



Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Quality of Life and Happiness of Females with Breast Cancer in Ahvaz City

Sajad Alighanavati¹ , Fatemeh Bahrami^{2,*} , Kourosh Godarzi³ , Mehdi Roozbahani⁴ 

¹ Department of Consulting, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

² Department of Consulting, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran

³ Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

⁴ Department of Motor Behavior Sciences, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

* **Corresponding author:** Fatemeh Bahrami, Department of Consulting, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran. E-mail: pf.bahrami 26@gmail.com

Received: 18 May 2018

Accepted: 06 Jul 2018

Abstract

Introduction: Considering the psychological effects of cancer, the use of psychological treatments is very important in reducing the psychological effects of breast cancer. The purpose of this study was to investigate the therapeutic effect of compassion on quality of life and happiness among females with breast cancer in the city of Ahwaz.

Methods: This research had a post-test and pre-test design. The statistical population of the study included all females with breast cancer in the year 2016-2017 referring to health centers of Ahwaz, among whom 24 were selected by the available sampling method. Twenty-four of the participants were randomly assigned to two groups; 12 in the experimental group and 12 in the control group. Compassion-based therapy was conducted during 12 sessions in two experimental groups. The control group was placed on the waiting list and received no intervention. The instrument used in this study was the Quality of Life Questionnaire and Oxford Happiness Questionnaire, which was answered during the last intervention session again. To analyze the results, descriptive statistics and covariance analysis were used with 0.01 alpha.

Results: This quasi experimental research with IRCT20180627040257N1 of this study indicated that there was a significant difference between the experimental and control groups regarding quality of life with average of 79.83 ± 20.88 and 45.58 ± 10.53 and happiness with average of 92.33 ± 16.34 and 53.08 ± 14.57 ($P < 0.001$). Also, quality of life and happiness levels in the experimental group were significantly ($P < 0.001$) higher than the control group at the post-test stage.

Conclusions: Compassion-based therapy has been able to increase the quality of life and happiness of females with breast cancer. It is possible to attribute the reasons for this effect to components of compassion and kindness, and on the other hand, the exceptional process in compassion-based therapy.

Keywords: Compassion Therapy, Quality of Life, Happiness, Breast Cancer



اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز

سجاد علی قنواتی^۱ ID، فاطمه بهرامی^{۲*} ID، کوروش گودرزی^۳ ID، مهدی روزبهانی^۴ ID

^۱ گروه مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

^۲ گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

^۳ گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

^۴ گروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه بهرامی، گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران. ایمیل:

pf.bahrami 26@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۰۲

چکیده

مقدمه: باتوجه به آثار روانی ناشی از ابتلا به سرطان بکارگیری درمان‌های روانشناختی در کاهش آثار روانی مربوط به ابتلا به سرطان سینه اهمیت زیادی دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد.

روش کار: این پژوهش نیمه تجربی با کد کارآزمایی IRCT20180627040257N1 پژوهش از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز درمانی در سال ۹۵-۹۶ شهر اهواز بود که از میان آن‌ها ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این تعداد ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه به شکل تصادفی ساده- به قید قرعه- گماشته شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه مداخله مبتنی بر شفقت دریافت کرد. ابزار استفاده شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) و پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (AHQ) بود که در آخرین جلسه مداخله شرکت کنندگان به این ابزارها مجدداً پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل نتایج از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات و به منظور کنترل متغیرهای مداخله گر در پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش بیانگر آن است که میانگین‌های کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون به ترتیب $45/58 \pm 10/53$ ، $79/83 \pm 20/88$ و میانگین‌های شادکامی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون به ترتیب $16/34 \pm 92/33$ ، $14/57 \pm 45/58$ که این مقادیر در تحلیل کواریانس چند متغیری از لحاظ آماری معنی دار است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر شفقت توانسته است میزان کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه را افزایش دهد می‌توان دلایل این اثر بخشی را به تاکید این درمان بر مؤلفه‌های شفقت و مهربانی و از طرف دیگر به مؤلفه‌های خاص درمان مبتنی بر شفقت نسبت داد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، کیفیت زندگی، شادکامی، سرطان سینه

