رویش روان شناسی، سال۹ ، شماره۱۰، شماره پیاپی ۵۵، دی ۱۳۹۹
Rooyesh-e-Ravanshenasi,9(10), 2021

بررسی نقش شفقت به خود و سرمایه‌های روانشناختی (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی) در پیش‌بینی افسردگی و اضطرابِ مرگ در بیماران مبتلا به سرطان

investigating the role of Self-Compassion and Psychological Capital (hope, resilience, Self-efficacy and Optimism) in predicting depression and death anxiety in Patients with Cancer

دکتر ذبیح الله کاوه فارسانی
استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.
دکتر رضوان صالحی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.
دکتر محمد ربیعی
دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.

Dr. Zabihollah Kaveh Farsani
Assistant Professor, Department of Counseling, Shahrekord University, shahrekord, Iran.
Dr. Rezvan salehi*
Assistant Professor, Department of Counseling, Shahrekord University, shahrekord, Iran.
r.salehi@sku.ac.ir
Dr. Mohammad Rabiei
Associate Professor, Department of Counseling, Shahrekord University, shahrekord, Iran.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش شفقت به خود و سرمایه‌های روانشناختی (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی) در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان بود. جامعهٔ پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به انواع سرطان بالای ۲۰ سال بود که در سال ۱۳۹۸ به یکی از بیمارستان‌های شهرستان شهرکرد مراجعه کرده بودند. از میان آنها، ۱۴۸ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های شفقت به خود نف (۲۰۰۳)، سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷)، افسردگی بک (۱۹۶۱) و اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی تفکیکی و رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که شفقت به خود و سرمایه‌های روانشناختی (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش-بینی) با افسردگی همبستگی منفی معنادار دارند. همچنین بین تاب‌آوری، امید و خوش‌بینی با اضطراب مرگ همبستگی منفی معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که مهم‌ترین متغیر پیش-بینی‌کننده افسردگی و اضطراب مرگ، به ترتیب تاب‌آوری و امید است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، برای بهبود مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان، توجه به سرمایه‌های روانشناختی و شفقت به خود توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *شفقت به خود، سرمایه‌های‌روانشناختی، افسردگی، اضطراب مرگ، سرطان.*

Abstract

The purpose of this study was to investigate the role of self-compassion and psychological capital (hope, resilience, self-efficacy, and optimism) in predicting depression and death anxiety in patients with cancer. The population of the study was all patients with various types of cancer over 20 years old who went to one of the hospitals in Shahrekord in 2019. Among them, 148 people were randomly selected. The instruments were Neff self-compassion Scale (2003), Luthans Psychological Capital Questionnaire (2007), Beck Depression Inventory (1961), and Templer Death Anxiety Questionnaire (1970). The data were analyzed by the Pearson correlation coefficient, discriminant correlation coefficient, and stepwise regression. The results showed that there was a significant negative correlation between self-compassion and psychological capital (hope, resilience, self-efficacy, and optimism) with depression .Also, there was a significant negative correlation between hope, resilience, and optimism with death anxiety. the results of stepwise regression analysis showed that the most important predictor of depression and death anxiety is resilience and hope, respectively. According to the results of the present study, to improve the psychological problems of cancer patients, it is recommended to pay attention to psychological capital and self-compassion.

Keywords: *self-compassion, psychological capital, depression, death anxiety, cancer*

نوع مقاله :پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۹۹** **پذیرش: تیر ۹۹** **ویرایش نهایی : آبان ۹۹**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

مقدمه

سرطان به عنوان یک بیماری مزمن شناخته شده است که بیماران و خانواده‌هایشان را هم از لحاظ جسمی و هم عاطفی تحت‌تاثیر قرار می‌دهد (تورلی، محققی، روشن، تورلی و امیدوار، ۲۰۰۷). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی[۱] (۲۰۱۱)، حدود ۷/۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۸ بر اثر سرطان در سراسر جهان فوت شده‌اند و انتظار می‌رود در سال ۲۰۳۰ این رقم به ۱۳/۱ میلیون نفر افزایش یابد. اگرچه در طی چند سال گذشته تکنولوژی درمان سرطان پیشرفت کرده است، با این حال سرطان به عنوان یک بیماری جدی و بالقوه خطرناک برای زندگی افراد در نظر گرفته می‌شود و بیماران مبتلا به سرطان با مجموعه‌ای از چالش‌ها از جمله، تشخیص سرطان، عوارض جانبی درمان پزشکی، اختلالات خواب (پالش، کولی، باتیووک، تیلستون، کوپمن[۲] و همکاران، ۲۰۰۷)، سازگاری ضعیف (ما[۳]، ۱۹۹۷)، عدم استفاده صحیح از راهبردهای مقابله‌ای (لاور، کانولی نلسون و وانگ[۴]، ۲۰۰۷)، پریشانی هیجانی (بولتز و کارلسون[۵]، ۲۰۰۶) و مشکلات ناشی از خانواده (کییر، سوارتز و فریدمن[۶]، ۲۰۰۷) روبه‌رو هستند.

بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان احساس می‌کنند زندگی آنها روبه پایان است؛ از این‌رو این بیماران اغلب مضطرب هستند و از نظر عاطفی به خطر می‌افتند و همین امر منجر به ایجاد اضطراب و افسردگی در آن‌ها می‌شوند. اضطراب و افسردگی شایع‌ترین مشکلات روانشناختی است که در بین بیماران مبتلا به سرطان دیده می‌شود (میچل، چان، باتی، هالتون، گراسی[۷] و همکاران، ۲۰۱۱؛ ماسی[۸]، ۲۰۰۴؛ ون اسپایکر، تریگزبورگ و دیوان وردن[۹]، ۱۹۹۷؛ استارک و هوس[۱۰]، ۲۰۰۰). در فراتحلیلی که بر روی مقالات مربوط به افسردگی و اضطراب در نمونه‌های عادی و مبتلا به سرطان انجام گرفت، نتایج نشان داد که شیوع افسردگی و اضطراب به ترتیب ۵۴/۹۰ و ۴۹/۶۹ در میان بزرگسالان مبتلا به سرطان در برابر ۱۷/۵۰ و ۱۸/۳۷ در میان جمعیت عادی است (یانگ، لیو، وانگ، وو، یانگ[۱۱] و همکاران، ۲۰۱۳). وجود افسردگی و اضطراب نه تنها منجر به طولانی‌تر شدن زمان بهبودی می‌شود بلکه باعث افزایش اختلال در واکنش ایمنی و اختلال در کیفیت زندگی در این افراد می‌شود (میلر و مسی[۱۲]، ۲۰۰۶).

