

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy with a Look at Compassion Therapy on Rumination and Mental Health of Women with Breast Cancer

Article Info	Abstract
<p>Authors: Fatemeh Soghra Karbalai Harafteh^{1*} Aram Pezeshki Almani² Mohammad Reza Bagheri³ Elmira Khalilzadeh Klagar⁴</p>	<p>Purpose: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment with a view to compassion therapy on rumination and mental health of women with breast cancer in Tehran in 2019.</p> <p>Methodology: It was a quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study included all women with breast cancer in Tehran who were selected by convenience sampling method and were divided into experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The experimental group underwent 8 sessions of 90 minutes of group therapy based on acceptance and commitment with compassionate therapy, and the control group waited for treatment during this period. Data collection method was based on the standard questionnaire of Nolen Hoxma and Murrow (1991) and the standard questionnaire of mental health Goldberg (1973). The analysis of the information obtained from the questionnaires was performed through SPSS19 software in two descriptive and inferential sections (analysis of covariance).</p>
<p>Keywords: Ruminant, Mental Health, Acceptance and Commitment, Compassion Therapy, Breast Cancer</p>	<p>Findings: The results showed that acceptance and commitment based therapy group with a focus on compassion therapy reduced "rumination" of women with breast cancer.</p>
<p>Article History: Received: 2020-12-06 Accepted: 2021-01-19 Published: 2021-05-22</p>	<p>Conclusion: The results also showed that acceptance and commitment based therapy group with a focus on compassion therapy improved mental health in women with breast cancer. Therefore, the findings of the present study showed that the treatment of acceptance and commitment combined with compassionate therapy is effective in reducing rumination and increasing the mental health of patients with breast cancer.</p>
<p>Correspondence: Email: karbalai_996@yahoo.com Phone: Address:</p>	<p>Footnote:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran (Corresponding Author).2. Master of Clinical Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.3. Master of Personality Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.4. Master of Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی بر نشخوار فکری و

سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه

فاطمه صغری کربلایی هرفته^{۱*}، آرام پزشکی آلمانی^۲، محمدرضا باقری^۳، المیرا خلیل زاده کلاگر^۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی بر نشخوار فکری و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه شهر تهران بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توأم با شفقت درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل در طول این مدت در انتظار درمان ماندند. روش جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه استاندارد نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) و پرسشنامه استاندارد سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۳) انجام گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS19 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی باعث کاهش «نشخوار فکری» زنان مبتلا به سرطان سینه شد. همچنین نتایج نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی باعث بهبود سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان سینه شد. بنابراین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد توأم با شفقت درمانی بر کاهش نشخوار فکری و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی باعث کاهش نشخوار فکری در زنان مبتلا به سرطان سینه شد.

کلید واژه‌ها: نشخوار فکری، سلامت روان، پذیرش و تعهد، شفقت درمانی، سرطان سینه

۱. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول) karbalai_996@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

سرطان یک اصطلاح کلی برای توصیف گروه بزرگی از بیماری‌ها است که با رشد کنترل نشده سلول‌های بدن و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می‌گردد (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۹). در سال ۲۰۱۲ (آخرین سالی که اطلاعات جامعی در دسترس می‌باشد)، تعداد ۱۴/۱ میلیون مورد جدید سرطان برآورده شده است و تعداد ۸/۲ میلیون مرگ و میر ناشی از بیماری سرطان، گزارش شده است (فرلای، سوئرجماتارم، دیکشیت، اسر، مترس، روبیلو و برای^۲، ۲۰۱۵). بر اساس 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). احتمال می‌رود تا سال ۲۰۳۰ با توجه به رشد جمعیت از یک سو و پیری جمعیت از سوی دیگر، معضل جهانی سرطان، سیر صعودی در پیش گیرد (کنلی، بایشاپ و آندرسون^۴، ۲۰۱۶). با وجود پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان انواع سرطان، اغلب این درمان‌ها با عوارض جانبی بسیاری همراه هستند (کاراسنی و شکودرا^۵، ۲۰۱۹). سرطان سینه سومین سرطان شایع در جهان است (گوچ و اسچنابل^۶، ۲۰۱۹). شایع‌ترین سرطان در زنان (کاستانزا و چن^۷، ۲۰۱۳) و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در میان آنان است (فلیتچر^۸، ۲۰۱۳). در ایران نیز سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در میان زنان می‌باشد (محبت بهار، گلزاری، اکبری و مرادی جو، ۱۳۹۴). این سرطان می‌تواند در اثر عوامل متعددی چون سن، جنس، نژاد، بیماری خوش خیم قبلی در سینه، سابقه سرطان قبلی در فرد، سن قاعدگی و منارک زودرس، یائسگی دیررس، بارداری در سنین بالا، وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتر، داشتن سابقه فامیلی در سرطان‌های سینه و تخمدان، برخورد با اشعه یونیزان به وجود آید (وزیری، کاشانی، جمشیدی فر، وزیری و جعفری، ۲۰۱۴).

عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان سینه و بستری شدن در بیمارستان تاثیر گوناگون بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده اش دارد (ژاو^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). وضع ظاهری اکثر بیماران به دلیل ریزش مو و یا از دست دادن یک عضو تغییر می‌کند (ویسنت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). به علاوه این بیماری به عملکرد جنسی و عزت نفس فرد آسیب می‌رساند (اسکور^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴) و نیز تصویر بدنی را کاهش داده، سرانجام در بیمار مشکلات جنسی ایجاد می‌کند (موریرا و کاناوارو^{۱۲}، ۲۰۱۰). همچنین سبب بروز مشکلات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی در فرد می‌شود (پارک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۸). معمولا اولین واکنش قابل پیش بینی بعد از شنیدن بیماری سرطان، ضربه روان است که می‌تواند حالت‌هایی همچون یاس و ناامیدی، غمگینی، خشم، ناکامی، احساس نابودی، احساس تنهایی، ترس، افسردگی و نشخوار فکری، در پی داشته باشد (گادو^{۱۴}، ۲۰۱۸). نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود و طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص می‌گردد و بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی تکرار می‌شوند. نشخوار فکری می‌تواند موجب افزایش اثرات خلق منفی روی حل مساله و انگیزش شود. همچنین، این امر، تفکر افراد را به طور منفی جهت دار می‌کند و توان حل مسئله آنها را ضعیف می‌کند (حیدریان، زهراکار و محسن زاده، ۱۳۹۵). در این مرحله، فرد به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسئولیت خودش در قبال ایجاد یا پیشگیری

1. World Health Organization
2. Ferlay, Soerjomataram, Dikshit, Eser & et al.
3. Siegel, Miller and Jemal
4. Conley, Bishop, Anderson
5. Caraceni & Shkodra
6. Gooch & Schnabel
7. Costanza, & Chen
8. Fletcher
9. Zhu
10. Whisenant
11. Schover
12. Moreira & Canavarro
13. Park
14. Gadow

از پیامدهای فجایع مرتبط با افکار دست می زند و سعی در کنترل این افکار دارد (موبرلی و دیکسون^۱، ۲۰۱۶). بررسی مودینی، راپ و ابوت^۲ (۲۰۱۸) نشان می دهد افرادی که نمی توانند پاسخ های هیجانی خود نسبت به رویدادهای روزمره را به طور موثری مدیریت کنند، دوره های شدیدتر و طولانی تری از ناراحتی های روانی را تجربه می کنند. همچنین شکور، توکل زاده، کریمی و توکل (۱۳۸۸)، در مطالعه خود نشان دادند که وجود بیماری مزمن و ناتوان کننده در افراد به مشکلات روحی-روانی و تغییرات وسیعی در کلیه ابعاد زندگی تمام اعضای خانواده منجر شود و بر تعاملات آنها به صورت منفی اثر می گذارد و نشخوار فکری بیمار و اطرافیانش رو افزایش می دهد. پاتون، وار، مک فرسون، امرسون و لنوکس^۳ (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند بیماران مبتلا به سرطان، احساس محرومیت، سطوح بالایی از اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری بیشتری را تجربه می کنند.

از سوی دیگر این بیماری با ایجاد عوامل تنش زای جسمی و روانی مختلف چون درد، فقدان سلامتی، از دست دادن شغل، محرومیت حسی، احساس مرگ قریب الوقوع و درجات متفاوتی از واکنش های روانی نظیر ناامیدی، خستگی، موجب احساس بی ارزشی و کاهش اعتماد به نفس در بیماری می شود (فتولا، گارنرو، والوری، سالواتیکو، وادو^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). به علت طول مدت و شدت این بیماری، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران، دست خوش تغییرات فراوانی می گردد (کردستانی و قمری، ۱۳۹۶). این تغییرات بیمار را در معرض خطر بیماری های روانی مثل اضطراب و افسردگی قرار می دهد (گاویا، زیکس، کولون، ویرا و ریبرو^۵، ۲۰۱۷). شیوع افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان از ۱۵ تا ۳۶ درصد متفاوت بوده و حتی تا ۷۷/۵ درصد نیز گزارش شده است. هم چنین ۴۰ درصد این بیماران ممکن است دچار اختلالات اضطرابی شوند. مطالعات نشان داده اند که سطح کلی اضطراب این بیماران ۶۰ درصد بیشتر از افراد سالم است. همراهی اضطراب و افسردگی با یک بیماری مزمن نظیر سرطان، باعث افزایش مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی و افزایش نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه ها می شود (شهرویی، مهرابی زاده هنرمند، عادل، شهرویی و شهرویی، ۱۳۹۵). همچنین، این اختلالات منجر به عدم تحمل فعالیت شده و باعث می شود بیمار استقلال خود را در انجام فعالیت های معمول زندگی از دست داده و در امر مراقبت از خود به دیگران وابسته شود (کترر، درایوس، مک کارد، موسلام و هادسون^۶، ۲۰۱۴). پیامد اصلی این وابستگی عملکرد مختل و ایجاد محدودیت هایی در وظایف شغلی، خانوادگی واجتماعی است که در نهایت سبب اختلال در سلامت روان و انزوای اجتماعی بیمار می شود (هالمو، گلوزکا، لانگوا و گالوزکوا^۷، ۲۰۱۵).

