

اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک
The Effectiveness of Positive Psychotherapy (PPT) on Subjective Well-being in Women with Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Zahra Nazari Baghani

MA Student in Personality Psychology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

Behrouz Barati Moghadam

MA in Career Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Mohammad Davarnia

BA Student in Theology and Islamic Knowledge, Ayatollah Khamenei Pardis, Farhangian University, Gorgan, Iran

Reza Davarniya (Corresponding author)

PhD in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: rezadavarniya@yahoo.com

زهرنا نظری باغنی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی شخصیت، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزاد شهر، ایران

بهروز براتی مقدم

کارشناس ارشد مشاوره شغلی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

محمد داورنیا

دانشجوی کارشناسی دبیری الهیات و معارف اسلامی، پردیس آیت الله خامنه‌ای، دانشگاه فرهنگیان، گرگان، ایران

رضا داورنیا (نویسنده مسؤل)

دکتری مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

Email: rezadavarniya@yahoo.com

چکیده

Abstract

Aim: the present research was conducted by the aim of investigation the effectiveness of positive psychotherapy on subjective wellbeing of women with systemic lupus erythematosus. **Method:** the present research was conducted by semi-experimental method in which a pretest-posttest with control group design was used. All the women with systemic lupus erythematosus who were members of association of protecting patients with systemic lupus erythematosus in Tehran in the first half of 2018 constituted the statistical population of the present study. The sample included 40 patients who were selected by purposeful sampling method and, then, were assigned into two groups of experiment and control (20 subjects per group) through random assignment method. The level of subjective wellbeing was assessed by Mowlavi and colleagues' questionnaire of subjective wellbeing (2010) in pretest and posttest stages. Sessions of positive psychotherapy were held in eight 120-minute sessions for the experiment group's subjects while the control group stayed in the waiting list. For analyzing the data, univariate analysis of covariance (ANCOVA) was used by SPSS24. **Results:** Results of the current research affirmed the effectiveness of positive psychotherapy in improving subjective wellbeing of the treatment group's patients ($F = 50.44, p < 0.01$). **Conclusion:** according to these results, it appears that positive psychotherapy is probably an appropriate interventional option for enhancing mental health among patients with systemic lupus erythematosus.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد. روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. تمامی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک عضو انجمن حمایت از بیماران مبتلا به لوپوس شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۷، جامعه آماری این مطالعه را تشکیل دادند. نمونه ۴۰ بیمار بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شدند و با تخصیص تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سنجش میزان بهزیستی ذهنی بیماران با استفاده از پرسشنامه بهزیستی ذهنی مولوی و همکاران (۱۳۸۹) در مراحل پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. جلسات روان درمانی مثبت نگر برای آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS24 استفاده شد. یافته‌ها: نتایج پژوهش اثربخشی روان درمانی مثبت نگر در بهبود بهزیستی ذهنی بیماران گروه تحت مداخله را مورد تایید قرار داد ($F = 50.44, p < 0.01$). نتیجه‌گیری: با توجه به این نتایج، به نظر می‌رسد روان درمانی مثبت نگر احتمالاً گزینه مداخله‌ای مناسبی جهت ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک باشد.

Keywords: Positive Psychotherapy, Subjective Wellbeing, Systemic Lupus Erythematosus, Women

کلیدواژه‌ها: روان درمانی مثبت نگر، بهزیستی ذهنی، لوپوس اریتماتوز سیستمیک، زنان

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۲/۰۸

مقدمه

لوپوس اریتماتوز سیستمیک^۱ یک اختلال خود ایمنی با علت ناشناخته است که چندین دستگاه عضوی را درگیر نموده و با تولید و رسوب اتوآنتی بادی ها و کمپلکس‌های ایمنی پاتوژن در بافت‌ها و سلول‌ها سبب آسیب بافتی می‌گردد (ریچ، مارسینو و بیالینیکی- بیرولا^۲، ۲۰۱۱). این بیماری تقریباً تمام بافت‌ها و اندام‌های بدن از جمله مفاصل، پوست و غشای موکوزی، سلول‌های خونی، مغز و کلیه‌ها را درگیر می‌نماید (موهان و پوترمن^۳، ۲۰۱۵). این بیماری در حال حاضر از شایع‌ترین بیماری‌های کمپلکس ایمنی در کشورهای توسعه یافته بوده و شیوع آن در آمریکا ۲۲/۷ نفر در سال به ازای هر صد هزار نفر می‌باشد (فارست و همکاران^۴، ۲۰۱۳). براساس مطالعه بزرگ بررسی جامعه نگر کنترل بیماری‌های روماتیسمی که توسط مرکز تحقیقات روماتولوژی انجام شده، شیوع لوپوس اریتماتوز سیستمیک در ایران ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (دعوتچی و همکاران، ۲۰۰۸).

بیشترین شیوع بیماری در سنین ۴۰-۲۰ سالگی و نسبت ابتلای زنان به مردان ۹ به ۱ می‌باشد (کوپر و همکاران^۵، ۲۰۰۲). مطالعات مختلف نشان می‌دهند که استرس به خصوص استرس روزانه، علایم بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک که به وسیله بیماران گزارش می‌شود، را وخیم تر می‌سازد (بریکو و همکاران^۶، ۲۰۰۶). اختلالات اضطرابی و خلقی شایع‌ترین اختلالات روانی این بیماران بوده است (باچن، چسنی و کریسول^۷، ۲۰۰۹). این بیماری به دلیل ماهیت مزمن و ناتوان کننده آن می‌تواند منجر به ایجاد اثرات نامطلوبی در وضعیت جسمی و توان کاری افراد و بویژه زنان مبتلا شده و در نهایت سبب اختلال خواب، اضطراب، افسردگی، کاهش کیفیت زندگی، کاهش اعتماد به نفس و افزایش تنش روانی فرد شود (وینا و همکاران^۸، ۲۰۱۳؛ کاستر، اورث و میئر^۹، ۲۰۱۲).

