

«زن و مطالعات خانواده»

سال دوازدهم - شماره چهل و هفتم - بهار ۱۳۹۹

ص ص: ۲۵ - ۴۱

تاریخ دریافت: ۹۹/۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۳/۴

بررسی مقایسه‌ای اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه

سمیه افشارپور^۱

علی نقی اقدسی^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. روش پژوهش، به روش نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی انجام گرفت. جامعه آماری مطالعه، شامل زنان مبتلا به سرطان سینه شهرستان خوی در نه ماهه اول سال ۱۳۹۷ بود. افراد نمونه در مرحله نخست به صورت نمونه‌گیری هدفمند از بیمارستان شهید مدنی خوی که تحت عمل و شیمی درمانی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند و پس از تکمیل مقیاس بهزیستی روانشناختی به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۲ نفر) و آزمایش (۱۲ نفر) گمارده شدند. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین دو روش درمان (واقعیت درمانی و درمان وجودی) در پس‌آزمون ابعادی از قبیل استقلال، پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، بعد داشتن هدف در زندگی و رشد شخصی وجود ندارد ($P > 0/05$). بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود، هر دو روش واقعیت درمانی و درمان وجودی برای افزایش بهزیستی روانشناختی تاثیر یکسانی داشته و می‌توانند مکمل هم مورد استفاده قرار گیرند.

واژگان کلیدی: واقعیت درمانی، درمان وجودی، بهزیستی روانشناختی، سرطان سینه

^۱ . کارشناس ارشد گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ . استادیار گروه مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

مقدمه

سرطان‌ها^۳ طیف وسیعی از بیماری‌ها هستند که با توجه به رشد آن دو دهه گذشته و آسیب‌های جسمانی، روانی و اقتصادی که به همراه دارد، باعث نگرانی کارشناسان شده است (محمدکریمی و شریعت-نیا، ۱۳۹۶). عوامل مختلف ژنتیکی و محیطی باعث گسترش غیر معمول سلول‌ها شده و منجر به بروز نوع خاصی از سرطان‌ها می‌شوند (انجمن سرطان آمریکا^۴، ۲۰۱۵). در این میان، یکی از متداول‌ترین سرطان‌ها و شایع‌ترین آن در میان زنان، سرطان سینه^۵ است (ترخان، ۱۳۹۲) که علائمی همچون وجود غده، تغییر حالت، تورم، خارش، قرمزی و ترشحات از سینه نشان دهنده آن است (شعاع کاظمی و مومنی جاوید، ۱۳۸۸). بر اساس پژوهش‌ها مشخص شده است که هر چه فرد دوره قاعدگی زود هنگام، بارداری و یائسگی دیر هنگام را تجربه کند، خطر ابتلا وی به بیماری سرطان سینه افزایش می‌یابد، چرا که سلول‌های سینه آنها برای مدت طولانی‌تری در معرض هورمون‌های جنسی زنانه قرار می‌گیرند (لیهر و همکاران^۶، ۲۰۰۵؛ به نقل از ترخان، ۱۳۹۲). زمانی که افراد با یک بیماری تهدید کننده زندگی همچون سرطان رو به رو می‌شوند، درک آنها از زندگی دچار تغییر شده و حالات منفی روانشناختی را تجربه می‌کنند (کاپلان و پورتر^۷، ۲۰۰۶؛ به نقل از پوراکیبران، محمدی قره‌قوزلو و موسوی، ۱۳۹۷). به این ترتیب آنها، آشفتگی‌های هیجانی و مشکلات عاطفی عمیقی را احساس می‌کنند که باعث فشارهای عصبی بر آنها شده و زمینه بروز اختلالات روانشناختی را هموار می‌کنند (مردانیان دهکردی، کهنگی و باباشاهی، ۱۳۹۷). بنابراین یکی از عوامل مهمی که باید در بیماران مبتلا به سرطان سینه به آن توجه کرد بهزیستی روانشناختی^۸ این بیماران است. هنگامی که صحبت از بهزیستی روانشناختی می‌شود، منظور نبودن بیماری نیست، بلکه تاکید بر سلامتی است (سیدطباطبائی، رحمتی‌نژاد، محمدی و اعتماد، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر، احساس مثبت و رضایت‌مندی که از حوزه‌های مختلف شغلی، خانوادگی، فردی و اجتماعی کسب می‌کنیم را بهزیستی روانشناختی می‌گویند (ریف و سینگر^۹، ۱۹۹۸). ریف و کیز^{۱۰} (۱۹۹۵)، بهزیستی روانشناختی را متشکل از شش عامل زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط می‌دانند که همانطور که گفته شد بر خوب و سلامت بودن تاکید دارد. بنابراین افراد مبتلا به سرطان پستان در صورتی که ویژگی‌هایی فوق را در خود تقویت کنند، احتمالاً بهزیستی روانشناختی بالاتری را تجربه خواهند کرد.

