



## The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-Blame, Distress Tolerance, Self-Conscious Emotion and Conflict Resolution Styles in Patients with Cancer in Isfahan

Yeganeh Yavari, Ph.D Student

Psychology, Islamic Azad University of Naein, Naein, Iran

Hassan Khosh Akhlagh, Ph.D

Academic member, Islamic Azad University of Naein, Naein, Iran

Mohammad Reza Sherabafchizadeh, Ph.D

Assistant Professor, Psychosomatic Research Center, Department of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

### Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles in patients with cancer in Isfahan. The method of this research was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all patients with cancer in Isfahan province in 2019 that 30 patients with cancer were selected by convenience sampling and randomly assigned into experimental and control groups (n = 15). Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2007), Distress Tolerance Questionnaire (Simons & Gaher, 2005), Self-Conscious Emotion Questionnaire (Tangney, Dearing, Wagner, & Gramzow, 1989), Conflict Resolution Questionnaire (Weeks, 1994), used as a pre-test, then experimental group underwent Compassion-Focused Therapy in 8 sessions of 90 minutes for two months and the control group did not receive any intervention. At the end, post-test was performed on both groups and the data were analyzed using Spss-23 statistical software and analysis of covariance. Findings showed that therapeutic intervention decreased the score of self-blame and self-conscious emotion and increased the score of distress tolerance and conflict resolution styles in the experimental group compared to the control group ( $P < 0.05$ ). Therefore, one can conclude Compassion therapy is effective on self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion and conflict resolution styles of cancer patients in Isfahan. Therefore, it is suggested that it be used as an effective, selective, low-cost and feasible intervention and as a short and preventive way by counselors and psychotherapists to reduce the psychological problems of cancer patients.

**Keywords:** compassion-focused therapy, self-blame, distress tolerance, self-conscious emotion, conflict resolution styles, cancer

## اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان

یگانه یاوری

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ناین، ناین، ایران

حسن خوش اخلاق\*

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ناین، ناین، ایران

محمدرضا شرابافچی زاده

استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

### چکیده

این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان انجام گرفت. روش این پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان استان اصفهان در سال ۱۳۹۸ بودند که تعداد ۳۰ بیمار سرطانی به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (n=15) قرار گرفتند. پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (Garnefski & Kraaij, 2007)، پرسشنامه تحمل پریشانی (Simons & Gaher, 2005)، پرسشنامه عاطفه خودآگاه (Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 1989)، پرسشنامه سبک‌های حل تعارض (Weeks, 1994)، به‌عنوان پیش‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت، سپس گروه آزمایش به مدت دو ماه و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت (Gilbert, 2009) قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری Spss-23 و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله درمانی باعث کاهش نمره خودسرزنشگری و عاطفه خودآگاه و افزایش نمره تحمل پریشانی و سبک‌های حل تعارض در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ( $P < 0.05$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت شفقت درمانی بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان اثر بخش است. لذا پیشنهاد می‌شود به‌عنوان یک مداخله کارآمد، انتخابی، کم‌هزینه و قابل اجرا و به‌عنوان یک‌راه میان‌بر و پیشگیرانه از سوی مشاوران و روان‌درمانگران، برای کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر شفقت، خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه، سبک‌های حل تعارض، سرطان

## مقدمه

از جمله آسیب‌های روان‌شناختی معمول پس از دریافت تشخیص بیماری در یک بیمار سرطانی است و همچنین نشان داده شده است که خشم و خودسرزنشگری می‌تواند باعث تشدید بیماری سرطان و فرایند آن شود (Azizi, Mir, Derikvan, & Mohamadi, 2015, Exline, Park, Smyth & Carey, 2011). خودسرزنشگری، صفت شخصیتی و شکلی از خودارزیابی منفی است که در آن فرد افکار قضاوت‌گر و محکوم‌کننده را نسبت به خود به‌خصوص در زمینه اشتباهات ادراک‌شده، شکست و ناتوانی در برآوردن استانداردهای خود یا دیگران به کار می‌گیرد (Hermanto et al., 2016; Kochaki Amirhendeh, Karbalayi, & Sabet, 2017). خودسرزنشگری از زیر مقیاس‌های تنظیم هیجان و شکلی از نشخوار فکری و تفکر تکراری منفی است که هدفش بی‌ارزش‌سازی خود است و پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که با مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و خشم در ارتباط است (Smart, Peters, & Baer, 2016). در این رابطه نشان داده شده است که در افراد سرطانی در مقایسه با سایر بیماری‌ها، واکنش‌های دفاعی عمده در مراحل اولیه و به‌هنگام دریافت تشخیص بیماری و آگاهی از آن، انکار و خشم است که خود می‌تواند افکار سرزنش و انتقادکننده و افزایش گرایش به رفتار پرخاشگرانه و نشانه‌های روان‌شناختی و جسمانی بیمار را تشدید کرده و پیش‌آگهی بیماری را بدتر سازد (Goebel & Mehdorn, 2019). بنابراین خشم و خودسرزنشگری مورد تجربه در یک بیمار سرطانی گرچه بخشی از یک واکنش طبیعی بعد از تشخیص و آگاهی از بیماری است ولی در درازمدت، می‌تواند منجر به آسیب‌های متعدد روانی مانند افسردگی و ناامیدی و حتی تشدید و تسریع فرایند بیماری نیز بشود. افراد خودسرزنش‌گر در مقابل دیگران رقابت‌گر خصمانه و دوسوگرایانه رفتار می‌کنند. آن‌ها به‌راحتی نسبت به دیگران از خود خشم نشان می‌دهند و به‌سختی خشم خود را در مقابل دیگران کنترل می‌کنند که این اغلب منجر به تعارض در روابط بین‌فردی (Interpersonal relationship) نیز می‌شود (Abi-Habib & Luyten, 2013; Dinger, Barrett, Zimmermann, & Schauenburg, Wright, et al., 2015).

سرطان (Cancer) یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلابه آن روزبه‌روز افزایش می‌یابد. مؤسسه ملی سرطان (National Cancer Institute, 2014)، سرطان را این‌گونه تعریف می‌کند: اصطلاح سرطان توصیف‌گر حدود بیش از ۱۰۰ نوع بیماری است که علت آن تکثیر غیرقابل کنترل سلول‌هایی است که به بافت‌های بدن آسیب می‌رساند. علت بیماری سرطان می‌تواند عوامل بیرونی (تنباکو، اشعه‌های مضر یا مواد شیمیایی) یا درونی (جهش ژنتیکی، هورمون‌ها، شرایط ایمنی بدن) باشد (Yarmohammadi Vasel, Jokar, Farhadi, & Zoghi Paydar, 2020).

علیرغم پیشرفت‌های قابل‌توجه علم پزشکی، افزایش شیوع سرطان در سال‌های اخیر و تأثیرات آن بر ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی زندگی، باعث شده است که سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح شود (Bakhshalizadeh Irani, Shahidi, & Hazini, 2020). شواهد نشان می‌دهد که تشخیص سرطان و مواجهه‌شدن بیماران با آن، دغدغه‌ها و نگرانی‌هایی را در آن‌ها به وجود می‌آورد که منجر به تغییرات شدید روانی در بیماران می‌گردد و زندگی آن‌ها را مختل می‌کند (Kashanaki, Dehghani, Arani, & Ferdousi, 2019). مطالعات نشان داده‌اند بین ۵۰ تا ۸۰ درصد از بیماران مبتلابه سرطان، به‌طور هم‌زمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند (Mahmood Alilo, Hashemi Nosratabad, & Farshbaf Manei Sefat, 2015). بسیاری از اختلالات خلق‌وخو، در نتیجه صدمات شیمیایی بیماری نیست، بلکه، یک عکس‌العمل روانی شدید در برابر مبارزات روزبه‌روز با بیماری است (Ebrahimpourghavi, Sharifidaramadi, & Pezeshk, 2020). سرطان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خودش تنش روانی را تشدید و سلامت روانی فرد را با چالش روبه‌رو می‌کند (Azadi, Ahadi, & Hatami, 2020).

