

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Enriched with Compassion on Sexual Satisfaction of Patients with Colorectal Cancer after Colostomy Surgery

Taheri M, Jabalameli Sh*

Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +983142292770, E-mail: jabalameli.sh@gmail.com

Received: Nov 14, 2020 Accepted: Apr 11, 2021

ABSTRACT

Background & aim: Colorectal cancer and stoma surgery cause many problems for patients and lead to fundamental changes in life. One of these problems is sexual dissatisfaction, which due to wide-ranging effects on patients' marital lives, requires interventions to improve it. Therefore, the aim of this study was to evaluate effectiveness of acceptance and commitment therapy enriched with compassion on sexual satisfaction of patients with colorectal cancer after colostomy surgery.

Methods: The research was quasi-experimental study with pre-test, post-test and control group. The study population was patients with colorectal cancer after colostomy surgery that referred to Isfahan Cancer Prevention and Control Center (Ala) in 2018, among them, 32 patients were purposefully selected and randomly assigned to two experimental and control groups with 16 people in each group. The Hudson Sexual Satisfaction Questionnaire (1981) was used in the pre-test and post-test groups to measure dependent variable. The experimental group received 10 weekly sessions of acceptance and commitment therapy enriched with compassion. Post-test was performed one week after the sessions. The control group did not receive any treatment. The results were analyzed using SPSS software version 24 and covariance analysis.

Results: Based on descriptive findings, the mean scores of sexual satisfaction in the experimental group increased in post-test ($M=122.21$), compared to pre-test ($M=100.85$), while the sexual satisfaction scores in the control group was relatively constant in the pre-test ($M=100.50$) and post-test ($M=100.78$) groups. According to the results of analysis of covariance, acceptance and commitment therapy enriched with compassion has led to a significant increase in sexual satisfaction scores of patients in experimental group ($p<0.05$).

Conclusion: Based on the results, it seems that treatment based on acceptance and commitment therapy enriched with compassion can be used to improve symptoms associated with sexual satisfaction in patients with colorectal cancer after colostomy surgery.

Keywords: Sexual Satisfaction, Colon Cancer, Colostomy Surgery, Acceptance and Commitment Therapy Enriched with Compassion

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی

مریم طاهری، شیدا جیل عاملی*

گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۳۱۴۲۲۹۲۷۷۰ ایمیل: jabalamei.sh@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سرطان روده بزرگ و جراحی‌های استومی مشکلات بسیاری را برای مبتلایان ایجاد می‌کند که منجر به تغییرات اساسی در زندگی می‌شود. یکی از این مشکلات نارضایتی جنسی است که با توجه به اثرات گسترده آن بر زندگی زناشویی بیماران، اعمال مداخلاتی به منظور بهبود آن الزامی است؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی قبل و بعد با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ با جراحی کولوستومی مراجعه کننده به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلا (مکسا) اصفهان، در سال ۱۳۹۷ بودند. از جامعه مذکور، ۳۲ بیمار به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. پرسشنامه رضایت جنسی هادسون (۱۹۸۱) در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای سنجش متغیر وابسته استفاده شد. گروه آزمایش، ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت را دریافت کردند و یک هفته پس از اتمام جلسات، پس آزمون اجرا شد. گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های توصیفی، نتایج نشان دهنده افزایش معنی دار میانگین نمرات رضایت جنسی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون ($M=122/21$) نسبت به پیش آزمون ($M=100/85$) بود، در حالی که در گروه کنترل، تفاوتی بین نمرات قبل و بعد دیده نشد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت منجر به افزایش معنادار نمرات رضایت جنسی بیماران گروه آزمایش می‌شود ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج به نظر می‌رسد که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت می‌توان در راستای بهبود علائم مرتبط با رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ تحت عمل جراحی کولوستومی بهره برد.
کلیدواژه: رضایت جنسی، سرطان روده بزرگ، جراحی کولوستومی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت

دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۲۴ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۲

مقدمه

در چند دهه اخیر علیرغم کنترل و پیش‌گیری از بیماری‌های عفونی، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مزمن در حال افزایش است (۱). در اغلب کشورها

به خصوص کشورهای توسعه یافته، سرطان دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی به شمار می‌رود و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، اولین و مهمترین علت مرگ انسان‌ها خواهد بود. سرطان‌ها

