women Suffering from Breast Cancer

Razieh Poorhosseini Dehkordi¹, *Ilnaz Sajadian², Mohammad Reza Sharbafchi³

1. M.A in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2. Associate professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

3. Assistant Professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences and ALA Cancer Prevention and Control Center (Macsa), Isfahan, Iran.

(Received: Sept. 08, 2018 - Accepted: Nov. 25, 2019)

Original Article

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The increasing growth of breast cancer in recent decades has affected the psychological aspects of these patients' lives. The aim of this study was the effectiveness of compassion-focused therapy on perceived stress and psychological distress in the women suffering from breast cancer. **Method:** The statistical population of the present study included women with breast cancer referring to Ala' cancer prevention and control center in Isfahan in spring and summer of 2018. Research method was quasi-experimental. The sample size was 26 women with breast cancer who were selected from those referring to Ala' cancer prevention and control center through convenient method and were randomly replaced into experimental and control groups. The experimental group received eight sessions of compassion-focused therapy once a week while the control group didn't receive any intervention during the study. The instruments included perceived stress questionnaire (Cohen, et.al, 2005) and psychological distress questionnaire (Kesler, et.al, (2003). **Findings:** The results of repeated measurement analysis showed that compassion-focused therapy has significantly influenced perceived stress and psychological distress in the women with breast cancer at the posttest and follow-up stage. **Conclusion:** Based on the findings of this study, compassion-focused therapy as an effective method for reducing perceived stress and psychological distress in women with breast cancer can be used along with medical treatments.

Keywords: Perceived Stress, Psychological Distress, Compassion-Focused Therapy, Breast Cancer.

چکیده

مقدمه: رشد روزافزون سرطان پستان در دهه‌های اخیر، ابعاد روان‌شناختی زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار داده است. این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. **روش:** روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روزه بود. ۲۶ زن مبتلا به سرطان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۳ نفر). سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان مبتنی بر شفقت را دریافت نمودند؛ اما گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه‌های استرس ادراک‌شده (کوهن و همکاران، ۲۰۰۵) و پریشانی روان‌شناختی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳)، پاسخ دادند. **یافته‌ها:** داده‌های گردآوری‌شده با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که این درمان بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار دارد ($p < 0.001$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان در کنار درمان‌های پزشکی، از درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان سود جست.

واژگان کلیدی: استرس ادراک‌شده، پریشانی روان‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت، سرطان پستان.

* نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان

Email: i.sajadian@kuisf.ac.ir

*Corresponding Author: Ilnaz Sajadian

مقدمه

بیماری فرد ایجاد می‌کند (یعقوبی جویباری و آزاده، ۱۳۹۲؛ کریمی افشار، شعبانیان، سعیدتالشی و منظری توکلی، ۱۳۹۷؛ پارک، گلبر، روزنبرگ، سیاه، اسکاپیرا^۵ و همکاران، ۲۰۱۸؛ پینتادو و اندراد^۶، ۲۰۱۷). همان‌گونه که اشاره شد، آغاز این بیماری بسیار شایع، شروع یک دوره پرفشار برای زنان مبتلا را به همراه دارد که در صورت بی‌توجهی به وضعیت روانی آن‌ها، ممکن است به از دست دادن احساس کنترل چه در مورد زندگی و چه در مورد بیماری، احساس درماندگی، افسردگی و ناامیدی، اضطراب و نگرانی و عدم رضایت از زندگی و در نتیجه استرس مزمن منجر شود و چه‌بسا این عوارض روان‌شناختی از طریق تأثیر منفی بر ادامه روند درمان و پیگیری‌های پس‌از آن، بقای این بیماران را تهدید کند (کبیری، بزازیان، امیری‌مجد و قمری، ۱۳۹۷؛ نیپ، لویز - رویگ و پاستور^۷، ۲۰۰۷؛ هولاند، بریتبارت، جاکوبسن، لداربرگ و لوسکالزو^۸، ۲۰۱۰؛ هارت، هویت، دیفنباچیا، آندرسون و کیبوم^۹، ۲۰۱۲؛ تراگر، گیر، فماندز-روبلز، تمل و پیرل^{۱۰} و دیگران، ۲۰۱۲).

