رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۲، شماره پیاپی ۶۹، اسفند ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(12), 2022

تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Posttraumatic Growth and Body Image Fear in Females with Breast Cancer

زیبا کیارسی
دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
دکتر سیده علیا عمادیان (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران.
دکتر رمضان حسن‌زاده
استاد، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Ziba Kiarasi
PhD student, Department of Pychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Dr. Seyedeh Olia Emadian *
Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
emadian2012@yahoo.com
Dr. Ramazan Hassanzadeh
Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

چکیده
هد پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر بر رشد پس از سانحه و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه، شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان بود که در بهار ۱۳۹۸ به بیمارستان آراد شهر تهران مراجعه کرده و دارای پرونده پزشکی بودند. از بین آن‌ها ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در یک گروه در انتظار درمان و یک گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت (طی ۸ جلسه) دریافت کردند و گروه در انتظار درمان آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه رشد پس از سانحه PTGI (تدسچی و کالهون، ۱۹۹۶) و پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی BICI (لیتلتون، آکسوم و پوری، ۲۰۰۵) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS21 انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری باعث افزایش رشد پس از سانحه و کاهش نگرانی از تصویر بدنی سانحه شده است (p<۰/۰۵). با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت جهت افزایش رشد پس از سانحه و کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *درمان متمرکز بر شفقت، رشد پس از سانحه ، نگرانی از تصویر بدنی، سرطان پستان.*

Abstract
The purpose of this study was the effectiveness of Compassion-Focused therapy on posttraumatic growth and Body Image Fear in Females with Breast Cancer. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with the control group. The statistical population of the study included all females with breast cancer who were referred to Arad hospital and had a medical record in the spring of 2020. Among them, 30 females were selected by purposive sampling and randomly replaced in a control group (waiting for treatment) and an experimental group (15 people in each group). The subjects of the experimental group received Compassion-Focused therapy (during 8 sessions) and the control group (waiting for treatment) did not receive the intervention. For data collection, the posttraumatic growth PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) and Body Image Fear BICI (Body Image Fear, 2005) were used. Data were analyzed by analysis of covariance in SPSS21. The results showed that Compassion-Focused therapy significantly increased posttraumatic growth and decreased Body Image Fear($p<0.05$). According to the results of the present study, Compassion-Focused therapy can be used to increase posttraumatic growth and decreased Body Image Fear in females with Breast Cancer.

Keywords: *Compassion-Focused therapy, post traumatic growth, Body Image Fear, Breast Cancer.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : تیر ۱۴۰۰** **پذیرش: آذر ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]

مقدمه

امروزه در علوم پزشکی سرطان، واژه آشنایی است که تشخیص اولیه آن نه تنها وضعیت جسمانی افراد مبتلا را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد، بلکه سازمان روانی افراد را نیز دچار اغتشاش می‌کند (فرشته و پیرخائفی، ۱۳۹۹). سرطان پستان[۱]، شایع‌ترین سرطان و اولین علت مرگ ناشی از سرطام در زنان است (بارک، کدامکاری، رامامورتی و زرنیکی[۲]، ۲۰۱۹). سرطان پستان، به نوعی سرطان گفته می‌شود که از بافت پستان آغاز می‌شود. علائم سرطان پستان می‌تواند یک توده در پستان، تغییر در شکل پستان، گودی پوست، ترشح مایع از نوک پستان یا پوسته شدن قسمتی از پوست باشد (دسراکس[۳]، ۲۰۱۸). اکثر افراد مبتلا به سرطان، فشار شدیدی را تجربه می‌کنند (لین[۴] و همکاران، ۲۰۱۹). درد، خستگی و نبود انرژی، شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلا به سرطان است (کاسپر[۵] و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین سرطان پستان به عملکرد جنسی و عزت نفس فرد مبتلا آسیب می‌رساند (دسوزا[۶] و همکاران، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، تحقیقات زیادی دریافتند که به دنبال تجارب تهدیدکننده‌ی زندگی مانند سرطان، افراد تغییرات روان‌شناختی مثبتی نشان می‌دهند که از آن تحت عنوان رشد پس آسیبی یاد می‌شود (روینی و وسکوولی[۷]، ۲۰۱۲؛ اوچویا[۸] و همکاران، ۲۰۱۷؛ اوچویا و همکاران، ۲۰۱۳؛ پاتو[۹] و همکاران، ۲۰۱۵؛ شکری و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به مدل رشد پس‌آسیبی، تغییرات مثبت در حوزه‌های خودپنداره (ارزیابی جدید قدرت شخصی و انعطاف‌پذیری)، قدردانی از امکانات جدید در زندگی، روابط اجتماعی (احساس نزدیکی عاطفی با دیگران به خصوص خانواده و دوستان، فلسفه‌ی زندگی (مرتب‌سازی مجدد ارزش‌ها و اولویت‌ها)، بهبود معنویت (افزایش شرکت در فعالیت‌های مذهبی) قابل مشاهده است (صالحی و دهشیری، ۱۳۹۷). رشد پس آسیبی نتیجه‌ی تجربه‌ی فرد از رویدادی آسیب‌زاست که فرد به رشدی فراتر از سطح قبلی عملکرد خود دست می‌یابد و تغییرات زندگی طولانی و بینش عمیق‌تری را تجربه می‌کند. براساس این مدل، رویداد آسیب‌زا عمیقا حس امنیت و آسیب‌ناپذیری فرد، اهداف و اینکه چطور استرس‌های احساسی خود را کنترل کند، مختل می‌کند و بعد از این شوک احساسی، فعالیت یادآوری با هدف جستجو برای معنی، با توجه به آن چیزی که اتفاق افتاده و مدیریت احساس شروع می‌شود (کرمیو[۱۰] و همکاران، ۲۰۱۶).

