

الله أكبر



دانشگاه علامه طباطبائی  
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی

اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و ناامیدی زنان مبتلا به سرطان  
پستان

استاد راهنما

جناب آقای دکتر محمود گلزاری

استاد مشاور

جناب آقای دکتر محمد اسماعیل اکبری

استاد داور

جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی

پژوهشگر

سحر محبت بهار

خرداد ۱۳۹۳

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم که برای آرامش من در زندگی،  
از هیچ حمایتی دریغ نکردند.

## سپاسگزاری

با سپاس از خداوند مهربان که در تمامی مراحل زندگی، یاری ام رسانید.

از راهنمایی های استادان ارجمندم؛ جناب آقای دکتر محمود گلزاری و جناب آقای دکتر محمد اسماعیل اکبری که هدایت این پژوهش را عهده دار بودند و با راهنمایی های ارزشمندشان در پیشبرد این پژوهش نقش بسزایی داشتند، کمال تقدیر و تشکر را دارم، و از مدیریت کارآمد سرکار خانم دکتر مریم خیام زاده؛ مدیر پژوهشی مرکز تحقیقات سرطان، در بهبود روند اجرای این پژوهش قدردانی می نمایم.

همچنین از دقت نظر جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی، داور محترم این پژوهش سپاسگزارم.

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و ناامیدی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفت. سرطان پستان دارای شیوع بالایی است و ابتلا به آن، اثرات روانشناختی نامطلوبی را بر ابعاد مختلف روانی-اجتماعی بیماران به جای می‌نهد. معنادرمانی به عنوان یک رویکرد وجودی، نقش بسزایی در کاهش مشکلات ناشی از تنیدگی‌ها و حوادث تهدیدکننده ایفا می‌کند.

**روش:** روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون به همراه گروه گواه بود. برای این منظور ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل جای گرفتند. سپس همه ۳۰ نفر پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و مقیاس ناامیدی بک (BHS) را تکمیل نمودند. افراد گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره‌ی گروهی با رویکرد معنا درمانی شرکت کردند و این درحالی بود که گروه کنترل هیچ درمانی از نوع روانشناختی دریافت نکردند. در خاتمه هر دو گروه بار دیگر مورد آزمون قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و به وسیله نسخه هجدهم نرم افزار آماری (SPSS) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد که معنا درمانی به شیوه گروهی به صورت معناداری در کاهش اضطراب و ناامیدی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است و به عبارت دیگر این مداخله توانسته است که میزان اضطراب و ناامیدی را در گروه آزمایش کاهش دهد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، می‌توان به اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی در کاهش مشکلات روانشناختی بیماران از جمله اضطراب و ناامیدی، اشاره نمود. از این رو، پیشنهاد می‌شود که در راستای درمان‌های رایج پزشکی، از مداخلات روانشناختی؛ همچون معنادرمانی، در زمینه سرطان پستان و نیز سایر بیماری‌هایی که زندگی افراد را در طولانی مدت درگیر می‌سازد، استفاده شود.

**واژگان کلیدی:** معنادرمانی، اضطراب، ناامیدی، سرطان پستان

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: طرح پژوهش
۲.....	مقدمه.....
۵.....	بیان مسئله.....
۷.....	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۱۰.....	اهداف پژوهش.....
۱۰.....	هدف کلی.....
۱۱.....	اهداف اختصاصی.....
۱۱.....	اهداف کاربردی.....
۱۱.....	فرضیه های پژوهش.....
۱۱.....	فرضیه های اصلی.....
۱۱.....	فرضیه های فرعی.....
۱۲.....	تعاریف نظری و عملیاتی.....
۱۲.....	تعاریف نظری.....
۱۲.....	تعاریف عملیاتی.....
	فصل دوم: ادبیات پژوهش
۱۵.....	سرطان.....
۱۵.....	تعریف سرطان.....
۱۶.....	انواع سرطان.....