علاوه بر این سرطان پستان سبب ایجاد پریشانی روان‌شناختی^{۱۱} برای افراد مبتلا می‌گردد (پارک، چان، چانگ و بای^{۱۲}، ۲۰۱۷).

سرطان پستان^۱ شایع‌ترین سرطان و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است. سرطان پستان، به نوعی سرطان گفته می‌شود که از بافت پستان آغاز می‌شود. علائم سرطان پستان می‌تواند یک توده در پستان، تغییر در شکل پستان، گودی پوست، ترشح مایع از نوک پستان، یا پوسته شدن قسمتی از پوست باشد (وستوف و پیک^۲، ۲۰۱۸). در افرادی که بیماری در اندام‌های دیگر آن‌ها گسترش پیدا کرده باشد، این علائم می‌توانند درد استخوان، غدد لنفاوی متورم، تنگی نفس، یا یرقان باشند (اسلواسک، اسلواکوا، اسلانسکا، پترا و پریستر^۳، ۲۰۱۰). عوامل خطر ابتلا به سرطان پستان عبارت‌اند از: مرض چاقی، عدم تمرین فیزیکی، نوشیدن نوشیدنی‌های الکلی، درمان جایگزینی هورمون در طول یائسگی، پرتوهای یونی، اولین قاعدگی در سن پایین و دیر بچه‌دار شدن یا بچه‌دار نشدن (تل و دوگان^۴، ۲۰۱۱).

سرطان پستان در تغییر سبک زندگی بیماران اثرگذار است و ابتلا به آن چالش‌های زیادی را از جمله مراقبت از فرزندان و اعضای خانواده، از دست دادن شغل، احساس عدم کنترل در مورد ادامه حیات، خستگی، تغییر ظاهر فیزیکی، روابط جنسی، افسردگی، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری، تغییر احساس زنانگی، مشکلات در روابط بین فردی، کاهش اعتماد به نفس، اختلالات عاطفی و ترس از عود

5. Park, Gelber, Rosenberg, Seah, Schapira

6. Pintado, Andrade

7. Neipp, Lopez-Roig, Pastor

8. Holland, Breitbart, Jacobsen, Lederberg, Loscalzo

9. Hart, Hoyt, Dieffenbachia, Anderson, Kilbourn

10. Traeger, Greer, Fernandez-Robles, Temel & Pirl

11. psychological distress

12. Park, Chun, Jung, Bae

1. Breast cancer

2. Westhoff, Pike

3. Slovacek, Slovackova, Slanska, Petera, Priester

4. Tel, Dogan

یارنل^{۱۳} و نف (۲۰۱۳)؛ ترچ^{۱۴} (۲۰۱۲)؛ ورن، سومرز، ملیسا، گوتز، لاری و فراس^{۱۵} (۲۰۱۲)؛ گیلبرت و پروکتر^{۱۶} (۲۰۰۶)؛ کرد (۱۳۹۵)؛ عجم، فرزانه و شکوهی فرد (۱۳۹۳) نشان داده شده است. بر اساس نتایج پژوهش‌های این محققین، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌طور معناداری سطح امید، عزت‌نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد. باید ذکر نمود که شفقت به خود، یک برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود بوده (باکر و مک‌نالتی^{۱۷}، ۲۰۱۱؛ لیری، تیت، ادامز، الن و هانکوک^{۱۸}، ۲۰۰۷) و از سه مؤلفه اصلی برخوردار است: در وهله اول، شامل مهربانی با خود و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده نابسندگی‌ها است. دوم شفقت به خود با عطف توجه به مشترکات انسانی، رنج و شکست را از ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر می‌پندارد و سرانجام آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه‌های شفقت به خود می‌باشد که به بیانی توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک (به‌جای اجتناب از آن‌ها)، بدون اغراق و شفقت نسبت به خود را دربر می‌گیرد (آلبرتسون^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۵).

در خصوص ضرورت انجام پژوهش حاضر

پریشانی روان‌شناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به‌طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود (ریدنر^۱، ۲۰۰۴). پریشانی روان‌شناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (میروسکی و راس^۲، ۲۰۰۲). نتایج مطالعات بیانگر این است که پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (ویتن^۳، ۲۰۰۷).

