

Original Article

Comparison the effectiveness of group positive behavioral therapy and group cognitive-behavioral therapy on cognitive flexibility among women with breast cancer

Danai-Kosha M¹, Tabatabai SS^{2*}, Shahabizadeh F², Ahi Q²

Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Islamic Azad University, Birjand, I.R. Iran.

Received: 2022/09/7 | Accepted: 2022/12/6

Abstract:

Background: Breast cancer is the most common type of cancer among women, and according to the report of the World Health Organization, this statistic has been increasing in recent years. So, the present study aimed to compare the effectiveness of group positive behavioral therapy and group cognitive-behavioral therapy on cognitive flexibility among women with breast cancer.

Materials and Methods: The present study was an experimental study. The selected statistical population of the study included all women with breast cancer who referred to the breast clinic of Milad Hospital in 1400. Among the clients, 45 people were selected by random face sampling. People were randomly divided into two experimental groups and one control group (15 people). The experimental groups underwent cognitive-behavioral and positive therapy in 8 weekly sessions of 90 minutes. Dennis and Vanderwaal's cognitive flexibility questionnaire was used to collect information. The data was analyzed using multivariate covariance analysis with SPSS-20 software.

Result: The results indicated a significant difference in the effect of the two treatments on the variable scores of cognitive flexibility ($P<0.05$). Although the positive group therapy was effective on all three components of cognitive flexibility, the cognitive behavioral therapy group had a greater effect on the cognitive flexibility of women with breast cancer than the positive therapy group.

Conclusion: The findings of this study showed that the use of cognitive behavioral therapy and positive behavioral therapy can improve the cognitive flexibility of women with breast cancer. So, the use of these methods is recommended by counselors and psychologists in clinics and hospitals.

Keywords: Positive behavioral therapy, Cognitive behavioral therapy, Cognitive flexibility, Breast cancer

***Corresponding Author**

Email: Tabatabae88@yahoo.com

Tel: 0098 915 561 4769

Fax: 0098 563 235 7033

Conflict of Interests: No

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, January, 2023; Vol. 27, No 6, Pages 691-702

Please cite this article as: Danai-Kosha M, Tabatabai SS, Shahabizadeh F, Ahi Q. Comparison the effectiveness of group positive behavioral therapy and group cognitive-behavioral therapy on cognitive flexibility among women with breast cancer. *Feyz* 2023; 27(6): 691-702.

مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی مثبت‌نگر گروهی با درمان شناختی - رفتاری گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان

منا دانایی کوشا^۱، سمانه‌سادات طباطبائی^۲، فاطمه شهابی‌زاده^۳، قاسم آهی^۴

خلاصه:

سابقه و هدف: سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان است و براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، این آمار در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی مثبت‌نگر گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بخش کلینیک پستان بیمارستان میلاد در سال ۱۴۰۰ بود که از بین مراجعان ۴۵ نفر بهروش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت درمان شناختی - رفتاری و رفتار درمانی مثبت‌نگر قرار گرفتند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی Dennis and Vanderwall استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج، حاکی از تفاوت معنادار بین تأثیر دو درمان بر نمرات متغیر انعطاف‌پذیری شناختی بود ($P < 0.05$)؛ هرچند درمان مثبت‌نگر گروهی بر هر سه مؤلفه انعطاف‌پذیری شناختی مؤثر بود، اما گروه درمانی شناختی - رفتاری در مقایسه با گروه درمانی مثبت‌نگر تأثیر بیشتری بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که با استفاده از درمان شناختی - رفتاری و رفتار درمانی مثبت‌نگر می‌توان انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید؛ بنابراین به کارگیری این روش‌ها توسط مشاوران و روانشناسان در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: رفتار درمانی مثبت‌نگر، درمان شناختی - رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی، سرطان پستان

دومان‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و ششم، شماره ۶، بهمن-اسفند ۱۴۰۱، صفحات ۷۰۲-۶۹۱

بیمارانی که تحت درمان با شیمی‌درمانی قرار گرفته‌اند، ساختار و عملکرد مغزشان نسبت به بیمارانی که تحت شیمی‌درمانی قرار نگرفته‌اند، تغییر یافته است. آن‌ها الگوی آسیب مغزی را نشان می‌دهند که زینه‌ساز نقص‌های شناختی است [۶، ۵]. یک مطالعه طولی توسط Wefel و همکاران انجام شد که نشان داد اکثریت زنان، بهبود قابل توجهی در عملکرد شناختی در طول زمان نشان نمی‌دهند و تقریباً ۳۰ درصد از آن‌ها شروع جدیدی از مشکلات شناختی را که قبل از وجود نداشته است، بروز می‌دهند. شایع‌ترین نقص‌شناختی که در بین بازماندگان بعد از شیمی‌درمانی ذکر شده است، شامل کارکردهای اجرایی (Executive functions)؛ مانند حافظه‌ی کاری (working memory) و انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive flexibility) می‌باشد [۷]. انعطاف‌پذیری شناختی، به عنوان ویژگی عمده شناخت انسان توصیف شده است و به توانایی فرد برای درنظرگرفتن هم‌مان بازنمایی (Representation)‌های متفاوت از یک شیء یا یک اتفاق اشاره دارد [۸]. افزایش انعطاف‌پذیری شناختی باعث افزایش توانایی افراد می‌شود و ایجاد ارتباط با تجربه‌های در زمان حال را امکان‌پذیر می‌سازد تا فرد به شیوه‌ای عمل کند که منطبق با ارزش‌های منتخبش

مقدمه

امروزه پژوهشکان با معضلات پژوهشکی بسیاری مواجه هستند. یکی از مهم‌ترین آن‌ها در دنیای امروز، سرطان است [۱] و از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان، سرطان پستان (Breast Cancer) می‌باشد. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ تعداد ۲۲۶۱۴۱۹ مورد جدید سرطان سینه تهاجمی در بین زنان به وجود آمده است [۲]. طبق آخرین گزارش انجمن سرطان ایران نیز ۲۵ درصد از کل سرطان‌ها در زنان ایرانی سرطان پستان است [۳]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که تقریباً ۷۵ تا ۱۷ درصد از بیماران مبتلا به سرطان پستان (BC)، نتایج شناختی طولانی مدتی را تجربه می‌کنند که به طور قابل توجهی کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد [۴].

