



The Effectiveness of Group Compassion Focused Therapy on Illness Perception and Psychosocial Adjustment in Women with Breast Cancer: Follow-Up Two Months

Samaneh Izadkhast¹, Hamid Poursharifi², Adis Kraskian Mujemrari³,
Maryam Bahrami Hidaji⁴, Mahdi Tabarraee⁵

1. Department of Psychology, Faculty of Islamic Education and Training, Ka.C. Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: samaneh.izadkhast@iau.ac.ir
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Sciences and Health Mental, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. Email: ha.poursharifi@uswr.ac.ir
3. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Islamic Education and Training, Ka.C. Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: adis.kraskian@iau.ac.ir
4. Department of Psychology, Faculty of Islamic Education and Training, Ka.C. Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: maryam.bahrami.hidaji.2026@iau.ac.ir
5. Department of Hematology-Oncology, Faculty of Medical Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Taleghani Hospital, Tehran, Iran. Email: tabarraee@sbm.ac.ir

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 17 Dec 2025
Revised: 16 Feb 2026
Accepted: 31 Mar 2026
First Published: 07 Jun 2026

Keywords:
*Breast Cancer, Group
Compassion Focused Therapy,
Illness Perception,
Psychosocial Adjustment.*

The purpose of this study was to effectiveness of group compassion focused therapy on illness perception and psychosocial adjustment in women with breast cancer. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population was women with breast cancer at Taleghani Hospital in Tehran in the summer of 2025. Then the number of 40 women with breast cancer based on inclusion and exclusion criteria were randomly divided into two groups, including an experimental group (20 women with breast cancer) and a control group (20 women with breast cancer). Then the experimental group underwent 10 sessions of 90 minute compassion focused therapy. The brief illness perception questionnaire (BIPQ) and psychosocial-social adaptation to disease scale (PSADS) were used to collect data. To collect data analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 29. The results showed that compassion focused therapy had a significant effect on illness perception and psychosocial adjustment in women with breast cancer ($P < 0.05$). These findings indicate that group compassion focused therapy can be used in an educational and therapeutic context to illness perception and psychosocial adjustment in women with breast cancer.

Cite this article: Izadkhast, S., Poursharifi, H., Kraskian Mujemrari, A., Bahrami Hidaji, M., & Tabarraee, M. (2026). The Effectiveness of Group Compassion Focused Therapy on Illness Perception and Psychosocial Adjustment in Women with Breast Cancer: Follow-Up Two Months. *Journal of Applied Psychological Research*, (In Press / Accepted Manuscript). doi: 10.22059/japr.2026.408335.645454



Publisher: University of Tehran Press

© The Author(s).

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.408335.645454>



فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان: پیگیری دو ماهه

سمانه ایزدخواست^۱، دکتر حمید پورشریفی^۲، دکتر آدیس کراسکیان موجمناری^{۳*}، دکتر مریم بهرامی هیدجی^۴، دکتر مهدی تبرائی^۵

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده تعلیم و تربیت اسلامی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: samaneh.izadkhast@iau.ac.ir
۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. رایانامه: ha.poursharifi@uswr.ac.ir
۳. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده تعلیم و تربیت اسلامی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: adis.kraskian@iau.ac.ir
۴. گروه روان‌شناسی، دانشکده تعلیم و تربیت اسلامی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: maryam.bahrami.hidaji.2026@iau.ac.ir
۵. گروه هماتولوژی-انکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان آیت اله طالقانی، تهران، ایران. رایانامه: tabarraee@sbmu.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۱

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۶/۱۷

کلیدواژه‌ها:

ادراک بیماری، درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود، سازگاری روانی-اجتماعی، سرطان پستان.

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان طالقانی شهر تهران در تابستان سال ۱۴۰۴ بودند. سپس تعداد ۴۰ نفر زن تشخیص داده شده دارای سرطان پستان بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه شامل گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود قرار گرفت. از پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (BIPQ) و پرسشنامه سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری (PSADS) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از به‌دست‌آمده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۹ بود. نتایج نشان داد مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی داشته است ($P < 0/05$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود می‌تواند در یک زمینه درمانی برای ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد.

استناد: سمانه ایزدخواست، س.، پورشریفی، ح.، کراسکیان موجمناری، آ.، بهرامی هیدجی، م.، تبرائی، م. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان: پیگیری دو ماهه. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (پذیرش شده/آماده انتشار). doi: 10.22059/japr.2026.408335.645454

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.408335.645454>

© نویسنده‌گان.



۱. مقدمه

سرطان پستان^۱ یکی از شایع‌ترین تومورهای بدخیم در زنان است (لوکاسیویکز و همکاران^۲، ۲۰۲۱؛ گیاکوینتو و همکاران^۳، ۲۰۲۴) و میزان بروز آن در بین تومورهای بدخیم زنانه رتبه اول را دارد که سلامت جسمی و روانی زنان را به طور جدی به خطر می‌اندازد (رن و همکاران^۴، ۲۰۲۵). در سال ۲۰۲۲، سرطان پستان شایع‌ترین تشخیص داده شده است و تقریباً ۱۲ درصد از کل موارد جدید سرطان گزارش شده سالانه را تشکیل می‌دهد (برای و همکاران^۵، ۲۰۲۴). پیش‌بینی می‌شود که میزان بروز جهانی سرطان پستان در زنان تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۳/۲ میلیون مورد جدید در سال برسد (ژانگ و همکاران^۶، ۲۰۲۵). میزان مرگ و میر جهانی سرطان پستان سالانه ۰/۲۳ درصد افزایش یافته است و افزایش آماری قابل توجهی در افراد زیر ۵۰ سال و بالای ۷۰ سال مشاهده شده است (لیما و همکاران^۷، ۲۰۲۱). در حالی که هیچ آستانه سنی پذیرفته شده جهانی برای تعریف زنان جوان مبتلا به سرطان پستان وجود ندارد، مطالعات اغلب از سن یائسگی (بیشتر از ۵۵ سال) به عنوان خط تقسیم برای طبقه‌بندی زنان مبتلا به سرطان پستان به گروه‌های جوان‌تر و مسن‌تر استفاده می‌کنند که پیامدهای بالینی قابل توجهی دارد (شاه و همکاران^۸، ۲۰۲۱). اگرچه سرطان پستان در بین زنان جوان‌تر شیوع کمتری دارد، اما آنها اغلب در مقایسه با بیماران مسن‌تر با زیست‌شناسی تومور تهاجمی‌تری روبرو هستند که منجر به افزایش عوارض، پیامدهای بدتر، کاهش درمان‌پذیری و پیش‌آگهی ضعیف‌تر می‌شود. این اختلاف با این واقعیت که سرطان‌های آنها معمولاً در مراحل پیشرفته‌تر تشخیص داده می‌شود، بیشتر تشدید می‌شود، زیرا زنان جوان‌تر معمولاً از برنامه‌های غربالگری معمول حذف می‌شوند (ژو و همکاران^۹، ۲۰۲۳). در حالی که تشخیص سرطان پستان در هر سنی عمیقاً مخرب است (بورگو و سالواتوری^{۱۰}، ۲۰۲۵) و به طور قابل توجهی بر عملکرد روانی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (قوش و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۵؛ زو و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۵) و بیماران مبتلا با عوارض جانبی مختلف جسمانی (سرنیکووا و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۴)، اضطراب و افسردگی رو به رو هستند (دیناپولی و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۱؛ ریبرو و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۰؛ ادریسیو و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۰؛ ریبرو و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین یکی از عوامل تأثیرگذار بر روی بیماری، درمان و خطر عود سرطان در بیماران را دارد، ادراک بیماری افراد بیمار است که به عنوان عوامل اصلی تعیین‌کننده پیامدهای سلامتی آنها مطرح می‌شود (پارک و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۱). مدل نظری که نشان می‌دهد چگونه ادراک بیماری بر رفتارها و پیامدهای مرتبط با سلامت تأثیر می‌گذارد، تئوری و یا مدل خودتنظیمی^{۱۸} ارائه شده توسط لونتال (۱۹۸۰)؛ به نقل از والتینی و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۲) است که بر اساس این مدل بیماران رفتارها و پاسخ‌های عاطفی خود به بیماری را بر اساس ادراک خود از ماهیت، علل، پیامدها، کنترل‌پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌کنند (باربریس و همکاران^{۲۰}، ۲۰۲۳). دو جنبه مهم مدل خودتنظیمی در مورد ادراک بیماری نشان می‌دهد که اولاً، باورهای بیماران در مورد شرایطشان اغلب با باورهای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی آنها متفاوت است. ثانیاً، این ادراکات می‌تواند در بین بیماران، حتی زمانی که با

1. breast cancer
2. Łukasiewicz et al.
3. Giaquinto et al.
4. Ren et al.
5. Bray et al.
6. Zhanget al.
7. Lima et al.
8. Shah et al.
9. Zhu et al.
10. Burugu & Salvatore
11. Ghosht et al.
12. Zou et al.
13. Cernikova et al.
14. Dinapoli et al.
15. Ribeiro et al.
16. Iddrisu et al.
17. Park et al.
18. self-regulation model
19. Valentine et al.
20. Barberis et al.

شرایط پزشکی یکسانی روبرو هستند، به طور قابل توجهی متفاوت باشد. بر اساس یافته‌های مطالعات قبلی، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ادراک بیماری می‌تواند نقش مهمی در پیامدهای روانی بیماران داشته باشد و بر رفتارهای مقابله‌ای آنها تأثیر بگذارد (اسپیکس و همکاران^۱، ۲۰۱۹؛ دمپستر و همکاران^۲، ۲۰۱۵). تحقیقات نشان داده است که ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان با توجه به عوامل جمعیت شناختی و بالینی بیمار متفاوت است. زنان تحصیل کرده‌تر علائم بیشتری را تشخیص می‌دادند و زنان جوان‌تر اعتماد به نفس بیشتری به توانایی خود در کنترل بیماری داشتند (ما و همکاران^۳، ۲۰۱۸). بیمارانی که شاغل نیستند، عواقب شدیدتر، کنترل کمتر بر درمان و تأثیرات عاطفی قوی‌تری را درک می‌کنند (کارابولوتلو و همکاران^۴، ۲۰۱۹).

