مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۸، شماره ۱۲، اسفند ۱۴۰۰ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی مبتلایان به سرطان

زهرا صادق زاده مفرد: گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

فریبرز درتاج: استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) dortaj@atu.ac.ir

فاطمه قائمی: دانشیار، اندوکرینولوژیست، عضو هیت علمی، ستاد معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

نورعلی فرخی: دانشیار، گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سرطان به عنوان یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دارای تبعات بسیاری است و زندگی فرد را از جهات مختلف تحت تاثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خود کارآمدی و بهزیستی روانشناختی مبتلایان به سرطان انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش آزمون – پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش در تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این بین، تعداد ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، به طور داوطلب انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی و هفتگی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بود از مقیاس خودکارآمدی عمومی (Jerusalem & Schwarzer، ۱۹۷۹) و پرسشنامه بهزیستی وانشناختی (Ryff، ۱۹۸۹). داده‌ها از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی مبتلایان به سرطان اثربخش است (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: بنابراین در حیطه سلامت مربوط به مبتلایان به سرطان می توان مداخلات مبتنی بر شفقت را به منظور ارتقای سلامت روان این بیماران مورد استفاده قرار داد، چرا که درمان متمرکز بر شفقت در این بیماران می تواند بر بهبود خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی موثر باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

شفقت،

خودکارآمدی،

بهزیستی،

سرطان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰

تاریخ چاپ: ۱۴۰۰/۱۲/۰۱

شیوه استناد به این مقاله:

Sadeghzadeh Mofrad Z, Dortaj F, Ghaemi F, Farrokhi N. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-Efficacy and Psychological Well-Being of Cancer Patients. Razi J Med Sci. 2021;28(12):218-229.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

Razi Journal of Medical Sciences. 2022;28(12):218-229. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-Efficacy and Psychological Well-Being of Cancer Patients

Zahra Sadeghzadeh Mofrad: Department of Health Psychology, Kish International Branch,Islamic Azad University, Kish Island, Iran
Fariborz Dortaj: Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (*Corresponding author) dortaj@atu.ac.ir
Fatemeh Ghaemi: Associate Professor, Department of Transplantation & Disease Management, Faculty Member of Deputy Ministry of Health & Medical Education, Tehran, Iran
Noorali Farrokhi: Associate Professor, Assessment & Measurement Department, Psychology & Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Cancer is one of the significant health problems in this century. The suffering caused by cancer can decrease the patient's sense of self-efficacy and psychological well-being. However, cancer patients' psychological well-being and self-efficacy are considered two essential variables in motivating them to follow the prescribed treatment program and increase the probability of successful treatment response. Psychological well-being refers to a sense of health that includes full awareness of all aspects of the individual's integrity. Psychological well-being is a core feature of mental health. It may be defined as having hedonic (enjoyment, pleasure) and eudaimonic (meaning, fulfillment) happiness, as well as resilience (coping, emotion regulation, healthy problem solving). The Six-factor Model of Psychological Well-being is a theory developed by Ryff which determines six factors that contribute to an individual's psychological well-being, contentment, and happiness. Psychological well-being consists of positive relationships with others, personal mastery, autonomy, a feeling of purpose and meaning in life, and personal growth and development. Psychological well-being is attained by achieving a state of balance affected by both challenging and rewarding life events. People with high well-being experience mainly positive emotions and have a positive evaluation. Self-efficacy refers to the perception of one's ability to act according to one's desire. Self-efficacy reflects confidence in exerting control over one's motivation, behavior, and social environment. A strong sense of self-efficacy promotes human accomplishment and personal well-being. A person with high self-efficacy views challenges as things that are supposed to be mastered rather than threats to avoid. These people can recover from failure faster and are more likely to attribute failure to a lack of effort. They approach threatening situations with the belief that they can control them. These things have been linked to lower levels of stress and a lower vulnerability to depression. According to numerous studies, in cancer patients, interventions to increase the sense of self-efficacy facilitate the treatment process, increase the therapeutic response and reduce the disease's symptoms. Also, higher self-efficacy increases the adaptation of cancer patients to infection and improves the quality of life. Compassion-Focused Therapy has received a lot of attention recently. Compassion-focused therapy aims to help promote mental and emotional healing by encouraging people in treatment to be compassionate toward themselves and other people. Compassion-focused therapy was founded by Paul Gilbert (2000) in response to the observation that many people, particularly those high in shame and self-criticism, were experiencing difficulties generating kind and self-supporting inner voices when engaging in traditional therapy. It was observed that although these individuals were able to engage with cognitive and behavioral tasks, they still responded poorly to therapy. Self-compassion focus on kindness to oneself in the face of self-judgment, human commonalities in front of isolation, and mindfulness. Self-compassion is associated with positive emotions and the ability to hold negative emotions in a non-judgmental consciousness. Compassion, both toward the self and toward others, is an emotional response believed by many to be an essential aspect of well-being. Therefore, the present study seeks to answer whether compassion-focused Therapy is effective on psychological well-being and self-efficacy in people with cancer.

