

Comparison of Effectiveness of Positive Psychotherapy and Psychodrama on the Hope of Breast Cancer Patients"

Maryam Nazemi¹, Tahreh Ranjbaripour^{*2}, Mehdi Shahnazari³, Maryam Mashayekh⁴, AmirShahram Yousefi Kashi⁵

¹Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

²Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

³Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

⁴ Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

⁵ Department of Radiotherapy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article History

Received: 2022/04/10

Revised: 2022/09/01

Accepted: 2022/09/06

Available online: 2022/09/06

Article Type: Research Article

Keywords: Breast Cancer; Positive psychotherapy; Psychodrama; Hope

Corresponding Author*:

Tahereh Ranjbaripour received her PhD in Health Psychology from the Islamic Azad University, Karaj Branch. She is currently assistant professor in the Department of Psychology at the Islamic Azad University, Karaj Branch. Her research interests include EMDR treatment, memory function, ways to improve quality of life and the causes and treatment of insomnia. For correspondence about this article, contact Dr. Ranjbaripour, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, the end of Rajai Shahr, intersection of Moazen and Esteghlal Boulevards, Amir Al-Momenin University Complex.

E-mail: tranjbaripour@yahoo.com

ABSTRACT

Cancer patients experience a lot of physical, psychological, economic and family pressures which most of the times cause them to lose hope and feeling of despair, which has led to deterioration of their mental and physical health. For this reason, the aim of this study was to compare the effectiveness of group positive psychotherapy and group psychodrama therapy on the hope of women with breast cancer in order to find useful ways to increase hope in these patients. This was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, follow-up with control group. The statistical population of the research includes all women between the age of 25 to 45 years with breast cancer who referred to a clinic on Gandhi Street in Tehran, from among which 45 people were selected by purposive sampling method. These individuals were replaced in three groups psychodrama, positive psychotherapy and control group (15 people in each group). Participants answered the hope scale of the specific domain of adults during three stages of assessment in the form of pre-test, post-test and follow-up. The results of repeated analysis of variance test with repeated measurement of several groups showed that the scores of the group positive psychotherapy and the group psychodrama therapy increased significantly from the pre-test to the post-test stage and returned with a gentle slope in the follow-up stage. According to the findings, group positive psychotherapy and psychodrama therapy are both useful treatments for increasing hope in women with breast cancer, but group positive therapy is a more effective treatment in this population.

Citation: Nazemi, M., Ranjbaripour, T., Shahnazari, M., Mashayekh, M., Yousefi Kashi, A.S. (1401/2023). Comparison of Effectiveness of Positive Psychotherapy and Psychodrama on the Hope of Breast Cancer Patients", 1 (1). 67-79

مقایسه‌ی اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری بر امید مبتلایان به سرطان پستان

مریم ناظمی^۱، طاهره رنجبری‌پور*^۲، مهدی شاه‌نظری^۳، مریم مشایخ^۴، امیرشهرام یوسفی کاشی^۵

^۱گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۲گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۳گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۴گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۵گروه رادیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

چکیده

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۱

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها: سرطان پستان؛ روان‌درمانی مثبت‌نگر؛ روان‌نمایشگری؛ امید

نویسنده‌ی مسئول*:

طاهره رنجبری‌پور درجه دکتری روانشناسی سلامت را از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج دریافت کرد. در حال حاضر او استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج است. علائق پژوهشی ایشان درمان EMDR، عملکرد حافظه، روش‌های بهبود کیفیت زندگی و علل کم‌خواهی و درمان آن است. برای مکاتبه درباره‌ی این مقاله با دکتر رنجبری‌پور، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، انتهای رجایی شهر، تقاطع بلوار مودن و استقلال، مجتمع دانشگاهی امیرالمومنین (ع) تماس داشته باشید.

پست الکترونیکی:

i_tranjbaripour@yahoo.com

بیماران مبتلا به سرطان فشارهای زیاد جسمی، روانی، اقتصادی و خانوادگی را تجربه می‌کنند که در بیشتر موارد موجب از دست رفتن امید و بروز احساس یأس در آنان و در نتیجه وخامت سلامت روانی و جسمانی آن‌ها می‌شود. به همین دلیل، هدف پژوهش حاضر در راستای یافتن راه‌های مفید برای افزایش امید در این بیماران، مقایسه‌ی اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر گروهی و درمان روان‌نمایشگری گروهی بر امید زنان مبتلا به سرطان پستان در نظر گرفته شد. این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمام زنان در رده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیکی در خیابان گاندی تهران است که از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدف‌مند به عنوان نمونه انتخاب شدند. این افراد در سه گروه روان‌نمایشگری، روان‌درمانی مثبت‌نگر و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان طی سه مرحله سنجش در قالب پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، مقیاس امیدواری حوزه‌ی خاص بزرگسالان را پاسخ دادند. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری نشان داد که نمرات گروه‌درمانگری مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری گروهی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون به طور قابل توجهی افزایش یافته و در مرحله‌ی پیگیری با شیب ملایمی بازگشت داشت است. با توجه به یافته‌های پژوهش، روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری هر دو درمان‌های مفیدی برای افزایش امید در زنان مبتلا به سرطان پستان هستند اما درمان مثبت‌نگر درمان موثرتری در این جمعیت می‌باشد.

مقدمه

سلامت اساسی‌ترین عنوانی است که حیات انسان به آن وابسته است. آرامش و سلامت، به‌عنوان مفهومی اساسی در زندگی انسان از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمدنی مطرح بوده و انسان برای رسیدن به آن، همه امکانات و نیروهای خود را بسیج کرده ولی هرگاه سخنی از آن به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده و در چند دهه اخیر نیز بعد روانی آن مورد توجه قرار گرفته است (هزارجریبی و عین‌الدین، ۲۰۱۳/۱۳۹۱). سازمان بهداشت جهانی ضمن توجه دادن کشورها در راستای تأمین سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی اعضاء جامعه بر این نکته تأکید دارد که هیچ کدام از ابعاد سلامتی بر دیگر ابعاد آن برتری ندارد، رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن مردم و آن جامعه است و شناسایی عوامل تعیین‌کننده و مرتبط با آن در جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح خرد و کلان جامعه از دیدگاه سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی از مسائل اساسی هر کشوری محسوب می‌شود (کیانیان و پیرخانی، ۲۰۱۹/۱۳۹۷).

از سویی، در جوامع کنونی سرطان به یک عامل مهم تهدیدکننده‌ی سلامت بدل شده است. سرطان^۱ مشکلی پزشکی، فردی، اجتماعی، روان‌شناسی و تهدیدی آشکار برای سلامت جسمانی و روانی است. سرطان رشد مهارنشده و منتشرشونده‌ی سلول‌های نابهنجار است که موجب شکل‌گیری تومورها می‌شود (میلر و همکاران، ۲۰۱۶). به بیان دیگر، تومورهای بدخیم (سرطانی)، از سلول‌هایی تشکیل می‌شوند که با سلول‌های اطراف خود متفاوت هستند و بسیار سریع رشد می‌کنند. تومورهای بدخیم اغلب دورتر از محل اصلی خود رشد می‌کنند و به دیگر اندام‌های بدن حمله می‌کنند (سندرسون، ۲۰۱۳، ترجمه‌ی مسچی و همکاران).

