

Comparison of the effectiveness of group positive behavior therapy with group cognitive behavioral therapy on the cognitive regulation of emotion in women with breast cancer

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

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

Received: 2022/12/16 | Accepted: 2023/02/22

Abstract:

Background: Breast cancer is the most common type of cancer among women and causes emotional and emotional problems, therefore, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of group positive behavior therapy and group cognitive behavioral therapy on the cognitive regulation of emotion in women with breast cancer.

Materials and Methods: The present study was semi-experimental and the statistical population of the research was all women with breast cancer referred to Milad Hospital in Tehran in 1400, 45 of whom met the entry criteria (age range 25-55 years, one month passed from the course chemotherapy) were selected by purposive sampling and were randomly divided into two experimental groups and one control group. The experimental groups underwent cognitive-behavioral and positive therapy in 8 90-minute sessions. In order to collect information, the Garnevsky emotion regulation questionnaire was used and the data were analyzed with SPSS-20 software.

Results: The results indicated a significant difference between the two treatments on the scores of cognitive regulation of emotion ($P<0.05$). Cognitive behavioral group therapy had a greater effect on the subscales of blaming oneself and others, non-acceptance, rumination, lack of refocusing, lack of perspective taking, and catastrophizing ($P<0.05$).

Conclusion: The findings of the study showed that by using cognitive behavioral therapy, it is possible to improve the cognitive regulation of emotion in women with breast cancer, so the principles of this treatment method can be used by therapists to improve the cognitive symptoms of emotion in patients.

Keywords: Positive behavioral therapy, Cognitive behavioral therapy, Cognitive regulation of emotion, Breast cancer

*Corresponding Author

Email: Tabatabaee88@yahoo.com

Tel: 0098 915 561 4769

Fax: 0098 563 235 7033

Conflict of Interests: *No*

Feyz, *Journal of Kashan University of Medical Sciences*, April, 2023; Vol. 27, No 1, Pages 50-60

Please cite this article as: Danai-Kosha M, Tabatabai SS, Shahabizadeh F, Ahi Q. Comparison of the effectiveness of group positive behavior therapy with group cognitive behavioral therapy on the cognitive regulation of emotion in women with breast cancer. *Feyz* 2023; 27(1): 50-60.

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی مثبت‌نگر گروهی با درمان شناختی - رفتاری گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان

منا دانایی کوشا^۱، سمانه‌سادات طباطبائی^{۲*}، فاطمه شهبایی‌زاده^۳، قاسم آهی^۲

خلاصه:

سابقه و هدف: سرطان پستان، شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان است و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیق می‌شود؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی مثبت‌نگر گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر نیمه‌تجربی بود و جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. ۴۵ نفر که دارای ملاک‌های ورود؛ مانند بازه سنی ۵۵-۲۵ سال یا گذشتن یک‌ماه از دوره شیمی‌درمانی بودند، به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی تحت درمان شناختی - رفتاری و مثبت‌نگر قرار گرفتند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی استفاده شد و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج، حاکی از تفاوت معنادار بین تأثیر دو درمان بر نمرات متغیر تنظیم شناختی هیجان بود ($P < 0/05$). همچنین گروه درمانی شناختی - رفتاری بر خرده‌مقیاس‌های ملامت خویشتن و دیگران، عدم پذیرش، نشخوار فکری، عدم تمرکز مجدد، عدم دیدگاه‌گیری و فاجعه‌سازی در مقایسه با گروه درمانی مثبت‌نگر تأثیر بیشتری بر زنان مبتلا به سرطان پستان داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که با استفاده از درمان شناختی - رفتاری می‌توان تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید؛ بنابراین اصول این روش درمانی می‌تواند جهت بهبود علائم شناختی هیجان بیماران توسط درمانگران در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها به‌کار رود.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی مثبت‌نگر، درمان شناختی - رفتاری، تنظیم شناختی - هیجان، سرطان پستان

دوماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و هفتم، شماره ۱، فروردین - اردیبهشت ۱۴۰۲، صفحات ۶۰-۵۰

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده است که سرطان پستان باعث بروز هیجانات منفی و ناخوشایند در بیماران می‌شود [۴]. سرطان پستان با بروز مشکلات درمانی، شیمی‌درمانی و تبعات آن به دشواری در تنظیم هیجان منجر می‌شود [۵، ۶]. تنظیم هیجان؛ فرآیندهای جسمانی، رفتاری و شناختی است که افراد را به تنظیم، تجربه و بیان هیجانات قادر می‌سازد [۷]. پاسخ‌های هیجانی به رویدادهای استرس‌زا با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای شناختی تنظیم می‌شود [۸]. انوری و سرداری در سال ۱۳۹۸ نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌نگر با افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی هیجان منجر می‌شود. Bomyea و همکاران در سال ۲۰۲۰ نشان دادند که CBT بر شکنج پاراهیبوکامپ اثر دارد و باعث کاهش پاسخ‌های عصبی و تنظیم پاسخ‌های هیجانی می‌گردد [۹]. همچنین Pedro-Carroll و Jones در سال ۲۰۱۵ نشان دادند که رفتاردرمانی مثبت‌نگر بر مدیریت درد، کاهش افسردگی و افزایش شادکامی بیماران مؤثر است [۱۰]. Tetlow و Edwards در سال ۲۰۱۷ عنوان کردند که CBT در مدیریت ناراحتی و درد در بیماران مؤثر است؛ اما با این حال نیاز به مطالعات دقیق‌تر وجود دارد [۱۱]. هدف بنیادین بسیاری از مداخله‌های روان‌شناختی درمورد بیماران مبتلا به سرطان،

امروزه پزشکان با معضلات پزشکی بسیاری مواجه هستند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها سرطان است [۱]. ازطرفی یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان سرطان پستان است. براساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۲۰ تعداد ۲،۲۶۱،۴۱۹ مورد جدید سرطان سینه تهاجمی در بین زنان به‌وجود آمده است [۲]. طبق آخرین گزارش انجمن سرطان ایران ۲۵ درصد از کل سرطان‌ها در زنان ایرانی سرطان پستان است [۳]. سرطان پستان به‌طور بالقوه بر زندگی روزانه زنان تأثیر می‌گذارد و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی می‌شود.