تهدید مهمی برای سلامت عمومی در جهان محسوب می‌شوند؛ به طوری که در ایران بعد از بیماری‌های قلبی و تصادفات، سومین علت مرگ و میر معرفی شده است (۲). سرطان روده بزرگ^۱ بعد از سرطان‌های ریه و پروستات، سومین سرطان شایع در میان مردان و دومین سرطان شایع بعد از سرطان سینه در میان زنان است (۱). سرطان روده بزرگ در اثر رشد کنترل‌نشده لایه داخلی کولون^۲ و رکتوم^۳ ایجاد می‌گردد (۳). یکی از درمان‌های این نوع سرطان، جراحی کولوستومی^۴ (ایلئوستومی یا استومی) است که معمولاً با هدف ایجاد مسیری انحرافی جهت خروج مواد زاید از بدن انجام می‌شود. این جراحی می‌تواند منجر به ایجاد تغییرات اساسی در زندگی بیمار شود (۴). مطالعات انجام شده در بیماران دارای کولوستومی نشان داده‌اند که تغییرات فیزیولوژیکی و مختل شدن تصویر بدنی، اختلال در عملکرد جنسی را در این گروه به دنبال دارد (۵-۷، ۳) و کاهش رضایت جنسی^۵ پیامد آن خواهد بود (۸). رضایت جنسی به میزان خرسندی از روابط جنسی و توانایی فرد در ایجاد لذت دو طرفه اطلاق می‌شود. این نوع از رضایت، تنها لذت جسمانی نیست، بلکه شامل کلیه احساسات باقیمانده پس از جنبه‌های مثبت و منفی ارتباط جنسی می‌باشد (۹). محققان معتقدند آسیب احتمالی به اعصاب پایین‌تنه حین جراحی، عدم کنترل دفع مدفوع، از بین رفتن فرم عادی بدن، مشکلات روانشناختی ناشی از بیماری و عدم پذیرش کولوستومی، در بروز اختلال عملکرد جنسی و کاهش رضایت جنسی در بیماران دارای کولوستومی مؤثرند. همچنین عواملی از جمله پرتودرمانی، عدم اعتماد به کیسه کولوستومی، تجربه ناموفق از رابطه جنسی، افسردگی پس از جراحی و استفاده از دارو نیز در این

زمینه بی‌تأثیر نیستند (۱۰). شواهد تجربی نشان می‌دهند شدت مشکلات جنسی در زوج‌هایی با همسران زن دارای کولوستومی، نسبت به زوج‌هایی با همسران مرد با همین وضعیت، بیشتر است (۱۱) و نداشتن رضایت جنسی در زنان دارای کولوستومی، کاهش اعتماد به نفس، ادراک منفی جذابیت، سازگاری کمتر با مشکلات فردی و بین فردی، کاهش ارتباطات زناشویی، افسردگی، کاهش سلامت روان و شکست در رابطه زناشویی را در پی دارد (۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شایع‌ترین شکایات بعد از جراحی کولوستومی که منجر به کاهش رضایت جنسی در زنان می‌شود، آمیزش دردناک و عدم تهییج جنسی است که اغلب منشأ روانشناختی دارد و می‌بایست به آنها توجه شود (۱۲) و در صورت عدم توجه به آن، باید فروپاشی رابطه زناشویی را انتظار داشت (۱۳). بنابراین با در نظر گرفتن پیامدهای منفی نارضایت جنسی در زندگی زناشویی این بیماران، بررسی و انتخاب مداخله روانشناختی به منظور ارتقاء رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان تحت جراحی کولوستومی حائز توجه است.

در دهه‌های اخیر نسل سوم درمان‌های روانشناختی توسعه یافته‌اند که تحقیقات وسیعی مفیدبودن این درمان‌ها را در شرایط جسمی مزمن تایید کرده‌اند (۱۴-۱۶). در این نوع درمان‌ها تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساسات وی افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است (۱۷). پرکاربردترین این مداخلات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ است که دارای شش فرایند مرکزی بوده و به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند. این شش فرایند عبارتند

¹ Colorectal Cancer

² Colon

³ Rectum

⁴ Colostomy Surgery

⁵ Sexual Satisfaction

⁶ Acceptance and Commitment Therapy

از: پذیرش^۱، گسلش^۲، ارتباط با زمان حال^۳، خود به‌عنوان زمینه^۴، ارزش‌ها^۵ و عمل متعهدانه^۶ (۱۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مثال و تشبیه تلاش می‌شود تا فرد بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت‌کننده با روش متفاوتی، وضعیت زندگی خود را بهبود دهد. پژوهش‌ها بر اثر مثبت این درمان بر قضاوت در مورد خود (۱۹)، عزت نفس جنسی (۲۰) و رضایت جنسی (۲۲،۲۱) تأکید نموده و گزارش کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، راهبردهای کنترل و اجتناب ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک‌هایی که باعث انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند، مورد هدف قرار می‌دهد (۱۸) و به افراد در پذیرش بیماری و یا افکار مرتبط با آن و ارتقاء جنبه‌های معنادار زندگی و افزایش فعالیت‌های ارزشمند، کمک می‌کند و به جای تلاش بی‌پایه بیماری، بیماران را به پذیرش بیماری و پیامدهای آن و انجام فعالیت‌های ارزشمند، برای بهبود کیفیت زندگی ترغیب می‌کند (۲۳).

