

# اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلابه سرطان

سیده حمیده نقیبی<sup>۱</sup>، زهرا سعیدی<sup>۲</sup>، فاطمه خزائی<sup>۳</sup>

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۲/۱۶

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلابه سرطان انجام شد. **روش:** این تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد دارای تشخیص پزشکی سرطان و مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۹۴ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارش شدند. افراد گروه آزمایش، آموزش تکنیک‌های درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را به صورت گروهی در ۱۰ جلسه دریافت کردند؛ در حالی که گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد و امید شنایدر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه و آزمون t جفت شده بر روی نمرات پیش از درمان، درمان و پیگیری نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش از آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای امیدواری ( $P < 0/05$ ) و شادکامی ( $P < 0/01$ )، تفاوت معناداری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و کلینیک‌های درمانی جهت افزایش امیدواری و شادکامی افراد مبتلابه سرطان از تکنیک‌های آموزشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بهره برد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، شادکامی، امیدواری، سرطان

Naghibi1991@gmail.com

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترا روان‌شناسی سلامت؛ دانشگاه تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران.

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، ایران.

## مقدمه

با وجود پیشرفت فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان همچنان به عنوان یکی از بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر، بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی است و در بسیاری موارد غیرقابل درمان به شمار می‌رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند و خطر ابتلا به آن برای بخش قابل توجهی از افراد جامعه وجود دارد. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰، سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد (حسن‌پور دهکردی و آذری، ۱۳۸۵). بدیهی است زمانی که ابتلای فرد به سرطان تشخیص داده شود، می‌تواند بر ابعاد روان‌شناختی، عاطفی و جسمانی بیماران سرطانی و اعضای خانواده آنان تأثیرگذار باشد و بسیاری از ابعاد زندگی از جمله ابعاد جسمانی، روانی، معنوی و مالی آنان را تغییر دهد و هم‌چنین بر روابط اجتماعی آنان تأثیرگذار باشد (لطفی کاشانی، وزیری، زین‌العابدینی، ۱۳۹۲). برخی بیماران در سازگاری با تشخیص سرطان مشکل دارند که این مسئله بر پریشانی روانی و مسیر آینده بیماری آنان تأثیرگذار است (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲). یافته‌های برخی از پژوهشگران از جمله هیفانتیس، و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که شیوع افسردگی، پریشانی و به‌طور کلی مشکلات روان‌شناختی در بیماران سرطانی ۲۵ تا ۳۰ درصد است. بیماری سرطان باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود که تأثیر عمیقی بر سرعت روند پیشرفت سرطان دارد. میدگارد، رورث و استلتر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵)، به نقل کاشانی لطفی و همکاران، (۱۳۹۲) بر این باورند زمانی که افراد به بیماری‌هایی مانند سرطان که زندگی را تهدید می‌کند مبتلا می‌شوند سطح بالایی از آشفتگی روانی را تجربه می‌کنند و این امر باعث می‌شود که با بروز علائم

1. Hyphantis.

2. Midgard, S., Rvrs.,& Estelter, G.

افسردگی<sup>۱</sup> و اضطراب<sup>۲</sup>، شادکامی<sup>۳</sup> و امیدواری<sup>۴</sup> افراد به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا کند. امید سازه‌ای بسیار نزدیک به خوش بینی است. اشنایدر<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مؤلفه مفهوم سازی کرده است: ۱- توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی هدف‌های مطلوب به رغم موانع موجود ۲- کارگزار انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها. طبق این مفهوم سازی امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش انگیز، احتمال دستیابی به آن‌ها در میان مدت وجود داشته باشد. زمانی که ما به رسیدن به اهدافمان اطمینان داریم، امید ضروری نیست و جایی که مطمئن هستیم به هدف نخواهیم رسید، در این صورت ناامید می‌شویم. طبق این مفهوم سازی، هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند امید و ناامیدی هستند. تفکر امیدوارانه و سرطانی به دو طریق به هم مربوط می‌شوند. اول اینکه افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز می‌شوند و در حل آن فعالانه تر عمل می‌کنند و دوم اینکه افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند در مواجهه با تشخیص و درمان سرطانی کم‌تر و تطابق بیشتری از خود نشان می‌دهند (اشنایدر، چاونس<sup>۶</sup>، میکائیل<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹، به نقل فرهادی، موحدی و موحدی، ۱۳۹۳). از سوی دیگر شولبرگ، داد، هنریکسن و راستوئن<sup>۸</sup> (۲۰۱۱) ذکر کرده‌اند که سرطانی نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن بیشترین تأثیر را بر امید داشته باشد. بیشتر پژوهش‌های مربوط به امید در مورد بیماران سرطانی است چراکه این بیماری عامل تهدیدکننده امید است از این رو پرداختن به نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد برای مبتلایان به سرطانی و نزدیکان حائز اهمیت است. در

1. depression

2. anxiety

3. happiness

4. hope

5. Snyder, CR.

6. Cheavens, J.

7. Snyder, j., Cheavens, j. & Michael, S.T.

8. Schjolberg, T., Dodd, M., Henriksen, N. & Rustoen, T.

پژوهش‌های مختلف نیز مشخص شده که امیدواری با کاهش میزان تنیدگی<sup>۱</sup> (فلسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴)، کاهش میزان اضطراب موقعیتی (دیویس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) و سازگاری مطلوب‌تر با بیماری همراه هست.

در این میان شادکامی نیز یکی از مؤلفه‌هایی است که کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هادی نژاد و زارعی (۱۳۸۸) شادکامی را سازه‌ای شامل ۷ مؤلفه مفهوم‌سازی کرده‌اند: خودپنداره، رضایت از زندگی، آمادگی روانی، سر ذوق بودن، احساس زیبایی‌شناختی، خودکارآمدی و امیدواری هست. شادکامی یک حالت درونی مثبت در روان فرد است. با این وجود برخی افراد معتقدند که شادکامی یک احساس است و تحت تأثیر تغییرات ناگهانی در خلق قرار دارد، افراد دیگری نیز معتقدند که شادکامی یک فکراست و جنبه شناختی دارد و می‌گویند شادکامی یک نقطه شروع است که در سرتاسر زندگی فرد ثابت بود و تحت تأثیر عوامل زیستی است. به اعتقاد برخی از پژوهشگران دانشگاه تورنتو<sup>۴</sup> میزان لذتی که افراد از زندگی خود می‌برند و میزان رضایتی که از زنده بودن خود دارند، مهم‌ترین فرصت و امکان بالقوه آن‌ها برای برخوردار بودن از یک زندگی شاد و سلامت جسمی و روان‌شناختی است (شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۸۸). در تعریف شادکامی به سه بعد توجه می‌شود، رضایت زندگی حداکثر عاطفه مثبت، حداقل عاطفه منفی (داینر، لوکاس و اویشی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). افراد دچار سرطان با شوک، ناباوری و انکار، ترس و اضطراب، احساس گناه، غمگینی و افسردگی، خشم، پذیرش واقعیت و تطبیق با آن گذر خواهند کرد و برخی افراد ممکن است به دلایل گوناگون در یکی از مراحل فوق تثبیت شده و هیچ‌وقت نتوانند به سازگاری مناسب دست پیدا کنند (هونکاسترا و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از بهمنی، ۱۳۸۹). سرطان علاوه

1. stress.

