

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۰۷/۲۰
تاریخ بررسی مقاله: ۹۰/۰۷/۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۲۰

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۰
دوره‌ی چهارم، سال ۱۸-۳، شماره‌ی ۲
صص: ۱۹۹-۲۲۴

اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

*
نجمه حمید

**
لیدا طالبیان

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند

امیرحسین یاوری

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان بزرگ نفت اهواز بوده است که بدین منظور، نمونه اولیه مشتمل بر ۶۰ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از هم‌تاسازی و در نظر گرفتن کلیه متغیرهای مورد نظر در پژوهش انتخاب و در نهایت تعداد ۳۰ بیماری که در اضطراب و افسردگی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند، برگزیده و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار مورد کاربرد در این پژوهش پرسشنامه‌های اضطراب عمومی (ANQ)، افسردگی بک (BDI) و کیفیت زندگی بیماران سرطانی (QLQ - C30) بود. هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. تعداد ۱۰ جلسه‌ی معنادرمانی روی گروه آزمایش اجرا شد در حالی که در همین زمان گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری

* دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

lidatalebian@yahoo.com

*** استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

**** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش بیانگر کاهش معنی‌دار میانگین نمرات اضطراب و افسردگی و افزایش معنی‌دار میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل بود که در این صورت می‌توان بیان داشت که معنادرمانی گروهی باعث کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود.

واژگان کلیدی: معنادرمانی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی

مقدمه

سرطان نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است که می‌تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ دهد و با حمله به بافت‌های سالم بدن موجب بیماری شدید و در نتیجه مرگ شود (بقایی، ۲۰۰۰، به نقل از فتوکیان، غفاری و کیهانیان، ۱۳۸۷).

هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب‌الوقوع محسوب نمی‌شود، بسیاری از مطالعات در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده‌ی وی می‌شود. مطالعات نشان داده است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به طور هم‌زمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند. فراوان‌ترین اختلال روان‌پزشکی در این بیماران، طبق مطالعات، اختلال انطباق‌داری زیر گروه‌های عاطفی از قبیل اختلال انطباق همراه با اضطراب، همراه با افسردگی و همراه با اضطراب و افسردگی توأم است. دومین تشخیص روان‌پزشکی شایع در این بیماران، اختلال افسردگی اساسی می‌باشد. سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که دو علامت و شکایت اصلی گریبان‌گیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب بوده است (مسی^۱، ۲۰۰۴). سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که دو علامت و شکایت اصلی گریبان‌گیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب بوده است (زابورا، هوف و زک^۲، ۲۰۰۱).

اوزیلکان، بالتو و تکازمن^۳ (۱۹۹۸) بیان می‌دارند که تشخیص و درمان سرطان سبب

1- Massie

2- Zabora, Hofe, & Szok

3- Ozyilkan, Balto, & Tekuzman

اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علائم جسمی و اختلال در عملکرد شناختی، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فرد شده و در نهایت کیفیت زندگی فرد را تهدید می‌نماید. نوع روش درمانی، بر کیفیت زندگی اثر دارد. درمان‌های سرطان توأم با عوارضی هستند که به طور کوتاه مدت یا طولانی مدت کیفیت زندگی فرد را به خطر می‌اندازد. در این میان هر چه شدت عوارض جانبی تجربه شده در طول درمان بیشتر باشد، کیفیت زندگی بیشتر مورد تهدید قرار می‌گیرد (دینکر و هارکنس^۱، ۲۰۰۰). پژوهشگران بر این عقیده‌اند که کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی بوده و شامل جنبه‌های مثبت و منفی زندگی فرد می‌شود (کارلسون، برگلین و لارسون^۲، ۲۰۰۰).

با توجه به شیوع انواع سرطان در کشورهای گوناگون، مبتلایان به آن، تحت تأثیر متغیرهای فرهنگی و رفتاری، علائم متفاوتی را بروز می‌دهند. بنابراین کاهش میزان عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان امری قابل پیش‌بینی و با اهمیت است که می‌تواند منجر به بروز واکنش‌هایی همانند افسردگی، اضطراب، ترس، خشونت، اشکال در برقراری ارتباط و عدم تمایل فرد برای شرکت در برنامه‌های مراقبت از خود شود (جونز و بارتلت^۳، ۲۰۰۴).

در مورد کسانی که دچار بیماری لاعلاجی هستند و اوضاع آنها بحرانی است یا در آستانه‌ی مرگ قرار دارند، معنا درمانی می‌تواند یک دیدگاه فلسفی را از رهگذر غلبه بر گذشته و متعالی کردن جنبه‌های گذرای زندگی ایجاد نماید. معنا درمانی به فرد کمک می‌کند تا در چنین شرایطی که سرنوشت غیر قابل تغییر است، به شکل یگانه‌ای پتانسیل انسانی خود را متبلور سازد و تراژدی را به یک پیروزی شخصی تبدیل کند و در چنین تنگنایی که فرد در آن گرفتار شده است، باعث پیشرفت او می‌شود. معنا درمانی به عنوان یک کشیش طبی، عالی‌ترین صورت خود را در چنین هنگامی به دست می‌آورد. هنگامی که می‌پذیریم انسان مسئول است، مجبوریم لحظه‌ای که پیش رویمان قرار دارد را درک کنیم تا از این رهگذر از فرصت‌های پیش‌رو حداکثر استفاده را بنماییم. در این حالت پتانسیل‌های خود را محقق می‌کنیم. ارزش‌ها را چه به صورت خلاق و تجربی یا چه به صورت نگرشی درک کرده و معنا را محقق می‌نماییم (محمدپور، ۱۳۸۵).

1- Dincher & Harkness

2- Karlson, Berglin, & Larson

3- Jones & Bartlett

یافتن معنی زندگی خود، مهارت مقابله‌ای مفیدی است، زیرا به فرد کمک می‌کند تا علت وجودی خود را درک کنند و احساس معنا موجب می‌شود تا انسان از اوقات خوب خویش لذت ببرد و اوقات بدش را تحمل کند. افسردگی برای بیماران سرطانی بسیار زیان‌بار است، زیرا مستلزم تسلیم در برابر بیماری است. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصت‌های بهتر زندگی کردن در باقی‌مانده‌ی عمر را از دست می‌دهند (دیماثیو^۱)، ترجمه‌ی کاویانی، (۱۳۸۷)

اگرچه امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب‌الوقوع محسوب نمی‌شود، اما بسیاری از مطالعات در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده‌ی وی می‌شود. هوپکو و همکاران^۲ (۲۰۰۸) طی پژوهشی که به بررسی درمان شناختی- رفتاری افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌پرداختند، بیان کردند که افسردگی اساسی یکی از اختلالات رایج روان‌پزشکی در میان مبتلایان به سرطان است که ارتباط زیادی با کاهش کیفیت زندگی، از بین رفتن معنای سرگرمی‌ها و بدتر شدن فعالیت‌های جسمانی، دشواری در روابط، مشکلات خواب، سریع‌تر شدن پیشرفت نشانه‌های سرطان و بیش‌تر شدن بیماری و درد نسبت به بیماران سرطانی غیرافسرده دارد. نتیجه‌ی پژوهش‌های آنها نشان دهنده‌ی یک درمان یکپارچه‌ی کامل، پذیرش و رضایت کامل بیمار از پروتکل درمانی شناختی- رفتاری افسردگی^۳ بود و از لحاظ افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی و مشکلات پزشکی بین پیش‌درمان و پس‌درمان^۴ تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

نتایج پژوهش‌های شبان، منجمد، مهران و حسین پور دهکردی (۱۳۸۳) نشان داد که بین نوع سرطان، شدت خستگی، کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضاء بدن، شدت درد با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، ولی بین قبول یا انکار بیماری، طول مدت بیماری از زمان تشخیص و مرحله‌ی سرطان با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. تقی پور و رسولی (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای

1- Dimatiyo

2- Hopko & et al

3- Cognitive – Behavior Therapy for Depression (CBTD)

4- pre – post treatment

معنای زندگی به این نتیجه رسیدند که افسردگی گروه آزمایش پس از اجرای روش درمانی کاهش یافته است. بیجاری، قنبری هاشم‌آبادی، آقامحمدیان‌شعرباف و همایی‌شان‌دیز (۱۳۸۸) دریافتند که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه گواه، به طور معنی‌داری موجب افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. مردانی‌حموله و شهرکی‌واحد (۱۳۸۸) به این نتیجه دست یافتند که بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران سرطانی با حیطه‌های سلامت‌روان آنها رابطه دارد و سرطان بر جنبه‌های بیماران زندگی بیماران اثر گذار است.

