

## رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجی‌گری اضطراب مرگ

\* شیدا شریفی ساکی<sup>۱</sup>، احمد علی پور<sup>۲</sup>، علیرضا آقا یوسفی<sup>۳</sup>، محمدرضا محمدی<sup>۴</sup>، باقر غباری بناب<sup>۵</sup>

۱. دکتری روان‌شناسی دانشگاه پیام نور.

۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور.

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور.

۴. استاد روان‌پزشکی و روان‌شناسی مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۵. استاد گروه آموزش کودکان استثنایی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۴/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۲/۲۱)

### *The Relationship between Self-Compassion with Depression in Women with Breast Cancer with Mediation Death Anxiety*

\* Sheida Sharifi Saki<sup>1</sup>, Ahmad Alipour<sup>2</sup>, Alireza AghaYousefi<sup>3</sup>, Mohammad Reza Mohammadi<sup>4</sup>, Bagher Ghobari Bonab<sup>5</sup>

1. PhD of psychology Payame Noor University.

2. Professor of psychology Payame Noor University.

3. Assistant Professor of psychology Payame Noor University.

4. Professor of psychiatry & psychology Research Center Tehran University of Medical Sciences Tehran.

5. Professor In Special Education Faculty of psychology & Education Tehran University.

(Received: Jun. 29, 2018 - Accepted: May. 11, 2019)

#### Abstract

**Objective:** The purpose of this study was to investigate the relationship between self-compassion with depression in women with breast cancer with mediator death anxiety.

**Method:** This research was a descriptive-correlational study. The statistical population included all women with breast cancer referring to hospitals and medical center of Mahdih, Imam Khomeini Hospital, Firoozgar Hospital and Pars Hospital in 1396. The sample size was 397 people who were selected and responded to Beck Depression Inventory (2001), God Attachment Questionnaire to Rowat and Kirkpatrick (2002) and Templer's Death Anxiety Questionnaire (1979). The data of this study analyzed by structural equation method and using smart PLS software.

**Result:** The results showed that the full inflows in the present model are confirmed at a significant level ( $p > 0/01$ ). These results suggest that both direct paths and indirect paths have a significant effect on depression, but the paths that are more valid to the path of anxiety of death -> depression than other paths. **Conclusion:** In the formation of depression in women with breast cancer, mental and spiritual factors such as self-compassion and death anxiety are involved. Their findings implied the strong relation among spirituality values and psychological constructs.

**Keywords:** breast cancer, self-compassion, death anxiety, depression.

#### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان شفقت به خود با افسردگی در زنان دارای سرطان پستان با میانجی‌گری اضطراب مرگ بود. روش:

این پژوهش در دسته پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مرکز پزشکی مهدیه، بیمارستان امام خمینی، بیمارستان فیروزگر و بیمارستان پارس تهران در سال ۱۳۹۶ بود که با استفاده از فرمول کوکران ۳۹۷ نفر از آنان به صورت در دسترس انتخاب و به پرسشنامه‌های پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (۲۰۰۱)، پرسشنامه سبک دلبستگی به خدا روات و کرک پاتریک (۲۰۰۲) و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۹) پاسخ دادند و داده‌های آن با روش معادلات ساختاری و به وسیله نرم‌افزار آماری smart PLS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد تمام مسیرهای وارد شده در مدل حاضر در سطح معنی‌داری ( $p > 0/01$ ) تأیید می‌گردد.

این نتایج بیانگر آن است که هم مسیرهای مستقیم و هم مسیرهای غیرمستقیم با افسردگی تأثیر معنی‌داری دارد ولی مسیرهایی که به مسیر اضطراب مرگ بر افسردگی نسبت به مسیرهای دیگر اعتبار بیشتری دارد. نتیجه‌گیری: در شکل‌گیری افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان عوامل معنوی و روانی از جمله سبک‌های دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ نقش دارد. این امر دلالت بر کارآمدی متغیرهای معنویت با متغیرهای روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی دارد.

**واژگان کلیدی:** سرطان پستان، شفقت به خود، اضطراب مرگ، افسردگی.

\* نویسنده مسئول: شیدا شریفی ساکی

\* Corresponding Author: Sheida Sharifi Saki

Email: sheidasharifi1348@gmail.com

## مقدمه

سرطان یکی از علل اصلی مرگ در سرتاسر جهان است و تعداد کل موارد مرگ و میر ناشی از آن در سطح جهان در حال افزایش است (ولیکانی و فیروزآبادی، ۱۳۹۵). سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در سراسر دنیا است. بیشترین میزان بروز استاندارد شده سنی آن در آمریکای شمالی با ۱۲۳/۶ در هر صد هزار نفر و پایین‌ترین آن در جنوب آسیا با میزان ۲۱/۸ در هر صد هزار نفر گزارش شده است (هریچی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). در آمریکا ۱۲/۳ درصد زنان یعنی از هر ۸ زن ۱ نفر در طول زندگی به این بیماری مبتلا می‌شوند (دی سانتیس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). بیشترین میانگین سنی ابتلا به این بیماری در انگلیس ۶۴-۵۰ سالگی و در آمریکا ۶ سال و بالاتر است (به نقل از شبیری و همکاران، ۱۳۹۴). در ایران نیز سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی در بین زنان بوده (هرچی و همکاران، ۲۰۱۱) و حدود ۳۲ درصد سرطان‌های زنان را به خود اختصاص داده است (هاشمیان همکاران ۱۳۹۱). بیماری سرطان مشکلات فراوانی در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی از جمله تحمل درد و کاهش کیفیت زندگی ایجاد می‌کند (اکبری، علی پور و زارع، ۱۳۹۴). پیشرفت‌های زیادی در زمینه تشخیص به‌موقع، غربالگری و روش‌های درمان بیماری حاصل شده است، اما هنوز هم تشخیص بیماری و درمان‌های آن سبب بروز عوارض جانبی متعدد جسمی، روانی و اجتماعی بیماران می‌شود (محدثی و همکاران ۱۳۹۱). سرطان پستان که

