

Received: 2022/2/13

Accepted: 2021/7/17

How to cite:

Alirezaee S, Shariat Nia K, Akbari H. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy and intensive short-term dynamic psychotherapy on self-compassion in cancer patients. *EBNESINA* 2022;24(4):43-53.

DOI: 10.22034/24.4.43

Original Article

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy and intensive short-term dynamic psychotherapy on self-compassion in cancer patients

Samereh Alirezaee¹, Kazem Shariat Nia^{2✉}, Hamzeh Akbari²

Abstract

Background and aims: Cancer is impressive on different aspects of life, including mental health. The present research aimed to investigate and compare the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy (CBT) and intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on self-compassion in cancer patients.

Methods: An experimental study with pre-test/post-test and with control group was designed. Among women with cancer in Gorgan city in 2020, 30 people were selected and randomly divided into three groups (two experimental and one control groups). Neff's self-compassion scale was used in the pre-test and post-test to collect data. The intervention of ISTDP and CBT was conducted in 11 sessions of 90 minutes over two month. The control group remained on the waiting list. Data analysis was performed by covariance statistical analysis.

Results: According to the findings ISTDP and CBT have a significant effect on self-compassion in cancer patient ($p < 0.01$). However, no significant difference was found in the effectiveness between ISTDP and CBT

Conclusion: Based on the results, ISTDP and CBT increase the self-compassion in cancer patients. Nevertheless, there is not significant difference between the effectiveness of these two treatments.

Keywords: Cancer, Short Term Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy, Self-Compassion

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 24, No. 4, Serial 81 Winter 2023)

1. PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Faculty of Humanities, Bojnourd, Iran

2. Assistant professor, Islamic Azad University, Azadshahr Branch, Faculty of Humanities, Azadshahr, Iran

✉ Corresponding Author:

Kazem Shariat Nia
Address: Islamic Azad University, Azadshahr Branch, Faculty of Humanities, Azadshahr, Iran
Tel: +98 (17) 35721418
E-mail: Kazemshariatnia@yahoo.com



Copyright© 2023. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajaums.ac.ir>

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت و روان‌درمانی شناختی-رفتاری بر خودشفقت‌ورزی بیماران سرطانی

سامره علیرضایی^۱، کاظم شریعت‌نیا^۲✉، حمزه اکبری^۲

چکیده

زمینه و اهداف: بیماری سرطان بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد از جمله ابعاد سلامت روان اثرگذار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت و شناختی-رفتاری بر خودشفقت‌ورزی بیماران سرطانی انجام گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین زنان دارای بیماری سرطان در شهر گرگان در سال ۱۴۰۰، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی یک کنترل) گمارده شدند. از پرسشنامه خودشفقت‌ورزی نف در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد و مداخله گروه درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت و درمان شناختی-رفتاری به صورت ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی ۲ ماه اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کواریانس انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها: با توجه به نتایج به دست آمده درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت و درمان شناختی-رفتاری بر خودشفقت‌ورزی بیماران سرطانی اثر معنادار ($p < 0/01$) دارد. همچنین در اثربخشی بیماران سرطانی بین دو درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت و درمان شناختی-رفتاری تفاوت معناداری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری باعث افزایش خودشفقت‌ورزی بیماران سرطانی می‌شود. اما تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی این دو درمان وجود ندارد.

کلمات کلیدی: سرطان، روان‌درمانی کوتاه مدت، درمان شناختی-رفتاری، خودشفقت‌ورزی

(سال بیست و چهارم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، مسلسل ۸۱)
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۲۶

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، دانشکده علوم انسانی، بجنورد، ایران
۲. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر، دانشکده علوم انسانی، آزاد شهر، ایران

✉ نویسنده مسئول: کاظم شریعت‌نیا
آدرس: دانشگاه آزاد اسلامی آزادشهر، دانشکده علوم انسانی، بجنورد، ایران
تلفن: ۳۵۲۲۱۴۱۸ (۱۷) +۹۸
ایمیل: Kazemshariatnia@yahoo.com

مقدمه

سرطان یک اصطلاح کلی برای توصیف گروه بزرگی از بیماری‌های جسمی که با رشد کنترل نشده سلول‌های بدن و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می‌گردد [۱]. سرطان از یک سو یک بیماری مزمن، طاقت‌فرسا و در برخی موارد پیشرونده است [۲] و از سوی دیگر، انجام درمان‌هایی همچون شیمی‌درمانی می‌تواند عوارض جانبی به همراه داشته باشد که منجر می‌گردد این بیماران مشکلات دوجندانی را تجربه کنند که می‌تواند بر کیفیت زندگی ایشان تأثیر بگذارد [۳، ۴]. بر طبق تحقیقات احتمال می‌رود تا سال ۲۰۳۰ و با توجه به رشد جمعیت از یک سو و پیری جمعیت از سوی دیگر معضل جهانی سرطان سیر صعودی در پیش گیرد [۵] و البته لازم به ذکر است که ۶۰٪ برنامه‌های تحقیقاتی سرطانی به دلیل تأمین بودجه برای بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ به عنوان یک اولویت جهانی به تعویق افتاده است. برخی مبتلایان به سرطان در طی همه‌گیری کووید-۱۹ به لحاظ اقتصادی روانی اجتماعی تحت تأثیر قرار گرفته و بیماران سرطانی مجبور به ماندن در خانه شده‌اند که این امر می‌تواند به انزوای اجتماعی و ایجاد استرس روانی در آنها منجر شود [۶] به طور کلی، تشخیص سرطان، موجب بروز مشکلات هیجانی، عاطفی و درماندگی روان‌شناختی عمیقی در بیماران می‌شود. برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار از قبیل احتمال بدشکلی بدنی، درد، مشکلات مالی و اجتماعی، ازدست‌دادن میل جنسی، کاهش فعالیت اجتماعی، ازهم‌گسیختگی ساختار خانواده، وابستگی به اطرافیان، عود مجدد بیماری، نگرانی درباره آینده مبهم، مرگ و فرایند مردن است [۷]. برخی بیماران در سازگاری با تشخیص سرطان مشکل دارند که این مسئله بر پریشانی روانی و مسیر آینده بیماری آنان تأثیرگذار است [۸]. بنابراین بررسی سطح آسیب‌شناسی روانی، اضطراب و سلامت و همچنین عوامل تأثیرگذار بر این مؤلفه‌های شخصیت بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد [۹]. از سوی دیگر نشان داده شده است که افرادی