تجربه خشم، خصومت و خودسرزنشگری (Self-blame)



### Knowledge & Research in Applied Psychology

Yarbro, Froge, & Goodman) در مجله روانشناسی کاربردی، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳، (پیاپی ۹۵)  
 Vol 23, No. 1 (Continuous No. 95) Spring 2024

(Self-conscious emotion): 234-251 (2015). لذا عاطفه خودآگاه (Self-conscious emotion) متغیر دیگری است که می‌تواند در پذیرش هیجان‌های منفی در بیماران سرطانی تأثیر بسزایی داشته باشد (Chaudhuri & Datta, 2018). شرم و گناه (Shame & Guilt) جز هیجان‌های خودآگاه هستند که می‌توانند انگیزه‌ای برای پیشرفت و یا باعث عدم آسیب به افراد مهم در زندگی بشوند (Sznycer, 2019). بنابراین می‌توان گفت رابطه بین سرطان، احساس شرم و گناه، تفکرات غیرمنطقی یک رابطه متقابل و چندوجهی است چون ابتلا به سرطان باعث ضربه سنگینی به فرد شده و موجب بروز احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی شده و هم‌زمان احساس گناه و مسئولیت‌پذیری بیشتری را برمی‌انگیزد (Irons & Lad, 2017). همچنین، هیجان‌های خودآگاه (احساس شرم و گناه) به عنوان یک عامل روانشناختی مهم و اساسی، نقش مهمی در کیفیت زندگی ایفا می‌کنند. هیجان خودآگاه با روابط بین فردی پیوند خورده است و می‌تواند روابط بین فردی با افراد مهم زندگی را تحت تأثیر قرار دهد و در بروز تعارضات نقش اساسی داشته باشد (Stuewig, Tangney, Heigel, Hart, McCloskey, 2010). به طور کلی نتایج بررسی‌های مختلف بر روی بیماران سرطانی و مراقبت‌دهندگان آن‌ها در خانواده گویای آن است که ۷۰ درصد آنها با دو مشکل بزرگ یعنی مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیماری و سازگاری با مسئولیت‌های ناشی از خودمراقبتی روبرو هستند، به طوری که افزایش مسئولیت موجب بروز واکنش‌های خشم و اضطراب و تعارضات بین فردی در خانواده می‌شود (Edwards & Ung, 2002).

در این راستا یکی از متغیرهای که در بیماران سرطانی برای سازگاری روانی با بیماری حائز اهمیت است سبک‌های حل تعارض (Conflict resolution styles) است (Yoo, Hwang & Cho, 2013). سبک‌های حل تعارض روش‌های مدیریت تعارض می‌باشند که شخص در هنگام روبه‌رو شدن با تعارض از آن‌ها استفاده می‌نماید (Letafati Beris, Ghamari Kivi, Kiani, & Sheykholeslami, 2021). این سبک‌ها به سبک‌های غیر سازنده، اجتنابی (Avoiding) و

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی یکی دیگر از عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماران سرطانی تحمل پریشانی (distress tolerance) است که به‌عنوان ظرفیت فرد برای مقاومت در برابر عاطفه منفی تعریف می‌شود (Ameri, Askari, Heidarei, & Bakhtiarpour, 2021; Mattingley, Youssef, Manning, Graeme, & Hall, 2022). این سازه یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی و جسمانی اشاره می‌کند (Baniasadi, Poursharifi, Borjali, Mofid, 2021). مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که عدم تحمل پریشانی با افزایش خطر ابتلا به بیماری سرطان و با تغییرات در سیستم عصبی - غددی، محور هیپوتالاموس - هیپوفیز و آدرنال، عملکرد پلاکت خون و ضربان قلب همراه است (Park, Deal, Check, Hanson, Reeder-Hayes & et al, 2016). سرطان موجب می‌شود بیماران از تحمل پریشانی پایینی در مواجهه با شرایط بیماری برخوردار باشند. به طوری که فرد به دلیل انعطاف‌پذیری پایین، شرایط تنش‌زا را به عنوان موقعیت غیرقابل کنترل در نظر گرفته، کمتر به کاربرد گزینه‌ها و راه‌حل‌ها و درمان‌های مختلف می‌اندیشد و به تلاش و کوشش خود در حل بیماری بدبین است. در نتیجه، چنین شرایطی منجر به افزایش خشم، ناراحتی، نگرانی و افسردگی در فرد مبتلا به سرطان می‌گردد (Carneiro, Moraes & Terra, 2016). در این راستا تحقیقات نشان داده است در افراد مبتلا به سرطان، این آشفتگی‌ها عمدتاً ناشی از علایم واقعی بیماری، تصویر ذهنی بیمار و خانواده‌ی او از این بیماری و عدم تحمل پریشانی است. چنین بیمارانی اغلب خود را به‌عنوان فردی ناتوان در تحمل هیجان‌های منفی درک می‌کنند و اغلب تلاش‌های زیادی برای اجتناب یا تسکین فوری تجربه عواطف منفی می‌کنند (Panjwani, Millar & Revenson, 2021). همچنین بیماران مبتلا به سرطان به دلیل مصرف دارو، جراحی‌های مرتبط و یا شیمی‌درمانی تغییرات جسمانی زیادی را در بدن خود احساس می‌کنند که می‌تواند بر خودآگاهی، حرمت خود و احساس ارزشمندی بیماران اثر گذاشته، احساس شرم و گناه، ناامیدی و بی‌ارزشی را تجربه کنند. این هیجان‌ها از این منظر اهمیت ویژه‌ای می‌یابد که با

رفتاری و مبتنی بر مهارت‌آموزی است. درمان متمرکز بر شفقت رویکرد فراتشخیصی دارد و برای درمان شرایط متفاوتی نظیر افسردگی، اضطراب، تروما و روان‌گسیختگی مؤثر می‌باشد. این رویکرد درمانی مدلی جدید از عملکرد روان‌شناختی ارائه می‌کند و بر اساس علم تکامل، علوم اعصاب و یافته‌های پژوهشی درباره دلبستگی قرار گرفته است (Gilbert, 2015). خود شفقتی، توانایی در پذیرش خود یا مهربان بودن نسبت به خود در مواقع رنج و سختی یکی از منابع درونی است که می‌تواند بر فرایند مقابله اثر گذارد (Raes, 2011). (Neff, 2011) خودشفقتی را با سه مولفه تعریف کرده است: مهربانی با خود (در مقابل قضاوت خود)، ذهن‌آگاهی از عواطف خود (در مقابل همانندسازی افراطی)، فهم جهانی بودن رنج بشر (در مقابل احساس تنهایی). مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. ذهن‌آگاهی در خودشفقتی، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته شود و مکرراً ذهن را اشغال نکند. اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه فهم جهانی بودن رنج بشر است. در مطالعات اخیر نشان داده شده است که عمده‌ترین حوزه تاثیر گذار در درمان مبتنی بر شفقت خودانتقادگری است (Leaviss & Uttley, 2015). لذا از آنجا که عامل خودشفقت‌ورزی به عنوان عامل محافظت‌کننده در این بیماران شناخته شده است و افراد دچار سرطان به دلیل جراحی‌ها و درمان‌های مرسوم این بیماری نسبت به تصویر بدنی خود دچار خودسرزنشگری هستند (Przedziecki, Sherman, Baillie, Taylor, Foley & et al, 2013). بکارگیری درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش مشکلات روان‌شناختی این بیماران می‌تواند توجیه‌پذیر باشد. در این رابطه مطالعات اخیر اثربخشی این درمان را برای کاهش علائم خودسرزنشگری زنان سرطانی دچار نارضایتی از تصویر تن نشان داده است (Albertson, Neff, & Dill Shackle ford, 2015). در تحقیقی دیگر نشان داده شد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند باعث کاهش نشخوار فکری، اضطراب و

(Integrating)، ملزم‌شده (Obliging) و مصالحه (Compromising) دسته بندی می‌شوند. سبک‌های حل تعارض سازنده بر مصالحه و راه‌حل‌های مناسب و مثبت و تعارض غیرسازنده بر تهدید و راه حل‌های استبدادی و نامناسب استوار است (Rahim, Civelek, & Liang, 2018; Razmgar & Asghari Ebrahimabad, 2021).

در این زمینه پیشینه پژوهش نشان می‌دهد در بیماران مبتلا به سرطان به کارگیری سبک حل تعارض سلطه‌گرانه با جهت‌گیری تهدیدآمیز و نادیده گرفتن نیازها و انتظارات دیگران و سبک حل تعارض اجتنابی با موقعیت‌های انزوا، اعطای مسئولیت و خود را کنارکشیدن نقش مهمی را در فقدان رفتارهای خودمراقبتی و ارتباط با خانواده ایفا می‌نماید (Yoo, et al, 2013). چنین سبک‌های حل تعارض ناکارآمدی می‌تواند با تنش، خصومت یا پرخاشگری همراه بوده، نقش بسزایی را تشدید علائم جسمانی سرطان داشته باشد (Pourbaferani, Etemadi, Akbarzadeh, & Jazayeri, 2015). در مقابل سبک‌های حل تعارض سازنده مصالحه، یکپارچه و ملزم‌شده می‌تواند باعث مدیریت بهتر عوارض و پیامدهای روان‌شناختی، جسمانی و بین‌فردی در بیماری سرطان شود (Yoo & et al, 2013).

