

تأثیر تفکرات مثبت بر سبک زندگی بیماران خاص با تکیه بر نظریه کنترل شناختی

طیبه آردی^۱، فوزیه طباطبایی حسینی^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران (نویسنده مسئول).

^۲ گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

چکیده

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روز به روز افزایش می‌یابد به گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ حدود ۷/۶ میلیون نفر در اثر ابتلا به بیماری‌های خاص جان خود را از دست دادند که از این تعداد، بیش از ۷۰ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه و کم درآمد زندگی می‌کردند. در سال ۲۰۰۸، بیش از ۱۲ میلیون نفر مبتلا به سرطان تشخیص داده شدند. و طبق برآوردهای انجام شده تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیش از ۱۵ میلیون مورد جدید ابتلا به سرطان در سطح جهان شناخته شوند. این روند رو به رشد شیوع سرطان را می‌توان به دلایلی همچون سالمندی جمعیت در جوامع توسعه یافته یا در حال توسعه، و روندهای موجود در زمینه شیوع رفتارهای ناسالم نظیر استعمال دخانیات و اتخاذ شیوه‌های نادرست زندگی نسبت داد. و علی‌رغم رشد روزافزون آمارهای مربوط به وقوع سرطان، پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه اقدامات پیشگیرانه و درمانی برای مبتلایان و نجات یافتگان از این بیماری صورت گرفته است که موجب بهبود هرچه بهتر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شده است. مطالعات محققان درباره سرطان تا کنون پاسخگوی بسیاری از سوالات و ابهامات موجود در این مسئله بوده است. این پژوهش سعی دارد به اثر بخشی تأثیر تفکرات مثبت بر سبک زندگی بیماران سرطانی با تکیه بر نظریه کنترل شناختی بپردازد.

واژه‌های کلیدی: تفکر مثبت، سبک زندگی، نظریه کنترل شناختی، بیماران خاص، زندگی هدفمند.

مقدمه

پژوهشگران، سرطان^۱ را به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی قرن محسوب می کنند؛ رشد روزافزون سرطان در چند دهه ی اخیر و اثرات زیان بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی انسان ها از جمله عواملی هستند که توجه متخصصین را بیش از پیش به خود معطوف داشته است (محدثی، و همکاران، ۱۳۹۱).

کیفیت زندگی^۲ مفهومی است که در سال های اخیر، مخصوصا در حوزه بیماری های تهدید کننده مورد توجه قرار گرفته است. جنبه های کلیدی این مفهوم در بیماران سرطانی شامل ابعاد جسمی، اجتماعی، خانوادگی، هیجانی و بهبود عملکرد آن است (ویت فورد^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج یک کارآزمایی بالینی نیز نشان داده است که اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماری های مزمن، می تواند راهنمای مفیدی برای ارتقای کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی محسوب شود. مفهوم کیفیت زندگی بر تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراک فرد از زندگی تأثیر می گذارد (دیو^۴، ۲۰۰۵). در حوزه ی کیفیت زندگی چهار بعد اصلی شامل بعد فیزیکی (جسمی)، بعد روان شناختی، بعد اجتماعی و بعد محیطی مورد توجه قرار می گیرد (سازمان جهانی بهداشت^۵، ۲۰۰۶). در حال حاضر استفاده از روش ارزیابی کیفیت زندگی بعنوان یکی از بهترین روش های اندازه گیری میزان تأثیر بیماری ها بویژه بیماری های مزمن بر سلامتی انسان مورد توجه واقع شده است مکانیسم اثر بیماری ها بر کیفیت زندگی انسان ها بواسطه میزان معلولیتی است که به صورت موقت یا دائم ایجاد می گردد. اهمیت این موضوع به آن اندازه است که زندگی بدون معلولیت امروزه بعنوان یک شاخص مهم در ارزیابی تأثیر آسیب ها و بیماری ها بر زندگی انسان مورد توجه ویژه ای قرار گرفته است (رجبی، ۱۳۹۲). جنگر و همکاران (۲۰۰۲) شدت بیماری را مهم ترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی در میان متغیرهای مورد مطالعه دانسته اند که در تمام ابعاد کیفیت زندگی تأثیر گذار می باشد. با افزایش شدت بیماری، کیفیت زندگی پایین تر می آید یعنی بیمارانی که در طبقه ۴ درجه بندی انجمن قلب آمریکا قرار گرفته اند نسبت به بیمارانی که در طبقه یک قرار دارند، دارای کیفیت زندگی پایین تری هستند. مطالعات بر بیماران سرطانی نشان می دهد، شدت بیماری و فشارهای روحی ناشی از این بیماری با کیفیت زندگی این افراد رابطه دارد (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۴).

معمولا متخصصان، در بررسی بیماری های طبی مزمن نظیر بیماری های قلبی و سرطان، علل و عوامل زیستی مانند وراثت، رژیم غذایی، الکل، استروژن بالا، داشتن سابقه خانوادگی، فشارخون بالا، کلسترول بالای خون، دیابت و چاقی را عامل سبب ساز مطرح می کنند، اما اخیرا در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که عوامل فوق به تنهایی نقش تعیین کننده ای در بروز بیماری نداشته بلکه برخی از متغیرهای روانشناختی به صورت مستقیم و غیر مستقیم زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به این بیماری و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به آن را ایجاد می کنند (رز و همکاران^۶، ۲۰۰۲). هیجان و تنظیم هیجانات یکی از عوامل روانی است، که بر سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های خاص نقش موثری دارد، هیجان نقش مهمی بر جنبه های مختلف زندگی از جمله سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرس زا دارد، بنابراین تنظیم هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتارهای سازش پذیر و همچنین جلوگیری از هیجان های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می شود (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۴). افراد برای تنظیم هیجانات خود از روش های مختلفی بهره می برند و متداول ترین این روش ها، راهکارهای شناختی است. راهبردهای کنترل شناختی هیجان، فرآیندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان انگیز و برانگیزاننده استفاده می کنند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید می کنند (گروس^۸).

^۱ - cancer

^۲ - quality of life

^۳ -Whit Ford

^۴ -Dave

^۵ -world health organization

^۶ - Janger

^۷ -Ross, Boesen , Dalton, Johansen

^۸ - Gross

۱۹۹۹). بنابراین، افکار و شناخت‌ها نقش بسیار مهمی در توانایی مدیریت، تنظیم و کنترل عواطف و هیجان پس از تجربه یک رویداد استرس‌زا دارند. آشکار است که کنترل شناختی آگاهانه هیجان ارتباط تنگاتنگی با مفهوم سبک‌های مقابله شناختی دارد، اما تفاوت مهم بین این دو مفهوم این است که در هر دو سبک مقابله هیجان‌مدار و مشکل‌مدار، ترکیبی از راهبردهای مقابله شناختی و رفتاری استفاده می‌شود. در حالی که نظریه تنظیم شناختی هیجان بیان می‌کند که اعمال و افکار فرآیندهای متفاوتی هستند، به طوری که راهبردهای شناختی از نظر مفهومی از راهبردهای رفتاری جدا هستند (گارنفسکی و همکاران؛ ۲۰۰۲). راهبردهای کنترل هیجان به دو دسته راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تقسیم شده است، از جمله راهبردهای سازگارانه می‌توان به ارزیابی مجدد مثبت؛ تمرکز مجدد مثبت؛ پذیرش؛ دیدگاه‌پذیری؛ تمرکز دوباره بر برنامه ریزی؛ اشاره نمود و راهکارهایی مانند سرزنش خود، نشخوار فکری، سرزنش دیگران، فاجعه‌سازی در دسته راهبردهای ناسازگارانه قرار می‌گیرند که هر کدام پیامدهای خاص خود را خواهند داشت (گارنفسکی و کرایچ؛ ۲۰۰۶). افرادی که راهبردهای کنترل تنظیم هیجان را بکار می‌گیرند، نشانه‌های کمتری از افسردگی را نشان می‌دهند (شافر و همکاران، ۲۰۱۷) و سلامت روان بهتری دارند (بونانو و بورتن؛ ۲۰۱۳).

با توجه به موارد ذکر شده در مورد عوارض و مشکلات سرطان و درمان این بیماری خصوصاً عوارض جسمی و روحی بیماران شیمی‌درمانی و همچنین با توجه به شیوع بالای انواع سرطان در کشور ما و طولانی مدت بودن آن، زنده ماندن مبتلایان به این بیماری که باعث می‌شود اکثر آنها با عوارض و عواقب سرطان دست و پنجه نرم کنند. امروزه جدای از رویکردهای دارویی، بسیاری از روش‌های غیردارویی برای بهبود کیفیت زندگی و کنترل شناختی هیجانات بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد. رویکرد مطالعه و تحقیق پیشنهادی تلفیق یوگای خنده و مهارت‌های مثبت‌اندیشی است. یوگای خنده یک تکنیک ابتکاری پزشک هندی مادان کارتاریا است. کارتاریا معتقد است، مطالعات زیادی اخیراً در سراسر دنیا نشان داده است که خنده بر اندامهای بدن تأثیر مثبت دارد. تحقیقات همچنین تایید کرده است که خنده بدون شک سیستم ایمنی بدن را تقویت می‌کند و نقش اساسی در حفظ و تقویت سلامت انسان دارد (کاتاریا، ۱۹۹۵؛ ترجمه پزشکی، ۱۳۹۸). خنده درمانی که اغلب شامل لطیفه‌گویی؛ اجرای‌های کمدی؛ اجرای‌های دلک‌ها و طنز پردازان است، از دهه ۱۹۷۰ به عنوان یک روش مداخله مکمل به کار گرفته شد.

⁹ -Garnefski

¹ - positive reappraisal 0

¹ -positive refocusing 1

¹ - acceptance 2

¹ -perspective putting into 3

¹ -refocus on planning 4

¹ - self-blame 5

¹ -rumination 6

¹ - other- blame 7

¹ -catastrophizing 8

¹ - Kraaij 9

² -Schäfer 0

² -Bonanno,Burto 1

² - Madan Kataria 2

² - witticism 3

² -comedy performances 4

² - clown performances and satirists

آموزش مهارت های مثبت اندیشی متغیر مستقل دیگری است که با یوگای خنده تلفیق و تاثیر آن را مورد بررسی قرار دادیم ، مهارت تفکر مثبت روانشناسی مثبت نگر به دنبال آن است که تصویری از زندگی خوب را به روشی بیان کند و برای اینکه مشخص کند چه چیزی زندگی را برای زیستن با ارزش می کند از روش های تجربی روانشناسی استفاده می کند (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۳).

رویکرد مثبت نگر علمی است که به جای توجه به ناتوانی ها و ضعف های بشری، متمرکز شده است روی توانایی های آدمها؛ توانایی هایی از قبیل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوشبینی. روانشناسی مثبت نگر بر نقش حیاتی منابع، توانمندی ها و تجربه های ذهنی ارزشمند افراد تأکید دارد. تجربه هایی چون بهزیستی روانشناختی، تعهد و رضایت خاطر، امید و خوشبینی و جریان داشتن و شادمانی از این دست به شمار می روند (سلیگمن و رشید ۲۰۰۶).

آموزش مهارت های مثبت اندیشی به افراد برای کنترل و تغییر افکار منفی یا نادرست می تواند تأثیر گذار باشد. در واقع هدف تفکر مثبت این است که بر جنبه های خوب رویدادها تکیه شود و حتی از بدترین شرایط بهترین نتیجه کسب شود که این امر نیازمند ممارست بر مهارت های مثبت اندیشی همچون تصویرسازی مثبت ذهن، بخشش سخاوت است (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۲).

تفکر مثبت می تواند از جنبه های مختلف به بهبود زندگی و سلامت انسان کمک کند و سطح شادی روزانه انسان را بالا ببرد مطالعه بر روی افراد مثبت اندیش قویا مطرح می کند که این افراد در کنترل استرس بهترند. مثبت اندیشی می تواند عملکرد سیستم ایمنی را بهبود ببخشد زیرا یک تحقیق که بر روی ارتباط بین سلامتی ذهنی و جسمی انجام شده این ادعا (که تفکر مثبت مقاومت به بیماری ها را افزایش می دهد) را حمایت می کند. مثبت اندیشان بیشتر تمایل دارند که سبک زندگی سالم تری داشته باشند. پژوهش های سادات و واحدی (۱۳۹۸)؛ پور رضوی و حافظیان (۱۳۹۶)؛ ولیازک و همکاران (۲۰۱۶)؛ شرانک و همکاران (۲۰۱۶) و سلیگمن (۲۰۰۲) نشان دهنده تاثیر آموزش مهارت تفکر مثبت را بر متغیرهای متفاوت نشان می دهد.

