

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی

خلاصه

مقدمه: این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی انجام شد.

روش کار: این پژوهش مقطعی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۳۲ نفر بیمار مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی در دو گروه آزمون و شاهد انجام شد. بیماران گروه مداخله در جلسات گروه آزمون تحت درمان مثبت‌گرای گروهی، یک بار در هفته به مدت یک ماه و نیم قرار گرفتند. در ابتدای درمان فرم‌های سنجش DASS-21 و اضطراب مرگ تمپلر به عنوان پیش‌آزمون و در پایان جلسه ششم به عنوان پس‌آزمون تکمیل شد. نتایج توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس، خی دو و تی مستقل و تی زوجی تحلیل شد.

یافته‌ها: مقایسه میانگین متغیرهای افسردگی، استرس و اضطراب مرگ در دو گروه نشان داد که تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه روان‌درمانی مثبت‌گرا و شاهد وجود دارد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی را بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی موثر نشان می‌دهد. فراهم نمودن تمهیدات لازم از سوی مدیران ارشد و پزشکان آنکولوژیست در به کارگیری روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی به منظور کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: استرس، افسردگی، اضطراب مرگ، روان‌درمانی مثبت-

گرا، سرطان

زهره سعیدی

دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*سید عبدالمجید بحرینیان

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

سید مجتبی احمدی

دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

majid.bahrainian@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

سرطان از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن عصر حاضر است مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی هر ساله ۱۰ میلیون بیمار مبتلا به سرطان شناسایی می‌شود. پیش‌بینی می‌شود این میزان تا سال ۲۰۲۰ به بیش از ۱۵ میلیون نفر در هر سال برسد (۱).

رشد روز افزون سرطان در چند دهه اخیر و اثرات زیان‌بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی، اقتصادی، سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آن‌ها سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده قرن معرفی کنند. سرطان‌ها از علل مهم ابتلا و مرگ و میر در دنیا هستند. در سال ۲۰۱۲ حدود ۱۴/۱ میلیون مورد از ابتلا و ۸/۲ میلیون مرگ ناشی از سرطان در دنیا رخ داده است (۲). علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح می‌باشد (۳). شواهد نشان می‌دهد متغیرهای روانی در مدت تشخیص و درمان بیماری بر ابعاد مختلف زندگی بیمار تاثیرگذار است. کاهش سلامت روانی در بیماران سرطانی می‌تواند باعث ازهم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. عدم درمان اضطراب و افسردگی در بیماران با نشانه‌های جسمی کنترل نشده، عدم تمکین به توصیه‌های درمانی و بهداشتی و زمان ماندن بیشتر در بیمارستان مرتبطند. فقط ۲۵ درصد بیماران که مشکل روانی دارند درمان می‌شوند؛ این در حالیست که بیماران عنوان نمودند اگر آگاهی‌های لازم را داشته باشند از خدمات درمانی استفاده خواهند کرد (۳).

استرس، افسردگی‌های عمده و فقدان حمایت اجتماعی از عوامل خطرآفرین در رشد و پیشرفت سرطان است. افسردگی و ناراحتی‌های روانی به طور کامل تعیین‌کننده‌های مرگ و میر در بیماران سرطانی است. افسردگی و اضطراب دو علامت و شکایت اصلی بیماران مبتلا به سرطان است. در یک مطالعه مروری شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان ۱۱/۶ درصد و شیوع اضطراب ۱۷/۹ درصد تعیین شد و اضطراب بیشتر از افسردگی بود. همچنین این مشکلات در بیماران و همسرانشان بیشتر از شاهد‌های سالم بود (۳).

