



Comparison of the efficacy of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on perceived stress and self-efficacy in women with breast cancer

Maryam Abedin¹, Ziba Barghi Irani², Hamzeh Akbari³

1. Ph.D Candidate Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, North Khorasan, Iran. E-mail: Maryabdn83@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran. E-mail: Dr.ziba.irani@pnu.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, AzadShahr Branch, Islamic Azad University, Golestan. Iran. E-mail: akbarihamze@ymail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 08 October 2022

Received in revised form 01 November 2022

Accepted 11 December 2022

Published Online 21 April 2023

Keywords:

Compassion-based treatment, behavioral activation, perceived stress, self-efficacy, breast cancer

ABSTRACT

Background: One of the most common types of cancer in the world is breast cancer in women, which has many negative effects on the physical and mental condition of women. Psychological interventions have been the focus of some studies due to the psychological nature of breast cancer. It seems that it is necessary to pay more attention to psychological interventions to reduce the psychological problems of women with breast cancer.

Aims: The purpose of this research was to compare of the efficacy of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on perceived stress and self-efficacy in women with breast cancer.

Method: The current research design was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group and a two-month follow-up. 45 women with breast cancer in Gorgan during 2021-2022 were placed in three groups of compassion-based treatment, behavioral activation treatment and control group by simple random sampling method. Perceived stress (Cohen et al., 1983) and self-efficacy (Sherer et al., 1982) questionnaires were used to collect data, and the participants in the experimental groups underwent the interventions of compassion-based therapy (Gilbert, 2006) and behavioral activation therapy (Dimichian et al. et al., 2006) were included in 8 sessions of 90 minutes. Also, the data were analyzed by repeated measurement variance analysis with the help of Spss₁₉ software.

Results: The findings of the research showed that both compassion-based therapy and behavioral activation therapy were effective on the perceived stress and self-efficacy of women with breast cancer ($p < 0.05$). Also, the results showed that behavioral activation therapy was more effective than compassion-based therapy, and this significant level was stable in the follow-up phase.

Conclusion: According to the obtained results, it can be said that interventions based on compassion and behavioral activation therapy were highly effective in improving self-efficacy, and reducing perceived stress. Therefore, the results of this study can help therapists, psychologists and policymakers in the field of health and mental health.

Citation: Abedin, M., Barghi Irani, Z., & Akbari, H. (2023). Comparison of the efficacy of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on perceived stress and self-efficacy in women with breast cancer. *Journal of Psychological Science*, 22(122), 409-422. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1845-fa.html>

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 122, May, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.122.409](https://doi.org/10.52547/JPS.22.122.409)



✉ **Corresponding Author:** Ziba Barghi Irani, Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

E-mail: Dr.ziba.irani@pnu.ac.ir, Tel: (+98) 9111799872

Extended Abstract

Introduction

The mortality rate of breast cancer patients in some developing countries remains high due to ineffective screening and treatment, and the total number of deaths worldwide remains high (DeSantis et al, 2015). The diagnosis of breast cancer is a surprise for any woman regardless of age and social status because women think of their breasts as something that completes them and therefore feel useless by losing them (Marmar et al, 2016; Al-Hosban, 2019); and has long-term effects on the mental health of these patients (Wang et al., 2020; World Health Organization, 2014).

stress and perceived stress as a pervasive challenge have been the subject of a large amount of research in different societies. In the current situation, facing the demands of life and consequently calling different levels of stressful experiences in disease situations is inevitable (Hystad et al, 2016). Perceived stress is defined as a consequence of events or needs that exceed the ability of people to cope with them (Lazarus, 2006). According to the health belief model, the intensity of perceived stress is one of the basic components explaining the possibility of adopting a coping strategy by people in stressful situations. If the intensity of the perceived stress is high, the person's belief in the seriousness of the stress increases. It is very likely that a person adopts specific coping strategies when he believes in the negative physical, psychological, and social effects of stress and its important consequences, for example, changing social relationships, reducing independence, pain and suffering, disability, and even death (Anderson et al, 2017).

Studies have shown that patients with higher self-efficacy (SE) can use effective strategies to cope with the disease and achieve a beneficial psychological and medical outcome. Research also shows that self-efficacy is an important factor in patients' ability to manage conditions related to breast cancer diagnosis and treatment (Wang et al, 2019).

One of the interventions that has attracted a lot of attention as a treatment method in the field of psychological interventions in recent years is

compassion-based therapy. This intervention is one of the proposed approaches in the field of reducing patients' anxiety and depression. Neff (2003) has defined self-compassion as a component structure including kindness to oneself against self-judgment, human participation against isolation, and mindfulness against extreme assimilation (Bayat, 2019). Also, one of the treatments for depression that has been developed to treat depression is behavioral activation therapy (Mashir & Otto, 2017). A treatment is solution-oriented, flexible and based on the function and context in which the behavior occurred and can be tailored to the unique needs of patients according to demographic and individual differences (Hopko et al, 2003; Carter & Provencher, 2013). This therapeutic approach helps the patient to identify the important values and goals of his life, to continue his forward movement by taking steps towards a desired goal, therefore, by creating a feeling of achievement or pleasure, it improves the patient's life situation (Hopko & Lejoz, 2007).

In Iran, 31% of all cancers are related to breast cancer in women and it ranks first among Iranian women (FathElahi Shorabeh et al, 2016) and the total number of breast cancer patients is 40 thousand and more than 7 per year A thousand patients are added to this number (Enayat rad & Salehinia, 2013). Cancer statistics are steadily increasing with the steady increase in the rate of growth and aging. Among them, breast cancer is the most common fatal malignancy in women in such a way that one out of every nine women will experience this cancer during their lifetime (International Agency for Research on Cancer, 2008). Very few researches have been done for the effectiveness of psychological treatments in order to improve the health promotion factors of cancer patients and there is a need for researches that investigate the effectiveness of psychological interventions on these health promotion factors. This research is done in order to expand the research literature and also to fill the void of previous researches. The basic question of the current research is which of the psychological treatments of self-compassion and behavioral activation have a greater and better effect on increasing self-efficacy and reducing perceived stress in breast cancer patients?

Method

The current research is a quantitative research, in terms of practical purpose and in terms of method, it is part of a semi-experimental pre-test-post-test research with a control group. Thus, before applying the experiment (psychotherapy), 3 groups of women with breast cancer were selected and randomly assigned to one of the experimental groups. The statistical population of this research includes 103 female patients with breast cancer who referred to the oncology and chemotherapy clinic 5 Azar in Gorgan in 1400-1401. Finally, due to the drop-in participants, there were 14 people in the compassion therapy group, 13 people in the behavioral activation group, and 15 people in the control group. The Perceived Stress Questionnaire (PSS-14) was prepared by Cohen et al to measure the general perceived stress in the last month and it measures thoughts and feelings

about stressful events, control, overcoming, coping with mental pressure and experienced stress.

