

Research Paper

Effect of Compassion-focused Therapy on Depression, anxiety, Stress, and Quality of Life in Patients With Cancer: A Clinical Trial



Mahsa Mirzakhani¹ , *Banafshe Gharraee² , Komeil Zahedi Tajrishi² , Sajad Khanjani² , Ahmad Ali Noorbala³ , Seyed Reza Safaei Nodehi⁴

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of School of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.
2. Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Psychological Medicine Research Center, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Internal Medicine, Hematology and Medical Oncology Ward, Cancer Reserch Center, Cancer Institue, Imam Khmaini Hospital Complex, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.



Citation Mirzakhani M, Gharraee B, Zahedi Tajrishi K, Khanjani S, Noorbala AA, Safaei Nodehi SR. [Effect of Compassion-focused Therapy on Depression, anxiety, Stress, and Quality of Life in Patients With Cancer: A Clinical Trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 29(2):142-155. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.4462.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.4462.1>



Received: 11 Jan 2023

Accepted: 15 Jun 2023

Available Online: 01 Jul 2023

Key words:

Compassion-focused Therapy, Cancer, Depression, Anxiety, Stress, Quality of Life

ABSTRACT

Objectives Cancer is a chronic and life-threatening disease. More than 50% of patients with cancer suffer from some psychological disorders. Compassion-focused therapy (CFT) is a new approach in psychology. This study aimed to evaluate the effectiveness of CFT on some Psychological Symptom and quality of life of cancer patients.

Methods This is a randomized clinical trial with a pre-test-post-test design. Thirty cancer patients referred to the chemotherapy ward of Imam Khomeini Hospital in Tehran, Iran, were selected by a convenience sampling method and randomly assigned to intervention and control groups. The intervention group received CFT for 8 weeks. All participants were assessed by self-compassion scale (SCS), depression anxiety stress (DASS), and EORTC QLQ-C30 before, immediately after the intervention. Data were analyzed by Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and univariate analysis of covariance (ANCOVA) with SPSS software, version 23.

Results Anxiety, depression, and stress were significantly reduced in the intervention group in the post-test and follow-up phases ($P < 0.01$). the quality of life significantly increased after treatment compared to the control group.

Conclusion CFT can be an effective treatment for reducing depression, anxiety, and stress and improving the QoL of patients with cancer.

* Corresponding Author:

Banafshe Gharraee, Associate Professor.

Address: Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 61551515

E-mail: gharraee.b@iums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Cancer is a life-threatening disease whose diagnosis and treatment may be stressful for patients [1] and experience different levels of stress [4]. Stress is a risk factor that can increase the vulnerability of patients with cancer [5]. Anxiety and depression are also common among these patients, which can affect their quality of life (QoL) [2, 3]. Psychotherapy is considered a common non-pharmacological approach to reduce the psychological distress of cancer patients [10]. Compassion-focused therapy (CFT) is a new therapeutic approach from the third wave of cognitive therapies [13]. The basic principle of CFT is that external thoughts, emotions, images, and palliative behaviors should be internalized so that the human mind can control itself internally as a response to these external factors. In fact, CFT emphasizes relaxation, self-compassion, and mindfulness, which play a major role in relaxing the mind, reducing stress, and controlling negative automatic thoughts [13]. The CFT has become important in improving the psychological well-being of patients with physical illnesses. This study aims to investigate the effects of CFT on depression, anxiety, stress, and QoL of patients with cancer.

Method

This a randomized controlled clinical trial with a pre-test/post-test/follow-up design conducted in Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran. We selected 30 patients with cancer based on inclusion and exclusion criteria. They were randomly assigned to the intervention and control groups. They filled out three questionnaires including the self-compassion scale, the depression anxiety stress scale, and the EORTC Core quality of life questionnaire before (pre-test), immediately after (post-test) and two months after (follow-up) the intervention. MANOVA was used for data analysis.

Results

In this part, the mean and standard deviation score of participants before and after intervention are presented in Table 1. There were significant differences in depression, anxiety, and stress levels before and after intervention. This effect remained after the follow-up. The CFT reduced the level of depression, anxiety, and stress in patients with cancer (Table 2). There was a significant difference in QoL before and after the intervention. This effect remained after the follow-up. Th CFT increased the QoL of patients with cancer (Table 3).

Table 1. Mean scores of the study variables in two groups before and after intervention (n=15)

Variables	Mean±SD			
	CFT		Control	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Depression	13.20±8.57	4.40±3.04	17.80±8.64	17.67±9.03
Anxiety	15.93±6.92	6.67±2.44	17.20±9.85	17.47±10.47
Stress	19.13±6.57	7.47±2.72	23.00±8.25	23.87±8.41
QOL	46.33±23.90	80.27±10.70	39.67±25.45	33.53±24.59

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Table 2. MANOVA results for depression, anxiety, and stress in the post-test and follow-up phases

Source	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Observed Power
Depression	1320.033	1	1320.033	29.036	0.001	0.51	0.999
Group Anxiety	874.800	1	874.800	15.129	0.001	0.35	0.963
Stress	2017.200	1	2017.200	51.559	0.001	0.65	1.000

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Table 3. ANCOVA results for QoL in the post-test and follow-up phases

Source	Sum of Squares	df	Mean square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Observed power	
Group	QoL	13530.403	1	13530.403	83.181	0.001	0.75	1.000

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Discussion

The findings showed that CFT was effective in reducing depression, anxiety, and stress, and in improving the QoL of patients with cancer. The study findings are consistent with the results of some previous studies that showed a reduction in depression, stress, and anxiety levels [30-32]. Self-compassion can be considered an emotion-focused coping strategy, because it emphasizes the conscious awareness of one's emotions, acceptance of unpleasant and painful emotions (instead of avoiding them), and understanding them as common feelings among humans. Based on this approach, individuals first recognize their emotional experiences based on consciousness and then find a compassionate attitude towards their negative emotions [12, 13]. CFT helps individuals employ more adaptive coping skills in different situations and teaches them to be more compassionate towards their painful emotions instead of avoiding them. Therefore, CFT can protect cancer patients against psychological disorders, which in turn influence the course of the disease.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This research was approved by the Research Ethics Committee of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1397.098) and was registered by the [Iranian Registry of Clinical Trials](#) (IRCT no: IRCT20141108019855N4).

Funding

This article was extracted from a research project funded by [Iran University of Medical Sciences](#), Tehran, Iran.

