

مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به سرطان ریه

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۰/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۲۳

خلاصه

مقدمه

بیماران مبتلا به سرطان علاوه بر مسائل جسمانی، درگیر مسائل روانشناختی نیز می‌شوند، یکی از آسیب‌هایی که ممکن است این بیماری در پی داشته باشد، کاهش بهزیستی ذهنی است. هدف از پژوهش حاضر، تعیین و مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به سرطان ریه بود.

روش کار

روش پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه بیماران بخش سرطان بیمارستان ولیعصر (عج) شهرستان قم به صورت در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. پرسشنامه پژوهش بهزیستی ذهنی کی‌یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) بود. نتایج با استفاده از کواریانس و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شد.

نتایج کار

نتایج نشان داد سطح معنی‌داری شاخص لانداوی ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است ($Wilks\ Lambda=0/264$ ؛ $F=6/9$ ؛ $P=0/001$ ؛ $\eta^2=0/486$). این یافته نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بردار میانگین گروهها در متغیر بهزیستی ذهنی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارد. در حقیقت با کنترل اثر پیش‌آزمون و احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۱۶)، تفاوت مشاهده شده تنها در دو مولفه بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی معنی‌دار است، و در مولفه بهزیستی هیجانی تفاوت معنی‌داری بین گروهها وجود نداشت.

نتیجه گیری

هر دو روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به سرطان موثر است اما تأثیر روانشناسی مثبت بیشتر است.

کلمات کلیدی

مشاوره گروهی گشتالت، مشاوره گروهی مثبت، بهزیستی ذهنی، سرطان ریه

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

حیدر دوست کافی^۱

حسن حیدری^{۲*}

حسین داودی^۳

مهدی زارع بهرام آبادی^۴

^۱ دانش‌آموخته دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم

انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

^۲ دکتری مشاوره، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی،

واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

^۳ دکتری مشاوره، استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی،

واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

^۴ دکتری مشاوره، دانشیار، پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی،

سازمان سمت، تهران، ایران

* دکتری مشاوره، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد

خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

Email: hasanheydari@iaukhomein.ac.ir

مقدمه

بیماری سرطان در هر فرهنگی یکی از ترسناک‌ترین بیماری‌ها محسوب می‌شود و مانند سایر بیماری‌ها از تأثیر عوامل فرهنگی مبراً نیست؛ جنبه‌های فرهنگی، ارزش‌ها و رفتارها در کنار تجربیات زندگی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و تفاوت‌های شخصیتی، تعیین‌کننده معنای سرطان برای بیماران و خانواده آنها بوده، بر چگونگی مقابله با بیماری تأثیرگذار است (۱). تقریباً تمامی شواهد موجود حکایت از آن دارد که تشخیص وجود بیماری سرطان در هر عضوی از خانواده، با ایجاد نوعی بحران شدید برای سایر اعضای آن همراه است (۲). سرطان ریه، نوعی بیماری است که مشخصه آن رشد کنترل نشده سلول در بافت‌های ریه است. اگر این بیماری درمان نشود، رشد سلولی می‌تواند در یک فرایند به نام متاستاز به بیرون از ریه گسترش پیدا کند و به بافت‌های اطراف یا سایر اعضای بدن برسد. اکثر سرطان‌هایی که از ریه شروع می‌شوند، به نام سرطان‌های ابتدایی ریه، کارسینوماهایی هستند که از بافت پوششی نشأت می‌گیرند. انواع اصلی سرطان ریه، سرطان‌های ریه سلول کوچک، که سرطان سلولی جو شکل نیز نامیده می‌شود، و سرطان ریه سلول غیر کوچک هستند. شایع‌ترین علائم عبارتند از سرفه (همراه با خلط خونی)، کاهش وزن و تنگی نفس (۳).

با توجه به اهمیت قریب به اتفاق مسائل روانشناختی در سرطان، شگفت‌آور است که روان‌شناسی، تنها در اواسط دهه ۱۹۷۰ آغاز شد. این قابل درک است، با این حال وقتی کسی این را می‌فهمد که در کشورهای غربی، تنها زمانی در اواخر قرن بیستم که شروع به تشخیص بیماران کردند، قرن هاست که ننگ قدیمی وابسته به سرطان کاهش یافته است. این امر باعث شد که برای اولین بار درباره پاسخ‌های روان‌شناختی بیماران کاوش و مطالعه انجام شود. با این حال، درک نگرش جامعه نسبت به سرطان و بیماری‌های روانی، بسیار مهم است؛ زیرا این نگرش هنوز بر تمایل بیماران برای پذیرش خدمات مشاوره‌ای تأثیر می‌گذارد (۴).

روان-سرطان‌شناسی، ارتباط بین روان‌شناسی و مطالعه و درمان تومورها را نشان می‌دهد (۵). پیشنهاد شده است که به روان‌سرطان‌شناسی به عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع سرطان نگاه کنیم، نه فقط به عنوان یک رشته روانشناسی. با نگاهی به مسیر مراقبت سرطان، روان-سرطان‌شناسی، پاسخ‌های روانشناختی به سرطان و عوامل روانشناختی و رفتاری و اجتماعی را که ممکن است بر روند بیماری تأثیر بگذارد، بیان می‌کند. در این زمینه، رشته‌های دیگر نیز ممکن است نقش آفرینی مهمی داشته باشند. علاوه بر این، یک راهنمای توسعه یافته در اقدام مشترک اتحادیه اروپا، نیاز به روان-سرطان‌شناس را در مراقبت‌های جامع سرطان به علاوه توصیه حمایت روانی-اجتماعی به عنوان یک استاندارد مراقبت توصیه می‌کند، و همچنین پیشنهاد می‌کند در آموزش روانشناسی و مهارت‌های ارتباطی برای کارکنان اولیه انکولوژی، سرمایه‌گذاری انجام شود (۶).