Results

In all three groups, the most participants were in the age range of 31 to 40 years. Most of the participants were in the age range of 20 to 30 years and finally in the age range of 41 to 50 years. Most of the participants in all three groups had a cycle to diploma education.

Table 1 shows the descriptive results of the pre-test, post-test and follow-up test by group. As can be seen, in the treatment group based on compassion and behavioral activation treatment, the scores in the post-test and follow-up stage show a significant difference compared to the pre-test stage, while the average scores in the control group do not show a significant difference.

Table 1. The results of the analysis of variance with repeated measures to investigate the comparison of intra-group and inter-group effects and the interaction of time stages and group

Variable	Source	SS	df	MS	F	Sig	Eta	Power of test
Perceived stress	Times	1849.820	2	924.910	86.231	0.001	0.689	1
	Groups	3543.333	2	1771.667	9.874	0.001	0.34	1
	Stages×Groups	1224.903	4	306.226	28.583	0.001	0.59	1
Self-efficacy	Times	1550.220	2	777.610	37.380	0.001	0.49	0.75
	Groups	1819.229	2	909.615	3.589	0.001	0.16	0.63
	Stages×Groups	1298.262	4	324.565	15.602	0.001	0.44	0.62

Table 2. The results of the follow-up test to compare the mean scores of the investigated variables, perceived stress and self-efficacy in the groups of compassion-based therapy, behavioral activation therapy and group

Variable	Groups (I)	Groups (J)	mean difference (J-I)	standard error difference	Sig
Perceived stress	behavioral activation therapy	compassion-based therapy	6.29	2.979	0.041
	behavioral activation therapy	Control	6.47	2.931	0.033
	compassion-based therapy	Control	12.77	2.874	0.001
Self-efficacy	behavioral activation therapy	compassion-based therapy	-1.15	3.540	0.747
	behavioral activation therapy	Control	7.28	3.483	0.018
	compassion-based therapy	Control	8.43	3.416	0.016

The results show that there was a difference in Perceived stress between the two groups of compassion-based therapy and behavioral activation therapy, and this difference was in favor of behavioral activation therapy ($P < 0.05$). Also, there was a difference between the behavioral activation treatment and the control group, which was in favor of the behavioral activation treatment ($P < 0.01$).

Conclusion

This study aimed to compare the effectiveness of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on perceived stress, and self-efficacy of women with breast cancer. The obtained results showed that both treatments have an effect on perceived stress and self-efficacy of women with breast cancer, but behavioral activation treatment has

a greater effect. The obtained results are in line with the results of the studies of Terry et al. (2011), Dari et al. (2018), Gilbert (2010), Gonzalez-Hernandez et al. Disease control and treatment system are of significant importance (Lee et al., 2021).

In this regard, Dari et al. (2018) in a research found that compassion therapy is effective in increasing Self-efficacy and decrease Perceived stress in people with cancer. Terry et al. (2011) also concluded that people who have higher self-compassion can more effectively choose healthier goals and strive to achieve their goals. According to the conducted research, it can be said that self-compassion is based on two main processes. The first process refers to all experimental processes that include increasing compassion, kindness to oneself and others, and managing emotions in general (Akbari, 2017). Also, the behavioral processes of this process include deconditioning, managing to strengthen their freedoms and supportive relationships (Gilbert, 2010). In addition, this method has appropriate coping resources that help people to face and deal with negative life events well. Also, high self-compassion plays an important and effective role in maintaining health and treatment compliance behaviors (Kazemi et al., 2019).

In explaining this finding based on the theory of Neff (2003), it can be said that those patients with breast cancer with high self-compassion show a better reaction to stressors due to less focus on the negative aspects of their disease. This issue causes them to have less perceived stress; They can better cope with their physical and mental problems, and as a result, their life satisfaction improves and their stress decreases. In fact, self-compassion acts as a buffer against the effects of negative events, and people who are high in happiness tend to accept negative life events more easily because they judge themselves less harshly. Therefore, self-compassion plays an effective role in regulating emotions, including less stress (Gilbert, 2009).

In this regard, it can be mentioned that they accept their physical and psychological illnesses more easily and their self-evaluations and reactions are based on their actual performance (Alan et al., 2013); This

process can report less perceived stress in breast cancer patients. In addition to this explanation, the results of Aini and Hashemi's study (2018) showed that compassion training caused less anxiety, depression, and stress due to creating a high sense of acceptance in these people.

This study also faced some limitations. These limitations include the use of non-random sampling method in the first stage of sampling, collection at a specific point in time, limited sample size, the scope of the research, limitations in controlling some disturbing variables such as the use of drugs, and limitations in controlling some variables. Disturbing effects such as the effects of referring to the treatment environment and referrals to a specialist doctor, which may have an effect on the level of the results of the present study, according to the training, awareness and treatment orders that he may receive. Therefore, it is suggested that researchers use probabilistic sampling methods in all sampling stages in future studies.

Also, larger samples should be used in future studies. On the other hand, it is suggested to conduct similar studies in other cities and cultures and pay attention to the role of family and socio-cultural factors in the study process. In addition, in future similar studies, try to control the effects of drugs in order to reduce the possibility of this factor affecting the results, and if possible, try to reduce the effects of visiting the treatment environment and referring to a specialist doctor. be controlled in some way.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology at bojnord Branch, Islamic Azad University with code of ethics IR.IAU.BOJNORD.REC.1401.012 Participants consciously and voluntarily participated in the research. The principle of confidentiality was observed in the research.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors hereby express their gratitude to all the participants in the research and all the people who collaborated in the research.



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال سازی رفتاری بر استرس ادراک شده و خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه

مریم عابدین^۱، زیبا برقی ایرانی^۲، حمزه اکبری^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، خراسان شمالی، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، گلستان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: یکی از انواع سرطان‌های شایع در جهان، سرطان سینه در زنان است که اثرات منفی بسیاری بر وضعیت جسمانی و روانی زنان بر جای می‌گذارد. مداخلات روانشناختی به دلیل ماهیت روانی سرطان سینه، کانون تمرکز برخی مطالعات بوده‌اند. به نظر می‌رسد توجه بیشتر به مداخلات روانشناختی جهت کاهش مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه ضروری است.