از بررسی مطالعات و پژوهش های اخیر چنین استنباط می شود که بیماران مبتلا به سرطان از کیفیت زندگی پایین و کنترل شناختی هیجان ضعیف برخوردارند ، از طرفی در پژوهش های فزاینده ای شیوه های آموزش یوگای خنده و مهارت تفکر مثبت نگر بررسی شده است اما تاکنون پژوهشگر به پژوهشی در زمینه ی تلفیق دو روش یوگای خنده و مهارت تفکر مثبت نگر بر کنترل شناختی هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی دست نیافته است ، هدف از تلفیق یوگای خنده با آموزش تفکر مثبت نگر این است که برخورداری از نگرش مثبت را در بیماران دوجندان کرده و این نگاه خوشبینانه و روشن در زندگی و در طول درمان و داشتن استرس کمتر ، بیماران را در کنترل هیجانات (که نقش مهمی در رویدادهای استرس زا ایفا می کنند) و بهبود کیفیت زندگی شان یاری رساند. (پژوهش حاضر با تلفیق این دو رویکرد درصدد است با پیشنهاداتی مبتنی بر یافته های حاصل، تلاشی در راستای درمان این بیماری برداشته) و به بیماران یادآور شود که با تمرکز بر روی چیزهای خوب زندگی و داشتن یک رویکرد سازنده نسبت به مشکلات، خودشان را برای زندگی شادتر و طولانی تر آماده کنند. با توجه به آنچه بیان شد مساله پژوهش حاضر این است که آیا آموزش یوگای خنده و مهارت تفکر مثبت نگر بر کنترل شناختی هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تاثیر معنی دار دارد ؟

² - Schneider, Lopez 6

² - Seligman, Rashid 7

² - Uliaszek, Rashid, Williams, 8

² - Schrank 9

اهمیت و ضرورت پژوهش

پژوهشگران، سرطان را به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی قرن محسوب می‌کنند؛ رشد روز افزون سرطان در چند دهه ی اخیر و اثرهای زیانبار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی انسانها از جمله عواملی هستند که توجه متخصصین را بیش از پیش به خود معطوف داشته است (اکبری و همکاران، ۲۰۱۷). سرطان بیماری است که علامت مشخصه آن رشد و تکثیر نامحدود و کنترل ناپذیر سلول هایی است که نئوپلاسم بدخیم را ایجاد می کند (میرزا زاده و پیر خاکی، ۱۳۹۶). در این بین سرطان پستان یکی از مهمترین سرطان های زنان در جهان و دومین سرطان شایع در بین زنان است و سالانه میلیون ها مورد جدید به این بیماری مبتلا می شوند (سیگل و همکاران، ۲۰۱۹^۱). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از ۱/۲ میلیون نفر بیمار مبتلا به سرطان سینه تشخیص داده شده و بیش از ۵۰۰ هزار نفر در اثر این بیماری فوت می کنند و انجمن سرطان آمریکا به طور تخمینی اعلام کرده است که سالانه ۲۰۰ هزار نفر به سرطان پستان مبتلا می شوند که در این میان ۰/۷ تا ۱/۷ آنان مبتلا به مهاجم ترین نوع آن یعنی سرطان التهابی پستان است (ماواییان و همکاران، ۱۴۰۰). در ایران، سرطان پستان یکی از شایعترین بدخیمی ها در زنان است. اوج سنی شیوع آن در زنان ایرانی مربوط به دهه های چهارم و پنجم زندگی بوده و یک دهه از سن شیوع جهانی آن پایینتر است (اکبری و همکاران، ۲۰۱۷). ابتلا به سرطان پستان چالش های زیادی را در زنان بر می انگیزد؛ تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی درمان و عود بیماری موجب واکنش های روانی استرس، اضطراب و افسردگی می شوند و این واکنش ها می توانند از طریق ایجاد اختلال در عملکرد، ایجاد مشکلات در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم گیریهای درمانی، پیروی ضعیف از رژیم های درمانی و تعامل اجتماعی ضعیف بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر مخرب و منفی بگذارند (نقیب زاده و همکاران، ۱۳۹۹). سرطان پستان تأثیرگذارترین سرطان از نظر روانی و عاطفی در میان زنان است که منجر به بروز مشکلات عاطفی و هیجانی عمیقی در بیمار می شود (ماواییان و همکاران، ۱۴۰۰). زنان مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با دیگر سرطان ها بعد از تشخیص بیماری بقاء طولانی تری دارند؛ اما امروزه تنها زنده ماندن مدنظر نیست، بلکه بیماران خواهان زندگی با کیفیت مناسب هستند (صدوقیو همکاران، ۱۳۹۶). در باب اهمیت این موضوع می توان چنین اظهار کرد که تاکنون بسیاری از بیمارانی که بیماریشان به نوعی با استرس همراه بوده است از راه های مختلف از خنیدن نفع برده اند البته نمی توان ادعا کرد که تمرین یوگای خنده بیماری های دیرپا را هم درمان می کند، بلکه این روش بیشتر یک روش درمانی مکمل و پیشگیری کننده است (کاتاریا، ۱۹۹۵؛ ترجمه پزشکی، ۱۳۹۸). و از طرفی تلفیق آن با آموزش مهارت تفکر مثبت نگر تأثیر را دوجندان خواهد کرد، با توجه به اهمیت موضوع، ضرورت ایجاب می کند پژوهش حاضر انجام گیرد.

مهارت تفکر مثبت نگر

یعنی ایجاد دیدگاه واقع بینانه از خود و زندگی است تا فرد در مورد مشکلات واقعی خود به درستی قضاوت کند. درواقع، آموزش این مهارت ها به افراد کمک می کند اعتماد به نفس قابل قبولی داشته باشند تا بتوانند با دیگران ارتباط برقرار کنند، در صورت بروز مشکلات، باحفظ روحیه تصمیم درستی بگیرند و در نهایت مراحل زندگی را با آرامش و نشاط طی کنند (نیکبخت و همکاران، ۱۳۹۹).

³ -Cancer 0

³ -Siegel, Miller, Jemal 1

کنترل شناختی هیجانی

تنظیم هیجانی تصریحی مشتمل بر پنج راهبرد اصلی انتخاب موقعیت، تعدیل موقعیت، تخصیص توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ است که در مطالعه ی حاضر بر راهبرد تنظیم هیجانی شناختی تأکید شده است (اوشنر و همکاران، ۲۰۱۳).

کیفیت زندگی

درک فرد از واقعیت کنونی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند و ارتباط این دریافت ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های مورد نظر فرد (رجبی، ۱۳۹۲).

تاریخچه سرطان شناسی

علم انکولوژی^{۳۲} یا سرطان شناسی از دیرباز مورد توجه متخصصین و دانشمندان علم پزشکی قرار داشته است. مدارکی وجود دارد که نشان می دهد از ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح شرحی درباره تومورهای بدن نوشته شده است. اولین پزشکی که کلمه کانسر یا سرطان را برای تومورها بکار برد، بقراط بود که حدود ۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح می زیست. ابوعلی سینا پزشک و فیلسوف بزرگ ایرانی در کتاب قانون خویش تعریفی علمی از سرطان ارائه کرده است (اصفهانی، ۱۳۸۰).

میزان شیوع سرطان

سرطان بیماری است که اغلب مردم بیشتر از سایر بیماری ها از آن می ترسند. خود کلمه سرطان مردم را خیلی می ترساند و بیشتر مردم میزان مرگ ناشی از آن را بیش از واقعیت تصور می کنند (سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۴۰۱). در قرن ۲۱، از هر سه آمریکایی، یک نفر به سرطان مبتلا می شود و این باعث شده که سرطان دومین علت مرگ و میر در آمریکا شناخته شود (گانز، ۱۹۹۸).

طبق گزارشات سازمان مبارزه با سرطان، میزان مرگ و میر ناشی از سرطان رو به افزایش است، به طوری که در ایران نیز سومین علت مرگ و میر به شمار می رود (میرزایی و همکاران، ۱۴۰۱).

بطور معمول سلول ها به جهت تولید مثل تقسیم می شوند، اما این تقسیمات فقط زمانی که بدن به آنها نیاز دارد و در اندازه های مناسب صورت می گیرد. سرطان هنگامی رخ می دهد که سلول ها به دلایلی دچار ناهنجاری شده و بدون نظم شروع به تکثیر نمایند. سلول های سرطانی به سرعت تکثیر می شوند. اگر این تقسیمات بدون نظم و قانون باشد، انبوهی از بافت ها شروع به شکل گیری می کنند که آنرا تومور می نامند. سرطان خود را به صورت تومورسلولی که با حمله رشد می کند، معرفی می نماید (پیتز و فیلیپس، ۱۹۹۵).

مشخصه مهم دیگر سلول های سرطانی این است که آنها به محکمی سلول های طبیعی به هم نمی چسبند، در نتیجه ممکن است جدا شده و از طریق دستگاه گوارش، خون یا لنف به سایر قسمت های بدن گسترش یابند. این مهاجرت متاستاز^{۳۳} نامیده می شود (میرزایی و همکاران، ۱۴۰۱).

ارنست^{۳۴} و همکاران به نقل از سبحانی فرد (۱۳۸۰) عنوان می دارد که تومورها دو دسته اند: خوش خیم و بدخیم. تومور خوش خیم به محدوده ای خاص حمله کرده و یا آن را نابود می سازد، اما در محل باقی می ماند. تومور بدخیم و یا سرطان را توسط

³ -Ochsner, Silvers, Buhle	2
³ - Oncology	3
³ -Sarafino	4
³ -Ganz	5
³ - Pitts,Phillips	6
³ -Metastases	7
³ -Ernest	8

تقسیم سلولی بزرگتر شده و به محدوده‌ای خاص (لنف یا جریان خون) حمله کرده و در بخش‌هایی از بدن اشاعه می‌یابد. تومورهای بدخیم مهاجم در تعداد و ساختار کروموزوم‌ها با سلول‌های معمولی فرق دارند. بیش از ۲۰۰ نوع مختلف سرطان وجود دارد که می‌تواند در هر سلول یا دستگاهی از بدن تولید شود.

انواع سرطان

سارافینو (۲۰۰۰) چهار نوع اساسی سرطان را با توجه به قسمتی که در آن تولید می‌شود، چنین عنوان کرده است: **کارسینوما**^۳؛ **لئوپلاسم** بدخیم سلول‌های پوستی و سلول‌های پوشاننده بسیاری از ارگان‌های بدن مثل دستگاه گوارش، مجاری تناسلی و ... است. حدود ۸۵ درصد سرطان‌ها از این نوع هستند. **سارکوم**^۴؛ **لئوپلاسم** بدخیم ماهیچه‌ها، استخوان و یا بافت همبند است. **لنفوم**^۵؛ **لیمفوما** سرطان‌های سیستم لنفاوی **لوسمی**^۶؛ **لوسمی** سرطان اجزای سازنده خون مثل مغز استخوان است که منجر به تکثیر بیش از اندازه گلبول‌های سفید خون می‌شود (میرزایی و همکاران، ۱۴۰۱).

میزان شیوع سرطان پستان

پستان مهم‌ترین عضو است که بیماری‌های آن زنان را به مطب‌ها و درمانگاه‌ها راهنمایی می‌کند. همان‌طور که گفته شد، در بین انواع سرطان، سرطان پستان شایع‌ترین نوع در زنان می‌باشد؛ آمارهای موجود نشان می‌دهند که خطر ابتلا به سرطان پستان در زنان ۱ به ۸ است. این خطر در تمام گروه‌های سنی یکسان نیست. شیوع ضایعات بدخیم یا سرطانی با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. حدود ۷۵ درصد سرطان‌های پستان بعد از ۴۵ و کمتر از ۲ درصد آنها قبل از ۳۰ سالگی ایجاد می‌شوند (صفایی کشتگر و آستین، ۲۰۰۱؛ ترجمه اکبری و همکاران، ۱۳۹۶).

در سال ۱۹۹۲ مرکز تحقیقات بین‌المللی سرطان گزارش کرد که میزان بروز سرطان پستان از ۲۲ درصد هزار نفر در ژاپن تا ۶۸ درصد هزار نفر در هلند متفاوت است. اروپا و شمال آمریکا از مکان‌های پرخطر و آفریقا و آسیا به طور نسبی از مکان‌های کم‌خطر این بیماری هستند، با وجود این سرطان پستان اکنون در مکان‌های کم‌خطر نیز به سرعت در حال افزایش می‌باشد (نیکسون، ۲۰۰۱؛ به نقل از شکوهی، ۱۳۹۱).

تأثیر دوجانبه ذهن و بدن

توجه به مفاهیم ذهن و بدن از زمان‌های قدیم شروع شده و توسط متفکرانی چون بقراط، سقراط، ارسطو و افلاطون مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان مثال، در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد مسیح، بقراط پزشک یونانی، نظریه مزاج‌ها را درباره شخصیت و آسیب دیدگی روانی ارائه کرد. سقراط نیز معتقد بود همان‌طور که تلاش برای درمان بدن بدون سر و سر بدون بدن صحیح نیست، نمی‌توان بدن را بدون در نظر گرفتن روح درمان کرد. براون^۳ ارتباط بین حالات هیجانی (خشم، ترس، لذت، عشق و سایر موارد) و حالات بدنی را در نظریه هیجان بیان می‌کند و گالن^۴ نیز هیجانات را به عنوان عامل بیماری‌زایی مورد توجه قرار داده است (بولاند، وردوین و روئیز، ۲۰۲۲؛ ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۴۰۱).

