



Comparison of the efficacy of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on adherence to treatment and quality of life in women with breast cancer

Maryam Abedin¹ , Ziba Barghi Irani² , Hamzeh Akbari³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. E-mail: Maryabdn83@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran. E-mail: Dr.ziba.irani@pnu.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, AzadShahr Branch, Islamic Azad University, AzadShahr, Iran. E-mail: akbarihamze@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 03 July 2023
Received in revised form
23 August 2023
Accepted 27 September
2023
Published Online 22
December 2023

Keywords:
compassion-based
therapy,
behavioral activation
therapy,
adherence to treatment,
quality of life,
breast cancer

ABSTRACT

Background: Today, the survival of women with breast cancer after diagnosis has increased, but for this category of patients, not only survival is important, but adherence to treatment after the occurrence and diagnosis of the disease and increased concern about the quality of life are also important. The effectiveness of various psychological treatments on adherence to treatment and quality of life of these patients has been investigated, but there is a gap in research regarding the comparison of the effectiveness of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on the studied variables.

Aims: The purpose of this research was to compare of the efficacy of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on adherence to treatment and quality of life in women with breast cancer.

Method: The design of the current research was semi-experimental, of pre-test-post-test type with a control group and a two-month follow-up. 45 women with breast cancer in Gorgan during the years 2021 and 2022 were placed in three groups of compassion-based therapy, behavioral activation therapy and control group by simple random sampling method. To collect data, were used for Medication Adherence Scale (Morisky et al., 2008) and Quality of Life Questionnaire for cancer patients (European Organization for Research and Treatment of Cancer). participants in the experimental groups underwent the interventions of compassion-based therapy (Gilbert, 2006) and behavioral activation therapy (Dimidchian et al. et al., 2008) were included in 8 sessions of 90 minutes. Also, the data were analyzed by repeated measurement variance analysis and LSD follow-up test with the help of SPSS₁₉ software.

Results: The findings of the research showed that both compassion-based therapy and behavioral activation therapy were effective on the adherence to treatment and quality of life of women with breast cancer ($p < 0.05$). Also, the results showed that behavioral activation therapy was more effective than compassion-based therapy, and this significant level was stable in the follow-up phase ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the obtained results, it seems that interventions based on compassion and behavioral activation can improve the quality of life of this group of patients, while increasing adherence to treatment in women with breast cancer. The findings of this study can help doctors, psychologists and policy makers in the field of health and mental health.

Citation: Abedin, M., Barghi Irani, Z., & Akbari, H. (2023). Comparison of the efficacy of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on adherence to treatment and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Psychological Science*, 22(130), 151-168. [10.52547/JPS.22.130.151](https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.151)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 130, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.130.151](https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.151)



✉ **Corresponding Author:** Ziba Barghi Irani, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran.

E-mail: Dr.ziba.irani@pnu.ac.ir, Tel: (+98) 9111799872

Extended Abstract

Introduction

Breast cancer is one of the most common cancers in women, accounting for 25.5% of all cancers. This type of cancer in Iran includes about 35% of cancers. Nowadays, the survival of breast cancer patients after diagnosis has increased. But the only important issue for women with breast cancer is not survival, but the increasing concern about their quality of life after the occurrence and diagnosis of the disease (Fallahzadeh et al., 2019). In addition to the quality of life, one of the other important issues in the treatment of cancer patients is adherence to treatment, which is often affected by psychological issues and various characteristics of these patients (Sajjadi et al., 2017). One of the important factors in improving health in breast cancer patients is adherence to treatment (Zamaniyan et al., 2020). The World Health Organization defines treatment adherence as the extent of a person's behavior - taking medication, following a diet or changing lifestyle with the recommendations agreed by the health service provider (Takala et al., 2022).

The results of various studies show that 46.3% of breast cancer patients undergoing chemotherapy do not comply with the treatment (Souza et al., 2014). Treatment non-adherence is significantly associated with adverse clinical outcomes and higher healthcare costs (Pietrzykowski et al., 2022).

The presence of psychological problems caused by the disease in women with breast cancer affects their quality of life (Farajzadegan et al., 2019). Quality of life is a multidimensional variable and refers to the way a person evaluates his life and his subjective perception of life conditions (Pernambuco et al., 2012). Some studies have shown that breast cancer patients have a lower quality of life in terms of physical, functional, and emotional health than healthy people (Bloom et al., 2007). Studies have shown that high social isolation and lack of social support are related to lower quality of life in breast cancer patients (Bloom et al., 2007). On the contrary, personality traits such as optimism, use of active coping strategies, and expression of cancer-related

emotions are associated with improved quality of life (Carver et al., 2006).

According to what was investigated, each of the psychological variables of treatment adherence and quality of life play an important role in improving the health of breast cancer patients, and in addition to medical interventions, there is a need for effective psychological interventions to improve these cases.

Among the interventions that have attracted a lot of attention in recent years as a treatment method in the field of psychological interventions, is compassion-based therapy (Moshrefi et al., 2022). This intervention is one of the proposed approaches in the field of reducing patients' anxiety and depression. Among other prominent interventions that have been developed for the treatment of depression, but have also shown their therapeutic potential in the field of other disorders, is the treatment of behavioral activation (Moshier and Otto, 2017).

Given that breast cancer is the most common fatal malignancy in women, with one in nine women experiencing this type of cancer in her lifetime (Boyle & Levin, 2008), and a research gap comparing psychological interventions on adherence to Treatment and quality of life for women with breast cancer, the present study aims to expand the research literature and also to fill the void of previous studies in order to answer the basic question, which of the treatments based on compassion and behavioral activation, in adherence to the treatment and Does the quality of life of women with breast cancer play a more effective role?

Method

The design of the current research was semi-experimental, of pre-test-post-test type with a control group and a two-month follow-up. 45 women with breast cancer in Gorgan during the years 2021 and 2022 were placed in three groups of compassion-based therapy, behavioral activation therapy and control group by simple random sampling method. To collect data, were used for Medication Adherence Scale (Morisky et al., 2008) and Quality of Life Questionnaire for cancer patients (European Organization for Research and Treatment of Cancer). participants in the experimental groups underwent the interventions of compassion-based therapy (Gilbert,

2006) and behavioral activation therapy (Dimidchian et al. et al., 2008) were included in 8 sessions of 90 minutes.

The criteria for entering the research include willingness to participate in the research and approval of the informed consent form, diagnosis of breast cancer (by a specialist doctor), minimum education in reading and writing (being literate to perform cognitive tasks), being in the age range of 20 up to 55 years old (due to having the physical ability to perform household tasks), completion of the physical treatment process (due to controlling the effectiveness of psychological intervention) and the criteria for exiting the research include absence in more than one third of treatment sessions, any physical disability or illness Psychiatry, simultaneous participation in any other type of educational intervention, simultaneous diagnosis of more than one type of cancer (in order to control confounding

factors by a cancer specialist) and simultaneous diagnosis of medical diseases.

Also, the data were analyzed by repeated measurement variance analysis and LSD follow-up test with the help of SPSS₁₉ software.

Results

14 of the participants (31.1%) were in the age range of 20 to 30 years. 18 of the participants (40%) were in the age range of 31 to 40 years and 13 of them (28.9%) were in the age range of 41 to 50 years. Also, the duration of illness in the participants showed that the average illness in the compassion-based treatment group was 3.12 years, in the behavioral activation group 4.25 years, and in the control group 4.78 years. The results of the analysis of variance test with repeated measurements to check the difference of the research sample in the three stages of pre-test, post-test and follow-up are reported in Table 1.

Table 1. The results of analysis of variance with repeated measurements to investigate the comparison of intra-group and inter-group effects and the interaction of time stages and group

Variable	Source	SS	df	MS	F	Sig	Eta	Power of test
adherence to treatment	Times	61.195	2	30.598	41.018	0.001	0.51	0.82
	Groups	65.526	2	32.763	11.673	0.001	0.37	1
	Stages×Groups	52.799	2	13.200	17.695	0.001	0.48	0.71
Quality of life performance	Times	4907.049	2	2453.524	51.106	0.001	0.57	1
	Groups	1819.134	2	909.567	3.863	0.001	0.16	0.87
	Stages×Groups	2169.908	4	526.477	11.300	0.001	0.37	1
Quality of life symptoms	Times	3079.839	2	1539.919	71.116	0.001	0.65	1
	Groups	8661.607	2	4330.804	27.275	0.001	0.583	1
	Stages×Groups	2460.089	4	615.022	28.403	0.001	0.60	1

In order to compare the mean scores of the examined variables (adherence to treatment and quality of life) in the groups of compassion-based treatment,

behavioral activation treatment and the control group, LSD post hoc test was performed. The results of this test are shown in Table 2.

Table 2. The results of the LSD follow-up to compare the mean scores of the studied variables (adherence to treatment and quality of life) in the groups of compassion-based therapy, behavioral activation therapy and the control group.