مقدمه

از جمله این تاثیرات می‌تواند شامل درد، خستگی، تهوع و افسردگی باشد (۱۴). با توجه به مشکلات همراه با بیماری سرطان بکارگیری درمان‌هایی با اثرات دراز مدت می‌تواند نقش بسزایی در افزایش کیفیت زندگی این افراد داشته باشد (۹). تاکنون درمان‌های روانشناختی مختلفی برای ارتقاء متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در بیماران مبتلا به سرطان سینه به کار برده شده است که هر کدام از اثر بخشی خاص خود برخوردار است (۱۵). با توجه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه و اطلاعات گردآوری شده، مداخلات روان شناختی در این بیماری می‌تواند سبب بهبود علائم ثانویه وابسته به بیماری و حتی کمک به درمان‌های زیستی افراد باشد. یکی از حوزه‌های مورد سؤال افزایش شفقت و همدلی میان پرستاران و کادر بیمارستان با بیماران سرطان سینه می‌باشد (۱۶). از این رو در راستای مداخلات روان شناختی یکی از این روان درمانی‌ها، روان‌درمانی مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را برای بیماری‌های خاص جلب کرده است. درمان مبتنی بر شفقت، در کنار سایر بر این اساس و با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی، ایجاد شده است (۱۷). این درمان توسط گیلبرت در سال (۲۰۰۵) به وجود آمد، گیلبرت در جلسات درمانی خود از سازه درمان مبتنی بر شفقت استفاده نمود که می‌تواند به عنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد را پایه ریزی نمود و در نهایت نظریه درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد (۱۸).

اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش علائم روان شناختی منفی در بیماران مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳) همچنین تحقیقات اخیر نشان داده است که این درمان بر استرس ناشی از ابتلا به سرطان، خود شفقت ورزی و کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان سینه مؤثر بوده است (۱۹). طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تأثیر گذار در اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان محور می‌باشد چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند. اگرچه تحقیقات گذشته به اثر بخشی این درمان بر مؤلفه‌های روانشناسی مثبت زنان دچار سرطان سینه نپرداخته‌اند با این حال تحقیقاتی در خصوص ارتباط خود شفقت ورزی و سلامت روان افراد دچار سرطان سینه موجود می‌باشد (۲۰). (۲۱). به طور مثال پرزدسکی نشان دادند که خود شفقت ورزی عامل میانجی در ارتباط پریشانی روانی و تغییرات در تصویر تن زنان دچار سرطان سینه می‌باشد. به این نحو که زنانی که به دلیل پیشرفت بیماری مجبور به برداشتن سینه کرده‌اند استرس و پریشانی روانی بیشتری را تجربه می‌کنند با اینحال عامل محافظت کننده این زنان خود شفقت ورزی بوده است (۲۰). با توجه به آنچه بیان شد، کیفیت زندگی و شادکامی به عنوان متغیرهای مثبت روانشناختی در پیشرفت درمان‌های مکمل روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان سینه به حساب می‌آیند (۱۲، ۲۲) از طرفی با توجه به پیشینه پژوهش رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت، به عنوان مداخله‌ای جدید در درمان روانشناختی بیماران جسمی مزمن به کار گرفته شده است (۱۷، ۲۱)، از این رو انتظار می‌رود که رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی به عنوان عوامل مثبت روانشناختی در مقایسه با

