Iranian Journal of Breast Diseases. 2026; 19(1):92-106

Original Article

Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Sexual Self-Efficacy in Women with Breast Cancer

Yalda Mahfouzi[1], Manijeh Firouzi[2]✉, Fatemeh Mirershadi[3]

[1]Department of Health Psychology, Aras International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran
[2]Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
[3]Department of Physiology, Ard.c., Islamic Azad University, Ardebil, Iran

Received: 2025/08/28
Accepted: 2026/01/01

***Corresponding Author:**
mfiroozy@ut.ac.ir

Ethics Approval:
IR.IAU.ARDABIL.REC.1403.166

Abstract

Introduction: Breast cancer can lead to considerable physical and psychological challenges in women, including disturbances in body image and sexual functioning. This study aimed to evaluate the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) in enhancing body image and sexual self-efficacy among women with breast cancer.

Methods: This quasi-experimental study used a pretest- posttest control-group design. The participants included 39 married women aged 20–45 years diagnosed with breast cancer, who visited specialist clinics in Ardabil, Iran, during the second half of 2024. Participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to either an experimental group (n = 19) or a control group (n = 20). The experimental group participated in eight 75-minute CFT group sessions, while the control group received no intervention. Data were collected using the Body Image Concern Inventory and the Sexual Self-Efficacy Questionnaire and analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS version 22.

Results: The experimental group showed significant improvements in both outcome variables. Body image significantly increased compared to the control group ($F = 450.38$, $p < 0.01$; effect size = 0.82), as did sexual self-efficacy ($F = 65.22$, $p < 0.01$; effect size = 0.55).

Conclusion: CFT demonstrated significant effectiveness in improving body image and sexual self-efficacy in women with breast cancer. These findings suggest that CFT can be a beneficial therapeutic intervention and may be integrated into psychosocial care programs for this population.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Body Image, Breast Cancer, Sexual Self-Efficacy, Psychological Intervention

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

Copyright © 2026 Mahfouzi et al. Published by Breast Cancer Research Center, ACECR
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Introduction

Breast cancer is one of the most common cancers and a leading cause of death in women. (1). The peak age of incidence of this type of cancer in Iranian women is in the fourth and fifth decades of life, and its age of onset is ten years lower than the global age of onset (2).In addition to physical problems, cancer also causes psychological problems for the patient (3), so body image concerns are very common in this disease (4).In addition to the fact that a cancer diagnosis and its associated stresses may affect the emotional state of the woman and her sexual partner, any cancer diagnosis can have an impact on sexual activity (5). In light of the foregoing, it is necessary to seek strategies and measures for cancer patients that, on the one hand, alleviate their negative emotions, particularly concerning negative body image, and on the other hand, enhance and promote their sexual self-efficacy, as a crucial factor in altering the patient's perspective of themselves and their illness, thereby leading to greater peace and well-being. In this regard, one psychotherapy method that can be helpful is compassion-focused therapy. Based on the theoretical and research foundations stated and the highest cancer rates and the physical and psychological problems they cause for patients, it is very important to conduct a study to address these changes in the group. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on body image and sexual self-efficacy in women with breast cancer.

Materials and Methods

This quasi-experimental study used a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study included all married women with breast cancer (age range 20-45 years) in Ardabil city in the second half of 1403. The research sample comprised 39 participants, selected using the available sampling method, and assigned to two experimental groups (19 participants) and a control group (20 participants) by simple randomization. After statistical selection, the experimental group received 8 75-minute sessions of Gilbert's shift therapy intervention, while the control group received no intervention. After selecting the statistical sample, the experimental group underwent 8 75-minute sessions of Gilbert's shift therapy intervention, while the control group received no intervention. The collected data were analyzed using SPSS software, version 22, with descriptive and inferential statistical tests. The data collection instruments included the Body Image Concern Inventory (BICI), which reported Cronbach's alpha reliability of 0.93, item-total correlations ranging from 0.32 to 0.73, and convergent validity of 0.83 with the Body Dysmorphic Disorder scale (6). The Vaziri & Lotfi Kashani Sexual Self-Efficacy Questionnaire reported Cronbach's alpha reliability of 0.86, split-half reliability (Spearman-Brown) of 0.811, and Guttman reliability of 0.810 (7). The validity and reliability of these questionnaires have been confirmed in various domestic and international studies.

Findings

The control group's age was 32.15±7.61, and the experimental group's age was 31.95±6.68. The duration of illness in the control group is 8.90±3.74, and in the experimental group, it is 8.13±3.50. Also, the t-test for two independent groups showed no statistically significant difference in illness duration between the control and experimental groups (P>0.05).

Table 1: Results of multivariate analysis of covariance test for research studies

Statistical power	Eta coefficient	significant level	F value	mean square	degree of freedom	sum of squares	source	Variables
0/090	0/010	0/554	0/357	9/811	1	9/811	pre-test	body image
1	0/828	0/001	450/38	12375/71	1	12375/71	group	
				27/47	35	961/73	error	
0/113	0/016	0/459	0/56	5/03	1	5/03	pre-test	Sexual self-efficacy
1	0/551	0/001	65/22	581/04	1	581/04	group	
				8/90	35	311/81	error	

According to the results obtained, the difference in the mean scores of body image and sexual self-efficacy in women with breast cancer in the experimental and control groups was significant in the post-test phase. The mean body image in the experimental group increased significantly after the intervention and was significantly higher than in the control group (F=450.38, P<0.01). The

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

effect size for the body image variable was 0.82. Sexual self-efficacy in the experimental group increased significantly after the intervention and was also significantly higher than that of the control group (F=65.22, P<0.01). The effect size for sexual self-efficacy was 0.55.

