




Original Article

## Body Shame-Based Model Using Mindfulness and Mediating Role of Self-Compassion in Patients with Cancer

Fatemeh Mahdipour<sup>1</sup>, PhD Candidate;  Kobra Hajalizadeh<sup>2\*</sup>, PhD;  Seyyed Hamzeh Seddigh<sup>3</sup>, PhD 

<sup>1</sup>PhD Candidate, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

<sup>2</sup>Associate Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

<sup>3</sup>Assistant Professor, Department of Psychiatry, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: Aug. 16, 2023

Accepted: Dec. 29, 2023

#### \*Corresponding Author:

Kobra Hajalizadeh, PhD;  
Associate Professor, Department of  
Psychology, Bandar Abbas Branch,  
Islamic Azad University, Bandar  
Abbas, Iran

Email: [ph\\_alizadeh@yahoo.com](mailto:ph_alizadeh@yahoo.com)

### Abstract

**Introduction:** Patients experience cognitive, emotional, psychological, and physiological disruptions as well as body shame as a result of the emergence of physiological disorders such as cancer and the treatment process. Accordingly, the present study aimed to identify a structural model of body shame based on mindfulness, with the mediating role of self-compassion in people with cancer.

**Methods:** The applied research was conducted based on correlation through structural equation modeling. The statistical population included individuals with cancer disease who were referred to Bandar Abbas Medical Centers in 2022. In this research, 200 patients with cancer were selected using the available sampling method. The research instruments were the Body Shame Questionnaire (Duarte et al, 2015), the Mindfulness Skills Questionnaire (Baer, Smith, Allen, 2004), and the Self-Compassion Questionnaire (Neff, 2003). SPSS software and Amos software were used to analyze the data using structural equation modeling.

**Results:** The results showed that mindfulness had a significant direct effect on self-compassion and body shame of people with cancer, accounting for 21.3% and 25.3% of the variance of these variables, respectively. Besides, self-compassion had a significant direct effect on the body shame of people with cancer, which also accounted for 22.1% of the variance of this variable. Self-compassion had a significant mediating role in the relationship between mindfulness and body shame ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Considering the significant mediating role of self-compassion, the occurrence of body shame in people with cancer could be reduced by implementing effective interventions, such as self-compassion training. Since self-compassion could act as a buffer against the effects of negative events. Individuals with self-compassion accepted negative life events more easily, and their self-evaluations and reactions were more accurate and based on their performance.

**Keywords:** Shame, Mindfulness, Self-compassion, Neoplasms

#### Please cite this article as:

Mahdipour F, Hajalizadeh K, Seddigh SH. Body Shame-Based Model Using Mindfulness and Mediating Role of Self-Compassion in Patients with Cancer. Sadra Med. Sci. J. 2024; 12(4): 574-586.



## مقاله پژوهشی

## ارائه مدل شرم بدنی بر اساس ذهن آگاهی با نقش میانجی گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به سرطان

فاطمه مهدی پور<sup>۱</sup>، کبری حاج علیزاده<sup>۲\*</sup>، سید حمزه صدیق<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران  
<sup>۳</sup> استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

## چکیده

## اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

نویسنده مسئول:

کبری حاج علیزاده

دانشیار گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

پست الکترونیکی: [ph\\_alizadeh@yahoo.com](mailto:ph_alizadeh@yahoo.com)

**مقدمه:** بروز بیماری‌های مزمن همانند بیماری سرطان و فرایند درمانی آن نظم شناختی، هیجانی، روانی و جسمانی بیماران را مختل و آنان را با شرم بدنی مواجه می‌سازد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر، الگویابی ساختاری شرم بدنی بر اساس ذهن آگاهی با نقش میانجی گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به سرطان بود. **مواد و روش‌ها:** پژوهش از نوع کاربردی و روش پژوهش همبستگی به شیوه مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۱ و حجم نمونه شامل ۲۰۰ نفر از آنان بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های شرم بدنی، مهارت‌های ذهن آگاهی و پرسشنامه خودشفقتی بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، به وسیله نرم‌افزار SPSS و Amos و ویرایش ۲۳ صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ذهن آگاهی بر خودشفقتی و شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان اثر مستقیم معنادار داشت و توانست به ترتیب ۲۱/۳ و ۲۵/۳ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. در نهایت خودشفقتی بر شرم بدنی ( $\beta = -0.471, P = 0.05$ ) بیماران مبتلا به سرطان اثر مستقیم معنادار گذاشت و توانست ۲۲/۱ درصد از واریانس این متغیر را تبیین نماید و در رابطه بین ذهن آگاهی با شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان نیز نقش میانجی معنادار را ایفا کند ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نقش میانجی معنادار خودشفقتی، می‌توان با به‌کارگیری مداخلات مؤثر همانند آموزش شفقت به خود از بروز شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان کاست. چراکه خودشفقتی در مقابل اثرات وقایع منفی مانند ضربه‌گیر عمل می‌کند. افرادی که روحیه خودشفقتی دارند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی آن‌ها در زندگی است.

**کلمات کلیدی:** شرم، ذهن آگاهی، خودشفقتی، سرطان

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

مهدی پور ف، حاج علیزاده ک، صدیق س ح. ارائه مدل شرم بدنی بر اساس ذهن آگاهی با نقش میانجی گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به سرطان. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۲، شماره ۴، پاییز ۱۴۰۳، صفحات ۵۷۴-۵۸۶.

می‌شود و شامل مؤلفه بیرونی (این احساس که دیگران فرد را حقیر و ناقص ببینند)، مؤلفه خودارزیابی درونی<sup>۲</sup>، مؤلفه هیجانی (احساس خشم، انزجار، حقارت)، مؤلفه رفتاری (اجتناب از دیده شدن یا تماس چشمی) و نیز مؤلفه فیزیولوژیک (تجربه تنش و ناآرامی) است (۱۱). شرم بدنی حالتی است که فرد از بدن جدید خود احساس شرم می‌کند و به سبب ترس از طرد اجتماعی و از بین رفتن جنبه‌های زنانگی و مردانگی خود سعی در به‌کارگیری روش‌هایی برای حفظ زیبایی خود دارد (۱۲). این شرم می‌تواند به دو بعد درونی و بیرونی تقسیم شود. شرم بیرونی بر دنیای بیرون متمرکز است و شامل این ادراک است که ویژگی‌های ظاهری تازه ممکن است نقد، قضاوت یا ارزیابی منفی دیگران را برانگیزد. این بعد به حس آشفتگی در جمع یا حتی اجتناب فرد از موقعیت‌هایی که تجربه شرم را در او زنده می‌سازد، ختم می‌شود (۱۳). بعد دوم، یعنی شرم درونی، بر دنیای درونی متمرکز است و به ادراک منفی خود فرد از ویژگی‌های ظاهری او بازمی‌گردد و به این وسیله مرتباً تصویر بدنی ناکافی و پرعیب خود را مورد تأکید قرار می‌دهد (۱۱). در واقع در بعد درونی، تمرکز روی احساسات، ویژگی‌ها و رفتارهای شخص است و در بعد بیرونی بر پردازش شناختی و توجه به آنچه دیگران در مورد شخص فکر می‌کنند (۱۴).