2. Fleeson, W.

3. Davis, A.

4. Toronto University.

5. Diener E, Lucas, RE, & Oishi S.

6. Hoekostra. M. & et al.

برمختل کردن زندگی فرد مبتلا، استرس زیادی را برای خانواده این بیماران نیز ایجاد می‌کند و مسیر زندگی آنها را عوض نموده، روابط و نقش خانوادگی بیمار و خانواده را متأثر می‌سازد (زابالچی، سانچز، سانچز و جواندو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). خانواده اساساً کانون کمک، تسکین، التیام و شفابخشی است، کانونی است که باید فشارهای روانی وارد شده بر اعضا خود را تخفیف دهد و راه رشد و شکوفایی آنها را هموار کند (نیکویی و سیف، ۱۳۸۴). بیماری‌های مزمن از جمله سرطان می‌توانند اثرات مخربی به دنبال داشته و رضایت زوج‌ها از زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهند و امید به زندگی و شادکامی آن‌ها را کاهش دهند (عزیزی، رحمانی و قادری، ۱۳۸۹). نتایج مطالعه بهمنی، اسکندری، حسنی، دکانه‌ای فرد و شفیع آبادی (۱۳۹۲)؛ اوکی و کامکاغیز<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)؛ اوکی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۹)، نشان دهنده رضایت مندی، شادکامی و امید به زندگی متوسط افراد دچار سرطان نسبت به افراد عادی بوده است. از جمله عواملی که به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سطح رضایت مندی زناشویی این افراد تأثیر منفی دارد می‌توان به عواملی چون اثرات روش‌های درمانی تکمیلی سرطان نظیر شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی باشد که می‌تواند بدریخت‌کننده، رنج‌آور و دارای عوارض دائمی باشد و منجر به کاهش ارتباطات اجتماعی‌شان گردد (سجادی هزاوه و خادمی، ۱۳۸۸). عوارضی مثل تهوع، استفراغ، ضعف و خستگی، فقدان موها، سوختگی و ضایعات پوستی (کایسر و اسکات<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸)، می‌تواند تأثیرات منفی شدید بر تصویر ذهنی آنها از بدنشان (ایزدی اجیرلو، ۱۳۹۰) و از آن طریق بر عزت نفس، امیدواری و شادکامی بیماران به جای گذارد (بهمنی، ۱۳۸۹).

امروزه روان‌شناسان مثبت‌گرا با یک رویکرد کل‌نگرد در مقابل رویکرد تشخیصی آماری

1. Zabalegui, A. Sanchez, S. Sanchez, P. D & Juando C.
2. Avci, I. A. & Kumcagız, H.
3. Avci, I. A & et al.
4. Kayser, K. & Scott, J. L.

انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، یک نظام طبقه بندی جدید به نام نیرومندی های منش را در شش حیطه، جهت شناسایی و طبقه بندی توانمندی هایی که برخلاف بیماری عمل می کنند، مشخص کرده اند و بر اساس آن رویکردهای مداخله ای متعددی را بنا نهاده اند و معتقدند که به جای تأکید صرف بر آسیب شناسی، باید به دنبال فهم کامل گستره تجارب انسان از کمبود، رنج، بیماری تا شکوفایی، بهزیستی و شادمانی باشیم. زیرا روان شناسی تنها تمرکز بر بیماری ها و درمان هم تنها متمرکز بر ضعف ها نمی باشد (قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۸۹). بر این اساس گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی جدید در حوزه روان شناسی مثبت است که باهدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقاء رضایت از زندگی و درمان اختلال روانی در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک<sup>۲</sup> در حوزه بالینی، تئوری فعالیت سکزیت میهالی<sup>۳</sup> با روان شناسی مثبت سلینگمن<sup>۴</sup>، توسط مایکل بی فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است. گروه های هدف آن علاوه بر کسانی که دارای اختلالاتی نظیر افسردگی می باشند، افراد سالمی هستند که می خواهند میزان بهزیستی و سلامت روانی و در کل کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند (فریش<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). درمان بهبود کیفیت زندگی با ترکیب رویکرد شناختی رفتاری آرون تی بک، روان شناسی مثبت به همراه استعاره، آموزش آرمیدگی و مراقبه (مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی) را در شانزده حیطه برای گروه های بالینی و غیر بالینی ارائه می دهد. فریش معتقد است که این درمان مانند روان درمانی های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقاء شادی و بهزیستی انسان ها از طریق کشف توانمندی ها و کیفیت زندگی برتر آنهاست. عدل، شفیع آبادی و پیرانی (۱۳۹۵) در مطالعه خود نشان دادند که گروه درمانی برنامه کیفیت زندگی بر افزایش صمیمیت

1. APA (American Psychological Association).
2. Beck, A. T.
3. Csikszentmihalyi
4. Seligman, M.
5. Frisch, M.B.

زناشویی زنان نابارور تأثیر داشته و آن را بهبود بخشیده است. هدف کیفیت زندگی درمانی عبارت است از افزایش خود مراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی (پاداش، فاتحی زاده و عابدی، ۱۳۹۰). همچنین، نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی این درمان بر افزایش شادکامی زنان و مردان متأهل بوده است (پاداش و همکاران، ۱۳۹۰). در حقیقت کیفیت زندگی سعی می‌کند جدیدترین پژوهش‌ها نظریه‌های روان‌شناسی مثبت را به شکل مؤثرانسجام بخشیده و مورد استفاده قرار دهد. این روش از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعین در حال شناخت، دنبال کردن و برآوردن نیازها اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود (فریش، ۲۰۰۶).

