Iranian Journal of Breast Diseases. 2022; 14(4):4-20.

Original Article

Emotion Focused Therapy Enduringly Reduces Depression and Increases Self-Compassion in Women with Breast Cancer: A Semi-Experimental Study

Salarirad Z[1], Leilabadi L[2*], Kraskian Mujembari A[3], Salehi M[2]

[1]Ph.D. Student in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[2]Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[3]Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Receive: 17/8/2021
Accepted: 1/12/2021

[*]**Corresponding Author:**
lida.leilabadi@gmail.com

Ethics Approval:
IR.IAU.CTB.REC.1400.016

Abstract

Introduction: Emotion-focused therapy (EFT) is designed to help patients identify and process their emotions. The aim of this study was to evaluate the effect of emotion-focused therapy on improving depression and self-compassion in women with breast cancer.

Method: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group and a 3-month follow-up. The sample consisted of 30 women with breast cancer in Tehran who had a depression score of >17 at screening and were selected via purposive sampling and randomly placed in experimental and control groups of 15. The experimental group underwent EFTover twelve 50-minute individual sessions according to the Greenberg emotion-focused therapy protocol. Research data were collected using the Beck Depression Inventory and the Self-compassion Scale before, after, and 3 months after the end of treatment. Data analysis was performed using repeated-measures two-way ANOVA.

Results: The experimental group scored significantly higher in self-compassion and lower in depression in the posttest compared with the pretest. In the follow-up assessment, depression scores were as low as the posttest levels, but self-compassion scores decreased relative to the posttest; however, they remained significantly above the pre-test levels. In the control group, both depression and self-compassion scores were stable over time.

Conclusion: EFT can be used as an appropriate intervention to reduce depression and increase self-compassion significantly and enduringly in women with breast cancer.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Depression, Self-Compassion, Breast Cancer

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-12-28]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

Introduction

Anxiety and depression are among the most common forms of psychological distress in most cancer patients (1). Breast cancer can challenge patients' core beliefs about invulnerability, safety, and self-worth and can lead to depression, uncertainty, body image concerns, and somatic symptom issues (2). Self-compassion is another variable that is related to mental health and subsequently to physical health. It contributes to enhanced emotional resilience and reduced depression and anxiety in patients (3). Research findings demonstrate that the sub-threshold rules in the Iranian culture can result in anger and sadness following patterns of suppressed emotional expression, increasing the experience of negative emotion for the individual and negatively affecting their overall mental health and psychological well-being (4). Therefore, researchers and psychologists emphasize the importance of therapies that can help regulate and express emotions. Emotion-focused therapy (EFT) has been developed and expanded as a treatment protocol for processing and regulating emotion and its application is considered in improving social health indicators. The present study aims to investigate the effect of EFT on depression and self-compassion in women with breast cancer.

Methods

The study was conducted with a semi-experimental pretest-posttest design and involved a control group and a 12-week follow-up. The population of the study consisted of women with breast cancer who had visited a general surgeon and oncologist at Rasoul Akram Hospital and Khatam-ul-Anbia Cancer Clinic in Tehran during 2020–2021. Thirty people were selected using purposive sampling method and randomly assigned to two groups of 15 people (experimental and control group). All the participants completed the Beck Depression Inventory (BDI), 2nd edition, Self-compassion Scale (SCS) (Neff, 2003) at three stages. The experimental group received 12 weekly sessions of individual emotion-focused therapy, with each session lasting for 50 minutes (5, 6). Data were analyzed using the two-factor analysis of variance with repeated measures of one factor and the Bonferroni post hoc test.

Results

The mean (SD) ages of the experimental group and the control group were 45.60 (SD = 8.11) and 43.40 (SD = 6.94), respectively. An independent *t* test showed that there was no significant difference between the groups in terms of age ($P < 0.05$). Participants were also homogeneous in terms of education level, family history of cancer, number of breast surgeries, disease stage, and neoadjuvant chemotherapy ($P's < 0.05$). Mixed analysis of variance was also carried out (Table 1). Post hoc analyses with the Bonferroni correction showed that EFT significantly reduced depression symptoms and increased self-compassion.

Discussion

Expression, processing, and regulation of emotions can help reduce the cognitive-emotional symptoms of depression in breast cancer patients, reduce negative attitudes through self-compassion and protective anger, and improve the associated somatic symptoms. Staying in contact with emotional experience, conscious exploration of it, reflection, and understanding the meaning of the emotional experience are alternative mechanisms for reducing the subjects' depression. Transforming maladaptive schemas and rewriting them through creating new patterns of emotional processing helps clients not to reengage in painful primary maladaptive emotions and to avoid such experiences, something that seems to explain the consistency of treatment outcomes. On the other hand, acceptance of pain, instead of avoiding it, can help to explain the effectiveness of emotional therapy in increasing compassion.

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

Table 1- Descriptive Indicators and Results of Mixed aAnalysis of Variance of Depression and Self-Compassion

Variable	Group	Control	Experimental	Intragroup Comparison (Time)	Time*Group	Intergroup Comparison
		Mean (SD)	Mean (SD)			
Depression	Pre-test	23.87 (8.44)	25.33 (7.20)	F =45.817 df=2 P=0.001 η^2=0.621	F=40.860 df=2 P=0.001 η^2=0.593	F=15.592 df=1 P=0.001 η^2=0.358
	Post-test	21.60 (8.24)	8.40 (5.99)			
	Follow up	25.07 (6.82)	8.20 (7.61)			
Self-Compassion	Pre-test	93.68 (10.80)	71.47 (13.56)	F=39.224 df=2 P=0.001 η^2=0.583	F=28.439 df=2 P=0.001 η^2=0.504	F= 13.413 df=1 P=0.001 η^2=0.529
	Post-test	67.20 (10.56)	103.53 (9.63)			
	Follow up	66.20 (10.90)	94.53 (15.12)			

The limited number of treatment sessions for this group of participants seems to have prevented the consolidation of the effects of the treatment on self-compassion from taking place.

Conclusion

The results of the present study showed that EFT can significantly reduce depression and increase self-compassion in patients with breast cancer. Therefore, the results can help researchers, therapists, and health professionals in designing appropriate interventions for these patients.

References

1. Nakamura ZM, Deal AM, Nyrop KA, Chen YT, Quillen LJ, Brenizer T, Muss HB. Serial assessment of depression and anxiety by patients and providers in women receiving chemotherapy for early breast cancer. The Oncologist. 2021; 26(2): 147-56.
1. 2 Kyei KA, Oswald JW, Njoku AU, Kyei JB, Vanderpuye V, Tschida P. Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients Undergoing Treatment in Ghana. African Journal of Biomedical Research. 2020; 23(2): 227-32.
2. Van der Donk LJ, Fleer J, Tovote A, Ranchor AV, Smink A, Mul VEM et al. The role of mindfulness and self-compassion in depressive symptoms and affect: A Comparison between Cancer Patients and Healthy Controls. Mindfulness. 2020; 11(4): 883-94.
3. Hashemian S, Shams G, Ashayeri H, Modarres Gharavi M. Investigating the impact of emotional display rules on the positive/negative affect. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2016;18(6): 338-42.
4. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings. Washington DC: American Psychological Association. 2015.
5. 6. Elliott R, Watson JC, Goldman RN, & Greenberg LS. Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. Washington DC: American Psychological Association. 2004.