به‌منظور بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان، روش‌های مداخله‌ای گوناگونی بکار گرفته شده است. درمان مبتنی بر شفقت^۴ یکی از مداخلات جدید حوزه درمانی است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگرانی همچون پژوهش بلاث و ایزنلوهر-ماول^۵ (۲۰۱۷)؛ تاننباوم، آدامز، گونالز، هانس و هود^۶ (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین^۷ (۲۰۱۷)؛ الاین و هالینز^۸ (۲۰۱۶)؛ باتیستا، کانه‌ها، گالهاردو، کاتو و ماسانوکارادوسو^۹ (۲۰۱۵)؛ سویسا و ویلکامپ^{۱۰} (۲۰۱۵)؛ اسمیت، نف، آلبرت و پترز^{۱۱} (۲۰۱۴)؛ کیونگ^{۱۲} (۲۰۱۳)؛

1. Ridner
2. Mirowsky & Ross
3. Wheaton
4. Self-compassion
5. Bluth, Eisenlohr-Moul
6. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood
7. Wan, Chen, Poon, Teng, Jin
8. Elaine & Hollins
9. Batista, Cunha, Galhardo, Couto, Massano-Cardoso
10. Soysa, Wilcomb
11. Smeets, Neff, Alberts, Peters
12. Kyeong

13. Yarnell
14. Tirch
15. Wren, Somers, Melissa, Goetz, Leary, Fras
16. Gilbert, Procter
17. Baker, McNulty
18. Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock
19. Albertson

بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء اصفهان در بهار و تابستان سال ۱۳۹۷ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء اصفهان تعداد ۳۰ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). لازم به ذکر است که از هر دو گروه آزمایش و گواه دو نفر ریزش داشتند. بر این اساس تعداد افراد در گروه‌های آزمایش و گواه ۲۶ نفر بود (هر گروه ۱۳ نفر). چنان‌که دلاور (۱۳۹۱) بیان می‌دارد، در پژوهش‌هایی با روش آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر در هر گروه کافی بوده و می‌توان یافته‌های حاصل از آن را تعمیم داد. گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر شفقت را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مبتلا بودن به بیماری سرطان پستان به تشخیص پزشک متخصص؛ نداشتن اختلالات روانی - شخصیتی مزمن (با انجام مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین ویرایش آماری اختلالات روانی)؛ داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت؛

باید اشاره کرد که تشخیص سرطان پستان برای زنان رخداد بزرگ و دردناکی در زندگی می‌باشد که زنان را در معرض استرس و تغییرات ناخواسته قرار می‌دهد و باعث بروز علائم خشم، اضطراب و تغییرات تفکر در فرد مبتلا می‌شود که بر همین اساس میزان نشانه‌های افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سرطانی به مراتب بیشتر است (فرمنت و اکانرا^۱ و همکاران، ۲۰۰۶) که این فرایند نشان‌دهنده ضرورت به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای این افراد است. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان و از سویی با نظر به کارایی درمان مبتنی بر شفقت در فروکاستن آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان، محققین بر آن شدند تا تأثیر این درمان را بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار دهند.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. متغیر مستقل درمان مبتنی بر شفقت و متغیرهای وابسته استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان

پرسشنامه برای مطالعات غربالگری و شناسایی اختلالات روانی است (گرین^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). چنانکه واسیلیادیس و همکاران (۲۰۱۵) و اندرسون و همکاران (۲۰۱۱) پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه را بر جمعیت سالمندان قابل قبول گزارش کرده‌اند. یعقوبی (۱۳۹۴) نیز در ایران در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید.

