مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال ششم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۲

اثر بخشی رویکرد واقعیت درمانی بر امید افزایی بیماران سرطان پستان داکتال مرحله دو

پگاه عبادی*:کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه علوم تحقیقات مرکزی، کارشناس مامایی

فرشاد بهاری: دکترای مشاوره، استادیار، مدیر گروه و هیات علمی دانشگاه علوم تحقیقات مرکزی

حمیدرضا میرزایی : انکولوژیست و رادیوتراپیست، دانشیار،عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهدای تجریش

چکیده

مقدمه: امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی سراسر جهان محسوب می‌شود. از آن جایی که سرطان بر جنبه‌های روان شناختی فرد اثر می‌گذارد از یک سو، از عهده بیماری بر آمدن و نیز تلاش برای برگرداندن او به سبک سالم زندگی از سوی دیگر از نکات در خور توجه است.

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی رویکرد درمانی واقعیت درمانی بر افزایش امید بیماران سرطان پستان داکتال مرحله دو است. نوع مطالعه از نوع شبه آزمایشی همراه با پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری شامل تمامی بیماران سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز تحقیقات سرطان بیمارستان شهدای تجریش است.

روش بررسی: تعداد ۶۰ نفر از بیماران سرطان پستان داکتال مرحله دو در این مرکز تحقیقات به صورت هدفمند بر اساس مقیاس سنجش امید در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه قرار داده شده‌اند. مقیاس سنجش امید ۱۲ سوالی اسنایدر با پایایی و روایی قابل قبول بوده است. متغیر مستقل واقعیت درمانی بوده است.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که رویکرد مشاوره‌ای فوق در افزایش امید بیماران سرطانی موثر بوده است.

نتیجه‌گیری: نظر به معنادار بودن اثربخشی این رویکرد در افزایش امید بیماران پیشنهاد می‌شود در راستای افزایش امید بیماران سرطانی برای پیگیری‌های درمانی، بازگشت به سبک زندگی سالم و عادی و برای بیماران درسنین باروری که تمایل به حفظ باروری با هدف امید افزایی و بازگشت به سبک زندگی سالم پیش از شروع درمان‌های سرطان از این رویکردها برای ارجاع به مراکز درمان باروری استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، مشاوره واقعیت درمانی، امید.

* نشانی نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات مرکزی، دپارتمان مشاوره و راهنمایی، پگاه عبادی.
نشانی الکترونیک: pegah.ebadi@gmail.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.2.5]

مقدمه

تشخیص سرطان با مجموعه‌ای از احساسات مشتمل بر ناباوری، ترس، افسردگی، احساس سوال برانگیزی از خود، انکار، رفتارهای امتناع ورزی و بسیاری دیگر همراه است. این احساسات از یک سو و وضعیت نامطمئن بیمار در آینده از سوی دیگر در سبک زندگی سالم بیمار اختلال ایجاد می‌کند (۱). وقتی که زندگی در ترس و اضطراب می‌گذرد، مفید بودنش را از دست می‌دهد. خشم و حسادت بیماران سرطانی نیز ناشی از استرس و احساس بی‌لیاقتی است که همگی این شرایط با ناامیدی و از دست دادن کنترل منتهی می‌شود و می‌تواند آثار فیزیولوژیایی برجای گذارد. نداشتن امید، افسردگی، اضطراب و اختلال انطباقی می‌تواند اثر بسیاری روی کیفیت درمان بیمار مبتلا به سرطان داشته باشد و حتی روی پاسخ بیمار به شیمی‌درمانی و برخوردی که با درد دارد اثرگذار است (۲). شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی سرطان سینه است و میزان مرگ و میر حاصل از آن نیز ۶۵ در ۱۰۰ هزار نفر است. این بیماری دومین سرطان شایع شناخته شده است، نزدیک به ۲۷ درصد کل سرطان‌های زنان را تشکیل می-دهد و ۵ درصد زنان در خطر ابتلا به این بیماری قرار دارند. سرطان سینه رشد مهار ناشده سلول‌های غیرطبیعی است که در نواحی مختلف سینه ایجاد می‌شود. این اتفاق ممکن است در نواحی مختلف مانند مجاری که شیر را انتقال می‌دهند، در بافت تولیدکننده شیر یا در بافت غیرغددی رخ دهد.

