

مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی و واقعیت درمانی گروهی بر حل مشکل تصویر تن زنان ماستکتومی شده

هدا پری زاده^{۱*}، دکتر حسین حسن آبادی^۲، دکتر علی مشهدی^۳، دکتر علی تقی زاده کرمانی^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه رادیوتراپی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۲

خلاصه

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی و واقعیت درمانی گروهی بر حل مشکل تصویر تن زنانی که تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته بودند، انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه آزمایشی در سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ بر روی ۲۴ زن ساکن مشهد که تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته و دوره شیمی درمانی و پرتو درمانی آن ها به پایان رسیده بود، انجام شد. این افراد با روش نمونه گیری داوطلبانه از بین مراجعه کنندگان به مرکز درمانی رضا، بیمارستان امید و بیمارستان امام رضا مشهد (ع) انتخاب و وارد مطالعه شدند. افراد به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. افراد گروه های آزمایش، درمان وجودی و واقعیت درمانی را دریافت کرده و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. ابزار سنجش در این مطالعه پرسشنامه روابط چند بعدی خود - بدن بود که شامل شش خرده مقیاس ارزشیابی قیافه، جهت گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماري SPSS (نسخه ۱۶) و روش تحلیل کواریانس یک متغیری و چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این مطالعه از بین ۶ خرده مقیاس مورد مطالعه، دو گروه آزمایش تنها در خرده مقیاس جهت گیری قیافه با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند ($p=0/039$) و در ۵ مقیاس ارزشیابی قیافه ($p=0/423$)، ارزشیابی تناسب اندام ($p=0/369$)، جهت گیری تناسب اندام ($p=0/116$)، وزن ذهنی ($p=0/055$) و رضایت بدنی ($p=0/053$) تفاوت معناداری را نشان ندادند. با این وجود، میانگین نمره کل آزمون گروه وجودی به صورت معناداری از میانگین گروه واقعیت درمانی ($p=0/004$) بالاتر بود.

نتیجه گیری: گروه درمانی وجودی منجر به حل مؤثر مشکل تصویر تن زنان ماستکتومی شده گردید، اما واقعیت درمانی گروهی در این زمینه تأثیر معناداری نداشت.

کلمات کلیدی: تصویر تن، سرطان پستان، گروه درمانی وجودی، ماستکتومی، واقعیت درمانی گروهی

* نویسنده مسئول مکاتبات: هدی پری زاده؛ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۵۱۱۰۳۶۶

پست الکترونیک: hoda_parizadeh@yahoo.com

مقدمه

سرطان پستان یکی از رایج ترین بیماری های است که سالانه زندگی زنان زیادی را تحت تأثیر قرار می دهد. به دلیل کاهش میزان مرگ و میر ناشی از این نوع سرطان و افزایش تعداد بازماندگان جوان آن، باید مطالعات بیشتری درباره این بیماری و پیامدهای آن در گروه های سنی جوان انجام شود. هرچند شواهدی کم، مبنی بر ایجاد سرطان در اثر عوامل روانشناختی وجود دارند، چندین مطالعه انسانی روابطی را میان الگوهای مقابله ای و سایر واکنش ها به سرطان و پیامدهای سرطان نظیر عود و میزان مرگ و میر نشان داده اند (۱). به طور کلی، فرآیند سازگاری با تشخیص و درمان این بیماری امری پیچیده است و تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد (۲). سرطان، تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی بر زندگی بیمار و خانواده او دارد و پاسخ به آن، به مواردی مانند بیمار و ساختار روانشناختی او، خانواده و محیط اجتماعی، ناتوانی ها و بد شکلی های ایجاد شده بستگی دارد و می تواند بر تمام سطوح فعالیت های بیمار تأثیر بگذارد (۳). تعداد محدودی از بیماران، خود را به خاطر جراحی های ناشی از سرطان "ناکامل" می دانند، که این خود عاملی است که با افزایش احتمال ابتلاء به بیماری های روانی ارتباط دارد (۴). در حقیقت یکی از مضطرب کننده ترین جنبه های این بیماری، که به نظر می رسد نقش مهمی در سازگاری فرد مبتلا ایفا می کند، تغییرات تصویر تن^۱، نظیر قطع پستان است (۵)، که بیماران اغلب با آن نسبت به سایر علائم ثانویه درمان دشوارتر کنار می آیند (۶). تصویر تن، شیوه ای است که یک فرد خود را مفهوم سازی می کند و بیشتر به جنبه های ناهشیار و جسمانی مربوط می شود (۷). تصویر تن عموماً به عنوان "تصویری از بدن ما که در ذهنمان شکل می گیرد، و به عبارتی، طریقی که ما بدن خودمان را می بینیم" تعریف می شود (۸). در سال های اخیر توجه بیشتری به موضوع تصویر تن در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان شده است؛ به عنوان مثال، مطالعه بخت و همکار (۲۰۱۰) نشان داد که بین تصویر تن زنانی که تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته بودند و گروه کنترل تفاوت

