

The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Body Shame and Quality of Life in Women with Breast Cancer

Samaneh Izadkhist¹ , Hamid Poursharifi² ✉, Adis Kraskian Mujemnari³ ,
Maryam Bahrami Hidaji³ , Mahdi Tabarraee⁴

1. PhD Student, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

2. Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3. Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

4. Department of Hematology-Oncology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Taleghani Hospital, Tehran, Iran

Corresponding Author: Hamid Poursharifi

E-mail: ha.poursharifi@uswr.ac.ir

Received: 16 December 2025

Revised: 01 March 2026

Accepted: 04 March 2026

Published: 21 May 2026

Citation: Izadkhist, S., Poursharifi, H., Kraskian Mujemnari, A., Bahrami Hidaji, M., & Tabarraee, M. (2026). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Body Shame and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Journal of Modern Psychological Researches*, 21(81), 209-226. DOI: [10.22034/jmpr.2026.70761.6934](https://doi.org/10.22034/jmpr.2026.70761.6934)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

The diagnosis of breast cancer and the possible treatments used can have a major impact on quality of life, which may lead to systemic side effects, perceived shoulder pain, and anxiety and/or depression due to the stigma associated with the pathology and the effects of treatment on body appearance and female identity (Dinapoli et al., 2021; Ribeiro et al., 2020; Iddrisu et al., 2020; Ribeiro et al., 2021). According to research in the field of breast cancer, women experience many changes in their lives, among which significant changes can occur in their bodies (Cernikova et al., 2024). Based on the perspective of Brunet et al. (2013), it has been explained how changes in the body negatively affect women's perceptions, feelings, and attitudes towards their body image. Body image changes profoundly affect self-

acceptance and the perceived acceptance of their partners (Brederecke et al., 2021).

Furthermore, women who experience reduced feelings of attractiveness and femininity are at greater risk for mental health problems (Begovic-Juhant et al., 2012; Wen et al., 2025), such as anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (Dinapoli et al., 2021). Cancer treatments often cause side effects that affect physical and mental health, with patients often reporting pain, fatigue, and nausea. For example, chemotherapy has been shown to impair physical and role functioning while also increasing fatigue and shortness of breath (Arahor et al., 2024). Moreover, fatigue and insomnia may persist long after treatment and continue to affect the quality of life of breast cancer survivors (Baussard et al., 2024). Another study found that breast cancer patients

who received or did not receive treatment, experienced more severe symptoms (fatigue, pain, and decreased appetite), poorer functioning, and higher levels of depression compared to the post-treatment group. Treatment-related cosmetic changes, such as hair loss and mastectomy, can also contribute to distress and anxiety, further reducing overall quality of life (İzci et al., 2016; Grusdat et al., 2022).

Considering such problems in women with breast cancer, this study has addressed the provision of compassion focused therapy in order to reduce their problems (López-Contreras et al., 2024; Wei et al., 2023; Wei et al., 2022). The concept of compassion has been rooted in religious, spiritual, or philosophical traditions for thousands of years (Gilbert et al., 2017; Ben-Artzi et al., 2024). Compassion is defined as sensitivity to suffering (Krok et al., 2025), with a commitment to trying to reduce and prevent it (Gilbert, 2010). The purpose of this study was to examine the effectiveness of Compassion Focused Therapy on body shame and quality of life in women with breast cancer.

Method

This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and two-month

follow-up. The statistical population was women with breast cancer at Taleghani Hospital in Tehran in the summer of 2025. Then the number of 40 women with breast cancer were randomly divided into two groups, including an experimental group (20 women with breast cancer) and a control group (20 women with breast cancer). Then the experimental group underwent 10 sessions of 90-minute compassion focused therapy. The body image as a source of shame (BISS) of Duarte and et al. (2015) and the short form health survey (SF-36) of Ware (2000) were used to collect data. Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 29.

Results

In the present study, the value of epsilon for the Greenhouse-Geisser index for all dependent variables (body shame and quality of life) is less than 0.75, so the Greenhouse-Geisser epsilon was used. Therefore, considering the Greenhouse-Geisser correction, Table 1 reports the results of the repeated measures analysis of variance test to examine the differences in the research sample in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up.

Table 1. Results of Tests of Within-Subjects Effects and Tests of Within-Subjects Contrasts (Greenhouse-Geisser Correction) of Body Shame and Quality of Life

Variables	Source	F	Sig	Partial Eta	Observed Power
externalized body shame	group	29.64	0.001	0.44	1.00
	factor	53.06	0.001	0.58	1.00
	factor * group	42.59	0.001	0.53	1.00
internalized body shame	group	35.15	0.001	0.48	1.00
	factor	86.90	0.001	0.70	1.00
	factor * group	57.07	0.001	0.60	1.00
total body shame	group	52.65	0.001	0.58	1.00
	factor	121.77	0.001	0.76	1.00
	factor * group	86.70	0.001	0.69	1.00
physical functioning	group	71.28	0.001	0.65	1.00
	factor	73.75	0.001	0.66	1.00
	factor * group	68.22	0.001	0.64	1.00
role physical	group	1.99	0.166	0.05	0.28
	factor	35.57	0.001	0.48	1.00
	factor * group	28.72	0.001	0.43	1.00
bodily pain	group	57.74	0.001	0.60	1.00
	factor	78.70	0.001	0.67	1.00
	factor * group	56.35	0.001	0.60	1.00
general health	group	15.69	0.001	0.29	1.00
	factor	44.74	0.001	0.54	1.00
	factor * group	46.51	0.001	0.55	1.00
vitality	group	69.90	0.001	0.65	1.00
	factor	102.71	0.001	0.73	1.00
	factor * group	78.53	0.001	0.67	1.00

social functioning	group	12.37	0.001	0.25	0.93
	factor	42.94	0.001	0.53	1.00
	factor * group	37.60	0.001	0.50	1.00
role emotional	group	41.57	0.001	0.52	1.00
	factor	44.92	0.001	0.54	1.00
	factor * group	39.24	0.001	0.51	1.00
mental health	group	80.72	0.001	0.68	1.00
	factor	101.03	0.001	0.72	1.00
	factor * group	104.61	0.001	0.73	1.00
total quality of life	group	111.32	0.001	0.75	1.00
	factor	285.12	0.001	0.88	1.00
	factor * group	249.65	0.001	0.87	1.00

The results showed that compassion focused therapy had a significant effect on body shame and quality of life in women with breast cancer ($p < 0.05$).

Discussion

For cancer patients, self-compassion can serve as an important psychological resource and help reduce fear and anxiety related to the disease (Krok et al., 2025). In addition, instead of being forced to move towards an idealized and different image of reality in order to approve and love oneself, by accepting the three principles of Neff (openness and attention to one's own pain and suffering, being kind to oneself instead of self-judgment, and being aware of sharing experiences of pain and suffering with others as a common human principle), one can adjust and correct one's thoughts and feelings instead of feeling shame, and protect oneself from self-blame and negative emotions such as shame that underlie many psychological problems, and take steps towards well-being. Therefore, it is logical to say that self-compassion focused therapy is effective in treating body shame in women with breast cancer.

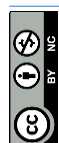
On the other hand, compassion focused therapy has allowed women with breast cancer to overcome problems and identify individual competencies in facing difficult situations, with positive focus and regular planning and assessment of conditions, mental processes, motivation and self-acceptance, to allow themselves to express their feelings appropriately and maintain their level of emotional health and coherence. Cohesion and adaptive

regulation and management of emotions also make women with breast cancer adjust negative and positive emotions and understand the situation better and learn how to manage their emotions, and this organization increases the quality of life of women with breast cancer and these women experience a desirable level of quality of life. Therefore, it is logical to say that compassion focused therapy is effective on the quality of life in women with breast cancer.