3 -Carcinoma	9
4 -Sarcoma	0
4 -Lymphoma	1
4 -Leukemia	2
4 -Brow	3
4 -Galen	4

با شروع قرن بیستم یک رویکرد کل نگرانه به سلامتی و بیماری آغاز شد و توجه به ارتباط بین ذهن و بدن عمیق تر گردید. فروید در اوایل این قرن به بیماری اشاره می کند که علایم و نشانه های بیماری را بدون هیچ گونه اختلال ارگانیک نشان می دهد. وی معتقد بود این علایم از تعارضات درون روانی و تکانه های نهی شده ناشی می شود. واتسون^۴ پدر رفتارگرایی معاصر (۱۹۱۱) ابراز کرد که عوامل روانی و رفتاری می توانند بر فرایند بیماری مؤثر باشند؛ از این رو پیشنهاد کرد که پزشکان اطلاعات بیشتری در این زمینه کسب نمایند. به تدریج اختلالات روان تنی و درمان آنها منجر به انجام تحقیقات گسترده های گردید که در آنها اثرات متقابل فرایندهای ذهنی و بدنی مورد بررسی قرار گرفت (یکله، ۱۳۸۳).

در روانشناسی سلامت، شاخه ای به نام ایمنی شناسی روانی عصبی وجود دارد که به بررسی تأثیر عوامل روانشناختی بر دستگاه ایمنی بدن و افزایش خطر بیماری می پردازد. یافته اساسی در این حوزه این است که شخصیت، رفتار، هیجان و شناخت همگی می توانند پاسخ ایمنی بدن را تغییر داده و از این رو خطر ابتلا به بیماری را تغییر دهند. این حوزه امیدوار است که روان درمانی بتواند برای پیشگیری و درمان بیماری های جسمانی مفید واقع شود (میرزایی و همکاران، ۱۴۰۱).

موارد متعددی وجود دارند که نشان می دهند چگونه افسردگی، درماندگی، ناامیدی و رویدادهای استرس زای زندگی با تغییر ایمنی در افراد مربوط هستند. در یک بررسی، بیماری عفونی و میزان مراجعه به پزشک دانشجویان دوره لیسانس که سبک تبیینی خوش بینانه و بدبینانه داشتند، محاسبه شد. طی یک سال پس از آزمون، بدبین ها دو برابر خوش بین ها به بیماری های عفونی مبتلا شده بودند و دو برابر به پزشک مراجعه کرده بودند (کورتیس، ۱۹۸۵؛ ترجمه محمدی، ۱۳۹۹).

در بررسی دیگری معلوم شد که فعالیت سلول کشنده طبیعی در زنانی که به تازگی رویدادهای مهم زندگی نظیر مرگ همسرشان را تجربه کرده بودند، کمتر است. هرچه زن افسرده تر بود، عملکرد دستگاه ایمنی ضعیف تر بود (سبحانی فرد، ۱۳۸۰).

نظریه تخلیه هیجانی و آسودگی

طرفداران این نظریه معتقدند که مزاح به گشایش خلق و خوی و آزاد شدن انرژی روانی منجر می شود و در نتیجه تعادل و آرامش روانی را در فرد برقرار می کند. شاید مشهورترین نظریه (تخلیه و آسودگی) متعلق به فروید باشد. فروید در کتاب «شوخی ها و ارتباط آن با ناهشیاری» اظهار می دارد که مزاح راهی جهت رهایی از رفتارها و افکار بازدارنده و سانسور شده است. بر اساس نظریه فروید، تخلیه انرژی روانی از طریق مزاح، نوعی تلاش اقتصادی حساب گرانه و در عین حال ناخودآگاه برای برون ریزی تنش ها است. او معتقد است که بین رویاها و مزاح شباهت های فراوانی وجود دارد و در هر دو فرد به طور ناخودآگاه و به شیوه ای نمادین نسبت به ارضای تمایلات واپس زده و تنش زای خویش مبادرت می ورزد (لوین، ۱۹۹۴).

نظریه ناهماهنگی و تباین

پیروان این نظریه معتقدند مزاح از کنار هم گذاشتن دو یا چند مفهوم در ظاهر نامرتب که در ذهن مزاح کننده با یکدیگر مقایسه و در کنار هم گذاشته می شوند، به دست می آید. روان شناسان طرفدار این نظریه معتقدند که عامل مزاح دریافت شباهت یا تفاوت بین امور است و از آنجا که مزاح اغلب سبب تبدیل بحثی منطقی به بحثی نامربوط و بیهوده می شود، لذا خنده آور می شود. به خوبی مشخص است که این نظریه با نظریات شناختی جدید در روان شناسی مطابقت هایی دارد. راسکین معتقد است از نظر پیروان این نظریه در موقعیت های فشارزا، شوخ طبعی پهنه دیدگاه فرد را به سوی حل هر چه مؤثرتر مشکلات و سازگاری بیشتر با محیط و فشارها گسترش می دهد. طبق این دیدگاه مزاح در موقعیت های فشارزا موجب افزایش احساس تسلط، عزت نفس و اعتماد به خود می شود (نامی، ۱۳۹۲).

⁴ -Watso

5

Psychoneuroimmunology

⁴ -Levin

7

مهارت تفکر مثبت نگر

تفکر

فکر کردن تهیه نقشه است. عمل فکر کردن متشکل از سه عنصر احساس، تخیل و حافظه است. تفکر عبارت است از توانایی به کار بردن قوای استنباط، تصور و تشخیص به منظور دستیابی به یک نتیجه. تفکر جریانی است که در آن فرد کوشش می کند مشکلی را که با آن روبرو شده مشخص سازد و با تجربیات قبلی خویش به حل آن اقدام کند (نعمتی، ۱۳۹۳).
جان دیوئی فکر را عبارت از درک روابط می داند و تفکر اساسی از نظر وی یعنی بررسی دقیق هر نظر یا عقیده با توجه به دلایلی که از آن حمایت می کند و نتایجی که این نظر یا عقیده متوجه آنهاست. فکر عبارت است از فعالیت های جهت دار ذهن، برای حل مسأله، یا به عبارت دیگر اندیشیدن و تفکر به آن نوع فعالیت یا رفتار ذهنی گفته می شود که به حل مسأله ای متوجه باشد. خصوصیات تفکر عبارت است از:

- ۱- برخورد با مسأله: تفکر اساسی وقتی شروع می شود که فرد با مسأله یا مشکلی برخورد نماید و نتواند راه حل ثابت و مشخصی را در تجربیات قبلی خود پیدا کند. در این صورت باید فعالیت کند تا راه حل مناسب را دریابد و با اجرای آن مشکل را از میان بردارد.
- ۲- تفکر به عنوان عکس العمل: تفکر مانند سایر اشکال رفتار فرد عکس العملی است که در مقابل موقعیت های مختلف با مسائل گوناگون از فرد سر میزند. فرق تفکر با سایر رفتار مربوط به محرک است.
- ۳- جنبه تجریدی تفکر: تفکر طبعاً جنبه تجریدی دارد و جز اعمال غیرقابل مشاهده است.
- ۴- جهت مشخص: آنچه فرد در جریان تفکر انجام می دهد در جهت و مسیر معینی قرار دارد. بنابراین حل مسأله جهت فعالیت فرد را در موقع تفکر مشخص می سازد.
- ۵- هدف معین: در جریان تفکر معمولاً فرد می خواهد مشکل یا مسأله ای را که مانع رسیدن به هدف است از میان بردارد و خود را به هدف نزدیک کند. محرک اساسی فرد در تفکر هدف مشخصی است که می خواهد به آن برسد (شریعتمداری، ۱۳۹۷).

تفکر مثبت

مثبت اندیشی مفهومی عینی یا واحد نیست و با مضامین آن مشخص می شود، زیرا در مورد هر فرد آنچه به عنوان خوشبینی در نظر گرفته میشود، به چیزهایی که برای او مطلوب و خواستنی است، بستگی دارد. افرادی که تفکر مثبت دارند از زندگی و کار خود بیشتر سود می گیرند و سالم تر می مانند و روابط بهتری با دیگران دارند. اینگونه افراد با دید مثبت به زندگی می نگرند و به جای آنکه افسوس گذشته را بخورند، با رضایت به آن می نگرند و به جای شک و تردید با امیدواری و خوشبینی به آینده نگاه می کنند و این امر نشاط را به فرد هدیه می کند. مثبت اندیشی از طریق کاهش استرس، رسیدن اطلاعات جدید به مغز، افزایش خلاقیت، غلبه بر عقده خودکم بینی، کاهش بی قراری و شتاب، مغتنم دانستن فرصت ها و لحظه ها و با نگاه کردن از منظر یک انسان قدرتمند به موضوع زمینه ساز موفقیت، بهبود و افزایش امید و نشاط در اجتماع می گردد (پترسون، ۲۰۱۹).

مثبت اندیشی نوعی رویکرد و جهت گیری کلی درباره زندگی است، به عبارتی برخورداری از تعادل درونی مناسب و حفظ آرامش و خونسردی در مواجهه با مشکلات است تا فرد بتواند انگیزه شخصی خود را حفظ نماید، به اقدام مناسب بپردازد و از

عملی که انجام می دهد احساس خوبی داشته باشد. لذا آموزش مهارت های تفکر مثبت بر بهبود توانایی های فردی به منظور رویارویی با موقعیت های منفی و تمرکز بر روی مهارت های مثبت تأکید دارد (استالاراد، ۲۰۰۸؛ به نقل از صدرات مرنی، ۱۳۸۸).

تعریف ها و نظریه های متعددی در حوزه مثبت اندیشی مطرح شده است؛ برخی معتقدند مثبت اندیشی با سبک اسناد از لحاظ مفهومی در ارتباط است (خدایاری فرد و غباری بناب، ۱۳۹۱). اسناد فرایندی است که از طریق آن می توان در مورد علل درونی یا بیرونی رفتار خود و دیگران قضاوت کرد؛ به عبارتی افراد تمایل دارند رفتار خود و دیگران را درک کنند. بر این اساس رفتارها را به عوامل موقعیتی (اسناد موقعیتی) و یا عوامل درونی (استاد گرایی) نسبت می دهند. به طور کلی سبک اسناد عبارت است از شیوه خاصی که افراد رویدادهای زندگی خود چه مثبت و چه منفی و به عبارتی موفقیت ها و شکست های خود را تبیین می کنند (نصرت آبادی و همکاران، ۱۳۹۴). از این جهت گفته شده است که مثبت اندیشی با سبک اسناد در ارتباط است که سبک اسناد افراد مثبتگرا با افراد دیگر متفاوت است؛ زمانی که مردم مسائل و مشکلات زندگی خود را نتیجه علل موقتی، خاص و بیرونی (در مقابل علل دائمی، فراگیر و درونی) می دانند، خوش بین تر هستند. مطالعات نشان داده اند که سبک های تبیینی خوشبینانه با سطوح بالای انگیزش، پیشرفت، تندرستی و نیز سطوح پایینتر علائم افسردگی مرتبط است (خدایاری فرد و غباری بناب، ۱۳۹۱).

تفکر مثبت در نظریه شیبر و کارور^۹ به معنای انتظار مثبت مبتنی در آینده رویدادهای خوب بیشتر از رویدادهای بد اتفاق می افتد. انتظارات، تعیین کننده های مهمی برای رفتار می باشند. زمانی که افراد هدفی را تعیین می کنند اگر انتظار پیامدهای مثبت را داشته باشند در برابر سختی ها و مشکلات مقاومت می کنند و تفاوت افراد خوشبین و بدبین در همین است. از نظر شیبر و کارور انتظار پیامد به عنوان مؤلفه اصلی رفتار هدفمند است (شیبر و کارور، ۲۰۱۹).

از یک منظر دیگر، تفکر مثبت با طرحواره های اولیه که در کودکی شکل می گیرد در ارتباط است. در شکل گیری طرحواره ها الگوسازی افراد از روش تعبیر و تفسیر اتفاقات نقش اساسی دارد. کودکانی که در خانواده های خوشبین بزرگ می شوند به تعبیر و تفسیر داده ها به صورت خوش بینانه سوق داده می شوند. از طریق تقویت های محیطی این افراد به مثبت نگری سوق داده می شوند. افراد خوشبین که اتفاقات را بر اساس طرحواره های شکل گرفته در خود تعبیر و تفسیر می نمایند، انتظارات مثبت از اتفاقات آینده دارند (خدایاری فرد و غباری بناب، ۱۳۹۱).

به طور کلی در تبیین مفهوم تفکر مثبت انتظارات و تأویلات فرد در مورد اتفاقات و حوادث که در گستره زمان (گذشته، حال و آینده) و در ارتباط با خود و ارتباط با غیر از خود مورد بررسی قرار می گیرد. گستره زمانی مورد بحث این چنین است که تعبیر و تفسیر اتفاقات گذشته و در حال، و در مورد آینده انتظار برای چه نوع اتفاقاتی است؛ و تمامی آیین وقایع در ارتباط فرد با خود، دیگران، طبیعت و خدا به وقوع می پیوندند. رشد و تحول تفکر مثبت در افراد با تجربیات اولیه زندگی آنان به ویژه تجربیات دلبستگی به مراقبت اولیه در کودکان ارتباط داشته باشد. بدین صورت که افراد مثبت نگر رابطه مبتنی بر اعتماد با مراقب اولیه خود داشته اند. به عبارتی تجربیات دوران کودکی مخصوصاً در ارتباط با روابط موضوعی در شکلگیری طرحواره های شناختی در روابط بی فردی از اهمیت شایانی برخوردار است (خدایاری فرد و غباری بناب، ۱۳۹۱).