پژوهش‌های اخیر، اهمیت نیازهای معنوی و مذهبی بیماران و مراقبین خانواده افراد مبتلا به سرطان را نشان می‌دهند. باورهای معنوی و مذهبی نه تنها از بسیاری از بیماران و اعضای خانواده حمایت عظیمی می‌کنند؛ بلکه می‌توانند از گرفتاریهایی که مانع تصمیم‌گیری می‌شوند نیز جلوگیری نمایند. پیامد بی‌توجهی به نیازهای معنوی شامل کاهش رضامندی بیماران، مشکل در تصمیم‌گیریهای مهم و پرخاشگری بیشتر در پایان عمر است (۷).

در مطالعه بهزیستی از منظر روانشناسی مثبت، دو عقیده وجود دارد: الف) دیدگاه لذت‌گرایی، که از منظر خوشبختی با دو اثر مثبت و منفی نشأت می‌گیرد، و دیدگاه رضامندی. این عقیده روی مطالعه بهزیستی ذهنی متمرکز است، و ب) دیدگاه سعادت‌گر، مفهومی که اولین بار توسط ارسطو مورد مطالعه قرار گرفت، و عمیقاً تحلیل شد و بعداً به وسیله نویسندگان دیگر با استفاده از ایده اصلی وی به بحث گذاشته شد. این مسئله بیشتر از این که به پیامد یا یک وضعیت روانشناختی توجه داشته باشد، به زندگی خوب و تحقق توانش‌های انسانی توجه دارد، و متمایز از بهزیستی ذهنی است. بنابراین سعادت‌گرایی، «یک روش

زندگی است که بر آنچه برای انسان ارزش دارد متمرکز است» و به مطالعه بهزیستی روانشناختی توجه دارد (۸).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی «بهزیستی ذهنی، عبارت است از حالتی از بهزیستی که هر فرد به توانش هایش پی می‌برد تا بتواند با استرس‌های طبیعی زندگی کنار بیاید، به شکلی ثمربخش و موثر کار کند و به جامعه کمک نماید». بهزیستی ذهنی، همچون مشکلات سلامت روان، امکان دارد عناوین اش مثبت تر فرمول بندی شود و روی دسته‌بندیهای تشخیصی خاص متمرکز نگردد. طبقه‌بندی اندازه‌گیری مشکلات سلامت روان یا بهزیستی ذهنی، با یک اجماع نظر تیمی از تعاریف مختلف دست یافتنی است (۹).

بهزیستی ذهنی در فرهنگ‌های فردگرا بیشتر از فرهنگ‌های جمع‌گرا است. در فرهنگ‌های فردگرا عزت نفس و اقدام به شیوه همسو با باورهای شخصیتی فرد از جمله عوامل شخصیتی هستند که با سطوح بالایی از بهزیستی ذهنی مرتبط اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۴۴ تا ۵۳ درصد بهزیستی ذهنی، ارثی است. روابط حمایتی نزدیک بین والدین و فرزندان، بین خواهران و برادران، و اعضای خانواده گسترده، حمایت اجتماعی موجود را برای تمام اعضای خانواده افزایش می‌دهد. این حمایت اجتماعی موجب ارتقای بهزیستی ذهنی می‌شود، و ما از دیدگاه تکامل موجوداتی هستیم که برای کسب شادمانی به چنین ارتباطی با شبکه خویشاوندی مجهزیم. شواهد نشان داده است که برقراری چند رابطه محدود و نزدیک با دیگران، با شادمانی و بهزیستی ذهنی همبستگی دارد. افرادی که مرتب ورزش می‌کنند، اغلب این کار را همراه با دیگران انجام می‌دهند و لذا از سودمندی‌های این حمایت اجتماعی اضافی در سطح کلی بهزیستی ذهنی خود بهره می‌برند (۱۰).

روانشناسی مثبت، مطالعه علمی کارکردهای بهینه و مطلوب انسانی است، با این هدف که از عواملی که به افراد، چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی، کمک می‌کند تا به رشد و بالیدگی برسند، شناخت بیشتری پیدا کنیم و آنها را بهتر به کار بندیم. مارتین سلیگمن در دوره ریاست خود بر انجمن روانشناسی آمریکا، از روانشناسان کاربردی خواست به اصل