Discussion

This study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on body image and sexual self-efficacy in women with breast cancer. The results showed that compassion-focused therapy improved body image (reduced negative body image) in women with breast cancer. It can be stated that the diagnosis and treatment of breast cancer led to changes in sexual function, negative self-image, and communication problems (8). When a woman is diagnosed with breast cancer, changes occur in various aspects of her life. The body is becoming increasingly intolerant of invasive, side-effecting treatment methods. Accordingly, self-education is concerned with reducing the body's dissatisfaction with itself and monitoring its condition. At levels that foster a higher level of body appreciation and acceptance, by cultivating a compassionate, understanding, and nonjudgmental relationship with themselves, women with breast cancer can directly cope with the negative impact on their bodies and societal pressures. The results also showed that compassion-focused therapy increased sexual self-efficacy in women with breast cancer. One can state that the diagnosis and treatment of breast cancer itself lead to changes in sexual function, negative self-image, and communication problems, and thus can be considered important for the well-being of individuals. Weight gain, weight loss, limited shoulder movement, pain, severe injury, changes in skin sensation in the surgical area, and dry skin are other physical effects of breast cancer treatment (2). When a woman with metastatic breast cancer faces treatment, the mind understands what has happened to the body, and the emotions are triggered to come to terms with this deadly disease. After several decades, the survival rate of affected women has increased. As a result of increased patient survival, concerns about social and cognitive functioning are also greater. Breast surgeries involve the deformity of the breast or the removal of one or both breasts. Surgical procedures affect various aspects of a woman's psychosocial functioning, such as identity, confidence, mood, sexual desires, self-satisfaction, and quality of life. Body image problems are associated with stress, depression, withdrawal from social relationships, and anxiety about rejection by her husband. Fear of not being accepted and attractive by their spouse and significant others is a major factor in women with body image problems. They compare themselves to their previous health conditions and treatments, and, as a result, experience symptoms of failure and their worsening (9).

Conclusion

The results of the present study showed that after providing compassion-focused therapy to women with breast cancer, body image and sexual self-efficacy improved significantly compared to the control group. Therefore, these results can provide a framework for therapists and health professionals who are in contact with these patients to plan educational interventions to improve the psychological status and family functions (sexual issues) of women with breast cancer. This study was subject to several limitations. These included the use of purposeful sampling, limited cooperation from some respondents during the questionnaire completion phase, and the absence of a follow-up phase. Consequently, the stability of the treatment's effects could not be determined. Therefore, it is recommended that future studies employ random sampling methods. Additionally, future research should include a follow-up phase to examine the sustained impact of the treatment. Furthermore, it is recommended that participants be provided with explanations of the study's objectives and the necessity of the research during treatment. If needed, incentive systems could be utilized to encourage continued participation in the research process.

References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209–49. doi:10.3410/f.739487650.793592245

2. Haghighat S, Omidi Z, Ghanbari-Motlagh A. Trend of breast cancer incidence in Iran during a fifteen-year interval according to national cancer registry reports. Iranian Journal of Breast Diseases. 2022;15(2):4–17.

3. Csuka SI, Rohánszky M, Thege BK. Gender differences in the predictors of quality of life in patients with cancer: a cross-sectional study. European Journal of Oncology Nursing.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

2024;68:102492. doi:10.1016/j.ejon.2023.102492
4. Yao H, Xiong M, Cheng Y, Zhang Q, Luo Y, Ding X, et al. The relationship among body image, psychological distress, and quality of life in young breast cancer patients: a cross-sectional study. Frontiers in Psychology. 2024;15:1411647. doi:10.3389/fpsyg.2024.1411647
5. Sörensson M, Asplund D, Matthiessen P, Rosenberg J, Hallgren T, Rosander C, et al. Self-reported sexual dysfunction in patients with rectal cancer. Colorectal Disease. 2020;22(5):500–12. doi:10.1111/codi.14907
6. Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the Body Image Concern Inventory. Behavior Research and Therapy. 2005;43(2):229–41. doi:10.1016/j.brat.2003.12.006
7. Vaziri S, Lotfi Kashani F. Study of factor structure, reliability, and validity of the sexual self-efficacy questionnaire. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2013;8(29):47–56. [Persian]
8. Grinda T, Aizer AA, Lin NU, Sammons SL. Central Nervous System Metastases in Breast Cancer. Current Treatment Options in Oncology. 2025:1–22. doi:10.1007/s11864-024-01286-1
9. Vasconcelos-Raposo J, Moreira TL, Arbinaga F, Teixeira CM. Sexual satisfaction in patients with cancer. Acta Colombiana de Psicología. 2017;20(2):106–15. doi:10.14718/ACP.2017.20.2.5

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

مقاله‌پژوهشی

مجله علمی
بیماری‌های پستان ایران
۱۰۶-۹۲:(۱)۱۹؛۱۴۰۵

اثربخشی شفقت درمانی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان

یلدا محفوظی[۱]، منیژه فیروزی[۲]✉، فاطمه میرارشادی[۳]

[۱]گروه روانشناسی سلامت، پردیس بین المللی ارس، دانشگاه تهران، تهران، ایران
[۲]گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
[۳]گروه فیزیولوژی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان می‌تواند عوارض جسمی و روانی قابل‌توجهی برای زنان به‌دنبال داشته باشد؛ ازاین‌رو ارزیابی مداخلات روان‌شناختی اهمیت دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش بررسی: این مداخله‌ی آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه شامل زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان (دامنه سنی ۲۰–۴۵ سال) مراجعه‌کننده به مطب‌های متخصصان مرتبط در اردبیل در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بود. از میان واجدان شرایط، ۳۹ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و گواه (۲۰ نفر) تخصیص یافتند. گروه آزمایش بصورت گروهی در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای شفقت‌درمانی شرکت کرد؛ گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵) و پرسشنامه خودکارآمدی جنسی وزیری-لطفی کاشانی (۱۳۹۲) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همگن بودند. میانگین تصویر بدنی در گروه آزمایش پس از مداخله به‌طور معنی‌داری افزایش یافت و نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری نشان داد (F=۴۵۰/۳۸، P<۰/۰۱). اندازه اثر برای متغیر تصویر بدنی ۰/۸۲ بود. همچنین خودکارآمدی جنسی در گروه آزمایش پس از مداخله افزایش معنی‌داری داشت و نسبت به گروه گواه بالاتر بود (F=۶۵/۲۲، P<۰/۰۱) اندازه اثر برای متغیر خودکارآمدی جنسی ۰/۵۵ بود.

نتیجه‌گیری: شفقت‌درمانی می‌تواند مداخله‌ای مؤثر در بهبود تصویر بدنی و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان باشد. پیشنهاد می‌شود این مداخله به‌صورت گروهی در مراکز درمانی و توان‌بخشی روانی اجرا شود. پیشنهاد می‌شود مطالعات پیگیری با نمونه بزرگ‌تر انجام شود.