In this study, the statistical population was women with breast cancer referred to Taleghani Hospital in Tehran, so caution should be exercised in generalizing the results to similar communities in other cities and other cultures. Due to time constraints, this study was unable to conduct a longer-term follow-up phase to examine the continuity and durability of the effects of compassion focused therapy, and was limited to a two-month follow-up assessment phase. It is suggested that this study be repeated in other samples, including women with breast cancer in other cities. Also, the follow-up phase in this study was two months. Accordingly, it is suggested that future studies, by considering a longer and longer follow-up phase (more than six months or even a year), examine the continuity of compassion focused therapy in reducing body shame and quality of life problems in women with breast cancer. These findings indicate that compassion focused therapy can be used in an educational and therapeutic context to body shame and quality of life in women with breast cancer.

KEYWORDS

body shame, breast cancer, compassion focused therapy, quality of life





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

journal homepage: <https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/>

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر شرم از بدن و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان

سمانه ایزدخواست^۱، حمید پورشریفی^۲، آدیس کراسکیان موجمناری^۳، مریم بهرامی هیدجی^۳، مهدی تبرائی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۳. گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۴. گروه هماتولوژی-انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان آیت اله طالقانی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: حمید پورشریفی

رایانامه: ha.poursharifi@uswr.ac.ir

استناددهی: ایزدخواست، سمانه؛ پورشریفی، حمید؛ کراسکیان موجمناری، آدیس؛

بهرامی هیدجی، مریم و تبرائی، مهدی (۱۴۰۵). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت

خود بر شرم از بدن و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه

پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۲۱(۸۱)، ۲۰۹-۲۲۶. DOI:

[10.22034/jmpr.2026.70761.6934](https://doi.org/10.22034/jmpr.2026.70761.6934)

تاریخ دریافت: ۲۵ آذر ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۰ اسفند ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳ اسفند ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۵

مشخصات مقاله

چکیده

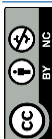
کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر شفقت

خود، سرطان پستان،

شرم از بدن، کیفیت زندگی

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر شرم از بدن و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان طالقانی شهر تهران در تابستان سال ۱۴۰۴ بودند. سپس تعداد ۴۰ نفر زن تشخیص داده شده دارای سرطان پستان انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه شامل گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت خود قرار گرفت. از پرسشنامه شرم از تصویر بدن (BISS) دوات و همکاران (۲۰۱۵) و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) وار (۲۰۰۰) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از به‌دست‌آمده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۹ بود. نتایج نشان داد مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر شرم از بدن و کیفیت زندگی داشته است ($p < 0/05$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت خود می‌تواند در یک زمینه درمانی برای کاهش شرم از بدن و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد.



مقدمه

سرطان پستان^۱ شایع‌ترین نئوپلاسم^۲ (یا نورویس نوعی رشد غیرطبیعی و بیش از حد بافت) بدخیم در میان زنان در سراسر جهان است که بیش از ۲ میلیون مورد جدید و بیش از ۶۰۰۰۰۰ مرگ ناشی از این سرطان در سال ۲۰۲۴ وجود دارد (لوکاسیویچ^۳ و همکاران، ۲۰۲۱؛ گیاکوینتو^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). پیش‌بینی می‌شود که میزان بروز جهانی سرطان پستان در زنان تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۳/۲ میلیون مورد جدید در سال برسد (ژانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۵). میزان مرگ و میر جهانی سرطان پستان سالانه ۰/۲۳ درصد افزایش یافته است و افزایش آماری قابل توجهی در افراد زیر ۵۰ سال و بالای ۷۰ سال مشاهده شده است (لیما^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). میزان بروز و مرگ و میر سرطان سینه در سه دهه گذشته به دلیل تغییر در پروفایل عوامل خطر، بهبود سیستم‌های ثبت سرطان و پیشرفت در تشخیص سرطان افزایش یافته است (سونگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین مشاهده شده است که اگرچه شیوع این نئوپلاسم در کشورهای توسعه یافته بیشتر است، اما بالاترین میزان مرگ و میر در مناطق کمتر توسعه یافته مشاهده می‌شود (گرانده^۸ و همکاران، ۲۰۲۵). در میان عوامل خطر متعدد برای این بیماری، متغیرهایی مانند جنسیت، پیری، هورمون زنانه (استروژن)، سابقه خانوادگی، جهش‌های ژنتیکی و سبک زندگی ناسالم می‌توانند احتمال ابتلا به سرطان پستان را افزایش دهند (مارینو^۹ و همکاران، ۲۰۲۴؛ فیگئورو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱؛ چودهاری^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳).

تشخیص سرطان پستان و درمان‌های احتمالی مورد استفاده می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی داشته باشد، که ممکن است به دلیل انگ مربوط به آسیب‌شناسی و تأثیرات درمان بر ظاهر بدن و هویت زنانه، منجر به ایجاد عوارض جانبی سیستمیک، درد شانه ادراک‌شده و اضطراب و/یا افسردگی شود (دیناپولی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱؛ ریبرو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰؛ ادریسو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰؛ ریبرو و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس تحقیقات در زمینه سرطان پستان، زنان تغییرات زیادی را در زندگی خود تجربه می‌کنند، از جمله این تغییرات قابل توجه می‌تواند تغییرات در بدن آنها باشد (سرنیکووا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس دیدگاه برون^{۱۶} و همکاران (۲۰۱۳) توضیح داده شده است که چگونه تغییرات در بدن، بر ادراک، احساسات و نگرش زنان نسبت به تصویر بدن^{۱۷} خود تأثیر منفی می‌گذارد. تغییرات تصویر بدن عمیقاً بر پذیرش خود و پذیرش درک شده توسط شریک

16. Brunet
17. body image
18. Brederbecke
19. Begovic-Juhant
20. Wen
21. Ettridge
22. Vrancken Peeters
23. Lewis
24. body shame
25. Schlüter
26. Siegel
27. Trindade
28. Kim
29. Arahori
30. Baussard

1. breast cancer
2. neoplasm
3. Łukasiewicz
4. Giaquinto
5. Zhang
6. Lima
7. Sung
8. Grande
9. Marino
10. Figueroa
11. Chowdhry
12. Dinapoli
13. Ribeiro
14. Iddrisu
15. Cernikova

افراد کمک می‌کند تا حتی در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا یا تنیدگی‌آور، تعادل عاطفی خود را حفظ کنند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین درمان مبتنی بر شفقت خود برای پرورش عادات شفقت‌شناختی، عاطفی یا انگیزشی با استفاده از تکنیک‌ها و رویه‌های خاص طراحی شده است. این مداخله ترکیبی از روانشناسی‌های رشدی، اجتماعی، علوم اعصاب و بودایی است (گونزالز-هرناندز^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۸). مداخلات شفقت خود به طور فزاینده‌ای برای رسیدگی به پیامدهای سلامت روانی و جسمی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مورد استفاده قرار گرفته است و می‌تواند میزان مشکلات جسمانی و روانشناختی افراد دارای بیماری‌های مزمن را کاهش دهد (میسراتا و داویس^{۲۴}، ۲۰۲۲). آنچه که می‌تواند به عنوان خلاء پژوهشی در نظر گرفته شود، آن است که در جامعه ایرانی کمتر پژوهشی یافت می‌شود که از درمان مبتنی بر شفقت خود بر شرم از بدن و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرده باشد و همچنین اگر مداخله‌ای از شفقت خود بر روی این بیماران وجود دارد، بیشتر به اثربخشی کوتاه‌مدت پرداخته شده است و پایداری و ماندگاری نتایج درمان مبتنی بر شفقت خود بررسی نشده است. لذا از این نظر در این پژوهش با متغیرهای وابسته جدیدتری علاوه بر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به بررسی ماندگاری و پایداری اثرات درمانی آن نیز پرداخته شده است. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به این سوال پاسخ داده شده است که آیا درمان مبتنی بر شفقت خود بر شرم از بدن و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است؟