بدیهی است زمانی که ابتلای فرد به سرطان تشخیص داده شود، می‌تواند بر ابعاد روان‌شناختی، عاطفی و جسمانی بیماران سرطانی و خانواده‌های آنان تأثیرگذار باشد و بسیاری از ابعاد زندگی از جمله ابعاد جسمانی، روانی، معنوی و مالی آنان را تغییر دهد و همچنین بر روابط اجتماعی آنان اثر بگذارد و نیز برخی بیماران در سازگاری با تشخیص سرطان مشکل دارند که این مسأله بر پریشانی روانی و مسیر آینده‌ی بیماری آنان تأثیرگذار است (لطفی، کاشانی، وزیری، و زین‌العابدینی، ۲۰۱۴/۱۳۹۲). یافته‌های برخی از پژوهشگران از جمله کاردوسو و

همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که شیوع ناامیدی، افسردگی، پریشانی و به طور کلی مشکلات روان‌شناختی در بیماران سرطانی ۲۵ تا ۳۰ درصد است. بیماری سرطان باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود که تأثیر عمیقی بر سرعت روند پیشرفت سرطان دارد. بنابر نظر کیندلر (۲۰۱۸)، امید در بیماران سرطان عامل کلیدی است که بدون آن سازگاری ممکن نیست. امید در واکنش به خبر ابتلا و تشخیص سرطان نقش دارد (ساتن و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین امید است که می‌تواند به فرد امکان تحمل درمان‌های طولانی مدت و عوارض شیمیایی سرطان را بدهد (لنی و پائولو کیلرو، ۲۰۱۹). در این رابطه، کرشا و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند که وقوع بیماری مزمن از جمله سرطان در یکی از افراد خانواده می‌تواند بحرانی برای کل خانواده به شمار آید و تمامی خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی درمان و عود بیماری موجب افسردگی و اضطراب بیماران شده و شادکامی و امیدواری آنان نیز به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. افرادی که مبتلا به بیماری مزمن تشخیص داده می‌شوند معمولاً ترس و تردید زیادی از آینده دارند چون بسیاری از این بیماری‌ها تا حد زیادی قابل کنترل نیستند.

امروز در ایران، سرطان سینه به‌عنوان شایع‌ترین نوع سرطان در زنان محسوب می‌شود. در مقایسه با سایر کشورها، زنان ایرانی یک دهه زودتر به سرطان سینه مبتلا می‌شوند. هرچند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی به حساب نمی‌آید، ولی تشخیص این بیماری موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی مانند استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده او می‌شود. بیماران مبتلا به سرطان سینه درمان‌دگی روان‌شناختی شدیدی را در زمان آگاهی از ابتلا به سرطان و در طول دوره‌ی درمان تجربه می‌کنند. در برخی مطالعات شیوع ناامیدی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به جمعیت عمومی زنان دو برابر تخمین زده می‌شود (موسی رضایی و عباسی جلی، ۲۰۱۹/۱۳۹۷).

داشتن روحیه‌ی امیدوارانه از عوامل بسیار مهم و از ویژگی‌های ضروری در بیماران سرطانی است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط خود به خصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد (علاقبند، لقا ثروت و زارع‌پور، ۲۰۱۷/۱۳۹۵). امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می‌تواند باعث غنای

¹ cancer

سرطان، نیاز به تغییرات مثبت در افراد مبتلا به بیمار است که از میان روان‌درمانی‌های متعدد، این تغییرات مثبت از طریق راهکارهای موجود در روان‌درمانی مثبت‌نگر امکان پذیر است (ماکاسکیل، ۲۰۱۶). فردریکسون و لوسادا (۲۰۱۳)، بر اساس مدل مثبت‌نگر دریافتند که هیجان‌های مثبت سپری را در مقابل پیامدهای ناگوار استرس به وسیله‌ی کاهش دادن برانگیختگی خودمختار ناشی از هیجان‌های منفی و افزایش انعطاف‌پذیری ناشی از تفکر و حل مساله ایجاد می‌کنند. بدین معنی که، روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری فرد در برابر هیجان‌های منفی او را در برابر پریشانی و آشفتگی مقاوم کند (استایل، شارلوت، ۲۰۱۱، ترجمه مقصودی، ۲۰۱۲/۱۳۹۰). در همین راستا، افروز، دلیر و صادقی (۲۰۱۸/۱۳۹۶) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تصویر بدنی، امید به زندگی و شادکامی در زنان با تجربه جراحی پستان، دریافتند که روان‌درمانی مثبت تأثیر مثبت معناداری بر امید به زندگی و شادکامی زنان با تجربه‌ی جراحی پستان دارد. در مطالعه کاشانی و همکاران (۲۰۱۴) که بر روی ۱۸ زن با تشخیص سرطان پستان انجام شد، نتایج نشان دادند که ایجاد امید و انتظار از درمان در کاهش پریشانی بیمارانی که از سرطان پستان رنج می‌بردند موثر بود.

از روش‌های دیگر برای افزایش بهزیستی افراد مبتلا به سرطان، می‌توان به هنردرمانی اشاره کرد. تحقیقات نشان داده است که هنردرمانی به شکل‌های مختلف مانند، نقاشی‌درمانی، نمایش‌درمانی، نمایش عروسکی و حرکات موزون برای درمان و کنترل بسیاری از مسائل اجتماعی، فرهنگی، بیماری‌های جسمی- روانی و سرطان کاربرد دارد (بزکوک و همکاران، ۲۰۱۷). در این میان، روان‌نمایشگری روش گروهی اصلاح رفتار و رویکردی رابطه محور است. در این رویکرد محیطی فراهم می‌شود که در آن اعضاء وضعیت احساسی و ذهنی خود را کشف می‌کنند و سبب می‌شود افراد در درک خویشتن پیشرفت کنند و بینش خود را نسبت به خود و آینده بهبود بخشند (احمدی و سجادیپور، ۲۰۱۵/۱۳۹۳؛ البی، انجلیسی، پیچینوتی، و زوجرمالیو، ۲۰۱۸). بنابراین، روان‌نمایشگری کمک می‌کند تا خزانه‌ی نقش‌های فردی و مهارت‌های رفتاری مرتبط با آن‌ها و در نتیجه امید افراد به زندگی و آینده نیز توسعه یابند (منیچتی، گیوستی، فوساتی، و وجینی، ۲۰۱۶). در همین راستا، کوربت (۲۰۱۷) نیز درمان روان‌نمایشگری را روشی مناسب برای مقابله با درد و پریشانی ناشی

زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببیند (میرزاده و پیرخائفی، ۲۰۱۸/۱۳۹۶). امید مفهومی است که در دو دهه‌ی اخیر بیشترین پژوهش‌ها را به خود جلب کرده است. به عبارتی، امید فرایندی است که به فرد این امکان را می‌دهد تا هدف‌هایی را در نظر گرفته و آن را دنبال کند (فلدمن و کوبانا، ۲۰۱۵). همچنین امید قابلیت ایجاد مسیرهای مطلوب در جهت دستیابی به اهداف و برانگیخته شدن در جهت استفاده از این راه‌ها است (دو، برناردو و یانگ، ۲۰۱۵). در حقیقت، امید بر اساس تعریف اسنایدر (۲۰۰۰)، امید به معنای یک حالت انگیزشی مثبت مبتنی بر حس تأثیرگذار بودن در دو حوزه‌ی عاملیت انرژی معطوف به اهداف و مسیرها و برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف است. در تعریفی امید را مجموعه‌های ذهنی می‌دانند که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است. امید، سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، رضایت از زندگی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند (متیو، دانینگ، کوتز و ویلان، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به سرطان به دلیل ماهیت بیماری که به درمان سخت پاسخ می‌دهد و درمان فرایندی طولانی دارد و عوارض درمان‌هایی مانند شیمی‌درمانی و باورهای بیمار در رابطه با درمان‌ناپذیری سطح ناامیدی افزایش می‌یابد (پرایس و همکاران، ۲۰۱۶). شولبرگ، داد، هنریکسن و راستوفن (۲۰۱۱)، گفته‌اند که سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن بیشترین تأثیر را بر امید داشته است. در پژوهش‌های مختلف نیز مشخص شده است که امیدواری با کاهش میزان تنیدگی، کاهش میزان اضطراب موقعیتی، و شادکامی همراه است (حسینی یزدی، آهی و آهی، ۲۰۱۴/۱۳۹۲). روان‌شناسی مثبت، تأکید بر بنا نهادن و گسترش هیجان‌های مثبت به منظور توانمند ساختن فرد در برابر اختلال‌های روانی، و نیز افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دارد (سلیگمن، ۲۰۰۲، ۲۰۱۸). این رویکرد امید را در زندگی مراجعان به منظور تسکین آسیب‌شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می‌دهد (رشید، ۲۰۰۸) و اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (فردریکسون، ۲۰۰۹). در بیماری‌های جسمی و مبتلایان به بیماری

اثربخشی این دو رویکرد بر امید در زنان مبتلا به سرطان پرداخته است. از آنجایی که یافتن تأثیرگذارترین درمان‌ها برای زنان مبتلا به سرطان امری ضروری به نظر می‌رسد و در پژوهش‌های پیشین به مقایسه‌ی این دو رویکرد درمانی در افزایش امید بیماران مبتلا به سرطان بررسی نشده است، در این پژوهش به بررسی این سؤال پرداخته شده است که کدام‌یک از دو رویکرد روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری گروهی تأثیر بیشتری بر امید مبتلایان به سرطان سینه دارند؟

روش

طرح پژوهشی

این پژوهش در زمره تحقیقات آزمایشی (از نوع شبه‌آزمایشی به واسطه کنترل ضعیف متغیرهای مزاحم) دسته‌بندی است که در آن از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل استفاده شد.

آزمایش	G ₁	T ₁	X ₁	T ₂	T ₃
آزمایش	G ₂	T ₁	X ₂	T ₂	T ₃
کنترل	G ₃	T ₁	-	T ₂	T ₃

گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. ملاک‌های شمول در این پژوهش شامل: رضایت آگاهانه، فاصله‌ی سنی ۲۵-۴۵ سال و بودن در مرحله‌ی تشخیص بیماری بود.

ابزارهای سنجش

مقیاس امیدواری حوزه‌ی خاص بزرگسالان^۲. این مقیاس که توسط سیمپسون (۱۹۹۹) طراحی شده، مقیاسی ۴۸ گویه‌ای است که امید موقعیتی را در شش حوزه‌ی خاص (هر حوزه ۸ سوال) شامل حوزه‌های اجتماعی، آکادمیک، خانوادگی، عاشقانه/وابط، شغلی، و اوقات فراغت/تفریحی می‌سنجد. توسط احمدی طهور سلطانی، کرمی‌نیا، احدی و مرادی (۱۳۹۰) در ایران هنجار شده است و ضرایب آلفای کرونباخ آن (۰/۹۴)، دونیمه کردن (۰/۸۵)، اعتبار همگرا با مقیاس‌های سرسختی (۰/۴۰)، شادکامی (۰/۶۴)، و بهزیستی روانشناختی (۰/۴۷)، اعتبار

از سرطان گزارش کرد. همچنین، کامیسی و گوکلر (۲۰۲۱) نشان دادند که روان‌نمایشگری می‌تواند موجب کاهش احساس درد و پریشانی در افراد مبتلا به سرطان شود. منیجنتی و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی با هدف درک تجربه فردی افراد برای سازگاری با سرطان انجام دادند که نتایج نشان داد گروه‌درمانی در کاهش اختلالات خلقی، مشکلات ارتباطی و درد، و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مفید است.

زنان مبتلا به بیماری مزمن به دلیل رویارویی با مسائل عاطفی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی بسیار، در معرض فشار و استرس بوده و عوامل استرس‌زای بی‌شماری را تجربه می‌کنند که سلامت روانی آن‌ها و نیز خانواده‌شان را در معرض تهدید قرار می‌دهد. به همین منظور لازم است جهت جلوگیری از زبان‌های فردی، خانوادگی، و اجتماعی، که وخامت سلامت روانی افراد در سطح فردی و اجتماعی را به بار می‌آورد، برای افزایش امید زنان، مداخلات مناسب تدوین و اجرا شود. از همین رو، پژوهش حاضر با استفاده از رویکردهای درمانی مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری، به بررسی

شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی پژوهش شامل تمام زنان در رده‌ی سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیکی در خیابان گاندی تهران است. به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان پژوهش، تعداد ۴۵ نفر از زنان مراجعه‌کننده به روش نمونه‌گیری هدف‌مند به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به سرطان پستان بر اساس نتیجه‌ی پاتولوژی و توانایی پاسخگویی به سؤالات است. برای تعیین حجم بهینه‌ی گروه نمونه از تحلیل توان^۱ استفاده شد. بر پایه‌ی نتایج تحلیل توان، برای داشتن اندازه‌ی اثر ۰/۷ با سطح خطای دو دامنه ۰/۰۵ و نسبت برابر نفرات در گروه‌ها، برای مقایسه K متغیر، تعداد کلی ۴۴ نفر نیاز است. بر این اساس از جامعه‌ی مذکور ۴۵ نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. نفرات منتخب به شیوه‌ی کاملاً تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) به سه گروه ۱۵ نفره (دو

² Simpson's Hope Scale

¹ power analysis

که خوشایند گروه بود. چرخاننده گروه می‌خواهد بداند که چه کسی تمایل دارد شخصیت اصلی امروز را روی صندلی داغ داشته باشد. فردی تمایل خود را اعلام و نقش خود را بازی و شخصیت‌های فرعی خود را وارد بازی می‌کند، در انتها از افراد گروه خواسته می‌شود که بازخورد خود را به شخصیت اصلی و فرعی بدهند؛ و بعد خواسته می‌شود که به بازخوردها نیز بازخوردی داده شود.

