

اثربخشی امیددرمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی

بر بیماران مبتلا به سرطان

قاسم خازن^۱، امینه علیزاده^۲، سمیه قوی پنجه^۳

^۱:پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۲:کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳:کارشناسی ارشد روانپرستاری - دانشگاه علوم پزشکی مراغه

نویسنده مسئول:

امینه علیزاده

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی امیددرمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی بر بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت. روش پژوهش آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان شهر تبریز که در بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ به مراکز درمانی این شهر مراجعه کردند، بودند. از این جامعه، ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند و از آن‌ها پیش‌آزمون گرفته شد. سپس، گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مورد امیددرمانی قرار گرفت و سپس پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. داده‌های به دست آمده از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (SYQ-SF) و پرسشنامه تحمل ناکامی با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که جلسات مداخله امیددرمانی در کاهش نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی به طور معنی‌داری مؤثر واقع شود. بنابراین، می‌توان از امید درمانی برای بهبود متغیرهای روان‌شناسی و در نهایت سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان استفاده نمود.

واژگان کلیدی: امیددرمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عدم تحمل ناکامی، مبتلایان به سرطان

مقدمه

پژوهشگران سرطان را به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی قرن محسوب می‌کنند. رشد روزافزون سرطان در چند دهه اخیر و اثرات 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 (محدثی، آیت‌اللهی، حسن‌زاده و یگان سنگی، ۱۳۹۱). با وجود تلاش‌های زیادی که در سال‌های اخیر جهت کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان انجام شده است، هنوز این بیماری دومین علت مرگ و میر در دنیا محسوب می‌شود (گورتز^۱، ۲۰۱۰). تعداد موارد ابتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ در جهان ۳۳٪ افزایش یافته است و انتظار می‌رود که افزایش تدریجی در بروز سرطان وجود داشته باشد (بورد تخصصی همکاری بیماری سرطان^۲، ۲۰۱۷). براساس بررسی‌های همه‌گیرشناسی، روزانه ۹۸ نفر به علت سرطان می‌میرند و میزان بروز سرطان در حدود ۰/۲ درصد جمعیت است. نسبت جنسی بروز سرطان برابر ۱۲۸ به ۱۰۰ است، یعنی در مقابل ۱۲۸ مرد مبتلا به سرطان ۱۰۰ مورد زن وجود دارد (آباد، گنجی، شریفیان، نیکدل، جعفرزاده حساری و جعفرزاده حساری، ۱۳۹۳).

تجربه دریافت تشخیص سرطان توسط بیمار و احساس تهدید شدن او توسط عواقب وخیم این بیماری مهلك در آینده نزدیک، چالش‌های روانشناختی عمده‌ای را در وی ایجاد می‌کند (هامر، چیدا و مولوی^۳، ۲۰۰۹). واکنش فرد به تجربه سرطان ممکن است ریشه در دوران کودکی او داشته باشد. یکی از متغیرهای مهمی که می‌تواند تجربه سرطان را توجیه کند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ است. طرحواره‌های اولیه، باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (ژانگ^۵ و هی^۶، ۲۰۱۰). در واقع، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش دهند. عدم تطابق میان رفتارهای تربیتی والدین و خلق ذاتی کودک نیز ممکن است موجب شکل‌گیری طرحواره‌های ناپهنجار اولیه شود (تیم^۷، ۲۰۱۰).

در این بین یکی از متغیرهایی که کمتر در بیماران سرطانی مورد مطالعه قرار گرفته است، تحمل ناکامی^۸ است. ناکامی احساسی است که در نتیجه ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به هدفی که فرد آن را مطلوب می‌شمارد پدید می‌آید. این هدف می‌تواند ذهنی باشد، یعنی این که فرد گمان کند که در حال رسیدن به هدف دلخواهش است و لذت‌های آن را پیش‌بینی کند یا ممکن است در رفتار ظاهری تجلی یابد. در هر حال، چنان چه مانعی سد راه تحقق اهدافی که فرد انتظار دستیابی به آن را دارد شود، می‌توان گفت که وی ناکام شده است. ویژگی این تعریف، تمایز ناکامی از محرومیت است. افراد فقط به خاطر نداشتن چیزی ناکام فرض نمی‌شوند. ناکامی زمانی رخ می‌دهد که فرد در دستیابی به هدفی که انتظار رسیدن به آن را دارد با شکستی پیش‌بینی نشده مواجه می‌شود (رحیمی و افشاری‌نیا، ۱۳۹۶). ناکامی و دیگر اشکال عواطف منفی به عنوان مثال غم، افسردگی و تحریک‌پذیری به عنوان زمینه‌سازهای مشترک برای خشم و پرخاشگری مشاهده شده است (برکویتز^۹، ۲۰۱۲). تحمل ناکامی توانایی مقاومت در برابر، موانع و موقعیت‌های استرس‌زا است. تحمل کم ناکامی به طور معمول به عنوان عملکرد اجرایی مختل^{۱۰} و مشکلات خودتنظیمی^{۱۱} مفهوم‌سازی شده است. نشانه‌ها ممکن است شامل اضطراب، تنش، توجه کم و ترک وضعیت باشد (چاند^{۱۲}، ۲۰۱۵).

