

## تأثیر روان درمانی مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و توانمندی‌های منش در بیماران مبتلا به سرطان

روشنک خدابخش<sup>۱\*</sup>، زهره خسروی<sup>۲</sup>، سیده شهره شاهنگیان<sup>۳</sup>

۱- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۲- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر روان درمانی مثبت‌نگر بر افسردگی و توانمندی‌های منش افراد مبتلا به بیماری سرطان بود. در قالب یک طرح نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ۵۸ آزمودنی از میان کلیه بیماران مبتلا به بیماری سرطان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از جمعیت نمونه به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آموزشی مثبت‌نگر و ۱۵ نفر در گروه کنترل (لیست انتظار) قرار گرفتند. مداخله این پژوهش (درمان مثبت‌نگر) شامل ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بود که به شکل گروهی و هفتگی برگزار شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس شادکامی- افسردگی آکسفورد (OHDQ) و همچنین مقیاس توانمندی‌ها و فضایل منش لینلی و همکاران (VIA-IS) بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مثبت‌نگر در کاهش افسردگی، افزایش توانمندی‌ها و فضائل منش، افزایش سطح زندگی معنادار، زندگی لذت‌بخش و متعهدانه افراد مبتلا به سرطان مؤثر بوده است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مثبت‌نگر، توانمندی‌های منش، افسردگی، سرطان

## مقدمه

امروزه با تغییرات اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلاء به بیماری‌ها تغییر کرده است. در نتیجه بیماری‌های مزمن، مهمترین مشکلات سلامت جوامع محسوب می‌شوند که خود منابع عمده تنیدگی تلقی شده و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کنند (سندیک و مادانس، ۲۰۱۱). این بیماری‌ها انواع متعددی دارند، یکی از مهمترین این بیماری‌ها سرطان است. بیماری سرطان یکی از معضلات و مسائل اساسی بهداشتی در جهان محسوب می‌شود که با تهدید سلامتی و زندگی فعال انسان در سنین مختلف، خسارت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی متعددی در ابعاد جسمی، روانی و معنوی ایجاد می‌کند (کریک و وود و استرن، ۲۰۰۳). در طول چند دهه گذشته نیز، درمان‌ها در خصوص بیماری‌های مزمن جسمانی از جمله سرطان، از نگاه صرفه اقتصادی از بعد جسمانی و درمان‌های دارویی به سوی دیدگاه‌ها و درمان‌های چند بعدی جسمانی-روانشناختی تغییر جهت داده است. از سوی دیگر اخیراً تحول در مدل‌های روان درمانی و پرداختن به جنبه‌های روانشناختی مثبت انسان، توجهی روزافزون کسب کرده است. پژوهش حاضر نیز در راستای چرخش تمرکز از درمان‌های جسمانی به درمان چندبعدی بیماری سرطان شکل گرفت. همچنین با توجه به اینکه درمان مثبت‌نگر بر پرورش هیجان‌های مثبت، توانمندی‌ها و فضیلت‌ها (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴) تاکید دارد، از این روش روان درمانی جهت اثربخشی بر افسردگی و توانمندی‌های منش افراد مبتلا به بیماری سرطان بهره گرفته شد. این اصول و فنون که بر اساس دیدگاه روانشناسی مثبت است، بدین لحاظ که روشی مناسب جهت درمان و ارتقاء برخی مؤلفه‌های روانشناختی (افسردگی و توانمندی‌های منش) در

بیماران مبتلا به سرطان است، مورد بررسی و پژوهش قرار گرفت. همچنین افراد مبتلا به بیماری سرطان دارای شرایط جسمی و روحی بسیار ویژه‌ای هستند و همبستگی بسیار بالایی بین ابعاد روانی و جسمانی آنها وجود دارد، بنابراین به کارگیری روان درمانی‌ای که شیوه‌ای بسته، پیچیده و غیرقابل انعطاف را دارا باشد برای این گروه از افراد در این پژوهش نه تنها غیرقابل کاربرد، بلکه حتی به شکلی خارج از کنترل احتمال عود مشکلات جسمانی و یا روحی را پدید می‌آورد. بنابراین با توجه به حائز اهمیت بودن استفاده از روان درمانی در مجموعه درمان و مقابله با بیماری سرطان و پیشگیری قطعی از احتمالات بیان شده، پس از بررسی این روش به عنوان روشی میانه‌رو، کارآمد و موثر برای پژوهش حاضر در نظر گرفته شد.

سرطان از جمله بیماری‌هایی است که با ایجاد تنش‌های مزمن و اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی متعدد، باعث ایجاد اختلال در ویژگی‌های روانشناختی بیماران می‌شود. لذا یکی از جوانب مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان، توجه به بهبود و ارتقاء حالات روانشناختی است (آلن؛ جیمی؛ اومیرا؛ هریت و آرنه، ۲۰۰۷). مطالعه مروری مقالات نشان می‌دهد مداخلات روانشناختی بر زندگی این بیماران تاثیرگذار است (گریسر، رایت، شروود، سویسا و موریس، ۲۰۰۲). برخورداری از حمایت‌های اجتماعی درک شده<sup>۱</sup>، بهره‌مندی از برنامه‌های مشاوره گروهی و به طور اخص آموزش‌های روان درمانی، موجب بهبود عملکرد جسمانی، هیجانی و اجتماعی، کاهش خستگی و کاهش اثرات منفی ناشی از این بیماری می‌شوند (ابراهیمی، منتظری و مهرداد، ۱۳۸۹). این عوامل در نحوه مقابله و سازگاری فرد با سرطان و همچنین

برای رویارویی با سرطان، نیاز به تغییرات مثبت در افراد مبتلا به این بیماری است که از میان روان درمانی‌های متعدد، این تغییرات مثبت از طریق راه کارهای موجود در روان درمانی مثبت‌نگر امکان‌پذیر است (کاسلاس، فونت، ویوس، ۲۰۱۴).

سرطان بیماری است که در آن سلول‌های بدن در یک تومور بدخیم به طور غیرعادی تقسیم و تکثیر می‌شوند و بافت‌های سالم را نابود می‌کنند. سلول‌های سرطانی از سازوکارهای عادی تقسیم و رشد سلول‌ها جدا می‌افتند (کینزler و کنت، ۲۰۰۲). معمولاً در سرطان‌ها با انواعی از افسردگی مانند افسرده خوئی یا افسردگی اساسی مواجه می‌شویم (پرل، ۲۰۰۴). در تعریف افسردگی می‌توان گفت افسردگی چیزی بیش از غمگینی یا تنهایی است. نشانگان هیجانی شامل خلق منفی که همراه است با یک فقدان علاقه و لذت در فعالیت‌های روزانه که فرد کارمایه (انرژی لیبیدو) و علاقه به چیزهای قبلی را از دست داده، از دست دادن اشتها و افزایش یا کاهش وزن قابل توجه، بی‌خوابی یا پرخوابی، از دست دادن انرژی، ناتوانی در تمرکز، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه شدید و افکار تکرار شونده مرگ یا خودکشی را تجربه کند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۲). در افسردگی، افراد ملامت یا غم توانگاهی را احساس می‌کنند (رضایی، ۱۳۹۲).