یکی از انواع سرطان‌ها که از نظر ابتلا، بیش‌ترین آمار را در میان زنان دارد و دومین علت عمده مرگ ناشی از سرطان‌ها در این گروه محسوب می‌شود، سرطان سینه است (۱) این سرطان عامل یک پنجم مرگ زنان ۴۰ تا ۵۰ ساله شناخته شده است. طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳، میزان بروز سالانه این بیماری در دنیا با نرخ ۱/۸٪ تا ۲٪ در حال افزایش است (۲). در ایران بر طبق آمار مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، سرطان سینه از نظر بروز بین تمام سرطان‌ها در زنان، هم‌چنان در رتبه اول قرار دارد و با میزان بروز تعدیل شده سنی ۲۰ و تعداد ۶۰۰۰ مورد در سال ۱۳۹۰ مشخص می‌شود که میزان بروز سرطان سینه به رقم ۲/۳۳٪ رسیده است (۳). متأسفانه سن بروز سرطان سینه در زنان ایرانی پایین‌تر از سن جهانی است. مطالعات گذشته نشان داده که بروز سرطان با افزایش اختلالات عاطفی همچون افسردگی و اضطراب و کاهش کیفیت زندگی این بیماران همراه است (۴). مفهوم کلی و عمومی کیفیت زندگی به معنی "میزان برتری و امتیاز در زندگی در ارتباط با برخی معیارهای مقایسه‌ای که اکثر مردم در یک جامعه خاص آن را مطرح می‌کنند" است (۵). کیفیت زندگی به طور مشخص یا ضمنی با کمیت زندگی (سالهای عمر) در تضاد است، و ممکن است که رضایت بخش، خوشایند و بدون مزیت باشد (۶) اخیراً با توجه به رشد فزاینده و عدم درمان قطعی بیماری‌های مزمن و هم چنین به دلیل افزایش چشمگیر هزینه‌های مراقبت از سلامتی و نگرانی افراد در مورد کارایی مداخله‌های درمانی، شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح شده است (۷). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به ارزیابی و برداشت بیمار از میزان تأثیری که نقص‌ها، بیماری‌ها و درمان آنها بر کارکرد روزانه و فرصت‌های اجتماعی او گذاشته است تعریف می‌شود (۸). بررسی مطالعات انجام شده درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که مفهوم شادکامی با کیفیت زندگی بخصوص کیفیت محیط زندگی و کیفیت اقتصادی رابطه دارد. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که میان شادکامی و کیفیت عملکرد رابطه وجود دارد (۹) میزان شادکامی در میان افراد سالم از لحاظ جسمانی و آنهایی که انرژی زیادی دارند بیشتر است همچنین در میان افرادی که علائم روانشناختی زیادی دارند کمتر از کسانی است که از لحاظ روانشناختی در سلامتی بهتری بسر می‌برند. در ادبیات پژوهشی شادکامی معمولاً به عنوان احساس لذت و رضایت درونی از زندگی فردی شخص تعریف می‌شود (۱۰). مفهوم شادکامی به عنوان چتری در نظر گرفته می‌شود که مفاهیم مرتبط با زندگی خوب را که امروزه از آن به عنوان کیفیت زندگی و رضایت از زندگی یاد می‌شود، در بر می‌گیرد (۱۱). به طور کلی شادکامی به عنوان پیش بینی کننده وضعیت سلامتی و طول عمر محسوب می‌شود (۱۱) مطالعات در خصوص کیفیت زندگی و شادکامی افراد دچار سرطان سینه نشان داده است که کاهش این عامل با افزایش درد و اضطراب در این بیماران همراه است (۱۲، ۱۳). بنابراین افزایش کیفیت زندگی و شادکامی این افراد رابطه مستقیم با کاهش درد و رنج روانی آنها دارد. از این رو بکار گیری درمان‌هایی که بتواند کیفیت زندگی و شادکامی این افراد را افزایش دهد از اهمیت بالایی برخوردار است. درمان سرطان سینه می‌تواند جنبه‌های جسمانی و روانی بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد.

برای گروه آزمایش بود که تمامی افراد انتخاب شده تا پایان درمان در گروه شرکت داشتند. در این پژوهش، از روشهای آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و از روشهای آماری استنباطی - تحلیل کواریانس چند متغیری - به منظور بررسی تفاوت گروههای آزمایش و گواه پس از آزمون و گواه اثر پیش آزمون از این تحلیل استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS22 استفاده شده است.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF: Word Health Organization Quality Of Life Questionnaire-Brief Form)

در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سؤال است و دارای ۴ خرده مقیاس، سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. دو سؤال اول به هیچ یک از خرده مقیاس‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند بونومی و همکاران (۲۰۰۰) به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداختند. نتایج این پژوهشگران نشان داد که فرم بلند این پرسشنامه دارای پایایی ۰/۸۸ تا ۰/۹۶ می‌باشد. همچنین به منظور بررسی روایی این پرسشنامه از همبستگی نمرات آن با نتایج فرم کوتاه کیفیت زندگی و نمره مقیاس ذهنی کیفیت ذهنی استفاده شد که نشان دهنده درجه بالای همبستگی این دو مقیاس بود (۵). در ایران نیز نجات و همکاران پایایی این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ برای سه مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط ۰/۷ بدست آوردند با اینحال مقدار آلفای کرونباخ سلامت اجتماعی ۰/۵۵ بدست آمد (۶). پایایی این آزمون در مطالعه حاضر برای شرکت کنندگان ۰/۸۴ در مقیاس آلفای کرونباخ بود که نشان دهنده پایایی مناسب این آزمون است. قابل ذکر است در پژوهش‌های چندمتغیری آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۶ در علوم رفتاری مناسب ارزیابی می‌شود (۲۳).

پرسشنامه شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Questionnaire)

این ابزار در سال ۱۹۸۹ توسط لو و آراگایل تهیه شده است و به صورت چهار گزینه‌ای از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال می‌باشد (۲۴). آراگایل و هیلز پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در سال ۲۰۰۰ در حدود ۰/۹۱ گزارش داده و روایی آن را در ارتباط با زیرگروه‌های مورد مطالعه ارزیابی کرده و آن را معتبر گزارش نموده است (۲۵) علی پور و نوربالا (۱۳۷۸)، پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با روش دو نیم کردن ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین در بررسی روایی صورتی پرسشنامه توان سنجش شادکامی توسط این آزمون تأیید گردید (۲۶). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه برای صد درصد نمونه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمده است. به منظور انجام مداخلات مبتنی بر شفقت از پروتکل درمان مبتنی بر شفقت استفاده شد که برای گروه آزمایش به صورت هفته‌ای یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه که شامل زمان استراحت نیز می‌شده است انجام شد. این جلسات از اول دی ماه