جلسه‌ی سوم

با باز شدن یخ شروع شده و چرخاننده از اعضای گروه می‌خواهد که بر اساس رأی‌گیری یک نفر که بیشترین رأی را می‌آورد شخصیت اصلی بازی شده و به صندلی داغ دعوت شود (مهم‌ترین اصل در این پکیج فی البداهه بودن انتخاب‌ها و بازی‌ها خواهد بود). و تا جلسه دهم این فرایند ادامه خواهد داشت و در انتها بازخورد اصلی از اعضای گروه گرفته می‌شود و مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

پروتکل روان درمانی مثبت‌نگر گروهی

پروتکل روان درمانی مثبت‌نگر: اقتباس از رشید (۲۰۰۸)

کدهای اخلاقی و کارآزمایی

مجوزهای لازم بر اساس تصویب کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج اخذ خواهد شد. همچنین، پس از بیان اهداف پژوهش به تفصیل، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، اجرای درمان‌ها و گردآوری داده‌ها انجام شد.

روند اجرای پژوهش

با هماهنگی‌های لازم با معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، و کلینیک درمانی بیماران مبتلا به سرطان، افراد مراجعه‌کننده به این کلینیک، به شرکت در پژوهش به جلسه معارفه دعوت شدند. در این جلسه در مورد اهداف مطالعه، اثرهای احتمالی پژوهش اخیر و روش کار به طور کلی توضیح داده شد و بنا بر قوانین اخلاقی برگرفته از نظام کمیته اخلاق پژوهش بر موارد لازم و شرایط شرکت در جلسات درمانی تأکید شد.

واگرا (ناامیدی بک، ۰/۲۵)، اعتبار ملاکی (امیدواری اسنایدر، ۰/۵۵) به دست آمد که همگی در سطح $p < 0.01$ معنی‌دار بودند.

برنامه‌ی مداخله

پروتکل روان‌نمایشگری گروهی. پروتکل روان‌نمایشگری

شامل ۱۰ جلسه دو ساعته بدون در نظر گرفتن زمان استراحت و تفریح برای روان‌نمایشگری گروهی در نظر گرفته شده بود. بر طبق نظر مورنو هر جلسه به سه قسمت کاری تقسیم می‌شود:

باز شدن یخ^۱ جلسه: قسمت اول و آشنایی گروه با چرخاننده (تنظیم‌کننده‌ی جلسه) و هم گروهی‌ها. انجام اصلی^۲: گرفتن نقش اصلی و فرعی توسط افراد گروه. به اشتراک گذاردن تجربیات فردی^۳: بعد از گذشت ۱ تا ۱:۳۰ دقیقه از شروع و در دقایق پایانی بوده و تنظیم‌کننده‌ی جلسه باید جمع‌بندی را در این قسمت انجام دهد.

جلسه‌ی اول

جلسه‌ی اول جلسه آشنایی تک‌تک افراد با تنظیم‌کننده‌ی جلسه و با یکدیگر بود. برای باز شدن یخ افراد مری با گفتن این جمله گروه را دعوت به همکاری و آشنایی کرد: "هر کس خودش را معرفی کند اما نه به آن صورتی که در همه جا خودش را معرفی می‌کرده" است.

قسمت دوم عمل یا انجام است که اوج جلسه در آن نهفته است، و هر فردی باید نقشی را در این قسمت بازی کند و هیچ عملی صورت نمی‌پذیرد. در هر جلسه یک نفر شخصیت اصلی داستان می‌شود که روی صندلی داغ نشسته و یا ایستاده و شخصیت اصلی داستان را دارد. این فرد مشکل خود را مطرح می‌کند.

قسمت سوم بعد از ۱ الی ۱.۵ ساعت از شروع جلسه آغاز می‌شود. در این قسمت همه می‌نشینند به یکدیگر بازخورد می‌دهند و افراد شروع می‌کنند در مورد شخصی اصلی و فرعی داستان نظرات و انتقادات خود را بیان کردن. در نهایت دایرکتور و یا چرخاننده گروه نظر اصلی خود را گفته و جمع‌بندی را نیز خواهد داشت.

جلسه‌ی دوم

باز شدن یخ با ایستادن و گرفتن دست‌ها و انجام حرکات موزون صورت پذیرفت که موسیقی هم در فضا در حال پخش شدن بود

³ shering

¹ warm up

² act

جدول ۱- پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی

محتوای جلسه	جلسه
جهت‌گیری	جلسه اول
تعهد (کشف توانمندی‌های خاص)	جلسه دوم
تعهد/لذت (پرورش توانمندی‌ها و هیجانات مثبت)	جلسه سوم
لذت (خاطرات خوب در برابر خاطرات بد)	جلسه چهارم
تعهد/لذت (بخشش)	جلسه پنجم
تعهد/لذت (قدردانی)	جلسه ششم
تعهد/لذت (بررسی میان‌دوره‌ای درمان)	جلسه هفتم
معنا/تعهد (قناعت در برابر بیشینه‌سازی)	جلسه هشتم
لذت (خوشبینی و امید)	جلسه نهم
تعهد/معنا (عشق و دلبستگی)	جلسه دهم
معنا (شجره نامه توانمندی‌ها)	جلسه یازدهم
لذت (لذت همراه با تانی)	جلسه دوازدهم
معنا (موهبت زمان)	جلسه سیزدهم
انسجام (زندگی کامل)	جلسه چهاردهم

نتایج

بر پایه‌ی نتایج تحلیل همبستگی، نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری رابطه‌ی معنی‌دار داشتند. مفروضه‌ی همگنی شیب رگرسیون نمرات در بین گروه‌ها نیز بررسی شد. بر این اساس، خطوط میزان و جهت شیب رگرسیون نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرها در گروه‌ها مشابه است و بین متغیر وابسته و هم‌پراش آن رابطه‌ی خطی برقرار است. آزمون اثرات بین‌آزمودنی که در آن پس‌آزمون به‌عنوان متغیر وابسته و اثر تعاملی متغیر مستقل (گروه) پیش‌آزمون به‌عنوان منبع اثر در نظر گرفته می‌شود، همگنی شیب خطوط رگرسیون مورد تأیید است. همچنین آزمون ام‌باکس ($F(2, 26319.71) = 0.99, P > 0.05$) همگنی ماتریس کوواریانس نمرات در بین گروه‌ها را تأیید کرد. همچنین نتایج آزمون ماخلی کرویت توزیع رابطه‌ها را نشان داد.

در جدول ۲ می‌توان شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل مؤلفه‌های امید (روابط اجتماعی، تحصیلات، روابط رمانتیک، زندگی خانوادگی، کار، اوقات فراغت) را به تفکیک گروه (آزمایش روان‌درمانگری مثبت‌نگر، گروه آزمایش روان‌نمایشگری و گروه کنترل) مشاهده کرد.

همان‌گونه که می‌توان دید، نمرات دو گروه روان‌درمانگری مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری در قیاس با گروه کنترل، از مرحله‌ی پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش داشته است. به وضوح می‌توان مشاهده کرد که تغییرات در گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر شیب تندتری دارد. با این حال، برای بررسی تفاوت سه گروه در نمرات امید، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری^۱ استفاده شد. بر پایه‌ی نتایج آزمون شاپیرو-ویلک^۲ توزیع نمرات از حالت نرمال تفاوت چشم‌گیری ندارد.

