

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی، افزایش امید، ادراک سلامت و گلبول های سفید بیماران مبتلا به سرطان سینه بعد از جراحی بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه

فاطمه خالوان^۱، دکتر مجید صفاری-نیا^۲، دکتر مریم کلهرنیا گل-کار^۳، 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. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی، افزایش امید، ادراک سلامت و گلبول های سفید بیماران مبتلا به سرطان سینه بعد از جراحی بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه بود.

مواد و روش ها: 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 ۶۰ نفر از آن‌ها به‌عنوان نمونه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و با گمارش تصادفی به‌صورت مساوی در دو گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت برگرفته از روند درمانی هاتون (۲۰۰۳) و درمان شناختی-رفتاری برگرفته از روند درمانی گیلبرت، (۲۰۱۰) شرکت کردند. گروه کنترل هیچ نوع مداخله روان‌درمانی دریافت نکرد. آزمودنی‌ها در هر مرحله 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 با اندازه مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد، افسردگی گروه‌های آزمایش بعد از درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری، کاهش معناداری یافت ($P < 0.05$). همچنین میزان امید، ادراک سلامت و گلبول‌های سفید خون بیماران مبتلا به سرطان سینه بعد از درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری، افزایش معناداری در مقایسه با گروه کنترل پیدا کرد ($P < 0.05$). همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر متغیرهای افسردگی، امید و ادراک سلامت دارد ($P < 0.05$). ولی در میزان گلبول سفید تفاوت معناداری بین دو روش درمانی مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی رفتاری، مداخلات مؤثری برای کاهش افسردگی و افزایش امید، ادراک سلامت و گلبول‌های سفید خون در بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌باشند. در نتیجه به افراد مبتلا به سرطان، متخصصان و روان‌درمانگران توصیه می‌شود برای بهبود سلامت روان و امید به زندگی و ایمنی بیماران مبتلا به سرطان سینه از این دو روش با اولویت درمان مبتنی بر شفقت استفاده نمایند. واژگان کلیدی:

درمان مبتنی بر شفقت، درمان شناختی-رفتاری افسردگی، امید، ادراک سلامت، سرطان سینه

مقدمه

سرطان سینه شایع ترین بدخیمی در میان زنان در سطح جهان است و بر اساس گزارش های اخیر، همچنان در صدر علل مرگ و میر ناشی از سرطان در جمعیت زنان قرار دارد (بورو و همکاران^۱، ۲۰۲۱). پیشرفت های علمی در حوزه های تشخیص زودهنگام، جراحی، رادیوتراپی و درمان های دارویی، بقای بیماران را افزایش داده است؛ اما طول عمر بیشتر به معنای پایان رنج بیماران نیست. مطالعات نشان می دهند که بیماران پس از جراحی سرطان سینه با مجموعه ای از مشکلات روانی، اجتماعی و جسمانی مواجه هستند که می تواند کیفیت زندگی آنان را به شدت تهدید کند (کوهن و همکاران^۲، ۲۰۲۱). از این میان، افسردگی، کاهش امید به زندگی و افت ادراک سلامت سه متغیر کلیدی اند که بار روانی بیماری را افزایش داده و حتی بر روند ترمیم جسمانی و پاسخ ایمنی بیماران اثر می گذارند (کوپر و فریسون^۳، ۲۰۱۷).

افسردگی یکی از شایع ترین واکنش های هیجانی پس از تشخیص سرطان سینه است (وانگ و همکاران^۴، ۲۰۲۰). شیوع افسردگی در این بیماران بین ۲۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده و می تواند پیامدهایی همچون کاهش انگیزه برای ادامه درمان، کاهش پیروی دارویی، افزایش خستگی و حتی افزایش خطر مرگ را به دنبال داشته باشد (مظلوم الحسینی و همکاران^۵، ۱۴۰۲). مرورهای نظام مند جدید نیز نشان می دهند که افسردگی در بیماران سرطانی، به ویژه بیماران مبتلا به سرطان سینه، با کیفیت زندگی پایین تر و بروز علائم جسمی شدیدتر همراه است (عقیلی و همکاران^۶، ۱۴۰۲). بنابراین، کاهش افسردگی نه تنها به بهبود وضعیت روانی بیماران می انجامد بلکه می تواند به عنوان یک عامل محافظتی برای پیامدهای جسمی نیز عمل کند.

امید به عنوان یک سازه روان شناختی مثبت، نقشی اساسی در سازگاری با بیماری های مزمن ایفا می کند (غفارزاده و اقدسی، ۱۴۰۰). بیماران امیدوار توانایی بیشتری در یافتن معنا در تجربه بیماری، پذیرش شرایط و استفاده از منابع مقابله ای دارند (سلیمی و همکاران^۷، ۱۳۹۷). تحقیقات جدید نشان داده است که افزایش امید در بیماران مبتلا به سرطان سینه موجب کاهش اضطراب سلامت، کاهش استرس ادراک شده و ارتقای کیفیت زندگی می شود (کوهی و همکاران^۸، ۱۴۰۳). امید به عنوان یک متغیر تعدیل گر می تواند اثرات منفی افسردگی را نیز کاهش دهد و بستر مناسبی برای رشد روانی فراهم آورد. ادراک سلامت یا خودارزیابی از وضعیت سلامتی، شاخصی مهم و معتبر برای پیش بینی کیفیت زندگی و حتی مرگ و میر در مطالعات اپیدمیولوژیک است (بل و همکاران^۹، ۲۰۲۱). بیماران مبتلا به سرطان سینه که ادراک سلامت پایین تری دارند، معمولاً با پیامدهای روانی و جسمانی بدتری مواجه می شوند (نوروزی و کجباف^{۱۰}، ۱۴۰۱). از این رو، بهبود ادراک سلامت به عنوان یک متغیر کلیدی می تواند پیامدهای درمانی و روانی بیماران را بهبود بخشد.