مطالعات انجام شده در داخل ایران گویای این حقیقت است که جنبه‌های اپیدمیولوژیک<sup>۱</sup> سرطان در ایران به خوبی مورد بررسی قرار گرفته اما جنبه‌های روان‌شناختی و بالینی آن کمتر کاویده شده است (شاه خدابنده، پیری، بیگلو، اسدی و چخماچی دوم، ۱۳۸۸). به همین دلیل نقش عوامل و مداخلات روان‌شناختی<sup>۲</sup> در ابتلا، رویارویی و بهبود سرطان نیازمند به تأمل بیشتری است (حمزه، بیرامی و هاشمی نصرت‌آبادی، ۱۳۹۰). اینکه کدام یک از شیوه‌های مداخله در کاهش روان‌آزردگی‌های متعاقب سرطان، برای بیماران مؤثر و بیشترین کارآمدی را دارد، سؤالی است که پاسخ به آن می‌تواند علاوه بر ضرورت رعایت حقوق انسانی بیماران، در استفاده از مؤثرترین روش‌های مداخله، کمک مؤثری نیز به صرفه‌جویی در زمان، نیرو و امکانات مراکز بهداشتی در پی داشته باشد (بهمنی و همکاران، ۱۳۹۲). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که هدف اصلی آن ایجاد شادکامی و رضایت از زندگی می‌باشد. بر اساس یک الگوی پنج بعدی تدوین گردیده است (عابدی، ۱۳۸۳). این پنج مفهوم که به اختصار کاسیو<sup>۳</sup>

---

1. epidemiologic

2. psychological intervention

3. CASIO

نامیده می شود عبارتند از ۱- شرایط زندگی، ۲- نگرش ها، ۳- استانداردهایی که برای خودمان تعریف کرده ایم، ۴- ارزش ها، ۵- رضایت کلی از زندگی. این الگو با تغییر این پنج اصل به مراجعین کمک می کند رضایت و شادمانی خود را افزایش دهند. هم چنین این روش به ارائه اصول جهت افزایش شادی می پردازد. این اصول از مفاهیم نگرش ها، مهارت ها، نقاط قوت و طرحواره ها یا باورهای مثبت تشکیل می دهد که به بهبود شادمانی و رضایت مندی و امید پایدار از زندگی کمک می کند. کاسیو پنج مفهوم برای ایجاد رضایت در این حوزه هاست که بر اساس ایجاد رضایت مندی بین فاصله موجود بین آنچه شخص می خواهد و آنچه که دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می شود (فریش ۲۰۰۶، ترجمه خنسه، ۱۳۹۰). بنابراین این مطالعه با استفاده از مدل درمانی فریش (کیفیت زندگی درمانی) که ترکیبی است منسجم از دورویکرد شناختی درمانی و روانشناسی مثبت نگر، به مداخله در حیطه امیدواری و شادکامی افراد مبتلابه سرطان می پردازد تا با استفاده از مزایای درمانی هر دورویکرد تغییراتی را در این حیطه ایجاد نماید و باعث افزایش طول عمر بیماران و استفاده بهینه از فرصت های باقی مانده شود و در نتیجه به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلابه سرطان کمک کند.

فرضیه های پژوهش به شرح زیر تنظیم شدند:

۱. آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش امیدواری در افراد دچار سرطان تأثیر دارد.

۲. آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش شادکامی و مؤلفه های آن در افراد دچار سرطان تأثیر دارد.

## روش پژوهش

پژوهش مورد نظر نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلابه سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید واقع در مشهد در پاییز و زمستان ۱۳۹۴ بود که از بین آن ها ۳۰ نفر (۱۷ زن و



۱۳ مرد) به روش نمونه‌گیری هدفمند و از طریق مصاحبه اولیه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارش شدند. جهت رعایت مسائل اخلاقی، روند اجرای پژوهش به اطلاع افراد شرکت کننده در مطالعه رسید و با رضایت آگاهانه در پژوهش مشارکت کردند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ میانگین سنی ۶۱-۳۰ سال؛ تحصیلات سیکل به بالا؛ کسب نمره پایین تر از میانگین در آزمون امیدواری اشنایدر و شادکامی آکسفورد؛ اتمام دوره‌های شیمی درمانی و در حال درمان‌های تکمیلی پرتودرمانی؛ عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی به صورت هم‌زمان؛ عدم داشتن اختلالات شخصیت و مصرف داروهای روان‌پزشکی.

**شیوه اجرا:** روش اجرا به این صورت بود که پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها و جایگزین کردن آزمودنی‌ها به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل، جلسات آموزشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه گروهی به صورت ۱۰ جلسه طی ۲ ماه و ۱۵ روز به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش برگزار شد. در حالی که گروه کنترل هیچ برنامه آموزشی دریافت نکردند. با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری اعضای گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش، در اجرا و پاسخ‌دهی آزمون‌ها، افت آزمودنی وجود نداشت. برای سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طول جلسات از آزمودنی‌های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه‌ی شفاهی از مطالب و مداخله‌های درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات آموزشی، مشخص گردد. سه ماه بعد از پایان جلسه آخرین جلسه پیگیری جهت بررسی تداوم اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به سرطان انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و t جفت شده استفاده شد.

**جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی**

جلسات	هدف جلسات	محتوای جلسات	تکلیف منزل
جلسه اول	آشنایی و معارفه افراد گروه باهم و با روان درمانگر، تشریح برنامه کیفیت زندگی	برقراری ارتباط و معرفی اعضای گروه، توضیح درباره سرطان و علائم آن، ارتباط علائم با مشکلات زندگی، چارچوب روان درمانی مثبت نگر	ذکر توانمندی های خود در حدود یک صفحه (۳۰۰ کلمه)
جلسه دوم	آموزش مدل کاسیوو سنجش رضایت افراد از زندگی	آموزش مدل درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، معرفی شیوه های پنج گانه دست یابی به شادکامی، معرفی شرایط زندگی به عنوان اولین استراتژی و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی، تمرین قدرتمندی، فن احترام به خویشتن و قدردانی	نوشتن نامه به اشخاص برای عرض قدردانی
جلسه سوم	تغییر نگرش در حوزه های مختلف زندگی، آموزش کنترل هیجان های منفی	معرفی نگرش به عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی، آموزش فن ها و ابزارها در تغییر نگرش و کنترل هیجان منفی	شده ثبت روزانه استرس و برگه طرح پرسش ها-در-دادگاه
جلسه چهارم	گزارش شخصی افراد از توانمندی ها، دستاوردها و رضایت مندی آن ها در طی روز	معرفی استانداردها و اولویت ها و تغییر رضایت به عنوان استراتژی های سوم، چهارم و پنجم جهت افزایش رضایت در زندگی، آموزش تکنیک های لازم، اصل پرسش درباره مرگ خویش و روش ترسناک ترین آگهی تسلیت، ثبت اولویت ها و اهداف از طریق آموزش کیک شادمانی	کاربرگ اهداف درازمدت در حیطه های مختلف زندگی، تمرین سبد تخم مرغ
جلسه پنجم	افزایش شادکامی در حوزه های مختلف زندگی	اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول، توضیح کاربرد این اصول برای افزایش شادکامی و رضایت از زندگی، تمرین فهرست اصول شادمانی	فهرست اصول شادمانی
جلسه ششم	آموزش تمرین عضلانی پیش رونده	آموزش فرآیند مداخله ای چارچوب هدایت کننده در راهنما و تنفس ذهن آگاهانه، کاربرد اصل (هیچ کس در من احساس نفرت ایجاد نمی کند)	تمرین ذهن آگاهانه و مراقبه