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد بیرونی، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرونی، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرونی، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرونی، ایران
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرونی، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرونی، ایران

* لشکر نویسلده مسئول:

خراسان جنوی، بیرونی، خیابان مدرس ۲۰، پلاک ۱۸
تلفن: ۰۹۱۵۵۶۱۴۷۶۹
دورنیش: ۰۵۶۳۲۳۵۷۰۳۳

پست الکترونیک: Tabatabae88@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۱۵
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۶/۱۶

رهنمود مناسب‌تری برای استفاده کنندگان از نتایج پژوهش باشد. پژوهش حاضر به این مسأله می‌پردازد که آیا بین تأثیر دو رویکرد رفتار درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری، بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20220212054000N1 مجوز IR.IAU.DAMGHAN.REC.1400.004 نوع آزمایشی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چندگروهی) بود که بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان در سه گروه با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه، زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. حجم نمونه براساس جدول کوهن از کتاب استیونس می‌باشد [۲۵]. جهت بررسی و مقایسه گروه‌ها توان آزمون، حداقل ۸۰ درصد و اندازه متوسط برابر نیم در نظر گرفته شد و با احتمال خطای ۰/۰۵ برای هر گروه ۱۴ نفر بود. همچنین با توجه به حجم نمونه‌های مورد استفاده در پژوهش‌های مشابه (با درنظر گرفتن میانگین حجم نمونه‌های سه پژوهش مشابه) و طبق پیشنهاد دلاور [۲۶]، ۱۵ نفر برای هر گروه به صورت دردسترس انتخاب شدند. از جامعه آماری یادشده، بهمنظر انتخاب شرکت کنندگان، افرادی که دارای ملاک‌های ورود بودند، از جمله: گذشتن حداقل یک ماه از دوره شیمی‌درمانی، دامنه سنی ۲۵-۵۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، متأهل بودن، اعلام موافقت کامل برای حضور در پژوهش، به آن راه یافتند و افراد دارای ملاک‌های خروج، از جمله: داشتن حداقل دو جلسه غیبت یا عدم تمايل به ادامه همکاري، از پژوهش خارج شدند. در خردآدماه ۱۴۰۰ جلسه مشترکی برای همه شرکت کنندگان برگزار شد و پس از پاسخ به سوالات و توجیه فرآیند جلسات، افراد به پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (مرحله پیش‌آزمون) پاسخ دادند. سپس به هر نفر در پیکچ چشمی، شماره‌ای اختصاص داده شده بود و هر شماره به صورت پذیرایی، شماره‌ای اختصاص داده شده بود و هر شماره به صورت تصادفی در یک گروه تخصیص یافت و پس از مشخص شدن سه گروه به صورت تصادفی، گروه‌ها نامگذاری شدند که به گروه اول (درمان شناختی - رفتاری) و به گروه دوم (رفتار درمانی مثبت‌گرا) ارائه شد. گروه کنترل هم مداخله‌ای دریافت نکردند. جلسات

باشد [۹]. تاکنون مداخلات متعددی برای مدیریت و کنترل عوارض رفتاری و روانی ناشی از سرطان پستان معرفی شده است [۱۰]. نظریه‌های شناختی همچون نظریه Arun Beck بر نقش باورهای منفی و انکار می‌پردازند و بیان می‌کنند که افراد به خاطر منفی‌بودن افکارشان درباره خود، دنیا و آینده دچار مشکلات شناختی می‌شوند. بنابراین هدف درمان در این رویکرد، اصلاح سوگیری‌های شناختی و الگوی فکری غیرانطباقی می‌باشد و بسیاری از یافته‌ها در دو دهه اخیر، بیانگر آن است که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به افراد یاد دهد که چگونه به تغییر سبک‌های زندگی پردازند [۱۱]. نکته مهم این است که آموزش شناختی، پتانسیل قابل توجهی برای جلوگیری از زوال شناختی را نشان می‌دهد [۱۳، ۱۲]. برنامه‌های آموزشی شناختی، شامل تمرین مهارت‌های مکرر، سطح دشواری سلسله‌مراتبی یا تطبیقی و یک محیط جذاب و پاداش‌دهنده است [۱۴]. بنابراین درمان‌های جدید، موجب افزایش علائم شناختی فرد می‌شوند [۱۵]. به طور مثال، Nagata و همکاران در سال ۲۰۱۸ با بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به سرطان، افزایش توانایی آنان برای روبرو شدن با مشکلات مربوط به درد، تحمل شیوه‌های تشخیصی و درمان پزشکی است: از این‌رو جنبه‌های روان‌شناختی مثبت که در درمان مثبت‌نگر وجود دارد، به دنبال ایجاد تصویری از زندگی خوب است تا بیان کند چه چیزی زندگی را برای زیستن بالرزش می‌نماید [۱۶]. مثبت‌اندیشی بر کنترل و تغییر افکار منفی اثر می‌گذارد. در واقع هدف تغییر مثبت، تکیه بر بخش‌های خوب رویدادها است تا حتی از بدترین شرایط بهترین نتیجه کسب گردد [۱۷]. پژوهش‌ها در رابطه با درمان‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا نشان داده است که این درمان بر طیف وسیعی از متغیرهای روان‌شناسی همچون افسردگی [۱۹]، شادکامی [۲۰]، عاطفه مثبت [۲۱، ۲۲] و انعطاف‌پذیری شناختی [۲۳]، اثربخش می‌باشد. از آنجایی که شواهد گوناگون نشان می‌دهد، هر دو درمان شناختی - رفتاری و مثبت‌نگر بر تغییر نگرش فرد نسبت به مسائل و مشکلات اثربخش هستند و هر دو می‌توانند بر بهبود شرایط علائم شناختی فرد اثر بگذارند. با این وجود از آنجایی که رویکرد درمانی شناختی - رفتاری به دنبال کاهش علائم اختلالات روانی است، اما رویکرد رفتار درمانی مثبت‌نگر در پی اصلاح بهبود و بهینه‌سازی روش‌های درمانی است [۲۴]. مقایسه اثربخشی این دو درمان بر انعطاف‌پذیری شناختی حائز اهمیت می‌باشد، چراکه می‌تواند

انعطاف‌پذیری شناختی، شامل میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل‌کنترل (عامل ادراک کنترل‌پذیری)، توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها (ادرک توجیه رفتار) و توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت (ادرک گزینه‌های مختلف) را می‌سنجد. شیوه نمره‌گذاری آن براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می‌باشد. جمع نمرات تمام سوالات، نمره کل آزمون انعطاف‌پذیری شناختی را ارائه می‌دهد و بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند در این پرسشنامه اخذ نماید، ۱۴۰ و پایین‌ترین نمره ۲۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین است. روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۳۹-۰ و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۷۵-۰ بود. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۵۵ گزارش شده است. همچنین پرسشنامه از روایی عاملی همگرا و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است. همچنین در ایران شاره و همکاران (۱۳۹۲) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضریب‌های آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند [۲۷]. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پژوهش ۰/۷۷ به دست آمد.

