موضوع: بررسی اثربخشی درمان به روش شفقت درمانی بر تصویر بدنی، رفتارهای خود تنظیم، عزت نفس و نشانگان روانشناختی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی

Investigating the effectiveness of compassion therapy treatment on body image, self-regulation behaviors, self-esteem and psychological symptoms of adolescent girls suffering from sexual boredom.

بیان مساله:

اصطلاح ملال جنسیتی در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM - ۵به نوعی ناراحتی اطلاق می شود که ممکن است با ناهمخوانی میان جنسیت تجربه شده یا ابراز شـــــده فـــرد و جنـــــیت تخصیص یافته او همراه باشد گرچه همه افراد در اثر این ناهمخوانی، ناراحتی تجربه نمی کنند اما بسیاری از افراد در صورت فقدان مداخله های جسمانی مطلوب با استفاده از هورمونها و یا عمل جراحی دچار ناراحتی می شوند. لازم به ذکر است که این اصطلاح در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلال هویت جنسیتی شناخته می شد (انجمن روانپزشکی آمریکا[1]، ۲۰۱۳).

طبق معیارهای تشخیصی DSM- ۵ویژگیهای اصلی ملال جنسیتی عبارت اند از ۱- علاقه شدید و مستمر به همانندسازی با جنس مخالف، بدون آنکه علت آن بهره بردن از امتیازات اجتماعی و فرهنگی مختص آن جنس باشد؛ ۲- وجود شواهد آشکار از ناراحتی مستمر، به علت نقش جنسیتی کنونی و احساس اینکه نقش جنسیتی فعلی هیچ تناسبی با احساسات فعلی ندارد؛ و در نتیجه به وجود آمدن احساس رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی شغلی یا سایر زمینه های عملکردی (گنجی، ۱۳۹۸). در زمینه شیوع اختلال ملال جنسیتی آمار دقیقی در دست نیست، اما به نظر می رسد در میان مردان شایع تر است؛ به طوری که در مردان یک در ۳۰ هزار و در زنان یک در ۱۰۰ هزار گزارش شده است. بر طبق آمار ۶ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر در دنیا مبتلا به اختلال ملال جنسیتی هستند. پزشکی قانونی کشور در گزارش خود اعلام کرده است که آمار رسمی افراد دارای این اختلال در ایران حدود ۴۵۰۰ نفر است (سلطانی زاده، نعمتی و لطیفی، ۱۳۹۸).

[1] American Psychiatric Association

از جمله مسائلی که در ارتباط با این گروه از مبتلایان مطرح می شود بیزاری از جسم و ظاهر فیزیکی خود می باشد که منجر به نگرانی از تصویر بدنی اشان می شود (ویلی[1] و همکاران، ۲۰۱۹) تصویر بدنی یک مفهوم گسترده و پویا بوده و شامل ادراک فرد از اندازه و تناسب بدن است که با تفکر و احساس و دیدگاه سایر افراد نسبت به بدن او همراه می باشد تصویر بدنی دارای یک ساختار چند بعدی است که شامل دو بخش مستقل ادراکی (تخمین اندازه بدن) و نگرشی (شناخت و احساس فرد نسبت به بدن) می باشد. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند معمولاً احساس خوبی نیز نسبت به زندگی خواهند داشت اما تصویر ذهنی که مورد پذیرش فرد نباشد منجر به تغییراتی در احساس ارزشمند بودن فرد می شود (منتشلو، شعیری، حیدری نسب، و ایزدی دهنوی، ۱۳۹۴). مطالعات نشان داده اند ایجاد یک تصویر بدنی رضایت بخش و تجربه ی ذهنی از ظاهر فیزیکی برای افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی دشوار می باشد که این مسئله گاهی اوقات منجربه آشفتگی هایی در تصویر بدنی می شود و نیز افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی علاوه بر اینکه به خاطر شکل ظاهری از محیط و جامعه تحت فشار هستند، اشتغال فکری فراوانی نسبت به بدن خود دارند و به صورت وسواس گونه ای به کاوش جسم خود میپردازند و همواره گرایش به بدریخت انگاری بدن خویش دارند (پیپلیا[2] و همکاران، ۲۰۱۹) و نیز پژوهش ها نشان داده اند این نگرانی در مورد ظاهر جسمانی ارتباط مستقیم با اختلال در عملکرد جنسی و نیز ابتلا به اختلال های خوردن دارد (جومین و ماترین[3]، ۲۰۱۵).

با توجه به مطالعات انجام گرفته از دیگر متغیرهای مؤثر در کنارآیی با استرس و اختلالات روانی راهبردهای خودتنظیمی می باشد (گودرزی و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع هرگونه اشکال و نقص در خودتنظیمی می تواند فرد را در برابر استرس و اختلالات روانی همچون افسردگی و اضطراب آسیب پذیر سازد (تولن[4] و همکاران، ۲۰۲۲؛ بروسما[5] و همکاران، ۲۰۲۳). خودتنظیمی فرایندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش نموده مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد در مورد رفتار خود قضاوت کرده و با توجه به نتیجه قضاوت رفتار خود را تنظیم می نماید (مک الیستر[6] و همکاران، ۲۰۱۸). بندورا[1] (۲۰۰۵) معتقد است خود تنظیمی در بهبود و

[1] Wylie K
[2] Peplau LA
[3] Jomeen J, Martin C.R
[4] Toleon, C
[5] Buursma, P
[6] McAlister AL

کنترل سلامتی اهمیت دارد. او بیان می دارد که افراد بطور پیوسته از طریق رفتار خود هدایت می شوند. بنابراین، پایش و تنظیم درست رفتار در راستای رسیدن به سلامتی می تواند موثر باشد و کمبود آن منجر به بروز مشکلات بهداشتی گردد . انسانها رفتار خود را از طریق کنترل و تنظیم اهداف چالش برانگیز خود و پس از آن بسیج منابع و تلاش برای انجام آنها هدایت می کنند (بندورا، ۲۰۰۱).

یکی دیگر از مسائلی که در این گروه از مبتلایان مطرح است عزت نفس پایین است. عزت نفس خوب داشتن؛ یعنی از توانایی ها و ضعف های خود آگاهی داشتن و خود را با آنچه با ارزش تر است پذیرفتن مسئولیت های خود را به عهده گرفتن، خود را تائید کردن، به نیازهای خود پاسخ دادن، هدف هایی داشتن و برای نیل به آنها راه هایی را برگزیدن است (منصف، حسین نژاد، عیدی و شعبانی بهار، ۱۳۹۴). عزت نفس نشانه ای از سلامت روان فرد است که به عنوان یک دارایی ارزشمند شخصی می تواند کیفیت زندگی در افراد را پیش بینی کند (اکلند، باکستروم و هانسون[۲]، ۲۰۱۸). عزت نفس به عنوان هسته مرکزی، ساختارهای روانشناختی فرد را چون سپر محافظ در برابر اضطراب محافظت نموده، آسایش خاطر وی را فراهم می آورد. عزت نفس پایین به عنوان یک عامل در رشد اختلالات روانشناختی و جسمانی در افراد ظاهر می شود (سمینک[۳] و همکاران، ۲۰۱۸). افرادی که اعتماد به نفس پایینی دارند در مسائل جنسی و زناشویی دارای مشکلاتی هستند و اختلالات جنسی نیز به میزان بالاتری در آنها وجود دارد (کرمی، شلانی و هویزی، ۱۳۹۶).