^۱ Bovero et al

^۲ Cohen et al

^۳ Cooper, R., & Frearson

^۴ Wang et al

^۵ Bell et al

علاوه بر متغیرهای روانی، شواهد زیادی نشان داده اند که وضعیت روان شناختی بیماران با عملکرد سیستم ایمنی ارتباط تنگاتنگ دارد. افسردگی و استرس می توانند از طریق فعال سازی محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) و افزایش هورمون های استرس، منجر به تضعیف پاسخ های ایمنی و کاهش فعالیت گلبول های سفید شوند (آنتونی و دابهار، ۲۰۱۹). برعکس، مداخلات روان شناختی که استرس و افسردگی را کاهش می دهند می توانند عملکرد ایمنی را بهبود بخشند. هرچند داده های جدید درباره تغییر مستقیم تعداد گلبول های سفید محدود است، اما مطالعات نشان داده اند که مداخلات روانی اثرات مثبتی بر شاخص های ایمنی و التهابی دارند (ایروین و همکاران^۶، ۲۰۲۰). بررسی این حوزه می تواند پلی میان روان شناسی و پزشکی برقرار کند و به فهم عمیق تر نقش روان درمانی در سلامت جسمی بیماران کمک کند.

درمان شناختی-رفتاری یکی از پرکاربردترین درمان های روان شناختی برای بیماران مبتلا به سرطان است. این رویکرد بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد و جایگزینی آن ها با الگوهای شناختی سازگارانه تمرکز دارد. مرورهای نظام مند نشان داده اند که درمان شناختی-رفتاری به طور مؤثر افسردگی و اضطراب را در بیماران سرطانی کاهش داده، کیفیت زندگی و ادراک سلامت را بهبود بخشیده و حتی امید به آینده را تقویت می کند (لی و همکاران^۷، ۲۰۲۱). از طرف دیگر درمان مبتنی بر شفقت رویکردی نوین است که با پرورش مهربانی به خود، افزایش پذیرش و کاهش خودانتقادی، به بیماران کمک می کند تا احساسات منفی ناشی از بیماری و درمان را مدیریت کنند (سپتون و همکاران^۸، ۲۰۲۱). شواهد اولیه نشان داده اند که درمان مبتنی بر شفقت می تواند افسردگی را کاهش داده، امید و بهزیستی روان شناختی را افزایش دهد و حتی سطح استرس فیزیولوژیک را کاهش دهد (لیو و همکاران^۹، ۲۰۲۲). با توجه به اینکه بیماران مبتلا به سرطان سینه اغلب با احساس گناه، شرم و خودانتقادی مواجه اند، درمان مبتنی بر شفقت می تواند مکملی مؤثر یا جایگزینی بالقوه برای درمان شناختی-رفتاری باشد.

در همین راستا کوهی و همکاران (۱۴۰۳) در مطالعه خود نشان دادند هر دو روش درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی در کاهش ترس از عود و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان مؤثر بودند. درمان مبتنی بر شفقت 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. شعبان و علیزاده (۱۴۰۳) در پژوهش خود با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسرپایزس نشان دادند، هر دو مداخله مذکور در مرحله پس آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر تحمل پریشانی داشته است، اما درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تحمل پریشانی دارد. متو، صفاری نیا و علیپور (۱۴۰۲) در پژوهش خود، با عنوان مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر ترس از عود و گلبول های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان نشان دادند که هر دو مداخله بر ترس از عود و گلبول های سفید خون تأثیر دارند، اما اثربخشی معنویت درمانی بیشتر بود. محمدی شیرمحله و همکاران (۱۴۰۱) در بررسی مقایسه ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و

^۶ Irwin et al

^۷ Li et al

^۸ Sephton et al

^۹ Liu et al

هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران دیابتی بیان داشتند که درمان مبتنی بر شفقت بیشتر از درمان شناختی رفتاری بر کاهش هموگلوبین گلیکوزیله و افزایش کیفیت خواب بیماران دیابتی مؤثر است.

همچنین 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. سپهان و اگین^{۱۱} (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^{۱۲} (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. پتروچی و همکاران^{۱۳} (۲۰۲۴) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به سرطان سبب بهبود سلامت روان، بهبود افسردگی و خودانتقادی و افزایش میزان دلسوزی به خود در این بیماران می شود.

با وجود شواهد گسترده مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان سینه و شواهد رو به رشد درباره کارآمدی درمان مبتنی بر شفقت، هنوز مقایسه مستقیم و نظام مند این دو رویکرد در زمینه متغیرهای کلیدی روان شناختی و زیستی به طور کافی انجام نشده است. شکاف های اصلی پژوهشی شامل موارد زیر است: تمرکز اغلب پژوهش ها بر متغیرهای روان شناختی (مانند افسردگی) بوده و بررسی متغیرهای مثبت (امید و ادراک سلامت) کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ مطالعات کمی اثرات روان درمانی بر شاخص های زیستی مانند تعداد گلبول های سفید خون را بررسی کرده اند؛ مقایسه مستقیم بین درمان شناختی-رفتاری به عنوان رویکرد شناخته شده و درمان مبتنی بر شفقت به عنوان رویکردی نوظهور در بیماران مبتلا به سرطان سینه محدود است. علاوه بر این، شواهد نشان می دهند که وضعیت روانی با شاخص های زیستی، به ویژه تعداد گلبول های سفید خون، ارتباط دارد و مداخلات روان شناختی می توانند از طریق کاهش استرس و افسردگی عملکرد ایمنی را بهبود بخشند. هرچند درمان شناختی - رفتاری (CBT) به طور گسترده ای در کاهش افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران سرطان سینه مؤثر شناخته شده است و درمان مبتنی بر شفقت (CFT) نیز با هدف کاهش خودانتقادی و افزایش مهربانی به خود نتایج امیدوارکننده ای در بهبود افسردگی و افزایش امید داشته است، پژوهش های مقایسه ای مستقیم و جامع در مورد اثر این دو رویکرد بر افسردگی، امید، ادراک سلامت و شاخص های زیستی مانند گلبول های سفید محدود است. بنابراین، ضرورت دارد که اثرات CBT و CFT به صورت همزمان بر ابعاد روانی و زیستی بیماران مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی بررسی شود تا بتوان مداخلات روان شناختی هدفمند، چندبعدی و مبتنی بر شواهد ارائه کرد که هم سلامت روان و هم عملکرد ایمنی بیماران را تقویت نماید.

