



دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی

عنوان

**بررسی و مقایسه‌ی اثربخشی گروه درمانی وجودی و واقعیت‌درمانی گروهی  
بر افسردگی، اضطراب، تنیدگی و حل مشکل تصویر تن زنان ماستکتومی شده**

استاد راهنما

دکتر حسین حسن آبادی

استاد مشاور دوم

دکتر علی تقی‌زاده کرمانی

استاد مشاور اول

دکتر علی مشهدی

دانشجو

هدا پری‌زاده

شهریور ۹۱



## فهرست مطالب

چکیده ..... ۱

### مقدمه پژوهش

بیان مسئله ..... ۳

اهمیت و ضرورت پژوهش ..... ۹

فرضیه‌های پژوهش ..... ۱۲

تعاریف عملیاتی متغیرها ..... ۱۳

### گستره نظری و ادبیات پژوهش

سرطان ..... ۱۵

سرطان چیست؟ ..... ۱۵

چه کسانی به سرطان مبتلا می‌شوند؟ ..... ۱۸

علل سرطان ..... ۱۸

علل درون‌زاد (درونی) ..... ۱۸

الف. جهش‌های سلولی ارثی ..... ۱۸

ب. التهاب ..... ۱۹

ج. هورمون‌ها ..... ۱۹

علل برون‌زاد (محیطی) ..... ۱۹

الف. استعمال دخانیات ..... ۱۹

ب. عوامل عفونت‌زا ..... ۲۰

ج. تشعشع ..... ۲۱

د. مواد شیمیایی صنعتی ..... ۲۱

ه. دارو ..... ۲۲

و. عوامل سرطان‌زای موجود در غذا ..... ۲۲

۲۳	عوامل روانی اجتماعی و سرطان.....
۲۵	سرطان پستان چیست؟.....
۲۸	روش‌های درمان سرطان پستان.....
۲۸	جراحی.....
۲۸	الف. لامپکتومی.....
۲۹	ب. ماستکتومی.....
۲۹	رادیوتراپی.....
۲۹	درمان سیستمی.....
۲۹	نقش عوامل روان‌شناختی در شروع و پیش‌رفت سرطان.....
۳۱	پی‌آمدهای روان‌شناختی و بین‌فردی سرطان.....
۳۲	افسردگی، اضطراب و تنیدگی.....
۳۶	مشکلات تصویر تن.....
۴۰	روابط مختل.....
۴۰	نقص در عمل کرد جنسی.....
۴۱	حالات گمگشتگی حاد.....
۴۲	ارتباط بین متغیرهای روانی-اجتماعی و پاسخ‌های دستگاه ایمنی.....
۴۳	افسردگی.....
۴۴	علائم افسردگی.....
۴۴	سبب‌شناسی افسردگی.....
۴۵	اضطراب.....
۴۵	علائم اضطراب.....
۴۶	سبب‌شناسی اضطراب.....
۴۸	تنیدگی.....
۴۹	علائم تنیدگی.....
۵۰	سبب‌شناسی تنیدگی.....

۵۱	تصویر تن
۵۲	سبب‌شناسی تصویر تن
۵۴	گروه‌درمانی
۵۵	تاریخچه‌ی گروه‌درمانی
۵۵	تعریف گروه‌درمانی
۵۶	تفاوت گروه‌درمانی و مشاوره‌ی گروهی
۵۷	ساختار گروه
۶۰	مراحل رشد و تکامل گروه
۶۰	الف) مرحله‌ی شروع
۶۱	ب) مرحله‌ی میانی
۶۱	ج) مرحله‌ی اختتام
۶۲	انواع گروه‌ها
۶۴	عوامل درمان‌بخش در گروه‌درمانی
۶۷	مزایای گروه‌درمانی
۶۸	رویکرد وجودی
۶۸	تاریخچه‌ی درمان اصالت وجود
۷۱	روان‌درمانی وجودی
۷۵	اصول بنیادی اصالت وجود
۷۵	مفاهیم کلیدی رویکرد وجودی
۷۶	هم‌دلی
۷۷	اصالت وجودی
۷۸	اینجا و اکنون
۸۰	خودآگاهی
۸۱	جستجوی معنا
۸۲	مرگ و نیستی

