ORIGINAL ARTICLE

Iranian Quarterly Journal of Breast Disease 2018; 11(3):7.

Effect of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer

Khalatbari J: Department of psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran
Hemmati Sabet V: PhD Student in Psychology, Islamic Azad University of Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran
Mohammadi H: PhD Student in health Psychology, Tonekabon Branch, Department of Psychology, Mazandaran, Iran

Corresponding Author: Javad Khalatbari, Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

Abstract

Introduction: Breast cancer is one of the most common cancers among women. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of compassion focused therapy on body image and marital satisfaction in women with breast cancer.

Methods :This research utilized a pre-test and post-test semi-experimental design with a control group. A total of 30 subjects were selected from women with breast cancer presenting to Imam Khomeini Hospital in Tehran in 2017. They were then randomly assigned to experimental and control groups (n=15 for each group). The experimental group received a compassion focused therapy for eight sessions of 90 minutes, but the control group did not receive any intervention. The research instruments were body image questionnaire of Cash (2000) and Enrich marital inventory of Fowlers and Olson (1989). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance .

Results: The mean post-test scores of the experimental group in the components of the body image were apparent evaluation (P<0.043), apparent tendency (P<0.006), fit assessment (P<0.001), tendency to fit (P<0.001), appearance assessment (P<0/030), health tendency (P<0.001), tendency to disease (P<0.001), satisfaction of body parts (P<0.001), mental retardation with overweight (P<0.001)), Self-classification of weight (P<0.003) is less than the mean post-test scores of the control group (P<0.05). Also, the experimental and control groups have a significant difference in terms of marital satisfaction components (P<0.05), personality issues (P<0.001), marital relationship (P<0.007), solving in contractual response components (P<0.02), satisfaction (P<0.001), financial management (P<0.001), time and leisure (P<0.002), sexual relations (P<0/01), parenting (P<0.001), relatives and relatives (P<0.001)), Male and female equality (P<0.014), ideological orientation (P<0.007), the experimental group was significantly more than marital satisfaction in the control group (P=0.001).

Conclusion: The results of this study showed that compassion focused therapy can affect the body image and marital satisfaction in women with breast cancer.

Keyword: Compassion Focused Therapy, Body Image, Marital Satisfaction, Breast Cancer

مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال یازدهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۷؛ (۲۰-۸)

تاریخ ارسال: ۹۷/۰۴/۱۷ | تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۶/۲۶

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده

جواد خلعتبری*: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران
وحید همتی ثابت: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
حبیبه محمدی: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در بین زنان است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش بررسی: در این پژوهش از طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از بین زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش سرطان بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۳۹۶، تعداد ۳۰ آزمودنی انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه چند بعدی رابطه خود- بدن کش (۲۰۰۰) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (فوروز و السون، ۱۹۸۹) بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در مولفه‌های تصویر بدنی ارزیابی ظاهری (P<0/043)، گرایش به ظاهری (P<0/006)، ارزیابی تناسب (P<0/001)، گرایش به تناسب (P<0/001)، ارزیابی ظاهر (P<0/030)، گرایش به سلامت (P<0/001)، گرایش به بیماری (P<0/001)، رضایت از قسمت‌های بدن (P<0/001)، اشتغال ذهنی به اضافه وزن (P<0/001)، خود طبقه‌بندی وزن (P<0/003)، کمتر از میانگین نمرات پس‌آزمون گروه کنترل است (p<0/05)، همچنین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ مولفه‌های رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند به طوری که در مولفه‌های پاسخ قراردادی (P<0/020)، خرسندی (P<0/001)، موضوعات شخصیتی (P<0/001)، ارتباط زناشویی (P<0/007)، حل تعارض (P<0/001)، مدیریت مالی (P<0/001)، اوقات و فراغت (P<0/002)، روابط جنسی (P<0/012)، فرزندپروری (P<0/001) بستگان و اقوام (P<0/001)، تساوی زن و مرد (P<0/014)، جهت گیری عقیدتی (P<0/007)، گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از رضایت زناشویی گروه کنترل بود (P=0/001).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، تصویر بدنی، رضایت زناشویی، سرطان پستان

* نشانی نویسنده مسئول: مازندران، تنکابن، کیلومتر ۳ جاده چالوس، ولی آباد، گروه روان‌شناسی، مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، جواد خلعتبری.
نشانی الکترونیک: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

مقدمه

سرطان پستان سومین سرطان شایع در جهان و شایع‌ترین سرطان در زنان می‌باشد. این بیماری حدود یک سوم کل سرطان‌های زنان را شامل می‌شود و علت اساسی مرگ در زنان سنین ۳۵ تا ۴۵ است. سرطان پستان ممکن است در اثر عوامل متعددی چون سن، جنس، نژاد، بیماری خوش‌خیم قبلی در پستان، سابقه سرطان قبلی در فرد بیمار، سن قاعدگی زودرس، یائسگی دیررس و بارداری در سنین بالا به وجود آید (۱). سرطان پستان، رشد مهار نشدنی یک سری سلول‌های غیرطبیعی در ناحیه پستان است که این سلول‌ها توانایی تهاجم به بافت‌های اطراف خود و انتشار از طریق کانال‌های لنفاوی و جریان خون را دارند. سرطان پستان نیز مانند هر نوع سرطان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و مانند سایر بیماری‌های مزمن، بهزیستی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد. زنانی که تحت روش‌های درمانی ماستکتومی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی قرار گرفته‌اند، تنش روانی بیشتری را تحمل می‌کنند (۲). از زمینه‌های مورد آسیب واقع شده در فرایند سرطان پستان، تصویر بدنی است. تصویر بدنی یکی از عنصرهای مهم در کیفیت زندگی بیماران سرطانی هستند . هنوز معنای دقیقی از تصویر بدنی وجود ندارد، بیشتر دیدگاه‌های اخیر که پدیدار شده‌اند در مسیر اصلی ادبیات تصویر بدنی شامل این سازه چند بعدی می‌شود که عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری را در بر می‌گیرد. تصویر بدنی را می‌توان به عنوان تصویری از بدن، که فرد در ذهن خود شکل می‌دهد در نظر گرفت. در واقع چگونگی درک و تصویر کردن خویشتن است. تصویر بدنی تحت تاثیر ایده‌آل‌های فرهنگی و اجتماعی قرار دارد و چگونگی مقایسه خود با این ایده‌آل‌ها، احساس فرد را در مورد بدنش و همچنین رضایت از آن را شکل می‌دهد (۳).