² Shapiro-Wilk

¹ Repeated Measures Multivariate Analysis of Variance

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد، کمترین نمره و بیشترین نمره‌ی مؤلفه‌های امید در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش (روان درمانگری مثبت‌نگر)						
روابط اجتماعی	۳۳/۳۸	۶/۰۵	۴۷/۰۶	۸/۱۲	۴۵/۵۳	۹/۱۷
تحصیلات	۳۳/۳۳	۶/۳۵	۲۸/۲۰	۶/۳۸	۳۷/۲۰	۶/۱۸
روابط رمانتیک	۳۶/۰۶	۷/۶۱	۴۰/۲۶	۶/۸۰	۳۹/۶۶	۶/۴۴
زندگی خانوادگی	۳۴/۶۶	۷/۲۶	۴۰/۰۰	۶/۷۷	۳۹/۰۶	۶/۹۲
کار	۳۶/۷۳	۶/۳۷	۴۱/۲۰	۶/۴۱	۴۰/۸۰	۶/۴۶
اوقات فراغت	۳۳/۶۷	۹/۰۶	۳۸/۷۳	۹/۱۲	۳۷/۷۳	۸/۶۵
گروه آزمایش (روان نمایشگری)						
روابط اجتماعی	۳۷/۶۰	۹/۵۲	۴۳/۸۶	۹/۱۸	۴۳/۲۶	۷/۹۵
تحصیلات	۳۴/۸۶	۸/۳۷	۳۷/۷۳	۸/۳۹	۳۷/۴۰	۷/۹۹
روابط رمانتیک	۳۵/۲۶	۶/۸۷	۳۷/۰۶	۷/۱۶	۳۶/۸۰	۷/۳۶
زندگی خانوادگی	۳۵/۱۳	۵/۰۴	۳۸/۰۷	۴/۲۱	۳۷/۴۶	۴/۲۲
کار	۳۶/۸۶	۵/۰۵	۴۰/۴۰	۵/۹۱	۳۸/۳۳	۶/۴۶
اوقات فراغت	۳۴/۶۰	۵/۴۶	۳۶/۹۳	۶/۰۸	۳۶/۵۳	۵/۷۹
گروه کنترل						
روابط اجتماعی	۳۸/۶۶	۶/۵۸	۳۹/۰۰	۶/۹۰	۳۸/۶۰	۶/۹۲
تحصیلات	۳۳/۷۳	۱۴/۲۲	۳۴/۰۶	۱۳/۷۸	۳۳/۶۷	۱۳/۷۶
روابط رمانتیک	۳۴/۶۶	۶/۱۴	۳۴/۲۰	۵/۷۷	۳۴/۴۶	۵/۶۵
زندگی خانوادگی	۳۵/۲۰	۷/۳۸	۳۵/۴۶	۶/۶۷	۳۵/۱۳	۶/۴۵
کار	۳۵/۷۳	۶/۵۴	۳۶/۰۰	۶/۰۸	۳۵/۶۰	۶/۶۷
اوقات فراغت	۳۴/۴۶	۵/۴۴	۳۵/۰۰	۵/۷۰	۳۵/۷۱	۵/۴۵

جدول ۳- نتایج آزمون چندمتغیری شاخص‌های امید با منشاء اثر بین گروهی و درون گروهی

اثر	ارزش	F	df مفروض	df خطا	P	اندازه‌ی اثر
بین گروهی	گروه	۲/۵۷	۱۲	۷۶	$P < .05$	۰/۲۱
	لامبدای ویلکس	۲/۶۳	۱۲	۷۴	$P < .01$	۰/۲۷
درون گروهی	زمان	۲۰/۸۷	۱۲	۳۱	$P < .01$	۰/۴۳
	لامبدای ویلکس	۲۰/۸۷	۱۲	۳۱	$P < .01$	۰/۴۷
	زمان * گروه	۴/۷۰	۲۴	۶۴	$P < .01$	۰/۳۸
	لامبدای ویلکس	۶/۵۵	۲۴	۶۴	$P < .01$	۰/۴۱

بیانگر وجود اثر عمل آزمایشی در تعامل با زمان است و معلوم می‌کند که تفاوت نمرات در سه مرحله‌ی آزمون برای سه گروه یکسان نبود است. مقادیر اندازه اثر چند متغیری برای گروه (مجذور اتا = ۰/۲۷)، زمان (مجذور اتا = ۰/۴۷) و اثر تعاملی گروه*زمان (مجذور اتا = ۰/۴۱) قابل توجه است. در جدول ۵ می‌توان اثر متغیر مستقل و زمان را بر هر یک از مؤلفه‌های امید به تفکیک مشاهده کرد.

ارزش‌های اثر پیلایی (محافظه کارترین آزمون) و ویلکس لامبدا (رایج‌ترین آزمون) برای سه منشا اثر گروه ($P < ۰/۰۱$)، $F_{12,31} = ۲۰/۸۷$ و زمان*گروه ($P < ۰/۰۱$)، $F_{12,76} = ۶/۵۵$ ، $F_{24,64} = ۶/۵۵$ در جدول فوق قابل مشاهده است. با توجه به معناداری مقادیر F برای زمان، معلوم می‌شود که بدون در نظر گرفتن گروه‌ها، نمرات در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت وجود دارد. مقادیر F برای اثر تعاملی نیز معنادار بود. به عبارت دیگر این یافته