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

فصلنامه بیماری های پستان ایران
۲۰-٤ :(٤)١٤ ؛١٤٠٠

مقاله پژوهشی

کاهش باثبات افسردگی و افزایش شفقت‌خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با درمان متمرکز بر هیجان: یک مطالعه نیمه‌آزمایشی

زهرا سالاری راد[۱]، لیدا لیل آبادی[۲*]، آدیس کراسکیان موجمباری[۳]، مهدیه صالحی[۲]

[۱] دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

[۲] گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

[۳] گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۵/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۱۰

* نویسنده مسئول:
lida.leilabadi@gmail.com

چکیده

مقدمه: درمان متمرکز بر هیجان برای کمک به بیماران در شناسایی، استفاده و پردازش هیجانات طراحی شده است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و شفقت‌خود زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش بررسی: طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه بود. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران بود که پس از غربالگری نمره بالاتر از ۱۷ در افسردگی داشتند و براساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه، جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای، تحت درمان فردی متمرکز بر هیجان گرینبرگ (۲۰۱۵) قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و شفقت‌خود نف، پیش از شروع مداخله، پس از مداخله و ۳ ماه پس از پایان درمان، از افراد هر دو گروه جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل انجام شد.

یافته‌ها: گروه آزمایش نمره‌ی بالاتری در شفقت خود و نمره کمتری در افسردگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کسب کردند. یافته‌های آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان در طول زمان ثبات دارد (P=۰/۱۳۷). اثرات درمانی بر شفقت‌خود در طول زمان ثبات نداشته‌اند (P=۰/۰۲۷). با این حال به طور معناداری بالاتر از پیش آزمون باقی مانده است. در گروه گواه، نمرات افسردگی و شفقت به خود در طول زمان ثابت بود. بنابراین، درمان متمرکز بر هیجان می تواند افسردگی را به طور معنادار و پایدار کاهش دهد و شفقت خود را به طور معناداری افزایش دهد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند به‌عنوان روش مداخله‌ای مناسب برای کاهش افسردگی و افزایش شفقت‌خود در زنان مبتلا به سرطان پستان به کار رود.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر هیجان، افسردگی، شفقت‌خود، سرطان پستان

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-12-28]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

مقدمه

سرطان پستان یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌ها در زنان بوده و از مهم‌ترین علل مرگ و میر زنان در سراسر جهان به‌شمار می‌آید. علاوه بر دغدغه و استرس از عود و فعالیت مجدد غده سرطانی و یا انتشار آن در سایر اعضای بدن (متاستاز)، جراحی و ماستکتومی نیز عواقب روانی بسیاری در پی دارد (۱). اضطراب و افسردگی از جمله پریشانی روانی رایج در اکثر بیماران مبتلا به سرطان است (۲، ۳). دومین تشخیص روان‌پزشکی شایع در این بیماران، اختلال افسردگی اساسی است (۲، ۴). در نمونه‌ای از ۲۵۶ بیمار، ۲۶٪ حداقل افسردگی شدید متوسط و ۴۱٪ حداقل اضطراب شدید در حین شیمی‌درمانی را گزارش کردند که تقریباً دو برابر شیوع این علائم در مقایسه با قبل از شیمی‌درمانی است (۲). یک مطالعه اخیر در بیماران مبتلا به سرطان گزارش داد که شیوع افسردگی ۴۶٪ و اضطراب ۴۸٪ بوده است (۵).

افسردگی و اضطراب باعث کمبود انرژی و علاقه نسبت به ادامه درمان و کاهش کیفیت زندگی، اختلال در روابط بین فردی، درک سلامتی و علایم جسمی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود که تا حدی ناشی از ترس از بیماری و عدم قطعیت در مورد درمان آن است. ابتلا به سرطان پستان می‌تواند باورهای اساسی بیماران در مورد آسیب‌ناپذیری شخصی، ایمنی و ارزش خود را به چالش بکشد و باعث تجربه افسردگی، بلاتکلیفی، نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدنی و مشکلات مرتبط با علایم جسمی شود (۶).

«شفقت‌خود[1]» یکی دیگر از متغیرهایی است که با سلامت روان و متعاقب آن سلامت جسمی ارتباط دارد. نف[2] شفقت‌خود را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای، شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است که رابطه نزدیکی با هیجان دارد (۷).

بیماران مبتلا به سرطان که شفقت‌خود بالاتری دارند، پیامدهای منفی و علائم روان‌شناختی کمتری در چرخه زمانی بیماری تجربه می‌کنند و کنترل شخصی بیشتری بر زندگی خود دارند (۸). شفقت‌خود رابطه بین استرس ادراک‌شده و رفتارهای خودمراقبتی[3] در زنان مبتلا به سرطان پستان را تعدیل کرده (۹) و در رابطه بین تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان و پریشانی نقش میانجی دارد؛ اختلال در تصویر بدن و شفقت‌خود کمتر با افزایش پریشانی روان‌شناختی در بازماندگان سرطان پستان رابطه دارد (۱۰). به باور پژوهشگران شفقت‌خود به افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی و کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا کمک می‌کند (۱۱).

یکی از درمان‌هایی که مورد توجه درمانگران قرار گرفته، درمان متمرکز بر هیجان[4] است که نوعی درمان کوتاه مدت و مبتنی بر شواهد به شمار می‌آید و از سنت روان‌درمانی انسانگرا برخاسته است (۱۲). فرض اساسی این درمان شامل پرورش هوش هیجانی و مجموعه‌ای در حال گسترش از تکنیک‌های تنظیم هیجان در پاسخ به تجربیات هیجانی چالش برانگیز از طریق رابطه درمانی است (۱۳). به باور پژوهشگران متمرکز بر هیجان، هیجان سازگارانه باعث تغییر هیجان ناسازگار می‌شود و هیجانات سازگارانه‌ای که در طول درمان ابراز می‌شوند بهترین پیش‌بینی‌کننده خروجی درمان هستند (۱۴). نتایج مطالعات مشابه بیانگر آن هستند که درمان متمرکز بر هیجان در کاهش افسردگی مؤثر است (۱۵- ۲۱). هیسا (۲۰۲۰) و کانلی‌زوبوت (۲۰۲۰) اثربخشی این درمان را در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان تایید کرده‌اند (۱۶، ۱۷).

مطالعات نشان می‌دهد که انتقاد از خود می‌تواند با دستیابی به خشم محافظتی در هنگام بدرفتاری و شفقت‌خود در هنگام رنج، دگرگون شود (۲۲- ۲۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اصول درمان متمرکز بر هیجان

1 Self- Compassion
2 Neff
3 Self-Care Behaviors
4 Emotion Focused Therapy (EFT)

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

در کاهش انتقاد از خود، بهبود شفقت‌خود موثر است (۲۶، ۲۳). پژوهشگران کارایی گفتگوی دو صندلی را در مورد انتقاد از خود، شفقت‌خود و اعتماد به نفس شرکت‌کنندگان بسیار انتقادی بررسی کرده و همان‌طور که انتظار می‌رفت، نتایج تغییرات قابل توجهی در شفقت‌خود، اعتماد به نفس و انتقاد از خود نشان داد (۲۶، ۲۷).

