

اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری بر تاب‌آوری مبتلایان به سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۹

خلاصه

مقدمه

بیماران مبتلا به سرطان فشارهای زیاد جسمی، روانی، اقتصادی و خانوادگی را تجربه می‌کنند که در بیشتر موارد موجب ازدست‌رفتن تاب‌آوری و بروز احساس یأس در آنان و در نتیجه وخامت سلامت روانی و جسمانی‌شان می‌شود. به همین دلیل، هدف پژوهش حاضر در راستای یافتن راه‌های مفید برای افزایش تاب‌آوری در این بیماران، مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر گروهی و درمان روان‌نمایشگری گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان در نظر گرفته شد.

روش کار

این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان در رده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیکی در خیابان گاندی تهران می‌شد 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 تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) را پاسخ دادند.

نتایج

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری نشان داد که نمرات تاب‌آوری گروه‌درمانگری مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری گروهی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون به طور معنی‌داری ($P < 0/01$) افزایش یافته و در مرحله پیگیری با شیب ملایمی بازگشت داشته است.

نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش، روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری هر دو درمان‌های مفیدی برای افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان هستند اما درمان مثبت‌نگر درمان موثرتری در این جمعیت می‌باشد.

کلمات کلیدی

سرطان پستان، روان‌درمانی مثبت‌نگر، روان‌نمایشگری، تاب‌آوری
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مریم ناظمی^۱

مه‌دی شاه‌نظری^۲

طاهره رنجبری پور^۲

مریم مشایخ^۲

امیرشهرام یوسفی کاشی^۳

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

^۲گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران / مرکز تحقیقاتی مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

^۳گروه رادیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Email: shahnazari_psy@yahoo.com

مقدمه

در جوامع کنونی سرطان به یک عامل مهم تهدیدکننده سلامت بدل شده است. سرطان مشکلی پزشکی، فردی، اجتماعی، روان‌شناسی و تهدیدی آشکار برای سلامت جسمانی و روانی است (۱). در این میان، سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها می‌باشد. تقریباً از هر ۹ زن یک نفر در طول عمر خود به سرطان پستان مبتلا می‌شود. حدود ۴/۴ میلیون زن در جهان مبتلا به سرطان پستان می‌باشند که این جمعیت روز به روز در حال افزایش است. این بیماری سالانه با بیش از یک میلیون ابتلا و ۴۱۰ هزار مرگ و میر مهم‌ترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان محسوب می‌شود (۲). به طور کلی، سرطان پستان شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است. این افراد نسبت به مبتلایان به برخی دیگر از انواع سرطان‌ها، مدت طولانی‌تری با بیماری و یا با عوارض کوتاه مدت و بلند مدت مانند برداشت کامل بافت پستان، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و هورمون‌درمانی مواجه می‌شوند (۳-۴).

از آنجا که هیچ کدام از ما مطمئن نیستیم که در آینده چه اتفاقی برایشان می‌افتد همه با درجاتی از تردید زندگی می‌کنیم. اما در مورد بیماران مبتلا به بیماری‌های با میزان مرگ و میر بالا تردید در آنان و خانواده‌شان بیشتر و واقعی‌تر است (۵). از تبعات که به دنبال تشخیص سرطان می‌آید شامل از دست رفتن انسجام بدنی (احساس گسستگی شود یعنی فرد دچار این تصور گردد که این بدن مال من نیست)؛ انکار، احساس ضایعه و فقدان، شکست و ناامیدی، درماندگی و احساس بی‌معنایی، افسردگی، بدبینی به آینده، تصور آینده خطرناک و مردود، کاهش حرمت نفس، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایت بودن، به وجود آمدن وقفه کاری، از دست رفتن استقلال، ضعف ارتباط با عزیزان اشاره کرد که مقابله با آنها سرسختی و تاب‌آوری مبتلایان را برای ادامه مبارزه برای زندگی و درمان می‌طلبد (۶-۷).

صاحب‌نظران تاب‌آوری را به عنوان یک صفت یا ویژگی مشخص، یک فرایند تحولی فرارونده که سازگاری مثبت در شرایط سخت و دشوار را باز می‌نمایند، تلقی کرده‌اند (۸). بروکس (۹) تاب‌آوری را هم به عنوان ظرفیت در مدارای موثر با استرس و فشار، مقابله با چالش‌های روزمره، بازگشت از ناامیدی‌ها، اشتباهات، ضربه‌ها و مصائب به ایجاد و توسعه اهداف روشن و واقع‌گرایانه، حل مسائل، تعامل راحت با دیگران و رفتار توأم با احترام و وقار با خود و دیگران و نیز به عنوان «توانایی برخورد با چالش‌های زندگی همراه با اطمینان، هدفمندی، مسئولیت‌پذیری، همدلی و امید تعریف کرده است. همچنین، مستن (۱۰)، تاب‌آوری را به عنوان نتیجه انطباق موفق با وجود شرایط پرچالش یا تهدیدکننده تعریف کرده است.