Keywords
Compassion,
Self-Efficacy,
Well-Being,
Cancer

Received: 02/10/2021
Published: 20/02/2022

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

Methods: The design of the present study was quasi-experimental with a pretest-posttest and control group. The necessary permission was first obtained from the ethics committee of Hormozgan University of Medical Sciences with the code IR to conduct this study. HUMS.REC.1398.306. This study's statistical population included all cancer patients referred to Shahid Fayyaz Bakhsh Hospital in Tehran in 1398, of which 34 people who met the inclusion criteria and were willing to participate in the study were purposefully selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group underwent eight sessions of 90-minute treatment focused on compassion in a group and weekly manner. Patients in both groups answered the research questionnaires at the beginning and immediately after the intervention. Inclusion criteria included: maximum age of 65, lowest literacy, at least six months after diagnosis, no severe mental disorder, and substance abuse. Exclusion criteria include the absence of more than two sessions in treatment, unwillingness to continue to participate in the study, and the occurrence of acute physical and mental disorders that do not allow continued participation in the sessions. At the end of the treatment sessions, two people from each group were excluded due to non-participation in the study, and finally, 15 people remained in each group. Generalized self-efficacy scale AND Ryff's psychological well-being scales were used to collect data.

Results: Based on demographic information from the experimental and control groups, 15 cancer patients each participated; the mean age of the subjects in the experimental group was 38.12 years and in the control group was 36.94 years. The mean duration of the disease in the experimental group was 4.97, and in the control group was 5.33 years. Multivariate analysis of covariance was used to compare the differences between groups in psychological well-being subscales. The multivariate analysis of covariance showed a significant difference between the two groups in the linear composition of the dependent variables (Lambda Wickels = 0.03, F = 0.001, $p < 0.001$). Also, to compare the two groups in each of the components of psychological well-being as a dependent variable, the test of effects between subjects in the text of the univariate analysis of covariance test was used. The results showed that after controlling the effect of pre-tests on the post-test score, the group effect on the components of psychological well-being in the post-test has become significant. Univariate covariance analysis was used to compare the two groups in self-efficacy score and total psychological well-being score. The results showed that by controlling the pre-test scores, the group's effect on the self-efficacy post-test score and the total score of psychological well-being is significant.

Conclusion: This study aimed to determine the effectiveness of compassion-focused Therapy on cancer patients' psychological well-being and self-efficacy. The results showed that compassion-focused Therapy could significantly positively affect cancer patients' psychological well-being and self-efficacy. Explaining these results, it should be noted that according to the compassionate view, people who have high self-judgment are more likely to blame themselves for stressful life events. The basic premise of compassion-focused Therapy is that not only are feelings of shame about brokenness and self-blame not helping to solve problems, but such a reproachful pattern can be the source of many mental disorders and poor well-being. In compassionate Therapy, by creating a new perspective, people who constantly criticize themselves are helped to achieve growth and development and choose the options they can. Also, in case of failure, instead of being unkind and judgmental towards themselves, they should appear with a state of compassion and acceptance towards themselves, which can gradually help to strengthen one's self-efficacy and psychological well-being. Some of the critical steps involved in compassion-focused therapy sessions are the use of imagery, compassionate thinking to the self and others, responding to self-criticism through self-compassion, and practicing human behavior, often complimented with letter or diary writing. Compassion-focused Therapy encourages the client to focus on, understand, and feel compassion to the self during negative thought processes, with a strong focus on nurturing compassion within the self. Compassion-focused Therapy helps the individual to accept problems and failures and illness and disability as part of shared human experiences by teaching the components of self-kindness, a shared sense of humanity, and mindfulness.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Sadeghzadeh Mofrad Z, Dortaj F, Ghaemi F, Farrokhi N. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-Efficacy and Psychological Well-Being of Cancer Patients. Razi J Med Sci. 2021;28(12):218-229.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

مقدمه

بیماری سرطان، یکی از معضلات مهم سلامتی و درمانی در قرن حاضر است. سرطان یک بیماری تهدیدکننده زندگی است که موجب مرگ سالانه بیش از ۷/۶ میلیون تن در جهان می‌شود و طبق پیش-بینی‌های موجود، برآورد می‌شود تا سال ۲۰۳۰ با افزایش پنجاه درصدی در موارد ابتلا، تعداد موارد ابتلای جدید به بیش از ۲۸ میلیون برسد (۱). این بیماری دارای اثرات زیان باری بر همه ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی زندگی است که در نهایت می‌تواند موجب کاهش سطح بهزیستی روانشناختی بیماران شود (۲, ۳). همچنین درد و رنج حاصل از بیماری، عوارض ناشی از بیماری و درمان آن در کنار ماهیت ناتوان کنندگی بیماری، کنترل ناپذیر بودن و آینده نامعلوم آن با لطمه زدن به عملکرد فرد می‌تواند منجر به کاهش حس خودکارآمدی در بیمار شود (۴). این در حالی است که برخورداری بیماران سرطانی از بهزیستی روانشناختی (۵) و خودکارآمدی (۶) به عنوان دو متغیر مهم در ایجاد انگیزه و انرژی برای پیگیری فرایند درمان خود و تبعیت از برنامه درمانی تجویز شده و همچنین افزایش احتمال پاسخ درمانی موفق ضروری است.