اخیرا نسل سوم درمان های شناختی رفتاری مانند درمان پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، بر هدف قرار دادن نیازهای بیماران مبتلا به بیماری مزمن متمرکز کرده اند. مداخلات در درمان پذیرش و تعهد برای افراد مبتلا به سرطان، با هدف مدیریت پیشانی های مرتبط با درد مزمن و استرس که ایجاد چالش های هیجانی می کنند و همچنین برای بهبودی مهارت های خودمدیریتی انجام می شود (افشاری، ۱۳۹۷). درمان پذیرش و تعهد را می توان ترکیبی از استراتژی های پذیرش و خودآگاهی برای تغییر رفتار آشکار توصیف کرد که برای بهبودی چیزی که انعطاف پذیری روانشناختی نامیده می شود، تلاش می کند؛ بنابراین از جمله اهداف پایه در درمان پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف پذیری روانی است (سیانتوری، کلیات و واردانی^۸، ۲۰۱۸). نتایج تحقیقات واکفیلد، روبوک و بویدن^۹ (۲۰۱۸) نشان دهنده اهمیت پذیرش روانی به خصوص در مورد عملکردهای روانشناختی است و بیمارانی که گزارش می کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان شناختی منفی، تجارب هیجانی و افکار و خاطرات نامطلوب دارند عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می دهند. همچنین اثربخشی راهبردهای پذیرش و تعهد بر بهبود کارکرد و کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در افراد مبتلا به بیماریهای

1. Moberly & Dickson
2. Modini, Rapee & Abbott
3. Patton, Ware, McPherson, Emerson & Lennox
4. Feola, Garner, Vallauri, Salvatico, Vado
5. Gouveia, Xia, Colón, Vieira & Ribeiro
6. Ketterer, Draus, McCord, Mossallam & Hudson
7. Halmo, Galuszka, Langova & Galuszkova
8. Sianturi, Keliat & Wardani
9. Wakefield, Roebuck & Boyden

مزمّن دیگر نیز بررسی گردیده و مطالعات نشان داده است که گروهی که تحت درمان با این رویکرد قرار داشته اند نسبت به گروه کنترل از کارکردهای بالاتر و کیفیت زندگی بهتر و بهزیستی روانشناختی بالاتر برخوردار بوده اند (توهیگ و لوین^۱، ۲۰۱۷).

یکی دیگر از این رویکردها که در سال های اخیر مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، رویکرد درمان متمرکز بر شفقت^۲ است. شفقت خود بر اساس تعریف نف (۲۰۰۳) این متغیر از سه مولفه تشکیل شده است: مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، حس مشترک انسان در مقابل انزوا و هشیاری در مقابل فزون همانندسازی. ترکیب این سه مولفه مرتبط با یکدیگر، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد. مهربانی با خود، توجه به درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی ها و بی-کفایتی های خود است. اعتراف به این که همه انسان ها دارای نقص هستند، اشتباه می کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می شوند، مشخصه مشترک انسانی است. به هشیاری در مقابل همانندسازی فراینده منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می شود و باعث می شود جنبه های دردناک نادیده گرفته نشود و در عین حال نیز مکررا ذهن را اشغال نکند. افراد در حین تجربه رنج و مقابله با چالش های زندگی ممکن است به جای آن که با هشیاری به تماشای خود بنشینند و از چشم انداز بالاتری به تجربه خویش بنگرد که سبب واقع بینی و جامع بینی آنها شود، خود را به طور ناهشیار مورد ارزیابی منفی قرار دهند (نف، ۲۰۱۶). کسانی که نمره بالایی در شفقت خود کسب می کنند نمره کمتری در نوروگرایی و افسردگی می گیرند و نمره بالاتری در رضایت از زندگی، پیوند اجتماعی^۳، سلامت ذهنی^۴ و سازگاری حاصل می کنند (یانگ، زانگ و کو^۵، ۲۰۱۶). شفقت به خود علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالت های روانی منفی محافظت می کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. بیماران سرطانی از جمله گروه های آسیب پذیر جامعه هستند، بیماری و مشکلات جسمانی آنها موجب آسیب پذیرتر شدن این طیف از جامعه می شود. بیماری می تواند بر مسائل زناشویی، خانوادگی و شغلی این افراد تاثیر بسزایی بگذارد. با توجه به این که تا کنون در ایران و سایر کشورها پژوهشی در خصوص بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام نگرفته است و شناسایی چنین شیوه های درمانی که بتواند این عوامل را در بیماران افزایش دهد؛ می تواند به کاهش مشکلات و افزایش توانمندی این بیماران کمک کند، لذا در این پژوهش پژوهشگر می خواهد به این مسئله بپردازد: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی بر نشخوار فکری و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه شهر تهران چه تاثیری دارد؟

روش

طرح این پژوهش از نوع طرح های نیمه آزمایشی با گروه کنترل، همراه با پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش استان تهران در سال ۱۳۹۸ است. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری هدفمند و داوطلبانه در دسترس استفاده شد. با بیماران در سالن های انتظار و درمانگاه کلینیک در مورد مطالعه و جلسات گروهی صحبت شد. در مرحله بعد، افراد داوطلب و واجد شرایط فرم مشخصات عمومی را تکمیل نمودند. پس از بررسی فرم ها از ۳۰ نفر از داوطلبان برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. سپس افراد به پرسشنامه های نشخوار فکری و سلامت روان پاسخ دادند و نتایج ثبت شد. در مرحله بعد، افراد به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه دو ساعته آموزش قرار گرفت. محتوای جلسات فوق در جدول (۱) آمده است. پس از پایان جلسات هر دو گروه مجدداً با پرسشنامه های یاد شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

1. Twohig & Levin
2. Compassion Focused Therapy (CFT)
3. Social links
4. Mental health
5. Yang, Zhang & Kou

پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱): نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه ای خود آزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلف منفی را مورد ارزیابی قرار می داد. پرسشنامه سبک های پاسخ از دو مقیاس پاسخ های نشخواری و مقیاس پاسخ های منحرف کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند (ترینر گنزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش های مختلف نشان می دهند همبستگی بازآزمایی برای مقیاس پاسخ های نشخواری، ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴). این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. اعتبار پیش بین مقیاس پاسخ های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. چنان که در قبلا توضیح داده شد، نتایج پژوهش های زیادی نشان می دهند که مقیاس پاسخ های نشخواری می تواند شدت افسردگی را در دوره های پیگیری در نمونه های بالینی و غیربالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس زا، پیش بینی کند. هم چنین، بر پایه یافته های پژوهشی، این مقیاس می تواند آسیب پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به علاوه نشان داده شده است که این مقیاس می تواند پیش بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد.