هنگامی که تشخیص سرطان داده شد، بیماران شروع به تجربه احساس ترس، استرس، افسردگی و نگرانی از آینده مبهم برای زندگی خود می‌کنند، از این‌رو پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که سرطان و افسردگی با هم در ارتباط هستند (راجرز، مارتین، مورس، کندل و وریل[۱۳]، ۲۰۰۵). با این وجود، علی‌رغم آنکه افسردگی به طور مکرر در سرطان‌شناسی رخ می‌دهد و تاثیرات بسیار واضح و روشنی بر روی بیماران مبتلا به سرطان می‌گذارد، اما به دلایلی از جمله عدم بررسی علایم افسردگی توسط پزشکان، دشواری پزشکان در کاوش علائم افسردگی و حضور همیشگی افسردگی در کنار سرطان چندان در درمان سرطان مورد توجه قرار نمی‌گیرد (چوچینف[۱۴]، ۲۰۰۱)؛ در صورتی که افسردگی می‌تواند نتایج زیادی بر روی بیماران سرطانی از جمله، بدتر شدن کیفیت زندگی (اسکارستین، آس، فوسا، اسکوولوند ودال[۱۵]، ۲۰۰۰)، افزایش حساسیت نسبت به درد (گگلیز، گاوتیر، و رودین[۱۶]، ۲۰۰۷)، ایجاد مشکلاتی در برقراری ارتباط با مراقبان، دوستان و خانواده، کاهش مسئولیت‌پذیری، افزایش کار و مسئولیت خویشاوندان (پیتکلی و مگور[۱۷]، ۲۰۰۳)، افزایش خطر خودکشی (میسونو، ویس،

1. World Health Organization
2. Palesh, Collie, Batiuchok, Tilston & Koopman
3. Ma
4. Lauver, Connolly-Nelson & Vang
5. Bultz & Carlson
6. Keir, Swartz & Friedman
7. Mitchell, Chan, Bhatti, Halton & Grassi
8. Massie
9. van't Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden
10. Stark & House
11. Yang, Liu, Wang, Wu &Yang
12. Miller & Massie
13. Rodgers, Martin, Morse, Kendell & Verrill
14. Chochinov
15. Skarstein, Aass, Fosså, Skovlund & Dahl
16. Gagliese, Gauthier & Rodin
17. Pitceathly & Maguire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

فان، ردمن و یوئه[1]، ۲۰۰۸)، طولانی بودن دوره بستری و کاهش امید به زندگی (پریتو، بلانچ، آتالا، کارراس، روویرا[2] و همکاران، ۲۰۰۲) بگذارد.

علاوه بر افسردگی، یک بُعد مشترک دیگر میان همهٔ بیماران سرطانی، اضطراب مرگ[3] است. هنگامی که بیماران مبتلا به سرطان تشخیص داده می‌شوند، برخلاف سایر بیماری‌ها، ممکن است اضطراب بیشتری از مرگ داشته باشند. ترس بیماران سرطانی بیشتر ممکن است ناشی از معنایی باشد که آنها از واژه سرطان دارند زیرا کلمه سرطان را با مرگ پیوند می‌زنند (ویلهاور[4]، ۲۰۰۸). پریشانی و اضطراب مرگ با سطحی از افسردگی همراه است و این اضطراب مرگ به طور دائم می‌تواند بر روی زندگی روزمره این بیماران تأثیر گذاشته و بسیار نگران‌کننده باشد (چیبنول، ویدین، داکرو و میلر[5]، ۲۰۰۲)؛ زیرا این امر موجب می‌شود بسیاری از بیماران درمان‌های موجود را زیر سوال برده و بعضی مواقع از درمان به طور کلی خودداری کنند (مک کلین-ژاکوبسون، روزنفلد، کوسینسکی، پسین، سیمینو[6] و همکاران، ۲۰۰۴؛ تسای، وو، چیو، هو و چن[7]، ۲۰۰۵). در همین راستا نتایج پژوهشی که توسط تنگ[8] و همکاران (۲۰۱۱) بر روی مبتلایان به سرطان انجام شد، حاکی از آن بود که ترس از سرطان و عود دوباره آن در سطح اضطراب مرگ تأثیر زیادی دارد. همچنین مرحله تشخیص اولیه سرطان با اضطراب بسیار زیادی همراه بود و افرادی که ابتلا به سرطان به‌تازگی برایشان تشخیص داده شده بود، ترس از مرگ بیشتری را نسبت به سایر بیماران سرطانی گزارش دادند. پژوهش سیگال[9] و همکاران (۲۰۰۸) روی دو گروه بیماران در مراحل اولیه و پیشرفته سرطان نشان داد هر دو گروه اضطراب مرگ یکسانی گزارش دادند و هیچ تفاوتی بین آنها وجود نداشت.

نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده است افرادی که دارای شفقت به خود هستند علایم افسردگی، اضطراب، استرس کمتر و کیفیت زندگی بهتری را گزارش می‌کنند (پینتو گوویا، دوارته، ماتوس و فروگیس[10]، ۲۰۱۴؛ گیلاندرز، سینکلر، مک لین ، و جاردین[11]، ۲۰۱۵). شفقت به خود معمولاً به تمایل درک و مهربانی به خود در مواجهه با شکست، چالش‌ها، تجربیات منفی و ضعف‌های شخصی اشاره دارد (نف[12]، ۲۰۰۳). نتایج چند مطالعه مقطعی در میان بیماران مبتلا به سرطان، حاکی از ارتباط شفقت به خود با علایم روانشناختی بود (شلکلنز، کرمانز، ون دیرفت، مولا، ون دن هورک[13] و همکاران، ۲۰۱۷؛ گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۵). شفقت به خود در بردارنده سه جزء اساسی است: ۱) داشتن مهربانی و درک صحیح نسبت به خود بدون داشتن دیدگاه قضاوتی و خود انتقادگر؛ ۲) داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزیی از تجارب همه انسان‌ها است. به عبارت دیگر، سایرین نیز چنین تجاربی را در زندگی خود دارند بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران و ۳) نگریستن به تجارب و احساسات خود به گونه‌ای متعادل بدون اینکه آنها را بزرگنمایی کند (نف، ۲۰۱۱). پژوهش‌هایی که بر روی بازماندگان سرطان پستان (پرژزیکی، شرمن، بیلی، تیلور، فولی و همکاران[14]، ۲۰۱۳) و بیماران مبتلا به سرطان ریه (شلکلنز و همکاران، ۲۰۱۷) انجام شد، نشان داد شفقت به خود بالاتر با میزان اضطراب کمتری در ارتباط بود.

