

## مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش ذهن آگاهی بر نمو پس از سانحه و فرسودگی مرتبط با سرطان در افراد مبتلا به سرطان

آتوسا صادق پور<sup>۱</sup>، جواد خلعتبری<sup>۲</sup>، علی اکبر سیف<sup>۳</sup>، علی شهبازی احمدی<sup>۴</sup>

## Comparing the effectiveness of compassion - focused therapy and mindfulness training on post - traumatic developmental disorder and cancer burnout in cancer patients

Atousa Sadeghpour<sup>1</sup>, Javad khalatbari<sup>2</sup>, Ali Akbar Seif<sup>3</sup>, Ali Shahriariahmadi<sup>4</sup>

### چکیده

**زمینه:** فرسودگی مرتبط با سرطان، از عواملی است که سلامت روانی افراد مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار می دهد. اما مسئله اصلی اینست که آیا درمان متمرکز بر شفقت و آموزش ذهن آگاهی بر نمو پس از سانحه و فرسودگی افراد مبتلا به سرطان تأثیر دارند؟ **هدف:** مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش ذهن آگاهی بر نمو پس از سانحه و فرسودگی مرتبط با سرطان در افراد مبتلا به سرطان بود. **روش:** از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بود. جامعه آماری، شامل کلیه بیماران سرطانی بیمارستان پیامبر اکرم (ص) بود که در سال ۱۳۹۶ به منظور شیمی درمانگری مراجعه کرده بودند. تعداد ۶۰ نفر به روش هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به روش تصادفی ساده در سه گروه ۲۰ نفری (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) جایگزین شدند. ابزار عبارتند از: پرسشنامه نمو پس از سانحه تدسچی و کاهلون (۱۹۹۶) و مقیاس فرسودگی مرتبط با سرطان اوکیاما و همکاران (۲۰۰۰)، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی (بی، ۲۰۱۴) و مداخله شفقت درمانگری گیلبرت (۲۰۰۵). داده ها از طریق تحلیل کواریانس چندمتغیره، آزمون تعقیبی برونفرونی و ال - ماتریکس، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش نمو پس از سانحه و کاهش فرسودگی بیماران تأثیر معنادار داشتند ( $P < 0/01$ ). همچنین آموزش ذهن آگاهی بر نمو پس از سانحه اثربخشی بیشتری نسبت به درمان متمرکز بر شفقت داشت اما بین میزان اثربخشی دو روش مذکور بر فرسودگی مرتبط با سرطان تفاوتی وجود نداشت ( $P < 0/01$ ). **نتیجه گیری:** می توان جهت افزایش نمو پس از سانحه و کاهش فرسودگی افراد مبتلا به سرطان از آموزش ذهن آگاهی و مداخلات درمان متمرکز بر شفقت استفاده کرد. **واژه کلیدها:** ذهن آگاهی، درمان متمرکز بر شفقت، نمو پس از سانحه، فرسودگی، سرطان

**Background:** Cancer-related burnout is one of the factors affecting the mental health of people with cancer. But the key question is whether compassion-focused therapy and mindfulness training can affect traumatic development and burnout in people with cancer? **Aims:** To compare the effectiveness of therapy focused on compassion and mind training on traumatic development and cancer-related burnout in cancer patients. **Method:** The experimental design was pre-test and post-test. The statistical population included all cancer patients of Prophet Akram Hospital who were referred for chemotherapy in 1396. Sixty subjects were selected by purposive sampling method and were randomly divided into three groups of 20 (two experimental and one control group). Instruments include the Teddych & Kahlone Trauma Disaster Questionnaire (1996) and the Okimama et al. Cancer Burnout Scale (2000), Mindfulness-Based Intervention (Bayer, 2014), and Gilbert Compassion Therapy Intervention (2005). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance, extrapolated follow-up test and L-matrix. **Results:** Mindfulness-awareness and compassion-focused therapy had a significant effect on increasing traumatic development and decreasing burnout in patients ( $P < 0/01$ ). Also, mindfulness training on post-traumatic development was more effective than compassionate focused therapy, but there was no difference between the effectiveness of the two methods on cancer-related burnout ( $P < 0/01$ ). **Conclusions:** Mindfulness training and compassion-focused therapy interventions can be used to increase traumatic development and reduce burnout in cancer patients. **Key Words:** Compassionate focused therapy, burnout, burnout, cancer, mindfulness

Corresponding Author: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۱. Ph.D Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، مازندران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran (Corresponding Author)

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

۴. استادیار، گروه هماتولوژی و مدیكال انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. Assistant Professor, Department of Hematology and Medical Oncology, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۲/۲۸