جلسات	هدف جلسات	محتوای جلسات	تکلیف منزل
جلسه هفتم	آموزش مدل شناختی - رفتاری بک، شناسایی باورهای غلط و تغییر افکار ناکارآمد	آموزش نظریه بک و مدل شناختی- رفتاری، کاربرد روی طرح‌واره‌ها، آموزش تکنیک دستورالعمل زندگی	استفاده از اصول شادکامی و ثبت خردمندانه افکار به شکل روزانه
جلسه هشتم	آموزش مهارت‌های زندگی	آموزش مهارت‌های کنترل زندگی، آموزش تکنیک‌ها	تمرین برنامه فعالیت روزانه
جلسه نهم	افزایش قدرت تصمیم‌گیری در امور زندگی	پیرامون اصول تنظیم و کنترل وقت، آموزش گام‌های ذن یا نخستین گام‌های موفقیت	
جلسه دهم	جمع‌بندی جلسات گذشته، نحوه کاربرد اصول آموزشی در ابعاد مختلف زندگی، انجام پس‌آزمون.	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش شیوه‌های پنج‌گانه در شرایط مختلف زندگی، کاربرد اصول در حیطه‌های مختلف زندگی	

## ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

پرسشنامه شادکامی آکسفورد<sup>۱</sup>: ابزار مورد استفاده در این پژوهش جهت سنجش میزان شادکامی پرسشنامه شادکامی آکسفورد است. این مقیاس توسط آرگیل و لو<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) تهیه شده است و دارای ۲۹ ماده می‌باشد. هریک از سؤالات این آزمون دارای ۴ گزینه است که از ۰ تا ۳ نمره به خود اختصاص داده‌اند. بنابراین حداکثر نمره کل آزمون ۸۷ می‌باشد که بیانگر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره این مقیاس (۰) است که مؤید ناراضی بودن آزمودنی از زندگی و افسردگی فرد است. نمره بهنجار این آزمودنی ۴۰ تا ۴۲ است. فرم اصلی این آزمون تک مقیاس است و هیچ زیرمقیاسی ندارد، اما نتایج پژوهش هادی نژاد و زارعی (۱۳۸۸) حاکی از وجود ۷ مؤلفه یا زیرمقیاس (رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر، خلق مثبت) در این پرسشنامه و

1. Oxford Happiness Inventory

2. Argyle, M. & Lu, L.

نتایج بررسی علی پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) مبنی بر وجود ۵ عامل در این پرسشنامه است. بر این اساس عبارات مربوط به هر زیرمقیاس بدین شرح است: عبارات مربوط به ۷ زیرمقیاس به دست آمده در پژوهش هادی نژاد و زارعی (۱۳۸۸): ۱. خود پنداره ۲. رضایت از زندگی ۳. آمادگی روانی ۴. سرذوق بودن ۵. احساس زیبایی شناختی ۶. خودکارآمدی ۷. امیدواری شایان ذکر است که روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال آرگایل و لو (۱۹۹۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی مورد بررسی قرار داده اند و ضریب آلفای ۰/۹۰ را به دست آورده اند. همچنین علی پور و نوربالا (۱۳۷۸) نیز ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۱۳۲ نفر ایرانی ۰/۹۳ به دست آوردند. روایی این پرسشنامه در مطالعات مناسب گزارش شده است (هیلز و آرگایل، ۲۰۰۱؛ فارنهام و چن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). فرانسیس و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) همبستگی معنادار ۰/۵۲- و بیانی (۱۳۸۵) همبستگی معنادار ۰/۶۵- را بین این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک گزارش کرده اند به نقل از نوربالا، (۱۳۷۸) علاوه بر آن، در تحقیق نوربالا (۱۳۷۸) و میرشاه جعفری، عبادی و لیاقتدار (۱۳۸۳) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش روایی صوری مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش برای سنجش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی آن به فاصله دو هفته ۰/۸۸، به دست آمد.

**پرسشنامه امید شنایدر<sup>۴</sup>:** این مقیاس توسط گروه شنایدر و همکاران (۱۹۹۱) ساخته شده است و شامل اندازه گیری خودگزارشی صفت و حالت امیدوار می باشد. برای تکمیل این پرسشنامه ۲ تا ۵ دقیقه وقت لازم است. این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال چهار گزینه ای است و طیف گزینه ها از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم را در بر می گیرد. عبارت

1. Hills, P. & Argyle, M.

2. Furnham, A. & Chenge, H.

3. Francis, B. & et al

4. Snyder Hopefulness Inventory

۳، ۵، ۷، ۱۱ انحرافی هستند و بنابراین به آن نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. دامنه تغییرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۳۲ است (به نقل اشنایدر و لویز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون با روش بازآزمایی ۰/۸۰ در دوره‌های ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۷). همسانی درونی زیرمقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیرمقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (اشنایدر، ۲۰۰۲). به علاوه داده‌های زیادی در مورد روایی همزمان پرسشنامه امید به مواردی که می‌تواند پیش‌بینی کند، وجود دارد برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش‌بینی، انتظار دست‌یابی به هدف و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۰). همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه ناامیدی بک برابر است با ۰/۵۱- و با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۴۲- است که نشان دهنده اعتبار این پرسشنامه است. در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶)؛ به نقل بیجاری، قنبری هاشم آبادی، آقامحمدیان شعریاف و همایی شاندیز، ۱۳۸۸) بر روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر دبستان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اشنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. مقیاس امید با مقیاس‌هایی که فرایندهای روان‌شناختی مشابهی را می‌سنجد، همبستگی بالایی دارد. به علاوه طبق نظر متخصصان بالینی روایی این مقیاس به روش روایی محتوا نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش برای برای سنجش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی آن به فاصله دو هفته ۰/۸۰، به دست آمد.

