



اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرح‌واره‌های جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد پروفیسور حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

الهام انوشیروانی ^{id}
نرگس رازقی* ^{id}
شهناز نوحی ^{id}
حکیمه آقایی ^{id}

nrazeghi@iautb.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۶

دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۴

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۲ پیاپی ۱۱ | ۴۳۳-۴۴۸

تابستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(انوشیروانی، رازقی، نوحی و آقایی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

انوشیروانی، الهام، رازقی، نرگس، نوحی، شهناز، و آقایی، حکیمه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرح‌واره‌های جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۲): ۴۳۳-۴۴۸.

چکیده

هدف: هدف پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرح‌واره‌های جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه بود. **روش پژوهش:** روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام خمینی (ره) بود که در سال‌های ۹۹-۱۳۹۸ به این بیمارستان مراجعه کردند که طبق آمار اعلام شده حدوداً ۲۵۰ نفر بودند و از بین آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های خود انتقادگری تامسون و زوروف (۲۰۰۴) و طرح‌واره‌های جنسی آندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس از آن برنامه درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. سپس پرسشنامه‌های ذکر شده در بالا مجدداً توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای مقایسه‌ای ($F=10/12$)، درونی ($F=11/85$)، پرشور ($F=28/05$)، صریح ($F=14/42$) و خجالتی ($F=6/93$) معنی‌دار است. ($P<0/001$). **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت یکی از درمان‌های گروه درمان‌های موج سوم روانشناختی است که توانسته است میزان خود انتقادگری و طرح‌واره‌های جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه را بهبود ببخشد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر شفقت، خود انتقادگری، طرح‌واره‌های جنسی، سرطان سینه

مقدمه

سرطان^۱ یک اصطلاح عمومی برای گروه بزرگی از بیماری‌هایی است که می‌تواند هر قسمت از بدن را درگیر کند (موهان و همکاران، ۲۰۱۷). سرطان پستان^۲ شایع‌ترین سرطان در زنان است و می‌تواند اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی داشته باشد (واپنیر و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران ۱۶ درصد از کل سرطان‌ها در هر دو جنس مردان و زنان مربوط به سرطان پستان است و رتبه اول را در بین زنان ایرانی دارد (فتح الهی شورابه و همکاران، ۱۳۹۶) و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در آن‌ها می‌شود. سرطان پستان بیماری مزمنی است که تشخیص و درمان آن با مشکلات روان‌شناختی زیادی همراه است که لزوم استفاده از درمان روان‌شناختی را بیشتر می‌نماید (نوروزی و هاشمی، ۱۳۹۶)، بیماران دچار سرطان در مورد زنده ماندن خود نگران هستند؛ درد می‌کشند و این امر به‌طور جدی می‌تواند بر وضعیت روانی آن‌ها تأثیرگذار باشد، بر همین اساس است که گفته می‌شود که سرطان فقط یک رویداد با پایانی معین نیست؛ بلکه موقعیتی دائمی و مهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسائل روان‌شناختی مربوط به آن مشخص می‌شود (موهان و همکاران، ۲۰۱۷).

در زنان دارای سرطان پستان به دلیل آسیب‌های وارده، طرحواره جذابیت بدنی آن‌ها در نزد خودشان (همچنین در بعضی موارد در نزد همسرانشان) دچار تغییراتی می‌گردد، به‌طوری که آن‌ها به علت تصور بدنی دگرگون‌شده‌ای که از خودشان دارند، دیگر مانند گذشته، خود را دارای جذابیت بدنی و جنسی نمی‌پندارند (اسفندیاری دولابی و همکاران، ۱۳۹۴). اندرسن و سیرانوسکی (۱۹۹۴) مفهوم طرحواره جنسی^۳ را به‌عنوان تعمیم‌های شناختی فرد از جنبه‌های جنسی حاصل تجارب گذشته تعریف کرده‌اند که این طرحواره‌ها یک نمایشی تاریخی از زندگی جنسی اوست و به‌عنوان باورهای اساسی و هسته‌ای ابعاد جنسی فرد تعریف شده است که از تجارب گذشته مشتق شده‌اند و در تجربه‌های حال نمود پیدا می‌کنند و در پردازش اطلاعات جنسی افراد تأثیر می‌گذارند و رفتار جنسی را هدایت می‌کنند. طرحواره‌های جنسی نگرش‌ها، رفتارها، تصمیمات و قضاوت‌های جنسی فرد را هدایت می‌کنند. طرحواره‌ها همیشه خود را در روابط نشان می‌دهند و باعث تأثیر در عملکرد رابطه جنسی و غیرجنسی می‌شوند (بابایی، ۱۳۹۷). خود انتقادگری^۴ از دیگر متغیرهایی است که با احساس حقارت شدید، احساس گناه، بی‌ارزشی و احساس شکست در مطابقت با معیارهای مورد انتظار، در زنان با سرطان سینه مشخص می‌شود (موسوی و همکاران، ۲۰۱۶). خود انتقادگری به‌عنوان داشتن انتظارات بالا از خود و تلاش برای پیشرفت تعریف شده است. افراد خود انتقادگر هنگام روبرو شدن با مانع در راه رسیدن به اهدافشان، بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند و مستعد تجربه افسردگی هستند. خود انتقادگری بر پایه میزان درون‌فکنی معیار عمل، در یک پیوستار قرار می‌گیرد؛ در یک انتهای این پیوستار، نوعی از خود انتقادگری وجود دارد که بر استانداردهای به نسبت بیرونی متکی است و در انتهای دیگر آن نوعی از خود انتقادگری که مستلزم استانداردهای درونی است (حسینی و افشاری نیا، ۱۳۹۷).

