

## اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده (ISDTP) بر ارتقاء امید و شادکامی

### افراد مبتلا به سرطان

جهان‌شاه محمدزاده<sup>۱</sup>، \* زینب السادات حسینی<sup>۲</sup>

۱. دانشیار روانشناسی دانشگاه ایلام.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی ایلام.

(تاریخ وصول: ۹۶/۱۰/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۱۲)

## Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Enhancement of Hope and Happiness in patients with (STDP) Cancer

Jahansha Mohamadzadeh<sup>1</sup>, \* zeinab sadat hoseini<sup>2</sup>

1. Associate Professor in Psychology, University of Ilam.

2. Ph.D. Student of general Psychology, Islamic Azad University of Ilam.

(Received: Jan. 12, 2018 - Accepted: Dec. 03, 2018)

### Abstract

**Objective:** This study aimed to investigate the effect of Intensive short-term dynamic psychotherapy on enhancement of hope and happiness in patients with cancer. **Method:** The research method was semi-experimental with pre-test, post-test and control group design. The population of the study consisted of all people diagnosed with cancer who visited the Radiotherapy Center of Imam Reza Hospital in Kermanshah in 2016. 30 members of the population were selected through purposive sampling, and were then randomly assigned into two 15-member groups (experimental and control group). The Schneider's hope questionnaire and Oxford happiness inventory were used for data collection purposes in pre-test and post-test. Intensive short-term dynamic psychotherapy was performed on the experimental group twice a week in 20 sixty-minute sessions, while the control group to receive the intervention. **Results:** The findings of multivariate covariance analysis obtained from pre-treatment and treatment scores after the pre-test and post-test showed a significant difference between the experimental and control groups in terms of hope ( $P=0/006$ ,  $F=88/93$ ) and happiness ( $P=0/01$ ,  $F=89/23$ ). **Conclusion:** According to the findings of this study, it can be mentioned that Intensive short-term dynamic psychotherapy increase hope and happiness in cancer patients and it can be used as an efficient method. and it can be used as an efficient method.

**Keywords:** Hope, short-term dynamic psychotherapy, cancer, happiness.

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر ارتقاء امید و شادکامی افراد مبتلا به سرطان انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد دارای تشخیص پزشکی سرطان و مراجعه‌کننده به مرکز پرتو درمانی بیمارستان امام رضا شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. از پرسشنامه‌های امید اشنایدر و شادکامی آکسفورد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی، هفته‌ای ۲ بار در ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره بر روی نمرات پیش از درمان و پس از درمان نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای امیدواری ( $F_{(1, 27)}=88/93$ ;  $P=0/006$ ) و شادکامی ( $F_{(1, 27)}=89/23$ ;  $P=0/01$ )، تفاوت معناداری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان بیان داشت که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده باعث افزایش سطح امید به زندگی و شادکامی بیماران سرطانی می‌گردد و می‌توان از آن به‌عنوان روشی کارآمد بهره برد.

**واژگان کلیدی:** امیدواری، روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده، سرطان، شادکامی.

\*نویسنده مسئول: زینب السادات حسینی

\*Corresponding Author: zeinab sadat hoseini

Email: zeinab\_hosaini@yahoo.com

بیماران سرطانی ۲۵ تا ۳۰ درصد است. بیماری سرطان باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود که تأثیر عمیقی بر سرعت روند پیشرفت سرطان دارد. در این رابطه کومپس و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند که وقوع بیماری مزمن از جمله سرطان در یکی از افراد خانواده می‌تواند بحرانی برای کل خانواده به شمار آید و تمامی خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی درمان و عود بیماری، موجب افسردگی و اضطراب بیماران شده و شادکامی<sup>۱</sup> و امیدواری<sup>۲</sup> آنان نیز به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد.

داشتن روحیه امیدوارانه از فاکتورهای بسیار مهم و از عناصر ضروری در بیماران سرطانی است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط خود به خصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد (علاقبند، لقا ثروت و زارع پور، ۱۳۹۵). امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند (میرزاده و پیرخانی، ۱۳۹۶). امید مفهومی است که در دو دهه اخیر احتمالاً بیشترین پژوهش‌ها را به سوی خود جلب کرده است. امید فرآیندی است که به افراد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کرده و آن را پیگیری کنند (فیدمن و کوباتا، ۲۰۱۵). امید قابلیت درک شده از به وجود آوردن مسیرهای مطلوب در

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 مرگ‌ومیر، 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 (نقیبی، سعیدی و خزائی، ۱۳۹۷). 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، زین العابدینی، ۱۳۹۲). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده است که شمار افراد سرطانی بیش از ۲۵ میلیون نفر در جهان تخمین زده می‌شود (آقایوسفی، دهستانی، شریفی و ساکی، ۱۳۹۴).

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، پاپادیمیتریو، پتراکیز، فونتزیالز، رپانا و همکاران (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که شیوع افسردگی، پریشانی و به طور کلی مشکلات روان‌شناختی در

1. Happiness  
2. Hopefulness

(وینهور، ۱۹۹۲). هادی‌نژاد و زارعی (۱۳۸۸) شادکامی را سازه‌ای شامل ۷ مؤلفه مفهوم‌سازی کرده است که شامل: خودپنداره، رضایت از زندگی، آمادگی روانی، سر ذوق بودن، احساس زیبایی‌شناختی، خودکارآمدی و امیدواری هست. شادکامی موجب نگرش مثبت به زندگی، خودپنداری مثبت، برخورداری از سلامت روان و تعادل عاطفی، امیدواری به آینده، نگرش مطلوب و رضایت‌آمیز به خود و دیگران، روابط اجتماعی متعادل، دوری از کینه و نفرت، انتخاب آگاهانه اهداف زندگی، تلاش برای تحقق اهداف، دوری از اتلاف وقت و کاهلی، افزایش موفقیت‌های زندگی، برخورداری از شاخص‌های بالای زندگی، عملکرد بهتر سیستم ایمنی در مقابل استرس‌ها، خواب بهتر، تمایل بیشتر در کمک به دیگران، عملکرد بهتر شغلی - تحصیلی و تصمیم‌گیری بهتر می‌گردد (لومان، نیکا، شونبرودت و هوکلی، ۲۰۱۶). به اعتقاد برخی از پژوهشگران دانشگاه تورنتو میزان لذتی که افراد از زندگی خود می‌برند و میزان رضایتی که از زنده بودن خود دارند، مهم‌ترین فرصت و امکان بالقوه آن‌ها برای برخورداری بودن از یک زندگی شاد و سلامت جسمی و روان‌شناختی است (شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۸۸). در بیماران سرطانی به دلیل عوارض بیماری و اقدامات درمانی و اختلال در فرآیند معمول زندگی بیمار طبیعی است که شادکامی تا حدی کاهش یابد (پیرل، ۲۰۰۴).