¹. Goovaerts

². Global Burden of Disease Cancer Collaboration

³. Hamer, Chida & Molloy

⁴. early maladaptive schemas

⁵. Zhang

⁶. He

⁷. Thimm

⁸. Failure Intolerance

⁹. Berkowitz

¹⁰. executive functioning impairment

¹¹. problem with self-regulation

¹². Chand

از جمله روش‌هایی که مبتنی بر مبانی روانشناختی بوده و از اهمیت بالایی در درمان بیماری‌ها برخوردار است، امیددرمانی گروهی^۱ است که با توجه به قابلیت‌های روانشناسی مثبت‌نگر، امیددرمانی می‌تواند بر بیماران مبتلا به سرطان تأثیرگذار باشد. امیددرمانی، یک برنامه درمانی است که براساس نظریه امید اسنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مرتبط با پیگیری هدف طراحی شده است (چیوانز، فلدمن، وودوارد و اسنایدر^۲، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طی درمان، افراد سرطانی که از امید بالاتری برخوردار هستند، در تحمل درمان‌های طولانی، دردناک، عوارض شیمی‌درمانی و پرتودرمانی از خود مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. از سویی، در مراحل بهبود، افراد امیدوار افکار مثبت‌تری درباره زندگی‌شان دارند و گرایش مثبت‌تری درباره زندگی‌شان دارند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه‌های مثبت آسیب‌زا از خود نشان می‌دهند؛ حتی اگر سرطان در مراحل پیشرفته باشد، بیماران امیدوار می‌توانند اهداف دیگری مانند صرف وقت بیشتر با خانواده و لذت بردن از فرصت باقیمانده را برای خود تنظیم کنند (شعاع کاظمی، منعمی مطلق و سعادت، ۱۳۹۲).

در برخی مطالعات اثربخشی امیددرمانی را در بیماران مبتلا به سرطان تشخیص داده شده است. به عنوان مثال، امیددرمانی باعث بهبود کیفیت زندگی و عزت نفس (داگلبی^۳ و همکاران، ۲۰۰۷؛ بات^۴، ۲۰۱۱)، بهبود علائم عمده سرطان مانند درد، خستگی، سرفه و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان ریه (برندست^۵ و همکاران، ۲۰۱۰) و ایجاد تغییرات مثبت در بیماران مبتلا به سرطان سینه (کاسلاس-گراو، فونت و ویوس^۶، ۲۰۱۴؛ هدتک^۷، ۲۰۱۴؛ هو^۸ و همکاران، ۲۰۱۲) می‌شود. برخی از مطالعات که بیان شد پیمایشی یا کیفی هستند. برخی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا معنادرمانی بودند که امید یکی از مؤلفه‌های فعال این رواندرمانی‌ها بود (آچان، ونگ و لی^۹، ۲۰۱۹). آچان و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهشی که انجام دادند نشان دادند که مداخله امیددرمانی باعث افزایش سطوح امید و بهزیستی روانشناختی در بیماران سرطانی می‌شود. یآوری، سروری، رضایی، ویسی و طهماسبی (۱۳۹۳)، در پژوهش خود دریافتند که بین طرحواره‌های طرد و رهاشدگی و محدودیت‌های مختل و دیگر جهت‌مندی با امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. ارشاد (۱۳۹۶)، در پژوهش خود نشان داد که آموزش مثبت‌اندیشی موجب بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به دیابت نوع دو شده است. نتایج پژوهش رویین تن، آزادی، افشین و امینی (۱۳۹۸) نشان داد که درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امیددرمانی در افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی مؤثر بوده است. باقری زنجانی اصل منفرد و انتصار فومنی (۱۳۹۵) در پژوهش خود دریافتند که امیددرمانی به شیوه گروهی سبب افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود. شهیدی‌نژاد (۱۳۹۷)، در پژوهش خود دریافت که امیددرمانی بر تحمل ناکامی دانش‌آموزان دارای والدین معتاد تأثیر معنی‌داری دارد.

هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد، در برابر تعارضات اجتناب‌ناپذیر درونی خود فلج نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد، فردی دارای سلامت روانی است و از کیفیت زندگی مناسب برخوردار باشد. تردیدی نیست که بیماران مبتلا به سرطان از این امر مستثنی نیستند و در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی، شخصیتی و فردی دارند. سرطان نسبت به سایر بیماری‌های مزمن بیشترین تأثیر را روی زندگی افراد دارد. در بیماران مبتلا به سرطان لازم است به دنبال رواندرمانی‌هایی باشیم که می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی را بهبود داده و بدین ترتیب این بیماران را به زندگی امیدوارتر سازد. بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که امیددرمانی می‌تواند مشکلات مربوط به بیماران را تحت تأثیر خود قرار دهند. بنابراین، اگر این رواندرمانی روی بیماران سرطانی نیز مورد بررسی قرار گیرد،

¹. hope-based group therapy treatment

². Cheavans, Feldman, Woodward & Snyder

³. Duggleby

⁴. Butt

⁵. Berendes

⁶. Casellas-grau, Font & Vives

⁷. Hedtke

⁸. Ho

⁹. Chan, Wong & Lee

می‌تواند روی آنان کارآمد و اثربخش واقع گردد. از این رو، پژوهشگر در پژوهش حاضر در پی بررسی اثربخشی امیددرمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی بیماران مبتلا به سرطان بوده است.

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان شهر تبریز که در بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ به مراکز درمانی این شهر مراجعه کردند، بودند. از آن جا که حداقل نمونه در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر است (دلور، ۱۳۹۰)، تعداد نمونه در این پژوهش ۵۰ نفر در نظر گرفته شد که به روش در دسترس از سه مرکز درمانی انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه ۲۵ نفر تقسیم شدند. گروه آزمایش در معرض ۸ جلسه امیددرمانی گروهی ۹۰ دقیقه‌ای براساس پروتکل اسنایدر (۲۰۰۰) قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده در این پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، کسب رضایت از بیماران به منظور شرکت در جلسات آموزشی و آزادی برای مشارکت در پژوهش بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ (SYQ-SF): این پرسشنامه، فرم کوتاه پرسشنامه یانگ (۱۹۹۰) است و ۷۵ ماده دارد که برای ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه طراحی شده است. هر ماده براساس مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از کاملاً غلط (۰) تا کاملاً درست (۵) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هر پنج سؤال یک طرحواره و در نهایت پانزده طرحواره را می‌سنجد که نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی است. طرحواره‌هایی که توسط این پرسشنامه مورد بررسی قرار می‌گیرند، بدین ترتیب است: رهاشدگی/بی‌ثباتی، بدرفتاری/توسعه نیافتگی، شکست، استحقاق/بزرگ‌منشی، خود تحول نیافته/گرفتار، اطاعت، ایثار، آسیب‌پذیری در برابر حادثه یا بیماری، گرفتاری/توسعه نیافتگی، شکست، استحقاق/بزرگ‌منشی، خود تحول نیافته/گرفتار، اطاعت، ایثار، بازداری عاطفی، معیارهای سرسختانه و خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی. دامنه نمرات برای هر طرحواره بین ۵ تا ۳۰ قرار می‌گیرد. یانگ، نورمن و توماس^۲ (۱۹۹۵)، پایایی این پرسشنامه را به روش هم‌سانی درونی و بازآزمایی روی یک نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. آهی، محمدفر و بشارت (۱۳۸۶)، آلفای کرونباخ این مقیاس را با اجرا روی دانشجویان دانشگاه تهران در افراد مؤنث ۰/۹۷ و در افراد مذکر ۰/۹۸ به دست آورد. بالاترین، ضریب آلفا در مورد خرده‌مقیاس وابستگی و شکست ۰/۹۰ و پایین‌ترین ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس بی‌اعتمادی/بدرفتاری ۰/۷۱ به دست آمد. وی، پایایی این ابزار را با استفاده از روش بازآزمایی در هر نوبت با فاصله زمانی ۴ هفته با استفاده از ضریب هم‌بستگی پیرسون بین نمرات حاصل از دو بار اجرای آزمون محاسبه برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۵ به دست آورد. یانگ و همکاران (۱۹۹۵)، روایی همگرایی پرسشنامه را با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روانشناختی^۳، عزت نفس^۴، آسیب‌پذیری شناختی برای افسردگی^۵ و علائم اختلال شخصیت^۶ بررسی نمودند و نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط منفی با ویژگی‌های مثبت مانند اعتماد به نفس و عاطفه مثبت و ارتباط مثبت با صفاتی مانند اختلال شخصیت، درماندگی، هیجان منفی و اختلال عملکرد و نگرش دارند. یوسفی، اعتمادی، بهرامی، احمدی و فاتحی‌زاده (۱۳۸۹)، ضریب روایی همگرا و واگرایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سیاهه افسردگی، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، پرسشنامه اعتماد به نفس و چک لیست بازنگری شده علائم به ترتیب ۰/۳۷، -۰/۳۹، ۰/۳۶ و ۰/۳۸ گزارش شده است.