دریافت: ۹۸/۱۰/۲۴

## مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی همچنان سرطان، به‌عنوان یکی از مهمترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است (حسن‌پور، ۲۰۰۶). مطالعات اخیر نشان می‌دهد که آمار سرطان در جهان افزایش یافته است (دویتا و همکاران، ۲۰۱۱) و این امر می‌تواند سلامت جسمانی و روانی فرد بیمار را به مخاطره بیندازد (کرامپ و دانیل، ۲۰۰۸). به صورتی که انرژی جسمانی، انگیزه و علاقه درونی، میزان تمرکز و توجه در امور مختلف را تا حد زیادی با مشکل مواجه سازد (ینو، ۲۰۱۲). همچنین، این علائم که با عنوان خستگی و فرسودگی بیمار از آن یاد می‌شود، می‌تواند موجبات کاهش امید به زندگی و کیفیت زندگی، بروز تنیدگی و افسردگی و ناکارآمدی را شدت بخشد. بر اساس تعریف شبکه جامع ملی سرطان، فرسودگی مرتبط با سرطان علامتی فاعلی، ناخوشایند و مقاوم به صورت فرسودگی جسمانی (فقدان انرژی، نیاز به استراحت)، فرسودگی شناختی (نقص در تمرکز حواس و توجه) و فرسودگی عاطفی (کاهش انگیزه یا علاقه) (ینو، اورباور و بروئرا، ۲۰۱۲) است، که در ارتباط با بیماری سرطان یا درمان‌های مرتبط با آن ایجاد و در عملکرد طبیعی فرد اختلال ایجاد می‌کند (هیلاویوس و همکاران، ۲۰۱۱). از آنجا که فرسودگی، تجربه فاعلی بیمار است، بنابراین آگاهی و ارزیابی ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی، از قابل رفع بودن این عارضه و تلاش در جهت درمان فرسودگی توسط آنها از گام‌های مهم حرفه‌ای به شمار می‌رود (یونگ، اسکالانت و گال، ۲۰۰۹). از این‌رو، هم‌چنان که تحمل بیماری و مراحل درمانگری برای فرد بیمار دشوار به نظر می‌آید و وی را تا مرز انتخاب در امتناع و یا ادامه درمان پیش می‌برد (استن و همکاران، ۲۰۱۲). در مقابل، نمو پس از سانحه، نقش مهمی در ایجاد تغییرات مثبت روانی و شخصی در افزایش قدرت درونی برای مبارزه با شرایط بحرانی دارد، که می‌تواند منشأ تغییرات مثبت بسیاری در حوزه‌های مختلف سلامت روانی گردد. بنابراین داشتن مدلی از حوزه‌های پیش‌بینی‌کننده ابعاد نمو پس از سانحه می‌تواند تأثیر به‌سزایی در راهکارهای ارائه شده به منظور کاهش آسیب‌های ناشی از عوارض شیمی‌درمانگری گردد (شروینگر و ادلستین، ۲۰۰۴). چرا که با بهبود و افزایش روابط بین فردی، افزایش قدرت‌دانی از زندگی، احساس افزایش قدرت شخصی، تغییرات مثبت در اولویت، اهداف و تغییرات معنوی می‌تواند زمینه تسهیل نمو را فراهم ساخته و منجر به

کاهش آسیب‌های تروماتیک بیمار گردد (سیم و همکاران، ۲۰۱۵). در این میان، روش‌های غیر دارویی مورد پژوهش و تأیید قرار گرفته شده در این زمینه که شامل، گوش دادن به موسیقی، فن‌های مراقبه، یوگا، طب سوزنی و درمان‌های روانشناختی به ویژه نسل سوم رفتاردرمانگری و مدهای مؤثر دیگر می‌باشد (مولاسیوتیس، ۲۰۱۴، لیائو و همکاران، ۲۰۱۳ و تاسپینار و سیرین، ۲۰۱۰) موجب افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان و تغییرات مثبت جسمانی و روانی بیماران شده است (جانسن و همکاران، ۲۰۱۱).

در این میان، مد ذهن آگاهی به طور بالقوه، مداخله‌ای امیدوارکننده در مراقبت‌های مربوط به سرطان به‌شمار می‌رود (شان، پاین و فلتون، ۲۰۱۱). به طوری که، پژوهش‌های مختلف نتیجه‌گیری می‌کنند که درمان ذهن آگاهی منجر به بهبود علائم مزاجی و تنیدگی می‌شود. همچنین نشان می‌دهد این روش، مداخله‌ای امیدوارکننده برای بیماران سرپایی و دریافت‌کننده مداخلات شیمی‌درمانگری به شمار می‌رود (پی‌یت، وورتنز و زاچاری، ۲۰۱۲). در این روش مداخله‌ای، بیمار توانش‌هایی را می‌آموزد که هنگام مواجه با مشکلات و موقعیت‌های تنشگر به شیوه‌های سازش یافته‌تری تفکر و به‌صورت تاب‌آورانه‌تری عمل کنند (هال، ۲۰۰۳؛ به نقل از حیدریان، زهراکار و محسن‌زاده، ۱۳۹۵). از این‌رو لازم است به‌جای انکار و رد تجارب ناخوشایند، آنها را همان‌طور که هستند بپذیرد و نسبت به خودشان و واکنش‌های نسبت به تجارب ناخوشایند، آگاهی داشته باشند (کرین، ۲۰۰۹). بر اساس نتایج حاصل، این روش نه تنها منجر به کاهش پریشانی‌های هیجانی که همراه با بیماری مانند سرطان می‌شود، بلکه باعث ایجاد تغییرات مثبت بیولوژیکی می‌شود و می‌تواند منجر به افزایش میزان سلامتی و کمک به مهارگری سرطان شود (ویتک‌جانوسیک و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، یکی دیگر از روش‌های سودمند در کمک به بیماران سرطانی، شفقت درمانگری است. چرا که با تقویت شفقت به خود موجب کاهش میزان اضطراب و افسردگی می‌شود (نف، ۲۰۰۹). از این‌رو می‌توان انتظار بهبود شاخصه‌های سلامت روانی را در بیماران سرطانی داشت (گیلبرت، ۲۰۰۵). از آنجا که شفقت به خود و فراتر از آن، درمان متمرکز بر شفقت سازه‌ای نوپا در روانشناسی است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل به ویژه در بافت فرهنگ ایرانی که ماهیتی متفاوت نسبت به کشورهای غربی دارد و مرگ و بیماری را از منظری متفاوت می‌نگرد، احساس می‌شود.

به همکاری) به اطلاع کلیه شرکت کنندگان در گروه آزمایش رسید تا در صورت لزوم، بیمارانی که شامل چنین شرایطی می شدند، از گروه خارج شوند. پس از اتمام مداخله های مذکور، ابزارهای اندازه گیری دوباره توسط شرکت کنندگان هر سه گروه (آزمایش و گواه) تکمیل شدند. به منظور رعایت مسائل اخلاقی و حرفه ای، ضمن قدردانی از شرکت کنندگان در این پژوهش، از گروه گواه جهت شرکت در جلسات آتی آموزش ذهن آگاهی دعوت به عمل آمد. داده های به دست آمده از اجرای پژوهش، با استفاده از روش های آمار توصیفی (نمودار، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیره، آزمون ال - ماتریکس به منظور مقایسه زیرگروه های درمان و آزمون تعقیبی با روش آلفای برونفرونی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. کلیه عملیات تجزیه و تحلیل آماری، به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