بنابراین، تاب‌آوری همانند سپری محافظ از مشکلات روان-شناختی بین مبتلایان به سرطان جلوگیری کرده و آنها را در سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور زندگی کمک کرده و افراد را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگه می‌دارد (۱۱). تاب‌آوری یک کیفیت ذاتی انسانی است که می‌تواند از طریق مداخلات روان‌شناختی رشد یافته و به دست آید. تاب‌آوری فراتر از کنارآمدن با استرس، به دور ماندن از مشکلات بهداشت روانی و بازگشت به سطوح قبلی عملکرد است (۱۲). در حالی که اینها قطعاً اجزای اصلی تاب‌آوری هستند به طور فزاینده‌ای این واقعیت پذیرفته می‌شود که افراد تاب‌آور قادرند اشتغال خود و احساس هدفمندی در زندگی در طول لحظات پراسترس را حفظ کنند و اغلب نه تنها از سختی‌ها سالم به در آیند بلکه تحول و رشد شخصی را نیز تجربه کنند (۱۳-۱۴). با توجه به اهمیت نقش تاب‌آوری در سلامت و بهزیستی افراد مبتلا به سرطان، صدوقی و همکاران (۱۵) در پی

پژوهش خود در میان زنان مبتلا به سرطان پستان گزارش کردند که به نظر می‌رسد در کنار درمان‌های پزشکی، اجرای مداخله‌های روانشناختی مناسب به منظور افزایش تاب‌آوری توسط روان‌شناس، پرستار و مددکار اجتماعی، بتواند در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد.

روان‌شناسی مثبت، بر بنانهادن و گسترش هیجان‌های مثبت به منظور توانمندساختن فرد در برابر اختلال‌های روانی، و نیز افزایش بهزیستی و شادکامی افراد تاکید دارد (۱۶). این رویکرد اغلب در افراد توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (۱۷). در بیماری‌های جسمی و مبتلایان به بیماری 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 امکان‌پذیر است (۱۸). فردریکسون و لوسادا (۱۷)، بر اساس مدل مثبت‌نگر دریافتند که هیجان‌های مثبت سپری را در مقابل پیامدهای ناگوار استرس به وسیله کاهش دادن برانگیختگی خودمختار ناشی از هیجان‌های منفی و افزایش انعطاف‌پذیری ناشی از تفکر و حل 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 (۱۹). در همین راستا، الشولر و همکاران (۲۰) با پژوهش درباره اثرگذاری درمان مثبت بر افزایش تاب‌آوری افراد دچار درد مزمن و معلولیت‌های جسمی دریافتند که افزایش تاب‌آوری در افراد مبتلا به درد مزمن (همچون سرطان) توسط رویکرد روان‌شناسی مثبت اثرگذار است. پدسکی و مونی (۲۱) نیز از افزایش تاب‌آوری در میان بیماران در پی مداخلات روان‌درمانی مثبت خیر دادند.

از سوی دیگر، روان‌نمایش‌گری یا سایکودراما یک روش درمانی مؤثر است که به توان‌بخشی بیماران روان‌پزشکی کمک شایانی می‌کند. روان‌نمایش‌گری شکلی از درمان گروهی است که افراد را تشویق می‌کند تا بیشتر از اینکه تنها درباره مشکلات‌شان صحبت کنند از طریق برون‌ریزی و نمایش مسائل خود بر روی آن‌ها کار کنند. در یک تعریف کلی روان‌نمایش‌گری عبارت است از روشی که در جریان آن افراد مشکلات شخصی خود را در یک گروه به نمایش درمی‌آورند (۲۲). در واقع روان‌نمایش‌گری یکی از انواع گروه درمانگری‌هاست که به شخص کمک می‌کند تا ابعاد روان‌شناختی مسئله‌اش را از طریق به نمایش درآوردن آن‌ها و نه فقط از راه گفتگو بازنگاری و کشف کند. این رویکرد که از تصویرسازی ذهنی، تخیل، اعمال بدنی و پویایی گروه استفاده می‌کند، ترکیبی از هنر، بازی، حساسیت عاطفی و تفکر صریح است که با تسهیل در رها کردن عواطف حبس شده به افراد در کسب رفتارهای جدید و موثرتر و گشودن راه‌های نامکشوف حل تعارض و همچنین شناخت قالب خویش‌کننده کمک می‌کند (۲۳). در همین راستا، کامیچلی و گوکلر (۲۴) در پژوهش خود در میان بیماران مبتلا به بیماری سرطان که با متاستاز مواجه شده بودند، بدین نتیجه دست یافت که درمان روان‌نمایش‌گری گروهی می‌تواند امید افراد را افزایش داده و د رنتیجه موجب کاهش اضطراب مرگ، و افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی، بهبود راهبردهای مقابله، کاهش پریشانی و مشکلات روانی مبتلایان به سرطان شود.

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 زیان‌های فردی،

برای زنان مبتلا به سرطان امري ضروری به نظر می‌رسد و در پژوهش‌های پیشین به مقایسه این دو رویکرد درمانی در افزایش امید بیماران مبتلا به سرطان پرداخته نشده است، در این پژوهش به بررسی این سوال پرداخته شده است که کدام یک از دو رویکرد روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری گروهی تاثیر بیشتری بر تاب‌آوری مبتلایان به سرطان پستان دارند؟

نسبت برابر نفرات در گروه‌ها، برای مقایسه **K** متغیر، تعداد کلی ۴۴ نفر نیاز است. بر این اساس از جامعه مذکور ۴۵ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. نفرات منتخب به شیوه کاملاً تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) به سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. ملاک‌های شمول در این پژوهش شامل: رضایت آگاهانه، فاصله سنی ۲۵-۴۵ سال و بودن در مرحله تشخیص بیماری بود. مجوزهای لازم بر اساس تصویب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج اخذ خواهد شد. همچنین، پس از بیان اهداف پژوهش به تفصیل، تأکید بر محرمانه‌ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، اجرای درمان‌ها و گردآوری داده‌ها انجام شد.

است و نتایج نشان داد که این پرسشنامه از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است. در مورد روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داده که به جز سه سوال، ضرایب سوالات دیگر بین ۰/۱۴ و ۰/۶۴ بود. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۶).

