

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

Anoushirani E¹, Razeghi N^{2*}, Nouhi Sh³, Aghaei H³

1- PhD Student in Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahroud Iran.

2- Assistant Professor of Psychology, Professor of Accounting, Islamic Azad University, Tafresh, Iran.

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

Corresponding Author: Razeghi N, Assistant Professor of Psychology, Professor of Accounting, Islamic Azad University, Tafresh, Iran.

Email: nrzeghi@iautb.ac.ir

Received: 15 June 2021

Accepted: 2 Sep 2021

Abstract

Introduction: 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 and post-test 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. The compassion-based treatment program was then administered to the experimental group. Then the questionnaires mentioned above were completed again by both groups. Data were analyzed using SPSS software version 24 and analysis of covariance.

Results: The findings showed that the effect of compassion-based therapy on self-criticism and sexual schemas was significant in women with breast cancer ($P = 0.001$).

Conclusions: 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 C.

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرح واره های جنسی در زنان مبتلا به سرطان

الهام انوشیرانی^۱، نرگس رازقی^{۲*}، شهناز نوحی^۳، حکیمه آقای^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد پروفسور حسایی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

نویسنده مسئول: نرگس رازقی، استادیار گروه روانشناسی، واحد پروفسور حسایی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران.
ایمیل: nrazeghi@iautb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۱۳

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرح واره های جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه بود. **روش کار:** روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام خمینی (ره) بود که در سال های ۹۹-۱۳۹۸ به این بیمارستان مراجعه کردند که طبق آمار اعلام شده حدوداً ۲۵۰ نفر بودند و از بین آن ها با استفاده از نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس پرسشنامه های خودانتقادگری تامسون و زوروف (۲۰۰۴) و طرح واره های جنسی آندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس از آن برنامه درمان مبتنی بر شفقت بر روی گروه آزمایش اجرا شد. سپس پرسشنامه های ذکر شده در بالا مجدداً توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقادگری و طرح واره های جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه معنادار بود ($P=0/001$).

نتیجه گیری: بنابراین می توان گفت درمان مبتنی بر شفقت یکی از درمان های گروه درمان های موج سوم روانشناختی است که توانسته است میزان خود انتقادگری و طرح واره های جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه را بهبود بخشد.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر شفقت، خود انتقادگری، طرح واره های جنسی، سرطان سینه.

مقدمه

مربوط به سرطان پستان است و رتبه اول را در بین زنان ایرانی دارد (۴) و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در آن ها می شود. سرطان پستان بیماری مزمنی است که تشخیص و درمان آن با مشکلات روان شناختی زیادی همراه است که لزوم استفاده از درمان روان شناختی را بیشتر می نماید (۵). بیماران دچار سرطان در مورد زنده ماندن خود نگران هستند؛ درد می کشند و این امر به طور جدی می تواند بر وضعیت روانی آن ها تأثیرگذار باشد، بر همین اساس است که گفته می شود که سرطان فقط

سرطان یک اصطلاح عمومی برای گروه بزرگی از بیماری هایی است که می تواند هر قسمت از بدن را درگیر کند (۱). سرطان پستان شایع ترین سرطان در زنان است و می تواند اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی داشته باشد (۲). همچنین ۵۰ درصد مرگ ناشی از سرطان را سرطان سینه موجب می شود (۳). در ایران ۱۶ درصد از کل سرطان ها در هر دو جنس مردان و زنان

الهام انوشیرانی و همکاران

می رسد بهترین دفاع علیه مشکلات روان شناختی ناشی از آن، آموزش داده هاست (۱۱). تاکنون مداخله های آموزشی مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، مایه کوبی علیه استرس (۱۲) و برنامه های متمرکز بر پرورش شفقت به خود (۱۳) برای مقابله با موقعیت های هیجانی دشوار طراحی شده اند که از میان آن ها توسعه شفقت نسبت به خود در زمان های استرس به صورت بالقوه می تواند خطر استرس آسیب زای ثانوی و فرسودگی را کاهش داده و هم زمان موجب افزایش بهزیستی فردی و رضایت ناشی از شفقت شود (۱۴).

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 به عنوان بخشی از تجربه گسترده تر بشر به جای جدایی و انزوا (انسانیت مشترک)؛ ۳. نگه داشتن افکار و احساسات دردناک در هشیاری متعادل به جای همسان سازی مبالغه آمیز با آن ها ذهن آگاهی (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹). از این رو گیلبرت (۱۳) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت «درمان متمرکز بر شفقت» را مطرح کرد. اصول پایه درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (۱۳). افزون بر آن، درمان متمرکز بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۰). در تمرین های خود شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی خواهد داشت (۱۳، ۱۶).