### ابزار

پرسشنامه نمو پس از سانحه (PTGI): این ابزار خودسنجی، نخستین بار توسط تدسچی و کاهلون (۱۹۹۶) به منظور اندازه گیری نمو پس از سانحه طراحی شد. این ابزار شامل ۲۱ ماده است و شامل ۵ خرده مقیاس شامل: ۱) رابطه با دیگران، ۲) امکانات جدید، ۳) قدرت فردی، ۴) تغییرات روحی، ۵) ارزش زندگی، ۵ می باشد (سید محمودی، رحیمی و محمدی جابر، ۱۳۹۲). نمره گذاری در یک طیف لیکرت شش درجه ای از صفر (هیچ تغییری را تجربه نکرده ام) تا ۵ (تغییر خیلی زیادی را تجربه کرده ام) قرار می گیرد. در مطالعه تدسچی و کاهلون (۱۹۹۶) ضریب آلفای کلی پرسشنامه ۰/۹۰ بود. دامنه آلفای کرونباخ برای هریک از خرده مقیاس ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ برآورد شد. در ایران نیز، ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش سید محمودی، رحیمی و محمدی جابر (۱۳۹۲) برای کل مقیاس ۰/۹۲ بود.

مقیاس فرسودگی مرتبط با سرطان (CFS): مقیاس فرسودگی مرتبط با سرطان توسط اوکیاما و همکاران (۲۰۰۰) طراحی شد. این مقیاس که دارای ۱۵ گویه است، سه خرده مقیاس جسمانی، عاطفی و شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد. این مقیاس در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت از صفر (به هیچ وجه) تا ۵ (خیلی زیاد)، وضعیت

علاوه بر این، اگر چه شفقت درمانگری نوعی از آموزش های مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد، لیکن، شفقت درمانگری به طور کلی روی فن های این روش تمرکز نمی کند. در مقابل، پروتکل های مدیتیشن که اخیراً گسترش یافته است، به طور خاص به آموزش افراد برای احساس و رفتار بیشتر نسبت به خود و دیگران تمرکز می کند (پس و همکاران، ۲۰۰۹). از این رو، هدف از پژوهش حاضر پاسخ گویی به این سؤال است، آیا درمان متمرکز بر شفقت و آموزش ذهن آگاهی بر نمو پس از سانحه و فرسودگی افراد مبتلا به سرطان تأثیر دارند؟

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از حیث روش، یک طرح آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران سرطانی تحت درمان شیمی درمانگری در بیمارستان پیامبر اکرم (ص) در سال ۱۳۹۶ بودند. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر به صورت هدفمند بود. بدین صورت که از میان این جامعه، با مراجعه به پرونده و گزارش پاتولوژی بیماران، پس از اعلام فراخوان و سنجش اولیه، از بین آزمودنی هایی که در مرحله پیش آزمون، کم ترین نمره را در نمو پس از سانحه و بیشترین نمره را در فرسودگی مرتبط با سرطان کسب کردند (۸۰ نفر) و دارای ملاک های ورود به پژوهش (ابتلا به یکی از انواع سرطان، دریافت مداخلات شیمی درمانگری، دامنه سنی بین ۲۵-۵۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به نقص عضو یا اختلالات شدید روانی، گذشت حداکثر یکسال از تشخیص سرطان، عدم مصرف داروهای خون ساز، داروهای محرک سیستم عصبی و داروی تاموکسیفن) بودند، تعداد ۶۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در گروه های آزمایش (دو گروه ۲۰ نفره) و گواه (یک گروه ۲۰ نفره) به تصادف گمارش شدند. پس از آن، گروه های آزمایش به تفکیک، در معرض ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانگری قرار گرفتند، اما بر روی گروه گواه هیچ درمانگری صورت نگرفت و در لیست انتظار قرار گرفت. در ابتدای شروع جلسات، ملاک های خروج از پژوهش (غیبت بیش از سه جلسه، عدم انجام جدی تکالیف در طول زوج درمانگری، وقوع رویداد پیش بینی نشده (مانند سانحه، وخامت شدید بیماری، مرگ و ابراز عدم تمایل

4. Spiritual change  
5. Appreciation of life

1. Relating to others  
2. Relating to others  
3. Personal strength

کروناخ به ترتیب در سه مؤلفه شناختی و عاطفی، جسمانی ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۵ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ بود. جلسات مربوط به آموزش ذهن آگاهی، بر اساس کتاب شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (کرین، ۱۹۹۸؛ ترجمه خوش لهجه، ۱۳۹۱) و مد درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (بی‌پر، ۲۰۱۴) و در ۸ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه و مداخلات مربوط به شفقت درمانگری، بر اساس کتاب کتاب گیلبرت (۲۰۰۵) و در ۸ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه.

### یافته‌ها

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که مقدار F برای متغیر پس آزمون‌های نمو پس از سانحه و فرسودگی مرتبط با سرطان معنی‌دار نیست؛ از این رو می‌توان گفت، واریانس‌های این متغیرها در سه گروه برابر هستند.

با توجه به نتایج جدول ۵، آماره آزمون برای هر دو مداخله ۱/۲۸ و  $F(۱۲, ۸۵۴۸/۶۲) = ۱/۷۳$  کم‌تر از مقدار متناظر جدول فیشر می‌باشد و سطح معناداری متناظر با آنها بیش از ۰/۰۵ است. از این رو، فرص صفر آزمون باکس مبنی بر همگنی واریانس در فرضیه اصلی پژوهش، با اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته می‌شود.