سبک تفکر

واژه سبک معادل style انگلیسی است. این واژه خارجی را در زبان و ادبیات فارسی به شیوه، روش، سبک نگارش، سلیقه، سبک متداول، قلم و میله ترجمه کرده اند (آریان پور و آریان پور، ۱۳۹۰). در فرهنگ لغت وبستر^۵ واژه سبک به معنای رفتار شاخص و متمایز و شیوه عمل و اجرا آمده است

^۴ - Scheier, Carver

^۵ - Webster New World Dictionary

در اصطلاح تخصصی، سبک شناسی شیوه‌های است که فرد اطلاعات را پردازش میکند و گویا نخستین بار این اصطلاح را روانشناسانی که در زمینه توانایی‌های حسی - حرکتی تحقیق می‌کرده‌اند، توسعه داده‌اند (اهری و خسروی، ۱۳۹۸).
 واژه تفکر را می‌توان اندیشیدن، فکر کردن، تخیل، گمان کردن و مورد تأمل قرار دادن معنا کرد. بدین ترتیب معنای لغوی اصطلاح سبک تفکر، شیوه اندیشیدن، مدل فکر کردن و مانند اینها است. گرچه از نظر اصطلاح شناسی میان نظریه پردازان در زمینه سبک تفکر اختلاف نظر وجود دارد، اما همگی در این مورد اتفاق نظر دارند که افراد برای رمزگردانی (کدگذاری)، ذخیره و پردازش اطلاعات در ذهن، شیوه ثابت و متمایزی دارند که این شیوه مستقل از هوش است. از سویی مفهوم سبک‌های تفکر از دید زیست‌شناختی، ذهن، شخصیت در سطحی خرد است و ریشه‌ای روانشناختی دارد. از سوی دیگر همراه با توسعه صنعت و فن آوری و تحولات انسان در دنیای بسیار متغیر امروز، بعد اجتماعی- فرهنگی یافته و در سطحی کلان خود را بر جامعه شناسی
 تحمیل کرده است
 (پیرحسین لو، ۱۳۸۳).

برای دستیابی به تفکر منطقی لازم است که توانایی‌های تشکیل‌دهنده آن رشد یابند. این توانایی‌ها تنها در روند عملی و ملموس توسط خود فرد در به کارگیری مکرر آنها بر پایه تجربیات عینی شکل می‌گیرند و تکامل می‌یابند و سرانجام تفکر را برخوردار از بعدی منطقی در رویارویی با پدیده‌های مختلف می‌نمایند (شریعتمداری، ۱۳۹۷).
 برای درک سبک‌های تفکر توجه به ۱۵ نکته اساسی مورد نیاز است:
 ۱- افراد دارای الگوهای متعدد سبک تفکر هستند.
 ۲- همخوانی بین سبک‌های تفکر و توانایی‌ها یک نیروی افزایشی ایجاد می‌کند که بسیار افزونتر از مجموع اجزای آن است.
 ۳- انتخاب‌های زندگی مستلزم تناسب بین سبک‌های تفکر و توانایی‌ها است.
 ۴- سبک‌های تفکر توانایی نیستند بلکه رجحان‌هایی برای به کارگیری توانایی‌ها هستند.
 ۵- سبک‌های تفکر دارای ویژگی جامعه‌پذیری هستند.
 ۶- پایداری در سبک‌های تفکری که افراد ترجیح می‌دهند، متفاوت است.
 ۷- افراد در انعطاف‌پذیری نسبت به سبک‌های تفکر خود متفاوت هستند.
 ۸- سبک‌های تفر در موقعیت‌های مختلف متفاوت هستند.
 ۹- سبک‌های تفکر در طول زندگی تغییر می‌کنند.
 ۱۰- سبک‌های تفکر قابل اندازه‌گیری هستند.
 ۱۱- تناسب بین سبک تفکر و سطوح مختلف توانایی امر پیچیده‌ای است.
 ۱۲- ارزش‌گذاری سبک‌های تفکر، در بعد زمان، نسبی است.
 ۱۳- ارزش‌گذاری سبک‌های تفکر از نظر مکانی امیری نسبی است.
 ۱۴- درستی و نادرستی سبک‌های تفکر امری نسبی است.
 ۱۵- سبک‌های تفکر قابل آموزش هستند (اهری و خسروی، ۱۳۹۸).

دیدگاه استرنبرگ

استرنبرگ، شیوه‌های متفاوت افراد در پردازش اطلاعات را با عنوان سبک‌های تفکر نام‌گذاری کرد. از نظر او سبک تفکر، روش رجحان یافته تفکر است و یک توانایی نیست، بلکه به چگونگی استفاده فرد از توانایی‌هایش اشاره دارد (سیف، ۱۴۰۱).
 سبک‌های تفکر مطرح شده توسط استرنبرگ بر پایه نظریه خودگردانی ذهنی شکل گرفته است (رفعتی، ۱۳۹۱). استرنبرگ در نظریه خودگردانی ذهنی معتقد است که سبک‌ها روش‌های رجحان یافته‌ای برای استفاده از توانایی‌های شناختی‌اند و نشان می‌دهند که افراد به چه شکل توانایی‌های خویش را در زندگی روزمره به کار می‌گیرند. از نظر او سیزده سبک تفکر در پنج بعد قابل تفکیک‌اند:

- ۱- کارکردها شامل سبک قانون گذارانه^۱، اجرایی^۲ و قضایی یا ارزش یابانه^۳.
 - ۲- شکل ها شامل سبک های سلسله مراتبی^۴، شاهانه^۵، جرگه سالاری^۶، گروه سالاری و بی قانونی^۷.
 - ۳- سطح ها شامل سبک های تفکر کلی^۸ و جزئی^۹.
 - ۴- حوزه ها شامل سبک های درونی و بیرونی.
 - ۵- گرایش ها شامل آزاداندیشی^{۱۰} و محافظه کارانه^{۱۱} (رفعتی، ۱۳۹۱).
- پژوهش ها نشان می دهند که ۱۳ سبک تفکر قابل تمیز به صورت سه سبک کلی هستند (ژانگ و استرنبرگ، ۲۰۰۵). سبک های تفکر نوع اول مولد خلاقیت بوده و سطوح بالاتری از پیچیدگی شناختی را طلب می کند. این سبک کلی شامل سبک های قانونی، قضایی، سلسله مراتبی، کلی و آزاداندیشی می شود. سبک تفکر نوع دوم شامل آن دسته از سبک ها است که فرد را به تبعیت از هنجار رهنمون ساخته و سطوح پایین تری از پیچیدگی شناختی را در برمی گیرد. این سبک ها مشتمل بر سبک های اجرائی، جزئی، شاهانه و محافظه کارانه است. سبکه ای بی قانونی، جرگه سالاری، درونی و بیرونی نیز سبک تفکر نوع سوم را تشکیل می دهند. این سبک می تواند با توجه به موقعیت، ویژگی های سبک یک یا دو را شامل شود (فرزاد و همکاران، ۱۳۸۶).
- پیش فرض اساسی نظریه خودگردانی ذهنی استرنبرگ این است که انواع حکومت های موجود در جهان به صورت اتفاقی پدید نیامده اند، بلکه انعکاس های بیرونی رویدادهایی هستند که در ذهن افراد روی می دهند. همانطور که انسانها با سبک هایی (با انواع حکومت ها) دیگران را کنترل و اداره می کنند، قادرند رفتار خود را نیز اداره کنند و افراد همانند شهرها، ایالت ها یا کشورها نیازمند کنترل و اداره خودشان هستند (چاوشیان، ۱۳۹۲).
- استرنبرگ می گوید: متأسفانه در محیط های آموزشی و مدارس، اغلب تفکر قانون گذار مورد بی توجهی قرار می گیرد و از سبک تفکر اجرایی که مستلزم اطاعت افراد از دستورات است، استقبال می شود. فشار خانواده، مدرسه، همسالان و دیگر منابع جامعه پذیری، کودکان را تشویق به پذیرش سبک تفکر اجرایی و احترام به ارزش ها و هنجارهای سنتی حاکم می کند. در مدارس و همچنین در حوزه های مدیریتی سازمان ها، برای تفکر تحلیلگر و قضاوت گرا که با ارزیابی، نقادی و تحلیل برنامه ها و طرح ها همراه است، همانند تفکر قانونگذار، ارزش اندکی فائند و به افراد مجری بیشتر ارج می نهند و ارتقا می بخشند. اما افراد دارای تفکر تحلیلگر مورد بی مهری، اخراج، انفصال از خدمت و ... قرار میگیرند. افراد کلان نگر مسائل را بسیار وسیع و انتزاعی می بینند و به جزئیات توجهی ندارند. اما افراد خردنگر، به جزئیات مسائل توجه دارند. آن ها غالباً عملگرها هستند و کمتر تفکر انتزاعی دارند. افراد آزاداندیش، گرایش دارند برتر از قوانین و برنامه های موجود فکر کنند و به دنبال حداکثر تغییرند و معمولاً در پی موقعیت های مبهم و پرخطر هستند (اهری و خسروی، ۱۳۹۸).
- استرنبرگ معتقد است با به کارگیری سبک های تفکر در زندگی اجتماعی و یا با هماهنگ ساختن آنها با توانایی های خود، می توان بر مشکلات فائق آمد و از قابلیت های خود حداکثر بهره را برد. استرنبرگ همچنین بیان می کند که سبک های تفکر

5 - Legislative	1
5 - Executive	2
5 - Judicial	3
5 - Hierarchical	4
5 - Monarchic	5
5 - Oligarchic	6
5 - Anarchic	7
5 - Global	8
5 - Local	9
6 - Liberal	0
6 - Conservative	1
6 - Zhang	2

بسیار کمتر از آنچه استحقاقش بوده، مورد توجه قرار گرفته است و بیشتر به عملکرد افراد اهمیت داده شده است. از دیدگاه او شکست ها و موفقیت هایی که به توانایی ها نسبت داده شده، اغلب ناشی از سبک ها است. از اینرو درک صحیح سبک های تفکر می تواند در جهت انتخاب فعالیت های مناسب کمک کند، چرا که سبک های تفکر عامل مهمی در به کارگیری توانایی ها است (فلاحی، ۱۳۹۵).

سبک تفکر از نظر اسمیت

اسمیت^۳ در مقاله ای با عنوان سبک های تفکر نظریه - عمل در مهندسی و علم، دانش را در حکم عنصری از سبک های تفکر که سازنده مجموعه های تفکر^۴ هستند، توصیف می کند. وی مفاهیم نظریه ای خود را به دو نمونه جداگانه اما مرتبط یعنی به جوامع تکنیکی (مثل یک مؤسسه الکتریکی) و مهندسان الکترونیک ربط داده است، به گونه ای که مهندسان الکترونیک را مصداقی برای توصیف سبک های تفکر نظریه پرداز مدار^۵ و جوامع تکنیکی را نمونه ای برای سبک های طراح مدار^۶ معرفی کرده است. نظریه تفکر مطرح شده در مقاله اش راهی میانبر میان دو حالت افراطی عینی و ذهنی، در سه جنبه مهم آنها در برخورد با مطالعه سبک های تفکر به شرح زیر است:

۱- واقعیت ها وجود ذاتی ندارند. برخی از مردم نتیجه می گیرند که اصلاً واقعیتی وجود ندارد، اما این چنین نتیجه گیری ها، متناقض، گمراه کننده و بیمعنی هستند. برای خروج از این معما باید گفت واقعیت ها فقط در درون یک سبک تفکر، در جایی که شخص بنا به دلایلی، وضعیت خاصی را برای کاربرد عملی آن سبک انتخاب می کند، موجودیت می یابند. بنابراین واقعیت ها هم نسبی هستند و هم واقعی (مطلق).

۲- تفکر فردی ذاتاً وجود ندارد. تفکر یک فرایند گروهی است و در شیوه ای که از سوی افراد مشخص در موقعیت های مشخص انجام می گیرد، باید فردیت را جستجو کرد. بنابراین تفکر هم امری فردی و هم امری گروهی است.

۳- سبک های تفکر و واقعیت ها، بیزمان نیستند. شناخت دانش در حکم یک فرایند، پذیرفتنی است تا یک سکون، واقعیت ها با زمان تغییر می کنند. اما مردم سبک های تفکر را طوری به کار می برند که گویی بازدارنده تغییرات هستند. بنابراین ماهیت سبک های تفکر هم پویاست و هم ایستا، اسمیت می پرسد: «چگونه می توانیم جنبه های نسبی، گروهی و پویای دانش را در نوشتاری تکنیکی مجدداً ادغام کنیم؟» در پاسخ می نویسد: انجام دادن این کار در چارچوب ترکیب دوگانه نظریه- عمل قابل تبیین است که اسمیت آن را در جامعه تکنیکی نیز یافته است (اسمیت، ۲۰۱۹).