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲): پرسشنامه سلامت روان یک پرسشنامه سرندي مبتنی بر روش خودگزارش دهی است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است: خرده مقیاس نشانه های جسمی، اضطراب و بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی. مدت زمان اجرای آزمون به طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۲ دقیقه است. روش نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه الف تا ده نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات ۴ زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی را بدست می آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می باشد. اعتبار وروایی: تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ درصد مطالعه درباره روایی پرسشنامه GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام رسیده بود. به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی این پژوهش ها فرا تحلیلی شده و نتایج نشان دادند متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر ۰/۸۲ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ است (ویلیامز و گلدبرگ، ۱۹۸۸، به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). به منظور ارزشیابی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی به اعتقاد گلدبرگ (۱۹۷۹)، بررسی همسانی درونی که از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه گیری می شود برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کرده اند. ثبات درونی را باروش آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ گزارش شده است.

مداخله پذیرش و تعهد توام با شفقت: محتوای مداخله پذیرش و تعهد توام با شفقت بر اساس دستور العمل هیز (۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۱۰) تهیه شده است. ابتدا فرمت جلسات پروتکل شفقت بر اساس گیلبرت (۲۰۱۰) توسط پژوهشگر تدوین و آماده شد و روایی محتوایی نیز با نظر خواهی از سه نفر متخصص روانشناسی آشنا به درمان های موج سوم، تایید شد. سپس بر اساس ساختار جلسات درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت (دانشمندی، ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵)، ابتدا مداخله شفقت و تکنیک های مرتبط و سپس اکت به صورت گروهی در ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای (هفته ای دو بار) برای آزمودنی های گروه آزمایش دوم اجرا شد. پس از پایان مداخله، جلسات به صورت فشرده به همراه تهیه بروشور برای گروه کنترل نیز در نظر گرفته شد. خلاصه جلسات مداخله شفقت در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله ای شفقت

اول	<p>دستور جلسه: آشنایی با اعضا و معرفی روش درمان</p> <p>هدف و محتوای جلسه: معرفی جلسات درمانی و انجام پیش آزمون و معرفی و آشنایی با اعضای گروه، بیان قواعد گروه و اهداف، معرفی درمان اکت متمرکز بر شفقت، رنج، التیام و معرفی دلایل رنج انسان</p> <p>تکلیف: مشاهده رنج پشت رفتار خود و همکاران</p>
دوم	<p>دستور جلسه: خلاصه ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها</p> <p>هدف و محتوای جلسه: کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه، معرفی سیستم های تنظیم هیجان، معرفی انواع رنج انسان، معرفی انواع نیازهای انسان، معرفی ابعاد شفقت</p> <p>تکلیف: انجام تمرین خود، ارائه تکلیف بررسی رفتارها بر اساس انواع خود</p>
سوم	<p>دستور جلسه: بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد، معرفی استدلال منطقی و استدلال شفقت آمیز،</p> <p>هدف و محتوای جلسه: بازخورد جلسه قبل، خلاصه ای از جلسات گذشته، بیان کنترل به عنوان مساله (مشکل)، مغز آگاه</p> <p>تکلیف: بررسی تکلیف هفته گذشته، ارائه برگه تکلیف و سپس بررسی آن بر اساس استدلال مهربانانه</p>
چهارم	<p>دستور جلسه: معرفی تمایل/پذیرش، معرفی گسلش، درگیر شدن با اعمال هدفمند، معرفی احساس مهربانانه</p> <p>هدف و محتوای جلسه: کاربرد تکنیک های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خوبا افکار و عواطف</p> <p>تکلیف: بازخورد جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، ارائه برگه تکلیف نگاه ذهن آگاهانه به احساسات و ماندن با احساسات، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، انجام تمرین مهربانی گرفتن از همکاران، اجرای تکلیف مهربانی کردن به همکاران، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان</p>
پنجم	<p>دستور جلسه: مشاهده خود به عنوان زمینه، معرفی تصور شفقت آمیز</p> <p>هدف و محتوای جلسه: ارائه خلاصه ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، کاربرد تکنیک های ذهن آگاهی، انجام تصویرسازی، معرفی ویژگی های انسان مهربان</p> <p>ارائه تکلیف: برگه تکلیف شامل نگاه ذهن آگاهانه به رنج، استدلال مهربانانه نسبت به رنج، دیدن ذهن آگاهانه احساسات و انجام تصویرسازی در موقع داشتن رنج</p>
ششم	<p>دستور جلسه: تضاد بین تجربه و ذهن، معرفی مهارت توجه شفقت آمیز</p> <p>هدف و محتوای جلسه: ارائه خلاصه ای از جلسات قبل، گرفتن بازخورد از روند جلسات، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند، معرفی ابعاد مختلف توجه شفقت آمیز، معرفی بدون قضاوتی بودن</p> <p>تکلیف: بررسی تکلیف های جلسه گذشته، ارائه تکلیف برشمردن ارزش های مثبت و منفی خود و همکاران و تمرین توجه به جای خشک بودن</p>
هفتم	<p>دستور جلسه: معرفی مفهوم ارزش، معرفی مهارت تجربه حسی شفقت آمیز</p> <p>هدف و محتوای جلسه: نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش های عملی زندگی، بازگویی مجدد ویژگی های انسان مهربان، معرفی رفتار مهربانانه، معرفی انواع رفتار شفقت آمیز</p> <p>تکلیف: بازخورد جلسه قبل، خلاصه ای از جلسات گذشته، ارائه تکلیف انجام تمرین انواع رفتارهای مهربانانه در رفتارهای روزمره که در ابتدا یکی یکی رفتارها را تمرین کنید</p>
هشتم	<p>دستور جلسه: درک ما هیت تمایل و تعهد</p> <p>هدف و محتوای جلسه: تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش ها، معرفی مجدد رفتار مهربانانه</p>