علاوه بر این، سازگاری روانی-اجتماعی می‌تواند هم بر روند بیماری، هم بر نحوه مقابله با آن و هم بر درمان فرد بیمار تأثیرگذار باشد؛ به طوری که سازگاری با بیماری به مجموعه نگرش‌ها و عملکردهایی اطلاق می‌گردد که فرد برای بقاء، سلامت، به‌ورزی، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر تنش‌هایی که به علت ابتلا به بیماری ایجاد می‌گردد، اتخاذ می‌کند (ایرانزو و همکاران^۵، ۲۰۱۹). بیمارانی که سازگاری روانی-اجتماعی بهتری دارند، کیفیت زندگی مطلوب‌تری را گزارش می‌کنند؛ به طوری که تحقیقات نشان داده است که همه گزینه‌های درمانی این بیماران بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان تأثیرگذار است (آبدلراهمن و همکاران^۶، ۲۰۲۵). همچنین سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری را در بین بیماران سرطان پستان بررسی شده است و نتایج آن مطالعه نشان داده است که زنان مبتلا به سرطان پستان سطح پایینی از سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری دارند (مقدم تبریزی و همکاران^۷، ۱۳۹۶). در مطالعه دیگری در این زمینه، سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری را در بین ۲۶۰ بیمار سرطانی بررسی کردند و نشان دادند که اکثر بیماران سطح سازگاری متوسط تا بالایی با بیماری خود دارند (تقدسی و همکاران^۸، ۲۰۱۷).

در تحقیقات از مداخلاتی همچون درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی (بی‌ربایی و همکاران^۹، ۱۴۰۴)، آموزش خودمراقبتی معنوی (باقری شیخانگشه و همکاران^{۱۰}، ۱۴۰۴)، رفتار درمانی دیالکتیکی (سعیدی و آتش‌پور، ۱۴۰۴)، درمان شناختی-رفتاری (لین و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۵؛ مک برتی و ساوارد^{۱۲}، ۲۰۲۶؛ ساواس و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۶)، مداخله رفتاری مبتنی بر سلامت از راه دور (کلی و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۶)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (موشر و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۵) برای بهبود مشکلات زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده شده است، اما از آنجایی که درمان گروهی مبتنی بر شفقت کمتر بر روی ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شده است؛ لذا در این پژوهش به بررسی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته شده است، تا بتوان با به کارگیری این مداخله از میزان مشکلات آنان کاست، چرا که درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود می‌تواند به کاهش مشکلات این زنان منجر شود (لوپز-کونتراس و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۴؛ وی و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۳؛ وی و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۲؛ ترینداده و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۵).

مفهوم شفقت هزاران سال است که در سنت‌های مذهبی، معنوی یا فلسفی ریشه دارد (گیلبرت و همکاران^{۲۰}، ۲۰۱۷). شفقت به عنوان حساسیت به رنج (سینگر و انگرت^{۲۱}، ۲۰۱۹؛ کروک و همکاران^{۲۲}، ۲۰۲۵)، با تعهد به تلاش برای کاهش و پیشگیری از آن

1. Spikes et al.
2. Dempster et al.
3. Ma et al.
4. Karabulutlu et al.
5. Iranzo et al.
6. Abdelrahman et al.
7. Lin et al.
8. Mc Brearty & Savard
9. Savaş et al.
10. Kelly et al.
11. Mosher et al.
12. López-Contreras et al.
13. Wei et al.
14. Trindade et al.
15. Gilbert et al.
16. Singer & Engert
17. Krok et al.

تعریف می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۰). شفقت به خود به عنوان تمرکز افراد بر خود درونی خود در هنگام مواجهه با یک رویداد استرس‌زا تعریف می‌شود و از ۳ مؤلفه اصلی تشکیل شده است: مهربانی با خود^۱، حس مشترک انسانی^۲ و ذهن آگاهی^۳ (نف و گرم، ۲۰۱۳). طبق مدل ۳ حلقه‌ای هیجان^۴، حداقل ۳ نوع سیستم تنظیم هیجان^۵ وجود دارد، یعنی سیستم‌های تهدید و محافظت^۶، سیستم‌های جستجوی منابع محرک و هیجان^۷، و سیستم‌های تسکین‌دهنده و ایمنی^۸ (دپوی و مورونی-استروپینسکی، ۲۰۰۵). شفقت با نظریه دلبستگی مرتبط است و نقش کلیدی در سیستم‌های آرامش‌بخش و ایمنی ایفا می‌کند و به افراد کمک می‌کند تا حتی در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا یا تنیدگی‌آور، تعادل عاطفی خود را حفظ کنند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود برای پرورش عادات شفقت‌شناختی، عاطفی یا انگیزشی با استفاده از تکنیک‌ها و رویه‌های خاص طراحی شده است. این مداخله ترکیبی از روانشناسی‌های رشدی، اجتماعی، علوم اعصاب و بودایی است (گونزالز-هرناندز و همکاران، ۲۰۱۸). مداخلات شفقت خود به طور فزاینده‌ای برای رسیدگی به پیامدهای سلامت روانی و جسمی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مورد استفاده قرار گرفته است و می‌تواند میزان مشکلات جسمانی و روانشناختی افراد دارای بیماری‌های مزمن را کاهش دهد (میستراتا و داویس، ۲۰۲۲). آنچه که می‌تواند به عنوان خلاء پژوهشی در نظر گرفته شود، آن است که در جامعه ایرانی کمتر پژوهشی یافت می‌شود که از درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرده باشد و همچنین اگر مداخله‌ای از شفقت خود بر روی این بیماران وجود دارد، بیشتر به اثربخشی کوتاه مدت پرداخته شده است و پایداری و ماندگاری نتایج درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بررسی نشده است. لذا از این نظر در این پژوهش با متغیرهای وابسته جدیدتری علاوه بر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به بررسی ماندگاری و پایداری اثرات درمانی آن نیز پرداخته شده است. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به این سوال پاسخ داده شده است که آیا درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان موثر است؟

۲. روش

۲-۱. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان بدون ماستکتومی (پستان‌برداری) در بیمارستان طالقانی شهر تهران در تابستان سال ۱۴۰۴ بودند. سپس تعداد ۴۰ نفر زن تشخیص داده شده دارای سرطان پستان انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه شامل گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. در توجیه حجم نمونه پژوهش حاضر می‌توان گفت جدول‌های تحلیل توان نشان می‌دهد برای اثر بزرگ، حجم نمونه حدود ۱۵ تا ۲۶ نفر در هر گروه کافی است (کوهن، ۲۰۱۳). همچنین در مطالعات مداخلات بالینی، حجم نمونه ۱۵ تا ۲۰ نفر در هر گروه برای اثرهای قابل توجه رایج و قابل قبول است (کازدین، ۲۰۱۷). علاوه بر این متون کلاسیک در توجیه حجم نمونه و تحلیل

1. self-kindness
2. a sense of common humanity
3. mindfulness
4. Neff & Germer
5. 3-circle model of emotion
6. emotion regulation systems
7. drive resource seeking
8. excitement systems
9. soothing and safeness systems
10. Depue & Morrone-Strupinsky
11. Gonzalez-Hernandez et al.
12. Mistretta & Davis
13. Cohen
14. Kazdin

توان آماری، تحقیقات مشابه نیز از جمله احسن‌گر و همکاران (۱۴۰۴)، سلطانی و همکاران (۱۴۰۴) و بداعی و رحیمیان بوگر (۱۴۰۴) حجم هر گروه ۱۵ الی ۲۰ نفر انتخاب شده است؛ بر همین اساس در این پژوهش نیز حجم هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل بازه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال به دلیل قابلیت بالاتر برای درک و مشارکت فعال در جلسات آموزشی، حداقل توانایی خواندن و نوشتن به منظور فهم مطالب آموزشی و پر کردن پرسشنامه‌ها و توانایی جسمانی برای شرکت در جلسات آموزشی (عدم وجود مشکلات جسمانی که حضور در جلسات را غیرممکن می‌کند) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم حضور در تعداد مشخصی از جلسات آموزشی (بیشتر از دو جلسه غیبت)، بروز مشکلات جسمی یا روانی جدید که مانع از ادامه شرکت در پژوهش شود، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا شرکت نکردن در پیگیری‌های پژوهشی و اعلام عدم تمایل به عدم همکاری در هر مرحله از پژوهش بود.

۲-۲. ابزار سنجش

۲-۲-۱. پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (BIPQ)

این پرسشنامه توسط بردبنت و همکاران^۲ (۲۰۰۶) تدوین شده است و شامل ۹ سوال است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیمار طراحی شده است و به ترتیب پیامدهای بیماری^۳، طول مدت بیماری^۴، کنترل شخصی بیماری^۵، کنترل درمان بیماری^۶، شناخت علائم بیماری^۷، نگرانی در مورد بیماری^۸، شناخت و درمان بیماری^۹ و واکنش عاطفی به بیماری^{۱۰} را می‌سنجد. این پرسشنامه دو خرده مقیاس ماهیت و شناخت بیماری^{۱۱} با سوالات ۲، ۳، ۵، ۶ و ۷؛ اثرگذاری بیماری^{۱۲} با سوالات ۱، ۴ و ۸ را اندازه‌گیری می‌کند (مسائلی و همکاران، ۱۳۹۸). نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۰ تا ۱۰ است و گزینه هیچ تاثیری ندارد (۰ نمره) تا گزینه به شدت بر زندگی من تاثیر می‌گذارد (۱۰ نمره) تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده نگاه تهدید کننده‌تر به بیماری است؛ یعنی شخص ادراک غلطی از بیماری دارد. سوال ۹ باز پاسخ است و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد بررسی قرار می‌دهد. سازندگان پرسشنامه روایی و پایایی آن را بررسی کرده‌اند و پایایی بازآزمایی پرسشنامه در بیماران کلیوی ارزیابی شد و پرسشنامه‌های برای نیمی از شرکت‌کنندگان پس از ۳ هفته و برای نیمی دیگر از شرکت‌کنندگان پس از ۶ هفته پاسخ داده شد که ضرایب بازآزمایی ۳ هفته‌ای ۰/۴۸ تا ۰/۷۰ و ضرایب بازآزمایی ۶ هفته‌ای در دامنه ۰/۴۲ تا ۰/۷۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان) آن پرسشنامه کیفیت زندگی^{۱۳} (SF-36) توسط وار و شوربون^{۱۴} (۱۹۹۲) بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون در دامنه ۰/۳۹- تا ۰/۵۸- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی، قابلیت این روش با آزمون کایزر-مایر-اولکین^{۱۵} مورد بررسی قرار گرفت. مقدار آزمون کایزر-مایر-اولکین (۰/۷۰) برآورد شد که نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت و ۲ عامل شناسایی شد که عامل اول با ۳۶/۲ درصد واریانس مشترک و عامل دوم ۲۲/۵ درصد واریانس مشترک بود که در کل ۵۸/۷ درصد واریانس مشترک ادراک بیماری توسط عوامل آن تبیین نمود (مسائلی و همکاران، ۱۳۹۸). در خارج از کشور برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای کل سوالات ۰/۸۰ به دست آمده است (گونزالز-سونر و

1. Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)
2. Broadbent et al.
3. consequences
4. timeline
5. personal control
6. treatment control
7. identity
8. concern
9. understanding
10. emotional response
11. nature and the recognition
12. disease-effect of disease
13. MOS 36-item short-form health survey (SF-36)
14. Ware & Sherbourne
15. Kaiser-Meyer-Olkin Test

همکاران^۱، (۲۰۲۱) و در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ ۰/۶۹ گزارش شده است (دورنر و همکاران^۲، ۲۰۲۵). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ماهیت و شناخت بیماری ۰/۷۴، اثرگذاری بیماری ۰/۷۱ و نمره کل ادراک بیماری ۰/۷۶ به دست آمده است.