از سوی دیگر، فضائل منش دیدگاه آدمی را به مفهوم حیات، ابعاد گوناگون زندگی و مرگ و نیستی وسعت می‌بخشد. با ارتقا و فرا روندگی این توانمندی‌ها و فضیلت‌های برتر از طریق درمان مثبت‌نگر می‌توان به کاهش نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به سرطان دست یافت. در دیدگاه روانشناسی مثبت‌نگر فضیلت‌های منش مورد تأکید قرار گرفته و مشتمل بر ۲۴ توانمندی و ویژگی در افراد است که توسط

توانمندی‌های متفاوت فرد، نقش تعیین‌کننده‌ای دارند، چرا که این بیماری، اثرات روانشناختی و پزشکی بسیاری را باعث می‌شود (ماداکس؛ مکت و ویلکاک، ۲۰۰۹). در سال‌های اخیر توجه به منابع افسردگی و راهبردهای مقابله با آن در گروه‌های مختلف به ویژه در مبتلایان به بیماری‌ها، از جمله سرطان، بسیار مورد توجه قرار گرفته است و نشان داده شده که به کار گرفتن راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، نقش مهمی در کاهش، ایجاد و دوام نشانه‌های افسردگی داشته است (چن، چانگ، یانگ و لی، ۲۰۰۷).

هدف بنیادین بسیاری از مداخله‌های روانشناختی در مورد بیماران مبتلا به سرطان، افزایش توانایی آنان برای رو به رو شدن با اضطراب، درد و تحمل شیوه‌های تشخیصی و درمانی پزشکی است. یکی از موضوعاتی که در این پژوهش بررسی خواهد شد، موضوع روان درمانی مثبت‌نگر است. در سال‌های اخیر رویکرد روانشناسی مثبت با شعار توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان مورد توجه پژوهشگران حوزه‌های مختلف روانشناسی قرار گرفته است. روانشناسی مثبت، تأکید بر بنا نهادن و گسترش هیجان‌های مثبت به منظور ایجاد سپری در برابر اختلال‌های روانی و افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دارد (مک کالو و وایت ولت، ۲۰۰۲). این رویکرد معنا را در زندگی مراجعان به منظور تسکین آسیب‌شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می‌دهد (رشید، ۲۰۰۸). زیربنای نظری روان درمانی مثبت ریشه در کارهای سلیگمن (۲۰۰۲) دارد که معتقد است شادی شامل زندگی لذت‌مند، متعهدانه و معنادار است. تجربه هیجان‌های مثبتی که روان درمانی مثبت‌نگر بر آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (فردریکسون، ۲۰۰۹).

درمانی توسط این پژوهشگران، همگی مؤید فرضیه فوق بوده است. در یک مطالعه رشید (۲۰۰۸)، از روانشناسی مثبت به منظور بالا بردن توانمندی‌ها استفاده کرد، نتایج نشان داد که فنون روانشناسی مثبت در گروه آزمایش تغییر معناداری در ۱۷ توانمندی مثبت افراد از ۲۴ توانمندی، به وجود آورده بود. فردریکسون و لوسادا (۲۰۰۵)، بر اساس مدل مثبت‌نگر دریافتند که هیجان‌های مثبت سپری را در مقابل پیامدهای ناگوار استرس به وسیله کاهش دادن برانگیختگی خودمختار ناشی از هیجان‌های منفی و افزایش انعطاف‌پذیری ناشی از تفکر و حل مسئله ایجاد می‌کنند. سلیگمن، ارنست، گیلهام، پویک و لینکینز (۲۰۰۹)، در یک مطالعه دریافتند که روان درمانی مثبت فردی نشانه‌های افسردگی را کاهش داد و در بسیاری از موارد، در مقایسه با درمان‌های رایج همراه با داروهای ضدافسردگی باعث بهبودی کامل شد. علاوه بر کاهش نشانه‌های افسردگی، روان درمانی مثبت نشانه‌های شادی را افزایش داد. در پژوهش کردمیرزا (۱۳۸۸)، به منظور کارآزمایی مدل زیستی-روانی معنوی در ارتقای تاب‌آوری، مداخلات مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر و نیز روانشناسی فردی آدلر را مورد استفاده قرار داد که نتایج، حاکی از اثربخشی درمان مثبت و درمان آدلری در ارتقای تاب‌آوری بود. همچنین پژوهشی با عنوان روانشناسی مثبت‌نگر با تأکید بر توانمندی‌ها و فضیلت‌های منش انجام شده است (فوردایس، ۱۹۸۱). در این مداخله ۱۴ فن از قبیل فعال‌تر بودن، اجتماعی‌تر بودن، درگیر شدن در کارهای با معنا، شکل‌دهی نزدیک‌تر و عمیق رابطه با فرد مورد علاقه، انتظارات پایین آمده و ارجحیت داشتن شاد بودن، مورد استفاده قرار گرفت. آزمودنی‌هایی که به طور کامل آموزش دیده بودند، در مقایسه

سلیگمن (۲۰۰۵) در قالب شش فضیلت کلی، طبقه‌بندی شده است و شامل خرد<sup>۱</sup> و معرفت (عقل و دانش)، شجاعت، انسانیت (احسان)، عدالت، اعتدال (میان‌روی)، فراوندگی (تعالی) و معنویت است. روانشناسی مثبت‌نگر نیز، یک اصطلاح برای نظریه‌ها و پژوهش‌ها درباره آن چیزی است که زندگی را به بهترین وجه ارزشمند می‌سازد (سیکزنتی میهالی، ۲۰۰۹).

همچنین روان درمانی مثبت، از لحاظ تجربی رویکردی معتبر به روان درمانی است که توجه ویژه‌ای به بنا نهادن توانمندی‌ها و هیجان‌های مثبت مراجع دارد (مک کالو، ۲۰۰۰). توانمندی‌های منش و تجارب مثبت از قبیل رضایتمندی از زندگی جزو توجهات محوری روانشناسی مثبت‌گر است (لوپز و اشنایدر، ۲۰۰۷). مداخلات زیادی در چهارچوب روانشناسی مثبت در دهه اخیر پیشنهاد شده است. پترسون و پارک (۲۰۰۴)، دریافتند زمانی که افراد در مورد سه چیز خوبی که هر روز اتفاق می‌افتد می‌نویسند و از توانمندی‌هایی که در روزهای هفته شناسایی کردند، استفاده می‌کردند، شادی بالایی را گزارش می‌دادند و افسردگی کمتری را تا ۶ ماه پس از مداخلات تجربه می‌کردند. روان درمانی مثبت گرا عبارت است از کاربرد مداخلاتی برای مقابله با افسردگی از طریق افزایش هیجان‌های مثبت، بالا بردن سطح درگیری مثبت در زندگی و افزایش معنا در زندگی به جای آن که به طور مستقیم علائم افسردگی را هدف‌گیری نماید (سلیگمن، ۲۰۰۵). پاولسکی و سلیگمن (۲۰۰۸)، همبستگی بین فقدان هیجان‌های مثبت، فقدان تعهد و فقدان معنا را در افراد افسرده مورد آزمون قرار دادند. نتایج بعدی حاصل از آزمون این فرضیه در گروه

عوامل روانشناختی در فرایند درمان این بیماری، با هدف تعیین تاثیر روان درمانی مثبت‌نگر بر افسردگی و توانمندی‌های منش در بیماران مبتلا به سرطان، انجام شد. فرضیه‌های پژوهش حاضر ۱. بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر علائم افسردگی در افراد مبتلا به سرطان ۲. بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر توانمندی‌های منش در افراد مبتلا به سرطان ۳. بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر زندگی لذت‌مند در افراد مبتلا به سرطان ۴. بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر زندگی متعهدانه در افراد مبتلا به سرطان ۵. بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر زندگی معنادار در افراد مبتلا به سرطان بود.

### روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با گروه کنترل همراه با پیش-آزمون - پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به بیماری سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش از ابتدا تا انتهای زمستان سال ۹۱ بودند. برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس از میان بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان شهدای تجریش به صورت هدفمند استفاده شد. ۵۸ نفر از افراد مراجعه کننده به بیمارستان فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، ۳۰ نفر از داوطلبان واجد شرایط انتخاب شدند و به روش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. معیار ورود افراد مبتلا به سرطان به عنوان شرکت کنندگان در این پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات در سطح حداقل دیپلم، نداشتن اختلالات شدید روانپزشکی، تحت درمان بودن

با گروه کنترل شادتر و نشانگان افسرده کننده کمتری را نشان دادند. اسپچمپل و بامیستر (۲۰۰۴)، در تحلیلی که از داده‌های به دست آمده از دانشجویان دانشگاه هاروارد به عمل آوردند، نشان داد که مثبت‌گراها، در امراض و بیماری‌ها، کمتر از منفی‌گراها گرفتار می‌شوند و در صورت گرفتاری زودتر رهایی می‌یابند. سلیگمن، پارک و استین (۲۰۰۴) نیز در بررسی خود که هدف آن اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا به صورت گروهی و فردی بود، از نامه تشکر استفاده کردند و اثربخشی مداخلات را هم در افزایش نشاط و شادمانی و هم کاهش علائم افسردگی گزارش دادند. آموزش‌های درمان مثبت‌نگر روشی کارآمد جهت افزایش توانمندی‌ها و همچنین شادکامی افراد است. کاهش میزان رضایت از زندگی موجب شیوع بالای افسردگی در سراسر جهان شده است که در پژوهشی آموزش‌های درمان مثبت‌نگر موجب افزایش شادکامی، احساس مثبت، زندگی معنادار و متعهدانه در افراد شد (سلیگمن، ارنست، گیلهام، پویچ و لینکین ۲۰۰۹). در مطالعه‌ای دیگر توسط سلیگمن (۲۰۰۲) در خصوص مثبت‌درمانی گروهی، آزمون‌هایی برای سنجش علائم افسردگی و خشنودی از زندگی و شادکامی بیشتر به کار گرفته شد. نتایج حاصل حاکی بود که گروه مداخله که مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا را دریافت کرده بودند حتی تا یکسال بعد از اتمام جلسات، نمرات پایین‌تری در آزمون بک داشتند و این در حالی بود که گروه کنترل همچنان از نظر علائم افسردگی در دامنه خفیف تا متوسط بودند. در همان پژوهش در ارتباط با شناسایی توانمندی‌های منشی (ذاتی) دریافتند افراد پس از شناخت توانمندی‌های برتر خود برای استفاده از آنها انگیزه بالایی پیدا می‌کنند. پژوهش حاضر به دلیل افزایش روزافزون بیماری سرطان و کلیدی بودن نقش

قرار می‌گرفتند که نمره‌های بالاتر سطوح بالاتری از زندگی لذت‌مند، متعهدانه و معنادار را نشان می‌داد. سپس برای بدست آوردن نمره‌های شادی کلی، مجموع نمرات به دست آمده از زیرمقیاس‌های زندگی لذت‌مند، زندگی متعهدانه، و زندگی معنادار به دست آورده شد که این نمره‌ها در طیف ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرند. نمره‌های بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتری از شادی کلی بود. برای به دست آوردن نمرات افسردگی طیف نمره گذاری به شکل معکوس محاسبه می‌شد. به این صورت که گزینه‌ای که برای محاسبه نمره مقیاس شادی کلی، نمره صفر را دریافت می‌کرد، برای محاسبه نمره افسردگی فرد نمره ۳ را به خود اختصاص می‌داد. متوسط نمره‌های بزرگسالان غیر افسرده ۲۷ و بزرگسالان افسرده ۳۹ بود. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. ارگایل (۲۰۰۱) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد و ضریب آلفای ۰/۹۱ را بدست آورد. همچنین، نوربالا و علی پور (۱۳۸۷) نیز ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی کردند و مقدار ۰/۹۳ بدست آوردند. هادی نژاد و زارعی (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی با هدف هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد، ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. پایایی درونی خوبی نشان داده است و مقدار آلفای کلی آن ۰/۹۰ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۸۷ تا ۰/۸۰ است. نجفی و دهشیری (۱۳۹۱) در بررسی خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در ۴۲۸ دانشجو، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی در کل نمونه ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین در این پژوهش ضرایب روایی همگرا و واگرایی پرسشنامه

توسط مرکز درمانی مورد نظر، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال و همچنین توافق برای شرکت در جلسات آموزشی بود. در این پژوهش انجام مداخله آموزشی مثبت‌نگر در نظر گرفته شد. از همه آزمودنی‌ها درباره شرکت در دوره درمان رضایت گرفته شد. درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت و اطلاعات بیماران نیز به آنها اطمینان داده شد. جلسات درمانی نیز، هشت جلسه آموزشی ۲ ساعته زمان‌بندی شده بود و در برخی جلسات از تمرینات و کاربرگ‌های مربوط استفاده می‌شد. خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی در جدول ۲ نشان داده است.