با توجه به پیامدهای منفی بیماری لوپوس، به نظر می‌رسد میزان بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به این بیماری پایین باشد. بهزیستی ذهنی^{۱۰} جزء روان‌شناسی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی در حیطه‌های رفتاری، هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است (کارمن و وینگرهوست^{۱۱}، ۲۰۱۲). دینر، لوکاس و اویشی^{۱۲} (۲۰۰۲؛ به نقل از کاتر و فواد^{۱۳}، ۲۰۱۱) بهزیستی ذهنی را به عنوان ارزیابی افراد از زندگی خود تعریف می‌کنند. این ارزیابی‌ها شامل واکنش‌های هیجانی افراد به رخدادها، خلق آنها و قضاوت‌های آنها درباره میزان رضایتشان از زندگی است. بهزیستی ذهنی دارای دو مؤلفه شناختی و عاطفی است. بعد شناختی یعنی ارزیابی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی بهزیستی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی

1 - Systemic Lupus Erythematosus

2 - Reich, Marcinow & Bialynicki-Birula

3 - Mohan & Putterman

4 - Furst & et al

5 - Cooper & et al

6 - Bricou & et al

7 - Bachen, Chesney & Criswell

8 - Vina & et al

9 - Kuster, Orth & Meier

10 - Subjective Well-Being

11 - Karreman & Vingerhoest

12 - Diner, Lucas & Oishi

13 - Cotter & Fouad

(حجازی، صادقی و شیرزادی فرد، ۱۳۹۲). افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند. از گذشته و آینده خودشان، دیگران و رویدادها و حوادث پیرامونشان ارزیابی مثبتی دارند و آنها را خوشایند توصیف می‌کنند. در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (پترسون، چاترز، تایلر و انکوئین^۱، ۲۰۱۴).

از سوی دیگر بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی است (کای کندال و تای^۲، ۲۰۱۵). داینر (۱۹۸۴) اساس نتایج مطالعات انجام شده در زمینه بهزیستی ذهنی، متغیرهای پیش بینی کننده بهزیستی ذهنی را در دو حوزه تفکیک نمود که منجر به ظهور دو رویکرد کلی شد: رویکرد پایین-بالا^۳ (بیرونی / موقعیتی) و رویکرد بالا-پایین^۴ (صفات درونی و فرایندها). رویکرد پایین-بالا بر این باور است که شادکامی حاصل شرایط زیستی-اجتماعی و حوادثی است که در طول زندگی رخ می‌دهد (گومز، کرینگز، بانگرت و گروب^۵، ۲۰۰۹؛ استیل، اشمیت و شولتز^۶، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، این رویکرد معتقد است، بهزیستی ذهنی حاصل مجموع لحظات ناخوشایند و لحظات خوشایند است. در مقابل رویکرد بالا-پایین بهزیستی ذهنی را ناشی از صفات درونی و فرایندهای روانشناختی چون آمادگی‌ها، اهداف و راهبردهای مقابله‌ای تلقی می‌کند. برخلاف رویکرد پایین-بالا که ادعا می‌کرد، شادکامی حاصل عوامل موقعیتی است، آندریوز و ویتی (۱۹۷۶) به نقل از لوکاس و داینر^۷، ۲۰۰۸ نشان دادند که عوامل جمعیت شناختی تنها ۱۰ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی را پیش بینی می‌کند. مطالعات آرچل (۱۹۹۷) و داینر (۱۹۸۴) به نقل از داینر، سو، لوکاس و اسمیت^۸، ۱۹۹۹ نیز نشان داد در کل تا ۲۰ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی از طریق عوامل اجتماعی جمعیت شناختی از قبیل سن، درآمد، جنسیت و تحصیلات قابل پیش بینی است.

یکی از مداخلات روان شناختی موثر برای بیماران مبتلا به لویوس، رویکرد روان درمانی مثبت نگر^۹ است. فرم اولیه این برنامه توسط سلینگمن، رشید و پارکز^{۱۰} (۲۰۰۶) تدوین شده است. این محققان با استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام شده در حوزه روانشناسی مثبت نگر و جمع بندی آن به عنوان تاریخچه برنامه مثبت نگر، سه مؤلفه هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا مربوط به شادکامی در نظریه سلینگمن (۲۰۰۲) را به عنوان اساس برنامه‌ای درمانی-آموزشی قرار داده‌اند. رشید و سلینگمن^{۱۱} (۲۰۱۴) معتقدند دنبال کردن لذت، تعهد و معنا در زندگی به ایجاد و تقویت شادکامی می‌انجامد. سلینگمن (۲۰۰۲) شادکامی را موضوع اصلی رویکرد روانشناسی مثبت نگر دانست و آن را به سه مؤلفه که

1 -Peterson, Chatters, Taylor, & Nguyen

2 - Kuykendall & Tay

3 - Bottom-up

4 - Top-down

5 - Gomes, Krings, Bangerter & Grob

6 - Steel, Schmidt & Shultz

7 - Lucas & Diner

8 - Diener, Suh, Lucas & Smith

9 - Positive Psychotherapy

10 - Seligman, Rashid & Parks

11 - Rashid & Seligman

از نظر علمی بهتر قابل تعریف هستند، تقسیم کرد: هیجان مثبت (زندگی لذت بخش)، مجذوب شدن (زندگی جذاب)، و معنی (زندگی با معنی). بر اساس این رویکرد، راهبردهایی که به مراجعین کمک می‌کند تا یک زندگی لذت بخش، جذاب و با معنا را بسازند، "مداخله‌های مثبت نگر گفته می‌شود (داک ورت، استین و سلیگمن^۱، ۲۰۰۵). سلیگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) معتقدند، هدف روان درمانی مثبت نگر قرار دادن جنبه‌های مثبت زندگی فرد در پیش زمینه ذهن وی با هدف آموزش رفتارهایی است که بازخورد مثبت دیگران را به دنبال دارند. هدف دیگر آن تقویت جنبه‌های مثبت موجود به جای آموزش به افراد برای تفسیر مجدد جنبه‌های منفی در زندگی است. مداخله‌های مثبت نگر سعی می‌کنند از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار و رفتار مثبت و همچنین عشق و تعلق خاطر شادکامی و بهزیستی روانشناختی را افزایش دهند (لیومرسکی و لائوس^۲، ۲۰۱۳).