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 اثربخشی این دو رویکرد بر تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پرداخته است. از آنجایی که یافتن تاثیرگذارترین درمان‌ها

مواد و روش کار

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. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان در رده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به کلینیکی در خیابان گاندی تهران است. به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان پژوهش، تعداد ۴۵ نفر از زنان مراجعه کننده به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به سرطان پستان بر اساس نتیجه پاتولوژی و توانایی پاسخگویی به سؤالات می‌باشد. برای تعیین حجم بهینه گروه نمونه از تحلیل توان استفاده شد. در شکل زیر می‌توان پارمترهای استفاده شده برای تحلیل توان را مشاهده کرد. بر پایه نتایج تحلیل توان، برای داشتن اندازه اثر ۰/۷ با سطح خطای دو دامنه ۰/۰۵ و

ابزار

مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین (کاملاً نادرست) و (کاملاً درست) نمره-گذاری می‌شود و مقیاسی است که در آن حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد و نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات هر یک از سوالات است. کانر و دیویدسون (۲۵)، پایایی آزمون بازآزمون این پرسشنامه روی ۲۴ بیمار GAD, PTSD را ۰/۸۷ گزارش کردند. پرسشنامه تاب‌آوری در ایران هنجاریابی شده

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 جلسه: قسمت اول و آشنایی گروه با چرخاننده (تنظیم کننده ی جلسه) و هم گروهی‌ها. انجام اصلی: گرفتن نقش اصلی و فرعی توسط افراد گروه. به اشتراک گذاردن تجربیات فردی: بعد از گذشت ۱ تا ۱:۳۰ دقیقه از شروع و در دقایق پایانی بوده و تنظیم کننده جلسه باید جمع بندی را در این قسمت انجام دهد.

جلسه اول

جلسه اول جلسه آشنایی تک‌تک افراد با تنظیم کننده ی جلسه و با یکدیگر بود. برای باز شدن یخ افراد مربی 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".

قسمت دوم عمل یا انجام می‌باشد 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 جمع بندی را نیز خواهد داشت.

جلسه 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 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 شخصیت های 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.

جلسه سوم

با باز شدن یخ شروع شده و چرخاننده از اعضای گروه می‌خواهد که بر اساس رای گیری یک نفر که بیشترین رای را می‌آورد شخصیت اصلی بازی شده و به صندلی داغ دعوت شود (مهم ترین اصل در این پکیج فی البداهه بودن انتخاب ها و بازی ها بود).

و تا جلسه دهم این فرایند ادامه داشت و در انتها بازخورد اصلی از اعضای گروه گرفته می‌شود و مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی

در جدول ۲ می‌توان پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی را مشاهده کرد.

جدول ۱. پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	جهت گیری

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

پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگر: اقتباس از رشید (۲۸)

نتایج

در جدول ۳ می‌توان شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل مولفه‌های تاب‌آوری (تصور از شایستگی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت‌تغییر، کنترل و تاثیرات معنوی) را به تفکیک مشاهده کرد. میانگین، انحراف استاندارد، کمترین نمره و بیشترین نمره متغیرها در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش (روان‌درمانگری مثبت‌نگر)						
تصور از شایستگی	۱۸/۳۶	۳/۸۲	۲۳/۶۰	۳/۲۲	۲۲/۳۳	۳/۱۳
تحمل عاطفه منفی	۱۹/۷۷	۲/۸۸	۲۴/۵۵	۳/۲۵	۲۳/۷۷	۳/۱۳
پذیرش مثبت‌تغییر	۱۳/۴۹	۲/۸۹	۱۸/۲۹	۳/۲۳	۱۷/۹۳	۳/۴۹
کنترل	۸/۰۷	۱/۲۷	۱۱/۱۰	۱/۹۴	۱۰/۶۳	۲/۵۸
تاثیرات معنوی	۶/۵۹	۱/۷۱	۹/۰۱	۱/۶۲	۸/۳۷	۱/۴۶
گروه آزمایش (روان‌نمایشگری)						
تصور از شایستگی	۱۶/۷۳	۳/۳۵	۱۹/۶۰	۳/۵۰	۱۸/۵۳	۳/۴۸
تحمل عاطفه منفی	۱۹/۶۷	۵/۰۷	۲۱/۸۱	۴/۱۹	۲۰/۶۱	۳/۷۲

۲/۷۸	۱۴/۰۷	۲/۷۸	۱۵/۰۶	۳/۳۹	۱۲/۱۳	پذیرش مثبت تغییر
۱/۵۵	۸/۲۳	۱/۴۹	۸/۸۳	۱/۸۹	۷/۸۹	کنترل
۱/۶۵	۷/۳۲	۱/۱۴	۷/۷۷	۱/۲۸	۶/۷۴	تاثیرات معنوی
گروه کنترل						
۴/۳۲	۱۶/۹۸	۴/۳۳	۱۷/۴۰	۴/۷۵	۱۷/۴۱	تصور از شایستگی
۲/۸۳	۱۹/۳۸	۳/۱۹	۱۹/۹۴	۳/۶۱	۱۹/۸۸	تحمل عاطفه منفی
۴/۲۹	۱۲/۶۲	۴/۰۱	۱۲/۰۰	۴/۷۴	۱۲/۹۰	پذیرش مثبت تغییر
۱/۸۸	۸/۰۶	۱/۴۶	۷/۹۶	۲/۰۰	۸/۴۷	کنترل
۱/۳۱	۶/۷۵	۱/۴۲	۶/۴۱	۱/۴۰	۶/۵۶	تاثیرات معنوی

برای بررسی تفاوت سه گروه در نمرات تاب‌آوری، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات تصور از شایستگی (آماره = ۰/۹۷، درجه آزادی = ۴۵، $P > ۰/۰۵$)، تحمل عاطفه منفی (آماره = ۰/۹۷، درجه آزادی = ۴۵، $P > ۰/۰۵$)، پذیرش مثبت تغییر (آماره = ۰/۹۸، درجه آزادی = ۴۵، $P > ۰/۰۵$)، کنترل (آماره = ۰/۹۶، درجه آزادی = ۴۵، $P > ۰/۰۵$) و تاثیرات معنوی (آماره = ۰/۹۶، درجه آزادی = ۴۵، $P > ۰/۰۵$) خارج از حالت نرمال نیست.