اخیر بیمار را در فرسودگی مرتبط با سرطان نشان می‌دهد. گویه‌های این مقیاس به تفکیک خرده مقیاس‌ها به شرح زیر تقسیم و نمره گذاری می‌شوند (آقاشریفی، دهستانی و شریفی، ۱۳۹۴). درجه احتمالی فرسودگی در بعد جسمانی بین ۰ تا ۲۸، در بعد عاطفی بین ۰ تا ۱۶، در بعد شناختی بین ۰ تا ۱۶ و نمره کلی فرسودگی بین ۰ تا ۶۰ متغیر است. میانگین وزنی تمام مؤلفه‌ها بین ۰ تا ۴ است که در این مطالعه از میانگین وزنی استفاده شده است (آقاشریفی، دهستانی و شریفی، ۱۳۹۴). اعتبار این مقیاس در مطالعات خارجی (اوکویاما و همکاران، ۲۰۰۰) در حد خوب و قابل قبولی گزارش شده است. قابلیت اعتماد سازه این مقیاس در پژوهش اوکویاما (۲۰۰۰) با تکرار تحلیل عاملی تأیید شد. اعتبار همگرا که به وسیله همبستگی این مقیاس با مقیاس آنالوگ بصری با آلفای کروناخ ۰/۶۷ تأیید شد. پایایی این مقیاس نیز در پژوهش اوکویاما و همکارانش در سطح ۰/۶۹ بود (ضریب آلفای کروناخ همه ۱۵ مورد: ۰/۸۸ بود). اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب کروناخ در ابعاد مختلف جسمانی، عاطفی، شناختی و نمره کل فرسودگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۹۵ محاسبه گردید که در حد رضایت‌بخشی بود (آقاشریفی، دهستانی و شریفی، ۱۳۹۴). در مطالعه آقاشریفی، دهستانی و شریفی (۱۳۹۴) همسانی درونی به شیوه آلفای کروناخ محاسبه شد. ضرایب آلفای

### جدول ۱. جلسات مربوط به آموزش ذهن آگاهی

جلسه اول	برقراری ارتباط با هدف برقراری ارتباط و همدلی، آشنایی و معرفی برنامه و قوانین اساسی، شرح مختصری از روش مداخله، تکنیک خوردن کشمش، تمرین واریس بدنی، تمرین مراقبه متمرکز بر تنفس، صحبت در مورد احساسات ناشی از مراقبه‌ها، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	تمرین واریس بدنی، و بحث در مورد این تجربه، بحث در مورد تکلیف خانگی، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مراقبه در حالت نشسته، بحث در ارتباط برخی ویژگی‌های ذهن آگاهی همچون غیر قضاوتی بودن و یا رها کردن، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	تمرین دیدن و شنیدن به نحو غیر قضاوتی مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با تمرکز بر حواس بدنی، بحث در مورد تکلیف خانگی، تمرین فضای تنفسی: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن، انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاهانه، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	مراقبه نشسته، تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی و افکار (مراقبه نشسته چهاربعدی)؛ بحث در مورد پاسخ‌های تنیدگی و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم زدن ذهن آگاه، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	انجام مدیتیشن نشسته؛ ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن، ارائه تکلیف خانگی؛ مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
جلسه ششم	تمرین فضای تنفسی؛ بحث در مورد تکلیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ارائه تمرینی با عنوان "مزاج، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه"؛ پذیرش احساسات به عنوان احساس؛ ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	مراقبه چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان ناخوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن، چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای ناخوشایند در آن باشد؛ آموزش پذیرش بدون قضاوت و داور؛ تکلیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجع است، تمرین تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.
جلسه هشتم	واریس بدنی؛ نحوه کاربرد و استمرار تمرین‌ها در خارج از جلسات، تمرین فضای تنفسی، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه، پاسخ‌گویی به سؤالات و رفع ابهام، خاتمه جلسات و اجرای پس آزمون.

جدول ۲. جلسات مربوط به شفقت درمانگری

جلسه اول	برقراری رابطه درمانگری، تعیین اهداف و قواعد اساسی درمان، انعقاد قرارداد اولیه، تکمیل فرم تاریخچه، تکلیف و بازخورد
جلسه دوم	بررسی ترس از کار بر روی شفقت، استفاده از شیوه پیکان رو به پایین، برقرار کردن ارتباط با خصوصیات مشفقانه، استفاده از تمثیل مغز قدیمی و مغز جدید، تمرین تنفس آرامش بخش، تجسم موقعیت‌ها، تکلیف و بازخورد
جلسه سوم	بررسی سکون‌های احساسی به کمک جعبه تفکر، تنفس با ضرب آهنگ آرامش بخش و تمرین سه دایره هیجانات، تکلیف و بازخورد
جلسه چهارم	آماده کردن بیماران برای کار بر روی توجه، حضور ذهن آگاهانه، تنفس ذهن آگاهانه، ذهن آگاهی بدن، ارائه تکلیف و بازخورد
جلسه پنجم	کار کردن روی موانع موجود در آموزش ذهن آگاهی، تعهد به شفقت، کار کردن روی خودانتقادگری، استفاده از گفتگوی سقراطی، تمرین‌های فکری، ارائه تکلیف و بازخورد
جلسه ششم	پرورش خود مشفق، دادن شفقت به خود آسیب پذیر، تمرین خود مشفق در عمل، نامه نگاری مشفقانه، تفکر و استدلال مشفقانه از طریق مقایسه روش‌های تفکر مشفقانه با روش‌های تفکر مبتنی بر تهدید و کار کردن روی افکار متمرکز بر تهدید، ارائه تکلیف و بازخورد
جلسه هفتم	تمرین فاعلی سازی، پیوند دادن کردن کار روی فکر با درک مشفقانه با استفاده از استعاره جنگل (طبق دستورالعمل)، بررسی راهکارهای ایمنی بخش / رفتارهای دفاعی بیماران (بیرونی / درونی): نشخوار فکری / تصویرسازی تهدیدآمیز، بررسی عواقب راهکارهای مقابله‌ای: بیرونی / درونی، بررسی وضعیت برقراری ارتباط با خود / دیگران، استفاده از تصویرسازی مشفقانه، ایجاد یک مکان امن برای بیماران، تمرین تصویر با شفقت ایده آل
جلسه هشتم	شفقت نسبت به اندوه، احساسات تهدید و درد، شفقت نسبت به خود، شفقت نسبت به دیگران، تجسم بخشیدن به شفقت: کار با یک صندلی یا دو صندلی خالی، خاتمه جلسات و اجرای پس آزمون

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در بین گروه‌ها

متغیر	مرحله	میانگین		انحراف معیار	
		گواه	ذهن آگاهی	گواه	ذهن آگاهی
نمو پس از سانحه	پیش آزمون	۶۱.۹۳	۶۲.۶۷	۳.۵۳	۲.۷۲
	پس آزمون	۶۴.۱۳	۶۶.۳۳	۳.۳۳	۱.۹۹
فروستگی مرتبط با سرطان	پیش آزمون	۴۳.۲۰	۴۳.۸۷	۲.۲۲	۲.۶۱
	پس آزمون	۴۳.۲۰	۴۱.۶۰	۲.۳۹	۲.۵۶