۲-۲-۲. پرسشنامه سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری^۳ (PSADS)

این پرسشنامه توسط دروگیتس^۴ (۱۹۸۶؛ به نقل از خانجانی و همکاران، ۱۴۰۴) برای ارزیابی چگونگی سازگاری روانی اجتماعی با بیماری، در طول یک بیماری پزشکی یا اثرات باقی مانده بیماری ایجاد شد. این پرسشنامه دارای ۴۶ سؤال و ۷ خرده مقیاس شامل نگرش به بیماری^۵ با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۸؛ محیط کار^۶ با سوالات ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳؛ محیط خانواده^۷ با سوالات ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱؛ روابط جنسی^۸ با سوالات ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷؛ توسعه روابط خانوادگی^۹ با سوالات ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱ و ۳۲؛ محیط اجتماعی^{۱۰} با سوالات ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷ و ۳۸؛ درماندگی روانشناختی^{۱۱} با سوالات ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵ و ۴۶ را اندازه گیری می کند. انتخاب سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه ای است. به این صورت که عمدتاً ۰ نمره، کمی ۱ نمره، تا حدودی ۲ نمره و کاملاً ۴ نمره تعلق می گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۸۴ است و نمره بالاتر نشان دهنده سازگاری روانی-اجتماعی ضعیف تر و کمتر با بیماری است (فروزان فر و همکاران، ۱۴۰۳ الف). در تحقیقات پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای نگرش به بیماری ۰/۸۷، محیط کار ۰/۸۴، محیط خانواده ۰/۸۲، روابط جنسی ۰/۸۵، توسعه روابط خانوادگی ۰/۸۳، محیط اجتماعی ۰/۸۱، درماندگی روانشناختی (اختلالات روانی) ۰/۸۴ و کل سوالات ۰/۸۹ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با مقیاس استرس ادراک شده^{۱۲} (PSC) (کوهن و همکاران^{۱۳}، ۱۹۸۳) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۴ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (فروزان فر و همکاران، ۱۴۰۳ ب). در تحقیقات جدیدتر آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای نگرش به بیماری ۰/۸۴، محیط کار ۰/۸۳، محیط خانواده ۰/۸۴، روابط جنسی ۰/۷۷، توسعه روابط خانوادگی ۰/۷۹، محیط اجتماعی ۰/۷۸، درماندگی روانشناختی (اختلالات روانی) ۰/۸۳ و کل سوالات ۰/۹۶ محاسبه و گزارش شده است (جوهری مغانلو و همکاران، ۱۴۰۴) و روایی ملاکی (همزمان) آن با مقیاس سازگاری با بیماری مزمن^{۱۴} (ACIS) (آتیک و کاراتیپی^{۱۵}، ۲۰۱۶) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷۶- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (خانجانی و همکاران، ۱۴۰۴). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب نگرش به بیماری ۰/۷۵، محیط کار ۰/۷۱، محیط خانواده ۰/۷۱، روابط جنسی ۰/۸۰، روابط خانوادگی ۰/۷۷، محیط اجتماعی ۰/۷۱، درماندگی روانشناختی ۰/۸۱ و نمره کل سازگاری روانی-اجتماعی ۰/۸۲ به دست آمده است.

۲-۳- جلسات درمانی

جلسات درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود با اقتباس از آموزه های نظری شفقت به خود گیلبرت^{۱۶} (۲۰۱۰) شامل ۱۰ جلسه بود. به این صورت که هر هفته ۱ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه توسط نویسنده اول این پژوهش به عنوان دانشجوی دکترای روانشناسی انجام شد. لذا روان درمانگر دوره مربوط به درمان مبتنی بر شفقت را تحت نظر اساتید مربوط به این رویکرد طی نموده

1. González-Suñer et al.
2. Dörner et al.
3. Psychosocial-Social Adaptation to Disease Scale (PSADS)
4. Drogits
5. attitude to illness
6. job environment
7. family environment
8. sex relations
9. development family relations
10. social environment
11. helplessness psychological
12. Perceived Stress Scale (PSC)
13. Cohen et al.
14. Adaptation to Chronic Illness Scale (ACIS)
15. Atik & Karatepe
16. Gilbert

و در زمان اجرای پژوهش تحت نظارت استاد راهنما با تخصص روانشناسی، دوره درمان اجرا شد. جلسات درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی آن در تحقیقات **پتروسچی و همکاران^۱ (۲۰۲۳)**، **شعبان و همکاران (۱۴۰۳)** و **قربانزاده و همکاران (۱۴۰۳)** تایید شده است. هدف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. جلسات درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر اساس **گیلبرت (۲۰۱۰)**

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	معارفه، آشنایی با درمان و اهمیت آن در زندگی	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش آزمون به عمل آمد و آنهایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به عنوان افراد گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند	رهایی از موانع	بررسی، مشاهده عملکرد خانواده با توجه به مبانی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود ارائه شده
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود	رهایی از عملکرد ناسازگارانه خانواده بر اساس اصول درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود	تمرین انجام آرمیدگی عضلانی
۳	شناخت مولفه های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مولفه های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی های آن (اهمیت تربیت ذهن مهربان)	کسب حس دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود	تمرین مداخله تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود اعضا	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین های «پرورش ذهن شفقت آمیز» و آموزش تصویر سازی مکانی امن	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	تمرین آگاهی در رویارویی با مشکلات
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	تمرین تصویرسازی مکانی امن
۶	آموزش فن آگاهی از احساسات بدون قضاوت آنها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	تمرین بازنگری افکار مثبت و منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی
۷	آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره	کسب توانایی شفقت نسبت به خود	به کارگیری این روش های مورد نظر این جلسه در زندگی روزمره
۸	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و دیگران،	کسب توانایی ابراز شفقت به خود و دیگران	تمرین شفقت ورزی به خود و دیگران در منزل و احساس همدلی با دیگران
۹	آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی
۱۰	جمع بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات آموزشی و اجرای پس-آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد و از آنها در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد و برای انجام دوره پیگیری هماهنگی لازم به عمل آمد.	کسب ذهن شفقت ورزانه نسبت به خود	-

۳-۲. روش تجزیه و تحلیل داده ها

در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۱ استفاده شد و برای بررسی مقایسه مراحل زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای بررسی ماندگاری نتایج درمانی از «آزمون تعقیبی بن فرونی^۲» و نرم افزار SPSS نسخه ۲۹ استفاده شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. یافته‌های جمعیت شناختی

بر اساس نتایج جمعیت شناختی در گروه آزمایش تعداد ۶ نفر (۳۰ درصد) زیر دیپلم، ۴ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۱۵ درصد) فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۰ درصد) لیسانس، ۴ نفر (۲۰ درصد) فوق لیسانس و ۱ نفر (۵ درصد) دکترا بودند. در گروه آزمایش تعداد ۴ نفر (۲۰ درصد) زیر دیپلم، ۴ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۱۵ درصد) فوق دیپلم، ۳ نفر (۱۵ درصد) لیسانس، ۳ نفر (۱۵ درصد) فوق لیسانس و ۳ نفر (۱۵ درصد) دکترا بودند که میزان آماره تحلیل خی دو^۳ آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با ۱/۷۴ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/883$) که نشان دهنده هم‌تا بودن ۲ گروه از نظر تحصیلات است. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۴۳/۵۰ و ۵/۳۲ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۴۲/۴۵ و ۶/۹۲ بود. میزان آماره t -test بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۲ گروه در متغیر سن برابر با t -test=۰/۵۴ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/594$) که نشان دهنده هم‌تا بودن ۲ گروه از نظر سن است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی آمده است.

