

پهلوان، علیرضا؛ آهی، قاسم (۱۳۹۸). اثربخشی مداخلات روان‌درمانی مثبت‌گرا بر اضطراب مرگ و کیفیت خواب زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس).

DOI: 10.22067/ijap.v9i2.73050

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹ (۲)، ۴۲-۲۸.



اثربخشی مداخلات روان‌درمانی مثبت‌گرا بر اضطراب مرگ و کیفیت خواب زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس)

علیرضا پهلوان^۱، قاسم آهی^۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۳/۵ تاریخ پذیرش: ۹۸/۸/۲۸

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر اضطراب مرگ و کیفیت خواب زنان مبتلا به ام‌اس شهر بیرجند.
روش: روش این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۲۴ زن بود که از میان بیماران زن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهر بیرجند در سال ۱۳۹۷ به صورت دسترس انتخاب شدند. این ۲۴ نفر به صورت تصادفی ساده در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل گمارده شدند. مداخله به شیوه گروهی، طی ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل شاخص کیفیت خواب پیتربرگ و اضطراب مرگ تمپلر بود که آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سؤالات آن‌ها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده شد.
یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین افراد گروه آزمایش و کنترل در اضطراب مرگ و کیفیت خواب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$)؛ بنابراین مداخلات روان‌درمانی مثبت‌گرا باعث کاهش اضطراب مرگ و بهبود کیفیت خواب افراد مبتلا به ام‌اس زنان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.
واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی مثبت‌گرا، اضطراب مرگ، کیفیت خواب، مولتیپل اسکلروزیس

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران، pahlevanalireza@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران، (نویسنده مسئول)، Ahigh1356@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروز^۱ (ام‌اس) یک بیماری خود ایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار می‌دهد و موجب تخریب میلین و آسیب به آکسون‌های مغز و نخاع می‌شود (Abdel Salam, Ghonimi & Ismail, 2018). دامنه سنی شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سال (Tauil et al., 2019) با میانگین سنی ۳۰ سال است و میزان شیوع آن در زنان دو تا سه برابر مردان است (Foschi et al., 2019). مولتیپل اسکلروزیس عامل اصلی ناتوانی عصبی غیر تروماتیک در میان بزرگسالان جوان است و حدود ۲/۵ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار می‌دهد (Hauser & Goodin, 2011). در این بیماری مکانیزم‌های خود ایمنی باعث ایجاد آبشارهای التهابی^۲ می‌شود که تدریجاً میلین، الیگودندروسیت‌ها^۳ و آکسون‌ها را از بین می‌برد. درگیر شدن ماده سفید و خاکستری مغز علائم و نشانگان بالینی را ایجاد می‌کند که باعث نقص‌های جسمانی، ناتوانی و تغییرات شناختی و روانی می‌شود. تظاهرات بالینی مولتیپل اسکلروز عبارت‌اند از: خستگی، اختلالات حسی و حرکتی، تغییرات اسفنکتر، التهاب عصب بینایی، دوبینی، سندرم مخچه‌ای، تغییرات در راه رفتن، اسپاستیسیته و اختلال شناختی (Cerqueira et al., 2015).

ناهنجاری‌های خواب در بیماران مبتلا به ام‌اس بسیار شایع است. شیوع اختلالات خواب بین ۴۲ تا ۶۵ درصد این بیماران گزارش شده است و این میزان چهار برابر جمعیت‌های عادی است (Sakkas et al., 2019). تغییرات در ماکروساختار و ریزساختار خواب در مطالعات پلی‌سومنوگرافی^۴ در درصد زیادی از این بیماران گزارش شده است (Buratti et al., 2019). بی‌خوابی، اختلالات تنفسی مرتبط با خواب، سندرم پاهای بی‌قرار، اختلالات رفتاری خواب REM و میوکلونوس نخاعی^۵ نیز در بسیاری از مطالعات گزارش شده است (Foschi et al., 2019). همچنین در این بیماران آپنه انسدادی خواب نسبت به جمعیت‌های عادی بسیار بالاتر است (Kaminska et al., 2012).

کیفیت خواب ضعیف در ام‌اس با پیامدهای منفی از جمله کاهش کیفیت زندگی، تشدید میزان و شدت بیماری و همچنین مشکلات دیگر مانند خستگی، افسردگی، اضطراب و درد همراه است (Kotterba et al., 2018). اضطراب در بیماران مبتلا به ام‌اس شایع است و بیش از ۲۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس را تحت تاثیر قرار می‌دهد (Marrie et al., 2015). اضطراب همراه با نشانگان جسمی، فشار بیماری را افزایش می‌دهد و پیامد آن مشکلات شدید روانی اجتماعی از جمله کیفیت پایین زندگی است (Pham et al., 2015).