لذا با توجه به آنچه گفته شد توجه به روش‌های درمانی مؤثر در راستای کاهش بار عاطفی و روانی بیماران سرطانی و التیام آلام ناشی از بیماری و مشقات آن از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، مداخلات روان‌شناختی در این بیماری می‌تواند سبب بهبود علائم ثانویه و وابسته به بیماری و حتی کمک به درمان‌های زیستی افراد باشد. در این میان روان‌درمانی مبتنی بر شفقت (Compassion focused therapy) یکی از مداخلاتی است که توجه درمانگران نوین را برای بیماری‌های خاص جلب کرده است (Ros-Morente, Mora, Nadal, Belled & Berenguer, 2017). درمان مبتنی بر شفقت، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی موج سوم، بر این اساس و با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی، ایجاد شده است (Leaviss & Uttley, 2015). این مداخله توسعه‌دهنده و ترکیب یافته با درمان شناختی -



بیمارستان امید اصفهان 25-234 شماره مجله به پرونده‌های بیماران سرپایی تعداد ۳۰ بیمار با تشخیص قطعی سرطان (با توجه به عدم وجود نمونه کافی جهت انجام پژوهش، تشخیص کلی سرطان مدنظر بود تا یک نوع خاصی از سرطان)، به صورت در دسترس انتخاب شدند؛ و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. بر روی گروه آزمایش مداخله درمانی (درمان مبتنی بر شفقت) صورت پذیرفت ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: تمایل فرد به شرکت در پژوهش و جلسات آموزشی و تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه، دارای حداقل مدرک تحصیلی دیپلم باشد، دامنه سنی ۲۰ تا ۶۵ سال (به دلیل اینکه پژوهش بر روی نمونه بزرگسال می‌باشد)، نیازمند جلسات شیمی‌درمانی باشد، عدم دریافت آموزش‌ها و درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود و حین اجرای پژوهش، نداشتن مشکل حاد روانی یا علائم سایکوتیک براساس DSM-5 (با استفاده از مصاحبه بالینی توسط روانشناس) و همچنین ملاک‌های خروج شامل: عدم پاسخ‌گویی به بیش از ۵ درصد سؤالات هر پرسشنامه، مصرف داروهای روان‌پزشکی شامل داروهای ضدافسردگی و آنتی سایکوتیک، عدم شرکت در دو جلسه از جلسات درمانی و همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف درمانی.

#### ابزار تحقیق

پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaire): این پرسشنامه توسط (Garnefski & Kraaij, 2007) به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی تطابقی بعد از تجربه رخدادهای ناراحت‌کننده ابداع کردند. پرسشنامه ۳۶ عبارت دارد که هرکدام براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه‌ای از هر گز (۱) تا همیشه (۵) قرار دارد که ۹ راهبرد شناختی تنظیم هیجان را در واکنش به رخدادهای تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی مورداندازه‌گیری قرار می‌دهد. این راهبردها عبارت‌اند

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی افسردگی در بیماران زن دارای سرطان سینه شود (Alighanavati, Bahrami, & Rouzbahani, 2018; Sadeghi, Yazdi-Ravandi, & Pirnia, 2018; Sharifi Saki, Alipour, AghaYousefi, Mohammadi, Ghobari Bonab & et al, 2018). همچنین مطالعات بیانگر آن است که خودشفقتی در افراد مبتلا به سرطان فراتر از متغیرهای پزشکی و دموگرافیک، یک عامل کلیدی مهم است و با امیدواری بالا و اضطراب و افسردگی پایین در ارتباط است (Kearney & Hicks, 2017) و سطوح بالای آن حتی با شروع دیر هنگام سرطان سینه و پیش‌آگهی بهتر در این بیماران مرتبط است (Todorov, Sherman & Kilby, 2019).

لذا با توجه به آنچه گفته شد و با توجه به گسترش روزافزون بیماری سرطان در کشور، لزوم و اهمیت توجه به درمان‌های روان‌شناختی و بازتوانی و کمک به بیماران جهت پذیرش و درمان علائم روان‌شناختی همراه و مدیریت هر چه بهتر این بیماری در کنار درمان‌های پزشکی را دوچندان می‌سازد؛ بنابراین هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه‌ی خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان بود. برای بررسی این هدف فرضیات زیر طرح گردید.

۱) درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرزنشگری بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد.

۲) درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد.

۳) درمان مبتنی بر شفقت بر میزان عاطفه‌ی خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد.

۴) درمان مبتنی بر شفقت بر سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد.

#### روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سرطانی استان

در پژوهش (Khatibi, 2019) برای سنجش پایایی نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد مقدار ضریب به دست آمده برای راهبردهای انطباقی ۰/۸۳، راهبردهای غیرانطباقی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۳ بود. این نتایج نمایانگر پایایی مطلوب این پرسشنامه است. با توجه به اینکه پرسشنامه مناسبی جهت سنجش خودسرزنشگری پیدا نشد از خرده‌مقیاس سرزنش خود پرسشنامه مذکور برای ارزیابی خودسرزنشگری در بیماران مبتلابه سرطان استفاده گردید. در این پژوهش میزان ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد راهبردهای انطباقی، غیرانطباقی و نمره کل به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ به دست آمد. دو نمونه از سوالات پرسشنامه عبارت است از: "به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم" احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط استرس‌زا خودم مقصرم"

**پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (Distress Tolerance Questionnaire):** این پرسشنامه توسط Simons & Gaher (2005) تهیه شده است. گویه‌های این پرسشنامه، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می‌کنند. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده‌مقیاس می‌باشد. خرده‌مقیاس‌ها شامل تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجان‌های منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) هستند. عبارات این ابزار بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد و حداقل نمره آزمودنی ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. گویه‌های این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالا نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالا است. این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی ۰/۶۱ برای آن گزارش شده است (Simons & Gaher, 2005). در مطالعه (Hsu, Collins & Marlatt, 2013) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی برابر ۰/۶۱ گزارش شده است. در ایران ضرایب آلفا برای این خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۲،

فکری، فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری)، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، چهار راهبرد اول نشان‌دهنده راهبردهای منفی (غیر انطباقی و غیر سازنده) و پنج راهبرد بعدی بیانگر راهبردهای مثبت (انطباقی و سازنده هستند نمرات بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از راهبرد شناختی موردنظر است. در مطالعه (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) تحلیل مولفه‌های اصلی از خرده‌مقیاس‌ها حمایت کرد و ضریب پایایی تمام خرده‌مقیاس‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۰ بدست آمد. Besharat & Bazzazian (2015) برای بررسی پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی از روش‌های آلفای کرونباخ و بازآزمایی بافاصله دو تا چهار هفته استفاده کردند. آن‌ها ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را در نوبت اول اجرای آزمون در دامنه‌ای از ۰/۷۶ (سرزنش خود) تا ۰/۸۹ (برنامه‌ریزی و سرزنش دیگران)، و در نوبت دوم از ۰/۷۳ (سرزنش خود) تا ۰/۹۰ (فاجعه‌نمایی) به دست آوردند. این پژوهشگران ضرایب بازآزمایی را از ۰/۷۰ (سرزنش خود) تا ۰/۸۳ (برنامه‌ریزی) گزارش کرده‌اند. علاوه بر این در پژوهش (Besharat & Bazzazian, 2015) روایی همگرا و روایی افتراقی پرسشنامه نیز از طریق محاسبه همبستگی زیرمقیاس‌ها با افسردگی، اضطراب، استرس و شاخص‌های سلامت روانی احراز گردیده است. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی از همبستگی بین نمرات خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل راهبردهای مربوط به آن‌ها استفاده شد. دامنه ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر برای راهبردهای انطباقی بین ۰/۲۶ تا ۰/۵۹ و بین خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل راهبردهای انطباقی بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۷ به دست آمد. دامنه همین ضرایب برای راهبردهای غیر انطباقی به ترتیب برابر ۰/۰۶ تا ۰/۵۰ (رابطه خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر) و ۰/۵۲ تا ۰/۸۱ (رابطه خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل راهبردهای غیر انطباقی) به دست آمد. همه ضرایب در سطح  $p < 0.01$  معنی‌دار هستند. با توجه به اینکه در مجموعه همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر کمتر از همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل است این امر بیانگر روایی سازه راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان است.



