

Original Article

Comparing the Effectiveness of Two Group Therapy Methods based on Compassion and Mindfulness on the Psychological Capital of Colon Cancer Patients with Ostomy

Razie Esmaeili *¹, Mahnaz Ali Akbari Dehkordi ², Amin Rafie pour ²

1. Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0003-1507-8436

2. Department of Psychology, School of Humanities, Payam Noor University, Tehran, Iran

*Corresponding author. Tel: +9809103403182, E-mail: r.esmaeili@ut.ac.ir

Article info

Article history:

Received: Jun 12, 2023

Accepted: Jan 18, 2024

Keywords:

Ostomy
Mindfulness-based therapy
Compassion-based therapy
Colon Cancer
Psychological Capital

ABSTRACT

Background: Ostomy surgery in colon cancer patients leads to mental and emotional damage, in which high psychological capital in a person can reduce the severity of the damages. This study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of two group therapy methods based on compassion and mindfulness on the psychological capital of colon cancer patients with ostomy.

Methods: This was a semi-experimental study with a pretest-posttest with a control group design. Among the ostomy colon cancer patients who visited Imam Hossein (AS) Hospital in Tehran for treatment in the second quarter of 2018, the number of 45 eligible individuals were selected using convenience sampling method and were randomly allocated within blocks. They were divided into three groups of 15 people each (intervention 1, intervention 2 and control). In the intervention groups, compassion-based and mindfulness-based therapy methods were implemented respectively. Each group intervention duration was 8 sessions of 45 minutes each. Data were collected using Lutans psychological capital questionnaire (2007) in the pre-test and post-test phases and analyzed using analysis of variance using SPSS-24.

Results: The results showed that both of group therapy methods based on compassion and mindfulness were effective on the psychological capital of colon cancer patients with ostomy ($p < 0.01$). Furthermore, the results of the Bonferroni test and the adjusted means indicated that the compassion-based group therapy method had a greater effect than the mindfulness-based group therapy in enhancing resilience, optimism and self-efficacy ($p < 0.01$).

Conclusion: Considering the positive effects of the both mentioned methods on psychological capital, counselors and therapists can use psychological interventions such as compassion-based and mindfulness-based group therapy to improve the psychological capital of colon cancer patients with ostomy.



مقایسه اثربخشی دو روش گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ دارای استومی

راضیه اسمعیلی^{۱*}، مهناز علی‌اکبری دهکردی^۲، امین رفیعی‌پور^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۰۳۴۰۳۱۸۲ ایمیل: r.esmaeili@ut.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: جراحی استومی در مبتلایان به سرطان روده، به آسیب‌های روحی و روانی منجر می‌شود که سرمایه‌های روانشناختی بالا در فرد می‌تواند از شدت این آسیب‌ها بکاهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی که به منظور درمان در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۸ به بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه کرده بودند، تعداد ۴۵ نفر که واجد شرایط بودند به روش در دسترس، انتخاب و به شیوه تصادفی بلوک‌بندی شده در سه گروه ۱۵ نفری (مداخله ۱، مداخله ۲ و کنترل) قرار گرفتند. در گروه اول درمان مبتنی بر شفقت و در گروه دوم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، هر کدام به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گردآوری و از طریق تحلیل واریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی مؤثر هستند ($p < 0/01$). همچنین نتایج آزمون بونفرونی و میانگین‌های تعدیل‌شده حاکی از تاثیر بیشتر روش گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت نسبت به گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی بود ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیرات مثبت هر دو روش فوق بر سرمایه‌های روانشناختی، مشاوران و درمانگران می‌توانند از مداخلات روانشناختی نظیر گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی استفاده نمایند.

کلمات کلیدی: استومی، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر شفقت، سرطان روده، سرمایه‌های روان‌شناختی

دریافت: پذیرش:

مقدمه

بیماری سرطان با وجود پیشرفت‌های فراوان در زمینه پزشکی و پیشرفت بشر در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، هنوز هم به عنوان یکی از امراض جدی و در بسیاری از موارد غیرقابل درمان بوده و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی به‌شمار می‌رود (۱). سرطان به عنوان رشد غیرطبیعی سلول‌هایی که توانایی حمله یا گسترش به سایر قسمت‌های بدن را دارند، تعریف می‌شود (۲). بیش از ۱۰۰ نوع سرطان شناخته‌شده وجود دارد که از بین آن‌ها سرطان روده^۱ دومین سرطان کشنده و سومین بدخیمی شایع است که پیش‌بینی می‌شود شیوع آن در سال‌های آینده به طرز نگران‌کننده‌ای افزایش یابد (۳). سرطان روده، هنگامی رخ می‌دهد که رشد تومور در روده بزرگ^۲ ایجاد شود. این نوع سرطان، معمولاً با پولیپ^۳ در دیواره روده شروع می‌شود (۴). علائم سرطان روده ممکن است تا مدت طولانی مشخص نشود اما از واضح‌ترین نشانه‌های آن می‌توان به اختلال در دفع، وجود خون در مدفوع، تغییر در حرکت روده، کاهش وزن و احساس خستگی مداوم اشاره کرد. درمان این سرطان، ترکیبی از شیمی‌درمانی^۴، پرتودرمانی^۵ و جراحی است که در نهایت منجر به کولستومی^۶ یا استومی^۷ می‌شود (۵).