که حوادث منفی همچون بیماری مزمنی مثل سرطان را در زندگی تجربه می‌کنند عموماً در قیاس با افراد مورد علاقه‌شان در همین شرایط، با خود رفتاری نامهربانانه و منتقدانه‌تر دارند. شفقت به خود یعنی افراد همان مراقبتی که به دیگران دارند حین تجربه‌های سختی به خودشان نیز داشته باشد و بنابراین متغیری است که ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان دارد. رابطه بین شفقت به خود و سلامت روان در مطالعات مختلف نشان داده شده است [۱۰]. شفقت به خود شامل سه مؤلفه دوجوهی است که شامل ۱) مهربانی با خود در مقابل قضاوت نسبت به خود؛ ۲) انسانیت مشترک در مقابل انزوا؛ و ۳) ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی است [۱۱]. روان‌درمانی میزان بقای عمر بیماران دچار سرطان را افزایش می‌دهند. به همین دلیل نقش عوامل و مداخلات روانشناختی در ابتلا، رویارویی و بهبود سرطان نیازمند تأمل بیشتری است [۱۲]. بنابراین بررسی میزان سلامتی و همچنین عوامل تأثیرگذار بر آن در مبتلایان به این بیماری مزمن ضروری به نظر می‌رسد [۱۳]. در پژوهش‌های مختلف تأثیر سرطان بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله وضعیت روانی بررسی شده است و اثربخشی مستقیم نقش تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی و شفقت به خود بر بهزیستی هیجانی بیماران سرطانی به اثبات رسیده است [۱۴]. پژوهش‌های دیگر نیز نقش ویژگی‌های شخصیت و سبک‌های سازگارانه و ناسازگارانه برخواسته از آن را در برخورد با بیماری سرطان و مقابله مؤثر بر علایم بیماری را در جهت مداخلات مناسب اثربخش دانسته‌اند [۱۵]. بر این اساس در میان انواع درمان‌ها، روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP)^۱ مدعی آن است که برای غلبه و حل مشکلات ناشی از تعارضات هیجانی طراحی و تدوین شده‌اند [۱۶]. بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش شیوه‌های رضایت‌بخش‌تری برای رفع مشکلات می‌یابد [۱۷]. هدف این درمان کمک به مراجع برای دستیابی به تجربه کامل احساسات سرکوب شده و خیالات و

1. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

روش بررسی

مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهرستان گرگان بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ زن که حدود یک سال از مبتلا شدن آنها می‌گذشت به صورت در دسترس انتخاب شدند پس از مصاحبه اولیه و نداشتن اختلال حاد و مصرف داروی دیگر ۳۰ نفر که ملاک ورود به پژوهش را داشتند به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به نسبت یکسان جایگزین شدند. ملاکهای ورود برای حضور در جلسات عبارت بود از: داشتن بیماری سرطان، عدم مصرف قرص‌های روانپزشکی، رضایت آگاهانه بیمار برای شرکت در مطالعه، تحصیلات بالاتر از دیپلم و سن بالاتر از ۲۰ سال. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: غیبت بیش از دو جلسه، داشتن اختلال روانپزشکی دیگر، شرکت در کلاس‌های روانشناختی دیگر.

در این مطالعه ابتدا در گروه آزمایش ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ISTDP اجرا گردید، سپس در گروه دیگر ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای CBT اجرا گردید و بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد.

در این پژوهش از پرسشنامه خودشفقت‌ورزی برای جمع‌آوری اطلاعاتها استفاده شد. برای اندازه‌گیری میزان شفقت به خود از مقیاس خودشفقت‌ورزی نف (۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس سال ۲۰۰۳ توسط نف ساخته شد که دارای ۲۶ ماده است و جنبه‌های مثبت و منفی سه بُعد اصلی خودشفقت‌ورزی را می‌سنجد که عبارتند از مهربانی به خود در برابر قضاوت خود، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و هوشیاری در برابر فزون‌هماندسازی است. مؤلفه‌های این پرسشنامه عبارتند از: مهربانی به خود (۵گویه)، قضاوت در مورد خود (۵گویه)، اشتراکات انسانی در برابر انزوا (۴گویه)، ذهن‌آگاهی یا هوشیاری در برابر فزون‌هماندسازی (۴گویه). پاسخدهی به

خاطراتی است که با این احساسات سرکوب شده است [۱۸]. برتری مداخله ISTDP بر سایر مداخلات روان‌درمانی، تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق مراجع به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی است [۱۹]. از سویی دیگر تحقیقات متعددی نیز اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری (CBT)^۱ را بر کاهش خستگی سرطان زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داده است [۲۰].

در این نوع درمان بیمار به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف و رفتاری سازمان یافته استفاده می‌شود [۲۱]. لذا تغییر در شناختها بخش مهمی از سازگاری با یک بیماری تهدید کننده همچون سرطان محسوب می‌شود و افرادی که معتقد هستند توانایی کنترل و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی خود را نسبت به افرادی که فاقد این مهارت هستند، حس کنترل بیشتری بر زندگی دارند [۲۲]. بر اساس مطالعات این که کدام یک از شیوه‌های مداخله در کاهش روان‌آزردگی‌های متعاقب سرطان برای بیماران مؤثر و بیشترین کارآمدی را دارد سؤالی است که پاسخ به آن می‌تواند علاوه بر ضرورت رعایت حقوق انسانی بیماران در استفاده از مؤثرترین روش‌های مداخله کمک مؤثری نیز به صرفه‌جویی در زمان نیرو و امکانات مراکز بهداشتی در پی داشته باشد [۲۳]. از این رو با توجه به مطالب فوق و با وجود پژوهش‌های انجام شده در مورد اثربخشی رویکردهای ISTDP و CBT بر انواع بیماری‌های مزمن، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال بود که آیا بین اثربخشی ISTDP با CBT بر افزایش شفقت به خود بیماران سرطانی تفاوتی وجود دارد.