1. Cancer
2. Breast Cancer
3. Sexual Schema
4. Self-criticism

با توجه به مطالب گفته‌شده و عوارض روان‌شناختی که سرطان سینه برای بانوان به ارمغان می‌آورد، به نظر می‌رسد بهترین دفاع علیه مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن، آموزش داده‌هاست (بریدی و همکاران، ۲۰۰۷). تاکنون مداخله‌های آموزشی مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، مایه کوبی علیه استرس (مایکن بام، ۱۹۸۵) و برنامه‌های متمرکز بر پرورش شفقت به خود (گیلبرت، ۲۰۰۹) برای مقابله با موقعیت‌های هیجانی دشوار طراحی شده‌اند که از میان آن‌ها توسعه شفقت نسبت به خود در زمان‌های استرس به صورت بالقوه می‌تواند خطر استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی را کاهش داده و هم‌زمان موجب افزایش بهزیستی فردی و رضایت ناشی از شفقت شود (بیائومونت و همکاران، ۲۰۱۶).

شفقت به خود سه عنصر اساسی را در بردارد: ۱. ایجاد حس مهربانی و ادراک خود به جای خود انتقادگری و قضاوت سرسختانه (خود مهربانی)؛ ۲. تلقی کردن تجربه شخصی به‌عنوان بخشی از تجربه گسترده‌تر بشر به جای جدایی و انزوا (انسانیت مشترک)؛ ۳. نگاه‌داشتن افکار و احساسات دردناک در هشیاری متعادل به جای همسان سازی مبالغه‌آمیز با آن‌ها ذهن آگاهی (نف و همکاران، ۲۰۰۵؛ نف و داهم، ۲۰۱۵؛ نف و گرمر، ۲۰۱۳؛ نف و همکاران، ۲۰۰۸؛ نف و همکاران، ۲۰۰۷). از این رو گیلبرت (۲۰۰۹) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و درنهایت «درمان متمرکز بر شفقت»^۱ را مطرح کرد. اصول پایه درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). افزون بر آن، درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). در تمرین‌های خود شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی خواهد داشت (گیلبرت، ۲۰۰۹؛ نف و داهم، ۲۰۱۵).

بنابراین به نظر می‌رسد که در کنار درمان‌های پزشکی سرطان، از درمان‌های روانشناختی جهت درمان مشکلات روانشناختی ناشی از سرطان در این بیماران بهره جست، بنابراین با توجه به این مطلب پژوهشگر درصدد آن است که به این سؤال پاسخ دهد:

۱. آیا درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری، کارکرد خانواده و طرح‌واره‌های جنسی در زنان مبتلابه سرطان سینه در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
۲. آیا درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری، کارکرد خانواده و طرح‌واره‌های جنسی در زنان مبتلابه سرطان سینه در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری‌شده، جزء مطالعات کمی و از حیث هدف جزء مطالعات کاربردی است. روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه گواه و آزمایش انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلابه سرطان سینه

