

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

اثربخشی واقعیت درمانی بر افزایش سلامت روانی

زنان مبتلا به سرطان سینه

استاد راهنما:

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف

استاد مشاور:

دکتر زهرا طبیبی

پژوهشگر:

شادی حسینی

زمستان ۱۳۹۲

چکیده:

هدف: هدف اصلی این پژوهش، تعیین تأثیر واقعیت درمانی گروهی بر سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان سینه است.

روش بررسی: طرح این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه بیماران زن که دارای سرطان سینه بودند. روش نمونه گیری در این پژوهش، روش در دسترس همراه با تصادفی ساده بود. ابتدا پرسشنامه سلامت عمومی روی ۵۰ نفر از بیماران سرطانی به صورت در دسترس اجرا شد. کسانی که نمره بالاتر از ۲۲ را کسب کرده بودند، شناسایی شده و تعداد ۲۰ نفر از آنها به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس این تعداد در دو گروه ۱۰ نفری (آزمایش و گواه) به طور تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه واقعیت درمانی گروهی شرکت داده شدند درحالی که گروه گواه هیچ گونه درمانی را دریافت نکردند.

یافته ها: تحلیل نتایج با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس انجام شد که نشان داد واقعیت درمانی گروهی به طور معناداری ($P < 0/05$) منجر به افزایش نمره کلی سلامت روانی، کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران شده است ولی تأثیر آن بر افسردگی و نشانگان جسمانی بیماران سرطانی معنادار نبود.

نتیجه گیری: تحلیل نتایج این مطالعه نشان داد که واقعیت درمانی گروهی در کاهش نشانگان اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران سرطانی تأثیر مثبت دارد و می تواند نمره کلی سلامت روانی آنها را افزایش دهد. با برگزاری کارگاه های آموزشی بر ای بیماران سرطانی مخصوصاً در زمینه ی اضطراب و عملکرد اجتماعی باشد.

کلید واژه ها: واقعیت درمانی گروهی، سلامت روانی، نشانگان جسمانی، اضطراب، افسردگی، عملکرد اجتماعی، بیماران سرطانی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول: کلیات
۲	۱-۱ مقدمه
۳	۲-۱ بیان مسأله
۹	۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۰	۴-۱ هدف پژوهش
۱۰	۵-۱ فرضیه پژوهش
۱۱	۶-۱ متغیرهای پژوهش
۱۱	۷-۱ تعریف اصطلاحات و مفاهیم کلیدی و متغیرها
۱۳	فصل دوم: موضع گیری های نظری و یافته های پژوهشی در خصوص موضوع
۱۴	مقدمه
۱۶	۱-۲-۱ موضع گیری نظری در مورد سرطان
۱۶	۱-۲-۱-۱ تعریف سرطان
۱۸	۱-۲-۲ تاریخچه سرطان شناسی
۱۹	۱-۲-۳ عوارض سرطان
۱۹	۱-۲-۳-۱ عوارض فردی
۲۰	۱-۲-۳-۱-۱ عوارض جسمی
۲۲	۱-۲-۳-۱-۲ عوارض روانی
۲۶	۱-۲-۳-۱-۲ عوارض اجتماعی
۲۹	۱-۲-۳-۳ تأثیر شغلی
۳۰	۱-۲-۴ تحقیقات صورت گرفته درباره سرطان
۳۵	۲-۲ موضع گیری های نظری در خصوص واقعیت درمانی
۳۶	۱-۲-۲-۱ ویلیام گلاسر
۳۷	۱-۲-۲-۲ تئوری انتخاب
۳۹	۱-۲-۲-۳ ماهیت انسان

۴۰	۴-۲-۲- توجیه رفتار توسط نظریه ی انتخاب
۴۱	۵-۲-۲- ویژگی های واقعیت درمانی
۴۲	۶-۲-۲- ده اصل بدیهی تئوری انتخاب
۴۶	۷-۲-۲- اهداف اساسی واقعیت درمانی
۴۶	۸-۲-۲- تاکید بر حال
۴۸	۹-۲-۲- به چالش طلبیدن دیدگاه های سنتی درباره روان
۴۸	۱۰-۲-۲- واقعیت درمانی و عملکرد مغز
۴۹	۱۱-۲-۲- گسترش نظریه واقعیت درمانی
۵۰	۱۲-۲-۲- هویت افراد موفق و نا موفق
۵۲	۱۳-۲-۲- نابسامانی های روانی
۵۳	۱۴-۲-۲- هویت موفق
۵۳	۱۵-۲-۲- قضاوت ارزشی
۵۵	۱۶-۲-۲- دوره ی حساس
۵۵	۱۷-۲-۲- تاثیر مدرسه
۵۶	۱۸-۲-۲- انواع آموزش های کلاسی
۵۷	۳-۲- موضوع گیری های نظری در خصوص سلامت روان
۵۷	۱-۳-۲- سلامت روانی
۵۹	۲-۳-۲- تعریف سلامت روانی
۶۰	۳-۳-۲- جایگاه سلامت روان در جامعه
۶۲	۴-۳-۲- ویژگی های سلامت روان :
۶۴	فصل سوم: فرایند پژوهش
۶۵	۱-۳- روش پژوهش
۶۶	۲-۳- جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه گیری
۶۶	۳-۳- ابزار گردآوری اطلاعات و داده ها و روایی و اعتبار آن
۶۶	۱-۳-۳- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)
۶۸	روایی و پایایی پرسشنامه
۶۹	۲-۱-۳-۳- روش انجام پژوهش