سرطان علاوه بر مختل کردن زندگی فرد مبتلا، استرس زیادی را برای خانواده این بیماران نیز ایجاد می‌کند و مسیر زندگی آن‌ها را عوض

جهت دست‌یابی به اهداف و برانگیخته شدن در جهت استفاده از این راه‌ها است (دو، برناردو و یونگ، ۲۰۱۵). اشنایدر، ریتچل، راوید و برگ (۲۰۰۶) در تعریفی، امید را مجموعه‌ای ذهنی می‌دانند که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است. امید، سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن شناختی، رضایت از زندگی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقادهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند (متیو، دانینگ، کوآتز و ویلان، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به سرطان به دلیل ماهیت بیماری که درمان که به درمان سخت پاسخ می‌دهد و درمان فرآیندی طولانی دارد و عوارض درمان‌هایی مانند شیمی درمانی و باورهای بیمار در رابطه با علاج ناپذیری سطح ناامیدی افزایش می‌یابد (هرث، ۲۰۱۱). شولبرگ، داد، هنریکسن و راستوئن (۲۰۱۱) ذکر کرده‌اند که سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن بیشترین تأثیر را بر امید داشته باشد. در پژوهش‌های مختلف نیز مشخص شده که امیدواری با کاهش میزان تیدگی<sup>۱</sup> (فلسون، ۲۰۰۴)، کاهش میزان اضطراب موقعیتی (دیویس، ۲۰۰۵) و شادکامی (حسینی یزدی، آهی و آهی، ۱۳۹۲) همراه است.

شادکامی یکی از مؤلفه‌هایی است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مارسین و جری، ۲۰۱۲) و می‌تواند در افزایش امید به زندگی فرد بیمار نقش داشته باشد

1. Stress

مجموع شادکامی این بیماران به جای گذارد (بهمنی، ۱۳۸۹).

مطالعات انجام شده در داخل ایران گویای این حقیقت است که جنبه‌های اپیدمیولوژیک سرطان 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>۱</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، سؤال 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). در این بین دوانلو، مجموعه‌ای از مداخلات هیجان‌مدار را به منظور «فشار» برای بسیج هیجان‌ات و «چالش» با دفاع‌های بالآمده و جمع‌بندی<sup>۲</sup> یافته‌های بعد از تجربه‌ی هیجانی، به وجود آورد و مداخله‌ای خلق کرد تا اینکه درگیری هیجانی بیمار را بیشینه، مقاومت و دفاع‌های وی که مانع فرآیند تجربه، ابراز هیجانی و سلامت روانی است را تضعیف و متزلزل گرداند (عباس، میشل و اوگرادیزک، ۲۰۰۸).

روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه‌مدت فشرده

نموده، روابط و نقش خانوادگی بیمار و خانواده را متأثر می‌سازد (زابالچی، سانچز، سانچز و جوآندو، 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 زوجین از زندگی زناشویی راتحت تأثیر قرار دهند و امید به زندگی و شادکامی آنها را کاهش دهند (عزیزی، رحمانی و قادری، ۱۳۸۹). نتایج مطالعه بهمنی، اسکندری، حسینی، دکانه‌ای فرد و شفیع‌آبادی (۱۳۹۲) و آوکی و کامکاگیز (۲۰۱۱)، نشان دهنده رضایت‌مندی، شادکامی و امید به زندگی متوسط افراد دچار سرطان نسبت به افراد عادی بوده است. از جمله عواملی که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سطح رضایت از زندگی و سرزندگی این بیماران 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). همچنین عوارضی مثل تهوع، استفراغ، ضعف و خستگی، فقدان موها، سوختگی و ضایعات پوستی (کایسر و اسکات، ۲۰۰۸)، است که می‌تواند تأثیرات منفی شدید بر تصویر ذهنی آنها از بدنشان (ایزدی اجیرلو، ۱۳۹۰) و از آن طریق بر عزت‌نفس، حس زیبایی‌شناختی و در

1. Psychological intervention  
2. Recapitulation

جوهانسون، تون، کیزلی و عباس، ۲۰۱۷). در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجان‌ها یا تعارض‌ها روبرو می‌شود. این تعارضات و هیجان‌ها محصول فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند. وقتی که این هیجان‌ها توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شوند، اضطراب و دفاع‌ها بسیج می‌شوند. نتیجه نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست دهنده<sup>۴</sup> و مشکلات بین فردی و کاهش کیفیت زندگی و ابرازگری هیجانی است (وولف و فریدریکسون، ۲۰۱۲؛ عباس، تون و درینسن، ۲۰۱۲).

دوانلو معتقد است که اجرای آزمایش برخی از فنون اصلی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت در مصاحبه‌ی اولیه، همراه با نظارت دقیق واکنش‌ها و پاسخ‌های بیمار، تنها راهی است که معلوم می‌کند آیا بیمار تاب و تحمل فشار ناشی از محتوای ناخودآگاه خود را دارد یا خیر. این، در واقع همان چیزی است که درمان آزمایش برای آن طرح‌ریزی شده است. فرآیند کامل درمان آزمایش از انواع خاصی از مداخلات و پاسخ‌های مرتبط با آن تشکیل می‌شود. آنچه که در این بین برای درمانگران پویایی ناشناخته است، فن‌های «فشار» و «چالش» است (دوانلو، ۱۹۹۵).