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری بر استرس ادراک شده و خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. ۴۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر گرگان در طی سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در سه گروه درمان مبتنی بر شفقت، درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استرس ادراک شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) و خودکارآمدی (شرر و همکاران، ۱۹۸۲) استفاده شد و شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش، تحت مداخلات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۶) و درمان فعال‌سازی رفتاری (دیمیچیان و همکاران، ۲۰۰۶) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. همچنین داده‌ها با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و با کمک نرم‌افزار Spss19 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو درمان مبتنی بر شفقت و فعال‌سازی رفتاری بر استرس ادراک شده و خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است ($p < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد، درمان فعال‌سازی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری داشته و در مرحله پیگیری نیز این میزان معناداری پایدار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت مداخلات مبتنی بر شفقت و فعال‌سازی رفتاری اثربخشی بالایی در بهبود خودکارآمدی و کاهش استرس ادراک شده داشتند. لذا نتایج این مطالعه می‌تواند به درمانگران، روانشناسان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت و بهداشت روان کمک کند.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۶

بازنگری: ۱۴۰۱/۰۸/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۰

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۲/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر شفقت،

فعال‌سازی رفتاری،

استرس ادراک شده،

خودکارآمدی،

سرطان سینه

استناد: عابدین، مریم؛ برقی ایرانی، زیبا؛ و اکبری، حمزه (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری بر استرس ادراک شده و خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه، مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و دوم، شماره ۱۲۲، ۴۰۹-۴۲۲.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و دوم، شماره ۱۲۲، بهار (اردیبهشت) ۱۴۰۲.



✉ نویسنده مسئول: زیبا برقی ایرانی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. رایانامه: Dr.ziba.irani@pnu.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۱۱۷۹۹۸۷۲

مقدمه

به صورت پیامدی از حوادث و یا نیازهایی تعریف می‌شود که بیش از توانایی درک افراد برای مقابله با آنان می‌باشد (لازاروس، ۲۰۰۶). در صورت بالا بودن شدت استرس ادراک شده، باور فرد در زمینه میزان جدی بودن استرس بیشتر می‌شود. به احتمال زیاد، فرد زمانی اقدام به اتخاذ راهبردهای مقابله خاص می‌کند که به تأثیرات فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی منفی ناشی از استرس و پیامدهای مهم آن، برای مثال تغییر روابط اجتماعی، کاهش استقلال، درد و رنج، ناتوانی و حتی مرگ باور داشته باشد (آندرسون و همکاران، ۲۰۱۷).

زنانی که از نظر شخصیت، روانی و هیجانی از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های بالایی برخوردار باشند، بهتر می‌توانند با بیماری کنار آمده، سازگار شوند و از این توانمندی‌ها در جهت درمان بیماری استفاده نمایند، یکی از توانمندی‌هایی که می‌تواند به این دسته از بیماران در روند درمان کمک کند، خودکارآمدی است. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران با خودکارآمدی بالاتر می‌توانند راهکارهای مؤثری برای مقابله با بیماری و رسیدن به یک پیامد روانشناختی و پزشکی مفید را کشف کنند (خدانپناه و تمنایی فر، ۱۴۰۱). مطالعات همچنین نشان می‌دهند که خودکارآمدی عاملی مهم در توانایی بیماران در مدیریت شرایط مربوط به تشخیص و درمان سرطان سینه است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۹). خودکارآمدی ادراک شده، قضاوتی در مورد توانایی شخصی خود در مدیریت زمینه‌های چالش برانگیز و رسیدن به نتیجه مطلوب است. خودکارآمدی یک مفهوم مهم در نظریه شناختی اجتماعی بندورا است (خدانپناه و تمنایی فر، ۱۴۰۱). در این نظریه، توجه به تعامل بین شناخت و سایر عوامل شخصی، رفتار و محیط حائز اهمیت است و آن‌ها به طور جهشی بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین، خودکارآمدی نتیجه الگوهای فکری و واکنش‌های عاطفی فرد است که رفتار او را شکل می‌دهند. از نظر روانشناسی سلامت، خودکارآمدی بر روی سلامتی تأثیر می‌گذارد و برای یک بیمار، دلیل سازگاری با بیماری (هترمن و همکاران، ۲۰۱۱)، فشار روانی کمتر و اختلال عملکرد پایین است (کوچر و ریدر، ۲۰۰۳). بیماران با خودکارآمدی بالاتر چالش‌های کمتری در روابط خود با تیم مراقبت‌های بهداشتی و کاهش خودکارآمدی مربوط به اختلال عملکرد جسمی را تجربه می‌کنند (هان و همکاران، ۲۰۰۵).

میزان مرگ و میر بیماران مبتلا به سرطان سینه در برخی از کشورهای در حال توسعه به دلیل غربالگری و درمان ناکارآمد همچنان بالا است و در مجموع تعداد زیادی مرگ و میر ناشی از سرطان در سراسر جهان بر جای مانده است (دی سانتیس و همکاران، ۲۰۱۵). تشخیص سرطان سینه برای هر زنی بدون توجه به سن و موقعیت اجتماعی، غافلگیر کننده است. در واقع، زنان سینه خود را به عنوان عضوی اساسی تصور می‌کنند. بنابراین با از دست دادن سینه خود، احساس بی‌فایده بودن کرده (مرمر و همکاران، ۲۰۱۶؛ الهوسبان، ۲۰۱۹)، و این خلأ، اثرات طولانی مدتی بر روی سلامت روانی این بیماران بر جای می‌گذارد (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). از نظر تکاملی سینه و پستان زنان، کارکردهایی از جمله تغذیه فرزندان، اعضای وابسته به عشق شهبانی در رابطه و نماد زنانه بودن را دارد (تته، ۲۰۱۷). هنگامی که یک زن مبتلا به سرطان سینه تشخیص داده می‌شود، به دلیل رفتار جامعه نسبت به بیماران مبتلا به سرطان پستان، ناامید، مضطرب، شرم‌نده و افسرده می‌شود (الویاید و همکاران، ۲۰۱۶). سرطان سینه علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، مشکلات متعدد اجتماعی و روانی را نیز برای آن‌ها ایجاد می‌کند. برای مثال، واکنش‌هایی مانند انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده می‌شود (کوچمن، ترنر، ۲۰۰۱). بیماران سرطانی به علت پیامدهای بیماری، دچار درد، رنج و استرس فراوان می‌شوند و حمایتی که از جانب دیگران دریافت می‌کنند می‌تواند آن‌ها در مقابله با این مشکلات کمک کند، چنان که بر اساس مطالعات انجام شده، این حمایت‌ها در بهزیستی روانی بیماران سرطانی و سازگاری آن‌ها با بیماری مؤثر است (سالاکاری و همکاران، ۲۰۱۷).