جدول ۴- نتایج آزمون تک متغیری شاخص‌های امید با منشا اثر بین گروهی و درون گروهی

اندازه‌ی اثر	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	اثر
۰/۲۰	$P < ۰/۰۱$	۴/۳۳	۲۷۱/۰۳	۲	۵۴۲/۰۶	روابط اجتماعی	گروه
۰/۱۴	$P < ۰/۰۱$	۳/۶۱	۱۰۶/۰۲	۲	۲۱۲/۰۴	تحصیلات	بین گروهی
۰/۱۹	$P < ۰/۰۱$	۳/۹۷	۲۰۱/۰۳	۲	۴۰۲/۰۶	روابط رمانتیک	
۰/۱۳	$P < ۰/۰۱$	۳/۰۰	۸۰/۰۲	۲	۱۶۰/۰۴	زندگی خانوادگی	
۰/۱۶	$P < ۰/۰۱$	۳/۷۱	۱۷۳/۴۳	۲	۳۴۶/۸۶	کار	
۰/۰۷	$P < ۰/۰۵$	۲/۰۹	۴۱/۱۲	۲	۸۲/۲۳	اوقات فراغت	
۰/۶۱	$P < ۰/۰۱$	۶۷/۳۷	۴۰۹/۶۰	۱	۴۰۹/۶۰	روابط اجتماعی	زمان
۰/۴۷	$P < ۰/۰۱$	۳۷/۵۳	۱۰۰/۲۷	۱	۱۰۰/۲۷	تحصیلات	
۰/۳۴	$P < ۰/۰۱$	۲۱/۸۶	۶۰/۸۴	۱	۶۰/۸۴	روابط رمانتیک	درون گروهی
۰/۴۵	$P < ۰/۰۱$	۳۴/۵۸	۱۱۱/۱۱	۱	۱۱۱/۱۱	زندگی خانوادگی	
۰/۲۹	$P < ۰/۰۱$	۱۶/۸۹	۷۲/۹۰	۱	۷۲/۹۰	کار	
۰/۴۵	$P < ۰/۰۱$	۳۴/۰۰	۱۰۶/۷۱	۱	۱۰۶/۷۱	اوقات فراغت	
۰/۴۶	$P < ۰/۰۱$	۱۸/۰۹	۱۱۰/۰۳	۲	۲۲۰/۰۶	روابط اجتماعی	
۰/۳۵	$P < ۰/۰۱$	۱۱/۲۳	۳۰/۰۱	۲	۶۰/۰۲	تحصیلات	
۰/۳۲	$P < ۰/۰۱$	۹/۷۵	۲۷/۱۴	۲	۵۴/۲۹	روابط رمانتیک	زمان* گروه
۰/۳۶	$P < ۰/۰۱$	۱۱/۶۶	۳۷/۴۷	۲	۷۴/۹۵	زندگی خانوادگی	
۰/۲۷	$P < ۰/۰۱$	۷/۸۱	۳۳/۷۰	۲	۶۷/۴۰	کار	
۰/۲۷	$P < ۰/۰۱$	۷/۵۶	۲۳/۷۴	۲	۴۷/۴۸	اوقات فراغت	

کار ($F = ۳/۷۱$ ، $P < ۰/۰۱$) و امید در اوقات فراغت ($F = ۳/۰۹$ ، $P < ۰/۰۵$) تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. قابل ذکر است که تفاوت در نمرات امید در اوقات فراغت تنها در سطح خطای $P < ۰/۰۵$ معنی دار بود. این یافته نشان می‌دهد که بدون در نظر گرفته زمان، نمرات گروه‌ها در تمام مراحل اندازه‌گیری متفاوت بوده است.

بر اساس یافته‌های تحلیل واریانس با اثرات بین آزمودنی تک متغیره در بین سه گروه (درمانگری مثبت نگر، روان‌نمایشگری و کنترل) امید در روابط اجتماعی ($F = ۴/۳۳$ ، $P < ۰/۰۱$)، امید در تحصیلات ($F = ۳/۶۱$ ، $P < ۰/۰۵$)، امید در روابط رمانتیک ($P < ۰/۰۱$)، امید در زندگی خانوادگی ($F = ۳/۰۰$ ، $P < ۰/۰۱$)، امید در

$(F= ۷/۸۱, P< ۰/۰۵)$ و امید در اوقات فراغت ($F= ۷/۵۶, P< ۰/۰۵$) معلوم می‌شود که نمرات طی زمان تغییر کرده‌اند و این تغییر برای گروه‌های مختلف یکسان نبوده است. میانگین نمرات نشان می‌دهد که نمرات گروه کنترل طی سه مرحله آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تغییرات زیادی نداشته است. در مقابل نمره‌ی گروه درمانگری مثبت‌نگر از پیش به پس آزمون به طور قابل توجهی افزایش یافته و در مرحله‌ی پیگیری با شیب ملایمی بازگشت داشت است. در گروه روان‌نمایشگری نیز چنین الگویی با شدت کمتر قابل مشاهده است. در ادامه تفاوت میانگین‌ها بین سه گروه با آزمون تعقیبی بررسی می‌شود تا معلوم شود که کدام دو گروه با هم در میزان نمرات امید متفاوت بوده است.

منبع اثر زمان نیز نشان واریانس قابل توجهی ایجاد کرده است. به عبارت دیگر طی سه مرحله اندازه‌گیری نمرات گروه‌ها (بدون تفکیک گروه) در امید در روابط اجتماعی ($F= ۶۷/۳۷, P< ۰/۰۱$)، امید در تحصیلات ($F= ۳۷/۵۳, P< ۰/۰۵$)، امید در روابط رمانتیک ($F= ۲۱/۸۶, P< ۰/۰۱$)، امید در زندگی خانوادگی ($F= ۳۴/۵۸, P< ۰/۰۱$)، امید در کار ($F= ۱۶/۸۹, P< ۰/۰۱$) و امید در اوقات فراغت ($F= ۳۴/۰۰, P< ۰/۰۵$) به طور معنی‌داری متفاوت بود. اثر تعاملی زمان*گروه نیز معنی‌دار بود و تفاوت‌های چشمگیری را نشان داد. با توجه به معنی‌داری مقادیر F برای امید در روابط اجتماعی ($F= ۱۸/۰۹, P< ۰/۰۱$)، امید در تحصیلات ($F= ۹/۷۵, P< ۰/۰۱$)، امید در زندگی خانوادگی ($F= ۱۱/۲۳, P< ۰/۰۱$)، امید در کار ($F= ۱۱/۶۶, P< ۰/۰۱$)، امید در

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی شاخص‌های امید برای مقایسه‌های دویه دویی

متغیر	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
روابط اجتماعی	مثبت نگر	نمایشگری	۲/۰۶	۲/۸۱	$P<۰/۰۵$
		کنترل	۴/۸۹	۲/۸۱	$P<۰/۰۱$
	نمایشگری	کنترل	۲/۸۲	۲/۸۱	$P<۰/۰۵$
تحصیلات	مثبت نگر	نمایشگری	-۰/۴۲	۳/۶۳	$P>۰/۰۵$
		کنترل	۲/۴۲	۳/۶۳	$P<۰/۰۵$
	نمایشگری	کنترل	۲/۸۴	۳/۶۳	$P>۰/۰۵$
روابط رمانتیک	مثبت نگر	نمایشگری	۲/۲۹	۲/۴۰	$P<۰/۰۵$
		کنترل	۴/۲۲	۲/۴۰	$P<۰/۰۱$
	نمایشگری	کنترل	۱/۹۳	۲/۴۰	$P>۰/۰۵$
روابط خانوادگی	مثبت نگر	نمایشگری	۱/۰۲	۲/۲۲	$P>۰/۰۵$
		کنترل	۲/۶۴	۲/۲۲	$P<۰/۰۵$
	نمایشگری	کنترل	۱/۶۲	۲/۲۲	$P>۰/۰۵$
کار	مثبت نگر	نمایشگری	۱/۰۴	۲/۲۱	$P>۰/۰۵$
		کنترل	۳/۸۰	۲/۲۱	$P<۰/۰۱$
	نمایشگری	کنترل	۲/۷۵	۲/۲۱	$P<۰/۰۵$
اوقات فراغت	مثبت نگر	نمایشگری	۰/۶۸	۲/۴۸	$P>۰/۰۵$
		کنترل	۱/۸۹	۲/۴۸	$P>۰/۰۵$
	نمایشگری	کنترل	۱/۲۰	۲/۴۸	$P>۰/۰۵$

نمایشگری نیز تغییراتی مشاهده می‌شود که البته به لحاظ آماری ضعیف‌تر از تغییرات گروه درمانگری مثبت‌نگر است. افزایش نمرات گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر و گروه روان‌نمایشگری در مرحله پیگیری مقدراری کاهش داشت اما همچنان بهتر از مرحله‌ی پیش‌آزمون است و نشان می‌دهد که اثرات این دو درمان، به ویژه درمان مثبت‌نگر می‌تواند تا مدتی نیز پایدار بماند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که اگرچه تغییرات در هر دو گروه مورد آزمایش اتفاق افتاده، اما تغییرات به طور کل در گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر نسبت به گروه روان‌نمایشگری به طور محسوسی بیشتر بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های افروز، دلیر و صادقی (۲۰۱۸/۱۳۹۶) و کاشانی و همکاران (۲۰۱۴) در زمینه‌ی اهمیت روان‌درمانی مثبت‌نگر در افزایش امید بیماران مبتلا به سرطان هم‌راستا است.

