

تدوین و اعتباریابی برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه و اثربخشی آن بر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان خون

نشمیل رضایی^۱، دکتر فرامرز سهرابی^۲، دکتر احمد برجعلی^۳، دکتر علی دلاور^۴، دکتر حسین اسکندری^۵

چکیده

رشد پس از ضربه بر این واقعیت تأکید دارد که افراد بعد از مواجهه با رویدادهای تنش‌زا، در ابعاد روان‌شناختی، بین‌فردی و محیطی تغییرات مثبتی را تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه و اثربخشی آن بر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان خون انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان فیروزگر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که با استفاده از نمونه‌گیری داوطلبانه و در دسترس تعداد ۳۰ بیمار انتخاب، و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارها شامل پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول: nashmil.rezaee@gmail.com)

۲. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴. استاد، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۵. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

و دیویدسون و آسایش روان‌شناختی ریف بود. برنامه درمانی در طی ۱۲ جلسه برگزار شد و پس از گذشت دو ماه مجدد از گروه آزمایش پیگیری به عمل آمد. نتایج نشان داد که میزان شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR) ۰/۸۶ و میزان شاخص روایی محتوایی (CVI) ۰/۹۱ به دست آمده است و با مقایسه این میزان با مقدار مورد قبول در هر دو شاخص، میزان روایی محتوایی برنامه قابل قبول است. همچنین، تحلیل کوواریانس نشان داد مقدار F به دست آمده برای متغیر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی معنی‌دار است و برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه بر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی مؤثر است ($P < 0/01$). نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی میزان ماندگاری تأثیر برنامه آموزشی بر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی معنی‌دار است ($P < 0/01$). برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه به عنوان برنامه‌ای مؤثر و ویژه می‌تواند برای ارتقای تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان خون استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: رشد پس از ضربه، تاب‌آوری، آسایش روان‌شناختی، سرطان خون.

Design and validation of an educational program based on the post-traumatic growth model (PTG) and its effectiveness on the resilience and psychological well-being of patients with leukemia

Nashmil Rezaei¹, Dr. Faramarz Sohrabi², Dr. Ahmad Borjali³, Dr. Ali Delavar⁴,
Dr. Hossein Eskandari⁵

Abstract

Post-traumatic growth emphasizes the fact that people experience positive changes in psychological, interpersonal and environmental dimensions after facing stressful events. The present study was conducted with the aim of developing and validating an educational program based on the post-traumatic growth model (PTG) and its effectiveness on the resilience and psychological well-being of patients with leukemia. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included patients referred to Tehran's Firouzgar Hospital in 1400, 30 patients were selected using voluntary and available sampling, and randomly replaced in two experimental and control groups. The tools included Connor and Davidson Resilience Questionnaire (RIS-CD) and Ryff Psychological Well-Being (RSPWB). The treatment program was held during 12 sessions, and after two months, the experimental group was followed up again. The results of covariance analysis showed that the F value obtained for resilience variable and dimensions of psychological well-being including independence dimension, mastery of the environment, personal growth, positive communication, purpose in life and self-acceptance. It is meaningful and the educational program based on the pattern of post-traumatic growth is effective on resilience and dimensions of psychological well-being ($P < 0.05$). The results of the repeated measurement analysis are significant ($P < 0.01$) in order to check the lasting effect of the educational program on resilience and dimensions of psychological well-being. The educational program based on the post-traumatic growth pattern as an effective and special program can be used to improve resilience and psychological well-being of patients with leukemia.

Keywords: Post-traumatic growth, Resilience, Psychological well-being, Leukemia.

-
1. PhD student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (corresponding author) Email: nashmil.rezaee@gmail.com
 2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
 3. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
 4. Professor Emeritus, Department of Assessment and Measurement, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
 5. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

مقدمه

یکی از مخرب‌ترین بیماری‌های جسمانی بعد از حوادث طبیعی-غیرطبیعی و بیماری‌های قلبی-عروقی^۱، سرطان است که به‌عنوان شایع‌ترین علت مرگ افراد در گروه‌های سنی مختلف شناخته شده است (استجرنفیلد، وان‌استدینگک، ویبی، هیجورث، اولسون و کورا^۲، ۲۰۱۷). سرطان یکی از بیماری‌های مزمنی است که باعث بروز نشانگان استرس پس از ضربه در افراد می‌شود اما در نقطه مقابل، این بحران به ایجاد تغییرات مثبتی می‌انجامد که از آن به‌عنوان رشد پس از ضربه^۳ یاد می‌شود (گوری، تاپینو، ستی و کرامر^۴، ۲۰۲۱؛ کیم و همکاران^۵، ۲۰۲۰). اصطلاح رشد پس از ضربه که برای اولین بار توسط تدسکی و کالون^۶ (۱۹۹۶) مطرح شد به تحولات مثبت و سازنده‌ای اشاره دارد که در حین تجربه یک اتفاق تلخ و یا بعد از آن در افراد ایجاد می‌گردد. رشد پس از ضربه بر این واقعیت تأکید دارد که افراد بعد از مواجهه با رویدادهای تلخ و تنش‌زا، در ابعاد مختلف روان‌شناختی، بین‌فردی و محیطی رشد می‌کنند و نه تنها به وضعیت اولیه خود باز می‌گردند بلکه می‌توانند مسیر تعالی خود را بیشتر پیمایند (گوری و همکاران، ۲۰۲۱؛ سو و شرمان^۷، ۲۰۱۵). مطالعات نشان داده است که برخی عوامل روان‌شناختی و اجتماعی می‌توانند زمینه رشد پس از ضربه را فراهم کنند، عواملی مانند ادراک حمایت اجتماعی، معنویت، صبر، ویژگی‌های شخصیتی، دلبستگی ایمن، تجربه گذر از بحران و متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله تسهیل‌کننده‌های رشد پس از ضربه در بیماران هستند (فاضلی مهرآبادی، بهرامی احسان، حاتمی و عادل، ۱۴۰۱؛ احمدی و دارابی، ۱۳۹۶).

سرطان همانند دیگر بیماری‌های مزمن باعث می‌شود که تاب و تحمل فرد در مقابل مشکلات کاهش یابد. تحقیقات حاکی از آن است که متغیر تاب‌آوری^۸ به‌عنوان فرایندی پویا، باعث می‌گردد افراد با مسائل تنش‌زا در زندگی به‌طور مناسب روبه‌رو شوند (کیانی، رفیعی‌پور، مشایخ، تاجبخش و پویامنش، ۱۳۹۸). تاب‌آوری به افراد این توانایی را می‌دهد تا با مشکلات مواجه شوند و حتی این موقعیت‌ها را فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت

1. Cardiovascular diseases
2. Stjernfelt, K. J., von Stedingk, K., Wiebe, T., Hjorth, L., Olsson, H., & Øra, I
3. post-traumatic growth
4. Gori, Topino, Sette, & Cramer
5. Kim, & et al.
6. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G
7. Soo, H., & Sherman, K. A.
8. resilience