روان‌شناسان معتقدند فرایندهای روانی متاثر از شرایط و مختصات فرهنگی از جمله سنت‌ها، زبان و جهان‌بینی آن جامعه است. در همین راستا می‌توان به جمع‌گرایی فرهنگ‌های آسیایی اشاره کرد که بر ابراز، عدم ابراز و کنترل هیجانی افراد اثر می‌گذارد (۲۸). یافته‌های پژوهشگران نشان می‌دهد، قواعد زیرآستانه‌ای که در جریان فرهنگی کشور ایران وجود دارد باعث شده هیجان‌های خشم و غم از قواعد ابراز هیجان سرکوب‌گرایانه تبعیت کنند که تجربه عاطفه منفی را برای افراد به همراه دارند و سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی افراد را متاثر می‌سازند (۲۹). بنابراین پژوهشگران و روان‌شناسان بر اهمیت درمان‌هایی که به تنظیم و ابراز سازگارانه هیجانات کمک کند تاکید دارند. از اینرو امروزه کاربرد درمان متمرکز بر هیجان، به عنوان پروتکل درمانی برای پردازش و تنظیم هیجان فردی در حال تکامل و گسترش است و دامنه کاربرد آن در بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به مطالب گفته شده پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و شفقت‌خود زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از لحاظ هدف تحقیق کاربردی بود. پژوهش با طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۱۲ هفته‌ای انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان بود که در سال ۹۸- ۹۹ به پزشک جراح عمومی و انکولوژیست در بیمارستان رسول اکرم و کلینیک سرطان خاتم‌الانبیای تهران مراجعه کرده و بر اساس آزمایش‌های ماموگرافی، نمونه‌برداری و قضاوت بالینی انکولوژیست، مبتلا به سرطان پستان تشخیص‌گذاری شده بودند. از آنجایی که حجم نمونه برای پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شده است (۳۰)، از بین این بیماران کسانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و گروه گواه) تخصیص داده شدند. شرکت‌کنندگان در این پژوهش در ۱۵ بلوک وارد مطالعه شدند و در داخل هر بلوک به صورت تصادفی به یکی از گروه های مداخله و عدم مداخله تخصیص یافتند. توزیع نمونه‌ها در دو گروه مداخله و گواه به صورت تصادفی کنترل شده با دو بازوی موازی و نسبت تخصیص ۱:۱ بود. معیارهای ورود عبارت بود از: ابتلا به سرطان پستان (در مرحله یک، دو و سه بیماری)، سن ۳۵ تا ۵۵ سال، متاهل، عدم بارداری یا دوره شیردهی، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم سو مصرف مواد مخدر، عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در حداقل دو ماه قبل از اولین جلسه، عدم سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی در دو ماه قبل از اولین جلسه. همچنین ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه درمان، غیبت در جلسات درمانی بیش از دو جلسه متوالی بود.

درمان متمرکز بر هیجان

پس از جلب همکاری پزشکان بیمارستان رسول اکرم و کلینیک سرطان خاتم‌الانبیا، پژوهش بر اساس مراحل ذیل تحقق یافت: ابتدا انتخاب مشارکت‌کنندگان بر اساس ملاک‌های ورودی تعریف شده و چیدمان آن‌ها در دو گروه آزمایش و گواه صورت گرفت. در مرحله بعد، پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی و شفقت‌خود اجرا شد. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۱۲ جلسه هفتگی ۵۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر هیجان را به صورت فردی دریافت کردند. گروه گواه، هیچ نوع مداخله‌ای آزمایشی را

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

دریافت نکرده و فقط در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون، شرکت داشت. پس از اتمام جلسات درمان به منظور ارزیابی نتیجه جلسات، اعضای هر دو گروه پرسشنامه‌های افسردگی و شفقت‌خود را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. در نهایت برای پیگیری نتایج درمان و بررسی ماندگاری اثر مداخله، سه ماه (۱۲ هفته) پس از اتمام جلسات، اعضای هر دو گروه مجددا پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. جهت حفظ ملاحظات اخلاقی پس از طی دوره پیگیری برای افراد گروه گواه که مایل به شرکت در مداخله بودند، درمان متمرکز بر هیجان اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان متمرکز بر هیجان ارائه شده است (۳۱، ۳۲). به دلیل ماهیت درمان متمرکز بر هیجان و با توجه به نشانگر[5]های هر جلسات و نیازهای متفاوت مراجعان جلسات درمان لزوما متوالی نبود و گاهی محتوای جلسات تکرار می‌شد. در این پژوهش کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1400.016 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز اخذ شد.

محرمانه بودن اطلاعات شخصی و دادن کد به هر یک از مشارکت‌کنندگان، خودداری از طرح پرسش‌های غیرضروری و شخصی، عدم بایگانی نمودن اطلاعات غیرضروری و خصوصی لحاظ شد. به‌علاوه تامین هزینه رفت و آمد بنابر تمایل، آزادی شرکت‌کنندگان در ترک جلسات درمانی در صورت عدم تمایل به ادامه درمان و پرهیز در استفاده از روش‌هایی که سبب آسیب جسمی یا روانی به شرکت‌کنندگان شود رعایت شد. عدم استفاده از منابع مشکوک و فاقد اعتبار علمی و اجتماعی در طرح و رعایت امانتداری و صداقت در تجزیه و تحلیل و ارائه داده‌ها از جمله ملاحظات اخلاقی بود که در پژوهش حاضر مد نظر قرار گرفت.

ابزارهای این پژوهش عبارت بودند از؛ پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم[6]، یک ویرایش از پرسشنامه افسردگی و شاخص خودگزارشی در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی است (۳۳). که در قالب ۲۱ نشانه و نگرش گردآوری و در یک مقیاس چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ بر اساس شدت درجه‌بندی شده‌است. نقاط برش که از طریق پاسخ بیماران افسرده به دست آمده، شامل چهارطبقه است: نمرات ۹-۰ در دامنه‌ی حداقل قرار دارد. نمرات ۱۶-۱۰ دال برافسردگی خفیف، نمرات ۲۹-۱۷ دال برافسردگی متوسط و نمرات ۶۳-۳۰ دال برافسردگی شدید است. رجبی و کارجوکسمایی (۱۳۹۱) در تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل شناختی-عاطفی و نگرش منفی- نشانه‌های بدنی گزارش کردند (۳۴). مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۶، برای عامل‌های اول و دوم ۰/۸۴ و ۰/۷۸ محاسبه کردند. ضرایب روایی بین نمره کل افسردگی و عامل‌های شناختی- عاطفی و نگرش منفی- نشانه‌های بدنی بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ بود. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ نمره کل افسردگی ۰/۸۷ و عامل‌های شناختی- عاطفی (۰/۸۱) و نگرش منفی- نشانه‌های بدنی (۰/۸۶) به دست آمد.

پرسشنامه شفقت‌خود[7] (نف، ۲۰۰۳) شامل ۲۶ گویه و ۶ مولفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم= ۵ نمره‌گذاری می‌گردد. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ نمره‌گذاری معکوس دارند. نف (۲۰۰۳) پایایی کلی پرسشنامه را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است. همسانی درونی مقیاس بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین هر کدام از زیر مقیاس‌ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (۰/۷۵ تا ۰/۸۱). نف همبستگی شفقت‌خود و اعتماد به نقس را ۰/۶۲ گزارش کرده است (۷).