جراحی استومی یک روش برای حفظ زندگی است که اجازه می‌دهد تا مواد زائد بدن از طریق سوراخی که به وسیله جراحی در شکم ایجاد شده و به عنوان پروتز یا کیسه استومی شناخته می‌شود، خارج شود. شایع‌ترین انواع استومی، استومی روده کوچک (ایلئوستومی) یا روده بزرگ (کولستومی) است (۶). کم‌آب‌شدن بدن، گرفتگی در لوله خروجی استومی،

انتشار بوی بد و نشست مواد خروجی، عفونت، خونریزی داخلی، کمبود ویتامین ب ۱۲، ایجاد فتق، گرفتگی روده بزرگ و حساسیت پوست اطراف استوما از جمله عوارض جسمی (۷) و اضطراب، افسردگی، شرم، ترس، خشم، غم و اندوه و عدم اطمینان از نتیجه درمان از مشکلات روانشناختی ناشی از استوما است (۸). در این میان توجه به مشکلات روانشناختی این بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است که سطح بالای سرمایه‌های روانشناختی در فرد می‌تواند، از شدت این مشکلات بکاهد.

سرمایه روانشناختی حالت روحی مثبت فرد است که به وسیله داشتن اعتماد به نفس و تلاش برای موفقیت در وظایف؛ افکار مثبت در مورد موفقیت در حال و آینده؛ پیروی از اهداف و در صورت لزوم هدایت مسیر در جهت رسیدن به اهداف و حفظ آرامش و تندرستی هنگام مواجه شدن با مشکلات و دشواری‌ها، تشخیص داده می‌شود (۹). به عبارتی دیگر، می‌توان گفت سرمایه روانشناختی منابع روانشناختی مثبت فرد است، که از چهار سازه خودکارآمدی، خوش‌بینی، امید و انعطاف‌پذیری تشکیل شده است (۱۰). خودکارآمدی^۸ به باور فرد در مورد توانایی خود برای ایجاد انگیزه، استفاده از منابع شناختی و اقدام برای انجام وظایف و دستیابی به یک استاندارد بالایی از عملکرد اشاره می‌کند (۱۱). خوش‌بینی^۹، انتظار فرد از نتایج مثبت را توصیف می‌کند (۱۲). امید^{۱۰}، حالت انگیزشی مثبت است که بر اساس حس موفقیت، حرکت در مسیر هدف و مسیر برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف در فرد ایجاد می‌شود (۱۳) و انعطاف‌پذیری^{۱۱}، توانایی فرد برای استفاده از تجربیات نامطلوب برای مقابله با خطرات، تردیدها یا شکست‌ها را توصیف می‌کند (۱۴). افراد با سرمایه‌های روانشناختی بالا به طور موثر با مشکلات مواجه

¹ Colon Cancer

² Large Intensia

³ Polyps

⁴ Chemotherapy

⁵ Radiotherapy

⁶ Colostomy

⁷ Ostomy

⁸ Self-efficacy

⁹ Optimism

¹⁰ Hope

¹¹ Resilience

می‌شوند، نتایج مثبتی را پیش‌بینی می‌کنند، به سرعت از شکست‌ها بهبود می‌یابند و با نگرش مثبتی با موقعیت‌های منفی برخورد می‌کنند. از این رو، مداخلات لازم جهت تقویت آن‌ها باید انجام گیرد (۱۵).

با توجه به مشکلات بیماران دارای استوما، روانشناسان از گذشته در پی یافتن راه‌هایی به منظور کمک به این قشر از بیماران بوده‌اند. همگام با گسترش این پژوهش‌ها، سازه جدیدی در درمان روانشناختی تحت عنوان شفقت‌ورزی توسط نف^۱ (۱۶) مطرح شد. شفقت‌ورزی، بر ارتباط داشتن با درد و رنج خود به جای اجتناب و یا قطع ارتباط با آن، ایجاد تمایل به رفع آن و مهربانی کردن با خود تمرکز دارد (۱۷). درمان متمرکز بر شفقت، بیمار را به تمرکز روی، درک و احساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند. مراجعان روان‌درمانی با استفاده از تکنیک‌هایی مانند آموزش ذهن‌شفقت‌ورزی، می‌توانند یاد بگیرند که هر یک از سیستم‌ها را به طور موثر مدیریت کنند. علاوه بر این درمان مبتنی بر شفقت در افراد، سبب ایجاد رابطه مثبت درمانی که روند درگیر شدن با چالش‌ها و توسعه مهارت‌ها را برای مقابله با مشکلات آسان می‌سازد؛ می‌شود. از آنجا که جراحی استومی مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگار با روند درمان کند، درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند نقش موثری در تحقق این هدف ایفا کند (۱۸).

یکی دیگر از درمان‌های موج سوم که بطور گسترده در درمان بیماری‌های جسمانی در بیش از ۲۰۰۰ بیمارستان سراسر دنیا در حال استفاده است، گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان برای وضعیت‌های ویژه‌ای مانند بیماران مبتلا به سرطان، بیماران قلبی، رماتیسم، افراد با اختلالات گوارشی، مشکلات بلع، خوردن و هضم، مناسب شناخته شده

است (۱۹). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، یک نوع روان‌درمانی است که از تمرکز ذهن برای ارتقای سلامت ذهنی و جسمی استفاده می‌کند (۲۰). از طریق ذهن آگاهی بیمار از احساس‌های اضطراب و استرس در بدن خود و علل بروز آن‌ها آگاهی پیدا کرده و افکار مغشوش مرتبط با این احساسات و راه‌های کنار آمدن با مشکلات را می‌یابد. امروزه ذهن آگاهی یکی از درمان‌های مطرح در جهان است که در شرایط مختلف و برای افراد سالم و بیمار کاربرد دارد (۲۱). با وجود شرایط روانی خاص بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی و همچنین الزام حضور روانشناس در اکثر بیمارستان‌های تخصصی داخل کشور، هنوز مداخلات روان‌شناختی بسیار اندکی به منظور بهبود وضعیت این بیماران صورت گرفته است که از مطالعات صورت گرفته در زمینه تاثیر درمان مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی، پژوهش‌های صادق‌پور و همکاران (۲۲) در داخل کشور و در خارج از کشور یافته‌های هافمن^۲ و همکاران (۲۳) از تأثیر مؤثر برنامه خودشفقتی آگاهانه و یافته‌های تان و همکاران (۲۴) از اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان حمایت کرد.