این احساس شرم از بدن در بیماران دچار سرطان پیامدهای بدتری هم دارد. شرم از بدن رابطه معکوسی با رفتار حفظ سلامت دارد و بیماران سرطانی که احساس شرم از بدن دارند، کمتر به دنبال درمان و بهبود خود می‌روند (۱۵)، بنابراین بررسی عوامل و شرایط مرتبط با شرم بدنی و متغیرهایی که بتواند این احساس دردناک را کاهش دهد، حائز اهمیت است.

لامونت<sup>۳</sup> (۱۶) بر اساس پژوهش خود اثبات نمود که یکی از عوامل و متغیرهایی که ممکن است بتواند احساس شرم بدنی بیماران را کاهش دهد، ذهن‌آگاهی<sup>۴</sup> است. از این رو با بالا بردن میزان ذهن‌آگاهی، می‌توان نتایج مثبتی در حوزه‌های سلامت جسمی و بدنی این بیماران پدید آورد (۱۶). هم‌چنین نتایج پژوهش عباسی و خادم‌لو (۱۷) و شهبازی و همکاران (۱۸) نشانگر آن است که ذهن‌آگاهی می‌تواند منجر به کاهش احساس شرم در افراد شود. ذهن‌آگاهی یک فرایند روان‌شناختی است که به آوردن توجه به زمان حال و قرار گرفتن در حالتی بدون قضاوت، یا به عبارتی پرورش آگاهی و هوشیاری با تکیه بر مراقبت و زیر نظر گرفتن توجه

سرطان یکی از سخت‌ترین بیماری‌های موجود در جهان است و به‌عنوان سومین علت مرگ‌ومیر در دنیا شناخته می‌شود. سالانه حدود ۱۸/۴ درصد از مرگ‌ومیر انسان‌ها در جهان به علت سرطان اتفاق می‌افتد (۱). این بیماری به علت قابلیت تکثیر نامحدود سلول‌های بدن به وجود می‌آید. تا کنون بیش از ۲۰۰ نوع سرطان، سلامتی بشر را تحت تأثیر قرار داده است (۲). سرطان ریه در بین مردان و سرطان پستان در بین زنان شایع‌ترین نوع سرطان و علت اصلی مرگ‌ومیر ناشی از آن است (۳). بررسی‌ها نشان می‌دهد که در کشور ما سرطان سینه در زنان و سرطان معده در مردان شیوع بیشتری دارد. از هر ۴ ایرانی، ۱ نفر قبل از ۷۵ سالگی به یکی از انواع سرطان مبتلا می‌شوند (۴). برای بسیاری از بیماران سرطانی، تشخیص سرطان و درمان آن یک تجربه فوق‌العاده استرس‌زا محسوب می‌شود و می‌تواند افراد را در برابر نتایج منفی روان‌شناختی طولانی‌مدت، از جمله پریشانی عاطفی، افسردگی، اضطراب، مشکلات خواب، خستگی و اختلال در کیفیت زندگی، آسیب‌پذیر کند. در نتیجه بیماران سرطانی باید با تغییرات چشمگیر زندگی که در طول مسیر درمان خود با آن روبه‌رو می‌شوند، سازگار گردند (۵). تحقیقات منتشرشده در دهه‌های اخیر بر ویژگی‌های آسیب‌زای یک بیماری تهدیدکننده زندگی مانند سرطان تأکید کرده و نشان داده است که چگونه بیماران سرطانی پاسخ‌های سازگاری در مقابل ضربه روانی ناشی از بیماری را نشان می‌دهند (۶، ۷).

دوره درمان سرطان و بازگشت به زندگی یک دوره بحرانی است که در آن افراد مبتلا ممکن است با تغییر وزن، تغییر در شکل بدن، جای زخم، ریزش مو، از بین رفتن یا تغییر شکل بخشی از بدن، از دست دادن عضله و یا ضعف آن، ورم و بسیاری علائم دیگر روبه‌رو شوند (۸). فرهنگ حاکم جامعه بر بدنی ایده‌آل تأکید دارد و این امر زمینه را برای ناراحتی و آشفتگی روانی و هیجانی بیماران سرطانی فراهم می‌سازد و باعث می‌شود تا آن‌ها احساس شرم<sup>۱</sup> کنند (۹). مبتلایان به دلیل دریافت دارو و شیمی‌درمانی وضعیت ظاهری و جسمانی متفاوت از قبل پیدا می‌کنند و این روند زمینه را برای بروز ادراک شرم بدنی مهیا می‌سازد (۱۰). شرم یک هیجان دردناک و بازتاب یک خویش‌نمایی معیوب و پرنقص در ادراک فرد است (۹). شرم هم‌چنین به‌عنوان یک سازه چندوجهی شناخته

2. Internal self-assessment

3. Lamont

4. Mindfulness

1. Body shame

سلامت روان‌شناختی افراد مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند. تائو و همکاران<sup>۱۰</sup> (۳۰)؛ گلر<sup>۱۱</sup> و همکاران (۳۱)؛ زنگ<sup>۱۲</sup> و همکاران (۳۲)؛ ساتاک و آرائو<sup>۱۳</sup> (۳۳)؛ استفان<sup>۱۴</sup> (۳۴)؛ سانبال و گانری<sup>۱۵</sup> (۳۵) نیز نشان داده‌اند که خودشفقتی می‌تواند نقش میانجی را در رابطه بین متغیرهای مختلف همانند اضطراب، قدردانی از بدن و فعالیت‌های ذهن‌آگاهانه ایفا نماید.

خودشفقتی به‌عنوان تمایل شخص به رفتار مهربانانه و محافظت‌کننده از خود هنگام مواجهه با اندوه و پریشانی تعریف می‌شود (۳۶). خودشفقتی به‌عنوان حساسیت به درد و رنج خویش با یک تعهد برای کاهش و تسکین آن‌ها دانسته شده است (۳۲). خودشفقتی شامل سه مؤلفه «مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود»، «اشتراکات انسانی در مقابل انزوا» و «هوشیاری در برابر همانندسازی افراطی» تعریف شده است. ترکیب این سه مؤلفه، مشخصه فردی است که به خود شفقت دارد (۳۴). اصول پایه و مبانی نظری خودشفقتی به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۳۱). بررسی‌ها نشان می‌دهد خودشفقتی بالا باعث عملکرد روانی بهتر و کمک به کاهش آسیب‌های روانی می‌گردد (۲۸).

از آنجاکه در بیماری‌های مزمن مانند بیماری سرطان، علائم بیماری و فرایند درمان به شکل طولانی و بعضاً مزمن است، بهتر است که عوامل قابل دستکاری روان‌شناختی و هیجانی مؤثر بر بیماری افراد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به موقع آن‌ها به کاهش پریشانی هیجانی و روانی فرد کمک شود. این امر ضرورت انجام این مطالعه را تبیین می‌کند.