سایر درمان‌های سنتی مطلوب‌تر باشد. روان درمانی‌های سنتی مانند روانکاو، می‌باشد. در درمان‌های سنتی بیشتر به بهبود علائم و نشانه‌های مشکل پرداخته می‌شود. حال آنکه درمان مبتنی بر شفقت مدل تغییر رفتار است و این مدل مبتنی بر مدل شناختی- رفتاری است. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته پژوهشی در حیطه اثر بخشی رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت بر عوامل روانشناختی مثبت (کیفیت زندگی و شادکامی) بر جامعه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز درمانی صورت نگرفته است. از طرف دیگر از آنجا که کیفیت زندگی و شادکامی به عنوان دو متغیر مرتبط به یکدیگر در ارتباط با سرطان سینه به عنوان متغیرهای محافظت کننده مطرح شده‌اند از این رو اثر بخشی درمان‌های روانشناختی مانند شفقت درمانی می‌تواند از طریق اثر گذاری بر این متغیرها انجام پذیرد. بنابراین بررسی اثر گذاری درمان مبتنی بر شفقت بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان دچار سرطان سینه به عنوان عوامل محافظت کننده، مورد سؤال این پژوهش می‌باشد. در نتیجه این سؤال پیش می‌آید که آیا به کارگیری الگوی مبتنی بر شفقت بر عوامل روانشناختی مثبت (کیفیت زندگی و شادکامی) تأثیر دارد؟

روش کار

این پژوهش نیمه تجربی با کد کارآزمایی IRCT20180627040257N1 به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گواه) و شامل دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون بوده است. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر شفقت درمانی می‌باشد که فقط در گروه آزمایش، اعمال شده و تأثیر آن بر نمرات آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفته است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی (شامل بیمارستان‌های دولتی و درمانگاه‌های دولتی) و خصوصی (بیمارستان خصوصی و درمان گاه‌های خصوصی) شهر اهواز در سال ۹۵-۹۶ بوده است که از میان پرونده‌های موجود در هر بخش بدون احتساب تعداد کل به علت عدم دسترسی کامل اطلاعاتی ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. قابل ذکر است جهت انجام طرح‌های آزمایشی محققان نمونه ۱۵ نفری برای هر گروه را پیشنهاد کرده‌اند (۲۳) که در این پژوهش با توجه به اینکه جامعه افراد دچار سرطان سینه را تشکیل می‌دادند و دست یابی به این حجم نمونه بسیار دشوار بود بنابراین تا حد ممکن نمونه مناسب انتخاب شد و برای هر گروه ۱۲ نفر مد نظر قرار گرفت. پس از انتخاب نمونه که به تعداد ۲۴ نفر است به شکل تصادفی، ۱۲ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت درمانی و ۱۲ نفر در گروه گواه گماشته شده‌اند. در جلسه پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به سؤالات آزمون کیفیت زندگی و شادکامی پاسخ داده‌اند. گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت درمان گروهی بر مبنای روان درمانی مبتنی بر شفقت درمانی قرار گرفتند و پس از ۱۲ جلسه درمان روان درمانی مبتنی بر شفقت به صورت مجزا در هر دو گروه یک جلسه پس‌آزمون، مجدداً به سؤالات پاسخ دادند. موارد عدم شمول نیز وجود بیماریهای جسمانی حاد مثل بیماریهای قلبی عروقی، آسم، دیابت، فشار خون بالا و اختلالات هورمونی شدید و گواه نشده که سلامت عمومی فرد را به خطر می‌اندازد و همچنین بیماری‌های روانی مزمن و غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی

قرار گرفته است. تکنیک اصلی درمانی CFT آموزش ذهن مشفق است. در این تکنیک به درمانجو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن مشفق به درمانجویان کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز مرتبط با اضطراب، خشم، خودانتقادگری، شخصیت‌زدایی و شدیدایی خفیف (هایپومانیا) خود را تغییر کنند (۲۷) شرح جلسات مداخله به طور خلاصه در جدول ۱ قابل ملاحظه است.