با توجه به اینکه بیماران مبتلا به سرطان دارای استومی در موقعیتی قرار می‌گیرند که می‌بایست در کنار مقابله با سرطان که یک وضعیت تهدیدکننده حیات است، با تغییرات گسترده‌ای که استوما در اثر تغییر دفع روده‌ای در آن‌ها به وجود آورده است نیز سازگار شوند، لذا با انبوهی از مشکلات جسمی، عاطفی و روانی-اجتماعی مواجه می‌شوند که می‌تواند منجر به افت خودکارآمدی، خوش‌بینی به زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری شود. بر این اساس و با توجه به آنچه ذکر شد انجام مداخلات روان‌شناختی به منظور بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی این بیماران از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. با این حال در داخل کشور

^۱ Neff

^۲ Hoffman

پژوهش‌های اندکی در زمینه مقایسه روش‌های مختلف روان‌درمانی در این افراد صورت گرفته است. لذا، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو روش گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی قبل و بعد بود که در آن از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده شد. از بین بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی که به منظور درمان در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۸ به بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه کرده بودند، تعداد ۴۵ نفر که واجد شرایط انتخاب بودند به روش در دسترس، انتخاب و به شیوه تخصیص تصادفی بلوک‌بندی شده در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. در طرح‌های نیمه‌تجربی حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود (۲۵). معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن استومی به دنبال تشخیص سرطان روده، داشتن سن ۲۰ تا ۵۵ سال، عدم ابتلا به اختلالات حاد و مزمن دیگر، داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سوالات، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و درمان‌های روان‌شناختی دیگر در طول مطالعه بودند. عدم امکان حضور در جلسات، ابتلا به بیماری شدید جسمی یا معلولیت جسمی، عدم تمایل به ادامه همکاری، دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی در زمان انجام پژوهش، اختلال بارز در درک و بیان کلامی بعنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند.

پژوهشگر پس از تصویب طرح پژوهشی و گذراندن کارگاه‌های آموزشی «درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی» و «درمان مبتنی بر شفقت»، با هماهنگی دانشگاه پیام نور تهران جنوب، به بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه و نمونه‌های مطالعه را با

روش فوق‌انتخاب نمود. با ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف و نحوه اجرای مطالعه از نمونه‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و به صورت تخصیص تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری (مداخله ۱، مداخله ۲ و کنترل) تقسیم نمود. بعد از تکمیل پرسشنامه توسط هر سه گروه از بیماران در مرحله پیش‌آزمون که برای هر آزمودنی به مدت ۴۵ دقیقه در نظر گرفته شده بود، جهت یادآوری مراجعات بعدی آن‌ها به بیمارستان، از آن‌ها شماره تلفن مطمئنی اخذ شد. سپس برای گروه مداخله ۱، روش درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و برای گروه ۲، درمان مبتنی بر شفقت توسط خود پژوهشگر (نویسنده اول) در ۸ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای یک جلسه) طی دو ماه در بیمارستان امام حسین (ع) اجرا شد. برای اینکه گروه‌ها با هم تعاملی نداشته باشند، هر یک از گروه‌ها در روزهای متفاوتی در بیمارستان حاضر شدند. در نهایت، پس‌آزمون بلافاصله بعد از پایان درمان که به مدت دو ماه طول کشید، در هر سه گروه اجرا گردید.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سرمایه‌های روان‌شناختی^۱ (PCQ) بود. این پرسشنامه توسط لوتانز^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۷ تهیه شده و شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس خودکارآمدی (سوالات ۱ تا ۶)، امیدواری (سوالات ۷ تا ۱۲)، تاب‌آوری (سوالات ۱۳ تا ۱۸) و خوش‌بینی (سوالات ۱۹ تا ۲۴) است که با مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ داده می‌شود. برای بدست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی، ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس محاسبه شده و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی بدست می‌آید. در ضمن سوالات ۱۳، ۲۰ و ۲۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. محدوده نمرات این پرسشنامه ۶ تا ۱۴۴ است. لوتانز و همکاران، پایایی پرسشنامه را بالای ۰/۹۰

^۱ Psychological Capital Questionnaires

^۲ Luthans

گزارش کردند. در پژوهش خسروشاهی و همکاران نیز، میزان پایایی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمد (۲۶). در پژوهش حاضر نیز، پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه خودکارآمدی ۰/۸۴، امیدواری ۰/۷۶، تاب‌آوری ۰/۸۹، خوش بینی ۰/۸۱ و برای کل پرسشنامه، ۰/۹۱ به دست آمد.

محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت نیز طبق پروتکل گیلبرت (۲۷) و جلسات درمانی ذهن‌آگاهی طبق پروتکل باون و همکاران (۹) و طراحی و توسط ۵ نفر از متخصصان روانشناسی و مشاوره دانشگاه پیام نور تهران جنوب و یک متخصص داخلی از دانشگاه علوم پزشکی

شهیدبهشتی، تأیید شد. این مطالعه با توجه به رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و توجه به حقوق شرکت‌کنندگان، رازداری و صیانت از اطلاعات آنها و آزادی عمل شرکت‌کنندگان برای خروج از مطالعه در هر مرحله و ارائه درمان شناختی رفتاری برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش، انجام گرفت. به منظور بررسی فرضیه‌ها از آزمون‌های مانکووا^۱، آنکووا^۲، بونفرونی و تی مستقل استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 انجام گرفت.

^۱ MANCOVA

^۲ ANCOVA

جدول ۱. پروتکل مداخله آموزش ذهن شفقت‌ورز

جلسه	محتوای جلسات
۱	داشتن تعامل و فعالیت مشترک، داشتن آرمان و اهداف مشترک، پویایی گروه و تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک بعنوان تکلیف خانگی
۲	نشان دادن نگرش غیرقضاوت‌گرایانه، یاری رساندن به اعضا، واکنش نشان دادن به هر اقدام طرد، یاری رسانی به یکدیگر و پاسخ به سؤال «چقدر به خودتان شفقت ورز هستید؟» بعنوان تکلیف خانگی
۳	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر، نظریه‌هایی که از جنبه بیولوژیکی و سرشتی به تبیین آسیب‌شناسی روانی اختلالات پرداخته است و شناسایی افکار و رفتار خود انتقادگر بعنوان تکلیف خانگی
۴	آموزش مفهوم به‌شیاری، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود، اشتراکات انسانی و تمرین به‌شیاری در ردیابی افکار و احساسات بعنوان تکلیف خانگی
۵	آموزش تصویرپردازی و اجرای آن در گروه، سمت‌گیری معطوف به مسأله، تعریف مسأله، تولید راه حل‌ها، ارزیابی راه حل‌ها، اجرای راه حل، آموزش مهارت‌های اجتماعی و جرات‌ورزی و تمرین تصویرپردازی ذهنی جلسه همراه با یک فرد شفقت‌ورز و توجه به ویژگی‌های عینی و جزئی آن بعنوان تکلیف خانگی
۶	آموزش خرد، توانایی گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت و تصویرپردازی ذهنی خود شفقت‌ورز بعنوان تکلیف خانگی
۷	تمرین نوشتن نامه دلسوزانه به خود، تمرین دلسوزی به حال خود و تعلل و مسامحه، اسکن دلسوزانه بدن در گروه و تصویرپردازی ذهنی خود شفقت‌ورز بعنوان تکلیف خانگی
۸	توضیح نقش شفقت در هدایت نحوه تفکر و واکنش‌های آموزش افکار و رفتار شفقت‌گر در مقابل انتقادگر، مرور جلسات گذشته و ثبت روزانه ذهن شفقت‌ورز (افکار خودانتقادگر / افکار شفقت‌گرا - رفتار شفقت‌گر) بعنوان تکلیف خانگی

جدول ۲. ساختار جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
۱	معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه، تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها
۲	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد آن، بررسی تکالیف خانگی، تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مدیتیشن تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن
۳	تمرین دیدن و شنیدن، مدیتیشن نشسته، بحث در مورد تکالیف خانگی، انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی
۴	مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار، تمرین قدم زدن ذهن آگاه تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند)
۵	انجام مدیتیشن نشسته، ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
۶	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای، بحث در مورد تکالیف خانگی، ارائه تمرین با عنوان خلق، فکر و دیدگاه‌های جداگانه پذیرش احساسات به عنوان احساس تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه، انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
۷	مدیتیشن چهار بعدی، تمرین جلسه: بهترین راه مراقبت از خودم چیست، آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری تکالیف: مدیتیشن، تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید
۸	اسکن بدن، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن، مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات

یافته‌ها

شرکت کنندگان به تعداد ۱۵ نفر در هر یک از سه گروه مداخله شفقت درمانی، مداخله ذهن آگاهی و کنترل قرار گرفتند که میانگین سن آنها به ترتیب 40.7 ± 4.7 ، 36.4 ± 5.2 و 41.5 ± 4.1 بود. همچنین طبق نتایج آزمون کای دو، از نظر متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل و شغل در ۳ گروه، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت.

در جدول ۳، میانگین نمرات سرمایه روان‌شناختی و مولفه‌های آن در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و هر سه گروه مورد مطالعه، گزارش شده است. با توجه به اطلاعات جدول، میانگین نمرات تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی، امید و سرمایه روان‌شناختی در گروه درمانی مبتنی بر شفقت و گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پس‌آزمون بیشتر از

پیش‌آزمون بود.

به‌منظور انجام آزمون تحلیل واریانس، ابتدا اقدام به بررسی و تایید پیش‌فرض‌های این آزمون شد. بر این اساس شناسایی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، نرمال بودن چندمتغیری داده‌ها با استفاده از فاصله ماهالانویس و آماره مردیا^۱، پیش فرض عدم وجود تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه، بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکندگی، فرض همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون انجام و تایید شد.