سرطان پستان رشد مهار ناشده سلول‌های غیر طبیعی است که در نواحی مختلف پستان ایجاد می‌شود. این اتفاق ممکن است در نواحی مختلف مانند مجاری که شیر را انتقال می‌دهند، در بافت تولیدکننده شیر و یا در بافت غیر غددی رخ دهد. این سرطان اغلب اوقات به صورت یک توده بدون درد یا به صورت سفتی در قسمت‌های فوقانی و خارجی پستان شروع می شود و به طور کلی می‌تواند در هر جایی جمله نوک پستان ایجاد شود. سرطان‌های پستان ممکن است به غدد لنفاوی ناحیه گودی زیر بغل و بعد از آن به سرتاسر بدن گسترش یابد.

دو نوع مرحله بندی برای سرطان پستان وجود دارد. اولین نوع، مرحله بندی بالینی است. در این نوع مرحله بندی از نتایج حاصل از آزمایشات انجام شده قبل از عمل جراحی استفاده می شود.از قبیل یک معاینه بالینی، رادیوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی (۳، ۴ و ۹).

دومین نوع، مرحله‌بندی پاتولوژیکی یا آسیب شناسی است که بر اساس اطلاعات موجود در طی عمل جراحی به علاوه نتایج آزمایشگاهی (آسیب شناسی) از بافت پستان و غدد لنفاوی که در حین عمل جراحی برداشته شده است، می‌باشد. به طور کلی، اهمیت مرحله پاتولوژیکی از مرحله بالینی بیشتر است: پزشکان مرحله سرطان را توسط ترکیب T، N و M مشخص می‌کنند گروه مطالعه در مرحله IIB قرار دارد: این مرحله شامل هر کدام از شرایط زیر است:

- تومور بزرگتر از ۲۰ میلی‌متر و کمتر از ۵۰ میلی متر است و به یک تا ۳ غده لنفاوی زیر بغلی منتشر شده است (M0 ،N1، T2).
- تومور بزرگتر از ۵۰ میلی‌متر است اما به غدد لنفاوی زیربغل منتشر نشده است (3 ، N0، M0).

از آن جایی که سرطان بر جنبه‌های روان شناختی فرد اثر می‌گذارد از عهده بیماری برآمدن و نیز تلاش برای برگرداندن او به سبک سالم زندگی از نکات در خور توجه است. بر اساس بیانیه سازمان جهانی بهداشت که در ۲۰۱۰ اعلام شده است (۵ و ۶): اهداف اولیه درمان سرطان عبارتند از معالجه، افزایش طول مدت زندگی و پیش برد کیفیت زندگی (۷). ازسوی دیگر، سازمان جهانی بهداشت سلامت را حالت رفاه کامل جسم، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری تعریف می‌کند. در تعریفی دیگر سلامتی را شیوه کنش‌ورزی وحدت یافته‌ای می‌دانند که هدفش به حداکثر رساندن توان فرد است. بر این اساس سلامتی در سه حوزه فردی، روانی و اجتماعی در نظرگرفته می‌شود همچنین ایروین در ۱۹۹۱، اسکین در ۱۹۹۴ و اسکوورد در ۱۹۹۵ نشان دادند که ۲۰ تا ۳۰٪ افراد مبتلا به سرطان پستان به علت عدم سازگاری با بیماری خود دچار مشکلات روانی شده و در زندگی خانوادگی خود احساس از هم گسیختگی می‌کنند.

بعضی شواهد حاکی از آن است که استرس، در شروع و پیشرفت سرطان نقش دارد (۸). نتایج تعدادی از بررسی‌ها نشان می‌دهد که بروز بعضی از انواع سرطان‌ها، در کودکان و بزرگسالان با میزان استرسی که به آنها وارد شده، مرتبط است. عوامل روانی منفی می‌توانند چیرگی شایان توجهی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.2.5]

بر سیستم ایمنی بدن داشته باشند. حال روشن است که رابطه روان و سرطان به طور نظری اما به صورت قاطع و تاثیرگذار برقرار است؛ از طریق روان درمانی، می‌توان این عوارض را به حداقل رساند و با کمک به بیمار نظام ایمنی بدن وی را نیز تقویت کرد. بنابراین بر طرف کردن استرس‌ها و اضطراب‌ها از طریق ارتقای امید به زندگی در بیماران سرطانی از اهداف و موضوعات بسیار مهم در این حوزه است (۹).