*ابزار سنجش: مقیاس شادکامی-افسردگی آکسفورد<sup>۱</sup>*  
(پرسشنامه روان‌درمانی مثبت): این مقیاس ابزاری است که به منظور سنجش شادکامی-افسردگی طراحی شده است و مشابه پرسشنامه افسردگی بک است که افسردگی را می‌سنجد. از این ابزار در پژوهش‌ها در زمینه درمان مثبت‌نگر استفاده می‌شود. این مقیاس برای تشخیص شادکامی بالا تا عدم وجود شادکامی در افراد، تدوین شده است. فرم کوتاه این مقیاس، ۲۱ گویه خودگزارشی پرسشنامه روان‌درمانی مثبت سه مسیر شادی را می‌سنجد (از جمله زندگی لذت‌مند، متعهد و معنادار) که به وسیله سلیگمن (۲۰۰۲) تهیه شده است. مقیاس چهار درجه‌ای آن از صفر (هرگز یا به ندرت)، ۱ (گاه گاهی یا خیلی کم)، ۲ (گاهی وقت‌ها) و ۳ (معمولاً) درجه‌بندی می‌شود. برای بدست آوردن نمره‌های زندگی لذت‌مند، سوال‌های ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۷، ۴، ۱۹، برای زندگی متعهدانه، ۱۷، ۱۴، ۱۱، ۵، ۲ و ۲۰ و برای بدست آوردن نمره‌های زندگی معنادار، سوال‌های ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۹، ۶، ۳ و ۲۱ را با هم جمع کرده که این نمره‌ها در دامنه ۰ تا ۲۱

شخصی در سوال ۱، برابر با ۴ شده بود، همان ۴ در نظر شد. هنگامی که این مرحله از نمره‌دهی انجام شد، نمره‌های ۲ سوالی که یک توانمندی را تشکیل می‌دادند با هم جمع می‌شوند. بدین ترتیب و بر اساس نمرات حاصل، شش توانمندی برتر فرد مشخص می‌شود. پارک، پترسون، مارتین و سلیگمن (۲۰۰۴) این پرسشنامه را به زبان آلمانی در بین ۱۶۷۴ بزرگسال مورد سنجش قراردادند که نتایج نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۷۷ و پایایی بازآمایی در فاصله ۹ ماه ۰/۷۳ به دست آمد. همچنین در پژوهشی با نمونه شامل ۳۵۴ نفر از دانشجویان سهامی و مظلومی (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ ۰/۷۰ ضریب بازآمایی به فاصله یک هفته‌ای ۰/۸۱ گزارش داده است. گویه‌های این مقیاس بر روی یک لیکرت پنج درجه‌ای درجه‌بندی می‌شوند. نمره‌های مقیاس از یک تا پنج است. جمله‌بندی بعضی از گویه‌ها به طور منفی و مثبت است و بنابراین در محاسبه و نمره‌گذاری این مسئله باید مورد توجه باشد. این مقیاس با توجه به طبقه‌بندی‌های گذشته از توانمندی‌های مثبت ساخته شده است و در مطالعات مختلف اثربخشی و توان آن در سنجش توانمندی‌های مثبت منشی تأیید شده است. پایایی آزمون بر اساس آنچه که پترسون و سلیگمن ذکر کرده‌اند در همه خرده مقیاس‌ها و برای همه توانمندی‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷ است. همین طور ضریب بازآمایی در یک دوره چهارماهه بالاتر از ۰/۷ گزارش شده است (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴). پارک (۲۰۰۹) نیز از شرایط مناسب ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سخن گفته است. ضریب آلفای کرونباخ آن بر روی نمونه ایرانی (کردمیرزا، ۱۳۸۸) ۰/۸۰ بوده است.

در حد بالا و قابل قبولی بود. روایی همگرا<sup>۱</sup> بین پرسشنامه روان‌درمانی مثبت و ابزارهای بهزیستی از قبیل مقیاس رضایت از زندگی<sup>۲</sup> ( $r=0/68$ )، پرسشنامه هیجان‌های فوردایس<sup>۳</sup> ( $r=0/56$ ) و مقیاس هیجان‌پذیری مثبت<sup>۴</sup> از PANAS ( $r=0/23$ ) به دست آمده است. روایی افتراقی بین پرسشنامه روان‌درمانی مثبت و ابزارهای افسردگی از جمله پرسشنامه افسردگی بک<sup>۵</sup> ( $r=0/62$ ) و مقیاس درجه‌بندی افسردگی زونگ<sup>۶</sup> ( $r=0/57$ ) بدست آمد. پرسشنامه روان‌درمانی مثبت همچنین به تغییرات درمان حساس بود، به همین دلیل برای سنجش پیامدهای درمان مفید است. (ارگایل و هیلز، ۲۰۰۲). آلفای کرونباخ کلی بدست آمده در این مطالعه ۰/۸۸ بود.

مقیاس توانمندی‌ها و فضایل منش (ارزش‌های عملی) (VIA-IS) فرم کوتاه: دارای ۲۴۰ گویه بوده و با استفاده از آن می‌توان ۲۴ توانمندی مثبت منشی را سنجید و با دسته‌بندی آنها، شش فضیلت انسانی را به دست آورد. با توجه به تعداد زیاد گویه‌های فرم کوتاه ۴۸ گویه‌ای از این مقیاس تدوین و به کار برده شد (لینلی، مالتبی، وود، ژوزف، هرینگتون و همکاران، ۲۰۰۴) که در پژوهش حاضر نیز این فرم (۴۸ گویه‌ای) برای سنجش توانمندی‌های افراد به کار بسته شد. برای نمره‌دهی ابتدا نمرات به شکل واحدی تبدیل شدند، برای انجام این کار هر یک از سوال‌ها ۳-۵-۶-۸-۱۵-۱۶-۱۸-۲۱-۲۲-۲۵-۲۶-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۴-۳۸-۳۹-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷-۴۸ را نمره داده و سپس از عدد ۶ کسر می‌شوند. برای باقی‌سوال‌ها نیز همان نمره‌هایی که دریافت کردند، محسوب شد. یعنی اگر نمره

- 1 convergent Validity
- 2 Satisfaction with Life Scale
- 3 Fordyce Emotions Questionnaire
- 4 Positive Affectivity Scale
- 5 Zung Depression Rating Scale
- 6 Values In Action Inventory of Strengths(VIA-IS)

پژوهش حاضر توسط پژوهش‌گر اجرا شد و آموزش‌های مربوط تحت نظارت و راهنمایی پیشروان این حیطه قرار گرفت.

از نظر عملیاتی، مداخله مثبت‌نگر شامل یک مدل روان‌درمانی مثبت‌نگر است که توسط سلیگمن و رشید (۲۰۰۶) پیشنهاد شده و دارای چهار مولفه لذت، تعهد، معنا و زندگی کامل است. این روش درمانی در