واژه‌های کلیدی: مداخله روانشناختی، شفقت درمانی، تصویر بدنی، سرطان پستان، خودکارآمدی جنسی، زنان متاهل

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۶/۰۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۱

* **نویسنده مسئول:**
mfiroozy@ut.ac.ir

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

مقدمه

سرطان‌ها گروه بزرگی از بیماری‌ها را تشکیل می‌دهند که مرگ و میر بالایی به همراه دارند (۱). چنانچه سالانه در جهان ۱۲/۴ میلیون نفر در دنیا با تشخیص این بیماری روبه رو می‌شوند (۳،۲). در ایران نیز، سرطان پس از بیماری‌های قلب و عروق و حوادث، مهمترین علت مرگ و میر به حساب می‌آید (۴). در این میان سرطان پستان شایع‌ترین سرطان و عامل اصلی مرگ در زنان سراسر دنیاست (۵). سرطان پستان به نوعی سرطان گفته می‌شود که از بافت پستان آغاز می‌شود. نشانه‌های این سرطان شامل توده در پستان، تغییر در شکل ظاهری، فرورفتگی‌های کوچک پوستی، خروج مایع از نوک پستان، نوک فرورفته پستان یا پوست قرمز و خشک (پوسته‌پوسته) پستان باشد (۶). اوج سنی شیوع این نوع سرطان در زنان ایرانی مربوط به دهه‌های چهارم و پنجم زندگی بوده و سن بروز آن ده سال از سن بروز جهانی آن پایین‌تر است (۷).

بیماران مبتلا به این نوع سرطان در مقایسه با دیگر سرطان‌های زنان بعد از تشخیص بیماری بقای طولانی‌تری دارند (۸). این بیماری به سبب تاثیر بر جسم فرد می‌تواند زمینه‌ساز تغییر نگرش در خصوص خودپنداره و تصویر بدنی فرد بیمار گردد (۹). به طوری که براساس مطالعات نگرانی از تصویر بدنی در این بیماران بسیار شایع است (۱۰)؛ چرا که پستان به عنوان نماد زیبایی، مادری و جذابیت جنسی، اندامی است که از دست دادن یا بدشکلی در آن ممکن است منجر به تاثیرات نامطلوبی در زندگی فرد شده (۱۱) و طرحواره ظاهری فرد را دچار مشکل کند (۱۲). با اینکه یک تعریف واضح از تصویر بدنی در روان تومورشناسی[1] وجود ندارد (۱۳)، اغلب دیدگاه‌های اخیر که در جریان تصویر بدنی ظهور پیدا کرده‌اند این را مطرح کرده‌اند که آن یک سازه چندبعدی است (۱۴). طبق نظر کش و پروزینسکی (۱۹۹۰) تصویر بدنی بیانگر نگرش فرد از خود همراه با احساسات و افکاری است که می‌تواند تغییردهنده رفتار او در شرایط گوناگون و در جهات مثبت یا منفی باشد و این خودپنداشت ذهنی می‌تواند تحت تأثیر عواملی چون رشد جسمانی، تعاملات فرد با محیط اجتماعی، سوانح، آسیب و جراحات بدنی (مانند سرطان پستان) قرار گیرد (۱۵). لذا از آنجا که سرطان پستان هویت زنانه را هدف می‌گیرد، تأثیرات شدید روانی برای بیمار ایجاد کرده و تصویر بدنی آنان را به‌شدت متأثر می‌سازد (۱۶). چنانچه در این خصوص نتایج مطالعات چندی حاکی نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن در افراد مبتلا به سرطان است (۱۷،۱۸).

بعلاوه نظر بر این است که تشخیص سرطان و استرس‌های وابسته به آن ممکن است یک اثر عمیق بر وضع احساسی زن و شریک جنسی‌اش داشته باشد، لذا تشخیص هر سرطانی می‌تواند تأثیری زیان‌آور بر روی فعالیت‌های جنسی داشته باشد (۱۹). چرا که این بیماری به دلیل تحلیل قوای بدنی، کاهش توانایی جهت انجام فعالیت‌های روزمره، بستری شدن فرد می‌تواند عامل مهمی در ایجاد مشکلات جنسی بوده (۲۰) و موجب کاهش تمایل جنسی (۲۱) و احساس خودکارآمدی جنسی[2] گردد (۲۲) خودکارآمدی جنسی باوری است که هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد مؤثر فعالیت‌های جنسی و مطلوب بودن برای شریک جنسی خود دارد (۲۳). نتایج مطالعات نیز نشان داده‌اند که این بیماری تأثیر منفی بر عملکرد جنسی دارد (۲۴-۲۷).

نظر به آنچه بیان شد، لازم است در خصوص بیماران سرطانی به دنبال راهکارها و تدابیری بود که از یکسو با تسکین هیجانات منفی آن‌ها، تصویر بدنی نامناسب از خودشان را کاهش داد و از سوی دیگر با کمک به تقویت خودکارآمدی جنسی، دیدگاهی مثبت نسبت به خود در آنان ایجاد که و به تبع آن به احساس آرامش و سلامت بیشتر کمک کرد. بر این اساس، انجام مداخلاتی روانشناختی بر روی این بیماران بسیار مهم است. در این راستا یکی از روش‌های رواندرمانی که می‌تواند یاری‌گر باشد، شفقت درمانی[3] است. در خصوص انتخاب این درمان برای متغیرهای فوق قابل بیان است که وجود سرطان پستان به سبب تأثیر بر جسم فرد می‌تواند زمینه‌ساز تغییر نگرش در تصویر بدنی و ایجاد مشکلات جنسی فرد بیمار گردد (۹) و این موضوع می‌تواند کل زندگی فرد را تحت شعاع قرار دهد. لذا در این درمان، 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 (۲۸، ۲۹). در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه

[1] psycho-oncology
[2] Efficacy -Sexual Self
[3] compassion-focused therapy

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (۳۰). افزون بر آن، در شفقت درمانی، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند (۳۱). در این خصوص نتایج مطالعه‌ای نشان داد که شفقت درمانی تأثیر معنی‌داری بر افزایش تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان داشت (۳۲-۳۴). بعلاوه نتایج چند تحقیق نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش عملکرد جنسی زنان موثر بود (۳۶،۳۵). در نهایت اهمیتی که نهاد خانواده به ویژه زنان در پیشرفت و توسعه کشور ما دارد، بر کسی پوشیده نیست؛ بنابراین، پرداختن به پژوهش‌هایی که مولفه‌های تاثیرگذار بر این اقشار را مورد بررسی قرار می‌دهند، حائز اهمیت است. بعلاوه پژوهش حاضر از آن جهت نو محسوب می‌شود که اولا، در زمره متغیرهای روان شناسی تحولی و مثبت‌نگر قرار دارند (که پرداختن به این حیطه بسیار اهمیت دارد) و دوم اینکه، با توجه به جستجوی پژوهشگران حاضر در پایگاه‌های اطلاعات علمی داخل کشور تاثیرپذیری همزمان این متغیرها از درمان شفقت، بررسی نشده است. بنابراین با توجه به مبانی نظری و پژوهشی بیان شده و شیوع بالای سرطان و مشکلات جسمانی و روانشناختی ناشی از آن برای فرد بیمار، انجام مطالعه‌ای به منظور بهبود این متغیرها در گروه هدف بسیار مهم است. براین اساس مطالعه حاضر با هدف اثربخشی شفقت درمانی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان (دامنه سنی ۲۰- ۴۵ سال) مراجعه کننده به مطب‌های متخصصان مرتبط (مطب رادیولوژیست‌ها و جراح‌ها) شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ (در بازه زمانی بین اول مهرماه تا اول دی ماه سال ۱۴۰۳) بودند. تعداد نمونه مورد پژوهش ۳۹ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و گواه (۲۰ نفر) به‌صورت تصادفی ساده تخصیص یافتند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل تعداد شرکت‌کنندگان برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۳۷). معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به سرطان پستان (براساس تشخیص پزشک متخصص)، زنان متأهل بودن، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن رضایت (کتبی و شفاهی) جهت شرکت در پژوهش، داشتن حداقل مدرک دیپلم به منظور پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها، عدم ابتلاء به مشکلات روانشناختی حاد (براساس مصاحبه بالینی قبل از مداخله توسط پژوهشگر) و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه شرکت در طول جلسات مداخله، شدت گرفتن بیماری به گونه‌ای که فرد توان ادامه جلسات روان درمانی را نداشته باشد، غیبت دو جلسه متوالی از جلسات درمانی و شـرکت در مداخله‌های روان‌شناختی دیگر به صورت همزمان بود. بعد از انتخاب نمونه آماری گروه آزمایشی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای مورد مداخله شفقت درمانی (گیلبرت، ۲۰۰۹) (۳۸) قرار گرفتند و گروه گواه بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند. اجرای مداخله از سوی خود پژوهشگر و تحت نظارت اساتید در یکی از مراکز رواندرمانی شهر اردبیل صورت گرفت. قبل از انجام مداخله‌ی درمانی، پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی و پرسشنامه‌ی خودکارآمدی جنسی وزیری- لطفی کاشانی و فرم اطلاعات جمعیت شناختی توسط تمامی افراد تحت مطالعه در هر دو گروه به‌صورت حضوری تکمیل شد. ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش شامل دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل شناسه IR.IAU.ARDABIL.REC.1403.166، توضیح کامل اهداف پژوهش و اصل محرمانه بودن اطلاعات برای شرکت کننده‌ها (با توجه به استانداردهای هلسینکی)، ارائه درمان به صورت فشرده (دو جلسه در هفته) بعد از اتمام پژوهش برای گروه گواه بود. در نهایت پس از اتمام جلسات آموزشی، شرکت‌کنندگان هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌ها مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. با وجود اینکه جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه و آشنایی اولیه از اعضا خواسته شد تا تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش تعداد بیشتر افراد گروه شد. با این حال یک نفر از گروه آزمایش به دلیل مشکلات خانوادگی از ادامه همکاری انصراف دادند، لذا با توجه به گذشت پنج جلسه از شروع مداخله، امکان جایگزین نمودن شرکت کننده دیگری میسر نگردید، براین اساس گروه آزمایش ۱۹ نفر لحاظ

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

گردید. درنهایت داده‌ها پس از گردآوری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با آزمون‌های آماری (توصیفی و استنباطی) تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی با تعیین شاخص‌های پراکندگی برای متغیرهای کمی و تعیین فراوانی برای متغیرهای کیفی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، نرمال بودن داده با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلک بررسی شد. برای مقایسه متغیرهای تصویر بدنی و خودکارآمدی جنسی در مرحله قبل از درمان از آزمون T-test، برای بررسی تفاوت بین متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون خی دو و برای بررسی تاثیر درمان در گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANCOVA) با بررسی پیش فرض‌های آن در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل موارد ذیل بود:

الف) پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی (BICI- Body Image Concern Inventory): این پرسشنامه توسط لیتلتون و همکاران (۳۹) تهیه شده که مشتمل بر ۱۹ گویه است و آزمودنی‌ها می‌بایست به ماده‌های آن بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (از هرگز ۱ تا همیشه ۵) لیکرتی پاسخ دهند. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۱۹ تا ۹۵ است و نمرات بالاتر نشانگر تصویر بدنی منفی‌تر است (۳۹). پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی ماده با کل بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۳ و روایی همگرای این پرسشنامه از طریق محاسبه با مقیاس خودگزارش‌دهی اختلال بدریختی بدنی ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۹). در ایران پورآوری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین ساختار عاملی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، مورد تأیید قرار گرفت. بررسی ضرایب همبستگی نشان داد که BICI با پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی (P<۰/۰۱) و رضایت از زندگی (P<۰/۰۱)، همبستگی منفی معنی‌داری دارد که این رابطه، بیانگر روایی همگرای این پرسشنامه است (۴۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

ب) پرسشنامه‌ی خودکارآمدی جنسی وزیری- لطفی کاشانی-Vaziri & Lotfi Kashani Sexual self) (efficacy questionnaire: این پرسشنامه توسط وزیری و لطفی کاشانی (۲۲) به منظور بررسی خودکارآمدی جنسی برای جامعه ایرانی ساخته شده است. این پرسشنامه، ۱۰ سوال دارد که که در یک پیوستار چهار گزینه‌ای، از (صفر اصلا صحیح نیست) تا (۳ کاملاً صحیح است)، نمره‌گذاری می‌شود. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۶، دو نیمه کردن اسپیرمن- براون ۰/۸۱۱ و روش گاتمن ۰/۸۱۰ بدست آمده است. همچنین برآورد اعتبار پرسشنامه‌ی خودکارآمدی جنسی در ایران با استفاده از روش اعتبار وابسته به محتوا، مورد تأیید قرار گرفته است. بعلاوه این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ نیز توسط سازندگان مورد بررسی روایی و پایایی قرار گرفت و براساس نتایج تحلیل عاملی به روش تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس، نشان داد که عامل شناسایی شده ۵۴/۳۷۸ درصد از واریانس نمرات این پرسشنامه در زنان را تبیین کرد. همچنین پایایی این پرسشنامه برای کل نمرات با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵۱ و با روش دونیمه سازی ۰/۸۱۷ به دست آمد (۲۲).