### Knowledge & Research in Applied Psychology

پژوهش‌های کاربردی در روان‌شناسی / مجله علمی-پژوهشی / فصلنامه علمی-پژوهشی / سال بیست و پنجم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳، (پیاپی ۹۵) / Vol 25, No. 1 (Continuous No. 95) Spring 2024

دو نمونه از سوالات پلانگ عبارت است از: "فکر می‌کنید، حق شماست که بازخواست شوید" پیش خود فکر می‌کنید من آدم خیلی بدی هستم".

**پرسشنامه سبک‌های حل تعارض (Conflict Resolution Styles Questionnaire)**: این پرسشنامه توسط Weeks (1994) برای اندازه‌گیری ایده‌های حل تعارض و توانایی شخص در خلق و ارائه راه‌حل‌های برنده-برنده تدوین شده است. علاوه بر این عبارات این پرسشنامه، ادراک و برداشت پاسخ‌دهندگان را بر مبنای اینکه معمولاً در رفتارهای خاص مرتبط با تعارض وارد می‌شوند و میزان آگاهی آن‌ها از موضوع تعارض را می‌سنجد. پرسشنامه حاضر به‌عنوان وسیله‌ای برای ارتقا و بهبود درک افراد از تعارض را می‌سنجد. این پرسشنامه به‌عنوان وسیله‌ای برای ارتقا و بهبود درک فرد از تعارض طراحی شده و به‌عنوان ابزاری آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل ۴۰ گویه می‌باشد. گویه‌های این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از تقریباً هرگز، گاهی، نیمی معمولاً و تقریباً نمره‌گذاری می‌شود. نمرات عبارات ۱۳، ۳، ۱، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود (۵ تا ۱). نمرات کل از جمع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید و دامنه نمرات کل، بین ۴۰ تا ۲۰۰ می‌باشد. جمع نمرات هرچه بالاتر باشد نشان‌دهنده کارایی و اثربخشی بیشتر افراد در حل تعارض است. بالاترین و پایین‌ترین نمرات به ترتیب نشان‌دهنده اثربخش‌ترین و ضعیف‌ترین توانایی‌های افراد در ارائه راه‌حل برای تعارض است. در تحقیق (Henning, 2003) ضرایب پایایی این ابزار با استفاده از روش تصنیف ۰/۶۹ و با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ به دست آمد. در این مطالعه ارزیابی کلی این پرسشنامه نشان می‌دهد با استفاده از روش دونیمه کردن نمره دو فاکتور دو و هفت از کل فاکتورهای این تست پایا و معتبر بودند. پرسشنامه روایی‌سازه خوبی داشته از روایی همزمان خوبی برخوردار است. در مطالعه (Etebarian & Pourvali, 2008) اعتبار سازه با روش تحلیل عوامل وجود ۱۰ زیرمقیاس پرسشنامه را تأیید و دامنه

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی / مجله علمی-پژوهشی / فصلنامه علمی-پژوهشی / سال بیست و پنجم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳، (پیاپی ۹۵) / Vol 25, No. 1 (Continuous No. 95) Spring 2024  
آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل پرسشنامه ۰/۷۷ به دست آمد. دو نمونه از سوالات پرسشنامه عبارت است از: احساس پریشانی و آشفتگی‌ام قابل قبول نیست" من نمی‌توانم احساس پریشانی و یا آشفتگی‌ام را کنترل کنم".

**پرسشنامه عاطفه خودآگاه (Self-conscious Emotion Questionnaire)**: این پرسشنامه از پرکارترین ابزارها در تحقیقات مرتبط با شرم است که توسط (Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 1989) ساخته شد. پرسشنامه عاطفه خودآگاه شامل ۱۶ سناریو است که ۱۰ سناریو، مثبت و ۵ سناریو، منفی است. سناریوهای این نسخه دربرگیرنده ماده‌هایی هستند که مستعد بودن به صفت شرم (۱۶ ماده)، مستعد بودن به صفت گناه (۱۶ ماده)، برونی کردن (۱۶ ماده)، بی تفاوتی (۱۱ ماده)، غرور آلفا (۵ ماده) و غرور بتا (۵ ماده) را می‌سنجد. هر ماده بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۵ (به احتمال زیاد) درجه بندی می‌شود. در این مقیاس حداقل نمره ۶۹ و حداکثر نمره ۳۴۵ خواهد بود. نتایج مطالعه (Tangney & Dearing, 2004) در مورد پایایی این پرسشنامه بر روی سه نمونه دانشجویی مختلف حاکی از آن است که آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس مستعد بودن به صفت شرم ۰/۷۶ تا ۰/۸۸، خرده‌مقیاس مستعد بودن به صفت گناه ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، خرده‌مقیاس برونی‌سازی ۰/۶۶ تا ۰/۸۸، خرده‌مقیاس بی تفاوتی ۰/۶۰ تا ۰/۷۰، خرده‌مقیاس غرور آلفا ۰/۴۱ تا ۰/۷۲ و خرده‌مقیاس غرور بتا ۰/۵۱ تا ۰/۷۲ است. نتایج مطالعه (Woien, Ernst, Patock, Peckham & Nagoshi, 2003) ضمن تأیید اعتبار پرسشنامه، نشان‌دهنده اعتبار بالای خرده‌مقیاس‌های مستعد بودن به صفت شرم، مستعد بودن به صفت گناه و برونی‌سازی و اعتبار پایین خرده‌مقیاس‌های بی تفاوتی، غرور آلفا و غرور بتا است. در مطالعه (Saeedi, Ghorbani, Sarafraz & Sharifian, 2013) آلفای کرونباخ مقیاس‌های شرم و گناه به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۸ گزارش شده است. روائی محتوایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از اساتید رشته مشاوره و روان‌شناسی انجام

آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ برای سبک‌های حل تعارض  
10.30486/jsrp.2022.1946593.3272

شد و همه مناسب بودن آن را تأیید کردند. همچنین در این \*نویسنده مسئول: khoshakhlagh\_h@yahoo.com

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۲

وصول: ۱۴۰۰/۰۹/۱۴

دقیقه‌ای بر روی بیماران دریافت کرد، این در حالی بود که بر روی گروه گواه مداخله‌ای صورت نپذیرفت و در پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق پژوهشی افراد رضایت برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. در این پژوهش از تحلیل کوواریانس جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق و مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد.

محاسبه گردید. در این پژوهش آلفای کرونباخ پرسشنامه برای سبک‌های حل تعارض در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۶ به دست آمد. دو نمونه از سوالات پرسشنامه عبارت است از: "فکر می‌کنم فرد در تعارضات و درگیری‌ها آسب می‌بیند" در زمان تعارض و درگیری احساسات واقعی‌ام را بیان می‌کنم"

#### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش پس از گمارش اعضا به دو گروه گواه و آزمایش ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد سپس گروه آزمایش مداخله درمانی (درمان مبتنی بر شفقت) (Gilbert, 2009) را در طول دو ماه و نیم در ۸ جلسه ۹۰

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی درمان مبتنی بر شفقت (Gilbert, 2009)

جلسه	اهداف	محتوا
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت به خود و همدلی، تکلیف: تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خودانتقادگر	آموزش خودانتقادی و انواع آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود به‌عنوان خودانتقادگر یا شفقت‌گر، بیان علل خودانتقادی و پیامدهای آن، ارائه راهکارهایی برای کاهش خودانتقادی، تکلیف: پاسخ به سؤالات تمرین چگونه به خود واکنش نشان می‌دهید؟
سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	آموزش پذیرش اشتباهات بدون قضاوت، بیان دلایل اشتباه کردن، بیان معایب و پیامدهای عدم بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشش خود در زمان خطا کردن، تکلیف: تهیه دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه
چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	آموزش ذهن آگاهی و مهارت‌های آن همراه با تمرین واریس بدنی و تنفس. آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره‌شدن بر آن‌ها، آموزش پذیرش شکست. پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه، تکلیف: یادداشت‌های روزانه درباره شفقت به حال خود
پنجم	قدردانی از خود	آموزش خودارزشمندی و مزایای آن. بیان معایب خودارزشمندی پایین و عزت‌نفس، آموزش روش‌های تقویت حس خودارزشمندی، تکلیف: تمرین قدردانی از خود و ذکر ده مورد از ویژگی‌های مثبت خود
ششم	ایجاد احساسات خوشایند آشنایی با رفتار شفقت‌گر	آموزش ایجاد تصاویر دلسوزانه و آرام‌سازی از طریق تصویرپردازی ذهنی (تصویر رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌ورز) آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت ورزی و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره آموزش مفاهیم شفقت ورزی مانند خرد، توجه، تفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، آموزش صفات خود