بنابراین به نظر می رسد که در کنار درمان های پزشکی سرطان، از درمان های 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: آیا درمان مبتنی بر شفقت

یک رویداد با پایانی معین نیست؛ بلکه موقعیتی دائمی و مهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسائل روان شناختی مربوط به آن مشخص می شود (۱).

در زنان دارای سرطان پستان به دلیل آسیب های وارده، طرحواره جذابیت بدنی آن ها در نزد خودشان (همچنین در بعضی موارد در نزد همسرانشان) دچار تغییراتی می گردد، به طوری که آن ها به علت تصور بدنی دگرگون شده ای که از خودشان دارند، دیگر مانند گذشته، خود را دارای جذابیت بدنی و جنسی نمی پندارند (۶). اندرسن و سیرانوسکی (۷) مفهوم طرحواره جنسی را به عنوان تعمیم های شناختی فرد از جنبه های جنسی حاصل تجارب گذشته تعریف کرده اند که این طرحواره ها یک نمایشی تاریخی از زندگی جنسی اوست و به عنوان باورهای اساسی و هسته ای ابعاد جنسی فرد تعریف شده است که از تجارب گذشته مشتق شده اند و در تجربه های حال نمود پیدا می کنند و در پردازش اطلاعات جنسی افراد تأثیر می گذارند و رفتار جنسی را هدایت می کنند. طرحواره های جنسی نگرش ها، رفتارها، تصمیمات و قضاوت های جنسی فرد را هدایت می کنند. طرحواره ها همیشه خود را در روابط نشان می دهند و باعث تأثیر در عملکرد رابطه جنسی و غیر جنسی می شوند (۸).

خود انتقادگری از دیگر متغیرهایی است که با احساس حقارت شدید، احساس گناه، بی ارزشی و احساس شکست در مطابقت با معیارهای مورد انتظار، در زنان با سرطان سینه مشخص می شود (۹). خود انتقادگری به عنوان 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 آسیب پذیر می شوند و مستعد تجربه افسردگی هستند. خود انتقادگری بر پایه میزان درون فکنی معیار عمل، در یک پیوستار قرار می گیرد؛ 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 خودانتقادگری، که مستلزم استانداردهای درونی است (۱۰).

با توجه به مطالب گفته شده و عوارض روان شناختی که سرطان سینه برای زنان به ارمغان می آورد، به نظر

بر خود انتقادگری، کارکرد خانواده و طرحواره های جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری شده، جزء مطالعات کمی و از حیث هدف جزء مطالعات کاربردی است. روش این پژوهش از نوع نیمه تجربی است و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه کنترل و آزمایش انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام خمینی (ره) بود که در سال های ۹۹-۱۳۹۸ به این بیمارستان مراجعه کردند که طبق آمار اعلام شده حدوداً ۲۵۰ نفر بودند و از بین آن‌ها با استفاده از نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر (با توجه به پژوهش های پیشین) به صورت تصادفی انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (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 پرسشنامه های خودانتقادگری تامسون و زوروف (۲۰۰۴) و طرح واره های جنسی آندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) بین هر دو گروه توزیع شد. پس از آن برنامه درمان مبتنی بر شققت بر روی گروه آزمایش (به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هر جلسه هفته ای یک بار) اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. در انتها مجدداً از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. همچنین پس از پایان پژوهش جهت حفظ موازین اخلاقی در پژوهش، برنامه های درمانی اجرا شده در این پژوهش بر روی گروه کنترل 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 گروه درمانی بود.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح توصیفی با استفاده از شاخص های پراکندگی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک و چند متغیره

(MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این مطالعه با کد ۱۰۴۴۸۰۰۶۴۷۸۱۹۷۶۱۳۹۸۱۶۲۳۷۷۱۳۵۴ مورد تایید کمیته پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود قرار گرفته است و با رعایت موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه مکتوب، تضمین حریم خصوصی، رازداری و محرمانه بودن نام مشارکت کنندگان انجام شد. شرکت کنندگان در مورد شرکت در مطالعه و خروج از پژوهش در هر زمان مختار بودند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه طرحواره جنسی (SSSS)

