



## اثربخشی مثبت نگری بر میزان کیفیت زندگی و رشد فردی بیماران مبتلا به سرطان

زهرا نوروزی زرمه‌پری

دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات استان البرز، دانشکده روانشناسی

**چکیده:** مبارزه با بیماری، یکی از مهمترین مبارزه های انسان در طول حیات او روی کره خاکی بوده و رویای پیروزی بر آن، یکی از بزرگترین آرزوهایش را شکل داده است. رشد فردی و کیفیت زندگی هر فرد قطعاً تحت تاثیر سلامت جسم و روان آن فرد قرار دارد. این پژوهش با هدف اثربخشی آموزش مثبت نگری بر میزان کیفیت زندگی و رشد فردی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. روش: پژوهش کاربردی حاضر از نوع نیمه تجربی است که در آن تست (پیش آزمون- پس آزمون) و گروه گواه منظور شده است. از بین بیماران مبتلا به سرطان بستری شده در بیمارستان ارتش جمهوری اسلامی تهران واقع در خیابان امیرآباد ۳۰ بیمار زن به شیوه نمونه گیری در دسترس این بیماران در سنین بالاتر از ۳۰ سال قرار داشتند. در این پژوهش ۳۰ بیمار که طبق نظر پزشک آنکولوژی شرایط شرکت در پژوهش را داشتند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 و پرسشنامه آغاز رشد فردی PGI رابیتشک ۱۹۹۸ استفاده شد. از هر دو گروه آزمایش و گواه پیش آزمون گرفته شد. به بیماران حاضر در گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ی ۱ الی ۱/۵ ساعت، آموزش مثبت نگری داده شد و گروه کنترل هیچگونه آموزشی را دریافت نکردند. یک هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی پس آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد. **یافته ها:** در جهت توصیف اطلاعات از روش های آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل داده ها در حوزه آمار استنباطی از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. که یافته ها نشان داد آموزش مثبت نگری به طور چشمگیری روی کیفیت زندگی ( $P=0.00$ ) و رشد فردی ( $P=0.00$ ) بیماران سرطانی گروه آزمایش تاثیر گذاشته است. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های به دست آمده در این پژوهش می توان گفت جلسات آموزش مثبت نگری می تواند برای بهبود و افزایش کیفیت زندگی و رشد فردی بیماران مبتلا به سرطان استفاده شود.

**واژگان کلیدی:** آموزش مثبت نگری، کیفیت زندگی، رشد فردی، بیماران سرطانی.



## مقدمه:

سرطان یکی از بیماری های شایع و غیر واگیر است. تمام اشکال سرطان علت ۹ درصد از مرگ و میرها را در سراسر جهان تشکیل می دهند. برابر آمارها در مجموع سالانه ، ۵۰ میلیون مرگ در جهان روی می دهد که بیش از ۵ میلیون از آنها به سرطان منسوب است.(شجاعی تهران ، ۱۳۸۲). اصطلاح سرطان دربرگیرنده بیش از ۲۷۰ نوع بیماری است که در آن سلول ها با یک رشد مهار نشده و غیر طبیعی به بافت سالم حمله کرده و موجب تهدید حیات می شوند تاثیرات روانی و فیزیولوژیک سرطان روی بیمار مبتلا و اعضای خانواده وی منجر به بروز تغییرات قابل ملاحظه ای در سبک زندگی آنها می شود ( اوگدن ، ۲۰۰۰).

سرطان های عمده به چهار نوع تقسیم می شوند. این چهار نوع عبارتند از : کارسینوما : که نئوپلاسم بدخیم سلول های پوست و سلول های پوشاننده ی بسیاری از ارگان های بدن مثل دستگاه گوارش ، مجاری تناسلی و تنفسی است. در حدود ۸۵٪ سرطان های انسان از انواع کارسینوما است. لنفوم. یا سرطان های سیستم لنفاوی . سارکوم : که نئوپلاسم بدخیم استخوان ، عضله ، بافت همبند است. لوسمی : یا سرطان اجزای سازنده خون مثل مغز استخوان است که منجر به تکثیر بیش از اندازه گلبول های سفید خون می شود(سارافینو ۲۰۰۲ ؛ ترجمه میرزایی و همکاران ، ۱۳۸۴).