بیمارستان امام خمینی (ره) بود که در سال‌های ۹۹-۱۳۹۸ به این بیمارستان مراجعه کردند که طبق آمار اعلام‌شده حدوداً ۲۵۰ نفر بودند و از بین آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامه درمانی پرسشنامه‌های خودانتقادی تامسون و زوروف (۲۰۰۴) و طرح‌واره‌های جنسی آندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) بین هر دو گروه توزیع شد. پس از آن برنامه درمان مبتنی بر شفقت بر روی گروه آزمایش (به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر جلسه هفته‌ای یک‌بار) اجرا شد و گروه گواه تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. در انتها مجدداً از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد. همچنین پس از پایان پژوهش جهت حفظ موازین اخلاقی در پژوهش، برنامه‌های درمانی اجراشده در این پژوهش بر روی گروه گواه نیز اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل ۱- زن بودن، ۲- مبتلا بودن به سرطان سینه، ۳- متعهد به شرکت در جلسات ۴- حداقل سطح تحصیلات دیپلم، ۵- عدم شرکت هم‌زمان در مداخلات درمان روانشناختی دیگر و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ۱- غیبت بیش از سه جلسه، ۲- عدم رعایت قوانین گروه‌درمانی بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه طرح‌واره جنسی^۱. پرسشنامه و مقیاس خود طرح‌واره جنسی - فرم زنان^۲ توسط آندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) ساخته شده است. طرح‌واره جنسی به‌عنوان تعمیم شناختی ابعاد جنسی فرد تعریف می‌شود. این شامل ۵۰ صفت است. به دلیل اینکه افراد (به‌ویژه زنان) آزادانه در مورد مسائل جنسی خود صحبت نمی‌کنند، ۲۴ صفت به‌عنوان ماده‌های پوشاننده به‌منظور پوشاندن ماهیت اصلی آزمون همراه با ۲۶ صفت اصلی ارائه می‌شوند. ۲۴ ماده غیر مرتبط در نمره‌گذاری وارد نمی‌شوند. این مقیاس دارای ۳ خرده مقیاس پرشور - عاشقانه (۱۰ ماده)، صریح - راحت (۸ ماده) و خجالتی - محافظه‌کار (محتاط) (۸ ماده) است. ۲۶ ماده مقیاس طرح‌واره خود جنسی به‌صورت زیر تفکیک شده‌اند: عامل ۱ (پرشور - عاشق‌پیشه) = ۵، ۱۱، ۲۰، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۴، ۴۵، ۴۸ و ۵۰؛ عامل ۲ (صریح - راحت) = ۲، ۶، ۹، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۴، ۲۵ و ۳۲؛ عامل ۳ (خجالتی - محافظه‌کار) = ۳، ۸، ۲۲، ۲۸، ۳۱، ۳۸ و ۴۱. این پرسشنامه، بر درجه‌بندی هفت‌گانه لیکرت صورت‌بندی شده است. برای محاسبه امتیاز هر عامل، نمره تک تک گویه‌های مربوط به آن عامل را باهم جمع کنید. برای محاسبه امتیاز کل پرسشنامه یا مقیاس، نمره همه گویه‌های پرسشنامه یا مقیاس را باهم جمع کنید. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۰ و ۱۵۶ می‌باشد. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر خود طرح‌واره جنسی خواهد بود و بالعکس. در پژوهش کریم نژاد نیارق و همکاران (۲۰۱۰) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. بر اساس مطالعه آندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و هر عامل بدین شرح است: مقیاس کامل (۰/۸۲)؛ عامل ۱ (۰/۸۱)؛ عامل ۲ (۰/۷۷)؛ عامل ۳ (۰/۶۶). ضرایب بازآزمایی این مقیاس بر روی نمونه ۳۸۷ نفری در بازه دو هفته‌ای بدین شرح است: کل مقیاس ۰/۸۹؛ عامل ۱ (۰/۷۲)؛ عامل ۲ (۰/۷۶)؛ عامل ۳ (۰/۸۵).

3. Sexual Self-Schema Scale

2. Sexual Self-Schema Scale

۲. مقیاس خود انتقادگری. مقیاس سطوح خود انتقادگری (LOSC) توسط تامسون و زوروف (۲۰۰۴) تهیه و تنظیم شده است. این پرسشنامه در دو سطح خود انتقادگری را در فرد می‌سنجد اول خود انتقادگری درونی شده و دوم خود انتقادگری مقایسه‌ای. خود انتقادگری مقایسه‌ای (CSC) به‌عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در برابر دیگران تعریف می‌شود. CSC بر روی مقایسه نامناسب خود با دیگران که خصمانه یا انتقادی می‌باشد. تمرکز می‌کند؛ بنابراین یکی از مشخصات CSC خصومت بین فردی است. خود انتقادگری درونی (ISC) به‌عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در مقابل با استانداردهای شخصی، درونی خود تعریف می‌شود. ISC شامل مقایسه خود با دیگران نمی‌باشد، بلکه خودشان را (در مقابل با انتظارات خودم) ناکارآمد می‌بینند. پرسشنامه خود انتقادگری مشتمل بر ۲۲ سؤال است و نمره‌گذاری ۷ درجه‌ای از صفر تا ۶ را شامل می‌گردد. مؤلفه‌ها و سوالات مربوط به هر مؤلفه: ایت‌های خرده مقیاس خود انتقادگری درونی شده: ۱-۳-۵-۷-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۷-۱۹؛ ایت‌های خرده مقیاس خود انتقادگری مقایسه‌ای: ۲-۴-۶-۸-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲. یاماگوجی و کیم (۲۰۱۳) در مطالعه خود همسانی درونی مناسبی را برای این مقیاس گزارش کردند (آلفای کرونباخ=۰/۹۰). پایایی پرسشنامه طبق منبع و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مقدار ۰/۸۱ بدست آمد.

۳. درمان مبتنی بر شفقت. در پژوهش حاضر پروتکل درمان مبتنی بر شفقت بر اساس مباحث گیلبرت (۲۰۱۵)؛ ترجمه اثباتی و فیضی، (۱۳۹۷) در هشت جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تنظیم شد که خلاصه‌ای از جلسات در جدول گزارش شده است.

جدول ۱. جلسات درمانی مبتنی بر شفقت

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه، معرفی و برقراری رابطه حسنه، معرفی ساختار جلسات، تأکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی و اجتناب از قضاوت و سرزنش و یا تمسخر دیگران، آشنایی با رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت و ماهیت شفقت، آشنایی با بیماری سرطان سینه، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، تعریف شرم، درک مفهوم خودسرزنش‌گری، تفاوت شرم، احساس گناه و تحقیر. ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، مقایسه مسئولیت‌پذیری در مقابل تقصیر جویی خودانتقادگرانه، ذهن آگاهی و ریتم تنفس تسکین‌دهنده، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، تعریف همدلی، پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی، معرفی تصویرسازی مشفقانه.
جلسه پنجم	خلاصه جلسه قبل، ایجاد مکانی امن، پرورش خود شفقت ورزی، تکنیک صندلی مشفق.
جلسه ششم	خلاصه جلسه قبل، معرفی مفهوم خود شفقت ورزی به خود، شفقت ورزی به دیگران، شفقت ورزی از سوی دیگران.
جلسه هفتم	شناسایی راهبرهای ایمنی‌بخش و رفتارهای سلطه‌پذیرانه و رابطه آن با خود انتقادگری، به چالش کشیدن خود از طریق گفتگوی سقراطی، ارائه تکلیف خانگی.

