

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی، افزایش امید و ادراک سلامت بیماران مبتلا به

سرطان سینه بعد از جراحی بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه

فاطمه خالوان^۱، دکتر مجید صفاری^۲، نیا^۳، دکتر مریم کلهرنیا گل^۴، دکتر علیرضا پیرخائفی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی

۲. استاد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران

۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، ایران

چکیده:

زمینه و هدف: سرطان سینه یک بیماری مزمن و تهدیدکننده در زندگی افراد، خصوصاً زنان است. بیش از ۵۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، از برخی اختلالات روانی رنج می‌برند. شفقت به خود و فراتر از آن، درمان مبتنی بر شفقت، رویکردی نسبتاً جدید در روانشناسی محسوب می‌گردد. هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی، افزایش امید و ادراک سلامت بیماران مبتلا به سرطان سینه بعد از جراحی بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، تمامی بیماران مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بخش جراحی بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه بودند که ۴۰ نفر از آن‌ها به‌عنوان نمونه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی به‌صورت مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت برگرفته از روند درمانی هاوتون (۲۰۰۳) شرکت کردند. گروه کنترل هیچ نوع مداخله روان‌درمانی دریافت نکرد. کلیه آزمودنی‌ها در دو مرحله شروع مداخله و جلسه پایانی مداخله بعد از اتمام جلسات درمان به پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (۱۹۹۶)، پرسشنامه امیدواری میلر (۱۹۹۸) و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت ویر و شربورن (۱۹۹۲) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکوا)، آزمون نرمالیت شاپیرو-ویلک، آزمون لوین و آزمون همگنی شیب رگرسیون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد، افسردگی گروه آزمایش بعد از درمان مبتنی بر شفقت، کاهش معناداری یافت ($P < 0.05$). همچنین میزان امید و سلامت ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان سینه بعد از درمان مبتنی بر شفقت، افزایش معناداری در مقایسه با گروه کنترل پیدا کرد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر شفقت، درمان مؤثری برای علائم افسردگی، امید و سلامت ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌باشد. درنتیجه به افراد مبتلا به سرطان، متخصصان و روان‌درمانگران توصیه می‌شود برای بهبود سلامت روان و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه از مداخله درمانی مبتنی بر شفقت استفاده نمایند.

واژگان کلیدی: درمان شفقت-محور، افسردگی، امید، ادراک سلامت، سرطان سینه

مقدمه

سرطان^۱ به عنوان عامل اصلی مرگ و میر و کاهش افزایش امید در سراسر جهان شناخته می شود (سانگ و همکاران، ۲۰۲۱). به دلیل عواملی مانند رشد جمعیت، افزایش سن، تغییرات سبک زندگی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، افزایش شهرنشینی، توسعه فناوری و کنترل نسبی بیماری های عفونی، سرطان روندی افزایشی در سطح جهان دارد. سرطان پستان شایع ترین سرطان در زنان می باشد (شیخ ذکریایی و همکاران، ۱۴۰۳). براساس گزارش انجمن سرطان آمریکا (ACS)^۲ تخمین زده می شود در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۲۴، تعداد ۳۱۰۷۲۰ مورد جدید سرطان سینه در زنان و ۲۷۹۰ مورد در مردان تشخیص داده شود و برآورد می گردد که ۴۲۷۸۰ مرگ ناشی از سرطان سینه (۴۲۲۵۰ در زنان، ۵۳۰ در مردان) در سال ۲۰۲۴ رخ دهد (سیهان و اگین^۳، ۲۰۲۵).

در کشور ایران نیز بروز سرطان پستان در زنان رو به افزایش است. طبق گزارش کشوری برنامه ملی ثبت سرطان در ایران در سال ۱۳۹۴، میزان بروز خام و استاندارد شده سنی کل سرطان ها در جمعیت زنان، به ترتیب ۱۳۲/۹۰ و ۱۳۵/۵۴ در صد هزار نفر بوده که نشان می دهد سرطان پستان شایع ترین سرطان در کل جمعیت زنان کشور می باشد. نکته قابل توجه در مورد بروز سرطان پستان در ایران، نسبت بالای مبتلایان زیر ۵۰ سال نسبت به کشورهای توسعه یافته است که نشان می دهد میانگین سنی بروز سرطان پستان در ایران نسبت به کشورهای دیگر پایین تر است (حاجی آبادی و همکاران، ۱۴۰۰). شیوع سرطان پستان در بین زنان ایرانی، سبب گردیده این سرطان به عنوان شایع ترین سرطان در بین زنان ایرانی شناخته شود و این امر سبب گردیده است که کنترل سرطان، یکی از سه اولویت اصلی نظام سلامت در ایران باشد. نتایج تحقیقات نشان داده هفتاد درصد از بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه می کنند که این امر بر افزایش مرگ و میر زنان در اثر سرطان اثرگذار است. به همین دلیل سازمان بهداشت جهانی، تشخیص زودهنگام بیماری را برای کنترل سرطان پستان مهم دانسته است (سعیدی و همکاران، ۱۴۰۱).

زنان مبتلا به سرطان پستان به شدت مستعد افسردگی هستند (وانگ و همکاران^۴، ۲۰۲۰). اضطراب و افسردگی از جمله پریشانی روانی رایج در اکثر بیماران مبتلا به سرطان است. دومین تشخیص روانپزشکی شایع در این بیماران، اختلال افسردگی اساسی است. در نمونه ای از ۲۵۲ بیمار، ۲۲ درصد حداقل افسردگی شدید متوسط و ۴۱ درصد حداقل اضطراب شدید در حین شیمی درمانی را گزارش کردند که تقریباً دو برابر شیوع این علائم در مقایسه با قبل از شیمی درمانی است (کیم و همکاران^۵، ۲۰۲۱). افسردگی یک وضعیت روانی است که تأثیر منفی بر احساسات، افکار، رفتارها و سلامت جسمی فرد دارد. عدم لذت، مالیخولیا، خلق افسرده و حرکات آهسته (سایکوموتور پایین)، برخی از علائم اصلی افسردگی هستند. افسردگی یک بیماری روانی است که به خوبی شناخته شده و به طور منفی تحت تأثیر ژن ها و انواع عوامل

^۱. Cancer

^۲. American Cancer Society

^۳. Cihan and Egin

^۴. Wang et al

^۵. Kim et al

محیطی و بیولوژیکی است. افسردگی از نظر اهمیت در میان علل اصلی ناتوانی در رتبه دوم قرار دارد و یکی از عوامل اصلی مؤثر در بار بیماری های جهانی است (شاکری و خدابخش پیرکلانی، ۱۴۰۳).

همچنین، بیماران عمدتاً احساس یاس و ناامیدی می کنند. امیدواری و امید به زندگی در بیماران به طور قابل توجهی کاهش پیدا می کند و نسبت به درمان خود توجه کافی نشان نداده و دستورات پزشکان را چندان جدی نخواهند گرفت، آنان برای بهبودی تلاش زیادی نکرده، عدم احاطه بر خود و یأس، اثرات منفی شدیدی بر رفتار، خلق و فیزیولوژی می گذارد (غفارزاده و اقدسی، ۱۴۰۰). امید، یک فرایند شناختی/عاطفی است که به افراد کمک می کند تا با استفاده از تفکر مثبت و برنامه ریزی برای آینده، به اهداف خود دست یابند. این مفهوم نه تنها شامل احساس انتظار مثبت، بلکه توانایی شناسایی مسیرهای مختلف برای رسیدن به اهداف نیز می شود (اندرسون و همکاران^۶، ۲۰۱۶). یکی از مؤلفه های روانشناختی که نقش کلیدی در زندگی این بیماران و خانواده هایشان دارد، امید است. امید یک عامل حیاتی در پیش بینی سازگاری بیماران مبتلا به سرطان با ماهیت بیماری و درمان آن است، به ویژه هنگامی که با چشم انداز درد مزمن مواجه هستند. پایین بودن یا فقدان امید می تواند سلامت جسمی و روانی بیمار را تهدید کند، زیرا برای سازگاری با بیماری، درمان و عوارض جانبی آن تأثیرگذار می باشد. از سویی، با توجه به ماهیت سرطان، امید یک مکانیسم مقابله ای مهم برای این بیماران است که اغلب به آنها کمک می کند تا با این بیماری سازگاری یابند (رشتی و همکاران، ۱۴۰۱).