در سال‌های اخیر گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت با استناد به روانشناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه مفهوم سلامت روان برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روانشناختی مفهوم‌سازی کرده‌اند (۷). این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است (۸). بهزیستی روان‌شناختی اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را شامل می‌شود. افراد با احساس بهزیستی زیاد، به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند (۹). ریف و کیز (۱۰) شش مؤلفه برای بهزیستی روان‌شناختی توضیح داده‌اند که شامل خودپذیری، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی می‌شود. طبق یافته مطالعات موجود، بهزیستی روان‌شناختی در افراد بیمار به خصوص افراد با بیماری مزمن بر کنترل بیماری و عوارض آن و واکنش‌پذیری مثبت بیمار در مقابل علائم بیماری کمک می‌کند (۱۱).

مفهوم خودکارآمدی عبارت است از توانایی انجام کاری یا رسیدن به هدفی که برآیندی خاص را تولید می‌کند و تأثیر مهمی بر عملکرد، احساس و حالات عاطفی فرد دارد (۱۲). بندورا، خودکارآمدی را به عنوان یک مفهوم مرکزی ارائه داده که به ادراک توانایی‌های خود برای انجام دادن عملی که مطابق میل فردی است، اشاره می‌کند (۱۳). در نظریه یادگیری اجتماعی، رشد خودکارآمدی به عنوان قضاوت از چگونه انجام دادن کاری در موقعیت مورد انتظار، مفهوم اصلی فعالیت انسان‌هاست (۱۴). طبق یافته تحقیقات متعدد، در بیماران سرطانی، انجام مداخلات برای افزایش حس خودکارآمدی موجب تسهیل روند درمان، افزایش پاسخ درمانی و کاهش علائم می‌شود (۱۵). همچنین خودکارآمدی بالاتر سبب افزایش سازگاری بیماران سرطانی با بیماری خود و بهبود کیفیت زندگی و کاهش آسیب‌های روانی در آنها می‌شود (۱۵). بر این اساس لازم است تا در بیماران سرطانی به دنبال شناسایی و بکارگیری مداخلات موثر در بهبود و ارتقای خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی بود. در هین راستا به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند مداخله ای موثر در این زمینه باشد.

درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-Focused Therapy) از رویکردهای درمانی است که اخیراً توجه بسیاری به آن شده است. نف شفقت به خود را سازه‌ای سه مؤلفه‌ای، شامل این امور تعریف می‌کند: مهربانی با خود در برابر قضاوت خویش (درک خود به جای انتقاد از خود و این که نوعی مهرورزی و حمایت درقبال کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خویش داشته باشد)، اشتراکات انسانی درمقابل انزوا (اعتراف به اینکه همه انسانها دارای نقایصی هستند و اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند)، ذهن آگاهی در برابر همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می شود جنبه‌های دردناک یک

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

تجربه، نه نادیده گرفته شود و نه به طور مکرر ذهن را اشغال کند) (۱۶). امروزه ترکیب این سه مؤلفه، مشخصه فردی است که به خود شفقت دارد. علاوه آن که شفقت خود، فرد را درمقابل حالت روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. شفقت خود با عواطف مثبت مرتبط است؛ اما این ویژگی صرفاً شیوه تفکر مثبت نیست، بلکه توانایی نگهداشتن هیجان‌های منفی در هشیاری غیرقضاوتگر بدون فرونشانی یا انکار جنبه‌های منفی تجربه است (۱۷). به عنوان مثال این طور نیست که افراد دارای شفقت به خود، زمانی که ضعفشان را توصیف می‌کنند از کلمات بیان کننده هیجان‌های منفی،کمتر استفاده کنند. آنها فقط هنگامی که ضعفشان را از نظر می‌گذرانند، اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند، که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۱۸, ۱۹). در فرایند درمان مبتنی بر شفقت 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 (۲۰). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارتها و ویژگیهای شفقت به فرد، به تدریج این کار را انجام می‌دهد (۲۱). به تدریج در طی این درمان افراد می‌آموزند که به جای قضاوت در مورد احساسات دردناک خود و اجتناب و سرکوب آنها، با دلسوزی و شفقت نسبت تجربیات خود با واقعیت درون خود مواجهه شوند و با افزایش آگاهی نسبت به خود و دنیای درون خود از حالت دوری و قضاوت نسبت به تجارب و هیجانات خود به حالت شفقت نسبت به خود دست یابند و بنابراین به نظر می‌رسد که چنین فرایندی می‌تواند در بهبود و ارتقای بهزیستی روانشناختی و در نتیجه خودکارآمدی در افراد مبتلا به سرطان نقش مؤثری داشته باشد. در پژوهش‌های مختلف، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در ارتقا سلامت روان و کاهش اضطراب و افسردگی (۲۰)، افزایش خودمراقبتی و کاهش خستگی و فرسودگی ناشی (۲۱) و سازگاری با بیماری، کاهش استرس و پریشانی روانشناختی (۲۲) در بیماران سرطانی نشان داده شده است.