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
 ۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
 ۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
- * نشانی نویسنده مسؤله:
بیرجند، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی
تلفن: ۰۹۱۵۵۶۱۴۷۶۹
دورنویس: ۰۵۶۳۳۳۵۷۰۳۳
پست الکترونیک: Tabatabaee88@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۲۵
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۳

اجتماعی است و تحقیقات در دهه‌های اخیر کمتر به نقش احساسات مثبت پرداخته است؛ مقایسه اثربخشی این دو درمان حائز اهمیت است، چراکه می‌تواند رهنمود مناسب‌تری برای استفاده‌کنندگان از نتایج پژوهش باشد. پژوهش حاضر به این مسأله می‌پردازد که آیا بین رویکرد رفتاردرمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به سرطان پستان تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20220212054000N2 و کد اخلاق به شماره مجوز IR.IAU.DAMGHAN.REC.1400.004 بود. در این پژوهش به کلیه آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات، محرمانه خواهد ماند و فقط برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات آزمودنی‌ها ثبت نشد و از کلیه شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و چندگروهی) بود که بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و پس از آن نیاز به شیمی‌درمانی داشتند و یک‌ماه از دوره شیمی‌درمانی آن‌ها گذشته بود و هیچ داروی روان‌پزشکی مصرف نمی‌کردند، در سه گروه با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه، زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند و حجم نمونه براساس جدول کوهن از کتاب استیونسون بود [۲۷]. جهت بررسی و مقایسه گروه‌ها توان آزمون حداقل ۸۰ درصد و اندازه متوسط برابر نیم در نظر گرفته شد و احتمال خطای ۰/۰۵ برای هر گروه ۱۴ نفر بود؛ همچنین با توجه به حجم نمونه‌های مورد استفاده در پژوهش‌های مشابه (با در نظر گرفتن میانگین حجم نمونه‌های پژوهش‌های مشابه همچون پژوهش مرادی‌زاده و همکاران در سال ۱۳۹۸ با عنوان مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری بر نشخوار فکری و استرس تحصیلی دانش‌آموزان تیزهوش و پژوهش پناهی و همکاران در سال ۱۳۹۹ با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توأم با و بدون شفقت‌ورزی بر نگرانی، نشخوار خشم و خودانتقادگری بیماران دیابتی افسرده) و طبق پیشنهاد دلاور [۳۰-۳۰] [۲۸]. ۱۵ نفر برای هر گروه به صورت هدفمند انتخاب شدند. از جامعه آماری یادشده به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان، افرادی که دارای ملاک‌های ورود؛ از جمله: گذشتن حداقل یک‌ماه از دوره شیمی‌درمانی، دامنه سنی ۵۵-۲۵ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، متأهل بودن و اعلام موافقت کامل برای حضور در

افزایش توانایی آنان برای روبه‌رو شدن با مشکلات مربوط به درد است؛ در نتیجه درمان شناختی - رفتاری مداخله‌ای است که تغییرات رفتاری و هیجانی را به وسیله آموختن شیوه‌های جدید مقابله و شناخت افکار در فرد به وجود می‌آورد [۱۲]. همچنین 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 با ارزش می‌نماید [۱۳]. رفتاردرمانی مثبت‌نگر با تمرکز بر زمان حال بر افزایش شناخت‌ها و هیجانات تمرکز دارد [۱۴] و مثبت‌اندیشی بر کنترل و تغییر افکار منفی یا نادرست اثر می‌گذارد [۱۵]. درمان‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر نشان داده است که این درمان بر طیف وسیعی از متغیرهای روانشناسی همچون افسردگی [۱۶]، شادکامی [۱۷]، عاطفه مثبت [۱۸، ۱۹] و تنظیم شناختی هیجان [۲۰] اثربخش هستند. همچنین هر دو درمان بر تغییر نگرش فرد به مسائل و مشکلات اثر دارند و می‌توانند بر بهبود شرایط هیجانی او تأثیر بگذارند؛ با این وجود در برخی از پژوهش‌ها به تأثیر درمان شناختی - رفتاری بیش از درمان مثبت‌نگر اشاره شده است، به طور مثال Marrero و همکاران در سال ۲۰۱۶ در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بیش از درمان مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی، سلامت روانی، خوش‌بینی و اعتماد به نفس اثر دارد [۲۱]. Chaves و همکاران هم در سال ۲۰۱۷ در پژوهش خود دریافتند که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران بیش از درمان مثبت‌نگر است [۲۲] و بالعکس به اثربخشی درمان مثبت‌نگر بیش از درمان شناختی - رفتاری نیز اشاره شده است؛ به طور مثال نصیری و همکاران در سال ۱۳۹۹ نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی تأثیر معناداری دارند، اما اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بیشتر از درمان شناختی - رفتاری است [۲۳]. مشاک و همکاران در سال ۱۴۰۰ در پژوهشی نشان دادند که اثربخشی درمان مثبت‌نگر در کاهش متغیرهای روان‌شناختی همچون خودانتقادی و پریشانی در زنان نابارور بیش از درمان شناختی رفتاری است [۲۴]. صالحی و همکاران در سال ۱۴۰۰ در پژوهش خود نشان دادند که درمان مثبت‌نگر در مقایسه با آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تأثیر بیشتری بر افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی در افراد دارای افسردگی غیربالینی دارد [۲۵]. همچنین رویکرد درمانی شناختی - رفتاری به دنبال کاهش علائم اختلالات روانی است؛ اما رویکرد رفتاردرمانی مثبت‌نگر در پی اصلاح بهبود و بهینه‌سازی روش‌های درمانی است [۲۶]. از آنجایی که سرطان پستان از پدیده‌های مهم و مورد بررسی توسط روانشناسان، روان‌پزشکان و حتی پزشکان و مسؤولان حوزه‌های