به‌صورت یک بیماری خانوادگی در نظر گرفته شده است، می‌تواند زن آسیب‌دیده را با چالش‌های روانی قابل‌توجهی مانند اضطراب و افسردگی شدید، روبه‌رو کند. محققان نشان دادند علائم افسردگی منجر به بروز خستگی و ناامیدی و استرس نسبت به درمان می‌شود (ژیائو و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). از دلایل دیگر در بروز مشکلات در حوزه سلامت روان بیماران سرطانی، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار و خانواده او، از قبیل احتمال بدشکلی بدن، درد، فقدان‌های مالی و اجتماعی، وابستگی، ازهم‌گسیختگی ساختار خانواده، مرگ و فرآیند مردن و نیز رویداد واقعی برخی از این رویدادها در زندگی بیماران است (به نقل از موسی رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). افسردگی یک عامل خطر در افزایش درد و رنج بیشتر، کاهش پایبندی به درمان، طولانی‌تر شدن بستری، کاهش کیفیت زندگی و حتی کاهش نجات از بیماری سرطان می‌باشد (بویی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵؛ پینکورت و دابرسین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

متغیری که ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان افراد دارد، شفقت به خود<sup>۶</sup> است (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۱). این متغیر که به‌تازگی مورد توجه روانشناسی شخصیت، اجتماعی و بالینی قرار گرفته است (کریگر و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳)، مراقبت و دلسوزی نسبت به درون در زمان‌های دشوار معنی شده است. در واقع نگرش

3 Xiao

4. Bui, Ostir, Kuo, Freeman, Goodwin

5. Pinquart & Duberstein

6. Self-Compassion

7. Krieger, Alenstien, Baettig, Doerig, & Holtforth

1. Harirchi

2. DeSantis

نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، شرم، انتقاد از خود، ترس از شکست همراه است (برنارد و کاری<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱؛ نف، ۲۰۱۲). شفقت به خود موجب آشکار شدن محدودیت‌ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می‌شود که فرد را برای اقدام به تحول قادر می‌سازد و فرد را برای تغییر و ارتقاء سطح سلامت روان تشویق می‌کند؛ و از طرفی پایین بودن شفقت به خود باعث می‌گردد که فرد، به‌طور مداوم در شرایط تنش‌زا، قضاوت‌های سخت‌گیرانه‌ای نسبت خود داشته باشد و نمی‌تواند بپذیرد که مشکلات زندگی بخشی از تجربه‌های مشترک بین همه انسان‌هاست و به‌طور مکرر به نشخوار افکار و احساسات دردناک ناشی از آن موقعیت تنش‌زا می‌پردازد (بری و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). از سوی دیگر چنین به نظر می‌رسد که هرچقدر افراد نسبت به خود شفقت بیشتری داشته باشند و در واقع سه مؤلفه مثبت نف (۲۰۱۵) که شامل مهربانی با خود، پذیرفتن مشکلات زندگی به‌عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک انسان‌ها و آگاهی از افکار و احساسات دردناک در آن‌ها بیشتر باشد، در برخورد با مشکلات و سختی‌های ناشی از بیماری، از انگیزه بیشتری برای حرکت به سمت اهداف برخوردارند و درمان‌های پزشکی بیماری‌شان را به‌عنوان روشی برای دستیابی به سلامت جسمی قلمداد می‌کنند.

اگر شفقت به خود را به‌عنوان سازه‌هایی در نظر بگیریم، این فرض مطرح می‌شود که شفقت به خود مثل سایر سازه‌های تفاوت‌های فردی،

شفقت ورزانه به خود شامل یک دیدگاه متعادل به خود و تجربه‌های عاطفی فرد است (نف<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). نف (۲۰۱۵) ساختار این سازه را تعریف و به‌صورت تجربی مطالعه کرده است. به نظر او شفقت به خود شامل سه مؤلفه‌ی دوقطبی است: مهربانی با خود<sup>۲</sup> در مقابل قضاوت نسبت به خود<sup>۳</sup>، انسانیت مشترک<sup>۴</sup> در مقابل انزوا<sup>۵</sup>، ذهن آگاهی<sup>۶</sup> در مقابل همانندسازی افراطی<sup>۷</sup>. مؤلفه اول مستلزم گرمی و ملاحظت با خود به‌جای قضاوت‌های سخت‌گیرانه نسبت به خود است. مؤلفه دوم بر پذیرفتن مشکلات زندگی به‌عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک انسان‌ها اشاره دارد که این مشکلات فقط برای افراد خاصی اتفاق نمی‌افتد. مؤلفه سوم آگاهی از افکار و احساسات دردناک به‌جای جذب شدن کامل در آن‌هاست (همانندسازی افراطی). حمایت نظری و تجربی برای رابطه بین شفقت به خود و سلامت روان وجود دارد. از لحاظ نظری، عمل شفقت به خود موجب افزایش رفتارهای پیشگیرانه برای ارتقاء و حفظ سلامت روان می‌شود (نف، ۲۰۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که شفقت به خود به‌طور مثبت با سلامت روان و سازگاری روان‌شناختی رابطه دارد. به‌طور مثال سطوح بالاتری از شفقت به خود با رضایت بیشتر زندگی، پذیرش مشکلات، هوش هیجانی، ارتباط اجتماعی بهتر همراه است و از سوی مقابل سطوح پایین آن با