امید درمانی اساساً حال محور و آینده‌مدار است و به مراجع کمک می‌کند تا با نگاهی به اهداف آینده بررسی کند درحال حاضر چه چیزی در جریان است. ارزش امید به قدرتی است که در آینده نهفته است. طبق این مفهوم سازی، هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند امید و ناامیدی هستند. امید با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسأله گشایی همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش‌بینی می‌کند. در این تحقیق در صدد برآمدیم که با انجام فن درمانی مشاوره‌ای واقعیت درمانی گلاسر از طریق افزایش امید، بیماران را به زندگی طبیعی و سبک سالم باز گردانیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه و به صورت جایگزینی تصادفی است. در این طرح، آزمودنی‌ها قبل از اعمال متغیر مستقل اندازه‌گیری شدند (پیش آزمون) و بعد از اعمال متغیرهای مستقل مجددا آزمودنی‌ها توسط ابزار پژوهش مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند (پس آزمون).

جامعه مادر شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مرکز تحقیقات سرطان بیمارستان شهدای تجریش بود که از نظر آسیب شناسی سرطان پستان در درجه دوم سرطان پستان داکتال مرحله دو قرار داشتند و براساس مقیاس سنجش امید اسنایدر نمره آنها پایین‌تر از ۲۴ به دست آمد. در این مطالعه نمونه‌گیری هدفمند بوده است. بدین صورت که در تمام جامعه آماری، مقیاس سنجش امید اسنایدر اجرا شد. از تعداد ۸۵ نفر از بیماران جامعه آماری، ۶۰ نفر با نمره امید کم‌تر از ۲۴ انتخاب شدند و به صورت تصادفیِ ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه ۳۰ نفری- یک گروه برای اجرای مشاوره واقعیت درمانی و گروه دیگر به عنوان گواه (کنترل) بدون مداخله مشاوره‌ای- قرار گرفتند.

طرح پژوهش (براساس طرح های پژوهشی علوم رفتاری) (۱۰)

RE ……..T1……X1……T1'
Rc……Tc ……..__….....Tc'
3 T1 و۲ و, C پیش آزمون امید اسنایدر

T1پس آزمون امید اسنایدر.
RE, C گروه‌های آزمایشی به صورت نمونه‌گیری تصادفی و گروه کنترل.
X1 (مشاوره‌ای واقعیت درمانی).

در این پژوهش برای نمونه‌گیری فرایندهای زیر انجام گرفت: در زمان ملاقات با بیمار، پزشک انکولوژیست که راهنمایی این پژوهش را بر عهده داشتند به هر بیمار مراجعه کننده در مورد این مشاوره اطلاعات اولیه داده می‌شد و در صورت کسب رضایت برای درج رضایت نامه و انجام فرایند پیش آزمون به محقق ارجاع داده می‌شدند.

بعد از اخذ رضایت نامه از سوی محقق برای شروع فرایند پیش آزمون و مشاوره رابطه حسنه مشاوره‌ای برقرار گردید و پیش آزمون که در مقیاس سنجش امید اسنایدر دوازده سوالی بود به مراجعان داده شد.

بعد از انجام پیش آزمون تعداد ۶۰ نفر که در آزمون نمره‌های زیر ۲۴ داشتند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه پژوهشی هر کدام ۳۰ نفره برای انجام مشاوره واقعیت درمانی و هم چنین یک گروه ۳۰ نفری شاهد قرار گرفتند. متغیر مستقل به صورت تصادفی برای این گروه‌ها تعیین شدند. تعداد ۲۵ نفر که نمرات امید بالاتر از ۲۴ داشتند از گروه مطالعه خارج شدند.

پرسشنامه یکی از متداول‌ترین ابزارهای تحقیق است که در بیشتر پژوهش‌های علوم رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. مقیاس سنجش امید توسط اسنایدر و همکاران در ۱۹۹۱ برای سنجش امید کلی ساخته شد، این مقیاس دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. مقیاس ۱۲ سؤالی امید برای سنین ۱۵ سال به

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.2.5]