جدول ۴. آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس سه گروه

متغیر	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	سطح معناداری
پس آزمون نمو پس از سانحه	۰/۴۶۹	۲	۴۲	۰/۶۲۹
پس آزمون فروستگی	۲/۴۸۵	۲	۴۲	۰/۰۹۶

جدول ۵. آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس در سه گروه

مداخله	Box's M	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	سطح معناداری
درمان متمرکز بر شفقت	۱۷/۱۸	۱/۲۸	۱۲	۸۵۴۸/۶۲	۰/۲۲۱
ذهن آگاهی	۲۰/۴۶	۱/۷۳	۱۲	۸۵۴۸/۶۲	۰/۱۸۹

جدول ۶. آزمون همگنی شیب رگرسیون در پس آزمون نمو پس از سانحه، فروستگی و عوارض ناشی از شیمی درمانگری

متغیرها	Ss	df	MS	F	sig	اندازه اثر	توان آزمون
پس آزمون نمو پس از سانحه * گروه	۱۵/۷۳	۲	۷/۸۶	۲/۴۱	۰/۰۹۷	۰/۱۴	۰/۳۸
	خطا	۲۹/۸۵	۳۳	۳/۰۴	-	-	-
پس آزمون فروستگی * گروه	۰/۵۷	۲	۰/۲۸	۰/۱۲	۰/۸۷	۰/۰۰۷	۰/۰۷
	خطا	۷۷/۱۴	۳۳	۲/۳۴	-	-	-
پس آزمون عوارض ناشی از شیمی درمانگری * گروه	۱۱/۲۹	۲	۵/۶۵	۱/۸۷	۰/۱۷	۰/۱۰۲	۰/۳۶
	خطا	۹۹/۴۸	۳۳	۳/۰۱	-	-	-

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، مقدار F تعامل متغیر همپراش برای متغیرهای نمو پس از سانحه / گروه، فرسودگی / گروه و عوارض ناشی از شیمی درمانگری / گروه می‌باشد که معنادار نیست

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، مقدار F تعامل متغیر همپراش برای متغیرهای نمو پس از سانحه / گروه، فرسودگی / گروه و عوارض ناشی از شیمی درمانگری / گروه می‌باشد که معنادار نیست

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر (روش‌های ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت) در متغیرهای نمو پس از سانحه و فرسودگی مرتبط با سرطان						
اثر	متغیرها	Ss	df	Ms	F	sig
نمرات پیش‌آزمون	نمو پس از سانحه	۲۲/۵۹	۱	۲۲/۵۹	۵/۷۴	۰/۰۲۲
	فرسودگی	۱۶۴/۱۲	۱	۱۶۴/۱۲	۷۰/۲۱	۰/۰۰۱
گروه	نمو پس از سانحه	۶۶/۸۹	۲	۳۳/۴۵	۸/۵	۰/۰۰۱
	فرسودگی	۹/۸۷	۲	۴/۹۳	۲/۱۱	۰/۱۳۷
خطا	نمو پس از سانحه	۱۲۹/۸۵	۳۳	۳/۹۴	-	-
	فرسودگی	۷۷/۱۴	۳۳	۲/۳۴	-	-

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی برونفرونی برای مقایسه دوه‌دوی میانگین‌های نمو پس از سانحه و فرسودگی ۳ گروه						
گروه	نمو پس از سانحه			فرسودگی		
	Md	Std	sig	Md	Std	sig
ذهن آگاهی	درمان متمرکز بر شفقت	۳/۰۰	۰/۷۷	۰/۰۰۱	-۰/۱۸	۰/۵۹
	گواه	۱/۹۸	۰/۷۶	۰/۰۴۱	-۱/۹۸	۰/۰۰۶
درمان متمرکز بر شفقت	ذهن آگاهی	-۳/۰۰	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۵۹
	گواه	۴/۹۸	۰/۷۶	۰/۰۰۱	-۱/۷۹	۰/۰۱۳
گواه	ذهن آگاهی	-۱/۹۸	۰/۷۶	۰/۰۴۱	۱/۹۸	۰/۰۰۶
	درمان متمرکز بر شفقت	-۴/۹۸	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۱/۷۹	۰/۰۱۳

جدول ۹. مقایسه آل - ماتریکس گروه‌های ذهن آگاهی، درمان متمرکز بر شفقت و گواه بر نمو پس از سانحه و فرسودگی مرتبط با سرطان						
اثر	متغیرها	تخمین ثابت	تفاوت فرضی	خطای انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری	۹۵ درصد اطمینان درونی برای تفاوت
ذهن آگاهی با گروه گواه	نمو پس از سانحه	۵۶/۷۴	۵۶/۷۴	۲۰/۷۹	۰/۰۲۱	۵۷/۵۷- و ۷۹/۰۵
	فرسودگی	۶۱/۶۵	۶۱/۶۵	۱۶/۰۳	۰/۰۰۶	۹۵/۱۰- و ۵۴/۲۶
درمان متمرکز بر شفقت با گروه گواه	نمو پس از سانحه	۶۲/۴۳	۶۲/۴۳	۱۷/۱۹	۰/۰۰۲	۴۸/۵۴ و ۴۱/۵۴
	فرسودگی	۸۴/۷۹	۸۴/۷۹	۱۰/۱۲	۰/۰۰۱	۱۴/۵۲- و ۳۶/۳۷
ذهن آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت	نمو پس از سانحه	۷۹/۰۶	۷۹/۰۶	۱۹/۲۱	۰/۰۰۱	۱۱۸/۱۴ و ۳۹/۹۸
	فرسودگی	-۱۳/۷۲	-۱۳/۷۲	۱۴/۸	۰/۳۶۱	۱۶/۴- و ۴۳/۸۵