بر اساس مطالب ذکر شده و با توجه به آسیب‌های روانشناختی متعددی که بیماران سرطانی در معرض آنها هستند، به نظر می‌رسد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند مداخله موثری برای افزایش سطح بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی به عنوان دو متغیر مهم در کاهش آسیب‌های روانی در بیماران سرطانی و افزایش احتمال پاسخ درمانی موفق در آنها باشد. از این رو مطالعه حاضر به دنبال پاسخدهی به این سؤال است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به سرطان اثربخشی دارد؟

روش کار

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. برای اجرای این مطالعه در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان با کد IR.HUMS.REC.1398.306 اخذ گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش در تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از بین آنها، تعداد ۳۴ نفر که دارای ملاکهای ورود به مطالعه بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، به طور هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی و هفتگی قرار گرفت. بیماران هر دو گروه در ابتدا و هم بلافاصله پس از پایان مداخله، به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. معیار ورود به این پژوهش شامل حداکثر سن ۶۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، گذشت حداقل شش ماه از زمان تشخیص بیماری، نداشتن اختلال روانی شدید و اعتیاد به مواد بود. معیارهای خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه در درمان، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و بروز اختلالات جسمی و روانی حادی که اجازه ادامه مشارکت در جلسات را ندهد. در پایان جلسات درمان، از هر گروه ۲ نفر به دلیل عدم

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

مشارکت در مطالعه حذف شدند و در نهایت در هر گروه تعداد ۱۵ نفر باقیماند. برای جمع‌آوری داده ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

مقیاس بهزیستی روانشناختی (Ryff's psychological well-being scales): این پرسشنامه ۱۸ سوال داشته و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روانشناختی از ابعاد مختلف استقلال (سوالات ۱۸،۱۲،۹)، تسلط بر محیط (سوالات ۱،۴،۶)، رشد شخصی (سوالات ۷،۱۵،۱۷)، ارتباط مثبت با دیگران (سوالات ۳،۱۱،۱۳)، هدفمندی در زندگی (سوالات ۵،۱۴،۱۶) و پذیرش خود (سوالات ۲،۸،۱۰) است (۲۳). نمره گذاری مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم است. شیوه نمره‌گذاری در مورد سوالات شماره ۱،۳ ،۴،۵، ۹، ۱۰،۱۳،۱۷ معکوس محاسبه می-شود. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است. روایی و پایایی این مقیاس در یک پژوهش (۲۴) بر روی جمعیت ایرانی بررسی شد و نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، و هدفمندی در زندگی) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمده که نشانه‌ی پایایی خوب این پرسشنامه است.

مقیاس خودکارآمدی عمومی (Generalized self-efficacy scale): این مقیاس در دهه ۱۹۷۹ توسط Jerusalem &Schwarzer ساخته شد (۲۵). مقیاس اولیه دارای ۲۰ ماده با دو خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس تک عاملی با ۱۰ ماده چهارگزینه‌ای تبدیل شد. این یک ابزار خودگزارشی برای افراد بالای سنین ۱۲ سال است که آزمودنی در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلاً صحیح نیست= ۱ تا کاملاً صحیح است=۴) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص می کند. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۱۰ و ۴۰ می‌باشد. Schwarzer & Jerusalem در مطالعه خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای این مقیاس به دست آوردند. آنها همبستگی این مقیاس را با مقیاس پریشانی روانشناختی ۰/۵۵- به دست آوردند که نشان دهنده روایی واگرای آن بود و روایی سازه آن را با تحلیل عاملی تاییدی برای مدل اندازه گیری مفروض خودکارآمدی که نشان دهنده یک متغیر آشکار برای عامل خودکارآمدی بود مورد تایید قرار دادند (۲۶). در ایران توسط دهقانی و همکاران در سال ۱۳۸۵ کار هنجاریابی مقیاس خودکارآمدی عمومی بر روی نمونه-ای ۴۸۷ نفری از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه فردوسی مشهد اجرا شده است و روایی سازه آن با تحلیل عاملی تاییدی و کسب یک عامل با برازش خوب مدل و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۷ مورد تایید قرار گرفته است(۲۶).

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها به عنوان پیش آزمون توسط اعضای گروه کنترل و آزمایش، گروه مداخله تحت درمان متمرکز بر شفقت بر اساس اصول شفقت Gilbert (۲۲) قرار گرفت که طی هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. گزارش جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ آمده است.

در این مطالعه، به منظور رعایت اصول اخلاقی، موارد توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، توضیح مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه اجرای مداخله، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج درصورت تمایل مورد ملاحظه قرار گرفت. قبل از اجرای مداخله، یک جلسه توجیهی برای شرکت کنندگان به منظور ارائه توضیحاتی در خصوص پژوهش، اهداف و ضرورت آن و شرایط برگزاری جلسات و تعداد و مدت زمان آن ها برگزار شد. همچنین از تمام شرکت کنندگان گروه مداخله و کنترل خواسته شد تا با حضور در بیمارستان فیاض بخش پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. در ادامه از اعضای گروه مداخله خواسته شد حدود ۲ ماه در برنامه درمان متمرکز بر شفقت شرکت کنند و برای گروه کنترل مداخله‌ای اجرا نشد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