تیلور^۱ (۲۰۰۳) تأثیر مداخله ۸ هفته‌ای خود را در بهبود خلق و عملکرد روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان پستان مثبت گزارش کرد به گونه‌ای که مداخلات و مراقبت‌های حمایتی که به منظور کاهش تأثیر روانی - اجتماعی سرطان و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام می‌شود، لازم است و باید به عنوان یک بخش اساسی از درمان آنها محسوب شود. ازبورن، دمونکادا و فیوراشترین^۲ (۲۰۰۶) با هدف نشان دادن تأثیر درمان شناختی رفتاری و آموزش بیماران بر مشکلات شایع بیماران سرطانی (افسردگی، اضطراب، درد، کارکردهای جسمی و کیفیت زندگی) به تحقیقی تحت عنوان مداخلات روان اجتماعی برای افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران سرطانی پرداختند که طی آن درمان شناختی - رفتاری باعث تأثیر کوتاه مدت بر افسردگی و اضطراب و تأثیر بلند مدت بر کیفیت زندگی می‌شود. مداخلات فردی از مداخلات گروهی مؤثرتر بوده و روش‌های متنوع شناختی - رفتاری در یک فرم شخصی (انفرادی) می‌تواند به بیماران مبتلا به سرطان در کاهش فشارهای هیجانی و بهبود کیفیت زندگی کمک کند. در مطالعه‌ای که توسط ویلیامز و دال^۳ (۲۰۰۶) صورت گرفت، یافته‌ها مبنی بر این است که افسردگی باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود و درمان‌های روان‌شناختی به تنهایی کارآمدی کافی ندارند و به دنبال آن پژوهش‌گران دریافتند که بیشترین اثربخشی زمانی به دست می‌آید که درمان‌های روان‌شناختی توأم با دارودرمانی ارائه شود. هوپکو و همکاران (۲۰۰۸) عنوان کردند که افسردگی اساسی یکی از اختلالات رایج روان‌پزشکی در میان مبتلایان به سرطان است که

1- Taylor

2- Osborn, Démoncada, & Feuerstein

3- Williams & Dale

ارتباط زیادی با کاهش کیفیت زندگی، از بین رفتن معنای سرگرمی‌ها و بدتر شدن فعالیت‌های جسمانی، دشواری در روابط، مشکلات خواب، سریع‌تر شدن پیشرفت نشانه‌های سرطان و بیشتر شدن بیماری و درد نسبت به بیماران سرطانی غیر افسرده دارد. نتیجه تحقیقات آنها نشان دهنده‌ی تأثیر مثبت درمان، پذیرش و رضایت کامل بیمار از پروتکل درمانی شناختی-رفتاری افسردگی بود. سالاتی، برونلی، زیومی، رافای و ساباتینی^۱ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که اختلاف معنی‌داری در کیفیت زندگی افراد سالخورده در معرض خطر، با سایر هم‌تایان آنها وجود ندارد و کیفیت زندگی افراد آنها در تمام حیطه‌ها مشابه افراد جوان‌تری است که ممکن است در چنین شرایطی قرار گیرند. نتایج پژوهش کیونگ-آه و همکاران^۲، (۲۰۰۹) نشان داد که معنادرمانی بر کاهش رنج و افزایش معنابخشی به زندگی در بین نوجوانان سرطانی اثربخش بوده است و باعث کاهش فشارهای درونی و افزایش کیفیت زندگی آنها شده است. همچنین نتایج حاصل از پژوهش‌های سو و همکاران^۳ (۲۰۰۹) نشان داد که اضطراب و افسردگی در گروه تحت شیمی‌درمانی بیشتر از شرکت‌کنندگان تحت پرتو درمانی بوده است.

نتایج حاصل از مطالعات کارابولاتلو، بیلچی، چاییر، باشول‌تکین و کانتارچی^۴ (۲۰۱۰) آشکار ساخت که بیماران بیش‌تر از راهبرد حمایت‌جویی اجتماعی^۵ بهره‌جسته که این امر از طریق راهبردهای حل‌مسأله یا اجتناب میسر می‌شود، در نتیجه آنها اضطراب و افسردگی خفیفی را تجربه کرده‌اند. این پژوهشگران در توجیه این یافته بیان کردند که بیماران سرطانی از سازوکارهای سازگاری بیشتر استفاده می‌کنند. همچنین بیماران نشان دادند که اجتناب از رویدادهای استرس‌زا با افزایش سطح اضطراب و افسردگی همراه است.

فرانکل معتقد است که افراد ناامید، افسرده و بی‌قرار و آنهایی که احساس تنهایی می‌کنند، غالباً از بی‌معنایی و پوچی زندگی شکایت دارند. در زندگی هیچ‌چیز آنها را به خود پای بند نمی‌سازد و برایشان ارزشی ندارد (رحیمیان، ۱۳۸۷).

در برخی از مطالعات در بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شده که شدت بیماری و

1- Salati, Brunelli, Xiumè, Refai, & Sabbatini

2- Kyung-Ah, & et al

3- So, & et al

4- Karabulutlu, Bilici, Çayır, Başol Tekin, & Kantarcı

5- social support seeking strategy

فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد و در برخی دیگر کیفیت زندگی فرد با همه عوامل بیماری سرطان از جمله نوع درمان ارتباط داشته است (اسملزر و بار، ۲۰۰۴).

با توجه به شیوع بالای سرطان می‌توان به اهمیت روش‌های درمانی روان‌شناختی برای پیشگیری از عوارض و مشکلات روانی آن پی برد. با به کارگیری روش‌های درمانی، سرطان از یک بیماری غیر قابل علاج به یک بیماری مزمن و در مواردی قابل علاج تبدیل شده است و به همین دلیل بیمارانی که مبتلا به سرطان بوده و زنده می‌مانند، جمعیت بزرگ و در حال رشدی را تشکیل می‌دهند که نیازهای روانی آنان باید مورد توجه قرار گیرد (شهنی بیلاق و اکبری، ۱۳۸۰).

با توجه به افزایش شیوع سرطان و اهمیت تأثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا و این که در جامعه‌ی ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی کمتر پرداخته شده است، شناخت این عوامل به کارکنان بهداشتی و درمانی جامعه کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را در جهت ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی سازمان‌دهی کنند و در نتیجه با توجه به نقش مهم عوامل روان‌شناختی در ایجاد و استمرار نشانگان افسردگی، اضطراب و عوامل مربوط به کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، امید است که پژوهش حاضر راه‌گشای موثری در بهبود وضعیت روان‌شناختی و سطح کیفیت زندگی این قبیل بیماران باشد.