1. Multiple Sclerosis (MS)
2. Inflammatory Cascade
3. Oligodendrocytes
4. Polysomnographic
5. Propriospinal Myoclonus

2018). در بحث درباره مسائل زندگی و شرایط اساسی انسان بودن، محققان بر چهار مفهوم اصلی وجودی متمرکز شده‌اند که عبارت‌اند از آزادی، معنی، کناره‌گیری (انزوا) و مرگ (Ozanne, Graneheim & Strang, 2013). وقتی مردم با حوادث تهدیدکننده زندگی روبرو هستند، احتمال دارد که افکار اضطرابی مرتبط با مرگ را تجربه کنند. اضطراب مرگ اصطلاحی برای مفهوم‌سازی ترس و آزار ناشی از آگاهی مرگ است که در آن فرد بیم، ترس و نگرانی مرتبط با مرگ و مردن را تجربه می‌کند (Ottu, Essien & Lawal, 2019). هنگامی که افراد با مرگ به‌عنوان پیامد بیماری مواجه می‌شوند پنج مرحله متمایز اما پیشرفته از استراتژی‌های مقابله روانی غم‌انگیز یا اضطراب را تجربه می‌کنند که عبارت‌اند از انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و سپس پذیرش مرگ. اینکه مکانیزم دفاعی شبیه انکار چگونه در این مرحله مؤثر است ناشناخته است. بسیاری از محققان این مسئله را پذیرفته‌اند که چنین مکانیزم‌هایی نقش مهمی در قابل‌تحمل‌تر کردن موقعیت‌ها بازی می‌کنند. تبدیل اضطراب مرگ به یک اضطراب موقعیتی ادراک از فناپذیری را محدود می‌کند و بنابراین به‌عنوان یک استراتژی مقابله در نظر گرفته می‌شود (Grabler et al., 2018). شکست در این استراتژی مقابله‌ای ممکن است به‌عنوان یک کاتالیزور برای شکل‌گیری اختلالات روانی مانند افسردگی به‌عنوان ابعاد پاتولوژیک اضطراب مرگ در نظر گرفته شود که با سایر اختلالات روانی از جمله اختلالات اضطرابی همراه است. مطالعات اندکی که در مورد اضطراب بیماران ام‌اس انجام شده است نشان می‌دهد که اضطراب به‌طور کلی و اضطراب مرگ به‌طور خاص بیشتر در مراحل اولیه بیماری و مرحله تشخیص بیماری و به میزان کمتر در طول سیر بیماری که از طریق نقص‌های بدنی پیش‌رونده مشخص می‌شود، اتفاق می‌افتد (Ozanne et al., 2013, Grabler et al., 2018).

آن‌گونه که اشاره شد کیفیت خواب پایین با مشکلات زیادی از جمله خستگی و خواب‌آلودگی روزانه مرتبط است. به‌علاوه استرس اکسیداتیو^۱ ناشی از محرومیت از خواب اثرات سمی بر الیگودندروستیک‌ها دارد و به‌تبع آن آسیب‌های میلین را در پی دارد (Foschi et al., 2019). اگرچه کیفیت خواب پایین و همبودی اضطراب با سایر اختلالات روان‌شناختی می‌توانند پیامدهای ام‌اس را تشدید کنند اما رویکردهای درمانی می‌توانند میزان استقامت و تاب‌آوری بیمار را در مقابل چنین پیامدهایی تعدیل و تقویت کنند. از جمله رویکردهای درمانی که در این حیطه مورد استفاده قرار گرفته است روان‌درمانی مثبت‌گرا است. روانشناسی مثبت‌گرا که یک حوزه تکمیلی برای رویکردهای درمانی در روانشناسی است و بر فهم و افزایش بهزیستی تمرکز دارد، به‌عنوان تجربه و کارکرد روانی بهینه تعریف شده است و حوزه‌های آن شامل

1. Oxidative Stress

نقاط قوت، رضایت از زندگی، شادی و رفتارهای مثبت است (White, Uttl & Holder, 2019). مداخلات مثبت‌گرا که در افراد، گروه‌ها، محیط‌های خودیاری و با افراد دارای اختلالات روانی از جمله افراد افسرده و غیر افسرده بکار گرفته شده‌اند بهبودهایی را در بهزیستی این افراد گزارش کرده‌اند. اگرچه کار آیی مداخلات مثبت‌نگر در افراد سالم و حتی افراد با افسردگی و سایر حالت‌های هیجانی منفی به اثبات رسیده است اما مطالعات اندکی کارآیی این رویکرد درمانی را برای بیماران مبتلا به بیماری‌های پزشکی بکار برده‌اند (Leclaire et al., 2018). در یک مطالعه گزارش شد که مداخلات روانشناسی مثبت با رویکرد اسلامی میزان امیدواری زنان مبتلا به ام‌اس را افزایش می‌دهد (Saeedi et al., 2015). در یک مطالعه دیگر مشخص شد که پس از شرکت در مداخلات ۵ هفته‌ای گروه‌درمانی مثبت‌نگر میزان خستگی، افسردگی، عاطفه منفی و اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس کاهش یافت و بهبودهای معنی‌داری در عاطفه مثبت، خوش‌بینی و شناخت این بیماران اتفاق افتاد (Leclaire et al., 2018). نتایج یک مطالعه دیگر نشان داد که مداخله مثبت‌گرا در کاهش افسردگی زنان با ام‌اس مؤثر است (Khayatan & et al., 2014). سودمندی سایر رویکردهای روان‌درمانی در کار با این بیماران نیز اثبات شده است. یافته‌های مربوط به کاربرد برنامه توان‌بخشی شناختی (درمان‌های شناختی-رفتاری، ذهن آگاهی و تمرین‌های جسمانی) نشان‌دهنده اثربخشی این برنامه‌ها در بهبود کیفیت زندگی و عزت‌نفس بیماران مبتلا به ام‌اس بود (Harand & Defer, 2018). یافته‌های یک مطالعه دیگر نشان داد که مداخله روان‌آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کارکرد جنسی (میل جنسی و برانگیختگی جنسی) زنان مبتلا به ام‌اس و آسیب‌های نخاعی مؤثر است (Hocaloski et al., 2016). در یک مطالعه دیگر گزارش شد که مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر بدن در بیماران ام‌اس نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس دریافتی را کاهش و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (Carletto et al., 2017). همچنین یک مطالعه مروری مشخص کرد که مداخله مبتنی بر مدیریت خود بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی) بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است (Kid et al., 2017). به‌علاوه گزارش شده است که مداخله ذهن آگاهی درماندگی‌های روان‌شناختی اندازه‌گیری شده از طریق پرسشنامه سلامت روان را در افراد مبتلا به ام‌اس پیش‌رونده کاهش می‌دهد (Bogosian et al., 2015). با توجه به اینکه اضطراب مرگ، یک اضطراب واقعی و یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در سلامت روانی افراد است، در بیماری‌های مزمن مانند سرطان، بیماری‌های قلبی، ایدز و ام‌اس بیشتر مشاهده می‌شود. از طرفی با وجود مشکلات جسمی متعدد، خواب از کیفیت پایینی در این بیماران برخوردار است و به مشکلات آن‌ها می‌افزاید. با عنایت به این که کاربرد درمان‌های مختلف از جمله مداخلات روان‌شناختی، می‌تواند گامی