۷۰	..... ۳-۳-۱-۳- روش نمره گذاری
۷۰	..... ۳-۴- روش جمع آوری داده ها
۷۱	..... ۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها
۷۱	..... فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها
۷۲	..... ۴-۱- بررسی جمعیت شناختی
۷۴	..... ۴-۲- بررسی توصیفی و استنباطی فرضیه ها
۹۰	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۹۰	..... ۵-۱- بحث و نتیجه گیری
۹۰	..... ۵-۲- نتیجه گیری نهایی
۹۲	..... واقعیت درمانی
۹۲	..... ۵-۱- بحث و نتیجه گیری
۹۷	..... ۵-۲- نتیجه گیری نهایی
۹۸	..... - پیشنهادها
۹۹	..... - محدودیت ها
۱۰۰	..... منابع

پیوست

فهرست جداول

- جدول ۴-۱-۱ فراوانی و در صد فراوانی گروه ها ۷۲
- جدول ۴-۱-۲ فراوانی سن بیماران ۷۲
- جدول ۴-۱-۳ فراوانی سن بیماران ۷۲
- جدول ۴-۱-۴ آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده ها در پیش آزمون ۷۳
- جدول ۴-۱-۵ آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده ها در پس آزمون ۷۳
- جدول ۴-۱-۶ ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس ها در پیش آزمون ۷۴
- جدول ۴-۱-۷ ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس ها در پس آزمون ۷۴
- جدول ۴-۲-۱ شاخص توصیفی مقیاس کلی سلامت جسمی - روانی ۷۴
- جدول ۴-۲-۲ شاخص توصیفی مقیاسهای چهارگانه در پیش آزمون و پس آزمون ۷۶
- نمودار ۴-۳-۱: نمودار میله‌ای نمرات مقیاس سلامت جسمی پیش آزمون (در صد) ۷۶
- نمودار ۴-۳-۲: نمودار میله ای نمرات مقیاس اضطراب پیش آزمون (در صد) ۷۶
- جدول ۴-۲-۳ آزمون فرض همگنی شبیها در مقیاس سلامت جسمی ۷۷
- نمودار ۴-۳-۱: نمودار میله‌ای نمرات مقیاس سلامت جسمی پیش آزمون (درصد) ۷۷
- جدول ۴-۲-۴ بررسی بین گروهی سلامت جسمی به عنوان متغیر وابسته ۷۸
- نمودار ۴-۳-۵: نمودار میله ای نمرات مقیاس سلامت جسمی پس آزمون (در صد) ۷۸
- جدول ۴-۲-۵ آزمون فرض همگنی شبیها در مقیاس اضطراب ۷۹
- نمودار ۴-۳-۲: نمودار میله ای نمرات مقیاس اضطراب پیش آزمون (در صد) ۷۹
- جدول ۴-۲-۶ بررسی بین گروهی اضطراب به عنوان متغیر وابسته ۸۰
- نمودار ۴-۳-۶: نمودار میله ای نمرات مقیاس اضطراب پس آزمون (درصد) ۸۰
- جدول ۴-۲-۷ آزمون فرض همگنی شبیها در مقیاس عملکرد اجتماعی ۸۱
- نمودار ۴-۳-۳: نمودار میله ای نمرات مقیاس عملکرد اجتماعی پیش آزمون (در صد) ۸۱
- جدول ۴-۲-۸ بررسی بین گروهی عملکرد اجتماعی به عنوان متغیر وابسته ۸۲
- نمودار ۴-۳-۷: نمودار میله ای نمرات مقیاس عملکرد اجتماعی پس آزمون (در صد) ۸۲
- جدول ۴-۲-۹ آزمون فرض همگنی شبیها در مقیاس افسردگی ۸۳
- نمودار ۴-۳-۴: نمودار میله ای نمرات مقیاس افسردگی پیش آزمون (در صد) ۸۳

جدول ۱۰-۲-۴ بررسی بین گروهی افسردگی به عنوان متغیر وابسته ۸۴

نمودار ۸-۳-۴: نمودار میله ای نمرات مقیاس افسردگی پس آزمون (درصد) ۸۴

فصل اول

کلیات

۱-۱ مقدمه

۲-۱ بیان مسأله

۳-۱ ضرورت و اهمیت پژوهش

۴-۱ اهداف پژوهش

۵-۱ فرضیه‌های پژوهش

۶-۱ متغیرهای پژوهش

۷-۱ تعریف اصطلاحات، مفاهیم کلیدی و متغیرها

۱-۱ مقدمه

امروزه بیماری‌های مزمن از جمله سرطان^۱ به عنوان یک واقعیت تلخ و عامل تنش‌زای مهم، زندگی میلیون‌ها فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هر ساله بیش از دوازده میلیون نفر از مردم سراسر دنیا به این بیماری کشنده مبتلا شده و بیش از هفت میلیون نفر جان خود را از دست می‌دهند (روزانه بیست هزار نفر از سرطان می‌میرند). سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند تا سال ۲۰۲۰ تعداد مبتلایان به سرطان در جهان به ۱۵ میلیون نفر در سال خواهد رسید. تحقیقات نشان می‌دهند که بروز بیماری‌های تهدید کننده زندگی در یک عضو خانواده باعث تغییرات فراوانی در زندگی فرد و خانواده خواهد شد. میلیون‌ها نفر از افراد خانواده بیماران هم که باید از آنها مراقبت و پرستاری کنند، خسارات روحی و مالی زیادی متحمل می‌شوند. (تاوش، آنه ماری، ۱۳۶۶)