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان بزرگ نفت اهواز است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان بزرگ نفت اهواز در فاصله‌ی زمانی بهمن ماه سال ۱۳۸۹ تا اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۰ است. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰ نفر است از جامعه‌ی پژوهشی مزبور می‌باشد که از میان ۶۰ نفر

از افراد مبتلا به سرطان که تحت شیمی‌درمانی بوده اما از لحاظ جسمانی وضعیت مناسبی داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. در انتخاب افراد گروه نمونه، این ملاک‌های رد (ملاک‌های خروج) در نظر گرفته شد: سن بالاتر از ۷۵ سال، بی‌سواد بودن، حال جسمی نامساعد داشتن و عدم تمایل خود یا همراهان آنان مبنی بر همکاری با پژوهشگران و شرکت در پژوهش.

ابزار پژوهش

ابزار به کار رفته در این پژوهش عبارتند از:

۱. پرسشنامه‌ی افسردگی بک (فرم ۱۳ گویه‌ای). این پرسشنامه نسخه‌ی خلاصه شده‌ی فرم ۲۱ گویه‌ای می‌باشد که در سال ۱۹۷۲ ارائه شده است (بک، وارد، مندلسون، موک و اربوخ^۱؛ ۱۹۶۱؛ بک و بک^۲، ۱۹۷۲؛ بک، استیر و گاربین^۳، ۱۹۸۸). این پرسشنامه از نوع خود‌آزمایی است و برای تکمیل آن پنج دقیقه زمان لازم است. محتوای گویه‌ها شامل غمگینی، بدبینی، احساس ناکامی، ناخشنودی، احساس گناه، بی‌زاری از خود، خودتخریبی، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، خود‌انگاره، مشکل در کار، خستگی و اشتها است. هر گویه دارای ۴ گزینه است که نمره‌ی آن شامل ۰، ۱، ۲ و ۳، بر اساس گزینه‌ی انتخاب شده می‌باشد. نمره‌ی فرد حاصل جمع کل نمره‌هایی است که از گویه‌ها به دست می‌آورد (لیندزی و پاول، ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۷۹). از آن جا که در هر گویه بالاترین نمره ۳ و تعداد ماده‌ها ۱۳ است، بنابراین بیشینه‌ی نمره در این پرسشنامه ۳۹ خواهد بود. برای فهمیدن کامل معنای مواد آزمون، سواد خواندن در حد کلاس پنجم یا ششم مورد نیاز است (کراز، ۱۹۸۹؛ ترجمه‌ی منصور و دادستان، ۱۳۸۶).

رینولد و گلد^۴ (۱۹۸۱)، پایایی همسانی درونی ۰/۸۳ را برای پرسشنامه‌ی ۱۳ گویه‌ای

1- Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh

2- Beck & Beck

3- Beck, Steer, & Garbin

4- Reynolds & Gould

افسردگی بک گزارش دادند. قابلیت پایایی این پرسشنامه بر حسب فاصله‌ی زمانی بین دو آزمون و نوع جمعیت مورد مطالعه، از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸). فتحی (۱۳۸۵) با اجرای این پرسشنامه روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان شهر اهواز با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۸۹ و از روش تنصیف، ضریب پایایی ۰/۸۷ را گزارش داده است. همچنین، رباط میلی (۱۳۸۷) و یآوری (۱۳۸۸) در پژوهش‌های خود ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند.

ضریب همبستگی پرسشنامه‌ی افسردگی بک با مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ^۱، ۰/۷۶ و با مقیاس افسردگی MMPI، ۰/۷۴ است (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸). رینولدز و گلد (۱۹۸۱) پرسشنامه‌ی کوتاه و بلند افسردگی را روی نمونه‌ای از افراد که در یک برنامه نگهداری با متادون شرکت داشتند، اجرا و مقایسه کردند. آنها همبستگی میان این دو مقیاس را ۰/۹۳ گزارش داده‌اند. شریف‌نیا (۱۳۷۹) برای مشخص کردن روایی این آزمون از پرسشنامه‌ی ناامیدی بک استفاده کرد و ضریب روایی ۰/۹۲ را به دست آورد. ضریب همبستگی پرسشنامه‌ی افسردگی بک با «مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون برای افسردگی» برابر ۰/۷۳ است (به نقل از مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۷۵). همچنین رباط میلی (۱۳۸۷) روایی این پرسشنامه را از طریق همبسته کردن آن با پرسش‌نامه‌ی ناامیدی بک برابر با ۰/۹۰ و یآوری (۱۳۸۸) از طریق همبسته کردن آن با مقیاس افسردگی فهرست تجدید نظر شده‌ی علائم روانی (SCL-90)، ۰/۷۲ گزارش کرده است.

۲. پرسشنامه‌ی اضطراب عمومی. این مقیاس توسط نجاریان، عطاری و مکوندی (۱۳۷۴) برای سنجش اضطراب ساخته و اعتباریابی شد. مقیاس ANQ یک مقیاس خود گزارشی مداد - کاغذی است که ۲۷ ماده دارد و آزمودنی به یکی از چهار گزینه‌ی «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «اغلب اوقات» پاسخ گفته و این آزمون بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شود. گرفتن نمره‌ی بالا در این مقیاس نشان دهنده‌ی اضطراب عمومی بالاست. در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۷۴)، ضرایب بازآزمایی به دست آمده بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت برای کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب ۰/۷۹،

1- Zung self – reported depression scale

۰/۹۱ و ۰/۶۷ و ضرایب آلفای کرونباخ نیز به ترتیب ۰/۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۸ بوده است. همچنین میردریکوند (۱۳۷۸) برای مقیاس ANQ ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها را برای کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۹۰، و ۰/۵۴ و ضریب آلفای کرونباخ را نیز به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ به دست آورده است. نجاریان و همکاران (۱۳۷۴)، به نقل از ابوالقاسمی، (۱۳۷۴) روایی مقیاس ANQ را از طریق همبسته کردن آن با مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۱ بر روی ۶۴ دانشجو (۴۴ زن و ۲۰ مرد) ۰/۶۴ و ضریب همبستگی بین خرده مقیاس Pt پرسشنامه‌ی MMPI و مقیاس ANQ را ۰/۵۴ گزارش کرده‌اند. در این اعتباریابی هیچ گونه تفاوت معنی‌داری بین نمره‌های زن و مرد در مقیاس ANQ یافت نشده است. میردریکوند (۱۳۷۸) نیز در پژوهش خود دو مقیاس HADS و ANQ را به طور هم‌زمان روی ۶۹ دانشجو اجرا نموده و ضرایب همبستگی بین دو مقیاس را برای کل آزمودنی‌ها ۰/۶۱ به دست آورده است. همچنین با اجرای هم‌زمان ANQ و خرده مقیاس بالینی Pt در فرم کوتاه MMPI که اضطراب، ترس و دلهره را ارزیابی می‌کند، ضرایب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها در دو مقیاس ANQ و Pt به ترتیب ۰/۵۴ محاسبه کرد.

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

در این پژوهش برای ارزیابی کیفیت زندگی از مقیاس کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان استفاده شد. این پرسشنامه توسط سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان (۱۹۹۵) ساخته شده است.