نو در بهبود وضعیت این بیماری تلقی شود لذا جلب توجه متخصصان مبنی بر استفاده بیش از پیش از خدمات روانشناسان و استفاده از درمان‌های روان‌شناختی مانند مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا در کنار درمان‌های طبی گامی مؤثر در بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب مرگ در این بیماران تلقی می‌شود. در راستای تحقق اهداف فوق، این پژوهش به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر اضطراب مرگ و کیفیت خواب زنان مبتلا به ام‌اس می‌پردازد.

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را بیماران زن مبتلا به ام‌اس مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس و درمانگاه‌های شهر بیرجند در سال ۱۳۹۷ تشکیل داد. حجم نمونه‌ی این تحقیق شامل ۲۴ زن (۱۲ نفر گروه کنترل و ۱۲ نفر گروه آزمایش) بودند.

روش نمونه‌گیری در دسترس بود، بدین صورت که ابتدا محقق با زنانی که به درمانگاه‌های شهر بیرجند مراجعه کرده صحبت کرده و ضمن توضیح اهداف پژوهش ۲۴ نفر از کسانی را که حاضر به همکاری بودند انتخاب نمود و سپس آن‌ها را به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) قرار داد. معیارهای ورود به این پژوهش شامل داشتن سن ۴۵-۲۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، توانایی جسمی و روانی کافی برای نوشتن، حداقل سابقه ۶ ماه ابتلا به بیماری و معیارهای خروج نیز شامل شرکت هم‌زمان در کارگاه یا کلاس آموزشی مرتبط با کیفیت و سبک زندگی، ابتلا به اختلالات حاد روانی و جسمی (بیماری‌های ناتوان‌کننده قلبی، تنفسی و بیماری افسردگی شدید، اسکیزوفرنیا و غیره)، داشتن اختلال در تکلم یا شنوایی بود.

ابزار تحقیق

در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات موردنیاز از پرسشنامه زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه اضطراب مرگ: پرسشنامه اضطراب مرگ^۱ توسط تمپلر (Templer, 1970) ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده می‌باشد که نگرش آزمودنی‌ها را نسبت به مرگ می‌سنجد. در این پرسشنامه، آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بله یا خیر مشخص می‌کنند که برحسب آن، نمره صفر یا یک به آن تعلق می‌گیرد (نمره یک در صورتی که پاسخ فرد نشان‌دهنده وجود اضطراب باشد و نمره صفر در صورتی که پاسخ فرد نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب باشد)؛ بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس می‌تواند

1. Scale Anxiety Death (DAS)

بین ۰ تا ۱۵ متغیر باشد که در این ارتباط، نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است؛ بدین معنا که نمرات بالاتر از ۷ نشان‌دهنده اضطراب مرگ بالا بوده و نمرات پایین‌تر از ۶ نشانگر اضطراب مرگ پایین می‌باشد. تمپلر (Templer, 1970) ضریب پایایی مقیاس مرگ را ۰/۸۵ و ضریب همسانی درونی آن را ۰/۷۳ گزارش کرده است. در مطالعه شریف‌نیا و همکاران (Sharif Nia et al., 2016) پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸، پایایی سازه بالاتر از ۰/۷۰ و همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۷ به دست آمده است.

