



Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Existential Therapy on Self-Compassion and Distress Tolerance in Women with Breast Cancer

Samad Azizi¹, Nasrin homayounfar², Behzad Taghipuor³, Farzad Sadaghiyani⁴, Roqayeh Barzegaran⁵

1. Department of Counseling, Faculty of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. Email: samad.azizi7070@gmail.com

2. Department of midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ardabil university of Medical sciences, Ardabil, Iran. Email: nasrinhomayounfar@gmail.com

3. Corresponding Author: Department of Psychology, Faculty of Education and psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Email: behzad.taaghipuor1386@gmail.com

4. Department of Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiaazad, Ardabil unit, Ardabil, Iran. Email: farzad.sadaghiyani@gmail.com

5. Department of Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiaazad, Ardabil unit, Ardabil, Iran. Email: r.barzegaran.95@gmail.com

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:
Received: 10 August 2026
Received in revised form: 23 August 2026
Accepted: 24 August 2026
Available online: 1 September 2026

Keywords:
Acceptance and Commitment Therapy, Existential Therapy, Self-Compassion, Distress Tolerance, Breast Cancer

ABSTRACT

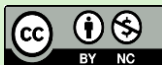
Background and Objective: This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and existential therapy in improving self-compassion and distress tolerance among women with breast cancer.

Method: This applied study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The target population consisted of women with breast cancer who attended cancer patient associations and health centers in Ardabil, Iran, in 2025. Fifty-one women were recruited using convenience sampling and randomly assigned to three groups: ACT, existential therapy, and control (n = 17 per group). Data were collected using the Self-Compassion Scale (Neff, 2003) and the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005). Participants in the two intervention groups received eight 90-minute therapy sessions, whereas the control group received no intervention. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA), followed by Bonferroni-adjusted pairwise comparisons.

Findings: The results indicated that both ACT and existential therapy significantly improved self-compassion and distress tolerance. Existential therapy showed greater effects on both outcomes than ACT.

Conclusion: These findings suggest that acceptance- and meaning-based therapeutic approaches may support psychological adjustment among women with breast cancer.

Cite this article: Azizi, S., homayounfar, N., Taghipuor, B., Sadaghiyani, F., Barzegaran, R. (2026). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Existential Therapy on Self-Compassion and Distress Tolerance in Women with Breast Cancer. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 2(2), 408-421. <https://doi.org/10.22034/jrc.2026.146594.1048>



© The Author(s) retain the copyright.

DOI: <https://doi.org/10.22034/jrc.2026.146594.1048>

DOR: 20.1001.1.31160344.1405.2.2.4.7

Publisher: University of Kurdistan Press.



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر شفقت به خود و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان

صمد عزیزی^۱، نسرين همایونفر^۲، بهزاد تقی‌پور^۳✉، فرزاد صدقیانی^۴، رقيه برزگران^۵

۱. گروه مشاوره، دانشکده مشاوره، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. ایمیل: samad.azizi7070@gmail.com

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران. ایمیل: nasrinhomayounfar@gmail.com

۳. نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: behzad.taaghipuor1386@gmail.com

۴. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران. ایمیل: farzad.sadaghiyani@gmail.com

۵. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران. ایمیل: r.barzegaran.95@gmail.com

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی تاریخچه مقاله: تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۵/۱۹ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۶/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۲ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۶/۱۰ کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان وجودی، شفقت به خود، تحمل پریشانی، سرطان پستان	زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان وجودی بر شفقت به خود و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. روش: این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر روش‌شناسی، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به انجمن‌های بیماران سرطانی و مراکز بهداشتی شهر اردبیل در سال ۱۴۰۴ بود. ۵۱ نفر از این زنان به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان وجودی و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس شفقت به خود نف (۲۰۰۳) و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. گروه‌های آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخلات درمانی دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای نداشت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت و برای مقایسه زوجی گروه‌ها از روش بونفرونی استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو رویکرد درمانی در افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مؤثر بودند، اما درمان وجودی در هر دو متغیر نسبت به ACT اثر بیشتری داشت. نتیجه‌گیری: یافته‌ها بیانگر آن است که بهره‌گیری از درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنا می‌تواند در ارتقای سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان نقش مؤثری ایفا کند.

استناد: عزیزی، ص.، همایونفر، ن.، تقی‌پور، ب.، صدقیانی، ف.، برزگران، ر. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر شفقت به خود و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه مشاوره توانبخشی*، ۲ (۲)، ۴۰۸-۴۲۱.

<https://doi.org/10.22034/jrc.2026.146594.1048>

ناشر: انتشارات دانشگاه کردستان.



DOI: <https://doi.org/10.22034/jrc.2026.146594.1048>

DOR: 20.1001.1.31160344.1405.2.2.4.7

© نویسندگان.

۱. مقدمه

سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در میان زنان جهان است؛ که شیوع آن در دهه‌های اخیر روندی افزایشی داشته است، به‌طوری که سالانه میلیون‌ها نفر در سراسر جهان تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند (لی^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). براساس برآوردهای آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان (IARC) وابسته به سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۲۲ حدود ۲/۳ میلیون مورد جدید سرطان پستان در سراسر جهان شناسایی و حدود ۶۶۶ هزار مرگ ناشی از این بیماری برآورد شده است (بیرای^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). سرطان پستان در سال ۲۰۲۲ پس از سرطان ریه، دومین سرطان شایع جهان از نظر بروز در هر دو جنس بود؛ با این حال، در میان زنان، شایع‌ترین نوع سرطان تشخیص داده شده در جهان محسوب می‌شد. همچنین، سرطان پستان در ۱۵۷ کشور از ۱۸۵ کشور مورد بررسی، شایع‌ترین سرطان در میان زنان از نظر بروز بوده است. این آمار نشان‌دهنده بار قابل توجه جهانی سرطان پستان و ضرورت توجه جدی به پیشگیری، تشخیص زودهنگام و ارائه مداخلات درمانی و روان‌شناختی مؤثر برای مبتلایان به این بیماری است (بیرای و همکاران، ۲۰۲۴). سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۴. در ایران سرطان پستان ۲۲/۲۶ درصد از موارد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان ایرانی است (شریفی و همکاران، ۱۳۹۹؛ به نقل از اسماعیلی و همکاران، ۱۴۰۳). زنان مبتلا به سرطان پستان نه تنها با پیامدهای فیزیکی قابل توجهی درگیر هستند، بلکه چالش‌های روان‌شناختی فراوانی مانند اضطراب، افسردگی، احساس ناامیدی، اختلال در عملکرد میان‌فردی و ترس از مرگ را نیز تجربه می‌کنند (ناندھا^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). تجربه سرطان پستان می‌تواند ساختار هویتی زنان را مختل کرده، کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش و آن‌ها را در معرض آسیب‌های روانی قرار دهد. بسیاری از زنان مبتلا در روند درمان دچار بحران‌های عمیق هویتی و معنایی می‌شوند، به‌ویژه زمانی که با مسائلی مانند برداشتن پستان، تغییر تصویر بدنی یا ناباروری مواجه می‌شوند (دینگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). بسیاری از بیماران پس از تشخیص و در طول درمان دچار علائم افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب و آسیب در تصویر بدنی می‌شوند که احساس عزت نفس و امنیت روانی‌شان را کاهش می‌دهد (چن^۵ و همکاران، ۲۰۲۴).