سرطان هزاران سال پیش شناسایی شده و بیش از پنجاه سال است که دانشمندان به طور گسترده‌ای در این زمینه تحقیق می‌کنند. اما هنوز دارویی برای درمان سرطان بدست نیامده است. تنها در صورتی که سرطان در مراحل اولیه تشخیص داده شود تا حدودی قابل درمان و کنترل است. (صفایی، بقراط، ۱۳۴۳)

با این وجود یکی از مؤثرترین و بهترین راه‌های مبارزه با سرطان، پیشگیری از آن است. با رعایت بهداشت، تغذیه و دوری از آلودگی‌های محیط زیست ریسک ابتلا به سرطان را می‌توان بطور قابل ملاحظه‌ای کاهش داد. مثلاً، با در نظر گرفتن اینکه بیش از ۷۰ درصد سرطان ریه به دلیل استعمال دخانیات می‌باشد، با نکشیدن سیگار و دوری از افرادی که دخانیات مصرف می‌کنند ریسک ابتلا به این بیماری را می‌توان ۷۰ درصد کاهش داد که این رقم بسیار بالایی است. (تاوش، آنه ماری، ۱۳۶۶)

با رعایت این مواردی که ذکر شد، می‌توان بطور مؤثری با سرطان مبارزه کرد و مصائب ناگوار این تراژدی را کاهش داد. رعایت این چند مورد ساده منافع جانی، روحی و مالی زیادی دارد. متأسفانه مردم همه‌ی نقاط دنیا تا هنگامی که خود یا یکی از عزیزان شان به سرطان مبتلا نشده باشند، به پیشگیری از سرطان و بیماری‌های دیگر اهمیت نمی‌دهند. یکی از عوامل این بی‌توجهی‌ها ناآگاهی مردم از این بیماری است. غالباً هم وقتی گرفتار می‌شوند دچار ناراحتی‌های روحی روانی شده و نمی‌دانند که چه باید بکنند و چه راهی را انتخاب کنند. این ناآگاهی‌ها هم شانس درمان را کاهش می‌دهد. (فرح‌نیا، فهیمه، ۱۳۷۵)

در این پژوهش قصد داریم تأثیر واقعیت‌درمانی بر افزایش سلامت روانی بیماران سرطانی را ارزیابی نماییم. برای بررسی این موضوع، تعداد بیماران سرطانی در شهرستان نیشابور در قالب دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند که پس از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با استفاده از آزمون (GHQ)، گروه آزمایشی به تعداد ده

^۱ Cancer

جلسه بر اساس رویکرد واقعیت درمانی گروهی، تحت درمان قرار گرفتند که نتایج حاصله در فصول چهار و پنج می آید.

۱-۲ بیان مسأله

قدیمی ترین توصیف سرطان را در نوشته های مصری می توان یافت که در آن به غده یا تومور سینه^۱ اشاره شده است و مربوط به ۱۵۰۰ تا ۳۰۰۰ سال پیش از میلاد مسیح است. قدیمی ترین نمونه ی سرطانی هم حدود ۱۶۰۰ تا ۱۹۰۰ سال قبل از میلاد در بازمانده ی مجموعه ی زنی مشاهده شده است. اسکلت مومیایی شده ای در پرو، آثاری از سرطان پوست را نشان می دهد که مربوط به ۲۴۰۰ سال پیش است. شواهد نشان می دهد که احتمالاً بقراط یونانی اولین کسی است که این بیماری را تشخیص داده، تفاوت غده ی خوش خیم و بدخیم را توصیف نموده و آن را نام گذاری کرده است و چون غده ی سرطانی و رگهای خونی اطراف آن به خرچنگ شباهت دارد، به همین دلیل بقراط اسم این بیماری را خرچنگ می گذارد که به یونان کارکینوس^۱ نامیده می شود و در ترجمه ی آن به انگلیسی carcinos نوشته شده و امروزه هم کارسینوما^۲ نامیده می شود. ابوعلی سینا (۳۵۹-۴۱۶ خورشیدی و ۳۷۰-۴۲۸ قمری) فیلسوف و پزشک معروف قرن پنجم^۳، پدر علم پزشکی مدرن و یکی از متفکران تاریخ هم، قریب ۱۰۰۰ سال قبل در کتاب سرطان را توصیف کرده و درباره ی تشخیص و روش درمان آن نسخه هایی سودمند ارائه «قانون» کرده است. احتمالاً طبق تجویز بوعلی بزرگ یا با استفاده از نسخه ها و روش های مشابه، پزشکان محلی در سیستان نیز غدد را به شرح زیر تشخیص داده و مداوا می کردند: اگر چرک یا مایعی از غده یا دانه بیرون می آمده، احتمالاً عفونت بوده و قابل درمان؛ گاهی هم با استفاده از مرهم بیرون آمدن چرک را تسریع می کردند. چنان چه چرک یا ترشحاتی در کار نبود، غده را دانه ی داغی می نامیدند و آن را با بیشتر جراحی کرده یا با انبری داغ یا با ریختن سرب مذاب روی غده می سوزاندند. امروزه هم در برنامه ی درمانی سرطان، جراحی روشی متداول و اثربخش است و پس از جراحی با استفاده از اشعه محل جراحی سوزانده می شود تا اگر سلول سرطانی باقی مانده باشد، نابود شود. در مواردی هم استفاده از حرارت به عنوان یک روش درمانی برای بعضی سرطان ها تجویز شده است. (تاوش، آنه ماری، ۱۳۶۶)