آزمون تحلیل واریانس چند متغیره اندازه‌های مکرر می‌تواند اثرات پیش‌آزمون را کنترل کند و تغییر نمرات طی سه مرحله اندازه‌گیری را مقایسه کند. شرط اجرای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر وجود همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. تحلیل همبستگی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات تصور از شایستگی (۰/۴۱ تا ۰/۴۹، $R = ۰/۷۱$ تا ۰/۵۲) تحمل عاطفه منفی ($P < ۰/۰۱$ ، $R = ۰/۴۹$ تا ۰/۷۱)، پذیرش مثبت تغییر (۰/۴۷ تا ۰/۶۱، $R = ۰/۶۱$ تا ۰/۷۱، $P < ۰/۰۱$)، کنترل (۰/۵۰ تا ۰/۵۵، $R = ۰/۵۵$ تا ۰/۷۱، $P < ۰/۰۱$) و تاثیرات معنوی (۰/۳۹ تا ۰/۵۰، $R = ۰/۳۹$ تا ۰/۵۰، $P < ۰/۰۱$) همبستگی معنادار وجود دارد. همبستگی شیب رگرسیون نیز مورد بررسی شد. برای اساس خطوط میزان و جهت شیب رگرسیون نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرها در گروه‌ها مشابه است و بین متغیر وابسته و همپراش آن رابطه خطی برقرار است. آزمون اثرات بین‌آزمودنی که در آن پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته و اثر تعاملی متغیر مستقل (گروه) * پیش‌آزمون به عنوان منبع اثر در نظر گرفته می‌شود، همبستگی شیب خطوط رگرسیون مورد تایید است. همچنین آزمون ام‌باکس ($P > ۰/۰۵$)، $F_{42, 31372.79} = ۰/۹۹$ ، $Box's M = ۱۶/۹۱$) همبستگی ماتریس کوواریانس نمرات در بین گروه‌ها را تایید کرد. آزمون کرویت ماخلی، نشان داد که تمامی مولفه‌های تاب‌آوری توضیح‌کروی دارند.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات تاب‌آوری با سه منشا اثر گروه، زمان و اثر متقاطع (گروه * زمان) را نشان می‌دهد.

آزمون تحلیل واریانس چند متغیره اندازه‌های مکرر می‌تواند اثرات پیش‌آزمون را کنترل کند و تغییر نمرات طی سه مرحله اندازه‌گیری را مقایسه کند. شرط اجرای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر وجود همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. تحلیل همبستگی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات تصور از شایستگی (۰/۴۱ تا ۰/۴۹، $R = ۰/۷۱$ تا ۰/۵۲) تحمل عاطفه منفی ($P < ۰/۰۱$ ، $R = ۰/۴۹$ تا ۰/۷۱)، پذیرش مثبت تغییر (۰/۴۷ تا ۰/۶۱، $R = ۰/۶۱$ تا ۰/۷۱، $P < ۰/۰۱$)، کنترل (۰/۵۰ تا ۰/۵۵، $R = ۰/۵۵$ تا ۰/۷۱، $P < ۰/۰۱$) و تاثیرات معنوی (۰/۳۹ تا ۰/۵۰، $R = ۰/۳۹$ تا ۰/۵۰، $P < ۰/۰۱$) همبستگی معنادار وجود دارد.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات تاب‌آوری با سه منشا اثر گروه، زمان و اثر متقاطع (گروه * زمان) را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیری شاخص های تاب آوری با منشا اثر بین گروهی و درون گروهی

اندازه اثر	p	df خطا	df مفروض	F	ارزش	اثر	
۰/۲۲	۰/۰۵	۷۸	۱۰	۲/۲۱	۰/۴۴	اثر پیلایی	بین گروهی
۰/۲۴	۰/۰۱	۷۶	۱۰	۲/۴۳	۰/۵۷	لامبدای ویلکس	
۰/۷۱	۰/۰۱	۳۳	۱۰	۸/۰۱	۰/۷۱	اثر پیلایی	درون گروهی
۰/۷۱	۰/۰۱	۳۳	۱۰	۸/۰۱	۰/۲۹	لامبدای ویلکس	
۰/۴۳	۰/۰۱	۶۸	۲۰	۲/۶۵	۰/۸۷	اثر پیلایی	زمان* گروه
۰/۴۹	۰/۰۱	۶۶	۲۰	۳/۲۳	۰/۲۵	لامبدای ویلکس	

دیگر این یافته بیانگر وجود اثر عمل آزمایشی در تعامل با زمان است و معلوم می کند که تفاوت نمرات در سه مرحله آزمون برای سه گروه یکسان نبود است. مقادیر اندازه اثر چند متغیری برای گروه (مجذور اتا= ۰/۲۴)، زمان (مجذور اتا= ۰/۷۱) و اثر تعاملی گروه*زمان (مجذور اتا= ۰/۴۹) قابل توجه است. در جدول ۴ می توان اثر متغیر مستقل و زمان را بر هر یک از مولفه های تاب آوری به تفکیک مشاهده کرد.