[5] Marker
[6] Beck Depression Inventory-II
[7] Self-Compassion Scale

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

جدول ۱: محتوای جلسات درمان متمرکز بر هیجان

شرح جلسات
آشنایی کلی با مراجع، معرفی درمانگر و اجرای پیش‌آزمون. ارزیابی هیجانی، تشکیل اتحاد درمانی، بررسی اولیه مشکلات، نگرانی‌ها و انتظارات مراجع. توضیح اهداف درمان و نحوه دستیابی به آن. گوش دادن به دنبال نشانگرهای احتمالی جلسه. بررسی علائم غیر کلامی (کیفیت صدا، برانگیختگی هیجانی و نحوه روایت).
مربیگری هیجان. شناسایی، تجربه و درک معنای هیجانات مراجع، تشویق مراجع به ابراز هیجانات اساسی (مانند غم، خشم، شرم، ترس از وخامت و عود بیماری و ترس از مرگ). کاوش و بیان نیازهای تحقق نیافته. بررسی مسایل مرتبط با خود (انتقاد از خود[8]، خودترساننده[9] و خودانسدادی [10] در زندگی).
توضیح نقش کلام در ابراز یا بازداری هیجانی. عمق‌بخشی به تجربه و به کلمه در آوردن هیجان و بیان نیازهای برآورده نشده. تکنیک کاوش همدلانه. تکنیک دو صندلی برای دوپارگی‌ها در ارزشیابی‌خود و خودانسدادی. تعمیق تجربه هیجانات هسته‌ای دردناک و ترمیم مسایل مرتبط خود.
بررسی مسایل مرتبط با دیگران و اشخاص مهم و تاثیرگذار در زندگی و اجرای تکنیک صندلی خالی. شناسایی و تمایز دادن هیجانات اولیه و ثانویه و توصیف تجربه با جزئیات بیشتر و دقیق‌تر تسهیل شد. تنظیم هیجانی. تصدیق همدلانهٔ نیازهای برآورده نشدهٔ در حال ظهور. حمایت برای بخشش، درک یا مسئول دانستن دیگری.
تکنیک تاگشایی فراخوان نظام‌مند[11] از طریق بازنمایی یکی از صحنه‌های استرس‌زا زندگی فرد (برای مثال، تجربه مطلع شدن از ابتلا به سرطان) برای نشانگر واکنش‌های مشکل‌ساز[12]. تشویق مراجع به ورود دوباره به موقعیت و تجربه مجدد آن. کمک به مراجع برای کاوش طرح‌های خودِ جایگزین.
تکنیک تایید همدلانه و انعکاس تجربه برای مارکر آسیب‌پذیری[13] (خستگی ناشی فرآیند درمان بیماری، درماندگی، تجربه هیجان ترس،شرم و احساس ناامیدی). ایجاد درک همدلانه. کاوش و حمایت از حس آسودگی. خشم محافظتی. خودتسکینی به کمک تصویرسازی کودک درون.
تکنیک خلق معنا برای نشانگر اعتراض معنا[14](تجربه ناهماهنگ مراجع با باور قلبی[15]). تشریح و روشن‌سازی باور قلبی با استفاده از کاوش همدلانه، همدلی فراخوانی کننده، گمانه‌زنی همدلانه، استعاره، درک همدلانه. تسهیل کاوش مراجع از عواقب و اعمال احتمالی بر پایهٔ باور قلبی تجدید نظر شده. تسهیل خودتسکینی، شفقت خود.
پردازش مجدد تجربیات مشکل‌آفرین و هدایت فرآیند به شرکت فعالانه مراجع در جلسه. ابراز و تنظیم هیجانات ثانویه. تقویت پردازش هیجانات ترس، شرم، خشم و غم. واژه‌گزینی هیجانی. تسهیل ابراز نیازها و انتظارات و مطالبه آن. تجربه خشم جرأتمندانه، تبدیل هیجانی.
یادآوری و مرور مسیر طی شده. بررسی هیجانات ناسازگار دردناک(ترس از مرگ، تنهایی، طرد و شرم از عدم کفایت و احساس گناه) و درک معنای هیجان درونی مراجع. رسیدن به تجربه غم سازگار و سوگ. تایید خود و نیازها. ایجاد نگاه تازه به رنج‌های خود و پذیرش آسیب‌پذیری. تجربه رهایی و رشد با آن. اعتباربخشی به پاسخ‌های هیجانی جدید.
بازبینی احساسات، افکار و نشانگان بدنی در مواقع درد و استرس. پردازش کامل‌تر هیجانات اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند. مراجع یاد می‌گیرد که به هیجاناتی که به تازگی آشکار شده‌اند اعتماد کرده و واکنش‌های جدید را نسبت به نیازها و روایت‌های جدید تجربه نماید.
افزایش آگاهی و عاملیت. توانمندسازی مراجع با این تجربه که هیجانات دربردارنده پتانسیل درونی انطباقی هستند و چنانچه فعال شوند، قادرند کمک کنند تا وضعیت هیجانی مسئله‌دار را تغییر دهد و در صورت عدم امکان تغییر بتوانند هیجانات اولیه سازگار(مثل غم و ناامیدی سالم) تجربه کرده، آن را رها کنند و به مسیرهای دیگر بپردازند.
مقایسه تجربه هیجانی فعلی و گذشته. گفتگو در مورد خودشفقتی، خودتسکینی و جرات‌ورزی. جمع‌بندی تجربه جلسات و معنای جدید ساخته شده از هیجانات و تحکیم درمان. اجرای مجدد پرسشنامه‌ها. اعلام درخواست مبنی بر حضور در جلسه‌ای بعد از ۱۲ هفته از پایان درمان برای پیگیری تداوم اثربخشی درمان.

[8] Self-critical
[9] Self-frightener
[10] Self- interruption
[11] Systematic evocative unfolding
[12] Problematic reactions
[13] Vulnerability
[14] Meaning protest
[15] Cherished beliefs

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس را ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش کردند که نشانگر مطلوب بودن همبستگی درونی گویه‌ها و پایایی ابزار است (۳۵).

در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود ۰/۸۴، قضاوت نسبت به خود ۰/۸۵، اشتراکات انسانی ۰/۸۱، انزوا ۰/۸۲، ذهن اگاهی ۰/۸۶و همانندسازی افراطی ۰/۸۰ به دست آمده‌است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل نیز ۰/۸۷ محاسبه شد.

روش تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل[16] (آمیخته) و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. پیش‌فرض‌های آماری جهت استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته بررسی شدند. آزمون شاپیروویلک[17] نرمال بودن داده‌ها و آزمون لوین[18] مفروضه همگنی واریانس متغیرهای پژوهش را تایید کرد. نتایج آزمون ام‌باکس[19] نشان داد که همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس محقق شده است. فرض کرویت برای افسردگی برقرار نبود بنابراین برای گزارش در بخش اثرات درون‌گروهی از اصلاح اپسیلن گرینهاوس گیزر[20] استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی در گروه‌های درمان متمرکز بر هیجان و گواه به‌ترتیب ۴۵/۶۰ (۸/۱۱) و ۴۳/۴۰ (۶/۹۴) بود. آزمونی تی مستقل نیز نشان داد که تفاوت معناداری میان گروه‌ها از لحاظ سن وجود نداشت (P>۰/۰۵). شاخص‌های جمعیت شناختی در جدول ۲ گزارش شده‌است.

