

اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بیماران مبتلا به سرطان با علائم افسردگی

مریم پرنیان‌خوی^۱، *لیلا کهتری^۲، علی قره‌داغی^۳، مریم عیدی^۴
۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۵/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۸/۲۹)

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Experiential Avoidance and Cognitive Fusion of Cancer Patients with Depressive Symptoms

Maryam Parnian Khooy¹, *Leila Kehtary², Ali Gharadaghi³, Maryam Eidi⁴

1. Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2. Ph.D Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Education Sciences, Faculty of Education Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

4. M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University of Rudehen, Rudehen, Iran.

Original Article

(Received: Aug. 17, 2020 - Accepted: Nov. 19, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The purpose of this study was to determining the effectiveness of Compassion-Focused therapy on experiential avoidance and cognitive fusion of cancer patients with depression symptoms. **Method:** The study was a quasi - experimental design with pre test - post test experimental and control groups. The statistical population of this study was all the cancer patients who referred to the Valiasr Hospital in Tabriz and the offices of several Specialists in Tabriz during the third quarter of 2019. The sample consisted of 30 patients, who were selected with available sampling method. The sample of 30 participants were placed randomly assigned to experimental and control groups, thus 15 patients in the experimental group and 15 patients in the control group. The experimental group received Compassion-Focused therapy in 8 sessions of two hours, while the control group did not receive any intervention. For collecting data, Acceptance and action Questionnaire-II for experiential avoidance measurement, cognitive fusion questionnaire were used. The Data were analyzed with Covariance method. **Findings:** The results showed that compassion-focused therapy had a significant effect on reducing the experiential avoidance ($P < 0.03$) and cognitive fusion ($P < 0.01$) in cancer patients with depression symptoms. **Conclusion:** Therefore, it can be concluded that compassion-focused therapy is an effective intervention to reduce the experiential avoidance and cognitive fusion in cancer patients with depression symptoms.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Experiential Avoidance, Cognitive Fusion, Depression, Cancer Patients.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بیماران سرطانی با علائم افسردگی صورت گرفت. روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان ولیعصر تبریز و مطب چندین نفر از متخصصان شهر تبریز در سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۸، بودند که دارای علائم افسردگی بودند. نمونه‌ی پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت یکسان گمارش شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی، در ۸ جلسه دوساعته، تحت درمان مبتنی بر خودشفقتی قرار گرفتند، درحالی‌که اعضای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ی درمانی دریافت نکردند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل برای سنجش اجتناب تجربه‌ای و پرسشنامه‌ی آمیختگی شناختی بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر خودشفقتی در کاهش اجتناب تجربه‌ای ($P < 0.03$) و آمیختگی شناختی ($P < 0.01$) بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم افسردگی تأثیر معناداری داشته است. نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر خودشفقتی، روشی مؤثر در کاهش اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم افسردگی بوده است.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر خودشفقتی، اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، افسردگی، بیماران مبتلا به سرطان.

*نویسنده مسئول: لیلا کهتری

*Corresponding Author: Leila Kehtary

Email: kehtaryleila@gmail.com

مقدمه

همکاران، (۲۰۱۹). بویس^۷ و همکاران (۲۰۱۳) نمونه‌ی همگنی از بیماران مبتلا به سرطان را مورد ارزیابی قرار دادند و دریافتند که میزان شیوع افسردگی در مدت شش ماه پس از تشخیص بیماری، ۱۳ درصد بود. ملاک‌های تشخیصی افسردگی، براساس وجود حداقل پنج مورد از علائم در یک دوره دوهفته‌ای یا بیشتر تعریف شده‌اند که شامل حداقل یکی از علائم خلق پایین و از دست رفتن علائق یا لذات و همچنین حداقل چهار نشانه از تغییر کلی اشتها، از دست دادن ۵ درصد یا بیشتر از وزن بدن، اختلالات خواب، احساس ضعف و بی‌حالی، از دست دادن قدرت فیزیکی یا خستگی، احساس بی‌ارزش بودن، اعتمادبه‌نفس پایین، احساس گناه دائمی، مشکل در تمرکز و افکار راجعه مرگ و خودکشی است (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸، ۲۰۱۳). افسردگی می‌تواند باعث بدکارکردی در عملکردهای بین فردی، اجتماعی و شغلی بیماران شده (سادوک و سادوک^۹، ۱۳۸۷)، متاستاز، درد و میزان بالای علائم سرطان شود (وینبرگر، بروس، روس، برتبارت و نلسون^{۱۰}، ۲۰۱۱).