Variable	Groups (I)	Groups (J)	mean difference (J-I)	standard error difference	Sig
Perceived stress	behavioral activation therapy	compassion-based therapy	0.85-	0.373	0.028
	behavioral activation therapy	Control	1.77-	0.367	0.001
	compassion-based therapy	Control	0.92-	0.359	0.015
Self-efficacy	behavioral activation therapy	compassion-based therapy	7.60	2.556	0.005
	behavioral activation therapy	Control	13.64	2.556	0.001
	compassion-based therapy	Control	6.03	2.466	0.019
Self-efficacy	behavioral activation therapy	compassion-based therapy	-5.43	2.634	0.046
	behavioral activation therapy	Control	20.53-	2.591	0.001
	compassion-based therapy	Control	-15.10	2.541	0.001

The results of Table 2 show that there is a significant difference in the treatment compliance variable between the two groups of compassion-based

treatment and behavioral activation therapy, and this difference was in favor of behavioral activation therapy ($P < 0.05$).

Conclusion

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of compassion-based therapy and behavioral activation therapy on treatment adherence and quality of life of women with breast cancer. The results obtained in this research indicated the effectiveness of both behavioral activation treatment interventions and compassion-based treatment on increasing treatment compliance and quality of life of women with breast cancer. In explaining this finding, it should be said that these two types of interventions are third wave treatments that are derived from cognitive-behavioral interventions focusing on cognitive and behavioral goals, as well as focusing on acceptance, increasing awareness, and using cognitive and behavioral methods. It seems that these cognitive and behavioral techniques have become the basis for behavioral, emotional, and emotional changes in women with breast cancer.

Also, the findings of the present study showed that in the variables of adherence to treatment and quality of life, behavioral activation treatment is more effective than compassion-based treatment. Also, there is a significant difference in both treatment compliance and quality of life variables between compassion-based therapy and behavioral activation therapy with the control group, and this difference in effectiveness was in favor of therapeutic interventions in the experimental groups. According to the searches conducted by the researchers, no specific study was found that investigated the difference in the effectiveness of the treatment based on compassion and behavioral activation on treatment adherence and quality of life.

In explaining the greater effectiveness of behavioral activation therapy compared to compassion-based therapy and the control group in the variable of treatment compliance, it can be said that the behavioral activation approach emphasizes function, context, situation and goal. In the analysis of pathological behaviors, this type of treatment also pays attention to the context in which a behavior occurred and the function of that behavior. In this treatment, patients are encouraged to live according to their values and adhere to their goals (Armento,

Hopko, 2009). In explaining the higher effectiveness of behavioral activation therapy compared to compassion-based therapy, it can also be said, it seems that this type of intervention causes patients to have positive feelings and perceptions about themselves and have a more appropriate image of themselves and their lifestyle, considering their physical condition. Due to the fact that the members of the group provide reinforcement and feedback, empathize and express their feelings, patients' false beliefs about being rejected from the society, correction and more social interest are formed in the patients, which will have a positive effect on the quality of life of these women.

Among the most important limitations of the current research, we can mention the use of non-random sampling method in the first stage of sampling, data collection at a specific point in time, the limited sample size, the geographical scope of the research, and the limitation in controlling some disturbing variables. Considering the greater effectiveness of behavioral activation treatment on the variables of treatment compliance and quality of life, it is suggested that this type of treatment should be prioritized in the psychological treatment of breast cancer patients. Also, considering that the variables examined in the present study are strongly influenced by factors outside the patient, including social support, including the family, it is suggested to provide the necessary training to the families of women with breast cancer.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology at bojnord Branch, Islamic Azad University with code of ethics IR.IAU.BOJNORD.REC.1401.012 Participants consciously and voluntarily participated in the research. The principle of confidentiality was observed in the research.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors hereby express their gratitude to all the participants in the research and all the people who collaborated in the research.



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال سازی رفتاری بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه

مریم عابدین^۱، زیبا برقی ایرانی^۲، حمزه اکبری^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۳

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۰۵

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر شفقت،

درمان فعال سازی رفتاری،

تبعیت از درمان،

کیفیت زندگی،

سرطان سینه

زمینه: امروزه بقای زنان مبتلا به سرطان سینه بعد از تشخیص افزایش یافته است، اما برای این دسته از بیماران نه تنها بقا مهم است، بلکه تبعیت از درمان پس از بروز و تشخیص بیماری و افزایش نگرانی درباره کیفیت زندگی نیز حائز اهمیت است. اثربخشی درمان‌های روانشناختی متعددی بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی این بیماران مورد بررسی قرار گرفته است ولی در مورد مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال سازی رفتاری بر متغیرهای مورد مطالعه، شکاف پژوهشی وجود دارد.

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و فعال سازی رفتاری بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. ۴۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه شهر گرگان در طی سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱، با روش نمونه گیری تصادفی ساده در سه گروه درمان مبتنی بر شفقت، فعال سازی رفتاری و گروه گواه قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تبعیت از درمان دارویی (موریسکی و همکاران، ۲۰۰۸) و کیفیت زندگی بیماران سرطانی (سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان) استفاده شد. شرکت کنندگان در گروه‌های آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخلات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۶) و درمان فعال سازی رفتاری (دیمیدچیان و همکاران، ۲۰۰۶) قرار گرفتند. همچنین داده‌ها با روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD و با کمک نرم افزار SPSS¹⁹ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو درمان مبتنی بر شفقت و فعال سازی رفتاری بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است ($p < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد، درمان فعال سازی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری داشته و در مرحله پیگیری نیز این میزان معناداری پایدار بود ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد مداخلات مبتنی بر شفقت و فعال سازی رفتاری ضمن افزایش تبعیت از درمان در زنان مبتلا به سرطان سینه، می‌توانند کیفیت زندگی این دسته از بیماران را ارتقاء دهند. یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌تواند به پزشکان، روانشناسان و سیاست گذاران حوزه سلامت و بهداشت روان کمک کند.

استناد: عابدین، مریم؛ برقی ایرانی، زیبا؛ و اکبری، حمزه (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال سازی رفتاری بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۰، ۱۵۱-۱۶۸.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۰، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.130.151](https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.151)



© نویسنده گان.

✉ نویسنده مسئول: زیبا برقی ایرانی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. رایانامه: Dr.ziba.irani@pnu.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۱۱۷۹۸۷۲

مقدمه

سرطان سینه^۱ یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان است، به گونه‌ای که ۲۵/۵ درصد از کل انواع سرطان‌ها را شامل می‌شود. این نوع سرطان در ایران، حدود ۳۵ درصد سرطان‌ها را شامل می‌شود. امروزه بقای بیماران مبتلا به سرطان سینه بعد از تشخیص افزایش یافته است. اما تنها مسئله حائز اهمیت زنان مبتلا به سرطان سینه، بقا نیست بلکه افزایش نگرانی درباره کیفیت زندگی^۲ آن‌ها پس از بروز و تشخیص بیماری است (فلاح‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). علاوه بر کیفیت زندگی، از دیگر مسائل مهم در درمان بیماران مبتلا به سرطان، تبعیت از درمان^۳ است که غالباً متأثر از مسائل روانشناختی و ویژگی‌های مختلف این بیماران است (سجادی، محمدپور و محمودی، ۱۳۹۶).

در درمان سرطان سینه، مراقبت‌های پزشکی و درمانی در درجه اول اهمیت قرار دارد و پیروی از دستورات درمانی و دارویی در جهت مقابله با بیماری تعیین کننده است. بر این اساس یکی از عوامل مهم ارتقای سلامت در بیماران مبتلا به سرطان سینه، تبعیت از درمان است (زمانیان و همکاران، ۱۳۹۹). سازمان بهداشت جهانی^۴، تبعیت از درمان را میزان رفتار فرد- مصرف دارو، پیروی از رژیم غذایی و یا تغییر شیوه زندگی با توصیه‌های موافقت شده توسط ارائه دهنده خدمات بهداشتی تعریف می‌کند (تاکالا و همکاران، ۲۰۲۲). به عبارت دیگر، تبعیت از درمان یعنی بیمار چقدر دستورالعمل‌های پزشک را در راستای بیماری خود دنبال می‌کند (پیتراوسکی و همکاران، ۲۰۲۲). عدم تبعیت از درمان در دو مقوله عمدی و غیرعمدی طبقه‌بندی می‌شود. عدم تبعیت از درمان عمدی، رفتار برنامه‌ریزی شده‌ای است که به میزان زیادی با باورهای فرد در رابطه با آن رفتار مرتبط است (ژاکلت و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که ۴۶/۳ درصد بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی، تبعیت از درمان ندارند (سوزا و همکاران، ۲۰۱۴). عدم تبعیت از درمان به طور قابل توجهی با نتایج بالینی نامطلوب و هزینه‌های بالاتر مراقبت‌های بهداشتی مرتبط است (پیتراوسکی و همکاران، ۲۰۲۲).