روش پژوهش

^{۱۰} Trindade et al

^{۱۱} Cihan, S., Egin,

^{۱۲} Vahhabi Mashak et al

^{۱۳} Petrocchi et al

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 و گلیول های سفید 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.

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	X _۲	T _۱	مداخله ۲ 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، درمان شناختی-رفتاری) و کنترل به ترتیب $9/50 \pm 7/51$ ، $9/34 \pm 7/12$ 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 (جمعا در هر سه گروه ۶۰ 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 آن‌ها در مورد مطالعه و اهداف آن توضیحات لازم داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. ملاک‌های ورود شامل: حداقل سن ۲۰ سال، دارای مدرک تحصیلی حداقل دیپلم، یک ماه از انجام جراحی، طی شده باشد و ملاک‌های 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 سه گروه افراد تحت درمان با درمان مبتنی بر شفقت (CFT)، درمان شناختی-رفتاری (CBT) و افراد گروه کنترل تقسیم شدند. برای تخصیص تصادفی افراد به گروه‌های مورد مطالعه از روش تصادفی بلوک‌های تصادفی ۶ تایی استفاده شد. بدین صورت ۶ برگه هم اندازه و هم شکل انتخاب شد که بر روی دو برگه حرف A به معنای گروه CFT (درمان مبتنی بر شفقت)، بر روی ۲ برگه حرف B به معنای گروه CBT (درمان شناختی-رفتاری) و بر روی ۲ برگه حرف C به معنای گروه کنترل نوشته شد. 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 ۳ گروه تخصیص داده شد. زمانی که هر ۶ 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. بنابراین نمونه مورد مطالعه شامل ۶۰ زن مبتلا به سرطان سینه از جامعه آماری مذکور که به روش توضیح داده شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش هر کدام ۲۰ نفر و یک گروه گواه ۲۰ نفری گمارده شدند. 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، امیدواری و ادراک سلامت گرفته شد. همچنین تعداد گلبول‌های سفید (WBC) بیماران بر اساس پرونده‌ی آن‌ها ثبت گردید. 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 آزمایش 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 رؤس و ساختار کلی جلسات آشنایی با شفقت و شفقت به خود
دوم	آموزش کیفیت	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

جلسه	هدف	محتوای جلسه
	زندگی و شادکامی	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 ارزش ها	مرور جلسه ی قبل آشنایی با نقش اهداف ارزشها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه های مهم زندگی، مشخص کردن فلسفه ی زندگی اجرای تمرین هدف یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی اجرای مدل شناسایی حوزه هایی که باعث نگرانی هستند و برنامه ی فعالیتهای روزمره جهت تولید ارزشها در پهنه ی زندگی، دریافت بازخورد.
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 و 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

گروه CBT (درمان شناختی رفتاری متمرکز بر بیماران سرطانی): هر هفته دو جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه بیماران تحت درمان شناختی درمانی قرار می گیرند. تعداد جلسات درمانی در این گروه ۱۲ جلسه بود (برگرفته از گیلبرت، ۲۰۱۰) که خلاصه ی جلسات درمانی در زیر آورده شده است.

جدول شماره ۳: جلسات آموزش درمان شناختی - رفتاری بر اساس پروتکل گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیش آزمون، مشخص شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه در رابطه درمان
دوم	بازخورد جلسه قبل، معرفی درمان شناختی رفتاری، آموزش فن آرام سازی و ارائه تکلیف
سوم	بازخورد جلسه قبل، یادداشت افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، استفاده از فن آرام سازی و ارائه تکلیف
چهارم	بازخورد جلسه قبل، آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی طرحواره ها و باورهای مرکزی، استفاده از فن آرام سازی و ارائه تکلیف
پنجم	بازخورد جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، استفاده از فن آرام سازی و ارائه تکلیف
ششم	بازخورد جلسه قبل، آزمون باورهای مراجعان با تحلیل عینی قضاوت و داوری، استفاده از فن آرام سازی و ارائه تکلیف
هفتم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از روش های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مراجعان به ارزیابی مجدد باورها، استفاده از فن آرام سازی و ارائه تکلیف
هشتم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از فن آرام سازی مخالف ورزی با افکار خودکار، ارائه تکلیف
نهم	بازخورد جلسه قبل، تاکید بر شناخت تا احساسات آموزش مهارت حل مساله، توضیح انواع سبک های مقابله ای مسأله مدار و هیجان مدار، استفاده از فن آرام سازی و ارائه تکلیف
دهم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از فن آرام سازی، مخالف ورزی با افکار خودکار، ارائه تکلیف
یازدهم	بازخورد جلسه قبل، رویارویی شناختی، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
دوازدهم	بازخورد جلسه قبل، مروری بر تمرینات کل، دوره اجرای پس آزمون و اختتامیه

یک ماه پس از پایان جلسات آموزشی، جلسه ی پس آزمون همانند جلسه ی پیش آزمون برگزار شد. همچنین تعداد گلبول های سفید خون اندازه گیری شده بعد از دوره ی مداخله ی درمانی نیز طبق پرونده ی بیمار ثبت شد. جهت رعایت موازین اخلاقی پس از پایان مطالعه و گرفتن پس آزمون، افراد گروه کنترل نیز در جلسات فشرده تحت درمان با یکی از روش های درمانی CFT (درمان مبتنی بر شفقت) و CBT (درمان شناختی-رفتاری) قرار گرفت و کتابچه ی تهیه شده نیز در اختیارشان قرار گرفت. همچنین به کلیه ی شرکت کننده ها اطمینان داده شد که اطلاعات ان 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 تأیید شده و پایایی آن با روش ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تعیین گردیده است (آقایی 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 ارزشیابی 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 کجباف، 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 با اندازه های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی 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.