جدول ۱- محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (۲۲)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اوّل	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر، تشریح هدف پژوهش و اهمیت مسئله، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، تأکید بر اصل رازداری، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، تمایز شفقت تا تاسف برای خود، توضیح شفقت با خود
جلسه دوم	برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت، آموزش تمرین تنفس آرام بخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارتهای توجه آگاهی، شنیدن توجه آگاهانه
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات ششگانه شفقت (مؤلفه‌های بعد اشتیاق) شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی،همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. تعریف فرد مشفق و ویژگیهای آن (خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت پذیری)، توضیح این موضوع که مراجع برای اینکه به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارتهایی را یاد بگیرد.
جلسه چهارم	ترغیب به خودشناسی و شناسایی تجارب و افکار خود از نظر ماهیت آن برای آمادگی نسبت به خود شفقت‌ورزی، توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق، توضیح اصول پرورش ذهن شفقت‌ورز (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)
جلسه پنجم	آموزش پذیرش مصائب زندگی و بیماری خود و عوارض ناشی از آن، افزایش ظرفیت درونی برای پذیرفتن تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط چالش برانگیز مربوط به بیماری سرطان و در عین حال مراقبت از بهزیستی روانشناختی، ایجاد انگیزه برای مراقبت از سلامتی خود و تداوم انجام روشهای درمانی
جلسه ششم	آموزش مهارتهای شفقت به شرکت کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدمهای مهم زندگی مانند پدر و مادر.
جلسه هفتم	افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیکهای تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز
جلسه هشتم	جمع‌بندی و مرور تمرین‌های ارائه شده در جلسات گذشته، جمع‌بندی، پاسخگویی به سئوالات اعضا، تأکید بر قبول و پذیرش همه ابعاد زندگی، تشکر و قدردانی از حضور شرکت کننده‌ها

تحلیل داده‌های پژوهش با روش آماری آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر درمان متمرکز بر شفقت بر متغیرهای وابسته پژوهش با حذف اثر نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر تصادفی کمکی یا همپراش با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به گروه آزمایش و کنترل که در هر یک ۱۵ بیمار سرطانی شرکت داشتند؛ میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۳۸/۱۲ سال و گروه کنترل ۳۶/۹۴ سال بود. میانگین طول مدت بیماری در شرکت کنندگان گروه آزمایش ۴/۹۷ و گروه کنترل ۵/۳۳ سال بود. آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی های دو گروه در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی در جدول ۲ ارائه شده است.

مقایسه میانگین‌های درج شده در جدول ۲ نشان‌دهنده آن است که میانگین نمرات گروهای مداخله در خودکارآمدی و مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در پس‌آزمون نسبت به پیش آزمون تغییر یافته است. در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری قابل ملاحظه نیست.

به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در خرده مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون پارامتریک، مفروضه‌های آن یعنی نرمال بودن داده‌ها، همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. برای داده های حاصل از تمام متغیرها، نتایج آزمون شاپیرو ویلک حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($P>0/05$) و نتایج آزمون باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس ($Box=1/54,\ P>0/05$) بود. همچنین تعامل غیر معنی‌دار بین متغیر همپراش (پیش آزمون) و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود و مانعی برای انجام تحلیل‌های کوواریانس چند متغیری

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرها در پیش‌آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	موقعیت	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استقلال	پیش آزمون	۷/۶۰	۱/۰۶	۸/۱۳	۰/۹۱
	پس آزمون	۱۱/۷۳	۲/۴۳	۷/۹۳	۱/۰۹
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۶/۶۰	۰/۸۲	۷/۸۶	۱/۳۵
	پس آزمون	۱۱/۵۳	۱/۵۱	۷/۸۰	۱/۰۲
ارتباط مثبت با دیگران	پیش آزمون	۷/۹۳	۱/۰۹	۷/۴۰	۱/۱۲
	پس آزمون	۱۲/۵۴	۲/۹۲	۸/۰۶	۱/۳۱
هدفمندی در زندگی	پیش آزمون	۷/۶۶	۱/۰۴	۸/۰۶	۱/۲۷
	پس آزمون	۱۲/۱۳	۱/۲۴	۷/۳۳	۰/۶۱
رشد شخصی	پیش آزمون	۸/۶۰	۰/۹۱	۷/۷۳	۱/۶۲
	پس آزمون	۱۲/۲۲	۱/۷۸	۷/۳۴	۱/۰۴
پذیرش خود	پیش آزمون	۷/۶۰	۰/۸۲	۸/۰۰	۱/۴۱
	پس آزمون	۱۱/۴۶	۱/۴۱	۸/۳۱	۰/۶۳
بهزیستی روانشناختی کل	پیش آزمون	۴۶/۰۴	۷/۸۶	۴۷/۲۱	۱۳/۵۱
	پس آزمون	۷۱/۶۱	۱۲/۴۳	۴۵/۳۷	۱۰/۶۹
خودکارآمدی	پیش آزمون	۳۰/۷۴	۴/۷۲	۲۸/۸۰	۳/۲۴
	پس آزمون	۳۶/۴۶	۳/۱۲	۲۹/۷۷	۴/۵۸

وجود نداشت. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد بین دو گروه از جهت ترکیب خطی متغیرهای وابسته ایجاد شده تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۳=لامبدای ویکلز، p<۰/۰۰۱, ۷۸/۲۱= F). همچنین برای مقایسه دو گروه در هر یک از مولفه-های بهزیستی روانشناختی به عنوان یک متغیر وابسته، از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش آزمون‌ها بر روی نمره پس آزمون، اثر گروهی در مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در پس آزمون معنی دار شده است. به عبارت دیگر، در نمرات مولفه‌های بهزیستی روانشناختی پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل، تفاوت معنی‌داروجود دارد. طبق نتایج جدول داده های خام (جدول ۲) می‌توان متوجه شد که مداخله آزمایشی موجب افزایش مولفه های بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش شده است ($p\leq ۰/۰۵$).