خود شمارند (واین رایست^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج مطالعه کیانی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد بیمارانی که رشد پس از ضربه بالاتری را گزارش کرده‌اند از تاب‌آوری بالاتری نیز برخوردارند. در واقع، این دو لازم و ملزوم یکدیگرند و وجود تاب‌آوری هم سبب می‌شود بیماران رویدادها را مثبت و قابل کنترل ارزیابی کنند و در مواجهه با دشواری‌های مرتبط با بیماری دچار آشفتگی نشوند. در واقع، ارتقای تاب‌آوری سبب می‌شود افراد شرایط را کمتر فشارزا تلقی کنند، کمتر دچار احساس درماندگی می‌شوند و فعالانه سعی در سازگاری و حل مسائل می‌کنند، لذا کاهش تاب‌آوری یکی از مشکلات بیماران مبتلا به سرطان محسوب می‌شود (کائو و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج مطالعه تاجیک‌زاده، صادقی و رئیس کریمیان (۱۳۹۵) هم حاکی از آن است که بیماری سرطان به ایجاد تفاوت بین دو گروه سالم و بیمار از نظر تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد می‌انجامد، به‌طوری که بیماران سرطانی تاب‌آوری پایین‌تری دارند و بنابراین تدوین یک برنامه جامع مراقبتی در بیماران سرطانی با تقویت تاب‌آوری با کمک به کاهش فاجعه‌سازی درد پیشنهاد می‌گردد. در همین راستا، نتایج مطالعه احمدی، مهربانی و نشاط‌دوست (۱۳۹۶) حاکی از آن است که بین رشد پس از ضربه و تاب‌آوری رابطه معناداری وجود دارد. نتایج مطالعه گوری و همکاران (۲۰۲۱) حاکی از آن است که بین رشد پس از ضربه و تاب‌آوری در بیماران سرطانی رابطه وجود دارد و رشد پس از ضربه می‌تواند بر تاب‌آوری در این بیماران تأثیرگذار باشد و این نویددهنده تدوین برنامه‌های مداخله‌ای برای بیماران سرطانی است.

بیماری سرطان علاوه بر نقش مخربی که بر کاهش سطح تاب‌آوری افراد دارد، به‌مرور سطح آسایش روان‌شناختی^۲ این گروه و حتی اطرافیان آن‌ها را مختل می‌کند. این بیماری فرد را با طیفی از ناراحتی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، نگرانی و اضطراب همراه می‌سازد و امنیت روان‌شناختی وی و اطرافیانش را در معرض تزلزل قرار می‌دهد. این بیماران همواره با تنش جسمانی و ناراحتی‌های روان‌شناختی همراه هستند و پیوسته خود، دیگران و حتی خدای متعال را برای چنین وضعیتی سرزنش می‌نمایند (لی، یانگ، لیو و وانگ^۳، ۲۰۱۶). چنین شرایطی قطعاً آسایش روان‌شناختی این افراد را مختل می‌کند و توانشان را برای رسیدگی به تکالیف کارکردی خود کاهش می‌دهد. آسایش روان‌شناختی

1. Wainwright, N. W.

2. psychological well-being

3. Li, M. -Y., Yang, Y. -L., Liu, L., & Wang, L.

ارزیابی عاطفی، شناختی و رفتاری فرد از کلیت زندگی و همچنین عملکرد خود در حوزه‌های مختلف است که با تجربه عواطف و هیجانات خوشایند، خلق مثبت و رضایت از زندگی همراه است (کورميو، رومیتو، ویسکانتی، توراسیو، لوراسو و ماتیولی^۱، ۲۰۱۴). مدل ریف^۲ (۱۹۹۵) یکی از شناخته‌شده‌ترین مدل‌ها در تبیین آسایش روان‌شناختی است که تحت تأثیر مدل خودشکوفایی مزلو^۳ (۱۹۵۴) و رشد شناختی بوهلر^۴ (۱۹۵۳) شکل گرفته است (توردیل-فیتزگیرالد و همکاران^۵، ۲۰۱۹). ریف و کیس^۶ (۱۹۹۵) بر این عقیده تأکید دارد که آسایش روان‌شناختی دربرگیرنده شش بُعد اصلی پذیرش خود^۷، هدفمندی در زندگی^۸، رشد شخصی^۹، رابطه مثبت با دیگران، کنترل بر محیط^{۱۰} و خودمختاری^{۱۱} است. فردی که از آسایش روان‌شناختی بالایی برخوردار است رابطه صمیمانه و پذیرش محوری با خود دارد و برای زندگی خویش هدف‌های خاصی تعیین کرده است که همواره در تکاپوی تحقق آنهاست (توردیل-فیتزگیرالد و همکاران، ۲۰۱۹). این گروه از افراد علاوه بر اینکه رابطه‌ای صمیمانه با دیگران دارند، خودمختاری و استقلال خویش را حفظ می‌کنند و مدیریت زندگی خویش را مسئولانه بر عهده دارند. مقابله سازنده با مصایب زندگی نظیر بیماری‌های خاص همچون سرطان مستلزم این است که فرد از آسایش روان‌شناختی بالایی برخوردار باشد. زمانی که آسایش روانی فرد مختل باشد، قادر به مدیریت وضعیت خود نخواهد بود و در مدیریت بیماری خویش با شکست و ناکامی مواجه خواهد شد (گائو و مک‌لیلان^{۱۲}، ۲۰۱۸؛ مانی، مهدی‌پور، احمدزاده، طهماسبی، خیر و مصلائی، ۲۰۱۹). مطالعات انجام‌شده حاکی از آن است که رشد پس از ضربه یکی از عوامل تأثیرگذار بر آسایش روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان است و بین رشد پس از ضربه با آسایش روان‌شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (صالحی و دهشیری، ۱۳۹۷). نتایج مطالعات فراتحلیل در این زمینه نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به

1. Cormio, C., Romito, F., Viscanti, G., Turaccio, M., Lorusso, V., & Mattioli, V
2. Ryff, C. D
3. Maslow, A
4. Buhler, Ch
5. Trudel-Fitzgerald, C.
6. Ryff, C. D., & Keyes, C. L
7. acceptance
8. purposefulness
9. personal growth
10. environmental control
11. autonomy
12. Gao, J., & McLellan, R

سرطان که رشد پس از ضربه را تجربه کرده‌اند، با موفقیت بیشتری به بیماری خود واکنش نشان می‌دهند، سلامت جسمی و روانی بهتری را گزارش می‌کنند و نشانه‌های کمتری از پریشانی و استرس پس از ضربه دارند و همچنین رفتارهای سالم‌تر و انطباق بیشتری با درمان‌های جسمی و آنکولوژی دارند (اسوایر، آیرز و فیلد^۱، ۲۰۱۰؛ هلگسون، رینولدس و تومپچ^۲، ۲۰۰۶) اما مسئله‌ای که وجود دارد این است که رشد پس از ضربه در همه بیماران سرطانی اتفاق نمی‌افتد و عواملی در رخداد آن تأثیر گذارند که نیازمند تدوین برنامه آموزشی در این زمینه است که می‌تواند بر آسایش روانی آنها تأثیر گذار باشد (موریس و شکسپیر-فینچ^۳، ۲۰۱۱؛ صالحی و دهشیری، ۱۳۹۷).

مداخلات و درمان‌های مختلفی برای بیماران مبتلا به سرطان اجرا شده است که از جمله آنها می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (جلوداری و همکاران، ۱۳۹۸)، معنویت‌درمانی گروهی (پورا کبران، محمدی قره‌قوزلو و موسوی، ۱۳۹۸)، مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (امامی، عسکری‌زاده و فضیلت‌پور، ۱۳۹۶)، امیددرمانی گروهی (رزمی، بهزادی‌پور و طهماسبی، ۱۳۹۵) اشاره کرد. اما دو انتقادی که به این درمان‌ها وارد شده این است که این درمان‌ها به‌طور عمومی برای سایر جوامع هدف هم به کار رفته‌اند و متناسب با شرایط بیماران سرطانی نیستند و از سوی دیگر، در مورد کارآمدی آنها نتایج متناقضی وجود دارد که هم کارآمدی پایین و هم ماندگاری ضعیف را در این مطالعات که بر روی بیماران سرطانی هم انجام شده‌اند، گزارش کرده‌اند (کلین، هالنسلبن، مهرت، هونیک و ارنست^۴، ۲۰۱۹).