تکلیف: بازخورد جلسه قبل، بررسی تکلیف هفته گذشته، بررسی مورد به مورد رفتارها با توجه به آموزش های جلسات قبل

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS19 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت

یافته ها

یافته های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه گردید. ابتدا با بیان شاخص های میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه گروه های مورد مطالعه به توصیف کلی موقعیت پژوهش پرداخته سپس با اطمینان از رعایت پیش فرض های مورد نیاز، عملیات آماری تحلیل کوواریانس اجرا گردید. جدول ۲ میانگین، انحراف معیار و اختلاف میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد:

جدول ۲. آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها

شاخص آماری	گروه	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
نشخوار فکری	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۷۶/۸۵	۱۴/۹۱	۴۷/۰۰	۹۲/۰۰
		پس آزمون	۱۵	۷۴/۱۰	۱۱/۷۷	۱۱/۰۰	۵۴/۰۰
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۸۱/۲۶	۳/۵۷	۴۳/۰۰	۵۶/۰۰
		پس آزمون	۱۵	۵۰/۴۰	۳/۲۱	۴۶/۰۰	۵۶/۰۰
سلامت روان	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۳۹/۵۵	۶/۴۳	۲۱/۰۰	۴۵/۰۰
		پس آزمون	۱۵	۴۱/۶۰	۱۳/۰۷	۴۵/۰۰	۸۷/۰۰
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۴۲/۸۰	۳/۳۹	۴۵/۰۰	۵۶/۰۰
		پس آزمون	۱۵	۶۷/۳۳	۳/۳۱	۴۵/۰۰	۶۱/۰۰

اطلاعات توصیفی میزان نشخوار فکری و سلامت روان به طور کلی در جدول ۲ به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. همچنان که ملاحظه می شود میانگین گروه نشخوار فکری در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می دهد، همچنین در سلامت روان در پس آزمون گروه آزمایش بهبود نشان می دهد.

از آنجایی که یکی از پیش شرط های لازم برای اجرای روش آماری تحلیل کوواریانس، اطمینان از یکسان بودن واریانس ها در گروه های مورد مطالعه است؛ آزمون لوین جهت آزمون فرضیه مزبور اجرا گردید. با توجه به معنادار نبودن نتایج مشاهده شده در جدول ۲ همسانی پراکندگی نمرات گروه های آزمایش و کنترل احراز گردید؛ بنابراین داده ها از پیش فرض لازم همگنی واریانس ها برخوردار بوده و اجرای عملیات آماری بعدی مجاز می باشد.

جدول ۳. نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
نشخوار فکری	۲۳/۹۴	۱	۳۸	۰/۱۹
سلامت روان	۱/۳۰۵	۱	۴۸	۰/۲۷۸

بنابراین باید نتیجه‌گیری شود که با توجه به برقراری مفروضه های تجزیه و تحلیل کواریانس، می‌توان از این آزمون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج آزمون کواریانس برای تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان سینه

متغیر	شاخص آماری	SS	Df	MS	F	معنی داری	اندازه اثر
نشخوار فکری	پیش آزمون	۱۵/۷۸	۱	۱۵/۷۸	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۰۰۶
	گروه	۴۴۷/۴۵	۱	۴۴۷/۴۵	۵/۷۴	۰/۰۲	۰/۱۳
	خطا	۳۱۱۵/۹۶	۳۶	۸۶/۵۵			
کل		۷۵۰۰۹/۰۰	۴۰				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده ($F = ۵/۷۴$, $P < ۰/۰۵$)، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات نشخوار فکری شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. به این معنی که استفاده از آموزش پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان سینه داشته است.