درمان سرطان ممکن است منجر به تغییرات عمده‌ای از تصویر بدنی به واسطه فقدان یک قسمت، بد شکلی، زخم‌ها یا تغییرات بدنی شود. پرتونگاری ممکن است باعث آسیب به بافت و تغییرات درونی در طول سال‌ها شود، تاثیرات جراحی بیشتر فوری اما اغلب ماندگار هستند، در حالی که تغییرات گذرا، بازگشت‌پذیر (مانند از دست دادن مو) ممکن است ناشی از شیمی‌درمانی نظام‌دار باشند. تغییرات عمومی‌تر، مانند افزایش وزن ممکن است در بازگشت‌پذیری و مدت بیماری میانجی‌گری کنند (۴). همچنین زنانی که تحت درمان سرطان پستان قرار می‌گیرند، دچار یک‌سری تغییرات از جمله از دست دادن یا بد شکلی یک یا هر دو پستان، زخم‌های ناشی از جراحی، تغییرات پوستی و افزایش وزن می‌شوند. این تغییرات ارتباط بسیار نزدیکی با ظاهر فیزیکی و تصویر بدنی دارند و اغلب منجر به کاهش سلامت روان، کاهش کیفیت و رضایت زناشویی و استرس‌های روان‌شناختی حاصل از این تصویر نامناسب از تن می‌شود (۴).

بر طبق نظریه مدل چند مختصاتی السون از خانواده چگونگی ساختارهای نامتعادل خانوادگی منجر به بی‌تعادلی و عدم رضایت زناشویی بین زوجین منجر می‌شود (۵). بر اساس نظریه مدل چند مختصاتی السون می‌توان از همبستگی (انسجام خانوادگی)، نزدیکی هیجانی میان اعضای خانواده، سازگاری، انعطاف‌پذیری و میزان تغییر در مدیریت خانواده، نقش‌ها، روابط بین نظام خانواده و ارتباطات مثبت که زوجین در تعامل با هم استفاده می‌کنند؛ از عوامل تعیین کننده رضایت زناشویی هستند. خانواده‌هایی که عملکرد خانوادگی‌شان به صورت افراطی و نامتعادل است مشکلات بیشتری در رضایت زناشویی دارند (۶). رضایت زناشویی عبارت از نگرشی است که می‌تواند مثبت یا منفی باشد و به ارزیابی فرد از موقعیت ازدواج بازمی‌گردد. رضایت زناشویی فرایندی است که در طول زندگی زوجین به وجود می‌آید و شامل ۴ حیطه جاذبه (بدنی، جنسی)، تفاهم، طرز تلقی و سرمایه‌گذاری است. در واقع در طول زندگی مشترک، متغیرهای گوناگونی بر نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر تاثیر می‌گذارند و این متغیرها رضایت یا عدم رضایت زن و شوهر را از روابط زناشویی به همراه دارند. برخی از این متغیرها شامل درآمد و اشتغال، فرزندان، رضایتمندی جنسی و به ویژه در بیماران سرطان پستان هستند (۷).

زنان دارای سرطان پستان در متغیرهای تصویر بدنی و رضایت زناشویی نسبت به گروه عادی در وضعیتی متفاوت‌تری قرار دارند. لذا لازم است که در مراکز درمانی سرطان، دوره‌های درمانی روان‌شناختی نیز برای این افراد در نظر گرفته شود. یکی از درمان‌هایی که کمتر در زمینه توانمند کردن روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد توجه قرار گرفته است، درمان متمرکز بر شفقت[1]

[1] compassion-focused therapy (CFT)

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

است (۸). شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود[۲] در مقابل قضاوت کردن خود[۳]، اشترکات انسانی[۴] در مقابل انزوا[۵] و ذهن آگاهی[۶] در مقابل همانندسازی افراطی[۷] تعریف کرده‌اند (۹). ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. گلیبرت با استفاده از این سازه‌ها درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد. اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد 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 درونی نیز آرام شود. در تمرین‌های متمرکز بر شفقت بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (۱۰). درمان متمرکز بر شفقت اساس رویکرد تحولی عصب شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است و بر چهار حوزه‌ی تجارب پیشین و تاریخچه‌ای[۸]، ترس‌های اساسی[۹]، راه‌کارهای احساس امنیت[۱۰]، پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده و غیرعمدی[۱۱] متمرکز است (۱۱).

در 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 (۱۲). این درمان یکپارچه‌نگر، برگرفته از علم عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، رشد، تحولی، و بودایی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه‌ی شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب‌آوری آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت‌آمیز است (۱۱).

در پژوهشی نشان داده شد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان مطلقه اثر معناداری دارد. بنابراین، این درمان می‌تواند به عنوان روشی جدید در کاهش افسردگی و اضطراب برای روان‌درمانگران و خانواده درمانگران مورد استفاده قرار گیرد (۱۳). در پژوهشی دیگر نشان داده شد درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌انجامد.(۱۴). با توجه به اهمیت نقش سلامت خانواده اصلی و شفقت خود در بهبود روابط زناشویی، با آموزش درمان‌های متمرکز بر شفقت خود، می‌توان باعث افزایش سلامت روان و خود شفقت‌ورزی شد و از این طریق موجب دوام ازدواج‌ها گردید (۱۵).

بسیاری از مطالعات انجام گرفته، تاثیر درمان متمرکز بر شفقت را در گروه‌های غیربالینی بررسی کرده و بیشتر به تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر ابعاد سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی تمرکز کرده‌اند (۱۵-۱۳، ۱۱، ۹)، اما در زمینه سودمندی این شیوه درمانی بر روی بهبود زندگی زناشویی و سلامت فردی زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران پژوهشی انجام نگرفته است. همچنین طبق بررسی‌های انجام گرفته توسط محققین، مطالعه‌ای به منظور تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی انجام نشده است.