جدول شماره (۴): شاخص های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	زیرمقیاس	شاخص توصیفی	گروه آزمایش (CBT)	گروه آزمایش (EFT)	گروه کنترل
			پیش آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
افسردگی	زیرمقیاس	میانگین	۵۵/۹۰	۵۴/۱۰	۵۴/۳۰
	ندارد	انحراف معیار	۳/۳۰	۴/۶۰	۳/۸۵
امیدواری	زیرمقیاس	میانگین	۵۲/۸۰	۸۷/۷۵	۵۸/۲۰
	ندارد	انحراف معیار	۴/۱۶	۷/۶۳	۹/۵۱
ادراک سلامت	زیرمقیاس	میانگین	۲۹/۱۵	۹۰/۷۰	۲۹/۶۰
	ندارد	انحراف معیار	۴/۹۰	۵/۴۳	۶/۸۷
گلوبول های سفید	زیرمقیاس	میانگین	۴۹۵/۰۰	۵۲۶/۰۰	۴۳۹/۰۰
	ندارد	انحراف معیار	۵	۵	۱
			۲۸۱/۸۶	۲۹۶/۰۷	۲۸۸/۱۸
			۲۸۱/۸۶	۴۲۹/۳۲	۴۶۵/۲۱

در جدول شماره ۴ شاخص های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش (میانگین و انحراف معیار) در سه گروه آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت)، آزمایش (درمان شناختی-رفتاری) و گواه و در ۲ مرحله پیش آزمون و پس آزمون، ارائه شده است.

جدول شماره (۵): خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای اثرات درون گروهی و بین گروهی

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	P	Eta
افسردگی	اثر درون گروهی	زمان اندازه گیری	۱	۸۷۳۹۴/۱۶	۱۰۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	خطا	زمان×گروه	۲	۳۵۸۷/۶۵	۳۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵
		خطا	۳۷	۶۹/۱۲			
	اثر بین گروهی	گروه	۲	۶۸۳۲/۴۸	۲۳/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۱۴
امید	خطا	زمان اندازه گیری	۱	۴۰۱۸۶/۴۵	۲۱/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۳
		زمان×گروه	۲	۳۴۳۶۷/۱۰	۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	خطا	خطا	۳۷	۲۸۴۵/۳۹			
		خطا	۳۷	۵۹۳۷/۴۴			

۰/۴۱	۰/۰۰۱	۵/۴۷	۳۸۲۱/۷۹	۲	۱۳۷۶۳/۳۵	گروه	اثر بین	
			۲۴۸۳/۴۷	۳۷	۱۲۷۴۸/۸۹	خطا	گروهی	
۰/۱۹	۰/۰۰۱	۱۸/۶۷	۳۸۶۴۷/۱۱	۱	۳۸۶۴۷/۱۱	زمان اندازه-گیری	اثر	ادراک سلامت
۰/۳۲	۰/۰۰۱	۶/۸۳	۴۳۸۶/۸۷	۲	۶۵۳۸/۳۹	زمان×گروه	درون گروهی	
			۱۰۳/۶۲	۳۷	۶۲۹۵/۱۸	خطا		
۰/۲۸	۰/۰۰۱	۴/۳۸	۵۹۴۷/۲۲	۲	۱۲۸۴۵/۶۱	گروه	اثر بین	
			۳۱۹/۴۵	۳۷	۱۵۷۳۷/۷۴	خطا	گروهی	گلوبول سفید
۰/۵۶	۰/۰۰۱	۸۸/۲۷	۶۷۸۴۶۳۴/۷۸	۱	۶۷۸۴۶۳۴/۷۸	زمان اندازه-گیری	اثر	
۰/۱۷	۰/۰۰۱	۴۴/۶۲	۶۶۸۷۹۴/۴۹	۲	۱۲۵۴۰۰۱/۶۷	زمان×گروه	درون گروهی	
			۱۰۱۵۴۸/۵۳	۳۷	۵۴۶۸۳۶/۴۲	خطا		
۰/۳۵	۰/۰۰۱	۲۱/۸۷	۴۵۳۲۹/۴۵	۲	۱۱۳۷۶۴/۷۹	گروه	اثر بین	
			۳۳۶۵۸/۱۴	۳۷	۲۱۶۴۳۸/۳۳	خطا	گروهی	

همانطور که در جدول شماره ۵ ملاحظه می گردد، منبع زمان در متغیرهای افسردگی، امید، ادراک سلامت و گلوبول های سفید معنادار شده است ($P < 0/05$). همچنین بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($P < 0/05$). در اثر گروه نیز مشخص شد در متغیرهای افسردگی، امید، ادراک سلامت و گلوبول های سفید بین گروه های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

جدول شماره (۶): نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیرهای پژوهش در سه مرحله اندازه گیری

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
افسردگی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۹/۷۸	۱/۸۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۹/۳۳	۱/۹۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۰/۷۸	۰/۳۳	۰/۲۳۲
امید	پیش آزمون	پس آزمون	۲۳/۳۴	۱/۴۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۲۳/۶۷	۱/۵۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۱/۱۲	۰/۴۲	۰/۱۷۵
ادراک سلامت	پیش آزمون	پس آزمون	۲۹/۸۱	۱/۹۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۲۹/۱۳	۱/۸۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۰/۵۵	۰/۳۷	۰/۳۴۵
گلوبول سفید	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۵۷۵	۵۵/۴۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۰/۵۲۱	۶۱/۷۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۲۳/۱۹	۴۷/۱۵	۰/۴۴۲

جدول شماره ۶ نشان می دهد که تفاوت میانگین بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای افسردگی، امید، ادراک سلامت و گلبول های سفید خون معنادار است ($P < 0.05$)، اما تفاوت میانگین بین پی آزمون و پیگیری این متغیرها معنادار نیست ($P < 0.05$). در ادامه به بررسی تفاوت درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی پرداخته شده است.

