

Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Quality of Life Improvement-Based Therapy on Distress Tolerance and Health Hardiness in Women with Breast Cancer

1. Nadia Rafieian[✉]: Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran
2. Jalil Younesi Borujeni^{✉*}: Associate Professor, Department of Measurement and Evaluation, Alameh Tabatabaee University, Tehran, Iran
3. Nabiollah Akbarnattaj Shob[✉]: Department of Psychology, Bab.C., Islamic Azad University, Babol, Iran

*Corresponding Author's Email: jalilyounesi@gmail.com

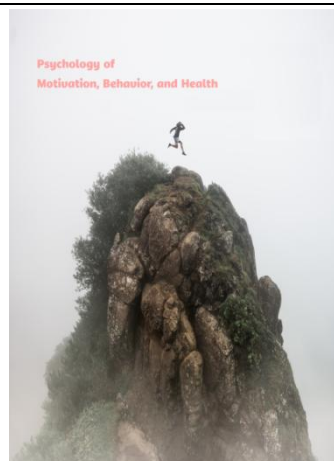
Received: 2026-03-31

Revised: 2026-06-24

Accepted: 2026-07-02

Initial Publish: 2026-08-16

Final Publish: 2027-04-21



Abstract

Introduction and Aim: Breast cancer is associated not only with physical complications but also with extensive psychological distress, which may reduce distress tolerance and health hardiness in affected women. This study aimed to compare the effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Quality of Life Improvement-Based Therapy on distress tolerance and health hardiness in women with breast cancer.

Methodology: This quasi-experimental study was conducted using a pretest–posttest design with a non-equivalent control group and a three-month follow-up. The statistical population consisted of women with breast cancer who referred to the Iranian Psychoanalytic Center in District 2 of Tehran in 2025. A total of 45 participants were selected through purposive sampling and assigned to three equal groups: Compassion-Focused Therapy, Quality of Life Improvement-Based Therapy, and control group. The intervention groups received regular therapeutic sessions, while the control group received no intervention. Data were collected using the Distress Tolerance Scale developed by Simons and Gaher and the Health Hardiness Questionnaire developed by Gebhardt et al. Data analysis was performed using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc tests.

Findings: The results showed a significant effect of time on distress tolerance ($F=82.118$, $p=0.001$, $\eta^2=0.662$), and the interaction effect of time and group was also significant ($F=5.573$, $p=0.001$, $\eta^2=0.210$). The effect of time on health hardiness was significant as well ($F=107.888$, $p=0.001$, $\eta^2=0.720$), with a significant time-by-group interaction ($F=26.224$, $p=0.001$, $\eta^2=0.555$). Bonferroni comparisons indicated that both interventions significantly improved distress tolerance and health hardiness compared with the control group. No significant difference was found between the two experimental groups in distress tolerance, whereas a significant difference was observed between them in health hardiness.

Conclusion: The findings indicated that both Compassion-Focused Therapy and Quality of Life Improvement-Based Therapy were effective in improving distress tolerance and health hardiness among women with breast cancer. However, Compassion-Focused Therapy showed greater effectiveness in enhancing health hardiness and may be considered a useful complementary intervention alongside medical treatment.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Quality of Life Improvement-Based Therapy, Distress Tolerance, Health Hardiness, Breast Cancer

How to Cite: Rafieian, N., Younesi Borujeni, J., & Akbarnattaj Shob, N. (2027). Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Quality of Life Improvement-Based Therapy on Distress Tolerance and Health Hardiness in Women with Breast Cancer. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(1), 1-16.



Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Breast cancer is one of the most psychologically demanding chronic diseases among women, not only because of its biological and medical consequences but also because of its extensive emotional, relational, social, and existential implications. Women with breast cancer often experience distress related to diagnosis, treatment uncertainty, fear of recurrence, body image disruption, changes in sexual and marital functioning, fatigue, pain, and limitations in everyday life. Recent evidence has emphasized that quality of life among women with breast cancer is strongly affected by treatment-related complications, disease acceptance, fatigue, anxiety, physical functioning, and psychological adjustment (Konieczny et al., 2025; Lemmih et al., 2025; Morse et al., 2025). Moreover, symptoms such as lymphedema, fatigue, reduced muscle strength, and functional impairment may substantially weaken perceived well-being and adaptive capacity during and after treatment (Özşaker, 2025; Silva et al., 2025). Therefore, psychological interventions that can strengthen emotional tolerance, improve adaptation, and enhance quality of life are clinically important for women coping with breast cancer.

Distress tolerance is a central psychological construct in the adjustment of cancer patients. It refers to the ability to experience and endure negative emotional states without avoidance, behavioral collapse, or excessive dysregulation. Women with breast cancer frequently encounter repeated sources of distress, including fear of death, uncertainty about prognosis, changes in body image, treatment side effects, and concerns about family and relational roles. Low distress tolerance may intensify avoidance, hopelessness, treatment-related anxiety, and psychological vulnerability. Compassion-based interventions have shown promise in reducing psychological distress, perceived stress, self-blame, and related emotional difficulties in patients with cancer (Dehkordi et al., 2019; Pourhosseini Dehkordi et al., 2019; Yavari et al., 2024). Furthermore, mindfulness, self-compassion, and compassion received from others may moderate the relationship between stress and depression in cancer-related caregiving contexts, indicating the broader protective role of compassion in illness-related stress (Hsieh et al., 2019).

Compassion-Focused Therapy is especially relevant for women with breast cancer because the disease often disrupts self-image, bodily confidence, and

emotional security. Self-compassion may help patients respond to suffering with kindness rather than self-criticism and may reduce shame associated with bodily changes, sexual concerns, or perceived inadequacy. Prior research has shown that self-compassion and hope are important in the context of body image disturbance and distress among breast cancer survivors (Todorov et al., 2019). Sexual satisfaction and sexual distress after cancer have also been associated with body image disruption, self-compassion, sexual pain, and relationship satisfaction (Michael et al., 2021). In advanced or terminal cancer, peaceful acceptance, mindfulness, self-compassion, and body image distress also appear to be relevant to how patients struggle with or accept their illness experience (Vincenzo et al., 2025). These findings support the use of compassion-focused approaches in psycho-oncological care.

Health hardiness is another important adaptive construct in chronic illness. It reflects the extent to which individuals maintain commitment, control, and challenge-oriented attitudes when facing health threats. Higher health hardiness may help women with breast cancer interpret illness as manageable rather than entirely uncontrollable, participate more actively in treatment, and preserve psychological strength during medical procedures. Related studies have shown that self-compassion, psychological hardiness, self-efficacy, social adjustment, and psychological well-being are interrelated adaptive resources (Mir Mahmoudi, 2025; Moradgholi et al., 2023; Nemati et al., 2024). Interventions integrating acceptance, commitment, and compassion have also been reported to improve psychological hardiness in patients with chronic disease (Pourgoli & Rezaei, 2023). Alongside compassion-based interventions, quality-of-life improvement approaches are clinically valuable because quality of life is a multidimensional outcome involving physical, psychological, social, and functional domains. Supportive and complementary interventions have shown benefits for quality of life, fatigue, anxiety, and post-treatment functioning in women with breast cancer (Marcondes et al., 2025; Shamoun & Ahmad, 2025; Vitale, 2025). In addition, comparative psychological interventions in cancer-related contexts have shown that compassion-based and emotion-oriented approaches may reduce premature grief and psychological distress in caregivers of cancer patients (Tourani et al., 2024). Based on this background, the present study aimed to compare the effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Quality of Life Improvement-Based

Therapy on distress tolerance and health hardiness among women with breast cancer.

Methodology

This applied study used a quasi-experimental design with pretest, posttest, a non-equivalent control group, and a three-month follow-up. The statistical population consisted of all women with breast cancer who referred to the Iranian Psychoanalytic Center located in District 2 of Tehran, Saadat Abad, in 2025. The sample size was estimated using G*Power software by considering an effect size of 0.60, an alpha level of 0.05, and a statistical power of 0.80. Although the minimum estimated sample size was 24 participants, 45 women were selected to increase adequacy and reduce the possible effects of attrition. Participants were selected through purposive non-random sampling and were assigned equally to three groups: the Compassion-Focused Therapy group, the Quality of Life Improvement-Based Therapy group, and the control group, with 15 participants in each group.

Before the intervention, the necessary organizational permissions were obtained, the research objectives were explained to participants, and informed consent was received. All three groups completed the pretest measures before the intervention. The two experimental groups received their respective interventions in regular group sessions held twice per week at the clinic. The control group received no psychological intervention during the study period and was assessed only at the pretest, posttest, and follow-up stages. After completing the intervention sessions, the posttest was administered to all groups, and a three-month follow-up assessment was conducted to evaluate the stability of the intervention effects.