خود برگردند و در کنار درمان و شفای بیماران روانی، بر پربارتر و رضایت بخش تر کردن زندگی انسانها و همچنین به شناسایی و پرورش استعدادهای آنان هم توجه کنند. درمانگران در نتیجه تمرکز صرف بر شفای بیماریهای روانی، الگوی طبیی درباره کارکردهای درمانجویان را پذیرفتند. الگویی که از توانمندیهای، فضیلت‌ها و بهزیستی فرد به طور کامل غافل بود و در عوض به آسیب شناسی و ضعف‌ها و نقص‌ها معطوف می‌شد. اما پس از اظهار نظر سلیگمن در سال ۱۹۹۸، گروه زیادی از دانشمندان این تاکید منفی در روانشناسی را کنار گذاشتند و به هیجانها و صفات مثبت، توانمندیها، استعدادها و نیز نهادهای مثبت معطوف شدند یا حد اقل به این جنبه‌ها بیشتر توجه کردند (۱۱). روانشناسان مثبت نگر علاقمند به ایجاد و تقویت توانمندیها و بهترین‌ها در زندگی با هدف کنترل نقاط ضعف و اصلاح جنبه‌های بد زندگی اند. کسانی که بر نظریه‌ها و اصول روانشناسی مثبت صحه می‌گذارند و آنها را می‌پذیرند، در پی نوعی توازن و تعادل حیاتی در اعمال و رفتار و معرفت مردم هستند. طبق نظر فردریکسن هیجانهای مثبت دامنه تفکر عمل لحظه ای را گسترش می‌دهند که نتیجه آن دامنه ای وسیع از افکار و اعمالی است که فرد احتمالا آنها را پی خواهد گرفت. به عبارت دیگر، وقتی فرد هیجانهای مثبت را احساس می‌کند می‌تواند احتمالات و امکانات بیشتری را در نظر بگیرد. تجربه هیجانهای مثبت اثر گسترده ای دارد که اصولا در نقطه مخالف تجربه هیجانهای منفی افراد قرار می‌گیرد. وقتی فرد هیجانهای منفی را تجربه می‌کند، دیدی تونلی پید می‌کند و دامنه امکانات و احتمالات او محدود می‌شود. گرایش به انجام عمل خاص، رانه (میل)-عمل‌هایی که به ذهن می‌آیند- محدود می‌سازد و همزمان بدن را برای انجام دادن عملی خاص آماده می‌کند (۱۲). علاوه بر رواندرمانی مثبت، از میان رویکردهای گوناگون روان‌شناسی، گشتالت درمانی به علت پافشاری بر مسؤولیت‌پذیری افراد، کنشگر بودن آنها در رویدادهای زندگی، بهره‌گیری از فنون آسان‌سازی احساسات در کار با گروه‌ها، تشویق به جستجوی پشتیبانی درونی به جای پشتیبانی بیرونی، و تشویق برای رسیدن به خودمختاری شخصی (۱۳) مورد توجه

عبارت بودند از ۱. زن باشند، ۲. به سرطان ریه مبتلا باشند، ۳. بهزیستی ذهنی شان پایین باشد، ۴. هوشبهرشان در حدی باشد که بتواند به سوال های پرسشنامه پاسخ دهند، ۵. از نظر جسمی، توانایی و انرژی صحبت کردن و مشارکت در گروه را داشته باشند، ۶. در بخش پروتو درمانی بیمارستان حضرت ولیعصر (عج) شهر قم تحت درمان باشند، ۷. خواندن و نوشتن بدانند و ملاک خروج از پژوهش نیز عبارت بود از غیبت بیش از دو جلسه و مصرف قرص های روانپزشکی. قبل از اجرای طرح درمان های گروه درمانی مثبت و گشتالت درمانی، پرسشنامه بهزیستی ذهنی به شرکت کنندگان سه گروه داده شد تا به عنوان پیش آزمون پاسخ دهند. سپس گروه آزمایش ۱ تحت مداخله گشتالت درمانی و گروه آزمایش ۲ تحت مداخله مثبت نگر قرار گرفتند؛ پس از انجام مداخله نیز، پرسشنامه پژوهش به عنوان پس آزمون در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها نیز از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد و با به کارگیری نرم افزار SPSS، نسخه ۲۰، تجزیه و تحلیل داده ها صورت گرفت.

ابزار

پرسشنامه بهزیستی ذهنی: پرسشنامه بهزیستی ذهنی توسط کی یز و ماگیارمو در سال ۲۰۰۳ طراحی شد که شامل سه بعد بهزیستی هیجانی (۱۲ سوال)، بهزیستی روانشناختی (۱۸ سوال) و بهزیستی اجتماعی (۱۵ سوال) است. این پرسشنامه توسط گلستانی بخت در سال ۱۳۸۵ روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شد و ضریب همبستگی پرسشنامه بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرد. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای مقیاس های فرعی آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمد. تمنایی فر و معتقدی فرد (۱۸)، ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۶۳ و برای مقیاس های فرعی آن به ترتیب ۰/۲۵، ۰/۷۰ و ۰/۶۱ به دست آوردند.

پژوهشگران قرار گرفت. گشتالت درمانی، جهت گیری نظری در مشاوره و روان درمانی است که آن را می توان به عنوان رویکردی التقاطی، با ریشه هایی در فلسفه وجودی در نظر گرفت. گشتالت درمانی، دانش روانکاوانه، بین فردی و روان پویایی را ترکیب می کند و روش کاری است که به طور خلاصه از رابطه درمانگر/ مراجع، آگاهی و آزمایش کردن استفاده می کند (۱۴). گشتالت درمانی یک روش پدیدار شناسی و مبتنی بر رویکرد وجودی است که بر روی عواملی مانند تجارب انسان، مسئولیت افراد، توانایی آنها برای تعیین تجارب زمان حال و نیز تجارب مراجع و درمانگر تاکید می کند. هدف کلی این رویکرد، آگاهی فرد از دیگران و محیط است که در شکل گیری شخصیت او سهم بوده اند (۱۵).