پرسشنامه تحمل ناکامی: این مقیاس توسط هارینگتون^۷ (۲۰۰۵) تهیه شده است. هدف این مقیاس میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف است. از آنجایی که مقیاسی جهت سنجش تحمل ناکامی در ایران وجود نداشت این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط بابارئسی و همکاران (۱۳۹۳) ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی شد. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و شامل ۴ مولفه عدم تحمل ناکامی (۷ سؤال)، مدعی بودن (۷ سؤال)، عدم تحمل عاطفی (۷ سؤال) و موفقیت (۷ سؤال) می‌باشد. در پژوهش حاضر، از خرده‌مقیاس عدم تحمل ناکامی استفاده شده است. نمره‌گذاری سؤالات در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً

1. Young Schema Questionnaire-Short Form (SF-YSQ)

2. Norman & Thomas

3. psychological distress

4. self-esteem

5. cognitive vulnerability for depression

6. personality disorder symptoms

7. Harrington

موافقم (۵) صورت می‌گیرد. دامنه نمراتی که می‌توان از این مقیاس کسب کرد بین ۷ تا ۳۵ قرار می‌گیرد و نمره بالاتر تحمل ناکامی و ناراحتی نداشتن بیشتر را نشان می‌دهد. هارینگتون (۲۰۰۵) پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ گزارش نموده است. نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی این ابزار برای کل شرکت کنندگان ۰/۸۴، برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، مؤلفه عدم تحمل ناراحتی ۰/۶۱، مؤلفه پیشرفت ۰/۵۲ و مؤلفه شایستگی یا استحقاق ۰/۷۱ است (بابارنسی و همکاران، ۱۳۹۳).

برنامه‌ی اجرایی پژوهش

آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی شامل ۸ جلسه گروهی نود دقیقه‌ای بود. برنامه درمانی براساس کارهای اسنایدر (۲۰۰۰) طراحی و اجرا شد. شرح مختصر جلسات در جدول ۱ ارائه می‌گردد:

جدول ۱. جلسات آموزشی امید درمانی

جلسات	خلاصه جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا بایکدیگر با درمانگر و ساختار گروه، معرفی برنامه آموزشی و هدف از اجرای آن
دوم	تعریف، توضیح و بیان ویژگی‌های هدف، بیان اهمیت هدفمند بودن در زندگی
سوم	یافتن امید در افراد (تعیین قدرت اراده، قدرت برنامه ریزی، موانع و اهداف در هریک از افراد) کمک به افراد برای ساختن خانه امید خود، صحبت در مورد راههای رسیدن به هدف، صحبت در مورد احساسات ناشی از رسیدن به هدف یا ناکام ماندن هدف، راهکارهایی برای بیشترکردن احتمال دستیابی به هدف
چهارم	امیدافزایی در افراد تعیین اهداف درمانی امید بخش، صحبت درمورد راههای افزایش نیروی عامل ویا انگیزه رسیده به اهداف، تعریف انگیزش، حیطه‌های مهم انگیزش و انرژی، انرژی فیزیکی، انرژی روانی، صحبت درمورد انرژی روانی
پنجم	ادامه بحث درمورد راههای افزایش نیروی عامل و یا انگیزه رسیدن به اهداف، صحبت درمورد انرژی فیزیکی به عنوان عاملی در افزایش قدرت اراده، توجه به تغذیه، ورزش، صحبت در مورد قدرت راهیابی
ششم	افزایش امید در افراد، صحبت درمورد موانع رسیدن به هدف، صحبت درمورد خوگویی‌های منفی به عنوان یکی از موانع، دلیل استفاده از خوگویی‌های منفی، بیان استراتژی‌هایی برای تغییر خوگویی‌های منفی
هفتم	حفظ و ابقای امید در زندگی، صحبت در مورد اهمیت افراد در حفظ بهبودی خود و ارائه راهکارهایی برای جلوگیری از دور شدن از مسیر رسیدن به هدف
هشتم	جمع بندی جلسات، گرفتن بازخورد از اعضای گروه، و مشخص کردن جلسه پس آزمون

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تحمل ناکامی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- شاخص‌های آماری متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تحمل ناکامی دوگروه کنترل و آزمایش						
گروه						متغیر
آزمایش			کنترل			
تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	
۲۵	۴۳/۳۳	۲۳۶/۸۶	۲۵	۴۲/۵۹	۱۹۸/۶۸	طرحواره‌های ناسازگار اولیه
۲۵	۴۵/۴۰	۲۲۲/۷۵	۲۵	۴۷/۱۲	۱۷۳/۷۰	
۲۵	۲۲/۷۱	۱۶۲/۸۶	۲۵	۲۵/۹۶	۱۹۰/۵۰	عدم تحمل ناکامی
۲۵	۲۵/۰۲	۱۷۵/۵۰	۲۵	۲۲/۵۷	۱۹۷/۸۶	
جدول ۳- شاخص‌های آماری ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه کنترل و آزمایش						
گروه						متغیرها
آزمایش			کنترل			
تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	
۲۵	۱۶/۶۳	۸۰/۲۱	۲۵	۱۸/۸۶	۶۲/۶۸	انفصال و طرد
۲۵	۱۶/۸۷	۷۴/۱۴	۲۵	۱۶/۱۰	۵۵/۴۲	
۲۵	۵/۵۳	۲۲/۷۹	۲۵	۵/۴۷	۲۴/۰۰	هدایت شدن توسط دیگران
۲۵	۶/۴۳	۲۱/۲۷	۲۵	۵/۹۰	۲۱/۱۲	
۲۵	۱۳/۲۷	۵۴/۲۹	۲۵	۱۱/۵۳	۴۳/۷۴	خودگردانی و عملکرد مختل
۲۵	۱۴/۶۵	۵۱/۵۴	۲۵	۱۴/۵۵	۳۹/۷۹	
۲۵	۱۱/۳۶	۴۵/۷۵	۲۵	۱۱/۵۶	۳۸/۷۶	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری
۲۵	۱۱/۴۱	۴۶/۴۵	۲۵	۱۱/۷۵	۳۳/۹۱	
۲۵	۸/۱۲	۳۲/۴۶	۲۵	۷/۸۵	۲۹/۵۰	حد و مرزهای مختل
۲۵	۸/۴۹	۳۰/۰۹	۲۵	۸/۳۲	۲۴/۳۰	