مطالعه ی ادبیات پژوهشی مربوط به این گروه از بیماران نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی مسائل روان شناختی، اجتماعی و اختلالهای روان پزشکی قابل توجهی به همراه دارند. این اختلال بر نظام شخصیتی و رفتاری و در نهایت بر سازگاری افراد تأثیر می گذارد بررسی ها در مورد میزان اقدام به خودکشی در این بیماران در ایالت متحده، از ۱۶ درصد تا ۳۷ درصد گزارش شده است که البته فقط ۳ الی ۴ درصد به مرگ منتهی می شود (دیوریس[۴] و همکاران، ۲۰۱۱). مقوله ی اختلال ملال جنسیتی علاوه بر مسائل فراوانی که برای بیماران به وجود می آورد تا حدودی با برخی از جرائم دیگر نیز مرتبط است و گاه میتواند باعث آسیب

---

[1] Bandura A
[2] Eklund, M., Bäckström, M., & Hansson, L
[3] Smink, F. R
[4] de Vries AL

رساندن به خود یا حتی دیگران شود. افسردگی، اقدام به خودکشی و اختلالات مرتبط با مصرف مواد نیز از سایر مسائل مرتبط با این اختلال به شمار می آیند (بارسیک[1] و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین شیوع آسیبهای اجتماعی و انحرافات اخلاقی در میان مبتلایان به این اختلال نیز رو به افزایش است به خصوص این افزایش در مصرف الکل، سرقت، رفتارهای جنایی و انحرافات جنسی مشهودتر است (زوکر[2] و همکاران، ۲۰۱۲).

مبتلایان به اختلال ملال جنسیتی در برابر استرس آسیب پذیرترند مشکلات بیشتری در سازگاری و روابط بین فردی دارند و اختلالات فکری، رفتاری، پرخاشگری و بدبینی در این گروه بارزتر است (ویلیامز[3] و همکاران، ۲۰۱۱). لوی و کورفمن[4](۲۰۱۴) ضمن مروری بر اختلال هویت جنسی در نوجوانان شیوع، علل و درمان آن را پیشنهاد می کنند که درمان ترجیحی برای این نوجوانان در وهله اول و قبل از عمل جراحی شامل شرکت در جلسات روان درمانگری و دریافت آموزش و توجه به سایر ابعاد تحول اجتماعی، شناختی، ذهنی شغلی و بین فردی خود و تغییر نگرش در مورد جنسیتشان است. این محققان دریافتند که بیماران مبتلا به اختلال دچار مشکلاتی در زمینه روابط بین فردی خود در محیط کار خانواده و همسالان می باشند و این مشکلات به افسردگی و انزوای اجتماعی در آنان می انجامد.

تلاشهای زیادی برای درمان این اختلال صورت گرفته است از جمله درمانهای مؤثر این اختلال درمان های هورمونی و جراحی است، ولی این درمانهای هورمونی و جراحی در برخی جوامع حساس و خصوصا جوامع دینی با محدودیت همراه است لذا میتوان از درمانهای شناختی – رفتاری جهت کاهش علائم خلقی این افراد، از قبیل افسردگی استرس و اضطراب بهره برد درمانهای شناختی رفتاری از جمله درمانهای مؤثر در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب میباشند، و اثربخشی آن بر درمان استرس افسردگی اضطرابه کاهش گرایش به خودکشی و افزایش سلامت روانی در میان بیماران دارای ملال جنسیتی نشان داده شده است (برنز[5] و همکاران، ۲۰۱۰؛ آستین و کریج[6]، ۲۰۱۵).

---

[1] Barišić J
[2] Zucker KJ
[3] Williams M, Penman D
[4] Levey, R., & Curfman, W.C
[5] Burnes TR
[6] Austin A, Craig SL

رویکردهای درمانی مختلفی برای درمان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران دارای ملال جنسیتی اتخاذ شده است که در راستای مداخلات روان شناختی یکی از این روان درمانی ها، درمان شفقت به خود[1] است که توجه درمانگران نوین را برای بیماری های خاص جلب کرده است (روز–مورنت [2]و همکاران، ۲۰۱۷). شفقت به خود، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان شناسی موج سوم، بر این اساس و با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی، ایجاد شده است (لویز و یوتلی[3]، ۲۰۱۵). خود شفقت ورزی از فلسفه بوداییسم می آید (نف[4]، ۲۰۰۳). نف (۲۰۰۳) با هدف تبیین مفهومی که به درستی بیانگر ارتباط فرد با خود باشد و در عین حال عاری از قضاوت فرد در رابطه با خود باشد، مفهوم خودشفقت ورزی را پیشنهاد کرد. اگرچه خاستگاه مفهوم خودشفقت ورزی، فلسفه شرق است اما مفهومی جدید در فلسفه غربی محسوب می شود. به اعتقاد نف (۲۰۰۸) سازه خودشفقت ورزی نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل سه عنصر اصلی می باشد. اول، هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود می شود و از آن رنج می برد، موجودیت (بودن) خود را دوست دارد و آن را درک می کند. دوم، حسی است از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست جنبه های غیر قابل اجتناب مشترک در تجربه همه انسانهاست. نهایتاً، خودشفقت ورزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و این شامل توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج آور (به جای اجتناب از آنها) بدون بزرگ نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود می شود.

از این رو بکارگیری درمان شفقت که به بیماران کمک می کند پریشانی ذهنی خود را از طریق کاهش خودسرزنشگری کاهش دهند، می تواند توجیه پذیر باشد. مطالعات اخیر اثربخشی این درمان را برای کاهش علائم روان شناختی منفی در جمعیت های مختلف مورد تایید قرار داده اند(آلبردسون، نیف و دیل – شاکلفورده[5]، ۲۰۱۵ و گنزالس[6] و همکاران، ۲۰۱۸).