در این جدول ارزش های اثر پیلایی (محافظه کارترین آزمون) و ویلکس لامبدا (رایج ترین آزمون) برای سه منشا اثر گروه (۰/۰۱) $(F_{10,78} = 2/43, P < 0/01)$ ، زمان $(F_{10,33} = 8/01, P < 0/01)$ و زمان*گروه $(F_{20,68} = 3/23, P < 0/01)$ گزارش شده است. با توجه به معناداری مقادیر F برای زمان، معلوم می شود که بدون در نظر گرفتن گروه ها، نمرات در سه مرحله اندازه گیری تفاوت وجود دارد. مقادیر F برای اثر تعاملی نیز معنادار بود. به عبارت

جدول ۴. نتایج آزمون تک متغیری شاخص های تاب آوری با منشا اثر بین گروهی و درون گروهی

اندازه اثر	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	اثر
۰/۲۱	۰/۰۱	۵/۴۹	۲۱۲/۱۶	۲	۴۲۴/۳۲	تصور از شایستگی	بین گروهی
۰/۱۳	۰/۰۵	۳/۲۸	۱۰۲/۹۶	۲	۲۰۵/۹۱	تحمل عاطفه منفی	
۰/۲۳	۰/۰۱	۶/۳۶	۱۹۴/۶۰	۲	۳۸۹/۲۱	پذیرش مثبت تغییر	
۰/۳۲	۰/۰۱	۹/۷۱	۴۳/۰۶	۲	۸۶/۱۳	کنترل	
۰/۱۹	۰/۰۱	۵/۰۹	۲۲/۶۷	۲	۴۵/۳۳	تاثیرات معنوی	
۰/۲۸	۰/۰۱	۱۶/۱۸	۷۱/۳۵	۱	۷۱/۳۵	تصور از شایستگی	زمان
۰/۲۸	۰/۰۱	۱۶/۰۰	۴۸/۹۰	۱	۴۸/۹۰	تحمل عاطفه منفی	
۰/۲۹	۰/۰۱	۱۷/۱۷	۹۲/۹۷	۱	۹۲/۹۷	پذیرش مثبت تغییر	درون گروهی
۰/۲۰	۰/۰۱	۱۰/۵۶	۱۵/۶۴	۱	۱۵/۶۴	کنترل	
۰/۲۹	۰/۰۱	۱۷/۰۴	۱۶/۳۲	۱	۱۶/۳۲	تاثیرات معنوی	
۰/۲۸	۰/۰۱	۸/۲۴	۳۶/۳۶	۲	۷۲/۷۳	تصور از شایستگی	

۰/۳۸	۰/۰۱	۱۲/۸۸	۳۹/۳۶	۲	۷۸/۷۲	تحمل عاطفه منفی	زمان* گروه
۰/۲۷	۰/۰۱	۷/۷۳	۴۱/۸۶	۲	۸۳/۷۲	پذیرش مثبت تغییر	
۰/۳۷	۰/۰۱	۱۲/۰۹	۱۷/۹۰	۲	۳۵/۸۱	کنترل	
۰/۲۱	۰/۰۱	۱۵/۸۲	۵/۲۱	۲	۱۰/۴۲	تاثیرات معنوی	

اثر تعاملی زمان* گروه نیز معنی دار بود و تفاوت های چشمگیری را نشان داد. با توجه به معنی داری مقادیر F برای تصور از شایستگی ($F=۸/۲۴, P<۰/۰۱$)، تحمل عاطفه منفی ($P<۰/۰۵$)، ($F=۱۲/۸۸, P<۰/۰۱$)، پذیرش مثبت تغییر ($F=۷/۷۳, P<۰/۰۱$)، کنترل ($F=۱۲/۰۹, P<۰/۰۱$) و تاثیرات معنوی ($F=۱۵/۸۲, P<۰/۰۱$) معلوم می شود که نمرات طی زمان تغییر کرده اند و این تغییر برای گروه های مختلف یکسان نبوده است. میانگین نمرات (جدول ۲) نشان می دهد که نمرات گروه کنترل طی سه مرحله آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تغییرات زیادی نداشته است. در مقابل نمره گروه درمانگری مثبت نگر از پیش به پس آزمون به طور قابل توجهی افزایش یافته و در مرحله پیگیری با شیب ملایمی بازگشت داشت است. در گروه روان نمایشگری نیز چنین الگویی با شدت کمتر قابل مشاهده است. حال این سوال وجود دارد که تفاوت میانگین نمرات بین کدام گروه ها معنی دار است. در ادامه آزمون تعقیبی به این سوال جواب خواهد داد.

بر اساس یافته های تحلیل واریانس با اثرات بین آزمودنی تک متغیره در بین سه گروه (درمانگری مثبت نگر، روان نمایشگری و کنترل) تصور از شایستگی ($F=۵/۴۹, P<۰/۰۱$)، تحمل عاطفه منفی ($F=۳/۲۸, P<۰/۰۱$)، پذیرش مثبت تغییر ($P<۰/۰۱$)، ($F=۶/۳۶, P<۰/۰۱$)، کنترل ($F=۹/۷۱, P<۰/۰۱$) و تاثیرات معنوی ($P<۰/۰۱$) تفاوت معنی دار داشت. قابل ذکر است که تفاوت در نمرات تحمل عاطفه منفی تنها در سطح خطای $P<۰/۰۵$ معنی دار بود. این یافته نشان می دهد که بدون در نظر گرفته زمان، نمرات گروه ها در تمام مراحل اندازه گیری متفاوت بوده است.