از زمینه‌های دیگر مورد آسیب واقع شده در فرآیند سرطان پستان، تصویر بدنی[۱۱] است. تصویر بدنی یکی از عناصر مهم در کیفیت زندگی بیماران سرطانی است (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۷). 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 بردارد. 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 ایده‌آل فرهنگی و اجتماعی قرار دارد و چگونگی مقایسه خود با این ایده‌آل‌ها، احساس فرد را در مورد بدنش و همچنین رضایت از آن شکل می‌دهد (زارعی و همکاران، ۱۳۹۵). درمان سرطان ممکن است منجر به تغییرات عمده‌ای از تصویر بدنی به واسطه فقدان یک قسمت، بدشکلی، 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 شیمی درمانی نظام‌دار باشد. تغییرات عمومی‌تر، مانند افزایش وزن ممکن است در بازگشت‌پذیری و مدت بیماری میانجی‌گری کنند (رجبی و همکاران، ۱۳۹۴).

یکی از مداخلات روان‌درمانی جدید، درمان متمرکز بر شفقت[۱۲] است. درمان متمرکز بر شفقت، درکنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی موج سوم، توجه درمانگران نوین را برای بیماری‌های خاص جلب نموده است (روزمورنت، مورا، نادال، بیلد و برنجر[۱۳]،

1 Breast Cancer
2 Burke, Kodumudi, Ramamoorthi & Czerniecki
3 Desreux
4 Lin
5 Kasper
6 Dsouza
7 Ruini, Vescovelli
8 Ochoa
9 Patou
10 Cormio
11 Body Image
12 Compassion-Focused therapy (CFT)
13 Ros-Morente, Mora, Nadal, Belled & Berenguer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]

۲۰۱۷). این درمان با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی، ایجاد شده است (پورمحمد قوچانی و عرب، ۱۳۹۸). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عومل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گلیبرت[1]، ۲۰۱۴). در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه‌ی افراد با خودارزیابی آنها تغییر می‌کند (گلیبرت، ۲۰۰۹). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن‌آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تاکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش احساس تنهایی، نگرانی و نشخوار فکری دارد (قنواتی، بهرامی، گودرزی و روزبهانی، ۱۳۹۷). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (هادیان و جبل عاملی، ۱۳۹۸). یافته‌های پژوهشی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند بر تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان سودمند باشد (نقدی و مداح‌زاده، ۱۳۹۹؛ خلعتبری، همتی ثابت و محمدی، ۱۳۹۷). همچنین یافته‌های پژوهشی دیگر در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه (نواب، دهقانی و کرباسی، ۱۳۹۸؛ تقی‌پور و نائینیان، ۱۳۹۷؛ نواب، دهقانی و صالحی، ۱۳۹۶) تایید شده است.