- مقیاس استرس ادراک‌شده: کوهن^۵ و همکاران (۱۹۸۶)، مقیاس استرس ادراک‌شده را ابداع کردند که مشتمل بر ۱۴ آیم بوده و هر آیم بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای (هرگز، تقریباً هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و بسیاری از اوقات) پاسخ داده می‌شود. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۶ - ۰/۸۴ در دو گروه از دانشجویان به دست آمده است (سجادی‌نژاد، عسگری، مولوی و ادیبی، ۲۰۱۶). استرس ادراک‌شده به‌طور معناداری با نشانه‌های افسردگی و جسمی رویدادهای زندگی، اضطراب اجتماعی و رضایت از زندگی پایین و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی همبسته می‌باشد (کوهن و همکاران ۱۹۸۶). بر اساس پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی و مقیاس ویرایش شده ژاپنی، ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱

عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس؛ عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و بروز حادثه ناخواسته که امکان ادامه حضور فرد در جلسات درمان را مختل می‌کند، بود. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

- پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی: پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر، بارکر، کوپ، اپستین، گروور^۱ و همکاران (۲۰۰۳) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای لیکرت است که بین ۰-۴ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. پژوهش‌های انجام‌گرفته بر روی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر نشان‌دهنده ارتباط قوی میان نمرات بالا در پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر و تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب (CIDI) می‌باشد. همچنین ارتباط کمتر ولی معنادار میان نمرات پرسشنامه و بیماری‌های روانی دیگر وجود دارد (اندروز و اسلید^۲، ۲۰۰۱). افزون بر آن، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربالگری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشد و نیز این ابزار برای کنترل و نظارت‌های بعد از درمان مناسب است (کسلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعات دیگر نیز حاکی از معتبر بودن این

1. Kessler, Barker, Colpe, Epstein, Gfroerer
2. Andrews, Slade
3. Kessler

4. Green
5. Cohen

پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعرباغچی: اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی...

به دست آمد (مارتین و مارش^۱، ۲۰۰۸). علاوه بر این، پژوهشگران ذکر شده روایی محتوایی پرسشنامه استرس ادراک شده را مطلوب گزارش نموده‌اند. سجادی‌نژاد، عسگری، مولوی و ادیبی (۲۰۱۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۵ بیان کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه گردید.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر شفقت (برگرفته از نف، کیرک‌پاتریک و رادو، ۲۰۰۷)

جلسات	خلاصه اقدامات انجام شده
جلسه اول	ارائه مقدمه‌ای از درمان متمرکز بر شفقت و اهمیت آن در زندگی؛ آموزش اصول پایه درمان متمرکز بر شفقت و تأثیر آن بر سیستم مغزی؛ آموزش فرایند تنظیم سه سیستم هیجان اصلی (تعامل بین کارکرد مغز قدیم و مغز جدید)
جلسه دوم	آموزش تمرین ذهن آگاهی، حساسیت نسبت به رنج در بستری از زمان حال (اینجا و اکنون)؛ آموزش مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ شناسایی مشکلات و نشانه‌های موجود، بستر کنونی مشکلات، تأثیر زندگی گذشته، تهدیدهای اصلی و ترس‌های شکل گرفته، راهبردهای امنیتی، پیامدهای ناخواسته
جلسه سوم	تصویرسازی خود مهربان، تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران، تصویرسازی مکانی امن، تکنیک دو صندلی؛ برقراری شفقت‌آمیز و انعطاف‌پذیری بین جنبه‌های مختلف خود و ایجاد حساسیت شفقت‌آمیز، همدلی و همدردی نسبت به خویش.
جلسه چهارم	ایجاد هویت شفقت‌آمیز؛ هدف اصلی این جلسه: چگونه از تکرار عبارت‌های مهرورزی فراتر رفته و به صورت طبیعی ذهن شفقت ورز را پرورش دادن (اهمیت تربیت ذهن مهربان).
جلسه پنجم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار؛ تمرینات شامل: آگاهی مراجع از کشمکش مداوم خود با افسردگی و اضطراب و دردهایی که در روابط دشوار زندگی تحمل شده‌اند؛ استفاده از درماندگی خلاق و دیدگاه بی‌تقصیری (گسلش از احساس شرمندگی)
جلسه ششم	عمیق زندگی کردن؛ تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر مراقبت از سلامتی؛ بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد.
جلسه هفتم	تغییر روابط؛ کشف روش‌های جدید و اتخاذ رویکردی گسترده، آگاهی یافتن و رهایی از روش‌های اجتناب و کنترل؛ تقویت رفتارهای شفقت‌آمیز؛ شامل توسعه رفتارهای هوشمندانه، کسب قدرت و شجاعت و مهربانی، مشارکت فعال از طریق تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری در فعالیت‌های دشوار و ترس‌آور.
جلسه هشتم	مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی (مداخله خاتمه دادن به جنگ)؛ تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش طبق تکمیل کردن فرم ۸ آیتمی: شغل و زندگی کاری، خانواده، زندگی اجتماعی، تحصیل، سلامتی جسمی، معنویت، مشارکت اجتماعی، تفریح و سرگرمی