Authors contributions

Conceptualization, design, and draft preparation: Mahsa Mirzakhani, Banafsheh Gharaee, Komeil Zahedi Tajrishi; data interpretation and investigation: Mahsa Mirzakhani and Sajad Khanjani; writing original draft: Mahsa Mirzakhani; editing & review, and supervision: Banafsheh Gharaee and Sajad Khanjani. All authors read and approved the final manuscript.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank Shahriar Fardad (oncology specialist) for evaluation and selection of patients, Niko Arbab (a psychologist in the oncology department), and all participants for their cooperation.

مقاله پژوهشی

اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر برخی از نشانه‌های روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان: کارآزمایی بالینی تصادفی

مهسا میرزاخانی^۱، * بنفشه غرایبی^۲، کمیل زاهدی تجریشی^۳، سجاد خانجانی^۴، احمدعلی نوربالا^۵، سیدرضا صفایی نودهی^۶

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توابعی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۳. بخش روان‌تنی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. گروه خون و سرطان بالغین (هماتولوژی و مدیکال آنکولوژی)، انستیتو کنسر ایران، مجتمع بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.



Citation Mirzakhani M, Gharraee B, Zahedi Tajrishi K, Khanjani S, Noorbala AA, Safaei Nodehi SR. [Effect of Compassion-focused Therapy on Depression, anxiety, Stress, and Quality of Life in Patients With Cancer: A Clinical Trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 29(2):142-155. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.4462.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.4462.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۱ دی ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۲۴ خرداد ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

اهداف: سرطان یک بیماری مزمن و تهدیدکننده زندگی است. بیش از ۵۰ 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 است. هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر برخی از نشانه‌های روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه آماری پژوهش، تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش شیمی‌درمانی بیمارستان امام خمینی شهر تهران بودند که ۳۰ 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 ۸ جلسه ۲ ساعته گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت 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 شفقت به خود، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به سرطان پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکووا) و تحلیل واریانس تک متغیره (آنکووا) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، اضطراب، افسردگی و استرس گروه آزمایش بعد از درمان، کاهش معناداری یافت ($P < 0.01$). همچنین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بعد از درمان، افزایش معناداری در مقایسه با گروه کنترل پیدا کرد ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر شفقت، درمان مؤثری برای علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به سرطان است. همچنین این درمان سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر شفقت، سرطان، افسردگی، اضطراب، استرس، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول:

بنفشه غرایبی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، (انستیتو روانپزشکی تهران) دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۶۱۵۵۱۵۱۵ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: gharraee.b@iums.ac.ir

مقدمه

در این میان، روان‌درمانی یک رویکرد رایج غیردارویی، برای کمک به پریشانی روان‌شناختی بیماران سرطانی محسوب می‌شود [۱۰]. در این راستا، درمان مبتنی بر شفقت^۱، رویکرد درمانی جدیدی از نسل سوم درمان‌های شناختی است که برخاسته از مفهوم شفقت به خود^۲ در روانشناسی است [۱۱]. پل گیلبرت، مبدع درمان مبتنی بر شفقت، شفقت را به‌عنوان مهربانی همراه با آگاهی عمیق از درد و رنج خود و سایر موجودات زنده همراه با آرزو و تلاش جهت تسکین درد و رنج تعریف کرده است [۱۲]. اصل اساسی درمان مبتنی بر شفقت بیانگر این است که افکار و عواطف، تصاویر و رفتارهای تسکینی خارجی باید به‌گونه‌ای درونی شوند که ذهن انسان بتواند همان‌گونه که به عوامل بیرونی پاسخ می‌دهد، به شکل درونی نیز بر خود تسلط یابد. درمان مبتنی بر شفقت بر آرام‌سازی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی که نقش بسیار مهمی در آرامش ذهنی و کاهش استرس و کنترل افکار خودآیند منفی افراد دارد، تأکید می‌کند [۱۳].

شفقت به‌عنوان یک فن تنظیم هیجان در نظر گرفته می‌شود که به افراد می‌آموزد نه تنها از احساسات ناخوشایند و دردناک خود اجتناب نورزند بلکه باید آن‌ها را شناسایی کنند و مورد پذیرش و شفقت قرار دهند [۱۴]. اگرچه مفهوم شفقت به خود، خاستگاه بودایی دارد، اما دلالت‌های مهمی در فهم سازگاری روان‌شناختی بین فرهنگی مطرح می‌شود. براساس پژوهش قربانی و همکاران، شفقت به خود در میان ایرانیان مسلمان با آگاهی از خود، عزت نفس و ارضای نیازهای اساسی فرد همبستگی مثبت و با افسردگی و اضطراب همبستگی منفی دارد [۱۵]. براساس شواهد موجود، ارزش درمان شفقت به خود شامل درمان‌های گروهی برای طیفی از مشکلات مانند اختلالات خوردن، افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت، روان‌پریشی، آسیب مغزی، سوءمصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه نشان داده شده است [۱۶]. شفقت به خود بالاتر با سلامت روان‌شناختی بیشتر، افسردگی و اضطراب کمتر [۱۷، ۱۸]، شادی، خوش‌بینی و رضایت از زندگی بیشتر [۱۷، ۱۹] و رفاه و بهزیستی بیشتر [۱۷] مرتبط است. همچنین فرد تاب‌آوری بالاتر و مهارت مقابله‌ای مناسب‌تری را در مقابل استرس از خود نشان می‌دهد [۲۰].

اگرچه تمرکز موجود بیشتر پژوهش‌ها بر روی مشکلات سلامت روان به‌صورت مجزا بوده است، اما شواهدی از ادغام این نوع مداخلات در سلامت جسمانی نیز وجود دارد. در یک مطالعه سیستماتیک که به بررسی مفهوم شفقت به خود در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی پرداخته شده است، میزان شفقت به خود پایینی در این بیماران گزارش کرده است [۲۱]. از طرفی میزان خطرپذیری این بیماران در ابتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی بیشتر از سایر افراد بوده است [۲۱]. در مطالعه دیگری،

سرطان یک مشکل عمده بهداشت عمومی است که زندگی و سلامت انسان را در سراسر جهان تهدید می‌کند. بیماران مبتلا به سرطان به‌دلیل بیماری و درمان، مشکلات جسمی و روانی مختلفی از جمله کیفیت زندگی پایین، ترس از مرگ و اختلال در روابط بین‌فردی را تجربه می‌کنند که به‌نوبه‌خود می‌تواند به احساس از دست دادن کنترل، اضطراب، افسردگی و اختلالات خواب در این بیماران منجر شود [۱، ۲]. براساس پژوهش‌ها، ۷۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب خفیف و ۳۳ درصد از این بیماران، افسردگی و اضطراب پاتولوژیک را تجربه می‌کنند [۳، ۴]. اضطراب یا افسردگی طولانی‌مدت می‌تواند به رفتار عاطفی غیرعادی، تأخیر در تفکر و پاسخ‌های شناختی منجر شود و حتی ممکن است پیامدهای جدی مانند آسیب به خود و خودکشی را در پی داشته باشد [۵].