1. Cognitive Behavioural Therapy

جدول ۱- مراحل پروتکل جلسات درمان شناختی-رفتاری و درمان روانپوشی فشرده و کوتاه مدت

درمان روانپوشی فشرده و کوتاه مدت	
جلسه اول	پس از انجام مصاحبه و و اجرای پیش‌آزمون به کسب اطلاعات اولیه به جستجوی علایم اختلال و مشکلات شخصی مراجع پرداخته شد. آنچه مورد تأکید قرار گرفت پاسخ‌های عین تمرکز بر احساسات بود. مراجع مواردی از مشکلات را که اخیراً روی داده است بیان کردند و در صورتی که پاسخ‌های مراجع مبهم، کلی و نامشخص بود با انجام مداخله مناسب گفتار و توصیف مشکل به صورت عینی‌تر بیان شد. در نهایت به مراجع کمک شد که احساسات خود را بیشتر و بهتر بشناسد و در بیان مشکلات به صورت عینی، واضح و مشخص عمل کند. با توجه به ظرفیت ایگو مراجع و بینش وی نسبت به مشکلات و احساسات، مراحل توالی پویسی تا حد امکان پیگیری شد.
جلسه دوم و سوم	به مشکلات شخصی مراجع به صورت عینی‌تر و جزئی‌تر پرداخته شد. با توجه به بررسی عمیق‌تر مشکلات و تعارضات درونی مراجع، دفاع‌های روانی بیشتر فعال شد. لزوم آشناسازی مراجع با دفاع‌های خود و تبدیل دفاع‌ها از شکل «همخوان با خود» به شکل «ناهمخوان با خود» از مهمترین اهداف این جلسه به حساب آمد.
جلسه سوم و چهارم	با توجه به روبرو شدن مراجع با احساسات عمیق‌تر و دفاع‌های روانی، تفسیر و بررسی بیشتر صورت گرفت. دفاع‌های ناهمخوان دوباره مورد هدف قرار گرفت و با توجه به آستانه تحمل اضطراب توسط فرد نسبت به چالش با دفاع‌ها اقدام شد. این چالش باعث بروز مقاومت انتقالی شده و محتوای مناسبی را در ارتباط با مفاهیم ناهشیار در اختیار قرار داد. تفسیر و آشکارسازی دفاع‌ها برای تجربه احساسات انتقالی از مهمترین فعالیت این مرحله بود.
جلسه پنجم و ششم	با توجه به افزایش ظرفیت مراجع و تجربیات جلسات قبلی و نیز کسب بینش بیشتر، مداخله به صورت عمیق‌تر و عینی‌تر ادامه یافت. فشار برای تجربه احساسات انتقالی و سپس تفسیر آن از مهمترین بخشهای این جلسه به شمار می‌رفت. بر اساس پیشرفت مراجع، دسترسی مستقیم به ناهشیار میسر شد و این امر به صورت کامل مورد تحلیل و تفسیر قرار می‌گرفت.
جلسه هفتم	مشکلات و احساسات مراجع طی مراحل مشخص، مورد مداخله و بررسی قرار گرفت. ارتباط مشکل مراجع با تعارضات با بیماریش مطرح شد. از مراجع خواسته شد که با توجه به بینش جدیدی که طی جلسات به دست آورده است در مورد تعارضات موجود به تفکر بپردازد. طی این جلسه، علاوه بر مطرح شدن اولیه تعارضات مراجع بیماری، ادامه کاوش در احساسات و خنثی‌سازی دفاع‌ها و تلاش برای تجربه واقعی احساسات صورت گرفت.
جلسه هشتم	کاوش در احساسات بیمار و بررسی چگونگی ارتباط یافتن این احساسات در رابطه‌اش با بیماری. فرایند کاوش، دفاع، خنثی‌سازی دفاع، تجربه احساسات، و فرایند تفسیر به صورت مداوم و با در نظر گرفتن ظرفیت ایگو مراجع صورت گرفت.
جلسه نهم	فرایند کاوش، دفاع، خنثی‌سازی دفاع، تجربه احساسات، و فرایند تفسیر به صورت مداوم و با در نظر گرفتن ظرفیت مراجع صورت گرفت.
جلسه دهم	روال پویسی با بیان مشکلات مطرح در طی زندگی واقعی مورد نظر قرار گرفت. مطرح شدن هر محتوایی در جلسه، پیگیری و کاوش و در نهایت تجربه واقعی احساسات را به دنبال داشت. در انتهای جلسه نیز الگوی تفکر مراجع در ارتباط با تعارضات درونی خود مورد تحلیل و تفسیر قرار گرفت.
جلسه یازدهم	به جمع‌بندی تمام محتوای درمانی اختصاص یافت. بینش نسبت به احساسات زیربنایی خود، آشکار شدن ساز و کارهای دفاعی و الگوی فکری در ارتباط با تعارضات درونی خود، چگونگی مطرح شدن این ساز و کارهای دفاعی در رابطه و تعاملات بیمار مورد بررسی قرار گرفت. توالی پویسی و فرایند بهبود در این مراحل به صورت خطی مطرح نبود. در انتها پس‌آزمون از مراجعین گرفته شد.
درمان شناختی-رفتاری	
جلسه اول	جلسه پیش‌آزمون و بحث در مورد اهمیت درمان غیردرویی و آشنایی اعضا با یکدیگر و مطرح کردن قوانین گروهی بود.
جلسه دوم	معرفی مدل درمان شناختی-رفتاری، معرفی تحلیل کارکردی، فراهم نمودن منطقی برای تکالیف خانگی
جلسه سوم	روشن‌سازی و الویت‌بندی اهداف و شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با سرطان
جلسه چهارم	ارائه برنامه مدیریت خشم و ابراز وجود و تشویق بیماران به خودشفقت‌ورزی و افزایش منابع شخصی
جلسه پنجم	کار بر روی بازسازی شناختی، برنامه‌ریزی برای فعالیت و طرح‌ریزی کارهای ثبت روزانه
جلسه ششم و هفتم	ادامه دادن به کار بر روی بازسازی شناخت و تنظیم مجدد روایت بیماران
جلسه هشتم و نهم	آموزش حل مسئله و کار بر روی بازسازی روایت اعضا
جلسه دهم	مرور مداخله و اهداف درمان و بحث در مورد روایت فعلی بیماران
جلسه یازدهم	جلسه پس‌آزمون و مرور دوباره اهداف درمان و ارائه بازخورد در مورد پیشرفت و دریافت بازخورد از جنبه‌های موفق و ناموفق درمان.