### جدول (۱) خلاصه ساختار و محتوای جلسات بر اساس پروتکل درمانی سلیگمن (۲۰۰۶)

جلسه	محتوا و تمرین‌های جلسه	هدف
اول	ثبت یک معرفی مثبت از خود در یک صفحه توسط مراجعین	جهت دادن مراجعین در چارچوب روان‌درمانی مثبت، مفروضه‌های این دیدگاه و نقش روان‌درمان‌گر.
دوم	ثبت توانمندی هر فرد توسط خود	شناسایی توانمندی‌های شخصی، آشنایی با دسته‌بندی توانمندی‌ها و فضیلت‌های اخلاقی و استفاده از توانمندی‌های شخصی به شکلی نوین.
سوم	ذکر نعمت‌ها یا یادآوری سه امر خوب (مثبت) در زندگی روزانه	کاشت هیجان‌های مثبت و ذکر نعمت‌ها و امور خوب در زندگی.
چهارم	تکرار تکلیف انجام شده در جلسه	مرور اینکه آیا این نوشتن سه چیز خوب یا سه نعمت و تأکید بر یادآوری‌ها و حافظه مثبت در طول هفته گذشته اثر مثبتی هم داشته است یا خیر.
پنجم	استفاده از کاربردگ مربوط به شکرگزاری	متمرکز بر شکرگزاری بود. همچنین نقش خاطرات بد و خوب مجدداً مورد بررسی قرار گرفت.
ششم	بررسی میانه درمان	مراجعه پیشرفت‌شان را در نوشتن دفترچه و نامه‌های بخشش و شکرگزاری و به کار بردن توانمندی‌هایشان در عمل بر اساس برنامه‌های فعالیت‌شان که در جلسه دوم آغاز شد بررسی کردند.
هفتم	یادداشت سه مورد پیشامد یا سه چیز را که می‌خواسته‌اند انجام دهند ولی با شکست روبرو شده‌اند، سپس بررسی اینکه آیا به ازای آن در بسته یا مشکل، در دیگری یا راه‌گشای دیگری سر راه آنها قرار نگرفته است؟	تمرکز بر موضوع‌های امیدواری، ایمان و خوش بینی و همچنین تمرین "دری بسته می‌شود در دیگری باز می‌شود".
هشتم	استفاده از فن بهبود روابط و ایجاد روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی	آموزش سبک پاسخ‌دهی و آموزش برای بهبود روابط. تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان.

### یافته‌ها

تحصیلی، ۴۶ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۵۴ درصد آزمودنی‌های گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم یا کاردانی و ۵۴ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۴۶ درصد آزمودنی‌های گروه کنترل دارای تحصیلات کارشناسی یا بالاتر بودند. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و گروه کنترل را در

با توجه به اطلاعات جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمایشی و کنترل، در گروه آزمایش ۴۰ درصد آزمودنی‌ها مرد و ۶۰ درصد زن بودند. در گروه کنترل ۴۶ درصد آزمودنی‌ها مرد و ۵۳ درصد زن بودند. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۴۶/۳۹ سال و گروه کنترل ۴۱/۴۷ سال بوده است. از لحاظ وضعیت

متغیرهای افسردگی، توانمندی منش، لذت، تعهد و معنا نشان می‌دهد.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی متغیرها بر حسب گروه و مرحله

متغیر	تعداد	گروه آزمایش				گروه کنترل			
		پیش آزمون	انحراف	میانگین	استاندارد	پیش آزمون	انحراف	میانگین	استاندارد
توانمندی منش	۱۵	۵۴/۷۶	۲۴/۴	۷۰/۵۳	۱۱/۳	۷۰/۵۳	۲۰/۲	۵۱/۷۱	۲/۶
لذت	۱۵	۱۷/۱۴	۸/۶	۲۱/۲	۱/۹	۱۸/۱۲	۸/۷	۱۷/۹	۸/۴
تعهد	۱۵	۱۹/۱۴	۷/۶	۲۳/۲	۱/۷	۱۹/۲۰	۸/۴	۹/۹	۳/۸
معنا	۱۵	۲۳/۲۲	۸/۲	۲۹/۱۲	۶/۸	۲۴/۴۵	۸/۴۵	۲۵/۴۸	۸/۵۴
افسردگی	۱۵	۴۳/۴۵	۱۱/۵	۳۰/۱۶	۱۱/۳	۴۲/۸۰	۱۱/۴	۴۴/۱۸	۴/۱۱

نظر می‌رسد. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرها را در ابعاد افسردگی، توانمندی منش، لذت، تعهد و معنا را نشان می‌دهد.

با توجه به فقدان تمامی مفروضه‌های ضروری برای محاسبه تحلیل کوواریانس، استفاده از تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها منطقی و مورد تأیید به

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس متغیرها در ابعاد افسردگی، توانمندی منش، لذت، تعهد و معنا

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
توانمندی‌های منش	پیش آزمون	۴۱/۴۵	۱	۴۱/۴۵	۰/۷۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲	۰/۹۹
	عضویت گروهی	۳۰/۴۰۸	۱	۳۰/۴۰۸	۲۷/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲	۰/۹۹
	پیش آزمون	۸۸/۳۹۶	۱	۸۸/۳۹۶	۲/۴۷۵	۰/۱۴۲	۰/۱۵۱	۰/۴۴۵
لذت	عضویت گروهی	۳۰/۴۰۵	۱	۳/۴۰۸	۸/۵۱	۰/۰۰۵	۰/۵۴۳	۰/۸۵۱
	پیش آزمون	۲۳	۱	۲۳	۳۸/۸۲۲	۰/۰۰۲	۰/۱۸۲	۰/۶۶۵
تعهد	عضویت گروهی	۵۸/۶۳۱	۱	۵۸/۶۳۱	۶۴/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲	۰/۹۹
	پیش آزمون	۱۵/۲۱۰	۱	۱۵/۲۱۰	۴۷/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴۳	۰/۹۹
معنا	عضویت گروهی	۳۹/۱۵۰	۱	۳۹/۱۵۰	۱۵/۲۳	۰/۰۰۲	۰/۴۰۳	۰/۶۶۵
	پیش آزمون	۱/۳۶	۱	۱/۳۶	۱۸/۶۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۴	۰/۰۵۰
افسردگی	عضویت گروهی	۵۳۴/۲۹	۱	۵۳۴/۲۹	۰/۱۲۹	۰/۰۰۵	۰/۳۵۲	۰/۸۵۱

افسردگی آزمودنی‌ها به طور معنادار شده است ( $p < ۰/۰۵$ ). توان آماری عمدتاً بیش از ۰/۸۵ هم حاکی از دقت آماری بالا جهت ارزیابی این تحلیل است.

به منظور بررسی اهداف این پژوهش مبنی بر تأثیرات درمان مثبت‌نگر بر کاهش افسردگی، افزایش توانمندی‌های منش، افزایش سطح لذت، تعهد و معنا

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل نمره‌های پیش آزمون، مداخله روان درمانی مثبت‌نگر باعث ارتقاء ۶۳/۲ درصدی توانمندی‌های منش، تغییر ۵۴/۳

درصدی لذت، ارتقا ۲۸/۲ درصدی تعهد و افزایش ۴۰/۳ درصدی معنا در آزمودنی‌ها شده است. علاوه بر این، مداخله مذکور باعث کاهش ۳۵/۲ درصدی علائم

پژوهش حاضر تایید می‌شود. توان آماری ۰/۸۵۱ هم نشان‌گر دقت آماری این آزمون است. با توجه به نتایج تحلیل کواریانس، در بعد تعهد، یعنی فرضیه شماره ۴ مداخله مثبت‌نگر منجر به تفاوت معناداری ( $P=0/001$ ) بین دو گروه آزمایشی و کنترل شده است. اندازه اثر مداخله ۲/۲۸ بوده است، یعنی ۲/۲۸ درصد واریانس نمره‌های پس‌آزمون مربوط به تأثیر مداخله درمان مثبت‌نگر بوده است. همچنین، نتایج تحلیل کواریانس در بعد معنا، تفاوت معناداری ( $P=0/002$ ) را در بین گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. میزان تاثیر برای بعد معنا، فرضیه ۵ پژوهش، ۳/۴۰ بوده است. با توجه به اندازه اثر، ۳/۴۰ درصد واریانس نمرات پس‌آزمون مربوط به تأثیر مداخله درمان مثبت‌نگر بوده است. توان آماری ۰/۶۶۵ و سطح احتمال ۰/۰۰۲ نشانگر دقت آماری این آزمون است. نتایج تحلیل کواریانس در بعد افسردگی تفاوت معناداری ( $P=0/005$ ) در بین دو گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. میزان تاثیر مداخله ۲/۳۵ درصد، نشان‌گر تاثیر مداخله مثبت‌نگر در بعد افسردگی است. بنابراین فرضیه ۱ این پژوهش نیز مورد تایید قرار می‌گیرد. میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در جدول ۴ ارائه شده است.