در طول سالیان، سازه‌های زیادی جهت تبیین افسردگی به‌کار برده شده است. از جمله این سازه‌ها می‌توان به اجتناب تجربه‌ای اشاره نمود. اجتناب تجربه‌ای فرآیندی است که شامل ارزیابی

پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان، دومین علت مرگ‌ومیر در جوامع انسانی است (موسوی، باقریان سرارودی، مسچی، خلعتبری و تاجری، ۱۳۹۹). سرطان یک اصطلاح کلی برای توصیف گروه بزرگی از بیماری‌ها است که با رشد کنترل نشده‌ی سلول‌های بدن و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می‌شود (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۷). در سال ۲۰۱۲، تعداد ۱۴/۱ میلیون مورد جدید سرطان برآورد شده است و تعداد ۸/۲ میلیون مرگ‌ومیر ناشی از بیماری سرطان، گزارش شده است (فرلای، سوئرجماتارم، دیکشیت، اسر، مترس، روبیلو و برای^۲، ۲۰۱۵). براساس تخمین انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۱۶، روند بروز سرطان در ۱۳ سال اخیر بین زنان ثابت بوده است اما در میان مردان ۳/۱ درصد کاهش یافته است (سیگل، میلر و جمال^۳، ۲۰۱۶؛ به نقل از اکبری و لطفی کاشانی، ۱۳۹۶). احتمال می‌رود تا سال ۲۰۳۰ با توجه به رشد جمعیت از یک‌سو و پیری جمعیت از سوی دیگر، معضل جهانی سرطان، سیری صعودی در پیش گیرد (کنلی، بایشاپ و آندرسون^۴، ۲۰۱۶).

تشخیص سرطان می‌تواند نگران‌کننده بوده (متیوز، ریجوی، وارن و بریتون^۵، ۲۰۰۲) و با اضطراب و افسردگی همراه باشد (هینز^۶ و

7. Boyes
8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5).
9. Sadock, & Sadock
10. Weinberger, Bruce, Roth, Breitbart, Nelson

1. World Health Organization
2. Ferlay, Soerjomataram, Dikshit, Eser, Mathers, Rebelo & Bray
3. Siegel, Miller and Jemal
4. Conley, Bishop, Anderson
5. Mathews, Ridgeway, Warren, Britton
6. Hinz

افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌هاست (کاشدان، بریس، فورسیس و استیگر^۱، ۲۰۰۶). اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان یک مفهوم فراتشخیصی در بسیاری از اختلالات روانی از جمله افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و اختلالات اضطرابی مطرح می‌باشد (هیز، ۲۰۱۱). براساس پژوهش‌های صورت گرفته، اجتناب تجربه‌ای باعث حفظ و تداوم هیجان‌های منفی شده و به دنبال آن، باعث بروز دوره‌های مکرر افسردگی می‌شود (بیگلان و همکاران^۲، ۲۰۱۵). بر این اساس به نظر می‌رسد بین اجتناب تجربه‌ای و افسردگی رابطه وجود دارد و این مؤلفه باعث تداوم علائم افسردگی می‌شود.

از طرفی دیگر به نظر می‌رسد که خصیصه‌ی شفقت به خود می‌تواند رابطه‌ی اجتناب تجربه‌ای و افسردگی را تحت تأثیر قرار دهد، طوری که اگر میزان خود شفقتی فرد، بالا باشد در این صورت فرد، تمامی هیجان‌های خود حتی هیجان‌های منفی را بخشی از وجود خود دانسته و به‌جای اجتناب کردن، آن‌ها را می‌پذیرد. در نتیجه می‌توان گفت مداخلات مبتنی بر شفقت خود می‌تواند با افزایش خود دوست داری و بهوشمندی، از میزان اجتناب تجربه‌ای و به دنبال آن از میزان افسردگی فرد بکاهد (کهرتی، پورشریفی و حشمتی، ۱۳۹۷). علاوه بر این، رفتار افراد دارای علائم افسردگی عموماً تحت تأثیر شناخت و طرز فکر