1. Neff
2. Self-kindness
3. Self-Judgment
4. Common Humanity
5. Isolation
6. Mindfulness
7. Over-identification

8. Barnard & Curry

9. Berry, Kowalski, Ferguson, McHugh

می‌دهد (نف و ونک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). ساختار شفقت به خود به‌گونه‌ای است که فرد دارای آن، به‌جای صحبت کردن از «من فقیر» درون خود بیشتر به تأمل درباره مشکلات زندگی می‌پردازد و با دیدگاهی مهربانانه‌تر با این مشکلات برخورد می‌کند (نف و همکاران، ۲۰۰۸). در واقع شفقت به خود از طریق افزایش میزان خوش‌بینی، مثبت‌بینی و شادمانی و کاهش فعالیت‌های خود منفی، اضطراب مرگ را کاهش می‌دهد (به نقل از آشیش<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

کریگر و همکاران (۲۰۱۳) در تحقیقی که در آن به مقایسه شفقت به خود، بین ۱۴۲ نفر فرد افسرده و ۱۲۰ فرد غیر افسرده پرداختند، نشان دادند که افراد افسرده سطوح پایین‌تری از شفقت به خود را نسبت به افراد غیر افسرده دارا هستند. نتایج تحقیق آن‌ها حاکی از این بود که شفقت به خود پایین، با نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و همچنین اجتناب شناختی و رفتاری رابطه دارد. به این صورت که نشخوار فکری و اجتناب شناختی و رفتاری نقش واسطه‌ای معناداری بین شفقت به خود پایین و افسردگی داشتند. در پژوهشی دیگر نف و همکاران (۲۰۰۷) به بررسی رابطه شفقت به خود با عملکرد روان‌شناختی مثبت و صفات شخصیتی پرداختند؛ آن‌ها به این منظور ۱۷۷ دانشجو را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه مثبت معناداری بین شفقت به خود با عملکردهای مثبتی روانی چون شادکامی، ابتکار شخصی، کنجکاوی و اکتشاف و ویژگی‌های شخصیتی چون توافق

واریانس مشترکی را با اضطراب مرگ داشته باشند. افراد دارای اشتغالات ذهنی مرتبط با سلامت فیزیکی من‌جمله افراد مبتلا به سرطان، اضطراب مرگ بیشتری گزارش می‌کنند (بشرپور، وجودی و عطارد، ۱۳۹۲). اضطراب مرگ بالا در اکثریت افراد مبتلا به سرطان وجود دارد که می‌تواند ناشی از عدم آموزش کافی مقابله با اضطراب مرگ و آگاهی به بیماران مبتلا به سرطان در بخش‌های آنکولوژی و رادیوتراپی باشد (صالحی، محسن زاده و عارفی، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران سرطانی از اضطراب مرگ بالایی برخوردارند، به‌طوری‌که میزان شیوع اضطراب در گروه مبتلایان به سرطان (۱۷/۹ درصد) در مقایسه با گروه سالم (۱۳/۹ درصد) بوده است. بر اساس نظریه‌ی مدیریت ترس، اضطراب و ترس از مرگ توسط بسیاری از عوامل شناختی فراخوانده می‌شود کریمی افشار، شعبانین، سعید تالشی و منظری توکلی، ۱۳۹۷). طبق این نظریه فرد با تصویرسازی در مورد مرگ خویش اضطراب و ترس از مرگ را تجربه می‌کند که این اضطراب می‌تواند شدید و ناتوان‌کننده باشد. این نظریه معتقد است که مردم برای مدیریت ترس دیدگاه‌های فرهنگی جهانی خاص خود را در آگاهی و مواجهه با مرگ شکل می‌دهند که این دیدگاه‌های فرهنگی جهانی می‌تواند شامل اعتقادات مذهبی باشد که مسیرهای دست‌یابی به موفقیت و یافتن معنا در زندگی را فراهم می‌کند. از سوی دیگر محققان دریافتند که شفقت به خود، میزان اضطراب مرگ را کاهش

1. Vonk  
2. Ashish

از این جهت اهمیت پیدا می‌کند که در صورت ارتباط بین خود شفقت ورزی با افسردگی و اضطراب مرگ، می‌توان برنامه‌های برای آموزش خود شفقت ورزی تنظیم نمود و به بیماران روش‌های خود شفقت ورزی را آموزش داد؛ همچنین می‌توان به کادر بیمارستان آموزش داد که با مهربانی و شفقت با این گروه از بیماران برخورد شود. از طرف دیگر تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که عواملی چون شفقت به خود و اضطراب مرگ با افسردگی ارتباط دارند. با این حال پژوهشی در مورد فرایند ارتباط این متغیرها با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت نگرفته است. لذا در تحقیق حاضر به بررسی فرایند ارتباط بین شفقت به خود و اضطراب مرگ با افسردگی پرداخته می‌شود.

#### روش

جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان مرکز پزشکی مهدیه، بیمارستان امام خمینی، بیمارستان فیروزگر و بیمارستان پارس در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۶ بود. نمونه پژوهش در این تحقیق، تعداد ۳۹۷ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. شرایط ورود و خروج به نمونه پژوهش عبارت‌اند از: ۱- متأهل باشند؛ ۲- در دامنه سنی ۲۰ تا ۷۵ سال قرار گیرند؛ ۳- در مرحله (اسیج) دوم بیماری باشند؛ ۴- مشغول به درمان با یکی از روش‌های پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی باشند؛ ۵- به بیماری روان‌پزشکی