دیگر متغیر مؤثر بر افسردگی و اضطراب مرگ که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد، سرمایه‌های روانشناختی[15] است. سرمایه-های روانشناختی جزء مؤلفه‌های مهم روانشناسی مثبت‌نگر محسوب می‌شود. در روانشناسی مثبت‌نگر بر نقاط قوت افراد و بهبود عملکرد آنها در جنبه‌های مختلف زندگی تأکید می‌شود (لوتانز و جنسن[16]، ۲۰۰۲؛ لوتانز و یوسف، ۲۰۰۷). سرمایه روانشناختی از چهار مؤلفه خودکارآمدی (باور به توانایی‌های فردی برای انجام کارهای چالش‌انگیز)؛ تاب‌آوری (توانایی تحمل مشکلات پیش‌آمده و ادامه کار برای رسیدن به اهداف)؛ خوش‌بینی (اسناد اتفاقات مثبت به عوامل دائمی و شخصی) و امیدواری (داشتن انگیزه و هدف در زندگی و پافشاری)

1. Misono, Weiss, Fann, Redman & Yueh
2. Prieto, Blanch, Atala, Carreras & Rovira
3. death anxiety
4. Vilhauer
5. Chibnall, Videen, Duckro & Miller
6. McClain-Jacobson, Rosenfeld, Kosinski, Pessin & Cimino
7. Tsai, Wu, Chiu, Hu & Chen
8. Tang
9. Sigal, Ouimet, Margolese, Panarello & Stibernik
10. Pinto-Gouveia, Duarte, Matos & Fráguas
11. Gillanders, Sinclair, MacLean & Jardine
12. Neff
13. Schellekens, Karremans, van der Drift, Molema & van den Hurk
14. Przezdziecki, Sherman, Baillie,Taylor & Foley
15. Psychological Capitals
16. Luthans & Jensen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

تشکیل شده است (لوتانز، یوسف و آوولیو[۱]، ۲۰۰۷)؛ به عنوان مثال، افراد خوش‌بین قادرند مشکلات را سریعتر حل کنند (چانگ و دی زوریلا[۲]، ۱۹۹۶). همچنین از آنجایی که آنها نسبت به آینده انتظارات مثبت‌تری دارند، اضطراب و مشکلات روزانهٔ کمتر (لامونتاگن، هپورت، سالیسبوری و رایلی[۳]، ۲۰۰۳) و احساسات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند (لای، اوانز، نگ، چونگ، سیو[۴] و همکاران، ۲۰۰۵) و از زندگی رضایت بیشتری دارند (بیلی، انج، فریش و اسنایدر[۵]، ۲۰۰۷)؛ بنابراین، علائم افسردگی کمتری را متحمل می‌شوند و می‌توانند با مشکلات زندگی مقابلهٔ بیشتری کنند (پوسکار، سرایکا، لامب، طوسی-مامفورد و مک گینس[۶]، ۱۹۹۹). اگرچه، هم افراد خوش‌بین و هم بدبین با مشکلات مشابهی در زندگی خود مواجه می‌شوند، اما به نظر می‌رسد که افراد خوش‌بین به سادگی مغلوب این مشکلات نمی‌شوند؛ در صورتی که افراد بدبین به سادگی تسلیم می‌شوند و در معرض افسردگی بیشتر قرار می‌گیرند (سلیگمن[۷]، ۲۰۰۶). بنابراین، افرادی که خوش‌بینی بالایی دارند سطوح پایین‌تری از افسردگی را تجربه و گزارش کرده‌اند (ون در ولدن[۸]، ۲۰۰۷). در مورد تاب‌آوری می‌توان گفت، برخی از افراد در هنگام مواجهه با مشکلات خاص، مقاومت و سرسختی بیشتری از خود نشان می‌دهند اما برخی دیگر ممکن است در هنگام مواجهه با مشکلات، راحت‌تر تسلیم شوند. از این‌رو تاب‌آوری را می‌توان، به عنوان فرایند سازگاری موفقیت‌آمیز یک فرد در هنگامی‌که با موقعیت‌های دشوار یا تهدیدآمیز مواجه می‌شود، تعریف کرد (هوارد و جانسون[۹]، ۲۰۰۰). به عبارتی دیگر، یعنی ادامه زندگی افراد به‌رغم اینکه سختی‌های بسیاری (مثلاً از بیماری مانند سرطان) نصیب‌شان می‌شود (دامنت و پرواست[۱۰]، ۱۹۹۹). افراد تاب‌آور از سازگاری روانشناختی بالایی برخوردارند (اونگ، برگمن، بیسکانتی و والاس[۱۱]، ۲۰۰۶) و رضایت از زندگی بالایی را نیز گزارش می‌دهند (کوهن، فردریکسون، براون، میکلز و کانوی[۱۲]، ۲۰۰۹). تاب‌آوری بالا می‌تواند فرد را در برابر پریشانی جسمی و روحی محافظت کند. از آنجایی که تاب‌آوری باعث ایجاد شرایط جسمی و روانی مثبت و بهتری می‌شود، پس شرایط بهبودی سریع‌تری را بعد از بیماری تسهیل می‌کند (هژمدال، عون، استایلز و فریبرگ[۱۳]، ۲۰۰۷). از این‌رو، تاب‌آوری دارای پتانسیل بسیاری برای پیشگیری از اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب است و پژوهش‌های بسیاری رابطهٔ منفی میان تاب‌آوری با افسردگی را گزارش دادند (شین[۱۴] و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسماتاس و گیستنیس[۱۵]، ۲۰۱۶؛ ویشنووی،کانر و دیویدسون[۱۶]، ۲۰۰۷؛ پورحسینی، ۱۳۹۳؛ حسینی قمی و سلیمی، ۱۳۹۲؛ روی، ساچیاپون و کارلی[۱۷]، ۲۰۰۷). بُعد دیگر سرمایه‌های روانشناختی، امید است. نتاج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که امید با ویژگی‌های مثبت مقابله با سرطان، افزایش رفاه و بهزیستی، اضطراب و نشانه‌های افسردگی کمتری همراه است (افروز، دلیر و صادقی ،۱۳۹۷؛ ابرایت و لیون[۱۸]، ۲۰۰۲؛ قربانی، سعادتمند، سپهریان آذر، اسدنیا و فیضی‌پور، ۱۳۹۲)؛ زیرا امید بیشتر نشان‌دهندهٔ نگرش مثبت در جهت دستیابی به یک نتیجه مطلوب است (رند[۱۹]، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش رجندرام[۲۰] و همکاران (۲۰۱۱) بر روی بیماران سرطانی نشان داد که امید با افسردگی و اضطراب رابطه منفی دارد.