۱۶	سرطان پستان
۱۶	تعریف سرطان پستان
۱۷	شیوع سرطان پستان
۱۸	عوامل خطر در بروز سرطان پستان
۱۹	نقش عوامل روانی- اجتماعی در بروز و پیش آگهی سرطان پستان
۲۱	روش های درمانی سرطان پستان
۲۲	نقش فرآیند های ارتباطی در تشخیص سرطان پستان
۲۳	پیامدهای روانشناختی ناشی از سرطان پستان
۲۶	سازگاری روانشناختی با سرطان پستان
۲۸	مدل ذهن- بدن
۳۰	مدل زیستی- روانی- اجتماعی
۳۲	سرطان شناسی روانی
۳۴	مداخله روانشناختی در سرطان پستان
۳۶	اضطراب در سرطان پستان
۴۰	ناامیدی در سرطان پستان
۴۴	رنج وجودی در سرطان پستان
۴۵	فلسفه و روان درمانی وجودی
۴۶	اصول روان درمانی وجودی
۴۸	رابطه درمانی
۴۹	معنادرمانی

۴۹	تاریخچه معنادرمانی
۵۰	تعریف معنادرمانی
۵۲	پایه های نظری معنادرمانی
۵۴	ماهیت انسان در دیدگاه فرانکل
۵۶	معنویت در معنا درمانی
۵۷	منابع دستیابی به معنا
۵۹	تکنیک های معنا درمانی
۶۰	جایگاه معنادرمانی در میان مکاتب
۶۲	مشاوره و درمان معنا محور
۶۲	روان درمانی گروهی معنا محور
۶۴	روان درمانی فردی معنا محور
۶۵	پیشینه پژوهشی در داخل و خارج

### فصل سوم: روش پژوهش

۶۹	طرح پژوهش
۶۹	شیوه اجرای پژوهش
۶۹	جامعه آماری پژوهش
۶۹	گروه نمونه
۷۰	روش نمونه گیری
۷۰	ملاک های ورود و خروج اعضای گروه



۷۱	خلاصه شیوه اجرای مداخله معنادرمانی.....
۷۱	ساختار جلسات.....
۷۲	زمان و مکان برگزاری جلسات.....
۷۲	ابزارهای پژوهش.....
۷۲	مقیاس اضطراب بک (BAI).....
۷۳	مقیاس ناامیدی بک (BHS).....
۷۳	روش اجرای پژوهش.....
۷۴	شیوه تجزیه و تحلیل داده ها.....

#### فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری یافته های پژوهش

۷۶	یافته های توصیفی.....
۷۸	یافته های استنباطی.....
۷۸	فرضیه اول پژوهش.....
۷۹	فرضیه دوم پژوهش.....
۸۱	فرضیه فرعی اول پژوهش.....
۸۲	فرضیه فرعی دوم پژوهش.....
۸۴	فرضیه فرعی سوم پژوهش.....

#### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۸۷	بحث.....
----	----------