اهمیتی که نهاد خانواده و زنان در پیشرفت و توسعه کشور ما دارد، بر کسی پوشیده نیست؛ بنابراین، پرداختن به پژوهش‌هایی که مولفه‌های تاثیرگذار بر کارکرد مثبت خانواده را مورد بررسی قرار می‌دهند، هرچه بیشتر ضرورت می‌یابد. پژوهش حاضر از آن جهت نو محسوب می‌شود که اولا، در زمره متغیرهای روان‌شناسی تحولی و مثبت‌نگر قرار دارند (که پرداختن به این حیطه هرچه بیشتر و بیشتر اهمیت دارد)، و همچنین، تاثیرپذیری این متغیرها در کنار یکدیگر با استفاده از درمان متمرکز بر شفقت، در پژوهش‌های دیگر بررسی نشده‌اند. لذا در راستای این خلا پژوهشی این سوال مطرح می‌شود که آیا درمان متمرکز بر

[2] self-kindness
[3] self-judgment
[4] common humanity
[5] isolation
[6] mindfulness
[7] over-identified
[8] background experiences
[9] key fears
[10] developed safety strategies
[11] unintended consequences

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان در بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. از بین بیمارانی که در این مرکز تحت درمان جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی قرار داشتند ۳۰ نفر از بیماران دارای سرطان پستان درجه دو، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. روش تصادفی‌سازی به این شکل بود که پس از انجام مصاحبه روان‌شناختی و بررسی پرونده‌های بیماران، از بین بیمارانی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند تعداد ۱۵ نفر با استفاده از روش قرعه‌کشی توسط فردی غیر از پژوهشگر در دو گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نفر کنترل جایگزین شدند. با توجه به اینکه در مطالعات مداخله‌ای، حجم نمونه برای هریک از گروه‌ها، ۱۵ تا ۲۰ نفر توصیه می‌شود، حجم نمونه در این پژوهش برای هر یک از گروه‌ها، ۱۵ نفر تعیین شد.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل دارا بودن تشخیص سرطان پستان توسط پزشک متخصص سرطان، اتمام فرایند درمان جسمانی (به دلیل کنترل اثربخشی مداخله روان‌شناختی)، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم (به دلیل دارا بودن سواد انجام تکالیف شناختی)، تمایل و توانایی شرکت در جلسات درمان متمرکز بر شفقت، داشتن سن بین ۳۰ تا ۵۳ سال (به دلیل دارا بودن توانایی جسمانی انجام تکالیف خانگی) بود.

ملاک‌های خروج از مطالعه شامل همزمانی ابتلا به بیش از یک نوع سرطان (در جهت کنترل عوامل مخدوش‌کننده توسط پزشک متخصص سرطان، تشخیص بیماری‌های طبی همزمان، تشخیص ابتلا به دیگر بیماری‌های وخیم (که از طریق مطالعه پرونده و مصاحبه با بیمار بررسی شد)، دارا بودن اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال‌های روان‌پریشی و شخصیت (به دلیل گروهی بودن مداخله، کنترل عوامل مخدوش‌کننده اثرات مداخله و لزوم همگن بودن اعضا) بود.

لازم به ذکر است رضایت شرکت در پژوهش در کلیه شرکت‌کنندگان بر اساس فرم رضایت آگاهانه جلب شد. همچنین، به منظور رعایت اصول اخلاقی، در پژوهش حاضر احترام به کرامت و حقوق[12]، حریم خصوصی، اسرار و آزادی زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان توجه شد. توضیح اهداف پژوهش برای آنها، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن درمان متمرکز بر شفقت، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آزمودنی‌ها از دیگر اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. جلسات درمان توسط روان‌شناس بالینی (در مقطع کارشناسی ارشد) که در این زمینه آموزش دیده بود انجام شد، که با هماهنگی صورت گرفته، جلسات درمانی در واحد آموزش بیمارستان بیمارستان امام خمینی تهران بخشی از زیر مجموعه دفتر پرستاری این بیمارستان، ساعت ۹ صبح اجرا شد.

همچنین برای رعایت موازین اخلاقی جلسات درمان متمرکز بر شفقت یک هفته پس از اجرای پس‌آزمون، به صورت فشرده (به مدت ۴ هفته، به صورت هفته‌ای سه جلسه دو ساعته) به افراد گروه کنترل نیز آموزش داده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تصویر بدنی: از پرسشنامه چند بعدی رابطه خود-بدن[13] برای ارزیابی تصویر بدنی استفاده شده است. این پرسشنامه شامل ۴۶ سوال توسط کش[14] (۲۰۰۰) (۱۶) تهیه شده است. این پرسشنامه ۱۰ مولفه «ارزیابی ظاهری[15] با سوالات ۵، ۱۱، ۲۱، ۳۰، ۳۹، ۴۲،۴۸»، «گرایش به ظاهری[16] با سوالات ۱، ۲، ۱۲، ۱۳، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲، ۴۰، ۴۱، ۴۹، ۵۰»، «ارزیابی تناسب[17] با سوالات ۲۴، ۳۳، ۵۱»، «گرایش به تناسب[18] با سوالات ۳، ۴، ۶، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۵، ۲۶، ۳۴، ۳۵، ۴۳، ۴۴، ۵۳ »، «ارزیابی

[12] respect for people's rights and dignity
[13] .Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire 9MBSRQ-
[14] . cash
[15] . appearance evaluation
[16] . appearance orientation
[17] . fitness evaluation
[18] . fitness orientation

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

سلامت[19] با سوالات ۷، ۱۷، ۲۷، ۳۶، ۴۵، ۵۴»، «گرایش به سلامت[20] با سوالات ۸، ۹، ۱۸، ۱۹، ۲۸، ۲۹، ۳۸، ۵۲»، «گرایش به بیماری[21] با سوالات ۳۷، ۴۶، ۴۷، ۵۵، ۵۶»، «رضایت از قسمت‌های بدن[22] با سوالات ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹ »، «اشتغال ذهنی به اضافه وزن[23] با سوالات ۱۰، ۲۰، ۵۷، ۵۸ » و «خود طبقه‌بندی وزن[24] با سوالات ۵۹، ۶۰ » را اندازه‌گیری می‌کند.

شیوه نمره‌گذاری به صورت ۵ گزینه‌ای لیکرت از عدد ۱ برای گزینه کاملا مخالفم تا ۵ برای گزینه کاملا موافقم انجام می‌شود. سوالات۴۲، ۴۸، ۳۲، ۴۰، ۴۹، ۳۳، ۱۵، ۱۶، ۲۵، ۳۴، ۴۳، ۱۷، ۳۶، ۴۵، ۲۸، ۳۷، ۴۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات این مقیاس در دامنه بین ۴۶ تا ۲۳۰ قرار دارد. همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی پرسشنامه استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۰ به دست آمده است (۱۷).