معمولاً خطر بروز سرطان با بالا رفتن سن ، به ویژه از میانسالی به بعد افزایش می یابد در همه ی انواع سرطان ، میزان بروز بیماری از ۴۰ تا ۸۰ سالگی ، چهار برابر می شود (باساوان ، ۲۰۰۳). علت شناسایی سرطان مربوط به تخریب DNA سلولی است که موجب توسعه و رشد سلول های سرطان می شود. سرطان های موروثی زمانی اتفاق می افتد که DNA تخریب شده به نسل بعد منتقل می شود. فاکتورها و عوامل محیطی نیز در توسعه بیماری سرطان نقش دارد ( تیمی و اسمیت ، ۲۰۰۴) که این فاکتور ها شامل مواردی چون : ویروس ها ، باکتری ها ، عوامل فیزیکی ، مواد شیمیایی ، عوامل ژنتیکی یا خانوادگی و بالاخره مواد هورمونی است (تیمی و اسمیت ۲۰۰۴).



ارزشیابی تشخیصی زمانی امکان پذیر است که اطلاعات کافی از تاریخچه کامل و آزمایشات فیزیکی به دست آمده باشد (باساوان ۲۰۰۳). به طور کلی سه گونه درمان برای سرطان وجود دارد: جراحی، پرتو درمانی و شیمی درمانی که به تنهایی با هم استفاده می شود. (سارا فینو، ۲۰۰۲؛ ترجمه میرزایی و همکاران ۱۳۸۴). به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با داروهای سمی را بپذیرد. معالجه ماه ها به طول می انجامد و عوارض جانبی آن می تواند به صورت تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، سوختگی های پوستی، تغییرات وزن و مشکلات روحی و روانی بروز نماید. به علاوه عوارض جانبی آشکار ناشی از شیمی درمانی، توانایی لذت بردن از جنبه های مختلف زندگی را از بیمار سلب می کند. احساس تعارض زمانی پدید می آید که بیماری عود کرده و دوز بیشتری از داروی شیمی درمانی جهت درمان مورد نیاز باشد. (کرنر و بیلی، ۲۰۰۱).

از این رو روان شناسی می تواند در تسکین و تخفیف نشانه ها و بالا بردن کیفیت زندگی سهیم باشد. مداخلات درمانی- اجتماعی نظیر پسخوراند زیستی و هیپنوتیزم، حمایت اجتماعی، آرمیدگی و تصویر سازی هدایت شده، مداخلات روان شناختی مرور زندگی، مشاوره درباره تصویر بدنی و راهبردهای سازگاری شناختی می تواند در کاهش برخی علائم و نشانه های سرطان نقش داشته باشند (کریس، ۲۰۰۰ ترجمه سهرابی) یکی دیگر از مداخلات روان شناختی روان شناسی مثبت گرا است. روان شناسی مثبت گرا به مطالعه علمی عملکرد بهینه انسان می پردازد. موضوع روان شناسی مثبت گرا مرتبط با سه حیطه می باشد که سه نوع زندگی نیز منطبق با این سه حیطه است. حوزه اول زندگی لذت بخش، مربوط به عواطف مثبت درباره گذشته، آینده و حال است. حوزه دوم، زندگی متعهدانه است که شامل استفاده از صفات فردی مثبت مانند نقاط قوت و استعدادهاست. حوزه سوم از روان شناسی مثبت، زندگی با معنا است. که شامل حس تعلق و خدمت به موسسات و جوامع مثبت است. به طور کلی این سه حوزه زندگی به سه جاده متفاوت به سوی شادی محسوب می شود (داک ورت، استین، سلیگمن ۲۰۰۵). فردریکسون و دیگران (۲۰۰۰) کاربرد روانشناسی مثبت نگر را در زمینه های متعددی از قبیل اصلاح، بهبود و ارتقای



روش های روان درمانی و اصلاح و بهبود زندگی خانوادگی و اصلاح و بهبود ارتقای ویژگی های مثبت در نهادهای مختلف در یک جامعه عنوان کردند. بنابراین روان شناسی مثبت نگر چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی حرکتی شناخته شده در جهت سوق دادن انسان به سمت رشد و شکوفایی و بالندگی است. در این میان پرداختن به بعد روانی بیماران سرطانی در کنار درمان مشکل جسمی توسط یک روانشناس جهت بررسی کیفیت زندگی و رشد فردی حائز اهمیت است.