۸۷.....بحث پیرامون فرضیه اول

۸۹.....بحث پیرامون فرضیه دوم

۹۰.....فرضیه فرعی اول پژوهش

۹۱.....فرضیه فرعی دوم پژوهش

۹۱.....فرضیه فرعی سوم پژوهش

۹۲.....نتیجه گیری

۹۳.....محدودیت های پژوهش

۹۳.....پیشنهادها

۹۳.....پیشنهادهای پژوهشی

۹۴.....پیشنهادهای کاربردی

## منابع

۹۶.....منابع فارسی

۹۹.....منابع انگلیسی

## پیوست ها

۱۱۳.....پیوست ۱. پروتکل معنادرمانی گروهی

۱۱۴.....پیوست ۲. شرح مختصر جلسات درمان

۱۱۸.....پیوست ۳. نمونه پرسشنامه اضطراب بک

۱۱۹.....پیوست ۴. نمونه پرسشنامه ناامیدی بک

۱۲۰.....چکیده انگلیسی

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۷۶	جدول ۱-۴: فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش.....
۷۷	جدول ۲-۴: یافته های توصیفی بدست آمده از متغیرهای اصلی پژوهش.....
۷۸	جدول ۳-۴: نتایج آزمون همگنی واریانس های لوین.....
۷۸	شماره ۴-۴: اثرات عوامل بین آزمودنی ها.....
۷۹	شماره ۵-۴: میانگین های تعدیل شده دو گروه.....
۸۰	شماره ۶-۴: نتایج آزمون همگنی واریانس های لوین.....
۸۰	شماره ۷-۴: اثرات عوامل بین آزمودنی ها.....
۸۰	شماره ۸-۴: میانگین های تعدیل شده دو گروه.....
۸۱	جدول ۹-۴: نتایج آزمون همگنی واریانس های لوین.....
۸۱	جدول ۱۰-۴: اثرات عوامل بین آزمودنی ها.....
۸۲	جدول ۱۱-۴: میانگین های تعدیل شده دو گروه.....
۸۳	جدول ۱۲-۴: نتایج آزمون همگنی واریانس های لوین.....
۸۳	جدول ۱۳-۴: اثرات عوامل بین آزمودنی ها.....
۸۳	جدول ۱۴-۴: میانگین های تعدیل شده دو گروه.....
۸۴	جدول ۱۵-۴: نتایج آزمون همگنی واریانس های لوین.....
۸۴	جدول ۱۶-۴: اثرات عوامل بین آزمودنی ها.....
۸۵	جدول ۱۷-۴: میانگین های تعدیل شده دو گروه.....

فصل اول

طرح پژوهش

سرطان پستان<sup>۱</sup> از شایع ترین سرطان هاست و به عنوان پنجمین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان ایرانی گزارش شده است (اکبری و همکاران، ۲۰۱۱). سرطان پستان بیماری است که در آن سلول های بدخیم از بافت سینه منشأ گرفته و به طور نامنظم و فزاینده ای تکثیر می یابند و بدون این که موجب عکس العمل تدافعی و تهاجمی در سیستم ایمنی بدن شوند، از سیستم ایمنی و دفاعی بدن عبور می کنند. سرطان پستان، اکثر اوقات به صورت یک توده بدون درد و سفت در قسمت فوقانی و خارجی سینه شروع می شود و به طور کلی می تواند در هر جایی از سینه ایجاد گردد (عنصری و رعناپور، ۱۳۹۰).

احتمال ابتلای زنان به سرطان مهاجم پستان در طی زندگی شان، ۱ به ۸ (۱۳ درصد) است و سرطان پستان پس از سرطان ریه، دومین علت ناشی از سرطان در زنان است (جوادی، ۱۳۸۶). بالا رفتن سن، سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پستان، اولین حاملگی بالای ۳۰ سال، قاعدگی زیر ۱۲ سال، یائسگی بالای ۵۵ سال، نوشیدن الکل، عدم حاملگی، عدم شیردهی، هورمون درمانی بعد از یائسگی، تشعشع زیاد اشعه به قفسه سینه و چاقی مفرط از عوامل خطر در ابتلا به سرطان پستان هستند (امامی، ۱۳۸۹).

ابتلا به سرطان پستان فشار های جسمانی، روانشناختی و هیجانی را به نحوی اجتناب ناپذیر برای زنان در بر دارد (لیک و درسنا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). به عبارت دقیق تر، تشخیص بیماری ای همچون سرطان، به همراه ترس ناشی از آن و تهدید شدن زندگی، منجر به ایجاد مجموعه پیچیده ای از موضوعات می گردد که شخص می بایست با آنها مواجه شود: نشانگان جسمانی (بویژه درد)، واکنش های روانشناختی ترس و ناراحتی، نگرانی پیرامون خانواده و آینده در معرض خطر مبتلایان، مواجه با مسائل وجودی زندگی و مرگ و جستجوی یک پایگاه ایمنی بخش فلسفی، معنوی و مذهبی که به ارائه معنای قابل تحمل در برابر دنیای جدید بیماری پردازد (هولند<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

<sup>۱</sup> breast cancer

<sup>۲</sup> Leake, C.A., & Dresner, N.

<sup>۳</sup> Holland, J. C.

هرچند که امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع محسوب نمی شود؛ اما بسیاری از مطالعات در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده وی می شود (حمید، طالبیان، هنرمند و یآوری، ۱۳۹۰). از آنجاییکه عوامل شناختی، رفتاری و اجتماعی می توانند بر چگونگی کنار آمدن بیماران با تشخیص و درمان سرطان اثر بگذارند، بسیاری از محققان اثرات روانی- اجتماعی مداخلات را بر سازگاری روانشناختی در حین درمان سرطان مورد ارزیابی قرار دادند (آنتونی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳).