جدول شماره (۷): نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه های آزمایش و گواه در متغیرهای

پژوهش

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
افسردگی	مبتنی بر شفقت	شناختی رفتاری	۱۱/۲۵	۳/۵۶	۰/۰۱۲
		گواه	۶/۷۲	۳/۵۶	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری	گواه	۱۶/۳۱	۳/۵۶	۰/۰۰۱
امید	مبتنی بر شفقت	شناختی رفتاری	۱۰/۳۴	۲/۳۹	۰/۰۰۳
		گواه	۸/۷۱	۲/۳۹	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری	گواه	۱۲/۷۳	۲/۳۹	۰/۰۰۲
ادراک سلامت	مبتنی بر شفقت	شناختی رفتاری	۹/۸۱	۴/۰۱	۰/۰۰۱
		گواه	۵/۹۴	۴/۰۱	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری	گواه	۴/۸۵	۴/۰۱	۰/۰۰۴
گلبول سفید	مبتنی بر شفقت	شناختی رفتاری	۲۳۶/۲۱	۱۱۳/۵۳	۰/۵۵۲
		گواه	۳۱۵/۴۹	۱۱۳/۵۳	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری	گواه	۴۰۱/۱۲	۱۱۳/۵۳	۰/۰۰۳

طبق جدول فوق تفاوت میانگین بین گروه های درمانی در متغیر افسردگی، امید و ادراک سلامت معنادار است ($P < 0.05$)، به این صورت که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی و افزایش امید و ادراک سلامت زنان مبتلا به سرطان سینه اثربخش تر از درمان شناختی-رفتاری عمل کرده است. این در حالی است که تفاوت میانگین بین این دو گروه درمانی در گلبول های سفید خون معنادار نیست ($P > 0.05$). البته تفاوت میانگین بین گروه های درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری با گروه گواه در افسردگی، امید، ادراک سلامت و گلبول های سفید خون معنادار می باشد ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از یافته های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری 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 و درمان شناختی-رفتاری کاهش یافت. این یافته همخوان با یافته پژوهش های باقری و پورفرج عمران

(۱۴۰۳)، میرزاخانی و همکاران (۱۴۰۲)، سلطانی دلگشا و همکاران (۱۴۰۲)، طبیبزاده و همکاران (۱۳۹۹)، احمدی و همکاران (۱۳۹۸)، سیهان و اگین (۲۰۲۵)، وهابی ماشک و همکاران (۲۰۲۴)، پتروچی و همکاران (۲۰۲۴)، فان و همکاران (۲۰۲۳) و هافمن و بیکر (۲۰۲۳) بود. همچنین نتایج حاکی از این بود که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری بر افسردگی نسبت به درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان سینه دارد.

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله روان شناختی، یعنی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری، توانستند به طور معناداری از شدت افسردگی زنان مبتلا به سرطان پس از جراحی بکاهند. این نتیجه مؤید اهمیت به کارگیری رویکردهای روان درمانی در کنار درمان های پزشکی است؛ زیرا مداخلات غیر دارویی قادرند با ارتقای سازگاری روان شناختی، کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشند. ابتلا به سرطان، به ویژه در دوره پس از جراحی، غالباً با تجربه احساساتی چون ناامیدی، ترس از مرگ، کاهش عزت نفس و نگرانی های وجودی همراه است؛ بنابراین، توجه به راهکارهایی که به بهبود سلامت روان این بیماران کمک کند، ضرورتی انکارناپذیر محسوب می شود (کافلین^{۱۴}، ۲۰۱۹).

با این حال، مقایسه اثربخشی دو رویکرد نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش افسردگی تأثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی- رفتاری دارد. این برتری می تواند ناشی از تمرکز این درمان بر پرورش شفقت به خود، کاهش خودانتقادی، پذیرش هیجان های دردناک و ایجاد نگرشی مهربانانه تر نسبت به تجربه رنج باشد. زنان مبتلا به سرطان، که اغلب درگیر احساس گناه، خودسرزنی یا درماندگی هستند، با بهره گیری از چنین مؤلفه هایی قادر می شوند رابطه ای سالم تر با خود برقرار کرده و در برابر فشارهای روانی ناشی از بیماری تاب آوری بیشتری نشان دهند (کیم و همکاران، ۲۰۲۱). در مقابل، درمان شناختی- رفتاری گرچه با اصلاح افکار ناکارآمد و بازسازی شناختی نقش مهمی در کاهش علائم افسردگی دارد، اما در شرایطی که تجربه رنج وجودی و تهدید سلامت جسمانی بسیار پررنگ است، ممکن است به تنهایی پاسخگوی نیازهای عاطفی بیماران نباشد. از این منظر، درمان مبتنی بر شفقت با فراهم آوردن بستری هیجانی و انسان مدارانه، قادر است اثربخشی بیشتری بر وضعیت روانی بیماران داشته باشد (هافمن و بیکر، ۲۰۲۳).

یافته های پژوهش همچنین حاکی از این بود که درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری بر میزان 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 و درمان شناختی- رفتاری افزایش پیدا کرد. این یافته همخوان با یافته پژوهش سیدجعفری و همکاران (۱۳۹۸)، آقایی خواجه لنگی و همکاران (۱۳۹۹)، کوهی و همکاران (۱۴۰۳)، یوری و همکاران (۱۴۰۲)، ترینداد و همکاران (۲۰۲۵)، سیهان و اگین (۲۰۲۵)، فارد و همکاران^{۱۵} (۲۰۲۰) بود.

یافته های این پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری توانستند به طور معناداری سطح امید بیماران مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی را افزایش دهند. این نتیجه بیانگر آن است که مداخلات روان شناختی نقش مهمی در ارتقای منابع روانی بیماران سرطانی ایفا می کنند و می توانند بر فرآیند سازگاری آنان با بیماری اثرگذار باشند. امید، به عنوان یکی از مؤلفه های کلیدی در نظریه های سلامت روان، در شرایط ابتلا به بیماری های مزمن

^{۱۴} Coughlin

^{۱۵} Fard et al

همچون سرطان اهمیتی دوچندان پیدا می کند؛ زیرا نه تنها موجب افزایش انگیزش و پایداری بیماران در مسیر درمان می شود، بلکه با کاهش احساس درماندگی و ناامیدی، کیفیت زندگی آنان را بهبود می بخشد (شن و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۰).