همچنین، جسم و روان انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و وضعیت یکی از آنها می تواند تعیین کننده وضعیت دیگری باشد (کوپر و همکاران^۷، ۲۰۱۷). وضعیت سلامت ادراک شده یک شاخص پرکاربرد برای ارزیابی سلامت واقعی افراد است و اطلاعات مربوطه را در رابطه با وضعیت اجتماعی ذهنی ارائه می دهد. این امر ما را نسبت به آسیب های شخصی و زمینه ای که با هم ترکیب می شوند و داشتن سلامتی خوب را هم از نظر دسترسی به منابع بهداشتی و هم در درک خود از رفاه، دشوار می سازد (نوروزی و کجباف، ۱۴۰۱). شناخت و درک این تعامل چند بعدی برای رسیدگی و کاهش نابرابری ها و طراحی سیاست ها و راهبردهای عمومی که آسیب پذیرترین گروه ها را در اولویت قرار می دهد، ضروری است. این امر مستلزم شناسایی و تعیین کمیت نابرابری ها و درک نحوه تعامل آنها است. گنجاندن سؤالات در مورد وضعیت سلامت ادراک شده (مثل به طور کلی، وضعیت سلامتی خود را این روزها چگونه توصیف می کنید، آیا می گویند که ...؟) ابزار ارزشمندی برای درک اینکه چگونه تغییرات در ارزش ها و باورها در زمینه های مختلف ممکن است بر ادراک افراد از سلامت تأثیر بگذارد فراهم می کند. این اطلاعات همچنین به ما امکان می دهد تفاوت های سلامت درک شده بین اقشار و ملت های مختلف اجتماعی را تجزیه و تحلیل نماییم و درک کنیم که چگونه این عوامل برای تأثیرگذاری بیشتر بر سلامت جمعیت ها تأثیر متقابل دارند (مارتینز و لیرولا^۸، ۲۰۲۴).

قابل توجه است که فرایند روانی که با آگاهی فرد از ابتلا به سرطان شروع می شود، از چندین مرحله از جمله شوک، ناباوری و انکار، اضطراب و ترس، احساس گناه، افسردگی و غم، خشم، پذیرش واقعیت و نهایتاً سازگاری با آن گذر خواهد کرد و برخی افراد ممکن است به دلیل ناتوانی در سازگاری با بیماری خود، در یکی از مراحل فوق تثبیت شده و نتوانند به سطح سلامت مناسب دست پیدا کنند (عقیلی و همکاران، ۱۴۰۲). در واقع بعد از تشخیص بیماری سرطان، فرد با یک

^۶ . Anderson et al

^۷ . Cooper et al

^۸ . Martinez, P.R. Lirola

موقعیت چالش‌زا مواجه می‌شود که با فرایند عادی زندگی وی تداخل ایجاد می‌کند و به دلیل عدم کارایی راهبردهای مقابله‌ای قبلی به ناچار باید بدنبال راه‌های مقابله‌ای دیگری برای سازگاری با شرایط بیماری خود باشد. افرادی که پس از اطلاع از تشخیص سرطان، در سازگاری با بیماری خود با ناتوانی و ناامیدی ظاهر می‌شوند، بیماری‌شان را خطرناک‌تر و غیرقابل کنترل‌تر می‌دانند و از آسیب‌های روانی بیشتری رنج می‌برند و این می‌تواند موجب تشدید بیماری آنها شود. این بیماران برای بازگشت به زندگی عادی خود نیازمند کمک‌هایی جهت سازگاری و برآورده شدن نیازهای مختل شده خویش هستند و طبق مطالعات، مداخلات روانشناختی مرتبط با سازگاری می‌تواند نقش مهمی را در بهبود این بیماری و عوارض ناشی از آن داشته باشد (مظلوم الحسینی و همکاران، ۱۴۰۲). پیامدهای روانی سرطان و درمان آن موضوع بسیاری از فعالیت‌های پژوهشی بوده است و متناسب با سبب‌شناسی این اختلال، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است.

یکی از درمان‌هایی که از گسترش درمان شناختی رفتاری شکل گرفته، درمان مبتنی بر شفقت^۹ است. در طول دهه اول قرن بیست و یکم، کاربرد و تحقیق پیرامون مفهوم شفقت و شفقت به خود به عنوان فرایندی فعال در جریان روان‌درمانی فزونی یافته است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸). بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با نظام‌های مغزی تکامل یافته‌ای مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین‌بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت می‌باشد. محور اصلی درمان مبتنی بر شفقت پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد. بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، بجای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود. دو هدف اساسی درمان مبتنی بر شفقت شامل کاهش خصومت خودجهت‌داده و توسعه توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود اطمینانی، مهربانی و خودتسکینی است که می‌توانند به عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. بخش اعظم فعالیت‌های درمان مبتنی بر شفقت بر ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی، متمرکز می‌باشند (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷).

کوهی و همکاران (۱۴۰۳) در مطالعه خود نشان دادند هر دو روش طرحواره درمانی و معنویت‌درمانی در کاهش ترس از عود و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان مؤثر بودند. طرحواره درمانی در کاهش ترس از عود اثربخشی بیشتری نسبت به معنویت درمانی داشت در مقابل، معنویت درمانی در کاهش اضطراب مرگ برتر از طرحواره درمانی بود. میرزاخانی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود نشان دادند، در افراد مبتلا به سرطان اضطراب، افسردگی و استرس گروه آزمایش بعد از درمان، کاهش معناداری یافت. همچنین کیفیت زندگی این بیماران بعد از درمان، افزایش معناداری پیدا کرد. یآوری و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت درمانی هر دو بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بوده و بین آنها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. عابدین و همکاران (۱۴۰۲) بیان داشتند. هر دو درمان مبتنی بر شفقت و فعال‌سازی رفتاری بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است. همچنین درمان فعال‌سازی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری بر درمان بیماران داشت.

^۹. Compassion-Focused Therapy

طیب زاده و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه خود نشان دادند تفاوت میانگین نمرات خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بعد از درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل بهبود پیدا کرده است. ترینداد و همکاران^{۱۰} (۲۰۲۵) در پژوهش خود نشان دادند که در مقایسه با گروه کنترل، بهبودهای بیشتری در زمینه های روانی-اجتماعی، بیولوژیکی و استفاده از منابع در زنان مبتلا به سرطان سینه بعد از مراحل درمان مبتنی بر شفقت حاصل شد. سیهان و اگین (۲۰۲۵) در یک مرور سیستماتیک نشان دادند که مداخلات درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت می توانند از نظر اثربخشی کوتاه مدت در بیماران سرطانی، بهبودهایی را در سلامت روان و متغیرهای مرتبط با افسردگی، اضطراب، استرس پس از سانحه و رشد، شادی، خودآگاهی، تصویر بدن، بهزیستی روان شناختی، ترس از عود و معنای زندگی، امید به زندگی، نگرش به زندگی و کیفیت زندگی نشان دهند. وهابی ماشک و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۴) نشان دادند که آموزش درمان شفقت محور در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده و این اثرات پس از ۴۵ روز ثابت می ماند. پتروسپی و همکاران^{۱۲} (۲۰۲۴) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شفقت محور در افراد مبتلا به سرطان سبب بهبود سلامت روان، بهبود افسردگی و خودانتقادی و افزایش میزان دلسوزی به خود در این بیماران می شود. فان و همکاران^{۱۳} (۲۰۲۳) در یک فراتحلیل نشان دادند که مداخلات مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی و افزایش شفقت به خود در میان بیماران مبتلا به سرطان سینه تأثیر معناداری دارد. هافمن و بیکر^{۱۴} (۲۰۲۳) در مطالعه خود افزایش معنی داری را در تأثیر شفقت به خود بر افزایش رضایت از زندگی و ذهن آگاهی و نیز کاهش استرس و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه نشان دادند.