سبک تفکر قانون گذارانه

افراد دارای سبک قانون گذارانه دوست دارند کارها را به میل خود انجام دهند. آنان همچنین علاقه مند به خلق و تدوین و طراحی امور هستند. به سخن دیگر، این افراد قوانین خودشان را وضع می کنند. استرنبرگ می گوید: «دانش آموزان دارای سبک تفکر قانون گذارانه از شیوه های موجود مدارس انتقاد می کنند و غالباً انتقادات آنان بجاست. این دانش آموزان نسبت به انجام کارهایی که معلمان از آنها می خواهند چندان علاقه مند نیستند». همچنین این یادگیرندگان مسائل سازمان نیافته را ترجیح می دهند، زیرا دوست دارند که آنها را خودشان سازمان دهند. از جمله کارهای دیگری که این گونه افراد دوست دارند انجام دهند عبارت اند از: نوشتن مقالات ابتکاری و داستان های کوتاه، سرودن شعر، طرح مسائل ریاضی و پروژه های علمی، و تصمیم گیری درباره امور زندگی؛ (سیف، ۱۴۰۱).

⁶ - Smith 3

⁶ - Thinking collectives 4

⁶ - Circuit theorists 5

⁶ - Circuit designers 6

سبک تفکر اجرایی

افراد دارای سبک تفکر اجرایی علاقه مند به اجرای قوانین و دستورالعملها هستند. بنابراین، آنها دوست دارند که به وسیله دیگران هدایت بشوند. آنها همچنین مراحل پیچیده انجام کارهای اداری و مقررات سفت و سخت را می پسندند. یادگیرندگان دارای این سبک تفکر، به خلاف یادگیرندگان دارای سبک تفکر قانون گذارانه، مسائل کاملاً سازمان یافته را ترجیح می دهند. بنا به گفته استرنبرگ، «افراد دارای سبک تفکر اجرایی مسائلی که دیگران در اختیارشان قرار می دهند یا برایشان سازمان می دهند را ترجیح می دهند» این افراد به اصطلاح مرد عمل هستند و عموماً دوست دارند قوانین را به اجرا درآورند. (هم قوانین خودشان و هم قوانین دیگران). از جمله کارهایی که دانش آموزان دارای این سبک تفکر دوست دارند انجام دهند عبارتند از: نوشتن مقالاتی از دیدگاه دیگران به ویژه معلم را منعکس می کند، حفظ کردن داستان ها و شعرهای دیگران، حل کردن مسائل طرح شده به وسیله دیگران و پیروی از دستورات دیگران در انجام امور مختلف (سعیدی و همکاران، ۱۴۰۰).

سبک تفکر قضایی

افراد دارای سبک تفکر قضایی به داوری درباره امور و ارزشیابی مسائل گوناگون علاقه مندند. این افراد مسائلی را ترجیح می دهند که بتوانند از طریق آنها به تحلیل و ارزیابی اندیشه ها و امور بپردازند. بنا به گفته استرنبرگ «افراد دارای سبک تفکر قضایی، در کار روزنامه نگاری، نوشتن مقالات تفسیری و انتقادی را بیشتر از گزارش های خبری می پسندند و به عنوان معلم ارزیابی از کار دانش آموزان را به آموزش دادن به آنها ترجیح می دهند. از جمله کارهایی که این گونه افراد دوست دارند انجام دهند عبارتند از: نوشتن مقاله های انتقادی، اظهارنظر درباره امور، داوری کردن درباره مردم و کارهای آنان، و ارزشیابی از برنامه ها و پروژه (سیف، ۱۴۰۱).

کنترل شناختی هیجان

هیجان اصطلاحی است که به سختی می توان آن را تعریف کرد. واژه هیجان طیف وسیعی از رفتارهای قابل مشاهده، تظاهر احساسات و تغییر در حالت بدن را شامل می شود. هیجان ها احساساتی هستند که به زندگی شور و نشاط می دهند و اجازه می دهند که شادی ها و غم های زندگی را تجربه کنیم (مایر و سالووی، ۲۰۰۷).

به عقیده جامعه شناسان، نقش اساسی احساسات و هیجانات در تکامل انسان و حفظ بقای او این است که در لحظات حساس و حیاتی، قلب (احساس) جلوتر از سر (عقل و منطق) عمل می کند. به گفته آن ها، انسان در موقعیت های دشوار و هنگام وظایف بسیار مهم، که در اداره آن ها، فقط نیروی عقل عمل می کند، توسط نیروی هیجان های خود هدایت می شود. بنابراین به نظر می رسد که بررسی طبیعت انسان بدون در نظر گرفتن قدرت تنظیم هیجان نگرشی بسیار کوتاه بینانه است. با توجه به یافته ها و دیدگاه های دانش جدید درباره جایگاه هیجان ها در زندگی، وقتی پای شکل گیری تصمیم ها و اقدامات پیش می آید، تنظیم هیجان هم به اندازه تفکر و گاهی بیش از آن در لحظه لحظه رفتار و کردار موثر است (خانقانی، ۱۳۹۳).

تاکنون محققان و نظریه پردازان به یک نقطه توافق درباره تنظیم هیجان نرسیده اند. اگر چه یک نقطه توافق، این عقیده است که تنظیم هیجان مستلزم فرایندهای درونی است که باید با هیجانات انجام شود، اما در این تعریف هیچ توجهی به رفتار آشکار یا هدفمند به عنوان پیامد تنظیم هیجان یا عدم تنظیم آن نشده است. پژوهش های انجام شده تعدادی تعریف را از تنظیم هیجان ارائه کرده اند. برخی تنظیم هیجان را به عنوان مجموعه ای از فرایندهایی در نظر می گیرند که یک شخص ممکن است از

6. Mayer, Salovey

آن‌ها برای فراخوانی یک هیجان مثبت یا منفی، حفظ آن هیجان، کنترل آن، یا تغییر آن استفاده کند به طوری که بین هیجان و نوع ابراز آن هیجان تفاوت قائل می‌شوند (مک لم، ۲۰۰۷؛ کیانی و بهرامی، ۱۳۹۰).

منظور از کنترل شناختی هیجان این است که فرد بیاموزد که چگونه هیجان‌های خود را در موقعیت‌های گوناگون تشخیص دهد و آن را ابراز یا کنترل کند. به عبارت دیگر دشواری کنترل شناختی هیجان عبارت است از دشوار بودن یا ناممکن بودن مقابله با تجربه هیجان و یا پردازش آن؛ (منصوری راد، ۱۳۹۹).

دشواری تنظیم هیجانی می‌تواند به صورت تشدید بیش از حد هیجان و یا غیرفعال شدن بیش از حد هیجان تظاهر کند. تشدید بیش از حد هیجان شامل هرگونه افزایش در شدت هیجان است که فرد مربوطه آن را ناخواسته، مزاحم، مستاصل کننده، یا دردسرساز می‌انگارد. مواردی از افزایش هیجان که سبب بروز وحشت، آسیب یا نوعی حس فوریت می‌شوند مبنی بر این که فرد مستاصل شده و در تحمل هیجان با مشکلاتی روبرو است، در چنین معیارهایی می‌گنجد. غیر فعال شدن بیش از حد هیجان، شامل تجربیات گسستنی است، مانند دگرسان بینی خود، دگرسان بینی محیط یا رخوت هیجانی در بافتار تجربیاتی که انتظار می‌رود در حالت طبیعی، سبب احساس درجات یا شدت‌هایی خاص از هیجان شوند. به نظر می‌رسد که یکی از ناخوشایندترین تجربیات برای بیماران، همانا مستاصل شدن از هیجان‌های خویش و بی‌اطلاعی از چگونگی مقابله با شدت آن‌ها است (شهبازی، ۱۴۰۰).

در نتیجه، برخی بیماران به روش‌هایی دردسرساز مانند سوء مصرف الکل یا مواد مخدر، پرخوری، سرزنش کردن دیگران، نشخوار فکری و دیگر راهبردهای بی‌حاصل روی می‌آورند. بسیاری از بیماران، از موقعیت‌های که سبب ایجاد "هیجان‌های دردسرساز" می‌شوند دوری جسته و یا منفعل و منزوی باقی می‌مانند، و بدین ترتیب بر حس ناکارآمدی و افسردگی خویش می‌افزایند. برخی دیگر از بیماران، خود یا دیگران را بابت احساسات خویش سرزنش کرده و سبب تشدید بیشتر افسردگی یا دوری از منابع مهم حمایتی می‌شوند. بنابراین ایجاد قابلیت‌هایی برای تحمل پاسخ‌های هیجانی و تنظیم آن‌ها می‌تواند به بیماران کمک کند تا گستره رفتارها و پاسخ‌هایی که در هنگام رویارویی با ناراحتی شدید در اختیار دارند را وسعت بخشند (منصوری راد، ۱۳۹۹).

پژوهشگران یک مفهوم چند بعدی تنظیم هیجان را پیشنهاد می‌کنند که شامل: ۱- آگاهی و شناخت و فهم هیجان‌ات ۲- پذیرفتن هیجان‌ات ۳- توانایی برای کنترل رفتارهای تکانشی و عمل کردن برحسب اهداف مطلوب وقتی که هیجان‌ات منفی تجربه می‌شوند. ۴- توانایی در استفاده از تنظیم هیجانی به وسیله اجرا کردن استراتژی‌هایی که پاسخ‌های هیجانی را در یک حالت انعطاف پذیر شکل می‌دهند، می‌باشد. غیبت نسبی یکی یا همه این توانایی‌ها، دشواری در تنظیم هیجانی یا عدم تنظیم هیجانی را نشان خواهد داد. این ابعاد به مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی مربوط هستند (محمدیو همکاران، ۱۳۹۰).

اهمیت کنترل هیجان

هیجان‌ات می‌توانند هم سازمان دهنده توجه و هم مانعی برای سازمان‌دهی توجه باشند، هم می‌توانند حل مسئله را تسهیل و هم مختل کنند، و همچنین هم باعث ایجاد روابط و هم تخریب آن شوند. این تعاملات دو سویه، ضرورت کمک به افراد برای یادگیری تنظیم هیجان‌اتشان را تشدید می‌کند (مک لم، ۲۰۰۷؛ کیانی و بهرامی، ۱۳۹۰).

از آن‌جا که تنظیم هیجان، اساساً با رفتار مرتبط است، تنظیم هیجان به افراد اجازه می‌دهد تا رفتارهایشان را کنترل نمایند، به صورتی که به چیزهایی که در اطرافشان در حال رخ دادن است، واکنش انعطاف پذیر نشان دهند. به همین دلیل مشخص شده است که تنظیم هیجان یکی از مولفه‌های اساسی انعطاف پذیری و شایستگی فرد می‌باشد (مک لم، ۲۰۰۷؛ کیانی و بهرامی، ۱۳۹۰).

بدون وجود هیجان‌های مختلف، زندگی نیز فاقد معنی، حس، غنا، شادی و ارتباط با دیگران خواهد بود. هیجان‌ها مطالبی را درباره نیازها، ناکامی‌ها و حقوق در اختیار افراد قرار می‌دهند، و موجبات انگیزه لازم برای تغییر و گریز از موقعیت‌های دشوار را فراهم می‌کنند به گونه‌ای که افراد درمی‌یابند در چه مواقعی احساس رضایت‌مندی کنند (منصوری راد، ۱۳۹۹). با این حال افراد پرشماری وجود دارند که معتقدند که هیجان‌هایشان آنان را مستاصل کرده است، از احساسات خود واهمه دارند، و توان مقابله ندارند، زیرا بر این باورند که غم یا اضطرابشان مانع از انجام رفتارهایی کارآمد می‌شود. لذا به نظر می‌رسد که فرا گرفتن مهارت‌های کنترل شناختی هیجان انگیزه لازم برای مقابله با موقعیت‌های مختلف را فراهم می‌کند (منصوری راد، ۱۳۹۹).

راهبردهای ناسازگار کنترل هیجانی

خود سرزنش گری: خود را مسئول و مقصر تجربیات تلخ دانستن. کسی که در وقایع پیش آمده به سرزنش خود می‌پردازد، به شدت گرفتار احساس گناه است. احساس گناه ممکن است منجر به بیماری‌های روانی مانند افسردگی شود. اعتقاد بر این است که سبک‌های اسنادی در سرزنش خود موثرند و با افسردگی و دیگر بیماری‌های روانی نیز مرتبط هستند (گارفنسکیو همکاران؛ ۲۰۰۴).