Data were collected using the Distress Tolerance Scale developed by Simons and Gaher and the Health Hardiness Questionnaire developed by Gebhardt and colleagues. The Distress Tolerance Scale contains 15 items and assesses emotional distress tolerance, absorption by negative emotions, subjective appraisal of distress, and regulation efforts to reduce distress. The Health Hardiness Questionnaire contains 24 items and assesses health value, internal health locus of control, external health locus of control, and perceived health competence. In the present study, the face and content validity of the instruments were confirmed by specialists. The reliability coefficients obtained through Cronbach's alpha were 0.781 for the Distress Tolerance Scale and 0.801 for the Health Hardiness Questionnaire.

The Compassion-Focused Therapy protocol was based on Gilbert's therapeutic model and was implemented in group format. The sessions focused on psychoeducation about compassion, emotional distress, mindfulness, body scanning, breathing practice, empathic awareness, common humanity, reduction of shame and self-criticism, compassionate imagery, forgiveness, non-judgmental acceptance, compassionate letter writing, daily recording of compassionate situations, and strategies for applying compassion in everyday life. The Quality of Life Improvement-Based Therapy protocol was implemented for the second experimental group. Its content focused on identifying physical, psychological, social, and functional dimensions of quality of life, strengthening hope, improving perceived control, increasing meaning in life, developing supportive relationships, managing illness-related stress, and promoting adaptive coping with the consequences of breast cancer.

Findings

Before conducting the main analysis, statistical assumptions were examined. The Shapiro-Wilk test showed that the distributions of distress tolerance and health hardiness scores were normal across the pretest, posttest, and follow-up stages in all three groups. The homogeneity of regression slopes was also confirmed for distress tolerance ($F=0.78$, $p=0.54$) and health hardiness ($F=0.54$, $p=0.65$). The Box's M test indicated that the assumption of equality of covariance matrices was met, and Mauchly's test showed that the sphericity assumption was also satisfied ($W=0.990$, $\chi^2=0.419$, $df=2$, $p=0.811$). Therefore, mixed repeated-measures analysis of variance was used.

The descriptive results showed that mean distress tolerance increased from 37.07 at pretest to 59.87 at posttest and 54.40 at follow-up in the Compassion-Focused Therapy group. In the Quality of Life Improvement-Based Therapy group, distress tolerance increased from 36.13 at pretest to 56.20 at posttest and 53.73 at follow-up. In contrast, the control group showed no notable improvement, with mean scores of 36.67, 39.27, and 37.07 across the three stages. For health hardiness, the Compassion-Focused Therapy group increased from 60.07 at pretest to 85.27 at posttest and 79.00 at follow-up. The Quality of Life Improvement-Based Therapy group increased from 60.93 to 75.87 and 71.47, while the control group showed only minor changes from 59.67 to 62.67 and 61.07.

The repeated-measures analysis of variance showed a significant effect of time on distress tolerance ($F=82.118$, $p=0.001$, $\eta^2=0.662$). The time-by-group interaction was also significant ($F=5.573$, $p=0.001$, $\eta^2=0.210$), indicating that the pattern of change in distress tolerance differed across groups. The between-group effect was significant as well ($F=20.298$, $p=0.001$, $\eta^2=0.492$). For health hardiness, the effect of time was significant ($F=107.888$, $p=0.001$, $\eta^2=0.720$), and the time-by-group interaction was also significant ($F=26.224$, $p=0.001$, $\eta^2=0.555$). The between-group effect for health hardiness was significant ($F=19.212$, $p=0.001$, $\eta^2=0.478$).

Bonferroni post hoc comparisons showed that both Compassion-Focused Therapy and Quality of Life Improvement-Based Therapy significantly improved distress tolerance compared with the control group. The difference between Compassion-Focused Therapy and the control group was significant (mean difference=8.7778, $p=0.001$), and the difference between Quality of Life Improvement-Based Therapy and the control group was also significant (mean difference=7.0222, $p=0.001$). However, the difference between the two experimental groups was not significant for distress tolerance (mean difference=1.7556, $p=0.706$). For health hardiness, Compassion-Focused Therapy significantly differed from the control group (mean difference=18.9778, $p=0.001$), and Quality of Life Improvement-Based Therapy also significantly differed from the control group (mean difference=10.6222, $p=0.004$). Moreover, the difference between the two experimental groups was significant (mean difference=8.3556, $p=0.028$), indicating the greater effectiveness of Compassion-Focused Therapy in improving health hardiness.

Discussion and Conclusion

The findings indicated that both Compassion-Focused Therapy and Quality of Life Improvement-Based Therapy were effective in improving distress tolerance and health hardiness among women with breast cancer. The improvement in distress tolerance suggests that both interventions strengthened the patients' ability to experience and manage difficult emotions associated with cancer without excessive avoidance or psychological collapse. Compassion-Focused Therapy likely improved distress tolerance by reducing self-criticism, strengthening emotional

acceptance, and helping participants respond to suffering with kindness and psychological safety. Quality of Life Improvement-Based Therapy likely increased distress tolerance by improving hope, perceived control, life satisfaction, and the ability to focus on meaningful aspects of life despite illness.

The absence of a significant difference between the two experimental groups in distress tolerance suggests that both interventions may be similarly useful for enhancing emotional endurance in women with breast cancer. Although their theoretical mechanisms differ, both approaches appear to reduce the emotional burden of illness and increase coping capacity. Therefore, either intervention may be selected when the therapeutic goal is to strengthen distress tolerance, depending on patient preference, therapist expertise, and clinical context.

The findings also showed that both interventions improved health hardiness, but Compassion-Focused Therapy had a stronger effect. This result suggests that cultivating compassion toward oneself may be especially powerful in strengthening patients' commitment, perceived control, and challenge-oriented attitude toward illness. Women with breast cancer may experience shame, fear, self-blame, or alienation from the body. Compassion-Focused Therapy directly targets these processes and may therefore create deeper changes in self-attitude and illness-related resilience. Quality of Life Improvement-Based Therapy also enhanced health hardiness, probably by improving meaning, functioning, hope, and perceived life resources; however, its effect on deeper self-acceptance and internal emotional security may have been less direct.

Overall, the study supports the integration of psychological interventions into supportive care programs for women with breast cancer. Both interventions can be used as complementary approaches alongside medical treatment to improve emotional coping and adaptive functioning. Compassion-Focused Therapy may be particularly recommended when the clinical priority is to strengthen health hardiness, reduce self-criticism, and improve acceptance of illness-related suffering. Quality of Life Improvement-Based Therapy may be especially useful when the therapeutic aim is to improve daily functioning, hope, satisfaction, and life meaning.

مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی و سرسختی سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان

۱. نادیا رفیعان^{ID}، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲. جلیل یونسی بروجنی^{ID}، دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲. نبی‌اله اکبرنجاج شوب^{ID}، گروه روان‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: jalilyounesi@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۱۱ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۰۳ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۱۱ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۲۵ انتشار نهایی: ۱۴۰۵/۰۶/۰۱

چکیده

مقدمه و هدف: سرطان پستان افزون بر پیامدهای جسمانی، با فشارهای روان‌شناختی گسترده‌ای همراه است و می‌تواند تحمل پریشانی و سرسختی سلامت زنان مبتلا را کاهش دهد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی و سرسختی سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

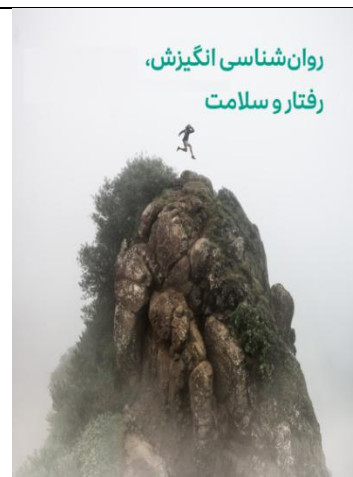
روش‌شناسی: پژوهش حاضر به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل غیرهمسان و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز روان‌تحلیلی ایرانیا در منطقه ۲ تهران در سال ۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه شفقت‌درمانی، گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر و پرسشنامه سرسختی سلامت گیبهاردت و همکاران بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر زمان بر تحمل پریشانی معنادار بود ($F=۸۲.۱۱۸, p=۰.۰۰۱, \eta^2=۰.۶۶۲$) و اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنادار گزارش شد ($F=۱۰۷.۸۸۸, p=۰.۰۰۱, \eta^2=۰.۲۱۰$). همچنین اثر زمان بر سرسختی سلامت معنادار بود ($F=۵.۵۷۳, p=۰.۰۰۱, \eta^2=۰.۰۷۲$). و تعامل زمان و گروه نیز معنادار بود ($F=۲۶.۲۲۴, p=۰.۰۰۱, \eta^2=۰.۵۵۵$). نتایج آزمون بونفرونی نشان داد هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی و سرسختی سلامت شدند. تفاوت بین دو گروه آزمایش در تحمل پریشانی معنادار نبود، اما در سرسختی سلامت تفاوت معناداری بین دو مداخله مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی هر دو می‌توانند موجب ارتقای تحمل پریشانی و سرسختی سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان شوند. با این حال، شفقت‌درمانی در بهبود سرسختی سلامت اثربخشی بیشتری نشان داد و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مکمل در کنار درمان‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌گان: کلدواژه‌ها: شفقت‌درمانی، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، تحمل پریشانی، سرسختی سلامت، سرطان پستان