-
3. Cancers
 4. American Cancer Society
 5. breast cancer
 6. Lehrer et al
 7. Kaplan & Porter
 8. Psychological being-well
 9. Ryff & Singer
 10. Ryff & Keyes

درمان‌های مختلف طبی، رویکردی فیزیولوژیکی به سرطان دارند و به بررسی وضعیت جسمانی افراد مبتلا به سرطان سینه می‌پردازند، در حالی که درمان‌های روانشناختی، به عنوان مکمل درمان‌های طبی می‌تواند تاثیر مطلوبی بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه باشد. واقعیت درمانی^{۱۱} یکی از این درمان‌هاست که تاثیر معنادار آن بر افزایش امید (عبادی، بهاری و میرزایی، ۱۳۹۲) و اضطراب و افسردگی (الهی‌نژاد، مکوند حسینی و صباحی، ۱۳۹۷) زنان مبتلا به سرطان سینه به اثبات رسیده است. همچنین پژوهش‌های دیگری در یافته‌های خود، اثربخشی واقعیت درمانی بر افزایش فراشناخت، امید (چهرمی و مصلانژاد، ۲۰۱۴) و خودکارآمدی (لاو و گو، ۲۰۱۵) را گزارش کرده‌اند. واقعیت درمانی توسط گلاسر^{۱۳} مطرح شده است و با رویکردی صریح به مراجع کمک می‌کند تا بصورت منطقی مسئولیت احساسات، تفکرات و اعمال خود را بپذیرد (پرزنمن و مورفی^{۱۴}، ۲۰۱۶). بر اساس این رویکرد، هیچ کس قربانی گذشته و اکنون خود نیست و اگر بخواهد در زندگی خود تغییراتی را به وجود آورد، باید اعمال و رفتارهای جدیدی را آموخته و به کار گیرد (لوید^{۱۵}، ۲۰۰۵). بر اساس نظر گلاسر، مغز انسان مانند دستگاه خودکاری است که فعالانه برای ایجاد تغییر در محیط پیرامون، خود را تنظیم می‌کند تا به نیازهای اصلی یعنی تعلق، قدرت، لذت و آزادی و نیاز جسمانی به بقا دست یابد. نیاز به تعلق، فرد را به سوی همکاری کردن؛ نیاز به قدرت، فرد را به سوی پیشرفت و کسب شایستگی؛ نیاز به لذت، فرد را به سوی اهمیت قائل شدن به لذت‌ها و متعادل کردن نیاز به پیشرفت؛ نیاز به آزادی، فرد را به سوی کسب استقلال و قدرت انتخاب و در نهایت نیاز جسمانی به بقا، فرد را به سوی تامین خوراک، پوشاک، امنیت جسمانی و روانی رهنمون می‌سازد. بر اساس نظر گلاسر، افرادی که در نیازهای فوق ارضا شده باشند، هویت موفقی کسب کرده و مسئولیت‌پذیر خواهند بود. بنابراین در نظریه واقعیت درمانی، این درمان‌جو است که ابتدا باید نسبت به احساسات، تفکرات و اعمال خود آگاه باشد تا بتواند با اقدامات فعالانه و مسئولانه شرایط را از وضعیت ناسازگارانه به وضعیت سازگارانه تغییر دهد (پروچاسکا و نورکراس^{۱۶}، ۱۹۵۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۰).

یکی دیگر از درمان‌های روانشناختی که تاثیر مطلوبی بر وضعیت روانی افراد بیمار دارد، درمان وجودی^{۱۷} است. پژوهش‌های مختلف تاثیر این نوع درمان را بر افزایش امید (قمری کیوی و حسینی کیاسری، ۱۳۹۳؛ بهمنی، نجار، سیاح، شفیع‌آبادی و کاشانی، ۲۰۱۶)، کاهش افسردگی (بهمنی و همکاران، ۲۰۱۶)، افزایش بهزیستی روانشناختی و تحمل آشفتگی (اسماعیلی قاضی ولوئی، قمی، جمالی و شفيعی، ۱۳۹۶) بیماران نشان داده است. رضایی (۱۳۹۲)؛ به نقل از خدادادی سنگده و قمی، ۱۳۹۶) اثر این نوع درمان را بر افزایش