در بیماران مبتلا به سرطان، داده‌ها با تحلیل کواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. بر اساس نتایج تحلیل کواریانس (جدول ۳)، بین نمره‌های آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تمام مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود دارد و نمره‌های پیش‌آزمون کنترل شده با نمره‌های پس‌آزمون رابطه معنادار داشته است. چنانچه در جدول ۳ ملاحظه می‌شود مداخله درمان مثبت‌نگر در بعد توانمندی منش (فرضیه شماره ۲)، داده‌ها با تحلیل کواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. میزان تأثیر مداخله ۲/۶۳ بوده است، یعنی ۲/۶۳ درصد واریانس نمرات پس‌آزمون مربوط به تأثیر مداخله درمان مثبت‌نگر بوده است. براساس نتایج تحلیل کواریانس در بعد لذت، مداخله درمان مثبت‌نگر، تفاوت معناداری ( $P=0/05$ ) بین دو گروه آزمایشی و کنترل با اندازه اثر ۳/۵۴ نشان می‌دهد. با توجه به اندازه اثر، درصد نمره‌های پیش‌آزمون لذت با نمره‌های پس‌آزمون، میانگین‌های تعدیل شده - که از کسر اثر نمرات پیش‌آزمون از روی نمره‌های پس‌آزمون به دست می‌آید - مداخله مثبت‌نگر باعث ارتقاء ۳/۵۴ درصدی در بعد لذت می‌شود. بنابراین فرضیه ۳

جدول (۴) میانگین‌های نمره‌های تعدیل شده دو گروه در پنج تحلیل کواریانس

انحراف معیار	کنترل		آزمایشی		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۴/۲	۱۱/۴۰	۱۳/۲۲	۵۶/۴۷	۱۳/۲۲	توانمندی منش
۲/۲	۶/۶	۳/۶۱	۶/۳۷	۳/۶۱	لذت
۱/۲	۶/۴	۴/۲	۱۰/۲۷	۴/۲	تعهد
۸/۴۵	۱۸/۳۴	۱۰/۲۳	۲۶/۳۲	۱۰/۲۳	معنا
۷/۳۴	۱۷/۱۶	۷/۳۳	۱۹/۲۳	۷/۳۳	افسردگی

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد در هر پنج متغیر، میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های آزمایشی به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده است.

## بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و توانمندی‌های منش در افراد مبتلا به سرطان بود. این مطالعه متغیرهای دیگری مانند زندگی لذت‌مند، زندگی متعهدانه و زندگی معنامند را نیز مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که درمان مثبت‌نگر در روش درمانی افراد مبتلا به سرطان دارای اثربخشی معناداری در کاهش علائم افسردگی و همچنین افزایش ابعاد توانمندی‌های منش در این افراد بود. همچنین در سه مولفه زندگی لذت-بخش، زندگی متعهدانه و زندگی معنادار افراد مبتلا به سرطان افزایش معناداری پدید آورد. نتایج حاضر در این پژوهش با مطالعات قبلی که اثربخشی درمان مثبت‌نگر را نشان داده‌اند همسو است. در حرکت از سوی دیدگاه‌های بیماری محور به سوی دیدگاه‌های سلامت محور، روانشناسی مثبت با شعار تمرکز و پرورش توانمندی‌ها، فضیلت‌ها و هیجان‌های مثبت نقش بسزایی در پژوهش‌های مختلف داشته است. بر اساس پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته است هیجان‌های مثبت سپری در برابر بیماری‌ها و عامل مهمی برای رفع افسردگی است. در این پژوهش نیز برای کاهش افسردگی و بالا بردن توانمندی‌ها از روان درمانی مثبت استفاده شد. زیرا همانطور که در مقدمه بیان شد برای ایجاد تغییرات مثبت در افراد مبتلا به این بیماری، روان درمانی مثبت-نگر کاربرد موثری دارد (کاسلاس، فونت، ویوس، ۲۰۱۴)؛ و مداخلات روانشناختی بر زندگی این بیماران تاثیر گذار است (گریر، رایست، شروود، سویسا و

موریس، ۲۰۰۲). همچنین این پژوهش با پژوهشی با عنوان روانشناسی مثبت‌نگر با تأکید بر توانمندی‌ها و فضیلت‌های منش توسط فوردایس (۱۹۸۱) انجام شده است، همخوانی دارد. در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد استفاده از آموزش‌های روان درمانی، موجب بهبود عملکرد جسمانی، هیجانی و اجتماعی، کاهش خستگی و کاهش اثرات منفی ناشی از این بیماری می‌شوند (ابراهیمی، ۱۳۸۹). این عوامل در نحوه مقابله و سازگاری فرد با سرطان و همچنین توانمندی‌های متفاوت فرد، نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (ماداکس، مکت و ویلکا، ۲۰۰۹). راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، نقش مهمی در کاهش، ایجاد و دوام نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به سرطان داشته است (چن، چانگ، یانگ و لی، ۲۰۰۷). برای رویارویی با سرطان، تغییرات مثبت از طریق راه‌کارهای موجود در روان درمانی مثبت‌نگر امکان‌پذیر است (کاسلاس، فونت، ویوس، ۲۰۱۴). در این پژوهش نیز، مداخلات مثبت‌نگر که برای این افراد به کار گرفته شد و موجب تفاوت معنادار متغیرهای مورد نظر در این افراد شد، لذا با پژوهش‌های مذکور همسویی دارد. همچنین در پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی مثبت در افزایش لذت، تعهد و معنا در زندگی بیماران سرطانی مورد بررسی قرار گرفت. آموزش مداخلات روان شناسی مثبت‌گرا موجب شد تا افراد به زندگی خود تعهد بیشتری داشته و فعالانه و با انگیزه بالاتری در آن درگیر شوند و چون لازمه این درگیری فعال‌تر، شناسایی توانمندی‌های ذاتی و استفاده بهتر از آنها در زندگی و تعیین هدف یا اهداف زندگی مبتنی بر آنها بود، بنابراین آموزش‌های فوق گامی به سمت زندگی سعادتمندانه و خالی از تهی بودن برداشت. این یافته نیز با پژوهش‌های موجود در ادبیات پژوهشی هماهنگ است: هیجان‌های