حیدر زاده و همکاران بیان می‌دارند که بیماران مبتلا به سرطان به عوارض متعددی از قبیل اضطراب و افسردگی مبتلا می‌گردند که باعث کاهش کیفیت زندگی کلی و ابعاد مختلف آن می‌گردد نه تنها تشخیص سرطان بلکه نوع درمان آن نیز در ایجاد شرایط تنش‌زا دخیل می‌باشد. بیماران که تحت شیمی‌درمانی و رادیوتراپی همراه با جراحی قرار می‌

گیرند بیشتر از بیمارانی که تنها یک نوع درمان دریافت می‌کنند دچار اختلالات روانی از قبیل اضطراب و افسردگی می‌گردند (۴).

سنف و لیاو^۱ در پژوهشی بر روی ۱۲۲ آزمودنی با عنوان تاثیر مداخله‌های مثبت‌گرا بر شادکامی و علائم افسردگی به همراه بررسی شخصیت به عنوان یک میانجی، دریافتند که مداخله‌های مبتنی بر توانایی‌ها و قدرانی در افزایش شادکامی و کاهش علائم افسردگی در مقایسه با گروه شاهد مؤثرتر است (۵).

پارکر-شینر تاثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی را در ۱۱۰ دانشجوی افسرده بررسی کرد. در پایان دانشجویانی که روان‌درمانی مثبت‌گرا را دریافت کرده بودند به طور معناداری علائم افسردگی کم‌تری را تجربه کردند و رضایت از زندگی‌شان افزایش یافت (۶).

وینگ، اسکات و بایرن تاثیر نوشتن درباره‌ی تجربیات هیجانی مثبت بر هوش هیجانی و رضایت از زندگی در ۱۷۵ بزرگسال بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که نوشتن درباره‌ی هیجان مثبت به همراه یک راهنمایی درباره‌ی تنظیم هیجانی به افزایش معناداری در هوش هیجانی و رضایت از زندگی انجامید و افزایش رضایت از زندگی در پیگیری دو هفته‌ای حفظ شده بود (۷).

فاوا و همکاران^۲ نیز در سال ۲۰۰۵ تاثیر بهزیستی درمانی را در افزایش سطح بهبودی اختلال اضطراب فراگیر بررسی کردند. گروه نمونه آنان شامل ۲۰ نفر بود که به صورت تصادفی در ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری یا زنجیره‌ای از ۴ جلسه‌ی درمان شناختی-رفتاری که به وسیله‌ی ۴ جلسه‌ی دیگر بهزیستی درمانی پیگیری می‌شد جای‌گزین شدند. بعد از درمان تاثیر معنادار ترکیب زنجیره‌ی درمان شناختی-رفتاری به همراه بهزیستی درمانی بر درمان-شناختی رفتاری مشاهده شد (۸).

بلقان‌آبادی و همکاران تاثیر زوج درمانی مثبت‌گرا را بر امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه بررسی کردند. این مطالعه از نوع نیمه-آزمایشی بود و گروه نمونه آن ۲۴ نفر از مادران دارای کودکان ناتوان مشهود بودند. نتایج نشان داد که امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه که مداخله را دریافت کرده بودند به طور معناداری افزایش یافت (۹).

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی در افسردگی، اضطراب مرگ و استرس بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی انجام شد.

روش کار

جامعه آماری در این مطالعه شامل بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی در بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۹۵ است. با نمونه‌گیری در