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان بدون ماستکتومی (پستان‌برداری) در بیمارستان طالقانی شهر تهران در تابستان سال ۱۴۰۴ بودند. سپس تعداد ۴۰ نفر زن تشخیص داده شده دارای سرطان پستان انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه شامل گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. تشخیص قطعی سرطان پستان توسط پزشک متخصص، حداقل ۱ سال از بیماری سرطان فرد مبتلا گذشته باشد، بیمار در مرحله چهارم سرطان پستان باشد (سرطان پستان متاستاتیک). به این صورت که درمان موثر نبوده است، بازه سنی ۱۸

شدیدتری (خستگی، درد و کاهش اشتها)، عملکرد ضعیف‌تر و سطوح بالاتری از افسردگی را در مقایسه با گروه پس از درمان تجربه می‌کنند. تغییرات ظاهری مرتبط با درمان، مانند ریزش مو و ماستکتومی، همچنین می‌تواند در پریشانی و اضطراب نقش داشته باشد و کیفیت زندگی کلی را بیشتر کاهش دهد (آیزسی^۱ و همکاران، ۲۰۱۶؛ گروسدات^۲ و همکاران، ۲۰۲۲).

در تحقیقات از مداخلاتی همچون درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی (بی‌ربایی و همکاران، ۱۴۰۴)، آموزش خودمراقبتی معنوی (باقری شیخانگشبه و همکاران، ۱۴۰۴)، رفتار درمانی دیالکتیکی (سعیدی و آتش‌پور، ۱۴۰۴)، درمان شناختی-رفتاری (لین و همکاران^۳، ۲۰۲۵؛ مک برتی و ساوارد^۴، ۲۰۲۶؛ ساواس و همکاران^۵، ۲۰۲۶)، مداخله رفتاری مبتنی بر سلامت از راه دور (کلی و همکاران^۶، ۲۰۲۶)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (موشر و همکاران^۷، ۲۰۲۵) برای بهبود مشکلات زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده شده است، اما از آنجایی که درمان گروهی مبتنی بر شفقت کمتر بر روی ادراک بیماری و سازگاری روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شده است؛ لذا در این پژوهش به بررسی درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود بر شرم از بدن و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته شده است، تا بتوان با به‌کارگیری این مداخله از میزان مشکلات آنان کاست، چرا که درمان گروهی مبتنی بر شفقت خود می‌تواند به کاهش مشکلات این زنان منجر شود (لوپز-کونتراس و همکاران^۸، ۲۰۲۴؛ وی و همکاران^۹، ۲۰۲۳؛ وی و همکاران، ۲۰۲۲؛ ترینداده و همکاران، ۲۰۲۵).

مفهوم شفقت هزاران سال است که در سنت‌های مذهبی، معنوی یا فلسفی ریشه دارد (گیلبرت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷؛ بن-آرتزی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). شفقت به عنوان حساسیت به رنج (کروک^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۵)، با تعهد به تلاش برای کاهش و پیشگیری از آن تعریف می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۰). شفقت به خود به عنوان تمرکز افراد بر خود درونی در هنگام مواجهه با یک رویداد استرس‌زا تعریف می‌شود و از ۳ مؤلفه اصلی تشکیل شده است: مهربانی با خود^{۱۳}، حس مشترک انسانی^{۱۴} و ذهن‌آگاهی^{۱۵} (نف و گرمر^{۱۶}، ۲۰۱۳). طبق مدل ۳ حلقه‌ای هیجان^{۱۷}، حداقل ۳ نوع سیستم تنظیم هیجان^{۱۸} وجود دارد، یعنی سیستم‌های تهدید و محافظت^{۱۹}، سیستم‌های جستجوی منابع محرک و هیجان^{۲۰}، و سیستم‌های تسکین‌دهنده و ایمنی^{۲۱} (دپوی و مورونی-استروپینسکی^{۲۲}، ۲۰۰۵). شفقت با نظریه دلبستگی مرتبط است و نقش کلیدی در سیستم‌های آرامش‌بخش و ایمنی ایفا می‌کند و به

13. self-kindness
14. a sense of common humanity
15. mindfulness
16. Neff & Germer
17. 3-circle model of emotion
18. emotion regulation systems
19. drive resource seeking
20. excitement systems
21. soothing and safeness systems
22. Depue & Morrone-Strupinsky
23. Gonzalez-Hernandez
24. Mistretta & Davis

1. İzci
2. Grusdat
3. Lin
4. Mc Brearty & Savard
5. Savaş
6. Kelly
7. Mosher
8. López-Contreras
9. Wei
10. Gilbert
11. Ben-Artzi
12. Krok

درونی شده در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۵۸ و کل مقیاس در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۶۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (صادق‌زاده و شاملی، ۱۳۹۹). در تحقیقات جدید آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی^۸ (CTQ-SF) برنشتاین^۹ و همکاران (۲۰۰۳) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۲۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (بابااحمدی و فلاحیه، ۱۴۰۳). در سایر تحقیقات آلفای کرونباخ آن ۰/۹۵ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با مقیاس عزت نفس بدن برای نوجوانان و بزرگسالان^{۱۰} (BESAA) کلینگ^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۹) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۲۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (پرینس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۵). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب شرم بدنی بیرونی شده ۰/۸۶، شرم بدنی درونی شده ۰/۸۲ و نمره کل شرم از بدن ۰/۹۰ به دست آمده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی^{۱۳} (SF-36): این پرسشنامه توسط وار^{۱۴} (۲۰۰۰) تدوین شده و شامل ۳۶ سوال است که ۸ مولفه عملکرد جسمی^{۱۵}، نقش جسمی^{۱۶}، درد بدنی^{۱۷}، سلامت عمومی^{۱۸}، نشاط^{۱۹}، عملکرد اجتماعی^{۲۰}، نقش هیجانی (مشکلات روحی)^{۲۱} و سلامت روان^{۲۲} را اندازه‌گیری می‌کند که هریک از ترکیب ۲ تا ۱۰ سوال به دست می‌آیند. عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی تشکیل‌دهنده سلامت جسمانی و از سوی دیگر نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات هیجانی و سلامت روانی تشکیل‌دهنده سلامت روانشناختی فرد هستند. به استثنای یک سؤال که به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را طی دوره‌ای یک ساله بررسی می‌نماید، بقیه سؤالات در محاسبه امتیاز هشت خرده مقیاس به کار می‌روند. هر سؤال تنها در محاسبه امتیاز یک خرده مقیاس به کار برده می‌شود. در مورد برخی سؤالات، امتیازها مجدداً کدبندی می‌شوند، چنان که تمامی خرده‌مقیاس‌ها امتیاز یک جهت پیدا می‌کنند. امتیازهای هر خرده مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در خرده‌مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و ضرایب پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی شده است و ضرایب برای عملکرد جسمی ۰/۹۰، مشکلات جسمی ۰/۸۵، درد بدنی ۰/۸۳، سلامت عمومی ۰/۷۱، نشاط ۰/۶۵، عملکرد اجتماعی ۰/۷۷، مشکلات روحی ۰/۸۴ و سلامت روان ۰/۷۷ به دست آمده است و همبستگی پیرسون بین خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۰۵ تا ۰/۶۱ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان‌دهنده آن است که ساختارهای گونه فارسی پرسشنامه از یکدیگر مجزا