دیگر سرزنش گری: نحوه تفکری مبتنی بر این که دیگران مسئول و مقصر اتفاقات بدی هستند که برای شما رخ داده است. مطالعات نشان داده‌اند که سرزنش و مقصر دانستن دیگران با بهزیستی هیجانی ضعیف و مشکلات رفتاری همراه است. **فاجعه نمایی:** فکر کردن به این که اتفاق رخ داده چقدر وحشتناک است و این اتفاق بدترین چیزی است که در زندگی هر کسی رخ می‌دهد. کاربرد زیاد این راهبرد منجر به مشکلات هیجانی و بیماری‌های روانی می‌شود. در کل به نظر می‌رسد که این راهبرد با غیر انطباقی بودن، پریشانی هیجانی و افسردگی مرتبط باشد.

نشخوار فکری: تفکر مداوم راجع به احساسات و تفکرات همراه با اتفاق ناخوشایند، بدون اقدام برای اصلاح محیط. مطالعات نشان داده‌اند که شیوه مقابله نشخوار فکری با سطوح بالای افسردگی همراه است (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

راهبردهای سازگار کنترل شناختی هیجانی

پذیرش: این راهبرد، بر پذیرش رویداد و تجربه تلخ دلالت دارد. پذیرش یک راهبرد مقابله‌ای است که رابطه مثبت و تعدیل‌کننده‌ای با میزان خوش بینی و حرمت خود، و رابطه منفی با میزان اضطراب دارد. اگرچه فرایند پذیرش خوب است، اما برای بسیاری از وقایع، سطوح خیلی بالای پذیرش می‌تواند نشانگر نوعی از کناره‌گیری حسی باشد و به احساس عدم توانایی در تاثیرگذاری بر وقایع منجر شود (گارفنسکی، و همکاران؛ ۲۰۰۷).

تمرکز مجدد مثبت: این راهبرد عبارتست از فکر کردن درباره وقایع مثبت بجای وقایع منفی. تحقیقات نشان داده‌اند که این راهبرد به تنهایی تأثیر مثبتی بر سلامت روان دارد، اما به کار بردن این راهبرد در سطوح بالا می‌تواند نوعی ترک رابطه روانی محسوب گردد (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲). اعتقاد بر این است که این راهبرد، در کوتاه مدت یاری‌دهنده اما در بلند مدت مانع از مقابله سازنده با رویدادهای منفی می‌گردد (اونگنا، و همکاران، ۲۰۱۰).

تمرکز مجدد بر برنامه ریزی: تفکر درباره برنامه‌هایی که برای مداخله در اتفاقات مورد نیاز است، و با تفکر روی طرحی که موقعیت‌ها را تغییر می‌دهد. این راهبرد لزوماً یک راهبرد مقابله شناختی مثبت است. این راهبرد مقابله شناختی، متمرکز بر

⁶ -Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer, Teerds

⁷ -Granefski, Kraaij & Spinhoven

⁷ -Ongena, Das, Smith, Gil, Johnston

عمل است. به عبارت دیگر، این راهبرد صرفاً شناختی نیست، بلکه همراه با عمل است و رفتاری حقیقی را بدنبال دارد (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

ارزیابی مجدد مثبت: معنای مثبت بخشیدن به وقایع و اتفاقات، فکر کردن به این که این اتفاقات می‌توانند فرد را قوی تر کنند و یا جستجوی جنبه های مثبت یک اتفاق. این راهبرد نیز با خوش بینی و حرمت خود رابطه مثبت، و با اضطراب رابطه منفی دارد (اونگنا و همکاران، ۲۰۱۰).

کم اهمیت شماری: به تفکر درباره کم اهمیت جلوه دادن رویدادها و یا تاکید بر نسبیّت آن ها در مقایسه با سایر رویدادها اشاره دارد. همچنین، مفهوم مقایسه اجتماعی یا کم اهمیت شماری، مسئله مهمی در رابطه با بهزیستی روانی است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

کیفیت زندگی

به لحاظ آکادمیک، مفهوم کیفیت زندگی^۲ به عنوان یک زمینه ی تحقیقی از اوایل دهه ی ۱۹۶۰ میلادی مطرح شد. گزارش کمیته ی ریاست جمهوری آمریکا در راستای تحقق اهداف ملی این کشور و کار تحقیقی بائر^۳ (۱۹۶۶) درباره ی آثار ثانویه ی برنامه های محیط زیستی در آمریکا معمولاً به عنون اولین کارهایی نام برده می شوند که پیشگام توجه به بحث کیفیت زندگی بوده اند (افشار، ۱۳۹۲).

طی سال های اخیر، علاقه مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن افزایش چشم گیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به صورت یک هدف درآمده است. به نوعی می توان گفت که کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است (کاری، ۲۰۰۱^۴).

تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است، چرا که مفهومی وسیع و پیچیده دارد که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می شود. شخصیت سالم، آمیزه ای از آزمون های فردی در طول زندگی و عوامل وراثتی می باشد که هر دو با هم تصور ذهنی فرد از خوب یا ضعیف بودن کیفیت زندگی را می سازند. احساس امنیت، تعارضات هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند. زمانی که فردی در زندگی احساس رضایت و خوشحالی می کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارند، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خود مراقبتی خوبی داشته باشد، روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم تر باقی خواهد ماند. از این رو، کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت و این چرخه مثبت خود تقویت کننده، همچنان ادامه می یابد (فاسی، ۲۰۰۴^۵). بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علایم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد (افشار، ۱۳۹۳).

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است و منعکس کننده سطح رضایتمندی و کارکرد جاری فرد است (آقاملایی، ۱۳۹۸). این اعتقاد در بین پرسنل پزشکی وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی بایستی مهم ترین هدف مداخلات پزشکی باشد (محمدی زیدی، ۱۳۸۵). امروزه از این مفهوم ذهنی و چند بعدی در اندازه گیری داروها، درمانها، جراحیها و سایر مداخلات در حیطه پزشکی استفاده می شود (دهداری، ۱۳۸۰).

^۲ - Quality of Life	2
^۳ - Bauer	3
^۴ -Carey	4
^۵ - Fauci	5

در گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به این صورت تعریف می کند. دریافت فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به چهارچوب فرهنگی و نظام ارزشی که در آن به سر می برد و با در نظر گرفتن اهداف انتظارات و معیارها و علایق خود این تعریف مفهوم گسترده ای است که به نحوی پیچیده متأثر از سلامتی جسمانی، وضعیت روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و ارتباط آنها با مشخصه های بارز محیط اوست. طبق این تعریف، کیفیت زندگی به تفاوت ادراکی فرد از میزان رضایت از زندگی اشاره دارد که شامل وضعیت سلامتی او نیز می شود (سارافینو، ۲۰۰۲، شفیع و همکاران، ۱۴۰۱).

ارائه تعریفی قابل قبول به طور کامل از کیفیت یا تنظیم شاخص هایی برای اندازه گیری و ارزیابی آن دشوار است. کیفیت زندگی یک ساختار مفهومی مشکل برای تعریف است با این حال، گروه کیفیت زندگی در سازمان بهداشت جهانی برای یک کاسه کردن تعریف قبلی تلاش کردند. آنها کیفیت زندگی را به عنوان ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آنجا زندگی می کنند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم تلقی می کنند (فکری، ۱۳۸۶).

برخی کیفیت زندگی را بعنوان احساس بهزیستی تعریف می کنند. عبارت دیگر کیفیت زندگی و احساس بهزیستی یکی و یکسان هستند، بعلاوه کیفیت زندگی گاهی برابر با دیگر مفاهیم ذهنی از قبیل رضایت از زندگی در نظر گرفته می شود. دیگر مدل ها احساس بهزیستی را بعنوان یک جزء از کیفیت زندگی در نظر می گیرند. بعنوان مثال ویترس اصطلاح کیفیت زندگی را بعنوان ترکیبی از ابعاد ذهنی و عینی می بیند که او بعنوان رفاه عینی و رفاه ذهنی توصیف می کند. رفاه ذهنی بعنوان پاسخ های ارزیابی افراد از زندگی خود، هم ارزیابی ذهنی (رضایت) و هم ارزیابی عاطفی (شادی) را شامل می شود. منبع تعریف چالوک از کیفیت زندگی فردی شامل سه بعد مرتبط با جنبه های خاص رفاه می شود که بیانگر این است که رفاه یک تعیین کننده کیفیت زندگی است با این وجود او همچنین می گوید که اصطلاح قلمروهای کیفیت زندگی اشاره ای به مجموعه هایی از عوامل دارند که احساس بهزیستی شخصی را شامل می شود. مفاهیم احساس بهزیستی و کیفیت زندگی بنابراین ارتباط خیلی نزدیکی در مورد چالوک دارند اما ارتباط به نظر سردرگم کننده می آید (واگنیلد^۸ و یونگ^۹، ۲۰۰۶). مفهوم کیفیت زندگی با گسترش همه جانبه تکنولوژی و فرایند صنعتی شدن مورد توجه قرار گرفت، چرا که این فرایند متعاقباً خود باعث افزایش استرس شد (خوراسگانی ربانی و کیانپور، ۱۳۸۶).

ویژگی کیفیت زندگی از نظر پژوهشگران

۱. جنبه چند بعدی بودن: بیشتر متخصصان دنیا بر این چند بعدی معتقدند:

بعد جسمی: بعد جسمی به دریافت فرد از توانایی هایش در انجام فعالیت ها و وظایف روزانه که نیاز به مصرف انرژی دارد، اشاره می کند و می تواند در بردارنده ی مقیاس هایی چون تحرک، توان و انرژی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت توان کاری باشد.

بعد روانی: جنبه های روحی مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می گیرد بعضی از زیر گروه های این بعد عبارتند از تصویر از خود، احساس مثبت، احساس منفی، اعتقادات مذهبی، فکر کردن، یادگیری، حافظه و تمرکز حواس.

بعد روحی: درک فرد از زندگی و هدف و معنای زندگی را در بر می گیرد ثابت شده است که بعد روحی زیر مجموعه بعد روانی نبوده و یک دامنه مستقل محسوب می شود (افشار، ۱۳۹۳).

⁷ - world health organization quality of life group

⁷ - world health organization quality of life

⁷ - Wagnild 8

⁷ - Young 9

۲. **ذهنی بودن:** ارزیابی فرد از سلامت و خوب بودنش یک عامل کلیدی در مطالعه کیفیت زندگی می باشد. قضاوت فرد در مورد بیماری، درمان و سلامتی خود اهمیت بیشتری نسبت به ارزیابی عینی از سلامتی دارد. عامل اصلی تعیین کننده کیفیت زندگی عبارتست از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باید باشد.

۳. **پویا بودن:** پویا بودن کیفیت زندگی به این معناست که با گذشت زمان تغییر می کند و به تغییرات فرد و محیط او بستگی دارد
(فارکوهار، ۲۰۰۸).

شاخص های کیفیت زندگی

اشنایدر^۱ (۱۹۷۶) بر این اعتقاد است که کیفیت زندگی تا حد زیادی با جنبه هایی از زندگی شخصی مانند آرزوها، انتظارات، شادکامی، رضایت تعیین می شود (رجبی، ۱۳۹۲).

اندروز و ویتی^۲ (۱۹۷۶) سطح رضایت از زندگی خانوادگی، شغل و درآمد در کنار احساس کارآمی شخصی، رضایت از عملکرد دولت در کل، و رضایت از خدمات موجود را از جمله عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی در کل و در نتیجه کیفیت زندگی قلمداد کردند. در مقابل شاخص های ذهنی، عده ای از صاحب نظران شاخص های عینی را برای سنجش کیفیت زندگی مورد توجه خود قرار می دهند. برای مثال، اشنایدر در مطالعه ی خود حدود شش دسته متغیرهای مختلف در این زمینه را نام برده و معتقد است این متغیرها برای سنجش کیفیت زندگی عینی مورد توافق اکثر صاحب نظران هستند. متغیرهای مورد نظر وی عبارتند از: درآمد، ثروت و شغل؛ محیط زیست؛ سلامتی (روحی و جسمی)؛ آموزش؛ بی سازمانی^۳ اجتماعی (جنایت، الکلیسم، اعتیاد) و از خودبیگانگی و مشارکت سیاسی (خوراسگانی ربانی و کیانپور، ۱۳۸۶).

در واقع، شاخص های عینی کیفیت زندگی، شرایط مشاهده پذیر محیط زیستی را مد نظر قرار می دهد، مانند وضع مسکن، تغذیه، محیط زیست ... و شاخص های ذهنی، با توجه به سئوالاتی که محققان از طریق پرسشنامه از مردم درباره ی احساسات رضایت، شادکامی یا مشابه آن می پرسند به دست می آیند. شاخص های ذهنی کیفیت زندگی یا به عبارت دیگر، کیفیت زندگی ذهنی، مقوله ای است که در روان شناسی و روان شناسی اجتماعی دارای سابقه ی طولانی است. با وجود این، مشکل عمده در تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی، بر می گردد به نام هم خوانی شاخص ها و شیوه های سنجش و نبود روش های یکسان برای سنجش کیفیت زندگی (افشار، ۱۳۹۳).

جاستر و همکاران (۱۹۸۱) برای سنجش کیفیت زندگی ذهنی، فهرستی از احساسات مختلف را طراحی کردند که در آن نمرات رضایت از فعالیت های خاصی را وزن دهی و به وسیله ی زمانی که افراد برای انجام هر فعالیت صرف می کردند، آن ها را اولویت بندی کردند.

