

The Effectiveness of Positive Cognitive - behavioral Therapy on Orientation of Life in Female Teachers with Chronic Fatigue Syndrome

Sadeghi, F., Abolghasemi, *A., Kazemi, R., Narimani, M.

Abstract

Introduction: Psychosocial factors may play role in orientation of life of patients with chronic fatigue syndrome. The aim of present study was to investigate the effectiveness of a positive cognitive-behavioral therapy on orientation of life in female teachers with chronic fatigue syndrome.

Method: A semi-experimental design with pretest, posttest with control group was applied. The population included all teacher women with chronic fatigue syndrome in Meshkinshahr in 2017. A sample of 40 female teachers selected and randomly assigned into 2 groups (one experimental group and one control group). For data collection, Chalder Chronic Fatigue and Orientation of Life questionnaires were used. Positive cognitive-behavioral therapy was administered to experimental group for 11 sessions, whereas the control group receive no intervention. The extracted data analysed by a analysis of covariance.

Results: Results showed increased optimistic vision, as well as, reduced pessimistic vision of women in experimental group ($p < 0/01$) than control group.

Conclusion: It could be concluded that positive cognitive-behavioral therapy was effective on orientation of life of female teachers with chronic fatigue syndrome and is then recommended as an effective intervention to them.

Keywords: Chronic Fatigue Syndrome, Orientation of Life, Positive Cognitive- behavioral Therapy, teachers, women.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر جهت‌مداری زندگی معلمان زن دارای سندرم خستگی مزمن

فریده صادقی^۱، عباس ابوالقاسمی^۲، رضا کاظمی^۳، محمد نریمانی^۴

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۰۳

چکیده

مقدمه: عوامل روانی اجتماعی ممکن است در جهت‌مداری زندگی بیماران خستگی مزمن نقش داشته باشند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر جهت‌مداری زندگی معلمان زن دارای خستگی مزمن بود.

روش: طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه معلمان زن مبتلا به سندرم خستگی مزمن مشکین شهر در سال ۱۳۹۷ است. نمونه‌ای متشکل از ۴۰ معلم زن با خستگی مزمن انتخاب شد و به شیوه تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خستگی چالدر و جهت‌مداری زندگی استفاده شد. گروه آزمایشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر را در ۱۱ جلسه دریافت کرد، در حالیکه گروه کنترل مداخله‌ای نگرفت. تحلیل نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشانگر افزایش میانگین دید خوش‌بینانه و کاهش میانگین دید بدبینانه در زنان گروه آزمایشی ($P < 0/01$)، نسبت به گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر جهت‌مداری زندگی معلمان زن مبتلا به خستگی مزمن تأثیر دارد و به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای این بیماران پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: جهت‌مداری زندگی، رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، سندرم خستگی مزمن، معلمان، زنان.

مقدمه

درد، از پس زندگی برآمده و حتی در کار و زندگی شخصی خود پیشرفت داشته باشند. در مقابل، برخی دیگر بر این باورند که درد کاملاً زندگی آن‌ها را مختل کرده است. تاب‌آوری می‌تواند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط استرس‌زا و مشکل‌زا تعدیل کند و باعث افزایش رضایت از زندگی شود (۱۴). علاوه بر آن پژوهش‌های دیگر نیز حاکی از پایین بودن نمرات بهزیستی روانشناختی در افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن بود (۱۵) با توجه به شایع بودن مشکلات روانشناختی این بیماران، اقدام در جهت کاهش این مشکلات بسیار ضروری می‌باشد. یکی از روش‌های کمک به کاهش این مشکلات، مداخله روان درمانی می‌باشد.

یکی از مداخلات مؤثر و کارآمد که اخیراً در حوزه درمان روانشناختی درد مزمن مورد توجه قرار گرفته، رفتاردرمانی شناختی مثبت‌گرا است که از ترکیب رویکرد شناختی بک در حوزه‌ی بالینی، تئوری فعالیت میهالی^۲ با روانشناسی مثبت‌نگر، بدست آمده است (۱۶). رفتار درمانی شناختی مثبت‌نگر به مراجعان آموزش می‌دهد که خوش بین‌تر باشند و تغییرات درمانی آن پایداری بیشتری دارد (۱۶). موضوع اصلی رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا از نظر محققان پیشرو حوزه روانشناسی مثبت‌نگر، شادکامی^۳ بود که شامل سه مؤلفه بود: هیجان مثبت^۴، مجذوب شدن^۵ و زندگی با معنی^۶. منظور از هیجان مثبت، یعنی آنچه که احساس می‌کنیم مانند لذت، شادی، احساس راحتی، محبت و صمیمیت و غیره که زندگی مطلوب نامیده می‌شود. منظور از مجذوب شدن نیز فعالیت‌های جذاب و پویا می‌باشد، مانند پرداختن به موسیقی، متوقف ساختن زمان و نداشتن خودآگاهی در حین انجام فعالیت‌های جذاب که زندگی سرگرم کننده نامیده می‌شود و منظور از معانی، تعلق داشتن و خدمت به چیزی که فراتر از خویشتن می‌رود، مانند خانواده، مذهب، طبیعت و حزب سیاسی، که زندگی معنی‌دار نامیده می‌شود (۱۷). در رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا، «مداخله‌های مثبت‌گرا^۷» به گونه‌ای طراحی شده‌اند که جنبه‌های شادکامی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و راهبردهایی هستند که به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و با معنا را بسازند و