شفقت به خود به معنای برخورد مهربانانه، پذیرنده و بدون قضاوت با خود در مواجهه با ناکامی‌ها، شکست‌ها و سختی‌های زندگی است. این مفهوم، برخلاف خودانتقادی یا سرزنش خود، افراد را قادر می‌سازد تا با درد و پریشانی روانی به شکل سازنده و حمایت‌کننده برخورد کنند. افراد با سطح بالای شفقت به خود، در شرایط دشوار، به جای سرزنش و اجتناب، به حمایت از خود، پذیرش احساسات منفی و تلاش برای مقابله مؤثر با مشکلات می‌پردازند (کاتو^۶ و همکاران، ۲۰۲۵). زنان مبتلا به سرطان پستان که از سطح بالای شفقت به خود برخوردارند، قادرند با مهربانی و پذیرش، خود را در برابر شکست‌ها و محدودیت‌های ناشی از بیماری حمایت کنند و به جای سرزنش خود، رفتارهای مقابله‌ای سالم و سازنده اتخاذ کنند (چن^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان می‌دهند که کاهش شفقت به خود با افزایش اضطراب، افسردگی، احساس بی‌کفایتی، خشم درونی و کاهش تاب‌آوری روانی همراه است، در حالی که افزایش شفقت به خود موجب کاهش پریشانی هیجانی، بهبود کیفیت خواب، ارتقای عملکرد اجتماعی و کاهش علائم روان‌شناختی منفی می‌شود. مداخلات مبتنی بر شفقت به خود، مانند تمرین‌های ذهن‌آگاهی، خودپذیری و تمرین‌های روان‌شناختی حمایتی، می‌توانند به زنان مبتلا کمک کنند تا بهتر با استرس‌ها و تهدیدات روانی و جسمانی ناشی از سرطان کنار بیایند و توانایی مدیریت هیجانات منفی و افزایش انعطاف روانی آن‌ها را تقویت کنند (ژائو^۸ و همکاران، ۲۰۲۴).

در کنار شفقت به خود، تحمل پریشانی نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان دارد (طالبی و همکاران، ۱۴۰۳). تحمل پریشانی به توانایی فرد برای مواجهه با تجربه‌های هیجانی منفی، دردناک یا استرس‌زا، بدون اجتناب یا واکنش‌های ناسازگارانه گفته می‌شود و یکی از مؤلفه‌های کلیدی انعطاف روانی و سلامت روان به شمار می‌آید. افرادی که تحمل پریشانی بالایی دارند، می‌توانند احساسات منفی مانند اضطراب، اندوه، عصبانیت و ناامیدی را مدیریت کنند، در تصمیم‌گیری‌های دشوار عملکرد مؤثر داشته باشند و از واکنش‌های دفاعی یا اجتنابی پرهیز نمایند. بالعکس، کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، در مواجهه با فشارهای هیجانی ممکن است دچار آشفتگی، خودسرزنی، اجتناب، یا رفتارهای ناسازگارانه شوند (دوگل‌میلان^۹ و همکاران، ۲۰۲۵). در زمینه بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات، به‌ویژه سرطان پستان، اهمیت تحمل پریشانی دوچندان می‌شود. تشخیص سرطان پستان نه تنها یک تهدید جسمانی محسوب می‌شود، بلکه فشار روانی و هیجانی عمیقی بر زنان وارد می‌کند و اغلب با شوک اولیه، ترس از مرگ، و نگرانی از تغییرات ظاهری

1 Li

2 Bray

3 Nandha

4 Ding

5 Chen

6 Katoa

7 Chen

8 Zhu

9 Docal Millán

و بدنی همراه است. بیماران با چالش‌های متعددی مواجه‌اند، از جمله اضطراب ناشی از عدم اطمینان نسبت به پیش‌آگاهی بیماری، نگرانی از بازگشت سرطان، تحمل درمان‌های تهاجمی مانند شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، تغییرات هورمونی، و اثرات جانبی فیزیکی مانند ریزش مو و تغییر شکل بدن (ژائو^۱ و همکاران، ۲۰۲۴).

علاوه بر فشارهای فردی، فشارهای اجتماعی و خانوادگی نیز می‌تواند سطح پریشانی روانی را تشدید کند؛ از جمله نگرانی درباره نقش‌های خانوادگی، وابستگی به حمایت دیگران، و فشارهای اقتصادی و شغلی که ممکن است با درمان بیماری هم‌زمان شوند. این ترکیب از استرس‌ها و تهدیدهای هیجانی، توانایی فرد در مدیریت واکنش‌های روانی و سازگاری با شرایط را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان داده‌اند که کاهش تحمل پریشانی می‌تواند با افزایش علائم افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، اختلال در روابط اجتماعی، و کاهش کیفیت زندگی همراه باشد و حتی بر روند تصمیم‌گیری‌های درمانی و پیگیری مراقبت‌های پزشکی تأثیر منفی بگذارد (اولیاری-اوجا و همکاران، ۲۰۲۴؛ توسلی و همکاران، ۲۰۲۵). تشخیص سرطان پستان و گذراندن مراحل درمان، تجربه‌ای پیچیده و چند وجهی است که نه تنها سلامت جسمانی بلکه ابعاد روانی و وجودی زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. (لیو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). برای کمک به بیماران مبتلا به سرطان پستان درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند تأثیرات مثبتی داشته باشند (سوره و همکاران، ۱۴۰۵). در چنین شرایطی، انتخاب مداخلات روان‌شناختی که هم به افزایش تاب‌آوری و تحمل پریشانی کمک کنند و هم بیماران را به سمت خودمهربانی و پذیرش سوق دهند، اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان‌های نوین روان‌شناختی است؛ که بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تمرکز دارد و بر این باور استوار است که رنج و هیجانات ناخوشایند بخش‌های جدایی‌ناپذیر زندگی‌اند (ژائو^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان با رهنمود به افراد به پذیرش رنج و تعهد به جای اجتناب از افکار منفی و آگاهی نسبت به افکار خود سبب بهبود سازگاری در افراد می‌شود (شهمرادزاده و نعمت‌الله‌زاده، ۱۴۰۴). در این چارچوب، تلاش مداوم برای اجتناب از درد و اضطراب، تنها موجب تشدید پریشانی و تداوم مشکلات روانی می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران می‌آموزد که به جای جنگیدن با افکار و احساسات منفی، آن‌ها را بپذیرند و در عین حال توجه خود را بر ارزش‌های شخصی و اهداف معنادار زندگی متمرکز سازند (نیکولسکو^۴ و همکاران، ۲۰۲۴؛ مورنو^۵ و همکاران، ۲۰۲۱).

برای زنان مبتلا به سرطان پستان، این رویکرد می‌تواند نقطه عطفی باشد. پذیرش اضطراب ناشی از تغییرات جسمانی، ترس از مرگ یا نگرانی از بازگشت بیماری، بدون آن‌که این هیجانات مانع زندگی اجتماعی، فعالیت‌های روزانه یا ایفای نقش‌های خانوادگی شوند (ین^۶ و همکاران، ۲۰۲۵). تمرین‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی از افکار منفی، و اقدام متعهدانه در راستای ارزش‌ها، به بیماران کمک می‌کند تا ضمن افزایش تحمل پریشانی، با خود نیز مهربان‌تر باشند. به بیان دیگر، بیماران یاد می‌گیرند در برابر درد و اضطراب نه با قضاوت و مقاومت، بلکه با نگرشی پذیرنده و شفقت‌آمیز برخورد کنند. (سائر^۷ و همکاران، ۲۰۲۴).