پذیری، برونگرایی و باوجدان بودن داشت. نتایج همچنین نشان داد که یک رابطه منفی معناداری بین شفقت ورزی به خود و روان‌رنجورخویی وجود دارد. آن‌ها همچنین دریافتند که شفقت ورزی به خود سلامت روانی را به‌طور معناداری پیش‌بینی می‌کند. آشیش (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان داد که شفقت به خود به همراهی عزت‌نفس و دلبستگی ایمن، اضطراب مرگ را کاهش می‌دهند. نتایج این پژوهش حاکی از این بود که افرادی که با مهربانی با خود برخورد می‌کنند و نسبت به مشکلات با تأمل و پذیرش برخورد می‌کنند و همچنین دارای عزت‌نفس بالای و دلبستگی امنی هستند، کمتر اضطراب مرگ را تجربه می‌کنند. بروین و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که شفقت به خود واکنش به بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این محققان دریافتند که افزایش شفقت به خود در افراد بیمار، واکنش مثبت و سازگارانه‌ای را در برابر بیماری پیش‌بینی می‌کند. اوریلایزا<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) و ویلچینسکی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) نیز در پژوهش‌های خود دریافتند که بین دلبستگی و ادراک بیماری رابطه معناداری وجود دارد. آن‌ها نشان دادند که به هر مقدار این فرایند ایمن‌تر باشد، ادراک بیماری مثبت‌تر شکل می‌گیرد.

از این رو با توجه به آن‌که شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی بنا به دلایلی همچون مشکلات تغذیه‌ای، سبک زندگی و استرس‌های روانی افزایش پیدا کرده، اجرای مطالعه حاضر

1. Brion, Leary, Drabkin

2. Orillaza

3. Vilchinsky, Dekel, Asher, Leibowitz, Mosseri

شامل ۲۶ ماده است و پاسخ‌ها در آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس سه مؤلفه‌ی ۲ قطبی را در قالب ۶ زیر مقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود (معکوس)، اشتراکات انسانی، انزوا (معکوس)، ذهن آگاهی و همانندسازی فزاینده (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل شفقت به خود (۰/۹۱)، مهربانی با خود (۰/۸۷)، قضاوت در مورد خود (۰/۷۰)، اشتراکات انسانی (۰/۷۴)، انزوا (۰/۸۲)، ذهن آگاهی (۰/۷۵) و همانندسازی فزاینده (۰/۶۴) گزارش شده است (هابفل و روفیکس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). در ایران نیز سعیدی و همکاران (۱۳۹۱)، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه شفقت به خود را ۰/۹۳ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ به دست آمده برای مؤلفه‌های پرسشنامه برابر با ۰/۶۹ تا ۰/۷۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

ج) پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۹) نگرش‌های افراد را نسبت به مرگ مطرح می‌کند که شامل ۱۵ ماده است. طیف پاسخگویی به سؤالات این پرسشنامه با گزینه‌های بله خیر مشخص می‌شود. بدین ترتیب نمرات این مقیاس می‌تواند بین ۰ تا ۱۵ متغیر باشد. ترسن و پاول در سال ۱۹۹۰ در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ و اعتبار باز آزمایی آن را بعد از یک ماه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در سال ۱۳۷۶ به فارسی برگردانده شده است.

حادی مبتلا نباشند؛ ۶- برای آن‌ها فقط تشخیص سرطان پستان گذاشته شده باشد؛ ۷- فاقد عود مکرر بیماری بوده و بیماری را برای اولین مرتبه تجربه کرده باشند؛ ۸- حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشند؛ ۹- به بیماری جسمانی مزمن دیگری مبتلا نباشند؛ ۱۰- تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش را داشته باشند. بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی از بیماران به پرسشنامه‌های پرسشنامه افسردگی بک (*BDI-II*) (۱۹۹۶) که به‌عنوان شاخصی برای سنجش افسردگی به‌کاررفته است، ۲۱ ماده دارد و پاسخ‌دهی به آن بر اساس مقیاس لیکرت هر ماده دارای چهار گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این آزمون ۶۳ و حداقل ۰ می‌باشد. نمره صفر تا ۹ حاکی از عدم افسردگی و یا عادی بودن است. نمره بین ۱۰ تا ۱۶ افسردگی خفیف، نمره بین ۱۷ تا ۲۹ افسردگی متوسط و نمره بین ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (بک و استیر، ۱۹۹۳). ثبات درونی این ابراز را ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۸۱) با ترجمه و اجرای *BDI-II* بر روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ و ضریب باز آزمایی را بافاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (به نقل از غزایی، ۱۳۸۲).

ب) پرسشنامه شفقت به خود نف (۲۰۰۳) برای ارزیابی جهت شفقت به خود به کار می‌رود،

### یافته‌ها

میانگین سنی به دست آمده برای اعضای نمونه برابر با ۴۸/۱۵ سال و انحراف استاندارد ۱۱/۸۰ سال بود. ۶۲/۴ درصد آزمودنی‌های پژوهش دارای تحصیلات دیپلم و کمتر، ۳۰/۸ درصد دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۶/۸ درصد باقی‌مانده دارای تحصیلات تکمیلی بودند. همچنین ۶۷/۷۶ با روش شیمی‌درمانی و ۳۲/۲۴ درصد باقی‌مانده تحت درمان پرتودرمانی بودند. جدول ۱ مؤلفه‌های توصیفی نمرات اضطراب مرگ، افسردگی و شفقت به خود را نشان می‌دهد.

ابوالقاسمی ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ به دست آورد. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۷۹ بود.

داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف (بررسی نرمال بودن توزیع چند متغیری)، آزمون دوربین واتسون (بررسی استقلال خطاها)، آزمون *VIF* و تولرانس (بررسی هم خطی چندگانه متغیرها) تحلیل شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار *SPSS* نسخه ۲۴ و *SMART PLS* استفاده شد.