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: رفیعان، نادیا، یونسی بروجنی، جلیل، و اکبرنجاج شوب، نبی‌اله. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی و سرسختی سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۵(۱)، ۱۶-۱.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

سرطان پستان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت زنان است که پیامدهای آن تنها به سطح زیستی و جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد روان‌شناختی، هیجانی، خانوادگی، اجتماعی و وجودی زندگی بیمار را نیز به‌طور عمیق تحت تأثیر قرار می‌دهد. تشخیص سرطان پستان معمولاً با تجربه ناگهانی ترس، اضطراب، تهدید ادراک شده نسبت به آینده، نگرانی درباره درمان‌های طولانی‌مدت، تغییر در تصویر بدنی، اختلال در نقش‌های خانوادگی و کاهش احساس کنترل همراه است. زنان مبتلا به سرطان پستان در فرایند درمان با مراحل مانند جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، هورمون‌درمانی و مراقبت‌های پس از درمان روبه‌رو می‌شوند و هر یک از این مراحل می‌تواند منابع روان‌شناختی آنان را تحت فشار قرار دهد. پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، به‌ویژه در مراحل درمان و پس از آن، تحت تأثیر عواملی مانند پذیرش بیماری، خستگی، اضطراب، درد، عملکرد جسمانی و حمایت روانی قرار می‌گیرد (Konieczny et al., 2025; Lemmih et al., 2025; Morse et al., 2025). از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی مکمل در کنار درمان‌های پزشکی، ضرورتی جدی در ارتقای سازگاری و بهبود پیامدهای روانی این بیماران محسوب می‌شود.

یکی از پیامدهای مهم سرطان پستان، افت کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی در بیماران سرطانی مفهومی چندبعدی است که وضعیت جسمانی، هیجانی، اجتماعی، عملکردی، معنوی و ادراک فرد از سلامت خود را دربر می‌گیرد. زنان مبتلا به سرطان پستان ممکن است به دلیل خستگی، درد، محدودیت حرکتی، لنف‌ادم، تغییرات ظاهری، اختلال در روابط زناشویی و کاهش توان فعالیت‌های روزمره، کاهش آشکاری در کیفیت زندگی تجربه کنند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که خستگی، کاهش قدرت عضلانی و عوارض درمانی می‌توانند کیفیت زندگی زنان تحت شیمی‌درمانی یا درمان هورمونی را کاهش دهند (Silva et al., 2025). همچنین در زنان بازمانده از سرطان پستان، لنف‌ادم و خستگی با افت کیفیت زندگی همراه گزارش شده است (Özşaker, 2025). از سوی دیگر، مداخلاتی که با هدف کاهش عوارض جسمانی و روان‌شناختی

طراحی می‌شوند، مانند مداخلات مبتنی بر درمان‌های حمایتی یا روش‌های مکمل، می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی، کاهش خستگی و اضطراب کمک کنند (Marcondes et al., 2025; Shamoun & Ahmad, 2025). این شواهد نشان می‌دهد که کیفیت زندگی نه تنها پیامد درمان پزشکی، بلکه شاخصی کلیدی برای ارزیابی سازگاری روان‌شناختی بیماران است.

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به مداخلات مبتنی بر ارتقای کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان افزایش یافته است. این مداخلات با تمرکز بر بهبود ابعاد جسمانی، هیجانی، اجتماعی و شناختی زندگی بیمار، می‌کوشند احساس رضایت، امید، معنا، کنترل و مشارکت فعال در فرایند درمان را افزایش دهند. مطالعات مروری و فراتحلیلی درباره مداخلات مبتنی بر اینترنت نیز نشان داده‌اند که برنامه‌های روان‌شناختی و حمایتی می‌توانند در ارزیابی و ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نقش مؤثری داشته باشند (Vitale, 2025). از این منظر، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌تواند به بیماران کمک کند تا به‌جای تمرکز صرف بر بیماری، منابع باقی‌مانده زندگی، روابط حمایتگر، توانمندی‌های فردی و اهداف معنادار خود را بازشناسایی کنند. چنین رویکردی به‌ویژه برای بیمارانی اهمیت دارد که در نتیجه سرطان، احساس بی‌ثباتی، درماندگی یا کاهش معنا در زندگی را تجربه می‌کنند. بنابراین، کیفیت زندگی می‌تواند هم هدف درمانی و هم مسیر مداخله‌ای برای ارتقای سازگاری روانی در زنان مبتلا به سرطان پستان باشد.

در کنار کیفیت زندگی، تحمل پریشانی یکی از سازه‌های مهم در فهم سازگاری روان‌شناختی بیماران سرطانی است. تحمل پریشانی به توانایی فرد برای تجربه، پذیرش و مدیریت هیجان‌های منفی، فشارهای روانی و موقعیت‌های دشوار بدون اجتناب، آشفته‌گی شدید یا فروپاشی رفتاری اشاره دارد. زنان مبتلا به سرطان پستان با منابع متعدد پریشانی مواجه هستند؛ از ترس عود بیماری و نگرانی درباره مرگ گرفته تا اضطراب ناشی از تغییر تصویر بدنی، درد، پیامدهای درمان و اختلال در روابط صمیمانه. در چنین شرایطی، پایین بودن تحمل پریشانی می‌تواند به افزایش اجتناب هیجانی، کاهش مشارکت فعال در درمان، احساس ناتوانی، افت امید و تشدید نشانه‌های روان‌شناختی منجر شود. پژوهش‌های انجام‌شده بر بیماران مبتلا به

سرطان نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌تواند بر متغیرهایی مانند خودسرزنی، تحمل پریشانی، هیجان‌های خودآگاه و سبک‌های حل تعارض اثرگذار باشند (Yavari et al., 2024). بنابراین، افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌تواند به‌عنوان یکی از اهداف مهم مداخلات روان‌شناختی مورد توجه قرار گیرد.

شفقت‌درمانی یکی از رویکردهای نوین و مؤثر در حوزه روان‌شناسی بالینی و سلامت است که با تأکید بر پرورش مهربانی با خود، کاهش خودانتقادی، تنظیم هیجان‌های دشوار و فعال‌سازی نظام آرام‌ساز روانی، به افراد کمک می‌کند رابطه‌ای پذیرنده‌تر و کم‌تنش‌تر با خود و تجربه‌های دردناکشان برقرار کنند. در بافت سرطان پستان، خودانتقادی، شرم، نگرانی درباره بدن، احساس ناکافی بودن و ترس از قضاوت دیگران می‌تواند پریشانی روانی بیمار را تشدید کنند. پژوهش‌های مرتبط با زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر کاهش استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی مؤثر باشد (Dehkordi et al., 2019; Pourhosseini Dehkordi et al., 2019). همچنین پژوهش‌های مرتبط با مراقبان بیماران سرطانی نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی، خودشفقت‌ورزی و دریافت شفقت از دیگران می‌تواند رابطه میان استرس و افسردگی را تعدیل کنند (Hsieh et al., 2019). این یافته‌ها بیانگر آن است که شفقت نه تنها در سطح فردی، بلکه در سطح روابط مراقبتی و تجربه بیماری نیز می‌تواند نقش محافظتی داشته باشد.

اهمیت شفقت‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان از آن جهت برجسته‌تر می‌شود که تجربه سرطان اغلب با آشفتگی در تصویر بدنی و هویت زنانه همراه است. تغییرات ظاهری ناشی از جراحی، ریزش مو، تغییر وزن، اثرات درمان و نگرانی درباره جذابیت جسمانی می‌تواند موجب شرم، اضطراب اجتماعی و کاهش رضایت از روابط شود. در این زمینه، خودشفقت‌ورزی به فرد کمک می‌کند تجربه بدن آسیب‌دیده یا تغییر یافته را با مهربانی و پذیرش بیشتری درک کند و از چرخه خودسرزنی و انزوا فاصله بگیرد. مطالعات نشان داده‌اند که خودشفقت‌ورزی و امید در زمینه اختلال تصویر بدنی و پریشانی در بازماندگان سرطان پستان نقش مهمی دارند (Todorov et al., 2019). همچنین در بیماران پس از سرطان، رضایت جنسی و

پریشانی جنسی با عواملی مانند اختلال تصویر بدنی، خودشفقت‌ورزی، درد جنسی و رضایت رابطه‌ای مرتبط است (Michael et al., 2021). در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته یا پایانی نیز پذیرش آرام، ذهن‌آگاهی، خودشفقت‌ورزی و پریشانی تصویر بدنی با نحوه مواجهه فرد با بیماری ارتباط دارد (Vincenzo et al., 2025). این شواهد نشان می‌دهد که شفقت‌درمانی می‌تواند از طریق کاهش شرم و افزایش پذیرش، ظرفیت مقابله‌ای بیماران را تقویت کند.