تا ۶۵ سال به دلیل قابلیت بالاتر برای درک و مشارکت فعال در جلسات آموزشی، حداقل توانایی خواندن و نوشتن به منظور فهم مطالب آموزشی و پر کردن پرسشنامه‌ها و توانایی جسمانی برای شرکت در جلسات آموزشی (عدم وجود مشکلات جسمانی که حضور در جلسات را غیرممکن می‌کند) از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم حضور در تعداد مشخصی از جلسات آموزشی (بیشتر از دو جلسه غیبت)، بروز مشکلات جسمی یا روانی جدید که مانع از ادامه شرکت در پژوهش شود، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا شرکت نکردن در پیگیری‌های پژوهشی و اعلام عدم تمایل به عدم همکاری در هر مرحله از پژوهش بود. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و برای بررسی مقایسه مراحل زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای بررسی ماندگاری نتایج درمانی از «آزمون تعقیبی بن فرونی^۱» و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۹ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه شرم از تصویر بدن^۲ (BISS): این مقیاس شامل ۱۴ سوال و توسط دوارت^۳ و همکاران (۲۰۱۵) تدوین شده است و ۲ خرده مقیاس دو شرم بدن برونی شده^۴ با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷؛ شرم بدن درونی شده^۵ با سوالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری بر روی لیکرت پنج نقطه‌ای از ۰ (معادل هرگز) تا ۴ (معادل تقریباً همیشه) انجام می‌شود. شده است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۶ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده شرم از تصویر بدن بالاتری است. سازندگان از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کرده‌اند که دو مولفه پرسشنامه در مجموع ۵۳/۷۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند و جهت بررسی همسانی درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که مقادیر آن برای کل آزمون ۰/۹۲، برای شرم بدن برونی شده ۰/۸۹ و شرم بدن درونی شده ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند و همچنین ضریب بازآزمایی به روش همبستگی پیرسون با فاصله‌ی زمانی یک ماه نیز برای کل آزمون ۰/۷۵، برای شرم برونی شده ۰/۶۶ و شرم درونی شده ۰/۷۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند (دوارت و همکاران، ۲۰۱۵). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است و ضرایب برای شرم برونی شده ۰/۹۱، شرم درونی شده ۰/۸۹ و کل پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمده است و روایی همگرایی آن بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون شرم از تصویر بدن با مقیاس شرم بیرونی^۶ (OAS) گاس^۷ و همکاران (۱۹۹۴) محاسبه و ضرایب برای شرم برونی شده در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۶۶، شرم

12. Prince
13. The Short Form Health Survey (SF-36)
14. Ware
15. physical functioning (PF)
16. role physical (RP)
17. bodily pain (BP)
18. general health (GH)
19. vitality (VT)
20. social functioning (SF)
21. role emotional (RE)
22. mental health (MH)

1. Bonferroni
2. Body Image as a Source of Shame (BISS)
3. Duarte
4. externalized body shame
5. internalized body shame
6. The Other As Shamer Scale (AOS)
7. Goss
8. short form of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF)
9. Bernstein
10. Body Esteem Scale for Adolescents and Adults (BESAA)
11. Kling

بررسی قرار گرفت. مقدار آزمون کایزر-مایر-اولکین (۰/۹۱) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت. همچنین معناداری آزمون کرویت بارتلت (۲۹۷۹/۶۰ و $\text{sig}=0/001$)، نشان داد که سوالات مقیاس توانایی عامل شدن را دارا هستند و نتایج تحلیل عاملی تاییدی حاکی از آن بود که مقادیر شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۵ (RMSEA) به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۰۷ به دست آمده است (کوماری^۶ و همکاران، ۲۰۲۵). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب عملکرد جسمی ۰/۸۶، نقش جسمی ۰/۷۹، درد بدنی ۰/۷۱، سلامت عمومی ۰/۷۲، نشاط ۰/۷۸، عملکرد اجتماعی ۰/۷۲، نقش هیجانی ۰/۷۲، سلامت روان ۰/۷۰ و نمره کل کیفیت زندگی ۰/۸۶ به دست آمده است.

جلسات درمانی: جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود با اقتباس از آموزه‌های نظری شفقت به خود گیلبرت (۲۰۱۰) شامل ۱۰ جلسه بود. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش اول ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقات پتروسچی^۷ و همکاران (۲۰۲۳)، شعبان و همکاران (۱۴۰۳) و قربانزاده و همکاران (۱۴۰۳) تایید شده است. هدف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	معارفه، آشنایی با درمان و اهمیت آن در زندگی	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش آزمون به عمل آمد و آنهایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به عنوان افراد گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند	رهایی از موانع	بررسی، مشاهده عملکرد خانواده با توجه به مبانی درمان مبتنی بر شفقت خود ارائه شده
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود	رهایی از عملکرد ناسازگارانه خانواده بر اساس اصول درمان مبتنی بر شفقت خود	تمرین انجام آرمیدگی عضلانی
۳	شناخت مولفه‌های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن (اهمیت تربیت ذهن مهربان)	کسب حس دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود	تمرین مداخله تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود اعضا	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	تمرین آگاهی در رویارویی با مشکلات
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» و آموزش تصویر سازی مکانی امن	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تمرین تصویرسازی مکانی امن
۶	آموزش فن آگاهی از احساسات بدون قضاوت آنها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	تمرین بازنگری افکار مثبت و منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی

5. root mean square error of approximation (RMSEA)

6. Kumari

7. Petrocchi

1. Perceived Stress Scale (PSC)

2. Cohen

3. Kaiser-Meyer-Olkin Test

4. bartlett spherical test

۷	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره	کسب توانایی شفقت نسبت به خود	به کارگیری این روش‌های موردنظر این جلسه در زندگی روزمره
۸	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران	کسب توانایی ابراز شفقت به خود و دیگران	تمرین شفقت ورزی به خود و دیگران در منزل و احساس همدلی با دیگران
۹	آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی
۱۰	جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد و از آنها در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد و برای انجام دوره پیگیری هماهنگی لازم به عمل آمد.	کسب ذهن شفقت ورزانه - نسبت به خود	

یافته‌ها

بر اساس نتایج جمعیت شناختی در گروه آزمایش تعداد ۶ نفر (۳۰ درصد) زیر دیپلم، ۴ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۱۵ درصد) فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۰ درصد) لیسانس، ۴ نفر (۲۰ درصد) فوق لیسانس و ۱ نفر (۵ درصد) دکترا بودند. در گروه آزمایش تعداد ۴ نفر (۲۰ درصد) زیر دیپلم، ۴ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۱۵ درصد) فوق دیپلم، ۳ نفر (۱۵ درصد) لیسانس و ۳ نفر (۱۵ درصد) فوق لیسانس و ۳ نفر (۱۵ درصد) دکترا بودند که میزان آماره تحلیل خی دو^۱ آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با ۱/۷۴ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد

(sig=۰/۸۸۳) که نشان‌دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر تحصیلات است. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۴۳/۵۰ و ۵/۳۲ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۴۲/۴۵ و ۶/۹۲ بود. میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۲ گروه در متغیر سن برابر با t=۰/۵۴ test می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (sig=۰/۵۹۴) که نشان‌دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر سن است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار شرم از بدن و کیفیت زندگی آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار شرم از بدن و کیفیت زندگی