درباره اثرات روانشناختی سرطان سینه، به خصوص تأثیر آن بر زندگی، ویژگی های روانشناختی و امید، در مبتلایان، پژوهش های اندکی در ایران صورت گرفته است که لزوم پرداختن بیشتر به اثرات این نوع سرطان را نشان می دهد. بنابراین با توجه به زمینه ذکر شده مبنی بر تأثیر سرطان سینه بر جنبه های مختلف روانی و جسمی و زندگی فرد مبتلا و اهمیت مداخلات درمانی و همچنین با توجه به اینکه تاکنون کمتر مطالعه ای به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی، افزایش امید، و ادراک سلامت بیماران مبتلا به سرطان سینه بعد از جراحی پرداخته است، هدف از مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی، افزایش امید، ادراک سلامت بعد از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر ماهیت داده ها از نوع تحقیق کمی و از نظر نحوه اجرا، تحقیق نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه می باشد. از همه شرکت کنندگان قبل از مداخله و در ابتدا پیش آزمون متغیرهای افسردگی، امید، ادراک سلامت به عمل آمد. سپس گروه های آزمایش در جلسات مداخله ای شرکت داده شد و پس از اتمام جلسات مداخله، پس آزمون متغیرهای مذکور به عمل آمد.

^{۱۰} . Trindade et al

^{۱۱} . Vahhabi Mashak et al

^{۱۲} . Petrocchi et al

^{۱۳} . Fan et al

^{۱۴} . Hoffman and Baker

جدول شماره ۱: دیاگرام طرح پژوهش

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	گروه
T _۲	X _۱	T _۱	مداخله ۱ R _E
T _۲	-	T _۱	گواه R _C

جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی می باشد که در سال ۱۴۰۲ به بخش جراحی بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه مراجعه داشتند. نمونه های مطالعه شامل بیماران مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده بود که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. روش نمونه گیری در این مطالعه به شیوه در دسترس بود اما جهت تخصیص افراد به گروه های مورد مطالعه از روش تصادفی بلوک استفاده گردید. در این مطالعه جهت تخمین حجم نمونه مورد نیاز از شیوه ابداع شده در مطالعه خیابانی و همکاران استفاده شد که در آن مقدار نمره ی افسردگی در زمان پس آزمون در گروه درمان (مبتنی بر شفقت) و کنترل به ترتیب $9/50 \pm 7/51$ و $19/13 \pm 13/39$ بود (خیابانی، خیرالدین و علی پور، ۱۳۹۰). سطح اطمینان و توان آزمون در نظر گرفته شده نیز به ترتیب ۹۵٪ و ۸۰٪ بود. نهایتاً حداقل تعداد نمونه ی مورد نیاز در هر گروه با استفاده از فرمول زیر تقریباً ۲۰ نفر محاسبه گردید (جمعاً در هر دو گروه ۴۰ نفر).

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب بیماران بر اساس معیارهای ورود و خروج، به آن ها در مورد مطالعه و اهداف آن توضیحات لازم داده شد و از آن ها رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. ملاک های ورود شامل: حداقل سن ۲۰ سال، دارای مدرک تحصیلی حداقل دیپلم، یک ماه از انجام جراحی، طی شده باشد و ملاک های خروج شامل: کمتر از سن ۲۰ سال داشتن و هنوز بیمار عمل جراحی انجام نداده و یا یک ماه از انجام عمل جراحی نگذشته باشد. افراد مورد مطالعه به طور تصادفی به دو گروه افراد تحت درمان با درمان مبتنی بر شفقت (CFT) و افراد گروه کنترل تقسیم شدند. برای تخصیص تصادفی افراد به گروه های مورد مطالعه از روش تصادفی بلوک های تصادفی ۴ تایی استفاده شد. بدین صورت ۴ برگه هم اندازه و هم شکل انتخاب گردید که بر روی دو برگه حرف A به معنای گروه CFT (درمان مبتنی بر شفقت)، و بر روی ۲ برگه حرف C به معنای گروه کنترل نوشته شد. برگه ها تا زده شدند و در یک ظرف قرار گرفتند. سپس به طور تصادفی یک برگه از

درون ظرف انتخاب گردید و بر این اساس بر روی برگه چه حرفی نوشته شده باشد، فرد مورد نظر به یکی از ۲ گروه تخصیص داده شد. زمانی که هر ۴ برگه از ظرف خارج شدند، مجدداً برگه‌ها به داخل ظرف برگردانده شدند و عمل فوق تا زمان تکمیل تعداد نمونه‌ی مورد نیاز ادامه یافت. عمل تخصیص تصادفی توسط فردی به غیر از پژوهشگر انجام شد.

پس از تخصیص افراد به گروه‌های مطالعه، ابتدا از همه شرکت‌کننده‌ها خواسته شد که پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک را تکمیل کنند. همچنین از شرکت‌کننده‌ها یک پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی، امیدآوری و ادراک سلامت گرفته شد. جلسه پیش‌آزمون در محلی آرام برگزار شد تا آزمودنی‌ها تمرکز کافی برای تکمیل پرسشنامه‌ها را داشته باشند. به شرکت‌کننده‌ها زمان کافی برای تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد. فرد پژوهشگر هم در آن زمان حضور داشت که به سؤالات و ابهامات احتمالی شرکت‌کننده‌ها پاسخ دهد. بعد از اجرای پیش‌آزمون بیماران گروه‌های آزمون تحت درمان به شرح ذیل قرار گرفتند:

گروه CFT (درمان مبتنی بر شفقت متمرکز بر بیماران سرطانی): هر هفته دو جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه بیماران تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند. تعداد جلسات درمانی در این گروه ۱۲ جلسه بود (برگرفته از هاوتون، ۲۰۰۳) که خلاصه‌ی جلسات درمانی در زیر آورده شده است.

جدول شماره ۲: جلسات آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر اساس پروتکل هاوتون (۲۰۰۳)

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	آشنایی با اهداف گروه	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمان گر بیان هدف تشکیل گروه و اهمیت مسأله، تعریف نقش عوامل روانشناختی مثبت در بیماری سرطان و علائم روانشناختی افراد معرفی درمان مبتنی بر شفقت درمانی و رویکردهای جدید روان شناسی در درمان سرطان تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات آشنایی با شفقت و شفقت به خود
دوم	آموزش کیفیت زندگی و شادکامی	بررسی نقش کیفیت زندگی در بهزیستی ذهنی، شادکامی و سلامت روان تعریف امیدواری بر اساس مدل درمان مبتنی بر شفقت درمانی ارائه ی تکنیکها و راههای موفقیت در دستیابی به امیدواری و شادکامی (کمک به بهبود کاهش نشخوار فکری افراد از طریق عمل کردن بر طبق استانداردهایی که افراد در حوزه های ارزشمند زندگی شان در نظر گرفته اند و از این طریق افزایش رضایت خاطر را به دست می آورند. دریافت بازخورد.
سوم	آموزش نقش اهداف و ارزشها	مرور جلسه ی قبل آشنایی با نقش اهداف ارزشها و زندگی معنوی در رضایت از حوزههای مهم زندگی، مشخص کردن فلسفه ی زندگی اجرای تمرین هدف یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی اجرای مدل شناسایی حوزههایی که باعث نگرانی هستند و برنامهی فعالیتهای روزمره جهت تولید ارزشها در پهنه ی زندگی، دریافت بازخورد.

جلسه	هدف	محتوای جلسه
چهارم	تغییر نگرش	مرور جلسه قبل استفاده از گام تغییر نگرش برای بهبود رضایت در حیطه هایی که رضایت در آنها کافی نیست. آموزش تغییر نگرش بر پایه ی اصول شناخت درمانی آموزش تکنیک تفکر در رفتار آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پر خطر. دریافت بازخورد
پنجم	تغییر اهداف	مرور جلسه ی قبل، آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هوشیاری، آموزش تغییر اولویتها و زمینه های مهم با استفاده از کپ بینش دریافت بازخورد
ششم	آموزش خودشفقت ورزی	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی اصل جستجوی آرامش یا آدم غم خوار، اصل مردم آمیزی یا غرق شدن در رابطه و .. دریافت بازخورد
هفتم	آموزش خوش بینی	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم خوش بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت گزینی، اصل تنفس آرام بخش و احساس راحتی و چشم پوشی کردن و بخشش یا اصل کنار گذاردن و به تعویق انداختن پذیرفتن یا فراموش کردن
هشتم	آموزش همدلی	مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیکهای مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه موثر دریافت بازخورد
نهم	آموزش کاهش ترس	مرور جلسه قبل و شروع به کارگیری تکنیکهای کاهش ترس و مواجهه با ترسهای روانشناختی میهم، ارائه راهکارهای آرامش سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی موثر.... و ارائه بازخوردهای لازم.
دهم	آموزش مراقبه	مرور جلسه قبل و آموزش مراقبه ی شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد
یازدهم	آموزش خودالقایی مثبت	مرور جلسه قبل ارائه ی راهکارهای افزایش کیفیت زندگی، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی مبتنی بر شفقت درمانی و خود القایی مثبت اجرای پاسخهای مقابله ای مؤثر برای بیماری سرطان و ارائه بازخورد
دوازدهم	خلاصه و مرور	مرور و خاتمه ی تکنیکهای درمانی مبتنی بر شفقت درمانی و ارائه ی خلاصه ای از راهبردها و تکنیک های تأثیر گذار