^۱ . Senf And Liau

^۲ . Fava

۸/۹۹	۱۴/۷۱	۱۴	افسردگی (پیش آزمون)	شاهد	دسترس ۳۲ نفر انتخاب شد که به مقیاس افسردگی، استرس و اضطراب و مقیاس اضطراب مرگ تمپلر پاسخ دادند.
۵/۴۱	۲۹/۲۸	۱۴	افسردگی (پس آزمون)		ابزار پژوهش
۹/۰۴	۱۲/۲۸	۱۴	افسردگی (پیش آزمون)	آزمون	الف- فرم کوتاه مقیاسهای افسردگی، اضطراب استرس (DASS-21)
۳/۰۳	۴/۰۰	۱۴	افسردگی (پس آزمون)		فرم کوتاه مقیاسهای DASS از ۲۱ عبارت مرتبط باعلایم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب، استرس) تشکیل شده است. آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت شدت/فراوانی علامت مطرح شده در سوالات مذکور را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه ای (بین صفر تا سه) درجه بندی کند. هر یک از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس دارای ۷ پرسش است و نمره آزمودنی در هر یک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به کلمه عبارات آن خرده مقیاس حاصل می آید. مطالعات مختلف نشان داده است که خرده مقیاس های DASS دارای ویژگی های روانسنجی مطلوب است. در یک مطالعه با جمعیت غیر بالینی، ضرایب همسانی درونی سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس به ترتیب ۹۱ درصد، ۸۴ درصد، ۹۰ درصد و در مطالعه ای با جمعیت بالینی ضرایب همسانی درونی همین سه خرده مقیاس به ترتی برابر با ۹۶ درصد، ۸۹ درصد، ۹۳ درصد گزارش شده است. ویژگی های روانسنجی (اعتبار و پایایی) این پرسشنامه در بین نمونه های بالینی و غیر بالینی ایرانی از جمله بیماران مبتلا به درد مزمن مورد تایید قرار گرفته است. در مطالعه با یک نمونه غیر بالینی، ضرایب آلفای کرونباخ هر سه خرده مقیاس بالاتر از ۹۰ درصد گزارش شده است و ضرایب بازآزمایی با فاصله ۱۰ روزه هفته برای مقیاس افسردگی ۸۴ درصد، برای مقیاس اضطراب ۸۹ درصد و برای استرس ۹۰ درصد به دست آمده است.
۴/۹۴	۲۸/۸۵	۱۴	اضطراب (پیش آزمون)	شاهد	
۹/۳۸	۱۱/۵۷	۱۴	اضطراب (پیش آزمون)	آزمون	ب- پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر: این مقیاس توسط تمپلر ساخته و اعتباریابی شده است. مقیاس سنجش اضطراب مرگ تمپلر دارای ۱۵ سوال با گزینه صحیح و غلط است و جمع امتیازات پرسشنامه در آینه بین ۱ تا ۱۵ می باشد که امتیاز بالاتر نشان دهنده اضطراب مرگ بیشتر می باشد و بالعکس. میزان اضطراب مرگ در سه سطح اضطراب خفیف (۰-۶)، متوسط (۷-۹) و شدید (۱۰-۱۵) طبقه بندی میشود. ساچینو و کلاین، ضریب آلفای کرونباخ برای عامل های سه گانه به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۸۳، ۰/۸۳ را به دست آورده است. همچنین کلی و کوریویو اعتبار بازآزمایی مقیاس اضطراب DASS ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده اند. تمپلر در ۱۹۷۰ ضریب پایایی مقیاس مرگ را ۰/۸۵ و ضریب همسانی درونی آن را ۰/۷۳ گزارش کرده اند.
۴/۹۲	۵/۴۲	۱۴	اضطراب پس آزمون		
۱۰/۶۴	۱۹/۲۸	۱۴	استرس (پیش آزمون)	شاهد	
۷/۵۳	۲۸/۴۶	۱۴	استرس (پس آزمون)		
۹/۴۶	۱۹/۱۴	۱۴	استرس (پیش آزمون)	آزمون	
۴/۲۰	۷/۰۰	۱۴	استرس (پس آزمون)		
۳/۰۷	۷/۶۴	۱۴	اضطراب مرگ (پیش آزمون)	شاهد	
۲/۰۹	۸/۶۴	۱۴	اضطراب مرگ (پس آزمون)		
۱/۷۴	۷/۴۲	۱۴	اضطراب مرگ (پیش آزمون)	آزمون	
۱/۳۰	۷/۰۰	۱۴	اضطراب مرگ (پس آزمون)		