فهم تفاوت در میزان افزایش امید در دو گروه مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری بیش از هر چیزی با در نظر گرفتن مؤلفه‌های امید و نیاز بیماران سرطانی به آن ممکن است. برای امید مؤلفه‌های تعیین هدف، قدرت راهیابی، قدرت اراده، به دو شکل عملی و متعالی در نظر گرفته شده است (اساندر، ۲۰۰۰). در مورد بیماران سرطانی هدف دستیابی به سلامت و زندگی پیش از سرطان است. این بازسازی امید در رویکرد روان‌درمانگری مثبت‌نگر به طور خاص گنجانده شده و برای آن تمرین‌ها زیادی در نظر گرفته شده است. در واقع اولین مرحله از روان‌درمانگری مثبت‌نگر، توجه به هدف، جهت و معناست. قدرت دستیابی نیز برای فردی که دچار سرطان است از عوامل اساسی به شمار می‌آید. به عبارت دیگر، ادراک فرد از توانایی خود برای شناسایی و ساخت مسیرهایی به سمت هدف بسیار مهم است که در روان‌شناسی مثبت در مرکز توجه قرار دارد. در نهایت، این اراده و پابندی است که هدف و مسیر را وصل می‌کند و منجر می‌شود که فرد دچار مشکل، جهت بهبود خود گامی بردارد و از منظر مارکوز و لویز (۲۰۱۷) نگرش مثبت با اراده رابطه‌ی تنگاتنگی دارد. همچنین، تأکید روان‌درمانگری مثبت‌نگر بر نقاط قوت ارادی، عملی و ذهنی انسان، بیش از رویکرد روان‌نمایشگری است. هدف از درمان حل مشکلات و کاهش حالات ناخوشایند است و بیماران امیدوار با نمایش سطوح بالاتر رضایت از خود طی مسیر درمان توان بیشتری برای مواجهه با مشکلات و موانع بروز می‌دهند (مایرز، ۲۰۰۰).

نمرات تصور امید در روابط اجتماعی در گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر، به طور معنی‌داری بالاتر از گروه روان‌نمایشگری (تفاوت: $2/06$ ، معنی‌داری: $P < 0/05$) و گروه کنترل (تفاوت: $4/89$ ، معنی‌داری: $P < 0/01$) بود. میانگین نمرات امید در روابط اجتماعی در گروه روان‌نمایشگری نیز با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشت (تفاوت: $2/82$ ، معنی‌داری: $P < 0/05$). نمرات امید در تحصیلات نیز در گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر (تفاوت: $2/42$ ، معنی‌داری: $P < 0/05$) و گروه روان‌نمایشگری (تفاوت: $2/84$ ، معنی‌داری: $P < 0/05$) به طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود. میانگین نمره‌ی امید در تحصیلات در گروه روان‌نمایشگری با گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر (تفاوت: $0/42$ ، معنی‌داری: $P > 0/05$) تفاوت معنی‌داری نداشت. نمرات امید در روابط رمانتیک گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر به طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود (تفاوت: $4/22$ ، معنی‌داری: $P < 0/01$)، همچنین نمرات گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر از گروه روان‌نمایشگری بالاتر بود (تفاوت: $2/29$ ، معنی‌داری: $P < 0/05$). بین نمرات امید در روابط رمانتیک گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل تفاوت قابل توجهی نبود (تفاوت: $1/93$ ، معنی‌داری: $P > 0/05$). گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری نمرات امید به روابط خانوادگی بالاتری داشت (تفاوت: $2/64$ ، معنی‌داری: $P < 0/05$). گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر و گروه روان‌نمایشگری (تفاوت: $1/02$ ، معنی‌داری: $P > 0/05$) از این حیث تفاوتی نداشتند. همچنین بین گروه کنترل (تفاوت: $1/62$ ، معنی‌داری: $P > 0/05$) و گروه نمایشگری در نمرات امید به روابط خانوادگی تفاوتی مشاهده نشد.

نمره‌ی امید به کار گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر (تفاوت: $3/80$ ، معنی‌داری: $P < 0/01$) و گروه روان‌نمایشگری (تفاوت: $2/75$ ، معنی‌داری: $P < 0/05$) از گروه کنترل بالاتر بود. نمره‌ی امید در کار گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری تفاوت چشمگیری نداشت (تفاوت: $1/04$ ، معنی‌داری: $P > 0/05$). میانگین نمرات امید در اوقات فراغت گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر و گروه روان‌نمایشگری تفاوتی نداشت (تفاوت: $0/68$ ، معنی‌داری: $P > 0/05$). همچنین به گروه کنترل و گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر از این نظر تفاوتی مشاهده نشد (تفاوت: $1/89$ ، معنی‌داری: $P > 0/05$). نمرات گروه روان‌نمایشگری و گروه کنترل نیز تفاوت قابل توجهی نداشتند (تفاوت: $1/20$ ، معنی‌داری: $P > 0/05$). همانگونه که می‌توان مشاهده کرد تغییرات به طور کل در گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر به طور محسوسی بیشتر بوده است. در گروه روان

این امر که تفکر رهیاب نامیده می‌شود سبب می‌شود که فرد بتواند تصویری در لحظه، در مسیر و در حال مطلوب ایجاد کند (کرین، ۲۰۱۴). بدین ترتیب رویکرد روان‌درمانگری مثبت در قیاس با رویکرد روان‌نمایشگری به افراد کمک می‌کند توانایی بهتری در ایجاد مسیرهای جایگزین موقع مسدودبودن مسیر اولیه داشته باشند (چیونز و همکاران، ۲۰۱۹).

هدف و جهت‌گیری که از مؤلفه‌های اصلی امید هستند، در روان‌درمانگری مثبت‌نگر به طور مستقیم مورد تأکید هستند. افکار امیدوارانه در روان‌درمانگری مثبت‌نگر شامل رویکرد اهداف و حرکت به سوی نتیجه مطلوب، جلوگیری از نتیجه منفی، حفظ هدف و ارتقاء هدف می‌شوند. بعد دیگر نظریه امید که به طور مستقیم در درمان مثبت‌نگر مورد تأکید است، شامل تفکر درباره‌ی توانایی فرد برای یافتن و ایجاد مسیرهای قابل اجرا به سمت اهداف مطلوب است.