جدول ۴ شاخص‌های آماری ابعاد تحمل ناکامی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل							
گروه						متغیر	
آزمایش			کنترل				
تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین		
۲۵	۴/۵۳	۲۰/۵۷	۲۵	۴/۵۴	۲۴/۱۸	عدم تحمل ناراحتی	اعاد تحمل ناکامی
۲۵	۴/۳۱	۲۲/۳۸	۲۵	۴/۰۷	۲۴/۹۱		
۲۵	۵/۷۶	۳۲/۱۸	۲۵	۶/۳۴	۳۸/۸۹	عدم تحمل عاطفی	
۲۵	۵/۵۳	۴۰/۳۰	۲۵	۶/۲۰	۴۱/۰۲		
۲۵	۶/۰۷	۲۳/۲۱	۲۵	۶/۴۵	۳۰/۲۴	عدم تحمل اهداف پیشرفت	
۲۵	۷/۲۱	۲۸/۴۵	۲۵	۶/۶۰	۳۱/۹۶		
۲۵	۵/۶۲	۲۳/۰۷	۲۵	۵/۷۵	۲۵/۶۶	عدم تحمل بی عدالتی	
۲۵	۵/۰۱	۲۱/۲۰	۲۵	۴/۸۶	۲۵/۱۹		

یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری، همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته می‌باشد. برای آزمون همگنی ماتریس‌های جدول ۵ آزمون همگنی ماتریس‌های کوواریانس پس آزمون گروه آزمایش				
کوواریانس از آزمون M باکس، تفاوت معنی‌دار در جدول ۸ آمده است.				
متغیرهای ملاک	آماره M باکس	F	درجه آزادی	p
ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۶۹/۰۱	۱/۴۵	۴۵ و ۴۲۶۹۱	۰/۰۲۷
ابعاد عدم تحمل ناکامی	۸۵/۶۴	۱/۲۷	۶۳ و ۴۰۶۹۷	۰/۰۷۵
طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی	۲۸/۸۲	۱/۵۵	۱۸ و ۵۷۴۹۱	۰/۰۶۵

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود براساس مقادیر آماره‌های M باکس و $F (p > 0.01)$ آزمون فرضیه همگنی ماتریس‌های کوواریانس برای تمامی ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد عدم تحمل ناکامی و متغیرهای اصلی تحقیق شامل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی به طور محافظه کارانه (به دلیل نزدیکی مقادیر p به سطح معنی داری اسمی 0.01) مورد تایید قرار می‌گیرد.

پیش فرض دوم: آزمون همگنی واریانس‌های خطا

جدول ۶ آزمون همگنی واریانس‌های خطای ابعاد متغیرهای تحقیق در بین عامل‌ها (گروه و جنسیت)			
متغیرها	آماره لیونز F	درجه آزادی	p
ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه	انفصال و طرد	۰/۹۰	۱۷۵ و ۳
	هدایت شدن توسط دیگران	۰/۱۶	۱۷۵ و ۳
	خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۷۷	۱۷۵ و ۳
	گوش به زنگی بیش از حد و بازداري	۰/۶۴	۱۷۵ و ۳
	حد و مرزهای مختل	۰/۶۲	۱۷۵ و ۳
ابعاد عدم تحمل ناکامی	عدم تحمل ناراحتی	۰/۹۱	۱۷۵ و ۳
	عدم تحمل عاطفی	۱/۱۹	۱۷۵ و ۳
	عدم تحمل اهداف پیشرفت	۰/۳۱	۱۷۵ و ۳
	عدم تحمل بی عدالتی	۰/۹۶	۱۷۵ و ۳

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود براساس مقادیر آماری لیونز ($p > 0.01$) آزمون فرضیه همگنی واریانس‌های خطا برای تمامی ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی مورد تایید قرار می‌گیرد.