۸۳	تنهایی
۸۶	آزادی
۸۷	انتخاب و مسئولیت پذیری
۸۸	شیوهی "بودن"
۸۹	اضطراب
۹۰	اهداف درمان وجودی
۹۱	اهداف گروه درمانی وجودی
۹۸	واقعیت درمانی
۹۹	نظریه‌ی کنترل
۱۰۰	نظریه‌ی انتخاب
۱۰۲	نیازهای پنج‌گانه
۱۰۳	عشق و تعلق خاطر
۱۰۳	قدرت
۱۰۴	آزادی
۱۰۴	تفریح
۱۰۵	بقا
۱۰۵	رفتار کلی
۱۰۷	دنیای مطلوب
۱۰۸	مفهوم بیماری از دیدگاه واقعیت‌درمانی
۱۰۹	علل انتخاب انواع ناراحتی‌ها
۱۱۰	مفهوم درمان در واقعیت‌درمانی
۱۱۱	سیستم WDEP
۱۱۱	الف. خواسته‌ها (بررسی کردن خواسته‌ها، نیازها و برداشت‌ها)
۱۱۲	ب. جهت‌دهی به عمل
۱۱۳	ج. خود ارزیابی
۱۱۴	د. طرح عملی

۱۱۵.....	ویژگی‌های طرح مناسب.....
۱۱۷.....	کاربرد واقعیت‌درمانی.....
۱۱۷.....	فرایند درمان در واقعیت‌درمانی.....
۱۲۴.....	مداخله‌ی گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی و نظریه‌ی انتخاب.....
۱۳۶.....	جمع‌بندی.....

#### روش پژوهش

۱۳۹.....	نوع پژوهش.....
۱۴۰.....	شرکت‌کنندگان.....
۱۴۱.....	ابزارهای پژوهش.....
۱۴۱.....	پرسش‌نامه‌ی روابط چند بعدی خود-بدن (MBSRQ).....
۱۴۳.....	مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (DASS).....
۱۴۴.....	روش اجرای پژوهش.....
۱۴۵.....	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....

#### یافته‌ها

۱۴۸.....	اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌ی پژوهش.....
۱۵۰.....	یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش.....
۱۵۱.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی اول پژوهش.....
۱۵۲.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی دوم پژوهش.....
۱۵۳.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی سوم پژوهش.....
۱۵۵.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی چهارم پژوهش.....
۱۵۶.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی پنجم پژوهش.....
۱۵۸.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی ششم پژوهش.....
۱۵۹.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی هفتم پژوهش.....

۱۶۱	.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی هشتم پژوهش
۱۶۲	.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی نهم پژوهش
۱۶۴	.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی دهم پژوهش
۱۶۷	.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی یازدهم پژوهش
۱۷۰	.....	نتایج مربوط به فرضیه‌ی دوازدهم پژوهش

#### بحث و نتیجه‌گیری

۱۷۶	.....	بحث و نتیجه‌گیری مربوط به فرضیه‌های پژوهش
۱۹۰	.....	جمع‌بندی
۱۹۱	.....	محدودیت‌های پژوهش
۱۹۲	.....	پیشنهادها

#### منابع

۱۹۴	.....	منابع فارسی
۲۰۱	.....	منابع لاتین
۲۳۰	.....	ABSTRACT



## فهرست جداول

- جدول (۱-۲) فرایند کلی واقعیت‌درمانی مبتنی بر گروه..... ۱۲۵
- جدول (۱-۴) میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان..... ۱۴۸
- جدول (۲-۴) فراوانی و درصد شرکت‌کنندگان سه گروه به تفکیک میزان تحصیلات، شغل و میزان تحصیلات همسر..... ۱۴۹
- جدول (۳-۴) فراوانی و درصد کیفیت رابطه‌ی شرکت‌کنندگان سه گروه با همسران و فرزندانشان..... ۱۵۰
- جدول (۴-۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های وجودی و کنترل در خرده‌مقیاس افسردگی  
آزمون DASS..... ۱۵۱
- جدول (۵-۴) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی و کنترل در نمره‌ی افسردگی آزمون DASS..... ۱۵۲
- جدول (۶-۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده‌مقیاس  
افسردگی آزمون DASS..... ۱۵۲
- جدول (۷-۴) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در نمره‌ی افسردگی آزمون DASS  
..... ۱۵۳
- جدول (۸-۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده-  
مقیاس افسردگی آزمون DASS..... ۱۵۴
- جدول (۹-۴) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در نمره‌ی افسردگی آزمون  
DASS..... ۱۵۴
- جدول (۱۰-۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های وجودی و کنترل در خرده‌مقیاس اضطراب  
آزمون DASS..... ۱۵۵
- جدول (۱۱-۴) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی و کنترل در نمره‌ی اضطراب آزمون DASS..... ۱۵۶
- جدول (۱۲-۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده‌مقیاس  
اضطراب آزمون DASS..... ۱۵۷
- جدول (۱۳-۴) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در نمره‌ی اضطراب آزمون DASS  
..... ۱۵۷