۲- پروتکل‌ها: در این پژوهش برای رفتاردرمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری از پروتکل‌های ۹۰ دقیقه‌ای استفاده شد که به اختصار در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

آموزشی با توجه به شرایط کرونا در یکی از مراکز مثبت زندگی تحت پوشش سازمان بهزیستی با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی اعم از: فاصله‌گذاری اجتماعی، ضدغوفونی شدن محیط، استفاده از ماسک و دستکش و الکل برگزار شد و در تابستان ۱۴۰۰ در روزهای جمعه در دو تایم ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر به مدت ۸ هفته عملیاتی گردید. در جهت رعایت اصول اخلاقی، به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده از آن‌ها محفوظ خواهد ماند و کسانی که مایل هستند از نمرات خود مطلع شوند، صرفاً نمرات خودشان در اختیارشان قرار خواهد گرفت. به گروه گواه اطمینان داده شد که پس از پایان کار پژوهش، در صورت تمایل، به آن‌ها نیز درمان شناختی - رفتاری و رفتاردرمانی مثبت‌نگر ارائه خواهد شد. همچنین هر فرد، در هر زمان از انجام پژوهش که مایل بود، می‌توانست به طور آزادانه از برنامه خارج شود. همچنین بعد از اتمام دوره آموزشی، جلسه مشترکی برای هر سه گروه برگزار شد و افراد مجدداً به پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (مرحله پس‌آزمون) جواب دادند. سپس داده‌ها جمع‌آوری گردید و اطلاعات توسط نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش:

۱- پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: این پرسشنامه توسط Dennis and Vanderwall در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است که یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است و سه جنبه از

جدول شماره ۱- خلاصه پکیج‌های آموزشی رفتاردرمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری

جلسه	توصیف
	فقدان منابع مثبت، افسردگی را تداوم می‌بخشد:
۱	درباره چارچوب رفتاردرمانی مثبت‌نگر و نقش درمانگر و مسؤولیت‌های مراجع بحث می‌شود.
	درباره نقش فقدان هیجانات مثبت و توانمندی‌ها و معنا در تداوم افسردگی و تهی‌بودن زندگی بحث می‌شود.
۲	تعیین توانمندی‌های مراجع براساس معرفی مثبت و یافتن توانمندی‌هایی که در گذشته از آن‌ها برای تجربه حس تمهید استفاده کرده است. در زمینه سه مسیر شادکامی (لذت، تعهد و معنا) بحث می‌شود.
	پرورش توانمندی‌های خاص و هیجانات مثبت:
۳	مراجعان برای پرورش توانمندی‌های خاص، جهت شکل‌دادن به رفتارهای عینی و قابل‌دستیابی آماده می‌شوند. در زمینه نظریه‌ی بنا نهادن و گسترش هیجانات مثبت بحث می‌شود و یک طرح خاص برای بهاجرا درآوردن توانمندی‌ها طراحی می‌گردد.
	خطاطرات خوب در برابر خطاطرات بد:
	در زمینه نقش خطاطرات خوب و بد در حفظ افسردگی و نیز درمورد باری کردن مراجعان در ابراز خشم، تلخی و دیگر هیجانات منفی و اثرات ماندن در حالت خشم و تلخی بر افسردگی و بهزیستی بحث می‌شود.
	بخشنام:

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی مثبت نگر گروهی با، ...

تمرکز بر سازه پخشش (بخشنده عنوان و سیله‌ای قدرتمند که می‌تواند خشم و تلغی را به احساسات خشنی و حتی برای پرخی افراد به هیجانات مثبت تبدیل کند، معرفی می‌شود).

قدرتانی:

قدرتانی به عنوان تشكیر بادوام مورد بحث قرار می‌گیرد و خاطرات خوب و بد مجدداً تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند.

۴

اثرات روان‌شناسنخی، فیزیکی و میان‌فرمی شکرگزاری معرفی می‌شود.

بررسی میان‌دوره درمان:

نکالیف و فعالیت‌های جلسات قبل (معرفی مثبت، بخشش و شکرگزاری) پیگویی می‌شوند. درباره اهمیت هیجانات مثبت بحث می‌شود. اهداف مرتبط با توانمندی‌ها در عمل مرور می‌شوند. درباره فرآیند پیشرفت به طور جزئی بحث می‌شود. بازخورد مراجع نسبت به منافع درمانی فراخوانده و درمورد آن بحث می‌شود.

۵

قناعت در برابر کمال‌خواهی:

رضایت در برابر کمال‌خواهی به مراجع آموزش داده می‌شود.

قناعت و رضایت به سبب تعهد در برابر پیشنهاده سازی تشویق می‌شود.

زمان‌هایی که مراجع بدنبال رضایت و زمان‌هایی که به دنبال کمال بود، شناسایی و هر دو روش بررسی می‌شود.

خوشبینی و امید:

درباره موضوعات امید و خوشبینی بحث می‌شود.

مراجع به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست خورده است، هدایت می‌شود. تمرين در باز و بسته به مراجع آموزش داده و از او خواسته می‌شود آن را تکمیل کند.

۶

عشق و دلبستگی: درباره پاسخ‌دهی فعال - سازنده بحث می‌شود.

به مراجع کمک می‌شود تا دریابد که چگونه تعهد و معنا در زندگی را از طریق روابط و پیوند با دیگران تجربه کند.

شجره‌نامه توانمندی‌ها:

در زمینه اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده بحث می‌شود.

حس دانقه:

حس دانقه به عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن در گذشته معرفی می‌شود.

۷

در زمینه فعالیت‌های زمان حال برای افزایش هیجانات مثبت بحث می‌شود.

اختصاص زمان برای دیگران: در زمینه یافتن معنا از طریق به کار بردن توانمندی‌های عالی و چگونگی کمک به دیگران بحث می‌شود.