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

این پرسشنامه ۳۶ ماده‌ای توسط Garnewski, Kerajj and Spinhaun در سال ۲۰۰۱ تدوین شده است و ۹ راهبرد را ارزیابی می‌کند. سؤال‌های ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸ ملامت خویشتن، سؤال‌های ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹ پذیرش، سؤال‌های ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰ نشخوار فکری، سؤال‌های ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱ تمرکز مجدد مثبت، سؤال‌های ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، سؤال‌های ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳ ارزیابی مجدد مثبت، سؤال‌های ۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴ دیدگاه‌گیری، سؤال‌های ۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵ فاجعه‌سازی و سؤال‌های ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶ ملامت دیگران را براساس طیف لیکرت از امتیاز هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ ارزیابی می‌کند. Garnevsky و همکاران در سال ۲۰۰۱ پایایی کل آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آوردند [۳۱]. در ایران نیز روایی نسخه فارسی تنظیم شناختی هیجان توسط حسینی در سال ۱۳۹۴ اعتباریابی شد که در دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ قرار داشت. در پژوهش جلوداری و همکاران در سال ۱۳۹۸ برای پایایی این ابزار از روش همبستگی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای ملامت خویشتن = ۰/۸۵، عدم پذیرش = ۰/۹۲، نشخوار فکری = ۰/۸۱، عدم تمرکز مجدد مثبت = ۰/۷۹، عدم تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی = ۰/۷۹، عدم ارزیابی مجدد مثبت = ۰/۸۳، عدم دیدگاه‌گیری = ۰/۷۸، فاجعه‌سازی = ۰/۸۴ و ملامت دیگران = ۰/۷۷ و در این پژوهش نیز میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۴۹ به دست آمد.

۲- پروتکل‌ها: در این پژوهش برای درمان مثبت‌نگر از پروتکل Rashid و Seligman (۲۰۱۳) استفاده شده است که روایی و پایایی آن توسط هنرمندزاده و سجادیان در سال ۱۳۹۵ مورد ارزیابی قرار گرفته است [۳۲] و برای درمان شناختی - رفتاری، پروتکل Leahy (۲۰۱۱) به کار رفته است که روایی و پایایی آن توسط بشرپور و همکاران در سال ۱۳۹۸ ارزیابی شده است [۳۳] و هر یک در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای استفاده و به‌اختصار در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

پژوهش بودند، به آن راه یافتند و افراد دارای ملاک‌های خروج؛ ازجمله: داشتن حداقل دو جلسه غیبت و عدم تمایل به ادامه همکاری، از پژوهش خارج شدند. در خردادماه ۱۴۰۰، جلسه مشترکی برای همه شرکت‌کنندگان برگزار گردید و پس از پاسخ به سؤالات و توجیه فرآیند جلسات، افراد به پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (مرحله پیش‌آزمون) پاسخ دادند؛ سپس به هر نفر در یک پذیرایی، شماره‌ای اختصاص داده شده بود که هر شماره به‌صورت تصادفی به یک گروه تخصیص یافت و پس از مشخص شدن سه گروه، نام‌گذاری آن‌ها صورت گرفت: گروه اول (درمان شناختی - رفتاری)، گروه دوم (رفتاردرمانی مثبت‌نگر) و گروه سوم (کنترل) که مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات 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، ضدعفونی شدن محیط، استفاده از ماسک و دستکش و الکل؛ در تابستان ۱۴۰۰ و روزهای جمعه در دو تایم ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر به مدت ۸ هفته عملیاتی گردید. در جهت رعایت اصول اخلاقی، به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده از آن‌ها محفوظ خواهند 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 پژوهش، در صورت تمایل به آن‌ها نیز درمان‌های شناختی - رفتاری و مثبت‌نگر رفتاری ارائه خواهد شد. همچنین هر فرد، در هر زمان از انجام پژوهش که مایل بود، به‌طور آزادانه می‌توانست از برنامه خارج شود. مجدد پس از اتمام دوره آموزشی، جلسه مشترکی برای هر سه گروه برگزار گردید (یک هفته پس از اتمام دوره آموزشی) و افراد مجدد به پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (مرحله پس‌آزمون) پاسخ دادند. با توجه به شروع فصل پاییز و پیک جدید کرونا امکان دوره پیگیری وجود نداشت. سپس داده‌ها جمع‌آوری گردیدند و اطلاعات توسط نرم‌افزار آماری SPSS-۲۰ ویرایش شدند و به بررسی میانگین، انحراف استاندارد و سپس مفروضات تحلیل کوواریانس پرداخته شد و فرضیه پژوهش با آزمون کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول شماره ۱- خلاصه پکیج‌های آموزشی رفتاردرمانی مثبت‌نگر سلیگمن و رشید [۳۴] و درمان شناختی - رفتاری لیهی [۳۵]