نظریه‌های زیربنایی روان درمانی مثبت نگر عبارتند از نظریه توانمندی‌ها^۳ که به موجب آن نیاز است علاوه بر پرداختن به خطاها و ضعف‌ها به شکوفایی توانمندی‌ها و قابلیت‌ها هم توجه شود و همچنین نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت^۴ که بیان می‌کند، هیجان‌های مثبت دامنه تفکر عمل لحظه‌ای را گسترش می‌دهد و همزمان بدن برای انجام عملی خاص آماده می‌شود، در اثر این گسترش، با گذشت زمان منابع تقویتی و شخصی گوناگونی اعم از منابع جسمی، اجتماعی، فکری و ذهنی و روانشناختی ساخته و پرداخته می‌شود. همچنین هیجان‌های مثبت وظیفه خنثی کردن هیجان‌های منفی طولانی را هم در طول زمان به عهده می‌گیرند و نیز این هیجان‌ها از راه اثر گسترده‌شان، باعث ایجاد حلقه‌های صعودی بهیاشی می‌شوند و آن هم به ایجاد مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای نیز کمک می‌کند. به این ترتیب آنهایی که هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند، در اغلب موارد با ناملایمات و شدائد زندگی بهتر مقابله می‌کنند و تاب آورترند. نظریه سوم نظریه بالندگی^۵ است که بیان می‌کند افراد برای رسیدن به رشد و بالندگی به گفته‌ها یا احساسات مثبت به نسبت ۳ به ۱ در مقابل احساسات منفی نیاز دارند (فردریکسون^۶، ۲۰۰۱). افراد مثبت نگر سالمتر، شادتر و خوشبین‌تر هستند و دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند. آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز می‌کنند و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند؛ بنابراین این افراد شادکامی بالاتری را تجربه می‌کنند و امیدواری بالاتری نسبت به آینده دارند (سلیگمن، استین، پارک و پترسون^۷، ۲۰۰۵).

در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی روان درمانی مثبت نگر در بهبود علائم بالینی و بهزیستی بیماران مبتلا به افسرده خوبی (چاوز، لویز-گومز، هارواس و واسکوئز^۸، ۲۰۱۷)، بهبود پریشانی هیجانی در بیماران بهبود یافته از سرطان

1 - Duckworth, Steen & Seligman

2 - Lyubomirsky & Layous

3 - Strengths Theory

4 - The Broaden - and - Build Theory of Positive Emotions

5 - The Flourish Theory

6 - Fredrickson

7 - Seligman, Steen, Park & Peterson

8 - Chaves, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez

(اوچوا، کاسلاس-گورو، ویوز، فونت و بوراس^۱، ۲۰۱۷)، افزایش شادکامی و امید و کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری قلبی (نیکراهان و همکاران^۲، ۲۰۱۶)، کاهش انعطاف ناپذیری روان شناختی و بهبود خودکارآمدی درد در زنان مبتلا به درد مزمن (میردرکوند، گودرزی، قاسمی و غلامرضایی، ۱۳۹۷) و افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان با تجربه جراحی پستان (افروز، دلیر و صادقی، ۱۳۹۶) تایید و نتایج سودمندی حاصل شده است. چاکهسی، کریس، سامرس-اسپیجکرمن و بوهملیجر^۳ (۲۰۱۸) در قالب یک مطالعه مرور سیستمی و فراتحلیل تاثیر مداخلات روانشناسی مثبت نگر بر بهزیستی و پریشانی در نمونه‌های بالینی دارای اختلالات روان پزشکی یا روان تنی را مورد بررسی قرار دادند. هدف این بود که تاثیرات مداخلات روانشناسی مثبت نگر بر بهزیستی، افسردگی، اضطراب و استرس در نمونه‌های بالینی مبتلا به اختلالات روانپزشکی یا روان تنی بررسی گردد. تعداد ۳۰ مطالعه وارد فرایند شدند که در مجموع در آنها ۱۸۶۴ بیمار مبتلا به اختلالات بالینی وجود داشتند. در مرحله پس از مداخله، در مقایسه با شرایط کنترل، مداخلات روانشناسی مثبت نگر اندازه اثرهای معنادار و کوچکی برای بهزیستی و افسردگی نشان دادند. گواهمکاران^۴ (۲۰۱۷) در قالب یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی، اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر افسردگی و خودکارآمدی در دانشجویان دوره کارشناسی پرستاری را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که روان درمانی مثبت نگر می‌تواند به طور معناداری علائم افسردگی را کاهش و خودکارآمدی را بهبود ببخشد. سالدو، سویج و مرسر^۵ (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر مداخله‌های روانشناسی مثبت نگر بر روی گروهی از نوجوانان پرداختند. یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان داد که در پایان مداخله، نوجوانان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل رضایت از زندگی و عاطفه مثبت بیشتر و عاطفه منفی کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند.

با توجه به اینکه بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک از بیماری‌های مزمن پراسترسی است که شیوع آن در بسیاری از کشورها و از جمله کشور ما گسترده است و سالانه شمار زیادی از افراد و مخصوصاً قشر جوان به این بیماری مبتلا می‌گردند و به دلیل اثرات مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران با مشکلات جدی جسمانی و روان شناختی روبرو می‌شوند، ضرورت دارد تا به طور جدی تری به پیامدهای روان شناختی نامطلوب این بیماری پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیر دارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روحی و روانی بیماران به کار گرفته شود. از طرفی در پژوهش‌های گوناگون، اثربخشی مداخلات مثبت نگر برای افراد و جامعه‌های هدف مختلفی بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. از آنجا که لزوم ارایه مداخلات روان شناختی جهت بهبود بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک بیش از پیش احساس می‌گردد؛ پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد.

1 - Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font, & Borràs

2 - Nikrahan & et al

3 - Chakhssi, Kraiss, Sommers-Spijkerman, & Bohlmeijer

4 - Guo & et al

5 - Suldo, Savage & Mercer

روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود و از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده گردید. جامعه این پژوهش متشکل از زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک عضو انجمن حمایت از بیماران مبتلا به لوپوس شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ بودند. ۴۰ زن بیمار پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، به شیوه هدفمند انتخاب و با تخصیص تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر زیر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل تشخیص قطعی آزمایشگاهی و تایید بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک توسط پزشک متخصص روماتولوژی، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل ابتدایی، حداقل شش ماه سابقه ابتلا به بیماری، تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و عدم دریافت خدمات روان شناختی خارج از جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج افراد از مطالعه نیز داشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روانپزشکی بر اساس مصاحبه بالینی، اعتیاد یا مصرف الکل، سابقه بستری بودن در بخش‌های روانپزشکی، مصرف داورهای روانپزشکی و سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی در ارتباط با روش درمانی مثبت نگر در طی شش ماه گذشته، در نظر گرفته شد.