زندگی کامل:

در زمینه مفهوم زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد، بحث می‌شود.

۸

پیشرفت، مرور می‌گردد و در زمینه منافع و ماندگاری توانمندی‌ها بحث می‌شود.

معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، آشناشدن اعضای گروه با قوانین و مقررات آن، پاسخ به سوالات ایهامات احتمالی اعضای گروه، تشریح هدف و

۹

ضرورت جلسات از سوی درمانگر

آموزش بیماران در زمینه ماهیت بیماری، آشناشدن نظری موجود در زمینه جنبه‌های روان‌شناسنخی درد - پرتو درمانی و ارتباط آن با خلق افسرده و افسردگی، آموزش فعال‌سازی رفتاری، دادن تکلیف هفتگی (داشت بر نامه روزانه)

۱۰

بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ایهامات احتمالی، آشناشدن اعضا با مدل مفهومی درمان شناسنخی - رفتاری کلاسیک، دادن تکلیف هفتگی

۱۱

بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ایهامات احتمالی، بررسی نقش هیجانات در تجربه درد، تأثیر افکار و هیجانات منفی بر تشدید افسردگی و کاهش فعالیت‌ها، شناخت افکار منفی، ارائه تکلیف هفتگی (بیان افکار و به جاش کشیدن آنها)

۱۲

بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ایهامات احتمالی، آشناشدن اعضا با فنون مدیریت هیجانات منفی، یادگیری و مدیریت مقابله با افکار و هیجانات منفی، مهارت حل مسئله، ارائه تمرين هفتگی (مقابله با افکار منفی)

۱۳

بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ایهامات احتمالی، شناسایی خطاهای تفکر، نقش شناخت‌ها در تجربه احساس منفی، ارائه تمرين هفتگی

۱۴

بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ایهامات احتمالی، آموزش خطاهای شناسنخی، آموزش روش کشف خطاهای شناسنخی، آموزش فنون بازسازی شناسنخی، ارائه تمرين هفتگی

۱۵

بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سوالات و ایهامات احتمالی، مقابله با استرس، آموزش آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی خوشایند، سیک زندگی بررسی دستاوردهای دوره از دید شرکت‌کنندگان و اهمیت پیشگیری از عود

۱۶

مورد بررسی قرار گرفت. نتایج اطلاعات جمعیت‌شناسنخی نمونه

نتایج

در بخش حاضر، داده‌های گردآوری شده از گروه‌های موردنظر به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل برای سن، تحصیلات آزمایش و کنترل با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی

و وضعیت اقتصادی آزمودنی‌ها براساس جدول شماره ۲ ارائه شده است که نشان می‌دهد هر سه گروه همگن می‌باشند.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی بر حسب سن / تحصیلات / وضعیت اقتصادی

متغیر	سن	تحصیلات	وضعیت اقتصادی
	سال	فوق دپلم و لیسانس	متوجه
	سال	فوق لیسانس و بالاتر	
	سال	ضعیف	
	متوجه		
	عالی		
	جمع کل		
آزمایش اول	آزمایش دوم	(درمان شناختی - رفتاری) (رفتار درمانی مثبت نگر)	کنترل
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
(۲۰) ۳	(۱۳/۳) ۲	(۲۶/۷) ۴	(۲۰) ۳
(۵۳/۳) ۸	(۶۰) ۹	(۵۳/۳) ۸	(۵۳/۳) ۸
(۱۳/۳) ۲	(۱۳/۳) ۲	(۱۳/۳) ۲	(۱۳/۳) ۲
(۱۳/۳) ۲	(۱۳/۳) ۲	(۶/۷) ۱	(۱۳/۳) ۲
(۱۳/۳) ۲	(۶/۷) ۱	(۱۳/۳) ۲	(۶/۷) ۱
(۶۶/۷) ۱۰	(۸۰) ۱۲	(۷۳/۳) ۱۱	(۶۶/۷) ۱۰
(۲۰) ۳	(۱۳/۳) ۲	(۱۳/۳) ۲	(۲۰) ۳
(۶/۷) ۱	(۱۳/۳) ۲	(۶/۷) ۱	(۶/۷) ۱
(۸۰) ۱۲	(۷۳/۳) ۱۱	(۷۳/۳) ۱۱	(۸۰) ۱۲
(۱۳/۳) ۲	(۱۳/۳) ۲	(۲۰) ۳	(۱۳/۳) ۲
(۱۰۰) ۱۵	(۱۰۰) ۱۵	(۱۰۰) ۱۵	(۱۰۰) ۱۵

شناختی در گروه‌های آزمایش برخلاف گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش پیدا کرده است.

میانگین و انحراف معیار متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره ۳ ارائه شده است. نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین متغیر انعطاف‌پذیری

جدول شماره ۳- شاخص‌های ترصیفی انعطاف‌پذیری شناختی

شاخص	پیش از مداخله	پس از مداخله	گروه
کنترل	آزمایش دوم (درمان مثبت نگر)	آزمایش اول (درمان شناختی - رفتاری)	
$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
۶۶ / ۸۷ ± ۴ / ۵۳	۶۷ / ۴۰ ± ۴ / ۱۲	۳ / ۶۴ ± ۲۸ / ۸	
۶۶ / ۲۷ ± ۴ / ۲۵	۸۴ / ۶۷ ± ۷ / ۳۴	۵ / ۹۵ ± ۵۶ / ۴۰	

بنابراین فرضیه همگنی شبیه خط رگرسیون برقرار است. بنابراین با توجه به برقراری پیش‌فرضها، برای بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان مثبت نگر بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه گردید. همان‌طور که در جدول زیر مشاهده می‌شود، سطح معنی‌داری متغیر گروه برای انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد که از $0.05 < P < 0.10$ کمتر است و نشان می‌دهد که این متغیر تأثیر معنی‌داری بر میانگین نمره انعطاف‌پذیری شناختی دارد؛ یعنی میانگین نمره انعطاف‌پذیری شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پس از حذف اثرات پیشین، تفاوت معنی‌داری با هم دارد. درمجموع با توجه به این که مقدار مجدول انتای به دست آمده در جدول شماره ۴ در

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس تک‌متغیره، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپرو - ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($P < 0.05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که ($P = 0.032$) معنادار نبود. پس نتیجه گرفته می‌شود که پیش‌فرض همسانی واریانس‌های نمرات در این متغیر برقرار نیست. بهمنظور بررسی پیش‌فرض همگنی شبیه خط رگرسیون از مقدار F تعاملی بین پیش‌آزمون و مستقل در دو گروه استفاده شد؛ از آنجایی که سطح معناداری به دست آمده برابر 0.0526 و از 0.05 بیشتر بود،

استفاده شد و نتایج آن نشان داد که میانگین نمرات انعطاف‌پذیری شناختی در دو گروه آزمایش اول (درمان شناختی - رفتاری) به طور معنی‌داری بیشتر از آزمایش دوم (درمان مثبت‌نگر) است. همچنین میانگین نمرات انعطاف‌پذیری شناختی در پس‌آزمون در دو گروه آزمایش اول (درمان شناختی - رفتاری) و آزمایش دوم (درمان مثبت‌نگر) به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است.