سندرم خستگی مزمن^۱ با خستگی غیرقابل پیش‌بینی و مداوم توصیف می‌شود (۲،۱)، که منجر به خستگی و ناتوانی طولانی مدت در عملکرد تحصیلی و فعالیت‌های فردی و اجتماعی می‌شود (۳). نشانه‌های این بیماری بصورت سریع و ناگهانی ظاهر می‌شود و سال‌ها به صورت مزمن ادامه می‌یابد (۴). افراد مبتلا به این بیماری دارای علائمی از خلق افسرده نظیر اختلالات خواب، نواقص توجه، نقص شناخت و کاهش سرعت پردازش اطلاعات (۵) و خستگی ناتوان کننده (۶) هستند که منجر به کاهش محسوس سطح فعالیت می‌شود (۷). سندرم خستگی مزمن یک وضعیت طولانی مدت چالش برانگیز با علائم نوسانی و پیچیده است که معمولاً توسط بسیاری از افراد ادراک می‌شود، اما اندازه‌گیری عینی آن دشوار است (۸). شیوع سندرم خستگی مزمن در سراسر جهان تقریباً ۰/۲ تا ۱ درصد (۹) و در ایران نیز میزان شیوع این سندرم در پرستاران شهر تهران و اهواز به ترتیب ۷/۹ و ۳/۴ درصد بوده است (۱۰). این نشانگان عمدتاً در زنان رخ می‌دهد و در مورد بروز آن در مردان تحقیقات کمی انجام شده و از مشخصه‌های دیگر آن درد ماهیچه‌ای (در مردان)، نشانه‌های ایمنی کمتر و کیفیت زندگی کمتر می‌باشد (۱۱).

سندرم خستگی مزمن (CFS) یک وضعیت مزمن با علت شناسی نامعلوم است، درمان‌های موفق‌تر و قوی‌تر برای آن در دسترس نیست (۷). محققان علت آن را به چند عامل نسبت می‌دهند و بسیاری از نظریه‌ها آن را به عوامل زیادی نظیر عوامل محیطی و ایمنی شناسانه نسبت می‌دهند (۳). بعضی از محققان پیشنهاد می‌کنند که این اختلال نشان دهنده سیستم استرس و شامل هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال باشد (۱۲)، تحقیقات جدیدتر نیز علت آن را به بدکارکردی سیستم عصبی مرکزی نسبت می‌دهند (۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تشخیص این بیماری مشکل است و هیچ تست آزمایشگاهی برای تشخیص آن وجود ندارد (۳). از سویی دیگر تحقیقات در زمینه درد مزمن، بیانگر آن است که بیماران مبتلا به خستگی مزمن از نظر کیفیت زندگی با هم تفاوت‌هایی دارند. افراد با تاب‌آوری بیشتر (افراد با پذیرش و خود کارآمدی درد) قادر هستند علی‌رغم وجود

5. Engagement
6. Meaningful life
7. Positive intervention

1. Chronic Fatigue syndrome
2. Mihaly Cognitive-attention syndrome
3. Happiness
4. Positive emotion

روش

طرح پژوهش: مطالعه حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل گسترش‌یافته است. **آزمودنی‌ها:** جامعه آماری این پژوهش را تمامی معلمان زن دارای سندرم خستگی مزمن شهرستان مشگین شهر در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش حاضر به صورت تصادفی خوشه‌ای و در دو مرحله به شرح ذیل شناسایی و انتخاب شدند. الف) مرحله شناسایی: در این مرحله تعداد ۷۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از میان معلمان زن شهرستان مشگین شهر انتخاب شد. به این ترتیب که، با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین مدارس شهر (ابتدایی و متوسطه اول و دوم) ۵۰ مدرسه به طور تصادفی انتخاب شد و سپس از هر مدرسه ۱۵ معلم به طور تصادفی انتخاب شدند و از طریق مقیاس خستگی مزمن چالدر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ب) مرحله انتخاب: در این مرحله بعد از غربالگری افراد از طریق مقیاس چالدر، موارد مشکوک به سندرم شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفته و به عنوان نمونه آماری تعداد ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس این افراد در دو گروه آزمایشی درمان مثبت‌نگر و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. با توجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی حداقل نمونه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۳۵)، در این پژوهش با هدف افزایش اعتبار بیرونی پژوهش و احتمال افت آزمودنی، برای هر گروه ۲۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از تحلیل کوواریانس ساده استفاده گردید.

معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱. دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، ۲. ابتلا به اختلال خستگی مزمن ۳. تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در درمان. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بود از: ۱. ابتلا به اختلالات روانشناختی ۲. بیماری جسمانی دیگر ۳. دریافت همزمان درمان‌های روانشناختی و یا دارویی.

ابزار

۱. مقیاس خستگی چالدر^۱: این پرسشنامه توسط چالدر (۳۶) ساخته شده است و شامل یک ابزار کوتاه ۱۴ سؤالی است.

هدف ایجاد بهزیستی، ارتقا رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی و غیره در بافت زندگی است (۱۷).

