

Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Posttraumatic Growth and Death Anxiety in Women With Breast Cancer

Kiarasi Z¹, *Emadian SO², Hassanzadeh R³

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;

2. Assistant Professor of Psychology Department, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;

3. Professor of Psychology Department, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

*Corresponding Author Email: Emadian2012@yahoo.com

Received: 2021 April 8; Accepted: 2021 May 15

Abstract

Background & Objectives: Cancer is a serious and usually progressive disease and puts too much stress on the patient's family and society. There is considerable evidence suggesting that cancer patients suffer from substantial and long-term psychological distress associated with different forms of cancer and its medical treatment. Breast cancer is a chronic disease that its diagnosis and treatment are accompanied with many psychological problems. Breast cancer is the most prevalent cancer in females, which causes serious emotional and affective problems. In response to death anxiety, some people experience a kind of emotional detachment. It is necessary to identify and apply appropriate strategies to promote posttraumatic growth in cancer patients, in other words, to turn this disease into an opportunity for personal growth and development. People who have a chronic disease such as cancer usually have an unkind and critical attitude towards themselves, which is actually the anger towards the knowledge after their illness. Meanwhile, self-compassion can be very productive. The present research aimed to study the effectiveness of compassion-focused therapy on posttraumatic growth (PTG) and death anxiety (DA) in females with breast cancer.

Methods: This is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all females with breast cancer referred to Arad Hospital, Tehran, Iran, and had a medical record in spring 2019 (53 females). Then, 30 females were selected by purposive sampling method. They were randomly divided into the intervention and control groups (n=15/group). The experimental group received eight 90-minute sessions of compassion-focused therapy (Gilbert, 2009). However, the control group received no training. The inclusion criteria were as follows: the age range of 20 to 45 years, females with breast cancer, having at least a bachelor's education, being a resident of Tehran and presenting no physical illnesses. The exclusion criterion included the absence of more than 2 treatment sessions in the experimental group. The required data were obtained using a demographic questionnaire, Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996), and Death Anxiety Scale (Templer, 1970). Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of covariance) were performed in SPSS version 22. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed that by controlling the effect of the pretest, significant differences are observed between the patients with breast cancer and the control group in the variables of posttraumatic growth ($p < 0.001$) and death anxiety ($p < 0.001$). The effect size in the posttraumatic growth variable was 0.825 and in the death anxiety variable was 0.717.

Conclusion: Based on the findings of this research, self-compassion therapy was effective in increasing posttraumatic growth and decreasing death anxiety in females with breast cancer.

Keywords: Compassion-Focused therapy, Posttraumatic growth, Death anxiety, Breast cancer.

تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان

زیبا کیارسی^۱، *سیده علیا عمادیان^۲، رمضان حسن زاده^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: emadian2012@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۹ فروردین ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۵ اردیبهشت ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: سرطان یکی از بیماری‌های مزمن، مخرب و پیش‌رونده است که فشار زیادی را بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. تشخیص و درمان این بیماری با مشکلات روان‌شناختی زیادی همراه است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان آراد شهر تهران تشکیل دادند که در سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند و دارای پرونده پزشکی بودند. از این جامعه سی نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به روش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در هشت جلسه نود دقیقه‌ای روش شفقت‌درمانی (گیلبرت، ۲۰۰۹) را دریافت کرد و برای گروه گواه آموزش ارائه نشد. جمع‌آوری داده‌ها براساس پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه رشد پس از سانحه (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶) و مقیاس اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰) انجام پذیرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، با کنترل اثر پیش‌آزمون در پس‌آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان پستان (گروه آزمایش) و گروه گواه در متغیرهای رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). میزان تأثیر در متغیر رشد پس از سانحه ۰/۸۲۵ و در متغیر اضطراب مرگ ۰/۷۱۷ بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش رشد پس از سانحه و کاهش اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، رشد پس از سانحه، اضطراب مرگ، سرطان پستان.