با توجه به اینکه سرطان پستان از شایع‌ترین بیماری‌های زنان شناخته می‌شود و از آنجا که این افراد مشکلات روانشناختی همچون نگرانی از تصویر بدنی و مشکلات مرتبط با رشد و تحول را پس از مبتلا شدن به بیماری دارند، از مهمترین اقداماتی که می‌توان برای افزایش رشد و تحول آنها پس از بیماری انجام داد، ارائه درمان‌های روانشناختی است که با توجه به ساختار مداخله مبتنی بر شفقت، در این پژوهش از مداخله مبتنی بر شفقت استفاده شد. همچنین، از آنجا که شفقت به خود و فراتر از آن، درمان متمرکز بر شفقت سازه‌ای نوپا در روانشناسی است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این درمان به ویژه در بافت فرهنگ ایرانی، احساس می‌شود. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان آراد شهر تهران بود که در سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ مراجعه نمودند و ابتلای آن‌ها به سرطان پستان بر اساس نظر پزشک متخصص تائید شده بود. همچنین مبتلایان، دارای پرونده پزشکی و مراجعات مکرر جهت درمان به بیمارستان آراد بودند. با توجه به افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش نشان دادند، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و به شیوه تصادفی، به روش قرعه کشی با استفاده از شماره پرونده آن‌ها، در دو گروه (یک گروه آزمایشی و یک گروه در انتظار درمان) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت مونث، محدوده سنی بین ۲۰ الی ۴۵ سال و کسب رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در جلسات درمانی بود.از جمله ملاک‌های خروج نیز عدم تمایل شرکت در ادامه جلسات درمانی، عدم استفاده از داروهای درمانی خود در طول دوره، قرار گرفتن همزمان تحت آموزش و یا درمان دیگر، در طول دوره بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شد، طرح پژوهش توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شده و در صورت تمایل پس از اتمام پژوهش، شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند. همچنین در پایان پژوهش، درمان متمرکز بر شفقت نیز برای اعضای گروه در انتظار درمان اجرا شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه رشد پس از سانحه (PTGI)[2]: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که توسط تدسچی و کالهون (۱۹۹۶) به منظور ارزیابی تغییرات خود ادراکی افراد، مرتبط با تجربه حوادث آسیب‌زا ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت در مقیاس لیکرت با دامنه صفر (اصلا) تا پنج (خیلی زیاد) تشکیل شده است. دامنه نمرات آزمودنی‌ها در این مقیاس بین ۰ تا ۱۰۵ است. این

1 Gilbert
2 Posttraumatic Growth Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]

پرسشنامه از پنج خرده‌مقیاس تشکیل شده است که حوزه‌های مربوط به رشد را اندازه‌گیری می‌کند، که شامل ادراک افزایش یافته از ارزش زندگی (۳ماده)، تغییر در اولویت‌های زندگی (۵ماده)، ایجاد روابط گرم و صمیمانه با دیگران (۷ماده)، ادراک افزایش یافته از توانایی‌های خویشتن (۴ ماده) و تغییر و تحولات معنوی و مذهبی و عرفانی (۲ ماده) است. تدسچی و کالهون (۲۰۰۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۶ و مقدار همسانی درونی این پرسشنامه را ۹۰/۰ گزارش کرده‌اند (تدسچی و کالهون، ۲۰۰۴). در ایران حیدرزاده و همکاران (۱۳۹۴) همسانی درونی برای کل ابراز را ۰/۹۵ و همسانی درونی برای ابعاد پنج‌گانه را بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ گزارش کردند (حیدرزاده و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین در پژوهش سیدمحمودی، رحیمی و محمدی (۱۳۹۲) مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ بود (سیدمحمودی، رحیمی و محمدی جابر، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه رشد پس از سانحه ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BICI)[1]: این پرسشنامه توسط ایتلتون، آکسوم و پوری[2] در سال ۲۰۰۵ تدوین شد. دارای ۱۹ آیتم و از نوع خودگزارشی است. آزمودنی باید روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سوالات پاسخ دهد. به این ترتیب گستره نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ به دست می‌آید و هرچه نمره فرد بالاتر باشد، نگرانی نسبت به تصویر بدنی بالاتر است. این ابزار از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ متغیر بوده و میانگین همبستگی ۰/۶۲ به دست آمده است. روایی همگرای این مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه وسواس اجباری و پرسشنامه اختلالات خوردن به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴۰ به دست آمده است (ایتلتون و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران پایایی پرسشنامه در ۲۰۹ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهر شیراز به دو شیوه دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ سنجیده و به ترتیب ضرایب ۰/۶۶ و ۰/۸۴ به دست آمد است (محمدی و سجادی‌نژاد، ۱۳۸۶). همچنین بساک‌نژاد و غفاری (۱۳۸۶) پس از ترجمه مقیاس نگرانی از تصویر بدنی آن را تحت عنوان ترس از بدریختی بدنی روی ۳۶۳ دانشجوی دختر و پسر در اهواز اجرا کردند. پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای دانشجویان دختر و پس و کل دانشجویان به ترتیب برابر ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شد. برای محاسبه ضریب روایی همزمان از مقیاس ترس از ارزیابی منفی ظاهر جسمانی و ترس از ارزیابی منفی استفاده شد که به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۵۵ و ۰/۴۳ در سطح معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر توسط آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (بساک‌نژاد و غفاری، ۱۳۸۶).

گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت‌های روتین، در معرض شفقت درمانی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه قرار گرفتند، اما اعضای گروه در انتظار درمان هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و مراقبت‌های روتین خود را ادامه دادند. قبل و بعد از مداخله، هر دو گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان به پرسشنامه رشد پس از سانحه و نگرانی از تصویر بدنی پاسخ دادند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و نیز تحلیل کوواریانس چند متغیره از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

جدول۱.برنامه مداخله‌ای درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت،۲۰۰۹)

جلسه	مراحل	محتوی جلسه
اول	آشنایی با اهداف گروه	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و معارفه، توضیح قوانین،بیان نقش عوامل روانشناختی مثبت در بیماری سرطان، معرفی درمان مبتنی بر شفقت
دوم	آموزش کیفیت زندگی و شادکامی	بررسی نقش کیفیت زندگی در بهزیستی ذهنی، شادکامی و سلامت روان، راههای موفقیت در دستیابی به امیدواری و شادکامی
سوم	آموزش نقش اهداف و ارزشها	آشنایی با اهداف، ارزشها و زندگی معنوی، بیانن فلسفه زندگی، تمرین هدف‌یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی، مدل شناسایی حوزه‌هایی که باعث نگرانی هستند، دریافت بازخورد.
چهارم	تغییر نگرش	استفاده از گام تغییر نگرش بر پایه اصول شناخت درمانی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار، آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پرخطر، دریافت بازخورد
	تغییر اهداف	آموزش راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هشیاری، آموزش تغییر اولویت‌ها، دریافت بازخورد.

1 Body Image Concern Inventory

2 Littleton, Axsom, Pury

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]

پنجم	آموزش خود شفقت ورزی	آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، دریافت بازخورد
	آموزش خوش‌بینی	آموزش اصول مهم خوش‌بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت گزینی، اصل تنفس آرامش بخش و احساس راحتی و چشم چوشی کردن و بخشش یا اصل کنارگزاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن و یا فراموش کردن.
ششم	آموزش همدلی	آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک‌های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه موثر... دریافت بازخورد.
هفتم	آموزش کاهش ترس	به کارگیری تکنیک‌های کاهش ترس و مواجهه با ترسهای روانشناختی مبهم، ارائه راهکارهای آرامش‌سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی موثر و ارائه بازخورد
	آموزش مراقبه	آموزش مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد.
هشتم	آموزش خودالقایی	ارائه راهکارهای افزایش کیفیت زندگی، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی مبتنی بر شفقت درمانی و خودالقایی مثبت، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای موثر برای بیماران سرطان و ارائه بازخورد.
	خلاصه و مرور	مرور و خاتمه تکنیکهای درمانی مبتنی بر شفقت اجرای پس‌آزمون

یافته ها

میانگین (و انحراف معیار) سنی در گروه آزمایش شفقت درمانی ۳۳/۰۰ (۷/۵۴) و در گروه کنترل ۳۵/۶ (۵/۶۷) بود. تعداد ۱۳ نفر معادل ۴۳/۳ درصد دارای تحصیلات لیسانس و تعداد ۱۷ نفر معادل ۵۶/۷ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. تعداد ۹ نفر معادل ۳۰/۰ درصد مجرد و تعداد ۲۱ نفر معادل ۷۰/۰ درصد متاهل بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیر رشد پس از سانحه و نگرانی از تصویر بدنی به تفکیک گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

		گروه شفقت درمانی	گروه در انتظار درمان
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
رشد پس از سانحه	پیش‌آزمون	۷۴/۹۳ (۳/۸۰)	۷۳/۲۶ (۳/۶۳)
	پس‌آزمون	۹۲/۸۰ (۲/۵۹)	۶۶/۰۶ (۵/۳۱)
نگرانی از تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۸۰/۵۳ (۱/۸۰)	۷۱/۴۶ (۴/۴۹)
	پس‌آزمون	۶۲/۸۰ (۴/۴۹)	۷۸/۰۶ (۱/۸۰)

همان‌گونه که از نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر رشد پس از سانحه در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش و میانگین نمرات متغیر نگرانی از تصویر بدنی در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