با وجود این، مقایسه میان دو رویکرد نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری در ارتقای امید نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشته است. این تفاوت می تواند ناشی از ویژگی های متمایز درمان مبتنی بر شفقت باشد که بر پرورش نگرش های پذیرش گرایانه، کاهش خودانتقادی، و تقویت خوددوستی تأکید می کند. از آنجا که بیماران سرطانی اغلب با احساس گناه، شرم، و ناتوانی در مواجهه با پیامدهای بیماری و جراحی دست و پنجه نرم می کنند، ایجاد فضایی مبتنی بر همدلی و مهربانی با خود می تواند هیجان های منفی را کاهش دهد و تجربه ای از آرامش و امنیت درونی را جایگزین سازد (اوزن و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۱). در مقابل، درمان شناختی-رفتاری بیشتر بر بازسازی شناخت ها و تغییر الگوهای فکری ناکارآمد تمرکز دارد. هرچند این رویکرد نیز در بهبود امید مؤثر بوده است، اما به نظر می رسد در شرایط خاص بیماران سرطانی که نیازمند تنظیم هیجانی و پذیرش عمیق تری هستند، درمان مبتنی بر شفقت کارایی بیشتری دارد (گیرسا و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۱).

بر اساس این یافته ها، می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت با فعال سازی نظام های هیجانی مرتبط با مراقبت، آرامش و پیوند اجتماعی، شرایطی فراهم می آورد که بیماران بتوانند با درد و رنج ناشی از بیماری و جراحی به شیوه ای سازگارانه تر مواجه شوند. از منظر نظری نیز این نتیجه با مدل های روان شناختی که بر اهمیت شفقت به خود و تنظیم هیجانی در ارتقای بهزیستی تأکید دارند همخوانی دارد (کاستا و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۹). افزون بر این، نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که توجه صرف به بازسازی شناختی کافی نیست و مداخلاتی که لایه های هیجانی عمیق تر را هدف قرار می دهند، می توانند تأثیر ماندگارتری بر امید و سازگاری روانی بیماران داشته باشند.

یافته های پژوهش همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری 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 و درمان شناختی-رفتاری 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)، پتروچی و همکاران (۲۰۲۴) در یک راستا قرار دارد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمانی، یعنی درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری، در ارتقای ادراک سلامت بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی اثربخش بودند. این نتیجه نشان می دهد که مداخلات روان شناختی می توانند به عنوان مکمل درمان های پزشکی، نقش مؤثری در بهبود کیفیت زندگی بیماران ایفا کنند. به بیان دیگر، توجه به ابعاد روان شناختی و هیجانی در کنار مداخلات پزشکی صرف، اهمیت ویژه ای در بازتوانی بیماران دارد.

با این حال، مقایسه ی اثربخشی دو رویکرد حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری بر ادراک سلامت بیماران داشته است. این یافته را می توان ناشی از ویژگی های خاص درمان مبتنی بر شفقت

^{۱۶} . Shen et al

^{۱۷} . Ozen et al

^{۱۸} . Girisa et al

^{۱۹} . Costa et al

دانست؛ چرا که این رویکرد با تأکید بر پرورش نگرش مهربانانه و پذیرش خود در مواجهه با رنج و بیماری، به کاهش احساس شرم، خودانتقادی و اضطراب کمک می کند و از این طریق، احساس توانمندی و سلامت ادراک شده بیماران را تقویت می سازد (گیلبرت و سیمونز، ۲۰۲۲). از سوی دیگر، اگرچه درمان شناختی - رفتاری نیز با اصلاح افکار ناکارآمد و آموزش راهبردهای مقابله ای به بهبود وضعیت روانی بیماران منجر شد، اما به نظر می رسد پرداختن مستقیم به مؤلفه هایی چون خودمهربانی، دلسوزی نسبت به خود و پذیرش هیجانات دشوار در درمان مبتنی بر شفقت، کارآمدی بیشتری در مواجهه با تجربه ی پیچیده ی ابتلا به سرطان و پیامدهای جراحی فراهم کرده است (ایگان و همکاران، ۲۰۲۱). بر این اساس، می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت، در کنار دیگر مداخلات روان شناختی، به ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری های مزمن نظیر سرطان پستان، رویکردی ارزشمند محسوب می شود. این رویکرد با ایجاد تغییر در نحوه ی نگرش بیماران به خود و شرایط بیماری شان، نه تنها به ارتقای سلامت ادراک شده کمک می کند، بلکه می تواند در بلندمدت کیفیت زندگی آنان را نیز بهبود بخشد. بنابراین، به نظر می رسد ادغام چنین مداخلاتی در برنامه های مراقبتی و بازتوانی بیماران پس از جراحی، می تواند گامی مؤثر در ارتقای سلامت روان و جسم بیماران باشد.

یافته های پژوهش همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی - رفتاری بر میزان گلبول های سفید خون، بعد از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد. یعنی میزان گلبول های سفید خون بیماران مبتلا، بعد از درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی - رفتاری افزایش یافت. این یافته با نتایج تحقیقات حاجی آبادی و همکاران (۱۴۰۰)، شیخ ذکریایی و همکاران (۱۴۰۳)، طیب زاده و همکاران (۱۳۹۹)، فان و همکاران (۲۰۲۳)، لارسون و همکاران (۲۰۲۲) و وانگ و همکاران (۲۰۲۰) در یک راستا قرار دارد.

یافته های پژوهش حاضر حاکی از این بود که هم درمان مبتنی بر شفقت و هم درمان شناختی - رفتاری موجب تغییرات معنادار در میزان گلبول های سفید خون پس از جراحی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شدند. این نتیجه را می توان با توجه به مبانی روان نورواندویمنی^{۲۰} تبیین کرد. بر اساس این چارچوب، هیجانات و شیوه های مقابله ای افراد می توانند از طریق سیستم عصبی و غدد درون ریز بر کارکرد دستگاه ایمنی اثرگذار باشند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰). استرس و اضطراب ناشی از تجربه سرطان و جراحی، به طور معمول با افزایش کورتیزول و تضعیف پاسخ های ایمنی همراه است. بنابراین، هر مداخله ای که به کاهش اضطراب، ارتقای هیجانات مثبت و تنظیم هیجان کمک کند، می تواند به بهبود شاخص های ایمنی از جمله میزان گلبول های سفید منجر شود (مارتینز و همکاران، ۲۰۲۴).