بنابراین با استناد به مطالعات انجام‌شده در این زمینه که به کاهش تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی در بیماران سرطانی اشاره داشته‌اند و از طرف دیگر با توجه به ارتباط درونی قوی بین این دو متغیر با همدیگر و با متغیر رشد پس از ضربه، لذا این دو متغیر به‌عنوان متغیرهای وابسته پژوهش انتخاب شده‌اند. همچنین با توجه به مشکلات عدیده‌ای که بیماران مبتلا به سرطان با آن مواجه هستند لزوم توجه به این بیماران و انتخاب مداخلات مناسب برای این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. همان‌طور که اشاره شد مداخلات صورت گرفته برای این بیماران زیاد با شرایط بیماران سرطانی سازگار نیست و بعید است

1. Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P.

2. Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L.

3. Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J.

4. Kleine, A. K., Hallensleben, N., Mehnert, A., Hönig, K., & Ernst, J.

در بلندمدت تأثیری بر کاهش مشکلات بیماران سرطانی داشته باشد. لذا تدوین برنامه‌ای مداخله‌ای متناسب با شرایط این بیماران یکی از خلأهایی است که پژوهش حاضر به دنبال پر کردن آن است. تحمل رنج و درد اگرچه مشقات و ناخوشایندی‌های خاص خود را دارد، ولی باعث ارتقای تاب‌آوری فرد شده و در نتیجه فرد بهتر می‌تواند مشکلات زندگی را مدیریت نماید. بیماران سرطانی متأثر از درد و رنجی که در طول مدت بیماری تجربه می‌کنند جدای از اینکه از لحاظ جسمانی و روانی مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند، معمولاً در برخی از ابعاد نیز رشد پیدا کرده و کارایی‌شان برای مدیریت زندگی خویش افزایش می‌یابد (باگلاما و آتاک^۱، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه برخی بیماران مبتلا به سرطان دچار یک ضربه روانی می‌شوند که این ضربه روانی در برخی افراد به جای ایجاد نشانگان استرس پس از ضربه، باعث ایجاد تغییرات مثبتی در زندگی افراد می‌گردد از آن با عنوان رشد پس از ضربه یاد می‌شود و می‌توان بر اساس آن برنامه‌های آموزشی را برای سایر بیماران تدوین نمود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه و اثربخشی بر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان خون انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر کمی-کیفی است. در مرحله اول پس از مرور ادبیات و نظریه‌های درمانی و مفاهیم موجود در حوزه الگوی رشد پس از ضربه اقدام به تدوین برنامه آموزشی گردید. سپس، جهت اعتباریابی برنامه از نظر متخصصان و صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسی مثبت‌نگر و اساتید روش‌شناسی (متدولوژی) به تعیین اعتبار و روایی محتوایی برنامه آموزشی مورد بررسی، اقدام شد. در مرحله دوم پس از تدوین و اعتباریابی برنامه آموزشی، از روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان خون (در دو مرحله درمان و بهبود) مراجعه کننده به بیمارستان فیروزگر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. از آن‌جا که مبنای انتخاب نمونه در تحقیقات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر است (سعدی‌پور، ۱۳۹۲)؛ بر این اساس، نمونه پژوهش شامل ۳۰ بیمار دچار سرطان خون بود که

1. Baglama, B., & Atak, I. E

پس از کسب رضایت آگاهانه در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند (از دو روش اقدام به بیماریابی شد؛ یکی از طریق نصب آگهی در بُرد و تقاضای مشارکت در طرح و جلسات آموزشی در صورت تمایل و روش دیگر هم صحبت با متخصصان و پرسنل درمانی جهت اطلاع به بیماران که در صورت تمایل در این جلسات شرکت نمایند). بدین ترتیب در مرحله بعد، این افراد به صورت تصادفی، در گروه آزمایش جهت شرکت در برنامه مداخله اصلی و گروه کنترل به عنوان گروه مقایسه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). قبل از اجرای مداخله، در طی یک جلسه از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد، سپس برنامه آموزشی در طی ۱۲ جلسه به صورت هفته‌ای دو جلسه در طی یک ماه و نیم برگزار گردید، در مرحله بعد، پس از اتمام جلسات برای سنجش تأثیر مداخله، مجدداً در طی یک جلسه از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. برای ارزیابی تأثیر مداخله در دوره پیگیری پس از گذشت سه ماه از اجرای پس آزمون، با اجرای ابزارها بر گروه آزمایش، اقدام به ارزیابی و سنجش مجدد مراجعان گردید. معیارهای ورود به مطالعه: به بیماری سرطان خون مبتلا باشد، در مرحله درمان بیماری قرار داشته باشند، در طول ۶ ماه گذشته (تا زمان اجرای مداخله) پذیرش و بستری شده باشد، به شرکت کردن در برنامه آموزشی تمایل داشته باشد، از سلامت روانی برخوردار باشد (تشخیص توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه و ارزیابی بالینی)، به مواد مخدر یا الکل اعتیاد نداشته باشد (تشخیص توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه)، حداقل تحصیلات متوسطه داشته باشد. معیارهای خروج از مطالعه: شرکت همزمان در برنامه‌های مداخله‌ای دیگر، عدم رضایت برای شرکت در پژوهش، غیبت بیشتر از دو جلسه در مداخله آموزشی.

ابزار

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده گردید:

۱. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱: پرسشنامه تاب‌آوری را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس

1. Connor-Davidson Resilience Scale (RIS-CD)

لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پایایی آزمون-باز آزمون این پرسش‌نامه روی ۲۴ بیمار دچار اختلال اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از ضربه را ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی همگرایی این پرسش‌نامه با استفاده از پرسش‌نامه سرسختی کوباسا روی ۳۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی انجام شده و نتایج نشان داد که پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری با پرسش‌نامه سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه شده پایین ارتباط دارد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پرسش‌نامه تاب‌آوری در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است و نتایج نشان داد که این پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است. در مورد روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داده که به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بود. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

۲. پرسش‌نامه آسایش روان‌شناختی ریف^۱: ریف در سال (۱۹۸۹) فرم کوتاه مقیاس آسایش روان‌شناختی را طراحی کرد و در سال (۲۰۰۲) مورد تجدیدنظر قرار داد. این مقیاس ۱۸ سؤالی دارای شش خرده‌مقیاس استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است (خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری، ۱۳۹۳). پاسخ‌های پرسش‌نامه مبتنی بر مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طراحی و از یک تا شش نمره گذاری می‌شود (ریف و سینگر^۲، ۲۰۰۶). ریف و سینگر (۲۰۰۶) پایایی این مقیاس را ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش کردند و روایی صوری و محتوایی آن را مورد تأیید قرار دادند. در ایران نیز خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) پایایی این مقیاس را برای مقیاس کلی ۰/۷۱ گزارش کردند و روایی صوری و محتوایی آن را قابل قبول گزارش نمودند. نتایج پایایی این مقیاس در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۰/۸۰ به دست آمد.