## یافته‌ها

سن بیماران در کل نمونه مورد بررسی بین ۳۰ تا ۶۱ سال بود که بیشترین فراوانی واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۴۱ تا ۶۱ سال شامل ۲۵ نفر (۸۳٪) و کمترین فراوانی

1. Lopez, S. J.

در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ شامل ۵ نفر (۱۷٪) قرار داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه مداخله (۲۲/۷±۴۴) و در گروه کنترل (۸/۶±۴۳/۹) بود. بیشترین فراوانی از لحاظ وضعیت تحصیلی در کل گروه نمونه مربوط به مقطع دیپلم شامل ۲۰ نفر (۶۶٪) و کمترین فراوانی مربوط به واحد زیر دیپلم شامل ۱۰ نفر (۳۳٪) بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد بررسی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
امید	آزمایش	۲۵/۵۸	۴/۶۴	۱۵
	کنترل	۱۹/۷۵	۳/۲۷	۱۵
	کل	۲۲/۶۷	۴/۹۳	۳۰
خود پنداری	آزمایش	۱۰/۰۸	۳/۹۴	۱۵
	کنترل	۷/۵۰	۳/۷۲	۱۵
رضایت از زندگی	آزمایش	۴/۹۲	۲/۵۷	۱۵
	کنترل	۲/۵۸	۲/۱۰	۱۵
آمدگی روانی	آزمایش	۷/۵۰	۲/۳۱	۱۵
	کنترل	۴/۵۰	۲/۳۱	۱۵
سرذوق بودن	آزمایش	۶/۵۸	۱/۶۷	۱۵
	کنترل	۳/۴۲	۲/۱۰	۱۵
زیبایی شناختی	آزمایش	۷/۶۷	۳/۱۱	۱۵
	کنترل	۵/۳۳	۲/۱۴	۱۵
خود کارآمدی	آزمایش	۶/۹۲	۳/۰۲	۱۵
	کنترل	۴/۵۰	۳/۲۳	۱۵
امیدواری	آزمایش	۴	۲/۲۵	۱۵
	کنترل	۱/۷۵	۱/۲۵	۱۵
کل مقیاس شادکامی	آزمایش	۴۷/۶۷	۱۴/۹۳	۱۵
	کنترل	۲۹/۵۸	۱۰/۴۱	۱۵
	کل	۳۸/۶۳	۱۵/۶۱	۳۰

با توجه به نتایج جدول شماره ۲، پس از حذف اثرپیش‌آزمون میانگین پس‌آزمون دو متغیر امیدواری و شادکامی و زیرمقیاس‌های آن را در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش چشمگیری داشته است که این افزایش در متغیرهای خود پنداری، سرذوق بودن بیشتر بوده است و در دیگر متغیرها تقریباً یکسان افزایش یافته است.

نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر امیدواری، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده برای هر دو گروه در متغیر وابسته پژوهش بزرگ‌تر از  $0/05$  می‌باشد، بنابراین با  $0/95$  اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکنندگی امیدواری در پیش‌آزمون یکسان می‌باشند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف<sup>۱</sup> به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات امیدواری نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است ( $P > 0/05$ ). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ( $P > 0/05$ ) پشتیبانی می‌کند. بنابراین جهت بررسی فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی زندگی بر افزایش امیدواری در افراد دچار سرطان تأثیر دارد، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس (آنکوا) تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش

امیدواری در افراد دچار سرطان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	عامل آزمون	۸۹۴	۱	۹۸۴	۷۶	۰/۰۰۴
امیدواری	عامل آزمون × گروه‌ها	۶۴۷	۱	۲۶	۳/۹	۰/۰۴۶
	خطا	۱۶۳	۲۸	۱۱/۷		

1. kolmogorove-smirnov test.

با توجه به جدول ۳، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می شود و می توان گفت آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش امیدواری در افراد دچار سرطان تأثیر معناداری دارد ( $F=۳/۹$  و  $P<۰/۰۵$ ).

جهت بررسی فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش شادکامی و مؤلفه های آن در افراد دچار سرطان تأثیر دارد، از تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه (در متن مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون شادکامی و زیر مقیاس های آن در گروه های آزمایش و کنترل با کنترل اثر پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta <sup>2</sup>
شادکامی	پیش آزمون	۱۳۴۳/۲۳	۱	۱۳۴۳/۲۳	۶/۰۶	۰/۰۲۱	۰/۱۹
	گروه	۱۹۷۸/۷۳	۱	۱۹۷۸/۷۳	۸/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۲۵
	خطا	۵۷۶۲/۷۵	۲۸	۵۷۶۲/۷۵			
خودپنداری	پیش آزمون	۲۴/۴۴	۱	۲۴/۴۴	۱/۶۹	۰/۲۰۹	۰/۰۸
	گروه	۱۲۱/۹۰	۱	۱۲۱/۹۰	۸/۴۵	۰/۰۰۹	۰/۳۲
	خطا	۲۵۹/۵۶	۲۸	۲۵۹/۵۶			
رضایت از زندگی	پیش آزمون	۳۳/۹۲	۱	۳۳/۹۲	۴/۲۲	۰/۰۵۵	۰/۱۹
	گروه	۶۵/۹۶	۱	۶۵/۹۶	۸/۲۱	۰/۰۱۰	۰/۳۱
	خطا	۱۴۴/۵۱	۲۸	۱۴۴/۵۱			
آمادگی روانی	پیش آزمون	۰/۴۹۵	۱	۰/۴۹۵	۰/۰۳۹	۰/۸۴۶	۰/۰۱
	گروه	۰/۰۸۰	۱	۰/۰۸۰	۰/۰۰۶	۰/۹۳۷	۰/۰۱
	خطا	۲۲۹/۰۴	۲۸	۲۲۹/۰۴			



متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta <sup>2</sup>
سرذوق بودن	پیش آزمون	۱۸/۵۱	۱	۱۸/۵۱	۳/۰۳	۰/۰۹۹	۰/۱۴
	گروه	۰/۰۲۷	۱	۰/۰۲۷	۰/۰۰۴	۰/۹۴۷	۰/۰۱
	خطا	۱۱۰/۰۱	۲۸	۱۱۰/۰۱			
زیبایی شناختی	پیش آزمون	۴۵/۴۲	۱	۴۵/۴۲	۳/۳۴	۰/۰۸۴	۰/۱۵
	گروه	۱۶/۱۸	۱	۱۶/۱۸	۱/۱۹	۰/۲۹۰	۰/۰۶
	خطا	۲۴۴/۵۷	۲۸	۲۴۴/۵۷			
خودکار آمدی	پیش آزمون	۱۰۱/۴۲	۱	۱۰۱/۴۲	۸/۳۴	۰/۱۸۰	۰/۱۳
	گروه	۶۸/۲۸	۱	۶۸/۲۸	۶/۱۹	۰/۰۹۰	۰/۰۵
	خطا	۲۱۴/۷۶	۲۸	۲۱۴/۷۶			
امیدواری	پیش آزمون	۲۸۹۵/۱۴۷	۱	۲۸۹۵/۱۴۷	۵۴۵/۱۶۷	۰/۰۰۹	۰/۱۵۸
	گروه	۲۷۱/۳۵۷	۱	۲۷۱/۳۵۷	۵۱/۰۹۷	۰/۰۰۷	۰/۵۸۰
	خطا	۱۴۳/۳۸۶	۲۸	۱۴۳/۳۸۶			

با توجه به جدول ۴، با کنترل اثر پیش‌آزمون بین افراد گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شادکامی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). به عبارت دیگر، آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، با توجه به میانگین شادکامی افراد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش شادکامی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر تفاوت برابر با ۲۵/۰ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۲۵ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون شادکامی مربوط به تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌باشد.

جدول ۵: بررسی تفاوت بین نمرات پس آزمون و پیگیری متغیرهای شادکامی و

امیدواری پس از سه ماه از آخرین جلسه آموزشی

شاخص	میانگین	آماره t	df	سطح معناداری
پس آزمون شادکامی	۴/۰۵۶	۱۰/۷۹	۱۴	۰/۰۲۵
پیگیری	۳/۸۹			
پس آزمون امیدواری	۵/۸۴۳	۱۲/۲۱۴	۱۴	۰/۰۰۴
پیگیری	۴/۸۲۴			

در جدول شماره ۵، با استفاده از آزمون t جفت شده به بررسی تفاوت بین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش و نمرات پیگیری در دو متغیر شادکامی و امیدواری پرداخته شده است. همان گونه که جدول نشان می دهد سطح معناداری به دست آمده کمتر از ( $P < 0/05$ ) می باشد. در حقیقت می توان گفت که تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش و نمرات پیگیری در دو متغیر شادکامی و امیدواری وجود دارد.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به سرطان انجام شد.

نتایج حاصل از تحلیل داده های پژوهش نشان داد که شرکت در جلسات آموزشی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش امیدواری و شادکامی افراد دچار سرطان شده است و دارای کارایی بعد از گذشت سه ماه می باشد. با توجه به اینکه تحقیقات انجام شده نزدیک به عنوان مطالعه در داخل و خارج از کشور محدود می باشد، برای همسویی یافته های حاصل از پژوهش می توان به نتایج پژوهش های عدل و همکاران (۱۳۹۵)، در خصوص اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر صمیمیت

زناشویی زنان نابارور؛ استفان و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)؛ الیوت، ویتی، هریک و هافمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۱)؛ اسپیکل<sup>۳</sup> (۱۹۹۶)؛ ایرونیگ<sup>۴</sup>، اشنایدر و کراسون (۱۹۹۸)؛ چانگ و دسیمون<sup>۵</sup> (۲۰۰۱)؛ چیونس، فیلدمن، میچال<sup>۶</sup> و اشنایدر (۲۰۰۵)؛ ساناتانی و اسپریر و استیت<sup>۷</sup> (۲۰۰۸)؛ هال و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۰۹)، در خصوص تأثیرات مثبت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش امیدواری، کیفیت زندگی و شادکامی بیماران سرطانی، اشاره کرد.

در تبیین این نتایج می‌توان چنین استدلال کرد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با پرداختن به مسائل و مشکلاتی که در زمینه تحقق یافتن رضایت مندی در همه عرصه‌های مهم زندگی وجود دارد، شادکامی و امید به زندگی را در افراد مبتلا به سرطان افزایش دهد. از جمله تأکیدهای درمانی این رویکرد، عبارت‌اند از این که این رویکرد، دیدگاهی کلی به زندگی یا دیدگاهی کل نگر به اهداف زندگی دارد که در آن هر مرحله از مداخله با اهداف کلی زندگی مراجع در حیطه‌های ارزشمند و مهم زندگی مرتبط است، به طوری که مراجعان ارتباط مستقیمی بین یک مداخله، یا تکلیف خانگی و تحقق مهم‌ترین نیازها، اهداف و خواسته‌های خود، مشاهده می‌کنند. این رویکرد، طرح و چارچوبی برای افزودن نظریه و مداخله‌های روانشناسی مثبت‌گرا به فعالیت بالینی سنتی یا روان‌شناسی منفی نگراست. همچنین در این نوع درمان یافته‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر و نظریه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، را درباره رضایت مندی از زندگی با نظریه شناختی یک در مورد آسیب‌شناسی و افسردگی تلفیق کرده است. در این خصوص، محققان نشان داده‌اند که بین کیفیت زندگی و امید به زندگی افراد مبتلا به

1. Stephan, C. & et al.
2. Elliott, T. R. Witty, T. H. Herick, S. & Hoffman, J. T.
3. Spiegle, D.
4. Irving, L. M. Snyder, C.R. Crowson, J. J.
5. Chang, E. C. & Desimon, S. L.
6. Cheavens, J. S. Feldman, D. B. Gun, A. & Micheal, S. T.
7. Sanatani, M. Schreier, G. & Stitt, L.
8. Hall S. & et al.

سرطان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بدین صورت بیمارانی که از سبک و کیفیت زندگی خوبی برخوردارند، امید به بهبود و ادامه زندگی نیز در آنان بالاتر از سایرین می باشد. (شعاع کاظمی و همکاران، ۱۳۸۸). در حقیقت بیمارانی که از روحیه امیدوار و رشد برخوردار باشند، راه های مقابله با بیماری را سریع تر از دیگران یاد می گیرند و از این طریق در سیر درمان خود می توانند به عنوان منبع حمایتی و اطلاع رسانی برای سایر بیماران عمل کنند. البته در بسیاری از مواقع بیماران به دلیل رفتارهای اجتنابی از افشاء بیماری خود هراس دارند و از مکانیزم دفاعی انکار در برخورد با بیماری استفاده می کنند. لذا، از مهارت های مقابله همانند حل مسئله و جستجوی راهکارهای مناسب کمتر استفاده می کنند. در این زمینه نتایج مطالعه لیوبومیرسکی، شلدون و اشکاد<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) کارآیی این راهبرد درمانی را در تقویت اثرات مداخله ای در افزایش شادکامی، تأیید می کنند. در پژوهش هرث<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) با عنوان افزایش امید در اولین مراحل عود سرطان، مداخلاتی برای افزایش امید در این بیماران انجام داد که باعث بهبود کیفیت زندگی در گروه مداخله شد (به نقل عبدی، تقدیسی و نقدی، ۱۳۸۸). همسو با این ویژگی پژوهش نصیری و جوکار (۱۳۸۷) نشان داد که بین معناداری زندگی با امید، شادی و رضایت از زندگی، همبستگی معنادار، با افسردگی همبستگی منفی وجود دارد و معناداری زندگی می تواند باعث افزایش شادی و رضایت از زندگی شود. به عبارت دیگر معناداری زندگی به گونه ای غیرمستقیم و در تماس با امید، می تواند سبب افزایش شادی و رضایت از زندگی شود.