۲. **شاخص کیفیت خواب پیتزبرگ:** شاخص کیفیت خواب پیتزبرگ^۱ یک ابزار خود گزارشی استاندارد است که توسط بویسه و همکاران (Buysse et al., 1989) جهت بررسی کیفیت خواب در طول یک ماه گذشته طراحی شده است. این پرسشنامه هفت عامل کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد روزانه را می‌سنجد و شامل ۱۸ گویه است. آزمودنی‌ها به طیفی از پاسخ‌ها از هیچ (صفر)، کمتر از یک‌بار در طول هفته (۱)، یک یا دو بار در طول هفته (۲) و سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته نمره (۳) پاسخ می‌دهند. نمره کل بالاتر از ۵ نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف است (Bahraini et al., 2010). فرهی و همکاران (Farrahi et al., 2009) نیز جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، مطالعه‌ای انجام دادند که در نتیجه حساسیت ۱۰۰ درصد و ویژگی ۹۳ درصد و آلفای کرونباخ ۸۹ درصد را برای نسخه فارسی این پرسشنامه به دست آوردند.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی بوده است و از لحاظ روش نیمه آزمایشی می‌باشد. پس از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا) قرار گرفتند، اما روی گروه کنترل مداخله‌ای اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، مجدداً از آزمودنی‌های هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

جدول ۱: دیاگرام پژوهش

گروه‌ها	انتخاب نمونه	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	در دسترس	T ₁	X ₁	T ₂
کنترل	در دسترس	T ₂	-	T ₂

1. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

شیوه اجرا

در ابتدا با اخذ مجوز و ارائه به مرکز انجمن ام‌اس و درمانگاه‌های شهر بیرجند و به کسانی که ملاک‌های مضمول را دارا بودند، توضیحاتی در مورد پژوهش داده شد. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. در مرحله بعد، پرسشنامه‌ها بر اساس رضایت شخصی افراد در اختیار آنان قرار گرفت و به افراد مورد مطالعه اطمینان خاطر داده شد که به اطلاعات شخصی آن‌ها در هیچ‌یک از مراحل پژوهش نیاز نیست و تجزیه و تحلیل‌ها بر اساس کدبندی انجام می‌گیرد. سپس افراد گروه آزمایش برای شرکت در جلسات درمانی (مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا) ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دعوت شدند و به اجرای مداخلات پرداخته شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. شیوه درمانی مورد استفاده بر اساس پروتکل درمانی سلیمان، رشید و پارک (Seligman, Rashid & Parks, 2006) طرح‌ریزی شد. محتوای هر جلسه شامل عنوان موضوعات و تکلیف بود. در جدول ۲ خلاصه جلسات آورده شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزشی روانشناسی مثبت‌گرا بر اساس پروتکل سلیمان، رشید و پارک (۲۰۰۶)

شرح جلسات	جلسات
آشنایی با دوره آموزشی، خشنودی از زندگی، شادی و نشاط و نقش آن در زندگی و مسیرهای دستیابی به زندگی رضایت‌بخش، سنجش سطح نشاط، افسردگی و خشنودی از زندگی شرکت‌کنندگان	جلسه اول: معرفی و جهت‌دهی
شناخت توانمندی‌های شخصی، آشنایی با دسته‌بندی توانمندی‌ها و فضیلت‌های اخلاقی، استفاده از توانمندی‌های شخصی به شکل تازه	جلسه دوم: توانمندی‌های شخصی و استفاده از آن‌ها به شکلی تازه
آشنایی با هیجان‌های مثبت، نقش هیجان‌های مثبت در نشاط و شادی، استفاده از ذکر نعمت‌ها و امور و در زندگی روزمره به عنوان امور مثبت	جلسه سوم: کاشت هیجان‌های مثبت و ذکر نعمت‌ها و امور و در زندگی
بررسی شده نوشتن سه نعمت و یا امر خوب در زندگی، قصد و معنی داشتن در زندگی، استفاده از فن میراث شخصی	جلسه چهارم: میراث شخصی و داشتن قصد و هدف در زندگی
تأکید بر خاطرات خوب، حرکت به سمت ایجاد ارتباطات بین فردی مناسب، آموزش فن تقدیر و سپاس (نامه و دیدار تشکر‌آمیز)	جلسه پنجم: نامه و دیدار تشکر‌آمیز
آشنایی با روابط مثبت اجتماعی، نقش روابط مثبت در زندگی شادمانه، آموزش و کاربرد فن پاسخ‌دهی سازنده و فعال	جلسه ششم: روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی

جلسه هفتم: کار با تأمل و طمأنینه و پرهیز از شتاب‌زدگی	آشنایی با نحوه‌ی پایدار کردن لذت‌ها، کار با طمأنینه و نقش آن در خشنودی از زندگی
جلسه هشتم: جشن شادی و پایدارسازی شادکامی	بازخورد دوره آموزشی، برگزاری جشن شادی، هماهنگی جهت نحوه‌ی پیگیری.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر در جدول ۳ نشان داده شده است. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیر اضطراب مرگ و کیفیت خواب در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب مرگ و کیفیت خواب گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۱/۱۹	۶/۸۳	۱/۳۸	۸/۴۱	آزمایش	اضطراب مرگ
۲/۱۵	۹/۴۱	۲/۴۹	۹/۷۵	کنترل	
۱/۲۳	۳/۳۳	۱/۵۸	۷/۸۳	آزمایش	کیفیت خواب
۲/۹۵	۷/۰۰	۳/۷۰	۸/۹۱	کنترل	

میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر $31/33 \pm 6/73$ و $30/25 \pm 8/38$ بود. از مجموع ۲۴ نفر ۷ نفر زیر ۲۵ سال، ۴ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۶ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۷ نفر بالای ۳۵ سال سن داشتند. بعلاوه، تفاوت معناداری بین میانگین سنی دو گروه وجود نداشت ($P > 0/05$ ، $df=22$ ، $t=0/35$). آن‌گونه که در جدول بالا مشخص است میانگین نمره گروه‌های آزمایش و کنترل در اضطراب مرگ و کیفیت خواب در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل موردبررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌های آزمون از روش شاپیرو-ویلک استفاده شد. آماره شاپیرو ویلک نشان داد که مقدار آن برای همه متغیرها معنادار نیست ($P > 0/05$). همچنین، نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون و پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) برای گروه‌های آزمایش و کنترل