به منظور مقایسه دو گروه در نمره خودکارآمدی و نمره کل بهزیستی روانشناختی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. پیش از انجام این تحلیل، مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف و آزمون لوین بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها (P>۰/۰۵) بود. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از همگنی واریانس نمرات خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی بود (P>۰/۰۵). بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان دهنده این است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمره پس آزمون خودکارآمدی ($F=_{(۱,۲۷)}۴۶/۴۰$, P=۰/۰۰۱) و نمره کل بهزیستی روانشناختی ($F=_{(۱,۲۷)}۶۲/۷۳$, P=۰/۰۰۱) معنادار است. به طوری که بعد از درمان مبتنی بر شفقت، نمره خودکارآمدی و نمره کل بهزیستی روانشناختی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشته است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر سطح بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان بود. نتایج نشان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات دو گروه در مولفه‌های بهزیستی روانشناختی

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	استقلال	۱۰۲/۷۲	۱	۱۰۲/۷۲	۵۶/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲
	تسلط بر محیط	۱۰۴/۵۷	۱	۱۰۴/۵۷	۸۲/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
	ارتباط مثبت با دیگران	۸۶/۰۷	۱	۸۶/۰۷	۴۴/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
	هدفمندی در زندگی	۱۱۹/۶۹	۱	۱۱۹/۶۹	۱۶۵/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
	رشد شخصی	۱۲۰/۷۰	۱	۱۲۰/۷۰	۴۹/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
	پذیرش خود	۸۲/۳۴	۱	۸۲/۳۴	۳۱/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
خطا	استقلال	۳۹/۷۲	۲۲	۱/۸۰			
	تسلط بر محیط	۲۷/۸۱	۲۲	۱/۲۶			
	ارتباط مثبت با دیگران	۴۲/۳۶	۲۲	۱/۹۲			
	هدفمندی در زندگی	۱۵/۹۱	۲۲	۰/۷۲			
	رشد شخصی	۵۳/۷۱	۲۲	۲/۴۴			
	پذیرش خود	۵۶/۹۰	۲۲	۲/۵۸			

جدول ٤- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در خودکارآمدی و نمره کل بهزیستی روانشناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودکارآمدی	پیش آزمون	۰/۷۱	۱	۰/۷۱	۰/۲۵	۰/۶۲	۰/۰۰
	گروه	۱۳۱/۲۳	۱	۱۳۱/۲۳	۴۶/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۷۶/۳۵	۲۷	۲/۸۲			
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۰/۰۹	۱	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۹۴	۰/۰۰
	گروه	۴۶۴۴/۶۲	۱	۴۶۴۴/۶۲	۶۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	خطا	۱۸۱/۰۳	۲۷	۶/۷۰			

داد که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است اثر مثبت معناداری بر افزایش بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان داشته باشد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در ارتقا سلامت روان و کاهش اضطراب و افسردگی (۱۹)، افزایش خودمراقبتی و کاهش خستگی و فرسودگی ناشی (۲۱) و سازگاری با بیماری، کاهش استرس و پریشانی روانشناختی (۲۲) در بیماران سرطانی همسو است. نتایج مطالعه Collins و همکاران (۱۷) در بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش استرس و بهبود روابط در زوجین دارای زوال عقل خفیف گویای عدم اثربخشی این مداخله در کاهش استرس و مشکلات زناشویی این زوجین بود که ناهمسو با یافته این مطالعه است.

در تبیین این نتایج باید بیان داشت که بر اساس دیدگاه مبتنی بر شفقت، افرادی که خودقضاوتی بالایی دارند، در رویدادهای استرس‌زای زندگی و تجربیات ناموفق زندگی، بیشتر خود را سرزنش کرده و خودانتقادی منفی از خود دارند. فرض اساسی در درمان متمرکز بر شفقت این است که احساس شرم از شکست‌ها و ناکامی‌ها و سرزنش کردن خود بابت مشکلات موجود نه تنها کمکی به حل مسائل پیش رو نمی کنند بلکه چنین الگوی واکنشی سرزنش آمیز می-تواند خود منشا بسیاری مشکلات و اختلال های روانی و ضعف بهزیستی و سلامت روان باشد. اشخاصی که نسبت به خود شفقت ورز هستند، به اندازه کسانی که شفقت به خود ندارند، از معیارهای سطح بالا استفاده می‌کنند و در مقابل ناتوانی در برابر دستیابی به این استانداردها با دیدگاهی انتقادی و همراه با سرزنش نسبت به خود ظاهر می‌شوند (۱۷) که این می‌تواند موجب کاهش سلامت روان، حس خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی آنها شود. در مقابل، در درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد دیدگاهی جدید، به افرادی که پیوسته از خود انتقاد می‌کنند، کمک می‌شود تا به رشد

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

و بالندگی دست پیدا کنند و در تصمیم گیری‌ها به انتخاب گزینه‌هایی بپردازند که در توان آنها است و همچنین در صورت شکست و ناکامی به جای برخوردی نامهربانانه و قضاوت گرایانه نسبت به خود، با حالت شفقت و پذیرش نسبت به ضعف خود ظاهر شوند که این می‌تواند به تدریج به تقویت خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی فرد کمک کند. درمان مبتنی بر شفقت ورزی با آموزش مؤلفه‌های مهربانی با خود، حس انسانیت مشترک و ذهن آگاهی به فرد در پذیرش مشکلات و ناکامی‌ها و بیماری و ناتوانی به عنوان بخشی از تجربه های مشترک انسانی کمک می‌کند (۱۹).