متغیرهای وابسته	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شرم بدنی برونی شده	پیش‌آزمون	۱۴/۹۰	۰/۹۱	۱۴/۸۰	۰/۶۲
	پس‌آزمون	۱۲/۶۰	۱/۱۴	۱۴/۷۰	۰/۷۳
	پیگیری	۱۲/۸۵	۰/۹۹	۱۴/۶۵	۰/۷۵
شرم بدنی درونی شده	پیش‌آزمون	۱۷/۴۵	۱/۰۰	۱۷/۶۰	۰/۹۴
	پس‌آزمون	۱۴/۰۵	۱/۴۳	۱۷/۳۰	۱/۳۸
	پیگیری	۱۴/۳۵	۱/۲۷	۱۷/۲۰	۱/۴۰
نمره کل شرم از بدن	پیش‌آزمون	۳۲/۳۵	۱/۵۷	۳۲/۴۰	۱/۱۹
	پس‌آزمون	۲۶/۶۵	۱/۹۳	۳۲/۰۰	۱/۸۰
	پیگیری	۲۷/۲۰	۱/۵۸	۳۱/۸۵	۱/۸۱
عملکرد جسمی	پیش‌آزمون	۱۳/۶۵	۱/۱۸	۱۳/۵۵	۰/۹۴
	پس‌آزمون	۱۷/۶۰	۱/۴۳	۱۳/۶۵	۱/۰۴
	پیگیری	۱۷/۵۰	۱/۴۷	۱۳/۶۰	۱/۱۰
نقش جسمی	پیش‌آزمون	۱۹/۵۰	۱/۴۷	۲۰/۳۵	۱/۵۰
	پس‌آزمون	۲۲/۰۵	۱/۸۸	۲۰/۵۰	۱/۴۳
	پیگیری	۲۱/۷۵	۱/۸۰	۲۰/۴۵	۱/۶۰
درد بدنی	پیش‌آزمون	۱۰/۴۵	۰/۵۱	۱۰/۲۵	۰/۸۵
	پس‌آزمون	۱۳/۳۵	۱/۰۴	۱۰/۵۰	۰/۸۹
	پیگیری	۱۳/۰۰	۱/۳۰	۱۰/۴۵	۰/۷۶

1. chi-square

۱/۵۴	۲۳/۴۰	۱/۵۲	۲۳/۲۵	پیش‌آزمون	سلامت عمومی
۱/۶۳	۲۳/۳۵	۱/۷۰	۲۶/۵۰	پس‌آزمون	
۱/۷۰	۲۳/۴۰	۱/۸۶	۲۶/۱۰	پیگیری	
۱/۱۰	۲۲/۰۵	۱/۰۹	۲۱/۶۵	پیش‌آزمون	نشاط
۱/۲۳	۲۲/۳۵	۱/۱۸	۲۶/۶۵	پس‌آزمون	
۱/۱۹	۲۲/۴۰	۱/۵۰	۲۶/۱۵	پیگیری	
۱/۵۲	۲۳/۲۵	۱/۵۴	۲۲/۶۰	پیش‌آزمون	عملکرد اجتماعی
۱/۴۶	۲۳/۳۵	۱/۷۰	۲۶/۴۰	پس‌آزمون	
۱/۵۴	۲۳/۴۰	۲/۲۷	۲۵/۹۰	پیگیری	
۰/۹۲	۱۰/۳۰	۰/۸۳	۱۰/۲۰	پیش‌آزمون	نقش هیجانی
۱/۱۸	۱۰/۳۵	۱/۱۹	۱۳/۶۰	پس‌آزمون	
۱/۲۴	۱۰/۵۰	۱/۶۶	۱۳/۱۵	پیگیری	
۰/۹۵	۱۰/۸۰	۰/۸۱	۱۰/۶۵	پیش‌آزمون	سلامت روان
۰/۸۶	۱۰/۷۰	۰/۸۳	۱۴/۸۰	پس‌آزمون	
۰/۹۹	۱۰/۸۵	۱/۶۷	۱۴/۴۵	پیگیری	
۴/۱۲	۱۳۳/۹۵	۳/۵۲	۱۳۱/۹۵	پیش‌آزمون	نمره کل کیفیت زندگی
۴/۹۱	۱۳۴/۷۵	۶/۲۲	۱۶۰/۹۵	پس‌آزمون	
۵/۳۶	۱۳۵/۰۵	۷/۶۰	۱۵۹/۰۵	پیگیری	

شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($p > 0/05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از $0/05$ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای شرم از بدن و کیفیت زندگی برابر $0/01$ به دست آمده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار شرم از بدن و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلک در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده

جدول ۳: نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای شرم از بدن و کیفیت زندگی

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی (W)	آماره‌ی کای دو	df	sig	ایسیلون تصحیح گرین‌هاوس-گیسر
شرم بدنی برونی شده	۰/۴۴	۳۰/۱۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴
شرم بدنی درونی شده	۰/۶۰	۱۸/۷۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱
نمره کل شرم از بدن	۰/۶۵	۱۵/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴
عملکرد جسمی	۰/۰۹	۹۰/۹۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲
نقش جسمی	۰/۴۸	۲۶/۸۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶
درد بدنی	۰/۸۱	۷/۶۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴
سلامت عمومی	۰/۶۰	۱۸/۶۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲
نشاط	۰/۷۳	۱۱/۶۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵
عملکرد اجتماعی	۰/۵۶	۲۱/۶۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹
نقش هیجانی	۰/۶۷	۱۴/۵۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳
سلامت روان	۰/۸۴	۶/۲۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴
نمره کل کیفیت زندگی	۰/۵۸	۲۰/۲۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰

از ویسی و کاشفی، ۱۴۰۴) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته (شرم از بدن و کیفیت زندگی) از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای متغیرهای وابسته (شرم از بدن و کیفیت زندگی) در سطح ۰/۰۱ معنادار است (مقدار آماره معناداری از ۰/۰۵ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۱ و هیون-فلدت^۲ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس^۳ (۱۹۹۶؛ به نقل

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) شرم از بدن و کیفیت زندگی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
شرم بدنی برونی شده	گروه	۲۹/۶۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
	زمان	۵۳/۰۶	۱/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۲/۵۹	۱/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
شرم بدنی درونی شده	گروه	۳۵/۱۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
	زمان	۸۶/۹۰	۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۷/۰۷	۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
نمره کل شرم از بدن	گروه	۵۲/۶۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
	زمان	۱۲۱/۷۷	۱/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰
	زمان×گروه	۸۶/۷۰	۱/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
عملکرد جسمی	گروه	۷۱/۲۸	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	زمان	۷۳/۷۵	۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
	زمان×گروه	۶۸/۲۲	۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
نقش جسمی	گروه	۱/۹۹	۱	۰/۱۶۶	۰/۰۵	۰/۲۸
	زمان	۳۵/۵۷	۱/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۸/۷۲	۱/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
درد بدنی	گروه	۵۷/۷۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
	زمان	۷۸/۷۰	۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۶/۳۵	۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
سلامت عمومی	گروه	۱۵/۶۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۷
	زمان	۴۴/۷۴	۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۶/۵۱	۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
نشاط	گروه	۶۹/۹۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	زمان	۱۰۲/۷۱	۱/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۷۸/۵۳	۱/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
عملکرد اجتماعی	گروه	۱۲/۳۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۳
	زمان	۴۲/۹۴	۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۷/۶۰	۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
نقش هیجانی	گروه	۴۱/۵۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰
	زمان	۴۴/۹۲	۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۹/۲۴	۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
سلامت روان	گروه	۸۰/۷۲	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	زمان	۱۰۱/۰۳	۱/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۰۴/۶۱	۱/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
نمره کل کیفیت زندگی	گروه	۱۱۱/۳۲	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
	زمان	۲۸۵/۱۲	۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۴۹/۶۵	۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰

کیفیت زندگی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۵ آمده است.