عوامل مختلفی در ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان سینه تأثیر دارند. از بین این عوامل می‌توان به استرس ادراک شده و خودکارآمدی اشاره کرد (دی سانتیس و همکاران، ۲۰۱۵). افزون بر این، استرس ادراک شده و خودکارآمدی به مثابه یک چالش فراگیر، حجم فراوانی از پژوهش‌ها را در جوامع مختلف به خود اختصاص داده است (مشرفی و همکاران، ۲۰۲۲). در شرایط فعلی، مواجهه با مطالبات زندگی و به تبع آن فراخوانی سطوح متمایزی از تجارب تنیدگی‌زا در موقعیت‌های بیماری، امری اجتناب‌ناپذیر است (هیستاد و همکاران، ۲۰۱۶). استرس ادراک شده

از مداخلاتی که در سالیان اخیر به عنوان یک روش درمانی در حوزه مداخلات روانشناسی، توجه زیادی را معطوف خود نموده است، درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی است (مشرفی و همکاران، ۲۰۲۲). این مداخله یکی از رویکردهای مطرح در زمینه کاهش اضطراب و افسردگی بیماران می‌باشد. نف (۲۰۰۳) شفقت خود را به عنوان سازه‌ای مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است (بیات، ۱۳۹۹). ترکیب این مؤلفه‌ها مشخصه هر فردی است که به خود شفقت می‌ورزد (انوشیروانی و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین از درمان‌هایی که برای درمان افسردگی تدوین شده اما توان درمانی خود را در حوزه سایر اختلالات نیز نشان داده است، درمان فعال‌سازی رفتاری است (مشیر و اوتو، ۲۰۱۷). این روش، یک درمان راه‌حل‌مدار، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر کارکرد و بافتی است که رفتار در آن رخ داده است و می‌تواند متناسب با نیازهای منحصر به فرد بیماران با توجه به تفاوت‌های دموگرافیک و فردی متفاوت باشد (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳؛ کارتر و پروونچر، ۲۰۱۳). این رویکرد درمانی به بیمار کمک می‌کند ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی خود را شناسایی کرده، با گام برداشتن در جهت یک هدف مطلوب، حرکت رو به جلوی خود را تسهیل کند. بنابراین با ایجاد احساس دستاورد یا لذت، وضعیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد (هوپکو و لجزو، ۲۰۰۷).

در ایران، ۳۱ درصد از کل سرطان‌ها مربوط به سرطان پستان در زنان است و رتبه اول را در بین زنان ایرانی دارد (فتح‌اللهی شورا به و همکاران، ۱۳۹۶). مجموع مبتلایان به سرطان سینه، ۴۰ هزار نفر است و سالیانه بیش از ۷ هزار بیمار به این تعداد اضافه می‌شود (عنایت‌راد و صالحی‌نیا، ۱۳۹۳). از نظر سنی، زنان ایرانی یک دهه زودتر از هم‌تاهایشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌گیرند (پدرام و همکاران، ۱۳۸۹). آمار سرطان با بالا رفتن پایدار نرخ رشد و پیری، به طور پیوسته در حال افزایش است. در این بین سرطان پستان، شایع‌ترین بدخیمی مرگ‌آور در زنان را دارد، به گونه‌ای که از هر ۹ نفر زن، یک نفر در طول عمر خود این سرطان را تجربه می‌کند (آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان، ۲۰۰۸). مطالعات بسیار معدودی برای اثربخشی درمان‌های روانشناختی در جهت بهبود عوامل ارتقای سلامت بیماران سرطانی صورت گرفته است. بنابراین به مطالعات جدیدی نیاز است

که اثربخشی مداخلات روانشناختی را بر روی این عوامل ارتقاء دهنده سلامت مورد بررسی قرار دهند. از این رو پژوهش حاضر به منظور بسط ادبیات پژوهش و همچنین پر کردن خلاء پژوهش‌های قبلی صورت می‌گیرد. مطالعه حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال اساسی است که کدام یک از درمان‌های خود شفقت‌ورزی و فعال‌سازی رفتاری تأثیر بیشتری در افزایش خودکارآمدی و کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان سینه دارند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، و از نظر روش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه است. قبل از اعمال آزمایش (درمان‌های خود شفقت‌ورزی و فعال‌سازی رفتاری) ۳ گروه از زنان مبتلا به سرطان سینه انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های سه‌گانه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایابی شدند. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۰۳ نفر از بیماران زن مبتلا به سرطان سینه که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به کلینیک فوق تخصصی انکولوژی پنجم آذر شهر گرگان مراجعه کرده بودند است. از جامعه بیماران زن مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به کلینیک فوق، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده به ۳ گروه ۱۵ نفره (آزمایش و گواه) کاربندی شدند. گروه‌های آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخلات قرار گرفتند و گروه گواه این مداخله را دریافت نکردند. بیماران قبل و بعد از اتمام دوره درمان، یک ماه پس از مداخله، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. در نهایت به دلیل افت شرکت‌کنندگان، نمونه‌ها در گروه شفقت درمانی ۱۴ نفر، در گروه فعال‌سازی رفتاری ۱۳ نفر و در گروه گواه نیز ۱۵ نفر حضور داشتند. افزون بر این، ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و تأیید فرم رضایت آگاهانه، تشخیص سرطان سینه (توسط پزشک فوق تخصص)، حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن (دارا بودن سواد جهت انجام تکالیف شناختی)، قرار داشتن در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۵ سال (به دلیل دارا بودن توانایی جسمانی برای انجام تکالیف خانگی)، اتمام فرایند درمان جسمانی (به دلیل کنترل اثربخشی مداخله روانشناختی) و معیارهای خروج از پژوهش نیز

شامل غیبت در بیش از یک سوم جلسات درمانی، هرگونه معلولیت و یا بیماری روان‌پزشکی، شرکت کردن همزمان در هر نوع مداخله آموزشی دیگر، همزمانی ابتلا به بیش از یک نوع سرطان (در جهت کنترل عوامل مخدوش‌کننده توسط پزشک متخصص سرطان و تشخیص بیماری‌های طبی همزمان بود.

(ب) ابزار

پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS-14): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران برای سنجش عمومی استرس ادراک شده در یک ماه گذشته به کار تهیه شد و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ و کوهن و همکاران (۱۹۸۳) اعتبار و پایایی این آزمون را مورد تأیید قرار داده‌اند. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۴ بدست آمد (خلعبری و همکاران، ۱۳۹۹). نسخه اصلی PSS که شامل ۱۴ آیتم است که میزان احساسات و افکار فرد را در ارتباط با رویدادها و موقعیت‌هایی که در طول یک ماه گذشته اتفاق افتاده است، ارزیابی می‌کند. تاکنون این مقیاس به زبان‌های گوناگون از جمله عربی، سوئدی، اسپانیایی، چینی، ژاپنی و ترکی ترجمه شده است. مقیاس استرس ادراک شده شامل ۱۴ آیتم است که در آن ۷ آیتم مثبت و ۷ آیتم منفی می‌باشد. عامل منفی عدم کنترل و واکنش‌های عاطفی منفی را ارزیابی می‌کند، در

حالی که عامل مثبت سطح توانایی مقابله با استرس‌زاهای بیرونی را در طول یک ماه گذشته ارزیابی می‌کند. هر آیتم بر روی مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود (+۰ هرگز تا ۴= خیلی زیاد). سؤالات ۴-۵-۶-۹-۱۰-۱۳ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (GSE-17): مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران، دارای ۱۷ گویه است. شرر و همکاران (۱۹۸۲)، بدون مشخص کردن عوامل و گویه‌های آن‌ها معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل "میل به آغازگری رفتار"، "میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف" و "مقاومت در رویارویی با موانع" را اندازه‌گیری می‌کند. وودروف و کاشمن (۱۹۹۳)، در بررسی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران، روایی و اعتبار این مقیاس را تأیید کردند. آن‌ها برای مطالعه روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کرده و وجود سه عامل در این مقیاس را نشان دادند. اصغرزاد و همکاران (۱۳۸۵) نیز با اعتبارسنجی این ابزار بر روی نمونه‌های ایرانی نشان دادند که پرسشنامه از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است. همچنین در تحلیل عاملی اکتشافی وجود سه عامل را شناسایی و تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود یک الگوی سه عاملی را تأیید کرده است.