از بین تمامی سرطان‌ها، سرطان پستان^۱ دومین بیماری شایع در زنان به‌شمار می‌رود (۱) که سالانه میزان ابتلای آن در ایران ۷ هزار زن است (۲). اضطراب مرگ^۲ یکی از مفاهیم مهم در زمینه‌های متعدد از جمله مراقبت از بیماران مزمن، مراقبت روانی، غربالگری سرطان در افراد سالم اجتماع، مراقبت در تروما و شرایط بحرانی و کودکان افرادی با شرایط تشخیص مخاطره‌آمیز، در نظر گرفته می‌شود (۳).

در واکنش نشان دادن به اضطراب مرگ، برخی افراد از نظر هیجانی دچار نوعی انفصال می‌شوند. برخی دیگر حالتی دفاعی به خود می‌گیرند که برای فرد در ارتباط با دیگران محدودیت ایجاد می‌کند. برخی نیز به‌صورت منفی و نامناسب به آگاهی از مرگ واکنش نشان می‌دهند؛ به‌گونه‌ای که به‌دنبال مصرف مواد یا نوشیدنی‌های غیرمجاز می‌روند. برخی خود را مشغول کارهای بی‌اهمیت و تفریحات می‌کنند و برخی افکار مربوط به مرگ را انکار کرده و از آن اجتناب می‌ورزند (۴). از طرفی درمان سرطان همیشه با روش‌های تهاجمی^۳ عوارض متعددی را در شکل و ظاهر بدن فرد مبتلا به‌همراه دارد (۵). برخلاف باور اکثریت مردم، بعد از تشخیص و درمان سرطان، فرایندهای ذهنی مثبت و منفی در بین افراد مبتلا به سرطان دیده می‌شود (۶).

مطالعات متعدد تغییرات روان‌شناختی مثبتی^۴ را پس از تجربه وقایع ناخوشایند و دردناک از جمله بیماری، جنگ و بلایای طبیعی در افراد گزارش کرده است که در این باره می‌توان به رشد پس از سانحه^۵ اشاره کرد. رشد پس از سانحه تغییر روان‌شناختی مثبتی است که به‌دنبال مواجهه با بیماری‌های مزمن مانند سرطان رخ می‌دهد و شامل مؤلفه‌هایی همچون قدرت شخصی، امکانات جدید، ارتباط با دیگران، قدردانی از زندگی و تغییرات معنوی است (۷)؛ بنابراین لازم است که به‌دنبال شناسایی و به‌کارگیری راهبردهای مناسب برای ارتقای رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان، این بیماری به فرصتی برای رشد و تحول فردی تبدیل شود. افرادی که دارای بیماری مزمن مانند سرطان هستند، معمولاً با خود رفتاری نامهربانانه و منتقدانه دارند که درواقع همان خشم درقبال آگاهی پس از بیماری خود است (۶). در این بین، شفقت به خود^۶ می‌تواند بسیار سازنده باشد (۸). صادق‌پور و همکاران در پژوهش خود بر بیماران سرطانی به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از حادثه تأثیر می‌گذارد (۹). همچنین یافته‌های پژوهشی دیگر در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی (۱۰)، افزایش میزان خوش‌بینی (۱۱)، سلامت روان (۱۲)، اضطراب مرگ (۱۳) و رشد پس از سانحه (۱۴) تأیید شد.

درمجموع باید پذیرفت، محدودیت‌هایی که به‌لحاظ ابتلا به سرطان پستان برای فرد مبتلا به‌وجود می‌آید، باعث ایجاد مشکلاتی در زمینه روان‌شناختی از جمله کاهش رشد پس از سانحه و افزایش اضطراب مرگ در فرد مبتلا می‌شود. باتوجه به میزان زیاد اضطراب مرگ در زنان