جلسه هشتم	خلاصه جلسه قبل، مرور تکلیف جلسه قبل، نوشت نامه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه، تمرین شفقت به خود و شفقت به دیگران، ارائه بازخورد، تشکر از شرکت‌کنندگان برای شرکت در گروه و آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای پایان جلسات و اجرای پس‌آزمون.
-----------	---

روش اجرا. در این پژوهش پس از انتخاب نمونه‌های پژوهش، پیش از اجرای مداخله به گروه آزمایش در خصوص محرمانه بودن نتایج، شرایط و شیوه اجرای مداخله، ضوابط گروه و مختار بودن شرکت‌کنندگان به ترک پژوهش در هر مرحله که احساس کردند گفته و اطمینان داده شد. سپس گروه آزمایش به صورت گروهی هفته‌ای یکجلسه تحت مداخله قرار گرفت؛ با توجه به رعایت اصول اخلاقی در انتهای پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده در این پژوهش با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۶/۳ (۱۰/۱) و گروه گواه ۳۵/۲ (۸/۹) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۰ و ۵۰ سال و در گروه گواه، ۲۱ و ۵۰ سال بود.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه آزمایش		گواه	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
مقایسه‌ای	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
درونی	۳۳/۹	۴/۶	۲۶/۲	۴/۴
پرشور	۲۷/۵	۴/۴	۱۹/۳	۴/۱
صریح	۱۷/۲	۳/۴	۲۵/۵	۴/۶
خجالتی	۱۵/۴	۳/۲	۲۱/۷	۳/۸
	۲۲/۸	۴/۴	۱۴/۶	۳/۲

در جدول ۲، میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای برنامه درمان مبتنی بر شفقت آورده شده است. همان‌گونه که از جدول ۲ مشخص است نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در هر دو متغیر خودانتقادگری و طرح‌واره‌های جنسی بهبود یافته است.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
مقایسه‌ای	آزمایش	۱۶	۱/۱۰	۶۰	۰/۹۷۴	۰/۹۵	۰/۲۶
	گواه	۱۶	۱/۰۱		۰/۴۱۱	۲/۸۹	
درونی	آزمایش	۱۶	۰/۸۷	۶۰	۱/۵۲۲	۰/۹۲	۰/۱۶
	گواه	۱۶	۰/۶۱۸		۰/۲۱۸	۳/۷۵	
پرشور	آزمایش	۱۶	۰/۷۴۲	۶۰	۰/۲۶۲	۰/۹۰	۰/۱۵
	گواه	۱۶	۰/۸۰۹		۰/۸۵۳	۴/۴۱	
صریح	آزمایش	۱۶	۱/۱۲	۶۰	۰/۵۳۱	۰/۸۶	۰/۰۹۴
	گواه	۱۶	۰/۶۳۸		۰/۶۶۳	۴/۵۹	
خجالتی	آزمایش	۱۶	۱/۱۰	۶۰	۰/۷۹۳	۰/۸۸	۰/۱۳
	گواه	۱۶	۱/۰۱		۰/۵۰۲	۴/۳۹	

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون کلموگراف-اسمیرنف، برابری واریانس‌ها با آزمون اف لوین و موخلی انجام شد که نشان از برقراری و رعایت پیش‌فرض‌ها دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای

پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	درجه آزادی	MS خطا	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
مقایسه‌ای	گروه‌ها	۶۶/۵۴۲	۳	۲۲/۱۸۱	۱/۵۰۸	۰/۲۲۲	۰/۰۷۰
	مراحل	۱۳۷/۰۱۰	۱/۵۲۳	۸۹/۹۹۰	۷۵/۶۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
	تعامل مراحل با گروه	۵۴/۹۹۰	۴/۵۶۸	۱۲/۰۳۹	۱۰/۱۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۶
درونی	گروه‌ها	۲۲۶/۳۷۵	۳	۷۵/۴۵۸	۱/۳۳۸	۰/۲۷۱	۰/۰۶۳
	مراحل	۵۰۰/۰۹۴	۱/۱۶۴	۴۲۹/۵۷۴	۱۰۲/۲۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
	تعامل مراحل با گروه	۱۷۳/۹۰۶	۳/۴۹۲	۴۹/۷۹۴	۱۱/۸۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۲
پرشور	گروه‌ها	۶۱۳/۳۹۶	۳	۲۰۴/۴۶۵	۵/۰۶۰	۰/۰۰۳	۰/۲۰۲
	مراحل	۱۰۹۱/۱۳۵	۱/۷۳۰	۶۳۰/۵۹۶	۱۶۹/۱۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۸
	تعامل مراحل با گروه	۵۴۳/۰۷۳	۵/۱۹۱	۱۰۴/۶۱۹	۲۸/۰۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
صریح	گروه‌ها	۱۱۶/۵۵۷	۳	۳۸/۸۵۲	۲/۴۸۷	۰/۰۶۹	۰/۱۱۱
	مراحل	۱۶۳/۰۱۰	۱/۹۰۹	۸۵/۳۷۹	۸۰/۳۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
	تعامل مراحل با گروه	۸۷/۸۶۵	۵/۷۲۸	۱۵/۳۴۰	۱۴/۴۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۹
خجالتی	گروه‌ها	۸۶/۷۶۶	۳	۲۸/۹۲۲	۳/۴۷۶	۰/۰۲۱	۰/۱۴۸
	مراحل	۷۴/۳۸۵	۱/۳۱۵	۵۶/۵۴۷	۳۰/۱۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۴

