

مقایسه اثربخشی روان‌نمایشگری و درمان مثبت نگر بر نگرش معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۹

خلاصه

مقدمه

با توجه به اهمیت مشکلات روانی-اجتماعی و معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌نمایشگری و درمان مثبت نگر بر نگرش معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار

این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به کلینیکی در خیابان گاندی تهران بود که از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. این افراد در سه گروه روان‌نمایشگری، روان‌درمانی مثبت‌نگر و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت کنندگان طی سه مرحله سنجش در قالب پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، نگرش معنوی را پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری تحلیل شد.

نتایج

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین اثربخشی روان‌درمانگری مثبت نگر و روان‌نمایش‌گری بر نگرش معنوی در مبتلایان به سرطان پستان تفاوت وجود داشت ($P < 0/05$) و آزمون تعقیبی نشان داد که روان‌نمایش‌گری نسبت به درمان مثبت نگر بر نگرش معنوی موثرتر است.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود برای بهبود نگرش معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان از روان‌نمایشگری استفاده شود.

کلمات کلیدی

سرطان پستان، روان‌نمایشگری، درمان مثبت نگر، نگرش معنوی
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مریم ناظمی^۱

طاهره رنجبری پور^{۲*}

مهدی شاه‌نظری^۲

مریم مشایخ^۲

امیرشهرام یوسفی کاشی^۳

^۱ گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

^۲ گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران / مرکز تحقیقاتی مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

^۳ گروه رادیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Email: tranjbaripour@yahoo.com

مقدمه

هستند در رابطه است و امید به آینده را در فرد تقویت می‌کند (۱۰). به دلیل طبیعت تهدیدکننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشمگیری افزایش یابد و تشخیص بیماری سرطان می‌تواند بحران‌های معنوی زیادی را در فرد ایجاد کند، گاه اعتماد به نفس و ایمان مذهبی و معنویت به مخاطره می‌افتد، ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود و بستری شدن در بیمارستان ممکن است احساس تنهایی را به فرد القاء کند، و مکانیسم‌های سازگاری قبلی ناکافی به نظر می‌رسد. در چنین شرایطی، بیمارانی که بعد معنوی آنها تقویت می‌شود به طور موثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل پایانی بیماری خود را بهتر بگذرانند (۱۱).

یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان در افراد به ویژه افرادی که با بیماری همچون سرطان دست و پنجه نرم می‌کنند، تاب‌آوری است (۱۲). تاب‌آوری یکی از موضوعات مطالعه شده به وسیله روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به پیامدهای مثبت به رغم تجربه ناگواری‌ها و نامایمات، عملکرد مثبت و موثر در شرایط ناگوار، و بهبودی بعد از یک ضربه مهم، اشاره دارد (۱۳). تمرکز روان‌شناسی مثبت‌نگر که در اواخر قرن بیستم معرفی شد، بیشتر بر توانمندی‌های فرد است تا جستجو در ضعف‌ها و نقص‌های فرد. در همین راستا، تاب‌آوری توانایی رشد کردن و پخته شدن و افزایش قابلیت در مقابل شرایط ناگوار است. این شرایط ممکن است شامل نابهنجاری‌های بیولوژیکی یا موانع محیطی باشد. علاوه بر این شرایط ناگوار، ممکن است درد مزمن و دائمی یا شدید و غیرمعمول باشد. افراد تاب‌آور توانایی برگشتن و بهبود پیدا کردن، خوشبینی و مهارت‌های فکری انعطاف‌پذیر، جست‌وجو کردن مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، توانایی پشتکار و استقامت داشتن، عزت نفس

تکثیر غیر عادی سلولهای بدن و انتشار به بافت‌های اطراف از طریق سیستم گردش خون و عروق لنفاوی، ویژگی بیماری چند عاملی و تهدیدکننده حیات و بدخیم سرطان است (۱). سرطان پستان رتبه اول سرطان‌های زنان را در دنیا و ایران بخود اختصاص داده (۲) با میزان بروز ۳۸ مورد در صد هزار نفر در جهان، مسئول ۱۵ درصد از مرگ‌های مرتبط با سرطان در زنان دنیاست (۳). مطابق با گزارش مرکز آمار ایران، سالانه بالغ بر ۵۱۰۰۰ مورد جدید ابتلا به سرطان در کشور شناسایی و ۳۵۰۰۰ مرگ ناشی از آن در کشور رخ می‌دهد که سرطان پستان با روند رو به رشدی ۱۲/۶ درصد تمام موارد سرطانها در ایران (۴) و ۷۶ درصد، سرطان‌های شایع زنان ایران را تشکیل می‌دهد (۵). بنابراین امروز سرطان پستان مهم‌ترین عامل نگران‌کننده سلامتی در زنان است، زیرا شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان بوده و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در میان زنان است. در ایران هم سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین نوع سرطان در زنان است (۶). در مقایسه با سایر کشورهای توسعه یافته، زنان ایرانی یک دهه زودتر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند. هرچند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی به حساب نمی‌آید، ولی تشخیص این بیماری موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی مانند استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده او می‌شود (۷). بیماران مبتلا به سرطان پستان درمان‌دهنده روان‌شناختی شدیدی را در زمان آگاهی از ابتلا به سرطان و در طول دوره درمان تجربه می‌کنند (۸).

یکی از مفاهیمی که با سلامت روان رابطه نزدیکی دارد، توجه به معنا است (۹). در نگاهی اجمالی به تاریخچه بشریت دیده می‌شود که آدمی همواره به دنبال معنا و معنی در زندگی خود بوده، معنویت با برآیندهای باارزش زندگی که مثبت و شادی‌بخش

روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری فرد در برابر هیجان‌های منفی او را در برابر پریشانی و آشفتگی مقاوم کند (۲۲).

از روش‌های دیگر برای افزایش بهزیستی افراد مبتلا به دردهای مزمن همچون سرطان که یکی از مهم‌ترین آن‌ها در سراسر جهان نیز می‌باشد می‌توان به هنردرمانی اشاره کرد (۲۳). تحقیقات نشان داده است که هنردرمانی به شکل‌های مختلف مانند، نقاشی‌درمانی، نمایش‌درمانی، نمایش عروسکی و حرکات موزون برای درمان و کنترل بسیاری از مسائل اجتماعی، فرهنگی، بیماری‌های جسمی- روانی و سرطان کاربرد دارد (۲۴). در این میان، روان‌نمایشگری روش گروهی اصلاح رفتار و رویکردی رابطه محور است. در این رویکرد محیطی فراهم می‌شود که در آن اعضا وضعیت احساسی و ذهنی خود را کشف می‌کنند و فرصتی استثنایی به دست می‌آورند که وضعیت و تجارب خود را امتحان کنند. روان‌نمایشگری سبب می‌شود افراد در درک خویشتن پیشرفت کنند و بینش خود را نسبت به خود بهبود بخشند (۲۵). بنابراین، روان‌نمایشگری کمک می‌کند تا خزانه نقش‌های فردی و مهارت‌های رفتاری مرتبط با آن‌ها نیز توسعه یابند (۲۶). در این میان، زنان مبتلا به بیماری مزمن به دلیل رویارویی با مسائل عاطفی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی بسیار، در معرض فشار و استرس بوده و عوامل استرس‌زای بی‌شماری را تجربه می‌کنند که سلامت روانی آن‌ها و نیز خانواده‌شان را در معرض تهدید قرار می‌دهد (۲۷). به همین منظور لازم است جهت جلوگیری از زیان‌های فردی، خانوادگی، و اجتماعی، که وخامت سلامت روانی افراد در سطح فردی و اجتماعی را به بار می‌آورد، برای افزایش توانمندی‌های مثبت و شادکامی زنان، مداخلات مناسب تدوین و اجرا شود. با توجه به اینکه تجربه بیماری و شیوه‌های مداخله در مورد آن متاثر از مولفه‌های روانی-اجتماعی متفاوتی است که بررسی آن را در چارچوب‌های بین فرهنگی ضروری می‌سازد،

سالم، توانایی تعیین اهداف قابل دسترس و واقعی، داشتن شبکه حمایتی سالم، توانایی رشد قابلیت‌های عاطفی و متعالی، توانایی شوخ طبعی، توانایی ارتباط معنادار با افراد، توانایی رفتار کردن با احترام با خودشان و دیگران، توانایی حل کردن مشکلات و مهارت‌های حل تعارض را دارند (۱۴).

روان‌شناسی مثبت، تاکید بر بنانهادن و گسترش هیجان‌های مثبت به منظور ایجاد سپری در برابر اختلال‌های روانی و افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دارد (۱۵). این رویکرد معنا را در زندگی مراجعان به منظور تسکین آسیب‌شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می‌دهد (۱۶). زیربنای روان‌درمانی مثبت‌نگر ریشه در کارهای سلیگمن دارد که معتقد است شادی شامل زندگی لذتمند، متعهدانه و معنا دار است. تجربه هیجان‌های مثبتی که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر آن تاکید دارد، اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری‌ها در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (۱۷). در بیماری‌های جسمی و مبتلایان به بیماری سرطان، نیاز به تغییرات مثبت در افراد مبتلا به بیمار است که از میان روان‌درمانی‌های متعدد، این تغییرات مثبت از طریق راهکارهای موجود در روان‌درمانی مثبت‌نگر امکان پذیر است (۱۸). روان‌درمانی مثبت‌نگر در عمل، بر اساس روش‌های علمی سنتی جهت فهم و آسیب‌شناسی روانی رفتار طراحی شده است. این رویکرد بر فرایندهای مثبت و توانایی‌های افراد تاکید دارد و به درمانگران توصیه می‌کند که به فرایندهای مثبت مراجعان‌شان که کم و به ندرت در زندگی‌شان جریان دارد توجه کنند (۱۹). به بیان دیگر، روان‌شناسی مثبت‌نگر زندگی را به بهترین وجه ارزشمند می‌کند (۲۰). فردریکسون و لوسادا (۲۱)، بر اساس مدل مثبت‌نگر دریافتند که هیجان‌های مثبت سپری را در مقابل پیامدهای ناگوار استرس به وسیله کاهش دادن برانگیختگی خودمختار ناشی از هیجان‌های منفی و افزایش انعطاف‌پذیری ناشی از تفکر و حل مساله ایجاد می‌کنند. بدین معنی که،

این سوال پرداخته شده است که آیا روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری گروهی بر نگرش معنوی مبتلایان به سرطان پستان اثر دارند؟

آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. ملاک‌های شمول در این پژوهش شامل: رضایت آگاهانه، فاصله سنی ۲۵-۴۵ سال و بودن در مرحله تشخیص بیماری بود. مجوزهای لازم بر اساس تصویب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج اخذ شد. همچنین، پس از بیان اهداف پژوهش به تفصیل، تأکید بر محرمانه‌ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، اجرای درمان‌ها و گردآوری داده‌ها انجام شد. شایان ذکر است که در پژوهش حاضر برای آزمون فرضیه‌ها و مقایسه متغیرهای وابسته در پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری از روش‌های آماری "تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی "بن‌فرونی" به شرط برقراری مفروضه‌های آزمون‌ها از جمله نرمال بودن توزیع داده‌ها که برای بررسی آن از آزمون شاپیرو- ویلک، تساوی واریانس‌های خطا که برای بررسی آن از آزمون لوین و تساوی ماتریس کوواریانس خطای متغیرهای وابسته که برای بررسی آن از آزمون کرویت موخلی و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ و نرم افزار SPSS-22 استفاده شد.

در پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد درمانی مثبت‌نگر و اثربخشی آن بر نگرش معنوی در زنان مبتلا به بیماری مزمن پرداخته است. از آنجایی که در پژوهش‌های پیشین هدف پژوهش حاضر بررسی نشده است لذا در این پژوهش به بررسی

مواد و روش کار

این پژوهش در زمره تحقیقات آزمایشی (از نوع شبه‌آزمایشی به واسطه کنترل ضعیف متغیرهای مزاحم) دسته‌بندی است که در آن از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان در رده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیکی در خیابان گاندی تهران است. به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان پژوهش، تعداد ۴۵ نفر از زنان مراجعه‌کننده به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به سرطان پستان بر اساس نتیجه پاتولوژی و توانایی پاسخگویی به سؤالات می‌باشد. برای تعیین حجم بهینه گروه نمونه از تحلیل توان استفاده شد. در شکل زیر می‌توان پارمترهای استفاده شده برای تحلیل توان را مشاهده کرد. بر پایه نتایج تحلیل توان، برای داشتن اندازه اثر ۰/۷ با سطح خطای دو دامنه ۰/۰۵ و نسبت برابر نفرات در گروه‌ها، برای مقایسه K متغیر، تعداد کلی ۴۴ نفر نیاز است. بر این اساس از جامعه مذکور ۴۵ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. نفرات منتخب به شیوه کاملاً تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) به سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه

ابزار

گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «تاحدودی موافقم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می‌شود. پایایی پرسشنامه با روش «بازآزمایی» روی ۴۰ آزمودنی به فاصله ۵ هفته (۳۵ روز) مورد آزمون قرار گرفت که ضریب همبستگی به دست آمده از این بازآزمایی،

پرسشنامه نگرش معنوی: پرسشنامه نگرش معنوی شهیدی و فرج‌نیا از ۴۳ گویه و ۲ خرده‌مقیاس نگرش معنوی (۲۴ سوال) و توانایی معنوی (۱۹ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش سطح معنویت و رشد معنویت بکار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای

۰/۶۱ محاسبه شد. همچنین همسانی درونی پرسشنامه از طریق «آلفای کرونباخ» محاسبه و ضریب به دست آمده برای کل آزمون، ۰/۹۱ محاسبه گردید. همسانی درونی سوالات هر مولفه نیز نشان داد که مولفه های بدست آمده از همسانی درونی بالایی برخوردارند (۲۸).

پروتکل روان‌نمایشگری گروهی

پروتکل روان‌نمایشگری شامل ۱۰ جلسه دو ساعته بدون در نظر گرفتن زمان استراحت و تفریح برای روان‌نمایشگری گروهی در نظر گرفته شده بود. بر طبق نظر مورنو هر جلسه به سه قسمت کاری تقسیم می‌شود:

باز شدن یخ جلسه: قسمت اول و آشنایی گروه با چرخاننده (تنظیم کننده ی جلسه) و هم‌گروهی‌ها. انجام اصلی: گرفتن نقش اصلی و فرعی توسط افراد گروه. به اشتراک گذاردن تجربیات فردی: بعد از گذشت ۱ تا ۱:۳۰ دقیقه از شروع و در دقایق پایانی بوده و تنظیم کننده جلسه باید جمع بندی را در این قسمت انجام دهد.

جلسه اول

جلسه اول جلسه آشنایی تک‌تک افراد با تنظیم کننده‌ی جلسه و با یکدیگر بود. برای باز شدن یخ افراد مربی با گفتن این جمله گروه را دعوت به همکاری و آشنایی کرد: "هر کس خودش را معرفی کند اما نه به آن صورتی که در همه جا خودش را معرفی می‌کرده".

قسمت دوم عمل یا انجام می‌باشد که اوج جلسه در آن نهفته است، و هر فردی باید نقشی را در این قسمت بازی کند و هیچ عملی صورت نمی‌پذیرد. در هر جلسه یک نفر شخصیت اصلی داستان می‌شود که روی صندلی داغ نشسته و یا ایستاده و شخصیت اصلی داستان را دارد. این فرد مشکل خود را مطرح می‌کند ...

قسمت سوم بعد از ۱ الی ۱٫۵ ساعت از شروع جلسه آغاز می‌شود. در این قسمت همه می‌نشینند به یکدیگر بازخورد می‌دهند و افراد

شروع می‌کنند در مورد شخصی اصلی و فرعی داستان نظرات و انتقادات خود را بیان کردن. در نهایت دایرکتور و یا چرخاننده گروه نظر اصلی خود را گفته و جمع بندی را نیز خواهد داشت.

جلسه دوم

باز شدن یخ با ایستادن و گرفتن دست‌ها و انجام حرکات موزون صورت پذیرفت که موسیقی هم در فضا در حال پخش شدن بود که خوشایند گروه بود. چرخاننده گروه می‌خواهد بداند که چه کسی تمایل دارد شخصیت اصلی امروز را روی صندلی داغ داشته باشد. فردی تمایل خود را اعلام و نقش خود را بازی و شخصیت های فرعی خود را وارد بازی می‌کند، در انتها از افراد گروه خواسته می‌شود که بازخورد خود را به شخصیت اصلی و فرعی بدهند؛ و بعد خواسته می‌شود که به بازخوردها نیز بازخوردی داده شود.

جلسه سوم

با باز شدن یخ شروع شده و چرخاننده از اعضای گروه می‌خواهد که بر اساس رای گیری یک نفر که بیشترین رای را می‌آورد شخصیت اصلی بازی شده و به صندلی داغ دعوت شود (مهم ترین اصل در این پکیج فی البداهه بودن انتخاب‌ها و بازی‌ها بود).

و تا جلسه دهم این فرایند ادامه داشت و در انتها بازخورد اصلی از اعضای گروه گرفته می‌شود و مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

پروتکل روان‌درمانی مثبت نگر گروهی

در جدول ۲ می‌توان پروتکل روان‌درمانی مثبت نگر گروهی را مشاهده کرد.

جدول ۱. پروتکل روان‌درمانی مثبت نگر گروهی

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	جهت‌گیری
جلسه دوم	تعهد (کشف توانمندی‌های خاص)
جلسه سوم	تعهد/ لذت (پرورش توانمندی‌ها و هیجان‌ات مثبت)
جلسه چهارم	لذت (خاطرات خوب در برابر خاطرات بد)
جلسه پنجم	تعهد/ لذت (بخشش)
جلسه ششم	تعهد/ لذت (قدردانی)
جلسه هفتم	تعهد/ لذت (بررسی میان‌دوره‌ای درمان)
جلسه هشتم	معنا/ تعهد (قناعت در برابر بیشینه‌سازی)
جلسه نهم	لذت (خوشبینی و امید)
جلسه دهم	تعهد/ معنا (عشق و دل‌بستگی)
جلسه یازدهم	معنا (شجره نامه توانمندی‌ها)
جلسه دوازدهم	لذت (لذت همراه با تأنی)
جلسه سیزدهم	معنا (موهبت زمان)
جلسه چهاردهم	انسجام (زندگی کامل)

نتایج

جدول ۲. نتایج آزمون چندمتغیری شاخص‌های نگرش معنوی با منشا اثر بین گروهی و درون گروهی

اندازه اثر	P	df خطا	df مفروض	F	ارزش	اثر	بین گروهی
۰/۰۵	$P > ۰/۰۵$	۸۴	۴	۰/۵۵	۰/۰۵	اثر پیلایی	گروه
۰/۰۵	$P > ۰/۰۵$	۸۲	۴	۰/۵۵	۰/۹۵	لامبدای ویلکس	
۰/۴۲	$P < ۰/۰۱$	۳۹	۴	۷/۲۰	۰/۴۲	اثر پیلایی	زمان
۰/۴۲	$P < ۰/۰۱$	۳۹	۴	۷/۲۰	۰/۵۸	لامبدای ویلکس	
۰/۲۱	$P < ۰/۰۱$	۸۰	۸	۲/۷۳	۰/۴۳	اثر پیلایی	زمان* گروه
۰/۲۳	$P < ۰/۰۱$	۷۸	۸	۲/۹۵	۰/۵۹	لامبدای ویلکس	

نظر گرفتن گروه‌ها، نمرات در سه مرحله اندازه‌گیری تغییر کرده است. مقادیر F برای اثر تعاملی نیز معنادار بود و این نشان می‌دهد که اثر عمل آزمایشی در تعامل با زمان معنی‌دار بوده است. مقادیر اندازه اثر چند متغیری برای گروه (مجذور اتا = ۰/۰۵) کم، ولی برای زمان (مجذور اتا = ۰/۴۲) و اثر تعاملی گروه*زمان (مجذور

بر پایه نتایج بدست آمده، ارزش‌های اثر پیلایی ویلکس لامبدا برای منشا اثر گروه ($F_{4,84} = ۰/۵۵, P > ۰/۰۵$) به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. با این حال، اثر زمان ($F_{4,39} = ۷/۲۰, P < ۰/۰۱$) و زمان*گروه ($F_{8,80} = ۲/۷۳, P < ۰/۰۱$) به لحاظ آماری معنی‌دار بود. معناداری مقادیر F برای زمان، نشان می‌دهد که بدون در

اتا = ۰/۲۱) قابل توجه است. در جدول ۴-۴ می توان اثر متغیر مستقل و زمان را بر هر یک از مولفه های نگرش معنوی به تفکیک مشاهده کرد.

جدول ۳. نتایج آزمون تک متغیری شاخص های نگرش معنوی با منشا اثر بین گروهی و درون گروهی

اندازه اثر	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	اثر
۰/۰۵	$P > ۰/۰۵$	۱/۰۹	۲۷۶/۱۲	۲	۵۵۲/۲۴	نگرش معنوی	گروه
۰/۰۰	$P > ۰/۰۵$	۰/۰۱	۰/۵۹	۲	۱/۱۷	توانایی معنوی	
۰/۲۳	$P < ۰/۰۱$	۱۲/۳۱	۲۵/۳۷	۱	۲۵/۳۷	نگرش معنوی	زمان
۰/۰۲	$P > ۰/۰۵$	۰/۷۹	۴/۴۴	۱	۴/۴۴	توانایی معنوی	
۰/۳۰	$P < ۰/۰۱$	۹/۱۵	۱۸/۸۴	۲	۳۷/۶۹	نگرش معنوی	زمان* گروه
۰/۰۴	$P > ۰/۰۵$	۰/۹۴	۵/۳۴	۲	۱۰/۶۹	توانایی معنوی	

بود و تفاوت های چشمگیری را نشان داد. با توجه به معنی داری مقادیر F برای نگرش معنوی ($F = ۹/۱۵, P < ۰/۰۱$) معلوم می شود که نمرات طی زمان تغییر کرده اند و این تغییر برای گروه های مختلف یکسان نبوده است. در حالی که توانایی معنوی از این نظر تغییر چشم گیری نداشت ($F = ۰/۹۴, P > ۰/۰۵$). در ادامه تفاوت میانگین ها بین سه گروه با آزمون تعقیبی بررسی می شود تا معلوم شود که کدام دو گروه با هم در میزان نگرش معنوی متفاوت بوده است.

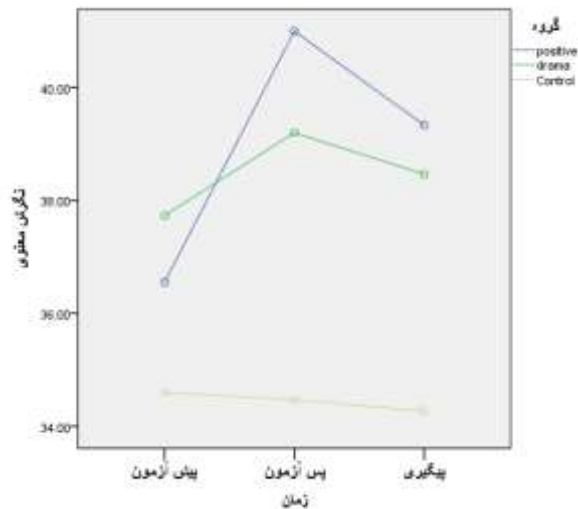
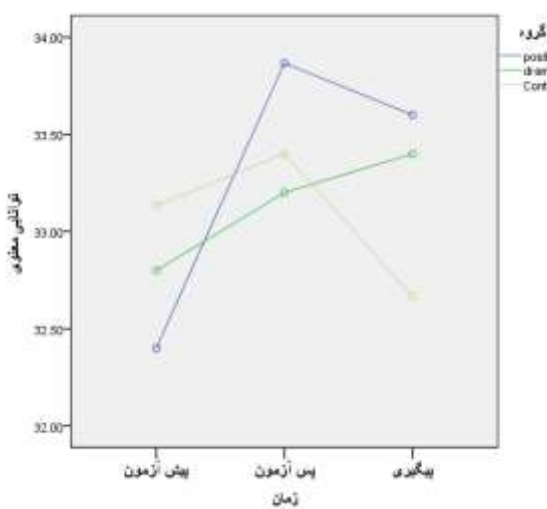
نتایج تحلیل واریانس با اثرات بین آزمودنی گروه نشان میدهد که نگرش معنوی و ($F = ۱/۰۹, P > ۰/۰۵$) و توانایی معنوی ($F = ۰/۵۹, P > ۰/۰۵$) در سه گروه تفاوت قابل ملاحظه ای نشان نمی دهد. در مقابل منبع اثر زمان واریانس قابل توجهی ایجاد کرده است. به عبارت دیگر طی سه مرحله اندازه گیری نمرات گروه ها در نگرش معنوی ($F = ۱۲/۳۱, P < ۰/۰۱$) به طور معنی داری افزایش یافته است. در حالی که توانایی معنوی ($F = ۰/۷۹, P > ۰/۰۵$) طی زمان تغییری نکرد. اثر تعاملی زمان* گروه نیز معنی دار

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی شاخص های نگرش معنوی برای مقایسه های دویه دویی

متغیر	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
نگرش معنوی	مثبت نگر	نمایشگری	۱/۰۶	۰/۳۰	$P < ۰/۰۱$
		کنترل	۱/۹۳	۰/۳۸	$P < ۰/۰۱$
	نمایشگری	کنترل	۰/۸۷	۰/۲۲	$P < ۰/۰۱$
توانایی معنوی	مثبت نگر	نمایشگری	۰/۷۱	۰/۴۳	$P > ۰/۰۵$
		کنترل	۰/۴۴	۰/۵۰	$P > ۰/۰۵$
	نمایشگری	کنترل	۰/۲۷	۰/۲۶	$P > ۰/۰۵$

داری: $P > 0/05$) تفاوت معنی داری نداشت. همچنین گروه روان‌نمایشگری نسبت به گروه کنترل (تفاوت: $0/27$ ، معنی داری: $P > 0/05$) نمره توانایی معنوی بالاتری نداشت. در شکل ۱ می‌توان روند تغییر نمرات نگرش معنوی در سه مرحله آزمون را به تفکیک گروه مشاهده کرد.

نمره نگرش معنوی گروه درمانگری مثبت نگر بالاتر از گروه روان‌نمایشگری (تفاوت: $1/06$ ، معنی داری: $P < 0/01$) و گروه کنترل (تفاوت: $1/93$ ، معنی داری: $P < 0/01$) بود. نمره نگرش معنوی گروه روان‌نمایشگری نیز بالاتر از گروه کنترل (تفاوت: $0/87$ ، معنی داری: $P < 0/01$) بود. نمرات توانایی معنوی گروه روان‌نمایشگری مثبت نگر با گروه روان‌نمایشگری (تفاوت: $0/71$ ، معنی داری: $P > 0/05$) و گروه کنترل (تفاوت: $0/44$ ، معنی



شکل ۱. نمودار روند تغییر نمرات نگرش معنوی در سه گروه طی سه مرحله آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

مثبت، بالا بردن سطح درگیری مثبت در زندگی و افزایش معنا در زندگی است (۲۹). روان‌درمانگری مثبت‌نگر، معنا را در زندگی به‌عنوان اصلی اساسی در روابط متقابل انسان در نظر می‌گیرد. در این رویکرد، درمانگر به افراد می‌آموزد که مشکلات، شکست‌ها و بحران‌های زندگی خود را به‌دقت بررسی کنند که این فرایند به تمرکز عمیق فرد بر معانی نهفته درون این مصائب و ضرورت معنایی در زندگی منجر می‌شود. در واقع، روان‌درمانی وجودی نه تنها در جست‌وجوی معنای زندگی است، بلکه به افراد شجاعت و انگیزه می‌دهد تا معانی و نگرش جدیدی در زندگی خود ایجاد کنند و از خود فراتر روند و هویت خود را تقویت کنند (۳۰). هدف درمان تواناساختن بیمار برای کشف معنای منحصر به فرد

این پژوهش با هدف مقایسه روان‌درمانگری مثبت نگر و روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی در مبتلایان به سرطان پستان انجام شد، نتایج پژوهش نشان داد که بین اثربخشی روان‌درمانگری مثبت نگر و روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی در مبتلایان به سرطان پستان تفاوت وجود دارد. به‌طوریکه میانگین نمره نگرش معنوی در گروه درمانگری مثبت‌نگر و گروه روان‌نمایشگری بالاتر از گروه گواه و میانگین نمره نگرش معنوی روان‌درمانگری مثبت نگر بالاتر از گروه روان‌نمایشگری بود.

در تبیین اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر بر نگرش معنوی می‌توان گفت روان‌درمانگری مثبت‌نگر کاربرد مداخلاتی برای مقابله با مشکلاتی همچون سرطان از طریق افزایش هیجان‌های

امیدواری، معنا و هدفمندی، توانمندی، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با تنش و به طور کلی نگرش معنوی برخوردار شدند. تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی محافظتی در پیشگیری و درمان بیماری است (۳۳).

در تبیین اثربخشی روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی می‌توان گفت رویکرد روان‌نمایشگری از تصویرسازی ذهنی، تخیل، اعمال بدنی و پویایی گروه استفاده می‌کند، ترکیبی از هنر، بازی، حساسیت عاطفی و تفکر صریح است که با تسهیل در رها کردن عواطف حبس شده، به افراد در کسب رفتارهای جدید و مؤثرتر و گشودن راه‌های نامکشوف حل تعارض و همچنین شناخت قالب خویشتن و یافتن معنای زندگی کمک می‌کند و بدین ترتیب موجب نگرش معنوی عمیق در فرد می‌شود (۳۴).

هر پژوهشی اگرچه در ماهیت به دنبال ارتباط بین عوامل و میزان تأثیر آنها است. به هر حال در بطن خود یک مجموعه محدودیت‌هایی را خواهد داشت. این محدودیت‌ها ممکن است بر سر راه پژوهش ظاهر شده و امر پژوهش را دچار مشکلاتی نموده و تعمیم نتایج را با دشواری مواجه کنند. مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی بود و همچنین در پژوهش حاضر پژوهشگر قادر به کنترل شرایط بیماران از جمله طول مدت بیماری نبود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی حداقل امکان از روش‌های نمونه گیری تصادفی در انتخاب نمونه استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی طول مدت بیماری نیز کنترل شود. به جهت جلوگیری از افت شرکت کنندگان پیشنهاد می‌شود جلسات مداخله با فشرده‌گی بیشتری و در مدت زمان کم‌تری اجرا شود.

خود است. معناجویی به زندگی مفهوم واقعی می‌بخشد و از این رو گذرابودن و انتقال زندگی از معنای آن نمی‌کاهد. آنچه اهمیت بسیار دارد، شیوه نگرش فرد به رنج است و همچنین شیوه‌ای که این رنج را به دوش می‌کشد. به همین دلیل انسان‌ها درد و رنجی را که معنا و هدفی دارد، با میل بیشتری تحمل می‌کنند. فرجام‌پذیری و گذرابودن نه تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی انسان است، بلکه عامل واقعی بامعنی‌بودن آن نیز به شمار می‌رود (۳۱). درمانگر می‌کوشد تا به مراجع کمک شود که در زندگی خود هدف و منظوری را جست‌وجو کند؛ هدف و منظوری که با وجود و هستی او متناسب باشد و برایش معنا داشته باشد. روان‌درمانگر کمک می‌کند تا مراجع به عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند. به مراجع کمک می‌شود تا نه تنها به تجربه هستی پردازد و کوشش پیگیری در بالفعل کردن ارزش‌ها را از خود نشان دهد، بلکه او را متعهد به انجام کاری می‌کند که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شود (۳۲). این رویکرد درمانی با ایجاد معنا در زندگی، باعث می‌شود که افراد در برابر رویدادهای آسیب‌زای زندگی، به علت نگرش سازگاران‌های که دارند، از آرامش و خونسردی خاصی برخوردار باشند؛ بنابراین، با نگرستن به مشکل خود از زوایای مختلف و بدون ازدست‌دادن کنترل رفتاری و هیجانی در جهت حل منطقی مشکل خود تلاش کنند. انتخاب این نوع درمان برای کسانی که به طور بسیار جدی با پدیده مرگ روبرو هستند مناسب است، چرا که معنای زندگی در چنین رویارویی‌هایی کاملاً مورد بازنگری و تجدید نظر واقع می‌شود. بیمارانی که روان‌درمانی مثبت‌نگر را دریافت کردند علاوه بر این که سلامت روانی آن‌ها بهبود می‌یابد با مشکلات نیز سریع‌تر سازگار شده و از سرمایه‌های روانی نظیر

References

1. Armstrong K, Eisen A, Weber B. Assessing the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2000 Feb 24; 342(8):564-571.
2. Fazeli Z, Najafian Zade M, Eshtati B, Almasi Hashiani A. Five-year evaluation of epidemiological, geographical distribution and survival analysis of breast cancer in Markazi Province, 2007-2011. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2014 Feb 10; 16(11):73-80.
3. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, Ebrahimi M. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *The breast journal*. 2007 Jul; 13(4):383-391.
4. Ahmadifard M, Sadeghi M, Gholamrezaei S. The effect of integrative approach logo-therapy and hope therapy on the body image fear and social adjustment in the women with breast cancer. *IJPN*. 2019; 7 (1):66-74
5. Yavari P, Mosavizadeh MA, Khodabakhshi R, Madani H, Mehrabi Y. Reproductive characteristics and the risk of breast cancer: a case-control study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2006 Feb 10; 1(3):11-9.

6. Ye F, Dewanjee S, Li Y, Jha NK, Chen ZS, Kumar A, Vishakha, Behl T, Jha SK, Tang H. Advancements in clinical aspects of targeted therapy and immunotherapy in breast cancer. *Molecular cancer*. 2023 Jul 6;22(1):105.
7. Kalani, N., Sedaghat, A., Eftekharian, F., Valizadeh, N. Z., Haghbeen, M. The relationship between breast cancer prognosis and dietary patterns in women with breast cancer in Jahrom city. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2023; 26(8): 33-43. doi: 10.22038/ijogi.2023.23397
8. Britt KL, Cuzick J, Phillips KA. Key steps for effective breast cancer prevention. *Nature Reviews Cancer*. 2020 Aug;20(8):417-36.
9. Sharif SP, Lehto RH, Amiri M, Ahadzadeh AS, Nia HS, Haghdoost AA, Fomani FK, Goudarzian AH. Spirituality and quality of life in women with breast cancer: The role of hope and educational attainment. *Palliative & supportive care*. 2021 Feb;19(1):55-61.
10. Steger MF, Kawabata Y, Shimai S, Otake K. The meaningful life in Japan and the United States: Levels and correlates of meaning in life. *Journal of Research in Personality*. 2008 Jun 1;42(3):660-78.
11. Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, Merluzzi TV, Munoz AR, George L, Snyder MA, Salsman JM. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta- analysis. *Cancer*. 2015 Nov 1;121(21):3760-8.
12. Aizpurua-Perez I, Perez-Tejada J. Resilience in women with breast cancer: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2020 Dec 1; 49:101854.
13. Wicher M. Positive psychology: a pathway to principal wellbeing and resilience. *Education Today*. 2017; 1:24-6.
14. Goldstein S, Brooks RB. Resilience in children. New York: Springer. Gooding, HC, Milliren, CE, Austin, SB, Sheridan, MA, & McLaughlin, KA (2016). Child abuse, resting blood pressure, and blood pressure reactivity to psychological stress. *Journal of Pediatric Psychology*. 2005; 41:5-12.
15. Carr A, Cullen K, Keeney C, Canning C, Mooney O, Chinsellaigh E, O'Dowd A. Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*. 2021 Nov 2;16(6):749-69.
16. Hendriks T, Schotanus-Dijkstra M, Hassankhan A, De Jong J, Bohlmeijer E. The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of happiness studies*. 2020 Jan; 21:357-90.
17. Fredrickson BL, Losada MF. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American psychologist*. 2005 Oct;60(7):678.
18. Macaskill A. Review of positive psychology applications in clinical medical populations. In *Healthcare* 2016 Sep 7 (Vol. 4, No. 3, p. 66). MDPI.
19. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American psychologist*. 2006 Nov;61(8):774.
20. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *American Psychological Association*; 2000 Jan.
21. Fredrickson BL, Losada MF. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American psychologist*. 2005 Oct;60(7):678.
22. Alam A. Investigating sustainable education and positive psychology interventions in schools towards achievement of sustainable happiness and wellbeing for 21st century pedagogy and curriculum. *ECS Transactions*. 2022 Apr 24;107(1):19481.
23. Braus M, Morton B. Art therapy in the time of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020 Aug;12(S1):S267.
24. Bozcuk H, Ozcan K, Erdogan C, Mutlu H, Demir M, Coskun S. A comparative study of art therapy in cancer patients receiving chemotherapy and improvement in quality of life by watercolor painting. *Complementary therapies in medicine*. 2017 Feb 1;30:67-72.
25. Alby F, Angelici G, Picinotti S, Zucchermaglio C. A pilot study on an analytic psychodrama group for cancer patients and family members. *Rassegna di psicologia*. 2017 Mar 15;34(1):67-77.
26. Menichetti J, Giusti L, Fossati I, Vegni E. Adjustment to cancer: exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention. *European journal of cancer care*. 2016 Sep;25(5):903-15.
27. Anampa J, Makower D, Sparano JA. Progress in adjuvant chemotherapy for breast cancer: an overview. *BMC medicine*. 2015 Dec;13(1):1-3.
28. Shahidi Sh, Farajnia S. Construction and validation of the spiritual attitude measurement questionnaire. *Journal of Psychology and Religion*, 2013; 5(3): 115-97.
29. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*. 2005 Jul;60(5):410.
30. Daei Jafari MR, Aghaei A, Rashidi Rad M. Existential humanistic therapy with couples and its effect on meaning of life and love attitudes. *The American Journal of Family Therapy*. 2020 Oct 19;48(5):530-45.
31. Schneider KJ, Krug OT. Existential-humanistic therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2010 Dec.

32. Dezelic MS. Meaning-centered therapy workbook: Based on Viktor Frankl's logotherapy & existential analysis. Dezelic & Associates, Incorporated; 2014.
33. Dashtbozorgi, Z., Sevari, K., Safarzadeh, S. Effectiveness of Islamic Spiritual Therapy on the Feeling of Loneliness and Death Anxiety in Elderly People. *Aging Psychology*, 2016; 2(3): 177-186.
34. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 1999 Sep;8(5):429-38.

Original Article

Comparing the effectiveness of psychodrama therapy and positive therapy on the spiritual attitude of breast cancer patients

Received: 01/04/2022 - Accepted: 20/07/2022

Maryam Nazemi¹
Tahereh Ranjbaripour^{2*}
Mehdi Shah Nazari²
Maryam Mashayekh²
Amirshahram Yousefi Kashi³

¹ Department of Health Psychology,
Karaj Branch, Islamic Azad University,
Karaj, Iran.

² Department of Psychology, Karaj
Branch, Islamic Azad University,
Karaj, Iran/Clinical Care and Health
Promotion Research Center, Karaj
Branch, Islamic Azad University,
Karaj, Iran.

³ Associate Professor, Department of
Radiotherapy, Shahid Beheshti
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran

* Department of Psychology, Karaj
Branch, Islamic Azad University,
Karaj, Iran

Email: tranjbaripour@yahoo.com

Abstract

Introduction: Considering the importance of psycho-social and spiritual problems of breast cancer patients, this research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of psychodrama therapy and positive therapy on the spiritual attitude of breast cancer patients.

Method: This was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test and follow-up plan with a control group. The research population included all women with breast cancer who referred to a clinic in Gandhi Street, Tehran, and 45 of them were selected as a sample by purposive sampling. These people were replaced in three groups: psychodrama, positive psychotherapy and control group (15 people in each group). The participants answered the spiritual attitude during three stages of assessment in the form of pre-test, post-test and follow-up. The research data were analyzed using variance analysis with multivariate repeated measures.

Results: The results of the present study showed that there was a difference between the effectiveness of positive psychotherapy and psychodramatics on the spiritual attitude of breast cancer patients ($P < 0.05$) and the post hoc test showed that psychodrama compared to treatment. Positive thinking is more effective on spiritual attitude.

Conclusion: According to the research results, it is suggested to use psych demonstrating to improve the spiritual attitude of breast cancer patients.

Keywords: Breast cancer, psychoanalysis, positive treatment, spiritual attitude

Conflict of interest: There is no conflict of interest.