درمان متمرکز بر شفقت مخصوصاً در مورد افراد دچار بیماری سرطان مفید است، چرا که به آنها می آموزد تا به جای احساس شرم بخاطر بیماری و عوارض آن و یا خود انتقادگری با واقعیت بیماری خود و محدودیتهای ناشی از آن مواجهه شوند و با تقویت احساس ملایمت و مهربانی نسبت به خود و دیگران به آگاهی لازم دست پیدا کنند. تاکید این درمان بر این است که بیماری و ناکامی و شکست فقط برای افراد خاصی اتفاق نمی‌افتد و بنابراین سعی شد با کمک به بیمار برای آگاهی از افکار و احساسات دردناک در قالب ذهن آگاهی در مقابل جذب شدن کامل در این تجربیات دردناک، تقویت حس خودکارآمدی و سلامت و بهزیستی در آنها تسهیل شود. در چارچوب درمان مبتنی بر مهرورزی، در قالب آموزش ذهن آگاهی به بیماران سرطانی کمک شد تا نسبت به تجارب دردناک درونی خود و برخورد خشن، نفرت انگیز و تخریب گرایانه با خود و انتقادی‌هایی که نسبت به خود دارند آگاهی بیشتری پیدا کنند و به آنها آموزش داده شد تا در صورت مواجهه با هرگونه بیماری، ناکامی و نارسایی در خود، به جای تلاش برای اجتناب از تجارب ناراحت کننده یا برخوردی نامهربانانه با خود به دیدگاهی منعطف‌تر نسبت به خود و ضعف و ناتوانی‌هایشان دست پیدا کنند (۲۱) که این در واقع در نهایت می‌تواند منجر به افزایش خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی در آنها شود. آنها همچنین به این درک دست پیدا کردند که لازم است بین خود و انتقاداتی که نسبت به عملکرد خود بیان می‌نمایند، تمایز قائل شوند و در جریان این آگاهی و تمایز بود که به این توانایی دست پیدا کردند تا خودانتقادی را به عنوان یک ندای درونی متمایز از کلیت شخصیت خود درک و نسبت به کاهش و حذف آن توانمند شوند. همچنین این بیماران در بستر درمان مبتنی بر شفقت با آموزش تمرین‌هایی نظیر مدیتیشن، بخشش خود و دیگران و ابراز عشق و محبت به خود و دیگران یاد گرفتند تا در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و به خصوص در مواجهه با بیماری خود و ناتوانی ناشی از آن، ضمن خودآگاهی نسبت به رنج خود، با نگرشی مشفقانه و عاری از هرگونه انتقاد با آن برخورد نمایند و با دیدی روشن و واقع‌گرایانه نسبت به این مشکلات، رابطه صمیمی بیشتری با خود برقرار سازند (۲۲)؛ این فرایند توانست علاوه بر کاهش سرزنش خود و دیگران، باعث ارتقاء خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی در آنها شود.

این یافته بر اساس نقش درمان مبتنی بر شفقت در افزایش جرأتمندی و بازبینی و اصلاح معیارهای فردی نیز قابل تبیین است. در واقع، به کمک درمان مبتنی بر شفقت، این بیماران نسبت به گذشته جرأتمندتر شده و قادر شدند تا چرخه معیوب انتقاد نسبت به خود و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهند و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را برای خود باز طراحی کنند (۱۷) و از این رو کاهش سطح انتظارات نیز می‌تواند با کاهش سطح خودسرزنشی و در نتیجه افزایش حس خودکارآمدی همراه باشد. به طور کلی، درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر نسبت به احساسات درونی به کاهش تعارضات درونی، ایجاد حالت صلح با خود و دیگران و در نتیجه کاهش مشکلات روانشناختی فرد می‌انجامد که تقویت حس خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی می‌تواند پیامد چنین فرایندی باشد. درمان متمرکز بر شفقت بر این فرض است که مشکلاتی از قبیل، دوری از واقعیت و تجربه شرم و خود انتقادگری اغلب ریشه در آزار دیدگی، نادیده گرفته شدن و یا کمبود محبت در دوره کودکی دارند که در بزرگسالی نیز فرد خودش با خود به چنین الگوی رفتاری بیرحمانه ادامه می‌دهد و به شدت درد و رنج خود می‌افزاید و بنابراین موثرترین راه درمان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

