

مقایسه اثربخشی شفقت درمانگری انطباق یافته با آموزه‌های اسلامی با شفقت درمانگری کلاسیک در خودشفقتی بیماران مبتلا به سرطان سینه*

عارف شاهدپور^۱، محمد حاتمی^۲، ربابه نوری^۳، محمود برجلی^۴

Comparing the efficacy of compassionate therapy adapted to islamic teachings with compassionate therapy on self-compassion of breast cancer patients

Aref Shahedpour¹, Mohammad Hatami², Robabeh Noori³, Mahmood Borjali⁴

چکیده

زمینه: تحقیقات، اثربخشی شفقت درمانگری و ادغام برخی روان درمانگری‌ها با آموزه‌های دینی و اسلامی را تأیید کرده‌اند، اما آیا ترکیب شفقت درمانگری با آموزه‌های اسلامی می‌تواند اثربخشی آن را افزایش دهد؟ **هدف:** هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی شفقت درمانگری انطباق یافته با آموزه‌های اسلامی با شفقت درمانگری کلاسیک در خودشفقتی بیماران مبتلا به سرطان سینه بود. **روش:** روش این پژوهش، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه شامل ۴۵ نفر از بیماران مراجعه کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۹۷ بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به شکل تصادفی در سه گروه شفقت درمانگری اسلامی، شفقت درمانگری کلاسیک و گروه گواه جایگزین شدند. جلسات آموزش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه شفقت درمانگری کلاسیک (بر اساس گیلبرت «۲۰۱۰») و شفقت درمانگری اسلامی (بر اساس پروتکل محقق ساخته، ۱۳۹۸) انجام شد. به منظور جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه خودشفقتی (نف، ۲۰۰۳) استفاده شد و داده‌ها با روش مانکوا مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که گرچه هر دو درمان در مؤلفه‌های متغیر مورد مطالعه مؤثر بودند اما شفقت درمانگری انطباق یافته با اسلام در بهبود مؤلفه خودمهربانی خودشفقتی مؤثرتر از شفقت درمانگری کلاسیک بود ($P=0/005$). **نتیجه گیری:** ادغام با آموزه‌های اسلامی می‌تواند به اثربخشی شفقت درمانگری کلاسیک بیفزاید. **واژه کلیدیها:** شفقت درمانگری، شفقت درمانگری انطباق یافته با آموزه‌های اسلامی، خودشفقتی، سرطان سینه

Background: studies have shown the effectiveness of compassionate therapy and integrating religious and Islamic teachings with psychotherapies. So can integration with Islam increase compassionate therapy effectiveness? **Aims:** The aim of this study was to compare the effect of compassionate therapy adapted to Islamic teachings with classical compassionate therapy on self-compassion in patients with breast cancer. **Method:** The method of this study, was quasi-experimental with pretest-posttest design with control group. The study population consisted of 45 patients referred to the oncology ward of Shohadaye Tajrish Hospital in 1397 who were selected by convenience sampling and were randomly divided into three groups: Islamic Compassionate therapy, Classical Compassionate therapy and Control. Treatment sessions were conducted over eight 90-minute sessions on Classical compassion therapy group (based on Guilbert “2010”) and Islamic compassionate therapy group (based on the author-made protocol). To collect data, Self-compassion scale (Neff, 2003) was used and data were statistically analyzed by Mancova method. **Results:** The Results showed although both treatments were effective in improving the variables studied, Islamically-adapted compassionate therapy was more effective in improving self-kindness component of self-compassion (P value=0/005). **Conclusions:** integrating Islamic teachings can increase effectiveness of compassionate therapy and this integration can be a suitable psychotherapy for breast cancer patients. **Key words:** Compassionate therapy, Compassionate therapy adapted to Islamic teachings, Self-Compassion, Breast cancer

Corresponding Author: hatami51@gmail.com

* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

^۱ Ph D student of Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran

^۴ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

^۴ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran

مقدمه

سرطان سینه همچون انواع دیگر سرطان، رشد بی‌رویه و مهار نشده سلول‌های غیرطبیعی است که در آن سلول‌ها به طور افسار گسیخته‌ای تقسیم شده و توده‌های متراکمی موسوم به تومور را ایجاد می‌کنند که گاهی اوقات کشنده‌اند (سیگل، میلر و جمال، ۲۰۱۷). سرطان سینه دومین سرطان شایع در جهان و شایع‌ترین سرطان در میان زنان است که هر ساله بیش از یک و نیم میلیون نفر در دنیا به آن مبتلا می‌شوند (تور و همکاران، ۲۰۱۵). این بیماری به طور کلی با بیش از ۵۰۰ هزار مورد مرگ در سال پنجمین عامل مرگ از سرطان و به طور تفکیکی، در مناطق توسعه‌یافته با بیش از ۳۰۰ هزار مرگ در سال، اولین عامل مرگ از سرطان و در مناطق توسعه‌یافته با حدود ۲۰۰ هزار مرگ در سال، دومین عامل مرگ از سرطان است. (تور و همکاران، ۲۰۱۵). در ایران مجموع مبتلایان به سرطان سینه ۴۰ هزار نفر است و سالیانه بیش از ۷ هزار بیمار به این تعداد اضافه می‌شوند (عنایت راد و صالحی نیا، ۱۳۹۳) و این آمار بالا، توجه ویژه‌ای را نسبت به این گروه از بیماران طلب می‌کند.