نحوه تدوین برنامه آموزشی مبتنی بر رشد پس از ضربه: برنامه آموزشی مبتنی بر رشد پس از ضربه براساس الگوی بحران‌های فردی و رشد شخصی اسکافر و موس^۳ (۱۹۹۸) تدوین شد. جهت تعیین اعتباریابی صوری و محتوایی برنامه آموزشی مبتنی بر رشد پس از

1. Ryff Scale Psychological Wellbeing (RSPWB)

2. Ryff, C. D., & Singer, B. H

3. Schaefer, J. A., & Moos, R. H.

ضربه، این ابزار در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسی مثبت‌نگر و اساتید روش‌شناسی (متدولوژی) قرار گرفته است تا بر اساس تجارب و مشاهدات خود به ترتیب اهمیت، مهم‌ترین مؤلفه‌ها و ابعاد را شناسایی و سپس به اصلاح محتوای برنامه آموزشی اقدام کنند (خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است). شاخص نسبت روایی محتوایی^۱ بر اساس روش لاوشه^۲ برای برنامه درمانی ۰/۸۶ به دست آمده است و با مقایسه این شاخص با مقدار مورد قبول برای تعداد ۱۰ نفر متخصص بر اساس روش لاوشه (که حداقل میزان برای این تعداد متخصص ۰/۶۲ است)، میزان روایی محتوایی برنامه بالاتر و قابل قبول است. میزان شاخص روایی محتوایی^۳ بر اساس روش والتز و باسل^۴ برای برنامه آموزشی ۰/۹۱ به دست آمده است و با مقایسه این میزان با مقدار مورد قبول (که حداقل ۰/۷۹ است)، شاخص روایی محتوایی برنامه قابل قبول است.

تعداد جلسات تشکیل شده ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در روزهای شنبه و چهارشنبه در ماه‌های دی و بهمن سال ۱۴۰۰ در سالن کنفرانس بیمارستان فیروزگر تهران با فاصله اجتماعی برگزار شد و آزمون پیگیری هم آخر اردیبهشت‌ماه ۱۴۰۱ با گذشت ۳ ماه از پس‌آزمون بر گروه آزمایش اجرا شد.

جدول ۱ خلاصه جلسات آموزشی برنامه رشد پس از ضربه در بیماران سرطانی

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف
اول	معرفی و آشنایی اعضا و بیان اهداف برنامه آموزشی	اجرای پیش‌آزمون و تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش، معرفی درمانگر و اعضا، بحث در مورد برنامه آموزشی رشد پس از ضربه و اهداف این برنامه و نحوه مشارکت و زمان تشکیل جلسات.	از اعضا خواسته شد تا جلسه بعدی برخی از موفقیت‌های کسب شده خود را یادداشت کنند و در جلسه بعد بخوانند.
دوم	توانمندسازی روانی (۱)	کمک به شناخت توانمندی‌های خود از طریق بحث در مورد خودآگاهی با تأکید بر آگاهی از نقاط قوت و ضعف بیماران، ارتقای حس قدرت شخصی، ارتقای اعتماد به نفس، خطرپذیری در هنگام مواجهه با سختی‌ها.	از اعضا خواسته شد تا جلسه بعدی فنون را به صورت عملی به کار گیرند.

1. content validity ratio (CVR)
2. Lawshe
3. content validity index (CVI)
4. Waltz & Bausell

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف
سوم	توانمندسازی روانی (۲)	بازسازی شناختی، مقابله با نشخوار فکری، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای در مواجهه با سختی‌ها و مشکلات.	از اعضا خواسته شد تا جلسه بعدی افکار خودکار خود را شناسایی و روش‌های مقابله با این افکار را یادداشت کنند.
چهارم	آموزش برنامه‌ریزی و هدفمندی در زندگی	برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی در زندگی با آموزش جدول اهداف رفتاری و برنامه‌ریزی، تغییرات در زندگی حرفه‌ای و مشارکت در فعالیت‌های جدید.	از اعضا خواسته شد تا جدول اهداف رفتاری و جدول برنامه‌ریزی برای رسیدن به این اهداف را تکمیل کنند.
پنجم	ارتقای خودباوری	تغییر در درک از خود به دنبال تجربه بیماری، بیان ظرفیت‌های زندگی پس از تجربه بحران، افزایش قدردانی از زندگی، تغییر در سیستم باورهای فرد، معرفی منابع، امکانات و فرصت‌های جدید در زندگی، آگاه‌سازی بیماران از نقاط قوت شخصی کشف نشده، آموزش روش‌های ارتقای شایستگی و توانمندی‌ها.	از اعضا خواسته شد تا موقعیت‌ها و توانمندی‌هایی را که در خود سراغ دارند یادداشت و در جلسه بعدی بیان کنند، همچنین خلاصه‌ای از زندگی‌نامه افراد مشهور و محبوب که دارای نوعی معلولیت هستند با اشاره به نوع معلولیت و موفقیت‌های آنان را مطالعه نمایند.
ششم	ارتقای خوش‌بینی	بیان افکار مثبت و منفی و نتایج ناشی از هر نوع تفکر، فضاسازی مثبت در ذهن و بیان نمودن افکار ناخوشایند در قالب نوشتن و نقاشی کردن با استفاده از تکنیک پرده‌ای.	تکمیل جدول افکار مثبت و منفی در طی هفته و موقعیت‌های ایجادکننده هر فکر.
هفتم	آموزش حمایت اجتماعی	بحث پیرامون اهداف حمایت اجتماعی، تعریف حمایت اجتماعی، انواع حمایت اجتماعی، تأثیرات آن بر افراد و حساسیت‌زدایی ترس‌های اجتماعی، بهبود روابط صمیمی و همدلی.	از اعضا خواسته شد تا جلسه بعد در مورد منابع حمایتی که در اختیار دارند فکر کنند و تمامی این منابع را یادداشت نمایند. همچنین بیان کنند که در گذشته از کدام‌یک از این منابع استفاده کرده‌اند.
هشتم	آموزش مهارت‌های برقراری روابط بین فردی	آموزش مهارت‌های برقراری روابط بین فردی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی و آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر با مشارکت آزمودنی‌ها.	از اعضا خواسته شد تا جلسه بعدی مهارت‌های یادگرفته شده در این جلسه را در برقراری روابط با دیگران انجام دهند.

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف
نهم	آموزش مهارت‌های اجتماعی	ضمن مروری بر مباحث جلسه قبلی و بررسی تکالیف آزمودنی‌ها، درمانگر در ادامه به بحث در مورد مهارت‌های اجتماعی (بحث در مورد قاطعیت و جرئت‌ورزی) می‌پردازد	از اعضا خواسته شد تا در موقعیت‌های زندگی مهارت‌ها و رفتارهای قاطعانه و جرئت‌ورزانه‌ای را که در این جلسه فرا گرفته‌اند به کار گیرند.
دهم	ارتقای باورهای مذهبی و معنوی (۱)	پاسخ به سؤالات معنوی، تقویت باورهای معنوی و مذهبی، معنا دادن به زندگی، بیان تأثیر اعتقاد به مقدرات الهی و اعتقاد به عدالت الهی در ایجاد شادکامی	از اعضا خواسته شد تا هفته آینده روش‌های معنوی و دینی را که در مقابله با مشکلات استفاده می‌کنند، بنویسند.
یازدهم	ارتقای باورهای مذهبی و معنوی (۲)	بحث درباره مزایای انواع راهبردهای قرآنی (همچون ایمان و توکل به خدا، اعتقاد به مقدرات الهی، دعا، نماز، تقوا، صبر، و صله رحم) در حل مشکلات	از اعضا خواسته شد تا هفته آینده در مورد مکانیسم و میزان تأثیرگذاری روش‌های معنوی و دینی که در مقابله با مشکلات استفاده می‌کنند، توضیح دهند.
دوازدهم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	جمع‌بندی و مرور تکنیک‌ها و تکالیف جلسات قبلی، ترغیب بیماران به اجرای آنها در موقعیت‌های زندگی واقعی.	از اعضا خواسته شد تا مهارت‌های کسب‌شده در جلسات را در موقعیت‌های واقعی زندگی استفاده کنند.