تحقیقات نشان می دهد که در یک سوم بیماران سرطانی درجاتی از اضطراب یا افسردگی دیده می شود که حتماً به درمان روانی نیاز دارد. در گذشته اغلب نشانه های تنش روانی ناشناخته مانده و تشخیص داده نمی شد اما

^۱ Karkinos

^۲ Carcinoma

^۳ Avicenna, 981-1037 A.D

امروزه پاسخ‌های طبیعی بدن در مقابل سرطان و شایع‌ترین عوارض روانی، شناخته شده و به موقع درمان دارویی یا رفتاری مناسب صورت می‌گیرد. وقتی کسی خبر ابتلا به سرطان را دریافت می‌کند در دوره اولیه عدم باور، انکار یا ناامیدی که اغلب فقط چند روز ادامه پیدا می‌کند، قرار می‌گیرد. (فیور، نیل. ۱۳۷۳)

در بعضی موارد به دنبال آن احساس ملال همراه با نشانه‌های اضطراب، خلق افسرده، بی‌اشتهایی، بی‌خوابی یا تحریک‌پذیری به وجود می‌آید که چند هفته طول می‌کشد. قدرت تمرکز و قابلیت انجام فعالیت‌های روزانه کاهش یافته، افکار مزاحم در مورد بیماری و عدم اطمینان نسبت به آینده در فرد ظاهر می‌شود. در حالت طبیعی تطابق فرد با این مساله اغلب پس از چند هفته شروع شده و تا ماه‌ها یا سال‌ها که بیماراطلاعات جدیدی دریافت نماید، دلایلی برای خوش‌بینی پیدا کند، با واقعیات روبه‌رو شود و فعالیت‌های خود را از سرگیرد، ادامه می‌یابد.

توانایی بیمار در برخورد درست با این واقعیت بستگی به عوامل طبی، روانی و اجتماعی دارد و اغلب در طول دوره بیماری تغییر می‌کند. این عوامل عبارت‌اند از: ماهیت خود بیماری (نظیر محل بیماری، نشانه‌ها، سیر بالینی، پیش‌آگهی و نوع درمان‌های لازم)، قدرت قبلی بیمار در برخورد با مسایل به ویژه بیماری‌های جسمی، اعتقادات فرهنگی، روحی و مذهبی و از همه مهم‌تر وجود نزدیکانی که از نظر احساسی نقش حمایت‌کننده داشته باشند. همچنین شخصیت خود بیمار و قابلیت تطابق وی با مشکلات و توانایی‌های او برای بازیابی قدرت جسمی و روانی خود جزو این عوامل هستند. باید بسیار دقت کنیم افسردگی را از احساس اندوه طبیعی و یاس زمینه‌ای افتراق دهیم زیرا تشخیص سریع و درمان افسردگی در بیماران سرطانی امری ضروری است. (فیور، نیل. ۱۳۷۳)

اولین قدم آن است که نحوه تطابق طبیعی با سرطان را به بیمار بیاموزیم و علایمی که نیاز به درمان دارند را شناسایی کنیم. متأسفانه تعدادی از بیماران تمایلی به انجام مشاوره روانی یا درمان دارویی روانی ندارند. یک سرطان‌شناس به کمک نزدیکان بیمار باید اهمیت این درمان را برایش تشریح کنند تا او بداند در این شرایط کاهش تنش‌های روانی چه قدر می‌تواند در سیر درمان سرطانش نقش داشته باشد. تحقیقات می‌گوید احساس شدید درماندگی و ناامیدی در زنان مبتلا به سرطان غیر پیشرفته پستان، در میزان حیات پنج ساله آن‌ها تاثیر منفی داشته است. در مورد اضطراب هم همین‌طور، اگر پایدار بماند می‌تواند زندگی بیمار را مختل کند ولی اگر گذرا باشد مانند قبل از شروع یک درمان جدید، هنگام بررسی‌های عود مجدد بیماری و از این قبیل مواقع بحران قابل اغماض است. (فیور، نیل. ۱۳۷۳)

مبتلایان به سرطان به دلایل متعدد دچار عوارض روانی ناشی از بیماری خود می‌شوند و این مسئله کمابیش در تمامی سرطان‌ها قابل مشاهده است. بیماری سرطان به دلایل متعددی از جمله دلایل جسمانی، اجتماعی و