از طرفی، بیماران مبتلا به سرطان دارای سطوح مختلفی از استرس در ارتباط با تشخیص، بیماری، درمان و خودمراقبتی هستند [۶]. همچنین استرس عامل خطر در میزان آسیب‌پذیری محسوب می‌شود. براساس پژوهش‌های اخیر، سطوح بالای استرس ادراک‌شده در افراد مبتلا به سرطان سبب افزایش فعالیت آمیگدال مغز مخصوصاً در نواحی چپ آن می‌شود که متعاقباً فرد تهدید بیشتری را احساس می‌کند. از طرفی افزایش استرس سبب افزایش فعالیت پروتین واکنشی C می‌شود که یک عامل مهم در ایجاد و چرخه التهاب در بدن فرد است و خود سبب پیشرفت و بدخیم شدن تومور در این بیماران می‌شود [۷].

علاوه‌برآن، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، یکی از عناصر تعیین‌کننده در حفظ بقای بیماران محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی^۱، کیفیت زندگی را به‌عنوان درک و فهم فرد از جایگاه شخصی خود در ارتباط با دیگران، فرهنگ و سیستم ارزشی تعریف می‌کند که سبب درگیری فرد در جهت اهداف، استانداردها و انتظارات می‌شود [۸]. کیفیت زندگی حول محور وضعیت سلامتی بیمار، اعتقادات، روابط اجتماعی، محیط و وضعیت روان‌شناختی او می‌چرخد. این عوامل به‌عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده مدت‌زمان زنده ماندن فرد محسوب می‌شوند [۹]. برای هر بیمار مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی یک نگرانی مهم از زمان تشخیص و در طول درمان محسوب می‌شود، زیرا درک و دریافت بیمار از وضعیت سلامتی و درمان را نشان می‌دهد. از این‌رو، ارزیابی و شناخت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، به ارائه بهتر خدمات سلامت به بیماران منجر می‌شود که به‌عنوان یک متغیر مستقل، بر روند درمان بیماران مبتلا به سرطان اثر می‌گذارد [۸].

2. Compassion Focused Therapy (CFT)

3. Self-compassion

1. World Health Organization (WHO)

شیمی‌درمانی تزریقی یا شیمی‌درمانی همراه با جراحی^۴ قرار داشتند. عملکرد بیماران نیز براساس معیار گروه انکولوژی تعاونی شرق^۵ که سطح عملکرد بیمار را از نظر مراقبت از خود، فعالیت روزانه و توانایی فیزیکی توصیف می‌کند، یکی از ۳ امتیاز صفر، ۱ یا ۲ بود. از دیگر ملاک‌های ورود، قرار گرفتن در گروه سنی ۱۸ سال به بالا، داشتن حداقل مدرک دیپلم و علاقه‌مندی به شرکت در جلسات روان‌درمانی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش هم عبارت بودند از: مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، شرکت هم‌زمان در سایر درمان‌های روان‌شناختی و ۳ جلسه غیبت در جلسات درمان.

برای انتخاب نمونه، ابتدا تمامی این ملاک‌ها در اختیار کلیه پزشکان بخش بیمارستان قرار گرفت تا بیماران با شرایط مذکور را به روان‌شناس بخش ارجاع دهند. سپس فهرستی از بیماران مبتلا به سرطان که شرایط حضور در پژوهش را داشتند، تهیه شد. در مرحله بعد از میان این افراد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و از آن‌ها جهت شرکت در درمان به صورت تماس تلفنی دعوت به عمل آمد. سپس از میان موافقان ۳۰ نفر به صورت تصادفی و باتوجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و به حضور در جلسه توجیهی و اجرای پیش‌آزمون دعوت شدند.

روش اجرا

به‌منظور اجرای برنامه درمانی، پروتکل درمانی ۸ جلسه‌ای از کتاب درمان متمرکز بر شفقت پل گیلبرت [۲۷] استخراج شد. مدل انطباق‌یافته برای بیماران مبتلا به سرطان براساس متغیرها و بر مبنای ادبیات تحقیق [۲۲] لحاظ شد. همچنین براساس نظر خبرگان و متخصصین حوزه درمان مبتنی بر شفقت اعتبار محتوایی آن سنجیده شد. خلاصه جلسات درمان در جدول شماره ۱ ارائه شده است. جلسات توسط دو نفر از متخصصین روان‌شناسی بالینی که در این زمینه آموزش دیده بودند و با نظارت مسئول طرح برگزار شد.

باتوجه به شرایط جسمانی بیماران مبتلا به سرطان و ناتوانی آن‌ها برای شرکت در جلسات طولانی‌مدت، هر جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای با استفاده از وقت استراحت ۱۵ دقیقه‌ای به ۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تقسیم شد که در این حد فاصل از بیماران پذیرایی شد. قبل از شروع درمان کلیه آزمودنی‌ها از طریق ۳ پرسش‌نامه مقیاس شفقت به خود^۶، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۷ و

رابطه بین نمرات پایین شفقت به خود با افزایش نشانه‌های استرس، افسردگی و پایین بودن ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شده است [۲۲]. علاوه بر این، دو مطالعه دیگر تأثیر مثبت مداخلات مبتنی بر شفقت را در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی نشان داده‌اند [۲۳، ۲۴]. با گسترش شواهد، اهمیت مداخلات درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود وضعیت روان‌شناختی برای جمعیت‌های درگیر بیماری‌های جسمی برجسته شده است [۲۵]. از سوی دیگر، تسکین و درمان هدفمند علائم اضطراب و افسردگی مرتبط با سرطان در طول دوره درمان بیماران مبتلا به سرطان برای بهبود کیفیت کلی زندگی بیماران و خانواده‌های آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد [۵]. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی بیماران سرطانی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. در این مطالعه از روش یک‌سرکور استفاده شد و بیماران هیچ‌آگاهی از مداخله نداشتند.

شرکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل کلیه افرادی (زن و مرد) بودند که از سپتامبر سال ۲۰۱۹ تا مارس سال ۲۰۲۰ به بخش شیمی‌درمانی بیمارستان امام‌خمينی شهر تهران مراجعه کرده بودند. این افراد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی به صورت مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مطالعه حاضر با مراجعه به جدول کوهن، حجم نمونه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۷، توان آزمون ۰/۹۱ و سطح معناداری ۰/۰۱ و براساس مطالعات قبلی، ۲۵ نفر تعیین شد. باتوجه به احتمال افت آزمودنی، حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل ۱۵ نفر و مجموعاً ۳۰ نفر در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش طبق مشاوره با فوق‌تخصص انکولوژی در مرکز تحقیقات سرطان بیمارستان امام‌خمينی لحاظ شد تا بیماران به لحاظ وضعیت جسمانی همگن باشند. براین اساس، بیمارانی وارد مطالعه شدند که تشخیص قطعی تومور سالید را دریافت کرده بودند و در یکی از مراحل ۲، ۳ یا ۴ بیماری بودند (مرحله صفر = بودن سرطان در محل، مرحله ۱ = گسترش منطقه‌ای، مرحله ۲ و ۳ = گسترش محلی، مرحله ۴ = گسترش دوردست [۲۶] که مرحله ۴ مشروط به این بود که حداقل ۶ ماه زنده بمانند. همچنین آن‌ها تحت شیمی‌درمانی از جمله

4. Targeted therapy

5. Eastern cooperative oncology group (ECOG)

6. Self-compassion Scale (SCS)

7. Depression Anxiety Stress (DASS)

دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را دربر می‌گیرد. علائمی که در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، مقیاس استرس را شکل می‌دهند، شباهت بسیاری به علائم همراه با اختلال اضطراب منتشر دارند [۲۹].

از نظر شاخص‌های روان‌سنجی، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ گزارش شده است که نشان می‌دهد پرسش‌نامه از ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی برخوردار است. برای بررسی روایی همگرا و افتراقی، همبستگی بین خرده‌مقیاس اضطراب DASS-42 و پرسش‌نامه اضطراب بک^۹ ۰/۸۱ و همبستگی بین خرده‌مقیاس افسردگی DASS-42 و پرسش‌نامه افسردگی بک^{۱۰} ۰/۷۴ محاسبه شد که حاکی از روایی مطلوب این پرسش‌نامه است [۳۰]. آلفای کرونباخ نسخه فارسی DASS-42 برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش شده و ضریب همبستگی بین نمرات خرده‌مقیاس افسردگی با نمرات آزمون افسردگی بک ۰/۸۴، نمرات خرده‌مقیاس اضطراب با مقیاس اضطراب زونگ ۰/۸۳ و نمرات خرده‌مقیاس استرس با نمرات مقیاس استرس دانش‌آموزان ۰/۷۵ به دست آمده است ($P < 0/01$) [۳۱].

پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، یک ابزار خلاصه و خودپاسخ‌گو شامل ۳۰ سؤال است که به‌طور اختصاصی جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان طراحی شده است. هدف این پرسش‌نامه، بررسی اثر بیماری و درمان بر زندگی روزانه بیماران است. پرسش‌ها، ۵ بعد عملکرد (فیزیکی، نقش‌پذیری، هیجانی، شناختی و اجتماعی)، یک بعد کلی کیفیت زندگی، ۳ بعد علائم (خستگی، تهوع-استفراغ و درد) و ۶ آیتم مجزا را شامل می‌شوند. پاسخ‌ها به‌صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای از ۱ تا ۴ است و نمره نهایی پرسش‌نامه برای شاخص‌های عملکرد به صفر (بدترین وضعیت سلامتی) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت سلامتی) و برای شاخص‌های علائم و وضعیت کلی سلامت به صفر (عدم وجود علائم، بهترین وضعیت سلامتی) تا ۱۰۰ (بیشترین شدت علائم، بدترین وضعیت سلامتی) اختصاص می‌یابد. این پرسش‌نامه توسط صفایی و دهکردی مقیمی در تهران هنجاریابی شده و آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برابر با ۰/۷۰ بوده است [۳۲].

پرسش‌نامه یادشده را منتظری و همکاران نیز در ایران هنجاریابی کردند و پرسش‌نامه در دو مقطع زمانی بر روی یک نمونه متوالی از ۱۶۸ بیمار مبتلا به سرطان پستان تازه تشخیص

پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان^۸ مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس بلافاصله بعد از پایان ۸ جلسه درمانی، از همه افراد نمونه (گروه آزمایش و کنترل) پس‌آزمون به عمل آمد و به‌منظور پیگیری نیز ۲ ماه بعد از درمان، شرکت‌کنندگان ارزیابی مجدد شدند.

هر دو گروه تحت درمان دارویی معمول بیماران مبتلا به سرطان قرار داشتند و تنها تفاوت درمانی آن‌ها از لحاظ دریافت یا عدم دریافت گروه درمانی مبتنی بر شفقت بود. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پس‌آزمون، گروه کنترل نیز به‌مدت ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل تکمیل و اخذ فرم رضایت‌نامه، رعایت اصل محرمانه نگه داشتن اسرار آزمودنی‌ها و دریافت کد اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

برای جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسش‌نامه استفاده شد:

مقیاس شفقت به خود

مقیاس شفقت به خود که برای اولین بار نف [۱۷] آن را طراحی و نمره‌گذاری کرده است، شامل ۲۶ ماده است و پاسخ‌های آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس ۳ مؤلفه دوقطبی را در قالب ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود (معکوس)، بهوشیاری، همانندسازی فرآینده (معکوس)، اشتراک‌های انسانی و انزوا (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. مطالعات متعددی، اعتبار همگرا، اعتبار افتراقی، همسانی درونی و پایایی آزمون‌بازآزمون این مقیاس را مناسب نشان داده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این ابزار ۰/۹۲ گزارش شده [۲۷] و ضریب آلفای کرونباخ آن در مطالعه‌ای در ایران نیز ۰/۸۴ به دست آمده است [۲۸].

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

این مقیاس از ۴۲ عبارت مرتبط با علائم منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده‌مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و توانمندی را می‌سنجند. خرده‌مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب‌های موقعیتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و خرده‌مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در

9. Beck Anxiety Inventory (BAI)

10. Beck Depression Inventory (BDI)

8. European Organization For Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30)

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر روی متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس از مانووا استفاده شد. نتایج آزمون‌های چندمتغیره مربوط به تعامل متغیرهای وابسته با عضویت گروهی معنادار بود (لامبدای ویلکز=۰/۲۸۲، $P < 0/001$). نتایج نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل بر کاهش نمرات متغیرهای افسردگی ($F = (290.36)$ ، $P < 0/001$)، اضطراب ($F = (151.29)$ ، $P < 0/001$) و استرس ($F = (511.99)$ ، $P < 0/001$) در افراد مبتلا به سرطان معنادار است. اندازه اثر برای ۳ متغیر افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۳۵ و ۰/۶۵ به دست آمد که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر شفقت ۵۱، ۳۵ و ۶۵ درصد واریانس تغییرات متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس را از پیش‌آزمون به پس‌آزمون به ترتیب تبیین می‌کند و مابقی به عوامل دیگر مربوط است. توان آماری در این تحلیل ۰/۹۹۹، ۰/۹۶۳ و ۱/۰۰۰ است که نشان‌دهنده قدرت بالای آزمون در کشف تفاوت‌های معناداری است (جدول شماره ۲).