مبتلا به سرطان پستان که به‌واسطه مشکلات جسمانی و روانی به‌وجود می‌آید، نیاز به درمان روان‌شناختی در این افراد احساس می‌شود. انتظار می‌رود این پژوهش موجب افزایش اطلاعات در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان و سبب افزایش ادبیات پژوهشی در زمینه تأثیر این درمان بر رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر شفقت و متغیرهای وابسته رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ در نظر گرفته شد. جامعه آماری را تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان آراد شهر تهران تشکیل دادند که در سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند و ابتلای آن‌ها به سرطان پستان براساس نظر پزشک متخصص تأیید شده بود. همچنین مبتلایان، پرونده پزشکی و مراجعات مکرر برای درمان به بیمارستان آراد داشتند. درمجموع، تعداد آن‌ها ۵۳ نفر برآورد شد. باتوجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی حجم نمونه حداقل پانزده نفر در هر گروه کفایت می‌کند (۱۵)، با در نظر گرفتن افراد مایل به شرکت در پژوهش، سی نفر به‌شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌شیوه تصادفی، به‌روش قرعه‌کشی با استفاده از شماره پرونده آن‌ها در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. دو گروه از نظر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و سابقه بیماری همگن بودند. به‌منظور جلوگیری از تداخل پروتکل درمان مبتنی بر شفقت در روند درمان از بیمارانی استفاده شد که جراحی و شیمی‌درمانی را پشت سر گذاشتند. معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: جنسیت مؤنث؛ محدوده سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال؛ داشتن تحصیلات حداقل لیسانس؛ ساکن شهر تهران؛ کسب رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در جلسات درمانی. همچنین معیارهای خروج بیماران از روند انجام پروتکل شفقت درمانی شامل وجود اختلالات روانی نیازمند درمان فوری، ایجاد اختلال در روند طبیعی درمان، تمایل نداشتن به ادامه همکاری، ناتوانی جسمی شدید و غیبت بیش از دو جلسه متوالی در نظر گرفته شد.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از توضیح درباره اهداف و چشم‌انداز پژوهش و کسب رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش از تمامی شرکت‌کنندگان، سعی شد با ایجاد محیطی حمایتی و پاسخ‌گویی به سؤالات شرکت‌کنندگان، اضطراب احتمالی آن‌ها در حداقل ممکن قرار بگیرد. همچنین بر رازداری و محرمانه‌بودن اطلاعات تأکید شد و تمامی آزمودنی‌ها در صورت تمایل توانستند از نتایج پژوهش بهره‌مند شوند. همچنین در پایان پژوهش، درمان مبتنی بر شفقت برای اعضای

5. Post traumatic growth

6. Self-compassion

1. Breast cancer

2. Death anxiety

3. Invasive methods

4. Positive psychological changes

۵= تغییر خیلی زیادی را تجربه کردم) قرار دهد. دامنه نمرات آزمون بین صفر تا ۱۰۵ است. در مطالعه تدسچی و کالهن، ضریب آلفای کرونباخ پرسش نامه ۰/۸۶ و ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های آن در محدوده های ۰/۶۸ تا ۰/۸۰ به دست آمد (۱۶). در ایران در مطالعه حیدرزاده و همکاران، ساختار عاملی پرسش نامه روی نمونه ای از دانشجویان ایرانی بررسی شد که چهار عامل به دست آمد: درک افزایش یافته از توانایی خود؛ تغییر در اولویت ها و ارزش های زندگی؛ احساس صمیمیت با دیگران؛ تلاش عمدی برای ایجاد رابطه با دیگران. همچنین در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۷ و ضرایب حاصل برای مؤلفه های مقیاس بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۷ بود (۱۷).

گروه گواه اجرا شد. برای جمع آوری داده ها ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

– پرسش نامه جمعیت شناختی: این پرسش نامه شامل پرسش هایی نظیر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و سابقه بیماری بود که توسط پژوهشگران تدوین شد.