با توجه به آنچه گفته شد، بیماران مبتلا به بیماری‌های بدخیم نظیر سرطان، به عنوان افرادی آسیب‌پذیر هستند که چه در هنگام شنیدن خبر مبتلا شدن خود به بیماری و چه در زمان درمان پزشکی دچار آسیب‌های روانشناختی از جمله اضطراب مرگ و افسردگی شده و این دو اختلال منجر به ایجاد مشکلاتی هم در بُعد جسمی و هم روانی برای این افراد می‌شود و زندگی آنان را نیز تحت تأثیر قرار

1. Avolio
2. Chang & D'Zurilla
3. LaMontagne, Hepworth, Salisbury & Riley
4. Lai, Evans, Ng, Chong & Siu
5. Bailey, Eng, Frisch & Snyder
6. Puskar, Sereika, Lamb, Tusaie-Mumford & Mcguinness
7. Seligman
8. Van der Velden
9. Howard & Johnson
10. Dumont & Provost
11. Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace
12. Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway
13. Hjemdal, Reinfjell, Stiles & Friborg
14. Shin
15. Gustainienė & Šmitasa
16. Vaishnavi, Connor & Davidson
17. Roy, Sarchiapone & Carli
18. Ebright & Lyon
19. Rand
20. Rajandram, Ho, Samman, Chan & McGrath

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

می‌دهد. بنابراین انجام چنین پژوهش‌هایی برای کمک به شناسایی متغیرهایی که به بهبودی حالت‌های روانی و روحی این بیماران کمک فراوانی کند ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش شفقت به خود و سرمایه‌های روانشناختی (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی) در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب از مرگ در بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به انواع سرطان بالای ۲۰ سال بود که در سال ۹۸ به یکی از بیمارستان‌های شهرکرد جهت درمان مراجعه نمودند (۶۰۰ نفر). حجم نمونه با استفاده از جدول کرجسی و مورگان ۱۴۸ نفر بدست آمد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به این پژوهش عبارتند از: بیمار مبتلا به سرطان، سن بالای ۲۰ سال، موافقت برای شرکت در پژوهش و نداشتن معلولیت جسمی شدید. ملاک‌های خروج عبارتند از پر نکردن کامل پرسشنامه و داشتن بیماری‌های زمینه‌ای (قلبی و عروقی، آسم و غیره). افراد نمونه به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین جامعه پژوهش انتخاب شدند. پژوهشگران با بیان اصول اخلاقی (هیچ‌گونه نام و نشانی از شرکت‌کنندگان درخواست نمی‌شود، اطلاعات تنها در اختیار پژوهشگران قرار می‌گیرد، شرکت‌کنندگان آزاد هستند هر زمانی که بخواهند پژوهش را ترک کنند) و در صورت موافقت بیماران پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار آنها قرار دادند و از آنها درخواست می‌شد که به طور کامل به آنها پاسخ دهند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، تفکیکی و رگرسیون گام به گام در نرم افزار SPSS-23 استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه شفقت به خود[1] (فرم کوتاه): این مقیاس توسط نف (۲۰۰۳) ساخته شده و دارای ۲۴ سوال است. شفقت به خود شامل مهربانی با خود، اجتناب از قضاوت نادرست در مورد خود، درک تجارب خود به‌عنوان تجارب مشترک انسانی، دوری از انزوا، ذهن‌آگاهی و اجتناب از همانندسازی افراطی است. ماده‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای (از تقریباً هرگز= ۱تا تقریباً همیشه= ۵) تنظیم شده و با جمع همهٔ ماده‌ها نمره کل به دست می‌آید. نمره بالاتر سطح بالاتری از شفقت به خود را نشان می‌دهد. ماده‌های خرده مقیاس‌های قضاوت کردن خود، انزوا و همانندسازی افراطی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نف (۲۰۰۳) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب روائی همزمان این مقیاس با مقیاس سلامت عمومی را ۰/۴۵ گزارش کرده است. فرم کوتاه آن دارای ۱۲ سوال است که توسط شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) در ایران اعتباریابی شد و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش دادند.

پرسشنامه سرمایه‌های روانشناختی[2]: این پرسشنامه ۲۴ سؤالی توسط لوتانز و همکاران[3] (۲۰۰۷) ساخته شده است. شامل چهار خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که هر خرده مقیاس از ۶ گویه تشکیل شده است. هر گویه بر روی یک طیف لیکرت ۶ رتبه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم= ۶) نمره‌گذاری می‌شود. تمام گویه‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خی‌دو این آزمون را ۲۴/۶ و آماره‌های CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کردند که روایی عاملی آزمون را تایید می‌کند. صرامی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به هنجاریابی این پرسشنامه در ایران پرداختند. آنها ضریب پایایی این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ گزارش دادند که نشان دهندهٔ همسانی درونی مناسبی برای این پرسشنامه جهت استفاده بر روی نمونه ایرانی بود.