منبع اثر زمان نیز نشان واریانس قابل توجهی ایجاد کرده است. به عبارت دیگر طی سه مرحله اندازه گیری نمرات گروه ها (بدون تفکیک گروه) در تصور از شایستگی ($F=۱۶/۱۸, P<۰/۰۱$)، تحمل عاطفه منفی ($F=۱۶/۰۰, P<۰/۰۱$)، پذیرش مثبت تغییر ($F=۱۷/۱۷, P<۰/۰۱$)، کنترل ($F=۱۰/۵۶, P<۰/۰۱$) و تاثیرات معنوی ($F=۱۷/۰۴, P<۰/۰۱$) تفاوت چشمگیری داشته است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی شاخص های تاب آوری برای مقایسه های دوجه دویی

متغیر	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
تصور از شایستگی	مثبت نگر	نمایشگری	۳/۱۴	۱/۳۱	$P<۰/۰۵$
		کنترل	۴/۱۶	۱/۳۱	$P<۰/۰۱$
	نمایشگری	کنترل	۱/۰۲	۱/۳۱	$P>۰/۰۵$
تحمل عاطفه منفی	مثبت نگر	نمایشگری	۱/۹۹	۱/۱۸	$P>۰/۰۵$
		کنترل	۲/۹۶	۱/۱۸	$P<۰/۰۱$

$P > 0/05$	۱/۱۸	۰/۹۷	کنترل	نمایشگری	
$P < 0/05$	۱/۱۶	۲/۸۱	نمایشگری	مثبت نگر	پذیرش مثبت تغییر
$P < 0/01$	۱/۱۶	۴/۰۵	کنترل		
$P > 0/05$	۱/۱۶	۱/۲۴	کنترل	نمایشگری	
$P < 0/01$	۰/۴۴	۱/۶۱	نمایشگری	مثبت نگر	کنترل
$P < 0/01$	۰/۴۴	۱/۷۷	کنترل		
$P > 0/05$	۰/۴۴	۰/۱۵	کنترل	نمایشگری	
$P > 0/05$	۰/۴۵	۰/۷۱	نمایشگری	مثبت نگر	تأثیرات معنوی
$P < 0/01$	۰/۴۵	۱/۴۱	کنترل		
$P > 0/05$	۰/۴۵	۰/۷۰	کنترل	نمایشگری	

درمانی مثبت نگر از گروه روان نمایشگری بالاتر بود (تفاوت: $2/81$ ، معنی داری: $P < 0/05$). بین نمرات پذیرش تغییر گروه روان نمایشگری و گروه کنترل تفاوت قابل توجهی نبود (تفاوت: $1/24$ ، معنی داری: $P > 0/05$). نمره کنترل گروه روان درمانی مثبت از گروه روان نمایشگری (تفاوت: $1/61$ ، معنی داری: $P < 0/01$) و گروه کنترل (تفاوت: $1/77$ ، معنی داری: $P < 0/05$) بالاتر بود. نمره کنترل گروه نمایشگری بالاتر از گروه کنترل نبود (تفاوت: $0/15$ ، معنی داری: $P > 0/05$). میانگین نمرات تأثیرات معنوی گروه روان درمانی مثبت نگر نیز در مقایسه با گروه روان نمایشگری بالاتر نبود (تفاوت: $0/71$ ، معنی داری: $P > 0/05$). در مقابل، نمره تأثیرات معنوی گروه روان درمانی مثبت نگر به طور قابل توجهی بالاتر از گروه کنترل بود (تفاوت: $1/41$ ، معنی داری: $P < 0/01$). میانگین نمره گروه روان نمایشی با گروه کنترل تفاوت معنی دار نداشت (تفاوت: $0/70$ ، معنی داری: $P > 0/05$).

نمرات تصور مثبت از شایستگی در گروه روان درمانی مثبت نگر، به طور معنی داری بالاتر از گروه روان نمایشگری (تفاوت: $3/14$ ، معنی داری: $P < 0/05$) و گروه کنترل (تفاوت: $4/16$ ، معنی داری: $P < 0/01$) بود. میانگین نمرات تصور مثبت از شایستگی در گروه روان نمایشگری با گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشت (تفاوت: $1/02$ ، معنی داری: $P > 0/05$). نمرات تحمل عاطفه منفی نیز در گروه روان درمانی مثبت نگر، به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل (تفاوت: $2/96$ ، معنی داری: $P < 0/01$) بدست آمد. میانگین نمره تحمل عاطفه منفی در گروه روان نمایشگری با گروه روان درمانی مثبت نگر (تفاوت: $1/99$ ، معنی داری: $P > 0/05$) و گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشت (تفاوت: $0/97$ ، معنی داری: $P > 0/05$). نمرات پذیرش مثبت در گروه روان درمانی مثبت نگر به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل بود (تفاوت: $4/05$ ، معنی داری: $P < 0/01$). همچنین نمرات گروه روان روان

بحث و نتیجه گیری

گروه مورد آزمایش اتفاق افتاده، اما تغییرات به طور کل در گروه روان درمانی مثبت نگر نسبت به گروه روان نمایشگری به طور محسوسی بیشتر بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های الشولر و

در پی پژوهش حاضر که با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر گروهی و روان‌نمایشگری بر افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد، یافته‌ها نشان داد که اگرچه تغییرات در هر دو

همکاران (۲۰) و پدسکی و مونی (۲۱) در مورد اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر افزایش تاب‌آوری بیماران همراستا است. همچنین، مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، فردریکسون و لوسادا (۱۷)، با استفاده از مدل درمانی مثبت‌نگر نشان دادند که هیجان‌های مثبت سپری محافظتی در برابر پیامدهای ناگوار فشار روانی است. از نظر آنها مکانیسم اثر رویکرد درمانی مثبت بر سازش بیشتر و مقابله‌ای، کاهش دادن برانگیختگی خودمختار در پی تجربه هیجان‌های منفی و افزایش انعطاف‌پذیری است. از نظر آنها درمان مثبت بر تفکر و حل مساله متمرکز است و از این رو میزان تاب‌آوری و انعطاف را افزایش می‌دهد.