در این پژوهش با مطالعه ادبیات مربوط به احساس شرم بدنی به گزینش متغیرهای مهم و نقش این متغیرها در تبیین این سازه در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شد. در پژوهش‌های قبلی به کشف روابط همبسته یک متغیر با شرم بدنی پرداخته شده است، اما با توجه به پیچیدگی موضوع شرم بدنی، شناخت مجموعه‌ای از متغیرهای مؤثر بر شرم بدنی تصویر دقیق‌تری از آن ارائه می‌دهد.

در زمان حال تأکید دارد (۱۹). ذهن‌آگاهی با استفاده از تمرین‌هایی که با زندگی روزمره ادغام می‌شود، به افراد کمک می‌کند تا با وضعیت‌های دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آن‌ها به‌صورت یک ذهن انسجام‌یافته استفاده کنند (۱۷). از طریق فعالیت‌های ذهن‌آگاهانه نظیر ذهن‌آگاهی تنفس و بدن، مراقبه یوگای هوشیارانه و مراقبه وارسی بدن، مراقبه‌های غیررسمی (نظیر آگاهانه خوردن، قدم زدن، دوش گرفتن و...) و تمرینات عادت‌شکن، افراد یاد می‌گیرند که در «اینجا» و «اکنون» حاضر باشند (۲۰). این حضور در اینجا و اکنون می‌تواند برای افرادی که از بدن خود شرمگین هستند، مفید واقع شود و کمک کند تا آن‌ها با داشتن یک نگاه بدون قضاوت، میزان کیفیت زندگی خود را بالا ببرند (۱۶). این فرایند باعث می‌شود افراد از بند افکار نشخوارگونه مربوط به گذشته و آینده رها شوند (۱۹). بیماران دچار سرطان که به‌دلیل مشکلات ناشی از این بیماری، تصور منفی و حس نارضایتی از بدن خود دارند، می‌توانند با انجام تمرینات ذهن‌آگاهی، افکار و هیجانات منفی را از خود دور کنند و تصویر بهتری از بدن یا جسم خود ایجاد کنند (۲۱).

بیماران سرطانی نگاه بدبینانه‌ای به خود دارد و نسبت به خود دلسوز نیستند (۱۶). وقتی نگاه آن‌ها به بدن خود شکل منفی و بدبینانه‌ای می‌گیرد، دچار مشکلات و آشفتگی‌های روانی بیشتری هم می‌شوند (۹). پرزدبکی و شرم<sup>۵</sup> (۲۲) باور دارند که اگر این بیماران با خود مهربان باشند یا به عبارتی خودشفقتی<sup>۶</sup> داشته باشند، می‌توانند با تغییرات بدنی خود سازگار شوند و از شکل‌دهی تصویر بدنی منفی در ذهن خود دست بردارند. هم‌چنین می‌فسود<sup>۷</sup> و همکاران (۲۳) نشان دادند که وقتی بیماران دچار سرطان بتوانند مهارت‌های خودشفقتی خود را بالا ببرند و با خود مهربان باشند، میزان نارضایتی از بدن در آن‌ها کاهش، و در مقابل بهزیستی ذهنی افزایش می‌یابد. هم‌چنین قاسمی و همکاران (۲۴)، برزمینی و حسینی (۲۵)، شهبازی و همکاران (۱۸)، کشاورزی ارشدی و همکاران (۲۶) و سلیمان پور و همکاران (۲۷) گزارش کرده‌اند که خودشفقتی می‌تواند منجر به کاهش احساس شرم بدنی در افراد مختلف شود. علاوه بر این، پالمر<sup>۸</sup> و همکاران (۲۸) و لاترن<sup>۹</sup> و همکاران (۲۹) در پژوهش خود نقش شفقت به خود را بر استرس، افسردگی و

10. Tao

11. Geller, Handelzalts, Levy, Barron, Swami

12. Zeng, Wang, Nie, Ouyang, Lei

13. Satake, Arao

14. Ştefan

15. Sünbül ZA, Güneri

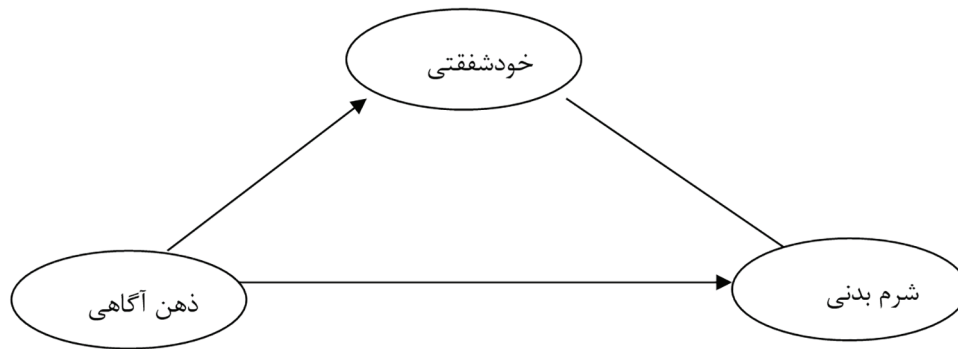
5. Przewdziecki, Sherman

6. Self-Compassion

7. Mifsud

8. Pullmer

9. Lathren



شکل ۱. مدل پژوهش

نیز شامل عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، پاسخ مخدوش به پرسشنامه و بروز حوادث پیش‌بینی نشده همانند ابتلا به بیماری دیگر بود.

### حجم نمونه

از بین جامعه آماری، ۲۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن<sup>۱۶</sup> و تعیین اندازه اثر با توجه به سطح آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش محاسبه گردید، سپس پرسشنامه‌های پژوهش طی فصل زمستان ۱۴۰۱ برای پاسخ به این افراد ارائه گردید. در این بین تعداد ۷ بیمار به پرسشنامه‌ها پاسخ ناقص یا مخدوش دادند که با بیماران دیگر جایگزین شدند.

### ابزار پژوهش

- پرسشنامه شرم از تصویر بدن (BISS)<sup>۱۷</sup>: این پرسشنامه توسط دوارت، پینتو-جوویا، فریرا و باتیستا (۳۷) و به منظور اندازه‌گیری بخشی از شرم اجتماعی که به تصویر بدنی فرد بازمی‌گردد، طراحی شده است. فرم نهایی این ابزار با دو مؤلفه شرم درونی و بیرونی و با تعداد ۱۴ گویه است که با آزمون لیکرت پنج‌درجه‌ای<sup>۱۸</sup> از هرگز (امتیاز صفر) تا تقریباً همیشه (امتیاز ۴) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۵۶، و نمرات بیشتر به معنای شرم بیشتر است. در اعتباریابی خارجی ضریب آلفای کرونباخ<sup>۱۹</sup> کل ۰/۹۲ و برای شرم درونی ۰/۹۰ و برای شرم بیرونی ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۷). همچنین میزان روایی سازه این پرسشنامه نیز مطلوب و به میزان ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۷). صادق‌زاده و شاملی (۱۴) ضمن تأیید روایی محتوایی و همگرایی مقیاس، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، ساختار

این پژوهش با هدف بررسی نقش ذهن آگاهی در شرم بدنی با نقش میانجی‌گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

### فرضیه‌های پژوهش

- فرضیه اول: ذهن آگاهی بر خودشفقتی و شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان اثر مستقیم و غیرمستقیم معنادار دارد.
- فرضیه دوم: خودشفقتی بر شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان اثر مستقیم معنادار دارد و در رابطه ذهن آگاهی با شرم بدنی این بیماران نقش میانجی معنادار را بر عهده می‌گیرد. در (شکل ۱) مدل پژوهش ارائه شده است.