طبق پژوهش های صورت گرفته عامل کلیدی و تأثیر گذار در اثر بخشی شفقت خود استفاده از سازه های هشیار کننده نسبت به مشکل است به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت تنوعی راهبرد هیجان محور می باشد

---

[1] **self-compassion**
[2] Ros-Morente, A
[3] Leaviss, J., & Uttley, L
[4] Neff
[5] Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E
[6] González-Fernández, S

چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می کند حال این هیجان مثبت باشد و یا منفی فرد را به سمت اجتناب از احساس دردناک و ناراحت کننده و نزدیکی و مهربانی سوق می دهد و فرد را آماده برای پذیرش مشتاقانه نسبت به احساسات منفی خود می نماید (قنواتی، بهرامی، گودرزی، روزبهانی، ۱۳۹۷)

بنابراین با توجه به آنچه گفته شد هدف اصلی این پژوهش، پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان به روش شفقت درمانی بر تصویر بدنی، رفتارهای خود تنظیم، عزت نفس و نشانگان روانشناختی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی تاثیر دارد؟

اهمیت و ضرورت:

اختلال ملال جنسیتی چه در حد ذهنی باقی بماند و چه به تغییر جنسیت کامل منجر شود در بردارنده پیامدهای قابل توجهی است به طوری که مسیر زندگی این افراد را دگرگون می سازد و این وضعیت دوگانه ای که این افراد با آن دست و پنجه نرم می کنند به طور معناداری موجب اختلال روانی و تضعیف عملکرد آنها می شود (اسچروک[1] و همکاران، ۲۰۱۹). شایان ذکر است که افراد مبتلابه این اختلال مشکلات فردی، اجتماعی و خانوادگی عدیده ای دارند. این افراد به دلیل تخطی از انتظارات متعارف جنسیتی و ناسازگاری در ایفای نقش های اجتماعی، با تبعیض مواجه شده و در انزوا قرار گرفته اند؛ از این رو به اعضای جمعیتی آسیب پذیر مبدل شده و در مقایسه با سایر گروه های اجتماعی، آسیب های روانی اجتماعی و سلامت بیشتری را متحمل می شوند (گروسمان[2] و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج مطالعات نشان داده است که اکثریت افراد مبتلا به ملال جنسیتی دارای اختلال شخصیت پارانویید هستند (استینر[3] و همکاران، ۲۰۱۶) مطالعات دیگر در رابطه با اختلال ملال جنسیتی نشان داده است که افراد مبتلابه اختلال نارضایتی جنسیتی دارای انواع مشکلات روانی همانند اضطراب و افسردگی و ناسازگاریهای خانوادگی هستند. همچنین برخی از آنها نیز دارای انواعی از اختلالات شخصیتی یا ویژگیهای شخصیتی ناسازگار هستند (سلطانی زاده، نعمتی و لطیفی، ۱۳۹۸).

با توجه به موارد بالا، ضرورت انجام این پژوهش به منظور بهبود تصویر بدنی، رفتارهای خود تنظیم، عزت نفس و نشانگان روانشناختی بیشتر احساس شده است. البته، در این راستا دیدگاه های مختلفی با ارائه الگوی

[1] Schrock DP
[2] Grossman AH
[3] Settineri S

درمانی پرداخته اند. اما، با بررسی های انجام شده در ایران، تحقیقات اندکی اثربخشی درمان به روش شفقت درمانی بر تصویر بدنی، رفتارهای خود تنظیم، عزت نفس و نشانگان روانشناختی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی نشان داده است. لذا، اثر بخشی این درمان بر منظور بهبود تصویر بدنی، رفتارهای خود تنظیم، عزت نفس و نشانگان روانشناختی ضرورت پیدا کرد. نتایج حاصل از این پژوهش، ضمن ایجاد چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان درمانگران، می تواند راهنمای کاربردی و تجربی مطلوبی برای ایجاد همدلی متقابل، خوش بینی و برقراری روابط مکمل اعضای خانواده و در کل رشد انسانی و متعاقب این ها کاهش مشکلات جنسی فراهم آورد. به علاوه، نتایج پژوهش می تواند مبنای نظری و عملی مناسبی برای کاهش مشکلات جنسی، بهبود الگوهای ارتباطی، آموزش های قبل و بعد ازدواج به منظور پیشگیری از مشکلات جنسی در موسسات مختلف آموزشی و درمانی از قبیل مشاوره در دانشگاه ها، بهزیستی، کلینیک ها و شورای حل اختلاف خانواده و غیره قرار گیرد. لذا تحقیق در زمینه ی بررسی اثربخشی درمان به روش شفقت درمانی بر تصویر بدنی، رفتارهای خود تنظیم، عزت نفس و نشانگان روانشناختی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی ضرورت پیدا نمود.

پیشینه:

نقدی و مداح زاده (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر کاهش نگرانی تصویر بدنی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام دادند. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. از این رو تعداد ۴۰ نفر از بیمارانمبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بخش آنکولوژی و رادیوتراپی بیمارستان امام حسین (ع) شهرستان تهران به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی و کیفیت زندگی مورد پیش آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش درمان متمرکز بر شفقت به خود قرار گرفت و گروه گواه مداخلهایی دریافت نکرد. در ادامه هر دو گروه مورد پس آزمون قرار گرفته و داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: یافته ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به خود به

طور معناداری منجر به کاهش نگرانی از تصویر بدنی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می گردد (p<0/001). نتیجه گیری: از این پژوهش چنین می توان نتیجه گیری کرد که درمان متمرکز بر شفقت به خود به دلیل کارایی بالای آن به خصوص هنگامی که به صورت گروهی برگزار می شود ارزان بودن و پذیرش آن توسط بیماران راهبرد موثری برای کمک به بیماران مبتلا به سرطان پستان که از نگرانی از تصویر بدنی و کیفیت زندگی پایین رنج می برند می باشد.

اوسطی و صالحی (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی انجام دادند. تحقیق حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی بر اساس طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایشی می‌باشد، جامعه آماری مطاله حاضر را کلیه بیماران دارای ملال جنسیتی زن که در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ به مرکز انسیتو روان پزشکی شهر تهران مراجعه نموده و بر اساس مدارک پزشکی دارای اختلاال ملال جنسیتی بودند تشکیل می دهد که تعداد ۳۰ نفر از آنها به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گماشته شدند، و به مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس DASS-42 قبل و پس از مداخله درمانی ذهن آگاهی پاسخ دادند. نتایج تحلیل یافته های حاصل از آزمون کواریانس چند متغیری نشان داد که تفاوت نمرات پس آزمون و پیش آزمون معنی دار می باشد (P =۰/۰۰۱) و مداخله درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش میزان اضطراب، افسردگی و استرس بیماران دارای ملال جنسیتی موثر بوده است.

رضایی، شریفی ، غضنفری، افلاکی و بهره دار (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس انجام دادند. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه گواه می‌باشد.جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیرازمی‌باشد (N=750), که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از میان جامعه آماری ۸۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی به چهار گروه (یک گروه گواه ۲۰ نفره و ۳ گروه آزمایش ۲۰ نفره) تقسیم شدند. ابزارهای بکاررفته در این پژوهش شامل مقیاس افسردگی بک، اضطرابزونگ (SAS) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود.