ابزار

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی ذهنی استفاده گردید. این پرسشنامه که توسط مولوی، ترکان، سلطانی و پلاهنگ (۱۳۸۹) تهیه شده دارای ۳۹ گویه است که در یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً نادرست تا کاملاً درست پاسخ داده می‌شود. گویه‌های مثبت از چپ به راست از ۱ تا ۵ و گویه‌های منفی از راست به چپ از ۱ تا ۵ می‌شوند. مولوی و همکاران در تدوین پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی چهار عامل سرزندگی^۱ (۱۳ گویه)، اراده^۲ (۱۰ گویه)، روان رنجوری^۳ (۱۰ گویه) و استرس-افسردگی^۴ (۶ گویه) را مشخص ساختند. سرزندگی و اراده عامل‌های زیرمقیاس عواطف مثبت و روان رنجورخویی و استرس-افسردگی عامل‌های زیرمقیاس عواطف منفی بودند. آنها همچنین قابلیت اعتماد پرسشنامه را برای چهار عامل فوق بالاتر از ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ گزارش کردند و در بررسی روایی پرسشنامه مذکور از روایی محتوا و تشخیصی استفاده کرده‌اند. برای ارزیابی روایی محتوا، پرسشنامه مذکور را با توجه به استفاده از پرسشنامه‌های معتبر برای گردآوری گویه‌ها، بر پایه تأیید برخی از اساتید روانشناسی تأیید کردند و برای تعیین روایی تشخیصی تفاوت میان دو گروه سالم و بیمار مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره را به دست آوردند که تفاوت دو گروه معنی‌دار بود (شریفی، آذرنیاد، خلیلی، سیفی و حمیدی، ۱۳۹۵). در پژوهش اعیادی، درگاهی، قمری گیوی و عباسی (۱۳۹۵) نیز میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۳ برآورد گردید. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۴ بدست آمد.

شیوه اجرای این پژوهش بدین صورت بود که محقق با حضور در انجمن لوپوس، درباره ضرورت انجام مطالعه، روند اجرای آن و مزایای مداخلاتی که به بیماران ارائه خواهد شد، توضیحات لازم را ارائه داد. پس از کسب موافقت

-
- 1 - Vitality
 - 2 - Determination
 - 3 - Neurosis
 - 4 - Stress-Depression

مسئولین انجمن و انجام هماهنگی های لازم، فراخوان جلسات آموزشی از طریق انجمن به بیماران اعلام گردید. پس از مهلت ارایه شده جهت ثبت نام و شرکت در جلسات، از میان بیماران متقاضی شرکت در جلسات درمانی، ۴۰ نفر بر اساس ملاک های ورود و خروج به پژوهش، به شیوه هدفمند انتخاب و با تخصیص تصادفی در گروه های ۲۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس از جایگزینی تصادفی بیماران در گروه های آزمایش و کنترل، مداخله روان درمانی مثبت نگر در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای به شیوه گروهی و هفتگی برای آزمودنی های گروه آزمایش برگزار گردید. بیماران گروه کنترل نیز در طی ارایه آموزش ها به آزمودنی های گروه آزمایش، هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: (۱) پژوهشگر خود را به واحدهای پژوهش معرفی نمود و در مورد اهداف پژوهش توضیح داد (۲) به واحدهای پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد (۳) عقاید، فرهنگ، مذهب و ... واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد (۴) برآزاد بودن واحدهای مورد پژوهش جهت حضور در ادامه پژوهش تاکید گردید (۵) حریم شخصی بیماران حفظ شد و به آنها در مورد بی خطر بودن مداخله اطمینان داده شود (۶) در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها و استفاده از منابع دقت و امانتداری علمی به عمل آمد.

پکیج درمانی جلسات روان درمانی مثبت نگر بر اساس اصول، مبانی و تکنیک های این شیوه درمانی در ۸ جلسه دو ساعته بر اساس طرح درمانی رشید و سلیگمن (۲۰۱۳؛ به نقل از پور فرج عمران و رضا زاده، ۱۳۹۷) تنظیم گردید. پس از پایان جلسات، پس از آزمون از هر دو گروه اخذ شد. همچنین برای آزمودنی های گروه کنترل جهت رعایت مسائل اخلاقی و حرفه ای در پژوهش و تشکر و قدردانی از آنها جهت همکاری شان در فرایند اجرای پژوهش، پس از پایان مرحله پس آزمون، جلسات درمانی برگزار گردید.

شیوه اجرای جلسات درمانی به صورت مختصر در جدول ۱ ارایه شده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱- مختصری از محتوای جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	گرایش به روان‌درمانی مثبت‌نگر	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر: مسایل مطرحه در ارتباط با فقدان و یا کمبود منابع مثبت از قبیل هیجانات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و توانمندی‌های منشی در بروز افسردگی، اضطراب و زندگی پوچ مورد بحث قرار می‌گیرد.	نوشتن یک معرفی مثبت از خود و ذکر توانمندی‌های خود در حدود یک صفحه که در آن به بیان داستان واقعی از زندگی خود می‌پردازد که وی در بهترین وجه از توانمندی‌های خود استفاده را نشان می‌دهد.
دوم سوم	ارزیابی توانمندی‌های منشی	تقویت نقاط قوت شاخص و احساسات و عواطف مثبت: بحث پیرامون ۲۴ توانمندی‌های منشی بمنظور ایجاد و تقویت تعهد.	اقدام به تکمیل یک پرسشنامه در زمینه توانمندی‌های خود و نحوه بکارگیری نقاط قوت شاخص به بحث گذاشته می‌شود.
چهارم	عفو و گذشت	گذشت و بخشش و میراث شخصی: گذشت به عنوان ابزار نیرومندی معرفی می‌شود که می‌تواند احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف مثبت تبدیل شود.	با انجام یک تمرین با ماهیت گذشته بطور دقیق آشنا می‌شوند. در حد یک الی دو صفحه به بیان این بپردازند که دوست دارند دیگران آنها را به خاطر کدام ویژگی‌های مثبتشان به خاطر بسپارند. در قالب یک پیام نکوداشت یا بزرگداشت در پایان عمر.
پنجم و ششم	قدرشناسی	سپاسگزاری و قدرشناسی: تاکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از سپاسگزاری مورد بحث قرار می‌گیرد. نقش خاطرات خوب و بد این بار با تمرکز و تاکید بر قدرشناسی مورد بحث قرار می‌گیرد.	مراجع نامی ای را برای کسی که هرگز آنگونه که باید و شاید از وی قدردانی نکرده است می‌نویسد و آن را شخصا به وی تقدیم می‌کند.
هفتم	روابط مثبت و اجتماعی	ارتباطات مثبت و بازخورد فعال-سازنده: به مراجعین پیرامون نحوه واکنش فعال‌سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند، آموزش‌های لازم داده می‌شود.	مراجعین به تمرین واکنش‌سازنده و فعال به عنوان راهبردی جهت تقویت ارتباطات مثبت می‌پردازند.
هشتم	التذاذ و زندگی برابر	التذاذ (لذت‌تدریجی و پیوسته): آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عامدانه جهت طولانی‌تر کردن هر چه بیشتر و بهره‌گیری از لذات بعنوان تهدیدی احتمالی برای لذت‌تدریجی مطرح می‌شود و راه مقابله با آن نیز آموزش داده می‌شود.	مراجعین باید برای انجام فعالیتهای لذت بخش برنامه ریزی کرده، فعالیتهای مربوطه را طبق برنامه ریزی خود انجام دهند. تکنیکهای مخصوص لذت‌تدریجی نیز به آنها آموزش داده می‌شود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی با توجه به تایید شدن مفروضه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده گردید.