^۱ Merdia Statistics

جدول ۳. میانگین نمرات سرمایه روانشناختی و ابعاد آن در هر سه گروه قبل و بعد از آزمون

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	پیش‌آزمون	۱۶/۸۷	۲/۳۶
		پس‌آزمون	۲۱/۸۰	۱/۸۲
تاب‌آوری	گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۱۶/۱۳	۲/۸۸
		پس‌آزمون	۱۸/۱۳	۲/۷۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۸۷	۳/۳۴
		پس‌آزمون	۱۵/۹۳	۳/۷۵
	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	پیش‌آزمون	۱۵/۰۰	۲/۶۵
		پس‌آزمون	۱۸/۸۷	۳/۲۰
خوش‌بینی	گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۳	۳/۲۸
		پس‌آزمون	۱۶/۵۳	۳/۵۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۰۷	۳/۰۳
		پس‌آزمون	۱۵/۱۳	۳/۲۰
	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	پیش‌آزمون	۱۸/۴۰	۲/۲۹
		پس‌آزمون	۲۲/۰۷	۲/۸۷
خودکارآمدی	گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۱۸/۲۷	۲/۰۵
		پس‌آزمون	۲۰/۴۷	۲/۳۹
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۸/۰۷	۲/۹۹
		پس‌آزمون	۱۸/۲۷	۲/۵۲
	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	پیش‌آزمون	۱۴/۹۳	۴/۳۳
		پس‌آزمون	۱۸/۴۰	۴/۰۳
امید	گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۱۵/۰۰	۵/۴۹
		پس‌آزمون	۱۸/۸۰	۴/۷۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۰۷	۴/۵۳
		پس‌آزمون	۱۵/۳۳	۴/۶۷
	گروه درمانی مبتنی بر شفقت	پیش‌آزمون	۶۵/۲۰	۶/۵۰
		پس‌آزمون	۸۱/۱۳	۷/۲۱
سرمایه‌های روان‌شناختی	گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۶۴/۳۳	۶/۴۲
		پس‌آزمون	۷۱/۵۳	۶/۴۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۶۴/۰۷	۷/۳۹
		پس‌آزمون	۶۴/۶۷	۷/۲۸

ذهن آگاهی به میزان ۷۰٪ بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی تأثیر داشت ($p < 0/01$). نتایج آزمون آنکوا نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر شفقت و مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری (به‌میزان ۷۹٪)، خوش‌بینی (۵۳٪)، خودکارآمدی (۶۰٪) و امید (۱۷٪) موثر بود (جدول ۵).

در جدول ۴، نتایج آزمون‌های چند متغیره اثربخشی روش‌های درمانی مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی گزارش شده است. با توجه به اطلاعات جدول، بر اساس مقدار لامبدای ویلکز و مقدار F ، بین نمرات سرمایه روان‌شناختی افراد دو گروه مبتنی بر شفقت و مبتنی بر ذهن آگاهی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$). با توجه به ضریب اتا، گروه درمانی مبتنی بر شفقت و مبتنی بر

به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش، آزمون تعقیبی بونفرونی گزارش شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری به دست آمده برای تفاوت میانگین نمرات گروه درمانی مبتنی بر شفقت و گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای تمام متغیرها به جز امید، کمتر از مقدار مفروض ۰/۰۵ بود، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین گروه درمانی مبتنی بر شفقت و گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تفاوت وجود دارد (جدول ۶).

برای بررسی میزان و جهت تفاوت تأثیر در هر گروه، میانگین‌های تعدیل شده محاسبه شد. نتایج نشان داد

که میانگین تعدیل شده نمرات تاب‌آوری (۱۸/۲۷ و ۲۱/۲۶)، خوش‌بینی (۱۶/۵۹ و ۱۸/۸۶) و خودکارآمدی (۲۰/۴۳ و ۲۱/۹۷) در گروه درمانی مبتنی بر شفقت، بیشتر از گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. همچنین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی در هر دو گروه بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین، می‌توان گفت گروه درمانی مبتنی بر شفقت تأثیر بیشتری بر تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی نسبت به گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشت (جدول ۷).

جدول ۴. نتایج آزمون‌های چند متغیره تأثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت و مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی

آزمون	مقدار	F	d.f فرضیه	Df خطا	P	η
پیلایی	۱,۰۰۶**	۹,۱۰۷	۸	۷۲	۰,۰۰۱	۰,۵۰۳
لامبدای ویلکز	۰,۰۹۳**	۱۹,۸۹۰	۸	۷۰	۰,۰۰۱	۰,۶۹۴
هوتلینگ	۸,۶۵۰**	۳۶,۷۶۲	۸	۶۸	۰,۰۰۱	۰,۸۱۲
بزرگترین ریشه روی	۸,۵۲۵**	۷۶,۷۲۵	۴	۳۶	۰,۰۰۱	۰,۸۹۵

جدول ۵. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی

منبع متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	ضریب اتا
گروه	تاب‌آوری	۲	۸۹,۹۷۷	۶۹,۰۲	۰,۰۰۰	۰,۷۸۴
	خوش‌بینی	۲	۵۲,۹۱۰	۲۱,۹۱	۰,۰۰۰	۰,۵۳۶
	خودکارآمدی	۲	۴۷,۲۱۷	۲۸,۳۳	۰,۰۰۰	۰,۵۹۹
	امید	۲	۵۳,۴۲۳	۴,۰۰	۰,۰۲۷	۰,۱۷۴
خطا	تاب‌آوری	۳۸	۱,۳۰۴			
	خوش‌بینی	۳۸	۲,۴۱۴			
	خودکارآمدی	۳۸	۱,۶۶۷			
	امید	۳۸	۱۳,۳۵۳			
کل اصلاح شده	تاب‌آوری	۴۴	۶۱۰,۵۷۸			
	خوش‌بینی	۴۴	۵۷۳,۹۱۱			
	خودکارآمدی	۴۴	۳۹۲,۸۰۰			
	امید	۴۴	۹۵۹,۲۴۴			