جهت ارزیابی درمان متمرکز بر شفقت، بر متغیرهای رشد پس از سانحه و نگرانی از تصویر بدنی، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌هاست. جهت آزمودن یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد و پیش‌فرض یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها تایید شد. این میزان در متغیر رشد پس از سانحه برابر با (F=۰/۰۶۷، p=۰/۸۱۳) و در متغیر نگرانی از تصویر بدنی برابر با (F=۰/۵۰۹، p=۰/۲۳۰) بود. جهت آزمودن نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود. در این آزمون، مقدار F (و سطح معناداری) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون رشد پس از سانحه در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۰/۴۶ (۱/۲) و ۰/۵۱ (۰/۹۸) بود. همچنین مقدار F (و سطح معناداری) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیر نگرانی از تصویر بدنی به ترتیب برابر با ۰/۶۳ (۰/۹۱) و ۰/۵۹ (۱/۰۳) بود و در نهایت مقدار F (و سطح معناداری) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر رشد پس از سانحه در گروه آزمایش و گواه به ترتیب برابر با

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]

۰/۹۶۱ (۰/۷۱۶) و ۰/۹۳۸ (۰/۳۵۸) و مقدار F (و سطح معناداری) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر نگرانی از تصویر بدنی در گروه آزمایش و گواه به ترتیب برابر با ۰/۸۱۲ (۰/۶۲) و ۰/۷۳۶ (۰/۸۹) بود. جهت همگن بودن شیب خط رگرسیون نیز از آزمون رگرسیون استفاده شد و در گروه آزمایش در متغیر رشد پس از سانحه مقدار بتای استاندارد شده، مقدار F و سطح معناداری به ترتیب برابر با ۰/۲۰۴، ۰/۷۵۲ و ۰/۴۶۵ و در متغیر نگرانی از تصویر بدنی مقدار بتای استاندارد شده، مقدار F و سطح معناداری به ترتیب برابر با ۰/۶۲۰، ۲/۸۴ و ۰/۱۴ بود. در گروه گواه در متغیر رشد پس از سانحه مقدار بتای استاندارد شده، مقدار F و سطح معناداری به ترتیب برابر با ۰/۶۶۹، ۳/۲۴ و ۰/۰۶ و در متغیر نگرانی از تصویر بدنی مقدار بتای استاندارد شده، مقدار F و سطح معناداری به ترتیب برابر با ۰/۱۳۴، ۳/۴۸ و ۰/۶۶۳ بود. با توجه به تایید کلیه پیش‌فرض‌های مورد نظر تحلیل کوواریانس چند متغیره می‌توان از این آزمون جهت فرضیه‌های پژوهش استفاده کرد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر متغیر رشد پس از سانحه و نگرانی از تصویر بدنی

گروه آزمایش	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری
رشد پس از سانحه	گروه	۲۸۶۱/۶۳	۱	۲۸۶/۸۴	۰/۰۰۰۳
	خطا	۲۷۹/۳۳	۲۸		
	کل	۳۱۴۰/۹۶	۲۹		
نگرانی از تصویر بدنی	گروه	۵۶۳/۳۳	۱	۲۳/۶۰	۰/۰۰۰۰۴
	خطا	۶۶۸/۱۳	۲۸		
	کل	۱۲۳۱/۴۶	۲۹		

همان‌گونه که از نتایج موجود در جدول ۳ مشاهده می‌شود، درمان مبتنی بر شفقت توانست بر رشد پس از سانحه (F=۲۸۶/۸۴ و p<۰/۰۵) و همچنین بر نگرانی از تصویر بدنی (F=۲۳/۶۰ و p<۰/۰۵) در زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذار واقع شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری باعث افزایش رشد پس از سانحه و کاهش نگرانی از تصویر بدنی می‌شود. پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند منجر به افزایش رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان شود. تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه با یافته‌های نواب، دهقانی و کرباسی (۱۳۹۸)، تقی‌پور و نائینیان (۱۳۹۷) و نواب، دهقانی و صالحی (۱۳۹۶) همسو بود. در مجموع باید گفت شفقت درمانی در بین زنان مبتلا به سرطان باعث مهربانی و شفقت نسبت به سختی‌ها، رنج‌ها و تجربیات تلخ بیماری شده و با خود مهربان‌تر شده و کمتر خود را سرزنش می‌کنند. افکار منفی را کاهش داده که این خود موجب افزایش رشد پس از سانحه در آن‌ها می‌گردد. شفقت به خود، با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است، اما به معنای خودمحوری و یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (صالحی و دهشیری، ۱۳۹۷). با وجود اینکه داشتن احساس شفقت به خود، با این موضوع که فرد به طور خشن و قضاوتی با خود رفتار کند در تناقض است، اما جز ذهن آگاهانه این مولفه شامل این است که فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آنها را مطرح کند (پائولی و مکپیرسون[1]، ۲۰۱۰). درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر، و رفتارهای تسکین بخش باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با درونیات نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت، افراد یاد می‌گیرند 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 (کلی[2] و همکاران، ۲۰۱۷). در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنها تغییر می‌یابد. در تمرین‌های خودشفقتی بر تمرین آرامی، ذهن

