

اثربخشی درمان وجودگرا- انسان مدار بر بهزیستی روان شناختی و رشد پس از آسیب زنان مبتلا به سرطان پستان

صفورا ماواییان^۱، فضل‌اله میردریکوند^{۱*}، مسعود صادقی^۱

مقاله پژوهشی

مقدمه: یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در کشور ایران، سرطان پستان می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان وجودگرا- انسان مدار بر بهزیستی روان شناختی و رشد پس از آسیب زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. **روش بررسی:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۹ بودند که از این میان در هر گروه (آزمایش و گواه) ۱۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند، و به مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف و پرسش‌نامه رشد پس از آسیب تدسچی و همکاران پاسخ دادند. سپس، گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله گروهی قرار گرفتند. پس از مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و مجدداً بعد از دو ماه هر دو گروه پیگیری شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS version 16 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر متقابل گروه و زمان معنادار بود. بنابراین متغیر بهزیستی روان شناختی در سطح معناداری ($F=77/98$ ، $P=0/01$) و متغیر رشد پس از آسیب در سطح معناداری ($F=27/46$ ، $P=0/01$) افزایش داشت. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، درمان وجودگرا- انسان مدار بر بهزیستی روان شناختی و رشد پس از آسیب بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر معنادار دارد. لذا پیشنهاد می‌شود علاوه بر مشکلات جسمانی این جمعیت، به مسائل روان شناختی آن‌ها نیز توجه شود و در کنار دارو درمانی، درمان‌های روان شناختی و از جمله رویکرد وجودگرا- انسان مدار، مدنظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان وجودگرا- انسان مدار، بهزیستی روان شناختی، رشد پس از آسیب، سرطان پستان

IRCTID: 20201219049767N1

ارجاع: ماواییان صفورا، میردریکوند فضل‌اله، صادقی مسعود. اثربخشی درمان وجودگرا- انسان مدار بر بهزیستی روان شناختی و رشد پس از آسیب زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۰؛ ۲۹ (۷): ۳۰-۳۹.

۱- گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۶۶۶۳۴۴۳۲، پست الکترونیکی: Mirderikvand.f@lu.ac.ir، صندوق پستی: ۶۸۱۵۱-۴۴۳۱۶

مقدمه

سرطان بیماری سلول‌های است که علامت مشخصه آن رشد و تکثیر نامحدود و کنترل‌ناپذیر سلول‌هایی است نئوپلاسم بدخیم را ایجاد می‌کند (۱). در این بین سرطان پستان یکی از مهم‌ترین سرطان‌های زنان در جهان و دومین سرطان شایع در بین زنان است و سالانه میلیون‌ها مورد جدید به این بیماری مبتلا می‌شوند و بر اساس گزارش‌ها در سال ۲۰۱۹، ۲۶۸/۶۰۰ تشخیص جدید سرطان پستان در زنان ایالت متحده آمریکا مورد بررسی قرار گرفته‌اند (۲). در ایران نیز گزارش‌ها نشان می‌دهند ۲۵/۰۶ مورد در ۱۰۰۰۰۰ زن تخمین زده شده‌است (۳). سرطان پستان تاثیرگذارترین سرطان از نظر روانی و عاطفی در میان زنان است که منجر به بروز مشکلات عاطفی و هیجانی عمیقی در بیمار می‌شود (۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان پس از استرس ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان، از منابع حمایتی و شبکه اجتماعی دوری می‌کنند و بهزیستی روان‌شناختی کمتری را گزارش می‌کنند (۵). مسائل روانی- اجتماعی فراوانی که این بیماران تجربه می‌کنند بهزیستی روان‌شناختی این دسته از بیماران را شدیداً تحت تاثیر قرار داده و کیفیت زندگی و روند بیماری آنان را متاثر می‌سازد. نظریات جدید در تعریف بهزیستی روان‌شناختی تاکید زیادی بر سلامتی به جای فقدان بیماری به تنهایی دارند (۶). بهزیستی روان‌شناختی دارای دو جز عاطفی و شناختی است. بعد عاطفی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی و بعد شناختی بهزیستی یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی (۷). به همین دلیل پرداختن به بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اهمیت ویژه‌ای دارد. مطابق نظر ریف، بهزیستی روان‌شناختی ابعادی مانند خویشتن‌پذیری، هدف زندگی، رشد فردی، حس خودمختاری، تسلط محیطی (توانایی مدیریت موثر زندگی شخصی و جهان پیرامون) و روابط مثبت با دیگران را شامل می‌شود (۸). افراد مبتلا به سرطان پستان بعد از تشخیص و درمان علاوه بر اضطراب و افسردگی دچار علائم استرس پس از سانحه می‌شوند که به‌عنوان عوامل آسیب‌زا شناخته می‌شوند