جدول ۶. آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه تاثیر گروه درمانی مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی

متغیر	مداخله	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
تاب‌آوری	شفقت	ذهن آگاهی	۲,۹۸۸	۰,۴۲۰	۰,۰۰۱	کران بالا ۴,۰۳۸ کران پایین ۱,۹۳۷
	کنترل	ذهن آگاهی	۴,۹۳۱	۰,۴۲۳	۰,۰۰۱	کران بالا ۵,۹۹۰ کران پایین ۳,۳۸۷
خوش‌بینی	شفقت	کنترل	۱,۹۴۴	۰,۴۱۸	۰,۰۰۱	کران بالا ۲,۹۹۰ کران پایین ۰,۸۹۷
	کنترل	ذهن آگاهی	۲,۲۶۵	۰,۵۷۱	۰,۰۰۱	کران بالا ۳,۶۹۵ کران پایین ۰,۸۳۵
خودکارآمدی	شفقت	کنترل	۳,۷۸۵	۰,۵۷۵	۰,۰۰۱	کران بالا ۵,۲۲۶ کران پایین ۳,۳۴۵
	کنترل	ذهن آگاهی	۱,۵۲۱	۰,۵۶۸	۰,۰۳۳	کران بالا ۲,۹۴۴ کران پایین ۰,۰۹۷
امید	شفقت	کنترل	۱,۵۳۴	۰,۴۷۴	۰,۰۰۸	کران بالا ۲,۷۲۳ کران پایین ۰,۳۴۶
	کنترل	ذهن آگاهی	۳,۵۸۳	۰,۴۷۸	۰,۰۰۱	کران بالا ۴,۷۸۰ کران پایین ۲,۳۸۶
	شفقت	کنترل	۲,۰۴۹	۰,۴۷۲	۰,۰۰۱	کران بالا ۳,۲۳۲ کران پایین ۰,۸۶۶
	کنترل	ذهن آگاهی	-۰,۳۹۰	۱,۳۴۳	۱,۰۰۰	کران بالا ۲,۹۷۳ کران پایین -۳,۳۷۵
	شفقت	کنترل	۳,۰۷۹	۱,۳۵۳	۰,۰۸۶	کران بالا ۶,۴۶۷ کران پایین -۰,۳۰۹
	کنترل	ذهن آگاهی	۳,۴۶۹	۱,۳۳۷	۰,۰۴۰	کران بالا ۶,۸۱۷ کران پایین ۰,۱۲۱

جدول ۷. میانگین تعدیل شده نمرات سرمایه روان‌شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه		
	شفقت درمانی	ذهن آگاهی	کنترل
تاب‌آوری	۰,۲۹±۲۱,۲۶	۰,۲۹±۱۸,۲۷	۰,۲۹±۱۶,۳۳
خوش‌بینی	۰,۴۰±۱۸,۸۶	۰,۴۰±۱۶,۵۹	۰,۴۰±۱۵,۰۷
خودکارآمدی	۰,۳۳±۲۱,۹۷	۰,۳۳±۲۰,۴۳	۰,۳۳±۱۸,۳۸
امید	۰,۹۵±۱۸,۴۰	۰,۹۴±۱۸,۷۹	۰,۹۴±۱۵,۳۲

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی انجام شد. نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر شفقت و گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی موثر است ($p < 0/01$). این پژوهش با یافته‌های مطالعات خوش‌چین گل و همکاران (۲۸)، صادق پور و همکاران (۲۲) و تان^۱ و همکاران (۲۴) در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مطالعات پرنیان خوی و همکاران (۲۹)، صادق پور و همکاران (۲۲) و هافمن و همکاران (۲۳) در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر

شفقت بر جنبه‌های مختلفی از سلامت و بهزیستی افراد مبتلا به سرطان، همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی می‌توان گفت آموزش ذهن‌آگاهی با تعدیل عواطف، عزت نفس و تعاملات مثبت اجتماعی مرتبط است و در بیماران دارای استومی که به دلایل مشکلات ناشی از استومی، تمایل کمتری به حضور در گروه‌ها و فعالیت‌های گروهی دارند، از طریق ارتقای علاقه در فعالیت‌های فردی و اجتماعی، گامی موثر در جهت بهبود کیفیت زندگی و سرمایه‌های روان‌شناختی آنان می‌باشد. این رویکرد منجر به ارتقای خودآگاهی، کمک به شناخت نقاط قوت و ضعف و تغییر نگرش و باورهای بیماران می‌شود و مهارت مدیریت هیجان، توانایی مقابله