شفقتی مانند انگیزه، حساسیت، همدردی و مهربانی، تکلیف: تمرین تصویرپردازی ذهنی تمرین نوشتن عبارات مهربانگیز به خود	
هفتم	شناسایی احساسات متناقض درک و پذیرش خود
آموزش گفتگوی درونی بین سه خود تعریف شده (گفتگو بین خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود دلسوز یا شفقت نگر). در این تمرین هر فرد بین ابعاد مختلف وجود خود مکالمه‌هایی ترتیب می‌دهد و با هر سه بخش انتقادگر، انتقاد شونده و شفقت گر خود ارتباط برقرار کند. آموزش نوشتن نامه دلسوزانه به خود، به خاطر اشتباهی که مرتکب شده‌اند از طرف یک شخصیت دلسوز برای خود نامه می‌نویسند و به کمبودها و ضعف‌هایی اشاره می‌کنند که درباره خود احساس می‌کنند، تکلیف: تمرین صندلی خالی گشتالت، تمرین نوشتن نامه دلسوزانه	
هشتم	مرور مباحث آموزش داده شده
دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده‌شده، مرور و جمع‌بندی مطالب گذشته	

**یافته‌ها**  
 در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شده است. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 صورت پذیرفت. در جدول ۲، فراوانی و درصد نمونه پژوهش برحسب شرکت‌کنندگان آورده شده است.

جدول ۲، توزیع فراوانی و درصد نمونه پژوهش برحسب شرکت‌کنندگان

متغیر	سن	گروه کنترل		گروه آزمایش		کل
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۱۰	۶۷	۱۰	۶۷	۲۰
	مرد	۵	۳۳	۵	۳۳	۱۰
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۳	۲۰	۲	۱۳	۵
	۳۰ تا ۴۰ سال	۳	۲۰	۲	۱۳	۵
	۴۰ سال به بالا	۹	۶۰	۱۱	۷۴	۲۰
نوع سرطان	تخمدان	۲	۱۳	۵	۳۴	۷
	سینه	۴	۲۷	۳	۲۰	۷
	ریه	۳	۲۰	۲	۱۳	۵
	لنفوی	۳	۲۰	۳	۲۰	۶
دیگر سرطان‌ها	۳	۲۰	۲	۱۳	۵	

بر اساس جدول ۱، در این مطالعه از بین ۱۵ آزمودنی در گروه کنترل، تعداد زن‌ها بیشتر بود و بیشتر افراد ۴۰ سال به بالا بودند. همچنین تحصیلات نوع سرطان بیشتر افراد سرطان سینه بود. با توجه به این‌که آزمون فرضیه این پژوهش نیازمند استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بود، باید پیش‌فرض‌های لازم، تعداد زن‌ها بیشتر بود و بیشتر افراد ۴۰ سال به بالا بودند. همچنین تحصیلات نوع سرطان بیشتر افراد سرطان تخمدان بود. همچنین از بین ۱۵ آزمودنی در گروه آزمایش،

یعنی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه رعایت می‌گردد. نتایج حاصل از بررسی این پیش‌فرض‌ها در ادامه ارائه شده است. نتایج چولگی و کشیدگی متغیرها برای

بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در جدول ۳، گزارش شده است.

جدول ۳، نتایج در مورد پیش‌فرض نرمال بودن نمرات متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	سبک حل تعارض	عاطفه‌ی خودآگاه	خودسرزنشگری	تحمل پریشانی
	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل
	آزمایش	آزمایش	آزمایش	آزمایش
چولگی	۰/۶۷	۰/۴۳	۰/۴۲	۰/۴۵
کشیدگی	-۱/۵۲	-۰/۵۴	-۱/۱۴	۰/۳۱
نتیجه	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال

با توجه به نتایج جدول ۳، برای متغیرهای تحقیق، از آنجایی که مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرها در بازه (۲)، قرار دارد؛ یعنی از لحاظ متغیرها نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آن‌ها نیز در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می‌دهد توزیع متغیرها نرمال است.

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در بیماران مبتلا به سرطان بر خودسرزنشگری آن‌ها و معنادار بودن تفاوت ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴، قابل مشاهده است.

جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) خودسرزنشگری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش‌آزمون	۵/۶۰۷	۱	۱/۸۶۹	۱۶/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	۱
گروه	۳/۷۵۸	۱	۳/۷۵۸	۳۴/۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷	۱

بر اساس نتایج جدول ۴، بین دو گروه در نمرات خودسرزنشگری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به طوری که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است باعث تغییر فراوان میانگین خودسرزنشگری شود. در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همچنین نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات خودسرزنشگری در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار

تأثیر پیش‌آزمون معنی‌دار است ( $P < 0/05$ )؛ بنابراین می‌توان گفت فرضیه اول تحقیق تأیید شده است.

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در بیماران مبتلا به سرطان بر میزان تحمل پریشانی آن‌ها و معنادار بودن تفاوت ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۵، قابل مشاهده است.

جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) تحمل پریشانی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش‌آزمون	۳۴/۹۵۹	۱	۱۱/۶۵۳	۷۸/۷۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱	۱
گروه	۴/۴۹۴	۱	۴/۴۹۴	۳۰/۳۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۹	۱

است ( $P < 0/05$ )؛ بنابراین می‌توان گفت فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شده است.

برای بررسی اثربخشی درمان شفقت محور بر عاطفه‌ی خودآگاه بیماران سرطانی و معنادار بودن تفاوت ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۶، قابل مشاهده است.

جدول ۶، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) عاطفه‌ی خودآگاه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور انا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۲/۵۸۰	۱	۴/۱۹۳	۱۲۵/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۹۳۵	۱
گروه	۰/۴۷۴	۱	۰/۴۷۴	۱۴/۱۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲	۱

بر اساس نتایج جدول ۵، بین دو گروه در نمرات تحمل پریشانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به طوری که درمان شفقت محور توانسته است باعث افزایش فراوان میانگین تحمل پریشانی شود. در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همچنین نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات تحمل پریشانی در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنی‌دار

خودآگاه بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد، پس فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید شده است.

برای بررسی اثربخشی درمان شفقت محور در بیماران مبتلا به سرطان بر سبک حل تعارض آن‌ها و معنادار بودن تفاوت ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۷، قابل مشاهده است.

بر اساس نتایج جدول ۶، بین دو گروه در نمرات عاطفه‌ی خودآگاه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به طوری که مداخله درمانی توانسته است باعث افزایش فراوان میانگین تعاملات بین فردی شود. در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همچنین تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات تعاملات بین فردی در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنی‌دار است ( $P < 0/05$ )؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان شفقت محور بر مؤلفه‌های عاطفه‌ی

جدول ۷، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) سبک‌های حل تعارض

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور انا	توان آماری
پیش‌آزمون	۳/۱۹۲	۱	۱/۰۶۴	۲۲/۷۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	۱
گروه	۵/۳۸	۱	۵/۳۸	۱۱۵/۰۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۶	۱

فرضیه چهارم پژوهش نیز تأیید شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرزنشگری، تحمل پریشانی، عاطفه خودآگاه و سبک‌های حل تعارض بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان می‌باشد. نتایج حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش خودسرزنشگری در بیماران مبتلا به سرطان شده

بر اساس نتایج جدول ۷، بین دو گروه در نمرات کنترل سبک حل تعارض تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به طوری که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است باعث تغییر قابل ملاحظه میانگین حل تعارض شود. در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات سبک حل تعارض در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنی‌دار است ( $P < 0/05$ )؛ بنابراین می‌توان گفت

یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت یکی از رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. لذا فرایند آموزش و یادگیری ذهن‌آگاهی احتیاج به فضا سازی دارد و این فضا را با چیزی جز شفقت و مهربانی به خود و در مرتبه بعد به دیگران نمی‌توان پر کرد. ذهن‌آگاهی یکی از مؤلفه‌های ضروری شفقت خود می‌باشد و در همین راستا در فرایند آموزش ذهن‌آگاهی، شناسایی درد و رنجی که افراد متحمل می‌شوند در افزایش شفقت به خود، امری ضروری است (Gilbert, 2014). ذهن‌آگاهی مفهومی مربوط به آگاهی و هوشیاری است که به اینجا و زمان حال محدود می‌شود و با عدم پیشداوری در نگرش و هوشیاری، تمرکز پایا و گشودگی ذهن به بینش غیردردآور و غیرشخصی منجر خواهد شد؛ زیرا تجارب کاملاً آگاهانه و هوشیارانه منجر به پایداری در کسب تجربه‌های اساسی خواهد شد. ذهن‌آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی و معنادار کردن آن و از این طریق باعث افزایش بهزیستی از طریق مهار حالات هیجانی ناخوشایند و بروز ناپایداری هیجان‌ات و احساسات می‌شود. ذهن‌آگاهی اجازه می‌دهد که هرگونه اندیشه و احساسی بدون داوری یا سرکوب شدن وارد ذهن شود و با عدم تمایل به اجتناب از افکار و عواطف دردناک به ما این امکان را می‌دهد که بر حقیقت تجربیات خود حتی در موقعیت ناخوشایند آگاه باشیم و با ارتباط شفاف و کامل با آن تجربیات به پذیرش آن موقعیت و انعطاف‌پذیری دست پیدا کنیم و از دشواری آن بر خود بکاهیم (Sadeghi & et al, 2018). در حالی که درد و رنج و مشقت، قطعی و مسلم است و پدیده‌ای عمومی و برای همگان است، بسیاری از افراد به ویژه بیماران در درد و رنج خود غرق شده و این را موضوعی تصور می‌کنند که صرفاً دامن‌گیر آنها شده است و نمی‌توانند با پذیرش همگانی بودن درد و رنج بشری، به دور از غرق شدن در آن، نگاهی واقع‌بینانه و غیرقضاوتی نسبت به آن داشته باشند؛ بنابراین لازمه شفقت به خود، ذهن‌آگاهی به معنای هوشیاری به این موضوع است که درد پدیده‌ای انسانی و برای همه انسانهاست و با پذیرش آن بتوانند با دیدی همراه با دلسوزی نسبت به خود از شدت یافتن آن و دامن زدن به آن بکاهند و از این طریق درد خود را به رنج تبدیل نکنند بلکه از شدت آن نیز بکاهند. فرد

بود که این یافته به‌طور غیرمستقیم با نتایج (Alighanavati et al., 2018; Anoushirvani et al., 2021; Sadeghzadeh Mofrad et al., 2021) هماهنگ می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران مبتلا به سرطان با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر آموزش ذهن مشفق و تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی به شیوه مؤثرتری به بیماری خود پاسخ بدهند. این مشکلات مرتبط با شرم و خود انتقادگری اغلب ریشه در رنج و درد و تصویر نامطلوب بدنی ناشی از دارودرمانی و شیمی درمانی، تعارضات بین فردی و مشکلات ناشی از مراقبت از بیماران در خانواده دارد. (Hamrick & Owens, 2019) که با استفاده از تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شفقت می‌توان به بیماران مبتلا به سرطان آموخت تا در تعامل با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند که خود می‌تواند باعث کاهش سرزنش به خود در آن‌ها بشود. همچنین در تبیین چنین یافته‌ای باید بیان داشت که در فرایند شفقت درمانی، بیمار با افزایش آگاهی فراشناختی نسبت به افکار و احساسات بدنی خود، عدم قضاوت نسبت به آنها، در جهت رها کردن خود از این افکار و هیجان‌ات دردناک و سرزنشگر گام برمی‌دارد که این به ایجاد یک نگرش مشفقانه نسبت به خود و دیگران کمک می‌کند. نگرشی که به فرد این توانایی را می‌دهد تا با فاصله گرفتن از تمام کاستی‌ها و نواقص درونی و بیرونی و فارغ از همه آنها، با دیدگاهی وسیع‌تر به خود و دنیای پیرامون نگریسته و به این ترتیب با ایجاد یک احساس رهایی و وسعت نظر در خود، به بسیاری از ناملایمات و ضعف‌ها به گونه‌ای مهربان و با دلسوزی برخورد کرده و شفقت به خود و دیگران را تجربه کند. این موضوع می‌تواند به کاهش بیشتر هیجان‌ات منفی از جمله خشم و خودسرزنشگری کمک کند و در نهایت در یک بیمار سرطانی به بهبود شاخص‌های جسمی و بیولوژیک و پیش‌آگهی بیماری نیز منجر شود. یکی دیگر از یافته‌های تحقیق حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند باعث افزایش تحمل پریشانی در بیماران سرطانی بشود که این یافته به‌طور غیرمستقیم با یافته‌های (Alighanavati et al., 2018; Sadeghi et al., 2018; Sadeghzadeh Mofrad et al., 2021; Sharifi Saki et al., 2018) همسو و هماهنگ می‌باشد بنابراین در تبیین این

زندگی خود را دقیق‌تر ارزیابی کنند و در نهایت آشفته‌گی و اضطراب کاهش یابد.

در جلسات درمانی بر این نکته تاکید شد که بسیاری از مشکلات و چالش‌هایی که افراد در زندگی با آن مواجه می‌شوند توسط آنها طراحی، ایجاد و انتخاب نشده است. بنابراین در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات نباید احساس شرم، بی‌ارزشی، بی‌فایده‌گی یا خوب نبودن وجود داشته باشد و افراد خود یا دیگری را سرزنش کنند. این مشکلات و چالش‌ها معنای انسان بودن در این روز و روزگار را می‌سازند. بنابراین باید مدارا با شکست‌ها و چالش‌های زندگی بدون شرم‌منده شدن صورت گیرد و شیوه مقابله ای مثبت و موثری برای این دشواری‌ها اتخاذ شود. از این رو می‌توان اظهار داشت در طی جلسات درمان درک جدیدی از مسائل و چالش‌های زندگی در بیماران شکل گرفت که این امر موجب شد بیماران به جای احساس شرم و گناه، درد و رنج را جزئی جدایی ناپذیر از زندگی خود در نظر بگیرند و با تغییر جهان‌بینی به صورت فعال و ذهن آگاهانه بیماری خود را بپذیرند و نقش فعال و پررنگی در روند بیماری خود داشته باشند.

از دیگر یافته‌های تحقیق نشانگر آن بود که درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود راهبردهای حل تعارض در بیماران مبتلابه سرطان شده بود که این یافته به شیوه غیرمستقیم با نتایج (Pinto-Gouveia et al., 2014; Sourmeh et al., 2021; Tabibzadeh et al., 2020) همسو می‌باشد بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت که شفقت به خود زمانی رشد می‌یابد که فرد نسبت به ماهیت رنج، ظرفیت‌ها و ارزش شفقت بینش پیدا کند و فرصت تمرین و کسب اطمینان از انجام آن را داشته باشد (Gilbert, 2014). درواقع شرایط بیماری سرطان وقتی فرد احساس تهدید می‌کند، احساس بدنی تنش پیدا می‌کند و اگر این حالت مدت زیادی طول بکشد تبدیل به درد، مشکلات گوارشی، سردرد و اختلال خواب می‌گردد و فرد در این حالت احساس در تله افتادن می‌کند، گزینه‌های اندکی می‌بیند و کمک خواستن از دیگران سخت می‌شود، حالت دفاعی پیدا می‌کند و ممکن است احساس انزوا کند. داشتن شفقت نسبت به خود و دیگران باعث متعادل شدن سیستم تهدید می‌گردد که در این حالت