جدول ۲: شاخص‌های جمعیت شناختی در گروه‌های آزمایشی و گواه

شاخص	فراوانی گروه آزمایش	فراوانی گروه گواه
تحصیلات		
دیپلم	۳	۳
کاردانی	۴	۱
کارشناسی	۸	۹
کارشناسی ارشد	۰	۲
سابقه		
دارای سابقه	۵	۳
بدون سابقه	۱۰	۱۲
تعداد جراحی پستان		
۱ مرتبه	۱۲	۱۳
۲ مرتبه	۳	۲
نوع جراحی		
تخلیه کامل پستان	۴	۲
حفظ پستان	۱۰	۱۱
پروتز حین جراحی	۱	۲
درمان نئوادجوانت		
بلی	۶	۵
خیر	۹	۱۰

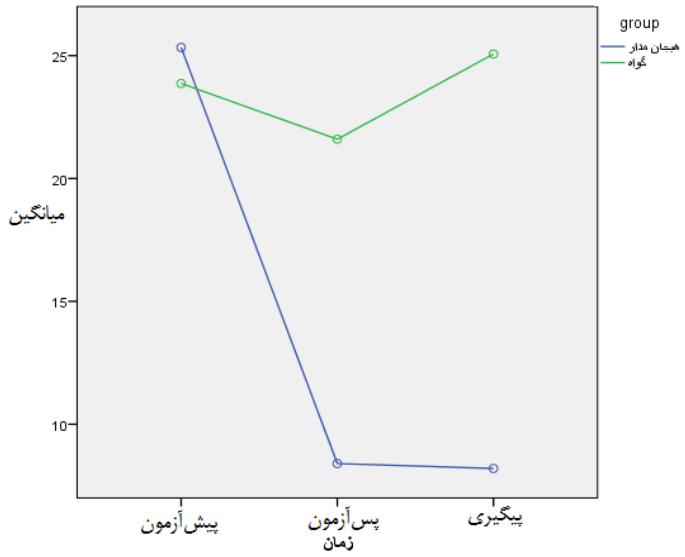
آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز در خصوص مراحل آزمون (P=۰/۰۰۱ وF=۳۸/۶۴۴) و تعامل آزمون و عضویت گروهی (P=۰/۰۰۱ و F=۳۴/۳۲۷) برای افسردگی معنادار بود (P<۰/۰۱). آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز در خصوص مراحل آزمون (P=۰/۰۰۱ وF=۳۶/۶۱۷) و تعامل آزمون و عضویت گروهی (P=۰/۰۰۱ و F=۲۴/۸۵۷) برای شفقت‌خود نیز معنادار بود. در ادامه تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۳، توزیع نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیر افسردگی و نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته را نشان می‌دهد.

[16] Repeated Measures Two-way ANOVA (and mixed model)
[17] Shapiro. Wilk's Test
[18] Levene's Test
[19] Box's M Test
[20] Greenhouse-Geisser

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

بر اساس جدول ۳ بیشترین میانگین افسردگی ۲۵/۳۳ (۷/۲۰) و شفقت‌خود ۷۱/۴۷ (۱۳/۵۶) در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش بود. در مرحله پس‌آزمون میانگین افسردگی گروه آزمایش ۸/۴ (۵/۹۹) و شفقت‌خود ۷۳/۲۰ (۱۰/۵۶) بود. با توجه به معنادار شدن F انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری به‌نظر می‌رسد، بنابراین از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ای گروه‌های درمان با گروه گواه استفاده شد.

نتایج نشان داد نمرات افسردگی و زیرمقیاس‌های آن شامل نشانه‌های شناختی- عاطفی و نگرش منفی- نشانه بدنی در گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری میانگین افسردگی کاهش یافته و تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۱). تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نبودند (P>۰/۰۱). به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثبات داشته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی درمان متمرکز بر بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان در طول زمان ثبات دارد. تغییرات مربوط به نمره کل افسردگی در نمودار ۱ ترسیم شده‌است. جدول ۴، توزیع نمره‌های شرکت کنندگان در متغیر شفقت خود و نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در ابعاد شفقت خود و همچنین نمره کل شفقت خود از پیش‌آزمون به پس‌آزمون میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه درمان متمرکز بر هیجان افزایش یافته است. با توجه به معنادار شدن F برای نمرات شفقت خود، انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری بنظر می‌رسد، بنابراین از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ای گروه‌های درمان با گروه گواه استفاده شد. نتایج نشان داد بین میانگین نمرات مهربانی با خود و نمره کل شفقت خود در گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵). تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری نیز معنادار بود (P<۰/۰۵). به این معنا که اثرات درمانی بر مهربانی با خود و نمره کل شفقت خود در طول زمان ثبات نداشته‌اند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، بین میانگین نمرات قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی در گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵). تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نبود (P>۰/۰۵). به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثبات داشته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر ابعاد قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی زنان مبتلا به سرطان در طول زمان ثبات دارد. تغییرات مربوط به نمره کل شفقت‌خود در نمودار ۲ ترسیم شده‌است.

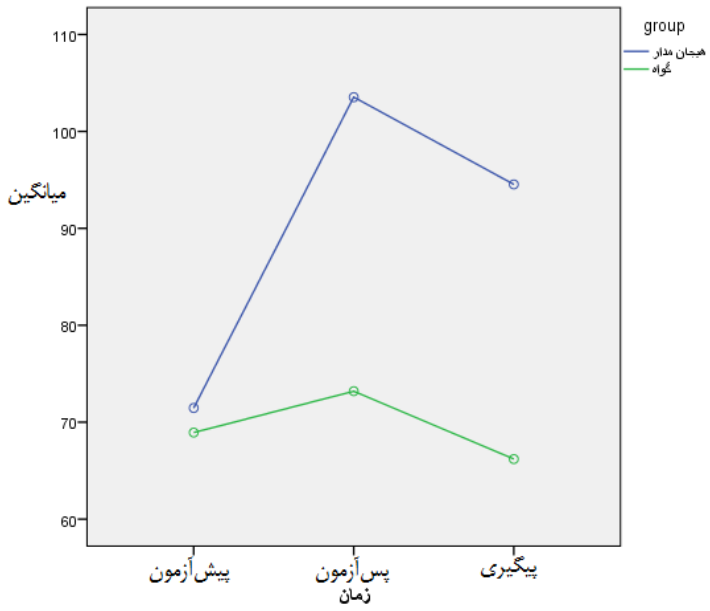


نمودار ۱: مقایسه میانگین افسردگی در سه مرحله اندازه‌گیری برای گروه‌های مورد مطالعه

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

جدول۳: شاخص‌های توصیفی و نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته افسردگی