(۹). رشد پس از آسیب، تجربه تغییرات شخصی مثبت در برابر رویداد یا بحران آسیب‌زاست. رشد پس از آسیب ممکن است تجربه آسیب روانی را خنثی نکند، اما می‌تواند علی‌رغم تجربیات دلخراش افراد مبتلا معنی و مقصودی جدید یابند که آن‌ها را به تغییرات فردی مثبت تشویق کند (۱۰). رشد پس از آسیب که اغلب رشد مرتبط با استرس، انطباق مثبت، موفقیت، تعدیل مثبت، رشد و موهبت نام می‌گیرد؛ توسط تدسچی و کالهن (۱۱)، به‌عنوان تغییرات اساسی در هیجان‌ات و شناخت پنداشته شد که به تغییرات در رفتار نیز ختم می‌شود (۹). پژوهش‌هایی که به بررسی تجربیات آسیب‌زای مختلف پرداخته، نشان‌دهنده گزارش‌های رشد پس از آسیب هستند. این مطالعات تا پنج دسته پیامد رشد را آشکار می‌سازند که تغییرات میان فردی، روان شناختی و گرایش‌زندگی را نشان می‌دهد. این دسته‌بندی‌ها عبارتند از: تغییر روابط با دیگران، افزایش معنویت یا تغییر در فلسفه زندگی، تغییرات ادراکی در خویشتن، افزایش آگاهی از احتمالات جدید و قدردانی بیشتر از زندگی می‌شوند (۱۲). بنابراین، رشد پس آسیبی در بیماران سرطانی می‌تواند اثرات روانی مثبتی در درمان داشته باشد. زنان مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با دیگر سرطان‌ها بعد از تشخیص بیماری بقاء طولانی‌تری دارند؛ اما امروزه تنها زنده ماندن مدنظر نیست، بلکه بیماران خواهان زندگی با کیفیت مناسب هستند (۱۳). بر همین اساس بیماران مبتلا به سرطان پستان علاوه بر درمان‌های دارویی نیاز به درمان‌های روان‌شناختی دارند که با این رویداد به‌صورت سازگارانه‌تری مواجه شوند. در میان درمان‌های روان‌شناختی که در کاهش مشکلات آسیب‌زای بیماران مبتلا به سرطان پستان کاربرد داشته‌اند، درمان وجودگرا- انسان مدار درمانی است که در جهت کمک به افراد برای احیا و در اختیار گرفتن مجدد زندگی خویشتن تاکید می‌کند (۱۴). درمان وجودگرا- انسان‌مدار و هر آنچه که می‌توان از آن به‌عنوان روان‌شناسی وجودی- یکپارچه شده نام برد، از ایالات متحده آمریکا و بر اساس آمیختن فلسفه و روان‌شناسی وجودی اروپایی با دیدگاه روان‌شناسی انسان-گرایی آمریکایی نشأت گرفته است. بعد از یک دوره کاهش

رحیمی شهر خرم‌آباد که ۳۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با در نظر داشتن ملاک‌های ورود و خروج، در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) به صورت تصادفی ساده به این صورت که پژوهشگر برای هر یک از آزمودنی‌ها کدی در نظر گرفت، سپس کدها بر روی تکه‌های از کاغذ نوشته و تکه‌های کاغذ در ظرفی قرار گرفت و خوب به هم‌زده شدند. در نهایت کدها از درون ظرف برداشته و کدهای فرد در گروه گواه و زوج در گروه آزمایش گمارده شدند. لازم به ذکر است که در این پژوهش کورسازی رخ نداده است. قبل از اجرای درمان وجودگرا- انسان‌مدار از هر دو گروه، پیش‌آزمون از متغیرهای پژوهش به عمل آمد. ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل موارد زیر بود: داشتن حداقل مدرک دیپلم، محدوده سنی بین ۲۰-۶۰ سال، رضایت به شرکت داشتن در این طرح. ملاک‌های خروج: انجام ندادن تکالیف، عدم همکاری، دارا بودن سایر مشکلات جسمی به دلیل ناهمگن شدن نمونه‌ها، و ابتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی. در ادامه ابزارهای مورد استفاده در پژوهش ذکر شده است:

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (RSPWB)

این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است (۸). هدف مقیاس ۱۸ سوالی ریف ارزیابی و بررسی بهزیستی روان‌شناختی از ابعاد مختلف (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) می‌باشد. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰.۷ تا ۰.۹۹٪ در نوسان است. شیوه نمره‌گذاری سوالات بر اساس طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای است که در آن کاملاً مخالفم = ۱، تاحدودی مخالفم = ۲، کمی مخالفم = ۳، کمی موافقم = ۴، تاحدودی موافقم = ۵، کاملاً موافقم = ۶ می‌باشد. در این شیوه نمره‌گذاری سوالات ۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ معکوس می‌شود. برای کسب امتیاز مربوط به هر خرده مقیاس مجموع امتیازات گویه‌های آخر مقیاس با هم جمع شده و برای کسب امتیاز کلی پرسش‌نامه مجموع امتیازات تک تک سوالات محاسبه می‌شود. در این مقیاس نمره بالا نشان‌دهنده بهزیستی