در راستای اثربخشی مداخلات متعدد روانشناختی، نتایج پژوهش وجتینا و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری<sup>۳</sup> بر کیفیت زندگی<sup>۴</sup> و عزت نفس<sup>۵</sup> زنانی که از سرطان پستان رنج می برند، حاکی از اثربخشی این مداخله در افزایش کیفیت زندگی، ارزیابی وضعیت سلامت عمومی و عزت نفس مبتلایان بود. نتایج پژوهش باتلر و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) نیز نشان داد که گروه درمانی حمایتی و بیانگر<sup>۷</sup>، می تواند تجربه درد و رنج زنان مبتلا به سرطان پستان را به طور قابل توجهی کاهش دهد. همچنین، هاسن اوهایون و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۰۹) دریافته اند که می بایست به نقش امید در بیماران سرطانی توجهی خاص نمود؛ چرا که امید اثرات مثبت مذهب در مدارا با سرطان را افزایش می دهد. همچنین در پژوهش هافمن، ارسر و هاپکینسون<sup>۹</sup> (۲۰۱۲) اثربخشی آموزش ذهن آگاهی<sup>۱۰</sup> بر کاهش استرس مبتلایان مبتلایان مورد تأیید قرار گرفت. لپرنزی، پروسد، شرودر و سوود<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۱) نیز اثربخشی آموزش تاب آوری و مدیریت استرس<sup>۱۲</sup> را در کاهش اضطراب<sup>۱۳</sup> مبتلایان به سرطان مورد تأیید قرار دادند. بطور کلی این پژوهش ها نشان می دهند که اجرای مداخلات روانشناختی، قادر به ایفای نقش مؤثری در ابعاد مختلف زندگی روانی- اجتماعی مبتلایان به سرطان می باشند.

---

<sup>1</sup> Antoni, M. H.

<sup>2</sup> Wojtyna, E. et. al

<sup>3</sup> cognitive-behavior therapy

<sup>4</sup> quality of life

<sup>5</sup> self- esteem

<sup>6</sup> Butler, L. D. et. al

<sup>7</sup> supportive-expressive group therapy

<sup>8</sup> Hasson-Ohayon, I. et. al

<sup>9</sup> Hoffman, C. J., Ersser, S. J., & Hopkinson, J. B.

<sup>10</sup> mindfulness

<sup>11</sup> Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & 3 Sood, A.

<sup>12</sup> stress management and resilience training (SMART)

<sup>13</sup> anxiety

همچنین گسلز گراو، فونت و ویوز<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) در پژوهش خود با هدف بررسی کاربردهای بالینی روانشناسی روانشناسی مثبت<sup>۲</sup> در حوزه سرطان پستان، پنج گروه از مداخلات درمانی را شامل: رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی، ابراز هیجانات مثبت<sup>۳</sup>، مداخلات معنوی<sup>۴</sup>، امید درمانی<sup>۵</sup> و مداخلات معناسازی<sup>۶</sup> طبقه بندی نمودند. نتایج این پژوهش مروری، حاکی از آن بود که این مداخلات قادر به ایجاد تغییرات مثبتی در زندگی مبتلایان به سرطان پستان می باشد؛ که از میان این تغییرات می توان به افزایش کیفیت زندگی، سلامت، امید، دستاوردهای سودمند یا خوشبینی اشاره نمود.

در رویکرد معنادرمانی<sup>۷</sup> فرانکل<sup>۸</sup>، مباحثی چون ارزش ها و فرا معنا فرد را به این مهم رهنمون می سازد که وظیفه انسان نیست که بی معنایی زندگی را تحمل کند؛ بلکه باید برای زندگی اش معنایی بسازد. همچنین اگر ما نتوانیم معنایی برای سختی های خود پیدا کنیم، به این معنا نیست که زندگی و سختی هایش معنایی ندارد. شرکت در گروه و آموزش های معنادرمانی، فرصت مناسبی است که فرد احساسات و هیجانات خود را ابراز کند. تأکید بر پذیرش فرد همانگونه که هست و تقویت توانایی های بالقوه ای که در وجودش برای غلبه بر مشکلاتش نهاده شده، باعث کاهش اضطراب و ناامیدی فرد می شود، اعتماد به نفس را تقویت می کند و فرد به توانایی هایش برای رسیدن به اهدافش در آینده امیدوار می شود (شعاع کاظمی و سعادت، ۱۳۸۹).