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر روی متغیر کیفیت زندگی از آن‌ها استفاده شد. همان‌طور که نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با گروه کنترل با افزایش معنادار در نمرات کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان همراه است ($F = (837.18)$ ، $P < 0/001$). اندازه اثر برای متغیر کیفیت زندگی ۰/۷۵ به دست آمد که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر شفقت، ۷۵ درصد واریانس تغییرات متغیر کیفیت زندگی را از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تبیین می‌کند و مابقی به عوامل دیگر مربوط است. توان آماری در این تحلیل ۱/۰۰۰ است که نشان‌دهنده قدرت بالای آزمون در کشف تفاوت‌های معناداری است.

بحث

پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. این پژوهش با مطالعه اسنودگراس و همکاران که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران دارای بیماری مزمن جسمی را نشان داد، همسو می‌باشد. این مطالعه بر این نکته تأکید می‌کند که مفهوم شفقت به خود به بهزیستی روانی بیماران کمک قابل‌ملاحظه‌ای می‌کند و علائم افسردگی و اضطراب را در بیماران کاهش می‌دهد [۲۸].

براساس مطالعه کاروالو و همکاران که یک مطالعه کارآزمایی بالینی بود و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با درمان مبتنی بر شفقت در بیماران مزمن جسمی مقایسه کرده بود، هر دو درمان به یک میزان اثربخشی دارند و سبب کاهش اضطراب بیماران مزمن جسمی می‌شوند. آن‌ها همچنین نتیجه

داده‌شده اجرا شد و تقریباً همه آن‌ها (۹۹ درصد) سوالات را قابل درک و قابل قبول دانستند. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های چندسؤالی (برای آزمون پایایی) از ۰/۴۸ تا ۰/۹۵ در ابتدا و از ۰/۵۲ تا ۰/۹۸ در اجرای بعدی پرسش‌نامه متغیر بود. روایی با استفاده از دو روش همبستگی بین‌مقیاسی و مقایسه گروه‌های شناخته‌شده بررسی شد. تقریباً همه همبستگی‌های بین‌مقیاسی در جهت مورد انتظار از نظر آماری معنادار بودند. تجزیه و تحلیل مقایسه گروه‌های شناخته‌شده نشان داد همه مقیاس‌های عملکرد و علائم بین زیرگروه‌های بیماران مختلف از نظر وضعیت بالینی (که براساس وضعیت عملکرد و مرحله بیماری آن‌ها تعریف می‌شود)، تمایز قائل می‌شود. به‌طور کلی، نسخه ایرانی پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، معیاری قابل اعتماد و معتبر برای سنجش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی است [۳۳].

یافته‌ها

در پژوهش حاضر داده‌های ۳۰ آزمودنی تحلیل شدند. براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی ۲۶ درصد از شرکت‌کنندگان گروه مداخله در دامنه سنی ۲۵-۳۵ و ۷۳ درصد از آن‌ها در گروه سنی ۳۶-۶۰ قرار داشتند، در حالی که در گروه کنترل ۳۳ درصد در گروه سنی ۲۵-۳۵ و ۶۶ درصد در دامنه سنی ۳۶-۶۰ سال بودند. علاوه بر آن، از نظر تحصیلات به ترتیب ۵۳، ۴۰ و ۶ درصد دارای مدرک تحصیلی دیپلم، دبیرستان، لیسانس و فوق لیسانس بودند، در حالی که در گروه کنترل به ترتیب ۴۶ و ۵۳ درصد دارای مدرک دیپلم و لیسانس بودند. تفاوت آماری معناداری بین گروه‌ها در تمامی مشخصات جمعیت‌شناختی وجود نداشت. در جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی براساس شاخص‌های میانگین و انحراف معیار قبل و بعد از مداخله ارائه شده است.

پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس قبل از انجام تجزیه و تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون ام‌باکس حاکی از این بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تأیید شده است ($F = (1.71)$ ، $Sig = 0/241$). آزمون برابری واریانس‌های خطا لون^{۱۱} نشان‌دهنده همگنی واریانس‌های بین گروهی بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون شاپیرو ویلک^{۱۲} و کلموگروف اسمیرنوف^{۱۳} نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است ($P > 0/05$). همچنین نتایج پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد که میان ضرایب رگرسیون در متغیر کیفیت زندگی و همپراش در گروه تفاوت معنادار مشاهده نشد. بنابراین، فرض همگنی ضرایب رگرسیون برقرار است ($P > 0/05$).