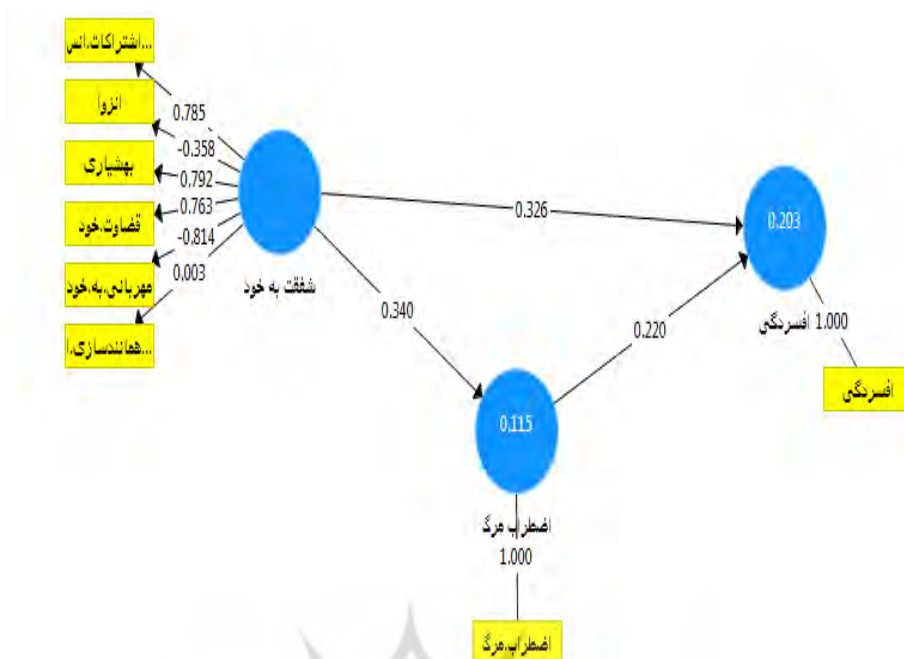
جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مقیاس مورد مطالعه	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
اضطراب مرگ	۱۰/۲۹	۲/۳۵	۰	۱۴

زنان دارای سرطان پستان از معادلات ساختاری استفاده شد. در شکل (۱) مدل ساختاری پیشنهادی برازش شده، آمده است. در شکل زیر سبک‌های دل‌بستگی به خدا به‌عنوان متغیر پیش‌بین، ادراک بیماری به‌عنوان متغیر میانجی و افسردگی به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادلات ساختاری شده است. مسیرهای مشخص شده ضرایب هر کدام از روابط را نشان می‌دهد.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، نمرات میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه مقیاس‌های سبک‌های دل‌بستگی به خدا، ادراک بیماری و افسردگی به دست آمد که در جدول (۲) آورده شده است. میانگین ابعاد دل‌بستگی ایمن، اضطرابی و اجتنابی به ترتیب برابر با ۳۸/۲۴، ۱۲/۵۸ و ۲۱/۱۱ گزارش شده است. همچنین میانگین ادراک بیماری و افسردگی به ترتیب برابر با ۱۵۸/۹۲ و ۳۰/۳۳ گزارش شده است. برای بررسی نقش میانجی ادراک از بیماری در رابطه سبک‌های دل‌بستگی به خدا با افسردگی

شیدا شریفی ساکی و همکاران: رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با...



شکل ۱. نقش میانجی اضطراب مرگ بر رابطه شفقت به خود با افسردگی

یافته‌های حاصل از مدل فوق نشان می‌دهد میزان تأثیر شفقت به خود بر افسردگی ۰/۳۳ و بر متغیر اضطراب مرگ ۰/۳۴ می‌باشد. همچنین میزان تأثیر اضطراب مرگ بر افسردگی ۰/۲۲ بود. معنادار بین متغیرهای شفقت به خود، اضطراب

مستقیم و غیرمستقیم مسیرهای پژوهش در جداول شماره ۲ و ۳ آورده شده است. نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده تأثیرات کلی و وجود روابط

میزان تأثیر

جدول ۲. ضرایب مسیر بین متغیرهای شفقت به خود، اضطراب مرگ و افسردگی

افسردگی	اضطراب مرگ
۰/۲۲	اضطراب مرگ
۰/۳۳	۰/۳۴
	شفقت به خود



مبتلا به سرطان پستان بیشتر از صفر است. این بدین معناست که تمام تأثیرات رابطه‌ی بین شفقت به خود بر افسردگی به صورت مستقیم نیست و نقش واسطه‌ی اضطراب مرگ در این بین مؤثر است. مقادیر اثرات غیرمستقیم بین شفقت به خود -> اضطراب مرگ -> افسردگی در مدل تحلیل مسیر را می‌توان در جدول ۴ ملاحظه کرد.

مرگ و افسردگی است. بیشترین تأثیر کلی مربوط به تأثیر شفقت به خود با اضطراب مرگ با آماره ۰/۳۴ و کمترین اثر مربوط به اضطراب مرگ و افسردگی با آماره ۰/۲۲ بود. در ادامه به ارائه تأثیرات غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در جدول (۳) پرداخته شده است. همان‌طور که جدول (۳) نشان می‌دهد میزان اثر کلی و اثر مستقیم شفقت به خود برابر یکدیگر نیست و میزان اثر غیرمستقیم استاندارد شده برای افسردگی بیماران

جدول ۳. تأثیرات غیرمستقیم شفقت به خود از طریق متغیر میانجی اضطراب مرگ

افسردگی	
۰/۰۸	شفقت به خود

جدول ۴. اثرات غیرمستقیم مسیرهای مدل پژوهش

اثرات غیرمستقیم	
۰/۰۸	شفقت به خود -> اضطراب مرگ -> افسردگی

جدول ۵. شاخص‌های نیکویی برازش مدل نقش میانجی اضطراب مرگ در رابطه‌ی بین شفقت به خود و افسردگی

<i>NFI</i>	<i>Chi-square</i>	<i>d-G2</i>	<i>d-G1</i>	<i>d-ULS</i>	<i>SRMR</i>	شاخص برازندگی
۰/۷۷	۱۷۵/۰۰۶	۰/۰۷۴	۰/۰۷۸	۰/۲۶۸	۰/۰۸۶	مدل

پیشنهادی،

شیدا شریفی ساکی و همکاران: رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با...