- جدول (۴-۱۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده-  
مقیاس اضطراب آزمون DASS..... ۱۵۸
- جدول (۴-۱۵) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در نمره‌ی اضطراب آزمون  
DASS..... ۱۵۹
- جدول (۴-۱۶) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان گروه‌های وجودی و کنترل در خرده‌مقیاس تنیدگی  
آزمون DASS..... ۱۵۹
- جدول (۴-۱۷) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی و کنترل در نمره‌ی تنیدگی آزمون DASS..... ۱۶۰
- جدول (۴-۱۸) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده‌مقیاس  
تنیدگی آزمون DASS..... ۱۶۱
- جدول (۴-۱۹) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در نمره‌ی تنیدگی آزمون DASS  
..... ۱۶۲
- جدول (۴-۲۰) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده-  
مقیاس تنیدگی آزمون DASS..... ۱۶۲
- جدول (۴-۲۱) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در نمره‌ی تنیدگی آزمون  
DASS..... ۱۶۳
- جدول (۴-۲۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان گروه‌های وجودی و کنترل در آزمون MBSRQ و  
خرده‌مقیاس‌های آن..... ۱۶۴
- جدول (۴-۲۳) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه‌ی عمل‌کرد گروه‌های وجودی و کنترل در خرده-  
مقیاس‌های آزمون MBSRQ..... ۱۶۵
- جدول (۴-۲۴) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی و کنترل در خرده‌مقیاس‌های MBSRQ..... ۱۶۶
- جدول (۴-۲۵) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی و کنترل در نمره‌ی کل MBSRQ..... ۱۶۶
- جدول (۴-۲۶) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در آزمون MBSRQ و  
خرده‌مقیاس‌های آن..... ۱۶۷

جدول (۴-۲۷) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه‌ی عمل کرد گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده‌مقیاس‌های آزمون MBSRQ.....	۱۶۸
جدول (۴-۲۸) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده‌مقیاس‌های MBSRQ.....	۱۶۹
جدول (۴-۲۹) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های واقعیت‌درمانی و کنترل در نمره‌ی کل MBSRQ.....	۱۷۰
جدول (۴-۳۰) میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در آزمون MBSRQ و خرده‌مقیاس‌های آن.....	۱۷۱
جدول (۴-۳۱) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه‌ی عمل کرد گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده‌مقیاس‌های آزمون MBSRQ.....	۱۷۲
جدول (۴-۳۲) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در خرده‌مقیاس‌های MBSRQ.....	۱۷۳
جدول (۴-۳۳) نتایج آزمون‌های اثر بین آزمودنی‌های گروه‌های وجودی، واقعیت‌درمانی و کنترل در نمره‌ی کل MBSRQ.....	۱۷۳

#### فهرست شکل‌ها

شکل (۲-۱) کالبدشناسی یک پستان طبیعی.....	۲۶
شکل (۲-۲) ماشین رفتار.....	۱۰۶

#### پیوست‌ها

پیوست الف (پرسش‌نامه‌ی DASS).....	۲۱۳
پیوست ب (پرسش‌نامه‌ی MBSRQ).....	۲۱۶
پیوست پ (گروه‌درمانی وجودی).....	۲۲۰
پیوست ت (واقعیت‌درمانی گروهی).....	۲۲۶

## چکیده

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان است. این پژوهش با هدف مقایسه‌ی اثربخشی گروه درمانی وجودی و واقعیت‌درمانی گروهی بر افسردگی، اضطراب، تنیدگی و حل مشکل تصویر تن زنانی که تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته‌اند انجام شد. در این پژوهش نیمه‌آزمایشی، مداخله‌ها در قالب ۱۲ جلسه‌ی دو ساعته‌ی به-صورت دوبار در هفته بر روی بیماران مورد مطالعه اجرا شدند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۲۴ نفر از زنان ساکن در مشهد بود که تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته و دوره شیمی‌درمانی و پرتودرمانی آن‌ها به پایان رسیده بود. این افراد با روش نمونه‌گیری داوطلبانه از میان مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی رضا، بیمارستان امید و بیمارستان امام رضای مشهد انتخاب شدند. ابزارهای سنجش این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی روابط چند بعدی خود-بدن (MBSRQ) که شش خرده مقیاس ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزش‌یابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی را دربر می‌گیرد و فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) بود. داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس یک‌متغیری و چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد در مورد حل مشکل تصویر تن، در میان شش خرده مقیاس MBSRQ، دو گروه آزمایش تنها در خرده مقیاس جهت‌گیری قیافه با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند ( $p=0/039$ ) و در پنج مقیاس ارزش‌یابی قیافه، ارزش‌یابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی تفاوت معناداری را نشان ندادند. بااین وجود، میانگین نمره‌ی کل آزمون گروه وجودی به صورت معناداری از میانگین گروه واقعیت-درمانی ( $p=0/004$ ) بالاتر بود. نتایج تحلیل نمرات DASS-21 تفاوت معناداری را میان نتایج افسردگی، اضطراب و تنیدگی دو گروه آزمایش نشان نداد. با توجه به یافته‌های پژوهش، گروه‌درمانی وجودی و واقعیت-درمانی گروهی به یک میزان در کاهش اختلالات هیجانی زنان ماستکتومی شده مؤثرند. بااین وجود، گروه درمانی وجودی به حل مؤثر مشکل تصویر تن این زنان منجر می‌گردد، درحالی‌که واقعیت‌درمانی گروهی در این زمینه تأثیر معنادار ندارد.