روانی فشار زیادی به فرد وارد می کند و ممکن است انگیزه بهبود وی و همکاری با گروه درمانی را تحت تاثیر قرار دهد. یکی از مهم ترین این دلایل، وجود تابو^۱ درباره سرطان است که تصور بیشتر مردم این است که مبتلا به سرطان هرگز بهبود پیدا نمی کند. این تابو باعث می شود فرد حتی در صورت مشاهده علائم از رفتن به پزشک متخصص سر باز بزند و تشخیص دیر هنگام بیماری به بدتر شدن شرایطش منجر شود. ممکن است خانواده و بیمار به علت وجود تابو، بیماری را مخفی کنند، همچنین گاهی بیماران تصور می کنند کارهایی مثل نمونه برداری یا جراحی باعث انتشار بیماری می شود، در صورتی که چنین نیست و این اقدامات ربطی به انتشار بیماری ندارد و در بیشتر موارد به بهبود وضعیت بیمار منجر می شود. به طور کلی فشار روانی وارد شده به مبتلایان به سرطان می تواند به دلایل جسمانی، اجتماعی و روانی باشد که در طول مدت درمان، بیمار ممکن است دچار عوارض شدید یا خفیف شود که گاه درازمدت است. به عنوان مثال خانمی که به علت ابتلا به سرطان سینه، بخشی یا یک سینه خود را از دست می دهد، تصور ذهنی از بدنش تغییر می کند و ممکن است انگیزه کافی برای درمان نداشته باشد. هم اکنون با جراحی پیشرفته پلاستیک می توان به این دسته از بیماران کمک کرد اما به هر حال مبتلایان شاهد از دست دادن بخشی از بدن خود هستند. در دیگر موارد، مبتلایان ممکن است هنگام شیمی درمانی یا پرتودرمانی دچار عوارض خفیف یا شدیدی مثل تهوع، استفراغ، زخم دهانی و... شوند و در بیشتر موارد تحمل عوارض برای بیماران مشکل است. بروز پاین عوارض گاه باعث می شود بیمار تصور کند امیدی برای درمان او وجود ندارد در صورتی که در بیشتر موارد این عوارض گذراست و طی مراحل درمان رفع می شود. بهتر است بیمار را با این عوارض آشنا کرد و به وی اطمینان داد که دلیلی برای ناامیدی وجود ندارد و به خصوص در مراحل اولیه بیماری، امید بهبود بسیار بالاست. حتی در سرطان های پیشرفته که متاستاز دارد، بیماران تا حدود زیادی شانس بهبود دارند و با روش های جراحی می توان به آن ها کمک کرد.

همچنین سرطان زندگی اجتماعی و خانوادگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. بنابراین فشار روانی شدیدی به بیمار وارد می شود. بسیاری از مبتلایان عملکرد سابق خانوادگی و اجتماعی و شغلی خود را از دست می دهند و قادر نیستند وظایف خود را مانند سابق انجام دهند. نگرانی اعضای خانواده و فرزندان، از دست دادن حمایت همسر به ویژه برای مبتلایان به سرطان سینه و ناتوانی در انجام کار در محیط کاری، فشار روانی ناشی از ابتلا به سرطان را در مبتلایان افزایش می دهد و ممکن است روی انگیزه بهبود آن ها تاثیر بگذارد. توصیه اکید این است که همسران پشتوانه روحی مناسبی برای مبتلایان باشند و حمایت خود را دریغ نکنند. همچنین در

^۱ Taboo

محیط‌های کاری بهتر است نهایت همکاری با فرد مبتلا برای طی کردن مراحل درمانی انجام شود و پس از آن اجازه داشته باشد به کار ادامه دهد زیرا کناره‌گیری از فعالیت اجتماعی به سلامت روانی وی لطمه می‌زند و احساس ناتوانی وی را تشدید می‌کند. بنابراین در صورت نیاز فرد به مرخصی بهتر است کارفرما همکاری لازم را داشته باشد و پس از آن هم فرد بتواند طبق روال معمول به کار خود ادامه دهد. (فیور، نیل. ۱۳۷۳)

امروزه شیمی درمانی مهم‌ترین درمان انتخابی برای افراد مبتلا به سرطان است. متأسفانه با وجود اثرات مثبت شیمی درمانی، این نوع درمان اثرات جانبی زیادی چون تهوع، استفراغ و پریشانی هیجانی را به دنبال دارد که از لحاظ سبب شناسی، دارای مبنای دارویی و روان‌شناختی هستند. در پژوهشی، با عنوان «بررسی اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری در کاهش اثرات جانبی روان‌شناختی در بیماران سرطان و بهبود شیوه‌های مقابله آنها»، تاثیر آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی به همراه مراقبه، و حساسیت زدایی منظم تصویری از طریق سرمشق‌گیری، برای کاهش اثرات جانبی شرطی شده و روانی و نیز اثرات آن‌ها بر پاسخ‌های مقابله بیماران سرطانی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که در هر دو گروه مداخلات شناختی - رفتاری در کاهش تهوع انتظاری، تهوع و استفراغ حین و بعد از شیمی درمانی، پریشانی هیجانی و ملالت قبل، حین و بعد از شیمی درمانی و شاخص‌های فیزیولوژیک قبل و بعد از شیمی درمانی موثر بودند. دو مجموعه درمانی تفاوت‌های محدودی از لحاظ ارزش اثر بخشی داشتند. علاوه بر این، شیوه‌های درمانی مورد استفاده تغییرات مثبتی را در پاسخ‌های مقابله شناختی ایجاد کردند. (نصری، صادق و دیگران. ۱۳۸۰)

فرایند واقعیت درمانی

واقعیت درمانی^۱ روش مشاوره و درمانی است که دکتر گلاسر^۲ از سال ۱۹۶۵ آن را آموزش می‌دهد. این روش، هنر خلق یک رابطه معنادار با مراجع را آموزش می‌دهد، که از گذر آن رابطه به مراجع کمک می‌کنیم تا انتخاب‌های مؤثرتری انجام دهد. همان‌طور که در کتاب "مشاوره با تئوری انتخاب: واقعیت درمانی نوین" آمده است، امروزه واقعیت درمانی بر پایه‌ی تئوری "انتخاب"^۳ استوار است و موفقیت آن به میزان آشنایی و دانش مشاوره با تئوری انتخاب بستگی دارد. در واقع آموزش مفاهیم تئوری انتخاب به فردی که مورد مشاوره قرار می‌گیرد (اعم از مراجع یا دانش‌آموز یا کارمند) اکنون بخشی از فرایند واقعیت درمانی است. از آنجایی که نداشتن پیوند و رابطه یا قطع شدن رابطه با افرادی که به آنها نیاز داریم منبع اصلی تمامی مشکلات روان‌شناختی محسوب می‌شود، هدف واقعیت درمانی کمک به افراد برای برقراری رابطه‌ی معنادار با اطرافیان و عزیزان‌شان