علاقه و نفوذ، رونق روان‌شناسی وجودی- انسان‌مدار از سال ۲۰۰۰ آغاز شد. روان‌شناسی وجودی- یکپارچه شده، معنویت و تاثیرات چند فرهنگی و بین‌المللی چند راهبردی بودند که در احیا و رونق درمان وجودی- انسان‌گرا نقش داشتند (۱۵). روان‌درمانی وجودگرا- انسان‌مدار روشی است برای کمک به افراد برای احیا و در اختیار گرفتن زندگی مجدد خویشتن و آزادی بخشیدن به مراجعین. درمانگران جودگرا- انسان‌مدار تلاش می‌کنند تا با مراجعین در لحظه‌ای که حضور دارند دیدار کنند و مراجعین را ترغیب می‌کنند تا برای به حداکثر رساندن توانایی‌هایشان برای دگرگون ساختن به‌طور تجربی دست به گریبان شوند (۱۶). درمانگران برای رسیدن به هدف درمان ابزاری‌های استفاده می‌کنند که به معنای سنتی تکنیک نیستند، بلکه مواضع و شرایطی هستند که با استفاده از آن‌ها به رهاسازی تجربه و دگرگونی بنیادی می‌رسند (۱۶). روان‌درمانی وجودگرا- انسان‌مدار آمیزه‌ای از مفاهیم و کاربری مبتنی بر ارزش‌های فلسفه وجودگرایی مانند مسئولیت، خود جست - جویی و پیکار و ارزش‌های عامیانه مانند عمل‌گرایی، خوداتکایی و خوش بینی است (۱۷، ۱۸). در طی سال‌های اخیر، مداخله‌های روان‌شناختی بسیاری از جمله درمان وجودگرا- انسان‌مدار برای کاهش مشکلات ناشی از بیماری‌های مزمن از جمله سرطان معرفی شده است. از آنجایی که این روش درمان تلفیقی، به تازگی در حیطه روان‌درمانی مطرح شده است، تبیین و تحلیل میزان اثربخشی آن در زمینه کاهش علائم روان‌شناختی همراه با سرطان نیاز به انجام تحقیق و پژوهش‌های بیشتری دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و بر اساس طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دوره پیگیری دو ماهه و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید

گزارش کردند (۲۰). در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسش‌نامه بر اساس آلفا کرونباخ، ۰/۸۸ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

با مراجعه به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد، آزمودنی‌ها بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد پژوهش شدند. سپس برای شرکت کنندگان در پژوهش، اهداف توضیح داده شد و جهت شرکت در پژوهش از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و جهت رعایت اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق شرکت کنندگان به آن‌ها گفته شد که هر زمان تمایل به ادامه و حضور در فرایند درمان را ندارند، می‌توانند انصراف دهند. در ضمن به محرمانه بودن اطلاعات جلسات درمان نیز تاکید شد. سپس افراد به دو گروه آزمایشی (درمان وجودگرا- انسان‌مدار) و گواه تقسیم شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون از هر دو گروه، پژوهشگر طی ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای، درمان وجودگرا- انسان‌مدار را بر روی گروه آزمایش اجرا کرد. در طول این مدت گروه گواه درمان روان‌شناختی را دریافت نکردند. اما به جهت رعایت اصول اخلاق در پژوهش، در پایان مطالعه درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر روی گروه گواه اجرا گردید. پس از اتمام دوره آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون هر دو گروه در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. خلاصه جلسات درمان وجودگرا- انسان‌مدار در جدول ۱ ذکر شده است. در نهایت، به منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام پژوهش درمان وجودگرا- انسان‌مدار روی گروه گواه اجرا شد.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 و براساس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر توسط کارشناس آماری تجزیه و تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان مورد تایید قرار گرفته است (IR.LUM.1399.177).

روان‌شناختی بالا و نمره پایین بالعکس می‌باشد. ریف (۸)، براساس مطالعه‌ای پایایی زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ گزارش کرده است. در ایران نیز بیانی و همکاران (۱۹)، ضرایب پایایی را برای نمره کل ۰/۸۲ و برای هدفمندی در زندگی ۰/۷۰، پذیرش خود ۰/۷۱، داشتن ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، استقلال ۰/۷۸، رشد شخصی ۰/۷۸، تسلط بر محیط ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسش‌نامه بر اساس آلفاکرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسش‌نامه رشد پس از آسیب (PTGI)

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۶ توسط تدسچی و کالهنون به منظور ارزیابی‌های خود ادراکی افراد، مرتبط با تجربه حوادث آسیب‌زا ساخته شده است (۱۱). مبانی نظری این مقیاس بر اساس مطالعه گزارش افراد از پیامدهای مثبت (از قبیل ادراک خود و فلسفه زندگی) ناشی از تجربه آسیب‌زا، از قبیل سرطان تهیه شده است. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری نتایج مثبت ناشی از تجربه یک رویداد منفی زندگی استفاده می‌شود و شامل ۲۱ عبارت (در مقیاس لیکرت) با دامنه صفر (من این تغییر را نتیجه بحران نمی‌دانم) تا پنج (من این تغییر را به میزان خیلی زیاد به عنوان نتیجه بحران می‌دانم) تشکیل شده است. نمره نهایی این مقیاس از جمع نمرات در هر مؤلفه محاسبه می‌شود و نمرات بالاتر نشان دهنده رشد پس از آسیب بالاتر در بیمار می‌باشد. پنج زیر مقیاس پرسش‌نامه: شیوه‌های جدید (۵ ماده)، در ارتباط با دیگران (۷ ماده)، قدرت شخصی (۴ ماده)، ارزش زندگی (۳ ماده) و تغییر معنوی (۲ ماده) را می‌سنجد. نمرات مقیاس‌ها به وسیله جمع نمرات عبارات در هر عامل حساب می‌شود. نمره نهایی مقیاس برای PTGI قابل محاسبه است. ارزیابی اولیه PTGI نشان داده که مقیاس، اعتبار قابل ملاحظه‌ای با همسانی درونی نهایی مقیاس آلفای ۰/۹۰ و با همسانی درونی مقیاس‌های جداگانه اندازه‌گیری شده از آلفای ۰/۶۷ تا آلفای ۰/۸۵ دارد. للورین، آنتینگناک، فلورین، آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه در پژوهش خود ۰/۹۳

واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض تساوی واریانس با استفاده از آزمون‌های باکس، کرویت موجلی و لوین مورد بررسی قرار گرفت. که بر اساس جدول ۳ برای مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و پذیرش خود معنادار نبوده است، بنابراین، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس به‌درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون کرویت موجلی که در مولفه‌های پژوهش معنادار نبوده است، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است و بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای مولفه‌های پژوهش، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است. با توجه به جدول ۴ و معنادار بودن عامل درون گروهی وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای بهزیستی روان‌شناختی ($F=33/67, P=0/001$) و رشد پس از آسیب ($F=9/38, P=0/001$) در سطح ($P<0/01$) تایید می‌گردد. همچنین معنادار بودن اثر تعاملی در درون گروهی حاکی از تفاوت بین دو گروه در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی ($F=77/98, P=0/001$) و رشد پس از آسیب ($F=27/46, P=0/001$) در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری است ($P<0/01$). همچنین، معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها حاکی از وجود تفاوت معنادار بین گروه درمان وجودگرا-انسان‌مدار و گروه گواه برای بهزیستی روان‌شناختی ($P=0/001$)، رشد پس از آسیب ($F=254/50, P=0/001$) و رشد پس از آسیب ($F=73/35, P=0/001$) است ($P<0/05$). همچنین، برای مقایسه تغییرات گروه‌ها در مراحل مختلف پژوهش از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ قابل مشاهده است. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب در مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیش‌آزمون تا پیگیری تنها در گروه آزمایش معنادار بوده است ($P=0/001$). در مجموع یافته به دست آمده پژوهش نشان می‌دهد که درمان وجودگرا-انسان‌مدار، بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشیده است.

این پژوهش، شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود که در یک بازه زمانی ۶ ماهه انجام شد. گروه آزمایش و گواه هر کدام دارای ۱۵ نفر شرکت‌کننده با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب $42/33 \pm 7/45$ و $46/33 \pm 6/12$ بودند ($P=0/47$). همچنین، وضعیت تاهل گروه آزمایش شامل ۷۵ درصد متاهل، ۱۵ درصد مجرد و ۱۰ درصد مطلقه بود، در گروه گواه نیز وضعیت تاهل شامل ۷۰ درصد متاهل، ۲۵ درصد مجرد و ۵ درصد مطلقه بود ($P=0/75$). همچنین، وضعیت تحصیلات گروه آزمایش شامل ۱۰ درصد بالاتر از لیسانس، ۳۰ درصد لیسانس و ۶۰ درصد دیپلم و وضعیت تحصیلات گروه گواه نیز شامل ۱۰ درصد بالاتر از لیسانس، ۳۵ درصد لیسانس و ۵۵ درصد دیپلم بود ($P=0/66$). در نهایت، طول دوره بیماری در آزمودنی‌ها ۱ تا ۵ سال و میانگین و انحراف معیار آن در گروه آزمایش و گواه به ترتیب برابر با $2/3 \pm 2/41$ و $2/30$ بود ($P=0/53$)؛ که نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین این دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$). جدول ۲، نشان‌دهنده شاخص‌های توصیفی متغیر بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه است. همان‌طور که قابل مشاهده است، در مرحله پیش‌آزمون بین گروه‌ها در متغیر بهزیستی روان‌شناختی ($P=0/21$) و رشد پس از آسیب ($P=0/15$) تفاوت معناداری وجود نداشته ($P>0/05$)، اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها در متغیر بهزیستی روان‌شناختی ($P=0/001$) و رشد پس از آسیب ($P=0/001$) تفاوت معناداری وجود داشته است ($P<0/05$). همان‌طور که می‌دانیم برای اجرای این آزمون چندین مفروضه اصلی وجود دارد. یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک، فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه نمونه در جامعه است. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلیک بررسی شد، که نتایج نشان داد این پیش‌فرض تایید می‌گردد ($P>0/05$). همچنین، پیش از اجرای آزمون

جدول ۱: خلاصه طرح درمان وجودگرا- انسان مدار

جلسه اول آشنایی درمانگر با درمانجویان شرکت کننده، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد، تعریفی از سرطان پستان، ترغیب درمانجویان شرکت کننده به صحبت کردن

جلسه دوم سبک متعارف حضور، ایجاد رابطه صمیمانه، کمک به مراجع برای داشتن تجربه "من هستم" و به عهده گرفتن مسئولیت زندگی خودش، کمک به درمانجویان شرکت کننده برای شناسایی موانع محدود کننده زندگی، کمک به درمانجو برای متوسل شدن به لحظه اکنون، ارائه تمرین موضوعی، فردی و مراقبه مجسم

جلسه سوم مرور تکالیف جلسه قبل، فعال سازی درون فردی، کاربست چهار کاربرد اکتاو، ترغیب درمانجو به شخصی سازی گفت و گوهایشان، ارائه مثال هایی عینی ازدشواری های خود، ترغیب درمانجو برای استفاده از ضمیر اول شخص، ارائه تکلیف مراقبه هدایت شده اشنایدر

جلسه چهارم مرور تکالیف جلسه قبل، کمک به درمانجوی شرکت کننده برای تجربه کردن هدایت گری از طریق ایفای نقش، تجسم و نقش گذاری تجربی، ترغیب درمان جو برای واقعی کردن آگاهی و حضور در زندگی واقعی، تمرین نوشتن محتوای رویاها