پرسشنامه و مقیاس خود طرحواره جنسی - فرم زنان توسط آندرسون و سیرانوسکی (۷) 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 ماده های پوشاننده به‌منظور پوشاندن ماهیت اصلی آزمون همراه با ۲۶ صفت اصلی ارائه می‌شوند. ۲۴ ماده غیرمرتبط در نمره گذاری وارد نمی‌شوند. این مقیاس دارای ۳ خرده مقیاس پرشور - عاشقانه (۱۰ ماده)، صریح - راحت (۸ ماده) و خجالتی - محافظه کار (محتاط) (۸ ماده) است. ۲۶ ماده مقیاس طرحواره خود جنسی به صورت زیر تفکیک شده‌اند: عامل ۱ (پرشور - عاشق پیشه) = 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 - محافظه کار) = ۳، ۸، ۲۲، ۲۸، ۳۱ و ۳۸.

این پرسشنامه، بر درجه‌بندی هفت‌گانه لیکرت صورت بندی شده است. برای محاسبه امتیاز هر عامل، نمره تک تک گویه های مربوط به آن عامل را باهم جمع کنید. برای محاسبه امتیاز کل پرسشنامه یا مقیاس، نمره همه گویه های پرسشنامه یا مقیاس را با هم جمع کنید. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۰ و ۱۵۶ می‌باشد. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر خود طرحواره جنسی خواهد بود و بالعکس.

در پژوهش کریم نژاد نیارق و همکاران (۲۱) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است.

بر اساس مطالعه آندرسون و سیرانوسکی (۷) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل

الهام انوشیرانی و همکاران

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 خودانتقادگری مشتمل بر ۲۲ سوال است و نمره گذاری ۷ درجه ای از صفر تا ۶ را شامل می‌گردد.

مؤلفه‌ها و سوالات مربوط به هر مؤلفه: ایتیم‌های خرده مقیاس خودانتقادگری درونی شده: ۱-۳-۵-۷-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۷-۱۹؛ ایتیم‌های خرده مقیاس خودانتقادگری مقایسه‌ای: ۲-۴-۶-۸-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲. یاماگوجی و کیم (۲۳) در مطالعه خود همسانی درونی مناسبی را برای این مقیاس گزارش کردند (آلفای کرونباخ=۰/۹۰). پایایی پرسشنامه طبق منبع و با استفاده از نرم افزار SPSS مقدار ۰/۸۱ بدست آمد.

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 دوهفته ای بدین شرح است: کل مقیاس ۰/۸۹؛ عامل ۱ (۰/۷۲)؛ عامل ۲ (۰/۷۶)؛ عامل ۳ (۰/۸۵).

مقیاس خودانتقادگری (LOSC)

مقیاس سطوح خودانتقادگری (LOSC) توسط تامسون و زوروف (۲۲) تهیه و تنظیم شده است. این پرسشنامه در دو سطح خودانتقادگری را در فرد می‌سنجد اول خودانتقادگری درونی شده و دوم خودانتقادگری مقایسه‌ای. خودانتقادگری مقایسه‌ای (CSC) به عنوان 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. خودانتقادگری درونی (ISC) به عنوان

درمان مبتنی بر شفقت:

جلسات درمانی مبتنی بر شفقت (CFT) اقتباس: (گیلبرت، ۱۹۵۱، ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی، ۱۳۹۷)

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 خودسرزنش گری، 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 راهبردهای ایمنی بخش و رفتارهای سلطه پذیرانه 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، نوشتن نامه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه، تمرین شفقت به خود و شفقت به دیگران، ارائه بازخورد، تشکر از شرکت کنندگان برای شرکت در گروه و آماده سازی شرکت کنندگان برای پایان جلسات و اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی سن شرکت کنندگان در پژوهش نشان داد در مجموع ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر

گروه کنترل) در پژوهش شرکت کردند که میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۳۹/۵ و میانگین سنی افراد گروه کنترل ۴۰/۸ می‌باشد.

جدول ۱. ویژگی های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودانتقادگری مقایسه ای	۳۳/۹	۴/۶	۲۶/۲	۴/۴	۳۰/۷	۴/۲	۳۱/۹	۴/۵
خودانتقادگری درونی	۲۷/۵	۴/۴	۱۹/۳	۴/۱	۲۶/۸	۴/۲	۲۵/۹	۳/۷
پرشور	۱۷/۲	۳/۴	۲۵/۵	۴/۶	۱۸/۳	۳/۵	۱۹/۶	۳/۴
طرحواره جنسی	۱۵/۴	۳/۲	۲۱/۷	۳/۸	۱۴/۷	۲/۷	۱۵/۶	۲/۵
خجالتی	۲۲/۸	۴/۴	۱۴/۶	۳/۲	۲۳/۹	۴/۶	۲۲/۳	۴/۲

*P<۰/۰۵ **P>۰/۰۵

نمرات آزمودنی های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در هر دو متغیر خودانتقادگری و طرح واره های جنسی بهبود یافته است.