پژوهش حاضر با رویکرد مثبت‌نگر، تاب‌آوری را به معنای توانایی مدیریت استرس، مقابله مثبت، و ادامه مسیر حتی در موقعیت‌های دشوار، و تلاش برای رهایی از دشواری‌ها در شرایط چالش برانگیز می‌داند. از این منظر، فردی که از تاب‌آوری برخوردار است با استفاده از منابع شخصی همچون توانمندی‌ها، ظرفیت‌هایی چون امید، انعطاف‌پذیری، خوش‌بینی، خوش‌مشربی، خودتنظیمی، دیدگاه مثبت نسبت به خود و خودکارآمدی با چالش‌های زندگی روبرو می‌شود. به بیان دیگر، معنی تاب‌آوری به غلبه بر یک موقعیت استرس‌زا کاهش نمی‌یابد، بلکه بیرون آمدن از وضعیت دشوار با «عملکرد سطح بالا» معنای تاب‌آوری است (۱۶).

جمعیت مورد پژوهش با یک دشواری جسمی و روحی مزمن درگیر بودند و شرایط بیرونی پتانسیل افت کنش، تجربه درد، احساس‌های نامطلوب به خود، بازخوردهای اجتماعی منفی و ... را دارد. سرطان شرایطی دشوار برای افراد ایجاد می‌کند که منجر به آسیب‌پذیری، ناامیدی، تسلیم شدن و تشویش فراوان می‌شود. سرطان، رشد مهارنشده و منتشرشونده سلول‌های نابهنجار است که در نهایت موجب شکل‌گیری تومورها می‌شود. سلامتی، یک ادراک شخصی است که تحت تاثیر عوامل جسمانی، روان‌شناختی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌کند. گالدریسی و

همکاران (۲۸) سلامت را نوعی ادراک از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی تعریف کرده‌اند. بیماری مزمن اثر فرساینده‌ای بر کیفیت زندگی شخص و خانواده می‌گذارد.

روان‌شناسی مثبت اساساً متمرکز بر توانایی‌ها و نکات مثبت است و از این رو تاب‌آوری را توانایی رشد کردن و پخته شدن و افزایش قابلیت در مقابل شرایط ناگوار، فشار روانی و کاستی‌های زندگی می‌داند. از این منظر هنگامی که فرد با وجود ابتلا بر ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت تاکید می‌کند و از آن برای مقابله با اختلال روانی سپری می‌سازد، تاب‌آوری بالاتر و سازگاری بیشتری گزارش می‌کند (۲۹). ویچر (۳۰) بیان می‌کند که تمرکز بر عملکرد مثبت و موثر در شرایط ناگوار، منجر به بهبودی بعد از یک ضربه می‌شود و خود از مظاهر تاب‌آوری است. در این راستا رشید (۲۷) اشاره دارد که با تمرکز بر راهبردهای معناگرا و تقویت شادی می‌تواند به تسکین آسیب‌شناسی روانی و افزایش مقاومت مثبت شود (۳۱). همسو با یافته‌های این پژوهش، ماکاسکیل (۱۸) نشان داد که تمرکز مثبت و گرایش به تقویت نقاط قوت از طریق درمان‌های مثبت‌نگر می‌تواند منجر به سازگاری بهتر با بیماری‌های جسمی و مبتلایان به سرطان شود. او علت اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر را نیاز به تغییرات مثبت در افراد مبتلا به بیماری می‌داند. روان‌درمانی مثبت‌نگر زندگی را به شکل بهتری ارزش‌مدار می‌کند و توجه فرد به ارزش‌ها و میل به تحقق آنها را افزایش می‌دهد (۸).

در نهایت می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری هر دو درمان‌های مفیدی برای افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان هستند اما درمان مثبت‌نگر درمان موثرتری در این جمعیت می‌باشد. استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی مهمترین محدودیت این پژوهش بود لذا پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیم معتبر نتایج، پژوهش‌های آتی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی صورت بگیرد. همچنین پیشنهاد

می‌شود در مطالعات بعدی به مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری با سایر درمان‌ها از جمله درمان روان‌پویشی و ذهن‌آگاهی بر میزان تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته شود. برای درمانگران پیشنهاد می‌شود از پروتکل‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری برای بهبود تاب‌آوری و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کنند.