مطالعات مرتبط با سرطان سینه نشان می‌دهد که اکثر بیماران به رژیم درمانی خویش پایبند نیستند و درمان‌های خود را ناتمام می‌گذارند. مطالعات نشان

می‌دهند که ۱۹-۲۸ درصد از زنان مبتلا به سرطان سینه در سال اول ابتلا به بیماری، کمتر از ۸۰ درصد به درمان خود پایبند هستند و نسبت عدم تبعیت با افزایش زمان درمان بیشتر می‌شود، به گونه‌ای که این نسبت در سال سوم درمان به ۳۲-۵۰ درصد می‌رسد (دیو و همکاران، ۲۰۰۸). این در حالی است که پژوهش‌ها نشان داده‌اند بیمارانی که به مصرف داروهای خود پایبند هستند، ۶۴ درصد نتیجه بهتری دریافت می‌کنند (چن و همکاران، ۲۰۲۲).

وجود مشکلات روانشناختی ناشی از بیماری در زنان مبتلا به سرطان سینه، سطح کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (فرج‌زادگان، گلی و شیرانی، ۱۳۹۷). کیفیت زندگی، یک متغیر چندبعدی است و به نحوه ارزیابی کلی فرد از زندگی و ادراک ذهنی او از شرایط زندگی اشاره دارد (پرنامبکو و همکاران، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی می‌تواند پیش‌بینی کننده میزان و تأثیر بیماری‌ها، صدمات و ناتوانی‌ها و سنجش سلامت روانی در جوامع باشد (اوگاندر و همکاران، ۲۰۱۷) و رابطه مستقیمی با احساس خوب بودن در زندگی فرد دارد (وو و همکاران، ۲۰۱۱). کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه، متغیری است که نمی‌شود به راحتی از آن صرف‌نظر کرد (اوگاندر و همکاران، ۲۰۱۷). در سه دهه اخیر مطالعات مربوط به آن در حوزه بهداشت و درمان به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی در بیماری‌های جسمانی و روانی (کیم و همکاران، ۲۰۱۱) و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه افزایش یافته است (فونتس و همکاران، ۲۰۱۹). برخی از مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان سینه از کیفیت زندگی به مراتب کمتری برخوردارند، از جمله این که از سلامت جسمانی، عملکردی، عاطفی و اجتماعی پایین‌تری نسبت به افراد سالم برخوردارند (بلوم، پترسون، کانگ، ۲۰۰۷). مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که ۱۰ سال پس از تشخیص سرطان سینه، بسیاری از زنان مبتلای در حال درمان، دارای معنای جدیدی در زندگی و شیوه زندگی سالم‌تر هستند و سطوح کیفیت زندگی آن‌ها مشابه با گروه‌های گواه بود که هرگز سرطان سینه را تجربه نکرده بودند (کسینگ و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان داده است انزوای اجتماعی بالا و عدم حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی پایین‌تر در بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطه دارد (بلوم و

3. adherence to treatment

4. world health organization

1. breast cancer

2. quality of life

همکاران، ۲۰۰۷). در نقطه مقابل، ویژگی‌های شخصیتی مانند خوش‌بینی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال و بیان احساسات مرتبط با سرطان با بهبود کیفیت زندگی همراه است (کارور و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به آنچه مرور شد، هر یک از متغیرهای روانشناختی تبعیت از درمان و کیفیت زندگی، نقش مهمی در ارتقای سلامت بیماران مبتلا به سرطان سینه دارند و علاوه بر مداخلات پزشکی، نیاز به مداخلات روانشناختی مؤثر برای بهبود این متغیرها به منظور کمک به بیماران مبتلا به سرطان سینه وجود دارد.

تاکنون درمان‌های روانشناختی مختلفی برای ارتقای متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در بیماران سرطانی به کار برده شده است. از جمله مداخلاتی که در سالیان اخیر به عنوان یک روش درمانی در حوزه مداخلات روانشناسی توجه زیادی را معطوف خود نموده است، درمان مبتنی بر شفقت^۱ است (مشرقی و همکاران، ۱۴۰۱). این مداخله یکی از رویکردهای مطرح در زمینه کاهش اضطراب و افسردگی بیماران می‌باشد. نف (۲۰۰۳) شفقت خود را به عنوان سازه‌ای مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. ترکیب این مؤلفه‌ها مشخصه هر فردی است که به خود شفقت می‌ورزد (انوشیروانی و همکاران، ۱۴۰۰). نتایج پژوهش پرزسدسکی (۲۰۱۳) نشان داد که خودشفقت‌ورزی عامل میانجی در رابطه پریشانی روانی و تغییرات تصویر تن در زنان مبتلا به سرطان سینه است.

از مداخله‌های مطرح دیگری که برای درمان افسردگی تدوین شده است اما توان درمانی خود را در حوزه سایر اختلالات نیز نشان داده است، درمان فعال‌سازی رفتاری^۲ است (مشیر و اوتو، ۲۰۱۷). تا کنون این شیوه درمانی در درمان اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب (زمستانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ خداپناه، مرادی و خداپناه، ۱۳۹۰؛ انعطاف‌پذیری کنشی، باورهای فراشناختی، نشخوار فکری (میلز و اندر، ۲۰۱۵) و باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و اجتناب شناختی کم (پورمحمد و همکاران، ۱۳۹۸)، در افراد مبتلا به اختلالات و بیماری‌های مختلف به کار برده شده است. این روش، یک درمان راه‌حل‌مدار، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر کارکرد و بافتی

است که رفتار در آن رخ داده است و می‌تواند متناسب با نیازهای منحصر به فرد بیماران باتوجه به تفاوت‌های دموگرافیک و فردی متفاوت باشد (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳؛ چارتیر و پروونچر، ۲۰۱۳). این رویکرد درمانی به بیمار کمک می‌کند ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی خود را شناسایی کرده، با گام برداشتن در جهت یک هدف مطلوب، حرکت رو به جلوی خود را تسهیل کند. بنابراین با ایجاد احساس دستاورد یا لذت، وضعیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد (روجیرو و همکاران، ۲۰۰۷). مازوچلی و داسیلوا (۲۰۱۶) در پژوهشی اکتشافی نشان دادند فعال‌سازی رفتاری به سبب سادگی نسبی و پتانسیل سهولت انتشار برای بهبود عملکرد روانشناختی بیماران مبتلا به دردهای مزمن مفید است.

با توجه به آنچه که مرور شد و با در نظر گرفتن این که سرطان سینه، شایع‌ترین بدخیمی مرگ‌آور در زنان را دارد، به گونه‌ای که از هر ۹ نفر زن، یک نفر در طول عمر خود این نوع سرطان را تجربه می‌کند (بویل و لوین، ۲۰۰۸) و خلا پژوهشی در مورد مقایسه مداخله‌های روانشناختی روانشناختی بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه، پژوهش حاضر به منظور بسط ادبیات پژوهش و همچنین پر کردن خلاء پژوهش‌های قبلی در پی پاسخگویی به این سؤال اساسی است که کدام یک از درمان‌های مبتنی بر شفقت و فعال‌سازی رفتاری در افزایش تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه نقش مؤثرتری دارند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۰۳ نفر از بیماران زن مبتلا به سرطان سینه بود که در طی سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ به کلینیک فوق تخصصی انکولوژی ۵ آذر شهر گرگان مراجعه کرده بودند. از جامعه بیماران زن مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به کلینیک فوق، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۵ نفر انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) کاربندی شدند. گروه‌های آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخلات (درمان مبتنی بر شفقت و فعال‌سازی رفتاری) قرار گرفتند اما اعضای گروه گواه هیچ‌گونه

¹. compassion-focused therapy

². Behavioral Activation Therapy

مداخله‌ای دریافت نکردند. تمامی شرکت‌کنندگان قبل و بعد از اتمام دوره درمان و دو ماه پس از مداخله، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. در نهایت به دلیل افت شرکت‌کنندگان، نمونه‌ها در گروه شفقت درمانی ۱۴ نفر، در گروه فعال‌سازی رفتاری ۱۳ نفر و در گروه گواه نیز ۱۵ نفر حضور داشتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و تأیید فرم رضایت آگاهانه، تشخیص سرطان سینه (توسط پزشک فوق تخصص)، حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن (دارا بودن سواد جهت انجام تکالیف شناختی)، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال (به دلیل دارا بودن توانایی جسمانی برای انجام تکالیف خانگی)، اتمام فرآیند درمان جسمانی (به دلیل کنترل اثربخشی مداخله روانشناختی) و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در بیش از یک سوم جلسات درمانی، هرگونه معلولیت جسمانی و یا بیماری روان‌پزشکی، شرکت کردن همزمان در هر نوع مداخله آموزشی دیگر، همزمانی ابتلا به بیش از یک نوع سرطان (در جهت کنترل عوامل مخدوش‌کننده توسط پزشک متخصص سرطان) و تشخیص بیماری‌های طبی همزمان بود.