**کلید واژه‌ها:** سرطان پستان، گروه درمانی وجودی، واقعیت‌درمانی گروهی، افسردگی، اضطراب، تنیدگی، تصویر تن، ماستکتومی

فصل اول

مقدمه پژوهش

## بیان مسئله

بشر با امواجی از بیماری‌های صعب‌العلاج روبه‌روست و آن‌ها را لمس می‌کند؛ اما شاید هیچ بیماری‌ای وحشت‌انگیزتر از سرطان<sup>۱</sup> وجود نداشته باشد. نام سرطان همواره با پیام وحشت و مرگ همراه بوده است. این بیماری هر روز قربانیان زیادی را به کام خویش فرو می‌برد و به همین علت است که از دیر باز، کشف علل و راه‌های درمان آن مدنظر پژوهش‌گران و دانش‌مندان علم پزشکی قرار گرفته است. به عبارت دیگر، اگرچه سرطان را نمادی از مرگ و نیستی می‌دانیم، اما هم‌چنان چشم امید و انتظار به سوی افق‌های دوردست برای غلبه بر این بیماری دوخته‌ایم.

امروزه، سرطان مسئول یک مورد از هر هشت مورد مرگ در سرتاسر جهان شناخته شده است؛ که این تعداد بیش‌تر از مجموع مرگ و میرهای ناشی از ایدز، سل و مالاریا می‌باشد (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۲). از طرفی طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۱) سرطان در ایران نیز به عنوان چهارمین عامل مرگ و میر شناخته شده است.

سرطان پستان<sup>۲</sup> رایج‌ترین سرطانی است که سالانه زندگی زنان بسیار زیادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در حال حاضر با توجه به کاهش نرخ مرگ و میر ناشی از این نوع سرطان و افزایش تعداد بازماندگان جوان آن به پژوهش‌های بیش‌تری درباره این بیماری و پی‌آمدهای روان‌شناختی ناشی از آن در گروه‌های سنی جوان نیاز است.

به گزارش مؤسسه ملی سرطان (۲۰۱۲) در بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۹، از هر ۱۰۰۰۰۰ زن ۱۲۴/۳ نفر به سرطان پستان مبتلا شده‌اند (۲۰۰۰). اروپا و شمال آمریکا از مکان‌های پرخطر و آفریقا و آسیا به طور نسبی از مکان‌های کم‌خطر این بیماری محسوب می‌شوند؛ با وجود این سرطان پستان اکنون در مکان‌های کم‌خطر نیز به سرعت در حال افزایش می‌باشد (نیکسون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از شکوهی، ۱۳۸۱). بر اساس گزارش آژانس بین‌المللی پژوهش در سرطان<sup>۴</sup> (۲۰۱۲)، در سال ۲۰۰۸ سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان ایران بوده، و

---

1 . Cancer

2 . Breast Cancer

3 . Nickson

4 . International Agency for Research on Cancer

شیوع پنج ساله‌ی آن در کشور ما ۵۶/۵ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر بوده است؛ هم‌چنین بیش‌ترین میزان بروز این بیماری در سنین ۳۵-۴۴ سالگی گزارش شده که ۱۰ سال پایین‌تر از سن گزارش شده در سایر کشورهاست..