این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و متشکل از ۳۰ پرسش است که کیفیت زندگی را در ۵ حیطه عملکردی (عملکرد جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی) و ۹ حیطه علائم (خستگی، درد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس، اسهال، بی‌خوابی، کاهش اشتها و مشکلات اقتصادی ناشی از ابتلا به بیماری) و یک حیطه کلی کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند (به نقل از هوپمان، مولر، تروی و آرنسون^۲، ۲۰۰۶). شیوه‌ی نمره‌گذاری این

1- Hospital Anxiety and Depression Scale

2- Hoopman, Muller, Terwee, & Aaronson

پرسشنامه به این گونه است که هر پرسش با مقیاس چهار درجه‌ای «به هیچ وجه»، «کمی»، «زیاد» و «خیلی زیاد» درجه بندی شده و به ترتیب به هر پرسش ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره داده می‌شود (به نقل از تات، ساکاگوچی، میکامی، هیروس و تسوکادا^۱، ۲۰۰۵). این پرسشنامه در ایران توسط صفایی، مقیمی دهکردی و طباطبایی (۱۳۸۶) بر روی ۱۳۲ نفر که به سرطان پستان مبتلا بودند اجرا و هنجاریابی شده است.

چی، یانگ، سو و یانگ^۲ (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه برابر با ۰/۷۰ گزارش کرده است (البته به غیر از حیطه‌ی عملکرد شناختی). چاوکار و همکاران^۳ (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ را برای QLQ-C30 و QLQ-HN35^۴ ۰/۷۰ به دست آوردند. نیکلاسون و برگمن^۵ (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ را برای ۱۱۲ بیماری که به پرسشنامه پاسخ داده بودند ۰/۸۷ به دست آوردند. همچنین جایاسکارا، راجاپاکسا و آرونسون^۶ (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی گزارش کرده‌اند. در ایران نیز صفایی، مقیمی دهکردی و طباطبایی (۱۳۸۶) پایایی این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و روایی همگرایی آن را ۰/۴ گزارش کرده‌اند.

نیکلاسون و برگمن (۲۰۰۷) در طی پژوهشی که به بررسی روایی و پایایی پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی در جمعیتی ۱۱۲ نفری از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته ریه در گوتنبرگ سوئد پرداختند، نتایج به دست آمده به صورت کلی از روایی همزمان و معیار در بیشتر عملکردها و علائم حمایت می‌کرد و در تحلیل همبستگی چند متغیری EROTC در حیطه‌ی عملکرد جسمانی ($r^2=0/70$)، عملکرد هیجانی با مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی ($r^2=0/59$) و کیفیت زندگی با عملکرد کلی و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی ($r^2=0/59$) به دست آمده است. همچنین ضریب همبستگی بین QLQ-C30 و BPI^۷ را ۰/۷۲ محاسبه کردند. جایاسکارا و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی به بررسی روایی و پایایی

1- Toth, Sakaguchi, Mikami, Hirose, & Tsukuda

2- Chie, Yang, Hsu, & Yang

3- Chaukar & et al

4- Quality of life Questionnaire Head & Neck - 35

5- Nicklasson & Bergman

6- Jayasekara, Rajapaksa, & Aaronson

7- Brief Pain Inventory

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی پرداختند. نتایج به طور کلی بیانگر همسانی درونی ($I=0/7$) در بیماران سرطانی سریلانکا بود. چی و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای به بررسی دو پرسشنامه‌ی EROTC QLQ-C30 و QLQ-LC13^۱ روی ۵۱ بیمار مبتلا به سرطان معده تحت شیمی درمانی و ۴۸ بیمار مبتلا به سرطان معده که در مرحله‌ی پی‌گیری بودند پرداختند. آنها ضریب همبستگی ۰/۸۵ را برای QLQ-C30 و ضریب ۰/۷۶ را برای QLQ-LC13 به دست آوردند.

جلسات مداخله

محتوای جلسه‌های پژوهش حاضر بر مبنای رویکرد وجودی، با تکیه بر اصول نظری و فنون درمانی معنادرمانی و در چارچوب طرح درمانی اندرسون^۲ (۲۰۰۷)، بلر^۳ (۲۰۰۴) و هوتزل^۴ (۲۰۰۲) و در ده جلسه طراحی گردید.

جدول ۱. پروتکل جلسات معنا درمانی

اهداف	شرح مختصر
جلسه اول: معرفی	<p>۱. مقدمه: شرکت‌کنندگان خود را معرفی نموده و می‌گویند که کیستند و چرا تصمیم به مشارکت در جلسات معنا درمانی گرفته‌اند.</p> <p>۲. نگاهی اجمالی: ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد معنادرمانی، مقصود از تشکیل این گروه و خط سیر مورد نظر معنا درمانی.</p> <p>۳. بحث: پرسش‌های مرتبط با معنادرمانی.</p> <p>۴. اجرای پرسشنامه‌ی هدف زندگی^۵ (برای به دست آوردن نمره‌ی هدف زندگی فرد و مقایسه‌ی آن با نمره‌ای که فرد از اجرای دوباره‌ی این آزمون در جلسه‌ی آخر به دست می‌آورد).</p> <p>۵. توضیح فن آگاهی از ارزش‌ها: این فن شامل سه مرحله، بسط آگاهی</p>

- 1- Quality of Life Questionnaire Lung Cancer – 13
- 2- Andreson
- 3- Blair
- 4- Hutzell
- 5- Life Purpose Questionnaire (LPQ)
- 6- Values Awareness Technique (VAT)

ادامه جدول ۱. پروتکل جلسات معنا درمانی

اهداف	شرح مختصر
	<p>هشیارانه، تحریک تخیل خلاق و نمایان‌سازی ارزش‌های شخصی است.</p> <p>۶. تمرین گروهی برای به معرض نمایش درآوردن (VAT) «آن چه می‌خواهم باشم».</p> <p>۷. تکلیف خانه: آغاز نمودن به کشف ارزش‌های خلاق (پر کردن برگه‌های مشاغل تجربه شده، مشاغل مورد علاقه و دستاوردهای خشنود کننده).</p>
جلسه دوم: شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های خلاق)	<p>۱. بحث: مرور جلسه قبل و دادن بازخورد.</p> <p>۲. توزیع برگه‌ی ارزش‌ها (جدولی شامل ۱۵۰ خانه).</p> <p>۳. تمرین گروهی: مشاغل احراز شده، مشاغل جایگزین و دستاوردهای خشنود کننده.</p> <p>۴. ارائه‌ی تکلیف.</p>
جلسه سوم: شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های تجربی)	<p>۱. بحث: مرور جلسه قبل و دادن بازخورد.</p> <p>۲. تمرین گروهی: رویدادهای اخیر، مردم و افراد مثبت و تجارب هنری.</p> <p>۳. بحث: استقلال در مقابل وابستگی (چرا که بسیاری از ارزش‌هایی که تا کنون شفاف‌سازی شده‌اند بدون مشارکت افراد دیگر نمی‌توانند تحقق یابند، استقلال کامل امکان پذیر نیست، وابستگی کامل پس از سن خاصی از کودکی بیمارگونه است و وابستگی متقابل یک واقعیت انسانی است).</p> <p>۴. ارائه‌ی تکلیف.</p>
جلسه چهارم: شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های نگرشی)	<p>۱. مرور جلسه قبل و دادن بازخورد.</p> <p>۲. تمرین گروهی: گفته‌های حکیمانه یا نقل قول‌های خردمندان، اتخاذ یک موضع و آگهی فوت من.</p> <p>۳. ارائه‌ی تکلیف.</p>
جلسه پنجم: تمرکز بر اهداف	<p>۱. بحث: مرور جلسه قبل و دادن بازخورد.</p> <p>۲. گسترش دادن سلسله مراتب ارزش‌ها (بررسی سلسله مراتب ارزش‌ها و آموزش مفهوم ارزش‌های موازی در مقابل ارزش‌های هرمی توسط رهبر گروه).</p> <p>۳. تمرین گروهی: تعیین هدف‌ها و زاویه‌ی دید دیگر نسبت به اهداف.</p> <p>۴. بحث گروهی در مورد دو تمرین اهداف کامل شده (چرا که اغلب مردم یا سنجیده و موشکافانه در مورد اهداف یا مرگشان نمی‌اندیشند و یا این‌که کسی نمی‌دانند که برای رسیدن به اهدافش چقدر زمان دارد).</p> <p>۵. ارائه‌ی تکلیف.</p>