^۱ Reality therapy

^۲ William Glasser

^۳ Choice

است. این برقراری پیوند و ایجاد رابطه همواره از طرف مشاور یا معلم شروع می‌شود به این معنا که با بکارگیری رفتارهای پیوند دهنده با مراجع یا دانش آموز به عنوان یک الگو به مراجع/ دانش آموز در عمل نشان می‌دهد که چگونه با افراد مهم زندگی‌اش، کسانی که به آن‌ها نیاز دارد رابطه برقرار کند.

واقعیت درمانی بر نظریه‌ی انتخاب (گلاسر، ۲۰۰۳، نقل از کری، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۵) استوار است. واقعیت درمانگران معتقدند که مشکل اساسی اغلب درمانجویان یکی است آن‌ها یا درگیر رابطه‌ای ناخوشایند یا فاقد چیزی هستند که بتوان آن را رابطه نامید. بیشتر مشکلات درمانجویان از ناتوانی آن‌ها ناشی می‌شود. هرچه درمانجویان بیشتر بتوانند با دیگران رابطه برقرار کنند به احتمال بیشتری خوشنودی را تجربه خواهند کرد. مشکل درمانجویان بیشتر بتوانند با دیگران رابطه برقرار کنند به احتمال بیشتری خوشنودی را تجربه خواهند کرد. مشکل درمانجویان نحوه‌ی است که تصمیم گرفته‌اند رفتار کنند. رفتارها به عنوان راهی برای حل ناکامی ناشی از رابطه‌ی ناخوشایند انتخاب می‌شوند. افراد به صورت افسرده کننده و مضطرب کننده‌ی خود در نظر گرفته می‌شوند. پس هنگام تعامل کردن با افرادی که در زندگی به آنها نیاز داریم باید انتخابهای موثرتری کرد. نظریه‌ی انتخاب توضیح می‌دهد که چگونه رفتار کنیم که روابط بهتر شود.

ناراحتی و نگرانی زائیده‌ی رفتار غیر مسئولانه‌ی فرد است. پذیرش مسئولیت رفتار اهمیت زیادی دارد. ارزش و محبت دو عنصر متفاوت هستند (شفیع آبادی، کاظمی، ۱۳۸۵). نابسامانی‌های روانی، نتیجه‌ی عدم توانایی فرد در تحقق نیازهایش است (کرسینی، ۱۹۷۳؛ گلاسر، ۱۹۶۵؛ نقل از شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶).

سیر تحولی نظریه انتخاب (فرح بخش، ۱۳۸۳؛ نقل از سایت mehrcc): گلاسر با این باور کارش را شروع کرد که درمان‌های رایج سلامت روان موثر نبوده‌اند و از این بابت اقدام به ایجاد واقعیت درمانی کرد. زمانی که بیشتر در کارش پیشرفت کرد برای این که موافقت دیگر متخصصان را بدست آورد می‌بایست به تشریح چگونگی کار واقعیت درمانی می‌پرداخت (هووات، ۱۹۹۷). واقعیت درمانی روشی مبتنی بر "انجام دادن" است و در آن تلاش بر این است که از طریق ارضای تصاویر دنیای کیفی نیازها را برآورده کرد. درمانگر به همراه مراجع برنامه‌ای قابل حصول و برای مراحل مثبت ایجاد خواهد کرد که در ابتدا او را در جهت ارضا کردن نیاز قرار می‌دهد. رازهای زیادی در برنامه وجود دارد؛ معنی کنترل در آن وجود دارد و برنامه همان چیزی است که شما می‌توانید آن را انجام دهید نه آن چه که او می‌تواند انجام دهد (گلاسر، ۱۹۹۸؛ به نقل از ساراسون، ۲۰۰۵).

صرف نظر از این که تشخیص اختلال چه چیزی باشد، مهربانی، حمایت، دلسوزی و تقویت انواع ابزارهای واقعیت درمانی هستند. در واقعیت درمانی درگیری بالای فرد مورد نیاز است و هرگونه سلب مسوولیت از رفتار

مطروود است و فرصت یادگیری راه حل های بهتر برای اداره بهتر رفتار در رویارویی با واقعیت فراهم می شود (بارنس و پریش، ۲۰۰۶). هدف واقعیت درمانی اینست که روشن سازد چه نوع رفتاری می تواند بازده ای تولید کند که بهتر در برآوردن نیازهای شخصی بینجامد (یانیگر، ۲۰۰۳).