به اعتقاد برخی از محققان تعداد ابعاد مورد بررسی کیفیت زندگی خیلی مهم نیست، بلکه آن چه اهمیت حیاتی دارد توجه به این مطلب است که هر مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی، باید بتواند نیاز به داشتن یک چارچوب چند بعدی را تشخیص دهد و به این که چه چیزهایی برای مردم در تعیین کیفیت زندگی شان مهم است توجه کند و شاخص های اساسی هر بعد را در کنار سایر ابعاد در کل نماینده ی مفهوم کاملی از کیفیت زندگی بداند. علی رغم اختلافات نظری فراوان، تحلیل اخیری که توسط اسپالوک (۲۰۰۴) صورت گرفته، حاکی از آن است که توافق قابل توجهی در خصوص هشت بعد مرکزی در سنجش کیفیت زندگی میان محققان وجود دارد. او این نتیجه را با توجه به تحلیل ۱۶ مطالعه ی چاپ شده درباره ی کیفیت زندگی به دست آورده است. در مطالعات مورد بررسی شالوک، ابعاد هشتگانه ی مذکور از طریق ۱۲۵ شاخص مورد سنجش

8 - Farquhar	0
8 - Schneider	1
8 - Andrews and Withey	2
8 - Disorganization	3

قرار گرفته اند. این ابعاد به ترتیب عبارتند از: (۱) روابط بین شخصی، (۲) پذیرش و ادخال اجتماعی، (۳) رشد فردی، (۴) احساس بهزیستی فکری، (۵) حق تعیین سرنوشت خود، (۶) احساس بهزیستی مادی، (۷) احساس بهزیستی احساسی و (۸) حقوق. در کنار ابعاد کیفیت زندگی، شاخص های اصلی سنجش این مفهوم باید به عنوان رفتارها، ادراکات یا شرایط مختص به هر بعدی در نظر گرفته شوند تا نشان دهنده ی احساس بهزیستی فرد در هر بعد خاص و در نهایت مجموع ابعاد باشند (خوراسگانی ربانی و کیانپور، ۱۳۸۶).

شاخص های تشکیل دهنده ی هر بعد باید دارای ویژگی های زیر باشند: به لحاظ کارکردی با بعد مربوطه مرتبط باشند. آن چه را که مورد نظر است، مورد سنجش قرار دهند (دارای روایی باشند). از ثبات نسبی در بین محققان و تحقیقات مختلف برخوردار باشند (پایایی داشته باشند). تغییرات را به خوبی مورد سنجش قرار دهند (از حساسیت پذیری زیادی برخوردار باشند). تغییرات را تنها در حوزه ی مربوط به هر بعد خاص بسنجند (تخصصی باشند). به لحاظ زمانی، هزینه ای و توان محقق قابل اجرا باشند (قابل استطاعت باشند). از طریق طولی^۴ قابل ارزیابی باشند. به لحاظ فرهنگی حساس و دقیق باشند (اسچالوک، ۲۰۰۴).

نتیجه گیری

از آنجایی که مطالعات حاضر نشان داده است بین راهکارهای کنترل شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران خاص رابطه ای وجود دارد، پس می توان اذعان کرد که نظم دهی هیجانی یک عامل مهم و سرنوشت ساز در بهزیستی روانی و داشتن کارکرد منظم تاثیر مثبت در روند بهبودی دارد و نقش اساسی در سازگاری با رویدادهای استرس آور زندگی را ایفا می کند تا جایی که میتوان گفت بر کیفیت زندگی بیماران اثر گذار است. این در حالی است که سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی یک نقطه پایانی مهم در کوشش های بالینی محسوب می شود. این داده ها نشان داد که ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران خاص و سرطانی می تواند در پیشرفت درمان نقش داشته باشد حتی می تواند به عنوان پیش آگاهی عوامل پزشکی نیز باشد که قابل پیش بینی هستند. پس بنابر این یافته ها این پژوهش می تواند به کادر بهداشتی و درمانی جامعه کمک کند تا با معرفت بیشتری از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران خاص و سرطانی دست یابند و فعالیت های خود را در جهت ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی سازماندهی نمایند، مخصوصاً پرستاران که ارتباط تنگاتنگی با این نوع بیماران دارند و می توانند تأثیر سرطان و ویژگی های آن را بر کیفیت زندگی بیماران بررسی کنند و با شناسایی این عوامل گامی در جهت تعدیل این مشکلات بردارند، به طوری که با ارائه مشکلات به سازمان های ذیربط اجتماعی و خانواده بیماران علاوه بر آگاهی دادن به آنان همکاری لازم را در جهت بهبود کیفیت زندگی تشدید نمایند. همچنین در اتخاذ یک برنامه درمانی مناسب توجه به آموزش راهکار های سازگاران نظم جویی شناختی هیجان از قبیل ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه گیری و... می تواند به متخصصان این حوزه در افزایش سطح سلامت و کیفیت زندگی این بیماران کمک نماید. در واقع نظم دهی به هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات، به ارائه واکنش مناسب به موقعیت های استرس زا منجر می شود. اهمیت نظم جویی هیجان جهت تعدیل هیجانات به گونه ای است که از انواع هیجان ها نمی توان تعدادی را به عنوان هیجان های مثبت و تعدادی را به عنوان هیجان های منفی تفکیک کرد، بلکه باید گفت تمامی هیجان ها در صورت کنترل و نظم دهی، مناسب و مفید خواهند بود و در صورت عدم کنترل و تعدیل، نامناسب و مضر. به طور آخص آنچه گفته آمد لزوم توجه به راهکار های نظم جویی شناختی هیجان و تغییر این راهکار ها از ناسازگارانه به سازگاران، در مداخلات درمانی را نشان می دهد.

منابع و مأخذ

۱. آریانپور، عباس؛ آریانپور، منوچهر. (۱۳۹۰). فرهنگ فشرده انگلیسی به فارسی، تهران، امیرکبیر
۲. آقا ملایی، تیمور. (۱۳۹۸). اصول کلیات خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: اندیشه رفیع.
۳. ابراهیمی مقدم، حسین؛ گلزاری، میترا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی خنده درمانی و آموزش شادکامی بر راهکارهای مقابله با درد در افراد مبتلا به سردرد تنشی، فصلنامه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ۷۱، ۶۳-۷۳.
۴. استرنبرگ، رابرت. جی. (۱۳۹۸). سبک های تفکر. ترجمه علاءالدین اعتمادی اهری و علی اکبر خسروی، تهران، دادار.
۵. اصفهانی، فاطمه. (۱۳۸۰). فصلنامه آموزشی دانستنی های سرطان. سال اول. بیمارستان آتیه.
۶. افشار، زهرا. (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به شیوه گروهی بر اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی معلمان مبتلا به میگرن، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام
۷. برک، جاناتان؛ برک، دبورا. (۲۰۲۰). بیماری های زنان. ترجمه: مهرناز والدان؛ پریشاد قوام؛ پارسا قوام (۱۳۹۸). تهران: برومند
۸. برونر، لیلیان اس؛ سودارث، دوریس اس. (۲۰۰۵). پرستاری و بیماری های زنان و پستان. ترجمه: پوران سامی (۱۳۸۶). تهران: بشری.
۹. بهرامی، بتول، بهرامی، عبدالله؛ مشهدی، علی؛ کارشکی، حسین. (۱۳۹۴). نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۸(۳): ۹۶-۱۰۵
۱۰. بولاند، رابرت؛ وردوین، مارسیا ال؛ روئیز، پدرو. (۲۰۲۲). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک ۲. ترجمه: فرزین رضاعی؛ محمد منایی؛ ابودر گل و رز؛ سمیرا وکیلی، (۱۴۰۱). تهران: ارجمند
۱۱. پزشکی، مجید. (۱۳۹۰). قدرت خنده. تهران: نسل نو اندیش.
۱۲. پور رضوی ریا، سیده صغری؛ حافظیان، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی بر سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش آموزان، مجله روان شناسی مدرسه، ۱۶(۱): ۴۸-۲۶
۱۳. پیرحسینلو، علی. (۱۳۸۳). مدرسه در نظام صنعتی. پژوهشنامه پژوهشکده تعلیم و تربیت، ۵ (۲)، ۲۸-۱۷.
۱۴. حریر چی، امیر محمد؛ رسولی، اعظم؛ منتظری، علی؛ اقلیمی، مصطفی. (۱۳۵۸). مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز و دریافت کننده پیوند کلیه. پایش، ۱۲۱: ۳-۱۱۷
۱۵. حسنی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش نامه نظم جویی شناختی هیجان، تحقیقات علوم رفتاری، ۹(۴): ۲۴۰-۲۲۹
۱۶. خدایاری فرد، محمد و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۱). پرسشنامه مثبت اندیشی استاندارد شده در دانشگاه تهران. طرح پژوهشی در دانشگاه تهران.
۱۷. خرسند، سعید. (۱۳۹۴). تأثیر تمرینات یوگای خنده بر میزان رضایت از زندگی و افسردگی سالمندان ۶۵ - ۷۰ سال ساکن در خانه سالمندان. (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی، کرج.
۱۸. خوراسگانی ربانی، علی. کیانپور، مسعود. (۱۳۸۶). مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی: مطالعه موردی: شهر اصفهان. مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ۱۵ (۵۸-۵۹): ۶۰-۵۱.
۱۹. خیراندیش، آسیه. (۱۳۹۳). اثربخشی یوگای خنده بر استرس و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه الزهراء - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
۲۰. داوری، فرزانه؛ شیروانی جوزدانی، میترا. (۱۳۹۴). تأثیر یوگای خنده بر کاهش افسردگی زنان شهر اصفهان، کنفرانس ملی پژوهشهای کاربردی در علوم تربیتی و روانشناسی و آسیب های اجتماعی ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین و مرکز مطالعات و تحقیقات.

۲۱. دهداری، طاهره؛ خاموشی، امیر؛ کاظم نژاد، انوشیروان. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر عمل جراحی بای پس عروق کرونر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آترواسکلروز، مجله علمی- تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۱(۱): ۷-۱.
۲۲. راد، مصطفی؛ برزویی، فاطمه؛ محبی، محبوبه. (۱۳۹۴). تأثیر خنده درمانی بر شدت خستگی و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت اشعه درمانی خارجی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۲۴ (۱۰۳) ۱۱۴-۱۰۲.
۲۳. رایان، کنت جی؛ بروکویتز، راس اس و باربیری، رابرت ال. (۱۹۹۹). اصول بیماری‌های زنان کیستتر. ترجمه: شاهین سینا؛ پوپک رحیم زاده؛ پریسا پور صمیمی (۱۳۸۲). تهران: سماط
۲۴. رجبی، محسن. (۱۳۹۲). بررسی تفاوت کیفیت زندگی، نگرش نسبت به درد و عملکرد شغلی معلمان دارای درد مزمن با معلمان سالم، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام
۲۵. رفعتی، مریم. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سبک های تفکر و سبک های یادگیری در دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر تهران. تفکر و کودک. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ۳(۲) ۱۷-۱.
۲۶. سادات، سما؛ واحدی، شهرام. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مهارت های مثبت اندیشی بر بهزیستی دانش آموزان، تفکر و کودک، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ۱۰(۱): ۱۳۳-۱۱۱
۲۷. سارافینو، ادوارد. (۲۰۰۰). روانشناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی و همکاران (۱۴۰۱). تهران: رشد.
۲۸. سانتراک، جان دبلیو. (۱۴۰۰). روان شناسی تربیتی، ترجمه: شاهده سعیدی، مهشید عراقچی، حسین دانش فر، تهران: رسا
۲۹. سبحانی فرد، طاهره. (۱۳۸۰). بررسی اثر روان درمانی حمایتی در کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء.
۳۰. سیف، علی اکبر (۱۴۰۱). روانشناسی پرورشی نوین. تهران، دوران.
۳۱. شریعتمداری، علی (۱۳۹۷). پرورش روح علمی و تفکر منطقی. تهران، پیوند.
۳۲. شکوهی، مریم. (۱۳۹۱). مطالعه ارتباط برخی عوامل تغذیه‌ای با سرطان پستان در زنان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران. شهابی، انسیه. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی خنده درمانی و قصه درمانی بر کاهش لجبازی و نافرمانی کودکان پیش دبستانی (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه فردوسی، مشهد.
۳۳. صدارت مرنی، مرضیه. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی در کاهش اعتیادپذیری دانش آموزان دختر پایه اول دبیرستان های ملارد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
۳۴. صدوقی، مجید؛ مهرزاد، ولی الله؛ محمد صالحی، زهرا. (۱۳۹۶). رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان سیدالشهدای اصفهان در سال ۱۳۹۵: نقش تعدیل کننده تاب آوری. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۶ (۵): ۳۹۵-۴۰۸
۳۵. صفایی کشتگر، محمدرضا و استین، راب. (۲۰۰۱). اطلاعات عمومی برای پیشگیری و نقاشی های بالینی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان. ترجمه: عطیه اکبری؛ مریم برزگر و محمد اسماعیل اکبری (۱۳۹۶). تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات سرطان
۳۶. فرخنده، سمیه. (۱۳۹۳). اثربخشی خنده درمانی به سبک کاتاریا بر افزایش سلامت عمومی سالمندان مرد آسایشگاه مهرگیل شهر رشت. پایان نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد واحد رودهن.
۳۷. فرزاد، ولی الله؛ کدیور، پروین؛ شکری، امید و دانشورپور، زهره. (۱۳۸۶). بررسی تحلیل عاملی تأییدی و همسانی درونی پرسشنامه سبکهای تفکر (فرم کوتاه) در دانشجویان. فصلنامه روان شناسی دانشگاه تبریز. ۲(۶)، ۸۹-۱۱۱.
۳۸. فکری، مریم. (۱۳۸۶). بررسی و مقایسه کیفیت زندگی بیماران میگرنی و عادی، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد تربت جام.