جلسه	توصیف
۱	درباره چارچوب رفتاردرمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسؤولیت‌های مراجع بحث شد.
	درباره نقش فقدان هیجان‌های مثبت، توانمندی‌ها و معنا در تداوم افسردگی و تهی‌بودن زندگی بحث شد. توانمندی‌ها را تعیین کردند:
۲	تعیین توانمندی‌های مراجع براساس معرفی مثبت و یافتن توانمندی‌هایی که در گذشته از آن‌ها برای تجربه حس تعهد استفاده کرده است. درزمینه سه مسیر شادکامی (لذت، تعهد و معنا) بحث شد. پرورش توانمندی‌های خاص و هیجان‌های مثبت:
	مراجعان برای پرورش توانمندی‌های خاص برای شکل‌دادن به رفتارهای عینی و قابل دستیابی آماده شدند. درزمینه نظریه بنانه‌ها و گسترش هیجان‌های مثبت بحث شد. یک طرح خاص برای به‌اجرا درآوردن توانمندی‌ها طراحی شد. خاطرات خوب در برابر خاطرات بد:
۳	درزمینه نقش خاطرات خوب و بد در حفظ افسردگی بحث شد. همچنین درمورد یاری‌کردن مراجعان در ابراز خشم، تلخی و دیگر هیجان‌های منفی و اثرات ماندن در حالت خشم و تلخی بر افسردگی و بهزیستی بحث شد. بخشش:
	تمرکز بر سازه بخشش (بخشش به‌عنوان وسیله‌ای قدرتمند معرفی شد که می‌تواند خشم و تلخی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجان‌های مثبت تبدیل کند). قدردانی:
۴	قدردانی به‌عنوان تشکر بادوام مورد بحث قرار گرفت و خاطرات خوب و بد مجدد با تأکید بر قدردانی برجسته شد. اثرات روان‌شناختی، فیزیکی و میان‌فردی شکرگزاری معرفی شد. بررسی میان‌دوره درمان:
	تکالیف و فعالیت‌های جلسات قبل (معرفی مثبت، بخشش و شکرگزاری) پیگیری شد. درباره اهمیت هیجان‌های مثبت بحث شد. اهداف مرتبط با توانمندی‌ها در عمل مرور شد. درباره فرآیند و پیشرفت به‌طور جزئی بحث شد. بازخورد مراجع درمورد منافع درمانی فراخوانده شد و مورد بحث قرار گرفت.
۵	قناعت در برابر کمال‌خواهی: رضایت در برابر کمال‌خواهی به مراجع آموزش داده شد. قناعت و رضایت به‌سبب تعهد در برابر پیشینه‌سازی تشویق شد. زمان‌هایی که مراجع به دنبال رضایت و یا کمال بود، شناسایی و هر دو روش بررسی شد. خوش‌بینی و امید:
	درباره موضوعات امید و خوش‌بینی بحث شد. مراجع هدایت شد به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست خورده است. تمرین در باز و بسته به مراجع آموزش داده شد و از مراجع خواسته شد آن را تکمیل کنند. عشق و دل‌بستگی: درباره پاسخ‌دهی فعال - سازنده بحث شد. به مراجع کمک شد دریابد که چگونه تعهد و معنا را در زندگی از طریق روابط و پیوند با دیگران تجربه کند. شجره‌نامه توانمندی‌ها:
۶	درزمینه اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده بحث شد. حس ذائقه:
	حس ذائقه به‌عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن در گذشته معرفی شد. درزمینه فعالیت‌های زمان حال برای افزایش هیجان‌های مثبت بحث شد. اختصاص زمان برای دیگران: درزمینه یافتن معنا از طریق به‌کاربردن توانمندی‌های عالی و چگونگی کمک به دیگران بحث شد. زندگی کامل:
۷	درزمینه مفهوم زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد، بحث شد. پیشرفت مرور گردید و درزمینه منافع و ماندگاری توانمندی‌ها بحث شد.
	۸

۱	معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، آشناسدن اعضای گروه با قوانین و مقررات گروه، پاسخ به سؤالات یا ابهامات احتمالی اعضای گروه، تشریح هدف و ضرورت جلسات از سوی درمانگر	
۲	آموزش بیماران در زمینه ماهیت بیماری، آشنانمودن بیماران با مدل‌های نظری موجود در زمینه جنبه‌های روان‌شناختی درد - پرتودرمانی و ارتباط آن با خلق افسرده و افسردگی، آموزش فعال‌سازی رفتاری، دادن تکلیف هفتگی (داشتن برنامه روزانه)	
۳	بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سؤالات و ابهامات احتمالی، آشنانمودن اعضا با مدل مفهومی درمان شناختی - رفتاری کلاسیک، دادن تکلیف هفتگی	
۴	بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سؤالات و ابهامات احتمالی، بررسی نقش هیجانات در تجربه درد، تأثیر افکار و هیجانات منفی بر تشدید افسردگی و کاهش فعالیت‌ها، شناخت افکار منفی، ارائه تکلیف هفتگی (ثبت افکار و به چالش کشیدن آنها).	درمان
۵	بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سؤالات و ابهامات احتمالی، آشنانمودن اعضا با فنون مدیریت هیجانات منفی، یادگیری و مدیریت مقابله با افکار و هیجانات منفی، مهارت حل مسئله، ارائه تمرین هفتگی (مقابله با افکار منفی).	شناختی رفتاری
۶	بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سؤالات و ابهامات احتمالی، شناسایی خطاهای تفکر، نقش شناخت‌ها در تجربه احساس منفی، ارائه تمرین هفتگی	
۷	بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سؤالات و ابهامات احتمالی، آموزش خطاهای شناختی، آموزش روش کشف خطاهای شناختی، آموزش فنون بازسازی شناختی، ارائه تمرین هفتگی	
۸	بررسی تکلیف هفتگی، ارائه بازخورد، پاسخ به سؤالات و ابهامات احتمالی، مقابله با استرس، آموزش آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی خوشایند، سبک زندگی بررسی دستاوردهای دوره از دید شرکت‌کنندگان و اهمیت پیشگیری از عود	

نتایج

موردنظر به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل برای سن، تحصیلات و وضعیت اقتصادی آزمودنی‌ها براساس جدول شماره ۲ ارائه شده است که نشان می‌دهد هر سه گروه همگن هستند.