11. Reality Therapy

12. Law & Guo

13. Glasser

14. Prezman & Murphy

15. Loyd

16. Prochaska & Norcross

17. Existential Therapy

تاب‌آوری مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی و خدادادی سنگده و قمی (۱۳۹۶) تاثیر آن را بر افزایش بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان سرطانی به اثبات رسانیده‌اند. درمان وجودی با ایجاد تغییر در بینش مراجعان، دید آنها را نسبت به زندگی گسترش داده و موجب معنابخشی به زندگی‌شان می‌شود. این درمان بر هدف داشتن در زندگی و تلاش برای لذت بردن از بودن در کنار هم تاکید دارد (نوابی‌نژاد، ۱۳۹۳). روان‌درمانی وجودی، اعتقاد دارد که نوع انسان آزاد است هر آنچه را که می‌خواهد بسازد و شرایط بهتری برای زندگی خود مهیا نماید (کوری، ۱۹۳۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۸). بر اساس این رویکرد، آگاهی فرد از شرایط و تنگناهای زندگی خود و تلاش برای معنابخشی به زندگی بر اساس این آگاهی، می‌تواند فرد را یاری داده و با در دست گرفتن عنان زندگی، از منفعل بودن خارج شود (جاکوبسن^{۱۸}، ۲۰۰۷). درمانگر وجودی به جای استفاده از تکنیک‌های درمانی برای بهبود شرایط عاطفی درمانجو، وی را با دردها و مشکلاتش رو به رو می‌کند و از او می‌خواهد با توجه به آزادی‌ای که دارد راه حل سازنده‌ای را برای ادامه مسیر برگزیند (فرناندو^{۱۹}، ۲۰۰۷) و با کشف توانایی‌های خویش از احساس ناتوانی و پوچی خارج شود (اد^{۲۰}، ۲۰۱۱). بنابراین درمانگر این رویکرد در تلاش است تا فرد را در مقابل وقایع منفی زندگی قرار دهد و در او چنین بینشی ایجاد کند که زندگی عاری از مشکلات و رنج نیست. سپس از او بخواهد شجاعانه در مقابل این مشکلات ایستادگی کند، آنها را بخشی از زندگی محسوب کرده و با وجود آنها نشاط، شادابی و احساس امنیت را تجربه کند (دیورزن^{۲۱}، ۲۰۰۲)

سرطان بر ابعاد روانشناختی تاثیر گذاشته (رنجبر نوشری، محدثی، اسدی مجره و هاشمی، ۱۳۹۲) و با ایجاد درگیری ذهنی موجب کاهش کیفیت زیست روانی افراد بیمار می‌شود. از یک سو بخش دیگری از سلامتی در کنار بعد جسمی به بعد روانی تعلق دارد (سازمان جهانی بهداشت^{۲۲}، ۲۰۰۱) و از سوی دیگر متغیرهای روانی مختلفی با سرطان همبسته هستند و یا می‌توانند بر آن تاثیر گذار باشند (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به آنچه گفته شد و نیافتن چنین پژوهشی بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه در داخل و خارج از کشور، ضرورت می‌یابد پژوهشی در این زمینه انجام گیرد تا مشخص شود که آیا میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه با یکدیگر تفاوت دارد یا خیر؟

روش و ابزار پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از سری پژوهش‌های تجربی است. در این پژوهش تعداد ۲۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه که در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۷ به بیمارستان شهید مدنی شهرستان خوی

18. Jacobsen

19. Fernando

20. Odde

21. Deurzen

22. World Health Organization (WHO)

مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی را تکمیل کردند. پس از تکمیل پرسشنامه مذکور، افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از عدم داشتن بیماری دیگری غیر از سرطان سینه بر اساس نظر متخصصین و داشتن سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج را عدم همکاری و مرگ تشکیل می‌دادند. گروه آزمایش به صورت انفرادی و جداگانه تحت مداخله واقعیت‌درمانی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و درمان وجودی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به صورت همزمان قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای روان‌درمانی را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله‌ای، به منظور پس-آزمون مجدداً پرسشنامه بهزیستی روانشناختی توسط افراد گروه آزمایش و گروه کنترل تکمیل گردید. در پایان به منظور مقایسه اثربخشی دو نوع شیوه درمانی و پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS21 بهره گرفته شد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: در این پژوهش از نسخه کوتاه (۱۸ سوالی) بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شد که در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۶ عامل استقلال (۹، ۱۲، ۱۸)؛ تسلط بر محیط (۱، ۴، ۶)؛ رشد شخصی (۷، ۱۵، ۱۷)؛ ارتباط مثبت با دیگران (۳، ۱۱، ۱۳)؛ هدفمندی در زندگی (۵، ۱۴، ۱۶)؛ پذیرش خود (۲، ۸، ۱۰) است که مجموع این عوامل نمره کلی بهزیستی روانشناختی فرد را محاسبه می‌کند. این پرسشنامه در یک طیف ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم: ۱ تا کاملاً موافقم: ۶) نمره‌گذاری شده و نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روانشناختی بهتر فرد است (سفیدی و فرزاد، ۱۳۹۱). ریف (۱۹۸۹) روایی عاملی و روایی همگرایی این مقیاس را با دیگر مقیاس‌های سلامت روانی به اثبات رسانده است. پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و پایایی برای کل مقیاس ۰/۷۱ گزارش گردیده است (خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری، ۱۳۹۳).

جدول ۱: برنامه آموزشی واقعیت‌درمانی بر اساس دیدگاه گلاسر	
جلسه	محتوای جلسات
اول	سلام و احوال‌پرسی، برقراری ارتباط، معرفی برنامه درمانی، بیان کردن قواعد و قوانین
دوم	تبیین علت رفتارهای شخصی، نقش هدف در رفتارها، معرفی نیازهای اصلی، نقش رفتارها در ارضای نیازهای اصلی
سوم	مرور جلسه قبل، ادراک از چیستی بیماری سرطان سینه، عوارض و پیامدهای جسمانی و روانی آن، نقش بیماری بر احساسات، هیجان‌ها و حالات منفی و ناسازگارانه در فرد
چهارم	مرور جلسه قبل، چیستی یک رفتار، نقش فکر، عمل و احساس در بروز یک رفتار کلی، مدیریت و کنترل بر فکر و عمل
پنجم	مرور جلسات قبل
ششم	معرفی ناسازگاری‌ها و آشفتگی‌های روانی (همچون اضطراب، خشم، افسردگی و ...) از منظر رویکرد گلاسر و نحوه رسیدن از دنیای کنونی به دنیای مطلوب مد نظر
هفتم	مرور جلسه قبل، معرفی هفت رفتار تخریب‌گر در روابط انسانی (انتقاد، غرغر، شکایت و ...)، معرفی هفت رفتار سازنده رفتار (گوش دادن، تشویق و ...)، ارائه تکلیف برای انجام دادن
هشتم	مرور جلسه قبل، چیستی و نحوه کنترل درونی و کنترل بیرونی با توجه به اصول نظریه گلاسر، درخواست برای ارائه مثال‌های شخصی از کنترل درونی و کنترل بیرونی در روابط با کیفیت
نهم	مرور جلسه قبل، کمک به فرد جهت تدوین یک طرح عینی برای اجتناب از بکارگیری و تن دادن به کنترل بیرونی، اقدام و انتخاب بر اساس یک طرح عملی و تعهد بر آن، تدوین یک طرح عملی برای تغییر بهینه عمل و فکر مرتبط با بیماری و انجام کارهای موثر جهت بهبود احساس، بحث پیرامون اهداف و میزان دستیابی فرد به آن
دهم	مرور اجمالی و جمع‌بندی دوره، گرفتن پس‌آزمون از هر دو گروه در انتهای جلسه
جدول ۲: برنامه آموزشی درمان وجودی بر اساس دیدگاه فروم	
جلسه	محتوای جلسات
اول	سلام و احوال‌پرسی، برقراری ارتباط، معرفی برنامه درمانی، بیان کردن قواعد و قوانین
دوم	بررسی مفهوم خودآگاهی، چگونگی افزایش خودآگاهی، به چالش کشیدن پاسخ به این سوال: من چه کسی هستم؟
سوم	مرور جلسه قبل، تجربیات فقدان، چیستی مرگ، آگاهی از پایان عمر، پذیرش مرگ و طبیعی بودن آن
چهارم	مرور جلسه قبل، بحث درباره تنهایی، احساس تنهایی، تشریح این مفهوم‌ها، بررسی پاسخ به این سوال‌ها: آیا من فرد تنهایی هستم؟ آیا تنهایی رنج‌آور است؟
پنجم	مرور جلسه قبل، ارائه راهکارهایی بر اساس دیدگاه وجودی جهت کنار آمدن با بیماری، مواجهه تجسمی فرد با مرگ
ششم	مرور جلسات گذشته
هفتم	تشریح هدفمندی، مسئولیت و آزادی در زندگی، بررسی تجارب فرد در موقعیت‌های چالش‌برانگیز آزادی
هشتم	پوچی و معنا در زندگی، بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و گذشتن از پوچی، بررسی پاسخ فرد به این سوال‌ها: آیا زندگی من دارای هدف و معناست؟ من برای زندگی‌ام چه می‌کنم؟
نهم	مرور دو جلسه گذشته
دهم	جمع‌بندی و مرور کلی، رفع ابهامات و پاسخ‌گویی به سوالات درمانجو، گرفتن پس‌آزمون از هر دو گروه در انتهای جلسه

یافته‌ها

یافته‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی همراه با جدول در زیر آمده است.

یافته‌های توصیفی

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روانشناختی و هر یک از ابعاد آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (واقعیت درمانی)

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱/۶۵	۱۳/۰۰	۱/۲۳	۶/۶۶	۱/۰۰	۶/۵۰	۰/۹۹	۶/۵۸	استقلال
۱/۴۶	۱۳/۱۶	۲/۸۷	۶/۰۸	۲/۸۷	۶/۰۸	۳/۰۵	۶/۰۸	تسلط بر محیط
۲/۵۶	۱۲/۲۵	۱/۶۱	۵/۶۶	۲/۳۲	۶/۸۳	۱/۵۰	۶/۰۸	ارتباط مثبت با دیگران
۲/۹۶	۱۲/۵۰	۱/۵۳	۶/۰۰	۱/۴۶	۶/۱۶	۱/۴۴	۶/۰۸	داشتن هدف در زندگی
۲/۱۳	۱۲/۷۵	۱/۳۱	۵/۹۱	۱/۱۶	۶/۰۸	۱/۳۱	۵/۹۱	رشد شخصی
۲/۵۷	۱۲/۶۶	۲/۰۸	۷/۰۰	۱/۷۱	۶/۷۵	۱/۷۲	۶/۹۱	پذیرش خود
۴۷/۱۲	۷۶/۳۳	۷/۶۴	۳۷/۳۳	۶/۹۸	۳۷/۵۸	۷/۳۱	۳۷/۶۶	بهزیستی روانشناختی کل

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های پیش‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارند. در حالی که میانگین نمره‌های نهایی گروه آزمایش در پس‌آزمون بالاتر از گروه کنترل است. به منظور بررسی معناداری این یافته‌ها در بخش یافته‌های استنباطی، نتایج تحلیل کواریانس آمده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روانشناختی و هر یک از ابعاد آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (درمان وجودی)

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۲/۴۲	۱۳/۹۱	۰/۹۹	۶/۵۸	۱/۰۰	۶/۵۰	۰/۹۹	۶/۵۸	استقلال
۱/۵۰	۱۳/۴۱	۳/۰۵	۶/۰۸	۲/۸۷	۶/۰۸	۳/۰۵	۶/۰۸	تسلط بر محیط
۱/۷۴	۱۳/۸۳	۱/۵۰	۶/۰۸	۲/۳۲	۶/۸۳	۱/۵۰	۶/۰۸	ارتباط مثبت با دیگران
۱/۵۶	۱۳/۴۱	۱/۴۴	۶/۰۸	۱/۴۶	۶/۱۶	۱/۴۴	۶/۰۸	داشتن هدف در زندگی
۲/۲۷	۱۴/۵۰	۱/۳۱	۵/۹۱	۱/۱۶	۶/۰۸	۱/۳۱	۵/۹۱	پذیرش
۱/۷۳	۱۳/۵۰	۱/۷۲	۶/۹۱	۱/۷۱	۶/۷۵	۱/۷۲	۶/۹۱	رشد شخصی
۱۳/۲۷	۷۷/۲۵	۷/۳۱	۳۷/۶۶	۶/۹۸	۳۷/۵۸	۷/۳۱	۳۷/۶۶	بهزیستی روانشناختی کل

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های پیش‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارند. در حالی که میانگین نمره‌های نهایی گروه آزمایش در پس‌آزمون بالاتر از گروه کنترل است. به منظور بررسی معناداری این یافته‌ها در بخش یافته‌های استنباطی، نتایج تحلیل کواریانس آمده است.

یافته‌های استنباطی

در بحث یافته‌های استنباطی، نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس‌های نمرات متغیرهای پژوهش و نرمال بودن توزیع نمرات بررسی شد و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید شد. به عبارت دیگر پیش فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات نیز تأیید گردید.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، آموزش واقعیت‌درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۱۴۸۱/۳۵۳	۱۴۸۱/۳۵۳	۴/۸۳	۰/۰۳۹
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۱۱۰/۹۴	۱۱۰/۹۴	۰/۳۶	۰/۰۵
گروه	۱	۶/۰۰۰	۶/۰۰۰	۰/۲۰	۰/۸۹
خطا	۲۱	۶۴۴۰/۸۸۵			
کل	۲۴	۸۴۳۰۶/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ($df=۱$ و $f=۴/۸۳$ و $p \leq ۰/۰۳۹$). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ($df=۱$ و $f=۰/۰۲۰$ و $p \leq ۰/۸۹$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد شدن این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر استقلال مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون استقلال و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۵۸/۳۰۲	۵۸/۳۰۲	۱۳/۳۷	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۳/۳۷	۳/۳۷	۰/۷۷	۰/۰۳۸
گروه	۱	۵/۰۴	۵/۰۴	۱/۱۵	۰/۳۹
خطا	۲۱	۹۱/۵۴	۴/۳۵		
کل	۲۴	۴۴۴۷/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ($df=1$ و $f=13/37$ و $p \leq 0/001$). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ($df=1$ و $f=1/15$ و $p \leq 0/29$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این‌که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر استقلال زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد این فرضیه که واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر رشد شخصی زنان مبتلا به سرطان سینه وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت‌درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون رشد شخصی و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۱۷۲/۲۷	۱۷۲/۲۷	۶۶/۰۵	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۱/۹۰	۱/۹۰	۳۴/۷۲	۰/۰۰۴
گروه	۱	۰/۶۶	۰/۶۶	۰/۲۵	۰/۶۱
خطا	۲۳	۵۴/۷۶	۲/۶۰		
کل	۲۴	۴۳۳۴/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ($df=1$ و $f=66/05$ و $p \leq 0/001$). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ($df=1$ و $f=0/25$ و $p \leq 0/61$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این‌که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر رشد شخصی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر رابطه مثبت با دیگران زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت‌درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون رابطه مثبت با دیگران و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۱۹۷/۶۹۰	۱۹۷/۶۹۰	۴۹/۶۵	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۰/۳۰۹	۰/۳۰۹	۰/۲۷	۰/۰۰۷
گروه	۱	۷/۰۴۲	۷/۰۴۲	۱/۷۶	۰/۱۹۸
خطا	۲۱	۸۳/۶۰	۳/۹۸		
کل	۲۴	۴۳۳۱/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است (۲۱ و $df=۱$ و $f=۴۹/۶۵$ و $p \leq ۰/۰۰۱$). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود (۲۱ و $df=۱$ و $f=۱/۷۶$ و $p \leq ۰/۱۹۸$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر رابطه مثبت با دیگران زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر هدفمندی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون هدفمندی و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۱۷۰/۷۴۱	۱۷۰/۷۴۱	۳۶/۹۵	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۲/۱۴	۲/۱۴	۰/۲۷	۰/۰۰۵
گروه	۱	۸/۱۶	۸/۱۶	۰/۴۶	۰/۶۱
خطا	۲۱	۹۷/۰۲	۴/۶۲		
کل	۲۴	۴۰۶۰/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ($df=1$ و $f=36/95$ و $p \leq 0/001$). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ($df=1$ و $f=0/46$ و $p \leq 0/61$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر هدفمندی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر پذیرش خود زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت‌درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون پذیرش خود و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۳۵۱/۸۱	۳۵۱/۸۱	۴۷/۹۷	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۰/۵۳	۰/۵۳	۲۳/۴۳	۰/۰۰۱
گروه	۱	۲۴/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۳/۲۷	۰/۰۸۵
خطا	۲۱	۱۵۳/۹۹	۷/۳۳		
کل	۲۴	۴۵۵۲/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ($df=1$ و $f=47/97$ و $p \leq 0/001$). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ($df=1$ و $f=3/27$ و $p \leq 0/085$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر پذیرش خود زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر تسلط بر محیط زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت‌درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون تسلط بر محیط و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۱۱ ارائه شده است.

جدول ۱۱: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	-
اثر اصلی گروه	۱	۶۹۳/۵۳	۶۹۳/۵۳	۲۸۴/۳۴	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۳/۶۹	۳/۶۹	۱/۵۱	۰/۰۲۳
گروه	۱	۱/۰۴۲	۱/۰۴۲	۰/۴۲	۰/۵۲
خطا	۲۱	۵۱/۲۲	۲/۴۳		
کل	۲۴	۴۲۴۳/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است (df=۱ و $f=۲۸۴/۳۴$ و $p \leq ۰/۰۰۱$). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود (df=۱ و $f=۰/۴۲$ و $p \leq ۰/۵۲$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر تسلط بر محیط زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی مقایسه‌ای اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام گرفت. نتایج فرضیه‌ها نشان داد این دو نوع روش روان‌درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی و عوامل آن (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) در زنان مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارند ولی تفاوت معناداری در میزان اثربخشی این دو نوع روش روان‌درمانی بر بهزیستی روانشناختی و عوامل آن وجود ندارد. نتیجه این پژوهش، با یافته پژوهش‌های الهی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷)، اسماعیلی قاضی ولویی و همکاران (۱۳۹۶)، خدادادی سنگده و قمی (۱۳۹۶)، بهمنی و همکاران (۲۰۱۶)، لاو و گو (۲۰۱۵)، جهرمی و مصالانژاد (۲۰۱۴)، قمری کیوی و حسینی کیاسری (۱۳۹۳)، عبادی و همکاران (۱۳۹۲)، رضایی (۱۳۹۲)؛ به نقل از خدادادی سنگده و قمی، (۱۳۹۶) همسوست. اما پژوهشی که تفاوت در اثربخشی این دو نوع روش روان‌درمانی بر زنان مبتلا به سرطان سینه را بررسی کند یافت نشد. هم رویکرد واقعیت درمانی و هم رویکرد درمان وجودی از لحاظ منشاء فلسفی و اصول درمانی شباهت بسیاری با یکدیگر دارند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۵۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۰)، اما اختلاف مهم آنها تاکید واقعیت درمانی بر مسئولیت در برابر بی مسئولیتی (پرزن و مورفی، ۲۰۱۶) و تاکید درمان وجودی بر آگاهی‌افزایی (جاکوبسن، ۲۰۰۷) و انتخاب (فرناندو، ۲۰۰۷) است. زنان مبتلا به سرطان سینه هنگامی که متوجه می‌شوند بیمار هستند، آشفتگی‌های هیجانی (مردانیان دهکردی و همکاران، ۱۳۹۷) و ادراک منفی از زندگی خود پیدا می‌کنند (کاپلان و پورتر،

۲۰۰۶؛ به نقل از پورا کبران و همکاران، ۱۳۹۷). آنها با آموزش‌های واقعیت‌درمانی، می‌پذیرند مسئولیت بیشتری را با وجود استرس‌زا بودن مسئولیت بر عهده بگیرند و تلاش کنند برای بهبود وضعیت روانشناختی خود تغییرات لازم را به عمل آورند. آنها احساس می‌کنند، با روبه‌رو شدن با این بیماری، بخشی از زنانگی و تمایلات جنسی خود را از دست داده‌اند ولی با آموزش‌های درمان وجودی نسبت به این که زندگی سیاه و سفید نیست آگاه شده و با اراده خود دست به انتخاب و کنش‌گری در موقعیت‌های استرس‌زا می‌زنند (کانکل، چن و اکانلولا^{۲۳}، ۲۰۰۲). گلاسر معتقد است مشکل زمانی برای افراد ایجاد می‌شود که فرد فکر کند توسط نیروهای خارجی و بیرونی جهان کنترل می‌شود، بنابراین مسئولیت آن را نمی‌پذیرد ولی اگر بپذیرد که همه وقایع زندگی تحت اختیار فرد نیست، نگرش عوض شده و مسئولیت رفتارهای ناشی از آن اتفاق که به عهده خود شخص می‌باشد را می‌پذیرد. واقعیت‌درمانی به افراد می‌آموزد مسئولیت‌پذیر باشند، این نگرش فرد را به گرداننده اصلی زندگی خویش تبدیل می‌کند، در نتیجه فرد می‌تواند تفکرات و نگرش‌هایش را تغییر دهد، هیجانان خود را پذیرفته و با آن‌ها کنار بیاید. بنابراین پذیرش وقایع زندگی که در اختیار فرد نیست و مواجه شدنش با مسائل ناشی از مشکلات منجر به افزایش بار عاطفی و بهزیستی روانشناختی او می‌گردد (گنجوری و عارفی، ۱۳۹۵). همچنین می‌توان گفت یافتن معنا و هدف‌گایی زندگی از ویژگی‌های بارز رویکرد وجودی است که باعث می‌شود انسان از احساس پوچی و سردرگمی نجات پیدا کرده و برای معنای زندگی و هدف‌گذاری خود، دست به انتخاب‌گری بزند که این امر سبب سلامت روان و بهزیستی فرد می‌شود (نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸). هر دو روش واقعیت‌درمانی و درمان وجودی با تاکید جداگانه بر عوامل خاصی از متغیر بهزیستی روانشناختی (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود)، سبب می‌شوند که فرد ضمن داشتن نگرش مثبت به خود، بر پیشرفت خود در تمامی جنبه‌های زندگی و ارتباط مؤثر با دیگران تاکید داشته باشد. بنابراین هر چند هر دو بر بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارند اما تفاوت معناداری در میزان اثربخشی بر متغیر وابسته ندارند.

در حالت کلی می‌توان نتیجه گرفت، واقعیت‌درمانی به افراد به ویژه به بیماران کمک می‌کند که مسئولیت‌پذیر بوده و بتوانند مشکلات زندگی روزمره خود را حل کنند و به افرادی که مشکل مشابه خودشان را دارد، کمک کنند و با هیجانان و احساسات ناشی از بیماری بتوانند سازگار شوند. همچنین، درمان وجودی به فرد می‌آموزد خودش مسئول اعمالش باشد و تحت شرایط سخت نیز با قبول مسئولیت زندگی خود، مفهومی از کنترل و لیاقت به دست آورده و در پاسخ به موقعیت پیش آمده، معنا را کشف کند.

روش نمونه‌گیری هدفمند و فقدان مرحله پیگیری به دلیل نداشتن زمان کافی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین به پژوهشگران علاقه‌مند به این حوزه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این دو محدودیت را در نظر بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران درمانی کشور، در کنار توجه

به بعد جسمی افراد مبتلا به سرطان سینه، به لحاظ روانی نیز آن‌ها را تحت روان‌درمانی قرار داده و با آموزش‌های مبتنی بر واقعیت‌درمانی و درمان وجودی موازی با درمان‌های زیستی، بهزیستی روانی آنها را نیز بهبود دهند، چرا که تاثیر و تاثر روان و جسم بر هیچکس پوشیده نیست.

References

- American Cancer Society. (2015). *Cancer Facts & Figures 2015*. Atlanta: American Cancer Society.
- Bahmani, B., Najjar, M. M., Sayyah, M., Shafi-Abadi, A., Kashani, H. H. (2016). The effectiveness of cognitive-existential group therapy on increasing hope and decreasing depression in women-treated with haemodialysis. *Global journal of health science*. 8 (6), 219-225.
- Corry, G. (1937). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. (Translated by Yahya Seyed Mohammadi, 2009). Tehran: Arasbaran Publications. (persian).
- Deurzen, E. V. (2002). *Existential counselling and psychotherapy in practice*. Londen: Sage Publications.
- Ebadi, P., Bahari, F., Mirzaei, H. (2013). The effectiveness of reality therapy on the hope of breast cancer patients. *ijbd*. 6 (2) :26-34 (persian).
- Elahi Nejad, S., Makvand-Hosseini, S., Sabahi, P. (2019). Effect of Neurofeedback Therapy versus Group Reality Therapy on Anxiety and Depression Symptoms among Women with Breast Cancer: A Clinical Trial Study. *ijbd*. 11 (4) :39-52 (persian).
- Esmaeili Ghazi Valuei F, Ghomi M, Jamali A, Shafiee Z. (2017). Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Psychological Well-Being and Distress Tolerance of Physical-Motor Disabled. *Socialworkmag*. 6 (2) :24-34 (persian).
- Fernando, D. (2007). Existential theory and solution-focused strategies: Integration and application. *Journal of Mental Health Counseling*. 29 (3), 226-241.
- Ganjuri, M., Arefi, M. (2016). The Effectiveness of Reality Therapy on Resiliency of Deaf Students in Isfahan. *Second National Conference on Psychology and Educational Sciences*. Shiraz: Kharazmi Institute of Science and Technology. (persian).
- GHamari Kivi, H., Hoseyni Kiasari, Seyede Tayebe. (2014). The effectiveness of cognitive-existential group therapy on hopelessness in patients with multiple sclerosis. *Daneshvar Medicine*. 21 (112) :83-92 (persian).