– پرسش نامه رشد پس از سانحه^۱: این پرسش نامه ابزار خودسنجی است که توسط تدسچی و کالهن در سال ۱۹۹۶ به منظور ارزیابی تغییرات خودادراکی افراد، مرتبط با تجربه حوادث آسیب زا طراحی شد (۱۶). این پرسش نامه متشکل از ۲۱ ماده است که فرد باید جواب های خود را در مقیاس شش درجه ای (صفر=هیچ تغییر را تجربه نکردم تا

جدول ۱. برنامه مداخله ای درمان متمرکز بر شفقت (۲۳)

جلسه	مراحل	محتوای جلسه
اول	آشنایی با اهداف گروه	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر، بیان هدف تشکیل گروه و اهمیت مسئله، تعریف نقش عوامل روان شناختی مثبت در بیماری سرطان و علائم روان شناختی افراد، معرفی درمان مبتنی بر شفقت درمانی و رویکردهای جدید روان شناسی در درمان سرطان، تعیین رهوس 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 براساس مدل درمان مبتنی بر شفقت درمانی، ارائه تکنیک ها و راه های موفقیت در دستیابی به امیدواری و شادکامی
سوم	آموزش نقش اهداف و ارزش ها	مرور جلسه قبل، آشنایی با اهداف، ارزش ها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه های مهم زندگی، مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی، اجرای مدل شناسایی حوزه های نگران کننده و برنامه فعالیت های روزمره برای تولید ارزش ها در پهنه 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 برپایه اصول شناخت درمانی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار، آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پرخطر، دریافت بازخورد
	تغییر اهداف	آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هشیاری، آموزش تغییر اولویت ها و زمینه های مهم با استفاده از کسب بینش، دریافت بازخورد
پنجم	آموزش خودشفقت و ورزی	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جست و جوی آرامش یا آدم غمخوار، اصل مردم آمیزی یا غرق شدن در رابطه و...، دریافت بازخورد
	آموزش خوش بینی	آموزش اصول مهم خوش بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت گزینی، اصل تنفس آرامش بخش و احساس راحتی و چشم پوشی کردن و بخشش یا اصل کنار گذاشتن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن
ششم	آموزش همدلی	مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت، آموزش تکنیک های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه مؤثر، دریافت بازخورد
هفتم	آموزش کاهش ترس	مرور جلسه قبل و شروع به کارگیری تکنیک های کاهش ترس و مواجهه با ترس های روان شناختی مبهم، ارائه راهکارهای آرامش سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی مؤثر، ارائه بازخورد
	آموزش مراقبه	آموزش مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابزارگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خویش و خودترحمی و ایجاد بخشش به خود، ارائه بازخورد
هشتم	آموزش خودالقایی	مرور جلسه قبل، ارائه راهکارهای افزایش کیفیت زندگی، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی مبتنی بر شفقت درمانی و خودالقایی مثبت، اجرای پاسخ های مقابله ای مؤثر برای بیماران سرطان، ارائه بازخورد
	خلاصه و مرور	مرور و خاتمه تکنیک های درمانی مبتنی بر شفقت درمانی و ارائه خلاصه ای از راهبردها و تکنیک های تأثیرگذار

موافقم (۳) و کاملاً موافقم (۴) است. در سؤالات ۲، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۱۵ که سؤالات معکوس این ابزار است، به گزینه کاملاً مخالفم امتیاز ۴ و به گزینه کاملاً موافقم امتیاز صفر اختصاص می یابد. بدین ترتیب نمره های این مقیاس می تواند از صفر تا ۱۵ متغیر باشد. نمره بیشتر

– مقیاس اضطراب مرگ^۲: این مقیاس در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شد و شامل پانزده ماده است که نگرش آزمودنی ها را به مرگ می سنجد (۱۸). پاسخ به هریک از آیتم ها به صورت لیکرت پنج درجه ای کاملاً مخالفم (صفر)، مخالفم (۱)، نظری ندارم (۲)،

۱. Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)