در روانشناسی مثبت‌نگر خوش‌بینی گرایشی عامل دیگری است که مورد تأکید قرار می‌گیرد. خوش‌بینی اشاره به پیش‌بینی کردن رخداد پیامدهای خوب در رویارویی با مسائل است (۱۸). خوش‌بینی ممکن است به‌عنوان یک مانع در برابر استرس و افزایش راهبردهای مقابله فعالانه و استفاده از رفتارهای سالم باعث افزایش بهزیستی ذهنی افراد گردد (۱۹). در زمینه مؤثر بودن رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر در درمان بیماری‌های مزمن و افزایش بهزیستی هیجانی، شادکامی و خوش‌بینی تحقیقات ضد و نقیضی مشاهده می‌شود. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده که مداخله رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر باعث کاهش مشکلات هیجانی و حافظه‌ی ذهنی بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن می‌شود (۲۰). پژوهش‌های دیگر نیز در زمینه به کارگیری برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر نشان داده که این درمان می‌تواند بر طیف وسیعی از متغیرهای روان‌شناسی مانند بهزیستی روان‌شناختی (۲۵-۲۴-۲۳-۲۲-۲۱)، کیفیت زندگی (۲۶-۲۷-۲۸-۲۹)، شادکامی (۵-۳۰-۳۱) مؤثر باشد. اما با وجود تحقیقات متعدد اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، شواهد دیگر نشان می‌دهد که تمام مداخله‌های مثبت‌نگر بر یک میزان بر شادکامی و بهزیستی تأثیر ندارند و فقط هنگامی که این فعالیت‌ها به شیوه و شرایط خاصی انجام شود، تأثیر بیشتری روی شادکامی افراد دارد (۳۳). با این حال بعضی از مطالعه‌ها بیانگر تأثیر متغیرهای فرهنگی در اثربخشی مداخله‌های مثبت‌نگر بوده است (۳۴). بنابراین استفاده از این مداخلات در یک فرهنگ متفاوت از فرهنگ غرب که خاستگاه اصلی این مداخلات است، چالشی مهم به نظر می‌رسد.

براین اساس با توجه به تناقضات و عدم پژوهش‌های پیشین در مورد تأثیر درمان رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر روی خوش‌بینی و جهت‌مداری معلمان زن مبتلا به سندرم خستگی مزمن، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر جهت‌مداری معلمان زن دارای سندرم خستگی مزمن است.

1. Chalder Fatigue Scale

پایایی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و به شیوه آزمون مجدد ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند.

روش مداخله: مداخله مثبت‌نگر گروهی، بر اساس کتاب «یادداشت‌های یک درمانگر در باره روانشناسی مثبت‌نگر اوهانلون و برتولینو(۴۱) طراحی شده است. در این کتاب ۱۸ اصل در حیطه روانشناسی مثبت‌گرا به همراه تمرین‌هایی برای هر اصل ارائه شده است این اصل در یک بسته آموزشی طی ۱۱ جلسه آموزش داده شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش: بعد از هماهنگی و کسب معرفی نامه لازم از سوی دانشگاه مبنی بر اجرای پژوهش حاضر، بعد از هماهنگی‌های لازم با اداره آموزش و پرورش شهرستان مشکین شهر اقدام به انتخاب مدارس شد. سپس مقیاس خستگی مزمن بر روی معلمان زن اجرا شد و شرکت‌کنندگان دارای نمره بالای ۱۴ (حداقل یک انحراف معیار بالای میانگین) شناسایی و غربال شدند، پس از مصاحبه بالینی افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. ضمن توجه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش و پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش از آن‌ها درخواست شد تا در دوره درمان در مرکز مشاوره آموزش و پرورش مشکین شهر شرکت نمایند. قبل از شروع روش‌های درمانی، هر دو گروه مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌های مورد نظر را به دقت تکمیل نمودند و گروه آزمایشی به مدت ۱۱ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر (به صورت گروهی و هفته‌ای دوبار) قرار گرفتند. پس از اتمام دوره درمان از گروه آزمایشی (تحت درمان) و گروه کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در هر دو گروه آزمایش و کنترل سن آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۳۹-۳۰ (کمترین فراوانی) و ۵۰-۴۰ (بیشترین فراوانی) قرار داشتند. همچنین تمامی افراد گروه آزمایش دارای تحصیلات کارشناسی بودند و در گروه کنترل ۵۰ درصد افراد دارای تحصیلات کارشناسی و ۵۰ درصد بقیه دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در هر دو گروه

نحوه پاسخ‌گویی به این ترتیب است که آزمودنی باید پاسخ‌ها را بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (از اصلاً تا به مراتب بیش از حد معمول) مشخص کند. روایی و پایایی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفته و با بهره‌گیری از فهرست علائم مصاحبه بالینی، حساسیت آن ۷۵/۵ درصد، شاخص آن ۷۴/۵ درصد، نیز به دست آمده است (۳۶). ضریب همسانی درونی برای گویه‌های خستگی بدنی ۰/۸۵ و گویه‌های خستگی ذهنی ۰/۸۲ بود (۳۷). همچنین در ایران پایایی این پرسشنامه در پژوهش حدادی، ذاکریان، محمودی، نسل سراجی و علی یاری (۳۸) مورد اعتباریابی قرار گرفت و اعتبار محتوایی با استفاده از نسبت و شاخص روایی محتوا (CVR) و CVI) مشخص شد و نتایج به دست آمده به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸۵ می‌باشد که نشان دهنده اعتبار محتوایی خوبی است. همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