از نظر تاریخی کیفیت زندگی به عنوان مفهومی در فلسفه یونان مطرح گردید ارسطو اظهار کرد که شادی از فعالیت های شرافتمندانه و با ارزش فرد ناشی می شود و انسان را به سمت زندگی خوب هدایت می کند (زندگی ۱۳۸۲). امروزه توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم ارزیابی کیفیت مراقب در بیماری های مختلف با رشد گسترده ای همراه شده است. با این حال هدف مهمتر به حداکثر رساندن درک بیمار از احساس رفاه و کیفیت زندگی خویش است (یاریان ۱۳۸۷).

کیفیت زندگی یک مفهوم بسیار ذهنی و شخصی است که معمولاً بر پایه خوشحالی و رضایت فرد با فاکتورهایی که بر روی رفاه اجتماعی، روانی، جسمی و عملکرد وی تاثیر می گذارد، بنا می شود. به منظور یافتن یا حفظ توانایی عملکرد و زندگی کردن به بهترین صورت ممکن در شرایطی که بیماری پایدار وجود دارد. کیفیت زندگی به طور فزاینده ای استفاده می شود و به عنوان بازده قابل اندازه گیری در درمان بسیاری از بیماری های مزمن پیشنهاد می شود (اسکولز و وینستر، ۲۰۰۱).

مفهوم کیفیت زندگی در برگزیده توانایی های بالقوه شخص (وضعیت عملکردی)، دسترسی به منابع و فرصت ها جهت استفاده از توانایی ها برای پیگیری و انجام علاقه مندی ها (کیفیت زندگی عینی) و به طور کلی احساس رفاه (کیفیت زندگی ذهنی) است (بخشی ۱۳۷۸). به وسیله این تعریف می توان حیطه های مختلف زندگی را مشخص نمود (سلامت، خانواده، روابط اجتماعی، کار، میزان درآمد و وضعیت زندگی).

آغاز رشد شخصی آن گونه که رابینشک (۱۹۸۸) به طور عملیاتی می گوید درگیر شدن فعال و ارادی در تغییر یافتن و متحول شدن شخصی است. این درگیر شدن دارای دو مولفه ی شناختی و رفتاری و نوعی جهت گیری کلی به سمت تغییر است و ممکن



است عامل بالقوه ای در درمانجو باشد که به تغییر می انجامد. مولفه های رفتاری شامل دو موضوع است: جست و جوی فرصت های رشد و سپس استفاده از فرصت های ایجاد شده (رابیشتک، ۲۰۰۱). رابیشتک (۲۰۰۱) گزارش می دهد که لاجه بر جسته ی رشد شخصی درگیر شدن ارادی و قصدمندانه در فرایند تغییر است و نه صرف آگاهی از اینکه فرایند تغییر در حال روی دادن است. رابیشتک و کاشوبک (۱۹۹۹) یک رابطه منفی قوی بین رشد شخصی و تنش ها و ناراحتی های روان شناختی و رابطه ای مثبت و قوی بین رشد شخصی و بهزیستی روان شناختی پیدا کردند بنابراین می توان گفت نظام باورها و تفکرات فرد در شکل گیری کیفیت زندگی و رشد شخصی نقش تعیین کننده ای دارد. لذا انسانها همیشه از طریق نحوه فکرشان و جهان بینی شان تمیز داده می شوند. به همین دلیل در راستای اهمیت روش فکر کردن، نقش ذهن در روند درمان بیماری ها بسیار مهم است. به همین منظور پژوهش حاضر در پاسخ به این سوال انجام شد که آیا آموزش مثبت نگری باعث افزایش کیفیت زندگی و رشد فردی افراد مبتلا به سرطان می شود یا خیر.