یک ماه پس از پایان جلسات آموزشی، جلسه پس آزمون همانند جلسه پیش آزمون برگزار شد. جهت رعایت موازین اخلاقی پس از پایان مطالعه و گرفتن پس آزمون، افراد گروه کنترل نیز در جلسات فشرده تحت درمان با روش درمانی

CFT (درمان مبتنی بر شفقت) قرار گرفت و کتابچه تهیه شده نیز در اختیارشان قرار گرفت. همچنین به کلیه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها به طور محرمانه در نزد گروه تحقیق باقی خواهد ماند. شرکت در این مطالعه اجباری نبوده و در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه هر کدام از آزمودنی ها می توانستند از پژوهش خارج شوند. ضمناً این مطالعه برای بیماران هزینه ای در بر نداشت و انتشار نتایج پژوهش به صورت گروهی بود.

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه برای سنجش افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۲۱ آیتم می باشد که هر آیتم نمره بین ۰ تا ۳ می گیرد. بنابراین حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ متغیر است. نسخه فارسی این پرسشنامه دارای روایی تایید شده و پایایی ۰/۹۱ می باشد که با روش آلفای کرونباخ به دست آمده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸).

پرسشنامه امیدواری میلر: پرسشنامه امیدواری میلر (۱۹۹۸) شامل ۴۸ سؤال در زمینه امیدواری و درماندگی می باشد. سؤالات قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده اند. در برابر هر سؤال که نماینده یک نشانه رفتاری است، گزینه های کاملاً مخالف، نسبتاً مخالف، نظری ندارم، نسبتاً موافق و کاملاً موافق وجود دارد. به پاسخ های کاملاً موافق نمره ۵ و بقیه پاسخ های کاملاً مخالف نمره ۱ داده خواهد شد. نمره دهی در سؤالات منفی (۱۴ سوال) بر عکس خواهد بود یعنی به پاسخ کاملاً موافقم نمره ۱ و به پاسخ کاملاً مخالفم نمره ۵ داده خواهد شد. سوالات ۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۸-۳۹-۴۷-۴۸ به صورت بر عکس نمره گذاری می شوند. بنابراین این رنج نمرات این آزمون از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است. روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعات پیشین بررسی و تایید شده و پایایی آن با روش ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تعیین گردیده است (آقای خواجه لنگی و همکاران، ۱۳۹۹).

پرسشنامه زمینه یابی سلامت ویر و شربورن: این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت عمومی استفاده می شود توسط ویر و شربورن (۱۹۹۲) ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می دهد. گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می آورد؛ نمره کلی مؤلفه فیزیکی (PCS) که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می دهد و نمره کلی مؤلفه روانی (MCS) که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزیابی می نماید. نمره بالاتر به منزله سلامت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (نوروزی و کجاف، ۱۴۰۱) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می تواند در تمام شاخص ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید.

برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از ابزارهای گردآوری اطلاعات، از نرم افزار اس. پی. اس. اس نسخه ۲۴ و از شاخص های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. الف) آمار توصیفی: به منظور توصیف اطلاعات جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی از قبیل (میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. ب) آمار استنباطی: در این بخش، با رعایت مفروضه ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر

افسردگی، امیدواری، ادراک سلامت و گلبول سفید زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از اجرای آزمون های آمار استنباطی، آزمون نرمالیت شاپیرو - ویلک، آزمون لوین و آزمون همگنی شیب رگرسیون گزارش گردید.

یافته های تحقیق

در ابتدا، شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای اصلی پژوهش ارائه می شود.

جدول شماره ۳: شاخص های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	زیرمقیاس	شاخص توصیفی	گروه آزمایش (EFT)				گروه کنترل
			پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
افسردگی	زیرمقیاس	میانگین	۵۴/۱۰	۴۱/۷۰	۵۴/۹۵	۵۴/۳۰	پس آزمون
	ندارد	انحراف معیار	۳/۸۲	۴/۱۳	۳/۸۱	۳/۸۵	پس آزمون
امیدواری	زیرمقیاس	میانگین	۵۹/۸۰	۹۶/۹۵	۵۹/۷۵	۵۸/۲۰	پس آزمون
	ندارد	انحراف معیار	۹/۶۳	۱۰/۱۳	۱۱/۰۳	۹/۵۱	پس آزمون
	سلامت	میانگین	۱۴/۱۰	۳۳/۱۰	۱۴/۱۰	۱۳/۷۰	پس آزمون
	جسمی	انحراف معیار	۲/۹۳	۳/۲۹	۲/۵۷	۲/۰۰	پس آزمون
ادراک سلامت	سلامت روانی	میانگین	۱۵/۸۵	۶۱/۱۰	۱۴/۷۵	۱۵/۹۰	پس آزمون
		انحراف معیار	۳/۱۳	۳/۸۷	۲/۸۶	۵/۹۹	پس آزمون
	نمره کل	میانگین	۲۹/۹۵	۹۴/۲۰	۲۸/۸۵	۲۹/۶۰	پس آزمون
	متغیر ادراک سلامت	انحراف معیار	۴/۴۶	۵/۱۹	۴/۸۵	۶/۸۷	پس آزمون

در جدول شماره ۳ شاخص های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش (میانگین و انحراف معیار) در دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت) و کنترل و در ۲ مرحله پیش آزمون و پس آزمون، ارائه شده است.

جدول شماره ۴: آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن داده های پژوهش

متغیر	زیرمقیاس	تعداد	گروه آزمایش (EFT)				گروه کنترل
			پیش آزمون	پس آزمون	تعداد	پیش آزمون	
افسردگی	ندارد	۲۰	۰/۲۲	۰/۱۸	۲۰	۰/۴۳	پس آزمون
امیدواری	ندارد	۲۰	۰/۳۸	۰/۶۴	۲۰	۰/۱۸	پس آزمون

سلامت جسمی	۲۰	۰/۱۴	۰/۵۷	۲۰	۰/۰۶	۰/۰۷
سلامت روانی	۲۰	۰/۳۷	۰/۲۶	۲۰	۰/۱۵	۰/۱۷
نمره کل متغیر ادراک سلامت	۲۰	۰/۵۶	۰/۹۱	۲۰	۰/۰۶	۰/۴۸

جدول شماره ۴، بررسی نرمال بودن داده های گروه های آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت) و کنترل، در ۲ مرحله پیش-آزمون و پس-آزمون را نشان می دهد. بدین منظور از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و همانطور که در جدول مذکور قابل مشاهده است، سطح معناداری نمرات همه گروه ها، در هر ۲ مرحله پیش-آزمون و پس-آزمون، بزرگتر از مقدار ۰/۰۵ می باشد ($\text{sig} \geq 0.05$) و این بدان معناست که داده های گروه های آزمایش و کنترل در سطح اطمینان ۹۵ درصد از توزیع نرمال تبعیت می کنند.

جدول شماره ۵: آزمون اثرات بین آزمودنی ها برای بررسی همگنی متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
افسردگی	گروه*پیش-آزمون	۱۵۳/۷۵	۱	۱۵۳/۷۵	۱۵/۵۲	۰/۳۵
امید	گروه*پیش-آزمون	۱۸۴۶/۳۹	۱	۳۰۶/۸۶	۵/۹۸	۰/۱۹
سلامت	گروه*پیش-آزمون	۶۵۸/۲۶	۱	۲۰۲/۵۳	۸/۷۱	۰/۲۲

جدول شماره ۵ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی ها برای بررسی همگنی رگرسیون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود سطح معناداری این آزمون برای متغیر افسردگی ۰/۳۵، متغیر امید ۰/۱۹ و متغیر سلامت ادراک شده ۰/۲۲ بدست آمده و بالاتر از $P < 0.05$ است. نتیجه اینکه این داده ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون حمایت نمی کند. تعامل بین گروه و پیش-آزمون معنادار نیست، بنابراین پیش فرض تأیید می گردد.