۳-۲. توصیف متغیرهای پژوهش

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی

متغیرهای وابسته	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ماهیت و شناخت بیماری	پیش‌آزمون	۲۲/۵۵	۱/۳۶	۲۲/۶۵	۰/۹۹
	پس‌آزمون	۱۹/۲۵	۱/۸۶	۲۲/۴۵	۱/۰۰
	پیگیری	۲۰/۰۵	۱/۷۹	۲۲/۵۵	۰/۹۴
اثرگذاری بیماری	پیش‌آزمون	۱۳/۳۰	۰/۹۸	۱۲/۹۰	۰/۹۱
	پس‌آزمون	۱۰/۶۰	۱/۵۷	۱۲/۷۵	۰/۹۷
	پیگیری	۱۰/۷۵	۱/۶۸	۱۲/۷۰	۰/۹۲
نمره کل ادراک بیماری	پیش‌آزمون	۳۵/۸۵	۱/۳۹	۳۵/۵۵	۱/۳۲
	پس‌آزمون	۲۹/۸۵	۲/۱۳	۳۵/۲۰	۱/۴۷
	پیگیری	۳۰/۸۰	۲/۴۴	۳۵/۲۵	۱/۲۹
نگرش به بیماری	پیش‌آزمون	۱۳/۵۰	۱/۱۰	۱۳/۶۰	۱/۰۵
	پس‌آزمون	۱۱/۸۰	۱/۲۰	۱۳/۴۵	۱/۱۹
	پیگیری	۱۱/۹۵	۱/۲۸	۱۳/۵۵	۱/۱۵
محیط کار	پیش‌آزمون	۱۰/۶۰	۰/۸۸	۱۰/۳۵	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۸/۹۵	۱/۰۵	۱۰/۱۵	۰/۹۹
	پیگیری	۹/۱۵	۱/۲۳	۱۰/۲۰	۱/۰۱
محیط خانواده	پیش‌آزمون	۲۱/۳۰	۰/۹۲	۲۱/۰۵	۰/۸۹
	پس‌آزمون	۱۸/۴۰	۱/۱۰	۲۰/۸۰	۱/۰۶
	پیگیری	۱۸/۵۰	۱/۱۹	۲۰/۹۵	۱/۰۰
روابط جنسی	پیش‌آزمون	۱۳/۴۰	۰/۹۹	۱۳/۱۵	۰/۸۱
	پس‌آزمون	۱۰/۹۵	۰/۸۹	۱۳/۰۵	۰/۸۷
	پیگیری	۱۱/۱۵	۰/۹۸	۱۲/۹۰	۰/۹۷
توسعه روابط خانوادگی	پیش‌آزمون	۱۰/۴۵	۰/۵۱	۱۰/۱۵	۰/۷۵

1. repeated measures
2. Bonferroni
3. chi-square

۰/۶۵	۱۰/۰۰	-۰/۸۳	۸/۵۰	پس آزمون	
۰/۷۶	۱۰/۰۵	۱/۰۰	۸/۵۵	پیگیری	
۱/۸۱	۱۴/۱۵	-۰/۶۵	۱۵/۰۰	پیش آزمون	محیط اجتماعی
۱/۷۵	۱۴/۰۰	-۰/۶۴	۱۱/۹۰	پس آزمون	
۱/۷۷	۱۴/۱۰	-۰/۷۶	۱۱/۹۵	پیگیری	
۱/۴۲	۲۳/۸۵	۱/۰۷	۲۳/۹۰	پیش آزمون	درماندگی روانشناختی
۱/۵۵	۲۳/۷۵	۱/۴۲	۱۹/۳۵	پس آزمون	
۱/۴۷	۲۳/۸۰	۱/۴۳	۱۹/۴۰	پیگیری	
۲/۰۵	۱۰۶/۳۰	۲/۳۲	۱۰۸/۱۵	پیش آزمون	نمره کل سازگاری روانی- اجتماعی
۳/۳۲	۱۰۵/۲۵	۲/۶۸	۸۹/۸۵	پس آزمون	
۳/۵۳	۱۰۵/۵۵	۳/۰۱	۹۰/۶۵	پیگیری	

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد.

۳-۳. بررسی مفروضه‌های پژوهش

برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمد؛ لذا پیش فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۲ و هیون-فلدت^۳ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس^۴ (۱۹۹۶؛ به نقل از ویسی و کاشفی، ۱۴۰۴) اگر مقدار اسپیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اسپیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اسپیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته (ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی) از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اسپیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی (W)	آماره‌ی کای دو	Df	sig	اسپیلون
-----------------	-----------------	----------------	----	-----	---------

1. homogeneity of regression
2. Greenhouse-Geisser correction
3. Huynh-Feldt correction
4. Stevens

تصحیح گرین هاوس-گیسر

۰/۹۴	۰/۳۰۶	۲	۲/۳۷	۰/۹۴	ماهیت و شناخت بیماری
۰/۶۹	۰/۰۰۱	۲	۲۲/۰۸	۰/۵۵	اثرگذاری بیماری
۰/۸۹	۰/۰۰۱	۲	۴/۸۷	۰/۸۸	نمره کل ادراک بیماری
۰/۶۷	۰/۰۰۱	۲	۲۵/۲۲	۰/۵۱	نگرش به بیماری
۰/۷۳	۰/۰۰۱	۲	۱۷/۲۶	۰/۶۳	محیط کار
۰/۶۵	۰/۰۰۱	۲	۲۹/۱۹	۰/۴۵	محیط خانواده
۰/۷۶	۰/۰۳۹	۲	۶/۴۸	۰/۸۴	روابط جنسی
۰/۷۲	۰/۰۰۱	۲	۱۸/۴۷	۰/۶۱	توسعه روابط خانوادگی
۰/۷۲	۰/۰۰۱	۲	۱۸/۳۲	۰/۶۱	محیط اجتماعی
۰/۵۷	۰/۰۰۱	۲	۵۲/۳۸	۰/۲۴	درماندگی روانشناختی
۰/۷۲	۰/۰۰۱	۲	۱۸/۷۱	۰/۶۰	نمره کل سازگاری روانی-اجتماعی

جدول ۳ نشان داد که آماره کرویت موجلی معنادار است، لذا تختی از آماره F صورت گرفته است و بر همین اساس در این مواقع از از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می شود (ویسی و کاشفی، ۱۴۰۴). با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

۴-۳. بررسی فرضیه پژوهش

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
ماهیت و شناخت بیماری	گروه	۳۱/۲۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
	زمان	۳۱/۴۹	۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۵/۲۰	۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱/۰۰
اثرگذاری بیماری	گروه	۱۲/۳۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۳
	زمان	۷۰/۶۶	۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۴/۳۲	۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
نمره کل ادراک بیماری	گروه	۵۰/۶۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	زمان	۷۶/۰۳	۱/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۶۰/۱۰	۱/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
نگرش به بیماری	گروه	۱۰/۷۰	۱	۰/۰۰۲	۰/۲۲	۰/۸۹
	زمان	۳۶/۴۶	۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۸/۰۸	۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰
محیط کار	گروه	۴/۹۹	۱	۰/۰۳۱	۰/۱۲	۰/۵۹
	زمان	۵۰/۶۰	۱/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۱/۹۳	۱/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
محیط خانواده	گروه	۲۹/۹۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
	زمان	۷۳/۶۶	۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۷/۳۲	۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
روابط جنسی	گروه	۲۲/۹۳	۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱/۰۰
	زمان	۶۲/۱۴	۱/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۶/۹۹	۱/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
توسعه روابط خانوادگی	گروه	۱۷/۹۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۸
	زمان	۷۱/۱۰	۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۴/۷۲	۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
محیط اجتماعی	گروه	۷/۹۲	۱	۰/۰۰۸	۰/۱۷	۰/۷۸
	زمان	۱۱۴/۵۴	۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۰۰/۴۲	۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰

۱/۰۰	-/۵۷	-/۰۰۱	۱	۴۹/۷۰	گروه	
۱/۰۰	-/۸۳	-/۰۰۱	۱/۳۸	۱۸۱/۵۷	زمان	درماندگی روانشناختی
۱/۰۰	-/۸۲	-/۰۰۱	۱/۳۸	۱۶۹/۸۶	زمان×گروه	
۱/۰۰	-/۷۹	-/۰۰۱	۱	۱۴۲/۶۴	گروه	
۱/۰۰	-/۹۱	-/۰۰۱	۱/۴۳	۴۰۸/۴۷	زمان	نمره کل سازگاری روانی-اجتماعی
۱/۰۰	-/۹۰	-/۰۰۱	۱/۴۳	۳۳۳/۳۶	زمان×گروه	

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۶ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
ماهیت و شناخت بیماری	پیش آزمون	۲۲/۶۰	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۷۵	-/۰۰۱
	پس آزمون	۲۰/۸۵	پیش آزمون-پیگیری	۱/۳۰	-/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۳۰	پس آزمون-پیگیری	-/۰۴۵	-/۰۹۲
اثرگذاری بیماری	پیش آزمون	۱۳/۱۰	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۴۲	-/۰۰۱
	پس آزمون	۱۱/۶۷	پیش آزمون-پیگیری	۱/۳۷	-/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۷۲	پس آزمون-پیگیری	-/۰۰۵	-/۹۹۹
نمره کل ادراک بیماری	پیش آزمون	۳۵/۷۰	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۱۷	-/۰۰۱
	پس آزمون	۳۲/۵۲	پیش آزمون-پیگیری	۲/۶۷	-/۰۰۱
	پیگیری	۳۳/۰۲	پس آزمون-پیگیری	-/۰۵۰	-/۱۴۷
نگرش به بیماری	پیش آزمون	۱۳/۵۵	پیش آزمون-پس آزمون	-/۹۲	-/۰۰۱
	پس آزمون	۱۲/۶۲	پیش آزمون-پیگیری	-/۸۰	-/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۷۵	پس آزمون-پیگیری	-/۰۱۲	-/۱۸۲
محیط کار	پیش آزمون	۱۰/۴۷	پیش آزمون-پس آزمون	-/۹۲	-/۰۰۱
	پس آزمون	۹/۵۵	پیش آزمون-پیگیری	-/۸۰	-/۰۰۱
	پیگیری	۹/۶۷	پس آزمون-پیگیری	-/۰۱۲	-/۱۷۰
محیط خانواده	پیش آزمون	۲۱/۱۷	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۵۷	-/۰۰۱
	پس آزمون	۱۹/۶۰	پیش آزمون-پیگیری	۱/۴۵	-/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۷۲	پس آزمون-پیگیری	-/۰۱۲	-/۳۰۰
روابط جنسی	پیش آزمون	۱۳/۲۷	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۲۷	-/۰۰۱
	پس آزمون	۱۲/۰۰	پیش آزمون-پیگیری	۱/۲۵	-/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۰۲	پس آزمون-پیگیری	-/۰۰۲	-/۹۹۹
توسعه روابط خانوادگی	پیش آزمون	۱۰/۳۰	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۰۵	-/۰۰۱
	پس آزمون	۹/۲۵	پیش آزمون-پیگیری	۱/۰۰	-/۰۰۱
	پیگیری	۹/۳۰	پس آزمون-پیگیری	-/۰۰۵	-/۹۹۹
محیط اجتماعی	پیش آزمون	۱۴/۵۷	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۶۲	-/۰۰۱
	پس آزمون	۱۲/۹۵	پیش آزمون-پیگیری	۱/۵۵	-/۰۰۱
	پیگیری	۱۳/۰۲	پس آزمون-پیگیری	-/۰۰۷	-/۴۲۱
درماندگی روانشناختی	پیش آزمون	۲۳/۸۷	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۳۲	-/۰۰۱
	پس آزمون	۲۱/۵۵	پیش آزمون-پیگیری	۲/۷۵	-/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۶۰	پس آزمون-پیگیری	-/۰۰۵	-/۹۹۰
نمره کل سازگاری روانی-اجتماعی	پیش آزمون	۱۰۷/۲۲	پیش آزمون-پس آزمون	۹/۶۷	-/۰۰۱
	پس آزمون	۹۷/۵۰	پیش آزمون-پیگیری	۹/۱۲	-/۰۰۱
	پیگیری	۹۸/۱۰	پس آزمون-پیگیری	-/۰۵۵	-/۰۷۳

بر اساس نتایج جدول ۵ درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است.