واژه بهداشت^۱ و سلامتی همیشه انسان را در طول تاریخ به خود مشغول کرده است. تدوین برنامه های تربیتی - بهداشتی برای حفظ سلامتی و مطالعه، جلوگیری و درمان بیماریها نمونه ای از این اقدامات بشری است. بهداشت در یک تقسیم کلی به دو نوع "بهداشت جسمی" و "بهداشت روانی" تقسیم می شود. ولی آنها همپوشی های زیادی را با هم دارند (بریکدیگر تاثیر می گذارند). بهداشت روانی از آن جهت که رابطه مستقیمی با "عملکرد فردی - اجتماعی"^۲ و آسیب های روانی - اجتماعی دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است و این اهمیت باعث تدوین و اجرای برنامه های متعدد بهداشت روانی در سه بعد "پیشگیری"^۳، درمان و توانبخشی^۴ روانی در درون مفهوم کلی بهداشت قرار دارد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش های روانی و جسمی، بهداشت به معنای نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست. "تعریف انجمن بهداشت روانی کانادا انجمن بهداشت روانی کانادا در یک دید جامع بهداشت روانی را در سه قسمت "نگرش های مربوط به خود، نگرش های مربوط به دیگران و نگرش های مربوط به زندگی" تعریف می کند. از نظر این انجمن بهداشت روانی یعنی "توانایی سازگاری با دیدگاه های خود، دیگران و رویارویی با مشکلات روزمره زندگی." عوامل موثر بر بهداشت روانی بهداشت روانی افراد متأثر از عوامل متعددی است، اگر چه این عوامل به صورت جداگانه مورد مطالعه قرار می گیرند ولی در واقع این موضوع چند وجهی متأثر از یکدیگر است. بدین معنی که افراد به علت شرایط محیطی یا عوامل فردی تعادل و آرامش روحی شان دچار تغییراتی می شود و هر چه شدت این عوامل زیادتر باشد، تاثیر و تهدیدش بیشتر خواهد بود. عواملی همچون: "عدم برآورده شدن نیازهای اولیه، ناکامی، استرس، یادگیری، مسائل اجتماعی و رسانه های جمعی و... از عمده ترین تاثیر گذاران بر بهداشت روانی هستند. ابعاد بهداشت روانی "پیشگیری نوع اول"^۱ هدف این نوع از بهداشت روانی ممانعت از شروع یک بیماری یا اختلال است، "با حذف عوامل کلی کاهش عوامل خطر ساز، تقویت مقاومت افراد، دخالت در فرایند اختلال" بدست می آید." برنامه های آموزش بهداشت روانی (نظیر آموزش والدین برای تربیت کودکان، آموزش تاثیرات مصرف الکل و مواد و...)، برنامه های بالا بردن کارایی و توان افراد (نظیر برنامه های تقویتی برای کودکان

¹ Health

² Psycho-social pathology

³ Prevention

⁴ Rehabilitation

محروم)، ایجاد سیستم‌های حمایت اجتماعی (نظیر بیمه‌های درمانی، ایجاد و حمایت از گروه‌های محلی و اجتماعی حمایت کننده از افراد مبتلا)^۱ نمونه‌های پیشگیری نوع اول^۱ می‌باشد. "پیشگیری نوع دوم"^۲، هدف اقدامات این بعد از برنامه بهداشت روانی، شناخت به موقع و درمان فوری و مناسب اختلال (بیماری) است. تمام نظریه‌ها و اقدامات درمانی نظیر "دارو درمانی، رفتار درمان، شناخت درمان، گروه درمانی، روانکاوی و..." در غالب این بعد از بهداشت روانی قرار می‌گیرد. "پیشگیری نوع سوم" هدف این بعد از بهداشت روانی، بازگرداندن و حفظ تمام یا قسمتی از توانایی‌های از دست رفته فرد به علت اختلال (بیماری) است، تا فرد بتواند به گونه‌ای مفید و سازنده به زندگی "خانوادگی، اجتماعی و شغلی" خود باز گردد. در واقع برنامه‌های این بعد با "توانبخشی" افراد و جلوگیری از بازگشت مجدد اختلال (بیماری) در فرد و حفظ و پیشبرد سلامت ایجاد شده توسط درمان، سروکار داشته، اقدامات قبلی را تکمیل می‌کند. چشم انداز بحث موضوع بهداشت روانی و تامین آن برای "مردم، سازمانها و دولتها" بسیار مهم است، چرا که با کارایی فردی و اجتماعی افراد و درکنار آن با پیشرفت‌های "علمی، صنعتی و.." جامعه گره خورده است. امروزه اکثر کشورها منابع زیادی را برای بهبود بهداشت روانی جامعه صرف می‌کنند و در کنار آن با تدوین برنامه‌های جامع از "سازمانها و منابع محلی اجتماعی" نیز استفاده می‌کنند.

۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش

در مورد ضرورت و اهمیت این پژوهش می‌توان گفت مداخلات روان شناسی بالینی امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تایید قرار گرفته است و با گسترش روزافزون رشته روانشناسی سلامت، روان شناسان نقش فعال تری در فرایند درمان این بیماریها به عهده گرفته‌اند. گلاسر (۱۹۸۲)، هویت را آن تصویری می‌داند که فرد از خودش دارد و به وسیله آن احساس موفقیت یا عدم موفقیت نسبی می‌کند. در آغاز، هویت تمام افراد، هویت توفیق است ولی مقارن با سن ۴ یا ۵ سالگی که همزمان با سن مدرسه رفتن است، هویت شکست نیز ظاهر می‌گردد؛ زیرا در این سن و سال است که فرد به ایجاد و توسعه مهارت‌های اجتماعی، گویایی، عقلانی و تفکری می‌پردازد و اگر شخص نتواند ارزیابی درستی از خود داشته باشد و فقط به ارزشیابی دیگران توجه کند هویت شکست در او شکل می‌گیرد. وی همچنین معتقد است که علت رنج، گوشه گیری و اختلاف روانی مثل افسردگی عدم توانایی فرد در به دست آوردن

¹ primary prevention

² secondary prevention

راه‌های موفقیت آمیز کسب هویت توفیق است. مطالعات اینگرام و هینکل (۱۹۹۵) به نقل از بدنر و پترسون (۱۹۹۶) بر آموزش مسئولیت پذیری در بیماران افسرده و هریس (۱۹۹۰) و دانش آموزان نشان دهنده کاهش افسردگی و افزایش مسئولیت پذیری در آزمودنی‌ها بوده است.