تا پایان بهمن ماه سال ۱۳۹۶ ادامه داشته است. نکات آموزشی به طور خلاصه از گیلبرت بر گرفته شده است (۲۷). درمان مبتنی بر شفقت یک شکل از درمان است که توسعه دهنده و ترکیب یافته با درمان شناختی- رفتاری می‌باشد که مبتنی بر مهارت آموزی است. درمان متمرکز بر شفقت فراتشخیصی است و برای درمان شرایط متفاوتی نظیر افسردگی، اضطراب، تروما و روان‌گسیختگی مفید است. این رویکرد درمانی مدلی جدید از عملکرد روانشناختی است و بر اساس علم تکامل، علوم اعصاب و یافته‌های پژوهشی درباره دلبستگی

جدول ۱: شرح محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت

| شماره جلسه | محتوای جلسه |
|--------------|--|
| جلسه اول | معرفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمان‌گر، بیان هدف تشکیل گروه و اهمیت مسأله، تعریف نقش عوامل روانشناختی مثبت در بیماری سرطان و علامت روانشناختی افراد، معرفی درمان مبتنی بر شفقت درمانی و رویکردهای جدید روان‌شناسی در درمان سرطان، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، آشنایی با شفقت و شفقت به خود |
| جلسه دوم | بررسی نقش کیفیت زندگی در بهزیستی ذهنی، شادکامی و سلامت روان، تعریف امیدواری بر اساس مدل درمان مبتنی بر شفقت درمانی، ارائه تکنیک‌ها و راه‌های موفقیت در دستیابی به امیدواری و شادکامی (کمک به بهبود کاهش نشخوار فکری افراد از طریق عمل کردن بر طبق استانداردهایی که افراد در حوزه‌های ارزشمند زندگی‌شان در نظر گرفته‌اند و از این طریق، افزایش رضایت خاطر را به دست می‌آورند، دریافت بازخورد. |
| جلسه سوم | مرور جلسه قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه‌های مهم زندگی، مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی، اجرای مدل شناسایی حوزه‌هایی که باعث نگرانی هستند و برنامه فعالیت‌های روزمره جهت تولید ارزش‌ها در پهنه زندگی، دریافت بازخورد. |
| جلسه چهارم | مرور جلسه قبل، استفاده از گام تغییر نگرش برای بهبود رضایت در حیطه‌هایی که رضایت در آنها کافی نیست، آموزش تغییر نگرش بر پایه اصول شناخت‌درمانی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار، آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پر خطر، دریافت بازخورد |
| جلسه پنجم | مرور جلسه قبل، آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هوشیاری، آموزش تغییر اولویت‌ها و زمینه‌های مهم با استفاده از کسب بینش، دریافت بازخورد. |
| جلسه ششم | مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش یا آدم غم‌خوار، اصل مردم‌آمیزی یا غرق شدن در رابطه و ... دریافت بازخورد |
| جلسه هفتم | مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم خوش‌بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت‌گزینی، اصل تنفس آرام بخش و احساس راحتی و چشم‌پوشی کردن و بخشش یا اصل کنار گذاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن. |
| جلسه هشتم | مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک‌های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه مؤثر ... دریافت بازخورد |
| جلسه نهم | مرور جلسه قبل و شروع به‌کارگیری تکنیک‌های کاهش ترس و مواجهه با ترس‌های روانشناختی مبهم، ارائه راهکارهای آرامش‌سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی مؤثر... و ارائه بازخوردهای لازم. |
| جلسه دهم | مرور جلسه قبل و آموزش مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد |
| جلسه یازدهم | مرور جلسه قبل، ارائه راهکارهای افزایش کیفیت زندگی، آموزش خوددازد همراه با تصویرسازی مبتنی بر شفقت درمانی و خودالقای مثبت، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر برای بیماری سرطان و ارائه بازخورد. |
| جلسه دوازدهم | مرور و خاتمه تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شفقت درمانی و ارائه خلاصه‌ای از راهبردها و تکنیک‌های تأثیرگذار. |

می‌دادند. همچنین ۳۴ درصد افراد تحصیلات دیپلم، ۲۶ درصد زیر دیپلم، ۳۰ درصد لیسانس و ۱۰ درصد فوق لیسانس و بالاتر تشکیل می‌دادند. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار، نمره‌های کیفیت زندگی و شادکامی را در گروه‌های آزمایش و گواه، به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر $42 \pm 8/09$ و $79/82 \pm 20/88$ است. میانگین و انحراف معیار برای گروه گواه، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر است با $44/91 \pm 8/14$ و $45/58 \pm 10/52$ می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر $57 \pm 6/79$ و $92/22 \pm 16/34$ است. برای گروه گواه میانگین و انحراف معیار به ترتیب در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر است با $56/16 \pm 12/15$ و $52/08 \pm 14/57$ است. به منظور انجام آزمون کواریانس پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات پس‌آزمون همگنی واریانس‌ها انجام شد. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها متغیرهای

