

## اثر بخشی معنا درمانی به شیوه ی گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه

هاجر گرمی<sup>۱</sup>، دکتر عبدالله شفیع آبادی<sup>۲</sup>  
و دکتر باقر ثنائی ذاکر<sup>۳</sup>

هدف پژوهش حاضر، اثر بخشی معنا درمانی به شیوه ی گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. برای این منظور ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به سرطان سینه که تحت شیمی درمانی در بیمارستان رسول اکرم رشت قرار داشتند، به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل کاربندی شدند، سپس گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای مشاوره ی گروهی به شیوه ی معنا درمانی قرار گرفتند. مقایسه ی نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروهها نشان داد که معنا درمانی به شیوه ی گروهی سبب کاهش اختلالات روانی از جمله شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی شده است.

**واژه های کلیدی:** معنا درمانی، سرطان سینه، مشکلات روانی

### مقدمه

سرطان، دومین عامل برجسته ی مرگ در کشورهای توسعه یافته و مسوول یک پنجم مرگ و میرهاست (فوبایر و کروبا<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲). بیماریهای سرطانی و بخصوص سرطان سینه در زنان به طور چشمگیری رو به گسترش است. از طرفی رابطه ی تنگاتنگی میان حالات روان شناختی و سرطان وجود دارد. با توجه به اینکه هر گونه تغییری در زندگی انسان، با استرس همراه است، تشخیص سرطان نیز استرس های منحصر به خود دارد. از جمله پیامدهای تشخیص این بیماری می تواند بروز عصبانیت، خشم، افسردگی، احساس تنهایی، پوچی، بی معنایی، حسادت، کینه توزی و همانند آنها

۱. کارشناس ارشد مشاوره ی دانشگاه خاتم ebrahim.shamskar@gmail.com

۲. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۳. هیات علمی دانشگاه تربیت معلم

باشد (نصری، ۱۳۷۲؛ خسروی، ۱۳۷۴). بعضی شواهد حاکی از آن است که استرس، در شروع و پیشرفت سرطان نقش دارد. نتایج تعدادی از بررسی‌ها نشان می‌دهد که بروز بعضی از انواع سرطاناتها در کودکان و بزرگسالان با میزان استرسی که به آنها وارد شده، مرتبط است (بلینی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵). هر چند اثبات اینکه فشار روانی موجب سرطان می‌شود غیر ممکن است با این حال، حالت‌های روان شناختی می‌تواند بر بیماری جسمانی تاثیر بگذارد. درواقع، زنجیره‌ای از رویدادها وجود دارد که می‌تواند از ضایعه‌ی جزئی به سرطان بیانجامد (سلیگمن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۴).

احتمال بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است. براساس تحقیقات انجام شده ۸۰٪ از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی و اضطراب فوق‌العاده‌ای در مراحل اولیه‌ی معالجات خود رنج می‌برند. از طریق روان‌درمانی، می‌توان این عوارض را به حداقل رساند و با کمک به بیمار نظام ایمنی بدن وی را نیز تقویت کرد (اسپیگل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳).

نقش حمایت اجتماعی (کوهن و مک‌کی<sup>۴</sup>، ۱۹۸۴) و وجود ویژگی‌های شخصیتی مستعد (رایم<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۹) در کنار توانایی و کارایی درمان‌های روان‌شناختی، در کاهش علائم روانی (الیوت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) موضوعی است که باید در رابطه با بیماری‌هایی مانند سرطان که پی‌آمدهای مستقیم و غیرمستقیم روان‌شناختی دارد، مد نظر قرار گیرد. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه و اطلاعات گردآوری شده، مداخلات روان‌شناختی در این بیماری می‌تواند سبب بهبود علائم ثانویه‌ی وابسته به بیماری و حتی کمک به درمان‌های زیستی افراد باشد. در راستای مداخلات روان‌شناختی، معنادرمانی گروهی دنیای کوچکی از دنیای واقعی است که در آن اعضا با هدف کشف خودشان به عنوان اینکه علایق وجودی مشترک دارند، شرکت می‌کنند. این روش یک سفر خوداکتشافی است که برای کسب توانایی بودن با خود حقیقی، گسترش دید نسبت به خود و دنیای اطراف و روشن‌سازی آنچه که به زندگی فعلی و آینده معنی می‌دهد صورت می‌پذیرد. در این گروه، افراد احساس می‌کنند به طور عمیقی می‌توانند در راه‌های معنادار زندگی با هم باشند (کوری<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵).