جلسه پنجم بررسی تکالیف جلسه کمک به درمانجوها برای ارتباط با بخش هایی از خود که بی توجه رها شده اند، واداشتن درمانجوی شرکت کننده به کندکردن آهنگ یا همراه شدن با تجربه پرهیجان یا اضطراب آور برای تسهیل خودآگاهی، کار بر روی رویاها با روش آوردن رویاها به اینجا و اکنون، ارائه تمرینات جنبشی

جلسه ششم مرور تکالیف جلسه قبل، فعال سازی بین فردی از طریق مواجهه، درخواست از درمانجو برای توجه به آشفتگی ها و گرایشات نهفته در روابط بلافصل، تشخیص فراقتنی مربوط به انتقال و انتقال متقابل، ایجاد رابطه من-تو

جلسه هفتم مواجهه با مقاومت ها، کمک به درمانجو به برای پی بردن به احساس خود و به دنیایش، کار بر روی مقاومت از طریق احیاسازی و رویارویی، ارائه تکلیف بازنگری و ناکامی و جراحات ها برای پذیرش خویشتن

جلسه هشتم مرور تکالیف جلسه قبل، کمک به درمان جویان شرکت کننده برای پرورش حسی از معنای زندگی، ترغیب درمان جویان برای دستیابی به قصدمندی و جهت گیری مهم به سمت یک هدف معین، ایجاد حیرت در درمانجو، ترغیب درمانجو برای تحقق بخشیدن به معانی زندگی.

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روان شناختی و رشد پس از آسیب در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه ها	انحراف معیار \pm میانگین	p	انحراف معیار \pm میانگین	p
بهزیستی روان شناختی	آزمایش	۲۹/۴۰ \pm ۳/۴۳	۰/۲۱	۳۵/۶۶ \pm ۲/۰۵	۰/۰۰۱
	گواه	۲۸/۳۹ \pm ۳/۱۸		۲۷/۳۳ \pm ۲/۳۸	
رشد پس از آسیب	آزمایش	۲۳/۳۳ \pm ۱/۴۴	۰/۱۵	۲۸/۴۶ \pm ۲/۲۹	۰/۰۰۱
	گواه	۲۳/۱۳ \pm ۲/۷۲		۲۱/۹۳ \pm ۲/۴۹	

جدول ۳: نتایج آزمون باکس، کرویت موجلی و لوین

متغیر	باکس (F)	کرویت موجلی	آزمون لوین (F)
		پیش آزمون	پس آزمون
بهزیستی روان شناختی	۰/۵۹	۰/۹۰	۰/۷۲
معناداری	۰/۸۶	۰/۵۳	۰/۳۵
آماره	۰/۴۵	۰/۳۲	۰/۲۱
معناداری	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۸۹

صفورا ماواییان و همکاران

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه تاثیر درمان وجودگرا-انسان مدار بر بهزیستی روان شناختی و رشد پس از آسیب

متغیر	منابع تغییر	SS	df	MS	F	P	Eta	توان
بهزیستی روان شناختی	عامل	۳۲۴/۸۳	۲	۱۶۲/۴۲	۳۳/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
	درون گروهی	۳۷۶/۴۷	۲	۴۳۶/۲۰	۷۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
	خطا	۲۷۷/۷۰	۵۶	۴/۳۴				
رشد پس از آسیب	بین گروهی	۱۱۶۶/۴۵	۱	۱۱۶۶/۴۵	۲۵۴/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
	خطا	۱۳۹/۱۲	۲۸	۴/۹۱				
	عامل	۷۹/۸۰	۲	۳۹/۹۰	۹/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۱
رشد پس از آسیب	درون گروهی	۲۳۳/۴۸	۲	۱۱۶/۷۴	۲۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
	خطا	۲۳۸/۰۴	۵۶	۴/۲۵				
	بین گروهی	۵۰۸/۸۴	۲	۵۰۸/۸۴	۷۳/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
	خطا	۱۹۴/۲۲	۲۸	۶/۹۳				

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیر بهزیستی روان شناختی و رشد پس از آسیب در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون تا پس آزمون (اختلاف میانگین)	P	پیش آزمون تا پیگیری (اختلاف میانگین)	P	پس آزمون تا پیگیری (اختلاف میانگین)	P
بهزیستی روان شناختی	آزمایش گواه	-۶/۲۶	۰/۰۰۱	-۳/۵۳	۰/۰۰۱	۲/۷۳	۰/۵۴۱
رشد پس از آسیب	آزمایش گواه	۵/۱۳	۰/۰۰۱	۵/۶۰	۰/۰۰۱	-۰/۴۷	۰/۵۲۳
	گواه	۱/۴۷	۰/۶۵۱	۱/۲۰	۰/۴۶۶	-۰/۵۳	۰/۷۴۵

بحث

نتایج این پژوهش نشان دادند که بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری از لحاظ میانگین نمره‌های بهزیستی روان شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج حاکی از این است که درمان وجودگرا-انسان مدار توانسته است به طور معناداری بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان را افزایش دهد و این اثربخشی در دوره دو ماهه پیگیری همچنان تداوم داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های اونسورث و ناش (۲۱)، اشپیگل (۲۲)، ووس، کراچ و کوپر (۲۳)، پیک و ملینک (۲۴) و اشناپدر و کراگ (۱۴) همخوان می‌باشد. در تبیین یافته به دست آمده از پژوهش می‌توان چنین بیان کرد که یکی از اصول اساسی درمان وجودگرا-انسان مدار