11. Levene's test
12. Shapiro-Wilk
13. Kolmogorov-Smirnov

جدول ۱. جلسات آموزش درمان مبتنی بر شفقت

جلسات	محتوای جلسه	جزئیات
اول	طرح کلی و اهداف برنامه	طرح کلی اهداف، قوانین گروه. موضوع مورد بحث: توضیح و آشناسازی اعضای گروه با منطق و اصول درمان مبتنی بر شفقت.
دوم	آشنایی با درک مدل درمان	توضیح سامانه تنظیم هیجان، چگونگی تأثیر تجارب دشوار و دردناک زندگی از قبیل بیماری بر این سامانه، معرفی سازه خودشفقتی و رفع سوءبرداشت‌های رایج و احتمالی درباره آن معرفتی و آشناسازی اعضای گروه با تصویرسازی (معنا و مفهوم، منطق و اثربخشی آن).
سوم	آموزش مفاهیم مرتبط با درمان	مروری بر جلسه قبل، در میان گذاشتن اختیاری تجارب دردناک ناشی از ابتلا به سرطان توسط اعضای گروه برای شناسایی تجربه عمیق رنج در دیگران در جهت ایجاد بستری برای معرفی مفهوم انسانیت مشترک. توضیح مفهوم انسانیت مشترک در برابر مفهوم جداسازی و تأثیر آن در نحوه مواجهه با مصائب زندگی نظیر بیماری‌ها. پرورش درک شفقت‌ورزی از سوی دیگران به کمک حافظه. پرورش شفقت‌ورزی نسبت به دیگران (در پرتوی درک مفهوم انسانیت مشترک). معنا و مفهوم تصویرسازی و تمرین تصویرسازی ذهنی و انجام آن به‌عنوان تکلیف خانگی.
چهارم	آموزش تکنیک‌های رفتاری مرتبط با شفقت	مرور جلسه قبل، بررسی و به اشتراک گذاشتن تکالیف خانگی در گروه، آموزش و تمرین خلق یک مکان امن، آموزش و تمرین ریتم تنفس تسکین‌دهنده. آشنایی با مفهوم ذهن سرگردان، شناسایی بخش‌های مختلف خود با صداهای درونی (بخش‌های مختلف خود) و انجام تکلیف خانگی و آموزش و ایفای نقش با تکنیک صندلی مشفق.
پنجم	آموزش تکنیک‌های شناختی مرتبط با شفقت	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش و تمرین فاصله‌گیری و نظاره‌گری خردمندانه و آموزش گسستن از هم‌هویت‌شدگی با افکار، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود.
ششم	تجربه و تمرین شفقت به خود	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، آموزش توجه، تفکر، رفتار و احساس مشفقانه. نوشتن نامه مشفقانه و به اشتراک گذاشتن آن در صورت تمایل.
هفتم	تمرین شفقت‌ورزی در مکان‌های مختلف.	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، خلق یک تصویر آرمانی از خود مشفق، حرکت از تصویرسازی به سمت رفتار مشفقانه و تمرین آن در طی جلسات. تمرین شفقت‌ورزی در مکان‌های مختلف.
هشتم	جمع‌بندی کلی	مرور مفاهیم مطرح‌شده در جلسات قبل و جمع‌بندی نهایی، نقد و بررسی جلسات گذشته، پاسخ به پرسش‌های اعضای گروه و رفع ابهامات و سوءبرداشت‌های احتمالی در جهت به‌کار بستن تکنیک‌های آموخته‌شده در آینده، تأکید بر به‌کارگیری رویکرد مشفقانه و تمرین‌های شفقت‌ورزی در موقعیت‌های مختلف زندگی.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

با پژوهش صادقی و همکاران مبنی بر مؤثر بودن رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت بر کاهش سطوح نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان سینه، در توافق است [۳۵].

علاوه‌براین، نتایج مطالعات کربی و همکاران، قنوتی و همکاران و مطالعه فراتحلیلی برنتسن و همکاران نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت، سطوح شفقت به خود را افزایش می‌دهد و سبب کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و پریشانی روان‌شناختی در گروه‌های مختلف می‌شود [۱۲، ۳۶، ۳۷]. در بسیاری از افرادی که با اختلال‌های روان‌شناختی درگیرند، سطح بالای استرس سبب افزایش فعالیت آمیگدال مغز می‌شود و سیستم تهدید و محافظت از خود نیز به‌نوعی دچار پرکاری شدید می‌شود؛ همچنین سیستم رضایت و تسکین در این افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند،

گرفتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت، درمان‌های مقرون‌به‌صرفه‌ای برای اتقای سلامت روان افراد مبتلا به بیماری جسمی هستند. این مطالعه در بهبود علائم اضطرابی بیماران با پژوهش حاضر، هم‌راستا است [۲۹].

مطالعه سرمه و همکاران درباره اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بیماران مبتلا به سرطان‌های زنانه بود و نشان داد درمان گروهی مبتنی بر شفقت بر زنان مبتلا به سرطان زنانه سبب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده است. هرچند این پژوهش تأثیر درمان مبتنی بر شفقت را بر بیماران مبتلا به سرطان بیماری‌های زنانه سنجیده بود، اما از این جهت که هر دو نوع مطالعه بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب تمرکز داشتند، به یکدیگر شباهت دارند که با مطالعه حاضر همسوست [۳۴]. همچنین این مطالعه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی به تفکیک مراحل و گروه‌ها (n=۱۵)

متغیر	گروه	میانگین ± انحراف معیار	
		آزمایش	کنترل
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی		۱۳/۲۰ ± ۸/۵۷	۱۷/۸۰ ± ۸/۶۴
اضطراب		۱۵/۹۳ ± ۶/۹۲	۱۷/۴۷ ± ۱۰/۴۷
استرس		۱۹/۱۳ ± ۶/۵۷	۲۳/۰۰ ± ۸/۲۵
کیفیت زندگی		۴۶/۳۳ ± ۲۳/۹۰	۳۹/۶۷ ± ۲۵/۴۵

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

منشأ تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
افسردگی		۱۳۳۰/۰۳۳	۱	۱۳۳۰/۰۳۳	۲۹/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹۹
اضطراب	گروه	۸۴۷/۸۰۰	۱	۸۴۷/۸۰۰	۱۵/۱۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۶۳
استرس		۲۰۱۷/۲۰۰	۱	۲۰۱۷/۲۰۰	۵۱/۵۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای نمره‌های کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

منشأ تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
کیفیت زندگی	گروه	۱۳۵۳/۴۰۳	۱	۱۳۵۳/۴۰۳	۸۳/۱۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

یعنی با تحریک سیستم تسکین‌بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم، تاب‌آوری در برابر اضطراب و افسردگی را بالا می‌برد [۳۸]. عامل دیگری که در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری نقشی مهم ایفا می‌کند، ذهن‌آگاهی است. سازه شفقت به خود از بسیاری جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور باشد؛ زیرا به آگاهی بهوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی و پذیرش آن‌ها و درک آن به‌عنوان احساس‌های مشترک بین انسان‌ها تأکید دارد. درواقع، افراد در این مدل ابتدا با استفاده از بهوشیاری، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند [۳۹].

از نتایج دیگر این پژوهش، افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان است که بعد از ۲ ماه نیز این اثر دیده می‌شد. پینتو - گوویا و همکاران [۲۲] مفهوم شفقت به خود را در بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های مزمن بررسی کردند و نشان دادند مفهوم شفقت به خود به‌طور قابل‌توجهی باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. بیماری سرطان، استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و او را به سوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می‌دهد و درنهایت کیفیت زندگی این بیماران را کاهش می‌دهد. حضور در درمان گروهی و شناختن تجربیات مشترک با سایر اعضا سبب ارتباط با آن‌ها و کاهش احساس تنهایی و بهتر روبه‌رو شدن با درد و رنج خود می‌شود [۳۴].