گروه‌های آزمایش در کلیه متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۱۴ است، براساس قاعده کلی مجذور اتا می‌توان گفت که نتایج این پژوهش، بیانگر اثربخشی رفتار درمانی مثبت‌گرای گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان است. بهمنظور تعیین اثر گروه و یا فن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی

جدول شماره ۴- تحلیل کوواریانس و خطی بودن اثر گروه‌های آموزشی

اثر	مجذور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
مدل تصویح شده	۶۹۰۶/۲۰	۳	۲۳۰۲/۰۶	۹۰/۰۴	۰	۰/۸۶۸
اثر ثابت	۱۵۱/۴۵	۱	۱۵۱/۴۵	۵/۹۲	۰/۰۱۹	۰/۱۲۶
پیش‌آزمون	۳۹۳/۶۲	۱	۳۹۳/۶۲	۱۵/۴۰	۰	۰/۲۷۳
گروه	۶۸۸۵/۱۲	۲	۳۴۴۲/۵۶	۱۳۴/۶۵	۰	۰/۸۶۸
خطا	۱۰۴۸/۲۵	۴۱	۲۵/۰۷			
کل	۳۱۱۳۵۵	۴۵				
مدل تصویح شده کلی	۷۹۵۴/۴۴	۴۴				

و کشیدگی برای متغیر ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی در هر سه گروه مورد مطالعه در محدوده ۲-۲+ قرار دارد که تقارن نسبی داده‌ها را نشان می‌دهد و می‌توان آن‌ها را نرمال در نظر گرفت.

به منظور بررسی بیشتر نتایج، به تحلیل اثربخشی درمان در ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی پرداخته شد. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی به تفکیک سه گروه مورد نظر در جدول شماره ۵ آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، چولگی

جدول شماره ۵- شاخص‌های توصیفی ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی

کشیدگی	چولگی	$\bar{X} \pm SD$	
-۱/۰۷	۰/۱۴	۲/۶۷ ± ۲۰/۸۷	پیش‌آزمون آزمایش
-۱/۳۹	۰/۰۴	۳ ± ۴۶/۸۰	پس‌آزمون اول
۰/۰۶	-۰/۱۴	۴/۳۳ ± ۲۲/۷۳	پیش‌آزمون آزمایش
۰/۲۸	۰/۰۹	۳/۵۰ ± ۴۳/۵۳	پس‌آزمون دوم مختلف
-۰/۳۶	۰/۰۱	۴/۵۳ ± ۲۲/۳۳	پیش‌آزمون کنترل
-۰/۳۵	۰/۱۲	۴/۳۹ ± ۲۲	پس‌آزمون
۱/۶۷	۰/۰۵۳	۱/۸۴ ± ۳۹/۶۰	پیش‌آزمون آزمایش
-۱/۴۵	-۰/۰۶	۲/۳۸ ± ۷۹/۹۳	پس‌آزمون اول
-۰/۲۶	-۰/۰۱۴	۱/۴۰ ± ۶۸/۴۷	پیش‌آزمون آزمایش
۰/۳۶	۰/۰۴۳	۳/۳۴ ± ۴۳/۲۰	پس‌آزمون دوم عامل ادراک پذیری
۱/۱۸	-۰/۰۵۵	۱/۴۰ ± ۷۹/۲۷	پیش‌آزمون کنترل
۲/۱۲	-۰/۰۹۱	۱/۴۰ ± ۶۷/۲۷	پس‌آزمون
-۰/۲۲	-۰/۰۷	۰/۲ ± ۸۳/۴۰	پیش‌آزمون آزمایش
-۱/۱۰	-۰/۰۰۸	۱/۹ ± ۰۵/۶۷	پس‌آزمون اول
-۰/۹۲	۰/۰۲۸	۱/۴ ± ۳/۲۷	پیش‌آزمون آزمایش
۰/۳۳	-۰/۰۴۰	۱/۸ ± ۴۲/۲۰	پس‌آزمون دوم رفتار
-۰/۹۲	۰/۰۲۸	۱/۴ ± ۰۳/۲۷	پیش‌آزمون کنترل
-۰/۴۸	۰/۰۳۵	۰/۴ ± ۹۱/۱۳	پس‌آزمون

دارای تفاوت معنی داری است. آزمون لوین نیز جهت سنجش برابری واریانس های خطا صورت پذیرفت که سطح معنی داری برای ادراک گزینه های مختلف، عوامل ادراک کنترل پذیری و ادراک توجیه رفتار به ترتیب 0.071 , 0.064 و 0.052 بود که از 0.05 بیشتر است و مؤید همگنی واریانس های خطا می باشد. بنابراین با توجه به برقراری پیش فرض ها، برای بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و رفتار درمانی مثبت نگر بر ابعاد انعطاف پذیری شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه گردید. در این جدول، سطح معنی داری متغیر گروه برای ادراک گزینه های مختلف، عوامل ادراک کنترل پذیری و ادراک توجیه رفتار، گزارش شده است که از 0.05 کمتر می باشد و نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات این متغیرها در سه گروه مورد نظر وجود دارد.