سوالات به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه است. برای به دست آوردن نمره کلی خودشفقت‌ورزی باید زیر مقیاس‌های منفی قضاوت خود، انزوا و فزون‌هماندسازی آن به طور معکوس نمره‌گذاری شود. در این پرسشنامه برای هر آزمودنی یک نمره کل و ۶ نمره به ازای هر مؤلفه به دست آمد. کسب نمره بالا به معنی خودشفقت‌ورزی بالا است. در این پرسشنامه هر آزمودنی نمره‌ای بین ۲۶ تا ۱۳۰ کسب می‌کند. نمره پایین‌تر از ۶۵ به معنی شفقت‌ورزی پایین و نمره بالاتر از ۶۵ به معنی شفقت‌ورزی نرمال و رو به بالاست.

در مطالعه نف و همکاران [۲۴] ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در تایلند و تایوان ۰/۸۶ و در آمریکا ۰/۹۵ به دست آمده است. در ایران نیز گزارش پژوهش‌های انجام شده حاکی از پایایی مناسب این ابزار است. برای نمونه ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران [۲۵] ۰/۸۱ و در

پژوهش گل‌پور و همکاران [۲۶] همسانی درونی آن از طریق آزمون اسپیرمن براون ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها در نمونه دانشجویان [۲۷]، در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۲ گزارش شده است.

در این مطالعه از گروه CBT بر اساس پروتکل مقدم و همکاران [۲۸] که در پژوهش تقی پور و همکاران [۲۹] استفاده شده بود، توسط درمانگر بالینی در ۱۱ جلسه طی دو ماه اجرا گردید. محتوای پروتکل ISTDP بر مبنای حبیب دوانلو [۳۰] طراحی و توسط پاسبانی اردبیلی و همکاران [۳۱] تأیید شده است و در پژوهش خسروی و همکاران [۳۲] استفاده شده است و توسط درمانگر بالینی در ۱۱ جلسه اجرا گردید.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای بیماران، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری

متغیر وابسته نشان داد که واریانس خودشفقت‌ورزی در گروه‌ها برابر است ($F=18/01$, $p=0/83$). در جدول ۳ نتایج کواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در خودشفقت‌ورزی گزارش شده است.

بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله درمانی، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به بیماران و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به افراد نمونه گروه کنترل بعد از اجرای مرحله پیگیری رعایت شده است. همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات نمونه‌های پژوهش به شرکت کنندگان اطمینان داده شد.

تجزیه و تحلیل آماری

در این تحقیق از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و همچنین از آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره) استفاده شد. همچنین قبل از اجرای تحلیل کواریانس مفروضه‌های آن شامل آزمون شاپیرو و یلکز برای بررسی نرمال بودن، آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها و آزمون ام باکس برای بررسی ماتریس‌های واریانس-کواریانس و آزمون اثر پیلائی، لاندای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی استفاده شد. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۶ بود. در کلیه آزمون‌ها مقادیر $p < 0/05$ به عنوان معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گروه گواه در جدول ۲ ارائه شده است. در این جدول نتایج آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی نرمال بودن متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول آزمون شاپیرو - ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت توزیع این متغیرها نرمال است.

جهت بررسی اثربخشی ISTDP و CBT بر خودشفقت‌ورزی از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودشفقت‌ورزی در سه گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر سه گروه برابر است ($F=0/42$, $p=0/65$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس

جدول ۲- شاخص توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه مطالعه

متغیر	مرحله	گروه*	میانگین	آمار s-w**	مقدار p
مهربانی به خود	پیش‌آزمون	(۱)	۱۴/۶۰±۳/۵۹	-/۱۴۴	-/۲۰۰
		(۲)	۱۳/۲۰±۳/۲۹	-/۱۷۶	-/۲۰۰
	کنترل		۱۶/۳۰±۴	-/۱۷۳	-/۲۰۰
قضاوت خود	پیش‌آزمون	(۱)	۲۹/۱۰±۴/۲۰	-/۱۵۵	-/۲۰۰
		(۲)	۲۷±۳/۶۸	-/۱۹۳	-/۲۰۰
	کنترل		۱۴/۵۰±۳/۷۱	-/۱۵۷	-/۲۰۰
اشتراکات انسانی	پیش‌آزمون	(۱)	۷/۹۰±۲/۹۹	-/۱۵۷	-/۲۰۰
		(۲)	۷/۶۰±۳/۱۶	-/۱۵۰	-/۲۰۰
	کنترل		۱۰/۴۰±۳/۵۹	-/۱۵۶	-/۲۰۰
ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	(۱)	۱۴±۲/۲۲	-/۱۹۴	-/۲۰۰
		(۲)	۱۳/۴۰±۳/۲۰	-/۲۲۶	-/۱۷۰
	کنترل		۶/۹۰±۱/۸۵	-/۲۲۴	-/۱۷۰
فزون همانندسازی	پیش‌آزمون	(۱)	۱۱/۲۰±۳/۷۰	-/۱۸۶	-/۲۰۰
		(۲)	۱۱/۲۰±۳/۱۹	-/۱۸۳	-/۲۰۰
	کنترل		۱۲/۹۰±۳/۲۱	-/۱۲۳	-/۲۰۰
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	(۱)	۱۴/۳۰±۲/۲۱	-/۱۷۶	-/۲۰۰
		(۲)	۱۴/۴۰±۳/۳۷	-/۱۷۱	-/۲۰۰
	کنترل		۱۱/۳۰±۳/۳۵	-/۱۷۹	-/۲۰۰
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	(۱)	۸/۷۰±۲/۷۹	-/۱۷۹	-/۲۰۰
		(۲)	۶/۷۰±۲/۶۶	-/۲۵۵	-/۰۶۴
	کنترل		۸/۷۰±۲/۴۵	-/۲۰۲	-/۲۰۰
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	(۱)	۱۴/۸۰±۲/۶۸	-/۲۳۱	-/۰۰۳
		(۲)	۱۳/۴۰±۲/۰۶	-/۱۲۳	-/۲۰۰
	کنترل		۷/۴۰±۲/۶۷	-/۲۲۱	-/۰۱۱
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	(۱)	۹/۶۰±۳/۳۷	-/۱۷۱	-/۲۰۰
		(۲)	۸/۸۰±۲/۴۸	-/۲۲۶	-/۱۵۸
	کنترل		۱۰/۹۰±۲/۹۲	-/۲۲۱	-/۱۸۲
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	(۱)	۱۵/۴۰±۱/۵۷	-/۲۵۲	-/۰۷۲
		(۲)	۱۴/۷۰±۲/۱۱	-/۱۷۰	-/۲۰۰
	کنترل		۱۰/۶۰±۲/۰۶	-/۱۸۶	-/۲۰۰
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	(۱)	۷/۴۰±۲/۴۵	-/۱۴۲	-/۲۰۰
		(۲)	۶/۸۰±۱/۲۲	-/۲۶۵	-/۰۵۶
	کنترل		۸/۷۰±۲/۵۴	-/۱۴۸	-/۲۰۰
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	(۱)	۱۴/۲۰±۲/۶۲	-/۳۲۰	-/۰۰۵
		(۲)	۱۳/۱۰±۱/۹۱	-/۲۱۹	-/۱۹۱
	کنترل		۶/۹۰±۲/۴۶	-/۱۴۲	-/۲۰۰
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	(۱)	۶۰/۶۲±۱۱/۴۳	-/۲۲۱	-/۱۸۲
		(۲)	۶۵/۸۰±۳/۸۰	-/۳۱۰	-/۰۷۰
	کنترل		۶۱±۱۱/۳۳	-/۱۸۶	-/۲۰۰
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	(۱)	۸۸/۷۰±۹/۲۸	-/۲۳۰	-/۱۴۲
		(۲)	۸۹/۳۰±۶/۷۰	-/۲۳۴	-/۱۲۸
	کنترل		۵۷/۹۰±۱۰/۴۵	-/۲۱۳	-/۲۰۰