۲. Death Anxiety Scale (DAS)

بود (۱۳). در پژوهش نواب و همکاران نیز اثربخشی آموزش شفقت به خود بر رشد پس از سانحه اثبات شد (۱۴). گروه مداخله شفقت درمانی در کنار دریافت مراقبت‌های روزمره، روش شفقت درمانی (با اقتباس از گیلبرت، ۲۰۰۹) را در هشت جلسه، هفته‌ای دو بار به مدت هر جلسه نود دقیقه دریافت کرد (۲۳). برای اعضای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای ارائه نشد و مراقبت‌های روزمره خود را ادامه دادند. قبل و بعد از مداخله هر دو گروه آزمایش و گواه به پرسش‌نامه رشد پس از سانحه (۱۶) و مقیاس اضطراب مرگ (۱۸) پاسخ دادند. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است. در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (روش تحلیل کوواریانس (مانکوا)) به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی متغیرهای گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آمار توصیفی گروه آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رشد پس از سانحه	آزمایش	۷۴/۹۳	۳/۸	۹۲/۸	۲/۵۹
	گواه	۶۶/۰	۵/۳۱	۶۳/۲۶	۵/۸۳
اضطراب مرگ	آزمایش	۱۰/۵۳	۱/۱۷	۷/۰۰	۱/۶۴
	گواه	۹/۰۷	۱/۲۲	۱۰/۲۱	۱/۱۲

جدول ۳. نتایج روش تحلیل کوواریانس مبنی بر تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر متغیرهای پژوهش

متغیرها	منبع اثر	آماره آزمون	مقدار p	مجذور اتا
رشد پس از سانحه	اثر گروه	۱۲۲/۵۶	$< ۰/۰۰۱$	۰/۸۲۵
اضطراب مرگ	اثر گروه	۶۵/۷۷	$< ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۷

نشان داد. این یافته با یافته پژوهش صادق‌پور و همکاران مبنی بر اثربخشی مداخله درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان (۹) همسوست. همچنین با یافته پژوهش نواب و همکاران همخوان است. آن‌ها دریافتند، گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران دارای کودک بیش فعال تأثیرگذار است (۱۴). در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، شفقت‌ورزی می‌تواند افکار و هیجانات و رفتارهای مثبت جدیدی بسازد و آن‌ها را گسترش دهد که با افکار و هیجانات منفی درگیر با افسردگی، اضطراب و خودانتقادی در تضاد است (۱۳). براساس نظر گیلبرت، درمان مبتنی بر شفقت با ارائه راهکارهای مهربانی‌گرفتن از دیگران و مهربانی‌کردن به دیگران، انعطاف‌پذیری عاطفی را در فرد افزایش می‌دهد؛ زیرا منجر به فعال‌کردن سیستم مراقبت و خنثی‌کردن سیستم تهدید می‌شود (۲۳). افرادی که درقبال خود شفقت دارند،

معرف اضطراب زیاد افراد درباره مرگ است (۱۸). در ایران رجیبی و بحرانی، مقیاس اضطراب مرگ را بر ۱۳۸ دانشجوی در شهر اهواز بررسی کردند که میزان همسانی درونی آن را ۷۳ درصد و میزان ضریب پایایی بازآزمایی را ۰/۸۳ به دست آوردند. همچنین روایی هم‌زمان را به وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکارا ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش کردند (۱۹).

– پروتکل درمان متمرکز بر شفقت: این پروتکل توسط گیلبرت در سال ۲۰۰۹ طراحی شد که در آن همدلی، همدردی، پذیرش و تحمل مسائل، مسئولیت‌پذیری و احساس ارزشمند بودن در هشت جلسه نود دقیقه‌ای آموزش داده می‌شود (به نقل از ۲۰). اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت در کتاب درمان متمرکز بر شفقت، به تفصیل توضیح داده شده است (۲۱). اصول مذکور این است که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش باید درونی شوند تا ذهن انسان در مواجهه با این درونیات آرام گیرد. روایی جلسات آموزش شفقت به خود در تحقیقات خارجی و ایرانی تأیید شد (۲۲–۲۰). گیلبرت طی کار با افرادی که مشکلات پیچیده سلامت روان همراه با خودانتقادگری داشتند، این رویکرد را اثربخش معرفی کرد (۲۱). در پژوهش بهاروندی و همکاران آموزش شفقت درمانی بر اضطراب مرگ اثرگذار