جدول ۲- آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن

توزیع داده ها

گروه	متغیر	تعداد	Z	سطح معنی داری
شاهد	افسردگی (پیش آزمون)	۱۴	۱/۰۱	۰/۲۵
	افسردگی (پس آزمون)	۱۴	۱/۱۵	۰/۱۴
آزمون	افسردگی (پیش آزمون)	۱۴	۰/۶۸	۰/۷۴
	افسردگی (پس آزمون)	۱۴	۰/۹۱	۰/۳۷
شاهد	اضطراب	۱۴	۰/۷۱	۰/۶۸

نتایج

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه آزمون و شاهد

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
------	-------	-------	---------	------------------

(پیش آزمون)

جدول ۴- آزمون کوواریانس تک متغیر، متغیر افسردگی

طبقه	Df	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
مدل تصحیح شده	۲	۲۴۶۲/۷۴	۲۴۵/۳۸	۰/۰۰۱
افسردگی (پیش آزمون)	۱	۲۴۹/۹۰	۲۴/۸۹۸	۰/۰۰۱
بین گروهی	۱	۴۱۰۴/۸۷	۴۰۸/۹۳	۰/۰۰۱

اضطراب	۱۴	۰/۶۲	۰/۸۳
(پس آزمون)			
اضطراب	۱۴	۰/۸۱	۰/۵۱

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که در گروه آزمایش استرس در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد به طور معناداری کاهش یافت ($F=198/24$ و $P<0/001$).

اضطراب	۱۴	۰/۶۲	۰/۸۲
پس آزمون			
استرس	۱۴	۰/۷۱	۰/۶۸
(پیش آزمون)			
استرس	۱۴	۰/۷۸	۰/۵۷
(پس آزمون)			
استرس	۱۴	۰/۴۸	۰/۹۷
(پیش آزمون)			
استرس	۱۴	۰/۹۸	۰/۲۸
(پس آزمون)			
اضطراب مرگ	۱۴	۰/۴۴	۰/۹۹
(پیش آزمون)			
اضطراب مرگ	۱۴	۰/۶۳	۰/۸۱
(پس آزمون)			
اضطراب مرگ	۱۴	۰/۷۴	۰/۶۳
(پیش آزمون)			
اضطراب مرگ	۱۴	۰/۷۷	۰/۵۸
(پس آزمون)			

جدول ۵- آزمون کوواریانس تک متغیر، متغیر استرس

طبقه	Df	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
مدل تصحیح شده	۲	۱۸۲۰/۷۴	۱۱۶/۶۸	۰/۰۰۱
استرس (پیش آزمون)	۱	۵۳۶/۷۲	۳۴/۳۹	۰/۰۰۱
بین گروهی	۱	۳۰۹۳/۲۷	۱۹۸/۲۴	۰/۰۰۱

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که در گروه آزمایش اضطراب مرگ در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بطور معناداری کاهش یافت ($F=9/5544$ و $P<0/001$).

اضطراب مرگ	۱۴	۰/۶۳	۰/۸۱
(پس آزمون)			
اضطراب مرگ	۱۴	۰/۷۴	۰/۶۳
(پیش آزمون)			
اضطراب مرگ	۱۴	۰/۷۷	۰/۵۸
(پس آزمون)			

جدول ۶- آزمون کوواریانس تک متغیر، متغیر اضطراب مرگ

طبقه	Df	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
مدل تصحیح شده	۲	۲۷/۳۰	۱۵/۶۹	۰/۰۰۱
اضطراب مرگ (پیش آزمون)	۱	۳۵/۷۱	۲۰/۵۲	۰/۰۰۱
بین گروهی	۱	۱۶/۶۲	۹/۵۵	۰/۰۰۱

برای بررسی فرضیه های مورد پژوهش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون از آزمون تی گروه های همبسته استفاده شده است. همچنین برای مقایسه متغیرها بین گروه آزمون و شاهد نیز با توجه به این که بین پیش آزمون ها تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این دلیل برای بررسی فرضیه های مورد بررسی ابتدا تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون محاسبه شد و سپس از آزمون تی برای گروه های مستقل جهت بررسی فرضیه ها استفاده شد.