تائید می‌گردد. این بدین معناست که هم مسیرهای مستقیم و هم مسیرهای غیرمستقیم با افسردگی تأثیر معنی‌داری دارد ولی مسیرهایی که به مسیر اضطراب مرگ - افسردگی نسبت به مسیرهای دیگر اعتبار بیشتری دارد. سطح اطمینان برای این فاصله ۹۵ و تعداد نمونه‌گیری‌های مجدد بوت استرپ ۵۰۰ است. لذا توجه به مطالب ارائه‌شده فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر شفقت به خود به‌واسطه اضطراب مرگ بر افسردگی در زنان دارای سرطان پستان تائید می‌گردد.

در جدول (۵) شاخص‌های نیکویی برازش مدل ارائه گردید. با توجه به جدول (۵) اکثر شاخص‌های برازش مدل مطلوب است؛ بنابراین مسیر ترسیم‌شده از نیکویی برازش خوبی برخوردار است. در جدول (۶) به بررسی نتایج حاصل از روابط واسطه‌های با استفاده از روش بوت استریپ پرداخته شد. نتیجه حاصل از یافته‌های جدول (۶) نشان می‌دهد که آماره‌های  $t$  به‌دست‌آمده تمام مسیرهای واردشده در مدل حاضر در سطح معنی‌داری ( $p > 0/01$ )

جدول ۶. بوت استریپ مسیر واسطه‌ای مدل پیشنهادی پژوهش

مسیر	نمونه اولیه	نمونه میانگین	انحراف استاندارد	آماره $t$	معنی‌داری
اضطراب مرگ - افسردگی	۰/۲۲۰	۰/۲۱۴	۰/۰۴۸	۴/۵۷۱	۰/۰۰۱
شفقت به خود - اضطراب مرگ	۰/۳۴	۰/۳۳۹	۰/۰۴۶	۵/۳۴۵	۰/۰۰۱
شفقت به خود - افسردگی	۰/۳۲۶	۰/۳۳۱	۰/۰۴۸	۶/۷۷۵	۰/۰۰۱

### نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه شفقت به خود و افسردگی با توجه به نقش متغیر میانجی اضطراب مرگ بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر تهران انجام گرفت. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد تمام مسیرهای واردشده در مدل حاضر تائید می‌گردد. این بدین معناست که هم مسیرهای مستقیم و هم مسیرهای غیرمستقیم با افسردگی تأثیر معنی‌داری دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کریگر و همکاران (۲۰۱۳)، کریگر، برگر و هالفورث (۲۰۱۶)، نف و همکاران (۲۰۰۸)، نوربالا، برجعلی و نوربالا (۱۳۹۲)، پنتو گویا و همکاران (۲۰۱۷)، گراسر، هافلینگ، وبلو، مندیس و استانگیر (۲۰۱۶) و بیومونت و هولینس مارتین (۲۰۱۵) که نشان دادند شفقت ورزی به خود موجب کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد همسو و

زندگی، واکنش‌های مرضی در برخی افراد ایجاد می‌کند. بر اساس نظریه مدیریت وحشت، یادآوری فناپذیری به تولید اضطراب چشمگیری منجر می‌شود که افراد را برای کاهش آن برمی‌انگیزد. همچنین بر اساس این نظریه، افسردگی در چهارچوب جهان‌بینی فرهنگی، نتیجه ضعف ایمان و ظرفیت ناکارآمد در تعدیل اضطراب، ایجاد معنا، عزت‌نفس و روابط رضایت‌بخش است (مکس فیلد و منزیر و منزیر ۲، ۲۰۱۴). افسردگی، می‌تواند با ناامیدی وجودی و فقدان معنا در زندگی رابطه داشته باشد یا تشدید شود؛ چنین فقدان محافظتی در برابر اضطراب، می‌تواند فرد را به سمت تجربه زندگی بی‌معنا و بی‌ارزش و بدون اتصال به دیگران سوق دهد (ایوراچ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). براین اساس، افراد افسرده نیز به محافظت بیشتر درباره نگرانی‌های مربوط به مرگ و نیستی نیاز دارند. در این زمینه، پژوهش‌های تجربی نشان داده که افراد با میزان افسردگی خفیف، در مواجهه با یادآوری مرگ در مقایسه با افراد غیر افسرده، دفاع جهان‌بینی بیشتری نشان می‌دهند (ایوراچ و همکاران، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان داده که اضطراب مرگ، در بین افراد مبتلا به اختلالات افسردگی بیشتر است (اونگیدر و اوزیسیک ایوبوقلو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). دور از ذهن نیست که افراد با شفقت خود بالاتر در مواجهه با افکار مرتبط با فناپذیری و پذیرش این جبر و محدودیت (مرگ) با خود به مهربانی و مدارا رفتار کنند، خود را

هم‌راستا است. در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان نمود شفقت به خود از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند. این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمان فیزیولوژی-روانی-عصبی تعبیر و تفسیر شود (گیلبرت و پروکتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). لذا به صورت مستقیم می‌تواند بر کاهش افسردگی افراد نقش داشته باشد.