1 Pauley, McPherson
2 Kelly

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]

آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تاکید می‌شود که نقش به سزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (نف و جرمر[1]، ۲۰۱۳) که تمامی این موارد ذکر شده منجر به افزایش رشد پس آسیب می‌شود.

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند منجر به کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان شود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش نقدی و مداح‌زاده (۱۳۹۹) و خلعتبری، همتی ثابت و محمدی (۱۳۹۷) همسو بود. در تبیین این نتایج می توان گفت که داشتن شفقت به خود، نیازمند پذیرا بودن به صورت فعال و صبور بودن در برابر احساسات سخت است. افراد به صورت معمول به واسطه‌ی احساس‌های جسمانی واکنش‌های ((مبارزه، پرواز و یا یخ زدن[2])) از حضور احساس‌های سخت اطلاع پیدا می‌کنند؛ این فعاسازی سیستم عصبی دلسوزانه که برای بیشتر افراد زنجیره‌هایی از رویدادها می‌باشد که با بالارفتن تنفس شروع شده و به دنبال آن ضربان قلب افزایش پیدا می‌کند و سپس گرفتگی عضلات را به دنبال دارد، به این معنا است که بدن در حال واکنش نشان دادن به یک شرایط تهدیدزاست (مانند یک رویداد ناخوشایند و یا بیماری سرطان پستان) و به دنبال آن خود را برای دفاع آماده می‌کند (نف، ۲۰۱۰). از طرف دیگر، اصلاح و تقویت خودشفقتی یکی دیگر از جنبه‌های درمان مبتنی بر شفقت به حساب می‌آید. هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات است؛ همانگونه که به صورت طبیعی اتفاق می‌افتد (رومر[3] و همکاران، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، قسمتی از آموزش شفقت به خود به ذهن آگاهی اختصاص دارد. ذهن آگاهی یک عمل خود-توانمندسازی است که نتایج مثبتی مانند روشن اندیشی، متانت، محبت، خوش قلبی و سرسختی روانی را در افراد ایجاد کرده و بر عواطف مثبت و روشهای حل مسئله تاثیر می‌گذارد(حیدریان و همکاران، ۱۳۹۵). درمان متمرکز بر شفقت، از طریق تکنیک‌هایی مانند آموزش آرمیدگی و پذیرش عاری از قضاوت وضعیت موجود و نیز هشیار بودن نسبت به خویش که از مفاهیم اولیه این رویکرد درمانی است، سبب هشیاری از لحظه حاضر و به دنبال آن، کاهش اضطراب و تصویر بدنی منفی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۷). بیماران مبتلا به سرطان پستان به دلیل دوره سخت درمانی که معمولا برای آن‌ها فرسودگی جسمی و مالی زیادی برای آن‌ها به دنبال دارد. در بیشتر مواقع، درگیر نشخوار ذهنی بازگشت مجدد بیماری به سایر قسمتهای دیگر بدن خود هستند که منجر به حساسیت بیشتر آن‌ها می‌شود. شرایط جدید که منجر به از دست رفتن تحرک بدن می‌شود و روی ظاهر، هویت، و اعتماد به نفس آنان تاثیر گذاشته و زمانی که در موقعیت‌های اجتماعی توسط دیگران نیز تایید می‌شود، قادر است مشکلات روانشناختی و اشتغال مداوم ذهنی برای مبتلایان ایجاد گردد (سروش و همکاران، ۱۳۹۳). برخی از این نگرانی‌ها برای اکثر بیماران مبتلا به سرطان پستان، غیرقابل اجتناب است، اما نوع پاسخدهی مبتلایان به این فشارها می‌تواند تغییر کند. یکی از علت‌های نشخوارهای ذهنی و اضطراب‌ها، حرکت ذهن به سمت آینده و پیش‌بینی حوادثی است که احتمال به وقوع پیوستن آن‌ها سبب نگرانی و پریشانی در فرد می‌گردد (حیدریان و همکاران، ۱۳۹۵) لذا منطقی است که درمان متمرکز بر شفقت قادر به کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان شود.