مرور پژوهش ها نشان از وجود مشکلات روانی (۱۶) و همچنین کاهش بهزیستی ذهنی در بیماران سرطانی دارد (۱۷)؛ برای این مشکلات رویکردهای روان درمانی مختلفی پیشنهاد شده است که به دلیل وجد شکاف پژوهشی در مورد رویکرد موثر، مساله پژوهش این بود که کدامیک از رویکردهای مشاوره گروهی با روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به سرطان ریه موثرتر است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود؛ جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به سرطان ریه بیمارستان ولیعصر (عج) شهرستان قم تشکیل دادند که از این جامعه با استفاده از روش در دسترس ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد سپس به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (گشتالت)، آزمایش ۲ (مثبت نگر) و کنترل قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران شرکت کننده در پژوهش حاضر برابر با ۴۱/۵۰ سال با انحراف استاندارد ۱۲/۲ بود، که این شاخص در گروه آزمایشی «گشتالت» ۴۲/۵۰ سال، گروه آزمایشی «مثبت نگر» ۴۲/۳۰ سال و گروه «کنترل» ۳۹/۷۰ سال برآورد شده است. از نظر تحصیلی، ۵۳/۵٪ از بیماران دارای تحصیلات «زیر دیپلم»، ۳۰٪ از آزمودنی ها «بالتر از دیپلم»، و ۱۶/۷٪ «دیپلم» بودند. ملاک های ورود به پژوهش

جدول ۱- خلاصه جلسات مشاوره گروهی گشتالت

شماره جلسه	عنوان جلسه	اهداف و خلاصه محتوای جلسه
۱	آشنایی اعضا با هم و با گشتالت پذیرش مسئولیت	جلسه اول با جهت دهی به مراجعان، آشنایی با چارچوب گشتالت درمانی و بیان قاعده زمان حال آغاز شد. گام بعدی، پذیرش مسئولیت بود. از شرکت کنندگان در گروه خواستم که عبارت «من مسئولیت آن را می‌پذیرم» را بعد از هر جمله ای که می‌گویند تکرار کنند. هدف این روش این است که هر کدام از اعضای گروه به تنهایی مسئول احساس، افکار و اعمال شان باشند. توجه شرکت کنندگان را به این موضوع جلب کردم که آنها شاید در ابتلا به سرطان نقشی نداشته‌اند، اما مسئول احساسی هستند که هم اکنون درباره این بیماری تجربه می‌کنند.
۲	آهنگ تماس و عقب نشینی	آهنگ تماس و عقب نشینی: به اعضا کمک کردم که رفتارهای اجتنابی را به سطح آگاهی بیاورند تا از این طریق حالت تعادل در آنها ایجاد شود؛ چرا که وقتی فرد از امیال، تحریکات و عواطف ناخواسته خود مطلع شود می‌تواند با محیط تعادل مناسب تری داشته باشد.
۳	سر کردن با احساس	آیا می‌توانید با این احساس مدتی سر کنید؟ هنگامیکه برخی از اعضا در حالت عاطفی شدید قرار داشتند و احساس گیجی، یاس و ناکامی زیادی می‌کردند، از آنها خواستم تا موقتا با احساس خودشان بسازند و ادراکات و تصوراتشان را بازگو کنند. هدف از این تمرین، تمییز تصورات از ادراکات است.
۴	صندلی خالی	صندلی خالی: تعدادی از اعضای گروه، موضوع های ناتمام با برخی از افراد داشتند. آنها را تشویق کردم تا از طریق گفتگو و بحث با آن افراد، موضوع ناتمام را کامل کنند.
۵	بزرگ نمایی و اغراق	بزرگ نمایی و اغراق: از اعضا خواستم رفتارها یا گفتارهایی را چند مرتبه تکرار کنند تا به خود آگاهی دست یابند. مثلا چنانچه ناآگاهانه پاهای خود را حرکت می‌دهند، این کار را بیشتر انجام دهند تا به خود آگاهی دست یابند.
۶	واژگون سازی	واژگون سازی: از اعضا خواستم نقش متضاد با رفتار بارز و تبیین شده را بازی کنند. مثلا به جای این که در مقابل بیماری سرطان منفعل باشند، با انرژی و مهاجم رفتار کنند.
۷	تمرین و آزمایش	تمرین و آزمایش: چون قسمت اعظم تفکر، تمرین به منظور آمادگی برای ایفای یک نقش اجتماعی است؛ اعضای شرکت کننده در تمرین‌ها یا یکدیگر مشارکت می‌کنند.
۸	دور چرخیدن	دور چرخیدن: از اعضا درخواست کردم چنانچه گفته یا احساسی دارند، در صورت لزوم، دور بچرخند و آن را به افراد دیگر حاضر در جلسه بازگو کنند. در پایان به تکالیف اعضا توجه کردم، سپس تجارب اعضا را مرور و جمع بندی کردیم.

جدول ۲- خلاصه جلسات مشاوره گروهی مثبت گرا

شماره جلسه	عنوان جلسه	اهداف و خلاصه محتوای جلسه
۱	آشنایی و جهت دهی به شرکت کنندگان	جلسه اول به جهت دهی به شرکت کنندگان و آشنایی با چارچوب روان درمانی مثبت گرا معطوف شد. در این جلسه فرض‌ها و نقش های روان درمانگر و مسئولیت های شرکت کنندگان را برایشان توضیح دادم، سپس از آنها خواستم در یک صفحه، خود را معرفی کنند و درباره موقعی که در بهترین حالت بوده اند قصه ای بگویند.
۲	بررسی داستان های معارفه مثبت نوشتن دفتر خاطرات	درباره داستان های معارفه مثبت بحث شد و توانمندی هایی که در داستانها بود شناسایی و بررسی گردید. سپس به شرکت کنندگان کمک کردم تا توانمندی های برتر و هیجانهای مثبت شان را پرورش دهند. مثلا به عنوان تکلیف خانگی از آنها خواستم شروع به نوشتن دفتر خاطرات شکر کنند و هر روز حد اقل سه اتفاق خوب که در آن روز برایشان روی داده است را یادداشت نمایند.
۳	شناخت خاطرات ابراز هیجانها	کمک به مراجعان برای شناخت نقشی که خاطرات، چه خوب و چه بد، در ماندگاری و دوام هیجانهای منفی بازی می‌کند. به درمانجویان کمک کردم خشم، اعتراض و دیگر هیجانهای منفی خود را ابراز کنند، و در آخر درباره آثار این هیجانها بر بهزیستی روانشناختی، بهزیستی ذهنی و عملکرد خانواده بحث شد.
۴	پرداختن به سازه بخشش	به سازه بخشش پرداختیم. تکلیف خانگی این بود که شرکت کنندگان خطاب به کسی که از او کینه ای به دل