۴. بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج نشان داد مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی داشته است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات لوپز-کونتراس و همکاران (۲۰۲۴)، وی و همکاران (۲۰۲۳) و وی و همکاران (۲۰۲۲) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت به جای تلاش برای اصلاح فرآیندهای درون سیستم‌های انگیزشی رقابتی و رتبه‌بندی اجتماعی، به افراد کمک می‌کند تا به یک سیستم انگیزشی متفاوت روی آورند، یعنی از «ذهنیت‌های» رتبه‌بندی اجتماعی که توجه را بر قدرت (بالقوه مضر) دیگران متمرکز می‌کنند، خارج شده و به سمت فعال کردن فرآیندهای مشارکتی، مراقبتی و پیوندجویانه با خود و دیگران حرکت کنند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش شیوه‌ها، نیات و مهارت‌های مشفقانه می‌تواند بر طیف وسیعی از مدارهای عصبی، سیستم ایمنی و سیستم عصبی خودکار تأثیر بگذارد (سینگر و انگرت، ۲۰۱۹). به عبارتی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت، یک مدل چندوجهی و یکپارچه است که مبتنی بر علم تکاملی، روانشناسی اجتماعی و رشدی و علوم اعصاب است و همچنین تحت تأثیر سنت‌های شرقی قرار دارد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۷). تعریف او از این مفهوم مبتنی بر سنت بودایی است: «حساسیت به رنج در خود و دیگران، با تعهد به تلاش برای کاهش و پیشگیری از آن» (گیلبرت، ۲۰۱۰). لذا درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود می‌تواند به زنان مبتلا به سرطان پستان کمک کند که بتوانند با بیماری خود کنار آمده و ذهن مشفقانه‌ای و مهربانانه به خود داشته باشند و انتقاد کمتر از خود، ادراک بیماری بهتر از سایر زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه کنترل باشد.

در تبیین پایداری (ماندگار اثر) آموزش شفقت‌ورزی به خود بر ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت که آموزش شفقت‌ورزی خود بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شده است. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است (وسپر و همکاران، ۲۰۲۳). این موازنه تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه تصمیمی افراد دچار سرطان پستان، در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص بر عوامل منفی روانشناختی کاهش پیدا می‌کند. زنان مبتلا به سرطان پستان با آموزش‌های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرا می‌گیرند که با سازه موازنه تصمیمی مدل آموزش شفقت‌ورزی خود هماهنگ است (انوشیروانی و همکاران، ۱۴۰۲).

همچنین می‌توان گفت در جلسات آموزشی بر این نکته تأکید شد که بسیاری از مشکلات و چالش‌هایی که افراد در زندگی با آن مواجه می‌شوند توسط آنها طراحی و ایجاد و انتخاب نشده است و در واقع تقصیر آنها نیست. بنابراین در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات نباید احساس شرم، بی‌ارزشی، بی‌فایده‌گی یا خوب نبودن وجود داشته باشد و افراد خود یا دیگری را سرزنش کنند. این مشکلات و چالش‌ها معنای انسان بودن در این روز و روزگار را می‌سازند. از طرفی باید مراقب بود که علیت با مسئولیت اشتباه گرفته نشود، بسیاری از تجارب دردناک درونی و جوانب این تجربه‌ها که همان مشکلات و چالش‌های زندگی است تقصیر انسان نیست یعنی وقوع آنها انتخاب یا طراحی خود فرد نبوده است اما در عین حال مسئولیت تلاش مستقیم و فعالانه برای بهبود زندگی با خود فرد است، بنابراین باید مدارا با شکست‌ها و چالش‌های زندگی بدون شرمندگی شدن صورت گیرد و شیوه مقابله‌ای مثبت و موثری برای این دشواری‌ها اتخاذ شود (طیب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). از این رو می‌توان اظهار داشت درک جدیدی از مسائل و چالش‌های زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شکل گرفت که این امر موجب شد بیماران درد و رنج را جزئی جدایی‌ناپذیر از زندگی خود در نظر بگیرند و با تغییر جهان بینی به صورت فعال و ذهن آگاهانه بیماری خود را بپذیرند و به تبع آن با رعایت رژیم غذایی مناسب، ورزش، تبعیت از دستورات پزشک و پیگیری برنامه درمانی، تکنیک‌های آرام سازی و تمرین تنفس ادراک از بیماری آنها بهبود یابد و نقش فعال و پررنگی در روند بیماری خود داشته باشند.

همچنین در تبیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت ریشه در تحلیل تکاملی سیستم‌های انگیزشی اجتماعی پایه یا ذاتی دارد که ذهن را به سمت اهداف خاص سازماندهی می‌کنند (گیلبرت، ۲۰۱۴). گیلبرت (۲۰۱۰) همچنین پیشنهاد می‌کند که می‌توانیم حداقل سه نوع سیستم تنظیم احساسات را از هم متمایز کنیم: سیستم تهدید و محافظت از خود؛ سیستم انگیزه و جستجوی منابع؛ و سیستم آرامش‌بخش و رضایت. علاوه بر انگیزه‌ها و احساسات، تکامل مهارت‌های شناختی را نیز برای ما فراهم کرده است. این عملکردهای شناختی جدید یک مزیت مهم هستند و به ما امکان داده‌اند تا بسیاری از مشکلات سازگاری را حل کنیم. با این حال، تعامل بین روندهای قدیمی و توانایی‌های جدید گاهی اوقات می‌تواند منجر به تضاد شود. به عنوان مثال، توانایی ما در پیش‌بینی و تأمل در مورد خطرات بالقوه، ما را به فعال کردن سیستم تهدید و در نتیجه تجربه اضطراب سوق می‌دهد، حتی اگر هیچ خطر واقعی وجود نداشته باشد. بنابراین، گیلبرت (۲۰۱۴) بیان می‌کند که مغز ما به راحتی رفتارهای مخرب و مشکلات سلامت روان را تحریک می‌کند. با این وجود، در طول تکامل گونه‌ی انسان، انگیزه‌ها و احساسات ما نیز برای رفتارهای محبت‌آمیز و نوع‌دوستانه انتخاب شده‌اند. گیلبرت درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود را بر اساس این ایده توسعه داد و این درمان با ایجاد ذهن مشفقانه زنان مبتلا به سرطان پستان را یاری می‌رساند که بتوانند کمتر از خود انتقاد کنند و با مهربانی کردن با خود سازگاری روانی-اجتماعی بیشتری را تجربه کنند.

در تبیین پایداری (ماندگار اثر) آموزش شفقت‌ورزی به خود بر سازگاری روانی-اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت که چون سیستم تهدید و محافظت از خود در بیماران مبتلا به سرطان پستان به واسطه اختلال‌های روانشناختی به نوعی پرکاری شدید دچار است، لذا در نتیجه آن سطوح استرس و نگرانی در این افراد بالا خواهد بود که همین امر منجر به پایین آمدن سطوح خودکارآمدی در آنها می‌شود؛ از طرف دیگر در بیماران مبتلا به سرطان پستان سیستم رضایت و تسکین نیز سطح رشدیافتگی پایین‌تری دارد و فرصت کافی برای تحول این سیستم را هرگز نداشته‌اند. آموزش شفقت‌ورزی همانند فیزیوتراپی ذهن برای این افراد عمل می‌کند. بدین ترتیب که با تحریک سیستم تسکین بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم تاب‌آوری و تحمل پریشانی فرد در برابر مشکلات بیماری بالا می‌رود و باعث بهبود و پیشرفت خودکارآمدی فرد بیمار مبتلا به سرطان پستان می‌شود. همچنین می‌توان گفت که آموزش شفقت‌ورزی به دنبال شفاف‌سازی اجزاء اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیر قضاوتی نسبت به خود است و آموزش شفقت‌ورزی خود بر آزادسازی افراد از این تله‌های ذهنی تأکید می‌کند. آموزش شفقت‌ورزی خود بر آموزش تنفس، ذهن آگاهی و تصویرسازی تأکید می‌کند. علاوه بر این، از تکنیک‌های عمل‌گرا چون تمرین عمل کردن و تصویرسازی خود به عنوان یک فرد مهربان مورد استفاده قرار می‌گیرد تا به افراد در ساختن هویتی با ویژگی‌های شفقت‌آمیز یاری رساند. به دنبال آن این "خود" جدید به عنوان پایگاهی امن برای مواجهه با مشکلات و رنج‌ها تبدیل می‌شود که زمینه‌ساز تحول در وجود فرد و غلبه بر احساس بی‌کفایتی و در نتیجه ارتقاء حس خودکارآمدی در فرد می‌شود. وقتی فرد بیمار از سطوح کمتری از بی‌کفایتی و سطوح بیشتری از خودکارآمدی برخوردار باشد بهتر می‌تواند در برابر مصائب و مشکلات بیماری تحمل بیشتری از خود نشان دهد و سازگاری روانی-اجتماعی بیشتری در برابر بیماری تجربه کند.

در این مطالعه جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر تهران بودند، لذا با در تعمیم نتایج به جوامع مشابه در دیگر شهرها و سایر فرهنگ‌ها باید احتیاط کرد. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌های دیگر از جمله زنان مبتلا به سرطان پستان دیگر شهرها تکرار شود. همچنین مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود در راستای کاهش مشکلات ناشی از ادراک ضعیف بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی پایین در زنان مبتلا به

سرطان پستان پرداخته شود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود می‌تواند در یک زمینه درمانی برای بهبود ادراک ضعیف بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی پایین زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد.

۵. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش هیچ‌گونه بار مالی برای زنان مبتلا به سرطان پستان نداشت، نتایج در صورت تمایل برای زنان مبتلا به سرطان پستان تفسیر شد. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. پیش از شروع کار از آنان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از پژوهش، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به زنان و اجرای جلسات درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود به گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش و اخذ کد اخلاق به شناسه IR.IAU.K.REC.1404.018 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در رشته روانشناسی سلامت از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

۶. سیاست‌گذاری

از همه شرکت‌کنندگان زن مبتلا به سرطان پستان که لطف فرموده و در این پژوهش در جلسات درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

۷. حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است.