۲. مقیاس جهت‌مداری زندگی ($LoT-R^2$): آزمون جهت‌مداری زندگی توسط شی‌یر و کارور (۱۹۸۵) طراحی و توسط شی‌یر، کارور و بریگز (۱۹۹۴) تجدید نظر شد (۳۹). آزمون تجدید نظر شده جهت‌مداری زندگی، یک نوع فرم خودگزارش دهی است که انتظارات کلی را در مورد جنبه‌های مثبت و جنبه‌های منفی زندگی نشان می‌دهد و شامل ۱۰ گویه است که ۳ گویه آن بیانگر دید خوش بینانه و ۳ گویه دیگر آن نیز بیانگر دید بد بینانه است، همچنین شامل ۴ گویه انحرافی (گویه‌های ۲، ۵، ۶، ۸) نیز است که نمره‌ای به آنها تعلق نمی‌گیرد. پاسخ‌دهندگان باید به گویه‌های ۴ گزینه‌ای بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۰) تا کاملاً موافق (۴) پاسخ دهند که نمرات ۱-۴ را در بر می‌گیرند. برای گویه‌هایی که بار مثبت دارند، نمره مورد نظر مثبت و برای گویه‌هایی که بار منفی دارند نمره مورد نظر را می‌توان معکوس در نظر گرفت که شامل سوالات ۷، ۳، ۹ می‌باشد، سپس نمره نهایی ۶ سؤال را با هم جمع بزنید نتیجه بدست آمده می‌تواند بین صفر تا ۲۴ باشد که کمترین نمره صفر و بالاترین نمره ۲۴ می‌باشد و هر چه نمره فرد به ۲۴ نزدیک‌تر باشد خوش‌بینی فرد بیشتر است. در نسخه تجدید نظر شده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ است (۳۹). پایایی این آزمون در ایران توسط عریضی کجیاب و خدابخشی (۴۰) بررسی شده است. این محققان میزان

افراد مجرد (کمترین فراوانی) و افراد متأهل (بیشترین فراوانی) را داشتند. همچنین در هر دو گروه افراد دارای وضعیت اجتماعی عالی (کمترین فراوانی) و افراد دارای وضعیت اجتماعی متوسط (بیشترین فراوانی) را داشتند.

جدول (۱) خلاصه جلسات مداخله مثبت‌نگر گروهی

جلسه	شرح مختصر جلسه
جلسه اول	معرفی برنامه مداخله مثبت‌نگر، آشنایی افراد گروه با یکدیگر، توضیح روانشناسی و بسته مداخله مثبت
جلسه دوم	توضیح بسته مداخله مثبت به افراد، آشنایی با اصل «معنا و هدف» و انجام تمرین‌های مربوطه
جلسه سوم	آشنایی بیشتر با اصل «معنا و هدف» و انجام تمرین‌های بیشتر
جلسه چهارم	آشنایی با اصل «خوش‌بینی» و انجام تمرین‌های اصل «خوش‌بینی»
جلسه پنجم	ادامه بحث خوش‌بینی، آشنایی با اصل «ارتباطات اجتماعی» و انجام تمرین‌های مربوطه
جلسه ششم	آشنایی بیشتر با اصل «ارتباطات اجتماعی» و انجام تمرین‌های بیشتر
جلسه هفتم	آشنایی با اصل «سپاسگزاری» و انجام تمرین‌های بیشتر
جلسه هشتم	آشنایی بیشتر با اصل «سپاسگزاری» و انجام تمرین‌های بیشتر و اجرای پس‌آزمون.
جلسه نهم	آشنایی با اصل «مثبت حرف زدن» و انجام تمرین‌های اصل «مثبت حرف زدن»
جلسه دهم	آشنایی با اصل «ثروت»، «فعالیت‌های داوطلبانه» و انجام تمرین‌های این اصل
جلسه یازدهم	مرور جلسات قبلی، نظرسنجی نهایی و برگزاری اختتامیه جلسات مثبت‌نگری و پس‌آزمون

جدول (۲) میانگین و انحراف‌معیار متغیر جهت‌گیری در گروه‌های مورد مطالعه

گروه	مرحله	جهت‌گیری	
		دید بد بینانه	دید خوش بینانه
درمان مثبت‌نگر	پیش‌آزمون	۰/۵۸۷	۵/۶۵
	پس‌آزمون	۱/۱۶۴	۴/۲۵
کنترل	پیش‌آزمون	۰/۹۴۰	۵/۴۰
	پس‌آزمون	۰/۹۳۳	۵/۳۵

جدول (۳) نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
دید خوش بینانه	بین گروه پیش‌آزمون	۲/۲۳۳	۱	۲/۲۳۳	۲/۴۰	۰/۱۱۵
	خطا	۵۳/۹۵۰	۵۸	۰/۹۳۰	-	-
	کل	۸۴۱/۰۰۰	۵۹	-	-	-
دید بدبینانه	بین گروه پیش‌آزمون	۱/۴۳۳	۱	۱/۴۳۳	۲/۹۱	۰/۰۹۷
	خطا	۲۸/۵۰	۵۸	۰/۴۹۱	-	-
	کل	۸۲۲/۰۰	۵۹	-	-	-