در همین راستا تیرچ^۷ بر اساس مطالعات خود بیان نمود، هرچند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت از پیش‌زمینه‌های علمی نسبتاً متفاوتی برخوردارند با این وصف که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درون رویکرد چارچوب‌گرایی کارکردی و روانشناسی رفتارگرا برخاسته و درمان متمرکز بر شفقت بر روانشناسی رشد، علوم عصب‌شناسی عاطفی، آیین‌های خردورزانه کهن و نظریه تکامل گسترش یافته است؛ اما همپوشی کنونی این دو درمان به قدری قابل توجه است که چشم پوشیدن از یکی از آنها توسط درمانگران معاصر غیرممکن است. به بیانی روشن

شباهت شگرف بین مسأله پذیرش و شفقت از یک سو و ارتباط علمی این دو درمان از سوی دیگر، از جمله دلایلی است که اثر شگفت‌انگیز و سازنده تلفیق دو درمان را تضمین می‌کند (۲۴). سیر تاریخی شکل‌گیری درمان متمرکز بر شفقت^۸ در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی- رفتاری ریشه دارد (۲۵) و اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت 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 (۲۶). تاکنون مطالعات بالینی اثربخشی این مدل درمانی را بر کاهش علائم اضطراب، افسردگی و خود انتقادی تأیید کرده‌اند. در یک مطالعه روی افرادی با شرم، خودانتقادی و سرزنش خود بالا، این درمان موثر واقع شده و در مطالعه دیگر این مدل درمانی علائم افسردگی، اضطراب، خودانتقادی، شرم و رفتارهای سرزنش‌آمیز و تخریب‌گر را در افرادی با مشکلات روان‌شناختی مزمن، کاهش داده است (۲۷). اما تاکنون اثربخشی این درمان بر رضایت جنسی افراد دارای تجربه جراحی کولوستومی بررسی نشده است.

با توجه به شیوع بالای سرطان روده بزرگ و عوارض ناشی از عمل جراحی کولوستومی در این بیماران و با در نظر گرفتن خلأ وجود درمانی مناسب برای این گروه و با عنایت به این که مطالعات انجام گرفته پیرامون رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی اغلب از نوع همبستگی بوده و تاکنون اثربخشی مداخلات روانشناختی در این حوزه مورد بررسی قرار نگرفته است؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی انجام شد.

¹ Acceptance

² Defusion

³ Attention to the Present Moment

⁴ Self-as-Context

⁵ Values

⁶ Committed Action

⁷ Tirsch

⁸ Compassion-Focused Therapy

روش کار

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه‌تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ مراجعه‌کننده به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلا

(مکسا) اصفهان، بعد از جراحی کولوستومی در بهار و تابستان ۱۳۹۷ بودند. از میان جامعه مورد اشاره، ۳۲ بیمار بر اساس فرمول زیر و به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند:

$$R = \left[\frac{1 + (\omega - 1)\rho}{\omega} - \frac{v\rho^2}{[1 + (v - 1)\rho]} \right] = \left[\frac{1 + (2 - 1) * 0.8}{2} - \frac{1 * (0.8)^2}{[1 + (1 - 1)0.8]} \right] = 0.26$$

$$n = R \left[\frac{2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2} + \frac{z_{1-\alpha/2}^2}{4} \right] = 0.26 \left[\frac{2 * (7.849)^2}{0.55^2} + \frac{1.96^2}{4} \right] = 13.8 \cong 14$$

قرار گرفت)، عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی موازی که طی مصاحبه بالینی بررسی شد)، عدم مصرف داروهای روانپزشکی از ۳ ماه قبل و عدم مصرف انواع مواد مخدر و الکل. در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، عدم انجام تکالیف ارائه‌شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه، شرکت‌کنندگان از مطالعه خارج می‌شدند.

معیارهای اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق شرکت‌کنندگان از نتایج در صورت درخواست آنها مورد توجه پژوهشگران قرار گرفت.

روش کار به این صورت بود که پس از اعلام عمومی در مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلا (مکسا) اصفهان در بهار و تابستان سال ۱۳۹۷ از بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ تحت جراحی کولوستومی، طی فراخوانی دعوت به همکاری شد و سپس از داوطلبان ثبت‌نام به عمل آمد. در مرحله اول مصاحبه اولیه‌ای به منظور بررسی معیارهای ورود انجام شد و ۳۲ نفر از زنان و مردان داوطلب انتخاب و به صورت گمارش تصادفی (از طریق قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۶ نفر) قرار گرفتند. پس از توضیح اهداف پژوهش، پیش‌آزمون به وسیله مقیاس رضایت

در روابط فوق‌منظور از ω تعداد مشاهداتی است که از هر فرد بعد از شروع آزمایش اخذ شد که در این کار ۲ مشاهده یا ۲ تکرار بود. منظور از v تعداد مشاهداتی است که از هر فرد قبل از شروع آزمایش اخذ شد که در این کار ۱ مشاهده یا ۱ تکرار بود (همان Baseline است). سطح معنی‌داری (α) برابر با ۰/۰۵ و توان آزمون برابر با ۰/۸ در نظر گرفته شد. منظور از m ضریب ICC است. مفهوم این همبستگی ارتباط بین پیامد مورد نظر در تکرارهای متوالی است. Δ هم که اندازه اثر است (اختلاف بالینی بین دو گروه برابر ۰/۵۵ است). بر اساس فرمول مورد نظر تعداد ۱۴ نمونه به هر گروه تخصیص داده شد. ۱۵ درصد به‌عنوان ریزش احتمالی در نظر گرفته شد و به هر گروه ۲ نفر اضافه گردید؛ بنابراین ۱۶ نفر و جمعاً ۳۲ نفر از بین مراجعه‌کنندگان واجد شرایط، نمونه‌گیری شد.