با توجه به مطالب فوق، اینگونه بر می آید که رابطه پیچیده ای میان ابتلا به سرطان پستان و ابعاد روانشناختی، حوزه های مختلف زندگی روانی- اجتماعی و نیز سیر کنار آمدن با بیماری وجود دارد؛ به گونه ای مشکلات روانشناختی که برآیند ابتلا به سرطان پستان می باشند، قادرند تأثیرات مخربی را بر توانایی بیماران در ابقای سلامت روانی و سازگاری روانشناختی به طور مؤثر با سرطان پستان به جای نهند. از سویی دیگر، نقش مثبت مداخلات روانشناختی متعدد؛ از جمله معنادرمانی، در پژوهش های مختلف ثابت شده است، که این امر حاکی از اعتبار این مداخلات در پیش برد اهداف بالینی است.

<sup>1</sup> Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J.

<sup>2</sup> positive psychology

<sup>3</sup> expression of positive emotions

<sup>4</sup> spiritual interventions

<sup>5</sup> hope therapy

<sup>6</sup> meaning-making interventions

<sup>7</sup> logotherapy

<sup>8</sup> Frankl, V. E.

## بیان مسئله

سرطان پستان، با حدود ۱/۳۸ میلیون موارد جدید تشخیص داده شده در سال ۲۰۰۸ (یعنی ۲۳ درصد از تمام سرطان ها) و به طور کلی با رتبه دوم (۱۰/۹ درصد از تمام سرطان)، شایع ترین سرطان در میان زنان به شمار می رود (فرلی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). تخمین زده می شود که حدود نیمی از موارد سرطان پستان و ۶۰ درصد از مرگ و میر، در کشورهای از نظر اقتصادی در حال توسعه رخ می دهد (جمال و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). در حال حاضر، میزان بروز سرطان پستان در ایران، حداقل حدود ۵۰۰۰ مورد جدید در سال است؛ که تعداد موارد جدید سرطان پستان در سال ۲۰۳۰ بیشتر از ۱۵۰۰۰ مورد تخمین زده می شود (اسدزاده، برودرز<sup>۳</sup>، موسوی، کیمنسی و وریک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳).

تشخیص سرطان پستان حادثه ای بسیار استرس زا است که تاثیری عمیق بر ابعاد مختلف زندگی؛ از جمله سلامت جسمی، روحی و رفاه اجتماعی زنان دارد (اقتدار و همکاران، ۱۳۸۷). بیماران مبتلا به سرطان پستان اغلب از مشکلات روانشناختی متعددی رنج می برند و این مشکلات که به عوامل فردی بیمار، عوامل مرتبط با درمان و سایر عوامل روانی- اجتماعی مربوط می شوند؛ می تواند ایمنی افراد مبتلا را تضعیف کرده، واکنش های ثانویه درمان را تشدید نموده و موجب عود و بدتر شدن بیماری گردند و در نتیجه بر اثرات درمان و پیش آگهی تأثیر بگذارند (هوآنگ، وو، زانگ، زانگ و گائو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

در پژوهش تان، بک، لب، لبم و کریشنا<sup>۶</sup> (۲۰۱۴) که با هدف بررسی شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت، یک نمونه ۳۱۵ نفری از مبتلایان به سرطان از نظر نشانگان اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این پژوهش نشان داد که ۵۳ نفر (۱۶/۸ درصد) با افسردگی عمده<sup>۷</sup> و ۳۰ نفر (۹/۵ درصد) با اختلال اضطراب فراگیر<sup>۸</sup> تشخیص داده شدند که این میزان ۳ تا ۱۰ برابر بیشتر از میزان شیوع اضطراب و افسردگی در جمعیت عمومی می باشد.

<sup>1</sup> Ferlay, J. et. al.

<sup>2</sup> Jemal, A. et. al.

<sup>3</sup> Broeders, M. J. M.

<sup>4</sup> Kiemeny, L. A. L. M., & Verbeek, A. L. M.