متغیر	گروه	گواه	آزمایش	مقایسه درون گروهی (آزمون)	تعامل آزمون با گروه	مقایسه بین گروهی
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)			
شـــــــناختی-عاطفی	پیش‌آزمون	۱۰/۰۰ (۴/۴۶)	۱۱/۳۳ (۴/۶۷)	F=۲۳/۷۳۶ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۵۴۸	F=۲۲/۲۴۵ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۴۵۲	df=۱ F=۵/۸۴۴ P=۰/۰۲۲ η^2=۰/۱۷۹
	پس‌آزمون	۸/۳ (۴/۶۲)	۳/۷۳ (۲/۷۱)			
	پیگیری	۹/۹۳ (۴/۲۰)	۳/۳۶ (۲/۶۲)			
نگـرش منفـی-نشانه بدنی	پیش‌آزمون	۱۳/۸۷ (۴/۷۰)	۱۴/۰۰ (۳/۱۱)	df=۲ F=۲۳/۳۴۸ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۴۵۵	F=۲۶/۳۰۹ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۴۸۴	df=۱ F=۲۳/۴۱۹ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۴۵۵
	پیش‌آزمون	۱۳/۲۷ (۵/۰۹)	۴/۶۷ (۳/۴۶)			
	پیش‌آزمون	۱۵/۱۳ (۳/۵۹)	۵/۰۰ (۵/۱۳)			
افسردگی (نمره کل)	پیش‌آزمون	۲۳/۸۷ (۸/۴۴)	۲۵/۳۳ (۷/۲۰)	df=۲ F=۴۵/۸۱۷ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۶۲۱	F=۴۰/۸۶۰ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۵۹۳	df=۱ F=۱۵/۵۹۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۳۵۸
	پیش‌آزمون	۲۱/۶۰ (۸/۲۴)	۸/۴۰ (۵/۹۹)			
	پیش‌آزمون	۲۵/۰۷ (۶/۸۲)	۸/۲۰ (۷/۶۱)			



نمودار ۲: مقایسه میانگین شفقت‌خود در سه مرحله اندازه‌گیری برای گروه‌های موردمطالعه

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی و نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته شفقت خود

متغیر	گروه	گواه میانگین (انحراف معیار)	آزمایش میانگین (انحراف معیار)	مقایسه درون گروهی (آزمون)	تعامل آزمون با گروه	مقایسه بین گروهی
مهربانی با خود	پیش‌آزمون	۱۴/۱۳ (۳/۶۴)	۱۵/۲۷ (۳/۱۳)	F=۱۱/۴۷۷ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۲۹۱	F=۷/۰۳۸ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۲۰۱	F=۱۷/۸۴۳ df=۱ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۳۸۹
	پس‌آزمون	۱۴/۷۳ (۲/۶۸)	۲۰/۴۷ (۲/۲۰)			
	پیگیری	۱۳/۹۳ (۲/۴۳)	۱۷/۵۳ (۳/۵۰)			
قضاوت نسبت به خود	پیش‌آزمون	۱۲/۷۳ (۲/۵۵)	۱۴/۰۰ (۳/۶۲)	F=۲۱/۸۹۳ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۴۳۹	F=۱۴/۱۵۶ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۳۳۶	F=۲۵/۴۶۶ df=۱ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۴۷۶
	پس‌آزمون	۱۳/۶۷ (۳/۴۸)	۲۰/۸۷ (۲/۱۳)			
	پیگیری	۱۲/۶۰ (۲/۹۰)	۱۷/۵۳ (۳/۵۰)			
اشتراکات انسانی	پیش‌آزمون	۱۲/۰۷ (۲/۲۵)	۱۱/۶۰ (۳/۶۲)	F=۷/۹۵۵ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۲۲۱	F=۹/۷۷۳ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۲۵۹	F=۷/۶۲۸ df=۱ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۲۱۴
	پس‌آزمون	۱۲/۱۳ (۳/۲۵)	۱۶/۰۰ (۲/۵۳)			
	پیگیری	۱۱/۲۰ (۲/۵۷)	۱۵/۰۰ (۳/۳۴)			
انزوا	پیش‌آزمون	۹/۶۰ (۲/۶۷)	۱۱/۰۷ (۳/۸۱)	F=۱۱/۴۲۹ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۲۹۰	F=۵/۶۱۹ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۱۶۷	F=۱۹/۹۲۲ df=۱ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۴۱۶
	پس‌آزمون	۱۰/۵۳ (۲/۷۷)	۱۵/۶۰ (۱/۹۹)			
	پیگیری	۹/۷۳ (۲/۶۰)	۱۴/۲۰ (۳/۱۹)			
ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۱۱/۶۰ (۲/۵۶)	۱۱/۴۷ (۱/۸۱)	F=۱۵/۷۰۶ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۳۵۹	F=۲۳/۹۶۶ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۴۶۱	F=۱۸/۱۰۰ df=۱ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۳۹۳
	پس‌آزمون	۱۱/۸۰ (۲/۱۸)	۱۶/۰۷ (۲/۴۰)			
	پیگیری	۱۰/۸۰ (۲/۳۷)	۱۵/۳۳ (۳/۳۱)			
همانندسازی افراطی	پیش‌آزمون	۸/۸۰ (۲/۲۱)	۸/۰۷ (۲/۹۹)	F=۲۷/۵۵۸ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۴۹۶	F=۱۵/۰۲۵ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۳۴۹	F=۱۱/۵۱۴ df=۱ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۲۹۱
	پس‌آزمون	۱۰/۳۳ (۳/۱۸)	۱۴/۵۳ (۲/۳۶)			
	پیگیری	۸/۹۳ (۲/۵۲)	۱۳/۸۰ (۳/۶۱)			
شفت‌خود (نمره کل)	پیش‌آزمون	۹۳/۶۸ (۱۰/۸۰)	۷۱/۴۷ (۱۳/۵۶)	F=۳۹/۲۲۴ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۵۸۳	F=۲۸/۴۳۹ df=۲ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۵۰۴	F=۳۱/۴۱۳ df=۱ P=۰/۰۰۱ η^2=۰/۵۲۹
	پس‌آزمون	۶۷/۲۰ (۱۰/۵۶)	۱۰۳/۵۳ (۹/۶۳)			
	پیگیری	۶۶/۲۰ (۱۰/۹۰)	۹۴/۵۳ (۱۵/۱۲)			

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و شفقت‌خود زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. یافته‌های پژوهش حاضر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان را در مقایسه با گروه گواه تایید کرد. نتایج تحلیل آماری نشان داد اثربخشی درمان در کاهش افسردگی در پیگیری سه ماهه حفظ شده‌است.

نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهشی دیگر بیانگر آن است که درمان متمرکز بر هیجان برای افراد با اضطراب و افسردگی مؤثر است (۱۶). پژوهشگران (۱۷، ۱۸) اثربخشی این درمان را در کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان تایید کرده‌اند. همسو با یافته‌های این پژوهش، نتایج پژوهشگران دیگر حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر هیجان علاوه بر کاهش اضطراب و افسردگی و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز، در بهبود وضعیت جسمانی بیماران نیز اثرگذار است (۱۹). همچنین یافته‌های به‌دست‌آمده با نتایج مطالعه‌ای که با مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر اضطراب و افسردگی بیماری عروق کرونر قلبی دریافتند مداخله متمرکز بر هیجان تأثیر بیشتری در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران قلبی دارد، همخوانی داشت (۱۸). پژوهشگران دیگر (۲۱) هم‌راستا با یافته‌های پژوهش حاضر دریافتند درمان متمرکز بر هیجان با تقویت پردازش، خودآگاهی هیجانی و جانشین‌کردن پاسخ‌های سازگار منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به اختلال پرخوری می‌شود. خسروی اصل و همکاران (۱۳۹۷) نیز دریافتند درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار را کاهش دهد که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۲۰). این موارد اثربخشی مداخله‌های متمرکز بر هیجان را تایید کرده و نتایج پژوهش حاضر را تصدیق می‌کند.