(ب) ابزار

مقیاس ۸ آیتمی تبعیت از درمان دارویی مورسکی^۱ (MMAS-8): این مقیاس توسط مورسکی و همکاران (۲۰۰۸) در اصل برای سنجش تبعیت درمان دارویی بیماران دارای فشار خون ساخته شده است، با این حال در پژوهش‌های مختلف از این پرسشنامه برای تبعیت درمان بیماران مختلف نظیر بیماران سرطانی (فرشیدفر و همکاران، ۱۳۹۸)، قلبی - عروقی (دیانتی و همکاران، ۱۳۹۶) نیز استفاده شده است. درک سؤالات پرسشنامه برای پاسخ دهندگان ساده است و اغلب در جمعیت با سواد کم استفاده شده است. این مقیاس شامل هفت سؤال دو گزینه‌ای (با پاسخ‌های بلی = ۱ و خیر = صفر) که سؤال شماره ۵ آن نیز به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و یک سؤال به صورت لیکرتی پنج درجه‌ای است (از هرگز = ۰ تا همیشه = ۴). نمره کل پرسشنامه از مجموع نمره تمام سؤالات به دست می‌آید. کسب نمره ۶ به بالا به منزله تبعیت مطلوب از درمان در نظر گرفته می‌شود. اعتبار نسخه اصلی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش

شده است (مورسکی و همکاران، ۲۰۰۸). نسخه اصلی این ابزار برای اولین بار توسط بکائیان (۱۳۹۲) به زبان فارسی برگردانده شد و اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ گزارش شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی^۲: این پرسشنامه توسط سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان^۳ ساخته شده است. این گروه پرسشنامه‌ای ۳۰ سؤالی تحت عنوان پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان تدوین کرد که پرسشنامه‌ای خلاصه و خود گزارشی است که به طور اختصاصی در سنجش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان کاربرد دارد. هدف اصلی پرسشنامه، کسب اطلاعاتی درباره تأثیر بیماری و درمان بر زندگی روزمره بیماران مبتلا به سرطان است (آرونسون و همکاران، ۱۹۹۳). این پرسشنامه به زبان‌های مختلف ترجمه شده و در کشورهای مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است. همگام با توسعه این پرسشنامه در کشورهای اروپایی استفاده از آن در کشورهای شرقی مانند چین، تایوان، ژاپن، کره، سنگاپور و ایران گسترش یافته است. در حال حاضر مطالعات متعددی وجود دارد که روایی و پایایی پرسشنامه را تأیید می‌کنند (مک لاجان و همکاران، ۱۹۹۸؛ آرونسون و همکاران، ۱۹۹۳). روایی و پایایی ویرایش سوم پرسشنامه در ایران بر روی نمونه‌ای از بیماران مبتلا به سرطان مورد ارزیابی قرار گرفته است (صفائی، مقیمی دهکردی و طباطبائی، ۱۳۸۶).

برنامه درمان مبتنی بر شفقت: برنامه آموزشی درمان مبتنی بر شفقت برگرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۶) به شیوه برنامه آموزشی و بحث گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به طور هفتگی اجرا شد. خلاصه برنامه جلسات درمان مبتنی بر شفقت در جدول ۱ آمده است. برنامه درمان فعال‌ساز رفتاری: درمان فعال‌سازی رفتاری نیز طبق پروتکل تدوین شده توسط دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۸) طی ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای در مورد شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (گروه فعال‌سازی رفتاری) به کار گرفته شد. خلاصه برنامه جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری در جدول ۲ آمده است.

3. European Organization for Research and Treatment of Cancer

1. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale

2. Quality of Life Questionnaire for cancer patients

جدول ۱. خلاصه برنامه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
اول	آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی	آشنایی با لیدر و اعضای گروه، معرفی برنامه، توضیح اهداف و وضع قراردادها - اجرای پیش‌آزمون، معرفی اجمالی درمان مبتنی بر شفقت - سیستم‌های سه‌گانه تنظیم هیجان	پایش سیستم‌های تنظیم هیجانی خود
دوم	معرفی شفقت به خود و خود انتقادی	بررسی تکالیف جلسه قبل - آموزش ویژگی‌های شفقت (مهربانی و همدلی)	پایش رفتارهای خود بر اساس دو ویژگی مطرح شده
سوم	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود	بررسی تکالیف جلسه قبل - ویژگی‌های شفقت (شجاعت و عقلانیت) - ترس از شفقت	پایش رفتارهای خود بر اساس دو ویژگی مطرح شده
چهارم	معرفی تصویرسازی ذهنی	بررسی تکالیف جلسه قبل - اهمیت تصویرسازی و تکنیک‌های عملی - ذهن آگاهی - تنفس آرام‌بخش	انجام تنفس آرام‌بخش و ذهن آگاهی
پنجم	آموزش تصویرسازی و رفتار مشفقانه	بررسی تکالیف جلسه قبل - تصور مکان آرام‌بخش - تصور خودمشفق - تصور شفقت به دیگران - رفتار مشفقانه	انجام تصویرسازی‌ها و تمرین رفتار
ششم	آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز	بررسی تکالیف جلسه قبل - تصور شفقت از دیگران به خود - تصور شفقت از مشفق ایده‌آل	انجام تصویرسازی‌ها و نامه‌نگاری مشفقانه
هفتم	توضیح ترس از شفقت و شناسایی افکار مانع شفقت به خود	تمرین مهارت‌های فراگرفته شده - ترس از شفقت به خود - شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش خود مشفق و کار روی آن - جستجوی موانع دیگر پرورش ذهن شفقت‌ورز	تمرین کار با صندلی و تصویرسازی مشفقانه
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات و پس‌آزمون	تمرین مهارت‌های فراگرفته شده - اجرای پس‌آزمون - نظرخواهی در خصوص برنامه و اجرای جلسه مهمانی پایان برنامه و در نهایت تقدیر از شرکت‌کنندگان	-----

جدول ۲. خلاصه برنامه جلسات درمانی فعال‌سازی رفتاری

جلسات	اهداف	محتوا	رفتار موردانتظار	تکالیف
اول	آشنایی با چارچوب جلسات	مقدمات و معرفی افراد، راجع به بیماری و منطق درمان و اهمیت حضور در جلسات	تلاش برای شرکت بیماران در جلسات	-----
دوم	عواطف و احساسات	بحث در مورد احساسات و عواطف و پیامدهای رفتاری آن‌ها	توجه به احساسات و عواطف	کاربرگ ثبت عواطف و احساسات
سوم	تقویت مهارت‌های مقابله‌ای	بحث راجع به شباهت‌های موجود در تجارب افراد گروه، بحث پیرامون تجارب بیماری	تلاش برای بحث پیرامون علائم بیماری	ثبت کاربرگ مربوط به شباهت‌ها
چهارم	تمرکز بر حواس پنج‌گانه	آموزش تکنیک رسیدگی به خود به منزله مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر (انجام فعالیت‌های لذت‌بخشی که احساس بهزیستی و شادی را در فرد افزایش می‌دهد)، تمرکز بر حواس پنج‌گانه	تأکید بر فعالیت‌های لذت‌بخش و حواس پنج‌گانه	ثبت اقدامات لذت‌بخش در طی هفته و درجه‌بندی آن
پنجم	برنامه‌ریزی	مرور تکالیف برنامه‌ریزی برای فعالیت اعضای گروه، درجه‌بندی فعالیت‌ها بر اساس اهمیت	تلاش برای بهبود مهارت برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی	تکمیل فرم بازبینی روزانه، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها
ششم	سیالی افکار	بحث در رابطه با افکار و احساسات، آموزش سیالی افکار	تمرکز بر رابطه بین احساسات و افکار	تکمیل فرم بازبینی روزانه
هفتم	سبک زندگی سالم	به افراد آموزش داده می‌شود که به جای دمدمی رفتار کردن، کارهای خود را براساس برنامه‌ریزی انجام دهند، آموزش سبک زندگی سالم	تلاش برای تغییر رفتار	کاربرگ ثبت اهداف و اقدامات
هشتم	جمع‌بندی و پس‌آزمون	ارائه خلاصه‌ای از آموزش‌های قبلی، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	تلاش برای بررسی وضعیت و بهبود آن	مروری بر تکالیف گذشته

در نهایت با استفاده از روش‌های آمار توصیفی به توصیف وضعیت نمرات شرکت‌کنندگان با استفاده از پارامترهایی مانند میانگین و انحراف استاندارد پرداخته شد و در بخش آمار استنباطی نیز از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. همچنین داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