در انتخاب نمونه‌ها معیارهای زیر مدنظر قرار گرفت: کسب حداقل نمرات از مقیاس رضایت جنسی‌هاسون، سن کمتر از ۵۵ سال، بیماران مبتلا به سرطان روده که تحت جراحی کولوستومی قرار گرفته بودند (این ملاک با تشخیص پزشک متخصص و بر اساس ملاک‌های پزشکی صورت پذیرفت)، عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (که توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی از طریق مصاحبه بالینی مورد تایید

(۱۳۹۵) تایید شده بود (۲۸) که در جدول ۱ ارائه شده است. یک هفته پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون اجرا شد. لازم به ذکر است که از هر کدام از گروه‌ها تعداد ۲ نفر به دلیل عدم همکاری از طرح پژوهش حذف شدند و در نهایت تعداد نغرات هر گروه به ۱۴ نفر تقلیل یافت.

جنسی هادسون انجام شد. سپس گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه (به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت، به صورت گروهی توسط درمانگر زن مجرب با بیش از ۱۰ سال سابقه اجرای آموزش و درمان قرار گرفتند. پروتکل این درمان در پژوهش‌های

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت

جلسات	هدف جلسه	محتوای جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
اول	معرفی اعضا و ایجاد رابطه درمانی	ارزیابی درمانجویان با پرسشنامه‌های پژوهش، آشنایی با عملکرد جنسی سالم، توضیح ۴ منطقه زندگی	آگاهی از مشکلات جنسی و ایجاد انگیزه جهت تلاش برای تغییر	شناسایی منطقه زندگی خود
دوم	شناخت سه سیستم تنظیم هیجان، روشن شدن سیستم امنیت	تعریف و تفسیر ۳ سیستم هیجانی و ویژگی‌های هر کدام از سیستم‌ها و نقش سیستم امنیت در بالارفتن آگاهی	شروع فعال کردن سیستم امنیت و کاهش بیش‌فعالی دو سیستم دفاع و انگیزش	یادداشت و توجه مراجع به اینکه در چه موقعیت‌های سیستم دفاع و یا انگیزه فعال می‌شود.
سوم	تعریف و تبیین ذهن و توضیح در مورد مشکل کنترل	تفسیر و توضیح ذهن و انواع تولیدات ذهن با استعاره کارخانه و دنیای درون و بیرون و استعاره بیلچه	درماندگی خلاق و اینکه دست از کنترل ذهن بردارد.	تمرین ذهن آگاهی و توجه به استعاره بیلچه‌های مختلف و مشخص شدن بیلچه‌ها
چهارم	شناخت مغز	مرور خاطرات دوران کودکی که می‌تواند منشأ مشکل باشد، رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم‌های هیجانی معرفی ۳ مغز (قدیم، تحلیل‌گر، آگاه)	ارتباط با مغز آگاه	یادداشت مواردی که سه مغز تولید می‌کند و توجه به آن.
پنجم	معرفی استدلال مهربانانه، آموزش تکنیک‌های توجه مهربانانه و بودن در زمان حال	استدلال مهربانانه و فرق آن با استدلال منطقی، حساسیت به رنج خود و بودن در زمان حال، خود مشاهده گر و توجه مهربانانه	فعال کردن سیستم امنیت	انجام تمرین‌های استدلال مهربانانه و توجه مهربانانه
ششم	معرفی رفتارهای مهربانانه	تمرین مهربانی گرفتن از دیگران مخصوصاً همسر، تقویت رفتارهای مهربانانه با همسر، همدردی و همدلی با استفاده از استعاره چراغ قوه	به جای سرزنش و تذکر به خود و دیگران، رفتارهای مهربانانه داشته باشند	تمرین حساسیت به رنج و همدلی و همدردی با خود و دیگران
هفتم	معرفی پذیرش و تحمل پریشانی	تبیین پذیرش و تحمل پریشانی با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده به جای جنگ با تولیدات ذهن آنها را به عنوان مهمان می‌پذیرد	پذیرش و تحمل پریشانی	یادداشت روزانه تجارب ذهنی در مورد پذیرش میزان رنج و ارتباط با مغز آگاه و مهربان با ذهن
هشتم	تبیین گسلش و راهبردهای تغییر کلامی برای افزایش تمایل‌گرایی	آموزش گسلش شناختی با استفاده از استعاره مسافران اتوبوس، خود مشاهده گر، توجه مهربانانه و تمرین ارتباط با خود	درک ذهن به عنوان یک واقعیت جدا از خود و توجه به تولیدات ذهن	یادداشت روزانه تجارب ذهنی در مورد گسلش و تمرین خود مشاهده گر
نهم	نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و آگاهی مراجع از ارتباط ارزش‌ها و پذیرش	مراقبت از سلامتی و معرفی ارزش‌ها، شناسایی ارزش‌های مراجع، استعاره مراسم ذهن، تمرین سنجش ارزش‌ها و مراقبت از بهزیستی	اقدام به ارزش‌های مشخص شده همراه با مراقبت از بهزیستی	شناسایی ارزش‌های شخصی و اولویت بندی آنها و نوشتن آنها، دست‌اخذ عمل مسیر مبتنی بر ارزش‌ها و فعال سازی
دهم	تبیین ارزش‌ها به عنوان قطب نما	الگوی عمل مناسب با رفتار مهربانانه	عملکرد فعالیت انجام شده برنامه‌ریزی همراه با مبتنی بر ارزش‌ها با حرکتی مهربانانه	ایجاد چالش در مسیر ارزش‌ها

معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج، میانگین سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برابر با $52/14 \pm 7/64$ و گروه کنترل $53/47 \pm 7/64$ و علاوه بر $42/9$ درصد از گروه آزمایش و $28/5$ درصد از گروه کنترل زن و $57/1$ درصد از گروه آزمایش و $71/4$ درصد از گروه کنترل مرد بودند. $71/4$ درصد از گروه آزمایش و $85/7$ درصد از گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر بودند. دو گروه پژوهش از نظر سن و سطح تحصیلات از طریق آزمون کای دو مورد مقایسه قرار گرفتند و نتایج نشان داد که بین دو گروه پژوهش از نظر سن و تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد. پیش از اجرای تحلیل کواریانس، آزمون کولموگروف-اسمیرنف در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل، نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود ($p > 0/05$). همچنین آزمون لوین نشان داد که برابری واریانس خطا بین دو گروه پژوهش رعایت شده است ($p > 0/05$). در جدول ۲ میانگین رضایت جنسی به تفکیک دو گروه پژوهش و دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج بررسی میانگین رضایت جنسی نشان داد که در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، افزایش نمرات اتفاق افتاده است (جدول ۲).

همچنان که اشاره شد جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس رضایت جنسی هادسون استفاده شد. این مقیاس که در سال ۱۹۸۱ توسط هادسون و همکاران برای ارزیابی میزان رضایت جنسی زوجین ساخته شده، دارای ۲۵ سوال و از نوع خودگزارش‌دهی است. پاسخ آزمودنی به هر ماده آزمون، در سطح یک مقیاس ۷ درجه‌ای بین ۰ تا ۶ مشخص می‌شود و در مجموع، نمره آزمودنی‌ها در کل تست بین ۰ تا ۱۵۰ در نوسان و نمره بالا در این مقیاس منعکس‌کننده رضایت جنسی بیشتر است. این مقیاس، توسط پوراکیبر (۱۳۹۰) برای بررسی وضعیت هنجاری مقیاس استفاده شد و نتایج آزمون و بازآزمون آن بوسیله آزمون همبستگی مورد تحلیل قرار گرفت ($r = 0/96$) (۲۹). در پژوهش حاضر روایی ابزار به وسیله روش اعتبار محتوا (پانل متخصصین) بررسی و تایید شد. همچنین جهت تعیین پایایی این ابزار، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و $0/82$ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار می‌باشد.

برای تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنف ($p = 0/200$) و برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین ($p = 0/111$)، از تحلیل کواریانس استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح

جدول ۲. میانگین نمرات رضایت جنسی نمونه‌های مورد بررسی قبل و بعد از آموزش

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت جنسی	پیش‌آزمون	۱۰۰/۸۵	۱۴/۳۱	۱۰۰/۵۰	۱۴/۳۳
	پس‌آزمون	۱۲۲/۲۱	۲۰/۰۱	۱۰۰/۷۸	۱۳/۷۹

تحلیل کواریانس مانکوا استفاده شد. همانطور که جدول زیر نشان می‌دهد، با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در

به منظور بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی از

مرحله پس آزمون، در نمرات رضایت جنسی تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/017$)؛ یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت توانسته است رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ را بعد از جراحی کولوستومی بهبود بخشد. به عبارتی با

توجه به مجذور انا، ۲۰/۸ درصد از تفاوت در نمرات رضایت جنسی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون، ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بوده که با ۷۹/۲ درصد توان، تایید شده است (جدول ۳).