برنامه شفقت درمانی: برنامه آموزشی شفقت درمانی برگرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۶) به شیوه برنامه آموزشی و بحث گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به طور هفتگی اجرا شد.

جدول ۱. برنامه جلسات درمانی شفقت درمانی

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
اول	آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی	آشنایی اعضای گروه با هم، معرفی برنامه، توضیح اهداف و وضع قراردادها - اجرای پیش آزمون، معرفی اجمالی شفقت درمانی - سیستم های سه گانه تنظیم هیجان -	پایش سیستم های تنظیم هیجانی خود
دوم	معرفی شفقت به خود و خود انتقادی	بررسی تکلیف جلسه قبل - آموزش ویژگی‌های شفقت (مهربانی و همدلی)	پایش رفتارهای خود بر اساس دو ویژگی مطرح شده
سوم	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود	بررسی تکلیف جلسه قبل - ویژگی‌های شفقت (شجاعت و عقلانیت) - ترس از شفقت	پایش رفتارهای خود بر اساس دو ویژگی مطرح شده
چهارم	معرفی تصویرسازی ذهنی	بررسی تکلیف جلسه قبل - اهمیت تصویرسازی و تکنیک‌های عملی - ذهن آگاهی - تنفس آرام‌بخش	انجام تنفس آرام‌بخش و ذهن آگاهی
پنجم	آموزش تصویرسازی و رفتار مشفقانه	بررسی تکلیف جلسه قبل - تصور مکان آرام‌بخش - تصور خودمشفق - تصور شفقت به دیگران - رفتار مشفقانه	انجام تصویرسازی‌ها و تمرین رفتار
ششم	آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز	بررسی تکلیف جلسه قبل - تصور شفقت از دیگران به خود - تصور شفقت از مشفق ایده آل	انجام تصویرسازی‌ها و تمرین رفتار مشفقانه
هفتم	توضیح ترس از شفقت و شناسایی افکار مانع شفقت به خود	تمرین مهارت‌های فراگرفته شده - اجرای پس آزمون - نظرخواهی در خصوص برنامه و اجرای جلسه مهمانی پایان برنامه و در نهایت تقدیر از آزمودنیها	تمرین کار با صندلی و نامه نگاری مشفقانه
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات و پس آزمون	تمرین مهارت‌های فراگرفته شده - اجرای پس آزمون - نظرخواهی در خصوص برنامه و اجرای جلسه مهمانی پایان برنامه و در نهایت تقدیر از شرکت کنندگان	

برنامه درمان فعال‌ساز رفتاری: درمان فعال‌سازی رفتاری نیز طبق پروتکل تدوین شده توسط دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۶) می‌باشد که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته، در مورد شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (گروه فعال سازی رفتاری) به کار گرفته شد.

جدول ۲. برنامه جلسات درمانی فعال‌سازی رفتاری

جلسات	اهداف	محتوا	رفتار موردانتظار	تکالیف
اول	آشنایی با پارچوب جلسات	مقدمات و معرفی افراد، راجع به بیماری و منطق درمان و اهمیت حضور در جلسات	تلاش برای شرکت بیماران در جلسات	-----
دوم	عواطف و احساسات	بحث راجع به احساسات و عواطف و پیامدهای رفتاری این احساسات	توجه به احساسات و عواطف	کاربرگ ثبت عواطف و احساسات
سوم	تقویت مهارت‌های مقابله‌ای	بحث راجع به شباهت‌های موجود در تجارب افراد گروه، بحث پیرامون تجارب بیماری	تلاش برای بحث پیرامون علائم بیماری	ثبت کاربرگ مربوط به شباهت‌ها
چهارم	تمرکز بر حواس پنج‌گانه	آموزش تکنیک رسیدگی به خود به منزله مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر (انجام فعالیت‌های لذت‌بخشی که احساس بهزیستی و شادی را در فرد افزایش می‌دهد)، تمرکز بر حواس پنج‌گانه	تأکید بر فعالیت‌های لذت بخش و حواس پنج‌گانه	ثبت اقدامات لذت‌بخش در طی هفته و درجه‌بندی آن
پنجم	برنامه‌ریزی	مرور تکالیف برنامه‌ریزی برای فعالیت اعضای گروه، درجه‌بندی فعالیت‌ها بر اساس اهمیت	تلاش برای بهبود مهارت برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی	تکمیل فرم بازبینی روزانه، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها
ششم	سیالی افکار	بحث در رابطه با افکار و احساسات، آموزش سیالی افکار	تمرکز بر رابطه بین احساسات و افکار	تکمیل فرم بازبینی روزانه
هفتم	سبک زندگی سالم	به افراد آموزش داده می‌شود که به جای دمدمی رفتار کردن، کارهای خود را براساس برنامه‌ریزی انجام دهند، آموزش سبک زندگی سالم	تلاش برای تغییر رفتار	کاربرگ ثبت اهداف و اقدامات
هشتم	جمع‌بندی و پس‌آزمون	ارائه خلاصه‌ای از آموزش‌های قبلی، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	تلاش برای بررسی وضعیت و بهبود آن	مروری بر تکالیف گذشته

درصد و در گروه گواه نیز دیپلم و فوق‌دیپلم با فراوانی ۶ نفر و ۴۰ درصد، حضور داشتند.

جدول ۳ نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی و کاهش استرس ادراک شده به تفکیک گروه را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد در گروه درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تفاوت محسوسی را نشان می‌دهد، درحالی‌که میانگین نمرات در گروه گواه تفاوت محسوسی را نشان نمی‌دهد. همچنین با توجه به نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لون و ام باکس و از آنجاکه سطح معناداری تمامی متغیرهای پژوهش شامل استرس ادراک شده و خودکارآمدی از ۰/۰۵ یعنی سطح خطای تحقیق بالاتر است، پس داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بوده و لذا از آزمون‌های آماری پارامتریک استفاده می‌شود. در جدول ۴، تحلیل واریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نیز در جدول ۵ ارائه شده است.