یافته‌های آماری حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش، بر اساس یافته‌های جداول ۷، ۸ و ۹ حاکی از اثربخشی هر یک از روش‌های ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر نمو پس از سانحه، فرسودگی و عوارض ناشی از شیمی‌درمانگری بیماران مبتلا به سرطان نسبت به گروه گواه، با فیکس نمودن اثر پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۵ تأیید و فرض خلاف بود. بدین معنی که روش آموزش ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر نمو پس از سانحه و فرسودگی مبتلایان به سرطان اثر مثبت داشته است. با این وجود، به منظور مقایسه جفتی بین متغیرها از آزمون تعقیبی برونفرونی استفاده گردید (جدول ۸). در بررسی تفاوت گروه ذهن آگاهی با درمان متمرکز بر شفقت تنها در متغیر نمو پس از سانحه ( $p=0/001$ ) تفاوت معنادار مشاهده شد و در متغیرهای فرسودگی ( $p=1/00$ ) تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مقایسه ذهن آگاهی با گروه گواه نیز در هر دو متغیر نمو پس از سانحه ( $p=0/041$ ) و فرسودگی ( $p=0/006$ ) تفاوت معنادار به نفع گروه ذهن آگاهی بدست آمد. همچنین در بررسی گروه درمان متمرکز بر شفقت با گروه گواه نیز در هر دو متغیر نمو پس از سانحه ( $p=0/001$ ) و فرسودگی ( $p=0/013$ ) تفاوت معنادار به نفع گروه درمان مبتنی بر شفقت به دست آمد (جدول ۸). این نتایج نشان‌دهنده

یافته‌های آماری حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش، بر اساس یافته‌های جداول ۷، ۸ و ۹ حاکی از اثربخشی هر یک از روش‌های ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر نمو پس از سانحه، فرسودگی و عوارض ناشی از شیمی‌درمانگری بیماران مبتلا به سرطان نسبت به گروه گواه، با فیکس نمودن اثر پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۵ تأیید و فرض خلاف بود. بدین معنی که روش آموزش ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر نمو پس از سانحه و فرسودگی مبتلایان به سرطان اثر مثبت داشته است. با این وجود، به منظور مقایسه جفتی بین متغیرها از آزمون تعقیبی برونفرونی استفاده گردید (جدول ۸). در بررسی

از پاسخ به آنها، اجازه دهند که افکار به همان صورتی که هستند در ذهنشان باقی بماند. افزون بر این، این مدالگویی برای آموزش توانش‌های تمرکززایی فراهم و فوننی برای پردازش اطلاعات را مهیا می‌کند که چرخه‌های مزاج - فکر را تداوم می‌بخشد (هومن، ۱۳۷۵). همچنین در این شیوه، آنها با فوننی که مربوط به تجربه کردن لحظه حال و به دور از ترس و نگرانی درباره آینده آشنا شدند. افزون بر این، این نگرش در آنها به وجود آمد که به تمامی امور (خوشایند و ناخوشایند) پذیرش بدون داوری داشته باشند. علاوه بر این، به کمک تنفس و با استفاده از اعضای بدن، آگاهی از وقایع و آگاهی از بدن، تنفس صدا و افکار و پذیرش افکار، معانی احساسی و عاطفی را تغییر داده و بیماران به این نکته پی می‌برند که افکارش بیش از این که بازتابی از واقعیت باشد، افکار نادرستی هستند که منجر به وخامت بخشیدن به مشکلات جسمی روانی وی می‌شدند. از این رو می‌توان نتیجه گرفت آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و آموزش آن باعث نظم‌بخشی به احساسات روانی و جسمی می‌شود، به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (براون و همکاران، ۲۰۰۷)، می‌تواند به کاهش فرسودگی مرتبط با سرطان و در نهایت ارتقای سلامت عمومی بیماران کمک کند. زیدان و همکاران (۲۰۱۰) اثربخشی تمرینات ذهن آگاهی را بر کاهش فرسودگی جسمی، درد و اضطراب در نمونه‌های غیربالینی گزارش داده‌اند. نتایج پژوهش رحمانی و همکاران (۱۳۹۷) نیز حاکی از اثربخشی شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و یوگای هوشیارانه به شیوه گروهی بر شدت فرسودگی ناشی از بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس. بود. از سوی دیگر، بیماران گروه درمان متمرکز بر شفقت با ایجاد یک رابطه محبت آمیز با خود در مقابل تسلیم در برابر حوادث ناگوار و بیماری سخت سرطان، دلسوزی نسبت به خود در مواجهه با رنج حاصل از بیماری، پذیرش احساسات آسیب‌پذیر و مراقبت نسبت به خود با اتخاذ نگرشی غیرارزیابانه در مقابل آشفتگی حاصل از عوارض بیماری را کاهش داده و فرسودگی کمتری را متحمل شدند. علاوه بر این، یکی از تجارب این روش مداخله‌ای برای بیماران این گروه، درونی ساختن افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی بود تا همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دادند، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شوند.

برتری هر دو گروه نسبت به گروه گواه در هر سه متغیر و همچنین برتری گروه درمان متمرکز بر شفقت در متغیر نمو پس از سانحه نسبت به گروه ذهن آگاهی می‌باشد. این در حالی است که زیرگروه‌های درمان از آزمون آل - ماتریکس (جدول ۹) نشان از اثربخشی بیشتر روش درمان متمرکز بر شفقت نسبت به آموزش ذهن آگاهی بر نمو پس از سانحه نسبت به مداخله رقیب، گزارش شده است. در حالی که در متغیر فرسودگی تفاوتی بین اثر دو روش مشاهده نشد و بقیه اثرات مربوط به دو روش با گروه گواه بود.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان اثربخشی آموزش ذهن آگاهی با شفقت‌درمانگری بر نمو پس از سانحه و فرسودگی مرتبط با سرطان انجام شد. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با آموزش ذهن آگاهی بر فرسودگی ناشی از سرطان بیماران تفاوت وجود ندارد. یافته‌های این پژوهش با یافته پژوهش‌های (براون و همکاران، ۲۰۰۷)، زیدان و همکاران (۲۰۱۰)، رحمانی و همکاران (۱۳۹۷) و ریس (۲۰۱۰) همسو بود. از این رو، فرضیه مذکور به دلیل اثربخشی هر دوی مداخلات روانشناختی اجرا شده و عدم تفاوت تأثیر آنها بر فرسودگی ناشی از سرطان بیماران، رد می‌شود. در تبیین این یافته پژوهش در زمینه تأثیر هر دوی مداخلات روانشناختی از جمله آموزش‌های ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت و عدم تفاوت اثربخشی آنها در ارتقای نمرات فرسودگی مرتبط با سرطان بیماران می‌توان به توضیحات زیر اشاره کرد. بیماران هر دو گروه مداخلاتی در جلسه مصاحبه نخستین، مشکل فرسودگی مداوم پس از مراحل درمان و یا بر اثر وخامت بیماری را گزارش دادند. چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، به بیماران کمک می‌کند (براون و همکاران، ۲۰۰۷)، بنابراین می‌تواند در تعدیل نمره فرسودگی ناشی از بیماری سرطان بیماران مؤثر واقع گردد. این امر از این نظر که در پژوهش‌های گذشته نشان داده شده است که آموزش ذهن آگاهی به مردم در تعدیل رفتارها و افکار منفی کمک می‌کند و منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود، قابل توجیه است (جانکین، ۲۰۰۷). بر اساس این مد به بیماران آموزش داده شد تا هرگاه افکار یا احساس منفی در آنها ظاهر شود، قبل