- 1- Expanding Conscious Awareness (ECA)
- 2- Stimulating Creative Imagination SCI
- 3- Projecting Personal Values (PPV)

ادامه جدول ۱. پروتکل جلسات معنا درمانی

اهداف	شرح مختصر
جلسه ششم: متناسب کردن اهداف با ارزش‌ها	<p>۱. بحث: مرور جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد.</p> <p>۲. در معرض نمایش قرار دادن: تحلیل اهداف به منظور متناسب بودن با ارزش‌های شخصی (اهداف کوتاه مدت)، تحلیل اهداف (اهداف متوسط)، تحلیل اهداف (اهداف بلند مدت).</p> <p>۳. توضیح اهمیت تجربه شدن تمامی ارزش‌های فرد توسط او.</p> <p>۴. ارائه‌ی تکلیف.</p>
جلسه هفتم: تعیین اهداف جدید	<p>۱. بحث: نتایج تکالیف منزل و بینش شده.</p> <p>۲. در معرض نمایش قرار دادن: تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های رها شده یا نادیده گرفته شده (اهداف کوتاه مدت)، تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های رها شده (اهداف متوسط)، اهداف جدید برای ارزش‌های رها شده (اهداف بلند مدت).</p> <p>۳. بحث: نظرات مرتبط با موضوع تعیین هدف‌های جدید.</p> <p>۴. ارائه‌ی تکلیف.</p>
جلسه هشتم: برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف	<p>۱. بحث گروهی در مورد نتایج تکالیف خانه: هر شرکت‌کننده اهداف جدیدش را با دیگران در میان می‌گذارد.</p> <p>۲. در معرض نمایش قرار دادن: طرح دستیابی به هدف (هدف کوتاه مدت): الف) برنامه‌ریزی (طرح یا برنامه). ب) اجرا (از داوطلب خواسته می‌شود تا هدف را پیش از جلسه بعدی محقق سازد). ج) ارزشیابی (از داوطلب خواسته می‌شود تا نتایج را پیش از جلسه‌ی بعدی ارزیابی کند). د) تنظیم و تعدیل (از داوطلب خواسته می‌شود بر حسب نتایج مرحله‌ی ارزیابی، عزم به عمل نماید).</p> <p>۳. تکرار در معرض نمایش قرار دادن: طرح دستیابی به هدف (هدف متوسط)، (هدف بلند مدت).</p> <p>۴. بحث: نظرات مرتبط با موضوع برنامه‌ریزی به منظور تحقق اهداف.</p> <p>۵. ارائه‌ی تکلیف.</p>
جلسه نهم: تحلیل وضعیت حال حاضر	<p>۱. بحث گروهی (نتایج تکالیف منزل و بینش‌های کسب شده): هر شرکت‌کننده سه هدفی را که برای تحقق آنها برنامه‌هایی را طرح نموده است با دیگران در میان می‌گذارد.</p> <p>۲. تمرین گروهی: نقاط قوت و نقاط ضعف (توانایی‌ها و نقص‌ها) (افراد درباره نقاط قوت و ضعفی که ممکن است در رسیدن یا ممانعت از تحقق اهدافشان شوند، بحث می‌کنند).</p> <p>۳. بحث گروهی: مهم است که نقاط ضعف و قوتمان را بشناسیم چرا که</p>

ادامه جدول ۱. پروتکل جلسات معنا درمانی

اهداف	شرح مختصر
	زمانی از آنها مطلع باشیم در موقعیتی قرار خواهیم گرفت که بین ایجاد تغییر و عدم ایجاد تغییر دست به انتخاب بزنیم. ۴. بحث: تغییر و تعدیل محاسن و معایب. ۵. ارائه‌ی تکلیف.
جلسه دهم: خلاصه و نقد	۱. شرکت کنندگان مثال‌هایی را در مورد چگونگی وارد کردن محاسن و معایب، در طرح برنامه هایشان با دیگران در میان می‌گذارند. ۲. گروه چه خط سیری داشته است؟ (هر گونه اظهار نظری در مورد گروه) ۳. بحث گروهی: هرگونه تغییری که مشارکت‌کنندگان به واسطه شرکت در جلسات در خود می‌بینند. ۴. اجرای مجدد آزمون LPQ (برای مقایسه‌ی نمره‌ی آن با نمره‌ی LPQ جلسه‌ی نخست، به منظور ارزیابی میزان اثرگذاری جلسات معنادرمانی). ۵. نقد: اعضای گروه، گروه و روند آن را مورد نقد قرار می‌دهند. (۳ تا از بهترین، مفیدترین یا دوست‌داشتنی‌ترین مؤلفه‌های تحلیل، ۳ تا از بدترین، کم‌فایده‌ترین یا نامفهوم‌ترین مؤلفه‌های تحلیل و ۳ پیشنهاد که می‌تواند باعث بهبود تحلیل شود را ارائه می‌کنند).

یافته‌های پژوهش

در جدول ۲ یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای متغیرهای اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در هر دو گروه آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایشی و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه	شاخص آماری	اضطراب	افسردگی	کیفیت زندگی
پیش‌آزمون	آزمایش	میانگین	۴۴/۴۷	۱۰/۲۰	۵۸/۷۳
		انحراف معیار	۶/۴۰۲	۲/۶۵۱	۱۰/۲۵۷
	کنترل	میانگین	۳۸/۱۳	۷/۹۳	۵۶/۱۳
		انحراف معیار	۹/۱۶۴	۲/۰۱۷	۱۰/۰۱۳
پس‌آزمون	آزمایش	میانگین	۱۱/۸۷	۷/۰۰	۹۵/۴۷
		انحراف معیار	۴/۵۹۶	۴/۴۷۲	۵/۵۲۷
	کنترل	میانگین	۳۹/۸۰	۱۱/۸۰	۳۹/۲۰
		انحراف معیار	۳/۸۴۰	۲/۸۳۳	۷/۱۲۳

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۲ نشان می‌دهد که در متغیرهای اضطراب و افسردگی، میانگین نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته است، اما در گروه کنترل تغییر محسوسی نکرده است. همچنین در متغیر کیفیت زندگی، میانگین نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته است، اما در گروه کنترل کاهش یافته است.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) در دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ نمره‌های تفاضل پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

نوع آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی ^۱	۰/۸۲۶	۴۱/۱۷۲	۳/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	p<۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۱۷۴	۴۱/۱۷۲	۳/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	p<۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ ^۳	۴/۷۵۱	۴۱/۱۷۲	۳/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	p<۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی ^۴	۴/۷۵۱	۴۱/۱۷۲	۳/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	p<۰/۰۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند و بیانگر آن هستند که دو گروه آزمایش و گواه دست‌کم در یکی از سه متغیر مورد مقایسه دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند.

به منظور مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ تک‌تک نمره‌های تفاضل، از تحلیل واریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهند که دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ نمره‌های تفاضل اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند. به عبارت دیگر، با توجه به نمرات میانگین در جدول ۲، می‌توان بیان داشت که مداخله‌ی آزمایشی موجب کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است.