* گروه (۱) روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت؛ گروه (۲) روان‌درمانی شناختی-رفتاری

** آزمون شاپیرو - ویلک

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت‌های گروه‌های آزمایش و گواه در خودشفقت‌ورزی

منبع	Ss	درجه آزادی	میانگین	آماره F	مقدار p	مجذور اتا	توان آزمون
الگوی تصحیح شده	۷۵۲۰/۳۰	۳	۲۵۰۶/۷۶	۵۹/۶۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۳	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	۱۰۷۰/۴۳۳	۱	۱۰۷/۴۳	۲۵/۴۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۵	۰/۰۹۹
گروه	۵۶۳۱/۵۱	۲	۲۸۱۵/۷۵	۶۷/۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۸	۱/۰۰۰
خطا	۱۰۹۲/۶۶	۲۶	۴۲/۲۶				

با توجه به جدول ۳ آماره F برای خودشفقت‌ورزی (۶۷/۰۰۱)

در سطح $p < 0/001$ معنادار است که نشان می‌دهد حداقل بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میزان مجذور اتا در این جدول نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۸۳٪ از تغییرات خودشفقت‌ورزی را تبیین می‌کند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه ISTDP (۸۸/۸۸) و گروه CBT (۸۷/۹۲) و گروه گواه (۵۹/۸۶) است که با توجه به آن اثربخشی دو گروه آزمایش بر متغیر خودشفقت‌ورزی تأیید می‌شود. در حالی که تفاوت معناداری بین این دو گروه ISTDP و گروه CBT وجود ندارد.

همچنین جهت بررسی دو گروه ISTDP و CBT بر مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، فزون همانند سازی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، فزون همانند سازی در سه گروه مطالعه نشان داد که شیب رگرسیون در هر سه گروه برابر است با $(p = 0/224, F = 1/594)$ نتایج آزمون لوین برای بررسی واریانس‌های متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها نشان داد واریانس مهربانی به خود $(F = 0/593, p = 0/560)$ ، قضاوت خود $(F = 1/80, p = 0/183)$ ، اشتراکات انسانی $(F = 0/956, p = 0/397)$ ، انزوا $(F = 0/257, p = 0/776)$ ، ذهن آگاهی $(F = 1/70, p = 0/201)$ و فزون همانند سازی $(F = 0/355, p = 0/704)$ در گروه‌ها برابر است.

در آزمون ام‌باکس شاهد برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف هستیم $(M\ BOX = 63/15, p = 0/467, F = 1)$. پس از بررسی

پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیری نتایج بر اساس اطلاعات جدول فوق، در مورد پیش‌آزمون خود شفقت‌ورزی، مشاهده می‌گردد که مقادیر F در هر چهار آزمون (اثر پیلائی، لاندای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) معنادار است $(p < 0/05)$ است بنابراین می‌توان گفت، پیش‌آزمون خودشفقت‌ورزی اثر معناداری بر حداقل یکی از شش متغیر وابسته در دو گروه دارد.

در مورد تأثیر گروه، مقادیر F در هر ۴ آزمون (اثر پیلائی، لاندای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) در سطح خطای کوچک تر از ۰/۰۱ معنادار است بنابراین می‌توان گفت، با تعدیل اثر پیش‌آزمون‌ها بر آزمون‌های نهایی، حداقل بین میانگین تعدیل شده یکی از شش متغیر وابسته در دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد $(Wilks\ lambda = 7/30)$ برای بررسی اینکه گروه‌های آزمایش و گواه در هر کدام از مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و فزون همانند سازی با یکدیگر تفاوت دارند. در جدول ۴ تحلیل کواریانس تک متغیری گزارش شده است