تحلیل داده‌ها: روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و تحلیل اندازه‌گیری مکرر بود که نسبت به روش‌های آماری مشابه از توان آماری بالاتری برخوردار است و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری اس.پی.اس.اس نسخه ۲۲ استفاده شد. ملاحظات اخلاقی: این پژوهش دارای گواهی اخلاق با کد IR.ATU.REC.1400.052 از کمیته تحقیقات معاونت پژوهشی دانشگاه علامه طباطبائی است و از تمامی بیماران رضایت‌نامه اخلاقی جهت شرکت در پژوهش اخذ شده است.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش در زیر آمده است. میانگین سنی گروه آزمایش ۴۲/۲۶ با انحراف استاندارد ۱۰/۵۵ و میانگین سنی گروه کنترل ۴۱/۸۰ با انحراف

استاندارد ۱۱/۸۲ است. از نظر جنسیت، ۶ نفر در گروه آزمایش مرد (۴۰ درصد) و ۹ نفر زن (۶۰ درصد) بودند و در گروه کنترل ۴ نفر مرد (۲۶/۶ درصد) و ۱۱ نفر زن (۷۳/۴ درصد) بودند. از نظر وضعیت تأهل ۸ نفر در گروه آزمایش متأهل (۵۳/۳ درصد)، ۵ نفر مجرد (۳۳/۳ درصد)، ۲ نفر مطلقه (۱۳/۳ درصد) بودند، در گروه کنترل ۷ نفر متأهل (۴۶/۷ درصد)، ۶ نفر مجرد (۴۰ درصد) و ۲ نفر مطلقه (۱۳/۳ درصد) بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه					
کنترل		آزمایش			
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۴/۵۶	۶۷/۳۳	۷/۸۲	۶۶/۴۷	تاب‌آوری	پیش‌آزمون
۷/۷۳	۷۳/۴۰	۵/۵۲	۷۱/۸۰	آسایش روان‌شناختی	
۴/۴۱	۷۰	۸/۰۵	۷۸/۴۷	تاب‌آوری	پس‌آزمون
۲/۵۳	۷۶/۴۷	۴/۹۹	۸۶/۲۰	آسایش روان‌شناختی	
۶/۰۶	۶۶/۳۳	۷/۳۳	۷۵/۰۷	تاب‌آوری	پیگیری
۴/۰۹	۷۴	۴/۹۷	۸۴/۶۰	آسایش روان‌شناختی	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره تاب‌آوری در پس‌آزمون و پیگیری برای گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل هست. همچنین برای آسایش روان‌شناختی در پس‌آزمون و پیگیری نمرات گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل هست. برای بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای بر تاب‌آوری، از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. میزان همسانی شیب خط رگرسیون برای این متغیر برابر با $F=۲/۳۴$ ، $P>۰/۲۷$ بود که بر این اساس فرضیه همگنی ضرایب رگرسیونی پذیرفته می‌شود. برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد که عدم معناداری مقدار لوین $F=۰/۵۸$ ، $P>۰/۴۵$ هم مؤید برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری آماره محاسبه‌شده برای تاب‌آوری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیری برای بررسی تأثیر مداخله آمده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره جهت مقایسه تاب‌آوری در گروه آزمایش و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۶۳۹/۹۳	۱	۶۳۹/۹۳	۷۸/۸۶	۰/۰۱	۰/۷۴

بر اساس نتایج جدول ۳، مقدار F به‌دست آمده برابر با ۷۸/۸۶ است و سطح معنی‌داری آن نیز کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. بر این اساس و با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه مؤثر بوده است و موجب بهبود تاب‌آوری افراد دچار سرطان خون می‌شود. میزان اندازه اثر بیانگر آن است که تأثیر برنامه آموزشی بر تاب‌آوری در حد بالا بوده است.

برای بررسی تأثیر برنامه مداخله‌ای بر آسایش روان‌شناختی، از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. میزان همسانی شیب خط رگرسیون برای این متغیر برابر با $(P > ۰/۲۱, F = ۳/۲۴)$ بود که بر این اساس فرضیه همگنی ضرایب رگرسیونی پذیرفته می‌شود. برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد که عدم معناداری مقدار لوین $(P > ۰/۵۹, F = ۰/۲۸)$ هم مؤید برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری آماره محاسبه‌شده برای تاب‌آوری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، در جدول ۴ نتایج آزمون برای بررسی تأثیر مداخله آمده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره جهت مقایسه آسایش روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۸۱۲/۶۸	۱	۸۱۲/۶۸	۸۸/۳۷	۰/۰۱	۰/۷۶

بر اساس نتایج جدول ۴، مقدار F به‌دست آمده برابر با $۸۸/۳۷$ است و سطح معنی‌داری آن نیز کوچک‌تر از $۰/۰۵$ است. بر این اساس و با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه مؤثر بوده و موجب بهبود آسایش روان‌شناختی افراد دچار سرطان خون می‌شود. میزان اندازه اثر بیانگر آن است که تأثیر برنامه آموزشی بر آسایش روان‌شناختی در حد بالا بوده است.

جهت بررسی میزان ماندگاری تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه بر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی در مرحله پیگیری، از آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. مفروضه کروییت از طریق آزمون مخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه این آزمون به لحاظ آماری برای تاب‌آوری ($P=۰/۰۶$ ، $MT=۰/۸۳$) و آسایش روان‌شناختی ($P=۰/۱۲$ ، $MT=۰/۵۸$) معنی‌دار نیست که نشان‌دهنده برقراری مفروضه کروییت است. در جدول ۵ نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای متغیر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی گزارش شده است.

جدول ۵ نتایج مقایسه‌های زوجی تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی در مراحل مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

متغیر	مرحله	مرحله	تفاوت میانگین دو مرحله	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	$-۱۲/۰۰^*$	$۲/۸۲$	$۰/۰۱$
		پیگیری	$-۸/۶۰^*$	$۲/۸۲$	$۰/۰۴$
	پس‌آزمون	پیگیری	$۳/۴۰$	$۲/۸۲$	$۰/۲۳$
آسایش روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	$-۱۴/۴۰^*$	$۱/۸۱$	$۰/۰۰$
		پیگیری	$-۱۳/۴۰^*$	$۱/۸۱$	$۰/۰۰$
	پس‌آزمون	پیگیری	۱	$۱/۸۱$	$۰/۵۸$

با توجه به نتایج جدول ۵، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و با پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان می‌دهد تأثیر درمان در دوره پیگیری ماندگار است. از این رو نتیجه می‌شود برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه بر بیماران مبتلا به سرطان خون مؤثر بوده و تأثیر آن بر تاب‌آوری و آسایش روان‌شناختی در مرحله پیگیری همچنان ماندگار هست.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه (PTG) و اثربخشی آن بر تاب آوری و آسایش روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان خون انجام شد.

یافته اول پژوهش نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه (PTG) بر تاب آوری بیماران مبتلا به سرطان خون اثربخش است و این تأثیر در دوره پیگیری سه ماهه ماندگار است. این یافته با پژوهش های گوری و همکاران (۲۰۲۰)، کیم و همکاران (۲۰۲۰)، کلین و همکاران (۲۰۱۹)، لوین^۱ و همکاران (۲۰۰۹)، احمدی و محرابی (۱۳۹۹)، پوراکبران و همکاران (۱۳۹۸)، کیانی و همکاران (۱۳۹۸)، احمدی، مهربانی و نشاط دوست (۱۳۹۶) همسو است.