در بخش حاضر، داده‌های گردآوری شده از گروه‌های آزمایش و کنترل با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی موردبررسی قرار گرفت. نتایج اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه

جدول شماره ۲- ویژگی‌های توصیفی آزمودنی‌ها برحسب سن / تحصیلات / وضعیت اقتصادی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش اول		آزمایش دوم		کنترل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۲۵ تا ۳۲ سال	۴	۲۶/۷	۲	۲۰
	۳۳ تا ۴۰ سال	۸	۵۳/۳	۹	۵۳/۳
	۴۱ تا ۴۸ سال	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳
	۴۹ تا ۵۵ سال	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳
تحصیلات	دیپلم	۲	۱۳/۳	۱	۱۳/۳
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۱۱	۷۳/۳	۱۲	۶۶/۷
وضعیت اقتصادی	فوق‌لیسانس و بالاتر	۲	۱۳/۳	۲	۲۰
	ضعیف	۱	۶/۷	۲	۶/۷
	متوسط	۱۱	۷۳/۳	۱۱	۸۰
جمع کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵

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

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

جدول شماره ۳- تغییرات میانگین و انحراف استاندارد متغیر تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های مورد مطالعه

گروه	آزمایش اول (درمان شناختی-رفتاری)	آزمایش دوم (درمان مثبت‌نگر)	کنترل
شاخص	میانگین	انحراف معیار	میانگین
پیش از مداخله	۱۱۲/۷۳	۹/۲۸	۱۱۲/۱۳
پس از مداخله	۸۷/۲۷	۵/۵۶	۹/۲۱

این متغیر تأثیر معنی‌داری بر میانگین نمره تنظیم شناختی هیجان دارد. یعنی میانگین نمره تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پس از حذف اثرات پیشین، تفاوت معنی‌داری با هم دارد. در مجموع با توجه به این که مقدار مجذور اتای به‌دست‌آمده در جدول شماره ۴ در گروه‌های آزمایش در کلیه متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۱۱ است، براساس قاعده کلی مجذور اتا می‌توان گفت که نتایج این پژوهش، بر اثربخشی رفتاردرمانی مثبت‌گرایی گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی در تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سرطان پستان دلالت دارند. به‌منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه موردنظر از آزمون تعقیبی یونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان در دو گروه آزمایش اول و دوم تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان در پس‌آزمون در دو گروه آزمایش اول و دوم به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است. در واقع توانایی تنظیم هیجان برای افراد حاضر در گروه‌های آزمایش اول و دوم به‌طور معنی‌داری نسبت به افراد گروه کنترل کاهش یافته است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس تک‌متغیره، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($P > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که ($P = 0/123$) معنادار بود؛ پس نتیجه گرفته می‌شود که پیش‌فرض همسانی واریانس‌های نمرات در این متغیر برقرار است. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون از مقدار F تعاملی بین پیش‌آزمون و مستقل در دو گروه استفاده شد. از آنجایی که سطح معناداری به‌دست‌آمده برابر ۰/۱۵۸ و از ۰/۰۵ بیشتر بود؛ بنابراین فرضیه همگنی شیب خط رگرسیون برقرار است. در نتیجه با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها، برای بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان مثبت‌نگر بر تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به سرطان پستان از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده و نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شد. در این جدول سطح معنی‌داری متغیر گروه برای تنظیم شناختی هیجان ۰ گزارش شده است که از ۰/۰۵ کمتر بود و نشان داد که

جدول شماره ۴- تحلیل کوواریانس و خطی بودن اثر گروه‌های آموزشی بر متغیر تنظیم شناختی هیجان

اثر	مجذور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
مدل تصحیح‌شده	۵۱۳۵/۰۱	۳	۱۷۱۱/۶۷	۶۱/۰۸	۰	۰/۸۱۷
اثر ثابت	۱۵۲/۶۶	۱	۱۵۲/۶۶	۵/۴۵	۰/۰۲۵	۰/۱۱۷
پیش‌آزمون	۲۴۳/۲۸	۱	۲۴۳/۲۸	۸/۶۸	۰	۰/۱۷۵
گروه	۴۹۸۹/۱۳	۲	۲۴۹۴/۵۶	۸۹/۰۱	۰	۰/۸۱۳
خطا	۱۱۴۸/۹۹	۴۱	۲۸/۰۲			
کل	۴۴۷۳۲۹	۴۵				
مدل تصحیح‌شده کلی	۶۲۸۴	۴۴				

تحقیق از پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون ام.باکس برای ابعاد متغیر تنظیم شناختی هیجان نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون ۰/۶۴۶ شده است که از ۰/۰۵ بیشتر و مؤید تأیید فرضیه برابری ماتریس‌های کوواریانس بود. نتایج آزمون معنی‌داری اثر تعاملی متغیرهای مستقل در مدل برای متغیر گروه در هر چهار آزمون انجام‌شده سطح

به‌منظور بررسی بیشتر نتایج به تحلیل اثربخشی درمان در ابعاد تنظیم شناختی هیجان پرداخته شد. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر ابعاد تنظیم شناختی هیجان به تفکیک سه گروه نشان داد که چولگی و کشیدگی برای متغیر ابعاد تنظیم شناختی هیجان در محدوده ۲- تا ۲+ قرار دارد که تقارن نسبی داده‌ها را نشان می‌دهد و می‌توان آن‌ها را نرمال در نظر گرفت. به‌منظور اطمینان از نرمال بودن داده‌های

مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شوند [۳۶]. بشریور و نرمانی در سال ۱۳۹۸ نشان دادند که دو روش مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر و آموزش یکپارچه شایستگی‌های هیجانی در ارتقای بهزیستی هیجانی و مؤلفه‌های آن تأثیرگذار هستند [۳۳]. انوری و سرداری در سال ۱۳۹۸ نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان با علائم اضطرابی، باعث افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان می‌شود و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز تداوم دارد [۳۷]. اسفندیاری و دارابی در سال ۱۳۹۵ نشان دادند که گروه درمانی شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان‌ات زنان مطلقه تأثیر دارد [۳۸]. Bomyea و همکاران در سال ۲۰۲۰ نشان دادند که CBT بر شکنج پراهیپوکامپ اثر دارد و به کاهش پاسخ‌های عصبی و تنظیم پاسخ‌های هیجانی منجر می‌گردد [۹]. Zong و همکاران در سال ۲۰۱۸ نشان دادند که CBT اثرات مثبتی بر علائم افسردگی، اضطراب، نقص عملکرد عصبی و فعالیت‌های زندگی روزمره دارد [۳۹]. بر این اساس درخصوص اثربخشی برنامه درمانی بر کاهش استفاده از راهبردهای شناختی ناسازگارانه تنظیم هیجان بیماران مبتلا به سرطان می‌توان بیان نمود که رفتاردرمانی مثبت‌گرای گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی توانسته‌اند بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل‌گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌هایی در جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان این بیماران فراهم آورند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش‌دهی، زمینه را برای استفاده صحیح از راهبردهای سازگارانه‌تر تنظیم هیجان‌ات مهیا سازد. چراکه یکی از مشکلات این بیماران در تنظیم هیجان، مربوط به سرزنش خود می‌باشد که می‌تواند باعث تشدید علائم بیماری شود. همچنین تأکید عمده رفتاردرمانی مثبت‌گرای گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی بر روی هیجان‌ات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در برمی‌گیرد؛ بنابراین به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجان‌ات خود آگاهی یابد و راهبردهای ناسازگار پیشین خود را به منظور دستیابی به اهداف بهتر و سازگارانه‌تر کنار بگذارد و این درمان، مراجع را از چنگ کشمکش خودتخریبی که گرفتار آن

معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ را نشان داد که مبین تأثیر معنی‌دار متغیر گروه است. درواقع می‌توان گفت که میانگین نمرات ابعاد تنظیم شناختی هیجان در پس از آزمون (و بعد از حذف اثرات پیشین)، سه گروه کنترل و آزمایش اول و دوم برای حداقل یکی از ابعاد تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری با هم دارند. سطح معنی‌داری متغیر گروه برای دو متغیر تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت به ترتیب ۰/۰۶۴ و ۰/۱۳۳ گزارش شده است که از ۰/۰۵ بیشتر بود و نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات این متغیرها در سه گروه موردنظر وجود ندارد. اما برای سایر ابعاد تنظیم شناختی هیجان سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ کمتر بود و نشان می‌دهد که متغیر گروه تأثیر معنی‌داری بر میانگین آن‌ها دارد. یعنی میانگین نمره ملامت خویشتن، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران در بین سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری با هم دارد ($P < 0/005$). به‌منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه موردنظر از آزمون تعقیبی بونفرونی نیز استفاده شد.

بحث

نتایج نشان داد که تنظیم شناختی هیجان در دو گروه آزمایش شناختی - رفتاری از اندازه ۲۵/۴۶ مثبت‌نگر به‌اندازه ۱۵/۲۰ واحد تغییر می‌کند؛ اما در گروه کنترل تغییر محسوسی اتفاق نمی‌افتد. همچنین میزان تغییرات گروه شناختی - رفتاری بیش از گروه مثبت در مقایسه با پژوهش‌های پیشین و نتایج حاصل از فرضیه‌های پژوهش بود و می‌توان به تحقیقات زیر اشاره کرد که با نتایج به‌دست‌آمده همسو نیستند. نصیری، نجفی و طالع‌پسند در سال ۱۳۹۹ نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی تأثیر معناداری دارند؛ اما اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بیشتر از درمان شناختی - رفتاری است [۲۳]. مشاک، نادری و چین‌آوه در سال ۱۴۰۰ در پژوهش خود نشان دادند که اثربخشی درمان مثبت‌نگر در کاهش متغیرهای روان‌شناختی همچون خودانتقادی و پریشانی در زنان نابارور بیش از درمان شناختی - رفتاری است [۲۴]. صالحی، افتخار صعدی و برنا در سال ۱۴۰۰ در پژوهش خود نشان دادند که درمان مثبت‌نگر در مقایسه با آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تأثیر بیشتری بر افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی در دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی غیربالینی دارد [۲۵]. همچنین در مقایسه پژوهش‌های پیشین و نتایج حاصل از فرضیه‌های پژوهش می‌توان به تحقیقات زیر اشاره کرد که با نتایج به‌دست‌آمده همسو هستند. Lyubomirsky, Layous در سال ۲۰۲۰ نشان داد که مداخله‌های

می‌باشد و ممکن است او را به سمت آزار رساندن به خود و دیگری و پناه بردن به راه‌حل‌های هیجان‌مدار، مانند رفتارهای پرخطر سوق دهد؛ رها می‌کند و باعث بهبود سازگاری روان‌شناختی و ارتقای سلامت روانی و اجتماعی فرد می‌شود. از این‌رو درمان مثبت‌نگر می‌تواند شامل یک حلقه بازخورد از پاسخ به وضعیت باشد. این حلقه بازخورد نشان می‌دهد که روند تولید احساسات می‌تواند به صورت بازگشتی رخ دهد و پویا باشد و با طرح یک مدل جدید از وضعیت سلامت روان در پی یک تعریف کامل از این مفهوم است. سلامت روانی و بیماری روانی را به صورت دو پیوستار جداگانه در نظر می‌گیرد که در آن فقدان بیماری روانی برابر با حضور سلامت روانی نیست، درحالی‌که در درمان شناختی - رفتاری سلامت روانی و بیماری روانی به صورت یک پیوستار می‌باشند و نبودن بیماری روانی را برابر حضور سلامت روان می‌دانند. همچنین درمان مثبت‌نگر به جنبه‌ها و ویژگی‌های روان‌شناختی یک انسان سالم و در حال رشد توجه می‌کند و با طراحی فعالیت‌های اثربخشی؛ همچون عفو و بخشش، قدرشناسی، قناعت و تجربه‌های لذت‌بخش در پی به فعالیت درآوردن جنبه‌های مغفول افراد پریشان و در رنج است و افراد علاوه بر نشانه‌های بیماری روانی، بر اساس نشانه‌های تنظیم شناختی هیجان که در حال تجربه آن هستند، مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. درحالی‌که در درمان شناختی - رفتاری به طراحی فعالیت‌هایی می‌پردازد که به شناسایی هیجان‌ات ناسالم و خطاهای شناختی صورت گرفته در زمینه هیجان‌ات منجر می‌گردد و با تغییر در چرخه هیجان‌ات بر اعمال فرد اثر می‌گذارد. از دیگر مشکلات تنظیم هیجان، مسائل مربوط به سرزنش دیگران است که می‌تواند باعث این تفکر در بیمار شود که دیگران مسؤول و مقصر اتفاق بدی هستند که برای شخص رخ داده است. رویکرد مثبت‌نگر به جای آن‌که روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ات خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است، خالص نمایند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند. درحالی‌که رویکرد شناختی - رفتاری به فرد کمک می‌کند تا شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرد و تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرد و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات، کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و بر زندگی فرد تأثیر کمتری داشته باشند. مؤلفه دیگر در تنظیم هیجان، مثبت‌اندیشی است که شامل تغییر روش‌های فکری، به منظور کاهش فشارهای هیجانی در موقعیت بالقوه برانگیزاننده هیجان است که هم به کاهش رفتارهای بیانگر و هم تجربه‌های منفی هیجانی منجر می‌شود. یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های رفتاردرمانی