References

1. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, Stein KD, Alteri R, Jemal A. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. CA: a cancer journal for clinicians. 2016 Jul;66(4):271-89.
2. Roh S, Lee YS. Breast Cancer Screening and Mobile Web App Intervention: Perceptions, Knowledge, and Needs among Native Women. *Innovation in Aging*. 2021;5(Suppl 1):1026.
3. Chiriac VF, Baban A, Dumitrascu DL. Psychological stress and breast cancer incidence: a systematic review. *Clujul Medical*. 2018;91(1):18.
4. Behzadipour S, Sepahmansour M, Keshavarzi F, Farzad V, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of Stress Management Based on Cognitive-Behavioral Intervention on Quality of Life and Coping Styles for Female with Breast Cancer. *Psychological Methods and Models*, 2013; 3(vol 3/ no 12): 29-46.
5. Salabifard S, Tajeri B, Rafiepoor A. The Effect of Spiritual Therapy on Posttraumatic Growth, Self-Compassion and Hope in Women with Breast Cancer. *JHPM* 2020; 9 (6) :37-48
6. Prates AC, Freitas-Junior R, Prates MF, Veloso MD, Barros ND. Influence of body image in women undergoing treatment for breast cancer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2017; 39:175-83.
7. Lakhtakia R. Denial in Cancer—Salutary or Deleterious. *Journal of Cancer Education*. 2019 Apr 1;34(2):406-7.
8. Yates TM, Tyrell FA, Masten AS. Resilience theory and the practice of positive psychology from individuals to societies. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*. 2015 Apr 3:773-88.
9. Goldstein S, Brooks RB. Why study resilience? In *Handbook of resilience in children* 2012 Jun 12 (pp. 3-14). Boston, MA: Springer US.
10. Masten AS. *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Publications; 2015 Oct 12.
11. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*. 2019 Apr 5; 10:208.
12. Zautra AJ, Hall JS, Murray KE. Resilience: a new definition of health for people and communities.
13. Hornor G. Resilience in children recovering from trauma. *Resilient Children: Nurturing Positivity and Well-Being Across Development*. 2021:23-46.
14. Dewi EU, Nursalam N, Mahmudah M, Halawa A, Ayu A. Factors affecting hardiness in cancer patients: A case study of the Indonesian Cancer Foundation. *Journal of Public Health Research*. 2020 Jul 2;9(2): jphr-2020.
15. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The Relationship between Anxiety, Depression, and Quality of Life among Breast Cancer Patients in Seyedshohada Hospital in Isfahan in 2016: The Mediating Role of Resilience. *JRUMS* 2017; 16 (5) :395-408
16. Csikszentmihalyi M, Larson R. *Flow and the foundations of positive psychology*. Dordrecht: Springer; 2014.
17. Fredrickson BL, Losada MF. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American psychologist*. 2005 Oct;60(7):678.
18. Macaskill A. Review of positive psychology applications in clinical medical populations. In *Healthcare* 2016 Sep 7 (Vol. 4, No. 3, p. 66). MDPI.
19. Carr A, Cullen K, Keeney C, Canning C, Mooney O, Chinsellaigh E, O'Dowd A. Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*. 2021 Nov 2;16(6):749-69.
20. Alschuler KN, Kratz AL, Ehde DM. Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. *Rehabilitation psychology*. 2016 Feb;61(1):7.
21. Padesky CA, Mooney KA. Strengths- based cognitive-behavioural therapy: A four- step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2012 Jul;19(4):283-90.
22. Bender W. Kapitel 29 - Psychodrama. In P. Martius, F. von Spreiti, & P. Henningsen (Eds.), *Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen (Zweite Ausgabe)* 2019; (pp. 475-480). Urban & Fischer. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-3-437-23796-6.00029-2>
23. Orkibi H. Positive psychodrama: A framework for practice and research. *The Arts in Psychotherapy*. 2019 Nov 1;66:101603.
24. Kanişlı S, Gökler B. Adjustment to life with metastatic cancer through psychodrama group therapy: A qualitative study in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021 Apr;57(2):488-98.

25. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson resilience scale (CD- RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep;18(2):76-82.
26. dadashi, M., karaminia, R., haji agha nejad, Y. Evaluation of the effectiveness of family resilience training on the components of family resilience of military parents. *Defense-Human Capital Management*, 2021; 1(2): 43-52.
27. Lopez SJ, editor. *The encyclopedia of positive psychology*. John Wiley & Sons; 2011 Aug 31.
28. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*. 2015 Jun;14(2):231.
29. Seligman ME. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*. 2002 May;2(2002):3-12.
30. Wicher M. Positive psychology: a pathway to principal wellbeing and resilience. *Education Today*. 2017;1:24-6.
31. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*. 2015 Jan 2;10(1):25-40.

*Original Article***The effectiveness of positive psychotherapy and psychodrama on the resilience of breast cancer patients**

Received: 16/11/2022 - Accepted: 20/03/2023

Maryam Nazemi¹
 Mehdi Shah Nazari^{2*}
 Tahereh Ranjbaripour²
 Maryam Mashayekh²
 Amirshahram Yousefi Kashi³

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

² Department of Health Psychology,
 Karaj Branch, Islamic Azad University,
 Karaj, Iran/Clinical Care and Health
 Promotion Research Center, Karaj
 Branch, Islamic Azad University,
 Karaj, Iran.

³ Associate Professor, Department of
 Radiotherapy, Shahid Beheshti
 University of Medical Sciences,
 Tehran, Iran

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

Email: shahnazari_psy@yahoo.com

Abstract

Introduction: Cancer patients experience a lot of physical, mental, economic and family pressures, which in most cases cause them to lose resilience and feel despair, and as a result, their mental and physical health deteriorates. For this reason, the aim of the current research was to compare the effectiveness of positive group psychotherapy and psychodrama group psychotherapy on the resilience of women with breast cancer in order to find useful ways to increase resilience in these patients.

Method: This was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test and follow-up plan with a control group. The research population included all women in the age group of 25 to 45 years old and suffering from breast cancer referring to a clinic in Gandhi Street, Tehran, and 45 of them were selected as a sample by purposive sampling method. These people were replaced in three groups: psychodemonstrating, positive psychotherapy and control group (15 people in each group). The participants answered the resilience scale (Connor and Davidson, 2003) during three stages of assessment in the form of pre-test, post-test and follow-up.

Results: The results of the multivariate repeated measurement analysis of variance test showed that the resilience scores of the positive therapy group and the psychodemonstrating group increased significantly ($p \leq 0/01$) from the pre-test to the post-test and returned with a gentle slope in the follow-up phase.

Conclusion: According to the findings of the research, group positive psychotherapy and psychodrama therapy are both useful treatments for increasing resilience in women with breast cancer, but positive therapy is a more effective treatment in this population.

Keywords: breast cancer, positive psychotherapy, psychodrama, resilience.

Conflict of interest: There is no conflict of interest.