پذیرش درد و رنج در زندگی است. وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسانتر می‌شود، درد و رنج و زندگی را با تمام شرایط آن می‌پذیرد. برگزاری جلسات گروهی با رویکرد وجودگرا-انسان مدار باعث شد که زنان مبتلا به سرطان پستان با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و احساس اینکه همه چیز از بیرون کنترل می‌شود، جای خود را به کنترل درونی دهد. انسان‌ها زمانی که با شرایط رنج‌آوری مواجه می‌شوند دچار نوعی بی‌معنایی، غفلت، درماندگی و ناامیدی در زندگی می‌شوند. انسان موجودی است که همواره به دنبال معناست حتی برای رنج‌ها و دردهایش به دنبال دلیلی است. به طوری که وقتی به این معنا دست یافت، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسانتر و حتی در

موقعی دلپذیرتر می‌شود. از طرفی درمان وجودگرا- انسان مدار افراد را متوجه آزادی وجودی خود در زندگی می‌کند که هر چند فرد با شرایط اجتناب ناپذیری روبروست، اما آزادی این را دارد که افکارش را نسبت به محدودیت و رنج موجود تغییر دهد و تسلیم شرایط محض نشود. نتایج این تحقیق بیان کننده این است که درمان وجودگرا- انسان مدار با تأکید بر پذیرش رنج به عنوان بخش جدایی ناپذیر هر فرد، در این دنیا، آزادی انتخاب در شرایطی را مهیا می‌کند که انتخاب بین گزینه‌ای مطلوب نیست، بلکه انتخاب بین گزینه‌های نامطلوب است. در نتیجه فرد شجاعانه دست به انتخاب می‌زند و مسئولیت انتخاب خویش را می‌پذیرد و امیدواری، صبر، اراده، جرأت‌مندی و مهم‌تر از همه تاب‌آوری او در برابر مشکلات افزایش پیدا می‌کند. از تأثیرات دیگر درمان وجودگرا- انسان مدار این است که با ایجاد تغییرات عمیق در بینش بیماران نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به زندگی باعث می‌شود که هدفی برای خود برگزینند، از فرصت‌های خود لذت بیشتری ببرند و از زندگی رضایت بیشتری داشته باشند و به افراد کمک می‌کند که با اعتقاد به آزادی اراده و مسئولیت خویش در برابر زندگی به دنبال ایجاد شرایط بهتر برای زندگی خویش باشند (۱۸). همچنین، بر اساس نتایج پژوهش، بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ میانگین نمره‌های رشد پس از آسیب تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج حاکی از این است که درمان وجودگرا- انسان مدار توانسته است به طور معناداری رشد پس از آسیب زنان مبتلا به سرطان پستان را افزایش دهد و این اثربخشی در دوره دو ماهه پیگیری همچنان تداوم داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های فیگ و همکاران (۲۵)، کالینس و همکاران (۲۶) و اشنایدر و کراگ (۱۴) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که در گروه درمانی وجودگرا- انسان مدار به مراجعان کمک می‌شود با واقعیت نیستی و مرگ مواجه شوند. آگاهی از مرگ، حس مسئولیت‌پذیری افراد را نسبت به زندگی افزایش می‌دهد. در نتیجه افراد با آگاهی از موضوع مرگ خود و عزیزان، تمام تلاششان را برای انجام مسئولیت‌های تمام لحظات زندگی به

کار می‌گیرند. همچنین آگاهی از مرگ گریزناپذیر، برانگیزاننده و مشوق افراد در رویارویی با فعالیت‌های مخاطره برانگیز است. بنابراین، افراد در فرآیند گروه درمانی بینششان نسبت به مرگ اصلاح می‌شود، آن‌ها با آگاهی از اجتناب ناپذیر بودن مرگ، تمام توان خودشان را برای رشد خود و بهره‌مندی از زندگی به کار می‌گیرند. همچنین، وقتی بیمار احساس کند که قادر است برای بهبود خود کاری انجام دهد و این آزادی را دارد که در قبال شرایط بیرونی، موضع خاصی را اتخاذ نماید و در برابر شرایط تسلیم محض نیست، آینده‌ای روشن با توجه به محدودیت‌های خود برای خود ترسیم می‌کند. از سویی شفاف‌تر شدن احساسات که اغلب بیان نشده هستند، بیماران را در رابطه با بیماری و مرگ خود، با حضور در جو درمان وجودگرا- انسان مدار و پرداختن به آن‌ها، به نوبه خود بزرگ‌ترین گام در جهت کمک به آن‌هاست تا به شکلی عمیق به بررسی دغدغه‌های خویش پرداخته و در این جهت با درک و شناخت دیدگاه سایر اعضای درگیر در درمان وجودگرا- انسان مدار نسبت به یک تجربه مشترک، به تعریفی جدید از زندگی، تنهایی، آزادی، مرگ و معنا دست یابند (۱۴). در سراسر فرایند درمان وجودگرا- انسان مدار به شناخت و بررسی این مسائل، دغدغه‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه افراد به خود و زندگی و تغییر این دیدگاه پرداخته می‌شود، زیرا این شیوه به افراد گروه درمان که دچار ناکارآمدی در روابط و کارکرد اجتماعی هستند، کمک می‌کند تا از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان بینی و خلق ارزش‌های تازه، ارزش‌های فعلی خود را تغییر داده و ارزش‌های متناسب با موقعیت خود را ایجاد کنند. بدین ترتیب، بارزترین ویژگی این رویکرد درمانی، تأکید بر رابطه درمانی و نقش آن در ایجاد تغییر در مراجع است (۲۷). یالوم و وینوگرادو، در به‌کارگیری درمان وجودگرا- انسان مدار به شیوه گروهی در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان گزارش کردند که این رویکرد درمانی در بیماران سرطانی این جرأت را به وجود می‌آورد تا بتوانند درون خود را فاش سازند، مواردی را که در درون‌شان نهفته است با دیگران در میان بگذارند و احساسات‌شان درباره مرگ، دل شکستگی،