پروتکل شفقت درمانی: شفقت درمانی در این پژوهش مبتنی پرتکل شفقت درمانی گیلبرت (۳۸) بود که در هشت جلسه‌ای ۷۵ دقیقه ای و به‌صورت هفته‌ای یک جلسه توسط پژوهشگر (دانشجو دکتری رشته روانشناسی) و تحت نظارت اساتید در یکی از مراکز روان‌درمانی شهر اردبیل صورت گرفت. جلسات بر طبق مراحل زیر انجام گرفت.

جدول۱: خلاصه جلسات شفقت درمانی (۳۸)

Table 1: Compassion Therapy Session Summary

content meetings	The title of the session	meeting
Familiarity, assessment of levels of self-criticism, impulsiveness, description and explanation of these variables and related factors, their symptoms, and conceptualization of cognitive self-compassion training	introduction	**The first session**
Training to understand and appreciate how people feel to approach things with an empathetic attitude.	Empathy training	**The second session**
Developing and fostering a wider range of emotions related to people's issues to increase care and attention to their health.	Empathy training	**The third session**

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

meeting	The title of the session	content meetings
The fourth session	Teaching forgiveness	Accepting mistakes and forgiving yourself (rather than criticizing yourself) for mistakes accelerates change.
The fifth session	Learning to accept issues	Accepting upcoming changes and enduring difficult situations, given the changing nature of life and the fact that people face different challenges (rather than feeling shame and guilt).
The sixth session	Teaching the development of valuable and transcendent emotions	Creating valuable feelings in themselves so that they can deal appropriately and effectively with the environment.
The seventh session	Responsibility training	Responsibility training is a fundamental component of self-compassion training, in which subjects learn to think critically so they can develop new perspectives and feelings that are more effective.
The eighth session	Training and practicing skills	Review and practice the skills presented in previous sessions to help participants cope with different life situations in different ways.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۳۹ نفر دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و گواه (۲۰ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین تعداد اعضای گروه نمونه در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). براساس یافته‌های پژوهش میانگین سنی گروه گواه برابر ۳۲/۱۵±۷/۶۱ و گروه آزمایش برابر ۳۱/۹۵±۶/۶۸ است. نتیجه آزمون تی برای دو گروه مستقل نشان داد که بین میانگین سنی دو گروه گواه و آزمایش به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). میانگین مدت ابتلا به بیماری در گروه گواه ۸/۹۰±۳/۷۴ و گروه آزمایش برابر ۸/۱۳±۳/۵۰ است. همچنین نتیجه آزمون تی برای دو گروه مستقل نشان داد که بین میانگین مدت ابتلا به بیماری دو گروه گواه و آزمایش به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵) سایر مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه در ادامه ارائه شده است (جدول ۲).

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های آزمایش و گواه

Table 2: Demographic characteristics of the experimental and control groups

Chi-square test			Control group (frequency and percentage)	Experimental group Frequency (percentage)	Levels	Variable
P	df	value				
0.726	2	0.641	8 (40)	7 (36.84)	diploma	Education level
			6 (30)	7 (36.84)	Master's degree and bachelor's degree	
			6 (30)	5 (26.32)	Master's degree and above	
0.885	1	0.208	8 (40)	6 (31.57)	employed	Employment status
			12 (60)	13 (68.43)	Unemployed	
0.899	3	0.195	8 (40)	7 (36.84)	without children	Number of children
			6 (30)	6 (31.57)	a child	
			5 (25)	(4)21.05	two children	
			1 (5)	(2) 10.54	More than two children	
0.996	1	0.064	20 (100)	19(100)	Number of group members	
t-test			standard deviation	average	group	Variable
P	df	t				
0.996	37	0.034	6.68	31.94	test	age
			7.61	32.15	witness	
0.914	37	0.152	3.50	8.13	test	duration of illness

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف‌معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه و نتایج آزمون شاپیرو- ویلک

Table 3: Comparison of the mean and standard deviation of the scores of the research variables in the experimental and control groups and the results of the Shapiro-Wilk test

Shapiro-Wilk test		T-test test			Experimental group means (standard deviation)	Control group Mean (standard deviation)	stage	Variable
meaningful	z statistic	P	df	t				
0.089	0.952	0.908	37	0.116	74.10 (7.60)	74.02 (6.89)	pre-test	body image
0.081	0.950	0.001	37	8.153-	38.42 (5.43)	74.87(6.92)	After the test	
0.152	0.958	0.962	37	0.048	13.90 (3.22)	13.75 (3.58)	pre-test	Sexual self-efficacy
0.221	0.963	0.001	37	21.456	21.63 (3.67)	13.71 (2.69)	After the test	

میانگین و انحراف‌معیار متغیرها و نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در جدول ۲ ارائه شده است. بر اساس نتایج بین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). همچنین بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). در ادامه به منظور بررسی دقیق معنی‌داری این تفاوت‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای این منظور ابتدا، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک تأیید شد (P>۰/۰۵).

بعلاوه پیش فرض‌های همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین (Levene's Test) و همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس با آزمون ام- باکس (Box's M) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود (خودکارآمدی جنسی F=۰/۱۶۳، P=۰/۶۸۹؛ تصویر بدنی F=۰/۰۶۴، P=۰/۸۰۲). همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس (آزمون ام باکس) حاکی از عدم تفاوت معنی‌دار بین واریانس متغیرها بود (Box's M =۱/۱۱۴ ، F=۰/۳۵۰، P=۰/۷۸۹). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود نداشت.

جدول ۴: نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

Table 4: Results related to the reliability indices of multivariate analysis of covariance of research variables

Statistical power	Eta coefficient	significant level	error df	Assumption df	F value	value	Credit indicators	effect
1	0.902	0.001	34	2	216.04	0.902	Pillai effect	group
1	0.902	0.001	34	2	216.04	0.070	Wilkes Lambda	
1	0.902	0.001	34	2	216.04	13.29	Hotelling's work	
1	0.902	0.001	34	2	216.04	13.29	The largest zinc root	

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که F کلی در مرحله پس‌آزمون با ارزش لامبدای ویلکز ۰/۰۷۰ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان نتیجه گرفت که مداخله انجام شده، ۹۰ درصد از واریانس تغییر در متغیرها را تبیین می‌کند (جدول ۴). در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول ۵).