یکسان بود ($P > 0/05$)، از این رو استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع است. در جدول ۴ و ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) مربوط به اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر اضطراب مرگ و کیفیت خواب زنان ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب مرگ

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
اضطراب مرگ پیش‌آزمون	۳۲/۸۰	۱	۳۲/۸۰	۲۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹
اثر اصلی (درمان)	۱۶/۸۸	۱	۱۶/۸۸	۱۰/۴۹	۰/۰۰۴	۰/۳۳
خطای باقی‌مانده	۳۳/۷۸	۲۲	۱۷/۶۹			

جدول ۵. خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت خواب

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
کیفیت خواب پیش‌آزمون	۳۲/۰۶	۱	۳۲/۰۶	۸/۶۵	۰/۰۰۹	۰/۲۹
اثر اصلی (درمان)	۵۹/۳۹	۱	۵۹/۳۹	۱۵/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲
خطای باقی‌مانده	۸۰/۶۱	۲۱	۳/۸۴			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش اثر اصلی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام‌اس در پس‌آزمون معنادار است ($P < 0/001$). میزان تأثیر این مداخله نیز ۰/۲۹ بوده است. نتایج جدول ۵ نیز نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش اثر اصلی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کیفیت خواب زنان مبتلا به ام‌اس در پس‌آزمون معنادار است ($P < 0/001$). میزان تأثیر این مداخله نیز ۰/۴۲ می‌باشد.

نتیجه

در این پژوهش اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر اضطراب مرگ و کیفیت خواب زنان مبتلا به ام‌اس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کاهش اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام‌اس تأثیر معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های لکلاری و همکاران (Leclaire et al., 2018)، کارلتو و همکاران (Carletto et al., 2017)، کید و همکاران

(Kidd et al., 2017)، هوکالسوکی و همکاران (Hocaloski et al., 2016)، سعیدی و همکاران (Saeedi et al., 2015)، بوگوسیان و همکاران (Bogosian et al., 2015)، خیاطان و همکاران (Khayatan et al., 2014) همسو است. سلیگمن، رشید و پارکز (Seligman, Rashid & Parks, 2006) روان‌درمانی مثبت‌گرا را پایه‌گذاری کردند و معتقدند که این رویکرد درمانی نه تنها علائم خلق منفی از جمله افسردگی را کاهش می‌دهد، بلکه به‌طور مستقیم هیجان‌ات مثبت، توانمندی‌های منشی و معناداری در زندگی را افزایش می‌دهد. طبق این رویکرد ایجاد هیجان‌ات مثبت، توانمندی‌های منشی و معناداری در زندگی به‌عنوان سپری در مقابل خلق منفی عمل می‌کند و از عود آن جلوگیری می‌کند. به عبارتی تمرین‌های طراحی‌شده در رویکرد مثبت‌گرا به‌گونه‌ای است که خلق منفی را کاهش می‌دهد. برای مثال در تمرین نوشتن سه نشانه مثبت در روز گذشته یا نوشتن ۵ موهبت (نعمت) از بیمار خواسته می‌شود تا قبل از رفتن به رخت خواب نعمت‌ها را بشمارد یا او را مجبور به نوشتن سه اتفاق خوب می‌کند و همچنین دلایل چنین اتفاقاتی را شرح دهند. این تمرین باعث می‌شود تا علاوه بر اینکه بیمار را از وقایع منفی زندگی‌اش دور کند باعث شود تا بیمار به وقایع مثبت زندگی‌اش توجه کند (Khayatan et al., 2014). در تبیین این نتایج می‌توان از نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت فردریکسون کمک گرفت. این نظریه شامل فرضیه گسترش، ایجاد، خنثی‌سازی، تاب‌آوری و شکوفایی است (Fredrickson, 2001). این نظریه بیان می‌کند که هیجان‌ات مثبت خزانه فکر-عمل فرد را گسترش می‌دهند و آن‌ها را به کشف خطوط فکری و رفتاری جدید تشویق می‌کنند. نکته کلیدی و مهم این ذهنیت گسترده افزایش منابع شخصی است. هر چه افراد ایده‌ها و افکار جدیدتری را کشف می‌کنند منابع روان‌شناختی، اجتماعی، عقلانی و جسمی‌شان افزایش می‌یابد (Fredrickson & Joiner, 2018). به‌عبارت‌دیگر نظریه ساخت و گسترش فردریکسون (Fredrickson, 2001) بیان می‌کند که هیجان‌ات مثبت دامنه‌های توجه و شناخت را گسترده‌تر می‌کند، بدین‌وسیله ساخت منابع شخصی را تسهیل می‌کند (Burns et al., 2014). ایجاد حلقه‌های صعودی^۱ که نتیجه هیجان‌ات مثبت است به‌زیستی فرد را افزایش می‌دهد. این حلقه‌های صعودی افزایش‌دهنده به‌زیستی از نظر مفهومی در مقابل حلقه‌های نزولی افسردگی قرار دارد. بیماران در مواقعی که تجربه‌ها و عواطف منفی دارند، دید تونلی را تجربه می‌کنند که این دید غالباً به تفکر بدبینانه منجر می‌شود. در مورد بیماران ام‌اس این دید تونلی سبب تجربه حالات ناخوشایند و بدبینی نسبت به آینده بیماری خود و نهایتاً تجربه اضطراب مرگ می‌شود. این تفکر منفی به عاطفه منفی بیشتری می‌انجامد که ممکن است به‌سرعت موجب نزول حرکت مارپیچی (حلقوی) شود. در