فرایند سازگاری با تشخیص و درمان سرطان پستان امری پیچیده است (برنن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱) و تحت تأثیر عوامل متعددی قرار داشته (ونزل و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از موریرا و کاناوارو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰)، می‌تواند در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر منفی چشم‌گیری بر کیفیت زندگی و عزت نفس زنان داشته باشند (وجتینا، زیسینسکا، استاویارسکا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

سرطان پستان تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی بر زندگی بیمار و خانواده‌ی وی می‌گذارد و پاسخ به آن به مواردی از جمله بیمار و ساختار روان‌شناختی وی، خانواده و محیط اجتماعی، ناتوانی‌ها و بدشکلی‌های ایجادشده بستگی دارد و می‌تواند بر تمام سطوح فعالیت‌های وی اثر بگذارد (لاکمن و سورنسن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). یکی از مضطرب‌کننده‌ترین جنبه‌های این بیماری، که به نظر می‌رسد نقش مهمی در سازگاری بیمار ایفا کند، تغییرات تصویر تن<sup>۶</sup>، نظیر قطع پستان، است (دفرانک و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷؛ هلمز و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷؛ هاپ وود و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از موریرا و کاناوارو، ۲۰۱۰)، که بیماران اغلب به نسبت سایر علائم ثانویه درمان دشوارتر با آن کنار می‌آیند (وایت<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰). ماستکتومی (جراحی)<sup>۱۱</sup>، شیمی درمانی و پرتودرمانی، که در درمان سرطان پستان مورد استفاده قرار می‌گیرند، موجب ایجاد تنیدگی<sup>۱۲</sup> جسمانی و روانی شده که می‌تواند به تغییراتی اساسی در زندگی روزمره‌ی فرد منجر گردد. هم‌چنین ممکن است بیمار نقش اجتماعی خود را از دست داده و در معرض افزایش احتمال ابتلا به اختلال‌های روانی، خصوصاً افسردگی<sup>۱۳</sup> و اضطراب<sup>۱۴</sup> قرار گیرد (رضوی، دلوکس، دبریر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۲؛

---

1 . Brennan, J.

2 . Wenzel L.

3 . Moreira, H., & Canavarro, M. C.

4 . Wojtyna, E., Życińska, J. & Stawiarska, P.

5 . Luckman, J. & Sorensen, K. C.

6 . Body-Image

7 . DeFrank, J., Mehta, C., Stein, K., & Baker, F.

8 . Helms, R., O'Hea, E., & Corso, M.

9 . Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S.

10 . White, C.

11 . Mastectomy

12 . Stress

13 . Depression

14 . Anxiety

15 . Razavi, D., Delvaux, N., & de Brier, F.

تریاتوسکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از وجتینا و همکاران، ۲۰۰۶). برای برخی از افراد اضطراب مرتبط با سرطان بر تغییرات وابسته به ظاهری متمرکز است که دائماً بیماری را خاطر نشان می‌سازند. بخش کوچکی از بیماران خود را به خاطر جراحی ناشی از سرطان "ناکامل" می‌دانند، که این خود عاملی است که با افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی ارتباط دارد (وایت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). در سال‌های اخیر توجه بیشتری به موضوع تصویر تن در میان بیماران مبتلا به سرطان پستان مبذول شده است؛ با این وجود، پژوهش‌های اندکی نقش تصویر تن را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی کیفیت زندگی یا اضطراب هیجانی بررسی کرده‌اند، زیرا اکثراً آن را به‌عنوان یک مؤلفه‌ی کیفیت زندگی در نظر می‌گیرند، نه عامل خاصی که می‌تواند نشانه‌ی تفاوت‌های فردی در سازگاری با سرطان پستان باشد. با این وجود، علی‌رغم کم‌بود این دسته از پژوهش‌ها، شواهدی مبنی بر نقش مهم تصویر تن در عمل‌کرد روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان در دست است (موریرا و کانوارو، ۲۰۱۰). در حقیقت، همان‌طور که سال‌ها پیش ویلیام جیمز (۱۹۸۰) ابراز نمود، توجه به جنبه‌ی خاصی از خود می‌تواند در صورتی که آن جنبه مورد تهدید قرار گیرد موجب آسیب‌پذیری نسبت به اضطراب گردد (پترونیس، کارور، آنتونی، و وایس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳) و چنین اضطرابی می‌تواند آسیب‌پذیری خاموش نسبت به اختلال‌های روان‌شناختی را شعله‌ور سازد.

این فشارها گاه به اختلالات خلقی تبدیل می‌شوند؛ یعنی گروه وسیعی از اختلالاتی که خلق بیمارگونه و آشفتگی‌های مرتبط با آن نمای غالب آن‌ها را تشکیل می‌دهد. اختلالات خلقی سندرم‌هایی مشخص تلقی می‌شوند (و نه بیماری‌های مشخص) که از یک سلسله نشانه‌ها و علائمی تشکیل شده‌اند که هفته‌ها تا ماه‌ها دوام یافته، کاملاً با کارکرد عادی شخص متفاوت بوده، و به عود چرخشی یا دوره‌ای متمایلند. افرادی که خلق پایین دارند، با کاهش علاقه و انرژی، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی، و افکار خودکشی قابل تشخیص هستند. سایر علائم و نشانه‌های این گروه از اختلالات عبارتند از تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و اعمال نباتی (شامل خواب، اشتها، فعالیت جنسی و سایر ریتم‌های بیولوژیکی). این اختلالات عملاً همیشه منجر به اختلال در عمل‌کرد شغلی، روابط اجتماعی و روابط بین‌فردی می‌گردند (سادوک و سادوک<sup>۴</sup>، ۱۳۸۴).