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت ابراز هیجانی، پردازش و تنظیم هیجان نشانه‌های شناختی عاطفی افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان را کاهش داده، همچنین از طریق دستیابی به شفقت‌خود و خشم محافظت‌کننده، نگرش‌های منفی آن‌ها نیز کاهش پیدا می‌کند؛ همراه با کاهش نشانه‌های شناختی عاطفی و نگرش‌های منفی، نشانه‌های بدنی همراه با آن‌ها نیز بهبود می‌یابند. تماس با تجربه هیجانی، بررسی آگاهانه آن ، تامل و درک معنای تجربه هیجانی از دیگر مکانیسم‌های کاهش افسردگی در آزمودنی‌ها است. تامل در مورد تجربیات هیجانی ناشی از ابتلای به سرطان و ابراز نمادین هیجان در هشیاری، می‌تواند با افزایش معنایابی و درک مفهوم زندگی، انسجام، هدفمندی و عاطفه مثبت به کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان منجر شود. تجربه هیجانات سازگار با تعدیل درد هیجانی شرکت‌کنندگان احتمال ایجاد پاسخ‌های هیجانی سازگارانه در آینده را افزایش می‌دهد. بنابراین تجربیات هیجانی سازگار علاوه بر کاهش افسردگی در خاتمه درمان، می‌تواند از بازگشت و عود نشانه‌های افسردگی نیز جلوگیری کند و از این رو اثرات درمانی در دوره پیگیری هم ثبات نشان دهند. همچنین تغییر طرح‌های هیجانی مشکل‌دار و بازنویسی آن‌ها با ایجاد الگوهای پردازش هیجانی جدید به مراجعان کمک می‌کند مجددا درگیر هیجانات ناسازگار دردناک اولیه و اجتناب از این تجربیات نشوند و به‌نظر می‌رسد این امر تبیین‌کننده ثبات نتایج درمان پس از خاتمه جلسات باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر شفقت‌خود زنان مبتلا به سرطان پستان را در مقایسه با گروه گواه تایید کرد. اما نتایج تحلیل آماری نشان‌داد اثربخشی درمان در افزایش شفقت‌خود در پیگیری سه‌ماهه حفظ نشده‌است. همسو با یافته‌های

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

پژوهش حاضر، نتایج پژوهش (شهر و همکاران، ۲۰۱۲) نشان داده که اصول درمان متمرکز بر هیجان در کاهش انتقاد از خود و بهبود شفقت خود موثر است (۲۶). همچنین هالاموا و همکاران (۲۰۱۹) ضمن تایید اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در کاهش انتقاد از خود و بهبود شفقت‌خود دریافتند این درمان علاوه بر اثرات روان‌شناختی، اثرات فیزیولوژیکی مانند کاهش ضربان قلب دارد (۲۳). هالاموا، کانوسکی، وارسووا و کاپلی (۲۰۲۱) در پژوهشی دیگر نشان دادند درمان متمرکز بر هیجان و حفاظت از خود که برای افزایش مهارت‌های شفقت و خشم محافظتی با هدف کاهش انتقاد از خود ایجاد شده است، می‌تواند به افزایش شفقت‌خود و کاهش انتقاد از خود منجر شود (۲۲) که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در بهبود شفقت خود زنان مبتلا به سرطان پستان را می‌توان به این صورت تبیین کرد: درمان متمرکز بر هیجان از طریق کاهش اجتناب از هیجانات دردناک به افزایش شفقت خود و مولفه‌های آن شامل ذهن‌آگاهی، مهربانی با خود و اشتراکات انسانی منجر می‌شود. با بررسی دلایل بیماران برای عدم همدردی با خودشان، به آن‌ها کمک می‌شود احساس شفقت را مورد پذیرش قرار دهند. درمان متمرکز بر هیجان با استفاده از گفتگوهای تصور شده، موقعیتی برای مشاهده درد فراهم کرده و موجب دستیابی به شفقت‌خود در مراجعان می‌شود. کاربرد تکنیک گفتگوهای تصور شده به مراجعان می‌آموزد فرایندهای درونی مربوط به خود را که باعث افزایش تحمل و انعطاف‌پذیری هیجانی می‌شود تولید کنند. تمایل بیماران مبتلا به سرطان برای پذیرش درد به جای اجتناب و گریز از آن می‌تواند اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش شفقت خود را تبیین کند. افرادی که شفقت خود بالایی دارند برای سبک کردن رنجش جهت شفایابی، به جای اجتناب و گریز از درد، آن را می‌پذیرند و این خاصیت در بیماران سرطانی که با رغبت و اشتیاق، فرآیند درمان را پیگیری می‌کنند دیده می‌شود.

با استناد به تعریف نظری شفقت خود، شفقت خود نوعی توانایی سازگاری با شرایط کنونی است و به این معناست که هنگام وقوع رخداد ناراحت‌کننده، افراد برای کنار آمدن با این شرایط، توانایی شفقت‌خود را در خود پرورش می‌دهند. بنابراین شفقت خود در زمان تجربه درد و شکست بهتر نمایان می‌شود (۳۶) بنابراین در فاصله ۳ ماهه پیگیری، که فرآیند درمان سرطان پستان طی شده و بیماران دوره درمان متمرکز بر هیجان را پشت سر گذاشته‌اند، نیاز کمتری به تمرین‌های شفقت خود دارند که می‌تواند عدم ثبات اثرات درمانی بر شفقت‌خود در طول زمان را تبیین کند. همچنین برخی از مراجعان که به شدت طردکننده خویش هستند، ظرفیت شفقت‌خود پایینی دارند؛ در چنین مواردی ایجاد شفقت‌خود و ابراز آن ممکن است فرایندی پیچیده‌ای باشد که نیازمند آن است که کار درمانی بسیار تدریجی انجام شود. به نظر می‌رسد محدودیت تعداد جلسات درمانی برای این دسته از شرکت‌کنندگان مانع از تحکیم و تثبیت اثرات درمان بر شفقت‌خود شده باشد.

جامعه آماری پژوهش محدود به زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران بود که به روش هدفمند انتخاب شدند، بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه باید با احتیاط عمل کرد. می‌توان با اجرای این مداخله در سایر گروه‌های مبتلا به سرطان، میزان تعمیم‌پذیری نتایج درمانی را افزایش داد، همچنین پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار بیرونی نتایج، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین برای افزایش دانش و امکان اظهار نظر قطعی در مورد پایداری تغییرات در طول درمان و تعمیم مهارت‌های درمان‌ها از دوره‌های پی‌گیری با فواصل طولانی‌تر برای مثال پیگیری شش ماهه یا یک ساله) و دوره‌های پیگیری چندگانه بهره گیرند. با توجه به نقش حفاظتی شفقت‌خود در سلامت روان، پیشنهاد می‌شود تعداد جلسات مداخلات متمرکز بر هیجان برای

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

بررسی ثبات اثربخشی این درمان بر شفقت خود در بیماران مبتلا به سرطان افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر هیجان در بیماران مبتلا به سرطان پستان به میزان قابل توجهی افسردگی را کاهش داده و موجب افزایش شفقت خود می‌شود. درمان متمرکز بر هیجان از طریق افزایش شفقت خود، موجب کاهش انتقاد از خود و عواطف منفی می‌شود، به بیماران کمک می‌کند قضاوت از خود را مورد ارزیابی قرار داده و نسبت به آشفتگی‌هایی که بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد به درک و فهم مشفقانه‌ای برسند که به آن‌ها در پذیرش هشیارانه احساسات و افکارشان یاری برساند. این فرایندها علاوه بر کاهش افسردگی به بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان می‌انجامد. بنابراین نتایج حاصل می‌تواند به پژوهشگران، درمانگران و متخصصان حوزه سلامت در طراحی مداخله‌های مناسب برای این بیماران کمک کند.