لیوبومیرسکی و دلپورتا<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) معتقدند بهزیستی ذهنی بلندمدت با مؤلفه محیطی مانند تفریح و فعالیت همراه با کودکان و تمرین فکر خوش بین، ابراز کردن قدردانی ها و سپاسگزاری ها از خود و دیگران در ارتباط است. که این درمان هم در حیطه ها و اصول

1. Lyubomirsky, S. & Sheldon, K. M. & Schkad, D.

2. Herth K.

3. Lyubomirsk, S; & Delaporta, D.

مختلف سعی در ترویج این نوع فعالیت‌ها و رفتارها دارد. تصور می‌رود با به‌کارگیری تکنیک‌ها و اصول کیفیت زندگی درمانی می‌توان عملکرد زندگی افراد مبتلابه بیماری‌های مزمن از جمله سرطان را در حیطه‌های مختلف از جمله رضایت خانوادگی افزایش داد. هم‌چنین می‌توان اشاره داشت که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از روش‌های نوین برای افزایش شادکامی و رضایت کلی از زندگی محسوب می‌شود که البته با مبانی نظری شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت همراه است. این روش با طبقه‌بندی حیطه‌های رضایت افراد و هم‌چنین ارائه یک الگوی پنج‌راهه و ارائه اصول شادکامی به افزایش شادی و امید به زندگی افراد می‌پردازد. رویکرد درمانی کیفیت زندگی با استفاده از اصول خود از جمله اصل پذیرش و علاقه به جسم خویش، اصل شاهد خلق و خوی هیجانی خود، اصل سهمیه ناکامی، اصل عادت‌های شادکامی، اصل شوخ‌طبعی، اصل نشخوارهای فکری، اصل خردورزی فردی، اصل توجه به نقاط مثبت خویش، اصل تفریحات سالم و چندین اصل دیگر که در هر یک راهکارهایی ارائه می‌شود، به افراد می‌آموزد تا با استفاده از تغییر نگرش در عاطفه و شادی به افزایش کیفیت زندگی بپردازند (پاداش و همکاران، ۱۳۹۰).

می‌توان گفت درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، انسجام به‌هم‌پیوسته شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت است که با آخرین صورت‌بندی درمانی شناختی بک و نظریه شناختی افسردگی و آسیب‌شناسی روانی هماهنگ است. کیفیت زندگی درمانی شامل رویکردی است برای افزایش رضایت و شادمانی در زندگی. در مجموع نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش امیدواری و شادکامی بیماران سرطانی می‌گردد. نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در جهت افزایش سلامت روانی و کاهش نشانگان آسیب‌شناسی اقشار مختلف جامعه از جمله مبتلایان به سرطان حمایت می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود متخصصان، آموزش این رویکرد را به عنوان یک ضرورت جزء برنامه درمانی برای افراد

مبتلا به سرطان در مراکز حمایتی بگنجانند. ممکن است اثرهای درمان تداوم نداشته باشد، لذا پیشنهاد می شود این رویکرد درمانی هرچند وقت یک بار پس از پایان جلسات آموزشی، برای حفظ اثرهای درمانی تا طولانی مدت برگزار شود تا بتوان تا حد زیادی مشکلات روان شناختی افراد مبتلا به سرطان را مرتفع ساخت. از آنجا که در انتخاب آزمودنی ها جامعه پژوهش مراجعان مرکز مشاوره بوده است در تعمیم پذیری نتایج به کل جامعه باید احتیاط کرد.

## منابع

- ایزدی اجیرلو، ا. (۱۳۹۰). «اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی بر اصلاح تصویر ترن و افزایش عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی». پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- بهمنی، ب. (۱۳۸۹). «مقایسه اثربخشی دواروش مداخله شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری و گروه درمانی شناختی وجودگرا بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان سرطان غیر منتشر سینه علائم افسردگی از خود بروز داده اند». پایان نامه دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- بهمنی، ب؛ اسکندری، م؛ حسنی، ف؛ دکانه ای فرد، ف؛ شفیع آبادی، ع. (۱۳۹۲). تأثیر گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۲(۶)، ۴۸-۶۱.
- بیجاری، ه؛ قنبری هاشم آبادی، ب. ع؛ آقا محمدیان شعرباف، ح. ز؛ و همایی شاندیز، ف. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی، ۱(۱۰)، ۱۷۱-۱۸۴.
- پاداش، ز؛ فاتحی زاده، م. ا؛ و عابدی، ف. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. فصلنامه روان درمانی و مشاوره خانواده، ۱(۱)، ۱۱۳-۱۱۵.
- حسن پور، آ؛ و آذری، ی. (۱۳۸۵). کیفیت زندگی و عوامل مربوط به آن در بیماران مبتلا به سرطان. کتاب چکیده مقالات کنفرانس بیماری های خاص، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران.
- حمزه، س؛ بیرامی، م؛ هاشمی نصرت آبادی، ت. (۱۳۹۰). مقایسه صفات شخصیتی، تجربه هیجانات منفی و سبک های مقابله ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۹(۵)، ۶۳۶-۶۲۷.

- سجادی هزاوه، م؛ وخادمی، م. (۱۳۸۸). سرطان پستان: یک مطالعه پدیدارشناسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۲ (۱)، ۲۹-۳۹.
- شاه‌خداپنده، س؛ پیری، ز؛ بیگلر، م. ح؛ اسدی، م؛ چخماچی دوم، ن. (۱۳۸۸). سرطان پستان در ایران: روند پژوهش‌های محققان ایرانی در پایگاه مدلاین. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری‌های پستان ایران، ۲ (۲)، ۴۹-۵۹.
- شعاع کاظمی، م.؛ و مؤمنی جاوید، م. آ. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان بعد از عمل جراحی. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۲ (۳ و ۴)، ۲۷-۲۰.
- عابدی، م. (۱۳۸۳). شادی در خانواده. چاپ دوم، تهران، نشر مطالعات خانواده.
- عبدی، ن؛ تقدیسی، م. ح؛ و نقدی، س. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی مداخلات ارتقاء دهنده امید در بیماران مبتلابه سرطان شهرستان سندرچ در سال ۱۳۸۶. ارمغان دانش، ۳ (۱۴)، ۱۳-۲۲.
- عدل، ح.؛ شفیع‌آبادی، ع؛ و پیرانی، ذ. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان ناباور. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۲ (۳۸)، ۱۹۱-۱۷۵.
- عزیزی، س؛ رحمانی، آ؛ و قادری، ب. (۱۳۸۹). رضایت از زندگی زناشویی در بیماران مبتلابه سرطان. مجله پرستاری و مامایی، ۵ (۱۷)، ۵۵-۵۰.
- علی‌پور، ا؛ و آگاه هریس، م. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۵ (۱۲)، ۲۸۷-۲۹۸.
- علی‌پور، ا؛ و نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد. مجله اندیشه و رفتار، ۵ (۱ و ۲)، ۶۵-۵۵.
- فرهادی، ع؛ موحدی، ی؛ و موحدی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلابه سرطان. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱ (۱۶)، ۳۲-۴۲.
- فریش، م. ب. (۱۳۸۹). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. (ترجمه دکتر اکرم خمسه). تهران: ارجمند. تاریخ انتشار به زبان اصلی (۲۰۰۶).
- قاسمی‌ع، کجباغ، م؛ و ربیعی، ا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. مجله روانشناسی بالینی، ۳ (۲)، ۳۴-۲۳.
- فریش، م. ب. (۲۰۰۶). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی جلد ۲: کاربرد رویکرد رضایتمندی از زندگی در روان‌شناسی مثبت‌نگر و شناخت درمانی. ترجمه، اکرم خمسه (۱۳۸۸). نوبت چاپ اول، تهران، انتشارات ارجمند.
- لطفی کاشانی، ف؛ وزیر، ش؛ زین‌العابدینی، س. ن؛ و زین‌العابدینی، س. ن. (۱۳۹۲). اثربخشی امید درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان دچار سرطان پستان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۴ (۲۸)،