نداشت و از نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. همچنین، پژوهش حاضر در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شده و باید در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر انواع سرطان‌های جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه جهت گردآوری داده‌ها اشاره کرد. بدیهی است پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از ابزارهای مانند مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان وجودگرا- انسان‌مدار با انواع درمان‌های دیگر در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مزمن و صعب‌العلاج مقایسه شود. با توجه به مؤثر بودن این روش در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب زنان مبتلا به سرطان پستان، پیشنهاد می‌شود این روش درمانی بر روی افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن نیز اجرا شود.

سپاس‌گزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه لرستان می‌باشد، لذا از تمام دست‌اندرکاران و پرسنل بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد و بیماران محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

حامی مالی: ندارد

تعارض در منافع: وجود ندارد.

ترس‌ها، نگرانی‌ها و تجارب دردناکی را که در تنهایی به ندرت می‌توانند بر آن‌ها فائق آیند، در گروه درمان آشکار سازند. از عوامل آسیب و کاهش سلامت روانی، نداشتن معنا و هدف در زندگی و نپذیرفتن مسئولیت است. بنابراین، اگر شخص در موقعیتی قرار گیرد که نتواند شرایط را تغییر دهد، می‌تواند نگرش خود نسبت به وضعیت را تغییر دهد که این کار نوعی متعالی کردن خود از رهگذر معنایابی است؛ به خصوص هنگامی که رنج کشیدن اجتناب‌ناپذیر باشد (۲۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد که روش درمان وجودگرا- انسان‌مدار، می‌تواند به عنوان گزینه مطلوبی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب زنان مبتلا به سرطان پستان مطرح شود. لذا، فراهم نمودن تمهیدات لازم از سوی مدیران ارشد و پزشکان آنکولوژیست در به‌کارگیری درمان وجودگرا- انسان‌مدار به منظور افزایش بهزیستی و شاخص‌های روانی مثبت زنان مبتلا به سرطان پستان توصیه می‌گردد.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اینکه به دلیل شرایط شرکت‌کنندگان، امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود

References:

- 1-Mirzazadeh R, Pirkhaefi A. *The Effectiveness of Clinical Creativity Therapy Model on Improving Hope and Happiness of the Patient with Breast Cancer*. Health Psychol 2017; 6(1): 52-65. [Persian]
- 2-Siegel RL, Miller KD, Jemal A. *Cancer Statistics. 2019*. CA: Cancer J Clin 2019; 69(1): 7-34.
- 3-Naghibzadeh N, Asgharzadeh F, Khazaei M. *Effect of Renin-Angiotensin System Inhibitors on Survival Rate of Patients with Breast Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis*. Iranian J Obstetrics, Gynecology and Infertility 2020; 23(6): 88-96. [Persian]
- 4-Musarezaie A, Khaledi F, Kabbazi-Fard M, Momeni-Ghaleghasemi T, Keshavarz M, M T. *Investigation the Dysfunctional Attitudes and Its' Relationship with Stress, Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients*. J Health Sys Res 2015; 11(1): 68-76. [Persian]

- 5-Bloom JR, Stewart SL, Oakley-Girvan I, Banks PJ, Shema S. *Quality of Life of Younger Breast Cancer Survivors: Persistence of Problems and Sense of Well-Being*. *Psycho-Oncology* 2012; 21(6): 655-65.
- 6-Seyedtabaee R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. *The Role of Coping Strategies and Cognitive Emotion Regulation in Well-Being of Patients with Cancer*. *J Qazvin Univ Med Sci* 2017; 21(2): 49-1. [Persian]
- 7-Russell RD, Black LJ, Pham NM, Begley A. *The Effectiveness of Emotional Wellness Programs on Mental Health Outcomes for Adults with Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *MSARD* 2020: 102171.
- 8-Ryff CD. *Happiness is everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being*. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57(6): 1069-81.
- 9-Li J, Peng X, Su Y, He Y, Zhang S, Hu X. *Effectiveness of Psychosocial Interventions for Posttraumatic Growth in Patients with Cancer: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. *Eur J Oncol Nurs* 2020; 48: 101798.
- 10- Kuswanto CN, Sharp J, Stafford L, Schofield P. *Posttraumatic Growth as a Buffer and Vulnerability for Psychological Distress in Mothers Who are Breast Cancer Survivors*. *J Affect Disord* 2020; 275: 31-7.
- 11- Tedeschi RG, Calhoun LG. *The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma*. *J Trauma Stress* 1996; 9(3): 455-71.
- 12- Liu Z, Doege D, Thong M, Arndt V. *The Relationship between Posttraumatic Growth and Health-Related Quality of Life in Adult Cancer Survivors: A Systematic Review*. *J Affect Disord* 2020; 276: 159-68.
- 13- Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. *The Relationship between Anxiety, Depression, and Quality of Life among Breast Cancer Patients in Seyedshohada Hospital in Isfahan in 2016: The Mediating Role of Resilience*. *JRUMS* 2017; 16(5): 395-408. [Persian].
- 14- Schneider KJ, Krug OT. *Existential-Humanistic Therapy*. 1st Ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2010: 34-8.
- 15- Hoffman L, Serlin IA, Rubin S. *The History of Existential-Humanistic and Existential-Integrative Therapy*. *The Wiley World Handbook of Existential Therapy* 2019: 235-46.
- 16- Krug OT, Granger N, Yalom I, Schneider KJ. *Case Illustrations of Existential-Humanistic and Existential-Integrative Therapy*. *The Wiley World Handbook of Existential Therapy* 2019; 28: 267-81.
- 17- Pfeifer E. *Logotherapy, Existential Analysis, Music Therapy: Theory and Practice of Meaning-Oriented Music Therapy*. *Arts Psychother* 2021; 72: 101730.
- 18- Winston CN. *An Existential-Humanistic-Positive Theory of Human Motivation*. *Humanist Psychol* 2016; 44(2): 142-163.
- 19- Bayani AA. *Test-Retest Reliability, Internal Consistency, and Construct Validity of the*