---

1. Trzebiatowska, I.

2. White, C.

3. Petronis, V., Carver, C., Antoni, M., & Weiss, S.

4. Sadock, B. J.



افسردگی تجربه‌ای رایج در بیماران سرطانی است (آیزز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ نیوپرت و نمروف<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸). افسردگی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان‌هاست (وزیری یزدی، دهستانی، و سلطانی گردفرامری، ۱۳۸۶؛ به نقل از رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸). پژوهش‌های زمینه‌یابی و بالینی نشان داده‌اند که تقریباً ۲۵٪ بیماران سرطانی، به افسردگی اساسی مبتلا هستند (ماسی و هولاند<sup>۳</sup>، ۱۹۸۷؛ به نقل از رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸). عوامل جسمی نظیر اثرات مستقیم درمان‌های شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، و داروهای خاصی نظیر استروئیدها، افزایش درد که غالباً وضعیت بسیار شدید بیماری را منعکس می‌کند، کاهش کلی تن‌درستی جسمی، و نیاز برای ادامه‌ی درمان فعلی در افزایش خطر ابتلا به اختلال افسردگی در بیماران سرطانی نقش دارند (نیوپرت و نمروف، ۱۹۹۸؛ به نقل از رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸). اضطراب نیز می‌تواند همانند افسردگی در بیماران سرطانی در طیفی از حالت بهنجار تا سطوح بالینی متفاوت باشد. تجربه‌ی سرطان می‌تواند تجارب منفی بی‌شماری نظیر اضطراب عمل‌کردی (رهاسازی شغل و امور خانه‌داری به‌دلیل بیماری)، اضطراب پزشکی (ترس از درمان‌ها و یا سوزن‌های دردناک) و اضطراب و نگرانی‌های وجودی (عدم اطمینان در مورد وضعیت سلامتی و بقا) را راه‌اندازی نماید (بایر و پاهریا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸). به‌علاوه، درمان‌های سرطان می‌توانند اضطراب را برانگیزند و ممکن است در مرگ و میر روان‌شناختی بیمار سرطانی نقش داشته باشند.

به‌طورکلی توانایی بالقوه‌ی روان‌درمانی گروهی برای بیماران سرطانی در سه زمینه است: الف) روان‌درمانی گروهی محیطی را فراهم می‌سازد که در آن بیمارانی با تجارب مشابه می‌توانند برای یکدیگر حمایت عاطفی فراهم سازند؛ ب) از لحاظ هزینه برای بیماران به‌صرفه است؛ ج) از لحاظ زمان برای متخصصان روان‌شناسی بالینی سلامت کارآمد است (رحیمیان بوگر، ۱۳۸۸). به‌دلیل شیوع فزاینده‌ی اختلالات خلقی، به‌ویژه اضطراب و افسردگی، و باتوجه به محدودیت‌های روان‌درمانی فردی، از جمله هزینه‌ی بالا، کم‌بود روان‌درمان‌گران با کفایت و آموزش‌دیده و هم‌چنین میزان مورد نیاز برای درمان، و هم‌چنین با درنظرگرفتن مزیت‌های دیگر روان‌درمانی گروهی، نظیر پیوستگی گروهی، بینش و یادگیری ناشی از تعامل، عمومیت به معنی داشتن درد مشترک و تسهیل تخلیه-

---

1. Ayers, S.

2. Newport, D. J., & Nemeroff, C. B.

3. Massie, M. J., & Holh, J.

4. Boyer, B. A., & Paharia, M. I.

ی هیجانی، رویکرد درمانی خاص به صورت گروهی در مورد مراجعان به کار گرفته می‌شود (صاحبی و جمعه پور، ۱۳۸۱).