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. اولین یافته پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را بر افزایش رشد پس از سانحه در زنان گروه آزمایش مبتلا به سرطان پستان

2. Depression Scale

1. Manifest Anxiety Scale

زندگی کمک کرده و فضایی امن را به منظور کشف هرگونه مشکل ایجاد کند. در این روش درمانی بر ایجاد ارتباط مناسب با اطرافیان و اعتماد نیز تأکید می‌شود (۲۱). این درمان وجوه متمایزی همچون تمرکز بر شفقت و استفاده از تصویرسازی مشفقانه را به انواع رویکردهای سنتی شناختی رفتاری اضافه کرده است (۲۲).

در مجموع باید گفت، شفقت درمانی در بین زنان مبتلا به سرطان باعث مهربانی و شفقت درقبال سختی‌ها و رنج‌ها و تجربیات تلخ بیماری می‌شود و آن‌ها با خود مهربان‌تر می‌شوند و کمتر خود را سرزنش می‌کنند. همچنین شفقت درمانی افکار منفی را کاهش می‌دهد که این خود موجب کاهش اضطراب مرگ و افزایش رشد پس از سانحه در آن‌ها می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعمیم‌پذیر نبودن یافته‌های این پژوهش به جامعه دیگر به دلیل انتخاب هدفمند افراد مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان آراد تهران اشاره کرد. با توجه به سودمندی آموزش‌های روان‌شناختی موج سوم بر متغیرهای رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ در مبتلایان به سرطان پستان، پیشنهاد می‌شود جلسات مشاوره گروهی برای افراد مبتلا به سرطان پستان در مراکز درمانی برگزار شود. همچنین در صورت امکان، جلسات پیگیری مرتب انجام گیرد تا مشخص شود آیا درمان روان‌شناختی بر افراد مبتلا به سرطان، اثر خود را حفظ کرده است یا خیر.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش رشد پس از سانحه و کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثرگذار است؛ بنابراین در این راستا پیشنهاد می‌شود، درمان مبتنی بر شفقت برای افزایش رشد پس از سانحه و کاهش اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان به کار رود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین از عوامل بیمارستان آراد شهر تهران که در اجرای پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز کنند.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در گروه روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. این مطالعه دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1399.134 از دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. به افراد شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده از آن‌ها محفوظ خواهد ماند. فرم رضایت آگاهانه به تمام افراد ارائه شد. اعضا این فرم را امضا کرده و اثر انگشت خود را نیز در زیر صفحه فرم رضایت ثبت کردند.

رضایت برای انتشار: این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد: چنانچه داده خاصی نیاز باشد، با ارسال رایانه به نویسنده مسئول، دردسترس قرار خواهد گرفت.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

علاوه بر اینکه با خود مهربان هستند، در برابر مشکلات پیش‌رو مسئولیت‌پذیرترند و رخدادهای پیش‌آمده را راحت‌تر می‌پذیرند. درمان مبتنی بر شفقت، توسط تقویت و ایجاد مهربانی و شفقت در فرد با استفاده از تکنیک‌های شفقت‌ورزی، شناسایی افکار خودمهرورزی و برطرف کردن موانع شفقت‌ورزی، فرد را درمقابل احساسات و حالت‌های منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را افزایش می‌دهد. با افزایش و تقویت شفقت، انگیزه فرد نیز بیشتر شده و سبب پذیرش افکار منفی و دست‌کاری آن‌ها می‌شود (۱۳). شفقت به خود در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به یاد آوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین‌تر عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود. افراد دارای شفقت به خود بیشتر، تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت در حوادث منفی دارند و می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه هستند، در ارتباط ببینند؛ اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با آن‌ها کمتر هیجانات منفی، افسردگی، اضطراب و استرس دارند (۲۴). درمان متمرکز بر شفقت به افراد کمک می‌کند تا متوجه شوند که احتمالاً مجبور هستند در زندگی خود تغییراتی را انجام دهند، از برخی خواسته‌ها دست بردارند، برخی فقدان‌ها را بپذیرند، اهداف و درک خویشتن خود را بازبند و با مواردی روبه‌رو شوند که آن‌ها را می‌ترسانند (۲۱). همچنین شفقت‌ورزی با افزایش میزان مهرورزی به خود، باعث تسهیل تغییرات عاطفی به منظور مراقبت و حمایت بیشتر از خود در بین شرکت‌کنندگان شد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش اضطراب مرگ در زنان گروه آزمایش مبتلا به سرطان پستان مؤثر بود. این یافته با یافته پژوهش بهاروندی و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب مرگ تأثیر دارد (۱۳).