بهره گرفت (ریکمن، ۲۰۰۶). امکان افسردگی در بیماران سرطانی و سایر بیماری‌های خطرناک به ویژه در مراحل پایانی همواره بسیار زیاد است. به طور کلی، عقیده رایج آن است که داروهای ضد افسردگی، قوی‌ترین درمان برای افسردگی هستند. اما در واقع، دارویی قوی‌تر از روان درمانی برای افسردگی وجود ندارد (آنتونوچو، ۱۹۹۵؛ آنتونوچو، دانتون و دنلسکی، ۱۹۹۴؛ درابیس، ۲۰۰۵؛ سلیگمن، ارنست، گیلهم، پویک و لینکینز، ۲۰۰۹). شواهد علمی فراوانی نشان می‌دهند که روان درمانی مخصوصاً هنگامی که با پیگیری‌های خود بیمار همراه باشد، به اندازه داروها موثر و یا از آنها موثرترند. این به معنی بی‌ارزش کردن داروهای ضد افسردگی نیست؛ بلکه تاکید بر قدرت مطمئن روان درمانی مناسب است (رابرت، درابیس، استیون، هولون، جی، آمستردام و همکاران، ۲۰۰۵). در تمام پژوهش‌ها، متوسط میزان تاثیر روان درمانی ۸۰٪ است، که این میزان در علوم رفتاری معنادار است (ومپولد، ۲۰۰۱). در این پژوهش نیز با توجه به نتایج به دست آمده درباره افسردگی باید به این یافته اشاره کرد که روش درمانی مورد نظر و آموزش این مداخلات با بیماران سرطانی اثربخشی خود را بر افسردگی این افراد به اثبات رسانیده است. همانطور که در بررسی‌های آماری نشان داده شد، آموزش مداخلات مثبت گرا به کاهش سطح افسردگی در بیماران سرطانی منجر می‌شود. این یافته پژوهش حاضر با یافته‌های سایر پژوهش‌ها هماهنگ است، به ویژه با مطالعات سلیگمن، ارنست، گیلهم، پویک و لینکین (۲۰۰۹) در بحث از روانشناسی مثبت گرا. توانمندی‌های منشی که به شکل بالقوه برای شکوفایی و ارتقا در افراد وجود دارد، در صورت افزایش می‌توانند مقاومت افراد در برابر این بیماری را افزایش دهند (یانگ و لو، ۲۰۱۲). در

مثبت سپری در برابر اختلال‌های روانی و عاملی موثر در افزایش بهزیستی و شادکامی افراد است (مک کالو و وایت ولت، ۲۰۰۲). این روش معنا را در زندگی افراد به منظور تسکین آسیب‌شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می‌دهد (رشید، ۲۰۰۸). سلیگمن (۲۰۰۲) نشان داده است شادی شامل زندگی لذت‌مند، متعهدانه و معنادار است. تجربه هیجان‌های مثبتی که روان درمانی مثبت‌نگر بر آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (فردریکسون، ۲۰۰۹). روان درمانی مثبت گرا کاربرد مداخلاتی برای مقابله با افسردگی از طریق افزایش هیجان‌های مثبت، بالا بردن سطح درگیری مثبت در زندگی و افزایش معنا در زندگی است (سلیگمن، ۲۰۰۵). همچنین در پژوهشی پاولسکی و سلیگمن (۲۰۰۸)، همبستگی بین فقدان هیجان‌های مثبت، فقدان تعهد و فقدان معنا را در افراد افسرده مورد آزمون قرار دادند. نتایج بعدی حاصل از آزمون این فرضیه در گروه درمانی توسط این پژوهشگران، همگی مؤید فرضیه فوق بوده است. انتخاب این نوع درمان برای کسانی که به‌طور بسیار جدی با پدیده مرگ روبرو هستند از نظر پژوهشگران این مطالعه مناسب است، چرا که معنای زندگی در چنین رویارویی‌هایی کاملاً مورد بازنگری و تجدید نظر واقع می‌شود. در تاریخچه‌ای از درمان‌هایی در این راستا در روانشناسی، به درمان‌های معنوی بر خواهیم خورد، به عنوان نمونه بیل ویلسون<sup>۱</sup> یکی از بنیان گذاران جنبش الکی‌های گمنام تحت تأثیر نظریات یونگ<sup>۲</sup> در باره نیاز آدم‌های مشکل‌دار به بیداری معنوی، از این بازخورد درمانی (درمان‌های معنوی)<sup>۳</sup>

1 Bill Wilson

2 Young

3 Mid-therapy

پژوهش حاضر است. انجام این پژوهش در نمونه کوچکی از جامعه آماری محدودیت دیگر است. بنابر این استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر مورد نیاز است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر روی گروه‌ها و نمونه‌های دیگری از افراد و حتی در سطح کشور تکرار شود. مقاطع سنی و نوع خاصی از بیماری سرطان از ملاک‌های مورد توجه قرار گیرد تا نتیجه گیری‌های حاصل قابلیت تعمیم بیشتری به همان گستره خاص داشته باشد. توانمندی‌های ذاتی و فضیلت‌های افراد شناسایی شود و برنامه‌ریزی متناسب برای استفاده از این مولفه‌ها در اقدام‌های مختلف به عمل آید. مطالعه روی موضوع‌های درمان مثبت‌نگر و کاربردپذیر کردن این روش روان درمانی در فرآیندهای مشاوره، درمان و جنبه‌های کاربردی روان شناسی در کشور انجام گیرد.

#### منابع

ابراهیمی، م.، منتظری، ع. و مهرداد، ن. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط وقایع ناگوار زندگی با بروز سرطان پستان در بیماران مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های پستان. *بیماری‌های پستان ایران*، ۲(۱)، ۳۰-۳۷.

رضایی، ف. (۱۳۹۲). *طرحواره درمانی در افسردگی مزمن. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۶(۳)، ۳۸۷-۳۸۸.

سهامی، س. و مظلومی، س. (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی مقیاس ارزش‌های عملی. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۲(۸)، ۱۱۳-۱۲۴.

کردمیرزا نیکوزاده، ع. (۱۳۸۸). الگویابی مقیاس توانمندی‌ها و فضائل منش. *اندازه‌گیری تربیتی*، ۴(۱۲)، ۶۲-۷۶.