درمان وجودی دیگر مداخله‌ای بود که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. این درمان ریشه در دغدغه‌های بنیادین انسان همچون آزادی، مسئولیت، تنهایی، مرگ و معنا دارد (هریس^۸ و همکاران، ۲۰۲۵). این رویکرد بر آن است که بسیاری از پریشانی‌های روانی زمانی شدت می‌گیرند که فرد در مواجهه با محدودیت‌ها و تهدیدهای زندگی، نتواند معنایی روشن برای هستی و تجربه‌های خود بیابد (ووس^۹، ۲۰۲۳). برای زنان مبتلا به سرطان پستان، بیماری اغلب با اضطراب وجودی، ترس از فناپذیری، بی‌معنایی و احساس ناتوانی گره می‌خورد (لیم^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱؛ فیلیپ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵). در این مسیر، درمان وجودی فرصتی فراهم می‌آورد تا بیماران بیماری خود را نه صرفاً به‌عنوان یک تهدید، بلکه به‌عنوان محرکی برای بازاندیشی به ارزش‌ها، اهداف و معنای زندگی تجربه کنند (منزیس و منزیس^{۱۲}، ۲۰۲۴). تمرین‌های این رویکرد معمولاً شامل گفت‌وگوهای عمیق درباره دغدغه‌های وجودی، بازشناسی ارزش‌های شخصی، و یافتن راه‌های عملی برای زیستن متعهدانه حتی در دل محدودیت‌های بیماری است. برای نمونه، زنی که با اضطراب بازگشت بیماری دست به

1 Zheng

2 Liu

3 Zhao

4 Nicolescu

5 Moreno

6 Yin

7 Sauer

8 Harris

9 Vos

10 Lim

11 Philipp

12 Menzies & Menzies

گریبان است، می‌تواند با کمک درمان وجودی معنای تازه‌ای برای زندگی کشف کند و این بازشناسی، به افزایش شفقت به خود و توانایی تحمل پریشانی او منجر شود (ووس، ۲۰۲۳).

این دو رویکرد از مسیرهای متفاوت اما هم‌افزا، حمایت روان‌شناختی ارزشمندی برای بیماران سرطانی فراهم می‌آورند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش هیجانات و انعطاف‌پذیری روانی، به بیماران امکان می‌دهد هم‌زمان با درد، در مسیر ارزش‌هایشان حرکت کنند (مورنو و همکاران، ۲۰۲۱). درمان وجودی با تمرکز بر معنا، مسئولیت فردی و دغدغه‌های هستی‌شناختی، به آنان کمک می‌کند تا بحران بیماری را به فرصتی برای رشد و بازشناسی خود تبدیل نمایند (هریس و همکاران، ۲۰۲۵). بررسی و مقایسه اثربخشی این دو رویکرد می‌تواند روشن سازد که کدام یک در ارتقای تحمل پریشانی و پرورش شفقت به خود در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثرتر است و چگونه می‌توان از آن‌ها برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران بهره گرفت با توجه به پیچیدگی‌های روان‌شناختی ناشی از سرطان پستان و اهمیت افزایش تاب‌آوری هیجانی و شفقت به خود در این بیماران، ضرورت دارد که مداخلات درمانی مؤثر شناسایی و ارزیابی شوند. در حالی که هر یک از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی رویکردهای نوینی برای کاهش پریشانی روانی و ارتقای سلامت روان ارائه می‌دهند، هنوز شواهد کافی برای مقایسه اثربخشی آن‌ها در زنان مبتلا به سرطان پستان وجود ندارد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر شفقت به خود و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان است.

۲. روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، انجمن‌های حمایت از بیماران سرطانی و مراکز بهداشتی شهر اردبیل در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. تعداد ۵۱ زن مبتلا به سرطان پستان که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس در سه گروه ۱۷ نفری شامل گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، گروه درمان وجودی و گروه کنترل تخصیص یافتند. در طول اجرای پژوهش هیچ‌گونه ریزش نمونه‌ای رخ نداد و تمامی ۵۱ شرکت‌کننده مراحل پیش‌آزمون، مداخله و پس‌آزمون را به‌طور کامل به پایان رساندند. برای کاهش احتمال ناهمگونی اولیه بین گروه‌ها، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان در مرحله ورود به پژوهش بررسی شد. این ویژگی‌ها شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سابقه جراحی پستان و وضعیت دریافت درمان‌های پزشکی مرتبط با سرطان بود. به‌منظور جلوگیری از ایجاد ابهام میان «همتاسازی» و «تخصیص تصادفی»، تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌ها به‌صورت تصادفی انجام شد و همتاسازی به‌عنوان روش مستقل تخصیص گروهی در نظر گرفته نشد. بدین ترتیب، ویژگی‌های پایه شرکت‌کنندگان در سه گروه پس از تخصیص مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت تا از همگنی نسبی گروه‌ها در آغاز مطالعه اطمینان حاصل شود.

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل ۲۰ سال سن، برخورداری از تشخیص قطعی سرطان پستان توسط پزشک متخصص و ارائه مستندات پزشکی معتبر، داشتن توانایی خواندن و نوشتن و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان سابقه جراحی مرتبط با سرطان پستان داشتند. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش و بروز یا وجود شرایط جسمی یا روان‌شناختی شدید بود که ادامه مشارکت در جلسات درمانی را با مشکل مواجه می‌کرد. با توجه به ماهیت بالینی جامعه مورد مطالعه، اطلاعات مربوط به وضعیت درمان پزشکی شرکت‌کنندگان نیز در زمان ورود به مطالعه ثبت شد. سابقه جراحی پستان در تمامی شرکت‌کنندگان وجود داشت و وضعیت دریافت درمان‌های پزشکی مرتبط با سرطان، از جمله درمان‌های دارویی یا سایر درمان‌های تکمیلی، در زمان ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. این اطلاعات به‌منظور توصیف وضعیت بالینی نمونه و کاهش احتمال اثرگذاری تفاوت‌های عمده بالینی بر نتایج مداخله مورد توجه قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش شامل مقیاس شفقت به خود ریس^۱ و همکاران (۲۰۱۱) و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵) بود. هر دو ابزار در پژوهش‌های پیشین از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار بوده‌اند. پس از تکمیل مرحله پیش‌آزمون، گروه اول طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دوم طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان وجودی قرار گرفتند. جلسات درمانی در قالب جلسات منظم و براساس محتوای پروتکل‌های مورد استفاده در پژوهش اجرا شد. مبنای محتوایی مداخله ACT

1 Raes

2 Simns & Gaher

کتاب «ACT Made Simple» اثر هریس (۲۰۱۹) و مبنای مداخله وجودی آثار و چارچوب درمانی یالوم^۱ (۱۹۸۰) بود. محتوای جلسات با توجه به اهداف هر رویکرد، شامل معرفی مفاهیم اصلی درمان، بررسی تجربه‌های هیجانی و شناختی، تمرین‌های متناسب با رویکرد درمانی و کاربرد مفاهیم آموخته شده در موقعیت‌های زندگی روزمره بودند.

اجرای هر دو مداخله توسط نویسنده مسئول پژوهش انجام شد. درمانگر دارای مدرک دکترای تخصصی روان‌شناسی و سابقه فعالیت حرفه‌ای در حوزه مداخلات روان‌شناختی، از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی و در زمینه این دو رویکرد دارای سابقه علمی و انتشار مقالات مرتبط بود. استفاده از یک درمانگر برای اجرای هر دو مداخله با هدف کاهش اثر احتمالی تفاوت بین درمانگران بر نتایج پژوهش انجام شد. برای افزایش پای‌بندی به پروتکل، جلسات براساس ساختار و مؤلفه‌های اصلی مشخص شده در منابع درمانی مربوطه اجرا شد و محتوای جلسات پیش از اجرای مداخلات براساس اهداف و مراحل هر رویکرد تنظیم گردید. شرکت‌کنندگان گروه کنترل در طول دوره اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکردند. پس از اتمام پژوهش و تحلیل داده‌ها، به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی و فراهم کردن فرصت دریافت آموزش برای اعضای گروه کنترل، یک کارگاه دو روزه با محوریت مفاهیم و مهارت‌های مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی برای آنان برگزار شد.