مثبت‌گرای گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. در رویکرد مثبت‌نگر به ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و درنهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات پرداخته می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن به رضایت از زندگی منجر شود و آن‌ها را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود، رهایی دهد. درحالی‌که در رویکرد شناختی - رفتاری این بیماران به خاطر عدم پذیرش، مستعد اضطراب هستند و اضطراب بیش‌ازحد، باعث تحریک سیستم سمپاتیک، افزایش ضربان قلب و تسریع در میلین‌زدایی نورون‌های عصبی در مغز و نخاع این افراد می‌گردد و بیش‌ازپیش موجب مختل شدن حرکات، ضعف عضلانی و احساس خستگی مزمن می‌شود. بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد سالم در برخورد با مشکلات، بیشتر هیجان‌مدار عمل می‌کنند و در کیفیت روابط خود کشمکش‌های بین فردی بیشتری دارند و می‌توانند به علل مختلف دچار اضطراب شوند. در مجموع بر اساس نتایج به دست آمده هر دو مدل درمانی، یعنی درمان مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری در تنظیم شناختی هیجان مؤثرند؛ اما تأثیر درمان شناختی - رفتاری بیش از درمان مثبت‌نگر بود؛ بنابراین می‌توان گفت این مدل درمانی، الگوی مناسب، مطمئن و اثرگذار در ارتقای سلامت و بهبود علائم بیماران است. همچنین هر مطالعه‌ای به‌طور اجتناب‌ناپذیر دچار محدودیت‌هایی می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر محدودیت‌ها ضروری می‌سازد. پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ از جمله استفاده از حجم نمونه محدود برای هر گروه به سبب شرایط پاندمیک کرونا و شروع پیک جدید آن در فصل پاییز که موجب فاصله کوتاه بین دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و نبودن دوره پیگیری شد. همچنین با توجه به عدم دسترسی به همکاری که در زمینه روانشناسی مثبت آماده همکاری در پژوهش باشد، هر دو گروه توسط پژوهشگر آموزش داده شدند؛ بنابراین در راستای محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، موضوع با تعداد نمونه بیشتری مورد بررسی قرار گیرد و پس از اتمام کرونا پژوهش‌های مشابه با دوره پیگیری اجرا شوند تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری صورت پذیرد. همچنین برای هر پروتکل، درمانگری مجزا انتخاب شود تا احتمال سوگیری کاهش یابد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، مقایسه اثربخشی این درمان‌ها را با سایر درمان‌های روان‌شناختی در افراد با سایر بیماری‌های مشابه در نظر بگیرند.

مبتلا به سرطان پستان به اثبات رسید، توصیه می‌شود مراکز درمانی در کنار درمان‌های دارویی و کلینیکی از روش‌های درمانی گروهی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری نیز برای بهبود روند درمان بیماران سرطانی بهره ببرند.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای این پژوهش مساعدت کردند، نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می‌دارد.

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. *Iranian Quarterly J Breast Dis* 2019; 12(3): 47-59. [in Persian]
- [2] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. "Global cancer statistics: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries." *CA Cancer J Clin* 2021, 71(3): 209-49.
- [3] Taleghani F, Parsa Yekta Z, Nikbakht Nasrabadi A. "Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women". *J Advanced Nurs* 2009; 54: 268-73. [in Persian]
- [4] Soltaninejad M. The relationship of self-differentiation and cognitive emotion regulation with quality of life in women with breast cancer. *Iran Quarterly J Breast Dis* 2018; 11(1): 58-66. [in Persian]
- [5] Ashkhaneh Y, Mollazadeh J, Aflakseir A, Goudarzi MA, Homaei Shandiz F. Study of difficulty in emotion regulation as a predictor of incidence and severity of nausea and vomiting in breast cancer patients. *J Fundamentals Mental Health* 2015; 17(3): 123-8. [in Persian]
- [6] Beamer LC, Grant M. Skin-related quality of life among midwestern US community-based women with breast cancer experiencing radiodermatitis. *Asia-Pacific J Oncol Nurs* 2019; 6(1): 50-6.
- [7] Andami Khosh A, Golzari M, Ismaili Nasab M. The role of nine strategies of cognitive emotion regulation in predicting resilience. *J Thought Behav* 2012; 7(3): 57-91. [in Persian]
- [8] McFarland DC, Andeotti C, Harris K, Mandeli J, Tiersten A, Holland J. Early childhood adversity and its associations with anxiety, depression, and distress in women with breast cancer. *J Psychosomatics* 2016; 174(2): 57-184.
- [9] Bomyea J, Ball TM, Simmons AN, Campbell-Sills L, Paulus MP, Stein MB. Change in neural response during emotion regulation is associated with symptom reduction in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *J Affective Disord* 2020; 271: 207-14.