روش: پژوهش حاضر از نوع مداخله ای و نیمه تجربی می باشد که در آن تست (پیش آزمون-پس آزمون) و گروه گواه منظور شده است. جامعه آماری این پژوهش را بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان ارتش جمهوری اسلامی تهران تشکیل دادند. بیمارانی که در سنین بالاتر از ۳۰ سال قرار داشتند، مشکلات جسمانی و روانی شناخته شده ی دیگر نداشتند و قابلیت پاسخگویی به سوالات و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند توسط پزشک آنکولوژی بیمارستان معرفی شدند. پس از آن ۳۰ نفر از بیماران معرفی شده به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. به دلیل اینکه این امکان برای پزشک آنکولوژی وجود نداشت که کلیه بیمارانی که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند، یکجا معرفی می کند، بنابراین قرعه کشی یکباره برای تعیین گروه گواه و آزمایش امکان پذیر نبود. از این رو بیمارانی که به مرور زمان معرفی می شدند، به صورت یک در میان در گروه گواه و آزمایش قرار می گرفتند. ابزار پژوهش: در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:



۱. پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 : این پرسشنامه ابزار مناسبی برای ادراک افراد از سلامتی خود است. این پرسشنامه توسط سازمان بین المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سوال در دو حیطه اصلی جسمی و روانی است که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می دهد : (وار، ۱۹۹۲؛ به نقل از نژاد نادری، ۱۳۸۶). عملکرد جسمانی، دردبدنی عملکرد پایین، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی نقش هیجانی، سلامت روانی. هر پرسشنامه از یک مقیاس رتبه ای برخوردار است. این مقیاس شامل نمرات صفر تا ۵ است. نمره کلی سوالات از صفر تا ۱۰۰ نمره بوده که بسته به پاسخ افراد، سطح کیفیت زندگی مطلوب (بین ۷۱ تا ۱۰۰)، تا حدودی مطلوب (بین ۳۱ تا ۷۰) و نامطلوب (بین صفر تا ۳۰) برای آنها در نظر گرفته شده است (عرفانی جورابچی، ۱۳۸۳). پژوهش ها در مورد کیفیت زندگی نشان می دهد که این پرسشنامه از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار است (مک هورنی، ۱۹۹۳؛ گارات، ۱۹۹۷؛ به نقل از یاران، ۱۳۸۷)

در پژوهشی که برازیر و همکاران (۱۹۹۲) برای تعیین اعتبار و پایایی این پرسشنامه انجام دادند، ضریب پایایی آن در همه ابعاد به غیر از عملکرد اجتماعی ۷۵٪ به بالا بود. روایی و اعتبار پرسشنامه SF36 برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا که بیشتر متاهل بودند ارزیابی گردید. ضریب پایایی در ۸ بعد از ۷۷٪ تا ۹۵٪ به غیر از سرزندگی ۶۵٪ بود.

۲. مقیاس آغاز رشد شخصی : این مقیاس توسط رابیتشک در سال ۱۹۹۸، به منظور ارزیابی میزان تمایل افراد به پرداختن به اموری جهت تغییر و رشد و ترقی به عنوان یک انسان، مقیاس اقدام برای رشد فردی را تهیه کرد.

این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۹ عبارت است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات آن را بیان کند. شیوه نمره گذاری: برای به دست آوردن نمره این مقیاس باید امتیاز هر ۹ عبارت را با هم جمع کنید دامنه نمرات مقیاس رشد فردی بین ۱ تا ۵۴ قرار دارد. نمرات بالا در این