آن‌ها قرار می‌گیرد و توسط شناخت تنظیم می‌شود. از نظر افراد افسرده، افکار حقیقت محض تلقی می‌گردد. آن‌ها به‌صورت افراطی به افکار، واکنش هیجانی نشان می‌دهند. به‌عنوان مثال، وقتی آن‌ها فکر می‌کنند که «هیچ‌کس مرا دوست ندارد»، این طرز فکر و جملات را حقیقت محض تلقی کرده و نمی‌توانند واقعیت‌های خارج از ذهن خویش را ببینند و شاید حتی نتوانند محبت و دوست داشتن افراد را متوجه شوند چراکه تحت سیطره‌ی شدید افکار درون ذهن خود قرار دارند. این خصیصه‌ی افراد افسرده همان آمیختگی شناختی است که به‌عنوان یک مؤلفه‌ی فراتشخیصی در طیف وسیعی از اختلالات روانی نقش دارد. به عبارت بهتر، به باور کردن محتوای قراردادی یا تحت‌اللفظی افکار و احساسات، آمیختگی شناختی گفته می‌شود (هایس، استروساهل و ویلسون^۳، ۲۰۱۱؛ به نقل از سلطانی، مؤمن زاده، حسینی و بحرینیان، ۱۳۹۵). در واقع، در آمیختگی شناختی، رفتار به‌طور آشکاری تحت تأثیر شناخت قرار می‌گیرد و توسط آن تنظیم می‌گردد. وقتی فردی با افکارش آمیخته می‌گردد، براساس افکار عمل می‌کند، به گونه‌ای که افکار، حقیقت محض در نظر گرفته می‌شود و رویدادهای شناختی در مقایسه با سایر منابع تنظیم رفتاری، بر رفتار و تجربه غالب می‌شود و فرد حساسیت کمتری به پیامدهای مستقیم پیدا می‌کند (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۵). به‌عنوان مثال، این فکر که من ناامید هستم مساوی با تجربه روانشناختی ناامیدی می‌شود (گرکو، لامبرت و

۱. Kashdan, Barrios, Forsyth, Steger.
2. Biglan

بائر، ۲۰۰۸).

افسردگی نپرداخته است، لذا این مطالعه با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم افسردگی، طراحی شده و انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان ولیعصر تبریز و مطب چندین نفر از متخصصان شهر تبریز در سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۸ (حدود ۳۰۰ بیمار) تشکیل دادند. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین و اطلاع‌رسانی درباره‌ی تشکیل این جلسات درمانی، از بین بیماران مایل به شرکت در جلسات، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و پس از غربالگری اولیه، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب گردیدند و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص افسردگی مطابق با معیارهای DSM 5 توسط روان‌پزشک و روان‌شناس؛ دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۶۰ سال؛ داشتن تحصیلات حداقل خواندن و نوشتن؛ داشتن توانمندی جسمانی و شناختی لازم مطابق با نظر روان‌پزشک و روان‌شناس جهت شرکت در جلسات آموزشی؛ تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات درمانی و آگاهی از روند و شرایط پژوهش، نداشتن

درمان شفقت به خود با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی توسط گیلبرت در سال ۲۰۰۵ مطرح شده است. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به خود به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شود و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با درونیات نیز آرام می‌شود (نوربالا، برجعلی و نوربالا، ۲۰۱۳). از طرفی دیگر به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر شفقت به خود با افزایش ذهن آگاهی و بهوشمندی، بتواند این افراد را از سیطره افکار خویش، بیرون کشیده و به تجربه کردن دنیای بیرونی سوق دهد. در درمان مبتنی بر شفقت به خود، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند، سپس نگرش مملو از شفقت به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام ذهن آگاهی است. در تمرین‌های خود شفقتی بر آرام‌سازی (ریلکسیشن)، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (نوربالا و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه به این‌که تاکنون مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر متغیرهای یادشده‌ی بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم

در ۸ جلسه ۲ ساعته به شیوه‌ی گروهی و هفتگی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. بسته درمانی جلسات براساس طرح درمانی گیلبرت تدوین گردید (سلیمی، ارسلان ده، زهرا کار، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۷). پس از اتمام جلسات درمانی، دو گروه به‌وسیله پرسشنامه‌های پژوهش مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. شرح مختصری از روند اجرای جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

سابقه‌ی شرکت در درمان‌های مشابه، قبل و حین جلسات آموزشی مربوط به پژوهش حاضر (تمامی افراد شرکت‌کننده به‌غیر از درمان‌های دارویی، درمان روان‌شناختی دریافت نکرده باشند). ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن همزمان اختلالات روانی دیگر به‌غیر از تشخیص دریافتی و مصرف مواد مخدر بود.