گلاسر (۲۰۰۸) بیان می‌دارد: افراد برای برخورداری از احساسات بهتر نسبت به خود و زندگی باید پذیرای مسئولیت باشند. بر اساس نظریه انتخاب، هر موجود آدمی از ۵ نیاز اساسی برخوردار است که عبارتند از: ۱- تعلق خاطر و رغبت اجتماعی عشق ۲- پیشرفت و قدرت ۳- آزادی ۴- تفریح ۵- نیاز به بقا.

با توجه به آنچه مطرح شد، به نظر می‌رسد که این نوع درمان برای افزایش سلامت روانی و بهبود کیفیت و امید به زندگی و پذیرش مسئولیت و انتخاب فرد و... تاثیر مثبت و به سزایی داشته باشد. به منظور صرفه جویی در وقت و هزینه، درمان به شکل گروهی پیشنهاد می‌شود.

۱-۴ هدف پژوهش

هدف کلی:

هدف اصلی تحقیق بررسی اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر افزایش سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهرستان نیشابور

هدف فرعی:

اثر بخشی آموزش واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه.

۱-۵ فرضیه پژوهش

فرضیه اصلی: آموزش واقعیت درمانی گروهی در افزایش سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر مثبت دارد.

فرضیه های فرعی:

۱- واقعیت درمانی گروهی در افزایش سلامت جسمی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر مثبت دارد.

۲- واقعیت درمانی گروهی در کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر مثبت دارد

۳- واقعیت درمانی گروهی در افزایش عملکرد اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر مثبت دارد.

۴- واقعیت درمانی گروهی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر مثبت دارد.

۶-۱ متغیرهای پژوهش

* متغیر مستقل^۱: عبارت است از آموزش واقعیت درمانی که بر روی بیماران سرطانی اجرا خواهد شد.

* متغیر وابسته^۲: در این پژوهش سلامت عمومی متغیر وابسته می باشد که توسط پرسشنامه سلامت عمومی

(GHQ) گلدبرگ و میلر به صورت پیش آزمون و پس آزمون بر روی بیماران سرطانی اجرا می شود.

* کنترل: در این پژوهش سن و جنسیت و تحصیلات جزء متغیرهای کنترل هستند.

۷-۱ تعریف اصطلاحات و مفاهیم کلیدی و متغیرها

* اثربخشی: اثر بخشی^۳ به کاربرد بالینی روش درمانی در محیط‌های روزمره اشاره دارد در واقع اثر بخشی به این سوال مهم و جدی پاسخ می دهد که آیا شیوه درمان مورد نظر، بیرون از محیط‌های آزمایشگاهی نیز اثر دارد (مورگنسترن و همکاران ۲۰۰۲، دیویسون و نیل، ۲۰۰۱ به نقل از عبد خدایی، ۱۳۸۷).

به منظور بررسی اثر بخشی در این مطالعه تغییرات حاصل از واقعیت درمانی گروهی، بر سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایشی با شرایط کنترل مقایسه می شود.

* واقعیت درمانی^۴: نوعی روان درمانی است که بر نظریه‌ی انتخاب (گلاسر، ۲۰۰۳، نقل از کری، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۸۵) استوار است. و در آن سعی می شود با توجه به مفاهیم واقعیت مسئولیت و امور درست و نادرست در زندگی فرد به مشکلات او کمک شود. و در عمل، استفاده از اصول و فنونی است که درمانگر به درمانجویان در زمینه‌ی "انتخاب، پذیرش مسئولیت و تأکید بر زمان حال و نه گذشته" آموزش می دهد.

¹ independent variable

² dependent variable

³ effectiveness

⁴ reality therapy

*سلامت روان: بهداشت روانی^۱ همان سلامت فکر و قدرت سازگاری فرد با محیط و اطرافیان است همچنان که از جسم خود مراقبت می‌کنیم روح خود را نیز باید مقاومت تر کنیم تا زندگی بهتری داشته باشیم.

سازمان جهانی بهداشت می‌گوید بهداشت روانی عبارتست از «توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی». این سازمان معتقد است که بهداشت روانی فقط عدم وجود بیماری و یا عقب ماندگی نیست، بنابراین کسی که احساس ناراحتی نکند از نظر روانی سالم محسوب می‌شود.

*تعریف عملیاتی سلامت روانی، وضعیت کسی که کارکرد او در سطح قابل قبولی توأم با سازگاری و انطباق رفتاری است. احساس رضایت و بهبود روانی تطابق کافی اجتماعی با موازین مورد قبول جامعه دارد (کمپل ۱۹۸۹). در این پژوهش منظور از سلامت روانی نمره‌ای که آزمودنی از مقیاس GHQ (که براساس مدل طبی توسط گلدبرگ^۲ و میلر^۲ به منظور تشخیص اختلالات روانی ساخته شده است) می‌گیرد.

^۱ mental health

^۲ Goldberg & Miller