(خوراسگان)، از نمونه‌های مورد پژوهش رضایت برای شرکت در برنامه مداخله کسب و افراد از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی برای بررسی پیش‌فرض کرویت و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک موردسنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه برقرار بوده است ($p > 0/05$).

روند اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان مبتلا به سرطان پستان انتخاب شده (۳۰ زن) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر شفقت را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. جلسات درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید.

لازم به ذکر است که از هر دو گروه آزمایش و گواه دو نفر ریزش داشتند. بر این اساس تعداد افراد در گروه‌های آزمایش و گواه ۲۶ نفر بود (هر گروه ۱۳ نفر). ضمناً جهت رعایت اخلاق در پژوهش، پس از دریافت شناسه اخلاق به کد IR.IAU.KHUISF.REC.1397.111 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۲ تا ۴۷ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۲۷ تا ۳۱ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳/۳۷ درصد). از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات سیکل تا فوق‌لیسانس بودند که در این بین سطح تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود (۳۶/۶ درصد). حال یافته‌های توصیفی پژوهش موردبررسی قرار می‌گیرد.

پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعربافی: اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی...

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

نرمالیتی	پیگیری	نرمالیتی	پس‌آزمون	نرمالیتی	پیش‌آزمون	گروه‌ها	مؤلفه‌ها		
P Value	انحراف معیار	P Value	انحراف معیار	P Value	انحراف معیار	گروه آزمایش	گروه گواه		
۰/۱۶	۵/۷۶	۳۷/۵۳	۰/۱۱	۷/۲۲	۳۸/۳۰	۰/۳۱	۶/۸۰	۵۲/۹۲	استرس ادراک شده
۰/۱۹	۷/۳۰	۵۲/۶۹	۰/۳۲	۷/۵۵	۵۵/۳۸	۰/۱۷	۷/۸۴	۵۵	گروه گواه
۰/۱۷	۴/۲۸	۱۶/۳۰	۰/۱۴	۳/۱۳	۱۸/۲۳	۰/۳۳	۴/۲۰	۲۷/۷۶	پریشانی روان‌شناختی
۰/۱۱	۵/۲۸	۲۶/۹۲	۰/۲۷	۴/۱۶	۲۶/۷۶	۰/۱۹	۴/۲۲	۲۷/۶۱	تی گواه

استفاده شده است. در این پژوهش یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی بود.

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه‌بندی برای متغیرهای استرس ادراک شده (۱۶) و پریشانی روان‌شناختی (۲۷/۵۸) است که در سطح $0/001$ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت درمان

همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین موردسنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی) به هم دارای تفاوت معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی رعایت شده است ($p > 0/05$). برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

مبتنی بر شفقت با گروه گواه در متغیرهای آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پژوهش در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات		
۱	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۲۱/۱۲	۵۷۱/۴۷	۲	۱۱۴۲/۹۵	مراحل	استرس ادراک‌شده
۱	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱	۲۶/۰۸	۲۵۵۰/۲۰	۱	۲۵۵۰/۲۰	گروه‌بندی	
۱	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱	۱۶	۴۳۳/۰۱	۲	۸۶۶/۰۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
				۲۷/۰۵	۴۸	۱۲۹۸/۳۶	خطا	
۱	۰/۶۰	۰/۰۰۰۱	۳۶/۴۳	۲۸۰/۲۴	۲	۵۶۰/۴۶	مراحل	پیشانی روان‌شناختی
۰/۹۹	۰/۴۱	۰/۰۰۰۱	۱۹/۳۸	۱۰۶۷/۷۷	۱	۱۰۶۷/۷۷	گروه‌بندی	
۱	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	۲۷/۵۸	۲۱۲/۱۶	۲	۴۲۴/۳۳	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
				۷/۶۹	۴۸	۳۶۹/۱۸	خطا	