داده‌های گرداوری شده با روش تحلیل کواریانس نشان داد که این درمان بر لوپوس سیستمیک در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار دارد ($p<0.001$).

طاهر پور، سهرابی و زمستانی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن انجام دادند. در یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان دختر مشغول به تحصیل دانشگاه کردستان در سال‌تحصیلی ۹۵-۹۴ که از نقطه برش معلوم شده در مقیاس محدودیت در غذا خوردن نمرات متوسط رو به بالایی اخذ کرده بودند، پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت، ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس، و مقیاس سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری(MANCOVA) استفاده شد. نتایج درمانی بر روی گروه آزمایش پس از دریافت ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت نشان داد که این درمان موجب کاهش معنی‌دار در علایم افسردگی بود.

احمدی، سجادیان و جعفری (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو انجام دادند. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود. جامعه‌ی آماری کلیه‌ی زنان (تعداد ۸۰ نفر) مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات پوست و سالک دانشگاه اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود که از بین آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب به‌صورت تصادفی در در دو گروه درمانی قرار گرفتند و به پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی بیمارستانی (Zigmond & Smith۱۹۸۳) و افکار خودکشی (Beck۱۹۹۷) در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. گروه آزمایش در ۸ جلسه‌ی گروهی ۶۰ دقیقه‌ای جلسه درمان مبتنی بر شفقت براساس بسته درمانی Gilbert & Neff 2009: شرکت کردند اما گروه کنترل تا پایان مرحله‌ی پیگیری هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های

تکراری حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند در بیماران مبتلا به ویتیلیگو به‌عنوان یک شیوه‌ی درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی مطرح گردد.

رهنما (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش شفقت با رویکرد اسلامی بر عزت نفس و تنظیم هیجان زنان متاهل انجام دادند. روش پژوهش، آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش تمام زنان متاهل شهر یزد در سال ۱۳۹۷ بود. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۴۰ نفر از زنان متاهل انتخاب شدند و به عنوان گروه نمونه به صورت تصادفی در گروه های آزمایش ۳۰ نفر و کنترل ۳۰ نفر جایگزین شدند. آزمودنی های گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۵۰ دقیقه ای تحت آموزش شفقت درمانی اسلامی قرار گرفتند. در پایان از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. ابزار اندازه گیری پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت و پرسشنامه تنظم جویی شناختی بود و به منظور تجزیه وتحلیل داده ها علاوه بر آمار توصیفی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته های این پژوهش نشان داد آموزش شفقت درمانی اسلامی در افزایش عزت نفس اثربخش بوده است همچنین آموزش شفقت درمانی توانست ۴۰/۸۴ درصد از تفاوت های فردی در نمرات ابعاد تنظیم هیجان گروه آزمایش را تبیین کند. بنابراین پیشنهاد می شود از آموزش شفقت درمانی اسلامی برای افزایش عزت نفس و تنظیم هیجانات در زنان استفاده شود.

پیرایه، محسنی و قانعی فرد (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی انجام دادند. روش پژوهش نیمه آزمایشی با شیوه پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. شرکت کنندگان تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) از مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک بود. یافته های حاصل از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان دادند که این درمان در کاهش افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی به طور معناداری موثر بود. بر اساس نتایج این مطالعه درمان مبتنی بر شفقت, روش موثری برای کاهش سطح افسردگی, اضطراب و استرس آنها است, بنابراین می توان با درمان مبتنی بر شفقت, افسردگی را کاهش داد.

اوست، اسچولینگ، گریون[1] (۲۰۲۱) پژوهشی با هدف تاثیر درمان خود شفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد افسرده مکرر انجام دادند. داده ها از یک نمونهای از یک گروه موازی مورد استفاده قرار گرفت کارآزمایی تصادفی کنترل شده بررسی اثر MBCL در بزرگسالان پیوسته افسرده انجام شد. خودگزارش‌های خوددلسوزی و عاطفه مثبت/منفی در شروع هر یک از هشت جلسه MBCL به دست آمد. مدل‌سازی مسیر نهفته خودرگرسیون دو متغیره (ALT) نشان داد که وقتی به تأثیر متقابل بین شفقت به خود و عاطفه مثبت/منفی بر اساس جلسه به جلسه نگاه می‌کنیم، هیچ اثر متقاطع متقابل معنی‌داری بین شفقت به خود و عاطفه مثبت یافت نشد. مطالعه حاضر نشان می دهد که افزایش شفقت به خود با کاهش عاطفه منفی در MBCL برای افسردگی همراه است.

ترینداد و سیرویس[2](۲۰۲۱) هدف این مطالعه بررسی تاثیر شفقت به خود بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به بیماری التهابی روده در طول زمان انجام دادند. شرکت کنندگان ۱۵۵ بزرگسال مبتلا به بیماری التهابی روده بودند که SCS و DASS-21 را در دو زمان مختلف به فاصله ۹ ماه تکمیل کردند. طرح مطالعه طولی است: سه مدل رگرسیون سلسله مراتبی جداگانه برای بررسی اینکه آیا شفقت به خود در ابتدا علائم افسردگی، اضطراب و استرس را پیش‌بینی می‌کند که در پیگیری اندازه‌گیری می‌شود، انجام شد، در حالی که اثرات علائم اولیه بیماری التهابی روده و پیامد مربوطه را کنترل می‌کرد. شرکت‌کنندگانی که برای مدت طولانی‌تری مبتلا به بیماری التهابی روده بودند، سطوح بالاتری از شفقت خود را نشان دادند. دلسوزی به خود در ابتدا پیش بینی سطوح پایین تر پیگیری از نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس، حتی در حضور سطوح پایه علائم بیماری التهابی روده بود.

چنگ، لوزیر، لویس[3] و همکاران (۲۰۲۱) به تاثیر انعطاف ناپذیری روانشناختی همراه با مفاهیم مرتبط نزدیک مانند ذهن آگاهی و خود شفقت بر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام دادند. نمونه ای متشکل از ۲۰۰ جانباز از کلینیک های سلامت روان در یک مرکز پزشکی امور جانبازان انتخاب شدند. با کنترل ذهن آگاهی و شفقت به خود، جانبازان مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد بدون PTSD دارای سطوح قابل

[1] Avest, J M ,. Schuling, R ., Greven, C.,
[2] Trindade, I. A & Sirois, F. M
[3] Cheng, H. Z., Lozier, C. C., Lewis, M. M.,

توجهی انعطاف پذیری روانی بالاتری بودند. علاوه بر این، عدم انعطاف روانی با شدت کلی PTSD، حتی پس از کنترل ذهن آگاهی، شفقت به خود، افسردگی، مصرف الکل و مواد، و متغیرهای جمعیت شناختی مرتبط بود. جنبه مشاهده ای ذهن آگاهی به طور قابل توجهی با سطوح بالاتر PTSD مرتبط بود، در حالی که جنبه توصیف کننده با علائم کلی پایین تر PTSD مرتبط بود.