از سوی دیگر، از آنجا که اعضای گروه درمان متمرکز بر شفقت همگی مبتلا به بیماری سرطان بوده و تنیدگی مرتبط با مراحل تشخیص، درمان و تحمل عوارض آن را تجربه کرده‌اند، کمتر مشکل را منحصر به خود دانسته و در عین احساس اشتراک جمعی، کمتر مشکل را به خود و بی‌کفایتی خودشان مرتبط می‌دانند. از سوی دیگر، از آنجا که اکثر بیماران از درد و تجربه آن و همچنین بروز مشکلات هیجانی ناشی از مراحل سخت درمان اجتناب می‌کنند، بیشتر بیماران مورد مطالعه با نگرانی داشتن درد و رنج ناشی از بیماری و روند درمان در حیطه آگاهی‌شان، کم‌تر از رنج فاصله گرفته، آن را مربوط به خود می‌دانستند و وجود آن را انکار نمی‌کردند. از این رو، افراد مبتلا به سرطان که تنیدگی زیادی را از ابتدا تا پایان هر مرحله درمان و حتی ملاقات با پزشک متحمل می‌گردند، می‌توانند با وجود این هیجان‌ها و احساس‌های وحشتناک به زندگی عادی خود ادامه داده و تغییرات مثبت روانشناختی زیادی را تجربه نمایند. فن‌های مربوط به درمان متمرکز بر شفقت در طول دوره درمان نیز توانست اثر مثبتی در زمینه کاهش احساس اضطراب و ناامیدی شرکت‌کنندگان این پژوهش نسبت به گروه آموزش ذهن‌آگاهی ایجاد کند. نواب دانشمند (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان داد که تفاوت معناداری در ابعاد افسردگی، اضطراب، احساس قدرت درونی، تغییر در اهداف و اولویت، کارکرد جسمانی، انرژی، فرسودگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی مادران بیش فعال مشاهده شد. لیکن در ابعاد تنیدگی، احساس نزدیکی و صمیمیت با دیگران و تلاش برای حفظ روابط با دیگران، اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی و اختلال نقش بخاطر سلامت تفاوت معناداری مشاهده نشد. بنابراین با توجه به اثربخشی این درمان متمرکز بر شفقت در بهبود علایم روانشناختی، نمو پس از سانحه و کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال، این روش درمانگری می‌تواند برای مراجعان مراکز مشاوره گزینه مناسبی باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، این است که نتایج و یافته‌های بدست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و نمی‌توان آن را به جامعه آماری دیگر تعمیم داد. می‌توان به اجرای هر دو روش مداخله‌ای توسط تنها یک درمانگر و همچنین اجرای آن تنها بر روی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان پیامبر اکرم (ص) اشاره کرد. از این رو پیشنهاد می‌گردد، از درمانگر مستقل جهت اجرای هر یک از مداخلات استفاده گردد. به جلب مشارکت سازمان‌ها و یا نهادهای

نتایج پژوهش ریس (۲۰۱۰) حاکی از این بود که افرادی که از خودشفقت‌ورزی بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوارگری کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌انگیز تجربه می‌کنند و از رضایت بیشتری در زندگی برخوردار هستند. همچنین این افراد در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند. وقتی از آنها خواسته می‌شود که تجربیات شکست خود را به یاد بیاورند، از خودارزیابی‌های هیجانی و منفی کم‌تری استفاده می‌کنند. بر حسب نتایج حاصل از پژوهش، بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با آموزش ذهن‌آگاهی بر نمو پس از سانحه بیماران سرطانی تفاوت وجود دارد. از این رو، فرضیه مذکور با اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت نسبت به آموزش ذهن‌آگاهی بر نمو پس از سانحه، تأیید می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت اکثر بیماران مبتلا به سرطان از لحظه تشخیص بیماری تا مراحل درمانگری، خاطرات دردناکی از واکنش‌های احساسی و هیجانی اولیه را تجربه کرده‌اند. در بسیاری اوقات این افراد برای رهایی از این احساس‌ها و هیجان‌ها رنج بسیاری می‌کشند که همین امر موجب کاهش مدیریت هیجانی، تنیدگی، همچنین دامن زدن به عوارض جانبی روش‌های درمانگری و در پی آن، تشدید مشکلات جسمانی بیمار می‌گردد. خودشفقتی، باعث می‌شود بیمار، چشم‌انداز گسترده‌تری نسبت به مشکلات خود داشته باشد، چالش‌های زندگی و شکست‌های فردی را به عنوان بخشی از زندگی خود در نظر گرفته، در هنگام درد و رنج به جای احساس انزوا بیش از پیش با دیگران رابطه برقرار کند و به جای سرکوب کردن، قضاوت کردن و اجتناب، از افکار، هیجان‌ها و احساسات، بر آگاهی خود باافزاید. این عوامل به بیمار کمک می‌کند تا ذهنی گشوده‌تر داشته، توانایی بیشتری برای تغییر دادن شناخت‌ها و پاسخ‌های رفتاری مناسب با بستر کسب نماید و راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری به کار برد که این امر، باعث می‌شود حالات هیجانی سازش نیافته مانند اضطراب، افسردگی و تنیدگی در وی کاهش یابد (کاشدان و سیاروچی، ۲۰۱۳). بیماران مورد مطالعه در پژوهش حاضر به کمک مداخلات متمرکز بر شفقت که مشتمل بر مؤلفه‌هایی چون مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی است (نف و گرم، ۲۰۱۳)، توانستند به جای احساس تنیدگی و قضاوت خود در مقابله با بیماری سختی چون سرطان و عوارض ناشی از شیمی‌درمانگری (فرسودگی، تهوع، ریزش مو، رنگ‌پریدگی و...) در زمان بیماری و در طول درمان احساس خیرخواهی و صبر بیشتری را تجربه کردند.