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر پژوهش

مؤلفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری	
استرس ادراک‌شده	پیش‌آزمون	-۰/۷۲	۲۴	-۲/۰۷	۲/۸۷	۰/۴۸	
	پس‌آزمون	-۵/۸۹	۲۴	-۱۷/۰۷	۲/۸۹	۰/۰۰۰۱	
	پیگیری	-۵/۸۶	۲۴	-۱۵/۱۵	۲/۵۸	۰/۰۰۰۱	
پیشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۰/۱۰	۲۴	۰/۱۵	۱/۴۷	۰/۹۱	
	پس‌آزمون	-۶/۹۰	۲۴	-۸/۵۳	۱/۲۳	۰/۰۰۰۱	
	پیگیری	-۱۱/۸۲	۲۴	-۱۰/۶۱	۰/۸۹	۰/۰۰۰۱	

و دیگران، حمایت اجتماعی افراد مبتلا به سرطان را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی و کاهش استرس آن‌ها شود. علاوه بر این بلاث و ایزنلوهر-ماول (۲۰۱۷)؛ تاننهام و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود کارآیی درمان مبنی بر شفقت را بر استرس و سلامت روان‌شناختی افراد موردبررسی و تأیید قرار داده‌اند.

در تبیین یافته حاضر می‌توان اظهار کرد افرادی که شفقت به خود بالاتری را کسب می‌کنند، از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردارند، در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساساتشان توانمندترند. بر اساس یافته‌های پژوهشی آلبرستون و همکاران (۲۰۱۵) دوره‌های درمان مبتنی بر شفقت، سبب افزایش میزان شفقت به خود و کاهش عوامل روان‌شناختی آسیب‌زا در بین زنان می‌شود. به‌علاوه یافته‌های پژوهشی یارنل و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد که افراد دارای شفقت به خود بالاتر، آشفتنگی عاطفی و استرس کمتری داشته و در زمینه حل تعارضات درون فردی توانمندترند. چراکه درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با به‌کارگیری نقش حفاظتی خود، زنان مبتلا به سرطان پستان را از آسیب‌های حاصل از تعارضات درون و بین فردی محافظت نموده و از این طریق مؤلفه‌های مرتبط با سلامت روان آن‌ها را افزایش داده و در نتیجه باعث شود که این زنان استرس کمتری را ادراک نمایند.

علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که

همان‌گونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله در متغیرهای استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به‌صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه می‌باشد. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت منجر به کاهش معنادار استرس ادراک شده زنان مبتلا به سرطان پستان شده بود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش باتیستا و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. این پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با به‌کارگیری مهربانی با خود

درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد گردد. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان کرد که مطابق با یافته‌های پژوهشگران ذکرشده، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌طور معناداری سطح امید، عزت‌نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد و به‌عنوان یک سپر حفاظتی در برابر بیماری‌های مزمن همچون سرطان سینه باشد.

در تبیین این یافته باید بیان کرد که با توجه به اینکه در مداخله درمان متمرکز بر شفقت از تکنیک‌های تصویرسازی خود‌مهربان، تکنیک دو‌صندلی به‌منظور برقراری ارتباط مشفقانه بین جنبه‌های مختلف خود (خود انتقادگر، خود عصبانی، خود مضطرب و خود مهربان)، مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت جهت شناسایی بستر مشکلات کنونی و ریشه‌یابی آن‌ها در تاریخچه زندگی فردی و حساسیت شفقت‌آمیز نسبت به رنج خود و دیگری، پذیرش، همدلی، اقدام متعهدانه جهت کاهش رنج در زندگی و تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی می‌شود، می‌توان انتظار کاهش در سطوح خودانتقادی را پیش‌بینی نمود. کاهش خودانتقادی نیز می‌تواند منجر به بهبود تصویر از خود، عزت‌نفس و خودپنداره در نزد زنان مبتلا به سرطان پستان شده و این فرایند باعث شود تا این زنان بتوانند مبتنی بر رضایت از خود، پریشانی روان‌شناختی کمتری را تجربه نمایند و بر این اساس قدرت مقابله‌ای و تحمل