جدول ۷- جدول T مستقل پس آزمون

متغیر	آزمون لون	T	Df	سطح معنی داری
f	سطح معنی داری			
افسردگی	۲/۸۷	۰/۱۰	۹/۰۴	۲۶
اضطراب	۰/۲۰	۰/۶۵	۸/۰۱	۲۶
استرس	۰/۴۸	۰/۴۹	۸/۰۹	۲۶
مرگ	۰/۳۷	۰/۹۵	۷/۱۲	۲۶

جدول ۳- آزمون تی مستقل در پیش آزمون برای گروه های پژوهش

متغیر	آزمون لون	T	Df	سطح معنی داری
f	سطح معنی داری			
افسردگی	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۲۶	۰/۴۸
اضطراب	۰/۰۴	۰/۴۴	۲۶	۰/۶۶
استرس	۰/۰۰۱	۰/۳	۲۶	۰/۹۷
مرگ	۰/۰۰۱	۱/۵۰	۲۶	۰/۱۴

بحث

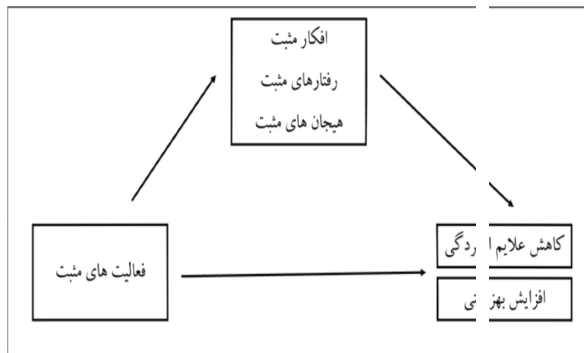
نتایج به دست آمده نشان داد که روان درمانی مثبت گرای گروهی باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی می-شود.

گروه ها به صورت تصادفی در پیش آزمون دسته بندی شده است.

این یافته با نتایج حاصل از پژوهش های قاسمی، سلیگمن و رشید (۱۰)، و پارکز- شینر (۶)، سنف و لیاو (۵) همسو است. روان شناسی مثبت گرا برای اولین بار در سال ۲۰۰۰ توسط مارتین سلیگمن مطرح شد و توجه

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که در گروه آزمایش افسردگی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد به طور معناداری کاهش یافت ($F=250/44$ و $P<0/001$).

بنابراین در طول جلسات درمان این دو هدف به طور هم‌زمان دنبال می‌شوند و همین امر باعث افزایش اثربخشی این درمان و در نتیجه کاهش افسردگی بیماران می‌گردد (شکل ۱).



شکل ۱- مدل لایوس و همکاران درباره نحوه اثرگذاری مداخلات مثبت‌گرا

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی باعث کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی می‌شود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های کاترین بالتروکوپمن (۱۵) همخوان است.

یکی از موضوعات مهم این است که اگرچه تمام مداخلات برپایه روان‌شناسی مثبت‌گرا است اما درمان‌گران باید مراقب باشند که تجربیات منفی، پریشان‌کننده و یا دردسرساز که بیماران در جلسات درمانی مطرح می‌کنند را مورد چشم‌پوشی یا انکار قرار ندهند. در کنار به‌وجود آوردن هیجان‌های مثبت، توانایی‌های منش و معنا در زندگی، درمان‌گران باید تلاش کنند تا به طور کامل تجربیات منفی مراجعان را تصدیق کنند (۱۶). این پژوهش اولین مطالعه‌ای بود که به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی بر روی افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی می‌پرداخت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که این شیوه‌ی درمانی از نظر مالی کم‌هزینه، از نظر زمانی مقرون به صرفه 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 براساس 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 (۱۷).