به منظور اطمینان از نرمال بودن داده های تحقیق با پیش فرض های آزمون های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو - ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزع نمونه ای داده ها در ابعاد متغیر انعطاف پذیری شناختی در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برقرار است ($P > 0.05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس ها نیز توسط آزمون ام. بکس مورد سنجش قرار گرفت که ($P = 0.059$) اگر از 0.05 بیشتر باشد، این پیش فرض مورد تأیید قرار می گیرد. بررسی معنی داری اثر تعاملی متغیر های مستقل نتایج نشان داد که برای متغیر گروه در هر چهار آزمون انجام شده، سطح معنی داری کمتر از 0.05 است که می بین تأثیر معنی دار متغیر گروه می باشد. در واقع می توان گفت که میانگین نمرات ابعاد انعطاف پذیری شناختی در پس آزمون (و بعد از حذف اثرات پیشین) برای حداقل یکی از ابعاد انعطاف پذیری شناختی در سه گروه کنترل و آزمایش اول و دوم

جدول شماره ۵- آزمون های اثرات بین آزمودنی ها

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	میانگین مربعات	F آماره	سطح معنی داری	شاخص مجدول اتا
مدل تصحیح شده	ادراک گزینه های مختلف	۵۷۷۱/۱۸	۵	۱۱۵۴/۲۴	۱۸۴/۵۴	۰	۰/۹۵۹
	عامل ادراک کنترل پذیری	۳۱۷/۵۶	۵	۶۳/۵۱	۸/۲۷	۰	۰/۰۱۵
	عامل ادراک توجیه رفتار	۲۶۵/۴۹	۵	۵۲/۱۰	۵۶/۷۲	۰	۰/۰۷۹
عرض از مبدأ	ادراک گزینه های مختلف	۲۲/۷۳	۱	۲۲/۷۳	۳/۶۳	۰/۰۶۴	۰/۰۸۵
	عامل ادراک کنترل پذیری	۲۶/۳۷	۱	۲۶/۳۷	۳/۴۳	۰/۰۷۲	۰/۰۸۱
	عامل ادراک توجیه رفتار	۰/۰۰۸	۱	۰/۰۰۸	۰/۹۲۸	۰	۰
گروه	ادراک گزینه های مختلف	۵۵۸۹/۵۲	۲	۲۷۹۴/۷۶	۴۴۶/۸۳۲	۰	۰
	عامل ادراک کنترل پذیری	۳۱۳/۹۳	۲	۱۵۶/۹۶۷	۲۰/۴۳۰	۰	۰
	عامل ادراک توجیه رفتار	۲۴۰/۲۴	۲	۱۲۰/۱۲۲	۱۲۸/۳۰۸	۰	۰
خطا	ادراک گزینه های مختلف	۲۴۳/۹۳	۳۹	۶/۲۵۵	۷/۶۸۳	۰/۹۳۶	۰/۹۳۶
	عامل ادراک کنترل پذیری	۲۹۹/۶۴	۳۹	۳۶/۵۱	۴۵	۴۵	۴۵
	عامل ادراک توجیه رفتار	۶۹۱۰۹	۴۵	۶۴۹۱۵	۴۵	۴۵	۴۵
کل	عامل ادراک توجیه رفتار	۷۷۲۲					

از نظر آماری در سطح خطای 0.05 اختلاف معنی داری با یکدیگر دارند.

به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است. مواردی که با علامت * مشخص شده اند،

جدول شماره ۶- آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین اثرات بین گروهی برای متغیر ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی

اختلاف میانگین‌ها				
	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری		
.	۰/۹۶۶	۴/۷۴*	آزمایش دوم	آزمایش اول
.	۰/۹۴۶	۲۵/۹۶*	کنترل	ادراک گزینه‌های مختلف
.	۰/۹۶۶	-۴/۷۴*	آزمایش اول	
.	۰/۹۱۶	۲۱/۲۳*	کنترل	
.	۰/۹۴۶	-۲۵/۹۶*	آزمایش اول	
.	۰/۹۱۶	-۲۱/۲۳*	آزمایش دوم	
.	۱/۰۷	۵/۱۰*	آزمایش دوم	
۰/۹۶۳	۱/۰۵	-۱/۰۵	کنترل	
.	۱/۰۷	-۵/۱۰*	آزمایش اول	
.	۱/۰۲	-۶/۱۵*	کنترل	
۰/۹۶۳	۱/۰۵	۱/۰۵	آزمایش اول	عامل ادراک کنترل‌پذیری
.	۱/۰۲	۶/۱۵*	آزمایش دوم	
۰/۰۰۱	۰/۳۷۴	۱/۵۶*	آزمایش دوم	
.	۰/۳۶۶	۵/۵۸*	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۳۷۴	-۱/۵۶*	آزمایش اول	
.	۰/۳۵۴	۴/۰۳*	کنترل	
.	۰/۳۶۶	-۵/۵۸*	آزمایش اول	
.	۰/۳۵۴	-۴/۰۳*	آزمایش دوم	
عامل ادراک توجیه رفتار				

نقش مؤثری در افزایش قدرت حل مسئله و بازسازی شناختی و رفتاری دارد که این امر به انعطاف‌پذیری شناختی بیماران منجر می‌شود؛ زیرا دانش فرد و توانایی سازگاری او با شرایط موجود افزایش می‌یابد و درنهایت پس از سپری کردن دوره بیماری به زندگی عادی بر می‌گردد. در این مداخله، تحریف‌های شناختی شناسایی شدند و افراد یاد گرفتند که چگونه افکار و احساسات خود را ثبت کنند. این امر موجب گردید که باورهای اساسی و رابطه آن‌ها با مشکلات فعلی مشخص شود. سپس به صورت تدریجی باورهای کارآمد جایگزین باورهای ناکارآمد شدند؛ بنابراین CBT توانست بر ادراک گزینه‌ها و راه‌حل‌های مختلف و میزان کنترل‌پذیری شرایط تأثیر بگذارد. از سوی دیگر روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی از طریق افزایش اعتمادبه‌نفس، ایجاد عواطف مثبت، پذیرای تجربه جدید بودن، شناخت و ارتقاء توانمندی‌ها، احساس خوب و داشتن اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در زندگی به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد کمک می‌کند. لبیومیرسکی و الیوس معتقدند که مداخله‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر از طریق ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمنختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط، باعث احساس بهزیستی روان‌شناختی می‌شوند. به نظر رسد که روان‌درمانی مثبت‌نگر با روش مقابله‌ای فعال و سازگارانه انعطاف‌پذیری شناختی یا به عبارتی با خودمدیریتی همراه است که باعث می‌شود فرد به جای اجتناب از موقعیت‌ها به آن‌ها گرایش پیدا