با توجه به جدول ۴ مقادیر F، برای مهربانی به خود $(45/71)$ قضاوت خود $(27/10)$ ، اشتراکات انسانی $(4/48)$ انزوا $(22/24)$ ذهن آگاهی $(18/32)$ فزون همانند سازی $(27/76)$ در سطح $0/05$ معنادار است. که نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش و گواه در این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴- نتایج آزمون‌های تک متغیری برای بررسی تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار p	مجذور اتا	توان آزمون
الگوی تصحیح شده								
۱	مهربانی به خود	۱۳۳۳/۱۶۶	۳	۴۴۱/۰۵۵	۳۴/۹۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰
۱	قضاوت خود	۳۵۶/۲۵۹	۳	۱۱۸/۷۵۳	۱۹/۹۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۹۷	۱/۰۰۰
۱	اشتراکات انسانی	۱۰۹/۴۴۳	۳	۳۶/۴۸۱	۶/۳۷۲	۰/۲۰۰	۰/۴۲۴	۰/۹۴۰
۱	انزوا	۲۹۴/۱۸۲	۳	۹۸/۰۶۱	۱۷/۶۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۰	۱/۰۰۰
۱	ذهن آگاهی	۱۴۸/۵۶۸	۳	۴۹/۵۲۳	۱۸/۸۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	۱/۰۰۰
۱	فزون همانند سازی	۳۳۳/۴۴۷	۳	۱۰۷/۸۱۶	۲۰/۶۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	۱/۰۰۰
گروه								
۱	مهربانی به خود	۱۱۵۴/۴۳	۲	۵۷۷/۲۱	۴۵/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۹	۱
۱	قضاوت خود	۳۳۲/۵۹	۲	۱۶۱/۲۹	۳۷/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۶	۱
۰/۷۱۶	اشتراکات انسانی	۵۱/۳۲	۲	۲۵/۶۶	۴/۴۸	۰/۰۲۱	۰/۲۵۶	
۱	انزوا	۲۴۷/۷۲	۲	۱۲۳/۸۶	۲۲/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	۱
۱	ذهن آگاهی	۱۲۲/۳۳	۲	۶۱/۱۶	۱۸/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	۱
۱	فزون همانند سازی	۲۸۹/۹۳	۲	۱۴۴/۹۶	۲۷/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۱	۱

که ISTDP در برطرف نمودن اضطراب و افسردگی همپای CBT مؤثر است که هم راستا با نتایج پژوهش حاضر است. افراد بیمار با شرکت در جلسات به شناخت احساسات و هیجان‌ها و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار آنها را به شناخت رسانده و نیز آنها را به سمت شیوه‌های مقابله‌ای منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنمون نموده و آنها را به این باور رسانده که می‌توان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتی فرد می‌شوند با به چالش کشیدن فکر، آن خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات استرس و اضطراب و افسردگی-وسواس جلوگیری نمود [۳۶].

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله CBT بر افزایش خودشفقت‌ورزی بیماران سرطانی مؤثر است که این نتایج همسو با نتایج مطالعه واندی وال^۱ و همکاران است. عود سرطان می‌تواند موجب آشفتگی‌هایی در بیماران شود و CBT می‌تواند در بهبود این آشفتگی‌ها مؤثر عمل کند [۳۷]. هافمن نشان داد که CBT نه تنها در درمان طیف وسیعی از مشکلات و اختلالات بالینی می‌تواند اثربخش باشد بلکه می‌تواند موجب رشد ویژگی‌های مثبت شود [۳۸]. CBT این افکار و نشخوار دائمی را مورد هدف قرار می‌دهد و به بیماران یاد می‌دهد، چگونه با این افکار مقابله کنند. در این تکنیک ابتدا هنگامی که بیماران دچار آشفتگی می‌شود، فنون آرامش بخشی که در دل CBT قرار دارد، باعث می‌شود تا بیماران بتوانند آرامش خود را حفظ کنند و گاه بتوانند افکار آشفته ساز خود را شناسایی و با آن مقابله کنند [۳۹].

در تبیین یافته‌های پژوهش باید بیان داشت که هر چند مؤلفه مهربانی به خود در ISTDP اثربخشی بیشتری نسبت به روش CBT داشته اما تفاوت معنادار نبوده است. از آنجا که با مهربانی به خود به هسته اصلی آنچه درون خود داریم دست

همچنین میزان مجذور اتا در جدول ۴ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۰/۷۷۹ از تغییرات مهربانی به خود، ۰/۶۷۶ از تغییرات قضاوت خود، ۰/۲۵۶ از تغییرات اشتراکات انسانی، ۰/۶۳۱ از تغییرات انزوا، ۰/۵۸۵ از تغییرات ذهن آگاهی، ۰/۶۸۱ از تغییرات فزون همانندسازی را تبیین می‌کند.

با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت بین میانگین دو گروه آزمایشی ISTDP و CBT از نظر افزایش خودشفقت‌ورزی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در نتیجه می‌توان گفت اثربخشی هر دو درمان ISTDP و CBT بر خودشفقت‌ورزی تأیید می‌شود اما بین دو گروه تفاوت معناداری بر افزایش اثربخشی بر خودشفقت‌ورزی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی ISTDP و CBT بر خودشفقت‌ورزی بیماران سرطانی انجام شد. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان بیان داشت این دو درمان به طور معنی‌داری باعث افزایش خودشفقت‌ورزی بیماران سرطانی می‌شود و تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی این دو وجود ندارد. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت اثربخشی دو روش ISTDP و CBT بر خودشفقت‌ورزی در خصوص هر شش خرده‌مقیاس آن را در بیماران سرطانی اثربخش هستند ولی بین میانگین اثر بخشی این دو روش بر خودشفقت‌ورزی تفاوت معنادار یافت نشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله ISTDP بر افزایش خودشفقت‌ورزی بیماران سرطانی مؤثر است. از این جهت این نتایج با یافته‌های برخی پژوهش‌های دیگر همسو است [۳۳-۳۵]. در این مطالعات نتایج نشان داد که ISTDP می‌تواند بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اختلال شخصیت، اعتیاد و خلق منفی، بازداری اضطراب اجتماعی، سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌رنجوری و افزایش ابرازگری هیجانی در بیماران اثرگذار باشد. مطالعه متاآنالیز درایسون و همکاران نشان داد که

1. van de Wal

هیجان‌های منفی و استرس خود پدیدارند. هرچند تفاوت معناداری در اثربخشی دو گروه دیده نشد اما در ISTDP نمره بالاتری نسبت به CBT کسب کرد. از آنجا که خودشفقت‌ورزی مهارتی است که می‌توان آن را آموخت و از سویی در طی فرایند ISTDP و CBT نگرشی در این افراد ایجاد می‌شود تا با فاصله گرفتن از تمام کاستی‌ها و فارغ از آن، با دیدگاهی وسیع‌تر به خود و دنیای پیرامون نگریده و به این ترتیب با ایجاد احساس‌هایی نسبت به بسیاری از ناملایمات و ضعف‌ها در طول دوره بیماری به گونه‌ای مهربان و با دلسوزی با خود برخورد کنند و شفقت به خود و دیگران را تجربه کنند.