در ضمن می‌توان گفت این بعد از درمان مثبت‌گرا که اضطراب مرگ را بعنوان یک تجربه منفی در کنار تجربیات مثبت تصدیق می‌کند و می‌پذیرد خاصیت درمانی دارد و می‌تواند در کنار افزایش معنا در زندگی

اصلی خود را بر روی توانایی‌ها و هیجان‌های مثبت افراد قرار داد. روان‌شناسی مثبت‌گرا مطالعه علمی تجربیات مثبت، صفت فردی مثبت و نهادهایی است که رشد آن‌ها را تسهیل می‌کند (۴). بر اساس این نگرش تغییر توجه و آگاهی فرد به سمت توانایی‌های مثبت و امکانات بالابرنده خلق در مقابل عوامل ایجادکننده افسردگی، می‌تواند به فرد در مقابله با افسردگی کمک شایانی کرده و از عود آن جلوگیری کند. تمرین‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا به گونه‌ای طراحی شده‌اند که سبب کاهش افسردگی شوند. برای مثال تمرین "سه چیز خوب" باعث خنثی کردن نشخوار ذهنی فرد افسرده به رویدادهای منفی می‌شود. یا تمرین "ملاقات قدردانی" می‌تواند حافظه را از جنبه‌های منفی روابط گذشته بیمار به سمت لذت‌بردن از چیزهای خوبی که دوستان و خانواده‌اش برای او انجام داده‌اند تغییر دهد (۱۰).

اما برخی از پژوهش‌گران این سوال را مطرح کرده‌اند که چگونه افزایش هیجان‌های مثبت سبب کاهش افسردگی می‌شود. پژوهش وود و جوزف پاسخ جالبی به این سوال می‌دهد. آن‌ها یک مطالعه طولی را بر روی ۵۵۶۶ فرد انجام دادند. این افراد که در گستره سنی ۵۱ تا ۵۶ سال بودند ۱۰ سال بعد نیز در سنین ۶۳ تا ۶۷ مورد بررسی قرار گرفتند تا مشخص شود که آیا فقدان به‌زیستی مثبت یک ریسک فاکتور اضافی منحصربه‌فرد برای افسردگی است یا نه. نتایج آنان نشان داد که افراد دارای به‌زیستی مثبت پایین ۷/۱۶ بار بیش‌تر احتمال داشت که ده سال بعد به افسردگی مبتلا شوند و بعد از کنترل کردن متغیرهای مختلف بازم افراد دارای به‌زیستی مثبت پایین بیش از دو برابر بیش‌تر احتمال ابتلا به افسردگی را داشتند (۱۱).

وود و جوزف عقیده دارند که یافته‌های آنها از مداخله‌هایی که به‌زیستی مثبت‌گرا را به عنوان وسیله‌ای برای پیشگیری و درمان افسردگی افزایش می‌دهند حمایت می‌کند (۱۱). بنابراین برخلاف رویکردهای شناختی، رفتاری و بین‌فردی که بر روی کم کردن علائم افسردگی تمرکز می‌کنند، رویکردهای مثبت‌گرا این هدف را به صورت غیرمستقیم و با افزایش هیجان‌های مثبت دنبال می‌کنند (۱۲).

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی باعث کاهش استرس بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی می‌شود.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های روح اله شیخ ابومسعودی (۱۳) و خداپاری فرد (۱۴) و فاوا و همکاران (۸) همسو می‌باشد. اما لایوس و همکارانش مدلی جدید از نحوه اثرگذاری مداخلات مثبت‌گرا ارائه داده‌اند. از نظر آن‌ها مداخلات مثبت‌گرا هم به طور مستقیم سبب افزایش به‌زیستی و کاهش علائم افسردگی می‌شوند و هم به صورت غیرمستقیم (با افزایش دادن افکار مثبت، رفتارهای مثبت و هیجان‌های مثبت) (۱۲).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی را بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمان موثر نشان می‌دهد. فراهم نمودن تمهیدات لازم از سوی مدیران ارشد و پزشکان آنکولوژیست در به‌کارگیری روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی به منظور کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی توصیه می‌گردد.