1. Upward Spirals

مقابل روان‌درمانی مثبت‌گرا با ایجاد هیجان‌های مثبت، چشم‌بندها را برمی‌دارد و به بیماران اجازه می‌دهد که احتمالات و امکانات بیشتری را ببینند و خوش‌بینانه‌تر به آینده فکر کنند. بیمارانی که هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند احتمالاً حلقه‌های صعودی بهاشی را بیشتر و منظم‌تر تجربه می‌کنند که این خود لذت‌بخش است (Fredrickson, 2001). این درمان در سطح ذهنی به حالت‌های ذهنی مثبت از قبیل خوشنودی، شادی، رضایت از زندگی، آرامش، عشق و صمیمیت می‌پردازد. حالت‌های ذهنی مثبت شامل افکار سازنده درباره خود و آینده نیز می‌شود. این حالت‌ها احساس انرژی، نشاط، اعتمادبه‌نفس و خنده را در برمی‌گیرد (Seligman, 2013) که تمام موارد ذکر شده افکار مرتبط با مرگ و اضطراب ناشی از آن را در بیماران ام‌اس کاهش می‌دهد.

علاوه بر آن، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افزایش کیفیت خواب زنان مبتلا به ام‌اس تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته‌ها با یافته‌های فوسچی و همکاران (Foschi & et al., 2019)، وایت و همکاران (White et al., 2019)، هرنند و دیفر (Harand & Defer, 2018)، یوفانگ و همکاران (Yu-fang et al., 2015)، سهرابی و جعفری روشن (Sohrabi, Jafari & Roshan, 2016) و پارسا (Parsa, 2013) همسو است. به‌عنوان نمونه یوفانگ و همکاران (Yu-fang et al., 2015) تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا را بر روی افسردگی و کیفیت خواب دانشجویان پرستاری بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که بهبودی در افسردگی و کیفیت خواب افراد گروه آزمایش بیشتر دیده می‌شود. پژوهش سهرابی و همکاران (Sohrabi et al., 2016) نیز که به بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر پرداخت به این نتیجه رسیدند که با آموزش روان‌درمانی مثبت‌گرا متغیر بی‌خوابی به‌عنوان یکی از زیرمقیاس‌های سلامت روان کاهش پیدا کرده بود و این برنامه تأثیر مثبتی بر کیفیت خواب آن‌ها گذاشته بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت جایی که هیجان‌های مثبت وجود داشته باشد، به احتمال زیاد افراد احساس امنیت بیشتر و تهدید کمتر می‌کنند (Fredrickson, 2004). این فرایندها به فرد کمک می‌کند تا خودش را بهتر بشناسد، تجربیات مثبت را شناسایی کند و به تدریج نقش این تجربیات مثبت را در افزایش و ارتقای احترام به خود گسترش دهد. توجه به نکات مثبت و تجارب خوب گذشته، احتمال بروز برداشت‌های مثبت‌تر از خود و دیگران را افزایش می‌دهد و این باعث می‌شود که افراد بتوانند مسؤولیت‌های بیشتری را درباره ارزش خود بپذیرند و به فهم کامل‌تری از خود برسند (Algoe et al., 2008). به عبارتی تجربه هیجان‌های مثبت به فرد کمک می‌کند تا تمرکزشان را از رویدادهای تهدیدکننده-استرس‌زا باز جهت‌دهی کنند و طرح‌واره‌های سازشی و انعطاف‌پذیرتری در مورد خواب خود

داشته باشند (Mitchell, 2010). درباره بیماران مبتلابه ام‌اس نیز چون از علائم اصلی آن‌ها خستگی و بی‌خوابی است آموزش تفکر مثبت رویکردی کلی نسبت به زندگی و چیزی فراتر از تفکرات معمول را برای فرد بیمار به همراه می‌آورد. تفکر مثبت تأکید بر نقاط مثبت به جای نقاط منفی در تمامی شرایط زندگی را برایشان فراهم می‌سازد؛ داشتن فکر و احساس خوب نسبت به خود جایگزین تحقیر دائمی خود می‌شود؛ خوب فکر کردن درباره دیگران و برقراری روابط حسنه با آن‌ها را افزایش می‌دهد و نهایتاً انتظار بهترین‌ها را از دنیا داشتن و اعتماد به اینکه بهترین‌های دنیا نصیب فرد خواهد شد را به باورهای فرد اضافه می‌کند و این همه تغییرات مثبت مسلماً به کاهش افکار منفی و بهبود خواب شبانه منجر می‌شود (Fredrickson, 2001).