۱۴ نفر از شرکت‌کنندگان (۳۱/۱ درصد) در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سالگی قرار داشتند. ۱۸ نفر از شرکت‌کنندگان (۴۰ درصد) در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۱۳ نفر (۲۸/۹ درصد) آنان در دامنه سنی ۴۱ تا ۵۰ سالگی قرار داشتند. بیشترین شرکت‌کنندگان در هر سه گروه با تحصیلات، سیکل تا دیپلم حضور داشتند. بدین صورت که در گروه درمان مبتنی بر شفقت، بیشترین فراوانی در تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم با ۵ نفر و ۴۲/۹ درصد،

در گروه درمان فعال‌سازی رفتاری نیز تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم با فراوانی ۵ نفر و ۳۸/۵ درصد و در گروه گواه نیز دیپلم و فوق دیپلم با فراوانی ۶ نفر و ۴۰ درصد، حضور داشتند. بررسی وضعیت شغلی شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۴۲/۹ شاغل و ۵۷/۱ بیکار یا خانه‌دار بودند. در گروه درمان فعال‌سازی رفتاری ۳۸/۵ شاغل و ۶۱/۵ بیکار یا خانه‌دار و در گروه گواه نیز ۴۰ درصد شاغل و ۶۰ درصد بیکار یا خانه‌دار بودند. همچنین مدت زمان ابتلا به بیماری در شرکت‌کنندگان نیز نشان داد که میانگین ابتلا به بیماری در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۳/۱۲ سال، در گروه فعال‌سازی رفتاری ۴/۲۵ و در گروه گواه ۴/۷۸ سال بود.

در جدول ۳، نمرات شاخص‌های توصیفی تبعیت از درمان و کیفیت زندگی (عملکرد و علائم کیفیت زندگی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آمده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی تبعیت از درمان و کیفیت زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	درمان مبتنی بر شفقت		درمان فعال‌سازی رفتاری		گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تبعیت از درمان	پیش‌آزمون	۵/۵۷	۱/۸۶	۵/۲۳	۱/۴۸	۵/۰۱	۱/۰۲
	پس‌آزمون	۴/۰۷	۱/۲۰	۲/۳۱	۰/۷۵	۵/۲۰	۱/۱۴
	پیگیری	۳/۱۴	۰/۹۴	۲/۶۹	۱/۰۳	۵/۳۳	۰/۹۸
شاخص عملکرد کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۴۵/۰۷	۶/۹۰	۴۴/۷۷	۱۲/۲۳	۴۸/۵۳	۷/۵۳
	پس‌آزمون	۶۱/۳۶	۱۳/۳۱	۷۰/۵۴	۸/۷۱	۵۰/۱۳	۸/۰۸
	پیگیری	۵۹/۰۱	۱۴/۴۶	۶۲/۳۸	۱۲/۶۳	۵۱/۲۰	۸/۲۴
شاخص علائم کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۴۸/۹۳	۸/۱۲	۴۶/۵۴	۹/۶۹	۵۳/۴۰	۷/۷۲
	پس‌آزمون	۳۳/۷۹	۷/۵۵	۲۷/۶۹	۷/۴۷	۵۴/۰۱	۶/۶۳
	پیگیری	۲۹/۳۶	۸/۳۵	۳۵/۰۸	۹/۶۱	۵۵/۲۰	۷/۶۲

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری، نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تفاوت محسوسی را نشان می‌دهد، درحالی‌که میانگین نمرات در گروه گواه تفاوت محسوسی را نشان نمی‌دهد. همچنین با توجه به نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لون و ام‌باکس و از آنجا که سطح معناداری تمامی متغیرهای پژوهش شامل تبعیت از درمان و کیفیت زندگی از ۰/۰۵ یعنی سطح خطای پژوهش بالاتر است، پس داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بوده و لذا می‌توان از آزمون‌های آماری پارامتریک استفاده کرد.

همچنین آماره W موجلی برای تبعیت از درمان (۰/۸۹) و کیفیت زندگی برای حیطه عملکرد کیفیت زندگی (۰/۸۷) و حیطه علائم کیفیت زندگی (۰/۸۸) معنی‌دار نبود. این یافته‌ها نشان می‌دهند که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته، تفاوت معنی‌داری ندارد. بنابراین پیش‌فرض کروییت رعایت شده است. پیتوچ و استیونس (۲۰۱۲) پیشنهاد می‌کنند اگر مقدار اپسیلون بزرگ‌تر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین-فلت استفاده شود و اگر اپسیلون کوچک‌تر از ۰/۷۵ و یا هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد کروییت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده شود؛ بنابراین با

تحلیل واریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش در جدول ۴ و نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ گزارش شده است.

توجه به تأیید آماره W موجلی برای تبعیت از درمان (۰/۸۹)، حیطه عملکرد کیفیت زندگی (۰/۸۷) و حیطه علائم کیفیت زندگی (۰/۸۸) نیازی به تصحیح درجه آزادی با اسپیلون شاخص‌های گرین هاوس-گیسر و هاین-فلت نیست. بنابراین با در نظر گرفتن مفروضه‌های ذکر شده، در ادامه نتایج

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

آزمون	منبع	اثر پیلایی	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی داری	مجذور اتا
بین آزمودنی	گروه	۰/۴۱۶	۵/۹۱۵	۴	۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۰۸
درون آزمودنی	زمان	۰/۷۴۷	۳۰/۹۵۷	۴	۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۷
	زمان * گروه	۰/۵۳۸	۳/۹۵۵	۸	۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی مقایسه اثرات درون گروهی و بین گروهی و تعامل مراحل زمانی و گروه

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F آماره	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
تبعیت از درمان	زمان	۶۱/۱۹۵	۲	۳۰/۵۹۸	۴۱/۰۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۸۲
	گروه‌ها	۶۵/۵۲۶	۲	۳۲/۷۶۳	۱۱/۶۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
	تعامل مراحل با گروه	۵۲/۷۹۹	۲	۱۳/۲۰۰	۱۷/۶۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۷۱
حیطه عملکرد کیفیت زندگی	زمان	۴۹۰۷/۰۴۹	۲	۲۴۵۳/۵۲۴	۵۱/۱۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
	گروه‌ها	۱۸۱۹/۱۳۴	۲	۹۰۹/۵۶۷	۳/۸۶۳	۰/۰۲۹	۰/۱۶	۰/۸۷
	تعامل مراحل با گروه	۲۱۶۹/۹۰۸	۴	۵۲۴/۶۷۷	۱۱/۳۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
حیطه علائم کیفیت زندگی	زمان	۳۰۷۹/۸۳۹	۲	۱۵۳۹/۹۱۹	۷۱/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
	گروه‌ها	۸۶۶۱/۶۰۷	۲	۴۳۳۰/۸۰۴	۲۷/۲۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳	۱
	تعامل مراحل با گروه	۲۴۶۰/۰۸۹	۴	۶۱۵/۰۲۲	۲۸/۴۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱

دیگر، تعامل مراحل و گروه در حیطه عملکرد کیفیت زندگی ($P < ۰/۰۱$)؛ درمان معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۴۱/۰۱۸$). تفاوت گروه‌ها در تبعیت از درمان نیز معنی‌دار شده است ($P < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۱۱/۶۷۳$). در نهایت تعامل مراحل و گروه برای تبعیت از درمان ($P < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۱۷/۶۹۵$) بود که در سطح $۰/۰۱$ است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ تبعیت از درمان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. در متغیر حیطه علائم کیفیت زندگی، میزان F اثر از نظر مراحل زمانی معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۷۱/۱۱۶$). هم‌چنین تفاوت گروه‌ها در حیطه علائم کیفیت زندگی نیز معنی‌دار شده است ($P < ۰/۰۵$ ؛ $F = ۲۷/۲۷۵$) در نهایت، تعامل مراحل و گروه در حیطه علائم کیفیت زندگی ($P < ۰/۰۱$)؛ درمان معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۲۸/۴۰۳$). این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ حیطه علائم کیفیت زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. هم‌چنین مجذور اتا برای متغیر مذکور بیشتر از $۰/۱۰$ می‌است که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در نمونه آماری، بزرگ و قابل توجه است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد میزان F اثر از نظر مراحل زمانی در تبعیت از درمان معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۴۱/۰۱۸$). تفاوت گروه‌ها در تبعیت از درمان نیز معنی‌دار شده است ($P < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۱۱/۶۷۳$). در نهایت تعامل مراحل و گروه برای تبعیت از درمان ($P < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۱۷/۶۹۵$) بود که در سطح $۰/۰۱$ است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ تبعیت از درمان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. هم‌چنین مجذور اتا برای متغیر مذکور بیشتر از $۰/۱۰$ است که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در نمونه آماری، بزرگ و قابل توجه است.