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش کلیه اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. رضایت نامه به صورت فردی و همراه با معارفه درمان‌گر از اعضای گروه به صورت شفاهی اخذ شد. قابل ذکر است درمانگر آقای سجاد علی قنواتی دانشجوی دوره دکتری مشاوره و راهنمایی بوده است که به‌عنوان شخصی دوره دیده در خصوص درمان مبتنی بر شفقت کار اجرایی آموزش را انجام دادند. لازم به ذکر است که مقاله حاضر در جلسه مورخ ۱۳۹۷/۳/۱۹ در کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد مطرح و با شناسه IR.IAU.B.REC.1397.010 به تصویب این شورا رسید

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در پژوهش به ترتیب ۲۵/۴ و ۵/۶ بود که همگی این شرکت‌کنندگان را زنان تشکیل

جهت آزمودن پیش فرض خطی بودن و احتراز از هم خطی چندگانه از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. نتیجه این آزمون معنی دار بدست آمد ($P < 0/001$, $X^2 = 31/42$) که نشاندهنده تأیید فرض خطی بودن و احتراز از هم خطی چندگانه بحساب می‌آید. به منظور بررسی اثر بخشی مداخله آزمایشی تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) با گواه پیش آزمون پژوهش انجام گرفت. جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی نمرات پس آزمون با گواه پیش آزمون را نشان می‌دهد.

فوق در گروه‌های مورد مطالعه تأیید شد و در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست ($P = 0/31$, $F = 1/26$, $BOX = 71/24$) و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کواریانس‌ها برقرار است. همچنین پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد. نتایج این آزمون برای شاخص‌های کیفیت زندگی و شادکامی غیر معنی دار بدست آمد که این نتایج نشانگر نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون متغیرهای پژوهش است. همچنین

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و شادکامی گروه‌های آزمایش و گواه

| گروه | میانگین | انحراف معیار |
|--------------------|---------|--------------|
| کیفیت زندگی | | |
| پیش آزمون | | |
| آزمایش | ۴۲ | ۸/۰۹ |
| گواه | ۴۴/۹۱ | ۸/۱۴ |
| پس آزمون | | |
| آزمایش | ۷۹/۸۳ | ۲۰/۸۸ |
| گواه | ۴۵/۵۸ | ۱۰/۵۳ |
| شادکامی | | |
| پیش آزمون | | |
| آزمایش | ۵۷ | ۶/۷۹ |
| گواه | ۵۶/۱۶ | ۱۳/۱۵ |
| پس آزمون | | |
| آزمایش | ۹۲/۳۳ | ۱۶/۳۴ |
| گواه | ۵۳/۰۸ | ۱۴/۵۷ |

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی نمره‌های نمره‌های کیفیت زندگی و شادکامی گروه‌های آزمایش و گواه

| نام آزمون | مقدار | F | df فرضیه | df خطا | اندازه اثر | توان آماری | سطح معنی‌داری |
|---------------|-------|-------|----------|--------|------------|------------|---------------|
| لامبدای ویلکز | ۰/۲۹۴ | ۷/۰۷۷ | ۲ | ۳۲ | ۰/۷۵۶ | ۱ | $P < 0/001$ |

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون نشخوارفکری و نگرانی گروه‌های آزمایش و گواه

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | اندازه اثر | توان آماری | سطح معنی‌داری |
|-------------|---------------|------------|-----------------|--------|------------|------------|---------------|
| کیفیت زندگی | ۷۲۹۱/۹۰۸ | ۱ | ۷۲۹۱/۹۰۸ | ۱۵/۶۷۴ | ۰/۴۹۵ | ۱ | $P < 0/001$ |
| نگرانی | ۹۱۱/۱۲۳ | ۱ | ۹۱۱/۱۲۳ | ۲۱/۱۷۳ | ۰/۵۷۰ | ۱ | $P < 0/001$ |

در متغیرهای کیفیت زندگی ($F = 15/674$ و $P < 0/001$) و شادکامی ($F = 21/173$ و $P < 0/001$) معنی‌دار می‌باشند. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۴۹ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر کیفیت زندگی و ۵۷ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر شادکامی و مربوط به مداخله آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می‌باشد. هرچه توان آماری یک تست افزایش یابد به معنی احتراز از خطای نوع دوم می‌باشد. توان آماری برابر با یک منهای خطای نوع دوم است. و خطای نوع دوم به معنی تأیید فرض صفر اشتباه می‌باشد. توان آماری یک یعنی خطای نوع دوم صفر.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و شادکامی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثربخشی برابر با ۰/۷۵ و توان آماری آزمون برابر ۱ می‌باشد. برای بررسی نقطه تفاوت، دو تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل کواریانس یک‌راهه