-
- 1- Pillai's Trace
 - 2- Wilks' Lambda
 - 3- Hotelling's Trace
 - 4- Roy's Largest Root

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل واریانس مربوط به نمره‌ی تفاضل متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

منبع شاخص‌های آماری	متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	اضطراب	۱۵۲۶/۵۳۳	۱	۱۵۲۶/۵۳۳	۲۹/۵۸۱	$p < ۰/۰۰۰۱$
	افسردگی	۳۷۴/۵۳۳	۱	۳۷۴/۵۳۳	۴۷/۲۱۰	$p < ۰/۰۰۰۱$
	کیفیت زندگی	۲۰۰۰/۸۳۳	۱	۲۰۰۰/۸۳۳	۳۲/۸۰۳	$p < ۰/۰۰۰۱$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که میانگین اضطراب در گروه آزمایش پس از مداخله‌ی درمانی کاهش یافته است، این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین در این زمینه همخوان بوده است.

در پژوهشی که چیونس، فلدمن، گام، مایکل و اشنايدر^۱ (۲۰۰۵) انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی باعث افزایش امید، معنای زندگی، عزت نفس و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده است. همچنین انگار^۲ (۲۰۰۲) نیز در پژوهش خود نشان داده بود که معنادرمانی باعث کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی خواهد شد. اندرسون، واتسون و دیویسون^۳ (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که استفاده از تکنیک‌های درمانی شناختی - رفتاری می‌تواند بر اضطراب و افسردگی خفیف تا متوسط بیماران آسایشگاهی موثر واقع شود که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. همچنین نتایج به دست آمده از پژوهش تاترو و مونتگومری^۴ (۲۰۰۶) که بیان می‌دارند مؤلفه‌های گروه درمانی بر کاهش متغیرهای اضطراب و افسردگی موثر است، مؤید نتایج پژوهش حاضر است.

نتایج حاصل از پژوهش ما نشان داد که میانگین افسردگی در گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون نسبت به پیش‌آزمون و در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین در این زمینه همخوان است. سجادی‌هزاوه، صالحی و مشفق

1- Cheavens, Feldman, Gum, Michael, & Snyder

2- Ungar

3- Anderson, Watson, & Davidson

4- Tatrow & Montgomery

(۱۳۸۷) به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی کاهش معنی‌داری را در نمره‌ی افسردگی گروه آزمایش ایجاد می‌نماید. همچنین نتایج بررسی درویشی (۱۳۸۸) که بیانگر کاهش معنی‌دار اضطراب و افسردگی و افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه در اثر فنون به کار برده شده بود و نتایج پژوهش پدرام، محمدی، نظیری و آیین پرست (۱۳۸۹) که بیانگر تأثیر گروه درمانی با شیوه‌ی معنا درمانی بر کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش امیدواری بیماران منجر بود، با نتایج پژوهش حاضر هماهنگ است.

همچنین نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که مداخله‌ی درمانی باعث افزایش میزان کیفیت زندگی در بیماران گروه آزمایش شده است. این یافته با نتایج مطالعات ازبورن، دمونکادا و فیوراشترین^۱ (۲۰۰۶) که به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث تأثیر کوتاه مدت بر افسردگی و اضطراب و تأثیر بلند مدت بر کیفیت زندگی می‌شود، با پژوهش حسینیان، سودانی و مهربانی‌زاده‌هنرمند (۱۳۸۸) که بیانگر تأثیر معنادرمانی گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بود و با پژوهش چو^۲ (۲۰۰۰) که معنادرمانی گروهی را بر کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی نوجوانانی مبتلا سرطان مؤثر دانسته بود، هماهنگ و همسو است. چو (۲۰۰۰) در پژوهش دیگری رابطه‌ی میان افزایش کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی را در افراد دچار سرطان بررسی نموده است و نتایج حاصل نشان داد که معنادرمانی گروهی باعث افزایش کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی می‌شود. کیو و سوهو^۳ (۲۰۰۴) نیز در پژوهش خود نشان داده بودند که معنادرمانی باعث افزایش معنابخشی به زندگی و بالا رفتن خلق و کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌شود. همچنین تیلور^۴ (۲۰۰۳) نیز تأثیر معنادرمانی گروهی بر بهبود خلق و عملکرد روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان را گزارش کرده بود. وی خاطر نشان ساخت که معنادرمانی با توجه به تأثیرات مثبت و شگرفی که بر کیفیت زندگی و متقابلاً بهبودی بیماران ایجاد می‌کند، باید به عنوان بخش اساسی از درمان این بیماران به شمار آید. در پژوهش حاضر نیز مشخص شد که بعد از خاتمه‌ی جلسات معنادرمانی، در خلق بیماران گروه آزمایشی تغییرات مثبتی ایجاد شد. در پژوهش دیگری که

1- Osborn, Demoncada, & Feuerstein

2- Cho

3- Kyo & Suhhoo

4- Taylor

توسط کیونگ - آه و همکاران (۲۰۰۹) پیرامون اثربخشی آموزش معنادرمانی بر نوجوانان سرطانی انجام شد، نتایج حاصل نشان داد که معنادرمانی باعث معنا بخشیدن به زندگی بیماران سرطانی و افزایش روحیه و کاهش رنج آنها شده است. به عبارتی معنا بخشیدن به زندگی بیماران باعث کاهش رنج آنها و تخفیف فشارهای روانی و پیامدهای ناگوار ناشی از بیماری و بهبود کیفیت زندگی و سازگاری آنها می‌گردد. به طور کلی، این یافته‌ها بیان می‌کند که روش معنادرمانی به عنوان یک تکنیک مؤثر موجب کاهش افسردگی و اضطراب و همچنین بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود.

در واقع معنادرمانی به بیماران کمک می‌کند تا به رغم ناامیدی، بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه، زندگی از نگاه معنادرمانی تحت هر شرایطی معنادار است. آن چه در معنادرمانی قابل توجه و حایز اهمیت است، گواه بودن بر توانایی بالقوه و منحصر به فرد انسان به بهترین نحو آن است که می‌تواند یک تراژدی را به پیروزی شخصی مبدل سازد و یک موقعیت ناگوار را به یک موقعیت انسانی تغییر دهد. هنگامی که قادر نیستیم یک وضعیت را تغییر دهیم مثلاً در مواجهه با یک بیماری غیرقابل علاج و یا سرطان بدخیم، باید بکوشیم خود را تغییر دهیم. در حقیقت معنادرمانی نه تنها با دربرگرفتن آرمان‌های متعالی انسان مفهوم بشر را گسترش می‌دهد بلکه چشم‌های بیمار را نیز بر روی توانایی‌هایش برای تغذیه رشد معناجویی می‌گشاید. به همین طریق معنادرمانی بیمار را در برابر تهی شدن از انسانیت و مفهوم مکانیکی انسان ایمن می‌سازد. هنگامی که افراد قادر به یافتن معنایی در زندگی خود نیستند و در بحران وجودی غوطه‌ور می‌شوند معنادرمانی، وارد عرصه شده و به بیمار کمک می‌کند تا گذشته را به خاطر پیدا کردن رد پای معنا به خاک بسپارد، هر چند گذشته دوباره فعال شود. در واقع معنادرمانی می‌کوشد تا حوزه‌ی آگاهی فرد نسبت به انگیزه‌هایی که ماوراء تجربه‌های شخصی بی‌واسطه قرار دارد را گسترش دهد. بنابراین بر اهداف عینی و معنادار تمرکز می‌نماید. در همین رابطه فرانکل معتقد است افرادی که با پدیده‌ی هولناکی مانند مرگ مواجه می‌شوند، معنادرمانی می‌تواند یک شجاعت باور نکردنی نسبت به مرگ برای آنها فراهم کند. در واقع حتی اگر آنها در حال رنج کشیدن هم باشند، این نوع درمان، معنای زندگی را به آنها هدیه می‌دهد (به نقل از کیونگ - آه و همکاران، ۲۰۰۹).