این است که به چنین افرادی آموخته شود تا در تعامل با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، درمان متمرکز بر شفقت در افزایش خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان موثر است. از همین رو، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان های طبی رایج برای سرطان، از مداخله متمرکز بر شفقت نیز برای دستیابی به پاسخ درمانی قویتر و ماندگارتر و ارتقای سلامت روان بیماران استفاده کنند. از جمله محدودیت این پژوهش این بود که بیماران شرکت کننده در مطالعه به دلیل وضعیت جسمی خود به خصوص در اوایل جلسات انگیزه‌ای برای مشارکت نداشتند. همچنین عدم پیگیری نتایج درمان و عدم نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی با بکارگیری راهکارهایی موثر در راستای افزایش انگیزه برای بیماران مبتلا به سرطان برای مشارکت در جلسات مداخلات روانشناسی در کسب پاسخ درمانی موفق‌تر اقدام کنند و همچنین با لحاظ ساختن نمونه گیری تصادفی و کنترل متغیرهای مزاحم و اجرای مرحله پیگیری، دستیابی به نتایج معتبرتر را برای طرح خود فراهم سازند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المللی کیش است که با کد اخلاق IR.HUMS.REC.1398.306 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان مورد تصویب قرار گرفته است. از شرکت کنندگان در پژوهش و مسئولان بیمارستان فیاض بخش که در انجام پژوهش همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. van Heinsbergen M, den Haan N, Maaskant-Braat A, Melenhorst J, Belgers E, Leijtens J, et al. Functional bowel complaints and quality of life after surgery for colon cancer: prevalence and predictive factors. Int J Colorectal Dis. 2020;22(2):136-45.

2. Corcoran K, Kedia G, Illemann R, Innerhofer H. Affective Consequences of Social Comparisons by Women With Breast Cancer: An Experiment. Front Psychol. 2020;11:1234.

3. Boyle CC, Cole SW, Dutcher JM, Eisenberger NI, Bower JE. Changes in eudaimonic well-being and the conserved transcriptional response to adversity in younger breast cancer survivors. Psychoneuroendocrinology. 2019;103:173-9.

4. Chirico A, Lucidi F, Merluzzi T, Alivernini F, De Laurentiis M, Botti G, et al. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. Oncotarget. 2017;8(22):36800.

5. Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: a systematic review. Complement. Ther Clin Pract. 2018;30:68-78.

6. Miller KA, Wojcik KY, Ramirez CN, Ritt-Olson A, Freyer DR, Hamilton AS, et al. Supporting long-term follow-up of young adult survivors of childhood cancer: Correlates of healthcare self-efficacy. Pediatr Blood Cancer. 2017;64(2):358-63.

7. Peters ML, Smeets E, Feijge M, van Breukelen G, Andersson G, Buhrman M, et al. Happy despite pain: a randomized controlled trial of an 8-week internet-delivered positive psychology intervention for enhancing well-being in patients with chronic pain. Clin J Pain. 2017;33(11):962.

8. Parra RS, Feitosa MR, Camargo HPd, Valério FP, Zanardi JVC, Rocha JJRd, et al. The impact of laparoscopic surgery on the symptoms and wellbeing of patients with deep infiltrating endometriosis and bowel involvement. J Psychosom. 2020:1-6.

9. Reilly C, Taft C, Nelander M, Malmgren K, Olsson I. Health-related quality of life and emotional well-being in parents of children with epilepsy referred for presurgical evaluation in Sweden. Epilepsy Behav. 2015;53:10-4.

10. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995;69(4):719.

11. Bogdan I, Gherasim-Diaconu LR. Psychological Well-Being and Adjustment to Illness of Adolescents with Cancer. Annals of A.I. I. Cuza University. 2018;27:45-59.

12. Panadero E, Jonsson A, Botella J. Effects of self-assessment on self-regulated learning and self-efficacy: Four meta-analyses. Educ Res Rev. 2017;22:74-98.

13. Bandura A. Self-efficacy the corsini encyclopedia of psychology. John Wiley & Sons, Inc doi. 2010;10(9780470479216):1-3.

14. Connolly FR, Aitken LM, Tower M. An

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]

integrative review of self-efficacy and patient recovery post acute injury. J Adv Nurs. 2014;70(4):714-28.
15. Foster C, Breckons M, Cotterell P, Barbosa D, Calman L, Corner J, et al. Cancer survivors' self-efficacy to self-manage in the year following primary treatment. J Cancer Surviv. 2015;9(1):11-9.
16. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. J Res Pers. 2007;41(1):139-54.
17. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. Clin Gerontol. 2018;41(5):474-86.
18. Sommers-Spijkerman M, Trompetter HR, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2018;86(2):101.
19. Haj Sadeghi Z, Yazdi-Ravandi S, Pirnia B. Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: A randomized pilot trial. Int J Cancer Manag. 2018;11(11).
20. Sadeghpour A, Seif AA, Shahriariahmadi A. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and mindfulness training on post-traumatic developmental disorder and cancer burnout in cancer patients. Psychol Sci. 2020;19(86):193-202.
21. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Adv Psychiatr Treat. 2009;15(3):199-208.
22. Arambasic J, Sherman KA, Elder E, Australia BCN. Attachment styles, self-compassion, and psychological adjustment in long-term breast cancer survivors. Psycho-Oncol. 2019;28(5):1134-41.
23. Abbott RA, Ploubidis GB, Huppert FA, Kuh D, Croudace TJ. An evaluation of the precision of measurement of Ryff's Psychological Well-Being Scales in a population sample. Soc Indic Res. 2010;97(3):357-73.
24. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2008;14(2):146-51.
25. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. Measures in health psychology: A user's portfolio Causal and control beliefs. Health Psychol. 1995;1(1):35-7.
26. Dehghani M, Pakmehr H, Malekzadeh A. Relationship between students' critical thinking and self-efficacy beliefs in Ferdowsi University of Mashhad, Iran. Procedia Soc. 2011;15:2952-5.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1400.28.12.13.9]