افرادی که شفقت خود بالایی دارند، نسبت به افرادی که شفقت خود کمی دارند، سلامت روان‌شناختی بیشتر و استرس کمتری را نشان می‌دهند (باکر و مک‌نالتی، ۲۰۱۱)؛ زیرا در آن‌ها درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند به‌وسیله یک سرزنش خود بی‌رحمانه، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌ها استمرار نمی‌یابد. این نگرش حمایت‌گرا نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات شخصی و حل مسئله سازنده در تعاملات اجتماعی ارتباط دارد و سبب می‌شود تا زنان دارای سرطان پستان، تعاملات اجتماعی سازنده‌تر و گسترده‌تری را تجربه نمایند. فرایندی که بر اساس تحقیقات انجام‌شده، دارای آسیب می‌باشد. کسب تعاملات اجتماعی گسترده و حمایت‌گرایانه باعث می‌شود که زنان مبتلا به سرطان پستان حمایت اجتماعی بالاتری را تجربه نمایند. این فرایند نیز کاهش در استرس ادراک‌شده را در پی دارد.

یافته دوم پژوهش حاضر حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت منجر به کاهش معنادار پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان شده بود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش الاین و هالینز (۲۰۱۶)؛ سویسا و ویلکامپ (۲۰۱۵)؛ اسمیت و همکاران (۲۰۱۴)؛ کیونگ (۲۰۱۳)؛ و عجم و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. چنانکه این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که مؤلفه شفقت و

پریشانی آن‌ها نیز افزایش یابد.

از سوی دیگر، مطابق با دیدگاه لیری و همکاران (۲۰۰۷) شفقت به خود، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که با درمان مبتنی بر شفقت، خودشفقتی بالایی را به دست می‌آورند، با سخت‌گیری کمتری، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است، چراکه قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. بر این اساس زنان دارای سرطان پستان دارای خودشفقتی، بهتر می‌توانند درعین حال که با خود مهربان هستند، مسئولیت شخصی خود را در حوادث منفی که به وجود آوردند، بپذیرند و این فرایند باعث می‌شود که پریشانی روان‌شناختی آنان کاهش و قدرت تحمل پریشانی آن‌ها افزایش یابد.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان مبتلا به سرطان شهر اصفهان؛ عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت

تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر آسیب‌ها و بیماری‌ها (همانند ام‌اس، پارکینسون، میگرن و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر شفقت طی کارگاهی تخصصی به روان‌شناسان مراکز درمانی زنان مبتلا به سرطان پستان، آموزش داده شود تا آن‌ها با به‌کارگیری این درمان برای زنان مبتلا به سرطان پستان در این مراکز، جهت کاهش استرس ادراک شده و پریشانی روان‌شناختی این زنان گامی عملی برداشته باشند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۵۲۰۳۶ بود. بدین وسیله از تمام بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مرکز درمانی آلاء که همکاری بسیار خوبی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- دلاور، علی. (۱۳۹۱). روش پژوهش در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.
- عجم، علی‌اکبر، فرزانه، جواد و شکوهی فرد، حسین. (۱۳۹۳). بررسی نقش شفقت خود در سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵(۵)، ۹-۱۶.
- کبیری، مهسا، بزازیان، سعیده، امیری‌مجد، مجتبی و قمری، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری بر استحکام ایگو و الگوهای ارتباطی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان، فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۷(۳): ۴۹-۶۱.
- کریمی افشار، عسرت، شعبانیان، گلناز، 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), 444-54.
- Baker, L.R., McNulty, J.K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 853-873.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support.
- سعیدتالشی، لایلا و منظری توکلی، وحید. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر مداخله تنظیم هیجان بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان، فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۷(۱): ۹۵-۱۰۵.
- یعقوبی جویباری، علی و آزاده، پیام. (۱۳۹۲). راهنمای بالینی بیماران و خانواده‌ها در سرطان پستان. تهران: انتشارات ارجمند.
- یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-۱۰). فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۶(۴)، ۴۵-۵۷.