از سوی دیگر، سرسختی سلامت یکی دیگر از متغیرهای مهم در سازگاری با بیماری‌های مزمن است. سرسختی سلامت به مجموعه‌ای از نگرش‌ها، باورها و توانایی‌های مقابله‌ای اشاره دارد که به فرد کمک می‌کند در مواجهه با تهدیدهای مرتبط با سلامت، احساس کنترل، تعهد و توانایی مواجهه فعال با مشکل را حفظ کند. زنان مبتلا به سرطان پستان در فرایند درمان با موقعیت‌های دشوار و طولانی‌مدتی روبه‌رو هستند و میزان سرسختی آنان می‌تواند تعیین کند که بیماری را صرفاً تهدیدی ویرانگر تلقی کنند یا آن را چالشی قابل مدیریت بدانند. در ادبیات روان‌شناسی، سرسختی روان‌شناختی با سازهایی مانند خودشفقت‌ورزی، خودکارآمدی، نشاط، سازگاری اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی پیوند دارد (Mir Mahmoudi, 2023; Moradgholi et al., 2025). همچنین در مطالعات مرتبط با خانواده و مراقبت، خودشفقت‌ورزی و سرسختی روان‌شناختی به‌عنوان متغیرهایی مهم در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی معرفی شده‌اند (Nemati et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهد که سرسختی می‌تواند در شرایط فشار مزمن، نقش سپر روان‌شناختی داشته باشد.

ارتقای سرسختی سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا این سازه می‌تواند بر پذیرش درمان، مشارکت فعال در مراقبت پزشکی، تحمل عوارض، حفظ امید و استمرار رفتارهای سلامت‌محور اثر بگذارد. فردی که از سرسختی سلامت بالاتری برخوردار است، احتمالاً بیماری را وضعیتی کاملاً خارج از کنترل نمی‌داند، بلکه تلاش می‌کند منابع حمایتی و شناختی خود را برای مدیریت آن به کار گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات تلفیقی مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت می‌تواند بر افزایش سرسختی

روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن اثرگذار باشند (Pourgoli & Rezaei, 2023). این یافته از نظر نظری با این فرض همسو است که شفقت‌درمانی از طریق کاهش خودانتقادی و افزایش پذیرش، و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از طریق افزایش احساس معنا، کنترل و رضایت، می‌تواند سرسختی سلامت را در بیماران ارتقا دهند. بنابراین، بررسی همزمان تحمل پریشانی و سرسختی سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌تواند تصویر دقیق‌تری از سازگاری هیجانی و شناختی آنان ارائه دهد.

اگرچه مطالعات متعدد به اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در بیماران سرطانی پرداخته‌اند، هنوز مقایسه مستقیم رویکردهای مداخله‌ای مختلف در زمینه پیامدهای خاصی مانند تحمل پریشانی و سرسختی سلامت نیازمند پژوهش بیشتر است. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت‌درمانی و رویکردهای هیجان‌مدار می‌توانند پریشانی روان‌شناختی مراقبان بیماران سرطانی را کاهش دهند (Tourani et al., 2024). همچنین مطالعات متعدد درباره کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داده‌اند که وضعیت روان‌شناختی، پذیرش بیماری و پیامدهای درمانی، کیفیت زندگی آنان را به‌طور معناداری تحت تأثیر قرار می‌دهد (Konieczny et al., 2025; Lemmih et al., 2025). با وجود این، بسیاری از مطالعات موجود یا تنها به یکی از مداخلات پرداخته‌اند، یا پیامدهایی مانند افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی کلی را بررسی کرده‌اند و کمتر به مقایسه همزمان شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی و سرسختی سلامت پرداخته‌اند. این خلأ پژوهشی از آن جهت مهم است که هر دو رویکرد، سازوکارهای متفاوت اما مکملی برای ارتقای سازگاری روانی دارند.

از منظر نظری، شفقت‌درمانی بیشتر بر رابطه فرد با خود، کاهش شرم و خودانتقادی، پذیرش هیجان‌های دشوار و ایجاد امنیت درونی تمرکز دارد؛ در حالی که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بیشتر بر بازسازی تجربه زندگی، تقویت عملکرد روزمره، ارتقای رضایت، افزایش معنا و توسعه منابع حمایتی تأکید می‌کند. بنابراین، ممکن است این دو رویکرد در متغیرهای مختلف اثرات متفاوتی نشان دهند. به‌طور مثال، در تحمل پریشانی، هر دو رویکرد می‌توانند از مسیرهای متفاوت به افزایش توان تحمل هیجان‌های ناخوشایند منجر شوند؛ اما

در سرسختی سلامت، رویکردی که بیشتر بر پذیرش خود، کاهش خودسرزنی و پرورش نگرش مهربانانه نسبت به تجربه بیماری تمرکز دارد، ممکن است اثر متفاوتی نسبت به رویکرد کیفیت زندگی داشته باشد. بر این اساس، مقایسه این دو مداخله می‌تواند از نظر بالینی به انتخاب مداخله مناسب‌تر برای زنان مبتلا به سرطان پستان کمک کند و از نظر پژوهشی نیز به روشن‌تر شدن سازوکارهای تغییر در مداخلات روان‌شناختی حوزه سلامت یاری رساند.

با توجه به شیوع بالای پیامدهای روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان، اهمیت کیفیت زندگی، نقش تحمل پریشانی در مدیریت هیجان‌های دشوار، و جایگاه سرسختی سلامت در سازگاری با بیماری، انجام پژوهشی که بتواند اثربخشی دو رویکرد شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را به‌صورت مقایسه‌ای بررسی کند، ضروری به نظر می‌رسد. نتایج چنین پژوهشی می‌تواند برای روان‌شناسان سلامت، درمانگران، مشاوران مراکز سرطان، تیم‌های مراقبت حمایتی و سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان کاربردی باشد. همچنین این مطالعه می‌تواند نشان دهد که آیا هر دو مداخله به یک اندازه در ارتقای توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران مؤثرند یا یکی از آن‌ها در برخی پیامدها برتری دارد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی و سرسختی سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها در قالب طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل غیرهمسان و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. در این پژوهش، دو مداخله روان‌شناختی شامل شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به‌صورت جداگانه برای دو گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل در طول دوره اجرای مداخله هیچ مداخله درمانی دریافت نکرد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز روان‌تحلیلی ایرانیان واقع در منطقه ۲ تهران، سعادت‌آباد، در بازه زمانی سال ۱۴۰۴ بود. برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار **G*Power** استفاده شد و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰.۶۰ بر اساس پیشینه پژوهشی، سطح معناداری

۰۰۵ و توان آزمون ۰۸۰، حداقل حجم نمونه برای سه گروه ۲۴ نفر برآورد شد. با توجه به احتمال ریزش نمونه و به منظور افزایش کفایت آماری، در نهایت ۴۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی هدفمند انجام شد و شرکت‌کنندگان به صورت مساوی در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه آزمایش اول، گروه آزمایش دوم و گروه کنترل قرار گرفتند. پیش از اجرای مداخله، هماهنگی‌های لازم با مرکز مربوط انجام شد، مجوزهای سازمانی اخذ گردید و پس از توضیح اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و اختیار شرکت‌کنندگان برای ادامه یا انصراف از پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه از آنان دریافت شد. سپس پرسشنامه‌های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. پس از آن، جلسات مداخله برای دو گروه آزمایش به صورت هفته‌ای دو جلسه و در محل کلینیک برگزار شد و پس از پایان جلسات، پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا گردید. همچنین به منظور بررسی پایداری اثرات مداخله، مرحله پیگیری سه ماهه نیز انجام شد.