تعامل مراحل با گروه ۵۱/۴۰۶ ۳/۹۴۶ ۱۳/۰۲۶ ۶/۹۳۷ ۰/۰۰۱ < ۰/۲۵۸

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای مقایسه‌ای (۱۰/۱۲)، درونی (۱۱/۸۵)، پرشور (۲۸/۰۵)، صریح (۱۴/۴۲) و خجالتی (۶/۹۳) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو میانگین زمان‌های اندازه‌گیری

متغیرهای پژوهش			مراحل		متغیر وابسته
مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین‌ها	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
<۰/۰۰۱	۱/۴۸	۵/۳۷	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	مقایسه‌ای
<۰/۰۰۱	۱/۶۷	۶/۲۲	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۵۴۱	۰/۵۳	۱/۸۴	پیگیری	پس‌آزمون	
<۰/۰۰۱	۱/۰۶	۴/۸۲	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	درونی
<۰/۰۰۱	۱/۲۱	۶/۴۰	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۳۲۱	۰/۲۰	۰/۵۷	پیگیری	پس‌آزمون	
<۰/۰۰۱	۱/۱۱	۳/۷۷	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پرشور
<۰/۰۰۱	۱/۰۳	۵/۸۶	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۱۷۰	۰/۳۶	۰/۵۷	پیگیری	پس‌آزمون	
<۰/۰۰۱	۱/۱۸	۷/۸۲	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	صریح
<۰/۰۰۱	۱/۵۵	۶/۲۹	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۱۹۷	۰/۳۵	۰/۶۷	پیگیری	پس‌آزمون	
<۰/۰۰۱	۱/۰۷	۸/۵۴	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	خجالتی
<۰/۰۰۱	۱/۳۶	۷/۴۶	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۴۴۲	۰/۱۹	۰/۸۹	پیگیری	پس‌آزمون	

نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵ نشان داد که در نمره مؤلفه‌های خود انتقادگری و طرح‌واره‌های جنسی تفاوت معنی‌داری بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). با توجه به کاهش نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون می‌توان دریافت که آزمودنی‌ها افزایش نمره معنی‌داری را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تجربه کرده‌اند و پس‌آزمون و پیگیری باهم اختلاف معناداری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرح‌واره‌های جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب بهبود نمرات خود انتقادگری در

آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های پردزدیسکی و همکاران (۲۰۱۳)، آلبردسون و همکاران (۲۰۱۵)، گنزالس و همکاران (۲۰۱۸) و لویس و یوتلی (۲۰۱۵) همسو است. لویس و یوتلی (۲۶) در فراتحلیل خود نشان دادند که عنصر اثربخش این درمان بر افراد افسرده اثرگذاری آن بر نشخوار فکری با موضوع خود سرزنشگری می‌باشد. همچنین در راستای نتایج این پژوهش پردزدیسکی و همکاران (۲۰۱۳) از عامل خود شفقت ورزی به‌عنوان عامل محافظت‌کننده زنان دچار سرطان سینه در برابر خود سرزنشگری به دلیل تغییر شکل ظاهر بدنی یادکردند. در پژوهش حاضر نیز بکارگیری درمان مبتنی بر شفقت باعث شده افراد توانایی بیشتری برای خود شفقت ورزی پیدا کرده و در نتیجه از حجم خود انتقاد گری ناشی از عوارض بیماری کاسته شود. در این راستا نتایج پژوهش حاضر در راستای نتیجه مطالعه آلبرستون و همکاران (۲۰۱۵) می‌باشد. در تحقیق آلبرستون اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقاد گری زنان دچار نارضایتی از تصویر بدنی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین همسو با نتایج پژوهش حاضر در پژوهش اخیر گنزالس و همکاران (۲۰۱۸) اثربخشی این درمان بر خود شفقت ورزی، نوع‌دوستی و عمل کردن بر اساس نوع‌دوستی در بیماران دچار سرطان سینه مورد تأیید قرار گرفت.

در تبیین یافته‌های حاضر و با توجه به تحقیقات انجام‌شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت بر پایه‌ی دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به‌تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است (گیلبرت، ۲۰۰۹) این موازنه تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه تصمیمی افراد دچار سرطان سینه، در خلال آموزش‌های درمان مبتنی بر شفقت به‌صورت خاص بر عوامل منفی روانشناختی، نشخوار فکری و نگرانی (کاهش پیدا می‌کند. زنان مبتلابه سرطان سینه با آموزش‌های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرامی‌گیرند که با سازه‌ی موازنه‌ی تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است. این یافته همسو با تحقیقاتی است که شفقت ورزی در زنان دچار سرطان سینه را به‌عنوان عامل مرتبط با سلامت روان در نظر گرفته‌اند (پردزدیسکی و همکاران، ۲۰۱۳). ز طرف دیگر با توجه به اینکه درمان متمرکز بر شفقت یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود و خصوصیت مشترک این درمان‌ها استفاده از عامل فراشناخت و تکنیک‌های ذهن آگاهانه می‌باشد (ولز و فیشر، ۲۰۱۵) بنابراین استفاده از این راهکارها بیشترین تأثیر را بر نشخوار گری و نگرانی‌های بیماران دارا است.