در (جدول ۱) میانگین نمرات گروه های آزمایش و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه درمان مبتنی بر شفقت آورده شده است. همانگونه که از جدول فوق مشخص است

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس در زیر مقیاس های کارکرد خانواده، خودانتقادگری و طرح واره های جنسی

متغیر	مجموع مربعات	مربع میانگین	F	Df	سطح معناداری	مجذور اتا
خودانتقادگری مقایسه ای	۸۱/۷	۸۱/۷	۳۱/۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
خودانتقادگری درونی	۱۱۵/۹	۱۱۵/۹	۵۴/۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
پرشور	۶۵/۱	۶۵/۱	۲۳/۳۲	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳
طرحواره های جنسی	۹۶/۲۵۲	۹۶/۲۵۲	۴۲/۸۲۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶
خجالتی	۱۰۰/۵	۱۰۰/۵	۴۱/۳	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱

اثر گذاری آن بر نشخوار فکری با موضوع خودسرزنشگری می باشد. همچنین در راستای نتایج این پژوهش پردزدیسکی و همکاران (۲۴) از عامل خود شفقت ورزی به عنوان عامل محافظت کننده زنان دچار سرطان سینه در برابر خود سرزنشگری به دلیل تغییر شکل ظاهر بدنی یاد کردند. در پژوهش حاضر نیز بکار گیری 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 (۲۵) می باشد. در تحقیق آلبرستون اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خود انتقاد گری زنان دچار نارضایتی از تصویر بدنی مورد تایید قرار گرفت. همچنین همسو با نتایج پژوهش حاضر در پژوهش اخیر گنزالس و همکاران (۲۶)

نتایج تحلیل کوواریانس برای هر یک از زیرمقیاس های خودانتقادگری و طرح واره های جنسی نشان می دهد که در همه مؤلفه ها بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون، پس از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۰۱).

بحث

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در (جدول ۲) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب بهبود نمرات خودانتقادگری در آزمودنی های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش های پردزدیسکی و همکاران (۲۴)، آلبردسون و همکاران (۲۵)، گنزالس و همکاران (۲۶) و لویس و یوتلی (۲۷) همسو است. لویس و یوتلی (۲۷) در فراتحلیل خود نشان دادند که عنصر اثر بخش این درمان بر افراد افسرده

تشخیص داده می شود، تغییراتی در جنبه های مختلف زندگی او رخ می دهد. بدن با روش های هجومی و اثرات جانبی درمان روبه رو می گردد، ذهن می فهمد که چه اتفاقی برای بدن افتاده است و احساسات برای سازگاری با این بیماری کشنده برانگیخته می گردد. بعد از چندین دهه، افزایشی در نرخ بقای زنان مبتلا دیده شده است. در نتیجه افزایش بقای مبتلایان، نگرانی ها درباره عملکرد اجتماعی، هیجانی و شناختی هم بیشتر شده است. جراحی های پستان، منجر به بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می گردد. روش های جراحی روی ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی- اجتماعی زن همچون هویت، اعتماد، خلق، تمایلات جنسی، رضایت از خود و کیفیت زندگی اثر می گذارد. مشکلات تصویر بدن همراه با استرس، افسردگی، کناره گیری از روابط اجتماعی و اضطراب عدم پذیرش از سوی همسر می باشد. 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 درمان های آن مقایسه می کنند و در نتیجه احساس ناکامی، افسردگی و اضطراب آنها افزایش می یابد (۲۹).

درمان های روانشناختی می تواند بر بهبود طرح واره های 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 واکنش های "مبارزه، پرواز یا یخ زدن" از وجود احساسات سخت آگاه می شوند؛ این فعال سازی سیستم عصبی دلسوزانه (برای اکثریت افراد زنجیره‌ای از رویدادهاست 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 می کند (۱۵). 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 می شود به گونه ای که واکنش پذیری، ترس و قضاوت های بیجا کاهش یابد؛ چراکه نشان داده شده است این حالت ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می دهند و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می کنند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار،

اثربخشی این درمان بر خودشفقت ورزی، نوع دوستی و عمل کردن بر اساس نوع دوستی در بیماران دچار سرطان سینه مورد تایید قرار گرفت.