۴۵-۵۸.

- میر شاه جعفری، ا؛ عابدی، م. م.؛ و لیاقت دار، م. ح. (۱۳۸۳). *بررسی میزان شادکامی و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه های شهر اصفهان*. (گزارش طرح پژوهشی)، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
- نصیری، ح. ا؛ و جوکار، ب. (۱۳۸۷). *معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان*. زن در توسعه و سیاست، ۶(۲)، ۱۷۶-۱۵۷.
- نیکویی، م؛ و سیف، س. (۱۳۸۴). *بررسی دینداری با رضایت مندی زناشویی. تازه ها و پژوهش های مشاوره*، ۴(۱۳)، ۷۹-۶۱.
- هادی نژاد، ح؛ و زارعی، ف. (۱۳۸۸). *پایایی، اعتبار، و هنجاریایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد*. *پژوهش های روان شناختی*، ۱ و ۲(۱۲)، ۶۲-۷۷.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Argyle, M. & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences, 11*, 1011-1017.
- Association AP. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th ed.* Washington, D.C: American Psychiatric Publishing .
- Avci, I. A.; Kumcagız, H. (2011). "Marital Adjustment and Loneliness Status of Women with Mastectomy and Husbands Reactions". *Asian Pacific Journal of Cancer Preventio. 12*, 453-459.
- Avci, I. A.; Okanlı, A.; Karabulut, E.; Bilgili, N. (2009). "Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy". *Eur Journal Oncol Nurs, 13*, 299-303.
- Chang, E. C., & Desimone, S. L. (2001). The influence of hope on appraisals, coping, and dysphoria: A --test of hope theory. *Journal of Social Clinical Psychology, 20(2)* , 117-129.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gun, A., Micheal, S. T. & Snyder, C. R. (2005). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research, 77*.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationship between hope and well- being in older adults. *Clinical Nursing Research, 14*, 253- 272
- Diener E, Lucas, RE, Oishi S. (2003). Subjective wellbeing. *Journal of Clinical Psychology, 24*, 25-41.
- Elliott, T.R. ؛ Witty, T.E.؛ Herrick, S. & Hoffman, J.T. (1991). Negotiatin reality after physical loss: -Hope, Depression and Disability. *Journal Personality*



*and Social Psychology*, 61.

- -Fleeson, W. (2004). Moving personality beyond the person- situation debate: The challenge and the opportunity of within- person variability. *Current Directions in Psychological science: 13*, 83- 87.
- -Frisch M.B. (2006). *Quality of life Therapy*. New jersey: John Wiley & Sons Press.
- -Furnham, A. & Cheng, H.(1999). Personality as predictor of mental health and happiness in the east & west. *Journal of Personality and individual differences*, 27(3), 395 - 403.
- -Furnham, A., & Cheng, H. (1999). Personality as predictor of mental health and happiness in the East and -West. *Personality and Individual Differences*, 27, 395-403.
- -Hall S., Chochinov H., Harding R., Muray S., Rcharson A., Higginson I.J.(2009). A Phase II randomised controlled trial assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of dignity therapy for order people in care homes. *study protocol, BMC Geriatr*, 32(4), 24-99.
- -Hills, p. & Argyle, M. (2001). Happiness, introversion extroversion and happy factors. *Journal of Personality and individual differences*, 30, 595- 608.
- -Hyphantis, T., Papadimitriou, I., Petrakis, D., Fountzilias, G., Repana, D Assimakopoulos, K., Carvalho, A., & Pavlidis, N. (2013). Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of Unknown primary site. *Journal of Psycho-oncology*, 22 (9), 2009- 2015.
- -Irving, L.M., Snyder, C.R. and Crowson J.J. Jr. (1998). Hope and the negotiation of cancer facts by college women. *Journal of Personality* 66, 195-214.
- - Kayser, K.; Scott, J. L. (2008). Helping Couples Cope with Women's Cancers An Evidence-Based Approach for Practitioners. *Springer Science + Business Media. LLC*.
- -Lyubomirsky, S. Sheldon, K. M & Schkad, D. (2005). Pursing happiness. *The general psychology*, 9, 111-131.
- -Lyubomirsky, S. Delaporta, D. (2008). The consequences of dysphonic rumination. In C. Papa Georgiou & A. Wells (EDS), *Depressive rumination: Nature theory and treatment*. 79, 61-67.
- -Sanatani, M., Schreier, G., & Stitt, L. (2008). Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal. *study.Supportive Care in Cancer*, 16 (5), 493-499.
- -Schjolberg, T., Dodd, M., Henriksen, N., & Rustoen, T. (2011). Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer out patients. *Journal of*

*Palliative and Supportive care*, 9 (1), 63- 72.

- -Snyder C.R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- -Snyder C.R., Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practies. Explorations of human strenghs*. Newyork, sage publication Ine.
- -Snyder C.R., Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practies. Explorations of human strenghs*. Newyork, sage publication Ine.
- -Snyder C.R., Shorey, H. S. Cheavens, J., Plvers, K. M., Adams III, v. h., & Wiclund, C. (2000). Hope and academic success in college. *Journal of psychology*, 94 (4), 820-826.
- -Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *Journal of Psychiatry*, 168, 109-116.
- -Stephqn, J P., Linley, A., Harwood, J., Lewis, C. A., & Turnage, B., Jacinoto, G. Kirven, J. (2003). Reality therapy, domestic violence survines and self-forgiveness. International. *Journal of reality therapy*, 1, 7-11.
- -Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 369-381.