مقیاس نشانگر تمایل آزمودنی به رشد فردی و انجام اقداماتی برای نیل به این هدف و نمرات پایین نشانگر عدم تمایل آزمودنی به رشد فردی است پایایی و روایی خارجی : همسانی درونی این آزمون در بررسی های مختلف بین ۷۸٪ تا ۸۸٪ به دست آمده است. پایایی حاصل از بازآزمایی این مقیاس نیز در طول زمان های متفاوت بین ۷۳٪ تا ۸۴٪ گزارش شده است. پایایی و روایی ایرانی : این آزمون در ایران به وسیله جوشن لو و قائدی (۱۳۸۶) هنجاریابی شده است. به این منظور هر ۲۰ دانشجوی دانشگاه تهران (۱۱۷ دختر و ۸۸ پسر) وارد مطالعه شدند همسانی درونی این مقیاس معادل ۸۷٪ به دست آمد که نشان از پایایی مطلوب این مقیاس است.

پس از مشخص شدن دو گروه آزمایش و گواه تست پیش آزمون گرفته شد پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 و مقیاس آغاز رشد فردی رابیتشک به منظور سنجش کیفیت زندگی و رشد فردی در مورد این دو گروه اجرا شد. و برای گروه آزمایش طبق کادر روش مداخلات هر جلسه ۱۲ جلسه آموزش مثبت نگری فردی هر جلسه ۱/۵ ساعت اجرا شد. یک هفته بعد از اتمام جلسات مشاوره ی فردی از هر دو گروه مجدداً تست پس آزمون به منظور سنجش کیفیت زندگی و رشد فردی گرفته شد. سپس نتایج حاصل از ابزارهای فوق قبل و بعد از مداخله در دو گروه مقایسه گردید. روش های تجزیه و تحلیل داده ها: در جهت توصیف اطلاعات از روش های آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل داده ها در حوزه آمار استنباطی از روش تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد.

### روش مداخلات هر جلسه

جلسه ۱ : بیمار با درمانگر آشنا می شود.

همچنین بیمار با اصول کار و برنامه کار عملی آموزش مثبت نگری آشنا می شود و از بیمار خواسته می شود یک معرفی یک صفحه ای مثبت از خودش در قالب یک قصه بنویسد تا جلسه بعد بررسی کنیم .



جلسه دوم : درباره داستان های معارفه ی مثبت بحث می شود و توانمندی هایی که در داستان بوده شناسایی می شوند.

جلسه سوم : دستورالعمل نگارش دفترچه شکرگزاری : از بیمار خواسته می شود دفترچه ای را برای چند هفته آینده داشته باشد که در آن سه چیز خوبی را که در هر روز برایشان اتفاق می افتد بنویسد تا بر خطای بنیادی منفی غلبه کند.

جلسه چهارم : دستورالعمل نوشتن سه خاطره بد : خاطره ممکن است بسیار تاثیر گذار باشد. به طوری که خاطرات گذشته اغلب بر شرایط فعلی ما اثر می گذارند.

جلسه پنجم : دستورالعمل نامه بخشش : به بیمار توضیح داده می شود نسبت به فردی که از او کینه دارد یا در تضاد با او هست فکر کند و نامه بخششی نوشته شود.

جلسه ششم: دستورالعمل نوشتن نامه سپاس : از آنجایی که ابراز سپاس راه مفیدی برای افزایش رضایت از زندگی و افزودن به هیجان های مثبت درباره گذشته است از بیمار خواسته می شود تا نامه سپاسی برای افرادی که به آنها لطف کرده اند بنویسند.

جلسه هفتم: دستورالعمل قناعت در مقابل پیشینه خواهی .

جلسه هشتم: دستورالعمل تکلیف خانگی در بسته و باز کمک به بیمار برای دیدن درهای گشوده و باز زندگیش به جای تمرکز به درهای بسته.

جلسه نهم : دستورالعمل ABCDE ، مناظره با افکار و باورهای بدبینانه ، که A = حادثه =B باور =C پیامد =D چالش =E انرژی می باشد بین شیوه تفکر افراد بدبین و خوش بین درباره وقایع چند تفاوت وجود دارد خوش بین ها وقایع ناگوار را به اسنادهای بیرونی ، ناپایدار و خاص ربط می دهند ، در حالی که اسنادهای بدبین ها درونی ، پایدار و عمومی (کلی) است. به بیماران کمک می شود چگونه تبیین های مثبت را برای وقایع ناگوار یاد بگیرند.