پرسشنامه تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ برای سنجش میزان تحمل‌پریشانی هیجانی طراحی شده و دارای ۱۵ ماده است. این ابزار چهار خرده‌مقیاس تحمل‌پریشانی هیجانی، جذب‌شدن توسط هیجانات منفی، ارزیابی ذهنی‌پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش‌پریشانی را اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌های پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» نمره‌گذاری می‌شوند و گزینه‌ها به ترتیب نمره‌های ۱ تا ۵ دریافت می‌کنند. در این پرسشنامه، ماده ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر در تحمل‌پریشانی است. سیمونز و گاهر ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را ۰۷۲، ۰۸۲، ۰۷۸ و ۰۷۰ و ضریب آلفای کل مقیاس را ۰۸۲ گزارش کرده‌اند و شواهدی از روایی ملاکی و همگرایی مناسب این ابزار ارائه داده‌اند. در مطالعات داخلی نیز این ابزار مورد استفاده قرار گرفته و پایایی آن تأیید شده است. در پژوهش حاضر، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط متخصصان بررسی و تأیید شد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰۷۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه سرسختی سلامت گیهاردت و همکاران در سال ۲۰۰۱ برای سنجش سرسختی سلامت طراحی شده و شامل ۲۴ ماده است.

هر ماده این پرسشنامه به صورت جمله‌ای درباره وضعیت سلامت فرد تنظیم شده و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس ارزش سلامت، مکان کنترل درونی سلامت، مکان کنترل بیرونی سلامت و شایستگی سلامت ادراک‌شده را شامل می‌شود. مواد ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و جمع نمرات همه مواد، نمره کل سرسختی سلامت را تشکیل می‌دهد. دامنه نمره کل این پرسشنامه از ۲۴ تا ۱۲۰ است و نمره پایین‌تر از ۶۰ نشان‌دهنده سطح پایین سرسختی سلامت در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش گیهاردت و همکاران، ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها در نمونه مردم عادی به ترتیب ۰۷۹، ۰۶۶، ۰۶۷ و ۰۶۹ و در نمونه دانشجویان به ترتیب ۰۷۸، ۰۶۵، ۰۵۸ و ۰۷۶ گزارش شده است. همچنین در مطالعات داخلی، شواهد روایی سازه و پایایی بازآزمایی این ابزار تأیید شده است. در پژوهش حاضر، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط متخصصان بررسی و تأیید شد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰۸۰۱ به دست آمد.

پروتکل شفقت‌درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر برگرفته از بسته درمانی گیلبرت بود و به صورت گروهی برای یکی از گروه‌های آزمایش اجرا شد. این مداخله در قالب جلسات منظم ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای دو جلسه برگزار گردید. محتوای جلسات با برقراری ارتباط اولیه، آشنایی اعضا با ساختار جلسات و معرفی اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت آغاز شد و سپس بر تبیین آزار عاطفی، شناسایی عوامل مرتبط با نشانه‌های هیجانی، آموزش خودشفقتی، ذهن‌آگاهی، واریسی بدنی و تمرین تنفس تمرکز یافت. در ادامه جلسات، شرکت‌کنندگان با سیستم‌های هیجانی مرتبط با شفقت، مفهوم همدلی، همدردی، اشتراکات انسانی، کاهش شرم و خودانتقادی، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود و دیگران، بخشایش و پذیرش بدون قضاوت آشنا شدند. همچنین تمرین‌هایی مانند ایجاد تصویر ذهنی شفقت‌آمیز، نوشتن نامه مشفقانه برای خود و دیگران، ثبت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و تمرین روش‌های ابراز شفقت کلامی و عملی ارائه شد. در جلسات پایانی، مهارت‌های آموزش داده‌شده مرور و تمرین شد و راهکارهایی

برای حفظ و به کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره، مواجهه با شرایط دشوار بیماری و ارتقای سازگاری روان‌شناختی ارائه گردید.

پروتکل درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برای گروه آزمایش دوم اجرا شد و هدف اصلی آن ارتقای عملکرد کلی، افزایش رضایت از زندگی، تقویت احساس معنا، بهبود روابط بین فردی و افزایش توانایی سازگاری روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. این مداخله نیز به صورت گروهی و در جلسات منظم هفته‌ای دو جلسه در محل کلینیک برگزار شد. محتوای جلسات بر شناسایی ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و عملکردی کیفیت زندگی، بررسی اثر سرطان پستان بر سبک زندگی و روابط فردی، تقویت منابع حمایتی، افزایش امید، بازسازی ارزیابی ذهنی از وضعیت سلامت، مدیریت فشارهای ناشی از بیماری، افزایش احساس کنترل و آموزش راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بود. در جریان جلسات، شرکت‌کنندگان تشویق شدند منابع شخصی و اجتماعی خود را شناسایی کنند، اهداف واقع‌بینانه برای بهبود کیفیت زندگی تعیین نمایند، راهبردهایی برای کاهش احساس ناتوانی و درماندگی به کار گیرند و مهارت‌هایی برای سازگاری بهتر با پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی بیماری بیاموزند. گروه کنترل در طول اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد و صرفاً در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت.

داده‌های پژوهش پس از گردآوری، در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی مانند فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف ویژگی‌های داده‌ها و وضعیت متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، مفروضه‌های آماری لازم از جمله نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیونی، همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس و کرویت بررسی شد. در بخش آمار استنباطی، برای بررسی تغییرات درون گروهی و بین گروهی در متغیرهای تحمل‌پریشانی و سرسختی سلامت، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته استفاده شد. همچنین برای مقایسه‌های زوجی و تعیین محل تفاوت‌های معنادار میان گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری، آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و در سطح معناداری ۰.۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه کنترل، گروه شفقت‌درمانی و گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در جدول ۱ ارائه شده است. این شاخص‌ها شامل میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل‌پریشانی و سرسختی سلامت در هر یک از گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی تحمل‌پریشانی و سرسختی سلامت در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

متغیر	مرحله	گروه کنترل، میانگین	گروه کنترل، انحراف معیار	شفقت‌درمانی، میانگین	شفقت‌درمانی، انحراف معیار	درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، میانگین	درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، انحراف معیار
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۳۶.۶۷	۵.۱۴	۳۷.۰۷	۵.۲۶	۳۶.۱۳	۵.۱۵
تحمل پریشانی	پس‌آزمون	۳۹.۲۷	۱۱.۵۸	۵۹.۸۷	۴.۷۳	۵۶.۲۰	۸.۶۵
تحمل پریشانی	پیگیری	۳۷.۰۷	۶.۲۴	۵۴.۴۰	۵.۶۵	۵۳.۷۳	۵.۶۶
سرسختی سلامت	پیش‌آزمون	۵۹.۶۷	۶.۰۳	۶۰.۰۷	۶.۹۹	۶۰.۹۳	۸.۱۸
سرسختی سلامت	پس‌آزمون	۶۲.۶۷	۹.۱۹	۸۵.۲۷	۷.۵۲	۷۵.۸۷	۱۷.۰۰
سرسختی سلامت	پیگیری	۶۱.۰۷	۶.۸۱	۷۹.۰۰	۷.۷۲	۷۱.۴۷	۱۳.۲۱

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین نمرات تحمل پریشانی در گروه شفقت‌درمانی از ۳۷.۰۷ در پیش‌آزمون به ۵۹.۸۷ در پس‌آزمون و ۵۴.۴۰ در پیگیری افزایش یافت. همچنین در گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، میانگین تحمل پریشانی از ۳۶.۱۳ در پیش‌آزمون به ۵۶.۲۰ در پس‌آزمون و ۵۳.۷۳ در پیگیری رسید. در مقابل، میانگین این متغیر در گروه کنترل تغییر قابل توجهی نشان نداد. در متغیر سرسختی سلامت نیز میانگین گروه شفقت‌درمانی از ۶۰.۰۷ در پیش‌آزمون به ۸۵.۲۷ در پس‌آزمون و ۷۹.۰۰ در پیگیری افزایش یافت و در گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از ۶۰.۹۳ در پیش‌آزمون به ۷۵.۸۷ در پس‌آزمون و ۷۱.۴۷ در پیگیری رسید. این الگوی توصیفی نشان می‌دهد که هر دو مداخله با افزایش نمرات تحمل پریشانی و سرسختی سلامت همراه بوده‌اند و این افزایش در گروه شفقت‌درمانی، به‌ویژه در متغیر سرسختی سلامت، برجسته‌تر بوده است.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات تحمل پریشانی و سرسختی سلامت در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه نرمال است، زیرا سطح معناداری تمامی آماره‌ها بزرگ‌تر از ۰.۰۵ بود. همچنین نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیونی نشان داد که تعامل پیش‌آزمون و گروه برای تحمل پریشانی معنادار نبود ($F=0.78, p=0.54$) و برای سرسختی سلامت نیز معنادار گزارش نشد ($F=0.54, p=0.65$). بنابراین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی برقرار بود. افزون بر این، نتایج آزمون ام. باکس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس رعایت شده است. آزمون کرویت موچلی نیز نشان داد که مفروضه کرویت برقرار است ($W=0.990, \chi^2=0.419, df=2, p=0.811$). بنابراین، با توجه به برقرار بودن مفروضه‌های لازم، استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته برای بررسی اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه مناسب بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تحمل پریشانی و سرسختی سلامت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	اندازه اثر
تحمل پریشانی	زمان	۷۴۳۳.۲۴۴	۲	۳۷۱۶.۶۲۲	۸۲.۱۱۸	۰.۰۰۱	۰.۶۶۲
تحمل پریشانی	زمان × گروه	۱۰۰۸.۹۷۸	۴	۲۵۲.۲۴۴	۵.۵۷۳	۰.۰۰۱	۰.۲۱۰
تحمل پریشانی	خطای درون‌گروهی	۳۸۰۱.۷۷۸	۸۴	۴۵.۲۵۹	—	—	—
تحمل پریشانی	گروه	۱۹۴۱.۶۴۴	۲	۹۷۰.۸۲۲	۲۰.۲۹۸	۰.۰۰۱	۰.۴۹۲
تحمل پریشانی	خطای بین‌گروهی	۲۰۰۸.۷۵۶	۴۲	۴۷.۸۲۸	—	—	—
سرسختی سلامت	زمان	۸۱۵۸.۱۷۸	۲	۴۰۷۹.۰۸۹	۱۰۷.۸۸۸	۰.۰۰۱	۰.۷۲۰
سرسختی سلامت	زمان × گروه	۳۹۶۵.۹۱۱	۴	۹۹۱.۴۷۸	۲۶.۲۲۴	۰.۰۰۱	۰.۵۵۵
سرسختی سلامت	خطای درون‌گروهی	۳۱۷۵.۹۱۱	۸۴	۳۷.۸۰۸	—	—	—
سرسختی سلامت	گروه	۸۱۴۲.۰۴۴	۲	۴۰۷۱.۰۲۲	۱۹.۲۱۲	۰.۰۰۱	۰.۴۷۸
سرسختی سلامت	خطای بین‌گروهی	۸۸۹۹.۹۵۶	۴۲	۲۱۱.۹۰۴	—	—	—