### مواد و روش‌ها

پژوهش از نوع کاربردی و روش پژوهش توصیفی-همبستگی به شیوه مدل‌یابی معادلات ساختاری بود.

### جامعه آماری

جامعه آماری شامل ۳۸۱ نفر از بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید محمدی و مطب پزشکان متخصص پرتودرمانی شهر بندرعباس، در سال ۱۴۰۱ بود.

### معیارهای ورود و خروج

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری سرطان، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و پزشکی بیماران)، عدم برخورداری از آسیب‌های روان‌شناختی مزمن همچون اختلالات اضطرابی، افسردگی و وسواس (با توجه به خود اظهاری و مصاحبه بالینی کوتاه) و داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل، و ملاک‌های خروج از پژوهش

16. Cohen's table

17. Body Image Shame Scale

18. Five-point Likert scale

19. Cronbach's alpha coefficient



در ایران اعتبار یابی شده و با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ساختار شش عاملی پرسشنامه تأیید گردیده و روایی سازه مقیاس کل نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین در پژوهش خسروی، صادقی و یابنده (۳۸) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی نسبت به خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منزوی‌سازی، ذهن‌آگاهی و بزرگ‌نمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ محاسبه شده‌اند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی زیرمقیاس‌های مهربانی نسبت به خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منزوی‌سازی، ذهن‌آگاهی، بزرگ‌نمایی و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ محاسبه شد. همسانی درونی پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر ۰/۷۷ به دست آمد.

• **پرسشنامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی (MSQ):** پرسشنامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی توسط بیر، اسمیت و آلن<sup>۳۱</sup> (۳۹) باهدف بررسی مهارت‌های ذهن‌آگاهی تدوین شده است. این پرسشنامه ۳۹ ماده دارد و برای اندازه‌گیری چهار مؤلفه ذهن‌آگاهی طراحی شده است که عبارت‌اند از: مشاهده‌گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از خیلی به ندرت (نمره یک) تا اکثر مواقع (نمره پنج) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۹ تا ۱۹۵ و نمرات بالاتر به معنای مهارت ذهن‌آگاهی بیشتر است. نتایج تحلیل روان‌سنجی بیر و همکاران (۳۹) نشان داد که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی برخوردار است و ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد مشاهده‌گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ محاسبه شد. نریمانی زاهد و گل‌پور (۴۰) ضمن تأیید روایی محتوایی این پرسشنامه، میزان ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی زیرمقیاس‌های مشاهده‌گری، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۶ و ۰/۷۴

دو عاملی پرسشنامه را با ۱۳ سؤال (۷ سؤال برای شرم بیرونی و ۶ سؤال برای شرم درونی) در دو گروه مردان و زنان تأیید کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ کل و خرده مقیاس شرم بدنی درونی و بیرونی در نمونه زنان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۹ و در مردان ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش شد (۱۴). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های شرم درونی و بیرونی و نمره کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۸۹ محاسبه گردید. همسانی درونی پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

• **پرسشنامه خودشفقتی (SCQ):** پرسشنامه خودشفقتی یک ابزار ۲۶ سؤالی است که به‌وسیله نف<sup>۲۱</sup> (۳۶) برای سنجش میزان خودشفقتی در ۶ بعد مهربانی نسبت به خود<sup>۲۲</sup> (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود<sup>۲۳</sup> (۵ گویه)، احساسات مشترک انسانی<sup>۲۴</sup> (۴ گویه)، منزوی‌سازی<sup>۲۵</sup> (۴ گویه)، ذهن‌آگاهی<sup>۲۶</sup> (۴ گویه) و بزرگ‌نمایی<sup>۲۷</sup> (۴ گویه) ساخته شده است. این پرسشنامه در دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره تقریباً هرگز (نمره ۱) تا تقریباً همیشه (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ و نمره بیشتر، نشانه شفقت بیشتر نسبت به خود است. ضریب همبستگی عامل‌های شش‌گانه این پرسشنامه و نمره کل در سطح ۰/۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است (۳۶). نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط نف (۲۰۰۳) پایایی و روایی بالایی را برای آن نشان داده است. همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ به دست آمده است. برای بررسی روایی همگرا از مقیاس حرمت خود روزنبرگ<sup>۲۸</sup> (۱۹۷۰) استفاده شد که ۰/۵۹ به دست آمد. همچنین روایی افتراقی از طریق اجرای مقیاس شخصیت خودشیفته<sup>۲۹</sup> (۱۹۸۴) محاسبه و همبستگی معنادار میان نمرات این دو مقیاس (خودشفقتی و شخصیت خودشیفته) به دست نیامد که حاکی از روایی افتراقی بالاست (۳۶). این پرسشنامه توسط خسروی، صادقی و یابنده (۳۸)

20. Self-Compassion Questionnaire

21. Neff

22. Kindness to yourself

23. Judging yourself

24. Common human emotions

25. Isolation

26. Mindfulness

27. Magnification

28. Rosenberg self-esteem scale

29. Narcissistic personality scale

30. Mindfulness Skills Questionnaire

31. Baer, Smith & Allen

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
	شرم درونی	۱۲/۸۴	۴/۷۰	-۰/۷۶	-۱/۱۹
شرم بدنی	شرم بیرونی	۱۴/۴۸	۷/۱۳	-۰/۶۷	-۱/۳۷
	نمره شرم بدنی	۲۷/۳۳	۱۰/۱۵	-۰/۷۲	-۱/۲۷
	مهربانی با خود	۱۴/۲۷	۳/۶۲	-۰/۵۵	-۱/۳۹
	کاهش قضاوت خود	۱۲/۰۰۵	۲/۹۸	۰/۵۶	-۱/۳۷
	اشتراکات انسانی	۱۲/۱۶	۳/۰۲	۰/۵۶	-۱/۳۰
خودشفقتی	انزوا	۱۲/۳۶	۲/۹۵	-۰/۳۹	-۱/۵۸
	ذهن آگاهی	۱۳/۰۱	۳/۰۸	-۰/۸۹	-۱/۴۲
	هماندسازی افراطی	۱۲/۹۴	۳/۰۴	-۰/۵۸	-۱/۱۱
	نمره کل خودشفقتی	۱۶/۷۵	۱۰/۱۶	-۰/۶۳	-۱/۴۱
	مشاهده‌گری	۳۵/۹۶	۶/۰۰۵	-۰/۷۴	-۰/۹۹
	توصیف‌گری	۲۵/۵۷	۵/۹۷	-۰/۶۳	-۱/۱۱
ذهن آگاهی	عملکرد	۲۷/۸۷	۶/۱۱	-۰/۴۹	-۱/۰۸
	پذیرش	۲۶/۸۱	۵/۳۹	۰/۶۶	-۱/۲۶
	نمره کل ذهن آگاهی	۱۱۶/۳۸	۱۸/۳۱	-۰/۸۰	-۱/۳۹

### یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که در پژوهش حاضر ۱۲۱ (۶۰/۵ درصد) زن و ۷۹ (۳۹/۵ درصد) مرد مشارکت داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن  $41/50 \pm 8/99$  و مدت بیماری در آنان  $3/35 \pm 1/20$  بود. در این بیماران ۴۰ نفر (۲۰ درصد) سرطان سینه، ۲۴ نفر (۱۲ درصد) پروستات، ۱۹ نفر (۹/۵ درصد) پوست، ۴۱ نفر (۲۰/۵ درصد) معده، ۳۴ نفر (۱۷ درصد) روده، ۲۳ نفر (۱۱/۵ درصد) خون و ۱۹ نفر (۹/۵ درصد) سرطان مغز داشتند. در بیماران مبتلا به سرطان، ۷۶ (۳۸ درصد) مجرد و ۱۲۴ (۶۲ درصد) نفر متأهل بودند. از این تعداد ۶۲ نفر (۳۱ درصد) زیردیپلم، ۶۰ نفر (۳۰ درصد) دیپلم، ۱۵ نفر (۷/۵ درصد) فوق دیپلم، ۴۷ نفر (۲۳/۵ درصد) کارشناسی، ۱۲ نفر (۶ درصد) کارشناسی ارشد و ۴ نفر (۲ درصد) دکتری بودند. یافته‌های توصیفی متغیرها در (جدول ۱) ارائه شده است.

پس از ارائه یافته‌های توصیفی متغیرها به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون<sup>۳۳</sup>، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت (شکل ۲).

33. Pearson correlation test

۰/۷۹ محاسبه شد. همسانی درونی پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر ۰/۷۳ به دست آمد.

### روش تحلیل داده‌ها

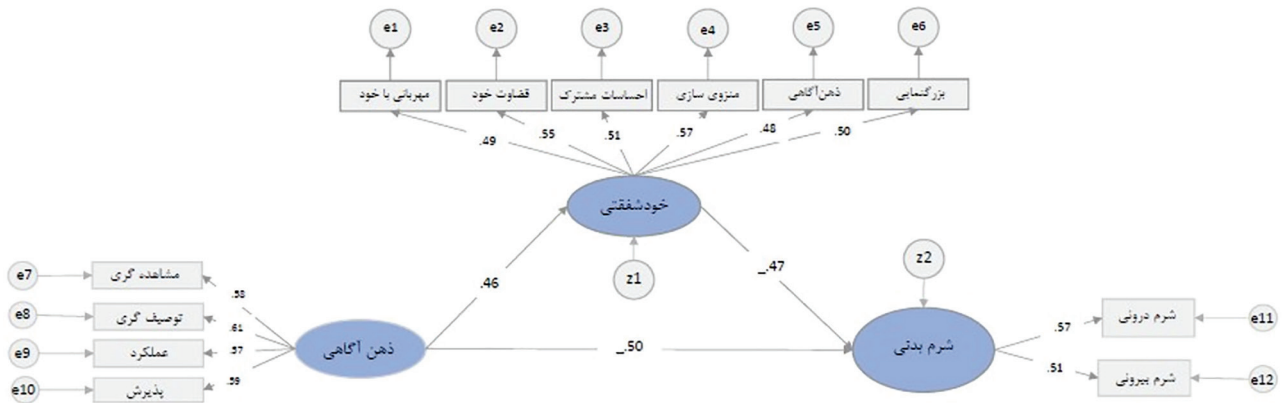
تجزیه و تحلیل یافته‌ها در دو بخش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی) و آمار استنباطی (مدل‌سازی معادلات ساختاری) و آزمون بوت‌استرپ<sup>۳۲</sup> انجام شد. فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Amos (هر دو نرم‌افزار ویرایش ۲۳) صورت گرفت.

### ملاحظات اخلاقی

• جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش کسب شد و آنان از کلیه مراحل انجام پژوهش آگاه شدند. علاوه بر این، به این افراد اطمینان داده شده که اطلاعات آن‌ها به شکل محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت بی‌نام منتشر خواهد شد.

• مقاله حاضر با کد اخلاق IR.IAU. BA.RES.1401.015 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس ثبت شده است.

32. Bootstrap test



شکل ۲. الگوی ساختاری نهایی مدل شرم بدنی بر اساس ذهن آگاهی با نقش میانجی گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به سرطان

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون بین ذهن آگاهی و خودشفقتی با شرم بدنی در بیماران مبتلا به سرطان

متغیرها	ذهن آگاهی	خودشفقتی	شرم بدنی
ذهن آگاهی	۱		
		۱	
خودشفقتی	-.۰۴۴***	۱	
			۱
شرم بدنی	-.۰۴۹***	-.۰۴۷***	۱

P=۰/۰۱ :\*\*\*

آزمودنی‌ها  $\chi^2/df$  برابر با ۳۶ (۱/۱۱)؛  $GFI$  برابر با ۰/۹۵۹؛  $AGFI$  برابر با ۰/۹۳۱؛  $IFI$  برابر با ۰/۹۶۳؛  $CFI$  برابر با ۰/۹۶۹؛  $PCFI$  برابر با ۰/۷۲۵؛  $NFI$  برابر با ۰/۹۷۷؛ و  $RMSEA$  برابر با ۰/۰۶۳ است. این یافته‌ها نشانگر برازش مناسب مدل پیشنهادی بود.

پیش از ارائه توضیحات مربوط به (جدول ۴) اشاره به چند نکته ضروری است. از نظر کلی یک الگوی مناسب از لحاظ شاخص‌های برازش باید خدو غیر معنادار، نسبت خدو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص نیکویی برازش ( $GFI$ )، شاخص برازش تطبیقی ( $CFI$ ) و شاخص برازندگی هنجار شده ( $NFI$ ) بیشتر از ۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته ( $AGFI$ ) بالاتر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد ( $PCFI$ ) بالاتر از ۰/۵۰، شاخص برازش افزایشی ( $IFI$ ) بزرگ‌تر از ۰/۹ و تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا ( $AMSE$ ) کوچک‌تر از ۰/۰۹ داشته باشد.

36. Chi-square/Degrees of Freedom Ratio

37. Goodness of Fit Index

38. Adjusted Goodness of Fit Index

39. Incremental Fit Index

40. Comparative Fit Index

41. Parsimonious Comparative Fit Index

42. Normed Fit Index

43. Root Mean Square Error of Approximation

پیش فرض همگنی واریانس<sup>۳۴</sup> توسط آزمون لوین<sup>۳۵</sup> مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود؛ یعنی پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای ذهن آگاهی، شرم بدنی و خودشفقتی در بیماران مبتلا به سرطان رعایت شده است ( $P=۰/۰۵$ ).