جلسه دهم: دستورالعمل پاسخ دهی فعال- سازنده

چهار شیوه پاسخ دهی وجود دارد. فعال- سازنده، فعال- غیر سازنده، غیر فعال- سازنده، غیر فعال- غیر سازنده

جلسه یازدهم: دستورالعمل لذت چشمی به بیمار آموزش داده می شود از هیجانان مثبت زندگی لذت ببرد.

جلسه دوازدهم: دستورالعمل هدیه دادن زمان به دیگران، یکی از راه های افزایش هدفمندی و قصد و معنا در زندگی آن است که از توانمندی های خودتان برای کمک به دیگران استفاده کنید. همچنین در هر جلسه آموزش ریلکسیشن و تنفس به بیماران داده شد و در آخرین جلسه جمع بندی مطالب مثبت نگری و تغییرات حاصل شده مرور شد.

**یافته های پژوهش:** با توجه به جدول ۱ مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش ۶/۶۶۳± و در گروه گواه ۶۲±۶/۳۴۸، و همچنین مقایسه میانگین نمرات متغیر آغاز رشد فردی در گروه آزمایش ۴۰/۳±۸/۳۱۲ و در گروه گواه ۴۲/۱۵۰±۸/۲۶۱ دلالت بر این دارد که میانگین نمرات پیش آزمون تفاوت و فاصله چندانی ندارد.

#### جدول ۱. جدول آمار توصیفی پیش آزمون دو متغیر کیفیت زندگی و آغاز رشد فردی

متغیر	گروه آزمایش	گروه گواه
رشد فردی	۴۰/۳±۸/۳۱۲	۴۲/۱۵۰±۸/۲۶۱
کیفیت زندگی	۶۲/۹۹±۶/۶۶۳	۶۲±۶/۳۴۸



این امر به معنی همگنی دو گروه قبل از مداخله می باشد و با توجه به جدول ۲ مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش  $37/34 \pm 7/45$ ، و در گروه گواه  $62/34 \pm 5/77$  می باشد و همچنین مقایسه میانگین نمرات متغیر رشد فردی در گروه آزمایش  $12/027 \pm 52/95$  و در گروه گواه  $43 \pm 6/416$  نشان می دهد که بعد از آموزش مثبت نگری در مرحله پس آزمون، تغییر چشمگیری در میانگین های دو متغیر حاصل شده است. و فرضیه پژوهش با استفاده از آزمون های آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### جدول ۲. جدول آمار توصیفی پس آزمون دو متغیر کیفیت زندگی و رشد فردی

متغیر	گروه آزمایش	گروه گواه
رشد فردی	$52/95 \pm 12/027$	$43 \pm 6/416$
کیفیت زندگی	$73/34 \pm 7/45$	$62/34 \pm 5/77$

بر طبق نتایج جدول ۳ نشان داده شده است که با  $F=16/590$  و  $df=1$  و  $p=0/00$  میانگین آغاز رشد فردی گروه آزمایش و کنترل پس از حذف اثر پیش آزمون به طور معنادار با هم تفاوت دارند.

### جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس متغیر آغاز رشد فردی

متغیر	df	میانگین مربعات	F	Sig
مقیاس آغاز رشد فردی	1	905/749	16/590	0/000



همین طور بر طبق جدول ۴ نشان داده شده که با  $F=239/48$  و  $p=0/00, df=1$  میانگین متغیر کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل پس از حذف پیش آزمون به طور معنادار با هم تفاوت دارند. و فرضیه پژوهش تایید شد.

#### جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس متغیر کیفیت زندگی

متغیر	df	میانگین مربعات	F	Sig
گروه	۱	۱۱۵۹/۱۵۹	۲۳۹/۴۸۹	0/000

#### نتیجه گیری:

تغییر نگارش به سرطان موجب شد در دهه ۱۹۷۰ در رشته آنکولوژی، فوق تخصصی به نام پسیکو آنکولوژی به وجود آید. معنی دقیق این رشته مطالعه جنبه های روانشناختی سرطان است. این رشته با دو جنبه از این بیماری سرو کار دارد: تاثیر سرطان و درمان آن بر عملکرد روان شناختی و اجتماعی بیماران و خانواده ها و مراقبین آنها و نقش عوامل روانی- اجتماعی و رفتارها در بروز و دوام سرطان. از طرفی دیگر سرطان یکی از مهمترین معضلات پزشکی در دنیای امروز است.

بنابراین یکی از مهمترین مسایل در زمینه سرطان، کاهش مشکلات روان شناختی این بیماران و افزایش کیفیت زندگی و رشد شخصی آنان پس از ابتلا به بیماری است در حال حاضر سعی می شود علاوه بر درمان های پزشکی و جسمانی، آلام و رنج های عاطفی و روان شناختی این بیماران نیز مرتفع گردد، به نحوی که بتوانند پس از بیماری به زندگی عادی خود باز گردند. تشخیص، درمان و عود سرطان ممکن است صدمات زیادی را روی کیفیت زندگی و رشد فردی بیمار بگذارد به طوری که افسردگی شایع



ترین پاسخ روانی افراد در مرحله پذیرش سرطان است. شیمی درمانی در این بیماران ابتدا افسردگی را بالا می برد و کیفیت زندگی را پایین می آورد. افسردگی در زنان سرطانی منجر به کاهش انرژی ذهنی می شود و همچنین باعث افزایش استرس بعد از بیماری و درمان آن می شود و باعث کاهش عملکرد سیستم ایمنی، کاهش کیفیت ارتباط بیمار با پزشک و کاهش لیبید و اختلال در عملکرد سکس و باعث نقصان در اجرای دستور پزشک می شود. (براول، آلبرگ، کارلسون، دنیلسون، پرسون ۲۰۰۸) روان درمانی مثبت نگر به طور خاص با ایجاد توانمندی ها و هیجان های مثبت همراه است که با افزایش معنادار زندگی بیماران به تخفیف و تسکین آسیب های روانی و افزایش شادکامی می پردازد (رشید ۲۰۰۸). به گفته سلیگمن، داک ورت استین در سال ۲۰۰۵، موضوع روان شناسی گرا دارای سه حیطه می باشد که سه نوع زندگی نیز منطبق با این سه حیطه است حوزه اول، زندگی لذت بخش مربوط به عواطف مثبت درباره گذشته، آینده و حال است. حوزه دوم، زندگی متعهدانه است که شامل استفاده از صفات فردی مثبت مانند نقاط قوت و استعدادهاست. حوزه سوم از روان شناسی مثبت، زندگی با معنا است که شامل حس تعلق و خدمت به موسسات و جوامع مثبت و افراد است. بنابراین روان شناسی مثبت نگر حرکتی شناخته شده در جهت سوق دادن انسان به سمت رشد و شکوفایی و بالندگی است. در این تحقیق روی ارزیابی اثر آموزشی تفکر مثبت بر بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان ۵۰۲ ارتش جمهوری اسلامی تهران تمرکز کردیم و نتیجه نهایی این تحقیق این است که جلسات آموزش مثبت نگر منجر به اثبات فرضیه های تحقیق شد به طوری که نتایج تحلیل داده ها نشان داد آموزش مثبت نگر با سطح معناداری ( $p=0.00$ ) منجر به افزایش کیفیت زندگی و رشد فردی بیماران مبتلا به سرطان در مرحله پس آزمون شد. نهایتاً می توان نتیجه گرفت که تفکر مثبت، احساس مثبت ایجاد می کند و باعث انجام اعمال مثبت می شود و ما را به سمت خلاقیت، رشد و شکوفایی سوق می دهد. افراد مثبت اندیش، در مقایسه با کسانی که دارای تفکر منفی هستند موفقیت های بیشتری داشته، سالم ترند و روابط بهتری دارند.