یافته‌ها

جدول ۲- توزیع فراوانی سن آزمودنی‌ها

گروه	دامنه سنی	فراوانی	درصد فراوانی
آزمایش	۲۰ الی ۲۵ سال	۴	۲۰
	۲۶ الی ۳۰ سال	۶	۳۰
	۳۱ الی ۳۵ سال	۴	۲۰
	۳۶ الی ۴۰ سال	۳	۱۵
	۴۱ الی ۴۵ سال	۳	۱۵
	مجموع		۲۰
کنترل	۲۰ الی ۲۵ سال	۴	۲۰
	۲۶ الی ۳۰ سال	۵	۲۵
	۳۱ الی ۳۵ سال	۶	۳۰
	۳۶ الی ۴۰ سال	۳	۱۵
	۴۱ الی ۴۵ سال	۲	۱۰
	مجموع		۲۰

براساس اطلاعات جدول ۲، ملاحظه می‌گردد که بیشترین فراوانی سنی در گروه آزمایش مربوط به طبقه سنی ۲۶ الی ۳۰ سال با ۶ فراوانی و در گروه کنترل نیز مربوط به طبقه سنی ۳۱ الی ۳۵ سال با ۶ فراوانی است.

جدول ۳- توزیع فراوانی تحصیلات آزمودنی‌ها

گروه	مدرک تحصیلی	فراوانی	درصد فراوانی
آزمایش	سیکل	۳	۱۵
	دیپلم	۳	۱۵
	کاردانی	۴	۲۰
	کارشناسی	۸	۴۰
	کارشناسی ارشد	۲	۱۰
	مجموع	۲۰	۱۰۰
کنترل	سیکل	۲	۱۰
	دیپلم	۴	۲۰
	کاردانی	۴	۲۰
	کارشناسی	۷	۳۵
	کارشناسی ارشد	۳	۱۵
	مجموع	۲۰	۱۰۰

جدول ۳، توزیع فراوانی تحصیلات آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات مندرج در این جدول، در گروه آزمایش ۳ نفر تحصیلات سیکل داشتند. ۳ نفر از افراد تحصیلات دیپلم داشتند. ۴ نفر مدرک تحصیلی کاردانی دارند، ۸ نفر نیز مدرک کارشناسی دارند و ۲ نفر نیز مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد دارند. این توزیع برای گروه کنترل بدین صورت می‌باشد که ۲ نفر تحصیلات سیکل، ۴ نفر تحصیلات دیپلم، ۴ نفر کاردانی، ۷ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد داشتند.

جدول ۴- توزیع فراوانی مدت بیماری

گروه	مدت بیماری	فراوانی	درصد فراوانی
آزمایش	زیر ۱ سال	۴	۲۰
	۱ الی ۲ سال	۲	۱۰
	۲ الی ۳ سال	۵	۲۵
	۳ الی ۴ سال	۶	۳۰
	۴ الی ۵ سال	۳	۱۵
	مجموع	۲۰	۱۰۰
کنترل	زیر ۱ سال	۴	۲۰
	۱ الی ۲ سال	۳	۱۵
	۲ الی ۳ سال	۶	۳۰
	۳ الی ۴ سال	۴	۲۰
	۴ الی ۵ سال	۳	۱۵
	مجموع	۲۰	۱۰۰

جدول ۴، نشان می‌دهد بیشترین مدت بیماری برای گروه آزمایش در طبقه ۳ الی ۴ سال با ۶ فراوانی بوده است و برای گروه کنترل نیز بیشترین مدت بیماری در طبقه ۲ الی ۳ سال با ۶ فراوانی بوده است.

جدول ۵- میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی ذهنی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	۷۲/۶۰	۱۰/۰۸	۷۴/۰۵	۱۵/۶۹
	پس آزمون	۹۴	۹/۷۸	۷۲/۲۰	۱۱/۴۶

جدول ۵، میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی ذهنی را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات بهزیستی ذهنی گروه آزمایش در پیش آزمون ۷۲/۶۰ بوده است که در پس آزمون به ۹۴ تغییر یافته است. میانگین نمرات این متغیر در گروه کنترل در پیش آزمون ۷۴/۰۵ و در پس آزمون ۷۲/۲۰ بوده است. ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس آزمون تغییراتی داشته است؛ برای دانستن این مطلب که این تغییرات به لحاظ آماری معنادار می‌باشد یا خیر، از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم این است که مفروضه‌های این آزمون آماری برقرار باشند. این مفروضه‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و خطی بودن می‌باشد که ابتدا به بررسی آنها پرداخته می‌شود. هدف از بررسی پیشفرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیشفرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش فرض در مورد نمرات بهزیستی ذهنی در جدول ۶ ارایه شده است.

جدول ۶- نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	۰/۹۷۵	۰/۲۹۸	۰/۴۵۰	۰/۹۸۷
	پس آزمون	۱/۰۲	۰/۲۴۳	۰/۶۱۳	۰/۸۴۶

همان طور که در جدول ۶، مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیر بهزیستی ذهنی در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار نمی‌باشد، ($p > ۰/۰۵$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیر نرمال می‌باشد. هدف از پیشفرض برابری واریانس‌ها، مساوی بودن واریانس‌های گروه‌هاست. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای متغیر پژوهش در جدول ۷ آورده شده است.