با توجه به ضریب همبستگی پیرسون که در (جدول ۲) مشخص شده است، بین متغیرهای پژوهش به صورت دوطرفه رابطه معنادار وجود دارد. پس از اطمینان از وجود همبستگی بین مؤلفه‌ها به بررسی جدول ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مدل معادلات ساختاری شرم بدنی بر اساس ذهن آگاهی با نقش میانجی گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شد. در ابتدا برای تعیین کفایت برازندگی مدل پیشنهادی، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی استفاده گردید که نتایج آن در (جدول ۳) ارائه شده است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳ ملاحظه می‌شود که در مدل پیشنهادی تحقیق برای کل نمونه

34. Assumption of homogeneity of variance

35. Levene's test



جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی در پژوهش

RMSEA	NFI	PCFI	CFI	IFI	AGFI	GFI	P value	CMIN/df	df	$\chi^2$
۰/۰۶۳	۰/۹۷۷	۰/۷۲۵	۰/۹۶۹	۰/۹۶۳	۰/۹۳۱	۰/۹۵۹	۰/۲۵	۱/۱۱	۲۴۳	۲۶۹/۷۳

$\chi^2$ : خی اسکوار؛ df: درجه آزادی؛ CMIN/df: نسبت خی اسکوار به درجه آزادی؛ P-value: معناداری؛ GFI: شاخص نیکویی برازش؛ AGFI: شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته؛ IFI: شاخص برازش افزایشی؛ CFI: شاخص برازش تطبیقی؛ PCFI: شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد؛ NFI: شاخص برازندگی هنجار شده؛ RMSEA: تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا.

جدول ۴. ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای پژوهش

مسیرهای مدل	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	مقدار بحرانی (t)	ضرایب استاندارد	ضریب تبیین <sup>۱</sup>
ذهن آگاهی ← خودشفقتی	۰/۶۷۵	۰/۱۲	۵/۶۳	۰/۴۶۲	۰/۲۱۳
ذهن آگاهی ← شرم بدنی	-۰/۸۸۸	۰/۱۵	۵-۹۲	-۰/۵۰۳	۰/۲۵۳
خودشفقتی ← شرم بدنی	-۰/۷۴۷	۰/۱۳	۵-۷۵	-۰/۴۷۱	۰/۲۲۱

جدول ۵. نتایج آزمون بوت استراپ برای بررسی مسیرهای غیرمستقیم

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	داده	بوت	سوگیری	خطا	حد پایین	حد بالا	مقدار احتمال
ذهن آگاهی	خودشفقتی	شرم بدنی	۰/۰۴۳۳	۰/۰۴۳۵	۰/۰۰۰۳	۰/۰۰۵	-۰/۲۲۶	-۰/۱۴۵	۰/۹۵

I. Coefficient of explanation

بحث

هدف پژوهش حاضر، الگویابی ساختاری شرم بدنی بر اساس ذهن آگاهی با نقش میانجی‌گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به سرطان بود. نتایج نشان داد که ذهن آگاهی بر خودشفقتی و شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان اثر مستقیم دارد. یافته حاضر با نتایج پژوهش لامونت (۱۶) که نشان داد ذهن آگاهی رابطه‌ای معنادار و معکوس با شرم بدنی دارد، همسو است.

ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش احساس شرم در افراد شود. ذهن آگاهی شامل حفظ آگاهی شناختی و هیجانی به صورت ارادی و بر اساس توجه به موضوع خاص مانند احساسات فیزیکی در بدن از یک لحظه به لحظه دیگر است (۱۷). همچنین نتایج پژوهش عباسی و خادم‌لو (۱۷) و شهبازی و همکاران (۱۸) نشانگر آن است که با این حال، ذهن به افکار، احساسات، صداها یا دیگر احساسات بدنی منحرف می‌شود، محتوای آگاهی به خاطر سپرده می‌شود و سپس توجه به آرامی، اما به‌طور جدی به سمت اهداف محافظت‌شده مشخص توجه برمی‌گردد (۱۹) که با نتایج این مطالعه همسو است. این فرایند بارها و

ذکر این نکته ضروری است که اصلی‌ترین فاکتور قضاوت برازش مدل، توجه به تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا (RMSEA) است. چراکه این عامل از تعداد حجم نمونه تأثیر نمی‌پذیرد.

چنان‌که در (جدول ۴) مشاهده می‌شود، ذهن آگاهی بر خودشفقتی ( $\beta=0/462, P=0/05$ ) اثر مستقیم مثبت و معنادار داشته و توانسته است ۲۱/۳ درصد از واریانس این متغیر را تبیین کند. همچنین ذهن آگاهی بر شرم بدنی ( $\beta=-0/503, P=0/05$ ) بیماران مبتلا به سرطان اثر مستقیم منفی و معنادار داشته و ۲۵/۳ درصد از واریانس این متغیر را تبیین نموده است. در نهایت خودشفقتی بر شرم بدنی ( $\beta=-0/471, P=0/05$ ) بیماران مبتلا به سرطان اثر مستقیم منفی و معنادار دارد و توانسته ۲۲/۱ درصد از واریانس این متغیر را تبیین کند.

برای بررسی نقش میانجی‌گری متغیر خودشفقتی در رابطه بین ذهن آگاهی با شرم بدنی در بیماران مبتلا به سرطان از آزمون بوت استراپ<sup>۴۴</sup> استفاده شد. با توجه به نتایج (جدول ۵) و در نظر گرفتن اینکه صفر در محدوده بالا و پایین نمرات قرار نگرفته است، نقش میانجی‌گری خودشفقتی در رابطه با ذهن آگاهی با شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان تأیید می‌شود.

44. Bootstrap

واقع، ذهن‌آگاهی با راهبردهای شناختی و فراشناختی و رفتاری خاصی که به افراد آموزش می‌دهد، فرد را به متمرکز کردن توجه به زمان حال، کاهش عواطف و افکار منفی و تمایل به پاسخ‌های نگران‌کننده و از سوی دیگر زایش دیدگاه جدید و افکار و هیجان‌های خوشایند سوق می‌دهد (۲۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که خودشفقتی بر شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان اثر مستقیم دارد و در رابطه بین ذهن‌آگاهی با شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان نقش میانجی را ایفا می‌کند. همسو با این یافته پترزیک<sup>۴۵</sup> و همکاران (۲۲) نشان دادند که اگر بیماران خودشفقتی داشته باشند می‌توانند با تغییرات بدنی خود به دلیل سرطان سازگار شوند و تصویر بدی از خود تصور نکنند. همچنین میفسود<sup>۴۶</sup> و همکاران (۲۳) نشان دادند که بیماران سرطانی با بالا بردن مهارت‌های خودشفقتی می‌توانند نارضایتی از بدن خود را کاهش و در مقابل بهزیستی ذهنی خود را افزایش دهند. همچنین قاسمی و همکاران (۲۴)؛ برزمینی و حسینی (۲۵)؛ شهبازی و همکاران (۱۸)؛ کشاورزی ارشدی و همکاران (۲۶) و سلیمان پور و همکاران (۲۷) گزارش کرده‌اند که خودشفقتی می‌تواند منجر به کاهش احساس شرم بدنی در افراد مختلف شود.