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

Table 5: Results of multivariate analysis of covariance test for research variables

Statistical power	Eta coefficient	significant level	F value	mean square	degree of freedom	sum of squares	source	Variables
0.090	0.010	0.554	0.357	9.811	1	9.811	pre-test	**body image**
1	0.828	0.001	450.38	12375.71	1	12375.71	group	
				27.47	35	961.73	error	
0.113	0.016	0.459	0.56	5.03	1	5.03	pre-test	**Sexual self-efficacy**
1	0.551	0.001	65.22	581.04	1	581.04	group	
				8.90	35	311.81	error	

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

بر اساس نتایج به دست آمده، تفاوت میانگین نمرات تصویر بدنی و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار بود. به طوری که میانگین تصویر بدنی در گروه آزمون به صورت معنی‌داری بعد از مداخله افزایش یافت و نسبت به گروه گواه نیز افزایش معنی‌داری داشت (P<۰/۰۱ ،F=۴۵۰/۳۸). اندازه اثر برای متغیر تصویر بدنی ۰/۸۲ بود. خودکارآمدی جنسی در گروه آزمون به صورت معنی‌داری بعد از مداخله افزایش یافت و نسبت به گروه گواه نیز افزایش معنی‌داری داشت (P<۰/۰۱ ،F=۶۵/۲۲) اندازه اثر برای متغیر خودکارآمدی جنسی ۰/۵۵ بود.

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج نشان داد که شفقت درمانی موجب بهبود تصویر بدنی (کاهش تصویر بدنی منفی) در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. نتایج به دست آمده با یافته‌های شیخان و همکاران و فان و همکاران مبنی بر اثربخشی شفقت درمانی بر بهبود تصویر بدنی در بیماران سرطانی همخوانی داشت (۳۲, ۳۴). قابل بیان است که تشخیص و درمان سرطان پستان، منجر به تغییر عملکرد جنسی، تصویر خود منفی و مشکلات ارتباطی می‌گردد (۶). زمانی که زنی مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده می‌شود، تغییراتی در جنبه‌های مختلف زندگی او رخ می‌دهد. بدن با روش‌های هجومی و اثرات جانبی درمان روبه رو می‌گردد و شفقت کمتری به خود نشان می‌دهند. نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن در بیماران سرطانی رایج است که از تغییرات قابل مشاهده مانند ریزش مو یا جای زخم و تغییرات نامرئی مانند تغییر در عملکرد بدن ناشی می‌شود و منجر به احساس ناامنی و بی‌کفایتی می‌شود. عواملی مانند نوع درمان، سن و ماندگاری تغییرات جسمی بر تصویر بدن تأثیر می‌گذارند که می‌توان از طریق حمایت روانی، درمان شناختی-رفتاری، گروه‌های حمایتی و جراحی‌های ترمیمی یا پروتز به آن پرداخت (۴۱) و بر همین اساس توجه به روش درمانی خودشفقتی می‌تواند تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان را تحت تأثیر قرار دهد.

در تبیین اثربخشی این درمان می‌توان به نقش سه مولفه خودشفقتی اشاره کرد. شفقت درمانی با ایجاد مهربانی با خود (در مقابل قضاوت خود)، سبب می‌شود افراد به جای برخورد قضاوتی نسبت به بدنشان، برخورد مهربانانه‌ایی کسب کنند. نظریه گیلبرت یک سیستم عاطفی سه بخشی را پیشنهاد می‌کند. بر اساس این نظریه، مشکلات سلامت روان را می‌توان بر اساس فعال‌سازی و تعامل سه سیستم تنظیم عاطفی توضیح داد. سیستم اول، سیستم متمرکز بر تهدید و محافظت از خود است که به نشانه‌های تهدید حساس است و احساسات منفی مانند اضطراب، خشم و انزجار را برمی‌انگیزد. هدف آنها محافظت از فرد در برابر تهدیدها و خطرات است. این سیستم در بیشتر اشکال آسیب‌شناسی روانی بیش‌فعال است (۳۸). سیستم دوم، سیستم متمرکز بر جستجوی محرک و اکتساب است که بر جستجو/کسب منابع لازم برای بقا و تولید مثل تمرکز دارد و به نشانه‌های پاداش حساس است. این امر اشکال انرژی‌بخش و فعال احساسات مثبت مانند سرزندگی و هیجان را برمی‌انگیزد (۴۲).

در واقع شفقت به خود مستلزم پذیرش این نکته است که رنج، شکست و نابسندگی‌ها بخشی از شرایط انسانی است و همه انسانها از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است (۳۸)، می‌توان گفت سازه شفقت، شکل سالم خود پذیری است که نشان دهنده گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود، زندگی خود بوده که حتی می‌توانند ناخوشایند باشند (۲۹)، بنابراین شفقت به خود موجب انعطاف‌پذیری عاطفی شده و به عنوان یک پاسخ جدید در برابر رنج و ناراحتی به درک شرکت کنندگان در گروه آزمایش نسبت به خود همراه با پذیرش محدودیت‌ها کمک کرده و تاثیر مثبتی در تصویر بدنی آنان داشته است. بنابراین می‌توان گفت که خودشفقتی منجر به کاهش نارضایتی از بدن، شرم از بدن و نظارت بر بدن می‌شود، در حالی که سطوح بالاتری از قدردانی و پذیرش بدن را ارتقا می‌دهد (۴۳) با پرورش یک رابطه مهربانانه، همراه با درک و بدون قضاوت با خود، زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توانند به طور مؤثرتری با افکار منفی مربوط به بدن و فشارهای اجتماعی کنار بیایند.