پرسشنامه رضایت زناشویی: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ[25](۱۸) ساخته شده است.

پرسشنامه شامل ۱۲ زیر مقیاس «پاسخ قراردادی[26] با سوالات ۱، ۲، ۳ »، «خرسندی[27] با سوالات ۴، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱»، «موضوعات شخصیتی[28] با سوالات ۲۲، ۳۱، ۱۵، ۱۶، ۲۵»، «ارتباط زناشویی[29] با سوالات ۱۳، ۳۲، ۲۳، ۴۱»، «حل تعارض[30] با سوالات ۱۴، ۲۴، ۳۳، ۳۴، ۴۲»، «مدیریت مالی[31] با سوالات ۱۵، ۱۶، ۲۵»، «فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت[32] با سوالات ۱۷، ۲۶، ۳۵، ۴۳»، «روابط جنسی[33] با سوالات ۱۸، ۳۶، ۲۷، ۴۴»، «فرزندپروری[34] با سوالات ۱۹، ۲۸، ۳۷، ۴۵»، «بستگان و دوستان[35] با سوالات ۲۰، ۲۹، ۳۸، ۴۶»، «نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد[36] با سوالات ۵ و ۱۲»، «جهت‌گیری عقیدتی[37] با سوالات ۲۱، ۳۰، ۳۹، ۴۷» می‌باشد (۲۲). پرسش‌ها به صورت پنج گزینه‌ای (کاملا موافق ۵ نمره، موافق ۴ نمره، نه موافق و نه مخالف ۳ نمره، مخالف ۲ نمره و کاملاً مخالف ۱ نمره) هستند. به سوالات ۴، ۸، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۵، ۴۶، ۴۷ نمره‌گذاری معکوس صورت می‌گیرد به این صورت که به کاملا موافق ۱ نمره، موافق ۲ نمره، نه موافق و نه مخالف۳ نمره، مخالف ۴ نمره و کاملاً مخالف ۵ نمره تعلق می‌گیرد.

اعتبار و روایی پرسشنامه رضایت زناشویی در داخل کشور بررسی شده است.

روایی سازه پرسشنامه رضایت زناشویی با پرسشنامه سازگاری زناشویی ضریب ۰/۶۵ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۲۰). در خارج کشور روایی محتوایی پرسشنامه تایید و آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شده است (۲۱). همسانی درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای کل پرسشنامه گزارش کرده‌اند (۱۹).

روش تجزیه و تحلیل آماری: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون مانکوا (تحلیل کوواریانس چند متغیره با حذف اثر پیش‌آزمون) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

قبل از تحلیل آماری داده‌ها مفروضه‌های آن بررسی شد. یکی از پیش فرض‌ها این بود که تعداد متغیرهای وابسته از تعداد اعضای نمونه در هر گروه کمتر بود، که این پیش فرض برقرار شد. پیش‌فرض بعدی نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته بود که نتایج که آزمون شاپیرو ویلک غیرمعنی‌دار بود و مفروضه برقرار شد (P >۰/۰۵).

نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنی‌دار بود (P >۰/۰۵) این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. نتیجه آزمون کرویت بارتلت در سطح معناداری ۰/۰۰۱ برقرار بود.

[19] . health evaluation
[20] . health orientation
[21] . illness orientation
[22] . body areas satisfaction scale
[23] . overweight preoccupation
[24] . self- classified weight
[25] enrich
[26] marital satisfaction
[27] idealistic distortion
[28] personality issues
[29] communication
[30] conflict resolution
[31] financial management
[32] leisure activity
[33] sexual relationship
[34] children and parenting
[35] family and friends
[36] equalitarian roles
[37] religious orientation

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

جلسات مداخله درمان متمرکز بر شفقت(CFT)

محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (CFT) اقتباس از گیلبرت (۲۰۱۴)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود؛ ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی
دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی؛ آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی؛ و ارایه تکلیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «دارای شفقت» یا «غیرشفقت» خود با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن مشفقانه» (ارزش خود-شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه» ، (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسایل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد درآن موقعیت»
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارایه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارایه راه‌کارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، تعداد ۳۰ بیمار در دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی مشخصه‌های دموگرافیک نشان داد میانگین± انحراف معیار سن گروه آزمایشی ۱۱/۷۶± ۴۱/۳۹ و گروه کنترل ۹۶/۵۷ ± ۳۹/۱۳ سال بود (P = ۰/۱۸۱). همچنین، میانگین ± انحراف معیار مدت شیمی‌درمانی در گروه آزمایش ۱/۳۶±۱/۳۶ و در گروه کنترل ۱/۱۶± ۱/۸۶ سال بود (P = ۰/۷۳۴). سطح تحصیلات شرکت کنندگان در گروه آزمایش، ۳۳/۳٪ کارشناسی (۵ نفر) و ۶۶/۷٪ دیپلم (۱۰ نفر) و در گروه کنترل ۴۰٪ کارشناسی (۶ نفر) و ۶/۷٪ فوق دیپلم (۱ نفر) و ۵۳/۳٪ دیپلم (۸ نفر) بود (P = ۰/۱۷۲). در گروه آزمایش، ۸۶/۷٪ (۱۳نفر) شرکت‌کنندگان متاهل و ۱۳/۳٪ (۲ نفر) مجرد بودند و در گروه کنترل ۹۰/۹٪ شرکت‌کنندگان متاهل (۱۴ نفر) و ۹/۱٪ مجرد (۱ نفر) بودند (P = ۰/۷۸۳). بنابراین، متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد.