در تبیین این یافته باید گفت که در خودشفقتی بر کسب آگاهی و ایجاد بازشناسی در راستای تفهیم فرایند درد و رنج تکیه می‌شود (۳۴). چنانکه در خودشفقتی رنج و درد بخشی طبیعی از وضعیت بشر قلمداد می‌شود که برای هر فردی به‌گونه‌ای متفاوت بروز پیدا می‌کند، بر این اساس وجود این فرایند و روندها (همانند بیماری سرطان) دلیلی بر ایجاد و شکل‌گیری آسیب‌های رفتاری، هیجانی و روان‌شناختی نیست، چراکه وجود رنج جهان‌شمول است و هر فردی بسته به شرایط خود، انواع آن‌ها را تجربه می‌کند. مجموع این عوامل سبب می‌شود تا بیماران مبتلا به سرطان، استثنا بودن خود در جهت کسب و ادراک رنج را باطل‌شده ادراک نمایند و آسیب روان‌شناختی و احساس شرم بدنی کمتری را تجربه کنند.

خودشفقتی افراد را مشتاق می‌کند تا به درگیر شدن مثبت با موضوع رنج و گشودگی روانی و هیجانی نسبت به آن اقدام نمایند (۳۱). این فرایند باعث می‌شود بیماران مبتلا به سرطان به جای اجتناب، مشتاقانه به سمت افکار، هیجان‌ات و عواطف منشعب شده از وجود بیماری، حرکت نمایند. در نتیجه این

بارها تکرار می‌شود و دوباره در مراحل روزانه تمرین هشیاری فراگیر تکرار می‌شود. چنین تمرین‌هایی، تجربیات مکرری را متناسب با توانایی مربوط به افکار به‌صورت حوادثی در حوزه آگاهی از طریق متمایز کردن یک تمرکز اساسی بدون توجه به افکار ارائه می‌دهد که در مقایسه با تجربه افکار که به‌عنوان آگاهی از رویدادها به‌صورت روان، خالص و ناب است، به‌گونه‌ای متفاوت عمل می‌کند (۱۸). این روند سبب می‌شود تا افراد مبتلا به بیماری سرطان با کسب تجربه و آگاهی شناختی، بتوانند روند بهنجاری را در پذیرش حالات جسمانی و هیجانی بیماری خود بکار گیرند و با آرامش حاصل از پذیرش روانی، خودشفقتی بالاتری را تجربه نمایند. علاوه بر این ذهن‌آگاهی به افراد مبتلا به بیماری سرطان یاری می‌رساند تا ادراک واقعی و بهنجاری از علائم بیماری خود داشته باشند و با کاهش بیش‌ادراکی نشانه‌های بیماری، رفتارهای مهربانانه و سازگاران‌های با خود داشته باشند.

ذهن‌آگاهی، به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های شناختی و رفتاری آموخته‌شده را برای مدیریت استرس، اضطراب و علائم بیماری به کار گیرند (۲۰). این مهارت‌ها افراد مبتلا به بیماری سرطان را قادر می‌سازد که بتوانند هراس، استرس و اضطراب را از خود دور سازند و در کنار علائم بیماری خود، به فعالیت‌های سالم توأم با کنترل احساسات در زندگی ادامه دهند. این روند به تدریج موجب کاهش علائم بالینی روانی و هیجانی آسیب‌زا در این بیماران می‌شود و در نتیجه سبب کاهش شرم بدنی در آنان می‌گردد.

افراد مبتلا به بیماری سرطان به دلیل ویژگی‌های خاص بیماری خود و روند درمانی طولانی آن نسبت به سایرین، آسیب‌پذیری روانی بیشتری دارند (۵). این امکان وجود دارد که مزمن بودن علائم بیماری سرطان با دیگر مشکلات و رویدادهای منفی زندگی فردی توأمان گردد و این موضوع به نوبه خود موجب برآورد بیشتر میزان شرم بدنی شود. در این راستا، ذهن‌آگاهی موجب تغییر آگاهی فرد از افکار، احساس و حس‌های بدنی خود می‌شود و دیدگاه جدیدی در فرد ایجاد می‌کند که به‌گونه‌ای متفاوت با این احساسات برخورد کند.

فرایند شکل‌گیری آگاهی دیدن افکار و احساسات به‌عنوان رویدادهای گذرا در ذهن به جای پذیرفتن آن‌ها به‌صورت واقعیت مطلق است. این فرایند همچنین با ایجاد مهارت‌هایی کمک می‌کند تا افراد بتوانند از الگوهای شناختی ناکارآمد که موجب اختلال در فعالیت‌ها و ایجاد شرم بدنی می‌گردند، جدا شوند. در

45. Przedziecki

46. Mifsud

### پیشنهادات پژوهش

پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های متفاوت، و دیگر بیماران با کنترل عوامل ذکر شده اجرا شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتیجه نهایی پژوهش مبنی بر نقش میانجی معنادار خودشفقتی، می‌توان با به‌کارگیری مداخلات مؤثر همانند آموزش شفقت به خود از بروز شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان کاست. خودشفقتی در مقابل اثرات وقایع منفی مانند ضربه‌گیر عمل می‌کند. افرادی که خودشفقتی را در خود احیا می‌کنند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی خودشان است. خودشفقتی باعث می‌شود بیماران مبتلا به سرطان به جای اعمال و افکار اجتنابی به سمت افکار، هیجان‌ات و عواطف منشعب شده از وجود بیماری مشتاقانه حرکت کنند و در نتیجه با بهره بردن از ذهن آگاهی، بیماری خود و مشکلات مرتبط با آن را بپذیرند و علائم آسیب‌شناختی روانی کمتری را تجربه نمایند. این روند به شکل طبیعی منجر به کاهش ادراک شرم بدنی می‌شود.

### تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

افراد، با آغوش باز و همراه با ذهن آگاهی بیماری خود و مشکلات مرتبط با آن را می‌پذیرند و در نتیجه نشانگان روانی آزادکننده کمتری را تجربه می‌کنند و این فرایند نیز به شکل طبیعی منجر به کاهش ادراک شرم بدنی می‌شود.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت که خودشفقتی ضربه‌گیر وقایع منفی است و می‌تواند موجب ایجاد طرز تفکری شود که افراد ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را ادراک کنند و با مشکلات پیشرو مقابله سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند. بر این اساس خودشفقتی احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر نقش میانجی این متغیر را در رابطه ذهن آگاهی با شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان توجیه می‌نماید. با توجه به نقش میانجی معنادار خودشفقتی، می‌توان با به‌کارگیری مداخلات مؤثر همانند آموزش شفقت به خود و ذهن آگاهی از بروز شرم بدنی بیماران مبتلا به سرطان کاست.

### محدودیت‌های پژوهش

محدود بودن دامنه تحقیق به بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر بندرعباس و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت مالی خانواده‌ها، موقعیت اجتماعی آن‌ها و میزان پیشرفت بیماری در هر یک از بیماران از محدودیت‌های این پژوهش بود.