آموزش‌دهنده ذهن‌آگاهی خود از خصوصیت شفقت برخوردار است و این را به افراد تحت آموزش نیز منتقل می‌کند. در یک بیمار سرطانی افزایش شفقت به خود با تخفیف علائم افسردگی، اضطراب و نشخوارذهنی همراه است و این خود منجر به بهبود وضعیت سلامت روان و تحمل پریشانی، کاهش هیجانات منفی از جمله خشم و پیگیری بهتر برنامه‌های درمانی و تبعیت از درمان و در نتیجه بهبود سلامت جسمی می‌شود. شفقت خود و مولفه‌های آن اعم از مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی و انسانیت به همراه توجه و آگاهی، از آنجا که بر منابع خودتنظیمی اثرگذار است باعث افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت و افزایش سازگاری فرد در رویارویی با عوامل استرس‌زا می‌گردد و زمینه را برای افزایش تحمل پریشانی در بیماران سرطانی فراهم می‌آورد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاکی از آن می‌باشد که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش عاطفه خودآگاه در بیماران مبتلابه سرطان شده است بررسی پیشینه نشان‌داد مطالعه‌ای در این رابطه انجام نگرفته است. لذا نتایج این پژوهش به طور غیرمستقیم با نتایج (Anoushirvani et al., 2021; Yarbro, Frogge & Goodman, 2015; Sadeghi et al., 2018; Sadeghzadeh Mofrad et al., 2021; Sharifi et al., 2018; Sourmeh et al., 2020) همسو و هماهنگ می‌باشد در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی را بالا می‌برد و آشفته‌گی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد. این روش درمانی فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005)، درواقع این درمان می‌تواند با آموزش نظم‌بخشی هیجان، کنترل عواطف منفی به بیماران سرطانی کمک کند تا سلامت روانی خود را بهبود بخشیده و بتوانند هیجان‌های منفی خود را کاهش دهند همچنین خود شفقتی می‌تواند به‌عنوان عامل محافظتی بالقوه مهمی در نظر گرفته‌شده که باعث رشد انعطاف‌پذیری عاطفی و مقابله شود به این معنی که شفقت ورزی واکنش احساسی معتدل افراد به رویدادهای منفی است که به بیماران کمک می‌کند تا خود و تجارب

پژوهش نشان داده است که، شفقت درمانی به‌عنوان مداخله‌ای فراگیر و با پشتوانه غنی علمی در کشورهای پیشرفته در مورد بیماران سرطانی و سایر بیماری‌های مزمن برای کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران اجرا گردیده است. لذا با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود، شفقت درمانی به‌عنوان یک مداخله کارآمد، انتخابی، کم‌هزینه و قابل‌اجرا و به‌عنوان یک‌راه میان‌بر و پیشگیرانه از سوی مشاوران و روان‌درمانگران، برای کاهش مشکلات روان‌شناختی همچون خودسرزنشگری، احساس شرم، آشفتگی و حل تعارضات درون‌فردی و بین‌فردی بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد. همچنین با توجه به محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی از مرحله پیگیری استفاده شود تا اثر پایداری درمان در طول زمان بررسی گردد و در مطالعات آتی از نظر نوع و شدت سرطان از گروه‌های همگن‌تری استفاده گردد.

#### تضاد منافع:

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی را اعلام نمی‌دارند.

#### تشکر و قدردانی:

این مطالعه حاصل پایان‌نامه دکتری روانشناسی می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین تأیید و حمایت شده است. از کلیه شرکت‌کننده به جهت صبر و شکیبایی در انجام تحقیق؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

فرد هیجان‌های منفی را تجربه می‌کند ولی مغلوب آن‌ها نمی‌شود، از آن‌ها فاصله می‌گیرد و احساس اطمینان می‌کند از اینکه قادر است با هیجان‌های منفی کنار بیاید، در نتیجه آرمیدگی بدنی را تجربه می‌کند و گزینه‌های زیادی می‌تواند ببیند و می‌تواند روش‌های مختلفی را برای کنار آمدن با موقعیت‌های دشوار در نظر بگیرد (Gilbert, 2010). وقتی افراد نسبت به سیستم تهدید و امنیت بینش پیدا کنند و همین‌طور با خودشان و دیگران مهربان و صمیمی باشند و به‌جای انتقاد از خود به اطمینان بخشی و آرام‌سازی بپردازند، سیستم‌های کاملاً متفاوتی در مغز فعال می‌شود که اگر این حالت را تمرین کنند و ادامه دهد سیستم آرامش‌بخش مغز قوی می‌گردد، که خود می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی و به‌کارگیری روش‌های حل تعارض کارآمد در زندگی بیماران مبتلا به سرطان بشود. در این روش افراد یاد می‌گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار بوده و به مسائل و مشکلات با نگرشی بدون قضاوت روبرو شوند. از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و با مولفه‌های مثبت روان‌شناختی مانند نوع دوستی، شادی و مهربانی با خود همراه است، می‌تواند از طریق افزایش توجه به خود و مهربانی با خود سبب ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در بیماران شده، منجر به کاهش تعارضات در این زمینه گردد.

انجام هر پژوهشی قاعدتاً با محدودیت‌هایی در اجرای آن پژوهش مواجه است از محدودیت‌های پژوهش حاضر را می‌توان به همگن نبودن بیماران شرکت‌کننده در مداخله از جهات مختلف مثل نوع سرطان، طبقه اجتماعی - اقتصادی، سطح فرهنگی، جنس و سن است. اگرچه گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از نظر ویژگی‌ها تا حدودی به‌واسطه انتصاب تصادفی به گروه آزمایش و کنترل به هم شبیه بوده و کنترل‌های آماری امکان مقایسه دو گروه را فراهم ساخته است اما محدود شدن نمونه به بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و نبود مرحله پیگیری از محدودیت‌های مهم این پژوهش است. در این رابطه پیشینه

## منابع

- Besharat, M. A., & Bazzazian, S. (2015). Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. *Journal of Advances in Nursing & Midwifery*, 24(84), 61-70.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.
- Baniasadi, F., Poursharifi, H., Borjali, A., Mofid, B. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress in people with prostate cancer. *Journal of Prevent Med*; 8 (1), 22-12. [in Persian]
- Carneiro, ÉM., Moraes, GV., Terra, GA. (2016). Effectiveness of Spiritist Passe (Spiritual Healing) on the Psychophysiological Parameters in Hospitalized Patients. *Journal of Advances in mind-body medicine*;30(3):4-10.
- Chaudhuri, P., & Datta, A. (2018). Making sense of self-conscious and emotion: Linking theory of mind and emotion in women with breast cancer. *Journal of Annals of Oncology*, 29, 560-561.
- Dinger, U., Barrett, M. S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A. G., Renner, F., . . . Barber, J. P. (2015). Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder. *Journal of Clin Psychol*, 71(1), 93-104.
- Ebrahimpourghavi, M., Sharifidaramadi, P., & Pezeshk, S. (2020). The effectiveness of emotional regulation on depression in children with cancer. *Journal of Child Mental Health*, 6(4), 220-230. [in Persian]
- Edwards, B., & Ung, L. (2002). Quality of life Instruments for caregivers of patients with cancer. *Journal of Cancer Nursing*, 25(5), 342-349.
- Etebarian, A., & Pourvali, Z. (2008). To determine the relationship between self-monitoring and conflict solving strategies; A case study of employees of Khorasgan Islamic Azad University. *Journal of New Approach In Educational Administration*, 1(2), 113-133. [in Persian]
- Abi-Habib, R., & Luyten, P. (2013). The role of dependency and self-criticism in the relationship between anger and depression. *Journal of Personality and Individual Differences*, 55(8), 921-925.
- Alighanavati, S., Bahrami, F., Godarzi, K., & Rouzbahani, M. (2018). Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 7(27), 152-168. [in Persian]
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill Shackle ford, K. E. (2015). Selfcompassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Journal of Mindfulness* , 6(3), 444- 454.
- Ameri, Z., Askari, P., Heidarei, A., & Bakhtiarpour, S. (2021). The effectiveness of spirituality therapy training on tolerance to distress and death anxiety among patients with leukemia: A pilot study. *Journal of Salamat -I IJTIMĀĪ (Community Health)*, 8(2), 275-287. [in Persian]
- Anoushirvani, E., Razeghi, N., Nouhi, S., & Aghae, H. (2021). Effectiveness of compassion-based therapy on self-criticism and sexual schemas in women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Care*, 2(2), 3-12. [in Persian]
- Azadi, R., Ahadi, H., & Hatami, H. R. (2020). The Relationship of Psychological Wellbeing and Psychological Hardiness With the Mediating Role of Social Support in Women With Breast Cancer. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences (HMS)*, 27(1), 18-33. [in Persian]
- Azizi, A., Mir Derikvan, F., & Mohamadi, J. (2015). Comparison of personality factors and cognitive emotional regulation in gastric and lung cancer patients and normal subjects. *Razi Journal of Medical Sciences*, 22(132), 1-9. [in Persian]
- Bakhshalizadeh Irani, F., Shahidi, S., & Hazini, A. (2020). Psychological experiences of terminal cancer patients with an emphasis on their concerns and needs: A phenomenological study. *Journal of Research in Psychological Health*, 14(2), 20-33. [in Persian]