از آنجایی که مفهوم شفقت به خود، یک سازه بودایی است، اینکه چگونه می‌تواند به سلامت روان و سازگاری روان‌شناختی با فرهنگ‌های مختلف کمک کند، اهمیت بالقوه دارد. براساس پژوهش قربانی و همکاران، شفقت به خود در میان ایرانیان مسلمان، همبستگی مثبتی با آگاهی یکپارچه از خود، عزت نفس

مهم‌سازاخانه‌ای و همکاران. اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر برخی از نشانه‌های روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی، این پروتکل درمانی را در گروه‌های مختلف بیماران مبتلا به سرطان، با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و با سایر رویکردهای روان‌درمانی بررسی کنند. همچنین بهتر است بیماران قبل از ورود به درمان مورد ارزیابی جامع روان‌پزشکی قرار گیرند.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی شامل محرمانه نگهداشتن اطلاعات بیماران، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و اینکه آزمودنی‌ها در هر زمانی، اجازه داشتند، پژوهش را ترک کنند. این مقاله در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT20141108019855N4 ثبت و برگرفته از طرح پژوهشی در گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1397.098 ثبت شده است.

حامی مالی

این مقاله یک پروژه تحقیقاتی بوده که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران حمایت شده است.

مشارکت‌نویسندگان

بررسی مفهوم، طراحی و تدوین نسخه خطی: مهسا میرزاخانی، بنفشه غرابی و کمیل زاهدی تجربی؛ تفسیر داده‌ها، انجام و پیگیری پژوهش: سجاد خانجانی و مهسا میرزاخانی؛ نگارش پیش‌نویس اصلی: مهسا میرزاخانی؛ بررسی انتقادی و نظارت: بنفشه غرابی و سجاد خانجانی؛ خوانش و تأیید مطالعه: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از راهنمایی‌های جناب دکتر شهریار فرداد فوق تخصص آنکولوژی جهت ارزیابی و انتخاب دقیق بیماران و سرکار خانم نیکو ارباب روان‌شناس بخش آنکولوژی و کلیه شرکت‌کنندگان که در این طرح همکاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

تحقیق حاضر با پژوهش سرمه و همکاران مبنی بر عدم تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، هم‌خوان نیست [۳۴]. این ناهم‌خوانی ممکن است ناشی از دلایل مختلفی همچون عدم حمایت مراقبین، درک فرد از کیفیت زندگی، قرار داشتن در مراحل پایانی بیماری سرطان و شرایط جسمی دشوار باشد. این درحالی است که در پژوهش حاضر افرادی که در مرحله ۲ یا ۳ بیماری بودند، وارد درمان شدند و توجه به مرحله بیماری و شرایطی که بیمار در آن قرار دارد مورد توجه قرار گرفت. براساس پژوهش‌ها پینتو - گوویا و همکاران، در پیگیری بیماران مبتلا به سرطان، مداخلات باید بر روی شفقت به خود و ایجاد رفتارهای سازگارانه و رفتارهای مبتنی بر سلامت فرد تأکید داشته باشند؛ درحالی که درمورد بیمارانی که در مرحله شدیدی از درد هستند، لازم است مداخله بر مفهوم شفقت به خود، پذیرش و کاهش انتقاد از خود و نشخوار فکری متمرکز باشد. آنچه در مداخلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان اهمیت دارد، تنوع احتمالی این گروه گسترده است. درواقع، ویژگی‌های خاص بالینی و شدت بیماری بر کیفیت زندگی و سازگاری روان‌شناختی این بیماران تأثیر می‌گذارد که لازم است مورد توجه قرار گیرند [۲۲].

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی بر شفقت سبب کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود و کیفیت زندگی این بیماران را افزایش می‌دهد. براین‌اساس، هنگامی که فرد با مسائل طاقت‌فرسای زندگی مانند یک بیماری تهدیدکننده مواجه است، سازه شفقت به خود می‌تواند در برابر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس از فرد محافظت کند و به او کمک کند تا مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را به کار گیرد. همچنین، این درمان به فرد می‌آموزد از احساسات دردناک خود اجتناب نرزد و با روشی مشفقانه آن‌ها را تجربه کند. بنابراین افزایش ذهنیت و عملکرد مشفقانه، بیماران مبتلا به سرطان را در برابر آسیب‌های روان‌شناختی که به‌نوبه خود بر روند بیماری آن‌ها تأثیر می‌گذارد، محافظت می‌کند.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود شدن مطالعه به یک شهر (شهر تهران)، اجرای آن بر روی بیماران مبتلا به سرطان که از شیمی‌درمانی و درمان دارویی استفاده می‌کردند و همچنین به‌کارگیری تنها یک روش درمانی و عدم مقایسه آن با سایر رویکردهای روان‌درمانی و پیگیری کوتاه‌مدت بیماران که توصیه می‌شود تعمیم نتایج به‌دست‌آمده بر روی سایر بیماران با احتیاط انجام شود.