آرندا، گارسیا-کامپیو، گیودی[1] و همکاران(۲۰۲۱) این مطالعه به بررسی تأثیر واسطه‌ای فرضی تاب‌آوری در تأثیر ذهن‌آگاهی و شفقت به خود بر علائم اضطراب و افسردگی می‌پردازد. طرح مطالعه مقطعی، نمونه شامل ۸۶۰ شرکت کننده جمعیت عمومی اسپانیایی بود. این معیارها شامل مقیاس آگاهی توجه ذهنی (MAAS)، مقیاس شفقت به خود (SCS-12)، مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC) و مقیاس اضطراب و افسردگی گلدبرگ (GADS) بود. همبستگی های دو متغیره محاسبه شد و مدل های تحلیل مسیر انجام شد. بین متغیرهای مطالعه همبستگی معنی داری، همیشه در جهت مورد انتظار مشاهده شد. مدل‌های تحلیل مسیر تأثیر مستقیم معنادار ذهن‌آگاهی و شفقت به خود را بر علائم اضطراب و افسردگی نشان دادند، اما تنها تأثیر غیرمستقیم معنی‌دار از طریق تاب‌آوری بر افسردگی یافت شد. تاب‌آوری می‌تواند تا حدی تأثیر ذهن‌آگاهی و شفقت به خود را بر افسردگی واسطه‌ای کند، اما نه بر اضطراب.

فاینلی-جونز، استرایوس، پری[2] و همکاران(۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی اثربخشی خودشفقتی ذهن آگاهانه بر سلامت روان نوجوانان پرداختند. آموزش خودشفقتی ذهن آگاهانه یک برنامه گروهی ۸ هفته ای است که بر پرورش شفقت به خود و ذهن آگاهی تمرکز دارد. نتایج نشان داد که آموزش خودشفقتی ذهن آگاهانه به صورت ویدیو کنفرانس موجب افزایش سلامت روان نوجوانان شد.

توبین و دانکلی[3](۲۰۲۱) پژوهشی با هدف نقش ذهن‌آگاهی و شفقت به خود برای پیش‌بینی علائم اضطراب و افسردگی در افراد با کمالگرایی بالا در طی دو سال انجام دادند. ذهن‌آگاهی (یعنی مشاهده، عدم واکنش) و شفقت به خود (یعنی مهربانی با خود، توجه‌آگاهی، شناسایی بیش از حد) برای پیش‌بینی پریشانی عمومی و/یا

[1] Aranda, P.A., García-Campayo, J., Gude, F.,
[2] Finlay-Jones, A., Strauss, P., Perry, Y.,
[3] Tobin, R & Dunkley, D. M

علائم برانگیختگی اضطرابی تعامل داشت. این یافته ها اهمیت پرورش ذهن آگاهی و شفقت به خود را برای کاهش آسیب پذیری در برابر علائم اضطرابی و افسردگی در افراد با کمال گرایی بالاتر نشان می دهد.

وانگ، بارنی و برت[1] و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی نقش انعطاف پذیری روانشناختی و خود شفقت در درمان پذیرش و تعهد برای کمال گرایی بالینی پرداختند. پنجاه و سه شرکت کننده با کمال گرایی بالینی به صورت ۱۰ جلسه ای ACT یا ۱۴ هفته کنترل لیست انتظار منتظر شدند (فقط ۳۹ نفر ارزیابی پس از درمان را انجام دادند). نتایج آزمایش شده شامل نگرانی نسبت به اشتباهات، تردید در اعمال، استانداردهای شخصی، کیفیت زندگی، پریشانی علائم و اختلال عملکرد و اقدامات ارزشمند است. تجزیه و تحلیل مدل سازی چند سطحی نشان داد که کاهش انعطاف پذیری روانشناختی رابطه بین شرایط و کیفیت بالاتر زندگی را افزایش می دهد و افزایش خود شفقت باعث کاهش نگرانی نسبت به اشتباهات می شود. علاوه بر این، عدم انعطاف پذیری روانشناختی متفاوت نتایج را با توجه به نتیجه آزمایش شده تعدیل می کند. به عنوان مثال ، عدم انعطاف پذیری پایه کمتری بهبود بیشتری در کیفیت زندگی پیش بینی می کند در حالی که عدم انعطاف پذیری پایه بالاتر، بهبود بیشتر در پریشانی علائم و اختلال عملکرد را پیش بینی می کند. شرکت کنندگان با متوسط دلسوزی پایه، بیشترین بهره را از ACT می برند. این یافته ها روشن می کند که چگونه انعطاف پذیری روانشناختی و خود شفقت بر نتایج پس از ACT برای کمال گرایی بالینی تأثیر می گذارد.

اهداف:

هدف کلی

بررسی اثربخشی درمان به روش شفقت درمانی بر تصویر بدنی، رفتارهای خود تنظیم، عزت نفس و نشانگان روانشناختی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی

اهداف جزیی

[1] Ong,, Barney & Barrett

۱. بررسی اثربخشی درمان به روش شفقت درمانی بر تصویر بدنی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی
۲. بررسی اثربخشی درمان به روش شفقت درمانی بر رفتارهای خود تنظیم دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی
۳. بررسی اثربخشی درمان به روش شفقت درمانی بر عزت نفس دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی
۴. بررسی اثربخشی درمان به روش شفقت درمانی بر نشانگان روانشناختی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی

فرضیه ها:

۱. درمان به روش شفقت درمانی بر تصویر بدنی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی تاثیر دارد.
۲. درمان به روش شفقت درمانی بر رفتارهای خود تنظیم دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی تاثیر دارد.
۳. بررسی اثربخشی درمان به روش شفقت درمانی بر عزت نفس دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی تاثیر دارد.
۴. درمان به روش شفقت درمانی بر نشانگان روانشناختی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی تاثیر دارد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

ملال جنسیتی

تعریف مفهومی: اصطلاح ملال جنسیتی در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM ۵ -به نوعی ناراحتی اطلاق می شود که ممکن است با ناهمخوانی میان جنسیت تجربه شده یا ابراز شده فرد و جنسیت تخصیص یافته او همراه باشد گرچه همه افراد در اثر این ناهمخوانی، ناراحتی تجربه نمی کنند اما بسیاری از افراد در صورت فقدان مداخله های جسمانی مطلوب با استفاده از هورمونها و یا عمل جراحی دچار ناراحتی می شوند. لازم به ذکر است که این اصطلاح در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلال هویت جنسیتی شناخته می شد (انجمن روانپزشکی آمریکا[1]، ۲۰۱۳).