جدول شماره ۶: آزمون لوین همگن بودن واریانس نمرات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	۱۰/۱۴	۱	۳۸	۰/۲۸
امید	۲۳/۶۶	۱	۳۸	۰/۲۱
سلامت	۲/۱۹	۱	۳۸	۰/۶۵

با توجه به جدول شماره ۶ نتایج آزمون لوین همگنی واریانس خطای نمرات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد سطح معناداری به دست آمده برای متغیر افسردگی $F=10/14$ ، برای متغیر امید $F=23/66$ و برای متغیر سلامت ادراک شده $F=2/19$ بزرگتر از $0/05$ است، لذا پیش فرض همگنی واریانس متغیرهای وابسته پژوهش تأیید می گردد.

جدول شماره ۷: آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیر افسردگی و امید در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
افسردگی	مدل مرتبط	۱۸۳۷/۴۶	۳	۶۱۲/۴۸	۶۱/۸۴	۰/۰۰	۰/۸۳
	عرض	۱۱۶/۴۲	۱	۱۱/۷۵	۱۱/۷۵	۰/۰۰	۰/۲۴
	گروه	۹۴/۷۰	۱	۹/۵۶	۹/۵۶	۰/۰۰	۰/۲۱
	پیش آزمون	۹۶/۴۷	۱	۹/۷۴	۹/۷۴	۰/۰۰	۰/۲۱
	خطا	۳۵۶/۵۳	۳۶	۹/۹۰			
	مجموع	۹۴۳۵۴/۰۰	۴۰				
	مجموع مرتبط	۲۱۹۴/۰۰	۳۹				
امید	مدل مرتبط	۱۶۸۴۳/۰۱	۳	۵۶۱۴/۳۳	۱۰۹/۴۴	۰/۰۰	۰/۹۰
	عرض	۲۰۲۴/۹۸	۱	۲۰۲۴/۹۸	۳۹/۸۲	۰/۰۰	۰/۵۲
	گروه	۱۴۰۵/۳۶	۱	۱۴۰۵/۳۶	۲۷/۳۹	۰/۰۰	۰/۴۳
	پیش آزمون	۱۳۱۷/۲۲	۱	۱۳۱۷/۲۲	۲۹/۶۷	۰/۰۰	۰/۴۱
	خطا	۱۸۴۶/۷۵	۳۶	۵۱/۲۹			
	مجموع	۲۵۹۴۰۵/۰۰	۴۰				
	مجموع مرتبط	۱۸۶۸۹/۷۷	۳۹				

جدول شماره ۷ آزمون های اثرات بین آزمودنی ها برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیر افسردگی و امید در گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. با توجه به این جدول، مشاهده می شود برای منبع تغییرات گروه، آماره آزمون F برای عامل گروه برای متغیر افسردگی، مقدار $9/56$ و برای متغیر امید $27/39$ نشان دهنده تفاوت بین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل در سطح $P < 0/05$ معنی دار می باشد. بنابراین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی و امید، بعد از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، تأیید می شود. همانطور که مشاهده می شود اندازه اثر درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، 21 درصد و بر امید $43/0$ بدست آمده است.

جدول شماره ۸: تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیر سلامت ادراک شده در گروه آزمایش و کنترل

اثر	شاخص	مقدار	F	درجه آزادی مفروض	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
گروه	اثر پیلای	۰/۹۶	۵۵۴/۵۹	۲/۰۰	۳۷/۰۰	۰/۰۰
	لامبدای ویکلز	۰/۳۲	۵۵۴/۵۹	۲/۰۰	۳۷/۰۰	۰/۰۰
	اثر هتلینگ	۲۹/۹۷	۵۵۴/۵۹	۲/۰۰	۳۷/۰۰	۰/۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۲۹/۹۷	۵۵۴/۵۹	۲/۰۰	۳۷/۰۰	۰/۰۰

جدول شماره ۸ معناداری اثر متغیر مستقل گروه (کنترل و آزمایش) و پیش آزمون های ۲ زیرمقیاس متغیر ادراک سلامت را نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می شود سطح معناداری هر ۴ آزمون اثر پیلای، لامبدای ویکلز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، برای نمرات پس آزمون در سطح $P < 0.05$ معنادار بوده و می توان نتیجه گرفت که متغیر مستقل گروه در نمرات پس آزمون هر ۲ زیرمقیاس متغیر ادراک سلامت اثر معناداری دارد.

جدول شماره ۹: آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیر ادراک سلامت در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	سلامت جسمی	۳۷۶۳/۶۰	۱	۳۷۶۳/۶۰	۵۰۷/۱۵	۰/۰۰	۰/۹۳
	سلامت روانی	۲۰۴۳۰/۴۰	۱	۲۰۴۳۰/۴۰	۸۰۰/۶۹	۰/۰۰	۰/۹۵
	نمره کل	۴۱۷۳۱/۶۰	۱	۴۱۷۳۱/۶۰	۱۱۲۳/۰۸	۰/۰۰	۰/۹۶
	متغیر ادراک سلامت	۴۱۷۳۱/۶۰	۱	۴۱۷۳۱/۶۰	۱۱۲۳/۰۸	۰/۰۰	۰/۹۶

جدول شماره ۹ نتایج آزمون های اثرات بین آزمودنی ها برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیر ادراک سلامت در گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. با توجه به این جدول، مشاهده می شود برای منبع تغییرات گروه، آماره آزمون F برای زیرمقیاس های سلامت جسمی، سلامت روانی و نمره کل متغیر ادراک سلامت، به ترتیب برابر با مقادیر ۳۷۶۳/۶۰، ۲۰۴۳۰/۴۰ و ۴۱۷۳۱/۶۰ بوده و نشان دهنده تفاوت بین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل در سطح $P < 0.05$

معنادار می باشند. بنابراین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک سلامت بعد از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، تأیید می شود. قابل توجه است که اندازه اثر درمان مبتنی بر شفقت بر نمره کل متغیر ادراک سلامت، ۹۶ درصد به دست آمد. همچنین مشاهده می شود که اندازه اثر درمان مبتنی بر شفقت بر زیرمقیاس های سلامت جسمی و سلامت روانی، به ترتیب برابر با ۹۳ و ۹۵ درصد به دست آمده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از یافته های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، بعد از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان تأثیر معناداری دارد. یعنی میزان افسردگی در بیماران مبتلا پس از یک دوره درمان مبتنی بر شفقت به خود کاهش یافت. این یافته همخوان با یافته پژوهش های باقری و پورفرج عمران (۱۴۰۳)، میرزاخانی و همکاران (۱۴۰۲)، سلطانی دلگشا و همکاران (۱۴۰۲)، طیب زاده و همکاران (۱۳۹۹)، احمدی و همکاران (۱۳۹۸)، سیهان و اگین (۲۰۲۵)، وهابی ماشک و همکاران (۲۰۲۴)، پتروسپهی و همکاران (۲۰۲۴)، فان و همکاران (۲۰۲۳) و هافمن و بیکر (۲۰۲۳) بود.

در تبیین یافته حاضر می توان گفت که افسردگی یک اختلال روانی است که با تفکر و رفتار و هیجان آدمی سرکار دارد. اگر به علایم و نشانه های این اختلال توجه نماییم بخوبی متوجه می شویم که هر کدام از آنها، یا شناخت آدمی را مختل می سازند (مانند افکار منفی و یا اختلال در توجه و تمرکز)، یا باعث رفتارهای غیرطبیعی در فرد می شوند (مانند گوشه گیری و انزوا) و یا اینکه باعث هیجانات منفی (مانند خلق پایین و کاهش لذت) می شوند (لارسون و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۲). شخصی که دچار بیماری سرطان شده و با آن دست و پنجه نرم می کند و در حال گذراندن فرایند درمانی خود است، کاملاً طبیعی است که یا بخشی از علایم و نشانه های افسردگی را دارد و یا اینکه می توان گفت که به اختلال افسردگی دچار شده است (کافلین^{۱۶}، ۲۰۱۹). کیم و همکاران (۲۰۲۱) معتقدند که عوامل خطر برای افسردگی در در زنان مبتلا به سرطان سینه عبارتند از: سابقه قبلی اضطراب یا اختلال افسردگی، سن کمتر در هنگام تشخیص بیماری، حمایت اجتماعی ضعیف، علائم جسمانی شدید، قرار داشتن در مرحله درمان فعال سرطان، درمان های دارویی خاص، نگرانی های مربوط به ترس از مرگ و بیماری. توجه به این عوامل خطر نیز بسیار مهم و ضروری است تا هم بتوان چرایی افسردگی در زنان بیمار را بهتر درک کرد و هم برای درمان افسردگی در آنها و حتی برای پیشگیری از وقوع افسردگی برای دیگران در آینده، از این عوامل بهره گرفت.