در مدل اسکافر و موس (۱۹۶۶) در زمینه بحران های فردی و رشد شخصی یک الگوی مفهومی در ارتباط با نتایج مثبتی که بعد از مشکلات و اتفاقاتی که برای یک فرد به وجود می آید و نحوه گذار از این بحران ها ارائه شده است. بر اساس این مدل اتفاقاتی که باعث به وجود آمدن مشکلات در زندگی افراد می شود مانند ابتلا به بیماری های مزمن در تعدادی از این افراد می تواند نتایج مثبتی را برای فرد مبتلا به وجود بیاورد. در این مدل بر ویژگی های شخص (خود کارآمدی، خوش بینی، اعتماد داشتن به خود، وضعیت سلامت، پابندی های مذهبی، انعطاف پذیری، میزان انگیزش و تجربیات قبل از به وجود آمدن) و شرایط محیطی (داشتن شبکه ای قوی از حمایت دوستان، اقوام و محیط اجتماعی، روابط سالم شخصی، داشتن شغل) برای شکل دادن به تجربه بحران و مشکلات آن تأکید شده است (زولنر و مارکر^۲، ۲۰۰۶). در نتیجه می توان مطرح کرد که عوامل محیطی، ویژگی های فردی و روان شناختی به عنوان عوامل مهم در تغییرات مثبت بعد از ضربه مطرح اند و این عوامل می توانند به افراد مبتلا در دست یافتن به مهارت های مقابله ای مناسب با حوادث و میزان سازش یافتگی و تاب آوری این افراد در برابر عوامل تنیدگی زا کمک نمایند.

تبیین دیگر این است که در برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه مهارت هایی به بیماران آموزش داده می شود که به ارتقای تاب آوری در آنها می انجامد. یکی از این مهارت ها ارتقای مهارت خود آگاهی و مهارت های مقابله ای در مواجهه با

1. Levine

2. Zoellner, T., & Maercker, A.

سختی‌ها و مشکلات است که می‌تواند بر تصور شایستگی فردی به‌عنوان یکی از ابعاد تاب‌آوری مؤثر باشد. برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی در زندگی و استفاده از ظرفیت‌های زندگی پس از تجربه بحران می‌تواند مسیر جدیدی را در زندگی فرد ایجاد نماید و با ایجاد خوش‌بینی و هدفمندی در زندگی تحمل بیماری را برای فرد ممکن سازد. آگاه‌سازی بیماران از نقاط قوت شخصی و ارتقای شایستگی هم می‌تواند به بیمار کمک نماید به توانمندی‌های ذاتی خود بیشتر اطمینان کند و از این جهت با اعتماد به شایستگی درونی خود در برابر ناملازمات بیماری سعه صدر نشان دهد. در این زمینه نتایج مطالعه پدیدارشناسی عسگری و نقوی (۱۳۹۸) حاکی از آن است که سه مضمون هیجانات، زمان و درک واقعیت و مقوله‌های تحول فردی، اجتماعی، روان‌شناختی و معنوی تشکیل‌دهنده رشد پس از ضربه هستند و می‌توان در تدوین مداخلات رشد پس از ضربه به این عوامل و زیرساخت‌ها توجه کرد. آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتقای باورهای معنوی هم می‌تواند به بیماران کمک کند تا ضمن گسترش شبکه روابط اجتماعی و افزایش حمایت اجتماعی، برای زندگی معنایی خلق نمایند و بدین ترتیب شبکه روابط ایمنی را در زندگی شکل دهند و نسبت به پذیرش تغییر آمادگی لازم را کسب نمایند و بیماری سرطان را به‌عنوان بخشی از تغییرات زندگی فردی بپذیرند. بنابراین، به‌طور کلی می‌توان گفت فرد هم‌زمان با ایجاد تغییرات مثبت اولیه برای بازسازی جنبه‌های مختلف وجود خود از لحاظ فردی، اجتماعی، روان‌شناختی و معنوی می‌کوشد؛ به گونه‌ای که رشد به‌صورت ملموس در زندگی‌اش نمایان می‌شود. مارتین‌چکوا در مطالعه خود تعبیر شرکت‌کنندگان از تحول فردی را قوی‌تر شدن و بلوغ شخصی بیان کرده است (مارتین‌سکوا و کلات^۱، ۲۰۱۷). در واقع، گذر از رنج‌های پس از ضربه احساس توان و قدرت درونی به افراد می‌دهد و با تعریف دوباره خود، تحول فردی را رقم می‌زند. عامل اصلی خودکفایی فرد پس از ضربه افزایش توان شخصی اوست. احساس استقلال، فرد را در انجام امور کمتر به دیگران متکی می‌کند، اعتماد به نفس بیشتری به او می‌دهد و منبع محرکی برای افزایش خودکارآمدی و باور به توانایی‌های شخصی‌اش می‌شود (ژای، لیو، وو و ژانگ^۲، ۲۰۱۰). در همین راستا دانهائور و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود پیرامون رشد پس از ضربه بعد از تجربه سرطان و بهبودی از آن نشان دادند که افرادی که چنین تجربه‌ای داشته‌اند معمولاً

1. Martinčková, L., & Klatt, J.

2. Zhai, J., Liu, X., Wu, J., & Jiang, H.

در ابعاد مختلف فردی، بین فردی و محیطی رشد و تحول زیادی یافته‌اند. این پژوهشگران نشان دادند بیماران سرطانی به‌ویژه کسانی که بهبود یافتند رشد زیادی را در ابعاد درون فردی پیدا کردند و توانشان در مقابله با شرایط دشوار پیشین و شرایط مشابه تا حد زیادی افزایش یافته بود. بنابراین، می‌توان گفت که برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه می‌تواند بر ارتقای تاب‌آوری در بیماران دچار سرطان خون مؤثر باشد.

یافته دوم پژوهش نشان داد برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه (PTG) بر آسایش روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان خون اثربخش است و این تأثیر در دوره پیگیری سه‌ماهه ماندگار است. این یافته همخوان با پژوهش‌های کلین و همکاران (۲۰۱۹)، بن‌زیون و همکاران (۲۰۱۸)، لی و همکاران (۲۰۱۶)، سرپنتینی و همکاران (۲۰۱۳)، شکسپیر فنچ، گو و اسمیت^۱ (۲۰۱۲)، صالحی و دهشیری (۱۳۹۷)، فاضل و همکاران (۱۳۹۶)، رضانی و آهی (۱۳۹۵)، حیدرزاده و همکاران (۱۳۹۴) است.

در تبیین این یافته می‌توان به ارتباط رشد پس از ضربه و آسایش روان‌شناختی اشاره کرد به طوری که مطالعات نشان داده افرادی که دچار رشد پس از ضربه می‌شوند به دلیل تجربه تغییرات مثبت در زندگی، اعتماد به نفس و حرمت خود بالایی کسب می‌کنند که به ارتقای آسایش روانی فرد منجر می‌شود. به عبارتی، این تجارب مثبت پس از تروما، فرد را به انجام فعالیت‌های نوآورانه و چالش‌برانگیز سوق می‌دهد و این افراد در بین خانواده، دوستان و همسالان خود افراد محبوبی می‌شوند و بر اساس تشویق‌ها و تحسین‌های آنها میزان حرمت خودشان نیز ارتقا می‌یابد. بر این اساس، این افراد تمایل دارند تا در فعالیت‌های چالش‌برانگیز شرکت کنند و لذا پس از هرگونه آسیب و تروما می‌توانند بر اساس کسب تجارب جدید، دانش جدید و روابط جدید به رشد و تعالی برسند (کلین و همکاران، ۲۰۱۹).