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی مثبت‌نگر گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران بررسی شد. نتایج به دست آمده نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی در دو گروه آزمایش شناختی - رفتاری تغییر می‌کند، اما در گروه کنترل تغییر محسوسی اتفاق نمی‌افتد؛ همچنین گروه شناختی - رفتاری میزان تغییراتش بیش از گروه مثبت‌نگر بوده است. نتایج پژوهش با پژوهش‌های دنبی، رادسپهر در سال ۱۳۹۶ و از سوی دیگر فنایی، Flink, Smeets, ۱۳۹۴، Moore در سال ۲۰۱۵ و همچنین Peters Bergbom, Peters Malinowski در سال ۲۰۰۹ همسو بود. از آنجایی که CBT این اصل تکیه دارد که فرآیندهای فکری تأثیر عمده‌ای بر افزایش سطح شناختی افراد دارد و این که چه اتفاقی افتاده است مهم نیست، بلکه نحوه تفسیر رویداد مهم می‌باشد [۲۸]: می‌تواند بر باورها و افکار فرد اثر بگذارد و این امر موجب می‌شود که بیماران توانند با شرایط و موقعیت پیش‌آمده سازگار شوند، درنتیجه زمینه یأس و نامیدی و حتی رها کردن درمان فراهم شود [۲۹]. همچنین اصلاح تفسیرهای نادرست، تقویت توانایی حل مسئله، تقویت مهارت‌های سازنده مقابله‌ای و بالآخره ارتقاء سطح روان‌شناختی از اهداف مهم مداخله CBT است [۳۰]. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که CBT

ضروری می‌سازد. پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله استفاده از حجم نمونه محدود برای هر گروه به‌سبب شرایط پاندمیک کرونا و نیاز به ایجاد فاصله‌گذاری مناسب که موجب محدودیت در تعیین نتایج گردید؛ از سوی دیگر فاصله کوتاه بین دو مرحله پیش‌آزمون – پس‌آزمون و عدم استفاده از نمونه‌هایی از شهرهای دیگر، به‌خاطر شرایط پاندمیک کرونا امکان اجرای دوره پیگیری وجود نداشت. بنابراین در راستای محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، موضوع با تعداد نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد و پس از اتمام کرونا، پژوهش‌های مشابه با دوره پیگیری اجرا شوند تا تعیین نتایج با اطمینان بیشتر صورت پذیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، مقایسه اثربخشی این درمان‌ها را با سایر درمان‌های روان‌شناختی در افراد دارای بیماری‌های مشابه در نظر بگیرند.

نتیجه‌گیری

از آنجایی که افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، عامل بسیار مهمی در روند بهبود و روحیه بیماران مبتلا به سرطان محسوب می‌شود و اثربخشی رفتاردرمانی مثبت‌گرای گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان به اثبات رسید، پیشنهاد می‌گردد مراکز درمانی، نهادها و انجمن‌های حمایتی در کنار درمان‌های دارویی و کلینیکی از روانشناسان و روش‌های درمانی گروهی به‌منظور بهبود کیفیت درمان و کاهش بار اقتصادی بهره گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود درمان‌های خانواده‌های بیماران از آموزش‌های لازم در زمینه ارتباط با بیماران برخوردار باشند؛ زیرا برای بهبود سطح انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن بسیار حائز اهمیت است. از این‌رو برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای بیماران مبتلا به سرطان و خانواده و نزدیکانشان به‌منظور بهبود و ارتقاء انعطاف‌پذیری شناختی با دو رویکرد یادشده پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگانی که در اجرای این پژوهش مساعدت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

کند و پشتکار و تلاش بیشتری از خود نشان دهد. بنابراین انعطاف‌پذیری شناختی نه تنها یک سازه خدشهناپذیر دارای قدرت پیش‌بینی است [۳۱]، بلکه در جنبه‌های گوناگون عملکردهای رفتاری عامل مهم معناداری است و در انواع مختلف رفتارهای مربوط به شیوه زندگی با خودمدیریتی بیماری‌ها مرتبط می‌باشد [۳۲]. فردربیکسون معتقد است هیجان‌های مثبت که از تمرین‌ها و مفروضه‌های اصلی روانشناسی مثبت‌نگر هستند؛ به خشی‌نمودن اثر هیجان‌های منفی، ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقاء تاب‌آوری روان‌شناختی، افزایش سلامت جسمی و روان‌شناختی و همچنین ایجاد بستر لازم برای بالندگی انسان منجر می‌شوند. درنتیجه این افزایش تاب‌آوری و منابع شخصی میزان خوش‌بینی افراد یعنی انتظار مثبت آنان درمورد وقایع آینده افزایش می‌یابد و وجود عواطف مثبت با سطح بالای خلاقیت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارای رابطه معنادار می‌باشد. همچنین داشتن عواطف مثبت، نقش مهمی در رضایت از زندگی، سلامت هیجانی - اجتماعی، شناخت، سلامت جسمانی و عملکرد افراد ایفا می‌کند [۳۳]. یکی از ویژگی‌های عمدۀ درمان‌های گروهی، همبستگی بین افراد است؛ بدین‌شکل که آن‌ها در یک گروه، تلاش می‌کنند با ارائه بازخوردهای سازنده به همیگر کمک نمایند. همچنین با ارائه بازخوردهای مثبت که حاصل جلسات درمان و تجربیات سایر اعضاء گروه و بازخوردهای مثبت دریافتی شان است، برای این‌که بهبود را در هم‌گروهی خود تقویت کنند، هیجان‌های منفی خود را پنهان می‌کنند. بنابراین طبق این یافته که روان‌درمانی مثبت به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در تمام خردۀ مقیاس‌ها منجر شده است، می‌توان گفت که شاید به دلیل ماهیت گروهی‌بودن درمان باشد. افراد دارای هیجانات مثبت، به‌احتمال بیشتری خوش‌بین، امیدوار، دارای نگرش مثبت و علاقمند هستند؛ در حالی که افرادی با رضایت کم از خود، گذشته، آینده و زندگی شان، دیگران و نیز رویدادها، هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. بر این‌اساس می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت با تأثیری که بر روابط مثبت با دیگران دارد، موجب می‌شود که انعطاف‌نایپذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان تعديل یابد و به سمت ابعاد مثبت گرایش پیدا کند. هر مطالعه‌ای به‌طور اجتناب‌نایپذیر دچار محدودیت‌هایی می‌شود که تفسیر یافته‌ها را در آن بستر