جدول ۷- نتایج آزمون لوین: بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
بهزیستی ذهنی	۱/۷۳	۱	۳۸	۰/۱۹۶

همان طور که در جدول ۷، مشاهده می‌گردد، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد، در متغیر بهزیستی ذهنی معنادار نمی‌باشد ($p > 0/05$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر پژوهش تأیید می‌شود. مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس بررسی وجود رابطه خطی بین متغیر همگام و متغیر وابسته می‌باشد. فرض می‌کنیم که در جامعه، خط رگرسیون متغیر وابسته از روی متغیر همراه در هر گروه یک خط مستقیم است. این فرض برای متغیر پژوهش بررسی شد. برای اینکه رابطه خطی باشد، لازم است، احتمال مقدار F در عامل خطی بودن، از $0/05$ بیشتر نباشد. در جدول بعدی نتایج حاصل از آزمون خطی بودن رابطه‌ی متغیر پژوهش گزارش شده است.

جدول ۸- نتیجه‌ی آزمون خطی بودن رابطه متغیر همراه با پس آزمون متغیر پژوهش

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
بهزیستی ذهنی	۶۲۰/۶۳	۱	۶۲۰/۶۳	۲۱/۵۹	۰/۰۰۱

با توجه به اینکه در جدول فوق احتمال مقدار F در عامل خطی بودن، از $0/05$ بیشتر نشده است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیر همراه و متغیر وابسته رابطه خطی وجود دارد. با توجه به اینکه پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، استفاده از این آزمون آماری بلامانع است.

جدول ۹- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر درمان بر میزان نمرات بهزیستی ذهنی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیش آزمون	۶۸۷/۵۵	۱	۶۸۷/۵۵	۷/۰۱	۰/۰۱۲	-
اثر پس آزمون	۴۹۴۲/۷۶	۱	۴۹۴۲/۷۶	۵۰/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸
خطا	۳۶۲۵/۶۴	۳۷	۹۷/۹۹			
مجموع	۲۸۵۲۹۰	۴۰				

همانگونه که در جدول ۹، مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر بهزیستی ذهنی نشان می‌دهد ($F = 50/44$ و $p < 0/01$). با توجه به مقادیر، میانگین این متغیر برای گروه آزمایش در پیش آزمون ($72/60$) و پس آزمون (94)، مشاهده می‌شود که اجرای روان درمانی مثبت نگر باعث افزایش میانگین نمرات بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون گردیده است. براساس مقدار ستون اندازه اثر در جدول فوق، میزان تاثیر روان درمانی مثبت نگر ۵۸ درصد بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که روان‌درمانی مثبت نگر به طور معناداری موجب بهبود بهزیستی ذهنی زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده بود. نتایج این مطالعه با یافته‌های برخی مطالعات پیشین همسو است. گوا و همکاران (۲۰۱۷) در قالب یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی، اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر افسردگی و خودکارآمدی در دانشجویان دوره کارشناسی پرستاری را مورد بررسی قرار دادند. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که مداخله به طور معناداری افسردگی را کاهش و خودکارآمدی را بهبود داد. در تحقیقی که اوچوا و همکاران (۲۰۱۷) تاثیر روان‌درمانی مثبت نگر بر پریشانی در بیماران بهبود یافته از سرطان را مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که گروه روان‌درمانی مثبت نگر پس از درمان نسبت به گروه کنترل نتایج معنادار و بهتری به دست آورد، و میزان پریشانی و علائم پس از سانحه در افراد کاهش و رشد پس از سانحه افزایش یافت. سالدو، سویج و مرسر (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر مداخله‌های روانشناسی مثبت نگر بر روی گروهی از نوجوانان پرداختند. یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان داد که در پایان مداخله نوجوانان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل رضایت از زندگی و عاطفه مثبت بیشتر و عاطفه منفی کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. در پژوهشی که توسط چنسلر، لایوس و لیوبومرסקی (۲۰۱۴) در یک محیط کاری در ژاپن انجام گرفت، تأثیر انجام چند فعالیت خود اجرایی ساده بر روی کارمندان مورد بررسی قرار گرفت. نسبت به گروه کنترل، شرکت‌کنندگانی که هر روز اتفاقات یا فعالیت‌های مثبت را مرور می‌کردند، شادکامی بیشتری را گزارش کردند، زودتر به محل کار خود می‌آمدند، بیشتر در تعاملات اجتماعی در محل کار شرکت می‌کردند و محل کار را نیز دیرتر ترک می‌کردند. افرادی که فعالیت‌های مثبت بیشتری را انجام داده بودند، تغییرات بیشتری را گزارش کردند. لو، وانگ و لیو (۲۰۱۳) در پژوهش خود ۱۶ فرد دارای عاطفه مثبت پایین را بر اساس مقیاس عاطفه مثبت و منفی انتخاب کردند و تحت چهار ماه روان‌درمانی مثبت نگر به صورت گروهی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد افرادی که درمان مثبت نگر را دریافت کردند، نسبت به گروه کنترل که درمانی را دریافت نکرده بودند، عاطفه مثبت بالاتر و عاطفه منفی کمتری را نشان دادند. لامبرت، فینچام و استیلمن (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر قدردانی کردن بر کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که شاکر بودن و قدردانی کردن از همکاران به طور معناداری باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی می‌گردد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات گندر، پرویر، راج و ویز (۲۰۱۲)، لیتمن - اوادیا و نیر (۲۰۱۴)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶)، آقاجانی، موسوی و اسدی مجره (۱۳۹۷)، دشت بزرگی و شمشرگران (۱۳۹۷) و شریفی کیا، طحان و عسگری (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر در بهبود بهزیستی ذهنی بیماران می‌توان گفت افراد مثبت نگر سالمتر، شادتر و خوشبین‌تر هستند و دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند. آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز می‌کنند و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند؛ بنابراین این افراد شادکامی

بالاتری را تجربه می‌کنند و امیدواری بالاتری نسبت به آینده دارند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵). رویکرد مثبت‌نگر، به افراد کمک می‌کند تا برای احیا و تقویت شجاعت، مهربانی، سخت‌کوشی و هوش عاطفی و اجتماعی کوشش نمایند. این موضوع هرچند باعث کاهش و مدیریت مشکلات هیجانی در آنان می‌شود، اما مهمتر از آن، ایجاد و تقویت هیجان‌ها و جنبه‌های مثبت، تعهد و معنا در زندگی است که منجر به ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی در افراد می‌شود. در برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر یکی از مهمترین اهداف، کمک به ارتقاء و افزایش میزان رضایت از زندگی، شادکامی و بهزیستی افراد است. بر اساس این رویکرد، افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد و هم باعث کاسته شدن از مشکلات هیجانی می‌شود. در واقع رسیدن به بهزیستی، رضایت از زندگی و شادکامی از اهداف غایی روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌باشد (سلیگمن، رشید و پارکز، ۲۰۰۶).