[1] American Psychiatric Association

تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور افرادی نمره ای است که براساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی واجد ملاکهای تشخیصی ملال جنسیتی خواهند بود.

تصویر بدنی

تعریف مفهومی: تصویر ذهنی، تصویری روانی است که فرد از ظاهر فیزیکی خود دارد، به عبارت دیگر، احساسات منفی و مثبتی است که فرد درباره شکل و اندازه بدن خود دارد (گرومل و همکاران، ۲۰۰۰).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش تصویر بدنی نمره ای است که فرد از پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)کسب می کند.

خود تنظیمی

تعریف مفهومی: خودتنظیمی فرایندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش نموده مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد در مورد رفتار خود قضاوت کرده و با توجه به نتیجه قضاوت رفتار خود را تنظیم می نماید (مک الیستر[1] و همکاران، ۲۰۱۸).

تعریف عملیاتی: منظور از خود تنظیمی نمره ای است که فرد از پرسشنامه خود تنظیمی براون میلر و لاوندوسکی[2] (۱۹۹۹) کسب می کند.

عزت نفس

تعریف مفهومی: به عقیده کوپر اسمیت (۱۹۶۷) عزت نفس ارزش و احترامی است که فرد برای خویشتن قائل است و به قضاوت شخص در مورد میزان توانمندی ها اطلاق می شود.

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از عزت نفس نمره ای است که فرد از پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷)کسب می کند.

نشانگان روانشناختی

[1] McAlister AL
[2] Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A

تعریف مفهومی: نشانه ها یا علایم روان شناختی در دوران نوجوانی دربرگیرنده رفتارهایی هستند که دائمی بودن و با سن فرد متناسب نمی باشند و منجر به تضادهای اجتماعی، نارضایتی و ناشادی فردی و شکست در تحصیل می شود. این اختلالات حاصل تعامل کودک با محیط است(حیدری و همکاران، ۱۳۸۵ ص۱۲).

تعریف عملیاتی: منظور از نشانگان روانی نمره ای است که فرد از چک لیست نشانگان روانی SCL.90.R دراگوتیس و همکارانش (۱۹۷۳) کسب می کند.

شفقت درمانی

تعریف مفهومی: گیلبرت و همکاران(۲۰۱۳) شفقت را مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگر موجودات به همراه آرزو و تلاش برای تسکین آن می داند. این تعریف شامل دو بعد اساسی شفقت است. اولی به نام روان شناسی مشغولیت شناخته می شود و شامل آگاهی از حضور رنج و دلایل آن و حساسیت به آن است. بعد دوم به نام روان شناسی تسکین شناخته می شود و شامل انگیزش و تعهد جهت برداشتن گام های عینی برای رفع و تسکین رنجی است که با آن مواجه می شویم.

تعریف عملیاتی: در این پژوهش مجموعه فعالیت ها و روش هایی مدنظر است که پژوهشگر براساس شفقت به خود (گیلبرت، ۲۰۰۷) برای تصویر بدنی، رفتارهای خود تنظیم، عزت نفس و نشانگان روانشناختی به کار برده است. که اهم این روش ها می توان به آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هوشیاری و مواردی از این قبیل اشاره نمود.

روش:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. در این روش گروه آزمایش تحت درمان به روش شفقت درمانی قرار می گیرند اما گروه کنترل در لیست انتظار قرار می گیرند و هر دو گروه در زمان یکسان به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ می دهند.

جدول ۱. مدل اجرایی پژوهش

گروه‌ها	گمارش تصادفی	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
گروه آزمایشی	R	T1	x	T2
گروه کنترل	R	T1	-	T2

متغیر مستقل : درمان به روش شفقت درمانی

متغیر وابسته: تصویر بدنی، رفتارهای خود تنظیم، عزت نفس و نشانگان روانشناختی

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی شهر .. خواهند بود. به منظور انتخاب نمونه به کلینیک ها ... مراجعه خواهد شد و تعداد ۳۰ نفر دختران نوجوان که براساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی واجد ملاکهای تشخیصی ملال جنسیتی خواهند بود انتخاب خواهند شد. طبق جدول کوهن، جهت بررسی و مقایسه دو گروه و با در نظر گرفتن حداقل توان آزمون لازم و اندازه اثر متوسط و احتمال خطای ۰/۰۵، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته می شود و تقسیم افراد در دو گروه و همچنین گمارش نوع کاربندی در گروه‌ها نیز به صورت تصادفی صورت خواهد گرفت. لذا تعداد نمونه ۳۰ نفر (۱۵نفر به ازای هر یک از گروههای آزمایش و کنترل به این صورت که هر گروه از تعداد مساوی دختران نوجوان مبتلا به ملال جنسیتی تشکیل می شود) به روش نمونه گیری هدفمند پس از احراز شرایط ورود به پژوهش انتخاب خواهند شد.

ملاک های ورود به پژوهش

۱. نداشتن اختلال بارز روان‌شناختی و عدم مراجعه بدلیل اختلالات روانی در ۶ ماه گذشته به مراکز مشاوره و درمانی و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته
۲. نداشتن بیماری جسمانی خاص
۳. دختران نوجوان با دامنه سنی ۱۸-۱۲ سال

ملاک های های خروج

۱ عدم تکمیل فرم رضایت نامه

۲ غیبت بیش از دو جلسه

ابزار:

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی .

این پرسشنامه توسط لیتلتون و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و حاوی ۱۹ آیتم که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ی ظاهرش می پردازد. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) ساختار عاملی پرسش نامه را نیز بررسی کرده اند. نتایج، نشانگر دو عامل مهم و معنی دار بود که عامل اول از یازده ماده تشکیل شده و نارضایتی فرد از ظاهر خود، وارسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده را در بر می گرد و عامل دوم با هشت ماده میزان تداخل نگرانی درباره ی ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می دهد. در این ابزار از آزمودنی خواسته می شود در مورد هر یک از ماده ها، میزانی که آن ماده احساسات یا رفتارش را نشان می دهد، روی مقیاسی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافقم) درجه بندی کند. در این مقیاس نمره ی ۱ به معنی این است که (هرگز این احساس را نداشته ام یا این کار را انجام نداده ام) و نمره ۵ به این معنی است که (همیشه این احساس را دارم با این کار را انجام می دهم) نمره کل پرسشنامه، بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمره ی بیشتر، نشانگر بالا بودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است.لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی، بررسی کرده و ضریب آلفای کرنباخ ۰/۹۳ را به دست آورد. ضریب همبستگی هر یک از سوالات با نمره کل پرسشنامه، از ۰/۳۲ تا ۰/۷۲ با میانگین ۰/۶۲ بوده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش نمود. روایی همگرایی این مقیاس از طریق محاسبه ی ضریب همبستگی آن با پرسش نامه ی وسواس اجباری پادوآ و پرسش نامه ی اختلالات خوردن بررسی شده و ضرایب همبستگی آن با این ابزار ها به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴ بدست آمده است ($p<۰/۰۱$). در ایران محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۴) میزان آلفای کرونباخ کلی ۰/۸۴ از این پرسشنامه بدست آمد. و در مجموع از ۱۹ سوال دو عامل نارضایتی از بدن و تداخل درباره عملکرد اجتماعی شناسایی شد. میزان آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۴ و برای عامل دوم ۰/۷۴ محاسبه گردید. در پژوهش حیدری و علی پور