کردمیرزا نیکوزاده، ع. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی برنامه مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر و گروه

پژوهش کردمیرزا (۱۳۸۸)، مداخلات مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر موجب ارتقای تاب‌آوری بود. اسپچمپل و بامیستر (۲۰۰۴)، در تحلیلی که از داده‌های به دست آمده از دانشجویان دانشگاه هاروارد به عمل آوردند، نشان دادند که مثبت‌گراها، در امراض و بیماری‌ها، کمتر از منفی‌گراها گرفتار می‌شوند و در صورت گرفتاری زودتر رهایی می‌یابند. سلیگمن، پارک و استین (۲۰۰۴) نیز در بررسی خود از نامه تشکر استفاده کردند و اثربخشی مداخلات را هم در افزایش نشاط و شادمانی و هم کاهش علائم افسردگی گزارش دادند. در مطالعه‌ای دیگر توسط سلیگمن (۲۰۰۲) در خصوص مثبت‌درمانی گروهی، آزمون‌هایی برای سنجش علائم افسردگی و خشنودی از زندگی و شادکامی بیشتر به کار گرفته شد. نتایج حاصل حاکی بود که گروه مداخله که مداخلات روان‌شناسی مثبت-گرا را دریافت کرده بودند حتی تا یک سال بعد از اتمام جلسات، نمره‌های پایین‌تری در آزمون بک داشتند. در همان پژوهش در ارتباط با شناسایی توانمندی‌های منشی (ذاتی) دریافتند افراد پس از شناخت توانمندی‌های برتر خود برای استفاده از آنها انگیزه بالایی پیدا می‌کنند. بنابراین بررسی‌های این پژوهش و همچنین پژوهش‌های قبلی به شکل همسو نشان داد که درمان مثبت‌نگر با تاکید بر توانمندی‌ها، باعث کاهش افسردگی و افزایش ابعاد زندگی لذت-مند، متعهدانه و معنادار در افراد شده است.

در پژوهش حاضر به علت محدود بودن جامعه آماری، نمونه‌گیری به صورت در دسترس و داوطلبانه انجام شد. محدودیت دیگر عدم امکان استفاده از پرسشنامه‌های بیشتر و تعداد جلسات بیشتر در پژوهش حاضر به دلیل شرایط خاص گروه نمونه بوده است. عدم پیگیری درمان‌جویان یکی دیگر از محدودیت‌های

- patients. *Supportive Care in Cancer*, 19(11), 1734-1751.
- Csikszentmihalyi, M. (2009). Flow. In S.J.Lopez (Ed.), *The encyclopedia of positive psychology*. New York: Wiley-Blachwell.
- Derubeis, R., Holon, S.D. (2005). Psychotherapy versus meditation in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- Fordyce, M.W. (1981). *The psychology of happiness: Brief version of the fourteen fundamentals*. FT.Myrrs, FL: Cypress Lake Media.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M.F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60 (12), 678-686.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishers.
- Greer, D., Wright, S.M., Sherwood, S., Suissa, S., & Morris, J.N. (2002). Last days: Study of the quality of life of terminally ill cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*, 38(1), 42-67.
- Kinzler, A., & Kenneth, W. (2002). *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw, Medical Pub.
- Kirikwod, B., & Sterne, J. (2003). *Longitudinal studies, rate and the Poisson distribution* (2nd ed). In *Essential medical statistics*. Massachusetts: Blackwell Science.
- Linley, P.A., Moltby, F., Woodt, S.L., Joseph, A., Harington, L., & Peterson, P. (2004). Character strengths in the United Kingdom: The VIA inventory of strengths. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 341-351.
- Lopez, S.J., & Snyder, C.R. (2007). *Positive psychology assessment: A handbook of models and measures*. Washington DC: American Psychological Association.
- Maddux, j.e., Mockett, A., & Wilcok, j. (2009). Clinical psychology. In S. J. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology*. USA: Wiley-Blachwell.
- McCullough, M.E. (2000). Forgiveness as a human strength: Conceptualization, measurement, and links to well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 43-55.
- McCullough, M.E., & Witvliet, C.V.O. (2002). The psychology of forgiveness. In درمانی آدلری در ارتقای تاب آوری افراد وابسته به مواد. فرهنگ مشاوره، ۲(۵)، ۲۷-۱.
- نجفی، م. و دهشیری، غ. (۱۳۹۱). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان. *اندازه گیر تریبیتی*، ۳(۱۰)، ۷۳-۵۵.
- نوربالا، ا. و علی پور، ا. (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشگاه های تهران. *فصل نامه اندیشه و رفتار*، ۵(۲) و ۶۵-۵۵، (۱).
- هادی نژاد، ح. و زارعی، ف. (۱۳۸۸). پایایی، اعتبار و هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد. *پژوهش های روانشناختی*، ۱۲(۲ و ۱)، ۶۲-۷۷.
- Allen, C. Sh., Jaymie, P., Umaira, L., Harriet, F., & Lenore, A. (2007). Patient preferences regarding cancer group psychotherapy interventions. *Psychosomatics*, 48( 5), 426-432.
- American Psychological Association. (2012). *Depression and how psychotherapy and other treatment can help people recover*. Washington DC: (202), 336-362.
- Antonuccio, D.O., Danton, W.G., & Denelsky, G.Y. (1994). Psychotherapy for depression no stronger medicine. *Scientist Practitioner*, 4(1), 1-2.
- Antonuccio, D. O. (1995). Psychotherapy for depression no stronger medicine. *American Psychologist*, 50, 450-452.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London: Routledge.
- Argyle, M., & Hills, P. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.
- Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast Cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(1), 9-19.
- Chien, L., Chong, P., Yang, P., & Lai, Y.H. (2007). Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in cancer

- Young, H., Roland, M., Salomon, L., John, P., Oreardon, F., Margaret, L., Lovett, M. E. D., Madeline, M., Gladis, P., Laurel, L., Brown, G., & Robet, G. (2005). Psychotherapy medication in the treatment of moderate to severe depression. *JAMA Psychiatry*, 62(4), 409-416.
- Schmeichel, B.J., Baumister, R.F. (2004). *Self-regulatory strength*. Handbook of self-regulation: Research, theory and applications. New York, NY, US: Guilford Press
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. (2005). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P., Ernest, R.M., Gillham, J., Peivich, K & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35, 293-311.
- Seligman, M.E.P., Parks, A.C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society*, 359, 1379-1381.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T. (2006). Positive psychology. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Sondik, E.J., Madans, J. H. (2011). *Vital and health statistics*. USA: Academic press.
- Wempold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods & findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Young, L., & Lu, Q. (2012). A pilot study of expressive positive intervention among Chinese-speaking breast cancer survivors. *Health Psychology*, 31(4), 548-551.
- C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. NY: Oxford University Press.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). Strengths of character and well-being. *Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Park, N. (2009). Character strengths (VIA). In S. J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology*. USA: Wiley-Blackwell.
- Pawelski, J., & Seligman, M. E. P. (2008). *Virtues and vices in positive psychology*. New York: Cambridge University Press, 49-59.
- Peterson, P., & Park, N. (2004). Classification and measurement of character strengths: Implication for practice. In P. A. Linley & Joseph (Eds.), *Positive Psychology*. NY: Wiley & Sons.
- Peterson, C., & Seligman, M.E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press & Washington DC: American Psychological Association.
- Pirl, W. f. (2004). *Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patient*. J Natl Cancer Institute Monographs. 32,32-39.
- Rashid, T. (2008). Positive Psychotherapy. In S.J.Lopez (Ed.), *The encyclopedia of positive psychology*. NY: Wiley-Blackwell.
- Richman, R. (2006). *Psychoanalysis and religion in the 21<sup>st</sup> century*. Published in association with the institute of psychoanalysis. London, USA & Canada by Routledge, New York, NY 10016.
- Robert, J., Derubeis, p., Steven, D., Hollon, S.D., Jay, D., Amesterdam, M. D., Richard, C., Shelton, M.D., Paula, R.,