جدول ۷ آزمون همگنی واریانس خطای متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه			
متغیرها	آماره لیونز F	درجه آزادی	p
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۰/۶۸	۱۷۴ و ۳	۰/۵۶۶
عدم تحمل ناکامی	۰/۲۶	۱۷۴ و ۳	۰/۸۵۳

همانطور که در

جدول ۷ مشاهده می‌شود براساس مقادیر آماری لیونز ($p > 0.01$) آزمون فرضیه همگنی واریانس‌های خطا برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی مورد تایید قرار می‌گیرد

جدول ۸ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثر امید درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی							
عامل‌ها	نوع آزمون	مقدار آماره	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درج آزادی خطا	p	مجذور اتای جزئی
امید درمانی	اثر پیلای	۰/۳۳۸	۲۹/۴۹	۳	۱۷۳	۰/۰۰۰	۰/۳۳۸
	لامبدای ویلکس	۰/۶۶۲	۲۹/۴۹	۳	۱۷۳	۰/۰۰۰	۰/۳۳۸
	اثر هتلینگ	۰/۵۱۱	۲۹/۴۹	۳	۱۷۳	۰/۰۰۰	۰/۳۳۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۵۱۱	۲۹/۴۹	۳	۱۷۳	۰/۰۰۰	۰/۳۳۸

جدول ۹ نتایج آزمون اثرات بین گروهی برای بررسی اثر امید درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی							
متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتای جزئی
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	امید درمانی	۸۹۶۵۵/۲۷	۱	۸۹۶۵۵/۲۷	۴۴/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۲۰۲
	خطا	۳۵۴۴۴۱/۱۸	۱۷۵	۲۰۲۵/۳۸			
عدم تحمل ناکامی	امید درمانی	۲۶۰۲۸/۴۰	۱	۲۶۰۲۸/۴۰	۴۴/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۲۰۴
	خطا	۱۰۱۵۷۷/۶۲	۱۷۵	۵۸۰/۴۴			

نتایج مندرج در جدول ۹ نشان می‌دهد که تحلیل کواریانس یک‌راهه در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($F = ۴۴/۲۷$ و $P = ۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشد. بنابراین، امیددرمانی باعث کاهش نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران سرطانی می‌شود. نتایج مندرج در جدول ۹ نشان می‌دهد که تحلیل کواریانس یک‌راهه در متغیر عدم تحمل ناکامی ($F = ۴۴/۸۴$ و $P = ۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشد. بنابراین، امیددرمانی باعث بهبودی نمرات عدم تحمل ناکامی در بیماران سرطانی می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی امیددرمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم تحمل ناکامی بر بیماران سرطانی انجام گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که امیددرمانی نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در این بیماران کاهش می‌دهد. نتایج حاصل با نتایج پژوهش‌های کاسلاس-گراو و همکاران (۲۰۱۴)، هدتک (۲۰۱۴)، هو و همکاران (۲۰۱۲)، یآوری و همکاران (۱۳۹۳) و ارشاد (۱۳۹۶) همخوان می‌باشد. اختلالاتی که در مرحله اول زندگی روی می‌دهند، بر پردازش اطلاعات در دوره‌های بعدی زندگی اثر می‌گذارند و در نتیجه فرد را به تهدیدهای ترک شدن و تهدیدهایی برای بقای بیولوژیکی، آسیب‌پذیر می‌سازد که خود زمینه‌ساز بسیاری از اختلالات محوری‌تر است (گرین^۱، ۲۰۰۴). برخی از طرحواره‌ها به خصوص طرحواره‌هایی که طی دوران اولیه زندگی و براساس تجربه ناخوشایند و نامطلوب دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته مرکزی اختلالات شخصیت، مشکلات خصیصه‌ای خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن را تشکیل دهند (وی، هاپنر و مالتوکرودت^۲، ۲۰۰۳). طرحواره‌هایی که زودتر به وجود می‌آیند، معمولاً قوی‌تر هستند، از خانواده‌های هسته‌ای نشأت می‌گیرند و در واقع گویایی‌های جهان ذهنی کودک هستند. طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند و به عنوان صافی اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می‌کنند. به همین دلیل طرحواره‌های منفی در افرادی که تجارب کودکی مشکل‌آفرین دارند، به نشانه‌هایی مانند اضطراب و افسردگی منجر می‌شوند (بالتز^۳، ۱۹۸۷). دیدگاه امیدوارانه موجب فراخوانی هیجانات مثبت می‌شود و کیفیت مقابله با مشکلات را در فرد بهبود می‌بخشد. امیددرمانی می‌تواند روند رویارویی با ناملایمات زندگی را آسان کند و کیفیت زندگی را ارتقا بخشد. سطوح بالای امید با سلامت جسمانی و روان‌شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد. امیددرمانی سبب سلامت روان‌شناختی و احساس ارزشمندی می‌شود. بسیاری از ناراحتی‌ها و فشارهای جسمی ناشی از بحران‌های زندگی در واکنش به از دست دادن امید رخ می‌دهند و امیددرمانی قادر است آن را در افراد بهبود ببخشد. پس از امیددرمانی در بیماران سرطانی میزان استفاده از طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاهش می‌یابد.