۵	روند پیشرفت درمانجو درهای باز و درهای بسته باورهای بدبینانه	دارند نامه بخشش بنویسند. سپس آنها قول دادند و متعهد شدند که در صورت امکان، فرد خاطی را ببخشایند. با این حال به آنها گوشزد شد نباید نامه مذکور به دست فرد خطا کار برسد. در ادامه، بر شکر متمرکز شدیم. به شرکت کنندگان آموزش دادم که کسی که پیش از آن هیچگاه به شکل مناسبی از وی تشکر نکرده اند، نامه ای تشکر آمیز بنویسند و آن را برایش ارسال کنند.
۶	عشق و دل بستگی افزایش معنا ترسیم درخت خانوادگی	ابتدا بررسی های میان-درمانی را انجام دادم؛ بدین معنا که روند پیشرفت درمانجویان مورد بررسی قرار گرفت. سپس آموزش رضایت داشتن در مقابل بیشینه_خواهی آغاز اجرا شد. در ادامه به خوش بینی و امید توجه کردیم، و پس آن، دو تکلیف خانگی به شرکت کنندگان دادم؛ تکلیف اول، «درهای بسته، درهای باز»؛ بدین معنا که آیا به رغم وجود بیمار سرطان، به معنای مثبتی نیز دست یافته اند؟ تکلیف دوم «کلنجر رفتن با باورهای بدبینانه» نام داشت.
۷	مزمزه کردن لذت ها	این جلسه را با عشق و دل بستگی آغاز کردیم؛ به درمانجویان کمک کردم تا دریابند زندگی با اشتیاق و با معنا از طریق روابط و پیوند با دیگران تجربه می شود.
۸	بحث زندگی کامل پایان جلسه	ادامه جلسه را به افزایش معنا اختصاص دادم. به شرکت کنندگان برای پی بردن به اهمیت شناخت و تصدیق بالاترین توانمندیهای اعضای خانواده کمک شد. شرکت کنندگان توانستند از رفتارهای اعضای خانواده شان که قبلا از آنها دچار سوء تفاهم می شدند، درک و بینش تازه ای کسب نمایند. تکلیف خانگی این مورد، ترسیم درخت خانوادگی توانمندیها بود.
		در جلسه هفتم تلاش کردم شرکت کنندگان با مزمزه کردن لذت ها و مفهوم لذت بردن آشنا شوند؛ مثلاً تن آرامی در حمام آب گرم، ماساژ و یا گوش دادن به موسیقی.
		هدف این جلسه، یافتن معنا از راه به کار بردن توانمندیهای منشی برای خدمت کردن به دیگران است.
		در این جلسه، درباره زندگی کامل بحث کردیم و به پیشرفت ها و مزایایی که در جلسه های روان درمانی مثبت حاصل شد، پرداختیم.
		در پایان، برنامه حفظ و تداوم مهارت ها در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت.

نتایج

در این پژوهش، نتایج بدست آمده از گروه های آزمایش و کنترل به صورت توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی ذهنی به تفکیک گروه ها با پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مولفه ها	زمان	گشتالت		گروه	
			میانگین	انحراف معیار	مثبت گرا	کنترل
بهزیستی هیجانی		پیش آزمون	۲۷/۵۰	۵/۷	۶۲/۵۰	۲۹/۲۰
		پس آزمون	۲۸/۳۰	۶/۵	۲۷/۲۰	۳۰/۸۰
بهزیستی روانشناختی		پیش آزمون	۶۲/۱۰	۶	۵۹/۵۰	۵۹/۵۰
		پس آزمون	۶۶	۶/۵	۶۷/۲	۶۰/۲۰
بهزیستی اجتماعی		پیش آزمون	۴۷/۷۰	۷/۹	۵۱/۵۰	۴۵/۲۰
		پس آزمون	۵۲	۷/۹	۵۹/۵۰	۴۶
کل		پیش آزمون	۱۳۷/۳۰	۱۵/۹۳	۱۳۷/۵۰	۱۳۳/۹۰
		پس آزمون	۱۴۳/۳۰	۱۵/۹۳	۱۳۷/۵۰	۱۳۳/۹۰

آزمون

پس آزمون ۱۴۶/۳۰ ۱۷ ۱۵۳/۹۰ ۲۰/۵ ۱۳۷ ۱۹/۳

یافته است؛ در حالی که در گروه کنترل چنین افزایشی مشاهده نمی شود. از نظر «بهبودی هیجانی» تفاوت قابل توجهی بین گروه‌ها وجود نداشت.