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر زمان بر تحمل پریشانی معنادار است ($F=82.118, p=0.001, \eta^2=0.662$). بنابراین، نمرات تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته‌اند. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه برای تحمل پریشانی نیز معنادار بود ($F=5.573, p=0.001, \eta^2=0.210$)، که نشان

می‌دهد الگوی تغییرات تحمل پریشانی در طول زمان در گروه‌های پژوهش یکسان نبوده و تحت تأثیر نوع مداخله قرار گرفته است. اثر گروه نیز برای تحمل پریشانی معنادار گزارش شد ($F=20.298, p=0.001, \eta^2=0.492$)، بنابراین بین گروه‌های پژوهش از نظر نمرات تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر سرسختی

سلامت نیز اثر زمان معنادار بود ($F=10.7888, p=0.001, \eta^2=0.720$) و نشان داد که نمرات سرسختی سلامت در مراحل مختلف اندازه‌گیری تغییر معناداری داشته‌اند. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه برای سرسختی سلامت معنادار بود ($F=26.224, p=0.001, \eta^2=0.555$)، به

این معنا که تغییرات سرسختی سلامت در طول زمان در گروه‌ها متفاوت بوده است. اثر گروه نیز برای سرسختی سلامت معنادار بود ($F=19.212, p=0.001, \eta^2=0.478$)، بنابراین میان گروه کنترل و دو گروه مداخله از نظر سرسختی سلامت تفاوت معناداری مشاهده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها در تحمل پریشانی و سرسختی سلامت

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	معناداری	حد پایین فاصله اطمینان ۹۵ درصد	حد بالای فاصله اطمینان ۹۵ درصد
تحمل پریشانی	شفقت‌درمانی - کنترل	۸.۷۷۷۸	۱.۴۵۷۹۷	۰.۰۰۱	۵.۱۴۲۱	۱۲.۴۱۳۵
تحمل پریشانی	درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی - کنترل	۷.۰۲۲۲	۱.۴۵۷۹۷	۰.۰۰۱	۳.۳۸۶۵	۱۰.۶۵۷۹
تحمل پریشانی	شفقت‌درمانی - درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی	۱.۷۵۵۶	۱.۴۵۷۹۷	۰.۷۰۶	-۱.۸۸۰۱	۵.۳۹۱۲
سرسختی سلامت	شفقت‌درمانی - کنترل	۱۸.۹۷۷۸	۳.۰۶۸۸۷	۰.۰۰۱	۱۱.۳۲۵۰	۲۶.۶۳۰۵
سرسختی سلامت	درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی - کنترل	۱۰.۶۲۲۲	۳.۰۶۸۸۷	۰.۰۰۴	۲.۹۶۹۵	۱۸.۲۷۵۰
سرسختی سلامت	شفقت‌درمانی - درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی	۸.۳۵۵۶	۳.۰۶۸۸۷	۰.۰۲۸	۰.۷۰۲۸	۱۶.۰۰۸۳

به درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افزایش سرسختی سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی و سرسختی سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی و سرسختی سلامت شدند. همچنین نتایج نشان داد که در متغیر تحمل پریشانی، تفاوت معناداری میان شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی وجود نداشت؛ اما در متغیر سرسختی سلامت، تفاوت بین دو مداخله معنادار بود و شفقت‌درمانی اثربخشی بیشتری نشان داد. این یافته‌ها بیانگر آن است که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شفقت و ارتقای کیفیت زندگی می‌توانند در کنار درمان‌های پزشکی، نقش مهمی در تقویت ظرفیت‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان ایفا کنند. از آنجا که سرطان پستان افزون بر پیامدهای جسمانی، با فشارهای هیجانی، تغییر در

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان می‌دهد که در متغیر تحمل پریشانی، تفاوت بین گروه شفقت‌درمانی و گروه کنترل معنادار است ($p=0.001$) و همچنین تفاوت بین گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گروه کنترل نیز معنادار گزارش شد ($p=0.001$). بنابراین، هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی شده‌اند. با این حال، تفاوت بین گروه شفقت‌درمانی و گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در تحمل پریشانی معنادار نبود ($p=0.706$)، بنابراین از نظر اثربخشی بر تحمل پریشانی، برتری آماری معناداری میان دو مداخله مشاهده نشد. در متغیر سرسختی سلامت، تفاوت بین گروه شفقت‌درمانی و کنترل معنادار بود ($p=0.001$) و تفاوت بین گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل نیز معنادار گزارش شد ($p=0.004$)، که نشان‌دهنده اثربخشی هر دو مداخله در افزایش سرسختی سلامت است. همچنین تفاوت بین گروه شفقت‌درمانی و گروه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در سرسختی سلامت معنادار بود ($p=0.028$) و با توجه به مقدار تفاوت میانگین، شفقت‌درمانی اثربخشی بیشتری نسبت

تصویر بدنی، خستگی، اضطراب، اختلال در نقش‌های خانوادگی و کاهش کیفیت زندگی همراه است، به کارگیری مداخلاتی که بتوانند تحمل هیجان‌های دشوار و نگرش مقاومانه نسبت به بیماری را ارتقا دهند، از اهمیت بالینی قابل توجهی برخوردار است.

یافته نخست پژوهش نشان داد که شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی هر دو موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان شدند. این نتیجه با مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین همسو است؛ زیرا زنان مبتلا به سرطان پستان در مسیر تشخیص، درمان و پیگیری، با تجربه‌های مکرر پریشانی، نگرانی درباره آینده، ترس از عود بیماری و پیامدهای جسمانی و روانی درمان مواجه می‌شوند. در چنین شرایطی، تحمل پریشانی به بیمار کمک می‌کند هیجان‌های منفی را بدون اجتناب، آشفتگی شدید یا کناره‌گیری از فرایند درمان تجربه و مدیریت کند. اثربخشی شفقت‌درمانی در افزایش تحمل پریشانی را می‌توان با نقش این رویکرد در کاهش خودسرزنی، افزایش مهربانی با خود و تعدیل واکنش‌های هیجانی تبیین کرد. پژوهش‌های انجام‌شده بر بیماران مبتلا به سرطان نیز نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر کاهش پریشانی روان‌شناختی، استرس ادراک‌شده، خودسرزنی و افزایش تحمل پریشانی اثرگذار باشد (Dehkordi et al., 2019; Yavari et al., 2024; Pourhosseini Dehkordi et al., 2019). بنابراین، نتیجه پژوهش حاضر مبنی بر افزایش تحمل پریشانی در گروه شفقت‌درمانی با شواهد پیشین هماهنگ است.

در تبیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر تحمل پریشانی می‌توان گفت که این رویکرد به بیماران کمک می‌کند به‌جای مقابله با بیماری از طریق سرکوب هیجان، شرم، خودانتقادی یا اجتناب، تجربه‌های دردناک را به‌عنوان بخشی از وضعیت انسانی و فرایند بیماری بپذیرند. زنان مبتلا به سرطان پستان ممکن است در اثر تغییرات ظاهری، جراحی، ریزش مو، کاهش انرژی و اختلال در روابط صمیمانه، احساس نقص یا شرم را تجربه کنند. شفقت‌درمانی با فعال‌سازی نظام آرام‌ساز روانی، افزایش پذیرش خود و کاهش تهدید ادراک‌شده از هیجان‌های منفی، زمینه تحمل بهتر پریشانی را فراهم می‌کند. این تبیین با یافته‌هایی همسو است که نشان داده‌اند خودشفقت‌ورزی و امید در کاهش پریشانی ناشی از اختلال تصویر بدنی در بازماندگان سرطان

پستان نقش دارند (Todorov et al., 2019). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در بیماران مبتلا به سرطان، خودشفقت‌ورزی می‌تواند با رضایت جنسی، کاهش پریشانی جنسی و سازگاری بهتر با تغییرات بدنی مرتبط باشد (Michael et al., 2021). افزون بر این، در زمینه سرطان پیشرفته و پایانی نیز ذهن‌آگاهی، خودشفقت‌ورزی و پذیرش آرام می‌تواند در نحوه مواجهه بیماران با رنج و پریشانی نقش حمایتی داشته باشند (Vincenzo et al., 2025).

اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی نیز قابل تبیین است. این رویکرد با تمرکز بر بازشناسی منابع زندگی، افزایش رضایت، تقویت امید، بهبود روابط حمایتی و ارتقای احساس کنترل، به بیمار کمک می‌کند تا فشارهای ناشی از بیماری را قابل مدیریت‌تر ارزیابی کند. وقتی بیمار بتواند در کنار تجربه بیماری، ابعاد معنادار زندگی خود را حفظ کند، سطح درماندگی کاهش می‌یابد و توانایی او برای تحمل تنش‌های جسمانی و هیجانی افزایش پیدا می‌کند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت تأثیر پذیرش بیماری، عوارض درمان، خستگی، اضطراب، عملکرد جسمانی و حمایت‌های درمانی قرار دارد (Konieczny et al., 2025; Lemmih et al., 2025; Morse et al., 2025). همچنین یافته‌های مربوط به زنان تحت شیمی‌درمانی یا هورمون‌درمانی نشان می‌دهد که خستگی و کاهش توان جسمانی می‌تواند کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد (Silva et al., 2025). بر این اساس، مداخله‌ای که کیفیت زندگی را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند با کاهش احساس ناتوانی و افزایش کارآمدی روانی، تحمل پریشانی را بهبود بخشد.

نبود تفاوت معنادار میان شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در تحمل پریشانی نشان می‌دهد که هر دو رویکرد، هرچند از مسیرهای نظری متفاوت، می‌توانند به نتیجه‌ای مشابه در توانمندسازی هیجانی بیماران منجر شوند. شفقت‌درمانی از مسیر کاهش خودانتقادی، افزایش پذیرش هیجان و مهربانی با خود عمل می‌کند، در حالی که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از طریق تقویت امید، معنا، رضایت و منابع حمایتی اثر می‌گذارد. در هر دو حالت، بیمار توان بیشتری برای مواجهه با هیجان‌های ناخوشایند پیدا می‌کند. این نتیجه با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات

روان‌شناختی مبتنی بر شفقت و هیجان‌مدار می‌توانند در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران یا مراقبان بیماران سرطانی مؤثر باشند (Tourani et al., 2024). همچنین نقش خودشفقت‌ورزی و شفقت دریافت‌شده از دیگران در تعدیل رابطه استرس و افسردگی، نشان می‌دهد که کیفیت رابطه فرد با خود و دیگران می‌تواند در تحمل فشارهای روانی نقش تعیین‌کننده داشته باشد (Hsieh et al., 2019). بنابراین، شباهت اثربخشی دو مداخله در تحمل پریشانی را می‌توان ناشی از اشتراک آن‌ها در کاهش بار هیجانی بیماری و تقویت منابع مقابله‌ای دانست.

یافته دوم پژوهش نشان داد که هر دو مداخله موجب افزایش معنادار سرسختی سلامت شدند، اما شفقت‌درمانی در این متغیر اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی داشت. سرسختی سلامت به توانایی بیمار برای حفظ احساس کنترل، تعهد و نگرش چالش‌محور در مواجهه با تهدیدهای مربوط به سلامت اشاره دارد. در سرطان پستان، بیمار ممکن است بیماری را به‌عنوان تهدیدی خارج از کنترل و ویرانگر تجربه کند؛ اما افزایش سرسختی سلامت به او کمک می‌کند فعالانه‌تر با درمان همراه شود، عوارض را بهتر تحمل کند و در برابر احساس درماندگی مقاومت بیشتری نشان دهد. اثربخشی هر دو مداخله در افزایش سرسختی سلامت با مطالعاتی همسو است که ارتباط میان خودشفقت‌ورزی، سرسختی روان‌شناختی و سازگاری را نشان داده‌اند (Mir Mahmoudi, 2025; Moradgholi et al., 2023). همچنین پژوهش‌های مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی نشان داده‌اند که خودشفقت‌ورزی و سرسختی می‌توانند منابع مهمی برای حفظ سلامت روان در شرایط فشار مزمن باشند (Nemati et al., 2024).

برتری شفقت‌درمانی در افزایش سرسختی سلامت را می‌توان از منظر سازوکارهای درونی این درمان توضیح داد. سرسختی سلامت صرفاً به آگاهی از کیفیت زندگی یا بهبود رضایت روزمره محدود نیست، بلکه به نگرش عمیق فرد نسبت به خود، بیماری، کنترل و توان مواجهه با تهدید وابسته است. شفقت‌درمانی با کاهش خودسرزنی، افزایش پذیرش تجربه دردناک، پرورش نگاه مهربانانه به بدن آسیب‌دیده و تقویت احساس امنیت درونی، می‌تواند بنیان‌های شناختی و هیجانی سرسختی را تقویت کند. در واقع، بیمار زمانی

می‌تواند در برابر فشار بیماری مقاوم‌تر شود که خود را دشمن یا مقصر وضعیت موجود نداند، بلکه با خود به‌عنوان فردی نیازمند مراقبت، حمایت و مهربانی برخورد کند. این تبیین با یافته‌هایی همخوان است که اثربخشی مداخلات تلفیقی مبتنی بر پذیرش و شفقت را بر سرسختی روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن گزارش کرده‌اند (Pourgoli & Rezaei, 2023). بنابراین، شفقت‌درمانی احتمالاً به دلیل اثر مستقیم‌تر بر خودنگرش، پذیرش و کاهش تهدید درونی، در تقویت سرسختی سلامت اثربخشی بیشتری نشان داده است.

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نیز در افزایش سرسختی سلامت مؤثر بود، اما میزان اثر آن نسبت به شفقت‌درمانی کمتر بود. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که کیفیت زندگی، اگرچه با احساس رضایت، امید و کارکرد بهتر ارتباط دارد، اما ممکن است برای تغییر عمیق‌تر نگرش فرد نسبت به تهدید بیماری، خودانتقادی و احساس کنترل درونی به زمان یا تمرین بیشتری نیاز داشته باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عوارض جسمانی مانند لف‌ادم، خستگی و محدودیت عملکردی می‌توانند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش دهند (Özşaker, 2025). در مقابل، مداخلات حمایتی و مکمل که به کاهش عوارض و ارتقای عملکرد می‌پردازند، می‌توانند کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی را بهبود دهند (Marcondes et al., 2025; Shamoun & Ahmad, 2025). همچنین شواهد مروری نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر فناوری و اینترنت نیز می‌توانند در ارزیابی و ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشند (Vitale, 2025). بنابراین، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌تواند از مسیر بهبود کارکرد و رضایت، سرسختی را تقویت کند، اما در مقایسه با شفقت‌درمانی ممکن است اثر غیرمستقیم‌تری بر سازه‌های عمیق‌تر مربوط به خودپذیری و مقاومت روانی داشته باشد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی هر دو می‌توانند به‌عنوان مداخلات مکمل در کنار درمان‌های پزشکی برای زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرند. این دو مداخله با وجود تفاوت در مبانی نظری، در کاهش پیامدهای هیجانی بیماری و