۳۹. فلاحی، معصومه. (۱۳۹۵). اثربخشی مثبت اندیشی و دعا بر اضطراب و افسردگی جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۷(۳)، ۱۱۸-۱۲۵.
۴۰. فلچر، بن. (۱۹۹۹). کار، فشار روانی، بیماری و امید به زندگی. ترجمه: ابوالقاسم نوری و عباسعلی پورخاقان، (۱۴۰۰). اصفهان: دانشگاه اصفهان.
۴۱. فوسی، جیمسون؛ هوسر، کاسپر؛ لونگو، لوسکالزو. (۲۰۱۸). مبانی طب داخلی: اصول انکولوژی و بیماری‌های سرطانی. ترجمه: روشنگر ادهم و زهرا محمدی (۱۳۹۸). تهران: ارجمند
۴۲. کاتاریا، مادان. (۱۹۹۵). خندیدن دلیل نمی‌خواهد، ترجمه: مجید پزشکی (۱۳۹۸)، تهران: نواندیش
۴۳. کاتاریا، مادان. (۱۳۹۰). خندیدن دلیل نمی‌خواهد. ترجمه: مجید پزشکی. تهران: نسل نواندیش (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲).
۴۴. کاستلز، مانوئل. (۱۳۹۲). عصر اطلاعات: اقتصاد، جامعه و فرهنگ - قدرت هویت. ترجمه حسن چاوشیان. تهران، طرح نو.
۴۵. کامیاب، زهره. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی آموزش شادمانی بیماران مبتلا به دیابت شهرستان بهبهان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. دانشگاه آزاد اسلامی. اصفهان. شماره ۴۲-۱۲۳-۱۰۸.
۴۶. کریمی، صدیقه؛ لطفی، راضیه. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر یوگای خنده بر تاب آوری و امید به زندگی در بحران کرونا در میان زنان منطقه ۹ مشهد، پژوهش‌های میان رشته‌ای زنان، ۲(۲): ۷۶-۶۳
۴۷. کورتیس، آنتونی جی. (۱۹۸۵). روانشناسی سلامت. ترجمه محمدی، شهناز (۱۳۹۹). تهران: ویرایش.
۴۸. کیخای حسین پور، اکرم. (۱۳۹۱). تأثیر تمرینات یوگای خنده بر عوامل روانی حرکتی بیماران مبتلا به پارکینسون. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه اصفهان.
۴۹. گلمن، دنیل. (۱۳۹۳). هوش هیجانی، ترجمه غلامحسن خانقانی، تهران: نسل نو اندیش.
۵۰. لی هی، رابرت؛ تیرچ، دنیس و ناپولیتانو، لیزا. (۱۳۹۹). تکنیک‌های تنظیم هیجان در روان درمانی، ترجمه عبدالرضا منصوری راد، تهران: ارجمند.
۵۱. ماواییان، صفورا؛ میردریکوند، فضا لاله؛ صادقی، مسعود. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان وجودگرا انسان مدار بر پذیرش خود و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشت، ۱۹(۲): ۲۲۵-۲۳۶
۵۲. محمدی زیدی، عیسی. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد ناحیه پایین کمر، مجله سالمندی ایران، ۱(۲): ۴۵-۳۰.
۵۳. مددی، مرجان؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا. (۱۳۹۵). اثربخشی خنده درمانی کاتاریا و فعالیت‌های فیزیکی بر امید و معناجویی در سالمندان شهر تهران. نشریه پژوهش توان بخشی در پرستاری، ۲(۲)، ۴۸ - ۴۰.
۵۴. معماریان، آزاده؛ بهاری، محی‌الدین؛ صنعت کاران، افسانه؛ حبیبی، امیرحسین. (۱۳۹۶). اثربخشی تمرینات یوگای خنده بر اضطراب و کیفیت خواب سالمندان مبتلا به پارکینسون، مجله روانشناسی پیری، ۳، ۲، ۸۵-۹۶.
55. Akbari ME, Sayad S, Sayad S, Khayamzadeh M, Shojaei L, Shormeji Z, et al. (2017). Breast Cancer Status in Iran: Statistical Analysis of 3010 Cases between 1998 and 2014. *International Journal of Breast Cancer*.:2481021
56. Bisht M, Bist SS, Dhasmana DC, Saini S. (2010). Quality of life as an outcome variable in the management of advanced cancer. *Indian J Med Paediatr Oncol*; 31(4):121-5.
57. Bonanno, G. A. & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility. *Perspect Psychol Sci*, 8(6), 20-515
58. Bonnie, A., Micheal H., Antoni, M. (2010). Psychological Intervention and health outcomes among women treated for breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity*; 23(2), 159-66.

59. Boyle P, Levin B. World Cancer Report. (2008). Geneva: WHO Press, IARC Publication; 2008.
60. Carey, M. P. & burish, T. G. (2001). *Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy*. A critical review and discussion psychological, bulletin
61. Carlsson, M., Hamrin, E (2000). *Psychological and Psychosocial aspects of breast cancer and breast treatment*. A literature review. Cancer nurse.
62. Dalgas, U., Stenager, E., & Ingemann-Hansen, T. (2007). Multiple sclerosis and physical exercise: recommendations for the application of resistance, endurance-and combined training. *Multiple Sclerosis*, 14(1), 35-53.
63. Dobson, K. S., & Craig, K. D. (1996). *Advances in cognitive-behavioral therapy*. London: Sage Publications.
64. Falkenberg, I. Buchkremer, G. Bartels, M. Wild, Barbara. (2011). Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression: A pilot study. *Research, Volume 186, Issues 2-3, Pages 454-457*.
65. Falkenberg, I. Buchkremer, G. Bartels, M. Wild, Barbara. (2011). Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression: A pilot study. *Research, Volume 186, Issues 2-3, Pages 454-457*.
66. Farquhar, M. (2000). Definitions of quality of life: ataxony, journal of advanced nursing. Vol 32.
67. Fauci, S.Y. (2004). *Harrison's internal medicine*. USA: Mc. Graw-hill companies.
68. Ganz, P. A (1998). *Cancer: Medical aspects*. IN E. A. Blechman & K. D Brownell (Eds.), Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press.
69. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Personality and Individual Differences*; 30: 1311-1327
70. Garnefski N, Kraaij V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences* 2006; 40: 1659-1669
71. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt M. M, Kraaij V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: the development of an instrument. *European Child Adolescence Psychiatry*; 16: 1-9.
72. Garnefski N, Van der kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Tein E. O. (2002). The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*; 16: 403-420
73. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
74. Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603-611.
75. Gómez MCR, Pascual CR, Pascual MAF, Navascués LJ, García MB. (2005). Complementary therapies in the cares: humour and laugh therapy. *Index Enferm*. 2005; 48: 37-41. 16.
76. Gross J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*; 2: 271-299

77. Ko, HJ. Youn, CH. (2011). Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community –dwelling elderly. *Geriatrics & Gerontology international* . 267-74.
78. Lebowitz KR, Suh S, Diaz PT, Emery CF. (2011). Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary investigation. *Heart Lung* 2011; 40: 310-9.
79. Lebowitz KR, Suh S, Diaz PT, Emery CF. (2011). Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary investigation. *Heart Lung* 2011; 40: 310-9.
80. Low, L F. Goodenough, B. Fletcher, J. et al. (2014). The effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods : the SMILE cluster randomized trial. *Journal of the American Medical Directors Association*. 15:564-572.
81. Mayer, J. D., & Salovey, P. (2007). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. Multi-Health Systems Incorporated.
82. MC Ghee, paul. (2004). Humor and Health .*Wilmington* : corexcer.
83. Mora –Ripoll, R. (2011). Potential health benefits of simulated laughter :A narrative review of the literature and recommendations for future research. *Complementary Therapies in Medicine*. 19:170-177.
84. Morishima, T., Miyashiro, I., Inoue, N., Kitasaka, M., Akazawa, T., Higino, A., ... & Matsuura, N. (2019). Effects of laughter therapy on quality of life in patients with cancer: An open-label, randomized controlled trial. *PloS one*, 14(6), e0219065
85. Ochsner, K. N., Silvers, J. A., & Buhle, J. T. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1251(1), E1–E24.
86. Ongena, K., Das, C., Smith, J. L, Gil, S., Johnston, G. (2010). Determining cell number during cell culture using the Scepter cell counter. *J Vis Exp*. 26 (45).
87. Pearson, N. (2007). Literature Review and Rationale for Yoga for Depression. Life is now Physiotherapy. Canada: *Life Is Now*.
88. Pitts, M & Phillips, K (1995). *The Psychology of Health*. In j. Gillham (ed.) The Science of Optimism. Philadelphia, PA: Templeton Press.
89. Reid, M. C.; Otis, J. D.; Barry, L. C. and Kerns, R.D. (2003). *Cognitive-behavioral therapy study*. Division of Geriatrics and Gerontology, Weill Medical, Cornell University, New York 10021, USA
90. Ripoll R. M. (2011). Potential health benefits of simulated laughter: A narrative review of the literature and recommendations for future research. *Complementary Therapies in Medicine*. Volume 19, Issue 3, 170-177.
91. Ripoll R. M. (2011). Potential health benefits of simulated laughter: A narrative review of the literature and recommendations for future research. *Complementary Therapies in Medicine*. Volume 19, Issue 3, 170-177 .
92. Ripoll, R. M Quintana. I. (2010). Laughter and positive therapies: Modern approach and practical use in medicine. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, Volume 3, Issue 1, January–March 2010, 27-34.
93. Ripoll, R. M Quintana. I. (2010). Laughter and positive therapies: Modern approach and practical use in medicine. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, Volume 3, Issue 1, January–March 2010, 27-34

94. Ross L, Boesen E. H, Dalton S. O, Johansen C. (2002). Mind and cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being?. *European Journal of Cancer* 2002; 38: 1447-1457.
95. Schäfer, J. O., Naumann, E., Holmes, E. L. Caffier, B. T. & Samson, A. Ch. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Youth Adolescence*. <https://www.researchgate.net/publication/309102584>
96. Schalok, R. L. (2004). The Concept of Quality of life: What We Know and Do not Know. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol 48 (3), 203 – 16.
97. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2019). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 32-37.
98. Schrank, B., Brownell, T., Jakaitis, Z., Larkin, Ch., Pesola, F., Riches, S., & Tylee, A. (2016). Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25 (3), 235-246
99. Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
100. Seligman, M. E. P., & Rashid, T. A. C. (2006). *Positive psychotherapy*. American Psychologist
101. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. (2019). Cancer statistics. CA: a cancer. *Journal for clinicians*. 69(1):7-34.
102. Smith, J. (2019). Using portfolio assessment with young children who are at risk for school failure. *Preventing School Failure*, 35, 438- 442.

The effect of positive thinking on the lifestyle of certain patients based on cognitive control theory

Taybeh Ardi ^{1*}, Fouzia Tabatabai Hosseini ²

¹*Master's Student, Department of psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran (Corresponding Author).*

²*Department of psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.*

Abstract

Cancer is one of the special and common diseases in today's civilized world, and the number of people suffering from it is increasing day by day. According to the World Health Organization, in 2008, about 7.6 million people died due to certain diseases. They found that more than 70% of them lived in developing and low-income countries (World Health Organization, 2012). In 2008, more than 12 million people were diagnosed with cancer (Boyley and Levine, 2008). And according to the estimates, it is estimated that by 2020, more than 15 million new cases of cancer will be known worldwide (Wiseman, 2002). This growing trend in the prevalence of cancer can be attributed to reasons such as the aging of the population in developed or developing societies, and trends in the prevalence of unhealthy behaviors such as smoking and adopting incorrect lifestyles (World Health Organization, 2012).). Despite the ever-increasing statistics related to the occurrence of cancer and other special diseases, significant progress has been made in the field of preventive and therapeutic measures for patients and survivors of this disease, which has improved the quality of life of cancer patients. And colleagues, 2010). Researchers' studies about cancer have answered many questions and ambiguities in this issue so far. This research tries to investigate the effect of positive thinking on the lifestyle of certain cancer patients by relying on cognitive control theory.

Keywords: positive thinking, lifestyle, cognitive control theory, special patients, purposeful life.