فرآیند فشار به مراجع، برای تجربه و ابراز هیجان‌های بازدارنده‌اش در رابطه‌ی اینجا و اکنونی با درمانگر، با توجه به ریشه‌دار بودن چنین رفتاری (بازداری)، به طور قطع دفاع و

(STDP)<sup>۱</sup> از طریق فعالیت‌های ملان، سیفنیوس، دوانلو، پولاک، هورنر و دی جانگ، تکامل یافت (به نقل از درینسن، ۲۰۰۹). برتری مداخله‌ی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر سایر مداخلات روان‌درمانی، تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه‌ی درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق مراجع به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همینطور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه (جانسون، تون و عباس، ۲۰۱۴) و تلاش پیوسته‌ی درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی/هیجانی به‌عنوان عنصری شفافبخش است (لیپر و مالتپی، ۲۰۰۴). مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده است که افشا، چه گفتاری و چه نوشتاری سلامت جسمانی و روانی را بهبود می‌بخشد (پنیکر و چانگ، ۲۰۰۷). موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (تون، عباس، استرید و برنیر، ۲۰۱۷). دفاع‌های تاکتیکی<sup>۳</sup> و روش‌های خاص مداخلاتی برای خنثی‌سازی آنها از وجه مشخصه‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت است. دفاع‌های تاکتیکی فرآیند شکل‌گیری درک عمیق و اصیل و کاهش افکار غیرمنطقی توسط بیماران نسبت به دیگران را مختل می‌سازد و میزان رضایت آنها را از زندگی و نسبت به یکدیگر افزایش می‌دهد (لیلینجرن،

1. Short-Term Dynamic Psychotherap (STDP)
2. Disclosure
3. Tactical defenses

4. Self-defeating patterns

شیوع اختلالات روان‌شناختی در بیماران سرطانی (هیفاتیس و همکاران، ۲۰۱۳)، این پژوهش به دنبال ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر ارتقاء امید و شادکامی در بین نمونه‌ای از بیماران سرطانی انجام شد.

### روش

مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز پرتو درمانی بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه در پاییز و زمستان ۱۳۹۵ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر (۱۷ زن و ۱۳ مرد) به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و از طریق مصاحبه اولیه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان جایگزین شدند. فرآیند مصاحبه توسط روان‌پزشک مرکز به منظور تأیید تشخیص عدم وجود اختلالات حاد شخصیتی و مصرف داروهای روان‌پزشکی صورت گرفت.

به منظور اجرای پژوهش ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم، اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولان قرار داده شد و جهت رعایت مسائل اخلاقی، طبق کدهای ۴-۸ و ۵-۸ نظام‌نامه اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و روان‌پزشکی ایران، از کلیه بیماران جهت شرکت در طرح پژوهشی رضایت آگاهانه کسب و توضیح داده شد که اطلاعات پژوهش فقط در اختیار محققین می‌باشد و صرفاً برای مقاصد پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. معیارهای ورود به

مقاومت‌هایی را در مراجع برمی‌انگیزد که به نوعی نقش تنظیم‌کنندگی برای بیمار دارد تا از این طریق از رویارویی با احساسات دردناک حذر کند و آنها را به آگاهی خود راه ندهد. اما، درمانگر از سر دلسوزی و رویکردی همدلانه با هر مانعی که پاد فرآیند پردازش هیجانی باشد و قصدش تأخیر یا تخریب تحقق اهداف درمانی باشد، به چالش برمی‌خیزد و مسیر تجربه و ابراز هیجانی را باز می‌دارد (شدلر، ۲۰۱۰). رنجبر سودجانی، شریفی، سیاح و ملک محدی گله (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، یک روش مناسب بر اصلاح باورهای غیر منطقی و کاهش اجتناب شناختی می‌باشد. همچنین اثربخشی این درمان بر کاهش اضطراب زنان و بهبود خلق (کاهش نشانه‌های افسردگی) و افزایش افشای هیجانی مبتلابان به افسردگی و اضطراب نیز گزارش شده است (فولادی، کاویانی بروجنی و رنجبر سودجانی، ۱۳۹۷؛ رنجبر سودجانی و شریفی، ۱۳۹۶؛ شکاری، حسین ثابت و برجعلی، ۱۳۹۶؛ محمودی قهساره، آقا محمدیان شعرباف، دهقانی و حسن آبادی، ۱۳۹۳؛ خوریانیان، حیدری نسب، طیبی، آقا محمدیان شعرباف، ۱۳۹۱).

با توجه به آنچه بیان شد و اهمیت امید به زندگی و شادکامی به عنوان منبعی اساسی برای افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (آنتونی، ۲۰۰۸) و کاربرد وسیع SDTP بر روی بیماران با مقاومت بالا و افرادی که دارای ساختار شکننده هستند (عباس، ۲۰۰۲) و با توجه به نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی در خصوص آمار بالای

توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری  
اعضاء گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی  
در شروع پژوهش، 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 درمانی، مشخص گردد.  
جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و با توجه به سؤالات  
پژوهش از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره  
استفاده شد.

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری اطلاعات  
از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱) پرسشنامه شادکامی آکسفورد: این مقیاس  
توسط آرگایل و لو (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 آزمون ۴۰  
تا ۴۲ است. فرم اصلی این آزمون تک مقیاس  
است و هیچ زیر مقیاسی ندارد، اما نتایج پژوهش  
هادی نژاد و همکاران (۱۳۸۸) حاکی از وجود ۷  
مؤلفه یا زیرمقیاس (رضایت از زندگی، حرمت  
خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر، خلق مثبت)  
در این پرسشنامه و نتایج بررسی علی‌پور و آگاه

طرح پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه  
برای شرکت در پژوهش؛ میانگین سنی ۶۱-۳۰  
سال؛ تحصیلات سیکل به بالا؛ کسب نمره پایین‌تر  
از میانگین در آزمون امیدواری شنایدر و شادکامی  
آکسفورد؛ اتمام دوره‌های شیمی‌درمانی و در حال  
درمان‌های تکمیلی پرتودرمانی؛ عدم دریافت  
مداخلات روان‌شناختی به صورت هم‌زمان؛ عدم  
داشتن اختلالات شخصیت و مصرف داروهای  
روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج: مشکل در شنوایی  
یا تکلم؛ عقب ماندگی ذهنی و هر گونه شرایط  
وخیم پزشکی؛ ابتلا به اختلالات دوقطبی به  
تشخیص روان‌پزشک مرکز؛ و اعتیاد به مواد  
افیونی و روان‌گردان‌ها. از آنجا که آزمودنی‌های  
روه کنترل در معرض مداخله قرار نگرفتند، به  
آنان گفته شد که حدود ۳ ماه در لیست انتظار  
برای دریافت درمان قرار دارند و در زمان مناسب  
جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده  
برایشان ارائه خواهد شد.