بحث و نتیجه گیری

نوبه خود باعث افزایش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین بکارگیری مداخلات ذهن آگاهانه و تمرینات آرام بخشی یکی دیگر از حوزه‌های مورد تاکید در این درمان بود. اثر گذاری این تکنیک‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته نشان داده شده است.... به نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود بخودگی بر روند پذیرش بیماری اثر گذار است همچنان که در تحقیقات اخیر نشان داده شده است زنان دچار سرطان سینه‌ای که از خود بخودگی بیشتری برخوردار اند کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند (۱۳). در اینجا منظور از کیفیت زندگی و شادکامی همان عوامل محافظت کننده روانشناختی است که روند درمان‌های جسمی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد که پس از طی ۱۲ جلسه درمانی، زنان مبتلا به سرطان سینه توانستند آن را افزایش دهند. از محدودیت‌های این پژوهش عدم مقایسه این درمان با سایر درمانهای روانشناختی هم ارز می‌باشد که اثر بخشی این درمان را نسبت به دیگر درمان‌ها نشان دهد. همچنین نمونه این پژوهش شامل بیماران سرطان سینه شهر اهواز می‌باشد که متغیرهای قومی و فرهنگی می‌تواند در تعمیم پذیری نتایج این پژوهش محدودیت ایجاد کند. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این روش درمان با سایر درمانهای روانشناختی و در جمعیت‌های دیگر مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد. همچنین از آن‌جا که اصلاح و بهبود عوامل محافظت کننده روانشناختی (کیفیت زندگی و شادکامی) در بیماران مبتلا به سرطان سینه احتمال تحت شعاع قرار دادن روند درمانی را به دنبال داشته باشد توصیه می‌شود درمان‌هایی برای بهبود و اصلاح عوامل محافظت کننده روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه استفاده شود که در محتوای درمانی خود به عوامل محافظت کننده روانشناختی توجه خاصی را نشان دهند. نتایج این پژوهش می‌تواند در ارتقا کیفیت رابطه درمانی در برخورد پرستاران و پزشکان با بیماران سرطان سینه اثر بخش باشد.

سپاسگزاری

این مطالعه نتیجه یافته‌های رساله دکتری طی صورت جلسه شورای پژوهش مورخ دوم اسفند ماه ۱۳۹۵ به شماره ۹۵۱۲۰۲-۲۰۰-پ می‌باشد. همچنین مقاله حاضر در جلسه مورخ ۱۳۹۷/۳/۱۹ در کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد مطرح و با شناسه IR.IAU.B.REC.1397.010 به تصویب این شورا رسید. از حمایت‌های مسئولین بیمارستان گلستان اهواز و همچنین مراکز خصوصی و دولتی شهر اهواز تقدیر و تشکر می‌شود. همچنین از تمامی افرادی که پژوهشگران را در رسیدن به یافته‌های این پژوهش یاری رسانده‌اند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

حمایت مالی

این پژوهش بدون هرگونه حمایت مالی به انجام رسیده است

تعارض منافع

تضاد منافعی در این تحقیق وجود ندارد.

هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر شفقت، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه را افزایش داده است. همچنین این درمان کیفیت زندگی را در نمونه بالینی پژوهش در مقایسه با گروه گواه افزایش داده است یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر درمان شفقت بر روی متغیرهای پژوهش با نتایج تحقیقات گذشته (۲۸، ۲۹) همسو است با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است (۲۷). فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است. این موازنه تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه تصمیمی افراد دچار سرطان سینه، در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص بر عوامل مثبت روانشناختی (کیفیت زندگی و شادکامی) تأثیر گذار است. زنان مبتلا به سرطان سینه با آموزش‌های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرا می‌گیرند که با سازه موازنه تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۱۲ جلسه درمانی مدل شفقت عوامل محافظت کننده روانشناختی (کیفیت زندگی و شادکامی) را در پس از آزمون افزایش یافته نشان دادند. این موضوع بیانگر آن است که زنان مبتلا به سرطان سینه با گذراندن مدل درمانی شفقت آگاهی نسبت به وضعیت خود را در طی مراحل می‌آموزند و توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرس‌ورهای سوق‌دهنده به سوی وخیم‌تر شدن وضعیت جسمی و روانشناختی افزایش می‌دهند و همچنین قادر به گواه محرک‌های محیطی در حین درمان جسمی خود برای سرطان هستند. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود سبب تغییر به کارگیری راهبردهای بهتر برای مبارزه و ادامه درمان‌های جسمی طولانی مدت خواهد شد. این نتیجه همسو با پژوهش گزنالس-هرناندز و همکاران (۲۰۱۸) می‌باشد که به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر بیماران تحت درمان دچار سرطان سینه انجام شد. این پژوهشگران نتیجه گرفتند روندهای همدلی و بخشش خویشتن و ایجاد پل ارتباطی با دیگران در پذیرش بیماری و افزایش خود مهرورزی و کنترل بر استرس‌های درمان سرطان نقش بسزایی دارد (۱۹). یکی از حوزه‌های مورد تاکید در درمان مبتنی بر شفقت همدلی و گسترش علاقه به دیگران است که در جلسات درمانی مورد تاکید قرار گرفتند. گسترش بخشش و همدلی با دیگران نهایتاً منجر به افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز مورد تاکید قرار گرفته است (۶). اثر گذاری این درمان بر کیفیت زندگی بیماران می‌تواند از مسیر اثر گذاری بر گسترش و غنی سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح شده سبب افزایش شادکامی و سرزندگی که به