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Journal of Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327
- Henning, M. (2003). Evaluation of Conflict Resolution Questionnaire. *Master Thesis, Auckland University of Technology*
- Hamrick, L. A., & Owens, G. P. (2019). Exploring the mediating role of self-blame and coping in the relationships between self-compassion and distress in females following the sexual assault. *Journal of Clinical Psychology*, 75(4), 766-779.
- Hermanto, N., Zuroff, D. C., Kopala-Sibley, D. C., Kelly, A. C., Matos, M., Gilbert, P., & Koestner, R. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Journal of Personality and Individual Differences*, 98, 324-332.
- Hsu S.H, Collins S.E, Marlatt G.A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Journal of Addict Behav*; 38(3): 1852-8.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self criticism in complex trauma. *Journal of Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Journal of Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- Kashanaki, H., Dehghani Arani, F., & Ferdousi, T. (2019). Normal and Abnormal Personality Patterns in a Patient with Leukemia: A Clinical Case study. *Journal of Research In Psychological Health*, 12(4), 80-93. [in Persian]
- Kearnery, K. G., & Hicks, R. E. (2017). Self Compassion And Breast Cancer In 23 Cancer Respondents: Is The Way You Relate To Yourself A Factor In Disease Onset And Progress? *Journal of Psychology*, 8(5), 14- 26.
- Khaki, S., Torkan, H., & Sebgatallahi, V. (2020). Comparing pain anxiety, distress tolerance and Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger toward God: Social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of personality and social psychology*, 100(1), 129.
- Fisher, R., & Ury, W. (1991). *Getting to Yes: Negotiating an agreement without giving in*. (2nd ed.). London. Random House Business Books.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16(5), 403-420. doi:10.1002/per.458
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2015). The evolution and social dynamics of compassion. *Social and personality psychology compass*, 9(6), 239-254.
- Gilbert, P., & Simos, G. (2022). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*: Routledge.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., DiegoPedro, R., Baños, R., & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Journal of Integrative cancer therapies*, 41(3), 67-82.
- Goebel, S., & Mehdorn, H. M. (2019). Fear of disease progression in adult ambulatory patients with brain cancer: prevalence and clinical correlates. *Journal of Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3521-3529.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141-149.



- conflict resolution style and daughter conflict resolution style in predicting of mother-daughter conflict. *Journal of Woman and Society*, 6(23), 105-126. [in Persian]
- Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Journal of Psycho-Oncology*, 22(8), 1872-1879.
- Park, E.M., Deal, A.M., Check, D.K., Hanson, L.C., Reeder-Hayes, K.E., Mayer, D.K., & et al. (2016). Parenting concerns, quality of life, and psychological distress in patients with advanced cancer. *Journal of Psychooncology*; 25(8):942-8.
- Panjwani, A. A., Millar, B. M., & Revenson, T. A. (2021). Tolerating uncertainty in the dark: insomnia symptoms, distress, and well-being among parents of adolescents and young adults with cancer. *International Journal of Behavioral Medicine*, 28(1), 14-20.
- Raes, F. (2011). The Effect Of Self Compassion On The Development Of Depression Symptoms In A Nonclinical Sample. *Journal of Mindfulness*, 11(2), 33- 36.
- Rahim, A., Civelek, I., & Liang, F. H. (2018). A process model of social intelligence and problem-solving style for conflict management. *International Journal of Conflict Management*.
- Razmgar, M., & Asghari Ebrahimabad, M. (2021). The role of the conflict management styles in prediction the quality of life for married women with self-control mediation. *Quarterly Journal of Women and Society*, 11(44), 71-92. [in Persian]
- Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An examination of the relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Journal of Anales de Psicología /Annals of Psychology* , 34(1), 63-67.
- Saeedi, Z., Ghorbani, N., Sarafraz, M., & Sharifian, M.H. (2013). The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Journal of Contemporary Psychology*, 8(1). 91-102. [in Persian]
- mindfulness in the people with Irritable bowel syndrome (IBS) and normal ones. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*, 42, 71-81. [in Persian]
- Khatibi, M. (2019). *The relation of personality to prosocial behavior: The mediating role of mindfulness and cognitive emotion regulation strategies [Doctoral Dissertation]*. Shiraz University, School of Education & Psychology. [in Persian]
- Kochaki Amirhendeh, M., Karbalayi, A., & Sabet, M. (2017). The mediating role of anger rumination and self-criticism rumination in relationship between disaffection and marital violence. *Journal of Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 12(43), 47-56. [in Persian]
- Letafati Beris, R., Ghamari Kivi, H., Kiani, A. R., & Sheykholeslami, A. (2021). Comparison of the effectiveness of the schema mode therapy and Emotional-focused therapy on styles of conflict resolution, in new married couples with conflict. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 10(9), 186-192. [in Persian]
- Mahmood Alilo, M., Hashemi Nosratabad, T., & Farshbaf Manei Sefat, F. (2015). The effectiveness of play therapy according levy approach in reduction of anxiety in children with diagnosed cancer. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 75, 54-62. [in Persian]
- Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*.
- Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Journal of Self and identity*, 4(3), 263-287.
- Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York, NY: HarperCollins
- Pourbaferani, M., Etemadi, O., Akbarzadeh, M., & Jazayeri, R. (2015). Evaluating the role of mother personality, maternal marital conflict, mother

- sciences*, 23(2), 143-157.
- Tabibzadeh, F., Soleimani, E., & Shiroudi, S. (2021). The effectiveness of compassion-focused therapy on cancer fatigue and self-care behaviors of cancer patients. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 9(12), 75-84. [in Persian]
- Tangney, J. P., & Dearing, R. I. (2004). *Shame & guilt*. The Guilford Press: New York, London.
- Tangney, J.P., Dearing, R.L., Wagner, P.E., & Gramzow, R. (1989). Test of Self-Conscious Affect-3.
- Todorov, N., Sherman, K. A., Kilby, Ch, J. (2019). Self Compassion And Hope In The Context Of Body Image Disturbance And Distress In Breast Cancer Survivors. *Journal of Psycho- Oncology*, 28(3), 2025- 2032.
- Weeks, D. (1994). The eight essential steps to conflict resolution-preserving relationships at work, at home, and in the community. *New York: Tarcher-Putnam*.
- Woen, S.L., Ernst, H. A.H., Patock-Peckham, J., & Nagoshi, C.T. (2003). Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Journal of Personality and Individual Differences*, 35(2), 313-326.
- Yarmohammadi Vasel, M., Jokar, F., Farhadi, M., & Zoghi paydar, M. (2020). Structural model of relationships between integrative self-knowledge, perception of suffering and quality of life among cancer patients (stages 3 & 4). *Journal of Research in Psychological Health*, 14(2), 1-19. [in Persian]
- Yarbro, C.H., Frogge, M.H., & Goodman, M. (2015). *Cancer nursing: Principles and practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Yoo, Y.S., Hwang, K.H., & Cho, O.H. (2013). Conflict resolution styles, marital intimacy and family functions of breast cancer patients and their spouses. *Korean Journal of Adult Nursing*, 25(1), 33-40.
- Persian]
- Stuewig, J., Tangney, JP., Heigel, C., Harty, L., McCloskey, L., (2010). Shaming .blaming and maiming: functional links among the moral emotions, externalization of blame and aggression. *Journal of Research in Personality*; 44: 91 -102.
- Sadeghi, Z. H., Yazdi-Ravandi, S., & Pirnia, B. (2018). Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: A randomized pilot trial. *International Journal of Cancer Management*, 11(11). [in Persian]
- Sadeghzadeh Mofrad, Z., Dortaj, F., Ghaemi, F., & Farrokhi, N. (2021). The effectiveness of compassion-focused therapy on self-efficacy and psychological well-being of cancer patients. *Razi Journal of Medical Sciences*, 28(8), 45-61. [in Persian]
- Sharifi Saki, S., Alipour, A., AghaYousefi, A. R., Mohammadi, M. R., Ghobari Bonab, B., & Anbiaee, R. (2018). Relationship of patience and self- compassion with depression in patients with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 11(2), 36-45. [in Persian]
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Journal of Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Smart, L. M., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2016). Development and Validation of a Measure of Self-Critical Rumination. *Journal of Assessment*, 23(3), 321-332.
- Sourmeh, A., Mashhadi, A., & Sepehri Shamloo, Z. (2020). The effectiveness of group-based compassion-focused therapy on depression, anxiety and improving the quality of life in women with feminine cancers. *Journal of Multidisciplinary Cancer Investigation*, 4(2), 21-27. [in Persian]
- Szycer, D. (2019). Forms and functions of the self-conscious emotions. *Journal of Trends in cognitive*