به‌منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، پیش از ورود به مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد. به آنان درباره هدف پژوهش، نحوه اجرای جلسات، محرمانه‌بودن اطلاعات و اختیار انصراف از پژوهش در هر مرحله توضیح داده شد و اطلاعات شرکت‌کنندگان بدون ذکر نام و مشخصات هویتی در فرایند تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

۲-۱. ابزارها

۲-۱-۱. پرسش‌نامه فرم کوتاه شفقت به خود

مقیاس ۱۲ ماده‌ای شفقت به خود شامل ۶ خرده مقیاس (مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانند سازی افراطی) است، که ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز=۱، تقریباً هرگز=۲، نظری ندارم=۳، تقریباً همیشه=۴، و همیشه=۵) مرتب شده است. حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۱۲ تا ۶۰ است. ضمناً سوال‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالاتر در این ابزار میزان خوددلسوزی بالا و نمره پایین، میزان خوددلسوزی پایین شرکت‌کننده‌ها را نشان می‌دهد (ریس و همکاران، ۲۰۱۱). پایایی این پرسش‌نامه به روش ضریب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است (اودو و همکاران، ۲۰۱۱). پایایی این پرسش‌نامه در نسخه ایرانی به روش آلفای کرونباخ توسط حسین‌زاده و همکاران (۱۴۰۲) ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد.

۲-۱-۲. پرسش‌نامه تحمل‌پریشانی

این مقیاس را سیونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته‌اند که یک شاخص تحمل‌پریشانی هیجانی است و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها شامل تحمل‌پریشانی هیجانی (تحمل)، جذب شدن توسط هیجانات منفی (جذب)، برآورد ذهنی‌پریشانی (ارزیابی) و تنظیم تلاش‌ها در جهت تسکین‌پریشانی (تنظیم) است. عبارات این مقیاس بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره آزمودنی ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲، و ضریب روایی آن ۰/۶۱ گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). پایایی این پرسش‌نامه توسط تقی‌پور و همکاران (۱۴۰۲) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد.

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هریس^۲، ۲۰۱۹)

خلاصه جلسات	
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه درمانی: بیماران با اهداف و ساختار کلی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آشنا می‌شوند. همچنین چالش‌های روانی مرتبط با سرطان، مانند اضطراب، ترس از بازگشت بیماری و کاهش اعتماد به خود شناسایی شده و تمرین کوتاهی از ذهن‌آگاهی برای افزایش آگاهی از هیجانات و افکار ارائه می‌شود.
جلسه دوم	پذیرش تجربه‌های هیجانی: این جلسه بر پذیرش هیجانات منفی تمرکز دارد و بیماران یاد می‌گیرند اضطراب، ترس و درد جسمانی ناشی از بیماری را بدون قضاوت تجربه کنند.
جلسه سوم	فاصله‌گیری شناخت: بیماران با تکنیک‌های فاصله‌گیری شناختی آشنا می‌شوند و می‌آموزند افکار و خودانتقادی‌های ذهنی را تنها

مشاهده کنند، بدون اینکه با آن‌ها همذات‌پنداری کنند یا اجازه دهند رفتار و هیجاناتشان تحت کنترل آن‌ها قرار گیرد.	
جلسه چهارم	حضور در لحظه و ذهن آگاهی پیشرفته: تمرین‌های پیشرفته ذهن آگاهی مانند تنفس آگاهانه که به بیماران کمک می‌کند درد جسمانی و هیجانات ناخوشایند خود را تجربه کنند بدون اینکه اضطراب آینده کنترل‌کننده زندگی آن‌ها شود. تمرکز بر لحظه حاضر باعث افزایش ظرفیت تحمل پریشانی و کاهش استرس مرتبط با بیماری می‌شود.
جلسه پنجم	شناسایی و بازشناسی ارزش‌ها: این جلسه به شناسایی ارزش‌های شخصی و اهداف معنادار زندگی اختصاص دارد و بیماران می‌آموزند چگونه ارزش‌های خود را در فعالیت‌های روزمره بازتاب دهند.
جلسه ششم	اقدام متعهدانه در راستای ارزش‌ها: جلسه ششم بر اقدام متعهدانه در راستای ارزش‌ها تمرکز دارد. بیماران اقداماتی کوچک و عملی برنامه‌ریزی و اجرا می‌کنند و می‌آموزند حتی در مواجهه با هیجانات ناخوشایند، به فعالیت‌های منطبق با ارزش‌هایشان ادامه دهند. این فرایند مهارت اقدام متعهدانه و انعطاف‌پذیری روانی را تثبیت می‌کند.
جلسه هفتم	پذیرش هیجانات و مهربانی درونی: در این جلسه بیماران هیجانات منفی و درد روانی خود را بدون قضاوت تجربه کنند و با خود با نگرشی مهربان و پذیرنده برخورد نمایند. تمرین‌ها شامل مشاهده افکار و احساسات بدون قضاوت و اقدام متعهدانه براساس ارزش‌هاست و به بیماران کمک می‌کند انعطاف‌پذیری روانی و توانایی مدیریت پریشانی خود را افزایش دهند.
جلسه هشتم	جمع‌بندی، تثبیت مهارت‌ها و برنامه‌ریزی آینده: در جلسه پایانی، مهارت‌ها و تکنیک‌های آموخته شده مرور می‌شوند و بیماران برنامه‌ای عملی برای استمرار تمرین‌ها در زندگی روزمره دریافت می‌کنند.

جدول شماره ۲. خلاصه جلسات درمان وجودی (یالوم، ۱۹۸۰)

خلاصه جلسات	
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه درمانی: در جلسه اول، بیماران با اهداف و ساختار کلی جلسات درمان وجودی آشنا می‌شوند و درمانگر به تشریح اصول اصلی درمان وجودی مانند آزادی، مسئولیت، معنا و پذیرش محدودیت‌های زندگی می‌پردازد.
جلسه دوم	مواجهه با واقعیت بیماری و محدودیت‌ها: این جلسه بر شناسایی واقعیت‌های جسمانی و روانی بیماری تمرکز دارد. بیماران یاد می‌گیرند که با پذیرش محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از سرطان، بر جنبه‌های قابل کنترل زندگی خود تمرکز کنند. این فرایند موجب کاهش مقاومت در برابر شرایط غیرقابل تغییر و افزایش تاب‌آوری روانی می‌شود.
جلسه سوم	بررسی اضطراب و ترس‌های وجودی: در جلسه سوم، بیماران به بررسی اضطراب وجودی، ترس از مرگ و بازگشت بیماری پرداخته و احساس بی‌معنایی یا کاهش خودکارآمدی خود را بیان می‌کنند. درمانگر به آن‌ها کمک می‌کند تا این ترس‌ها را بخشی طبیعی از تجربه انسانی ببینند و از طریق بازشناسی هیجانات، مواجهه سازنده با اضطراب ایجاد شود.
جلسه چهارم	معناجویی و بازشناسی ارزش‌ها: جلسه چهارم بر کشف و بازشناسی معناهای شخصی زندگی تمرکز دارد. بیماران می‌آموزند که بیماری می‌تواند فرصتی برای بازاندیشی به اهداف و ارزش‌های زندگی باشد و در مسیر زندگی خود اقداماتی معناگرا انجام دهند.
جلسه پنجم	مسئولیت فردی و انتخاب در محدودیت: در این جلسه بیماران با مفهوم آزادی و مسئولیت فردی در چارچوب محدودیت‌های بیماری آشنا می‌شوند. آن‌ها یاد می‌گیرند که با وجود محدودیت‌ها، می‌توانند انتخاب‌های معنادار داشته باشند و در تصمیم‌گیری‌های روزمره خود مسئولیت‌پذیر باشند.
جلسه ششم	مواجهه با احساس تنهایی و ارتباط با دیگران: جلسه ششم به بررسی احساس تنهایی و اهمیت روابط انسانی اختصاص دارد. بیماران یاد می‌گیرند که تنهایی بخشی طبیعی از تجربه وجودی است و می‌توانند با بازنگری در روابط و ارتقای کیفیت تعاملات اجتماعی، حمایت روانی و معنا در زندگی خود ایجاد کنند.
جلسه هفتم	بازاندیشی در اهداف زندگی و تصمیم‌گیری متعهدانه: در این جلسه بیماران به بازاندیشی در اهداف و مسیر زندگی خود می‌پردازند و تصمیم‌های متعهدانه و عملی در راستای ارزش‌ها و معناهای شخصی اتخاذ می‌کنند. این فرایند موجب افزایش حس کنترل، تاب‌آوری و همسوئی زندگی با ارزش‌ها می‌شود.
جلسه هشتم	جمع‌بندی، تثبیت مهارت‌ها و برنامه‌ریزی آینده: بیماران مرور می‌کنند که چگونه می‌توانند با پذیرش محدودیت‌ها، مواجهه سازنده با اضطراب و ترس‌ها، و انتخاب‌های معناگرا، کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند.