در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان نمود افراد مبتلا به سرطان پستان هیجان منفی زیادی مثل غم، ناراحتی، دلزدگی و شکست در زندگی‌شان را که ناشی از بیماری ایشان می‌باشد تجربه می‌کنند. به‌منظور مقابله با چنین هیجان‌های منفی، آن‌ها نیازمند تسکین دادن و رفع کردن و از همه مهم‌تر نیازمند غلبه کردن برچسب‌های منفی بدون هرگونه آسیب هستند. این افراد باید شفقت خودشان را در ارتباط با این نوع از هیجان‌های منفی افزایش دهند. به عبارت دیگر شفقت به خود یک پاسخ ممکن به رنج و شکست شخصی است و می‌تواند به‌طورکلی به‌عنوان یک نوع محافظت خود، درک نگرش نسبت به خود همراه با پذیرش محدودیت‌ها به‌عنوان یک بخش طبیعی از تجربه انسانی تعریف شود (نف و داهم، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های آشیش (۲۰۱۶) و بورسما، هاکانسون، سالومونسون و جانسون (۲۰۱۵) که بیان نمودند شفقت به خود بر میزان اضطراب افراد تأثیر دارد همسو و هم‌راستا می‌باشد. در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن درباره افراد مهم

2. Iverach, Menzies & Menzies,  
3. Iverach, Menzies, Menzies  
4. Öngider, Özışık Eyyüboğlu

1. Gilbert & Procter

می‌دانند دچار اضطراب مرگ می‌شوند که نتیجه‌ای جز افسردگی بری ایشان ندارد. از این رو اگر افراد داری ویژگی شفقت ورزی به خود باشند؛ به وسیله تغییراتی که در شناخت و هیجانات خود ایفا می‌کنند می‌توانند این اضطراب را کاهش داده و به تبع آن از میزان افسردگی خود بکاهند.

از محدودیت‌های پژوهش ویژگی‌های آزمودنی‌های پژوهش بود که مانع از همکاری کامل ایشان با پژوهشگر در امر تکمیل پرسشنامه‌ها می‌گردید. لذا جمع‌آوری داده‌های پژوهش در شرایط بیمارستانی، همراه با وضعیت جسمانی نامساعد از جمله محدودیت‌های پژوهشگر در جمع‌آوری داده‌ها بود. لذا پیشنهاد می‌گردد روش درمانی شفقت درمانی بر متغیرهای پژوهش اجرا و تأثیر آن با نتایج پژوهش حاضر مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد.

#### سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی، مصوب معاونت پژوهشی و فن‌آوری دانشگاه پیام نور می‌باشد و با حمایت مالی این معاونت به انجام رسید. بدین وسیله نویسندگان از بیماران و کارکنان بیمارستان مهدیه، فیروزگر، پارس و امام خمینی تهران تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

همانند دیگران دانسته و با آن‌ها در تجربه‌ای مشترک دیده (احساس اشتراکات انسانی) و به جای نشخوار ذهنی و غرق شدن در این افکار با ذهن آگاهی و بهوشی بیشتری به این پدیده بنگرند و در نتیجه اضطراب مرگ کمتری را نشان دهند و یا به طور عکس، توجه به مرگ و افزایش اضطراب مرگ سبب افزایش دلسوزی و شفقت در انسان‌ها نسبت خود شود و یا ممکن است هر دو این موارد به صورت توأمان عمل کرده و شفقت خود بالاتر تجربه کمتر اضطراب مرگ و در عین حال، یاد مرگ و اضطراب ناشی از آن به شفقت بیشتر نسبت به خود منجر شود کما اینکه این دیالوگ مرگ و مهربانی نسبت به خویش توسط نظریه پردازان وجودی نیز مطرح شده است (یالوم، ۱۳۹۳). از این رو با توجه به مطالبی که ذکر گردید باید بیان نمود افرادی که شفقت به خود دارند میزان هیجانات منفی کمتری را در خود به وجود می‌آورند. این افراد به دلیل این که تنظیم هیجانی بهتری نسبت به دیگران دارند (دیدریچ، گرانت، هافمن، هیلر و برکینگ، ۲۰۱۴)، ادراکات آن‌ها کمتر تحت تأثیر هیجاناتشان قرار گرفته و سعی می‌کنند به صورت واقع‌بینانه با محیط خود ارتباط برقرار کنند. از این رو این افراد ادراک واقع‌بینانه‌تر نسبت به خود دیگران و شرایط زندگی و مرگشان دارند؛ بنابراین می‌توان تأثیر متغیر اضطراب مرگ را به عنوان متغیر میانجی مابین متغیرهای افسردگی و شفقت به خود بدین گونه تبیین نمود که افراد مبتلا به سرطان پستان چون خطر مرگ را در نزدیکی خود احساس می‌کنند و آن را مصادف با فنا و نابودی خود