محتوای جلسات مطابق دستورنامه روان‌درمانی  
پویایی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش  
در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت  
انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل  
انتقال، و کاوش پویایی در ناهشیار، به شرح  
جدول شماره ۱ و مطابق با کتابچه راهنمای روان  
درمانی پویایی دوانلو (۱۹۹۵) به صورت گروهی،  
هفته‌ای ۲ بار در ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی  
گروه آزمایش اجرا شد؛ گروه کنترل در لیست  
انتظار قرار گرفت. پس از پایان آزمون، پس‌آزمون  
روی هر دو گروه اجرا و نتایج دو گروه مورد  
تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به ارائه

#### 1. Oxford Happiness Inventory

است و شامل اندازه‌گیری خودگزارشی صفت و حالت امیدوار می‌باشد. برای تکمیل این پرسشنامه ۲ تا ۵ دقیقه وقت لازم است. این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال چهار گزینه‌ای است و طیف گزینه‌ها از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم را در بر می‌گیرد. عبارت ۳، ۵، ۷، ۱۱ انحرافی هستند و بنابراین به آن نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. عبارت ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ مربوط به زیر مقیاس عاملی و عبارت ۱، ۴، ۶، ۸ مربوط به زیر مقیاس راهبردی است و نمره امید کلی فرد را نشان می‌دهند. یعنی به گزینه کاملاً موافقم ۴، موافقم ۳، مخالف ۲، کاملاً مخالفم ۱، تعلق می‌گیرد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، دامنه تغییرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۳۲ است (به نقل اشنایدر و لویز، ۲۰۰۷). 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 همکاران، ۲۰۰۷). همسانی درونی زیر مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (اشنایدر، ۲۰۰۲). به علاوه داده‌های زیادی در مورد اعتبار 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

هریس (۱۳۸۶) مبنی بر وجود ۵ عامل در این پرسشنامه است. عبارات مربوط به ۷ زیر مقیاس به‌دست‌آمده در پژوهش هادی نژاد و همکاران (۱۳۸۸) شامل: ۱. خود پنداره؛ ۲. رضایت از زندگی؛ ۳. آمادگی روانی؛ ۴. سر ذوق بودن؛ ۵. احساس زیبایی‌شناختی؛ ۶. خودکارآمدی و ۷. امیدواری می‌باشد.

شایان‌ذکر است که روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به‌عنوان مثال آرگیل و همکاران (۱۹۹۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی مورد بررسی قرار داده‌اند و ضریب آلفای ۰/۹۰ را به دست آورده‌اند. 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 آرگیل، ۲۰۰۱؛ چنگ و فورنهام، ۲۰۰۳). علاوه بر آن، در تحقیق علی پور و همکاران (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 برای سنجش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی آن به فاصله دو هفته ۰/۸۸، به‌دست آمد.

(۲) پرسشنامه امید اشنایدر<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط گروه اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) ساخته شده

1. Snyder Hopefulness Inventory



سنجد، 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 سنجد همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی آن به فاصله دوهفته ۰/۸۰، به دست آمد.

(۱۳۸۶): به نقل بیجاری، قنبری هاشم آبادی، آقامحمدیان شعریاف و همایی شاندیز، (۱۳۸۸) روی ۶۶۰ دانش آموز دختر دبستان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اشنايدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. مقیاس امید با مقیاس هایی که فرایندهای روان‌شناختی مشابهی را می

#### جدول ۱. سرفصل محتوای جلسات روان‌درمانی روان‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پوشی، که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته شد.
جلسه دوم	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفاع‌های (یازده‌گانه) بیماران، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هر کدام به‌طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۱	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوششی <sup>۱</sup> ، مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع.
۲	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم، و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع‌های بیماران و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع، و تردید در دفاع.
۳	بررسی دفاع‌های نشخوار ذهنی <sup>۱</sup> و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.
۴	دفاع‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن. مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
۵	تاکتیک‌های منحرف‌سازی <sup>۱</sup> و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.
۶	انکار و تکذیب کردن <sup>۱</sup> . مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، و چالش با دفاع.
۷	بیرونی‌سازی و ابهام <sup>۱</sup> . مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
۸	طفره رفتن <sup>۱</sup> ، تردید و سواسی. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
۹	بدن‌سازی و عمل کردن به‌عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن‌سازی.
۱۰	سرکشی، نافرمانی، مقدمه‌چینی، و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.
۱۱	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات. علائم غیر کلامی <sup>۱</sup> . تبعیت - انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش.
	در پایان جلسه آخر، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس‌آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

### 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 در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ شامل ۵ نفر (۱۷٪) قرار داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه مداخله (۴۳/۹ ۶/۸) و در گروه کنترل (۴۴/۴ ۷/۲۲) 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 سیکل شامل ۱۰ نفر (۳۳٪) بود.

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

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
	آزمایش	پیش آزمون	۱۷/۲۳	۶/۷۲	۱۵
		پس آزمون	۲۵/۵۸	۴/۶۴	
امید به زندگی	کنترل	پیش آزمون	۱۹/۳۳	۳/۷۳	۱۵
		پس آزمون	۱۹/۷۵	۳/۲۷	
	آزمایش	پیش آزمون	۳۱/۱۹	۱۵/۶۵	۱۵
		پس آزمون	۴۷/۶۷	۱۴/۹۳	
شادکامی	کنترل	پیش آزمون	۳۰/۳۵	۱۱/۸۹	۱۵
		پس آزمون	۲۹/۵۸	۱۰/۴۱	

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر ارتقاء امید به زندگی و شادکامی بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
امید به زندگی	پیش آزمون	۲۹۷/۳۶	۱	۲۹۷/۳۶	۱۱۱/۵۹	۰/۲۱	۰/۴۵
	گروه	۱۱۱/۱۵	۱	۱۱۱/۱۵	۸۸/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۵۴
	خطا	۱۲۴/۳۷	۲۷				
	مجموع	۵۳۲/۸۸	۳۰				
شادکامی	پیش آزمون	۱۰۰/۴۳	۱	۱۰۰/۴۳	۱۱۴/۷۲	۰/۰۳	۰/۵۴
	گروه	۱۳۵/۸۸	۱	۱۳۵/۸۸	۸۹/۲۳	۰/۰۱	۰/۶۱
	خطا	۱۴۴/۹۰	۲۷				
	مجموع	۳۸۱/۲۱	۳۰				

محاسبه شده در سطح  $P < 0.05$  معنی دار می باشد  
( $F_{(1, 27)} = 89/23$ ؛  $\eta^2 = 0/61$ )  
بنابراین می توان نتیجه گرفت روان درمانی پویشی  
کوتاه مدت فشرده بر شادکامی تأثیر دارد. از  
سویی، با در نظر گرفتن ضریب اتا می توان گفت  
۶۱ درصد این تغییرات ناشی از اثر درمان است.  
در نتیجه با توجه به میانگین نمرات متغیرهای امید  
به زندگی و شادکامی می توان گفت که  
روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده باعث  
افزایش سطح امید به زندگی و شادکامی افراد  
مبتلا به سرطان در مرحله پس از آزمون شده است.

#### نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی  
روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر ارتقاء  
امید و شادکامی افراد مبتلا به سرطان انجام شد.  
نتایج حاصل از تحلیل داده های پژوهش نشان  
داد که شرکت در جلسات روان درمانی پویشی  
کوتاه مدت فشرده باعث افزایش امیدواری و  
شادکامی بیماران دچار سرطان شده است. در  
بحث همسویی یافته های پژوهش می توان به نتایج  
مطالعات فولادی و همکاران (۱۳۹۷)؛ رنجبر  
سودجانی و همکاران (۱۳۹۶)؛ رنجبر سودجانی و  
شریفی (۱۳۹۶)؛ خوریانیان و همکاران (۱۳۹۱)؛  
دریسن (۲۰۰۹)؛ پنیگر و همکاران (۲۰۰۷)؛ لیور  
(۱۹۹۷)؛ شفیلد و همکاران (۲۰۰۰)؛ کنیل  
(۲۰۰۴)؛ حیدری نسب، خوریانیان و طیبی  
(۱۳۹۳)؛ حسینی و آهی (۱۳۹۵)؛ مبسم، دلاور،  
کرمی، ثنایی و شفیع آیادی (۱۳۹۱) و مبسم  
(۱۳۹۱) و محمودی قهساره و همکاران (۱۳۹۳)،

نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی  
واریانس گروه ها در متغیرهای امید به زندگی و  
شادکامی، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده  
برای هر دو گروه در متغیر وابسته پژوهش  
بزرگ تر از  $0/05$  می باشد، بنابراین با  $0/95$   
اطمینان می توان قضاوت کرد که گروه های  
آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات  
متغیرهای وابسته پژوهش در پیش آزمون یکسان  
می باشند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف -  
اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع  
نمرات امید به زندگی و شادکامی نشان داد، شرط  
نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در  
مرحله پس از آزمون رعایت گردیده است  
( $p < 0/05$ ). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی  
شیب رگرسیون نشان داد، داده ها از فرضیه همگنی  
شیب رگرسیون در سطح ( $p < 0/05$ ) پشتیبانی  
می کند.

با توجه به نتایج جدول شماره ۳، با کنترل  
اثرات پیش آزمون، بین گروه های مورد مطالعه از  
نظر متغیر امید به زندگی تفاوت معنی داری وجود  
دارد. چرا که مقادیر  $F$  محاسبه شده در سطح  
 $P < 0.05$  معنی دار می باشد ( $F_{(1, 27)} = 88/93$ ؛  
 $\eta^2 = 0/54$ )  
بنابراین می توان نتیجه  
گرفت که روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده  
بر امید به زندگی تأثیر دارد. از سویی، با در نظر  
گرفتن ضریب اتا می توان گفت ۵۴ درصد این  
تغییرات ناشی از اثر درمان است. همچنین نتایج  
نشان می دهد که با کنترل اثرات پیش آزمون، بین  
گروه های مورد مطالعه از نظر متغیر شادکامی  
تفاوت معنی داری وجود دارد. چرا که مقادیر  $F$

مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتی‌شان می‌شوند با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات استرس، اضطراب، ترس، ناامیدی، افسردگی و وسواس که مانع از سرزندگی آن‌ها می‌شود، جلوگیری کنند. در این درمان، درمانگر به بیماران می‌آموزد که با پذیرش هیجان‌های خود، می‌توانند رفتارهای خود را تغییر دهند و مسئولیت رفتارهای‌شان را برعهده بگیرند. در واقع نتیجه مسئولیت‌پذیری بهبود وضعیت زندگی و افزایش شادکامی و امیدواری خواهد بود (دریسن، ۲۰۰۹). از آنجایی که مبتلایان به سرطان به خاطر فرافکنی تجارب خود روی دیگران و به خاطر پرهیز از طرد، هیجان‌های خود را سرکوب و از حضور فعال در جمع اجتناب می‌کنند، ابراز هیجان‌های در فضای امن همراه با عدم احساس طرد از سوی درمانگر به بهبود مناسب این اختلال منجر شود (هرث، ۲۰۰۰). بیماران که از روحیه امیدوار و شاد برخوردار باشند، راه‌های مقابله با بیماری را سریع‌تر از دیگران یاد می‌گیرند و از این طریق در سیر درمان خود می‌توانند به عنوان منبع حمایتی و اطلاع‌رسانی برای سایر بیماران عمل کنند. البته در بسیاری از مواقع بیماران به دلیل رفتارهای اجتنابی از افشاء مشکلات خود هراس دارند و از مکانیزم دفاعی انکار در برخورد با بیماری استفاده می‌کنند. لذا، از مهارت‌های مقابله همانند حل مسئله و جستجوی راهکارهای مناسب کمتر استفاده می‌کنند. در این زمینه نتایج مطالعه لیوبومیرسکی، شلدون و اسکاد (۲۰۰۵) کارآیی این راهبرد

از این جهت که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند باعث کاهش باورهای غیرمنطقی، اجتناب شناختی، نشانه‌های افسردگی، خلق منفی، اضطراب اجتماعی، سبک‌های دفاعی سازش‌نیافته، هراس اجتماعی و روان‌رنجوری و افزایش ابرازگری هیجانی باشد، اشاره کرد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت در روان‌درمانی‌های روان‌پویشی، تعارض هیجانی ریشه اختلافات روانی فرض می‌شود. در این روش با استفاده از فنون تجسم هدایت شده و حساسیت‌زدایی تدریجی به طور ملایم و همدلانه موجب می‌شود تا بیمار با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباط با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی‌اش را حل و فصل کند (مک‌کولاق و همکاران، ۱۹۹۷). به این ترتیب در جریان گروهی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی، حس‌کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطر آفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود. افراد بیمار با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان‌ها و افکار خود پرداخته و آزمون‌گر با تغییر افکار، آن‌ها را به شناخت رسانده و تفکرشان را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنمون نموده. در واقع آن‌ها را به این باور رسانده که می‌توان در مواجهه با

پویشی کوتاه مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی، حس کفایت و مهارت های مسئله گشایی، کسب استقلال، مهارت های مقابله با موقعیت های خطر آفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می شود. بیماران مبتلا به سرطان با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان ها و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار و ارائه الگویی از هیجان تصحیح شده، آن ها را به شناخت رسانده، همچنین آن ها را به سمت شیوه های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب در بیان نیازهای اساسی شان رهنمون نموده، در واقع آن ها را به این باور رسانده که می توان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناامیدی و عدم ابراز هیجان آن ها می شود با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز افسردگی جلوگیری کنند؛ این نتایج با یافته های دریس (۲۰۰۹)؛ شدلر (۲۰۱۰)؛ لیپر و همکاران (۲۰۰۴) و شفیلد و همکاران (۲۰۰۰)، همخوانی دارد.

تأکید دوانلو (۱۹۹۵) به تجربه ای عمیق هیجانی با توجه به مؤلفه های آن، از آن جهت است که وی، بینش عقلایی را شرط لازم می داند و کفایت بینش هیجانی را که واجد سطح عمیق تر و تسهیل گر تغییر است (شدلر، ۲۰۱۰) نیز بایسته می داند. روش دوانلو، با مشی مشفقانه و در عین حال رویاروگرانه، سعی در برداشتن موانع

درمانی را در تقویت اثرات مداخله ای در افزایش شادکامی، تأیید می کند. در پژوهش هرث (۲۰۰۰) با عنوان افزایش امید در اولین مراحل عود سرطان، مداخلاتی جهت ابراز هیجان آن بیماران در فضایی امن انجام داد که منجر به افزایش امید و رضایت از زندگی در گروه مداخله شد.

عباس و همکاران (۲۰۰۸)، کالستاد و همکاران (۲۰۱۰) و شدلر (۲۰۱۰) معتقدند، روان درمانی های روان پویشی، علاوه بر بینش بالا و اثربخشی معتادار، موجب بهبود طولانی مدت مراجعان می شود. این روش از راه تجربه هیجانی اصلاح کننده موجب می شود تا بیمار در محیطی شایسته فرصت یابد با آنچه در طول زندگی از آن اجتناب کرده، روبه رو شود و شیوه های غیر انطباقی را که برای ارتباط با خود و دیگران استفاده می کرده، رها کند (مک کولاق و همکاران، ۱۹۹۷). از این رو، پس از حل و فصل تعارضات هیجانی، بیمار می تواند بدون احساس طرد، در جمع حضور یابد و از فراقنی هیجانان گذشته اش به حال جلوگیری کند (محمودی قهساره و همکاران، ۱۳۹۳). در این مداخله، آموزش خودتنظیمی برای کنترل افکار و احساسات به مراجعان ارائه و برای تغییر عقاید کنترل بیش از حد خود، آموزش برنامه ریزی روزانه کوتاه مدت و قابل دسترسی ارائه می شود. تغییر هیجانان منفی و تبدیل آن ها به باورهای منطقی منجر به پیامدهای هیجانی و رفتاری منطقی در فرد شده و به حفظ سلامت روان فرد کمک می کند. به این ترتیب در روان درمانی

خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز استرس، عدم پذیرش، ترس، اضطراب، افسردگی و ناامیدی که مانع از بروز نشانه‌های شادکامی در آن‌ها می‌شود، جلوگیری کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نمونه به جنسیت مؤنث است. همچنین در این پژوهش صرفاً به شادکامی و امید در بیماران سرطانی پرداخته شد و اثر این درمان بر سایر متغیرهای روان‌شناختی مورد بررسی قرار نگرفت. همچنین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده تنها درمانی بود که در این پژوهش بکار گرفته شده است و اثرات آن با هیچ درمان دیگری مورد مقایسه قرار نگرفته است و به علاوه در این پژوهش اثرات درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های گسترده‌تر استفاده گردد و اثر برخی متغیرهای احتمالی تأثیرگذار نیز کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که سایر روش‌های مداخله و متغیرها در این حوزه نیز مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاصل با یکدیگر مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرند و در پژوهش‌های آینده اثرات درمان در مراحل پس از درمان در فواصل زمانی طولانی مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر شادکامی و امید به زندگی بیماران سرطانی تأثیرگذار است، پیشنهاد می‌شود برای بهبود شادکامی و امید به زندگی بیماران سرطانی به تأثیر

تجربه‌ی هیجانی که مسبب شکل‌یابی مشکلات روان‌شناختی بیماری است، دارد تا به بیمار بیاموزد که چگونه هیجان‌های خود را بپذیرد، اداره کند و با تنظیم آن‌ها در جهت جلوگیری از تکرار اختلالات روانی همراه با بیماری و موقعیت‌های آسیب‌زا تلاش کند. از این رو انتظار می‌رود به موازات استحصال دریافت هیجانی و بینشی که بیمار از ارتباط بین هیجان‌ات آشفته و بازداری شده‌ی خود و نشانه‌های بیماری کسب می‌کند، نشانه‌ها کاهش یابند و بهبود روابط بین فردی، امید به زندگی و شادکامی حادث شود (لیپر و همکاران، ۲۰۰۴). در این رویکرد، فرد بیمار سعی می‌کند هیجان‌ات خود را تحت کنترل بگیرد و با نگاهی امیدوارانه به شرایط خود نظر داشته باشد و خود را در سازگاری با مشکلات مربوط به زندگی تواناتر ببیند و در نتیجه شادکامی بالاتری داشته باشد. این درمان صرفاً بر ابراز هیجان‌ات مثبت تأکید نمی‌کند و به بروز هیجان‌اتی که ممکن است ظاهراً مثبت تلقی نشوند مانند؛ خشم، اندوه، رنجش و اهمیت آن‌ها در ایجاد افکار غیرمنطقی، توجه ویژه‌ای مبذول می‌دارد (رنجبر سودجانی و همکاران، ۱۳۹۶). در این پژوهش مطابق با روند روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، بر اساس نظریه دونلو دفاع‌های افراد مبتلا به سرطان، روشن‌سازی و مورد چالش قرار می‌گرفتند و به تدریج آن‌ها می‌توانستند در تماس با درد هیجانی و جراحات‌های گذشته قرار بگیرند و بعد از تخلیه هیجانی، احساسات و هیجان‌ات‌شان ملایم‌تر می‌شد و بیماران با به چالش کشیدن فکر خود،

### سپاسگزاری

در پایان بر خود لازم می دانیم از کلیه بیمارانی که به عنوان شرکت کننده با مشارکت و همکاری خود در این پژوهش به افزایش دانش در مورد اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر ارتقاء امید و شادکامی افراد مبتلا به سرطان کمک کردند، نهایت تقدیر و تشکر را به عمل آوریم.

درمان‌های روان‌شناختی نوظهور همچون روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده از سوی نهادهایی چون وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی کشور و یا وزارت علوم توجه خاصی مبذول گردد، تا افراد بتوانند با بهبود سازه‌های روان‌شناختی مورد نظر روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، همچون شادکامی و امید، در شرایط دشوار بهتر بتوانند مقابله کرده و بهزیستی و سلامت روان بالاتری داشته باشند.

### منابع

- آقایوسفی، ع. ر؛ دهستانی، م و شریفی ساکی، ش. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری در کاهش خستگی سرطان زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۵(۱۹)، ۱۷-۵.
- ایزدی اجیرلو، ا. (۱۳۹۰). «اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی بر اصلاح تصویر تن و افزایش عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- بهمنی، ب. (۱۳۸۹). «مقایسه اثربخشی دو روش 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 داده‌اند». پایان‌نامه دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- بهمنی، ب؛ اسکندری، م؛ حسنی، ف؛ دکانه‌ای فرد، ف و شفیع آبادی، ع. ا. (۱۳۹۲). تأثیر گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۲(۶)، ۴۸-۶۱.
- بیجاری، ه؛ قنبری هاشم‌آبادی، ب. ع؛ آقا محمدیان شعریاف، ح. ر و همایی شاندیز، ف. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی برافزایش امید به زندگی زنان مبتلابه سرطان پستان. فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی، ۱(۱۰)، ۱۷۱-۱۸۴.
- حسینی یزدی، ص.، آهی، ق و آهی، م. (۱۳۹۲). استرس اقتصادی، شادکامی و کیفیت زندگی در بیماران ۲۰ تا ۳۵ ساله سرطانی کاشمر. فصلنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت، ۱۲(۱)، ۴۴-۵۵.

- حسینی، س. ع و آهی، ق (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر بهبود رضایت‌مندی جنسی مردان ۲۰ تا ۴۰ سال مبتلا به اختلال نعوظ و انزال زودرس. دومین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران، تهران.
- حمزه، س؛ بیرامی، م و هاشمی نصرت آبادی، ت. (۱۳۹۰). مقایسه صفات شخصیتی، تجربه هیجانات منفی و سبک‌های مقابله‌ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۹ (۵)، ۶۳۶-۶۲۷.
- حیدری نسب، ل؛ خوریانیان، م و طیبی، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی. فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۴ (۱۴)، ۱۶۸-۱۴۳.
- خوریانیان، م؛ حیدری نسب، ل؛ طیبی، ز و آقا محمدیان شهرباف، ح. ر. (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابراز‌گری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی. فصلنامه علمی پژوهشی اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۷ (۲۶)، ۳۷-۴۶.
- رنجبر سودجانی، ی؛ شریفی، ک؛ سیاح، س. ا و ملک محمدی گله، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (SDTP) بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب‌شناختی زوجین مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های مشاوره، ۱۵ (۶۲)، ۱۶۹-۱۴۰.
- رنجبر سودجانی، ی و شریفی، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان کم‌توان‌ذهنی با اختلال ادراک بصری غیر وابسته به حرکت. نشریه علمی ترویجی تعلیم و تربیت استثنایی، ۱ (۱۴۴)، ۱۵-۲۲.
- سجادی هزاوه، مح و خادمی، م. (۱۳۸۸). سرطان پستان: یک مطالعه پدیدارشناسی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۲ (۱)، ۳۹-۲۹.
- شاه‌خداابنده، س؛ پیری، ز؛ بیگلو، م. ح؛ اسدی، م و چخماچی دوم، ن. (۱۳۸۸). سرطان پستان در ایران: روند پژوهش‌های محققان ایرانی در پایگاه مدلاین. فصلنامه علمی پژوهشی بیماری‌های پستان ایران، ۲ (۲)، ۵۹-۴۹.
- شعاع کاظمی، م. ا و مؤمنی جاوید، م. آ. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی. فصلنامه علمی پژوهشی بیماری‌های پستان ایران، ۲ (۳ و ۴)، ۲۷-۲۰.



امید درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان دچار سرطان پستان. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۴(۲۱)، ۴۵-۵۸.

مبسم، س. (۱۳۹۱). تحلیل محتوای مقاومت، مکانیسم‌های دفاعی، اتحاد درمانی و کاهش تعارضات زنا شویی زنان به روش روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده. رساله‌ی دکترا دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

مبسم، س؛ دلاور، ع؛ کرمی، ا؛ ثنایی، ب و شفیعی آبادی، ع. ا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان. فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۹(۳)، ۹۷-۹۰.

محمودی قهساره، م؛ آقامحمدیان شهرباف، ح. ر؛ دهقانی، م و حسن‌آبادی، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویایی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب در درمان مردان مبتلا به هراس اجتماعی. مجله علمی پژوهشی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۰(۲)، ۱۱۱-۱۲۰.

میر شاه جعفری، ا؛ عابدی، م. ر و لیاقت دار، م. ج. (۱۳۸۳). بررسی میزان شادکامی و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه‌های شهر اصفهان. گزارش طرح پژوهشی، دانشگاه اصفهان، اصفهان.

شکاری، ح؛ حسین ثابت، ف و برجعلی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی مدیریت دفاع‌های تاکتیکی بر اساس روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر تعارضات بین فردی. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های روان‌شناسی و بالینی و مشاوره، ۷(۲)، ۳۷-۲۳.

عزیزی، س؛ رحمانی، آ و قادری، ب. (۱۳۸۹). رضایت از زندگی زناشویی در بیماران مبتلا به سرطان. مجله علمی پژوهشی پرستاری و مامایی، ۵(۱۷)، ۵۵-۵۰.