پس از طی مراحل یادشده و تکمیل پرسشنامه‌های مربوط به اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی، جلسات درمان خودشفقتی

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات درمان مبتنی بر شفقت به خود

شماره جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش - آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف جلسات درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت به خود.
جلسه دوم	توضیح و تشریح شفقت، اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات چیره شد. آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
جلسه سوم	آشنایی با ویژگی‌های افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش حس اشتراکات انسانی (پرورش و درک این نکته که دیگران نیز دارای نقابسی هستند)، آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه چهارم	ترغیب شرکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان شفقت ورز یا غیر آن با توجه به محتوای جلسات آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خویشتن و دیگران.
جلسه پنجم	آموزش روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به کار بردن این روش‌ها در زندگی روزمره و در ارتباط با دیگران.
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده، و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خودشفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و تشابه آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند والدین.
جلسه هفتم	تکمیل جدول هفتگی افکار خود انتقادگر، افکار و رفتار شفقت ورز، پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که می‌تواند اجزای تصویرپردازی‌های شفقت ورز باشند. کار روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این ویژگی، آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.
جلسه هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات شرکت‌کنندگان و ارزیابی از کل جلسات، اجرای پس‌آزمون.

ابزارهای گردآوری داده‌ها:

۱. پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II): این پرسشنامه را بوند و همکاران (۲۰۱۱) ساخته‌اند. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که هیز و همکاران ساخته‌اند. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی برمی‌گردد. مشخصات روانسنجی نسخه‌ی اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده با ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی، اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا $0/84$ (یا $0/88-0/78$) و پایایی باز آزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب $0/81$ و $0/79$ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی آن است. این ابزار همچنین اعتبار تمییزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQI را اندازه می‌گیرد، اما ثبات روانسنجی بهتری دارد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران مشخصات روانسنجی این پرسشنامه را در پژوهشی گزارش دادند. تحلیل عاملی اکتشافی ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را گزارش داد. همچنین همسانی درونی و ضریب تصنیف پرسشنامه رضایت‌بخش بود. به‌علاوه اجتناب تجربه‌ای از هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص‌های ناراحتی در پرسشنامه سلامت روان

رابطه معنی‌داری را نشان داد. همچنین نتیجه‌ی روایی افتراقی نشان داد عامل اجتناب از تجارب هیجانی در دو گروه بالینی و غیربالینی تفاوت معناداری دارد. ولی عامل کنترل روی زندگی تفاوت معناداری در دو گروه نشان نداد.

۲. پرسشنامه‌ی آمیختگی شناختی^۱ (CFQ): این پرسشنامه توسط گیلاندرز^۲ و همکاران (۲۰۱۴) ساخته شده است و دارای ۷ سؤال می‌باشد، به روش طیف لیکرت از "هیچ‌وقت درست نیست (۱)" تا "کاملاً درست است (۷)". نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر، آمیختگی شناختی بیشتر را منعکس می‌سازد. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی بر روی نمونه‌های مختلفی بالغ بر ۱۸۰۰ نفر شواهد اولیه خوبی از ساختار عاملی، پایایی، ثبات زمانی، روایی و روایی افتراقی و حساسیت به درمان نشان دادند. پایایی بازآزمایی آن بعد از دوره‌ی زمانی ۴ هفته‌ای، $0/81$ گزارش شده است. همچنین نسخه ایرانی این پرسشنامه نیز سطح قابل‌پذیرشی از روایی و پایایی را نشان داده است. پایایی پرسشنامه آمیختگی شناختی از طریق محاسبه‌ی آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی به ترتیب برابر با $0/86$ و $0/86$ به دست آمد (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۵).

یافته‌ها

نتایج ارائه‌شده در جدول شماره ۲ نشان‌دهنده آمار توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجتناب تجربه‌ای

1. Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ).