۲-۲. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های لازم از جمله نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن رابطه متغیرهای مورد بررسی و همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شد. با تأیید پیش‌فرض‌ها، تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه‌ها با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون انجام شد. برای مقایسه‌های زوجی بین گروه‌ها نیز از آزمون بونفرونی استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و اندازه اثر نیز گزارش شد.

۳. یافته‌ها

برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس و آزمون بونفرنی استفاده شد. از این رو ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک تأیید شد ($P > 0.01$) همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین برقرار بود برای شفق به خود ($F = 1.18, P > 0.01$) برای تحمل پریشانی ($F = 0.89, P > 0.01$) استقلال مشاهدات در طراحی پژوهش رعایت شده بود و بررسی نمودارهای پراکندگی نشان داد رابطه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته خطی است. همچنین همگنی شیب‌ها (homogeneity of regression slopes) تأیید شد و نشان داد که شیب رابطه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر سه گروه مشابه است. بنابراین تحلیل‌های MANCOVA و ANCOVA با رعایت پیش‌فرض‌ها معتبر و قابل اعتماد هستند. در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل توصیفی، جدول شماره ۴ و ۵ تحلیل کوواریانس و در جدول شماره ۶ نتایج تحلیل بونفرنی آورده شده است.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات شفق به خود و تحمل پریشانی در سه گروه

متغیر	مرحله	ACT		درمان وجودی		کنترل	
		M	Sd	M	Sd	M	Sd
شفقت به خود	پیش‌آزمون	۲۰/۲۱	۲/۰۸	۲۰/۹۸	۲/۲۱	۲۰/۳۹	۲/۹۱
	پس‌آزمون	۲۳/۷۵	۱/۹۲	۲۹/۳۲	۲/۱۶	۲۰/۰۵	۲/۵۲
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۲۶/۲۲	۲/۸۲	۲۷/۰۹	۲/۵۲	۲۶/۰۱	۲/۴۱
	پس‌آزمون	۳۰/۱۱	۲/۴۳	۳۴/۲۱	۲/۶۳	۲۶/۴۴	۲/۷۱

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای شفق به خود و تحمل پریشانی را در سه گروه ACT، وجودی و کنترل برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در گروه‌های درمانی میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته‌اند که نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان‌هاست. به‌ویژه در گروه وجودی، افزایش میانگین‌ها قابل توجه‌تر است که بیانگر اثر بیشتر این درمان نسبت به ACT می‌باشد. در گروه کنترل تغییر قابل توجهی مشاهده نمی‌شود، که تأکید می‌کند تفاوت‌ها عمدتاً ناشی از مداخلات درمانی بوده است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین‌های شفق به خود و تحمل پریشانی

آزمون‌ها	مقادیر	F	DF	Sig	Eta ²
اثر پیلائی	۰/۳۲	۵/۵۲	۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲
لامبدای ویلکز	۰/۶۸	۵/۵۲	۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲
اثر هتلینگ	۰/۴۷	۵/۵۲	۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۷	۵/۵۲	۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) را برای اثر گروه‌ها بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته نشان می‌دهد. چهار آماره معتبر پیلائی، ویلکز، هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی ارائه شده‌اند و همه آماره‌ها نشان‌دهنده اثر معنادار گروه‌ها هستند ضریب اثر بزرگ $Eta^2 = 0.32$ نشان می‌دهد که ۳۲ درصد از واریانس ترکیب متغیرهای وابسته توسط نوع درمان توضیح داده می‌شود، که تأکید می‌کند درمان‌ها تأثیر قابل توجهی بر شفق به خود و تحمل پریشانی داشته‌اند.

جدول شماره ۵. تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه میانگین‌های شفق به خود و تحمل پریشانی در سه گروه

متغیر وابسته	منبع تغییر	SS	DF	MS	F	P	Eta ²
شفقت به خود	گروه	۱۴۸/۳۲	۲	۷۴/۱۶	۱۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	خطا	۲۳۷/۴۵	۴۷	۵/۰۵			
تحمل پریشانی	گروه	۱۷۱/۶۴	۲	۸۵/۸۲	۱۷/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	خطا	۲۳۳/۱۰	۴۷	۴/۹۶			

جدول شماره ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) را برای هر متغیر وابسته به صورت جداگانه نشان می‌دهد. همان طور که نتایج جدول نشان می‌دهد اثر مداخلات درمانی بر متغیر شفقت به خود و تحمل پریشانی معنی‌دار می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که درمان‌ها نسبت به گروه کنترل تفاوت قابل توجهی ایجاد کرده‌اند.

جدول شماره ۶ نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی شفقت به خود و تحمل پریشانی در سه گروه

متغیر	گروه	خطای استاندارد	sig	اختلاف میانگین‌ها
شفقت به خود	کنترل- ACT	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۳/۲۱
	وجودی- کنترل	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۸/۱۳
تحمل پریشانی	وجودی- ACT	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۴/۹۴
	کنترل- ACT	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۳/۵۱
	وجودی- کنترل	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۷/۳۵
	وجودی- ACT	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۳/۸۴

جدول شماره ۶ مقایسه‌های چندگانه (Post Hoc Bonferroni) میانگین‌های بین گروه‌ها را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که هر دو درمان ACT و وجودی نسبت به گروه کنترل اثر معناداری دارند و در هر دو متغیر وابسته، اثر درمان وجودی بیشتر از ACT است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها در شفقت به خود وجود داشت و اندازه اثر گروه نسبتاً بزرگ بود ($\eta^2=39$). نتایج مقایسه‌های زوجی با اصلاح بونفرونی نشان داد که هر دو گروه ACT و درمان وجودی در مقایسه با گروه کنترل عملکرد بهتری داشتند ($p=0/001$). همچنین، مقایسه مستقیم دو مداخله نشان داد که درمان وجودی به‌طور معناداری اثربخشی بیشتری از ACT در افزایش شفقت به خود داشت (اختلاف میانگین ۴/۹۴). بنابراین، یافته‌ها ضمن تأیید اثربخشی هر دو مداخله، برتری درمان وجودی نسبت به ACT در بهبود شفقت به خود را در شرایط پژوهش حاضر نشان می‌دهند.

یافته حاضر با بخش‌هایی از شواهد پیشین همخوان است؛ که نشان داده‌اند مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش، مواجهه با تجربه‌های دشوار و توجه به ارزش‌ها می‌توانند به بهبود خودپذیری و سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان کمک کنند (فیلیپ و همکاران، ۲۰۲۵؛ منزیس و منزیس، ۲۰۲۴؛ سائر و همکاران، ۲۰۲۴؛ ژائو و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال، تفاوت مطالعات پیشین از نظر نوع مداخله، ویژگی‌های نمونه، نوع سرطان، ابزارهای سنجش و شرایط اجرای درمان، مانع از آن است که نتایج حاضر به‌عنوان تأییدی مستقیم بر یک فرایند یا سازوکار خاص تفسیر شوند. این شواهد بیشتر از ظرفیت مداخلات روان‌شناختی برای ارتقای سازگاری عاطفی و نگرش فرد نسبت به خود در شرایط بیماری مزمن حمایت می‌کنند.