۸. تعارض منافع

این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع ندارد.

منابع

- احسن‌گر، ث.، ذوالقدری، پ.، و وزیری نرانی، ا. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک خود به عنوان بار اضافه و خودکارآمدی درد در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه رویش روانشناسی*، ۱۴(۱۱)، ۲۱۰-۲۰۳.
- <http://frooyesh.ir/article-1-6221-fa.html>
- انوشیروانی، ا.، رازقی، ن.، نوحی، ش.، و آقایی، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرحواره‌های جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه مراقبت سرطان*، ۲(۲)، ۱۲-۳.
- <http://ijca.ir/article-1-128-fa.html>
- باقری شیخانگشه، ف.، صوابی نییری، و.، باهری، م.، افسرپور، س.، و فتحی آشتیانی، ع. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی بر رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی، و همجوشی شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، مقالات آماده انتشار*. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.396727.645270>
- بداعی، ی.، و رحیمیان بوگر، ا. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر نشانگان شناختی-توجهی، فاجعه‌سازی و شدت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۶(۳)، ۱۹۷-۲۱۲.
- <https://doi.org/10.22059/japr.2025.354309.644521>
- بی‌ریایی، د.، منتظری، ز.، جوزی، م.، ربانی، س.، بدیعی، م.، و شکراللهی، م. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر اضطراب مرگ و تحمل پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه بیماری‌های پستان ایران*، ۱۸(۴)، ۸۷-۷۳.
- <http://ijbd.ir/article-1-1227-fa.html>
- جواهری مغالو، ا.، کرم‌پور، م.، خالق‌خواه، ع.، فتحی کرکوق، ف.، و جلیلی خیایوی، پ. (۱۴۰۴). مدل‌یابی ساختاری رابطه‌ی سازگاری روانی و اجتماعی با تفکر وجودی، سبک‌های دل‌بستگی و ادراک خودکارآمدی با توجه به نقش میانجی‌گر انسجام روان‌شناختی در دانش‌آموزان نابینا و کم‌بینا. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱(۱۸۵)، ۳۶-۱۹.
- <http://exceptionaleducation.ir/article-1-2838-fa.html>

- خانجانی، م.، ابراهیم، گ.، ازخوش، م.، حسین‌زاده، س.، لطیفیان، م.، و اسماعیلی، س. (۱۴۰۴). روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه سازگاری با بیماری مزمن در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی. *مجله توانبخشی*، ۲۶(۱)، ۸۷-۶۶. <http://dx.doi.org/10.32598/RJ.26.1.3465.3>
- سعیدی، ن.، و آتش‌پور، ح. (۱۴۰۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر امید به زندگی، خودمراقبتی و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه طلوع بهداشت*، ۲۴(۱)، ۴۷-۳۱. <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3752-fa.html>
- سلطانی، م.، نادری، ف.، عسگری، پ.، و نجاتی، و. (۱۴۰۴). اثربخشی توان‌بخشی شناختی-حرکتی بر سرعت خواندن و انعطاف‌پذیری شناختی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری خواندن. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۶(۴)، ۱-۱۷. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.348929.644388>
- شعبان، ن.، علیزاده، م.، و سپاه‌منصور، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس. *نشریه آموزش پرستاری*، ۱۳(۵)، ۹۱-۷۷. <http://dx.doi.org/10.22034/JNE.13.5.77>
- طیب‌زاده، ف.، سلیمانی، ا.، و قربان شیرودی، ش. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خستگی ناشی از سرطان و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان. *نشریه رویش روانشناسی*، ۹(۱۲)، ۸۴-۷۵. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1>
- فروزان‌فر، ف.، جبل عاملی، ش.، سلطانی‌زاده، م.، امامی، س.، و انصاری شهیدی، م. (۱۴۰۳ الف). مدل پیش‌بینی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری بر اساس استرس ادراک شده و انسجام روانی با میانجی‌گری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله علوم پزشکی صدا*، ۱۲(۳)، ۳۵۶-۳۶۹. <https://doi.org/10.30476/smsj.2024.99253.1426>
- فروزان‌فر، ف.، جبل عاملی، ش.، سلطانی‌زاده، م.، امامی، س.، و انصاری شهیدی، م. (۱۴۰۳ ب). مدل پیش‌بینی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری بر اساس استرس ادراک شده و انسجام روانی با میانجی‌گری شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۵(۱)، ۲۹۷-۳۱۶. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.338827.644193>
- قربانزاده، س.، کیامرثی، آ.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی در تعامل با خودجرحی. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۹(۱)، ۱۰-۱. <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6>
- مسائلی، ن.، باقریان، ر.، خیرآبادی، غ.، خدری، آ.، و محکی، ب. (۱۳۹۷). روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری در بیماری‌های مزمن. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۱۴(۶)، ۳۳۷-۳۳۲. <https://doi.org/10.22122/jrs.v14i6.3266>
- مقدم تبریزی، ف.، جاسمی، م.، سلطانی، ح.، و اسماعیلی، ر. (۱۳۹۶). بررسی سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی شهر بوکان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۴(۱۶۱)، ۲۳-۱۴. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-4575-fa.html>
- ویسی، س.، و کاشفی، ف. (۱۴۰۴). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر نقایص کارکردهای اجرایی، نظریه ذهن و ذهنی‌سازی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۱۰(۵۸)، ۳۵۳-۳۴۰. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html>

References

- Abdelrahman, S. M., Ibraheem, M. H., Allam, H., & Sewram, V. (2025). Factors affecting quality of life in women post mastectomy for breast cancer in Baheya Foundation (Egypt): 'A retrospective cohort study'. *BMC Women's Health*, 25(1), 43-63. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03571-z>
- Ahsangar, S., Zolghadri, P., & Vaziri Narani, E. (2026). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on Self-Perception Burden and pain self-efficacy in women with breast cancer. *Rooyesh*. 14(11), 203-210. <http://frooyesh.ir/article-1-6221-fa.html> (In Persian)

- Anoushirvani, E., Razeghi, N., Nouhi, S., & Aghae, H. (2023). Effectiveness of Compassion-based Therapy on Self-Criticism and Sexual Schemas in Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Cancer Care*, 2 (2), 3-12. <http://ijca.ir/article-1-128-fa.html> (In Persian)
- Atik, D., & Karatepe, H. (2016). Scale development study: Adaptation to chronic illness. *Acta Medica Mediterranea*, 32(1), 135-42. https://www.researchgate.net/publication/303576835_Scale_development_study_Adaptation_to_chronic_illness
- Bagheri Sheykhgafshe, F., Savabi Niri, V., Baheri, M., Afsarpour, S.A., & Fathi Ashtiani, A. (2025). The Effectiveness of Spiritual Self-Care Training on Post-Traumatic Growth, Distress Tolerance, and Cognitive Fusion in Women with Breast Cancer. *Journal of Applied Psychological Research*, (In Press). <https://doi.org/10.22059/japr.2025.396727.645270> (In Persian)
- Barberis, N., Cannavò, M., Cuzzocrea, F., Saladino, V., & Verrastro, V. (2023). Illness perceptions and factors of distress as mediators between trait emotional intelligence and quality of life in endometriosis. *Psychology, Health & Medicine*, 28(7), 1818-1830. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2175878>
- Biriyai, D., Montazeri, Z., Jouzi, M., Rabbani, S., Badihi, M., & Shokrolahi, M. (2026). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy in a Group Setting on Death Anxiety and Distress Tolerance Among Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 18(4), 73-87. <http://ijbd.ir/article-1-1227-en.html> (In Persian)
- Bodaghi, Y.B., & Rahimian Boogar, I. (2025). The Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy on Cognitive-Attentional Syndrome, Catastrophizing and Pain Intensity in Women with Fibromyalgia. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 197-212. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.354309.644521> (In Persian)
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Burugu, V., & Salvatore, M. (2025). Exploring breast cancer screening fear through a psychosocial lens. *European Journal of Cancer Prevention*, 34(1), 76-80. <https://doi.org/10.1097/cej.0000000000000895>
- Cernikova, K. A., Kracmarova, L. K., Pesoutova, M., & Tavel, P. (2024). We will be different forever: A qualitative study of changes of body image in women with breast cancer. *BMC Public Health*, 24, 2517. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20017-7>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Cambridge: Academic Press. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://www.jstor.org/stable/2136404>
- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 506-513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 313-349. <https://doi.org/10.1017/s0140525x05000063>
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., & Valentini, V. (2021). Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current oncology reports*, 23(3), 38-48. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>
- Dörner, M., von Känel, R., Pazhenkottil, A. P., Altwegg, R., König, N., Nager, L., ... & Princip, M. (2025). Dimensional structure of the Brief Illness Perception Questionnaire and Association with adverse childhood experiences in patients with an implantable cardioverter-defibrillator. *Scientific Reports*, 15, 3731. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88470-x>