نتیجه‌گیری

درمان شناختی - رفتاری گروهی با تأکید بر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و الگوهای رفتاری صحیح در درمان، فرصتی را برای بهبود علائم هیجانی در بیماران فراهم می‌کند تا داشتن احساس منفی در ارتباط‌های اجتماعی روزمره کاهش یابد. همچنین روان‌درمانی مثبت‌نگر با پرورش و گسترش مهارت‌های تجربه لذت، تعهد و معنا به بهبود علائم شناختی هیجان منجر می‌شود. از آنجایی‌که اثربخشی رفتاردرمانی مثبت‌نگر گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی در افزایش تنظیم شناختی هیجان بیماران

- [10] Pedro-Carroll JL, Jones SH. A Preventive Play Intervention to Foster Children's Resilience in the Aftermath of Divorce. *APA*. 2015.
- [11] Tetlow AM, Edwards JD. Systematic literature review and meta-analysis of commercially available computerized cognitive training among older adults. *J Cognitive Enhancement* 2017; 1(4): 559-75.
- [12] Catalano D, Chan F, Wilson L, Chiu CY, Muller VR. The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: a structural equation model. *RP* 2011; 56(3): 200.
- [13] Snyder CRY, Lopez SJ. Handbook of Positive Psychology. US: Oxford University Press. 2012.
- [14] 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.
- [15] Pourfaraj M, Reza Zadeh H. The effectiveness of positive behavioral therapy on happiness and life expectancy of cancer patients. *Counseling Culture Psychotherapy* 2018; 9(33): 119-36. [in Persian]
- [16] Linley P.A. Burns G.W. Happiness, healing, enhancement your casebook collection for applying positive psychology in therapy. In: Burns WG. 0th ed. New Jersey: *J Wiley Sons* 2010; 9(32): 3-14.
- [17] Rostami M, Younesi SJ, Molly G, Farhoud D, Biglarian 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]
- [18] Uliaszek A, Rashid T, Williams G. Group Therapy for University Students: A Randomized Control Trial of Dialectical Behavior Therapy and Positive Psychotherapy. *Behav Res Ther* 2015; 23(6): 34-51.
- [19] 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. *International J Psychophysiol* 2013; 6(88): 213-7.
- [20] Ghasemi A, Abedi A, Baghban I. The effectiveness of group training is based on Snyder's theory on the happiness of the elderly. *KRAP* 2009; 4(41): 17-40. [in Persian]

- [21] Marrero RJ, Carballeira M, Martín S, Mejias M, Hernandez JA. Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive behavioral therapy in university students. *ADP* 2016; 32(3): 728-40.
- [22] Chaves C, Lopez-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* 2017; 41(3): 417-33.
- [23] Nasiri Takami GH, Najafi M, Taal Pasand S. Comparing the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy on the psychological capital of adolescents with depressive symptoms. *PPRP* 2020; 6(2): 79-98. [in Persian]
- [24] Naderi M, Chin Ave F. Comparing the effectiveness of religious cognitive behavioral therapy and positivity therapy on self-criticism and psychological distress in infertile women of Ahvaz city. *J Nurs Res* 2021; 16(3): 59-73. [in Persian]
- [25] Salehi SN, Eftekhari Saadi Z, Barna MR. Comparing the effectiveness of positive cognitive behavioral therapy and training cognitive emotional regulation strategies, resilience and automaticity of female students with non-clinical complications. *Sci J Social Psychol* 2021; 9(60): 59-73. [in Persian]
- [26] 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.
- [27] Sarmad Z, Hejazi E, Bazargan A. Research Methods in Behavioral Sciences, Agah Publications. 2012. [in Persian]
- [28] Moradizadeh S, Viskarmi H, Mirdrikund F, Kodampour E, Ghazanfari F. Comparing the effectiveness of positive-oriented psychotherapy and cognitive behavioral therapy on reducing academic rumination and academic stress in gifted female students. *J Clin Psychol* 2019; 4(44): 87-99. [in Persian]
- [29] Panahi T, Shahabizadeh F, Mahmoudi Rad AR. Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment combined with and without compassion on worry, anger rumination and self-criticism in non-clinically depressed diabetic patients; A clinical trial. *J Nurs Education* 2021; 9(6): 94-108. [in Persian]
- [30] Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: R.P. 2014. [in Persian]
- [31] Rashid T, Seligman ME. Positive psychotherapy: A treatment manual for normal people. *Am Psychol* 2013; 3: 34-45.
- [32] Leahy RL. Cognitive-behavioral therapy: proven effectiveness. Psychol Today. 2011.
- [33] Sharifi Bastan F, Zahraei Sh, Yazdi SM. The role of cognitive regulation strategies of positive and negative emotion and emotion in predicting the resilience of women with breast cancer. *J Psychiatric Nurs* 2015; 4(2): 38-49. [in Persian]
- [34] Honarmandzadeh R, Sajjadian I. Effectiveness of positive group intervention on psychological well-being, resilience and happiness of homeless adolescent girls. *J Positive Psychol* 2016; 2(2): 35-50. [in Persian]
- [35] Beshrpour S, Atard N, Anbari F. Behavioral interventions in cognitive behavioral therapy. 2nd ed. Tehran, Arjmand Publications; 2018. [in Persian]
- [36] Lyubomirsky S, Layous K. How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions Psychological Sci* 2013; 22(1): 57-62.
- [37] Anvari, J, Sardari, B. The effectiveness of positive psychotherapy on improving cognitive emotion regulation strategies in students with anxiety symptoms. *J Positive Psychol* 2018; 5(2): 31-46. [in Persian]
- [38] Efsandiari M, Darabi J. Effectiveness of cognitive behavioral therapy group on metacognitive beliefs of divorced women. 2015. [in Persian]
- [39] Zong JG, Cao XY, Cao Y, Shi YF, Wang YN, Yan C, et al. Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *HQLO* 2010; 8(1): 1-6.