پرسشنامه افسردگی بک[4] (فرم کوتاه): این پرسشنامهٔ توسط بک (۱۹۶۱) ساخته شد و شامل ۱۳ سوال است. این مقیاس شامل دو عامل عاطفه منفی نسبت به خود و بی‌لذتی است. شرکت‌کنندگان به سوالات این پرسشنامه بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از صفر (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید)، پاسخ می‌دهند. نمرهٔ کل با جمع کردن نمره‌های ماده‌ها به دست می‌آید که نمره بالاتر بیانگر افسردگی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و ۰/۸۲ و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و فرم ۲۱ سؤالی پرسشنامهٔ افسردگی بک ۰/۶۷ گزارش شده است (بک، وارد، مندلس، مُوچ و اربار[5]، ۱۹۶۱). این

---

1. Self-Compassion Scale
2. Psychological Capital Questionnaires
3. Luthans
4. Beck Depression Inventory
5. Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

مقیاس توسط رجبی و کسمایی (۱۳۹۱) در ایران هنجاریابی شد و آنان مقدار ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۶، برای عامل اول ۰/۸۴ و برای عامل دوم ۰/۷۸ گزارش کردند.

پرسشنامه اضطراب مرگ[1] (فرم کوتاه): این پرسشنامه توسط تمپلر[2] (۱۹۷۰) ساخته شد و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را نسبت به مرگ می‌سنجد. هر سوال دارای دو پاسخ بلی و خیر است و نمره هر آزمودنی بین صفر تا ۱۵ است. توماس[3] و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمون ۰/۷۶ و ثبات درونی آن را ۰/۸۳ محاسبه کرده‌اند. این مقیاس توسط رجبی و بحرانی (۱۳۸۱) در ایران هنجاریابی شد و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) را برای کل پرسشنامه ۰/۷۳گزارش کردند.

یافته‌ها

نمونه شامل ۵۲٪ زن و ۴۲٪ مرد؛ میانگین سنی ۳۷/۵۴ سال؛ ۶۸٪ متاهل و ۳۲٪ مجرد؛ ۵۸٪ ساکن شهر و ۴۲٪ ساکن روستا؛ ۱۰/۷٪ بیسواد، ۸٪ ابتدائی، ۱۲/۷٪ راهنمائی، ۲۰٪ دیپلم، ۱۷/۳٪ فوق دیپلم، ۱۷/۳٪ لیسانس، ۱۰٪ ارشد و ۴٪ دکترا؛ ۲۰/۷٪ وضعیت اقتصادی ضعیف، ۲۳/۳٪ زیر متوسط، ۳۲/۷٪ متوسط، ۱۶/۷٪ خوب و ۶/۷٪ خیلی خوب بوده‌اند. مدت بیماری نیز بین ۱ ماه تا ۸۴ ماه متغیر بوده است.

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۶/۰۸	۳/۱۰
اضطراب مرگ	۵/۳۴	۳/۲۱
شفقت به خود	۳۴/۸۴	۴/۹۴
خودکارآمدی	۲۰/۵۴	۷/۳۶
تاب‌آوری	۲۰/۲۴	۵/۵۵
امیدواری	۲۰/۳۶	۵/۷۲
خوش‌بینی	۲۰/۵۵	۵/۴۵

جهت بررسی رابطهٔ متغیرهای پیش‌بین (شفقت به خود، خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری و خوش‌بینی) و دو متغیر ملاک (افسردگی و اضطراب مرگ) در بیماران مبتلا به انواع سرطان، ابتدا همبستگی ساده پیرسون محاسبه شد. سپس با کنترل متغیرهای سن، مدت بیماری، تحصیلات و وضعیت اقتصادی همبستگی تفکیکی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک برآورد شد. خلاصه نتایج در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول۲. ضریب همبستگی ساده و تفکیکی بین شفقت به خود و سرمایه‌های روانشناختی با افسردگی و اضطراب مرگ

	متغیرهای مستقل	R & sig	شفقت به خود	خودکارآمدی	تاب آوری	امیدواری	خوش‌بینی
	متغیرهای وابسته						
همبستگی پیرسون	افسردگی	R	-۰/۲۱	-۰/۲۰	-۰/۳۳	-۰/۳۳	-۰/۲۴
		Sig	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱
	اضطراب مرگ	R	-۰/۰۶	-۰/۰۶	-۰/۲۷	-۰/۲۶	-۰/۲۲
		Sig	۰/۴	۰/۴	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱

[1]. Death Anxiety Questionnaire
[2]. Templer
[3]. Tomas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

همبستگی	افسردگی	R	-۰/۲۱	-۰/۱۸	-۰/۲۹	-۰/۳۰	-۰/۲۱
تفکیکی		Sig	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱
	اضطراب مرگ	R	۰/۰۵	-۰/۰۵	-۰/۲۶	-۰/۲۳	-۰/۲۱
		Sig	۰/۵	۰/۵	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱

همانطور که مندرجات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین متغیرهای افسردگی با شفقت به خود و چهار سرمایه روانشناختی رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. بنابراین با افزایش سرمایه‌های روانشناختی و شفقت به خود شاهد کاهش افسردگی بیماران خواهیم بود. همبستگی تفکیکی نیز نشان می‌دهد که پس از کنترل متغیرهای سن، مدت بیماری، تحصیلات و درآمد همبستگی همچنان معنی‌دار است؛ بنابراین این رابطه‌ها واقعی است.

اضطراب مرگ تنها با متغیرهای تاب‌آوری، امیدواری و خوش‌بینی همبستگی معنی‌دار و معکوس دارد و دو متغیر شفقت به خود و خودکارآمدی همبستگی معنی‌داری با اضطراب مرگ ندارند. نتایج همبستگی تفکیکی نیز نشان داده است که رابطه این سه متغیر (تاب-آوری، امیدواری و خوش‌بینی) با اضطراب مرگ پس از کنترل سن، مدت بیماری، تحصیلات و درآمد معنی‌دار است و بنابراین این روابط واقعی هستند.