خدادادی (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی و زیرر مقیاس های آن به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۶، خرده مقیاس اول ۰/۸۴ (نارضایتی ظاهر) و خرده مقیاس دوم ۰/۷۱ (تداخل در عملکرد) می باشد که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه مذکور است. در تحقیق بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) ضریب همبستگی بین مقیاس ترس از تصویر بدنی و مقیاس ترس از ارزیابی منفی از ظاهر جسمانی، ۰/۵۵ و ضریب همبستگی مقیاس ترس از تصویر بدنی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی ۰/۴۳ بود که در سطح p<۰/۰۰۱ معنی دار بود.

چک لیست نشانگان روانی SCL.90.R:

آزمون SCL.90.R برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ به وسیله دراگوتیس و همکارانش براساس تجربیات بالینی و تحلیل های روان سنجی قبلی به صورت و شکل فعلی ارائه و معرفی شد(دراگوتیس[1] و کلری[2]، ۱۹۷۷). از آن به بعد این آزمون در مطالعات زیادی مورد استفاده قرار گرفته است. آزمون SCL.90.R یک فهرست علائم روانی خود گزارشی دهی ۹۰ سوالی است که به وسیله تحقیقات روان سنجی بالینی به وجود آمده است. این آزمون شامل ۹۰ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۰=هیچ، ۱= کمی، ۲=تاحدودی، ۳= زیاد، ۴= به شدت) می باشد. این ابزار ۹ بعد از علائم روان پزشکی (شکایت جسمانی، وسواس فکری – عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی) را مورد بررسی قرار می دهد. در این مقیاس ۷ ماده اضافی نیز وجود دارد که در هیچ یک از ابعاد یاد شده طبقه بندی نشده است و با عنوان سایر از آنها یاد می شود. این آزمون حالت های فرد را از یک هفته پیش مورد ارزیابی قرار می دهد(دراگوتیس و کلری، ۱۹۷۷؛ حبیب زاده ، ۱۳۸۰). علاوه بر ابعاد نه گانه فوق ۳ معیار کلی نیز در این آزمون گنجانده شده که شامل علائم مرضی(GSI)، معیار ضریب ناراحتی(PSDI) و جمع علائم مرضی (PST) می باشد و نمره گذاری و تفسیر آزمون براساس ۳ شاخص کلی صورت می گیرد(دراگوتیس و کلری، ۱۹۷۷؛ حبیب زاده ، ۱۳۸۰). این پرسشنامه در پژوهش های زیادی در خارج و داخل مورد استفاده قرار گرفته و از روایی بالایی برخوردار بوده است. دراگواتیس، ریکلز و راک (۱۹۷۶)، ضرایب روایی ملاکی همزمان ابعاد نه گانه این آزمون را با پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا (MMPI) به استثنای

[1] Derogatis, L.R
[2]Cleary, P. A

مقیاس وسواس اجباری بین ۳۶٪ تا ۷۳٪ گزارش کرده اند که همگی در سطح یک درصد (P>0/01) معنادار بوده است (دراگوتیس، ۲۰۰۰). دراگوتیس، مورو، فتینگ، پتمن (۱۹۸۴-۱۹۸۳) در یک مطالعه همه گیر شناسی بیماریهای روانی که در چندین مرکز سرطان شناسی با استفاده از آزمون (SCL-90-R) به عنوان وسیله سرند کردن انجام دادند. نتایج تحقیق حاکی از قدرت مناسب آزمون در تمیز و تشخیص افراد سالم از بیمار بوده است. همچنین نتایج نشان داد که این آزمون به خوبی قادر به تشخیص بیماران سرند شده که نیازمند مداخله درمانی بودند در مقایسه با کسانی که نیازی به شیوه درمانی نداشته بودند(دراگوتیس، ۲۰۰۰).

مقیاس خود تنظیمی

به منظور اندازه گیری خود تنظیمی از پرسشنامه خود تنظیمی براون میلر و لاوندوسکی[1] (۱۹۹۹) استفاده شد. این پرسشنامه در برگیرنده ۶۳ گویه است و برای سنجش فرآیندهای خودتنظیمی از طریق خود گزارش دهی ساخته شده است. پرسشنامه مذکور ۷ مؤلفه را می سنجد که عبارتند از: دریافت اطلاعات مناسب، ارزیابی اطلاعات و مقایسه آن با هنجارها، هدایت کردن تغییرات"، جستجوی گزینه ها، طرح ریزی، اجرای برنامه ارزیابی اثر بخشی برنامه دامنه نمرات در این پرسشنامه از ۶۳ تا ۳۱۵ است. براون میلر و لاوندوسکی (۱۹۹۹) قابلیت اعتماد پرسشنامه را به شیوه -آزمون- پس آزمون و آلفای کرونباخ در مصرف کننده الکل به ترتیب ۹۴ و ۹۱ به دست آوردند. آنها همچنین اعتبار همزمان آن را با اندازه های مصرف الکل به دست آوردند و دریافتند که بین خود تنظیمی و مصرف الکل در یک موقعیت همبستگی منفی و معناداری وجود دارد کسب نمره ۲۳۹ و بالاتر در این پرسشنامه نشاندهنده خود تنظیمی بالا، ۲۳۸-۲۱۴ ، خود تنظیمی متوسط، و کسب نمره ۲۱۳ و پایینتر بیانگر ظرفیت خود تنظیمی پایین است.

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت(SEI)

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت(SEI) که برای اندازه‌گیری و سنجش عزت نفس بکار می‌رود، در سال ۱۹۶۷ توسط کوپر اسمیت بـراساس تـجدید نظری که وی بر روی مقیاس راجرز و دایموند انجام داد، تهیه و

[1]Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A

تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده به صورت بلی و خیر است. ۸ ماده از این پرسشنامه دروغ گویی را می‌سنجند و ۵۰ ماده باقی مانده به سنجش چهار زیر مقیاس این پرسشنامه اختصاص دارد. زیرمقیاس‌های پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (SEI) عبارتند از: عزت نفس عمومی، عزت نفس خانوادگی، عزت نفس تحصیلی، و عزت نفس اجتماعی (اصغری پور، یکه یزدان دوست، زرگر، ۱۳۹۱).