بیماران سرطانی به علت بیماری دچار درد، رنج و استرس فراوان می‌شوند و حمایتی که از جانب دیگران دریافت می‌کنند می‌تواند کمک شایانی به آنها در مقابله با این مشکلات کند، چنانکه بر اساس تحقیقات این حمایت‌ها در بهزیستی روانی بیماران سرطانی و سازگاری آنها با بیماری مؤثر است (سالاکاری و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از اشکال این حمایت‌ها، حمایت عاطفی است یعنی زمانی که با شخص دچار مشکل با شفقت برخورد کرده و او را تسکین می‌دهیم (مورلی، لی، امن و زکی، ۲۰۱۵). اما بیماران می‌توانند خود نیز خویششان را مورد حمایت عاطفی قرار داده و با شفقت با خودشان برخورد کنند (بلوث و نف، ۲۰۱۸). «خودشفقتی» سازه‌ای است که اخیراً در روانشناسی مورد توجه قرار گرفته و دارای سه جزء مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن آگاهی است (نف، ۲۰۱۹). مهربانی با خود یعنی در هنگام مواجهه با عیب‌ها، ناتوانی‌ها، اشتباهات و رنج‌ها بجای اینکه خود را سرزنش کرده و مورد قضاوت و انتقاد قرار دهیم با مهربانی و همدلی با خود برخورد کنیم. انسانیت مشترک یعنی بدانیم که ما در تجربیات خود تنها نیستیم و دیگران نیز تجربیات مشابه ما دارند. ذهن آگاهی یعنی بجای سرکوب افکار و احساسات دردناک یا درگیر شدن بیش از حد در آنها با ذهن آگاهی یعنی با گشودگی، پذیرش و بدون قضاوت با آنها برخورد کنیم (نف،

۲۰۱۹). تحقیقات از مؤثر بودن این مؤلفه در ابعاد مختلف بهزیستی روانی حکایت دارند چنانکه مطالعات نشان داده‌اند که خودشفقتی در متغیرهای مختلفی از جمله کاهش استرس ادراک شده (سایرویس، مولنار و هیرش، ۲۰۱۵)، افزایش تاب‌آوری (ارت، ژورمن و برکینگ، ۲۰۱۵)، امید به زندگی (یانگ، ژانگ و کو، ۲۰۱۶) و کیفیت زندگی (داود و جونگ، ۲۰۱۷) اثرگذار است لذا به نظر می‌رسد این عامل بتواند در کمک به بیماران سرطان سینه نقش قابل توجهی ایفا کند.

برای درمان مشکلات روانی ناشی از سرطان روان درمانگری‌های مختلفی تاکنون بکار رفته است اما روان درمان جدیدی اخیراً توسط پل گیلبرت (۲۰۱۷) به نام شفقت‌درمانگری مطرح شده است. این درمان سه سیستم تنظیم هیجانی را در افراد متصور است: سیستم «تهدید»، «لذت» و «تسکین». سیستم «تهدید» وظیفه‌اش پایش خطرات و مقابله با آنهاست و هیجانات خشم، ترس، اضطراب و تنفر متعلق به آن است. سیستم «لذت»، سیستم انگیزشی برای برانگیختن تلاش برای کسب پاداش و تأمین نیازها و احساس هیجان، لذت، انرژی و برانگیختگی مربوط به این سیستم است. سیستم «تسکین»، تنظیم‌کننده دو سیستم دیگر یعنی تهدید و لذت طلبی است. احساس رضایت، قناعت، آرامش، امنیت و بهزیستی از هیجانات مربوط به این سیستم است. شفقت‌درمانگری بیماری را ناشی از مشکل در دسترسی شخص به سیستم تسکینی خود و در نتیجه بیش‌فعالی سیستم‌های دیگر می‌داند، پس هدف این درمان تقویت سیستم تسکین و آرامش‌بخشی و در نتیجه تعادل بخشی به سایر سیستم‌های تنظیم هیجانی فرد است و این کار را از طریق افزایش حس «خودشفقتی» انجام می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۱۷).

از طرف دیگر، امروزه شاهد علاقه روز افزونی به بحث معنویت و دین در بحث روان‌درمانگری هستیم (رزمارین، فورستر، شاسیان، وب و بورگونسون، ۲۰۱۵) چرا که دین افراد جزئی از فرهنگشان به شمار می‌رود و فرهنگ نقش مهمی در زندگی افراد دارد، و آگاهی بیشتر ما به فرهنگ مراجعانمان ما را قادر می‌سازد بهتر مسائل و انتظاراتشان را از فرایند درمان درک کنیم لذا توجه به دین از عوامل اصلی فرآیند درمانگری برای گروه‌های متعدد فرهنگی است (وایتلی، ۲۰۱۲) و وجود دپارتمان مجزا در انجمن روانشناسی آمریکا مختص به دین و معنویت گواهی بر این مدعاست. از جمله گروه‌های دینی در جهان، مسلمانان هستند. مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از

کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان شهدای تجریش بود که به روش در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه شفقت درمانگری کلاسیک، شفقت درمانگری اسلامی و گروه گواه جایگزین شدند. معیارهای ورود شرکت کنندگان در مطالعه شامل: مسلمان بودن، سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، حداقل مدرک دیپلم، گذشت حداقل دو ماه و حداکثر شش ماه از زمان تشخیص بیماری، تحت شیمی درمانگری یا پرتو درمانگری قرار داشتن، عدم شرکت همزمان در دوره‌های روانشناختی دیگر و معیارهای خروج شامل: هرگونه بیماری روانی عمده (نظیر: سایکوز، اختلال دوقطبی، یا افسردگی شدید) یا بیماری جسمی به غیر از سرطان، نقص‌های شدید شناختی، علائم جسمی شدید یا عوارض شدید شیمی درمانگری و غیبت داشتن بیش از دو جلسه بود. بعد از جایگزینی و در ادامه مداخله، به علت عدم همکاری برخی از شرکت کنندگان، اطلاعات مربوط به ۱۰ نفر از شرکت کنندگان گروه شفقت درمانگری اسلامی، ۹ نفر از شرکت کنندگان گروه شفقت درمانگری کلاسیک و ۱۰ نفر از شرکت کنندگان گروه گواه در تحلیل نهایی وارد شد؛ از مهمترین عوامل ریزش، وخامت حال فرد، بروز عوارض شدید شیمی درمانی، بستری شدن و غیبت بیش از حد در جلسات بوده است.

درمان‌ها به صورت گروهی، توسط درمانگران مجزا و در طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شدند. ارزیابی بیماران نیز توسط افرادی انجام شد که نمی‌دانستند بیمار در کدام گروه قرار دارد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش آماری مانکوا در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

ابزار

جهت گردآوری داده‌ها از مقیاس خودشفقتی نف (۲۰۰۳) استفاده شد. این پرسشنامه توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۶ سؤال است که در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای سه مقیاس دوقطبی است: مهربانی با خود (سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰) در برابر انتقاد از خود (سوالات ۲۱، ۱۶، ۱۱، ۸، ۱، ۲۱، ۱۶، ۱۱، ۸، ۱)، انسانیت مشترک (سوالات ۱۵، ۱۰، ۷، ۳) در برابر انزوا (سوالات ۲۵، ۱۸، ۱۳، ۴) و ذهن آگاهی (سوالات ۲۲، ۱۷، ۴، ۹) در مقابل همانند

مسلمانان با توجه به عدم درک درمانگران از ارزش‌های اسلامی و ترس از به تناقض رسیدن ارزش‌ها، از مراجعه به روانشناس اجتناب می‌کنند (هدایت دیا، ۲۰۱۴) همچنین برخی از مراجعان مسائل روانی خود را دینی تلقی می‌کنند و در جستجوی راه‌حل‌های مبتنی بر دین هستند. این دسته از مراجعان درمان‌های روانشناختی را کافی نمی‌دانند و علاقه دارند درمان‌هایی مبتنی بر دین به آنها ارائه شود (هاق، خان، کشاورزی و روثمن، ۲۰۱۶).

علاوه بر افزایش میل مراجعه کنندگان مسلمان به روانشناس، ادغام دین با روان‌درمانگری‌ها چندین مزیت دیگر هم دارد. انطباق درمان با ارزش‌های دینی می‌تواند با جلوه دادن درمان به شکل یک عمل مذهبی، تبعیت از درمان و پایبندی به آن را افزایش دهد (حسین و هاج، ۲۰۱۶). همچنین انطباق دادن مداخلات با باورهای دینی بیماران می‌تواند انگیزه آنها برای تغییر را بیشتر کند و از آنجایی که مداخله از دو موتور انگیزشی (سکولار و دینی) استفاده می‌کند، درمان سریعتر اتفاق می‌افتد. (هاج، ۲۰۱۱). اگرچه اکثریت بالینی‌گران دین را برای سلامت روان مفید می‌دانند، رابطه بین دین / معنویت و بهزیستی همواره مثبت نیست (روزنفلد، ۲۰۱۱). شواهدی وجود دارد که برخی اعمال و باورهای دینی معنوی می‌توانند بهزیستی روانی را مختل کنند. برخی مراجعان بیماری‌های خود را به دین ربط می‌دهند. مثلاً وسواس خود را به پایبندی به احکام دین، حالت‌های روان پریشانه خود را به جن‌زدگی، افسردگی خود را به چشم زخم، و بیماری جسمانی خود را به خشم خدا ربط می‌دهند و ادغام دین با روان‌درمانگری می‌تواند با حل این کج فهمی‌ها به درمان کمک کند (کشاورزی و هاق، ۲۰۱۳) و تحقیقات نیز حاکی از آن هستند که ادغام آموزه‌های دینی و اسلامی به مداخلات روانی، اثربخشی آنها را افزایش می‌دهد (کوئینگ، ۲۰۱۸؛ حسین و هج، ۲۰۱۶؛ عبدالاتی، ۲۰۱۶؛ اسلمی، علیپور، آقاییوسفی و نجیب، ۱۳۹۴). لذا با توجه به نتایج تحقیقاتی که از افزایش اثربخشی درمانگری‌های ادغام یافته با آموزه‌های دینی حکایت دارند، سؤال این تحقیق این است که آیا شفقت درمانگری انطباق یافته با آموزه‌های اسلامی در افزایش خودشفقتی بیماران مبتلا به سرطان سینه، مؤثرتر از شفقت درمانی کلاسیک است؟