تشکر و قدردانی

از زحمات سرکار خانم دکتر ناهید نفیسی، جناب آقای دکتر همایون ذوالفقاری‌نیا و مساعدت کلیه آزمودنی‌های تحقیق حاضر که با صبوری، پژوهشگران را در طی فرآیند تحقیق یاری نموده‌اند صمیمانه تقدیر می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Jelveh M, Vafaee-najar A, Rahbari S, Daghighbin E. Evaluation of Knowledge, Attitude, and Practice of Women on Breast Cancer and its Screening: A Step towards Health Reform. Navid No. 2021; 23(76): 52-62.
2. Nakamura ZM, Deal AM, Nyrop KA, Chen YT, Quillen LJ, Brenizer T, Muss HB. Serial assessment of depression and anxiety by patients and providers in women receiving chemotherapy for early breast cancer. The Oncologist. 2021; 26(2): 147-56.
3. Zainal NZ, Ng CG, Wong A, Andrew B, Mohd Taib NA, Low SY. Prevalence of depression, trait anxiety, and social support during the diagnostic phases of breast cancer Journal of Taibah University Medical Sciences. 2021; 16(4): 497-503.
4. Adjei Boakye E, Osazuwa-Peters N, Mohammed KA, Challapalli S, Buchanan P, Burroughs TE, Varvares MA. Prevalence and factors associated with diagnosed depression among hospitalized cancer patients with metastatic disease. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2020; 55(1): 15-23.
5. Nikbakhsh N, Moudi S, Mohammadian Amiri F, Niazifar M, Bijani A. Depression, Anxiety, and Quality of Life in Breast Cancer Patients with Depression Receiving Citalopram and Supportive Group Psychotherapy: A Six-month Longitudinal Study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2019; 29 (173) :64-74.
6 Kyei K.A, Oswald J.W, Njoku A.U, Kyei J.B, Vanderpuye V, Tschida P. Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients Undergoing Treatment in Ghana. African Journal of Biomedical Research. 2020; 23(2): 227-32.
7. Neff K. D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity. 2003; 2(3): 223–50.
8. Zhu L, Wang J, Liu S, Xie H, Hu Y, Yao J et al. Self-Compassion and Symptoms of Depression and Anxiety in Chinese Cancer Patients: the Mediating Role of Illness

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

Perceptions. Mindfulness. 2020 ;11(10): 2386-96.

9. Abdollahi A, Taheri A, Allen KA. Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. Psycho-Oncology. 2020; 29(5): 927-33.
10. Przezdziecki A, Sherman KA, Baillie A, Taylor A, Foley E, Stalgis-Bilinski K. My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. Psycho-Oncology. 2013 ;22(8) :1872-9.
11. Van der Donk LJ, Fleer J, Tovote A, Ranchor AV, Smink A, Mul VEM et al. The role of mindfulness and self-compassion in depressive symptoms and affect: A Comparison between Cancer Patients and Healthy Controls. Mindfulness. 2020; 11(4): 883-94.
12. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. Theories of psychotherapy series. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
13. Geller SM, Greenberg LS. Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. American Psychological Association; 2012.
14. Herrmann IR, Greenberg LS, Auszra L. Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. Psychotherapy Research. 2016; 26(2): 178-95.
15. Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2017; 16(2), 106-17.
16. Hissa J, Connolly A, Timulak L, & Hession N. Emotion-focused perspective on breast cancer patients' experiences of comorbid anxiety and depression: a qualitative case analysis of three clients' in-session presentations. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2020; 19(2): 134-53.
17. Connolly-Zubot A, Timulak L, Hession N, & Coleman N. Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. Journal of Contemporary Psychotherapy .2020; 50(2): 113-22.
18. Gili S, Sadeghi zavareh V, Haghayegh S, Alizadeh ghavidel A, rezayi jamalloi H. The Comparison of Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Transcranial Direct Current Stimulation on Anxiety and Depression of Patients with Coronary Artery Disease. Quarterly Journal of Health Psychology. 2021; 9 (36): 45-62.
19. Sanagavi Moharrar G, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodloo F. Effectiveness of Emotional Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019; 61(1): 190-200.
20. Khosravi Asl M, Nasirian M, Bakhshayesh A. The Impact of Emotion-focused Therapy on Anxiety and Depression among Female-Headed Households in Imam Khomeini Relief Committee. Journal of Community Health Research. 2018; 7(3): 173 –82.
21. Asmaribardezard Y, Mohamadaminzade D, Hosiesabet F. Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Depression and Anxiety in Women with Binge Eating Disorder referring to Sina Hospital in 1396. Navid No, 2018; 21(65): 11-22.
22. Halamová, J, Kanovský M, Varšová K, Kupeli N. Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. Current Psychology. 2021; 40(1):333 -43.
23. Halamová J, Kóróniová J, Kanovský M, Túniyová M. K, & Kupeli N. Psychological and physiological effects of emotion focused training for self-compassion and self-protection. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome. 2019; 22(2): 265- 80.
24. Timulak L. Transforming emotional pain in psychotherapy: An emotion-focused approach. London: Routledge; 2015.
25. Timulak L, Pascual-Leone A. New Developments for Case Conceptualization in Emotion-Focused Therapy Clinical Psychology and Psychotherapy. 2015; 22(6): 619-36.
26. Shahar B, Carlin ER, Engle DE, Hegde J, Szepsenwol O, Arkowitz H. A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2012; 19(6): 496-507.
27. Shahar B, Bar-Kalifa E, Alon E. Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. Journal of Consulting and Clinical Psychology .2017; 85(3): 238–49.
28. Noel-Hoeksema S, Fredrickson B, loftus G. and Wagenaar W. Atkinson & Hilgard's introduction to psychology. 16th ed. Hampshire: Cengage Learning EMEA; 2014.
29. Hashemian S, Shams G, Ashayeri H, Modarres Gharavi M. Investigating the impact of emotional display rules on the positive/negative affect. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2016; 18(6): 338-42. doi: 10.22038/jfmh.2016.7807.

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]

30. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publication; 2015.
31. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings. 2nd ed. Washington DC: American Psychological Association; 2015.
32. Elliott R, Watson JC, Goldman RN, & Greenberg LS. Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
33. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory–II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
34. rajabi G., karju kasmai S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. Quarterly of Educational Measurement. 2012; 3(10): 139-58.
35. Khosravi S, Sadeghi M, Yabande M. Psychometric Properties of Self-Compassion Scale (SCS). Journal of Psychological Models and Methods. 2013; 3(13): 47-58.
36. Foroughi A A, Khanjani S, Rafiee S, Taheri A A. Self-compassion: conceptualization, research, and interventions (Brief review). Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 6 (6) :77-87.

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-12-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.4.3.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.4.4]