در زمینه محدودیت‌های این پژوهش می توان به مواردی نظیر اینکه پژوهش حاضر روی زنان مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان آراد تهران صورت گرفته است از این رو در تعمیم نتایج به سایر زنان مبتلا به سرطان پستان باید احتیاط نمود، روش نمونه‌گیری که به صورت در دسترس انجام شد، حجم کم نمونه و نیز عدم در نظر گرفتن مدت ابتلا و شدت بیماری در هر شرکت کننده، عدم بررسی مشکلات روانشناختی شرکت کننده‌ها اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از حجم نمونه بیشتری استفاده کرده و مدت ابتلا به سرطان پستان و نیز شدت بیماری در شرکت‌کنندگان و در نهایت بررسی سایر مشکلات روانشناختی شرکت‌کننده‌ها در نظر گرفته شود علاوه بر این پژوهش حاضر فاقد گروه پیگیری بود. از این رو پیشنهاد می شود در صورت امکان، جلسه پیگیری انجام گردد تا ماندگاری اثر درمان روان‌شناختی بر روی افراد مبتلا به سرطان پستان، مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری: نویسندگان پژوهش بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همچنین از عوامل بیمارستان آراد شهر تهران که همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در گروه روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. همچنین این مطالعه دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1399.134 از دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است.

1 Neff, Germer
2 fight, flight, or freeze
3 Roemer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]

منابع

بساک نژاد، س.، و غفاری، م. (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بد ریختی بدنی و اختلالات روان شناختی در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری، ۱(۲)*، ۱۷۹-۱۸۷.

پورمحمد قوچانی، کامران.، و عرب، سیمین. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی و نشخوار فکری زنان با سندرم پیش از قاعدگی. *رویش روانشناسی*، ۸(۹)، ۱۷۸-۱۶۷.

تقی پور، ر.، و نایینیان، م. (۱۳۹۷). نقش شفقت به خود در رشد پس از سانحه زنان مبتلا به سرطان پستان، *ششمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران*، تهران.

حیدرزاده، م.، رسولی، م.، محمدی شاه بلاغی، ف.، علوی مجد، ح.، میرزائی، ح.، و طهماسبی،م. (۱۳۹۴). بررسی ابعاد رشد پس از سانحه ناشی از سرطان در بیماران نجات یافته از آن. *پرستایی و مامائی جامع نگر*، ۲۵ (۷۶)، ۴۱-۳۳.

حیدریان، ا.، زهراکار، ک.، و محسن زاده، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده . *فصلنامه بیماری های پستان ایران. ۹ (۲)*، ۵۲-۵۹.

خلعتبری، ج.، همتی ثابت، و.، و محمدی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان، *۱۱(۳)*، ۲۰-۸.

رجبی، غ.، کاوه فارسانی، ذ.، فدایی ده چشمه، ح.، و جلوداری، ا. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نسخه فارسی تصویر بدنی در بیماران سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران. ۸ (۲)*، ۶۶-۷۴.

زارعی، ا.، پورشریفی، ح.، و باباپور خیرالدین، ج. (۱۳۹۵). نقش نارضایتی از تصویر بدنی و سلامت روانی در پیش‌بینی چاقی دختران نوجوان. *مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران. ۱۸ (۳)*، ۱۹۷-۲۰۴.

سروش، م.، حجازی، ا.، شعاع کاظمی، م.، و گرانپایه، ل. (۱۳۹۳). ویژگی های روان شناختی و امید به آینده در زنان مبتلا به سرطان پستان. *بیماریهای پستان ایران، ۷(۴)*، ۵۲-۶۳.

سیدمحمودی، ج.، رحیمی، چ.، و محمدی، ن. (۱۳۹۲). ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه رشد پس از سانحه. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۲)، ۹۳-۱۰۸.

شکری، ا.، صالحی، ر.، صفایی، م.، و عبدالخالقی، م. (۱۳۹۳). استرس ادراک شده و بهزیستی هیجانی در بیماران سرطانی: نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله مذهبی. *پژوهش در سلامت روانشناختی. ۸ (۴)*، ۱۳-۲.

صالحی، ر.، و دهشیری، غ. (۱۳۹۷). رشد پس آسیبی در بیماران مبتلا به سرطان، *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۲(۱۲)، ۱۳-۱.*

فرشته،ر.، و پیرخائفی، ع. (۱۳۹۹). بررسی مقایسه‌ای حافظه‌سازا (تروماتیک) و طرحواره‌های ناسازگار در بین زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان عادی، *مجله پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۳ (۳۰)*، ۸۱-۶۹.