فرضیه اول: آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است: خلاصه آزمون‌های چندمتغیری پس‌آزمون ابعاد تصویر بدنی را نشان می‌دهد که آماره چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز در سطح ۰/۹۹ در صد معنی‌دار می‌باشد [P<۰/۰۱ و F=۱۱/۷۶۱]. بعد از این به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هر کدام از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون ابعاد تصویر بدنی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ ارایه شده است.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

جدول۱: نتایج کواریانس چندمتغیره پس‌آزمون ابعاد تصویر بدنی

متغیرهای وابسته	سنجش	میانگین ± انحراف معیار		مقایسه بین گروهی (اثرگروه)		
		آزمایش	کنترل	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا
ارزیابی ظاهری	پیش‌آزمون	۰/۸۳۴±۱۲/۸۷	۰/۸۲۸±۱۲/۶۰	۴/۷۴۲	۰/۰۴۳	۰/۲۰۹
	پس‌آزمون	۱/۲۴۶±۱۴/۵۳	۱/۱۶۳±۱۲/۹۳			
گرایش به ظاهری	پیش‌آزمون	۱/۲۱۰±۲۱/۰۰	۱/۲۲۳±۲۱/۷۳	۹/۸۴۵	۰/۰۰۶	۰/۳۵۴
	پس‌آزمون	۱/۳۹۷±۲۳/۳۳	۱/۴۶۴±۲۲/۰۰			
ارزیابی تناسب	پیش‌آزمون	۰/۸۱۶±۶/۶۷	۰/۹۴۱±۶/۲۰	۲۸/۳۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲
	پس‌آزمون	۱/۲۱۰±۹/۰۰	۱/۴۰۷±۶/۴۷			
گرایش به تناسب	پیش‌آزمون	۰/۸۴۵±۳۱/۰۰	۱/۱۷۵±۳۰/۶۷	۱۸/۰۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	پس‌آزمون	۱/۵۳۴±۳۳/۹۳	۱/۱۶۳±۳۰/۹۳			
ارزیابی ظاهر	پیش‌آزمون	۰/۶۴۰±۱۴/۵۳	۰/۹۷۶±۱۴/۳۳	۵/۵۶۰	۰/۰۳۰	۰/۲۳۶
	پس‌آزمون	۱/۵۶۸±۱۶/۸۰	۱/۵۳۴±۱۴/۷۳			
گرایش به سلامت	پیش‌آزمون	۱/۱۱۰±۲۱/۰۰	۱/۱۳۴±۲۱/۰۰	۲۲/۳۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴
	پس‌آزمون	۰/۹۴۱±۲۳/۲۰	۱/۵۴۳±۲۱/۳۳			
گرایش به بیماری	پیش‌آزمون	۰/۸۶۲±۱۲/۸۰	۰/۸۱۶±۱۲/۶۷	۲۴/۶۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
	پس‌آزمون	۱/۵۸۰±۱۶/۰۷	۱/۱۳۴±۱۳/۰۰			
رضایت از قسمت‌های بدن	پیش‌آزمون	۲/۳۹۰±۳۰/۰۰	۲/۳۲۰±۲۹/۳۳	۲۴/۷۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹
	پس‌آزمون	۲/۷۳۸±۳۳/۲۷	۱/۵۳۰±۲۹/۶۰			
اشتغال ذهنی به اضافه وزن	پیش‌آزمون	۰/۶۰۴±۸/۲۷	۰/۷۰۴±۸/۰۷	۲۶/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
	پس‌آزمون	۱/۳۳۰±۱۰/۷۳	۱/۴۷۰±۸/۳۳			
خود طبقه‌بندی وزن	پیش‌آزمون	۰/۴۸۸±۴/۳۳	۰/۵۰۷±۴/۴۰	۱۱/۴۶۸	۰/۰۰۳	۰/۳۸۹
	پس‌آزمون	۱/۴۹۶±۷/۳۳	۱/۲۶۵±۴/۸۰			

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس‌آزمون ابعاد تصویر بدنی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت که استفاده از درمان متمرکز بر شفقت به طور معنی‌داری موجب افزایش ابعاد تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پس‌آزمون شده است. لذا می‌توان گفت که آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است.

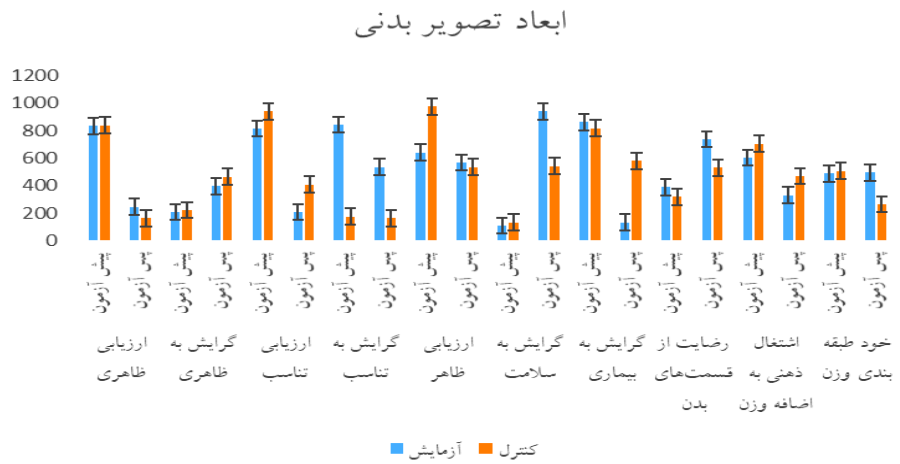
فرضیه دوم: آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است: خلاصه آزمون‌های چندمتغیری پس‌آزمون ابعاد رضایت زناشویی را نشان می‌دهد که آماره چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز در سطح ۰/۹۹٪ معنی‌دار می‌باشد[(P<۰/۰۱ و F=۱۲/۰۵۸]. بعد از این به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هر کدام از متغیرهای وابسته به‌طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون ابعاد رضایت زناشویی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است.

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس‌آزمون ابعاد رضایت زناشویی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت که استفاده از درمان متمرکز بر شفقت به طور معنی‌داری موجب افزایش ابعاد رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پس‌آزمون شده است. لذا می‌توان گفت که آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

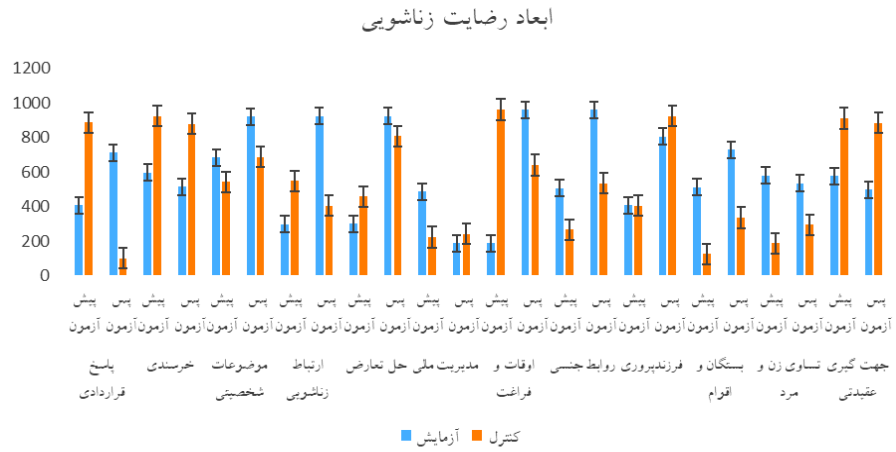
جدول ۲: نتایج کواریانس چندمتغیره پس‌آزمون ابعاد رضایت زناشویی