با توجه به این نتایج در مرحله بعد جهت پیش‌بینی بهترین متغیر پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب مرگ از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. خلاصه نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای تعیین متغیرهای پیش‌بین افسردگی و اضطراب مرگ

متغیرهای وابسته	متغیرهای پیش بین	R	R square	Adjusted R	F	P	ß	t	p
افسردگی	تاب‌آوری	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۱۴	۲۴/۹۶	۰/۰۰۱	-۰/۳۸	-۴/۹۹	/۰۰۱
اضطراب مرگ	امیدواری	۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۱۰	۱۷/۵۹	۰/۰۰۱	-۰/۳۲	-۴/۱۹	۰/۰۰۱

نتایج مندرج در جدول شماره ۳ بیانگر آن است که قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب، به ترتیب تاب‌آوری و امیدواری است. بنابراین افزایش تاب‌آوری با کاهش افسردگی و افزایش امیدواری با کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان همراه است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش شفقت به خود و سرمایه‌های روانشناختی (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی) در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که تاب‌آوری مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده افسردگی و امید مهمترین پیش‌بینی‌کننده اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان بود. در خصوص رابطه تاب‌آوری و افسردگی پژوهش-های زیادی صورت گرفته است که با تحقیق حاضر همخوانی دارد (شین و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسماتاس و گیستنیس، ۲۰۱۶؛ ویشنووی و همکاران، ۲۰۰۷؛ حسینی قمی و سلیمی، ۱۳۹۲؛ پورحسینی و همکاران، ۱۳۹۳). در این مطالعات نتایج حاکی از آن بوده است که تاب‌آوری، افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد و از طریق ایجاد شرایط جسمی و روانی مثبت باعث شرایط بهبودی سریعتر بیماران می‌شود. همچنین، در ارتباط با اضطراب مرگ و امید هم پژوهش‌های همسوی با یافته‌های تحقیق حاضر وجود دارد (افروز و همکاران، ۱۳۹۷؛ قربانی و همکاران،۱۳۹۲؛ یانگ و همکاران، ۲۰۱۳؛ میچل و همکاران، ۲۰۱۳). یافته‌های این پژوهشگران نشان داده است که بیماران مبتلا به سرطان احساس می‌کنند که زندگی آنها رو به پایان است و به همین علت اغلب مضطرب هستند و با افزایش امید از اضطراب مرگ آنان کاسته می‌شود. همچنین نتایج نشان داد که با افزایش شفقت به خود، افسردگی کاهش می‌یابد اما رابطه‌ای بین شفقت به خود با اضطراب مرگ به دست نیامد. در خصوص رابطه بین شفقت به خود با کاهش علایم افسردگی پژوهش‌هایی همسو با نتایج تحقیق حاضر وجود دارد (پینتو گوویا و همکاران، ۲۰۱۴؛ گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۵).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

در تبیین ارتباط تاب‌آوری و افسردگی استدلال‌های مختلفی می‌توان مطرح کرد. یکی از ویژگی‌های مهم تاب‌آوری مقاومت است. افراد تاب‌آور در برخورد با مشکلات سرسختانه از خود مقاومت نشان داده و تسلیم نمی‌شوند. در مقابل یکی از ویژگی‌های افسردگی زود تسلیم شدن است و این تسلیم ممکن است در برخورد بیماری سختی چون سرطان که دارای جنبهٔ روانشناختی منفی شدیدی است خیلی زود صورت بگیرد. افراد تاب‌آور علی‌رغم مواجهه با مشکلات سخت به فعالیت‌های شغلی، خانوادگی و اجتماعی ادامه می‌دهند. پس افراد تاب‌آور بخاطر فعالیت‌های ذکر شده از برون‌گرائی بیشتری برخوردارند (شفیع‌زاده، ۱۳۹۱) و از آنجائی‌که در برون‌گرائی فرصت نشخوار فکری که با افسردگی رابطه زیادی دارد، بسیارکم است، از این طریق می‌تواند به کاهش افسردگی کمک کند. همچنین افراد تاب‌آور به‌خاطر ادامه فعالیت، افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند و هر چه سطح فعالیت بالاتر باشد احتمال افسردگی کاهش می‌یابد. تبیین دیگری که می‌توان در این رابطه داشت هدف‌گرائی در افراد تاب‌آور است. بیماری در افراد تاب‌آور آنان را از اهداف‌شان دور نمی‌کند و می‌توانند راه‌های مختلفی برای دستیابی به اهدافشان طراحی کنند. هدفمندی به افراد انرژی می‌دهد و از این طریق به کاهش افسردگی‌شان کمک می‌کند (رابینسون، رازیک، بولتون، بیوانو، جوزف و جیتندر[1]، ۲۰۱۱).

در تبیین رابطه اضطراب مرگ با امید استدلالهای متفاوتی می‌توان ارائه کرد. امید باعث نگرش مثبت در جهت دستیابی به یک نتیجه مطلوب می‌شود. پس بیماران سرطانی وقتی دارای امید بالاتری باشند نسبت به اثرات دارو و روش‌های درمانی نگرش مثبتی پیدا می‌کنند و این امر به کاهش اضطراب آنان کمک بسیاری می‌کند. از طرفی دیگر، با افزایش امیدواری، عملکرد سیستم ایمنی بدن بهبود پیدا می‌کند (هارت[2]، ۲۰۰۰) و بهبودی سیستم ایمنی در درمان سرطان نقش مهمی دارد و از این طریق به افزایش سرعت درمان کمک می‌کند و موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود. همچنین افراد امیدوار دارای انگیزه در زندگی هستند و بر اهداف خود پافشاری می‌کنند. این انگیزه می‌تواند شامل ایستادگی در برابر مرگ و اضطراب مرگ هم باشد و به این شکل خودکارآمدی فرد برای مقابله با اضطراب را افزایش می‌یابد. وقتی خودکارآمدی افزایش یابد اضطراب نیز کاهش می‌یابد، پس اضطراب مرگ هم به نوعی با افزایش امیدواری کاهش می‌یابد. افراد امیدوار در صورت شکست، دوباره شروع می‌کنند و در بیماری سرطان ممکن است در هنگام شکست اثربخشی درمان یا نوع خاصی از دارو، درمان جدیدی را شروع کنند و ناامید نشوند. سرانجام، افراد امیدوار این توانائی را دارند که همواره به جنبه‌های مثبت بیماری توجه کرده و این مساله به بهبود شرایط آنها و کاهش اضطراب مرگ کمک شایانی می‌کند.