- Frozanfar, F., Jabal Ameli, S., Sltani Zadeh, M., Emami, S. M. H., & Ansari Shahidi, M. (2024 b). Model of predicting psychosocial adaptation to disease according to perceived stress and sense of coherence with the mediation role of self-compassion in the patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Applied Psychological Research, 15*(1), 297-316. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.338827.644193> (In Persian)
- Frozanfar, F., Jabal Ameli, S., Sltani Zadeh, M., Emami, S. M. H., & Ansari Shahidi, M. (2024 a). Model of predicting psychosocial adaptation to disease according to perceived stress and sense of coherence with the mediation role of health promoting behaviors in patients with irritable bowel syndrome. *Sadra Medical Journal, 12*(3), 356-369. <https://doi.org/10.30476/smsj.2024.99253.1426> (In Persian)
- Ghorbanzadeh, S.S., Kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2024). Comparison the Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Abuse Experience among Women Victims of Domestic Violence in Interaction with Self-Injury. *Iranian Journal of Nursing Research, 19*(1), 65-77. <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6> (In Persian)
- Ghosh, K., Jenkins, S. M., Ridgeway, J. L., Austin, J. D., Borah, B. J., Patel, B., ... & Suman, V. J. (2025). A randomized trial to evaluate the impact of breast density notification on anxiety, breast cancer worry, and perceived risk among Latinas at a federally qualified health center: Breast density notification and anxiety, breast cancer worry, and perceived risk among Latinas. *BMC Women's Health, 25*, 274. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03818-9>
- Giaquinto, A. N., Sung, H., Newman, L. A., Freedman, R. A., Smith, R. A., Star, J., ... & Siegel, R. L. (2024). Breast cancer statistics 2024. *CA: a Cancer Journal for Clinicians, 74*(6), 477-495. <https://doi.org/10.3322/caac.21863>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(2), 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., ... & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care, 4*, 4. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 563-576. <https://doi.org/10.1348/014466509x479771>
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., ... & Cebolla, A. (2018). Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integrative Cancer Therapies, 17*(3), 684-696. <https://doi.org/10.1177/1534735418772095>
- González-Suñer, L., Carbonell-Duacastella, C., Aznar-Lou, I., Rubio-Valera, M., Iglesias-González, M., Peñarrubia-María, M. T., & Serrano-Blanco, A. (2021). Use of mental health services for patients diagnosed with major depressive disorders in primary care. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(3), 885-898. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030885>
- Iddrisu, M., Aziato, L., & Dedey, F. (2020). Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 20*(1), 353-367. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02760-4>
- Iranzo, B., Buelga, S., Cava, M. J., & Ortega-Barón, J. (2019). Cyberbullying, psychosocial adjustment, and suicidal ideation in adolescence. *Psychosocial Intervention, 28*(2), 75-81. <https://doi.org/10.5093/pi2019a5>
- Javaheri-Moghanlou, A., Karampour, M., Khaleghkha, A., Fathy-Karkaragh, F., & Jalili-Khiavi, P. (2025). Structural modeling of the relationship between psychological and social adaptation with existential thinking, attachment styles, and perceived self-efficacy considering the mediating role of psychological cohesion in blind and visually impaired students. *J Except Educ, 1* (185), 19-36. <http://exceptionaleducation.ir/article-1-2838-en.html> (In Persian)

- Karabulutlu, E. Y., Avcı, İ. A., Karayurt, Ö., Gürsoy, A., Köşgeroğlu, N., Tuna, A., ... & Karaman, S. (2019). Evaluation of illness perception of women with breast cancer in Turkey. *European Journal of Breast Health, 15*(2), 98-112. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2019.4317>
- Kazdin, A. E. (2021). *Research Design in Clinical Psychology* (5th ed.). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108993647>
- Kelly, J. M., Berkhof, L., Franco-Rocha, O. Y., Mustian, L., Targia, V., Bauer, J., ... & Magnuson, A. (2026). A Telehealth-Based Behavioral Intervention for Cancer-Related Cognitive Decline in Older Adults Undergoing Systemic Therapy for Breast Cancer: Development and Usability Testing. *JMIR Formative Research, 10*, e85140. <https://doi.org/10.2196/85140>
- Khanjani, M. S., Ebrahimgol, F., Azkhash, M., Hoseinzadeh, S., Latifian, M., & Esmaeili, S. (2025). Assessing the psychometric properties of the Persian version of the adaptation to chronic illness scale for patients with cardiovascular diseases. *Archives of Rehabilitation, 26*(1), 66-87. <http://dx.doi.org/10.32598/RJ.26.1.3465.3> (In Persian)
- Krok, D., Telka, E., & Skalski-Bednarz, S. B. (2025). Be Kind to Yourself: Testing Self-Compassion, Fear of Recurrence, and Generalized Anxiety in Women with Cancer Within a Multiple-Mediation Model. *Journal of Clinical Medicine, 14*(13), 4696. <https://doi.org/10.3390/jcm14134696>
- Lima, S. M., Kehm, R. D., & Terry, M. B. (2021). Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns. *EClinicalMedicine, 38*(1), 100985. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100985>
- Lin, T., Ping, Y., Jing, C. M., Xu, Z. X., & Ping, Z. (2025). The efficacy of internet-based cognitive behavior therapy for psychological health and quality of life among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 15*(1), 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1488586>
- López-Contreras, J. P., Sebri, V., Sarrión-Castelló, P., Martínez-Sanchís, S., & Martí, A. J. C. I. (2024). Efficacy of Compassion-Based Interventions in Breast Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *The Spanish Journal of Psychology, 27*, e31. <https://doi.org/10.1017/sjp.2024.31>
- Łukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A. (2021). Breast cancer—epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies—an updated review. *Cancers, 13*(17), 4287. <https://doi.org/10.3390/cancers13174287>
- Ma, C., Yan, J., Wu, Y., & Huang, W. (2018). Illness perceptions of Chinese women with breast cancer and relationships with socio-demographic and clinical characteristics. *International Journal of Nursing Practice, 24*(5), e12677. <https://doi.org/10.1111/ijn.12677>
- Masaeli, N., Bagherian, R., Kheirabadi, G., Khedri, A. and Mahaki, B. (2019). Psychometric properties of the Persian version of the brief illness perception questionnaire in chronic diseases. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences, 14*(6), 332-337. <https://doi.org/10.22122/jrrs.v14i6.3266> (In Persian)
- Mc Brearty, C., & Savard, J. (2026). Effects of Cognitive Therapy for Depression on Insomnia in Women with Metastatic Breast Cancer. *Behavioral Sleep Medicine, 24*(1), 15-28. <https://doi.org/10.1080/15402002.2025.2549550>
- Mistretta, E. G., & Davis, M. C. (2022). Meta-analysis of self-compassion interventions for pain and psychological symptoms among adults with chronic illness. *Mindfulness, 13*(2), 267-284. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01766-7>
- Moghadam, F., Jaaemi, M., Soltani, H., & Esmaili R. (2017). Survey of social adjustment of women with breast cancer Under chemotherapy in Boukan in 1394. *Iran University of Medical Sciences, 2017; 24* (161) :13-20. <http://rjms.iuims.ac.ir/article-1-4575-en.html> (In Persian)
- Mosher, C. E., Lee, S., Addington, E. L., Park, S., Lewson, A. B., Snyder, S., ... & Johns, S. A. (2025). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for fatigue interference with functioning in metastatic breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 43*(6), 662-671. <https://doi.org/10.1200/jco.24.00965>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology, 69*(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

- Park, S. K., Min, Y. H., & Lee, S. B. (2021). Longitudinal trends in illness perception and depression during adjuvant breast cancer endocrine therapy: A prospective observational study. *Healthcare*, 9(9), 1223. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091223>
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2024). The impact of CFT on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(2), 230–247. <https://doi.org/10.1037/cps0000193>
- Ren, H., Yang, T., Mei, S., Zhu, Z., Shi, J., Tong, L., ... & Sun, Y. (2025). Dyadic effects of illness perception and maladaptive cognitive-emotional regulation strategies on the fear of cancer recurrence in breast cancer patients and spouses: an actor-partner interdependence mediation model. *BMC Psychiatry*, 25(1), 41-71. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06354-2>
- Ribeiro, F. E., Palma, M. R., Silva, D. T. C., Tebar, W. R., Vanderlei, L. C. M., Fregonesi, C. E. P. T., & Christofaro, D. G. D. (2020). Relationship of anxiety and depression symptoms with the different domains of physical activity in breast cancer survivors. *Journal of Affective Disorders*, 273, 210-214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.110>
- Ribeiro, F. E., Tebar, W. R., Vanderlei, L. C. M., Fregonesi, C. E., Caldeira, D. T., Tosello, G., ... & Christofaro, D. G. (2021). Physical activity domains are differently related with quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional study. *Menopause*, 28(11), 1233-1238. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001837>
- Savaş, E., Gündoğmuş, İ., Kınık, Ç., Kubilay, D., Kavakçı, Ö., & Yaşar, A. B. (2026). A randomized controlled trial of internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) and EMDR-flash technique (iEMDR-FT) for improving mental health in breast cancer patients. *Current Psychology*, 45(1), 79-99. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-08723-w>
- Sdeedi, K., & Atashpour, H. (2025). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Life Expectancy, Self-Care and Depression of Breast Cancer Patients. *The Journal of Toloo-E-Behdasht*, 24(1), 31-47. <https://doi.org/10.18502/tbj.v24i1.18927> (In Persian)
- Shaban, N., Alizadeh, M., & Sepahmansour, M. (2024). The Comparing Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance in Women with Psoriasis. *Journal of Nursing Education*, 13 (5), 77-91. <http://dx.doi.org/10.22034/JNE.13.5.77> (In Persian)
- Shah, A. N., Carroll, K. J., Gerratana, L., Lin, C., Davis, A. A., Zhang, Q., ... & Cristofanilli, M. (2021). Circulating tumor cells, circulating tumor DNA, and disease characteristics in young women with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 187(2), 397-405. <https://doi.org/10.1007/s10549-021-06236-1>
- Singer, T., & Engert, V. (2019). It matters what you practice: Differential training effects on subjective experience, behavior, brain and body in the ReSource Project. *Current Opinion in Psychology*, 28, 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.12.005>
- Soltani, M., Naderi, F., Asgari, P., & Nejati, V. (2025). Efficacy of Cognitive-Motor Rehabilitation on the Reading Speed and Cognitive Flexibility of Children with Learning Disabilities in Reading. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(4), 1-17. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.348929.644388> (In Persian)
- Spikes, T., Higgins, M., Lewis, T., & Dunbar, S. B. (2019). The associations among illness perceptions, resilient coping, and medication adherence in young adult hypertensive black women. *The Journal of Clinical Hypertension*, 21(11), 1695-1704. <https://doi.org/10.1111/jch.13712>
- Tabibzadeh, F., Soleimani, E., & Shiroudi, S. (2021). The effectiveness of compassion-focused therapy on cancer fatigue and self-care behaviors of cancer patients. *Rooyesh*. 9(12), 75-84. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.12.6.1> (In Persian)
- Taghadosi, M., Tajamoli, Z., & Aghajani, M. (2017). Psychosocial adjustment to cancer and its associated factors in patients undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *Biomedical Research and Therapy*, 4(12), 1853-1866. <https://doi.org/10.15419/bmrat.v4i12.392>
- Trindade, I. A., Soares, A., Skvarc, D., Carreiras, D., Pereira, J., Lourenço, Ó., ... & Moreira, H. (2025). Correction: Efficacy and cost-effectiveness of an ACT and compassion-based