جدول ۵. نتایج آزمون کواریانس برای تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی بر سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	۳۵۰۰۱۴	۱	۳۵۰۰۱۴	۱۲۲۰۶۳۹	۰۰۰۰	۰/۷۲۳
خطا	۱۳۰۴۱۹	۳۶	۰۰۲۸۶			
کل	۶۱۹۰۰۸۴	۴۰				

بر اساس ارقام بدست آمده از جدول ۵، با کنترل اثر پیش آزمون، اثر معنی داری عامل بین آزمودنی‌های گروه در سطح $۰/۰۱$ معنی دار است ($F(۱, ۴۷) = ۱۲۲۰۶۳۹$, $P = ۰/۰۱$). به طوری که اطلاعات جدول ۵ نیز نشان می‌دهد، نمرات «سلامت روان» آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از مداخله، به طور معنی داری افزایش داشته است، بنابراین می‌توان فرض صفر را در سطح $۰/۰۱$ رد کرده و با ۹۹ درصد اطمینان پذیرفت که آموزش پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی بر «سلامت روان» زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است. اندازه اثر نیز بیانگر آن است که حدود ۷۲.۳ درصد از تغییرات سلامت روان آزمودنی‌ها وابسته به «آموزش پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی» می‌باشد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی بر نشخوار فکری و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد. نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی باعث کاهش نشخوار فکری در زنان مبتلا به سرطان سینه شد. نتایج پژوهش سعیدی (۱۳۹۸)، قاسمی و

همکاران (۱۳۹۸)، مونترو مارین و همکاران (۲۰۱۹) با این پژوهش همسو است. این پژوهشگران بیان می‌دارند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، نشخوار فکری بیماران مبتلا به سرطان را کاهش می‌دهد. در تبیین احتمالی این فرضیه باید گفت که هدف روش پذیرش و تعهد درمانی ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است که به عنوان توانایی تغییر یا پایداری با طبقات رفتارهای عملکردی که از طریق اهداف تحقق یابند، تعریف شده است. در پذیرش و تعهد درمانی مراجعین تشویق می‌شوند تا احساسات و افکار ناخوشایند و ناراحت کننده‌اش را بپذیرد. همچنین باید زمینه‌ای را که رفتار در آن رخ می‌دهد و عملکردی که در خدمت آن است را در نظر داشته باشند. به رغم مشکلات فراوانی که بیماران مبتلا به سرطان با آن درگیر هستند، خوشبختانه در سال‌های اخیر روش‌های درمانی مختلفی برای درمان و بهبود نشخوار فکری بکارگرفته شده است. به ویژه شواهد در حال رشدی وجود دارد که نشان‌دهنده کارایی روش گروه درمانی در بهبود اختلال‌های روانپزشکی از جمله نشخوار فکری است. در روش‌های روانشناختی به شیوه‌ی گروهی، قرار گرفتن فرد در گروه باعث افزایش آگاهی بیمار درباره خود، در اثر تعامل با سایر اعضا و دریافت بازخورد از آن‌ها می‌شود و به ارتقای مهارت‌های بین فردی، اجتماعی و انطباق افراد با محیط کمک می‌کند. از آنجا که نشخوار فکری می‌تواند برخاسته از افکار منفی و شناخت‌های معیوب باشد، امروزه روان‌درمانگران تأثیر باورها و تفکر فرد را در ایجاد انواع مسائل روان شناختی مهم می‌دانند و معتقدند که بیشتر اختلالات از جمله افسردگی، برآمده از شناخت‌های معیوب هستند، به این معنی که وقایع به خودی خود تعیین کننده احساسات نیستند، بلکه معانی که ما به آن‌ها نسبت می‌دهیم، نقش تعیین کننده را دارند. همچنین در تبیین دیگر این پژوهش می‌توان چنین بیان کرد تأثیر درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌تواند گفت که درمان متمرکز بر شفقت به دنبال شفاف سازی اجزا اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه، مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی است و روش درمانی اکت بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی تأکید می‌کند. در رویکرد اکت ضرورت کمک به افراد به منظور رهایی از خودارزیابی‌ها و برجسب زدن‌های آزار دهنده که با هیجان‌ات دردناک همراه هستند و تحت عنوان انعطاف پذیری روانشناختی به کار می‌رود که خود حاصل مجموعه‌ای از فرایندها مثل گسلس، پیگیری ارزش‌ها، خود به عنوان زمینه، پذیرش، عمل متعهدانه و ذهن آگاهی است. به عبارتی فرایندهای مختلف شفقت و انعطاف پذیری روانشناختی به هم مرتبط هستند. بسیاری از افراد که با اختلالات روانی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود، بسیار پرکار عمل می‌کند که نتیجه آن میزان بالای استرس، نگرانی و نشخوار فکری در این افراد است، از سوی دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد، سطح رشد یافتگی پایین تری دارد، زیرا آنها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند.

یافته‌ها نشان داد که داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، موجب بهبود سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه گردیده است. نتایج پژوهش رئیسی شیخ ویسی و چرامی (۱۳۹۸)، حسینی (۱۳۹۷)، آقای و یآوری (۱۳۹۶)، با این پژوهش همسو است. این پژوهشگران بیان می‌دارند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، سلامت روان بیماران را افزایش می‌دهد. در تبیین احتمالی این فرضیه باید گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک پیشرفت انقلابی در روانشناسی است که بنظر می‌رسد در بهبود سلامت روان تأثیر بسزایی دارد. اصول برآمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در دامنه وسیعی از مشکلات بیماران مورد استفاده قرار گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است که باعث افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و ارتقاء سلامت روانی در بیماران می‌شود. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یکی از رفتاردرمانی‌های مبتنی بر توجه آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های رفتاری نسل سوم است که در آن تلاش شده بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکارش افزایش یابد. از سویی سازگاری با محیط اطراف برای بیماران مبتلا به سرطان لازم و ضروری است و بدون داشتن سلامت روان، علاوه بر این که بسیاری از نیازهای آنان تأمین نمی‌شود، آنان از سوی جامعه به شدت طرد شده و تعاملات اجتماعی او به پایین ترین سطح خود می‌رسد. اساس کاهش سلامت روان بوجود آوردن تعادل بین خواسته‌های بیماران و انتظارات اجتماع است که می‌تواند بر تمام ابعاد زندگی آنان تأثیر گذارد. طبیعت افراد سازگار را انتخاب نموده و این افراد به دلیل داشتن توانمندی در انطباق خود با طبیعت، در طبیعت زنده مانده و باقی می‌مانند و افراد ناتوان و ناسازگار با طبیعت بعد از مدتی از بین می‌روند و لذا عامل سازگاری با