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود مراکز درمان سرطان و کلینیک‌های روان‌شناسی سلامت، مداخلات مبتنی بر شفقت و ارتقای کیفیت زندگی را به‌عنوان بخشی از خدمات حمایتی برای زنان مبتلا به سرطان پستان در نظر بگیرند. درمانگران می‌توانند با توجه به هدف درمانی، از شفقت‌درمانی برای تقویت سرسختی سلامت، پذیرش خود و کاهش خودانتقادی استفاده کنند و از درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برای افزایش رضایت، امید، معنا و عملکرد روزمره بهره بگیرند. همچنین آموزش این مداخلات به روان‌شناسان، مشاوران و اعضای تیم مراقبت می‌تواند به ارتقای کیفیت خدمات روانی - حمایتی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک کند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Dehkordi, R. P., Sajadian, I., & Sharbafchi, M. R. (2019). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Perceived Stress and Psychological Distress in the Women Suffering from Breast Cancer.
- Hsieh, C.-C., Yu, C.-J., Chen, H.-J., Chen, Y.-W., Chang, N.-T., & Hsiao, F.-H. (2019). Dispositional mindfulness, self-compassion, and compassion from others as moderators between stress and depression in caregivers of patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1498-1505. <https://doi.org/10.1002/pon.5106>
- Konieczny, M., Sawicka, J., Gaska, I., Kaczmar, E., Babuška-Rocznik, M., & Bądziul, D. (2025). Health-Related Quality of Life and Disease Acceptance Among Women With Breast

افزایش توان مقابله‌ای بیماران نقش دارند. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تمرکز بر رضایت، امید، معنا و عملکرد روزمره، به بیماران کمک می‌کند زندگی خود را فراتر از بیماری بازسازی کنند. شفقت‌درمانی نیز با تمرکز بر مهربانی با خود، کاهش شرم، پذیرش تجربه‌های دردناک و تنظیم هیجان، توان مقاومت روان‌شناختی و سرسختی سلامت را افزایش می‌دهد. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو رویکرد برای افزایش تحمل پریشانی سودمند هستند، اما برای ارتقای سرسختی سلامت، شفقت‌درمانی می‌تواند گزینه مؤثرتری باشد. این نتیجه برای طراحی برنامه‌های روان‌شناختی در مراکز سرطان اهمیت دارد، زیرا انتخاب نوع مداخله می‌تواند بر اساس هدف درمانی، ویژگی‌های بیمار و شدت مشکلات روان‌شناختی انجام شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، حجم نمونه نسبتاً محدود و انتخاب شرکت‌کنندگان از یک مرکز درمانی در تهران اشاره کرد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به همه زنان مبتلا به سرطان پستان محدود می‌کند. همچنین گردآوری داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی انجام شد و ممکن است پاسخ‌ها تحت تأثیر تمایل اجتماعی، شرایط روانی لحظه‌ای یا برداشت شخصی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد. محدودیت دیگر پژوهش، پیگیری سه‌ماهه بود؛ زیرا برای ارزیابی پایداری بلندمدت اثرات مداخله، دوره‌های پیگیری طولانی‌تر می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری فراهم کند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، این مطالعه با حجم نمونه بزرگ‌تر، روش نمونه‌گیری تصادفی و در چند مرکز درمانی و شهرهای مختلف تکرار شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین بررسی اثربخشی این مداخلات بر متغیرهای دیگری مانند اضطراب مرگ، تصویر بدنی، امید، حمایت اجتماعی، کیفیت خواب، سازگاری زناشویی و پایبندی به درمان می‌تواند به شناخت جامع‌تر پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان کمک کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده دوره‌های پیگیری شش‌ماهه یا یک‌ساله را نیز در نظر بگیرند و از روش‌های ترکیبی کمی و کیفی برای بررسی تجربه زیسته بیماران از مداخله استفاده کنند.

- Frontiers in Oncology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1553009>
- Todorov, N., Sherman, K. A., Kilby, C. J., & Breast Cancer Network, A. (2019). Self-Compassion and Hope in the Context of Body Image Disturbance and Distress in Breast Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, 28(10), 2025-2032. <https://doi.org/10.1002/pon.5187>
- Tourani, F., Aghaee, H., Nouhi, S., & Tabatabaee, S. M. (2024). Comparing the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and Compassion-Based Therapy on Premature Bereavement and Psychological Distress of Caregivers of Cancer Patients. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 13(7), 131-140. <https://frooyesh.ir/article-1-5568-fa.html>
- Vincenzo, F. D., Quinto, R. M., Iani, L., Durante, S., Scalpelli, C., & Lombardo, L. (2025). Peaceful Acceptance and Struggle With Terminal Cancer: The Role of Mindfulness, Self-Compassion, and Body Image Distress. *Palliative & Supportive Care*, 23. <https://doi.org/10.1017/s1478951525000094>
- Vitale, E. (2025). Internet-Based Interventions in Quality of Life Assessments Among Women Living With Breast Cancer: A Systematic and Meta-Analytic Approach. *Cancer Reports*, 8(11). <https://doi.org/10.1002/cnr2.70358>
- Yavari, Y., Khoshakhlaq, H., & Sharbafchizadeh, M. (2024). Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Self-Blame, Distress Tolerance, Self-Conscious Affect, and Conflict Resolution Styles in Patients with Cancer in Isfahan. *Quarterly Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 25(95), 234-251.
- Cancer Pre- And Post-Neoadjuvant Chemotherapy. *Cancers*, 17(3), 497. <https://doi.org/10.3390/cancers17030497>
- Lemmih, H., Bakzaza, B., Rachiq, S., & Raoui, S. M. (2025). Evaluation of the Quality of Life of Women With Breast Cancer in Morocco. *Annals of African Medicine*, 25(2), 273-282. https://doi.org/10.4103/aam.aam_292_25
- Marcondes, L., Ferreira, P. M., Sawada, N. O., Chianca, T. C. M., Félix, J. V. C., Guimarães, P. R. B., & Kalinke, L. P. (2025). Effect of Laser Auriculotherapy on Quality of Life, Fatigue, and Anxiety in Women With Advanced Breast Cancer: Randomized Clinical Trial. *Healthcare*, 13(2), 166. <https://doi.org/10.3390/healthcare13020166>
- Michael, S., Skaczkowski, G., & Wilson, C. (2021). Sexual Satisfaction and Sexual Distress After Cancer: The Role of Body Image Disruption, Self-compassion, Sexual Pain and Relationship Satisfaction. *Psycho-Oncology*, 30(11), 1902-1909. <https://doi.org/10.1002/pon.5755>
- Mir Mahmoudi, S. (2025). Determining the Relationship Between Academic Self-Efficacy, Psychological Hardiness, and Self-Compassion with the Academic Vitality of Second-grade High School Students. *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*, 10(58), 112-123. <https://ijndibs.com/article-1-1139-fa.html>
- Moradgholi, N., Moradgholi, M. J., & Bavaghar Zamee, E. (2023). The Role of Self-Compassion and Psychological Hardiness in predicting Social Adjustment in students. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2(1), 1-8. <https://maherpub.com/jndd/article/view/19>
- Morse, R., Bean, N. W., Hall, J., Deal, A. M., Nyrop, K. A., Abdou, Y., Dees, E. C., Ray, E. M., Jolly, T. A., Reeder-Hayes, K. E., Jones, E., Gupta, G. P., Elmore, S. N., Muss, H. B., & Casey, D. L. (2025). Quality of Life Outcomes in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy With or Without Radiation Therapy. *Clinical Breast Cancer*, 25(1), e86-e93. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2024.08.015>
- Nemati, S., Shojaeian, N., Bardel, M., Deetjen-Ruiz, R., Khani, Z., & McHugh, L. (2024). Exploring the Variables of the Psychological Well-Being of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder Through Self-Compassion and Psychological Hardiness. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(10), 3739-3744. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06077-5>
- Özşaker, E. (2025). Lymphedema, Fatigue, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors With Axillary Lymph Node Dissection. *Lymphatic Research and Biology*, 23(2), 107-114. <https://doi.org/10.1089/lrb.2024.0047>
- Pourgoli, S., & Rezaei, A. (2023). The Combined Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion on Psychological Hardiness in Patients with Multiple Sclerosis (MS). The 3rd International Conference on Educational Sciences, Counseling, Psychology, and Social Sciences, Hamadan. <https://civilica.com/doc/1996468/>
- Pourhosseini Dehkordi, R., Sajadian, E., & Sharibafchi, M. R. (2019). The effectiveness of compassion-based therapy on perceived stress and psychological distress in women with breast cancer. *Health Psychology*, 8(31), 37-52. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6314.html
- Shamoun, S., & Ahmad, M. (2025). Enhancing Quality of Life: The Effect of Complete Decongestive Therapy on Jordanian Women With Breast Cancer After Axillary Lymph Node Dissection. *European Journal of Breast Health*. <https://doi.org/10.4274/ejbh.galenos.2025.12-11>
- Silva, N. P., Marques, V. A., Ferreira-Júnior, J. B., Freitas-Júnior, R., & Vieira, C. A. (2025). Quality of Life, Fatigue, and Muscle Strength in Women With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy or Hormonal Therapy: A Case-Control Study.