این پژوهش محدودیتهایی از جمله جامعه آماری داشت به طوری که صرفاً به بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان ۵۰۲ ارتش جمهوری اسلامی محدود گردید. و دیگر اینکه به دلیل تحت درمان بودن بیماران، مسئله هماهنگ کردن وقت آنها برای شرکت در جلسات بسیار مشکل بود و همچنین عدم کنترل رخدادهای همزمان با تحقیق، چون اغلب بیماران سرطانی به علت مشکلات جسمی داروهای مصرف می کنند که ممکن است در عملکرد آنها تداخل ایجاد کند. پیشنهاد می شود پژوهش حاضر در سطح گسترده تر و با نمونه های بزرگتر انجام شود تا بتوان با فراهم سازی امکان مقایسه قدرت تعمیم نتایج را افزایش داد.

#### سپاسگزاری:

با سپاس از ریاست محترم بیمارستان ۵۰۴ ارتش جمهوری اسلامی ایران جناب دکتر خلیلی فر و ریاست محترم بخش آنکولوژی جناب آقای دکتر جلابی خو که بستر لازم برای انجام امور مشاوره و آموزش بیماران فراهم نمودند. و با سپاس فراوان از جناب آقای دکتر آریانفر که مرا در این پژوهش راهنمایی کردند.

#### منابع

- شجاعی تهرانی، ح. (۱۳۸۲). درسنامه پزشکی، پیگیری و اجتماعی: بیماری های مزمن غیر واگیر دار و بیماری های واگیر شایع، جلد ۴، چاپ اول، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- زندی، م. (۱۳۸۲). بررسی تاثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیروز کبدی مراجعه کننده به مرکز هپاتیت تهران. دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، صص ۲۳-۱۷.
- سارا، ف. (۲۰۰۲). روانشناسی سلامت. ترجمه میرزایی، الهه و همکاران. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.
- کرتیس، آ. (۲۰۰۰). روان شناسی سلامت ترجمه سهرابی، فرامرز. (۱۳۸۰). تهران: انتشارات ورا دانش.



- یاریان، س. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی، استرس و سلامت روان در معتادان مبتلا به HIV، غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- بخشی، ر. (۱۳۷۸). بررسی تاثیر مشاوره پرستاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با رادیو تراپی در انیستیتو کانسر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- نژاد نادری، س. (۱۳۸۶). بررسی علایم روانی و کیفیت زندگی در بین افراد معتاد، مبتلا به ایدز و افراد سالم در کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه امام خمینی (ره). قزوین.
- عرفانی جورابچی، ا. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با تنیدگی در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- **Robitschek C.** (1998). Personal growth initiative: the construct and its measure. *Meas Eval Counsel Devel.* 30:183-198.
- **Robitschek C., Kashubeck S.** (1999). A structural model of family functioning and psychological health: the mediating effects of hardiness and personal growth orientation. *J Counsel Psychol.* 46:159-172.
- **Ogden.** (2000). *Psychology throughout the course of illness health psychology Journal*. London, p.55-61.



- **Timby, B., Smith, N.E.** (2004). Essential of nursing care of adults and children.P.117-133.
- **Basavan,T.** (2003). Medical surgical nursing, Jappe brothers medical publishers. New dehli.India.P.158-169.
- **Corner, J., Baily, C.** (2001). Cancer nursing care in context.Black Well Publishing:UK.
- **Fredrickson BL, Joiner T.** (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being.Psychol Sci.13:172-175.
- **Duckworth AL, Steen TA, Seligman, M.** (2005). Positive psychology in clinical practice.Annu Rev Clin Psychol. 1: 629-651.
- **Schultz A.A.,Winstead –Fry , P.** (2001). Predictors of quality of life in rural patients with cancer.Cancer Nurs. 24 (1): 9-12.
- **Robitschek C., Kashubeak S.** (1999). A structural model of family functioning and psychological health: the mediating effects of hardiness and personal growth orientation .J Counsel Psychol. 46:159-172.
- **Rashid T.** (2008). Positive psychotherapy .In :Lopez SJ,ed.Psychology: Exploring the Best in people :Vol.4.Westport ,CT:Praeger Publishers.187-217.