در جدول ۳ نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس آورده شده است. براساس نتایج مندرج سطح معناداری سطح اثر بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرضه همگنی رگرسیونی پذیرفته می‌شود. همچنین نتایج آزمون پیش‌فرض مفروضه همسانی واریانس‌ها (لوین) برای دید خوش بینانه ($P=۰/۰۵۸$)، فرض آزمون ام‌باکس ($F=۲/۲۹$) و دید بدبینانه ($F=۲/۹۶$) و نیز پیش فرض آزمون ام‌باکس ($F=۱/۲۴$) حاکمی از برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس بود.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین دیدخوش بینانه در پیش‌آزمون به ترتیب برای گروه در مان مثبت‌نگر و گروه کنترل برابر ۳/۳۵ و ۳/۷۰؛ دید بدبینانه به ترتیب ۵/۶۵ و ۵/۴۰ می‌باشد و در مرحله پس‌آزمون برای دید خوش بینانه به ترتیب برابر ۴/۲۵ و ۵/۴۰؛ دید بدبینانه به ترتیب برابر ۱/۱۶۴ و ۴/۲۵ می‌باشد. در ادامه به منظور انجام آزمون کواریانس ساده ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد که در ادامه نتایج آن ارائه شده است.

رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر موجب بهبود دید خوش بینانه و کاهش دید بدبینانه در گروه آزمایشی (بیماران تحت درمان مثبت‌نگر) می‌شود ($P < 0/01$).

طبق نتایج جدول ۴ و با توجه به مقدار $F=24/660$ و همچنین با توجه به اینکه سطح معنی‌داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، می‌توان گفت

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس پس‌آزمون نمرات جهت‌گیری پس از تعدیل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیر	مجموعه مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	دید خوش بینانه	۶/۹۵۰	۱	۶/۹۵۰	۲/۹۶۴	۰/۰۰۱	۰/۰۴۹
	دید بد بینانه	۲۳/۰۱۷	۱	۲۳/۰۱۷	۷/۵۷۸	۰/۰۰۱	۰/۱۱۳
پیش‌آزمون	دید خوش بینانه	۳۱/۰۰۸	۱	۳۱/۰۰۸	۲۴/۶۶۰	۰/۰۰۱	۰/۱۷۸
	دید بد بینانه	۴۸/۱۳۳	۱	۴۸/۱۳۳	۲۹/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۲۰۴

بحث

نیز به همین ترتیب ممکن است حافظه را از جنبه‌های تلخ روابط گذشته آموذنی، به حفظ جنبه‌های مثبت که دوستان و خانواده برای او انجام داده‌اند، متمرکز کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد با خستگی مزمن که گرایش به افسردگی و تمایلات بدبینانه دارند، میزان قابل توجهی از استرس را دارند که در نهایت به بیماری جسمانی و خستگی ذهنی و هیجانی آن‌ها منجر می‌شود (۴۰). بنابراین می‌توان گفت که آموزش مثبت‌اندیشی می‌تواند راهی باشد که سبک تفکر فرد را دچار دگرگونی کند و در ذهن فرد ساختارهای تفکری ایجاد نماید که به فرد در مواجهه با شرایط مشکل‌زا در جهت بهبود مقابله و دستیابی به راه حل‌های مناسب یاری کند (۴۰)، یا به عبارت دیگر آموزش روانشناسی مثبت‌نگر، روش جدیدی از پردازش شناختی و تنظیم هیجان را فراهم می‌کند و مشکلات میان فردی، روانی و جسمی را کاهش می‌دهد، این عمل منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش خوش‌بینی می‌شود. بنابراین، افرادی که روان درمانی مثبت‌نگر را دریافت کرده‌اند می‌توانند از افکار ناکارآمدی که موجب هیجانات منفی می‌شود، خود را برهانند و افکار و شناخت مثبت‌تر و کارآمدتری را نسبت به خود و جهان اطراف داشته باشند و بدین ترتیب شادکامی بیشتری را نیز نشان دهند (۴۶). از سوی دیگر روان درمانی مثبت‌نگر با تمرکز بر هیجان‌ها و ویژگی‌های مثبت (۴۵) و گسترش نقاط قوت شخصی، جستجوی معنا، پرورش حل مسئله و آموزش خوش‌بینی به کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روانی منجر می‌شود (۵۰). می‌توان تأثیر و کارکرد هیجان‌های مثبت را می‌توان بر اساس نظر فردریکسون (۴۲) به این صورت توضیح داد: هیجان‌های مثبت در افراد (که از