<sup>5</sup> Huang, G., Wu, Y., Zhang, G., Zhang, P., & Gao, J.

<sup>6</sup> Tan, S. M., Beck, K. R., Li, H., Lim, E. Ch. L., & Krishna, L. K. R.

<sup>7</sup> major depression

<sup>8</sup> generalized anxiety disorder



به طور کلی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان از ۱۶ درصد تا ۶۵ درصد گزارش شده و به عنوان شایع‌ترین عارضه در این بیماران معرفی شده است. شدت اضطراب متفاوت می‌باشد و در اغلب موارد اضطراب در حد متوسط یا شدید گزارش شده است (علوی و منائی، ۱۳۸۸). اضطراب تعدادی از علائم و نشانه‌های معمول را ایجاد می‌کند که نشانه‌های فعالیت بیش از حد سیستم خودکار (شامل: تپش قلب و تعریق)، رفتارهای اضطرابی (شامل: بی‌قراری و اطمینان‌یابی)، تغییرات در تفکر (شامل: دلهره، نگرانی و کاهش تمرکز) و علائم فیزیکی (شامل: تنش ماهیچه‌ای و یا خستگی) ممکن است رخ دهد (استارک و هوس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، ناامیدی<sup>۲</sup> است که به عنوان پیامد روانشناختی ابتلا به سرطان در نظر گرفته می‌شود. میل به مرگ، نشانه‌های فقدان کنترل و استقلال، طرد، تنهایی و عدم اطمینان پایه‌های ناامیدی و بی‌قدرتی را در بیماران مبتلا به سرطان تشکیل می‌دهند (سند، استرنگ و میلبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). در این رابطه، نتایج پژوهش اسماعیلی، احمدی، محمودی و سراج (۱۳۹۱) با هدف بررسی نگرانی‌ها و دغدغه‌های بیماران پس از مواجهه با تشخیص سرطان، سه طبقه از داده‌ها به دست آمد که شامل: آشفتگی‌های شدید فردی و خانوادگی، احساس عجز و ناامیدی و تصویر نامشخص از بیماری بود و درون مایه مرکزی آنها، تهدید حیات بود که به عنوان دغدغه اصلی بیماران پس از مواجهه با تشخیص سرطان استخراج شد.

در این میان، به نظر می‌رسد که احساس قوی از معنا و هدف در زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، سازگاری روانشناختی را تسهیل می‌کند و می‌تواند تأثیر افکار مزاحم بر وضعیت سلامت روان آنان را کاهش دهد (انگستپلس، اسلتر و فیتزموس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). همچنین معنا می‌تواند به عنوان واسطه‌ای برای ارائه یک چهارچوب، دیدگاه و وزنه تعادل به کنارآمدن با چالش بیماری کمک کند؛ با این حال، عدم وجود معنا در زندگی، می‌تواند مقدمه‌ای برای ناامیدی عمیق باشد (لسبرگ، اراندا و کیسان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). در واقع، افرادی که معتقدند زندگی‌شان پرمعناست، گرایش دارند تا سلامت روانشناختی بهتری را نسبت به آنان که معتقدند زندگی‌شان فاقد معناست نشان دهند (مک‌مهان و رنکن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). زیرا انسان

---

<sup>1</sup> Stark, D. P., & House, A.

<sup>2</sup> hopelessness

<sup>3</sup> Sand, L., Strang, P., & Milberg, A.

<sup>4</sup> Anagnostopoulos, F., Slater, J., & Fitzsimmons, D.

<sup>5</sup> Lethborg, C., Aranda, S., & Kissane, D.

<sup>6</sup> McMahan, E.A., & Renken, M.D.

انسان موجودی است که همواره به دنبال معناست، حتی برای رنج و درد دلیلی می خواهد؛ بطوریکه وقتی به این معنا دست یافت، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسان تر و حتی در مواقعی دلپذیر هم می باشد (شجاع کاظمی و سعادت، ۱۳۸۹).