2. Gillanders

و آمیختگی شناختی در دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲. میانگین، انحراف استاندارد و واریانس نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	شاخص‌های آماری	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
گروه آزمایش	پیش‌آزمون	اجتناب تجربه	۱۵	۳۰/۶۶۶۷	۶/۰۰۷۹۳	۳۶/۰۹۵
	پس‌آزمون	اجتناب تجربه	۱۵	۳۲/۶۶۶۷	۳/۷۵۴۳۶	۱۴/۰۹۵
گروه کنترل	پیش‌آزمون	اجتناب تجربه	۱۵	۱۳/۱۳۳۳	۴/۲۹۰۶۳	۱۸/۴۱۰
	پس‌آزمون	اجتناب تجربه	۱۵	۱۹/۲۰	۸/۹۶۱۸۲	۸۰/۳۱۴
گروه کنترل	پیش‌آزمون	اجتناب تجربه	۱۵	۱۷/۶۶۶۷	۳/۸۴۸۳۱	۱۴/۸۱۰
	پس‌آزمون	اجتناب تجربه	۱۵	۲۱/۸۰	۸/۲۷۳۸۸	۶۸/۴۵۷
گروه کنترل	پیش‌آزمون	اجتناب تجربه	۱۵	۱۸/۲۰	۳/۸۵۸۲۰	۱۴/۸۸۶
	پس‌آزمون	اجتناب تجربه	۱۵	۲۵/۲۰	۸/۱۳۴۵۸	۶۶/۱۷۱

درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند میزان اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم افسردگی را کاهش دهد. جهت بررسی این فرضیه از تحلیل کواریانس استفاده شده است بر این اساس ابتدا پیش‌فرض‌های آماری خواهد آمد.

جدول ۳. نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیون به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کواریانس

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری
درمان مبتنی بر خودشفقتی	پیش‌آزمون	۲۴/۸۸۲	۱	۲۴/۸۸۲	۰/۹۷۱	۰/۳۳۳
	گروه‌ها*پیش‌آزمون	۱۹/۰۲۵	۱	۱۹/۰۲۵	۰/۷۴۴	۰/۳۹۶
	خطا	۶۶۴/۵۹۹	۲۶	۲۵/۵۶۲	-	-
	کل	۱۹۷۸۹/۰۰۰	۳۰	-	-	-

یکسان بودن شیب خط رگرسیون در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیون به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کواریانس آورده شده است. با توجه به نتایج حاصل از جدول از آنجا که سطح معنی‌داری اثر متقابل (گروه-پیش‌آزمون) $p=0/396$ بزرگتر از $0/05$ می‌باشد بنابراین فرض همگنی رگرسیون پذیرفته می‌شود. با توجه به تأیید مفروضه‌های یکسان بودن

پرنیان خوی و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بیماران مبتلا به...

شیب خط رگرسیون و همسانی واریانس، در ادامه به بررسی آزمون تحلیل کواریانس برای این فرضیه خواهیم پرداخت که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لون مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F
۰/۲۸۴	۲۸	۱	۱/۱۹۳

جدول شماره ۵. نتایج تحلیل کواریانس درمان مبتنی بر خودشفقتی بر اجتناب تجربه‌ای در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
درمان مبتنی بر خودشفقتی	پیش‌آزمون گروه‌ها	۱۳۵/۴۳۲	۱	۱۳۵/۴۳۲	۵/۲۹۸	۰/۰۳۰	۰/۳۳۹	۰/۷۰۱
	خطا	۶۶۴/۵۹۹	۲۶	۲۵/۵۶۲	-	-	-	-

- درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند میزان آمیختگی شناختی بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم افسردگی را کاهش دهد.

جهت بررسی این فرضیه نیز از تحلیل کواریانس استفاده شده است بر این اساس ابتدا پیش‌فرض‌های آماری خواهد آمد.

- یکسان بودن شیب خط رگرسیون

در جدول ۶ نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیون به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کواریانس آورده شده است. با توجه به نتایج حاصل از جدول از آنجا که سطح معنی‌داری اثر متقابل (گروه - پیش‌آزمون) $p=0/421$ بزرگتر از $0/05$ می‌باشد بنابراین فرض همگنی رگرسیون پذیرفته می‌شود.

- مفروضه همسانی واریانس

برای بررسی همسانی واریانس از آزمون لون مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها استفاده می‌شود.

جدول شماره ۵ نتایج تحلیل کواریانس، درمان مبتنی بر خودشفقتی بر اجتناب تجربه‌ای در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌ها برحسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون در سطح آلفای $0/5$ ($P < 0/030$) معنادار می‌باشد. با توجه به مجذور اتا، میزان تأثیر این مداخله در پس‌آزمون ۳۳ درصد است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر خودشفقتی (آزمایش و کنترل) بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم افسردگی گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته است. توان آماری $0/701$ حاکی از دقت آماری می‌باشد. لذا با توجه به نتایج حاصل فرض پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان تأیید گردید.