## منابع

- اکبری، مهرداد؛ علی پور، احمد و زارع، حسین (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارتهای مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران مبتلابه سرطان پستان. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴(۱۵): ۲۱-۳۶.
- بشر پور، سجاده؛ وجودی، بابک و عطارد، نسترن (۱۳۹۲). ارتباط جهت گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم جسمانی سازی در زنان. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۳(۱۰): ۸۰-۹۷.
- شبییری، فاطمه؛ نیک روش، آریتا؛ معصومی، سیده زهرا؛ حیدری مقدم، رشید؛ کرمی، منوچهر، بادافره، معصومه (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره ورزشی بر مقیاس های عملکردی کیفیت زندگی زنان مبتلابه سرطان پستان. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۲(۱): ۹-۱.
- صالحی، فرخنده؛ محسن زاده فرشاد و عارفی مختار (۱۳۹۵). بررسی شیوع اضطراب مرگ در بیماران مبتلابه سرطان سینه شهر کرمانشاه سال ۱۳۹۴. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری های پستان ایران، ۸(۴): ۳۴-۴۰.
- کریمی افشار، عشرت؛ شعبانیان، گلناز؛ سعید تالشی، لیلا و توکلی، وحید (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر تاب آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلابه سرطان پستان. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۷(۲۵): ۹۵-۱۰۵.
- محدثی، حمیده؛ آیت الهی، هاله؛ حسن زاده، گلاویژ و یگان سنگی، میترا (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان سرطان پستان تحت درمان در مرکز تحقیقات سرطان امید - ارومیه.
- موسی رضایی، امیر؛ خالدی، فیروز؛ خبازی فرد، محمدرضا؛ مومنی قلعه قاسمی، طاهره؛ کشاورز، محبوبه و خدایی، مهناز (۱۳۹۴). نگرش های ناکارآمد و ارتباط آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان. تحقیقات نظام سلامت، ۱۱(۱): ۶۸-۷۶.
- هاشمیان، معصومه؛ اسدی، زهرالسادات؛ خسروآبادی، علی اصغر و جوان، رقیه (۱۳۹۱). بروز و غربالگری سرطان پستان در زنان ایرانی، چهارمین کنگره سراسری سرطان های زنان ایران، تهران، انجمن علمی سرطان های زنان ایران، [https://www.civilica.com/Paper-096\\_04-IRSGO04IRSGO.html](https://www.civilica.com/Paper-096_04-IRSGO04IRSGO.html)
- ولیکنی، احمد و فیروزآبادی، علی (۱۳۹۵). بررسی اضطراب مرگ در چارچوب الگو های دل بستگی در بیماران سرطانی: یک مطالعه مقایسه ای. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۵(۱۸): ۱۱۹-۱۴۰.

- یالوم، اورین (۱۳۹۳). روان درمانگر قصه گو، روان درمانی و موقعیت انسانی. ترجمه سپیده حبیب. تهران: انتشارات دانژه.
- Ashish, D. (2016). *Self-Compassion and the Need of Self-Preservation. In Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Doctor of philosophy. The University of Arizona.*
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). *Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. Review of general psychology, 15(4), 289.*
- Berry, K.A., Kowalski, K. C., Ferguson, L. J., & McHugh, T. L. F. (2010). *An empirical phenomenology of young adult women exercisers' body self-compassion. Qualitative research in sport and exercise, 2(3), 293-312.*
- Brion, J. M., Leary, M. R., & Drabkin, A. S. (2014). *Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. Journal of health psychology, 19(2), 218-229.*
- Bui, Q.-U. T., Ostir, G. V., Kuo, Y.-F., Freeman, J., & Goodwin, J. S. (2005). *Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. Breast cancer research and treatment, 89(1), 23-28.*
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). *Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Behaviour research therapy, 58, 43-51.*
- Emanuel, E. J., Fairclough, D.L., Wolfe, P., Emanuel, L.L. (2004). *Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful? Arch Intern Med 2004; 164: 1999-5.*
- Fary, K., & Bhasker, A. (2013). *Multidisciplinary Rehabilitation in Women with Breast Cancer: a Systematic Review. International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, s1, 1-10.*
- Gilbert, P., & Procter, S. J. C. P. (2006). *Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. 13(6):379-353.*
- Harirchi, I., Kolahdoozan, S., Karbakhsh, M., Chegini, N., Mohseni, S., Montazeri, A.,... Ebrahimi, M. (2011). *Twenty years of breast cancer in Iran: downstaging without a formal screening program. Annals of oncology, 22(1), 93-97.*
- Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). *Validierung einer deutschen version der Self-Compassion Scale (SCS-D). Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie.*
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). *Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct.*

- Clinical psychology review*, 34(7), 580-593.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). *Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. Behavior Therapy*, 44(3), 501-513.
- Maxfield, M., John, S., & Pyszczynski, T. (2014). *A terror management perspective on the role of death-related anxiety in psychological dysfunction. The Humanistic Psychologist*, 42(1), 35.
- Moorehad, S., Maas, M., Johnson, M. (2003). *Nur-sing outcomes classification (NOC). St Louis, MO: Mosby. P. 225-30.*
- Neff, K. (2012). *The science of self-compassion. Compassion and wisdom in psychotherapy*, 79-92.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). *Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness Handbook of mindfulness and self-regulation (pp. 121-137): Springer.*
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). *Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. Journal of Personality*, 77, 23-50.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). *Self-compassion and adaptive psychological functioning. Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y.-P. (2008). *Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.
- Öngider, N., & Özişik Eyüboğlu, S. (2013). *Investigation of death anxiety among depressive patients. Journal of Clinical Psychiatry*, 16(1), 34-46.
- Orillaza, L. B. (2015). *Attachment, illness perceptions, and health outcomes: the mediating role of support seeking, supportive, and negative interactions in couples experiencing type 2 diabetes.*
- Pasquini, M., & Biondi, M. (2007). *Depression in cancer patients: a critical review. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 2.
- Pinquart, M., & Duberstein, P. (2010). *Depression and cancer mortality: a meta-analysis. Psychological medicine*, 40(11), 1797-1810.
- Purkayastha, D., Venkateswaran, C., Nayar, K., & Unnikrishnan, U. J. I. j. o. p. c. (2017). *Prevalence of depression in breast cancer patients and its association with their quality of life: A cross-sectional observational study.23(3),268.*
- Sherman, D.W., Norman, R., McSherry, C.B. (2010). *A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. J Assoc Nurses AIDS Care*, 21: 99-13.

Vilchinsky, N., Dekel, R., Asher, Z., Leibowitz, M., & Mosseri, M. (2013). *The role of illness perceptions in the attachment-related process of affect regulation*. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(3), 314-329.

Xiao, C., Miller, A., Felger, J., Mister, D., Liu, T., & Torres, M. J. P. m. (2017). *Depressive symptoms and inflammation are independent risk factors of fatigue in breast cancer survivors*. 47(10),1743-1733.