نمره گذاری. نمره گذاری پرسشنامه به صورت ۰ و ۱ است، بلی نمره یک و خیر نمره صفر می گیرد. دامنه نمرات از ۰ تا ۵۰ است. چنانچه آزمودنی از ۸ ماده دروغ سنج بیش از ۴ بگیرد اعتبار آزمون پایین است. نمره عزت نفس کلی آزمودنی نیز بر حسب مجموع نمره های چهار زیر مقیاس آزمون محاسبه می شود(علوی و جنتی فرد، ۱۳۹۱).

جدول ۳-۳. سوالات مربوط به مقیاس و شیوه نمره گذاری (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۹)

مقیاس ها	سوالات	
عزت نفس عمومی	بلی	۴۷، ۴۳، ۳۹، ۳۸، ۲۷، ۱۹، ۱۴
	خیر	۳، ۵۷، ۵۶، ۵۵، ۵۱، ۴۸، ۳۵، ۳۴، ۳۱، ۳۰، ۲۵، ۲۴، ۱۸، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۷
عزت نفس خانوادگی	بلی	۲۹، ۲۰، ۹
	خیر	۴۴، ۲۲، ۱۶، ۱۱، ۶
عزت نفس اجتماعی	بلی	۲۸، ۱۴، ۸، ۵
	خیر	۵۲، ۴۹، ۴۰، ۲۱
عزت نفس شغلی/تحصیلی	بلی	۴۶، ۴۲، ۳۷، ۳۳
	خیر	۵۴، ۲۳، ۱۷، ۲
مقیاس دروغ سنج	بلی	۵۸، ۵۳، ۵۰، ۴۵، ۴۱، ۳۶، ۳۲، ۲۶.

جدول ۳-۴. میزان عزت نفس و دامنه نمرات آن(فتحی آشتیانی، ۱۳۸۹)

میزان عزت نفس	نمرات
عزت نفس ضعیف	۲۶ و کمتر
عزت نفس متوسط	۴۳-۲۷
عزت نفس قوی	۴۴ و بیشتر

روایی و پایایی. پژوهش های متعددی به روایی و اعتبار بالای پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت اشاره داشتند (برینکمن[1]، سگو[2] و سولار[3]، ۱۹۸۹؛ لارا-کانت[4]، وردوزکو[5]، آسودو[6] و کورتز[7]، ۱۹۹۳). کوپر اسمیت (۱۹۶۷) ضریب همسانی درونی ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ را برای آزمون عزت نفس گزارش کرده است. روش بازآزمایی ضریب اعتبار این آزمون در ایران با فاصله چهار هفته و دوازده روز به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ گزارش شده است و ضریب همسانی درونی گزارش شده بین ۰/۸۹ تا ۰/۸۳ در مطالعات مختلف متغیر بوده است. در بررسی روایی آزمون کوپر اسمیت، نایبی فرد، (۱۳۸۲)، روایی همگرایی مثبت بین آزمون کوپراسمیت و آزمون عزت نفس آیسنک را ۰/۷۸ به دست آورده است (به نقل از نایبی فرد، ۱۳۸۲). پایایی پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت در پژو هش شهنی ییلاق و همکاران(۱۳۸۶) با دو روش تصنیف و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ به دست آمده است. همچنین ضریب همبستگی بین دو پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت و مقیاس عزت نفس ایزنک[8] برابر با ۰/۴۹ بود که در سطح $p <$ ۰/۰۰۱ معنادار بود. در پژوهش شهبازی و وزینی طاهر(۱۳۹۲) ضریب پایایی r=۸۶/۵ بدست آمد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار بود همچنین با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، میزان پایایی درونی این پرسشنامه ۰/۷۸ بدست آمد.

پکیج درمان مبتنی بر شفقت

در این پژوهش برای آموزش درمان مبتنی بر شفقت از روش درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت(۲۰۰۷) استفاده می‌شود.

تعداد جلسات آموزش ۸ جلسه می باشد، که هفته ای یک جلسه دو ساعته برگزار خواهد شد.

---

[1]- Brinkmann, H
[2] -Segure, M. T
[3]- Solar, R. M
[4]- Lara–cantu, M. A
[5]- Verduzco, M. A
[6]- Acevedo, M
[7]-Cortes. J
[8]- Eysenck

جدول ۳. موضوعات جلسات آموزش روش درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت(۲۰۰۷)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و یا درمان مگر، بیان بهدف تشکیل گروه و اهمیت مسأله، تعریف نقش عوامل روانشناختی مثبت در بیماری سرطان و علائم روانشناختی افراد، معرفی درمان مبتنی بر شفقت درمانی و رویکردهای جدید روان شناسی در درمان سرطان، تعین رنوس و ساختار کلی جلسات، آشنایی با شفقت و شفقت به خود
جلسه دوم	مرور جلسه قبل، آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هوشیاری، آموزش تغیر اولویتها و زمینه های مهم با استفاده از کسب بینش، دریافت بازخورد
جلسه سوم	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شغقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش با آدم نمی خواره اصل مردم آمیزی یا غرق شدن در رابطه و ... دریافت بازخور
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم خوش بینی، اصل صمیمیت با دوستان، أصل خلوت گزینی، اصل تنفس آرام بخش و احساس راحتی و چشم پوشی کردن و بخشش یا اصل کنار گذاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه مؤثر – دریافت بازخورد
جلسه ششم	مرور جبسه فیل و شروع به کارگیری تکنیک های کاهش ترس و مواجهه با ترس های روانشناختی مبهم، ارائه راهکارهای آرامش سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی مؤثر و ارائه بازخوردهای لازم
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل و آموزش مراقبه شمارش تنفس، آموزش ایراتگری خود و مواجه با نیازهای درنونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد
جلسه هشتم	مرور و خاتمه تکنیکهای درمانی مبتنی بر شفقت درمانی و ارائه خلاصه ای از راهبردها و تکنیکهای تأثیرگذار

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده توسط پرسشنامه های فوق، از شاخص های و روش های آمارتوصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده ها و سپس از آمار استنباطی برای بدست آوردن تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار22- spss استفاده خواهد شد.

منابع فارسی

پیرایه، لیلا؛ محسنی، مصطفی و قانعی فرد، لیلا. (۱۳۹۶). تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی. کنگره انجمن روانشناسی ایران.

احمدی، راحله؛ سجادیان، ایلناز و جعفری، فریبا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به

منابع لاتین

Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention.**Mindfulness**,6(3), 444-454.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. BMC