چنانکه در جدول (۳) مشاهده می شود، میانگین پس آزمون «بهبودی روان شناختی» و «بهبودی اجتماعی» در دو گروه درمانی «گشتالت» و «مثبت نگر» نسبت به پیش آزمون افزایش

جدول ۴- خلاصه آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره جهت مقایسه اثربخشی

اثرات	لانداى ويلکز	F	df1	df2	سطح معنی داری (P)	اندازه اثر (μ^2)	توان آزمون
گروه	۰/۲۶۴	۶/۹	۶	۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۹۹

مطلب که تفاوت مشاهده شده ناشی از پراش کدام یک از سازه‌ها و کدام گروه‌ها است، از تحلیل واریانس بین آزمودنی با تصحیح خطای نوع اول به شیوه بونفرونی (۰/۰۱۶) استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است:

سطح معنی داری شاخص لانداى ويلکز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است ($\mu^2=0/486$ ، Wilks Lambda = ۰/۲۶۴، $F=6/9$ ، $P=0/001$ ، جدول (۳)، به این نکته اشاره دارد که با کنترل اثر پیش آزمون، بردار میانگین گروه‌ها در متغیر «بهبودی ذهنی» با یکدیگر تفاوت معنی داری دارد. بنابراین جهت پی بردن به این

جدول ۵- تحلیل کواریانس بین آزمودنی جهت بررسی مقایسه اثربخشی

منبع تغییر	مقیاس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	بهبودی هیجانی	۷/۲	۲	۳/۶	۰/۲۶	۰/۷۷	۰/۰۲۲
	بهبودی روان شناختی	۱۹۸/۷	۲	۹۹/۲	۱۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۲
	بهبودی اجتماعی	۲۴۲/۵	۲	۱۲۱/۳	۱۵/۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰
خطا	بهبودی هیجانی	۳۲۸/۶	۲۴	۱۳/۷			
	بهبودی روان شناختی	۱۶۰/۷	۲۴	۶/۷			
	بهبودی اجتماعی	۱۹۰/۷	۲۴	۷/۹			
کل	بهبودی هیجانی	۲۵۹۶۷	۳۰				
	بهبودی روان شناختی	۱۲۷۷۸۲	۳۰				
	بهبودی اجتماعی	۸۵۶۹۱	۳۰				

بهبودی ذهنی زنان مبتلا به سرطان ریه موثر است اما تأثیر روانشناسی مثبت بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر بهبودی ذهنی زنان مبتلا به سرطان ریه انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر بهبودی ذهنی زنان مبتلا به سرطان ریه موثر است اما تأثیر روانشناسی مثبت بیشتر است. در حقیقت می توان گفت، نه تنها مشاوره گروهی با روش گشتالت درمانی و روان

نتایج جدول (۵) نشان می دهد که با کنترل اثر پیش آزمون و احتساب آلفای میزان شده بونفرونی (۰/۰۱۶)، تفاوت مشاهده شده تنها در دو مولفه «بهبودی روان شناختی» و «بهبودی اجتماعی» معنی دار است. به عبارت دیگر، تنها از نظر «بهبودی روان شناختی» و «بهبودی اجتماعی» بین گروه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد؛ در حالی که از نظر «بهبودی هیجانی» تفاوت معنی داری بین گروه‌ها مشاهده نمی شود. بطور کلی می توان گفت که هر دو روش گشتالت و روانشناسی مثبت بر

شناسی مثبت بر بهزیستی روان شناختی و بهزیستی اجتماعی زنان مبتلا به سرطان ریه موثر بوده، بلکه این تأثیر در روان درمانی مثبت، بیش از روش گشتالت درمانی است. در ضمن، بالاترین اندازه اثر مربوط به «بهزیستی اجتماعی» بود؛ یعنی تقریباً ۵۶٪ واریانس در بهترین ترکیب خطی نمره‌های «بهزیستی اجتماعی» آزمودنی‌ها، توسط انتساب به گروه‌ها قابل تبیین است؛ که این رقم در مورد مولفه «بهزیستی روان شناختی» برابر با ۵۵/۲٪ برآورد شده است.

این امر، همسو با پژوهش‌هایی است که نشان داد شناخت درمانی مذهب-محور باعث کاهش نمرات اضطراب مرگ، و افزایش نمرات سازگار اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (۱۹)، روان درمانی مثبت گروهی، موجب کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی می‌شود (۲۰)، درمان مثبت نگر، موجب کاهش افسردگی، افزایش توانمندیها و فواصل منش، سطح زندگی معنادار، زندگی لذت بخش و متعهدانه بیماران مبتلا به سرطان را می‌گردد (۲۱)، گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی به طور معناداری موجب افزایش میزان امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود (۲۲)، معنادرمانی باعث کاهش افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌گردد (۲۳)، مداخله با تأکید بر معنویت‌گرایی، امید به زندگی و تقویت ساختار ذهنی بیماران سرطانی را افزایش می‌دهد (۲۴)، همبستگی معناداری بین باور به استمرار درد در آینده، باور به ثبات درد در زمان حال و باور به اسرارآمیز بودن درد و بسیاری از شاخصهای سلامت در بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد (۲۵)، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در زنان مبتلا به سرطان پستان، نمرات مولفه‌های کیفیت زندگی را به طور معنادار افزایش می‌دهد (۲۶)، با مداخله شناختی-رفتاری گروهی، تصویر تن و عزت