از سوی دیگر، هر یک از دو رویکرد درمانی یادشده مکانیسم های ویژه ای برای تعدیل استرس و بهبود کارکرد جسمی دارند. درمان شناختی - رفتاری با شناسایی و بازسازی افکار ناکارآمد و آموزش مهارت های مقابله ای، سطح اضطراب بیماران را کاهش می دهد و در نتیجه فشار روانی کمتر، بر دستگاه ایمنی اثر مثبت می گذارد (پپینگ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر شفقت نیز با پرورش نگرش های مبتنی بر خوددوستی، همدلی و پذیرش هیجان ها، احساس امنیت هیجانی و آرامش روانی بیشتری ایجاد می کند. این احساس امنیت می تواند با کاهش فعالیت محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال و تنظیم پاسخ های استرس، در نهایت بر افزایش یا تثبیت سطح گلبول های سفید اثر بگذارد (سانگ و همکاران، ۲۰۲۴).

^{۲۰} psychoneuroimmunology

با این حال، عدم مشاهده تفاوت معنادار میان دو گروه نشان می دهد که هر دو رویکرد در سطحی مشابه توانسته اند اثرات مثبت خود را بر عملکرد ایمنی بیماران اعمال کنند. این امر می تواند ناشی از اشتراکات بنیادین این دو رویکرد باشد؛ چرا که هر دو در کاهش هیجانات منفی، ارتقای مهارت های خودتنظیمی و تقویت حمایت درونی نقش دارند. به بیان دیگر، آنچه بیش از نوع دقیق رویکرد اهمیت دارد، فراهم کردن بستری برای کاهش استرس و ارتقای سازگاری روانی بیمار است که خود زمینه ساز بهبود شاخص های زیستی می شود (زارزیکا و همکاران، ۲۰۲۱).

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی - رفتاری بر متغیرهای روان شناختی (افسردگی، امید و ادراک سلامت) و شاخص زیستی (گلبول های سفید) زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی اثر معناداری دارند. این نتیجه نشان دهنده اهمیت مداخلات روان شناختی در ارتقای سلامت روانی و جسمانی بیماران سرطانی است و مؤید این دیدگاه است که ذهن و بدن در یک تعامل دوسویه قرار دارند؛ به گونه ای که کاهش استرس و بهبود هیجانی می تواند به تقویت کارکرد سیستم ایمنی منجر شود. علاوه بر این، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان شناختی - رفتاری در بهبود افسردگی، افزایش امید و ارتقای ادراک سلامت تأثیر بیشتری داشته است. این برتری را می توان ناشی از تأکید رویکرد شفقت بر پرورش پذیرش، همدلی و ارتباط عاطفی ایمن با خود دانست؛ عواملی که به ویژه در بیماران سرطانی می توانند نقش مهمی در کاهش خودسرزنشگری، افزایش امید به زندگی و درک مثبت تر از سلامت ایفا کنند. با این حال، در شاخص زیستی گلبول های سفید تفاوت معناداری میان دو گروه مشاهده نشد. این موضوع نشان می دهد که هر دو درمان توانسته اند در سطحی مشابه از طریق کاهش اضطراب و استرس بر سیستم ایمنی اثرگذار باشند و تفاوت خاصی در این زمینه ایجاد نکرده اند.

به طور کلی، نتایج پژوهش تأکید می کند که مداخلات روان شناختی، به ویژه درمان مبتنی بر شفقت، می توانند به عنوان مکمل درمان های پزشکی در بهبود کیفیت زندگی، سلامت روان و حتی شاخص های زیستی بیماران سرطانی مورد استفاده قرار گیرند. این یافته ها چشم انداز تازه ای برای تلفیق درمان های روان شناختی با مراقبت های پزشکی گشوده و بر ضرورت توجه به ابعاد روانی و هیجانی بیماران در کنار درمان های جسمانی تأکید می کند. بر اساس یافته های پژوهش، توصیه می شود درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی - رفتاری به عنوان بخشی از برنامه های حمایتی در مراکز درمانی سرطان به کار گرفته شوند تا بیماران در کنار درمان های دارویی و جراحی، از حمایت های روان شناختی نیز بهره مند شوند. همچنین اجرای این مداخلات در قالب کارگاه های گروهی می تواند هزینه ها را کاهش داده و دسترسی بیماران بیشتری را فراهم کند. از سوی دیگر، این پژوهش با محدودیت هایی همچون حجم نمونه محدود، تمرکز بر زنان مبتلا به سرطان پستان و انجام مطالعه در یک دوره زمانی مشخص مواجه بود؛ بنابراین تعمیم نتایج به سایر گروه های سرطانی یا شرایط بالینی دیگر نیازمند احتیاط است. پیشنهاد می شود پژوهش های آینده با نمونه های بزرگ تر، پیگیری های طولانی مدت و مقایسه با سایر رویکردهای درمانی انجام گیرند تا اعتبار یافته ها تقویت شود.

منابع

- 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.
- آقایی خواجه لنگی، حسن؛ نشاط دوست، حمید؛ نجفی، محمدرضا؛ ماضی، مانده (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شفقت محور بر عاطفه مثبت و منفی و امید بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه. مجله روانشناسی بالینی، ۱۲(۳): ۱-۱۲.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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): ۸۵-۹۴.
- سلیمی، آرمان؛ ده فرشته، ارسلان؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا، شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. نشریه طب داخلی روز (افق دانش)، ۲۴(۲): ۱۳۱-۱۲۵.
- 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): ۱۶۸-۱۵۷.
- شاکری، سیده سارا و خدابخش پیرکلانی، روشنک (۱۴۰۳). بررسی فرآیند تصمیم گیری در مبتلایان به افسردگی از دریچه اقتصاد رفتاری: یک مطالعه مروری. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۳(۵): ۴۷۰-۴۵۲.
- شعبان، ناهید و علیزاده، مرجان (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسروریازیس. نشریه آموزش پرستاری، ۱۳(۵): ۹۱-۷۷.