در مجموع اهمیت این مهم برای بیماران سرطانی و برای انطباق هرچه بهتر و مؤثرتر با بیماری و در نهایت ارتقای سلامت روانی نیازمند مهارت‌آموزی و ارتقای سبک‌های مقابله با استرس جدید است که منجر می‌شود به واکنش‌های آنها در قبال بیماری و مشکلات مربوط به آن کمک کند و می‌تواند بر شفقت‌ورزی به خود و در نهایت تمام ابعاد زندگی آنها تأثیرگذار باشد و به کنترل عوارض بیماری و درمان و به تبع آن کیفیت زندگی بیماران کمک شایانی کند. بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مربوط به مبتلایان سرطان، متخصصان حوزه سلامت روان و همه افرادی که در حوزه کار با بیماران سرطانی هستند از نتایج حاصل از این مطالعه که در جهت بهبود و ارتقای سلامت روانی و جسمی بیماران و تسهیل سیر درمانی آنان بهره‌مند شوند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام این پژوهش صرفاً بر روی زنان، همچنین لحاظ نشدن نوع و شدت بیماری سرطان و طول دوره بیماری اشاره کرد. بنابراین لازم است مطالعات بعدی به این موضوعات توجه کرده تا مداخلات روان‌درمانی را در سطح گسترده‌تر و با در نظر گرفتن سایر متغیرهای دخیل احتمالی بررسی گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی - واحد بجنورد با کد IR.IAU.BOJNOURD.REC.1400.015 به

می‌یابیم و آن را به عمل می‌آوریم و هنگام درگیری مشفقانه‌تر و با دلسوزی به خود واکنش نشان می‌دهیم. در حقیقت بررسی‌ها نشان می‌دهد که مهربانی با خود می‌تواند در پی درمان بیماری‌های مهلک و جدی مانند سرطان، بهزیستی و رفاه روانشناختی را ارتقا دهد. پژوهش حاضر نیز اثربخشی درمانی این دو روش را در افزایش این مهم تأیید می‌کند. ازسوی دیگر طرحواره‌های آسیب‌زای افراد و نبود اطلاعات درست و آشکار باعث ایجاد قضاوت‌های ناعادلانه می‌شود و بر اساس این قضاوت‌ها افراد دست به تصمیم‌گیری می‌زنند. آشنایی با مؤلفه‌های قضاوت صحیح خود راه را برای ارتقای تصمیمات مهم فردی به روی افراد می‌گشاید. با توجه به این که مؤلفه قضاوت خود در ISTDP نمره بیشتری نسبت به روش CBT داشته هر چند تفاوت معناداری بین دو روش نبوده است اما اثربخشی این دو درمان بر قضاوت خود تأیید می‌شود. اشتراکات انسانی در برابر انزوا در واقع صمیمیت افراد در برابر انزوا و گوشه‌گیری است. یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روان افراد است که شباهتی با مرحله ششم از مراحل هشتگانه رشدی اریکسون دارد که افراد با برقراری روابط دوستانه و عاشقانه ارتقای سلامت جسمی و روانی پیدا می‌کنند و از این طریق پلی در جهت جلوگیری از انزوا و افسردگی خویش بر می‌دارند پژوهش حاضر نیز اثربخشی درمانی این دو روش را در افزایش این مهم تأیید می‌کند و تفاوت معناداری در اثربخشی دو گروه دیده نمی‌شود. متغیر فزون همانندسازی در ISTDP نمره بالاتری به دست آورده هر چند تفاوت معنادار نیست. همانندسازی در تفسیر رویکرد روان‌درمانی پویایی راهبردی مفید در برابر کنار آمدن با ترس است و از ساختار روان انسان در برابر تنش‌های بیرونی و درونی محافظت می‌کند. البته این مهم در رویکرد CBT با تغییر شناخت‌ها و باورهای فرد اتفاق می‌افتد. مؤلفه ذهن‌آگاهی در بیماران سرطانی به آنها کمک می‌کند تا با آگاهی از افکار رفتار هیجان‌ها و انگیزه‌های خویش، و با آگاهی از باورهای خود و نجسبیدن به تفسیرها و رها کردن قضاوت‌های گذشته و آینده به طرز کارآمدتری به مدیریت

سهیم نویسندگان

همه نویسندگان در ایده‌پردازی و اجرای طرح همچنین نگارش اولیه و اصلاح مقاله سهیم بوده‌اند و تمام نویسندگان نسخه نهایی مقاله و صحت مطالب مندرج در آن را تأیید می‌کنند.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی از نهاد دولتی یا غیردولتی انجام شده است.

ثبت رسیده است. نویسندگان این مطالعه بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که در پژوهش حاضر شرکت داشتند و کلیه مراکز درمانی که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند قدردانی کنند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

References

- World Health Organization (WHO). What is cancer? [Accessed 2019 APR 21]. Available from: <http://www.who.int/cancer/en>.
- Motamedi G. Man and Death an introduction to thanatology. 1st Edition, Tehran: Markaz Publication: Tehran, 2007. [Persian]
- Paulo TR, Rossi FE, Viezel J, Tosello GT, Seidinger SC, Simões RR, et al. The impact of an exercise program on quality of life in older breast cancer survivors undergoing aromatase inhibitor therapy: a randomized controlled trial. Health and quality of life outcomes. 2019;17(1):1-12. doi:10.1186/s12955-019-1090-4
- Serrano D, Gandini S, Guerrieri-Gonzaga A, Feroce I, Johansson H, Macis D, et al. Quality of life in a randomized breast cancer prevention trial of low-dose tamoxifen and fenretinide in premenopausal women breast cancer chemoprevention and quality of life. Cancer prevention research. 2018;11(12):811-818. doi:10.1158/1940-6207.CAPR-18-0073
- Conley CC, Bishop BT, Andersen BL. Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship. Paper presented at: Healthcare2016.
- American Cancer Society Cancer Action Network. COVID-19 pandemic ongoing impact on cancer patients and survivors, Survey Findings Summary: American Cancer Society Cancer Action Network; 2021. Available from: <https://www.fightcancer.org/covid-19-pandemic-ongoing-impact-cancer-patientsand-survivors>.
- Benedict C, Penedo FJ. Psychosocial Interventions in Cancer. In: Carr BI, Steel J, eds. Psychological Aspects of Cancer. Boston, MA: Springer US; 2013:221-253. doi:10.1007/978-1-4614-4866-2_14
- Vaziri S, Lotfi Kashani F. The four factor approach in psychotherapy: foundations and achievements. Thoughts and behavior in clinical psychology. 2015;10(35):77-87. [Persian]
- Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of common disorders in Iran. Tehran: Shahid Beheshti University Press; 2017. [Persian]
- Neff KD, Long P, Knox MC, Davidson O, Kuchar A, Costigan A, et al. The forest and the trees: examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. Self and identity. 2018;17(6):627-645. doi:10.1080/15298868.2018.1436587
- Neff KD, Hsieh Y-P, Dejitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. Self and identity. 2005;4(3):263-287. doi:10.1080/13576500444000317
- Hamzeh S, Beirami M, Hashemi Nosratabadi T. Comparison of personality trait, negative experienced emotions and coping styles between healthy women and those suffering from cancer. Sciences Medical of University Sadoughi Shahid of Journa. 2011;19(5):627-636. [Persian]
- Isikhan V, Güner P, Kömürçü S, Özet A, Arpacı F, Öztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer—I. Cancer nursing. 2001;24(6):490-495.
- Abedini M, Akbari B, Sadeghi A, Asadimajreh S. The relationship between resilience and mindfulness with emotional well-being with the mediating role of emotion regulation in cancer patients. Journal of health psychology. 2021;10(39):67-84. [Persian]
- Pourmohseni Koluri F, Shojaee A, Jafari I, Mowlaie M. Comparison of personality profiles, tolerance for ambiguity and religious coping in leukemia patients and healthy people. Quarterly journal of health psychology. 2020;9(33):45-60. [Persian] doi:10.30473/HPJ.2020.44151.4260
- Davanloo H. Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD. Wiley; 1995.
- Mishan J. Co-creating change: effective dynamic therapy techniques. Taylor & Francis; 2015.
- Kenny DT, Arthey S, Abbas A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for severe music performance anxiety: assessment, process, and outcome of psychotherapy with a professional orchestral musician. Medical problems of performing artists. 2014;29(1):3-7. doi:10.21091/mppa.2014.1002