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت خود بر شرم از بدن و کیفیت زندگی تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر شرم از بدن و

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی شرم از بدن و کیفیت زندگی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
شرم بدنی برونی شده	پیش‌آزمون	۱۴/۸۵	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۲۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۳/۶۵	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۱۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳/۷۵	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۰	۰/۴۲۱
شرم بدنی درونی شده	پیش‌آزمون	۱۷/۵۲	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۸۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۵/۶۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۷۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۵/۷۷	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۰	۰/۹۱۲
نمره کل شرم از بدن	پیش‌آزمون	۳۲/۳۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۰۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۹/۳۲	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۸۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۹/۵۲	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۰	۰/۵۱۸
عملکرد جسمی	پیش‌آزمون	۱۳/۶۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۰۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۵/۶۲	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۹۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۵/۵۵	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۷	۰/۲۵۸
نقش جسمی	پیش‌آزمون	۱۹/۹۲	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۳۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۱/۳۷	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۱۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۱۰	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۷	۰/۲۰۳
درد بدنی	پیش‌آزمون	۱۰/۳۵	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۵۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۱/۹۲	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۳۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۷۲	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۰	۰/۲۵۶
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۲۳/۳۲	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۶۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۴/۹۲	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۴۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۴/۷۵	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۷	۰/۳۹۹
نشاط	پیش‌آزمون	۲۱/۸۵	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۶۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۴/۵۰	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۴۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۴/۲۷	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۲	۰/۳۸۷
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۲/۹۲	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۹۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۴/۸۷	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۷۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۴/۶۵	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۲	۰/۴۲۱
نقش هیجانی	پیش‌آزمون	۱۰/۲۵	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۷۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۱/۹۷	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۵۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۸۲	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۵	۰/۸۶۵
سلامت روان	پیش‌آزمون	۱۰/۷۲	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۰۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۲/۷۵	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۹۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۶۵	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۰	۰/۹۹۹
نمره کل کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱۳۲/۹۵	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۴/۹۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۴۷/۸۵	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۱۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۴۷/۰۵	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۸۰	۰/۳۲۵

بر اساس نتایج جدول ۵ درمان مبتنی بر شفقت بر شرم از بدن و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر شرم از بدن و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج نشان داد مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر شرم از بدن داشته است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات لوپز-کونتراس و همکاران (۲۰۲۴) و وی و همکاران (۲۰۲۲) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر شرم از بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت خود با شفقت نسبت به خود و پذیرش مشکلات موجود در زندگی باعث می‌شود که زنان مبتلا به سرطان پستان با وجود مشکلات در زندگی روزمره و تبعات بیماری و درمان، مهربانی بیشتری با خود داشته باشند. همچنین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت خود موجب تسهیل بیشتر توانایی برخورد با بازخوردهای خنثی و ایجاد نگرش مثبت در افراد می‌شود (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰). شفقت به خود، که نشان‌دهنده رفتار مهربانانه و ملاحظه‌آمیز با خود در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات است، می‌تواند منجر به افزایش بهزیستی هیجانی در جمعیت‌های مختلف، از جمله افرادی که با بیماری‌های مزمن مانند سرطان مواجه هستند، شود (وی و همکاران، ۲۰۲۳؛ بن-آرتزی و همکاران، ۲۰۲۴). برای بیماران سرطانی، شفقت به خود می‌تواند به عنوان یک منبع روانشناختی مهم عمل کند و به کاهش ترس و اضطراب مرتبط با بیماری کمک کند (کروک و همکاران، ۲۰۲۵). افزون بر این، شخص به جای اینکه مجبور شود برای تأیید و دوست داشتن خود به سمت یک تصویر آرمانی و متفاوت از واقعیت برود، با پذیرش سه اصل نف (گشودگی و توجه و آگاهی به درد و رنج شخصی خود، مهربان بودن با خود به جای خود محکوم‌گری، آگاهی از در میان گذاشتن تجربه‌های درد و رنج با دیگران به عنوان یک اصل مشترک انسانی) می‌تواند به جای احساس شرم، به تعدیل و تصحیح افکار و احساسات خود بپردازد و خود را در برابر سرزنش خود و احساساتی منفی مانند شرم که زیربنای بسیاری از مشکلات روانشناختی است، مصون کند و به سمت بهزیستی گام بردارد. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت خود بر شرم از بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان موثر باشد.

همچنین در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت که شفقت به خود، به نگرشی توأم با مهربانی و درک نسبت به کاستی‌ها و شکست‌های فرد اشاره دارد، نه به شدت خودانتقادی. این نگرش، موضعی غیرقضاوتی نسبت به رنج و مشکلات شخصی (مثلاً بیماری مزمن همچون سرطان پستان) را پرورش می‌دهد و چنین تجربیاتی را در چارچوب وسیع‌تر وجود انسان قرار می‌دهد. شفقت به خود را می‌توان به دو شکل تقسیم کرد. شفقت به خود مثبت^۱، که به توانایی پاسخ به رنج خود با مهربانی، درک و حس تجربه مشترک انسانی اشاره دارد، و شفقت به خود منفی^۲، که شامل پاسخ‌های ناسازگارانه مبتنی بر قضاوت در مورد خود، انزوا و همانندسازی بیش از حد است (کروک و همکاران، ۲۰۲۵). این دو نوع شفقت مبنای درمان مبتنی بر شفقت به خود

هستند که می‌تواند به بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک کند نحوه مهربانی کردن با خود را یاد بگیرند و به رنج خود (بیماری سرطان پستان) با مهربانی پاسخ دهند و با دوری از شفقت به خود منفی از قضاوت کردن خود اجتناب کنند. این نحوه مهربانی کردن با خود و شفقت ورزیدن به خویشتن به زنان مبتلا به سرطان کمک می‌کند که کیفیت زندگی بهتری را نیز تجربه کنند. از سوی دیگر درمان مبتنی بر شفقت سبب شده است زنان مبتلا به سرطان پستان با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. انسجام، تنظیم و مدیریت سازگارانه هیجان نیز باعث می‌گردد زنان مبتلا به سرطان پستان احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت را بهتر درک کنند و یاد بگیرند چگونه هیجان‌های خود را مدیریت کنند و این سازمان‌دهی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را بالا می‌برد و این زنان سطح مطلوبی از کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت خود بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان موثر باشد.

در این مطالعه جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی شهر تهران بودند، لذا در تعمیم نتایج به جوامع مشابه در دیگر شهرها و سایر فرهنگ‌ها باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌های دیگر از جمله زنان مبتلا به سرطان پستان دیگر شهرها تکرار شود. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمان مبتنی بر شفقت خود نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم درمان مبتنی بر شفقت خود در راستای کاهش مشکلات شرم از بدن و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته شود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت خود می‌تواند در یک زمینه درمانی برای کاهش شرم از بدن و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگانی که در جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود شرکت کردند و به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع ندارد.

منابع مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش هیچ‌گونه بار مالی برای زنان مبتلا به سرطان پستان نداشت و نتایج در صورت تمایل برای زنان مبتلا به سرطان پستان تفسیر شد. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. پیش از شروع کار از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. فرآیند مطالعه توضیح داده شد. زنان مبتلا به سرطان پستان از اهداف مطالعه آگاه شدند. افراد نمونه از بی‌ضرر بودن مداخله، مطلع و آگاه شدند. زنان مبتلا به سرطان پستان از سودمندی مداخله، مطلع و آگاه شدند. در مورد علمی بودن روش (متدولوژی) به زنان مبتلا به سرطان پستان توضیح داده شد. شرکت‌کنندگان از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند آگاه شدند. توضیح داده شد که سازمانی صلاحیت‌دار مانند دانشگاه ناظر بر فرآیند پژوهش است. همچنین اخذ کد اخلاق به شناسه IR.IAU.K.REC.1404.018 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

دسترسی به داده‌ها

امکان اشتراک‌گذاری داده‌ها به صورت عمومی وجود ندارد. در صورت تمایل سایر پژوهشگران برای اشتراک‌گذاری داده‌ها، می‌توانند با ایمیل با نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

نقش نویسندگان

سمانه ایردخواست: وارد کردن داده‌ها و تحلیل آزمون و انجام اصلاحات مقاله. حمید پورشریفی: بررسی و انتخاب موضوع مقاله نظارت بر روند تکمیل مقاله و ارائه راهنمایی‌هایی جهت اصلاحات موجود در مقاله. آدیس کراسکیان موجمناری: تحلیل آزمون در برنامه SPSS و بررسی جداول مقاله و ارائه راهنمایی‌هایی جهت اصلاحات مقاله. مریم بهرامی هیدجی: نظارت بر روند تکمیل مقاله و ارائه راهکارهایی برای تقویت مقاله. مهدی تبرائی: مشورت در مورد ویژگی‌های بیماران نمونه و نظارت بر روند نگارش مقاله.