بالا طراحی شده است و شامل دو خرده مقیاس: تفکر رهیاب (برنامه‌ریزی) و تفکر پایورانه (اراده و عاملیت) می‌باشد و مدت زمان کوتاهی (حدود ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ دادن به هر سؤال، پیوستاری از ۱= کاملا غلط تا ۴ = کاملا درست در نظر گرفته شده است. سؤالات ۳، ۵، ۷ و۱۱ نمره‌گذاری نمی‌شوند و انحرافی‌اند. سؤالات ۴، ۱، ۶، ۸ مربوط به خرده مقیاس تفکر رهیاب و سؤالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲مربوط به خرده مقیاس تفکر پایورانه است. نمره امید حاصل جمع این دو خرده مقیاس است. بنابراین، مجموع نمرات می تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار می‌گیرد. چنان چه کسی نمره ۱۲ یا بیشتر را در ماده سوالات قدرت رهیابی کسب کند، ممکن است در اقدام کردن به سمت اهدافش مشکلاتی داشته باشد. یعنی می‌توان گفت که او ممکن است وقتی مشکلی پیش می‌آید، در حل آن گیر کند و قادر نباشد درباره راه حل‌ها بیاندیشد. از طرفی وقتی شخصی نمره‌اش بیش از ۱۲ در خرده مقیاس راهیابی و کمتر از ۹ در خرده مقیاس قدرت اراده است، ممکن است به دلیل دیگری توقف کرده باشد، یعنی او ممکن است عقاید و راه‌های زیادی برای رسیدن به اهدافش داشته باشد اما فاقد انرژی روانی برای اجرای طرح و نقشه‌هایش باشد. بنابراین برای تعیین نیمرخ مناسب باید سطح‌بندی زیر در مورد نمرات مورد بررسی قرار گیرد. مک درموت و اسنایدر مدعی هستند که چون مقیاس امید را روی هزاران نفر اجرا کرده‌اند، می‌توانند نمرات هنجارشده امید را اعلام کنند. به عقیده آنها نمره حول و حوش ۲۴ نشان دهنده آن است که شخص همیشه و پیوسته امید بالایی ندارد. میانگین مقیاس امید برای نمونه دانشگاهی و غیر دانشگاهی تقریبا ۲۴ است. بنابراین، این پرسشنامه دو خرده مقیاس را در بر می‌گیرد: قدرت اراده و قدرت راهیابی. این پرسشنامه دارای قدرت تشخیصی در چهار حالت از امید می‌باشد که به شرح زیر هستند:

پرامید: قدرت اراده بالاتر از ۱۲

قدرت راهیابی پایین- ترکیبی= قدرت اراده بالاتر از ۱۲+ قدرت راهیابی کم تر از ۹

قدرت اراده پایین ترکیبی= قدرت اراده کمتر از ۹+ قدرت راهیابی بیش تر از ۱۲

کم امید= قدرت اراده کم‌تر از ۹+ قدرت راهیابی کمتر از ۹

روایی هم‌زمان در این سازه به صورتی است که همبستگی بالایی با پاسخ‌های داده شده به چندین مقیاس اندازه‌گیری فرایندهای روان شناختی مشابه دارد. مقیاس امید در تحقیقات و زمینه‌های بالینی بر روی بیش از ۲۰۰۰۰ نفر اجرا شده است. این ابزار در کمک به مردم برای تعیین سطح امیدشان در شرایط مختلف بسیار مفید بوده است. در پژوهشی که به هدف تعیین ویژگی‌های روان سنجی امید اسنایدر توسط کرمانی، خداپناهی و حیدری در سال ۱۳۸۹ در دانشگاه شهید بهشتی بر روی دانشجویان مقطع کارشناسی انجام شد، بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس دارای ساختاری دو عاملی شامل تفکر عامل و مسیرها است. بررسی روایی همزمان با محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس افکار خودکشی، حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا بیانگر رابطه منفی بین نمرات مقیاس امید با نمرات مقیاس افکار خودکشی و رابطه مثبت با نمرات مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی بود. ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۸۶/. و از طریق باز آزمایی ۸۱/. به دست آمد و نتیجه‌گیری شد که مقیاس امید اسنایدر برای جمعیت ایرانی از اعتبار و روایی خوبی برخوردار و در سنجش‌های روانشناختی کشور ایران قابل استفاده است و از آن می-توان به عنوان ابزاری معتبر و مناسب در محیط‌های بالینی و آموزشی به منظور ارزیابی افراد و تهیه برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه سود جست.

دامنه پایایی مقیاس امید با استفاده از آلفای کرنباخ برای کل نمره از ۷۴/ تا ۸۴/ برای شش نمونه از دانشجویان دوره کارشناسی و دو نمونه از افراد تحت درمان روان شناختی به دست آمده است. هم بستگی آزمون- باز آزمون طی یک دوره بیش از ده هفته ۸۰٪ یا بالاتر به دست آمده است. پایایی ارایه شده در پژوهشی که شعاع کاظمی در سال ۱۳۸۹ انجام داد پرسشنامه امید اسنایدر با جهت‌گیری مثبت و منفی که ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و ضریب پایایی پس از یک ماه ۰/۷۴ محاسبه شد. در مطالعه پژوهشی کاربرد مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی در افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان توسط هزاروسی در سال ۱۳۸۵ صورت گرفت بر اساس اجرای پرسشنامه قبل از

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.2.5]

استفاده برای جامعه نمونه، بر روی جامعه ۶۲ نفری از طریق آلفای کرنباخ ضریب پایایی ۸۹/. به دست آمد. روایی صوری این پرسشنامه توسط اساتید، هاشمیان و ثنائی و تعدادی از دانشجویان کارشناسی ارشد مشاوره تأیید گردید. نیز در پژوهشی که توسط گلزاری در سال ۱۳۸۶ بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اسنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ ۸۹/ به دست آمد. در این پژوهش نیز روایی و پایایی به این صورت به دست آمد.

جدول ۱: محاسبه پایایی مقیاس سنجش امید اسنایدر در نمونه تحقیق حاضر (n=60)

گروه	پایایی کل	دو نیمه سازی	آزمون- بازآزمون
مبتلا به سرطان پستان داکتال درجه دو	۰/۸۰	۰/۸۶	**۰/۸۸**

در این مطالعه، از بین ۸۵ نفر از مراجعینی که برای شرکت در جلسات آموزشی داوطلب شده بودند رضایت نامه شرکت در پژوهش داده شد و پس از رضایت کتبی مراجعان، پیش آزمون ۱۲ سوالی امید اسنایدر گرفته شد، پژوهشگر پس از جایگزینی تصادفی گروه‌های آزمایش و گواه، ۶۰ نفر بر اساس نمرات آنها در پیش آزمون امید اسنایدر با نمره کمتر از ۲۴ به صورت تصادفی در ۴ گروه ۱۵ نفره انتخاب نمود. از آن جا که در طی مشاوره تعداد ۸ نفر از بیماران در هر گروه به دلایل مختلف از جمله سوگ، جابجایی مکانی یا عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات از مشاوره خارج شدند، نفرات دیگری با نمرات پیش آزمون امید ۲۴ یا کمتر از نمونه‌گیری اولیه جایگزین شدند. پس از انجام نمونه‌گیری و جایگزینی تصادفی گروه نمونه در ۳ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه با حضور و مشارکت فعالانه مراجعین، روزهای مشخصی با توجه به برنامه زمانی شیمی‌درمانی، ملاقات پزشک و رادیو تراپی بیماران، برای هر بیمار تعیین شد با توجه به شرایط ویژه بیماران بیشتر مشاوره‌ها در روزهای شنبه و چهارشنبه با حضور پزشک انکولوژیست در مرکز درمان مشاوره صورت می‌گرفت. اجرای پژوهش حاضر هر یک از بیماران جلسات ۴۵ دقیقه‌ای در گروه روش واقعیت درمانی دریافت کردند. همچنین، در پایان جلسات آموزشی، از کلیه مراجعان پس آزمون اسنایدر گرفته شد و به همان شیوه‌ای که در پیش آزمون ذکر شد نمره‌گذاری شد. تفاوت نمره در پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش متغیرهای مستقل روش مشاوره‌ای واقعیت درمانی بود. به منظور تحلیل داده‌های بدست آمده در این پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی (از جمله، شاخص‌های گرایش به مرکز مانند میانگین، پراکندگی، مانند انحراف معیار و توزیع مانند کشیدگی) و همچنین از روش آمار استنباطی (آزمون آماری تحلیل کواریانس) استفاده شده است (۱۰).

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌های بدست آمده در این پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی[1] (از جمله، محاسبهٔ میانگین و انحراف معیار و ....)، همچنین از روش آمار استنباطی[2] (آزمون آماری تحلیل کواریانس[3]) استفاده شده است. آزمون آماری تحلیل کوواریانس یکی از روش‌های آماری مناسب طرح‌های نیمه آزمایشی است. برای بررسی این فرضیه که رویکرد واقعیت درمانی بر میزان امید بیماران سرطان پستان موثر است مطابق با جدول ۲، بررسی‌هایی انجام شد.

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های گروه آزمایشی که درمان آنها مبتنی بر روش واقعیت درمانی بود در پس آزمون افزایش داشته است. به جهت بررسی تاثیر درمان واقعیت درمانی بر میزان امید بیماران سرطان پستان، از روش آماری تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول ۲ آورده شده است، از جمله مفروضه‌های اجرای تحلیل کواریانس همسانی واریانس‌ها است که برای بررسی این مفروضه آزمون لوین اجرا شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

[1]. Descriptive Statistics
[2]. Inferential Statistics
[3]. covariance

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.2.5]

جدول ۲: شاخص‌های آماری مربوط به نمرات گروه آزمایشی واقعیت درمانی و گروه گواه در مقیاس امید بیماران سرطان پستان در پیش آزمون و پس آزمون (n=60)

شاخص آماری / متغییر		گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
امید	پیش آزمون	آزمایشی	۲۲ /۰۶	۰/۸۵	۲۰/۰	۲۴/۰
		گواه	۲۰/۳۳	۲/۷۴	۱۶/۰	۲۴/۰
	پس آزمون	آزمایشی	۲۴/۳۱	۲/۲۱	۲۱/۰	۲۸/۰
		گواه	۱۹/۴۶	۳/۱۵	۱۴ /۰	۲۴/۰

جدول ۳: نتایج حاصل از بررسی یکسانی واریانس

نسبت F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
۳/۲۱	۱	۲۸	۰/۱۱

بررسی مفروضه برابری واریانس نشان داد که یکسانی واریانس رعایت شده است. یعنی داده ها مفروضه تساوی واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند. یعنی می‌توان از آزمون-های پارامتری برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشخص شده است، اثر پیش آزمون از لحاظ آماری معنادار بوده است (P<۰/۰۰۱ و ۲۶/۲۷= (۲۷و ۱)F). به بیان دیگر نمره‌های پس‌آزمون تحت تاثیر نمره‌های پیش‌آزمون بوده است. برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (رویکرد واقعیت درمانی) بر متغیر وابسته (میزان امید بیماران سرطان پستان) باید اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش زدوده شود. نتایج نشان می‌دهد که اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری معنادار است (P<۰/۰۰۱ و ۱۶/۵۹= (۲۷و ۱)F). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد واقعیت درمانی باعث تغییر معنادار در عملکرد گروه‌ها در پس آزمون میزان امید بیماران سرطان پستان شده است و این مقدار تاثیر عملا ۳۸٪ است.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های فوق، روش واقعیت درمانی در افزایش امید بیماران مبتلا به سرطان پستان داکتال درجه دو موثر نشان داده شد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس برای تأثیر درمان واقعیت درمانی بر میزان امید بیماران سرطان پستان در گروه آزمایشی و گواه (n=60)

شاخص آماری / منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۱۰۳ /۶۳	۱	۱۰۳/۶۳	۲۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
گروه	۶۵/۴۲	۱	۶۵/۴۲	۱۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۷
خطا	۱۰۶/۴۹	۲۷	۳/۹۴				
کل	۱۴۶۷۹/۰	۳۰					
کل اصلاح شده	۳۷۸/۱۶	۲۹					

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.2.5]

پیشین در اثربخشی روان‌درمانی بر بیماران سرطانی هم‌سو هست. بر همین اساس و همچنان که پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند به نظر می‌رسد مشاوره و روان‌درمانی برای امیدافزایی بیماران سرطان پستان ضرورت دارد و این رویکرد می‌تواند در مراکز درمان سرطان و برای امید افزایی بیماران به کار برده شود. امینی و پاشا در سال ۱۳۸۸ اثربخشی واقعیت درمانی بر امید به زندگی و اضطراب همسران شهدا شهرستان اهواز مورد مطالعه قرار دادند (۱۱). نتایج نشان داد که واقعیت درمانی باعث افزایش امید به زندگی و کاهش اضطراب همسران شهدا گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

در پژوهشی دیگر در سال ۱۳۸۳ ارتباط بین ویژگی‌های سرطان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی در تهران توسط شبان و همکاران در درمانگاه منتخب انکولوژی تحت بررسی قرار گرفت (۱۲). ویژگی‌های سرطان از قبیل نوع سرطان، مرحله سرطان، طول مدت بیماری، درد ناشی از سرطان، قبول یا انکار سرطان توسط بیمار، کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضا بدن و میزان خستگی و بخش سوم، شامل بررسی ابعاد کیفیت زندگی نظیر وضعیت عمومی، فعالیت جسمی، وضعیت شغلی، اجتماعی و خواب مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش مبین آن بود که کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش متوسط بوده است. نتایج نشان داد که برخی از ویژگی‌های سرطان از جمله نوع سرطان، درد، کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضا و خستگی بر کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی درمانی تأثیر دارد.

گرن و همکارانش در سلسله تحقیقاتی که از از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۷ به طول انجامید، نشان دادند که تعارضات زناشویی با سیر پیشرفت درجات سرطان هم‌خوانی دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج این تحقیق نیز هم سو است. فرحبخش (۱۳) نیز در سال ۱۳۸۳ نشان داد که واقعیت‌درمانی در زوج‌های دارای تعارضات زناشویی که هنوز در مراحل اولیه تعارض قرار داشتند و به مراکز مشاوره مراجعه می‌نمودند، موثر است.

البته به نظر می‌رسد بیماران در رویکرد واقعیت درمانی با چالش مواجه می‌شوند چرا که هم منطقی بودن افکار آنها به چالش کشیده می‌شود و هم مسئولیت بیماری به نوعی بر اساس نظریه گلاسر (۱۴) به عهده خود بیمار گذاشته می‌شود. درحالی که ترس از مرگ، باور برای ادامه درمان با وجود هزینه‌های بالا و عدم توان مالی تامین هزینه‌های درمان، ترک همسر و یا عدم درک نزدیکان مانند همسر و فرزندان در سخت‌ترین شرایط روانی متعاقب تشخیص بیماری صعب‌العلاج و بار سنگین به چالش کشیدن عقاید و مسئولیت بیماری از جمله مواردی است که جای تامل دارد.

بسیاری از بیماران در این مطالعه با هزینه‌های بالا مواجه بودند که به رغم احساس مسئولیت پیگیری درمان و حضور به موقع برای معالجه، از توان لازم برای تامین هزینه‌های مراحل درمانی برخوردار نبودند و چنین مولفه‌ایی در تحلیل داده‌های درمان، نشان از بی‌مسئولیتی یا غیرمنطقی بودن بیمار تلقی نمی‌شود.

برخی از بیماران مورد بررسی، حمایت عاطفی نزدیک‌ترین کسان خود را از دست داده بودند. این امر ناشی از غیرمنطقی بودن یا بی‌مسئولیتی بیمار (چه در رویکرد واقعیت درمانی) نبود. چرا که بیمار علاقمند به درمان و بازگشت به زندگی سالم با سبک عادی بود. به عنوان مثال در چندین مورد از گروه مورد مطالعه، شوهر بعد از اطلاع از بیماری همسر وی را ترک یا متارکه کرده یا حداقل حمایت‌ها را نیز برای او قائل نبود. (بیمار خانمی ۲۵ ساله که همسرش وی را ترک کرده و درد دوری از فرزند و همسر، درمان را با دشواری بسیاری روبرو کرده بود (از نظر عاطفی) هر چند از نظر مالی مشکلی نداشت. یا در موردی دیگر که بیمار ۴۵ ساله مقیم در نقاهت‌گاه خیریه بیماران مرکز تحقیقات سرطان تهران بعد از مراجعت به شهر محل زندگی‌اش متوجه غیبت یا ترک همسر شده بود و او را با فرزندش در وضعیت نامعلوم مالی تنها گذاشته بود).

محدودیت‌های پژوهش:

- به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری از نمونه‌های در دسترس برای این پژوهش استفاده شد.
- به دلیل نداشتن فضای مشاوره‌ای مجزا برخی از مشاوره-ها در حین شیمی درمانی بیماران روی تخت، برخی در اتاق تزریقات و پانسمان و یا در اتاق کار پزشکان دیگر و البته با رضایت بیمار صورت گرفت. برخی بیماران به دلیل این که می‌خواستند پیش از مشاوره حتماً پزشک معالج خودشان آنها را ویزیت کند و نه دستیارها در فرایند مشاوره تمایل به کوتاه کردن زمان جلسه داشتند.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.2.5]

- برخی از مشاوره‌ها به دلیل عدم حضور بیماران در مرکز در نقاهت‌گاه آنها به انجام رسید.
- به دلیل تغییر شرایط جسمی بیمار در افزایش دوز داروهای شیمی درمانی و نیز التهاب های پوستی ناشی از عوارض رادیو تراپی، به نظر می‌رسید این درمان‌ها تا حدی بر روی پاسخگویی بیماران در پرسشنامه پس آزمون تاثیر گذاشته باشد.
- تفاوت سطوح اقتصادی در زمینه هزینه‌های درمان باعث پاره‌ای آشفتگی‌ها در بیمارانی بود که در کنار هم درمان می‌شدند.
- برخی از بیمارانی که عود مجدد داشتند به بیمارانی که در درجه دو بیماری بودند اعلام می‌کردند که این درمان پزشکی بی‌فایده است و روی فرایند مشاوره تاثیرگذار بود.
- محدودیت در تعداد نمونه‌ها به دلیل انتخاب از میان بیماران درجه دوم سرطان پستان در یک مرکز درمان در شهر تهران به نظر می‌رسد جهت تعمیم این پژوهش نیاز به نمونه‌گیری از مراکز درمانی مختلف و در شهرستان‌ها نیز باشد.
- مهارت و تجربه مشاور در این پژوهش تاثیر داشته است.
- تعداد ۸ نفر از بیماران به دلیل عوارض رادیوتراپی یا خروج از تهران یا به دلیل فوت نزدیکان و سوگ و یا اعتیاد همسر از نمونه‌گیری خارج شدند که افت آزمودنی جبران شد.

پیشنهادات:

- از آن جایی که بیماران بعد از اتمام جلسات به گونه‌ای ناراحتی از اختتام جلسات را بروز می‌دادند و نیاز آن به مشاوره در زمان‌های مختلف و در مراحل مختلف درمان مشاهده می‌شود پیشنهاد می‌شود مرکز اختصاصی مشاوره فردی برای امید افزایی بیماران سرطان پستان اختصاص یابد.
- برخی از بیمارانی که عود مجدد داشتند به بیمارانی که در درجه دوم بودند اعلام می‌کردند که این درمان پزشکی بی‌فایده است لذا پیشنهاد می‌شود برای پیشگیری از تضعیف روحیه و قوای بیماران جدید، بیماران با درجات بالای سرطان در کنار بیماران با درجات پایین در یک اتاق شیمی‌درمانی یا بستری نباشند.
- مشاوره امید درمانی با هدف امید افزایی و در نتیجه بازگرداندن بیمار به سبک زندگی عادی و از جمله حفظ توان باروری برای بیماران در سنین باروری و خواهان فرزند پیش از مشاوره‌های روان درمانی حمایتی دیگر پیشنهاد می‌شود.

References

1. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I. Breast Cancer inIran: An Epidemiological Review. The BreastJ 2007; 13(4): 383-91.
2. Hamoleh M, Roozilallab M, Ehteram E. psychology and cancer: The FUMS j 2011; 1(1):53-8.
3. American Cancer Society Breast Cancer Facts & Figures 2005-2006.
4. Isaacs C. Hereditary Breast Cancer, Georgetown University, Washington, DC, USA; 2008.
5. http://www.who.int/pmnch/media/mnchnews/2010/201002_mnchinthenews/en.
6. http://www.who.int/whosis/mort/download/en/index.html.
7. http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp.
8. Zeighami H, Hooshman Sh, Kooshyar Y, Esmaiili MM. Assesment of quality of life in cancer. Nursing and Midwifery journal of Hamedan 2009; 16.
9. Bahari F. Basics of Hope and Hope Therapy. First ed, Danjeh Press 2010; 33.
10. Delavar A. Methodoly in Psycholgy and Education. Virayesh Press 2008.
11. Pasha GH. Effectiveness of RT on the Hope. Master degree research 2009.
12. Shaban M, Dehkordi E, Mehran E, Monjamed Z. Relationship between cancer and quality of life 2004.
13. Farahbakhsh K. The effectiveness of Reality therapy and REBT on the couples 2003.
14. Sharf R. Translated by Seyed Mohammadi, theories of counseling and psychotherapy 2010.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.2.5]

15. Snyedr CR. Hand book of Hope. Theory, measures and applications (Edited by C.R. Snyder) Academic Press USA 2000.

16. Snyder CR. Conceptualizing, measuring and nurturing Hope, Journal of Counseling and Development 1996.

17. Kazemi M. Assessment the quality of Life and Hope in cancer patients after surgery 2009.

18. Hezaroosi B. Effectiveness of Logo therapy in Group Counseling 2006.

19.Biabangard E. Methodology in Human Social Sciences. Kind Book Press 2003.

19. Deh ASL N. Comparative study of drug therapy and Hope Therapy on the life aspects of HTN patients. Clinical Psycology journal 2010: 27-34.

20. Abbasi S, Azimi C, Othman F, Einollahi N, Dashti N, Nabatchian F, Ismail P. Risk Factors for Breast Cancer in Iranian Women: A Case-Control Study. International Journal of Cancer Research 2009; (5):1-11.

21. Antony MM, McCabe RE. Cognitive Behaviortherapy and perfectionism. InFreeman A 2003.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.2.5]