در تبیین رابطه بین شفقت به خود و افسردگی می‌توان گفت افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند، در تجربهٔ وقایع ناخوشایند، با درنظرگرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همهٔ انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین مؤلفهٔ هشیاری شفقت به خود، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای فکری به‌عنوان خصیصهٔ محوری افسردگی پیشگیری کند. از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به‌دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفهٔ هشیاری و ذهن‌آگاه بودن با کاهش نشخوارگری افراد موجب کاهش هیجان‌های منفی در آنها می‌شود (وادسورت، فورجرد، هسو، کرتر و بیورگوینسون[3]، ۲۰۱۸).

با توجه به آنچه بیان شد می‌توان به تاثیر دو سرمایه تاب‌آوری و امید و همچنین متغیر شفقت به خود در بیماری سرطان توجه ویژه‌ای نمود و پیشنهاد می‌شود جهت افزایش این دو سرمایه روانشناختی و متغیر شفقت به خود در بخش بیماران سرطانی بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی دیگر، روان‌درمانی و مشاوره جهت افزایش امید، تاب‌آوری و شفقت به خود توسط متخصصان انجام شود تا شاهد کاستن بار رنج افسردگی و اضطراب در این بیماران باشیم. این پژوهش نیز همانند دیگر کارهای پژوهشی دارای محدودیت‌هایی بوده است؛ اندازه نمونه مورد پژوهش محدود به بیماران شهر شهرکرد است پس در تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا به سرطان در کشور باید احتیاط کرد. همچنین این یافته‌ها تنها روابط بین متغیرها را نشان می‌دهد و روابط علی و معلولی را مشخص نمی‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در میان بیماران دیگر استان‌های کشور ما ایران انجام گیرد و از پژوهش‌های کیفی برای درک عمیق‌تر این‌گونه موضوعات استفاده شود.

1. Robinson, Rasic, Bolton, Bienvenu, Joseph & Jitender
2. herth
3. Wadsworth, Forgeard, Hsu, Kertz, & Björgvinsson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

منابع

افروز، غ.، دلیر، م.، و صادقی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی، امید به زندگی و شادکامی در زنان با تجربهٔ جراحی پستان. *روانشناسی سلامت، ۶* (۲۴)، ۱۹۵-۱۸۰.

صرامی فروشانی، غ.، آخوندی، ن.، علیپور، ا.، و اعراب شیبانی، خ. (۱۳۹۳). اعتبار یابی و بررسی ساختار عاملی پرسشنامه سرمایه‌های روانشناختی در کارشناسان شرکت ایران خودرو. *مطالعات روان شناختی، ۱۰*(۳)، ۹۵-۱۰۹.

پورحسین، ر.، فرهودی، ف.، امیری، م.، جانبزرگی، م.، رضایی، ا.، و نورالهی، ف. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۴(۱۴)، ۴۰-۲۱.

حسینی قمی، ط.، و سلیمی، ح.(۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران. *روانشناسی سلامت، ۱* (۴)، ۱۰۹-۹۷.

رجبی، غ.، و بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوالهای اضطراب مرگ. *مجله روانشناسی*، ۵(۴)، ۳۴۴-۳۳۱.

رجبی، غ.، و کارجو، س. (۱۳۹۱).کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۳(۱۰)، ۱۳۹-۱۵۸.

شفیع‌زاده، ر. (۱۳۹۱). رابطه تاب آوری با پنج عامل بزرگ شخصیت. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۳)، ۱۰۲-۹۵.

شهبازی، م.، رجبی، غ.، مقامی، ا.، و جلوداری، آ. (۱۳۹۴). ساختار عامل تاییدی نسخه فارسی مقیاس درجه بندی تجدیدنظر شده شفقت–خود در گروهی از زندانیان. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۶(۱۹)، ۴۶-۳۱.

قربانی، ا.، سعادتمند، س.، سپهریان آذر، ف.، اسدنیا، س.، و فیضی پور، ه .(۱۳۹۲). رابطه امید، اضطراب مرگ با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه ارومیه. *مجله علوم پزشکی ارومیه*، ۲۴(۸)، ۶۱۶-۶۰۸.

Bailey, T. C., Eng, W., Frisch, M. B., & Snyder, C. (2007). Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, *2*(3), 168-175.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology*, *4*, 561–571.

Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign—future directions in cancer care. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *15*(2), 93-95.

Chang, E. C., & D'Zurilla, T. J. (1996). Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: A construct validation study. *Behaviour research and therapy*, *34*(2), 185-194.

Chibnall, J. T., Videen, S. D., Duckro, P. N., & Miller, D. K. (2002). Psychosocial—spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*, *16*(4), 331-338.

Chochinov, H. M. (2001). Depression in cancer patients. *The lancet oncology*, *2*(8), 499-505.

Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, *9*(3), 361.

Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*, *28*(3), 343-363.

Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). *Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer*. Paper presented at the Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society.

Gagliese, L., Gauthier, L. R., & Rodin, G. (2007). Cancer pain and depression: A systematic review of age-related patterns. *Pain Research and Management*, *12*(3), 205-211.

Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *4*(4), 300-311.

Gilligan, R. (2000). *Promoting resilience: A resource guide on working with children in the care system*: London.

Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: a correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *12*(1), 91-104.

Herth, K.(2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. Journal of Advanced Nursing. 32(6),1431 -41 .

Howard, S., & Johnson, B. (2000). What makes the difference? Children and teachers talk about resilient outcomes for children'at risk'. *Educational studies*, *26*(3), 321-337.

Keir, S. T., Swartz, J. J., & Friedman, H. S. (2007). Stress and long-term survivors of brain cancer. *Supportive Care in Cancer*, *15*(12), 1423-1428.

Khosroshahi, J. B., Hashemi Nosratabadi, T, & Bayrami., M. (2013). The relationship between psychological capital and personality traits with job satisfaction among librarians' in public libraries in Tabriz. *Pajoohandeh Journal*, *17*(6), 313-319.

Gustainienė, L., & Šmitas, A. (2016). Is resilience related to depression, anxiety and energy? European Social Survey results. *European proceedings of social & behavioral sciences, 8, 125-130* .