محمدی، ن.، و سجادی‌نژاد، م. (۱۳۸۶). ارزیابی شاخص‌های روانسنجی پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و حرمت خود در دختران نوجوان. فصلنامه مطالعات روانشناختی، *۳، ۱۰۱-۸۵.*

قنواتی، س.، بهرامی، ف.، گودرزی، ک.، و روزبهانی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتال به سرطان سینه. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۷(۳)، ۱۶۸-۱۵۲.

نقدی، ن.، و مداح زاده، د. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر کاهش نگرانی تصویر بدنی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، *هفتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران، تهران.*

نواب دانشمند، م.، دهقانی، ا.، و صالحی، م. (۱۳۹۶). بهبود علایم روانشناختی و رشد پس از سانحه با استفاده از شفت در مانی گروه محور، *چهارمین همایش تازه های روان شناسی مثبت نگر،بندرعباس.*

نواب، م.، دهقانی، ا.، و کرباسی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، *فصلنامه سلامت روان کودک، ۱(۶)*، ۲۵۰-۲۳۹.

هادیان، ص.، جبل‌عاملی، ش.(۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر نشخوار فکری دانشجویان دارای اختلال خواب: یک مطالعه شبه تجربی قبل و بعد. مجله مطالعات علوم پزشکی. *۳۰ (۲)،۸۶-۹۶.*

Burke, E. E., Kodumudi, K., Ramamoorthi, G., & Czerniecki, B. J. (2019). Vaccine therapies for breast cancer. *Surgical Oncology Clinics*, 28(3), 353-367.

Cormio, C., Muzzatti, B., Romito, F., Mattioli,V., & Annunziata, M.A. (2016). Posttraumatic growthand cancer: a study 5 years after treatmentend. *Supportive Care in Cancer.46(11)*, 1230-1237.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]

Desreux, J. A. (2018). Breast cancer screening in young women. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 230, 208-211.

Dsouza, SM., Vyas, N., Narayanan, P., Parsekar, SS., Gore, M., & Sharan, K. (2018). A qualitative study on experiences and needs of breast cancer survivors in Karnataka, India. Clin Epidemiol Glob Health. *6(2),69-74.*

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Journal of Advances in psychiatric treatment,* 15,199–208.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol. 53(1),* 6-41.

Irons, C., & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*,3(1), 47-54.

Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2015). Harrison's principles of internal medicine, *Mcgraw-hill*.2(1),1-19.

Kelly, A.C., Wisniewski, L., MartinWagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group based compassion focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: a pilot randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother. 24(2),* 475-487.

Lin, Y., Jiang, M., Chen, W., Zhao, T., & Wei, Y. (2019). Cancer and ER stress: Mutual crosstalk between autophagy, oxidative stress and inflammatory response. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 118,1-10.

Littleton, H.L., Axsom, D.,& Pury, C.L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behav Res Ther.43(2),*229-241.

Neff, K.D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity, 9(3),*225-240.

Neff, K.D., Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. Clin Psychol. 69(1), *28-44.*

Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J.M. (2017). Positive psychotherapyfor distressed cancer survivors:Posttraumatic growth facilitation reducesposttraumatic stress. *International Journalof Clinical and Health Psychology.17(1),* 28-37.

Ochoa, C., Castejon, V., Sumalla, E.C., Blanco, I. (2013). Posttraumatic growth in cancer survivorsand their significant others: Vicarious orsecondary growth? *Terapia Psicologica. 31,* 81-92.

Patou, M., Moradi, A., Allahyari, A.A., payandeh, M. (2015). psychometric properties ofthe version of the Mini-MentalAdjustment to Cancer Scale (Mini-MAC)in patients with cancer. *rph. 9 (1),* 3-13.

Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychol Psychother. 83(2*), 129-143.

Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An examination of trelationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Analesde Psicología /Annals of Psycholog,* 34(1), 63-67.

Roemer, L., Orsillo, S.M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder, Evaluation in a randomized controlled trial. *Consult Clin Psychol, 76(6),*1083.

Ruini, C., & Vescovelli, F. (2012). The Role ofGratitude in Breast Cancer: ItsRelationships with Post-traumatic Growth,Psychological Well-Being and Distress. *Journal of Happiness Studies. 14(1),*263-274.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Target Article:"Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry. 15(1),* 1-18.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5]