¹ Tan

موثر با هیجان‌های منفی ناشی از بیماری و مشکلات جسمی و روانی آن را افزایش می‌دهد و به آنها کمک می‌کند تا از روش‌های موثری برای حل تعارض استفاده کنند. در واقع، ذهن آگاهی یک احساس آگاهی غیرقابل قضاوت و متعادل است که تمرینات آن باعث افزایش دانش و آگاهی افراد از بدن، احساسات و افکارشان می‌شود و به دیدن و پذیرش واضح احساسات و وقایع در زمان حال کمک می‌کند. در ذهن آگاهی، بازنمایی ذهنی رویدادها که در زندگی خارج از کنترل انسان هستند از طریق تنفس و تفکر آگاهانه آموزش داده می‌شود و این روش درمانی باعث ایجاد سلامت روان و کاهش باورهای نادرست، کاهش سبک‌های اسناد بدبینانه و کاهش اضطراب نسبت به بیماری و استومی می‌شود (۳۰). همچنین ذهن آگاهی می‌تواند منشأ تغییر نگرش‌ها و باورها و افزایش تاب آوری در برابر مشکلات و سختی‌ها باشد. آموزش این مهارت‌ها ضمن افزایش خودآگاهی فرد، باعث افزایش اعتماد به نفس و فراخوانی استعدادهای نهفته و امید می‌شود و به سطوح بالاتری از استقامت در کارهای چالش برانگیز و عملکرد مؤثرتر و خوش‌بینی در فرد منجر می‌شود. بنابراین افزایش سطح خودپذیری در فرد، موجب می‌شود عملکرد مؤثرتری داشته و به موفقیت بیشتری دست یابد، بنابراین احساس خودکارآمدی نیز در او تقویت می‌شود و این موضوع باعث ایجاد رضایت و پذیرش بهتر بیماری و ارتقا تاب‌آوری در فرد می‌شود. از سوی دیگر ماهیت آموزش گروهی در کاهش فشار روانی آزمودنی‌ها نقش موثری دارد و روحیه مثبت، انعطاف‌پذیری، سازگاری، تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید، خوش‌بینی و غیره را افزایش می‌دهد (۳۱). همچنین، تمرین‌های شفقت باعث افزایش عزت نفس و خودکارآمدی می‌شود. بعلاوه، این درمان به افراد می‌آموزد که در مواجهه با سختی‌ها و رنج‌ها با خود مهربان باشند و استرس ناشی از مشکلات را بدون درگیر شدن با تجربیات و

قضاوت‌های منفی تحمل کنند. تمرینات شفقت‌درمانی با القای نگرش‌های بهتر، به افراد کمک می‌کند تا در مورد خودارزیابی‌های غیرمنطقی خود بیاموزند، بر چالش‌ها به طور واقع‌بینانه و سالم غلبه کنند، امیدوار باشند و با جریان زندگی شنا کنند (۳۲).

همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر شفقت نسبت به گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تاثیر بیشتری در افزایش میزان تاب‌آوری ($p < 0/01$)، خوش‌بینی ($p < 0/01$) و خودکارآمدی ($p < 0/01$) افراد مورد مطالعه داشت. یکی از مهمترین تفاوت‌های موجود بین این دو روش درمانی، آن است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی صرفاً به تجربه آنچه در حال، اتفاق افتاده و لمس هیجانات بدون اضطراب یا شرم، همراه با درک این نکته که افکار و هیجانات خود فرد نیستند، بسنده می‌کند. با وجود اینکه نتایج این پژوهش و همین‌طور طیف وسیعی از پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه موضوع مورد نظر نشان دادند که همین موارد به‌تنهایی می‌تواند درمان فراتشخیصی برای بسیاری از اختلالات و ناخوشی‌های روانی باشد، اما درمان مبتنی بر شفقت یک قدم از این فراتر می‌رود و به فرد شیوه برخورد با احساسات و افکار خود را نیز آموزش می‌دهد. در واقع درمان مبتنی بر شفقت علاوه بر اینکه از آموزه‌های درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد تن‌آسایی، گسلش شناختی و خودتمایزسازی از افکار و احساسات استفاده می‌کند، به فرد آموزش می‌دهد که چگونه با افکار، هیجانات و حتی رفتارهای ناخوشایند خود برخورد کند (۳۳). بر این اساس یافته پژوهش حاضر مبنی بر تاثیر بیشتر درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه‌های روانشناختی می‌تواند قابل توجیه باشد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به کم بودن جامعه آماری مبتلایان به سرطان روده دارای استومی و عدم امکان انتخاب تصادفی نمونه‌ها اشاره کرد که تعمیم