یافته‌های حاصل از این تحقیق نشان داد که رفتار درمانی شناختی مثبت‌نگر نه تنها باعث کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به خستگی مزمن می‌شود، بلکه می‌تواند باعث افزایش خوش‌بینی آن‌ها شود. همچنین یافته‌های حاصل از این پژوهش از این باور که رفتار درمانی شناختی مثبت‌نگر می‌تواند از طریق افزایش تقویت توانمندی‌ها و افزایش حس لذت باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش خوش‌بینی در زندگی بیماران شود، حمایت می‌کند. این یافته با یافته‌های تحقیقات دیگر که نشان می‌دهند درمان مثبت‌نگر بر بهبود خوش‌بینی، شادکامی و حالت‌های روانشناختی مثبت (۲۹-۳۳-۳۴)، باورها (۲۷)، سرکوب عاطفی (۳۱) و فاجعه‌آمیز تلقی کردن رویداد مؤثر است، همسو است. اما با تحقیقات (۳۶) که نشان دادند، تمام مداخله‌های مثبت‌گرا بر یک میزان بر شادکامی و بهزیستی تأثیر ندارند و فقط هنگامی که این فعالیت‌ها به شیوه و شرایط خاصی انجام شود، تأثیر بیشتری روی شادکامی افراد دارد، همچنین با برخی از مطالعه‌ها که بیانگر تأثیر متغیرهای فرهنگی در اثربخشی مداخله‌های مثبت‌گرا بوده است، ناهمسو است (۳۴). بنابر این به نظر می‌رسد که رفتار درمانی شناختی مثبت‌نگر به بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن که اغلب از افسردگی رنج می‌برند کمک می‌کند تا توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز به سمت وقایع مثبت و امیدوارکننده سوق دهند. به عنوان مثال وقتی آزمودنی تمرین «سه اتفاق مثبت» را قبل از رفتن به رختخواب انجام می‌دهد، لذا احتمال زیادی وجود دارد که آزمودنی روزش را به جای یادآوری مشکلات و کارهای ناتمام با یادآوری وقایع مثبت شروع کند. قدردانی

و استفاده مؤثر و کارآمد از فرصت‌های بوجود آمده، توانمند می‌کند و چنین توانایی و مهارتی موجب می‌گردد تا افراد هنگام مواجهه با شرایط مشکل‌آفرین بتوانند بر محیط کنترل داشته باشند و با در نظر گرفتن کلیه جوانب به واکنش و عمل بپردازند. در نتیجه از طریق ارضاء نیازهای اساسی افراد (مثل خود مختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط) باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روانشناختی در افراد می‌شوند (۳۳). به نظر می‌رسد که در افرادی که از خستگی مزمن رنج می‌برند، مداخله‌های روان درمانی مثبت‌گرا بدون تأکید بر علائم منفی و فقط از طریق افزایش حس لذت، تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی و خودمدیریتی درد می‌شود که در نهایت منجر به افزایش خوش‌بینی و بهزیستی افراد می‌شود (۲۹).

بر این اساس روان‌درمانی مثبت‌گرا به دلیل کوتاه مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن و همچنین ساده و قابل فهم بودن تمرینات آن (۴۸) نسبت به سایر رویکردهای درمانی می‌تواند جایگزین سایر درمان‌ها باشد.

عدم انجام مرحله پیگیری، تقویت اثر هاله‌ای و عدم انجام آزمونی برای تشخیص آزمایشگاهی سندرم خستگی مزمن از محدودیت پژوهش حاضر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جهت بررسی اثر ماندگاری این درمان‌ها، دوره پیگیری نیز در نظر گرفته شود، درمان‌ها توسط افرادی غیر از پژوهشگر انجام شود.

در مجموع می‌توان گفت که برنامه‌ی روان‌درمانی مثبت‌نگر، برنامه‌ای مؤثر و کارآمد برای معلمان زن می‌باشد که هم موجب افزایش خوش‌بینی می‌شود و هم با افزایش هیجان‌های مثبت از بروز مشکلات مختلف روانی و اجتماعی پیشگیری می‌کند، لذا با توجه به موارد مذکور پیشنهاد می‌شود، مهارت‌های مثبت‌نگر بطور گسترده برای افزایش سلامت روان معلمان آموزش داده شود.

این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی خانم فریده صادقی به راهنمایی آقایان دکتر عباس ابوالقاسمی و دکتر رضا کاظمی با عنوان "مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و رفتار درمانی شناختی مثبت‌نگر بر روی بهزیستی هیجانی و کیفیت زندگی زنان با سندرم خستگی مزمن" می‌باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل انجام شده است.

مفروضه‌های اصلی روانشناسی مثبت‌نگر است)، اثر هیجان‌های منفی را خنثی می‌کنند، در نتیجه هیجان‌های مثبت به عنوان پادزهری مؤثر در برابر تأثیرات پایداری هیجان‌های منفی عمل می‌کنند و افراد را بر می‌انگیزاند تا با محیط پیرامون خود درگیر شوند در نتیجه باعث ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی، همچنین ایجاد بستر لازم برای بالندگی انسان می‌شود. در نتیجه این افزایش تاب‌آوری و افزایش منابع شخصی میزان خوش‌بینی افراد (یعنی انتظار مثبت آن‌ها از وقایع آینده) افزایش می‌یابد (۴۲).

بر اساس یک تبیین دیگر می‌توان گفت بیماران که از درمان مثبت‌نگر بهره گرفته‌اند به توانمندی‌های خود نگرش مثبت دارند و می‌توانند با داشتن توانایی مقابله بیشتر، به جای تمرکز بر شکست‌ها و دل‌مشغولی به حوادث ناگواری که در گذشته داشته‌اند بر روی حوادث مثبت متمرکز می‌شوند، این امر منجر به داشتن خوش‌بینی بالاتر و افسردگی کمتر، امیدواری بیشتری می‌شود (۴۹)، این امر موجب به وجود آمدن ایده‌هایی می‌شود که نشان دهنده توانایی کنترل هیجان در زندگی است و این حس، این فرض را در افراد تقویت می‌کند که زندگی برای افراد قابل کنترل است و بدین طریق افراد را در تعیین اهداف برای زندگی تشویق و تقویت می‌کند، در نتیجه این عمل منجر به افزایش شادکامی و بهزیستی افراد می‌شود. بنابراین رفتار درمانی شناختی مثبت‌نگر با توجه به ذهنی بودن به افراد می‌آموزد که خود فرد عامل شکوفایی و پیشرفت می‌باشد و نه شخص جایگزین و بدین طریق به افراد می‌آموزد تا با روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات، سعی در شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعداد‌های خود و پرورش و کسب توانایی‌های جدید داشته باشند، زیرا رویارویی با این شرایط باعث می‌شود توانایی افراد در حل مشکلات افزایش یابد. درمان مثبت‌گرا سعی در آموزش این واقعیت به افراد است که عدم وجود حوادث و احساسات نامطلوب نیست که عامل خوشبختی و رضایت در زندگی است، بلکه نحوه کنار آمدن با این مسائل ناگوار تعیین‌کننده بهزیستی فرد است و به این طریق توانایی تحمل درد را در افراد افزایش می‌دهد. پذیرش درد نیز منجر به شدت درد کم‌تر و فعالیت‌های روزانه بیشتر می‌شود و بدین طریق آنها را در مدیریت محیط اطراف خود،

منابع

16. Rashid T, Seligman ME P. Positive Psychotrapy. A. treatment manual. New york: oxford university Press. 2013.
17. Seligman, M. E. P. Flourish. New york: Free Press. 2011.
18. Scheier MF M, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectan-cies. Health psychology. 1985; 4 (3): 219-47.
19. Basson, N. The influence of psychosocial factors on the subjective well-being of adolescents. Unpublished dissertation, magister societatis scientiae, bloemfontein,south Africa. 2008.
20. Fisher PL, Byrne A, Salmon P. Metacognitive therapy in adult survivors of cancer: a case series. Cogn. Ther. Res. 2017; 41(6): 891-901.
21. Mahmoudi H, Khoshakhlagh H. The Effectiveness of positive psychotherapy on psychological well-being and self-Esteem among Adolescents with Depression Disorder. Social Behavior Research & Health (SBRH). 2018; 2(1): 153-63. [in Persian].
22. Golestane SM, Behzadi A. The Effectiveness of positive psychology interventiontraining on well-being, Academic vitality, students girls Achievement. Applied psychological research quarterly. 2019; 13(1): 1-27. [in Persian].
23. Kiamarsi A, Narimani M, Sobhi Gharamaleki N, Mikaeeli N. The Effectiveness of positive and cognitive-behavioral therapies on psychological well-being of perfectionist students. Psychological studies saculty of education and psychology. 2018; 14(2): 240-60. [in Persian].
24. Mansouri S, Hagigat S, Habibi R, The Effectiveness of positive therapeutic interventions on Promoting Hope in Substance Abuse. Quarterly Journal on social Health and Addiction. 2018; 5(19): 79-90. [in Persian].
25. Vela JC, Lenz AS, Sparrow, GS, Gonzalez SL. Using a positive psychology and family framework on understand mexican american adolescents' colledge-going beliefs. Hispanic. Journal of behavioral sciences. 2017; 39(1): 66-81.
26. Yousefpour N, Akbari A, Ahangari E, Thamari AA. The Effectiveness of quality of life based psychotherapy on decreased depression in patients with complicated mourning. Quarterly Journal of clinical psychology and consultation research. 2017; 7(1): 21-37. [in Persian].
27. Dezutter J, Luyckx K, Wachholtz A. Meaning in life in chronic pain patients over time: associations with pain experience and psychological well-being. Journal of behavioral medicine. 2015; 38(2): 384-96.
28. Katharine A, Joanna A, Lauren B, Trudie C. Emotional suppression in chronic fatigue syndrome: experimental study. Health psychology. 2016; 35(9): 979-86.
29. Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. Mindfulnessbased
1. Vandermeer W M, Bleijenberg G, Chronic fatigue syndrome. Journal infectious Diseases. 2017; 2(1): 631-35.
2. Perry E, Alastair M, Chronic fatigue syndrome. Journal of medicine. 2016; 44(12): 711-4.
3. Geir B, Dadar M, Pen J, Chirumbolo S, Aaseth J. Chronic fatigue syndrome (CFS): Suggestions for a nutritional treatment in the therapeutic approach Biomedicine & pharmaco therapy. 2019; 103(4): 531-8.
4. Gary S, Marshall B, Carter D. Chronic fatigue syndrome in principles and practice of pediatric infectious diseases. fifth edition. 2018; 270-320.
5. Zack Y, Shan K, Kevin F, Sandeep B, Timothy I, Donald R. Brain function characteristics of chronic fatigue syndrome: A task fMRI study. NeuroImage: Clinical. 2018; 19(1): 279-86.
6. Finkelmeyer A, He J, Maclachlan L ,Watson S ,Gallagher P ,Newton J L M, Blamire A. Grey and white matter differences in Chronic Fatigue Syndrome – A voxel-based morphometry study. NeuroImage: Clinical. 2018; 17(5): 24-30.
7. EvaMartín MM, Mercedes M M. Varied presentation of myalgia encephalomyelitis/Chronic fatigue syndrome and the needs for classification and clinician education: A Case Series .Clinical therapeutics. 2019; 41(4): 619-24.
8. Roberts, D. Chronic fatigue syndrome and quality of life. Patient Related Outcome Measures. 2018; 2(9): 253-62.
9. Moss-Morris R, Deary V, Castell B. Chronic fatigue syndrome. In: Handbook of clinical neurology. 2013; (110): 303-14.
10. Mandell D, Bennett's D. Principles and practice of Infectious diseases. Eighth edition, 2015; 1(40): 1674-80.
11. Taheri S, Sajjadian I. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on fatigue symptoms, self-compassion and mindfulness on staff with chronic fatigue syndrome. Quarterly Journal of career & organizational counseling. 2017; 9(30): 145-71. [in Persian].
12. Alger J. Gender differences in chronic fatigue syndrome. Reumatología Clínica. 2016; 12(2): 72-7.
13. Boorman E, Pariante CM, Russell A. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. Journal of biomedical sciences. 2017; 172(41): 187-94.
14. Abolghasemi A, Chesmberah V, Kazemi R, Narimani M, The Role of coping strategies, association and physical activity in predicting the quality of life of women with musculoskeletal pain. Scientific Journal of the Ministry of science. 2011; 2(3): 105-21. [in Persian].
15. Jackson H, Macleoud AK. Well-being in chronic fatigue syndrome: Relationship to symptoms and psychological distress. Clinical Psychol Psychother, 2016; 13(3): 470- 78.