Shin, Y.-C., Kim, S. M., Kim, H., Min, K. J., Yoo, S.-K., Kim, E.-J., & Jeon, S. W. (2019). Resilience as a protective factor for depressive mood and anxiety among Korean employees. *Journal of Korean medical science*, *34*(27),1-14

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

Lai, J. C., Evans, P. D., Ng, S. H., Chong, A. M., Siu, O. T., Chan, C. L., . . . Chan, C. C. (2005). Optimism, positive affectivity, and salivary cortisol. *British journal of health psychology, 10*(4), 467-484.

LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., Salisbury, M. H., & Riley, L. P. (2003). Optimism, anxiety, and coping in parents of children hospitalized for spinal surgery. *Applied Nursing Research, 16*(4), 228-235.

Lauver, D. R., Connolly-Nelson, K., & Vang, P. (2007). Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer nursing, 30*(2), 101-111.

Luthans, F., & Jensen, S. M. (2002). Hope: A new positive strength for human resource development. *Human resource development review, 1*(3), 304-322.

Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of management, 33*(3), 321-349.

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology, 60*(3), 541-572.

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). Psychological capital: Developing the human competitive edge. Psychological capital. New York: Oxford University Press.

Ma, J. L. (1997). Factors influencing adjustment of patients suffering from nasopharynx carcinoma—implications for oncology social work. *Social work in health care, 25*(4), 83-103.

Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute,* (32), 57-71.

McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimino, J. E., & Breitbart, W. (2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General hospital psychiatry, 26*(6), 484-486.

Miller, K., & Massie, M. J. (2006). Depression and anxiety. *The Cancer Journal, 12*(5), 388-397.

Misono, S., Weiss, N. S., Fann, J. R., Redman, M., & Yueh, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal of Clinical Oncology, 26*(29), 4731.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology, 12*(2), 160-174.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity, 2*(2), 85-101.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity, 2*(3), 223-250.

Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass, 5*(1), 1-12.

Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology, 91*(4), 730.

Palesh, O. G., Collie, K., Batiuchok, D., Tilston, J., Koopman, C., Perlis, M. L., . . . Spiegel, D. (2007). A longitudinal study of depression, pain, and stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. *Biological psychology, 75*(1), 37-44.

Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical psychology & psychotherapy, 21*(4), 311-323.

Pitceathly, C., & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *European Journal of cancer, 39*(11), 1517-1524.

Pourhossein, R., Farhoudi,F., Amiri,M., Janbozorgi,M., Bidakhvidi, A & Nourollahi, F. (2014). The Relationship of Suicidal thoughts, Depression, Anxiety, Resilience, Daily Stress and Mental Health in University of Tehran Students. *Clinical psychology studies, 4*(14), 21-40.

Prieto, J. M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., & Gastó, C. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology, 20*(7), 1907-1917.

Przezdziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-oncology, 22*(8), 1872-1879.

Puskar, K. R., Sereika, S. M., Lamb, J., Tusaie-Mumford, K., & Mcguinness, T. (1999). Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues in mental health nursing, 20*(2), 115-130.

Rajandram, R. K., Ho, S. M., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC research notes, 4*(1), 519.

Rand, K. L. (2009). Hope and optimism: Latent structures and influences on grade expectancy and academic performance. *Journal of personality, 77*(1), 231-260.

Robinson, J., Rasic, A., Bolton, D., Bienvenu, J., Joseph, O., & Jitender, S. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research, 45* (6), 848-854.

Rodgers, J., Martin, C. R., Morse, R. C., Kendell, K., & Verrill, M. (2005). An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes, 3*(1), 41.

Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters. *Archives of Suicide Research, 11*(3), 265-269.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

Schellekens, M. P., Karremans, J. C., van der Drift, M. A., Molema, J., van den Hurk, D. G., Prins, J. B., & Speckens, A. E. (2017). Are mindfulness and self-compassion related to psychological distress and communication in couples facing lung cancer? A dyadic approach. *Mindfulness, 8*(2), 325-336.

Seligman, M. E. (2006). *Learned optimism: How to change your mind and your life*: Vintage.

Sigal, J. J., Ouimet, M. C., Margolese, R., Panarello, L., Stibernik, V., & Bescec, S. (2007). How patients with less-advanced and more-advanced cancer deal with three death-related fears: an exploratory study. *Journal of psychosocial oncology, 26*(1), 53-68.

Skarstein, J., Aass, N., Fosså, S. D., Skovlund, E., & Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of psychosomatic research, 49*(1), 27-34.

Stark, D. P. H., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British journal of cancer, 83*(10), 1261-1267.

Tang, P., Chiou, C., Lin, H., & Wang, C. (2011). Correlation the correlation of death anxiety between Taiwanese. *Cancer of Nursing, 34*(4), 286-292.

Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2005). Construction and validation of the death anxiety inventory (dai). *European Journal of Psychological Assessment, 21*, 108–114.

Tavoli, A., Mohagheghi, M. A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z., & Omidvari, S. (2007). Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC gastroenterology, 7*(1), 28.

Tsai, J.-S., Wu, C.-H., Chiu, T.-Y., Hu, W.-Y., & Chen, C.-Y. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. *Journal of pain and symptom management, 29*(4), 344-351.

Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J. R. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry research, 152*(2-3), 293-297.

Van der Velden, P. G., Kleber, R. J., Fournier, M., Grievink, L., Drogendijk, A., & Gersons, B. P. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group: A prospective study. *Journal of affective disorders, 102*(1-3), 35-45.

van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic medicine, 59*(3), 280-293.

Vilhauer, R. P. (2008). A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer. *Palliative & Supportive Care, 6*(3), 249-258.

Wadsworth, L.P., Forgeard, M., Hsu, K.J., Kertz, S., Treadway, M., & Björgvinsson, T.(2018). Examining the Role of Repetitive Negative Thinking in Relations Between Positive and Negative Aspects of Self-compassion and Symptom Improvement During Intensive Treatment. *Cognitive Therapy and Research, 42*(3), 236-49.

Yang, Y.-L., Liu, L., Wang, Y., Wu, H., Yang, X.-S., Wang, J.-N., & Wang, L. (2013). The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC cancer, 13*(1), 393.

Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety scale. *Journal of General Psychology, 82*,165-177.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.4.5]