متغیرهای وابسته	سنجش	میانگین ± انحراف معیار		مقایسه بین گروهی (اثرگروه)		
		آزمایش	کنترل	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا
پاسخ قراردادی	پیش‌آزمون	۱/۴۰۷±۷/۴۷	۰/۸۸۴±۷/۹۳	۶/۶۳۰	۰/۰۲۰	۰/۲۹۳
	پس‌آزمون	۱/۷۱۰±۹/۷۳	۱/۱۰۰±۸/۲۷			
خرسندی	پیش‌آزمون	۱/۵۹۵±۱۲/۶۰	۱/۹۲۲±۱۳/۵۳	۹/۶۱۳	۰/۰۰۷	۰/۳۷۵
	پس‌آزمون	۲/۵۱۳±۱۵/۸۰	۱/۸۷۷±۱/۶۷			
موضوعات شخصیتی	پیش‌آزمون	۱/۶۸۲±۶/۶۰	۱/۵۴۳±۷/۳۳	۲۱/۳۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
	پس‌آزمون	۱/۹۲۰±۹/۴۰	۱/۶۸۵±۷/۵۳			
ارتباط زناشویی	پیش‌آزمون	۲/۲۹۹±۱۲/۰۰	۱/۵۴۷±۱۲/۱۳	۹/۴۹۴	۰/۰۰۷	۰/۳۷۲
	پس‌آزمون	۱/۹۲۲±۱۵/۴۷	۱/۴۰۴±۱۲/۴۰			
حل تعارض	پیش‌آزمون	۲/۲۹۹±۷/۰۷	۱/۴۵۷±۷/۰۶	۵۷/۳۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲
	پس‌آزمون	۱/۹۲۲±۱۲/۳۳	۱/۸۰۷±۷/۵۳			
مدیریت مالی	پیش‌آزمون	۱/۴۸۶±۶/۵۳	۱/۲۲۳±۷/۲۷	۲۰/۳۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰
	پس‌آزمون	۱/۱۸۷±۹/۸۷	۱/۲۴۲±۷/۶۰			
اوقات و فراغت	پیش‌آزمون	۱/۱۸۷±۷/۱۳	۰/۹۶۱±۷/۲۰	۱۳/۱۲۶	۰/۰۰۲	۰/۴۵۱
	پس‌آزمون	۱/۹۵۹±۸/۸۶	۱/۶۳۹±۷/۶۱			
روابط جنسی	پیش‌آزمون	۱/۵۰۶±۱۰/۴۷	۱/۲۶۵±۱۱/۶۰	۷/۹۹۳	۰/۰۱۲	۰/۳۳۳
	پس‌آزمون	۱/۹۵۹±۱۳/۴۰	۱/۵۳۴±۱۱/۹۳			
فرزندپروری	پیش‌آزمون	۱/۴۰۷±۱۱/۰۰	۱/۴۰۴±۱۱/۵۳	۲۹/۵۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۹
	پس‌آزمون	۱/۸۰۵±۱۵/۴۰	۱/۹۲۲±۱۱/۸۷			
بستگان و اقوام	پیش‌آزمون	۱/۵۱۲±۷/۰۷	۱/۱۲۵±۸/۸۷	۱۵/۷۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶
	پس‌آزمون	۱/۷۲۷±۱۵/۵۳	۱/۳۳۵±۸/۲۷			
تساوی زن و مرد	پیش‌آزمون	۱/۵۸۰±۴/۴۷	۱/۱۸۷±۵/۶۰	۷/۵۵۵	۰/۰۱۴	۰/۳۲۱
	پس‌آزمون	۱/۵۳۴±۷/۷۳	۲/۲۹۵±۶/۱۳			
جهت‌گیری عقیدتی	پیش‌آزمون	۱/۵۷۶±۱۰/۲۷	۰/۹۱۰±۱۰/۴۰	۹/۷۴۱	۰/۰۰۷	۰/۳۷۸
	پس‌آزمون	۱/۴۹۶±۱۲/۶۷	۰/۸۸۴±۱۰/۷۳			



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمرات مولفه‌های تصویر بدنی دو مرحله قبل از مداخله (۱)، بعد از مداخله (۲)

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]



نمودار ۲: مقایسه میانگین نمرات مولفه‌های رضایت زناشویی دو مرحله قبل از مداخله (۱)، بعد از مداخله (۲)

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. این نتایج با نتایج تحقیقات سعادتی و همکاران، احمدپور دیزجی و همکاران، شیرالی‌نیا و همکاران، سلیمی و همکاران، قزلسفلو و همکاران، سومرز- اسپیجکرمن و همکاران همسویی دارد (۸، ۱۱، ۱۳-۱۵). 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 جراحی شده و خشکی پوست از دیگر آثار جسمانی درمان سرطان پستان است. 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، 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 (۲۳).

درمان‌های روان‌شناختی می‌تواند بر بهبود تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان کاربرد داشته باشد. شفقت به خود مستلزم پذیرش فعال و صبورانه‌ی احساسات سخت است. افراد عموما از طریق احساسات جسمانی واکنش‌های «مبارزه، پرواز یا یخ زدن[۳۸]» از وجود احساسات سخت آگاه می‌شوند؛ این فعال‌سازی سیستم عصبی دلسوزانه (برای اکثریت افراد زنجیرهایی 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 (مثلا یک محرک آزارنده یا رویداد ناخوشایند مثل بیماری سرطان پستان) و حال خود را برای مقاومت و دفاع در برابر آن یا اجتناب از آن آماده می‌کند (۲۴). 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.

۳۸. fight, flight, or freeze

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

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 به طور طبیعی اتفاق می‌افتد. چندین مداخله می‌تواند برای تحقق این هدف استفاده شود (۲۵). 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، ذهن‌آگاهی یک عمل خود- توانمندسازی است که آثار مثبتی همچون روشن اندیشی، متانت، محبت، خوش قلبی و سرسختی روانی در فرد ایجاد می‌کند و بر عواطف مثبت و روش‌های حل مسئله اثر می‌گذارد (۲۶).