در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، افزایش شفقت درمقابل اثرات وقایع منفی مانند ضربه‌گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بیشتری دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند. این افراد قضاوت‌هایشان بر مبنای واقعیت انجام می‌شود (۲۵). افراد دارای شفقت به خود بیشتر، در عین حال که با خود مهربان هستند، در برابر سختی‌ها مسئولیت‌پذیری بیشتری دارند و حوادث رخ داده را می‌پذیرند. درمان مبتنی بر شفقت با شناسایی افکار خودمهرورزی و همچنین برطرف‌سازی موانع شفقت‌ورزی، فرد را در برابر حالات منفی محافظت می‌کند و حالات هیجانی مثبت را تقویت می‌نماید (۱۳). همچنین آموزش‌ها و تمرین‌هایی که با هدف افزایش خودشفقتی در افراد صورت می‌گیرد، قادر است در بهبود اشکال مختلفی از آشفتگی‌ها مؤثر باشد (۱۱). جنبه کلیدی درمان متمرکز بر شفقت در بیماران، کمک به آن‌ها برای رشد گرمی، پذیرش، مراقبت و نگرش مناسب به‌سوی تجربیات درونی است (۲۶). درواقع، هدف درمان مبتنی بر شفقت کمک به بیمارانی است که حس گرمی و پاسخ‌دهی عاطفی را زمانی که در فرایند درمان درگیر هستند، در خود افزایش می‌دهند و در نهایت به خودشفقتی آن‌ها منجر می‌شود (۲۷). درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به افراد در پیدا کردن و احساس و درک چالش‌های

منابع مالی: بنا به اظهار نویسندگان مقاله، حمایت مالی از پژوهش وجود نداشته است.

مشارکت نویسندگان: تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی براساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را داشتند و همگی به یک اندازه در نگارش مقاله سهیم بودند.