هم‌چنین نتایج پژوهش نشان داد که امیددرمانی می‌تواند باعث بهبود نمرات عدم تحمل ناکامی در بیماران مبتلا به سرطان شود. نتایج حاصل از این یافته با نتایج پژوهش‌های داگلی و همکاران (۲۰۰۷)، بات (۲۰۱۱)، آچان و همکاران (۲۰۱۹)، باقری زنجانی اصل منفرد و انتصار فومنی (۱۳۹۵) و شهیدی‌نژاد (۱۳۹۷) همخوان بود. عدم تحمل ناکامی منجر می‌شود تا افراد به عواطف منفی بیشتری روی آورند و میزان آشفتگی آن‌ها را افزایش می‌دهد و به دنبال آن تمرکز و آرامش خود را از دست می‌دهند؛ بنابراین، موقعیت بیماری شدیدتر درک می‌شود و تحمل ناکامی برای فرد کاهش می‌یابد. تأثیر امیددرمانی در ارتقای تحمل ناکامی بیماران در این پژوهش نشان می‌دهد که بیماری که تحت مداخله امیددرمانی قرار می‌گیرد، می‌آموزد به رغم وجود ناتوانی‌های گسترده با نگاه مجدد به حیطه‌های مهم و ارزشمند زندگی، اهدافی مهم، رضایت‌بخش، قابل دست‌یابی و متناسب با شرایط و امکانات موجود خود تعیین کند. هم‌چنین، اعتقاد و باور او به این که می‌تواند مسیرهایی را به سمت اهداف مطلوب بیابد و خودش را به استفاده و به کارگیری این مسیرها برانگیزد، عواطف مثبت و بهزیستی را در او برمی‌انگیزاند. از سویی، وجود راهبردهای رفتاری در این مداخله گامی در جهت فعال کردن مراجع است و به او کمک می‌کند که این امر نیز به نوبه خود می‌تواند در بالا بردن توانایی تحمل ناکامی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر باشد. از سویی، از آن جایی که امیددرمانی هدفش رشد و بالندگی انسان است، فنون آن راه و روش درست زندگی کردن و در نتیجه رضایت‌مندی از زندگی و در نهایت سعادت‌مندی را به افراد آموزش می‌دهد. این رویکرد، بهزیستی افراد را به دنبال دارد و نیرویی ایجاد می‌کند که افراد حتی در شرایط سخت نیز از زندگی خود لذت برده و راضی باشند. فرد امیدوار راهبردها و انگیزه‌هایی دارد که باعث می‌شود خودش حوادث خوشایند را به وجود آورد و فعالانه در جستجوی اهداف خود باشد. امید می‌تواند بر موقعیت‌های ایجاد کننده چالش و فشارهای روانی تأثیر بگذارد و با تعیین هدف در زندگی فرد و انرژی دادن برای رسیدن به هدف، زندگی را معنادار کرده و همین معنای زندگی به افزایش تحمل ناکامی در بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند.

1. Green

2. Wei, Heppner & Mallinckrodt

3. Baltes

نتایج این پژوهش محدود به بیماران سرطانی شهر تبریز بود. بنابراین، تعمیم نتایج این پژوهش به بیماران سایر شهرها باید با احتیاط صورت گیرد. نمونه‌گیری در دسترس، عدم کنترل نوع سرطان و عدم بررسی رابطه علی بین متغیرها از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی، افراد مبتلا به سرطان را به مراکز رواندرمانی جهت دریافت جلسات امیددرمانی معرفی نمایند تا بتوان به بهبود شرایط زندگی این افراد کمک نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی اثربخشی رواندرمانی‌های مختلف بر این بیماران مورد مقایسه قرار گیرد و از طرح‌های تک آزمودنی جهت بررسی‌ای دقیق‌تر استفاده شود.

منابع

ارشاد، زینب (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی مبتنی بر آموزه‌های سلیگمن بر مکانیزم‌های دفاعی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به بیماری دیابت نوع دو. کنگره بین‌المللی بهداشت روان و علوم روانشناختی، تهران.

آباد، محسن، گنجی، رضا، شریفیان، الهام، نیکدل، رسول، جعفرزاده حساری، مهسا و جعفرزاده حساری، فاطمه (۱۳۹۳). توزیع اپیدمیولوژیک انواع سرطان در یک بررسی ۱۰ ساله: مطالعه گذشته‌نگر موارد ثبت شده در بیمارستان‌ها و مراکز پاتولوژی استان خراسان شمالی ۱۳۸۲-۱۳۹۱. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۶(۴)، ۶۸۹-۶۹۶.

آهی، قاسم، محمدی‌فر، محمدعلی و بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۳۷(۳)، ۵-۲۰.

باباریسی، محمد، آشتیانی، علی، میرهاشمی، مالک و علی محمدی، علی مهدی (۱۳۹۶). مقایسه تحمل ناکامی و بهزیستی روان شناختی نوجوانان کار و غیرکار. دومین کنگره روان‌شناسی اجتماعی ایران، تهران.