هدف کلی گروه‌درمانی افزایش آگاهی افراد از خود و دیگران، و کمک به آن‌ها در جهت روشن ساختن تغییراتی که در زندگی مایل‌اند به آن‌ها دست یابند و فراهم آوردن ابزارهای لازم برای انجام این تغییرات است؛ هم‌چنین گروه به مراجعین کمک می‌کند تا بتوانند احساس‌های خود را شناسایی و تجربه کرده (تخلیه‌ی هیجانی)، شیوه‌های تأثیر پیش‌فرض‌هایشان بر نحوه‌ی احساس و رفتارهای خود را درک نموده (روش‌های شناختی) و برنامه‌ی رفتاری جایگزین دیگری را تجربه نمایند (کری و کری<sup>۱</sup>، ۱۳۸۲). پذیرش گروهی احساس تنهایی و سرخوردگی فرد را کاهش می‌دهد (احمدی، ۱۳۷۹؛ به نقل از امیرپور، ۱۳۸۲).

متناسب با سبب‌شناسی مشکلات روانی شیوه‌های گروه‌درمانی گوناگونی پیشنهاد می‌شود؛ یکی از این رویکردها روان‌درمانی اصالت وجود است. این رویکرد نوعی شیوه‌ی درمانی است که بر پایه‌ی فلسفه قرار دارد. این شیوه‌ی درمان بر ابعاد بین‌فردی و فرافردی انسان تمرکز می‌کند، و به‌گونه‌ای سعی دارد جهان‌بینی فرد را مورد پرسش قرار داده و به آن دست یابد. دست‌یابی به چنین هدفی نیازمند تمرکز بر روشن‌گری و فهم عقاید و ارزش‌های شخصی و آشکارسازی مکنونات و ناگفته‌هاست. این رویکرد درمانی درصدد است فرد را قادر سازد که آگاهانه‌تر، باصالت‌تر و هدف‌مندانه‌تر زندگی کرده و بتواند محدودیت‌ها و تضادهای وجود انسان را بپذیرد. چهار مقوله‌ی اساسی که در این رویکرد مورد توجه قرار می‌گیرند عبارتند از مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی (یالوم<sup>۲</sup>، ۱۹۸۰؛ به‌نقل از گارو و واکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). گروه‌درمانی به سبک اصالت وجود، کمک می‌کند تا افراد معنای زندگی خود را دریابند، حمایت اجتماعی را تسهیل می‌کند و در نتیجه انطباق یافتن با مسائلی هم‌چون سوگ، فقدان، بیماری‌های مزمن و نهایتاً مرگ را بهبود می‌بخشد. نظریه‌پردازان اصالت وجود، مرگ را به‌عنوان لازمه‌ی کشف معنا و هدف زندگی تلقی می‌کنند. شناخت مرگ، دیدگاهی در مورد زندگی ایجاد کرده و به شخص کمک می‌کند تا اصیل‌تر زندگی نماید. انتظار مرگ، اشخاص را برمی‌انگیزاند تا مسئولیت پذیر بوده، نسبت به فرصت‌هایی که

---

<sup>1</sup> . Corey, M. Sch.

<sup>2</sup> . Yalom, E.

<sup>3</sup> . Garrow, S. & Walker, J.

زندگی به آن‌ها می‌دهد واکنش مثبت نشان دهند (هایدگر<sup>۱</sup>، ۱۹۶۲؛ تورمر، ۱۹۹۲؛ یالوم، ۱۹۸۰؛ به نقل از گارو و واکر، ۲۰۰۱).