اثربخشی ACT را می‌توان از منظر مبانی نظری این رویکرد تبیین کرد. ACT با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش درگیری با افکار و احساسات دشوار، تماس با لحظه حاضر و حرکت در جهت ارزش‌های فردی، ممکن است به زنان مبتلا به سرطان پستان کمک کند تا به جای تلاش برای حذف یا کنترل تجربه‌های ناخوشایند بیماری، رابطه انعطاف‌پذیرتری با آن‌ها برقرار کنند. چنین تغییری می‌تواند با پذیرش خود و کاهش خودسرزنشگری، که از مؤلفه‌های مرتبط با شفقت به خود هستند، ارتباط داشته باشد. با این حال، از آنجا که پذیرش، گسلش شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پژوهش حاضر به‌عنوان متغیرهای فرایندی اندازه‌گیری نشدند، این تبیین صرفاً نظری است و نمی‌توان تغییر این فرایندها را علت افزایش شفقت به خود دانست.

در مورد درمان وجودی نیز می‌توان احتمال داد که تمرکز بر معنا، انتخاب، مسئولیت، محدودیت‌های انسانی و نحوه مواجهه با مسائل وجودی، فرصت بیشتری برای بازنگری فرد در رابطه خود با بیماری و شرایط زندگی فراهم کرده باشد. سرطان پستان می‌تواند تجربه فرد از بدن، آینده، نقش‌های اجتماعی و احساس کنترل بر زندگی را تحت تأثیر قرار دهد؛ از این رو، پرداختن به معنا و محدودیت‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی ممکن است با برخی ابعاد شفقت به خود ارتباط داشته باشد. با این حال، فرایندهای وجودی نیز در پژوهش حاضر به‌طور مستقل اندازه‌گیری نشدند؛ بنابراین، نمی‌توان افزایش شفقت به خود را مستقیماً به معناجویی، مواجهه با اضطراب مرگ یا سایر فرایندهای وجودی نسبت داد. بررسی این مسیرها به پژوهش‌های فرایندی و میانجی‌گری نیاز دارد. برتری نسبی درمان وجودی نسبت به ACT را می‌توان با تفاوت در تمرکز دو رویکرد تبیین کرد. شفقت به خود مستلزم مواجهه پذیرنده با رنج، کاهش خودسرزنشگری و شکل‌دهی نگرشی حمایت‌گرا نسبت به خود در شرایط دشوار است. ممکن است پرداختن مستقیم‌تر درمان وجودی به محدودیت‌های انسانی، مسئولیت، انتخاب و معنای زندگی، در شرایط خاص زنان مبتلا به سرطان پستان فرصت بیشتری برای بازنگری نگرش آنان نسبت به خود و وضعیت

زندگی فراهم کرده باشد. در مقابل، ACT عمدتاً با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و زندگی مبتنی بر ارزش‌ها طراحی شده است و افزایش شفقت به خود را می‌توان یکی از پیامدهای احتمالی این فرایند دانست. با این حال، پژوهش حاضر برای تعیین اینکه کدام مؤلفه درمانی یا فرایند روان‌شناختی مسئول تفاوت مشاهده شده است، طراحی نشده بود؛ بنابراین، این تبیین نیازمند آزمون تجربی است.

تفاوت نتایج پژوهش حاضر با برخی مطالعات پیشین نیز می‌تواند به ویژگی‌های نمونه و مداخلات مربوط باشد. مرحله بیماری، تجربه درمان‌های پزشکی، شدت علائم روان‌شناختی، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی و نیز مدت و ساختار جلسات می‌توانند بر پیامد درمان تأثیر بگذارند. افزون بر این، بسیاری از مطالعات پیشین یک مداخله را با گروه کنترل مقایسه کرده‌اند، درحالی‌که پژوهش حاضر دو رویکرد فعال را مستقیماً مقایسه کرده است. بنابراین، تفاوت نتایج را نمی‌توان صرفاً به ناکارآمدی یا برتری یک رویکرد نسبت داد و باید تفاوت در طراحی پژوهش، ویژگی‌های نمونه و شاخص پیامد را نیز در نظر گرفت.

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها در تحمل پریشانی وجود داشت و اندازه اثر گروه نسبتاً بزرگ بود. مقایسه‌های زوجی با اصلاح بونفرونی نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری تحمل پریشانی را افزایش دادند. افزون بر این، مقایسه مستقیم دو گروه درمانی نشان داد که درمان وجودی در مقایسه با ACT عملکرد بهتری داشت (اختلاف میانگین‌ها: ۳/۸۴). بنابراین، نتایج از برتری درمان وجودی نسبت به ACT در بهبود تحمل پریشانی در شرایط پژوهش حاضر حمایت می‌کنند؛ هرچند این برتری را نباید بدون شواهد پیگیری و بررسی سازوکارهای درمانی، به‌عنوان برتری مطلق یا پایدار تلقی کرد.

این یافته با نتایج برخی پژوهش‌های پیشین که بر نقش مداخلات روان‌شناختی در بهبود سازگاری روان‌شناختی و کاهش پریشانی در افراد مبتلا به سرطان تأکید کرده‌اند، همسو است (هریس و همکاران، ۲۰۲۵؛ ین و همکاران، ۲۰۲۵؛ نیکولسکو و همکاران، ۲۰۲۴؛ صدی دمیرچی و همکاران، ۲۰۱۹؛ لیم و همکاران، ۲۰۲۱). با وجود این، تفاوت در ویژگی‌های نمونه، نوع و مرحله بیماری، نوع مداخله، تعداد جلسات و ابزارهای سنجش، مقایسه مستقیم نتایج را محدود می‌کند. از این‌رو، یافته حاضر را می‌توان در چارچوب شواهد موجود چنین تفسیر کرد که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش، مواجهه با تجربه‌های دشوار و توجه به ابعاد معنادار زندگی می‌تواند با بهبود سازگاری با پریشانی در بیماران مبتلا به سرطان همراه باشند.

در تبیین احتمالی اثربخشی ACT می‌توان به مؤلفه‌هایی مانند پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، فاصله‌گیری از افکار و اقدام متعهدانه بر اساس ارزش‌ها اشاره کرد. از منظر نظری، فرد در این رویکرد به جای تلاش مداوم برای حذف یا کنترل افکار و هیجان‌های دشوار، می‌آموزد در حضور این تجربه‌ها نیز رفتار خود را در جهت اهداف و ارزش‌های شخصی سازمان دهد. در زنان مبتلا به سرطان پستان، چنین فرایندی ممکن است به مواجهه سازگارانه‌تر با اضطراب، ترس، درد و محدودیت‌های ناشی از بیماری و حفظ مشارکت در فعالیت‌های معنادار کمک کند. با این حال، از آنجا که پذیرش، اجتناب تجربه‌ای، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و عمل متعهدانه در پژوهش حاضر اندازه‌گیری نشده‌اند، این فرایندها را نمی‌توان سازوکارهای اثبات‌شده اثر ACT دانست و تبیین حاضر صرفاً یک توضیح نظری محتمل است.

در مورد درمان وجودی نیز می‌توان احتمال داد که توجه به معنا، ارزش‌های شخصی، آزادی و مسئولیت، محدودیت‌های انسانی و مواجهه با اضطراب‌های مرتبط با بیماری، در سازگاری با شرایط دشوار نقش داشته باشد. ابتلا به سرطان می‌تواند پرسش‌هایی درباره آینده، نقش‌های فردی و اجتماعی، محدودیت‌های زندگی و معنای تجربه بیماری ایجاد کند. درمان وجودی با فراهم کردن فرصت تأمل درباره این مسائل، ممکن است به فرد کمک کند تجربه بیماری را در چارچوب گسترده‌تری از زندگی خود بازنگری کند و به جای حذف تجربه ناخوشایند، ظرفیت بیشتری برای مواجهه با واقعیت‌های دشوار و ادامه زندگی در جهت اهداف و ارزش‌های شخصی پیدا کند. با این حال، این تبیین نیز در پژوهش حاضر به‌طور تجربی آزمون نشده است و نمی‌توان تغییر تحمل پریشانی را مستقیماً به تغییر در معناجویی، اضطراب وجودی، پذیرش مرگ یا سایر فرایندهای اختصاصی درمان وجودی نسبت داد.