در تبیین یافته های حاضر و با توجه به تحقیقات انجام شده می توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت بر پایه ی دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامی 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 سازهی مدیریت احساسات است (۱۳) این موازنه ی تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می کند. این موازنه تصمیمی افراد دچار سرطان سینه، در خلل آموزش های درمان مبتنی بر شفقت به صورتی خاص بر عوامل منفی روانشناختی (نشخوار فکری و نگرانی) کاهش پیدا می کند. زنان مبتلا به سرطان سینه با آموزش های مبتنی بر شفقت راهبردهایی را فرا می گیرند که با سازه موازنه تصمیمی مدل شفقت درمانی هماهنگ است. این یافته همسو با تحقیقاتی است که شفقت ورزی در زنان دچار سرطان سینه را به عنوان عامل مرتبط با سلامت روان در نظر گرفته اند (۲۴). از طرف دیگر با توجه به اینکه درمان متمرکز بر شفقت یکی از درمان های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می شود و خصوصیت مشترک این درمان ها استفاده از عامل فراشناخت و تکنیک های ذهن آگاهانه می باشد (۲۸) بنابراین استفاده از این راهکارها بیشترین تاثیر را بر نشخوارگری و نگرانی های بیماران داراست.

از سوی دیگر نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در (جدول ۲) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب بهبود نمرات طرح واره های جنسی در آزمودنی های گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با نتایج خلعتبری و همکاران (۲۹) همسو است. در تبیین این نتایج می توان گفت تشخیص و درمان سرطان پستان، منجر به تغییر عملکرد جنسی، تصویر خود منفی و مشکلات ارتباطی می گردد و بدین طریق اثرات مهمی بر بهزیستی افراد می گذارد. همچنین ریزش مو، افزایش وزن، خستگی، محدودیت حرکت شانه، درد، عفونت شدید زخم، تغییر حس پوست در ناحیه جراحی شده و خشکی پوست از دیگر آثار جسمانی درمان سرطان پستان است. زمانی که زنی مبتلا به سرطان پستان

دهی و شیوه های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند. همچنین در این پژوهش پیگیری نتایج پژوهش بعد از اجرای پس آزمون مقذور نبود و لذا می توان به عنوان یک محدودیت زمانی از آن نام برد.

پیشنهاد می شود در آینده پژوهشی با نمونه های بزرگتر می تواند کاستی کم بودن حجم نمونه این پژوهش را جبران کند. همچنین این پژوهش تنها بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران انجام شده است، انتخاب آزمودنی های از بین سایر شهرها نیز می تواند تعمیم پذیری نتایج را افزایش دهد. از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران انجام شده است برای رفع این محدودیت پیشنهاد می شود چنین پژوهشی در سایر فرهنگها به ویژه قومیت های کرد، لر و بلوچ انجام شود.

سیاسگزاری

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

References

1. 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
2. Wapnir I, Price K, Anderson S. 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*, 2018; 36 (11).
3. Barari Baziarkhili Z, Ebrahimi S. Prediction of Psychological Helplessness and Fault Tolerance Based on Emotional Alexithymia in Women with Breast Cancer. *IJN*. 2021; 34 (129): 96-108 <https://doi.org/10.52547/ijn.34.129.96>
4. Fath Elahi Sh, Fazlullah; T, Bahman; K. The effect of eight weeks of resistance training on some factors of angiogenesis in women with breast cancer. *Iranian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2017; 20 (3): 9-17

احساسات و حس ها است؛ همانگونه که به طور طبیعی اتفاق می افتد. چندین مداخله می تواند برای تحقق این هدف استفاده شود (۳۰). از طرفی بخشی از آموزش شفقت خود بر ذهن آگاهی تمرکز دارد. در سال های اخیر، روانشناسی مثبت نگر با شعار توجه به توانمندی های انسان به این دسته از افراد توجه ویژه ای 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 روشن اندیشی، متانت، محبت، خوش قلبی و سرسختی روانی در فرد ایجاد می کند و بر عواطف مثبت و روش های حل مسئله اثر می گذارد (۱۸).