اضطراب مرگ را کاهش دهد. از آنجا که اضطراب مرگ در بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی به‌وفور مشاهده می‌شود می‌توان گفت بهترین درمان روان‌شناختی برای این جامعه روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌باشد.

با توجه به این‌که در پژوهش‌های مختلف افزایش افسردگی و استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی گزارش شده است، بنابراین می‌توان از این شیوه در مراکز درمان سرطان به‌طور گسترده‌ای استفاده کرد.

References

1. Rezaieshahsavarloo Z, Taghadosi M, Mousavi M, Lotfi M, Harati K. The relationship between spiritual well-being and relationship attitude with life satisfaction in elderly cancer patient. *Iranian journal of patient nursing* 2016; 4(1): 47-55.
2. Nikbakht HA, Aminisani N, Hosseini SR, Asghari Jafarabadi M, Ahoei K. [Prevalence of anxiety and depression in patients with colorectal cancer in Babul-north of Iran 2008-12]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2016; 18: 1. (Persian)
3. Salehi F, Mohsenzade F, Arefi M. [Prevalence of death anxiety in patients with cancer in Kermanshah, 2015]. *Journal of breast diseases* 2016; 8(4): 34-40. (Persian)
4. Heidarzade M, Rassouli M, Mohammadi Shahabolaghi F, Alavi Majd H, Mirzaei H, Tahmasebi M. Assessing dimensions of posttraumatic growth of cancer in survived patients. *Holistic nursing and midwifery journal* 2015; 25(2): 33-41.
5. Senf K, Liao A. The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *J Happiness Stud* 2013; 14(2): 591-612.
6. Parks-Sheiner AC. *Positive psychotherapy: Building a model of empirically supported self-help*. East Eisenhower Parkway: University of Pennsylvania; 2009.
7. Wing JF, Schutte NS, Byrne B. The effect of positive writing on emotional intelligence and life satisfaction. *J Clin Psychol* 2006; 62(10): 1291-302.
8. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 26-30.
9. Bolghan-Abadi M, Hassan Abadi H, Asghari Nekah SM. [Study of the effectiveness of positive couple therapy on hope of mothers with children with special needs]. *New findings in psychology* 2012; 7(21): 113-21. (Persian)
10. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61(8): 774-88.
11. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *J Affect Disord* 2010; 122(3): 213-7.
12. Duckworth AL, Steen TA, Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Ann Rev Clin Psychol* 2005; 1: 629-51.
13. Sheikh Abuomasoudi R, Kashani F, Karimi T, Salarvand SH, Hashemi M, Moghimian M, et al. [Comparison of two methods of education (Face-to-face and electronic) on depression, anxiety and stress, breast cancer patients]. *Journal of breast diseases* 2015; 8(2): 24-34. (Persian)
14. Khodayarifard M, Sohrabi F, Shokuhi Yekta M, Ghobari Banab B, Behpazhuh A, Faghihi A, et al. [Psychotherapy and rehabilitation of prisoners and review its effectiveness in Rajai Shahr prison]. *Journal of psychology and educational sciences, Tehran University* 2007; 12: 24-45. (Persian)
15. Cathrine C L, Bulter JR, Koolman L. Supportive expressive group therapy and distress in patient with metastatic breast cancer. *Journal of medical psychology*, 2001; 122(1): 52-7.
16. Oltmanns TF, Emery RE. *Abnormal psychology*. 7th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.; 2012.
17. Kearne CA, Trull TJ. In: *Psychology and life: A dimensional approach*. Perkins J. (editor). Belmont: Wadsworth, Cengage Learning; 2012.