روان‌درمانی مثبت‌نگر موجب می‌شود تا افراد به زندگی خود تعهد بیشتری داشته و فعالانه و با انگیزه بیشتری در آن درگیر شوند و چون لازمه این درگیری فعالتر، شناسایی توانمندی‌های ذاتی و استفاده بهتر از آنها در زندگی و تعیین هدف یا اهداف زندگی مبتنی بر آنها بوده، بنابراین آموزش‌های فوق می‌تواند گامی به سمت بهزیستی و خالی از تهی‌بودن بردارد. این رویکرد با به وجود آوردن هیجان‌های مثبت، توانایی‌های منش و ساختن معنا در زندگی بیمار، می‌تواند به عنوان سپری در مقابل بیماری عمل نماید (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). مداخله‌های روانشناسی مثبت به افراد کمک می‌کنند تا توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه آمیز به سمت وقایع مثبت و امیدوارکننده سوق دهند. به عنوان مثال وقتی فرد تمرین "سه اتفاق مثبت" را قبل از خواب انجام می‌دهد، خطای افسرده ساز نشخوار فکری درباره آنچه که بد اتفاق افتاده است، به چالش کشیده می‌شود؛ بنابراین احتمال زیادی وجود دارد که آزمودنی روزش را به جای یادآوری مشکلات با یادآوری وقایع مثبت شروع کند. این تمرین می‌تواند علاوه بر پرت کردن حواس بیمار از رویدادهای منفی زندگی، سبب توجه به بُعد مثبت آن نیز شود. همچنین توانمندی‌های منشی که به شکل بالقوه در افراد وجود دارد، در صورت افزایش می‌توانند مقاومت افراد را در برابر بیماری افزایش دهند (لیو و همکاران، ۲۰۱۲). برشمردن نقاط مثبت باعث تجربه احساسات مثبت و در نهایت گسترش آنی فهرست اعمال و افکار فرد می‌شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر فقط بر شناسایی نقاط مثبت تأکید نمی‌کند، بلکه برای شکست‌های مراجعان تکنیک‌هایی همچون بخشش پیشنهاد می‌کند. همچنین با انجام تمرین‌های روانشناسی مثبت از جمله نودوستی، شکرگزاری و نوشتن نقاط قوت میزان بهزیستی افراد افزایش می‌یابد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). روانشناسان مثبت‌نگر، در مباحث خود به هیجانها و خاطرات مثبت توجه می‌کنند. همچنین به موضوعات مرتبط با مشکلات مراجعان با هدف یکپارچه کردن هیجانهای مثبت و منفی می‌پردازند، در نتیجه افراد یاد می‌گیرند در جهان، موضعی فعال انتخاب کنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند. در چنین شرایطی افراد وضعیت روانی بهتر و بهزیستی بیشتری را تجربه خواهند کرد (ساتون، ۲۰۰۷).

هر پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو است. از آنجا که این پژوهش بر روی بیماران زن مبتلا به لوپوس شهر تهران انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده از محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. عدم وجود مرحله پیگیری و در نتیجه در دست نبودن اطلاعاتی از تداوم تغییر و یا ثبات نتایج محدودیت دیگر پژوهش است. در اغلب پژوهش‌های علوم

رفتاری، معمولا متغیرهای مداخله گر زیادی به جز متغیرهای مستقل بطور همزمان وارد پژوهش می‌شوند و متغیرهای وابسته را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند. اینگونه متغیرها غالبا به سختی شناسایی می‌شوند و حذف اثرات آنها بسیار دشوار است. لذا نادیده گرفتن اثرات اینگونه عوامل، ممکن است زمینه کاهش تکرار پذیری نتایج را فراهم نماید. پیشنهاد می‌شود به منظور واضح تر شدن اثرات درمانی رویکرد روان درمانی مثبت نگر با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی از ابزارهای دیگری جهت سنجش بهزیستی ذهنی استفاده شود و در مواردی از مصاحبه برای جمع آوری اطلاعات در کنار پرسشنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده، مداخله روان درمانی مثبت نگر بر روی بیماران مرد مبتلا به لوپوس نیز انجام گردد. توصیه می‌گردد، پژوهشگران در آینده از حجم نمونه گسترده‌تری استفاده کنند. با این روند می‌توان تفاوت‌های فردی موجود بین آزمودنی‌ها را در نظر گرفت و یافته‌های به دست آمده را با توجه به آن تفسیر کرد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد، روان‌شناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی رویکرد روان درمانی مثبت نگر در جهت کاهش مشکلات روان شناختی و بهبود سلامت روان بیماران پوستی بهره ببرند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسوولین انجمن حمایت از بیماران مبتلا به لوپوس و تمامی بیماران عزیزی که در فرایند اجرای مطالعه، صمیمانه همکاری نمودند، اعلام می‌نماید.

منابع

- افروز، غلامعلی؛ دلیر، مجتبی و صادقی، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر تصویر بدنی، امید به زندگی و شادکامی در زنان با تجربه جراحی پستان. *فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی سلامت*، ۶(۴)، ۱۸۰-۱۹۵.
- اعیادی، نادر؛ درگاهی، شهریار؛ قمری گیوی، حسین و عباسی، مسلم (۱۳۹۵). نقش استرس شغلی پرستاری در پیش بینی بهزیستی ذهنی، استرس زناشویی و همدلی پرستاران. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۹(۲)، ۶۷-۷۹.
- آقاجانی، محمد جواد؛ موسوی، سیده سمیه و اسدی مجره، سامره (۱۳۹۷). تأثیر روان درمانی مثبت گرا بر بهزیستی روانی و سخت رویی روان شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۵(۳)، ۲۲-۳۳.
- پورفرج عمران، مجید و رضازاده، حلیمه (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر شادکامی و امید به زندگی بیماران سرطانی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۹(۳۳)، ۱۱۹-۱۳۶.
- حجازی، الهه؛ صادقی، ناهید و شیرزادی فرد، میثم. (۱۳۹۲). رابطه ی باورهای اساسی و ادراک از روابط والدینی با بهزیستی ذهنی دانش آموزان. *مجله روان شناسی مدرسه*، ۲(۴)، ۴۳-۶۱.
- شریفی، گشاو؛ آذرنیاد، آرش؛ خلیلی، شیوا؛ سیفی، سید جواد و حمیدی، امید (۱۳۹۵). رابطه ارزش‌های شخصی شوارتز با بهزیستی ذهنی در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله روان شناسی بالینی*، ۸(۴)، ۶۳-۷۴.
- شریفی کیا؛ طاهره؛ طحان، محمد و عسگری، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس شادکامی و امید در بیماران مبتلا به ویتیلیگو (پسی). *فصلنامه دستاوردهای روان شناسی بالینی*، ۲(۳)، ۷۷-۹۸.
- دشت بزرگی، زهرا و شمشیرگران، مرضیه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت در پرستاران. *پژوهش نامه روان شناسی مثبت*، ۴(۲)، ۱۳-۲۴.
- میردریکوند، فضل‌الله؛ گودرزی، میترا؛ قاسمی، ندا و غلامرضایی، سمین (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی مثبت بر انعطاف ناپذیری روان شناختی و خودکارآمدی درد زنان مبتلا به درد مزمن. *بیهوشی و درد*، ۹(۴)، ۱-۱۴.