چرایی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، بعد از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان پستان را می توان اینگونه بیان کرد که این رویکرد درمانی، به سه ضلع مهم سلامت روان آدمی، یعنی شناخت، رفتار و هیجان در اختلال افسردگی، توجه و برای آنها تکنیک و برنامه درمانی دارد (ایگان و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۱). یک فرد مبتلا به بیماری سرطان سینه، که دچار افسردگی نیز هست، خلق پایینی دارد، اختلال در توجه و تمرکز دارد، احساس گناه و خودسرزنشگری و افکار

^{۱۵} . Larson et al

^{۱۶} . Coughlin

^{۱۷} . Egan et al

ناکارآمد منفی دارد، خواب و تغذیه او هم به علت فرایند درمان پزشکی، دچار تغییرات محسوسی شده است. بعضی از این بیماران هم حتی افکار خودکشی دارند که بیانگر شدت اختلال افسردگی در آنهاست (کافلین، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر شفقت از تکنیک‌هایی مانند آموزش شادکامی، مشخص کردن فلسفه زندگی، اصل جستجوی آرامش یا آدم غم خوار، اصل مردم‌آمیزی یا غرق شدن در رابطه، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت‌گزینی، اصل تنفس آرام‌بخش و ... استفاده می‌کند که همگی این تکنیک‌ها در کاهش و درمان علائم افسردگی فرد بیمار، تاثیرگذاری مثبتی دارند چرا که این تکنیک‌ها و مداخلات و آموزش‌ها، می‌تواند نگاه فرد بیمار افسرده را به خود متوازن و متعادل کند، باعث کاهش محسوس افکار منفی شود، گوشه‌گیری و انزوای او را تحت تأثیر قرار دهد، همچنین باعث می‌شود خانواده و اطرافیان و همراهان، حمایت اجتماعی و بخصوص عاطفی بیشتری برای فرد بیمار داشته باشند، در نهایت مواجهه درست و منطقی و مسئله‌مدار با هیجانات منفی در فرد افسرده بیمار را موجب می‌شوند (بل و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۱). بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، بعد از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد.

یافته‌های پژوهش همچنین حاکی از این بود که درمان مبتنی بر شفقت بر امید، بعد از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد. یعنی میزان امید در بیماران مبتلا پس از درمان مبتنی بر شفقت افزایش پیدا کرد. این یافته همخوان با یافته پژوهش سیدجعفری و همکاران (۱۳۹۸)، آقایی خواجه لنگی و همکاران (۱۳۹۹)، کوهی و همکاران (۱۴۰۳)، یآوری و همکاران (۱۴۰۲)، ترینداد و همکاران (۲۰۲۵)، سیهان و اگین (۲۰۲۵)، فارد و همکاران^{۱۹} (۲۰۲۰) بود.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که بنظر می‌رسد بوورو و همکاران^{۲۰} (۲۰۲۱)، تعریف جامع‌تر و بهتری از امید، به نسبت سایرین ارائه کرده‌اند. آنها معتقدند که امید یک احساس و اعتقاد است که به آینده‌ای بهتر و مثبت روی می‌دهد. در واقع، امید به او کمک می‌کند که با توجه به شرایط کنونی، به آینده‌ای بهتر نگاه کند و برای رسیدن به آن تلاش کند. همچنین اثرات مختلفی از امیدواری در افراد مبتلا به سرطان پستان ذکر شده است که شامل بهبود خلق (شن و همکاران^{۲۱}، ۲۰۲۰)، افزایش نیروی روانی (کوهن و همکاران^{۲۲}، ۲۰۲۱)، افزایش توانایی مقابله (کاستا و همکاران^{۲۳}، ۲۰۱۹)، بهبود سرعت بهبودی (گیرسا و همکاران^{۲۴}، ۲۰۲۱)، کاهش اضطراب (زارزیکا و همکاران^{۲۵}، ۲۰۱۹)، و ارتقای کیفیت زندگی (اوزن و همکاران^{۲۶}، ۲۰۲۱)، است. توجه و تأمل کافی در این تعریف از امید و نیز اثرات آن در بیماران سرطانی، به خوبی و به جامعیت، چرایی اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری بر امید، را مشخص می‌سازد.

^{۱۸}. Bell et al^{۱۹}. Fard et al^{۲۰}. Bovero, et al^{۲۱}. Shen et al^{۲۲}. Cohen et al^{۲۳}. Costa et al^{۲۴}. Girisa et al^{۲۵}. Zarzycka et al^{۲۶}. Ozen et al

همانطور که اشاره شد امید، یک احساس به این موضوع است که در آینده اتفاقی مثبت رخ می دهد که شرایط کنونی را بهتر می کند و برای رسیدن به این آینده مثبت و خوب، باید تلاش نمود. کسانی که دچار بیماری سرطان می شوند، به صورت طبیعی، ناامیدی بیشتر و امیدواری کمتری نسبت به افراد سالم دارند. علت عمده این ناامیدی، قرار گرفتن در یک موقعیت خاص پرمخاطره استرس آور همراه با تغییرات نامطلوب بدنی (یعنی بیماری) و همچنین مشاهده خانواده و اطرافیان و همراهان نگران است. حتی می توان گفت که ممکن است امیدواری در اطرافیان یک بیمار سرطانی نیز پایین از حد معمول باشد (کاستا و همکاران، ۲۰۱۹)، رویکرد درمان مبتنی بر شفقت، با استفاده از تکنیک ها و مداخلاتی که دارد، می تواند امیدواری بیشتری هم در فرد بیمار و هم در خانواده و اطرافیان او ایجاد نمایند. درمان شفقت محور از چهار مؤلفه اصلی تشکیل میشود ۱. آگاهی از رنج (آگاهی شناختی / همداننه)، ۲. نگرانی توأم با همدردی در مورد تأثیر هیجانی رنج (مؤلفه عاطفی)، ۳. آرزوی تسکین رنج (قصد و هدف)، ۴. پاسخگویی برای آمادگی برای کمک به تسکین رنج (هیجانی)، (پپینگ و همکاران ۲۰۱۷، ۲۷). هدف از درمان شفقت محور تلاش برای پرورش ذهن به گونه ای است که نسبت به احساسات، افکار و نیازهای خود و دیگران حساس باشد. پس در خودشفقتی شخص یاد می گیرد به افکار و هیجان های خود همان طور که هستند توجه کند (میرزاخانی و همکاران، ۱۴۰۲). یکی از مهارت ها در درمان شفقت محور، تصویر ذهنی مشفقانه می باشد که در آن تکنیک هایی کسب می شود که به مراجع کمک می کند تا احساسات مشفقانه را در خود ایجاد نماید. مهارت دیگر توجه به حس های بدنی می باشد که افراد یاد می گیرند در طول جلسات درمانی به این حس ها به عنوان اجزایی از احساس کلی شفقت و مهربانی و هم در تجربه شفقت نسبت به خود و هم در تجربه شفقت از سوی دیگران به وجود می آید و در سرتاسر تمرین های شفقت نیز به مراجع کمک می شود تا با حس های بدنی با نرمی و مهربانی رفتار کند (گیلبرت و سیموز، ۲۰۲۲).