جدول ۳. تحلیل کوواریانس مانکوا و رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مجذور انا	توان اثر
رضایت جنسی	پیش آزمون گروه خطا	۱۰۵/۹۳۵ ۳۲۷۱/۹۵۱ ۱۲۴۶۴/۷۸۰	۱ ۱ ۲۵	۱۰۵/۹۳۵ ۳۲۷۱/۹۵۱ ۴۹۸/۵۹۱	۰/۲۱۲ ۶/۵۶۲	۰/۶۴۹ ۰/۰۱۷	۰/۰۰۸ ۰/۲۰۸	۰/۰۷۳ ۰/۷۹۲

بحث

این پژوهش که با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی انجام شد، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت توانسته رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ را بعد از جراحی کولوستومی بهبود بخشد. بر اساس جستجوهای محققین، پژوهشی که مستقیماً به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی پرداخته باشد، یافت نشد تا استنادی به همسویی و یا ناهمسویی این بخش از یافته‌ها با تحقیقات پیشین انجام شود؛ لیکن می‌توان گفت این بخش از نتایج به صورت غیرمستقیم با پژوهش‌های عبداله‌زاده و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر شرم و عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه (۲۰)، کلان قوچان و همکاران با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان (۲۲)، صارمی‌نژاد و همکاران (۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زوجین (۲۱) و جیل‌عاملی و همکاران با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر میل جنسی زنان مبتلا به سرطان

سینه (۳۰) همسو می‌باشد. از دلایل این همسویی می‌توان به شباهت زیاد محتوای بسته درمانی و همچنین متغیرهای وابسته مشابه (مشکلات جنسی) اشاره کرد. علاوه بر این نمونه‌های مورد مطالعه در مطالعات عبداله‌زاده و همکاران، و جیل‌عاملی و همکاران نیز همانند پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به سرطان بودند (۳۰، ۲۰) که بر همسویی نتایج این پژوهش‌ها تاثیر دارد. در مورد مکانیسم اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی می‌توان بیان نمود که افکار خودسرزنش‌گر و عدم پذیرش کولوستومی در کنار تصویر تن منفی از عوامل روانشناختی اصلی در بروز مشکلات جنسی این گروه هستند (۱۱-۹). همچنین تایید شده است که شکایات جنسی این گروه، اغلب منشأ روانشناختی دارد (۱۲). در این راستا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، گام‌های اساسی با هدف افزایش خودشفقت‌گری و پذیرش به‌منظور افزایش رضایت جنسی این بیماران برداشت. در طول درمان سعی شد انگیزه مراقبت و تلاش برای التیام بخشیدن به درگیری هیجانی با موضوع رنج خود افزایش یابد. به عبارتی تجربه ذهن مهربان با انگیزه التیام بخشی به رنج آغاز شد. در گام دوم سعی شد تا بیماران موضوع رنج خود را بدون روبر گرداندن و

اجتناب، در زمان حال مورد توجه و بررسی قرار دهند و به صورت ارادی بر حضور آن تمرکز کنند. در ادامه، درمانگر بر ارتباط با رنج و هیجانات مرتبط با آن و همچنین شیوه‌های پاسخ‌دهی منعطف بر آن تاکید نمود. سپس سعی شد افکار خودسرزنش‌گر، تعدیل و بیماران به پذیرش شرایط خود نائل گردند. در این شرایط بیماران توانایی تجربه هیجانات و رویدادهای ذهنی را بدون آنکه در دام سرزنش، قضاوت و شرم بیفتند، پیدا کردند. در همین مرحله بیماران به این شناخت دست یافتند که ارزیابی‌های گزنده و خشن، شرم و خودانتقادگری منجر به اجتناب، درد هیجانی و تشدید رنج می‌شود. همچنین آموزش توجه انعطاف‌پذیر، برای بیماران فرصت گسلش از تجربیات و توانایی هدایت و تغییر مسیر آگاهی را فراهم آورد که نتیجه آن رسیدن به دیدگاهی عاقلانه و متعادل در مورد موقعیت خود و بکارگیری استدلال سازگارانه در حل مشکلات بین فردی است. به علاوه تقویت تجارب حسی، به بیماران آموخت که چگونه از طریق تظاهرات چهره‌ای و لحن صدای خود، برای درگیر شدن در فرایند شفقت استفاده کرده و سیستم هیجانی خود را تهییج نمایند. درمانگر در کنار تهییج هیجانی، سعی نمود تا حفظ زندگی زناشویی را به‌عنوان یکی از ارزش‌های فردی انتخاب و پیگیری نماید (۲۳) و از آنجایی که رضایت از رابطه جنسی یکی از اصول دستیابی به رابطه زناشویی پایدار است، می‌توان انتظار داشت که رضایت جنسی از پیامدهای ثانویه این درمان باشد.

زمانی که بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی، به شفقت نسبت به خود دست یافتند، به پذیرش این نکته نائل شدند که رنج، شکست و نابسندگی‌ها، بخشی از شرایط انسانی بوده و همه انسان‌ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است. در طول جلسات درمانی بیماران مطلع شدند که شرایط زندگی هر انسانی کامل نیست و فرد در رنج‌ها، کاستی‌ها و نواقص خود تنها نبوده و فقط او

نیست که دچار چنین مشکلاتی است و در نتیجه یک رویکرد ارتباطی در خود پرورش می‌دهد که شامل دیگران هم هست. می‌توان چنین گفت که ایجاد رویکرد ارتباطی از نشخوار فکری بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی، در راستای مشکلات بیماری و عوارض آن و هیجانات منفی می‌گاهد، به عبارتی افزایش شفقت به خود که نتیجه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بود، تمرکز زیاد بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ را روی احساسات و افکار منفی‌شان، که منجر به محدود شدن نگرش آنان به زندگی شده بود، از بین برده و با افزایش آرامش درونی و اجتناب از نادیده گرفتن درد، فرد را از غرق شدن در هیجانات منفی و نشخوار فکری پیرامون مشکلات رهایی بخشیده که پیامد آن، گرایش به رفتارهای لذت بخش و احساس رضایت بیشتر از روابط جنسی با همسر بوده است.