43. Khanjani M, Rezaei S. The Effectiveness of Positive psychotherapy program on Improving Psychological well-Being, Positive Affection and Reducing Negative Emotions of Mothers with Autism Disorders. *Quarterly of Clinical Psychology Studie*. 2016; 7(1): 37-52.
44. Sing CY, Wong WS. Effect of optimism on depression: The mediating and moderating role of insomnia. *Journal of health psychology*. 2011; 16(8): 1251-58.
45. Nikmanesh Z, Zandvakili M. The Effect of positive thinking training on quality of Life, depression, stress and anxiety in delinquent juveniles. *Positive psychology research*. 2015; 1(2): 52-64.
46. Seligman ME, Steen T, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical interventions. *American psychologist*. 2005; 60:12-24.
47. Santos V, Paes F, Pereira V, Arias Carrión O, Silva AC, Carta MG. et al. The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: Systematic review. *Clinical practice and epidemiology in mental health*. 2013; (9) 2: 221-37.
48. Sin, N.L., & Lyubomirsky, S. Enhancing Well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice friendly meta analysis. *Journal of Clinical psychology*. 2009; (65)2 :467-87.
- stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain*. 2016; 157(11): 2434-44.
3. Ansari Y, Sanaei F. The Effect of positive couple therapy on the happiness of mothers of exceptional children. *Int arch health Sci*. 2018; 5(2): 43-47. [Persian].
31. Pourfarag EM, Rezazadeh H. The Effectiveness positive psychotherapy on happiness and the Lives of cancer patients. *quarterly of counseling culture and psychotherapy*. 2018; 9(33): 119-36. [in Persian].
32. Farnam A, Madadzadeh T. Effect of positive training on positive psychological states (character strengths) of female high school students. *Positive psychology research*. 2017; 3(1): 61-75.
33. Lyubomirsky S, Layous K. How Do simple positive activities increase well-being? *Journal of current directions in psychological science*. 2013; 22(1): 57-62.
34. Layous K, Nelson SK, Lyubomirsky S. What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *J Happiness Stud*. 2014; 14(2): 635-54.
35. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. *Tehran: Roshd*. 2001; 52-58. [in Persian].
36. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright, D. Development Of a fatigue Scale. *Journal of psychosomatic Research*. 1993; 37(1): 147-53.
37. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch neurol*. 1990; 46(10): 1121-23.
38. Haddadi M, Zakerian A, Mahmoodi M, Nasl seraji J, Parsa yekta Z, Ali yari A. Investigation of chronic fatigue syndrome questionnaire validity and reliability cfs (DSQ Revised). *sjsph*. 2014; 12 (1): 75-84. [in Persian].
39. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of personality and social psychology*, 1994; 67 (6): 1063-78.
40. Kajbaf, Arizy H, Khodobakshi M. Normalization, reliability and validity of optimism scale, self domination and depression in Isfahan city. *psychological studies of faculty of psychology and psychology, Alzahra university*. 2006; 2(1): 51-68. [in Persian].
41. O' Honlon, B., & Bertolino, B. *The therapists notebook on Positive Psychology*, New York: Routledge. 2012.
42. Fredrickson, B. L. The value of positive emotions. *American Scientist*. 2003; 91(4), 330-33.