ارایه روش معنا درمانی باعث می‌شود که در بسیاری از موارد قبول کنند که ابتلا به سرطان لزوماً به معنای مرگ و پایان زندگی نیست. درمانگر با فنون مختلف متقاعد سازی به آنها کمک می‌کند تا سرطان را به عنوان مسأله‌ای قابل حل در نظر بگیرند. همچنین درباره‌ی ماهیت اثر، علل و پیامدها و شیوه‌های مقابله با اضطراب، افسردگی و نگرانی‌های بیماران با آنها بحث و تبادل نظر شده و در این زمینه آموزش‌هایی نیز داده می‌شود. انجام این تکالیف باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود.

یالوم^۱ (۱۹۸۸) در رابطه با تاثیر روان‌درمانی گروهی در بیماران سرطانی، معتقد است که شرکت آنها در جلسه‌های روان‌درمانی گروهی، تجسم مرگ خود و پرداختن به احساسات خود نسبت به مرگ در گروه باعث می‌شود که انسان به زندگی با اندیشه‌هایی نوین و دید دیگری بنگرد.

پالمن و فیش^۲ (۲۰۰۵) در چندین مطالعه به ارزیابی مشکلات وخیم مربوط به اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی و نیز اختصاصاً در مبتلایان به سرطان پرداخته و بیان کردند این مشکلات نه تنها بر وضعیت روان‌شناختی خانواده، بلکه بر کیفیت زندگی بیمار، نرخ اقدام به خودکشی و خودکشی موفق، طولانی شدن مدت بستری و حتی طول عمر بیمار تأثیر می‌گذارند. هوتزل و اگرت^۳ (۲۰۰۹) خصوصياتی از جمله ترتیب دادن اهداف در زندگی، ویژگی‌های فردی مثبت، توصیف مجدد آینده، معنی‌دار بودن زندگی، آرامش و انرژی را نیز در بیماران سرطانی تحت درمان با معنادرمانی بر شمرده‌اند. افراد واجد معنا در زندگی به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی‌گیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند. علاوه بر اثرات روان‌شناختی، معنادرمانی همبسته‌های زیست‌شناختی گوناگونی نیز دارد که شامل: کارکرد مؤثر انتقال دهنده‌های عصبی سروتونین و آدرنالین، کارکرد مؤثر دستگاه ایمنی، پیوند فزاینده‌ی انتقال دهنده‌ی عصبی گابا و بازدارنده‌ی یادآوری رویدادهای فشارانگیز، افزایش اکسی‌توسین و افیون‌های درون‌زاد که به تحمل فشار کمک می‌کند. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که معنادرمانی گروهی باعث کاهش اضطراب،

1- Yalom

2- Palmen, & Fish

3- Hutzell & Eggert

افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. اگرچه تعمیم پذیری نتایج مستلزم پژوهش‌های بیشتری در این زمینه است، اما می‌توان به کارگیری فنون روان‌شناختی به ویژه معنادرمانی گروهی را به عنوان بخشی از درمان سرطان به متخصصین توصیه کرد.

منابع

فارسی

- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۷۴). ساخت و اعتباریابی مقدماتی پرسشنامه‌ی اضطراب امتحان و بررسی رابطه‌ی اضطراب امتحان با اضطراب عمومی، عزت‌نفس، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، عملکرد تحصیلی و انتظارات معلم در دانش آموزان پسر سال سوم راهنمایی شهر اهواز. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بیجاری، هانیه؛ قنبری‌هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ آقامحمدیان‌شعرباف، حمیدرضا و همایی‌شان‌دیز، فاطمه (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی*. شماره (۱) ۱۰، ۱۸۴ - ۱۷۱.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم و آیین‌پرست، ندا (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصل‌نامه‌ی علمی - پژوهشی زن و جامعه*. سال اول، شماره ۴، ۷۶ - ۶۱.
- تقی‌پور، ابراهیم و رسولی، رویا (۱۳۸۷). تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی زنان سالمند مقیم آسایشگاه. *فصل‌نامه‌ی روان‌شناسی کاربردی*. سال ۲، شماره ۴ (۸)، ۶۸۵ - ۶۷۳.
- حسینیان، الهه؛ سودانی، منصور و مهربانی‌زاده‌هنرمند، مهناز (۱۳۸۸). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی بیماران سرطانی. *مجله‌ی علوم رفتاری*، شماره (۳) ۳، ۲۹۲ - ۲۸۷.

درویشی، ح (۱۳۸۸). بررسی کاربرد تصویرسازی ذهنی و ریلکسیشن بر کاهش اضطراب، افسردگی بیمارستان و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه بیمارستان گلستان اهواز. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

دیماثو، ام. رابین (۹). روان‌شناسی سلامت، ترجمه‌ی کاویانی، محمد؛ عباس‌پور، محمد؛ محمدی، حسن؛ تقی‌زاده، غلامرضا و کیمیا، علی‌اکبر (۱۳۸۷). جلد ۱، تهران: انتشارات سمت.

رحیمیان، حوریه‌بانو (۱۳۸۷). نظریه‌ها و روش‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: انتشارات مهرداد.

رباط‌میلی، سمیه (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی به شیوه معنادرمانی بر افسردگی و امید به زندگی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

سازمان تحقیقات و درمان سرطان (۱۹۹۵). Retrieved 2009 from <http://www.eortc.be>

سجادی‌هزاه، محبوبه؛ صالحی، بهمن و مشفق، کامران (۱۳۸۷). مقایسه‌ی تأثیر دارودرمانی و داروشناخت‌درمانی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک. سال ۱۱، شماره ۳ (۴۴)، ۶۱-۵۵.

شبان، مرضیه؛ منجمد، زهرا؛ مهران، عباس و حسین پور دهکردی، علی (۱۳۸۳). ارتباط بین ویژگی‌های سرطان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی. فصل‌نامه‌ی حیات. شماره ۱۰ (۲۲)، ۸۴-۷۹.

شریف‌نیا، فریده (۱۳۷۹). رابطه بین رضایت از ازدواج و افسردگی مادران و ارتباط این متغیرها با سازگاری فردی - اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرزندان دختر آنان در شهرستان اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

شهنی بیلاق، منیجه و اکابریان، شرافت (۱۳۸۰). تأثیر مشاوره بر کاهش افسردگی و ناامیدی نوجوانان لوسمیک افسرده در بیمارستان شفای دانشگاه علوم پزشکی اهواز. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. سال هشتم، شماره ۱ و ۲ (۳). ۱۳۲-۱۱۵.

صفایی، آزاده؛ مقیمی دهکردی، بیژن و طباطبایی، سید حمیدرضا (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. *مجله ارمغان دانش*. شماره ۱۲ (۲)، ۷۹-۸۷.

فتحی، کیهان (۱۳۸۵). *بررسی افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی به عنوان پیش‌بین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

کراز، ژاکوب (۱۹۸۹). *بیماری‌های روانی*. ترجمه منصور، محمود و دادستان، پریخ (۱۳۸۶). تهران: انتشارات رشد.