از طرفی ذهن‌آگاهی استفاده شده در درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از فنونی نظیر آموزش آرمیدگی و پذیرش عاری از قضاوت وضعیت موجود، و هشیار بودن نسبت به خویش که از مفاهیم بنیادین این رویکرد است سبب هشیاری از لحظه حاضر و به تبع آن، کاهش اضطراب و تصویر بدنی منفی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود. بیماران مبتلا به سرطان پستان با توجه به دوره سختی که در طول روند درمان سپری می‌کنند،که معمولا فرسودگی جسمی و مالی شدیدی برای آنها به دنبال دارد. در اکثر مواقع، درگیر نشخوار ذهنی بازگشت مجدد بیماری به قسمت‌های دیگر بدن خود هستند. این وضعیت در طول زمان حساسیت و تحریک‌پذیری آنها را بالا برده و توان روانی آنها را در مقابل مسایل روزمره کاهش می‌دهد. علاوه بر این، این شرایط جدید که منجر به از دست رفتن تحرک بدن می‌شود و روی ظاهر، هویت، و اعتماد به نفس بیماران تاثیر می‌گذارد و زمانی که در موقعیت‌های اجتماعی به صورت عمد یا غیرعمد از طرف دیگران نیز تایید می‌شود می‌تواند مشکلات روان‌شناختی و اشتغال مداوم ذهنی برای آنها ایجاد کند (۲۳). بخشی از نگرانی‌ها برای بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان پستان غیرقابل اجتناب است، اما نحوه پاسخ‌دهی آنها به این فشارها می‌تواند تغییر کند. یکی از علل اصلی نشخوارهای ذهنی و اضطراب‌ها حرکت ذهن به سمت آینده و پیش‌بینی حوادثی است که احتمال به وقوع پیوستن آنها سبب نگرانی و پریشانی فرد می‌شود. تغییرات حاصل از ناراحتی‌های جسمی، مشکلات زناشویی یا اختلالات جنسی و تغییر در فعالیت‌های روزمره، ترس یا نگرانی از تصویر بدن و بازگشت بیماری و مرگ از جمله علل نشخوارهای فکری بیماران در طول و یا بعد از درمان است (۲۶). لذا منطقی است گفته شود که آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است.

یکی دیگر از مشکلات زنان مبتلا به سرطان پستان پایین بودن رضایت زناشویی آنهاست که در این پژوهش نتایج نشان داد که آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر معناداری دارد. می‌توان گفت که در آموزش شفقت خود، مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه اصلی اشتراکات انسانی است. به هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرر ذهن را اشغال نکند (۲۴). داشتن شفقت خود در زندگی زناشویی نیازمند آن است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد و این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست. زمانی که خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهاتش به سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی خود را برای تهدید نشدن حرمت خود فرد، در جهت پنهان کردن نواقص از خودآگاهی فرد عمل می‌کنند (۲۷). مداخله مبتنی بر شفقت خود بر افزایش گذشت، انعطاف‌پذیری و رضایت زناشویی افراد متاهل می‌شود (۲۸). همچنین آموزش شفقت خود سبب گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار نسبت به خود می‌شود. آموزش شفقت خود به دلیل اینکه مسبب شفقت خود به پذیرش، مهربانی و عدم قضاوت همسر می‌شود موجی می‌شود زوجین در هنگام تجربه شکست و ناتوانی (مانند ابتلا همسر به بیماری سرطان پستان) با هم صمیمیت

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

بیشتری ارایه دهند، خودتنظیمی مثبتی از خود نشان دهند و با افزایش عزت نفس زنان در روابط زناشویی باعث شود نگرش‌های صمیمانه زنان در جهت زندگی هدفمندتر ارتقا پیدا کند. آموزش شفقت خود در زنان، نگرش‌های صمیمانه زنان تقویت می‌کند، بین زنان احساس به‌هم پیوستگی به وجود می‌آورد و مسبب جذابیت، رفتار شایسته، مناسب و اعتماد بین افراد متاهل می‌شود و هرچه شفقت خود بیشتر باشد، صمیمیت در روابط بین زنان بیشتر می‌شود، زمینه خشنودی و رضایت، هیجانات مثبت در رضایت از زندگی زناشویی زنان می‌شود (۲۹). افراد با شفقت خود بالا نسبت به خود و دیگران مهربان‌تر هستند، و سعی در درک رویدادها دارند. باید گفت که آموزش متمرکز بر شفقت خود در زنان مبتلا به سرطان پستان موجب تشهیل پذیرش بیشتر بازخوردهای مثبت و توانایی برخورد با بازخورد خنثی می‌شود و نگرش‌های صمیمانه در پاسخ‌دهی به احساسات همسر را تسهیل کند و موجب سهیم شدن در حالات هیجانی زوجین، آگاهی از احساسات همسر و مشکلات بین شخصی با توجه به شفقت خود شود، و افراد متاهل در رویدادهای استرس‌زای زندگی (مانند ابتلا همسر به سرطان پستان) با رابطه همدلانه و احساس به هم پیوستگی، احساس تعلق و همبستگی، با مشکلات مقابله کنند. در نتیجه می‌توان منطقی فرض نمود که آموزش درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر باشد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که توجه به آنها راه را برای مطالعه‌های دقیق‌تر آتی هموار خواهد نمود، به لحاظ نمونه جمعیت مورد مطالعه فقط محدود زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده و تحت درمان در بیمارستان امام خمینی(ره) شهر تهران بودند که به لحاظ روش‌شناختی محدودیت اصلی این مطالعه محدودیت در تعمیم نتایج است که باید از تعمیم نتایج به زنان مبتلا به سرطان پستان دیگر شهرها جانب احتیاط را رعایت کند. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه، کم بودن حجم نمونه می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی حجم نمونه‌ی بیشتری مورد استفاده قرار گیرد. 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 به عنوان 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 مبتلا به سرطان پستان انجام شده است، انتخاب آزمودنی‌های از بین سایر شهرها نیز می‌تواند تعمیم‌پذیری 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 می‌شود چنین پژوهشی در سایر فرهنگ‌ها به ویژه قومیت‌های کرد، لر و بلوچ انجام شود. بر اساس نتایج بدست آمده مشخص گردید که آموزش درمان متمرکز بر شفقت به طور معنی‌داری موجب تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پس‌آزمون شده است. به این صورت که تمرین‌های بر متمرکز بر شفقت در زمینه درمان روان‌شناختی و کمک به زنان مبتلا به سرطان در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد. لذا در مراحل مختلف درمان یا پس از آن می‌توان با انجام این گونه از آموزش‌ها و مداخلات به بهبود مشکلات روان‌شناختی و مسایل بین فردی بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک کرد. آموزش فنون شفقت و ذهن‌آگاهی می‌تواند بسیاری از مشکلات بیماران را کاهش دهد و توانایی آنان را برای سازگاری با شرایط کنونی خودشان افزایش دهد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله صمیمانه از تمامی آزمودنی‌های شرکت کننده در این پژوهش و هم چنین از همکاری صمیمانه مدیریت و کارکنان کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران که صبورانه در این پژوهش همکاری نمودند سپاسگزاریم.