References

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90. doi: 10.3322/caac.20107 pmid: 21296855
2. Kirsten L, Hobbs K, editors. Supportive care in advanced breast cancer. Cancer Forum; 2017: The Cancer Council Australia.
3. Asgarian F, Mirzaei M, Asgarian S, Jazayeri M. Epidemiology of Breast Cancer and the Age Distribution of Patients over a Period of Ten Years. *QJ Breast Dis*. 2016;9(1):31-6.
4. Gold M, Dunn LB, Phoenix B, Paul SM, Hamolsky D, Levine JD, et al. Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;20:97-105. doi: 10.1016/j.ejon.2015.06.003 pmid: 26187660
5. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(1):1-12. pmid: 10693897
6. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2006;4(4):1-12.
7. Frisch MB. Quality-of-life-inventory. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*: Springer; 2014. p. 5374-7.
8. Revicki DA, Osoba D, Fairclough D, Barofsky I, Berzon R, Leidy NK, et al. Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res*. 2000;9(8):887-900. pmid: 11284208
9. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvao DA, Pinto BM, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*. 2010;42(7):1409-26. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181e0c112 pmid: 20559064
10. Szczygiel D, Mikolajczak M. Why are people high in emotional intelligence happier? They make the most of their positive emotions. *Pers Individ Differ* 2017;117:177-81.
11. Veenhoven R. Co-development of Happiness Research: Addition to "Fifty Years After the Social Indicator Movement". *Soc Indic Res*. 2018;135(3):1001-7. doi: 10.1007/s11205-017-1554-z pmid: 29497231
12. Guilkey R, Storey S, Tang C-C, Nielsen A, Von Ah D. Pain and anxiety and quality of life in breast cancer survivors. 2015.
13. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness*. 2015;6(3):444-54. doi: 10.1007/s12671-014-0277-3
14. Smith-Turchyn J, Morgan A, Richardson J. The Effectiveness of Group-based Self-management Programmes to Improve Physical and Psychological Outcomes in Patients with Cancer: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2016;28(5):292-305. doi: 10.1016/j.clon.2015.10.003 pmid: 26522169
15. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, et al. Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: A Meta-analysis. *JAMA Oncol*. 2017;3(7):961-8. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.6914 pmid: 28253393
16. Percy M, Richardson C. Introducing nursing practice to student nurses: How can we promote care compassion and empathy. *Nurse Educ Pract*. 2018;29:200-5. doi: 10.1016/j.nepr.2018.01.008 pmid: 29427943
17. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol Med*. 2015;45(5):927-45. doi: 10.1017/S0033291714002141 pmid: 25215860
18. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion Focused Therapy After Traumatic Brain Injury: Theoretical Foundations and a Case Illustration. *Brain Impairment*. 2011;12(2):128-39. doi: 10.1375/brim.12.2.128
19. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burichka D, Diego-Pedro R, Banos R, et al. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integr Cancer Ther*. 2018;1534735418772095. doi: 10.1177/1534735418772095 pmid: 29681185
20. Przedziecki A, Sherman KA, Baillie A, Taylor A, Foley E, Stalgis-Bilinski K. My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psychooncology*. 2013;22(8):1872-9. doi: 10.1002/pon.3230 pmid: 23203842
21. Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2014;21(1):1-12. doi: 10.1002/cpp.1806 pmid: 22740105
22. Kim MK, Kim T, Moon HG, Jin US, Kim K, Kim J, et al. Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol*. 2015;41(3):426-32. doi: 10.1016/j.ejso.2014.12.002 pmid: 25578249
23. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied multivariate research: Design and interpretation*: SAGE publications; 2016.
24. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. *Pers Individ Differ* 1990;11(10):1011-7.
25. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Pers Individ Differ*. 2002;33(7):1073-82. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00213-6
26. Rezvan S, Ahmadi S, Abedi M. The effects of metacognitive training on the academic achievement and

- happiness of Esfahan University conditional students. *Counsel Psychol Q*. 2006;19(4):415-28.
27. Gilbert P. *Compassion focused therapy: Distinctive features*: Routledge; 2010.
28. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Ther*. 2014;58:43-51. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.006 pmid: 24929927
29. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013;52(2):199-214. doi: 10.1111/bjc.12009 pmid: 24215148