واقعیت‌درمانی نیز از درمان‌های مؤثری می‌باشد که اثربخشی آن در گروه‌های جمعیتی گوناگون به اثبات رسیده است. گلاسر<sup>۲</sup>، بنیان‌گذار این رویکرد، معتقد است هر فردی هویتی دارد که به وسیله‌ی آن احساس موفقیت و یا عدم موفقیت نسبی می‌کند. وی هویت را آن تصویری می‌داند که فرد از خود دارد. آغاز هویت تمام افراد هویت توفیق است؛ اما مقارن با سن ۴ یا ۵ سالگی، که هم‌زمان با سن مدرسه رفتن است، هویت شکست هم ظاهر می‌گردد، زیرا در این سن است که فرد به ایجاد و توسعه‌ی مهارت‌های اجتماعی، گویایی، عقلانی و تفکر می‌پردازد و اگر نتواند ارزیابی درستی از خود داشته باشد و فقط به ارزیابی دیگران توجه کند هویت شکست در او شکل می‌گیرد (ادبی، ۱۳۷۹؛ به نقل از امانلو، ۱۳۸۷). در واقعیت‌درمانی بر روی ۵ مفهوم اصلی بحث می‌شود: نیازهای اساسی، کنترل، مسئولیت‌پذیری، رفتار کلی و انتخاب. یکی از مؤلفه‌های رویکرد واقعیت‌درمانی، کنترل است که گلاسر، تحت عنوان نظریه‌ی کنترل، آن را چنین توضیح می‌دهد: مردم دارای دو نوع روان‌شناسی هستند: ۱- روان‌شناسی کنترل بیرونی<sup>۳</sup> ۲- روان‌شناسی کنترل درونی<sup>۴</sup>. فرض اصلی کنترل بیرونی این است که چنان‌چه ما احساس ناخرسندی داشته باشیم، خود مسئول این احساس نبوده، بلکه یا دیگران و حوادث خارج از کنترل ما هستند که مقصرند و یا این که مغز ما از لحاظ ساختار شیمیایی به گونه‌ای است که بدون این که ما بخواهیم، این مشکل را ایجاد می‌نماید (گلاسر، ۱۳۸۳). گلاسر در خلاصه‌بندی نظریه‌ی کنترل می‌گوید: انسان‌ها همیشه به- نحوی رفتار می‌کنند که دنیا، و خودشان را به‌عنوان بخشی از دنیا، کنترل کنند تا نیازهای اصلی‌شان را که شامل: نیاز به بقا، آزادی، عشق، تفریح و قدرت است، حفظ نمایند (شارف<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). در همین راستا وی عنوان می‌کند که در هر ارتباطی از هر نوع و شکلی، هر کسی صرفاً می‌تواند خود را تغییر دهد (کنترل درونی<sup>۶</sup>) و نه کس دیگر را (کنترل بیرونی<sup>۷</sup>). بنابراین برای رسیدن به موفقیت باید دست از کنترل بیرونی برداریم. از دیگر مؤلفه‌های مطرح‌شده در این رویکرد، مسئولیت‌پذیری است. گلاسر معتقد است مسئولیت همان انتخاب بوده و هر کسی

---

1 . Heidegger, M.

2 . Glasser, W.

3 . External Control Psychology

4 . Internal Control Psychology

5 . Sharf

6 . Internal Control

7 . External Control

می‌تواند از مسئولیت برداشتی داشته باشد، اما نمی‌شود صادقانه گفت که به‌هنگام انتخاب نسبت به آن چه انتخاب کرده‌ایم، مسئولیتی نداریم. رفتار نیز مؤلفه‌ای از رویکرد واقعیت‌درمانی است که در آن بر تغییر زندگی از طریق تغییر رفتار تأکید می‌شود و بیماران باید تشخیص دهند که چه رفتارهایی برای آن‌ها مؤثر و چه رفتارهایی زیان‌بخش است؛ این امر به‌معنای کشف کلیت رفتار می‌باشد.

با توجه به این که عوامل بسیاری، نظیر عوامل مرتبط با بیماری و خصوصیات فردی، ممکن است با آشفتگی در بیماران سرطانی همراه باشد، در این زمینه فرصت‌های بسیاری برای روان‌شناسان بالینی سلامت به منظور ارائه مداخلات درمانی وجود دارد. از آن جا که موارد متعددی وجود دارند که نشان می‌دهند چگونه افسردگی، اضطراب و رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی با تغییر دستگاه ایمنی بدن در افراد مربوط هستند، و تغییر تصویر تن نیز می‌تواند به این مشکلات روان‌شناختی منجر گردد، و نیز به این خاطر که اکثر بیماران سرطانی با ترس از مرگ و سردرگمی در کنار آمدن با بیماری و پذیرش آن درگیر بوده و هستند، به نظر می‌رسد گروه‌درمانی‌های اصالت وجودی و واقعیت‌درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی، تنیدگی و حل مشکل تصویر تن مبتلایان به سرطان پستانی که تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته‌اند مؤثر واقع شوند و این دسته از بیماران را در کنار آمدن با شرایط ایجاد شده در اثر بیماری یاری دهند.

## اهمیت و ضرورت پژوهش

همان‌طور که اشاره شد امروزه، سرطان مسئول یک مورد از هر هشت مورد مرگ در سرتاسر جهان شناخته شده که این تعداد بیش‌تر از مجموع مرگ و میرهای ناشی از ایدز، سل و مالاریا می‌باشد (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۲). از طرفی طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۱) سرطان در ایران نیز به عنوان چهارمین عامل مرگ و میر شناخته شده است. در بین انواع سرطان، سرطان پستان شایع‌ترین نوع در زنان می‌باشد؛ آمارهای موجود نشان می‌دهند خطر ابتلا به سرطان پستان در زنان ۱ به ۸ است (مؤسسه‌ی ملی سرطان، ۲۰۰۰). بر اساس گزارش آژانس بین‌المللی پژوهش در سرطان (۲۰۱۲)، در سال ۲۰۰۸ سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان ایران بوده، و شیوع پنج ساله‌ی آن در کشور ما ۵۶/۵ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر بوده است؛ هم-