افرادی که آسایش روان‌شناختی بالایی دارند، احتمالاً رابطه مثبت با دیگران، نگرش مثبت به خود، هدفمندی در زندگی و تاب‌آوری بالا در برابر مشکلات دارند و از آنجا که این ویژگی‌ها از مؤلفه‌های آسایش روان‌شناختی است می‌تواند تحت تأثیر رشد پس از ضربه ارتقا یابد (اورنگ و همکاران، ۱۳۹۷). در این زمینه موریس، شکسپیر فنچ و اسکات^۲ (۲۰۱۲) در پژوهش خود پیرامون تجربه سرطان بر این واقعیت صحه گذاشتند که تجربه سرطان و بهبودی از آن سبب می‌شود که فرد به روابط خویش اهمیت بیشتری دهد و وقت

1. Shakespeare-Finch, J., Gow, K., & Smith, S.

2. Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., & Scott, J. L.

بیشتری را به آن اختصاص دهد، فرهنگ‌دردانی را از خویشتن، اطرافیان و خداوند تقویت کند و قدرت سازگاری بیشتری با موقعیت‌ها و شرایط مختلف زندگی به‌دست بیاورد. در واقع، این پژوهشگران نشان دادند که رشد پس از ضربه یکی از بدیهی‌ترین پیامدهای ناشی از تجربه سرطان است و این تجربه صرفاً با نتایج منفی و مخرب همراه نیست.

تبیین دیگر این است که آموزش رشد پس از ضربه می‌تواند به بیماران سرطانی کمک نماید تا در درک از خود پس از تجربه بیماری تغییر ایجاد نمایند و بر این اساس از ظرفیت‌ها و امکانات موجود در زندگی پس از تجربه بحران آگاهی یابند و بدین ترتیب قدردان زندگی باشند که این مسئله می‌تواند بر آسایش روان‌شناختی در بیماران سرطانی تأثیرگذار باشد. این تغییرات می‌تواند در کنار بازسازی شناختی و جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت فضای بهتری را برای بیمار فراهم کند تا نسبت به زندگی خوش‌بین‌تر باشد. همچنین تقویت خودآگاهی و ارتقای توانمندی‌ها و شایستگی‌های فردی می‌تواند بر پذیرش خود و رشد شخصی در بیماران تأثیرگذار باشد و در کنار آن تقویت باورهای معنوی و مذهبی به عنوان ابعاد دیگر رشد پس از ضربه و اعتقاد به مقدرات و عدالت الهی سبب می‌شود تا ارتباط مثبتی با خود، خدا، دیگران و طبیعت برقرار کند و با یافتن معنای برای زندگی و مشکلات آن، در زندگی هدفمند باشد و با این تغییر نگرش با مشکلات ناشی از بیماری سرطان بهتر سازگار شود. در همین راستا، سرینتینی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش توصیفی خود گزارش کردند که بیماران مبتلا به سرطان نظیر سرطان خون زمانی که بهبود پیدا می‌کنند برای داشتن رشدی سازنده در زندگی و رفع مشکلات پیش‌آمده در طول مدت بیماری، باید از آسایش روان‌شناختی برخوردار باشند و بتوانند با پذیرش وضعیت خویش و تکیه بر آزادی و حمایت‌های ارتباطی، زمینه را برای کارکرد مطلوب خود فراهم کنند. فاضل و همکاران (۱۳۹۶) با هدف ارائه الگویی از عوامل مؤثر در رشد پس از ضربه در بیماران سرطانی نشان داد که خودشکوفایی مقوله مرکزی الگوی رشد پس از ضربه بود و اینکه رشد پس از ضربه به معنای یک فرایند دارای پیامد مثبت است که در بستر معنویت و در کنار خانواده به وقوع می‌پیوندد. مشخص شد که عوامل مؤثر در این رشد شامل خود فرد، اطرافیان نزدیک، پرسنل درمانی و جامعه است و این رشد نیازمند مؤلفه‌ها و راهبردهای خاص است. موریس و همکاران (۲۰۱۲) هم در یک مطالعه ترکیبی کمی و کیفی به بررسی رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج مطالعه در بخش کمی نشان داد که اغلب مشارکت‌کننده‌ها ۹۹ درصد، تغییرات مثبتی در

زندگی داشته‌اند و در زیرمقیاس‌های رشد پس از ضربه، مهم‌ترین بخش از تغییرات مثبت در قسمت احساس قدردانی از زندگی و پس از آن به ترتیب در زیرمقیاس‌های ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، اولویت‌های جدید و تغییر معنوی بوده است. در بخش کیفی، موضوعات گزارش شده به عنوان رشد و پیامدهای مثبت پس از سرطان عبارت بود از: احساس قدردانی از زندگی، قدرت شخصی، منافع مرتبط با سلامت، دلسوزی و شفقت برای دیگران، تقویت روابط و اولویت‌ها.

بنابراین، بر اساس نتایج می‌توان گفت که برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی رشد پس از ضربه می‌تواند بر آسایش روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان خون اثربخش باشد.

پیشنهادهای

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل وجود مشکلات در هماهنگی برای حضور هم‌زمان بیماران در جلسات، و همچنین ابزارهای ارزیابی در پژوهش که عمدتاً متکی به ابزارهای خودگزارشی بوده است و میزانی که افراد قادرند به صورت صحیحی آسایش روانی خود را گزارش دهند زیر سؤال است، محدودیت دیگر به علت نداشتن روایی و پایایی خوب مقیاس آسایش روان‌شناختی به جای بررسی مؤلفه‌ها نمره کلی آزمون تحلیل و مورد تبیین قرار گرفت. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود این برنامه را در مقایسه با برنامه‌های درمانی و آموزشی دیگر بر بیماران دچار سرطان اجرا نمایند تا بهتر بتوان در مورد کارایی و نتایج آن قضاوت کرد. همچنین برگزاری این برنامه آموزشی در قالب کارگاه‌های فشرده و کوتاه‌مدت برای کلیه بیماران سرطانی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه علامه طباطبائی است. بدین وسیله از کلیه کسانی که در انجام پژوهش همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

احمدی، خ. دارابی، ع. (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش صبر بر کاهش سوگ و تسهیل رشد پس از ضربه». *دوفصلنامه روان‌شناسی فرهنگی*، ۱(۱)، ۱۱۴-۱۳۱.