- Farsi Version of the Oxford Happiness Inventory*. Psychol Rep 2008; 103(1): 139-44. [Persian]
- 20- Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. *Long Term Posttraumatic Growth after Breast Cancer: Prevalence, Predictors and Relationships with Psychological Health*. J Clin Psychol Med Settings 2010; 17(1): 14-22.
- 21- Ownsworth T, Nash K. *Existential Well-Being and Meaning Making in the Context of Primary Brain Tumor: Conceptualization and Implications for Intervention*. Front Oncol 2015; 5: 96.
- 22- Spiegel D. *Existential Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: Facing the Future and the Past*. J Clin Oncol 2015; 33(24): 2713-4.
- 23- Vos J, Craig M, Cooper M. *Existential Therapies: A Meta-Analysis of their Effects on Psychological Outcomes*. J Consult Clin Psychol 2015; 83(1): 115.
- 24- Peek G, Melnyk BM. *A Coping Intervention for Mothers of Children Diagnosed with Cancer: Connecting Theory and Research*. Appl Nurs Res 2014; 27(3): 202-4.
- 25- Fegg MJ, Brandstätter M, Kögler M, Hauke G, Rechenberg-Winter P, Fensterer V, et al. *Existential Behavioural Therapy for Informal Caregivers of Palliative Patients: A Randomised Controlled Trial*. Psycho-Oncology 2013; 22(9): 2079-86.
- 26- Collins AL, Love AW, Bloch S, Street AF, Duchesne GM, Dunai J, et al. *Cognitive Existential Couple Therapy for Newly Diagnosed Prostate Cancer Patients and their Partners: A Descriptive Pilot Study*. Psycho-Oncology 2013; 22(2): 465-9.
- 27- Peek G, Melnyk BM. *A Coping Intervention for Mothers of Children Diagnosed with Cancer: Connecting Theory and Research*. Appl Nurs Res 2014; 27(3): 202-4.
- 28- Thurman TR, Lockett BG, Nice J, Spyrelis A, Taylor TM. *Effect of Bereavement Support Group on Female Adolescents' Psychological Health: A Randomised Controlled Trial in South Africa*. Lancet Glob Health 2017; 5(6): E604-14.

Effectiveness of Existential-Humanity based Therapy on Psychological Well-Being and Post-Traumatic Growth in Women with Breast Cancer

Safoora Mavaeeyan¹, Fazlolah Mirderikvand^{†1}, Masoud Sadeghi¹

Original Article

Introduction: Breast cancer is one of the most common cancers among Iranian women. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of existential-humanity based therapy on psychological well-being and post-traumatic growth in women with breast cancer.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test and follow-up design with a control group. The population of this study consisted of all the patients with breast cancer that referred to Khorramabad Shahid Rahimi Hospital in 2020. 30 patients selected randomly and assigned in two groups (15 experimental and 15 evidence), and it was asked them to answer to the Reef psychological well-being scale and post-traumatic growth questionnaire by Tedachi et al. Afterwards, the experimental group was intervened in 8 sessions of 90 minutes. After the intervention, post-test was taken from both groups and both groups were followed up again after two months. The data were analyzed by repeated measures ANOVA and SPSS version 16 software.

Results: The results of analysis of repeated measures ANOVA showed that the interaction between group and time was significant. Therefore, psychological well-being variable increased significantly ($F=77.98$, $P<0/01$) and post-trauma growth variable increased significantly ($F=27.46$, $P<0/01$).

Conclusion: According to the results of the study, existential-humanity based therapy has a significant effect on psychological well-being and post-traumatic growth in breast cancer patients. It would be beneficial to offer, along with medication, psychological treatments, including existential-humanity based therapy to these patients should be considered.

Keywords: Existential-Humanity Based Therapy, Psychological Well-Being, Post- Traumatic Growth, Breast.

Citation: Mavaeeyan S, Mirderikvand F, Sadeghi M. Effectiveness of Existential-Humanity based Therapy on Psychological Well-Being and Post-Traumatic Growth in Women with Breast Cancer. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2021; 29(7): 3919-30.

[†]Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanistic Sciences, Lorestan University, Khoramabad, Iran.

*Corresponding author: Tel: 021-51212252, email: Mirderikvand.f@lu.ac.ir