References

1. Amani O, Malekzade Moghani M, Peykani S. Retrospective and prospective memory in women with breast cancer as well as breast cancer survivors with history of chemotherapy compared with healthy counterparts. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2016;4(4):8–15. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-886-en.html>
2. Hamid N, Talebian L, Mehrabizadeh Honarmand M, Yavari AH. The effects of logotherapy on depression, anxiety and quality of life of cancer patients in ahvaz big oil haspital. *Psychological Achievements*. 2011;18(2):199–224. [Persian] https://psychac.scu.ac.ir/article_11727.html?lang=en
3. Nyatanga B, De Vocht H. Towards a definition of death anxiety. *International Journal of Palliative Nursing*. 2006;12(9):410–3. <https://doi.org/10.1016/j.ijpn.2006.12.9.21868>
4. Firestone RW, Catlett J. Beyond death anxiety: achieving life-affirming death awareness. First edition. Berlin: Springer Publishing; 2009.
5. Frankel V. *ensen dar jostojouye mana* [Man in search of meaning]. Moarefi A. (Persian translator). Tehran: University of Tehran; 2021.
6. Salehi F, Mohsenzadeh F, Arefi M. Prevalence of death anxiety in patients with breast cancer in Kermanshah, 2015. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2016;8(4):34–40. [Persian] <http://ijbd.ir/article-1-487-en.html>
7. Ahmadi Fard M, Sadeghi M, Gholamrezaei S. The effect of integrative approach logo therapy and hope therapy on the body image fear and social adjustment in the women with breast cancer. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(1):66–74. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1265-en.html>
8. Hadian S, Jabalameli S. The effectiveness of compassion–focused therapy (CFT) on rumination in students with sleep disorders: a quasi-experimental research, before and after. *Stud Med Sci*. 2019;30(2):86–96. [Persian] <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-4677-en.html>
9. Sadeghpour A, Khalatbari J, Seif AA, Shahriariahmadi A. Comparing the effectiveness of compassion - focused therapy and mindfulness training on post - traumatic developmental disorder and cancer burnout in cancer patients. *Psychological Science*. 2020;19(86):193–202. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-610-en.html>
10. Seyedjafari J. The effectiveness of compassion-focused therapy on reducing stress, anxiety, depression, and symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*. 2019;8(30):40–52. [Persian] http://journal-counselling.iiu.ac.ir/article_668768.html?lang=en
11. Ghadampour E, Mansouri L. The effectiveness of compassion focused therapy on increasing optimism and self-compassion in female students with generalized anxiety disorder. *Psychological Studies*. 2018;14(1):59–74. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3120.html?lang=en
12. Salimi A, Arsalandeh F, Zahrakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *Horizon Med Sci*. 2018;24(2):125–31. [Persian] <http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-2739-en.html>
13. Baharvandi B, Kazemian Moghadam K, Haroon Rashidi H. The effectiveness of compassion-focused therapy on ambiguity tolerance and death anxiety in the elderly. *Aging Psychology*. 2020;6(1):13–26. [Persian] https://jap.razi.ac.ir/m/article_1446.html?lang=en
14. Navab M, Dehghani A, Karbasi A. The effectiveness of compassion-based therapy on post traumatic growth in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Mental Health*. 2019;6(1):239–50. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.1.20>
15. Delavar A. *Mabani nazari va amali pazhouhesh dar oloume ensani va ejtemaei* [Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences]. Tehran: Roshd pub; 2009. [Persian]
16. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Traum Stress*. 1996;9(3):455–71. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
17. Heidarzadeh M, Rassouli M, Mohammadi Shahbolaghi F, Alavi Majd H, Mirzaee H, Tahmasebi M. Validation of the Persian version of the Posttraumatic Growth Inventory in patients with cancer. *Payesh*. 2015;14(4):467–73. [Persian] <http://payeshjournal.ir/article-1-228-en.html>
18. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*. 1970;82(2):165–77. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
19. Rajabi Gh, Bohrani M. Tahlile ameli soalhaye meghyas ezterabe marg [Item factor analysis of The Death Anxiety Scale]. *Journal of Psychology*. 2002;5(4):331–44. [Persian]

20. Barghi Irani Z, Bagiyankulemarz MJ, Bakhti M. Effectiveness of cognitive therapy based on "compassionate-mind" on the modification of maladaptive schemas and reduction of negative emotions in students with mathematics disorder. *Contemporary Psychology*. 2016;11(1):103–17. [Persian] http://bjcp.ir/browse.php?a_id=518&sid=1&slc_lang=en
21. Gilbert P. Compassion focused therapy: the CBT distinctive features series. Esbati M, Feizi A. (Persian translator). Tehran: Ebn-e-Sina Pub; 2018.
22. Saeidi M, Khalatbari J, Ghorbanshiroudi Sh, Abolghasemi Sh. Cognitive behavioral therapy and compassion focused therapy on loneliness of women on the verge of divorce. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10:9. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1220-en.html>
23. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat*. 2009;15(3):199-208. doi: [10.1192/apt.bp.107.005264](https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264)
24. Zemestani M, Sohrabi A, Taherpour M. Effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety, stress, and weight self-efficacy in patients with eating disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2019;26(4):505–13. [Persian] http://jsums.medsab.ac.ir/article_1218.html?lang=en
25. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz MR, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Contemporary Psychology*. 2013;8(1):91–102. [Persian] http://bjcp.ir/browse.php?a_id=178&sid=1&slc_lang=en
26. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013;52(2):199–214. <https://doi.org/10.1111/bjc.12009>
27. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program: a pilot and randomized trial of MSC program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>