روش

تحقیق حاضر از لحاظ روش، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل

انطباق یافته با آموزه‌های اسلامی، ابتدا متون اسلامی شامل قرآن، تفاسیر و روایات توسط محقق بررسی شده و مطالب مرتبط با شفقت شناسایی و استخراج شدند. آنگاه این مطالب با شفقت درمانگری کلاسیک معادل سازی شده و با ادغام در پروتکل اصلی، پروتکل انطباق یافته با اسلام طراحی شد. سپس درستی محتوایی پروتکل طراحی شده با نظرخواهی از سه تن از اساتید و خبرگان این حوزه مورد تأیید قرار گرفت و پیش از استفاده از آن در تحقیق اصلی، اثربخشی این پروتکل با آزمایش بر روی یک بیمار مبتلا به سرطان سینه مشخص گردید.

خلاصه جلسات شفقت درمانگری کلاسیک و اسلامی به ترتیب

در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

سازی افراطی (سؤالات ۲، ۶، ۲۰، ۲۴). برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک تک سؤالات آن باید جمع شود؛ و برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه سؤالات پرسشنامه جمع بسته می‌شوند. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر خودشفقتی خواهد بود. خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ مؤلفه‌های این پرسشنامه را به قرار ذیل گزارش کرده‌اند: مهربانی با خود ۰/۸۱، انتقاد از خود ۰/۷۹، انسانیت مشترک ۰/۸۴، انزوا ۰/۸۵، ذهن آگاهی ۰/۸۰ و همانند سازی افراطی ۰/۸۳. آلفای کرونباخ کل مقیاس نیز ۰/۷۶ گزارش شده است.

برای تهیه پروتکل شفقت درمانگری کلاسیک از کتاب گیلبرت

(۲۰۱۰) استفاده شد و به منظور تهیه پروتکل شفقت درمانگری

جدول ۱. خلاصه جلسات شفقت درمانگری کلاسیک

جلسات	محتوا
جلسه پیش‌آزمون	آشنایی اعضای گروه با هم، معرفی برنامه، توضیح اهداف و وضع قراردادها - اجرای پیش‌آزمون
جلسه اول	معرفی اجمالی شفقت درمانگری - سیستم‌های سه گانه تنظیم هیجان - تکلیف (پایش سیستم‌های تنظیم هیجانی خود)
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل - ویژگی‌های شفقت (مهربانی و همدلی) - تکلیف (پایش رفتارهای خود بر اساس دو ویژگی مطرح شده)
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل - ویژگی‌های شفقت (شجاعت و عقلانیت) - ترس از شفقت - تکلیف (پایش رفتارهای خود بر اساس دو ویژگی مطرح شده)
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل - اهمیت تصویرسازی و تکنیک‌های عملی - ذهن آگاهی - تنفس آرامبخش - تکلیف (انجام تنفس آرامبخش و ذهن آگاهی)
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل - تصور مکان آرامبخش - تصور خودمشفق - تصور شفقت به دیگران - رفتار مشفقانه - تکلیف (انجام تصویرسازی‌ها و تمرین رفتار)
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل - تصور شفقت از دیگران به خود - تصور شفقت از مشفق ایده‌آل - تکلیف (انجام تصویرسازی‌ها و تمرین رفتار مشفقانه)
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل - کار با صندلی - نامه‌نگاری مشفقانه - تکلیف (تمرین کار با صندلی و نامه نگاری مشفقانه)
جلسه هشتم	تمرین مهارت‌های فراگرفته شده
جلسه پس‌آزمون	اجرای پس‌آزمون - نظرخواهی در خصوص برنامه و اجرای جلسه مهمانی پایان برنامه و در نهایت تقدیر از آزمودنی‌ها