برای دستیابی به تصویر روشن تری از یافته های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت های آن اشاره می کنیم. نمونه پژوهش حاضر فقط به کسانی پوشش داد که برای دریافت خدمات به بیمارستان امام خمینی مراجعه کردند. بنابراین، تعمیم نتایج به گروه های دیگر مانند کسانی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند، گروه بیماران بستری در بیمارستان های دیگر و ... به راحتی امکان پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت های پژوهش نمونه گیری در دسترس و جمع آوری اطلاعات بر اساس مقیاس های خودگزارش دهی بود که این گزارش ها به دلیل دفاع های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ

5. Norouzi, H; Hashemi, E. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on emotional regulation in breast cancer patients. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 2017; 10 (2): 38-48.
6. Esfandiari Dolaei, Z; July, A; The original is free, of course Comparison of general health and marital satisfaction between cancer patients with breast evacuation, breast preservation and normal women in Tehran. *Rehabilitation Research in Nursing*, 1 (4): 39-48
7. Andersen BL, Cyranowski JM. Women's sexual self-schema. *J Pers Soc Psychol*. 1994;67(6):1079 <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1079>
8. Babaei, E. Predicting marital conflicts based on sexual schemas, sexual function and sexual satisfaction. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2018; 6 (5): 16-25
9. Mousavi, A; Ghorbani, N; Tabatabai, M. Comparison of psychological self-destruction based on self-knowledge, self-criticism and

- feelings of shame and guilt in three groups of healthy people, autoimmune patients and non-autoimmune patients. *Journal of Behavioral Sciences*, 2016; 8 (1): 81-88.
10. Hosseini, R; Afshariyena, K. Predicting body image and levels of self-criticism based on early maladaptive schemas. *Journal of Motor and Behavioral Sciences*, 2018; Volume: 1, Issue: 2
 11. Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 2015; 35(3), 155-163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
 12. Sterling M, Smeets R, Keijzers G, Warren J, Kenardy J. Physiotherapist-delivered stress inoculation training integrated with exercise versus physiotherapy exercise alone for acute whiplash-associated disorder (StressModex): a randomised controlled trial of a combined psychological/physical intervention. *J BMJ*. 2019; 53(19): 1240-47 <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100139>
 13. Vosper J, Iron CH, Mackenzie K, Saunders F, Lewis R. Introducing compassion focused psychosexual therapy. *Sexual and Relationship Therapy*. 2021; <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1902495> <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1902495>
 14. Beaumont E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental wellbeing measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 2016; 34, 239-244. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>
 15. Neff KD, Hsieh YP, DeJitterat K. Selfcompassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity* 2005; 4(3):263-87 <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>
 16. Neff, K. D., & Dahm, K. A. 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. 2015 https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10
 17. Neff, K. D., & Germer, C. K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 2013; 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
 18. 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*, 2008; 39(3), 267-285. <https://doi.org/10.1177/0022022108314544>
 19. Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 2007; 41(4), 908-916 <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
 20. Irons, C., & Lad, S. Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017; 3, 47-54.
 21. Karimnejad Niaragh, S, Borjali, A, Alavian, F, Azartash Shendi, F. The Relationship between Satisfaction and Sexual Schemas with Marital Satisfaction of Married Female Students. *Two Quarterly Journal of Today's Care*, 2010; 6 (20-21): 35-41.
 22. Thompson, R., & Zuroff, D. C. The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality Individual Difference*, 2004; 36(2), 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
 23. Yamaguchi, A., & Kim, M. S. Effects of Self-Criticism and Its Relationship with Depression across Cultures. *International Journal of Psychological Studies*, 2013; 5(1): 1-10. <https://doi.org/10.5539/ijps.v5n1p1>
 24. Przewdziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgi-Bilinski, K. My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 2013; 22 (8), 1872-1879. <https://doi.org/10.1002/pon.3230>
 25. Albertson, E. R., Neff, K. D., & DillShackleford, K. E. Selfcompassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 2015; 6(3), 444- 454. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
 26. Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., DiegoPedro, R., Baños, R., ... & Cebolla, A. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 2018 <https://doi.org/10.1177/1534735418772095>
 27. Leaviss, J., & Uttley, L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological*

- medicine, 2015; 45 (5), 927-945.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
28. Wells, A., & Fisher, P. (Eds.). Treating Depression: MCT, CBT, and Third Wave Therapies. John Wiley & Sons. 2015
<https://doi.org/10.1002/9781119114482>
29. Khalatbari, J; Hemmati, V; Mohammadi, H. The effectiveness of compassion-focused treatment on body image and marital satisfaction of women with breast cancer: a randomized educational trial study. Iranian Breast Diseases Quarterly, 2018; 11(3)
<https://doi.org/10.30699/acadpub.ijbd.11.3.7>
30. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2008; 76(6):1083