بنابراین، برگزاری کلاس‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا در بهبود وضعیت خواب و اضطراب مرگ بیماران مبتلابه ام‌اس مفید واقع شد و مبتنی بر نتایج این پژوهش و پژوهش‌های قبلی استفاده از روان‌شناسی مثبت‌گرا و به‌منظور کاهش اضطراب مرگ و کیفیت خواب این بیماران توصیه می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که این شیوه‌ی درمانی از نظر مالی کم‌هزینه، از نظر زمانی مقرون‌به‌صرفه و از نظر اثرات درمانی اثربخش است. از جمله ویژگی‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا ساختار آن است. در این رویکرد، ساختار درمان همانند طول آن، تکالیف و اهداف جلسات بر اساس نیازهای هر بیمار هماهنگ می‌گردد. همچنین برخلاف سایر روان‌درمانی‌ها، روان‌درمانگران مثبت‌گرا به هر دو بعد هیجان‌های مثبت و منفی بیمار توجه نشان می‌دهند و این موضوع می‌تواند به بهبود کیفیت درمان منجر شود. در ضمن می‌توان گفت این بعد از درمان مثبت‌گرا که اضطراب مرگ را به‌عنوان یک تجربه منفی در کنار تجربیات مثبت تصدیق می‌کند و می‌پذیرد خاصیت درمانی دارد و می‌تواند در کنار افزایش معنا در زندگی اضطراب مرگ را کاهش دهد. نتایج حاصل از این مطالعه تعمیم‌پذیر به مردان مبتلابه ام‌اس نیست زیرا تمام نمونه‌های پژوهش حاضر زن هستند. در واقع به این دلیل نمونه‌گیری روی زنان صورت گرفت زیرا تعداد مبتلایان زن مراجعه‌کننده به این درمانگاه‌ها بیشتر بود؛ بنابراین توصیه می‌شود که در مطالعات بعدی به مقایسه زنان و مردان در این حیطه پرداخته شود. نهایتاً اینکه نمونه موردبررسی، بیماران زن مبتلابه ام‌اس مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهر بیرجند هستند بنابراین در تعمیم‌یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط لازم صورت گیرد.

References

- Abdel Salam, O.A., Ghonimi, N.A.M., Ismail, M.H. (2019). Risk of obstructive sleep apnea in multiple sclerosis: Frequency, clinical and radiological correlates. *Mult Scler Relat Disord*, 28, 184-188.

- Algoe, S.B., Haidt, J., Gable, S.L. (2008). Beyond reciprocity: gratitude and relationships in everyday life. *Emotion*, 8(3): 425-429.
- Bogossian, A., Chadwick, P., Windgassen, S., Norton, S., McCrone, P., Mosweu, I., Silber, E. and Moss-Morris, R. (2015). Distress improves after mindfulness training for progressive MS: a pilot randomized trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(9), pp. 1184-1194.
- Buratti, L., Iacobucci, D.E., Viticchi, G., Falsetti, L., Lattanzi, S., Pulcini, A. (2019). Sleep quality can influence the outcome of patients with multiple sclerosis. *Sleep Medicine*, 58, 56-60.
- Burns, A.B., Brown, J.S., Sachs-Ericsson, N., Plant, E.A., Curtis, J.T., Fredrickson, B.L., Joiner, T.E. (2008). Upward spirals of positive emotion and coping: Replication, extension, and initial exploration of neurochemical substrates. *Pers Individ Dif*, 44(2): 360-370.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28(2): 193-213.
- Carletto, S., Tesio, V., Borghi, M., Francone, D., Scavelli, F., Bertino, G., Malucchi, S., Bertolotto, A., Oliva, F., Torta, R., Ostacoli, L. (2017). The Effectiveness of a Body-Affective Mindfulness Intervention for Multiple Sclerosis Patients with Depressive Symptoms: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Front Psychol*, 30(8): 1-12.
- Cerqueira, A.C., Andrade, P.S., Godoy-Barreiros, J.M., Silva, A.C.O., Nardi, A.E. (2015). Risk factors for suicide in multiple sclerosis: a case-control study. *J Bras Psiquiatr*, 64(4):303-6.
- Farrahi, J., Nakhaee, N., Sheibani, V., Garrusi, B., Amirkaifi, A. (2009). Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index addendum for PTSD (PSQI-A). *Sleep Breath*, 13(3): 259-262.
- Foschi, M., Rizzo, G., Liguori, R., Avoni, P., Mancinelli, L., Lugaresi, A., Ferini-Strambi, L. (2019). Sleep-related Disorders and their relationship with MRI findings in Multiple Sclerosis. *Sleep Medicine*, 56, 90-97.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B.L. (2004). *Gratitude, like other positive emotions, broadens and Builds*. In Emmons, R.A. and McCullough M.E. (Eds.), *The psychology of gratitude* (pp. 167-192). New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B.L., Joiner, T. (2018). Reflections on Positive Emotions and Upward Spirals. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2): 194-199.
- Grabler, M.R., Weyen, U., Juckel, G., Tegenthoff, M., Mavrogiorgou-Juckel, P. (2018). Death Anxiety and Depression in Amyotrophic Lateral Sclerosis Patients and Their Primary Caregivers. *Front Neurol*, 9(1035), 1-6.
- Harand, C., Defer, G. (2018). Psychological interventions in multiple sclerosis: Improving cognition and quality of life. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.10.002>.
- Hausser, S.L., Goodin, D.S. (2011). *Multiple sclerosis and other demyelinating diseases*. In: Longo, D.L., Fauci, A.S., Kasper, D.L. (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18th edn. McGraw Hill, New York in press.