جدول ۲. خلاصه جلسات شفقت درمانگری اسلامی

جلسات	محتوا
جلسه پیش‌آزمون	آشنایی اعضای گروه با هم، معرفی برنامه، توضیح اهداف و وضع قراردادها - اجرای پیش‌آزمون
جلسه اول	معرفی اجمالی شفقت درمانگری (+ آموزه‌های اسلامی منطبق) - سیستم‌های سه گانه تنظیم هیجان - تکلیف (پایش سیستم‌های تنظیم هیجانی خود)
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل - ویژگی‌های شفقت (مهربانی و همدلی + آموزه‌های اسلامی منطبق) - تکلیف (پایش رفتارهای خود بر اساس دو ویژگی مطرح شده)
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل - ویژگی‌های شفقت (شجاعت و عقلانیت + آموزه‌های اسلامی منطبق) - ترس از شفقت (+ آموزه‌های اسلامی منطبق) - تکلیف (پایش رفتارهای خود بر اساس دو ویژگی مطرح شده)
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل - اهمیت تصویرسازی و تکنیک‌های عملی و نحوه ذهن آگاهی (+ آموزه‌های اسلامی منطبق) - تنفس آرامبخش - تکلیف (انجام تنفس آرامبخش و ذهن آگاهی)
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل - تصور مکان آرامبخش، تصور خودمشفق، تصور شفقت به دیگران و انجام رفتار مشفقانه (+ آموزه‌های اسلامی منطبق) - تکلیف (انجام تصویرسازی‌ها و تمرین رفتار مشفقانه)
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل - تصور شفقت از دیگران به خود و تصور شفقت از مشفق ایده‌آل (+ آموزه‌های اسلامی منطبق) - تکلیف (انجام تصویرسازی‌ها و تمرین رفتار مشفقانه)
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل - کار با صندلی و نامه‌نگاری مشفقانه (+ آموزه‌های اسلامی منطبق) - تکلیف (تمرین کار با صندلی و نامه‌نگاری مشفقانه)
جلسه هشتم	تمرین مهارت‌های فراگرفته شده
جلسه پس‌آزمون	اجرای پس‌آزمون - نظرخواهی در خصوص برنامه و اجرای جلسه مهمانی پایان برنامه و در نهایت تقدیر از آزمودنی‌ها

یافته‌ها

اسلامی، تحصیلات دانشگاهی دارند؛ ۷۷/۸ درصد شرکت کنندگان گروه شفقت درمانگری کلاسیک، تحصیلات دانشگاهی دارند. همچنین ۸۰ درصد شرکت کنندگان گروه گواه، تحصیلات دانشگاهی دارند.

پیش از انجام مانکوا، پیش فرض‌های آن (نرمال بودن، همسانی واریانس‌ها و همگنی ماتریس واریانس کواریانس) بررسی شدند که نتایج آنها در جداول ۳، ۴ و ۵ ارائه شده‌اند.

میانگین سنی شرکت کنندگان گروه شفقت درمانگری اسلامی ۴۳/۴ سال، گروه شفقت درمانگری کلاسیک، ۴۸/۷۸ سال و گروه گواه ۴۳/۶ سال بود. ۱۰۰ درصد شرکت کنندگان گروه شفقت درمانگری اسلامی، خانه دار؛ ۴۴/۴ درصد شرکت کنندگان گروه شفقت درمانگری کلاسیک شاغل و ۵۵/۶ درصد آنها خانه‌دار بودند. ۵۰ درصد شرکت کنندگان گروه گواه شاغل و ۵۰ درصد دیگر خانه‌دار بودند. ۷۰ درصد شرکت کنندگان گروه شفقت درمانگری

مؤلفه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	مقدار Z	سطح معنی داری	مقدار Z	سطح معنی داری
خود قضاوتی	۱/۲۱	۰/۰۷۵	۱/۰۵۸	۰/۲۱۳
هماندسازی	۰/۸۱۳	۰/۵۲۴	۰/۸۱۲	۰/۵۲۴
انسانیت مشترک	۰/۷۸۵	۰/۵۶۹	۰/۸۳۱	۰/۴۹۴
خود مهربانی	۰/۹۲۱	۰/۳۶۴	۰/۶۵۹	۰/۷۷۷
ذهن آگاهی	۱/۱۱۲	۰/۱۶۹	۱/۲۶	۰/۰۸۳
انزوا	۰/۶۸۱	۰/۷۴۲	۱/۰۳۰	۰/۲۳۹

مؤلفه‌ها	پیش آزمون				پس آزمون			
	F	DF1	DF2	Sig	F	DF1	DF2	Sig
خود قضاوتی	۳/۲۹۵	۲	۲۶	۰/۰۵۳	۰/۱۲۹	۲	۲۶	۰/۸۸۰
هماندسازی	۰/۰۱۴	۲	۲۶	۰/۹۸۶	۰/۹۹۹	۲	۲۶	۰/۳۸۲
انسانیت مشترک	۱/۳۱۷	۲	۲۶	۰/۲۸۵	۱/۰۸۷	۲	۲۶	۰/۳۵۲
خود مهربانی	۲/۴۳۶	۲	۲۶	۰/۱۴۵	۲/۵۷۶	۲	۲۶	۰/۰۹۵
ذهن آگاهی	۰/۲۲۸	۲	۲۶	۰/۷۹۸	۲/۱۳۴	۲	۲۶	۰/۱۳۹
انزوا	۱/۵۱۵	۲	۲۶	۰/۲۳۹	۰/۵۴۴	۲	۲۶	۰/۵۸۷

سطح معنی داری	F	Box, M
۰/۵۸۷	۰/۸۹۷	۴۴/۴۵

با توجه به اینکه نتایج آزمون ام باکس معنی دار نیست ($p=0/587$)، پیش فرض همگنی ماتریس واریانس کواریانس متغیرهای وابسته برقرار است. نتایج حاصل از بررسی تحلیل کواریانس برای مقایسه گروه‌های شفقت درمانگری اسلامی، کلاسیک و گروه کنترل، از نظر مؤلفه‌های شفقت در مرحله پس آزمون در جدول ۶ نشان داده شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمره‌های پس آزمون گروه‌ها، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد (با توجه به مقدار اثر

بر اساس جدول ۳، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای مؤلفه‌های مورد بررسی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های شفقت درمانگری اسلامی، کلاسیک و کنترل، معنادار نمی‌باشند ($P>0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است. همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقادیر آماره F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های مورد مطالعه است، در پیش آزمون و پس آزمون، معنادار نیست ($P>0/05$)، با توجه به این نتیجه، پیش فرض برابری واریانس‌های گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود.

پس آزمون، از لحاظ مؤلفه‌های شفقت در سطح مورد نظر ($p < 0/05$) معنی دار است.

نتایج اطلاعات جدول ۸ نشان می‌دهد که اگر چه هر دو روش مداخله کلاسیک و اسلامی در بهبود خودشفقتی مؤثر بوده‌اند، اما در بهبود مؤلفه خودمهربانی (با تفاوت میانگین: $-3/996$) و در سطح معنی‌داری: ($0/005$)، شفقت درمانگری اسلامی بر روش شفقت درمانگری کلاسیک برتری دارد.

پیلای «۱/۴۱۵» و مقدار F «۶/۴۵۵» تفاوت گروه‌های مورد مطالعه در سطح $0/001$ معنی دار است.

جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۷ آمده است. جدول ۷ نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین‌های متغیرهای وابسته در گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون رانشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات این جدول، تفاوت بین گروه‌ها در مرحله

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلای	۱/۴۱۵	۶/۴۵۵	۱۲	۳۲	۰/۷۰۸	۱	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۹	۷/۸۳۶	۱۲	۳۰	۰/۷۵۸	۱	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۷/۹۹۵	۹/۳۲۷	۱۲	۲۸	۰/۸۰۰	۱	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۶/۸۰۴	۱۸/۱۴۴	۶	۱۶	۰/۸۷۲	۱	۰/۰۰۱

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
گروه	خودقضاوتی	۵۰/۸۶۶	۲	۲۵/۴۳۳	۸/۸۵۹	۰/۴۷۰	۰/۹۶۴	۰/۰۰۲
	هماندسازی	۳۴/۱۱	۲	۱۷/۰۵۵	۹/۱۴۳	۰/۴۷۸	۰/۹۵۲	۰/۰۰۲
	انسانیت مشترک	۴۶/۴۶۰	۲	۲۳/۲۳۰	۱۳/۱۳۹	۰/۵۶۸	۰/۹۹۳	۰/۰۰۱
	خودمهربانی	۱۵۹/۲۷۷	۲	۷۹/۶۳۹	۱۹/۸۷۷	۰/۶۶۵	۱	۰/۰۰۱
	ذهن آگاهی	۹۶/۱۹۲	۲	۴۸/۰۹۶	۳۲/۶۵۳	۰/۷۶۶	۱	۰/۰۰۱
	انزوا	۴/۴۸۶	۲	۲/۲۴۳	۶/۲۰۴	۰/۳۸۳	۱	۰/۰۰۸

مؤلفه‌های خودشفقتی	گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
خودقضاوتی	شفقت درمانگری کلاسیک شفقت درمانگری اسلامی	-۰/۵۵۶	۱/۰۰۰
	شفقت درمانگری کلاسیک کنترل	۲/۷۰۱	۰/۰۱۱
	شفقت درمانگری اسلامی کنترل	۳/۲۵۷	۰/۰۰۴
هماندسازی	شفقت درمانگری کلاسیک شفقت درمانگری اسلامی	۰/۵۱۵	۱/۰۰۰
	شفقت درمانگری کلاسیک کنترل	۲/۶۴۵	۰/۰۰۲
	شفقت درمانگری اسلامی کنترل	۲/۱۲۹	۰/۰۲۰
انسانیت مشترک	شفقت درمانگری کلاسیک شفقت درمانگری اسلامی	۰/۸۵۸	۰/۷۵۳
	شفقت درمانگری کلاسیک کنترل	۳/۱۶۳	۰/۰۰۱
	شفقت درمانگری کنترل	۲/۳۰۶	۰/۰۰۹
خودمهربانی	شفقت درمانگری کلاسیک شفقت درمانگری اسلامی	-۳/۹۹۶	۰/۰۰۵
	شفقت درمانگری کلاسیک کنترل	۲/۴۸۹	۰/۰۵۶
	شفقت درمانگری اسلامی کنترل	۶/۴۸۴	۰/۰۰۱
ذهن آگاهی	شفقت درمانگری کلاسیک شفقت درمانگری اسلامی	۰/۳۵۴	۱/۰۰۰
	شفقت درمانگری کلاسیک کنترل	۴/۲۵۴	۰/۰۰۱
	شفقت درمانگری اسلامی کنترل	۳/۹۰۰	۰/۰۰۱
انزوا	شفقت درمانگری کلاسیک شفقت درمانگری اسلامی	۰/۳۶۹	۰/۸۲۲
	شفقت درمانگری کلاسیک کنترل	-۰/۶۷۲	۰/۰۹۷
	شفقت درمانگری اسلامی کنترل	-۱/۰۴۱	۰/۰۰۹

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق نشان داد که شفقت درمانگری انطباق یافته با اسلام در افزایش مؤلفه خودمهربانی در خودشفقتی بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثرتر از شفقت درمانگری کلاسیک است. این نتیجه با تحقیقات رأس، کندی و مکناب (۲۰۱۵)، کوئینگ (۲۰۱۸)، حسین و هج (۲۰۱۶)، عبدلاتی (۲۰۱۶)، اسلمی و همکاران (۱۳۹۴) که حاکی از افزایش تأثیر ادغام دین و اسلام با روان درمانگری‌ها هستند مطابقت دارد. در توضیح آن می‌توان گفت که نقطه مقابل خودمهربانی، خودسرزنی، و هسته خودسرزنی، شرم است. شرم یعنی اعتقاد به اینکه من بد و بی ارزش هستم (گیلبرت، ۲۰۱۷). گرچه شفقت درمانگری کلاسیک بر بحث خودارزشمندی تأکید می‌کند ولی ممکن است افراد آن را مساوی غرور و تکبر و مغایر فرهنگ دینی خود ببینند و این کج فهمی دینی می‌تواند مانع افزایش حس خودارزشمندی شود. اما وقتی به افراد جایگاه آنها به عنوان بندگانی که خداوند از روح خودش در آنها دمیده (سوره حجر، آیه ۲۹) گفته می‌شود این حس خودارزشمندی تقویت می‌شود و هنگامی که حقیقت عشق خداوند به تمامی بندگانش بویژه گنهکاران بیان می‌شود (سوره زمر، آیه ۵۳) و تأییده‌ای دینی درباره تفکیک رفتار بد افراد از ذات آنها ذکر می‌شود (سوره حجر، آیه ۱۱) افراد نسبت به این مسئله (حرمت خود) پذیراتر می‌گردند. مسئله بعدی این است که گاهی افراد مشکلات و بیماری‌ها را نشانه خشم خدا و تقاص گناهانشان می‌دانند لذا در این هنگام شفقت نسبت به خود را از دست می‌دهند، بر خود خشمگین می‌شوند و با شیوه خودسرزنشگرانه در پی پاک کردن گناه و حذف مجازاتشان بر می‌آیند (گال و بیلودو، ۲۰۱۹؛ لی، نزو و نزو، ۲۰۱۴). پس وقتی کج فهمی دینی آنها اصلاح می‌شود که مشکلات و بیماری‌ها نشانه خشم خدا از آنها نیستند و راه اصلاح اشتباهات، نه خودسرزنی بلکه توبه است، نسبت به خود مهربان‌تر می‌شوند. در کل شفقت درمانگری اسلامی با اصلاح کج فهمی دینی که خود ارزشمندی را مساوی غرور، گناه را نشانه بدی خود، بیماری را نشانه خشم خدا و دوست نداشتنی بودن و خودسرزنی را راه کاهش خشم خدا می‌داند موانع مهربانی با خود را برطرف کرده و اثربخشی درمانگری را بر روی مؤلفه خودمهربانی افزایش می‌دهد. بر خلاف یافته فوق درباره اثربخشی بیشتر شفقت درمانگری اسلامی، این تحقیق نشان داد که شفقت درمانگری اسلامی در مقایسه با شفقت درمانگری کلاسیک اثرافزوده‌ای در افزایش مؤلفه‌های

ذهن آگاهی و انسانیت مشترک متغیر خودشفقتی بیماران مبتلا به سرطان سینه ندارد. تحقیقی همخوان با نداشتن اثر افزوده ادغام دین یا اسلام در روان درمانگری یافت نشد و این نتیجه در ظاهر برخلاف نتایج تحقیقات موید تأثیرگذاری بیشتر در ماه‌های ادغام شده با دین یا اسلام که در بالا ذکر شد به نظر می‌آید. به نظر می‌رسد این مؤلفه‌ها در شفقت درمانگری کلاسیک برخلاف مؤلفه قبلی با فرهنگ اسلامی بیماران کاملاً همخوان هستند و بیماران مغایرتی بین آنها و فرهنگ اسلامی خود نمی‌بینند که ذکر شاهد مثال‌های اسلامی بتواند با حل این مغایرت، پذیرش آنها را در افراد بالا برده و اثرافزوده‌ای داشته باشد. البته اصلاح دیدگاه‌های مذهبی، یک راه افزایش اثرگذاری روان درمانگری‌های ادغام یافته با دین است؛ راه دیگر اثر افزوده آن، افزایش انگیزه بیماران در تبعیت از درمان است چرا که آموزه‌های درمانگری را به شکل آموزه‌ای مذهبی جلوه می‌دهد، ولی با توجه به عدم اثر افزوده شفقت درمانگری اسلامی در مؤلفه‌های ذهن آگاهی و انسانیت مشترک، می‌توان این مسئله را در نظر گرفت که درست است که جامعه آماری این تحقیق، بیماران مسلمان بودند ولی میزان اعتقادات مذهبی آنها مورد بررسی قرار نگرفت و شاید بتوان عدم تأثیرگذاری بیشتر شفقت درمانگری اسلامی را به سطح پایین اعتقادات مذهبی بیماران نسبت داد که این موضوع می‌تواند در تحقیقات آینده مورد بررسی قرار گیرد.

از محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن تحقیق به بیماران خانم با توجه به نوع سرطان، انحصار آن به یک نوع سرطان، محدود بودن بیماران سرطانی به مرحله شیمی درمانگری و عدم توجه به میزان اعتقادات مذهبی بیماران است. همچنین استفاده از پروتکلی که در مراحل اولیه است از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی گستره نوع و مرحله درمانگری سرطان افزایش یابد، پیش از انجام تحقیق، میزان اعتقادات مذهبی افراد سنجیده شود و اثربخشی پروتکل شفقت درمانگری انطباق یافته با آموزه‌های اسلامی با تکرار تحقیقات مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

منابع

اسلمی، الهه؛ علیپور، احمد، آقاییوسفی، علیرضا و نجیب، فاطمه (۱۳۹۴)، اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر طحوااره‌های اسلامی - معنوی بر اضطراب بارداری مادران و سلامت جسمانی نوزادان، *نشریه روانشناسی سلامت*، ۴(۱۴)، ۱۴۰-۱۲۹.

- Kemper, K. J., Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals?. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21, 496-503.
- Keshavarzi, H., & Haque, A. (2013). Outlining a psychotherapy model for enhancing Muslim mental health within an Islamic context. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23, 230-249.
- Koenig, H. G. (2018). Effects of Religious vs. Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on Purpose in Life in Clients with Major Depression and Chronic Medical Illness: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 6(1), 140-161
- Lee, M., Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2014). Positive and negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(5), 921-930.
- Morelli, S. A., Lee, I. A., Arnn, M. E., & Zaki, J. (2015). Emotional and instrumental support provision interact to predict well-being. *Emotion*, 15(4), 484-493.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self And Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2019). Setting the record straight about the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, 10(1), 200-202.
- Quinn, G. P., Gonçalves, V., Sehovic, I., Bowman, M. L., & Reed, D. R. (2015). Quality of life in adolescent and young adult cancer patients: a systematic review of the literature. *Patient Related Outcome Measures*, 6, 19-50.
- Rosenfeld, G. W. (2011). Contributions from ethics and research that guide integrating religion into psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 192-199.
- Rosmarin, D. H., Forester, B. P., Shassian, D. M., Webb, C. A., & Björngvinsson, T. (2015). Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1149-1153.
- Salakari, M., Pylkkänen, L., Sillanmäki, L., Nurminen, R., Rautava, P., Koskenvuo, M., & Suominen, S. (2017). Social support and breast cancer: A comparative study of breast cancer survivors, women with mental depression, women with hypertension and healthy female controls. *The Breast*, 35, 85-90.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2017). Cancer statistics, 2017. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 65, 5-29.
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14(3), 334-347.
- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 65 (2), 87-108.
- خسروی، صدالله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس خودشفقتی (SCS). فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۴(۱۳)، ۴۷-۵۹.
- عنایت راد، مصطفی و صالحی نیا، حمید (۱۳۹۳). بررسی روند تغییرات بروز سرطان پستان در زنان ایران. مجله علوم پزشکی دانشگاه سبزوار، ۲۲ (۱)، ۳۵-۲۷.
- Abdelati, N. S. (2016). The Effectiveness of Islamic Cognitive Behavioral Therapy with Selected Islamic Content for Depressed Adults in Libya. *Unpublished Doctorate dissertation*. Penang: Universiti Sains Malaysia.
- Bluth, K., & Neff, K. D. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 17(6), 605-608.
- Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy-Heltzel, S. E., & Worthington Jr, E. L. (2018). Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1938-1951.
- Dowd, A. J., & Jung, M. E. (2017). Self-compassion directly and indirectly predicts dietary adherence and quality of life among adults with celiac disease. *Appetite*, 113, 293-300.
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition And Emotion*, 29, 1496-1504.
- Gall, T. L., & Bilodeau, C. (2019). The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer: A longitudinal study. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 18, 1-15.
- Gilbert, P. (2017). A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy. *EC Psychology And Psychiatry*, 3(6), 218-227.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: distinctive features*. Hove: Routledge.
- Haque, A., Khan, F., Keshavarzi, H., & Rothman, A. E. (2016). Integrating Islamic traditions in modern psychology: Research trends in last ten years. *Journal of Muslim Mental Health*, 10(1), 182-197
- Hedayat-Diba, Z. (2014). Psychotherapy with Muslims. In P. S. Richards & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and religious diversity* (pp. 287-317). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hodge, D. R. (2011). Alcohol treatment and cognitive-behavioral therapy: Enhancing effectiveness by incorporating spirituality and religion. *Social Work*, 56, 21-31.
- Husain, A., & Hodge, D. R. (2016). Islamically modified cognitive behavioral therapy: Enhancing outcomes by increasing the cultural congruence of cognitive behavioral therapy self-statements. *International Social Work*, 59(3), 393-405.

- Webster, S., Chandrasekaran, S., Vijayaragavan, R., & Sethu, G. (2016). Impact of emotional support on serum cortisol in breast cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(2), 141-149.
- Whitley, R. (2012). Religious competence as cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 245-260.
- Yang, Y., Zhang, M., & Kou, Y. (2016). Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*, 98, 91-95.