توارث در نسل بعد نیز تداوم داشته و نسل به نسل این صفت منتقل می‌گردد. از طرف دیگر، امروزه در دنیایی زندگی می‌کنیم که بیش از هر زمان دیگری نیازمند سلامت روان هستیم. این امر به علت تغییرات بسیار زیاد و چالش‌هایی است که در اثر پیشرفت تکنولوژی و گسترش زندگی مدرن ایجاد شده است، در چنین شرایطی بدون شک داشتن سلامت روان می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود و سلامت زندگی بیماران داشته باشد. سلامت روان کمک فراوانی به برآورده شدن نیازهای محیطی می‌کند. این امر با افزایش توانایی در کنترل تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌ها انجام می‌شود. حال اگر به هر علتی بیمار از برقراری ارتباط با دیگران و محیط اجتماعی خود ناتوان باشد، به عبارتی؛ جریان سازگاری مختل شود، رفتارهای ناسازگارانه یا اختلالات رفتاری به وجود می‌آید. از سوی دیگر شفقت درمانی یک الگوی درمانی است که اساس آن بر پایه حساسیت به وجود رنج انسان به واسطه انسان بودن و التیام یا جلوگیری از چنین رنجی است. یکی دیگر از آموزش‌های موجود در درمان مبتنی بر شفقت آموزش بخشایش دیگران و بخشایش خود است که تاثیر زیادی بر روی بیماران مزمن دارد. می‌توان گفت که آموزش درباره درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به فرد کمک کند که چگونه نفوذ سیستم تشخیص خطر را تضعیف کنند و زندگی خودشان را دوباره از طریق شفقت و پذیرش به دست بیاورند. در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به بهبود سلامت روانی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. از این رو می‌توان رویکرد درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کار برد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر روی نمونه‌هایی با حجم بیشتر و به صورت مقایسه‌ای با سایر روش‌های روان‌درمانی گروهی و در مراحل مختلف درمان‌های پزشکی انجام شود. به علاوه با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر استفاده از متخصصان روان‌شناسی در بخش‌های مختلف بیمارستانی از جمله بخش سرطان توصیه می‌شود.

References

- Afshari A. (2018). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based therapy on women's resilience in recurrent miscarriage. *Journal of Psychiatric Nursing*; 6(4):11-18. [Link][InPersian]
- Aghaei H, Yavari H. (2016). The effectiveness of commitment and acceptance therapy on social adjustment and compassion of Islamic Azad University, *Journal of Islamic Azad University Shahroud*; 4(1):39-50. [Link][In Persian]
- Beaupierre A, Howard PT, Thirlwell S, Delmonico J. (2012). Efforts to reduce compassion fatigue amongst BMT nurses. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 18(2). [Link]
- Caraceni A, Shkodra M. (2019). *Cancer Pain Assessment and Classification*. *Cancers*, 11(4), 510. [Link]
- Conley C, Bishop B, Andersen B. (2016). Emotions and emotion regulation in Breast cancer survivorship. *HealthCare*, 4, 56: 1-22. [Link]
- Costanza ME, Chen WY. (2013). Factors that modify breast cancer risk in women. [Link]
- Daneshmandi S; Izadi R & Abedi MR. (2015). *Compassion-Oriented Therapy for Act Therapists: Ways to Enhance Psychological Flexibility*. Tehran: Kavshiar Publishing. [Link][In Persian]
- Dyrenforth PS, Kashy DA, Donnellan MB & Lucas RE. (2010). Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: The relative importance of actor, partner, and similarity effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(4), 690. [Link]
- Feola M, Garnero S Vallauri P Salvatico & et al. (2013). Relationship between cognitive function, depression/anxiety and functional parameters in patients admitted for congestive heart failure. *The open cardiovascular medicine journal*, 7, 54. [Link]
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S & et al. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5). [Link]
- Fletcher S. (2013). Screening for breast cancer [Link]
- Gadow KD. (2018). *Children on Medication Volume I: Hyperactivity, Learning Disabilities, and Mental Retardation*. Routledge. [Link]
- Gooch JC & Schnabel F. (2019). Inflammatory Breast Cancer. In *Clinical Algorithms in General Surgery*; 105-108 [Link]
- Gouveia M, Xia K, Colón W, Vieira SI & et al. (2017). Protein aggregation, cardiovascular diseases, and exercise training: Where do we stand? *Ageing research reviews*; 40:1-10. [Link]
- Halmo R, Galuszka J, Langova K, Galuszkova D. (2015). Self care in patients with chronic heart failure. Pilot study-self care includes problems. *Biomedical Papers*, 159(1), 124-130. [Link]
- Hayes SC. (2006). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*; 35(4):639-665. [Link]
- Heydarian A, Zaharakar K & Mohsenzadeh F. (2015). The effectiveness of mindfulness training on resilience and rumination reduction in female patients with breast cancer: a randomized trial. *Iranian Breast Diseases Quarterly*; 9 (2), 52-45. [Link] [In Persian]
- Hosseini SM, Alizadeh Mousavi SE. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on increasing the happiness of mothers with autistic children, 4th