همچنین نتایج نشان داد که شفقت درمانی موجب افزایش خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان شد. این یافته با نتایج تحقیقات واسپیر و همکاران و شیخانگفشی و همکاران مبنی بر تأثیر شفقت درمانی بر

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

عملکرد جنسی بیماران جسمانی همسویی داشت (۳۵، ۳۶). خودکارآمدی جنسی در بیماران سرطانی، که به عنوان باور آنها به توانایی خود در مدیریت و ابراز تمایلات جنسی خود پس از سرطان تعریف می‌شود، برای حفظ کیفیت خوب زندگی و سازگاری با تغییرات جنسی بسیار مهم است. خودکارآمدی جنسی پایین در بین بیماران سرطانی رایج است و منجر به مشکلاتی در برقراری ارتباط با شریک زندگی و ارائه دهندگان خدمات درمانی می‌شود و تأثیر منفی بر عملکرد و رضایت جنسی دارد. مداخلاتی مانند مشاوره و آموزش جنسی، که مبتنی بر نظریه خودکارآمدی هستند، می‌توانند به بهبود خودکارآمدی جنسی و پیامدهای کلی سلامت جنسی برای این بیماران کمک کنند (۴۴) با این حال در تحقیق حاضر اثربخشی شفقت درمانی بر خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان بررسی و تأیید شده است. بر اساس دیدگاه خودشفقتی گیلبرت سیستم‌های تهدید و سائق به ترتیب بسیار شبیه به سیستم‌های شناخته‌شده‌ی عاطفه‌ی منفی و عاطفه‌ی مثبت هستند، در نهایت، سیستم متمرکز بر تسکین و پیوند، که به موازات سیستم دلبستگی و فعال‌سازی آن تکامل می‌یابد، می‌تواند سیستم‌های تهدید و جستجو را سرکوب کند و ارگانیسم را در موقعیت آرامش قرار دهد(۴۲). این سیستم به نشانه‌های گرمی و وابستگی حساس است و در پاسخ، احساسات مثبت با برانگیختگی کمتر مانند آرامش، رضایت، امنیت و احساس ارتباط اجتماعی ایجاد می‌کند (۳۸).

همچنین می‌توان بیان کرد که 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 جراحی شده و خشکی پوست از دیگر آثار جسمانی درمان سرطان پستان است (۷). زمانی که زنی مبتلا به سرطان پستان جانبی درمان روبه رو 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 (۲۴). روش‌های جراحی روی ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی- اجتماعی زن همچون هویت، اعتماد، خلق، تمایات 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 ابتا به بیماری و درمان‌های آن مقایسه می‌کنند و در نتیجه احساس ناکامی، افسردگی و اضطراب آنها افزایش می‌یابد (۲۶).

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که پس از ارائه شفقت درمانی بر زنان مبتلا به سرطان پستان، تصویر بدنی و خودکارآمدی جنسی به میزان قابل توجهی نسبت به گروه گواه بهبود یافت. لذا این نتایج می‌تواند چارچوبی به درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با این بیماران هستند جهت برنامه ریزی مداخلات آموزشی به منظور بهبود وضعیت روانشناختی و کارکردهای خانوادگی (مسائل جنسی) زنان مبتلا به سرطان پستان ارائه بدهد.

محدودیت‌ها

این پژوهش با محدودیت‌های روبرو بود که از جمله آن استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، همکاری کم برخی از پاسخگویان در مرحله تکمیل پرسشنامه و عدم انجام مرحله پیگیری بود.

پیشنهادات پژوهشی

پیشنهاد می‌گردد در مطالعه آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود در طول درمان، توضیحاتی در مورد اهداف و بخصوص ضرورت انجام پژوهش به نمونه‌های مورد مطالعه ارائه شود و در صورت نیاز از سیستم‌های تشویقی برای ادامه فرآیند پژوهش استفاده شود.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

References

1. Yavari Y, Khoshakhlagh H. The Effectiveness of Treatment Based on Emotion Regulation and Compassion Therapy on the Self-Conscious Affect of Cancer Patients in Isfahan City. Journal of Health and Care. 2023;25(2):121–34. doi:10.61186/jhc.25.2.121 [persian]
2. Boire A, Burke K, Cox TR, Guise T, Jamal-Hanjani M, Janowitz T, et al. Why do patients with cancer die? Nature Reviews Cancer. 2024;24(8):578–89. doi:10.1038/s41568-024-00708-4
3. Kocarnik JM, Compton K, Dean FE, Fu W, Gaw BL, Harvey JD, et al. Cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life years for 29 cancer groups: a systematic analysis for the global burden of disease. JAMA Oncology. 2022;8(3):420–44. doi:10.1001/jamaoncol.2021.6987
4. Zahedi A, Rafiemanesh H, Enayatrad M, Ghoncheh M, Salehiniya H. Incidence, trends, and epidemiology of cancers in north west of Iran. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2015;16(16):7189-93. [Persian]
5. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209–49. doi:10.3410/f.739487650.793592245
6. Grinda T, Aizer AA, Lin NU, Sammons SL. Central Nervous System Metastases in Breast Cancer. Current Treatment Options in Oncology. 2025:1–22. doi:10.1007/s11864-024-01286-1
7. Haghighat S, Omidi Z, Ghanbari-Motlagh A. Trend of breast cancer incidence in Iran during a fifteen-year interval according to national cancer registry reports. Iranian Journal of Breast Diseases. 2022;15(2):4–17.
8. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The relationship between anxiety, depression, and quality of life among breast cancer patients in Seyedoshohada Hospital in Isfahan in 2016: the mediating role of resilience. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2017;16(5):395–408. doi:10.46886/ijarp/v4-i1/2602 [persian]
9. Csuka SI, Rohánszky M, Thege BK. Gender differences in the predictors of quality of life in patients with cancer: a cross-sectional study. European Journal of Oncology Nursing. 2024;68:102492. doi:10.1016/j.ejon.2023.102492
10. Yao H, Xiong M, Cheng Y, Zhang Q, Luo Y, Ding X, et al. The relationship among body image, psychological distress, and quality of life in young breast cancer patients: a cross-sectional study. Frontiers in Psychology. 2024;15:1411647. doi:10.3389/fpsyg.2024.1411647
11. Rhoten BA. Body image disturbance in adults treated for cancer–a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2016;72(5):1001–11. doi:10.1111/jan.12892
12. Wood ML, Stoltz DS, Van Ness J, Taylor MA. Schemas and frames. Sociological Theory. 2018;36(3):244–61doi:10.1177/0735275118794981 .
13. Munteanu V-B. Psycho-Oncology. New Trends in Psychology. 2021;3(2).
14. Abdoli M, Scotto Rosato M, Desousa A, Cotrufo P. Cultural differences in body image: A systematic review. Social sciences. 2024;13(6):305. doi:10.3390/socsci13060305
15. Narimani F, Heydari S. Explaining the causal relationship between mindfulness and body image in adolescents: the mediating role of coping strategies. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2024;13(5):209–18. [Persian]
16. Hou L, Liu L, Wang F, Yu L, Yu Z. Psychological problems in breast cancer patients should be taken seriously. Zhonghua wai ke za zhi [Chinese Journal of Surgery]. 2024;62(2):110–5. doi:10.3760/cma.j.cn112139-20231016-00175
17. Wytiaz V, Jackson Levin N, Tan CY, Stelmak D, Iannarino N, Zhang A, et al. Body image disturbances in adolescent and young adult cancer patients confronting infertility risk and fertility preservation decisions. Journal of psychosocial oncology. 2024;42(2):208–22. doi:10.1200/jco.2023.41.16_suppl.e24175
18. Brederecke J, Heise A, Zimmermann T. Body image in patients with different types