عملکرد بهتر درمان وجودی نسبت به ACT در تحمل پریشانی نیز می‌تواند به ماهیت برخی منابع پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان مرتبط باشد. این منابع ممکن است فراتر از مشکلات هیجانی روزمره بوده و موضوعاتی مانند عدم قطعیت درباره آینده، تغییر نقش‌های فردی، محدودیت‌های ناشی از بیماری و مواجهه با مسئله مرگ را دربرگیرند. از این منظر، پرداختن مستقیم‌تر درمان وجودی به معنا و محدودیت‌های انسانی ممکن است با برخی نیازهای روان‌شناختی این بیماران تناسب بیشتری داشته باشد. با این حال، این تبیین قطعی نیست؛ زیرا تفاوت مشاهده‌شده می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌های نمونه و شرایط اجرای مداخله، از جمله آمادگی فرد برای مواجهه با مسائل بیماری، مرحله بیماری، تجربه درمان‌های پزشکی، حمایت اجتماعی و تفاوت‌های فردی در معنا دادن به تجربه سرطان نیز قرار

گرفته باشد. این عوامل در پژوهش حاضر به عنوان متغیرهای تعدیل کننده بررسی نشده اند؛ بنابراین، نسبت دادن تفاوت مشاهده شده صرفاً به ماهیت درمان وجودی نیازمند احتیاط است.

پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمانی، یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان وجودی، تأثیر قابل توجهی بر ارتقای شفقت به خود و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان دارند. با این حال، نتایج به وضوح نشان می دهد که درمان وجودی نسبت به ACT اثرگذاری بیشتری دارد. این یافته بیانگر اهمیت توجه به معنا، ارزش ها و بازاندیشی وجودی در مداخلات روان شناختی بیماران سرطانی است و نشان می دهد که تمرکز بر این مکانیسم ها می تواند توانایی بیماران در مواجهه با هیجانات منفی و فشارهای روانی را به شکل عمیق تر و پایدارتر افزایش دهد. پژوهش همچنین تأکید می کند که ترکیب انعطاف پذیری روانی ACT و معناجویی وجودی می تواند به نتایج بهینه در ارتقای سلامت روان بیماران منجر شود.

۴-۱. محدودیت ها و پیشنهادات

این پژوهش، با وجود یافته های ارزشمند، دارای محدودیت هایی است که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست، حجم نمونه نسبتاً محدود، اجرای پژوهش در یک موقعیت جغرافیایی و فرهنگی مشخص و استفاده از نمونه گیری در دسترس، قابلیت تعمیم یافته ها به سایر زنان مبتلا به سرطان پستان را محدود می کند. همچنین، مرحله و وضعیت بالینی بیماری و تفاوت های احتمالی در روند درمان و وضعیت جسمانی شرکت کنندگان به طور کامل کنترل نشد و درمان ها و مراقبت های پزشکی یا روان شناختی همزمان نیز به طور کامل قابل کنترل نبودند؛ بنابراین، این عوامل ممکن است بر پاسخ به مداخلات اثر گذاشته باشند. از سوی دیگر، به دلیل ماهیت مداخلات روان شناختی، کورسازی شرکت کنندگان و درمانگران امکان پذیر نبود و ارزیاب پیامدها نیز به طور کامل کور نشد؛ از این رو، احتمال سوگیری ارزیاب و انتظارات مرتبط با درمان وجود دارد. همچنین، وفاداری به پروتکل های درمانی با ارزیابی مستقل و نظام مند بررسی نشد و بنابراین، نقش تفاوت های احتمالی در نحوه اجرای مداخلات را نمی توان به طور کامل کنترل کرد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز می تواند نتایج را تحت تأثیر سوگیری پاسخ و مطلوبیت اجتماعی قرار دهد. در نهایت، نبود ارزیابی پیگیری، امکان بررسی پایداری اثرات درمانی را محدود می کند. پیشنهاد می شود پژوهش های آینده با نمونه های بزرگ تر و چندمرکزی، کنترل دقیق تر ویژگی های بالینی و درمان های همزمان، استفاده از ارزیاب کور، بررسی وفاداری به پروتکل و انجام پیگیری های طولانی مدت، این یافته ها را بررسی کنند.

با توجه به یافته های پژوهش، توصیه می شود در مطالعات آینده، اندازه نمونه بزرگ تر و متنوع تر انتخاب شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، پیگیری های بلندمدت برای ارزیابی پایداری اثرات درمان ها ضروری است. پژوهش های آینده می توانند مکانیسم های میانجیگری اثرات درمان وجودی و ACT بر شفقت به خود و تحمل پریشانی را با دقت بیشتری بررسی کنند. علاوه بر این، پیشنهاد می شود ترکیبی از مداخلات ACT و وجودی در بیماران سرطانی اجرا شود تا بهره وری و اثربخشی درمان بهینه گردد. در سطح کاربردی، آموزش روان درمانی مبتنی بر معناجویی و پذیرش هیجانات می تواند به پرستاران، روان شناسان و مشاوران مراکز سرطان برای بهبود کیفیت زندگی بیماران ارائه شود.

۵. تعارض منافع

نویسندگان در خصوص نتایج، تعارض منافع خاصی ندارند.

۶. منابع مالی

در این مطالعه بودجه پژوهشی خاصی از طرف هیچ موسسه ای دریافت نشد.

۷. تأییدیه اخلاقی و رضایت مشارکت کنندگان

شرکت کنندگان اجازه داشتند با رضایت کامل و آگاهی از ملاک های خروج از پژوهش در این پژوهش شرکت کنند، همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند و اطلاعات آنها محرمانه نگه داشته شد.

۸. رضایت برای انتشار

نویسندگان متعهد می شوند که نسخه مورد نظر این مقاله در جای دیگری جهت چاپ ارسال نشده و موافقت خود را جهت انتشار در این مجله اعلام می دارند.

۹. سپاسگزاری

نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی شرکت کنندگان این پژوهش اعلام می دارند.