References

- Arahor, H., Kondo, K., Imai, Y., Bando, T., Inoue, H., Sasa, S., & Takizawa, H. (2024). Symptomatic adverse events of chemotherapy in breast cancer patients: Using CTCAE, PRO-CTCAE, and EORTC QLQ-C30. *The Journal of Medical Investigation*, 71(1.2), 82-91. <https://doi.org/10.2152/jmi.71.82>
- Babaahmadi F., & Fallahiyeh S. (2024). The mediating role of body image shame in the relationship between childhood emotional abuse experience and internet gaming disorder in students. *Rooyesh*. 13(8), 211-220. (In Persian) <http://frooyesh.ir/article-1-5091-fa.html>
- Bagheri Sheykhangaftshe, F., Savabi Niri, V., Baheri, M., Afsarpour, S. A., & Fathi Ashtiani, A. (2025). The Effectiveness of Spiritual Self-Care Training on Post-Traumatic Growth, Distress Tolerance, and Cognitive Fusion in Women with Breast Cancer. *Journal of Applied Psychological Research*, 1(1), 1-21. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.396727.645270> (In Persian)
- Baussard, L., Ernst, M., Diep, A., Jerusalem, G., Vanhaudenhuyse, A., Marie, N., ... & Grégoire, C. (2024). Network Analyses Applied to the Dimensions of Cancer-Related Fatigue in Women With Breast Cancer. *Cancer Medicine*, 13(19), 1-15. <https://doi.org/10.1002/cam4.70268>
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446-460. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.684856>
- Ben-Artzi, T. J., Baziliansky, S., & Cohen, M. (2024). The associations of emotion regulation, self-compassion, and perceived lifestyle discrepancy with breast cancer survivors' healthy lifestyle maintenance. *Journal of Cancer Survivorship*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11764-024-01656-6>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Biriyai, D., Montazeri, Z., Jouzi, M., Rabbani, S., Badihi, M., & Shokrolahi, M. (2026). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy in a Group Setting on Death Anxiety and Distress Tolerance Among Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 18(4), 73-87. <http://ijbd.ir/article-1-1227-fa.html> (In Persian)
- Brederecke, J., Heise, A., & Zimmermann, T. (2021). Body image in patients with different types of cancer. *PloS One*, 16(11), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260602>
- Brunet, J., Sabiston, C. M., & Burke, S. (2013). Surviving breast cancer: women's experiences with their changed bodies. *Body Image*, 10(3), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.02.002>
- Cernikova, K. A., Kracmarova, L. K., Pesoutova, M., & Tavel, P. (2024). We will be different forever: A qualitative study of changes of body image in women with breast cancer. *BMC Public Health*, 24(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20017-7>
- Chowdhry, D. N., Miles, R. C., Escamilla Guevara, A., Flores, E. J., & Narayan, A. K. (2023). Prevalence of modifiable breast cancer risk factors and potential opportunities for primary prevention among women engaged in screening mammography: national health interview survey results. *Journal of Breast Imaging*, 5(5), 538-545. <https://doi.org/10.1093/jbi/wbad054>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(2), 385-396. <https://www.jstor.org/stable/2136404>
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 313-349. <https://doi.org/10.1017/s0140525x05000063>
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., & Valentini, V. (2021). Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current oncology reports*, 23(3), 38-48. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2015). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(6), 656-666. <https://doi.org/10.1002/cpp.1925>
- Ettridge, K., Scharling-Gamba, K., Miller, C., Roder, D., & Prichard, I. (2022). Body image and quality of life in women with breast cancer: Appreciating the body and its functionality. *Body Image*, 40(1), 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.11.001>
- Fallahnejad, M., Ebahimi Qavam, S., Dortaj, F., Borjali, A., & Farrokhi, N. (2024). Compilation and testing of academic adjustment model based on perceived parenting styles with the mediation of psychological capital, quality of life and academic emotions. *Journal of Psychological Science*. 23(138), 1-16. (In Persian) <https://doi.org/10.52547/JPS.23.138.1285>
- Figuerola, J. D., Gierach, G. L., Duggan, M. A., Fan, S., Pfeiffer, R. M., Wang, Y., ... & Rohan, T. E. (2021). Risk factors for breast cancer development by tumor characteristics among women with benign breast disease. *Breast Cancer Research*, 23(1), 34-44. <https://doi.org/10.1186/s13058-021-01410-1>
- Ghorbanzadeh, S.S., Kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2024). Comparison the Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Abuse Experience among Women Victims of Domestic Violence in Interaction with Self-Injury. *Iranian Journal of Nursing Research*, 19(1), 65-77. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6>

- Giaquinto, A. N., Sung, H., Newman, L. A., Freedman, R. A., Smith, R. A., Star, J., ... & Siegel, R. L. (2024). Breast cancer statistics 2024. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 74(6), 477-495. <https://doi.org/10.3322/caac.21863>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., ... & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 4-20. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 563-576. <https://doi.org/10.1348/014466509x479771>
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., ... & Cebolla, A. (2018). Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integrative Cancer Therapies*, 17(3), 684-696. <https://doi.org/10.1177/1534735418772095>
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 713-717. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90149-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90149-X)
- Grande, G. H., Ferrero-Hernández, P., de Oliveira, L. R., Ramos, V. M. D. B., Palma, M. R., Vidal, R., ... & Christofaro, D. G. (2025). Physical Inactivity Amplifies the Link Between Anxiety, Depression, and Neck Pain in Breast Cancer Survivors. *Biomedicine*, 13(5), 1-15. <https://doi.org/10.3390/biomedicine13051089>
- Grusdat, N. P., Staeuber, A., Tolkmitt, M., Schnabel, J., Schubotz, B., Wright, P. R., & Schulz, H. (2022). Routine cancer treatments and their impact on physical function, symptoms of cancer-related fatigue, anxiety, and depression. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 3733-3744. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06787-5>
- Iddrisu, M., Aziato, L., & Dedey, F. (2020). Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 353-367. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02760-4>
- İzci, F., İlgin, A. S., Fındıklı, E., & Özmen, V. (2016). Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. *The Journal of Breast Health*, 12(3), 94-104. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.3041>
- Kelly, J. M., Berkhof, L., Franco-Rocha, O. Y., Mustian, L., Targia, V., Bauer, J., ... & Magnuson, A. (2026). A Telehealth-Based Behavioral Intervention for Cancer-Related Cognitive Decline in Older Adults Undergoing Systemic Therapy for Breast Cancer: Development and Usability Testing. *JMIR Formative Research*, 10(1), 1-15. <https://doi.org/10.2196/85140>
- Kim, J., Harper, A., McCormack, V., Sung, H., Houssami, N., Morgan, E., ... & Fidler-Benaoudia, M. M. (2025). Global patterns and trends in breast cancer incidence and mortality across 185 countries. *Nature Medicine*, 1(2), 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03502-3>
- Kling, J., Kwakkenbos, L., Diedrichs, P. C., Rumsey, N., Frisen, A., Brandao, M. P., ... & Fitzgerald, A. (2019). Systematic review of body image measures. *Body image*, 30(1), 170-211. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.06.006>
- Krok, D., Telka, E., & Skalski-Bednarz, S. B. (2025). Be Kind to Yourself: Testing Self-Compassion, Fear of Recurrence, and Generalized Anxiety in Women with Cancer Within a Multiple-Mediation Model. *Journal of Clinical Medicine*, 14(13), 1-10. <https://doi.org/10.3390/jcm14134696>
- Kumari, R., Singh, C., Kumar, M., Singh, A. K., Kaushik, A., Sachan, B., ... & Kandpal, S. D. (2025). Validation of the Hindi version of the MOS SF-36 health survey for evaluating quality of life among the elderly population in North India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 880-887. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_1157_24
- Lewis, L., Thompson, B., Stellmaker, R., & Koelmeyer, L. (2025). Body composition and chemotherapy toxicities in breast cancer: a systematic review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship*, 19(3), 914-929. <https://doi.org/10.1007/s11764-023-01512-z>
- Lima, S. M., Kehm, R. D., & Terry, M. B. (2021). Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns. *EClinicalMedicine*, 38(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2021.100985>
- Lin, T., Ping, Y., Jing, C. M., Xu, Z. X., & Ping, Z. (2025). The efficacy of internet-based cognitive behavior therapy for psychological health and quality of life among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1488586>
- López-Contreras, J. P., Sebri, V., Sarrión-Castelló, P., Martínez-Sanchís, S., & Martí, A. J. C. I. (2024). Efficacy of Compassion-Based Interventions in Breast Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *The Spanish Journal of Psychology*, 27(1), 1-10. <https://doi.org/10.1017/sjp.2024.31>
- Łukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A. (2021). Breast cancer—epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies—an updated review. *Cancers*, 13(17), 1-15. <https://doi.org/10.3390/cancers13174287>