با توجه به مرور ادبیات پژوهش در حوزه پیامدهای روانشناختی ناشی از ابتلا به سرطان، می توان نتیجه گرفت که ابتلا به سرطان پستان با پیامدهای روانشناختی متعدد، به خصوص اضطراب و ناامیدی در زندگی مبتلایان همراه است؛ که هر یک از آنها می توانند به طور گسترده بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان تأثیرات منفی به جای بگذارند. از این رو، به منظور تبیین جایگاه مداخلات روانشناختی در راستای درمان های رایج پزشکی، محقق درصدد است تا دریابد آیا معنادرمانی بر کاهش اضطراب و ناامیدی مبتلایان به سرطان پستان اثر دارد؟

## اهمیت و ضرورت

سرطان پستان به دلیل بروز بالا و پیش آگهی نسبتاً خوب، شایع ترین سرطان در جهان امروز است (پارکین، بری، فرلی و پیسانی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). حدود ۲۳۲،۳۴۰ مورد جدید سرطان مهاجم پستان و ۳۹،۶۲۰ مرگ ناشی از ابتلا به سرطان پستان در ایالات متحده آمریکا، در سال ۲۰۱۳ گزارش شد و به ازای یک مورد از هر هشت زن در ایالات متحده آمریکا، در طول زندگی اش به سرطان پستان مبتلا می گردد (دیسانتیس، ما، بریان<sup>۲</sup> و جمال، ۲۰۱۳). بعلاوه سرطان پستان یک بار گزارف در جامعه است و بیش از ۳۶ درصد از تومورها در زنان زیر ۴۰ سال رخ می دهد. از این رو برنامه های جامع کنترل ملی سرطان، شامل: ارتقاء سطح آگاهی، تشخیص زودرس، درمان و مراقبت های تسکین دهنده برای کاهش بار سرطان پستان در ایران اهمیتی حیاتی دارند (موسوی، محقق، جراحی، نحوی جو و صدیقی، ۲۰۰۶).

جعفری و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران، نشان دادند که مبتلایان به سرطان پستان در ایران، از کیفیت زندگی پایین تری در طیف گسترده ای از حیطه های سلامت، به خصوص سلامت اجتماعی، هیجانی و معنوی برخوردار هستند که این امر اهمیت پرداختن به حمایت روانی- اجتماعی و معنوی برای مبتلایان به سرطان پستان را روشن می سازد.

<sup>1</sup> Parkin, D. M., Bray, F., Ferlay, J., & Pisani, P.

<sup>2</sup> DeSantis, C., Ma, J., & Bryan, L.

بطور کلی سرطان یک رویداد عاطفی استرس زا در زندگی بیماران است و علاوه بر ناراحتی های جسمی، بیماران به طور معمول با بدکارکردی و دگرگونی هایی در ظاهر، تغییرات در خانواده و نقش های اجتماعی، اختلال در فعالیت های کاری و دیگر موقعیت های پیچیده مواجه می گردند (تریل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). بطوریکه نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که نزدیک به ۵۰ درصد از زنان مبتلا به سرطان پستان افسردگی، اضطراب و یا هر دو را در سال اول پس از تشخیص، ۲۵ درصد در سال دوم، سوم، چهارم و ۱۵ درصد در سال پنجم تجربه می کنند (بورگس و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). همسو با این نتایج، کرانو و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود با عنوان تفاوت افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در مبتلایان سرطان پستان که پیش از جراحی، درد را تجربه می نمودند یا فاقد درد بودند، به این نتیجه دست یافتند که صرف نظر از وجود وضعیت درد، اضطراب و افسردگی از معمول ترین مشکلات زنان پیش از جراحی پستان محسوب می گردید. در نتیجه می توان گفت، بسیاری از بانوان پس از اطلاع از ابتلا به این بیماری، دچار عوارض روحی مانند افسردگی و اضطراب می شوند و انجام درمان های سخت همچون عمل جراحی و شیمی درمانی که هر یک با عوارض جانبی خاصی همراه است، این عوارض روحی را تشدید می کند (علوی و منائی، ۱۳۸۸).