هم‌چنین در مورد متغیر کیفیت زندگی، نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میزان F اثر از نظر مراحل زمانی در حیطه عملکرد کیفیت زندگی معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۵۱/۱۰۶$). هم‌چنین تفاوت گروه‌ها در حیطه عملکرد کیفیت زندگی نیز معنی‌دار شده است ($P < ۰/۰۵$ ؛ $F = ۳/۸۶۳$). از طرف

جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی (تبعیت از درمان و کیفیت زندگی) در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت، درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه، آزمون تعقیبی LSD انجام شد. نتایج این آزمون در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه میانگین‌های نمره‌های متغیرهای مورد بررسی (تبعیت از درمان و کیفیت زندگی) در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت، درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه

متغیر	گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین (J-I)	تفاوت خطای استاندارد	Sig
تبعیت از درمان	درمان فعال‌سازی رفتاری	درمان مبتنی بر شفقت	-۰/۸۵	۰/۳۷۳	۰/۰۲۸
	درمان فعال‌سازی رفتاری	گروه گواه	-۱/۷۷	۰/۳۶۷	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر شفقت	گروه گواه	-۰/۹۲	۰/۳۵۹	۰/۰۱۵
حیطه عملکرد کیفیت زندگی	درمان فعال‌سازی رفتاری	درمان مبتنی بر شفقت	۷/۶۰	۲/۵۵۶	۰/۰۰۵
	درمان فعال‌سازی رفتاری	گروه گواه	۱۳/۶۴	۲/۵۵۶	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر شفقت	گروه گواه	۶/۰۳	۲/۴۶۶	۰/۰۱۹
حیطه علایم کیفیت زندگی	درمان فعال‌سازی رفتاری	درمان مبتنی بر شفقت	-۵/۴۳	۲/۶۳۴	۰/۰۴۶
	درمان فعال‌سازی رفتاری	گروه گواه	-۲۰/۵۳	۲/۵۹۱	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر شفقت	گروه گواه	-۱۵/۱۰	۲/۵۴۱	۰/۰۰۱

بین درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد که این تفاوت به نفع درمان فعال‌سازی رفتاری بود ($P < ۰/۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد. نتایج به دست آمده در این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو نوع مداخله درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تبعیت درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. در تبیین این یافته باید گفت این دو نوع مداخله از درمان‌های موج سوم هستند که برگرفته از مداخلات شناختی-رفتاری هستند که با تمرکز بر اهداف شناختی و رفتاری و همچنین تمرکز بر پذیرش، افزایش هشیاری و استفاده از فنون شناختی و رفتاری زمینه ساز تغییرات رفتاری، هیجانی، عاطفی در زنان مبتلا به سرطان سینه شده‌اند. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در متغیرهای تبعیت از درمان و کیفیت زندگی، درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی بالاتری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت وجود دارد. همچنین در هر دو متغیر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی بین درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری با گروه گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد و این تفاوت در اثربخشی به نفع مداخلات درمانی در گروه‌های آزمایش بود. با توجه به جستجوهای صورت گرفته توسط پژوهشگران،

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که در متغیر تبعیت از درمان، بین دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد و این تفاوت به نفع درمان فعال‌سازی رفتاری بود ($P < ۰/۰۵$). همچنین بین دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه نیز تفاوت وجود دارد و این تفاوت به نفع درمان مبتنی بر شفقت بود ($P < ۰/۰۵$). علاوه بر این، بین درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه تفاوت وجود دارد که این تفاوت به نفع درمان فعال‌سازی رفتاری بود ($P < ۰/۰۱$).

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد در متغیر کیفیت زندگی و در حیطه عملکرد کیفیت زندگی بین دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری تفاوت وجود دارد و این تفاوت به نفع درمان فعال‌سازی رفتاری بود ($P < ۰/۰۱$). همچنین بین دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه تفاوت وجود دارد و این تفاوت به نفع درمان مبتنی بر شفقت بود ($P < ۰/۰۱$). علاوه بر این، بین درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه تفاوت وجود دارد که این تفاوت به نفع درمان فعال‌سازی رفتاری بود ($P < ۰/۰۱$). در متغیر کیفیت زندگی و در حیطه علایم کیفیت زندگی بین دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری تفاوت وجود دارد و این تفاوت به نفع درمان فعال‌سازی رفتاری بود ($P < ۰/۰۵$). همچنین بین دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد و این تفاوت به نفع درمان مبتنی بر شفقت بود ($P < ۰/۰۱$). علاوه بر این،

مطالعه خاصی که تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و فعال‌سازی رفتاری را بر تبعیت از درمان و کیفیت زندگی بررسی کرده باشد، یافت نشد. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان فعال‌سازی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه در متغیر تبعیت از درمان، می‌توان گفت که رویکرد فعال‌سازی رفتاری بر کارکرد، بافت، موقعیت و هدف تأکید می‌کند. این نوع درمان در تحلیل رفتارهای بیمارگونه نیز به بافتی که یک رفتار در آن رخ داده است و کارکردی که آن رفتار دارد، توجه می‌کند. در این درمان، بیماران ترغیب می‌شوند به زندگی کردن براساس ارزش‌های خود و رسیدن به اهداف خود، پایبند باشند (آرمنتو و هوپکو، ۲۰۰۹). فرامین ذکر شده می‌تواند عامل مهمی در جهت تبعیت از دستورالعمل‌های درمانی در بیماران مبتلا به سرطان سینه شود. این تبیین را می‌توان بدین شکل بسط داد که ماهیت تبعیت از درمان می‌تواند تحت تأثیر ایجاد راه اندازهای رفتاری برای انگیزه دادن به بیمار جهت حفظ سلامتی و بهبود بیماری و کاهش علائم ناشی از فعال‌سازی رفتاری باشد، عامل مهمی که در مداخله فعال‌سازی رفتاری می‌توان جستجو کرد و در مداخله شفقت ورزی وجود ندارد، لذا این عامل نیز می‌تواند تفاوت اثربخشی بیشتر درمان فعال‌سازی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت را تبیین نماید. همچنین می‌توان گفت که درمان فعال‌سازی رفتاری موجب افزایش رفتارهایی برای رسیدن به منابع تقویتی می‌شود (آرمنتو و هوپکو، ۲۰۰۹)، این یک عامل بسیار مهم در جهت افزایش فراوانی پایبندی به درمان است که اثربخشی بیشتر درمان فعال‌سازی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت را تبیین می‌کند. بر اساس درمان شرطی‌سازی عامل در نظریه رفتارگرایی می‌توان نتیجه مطالعه حاضر را چنین تبیین کرد که وقتی بیمار مبتلا به سرطان تحت تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری، سالم بودن را به عنوان یک ارزش انتخاب می‌کند و با توجه به این که یکی از رفتارها در جهت آن ارزش، تبعیت از درمان است، از توصیه‌های درمانی پیروی کرده و برای این رفتار سالم، تقویت مثبت دریافت می‌کند، به گونه‌ای که این تقویت ممکن است درونی (مثل احساس سلامتی) یا بیرونی (مثل احساس تأیید بعد از تعریف و تمجید) باشد و به دنبال آن، بیمار به احتمال زیاد آن رفتار را تکرار می‌کند، در نتیجه میزان تبعیت از درمان افزایش می‌یابد. همچنین مطابق مدل یادگیری مشاهده‌ای بندورا که توضیح می‌دهد چگونه یک فرد مهارت‌ها و اطلاعات را از طریق مشاهده و پیامد عمل افراد دیگر به دست می‌آورد (کروسبای و

نوار، ۲۰۱۰)، در تکمیل این تبیین می‌توان اشاره نمود که نتایج مطالعات نشان می‌دهد که ۴۶/۳ درصد بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی، تبعیت از درمان ندارند (سوزا و همکاران، ۲۰۱۴)، لذا آموزش فعال‌سازی رفتاری می‌تواند این مشکل را تا حد زیادی برطرف نموده و پایبندی به درمان را در زنان مبتلا به سرطان سینه افزایش دهد.

در تبیین اثربخشی بالاتر درمان فعال‌سازی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت در متغیر کیفیت زندگی نیز می‌توان گفت، بر اساس آنچه که مرور شد زنان مبتلا به سرطان سینه، به دلیل مشکلات شناختی، هیجانی، اجتماعی، خانوادگی و عاطفی کیفیت زندگی پایینی داشته و یک تصویر ذهنی منفی از بدن خویش دارند که بر رفتار، احساس و ارزش‌های فرد نسبت به خود و کیفیت زندگی او اثر منفی می‌گذارد (نادریان، ۱۳۸۹). در مداخله به روش فعال‌سازی رفتاری، بیمار فعالانه اشکالات و نقشه‌های نادرست شناختی خود را ارزیابی نموده و آنان را سازماندهی نموده و از طریق تکنیک‌های آرام‌سازی، آرامش خود را در موقعیت بیماری حفظ می‌کند (کانتر، بوش و راش، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد این نوع مداخله باعث می‌شود بیماران با توجه به وضع جسمانی که دارند احساسات و برداشت‌های مثبتی از خویش داشته و تصویر مناسب‌تری از خویش و سبک زندگی خود داشته باشند. با توجه به این که اعضای گروه به اجرای تقویت و پسخوراند، همدلی و ابراز احساسات می‌پردازند باورهای نادرست بیماران نسبت به طردشدگی از سمت اجتماع، تصحیح و علاقه اجتماعی بیشتری در بیماران شکل می‌گیرد که در کل بر میزان کیفیت زندگی این زنان تأثیر مثبت خواهد داشت. همچنین درمان باعث می‌شود که بیمار، وضعیت فیزیکی و ظاهر خود را بهتر بپذیرد و در تعاملات فردی و اجتماعی، کمرویی، ترس و غم کمتری را تجربه کند (شاره، ۱۳۹۵). در تکمیل این تبیین، پرهون و همکاران (۱۳۹۳) نیز اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علائم و افزایش کیفیت زندگی بیماران را تأیید کرده‌اند.

مطالعه حاضر مانند سایر پژوهش‌ها با برخی محدودیت‌ها مواجه بوده است. مهم‌ترین این محدودیت‌ها شامل استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در مرحله اول نمونه‌گیری، گردآوری داده‌ها در یک مقطع زمانی خاص، حجم محدود نمونه، منطقه جغرافیایی انجام پژوهش، محدودیت در کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مانند مصرف داروها و اثرات ناشی از مراجعه به محیط درمان و مراجعه به پزشک متخصص که با توجه به آموزش‌ها،

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد با کد اخلاق IR.IAU.BOJNORD.REC.1401.012 است. مشارکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمودند و اصل رازداری در پژوهش رعایت شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول پژوهشگر اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم، استاد راهنما و نویسنده مسئول و نویسنده سوم نیز استاد مشاور رساله می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منفعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را داریم.

آگاهی و دستورات درمانی که دریافت می‌نمایند ممکن است بر نتایج پژوهش حاضر اثرگذار بوده باشد. از این رو به لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران در مطالعات آتی، در همه مراحل نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و نمونه‌های با حجم بالا استفاده شود. از سوی دیگر، جهت افزایش قدرت تعمیم نتایج پژوهش نیز لازم است مطالعات مشابه در سایر فرهنگ‌ها و مناطق جغرافیایی انجام شود و به نقش عوامل خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی در روند مطالعه توجه شود. با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت و درمان فعال‌سازی رفتاری بر ارتقا تبعیت دارویی و کیفیت زندگی، پیشنهاد می‌شود که بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، انجمن بیماران سرطانی و سایر مراکز حمایتی و درمانی این بیماران، در کنار درمان‌های پزشکی، از طریق توجه به رویکردهای روانشناختی، مداخلات و آموزش‌های مرتبط با مداخلات ذکر شده را در برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا به سرطان سینه بگنجانند. البته با توجه به اثربخشی بیشتر درمان فعال‌سازی رفتاری بر متغیرهای تبعیت از درمان و کیفیت زندگی، در اولویت قرار دادن این نوع درمان پیشنهاد می‌شود. همچنین با توجه به این که متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر به شدت تحت تأثیر عوامل بیرون از بیمار مانند حمایت‌های اجتماعی از قبیل خانواده قرار دارند، لذا پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم برای خانواده‌های زنان مبتلا به سرطان سینه در جهت ارتقای تبعیت دارویی و کیفیت زندگی این دسته از بیماران در نظر گرفته شود.

منابع

انوشیروانی، الهام؛ رزاقی، نرگس؛ نوحی، شهناز؛ و آقایی، حکیمه (۱۴۰۰) اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرحواره‌های جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله مراقبت سرطان*. ۲(۲)، ۳-۱۲.

<http://ijca.ir/article-1-128-fa.html>

بکائیان، مهدی، (۱۳۹۲). ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد حافظه و ویژگی‌های جمعیت شناختی به عنوان پیش‌بینی کننده پایداری به دارو در بیماران قلبی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*. گروه روانشناسی، دانشگاه شیراز.

پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد و مشیرپناهی، شیوا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۴(۱۴)، ۴۱-۶۲.

https://jcps.atu.ac.ir/article_506.html

پورمحمد قوچانی، کامران؛ مدحی، سرور و فروتن‌نژاد، کاظم (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده. *رویش روانشناسی*، ۸(۱۰)، ۱۳۳-۱۴۲.

<http://frooyesh.ir/article-1-1465-fa.html>

خدایانه، مژگان؛ مرادی، علیرضا و خدایانه، مژده (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به چاقی. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۵(۱)، ۴۷-۵۷.

<http://rph.khu.ac.ir/article-1-5-fa.html>

دیانتی، منصور؛ مهدوی‌نژاد، بهناز و تقدسی، محسن (۱۳۹۶). بررسی تبعیت دارویی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سندروم عروق کرونر در دوره پس از ترخیص از بیمارستان بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۶. *دو ماهنامه فیض*. ۲۳(۲)، ۲۰۱-۲۰۸.

<http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3737-fa.html>

زمانیان، سکیته و بوالهروی، جعفر؛ دانش، عصمت؛ احدی، حسن و قهاری، شهربانو (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان زنان دچار سرطان پستان. *روانشناسی اجتماعی*، ۸(ویژه نامه)، ۳۱-۴۴.

https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_680968.html?lang=en

زمستانی، مهدی؛ داودی، ایران؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و زرگر، یداله (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر علائم افسردگی، اضطراب و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان. *دست‌آوردهای روانشناختی*، ۲۰(۱)، ۱۸۳-۲۱۲.

https://psychac.scu.ac.ir/article_11763.html

سجادی، موسی؛ محمدپور، علی و محمودی، مهسا (۱۳۹۶). ارتباط عدم قطعیت در بیماری، عوامل جمعیت‌شناختی و بالینی با تبعیت از رژیم درمانی در مبتلایان به سرطان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۴(۳)، ۲۰۵-۲۱۰.

https://jsums.medsab.ac.ir/article_971.html

شاره، حسین (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر سبک‌های اسنادی، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۴)، ۱۷۹-۱۸۸.

<https://doi.org/10.22038/jfmh.2016.7097>

صفائی، آزاده؛ مقیمی دهکردی، بیژن و طباطبائی، سید حمیدرضا (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. *ارمغان دانش*، ۱۲(۲)، ۷۹-۸۸.

فرج‌زادگان، زیبا؛ گلی، فرزاد و شیرانی، پریناز (۱۳۹۷). بررسی ارتباط بین حس انسجام و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از شیمی‌درمانی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۶(۵۱۱)، ۱۶۲۲-۱۶۲۷.

<https://doi.org/10.22122/jims.v36i511.10993>

فرشیدفر، زهرا؛ رحیمیان‌بوگر، اسحق؛ اسدی، جوانشیر و ایزدپناهی، پیام (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر تبعیت از درمان زنان مبتلا به سرطان پستان. *دوماهنامه فیض*، ۲۳(۵)، ۵۱۱-۵۲۰.

<http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3905-fa.html>

فلاح‌زاده حسین، ربیعی‌فردانیه مریم، فرات یزدی محمد، عابدی کوشکی سارا، عیدی فرشته. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه و عوامل مرتبط با آن در شهر یزد در سال ۱۳۹۵. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۳۹۸؛ ۱۷(۸): ۶۶۷-۶۷۳.

<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3912-fa.html>

مشرقی، مطهره؛ خاکپور، رضا و نیکنام، مژگان (۱۴۰۱). ارزیابی مدل ساختاری گرایش به خیانت زناشویی بر اساس عدالت زناشویی با نقش واسطه‌ای بلوغ عاطفی. *رویش روانشناسی*، ۱۱(۷)، ۵۷-۶۶.

https://psychologicalscience.ir/search.php?slc_lang=fa&id=1

نادریان، ر (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر خودپنداره منفی، کیفیت زندگی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوزستان*.