Jacobsen, B. (2007). Authenticity and Our Basic Existential Dilemmas. *Existential Analysis. Journal of the Society for Existential Analysis*. 18 (2), 288-296.

Jahromi, M. K., & Mosallanejad, L. (2014). The impact of reality therapy on metacognition, stress and hope in addicts. *Global journal of health science*. 6 (6), 281-287.

Khanjani, M., Shahidi, S., Fathabadi, J., Mazaheri, M., Shokri, O. (2014). Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 9 (32): 27-36 (persian).

Khodadadi Sangdeh, J., Ghomi, M. (2018). The Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Increasing Psychological Well-Being Mothers of Children with Cancer. *Journal of Psychological Studies*. 13(4): 125-140. doi: 10.22051/psy.2017.9785.1145 (persian).

Kunkel, E. J., Chen, E. I., Okunlola, T. B. (2002). Psychosocial concerns of women with breast cancer. *Primary Care Update for ob/gyns*. 9 (4), 129-134.

Law, F. M., Guo, G. J. (2015). The impact of reality therapy on self-efficacy for substance-involved female offenders in Taiwan. *International journal of offender therapy and comparative criminology*. 59 (6), 631-653.

Loyd, B. D. (2005). The Effects of Reality Therapy/Choice Theory Principles on High School Students' Perception of Needs Satisfaction And Behavioral Change. *International Journal of Reality Therapy*. 25 (1), 5-9.

Mardanian Dehkordi, L., Kahangi, L. S., Babashahi, M. (2018). Evaluation of Fatigue and Its Related Factors in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *JHC*. 20 (2) :156-164 (persian).

Mohamad karimi, M., SHariatnia, K. (2017). effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 15 (2) :107-118 (persian).

Navabinejad, SH. (2014). *Theories of group counseling and psychotherapy*. Tehran: SAMT Publications. (persian).

Nazari, A.M., Zarghami, S. (2009). *Existential psychotherapy (individual and group therapy)*. Tehran: Pazineh Publications. (persian).

Odde, D. (2011). Motivation and Existence: Motivation in Kierkegaard and Heidegger. *Journal of the Society for Existential Analysis*. 22 (1), 56-69.

Poorakbaran, E., Mohammadi GhareGhozlou, R., Mosavi, S. (2018). Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 61(4): 1122-1136. doi: 10.22038/mjms.2018.12223 (persian).

Prezman, S., Murphy, R.M. (2016). Effects of teaching control theory and reality therapy as an approach to reducing disruptive behaviors in middle school physical education. *International Journal of Reality Therapy*. 57 (1), 149-150.

Prochaska, J., Norcross, J.C. (1957). *Theories of Psychotherapy*. (Translated by Yahya Seyed Mohammadi, 2011). Tehran: Roshd Publications.. (persian).

Ranjbar Noushari, F., Mohadesi, H., Asadi Majareh, S., Hashemi, S. (2013). psychological correlates of cancer: worry, life style, self-efficacy. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 11 (9): 698-705. (persian).

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 57 (6), 1069-1081.

Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 69 (4), 719-727.

Ryff, C. D., Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*. 9 (1), 1-28.

Sefidi, F., Farzad, V. (2012). Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). *J Qazvin Univ Med Sci*. 16 (1) :65-71 (persian).

SeyedTabaee, R., Rahmatinejad, P., Mohammadi, D., Etemad, A. (2017). The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci*. 21 (2) :49-41 (persian).

Shoa Kazemi, M., Momeni Javid, M. (2009). relationship between quality of life & hope in Breast cancer patients after surgery. *ijbd*. 2 (3 and 4) :20-27 (persian).

Tarkhan, M. (2013). Relationship Between stress coping style and self- Assertive with perceived stress in the women at risk for breast cancer. *Quarterly journal of health psychology*. 2(6): 33-47 (persian).

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.

Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Existential Therapy on the Psychological Well-being of Women with Breast Cancer

Somayye Afsharpour
Ali Naghi Aghdasi

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of reality therapy and existential therapy on the psychological well-being of women with breast cancer. The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test with control group and random assignment. The statistical population of the study included women with breast cancer in Khoy city in the first nine months 2018. The subjects were selected by purposeful sampling from the Khoy Shahid Madani Hospital undergoing surgery and chemotherapy. After completing the psychological well-being scale with random assignment in control (n = 12) and experimental (n = 12) groups. They were assigned. The data were analyzed by analysis of covariance. The results showed that there was no significant difference between the two treatment modalities (reality therapy and existential therapy) in post-test dimensions such as Independence, self acceptance, environmental mastery, positive relationship with others, goal pursuit in life, and personal growth ($P > 0.05$). Thus, it is concluded that both reality therapy and existential therapy have the same effect on enhancing psychological well-being and can be used as a complement.

Key words: Reality therapy, Existential therapy, Psychological well-being, Breast Cancer, Women.