19. Johansson R, Town JM, Abbass A. Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*. 2014;2:e548. doi:10.7717/peerj.548
20. Aghayousefi A, Dehestani M, Sharifi Saki S. Effectiveness of cognitive-behavioral education in reduction of exhaustion of cancer of women suffering from breast cancer. *Health psychology*. 2016;5(19):5-17. [Persian]
21. Sadock BJ, Sadock VA. (editors). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. New York: Williams and Wilkins; 2003: 123-57.
22. Balabanovic J, Ayers B, Hunter MS. Women's experiences of Group Cognitive Behaviour Therapy for hot flushes and night sweats following breast cancer treatment: an interpretative phenomenological analysis. *Maturitas*. 2012;72(3):236-242. doi:10.1016/j.maturitas.2012.03.013
23. Bahmani B, Eskandari M, Hasani F, Dokanaeefard F, Shafiabadi A. The effect of cognitive existential group therapy on depression and hopefulness of parents with children having cancer. *Quarterly journal of health psychology*. 2014;2(6):48-61. [Persian]
24. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh Y-P. Self-Compassion and Self-Constraint in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2008;39(3):267-285. doi:10.1177/0022022108314544
25. Abolghasemi A, Taghipour M, Narimani M. The relationship of type D personality, self-compassion and social support with health behaviors in patients with coronary heart disease. *Health Psychology*. 2012;1(1):1-12. [Persian]
26. Golpour R, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. Comparison of effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on physical and mental health in depressed students. *Journal of School Psychology*. 2014;3(2):153-169. [Persian]
27. Narimani M, Bashar-Pour S, Ghamari_Givi H, Aboul-Ghasemi A. Effectiveness of Cognitive Processing Therapy and Holographic Reprocessing on the Reduction of Psychological Symptoms in Students Exposed to Trauma. *Journal of Clinical Psychology*. 2011;3(3):41-52. [Persian] doi:10.22075/jcp.2017.2061
28. Moghadam M, Makvandi B, Pakseresht S. The effect of cognitive behavioral therapy on coping style among patients with cancer in Ahvaz. *Journal of Research in Psychological Health*. 2015;9(2):34-39. [Persian] doi:10.18869/acadpub.rph.9.2.34
29. Taghipour R, Siahpoosh S, Kazemi Dalivand F, Sadeghi P, Farjadtehrani T. Comparison of the effect of cognitive-behavioral therapy and narrative therapy in improving death related distress and psychological hardiness in female patients with breast cancer. *Medical Journal of Mashhad*. 2019;62(4):1694-1704. [Persian] doi:10.22038/MJMS.2019.17677
30. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD. John Wiley & Sons; 2001.
31. Pasbani Ardabili M, Borjali A, Pezeshk S. The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy to improve the conflictive the relationship between mother-child. *Clinical Psychology Studies*. 2018;8(30):139-162. [Persian] doi:10.22054/jcps.2018.8612
32. Khosravi R, Karbalai Harafteh FS, Sanagouye Moharer G, Kahaki F, Nobakht H. The effect of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotion regulation and health hardiness in patients with type 2 diabetes. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*. 2021;10(39):1-11. [Persian]
33. Ranjbar Sudejani Y, Sharifi K, Sayyah S, Malek Mohammadi Galeh Z. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on correcting irrational beliefs and reducing cognitive avoidance of people with obsessive compulsive disorder. *Counseling research and development*. 2017;16(62):140-169. [Persian]
34. Mohamadzadeh J, Hoseini ZS. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP) on enhancement of hope and happiness in patients with cancer. *Quarterly journal of health psychology*. 2018;7(27):131-151. [Persian] doi:10.30473/HPJ.2018.36464.3760
35. Farzdi H, Heidarei A, Moradimanesh F, Naderi F. The effectiveness of short-term dynamic psychotherapy on symptoms severity and disease perception among patients with irritable bowel syndrome: a pilot study. *Community health*. 2021;8(2):221-231. [Persian] doi:10.22037/ch.v8i2.31425
36. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2010;30(1):25-36. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.010
37. van de Wal M, Thewes B, Gielissen M, Speckens A, Prins J. Efficacy of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate, and colorectal cancer survivors: the SWORD study, a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*. 2017;35(19):2173-2183. doi:10.1200/JCO.2016.70.5301
38. Hofmann SG, Newman MG, Ehlers A, Roth WT. Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of abnormal psychology*. 1995;104(1):224-231. doi:10.1037/0021-843X.104.1.224
39. Dobson KS. Handbook of cognitive-behavioral therapies. 3rd. New York, NY: Guilford. 2010.