References

- Anoushirvani, E; Razghi, N; Nouhi, Sh; Mr. Hakimeh. (1400). The effectiveness of compassion-based therapy on self-criticism and sexual schemas in women with breast cancer. *Journal of Cancer Care*, 2 (2), 3-12. <http://ijca.ir/article-1-128-fa.html>
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Armento, M. E., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with coexistent major depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*, 8(1), 25-37. <https://doi.org/10.1177/1534650108327474>
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(8), 691-706. <https://doi.org/10.1002/pon.1208>
- Bocaeian M, (2013). Evaluation of personality traits and memory performance and demographic personality traits as predictors of medication adherence in cardiac patients. [Dissertation]. *Masters Degree in Clinical Psychology. Department of Psychology, Shiraz University.* (Persian)
- Boyle, P., & Levin, B. (2008). World cancer report 2008. IARC Press, International Agency for Research on Cancer.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(9), 749-758. <https://doi.org/10.1002/pon.1006>
- Chartier, I. S., & Provencher, M. D. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of affective disorders*, 145(3), 292-299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.023>
- Chen, F., Bailey, C. E., Alvarez, R. D., Shu, X. O., & Zheng, W. (2021). Adherence to treatment guidelines as a major determinant of survival disparities between black and white patients with ovarian cancer. *Gynecologic oncology*, 160(1), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.10.040>
- Crosby, R., & Noar, S. M. (2010). Theory development in health promotion: are we there yet? *Journal of behavioral medicine*, 33, 259-263. <https://doi.org/10.1007/s10865-010-9260-1>
- Dew, M. A., DiMartini, A. F., Dabbs, A. D. V., Zomak, R., De Geest, S., Dobbels, F., ... & McCurry, K. R. (2008). Adherence to the medical regimen during the first two years after lung transplantation. *Transplantation*, 85(2), 193. <https://doi.org/10.1097/TP.0b013e318160135f>
- Dianati M, Mahdaveinejad B, Taghadosi M (2019). Medication adherence rate and related factors in patients with acute coronary syndrome after discharge from Shahid Beheshti Hospital in Kashan during 2017-2018. *Feyz*, 23 (2):201-208. (Persian) <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3737-fa.html>
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral activation for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 328–364). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2008-00599-008>
- Fallahzadeh H, Rabie Faradonbeh M, Forat yazdi M, Abedi Kooshki S, Eidy F (2019). Quality of life and the related factors in patients with breast cancer in yazd city in 2016. *Nursing and Midwifery Journal*, 17 (8), 667-673. (Persian) <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3912-fa.html>
- Farajzadegan, Z., Goli, F., & Shirani, P. (2019). Evaluation of Correlation between the Sense of Coherence and Quality of Life in Women with Breast Cancer after Chemotherapy. *Journal of Isfahan Medical School*, 36(511), 1622-1627. (Persian) <https://doi.org/10.22122/jims.v36i511.10993>
- Farshidfar, Z., Rahimian-Booger, I., Asadi, J., & Izadpanahi, P. (2019). The effectiveness of group-based behavioral activation therapy on adherence to treatment of women with breast cancer. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 23(5), 511-520. (Persian) <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3905-fa.html>
- Fontes, K. P., Veiga, D. F., Naldoni, A. C., Sabino-Neto, M., & Ferreira, L. M. (2019). Physical activity, functional ability, and quality of life after breast cancer surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 72(3), 394-400. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.10.029>

- Gilbert, P. (2009). *Compassion focused therapy: Distinctive features*: Routledge. <https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=5019225&publisher=FZ7200#page=150>
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical psychology review*, 23(5), 699-717. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00070-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00070-9)
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation: Distinctive features*. Routledge.
- Keesing, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2019). A call to action: The need for improved service coordination during early survivorship for women with breast cancer and partners. *Women & Health*, 59(4), 406-419. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1478362>
- Khodapanah, M., Moradi, A., & Khodapanah, M. (2011). Effectiveness of Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD) on the treatment of depression and anxiety in women with obesity. *Journal of Research in Psychological Health*, 5 (1), 47-57. (Persian) <http://rph.khu.ac.ir/article-1-5-fa.html>
- Kim, Y., Carver, C. S., Spillers, R. L., Crammer, C., & Zhou, E. S. (2011). Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. *Psycho-oncology*, 20(7), 762-770. <https://doi.org/10.1002/pon.1778>
- Jacquelet, E., Poujois, A., Pheulpin, M. C., Demain, A., Tinant, N., Gastellier, N., & Woimant, F. (2021). Adherence to treatment, a challenge even in treatable metabolic rare diseases: A cross sectional study of Wilson's disease. *Journal of Inherited Metabolic Disease*, 44(6), 1481-1488. <https://doi.org/10.1002/jimd.12430>
- Mazzucchelli, T. G., & Da Silva, M. (2016). The potential of behavioural activation for the treatment of chronic pain: An exploratory review. *Clinical Psychologist*, 20(1), 5-16. <https://doi.org/10.1111/cp.12088>
- McLachlan SA, Devins GM, Goodwin PJ (1998). Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) as a measure of psychosocial function in breast cancer patients. *Eur J Cancer*, 34(4), 510-517. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(97\)10076-4](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(97)10076-4)
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The journal of clinical hypertension*, 10(5), 348-354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
- Moshrefi, M., Khakpour, R., & Niknam, M. (2022). The structural model of explaining the tendency to commit marital infidelity based on self-compassion with the mediating role of emotional maturity. *Psychological sciences*, 22, 137. (Persian) https://psychologicalscience.ir/search.php?slc_lang=fa&sid=1
- Moshier, S. J., & Otto, M. W. (2017). Behavioral activation treatment for major depression: A randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. *Journal of affective disorders*, 210, 265-268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.003>
- Naderian R. [The effectiveness of behavioral activation group therapy on negative self-concept, quality of life and death anxiety in patients with breast cancer]. MA. Dissertation. Islamic Azad University Khozestan Branch, 2010. (Persian)
- Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Ogundare, O. M., Shah, V. G., Salunke, S. R., Malhotra, R., Pati, S., Karmarkar, A., ... & Østbye, T. (2017). Fifteen Dimensions of Health and their Associations with Quality of Life among Elderly in Rural Villages in Maharashtra, (India). *Indian Journal of Gerontology*, 31(1), 1-19. <https://www.cpc.unc.edu/resources/publications/bib/10519/>
- Pernambuco, C. S., Rodrigues, B. M., Bezerra, J. C. P., Carrielo, A., Fernandes, A. D. D. O., Vale, R. G. D. S., & Dantas, E. (2012). Quality of life, elderly and physical activity. *Health*, 4(2), 88-93. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2012.42014>
- Pietrzykowski, Ł., Kasprzak, M., Michalski, P., Kosobucka, A., Fabiszak, T., & Kubica, A. (2022). The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infarction. *Patient education and counseling*, 105(2), 426-431. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.030>
- Pituch, K. A., & Stevens, J. P. (2015). *Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315814919>

- PourMohammad Ghouhani, K., & Madhi, S. (2019). The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Metacognitive Beliefs and Concerns of Physical Image of Depressed Girl Students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 8(10), 133-142. (Persian) <http://frooyesh.ir/article-1-1465-fa.html>
- Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-oncology*, 22(8), 1872-1879. <https://doi.org/10.1002/pon.3230>
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2007). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 6(1), 64-78. <https://doi.org/10.1177/1534650105275986>
- Safae, A., Dehkordi Moghimi, B., & Tabatabaie, S. H. R. (2007). Reliability and validity of the QLQ-C30 questionnaire in cancer patients. *Armaghane danesh*, 12(2), 79-88. (Persian) <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-691-fa.html>
- Sajjadi, M., Mohammadpour, A., & Mahmoudi, M. (2017). Correlation between Uncertainty in the illness, demographic and clinical factors with adherence to treatment in patients with cancer. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 24(3), 205-210. (Persian) https://jsums.medsab.ac.ir/article_971.html?lang=en
- Shareh, H. (2016). Effectiveness of behavioral activation group therapy on attributional styles, depression, and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(4), 179-188. (Persian) <https://doi.org/10.22038/jfmh.2016.7097>
- Souza, B. F. D., Moraes, J. A. D., Inocenti, A., Santos, M. A. D., Silva, A. E. B. D. C., & Miasso, A. I. (2014). Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22, 866-873. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3564.2491>
- Takala, J., Vähätalo, I., Tuomisto, L. E., Niemelä, O., Ilmarinen, P., & Kankaanranta, H. (2022). Participation in scheduled asthma follow-up contacts and adherence to treatment during 12-year follow-up in patients with adult-onset asthma. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-01850-1>
- Wu, S. Y., Li, H. Y., Tian, J., Zhu, W., Li, J., & Wang, X. R. (2011). Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Industrial health*, 49(2), 158-165. <https://doi.org/10.2486/indhealth.MS1160>
- Zamaniyan, S., Bolhari, J., Danesh, E., Ahadi, H., & Ghahari, S. (2020). The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on adherence to treatment in patients with breast cancer. *Scientific Journal of Social Psychology*, 8(special letter), 31-44. (Persian) https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_680968.html?lang=en
- Zemestani, M., Davoudi, I., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Zargar, Y. (2013). Effectiveness of Behavioral Activation and Metacognitive Therapy on Depression, Anxiety and Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Psychological Achievements*, 20(1), 183-212. (Persian) https://psychac.scu.ac.ir/article_11763.html?lang=en