- 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): ۴۰۳-۳۹۴.
- طبیب زاده، فریناز؛ سلیمانی، اسماعیل؛ قربان شیرودی، شهره (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان. مجله رویش روانشناسی، ۹(۱۲): ۸۴-۷۵.
- 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.
- 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.
- 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): ۳۳-۱۸.
- متو، سمانه؛ صفاری نیا، مجید؛ علیپور، احمد (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر ترس از عود و گلبول های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه رویش روانشناسی، ۱۲(۳): ۱۶۴-۱۵۳.
- محمدی شیرمحلله فاطمه، سلیمانان لایلا، پیمانی جاوید، غلامی توران پشتهی مرضیه، هواسی سومار ناهید (۱۴۰۱). بررسی مقایسه ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران دیابتی. روان پرستاری، ۱۰(۶): ۶۴-۷۴.
- 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): ۱۷-۴.
- میرزاخانی، مهسا؛ غرای، 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): ۱۵۵-۱۴۲.
- نوروزی، مرضیه و کجاف، محمدباقر (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و هم جوشی شناختی دختران دارای شکست عاطفی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۲۰(۴): ۶۴۷-۶۳۴.

- یاورى، یگانه؛ خوش اخلاق، حسن؛ شهربافچىزاده، محمدرضا (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و شفقت درمانی بر عاطفه خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان. مجله سلامت و مراقبت، ۲۵(۲): ۱۳۴-۱۲۱.
- Andersson, G., Topooco, N., Havik, O., & Nordgreen, T. (۲۰۱۶). Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. Expert Review of Neurotherapeutics, ۱۶(۱), ۵۵-۶۰.
- Antoni, M. H., & Dhabhar, F. S. (۲۰۱۹). The impact of psychosocial stress and stress patients with cancer. Cancer, ۱۲۵(۹), ۱۴۱۷-۱۴۳۱. management on immune responses in
- Bell, T., Montague, J., Elander, J., & Gilbert, P. (۲۰۲۱). Multiple emotions, multiple selves: compassion focused therapy chairwork. The Cognitive Behaviour Therapist, ۱۴, e۲۲.
- 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.
- Cihan, S., Egin, S (۲۰۲۵). The effectiveness of positive psychotherapy-based intervention studies on cancer patients: a systematic review. Curr Psychol. <https://doi.org/۱۰.۱۰۰۷/s۱۲۱۴۴-۰۲۵-۰۷۸۷۵-z>.
- 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 JCO oncology practice, ۱۷(۲), e۲۴۸-e۲۵۶. cancer?
- Cooper, R., & Frearson, J. (۲۰۱۷). Adapting compassion focused therapy for an adult with a learning disability—A case study. British Journal of Learning Disabilities, ۴۵(۲), ۱۴۲-۱۵۰.
- Coughlin, S. S. (۲۰۱۹). Epidemiology of breast cancer in women. Breast Cancer Metastasis and Drug Resistance: Challenges and Progress, ۹-۲۹.
- 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, ۷۲, ۶۴۰-۶۴۵.
- 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.
- 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: ۱۰.۱۰۱۷/S۱۴۷۸۹۵۱۵۲۲۰۰۱۳۱۶. PMID: ۳۶۳۹۷۲۷۴.
- 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).
- Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.). (۲۰۲۲). Compassion focused therapy: Clinical practice and applications. Routledge.
- & 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, ۷۳(۸), ۱۰۱۶-۱۰۴۴.

- 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.
- Irwin, M. R., Cole, S., Olmstead, R., Breen, E. C., Cho, J. J., Moieni, M., & Eisenberger, N. I. (۲۰۲۰). Moderators for depressed mood and systemic and transcriptional inflammatory responses: a randomized controlled trial of endotoxin. *Neuropsychopharmacology*, ۴۴(۳), ۶۳۵-۶۴۱.
- 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*, ۴۰(۳), ۳۵۲-۳۶۲.
- & Burgess, Larsson, S. C., Kar, S., Perry, J. R., Carter, P., Vithayathil, M., Mason, A. M., S. (۲۰۲۲). Serum estradiol and ۲۰ site-specific cancers in women: Mendelian randomization study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, ۱۰۷(۲), e۴۶۷-e۴۷۴.
- Li, Y., Kong, X., Xuan, L., Wang, Z., & Huang, Y. H. (۲۰۲۱). Prolactin and endocrine therapy resistance in breast cancer: The next potential hope for breast cancer treatment. *Journal of cellular and molecular medicine*, ۲۵(۲۲), ۱۰۳۲۷-۱۰۳۴۸.
- Liu, T., Xu, J., Cheng, H., Zhang, Y., Wang, S., Lin, L., & Tian, L. (۲۰۲۲). Effects of internet -based cognitive behavioral therapy on anxiety and depression symptoms in cancer patients: A meta -analysis. *General Hospital Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.09.003>
- 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*, ۴۴(۷), ۴۱۲-۴۱۸.
- 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*, ۵(۱), ۱-۷.
- 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*, ۳۱(۲), ۲۳۰-۲۴۷. <https://doi.org/10.1037/cps0001937>
- Sephton, S. E., Koopman, C., Schaal, M., Thoresen, C., & Spiegel, D. (۲۰۲۱). Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *The breast journal*, ۷(۵), ۳۴۵-۳۵۳.
- 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*, ۴۶, ۱۰۱۷۷۱.
- 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*, ۲۶(۱۱), ۶۷۴۷-۶۷۵۵.

- Trindade, I.A., Soares, A., Skvarc, D. et al (۲۰۲۰). 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* ۲۱, ۰ (۲۰۲۰). <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08626-4>.
- 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*, ۰(۳):۷۷-۸۰.
- 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*, ۲۵(۱۲), ۳۱۸۶-۳۱۹۷.
- Zarzycka, B., Śliwak, J., Krok, D., & Ciszek, P. (۲۰۱۹). Religious comfort and anxiety in women with cancer: The mediating role of hope and moderating role of religious struggle. *Psycho-Oncology*, ۲۸(۹), ۱۸۲۹-۱۸۳۰.