References

- [1] Farrar AJ, Farrar FC. Clinical Aromatherapy. *The Nursing Clinics of North America*. 2020; 55(4):489-504. [DOI:10.1016/j.cnur.2020.06.015] [PMID]
- [2] Singewald N, Schmuckermair C, Whittle N, Holmes A, Ressler KJ. Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. *Pharmacology & Therapeutics*. 2015; 149:150-90. [DOI:10.1016/j.pharmthera.2014.12.004] [PMID]
- [3] Stringer J, Donald G. Aromasticks in cancer care: An innovation not to be sniffed at. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2011; 17(2):116-21. [DOI:10.1016/j.ctcp.2010.06.002] [PMID]
- [4] Beyliklioglu A, Arslan S. Effect of lavender oil on the anxiety of patients before breast surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2019; 34(3):587-93. [DOI:10.1016/j.jopan.2018.10.002] [PMID]
- [5] Noh GO, Park KS. Effects of aroma self-foot reflexology on peripheral neuropathy, peripheral skin temperature, anxiety, and depression in gynaecologic cancer patients undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019; 42:82-89. [DOI:10.1016/j.ejon.2019.08.007] [PMID]
- [6] Halbert CH, Jefferson MS, Danielson C, Froeliger B, Giordano A, Thaxton JE. An observational study and randomized trial of stress reactivity in cancer disparities. *Health Psychology*. 2020; 39(9):745-757. [DOI:10.1037/hea0000882] [PMID]
- [7] Leschak CJ, Dutcher JM, Haltom KEB, Breen EC, Bower JE, Eisenberger NI. Associations between amygdala reactivity to social threat, perceived stress and C-reactive protein in breast cancer survivors. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2020; 15(10):1056-63. [DOI:10.1093/scan/nsz103] [PMID]
- [8] Kung'u M, Onsongo L, Ogutu JO. Factors influencing quality of life among cancer survivors in Kenya. *African Health Sciences*. 2022; 22(4):87-95. [DOI:10.4314/ahs.v22i4.12] [PMID]
- [9] Kim MK, Sim JA, Yun YH, Bae DS, Nam JH, Park CT, et al. Health-related quality of life and sociodemographic characteristics as prognostic indicators of long-term survival in disease-free cervical cancer survivors. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2016; 26(4):743-9. [DOI:10.1097/IGC.0000000000000665] [PMID]
- [10] Chong Guan N, Mohamed S, Kian Tiah L, Kar Mun T, Sulaiman AH, Zainal NZ. Psychotherapy for cancer patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2016; 51(5):414-430. [DOI:10.1177/0091217416680197] [PMID]
- [11] Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015; 45(5):927-45. [DOI:10.1017/S0033291714002141] [PMID]
- [12] Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*. 2017; 48(6):778-92. [DOI:10.1016/j.beth.2017.06.003] [PMID]
- [13] Khalatbari J, Hemmati Sabet V, Mohammadi H. [Effect of compassion-focused therapy on body image and marital satisfaction in women with breast cancer (Persian)]. *Iranian Journal of Breast Disease*. 2018; 11(3):7-20. [DOI:10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]
- [14] Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Frasca AM, et al. Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012; 43(4):759-70. [DOI:10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014] [PMID]
- [15] Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norbala F. Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2012; 22(2):106-18. [DOI:10.1080/10508619.2011.638601]
- [16] Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2020; 20(4):385-400. [DOI:10.1080/14737175.2020.1746184] [PMID]
- [17] Neff KD. The science of self-compassion. In: Germer CK, Siegel RD, editors. *Compassion and wisdom in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice*. New York: Guilford Press; 2012. [Link]
- [18] Garraee B, Zahedi Tajrishi K, Ramezani Farani A, Bolhari J, Farahani H. A randomized controlled trial of compassion focused therapy for social anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018; 12(4):e80945. [DOI:10.5812/ijpbs.80945]
- [19] Baer RA, Lykins EL, Peters JR. Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*. 2012; 7(3):230-8. [DOI:10.1080/17439760.2012.674548]
- [20] Sbarra DA, Smith HL, Mehl MR. When leaving your ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*. 2012; 23(3):261-9. [DOI:10.1177/0956797611429466] [PMID]
- [21] Misurya I, Misurya P, Dutta A. The effect of self-compassion on psychosocial and clinical outcomes in patients with medical conditions: A systematic review. *Cureus*. 2020; 12(10):e10998. [DOI:10.7759/cureus.10998]
- [22] Pinto-Gouveia J, Duarte C, Matos M, Fráguas S. The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2014; 21(4):311-23. [DOI:10.1002/cpp.1838] [PMID]
- [23] Friis AM, Johnson MH, Cutfield RG, Considine NS. Kindness matters: A randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA1c among patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2016; 39(11):1963-71. [DOI:10.2337/dc16-0416] [PMID]
- [24] Karami J, Rezaei M, Karimi P, Rafiee Z. Effectiveness of self-compassion intervention training on glycemic control in patients with diabetes. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2018; 22:e83282. [DOI:10.5812/jkums.83282]
- [25] Phillips WJ, Hine DW. Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*. 2021; 15(1):113-39. [DOI:10.1080/17437199.2019.1705872] [PMID]
- [26] Brierley J, Gospodarowicz M, O'Sullivan B. The principles of cancer staging. *Ecancermedicalscience*. 2016; 10:ed61. [DOI:10.3332/ecancer.2016.ed61] [PMID]
- [27] Gilbert P. *Compassion-focused therapy: Distinctive features*. Milton Park: Routledge; 2010. [DOI:10.4324/9780203851197]

- [28] Snodgrass R, Carnell J, Chapman T. Living well with illness: Evaluation of a transdiagnostic compassion-focused therapy group for long-term health conditions. *OBM Integrative and Complementary Medicine*. 2022; 7(3):1-21. [DOI:10.21926/obm.icm.2203035]
- [29] Carvalho SA, Skvarc D, Barbosa R, Tavares T, Santos D, Trindade IA. A pilot randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy versus compassion-focused therapy for chronic illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022; 29(2):524-41. [DOI:10.1002/cpp.2643] [PMID]
- [30] Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(3):335-43. [DOI:10.1016/0005-7967(94)00075-U] [PMID]
- [31] Fathi Ashtiani A. [Psychological tests: Personality and mental health (Persian)]. Tehran: Be'sat; 2016. [Link]
- [32] Safaee A, Dehkordi Moghimi B, Tabatabaie S. [Reliability and validity of the QLQ-C30 questionnaire in cancer patients (Persian)]. *Armaghane Danesh*. 2007; 12(2):79-88. [Link]
- [33] Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30): Translation and validation study of the Iranian version. *Supportive Care in Cancer*. 1999; 7(6):400-6. [DOI:10.1007/s005200050300] [PMID]
- [34] Sourmeh A, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The effectiveness of group-based compassion-focused therapy on depression, anxiety and improving the quality of life in women with feminine cancers. *Multidisciplinary Cancer Investigation*. 2020; 4(2):21-7. [DOI:10.30699/mci.4.2.21]
- [35] Haj Sadeghi Z, Yazdi-Ravandi S, Pirnia B. Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: A randomized pilot trial. *International Journal of Cancer Management*. 2018; 11(11):e67019. [DOI:10.5812/ijcm.67019]
- [36] Alighanavati S, Bahrami F, Godarzi K, Rouzbahani M. [Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer (Persian)]. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2018; 7(27):152-68. [DOI:10.30473/hpj.2018.38658.3886]
- [37] Berntsen S, Aaronson NK, Buffart L, Börjeson S, Demmelmaier I, Hellbom M, et al. Design of a randomized controlled trial of physical training and cancer (Phys-Can) - the impact of exercise intensity on cancer related fatigue, quality of life and disease outcome. *BMC Cancer*. 2017; 17(1):218. [DOI:10.1186/s12885-017-3197-5] [PMID]
- [38] Arambasic J, Sherman KA, Elder E; Breast Cancer Network Australia. Attachment styles, self-compassion, and psychological adjustment in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2019; 28(5):1134-41. [DOI:10.1002/pon.5068] [PMID]
- [39] Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009; 15(3):199-208. [DOI:10.1192/apt.bp.107.005264]

This Page Intentionally Left Blank