از سوی دیگر نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب بهبود نمرات طرح‌واره‌های جنسی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با نتایج خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت تشخیص و درمان سرطان پستان، منجر به تغییر عملکرد جنسی، تصویر خود منفی و مشکلات ارتباطی می‌گردد و بدین طریق اثرات مهمی بر بهزیستی افراد می‌گذارد. همچنین ریزش مو، افزایش وزن، خستگی، محدودیت حرکت شانه، درد، عفونت شدید زخم، تغییر حس پوست در ناحیه جراحی‌شده و خشکی پوست از دیگر آثار جسمانی درمان سرطان پستان است. زمانی که زنی مبتلابه سرطان پستان تشخیص داده می‌شود، تغییراتی در جنبه‌های مختلف زندگی او رخ می‌دهد. بدن با روش‌های هجومی و اثرات جانبی درمان روبه‌رو می‌گردد، ذهن می‌فهمد که چه اتفاقی برای بدن افتاده است و احساسات

برای سازگاری با این بیماری کشنده برانگیخته می‌گردد. بعد از چندین دهه، افزایشی در نرخ بقای زنان مبتلا دیده شده است. در نتیجه افزایش بقای مبتلایان، نگرانی‌ها درباره عملکرد اجتماعی، هیجانی و شناختی هم بیشتر شده است. جراحی‌های پستان، منجر به بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد. روش‌های جراحی روی ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی-اجتماعی زن همچون هویت، اعتماد، خلق، تمایلات جنسی، رضایت از خود و کیفیت زندگی اثر می‌گذارد. مشکلات تصویر بدن همراه با استرس، افسردگی، کناره‌گیری از روابط اجتماعی و اضطراب عدم پذیرش از سوی همسر می‌باشد. ترس از عدم پذیرش و جذابیت از دید همسر و افراد مهم زندگی، نگرانی مهم و عمده زنان دچار مشکلات تصویر بدنی است. آن‌ها خود را با پیش از ابتلا به بیماری و درمان‌های آن مقایسه می‌کنند و در نتیجه احساس ناکامی، افسردگی و اضطراب آن‌ها افزایش می‌یابد (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۷).

درمان‌های روانشناختی می‌تواند بر بهبود طرح‌واره‌های جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان کاربرد داشته باشد. شفقت به خود مستلزم پذیرش فعال و صبورانه احساسات سخت است. افراد عموماً از طریق احساسات جسمانی واکنش‌های «مبارزه، پرواز یا یخ زدن» از وجود احساسات سخت آگاه می‌شوند؛ این فعال‌سازی سیستم عصبی دلسوزانه (برای اکثریت افراد زنجیره‌هایی از رویدادها است که با افزایش در تنفس آغاز شده و افزایش ضربان قلب، گرفتگی عضلات و غیره را به دنبال خواهد داشت) به این معناست که بدن در حال واکنش نشان دادن به یک تهدید است و حال خود را برای مقاومت و دفاع در برابر آن یا اجتناب از آن آماده می‌کند (نف و همکاران، ۲۰۰۵). افزون بر آن، اصلاح و تقویت خود شفقتی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است) یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا کاهش یابد؛ چراکه نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها است؛ همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد. چندین مداخله می‌تواند برای تحقق این هدف استفاده شود (رومر و همکاران، ۲۰۰۸). از طرفی بخشی از آموزش شفقت خود بر ذهن آگاهی تمرکز دارد. در سال‌های اخیر، روانشناسی مثبت‌نگر با شعار توجه به توانمندی‌های انسان به این دسته از افراد توجه ویژه‌ای معطوف کرد و هدف خود را افزایش بهزیستی روانی این افراد قرار داد. در این میان، ذهن آگاهی یک عمل خود-توانمندسازی است که آثار مثبتی همچون روشن‌اندیشی، متانت، محبت، خوش‌قلبی و سرسختی روانی در فرد ایجاد می‌کند و بر عواطف مثبت و روش‌های حل مسئله اثر می‌گذارد (نف و همکاران، ۲۰۰۸).

برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌کنیم. نمونه پژوهش حاضر فقط به کسانی پوشش داد که برای دریافت خدمات به بیمارستان امام خمینی مراجعه کردند. بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند کسانی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند، گروه بیماران بستری در بیمارستان‌های دیگر و ... به راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری در دسترس و جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند. همچنین در این پژوهش پیگیری نتایج پژوهش بعد از اجرای پس‌آزمون مقدور نبود و لذا

می‌توان به‌عنوان یک محدودیت زمانی از آن نام برد. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند کاستی کم بودن حجم نمونه این پژوهش را جبران کند. همچنین این پژوهش تنها بر روی زنان مبتلابه سرطان پستان شهر تهران انجام شده است، انتخاب آزمودنی‌های از بین سایر شهرها نیز می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهد. از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان مبتلابه سرطان پستان شهر تهران انجام شده است برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی در سایر فرهنگ‌ها به‌ویژه قومیت‌های کرد، لر و بلوچ انجام شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همچنین از همکاران واقع در بخش‌های عمومی بیمارستان امام خمینی شهر تهران که همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

فتح‌اللهی شورابه، فضل‌الله، تاروردی‌زاده، بهمن، و کیهانی، مژگان. (۱۳۹۶). تأثیر هشت هفته تمرین مقاومتی روی برخی از عوامل آنژیوژنز در زنان مبتلابه سرطان پستان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*. ۲۰ (۳): ۹-۱۷.

نوروزی، حسن، و هاشمی، الهام (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جویی هیجانی بیماران مبتلابه سرطان پستان. *مجله بیماری‌های پستان ایران*. ۱۰ (۲): ۳۹-۴۸.

اسفندیاری دولابی، زهرا، جولایی، آزاده، و اصلی آزاد، مسلم (۱۳۹۴) مقایسه رضایت زناشویی و سلامت عمومی بین مبتلایان سرطانی با تخلیه پستان، حفظ پستان و افراد عادی شهر تهران. *مجله توابعی در پرستاری*. ۱ (۴): ۳۹-۴۸.

بابایی، انسیه (۱۳۹۷). پیش بینی تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی براساس طرحواره های جنسی، عملکرد جنسی و رضایت جنسی. *مجله روان پرستاری*. ۶ (۵): ۱۶-۲۴.

حسینی، راضیه، و افشاری نیا، کریم. (۱۳۹۷). پیش بینی تصویر بدن و سطوح خود انتقادگری بر مبنای طرحواره های ناسازگار اولیه. *علوم حرکتی و رفتاری*. ۱ (۲): ۸۷-۹۶.

خلعتری، جواد، همتی ثابت، وحید، و محمدی، حبیبه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. *مجله بیماری های پستان ایران*. ۳ (۱۱): ۷-۲۰.

References

- Mohan, Jitandra., Segal, Mina., And Giti Qureshi, Ashraf Sadat... Comparison of stress and coping styles in cancer patients and healthy individuals. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2017 12 (1): 86-77
- Wapnir, I. L., Price, K. N., Anderson, S. J., Robidoux, A., Martín, M., Nortier, J. W., ... & International Breast Cancer Study Group. (2018). Efficacy of chemotherapy for ER-negative and ER-positive isolated locoregional recurrence of breast cancer: final analysis of the CALOR trial. *Journal of clinical oncology*, 36(11), 1073.
- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1079.
- Mousavi, A. S., Azadfalsh, P., Dehghani, M., & Farahani, H. (2016). Prediction of self-destruction based on depression symptom, internalized self-criticism, shame and guilt, and differences between men and women. *International Journal of Behavioral Sciences*, 10(2), 57-62.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*, 35(3), 155-163.
- Meichenbaum, D. (1985). Stress inoculation training. *New York*. 16(1), 69-90.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239-244.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity*, 4(3), 263-287.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). Springer, New York, NY.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.

- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality, 41*(4), 908-916.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist, 3*(1), 1743.
- Karimnejad Niaragh, S., Borjali, A., Alavian, F., & Azartash SHandi, F. (2010). Relationship between satisfaction and sexual satisfaction ptoject with marital satisfaction in married female students. In *Afla* (Vol. 6, No. 20-21, pp. 35-41).
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences, 36*(2), 419-430.
- Yamaguchi, A., & Kim, M. S. (2013). Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. *International Journal of Psychological Studies, 5*(1), 1.
- Przedzieceki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-oncology, 22*(8), 1872-1879.
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness, 6*(3), 444-454.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., ... & Cebolla, A. (2018). Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integrative cancer therapies, 17*(3), 684-696.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine, 45*(5), 927-945.
- Wells, A., & Fisher, P. (Eds.). (2015). *Treating depression: MCT, CBT, and third wave therapies*. John Wiley & Sons.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(6), 1083.

پرسشنامه خودانتقادگری

ردیف	گویه	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	هنگامی که شکست می خورم، بسیار تندخو می شوم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲	دائما یک احساس حقارت آزار دهنده دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳	هنگامی که به معیارهایی که برای خودم تعیین کردم نمی رسم ، خیلی از دست خودم ناراحت می شوم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۴	معمولا در موقعیت های اجتماعی ای که نمی دانم اوضاع از چه قرار است ، راحت نیستم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۵	اغلب وقتی که شکست می خورم، از دست خودم خیلی عصبانی می شوم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۶	وقت زیادی را صرف نگرانی در مورد اینکه دیگران در مورد من چه فکر خواهند کرد ، نمی کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۷	وقتی شکست می خورم، خیلی دال خور می شوم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۸	اگر در مورد ضعف هایمان با دیگران روراست باشید، آنها به احتمال زیاد احترام شما را حفظ خواهند کرد.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۹	شکست برای من تجربه ی بسیار دردناکی است.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۰	اغلب نگرانم که دیگران بفهمند من واقعا چه جور آدمی هستم و از دستم دلخور شوند.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۱	اغلب در خصوص احتمال شکست نگرانی ندارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶

۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	مطمئنم اکثر افراد که با آن‌ها صمیمی هستم، من را همان‌طور که هستم، قبول خواهند داشت.	۱۲
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	وقتی که موفق نشوم، در مورد ارزشمندی خودم شک می‌کنم.	۱۳
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اگر به ادم‌ها اعتماد کنید، آنها احتمالاً از شما سوءاستفاده خواهند کرد.	۱۴
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	وقتی به آن خوبی که دوست دارم، عمل نمی‌کنم، احساس می‌کنم آدم شکست خورده‌ای هستم.	۱۵
۶	۵	۳	۲	۱	۰	۰	معمولاً با افرادی که از من درباره‌ی خودم سوال می‌کنند، راحتم.	۱۶
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	شکستن در یک زمینه از زندگی‌ام باعث می‌شود از خودم به عنوان یک شخص، ارزیابی منفی‌ای داشته باشم.	۱۷
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	می‌ترسم اگر دیگران من را خیلی خوب بشناسند به من احترام نگذارند.	۱۸
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اغلب خودم را با اهداف و ایده‌آل‌هایم مقایسه می‌کنم.	۱۹
۶	۴	۳	۲	۱	۰	۰	به ندرت از خودم خجالت می‌کشم.	۲۰
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	روراست و صادق بون بهترین راه بدست آوردن احترام دیگران است.	۲۱
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	برخی اوقات قدری عدم صداقت برای به دست آوردن آنچه که می‌خواهید، لازم است.	۲۲

پرسشنامه طر حواره جنسی

خیلی زیاد (۶)	بسیار کم (۰)					صفات	
	(۵)	(۴)	(۳)	(۲)	(۱)		
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱-بخشنده
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲-بی پروا
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳-هوشیار و حواس جمع
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴-یاری رسان
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۵-بامحبت
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶- روشن فکر (پذیرای عقاید و افکار نو یا متفاوت)
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۷- سطحی نگر
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۸- کمرو و خجالتی
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۹- رک گو و صریح
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۰- تمیز و خوش پوش
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۱- مهیج و شوق انگیز
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۲- بدقلق
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۳- باتجربه
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۴- زود خشم و زودرنج
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۵- بی مسئولیت
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۶- بی شیشه پیله
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۷- منطقی
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۸- آزاد اندیش
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۹- مهربان و خوش خلق
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۰- قابل تحمل
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۱- اهل عمل
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۲- خود آگاه
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۳- کسل کننده
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۴- ساده و بی آرایش

۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۵- غیر رسمی
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۶- ناسازگار
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۷- جدی
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۸- محتاط
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۹- شوخ طبع و بذله گو
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۰- معقول
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۱- خجالت زده و شرمنده
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۲- پرحرف
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۳- متین و با وقار
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۴- مسئولیت پذیر
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۵- عاشق پیشه
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۶- باادب و با نزاکت
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۷- دلسوز و همدرد
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۸- محافظه کار (پیرو سنت های قدیمی)
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳۹- شهوانی و پرشور
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۰- عاقل و خردمند
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۱- بی تجربه و خام
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۲- خسیس و ناخن خشک
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۳- سطحی نگر
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۴- خونگرم و صمیمی
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۵- غیر عاشق پیشه
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۷- بی ادب و گستاخ
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۸- افشاگر
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴۹- ریاست مآب (ارباب منش)
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۵۰- پراحساس

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Effectiveness of Compassion-based Therapy on Self-Criticism and Sexual Schemas in Women with Breast Cancer

Elham. Anooshiravani¹, Narges. Razeghi^{2*}, Shahnaz. Nouhi³, & Hakime. Aghae³

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of compassion-based therapy on self-criticism and sexual schemas in women with breast cancer. **Methods:** The method of this research was quasi-experimental using pre-test, post-test and follow-up design with two experimental and control groups. The statistical population of this study included all female patients with breast cancer in Imam Khomeini Hospital (RA) who referred to this hospital in 2009-2010. According to the announced statistics, there were about 250 people and among them using Available sampling 30 people were randomly selected and randomly assigned to experimental and control groups (each group consisting of 15 people). Then, Thomson and Zoroff (2004) self-criticism questionnaires and Anderson and Siranowski (1994) sexual schemas were completed by both groups. After that, the compassion-based treatment program (Gilbert, 2009) was implemented on the experimental group. Then, the questionnaires mentioned above were completed again by both groups. Data were analyzed using SPSS software version 24 and repetitive measurement variance analysis method. **Results:** The findings showed that the interaction effect of stages and groups was significant for comparative variables (F=10.12), internal (F=11.85), passionate (F=28.05), explicit (F=14.42) and shy (F=6.93). (P<0.001). **Conclusion:** Therefore, it can be said that compassion-based therapy is one of the therapies of the third wave group of psychological therapies that has been able to improve the level of self-criticism and sexual schemas of women with breast cancer.

Keywords: *Compassion-Based Therapy, Self-Criticism, Sexual Schemas, Breast Cancer*

1. PhD student, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Psychology Department, Hesabi Professor Branch, Islamic Azad University, Tafarsh, Iran

Email: nrazeghi@iautb.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی