

بررسی مقایسه‌ای اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه

سمیه افشارپور^۱

علی نقی اقدسی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه است که 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 شیمی‌درمانی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند و پس از تکمیل مقیاس تاب‌آوری به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۲ نفر) و آزمایش (۱۲ نفر) گمارده شدند. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی و درمان وجودی باعث افزایش تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن شده‌اند. همچنین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن نسبت به درمان وجودی بیشتر بوده است. بر این اساس نتیجه گرفته می‌شود، واقعیت‌درمانی و درمان وجودی باعث افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود که این افزایش، در واقعیت‌درمانی نسبت به درمان وجودی بیشتر است.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، درمان وجودی، تاب‌آوری، سرطان سینه، زنان

۱. کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

aghadasi@iaut.ac.ir

۲. استادیار، گروه مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسؤول)

مقدمه

با وجود اینکه پیشرفت علم پزشکی باعث درمان و غلبه بر بسیاری از سرطان‌ها شده است اما همچنان ابتلا به سرطان، یک رویداد بسیار منفی در زندگی است که باعث تغییر رویه زندگی فرد بیماری و حتی اطرافیان وی می‌شود (برانت، الوقلین، گائل و سایستون^۳، ۲۰۱۸) یکی از بیماری‌های شایع در زنان، سرطان سینه است که زندگی بسیاری از آنها را تحت تأثیر قرار داده (پادیلا-رویز و همکاران^۴، ۲۰۱۹) و نقش مادرانه و زنانه آن‌ها را مختل می‌کند (شیروانی، الحانی و منتظری، ۱۳۹۶) چراکه این نوع سرطان قبل از ۱۳ سالگی به ندرت بروز می‌کند (طاولی و همکاران، ۱۳۸۶). در مقایسه با سایر کشورها، میزان ابتلا به سرطان سینه در زنان ایرانی زودتر اتفاق می‌افتد (حریرچی، ابراهیمی، زمانی، جاروندی و منتظری، ۲۰۰۴) و افزایش رونده ابتلا به سرطان سینه در دهه‌های گذشته، این بیماری را در زمره بیماری‌های شایع زنان در ایران قرار داده است (پدرام، محمدی، نظیری و آوین پرست، ۱۳۸۹) به طوری که تقریباً از بین کل مبتلایان به سرطان، ۱۰/۷ درصد آنها مبتلا به سرطان سینه هستند (صادقی صومعه علیایی، خدابخشی کولایی، اکبری، کوهساریان و کلهرنیا گلکار، ۱۳۹۱) که منجر به شناسایی شش هزار نفر مبتلای سالانه به سرطان سینه می‌شود (حریرچی و همکاران، ۲۰۰۴). سرطان سینه از لحاظ زیستی باعث تغییر غیرطبیعی شکل سلول و از بین رفتن تمایز سلولی شده (اسمی، ۱۳۹۵) و از لحاظ روانی باعث اضطراب و فشارهای گوناگون می‌شود که باعث ظهور نشانگان پاسخ‌های هیجانی می‌شود (دی سانتیس، ما، گودینگ سار، نیومن و جمال^۵، ۲۰۱۷). به همین دلیل در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بیماری‌های تهدید کننده زندگی مانند ایدز و سرطان در فهرست رویدادهای آسیب‌زا قرار گرفته‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). یکی از عوامل محافظت‌کننده زنان مبتلا به سرطان سینه، در برابر مشکلات روانی ناشی از این رویداد منفی، نوعی سپر روانی به نام تاب‌آوری^۶ است، زیرا تاب‌آوری باعث سازگاری مؤثر با عامل آسیب‌زا و تعادل هیجانی در موقعیت‌های چالش‌برانگیز است (گلدستین و براک^۷، ۲۰۱۲؛ به نقل از امامی، عسکری‌زاده و فضیلت‌پور، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر، تاب‌آوری یک موازنه بین مشکلی که فرد درگیر آن است و سطح توانمندی فرد برقرار می‌کند (پتیت، فیکسل و کراکستون^۸، ۲۰۱۰). میزان تاب‌آوری بین افراد مختلف تفاوت داشته و نشان‌دهنده کیفیت رویارویی افراد با مشکلات و بیماری‌ها است. در واقع این متغیر نشان می‌دهد که چرا برخی افراد در رویارویی با مشکلات و بیماری به صورت مؤثر و سازنده با آن زندگی کرده و فعالانه در پی بهبود شرایط زندگی خود هستند اما برخی دیگر منفعل بوده و ناامید می‌شوند (تاجیک‌زاده، صادقی و

3. Brunet, O'Loughlin, Gunnell & Sabiston

4. Padilla-Ruiz et al

5. DeSantis, Ma, Goding Sauer, Newman & Jemal

6. Resilience

7. Goldstein & Brooks

8. Pettit, Fiksel & Croxton

رئیس کریمیان، ۱۳۹۵).

تاب‌آوری، فرایندی آموختنی است که باعث سازمان‌دهی شرایط موجود برای سازگاری با وضعیت موجود می‌شود (تاید^۹، ۲۰۱۶). با توجه به این تعریف می‌توان گفت میزان تاب‌آوری تغییرپذیر بوده، تحت شرایط گوناگون، کاهش و یا افزایش پیدا می‌کند. یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند در میزان تاب‌آوری مؤثر واقع شود، درمان مبتنی بر واقعیت یا واقعیت درمانی^{۱۰} است (شاملی و حسنی، ۱۳۹۶). ویلیام گلاسر^{۱۱} مبدع این روش درمانی بوده و معتقد است باید به درمان‌جویان کمک کرد تا از آشفتگی‌های اکنون خود و آنچه عامل این آشفتگی‌هاست آگاه شوند و سپس برای ایجاد تغییر در این رویه منفی، تصمیم درستی اتخاذ کنند. این روش درمانی معتقد است برای اینکه فرد به هدف خود برسد، نیازمند کنترل بر محیط است که این مهم از طریق چهار نیاز روانی تعلق، قدرت، لذت و آزادی و نیاز جسمانی به بقا به دست می‌آید. در نیاز به تعلق، همکاری با اطرافیان؛ در نیاز به قدرت، فعال بودن و توانایی تغییر؛ در نیاز به لذت، ایجاد تعادل در رنج و لذت؛ و در نیاز به آزادی و نیاز جسمانی به بقا، انتخاب و عمل به اراده؛ مهم‌ترین مؤلفه تأثیرگذار هستند. این روش درمانی بر احساس مسؤولیت در مقابله با بی‌مسؤولیتی تأکید داشته و معتقد است، زمان حال برای بهبود شرایط اهمیت بیشتری دارد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). طبق این رویکرد درمانی، کنترل داشتن بر رفتار و انتخاب فرد، عامل مهمی در سلامت روان اوست (ماسون، پالمر، دوبا و جیل^{۱۲}، ۲۰۰۹). بر این اساس، با انتخاب‌های صحیح، نیازهای روان‌شناختی خود را به شکل مؤثری ارضا می‌کند (عارفی و گنججوری، ۱۳۹۶). بر اساس جستجوهای انجام‌شده در داخل و خارج از کشور، پیشینه مستقیم در جامعه موردنظر یافت نشد. اما درباره پیشینه پژوهش‌های مشابه بری، بحرینیان، آزرگون، عابدی و آقایی (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی واقعیت درمانی بر تاب‌آوری زنان مطلقه در شهر نیشابور ایران به این نتیجه رسیدند، واقعیت درمانی باعث افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش شده است. در پژوهشی دیگر با عنوان اثربخشی مشاوره گروهی بر اساس واقعیت درمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودک معلول ذهنی مشخص شد، واقعیت درمانی باعث افزایش تاب‌آوری مادران شده است (حیدرپور و همکاران، ۲۰۱۸). رضانی و احتشامی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری بیماران ام‌اس به این نتیجه رسیدند که واقعیت درمانی باعث افزایش تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن به جز (پذیرش عواطف مثبت) شده است. شاملی و حسنی (۱۳۹۶) با انجام پژوهشی با عنوان اثربخشی واقعیت درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، گزارش کردند واقعیت درمانی در افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان مؤثر است.

9.Thiede

10.reality therapy

11.William Glasser

12.Mason, Palmer, Duba & Jill

جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صارم به این نتیجه رسیدند، واقعیت درمانی گروهی باعث افزایش مؤلفه‌های تاب‌آوری (بجز تأثیرات معنوی) در گروه آزمایش شده است. احمدیان و تبریزی (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی بر تاب‌آوری والدین کودکان اتیسم در شهر اصفهان، به این نتیجه رسیدند واقعیت درمانی باعث افزایش مؤلفه‌های تاب‌آوری (به جز کنترل) شده است.

درمان وجودی یکی دیگر از روش‌هایی است که به کمک آن می‌توان تاب‌آوری را در افراد تحت تأثیر قرار داد (جلیلی نیکو، رضایی، نجاتی نژاد، قاسمی جوبنه و نوریان، ۱۳۹۴). مداخلات مبتنی بر درمان وجودی، به افراد آموزش می‌دهد همه جنبه‌های زندگی خود را بپذیرند و از کنار گذاشتن وقایع ناگوار و فرار از آنها دوری کنند. افراد در این دیدگاه، باید شجاعانه با رویدادهای منفی زندگی خود کنار بیایند و برای خود زندگی بانشاطی ترسیم کنند، این مهم زمانی به دست خواهد آمد که متوجه شوند شادی و نشاط امری همیشگی نیست (وان دورزن^{۱۳}، ۲۰۰۲). در این روش درمانی، تلاش نمی‌شود که درد و رنج فرد از بین برود، بلکه این رویکرد رنج و مشکلات را بخشی از زندگی می‌داند و معتقد است باید افراد محدودیت‌ها و کاستی‌های خود را بپذیرند و در کنار آن برای زندگی خود معنایی بیابند، چراکه ماهیت زندگی انسان‌ها، توأم با رنج است (نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸). کیسان و همکاران^{۱۴} (۲۰۰۳) در پژوهش خود با عنوان روان‌درمانی گروهی شناختی- وجودی بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان اولیه: یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی چنین گزارش کردند که روان‌درمانی مذکور باعث ارتقای سطح سلامت روان‌شناختی شده است. رضایی، نظری، زهراکار و اسماعیلی فر^{۱۵} (۲۰۱۳) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی نشان دادند، روان‌درمانی وجودی باعث افزایش تاب‌آوری این نوع از مادران شده است. جلیلی نیکو و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر افزایش تاب‌آوری زنان نابارور به این نتیجه رسیدند، روان‌درمانی وجودی به‌طور معناداری باعث افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش شده است. از یک سو، سرطان به‌عنوان یک بیماری بالقوه خطرناک و آسیب‌زایی درک می‌شود که نگرش کنترل‌ناپذیر بودن را در بیمار به وجود می‌آورد (تدسچی و گالهیون^{۱۵}، ۱۹۹۵) چراکه بیماران سرطانی باید خود را با مشکلاتی که در راه مبارزه با بیماری دارند، آماده ساخته و خود را با این شرایط دشوار مطابقت دهند (مولینا و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۴). اما همه بیماران سرطانی به یک شکل با این بیماری روبه‌رو نمی‌شوند، برخی مقاوم‌تر و فرصت برای رشد را برای خود فراهم می‌آورند، اما برخی دیگر زود تسلیم شده

13. Van Deurzen

14. Kissane et al

15. Tedeschi & Calhoun

16. Molina et al

و آسیب‌پذیر می‌شوند (چان، چان و انجی^{۱۷}). در این زمینه، باید در کنار مورد توجه قرار گرفتن علت مشکلات، به افراد کمک کرد که در رویارویی با مشکلات به‌صورت موفقیت‌آمیز عمل کنند و افزایش تاب‌آوری، بهترین اقدامی است که می‌توان فرد را به زندگی باکیفیت ترغیب کند (والش^{۱۸}، ۲۰۱۱). تاب‌آوری در زمینه سرطان، به برخی از ویژگی‌های محافظتی و یا شخصیتی فرد گفته می‌شود که قابلیت تطابق موفق با زندگی توأم با سرطان را دارد. برای مثال: زندگی کردن در کنار دیگران، معنی و هدف در زندگی، حس یکپارچگی، خوش‌بینی، احساسات مثبت، عزت‌نفس، خودکارآمدی، تاب‌آوری شناختی، مقابله، حمایت اجتماعی و معنویت (ایچر، ماتزکا، دویی و وایت^{۱۹}، ۲۰۱۵؛ هلمریش و همکاران^{۲۰}، ۲۰۱۷). با توجه به آنچه گفته شد و قابلیت تغییر و پویایی تاب‌آوری در طول زمان (مانسینی و بونانو^{۲۱}، ۲۰۰۹) و عدم وجود پیشینه‌ای با این عنوان در جستجوهای انجام‌شده، ضرورت می‌یابد پژوهشی در این زمینه انجام گیرد تا مشخص شود که آیا میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه با یکدیگر تفاوت دارد یا خیر؟ نتیجه این پژوهش می‌تواند پیامدهای بالینی مهمی برای کمک به بیماران سرطانی و بهبود روانی آنها داشته باشد.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱) بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۲) بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر شایستگی فردی در زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۳) بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر اعتماد به‌غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی در زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۴) بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر پذیرش و تغییر روابط در زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۵) بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر کنترل در زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۶) بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر تأثیرات معنوی در زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد.

17.Chan, Chan & Ng

18.Walsh

19.Eicher, Matzka, Dubey & White

20.Helmreich et al

21.Mancini & Bonanno

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 مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و پرسشنامه تاب‌آوری و مقیاس وضعیت عملکردی کارنوفسکی^{۲۲} را تکمیل کردند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، 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، رضایت آگاهانه 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 واقعیت درمانی (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 پس‌آزمون مجدداً پرسشنامه تاب‌آوری توسط افراد گروه آزمایش و گروه کنترل تکمیل گردید. در پایان برای 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 تاب‌آوری: این ابزار توسط کانر و دیویدسون^{۲۳} (۲۰۰۳) ابداع شد. پرسشنامه منظور دارای ۲۴ سؤال و ۵ زیر مقیاس تصور از شایستگی فردی (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴)، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی (سؤالات ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (سؤالات ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰)، کنترل (سؤالات ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵)، و تأثیرات معنوی (سؤالات ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹) است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در ۵ درجه (کاملاً نادرست = ۰ تا همیشه درست = ۴) انجام می‌شود و حداقل نمره برابر است با ۰ و حداکثر نمره ممکن با ۶۹ برابر است. روایی این ابزار، برابر با ۰/۸۷ و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ به دست آمده است (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد فرید، ۱۳۸۷).

مقیاس وضعیت عملکردی کارنوفسکی: این پرسشنامه دارای ۳ بخش و ۱۱ عبارت است که سطح فعالیت و وضعیت عملکردی افراد مبتلا به سرطان را مشخص می‌کند (زیمرمن و همکاران، ۲۰۱۰). نحوه نمره‌دهی در این مقیاس به این شکل بود که افراد دارای نمرات بین ۸۰ تا ۱۰۰، افرادی بودند که قادر به انجام فعالیت‌های خود بدون نیاز به مراقبت خاص بودند. افراد دارای نمرات بین ۵۰ تا ۸۰، افرادی بودند که قادر به رفع نیازهای شخصی خود بودند اما برای انجام فعالیت‌ها به درجات مختلف به دیگران وابسته بودند. افراد دارای نمرات بین ۰ تا ۵۰، افرادی بودند که به درجات مختلف در مراقبت از خود ناتوان بوده و نیازمند مراقبت پیوسته در مراکز درمانی بودند (یغمایی، ۱۳۸۴).

22. Karnofsky Performance Scale

23. Connor & Davidson

جدول ۱: برنامه آموزشی واقعیت درمانی (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 مدنظر
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 باکیفیت
نهم	مرور جلسه قبل، کمک به فرد جهت تدوین یک طرح عینی برای اجتناب از به‌کارگیری 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 مؤثر 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 سؤال: 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 سؤال‌ها: 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، مسؤلیت 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 سؤال‌ها: 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 سؤالات درمان‌جو، گرفتن پس‌آزمون از هر دو گروه در انتهای جلسه

یافته‌ها

در زیر ابتدا به آمار توصیفی و سپس به آمار استنباطی همراه با جداول پرداخته خواهد شد.
الف: آمار توصیفی

جدول ۳: توزیع فراوانی عملکرد وضعیت بیماران مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مدنی شهرستان خوی

درصد	فراوانی	نمرات وضعیت عملکردی
۰/۰۰	۰	۰
۰/۰۰	۰	۱۰
۰/۰۰	۰	۲۰
۴/۱۷	۱	۳۰
۰/۰۰	۰	۴۰
۲۵/۰۰	۶	۵۰
۲۵/۰۰	۶	۶۰
۲۰/۸۳	۵	۷۰
۱۶/۶۷	۴	۸۰
۸/۳۳	۲	۹۰
۰/۰۰	۰	۱۰۰
۱۰۰/۰۰	۲۴	کل

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، نمرات وضعیت عملکردی ۸۵/۵۰ درصد افراد حاضر در نمونه، بین ۵۰ تا ۸۰ قرار دارد.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب‌آوری و هر یک از ابعاد آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (واقعیت درمانی)

متغیرهای پژوهش	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		متغیرهای پژوهش
	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	
نشایستگی	۱۹/۵۰	۱۸/۷۵	۱۹/۴۱	۳۰/۵۱	۳/۰۶
انحراف استاندارد	۸/۰۱	۷/۷۴	۸/۰۱	۸/۰۱	۳/۰۶
میانگین	۸/۰۱	۷/۷۴	۸/۰۱	۸/۰۱	۳/۰۶
انحراف استاندارد	۸/۰۱	۷/۷۴	۸/۰۱	۸/۰۱	۳/۰۶

فردی							
اعتماد به							
۲/۶۷	۳۱/۹۱	۴/۰۸	۱۵/۰۰	۳/۷۸	۱۴/۸۳	۴/۱۰	۱۴/۹۱
غرایز فردی و تحمل عواطف منفی							
۲/۲۷	۲۲/۰۰	۳/۷۹	۱۲/۳۳	۳/۷۹	۱۲/۳۳	۳/۷۹	۱۲/۳۳
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن							
۱/۶۷	۱۳/۹۱	۱/۷۸	۵/۴۱	۱/۷۲	۶/۰۸	۲/۰۰	۶/۰۰
کنترل تأثیرات معنوی							
۰/۹۹	۸/۹۱	۱/۸۱	۵/۲۵	۱/۸۱	۵/۲۵	۱/۸۱	۵/۲۵
تاب‌آوری کل							
۷/۳۵	۱۰۸/۲۵	۱/۶۷	۱۳/۹۱	۱۷/۳۹	۵۷/۲۵	۱۸/۱۶	۵۸/۰۰

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

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب‌آوری و هر یک از ابعاد آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (درمان وجودی)

متغیرهای پژوهش	پیش‌آزمون		پس‌آزمون			
	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش		
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
شایستگی فردی	۱۹/۵۰	۸/۰۱	۱۸/۷۵	۷/۷۴	۱۷/۱۶	۶/۳۹
اعتماد به	۱۴/۹۱	۴/۱۰	۱۴/۸۳	۳/۷۸	۱۵/۱۶	۳/۷۶
غرایز فردی و تحمل عواطف منفی	۱۲/۳۳	۳/۷۹	۱۲/۳۳	۳/۷۹	۱۲/۵۰	۳/۶۳
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۶/۰۰	۲/۰۰	۶/۰۸	۱/۷۲	۵/۳۳	۱/۴۹
کنترل تأثیرات معنوی	۵/۲۵	۱/۸۱	۵/۲۵	۱/۸۱	۵/۲۵	۱/۲۸

معنوی							
تاب‌آوری کل	۵۸/۰۰	۱۸/۱۶	۵۷/۲۵	۱۷/۳۹	۵۶/۴۱	۱۶/۶۳	۶۱/۳۳
							۱۵/۳۷

جداول بالا نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های نهایی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای ندارند. در حالی که میانگین نمره‌های نهایی گروه آزمایش در پس‌آزمون بالاتر از گروه کنترل است. به‌منظور بررسی معناداری این یافته‌ها در بخش یافته‌های استنباطی، از تحلیل کواریانس استفاده شد. قابل‌ذکر است، نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض 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 گردید. به‌عبارت‌دیگر پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات نیز تأیید گردید.

ب: آمار استنباطی:

در تأیید یا رد اولین فرضیه پژوهش، مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر تاب‌آوری 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 نمره پس‌آزمون تاب‌آوری 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 مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۷۶۶۴/۹۸۳	۷۶۶۴/۹۸۳	۶۹/۵۸	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۸۸۱/۶۳	۸۸۱/۶۳	۸/۰۰۴	۰/۰۱۰
گروه	۱	۱۳۲۰۷/۰۴۲	۱۳۲۰۷/۰۴۲	۱۱۹/۸۹	۰/۰۰۱
خطا	۲۱	۲۳۱۳/۲۸۰	۱۱۰/۱۵۶		
کل	۲۴	۱۸۸۹۵۳/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است (۲۱ و $df=1$ و $f=8/004$ و $p \leq 0/010$). همچنین، تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده می‌شود (۲۱ و $df=1$ و $f=119/89$ و $p \leq 0/001$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می‌گردد.

در تأیید یا رد دومین فرضیه پژوهش، مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر شایستگی فردی 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 نمره پس‌آزمون شایستگی فردی 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	۱۰۶۴/۵۴۰	۱۰۶۴/۵۴۰	۲۱/۶۵	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۲۲۶/۷۹۵	۲۲۶/۷۹۵	۴/۶۱	۰/۰۴۴
گروه	۱	۷۵۹/۳۷۵	۷۵۹/۳۷۵	۱۵/۴۴	۰/۰۰۱
خطا	۲۱	۱۰۳۲/۴۵۵	۴۹/۱۶		
کل	۲۴	۱۸۰۸۷/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است (۲۱ و $df=1$ و $f=21/65$ و $p \leq 0/044$). همچنین، تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده می‌شود (۲۱ و $df=1$ و $f=15/44$ و $p \leq 0/001$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر شایستگی فردی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می‌گردد.

در تأیید یا رد سومین فرضیه پژوهش، مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر اعتماد به‌غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی 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 نمره پس‌آزمون اعتماد به‌غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی 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	۷۰۵/۰۹۰	۷۰۵/۰۹۰	۷۹/۷۳	۰/۰۰۱

نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۱۲/۱۳	۱۲/۱۳	۱/۳۷	۰/۰۰۱
گروه	۱	۱۵۰۴/۱۶۷	۱۵۰۴/۱۶۷	۱۷۰/۱۰۴	۰/۰۰۱
خطا	۲۱	۱۸۵/۶۹۵	۸/۸۴		
کل	۲۴	۱۵۵۲۶/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ($df=1$ و $f=79/73$ و $p \leq 0/001$). همچنین، تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده می‌شود ($df=1$ و $f=170/104$ و $p \leq 0/001$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این‌که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می‌گردد. در تأیید یا رد چهارمین فرضیه پژوهش، مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر پذیرش و تغییر در روابط 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 نمره پس‌آزمون پذیرش و تغییر در روابط 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	۲۶۵/۸۹	۲۶۵/۸۹	۵۰/۰۵۲	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۲۱۳/۲۰۵	۲۱۳/۲۰۵	۴۰/۱۰۰	۰/۰۰۱
گروه	۱	۱۹۶۲/۰۴۲	۱۹۶۲/۰۴۲	۳۶۹/۳۴۰	۰/۰۰۱
خطا	۲۱	۱۱۱/۵۵۸	۵/۳۱		
کل	۲۴	۱۳۷۱/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول ۹ مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ($df=1$ و $f=50/052$ و $p \leq 0/001$). همچنین، تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده می‌شود ($df=1$ و $f=369/340$ و $p \leq 0/001$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این‌که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر پذیرش و تغییر در روابط زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می‌گردد.

در تأیید یا رد پنجمین فرضیه^۵ پژوهش، مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر کنترل 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 نمره^۶ پس‌آزمون کنترل 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 مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۷۰۵/۰۹۰	۷۰۵/۰۹۰	۷۹/۷۳	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۱۲/۱۳۸	۱۲/۱۳۸	۱/۳۷	۰/۰۰۲
گروه	۱	۱۵۰۴/۱۶۷	۱۵۰۴/۱۶۷	۱۷۰/۱۰۴	۰/۰۰۱
خطا	۲۱	۱۸۵/۶۹۵	۸/۸۴		
کل	۲۴	۱۵۵۲۶/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ($df=1$ و 21 و $f=79/73$ و $p \leq 0/002$). همچنین، تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده می‌شود ($df=1$ و 21 و $f=170/104$ و $p \leq 0/001$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر کنترل زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می‌گردد.

در تأیید یا رد ششمین فرضیه^۶ پژوهش، مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر تأثیرات معنوی 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 نمره^۷ پس‌آزمون تأثیرات معنوی 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 مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۱۲۲/۰۶۸	۱۲۲/۰۶۸	۵۹/۸۱	۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۲۰/۹۷	۲۰/۹۷	۱۰/۲۸	۰/۰۰۴
گروه	۱	۳۶۸/۱۶	۳۶۸/۱۶	۱۸۰/۴۱	۰/۰۰۱
خطا	۲۱	۴۲/۸۵	۲/۰۴		
کل	۲۴	۲۸۳۲/۰۰۰			

همان‌طور که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است (۲۱ و $df=1$ و $f=59/81$ و $p \leq 0/002$). همچنین، تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده می‌شود (۲۱ و $df=1$ و $f=180/41$ و $p \leq 0/001$). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر تأثیرات معنوی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت وجود دارد، تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

اولین یافته پژوهش نشان داد، هر دو روش واقعیت‌درمانی و درمان وجودی باعث افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است، اما میانگین ابعاد تاب‌آوری در روش واقعیت‌درمانی نسبت به میانگین تاب‌آوری در روش درمان وجودی بالاتر است. این یافته با نتیجه پژوهش‌های کیسان و همکاران (۲۰۰۳)، رضایی و همکاران (۲۰۱۳)، آزرگون و همکاران (۲۰۱۳)، حیدرپور و همکاران (۲۰۱۸)، رضایی و احتشامی (۱۳۹۴)، جلیلی نیکو و همکاران (۱۳۹۴)، شاملی و حسنی (۱۳۹۶)، جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد (۱۳۹۶)، احمدیان و تبریزی (۱۳۹۷) همسوست. در جستجوهای انجام‌شده، پژوهشی مبنی بر بررسی اثربخشی مقایسه‌ای این دو روش درمان بر تاب‌آوری یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، سرطان رویدادی آسیب‌زا و توان‌کاه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) که باعث تغییر رویه زندگی فرد و اطرافیان او می‌شود (برانت و همکاران، ۲۰۱۸). در کنار دیگر مشکلات شخصی ممکن برای هر فرد، سرطان یک نیروی اضافی و قدرتمندی را می‌طلبد که در بسیاری موارد خارج از تاب و توانایی فرد است. می‌توان گفت، تاب‌آوری به هر میزان که بالا باشد، قدرت مقابله و تحمل فرد در رویارویی با مشکلات نیز بیشتر می‌شود. واقعیت‌درمانی، نیاز به بقا را یکی از مؤلفه‌های مهم در نیازهای انسانی می‌داند و معتقد است برای اینکه فرد بتواند در رویارویی با مشکلات، موفق شود نیازمند مسؤولیت‌پذیری و تغییر شرایط بر اساس اراده و انتخاب است (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). در این روش روان‌درمانی، فرد مبتلا به سرطان منفعل و ناامید نبوده و نتیجه بیماری را یک برنامه از پیش تعیین‌شده نمی‌داند، بلکه او تلاش می‌کند با فعالیت و کنش‌گری شرایط مطلوبی را

برای وضعیت خود رقم بزند. به هر میزان که کنش‌گری فرد در رویارویی با سرطان افزایش یابد، او خود را از بی‌مسئولیتی خارج کرده و مسئولیت‌پذیر می‌کند. به عبارت دیگر، ابتکار عمل در دست فرد است و نه در دست سرطانی که وی درگیر آن است. به همین دلیل، هر زمان که فرد مبتلا به سرطان، خود را عامل تعیین سرنوشت بداند، تحمل نتیجه را خواهد داشت و بر اساس رفتار و انتخاب‌هایی که انجام داده مسئولیت آن را نیز قبول خواهد کرد.

برخلاف واقعیت‌درمانی که بر کنش‌گری، مبارزه و مسئولیت‌پذیری تا لحظه موفقیت تأکید دارد، روان‌درمان وجودی، معتقد است سرطان نیز مانند سایر عوامل مزاحم موجود در زندگی، یک محدودیت است. این رویکرد اعتقاد دارد رنج و آسایش، هر دو در زندگی هر فردی وجود دارند، مهم این است که فرد مبتلا به سرطان رنج زندگی خود را پذیرفته و با آن کنار بیاید تا بتواند به جنبه‌های دیگر زندگی خود به صورت مطلوبی بپردازد. در این رویکرد، زندگی انسان اساساً توأم با رنج است (نظری و ضرغامی، ۱۳۸۸) و هیچ لحظه‌ای وجود ندارد که انسان در رنج نباشد (وان دورزن، ۲۰۰۲). بنابراین، آموزش‌های روان‌درمانی وجودی، قدرت پذیرش رنج‌ها و مشکلات را در افراد مبتلا به سرطان سینه افزایش داده و باعث تغییر نگرش آنها نسبت به بیماری‌شان می‌شود که این مهم میزان تاب‌آوری آنها را افزایش می‌دهد. بر اساس آنچه گفته شد در حالت کلی، واقعیت‌درمانی بر انتخاب و مسئولیت‌پذیری و روان‌درمانی وجودی بر پذیرش شرایط تأکید دارند که هر دو با فرایندی که توضیح داده شد باعث افزایش میزان تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان سینه می‌شوند. در تبیین اینکه چرا واقعیت‌درمانی در مقایسه با درمان وجودی اثربخشی بیشتری بر روی تاب‌آوری دارد می‌توان گفت، در واقعیت‌درمانی فرد مبتلا به سرطان سینه، خود در برابر مشکلات ناشی از بیماری دست به انتخاب می‌زند، اما در روان‌درمانی وجودی، فرد شرایط را با تمام محدودیت‌هایش می‌پذیرد. بدیهی است زمانی که فرد دست به انتخاب بزند، قدرت تحمل نتیجه را بیشتر از زمانی خواهد داشت که صرفاً پذیرا بوده و قدرت انتخابی نداشته باشد.

یافته بعدی نشان داد، هر دو روش واقعیت‌درمانی و درمان وجودی باعث افزایش زیر مقیاس شایستگی فردی در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است، اما میانگین زیر مقیاس شایستگی فردی در روش واقعیت‌درمانی نسبت به میانگین زیر مقیاس شایستگی فردی در روش درمان وجودی بالاتر است. می‌توان گفت در رویکرد واقعیت‌درمانی، درک واقعیت باعث می‌شود زنان مبتلا به سرطان سینه به همه ابعاد زندگی و توانایی خود آگاه شده و شایستگی‌های احتمالی خود در سایر ابعاد را نادیده نگیرند. مطابق با رویکرد گلاسر، درک واقعیت باعث می‌شود رفتار و کنش، افکار و احساسات مبتنی بر سه عامل پذیرش واقعیت، داوری درباره درستی یا نادرستی رفتار و پذیرش مسئولیت شکل بگیرند (کری ۴، ۲۰۱۵). زنان مبتلا به سرطان سینه ممکن است زمانی که از بیماری خود آگاه می‌شوند، خود را فرد ناکارآمد و بی‌لیاقت

تصور کنند اما با مشارکت در جلسات روان‌درمانی وجودی متوجه می‌شوند که رنج و درد بخش جدانشدنی زندگی هر فرد است و برای زندگی خود به دنبال معنا هستند. آن‌ها پیش از مشارکت در جلسات روان‌درمانی وجودی خود را فردی ناکارآمد تصور می‌کنند، اما با روان‌درمانی وجودی متوجه می‌شوند که همه زندگی آنها سرطان نیست بلکه توانایی‌های بالقوه‌ای دارند که آنها را از افراد سالم نیز سرآمد می‌کند. دیگر یافته نشان داد، هر دو روش واقعیت‌درمانی و درمان وجودی باعث افزایش زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است، اما میانگین زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی در روش واقعیت‌درمانی نسبت به میانگین زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی در روش درمان وجودی بالاتر است. واقعیت‌درمانی باعث می‌شود فرد دلیل رنج‌ها و مشکلات اکنون خود را بیابد و بر اساس آن انتخاب‌های گوناگونی انجام دهد و مسؤلیت آن را پذیرا باشد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). بر این اساس، زمانی که زنان مبتلا به سرطان سینه تحت آموزش‌های واقعیت‌درمانی قرار می‌گیرند، تلاش می‌کنند تصمیم‌های متنوع و صحیح در مبارزه با بیماری خود اتخاذ کرده و بر آن اساس عمل کنند. آن‌ها دیگر خود را منفعل و تمام‌شده نمی‌دانند بلکه با تلاش و انتخاب‌های گوناگون هنوز خود را در درمان سرطان سینه بااهمیت و تأثیرگذار می‌دانند. بر این اساس، با انتخاب‌های صحیح، نیازهای روان‌شناختی خود را به شکل مؤثری ارضا می‌کنند (عارفی و گنجوری، ۱۳۹۶). در سوی دیگر، درمان وجودی باعث معنابخشی به زندگی افراد می‌شود. انسان موجودی است که برای هر چیزی، حتی رنج‌ها و مشکلاتش به دنبال دلیل و معنا می‌گردد و زمانی آرام خواهد گرفت که دلیل و معنایی برای مشکلات خویش بیابد (جلیلی نیکو و همکاران، ۱۳۹۴). بر این اساس می‌توان گفت، زنان مبتلا به سرطان سینه با آموزش‌های درمان وجودی کاستی‌ها و مشکلات خود را می‌پذیرند و می‌دانند که ماهیت زندگی انسان‌ها توأم با رنج است و این رنج در هر انسانی به‌گونه‌ای ظاهر می‌شود. یافته بعدی نشان داد، هر دو روش واقعیت‌درمانی و درمان وجودی باعث افزایش زیرمقیاس پذیرش و تغییر در روابط در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است، اما میانگین زیرمقیاس پذیرش و تغییر در روابط در روش واقعیت‌درمانی نسبت به میانگین زیرمقیاس پذیرش و تغییر در روابط در روش درمان وجودی بالاتر است. همان‌طور که در مقدمه به آن پرداخته شد، در تبیین این یافته می‌توان گفت در واقعیت‌درمانی، تغییر و در درمان وجودی، پذیرش از عناصر کلیدی هستند. از آنجایی که تغییر، نیازمند کنش‌گری است ولی در پذیرش، کنش‌گری یا وجود ندارد و یا کم‌رنگ است، تأثیرگذاری بیشتر واقعیت‌درمانی نسبت به درمان وجودی منطقی به نظر می‌رسد. یافته بعدی پژوهش نشان داد، هر دو روش واقعیت‌درمانی و درمان وجودی باعث افزایش زیرمقیاس کنترل در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است، اما میانگین زیرمقیاس کنترل در روش واقعیت‌درمانی نسبت به میانگین زیرمقیاس کنترل در روش درمان وجودی بالاتر است. در تبیین این یافته نیز می‌توان چنین گفت که کنترل مشکلات و رنج‌ها در دو رویکرد به‌کاررفته متفاوت است. در رویکرد

واقعیت درمانی، کنترل بر اساس انتخاب‌هایی است که فرد به‌منظور حل مشکل انجام می‌دهد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰)، اما در درمان وجودی، پذیرش مشکلات به‌عنوان جزء جدانشدنی زندگی، احساس کنترل را به فرد می‌دهد (وان دورزن، ۲۰۰۲). هرچند هر دو روش درمانی باعث افزایش کنترل می‌شوند، اما واقعیت درمانی کنترل را بر اساس تأثیر تصمیم‌های فرد در شرایط خویش در نظر می‌گیرد که بر این اساس چنین نتیجه‌ای منطقی به نظر می‌رسد. یافته نهایی پژوهش نشان داد، هر دو روش واقعیت درمانی و درمان وجودی باعث افزایش زیر مقیاس تأثیرات معنوی در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است، اما میانگین زیر مقیاس تأثیرات معنوی در روش واقعیت درمانی نسبت به میانگین زیر مقیاس تأثیرات معنوی در روش درمان وجودی بالاتر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هم واقعیت‌درمانی و هم درمان وجودی هر یک به‌نوعی به زندگی فرد مبتلا به سرطان سینه معنا می‌بخشند اما فرایند معنابخشی هر کدام تفاوت دارد. در رویکرد واقعیت درمانی کنترل داشتن بر رفتار و انتخاب فرد عامل مهم است (ماسون و همکاران، ۲۰۰۹) ولی در درمان وجودی، افراد باید محدودیت‌ها و کاستی‌های خود را بپذیرند و با آن کنار بیایند (نظری و زرغامی، ۱۳۸۸). همان‌طور که مشخص است در واقعیت درمانی، فرد معنایی در زندگی یافته که دست به کنش و انتخاب می‌زند و همچنان برای به دست آوردن شرایط مطلوب برای خود تلاش می‌کند. در مقابل، افراد با کسب راهکارهای درمان وجودی، می‌پذیرند که محدودیت و کاستی در زندگی همه افراد وجود دارد و در هر یک به‌صورت به یک شکل ظاهر می‌شود که در آنها به‌صورت بیماری سرطان نمود پیدا کرده است. این افراد برای ادامه زندگی معنایی پیدا می‌کنند که محدودیت سرطان را بخشی از زندگی می‌دانند و به‌طور کلی زندگی را آن‌طور که هست می‌پذیرند، نه آن‌طور که می‌خواهند. در هر دو نوع درمان، چنان‌که گفته شد معنا و معنویت افزایش یافته و نسبت به گروه کنترل، تفاوت معناداری دارد. اما به نظر در واقعیت درمانی، قدرت اراده و انتخاب اثر بیشتری در افزایش معنویت، نسبت به شرایطی که قدرت انتخاب وجود ندارد (درمان وجودی)، خواهد داشت.

در حالت کلی می‌توان نتیجه گرفت، واقعیت درمانی ابتکار عمل را بر عهده فرد بیمار می‌گذارد و از او می‌خواهد آزادانه برای سرنوشت خود تصمیم بگیرد و مسؤولیت تصمیم خود را نیز بر عهده داشته باشد. در واقعیت درمانی، فرد مبتلا به سرطان ممکن است به جای منفعل بودن، درمان‌های مختلف جسمی را برای بهبود وضعیت سرطانی خود دنبال کند و یا برای بهبود سلامت روانی خود دست به انتخاب‌های گوناگون بزند. این انتخاب‌ها، احساس مهم و تأثیرگذار بودن را به فرد منتقل می‌کنند که می‌تواند در قبال مشکلات، کنش داشته باشد. در مقابل در درمان وجودی، فرد مبتلا به سرطان سینه می‌پذیرد که شرایط خاصی برای وی به وجود آمده و نمی‌تواند از آن بگریزد، می‌پذیرد که زندگی همراه با درد و رنج است و این بیماری جنبه‌ای از جنبه‌های زندگی است، بنابراین باید این بیماری را بزرگ نکند و به سایر جنبه‌های زندگی نیز اهمیت قائل شود.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و فقدان مرحله پیگیری به دلیل نداشتن زمان کافی اشاره کرد. به پژوهشگران علاقه‌مند به این حوزه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، این دو محدودیت را برطرف نمایند. همچنین به کادر درمانی پیشنهاد می‌شود در کنار توجه به بعد فیزیکی بیماری سرطان سینه، به بعد روانی آن نیز توجه کرده و به لحاظ روانی آن‌ها را تحت روان‌درمانی قرار دهند و با آموزش‌های مبتنی بر واقعیت درمانی و درمان وجودی، تحمل و تاب آنها را افزایش دهند، چراکه تأثیر روان بر جسم امری ثابت شده است.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر، مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسؤول بوده که حمایت مالی نداشته است. از تمامی مسؤولان محترم بیمارستان شهید مدنی شهرستان خوی و افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش که ما را در انجام مطلوب این پژوهش یاری کردند، نهایت قدردانی و سپاس به عمل می‌آید.

References

- Ahmadian, N., Tabrizi, M. (2018). The Effectiveness of Group Counseling Based on Reality Therapy on Resiliency in Parents of Autistic Children in Isfahan City. *Exceptional Education*. 1 (150), 35-44. [In Persian]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Arefi, M., & Ganjooori, M. (2017). Effectiveness of reality therapy training on psychological well-being of deaf students. *Quarterly journal of social work*. 6(1), 21-8. [In Persian]
- Bari, N. S., Bahrainian, S. A., Azargoon, H., Abedi, H., & Aghaee, F. (2013). The effectiveness of reality therapy on resiliency of divorced Women in Neyshabour City of Iran. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*. 6(2), 160-64.
- Brunet, J., O'Loughlin, J. L., Gunnell, K. E., & Sabiston, C. M. (2018). Physical activity and depressive symptoms after breast cancer: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Health Psychology*. 37(1), 14-23.
- Chan, C. L., Chan, T. H., & Ng, S. M. (2006). The strength-focused and meaning-oriented approach to resilience and transformation (SMART) a body-mind-spirit approach to trauma management. *Social Work in Health Care*. 43(2-3), 9-36.

- Conor, L., & Davidson, M. (2003). An inventory for resilience construct. *Personality and Individual Differences*. 35, 41-53.
- Corey, G. (2015). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Nelson Education.
- DeSantis, C. E., Ma, J., Goding Sauer, A., Newman, L. A., & Jemal, A. (2017). Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. *CA: a cancer journal for clinicians*. 67(6), 439-448.
- Eicher M, Matzka M, Dubey C, White K. (2015). Resilience in adult cancer care: an integrative literature review. *Oncol Nurs Forum*. 42(1), 3–16.
- Emami, M., Askarizade, GH., Fazilatpour, M. (2018). Effectiveness of Cognitive – Behavioral Stress Management Group Therapy on Resilience and Hope in Women with Breast Cancer. *Postive psychology*. 4 (12), 1-13. [In Persian]
- Esmi, Z. (2016). *The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life, mental health and self-care behaviours of cancer patient*. A Thesis for Master Degree in Clinical Psychology. Al-Zahra University. [In Persian].
- Gamasian mobarakeh, A., Dokaneheefard, F. (2017). The effectiveness of reality therapy on increasing resiliency, life expectancy and improve the quality of life of infertile women Infertility Center Sarm. *Counseling Culture and Psycotherapy*. 8(29), 237-262. [In Persian]
- Harirchi, I., Ebrahimi, M., Zamani, N., Jarvandi, S. & Montazeri A. Breast cancer in Iran: Results of multi-center study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2004; 5(1):24-27.
- Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(2).
- Heydarpour, S., Parvane, E., Saqqezi, A., Ziapour, A., Dehghan, F., & Parvaneh, A. (2018). Effectiveness of group counseling based on the reality therapy on resilience and psychological well-being of mothers with an intellectual disabled child. *International Journal of Pediatrics*. 6(6), 7851-7860.
- Jalili nikoo, S., Rezaei, Z., Nejati nezhad, N., Ghasemi jobaneh, R., Nooryan, K. (2015). Effectiveness of Existential Psychotherapy in Increasing the Resiliency of Infertile Women. *Armaghane danesh*. 20 (5),