همان‌طورکه در جدول ۷ مشاهده می‌شود واریانس‌های گروه‌ها در جامعه تأیید گردید پیش‌فرض لون مبنی بر فرض تساوی ($P < 0/841$).

جدول ۶. نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیون به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کواریانس

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری
درمان مبتنی بر خودشفقتی	پیش‌آزمون	۳۸۴/۰۶۱	۱	۳۸۴/۰۶۱	۲۱/۷۵۶	۰/۰۸۹
	گروه‌ها* پیش‌آزمون	۳۳۳/۵۱۲	۱	۱۸/۸۹۲	۰/۱۸۸	۰/۴۲۱
	خطا	۴۵۸/۹۸۶	۲۶	۱۷/۶۵۳	-	-
	کل	۲۶۶۵۶/۰۰۰	۳۰	-	-	-

جدول ۷. نتایج آزمون لون مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F
۰/۸۴۱	۲۸	۱	۰/۰۴۱

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس درمان مبتنی بر خودشفقتی بر آمیختگی شناختی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
درمان مبتنی بر خودشفقتی	پیش‌آزمون	۳۸۴/۰۶۱	۱	۳۸۴/۰۶۱	۲۱/۷۵۶	۰/۰۸۹	۰/۴۵۶	۰/۹۹۴
	گروه‌ها	۶۵۵/۴۲۷	۱	۶۵۵/۴۲۷	۳۷/۱۲۸	۰/۰۰۰	۰/۵۸۸	۰/۹۸۱
	خطا	۴۵۸/۹۸۶	۲۶	۱۷/۶۵۳	-	-	-	-

در سطح آلفای ۰/۱ ($P < 0/000$) معنادار می‌باشد. با توجه به مجذور اتا، میزان تأثیر این مداخله در پس‌آزمون ۵۸ درصد است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر خودشفقتی (آزمایش و کنترل) بر آمیختگی شناختی بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم افسردگی گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته است. توان آماری ۰/۹۸۱ حاکی از دقت آماری می‌باشد. لذا با توجه به نتایج حاصل فرض پژوهش با ۹۹ درصد اطمینان تأیید گردید.

با توجه به تأیید مفروضه‌های یکسان بودن شیب خط رگرسیون و همسانی واریانس در ادامه به بررسی آزمون تحلیل کواریانس برای این فرضیه خواهیم پرداخت که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۸ نتایج تحلیل کواریانس، درمان مبتنی بر خودشفقتی بر آمیختگی شناختی در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌ها بر حسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج پژوهش مؤید اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر آمیختگی شناختی بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم افسردگی بود. اگرچه پژوهشی که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های پژوهش حاضر باشد، مشاهده نگردید، ولی مرور برخی پژوهش‌ها از جمله پژوهش گیلاندرز، سینکلیر، مک لین و جاردین^۱ (۲۰۱۵)، بیانگر آن است که خصیصه‌ی خود شفقتی، اثر آمیختگی شناختی را کاهش می‌دهد و این امر باعث می‌شود که از میزان اضطراب و افسردگی کاسته شود. افزون بر این، پیش‌بینی‌ها براساس درمان‌های ACT (و سایر درمان‌ها از جمله درمان مبتنی بر خود شفقتی) پیشنهاد می‌کنند که خودشفقتی بایستی اثرات منفی آمیختگی شناختی را کاهش دهد (گیلبرت^۲، ۲۰۱۰).

همان‌گونه که قبلاً گفته شد، یک تعریف عملی رفتاری وسیع‌تر از آمیختگی شناختی، شامل تسلط رویدادهای شناختی در تجربه یک شخص، ناتوانی در دیدن رویدادهای شناختی از رویکردی متفاوت، نشان دادن واکنش هیجانی به افکار، رفتاری که به طور زیادی تحت رویدادهای شناختی تنظیم می‌گردد، تلاش برای کنترل افکار، تحلیل بیش از حد موقعیت، ارزیابی و قضاوت در مورد محتوای افکار و همچنین جنبه تحت‌اللفظی و قراردادی و باورپذیری است (گیلاندرز، ۲۰۱۴؛ به نقل از سلطانی و همکاران، ۱۳۹۵). فنون درمان مبتنی بر شفقت، بسیاری از این امور را هدف قرار می‌دهد. در این درمان به افراد کمک می‌شود تا