این روش درمانی روی اجتناب‌های شخص نیز متمرکز می‌شود. با کمک بعد شفقت در این درمان، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۳۱). بدین صورت که فرد افکار و هیجانات نامطلوب را به جای اجتناب از آنها یا کشمکش و کنترل آنها، می‌پذیرد و با اتفاقات استرس‌زای زندگی ارتباط برقرار کند. در واقع به بیمار آموخته شد که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های مربوط به رفتار جنسی، با پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مربوط به عملکرد جنسی مانند افکار یا احساسات آزاردهنده (تصویر جنسی از بدن خود) دست از مقابله و تلاش ناکارآمد بردارد.

همچنین در این روش به دنبال آموزش روش‌هایی مانند تن‌آرامی، پذیرش وضعیت موجود بدون قضاوت آن و هشیار بودن نسبت به خویش، هشپاری نسبت به لحظه حال و درک صحیح رویدادها افزایش

بود که امکان تحلیل‌های کیفی عمیق‌تر از داده‌ها در حوزه متغیرهای وابسته را محدود نمود. عدم اجرای دوره پیگیری و همچنین عدم حضور شریک جنسی بیمار در جلسات درمانی نیز از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی دوره پیگیری نیز به مراحل بررسی درمان اضافه گردد و شریک جنسی بیمار نیز در جلسات درمانی حضور یابد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت در افزایش رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی تاثیرگذار است، لذا استفاده از آن در این گروه از بیماران به متخصصان مربوطه توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1397.093 می‌باشد و در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران به شماره IRCT20200728048245N1 به ثبت رسیده است. بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این تحقیق محققین را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

در این پژوهش تعارض منافع وجود ندارد.

یافته و در نتیجه مشکلات روانشناختی کاهش می‌یابد و همین نتیجه نیز توانسته است به افزایش رضایت جنسی بیماران کمک نماید. علاوه بر این، در این درمان بر افزایش فعالیت‌های ارزشمند مانند بهبود روابط زناشویی و جنسی که برای فرد اهمیت دارند اما از آن‌ها اجتناب می‌کند، نیز تاکید شد. مثلاً یکی از این حیطه‌ها «روابط با همسر» بود که یکی از اهداف مهم آن، «انجام عمل جنسی» است. زمانی که بیماران تمایلی برای رفتار جنسی ندارند، در واقع ممکن است ارزش‌هایشان را گم کرده باشند. قرار گرفتن در راستای ارزش «رضایت همسر» به بیمار کمک کرد تا در روابط جنسی با وجود داشتن افکار و احساسات بد، موثر عمل کند. بنابراین به بیمار آموزش داده شد تا با وجود سختی‌ها و ناراحتی‌های جسمی و روانی که بیماری برای وی دارد بتواند کارهایی را انجام دهد که در بهبود زندگی و حال خوش، موثر باشد. در نتیجه این تمرین‌ها، با افزایش عزت نفس بیمار به او کمک شد تا احساسات بهتری را تجربه کند و ارزش‌های خود در رابطه با همسر را بهتر بشناسد و این در بهبود رابطه و رضایت جنسی او تاثیر مثبت گذاشته است (۲۳). به طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت به واسطه کاهش خودسرزنشگری باعث پذیرش بیماری شده و از طریق افزایش تعهد نسبت به رسیدن به زندگی زناشویی پایدار به عنوان یکی از ارزش‌های اصلی زندگی، افزایش رضایت جنسی را به دنبال داشته است. این مطالعه مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که می‌بایست به آنها اشاره شود. باید توجه داشت که خودگزارشی بودن ابزار پژوهش یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر

References

- 1- Sung H, Ferlay J, Siegel R, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-49.