- intervention for women with breast cancer: Study protocol of two randomised controlled trials. *Trials*, 26(1), 5-21. <https://doi.org/10.1186/s13063-025-08730-z>
- Valentine, T. R., Presley, C. J., Carbone, D. P., Shields, P. G., & Andersen, B. L. (2022). Illness perception profiles and psychological and physical symptoms in newly diagnosed advanced non-small cell lung cancer. *Health Psychology*, 41(6), 379-388. <https://doi.org/10.1037/hea0001192>
- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder. *New Advances in Behavioral Sciences*, 10(58), 340-353. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html> (In Persian)
- Vosper, J., Irons, C., Mackenzie-White, K., Saunders, F., Lewis, R., & Gibson, S. (2023). Introducing compassion focused psychosexual therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(3), 320-352. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1902495>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Wei, L., Xie, J., Wu, L., Yao, J., Zhu, L., & Liu, A. (2023). Profiles of self-compassion and psychological outcomes in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 32(1), 25-33. <https://doi.org/10.1002/pon.5931>
- Wei, L., Yang, X., Sun, S., Yu, Y., Xie, J., Zhao, J., ... & Yao, J. (2022). Fear-focused self-compassion therapy for young breast cancer patients' fear of cancer recurrence: Study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 941459. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.941459>
- Zhang, L., Pan, J., Wang, M., Yang, J., Zhu, S., Li, L., ... & Huang, J. (2025). Chronic stress-induced and tumor derived SP1+ exosomes polarizing IL-1 β + neutrophils to increase lung metastasis of breast cancer. *Advanced Science*, 12(4), 2310266. <https://doi.org/10.1002/advs.202310266>
- Zhu, F., Liu, C., Zhang, W., Qiang, W., Yin, X., & Lu, Q. (2023). The mediating effect of coping styles between self-compassion and body image disturbance in young breast cancer survivors: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22, 178. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01342-5>
- Zou, Y., Zhai, S., Dong, J., Zhao, T., & Yang, J. (2025). The effect of art therapy on quality of life and fatigue in breast cancer patients: a meta-analysis. *Frontiers in Oncology*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1495887>

The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Illness Perception and Psychosocial Adjustment in Women with Breast Cancer: Follow-Up Two Months

Extended Abstract

Aim

Breast cancer is one of the most common malignant tumors in women (Łukasiewicz et al, 2021; Giaquinto et al, 2024) and its incidence rate ranks first among female malignant tumors, seriously endangering women's physical and mental health (Ren et al, 2025). In 2022, breast cancer was the most commonly diagnosed cancer, accounting for approximately 12% of all new cancer cases reported annually (Bray et al, 2024). One of the factors influencing the disease, treatment, and risk of cancer recurrence in patients is the perception of the disease by patients, which is considered to be the main determinant of their health outcomes (Park et al, 2021). A theoretical model that shows how the perception of the disease affects health-related behaviors and outcomes is the self-regulation model presented by Leventhal, 1980; cited in Valentine et al, 2022), according to which patients regulate their behaviors and emotional responses to the disease based on their perception of the nature, causes, consequences, controllability, and duration of the disease (Barberis et al, 2023). In addition, psychosocial adjustment can affect both the course of the disease, the way to cope with it, and the treatment of the patient; so that adaptation to the disease refers to the set of attitudes and actions that a person adopts for survival, health, well-being, wellness, a sense of happiness, and overcoming the stresses caused by the disease (Iranzo et al, 2019). Patients who have better psychosocial adjustment report a more desirable quality of life; so that research has shown that all treatment options for these patients

affect their health-related quality of life (Abdelrahman et al, 2025). Considering such problems in women with breast cancer, this study has focused on providing self-compassion-based therapy in order to reduce their problems by using this intervention, because self-compassion-based therapy can lead to a reduction in the problems of these women (López-Contreras et al, 2024; Wei et al, 2023; Wei et al, 2022; Trindade et al, 2025). The concept of compassion has been rooted in religious, spiritual, or philosophical traditions for thousands of years (Gilbert et al, 2017; Ben-Artzi et al., 2024). The purpose of this study was to effectiveness of compassion focused therapy on illness perception and psychosocial adjustment in women with breast cancer.

Methodology

This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population was women with breast cancer at Taleghani Hospital in Tehran in the summer of 2025. Then the number of 40 women with breast cancer based on inclusion and exclusion criteria were randomly divided into two groups, including an experimental group (20 women with breast cancer) and a control group (20 women with breast cancer). Then the experimental group underwent 10 sessions of 90 minute compassion focused therapy by Gilbert (2010). The brief illness perception questionnaire (BIPQ) of Broadbent and et al (2006) and psychosocial-social adaptation to disease scale (PSADS) of Drogits (1986; cited in Khanjani et al, 2025) were used to collect data. To collect data analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 29.

Findings

In the present study, the value of epsilon for the Greenhouse-Geisser index for all dependent variables (illness perception and psychosocial adjustment in women with breast cancer) is less than 0.75, so the Greenhouse-Geisser epsilon was used. Therefore, considering the Greenhouse-Geisser correction, Table 1 reports the results of the repeated measures analysis of variance test to examine the differences in the research sample in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up.

Table 1. Results of tests of within-subjects effects and tests of within-subjects contrasts (Greenhouse-Geisser correction) of illness perception and psychosocial adjustment

Variables	Source	F	Sig	Partial Eta	Observed Power
nature and the recognition	group	31.25	0.001	0.45	1.00
	factor	31.49	0.001	0.45	1.00
	factor * group	25.20	0.001	0.40	0.93
disease-effect of disease	group	12.35	0.001	0.24	1.00
	factor	70.66	0.001	0.65	1.00
	factor * group	54.32	0.001	0.59	1.00
total illness perception	group	50.66	0.001	0.57	1.00
	factor	76.03	0.001	0.67	1.00
	factor * group	60.10	0.001	0.61	1.00
attitude	group	10.70	0.002	0.22	0.89
	factor	36.46	0.001	0.49	1.00
	factor * group	28.08	0.001	0.42	1.00
work environment	group	4.99	0.031	0.12	0.59
	factor	50.60	0.001	0.57	1.00
	factor * group	31.93	0.001	0.46	1.00
family environment	group	29.96	0.001	0.44	1.00
	factor	73.66	0.001	0.66	1.00
	factor * group	57.32	0.001	0.60	1.00
sexual relations	group	22.93	0.001	0.38	1.00
	factor	62.14	0.001	0.62	1.00
	factor * group	46.99	0.001	0.55	1.00
family relationships	group	17.96	0.001	0.32	0.98
	factor	71.10	0.001	0.65	1.00
	factor * group	54.72	0.001	0.59	1.00
social environment	group	7.92	0.008	0.17	0.78
	factor	114.54	0.001	0.75	1.00
	factor * group	100.42	0.001	0.72	1.00
helplessness	group	49.70	0.001	0.57	1.00
	factor	181.57	0.001	0.83	1.00
	factor * group	169.86	0.001	0.82	1.00

total psychosocial adjustment	group	142.64	0.001	0.79	1.00
	factor	408.47	0.001	0.91	1.00
	factor * group	333.36	0.001	0.90	1.00

The results showed that compassion focused therapy had a significant effect on illness perception and psychosocial adjustment in women with breast cancer ($P < 0.05$).

Conclusion

The results showed that compassion focused therapy had a significant effect on illness perception and psychosocial adjustment in women with breast cancer. These results are consistent with the findings of López-Contreras et al (2024), Wei et al (2023), and Wei et al (2022). Self-compassion-based therapy can help women with breast cancer cope with their illness and have a compassionate mind towards themselves, and be less critical of themselves and have a better perception of the disease than other women with breast cancer in the control group. Therefore, it is logical to say that self-compassion-based therapy is effective on the perception of the disease in women with breast cancer. Also, Gilbert (2014) states that our brains are easily motivated to engage in destructive behaviors and mental health problems. However, throughout the evolution of the human species, our motivations and emotions have also been selected for loving and altruistic behaviors. Gilbert developed her compassion-based therapy based on this idea, and by creating a compassionate mindset, this therapy helps women with breast cancer to be less self-critical and experience greater psychosocial adjustment by being kind to themselves (Gilbert, 2014). Therefore, it is reasonable to say that self-compassion-based therapy is effective in improving psychosocial adjustment in women with breast cancer. In this study, the statistical population was women with breast cancer referred to Taleghani Hospital in Tehran, so caution should be exercised in generalizing the results to similar communities in other cities and other cultures. Due to time constraints, this study was unable to conduct a longer-term follow-up phase to examine the continuity and durability of the effects of self-compassion-based therapy, and was limited to a two-month follow-up assessment phase. It is suggested that this study be repeated in other samples, including women with breast cancer in other cities. Also, the follow-up phase in this study was two months. Accordingly, it is suggested that future studies, by considering a longer and longer follow-up phase (more than six months or even a year), examine the continuity of self-compassion-based therapy in reducing illness perception and psychosocial adjustment problems in women with breast cancer. These findings indicate that compassion focused therapy can be used in an educational and therapeutic context to illness perception and psychosocial adjustment in women with breast cancer. These findings indicate that compassion focused therapy can be used in an educational and therapeutic context to illness perception and psychosocial adjustment in women with breast cancer. In this study, the statistical population consisted of women with breast cancer who were referred to Taleghani Hospital in Tehran. Therefore, caution should be exercised when generalizing the results to similar populations in other cities and cultures. Due to time constraints, this study was not able to conduct a longer-term follow-up phase to assess the persistence of the effects of the compassion focused therapy, and it was limited to a two-month follow-up assessment. It is recommended that future studies replicate this research with samples of women with breast cancer from other cities. Moreover, since the follow-up phase in this study lasted only two months, it is suggested that subsequent research include longer follow-up periods (over six months or even one year) to examine the lasting effects of compassion focused therapy in reducing problems arising from poor illness perception and low psychosocial adjustment among women with breast cancer. These findings indicate that compassion focused therapy can be utilized in a therapeutic context to improve poor illness perception and low psychosocial adjustment in women with breast cancer.

Keywords: *breast cancer, compassion focused therapy, illness perception, psychosocial adjustment.*

Ethical considerations

In the present study, the ethical approval of research, including secrecy, confidentiality and privacy of individuals, were observed, and participation in the research did not cause any possible harm to the participants. Ethical approval: The Ethics Committee of Ka.C. Islamic Azad University, Karaj, Iran, approved the study ([IR.IAU.K.REC.1404.018](#)).

Acknowledgments and Funding

We thank and appreciate all the people and participants (women with breast cancer) who helped us in conducting this research. This study did not have any funds.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

In Press / Accepted