نفس در بیماران مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی‌شده، اصلاح می‌شود (۲۷)، امید درمانی گروهی، پریشانی زنان دچار سرطان پستان را کاهش می‌دهد (۲۸)، روان درمانی مثبت، موجب کاهش اضطراب و نشانگان پس از ضربه، و افزایش تسهیل رشد پس از ضربه در بازماندگان مضطرب سرطان می‌گردد (۲۹)، مداخلات روان-سرطان‌شناسی، کاهش معناداری در اضطراب و افسردگی بیماران در معرض خطر که تحت درمان روان-سرطان‌شناسی که پایان مراقبت شان بود، و حتی یک سال پس از ترخیص از بیمارستان، نشان داد. اثر مداخله روانشناختی در مورد اضطراب و افسردگی بیماران پرخطر در طول اقامت در بیمارستان مشاهده شد (۳۰)، استفاده از درجه سنج نگرانی برای ارزیابی علائم، نتیجه و رضایت در یک خدمت تخصصی روان-سرطان‌شناسی نشان داد بیماران، بخصوص برای گوش دادن حمایتی و توصیه برای دریافت راهبردهای کنار آمدن مستقل از مراقبتهای جسمی، ارزش قائل هستند (۳۱)، درمان شناختی-رفتاری، حکایت از تأثیر معنادار در یک بازه زمانی ۲۰ هفته‌ای در بیماران مبتلا به سرطان که تحت شیمی‌درمانی قرار داشتند و دچار ناتوانی در تمرکز شده بودند، داشت. همچنین در پیگیری ۶ ماهه که انجام شد، تأثیر معنادار درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی مشاهده شد (۳۲)، گشتالت درمانی گروهی، بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان اثربخش است (۳۳).

مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم استفاده از آزمون پیگیری جهت سنجش میزان پایداری نتایج بود؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و به منظور سنجش پایداری نتایج از آزمون پیگیری استفاده شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود جهت بهبود سلامت روان و بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به سرطان ریه از مداخلات مثبت‌نگر استفاده شود.

Reference

1. Corner J, Bailey CD, editors. Cancer nursing: care in context. John Wiley & Sons; 2009 Mar 16.
2. Eskandari M, Bahmani B, Hasani F, Dadkhah A, Naghiyayee M. Effectiveness of Group Cognitive-Existential therapy on Depression of parents with children having cancer. CPAP. 2014; 2 (10) :41-50.
3. Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. Braunwald E, editor. New York: McGraw-Hill; 2001 Feb.

4. Jimmie C. Holland, MD; William S. Breitbart, MD; Phyllis N. Butow, PhD; MPH, Paul B. Jacobsen, PhD; Matthew J. Loscalzo, MSW; Ruth McCorkle, PhD. *Psycho- Oncology: Introduction History of Psycho-Oncology*. 3rd ed. Publisher: Oxford University Press. 2011.
5. Da Ponte G, Lobo M, Neves T, Paiva A. Psycho-oncology in Portugal: It is different from the rest of the world?. *European Psychiatry*. 2016 Mar 1;33:S619-20.
6. Neamțiu L, Deandrea S, Pylkkänen L, Freeman C, López-Alcalde J, Bramesfeld A, Saz-Parkinson Z, Ulutürk A, Lerda D. Integration of psycho-oncology through the whole care pathway for breast cancer patients in Europe. *The Breast*. 2017 Jun 1;33:208.
7. Rankin NM, Butow PN, Hack TF, Shaw JM, Shepherd HL, Ugalde A, Sales AE. An implementation science primer for psycho-oncology: translating robust evidence into practice. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*. 2019 Dec 1;1(3):e14.
8. Crous G. Child psychological well-being and its associations with material deprivation and type of home. *Children and Youth Services Review*. 2017 Sep 1; 80:88-95.
9. Flynn S, Vereenooghe L, Hastings RP, Adams D, Cooper SA, Gore N, Hatton C, Hood K, Jahoda A, Langdon PE, McNamara R. Measurement tools for mental health problems and mental well-being in people with severe or profound intellectual disabilities: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017 Nov 1;57:32-44.
10. Alan Carr; Translators: Hasan Pasha Sharifi, Jafar Najafi Zand, Baqer Sanaei. *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. 3rd Ed. 2013; Sokhan Publishing House, Tehran.
11. Hendriks T, Warren MA, Schotanus-Dijkstra M, Hassankhan A, Graafsma T, Bohlmeijer E, de Jong J. How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *The Journal of Positive Psychology*. 2019 Jul 4;14(4):489-501.
12. Magyar-Moe, Jean L; Translator: Farid Barati Sedeh. *Therapist's guide to positive psychological interventions*. 2019; roshd Publisher, Tehran
13. Brownell P. *Gestalt therapy: A guide to contemporary practice*. Springer Publishing Company; 2010 Mar 18.
14. Liza L. *Please Disturb the Session: A Narrative Analysis of 21 ST Century Gestalt Therapists and culture*. Unpublished PhD. Thesis, University of New Mexico State. 2010.
15. Peterson, D. B., & Gough, D. L. (2019). Applications of gestalt therapy in deafness rehabilitation counseling. *JADARA*, 29(1), 5.
16. Barrera M, Alexander S, Atenafu EG, Chung J, Hancock K, Solomon A, Desjardins L, Shama W, Mills D. Psychosocial screening and mental health in pediatric cancer: A randomized controlled trial. *Health Psychology*. 2020 Jan 23.
17. Liu X, Goh PH, Xu W, Zhang J. Dispositional Mindfulness, Perceived Stress, and Mental Well-being in the Cancer Survivorship. *International Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 2019 Nov 30;1(4):9.
18. Tamnanyi far M, Motaghedifar M. The role of creativity and self-efficacy in students' social well-being. *National Congress of Social Psychology of Iran*. 2014.
19. Jani S, Molaee M, Jangi-Gojebiglou S, Pouresmali A. Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Religious Beliefs on Death Anxiety, Social Adjustment and Subjective Well-being in the Cancer Patients. 2013; *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. (5)22.
20. Saeedi Z, Bahrainian A, Ahmadi M. Effectiveness of positive psychology group therapy in reducing depression, stress and death anxiety in patients with cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017; 18(29): 547-552.
21. Khodabakhash R, Khosravi Z, Shahangian S. Effect of Positive Psychotherapy in Depression Symptoms and Character Strengths in Cancer Affected Patients. *Journal of Positive psychology research*. 2016; 1 (1): 35-50.
22. Bijeri H, Ghanbari Hashem Abadi B, Aghamohammadian Sherbaf H, Homaei Shandiz F. The Effectiveness of group Therapy Based on Hope Therapy Approach on Increasing the life expectancy of women with breast cancer. *Journal of Educational and Psychological Studies of Ferdowsi University of Mashhad*. 2010; (10):1.
23. Hamid N, Talebian L, Mehrabizadeh Honarmand M, Yavari A. The Effect of Logotherapy on Depression, Anxiety, and Quality of Life in Cancer Patients. *Journal of Psychological Achievements*. 2011; (18)2. 199-224.
24. Rahmanian M, moein samadani M, Oraki M. Effect of group spirituality therapy on hope of life and life style improvement of breast cancer patients. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2017; 7(1), 101-114.
25. Asghari M, Karimzadeh N, Emarlow P. The Role of Pain-Related Beliefs in Adjustment to Cancer Pain. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2005; 1 (13) :1-22.
26. Jhaleh Habibi, Mojtaba Habibi, Mona Malekzade, Nikzad Ghanbari . Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on increasing quality of life in patient with breast cancer. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2017; 6 (2).
27. Izadi Ajirlo A, Bahmani B, Ghanbari Motlagh A. Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Intervention on Body Image Improving and Increasing Self-Esteem in Women with Breast Cancer after Mastectomy.