روان‌درمانی وجودی، رویکردی فلسفی است که با انسان و دنیای او سر و کار دارد. این رویکرد نوعی نگرش نسبت به تعدادی از مفاهیم است مانند زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه و انزوا

1. Blaney  
2. Seligman

3. Spiegel  
4. Cohen & Mckay

5. Rime  
6. Elliot

7. Corey

بودن و نبودن، گزینش آزادانه، آگاهی و مسوول شدن نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره ای از زندگی که با مرگ نزدیک روبروست (بریتبارت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) از این رو می توان به بهترین وضع، از آن برای پیشبرد اهداف مداخله استفاده کرد. از نظر فرانکل<sup>۲</sup> (۱۹۶۵) سرنوشت، مانند مرگ قسمتی از زندگی و چیزی است که خارج از حوزه ی قدرت آدمی و مسوولیت اوست. از نگاه معنا درمانی، مرگ چهره ی زندگی را بی معنا نمی کند بلکه موقتی بودن زندگی آن را پر معنا می سازد و مسوولیت آدمی را به او یادآوری می کند. انسان آزاد است تا در برابر سرنوشت و کرانمندی زندگی، موضع مناسب و شکوهمندی را با سربلندی اتخاذ کند، از کرانمندی زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی پا را فراتر بگذارد و در فضای بی کران بُعد خرد زاده قدم بگذارد (محمدپور، ۱۳۸۵). از آنجایی که معنادرمانی و شرکت در گروه برای ایجاد حس همدردی و جلوگیری از تنهایی در افراد موثر است، پژوهشگر درصدد است با به کار بردن تکنیک های این روش تاثیر آنها را در کاهش علائم روان شناختی افراد مبتلا، بررسی نماید.

## روش

### جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی مورد نظر این پژوهش، شامل زنان مبتلا به سرطان سینه است که در سنین بین ۴۵-۳۵ سال قرار دارند. از این جامعه ۲۴ آزمودنی به صورت در دسترس از بیمارستان تامین اجتماعی رسول اکرم رشت که تحت شیمی درمانی قرار داشتند به صورت داوطلبانه انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل کاربندی شدند.

## ابزار

سیاهه ی  $SCL-90-R$ : برای سنجش جنبه های اختلالات روانی، از آزمون  $SCL-90$  استفاده شده است. فرم اولیه ی این پرسشنامه توسط در اگوتیس و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۶۳) معرفی شد و براساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روانسنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه ضمن فراهم کردن نمره های دو شاخص علامت شناسی تک اختلالی یا شاخص ضریب ناراحتی و علامت شناسی کلی یا شاخص کلی علائم مرضی، وضعیت فرد را در ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس

1. Breitbart

2. Frank

3. Symptom checklist- 90. Revised

4. Derogotis

حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی، مورد سنجش قرار می دهد.

نتایج تمام ضرایب بدست آمده برای ۹ بعد، کاملاً رضایت بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۰/۹ و کمترین آن ها مربوط به روان پریشی با ۰/۷۷ بوده است. در زمینه ی اعتبار همزمان دراگو تیس- ریگلرزو راک<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) بیشترین همبستگی را در ترس مرضی با ۰/۳۶ گزارش کرده اند. در بررسی که در ایران جهت ارزیابی پایایی و اعتبار SCL-90-R صورت گرفته است، باقری یزدی (۱۳۷۲) این آزمون را روی بیش از ۲۵۰۰ آزمودنی بیمار روانی، معتاد و افراد سالم اجرا نموده و نتایج بسیار مشابهی با نتایج بدست آمده در ایالات متحده بدست آورده است. در این بررسی، پایایی تمام مقیاس ها به استثنای پرخاشگری، فوبیا و افکار پارانوئیدی بیشتر از ۰/۸ بوده و اعتبار سازه ی آن نشان دهنده ی این مطلب بود که آزمون فوق می تواند یک وسیله ی سرند خوب برای بیماران روانی از غیر روانی و تشخیص احتمالی باشد.

### شیوه ی اجرا

جلسات گروهی به صورت ده جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تنظیم شده بود که هفته ای یکبار برگزار می شد. خلاصه ی جلسات به شرح زیر است:

جلسه ی اول	تعیین هدف گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث در مورد بیماری (سرطان سینه) و ارایه ی منشور گروه و قرارداد درمانی
جلسه ی دوم	بیان مشکل، بحث در مورد بیماری (سرطان سینه) و بحث در مورد اثرات سرطان سینه بر ایجاد اختلالات روانی
جلسه ی سوم	معنایابی و گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی و مسوولیت پذیری
جلسه ی چهارم	تغییر نگرشها و گرفتن معنا از طریق راههای کشف معنا
جلسه ی پنجم	گرفتن معنا از خلق ارزشها و مسوولیت
جلسه ی ششم	گرفتن معنا از میان تجربه ی ارزشها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها
جلسه ی هفتم	معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسوولیت
جلسه ی هشتم	مسوولیت، خود حمایتی، علاقه ی اجتماعی و غلبه بر یاس
جلسه ی نهم	حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام مانند برای تعامل اعضا، حمایت عاطفی اعضا با یکدیگر و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر
جلسه ی دهم	خلاصه و جمع بندی جلسات و اختتام، صحبت در مورد آموخته های خود در گروه

## یافته ها

در جدول ۱ نتایج مقایسه ی نمرات آزمودنی های گروه آزمایشی و کنترل در پیش تست و پس تست ارایه شده است و با توجه به مواردی که سطح F لون معنادار بود؛ یعنی واریانس ها یکسان نبودند، روش t را تغییر داده ایم.

جدول ۱: نتایج مقایسه ی میانگین های گروه آزمایشی و گواه

آلفا	t	معناداری	F لون	
۰/۰۰۱	۷/۸۸	۰/۹۴	۰/۰۰۵	شکایت جسمانی
۰/۰۰۱	۸/۴۳	۰/۰۰۳	۱۰/۷۷	حساسیت در روابط فردی
۰/۰۰۱	۱۰/۸۴	۰/۵۵	۰/۳۶	افسردگی
۰/۰۰۱	۱۳/۳۴	۰/۳۳	۰/۹۵	اضطراب
۰/۰۰۱	۱۰/۱۹	۰/۵۷	۰/۳۲	پرخاشگری
۰/۰۰۱	۵/۹۸	۰/۰۴	۴/۴۵	ترس مرضی

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، میزان شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی، در گروه آزمایشی؛ یعنی گروهی که در جلسات گروه درمانی شرکت کرده بودند با نمرات گروه کنترل، تفاوت معناداری نشان می دهد و در تمام موارد گفته شده کاهش پیدا کرده است.

## بحث و نتیجه گیری

گرچه هنوز به صورت قطعی نمی توان اظهار نظر کرد اما پژوهش های مورد بررسی، این مطلب را تایید می کند که عوامل روان شناختی، نقش مهمی در بروز سرطان، ایفا می نماید. پژوهشهای مربوط به انسان در واقع شواهدی را آشکار می سازد، مبنی بر اینکه هم متغیرهای شخصیتی و هم رویدادهای زندگی، احتمالاً آسیب پذیری نسبت به سرطان را افزایش می دهند. با در نظر گرفتن شواهد مربوط به تاثیر مداخلات روان شناختی در کاهش علائم و مشکلات روانی در تبیین این یافته، می توان گفت هنگامی که افراد با کابوس سرطان مواجه می شوند، احساس می کنند که زندگی شان دچار خلا شده و بلافاصله در مورد معنای کار، عشق، مرگ و زندگی دچار تردید می شوند. اینجاست که درمان مبتنی بر معنی برای کسانی که با ناکامی وجودی یا ناتوانی در یافتن

«دلیلی برای زندگی کردن» روبه رو شده اند، مفید واقع می شود. در این درمان، درمانجویان به وسیله ی مواجه شدن با هر شکلی از نیستی، می توانند از معنی زندگی آگاه شوند. در این درمان مرگ به صورت نفی هستی دیده می شود که مسوولیت برای اقدام را نیز به ارمغان می آورد زیرا اگر زندگی بی نهایت بود، تصمیمات می توانستند به طور نامحدودی به تعویق بیفتند. معنی زندگی امری انتزاعی نیست و افرادی که مدام از خود می پرسند «زندگی چه معنایی دارد؟» باید متوجه باشند که این، زندگی است که از ما می پرسد، چه معنایی به هستی خود می دهیم. ما صرفاً با مسوول بودن، می توانیم به زندگی پاسخ دهیم. ما زمانی مسوولیت خود را می پذیریم که دستور بدون قید و شرط معنادرمانی را بپذیریم: «چنان زندگی کن که انگار اکنون بار دوم است که زندگی می کنی و انگار بار اول، همان اشتباهی را مرتکب شده ای که اکنون قرار است مرتکب شوی» (فرانکل، ۱۹۶۳). اگر با چنین آگاهی عمیق و با چنین مسوولیتی، با هر لحظه ی زندگی مواجه شویم، می توانیم برای زندگی معنایی بیابیم که در این لحظه ی خاص از زندگیمان، منحصر به خود ماست (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹).

یافته های این پژوهش نشان داد که روش مشاوره ی گروهی به شیوه ی معنا درمانی باعث کاهش شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی در بیماران مبتلا به سرطان سینه می شود. این یافته با کارهای سیمونتن و همکاران (۱۹۸۰) هراسی (۱۳۸۱) برآبادی (۱۳۸۳) سیف الهی (۱۳۸۵) رودینی (۱۳۸۵) کارسون (۲۰۰۰) و بلر (۲۰۰۴) همخوانی دارد.

### منابع

- باقری یزدی، س.ع. (۱۳۷۲). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، انستیتو روانپزشکی تهران.
- برآبادی، حامد (۱۳۸۳). بررسی اثر بخشی روان درمانی حمایتی در کاهش اختلالات روانی بیماران سرطانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- پروچاسکا، ج.، و نورکراس، ج.س. (۱۹۹۹). نظریه های روان درمانی. ترجمه ی سید یحیی سید محمدی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات رشد.
- خسروی، ز. (۱۳۷۴). روان درمانی داغدیدگی. تهران، انتشارات نقش هستی.

رودینی، بلقیس، (۱۳۸۶). بررسی سودمندی معنادرمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان دچار به ویروس کاهش ایمنی انسان (ویکا/ HIV) بیماری اکتسابی کاهش ایمنی (باکس/ AIDS). پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، چاپ نشده، تهران، دانشگاه خاتم.

سلیگمن، ا. (۱۹۸۴). آسیب شناسی روانی، ترجمه ی یحیی سید محمدی، (۱۳۸۴). تهران: انتشارات ساوالان.

سیف الهی، تکتیم، (۱۳۸۵). بررسی اثر روان درمانی شناختی به شیوه گروهی در کاهش اختلالات روانی افراد مبتلا به سرطان سینه. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، چاپ نشده، تهران، دانشگاه خاتم.

محمدپور، احمدرضا، (۱۳۸۵). ویکتور فرانکل بنیانگذار معنادرمانی، نشر دانژه.

نصری، ص، (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی مداخلات رفتاری- شناختی در کاهش اثرات جانبی روان شناختی شیمی درمانی در بیماران سرطانی و بهبود شیوه های مقابله با آن. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، انستیتو روانپزشکی تهران.

هراسی، ناهید، (۱۳۸۱). بررسی تاثیر روان درمانی گروهی بر کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه، پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه الزهرا.

Blair, R. G. (2004). Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of mental Health counseling*. 26, 333-347.

Blaney, P. H. (1985). Psychological considerations in cancer. No 12.

Breitbart, W., Gibson, C. H., Poppito, S. N., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life. 366-372.

Carson, V. B. (2000). *Mehtal Health Nursing*. (2<sup>nd</sup> ed). Pages: 401-402.

Cohen, S., & Mckay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hyupothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, J. E. singer & S. Taylor. (Eds). *Hand Book of Psychology and Health*. Vol 4, Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Corey, G. (1995). *Theory and practice in group counseling and therapy*. 4<sup>th</sup> ed. Ca: Brooks-Cole.

Derogotis, L. R., Richels, K., & Roch, A. (1976). The SCL-90-R and the MMPI. *British Journal of Psychiatry*, 128- 289.

Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experimental psychotheralies. In M. J. Lambert (Ed). *Beryin And Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: JW & S.

- Fobair, P. & Cordoba, C. S. (1982). Scope and magnitude of the cancer problem in psychosocial research. In J. Cohen, J. W. Cullen and L. R. Martin (Eds), *Psychosocial Aspects of Cancer*. New York: Raven Press.
- Frankl, V. (1965). *The doctor and the soul*. New York: Bantam Books. Vol52.
- Frankl, V. (1963). *Man's Search for meaning*. New York: WSP.
- Rime, B., Ucros, C. G., Besten, Y., & Jeanjean, M. (1989). Type A behavior pattern: specific coronary risk factor or general disease-prone condition, *British Journal of Medical Psychology*, 62, 229- 40.
- Simonton, R. (1980). *Hyphotherapy & the pain.*, Sage publication. pages81-100.
- Spiegl, D. (1993). Breast cancer patient who get group therapy, *Journal of Psychology*, 102: 11-22.