اهمیت و ضرورت پرداختن به متغیر اضطراب از این جهت قابل تأمل و پیگیری می باشد که افراد مضطرب، علائم بیشتری را مربوط به سرطان و درمان آن نسبت به دیگران تجربه و گزارش می کنند و آنکولوژیست ها اغلب در حال اطمینان بخشیدن به بیماران مضطرب هستند که علائم تجربه شده مربوط به وخیم تر شدن سرطان در آنها نیست. با این حال، حتی در غیاب پیشرفت سرطان پس از ارزیابی های مناسب، اطمینان یابی مجدد نیز ممکن است بطور غیر عمدی اضطراب را وخیم تر کند. همچنین اضطراب ممکن است به طور موقت کاهش بیابد؛ بطوریکه ممکن است در طی مشاوره، به طور مؤثر مدیریت شده به نظر آید؛ اما اغلب به سرعت باز می گردد (استارک و هوس، ۲۰۰۰).

همچنین در رابطه با اهمیت ناامیدی در بیماران مبتلا به سرطان، یافته های پژوهش ییلدریم، سرتز، اوپار، فادیلگلو و اوسلو<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) ضمن اینکه نشان می دهد ناامیدی در بیمارانی که مشکلات درد و متاستاز را تجربه می کنند، بیشتر از بیمارانی است که فاقد چنین مشکلاتی هستند، ارتباط معنادار بین

---

<sup>1</sup> Trill, M. D.

<sup>2</sup> Burgess, C. et. al.

<sup>3</sup> Kyranou, M. et. al.

<sup>4</sup> Yildirim, Y., Sertoz, O. O., Uyar, M., Fadiloglu, C., & Uslu, R.

شدت درد، اضطراب و افسردگی را با سطوح ناامیدی مورد تأکید قرار می دهد. در پژوهش برادرز و اندرسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) نیز زنان مبتلا به سرطان پستان در دو مرحله تشخیص و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند که نتایج نشان داد، زنانی که احساس ناامیدی را گزارش می کردند، برای نشانه های افسردگی در ماه های بعد مستعد تر بودند. این نتایج اهمیت و ضرورت ناامیدی را به عنوان یک عامل خطر برای ابتلا به سایر اختلالات روانی؛ همچون افسردگی و بدتر نمودن پیش آگهی سرطان، روشن می سازد. همچنین نتایج پژوهش هان و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) نشان می دهد که ناامیدی با شیوع ۶۴.۴ درصد، یکی از عوامل تعیین کننده افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان محسوب می شود.

به طور کلی، در راستای اهمیت اضطراب و ناامیدی در بیماران مبتلا به سرطان، می توان به نتایج پژوهش شیم و هام<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) اشاره نمود که در بررسی میل به مرگ در بیماران مبتلا به سرطان، نشان داد که درماندگی<sup>۴</sup>، ناامیدی و اضطراب از نیرومندترین پیش بینی کننده های میل به مرگ در بیماران مبتلا به سرطان به شمار می روند و از این رو، لزوم در نظرگرفتن این متغیرها در پیشگیری از میل به مرگ در بیماران مبتلا به سرطان از اهمیت بسیاری برخوردار است.

برخی یافته ها نیز اظهار دارند که نیاز به توسعه مداخلات روانشناختی و غیر دارویی بیماران مبتلا به سرطان به منظور افزایش حس معنا و هدف در زندگی توأم با بیماری وجود دارد (بریتبارت و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). بطوریکه در پژوهش کاویانی و همکاران (۲۰۱۰) که با هدف بررسی مراقبت های روانی-اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد، ضرورت ارائه این مراقبت ها برای بیماران مبتلا به سرطان پستان، در ۵۲ درصد از پاسخ دهندگان مورد تأکید قرار گرفت که این امر نشان دهنده اهمیت پرداختن به مؤلفه های روانشناختی و اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان پستان است. همچنین نیاز حیاتی برای مداخلات روانشناختی وجود دارد که فقدان معنا را به عنوان یک مکانیزم که منجر به ایجاد پیامدهای روانشناختی (همچون، کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، میل به مرگ و یأس در انتهای زندگی) می گردد، مورد پیگیری قرار دهد (بریتبارت و اپلبوم<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

<sup>1</sup> Brothers, B. M., & Andersen, B. L.

<sup>2</sup> Han, Y. et. al.

<sup>3</sup> Shim, E. J., & Hahm, B. J.

<sup>4</sup> helplessness

<sup>5</sup> Breitbart, W. et. al.

<sup>6</sup> Applebaum, A.