علاقبند، م؛ فرخ لقا، ث و زارع‌پور، ف (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت، ۵(۲)، ۱۸۵-۱۷۵.

علی پور، ا و آگاه هریس، م. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسان ایرانی، ۵(۱۲)، ۲۸۷-۲۹۸.

فولادی، ف؛ کاویانی بروجنی، م و رنجبر سودجانی، ی. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند با اختلال سندرم آسپرگر. فصلنامه علمی پژوهشی کودکان استثنایی، ۱۸(۲)، ۶۴-۵۵.

لطفی کاشانی، ف؛ وزیری، ش؛ زین‌العابدینی، س. ن و زین‌العابدینی، س. ن. (۱۳۹۲). اثربخشی

- میرزازاده، ر و پیرخائفی، ع. ر. (۱۳۹۶). اثربخشی الگوی بالینی خلاقیت درمانی بر ارتقاء امید و شادکامی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۶(۱)، ۶۵-۲۵.
- نقیبی، س. ح؛ سعیدی، ز و خزائی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به سرطان. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱ و ۲ (۱۲)، ۶۲-۷۷.
- هادی نژاد، ح و زارعی، ف. (۱۳۸۸). پایایی، اعتبار، و هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱ و ۲ (۱۲)، ۶۲-۷۷.
- Abbass, A. (2002). *Modified short-term dynamic psychotherapy in patient with bipolar disorder*, 65(2), 98-109. <https://www.researchgate.net/publication/285902213>
- Abbass, A. A., Michel, R. J., & Ogrodniczuk, J. S. (2008). A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8(2), 164-170.
- Abbass, T. & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry Journal*, 20(2), 97-108. doi: .3109/10673229.2012.677347.
- Anthony JC. (2008). *Health Psychology*. Translated by: mohammadi SH. Tehran: Virayesh; 2007. 103-5. Persian. 9- Kar A. Positive psychology: science of happiness and human's capabilities. Translated by: Pasha Sharifi. Tehran: Sokhan.
- Argyle, M. & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11(10), 1011-1017.
- Avcı, I. A. & Kumcagız, H. (2011). "Marital Adjustment and Loneliness Status of Women with Mastectomy and Husbands Reactions". *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(2), 453-459.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 921-942.
- Davanloo, H., (1995). *Unlocking the unconscious*. Translated by khalighisigaroodi, M. (2012). *Arjmand publication*. Tehran.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 253-272.
- Diener E, Lucas, RE, Oishi S. (2002). Subjective wellbeing. *Journal Clinical Psychology*, 24(3), 25-41.
- Driessen, E. (2009). The efficacy of short-

- term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Department of Clinical Psychology*.
- Du, H., Bernardo, A. B. I., & Yeung, S. S., (8105). Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 23(83), 882-833.
- Feldman, D. B., & Kubota, M., (2015). Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college. *Learning and Individual Differences*, 37, 801-806.
- 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(1), 83- 87.
- Herth K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal Adv Nurs*, 32(6), 1431-41.
- 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., Fountzilas, 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.
- Johansson, R., Town, J. M., & Abbas, A. (2014). Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *Peer Journal*, 2(1), 1-20.
- Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Høglend, P. & Stiles, T. C. (2010). The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Psychother Res*, 20(5), 526-534.
- Kayser, K.; Scott, J. L. (2008). Helping Couples Cope with Women's Cancers An Evidence-Based Approach for Practitioners. *Springer Science + Business Media. LLC*.
- Kniele, K. (2004). *Emotional Expressivity and Working Memory Capacity*. Unpublished doctoral dissertation, Drexel University, Philadelphia.
- Leiper, R., & Maltby, M. (2004) *The psychodynamic approach to therapeutic change*. SAGE Publications Inc.
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 73, 1030-1037.
- Lilliengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisely S. & Abbas, A. (2017). Intensive short-term dynamic psychotherapy for generalized anxiety disorder: a pilot effectiveness and process-outcome study. *Clin Psychol Psychother Journal*, 24(6), 1313-1321.
- Luhmann, M., Necka, E. A., Schönbrodt, F. D., & Hawkley, L. C. (2016). Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. *Journal of Research in Personality*, 61(1), 46-51. doi:

- 0100106/j.jrp.81050000113.
- Lyubomirsky, S. Sheldon, K. M & Schkad, D. (2005). Pursing happiness. *The general psychology*, 9(2), 111-131.
- Marcin wnuk, jerzy t. (2012). The relationship of purpose in life and hope in shaping happiness among patients with cancer in Poland. *Journal Psychosoc Oncol*, 30(4), 461 -483.
- Mathew, J., Dunning, C., Coats, C. & Whelan, T. (2014). The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 70(5), 66-71.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, n.J., Hurley, C.L. (2003). Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy. *New York: Guilford Press*.
- Pennebaker, J. W. & Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. *Foundations of Health Psychology*, *New York: Oxford University Press*.
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: the healing power of expressing emotion*. *New York: Guilford*.
- Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. *Journal of Natl Cancer Inst Monogr*, (38), 38-9.
- 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.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychological Association*, 65(2), 98–109.
- Snyder, C. R., Ritschel, L. A., Ravid., L. K. & Berg, C. J. (8116). Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports. *Journal of Clinical Psychology*, 68(0), 33-46.
- Snyder, C.R. & Lopez, S. J. (2007). Positive psychology: the scientific and practies. Explorations of human strenghs. *New York, sage publication Ine*.
- Snyder, C.R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Snyder, C.R., Cheavens, J. & Michael, S. T. (1999). Hoping. In: Snyder CR, editor. *Coping: The psychology of what works*. *New York: Oxford University Press*.
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C. & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: the halifax depression study. *Journal of Affect Disord*, 35(2): 15-25.
- Veenhover. R. (1992). *Tudies in socio-cultural transformation, No. 2. Happiness in nations: Subjective appreciation of life in 56 nations 1946–1992*. Rotterdam, Netherlands: Erasmus University Rotterdam.
- Wolf, D. & Frederickson, J. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy. Washington School of Psychiatry. Retrieved April 8, 2012. From [www.davidwolffmd.com](http://www.davidwolffmd.com)

Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD,  
Juando C. (2005). Nursing and cancer

support groups. *Journal of Advanced  
Nursing*, 51(4), 369-381.