یافته های پژوهش همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک سلامت، بعد از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد. یعنی میزان سلامت ادراک شده بیماران مبتلا بعد از درمان شفقت محور افزایش یافت. این یافته با نتایج تحقیقات چوب فروش زاده و همکاران (۱۴۰۲)، میرزاخانی و همکاران (۱۴۰۲)، یآوری و همکاران (۱۴۰۲)، ترینداد و همکاران (۲۰۲۵)، سیهان و اگین (۲۰۲۵)، پتروسیمی و همکاران (۲۰۲۴) در یک راستا قرار دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت که ادراک سلامت بنا به آنچه در متون نظری تخصصی وجود دارد، نوع نگاهی است که فرد بیمار به وضعیت سلامت خود، قبل و بعد از بیماری و درمان دارد. وقتی فرد دچار بیماری سرطان می شود، احساسات و افکار منفی مانند خلق پایین، ناامیدی و افکار ناکارآمد در او تقویت می شود و آنها باعث می گردند که فرد ادراک سلامت مناسبی از خود نداشته باشد (شن و همکاران، ۲۰۲۰). رویکرد درمان مبتنی بر شفقت، می تواند این نوع نگاه منفی فرد به وضعیت سلامت خود را متعادل سازند و بهبود ببخشند. اینکه رویکرد درمانی مورد استفاده در این پژوهش، بر ادراک سلامت فرد بیمار، اثربخش بوده است می تواند ناشی از این نکته باشد که متغیر ادراک سلامت، متغیری شناختی است و رویکرد درمان مبتنی بر شفقت نیز بر شناخت فرد از خود مؤثر می باشد (گیلبرت و سیموز، ۲۰۲۲).

درمان شفقت محور باعث می شود که فرد به خود بیشتر اعتماد کند و افزایش اطمینان به توانایی و انگیزه درونی در بیماران باعث ترغیب بیمار به استفاده از آگاهی و مهارت های خود برای کنترل مؤثر شرایط و داشتن زندگی بهتر می شود.

^{۲۷} . Pepping et al

^{۲۸} . Gilbert & Simos

بیماران با شرایط مزمن (همچون بیماران مبتلا به سرطان سینه) برای تطابق با ناتوانی‌ها، مشکلات روحی و انجام برنامه‌های منظم درمانی با چالش‌های زیادی روبرو هستند. بنابراین، برای کم کردن نتایج ناخوشایند و هماهنگ کردن علائم و محدودیت‌های عملکردی با زندگی اجتماعی و شغلی نیازمند تغییر رفتار هستند به نحوی که قادر به شناسایی علائم، تفسیر و گزارش آنها باشند، بتوانند در مورد روند بیماری قضاوت کنند و در نهایت در تصمیم‌گیری و کنترل بیماری با افراد حرفه‌ای و متخصص همکاری داشته باشند (ایگان و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین آنچه باعث بهبود فرایند سلامت ادراک شده در این بیماران می‌شود، تغییر در باورها و رفتارهای آنها نسبت به بیماری و همچنین داشتن ذهن‌آگاهی و عدم سرزنش خود به عنوان یک بیمار است. همچنین در تبیین نتیجه بدست آمده می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت برای این افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند؛ یعنی با تحریک سیستم تسکین‌بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌نماید و با تحول این سیستم، تاب‌آوری در برابر بیماری را بالا می‌برد و نهایتاً منجر می‌شود که افراد مبتلا بر این نکته واقف شوند که با اتخاذ برنامه‌های شفقت به خود که براساس اصول صحیح درمانی پی‌ریزی شده است می‌تواند باعث بهبود سلامت روان و جسمانی و شرایط زندگی آنها و اطرافیانشان شود (گیرسیا و همکاران، ۲۰۲۱).

تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که می‌توان به این موارد اشاره نمود: پژوهش حاضر بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه انجام شده و در تعمیم نتایج آن باید جانب احتیاط را در نظر گرفت. به علت محدودیت‌های فرهنگی و اجرایی، امکان برگزاری دوره پیگیری فراهم نشد. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود درباره اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انواع دیگر سرطان پژوهش‌هایی صورت پذیرد و نتایج با هم مقایسه شوند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، دوره پیگیری نیز اجرا شود. همچنین برنامه‌های حمایتی روانشناختی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان، الزامی گردد و به موازات درمان‌های پزشکی و دارویی، درمان‌های روانشناختی نیز اجرا گردد. مطلوب به نظر می‌رسد که بخشی از برنامه‌های حمایتی روانشناختی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان، به خانواده‌های آنان اختصاص یابد تا حمایت و همراهی خانواده‌ها از بیمارانشان بیشتر شود و نیز اعضای خانواده، بتوانند سازگاری و تاب‌آوری بیشتری در برخورد با این بیماری و شخص بیمار داشته باشند.

منابع

۱. احمدی، راحله؛ سجادیان، ایلناز؛ جعفری، فریبا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. فصلنامه پوست و زیبایی، ۱۰(۱): ۲۹-۱۸.
۲. آقای خواجه لنگی، حسن؛ نشاط دوست، حمید؛ نجفی، محمدرضا؛ ماضی، مائده (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شفقت محور بر عاطفه مثبت و منفی و امید بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه. مجله روانشناسی بالینی، ۱۲(۳): ۱۲-۱.
۳. باقری، حانیه و پورفرج عمران، مجید (۱۴۰۳). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به افسردگی: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۳ (۹): ۷۵۱-۷۶۳.
۴. حاجی آبادی، فاطمه؛ باقری، هادی؛ تنکابن، نسرين؛ زمانیان، مریم؛ حسین خانی، زهرا (۱۴۰۰). روند و پیش بینی سری زمانی بروز سرطان پستان در استان قزوین از سال ۱۳۸۶ لغایت ۱۳۹۶. فصلنامه بیماری های پستان ایران، ۱۴(۱): ۲۰-۱۱.
۵. چوب فروش زاده، آزاده؛ شیروی، الهه؛ خسروی لاریجانی، ماجده (۱۴۰۲). اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان شفقت به خود بر سلامت روان و خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه پرستاری دیابت، ۱۱(۴): ۲۳۱۲-۲۳۰۱.
۶. رشتی، سارا؛ داوودی، ایران؛ بساک نژاد، سودابه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- وجودی و گروه درمانی شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان افت روحیه و تجربه لذت در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله رویش روانشناسی، ۱۱(۱): ۸۰-۶۹.
۷. سعیدی، حمیده؛ اکبری، حسین؛ فولادیان، مجید؛ ورشویی، فاطمه (۱۴۰۱). تعیین کننده های اجتماعی- اقتصادی مؤثر بر رفتار درمانی در مبتلایان به سرطان. مجله علوم اجتماعی، ۱۹(۳): ۷۳-۳۵.
۸. سلطانی دلگشا، محمد؛ وزیری، شهرام؛ شهابی زاده، فاطمه؛ آهی، قاسم؛ منصوری، احمد (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و پرخاشگری کارکنان فوریت های پزشکی مبتلا به کرونا. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، ۳۱ (۲): ۹۴-۸۵.
۹. سلیمی، آرمان؛ ده فرشته، ارسلان؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا؛ شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزویس. نشریه طب داخلی روز (افق دانش)، ۲۴(۲): ۱۳۱-۱۲۵.