- European Psychiatry, 30, 28-32.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Elaine, B.C.J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training programmed for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Forment, J.V., O'Connor, M.J. (2018). Targeting the replication stress response in cancer. *Pharmacology & Therapeutics*, 188, 155-167.
- Gilbert, P., Procter, S. (2006). compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 13, 353-79.
- Green, K., Karraki, H. (2010). Life span developmental psychology: Prospective on stress and coping (pp. 151-174). Hillsdale, N. J: *Lawrence Erlbaum Associates*.
- Hart, S.L., Hoyt, M.A., Dieffenbachia, M., Anderson, D.R., Kilbourn, K.M. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(13), 990-1004.
- Holland, J.C., Breitbart, W., Jacobsen, P.B., Lederberg, M.S., Loscalzo, M.J. (2010). *Psycho-oncology*. 2nd Edition. New York, Oxford University Press.
- Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S-L.T., Manderscheid, R.W., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General psychiatry*, 60(2), 184-189.
- Kyeong, L.W. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899-902.
- Leary M.R., Tate E.B., Adams C. E., Allen A.B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887- 904.
- Martin, A.J., Marsh, H.W. (2008). Academic buoyancy: towards an understanding of students everyday academic resilience. *Journal of school psychology*, 46(1), 53-83.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K., Rude, S.S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in*

- Personality*, 41, 139-154.
- Neipp, M.C., Lopez-Roig, S., & Pastor, M.A. (2007). Control beliefs in cancer: a literature review. *Anuario de Psicología*, 35(3), 333-55.
- Park, E.M., Gelber, S., Rosenberg, S.M., Seah, D.S.E., Schapira, L., Come, S.E., Partridge, A.H.(2018). Anxiety and Depression in Young Women with Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Psychosomatics*, 59(3), 251-258.
- Park, J.H., Chun, M., Jung, Y.S., Bae, S.H. (2017). Predictors of Psychological Distress Trajectories in the First Year After a Breast Cancer Diagnosis. *Asian Nursing Research*, 11(4), 268-275.
- Pintado, S., Andrade, S. (2017). Randomized controlled trial of mindfulness program to enhance body image in patients with breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*, 12, 147-152.
- Ridner, S. H. (2004), Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 536-545.
- Sajjadinezhad, M., Asgari, K., Molavi, H., Adibi, P. (2016). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management, Optimism Training and Medical Therapy on Somatic Symptoms, Perceived Stress, Illness Perception and Quality of Life in Patients with Ulcerative Colitis. *Arak Medical University Journal*, 18(103), 40-54.
- Slovacek, L., Slovackova, B., Slanska, I., Petera, J., Priester, P. (2010). Quality of life and depression among metastatic breast cancer Patients. *Medical Oncology*, 27 (3), 958-959.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: effects of a brief selfcompassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 794-807.
- Soysa, C.K., Wilcomb, C.J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Genders Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, 6(2), 217-226.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(10), 1540-1541.
- Tel, H., Dogan, S. (2011). Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurology, psychiatry and Brain Research*, 17 (2), 42-45.
- Tirch, D. (2012). The compassionate-mind approach to overcoming anxiety: Using the compassion focused therapy (CFT) to treat worry, panic, and fear. *American institute for cognitive therapy*, 38, 6-29.
- Traeger, L., Greer, J.A., Fernandez-Robles, C., Temel, J.S., & Pirl, W.F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1197-1205.
- Vasiliadis, H.M.; Chudzinski, V.; Gontijo-Guerra, S.; Prévile, M. (2015). Screening instruments for a

- population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 228 (1), 89-94.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Westhoff, C.L., Pike, M.C. (2018). Hormonal contraception and breast cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2, 169-174.
- Wheaton, B. (2007). The twain meets: distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). *Health*, 11, 303-319.
- Wren, A., Somers, J., Melissa, A.W., Goetz, M.C., Leary, M.R., Fras, A.M., et al. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent. *Journal of Pain Symptom Management*, 43, 759-770.
- Yarnell, L.M., Neff, K.D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-59