لیندزی، اس.جی.ئی و پاول، جی.ئی (؟). *تشخیص و درمان اختلال‌های روانی بزرگسالان در روان‌شناسی بالینی* (۱۳۷۹). ترجمه محمدرضا نیک‌خو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات مهارت.

محمدپور، احمدرضا (۱۳۸۵). *ویکتور امیل فرانکل بنیان‌گذار معنادرمانی*. تهران: انتشارات دانژه. مردانی‌حموله، مرجان و شهرکی واحد، عزیز (۱۳۸۸). *بررسی رابطه سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان*. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*. دوره شانزدهم، شماره ۵۲، ۳۸-۳۳.

مهرابی‌زاده‌هنرمند، مهناز (۱۳۷۵). *بررسی تأثیر شناخت درمانگری در کاهش افسردگی و افزایش هماهنگی مؤلفه‌های خودپنداشت*. پایان‌نامه‌ی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

میردریگوندا، فضل‌الله (۱۳۷۸). *بررسی رابطه احساس تنهایی با عملکرد تحصیلی، اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس در دانش‌آموزان پسر مدارس راهنمایی شهرستان پل‌دختر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

نجاریان، بهمن؛ عطاری، یوسف‌علی و مکوندی، بهنام (۱۳۷۴). *ساخت و اعتباریابی مقیاس اضطراب عمومی ANQ*. *مجله علوم انسانی دانشگاه الزهراء*، دوره ۵ شماره ۱۵ و ۱۶.

یاوری، امیرحسین (۱۳۸۸). *مقایسه‌ی بهره‌ی حافظه، افسردگی، هوش هیجانی و عوامل استرس‌زا در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس خفیف و شدید در استان خوزستان*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز.

لاتین

- Andreson, A. (2007). Logotherapy and spirituality, a course in Victor Frankls Logotherapy. Available at www.workshaper.org.uk.
- Anderson, T., Watson, M., & Davidson, R. (2008). The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: A feasibility study. *Palliative Medicine*, 22, 814 – 821.
- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practiced, A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52, 81 – 85.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventor for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–574.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty – five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77 – 100.
- Black, J. M., Hawks, J. H., & Keene, A. M. (2001). *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. Philadelphia: W.B. Saunders, 398, 481 – 482.
- Blair, R. G. (2004). Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of Mental Health Counseling*, 26, 333 – 347.
- Chaukar, D. A., Das, A.K., Deshpande, M. S., Pai, P. S., Pathak, K. A., Chaturvedi, P., Kakade, A. C., Hawaldar, R. W., & D`Cruz, A. K. (2005). Quality of life of head and neck cancer patient: Validation of European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ – C30 and European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ – H&N35 in Indian patients. *Indian Journal of Cancer*, 42 (4), 178 – 184.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S .T., & Snyder, C. R. (2005). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77.
- Chie, W. C., Yang, C. H., Hsu, C., & Yang P. C. (2004). Quality of life of lung cancer patients: Validation of the Taiwan Chinese version of the EROTC QLQ – C30 and QLQ – LC13. *Quality of life Research*, 13, 257 – 262.
- Cho, H. S. (2000). *The effects of logotherapeutic group counseling on purpose in life, self-concept, self-esteem and spiritual wellbeing of adolescence*. Unpublished Master's Thesis, Kosin University, Pusan.
- Dincher, T. R., Harkness, G. A. (2000). *Medical surgical nursing*. Philadelphia: Harkness and Dincher publishers, 239 – 268.

- Hoopman, R., Muller, M. J., Terwee, C. B., & Aaronson, N. K. (2006). Translation and validation of the EROTC QLQ-C30 for use among Turkish and Moroccan ethnic minority cancer patients in the Netherlands. *Eur J Cancer*, 42 (12), 1839 – 1847.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., & Lejuez, C.W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in medical care setting. *Behavior Therapy*, 2 (39), 126 – 136 .
- Hutzell, R. R. (2002). A general course of group logotherapy. *Journal, Victor Frankle Foundation of South Africa*, 7, 15 – 26.
- Hutzell, R. R., & Eggert, M. D., (2009). *A Workbook to increase your Meaningful & Purposeful Goals (MPGs)*.
- Jayasekara, H., Rajapaksa, L. C., & Aaronson, N. K. (2008). Quality of life in cancer patients in South Asia: Psychometric properties of the Sinhala version of the EROTC QLQ – C30 in patients with Heterogeneous diagnoses. *Springer Science*, 17, 783 – 791.
- Jones, W., & Bartlett, D. (2004). *A cancer source book for nurses*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Çayır, K., Başol Tekin, S., & Kantarc, R. (2010). Coping, anxiety and depression in turkish patients with cancer. *European Journal of General Medicine*, 7 (3), 296-302.
- Karolson, I., Berglin, E., & Larson, P. A. (2000). Sense of coherence: Quality Of Life (QOL) before and after coronary artery bypass surgery a longitudinal study. *J Aadv Nurs*, 31 (6), 1383-92.
- Kyo, R., & Suhho, M. (2004). *Department of Nursing*, Andong Science College, 496. Andony, City, Kyangbuk. 709 – 769.
- Kyung-Ah, K., Jae -Im, I., Hee-Su , K., Shin-Jeong, K., Mi-Kyung, S., & Songyong, S. (2009). The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well – being of adolescents with terminal cancer. *J Korean Acad Child Health Nurs*, 15 (2), 136 – 144.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natural Cancer Inst Monographs*, 32, 57 – 71.
- Nicklasson, M., & Bergman, B., (2007). Validity, reliability and clinical relevance of EROTC QLQ – C30 and LC13 in patients with chest malignancies in a palliative setting. *Springer Science*, 16, 1019–1028.
- Osborn, L. R., Demoncada, C. A., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta – analyses. *Int'l. J. Psychiatry in Medicine*, 36 (1), 13 – 34.

- Palmen, J. L., & Fish, M. J. (2005). Association between symptom distress and survival in out-patients seen in a palliative care. *J Pain Symptom Manage*, 29 (6), 565 – 571.
- Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form of the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306 – 307.
- Salati, M., Brunelli, A., Xiumè, F., Refai, M., & Sabbatini, A. (2009). Quality of life in the elderly after major lung resection for lung cancer. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 8 (1), 79 – 83.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G., (2004). *Brunner and Suddarths Text Book of Medical Surgical Nursing*, 10th ed. Philadelphia, Lippincott, 1155.
- So, W. K. W., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C. K., Yeung, M., & Li, G. K. H. (2009). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, Abstract retrieved December 1, 2009, From sciencedirect.
- Tatrow, K., & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patient: A meta – Analysis, *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (1), 17 – 27.
- Taylor, K. L. (2003). Psychological adjustment among African American breast cancer patients: One year follow-up results of a randomized psycho educational group intervention. *Health Psychology*, 22 (3), 310 – 323.
- Toth, G., Sakaguchi, T., Mikami, Y., Hirose, H., & Tsukuda, M. (2005). A pilot study of the translation, cultural adaptation and validation of the EROTC head and neck cancer Quality of Life Questionnaire modular (QLQ-H&N35) for use in Japan. *Auris Nusus Larynx*, 32 (2), 175 – 183.
- Ungar, M. (2002). A logotherapy treatment protocol for major depressive disorder. *The International Forum for Logotherapy*, 25, 3 – 10.
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: A systematic review. *British Journal of Cancer*, 94, 372 – 390.
- Yalom, I. D., & Vinograd, J. G. (1988) Bereavement group: Techniques and themes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 419 – 446.
- Zabora, J., Hofe, B., & Szok, K. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho Oncology*, 10 (0): 19-28.