- Marino, P., Mininni, M., Deiana, G., Marino, G., Divella, R., Bochicchio, I., ... & Sanseverino, F. (2024). Healthy lifestyle and cancer risk: modifiable risk factors to prevent cancer. *Nutrients*, 16(6), 800-820. <https://doi.org/10.3390/nu16060800>
- Mc Brearty, C., & Savard, J. (2026). Effects of Cognitive Therapy for Depression on Insomnia in Women with Metastatic Breast Cancer. *Behavioral sleep medicine*, 24(1), 15-28. <https://doi.org/10.1080/15402002.2025.2549550>
- Mistretta, E. G., & Davis, M. C. (2022). Meta-analysis of self-compassion interventions for pain and psychological symptoms among adults with chronic illness. *Mindfulness*, 13(2), 267-284. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12671-021-01766-7>
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., & Vahdaninia, M.S. (2006). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Payesh*, 5(1), 49-56. (In Persian) <http://payeshjournal.ir/article-1-756-fa.html>
- Mosher, C. E., Lee, S., Addington, E. L., Park, S., Lewson, A. B., Snyder, S., ... & Johns, S. A. (2025). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for fatigue interference with functioning in metastatic breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 43(6), 662-671. <https://doi.org/10.1200/jco.24.00965>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2024). The impact of CFT on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(2), 230-247. <https://doi.org/10.1037/cps0000193>
- Prince, T., Mulgrew, K. E., Driver, C., McLoughlin, L. T., Mills, L., Boyes, A., & Hermens, D. F. (2025). The body image related cyberbullying picture series (BRC-PicS): developed for use in research relating to cyberbullying, body image and eating disorders among female adolescents. *Current Psychology*, 1 (2), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07316-x>
- Ribeiro, F. E., Palma, M. R., Silva, D. T. C., Tebar, W. R., Vanderlei, L. C. M., Fregonesi, C. E. P. T., & Christofaro, D. G. D. (2020). Relationship of anxiety and depression symptoms with the different domains of physical activity in breast cancer survivors. *Journal of Affective Disorders*, 273(1), 210-214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.110>
- Ribeiro, F. E., Tebar, W. R., Vanderlei, L. C. M., Fregonesi, C. E., Caldeira, D. T., Tosello, G., ... & Christofaro, D. G. (2021). Physical activity domains are differently related with quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional study. *Menopause*, 28(11), 1233-1238. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001837>
- Sadeghzadeh, M., Shamli, L. (2021). Measuring Body-based Social Shame: The Psychometric Properties of Body Image Shame Scale (BISS) in Iranian Female and Male Students. *Cultural Psychology*, 4(2), 223-242. (In Persian) <https://doi.org/10.30487/jcp.2021.256207.1186>
- Saeedi, K., & Atashpour, H. (2025). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Life Expectancy, Self-Care and Depression of Breast Cancer Patients. *The Journal of Toloo-E-Behdasht*, 24(1), 31-47. <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3752-fa.html> (In Persian)
- Savaş, E., Gündoğmuş, İ., Kınık, Ç., Kubilay, D., Kavakçı, Ö., & Yaşar, A. B. (2026). A randomized controlled trial of internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) and EMDR-flash technique (iEMDR-FT) for improving mental health in breast cancer patients. *Current Psychology*, 45(1), 79-99. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-08723-w>
- Schlüter, C., Kraag, G., & Schmidt, J. (2023). Body shaming: An exploratory study on its definition and classification. *International Journal of Bullying Prevention*, 5(1), 26-37. <https://doi.org/10.1007/s42380-021-00109-3>
- Shaban N, Alizadeh M, Sepahmansour M. (2024). The Comparing Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance in Women with Psoriasis. *Journal of Nursing Education*, 13(5), 77-91. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.22034/JNE.13.5.77>
- Shahjoei, Y., Tizdast, T., & Zarbakhsh, M. (2025). Structural model of quality of life based on perceived stress with the mediating role of personality traits in women with premenstrual syndrome. *Journal of Psychological Science*, 23(144), 2957-2974. (In Persian) <http://psychologicalscience.ir/article-1-1775-fa.html>
- Siegel, J. A., Huellemann, K. L., Calogero, R. M., & Roberts, T. A. (2021). Psychometric properties and validation of the phenomenological body shame scale-revised (PBSS-R). *Body Image*, 39(1), 90-102. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.06.001>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Trindade, I. A., Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Chronic illness-related cognitive fusion explains the impact of body dissatisfaction and shame on depression symptoms in breast cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 886-893. <https://doi.org/10.1002/cpp.2323>
- Trindade, I. A., Soares, A., Skvarc, D., Carreiras, D., Pereira, J., Lourenço, Ó., ... & Moreira, H. (2025). Efficacy and cost-effectiveness of an ACT and compassion-based intervention for women with breast cancer: study protocol of two randomised controlled trials. *Trials*, 26(1), 5-21. <https://doi.org/10.1186/s13063-025-08730-z>

- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder. *New Advances in Behavioral Sciences*, 10(58), 340-353. (In Persian) <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html>
- Vrancken Peeters, N. J., Kerklaan, R., Vlooswijk, C., Bijlsma, R. M., Kaal, S. E., Tromp, J. M., ... & Husson, O. (2025). Long-term health-related quality of life among adolescent and young adult breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 34(5), 1483-1500. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03914-1>
- Ware, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>
- Wei, L., Xie, J., Wu, L., Yao, J., Zhu, L., & Liu, A. (2023). Profiles of self-compassion and psychological outcomes in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 32(1), 25-33. <https://doi.org/10.1002/pon.5931>
- Wei, L., Yang, X., Sun, S., Yu, Y., Xie, J., Zhao, J., ... & Yao, J. (2022). Fear-focused Self-compassion Therapy for young breast cancer patients' fear of cancer recurrence: Study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.941459>
- Wen, J., Hui, S. S. C., Chin, E. C. Y., Yang, Y., & Sit, C. H. P. (2025). The Effectiveness of Mind-Body Exercise on Health-Related Quality of Life and Mental Health During and After Breast Cancer Treatment: An Umbrella Review of Meta-Analyses for Randomized Controlled Trials. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 22(2), 1-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.70008>
- Zhang, L., Pan, J., Wang, M., Yang, J., Zhu, S., Li, L., ... & Huang, J. (2025). Chronic stress-induced and tumor derived SP1+ exosomes polarizing IL-1 β + neutrophils to increase lung metastasis of breast cancer. *Advanced Science*, 12(4), 1-15. <https://doi.org/10.1002/advs.202310266>