- Devita, V.T, Lawrence, T, Rosenberg, S. (2011). Cancer principles and practice of oncology. 9<sup>th</sup> ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins. *Health Mental of Fundamentals*, 2(62), 117-131.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.). *Conceptualizations, research and use in psychotherapy*, 263-325.
- HasanpoorDehkordi, A., & Azari, S. (2006). Quality of life and related factor in cancer patients. *Behbood*, 10(2), 110-19.
- Hilarius, DL., Kloeg, PH., van der Wall, E., Komen, M., Gundy, CM., Aaronson, NK. (2011). Cancer-related fatigue: clinical practice versus practice guidelines. *Support Care Cancer*, 19(4), 531-534.
- Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H., Arndt, V., (2011). Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *British Journal of Cancer*, 105(2), 1158-1165.
- Junkin, SE. (2007). *Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women Dissertation*. Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan, 42-46.
- Kashdan, TB., & Ciarrochi, J. (2013). *The Context Press mindfulness and acceptance practica series. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications.
- Liao GS, Apaya MK, Shyur LF. (2013). Herbal medicine and acupuncture for breast cancer palliative care and adjuvant therapy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 48(12) 43-79.
- Molassiotis A, Russell W, Hughes J, Breckons M, Lloyd-Williams M, Richardson J, et al. (2014). The effectiveness of acupressure for the control and management of chemotherapy-related acute and delayed nausea: a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 12-25.
- Neff, K.D., Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trail of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(112), 28-44.
- Neff, KD. (2009). the role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Hum Dev*, 52(3) 211-214.
- Okuyama, T., Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H. Shima, Y., Maruguchi, M., Hosaka, T., & Uchitomi, Y. (2000). Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(1), 5-14.
- Pace TWW, Negi LT, Adame DD, Cole SP, Sivilli TI, Brown TD, Issa MJ, & Raison., CL. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psycho neuro endocrino* 34(1), 87-98.
- اجرای جهت تخصیص بودجه، نیروی انسانی و... در جهت اجرای هرچه بهتر مداخلات درمانگری همراه با نمونه بزرگ تر که نماینده واقعی آن سازمان‌های مربوط بوده و نتایج قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشند، اقدام گردد. مطالعات مشابه در مورد بیماران بستری و یا در حال مداوای کلیه بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از اقشار مختلف بیماران (از حیث نوع بیماری، نوع سرطان، میزان پیشرفت بیماری، گروه سنی و...) و مقایسه نتایج آن با پژوهش حاضر اجرا گردد.

## منابع

- آقاشریفی، علی‌رضا؛ دهستانی، مهدی و شریفی‌ساک، شیدا (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری در کاهش خستگی سرطان زنان مبتلا به سرطان پستان. *روانشناسی سلامت*، ۱۷-۵.
- حیدریان، آرزو؛ زهراکار، کیانوش و محسن‌زاده، فرشاد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۹(۲)، ۵۹-۵۲.
- رحمانی، نرگس و منصور، احمد (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳(۱)، ۱۱۹-۱۳۹.
- سیدمحمودی، سیدجواد؛ رحیمی، چنگیز و محمدی‌جابر، نورا... (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رشد پس از سانحه (PTGI). *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱)، ۱۰۸-۹۳.
- کرین، ربکا (۱۳۹۱). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. ترجمه انیس خوش‌لهجه صدق، تهران: بعثت. (تاریخ تألیف به زبان اصلی، ۱۹۹۸).
- نواب‌دانشمند، مژگان (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر علیم روانشناختی، رشد پس از سانحه و کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.
- هومن، عباس (۱۳۷۵). *استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان دوره‌های روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم*. تهران: مؤسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18(3), 272-281.
- Cramp, F., & Daniel, J. (2008). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *The Cochrane Database Systematic Review*, 54(2), 112-130.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. London: Rutledge.

- Piet, J., Wurtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Symptoms of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1007–1020.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(51), 757–761.
- Shennan, C. Payne, S., & Fenlon, D. (2011). What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psycho-Oncology*, 20(11), 681–697.
- Shreve-Neiger, A. & Edelstein, B.A. (2004). Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 24(67), 379-397.
- Sim, B.Y., Lee, Y.W., Kim, H., Kim, S.H. (2015). Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 230-236.
- Stan, D.L., Collins, N.M., Olsen, M.M. Croghan, I., & Pruthi, S. (2012). *The Evolution of Mindfulness-Based Physical Interventions in Breast Cancer Survivors*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 15p.
- Taspinar A, Sirin A. (2010). Effect of acupressure on chemotherapy-induced nausea and vomiting in gynecologic cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 49-54.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., & Calhoun, L.G. (1998). *Posttraumatic Growth: Positive Change in the Aftermath of Crisis Mahwah*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K.R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., Mathewse, H.L. (2011). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(72), 969-981.
- Yennu, S., Urbauer, D.L., Bruera, E. (2012). Factors associated with the severity and improvement of fatigue in patients with advanced cancer presenting to an outpatient palliative care clinic. *BMC Palliat Care*, 17(98), 11-16.
- Yeung, S.C.J., Escalante, C.P., & Gagel, R.F. (2009). *Medical Care of the Cancer Patient*, Pmph USA.
- Zeidan, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cognition*, 19(51), 597-605.