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

of cancer. PloS one. 2021;16(11):e0260602. doi:10.1371/journal.pone.0260602
19. Sörensson M, Asplund D, Matthiessen P, Rosenberg J, Hallgren T, Rosander C, et al. Self-reported sexual dysfunction in patients with rectal cancer. Colorectal Disease. 2020;22(5):500–12. doi:10.1111/codi.14907
20. Stulz A, Lamore K, Montalescot L, Favez N, Flahault C. Sexual health in colon cancer patients :a systematic review. Psycho-Oncology. 2020;29(7):1095–104. doi:10.1002/pon.5391
21. Dorfman CS, Arthur SS, Kimmick GG, Westbrook KW, Marcom PK, Corbett C, et al. Partner status moderates the relationships between sexual problems and self-efficacy for managing sexual problems and psychosocial quality-of-life for postmenopausal breast cancer survivors taking adjuvant endocrine therapy. Menopause. 2019;26(8):823–32. doi:10.1097/gme.0000000000001337
22. Vaziri S, Lotfi Kashani F. Study of factor structure, reliability, and validity of the sexual self-efficacy questionnaire. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2013;8(29):47–56. [Persian]
23. Torregosa M, Patricio O. The mediating role of sexual self-efficacy on protected sex. Journal of primary care & community health. 2022;13:21501319221129934doi:10.1177/21501319221129934 .
24. Akbari M, Lotfi Kashani F, Vaziri S. The efficacy of four-factor psychotherapy on increasing sexual self-esteem in breast cancer survivors. Iranian Journal of Breast Diseases. 2017;10(1):48–60. [Persian]
25. Shahid Sales S, Hasanzadeh M, Sania Saggade S, Al Davoud SA. Comparison of sexual dysfunction in women with breast cancer: case control study. Tehran University of Medical Sciences Journal. 2017;75(5):350–7. [Persian]
26. Vasconcelos-Raposo J, Moreira TL, Arbinaga F, Teixeira CM. Sexual satisfaction in patients with cancer. Acta Colombiana de Psicología. 2017;20(2):106–15. doi:10.14718/ACP.2017.20.2.5
27. Mütsch J, Friedrich M, Leuteritz K, Sender A, Geue K, Hilbert A, et al. Sexuality and cancer in adolescents and young adults-a comparison between reproductive cancer patients and patients with non-reproductive cancer. BMC Cancer. 2019;19:1–13. doi:10.1186/s12885-019-6009-2
28. Harris D. Compassion-focused grief therapy. British Journal of Guidance & Counseling. 2021;49(6):780–90. doi:10.1080/03069885.2021.1960948
29. Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. Annual review of psychology. 2023;74,1193-218. doi:10.1080/03069885.2021.1960948
30. Erekson DM, Griner D, Beecher ME. Compassion-focused therapy for groups: Transdiagnostic treatment for turbulent times. International Journal of Group Psychotherapy. 2024;74(2):149–76. doi:10.1080/00207284.2024.2314278
31. Thomason S, Moghaddam N. Compassion-focused therapies for self-esteem: A systematic review and meta-analysis. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2021;94(3):737–59. doi:10.1111/papt. 12319
32. Sheykhan R, Ghadampour E, Aghabozorgi R. The effect of self-compassion training on body image and quality of life in women with breast cancer without metastasis under chemotherapy. Clinical Psychology Studies. 2019;10(35):131–45. [Persian]
33. Grégoire C, Paye A, Vanhaudenhuyse A. Self-compassion-based interventions in oncology: A review of current practices. OBM Integrative and Complementary Medicine. 2024;9(1). doi:10.21926/obm.icm.2401007
34. Fan Y-C, Hsiao F-H, Hsieh C-C. The effectiveness of compassion-based interventions among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Palliative & supportive care. 2023;21(3):534–46. doi:10.1017/S1478951522001316
35. Bagheri-Sheykhangafshe F, Tajbakhsh K, Savabi Niri V, Bourbour Z, Otadi S. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Pain Catastrophizing, Sexual Function, and Resilience in Women with Multiple Sclerosis (MS). International Journal of Behavioral Sciences. 2023;17(3):133-40. [Persian]
36. Vosper J, Irons C, White K, Saunders F, Lewis R, Gibson S. Introducing compassion focused psychosexual therapy. Sexual and Relationship Therapy. 2023;38(3):320–52. doi:10.1080/14694.2021.1902495

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]

37. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences, 2019.
38. Gilbert P. Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioral therapy. Cognitive Behavior Therapy: Routledge; 2008. p. 217–32. [Persian]
39. Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the Body Image Concern Inventory. Behavior Research and Therapy. 2005;43(2):229–41. doi:10.1016/j.brat.2003.12.006
40. Pooravari M, Habibi M, Parija HA, Tabar SHSA. Psychometric properties of the Body Image Concern Inventory in adolescents. Pajoohandeh Journal. 2014;19(4):189–99. [Persian]
41. Sebri V, Durosini I, Triberti S, Pravettoni G. The efficacy of psychological intervention on body image in breast cancer patients and survivors: a systematic-review and meta-analysis. Frontiers in psychology. 2021 Mar 1;12:611954. doi:10.3389/fpsyg.2021.611954
42. Gilbert P. An evolutionary approach to emotion in mental health with a focus on affiliative emotions. Emotion Review. 2015;7(3):230-7. DOI:10.1177/1754073915576552
43. Troop NA, Beadle ES. Self-Compassion, Body Compassion, and Body Image. In The Palgrave Handbook of Positive Psychology and Health, 2025 Jul 9 (pp. 487-513). Cham: Springer Nature Switzerland. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-031-89095-6_20
44. Li X, Liu Q, Yang Y, Wang X, Zhou G. Efficacy of an Online Self-compassion Group Intervention for Sexual Minority Men Living with HIV: A Pilot Randomized Controlled Trial. AIDS and Behavior. 2025 May;29(5):1540-52. doi:10.1007/s10461-025-04624-y

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.1.92]