احساسات خود را سرکوب نکنند و در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس و سپس نسبت به خود مهرورزی داشته باشند که این امر مستلزم چشم‌انداز روانی متعادلی به نام ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند (شریعتی، حمید، هاشمی، بشلیده و مرعی، ۱۳۹۵). تأکید این روش درمانی بر ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی، نقش به سزایی در آرامش فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد (نف و گریمر^۳، ۲۰۱۳). همان‌گونه که گفته شد، وجود افکار منفی یکی از ویژگی‌های بارز آمیختگی شناختی در افراد افسرده است. از سویی دیگر، ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا هیجانات و افکار خود را همان‌گونه که هستند، بپذیرد و این امر مغایر با کنترل افکار و رویدادها و قضاوت در مورد محتوای افکار و رویدادها است، امری که در وضعیت آمیختگی شناختی به چشم می‌خورد.

همچنین نف و مک گیپی^۴ (۲۰۱۰) معتقدند که به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه‌ی معیوب انتقاد نسبت به خویشتن و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار داده و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خویش، معیارهای واقعی و قابل‌دستیابی را مجدداً طراحی کند.

از سویی دیگر، یکی از تکنیک‌های درمان مبتنی بر خودشفقتی که روی یکی از خصیصه‌های

3. Neff and Germer

4. Mc Gehee

1. Gillanders, Sinclair, MacLean, Jardine

2. Gilbert

کاهش میزان اجتناب تجربه‌ای و به دنبال آن باعث کاهش افسردگی فرد می‌شود. به بیان دیگر، افراد با استفاده از بهوشیاری، تجربه‌های هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرش مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند. در واقع خودشفقتی بالا باعث می‌شود که فرد تمام هیجان‌ات و تجارب درونی را به‌عنوان بخشی از وجود خود بپذیرد؛ زیرا فرد نمی‌تواند در خصوص هیجان‌ات خویش که بخشی از وجود اوست، مهربان باشد و درعین حال از هیجان‌ات درونی اجتناب کند. همچنین شفقت به خود مستلزم ایجاد تعادل در خصوص هیجان‌ات منفی است تا در احساسات دردناک نه اغراق شود و نه از آن‌ها اجتناب شود، بلکه هیجان‌ات فقط به‌عنوان تجربه کنونی دیده شوند.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین از کارکنان محترم بیمارستان ولیعصر تبریز و پزشکان محترمی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر می‌گردد.

حشمتی، رسول؛ ناصری، الهه؛ پرنیان خوی، مریم (۱۳۹۷). نقش سرکوبگری عاطفی و توانمندی ایگو در پیش‌بینی مصرف و عدم مصرف سیگار در بیماران مبتلا به سرطان. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۷ (۴)، ۱۹-۷.

اصلی آمیختگی شناختی تمرکز دارد، این است که فرد اشتباهات خود را بدون قضاوت بپذیرد و دلایل اشتباه خود را مشخص کرده و یک‌جانبه به قضیه ننگرد؛ و به‌جای آنکه صرفاً روی یک بعد از رویداد متمرکز شود، راهکارهایی متفاوت را برای اشتباه خویش ارائه دهد.

به‌طور خلاصه، درمان مبتنی بر خود شفقتی به فرد کمک می‌نماید تا به مقابله با افکار خودانتقادگری پرداخته، اشتباهات خویش را بپذیرفته و ببخشد، در مقابل افکار و احساسات خود تخریب‌گرانه ایستاده و حس اشتراکات انسانی و احساس خود ارزشمندی را پرورش دهد.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که نمره اجتناب تجربه‌ای افراد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل پس از شرکت در جلسات درمانی کاهش یافته است. لذا افزایش خودشفقتی باعث کاهش میزان اجتناب تجربه‌ای می‌شود. این یافته با سایر پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته است همسو می‌باشد (کهرتی، پورشریفی، حشمتی، ۱۳۹۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر خودشفقتی با افزایش دادن میزان بهوشیاری و بالا بردن آگاهی فرد از هیجان‌ات درونی از اجتناب فرد از هیجان‌ات دردناک و ناراحت‌کننده جلوگیری می‌کند؛ بنابراین باعث

منابع

اکبری، محبوبه؛ لطفی کاشانی، فرح (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی چهار عاملی بر افزایش احقاق جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۶ (۳)، ۷۳-۵۷.

پرنیان خوی و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بیماران مبتلا به...

مهرورزی بر افسردگی و خود انتقادی دانشجویان دختر. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۷ (۱)، ۴۳-۵۰.

کهرتی، لیلا؛ حشمتی، رسول؛ پورشریفی، حمید (۱۳۹۷). بررسی روابط ساختاری افسردگی بر مبنای اجتناب تجربه‌ای و سرکوبگری عاطفی: نقش میانجی شفقت بر خود. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴ (۳)، ۲۸۴-۲۹۶.

موسوی، سیده حکیمه؛ باقریان سرارودی، رضا؛ مسچی، فرحناز؛ خلعتبری، جواد؛ تاجری، بیوک (۱۳۹۹). نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۹ (۱)، ۹۴-۷۹.

Association A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5). American psychiatric publication.

Biglan, A., Gau, J. M., Jones, L. B., Hinds, E., Rusby, J. C., Cody, C., & Sprague, J. (2015). The role of experiential avoidance in the relationship between family conflict and depression among early adolescents. *Journal of contextual behavioral science*, 4(1), 30-36.

سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی. (ترجمه فرزین رضائی)، تهران: انتشارات ارجمند.

سلطانی، اسماعیل؛ مؤمن‌زاده، سیروس؛ حسینی، سیده زهره؛ بحرینیان، سید عبدالمجید (۱۳۹۵). مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه آمیختگی شناختی. *پژوهنده*، ۲۱ (۵): ۲۹۷-۲۹۰.

سلیمی، آرمان؛ ارسلان ده، فرشته؛ زهرا کار، کیانوش؛ داورنیا، رضا؛ شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *مجله افتخ دانش*، ۲۴ (۲)، ۱۳۱-۱۲۵.

شریعتی، مریم؛ حمید، نجمه؛ هاشمی، سید اسماعیل؛ بشلیده، کیومرث؛ مرعشی، سید علی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر

Bond F. W, Hayes S. C, Baer R. A, Carpenter K. M, Guenole N, Orcutt H. K, Walts T, Zettle R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*; 42 (4): 676-88.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties

- of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Boyes, A.W., Girgis, A., D'Este, C. A., Zucca, A. C., Lecathelinais, C., Carey, M. L. (2013). Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: A population-based longitudinal study. *Journal of Clinical Oncology*, 31, 2724-2729. [Cross Ref] [PubMed].
- Conley C, Bishop B, Andersen B. (2016). Emotions and emotion regulation in Breast cancer survivorship. *HealthCare*, 4, 56: 1-22.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ...& Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5).
- Gilbert P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland: New Harbinger.
- Gillanders D. T, Bolderston H, Bond F. W, Dempster M, Flaxman P. E, Campbell L, et al. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*; 45(1): 83-101.
- Gillanders D. T, Sinclair A. A. K, MacLean M, Jardine K. (2015). Illness cognitions, Cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous of adults, after Cancer. *Journal of contextual behavioral science*; 4: 300-311.
- Hayes S. C, Strosahl K. D, Wilson K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York: Guilford press.
- Hinz, A., Herzberg, P. Y., Lordick, F., Weis, J., Faller, H., Brahler, E., Harter, M., Wegscheider, K., Geue, K., Mehnert, A. (2019). Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal of cancer care*, 1-11.
- Kashdan T. B, Barrios V, Forsyth J. P, Steger M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies.

- Behavior research and therapy*; 44 (9): 1301-2.
- Mathews, A., Ridgeway, V., Warren, R., Britton, P. (2002). Predicting worry following a diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 11, 415-8.
- Neff K.D, Germer C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*; 69: 28-44.
- Neff K.D, Mc Gehee P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*; 9: 225-240.
- NOORBALA, Fatemeh, et al. Effectiveness of compassionate mind training on depression, anxiety, and self-criticism in a group of Iranian depressed patients. *Iranian journal of psychiatry*, 2013, 8.3: 113.
- Weinberger, M. I., Bruce, M., Roth, A., Breitbart, W., Nelson, C. (2011). Depression and barriers to mental health care in older cancer patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 21-26.
- World Health Organization (WHO). What is cancer? [Cited 2017 APR 21]. Available from: <http://www.who.int/cancer/en>.