لازم به ذکر است این مطالعه در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن بررسی و با شناسه اخلاق

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

IR.IAU.TON.REC.1397.011 مصوب گردیده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Moradi Manesh F, Babakhani K. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Self-Efficacy and Quality of life in Women with Breast Cancer: A clinical Trial. ijbd 2018; 10(4): 7-17.
2. Khosravi Olya T, Fallahchai R. Relationship between Dyadic Coping and Marital Quality in Women with Breast Cancer in Shiraz. ijbd 2018; 4(10): 59-68.
3. Zarei A, Poursharifi H, Babapour J. The Role of Body Image Dissatisfaction and Mental Health in Prediction of Adolescent Obesity among Girls. IJEM 2016; 18 (3):197-204.
4. Rajabi G, Kaveh Farsani Z, Fadaei Dehcheshmeh H, Jelodari A. Psychometric Properties of the Persian version Scale of Body Image among Patients with Breast Cancer. ijbd 2015; 8(2): 66-74.
5. Daspit JJ, Madison K, Barnett T, Long RG. The emergence of bifurcation bias from unbalanced families: Examining HR practices in the family firm using circumplex theory. Human Resource Management Review 2018; 28(1):18-32.
6. Martínez- Pampliega A, Merino L, Iriarte L, Olson DH. Psychometric properties of the Spanish version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV. Psicothema 2017; 29(3).
7. Esfandiari Z, Joulaee A, Asli Azad M. A comparison of body image, marital satisfaction, and public health among breast cancer patients with breast evacuation, breast keeping and normal people in Tehran. jhc 2015; 1 (2) :63-71.
8. Sommers-Spijkerman MP, Trompetter HR, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. JCCP 2018; 86(2):101.
9. Saadati N, Rostami M, Darbani S A. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. ijfp 2017; 3 (2): 45-58.
10. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. BRIT J CLIN PSYCHOL 2014; 53(1): 6-41.
11. Ahmadpour Dizagi, J, Zahrakar, K. Kiamanesh, A. comparative efficacy of compassion _focused therapy (CFT) and well_being therapy (WT) on psychological capital in female college students with romantic failure. J Wo a Cu 2017; 9(31), 7-21.
12. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. Australian Clinical Psychologist 2017 21; 3(1):1743.
13. Shiralinia Kh, Cheldavi R, Amanelahi A. The effectiveness of compassion-focused psychotherapy on depression and anxiety of divorced women. Clinical Psychology 2018; 10(1): 9-20.
14. Salimi A, Arsalandeh F, Zahrakar K, Davarniya R, Shakarami M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Mental Health of Women with Multiple Sclerosis. Horizon Med Sci 2018; 24(2): 125-31.
15. Ghezelsefloo M, Jazayeri R, Bahrami F, Mohammadi R. Relationship between Original Family Health and Self-Compassion with Marital Commitment. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(139): 137-48.
16. Cash TF. Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ). InEncyclopedia of feeding and eating disorders 2015 (pp. 1-4). Springer Singapore.
17. Wang Y, Xie X, Wang X, Wang P, Nie J, Lei L. Narcissism and selfie-posting behavior: the mediating role of body

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]

satisfaction and the moderating role of attitude toward selfie-posting behavior. Current Psychology 2018:1-8.

18. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. JMFT 1989; 15(1):65-79.

19. Arab Alidosti A, Nakhaee, N. Khanjani, N. Reliability and Validity of the Persian versions of the ENRICH Marital Satisfaction (Brief version) and Kansas Marital Satisfaction Scales. J Health Dev 2015; 4(2):158-0.

20. Seraj F, Nourani S, Shakeri M. Correlation between transition difficulty to parenthood and marital satisfaction and its comparison in women with first and second child. IJPN 2014; 2(3) :1-11.

21. Touliatos J, Perlmutter BF, Strauss MA, Holden GW, editors. Handbook of family measurement techniques: Abstracts. Sage 2000 Dec 27.

22. Jiang H, Wang L, Zhang Q, Liu DX, Ding J, Lei Z, Lu Q, Pan F. Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses. Stress and Health 2015; 31(2): 166-74.

23. Soroush M, Hejazi E, Shoakazemi M, Gheranpayeh L. Body Image Psychological Characteristics and Hope in Women with Breast Cancer. ijbd 2015; 7(4): 52-63.

24. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and identity 2010; 9(3):225-40.

25. 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.

26. Heidarian A, Zahrakar K, Mohsenzade F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Reducing Rumination and Enhancing Resilience in Female Patients with Breast Cancer: a Randomized Trial. ijbd 2016; 9(2): 52-9.

27. Neff KD, Hsieh YP, Dejitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. Self and identity 2005; 4(3):263-87.

28. Morin CM, Collechi C, Stone J, Sood R, Brink D. The effect of self-compassion on the forgiveness, resiliency and marital satisfaction of couples. J mar 2015; 7(1): 85-96.

29. Dasht Bozorgi, Z, Askari M. Askari, P. The Effecttivness of self-compassion on the intimacy attitudes and divorce tendency of Women refering to family counselling. 2017; 1(67), 38-45.

30. Goljabini S, Farzin H, Khanbabayi Gol, M. The effect of clinical-based clinical training on nurses'performance in the prevention of ventilatorassociated pneumonia in special wards of urmiaeducational centers in night shift. The J Urmia Nurs Midwifery Fac 2018; 15(11): 843-50.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.3.1.1]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7]