453-459 [In Persian]

- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., ... & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 12(6), 532-546.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of personality*. 77(6), 1805-1832.
- Mason, D., Palmer, C., Duba, D., & Jill, D. (2009). Using reality therapy in schools: Its potential impact on the effectiveness of the ASCA national model. *International journal of reality therapy*. 29(2), 5-12.
- Molina, Y., Jean, C. Y., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K. W., Joyce, P., & Rosenberg, A. R. (2014). Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clinical journal of oncology nursing*. 18(1), 93-101.
- Nazari A, Zarghami S. (2009). *Existential psychotherapy, individual and group therapy*. Tehran: Pazineh Press. [In Persian]
- Padilla-Ruiz, M., Ruiz-Román, C., Pérez-Ruiz, E., Rueda, A., Redondo, M., & Rivas-Ruiz, F. (2019). Clinical and sociodemographic factors that may influence the resilience of women surviving breast cancer: cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*. 27(4), 1279-1286.
- Pedram, M., Mohammadi, M., Naziri, G. & Ayyin Parast, N. Effectiveness Of Cognitive Behavioral Group Therapy On The Treatment Of Anxiety & Depression Disorders & On Raising Hope In Women With Breast Cancer. *Journal of Woman & Society*. 2011; 1(4):61-75.
- Pettit, T. J., Fiksel, J., & Croxton, K. L. (2010). Ensuring supply chain resilience: development of a conceptual framework. *Journal of business logistics*. 31(1), 1-21.
- Prochaska, J., Norcross, C.J. (1999). *Systems of psychotherapy: a trans theoretical analysis*. Translated by Yahya seyed mohammadi (2010). Tehran: Roshd Publications. [In Persian]
- Rahimian Boogar, E., Asgharnejad Farid, A.A. (2008). The Relationship between Psychological Hardiness also Ego-resiliency and Mental Health in Adolescent and Adult Survivors of Bam Earthquake. *Iranian Journal*

- of Psychiatry and Clinical Psychology*. 14 (1), 62-70. [In Persian]
- Ramezani, K., Ehteshami, F. (2015). The Effectiveness of Group Reality Therapy on Increasing Resiliency in M.S. Patients. *Achievements of Clinical Psychology*. 1(1), 77-92. [In Persian]
- Rezaie, R., Nazari, A. M., Zaharakar, K., & Smaelifar, N. (2013). Effectiveness of existential psychotherapy in increasing the resiliency of mentally retarded children's mothers. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*. 2(2), 59-64.
- Sadegi Somee Oliyaei, R., KHodabakhshi Kolaei, A., Akbari, M.S., Kohsariyan, M. & Kalhorniya Golkar, M. Body image and selfesteem: A comparison of two groups of women with breast cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2012; 5(2, 3): 16-29.
- Shameli, R., Hasani, F. (2017). The effectiveness of reality therapy on resilience in mothers with children afflicted by cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 12(43), 77-87. [In Persian]
- Shirvani H, Alhaghi F, Montazeri A. (2017). The Effect of Family-centered Empowerment Model on the Functional Scales Quality of Life in Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *Iranian journal of diseases breast*. 10 (1), 61-72. [In Persian]
- Tajikzade, F., Sadeghi, R., Raees karimian, F. (2016). The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing in cancer patients and normal people. *Journal of anesthesiology and pain*. 7 (3), 38-48. [In Persian]
- Tavoli, A., Montazeri, A., Mohagheghi, M.A., Roshan, R., Tavoli, Z., Melyani, M. (2007). Knowledge of cancer diagnosis and quality of life in patient with gaetrintestinal cancer. *Payesh*. 6 (3), 257-264. [In Persian]
- Tedeschi RG, Calhoun LG. (1995). *Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering*. Available from: <http://sk.sagepub.com/books/trauma-and-transformation>.
- Thiede, B. (2016). Resilience and development among ultra-poor households in rural Ethiopia. *Resilience*. 4(1), 1-13.
- Van Deurzen. E. (2002). *Existential counselling & psychotherapy in practice*. London: Sage Publications.
- Walsh, F. (2011). *Strengthening Family Resilience*. Translated by: Dehghani, M., Khajehrasooli, M., Mohammadi, S., Abbasi, M (2nd

edition). Tehran: Danzheh. [In Persian]

Yaghmaei, F. (2005). Introducing a new scale for activities of daily living. *Journal of Faculty Nursing and Midwifery of ShahidBeheshti University of Medical Sciences and Health Services*.15(50) 3-12. [In Persian]

Zimmermann, C., Burman, D., Bandukwala, S., Seccareccia, D., Kaya, E., Bryson, J., ... & Lo, C. (2010). Nurse and physician inter-rater agreement of three performance status measures in palliative care outpatients. *Supportive care in cancer*, 18(5), 609-616.

A comparative study of the effectiveness of reality therapy and existential therapy on the resilience of women with breast cancer

*Somayye Afsharpour*¹
*Alinaghi Aghdasi*²

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of reality therapy and existential therapy on the resilience of women with breast cancer. This study was a quasi-experimental one with pre-test and post-test and control group. The statistical population of the study included women with breast cancer in Khoy city in the first nine months of 2018. In the first stage, the subjects were selected by purposive sampling from Shahid Madani Khoy Hospital who had undergone surgery and chemotherapy. After completing the resilience scale, they were randomly divided into two groups of control (n = 12) and experimental (n = 12). The data were analyzed by analysis of covariance. The results of this study showed that reality therapy and existential therapy have increased resilience and its components. Also, the effectiveness of reality therapy on resilience and its components has been more than existential therapy. Based on the findings, it can be concluded that reality therapy and existential therapy increase resilience in women with breast cancer, and its effect is more in reality therapy than existential therapy.

Keywords: reality therapy, existential therapy, resilience, breast cancer, women

1 Master, Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2 Assistant Professor, Counseling Department, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran