

## اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی

### زنان مبتلا به سرطان سینه

سیمین حسینیان<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲۱

سوگند قاسم‌زاده<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۲۷

طیبه تازیکی<sup>۳</sup>

#### چکیده

سرطان سینه شایع‌ترین نوع سرطان در زنان و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در میان آنان است که آثار منفی بسیاری بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده به‌جا می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شده است. بدین منظور از بین کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه هر تهران، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر انتخاب و با انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی هشت جلسه دو ساعته تحت آموزش قرار گرفت. برای ارزیابی وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی آنها از پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ) و کیفیت زندگی (IRQOL) و افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. داده‌های حاصل از دو گروه کنترل و آزمایش با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد برنامه مداخله معنادرمانی گروهی اثربخش بوده به طوری که در تمام حوزه‌های اندازه‌گیری شده تفاوت معناداری ایجاد کرده است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد برنامه مداخله معنادرمانی گروهی به‌منظور بهبود سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی برای بیماران مبتلا به سرطان سینه اثربخش است.

**کلید واژه:** مداخله معنادرمانی گروهی، سرطان سینه، سلامت روان، کیفیت زندگی.

۱- استاد دانشگاه الزهرا (س)

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تهران

۳- نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تهران

## مقدمه

سرطان یکی از عمده‌ترین مشکلات جوامع بشری است (استینجر و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ جمال، سگل، ایکسیو، وارد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). در این بیماری سلول‌ها به صورت غیر طبیعی رشد می‌کند و انتشار آنها غیر قابل کنترل است (انجمن سرطان آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ ملویل، هیکاک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). بسیاری از متخصصان معتقدند که سرطان یک بیماری درمان‌ناپذیر می‌باشد (آلوارز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰)، به اعتقاد سایر متخصصان نیز عدم کنترل و درمان این بیماری می‌تواند منجر به مرگ شود (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۰). در واقع سرطان یکی از علل اصلی مرگ و میر است (جمال و همکاران، ۲۰۱۱؛ کیورزولی و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶) به طوری که پژوهشگران سرطان را جزء سه علت اصلی مرگ برمی‌شمرند (جمال و همکاران، ۲۰۱۱؛ جمال و همکاران، ۲۰۱۰). درمان بیماری فوق بسیار پرهزینه (ریگل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸) بوده و روزبه‌روز در حال افزایش است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳؛ هولمن، برکویتز، گیو، هارتمن و پرنا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴). بنابراین سرطان موجب نگرانی بسیاری در جوامع مختلف شده است (سارایا و همکاران، ۲۰۰۰؛ اکان و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱؛ و هونتر و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

- Oostindjer et al.
- Jemal, Siegel, Xu, & Ward
- American cancer society
- Melville, & Heycock
- Alvarez
- Querzoli et al.
- Rigel
- WHO
- Holman, Berkowitz, Guy, Hartman, & Perna
- Ocan et al.
- Hunter, et al.

سرطان سینه سومین سرطان شایع در جهان است (آشینگ - گیوا، پادیللا، ترجیرو و کیم<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ باکیوست و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸)، شایع ترین سرطان در زنان (بارکر<sup>۳</sup>، (بارکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲؛ جمال و همکاران، ۲۰۰۹؛ کاستانزا و چن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳؛ هارلو، ویور<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳؛ فلیتچر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳؛ ناتارجان و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹؛ ماترو و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹؛ لاین و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸؛ داباکیو و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۸؛ بلانساس و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶؛ کیورزولی و همکاران، ۲۰۰۶؛ کاکلامانی و گرادیشار<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۲؛ بلانساس و همکاران، ۲۰۰۶؛ جایاسینگ، تایلر، و بویاگس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۵) و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در میان آنان است (آندرولی، کارپنتر، گریگس، لوسکازو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۱؛ برک<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷؛ کاستانزا و چن، ۲۰۱۳؛ فلیتچر، ۲۰۱۳؛ بلانساس و همکاران، ۲۰۰۶). در ایران نیز سرطان سینه شایع ترین سرطان در میان زنان می باشد (الماسی - نوکیانی، اکبری، مدنی، ایزدی و امامی آل آقا، ۱۳۸۴؛ عباسعلی زاده، عباسعلی زاده، صحاف و نوالی، ۱۳۸۱).

این سرطان می تواند در اثر عوامل متعددی چون سن، جنس، نژاد، بیماری خوش خیم قبلی در سینه، سابقه سرطان قبلی در فرد، سن قاعدگی و منارک زودرس، یائسگی دیررس، بارداری در سنین بالا، وضعیت اقتصادی - اجتماعی بهتر، داشتن

- 
- Ashing-Giwa, Padilla, Tejero, & Kim
  - Baquet et al.
  - Berker
  - Costanza, & Chen
  - Harlow, & Weaver
  - Fletcher
  - Natarajan et al.
  - Montero et al.
  - Lin et al.
  - Dabakuyo et al.
  - Blancas et al.
  - Kaklamani, & Gradishar
  - Jayasinghe, Taylor, & Boyages
  - Andreoli, Carpenter, Griggs, & Loscalzon
  - Berek

سابقه فامیلی در سرطان‌های سینه و تخمدان، برخورد با اشعه یونیزان به وجود آید (کاستانزا و چن، ۲۰۱۳؛ گرانتزوا، ملیمکجیر و اورگارد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ فلیتچر، ۲۰۱۳؛ لی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ مانتر و همکاران، ۲۰۰۹؛ وزیری، کاشانی، جمشیدی‌فر، وزیری و جعفری<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان سینه و بستری شدن در بیمارستان تأثیر گوناگون بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده‌اش دارد (جادون، منیر، شهزاد و زیشان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ وایتیک، کوین و هربرت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ فریت و فوسل<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). وضع ظاهری اکثر بیماران به دلیل ریزش مو و یا از دست دادن یک عضو تغییر می‌کند (موریا، سیلوا، مارگیوس و کاناوارو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). به علاوه این بیماری به عملکرد جنسی و عزت نفس فرد آسیب می‌رساند (اسکور و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴؛ نعمت‌اللهی، ۱۳۸۲) و نیز تصویر بدنی را کاهش داده، سرانجام در بیمار مشکلات جنسی ایجاد می‌کند (گانز و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲؛ موریرا، کاناوارو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). همچنین سبب بروز مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، استرس پس از آسیب، احساس غمگینی، احساس محرومیت و خشم در فرد می‌شود (بونی، میکائیل، آنتونی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹؛ رنی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰؛ فافوتی و همکاران<sup>۱۳</sup>،

- 
- Grantzau, Mellemkjær, & Overgaard
  - Lee et al.
  - Vaziri, Kashani, Jamshidifar, Vaziri, & Jafari
  - Jadoon, Munir, Shahzad, & Zeshan
  - Witek, Kevin, & Herbet
  - Frith, & Fussell
  - Moreira, Silva, Margues, & Canavarro
  - Schover et al.
  - Ganz et al.
  - Moreira, & Canavarro
  - Bonnie, Micheal, & Antoni
  - Rennie
  - Fafouti et al.

۲۰۱۰). بنا به باور راستن، موان، ویکلونند، هانستاد<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) بیشترین تأثیر سرطان سینه بر کیفیت زندگی بیماران است که سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان می‌شود. سایر پژوهشگران نیز در این راستا می‌نویسند شیمی درمانی سبب افزایش میزان افسردگی و اضطراب بیمار می‌شود (رابین و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹؛ یو و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). تا حدی که هر وی و همکاران (۲۰۰۶) بیان می‌کنند که احتمال بروز افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه تا دو برابر جمعیت عمومی است. از طرفی مایر و اسکمید<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) می‌نویسند اغلب مردم افسردگی را یک واکنش طبیعی در مبتلایان به سرطان می‌دانند. در مجموع به اعتقاد هولزرنر و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) هزینه سنگین درمان، افزایش فشار روانی، کاهش عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی، اختلال در عملکرد جنسی و تغییر در تصویر ذهنی، تشخیص و درمان سرطان سینه، سلامت روان و کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده وی را متأثر می‌کند. بنابراین تعداد زیادی از این بیماران احساس پوچی، بی‌ارزشی، بی‌هدفی و بی‌معنایی در زندگی کرده و در جستجوی معنایی برای زندگی خود می‌باشند (نوگوچی و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). در نتیجه بیماران سرطانی آمادگی لازم را برای درک و بیش بهتر از زندگی دارند (محمدپور، ۱۳۸۵).

هدف معنا درمانی<sup>۷</sup> کمک به بیمار در پیدا کردن معنا در زندگی است. در واقع معنا معنا درمانی بیمار را در جهت یافتن معنی حتی در مواقع سختی سوق می‌دهد (پروچاسی، نورکراس، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۱؛ فرانکل ترجمه تبریزی و علوی

- 
- Rustoen, Moum, Wiklund, & Hanestad
  - Rabin et al.
  - Yau et al.
  - Mayr, & Schmid
  - Holzner et al.
  - Noguchi et al
  - Logotherapy

نیا، ۱۳۸۳). به اعتقاد کوری<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) معنا درمانی در جهت رسیدن به خود واقعی، شناخت دنیای اطراف و معنادهی به زندگی حال و آینده به فرد کمک می‌کند. باوجود ماهیت اساساً فردی معنا درمانی، فابری (۱۹۸۸) اجرای روش فوق را به شیوه گروهی سودمندتر می‌داند (سومو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

از طرفی انسان همواره در جستجو است تا بداند که کیست و به کجا می‌رود؟ دین نیز با آگاهی از این نیاز بشری به مسئله فوق توجه دارد (کلینی، ۱۳۶۲). هدف دین رسیدن انسان به کمال، خوشبختی و سعادت‌مندی است. لذا ضمن معرفی حیات جاویدان و معنای مرگ با معنا بخشیدن به زندگی و معرفی و شناخت هدف نهایی از جهان انسان را از هر نوع رنج، سختی و پوچ‌گرایی دور می‌کند و در جهت مسیری هدفمند و زندگی معنادار که همان قرب الهی است، حرکت می‌دهد (تورالبا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ نهج‌البلاغه، خطبه ۲۲۷). بر همین اساس جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان تأثیر مثبت دارد (جانبزرگی، ۱۳۸۶). چراکه دینداری با نجات انسان از بیهودگی‌ها، بیماری‌های روانی را درمان می‌کند. از طرفی از آنجایی که راه درمان خلاء وجودی بیدار کردن احساسات سرکوب‌شده مذهبی است، بنابراین معنایابی نهایی را می‌توان در مذهب جستجو کرد (آذربایجانی و موسوی‌اصل، ۱۳۸۵).

سودمندی روش معنا درمانی در گروه‌های مختلف و متغیرهای متعدد پژوهشی توسط متخصصان گوناگون به اثبات رسیده است (بلایر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). قنبری زرنندی و گودرزی (۱۳۸۷) در پژوهش خود از مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی استفاده کردند. یافته‌های پژوهشی این پژوهشگران حاکی از بهبود تمام ابعاد سلامت عمومی اعم از سلامت جسمانی، سلامت روان، اضطراب و افسردگی در

---

- Corey  
- Somov  
- Torralba  
- Blair

زنان آسیب‌دیده از زلزله می‌باشد. همچنین بسیاری از متخصصان معتقدند که پیدا کردن معنی در زندگی و انتخاب هدف به غلبه بیمار بر اضطراب و افسردگی کمک می‌کند (جمالی، ۱۳۸۱؛ فرانکل، ترجمه تبریزی و علوی‌نیا، ۱۳۸۳؛ و فرانکل، ترجمه صالحیان و میلانی، ۱۳۸۵)، همچنین منجر به افزایش رضایت از زندگی (استیگر، شیم، بارنز و شین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴) و افزایش رضایت از زناشویی (حمیدی، منشایی و دکانهی فرد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴) می‌گردد. به‌علاوه معنویت می‌تواند به زنان مبتلا به سرطان در مقابله با عوارض ناشی از سرطان (مروویگلا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) و در نتیجه در کنار آمدن با سرطان کمک کند (بایو- ویو، فاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). در این میان اعتقادات مذهبی در افزایش کیفیت زندگی (لابمیر، زاکوسکی، بایر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴) و سلامت (لوین و تارگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲) نقش اساسی ایفا می‌کند. سایر پژوهشگران نیز به تأثیر مذهب و معنویت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان اشاره می‌کنند (آن، کاری و سانگتا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹؛ سو و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). بنابراین می‌توان از روش معنادرمانی برای برای بهبود کیفیت زندگی و افزایش سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه استفاده کرد.

از سوی دیگر وجود پژوهش در معنا به‌عنوان متغیری بین مذهب، معنویت و سلامت بسیار اندک است (والبرن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴)، به‌علاوه عواملی چون سخت و طاقت فرسا بودن بیماری سرطان، هزینه‌های سنگین درمان، نگرانی‌های بسیار در جوامع، نقش اساسی و کلیدی زنان در خانواده و جامعه، شیوع بالای سرطان سینه در زنان،

- 
- Steger, Shim, Barenz, & Shin
  - Hamidi, Manshaee, & Dokanheei fard
  - Meroviglia
  - Bauer-Wu, & Farran
  - Laubmeier, Zakowski, & Bair
  - Levine, & Targ
  - Ann, Kari, & Sangeeta
  - So et al.
  - Walborn

شیوع بالای مرگ و میر ناشی از این بیماری و میزان بالای مشکلات روان‌شناختی و نیز پایین بودن کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران حاکی از اهمیت مطالعه در زمینه این بیماری است. همچنین خلاء ناشی از کمبود پژوهش در این حیطه، پژوهشگران را بر آن داشت تا مطالعه‌ای با هدف اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام دهند.

### روش

جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به کلینیک پستان جهاد دانشگاهی شهر تهران و بیمارستان شهدای تجریش است. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس استفاده شد. با بیماران در سالن‌های انتظار و درمانگاه کلینیک در مورد مطالعه و جلسات گروهی صحبت شد. در مرحله بعد، افراد داوطلب و واجد شرایط فرم مشخصات عمومی را تکمیل نمودند. پس از بررسی فرم‌ها از ۳۰ نفر از داوطلبان برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. سپس افراد به پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ) و کیفیت زندگی (IRQOL) و افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS) پاسخ دادند و نتایج ثبت شد. در مرحله بعد، افراد به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه دو ساعته تحت آموزش قرار گرفت. محتوای جلسات فوق در جدول (۱) آمده است. پس از پایان جلسات هر دو گروه مجدداً با پرسش‌نامه‌های یاد شده مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ به‌منظور غربالگری اختلالات روانی غیرسایکوتیک ساخته شد. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه فوق در سال ۱۹۷۹ با روش تحلیل عاملی تهیه شد که شامل ۴ مقیاس فرعی ۷ سؤالی است و حیطه‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال در



خواب، علائم افسردگی و عملکرد اجتماعی را در برگرفته و علائم مرضی و حالات مثبت و تندرستی فرد را در یک ماه اخیر مورد ارزیابی قرار می دهد. شیریم، سودانی و شفیع آبادی (۱۳۸۷) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار کل ۰/۸۹ و برای خرده آزمون‌ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۶، ۰/۹۲ و ۰/۹ محاسبه کردند.

پرسشنامه کیفیت زندگی (IRQOL): پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۴ توسط پژوهشگرانی زیر نظر سازمان جهانی بهداشت ساخته شد. این آزمون که یک مقیاس بین فرهنگی است دارای دو فرم است. فرم بلند آن دارای ۱۰۰ سؤال است که در آن کیفیت زندگی دارای ۲۴ بعد فرض می شود که در ۶ دامنه قرار می گیرد و فرم کوتاه آن ۲۶ سؤالی است (در این پژوهش از این فرم استفاده شده است) که به ارزیابی ۴ بعد از کیفیت زندگی افراد می پردازد، این ابعاد شامل سلامت جسمی، روان‌شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران است. در سال ۱۳۸۵ نصیری ضمن ترجمه و تهیه نسخه ایرانی مقیاس (IRQOL)، ضریب پایایی تنصیفی و همسانی درونی آن را در یک نمونه ۳۰۲ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش کرده است. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ به دست آمده و نتایج مربوط به روایی هم‌زمان آن با مقیاس سلامت عمومی (GHQ۲۸) رضایت‌بخش اعلام شده است (صاحبی، میرعبداللهی و سالاری، ۱۳۸۰). در پژوهش دیگری ضریب پایایی توصیفی و همسانی درونی (α) آن به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ به دست آمده و نتایج مربوط به روایی هم‌زمان آن با مقیاس سلامت عمومی (GHQ) رضایت‌بخش اعلام شده است (نصیری، ۱۳۸۵).

پرسشنامه افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS): این پرسشنامه دو فرم بلند (۴۲ سؤالی) و کوتاه (۲۱ سؤالی) دارد. در این پژوهش مقیاس کوتاه آن مورد استفاده قرار گرفته است. در سال ۱۹۹۵ لوویباند و لوویباند این مقیاس را با هدف سنجش هم‌زمان شدت افسردگی، اضطراب و استرس افراد، آزمون DASS را ساختند (لوویباند و لوویباند، ۱۹۹۵). ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه این تست که در این شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. علاوه بر آن، ضریب همبستگی آزمون افسردگی بک، مقیاس استرس ادراک شده<sup>۲</sup> و مقیاس اضطراب زونگ<sup>۳</sup> با خرده مقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به دست آمده است (صاحبی، میرعبداللهی و سالاری، ۱۳۸۰).

#### جدول شماره ۱: محتوای جلسات درمان

| جلسات            | محتوای جلسه  |
|------------------|--|
| جلسه اول         | ذکر دعای آرامش، آشنایی اعضا با یکدیگر، بحث درباره معنای زندگی، عادی سازی احساس پوچی و بی‌معنایی، تسهیل انتظار و چشم داشت مثبت نسبت به درمان    |
| جلسه دوم         | ذکر دعای آرامش، معرفی رویکرد معنا درمانی   |
| جلسه سوم         | ذکر دعای آرامش، آسیب‌زدایی احساسات مراجعان از پوچی و بی‌معنایی، تقویت روحیه جستجوگری معنا در بیماران و انسجام گروهی، معرفی منابع معنا در زندگی |
| جلسه چهارم       | ذکر دعای آرامش، درد و رنج و معنای آن، توضیح مثلث غم انگیز و ابعاد آن و تکنیک اصلاح نگرش‌ها   |
| جلسه پنجم        | ذکر دعای آرامش، بحث درباره معنای خود، معنای مرگ  |
| جلسه ششم         | ذکر دعای آرامش، معنای افسردگی و بیماری روانی   |
| جلسه هفتم و هشتم | ذکر دعای آرامش، معنای وجود و بودن، معنای آزادی و مسئولیت   |

#### یافته‌ها

- Lovibond, & Lovibond
- perceived Stress Scale
- Anxiety Scale

داده‌های حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه کیفیت زندگی (IRQOL) و پرسشنامه افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری شد. میانگین و انحراف استاندارد داده‌های فوق در جدول (۲) آمده است. همان‌طور که در جدول نشان داده شده است میانگین داده‌های پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS) در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش محسوسی نشان می‌دهد که این امر نشان‌دهنده بهبود است. این در حالی است که در نمرات گروه کنترل تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. به‌علاوه میانگین نمرات گروه آزمایش در پرسشنامه کیفیت زندگی (IRQOL) در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یعنی بهبود را نشان می‌دهد. در صورتی که گروه کنترل تفاوت چندانی نشان نمی‌دهد.

جدول شماره ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌ها و

مراحل تحت بررسی

|       | گروه آزمایش            |                        | گروه کنترل             |                        |  |
|-------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--|
|       | پیش‌آزمون              | پس‌آزمون               | پیش‌آزمون              | پس‌آزمون               |  |
|       | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |  |
| GHQ   | افسردگی                | ۴/۷۱ (۳/۱۹)            | ۱/۴۶ (۱/۳۸)            | ۶/۲۸ (۵/۸۷)            |  |
|       | اضطراب                 | ۹/۱۲ (۳/۶۶)            | ۴/۴۵ (۲/۴۹)            | ۹/۵۰ (۳/۶۶)            |  |
|       | جسمانی                 | ۹/۳۲ (۴/۱۷)            | ۸/۸۹ (۳/۹۸)            | ۹/۶۷ (۴/۱۶)            |  |
|       | کارکرد اجتماعی         | ۱۱/۴۳ (۲/۶۹)           | ۸/۱۲ (۲/۴۴)            | ۱۴/۷۳ (۲/۹۹)           |  |
| IRQOL | سلامت روانی            | ۲۴/۵۵ (۵/۶۸)           | ۳۴/۵۳ (۴/۲۳)           | ۲۳/۴۴ (۴/۲۳)           |  |
|       | روابط اجتماعی          | ۲۰/۸۷ (۴/۴۵)           | ۲۵/۵۵ (۴/۷۱)           | ۲۲/۰۵ (۳/۹۸)           |  |
|       | سلامت جسمانی           | ۲۰/۵۶ (۲/۹۹)           | ۲۱/۷۵ (۳/۴۵)           | ۱۹/۸۱ (۲/۱۲)           |  |
| DASS  | افسردگی                | ۷/۳۲ (۳/۲۴)            | ۲/۳۲ (۲/۰۱)            | ۹/۴۶ (۴/۷۸)            |  |
|       | اضطراب                 | ۵/۶۵ (۳/۱۲)            | ۳/۱۲ (۱/۷۸)            | ۶/۶۰ (۴/۳۳)            |  |
|       | استرس                  | ۱۰/۹۲ (۳/۱۹)           | ۵/۶۴ (۲/۸۷)            | ۱۲/۷۰ (۴/۳۰)           |  |

برای بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. بررسی‌های مقدماتی جهت حصول اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های بهنجاری، خطی بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون، و پایایی اندازه‌گیری همپراش انجام شد و برقراری شرایط استفاده از آزمون فوق محرز گردید. بنابراین نتایج مربوط به تحلیل کواریانس بین گروهی یک طرفه چند متغیری در ادامه مطرح می‌شود.

جدول شماره ۳: آزمون F چند متغیری با کواریانس مقایسه دو گروه (GHQ)

| متغیرهای وابسته      | SS مجموع مجذورات | MS میانگین مجذورات | F تحلیل واریانس | P سطح معناداری |
|----------------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|
| کواریانس (پیش‌آزمون) | افسردگی          | ۱۳۵/۱۲             | ۹/۳۱            | ۰/۰۵           |
|                      | اضطراب           | ۲۰/۰۱              | ۲/۷۸            | ۰/۰۱           |
|                      | جسمانی           | ۱۵۴/۹۶             | ۱۱/۴۳           | ۰/۰۹           |
|                      | کارکرد اجتماعی   | ۴۴/۵۵              | ۷/۸۶            | ۰/۰۱           |
| گروه                 | افسردگی          | ۱۳۵/۴۲             | ۹/۳۷            | ۰/۰۵           |
|                      | اضطراب           | ۱۵۹/۴۲             | ۲۲/۶۱           | ۰/۰۰۱          |
|                      | جسمانی           | ۷۱/۷۸              | ۷/۴۲            | ۰/۰۸           |
|                      | کارکرد اجتماعی   | ۱۵۲/۲۲             | ۲۲/۷۹           | ۰/۰۰۱          |
| خطا                  | افسردگی          | ۳۶۰/۴۴             | ۱۴/۵۲           |                |
|                      | اضطراب           | ۱۷۶/۶۷             | ۷/۱۲            |                |
|                      | جسمانی           | ۲۱۰/۸۷             | ۱۶/۴۴           |                |
|                      | کارکرد اجتماعی   | ۱۴۱/۶۶             | ۵/۷۲            |                |
| کل                   | افسردگی          | ۱۲۸۱/۰۰            |                 |                |
|                      | اضطراب           | ۱۲۳۲/۰۰            |                 |                |
|                      | جسمانی           | ۲۷۱۱/۰۰            |                 |                |
|                      | کارکرد اجتماعی   | ۴۸۰۷/۰۰            |                 |                |

DF=۱/۲۶

همان‌طور که در جدول (۳) نشان داده شده است، نتایج حاکی است که افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، پس از دریافت مداخلات، به‌طور معنادار کارکرد اجتماعی مطلوب‌تری نشان دادند. همچنین افسردگی و اضطراب نیز در گروه آزمایش به‌صورت معنادار کاهش یافته، اما این گروه در بعد جسمانی بهبود معناداری نشان ندادند.

جدول شماره ۴: آزمون F چند متغیری با کوریانس مقایسه دو گروه (IRQOL)

| متغیرهای وابسته     | SS مجموع<br>مجذورات | MS میانگین<br>مجذورات | F تحلیل<br>واریانس | P سطح<br>معناداری |
|---------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| کوریانس (پیش‌آزمون) | ۲۳/۱۲               | ۲۳/۱۲                 | ۱/۶۱               | ۰/۰۲              |
|                     | ۱۹۶/۸۸              | ۱۹۶/۸۸                | ۱۴/۷۸              | ۰/۰۰۱             |
|                     | ۵/۴۶                | ۵/۴۶                  | ۰/۹۱               | ۰/۳۵              |
| گروه                | ۱۰۷۰/۵۷             | ۱۰۷۰/۵۷               | ۷۴/۸۹              | ۰/۰۰۱             |
|                     | ۱۷۰/۶۶              | ۱۷۰/۶۶                | ۱۲/۵۹              | ۰/۰۰۱             |
|                     | ۳۸۲/۹۱              | ۱۸۲/۹۱                | ۴۴/۸۴              | ۰/۰۷              |
| خطا                 | ۳۷۱/۰۲              | ۱۴/۳۵                 |                    |                   |
|                     | ۳۴۸/۰۴              | ۱۳/۵۱                 |                    |                   |
|                     | ۱۷۴/۶۹              | ۶/۶۷                  |                    |                   |
| کل                  | ۲۵۶۴۰/۰۰            |                       |                    |                   |
|                     | ۱۸۰۰۶/۰۰            |                       |                    |                   |
|                     | ۸۵۱۰/۰۰             |                       |                    |                   |

DF=۱/۲۶

یافته‌های جدول (۴) حاکی است که زنان مبتلا به سرطان سینه در گروه آزمایش به‌طور معناداری در مقایسه با گروه کنترل پس از دریافت مداخلات سلامت روانی، بیشتر و با روابط اجتماعی مطلوب‌تر و در نتیجه از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. در بعد سلامت جسمانی تفاوت معناداری بین دو گروه یافت نشد.

جدول شماره ۵: آزمون F چند متغیری با کوریانس مقایسه دو گروه (DASS)

| متغیرهای وابسته     | SS مجموع مجذورات | MS میانگین مجذورات | F تحلیل واریانس | P سطح معناداری |
|---------------------|------------------|--------------------|-----------------|----------------|
| کوریانس (پیش آزمون) | افسردگی          | ۴۷/۲۳              | ۴۷/۲۳           | ۰/۰۴           |
|                     | استرس            | ۸۳/۴۳              | ۸۳/۴۳           | ۰/۰۰۳          |
|                     | اضطراب           | ۳۶/۲۴              | ۳۶/۲۴           | ۰/۰۳           |
| گروه                | افسردگی          | ۳۵۴/۲۳             | ۳۳/۶۹           | ۰/۰۰۱          |
|                     | استرس            | ۴۰۹/۰۰             | ۵۰/۷۹           | ۰/۰۰۱          |
|                     | اضطراب           | ۸۵/۰۱              | ۱۲/۰۱           | ۰/۰۰۲          |
| خطا                 | افسردگی          | ۲۷۳/۲۴             | ۱۰/۶۶           |                |
|                     | استرس            | ۲۱۰/۴۲             | ۷/۲۴            |                |
|                     | اضطراب           | ۱۸۸/۳۳             | ۷/۲۴            |                |
| کل                  | افسردگی          | ۲۰۵۵/۰۰            |                 |                |
|                     | استرس            | ۳۵۸۰/۰۰            |                 |                |
|                     | اضطراب           | ۱۲۲۶/۰۰            |                 |                |

$$DF=۱/۲۶$$

با توجه به جدول (۵) می توان دریافت که پس از اجرای برنامه مداخله، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری در افسردگی، استرس و اضطراب تجربه می کند. نتایج جدول فوق نیز همانند جداول قبلی حاکی از سودمندی برنامه برای زنان مبتلا به سرطان پستان است.

#### بحث و نتیجه گیری

عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان سینه، و بستری شدن در بیمارستان آثار گوناگون بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده اش می گذارد (کاستانزا و چن، ۲۰۱۳؛ جادون و همکاران، ۲۰۱۰؛ وایتیک و همکاران، ۲۰۰۸؛ فریت و فوسل، ۲۰۰۷). وضع ظاهری بیشتر بیماران به دلیل ریزش مو ناشی از شیمی درمانی و رادیو تراپی و یا از دست دادن یک عضو از بدن تغییر می کند (موریا و همکاران، ۲۰۱۰). به علاوه پژوهش ها حاکی است که ابتلا به سرطان، به

عملکرد جنسی و عزت نفس فرد آسیب می‌رساند (نعمت‌اللهی، ۱۳۸۲)، و نیز اثر منفی بر تصویر بدنی دارد و سرانجام در بیمار مشکلات جنسی ایجاد می‌کند (گانز و همکاران، ۲۰۰۲؛ موریرا، کاناوارو، ۲۰۱۰). هزینه هنگفت درمان، افزایش فشار روانی، کاهش عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی، اختلال در عملکرد جنسی، تغییر در تصویر ذهنی و نیز تشخیص و درمان سرطان سینه منجر به کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده وی می‌شود و احساس پوچی، بی‌ارزشی، بی‌هدفی و بی‌معنایی در زندگی به وجود می‌آورد. همچنین سبب بروز مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، استرس پس از آسیب، احساس غمگینی، احساس محرومیت و خشم در فرد می‌شود (بونی و همکاران، ۲۰۰۹؛ رنی، ۲۰۰۰؛ فافوتی و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و تنیدگی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد. یافته‌های به‌دست آمده براساس هدف تحقیق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که معنادرمانی گروهی منجر به بهبود سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است. همانطور که پیشتر اشاره شد، بیمار مبتلا به سرطان احساس بی‌هدفی و بی‌معنایی می‌کند و در جستجوی معنایی برای زندگی خود می‌باشد (نوگوچی و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین به اعتقاد فرانکل این بیماران آمادگی لازم را برای درک و بینش بهتر از زندگی دارند (محمدپور، ۱۳۸۵). از این رو در این پژوهش از روش معنا درمانی استفاده شده که هدفش کمک به بیمار در جهت پیدا کردن معنا در زندگی و تعیین هدف است (پروچاسی، نورکراس، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۱؛ فرانکل ترجمه تبریزی و علوی‌نیا، ۱۳۸۳) و بیماران با

بازنگری در نگرش‌ها و جستجوی معنای جدید در زندگی توانستند تا حد زیادی بر استرس و تنیدگی ناشی از ابتلا به سرطان فائق آیند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد مداخله معنادرمانی گروهی منجر به بهبود روابط اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. به نظر می‌رسد معنادرمانی گروهی توانسته بر همه ابعاد سلامت روانی اثرگذار باشد که نتایج فوق با بررسی‌های سایر پژوهشگران (استیگر و همکاران، ۲۰۱۴؛ ییلایر، ۲۰۰۴؛ جمالی، ۱۳۸۱؛ حمیدی و همکاران، ۲۰۱۴) همسو، منطبق و در یک راستا است. اما در بررسی یافته‌های پژوهش حاضر، در بعد جسمانی کیفیت زندگی یافته‌ها معنادار نیست، این یافته کاملاً طبیعی است چرا که مداخله برای کاهش علائم روان‌شناختی است و از بعد پزشکی و جسمانی مداخله‌ای انجام نشده است.

همچنین مطالعات علمی متعددی نشان می‌دهند که معنویت به زنان مبتلا به سرطان در مقابله با عوارض ناشی از سرطان کمک می‌کند (مروویگلا، ۲۰۰۶) و منجر به کنار آمدن آنها با سرطان می‌شود (بایو-ویو و فاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این محققان نشان دادند مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی منجر به بهبود سلامت عمومی زنان آسیب‌دیده از زلزله می‌شود (قنبری زرنندی و گودرزی، ۱۳۸۷). همچنین اعتقادات مذهبی باعث افزایش کیفیت زندگی (لابمیر و همکاران، ۲۰۰۴) و سلامت (لوین و تارگ، ۲۰۰۲) بیماران می‌شود. در کنار مطالعات یاد شده، پژوهش‌های عدیده‌ای نیز بر نقش مذهب و معنویت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان تأکید دارند (آنن و همکاران، ۲۰۰۹؛ سو و همکاران، ۲۰۰۹).

در واقع معنا درمانی مردم را مسئول زندگی خودشان می‌داند و به آنها می‌گوید که تحت هر شرایطی با پذیرش مسئولیت زندگی و تحقیق معنایابی، می‌توان مفهومی



از کنترل و لیاقت به دست آورد (کاردن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). از دیدگاه فرانکل، معنا از رهگذر پاسخگویی به خواسته‌های موقعیت پیش آمده کشف می‌شود (فرانکل، ترجمه یزدی، ۱۳۷۵ و فرانکل، ترجمه تبریزی و علوی‌نیا، ۱۳۸۳). فرانکل می‌نویسد: «هنگامی که انسان با موقعیتی ناامیدکننده روبه‌رو می‌شود هنوز برای تحقق معنا فرصت دیگری دارد. او می‌تواند بالاترین ارزش را درک کند تا عمیق‌ترین معنا را کامل نماید. معنادرمانی به شکل فراگیر دارای پیامی عینی برای شخصی عینی است تا از این رهگذر برای بهبود آنچه که می‌تواند بهتر باشد، گام بردارد (لوکاس و ازوانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). به علاوه دیدگاه آدمی در مورد رابطه زندگی دنیوی و زندگی اخروی براساس آموزه‌های اسلام، در کشف معنای زندگی مؤثر است، به این دلیل که آشنایی با زندگی اخروی، دامنه مفهوم زندگی را از محدوده دنیا فراتر می‌برد و اعتقاد به اساسی بودن و جاودانی بودن زندگی آخرت و تأثیر غیرقابل انکار زندگی دنیوی بر سعادت اخروی، مسیر حرکت کاروان انسانی را به سوی کمال و تعالی رهنمون می‌گردد. طبق یافته‌های راستن و همکاران (۱۹۹۹) بیشترین تأثیر سرطان سینه بر کیفیت زندگی بیمار با مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آنان است. روش‌های درمانی همچون شیمی‌درمانی سبب افزایش میزان افسردگی و اضطراب بیمار می‌شود (رابین و همکاران، ۲۰۰۹؛ یو و همکاران، ۲۰۰۹). تا حدی که هروی و همکاران (۲۰۰۶) بیان می‌کنند که احتمال بروز افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه تا دو برابر جمعیت عمومی است. مایر و اسکمید (۲۰۱۰) می‌نویسند اغلب مردم افسردگی را یک واکنش طبیعی در مبتلایان به سرطان می‌دانند که معنا درمانی می‌تواند با اثرگذاری بر بعد روانی و اجتماعی این نشانه‌ها را کاهش دهد.

---

- Carden  
- Lukas, & Zwang

در مجموع در این روش درمانی، فرد یاد می‌آموزد که خودش مسئول اعمالش است، و تحت شرایط سخت نیز با قبول مسئولیت زندگی خود، مفهومی از کنترل و لیاقت به‌دست آورده و در پاسخگویی به موقعیت پیش آمده معنا را کشف می‌کند. تسلیم بدبختی و تیره روزی نمی‌شود و برای بهبود آنچه می‌تواند بهتر باشد و در جهت رسیدن به کمال گام برمی‌دارد. مطالعات علمی یاد شده و نتایج پژوهش‌های فوق‌همگی مؤید یافته‌های پژوهش کنونی است. بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که معنادرمانی گروهی مذهب محور منجر به بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر روی نمونه‌هایی با حجم بیشتر و به‌صورت مقایسه‌ای با سایر روش‌های روان‌درمانی گروهی و در مراحل مختلف درمان‌های پزشکی انجام شود. به‌علاوه با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر استفاده از متخصصان روان‌شناسی در بخش‌های مختلف بیمارستانی از جمله بخش سرطان توصیه می‌شود.

#### منابع

- ۱- آذربایجانی؛ مسعود و موسوی‌اصل؛ سیدمهدی (۱۳۸۵)، درآمدی بر روان‌شناسی دین، تهران، سمت و قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- ۲- الماسی‌نوکیانی؛ فریبا، اکبری؛ حسین، مدنی؛ سیدحمید، ایزدی؛ بابک و امامی‌آل آقا؛ محسن (۱۳۸۴)، شیوع سرطان پستان در کرمانشاه (۸۲-۱۳۷۹)، مجله زنان مامایی و نازایی ایران، ۸ (۲)، ۲۳-۲۸.
- ۳- پروچاسکا؛ جیمز، او و نورکراس؛ جان. سی (۱۳۸۱)، نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه: یحیی سیدمحمدی، تهران، انتشارات رشد.
- ۴- جانیزرگی؛ مسعود (۱۳۸۶)، جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان، پژوهش در پزشکی، ۳۱ (۴)، ۳۴۵-۳۵۰.
- ۵- جمالی؛ فریبا (۱۳۸۱)، بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشگاه الزهرا.

- ۶- شیربیم، زهرا؛ سودانی؛ منصوره و شفیع‌آبادی؛ عبدالله (۱۳۸۷)، اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان، *مجله اندیشه و رفتار*، ۸(۲)، ۱۸-۷.
- ۷- صاحبی؛ علی، میرعبداللهی؛ عفت‌السادات و سالاری؛ راضیه (۱۳۸۰)، *هنجاریابی مقیاس اضطرابی، افسردگی و استرس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد*، طرح پژوهشی، مشهد، دانشگاه فردوسی.
- ۸- فرانکل؛ ویکتور امیل (۱۳۷۵)، *خدا در ناخودآگاه*، ترجمه: ابراهیم یزدی، تهران، موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- ۹- فرانکل؛ ویکتور امیل (۱۳۸۳)، *فریاد ناشنیده برای معنی*، ترجمه: مصطفی تبریزی و علی علوی‌نیا، تهران، انتشارات فراروان.
- ۱۰- فرانکل؛ ویکتور (۱۳۸۵)، *انسان در جستجوی معنا*، ترجمه: نهضت صالحیان و مهین میلانی، تهران، رسا.
- ۱۱- قنبری‌زندی؛ زهرا و گودرزی؛ محمود (۱۳۸۷)، اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب‌دیده از زلزله، *مجله علمی- پژوهشی تحقیقات زنان*، ۴، ۵۷-۶۶.
- ۱۲- عباسعلی‌زاده؛ شمسی، عباسعلی‌زاده؛ فاطمه، صحاف؛ فرناز و نوالی؛ نازلی (۱۳۸۱)، بررسی شیوع سرطان پستان در منطقه شمال غرب تبریز، *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۵(۱۱-۱۲)، ۵۴-۵۷.
- ۱۳- کلینی؛ محمدبن یعقوب (۱۳۶۲)، *الکافی*، تهران، اسلامیه.
- ۱۴- محمدپور؛ احمدرضا (۱۳۸۵)، ویکتور امیل فرانکل: بنیانگذار معنادرمانی، *فرادیدی بر روان‌شناسی و روان‌درمانی وجودی*، تهران، دانژه.
- ۱۵- نصیری؛ حبیب‌الله (۱۳۸۵)، *بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن*، سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه علم و صنعت.
- ۱۶- نعمت‌اللهی؛ آذر (۱۳۸۲)، *بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۱۷- نهج‌البلاغه، قم، دارالهجره، بی‌تا.

- American cancer society. ( ). **Cancer fact & figures**. Atlanta: American cancer society;
- Andreoli, T.E., Carpenter, C.C.J., Griggs, R.C., & Loscalzon, J. ( ). **Cecil Essentials of medicine**. th ed. Trans. Ahmadi Araghi I. Tehran: Tabib and Teymourzadegan; . p. - .
- Ann, M.B., Kari, L., & Sangeeta, A. ( ). Variability of patterns of fatigue and quality of Life Over Time Based on Different Breast cancer Adjuvant chemotherapy Regimens. **Oncology Nursing Forum**, ( ), - .
- Ashing-Giwa, K.T., Padilla, G.V., Tejero, J.S., & Kim, J. ( ). Breast cancer survivorship in a multiethnic sample: challenges in recruitment and measurement. **Cancer**, ( ), - .
- Avarez, R.H. ( ). Present and future evolution of advanced breast cancer therapy. **Breast Cancer Research**, ( ), - .
- Baquet, C.R., Mishra, S.I., Commiskey, P., Ellison, G.L., & DeShields, M. ( ). Breast cancer epidemiology in blacks and whites: disparities in incidence, mortality, survival rates and histology. **J Natl Med Assoc**, ( ), - .
- Bauer-Wu, S., & Farran, C.J. ( ). Meaning in life and psycho-spiritual functioning: A comparison of breast cancer Survivors and healthy Women. **Journal of Holist Nursing**, ( ), - .
- Berek, J. ( ). **Gynecology**. California. Lippincott Williams & Wilkins.
- Berker, J.S. ( ). **Novak's gynecology**. th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p. - .
- Blair, R.G. ( ). Helping older adolescents search for meaning in depression. **Journal of Mental Health counseling**, , - .
- Blancas, I., Garcia-Puche, J.L., Bermejo, B., Hanrahan, E.O., Monteagudo, C., Martinez-Agullo, A., Rouzier, R., Hennessy, B.T., Valero, V., & Lluch, A. ( ). Low number of examined lymph nodes in node-negative breast cancer patients is an adverse prognostic factor. **Ann Oncol**, ( ), - .
- Bonnie, A., Micheal, H., & Antoni, M. ( ). Psychological Intervention and health outcomes among Women treated for breast cancer. **Brain Behavior Immunology**, ( ), - .
- Carden, T. F. ( ). **Victor E. Frankle and Logo therapy**. Available online at: <http://www.tcarden.com/coun> Mid Term/html.

- Corey, G. ( ). **Theory and practice in group counseling.** Stanford: Thomson learning.
- Costanza, M.E., & Chen, W.Y. ( ). **Factors that modify breast cancer risk in women.** Up to Date [Online]. Available from: URL: <http://www.uptodate.com/contents/factors-that-modify-breast-cancer-risk-in-women>.
- Dabakuyo, T.S., Bonnetain, F., Roignot, P., Poillot, M.L., Chaplain, G., Altwegg, T., Hedelin, G., & Arveux, P. ( ). Population based study of breast cancer survival in Cote d'Or (France): prognostic factors and relative survival. **Ann Oncol**, ( ), - .
- Fafouti, M., Paparrigopoulos, T., Zervas, Y., Rabavilas, A., Malamos, N., Liappas, I., & Tzavara, C. ( ). Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. **In Vivo**, ( ), - .
- Fletcher, S. ( ). **Screening for breast cancer.** Up To Date [Online]. Available from: URL: <http://www.uptodate.com/contents/screening-for-breast-cancer>.
- Frith, H.D., & Fussell, A. ( ). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer, **European journal of oncology nursing**, , - .
- Ganz, P.A., Desmond, K.A., Leedham, B., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., & Belin, T.R. ( ). **Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer:** a Follow-up Study. **JNCI J Natl Cancer Inst**, ( ), - .
- Grantzau, T., Mellekjær, L., & Overgaard, J. ( ). Second primary cancers after adjuvant radiotherapy in early breast cancer patients: A national population based study under the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). **Radiotherapy and Oncology**, ( ), ° .
- Hamidi, E., Manshaee, G.R., & Dokanheei fard, F. ( ). The Impact of Logotherapy on Marital Satisfaction. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, , ° .
- Harlow, S.P., Weaver, L. ( ). **Management of the regional lymph nodes in breast cancer** [Online]. Available from:
- Holman, D.M., Berkowitz, Z., Guy, G.P., Hartman, A.M., & Perna, F.M. ( ). The association between demographic and behavioral characteristics and sunburn among U.S. adults

- National Health Interview Survey, . **Preventive Medicine**, ,
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H.R., Nser, M.D., Margreiter, R., Fleischhacker, W.W., & Sperner-Unterweger, B. ( ). Quality Of Life in Breast Cancer Patients - not Enough Attention for Long Term Survivors. **Psy Chromatics**, ( ), - .
- Hunter, S., Jakson, K., Abdulla, R., , Zhu, W., Lee, J.H., Wells, K.J., & Roetzheim, R. ( ). Sun protection at Elementary School: Acluster Randomaized Trial. **J Natl Cancer Inst**, ( ), - .
- Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A., & Zeshan, S.C. ( ). Assessment of depression and anxiety in adult cancer out patients: a cross-sectional study. **BMC cancer**, ( ), doi: . / -
- Jayasinghe, U.W., Taylor, R., & Boyages, J. ( ). Is age at diagnosis an independent prognostic factor for survival following breast cancer? **ANZ J Surg**, ( ), - .
- Jemal, A., & Bray, F. ( ). Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. **CA Cancer J Clin**, ( ), -
- Jemal, A., Siegel, R., Ward. E., Hao, Y., Xu, J., & Thun, M.J. ( ). Cancer statistics. CA: a **cancer journal for clinicians**, ( ), - .
- Jemal, A., Siegel, R., Xu, J., & Ward, E. ( ). Cancer statistics, . **CA Cancer J Clin**, ( ), - .
- Kaklamani, V., & Gradishar, J. ( ). **Axillary node metastases with occult primary breast cancer**. UpToDate [Online]. Available from: URL: <http://www.uptodate.com/contents/axillary-node-metastases-with-occult-primarybreast-cancer>.
- Laubmeier, K.K., Zakowski, S.G., & Bair, J.P. ( ). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. **Int J Behav Med**, ( ), - .
- Lee, J., Park, Y.H., Kim, W.S., Lee, S.S., Ryoo, B.Y, Yang, S.H, Park, K.W., Kang, J.H., Park, J.O., Lee, S.H., Kim, K., Jung, C.W., Park, Y.S., Im, Y.H., Kang, W.K., Lee, M.H., Ko, Y.H., Ahn, Y.C., & Park, K. ( ). Extranodal nasal type NK/T-cell lymphoma:

- elucidating clinical prognostic factors for risk-based stratification of therapy. **Eur J Cancer**, ( ), - .
- Levine, E.G., & Targ, E. ( ). Spiritual Correlates of Functional Well-Being in Women with Breast Cancer. **Integr Cancer Ther June**, ( ), - .
- Lin, N.U., Claus, E., Sohl, J., Razzak, A.R., Arnaout, A., & Winer, E.P. ( ). Sites of distant recurrence and clinical outcomes in patients with metastatic triple-negative breast cancer: high incidence of central nervous system metastases. **Cancer**, ( ), - .
- Lovibond, S.M., & Lovibond, P.F.M. ( ). Manual for the Depression, Anxiety & Stress Scales ( nd. E.d.). Australia, Sydney: **Psychology Formulation**.
- Lukas, E., & Zwang, H.B. ( ). Logo therapy in: Kaslow, F.W. (chief editor). **Comprehensive handbook of psychotherapy**. Vol: . Pages: - . New York: John Wiley & Sons, INC.
- Mayr, M., & Schmid, R.M. ( ). Pancreatic cancer and depression: myth and truth. **BMC Cancer**, , doi: . / - - .
- Melville, S., & Heycock, L. ( ). Breast cancer: an overview. **The Pharmaceutical Journal**, , - .
- Meroviglia, M. ( ). Effects of spirituality in breast cancer survivors. **Journal of oncology nursing forum**, ( ), - .
- Montero, J.C., Ocana, A., Abad, M., Ortiz-Ruiz, M.J., Pandiella, A., & Esparis-Ogando, A. ( ). Expression of Erk in early stage breast cancer and association with disease free survival identifies this kinase as a potential therapeutic target. **PLoS One**, ( ), - .
- Moreira, H., Canavarro, M.C. ( ). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. **European journal of oncology nursing**, , - .
- Moreira, H., Silva, S., Margues, A., & Canavarro, M.C. ( ). The Portuguese version of the body image scale (BIS) - psychometric properties in sample of breast cancer patients, **European journal of oncology nursing**, , - .
- Natarajan, L., Pu, M., Parker, B.A., Thomson, C.A., Caan, B.J., Flatt, S.W., Madlensky, L., Hajek, R.A., Al-Delaimy, W.K., Saquib, N., Gold, E.B., & Pierce, J.P. ( ). Time-varying effects of

prognostic factors associated with disease free survival in breast cancer. **Am J Epidemiology**, ( ), - .

-Noguchi, W., Morita, S., Ohno, T., Aihara, O., Tsujii, H., Shimozuma, K., & Matsushima, E. ( ). Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logo therapy. **Palliative Medicine**, Graduate School of Tokyo Medical. ( ), - .

-Ocana-Riola, R., Martinez-García, C., Serrano, S., Buendía-Esman, A., Rubio-Baena, C., & Canela-Soler, J. ( ). Population-based study of cutaneous malignant melanoma in the Granada province (Spain), - . **European Journal of Epidemiology**, ( ), - .

-Oostindjer, M., Alexander, J., Amdam, G.V., Andersen, G., Bryan, N.S., Chen, D., Corpet, D.E., De Smet, S., Dragsted, O., Haug, A., Karlsson, A., Kleter, G., De Kok, T.M., Kulseng, B., Milkowski, A.L., Martin, R., Pajari, A., Paulsen, J.E., Pickova, J., Rudi, K., & Sodring, M. ( ). The role of red and processed meat in colorectal cancer development: a perspective. **Meat Science**, ( ), - .

-Querzoli, P., Pedriali, M., Rinaldi, R., Lombardi, A.R., Biganzoli, E., Boracchi, P., Ferretti, S., Frasson, C., Zanella, C., Ghisellini, S., Ambrogi, F., Antolini, L., Piantelli, M., Iacobelli, S., Marubini, E., Alberti, S., & Nenci, I. ( ). Axillary lymph node nano metastases are prognostic factors for disease-free survival and metastatic relapse in breast cancer patients. **Clinical Cancer Research**, ( ), - .

-Rabin, E.G., Heldt, E., Hirakata, V.N., Bittelbrunn, A.C., Chachamvich, E., & Fleck, M.P. ( ). Depression and Perceptions of Quality of life of Breast Cancer Survivors and Their Male Partner. **Oncology Nursing Forum**, ( ), - .

-Rennie, H. ( ). Breast cancer and depression: Risk factors and treatment options. [On line]. *Abreast in the West*, ( ), - . Available from: URL: <http://www.abreastandtherest.ca/pdf/> .pdf.

-Rigel, D.S. ( ). Cutaneous ultraviolet exposure and its relationship to the development of skin cancer. **J Am Academic Dermatology**, ( ), - .

-Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I., & Hanestad, B.R. ( ). Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. **J-Adv-Nur**, ( ), - .



- Schover, L.R., Kaaij, M., Dorst, E., Creutzberg, C., Huyghe, E., & Kiserud, C.E. ( ). Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. **European Journal of Cancer Supplements**, In Press.
- So, W.K., Marsh, G., Ling, W.m., Leung, F.Y., Lo, J.C., Yeung, M., & Li, G.K. ( ). The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. **Oncology Nursing Forum**, ( ), - .
- Somov, P. ( ), Meaning of Life Group: Group Application of Logo therapy for Substance Use Treatment, **the Journal for Specialists in Group Work**, ( ), - .
- Steger, M.F., Shim, Y., Barenz, J., & Shin, J. ( ). Through the windows of the soul: A pilot study using photography to enhance meaning in life. **Journal of Contextual Behavioral Science**, ( ), - .
- Vaziri, S., Kashani, F.L., Jamshidifar, Z., Vaziri, Y., & Jafari, M. ( ). Group Counseling Efficiency based on Choice Theory on Prisoners Responsibility Increase. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, ( ), - .
- Walborn, F. ( ). Chapter - Victor Frankl. **Religion in Personality Theory**, - .
- WHO. ( ). Global cancer rates could increase by to million by [Online]. [cited Apr ]; Available from: URL: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr\\_en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr_en/)
- Witek, J., Kevin, A., & Herbet, L. ( ). Quality of life and coping In Women newly diagnosed with early stage Breast cancer. **Brain Behavior Immunology**, ( ), - .
- Yau, T.K., Choi, C.W., Sze, H., Soong, I.S., & Lee, A.W. ( ). Should young age be a contra ° indication to breast conservation treatment in Chinese? Twelve - year experience from a public center in HonKong. **Med J**, ( ), - .