۱۰. سیدجعفری، جواد؛ جدی، مهناز؛ موسوی، ریحانه، حسینی، عصمت؛ شکیب مهر، مسعود (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۵(۲): ۱۵۷-۱۶۸.
۱۱. شاکری، سیده سارا و خدایش پیرکلانی، روشنگ (۱۴۰۳). بررسی فرآیند تصمیم گیری در مبتلایان به افسردگی از دریچه اقتصاد رفتاری: یک مطالعه مروری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۳(۵): ۴۵۲-۴۷۰.
۱۲. شیخ ذکریایی، ندا؛ ذکریایی، سیده سوما؛ رسولی، محمدعزیز؛ نعمتی، سیده منا (۱۴۰۳). بررسی عملکرد شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان دریافت کننده شیمی درمانی تکمیلی. *فصلنامه پرستاری مامایی و پیراپزشکی*، ۹(۴): ۳۹۴-۴۰۳.
- بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله رویش روانشناسی*، ۹(۱۲): ۷۵-۸۴.
۱۳. عابدین، مریم؛ برقی ایرانی، زیبا؛ اکبری، حمزه (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال سازی رفتاری بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۳۰): ۱۵۱-۱۶۸.
۱۴. عقیلی، سید مجتبی؛ لعل حقانی، فائزه؛ بابایی، تنیسه (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رویدادهای تنش زای زندگی و میزان تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *نشریه مراقبت سرطان*، ۲(۴): ۵۸-۵۰.
۱۵. غفارزاده و اقدسی (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب، استرس و ناامیدی در بیماران MS شهر تهران. *مجله روانشناسی سلامت ایران*، ۴(۳): ۸۰-۶۷.
۱۶. کوهی، الناز؛ ایلغاری، شبنم؛ بریاجی، محسن؛ یعقوبی، زهرا؛ صمدی، فرشاد؛ یرومیان، آنی (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و معنویت درمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی*، ۱(۳): ۱۸-۳۳.
۱۷. مظلوم الحسینی، نگار؛ بهرامی احسان، هادی؛ رستمی، رضا؛ فیروزی، منیژه (۱۴۰۲). اثربخشی پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی بر سطح سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله بیماری های پستان ایران*، ۱۶(۱): ۴-۱۷.
۱۸. میرزاخانی، مهسا؛ غرایبی، بنفشه؛ زاهدی تجریشی، کمیل؛ خانجانی، سجاد؛ نوربالا، احمدعلی؛ صفایی نودهی، سیدرضا (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر برخی از نشانه های روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان: کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۹(۲): ۱۴۲-۱۵۵.
۱۹. نوروزی، مرضیه و کجیاف، محمدباقر (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و همجوشی شناختی دختران دارای شکست عاطفی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰(۴): ۶۴۷-۶۳۴.
۲۰. یاور، یگانه؛ خوش اخلاق، حسن؛ شهربافچی زاده، محمدرضا (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت درمانی بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۲۵(۲): ۱۲۱-۱۳۴.
۱. Andersson, G., Topooco, N., Havik, O., & Nordgreen, T. (۲۰۱۶). Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(۱), ۵۵-۶۰.
۲. Bell, T., Montague, J., Elander, J., & Gilbert, P. (۲۰۲۱). Multiple emotions, multiple selves: compassion focused therapy chairwork. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 14, e۲۲.

۳. Bovero, A., Opezzo, M., Botto, R., Gottardo, F., & Torta, R. (۲۰۲۱). Hope in end-of-life cancer patients: A cross-sectional analysis. *Palliative & Supportive Care*, ۱۹(۵), ۵۶۳-۵۶۹.
۴. Cihan, S., Eğin, S (۲۰۲۵). The effectiveness of positive psychotherapy-based intervention studies on cancer patients: a systematic review. *Curr Psychol*. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07875-z>.
۵. Cohen, M. G., Althouse, A. D., Arnold, R. M., Bulls, H. W., White, D., Chu, E., ... & Schenker, Y. (۲۰۲۱). Is advance care planning associated with decreased hope in advanced cancer? *JCO oncology practice*, 17(۲), e۲۴۸-e۲۵۶.
۶. Cooper, R., & Frearson, J. (۲۰۱۷). Adapting compassion focused therapy for an adult with a learning disability—A case study. *British Journal of Learning Disabilities*, 45(۲), ۱۴۲-۱۵۰.
۷. Coughlin, S. S. (۲۰۱۹). Epidemiology of breast cancer in women. *Breast Cancer Metastasis and Drug Resistance: Challenges and Progress*, ۹-۲۹.
۸. Costa, D. T., Silva, D. M. R. D., Cavalcanti, I. D. L., Gomes, E. T., Vasconcelos, J. L. D. A., & Carvalho, M. V. G. D. (۲۰۱۹). Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Revista brasileira de enfermagem*, 72, ۶۴۰-۶۴۵.
۹. Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., ... & Finlay-Jones, A. (۲۰۲۱). A review of self-compassion as an active ingredient in the prevention and treatment of anxiety and depression in young people. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, ۱-۱۹.
۱۰. Fan YC, Hsiao FH, Hsieh CC (۲۰۲۳). The effectiveness of compassion-based interventions among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Palliat Support Care*, ۲۱(۳):۵۳۴-۵۴۶. doi: 10.1017/S1478901022001316. PMID: ۳۶۳۹۷۲۷۴.
۱۱. Fard, N. K., Keikhaei, A., Rahdar, M., & Rezaee, N. (۲۰۲۰). The effect of hope therapy-based training on the happiness of women with breast cancer: A quasi-experimental study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, ۹(۴).
۱۲. Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.). (۲۰۲۲). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge.
۱۳. Girisa, S., Saikia, Q., Bordoloi, D., Banik, K., Monisha, J., Daimary, U. D., & Kunnumakkara, A. B. (۲۰۲۱). Xanthohumol from Hop: Hope for cancer prevention and treatment. *IUBMB life*, 73(۸), ۱۰۱۶-۱۰۴۴.
۱۴. Hoffman C, Baker B (۲۰۲۳). Effects of Mindful Self-Compassion Program on Psychological Well-being and Levels of Compassion in People Affected by Breast Cancer. *Altern Ther Health Med*, ۲۹(۶):۳۶-۴۱. PMID: ۳۵۶۴۸۶۹۱.

۱۵. Kim, J., Kim, J., Han, A., & Nguyen, M. C. (۲۰۲۱). Leisure time physical activity, social support, health perception, and mental health among women with breast cancer. *Leisure Studies*, 40(۳), ۳۵۲-۳۶۲.
۱۶. Larsson, S. C., Kar, S., Perry, J. R., Carter, P., Vithayathil, M., Mason, A. M., & Burgess, S. (۲۰۲۲). Serum estradiol and ۲۰ site-specific cancers in women: Mendelian randomization study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(۲), e۴۶۷-e۴۷۴.
۱۷. Martinez, P.R. Lirola, F.V (۲۰۲۴). Intersectionality on the perception of health in two cross-national surveys (WVS and EVS). *Heliyon*, ۱۰(۱):۱-۱۵.
 Ozen, B., Ceyhan, O., & Büyükcelik, A. (۲۰۲۰). Hope and perspective on death in patients with cancer. *Death studies*, 44(۷), ۴۱۲-۴۱۸.
۱۸. Pepping, C. A., Lyons, A., McNair, R., Kirby, J. N., Petrocchi, N., & Gilbert, P. (۲۰۱۷). A tailored compassion-focused therapy program for sexual minority young adults with depressive symptomatology: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychology*, 5(۱), ۱-V.
۱۹. Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (۲۰۲۴). The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(۲), ۲۳۰-۲۴۷.
<https://doi.org/۱۰.۱۰۳۷/cps.۰۰۰.۱۹۳>.
۲۰. Shen, A., Qiang, W., Wang, Y., & Chen, Y. (۲۰۲۰). Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer--role of hope, self-efficacy and social support. *European Journal of Oncology Nursing*, 46, ۱۰۱۷۷۱.
۲۱. Song, X. M., Hu, X. W., Li, Z., Gao, Y., Ju, X., Liu, D. Y., ... & Northoff, G. (۲۰۲۱). Reduction of higher-order occipital GABA and impaired visual perception in acute major depressive disorder. *Molecular Psychiatry*, 26(۱۱), ۶۷۴۷-۶۷۵۵.
۲۲. Trindade, I.A., Soares, A., Skvarc, D. et al (2025). Efficacy and cost-effectiveness of an ACT and compassion-based intervention for women with breast cancer: study protocol of two randomised controlled trials {۱}. *Trials* ۲۶, ۵ (۲۰۲۵).
<https://doi.org/۱۰.۱۱۸۶/s۱۳۰۶۳۰۰۲۴۰۰۸۶۲۶-۴>.
۲۳. Vahhabi Mashak, M. Mojtabaie, M. Shahin, M. Fadavi, P (۲۰۲۴). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy Training on Reducing Depression and Anxiety and Increasing Quality of Life in Women with Breast Cancer in Tehran. *Psychology of Woman Journal*, ۵(۳):۷۷-۸۵.
۲۴. Wang, X., Wang, N., Zhong, L., Wang, S., Zheng, Y., Yang, B., ... & Wang, Z. (۲۰۲۰). Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of ۲۸۲,۲۰۳ patients. *Molecular psychiatry*, 25(۱۲), ۳۱۸۶-۳۱۹۷.
۲۵. Zarzycka, B., Śliwak, J., Krok, D., & Cizek, P. (۲۰۱۹). Religious comfort and anxiety in women with cancer: The mediating role of hope and moderating role of religious struggle. *Psycho-Oncology*, 28(۹), ۱۸۲۹-۱۸۳۵.