References:

- [1] Ahmadzadeh L, Vaezi M, Sodagar S, Golmohammad Nazhad GR. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Adopted for Couples Compared with Integrative Couple Therapy

on Marital Conflicts of Couples with Breast Cancer. *IJBD* 2019; 12(3): 47-59. [in Persian]

[2] Sung Hyuna. "Global cancer statistics: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

- worldwide for 36 cancers in 185 countries." *CA: a cancer J Clinicians* 2021; 71(3): 209-49.
- [3] Taleghani F, Parsa Yekta Z, Nikbakht Nasrabidi A. "Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women". *J Advanced Nursing* 2006; (54): 268-73. [in Persian]
- [4] McDonald Brenna C. "Frontal gray matter reduction after breast cancer chemotherapy and association with executive symptoms: a replication and extension study. *BBI* 2013; (30): 117-25.
- [5] Nyhus, Erika, Francisco Barceló. "The Wisconsin Card Sorting Test and the cognitive assessment of prefrontal executive functions: a critical update." *Brain Cogn* 2009; 71(3): 437-51.
- [6] Lie Chuh-Hyoun. "Using fMRI to decompose the neural processes underlying the Wisconsin Card Sorting Test." *Neuroimage* 2006; 30(3): 1038-49.
- [7] Woods SP. "Preliminary evidence for impaired rapid verb generation in schizophrenia." *Brain Lang* 2007; 102(1): 46-51.
- [8] Jacques S, Zelazo PD. On the possible roots of cognitive flexibility. In B. D. Homer and C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), the development of social cognition and communication. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2005.
- [9] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change 2015.
- [10] Kesler S, Hosseini SH, Heckler C, Janelsins M, Palesh O, Mustian K, et al. "Cognitive training for improving executive function in chemotherapy-treated breast cancer survivors." *Clin Breast Cancer* 2013; 13(4): 299-306.
- [11] Moghaddam M, Makoundi B, Pure Nature C. The effect of cognitive-behavioral 2015. [in Persian]
- [12] Stilley, Carol S. "The impact of cognitive function on medication management: three studies. *HP* 2010; 29(1): 50-67.
- [13] Correa DD, Ahles TA. Ahles. "Neurocognitive changes in cancer survivors. *Cancer J* 2008; 14(6): 396-400.
- [14] Wefel JS, Schagen SB. "Acute and late onset cognitive dysfunction associated with chemotherapy in women with breast cancer." *J Cancer* 2010; 116(14): 3348-56.
- [15] Marrero RJ, Carballeira M, Martín S, Mejías M, Hernández JA. Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive behavioral therapy in university students. *Congress Ann Psychol* 2016; 32(3): 728-40.
- [16] Nagata S, Seki Y, Shibuya T, Yokoo M, Murata T, Hiramatsu Y, Kusunoki M. Does cognitive behavioral therapy alter mental defeat and cognitive flexibility in patients with panic disorder? *BMC* 2018; 11(1): 1-7.
- [17] Akbari M. The effect of group thinking positive teaching on spiritual intelligence and problem solving skills of seventh grade female students in District 2 of Tehran province. Master Thesis in

Counseling, Islamic Azad University, Arak Branch 2015. [in Persian]

- [18] Pourfaraj M, Reza Zadeh H. The effectiveness of positive behavioral therapy on happiness and life expectancy of cancer patients. *C.C.P* 2018; 9(33): 119-36. [in Persian]
- [19] Linley PA, Burns GW. Happiness, healing, enhancement your casebook collection for applying positive psychology in therapy. *Burns WG* 2010; 9(32): 3-14.
- [20] Rostami M, Younesi SJ, Molly G, Farhoud D, Bigladian A. Evaluation of the effectiveness of mental rehabilitation based on positive thinking skills training on increasing the happiness of deaf adolescents. *Audiology* 2015; 23 (3): 45-39. [in Persian]
- [21] Uliaszek A, Rashid T, Williams G. Group Therapy for University Students: A Randomized Control Trial of Dialectical Behavior Therapy and Positive Psychotherapy. *BRT* 2015; 23(6): 34-51.
- [22] Lü W, Wang Z, Liu Y. A pilot study on changes of cardiac vagal tone in individuals with low trait positive affect: The effect of positive psychotherapy. *Int J Psychophysiol* 2013; 6(88): 213-7.
- [23] Ghasemi A, Abedi A, Baghban I. The effectiveness of group training based on Snyder's theory on the happiness of the elderly. *KRA* 2009; 4(41): 17-40. [in Persian]
- [24] Chaves C, Gomez I, Hervas G, Vazquez C. A comparative study on the efficacy of a positive Psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *CTR* 2016; 41(3): 1-17.
- [25] Sarmad Z, Hejazi E, Bazargan A. Research Methods in Behavioral Sciences, *Agah Publications* 2012. [in Persian]
- [26] Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: *Roshd Publications* 2014. [in Persian]
- [27] Rahmani S, Haji Rasooliha Z, Roshandel Z, Ghaedi F, Mohammadpour S, Dennis JP, et al. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *CTR* 2010; 14(34): 241-53. [in Persian]
- [28] Cobb B, Sample PL, Alwell M, Johns NR. Cognitive—Behavioral Interventions, Dropout, and Youth With Disabilities: A Systematic Review. *RSE* 2006; 27(5): 259-75.
- [29] Hosseini Dowlatabadi F, Saadat S, Ghasemi Jobaneh R. Relationship between parenting styles, self-efficacy and attitude to delinquency among high school students. *J Criminal Law* 2013; 4(2): 67-88. [in Persian]
- [30] Solaz Portolés JJ, Sanjosé López V, Gómez López Á. Aprendizaje basado en problemas en la Educación Superior *J Clin Psychol* 2011; 8(22): 149- 137
- [31] Rose VK. Socio structural determinants of diabetes self-management: test of a self-efficacy

model. Sydney: University of New South Wales. 2007 Dec.

[32] Siebolds M, Gaedeke O, Schwedes U. Selfmonitoring of blood glucose: psychological aspects relevant to changes in HbA1c. in type 2 diabetic patients treated with diet or diet plus oral

antidiabetic medication. *Patient Educ Couns* 2006; 1(62): 104-10.

[33] Khanjani M. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Satisfaction with Life, Optimism and Positive Affections in Students, Quarterly *J Clin Psychol* 2017; 7(27): 159- 37. [in Persian]