28. Farah Lotfi Kashani, Shahram Vaziri, Seyedeh Narges Zain al-Abedini, Seyedeh Niloofar Zainalabedini. The Effectiveness of Group Therapy based on Hope on Reducing Psychological Distress in Women with Breast Cancer. *Journal of Applied Psychology*, 2014; 4 (28): 45-58.
29. Ochoa C, Casellas-Grau A, Vives J, Font A, Borràs JM. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2017 Jan 1;17(1):28-37.
30. Goerling U, Foerg A, Sander S, Schramm N, Schlag PM. The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department—A randomised controlled study. *European journal of cancer*. 2011 Sep 1;47(13):2009-14.
31. Poynter BA, Hunter JJ, Coverdale JH, Kempinsky CA. Hard to swallow: a systematic review of deliberate foreign body ingestion. *General hospital psychiatry*. 2011 Sep 1;33(5):518-24.
32. Hines S, Ramis MA, Pike S, Chang AM. The effectiveness of psychosocial interventions for cognitive dysfunction in cancer patients who have received chemotherapy: a systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2014 Jun;11(3):187-93.
33. Hosseinpour A. Master's Thesis in consultation. University of social welfare and rehabilitation sciences Tehran, 2015.

*Original Article***Comparing the Effectiveness of Group Counseling by Gestalt Therapy & Positive Psychology On Mental Well-being in Lung Cancer Woman**

Received: 06/01/2020 - Accepted: 11/04/2020

Heidar Dustkafi¹
 Hasan Heidari^{2*}
 Hussein Davoodi³
 Mahdi Zare BahramAbadi⁴

¹ PhD in Counseling, Department of counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

² PhD in Counseling, Associate Professor, Department of counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

³ PhD in Counseling, Assistant Professor, Department of counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

⁴ PhD in Counseling, Associate Professor, Research Institute for Humanities Research and Development (SAMT), Tehran, Iran.

* PhD in Counseling, Associate Professor, Department of counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Email: hasanheydari@iaukhomein.ac.ir

Abstract

Introduction: Cancer patients, in addition to physical problems, are also involved in psychological issues. One of the harms that this disease can cause is a decrease in mental well-being. The aim of this study was to determine and compare the effectiveness of group counseling with Gestalt method and positive psychology on the mental well-being of women with lung cancer.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental with pre-test-post-test design with control group. From the community of patients in the cancer ward of Valiasr Hospital in Qom, 30 people were selected and randomly assigned to three groups. The research questionnaire was the mental well-being of Keyes and Magyarmo (2003). The results were analyzed using binary covariance and Ben Ferroni tracking test.

Results: The results showed a significant level of Wilkes Lange index at 0/01 level (Wilks Lambda = 0.486, P=0.001, Wilks Lambda =0.264, $\mu_2=6/9$). This result shows that by controlling the effect of pre-test, the mean of the group's variables in the "mental well-being" variable is significantly different. In fact, with the control of the effect of pre-test and the inclusion of alpha-rate Bonferroni (0/016), the observed difference is significant only in the two components of "psychological well-being" and "social well-being", and in the "emotional well-being" component, there is a significant difference between the groups there was not.

Conclusion: Both Gestalt and Positive Psychology methods affect the mental well-being of women with cancer, but the effect of Positive Psychology is greater.

Key words: Gestalt Group Counseling, Positive Group Counseling, Mental well-being, Lung Cancer

Acknowledgement: There is no conflict of interest.