References

- Azarnia, M., Naderi, F., & Behnam Makvandi, B. (2024). The mediating role of physical health in the correlation between distress tolerance and meta-emotion in women with breast cancer: A structural equation modeling approach. *Women's Health Bulletin*, 11(2), 95–103. <https://doi.org/10.30476/WHB.2024.101912.1273>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Budisavljevic, A., Dedic Plavetic, N., Klaric, K., Kelemenic-Drazin, R., & Letica-Crepulja, M. (2024). The impact of newly diagnosed early breast cancer on psychological resilience, quality of life, and emotional well-being. *Psycho-Oncology*, 33(4), Article e6875. <https://doi.org/10.1002/pon.6875>
- Chen, X., Yan, Q., Tang, Y., Zhu, J., Zhang, W., & Zhang, J. (2024). Financial toxicity, family resilience and negative emotions among young and middle-aged breast cancer patients: A multicentre cross-sectional study. *The Breast*, 75, Article 103735. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2024.103735>
- Chen, Y., Liu, R., Xiao, J., Wang, Y., Yang, Y., Fan, H., Li, D., Xu, C., Yan, X., Chen, M., Peng, L., & Li, M. (2024). Effects of online mindful self-compassion intervention on negative body image in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 72, Article 102664. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102664>
- Ding, X., Chen, H., Kan, H., Zhu, M., Wang, Q., Xia, X., Zhao, F., & Li, Z. (2025). Perceived stress and cognitive function in breast cancer chemotherapy patients: A latent profile analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 76, Article 102867. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102867>
- Docal-Millán, M. del C., Riveros-Munévar, F., Acuña-Arango, L. M., Campos-García, Á. X., & Cabrera-García, V. E. (2025). Mediation of anxiety and coping strategies between severe discipline and interparental conflict with parenting stress. *Heliyon*, 11(1), Article e41405. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e41405>
- Esmaili, S., Nikogoftar, M., Yaghoubi, S., & Nazari, R. (2024). The mediating role of coping strategies and resilience in the relationship between stressful life events and positive and negative affects in women with breast cancer. *Health Psychology Journal*, 13(51), 21–36. <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.68222.5834>
- Harris, C., Giguère, L., Chu, A., Lamarche, J., Langmuir, T., Menelas, K., Rutkowski, N., Sehabi, G., & Lebel, S. (2025). Living well with uncertainty in advanced, metastatic or incurable cancers: A pragmatic feasibility study of the Adapting to Life With Cancer Cognitive Existential Therapy (ACCENT). *Psycho-Oncology*, 34(4), Article e70140. <https://doi.org/10.1002/pon.70140>
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Hosseinzadeh, R., Taghipuor, B., Ahadi, E., Seraj Mohammadi, P., & Abdi, F. (2023). Comparison of alexithymia, loneliness, and self-compassion in girls with and without sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 15(4), 39–46.
- Kato, T. (2025). Effects of self-compassion on depressive symptoms and suicide risk in college students: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 390, Article 119840. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119840>
- Li, H., Xiong, Y., Zhang, Q., Lu, Y., Chen, Q., Wu, S., Deng, Y., Zhao, J., Li, J., Knobf, M. T., & Ye, Z. (2025). Post-traumatic stress disorder, resilience and cancer-related fatigue

- in breast cancer: A moderated network analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 77, Article 102924. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102924>
- Lim, M. A., Ang, B. T., Lam, C. L., Loh, E. C., Zainuddin, S. I., Capelle, D. P., Ng, C. G., Lim, P. K., Khor, P. Y., Lim, J. Y., Huang, S. Y., Low, G. Q. J., Gan, X. Y., & Tan, S. B. (2021). The effect of 5-min mindfulness of love on suffering and spiritual quality of life of palliative care patients: A randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*, 30(5), Article e13456. <https://doi.org/10.1111/ecc.13456>
- Liu, L., Zhang, Y., & Wang, X. (2024). Study on the cut-off point and the influencing factors of distress in patients with newly diagnosed breast cancer. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1281469. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1281469>
- Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2024). Existential therapies and the extended evolutionary meta-model: Turning existential philosophy into process-based therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 34, Article 100840. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100840>
- Moreno, P. I., Horner, F. S., Torzewski, J. B., Thomas, J. L., Gradishar, W., Victorson, D., & Penedo, F. J. (2021). Study design and protocol for tailored Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to optimize quality of life in women living with metastatic breast cancer. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 17, Article 100870. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100870>
- Nandha, S. R., Melwani, P. K., Sharma, D., Sandur, S. K., & Checker, R. (2025). Mitochondrial oxidative stress alters the phosphoproteome and reverses epithelial–mesenchymal transition in human breast cancer cells via the β -catenin/c-Myc axis. *Journal of Proteome Research*, 24(8), 4227–4242. <https://doi.org/10.1021/acs.jproteome.5c00386>
- Niculescu, S., Secară, E., Jiboc, N. M., & Băban, A. (2024). Oncovox: A randomised controlled trial of a web-based acceptance and commitment therapy for breast cancer patients. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, Article 100729. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100729>
- Philipp, R., Walbaum, C., Koch, U., Oechsle, K., Daniels, T., Helmich, F., Horn, M., Junghans, J., Kissane, D., Lock, G., Lo, C., Mruk-Kahl, A., Müller, V., Reck, M., Schilling, G., Schulze, K., von Felden, J., & Vehling, S. (2025). Existential distress in advanced cancer: A cohort study. *General Hospital Psychiatry*, 94, 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2025.02.023>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Rosa, I., Conti, C., Lanzara, R., Ceccato, I., Gallelli, C., La Malva, P., Di Domenico, A., & Porcelli, P. (2025). The echoes of childhood: How parental bonding and emotional trauma shape loneliness in young adults. *Journal of Affective Disorders Reports*, 21, Article 100938. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.100938>
- Sadri Damirch, E., Esmaeili Ghazivaolii, F., Fathi, D., Mehraban, S., & Ahmadboukani, S. (2019). Effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment to body dysmorphic obsessive-compulsive disorder in women with breast cancer. *Iranian Rehabilitation Journal*, 17(4), 351–358. <https://doi.org/10.32598/irj.17.4.351>
- Sauer, C., Haussmann, A., & Weissflog, G. (2024). The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological and physical outcomes among cancer patients and survivors: An umbrella review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, Article 100810. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100810>
- Shahmoradzadeh Fahraji, V., & Nematollahzadeh Mahani, K. (2025). The effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy on feelings of loneliness and marital

- adjustment in women referring to counseling centers in Bam city. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1(2), 82–93.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Soureh, J., Valipour, Y., & Hajloo, N. (2026). Comparing the effectiveness of positive thinking training and Meaning and Purpose (MaP) therapy in promoting post-traumatic growth and psycho-social adjustment in cancer patients. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 2(1), 318–329. <https://doi.org/10.22034/jrc.2026.145585.1038>
- Taghipuor, B., Sharifi, S. F., Barzegaran, R., Seyyedi, S. N., & Ebadi Vahed, L. (2023). The effectiveness of mindful self-compassion training on distress tolerance and emotional inhabitation in students with generalized anxiety disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 18(70), 23–29. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.16511>
- Talebi, G., Rezaei Jamalouei, H., Bagherian Sararoudi, R., Arizi, H. R., & Bagherian Sararoudi, P. (2024). The effectiveness of meaning-centered group therapy on death attitude and distress tolerance in women with breast cancer and death anxiety. *Health Psychology Journal*, 13(51), 83–98. <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.68761.5874>
- Tavoosi, A., Rezapour-Mirsaleh, Y., Ahmadi, Z., & Choobforoushzadeh, A. (2025). Acceptance, distress tolerance and sexual adjustment among women with breast cancer. *Women & Health*, 65(5), 453–463. <https://doi.org/10.1080/03630242.2025.2481577>
- Udo, C., Melin-Johansson, C. H., & Danielson, E. (2011). Existential issues among health care staff in surgical cancer care: Discussions in supervision sessions. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.11.010>
- Ulibarri-Ochoa, A., Macía, P., Ruiz-de-Alegría, B., García-Vivar, C., & Iraurgi, I. (2024). The role of resilience and coping strategies as predictors of well-being in breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 71, Article 102620. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102620>
- Vos, J. (2023). Existential psychological therapies: An overview of empirical research. *Pratiques Psychologiques*, 29(4), 211–229. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2023.06.001>
- World Health Organization. (2024, February 1). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Yin, Y., Li, J., Wang, T., Xu, J., Wu, J., & Luo, J. (2025). Acceptance and commitment therapy effectiveness for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 76, Article 102862. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102862>
- Zhao, W., Chong, Y. Y., Yang, S., Kuerban, D., Zhang, W., Wang, X., Li, X., & Chien, W. T. (2024). Reliability and validity of the translated Chinese version of comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (CompACT-C) in breast cancer survivors. *Heliyon*, 10(4), Article e25956. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25956>
- Zhu, F., Zhang, L., & Li, Y. (2023). The mediating effect of coping styles between self-compassion and body image disturbance in young breast cancer patients. *BMC Nursing*, 22, Article 223. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01342-5>
- Zhu, F., Zhang, W., Liu, C., Qiang, W., & Lu, Q. (2023). Association of self-compassion and body image disturbance among young breast cancer patients: Mediating effect of body surveillance and body shame. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(4), Article 100199. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100199>