- National Conference on Counseling and Mental Health, Quchan, Islamic Azad University, Quchan Branch. [Link][In Persian]
- Jamshidian Ghaleh Shahi P, Aghaei A & Golparvar M. (2016). Comparison of the effect of positive Iranian treatment and acceptance and commitment on depression, anxiety and stress in infertile women in Isfahan. *Journal of Health Promotion Management*, 27(11):8-16. [Link][In Persian]
- Ketterer MW, Draus C, McCord J, Mossallam U & et al. (2014). Behavioral factors and hospital admissions/readmissions in patients with CHF. *Psychosomatics*; 55(1):45-50. [Link]
- Kurdistani D, Ghamari A. (2017). Comparison of resilience, lifestyle and quality of life between cardiovascular patients and healthy individuals. *Founded Quarterly*; 15(75):80-71. [Link][In Persian]
- Moberly NJ & Dickson JM. (2016). Rumination on personal goals: Unique contributions of organismic and cybernetic factors. *Personality and Individual Differences*; 99:352-357. [Link]
- Modini M, Rapee RM & Abbott MJ. (2018). Processes and pathways mediating the experience of social anxiety and negative rumination. *Behaviour research and therapy*; 103:24-32. [Link]
- Mohabbat Bahar S, Golzari M, Akbari M E, Moradi-Joo M. (2015). Effectiveness of Group Logo Therapy on Decreasing Hopelessness in Women with Breast Cancer. *ijbd*; 8(1):49-58. [Link][In Persian]
- Montero-Marin J, Collado-Navarro C, Navarro-Gil M, Lopez-Montoyo A & et al. (2019). Attachment-based compassion therapy and adapted mindfulness-based stress reduction for the treatment of depressive, anxious and adjustment disorders in mental health settings: a randomised controlled clinical trial protocol. *BMJ open*; 9(10). [Link]
- Moreira H, Silva S, Margues A & Canavarro MC. (2010). The Portuguese version of the body image scale (BIS) - psychometric properties in sample of breast cancer patients. *European journal of oncology nursing*; 14:111-118. [Link]
- Neff K. (2016). Self-compassion. *Mindfulness in Positive Psychology: The Science of Meditation and Wellbeing*; 37:1-8. [Link]
- Neff KD, Whittaker TA & Karl A. (2017). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified? *Journal of Personality Assessment*; 99(6):596-607. [Link]
- Park JH, Bae SH, Jung YS & Kim KS. (2012). Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer nursing*; 35(1):34-41. [Link]
- Patton KA, Ware R, McPherson L, Emerson E & et al. (2018). Parent-Related Stress of Male and Female Carers of Adolescents with Intellectual Disabilities and Carers of Children within the General Population: A Cross-Sectional Comparison. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*; 31(1):51-61. [Link]
- Raisi Sheikh Veisi A, Charami M. (2019). Evaluation of the effectiveness of compassion-based intervention on marital adjustment of couples, 3rd International Conference on Innovation and Research in Educational Sciences, Management and Psychology, Tehran, Permanent Secretariat of the Conference. [Link][In Persian]
- Saedi S. (2019). Evaluation of the effectiveness of commitment-based treatment and acceptance on social and emotional adjustment of mothers of children with mental and

- physical disabilities, Fifth National Conference on Positive Psychology News, Bandar Abbas, Farhangian University. [Link][In Persian]
- Schover LR, Kaaij M, Dorst E, Creutzberg C & et al. (2014). Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *European Journal of Cancer Supplements*. [Link]
- Shahravi AA, Mehrabizad Honarmand M, Adel SMH & et al. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral stress management intervention on the general health of cardiovascular patients. *Jundishapur Medical Scientific Journal*; 81(105):757-742. [Link][In Persian]
- Shakur M, Tavakolzadeh Kh, Karimi M & Tavakol N. (2009). Experiences of families with children with disabilities: A phenomenological study. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*; 5 (1):56-48. [Link][In Persian]
- Sianturi R, Keliat, BA & Wardani IY. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria clinica*; 28:94-97. [Link]
- Siegel RL, Miller KD & Jemal A. (2016). Cancer statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*; 66(1):7-30. [Link]
- Twohig MP & Levin ME. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*; 40(4):751-770. [Link]
- Vaziri S, Kashani, FL, Jamshidifar Z, Vaziri Y & et al. (2014). Group Counseling Efficiency based on Choice Theory on Prisoners' Responsibility Increase. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 128:311-315. [Link]
- Wakefield S, Roebuck S & Boyden P. (2018). The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*. [Link]
- Whisenant M, Wong B, Mitchell SA, Beck SL & et al. (2019). Trajectories of depressed mood and anxiety during chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing*. [Link]
- World Health Organization. (2019). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. [Link]
- Zhu L, Ranchor AV, Helgeson VS, Van Der Lee M & et al. (2018). Benefit finding trajectories in cancer patients receiving psychological care: Predictors and relations to depressive and anxiety symptoms. *British journal of health psychology*; 23(2):238-252. [Link]