قدردانی: بر خود لازم می‌دانیم از تمام بانوان مبتلا به سرطان و مسئولان کلینیک درمان سرطان که در انجام این پژوهش مشارکت کردند صمیمانه قدردانی کنیم.

تعارض منافع: بر حسب مدارک، در این مقاله هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

حامی مالی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله است.

Reference

- Afrooz, Gh., Dalir, M. , & Sadeghi, M. (1396/2018). Effectiveness of Positive Psychotherapy on Body Image, Life Expectancy and Happiness in Women with Mastectomy Experience. *Health Psychology*, 6(24), 180-195.
- Ahmadi Tahoor Soltani, M. , Karaminia, R., Ahadi, H., & Moradi, A. (1390/2012). Standardization, Validity and Reliability of Adult Domain-Specific Hope Scale (ADSH) in Iranian University Students. *Clinical Psychology Studies*, 2(5), 51-73.
- Ahmadi, H., & Sajjadpour, H. (1389/2011). *Psychodrama: A Practical Guide for Clinicians*. Bojnourd: Jahani Publications.
- Alagheband, M., Servat, F., & Zarepour, F. (2016). Investigation of the Relationship between Quality of Life and Life Expectancy in Patients with Breast Cancer. *TB Yazd*, 15(2), 175-185.
- Alby, F. , Angelici, G. , Picinotti, S. , & Zucchermaglio, C. (2018). A pilot study on an analytic psychodrama group for cancer patients and family members. *Rassegna di Psicologia*, 34(1), 67-77.
- Bozcuk, H. , Ozcan, K., Erdogan, C., Mutlu, H. , Demir, M. , & Coskun, S. (2017). A comparative study of art therapy in cancer patients receiving chemotherapy and improvement in quality of life by watercolor painting. *Complementary therapies in medicine*, 30, 67-72.
- Cardoso, G., Graca, J., Klut, C., Trancas, B., & Papoila, A. (2016). Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychology, health & medicine*, 21(5), 562-570.
- Corbett, P. (2017). Psychodrama of an illness. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*, (26), 5.
- Du, H. , Bernardo, A. B. , & Yeung, S. S. (2015). Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 83, 228-233.
- Feldman, D. B. , & Kubota, M. (2015). Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college grade-point average. *Learning and Individual Differences*, 37, 210-216.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity: Top-notch research reveals the 3-to-1 ratio that will change your life*. Harmony.
- Fredrickson, B. L. , & Losada, M. F. (2013). " Positive affect and the complex dynamics of human flourishing": Correction to Fredrickson and Losada (2005).
- Hezarjaribi, J. , & Arfayi, A. (1391/2013). Leisure Time and Social health. *Welfare Planning and Social Development*, 4(10), 39-63.
- Hoseini Yazdi, S. , Ahi, G. , & Ahi, M. (1392/2014). Economic Stress, Happiness and Quality of Life Among Cancer Patients aged 20–35. *TB Yazd*. 12(1), 44-55.
- Kamışlı, S. , & Gökler, B. (2021). Adjustment to life with metastatic cancer through psychodrama group therapy: A qualitative study in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 488-498.
- Kashani, F. L. , Vaziri, S. , Akbari, M. E. , Zeinolabedini, N. , Sanaei, H. , & Jamshidifar, Z. (2014). The effectiveness of creating hope on distress of women

- with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 201-205.
- Kershaw, T. , Ellis, K. R. , Yoon, H. , Schafenacker, A. , Katapodi, M., & Northouse, L. (2015). The interdependence of advanced cancer patients' and their family caregivers' mental health, physical health, and self-efficacy over time. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(6), 901-911.
- Kindler, H. L. (2018). A glimmer of hope for pancreatic cancer. *New England Journal of Medicine*, 379(25), 2463-2464.
- Lannie, A. , & Peelo-Kilroe, L. (2019). Hope to hope: Experiences of older people with cancer in diverse settings. *European Journal of Oncology Nursing*, 40, 71-77.
- Lotfi Kashani, F. , Vaziri, Sh. , Zainolabedini, S. , & Zainolabedini , N. (1392/ 2014). Effectiveness of group hope therapy on reducing psychological distress in women with breast cancer. *Journal of Applied Psychology*, 7(4), 45-58.
- Macaskill, A. (2016). Review of positive psychology applications in clinical medical populations. In *Healthcare* (Vol. 4, No. 3, p. 66). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Mathew, J. , Dunning, C. , Coats, C. , & Whelan, T. (2014). The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 70, 66-71.
- Menichetti, J. , Giusti, L. , Fossati, I. , & Vegni, E. (2016). Adjustment to cancer: exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention. *European journal of cancer care*, 25(5), 903-915.
- Miller, K. D. , Siegel, R. L. , Lin, C. C. , Mariotto, A. B. , Kramer, J. L. , Rowland, J. H. , ... & Jemal, A. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4), 271-289.
- MousaRezayi, A. , & Abbasi Jebeli, M. (1397/ 2019). Relationship between quality of life and mental health among women with breast cancer referred to the cancer specialized medical center in Isfahan. *Mandish*, 9(1), 59-69.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being: A closer look at hope and modesty.
- Pirkhaefi, A. , & Kianian, E. (1397/2018). Comparison of General, Physical - Psychological and Social Health Between Two Groups of Intelligent and Normal Male and Female Students. *Analytical-Cognitive Psychology*, 9(32), 35-45.
- Price, M. A. , Butow, P. N. , Bell, M. L. , Friedlander, M. , Fardell, J. E. , Protani, M. M. , & Webb, P. M. (2016). Helplessness/hopelessness, minimization and optimism predict survival in women with invasive ovarian cancer: a role for targeted support during initial treatment decision-making?. *Supportive Care in Cancer*, 24(6), 2627-2634.
- Rashid, T. (2008). Positive Psychotherapy. In S. J. Lopez (Ed.), *The encyclopedia of positive psychology*. NY: Wiley-Blackwell.
- Sandeson (2013). *Health Psychology*. Translated by Farahnaz Meschi, Sheida Soudgar, Fardin Moradimanesh, Mohammad bayazi, Afsane Sobhi, Esmail Kheirjoo, Farhad Hazhir, & Aliakbar Samari. Second Edition. Tehran: Sarafraz Publications.
- Schjolberg, T. K. , Dodd, M. , Henriksen, N. , & Rustoen, T. (2011). Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer outpatients. *Palliative & supportive care*, 9(1), 63-72.
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 333-335.
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2(2002), 3-12.
- Snyder, C. R. (Ed.). (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.
- Style, Ch. (2011). *Think Positively to live more Happily*. Translated by Mahsa Maghsoodi (1390/2012). Tehran: Shalak Pub.
- Sutton, G. W. , Kelly, H. L. , Griffin, B. J. , Worthington Jr, E. L. , & Dinwiddie, C. (2018). Satisfaction with Christian psychotherapy and well-being: Contributions of hope, personality, and spirituality. *Spirituality in Clinical Practice*, 5(1), 8.