نتایج را به سایر بیماران با شرایط متفاوت با محدودیت مواجه می‌سازد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، گروه درمانی مبتنی بر شفقت و گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی می‌شود. لذا، پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های تخصصی سرطان، با ارائه خدمات درمان روانشناختی و استفاده از این روش‌های درمانی، در بهبود سرمایه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به انواع سرطان سعی شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در دانشگاه پیام نور تهران جنوب با کد اخلاق IR.PNU.REC.1398.085 مورد تأیید قرار گرفت. بدینوسیله از همه افرادی که در به‌دست‌آوردن نتایج این پژوهش سهیم بودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- 1- Miller KD, Ortiz AP, Pinheiro PS, Bandi P, Minihan A, Fuchs HE, et al. Cancer statistics for the US Hispanic/Latino population, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(6):466-87.
- 2- Digennaro R, Tondo M, Cuccia F, Giannini I, Pezzolla F, Rinaldi M, et al. Coloanal anastomosis or abdominoperineal resection for very low rectal cancer: what will benefit, the surgeon's pride or the patient's quality of life? *International Journal of Colorectal Disease*. 2013;28:949-57.
- 3- Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. *Translational oncology*. 2021; 14(10): 15261-73
- 4- Davis BR, Valente MA, Goldberg JE, Lightner AL, Feingold DL, Paquette IM. The American society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for ostomy surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2022;65(10):1173-90.
- 5- Verweij NM, Hamaker ME, Zimmerman DD, Van Loon YT, van den Bos F, Pronk A, et al. The impact of an ostomy on older colorectal cancer patients: a cross-sectional survey. *International Journal of Colorectal Disease*. 2017;32:89-94.
- 6- Banaszkievicz Z, Woda T, Zwoliński T, Tojek K, Jarmocik P, Arkadiusz J. Intestinal stoma in patients with colorectal cancer from the perspective of 20-year period of clinical observation. *Przegląd Gastroenterologiczny*. 2015;10:23-27.
- 7- Näsval P, Dahlstrand U, Löwenmark T, Rutegård J, Gunnarsson U, Strigård K. Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. *Quality of Life Research*. 2017;26:55-64.
- 8- Yeung NC, Lu Q. Perceived stress as a mediator between social support and posttraumatic growth among Chinese American breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2018;41(1):53.
- 9- Luthans F, Youssef-Morgan CM. Psychological capital: an evidence-based positive approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2017;4:339-66.
- 10- Hsing-Ming L, Mei-Ju Ch, Chia-Hui Ch, Tang W. The relationship between psychological capital and professional commitment of preschool teachers: the moderating role of working years. *Universal Journal of Educational Research*. 2022;5(5):891-900.
- 11- Avey JB. The left side of psychological capital: new evidence on the antecedents of PsyCap. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 2014;21(2):141-49.
- 12- Ekermans G, Herbert M. Psychological capital: internal and external validity of the Psychological Capital Questionnaire (PCQ-24) on a South African sample. *SA Journal of Industrial Psychology*. 2013;39(2):1-2.

- 13- Lopez SJ. Making Hope Happen: Create the Future You Want for Yourself and Others. Simon and Schuster; 2013.
- 14- Seligman ME, Matthews MD. Comprehensive soldier fitness. *The American Psychologist*. 2011;66(1):90-102.
- 15- Mark G, Smith AP. Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety, Stress & Coping*. 2012;25(1):63-78.
- 16- Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2023;74:193-218.
- 17- Restipa L, Rahmi H. Correlation Self-Compassion and Stress in Patients with Type II Diabetes Mellitus. *Journal of Health Sciences and Epidemiology*. 2023;1(2):64-71.
- 18- Cuppage J, Baird K, Gibson J, Booth R, Hevey D. Compassion focused therapy: exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018;57(2):240-54.
- 19- MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018;18:1599-605.
- 20- Shapero BG, Greenberg J, Pedrelli P, de Jong M, Desbordes G. Mindfulness-based interventions in psychiatry. *Focus*. 2018;16(1):32-39.
- 21- Sanaei, H., Mousavi, S. A. M., Moradi, A., Parhoon, H., Sanaei, S. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on self-efficacy, perceived stress and life orientation of women with breast cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017;12(44):57-66.
- 22- Sadeghpour A, Seif AA, Shahriariahmadi A. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and mindfulness training on post-traumatic developmental disorder and cancer burnout in cancer patients. *Journal of Psychological Science*. 2020;19(86):193-202.
- 23- Hoffman C, Baker B. Effects of mindful self-compassion program on psychological well-being and levels of compassion in people affected by breast cancer. *Alternative Therapies in Health and Medicines*. 2023;29(6):36-41.
- 24- Tan SB, Chee CH, Ngai CF, Hii SL, Tan YW, Ng CG, et al. Mindfulness-based supportive therapy on reducing suffering in patients with advanced cancer: randomised controlled trial. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2022;13(3):302-18.
- 25- Delavar M, Ghoreyshi AA, Jahanshahi M, Nabian N. Comparative experimental study of methane adsorption on multi-walled carbon nanotubes and granular activated carbons. *Journal of Experimental Nanoscience*. 2014;9(3):310-28.
- 26- Bahadori Khosroshah J, Hashemi Nosratabad T, Babapour Kheirodin J. The relationship of psychological capital with social capital among students. *Journal of Research & Health*. 2012;2(1):63-71.
- 27- Gilbert P. Moving beyond cognitive behaviour therapy. *Psychologist*. 2009;22(5):400-3.
- 28- Khosh Chin Gol N, Akbari B, Moghtader L, Shakerinia I. Comparison of the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and neurofeedback on severity and intensity of somatic symptoms and emotional regulation in patients with irritable bowel syndrome. *Health Psychology*. 2021;10(39):121-44.
- 29- Parnian Khooy M, Kehtary L, Gharadaghi A, Eidi M. The effectiveness of compassion-focused therapy on experiential avoidance and cognitive fusion of cancer patients with depressive symptoms. *Health Psychology*. 2021;9(36):105-18.
- 30- Witkiewitz K, Bowen S, Harrop EN, Douglas H, Enkema M, Sedgwick C. Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Subst Use Misuse*. 2014; 49(5):513-524.
- 31- Li J, Yuan E, Zhu D, Chen M, Luo Q. Effect of mindfulness-based stress reduction on stigma, coping styles, and quality of life in patients with permanent colorectal cancer stoma: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2022;101(1):1-4.
- 32- Santisi G, Lodi E, Magnano P, Zarbo R, Zammitti A. Relationship between psychological capital and quality of life: the role of courage. *Sustainability*. 2020;12(13):5238.

- 33- Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2020;20(4):385-400.
- 34- Sommers-Spijkerman M, Elfrink TR, Drossaert CH, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Exploring compassionate attributes and skills among individuals participating in compassion-focused therapy for enhancing well-being. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2020;93(3):555-71.