- 2- Roshanai AH, Kambjani A, Sedighi Pashaki A, Fardmal J. Predicting the survival of patients with colorectal cancer referred to the MRI of the Mahdieh medical center in Hamedan using the Weibel parametric model and determining the risk of effective factors during the years 2004-2012. *Arak Journal of Medical Sciences*. 2013;161(11):41-49 [Persian].
- 3- Melincovici C, Mihiu C, Marginean M, Bosca A, Coneac, Moldovan I, et al. The prognostic significance of p53, Bax, Bcl-2 and cyclin E protein overexpression in colon cancer—an immunohistochemical study using the tissue microarray technique. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*. 2016;57(1):81-89.
- 4- Rafiei H, Hosseinabadi M. Investigating spiritual health and its relationship to quality of life, stress and depression in patients with intestinal osteomyelitis. Master Thesis, University of Medical Sciences and Health Services; 2013 [Persian].
- 5- Consedine NS, Ladwig I, Reddig MK, Broadbent EA. The many faeces of colorectal cancer screening embarrassment: preliminary psychometric development and links to screening outcome. *British Journal of Health Psychology*. 2011;16(3):559-79.
- 6- Reynolds LM, Consedine NS, Pizarro DA, Bissett IP. Disgust and behavioral avoidance in colorectal cancer screening and treatment. <https://static1.squarespace.com>; 2012.
- 7- Reese J, Handorf E, Haythornthwaite J. Sexual quality of life, body image distress, and psychosocial outcomes in colorectal cancer: a longitudinal study. *Support Care Cancer*. 2018;26(10):3431-40.
- 8- Reese J, Finan P, Haythornthwaite J, Kadan, M, Regan K, Herman J, et al. Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Support Care Cancer*. 2014;22(2):461-68.
- 9- Calvillo C, Sánchez-Fuentes M, Sierra J. An explanatory model of sexual satisfaction in adults with a same-sex partner: an analysis based on gender differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17:1-17.
- 10- Albaugh J, Tenfelde S, Hayden D. Sexual dysfunction and intimacy for ostomates. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2017;30(3):201-206.
- 11- American Cancer Society. Intimacy and sexuality when you have an ileostomy. Available at <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/ostomies/ileostomyguide/ileostomy-sex>. Accessed November 27; 2015.
- 12- Towe M, Huynh L, El-Khatib F, Gonzalez J, Jenkins L, Yafi F. A review of male and female sexual function following colorectal surgery. *Sexual Medicine Reviews*. 2019;7(3):422-29.
- 13- Sarabi N, Navipour H, Mohammadi E. Sexual performance and reproductive health of patients with an ostomy: a qualitative content analysis. *Sexuality and Disability*. 2017;35:171-83 [Persian].
- 14- Shemirani Mortezaei Sh, Rahmani S, Taheri M, Alborzkooh P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight loss and body image obesity in women. 4th International Conference on Recent Innovation in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences. Tehran: Nikan University; 2017 [Persian].
- 15- Givehki R, Afshar H, Goli F, Scheidt C, Omidi A, Davoudi M. Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: a randomized clinical trial. *Electronic Physician*. 2018;10(7):7008-16.
- 16- Davoodi A, Nasimifar N. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction methods on pain relief and disaster response strategy in women with chronic musculoskeletal pain. *New Findings in Psychology*. 2012;7(22):45-62 [Persian].
- 17- Hayes S, Levin M, Plumb-Villardaga J, Villatte J, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*. 2013;44(2):180-98.
- 18- Hayes, S.C, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 44(1):1-25.
- 19- Fogelkvist M, Parling P, Kjellin L, Gustafsson S. A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of Eating Disorders*. 2016;4:29.

- 20- Abdullahzadeh H, Kabirinasab Y. Effectiveness of treatment acceptance and commitment to internalized shame and sexual self-esteem of women with breast cancer after mastectomy surgery. *Health Psychology*. 2018;7(28):184-99 [Persian].
- 21- Sareminezhad M, Shameli L. The effect of acceptance and commitment therapy on sexual satisfaction of couples in Shiraz. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2017;6(1):58-65 [Persian].
- 22- Kalan Quchan Y, Sarai F. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on marital adjustment, sexual satisfaction and satisfaction with women's lives. *Principles of Mental Health*. 2016;8:527-33 [Persian].
- 23- Vowles KE, McCracken L.M. Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain, Study of Treatment Effectiveness and Process, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008; 76: 397-407.
- 24- Tirch DD. Compassion-focused therapy for ACT therapists. Daneshmandi translation, Saeedeh Daneshmandi, Raziéh Izadi, Mohammad Reza Abedi. Isfahan: Jangal Publications; 2019.
- 25- Gilbert P. Compassion: definitions and controversies. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (p. 3–15). Routledge/Taylor & Francis Group; 2017.
- 26- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):6-41.
- 27- Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2006;13:353-79.
- 28- Zahiri S. Evaluation of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment enriched by compassion on the symptoms of obsession and quality of life of high school students with practical obsessive-compulsive disorder in Isfahan. Master Thesis. Azad University of Najafabad; 2016 [Persian].
- 29- Pourakbar S. Surveying the role of personality traits in exhalation of the relationship between sexual satisfactions with marital satisfaction. Master Thesis. University of Tarbiat Moddares; 2011 [Persian].
- 30- Jabalameli Sh, Ghasemi L. Effect of acceptance and commitment therapy on sexual desire in women with breast cancer after mastectomy. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2019;12(4):39-51 [Persian].
- 31- Hadian S, Jabalameli Sh. The effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on subjective well-being of students with sleep disorders. *Daneshvar Medicine: Basic and Clinical Research Journal*. 2020;27(1):19-28 [Persian].