### منابع

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.
2. Burke EE, Kodumudi K, Ramamoorthi G, Czerniecki BJ. Vaccine Therapies for Breast Cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2019;28(3):353-67.
3. Epailard N, Bassil J, Pistilli B. Current indications and future perspectives for antibody-drug conjugates in brain metastases of breast cancer. *Cancer Treat Rev*. 2023;119:102597.
4. Mohebbi E, Nahvijou A, Hadji M, Rashidian H, Seyyedsalehi MS, Nemati S, et al. *Iran Cancer Statistics in 2012 and projection of cancer incidence by 2035*. *Basic & Clinical Cancer Research*. 2017;9(3):3-22.
5. Seiler A, Jenewein J. Resilience in Cancer Patients. *Front Psychiatry*. 2019;10:208.
6. Miller JW, Smith JL, Ryerson AB, Tucker TC, Allemani C. Disparities in breast cancer survival in the United States (2001-2009): Findings from the CONCORD-2 study. *Cancer*. 2017;123 Suppl 24(Suppl 24):5100-18.
7. Lin YH, Kao CC, Wu SF, Hung SL, Yang HY, Tung HY. Risk factors of post-traumatic stress symptoms in patients with cancer. *J Clin Nurs*. 2017;26(19-20):3137-43.
8. Zhu F, Zhang W, Liu C, Qiang W, Lu Q. Association of self-compassion and body image disturbance among young breast

- cancer patients: Mediating effect of body surveillance and body shame. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2023;10(4):100199.
9. Castonguay AL, Wrosch C, Pila E, Sabiston CM. Body-Related Shame and Guilt Predict Physical Activity in Breast Cancer Survivors Over Time. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(4):465-75.
  10. Zhu F, Zhang W, Liu C, Qiang W, Lu Q. Association of self-compassion and body image disturbance among young breast cancer patients: Mediating effect of body surveillance and body shame. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2023;10(4):100199.
  11. Zhou T, Wang Y, Yi C. Affiliate stigma and depression in caregivers of children with Autism Spectrum Disorders in China: Effects of self-esteem, shame and family functioning. *Psychiatry Res*. 2018;264:260-5.
  12. Boquiren VM, Esplen MJ, Wong J, Toner B, Warner E, Malik N. Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psychooncology*. 2016;25(1):66-76.
  13. Bilevicius E, Single A, Bristow LA, Foot M, Ellery M, Keough MT, et al. Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. *Addict Behav*. 2018;82:94-100.
  14. Sadeghzadeh M. Measuring Body-based Social Shame: The Psychometric Properties of Body Image Shame Scale (BISS (in Iranian Female and Male Students. *Cultural Psychology*. 2021;4(2):223-42. [Persian].
  15. Ridolfi DR, Crowther JH. The link between women's body image disturbances and body-focused cancer screening behaviors: a critical review of the literature and a new integrated model for women. *Body Image*. 2013;10(2):149-62.
  16. Lamont JM. The relationship of mindfulness to body shame, body responsiveness, and health outcomes. *Mindfulness*. 2019;10:639-49.
  17. Abbasi R, Khademloo M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on schema effectiveness/shame, rumination and social isolation of women perfectionist. *Journal of Psychological Studies*. 2018;14(1):127-45. [Persian].
  18. Shahbazi J, Khodabakhshi-Koolae A, Davodi H, Heidari H. The comparison of the effectiveness of two patterns of self-compassion pattern focused on mindfulness and attachment-based therapy on feeling shame in male adolescents with addiction readiness. *Iranian journal of pediatric nursing*. 2020;7(1):12-20. [Persian].
  19. Asli Azad M, Manshaei G, Ghamarani A. The effect of mindfulness therapy on tolerance of uncertainty and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019;6(1):83-94. [Persian].
  20. Tao S, Geng Y, Li M, Ye J, Liu Z. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy on depression in poststroke patients-A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res*. 2022;163:111071.
  21. Pintado S, Andrade S. Randomized controlled trial of mindfulness program to enhance body image in patients with breast cancer. *European journal of integrative medicine*. 2017;12:147-52.
  22. Przedziecki A, Sherman KA. Modifying affective and cognitive responses regarding body image difficulties in breast cancer survivors using a self-compassion-based writing intervention. *Mindfulness*. 2016;7:1142-55.
  23. Mifsud A, Pehlivan MJ, Fam P, O'Grady M, van Steensel A, Elder E, et al. Feasibility and pilot study of a brief self-compassion intervention addressing body image distress in breast cancer survivors. *Health Psychol Behav Med*. 2021;9(1):498-526.
  24. Ghasemi N, Goudarzi M, Ghazanfari F. The Effectiveness of compassion-based therapy on cognitive emotion regulation, Shame and Guilt-Proneness and mindfulness components in patients with mixed anxiety-depression disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2019;9(34):145-66. [Persian].
  25. Barzamini M, Hosseinaei A. The effectiveness of Group Compassion-Focused Therapy (CFT) on internalized shame in patients with psoriasis. *Armaghane danesh*. 2019;24(5):998-1012. [Persian].
  26. Hajizadeh F, Arshadi FK, Hasani F, Safa M. Effectiveness of self-compassion skill training on rumination, hostility, shame in women with AIDS. *JMCIRI*. 2020;38(4):225-31. [Persian].
  27. Soleymanpour M, Pirkhaefi A, Zahrakar K.



- Comparison of effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on internalized shame in patients with vitiligo. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2022;30(2):82-96. [Persian].
28. Pullmer R, Chung J, Samson L, Balanji S, Zaitsoff S. A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *J Adolesc*. 2019;74:210-20.
  29. Lathren C, Bluth K, Park J. Adolescent Self-Compassion Moderates the Relationship Between Perceived Stress and Internalizing Symptoms. *Pers Individ Dif*. 2019;143:36-41.
  30. Tao J, He K, Xu J. The mediating effect of self-compassion on the relationship between childhood maltreatment and depression. *J Affect Disord*. 2021;291:288-93.
  31. Geller S, Handelzalts JE, Levy S, Barron D, Swami V. Self-compassion mediates the relationship between attachment anxiety and body appreciation in women and men: Evidence from Israel. *Personality and Individual Differences*. 2021;179:110912.
  32. Zeng P, Wang P, Nie J, Ouyang M, Lei L. Gratitude and cyberbullying perpetration: The mediating role of self-compassion and moral disengagement. *Children and Youth Services Review*. 2020;119:105608.
  33. Satake Y, Arao H. Self-compassion mediates the association between conflict about ability to practice end-of-life care and burnout in emergency nurses. *Int Emerg Nurs*. 2020;53:100917.
  34. Stefan CA. Self-compassion as mediator between coping and social anxiety in late adolescence: A longitudinal analysis. *J Adolesc*. 2019;76:120-8.
  35. Sünbül ZA, Güneri OY. The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2019;139:337-42.
  36. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-50.
  37. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Ferreira C, Batista D. Body Image as a Source of Shame: A New Measure for the Assessment of the Multifaceted Nature of Body Image Shame. *Clin Psychol Psychother*. 2015;22(6):656-66.
  38. Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh MR, KH S. Psychometric properties of self-compassion scale (SCS). *Psychological methods and models*. 2013;4(13):47-59. [Persian].
  39. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. 2004;11(3):191-206.
  40. Narimani M, Golpour R, Zahed A. The relationship of mindfulness coping styles and emotional intelligence with mental health among the students in Payame-Noor university in Mazandaran. *Educational Sciences Quarterly*. 2012;5(19):91-106. [Persian].