- احمدی، ز.، محرابی، ح. (۱۳۹۹). «رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با رشد پس از ضربه: نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله با استرس». *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۵(۹)، ۱۳-۱.
- احمدی، ز.، محرابی، ح.، و نشاط‌دوست، ح. ط. (۱۳۹۶). «پیش‌بین‌های رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به آسیب: معنویت‌گرایی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و تاب‌آوری». *مجله دست‌آوردهای روانشناسی بالینی*، ۳(۳)، ۳۲۰-۳۰۵.
- امامی، م.، عسکری‌زاده، ق.، و فضیلت‌پور، م. (۱۳۹۶). «اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان». *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۴)، ۱۴-۱.
- اورنگ، س.، هاشمی‌رزینی، ه.، رامشینی، م.، اورنگ، ط. (۱۳۹۷). «بررسی معنای زندگی و آسایش روان‌شناختی، جوانان، بزرگسالان و سالمندان (مطالعه مقایسه‌ای از نظر سن)». *مجله سالمندی ایران*، ۱۳(۲)، ۱۹۷-۱۸۲.
- پوراکبران، ا.، محمدی قره قوزلو، ر.، موسوی، س. م. ر. (۱۳۹۸). «بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان». *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۱)، ۱۴۰۲-۱۳۹۳.
- تاجیک‌زاده، ف.، صادقی، ر.، رئیس‌کریمیان، ف. (۱۳۹۵). «مقایسه تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی». *مجله بیهوشی و درد*، ۷(۳)، ۴۸-۳۸.
- جلوداری، س.، سوداگر، ش.، بهرامی‌هیدجی، م. (۱۳۹۸). «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان». *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۴)، ۵۴۸-۵۲۷.
- حیدرزاده، م.، رسولی، م.، محمدی شاه بلاغی، ف.، علوی مجد، ح.، میرزایی، ح. ر.، طهماسبی، م. (۱۳۹۴). «بررسی ابعاد رشد پس از سانحه ناشی از سرطان در بیماران نجات یافته از آن». *مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۵(۷۶)، ۴۱-۳۳.
- خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح‌آبادی، ج.، مظاهری، م. ع.، شکری، ا. (۱۳۹۳). «ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس آسایش روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر». *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۸(۳۲)، ۲۸-۳۶.
- رزمی، ل.، بهزادی‌پور، س.، طهماسبی، ص. (۱۳۹۵). «اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان». *نشریه جراحی ایران*، ۲۴(۳)، ۶۰-۶۸.
- رمضانی، ف.، آهی، ق. (۱۳۹۵). «اثربخشی مداخلات روانی آموزشی بر بهبود آسایش روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان». *مجله روان‌شناسی سلامت*، ۵(۱۷)، ۷۹-۹۲.
- سعدی‌پور، ا. (۱۳۹۲). *روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. جلد اول، تهران: دوران.
- صالحی، ر.، دهشیری، غ. (۱۳۹۷). «رشد پس‌آسیبی در بیماران مبتلا به سرطان: نقش ابعاد روانی، معنوی، ذهنی و امیدواری». *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۲(۲)، ۱۳-۱.
- عسگری، ز.، نقوی، ا. (۱۳۹۸). «تبیین فرایند رشد پس از سانحه: ترکیب مضمون مطالعات کیفی». *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۵(۲)، ۲۳۵-۲۲۲.

فاضل، م.، سلیمی بجستانی، ح.، فرحبخش، ک.، اسمعیلی، م. (۱۳۹۶). «ارائه الگوی رشد پس از سانحه در بیماران سرطانی: یک مطالعه گراندد تئوری». *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۸(۲۹)، ۱۰۵-۷۹.

فاضلی مهرآبادی، ع.، بهرامی احسان، ه.، حاتمی، ج.، عادلی، س. ح. (۱۴۰۱). «بررسی عوامل تسهیل کننده رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به کرونا: تحلیل مضمون». *دوفصلنامه روان شناسی فرهنگی*، ۶(۱)، ۹۴-۷۶.

کیانی، ل.، رفیعی پور، ا.، مشایخ، م.، تاجبخش، ر.، پویامنش، ج. (۱۳۹۸). «رابطه تاب آوری و رشد پس از سانحه در بیماران تحت همودایلیز شهر کرج در سال ۱۳۹۷». *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی/ایلام*، ۲۷(۳)، ۶۳-۵۶.

محمدی، م. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم آسایش و توانبخشی.

مرتضوی، ن. ا.، یاراللهی، ن. ا. (۱۳۹۴). «فرا تحلیل رابطه‌ی بین تاب آوری و سلامت روان». *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۳)، ۱۰۳-۱۰۸.

- Baglama, B., & Atak, I. E. (2015). Posttraumatic growth and related factors among postoperative breast cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 190(1), 448-454.
- Ben-Zion, Z., Fine, N. B., Keynan, N. J., Admon, R., Green, N., Halevi, M., ... & Shalev, A. Y. (2018). Cognitive flexibility predicts PTSD symptoms: observational and interventional studies. *Frontiers in psychiatry*, 9, 477.
- Cao, W., Qi, X., Cai, D. A., & Han, X. (2018). Modeling posttraumatic growth among cancer patients: The roles of social support, appraisals, and adaptive coping. *Psychoncology*, 27(1), 208-215.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cormio, C., Romito, F., Viscanti, G., Turaccio, M., Lorusso, V., & Mattioli, V. (2014). Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in psychology*, 5, 1342.
- Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., & Powell, B. L. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(1), 13-24.
- Gao, J., & McLellan, R. (2018). Using Ryff's scales of psychological well-being in adolescents in mainland China. *BMC Psychology*, 6(1), 17-24.
- Gori, A., Topino, E., Sette, A., & Cramer, H. (2021). Pathways to post-traumatic growth in cancer patients: moderated mediation and single mediation analyses with resilience, personality, and coping strategies. *Journal of affective disorders*, 279, 692-700.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 797.
- Kim, S. R., Kim, H. Y., Nho, J. H., Ko, E., Moon, K. S., & Jung, T. Y. (2020). Relationship among symptoms, resilience, post-traumatic growth, and quality of life in patients with glioma. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101830.
- Kleine, A. K., Hallensleben, N., Mehnert, A., Hönig, K., & Ernst, J. (2019). Psychological interventions targeting partners of cancer patients: A systematic review. *Critical reviews in oncology/hematology*, 140, 52-66.
- Leeuw, I. M. (2019). Positive mental health among cancer survivors: overlap in psychological well-being, personal meaning, and posttraumatic growth. *Supportive care in cancer*, 27(2), 443-450.

- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*, 22(4), 282-286.
- Li, M.-Y., Yang, Y.-L., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 14(1), 73-83.
- Mani, A., Mehdipour, Z., Ahmadzadeh, L., Tahmasebi, S., Khabir, L., & Mosalaei, A. (2019). The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Psychotherapy on Psychological Well-being of Breast Cancer Patients in Shiraz, Iran. *Middle East Journal of Cancer*, 10(3), 231-238.
- Martinčeková, L., & Klatt, J. (2017). Mothers' grief, forgiveness, and posttraumatic growth after the loss of a child. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 75(3), 248-265.
- Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-oncology*, 20(11), 1176-1183.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., & Scott, J. L. (2012). Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 749-756.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social science Research*, 35(4), 1103-1119.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 99, 99-126.
- Serpentini, S., Pasquin, E., & Capovilla, E. (2013). *Psychological well-being in cancer survivors*. In *Psychology of Well-Being: Theory, Perspectives and Practice* (pp. 77-89). Nova Science Publishers, Inc.
- Shakespeare-Finch, J., Gow, K., & Smith, S. (2012). Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 11(4), 325-334.
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(1), 70-79.
- Stjernfelt, K. J., von Stedingk, K., Wiebe, T., Hjorth, L., Olsson, H., & Øra, I. (2017). Predominance of girls with cancer in families with multiple childhood cancer cases. *BMC Cancer*, 17(1), 868-868.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Trudel-Fitzgerald, C., Millstein, R. A., von Hippel, C., Howe, C. J., Tomasso, L. P., Wagner, G. R., & VanderWeele, T. J. (2019). Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC Public Health*, 19(1), 1712-1718.
- Wainwright, N. W., Surtees, P. G., Welch, A. A., Luben, R. N., Khaw, K. T., & Bingham, S. A. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(10), 871-876.
- Zhai, J., Liu, X., Wu, J., & Jiang, H. (2010). What does posttraumatic growth mean to Chinese burn patients: a phenomenological study. *Journal of Burn Care & Research*, 31(3), 433-440.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*, 26(5), 626-653.