مولوی، حسین؛ ترکان، هاجر؛ سلطانی، ایرج و پالاهنگ، حسن (۱۳۸۹). هنجاریابی و سنجش روایی و پایایی پرسشنامه بهزیستی ذهنی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶ (۳)، ۲۳۱-۲۳.

- Bricou, O., Taieb, O., Baubet, T., Gal, B., Guillevin, L., & Moro, M.R. (2006). Stress and coping strategies in systemic lupus erythematosus: a review. *Neuroimmunomodulation*, 13(5-6), 283-293.
- Bachen, E.A., Chesney, M.A., & Criswell, L.A. (2009). Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatology*, 61(6), 822-829.
- Cotter, E.W., & Fouad, N.A. (2011). The relationship between subjective well-being and vocational personality type. *Journal of Career Assessment*, 19(1), 51-60.
- Cooper, G., Parks, C., Treadwell, E., Clair, E., Gilkeson, G., Cohen, P.L., et al. (2002). Differences by race, sex and age in the clinical and immunologic features of recently diagnosed systemic lupus erythematosus patients in the southeastern United States. *Lupus*, 11, 161-167.
- Chakhssi, F. Kraiss, J.T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E.T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 211-221.
- Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 417-433.
- Chancellor, J., Layous, K., & Lyubomirsky, S. (2015). Recalling Positive Events at Work Makes Employees Feel Happier, Move More, but Interact Less: A 6-Week Randomized Controlled Intervention at a Japanese Workplace. *Journal of Happiness Studies*, 16, 871-887.
- Davatchi, F., Jamshidi, A.R., Banihashemi, A.T., Gholami, J., Forouzanfar, M.H., Akhlaghi, M et al. (2008). WHO-ILAR COPCORD Study (Stage 1, Urban Study) in Iran. *The Journal of Rheumatology*, 35(7), 141-162.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Furst, D.E., Clarke, A.E., Fernandes, A.W., Bancroft, T., Greth, W., & Iorga, S.R. (2013). Incidence and prevalence of adult systemic lupus erythematosus in a large US managed-care population. *Lupus*, 22(1), 99-105.
- Gomes, V., Krings, F., Bangerter, A., & Grob, A. (2009). The influence of personality and life events on subjective well-being from a life span perspective. *Journal of Research in Personality*, 43, 345-354.
- Gander, F., Proyer, R.T., Ruch, W., & Wyss, T. (2012). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 4, 174-185.
- Guo, Y.F., Zhang, X., Plummer, V., Lam, L., Cross, W., & Zhang, J.P. (2017). Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 375-383.
- Kuykendall, L., & Tay, L. (2015). Employee subjective well-being and physiological functioning: An integrative model. *Health Psychology Open*, 4, 1-11.
- Kuster, F., Orth, U., & Meier, L.L. (2012). Rumination mediates the prospective effect of low Self-Esteem on depression: a five-wave longitudinal study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(6), 747-759.
- Karremans, A., & Vingerhoest, A.J. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, 53, 821-826.
- Lucas, R.E., & Diener, E. (2008). *Personality and subjective well-being*. ", in O.P. John, R.W. Robins and L.A. Pervin (eds.), *Handbook of personality* (Guilford Press, New York & London), pp. 795- 819.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62.
- Lü, W., Wang, Z., & Liu, Y. (2013). A pilot study on changes of cardiac vagal tone in individuals with low trait positive affect: the effect of positive psychotherapy. *International Journal of Psychophysiology*, 88(2), 213-217.
- Lambert, N. M., Fincham, F. D., & Stillman, T. F. (2012). Gratitude and depressive symptoms: The role of positive reframing and positive emotion. *Cognition and Emotion*, 26, 602-614.
- Littman-Ovadia, H., & Nir, D. (2014). Looking forward to tomorrow: The buffering effect of a daily optimism intervention. *The Journal of Positive Psychology*, 9(2), 122-136.
- Lü, W., Wang, Z., & Liu, Y. (2013). A pilot study on changes of cardiac vagal tone in individuals with low trait positive affect: the effect of positive psychotherapy. *International Journal of Psychophysiology*, 88(2), 213-217.
- Mohan, C., & Putterman, C. (2015). Genetics and pathogenesis of systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Nature Reviews Nephrology*, 11, 329-341.

- Nikrahan, G.R., Suarez, L., Asgari, K., Beach, S.R., Celano, C.M., Abedi, M.R., Etesampour, A., Abbas, R., & Huffman, J.C. (2016). Positive psychology interventions for patients with heart disease: A preliminary randomized trial. *Psychosomatics*, 57(4), 348-358.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J.M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 1-96.
- Peterson, T.L., Chatters, L.M., Taylor, R.J., & Nguyen, A.W. (2014). Subjective well-being of older African Americans with DSM IV psychiatric disorders. *Journal of Happiness Studies*, 15(5), 1179-1196.
- Reich, A., Marcinow, K., & Bialynicki-Birula, R. (2011). The lupus band test in systemic lupus erythematosus patients. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 7, 27-32.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-778, 781-786.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press; 2002.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress, empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Suldo, S.M., Savage, J.A., & Mercer, S.H. (2013). Increasing middle school students' life satisfaction: Efficacy of a positive psychology group intervention. *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 19-42.
- Sutton, G.W. (2007). Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths. *Journal of Psychology and Christianity*, 26(4), 370-377.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-778, 781-786.
- Vina, E.R., Green, S.L., Trives, T., Kwoh, C.K., & Utset, T.O. (2013). Correlates of Sleep Abnormalities in Systemic Lupus A Cross-sectional Survey in an Urban, Academic Center. *Journal of Clinical Rheumatology*, 19(1), 7-13.