دلاور، علی (۱۳۹۰). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات ویرایش.

رحیمی، نسیم و افشاری‌نیا، کریم (۱۳۹۶). پیش‌بینی سرسختی روانشناختی براساس میزان تمایزیافتگی و تحمل ناکامی در سالمندان. روانشناسی پیری، ۳(۲)، ۱۲۷-۱۳۶.

روبین تن، سجاد، آزادی، شهدخت، افشین، همایون و امینی، ناصر (۳۹۸). اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امیددرمانی بر کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. فصل‌نامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۳۸)، ۲۴۲-۲۲۱.

زنجانی اصل منفرد، لیلا و انتصار فومنی، غلامحسین (۱۳۹۵). اثر امیددرمانی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر زنجان. نشریه مدیریت ارتقای سلامت، ۵(۴)، ۱۰-۱۷.

شعاع کاظمی، مهرانگیز، منعمی مطلق، شیوا و سعادت، معصومه (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌درمانی گروهی بر ارتقا راهبردهای مقابله‌ای زنان مبتلا به سرطان پستان. بیماری‌های پستان ایران، ۶(۲)، ۷-۱۳.

شهیدی‌نژاد، مریم (۱۳۹۷). تأثیر امیددرمانی بر تحمل ناکامی دانش‌آموزان دارای والدین معتاد. پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، تهران.

محدثی، حمیده، آیت‌اللهی، هاله، حسن‌زاده، گلاویژ و یگان سنگی، میترا (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان سرطان پستان تحت درمان در مرکز تحقیقات سرطان امید ارومیه. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۵(۴)، ۳۵-۴۳.

یاوری، عبدالرضا، سروری، فرانک، رضایی، محمد، ویسی، فرزاد و طهماسبی، بهرام (۱۳۹۳). ارتباط امید به زندگی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مادران کودکان آسیب‌دیده ذهنی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۳. مجله علمی پژوهان، ۱۳(۲)، ۳۹-۳۲.

یوسفی، ناصر، اعتمادی، عذرا، بهرامی، فاطمه، احمدی، سیداحمد و فاتحی‌زاده، مریم‌السادات (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در همسران مطلقه و عادی به عنوان پیش‌بینی کننده طلاق. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶(۱)، ۲۱-۳۳.

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Berendes, D., Keefe, F. J., Somers, T. J., Kothadia, S. M., Porter, L. S., & Cheavens, J. S. (2010) Hope in the context of lung cancer: Relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 174-182.
- Berkowitz, L. (2012). *A cognitive-neo association theory of aggression*. Thousand Oaks: Sage.
- Butt, C. M. (2011). Hope in adults with cancer: State of the science. *Oncology Nursing Forum* 38(5), 341-350.
- Casellas-grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014) Positive psychology interventions in breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology* 23(1), 9-19.
- Chan, K., Wong, F., & Lee, P. H. (2019). A brief hope intervention to increase hope level and improve well-being in rehabilitating cancer patients: A feasibility test. *Journal Indexing & Metrics*, 5, 1-13.
- Chand, L. (2015). A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievements. *International Journal of Applied Research*, 1(6), 92-94.
- Cheavans, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2), 135-145.

- Duggleby, W. D., Degner, L., Williams, A., Wright, K., Cooper, D., Popkin, D., & Holtslander, L. (2007) Living with hope: Initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 247-257.
- Global Burden of Disease Cancer Collaboration (2017) Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA Oncology*, 3(4), 524-548.
- Goovaerts, P. (2010). Geostatistical analysis of county-level lung cancer mortality rates in the Southeastern United States. *Geogr Anal*, 42(1), 32-52.
- Green, N. S. (2004). The anatomy of hope: How people prevail in the face of illness. *Journal of Clinical Investigation*, 113(11), 15-20.
- Hamer, M., Chida, Y., & Molloy, G. J. (2009). Psychological distress and cancer mortality. *J Psychosom Res*, 66(3), 255-268.
- Harrington, N. (2005). The frustration discomfort scale: Development and psychometric. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 374-387.
- Hedtke, L. (2014). Creating stories of hope: A narrative approach to illness, death and grief. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(1), 4-19.
- Ho, S. M. Y., Ho, J. W. C., Pau, B. K. Y., Hui, B. P. H., Wong, R. S. M., & Chu, A. T. W. (2012) Hope-based intervention for individuals susceptible to colorectal cancer: A pilot study. *Familial Cancer* 11(4), 545-551.
- Snyder, C. R. (2000). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*, 13, 249-275.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
- Wei, M., Heppner, P. P., & Mallinckrodt, B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 438-447.
- Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.
- Young, J. E., Norman, S., & Thomas, J. (1995). Schema questionnaire. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Zhang, D. H., & He, H. (2010). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social Behavior and Personality*, 38(8), 1119-1122.