در نهایت با استفاده از روش‌های آماری توصیفی به توصیف وضعیت نمرات با استفاده از پارامترهایی مانند میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد پرداخته شد و در بخش آمار استنباطی نیز از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. همچنین داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم‌افزار SPSS19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

۶۵ درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سالگی قرار داشتند. ۲۰ درصد شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و در نهایت، ۱۵ درصد آنان در دامنه سنی ۴۱ تا ۵۰ سالگی قرار داشتند. بیشترین شرکت‌کنندگان در هر سه گروه با تحصیلات، سیکل تا دیپلم حضور داشتند. بدین صورت که در گروه درمان مبتنی بر شفقت، بیشترین فراوانی در تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم با ۵ نفر و ۴۲/۹؛ در گروه درمان فعال‌سازی رفتاری نیز تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم با فراوانی ۵ نفر و ۳۸/۵

جدول ۳. نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استرس ادراک شده و خودکارآمدی به تفکیک گروه

متغیر	گروه	درمان مبتنی بر شفقت		درمان فعال‌سازی رفتاری		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون	۴۰/۲۱	۷/۲۰	۴۲/۴۶	۱۰/۰۴	۹/۴۸
	پس‌آزمون	۲۲/۷۹	۴/۱۳	۳۳/۷۷	۷/۸۳	۸/۷۱
	پیگیری	۲۷/۵۰	۶/۵۱	۳۳/۱۵	۴/۱۳	۸/۷۵
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۴۳/۶۴	۸/۴۷	۴۶/۳۱	۱۰/۶۲	۱۲/۹۲
	پس‌آزمون	۵۹/۴۳	۶/۹۳	۵۶/۰۸	۷/۹۴	۹/۹۳
	پیگیری	۵۷/۰۷	۸/۱۵	۵۴/۳۱	۸/۸۶	۱۲/۸۴

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

آزمون	منبع	اثر بین‌گروهی	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	مجذور اتا
بین‌آزمودنی	گروه	۰/۴۱۶	۵/۹۱۵	۴	۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۰۸
درون‌آزمودنی	زمان	۰/۷۴۷	۳۰/۹۵۷	۴	۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۷
	زمان * گروه	۰/۵۳۸	۳/۹۵۵	۸	۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر جهت بررسی مقایسه اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی و تعامل مراحل زمانی و گروه

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
استرس ادراک شده	زمان	۱۸۴۹/۸۲۰	۲	۹۲۴/۹۱۰	۸۶/۳۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹	۱
	گروه‌ها	۳۵۴۳/۳۳۳	۲	۱۷۷۱/۶۶۷	۹/۸۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱
	تعامل مراحل با گروه	۱۲۲۴/۹۰۳	۴	۳۰۶/۲۲۶	۲۸/۵۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
خودکارآمدی	زمان	۱۵۵۰/۲۲۰	۲	۷۷۷/۶۱۰	۳۷/۳۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۷۵
	گروه‌ها	۱۸۱۹/۲۲۹	۲	۹۰۹/۶۱۵	۳/۵۸۹	۰/۰۳۷	۰/۱۶	۰/۶۳
	تعامل مراحل با گروه	۱۲۹۸/۲۶۲	۴	۳۲۴/۵۶۵	۱۵/۶۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۶۲

جهت مقایسه میانگین‌های نمره‌های متغیرهای مورد بررسی، استرس ادراک شده و خودکارآمدی در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت، درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه، آزمون تعقیبی LSD انجام شد. نتایج این آزمون در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه میانگین‌های نمره‌های متغیرهای مورد بررسی، استرس ادراک شده و خودکارآمدی در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت، درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه

متغیر	گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین (J-I)	تفاوت خطای استاندارد	Sig
استرس ادراک شده	درمان فعال‌سازی رفتاری	درمان مبتنی بر شفقت	۶/۲۹	۲/۹۷۹	۰/۰۴۱
	درمان فعال‌سازی رفتاری	گروه گواه	۶/۴۷	۲/۹۳۱	۰/۰۳۳
	درمان مبتنی بر شفقت	گروه گواه	۱۲/۷۷	۲/۱۸۷۴	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	درمان فعال‌سازی رفتاری	درمان مبتنی بر شفقت	-۱/۱۱۵	۳/۵۴۰	۰/۷۴۷
	درمان فعال‌سازی رفتاری	گروه گواه	۷/۲۸	۳/۴۸۳	۰/۰۱۸
	درمان مبتنی بر شفقت	گروه گواه	۸/۴۳	۳/۴۱۶	۰/۰۱۶

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد در کاهش استرس ادراک شده بین دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری تفاوت وجود دارد و این تفاوت به نفع درمان فعال‌سازی رفتاری بود. به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه از درمان فعال‌سازی رفتاری بهره بیشتری

تفاوت به نفع درمان فعال‌سازی رفتاری بود. به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه از درمان فعال‌سازی رفتاری بهره بیشتری

بردند. ($P < 0/05$). در متغیر خودکارآمدی برای گروه گواه این تفاوت معنی‌دار نبود و برای متغیر استرس ادراک شده این تفاوت برای گروه گواه معنادار بود ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری بر استرس ادراک شده و خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد هر دو نوع درمان بر استرس ادراک شده و خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیرگذار بودند، اما درمان فعال‌سازی رفتاری تأثیر بیشتری دارد. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعات تری و همکاران (۲۰۱۱)، دری و همکاران (۱۳۹۸)، گیلبرت (۲۰۱۰)، گونزالس-هرناندز و همکاران (۲۰۱۸) و نف (۲۰۰۳) همسو است.

در تبیین یافته حاضر و با توجه به مطالعات صورت گرفته می‌توان گفت که خودشفقت‌ورزی بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شده است. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی، مهربانی به خود و دیگران و به طور کلی مدیریت احساسات است (اکبری، ۱۳۹۷). همچنین فرآیندهای رفتاری این فرآیند شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی‌های خود و روابط یاری‌رسان است (گیلبرت، ۲۰۱۰). همچنین این روش دارای منابع مقابله‌ای مناسب است که به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی به خوبی مواجه شده و با آن‌ها مقابله نمایند. همچنین بالا بودن خود شفقت ورزی نقش مهم و مؤثری در حفظ سلامت دارد. زیرا بیماران یاد می‌گیرند نسبت به خود مهربان بوده، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار بوده و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبرو شوند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۹). در نمونه مورد مطالعه پژوهش حاضر نیز شاهد تأثیر چنین فرآیندهایی در زنان مبتلا به سرطان سینه بودیم. همچنین زنان مبتلا به سرطان سینه در پژوهش حاضر با آموزش‌های مبتنی بر شفقت، راهبردهایی را فرا گرفتند که با سازه موازنه تصمیمی مدل شفقت درمانی، هماهنگ است. بنابراین با استناد به نتایج به دست آمده می‌توان گفت در مطالعه کنونی زنان مبتلا به سرطان سینه با گذراندن مدل درمانی شفقت، آگاهی نسبت به وضعیت خود را در طی مراحل درمانی می‌آموزند و

توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرس‌ورهای سوق دهنده به سوی وخیم‌تر شدن وضعیت جسمانی و روانشناختی افزایش می‌دهند و همچنین قادر به کنترل 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 مقابله و ادامه درمان‌های جسمی طولانی مدت خواهد شد (صادق‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). این نتیجه همسو با پژوهش گونزالس-هرناندز و همکاران (۲۰۱۸) می‌باشد که با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر بیماران تحت درمان دچار سرطان سینه انجام شد. پژوهشگران فوق نتیجه گرفتند روندهای همدلی و بخشش خویش و ایجاد پل ارتباطی با دیگران در پذیرش بیماری و افزایش خود مهرورزی و کنترل بر استرس‌های درمان سرطان نقش بسزایی دارد (آلبرتسون و همکاران، ۲۰۱۵). در تبیین این یافته بر اساس نظریه نف (۲۰۰۳) می‌توان گفت که آن دسته از بیماران مبتلا به سرطان سینه با خود دلسوزی بالا به واسطه تمرکز کمتر بر جنبه‌های منفی بیماری خود، واکنش بهتری به عوامل استرس‌زا نشان می‌دهند. همین عامل باعث می‌شود استرس ادراک شده کمتری داشته باشند؛ بهتر بتوانند با مشکلات جسمانی و روانی خود کنار آمده و در نتیجه رضایت از زندگی آن‌ها بهبود یافته و استرس آن‌ها کاهش یابد. در واقع، شفقت خود در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه‌گیر عمل می‌کند و افرادی که خوشفقت‌ورزی بالایی دارند از آنجایی که خودشان را با سرزنش و سخت‌گیری کمتری مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند. از این رو شفقت به خود، نقش مؤثری در تنظیم هیجانات از جمله استرس کمتر دارد (گیلبرت، ۲۰۰۹). در همین راستا می‌توان اشاره نمود که بیماری‌های جسمانی و روانشناختی خود را راحت‌تر پذیرفته و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان بر اساس عملکرد واقعی آن‌ها صورت می‌گیرد (آلن و همکاران، ۲۰۱۳). این فرآیند می‌تواند استرس ادراک شده کمتری را در بیماران مبتلا به سرطان سینه گزارش نماید. در تکمیل این تبیین، نتایج مطالعه عینی و هاشمی (۱۳۹۸) نشان داد آموزش شفقت‌ورزی به دلیل ایجاد احساس پذیرش بالا در این افراد، اضطراب، افسردگی و استرس کمتری ایجاد می‌کند.

درمان فعال‌سازی رفتاری نیز به بیمار کمک می‌کند، ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی خود را شناسایی کرده، با گام برداشتن در جهت یک هدف

خانوادگی و اجتماعی-فرهنگی در روند مطالعه پیشنهاد می‌شود. افزون بر این، لازم است تلاش شود در مطالعات مشابه آتی، کنترل اثرات داروها در دستور کار قرار گیرد تا از این طریق احتمال تأثیر این عامل بر نتایج کاهش یابد و در صورت امکان تلاش شود اثرات ناشی از مراجعه به محیط درمان و مراجعه به پزشک متخصص نیز به شکلی کنترل گردد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد با کد اخلاق IR.IAU.BOJNORD.REC.1401.012 می‌باشد. مشارکت کنندگان آگاهانه و

داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمودند و اصل رازداری در پژوهش رعایت شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول پژوهشگر اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم، استاد راهنما و نویسنده مسئول و نویسنده سوم نیز استاد مشاور رساله می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و همه افرادی که در انجام پژوهش همکاری داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

مطلوب حرکت رو به جلوی خود را تداوم بخشیده، بنابراین با ایجاد احساس دستاورد یا لذت، وضعیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد (هوپکو و لجویز، ۲۰۰۷) سوخاک و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که مداخله رفتاری در بهبود تبعیت از درمان دارویی بیماران همودیالیزی تأثیر مثبت دارد. وی چنین تبیین کرد که مداخله رفتاری بر باورهای فرد در مورد درمان، خودکارآمدی و خودمدیریتی فرد در حوزه مراقبت از خود تأثیر گذاشته و تبعیت از درمان را بهبود می‌دهد. درمان شناختی رفتاری مدل ایده‌آلی برای کمک به بیماران است. اما درمان شناختی رفتاری فرآیند طولانی دارد و با توجه به شرایط جسمانی و عوارض ناشی از سرطان و درمان آن و فشار مالی که بیماران متحمل می‌شوند؛ ممکن است بیمار نتواند تا انتهای روان درمانی ادامه دهد. بنابراین نقطه قوت پژوهش حاضر در این است که فعال‌سازی رفتاری یک درمان موج سوم کوتاه مدت و ساده و مقرون به صرفه است که به چالش با افکار و تغییر آن‌ها نمی‌پردازد اما به شیوه مؤثری بیمار را ترغیب به انجام فعالیت می‌کند (فرشیدفر و همکاران، ۱۳۹۸).

مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها نیز مواجه بوده است. این محدودیت‌ها شامل استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در مرحله اول نمونه‌گیری، گردآوری داده‌ها در مقطع زمانی خاص، حجم محدود نمونه، محدودیت انجام پژوهش، محدودیت در کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مانند مصرف داروها و محدودیت در کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مانند اثرات ناشی از مراجعه به محیط درمان و مراجعات به پزشک متخصص که با توجه به آموزش‌ها، آگاهی و دستورات درمانی که دریافت می‌نمایند ممکن است بر سطح نتایج پژوهش حاضر اثرگذار بوده باشد. بنابراین به لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آتی، در همه مراحل نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند. همچنین در مطالعات آتی از نمونه‌های باحجم بالا استفاده گردد. از سویی انجام مطالعات مشابه در سایر شهرها و فرهنگ‌ها و توجه به نقش عوامل

منابع

اصغر نژاد، طاهره؛ احمدی ده قطب الدینی، محمد؛ فرزاد، ولی‌الله و خداپناهی، محمدکریم (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر. *مجله روانشناسی*، ۱۰ (۳)، ۲۷۴-۲۶۲.

<https://www.sid.ir/journal/issue/5340/en>

انوشیروانی، الهام؛ رزاقی، نرگس؛ نوحی، شهناز؛ و آقایی، حکیمه (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادگری و طرحواره‌های جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله مراقبت سرطان*. ۲۲ (۲)، ۳-۱۲.

<http://ijca.ir/article-1-128-fa.html>

خداپناه، فاطمه و تمنای فر، محمدرضا (۱۴۰۱). نقش میانجی‌گر شادکامی و خودکارآمدی تحصیلی در رابطه شفقت به خود و بهزیستی تحصیلی دانش‌آموزان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۸)، ۲۰۶۷-۲۰۹۰.

https://psychologicalscience.ir/search.php?slc_lang=fa&s_id=1

صادق‌زاده مفرد، زهرا؛ درتاج، فریبرز؛ قائمی، فاطمه و فرخی، نورعلی (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی مبتلایان به سرطان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۸ (۱۲)، ۲۱۸-۲۲۹.

<https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>

عنایت‌راد، مصطفی و صالحی‌نیا، حمید (۱۳۹۴). بررسی روند تغییرات بروز سرطان پستان در زنان ایران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲ (۱)، ۳۵-۲۷.

http://jsums.medsab.ac.ir/article_534.html

مشرقی، مظهره؛ خاکپور، رضا و نیکنام، مژگان (۱۴۰۱). ارزیابی مدل ساختاری گرایش به خیانت زناشویی بر اساس عدالت زناشویی با نقش واسطه‌ای بلوغ عاطفی. *رویش روانشناسی*، ۱۱ (۷)، ۵۷-۶۶.

https://psychologicalscience.ir/search.php?slc_lang=fa&s_id=1

هاشمی، زهره و عینی، ساناز (۱۳۹۸). استرس ادراک شده در سالمندان: نقش هوش معنوی خود دلسوزی و سرسختی روانشناختی. *روانشناسی پیری*، ۲۸۹-۲۹۹ (۴).

<https://doi.org/10.22126/jap.2020.4836.1381>

References

Andersen, B.L., Goral, N.G., Westbrook, T.D., Bishop, B., Carson, W.E. (2017). Trajectories of stress, depressive symptoms, and immunity in cancer survivors: Diagnosis to 5 years. *Clinic Cancer Research*, 23(1), 52-61.

<https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-16-0574>

Anoushirvani, E; Razghi, N; Nouhi, Sh; Mr. Hakimeh. (1400). The effectiveness of compassion-based therapy on self-criticism and sexual schemas in women with breast cancer. *Journal of Cancer Care*, 2 (2), 3-12.

<http://ijca.ir/article-1-128-fa.html>

Asgharnejad, T., Ahmadi Dehghotboddini M., Mohammad., Farzad, V., Khodapanahi, M.K. (2006). A study of the psychometric properties of Scherer's General Self-Efficacy Scale. *Journal of psychology*, 10 (3), 274-262.

<https://www.sid.ir/journal/issue/5340/en>

DeSantis, CE., Bray, F., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., Anderson, BO, Jemal A. (2015). International variation in female breast cancer incidence and mortality rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 24:1495-506.

<https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0535>

Elobaid, Y., Aw, TC., Lim, JN., Hamid, S., Grivna, M. (2016). Breast cancer presentation delays among Arab and national women in the UAE: a qualitative study. *SSM Popul Health*. 2, 155-63.

<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.02.007>

EnayatRad, M., & Salehinia, H. (2015). An investigation of changing patterns in breast cancer incidence trends among Iranian women. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(1), 27-35.

http://jsums.medsab.ac.ir/article_534.html

Gilbert, P. (2009). *Compassion focused therapy: Distinctive features*: Routledge.

<https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=5019225&publisher=FZ7200#page=150>

Hashemi, Z., & Eyni, S. (2020). Perceived Stress in the Elderly: The Role of Spiritual Intelligence, Self-Compassion, and Psychological Hardiness. *Aging Psychology*, 5(4), 289-299.

<https://doi.org/10.22126/jap.2020.4836.1381>

Hopko DR, Lejuez CW, Ryba MM, Shorter RL, Bell JL. (2016). Support for the efficacy of behavioural activation in treating anxiety in breast cancer patients. *Clin PsyChologist*. 20(1): 17-26.

<https://doi.org/10.1111/cp.12083>

Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., Negi, L. T., & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 684-696.

<https://doi.org/10.1111/cp.12083>

- Khodapanahi, F., Tamanaei far, M. (2022). The mediating role of happiness and academic self-efficacy in the relationship between self-compassion and academic well-being of students. *Psychological sciences*, 21, 119.
https://psychologicalscience.ir/search.php?slc_lang=fa&sid=1
- Lei, S., Zheng, R., Zhang, S., Wang, S., Chen, R., Sun, K., ... & Wei, W. (2021). Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Communications*, 41(11), 1183-1194.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cac2.12207>
- Mermer G, Nazli A, Ceber E, Mermer G. (2016). Social perceptions of breast Cancer by women still undergoing or having completed therapy: a qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17(2):503-10.
<https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.2.503>
- Salakari, M., Pylkkänen, L., Sillanmäki, L., Nurminen, R., Rautava, P., Koskenvuo, M., & Suominen, S. (2017). Social support and breast cancer: A comparative study of breast cancer survivors, women with mental depression, women with hypertension and healthy female controls. *The Breast*, 35, 85-90.
<https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.06.017>
- Moshrefi, M., Khakpour, R., & Niknam, M. (2022). The structural model of explaining the tendency to commit marital infidelity based on self-compassion with the mediating role of emotional maturity. *Psychological sciences*, 22, 137.
https://psychologicalscience.ir/search.php?slc_lang=fa&sid=1
- Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
<https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Richards CS, O'Hara MW. (2014). *The Oxford handbook of depression and comorbidity*. New York: Oxford University Press.
<https://global.oup.com/academic/product/the-oxford-handbook-of-depression-and-comorbidity-9780199797004>
- Rohr, F., Wessel, A., Brown, M., Charette, K., & Levy, H. L. (2015). Adherence to tetrahydrobiopterin therapy in patients with phenylketonuria. *Molecular genetics and metabolism*, 114(1), 25-28.
<https://doi.org/10.1016/j.ymgme.2014.10.013>
- Sadeghzadeh Mofrad, Z., Dortaj, F., Ghaemi, F., & Farrokhi, N. (2022). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-Efficacy and Psychological Well-Being of Cancer Patients. *Razi Journal of Medical Sciences*, 28(12), 218-229.
<http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6677-en.html>
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scales: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
- Tetteh DA. (2017). The breast cancer fanare: sociocultural factors and women's health in Ghana. *Health Care Women Int*. 38(4):316-33.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1215465>
- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2011). Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65 (2), 87-108.
<https://doi.org/10.3322/caac.21262>
- Wang, Y., Duan, Z., Ma, Z., Mao, Y., Li, X., Wilson, A., Qin, H., Ou, J., Peng, K., Zhou, F., Li C. (2020). Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Translational psychiatry*. 10(1), 263.
<https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>
- World Health Organization. (2014). *Facts on ageing and the life course*. Geneva, Switzerland Retrieved.
<https://www.who.int/health-topics/ageing>