- Hocaloski, SH., Elliott, S., Brotto, L.A., Breckon, E., McBride, K. (2016). A Mindfulness Psychoeducational Group Intervention Targeting Sexual Adjustment for Women with Multiple Sclerosis and Spinal Cord Injury: A Pilot Study. *Sex Disabil*, 34,183-198.
- Kaminska, M., Kimoff, R.J., Benedetti, A., Robinson, A., Bar-Or, A., Lapierre, Y., Schwartzman, K., Trojan, DA. (2012) Obstructive sleep apnea is associated with fatigue in multiple sclerosis. *Mult Scler*, 18(8):1159-1169.
- Khayatan, T., Azkhash, M., Bahmani, B., Azimian, M., Dolatshahi, D. (2014). Group Positive Psychotherapy and Depression of Females Affected by Multiple Sclerosis. *Iranian Rehabilitation Journal*, 12(22): 49-53.
- Kidd, T., Carey, N., Mold, F., Westwood, S., Miklaucich, M., Konstantara, E., Sterr, A., Cooke, D. (2017). A systematic review of the effectiveness of self-management interventions in people with multiple sclerosis at improving depression, anxiety and quality of life. *PLoS One*, 12(10): 1-16.
- Kotterba, S., Neusser, T., Norenberg, C., Bussfeld, P., Glaser, T., Dorner, M., Schurks, M. (2018). Sleep quality, daytime sleepiness, fatigue, and quality of life in patients with multiple sclerosis treated with interferon-beta-1b: results from a prospective observational cohort study. *BMC Neurol*, 18(1):123.
- Leclaire, K., Cecil, A., LaRussa, A., Stuart, F., Hemond, C.C., Healy, B.C., Chitnis, T., Weiner, H., Huffman, J., Glanz, B.I. (2018). Short Report: A Pilot Study of a Group Positive Psychology Intervention for Patients with Multiple Sclerosis. *Int J MS Care*, 20(3):136-141.
- Marrie, R.A., Reingold, S., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sorensen, P.S., Cutter, G., Reider, N., 2015. The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: a systematic review. *Mult Scler*, 21 (3), 305-317.
- Mitchell, SJ. (2010). *Positive psychology and sleep: the influence of an internet-based exercise*. for the degree of Doctor of Clinical Psychology. The University of Leeds.
- Ottu, I.F.K., Essien, E.A., Lawal, AM. (2017). Death Anxiety from quality of life and emotional impact of event: a case study of proximate earwitnesses of dana air crash in Nigeria. *Journal of Death and Dying*, 78(4): 421-440.
- Ozanne, AO., Graneheim, UH., Strang, S. (2013). Finding meaning despite anxiety over life and death in amyotrophic lateral sclerosis patients. *J Clin Nurs*, 22(15-16):2141-2149.
- Parsa, A. (2013). *The Effect of Positive Thinking on Mental Health of High School Girl Students in Tehran*. Master's Thesis. Faculty of Humanities, Payame Noor University of Tehran. (Persian).
- Pham, T., Jette N., Bulloch, A, G, M., Burton, J.M., Wiebe, S., Patten, SB. (2018). The prevalence of anxiety and associated factors in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*, 19, 35-39.
- Saeedi, H., Mousavi Nasab, H., Mehdi Zadeh Zare Anari, A., Ebrahimi, HA., Gorgani Nezhad, M., Divsalar, K. (2015). The effectiveness of positive psychology interventions with the Islamic approach to increase hope in females with multiple sclerosis. *Report of Health Care*, 1(3): 80-83.
- Sakkas, G.K., Giannaki, C.D., Karatzaferi, CH., Manconi, M. (2019). Sleep Abnormalities in Multiple Sclerosis. *Curr Treat Options Neurol*, 21(4): 1-12.
- Seligman, M. (2013). *Inner Happiness*. Translated by Mostafa Tabrizi, Ramin Karimi, Ali Niloufar. Tehran.

- Seligman, M.E, Rashid, T, Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Sharif Nia, H, Pahlevan Sharif, S, Goudarzian, A. H, Haghdoost, A. A, Ebadi, A, Soleimani, M. A. (2016). Evaluation of psychometric properties of the Templer's Death Anxiety Scale-Extended among a sample of Iranian chemical warfare veterans. *Hayat*, 22 (3): 229-244. (Persian).
- Sohrabi, F, Jafari Roshan, F. (2016). Effectiveness of Positive Group Psychotherapy on Resiliency, Happiness and General Health on Women with Substance Dependence Spouses. *Positive Psychology*, 2(1): 31-46. (Persian).
- Tauil, C.B., Grippe, T.C., Dias, R.M., Dias-Carneiro, R.P.C., Carneiro, N.M., Aguilar, A.C.R., Silva, F.M.D., Bezerra, F., Almeida, L.K., Massarente, V.L., Giovannelli, E.C., Tilbery, C.P., Brandao, CO., Santos, L.M.B., Santos-Neto, L.D. (2018). Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*, 76(5):296-301.
- Templer, D.I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2): 165-177.
- White, C.A, Uttl, B., Holder, MD. (2019) Metaanalyses of positive psychology interventions: The effects are much smaller than previously reported. *PLoS ONE*, 14(5): 1-48.
- Yu-fang, G, Shu-wen, L, Qing-hua, Z, Ou-ying, C.H, Xiu-jie, Q, Jing-ping, Z. (2015). The effect of group positive psychotherapy on depression and sleep quality in undergraduate nursing students. *Chinese Journal of Nursing*, 1(3): 12-18.