معناداری وجود داشت (۹). با این وجود، مطالعات اندکی نقش تصویر تن را به عنوان پیش بینی کننده کیفیت زندگی یا اضطراب هیجانی مورد بررسی قرار داده اند، زیرا اکثر مطالعات آن را به عنوان یک مؤلفه کیفیت زندگی در نظر گرفته اند، نه عامل خاصی که می تواند نشانه تفاوت های فردی در سازگاری با سرطان پستان باشد. با این وجود، علی رغم کمبود این نوع مطالعات، شواهدی مبنی بر نقش مهم تصویر تن در عملکرد روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان وجود دارد (۵). به عبارتی، همانگونه که ویلیام جیمز (۱۸۹۰) سال ها پیش اشاره کرد، سرمایه گذاری بر جنبه خاصی از خود می تواند در شرایطی که آن جنبه از خود مورد تهدید قرار گیرد، باعث آسیب پذیری شود (۱۰). به عنوان مثال مطالعه پیکلر و همکار (۲۰۰۳) نشان داد آن دسته از بیمارانی که احساس بهتری به بدن هایشان داشتند، اعتقاد قوی تری به توانایی خود در کنار آمدن با بیماری و درمان آن نشان دادند؛ به گفته آن ها درک تصویر تن جنبه مهمی است که با میزان اعتماد به نفس بیمارانی که تلاش می کنند با فشارهای سرطان پستان روبه رو شوند، مرتبط می باشد (۱۱). اکثر پژوهشگران نشان دادند جراحی هایی که به از دست دادن پستان یا تغییر شکل آن منجر می شود، بر تصویر تن، تمایلات جنسی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر منفی دارند (۱۲). رنج بردن از مشکلات تصویر تن پس از جراحی سرطان پستان با افزایش مشکلات جنسی نیز در ارتباط است (۱۳). اکثر زنان در ماه های اول پس از تشخیص، مشکلات جنسی و تصویر تن را تجربه می کنند. در میان زنانی که از لحاظ جنسی فعال اند، مشکلات اصلی تصویر تن، با ماستکتومی و بازسازی احتمالی، ریزش موی ناشی از شیمی درمانی، نگرانی در مورد افزایش یا کاهش وزن، سلامت روانی ضعیف تر، عزت نفس پایین تر و مشکل شریک زندگی در درک احساسات فرد در ارتباط بودند (۱۳). مطالعه شما و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پستان در سنجش پس از عمل جراحی ماستکتومی در جنبه های شناختی، هیجانی و رفتاری سطوح بالاتری از آسیب تصویر تن را نشان دادند (۱۴). مطالعه هلمز و

¹. Body-Image

تعیین تأثیر مشاوره بر میانگین نمره تصویر تن در زنانی که تحت ماستکتومی قرار گرفته بودند انجام شد، نشان داد که میانگین نمره تصویر تن قبل و بعد از مشاوره گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری داشت (۲۰).

از آنجایی که با جستجوی منابع گوناگون، مطالعه ای که تأثیر مستقیم رویکردهای درمانی بر تصویر تن زنان ماستکتومی شده را بررسی کرده باشد، مشاهده نشد، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی^۱ و واقعیت درمانی گروهی^۲ بر حل مشکل تصویر تن زنان ماستکتومی شده انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون، پس آزمون با دو گروه آزمایش (مداخله) و یک گروه کنترل است که در سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ بر روی ۲۴ زن مراجعه کننده به مراکز درمانی مشهد که ساکن مشهد بوده و تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته و دوره شیمی درمانی و پرتو درمانی آن ها به پایان رسیده بود، انجام شد. تحلیل توان برای تعیین حجم نمونه مورد نیاز انجام شد. اندازه اثر (ES) در حد $F^2=0/85$ در نظر گرفته شد و با استفاده از برنامه جی-پاور سطح معناداری $0/05$ ، $power=0/90$ و تعداد متغیرها $k=2$ ، تعداد ۸ نفر به عنوان حجم نمونه برای هر گروه در نظر گرفته شد. بدین ترتیب در دی ماه ۱۳۹۰، ۲۴ زن از بین زنان ۳۵ تا ۵۵ ساله متأهل مبتلا به سرطان پستان انتخاب شدند؛ به این صورت که پس از هماهنگی های لازم با مرکز درمانی رضا، بیمارستان امید و بیمارستان امام رضا (ع) مشهد از طریق تماس تلفنی، در رابطه با تشکیل جلسات گروهی مشاوره برای زنان مبتلا به سرطان پستان اطلاع رسانی شد و از بین افراد داوطلب مراجعه کننده واجد شرایط ورود به مطالعه، ۲۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (هر گروه ۸ نفر) و یک گروه کنترل (۸ نفر) قرار گرفتند. پس از انتساب تصادفی افراد، گروه های درمانی وجودی و واقعیت درمانی در ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای و در طول

همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که عوامل بدیهی بسیاری نظیر رو به رو شدن با خطر مرگ، درمان های دردناک و تغییرات قابل ملاحظه در نقش ها، با آسیب های روانی زنانی که با سرطان پستان دست و پنج نرم می کنند، در ارتباط هستند (۱۵). اگرچه این عوامل به وضوح حائز اهمیت هستند، اما مسائل مربوط به تصویر تن نیز می توانند به این آسیب های روانشناختی بیافزایند. به طور کلی زنان نگران ظاهر، وزن و بدن خود هستند و مطالعات اخیر نشان داده اند که ۸۹٪ نگرانی های زنان در مورد وزنشان است. این ذهنیت ها و نگرانی ها اغلب بسیار عمیق بوده و می توانند در آسیب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان دخیل باشند. مطالعه بخت و همکار (۲۰۱۰) نشان داد بین تمام خرده مقیاس های تصویر تن، به جز خرده مقیاس وزن ذهنی زنان ماستکتومی شده تفاوت معناداری وجود داشت (۹). به طور کلی مطالعه لاکمن و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که برنامه های مداخلات روانی اجتماعی، خصوصاً برنامه هایی که به صورت گروهی ارائه می شوند، به میزان قابل توجهی آسیب های هیجانی مرتبط با سرطان را کاهش داده، حمایت اجتماعی مهمی فراهم آورده و مهارت های مقابله ای تطبیقی را افزایش می دهند (۳). مطالعه کاتو-شمن (۲۰۰۰) نشان داد که واقعیت درمانی در مدیریت دردهای مزمن و افزایش مهارت های مقابله ای مؤثر است (۱۶). آکاهوری نیز اثربخشی واقعیت درمانی بر کنترل خلق را در یک مورد مبتلا به سرطان پیش رفته مخاط رحم نشان داد (۱۷). همچنین مطالعه پومپ و همکاران (۱۹۹۷) نشان داد گروه درمانی وجودی-تجربی توانایی سیستم ایمنی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان بالا می برد (۱۸). مطالعه کوهن و همکاران (۱۹۹۸) که به منظور بررسی اثر روانی و هیجانی درمان سرطان پستان با تمرکز بر شیوه ای که بیماران بدن خود را تجربه می کنند انجام شد، نشان داد که مداخله مناسب برای مورد بدن وجودی (یعنی بدن بیان کننده وجود داشتن)، گوش دادن فعال به ترس ها و نگرانی ها و فراهم آوردن کمک در هنگام نیاز است که این روش با اصول درمان وجودی هماهنگ است (۱۹). همچنین مطالعه فدایی و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف

¹ Existential group therapy

² Reality group therapy

یک ماه و نیم در جلساتی که در مرکز مشاوره تشکیل شد، شرکت کردند. قبل از شروع جلسات، برای اعضاء هر دو گروه آزمایش، یک جلسه توجیهی برگزار و طی آن توضیحاتی کلی در مورد گروه درمانی ارائه شد و ضمن توضیح شرایط پژوهش و معرفی پژوهشگر، از آنان جهت شرکت در مطالعه رضایت نامه کتبی گرفته شد؛ همچنین در طول این جلسه، از شرکت کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه روابط چند بعدی خود - بدن (MBSRQ)^۱ را تکمیل کنند و نمرات این آزمون به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. این پرسشنامه شامل ۴۶ ماده بود که به منظور ارزیابی تصویر تن طراحی شده و شامل ۶ زیر مقیاس ارزیابی وضع ظاهری، گرایش به ظاهر، ارزیابی تناسب، گرایش به تناسب، دل مشغولی با اضافه وزن یا وزن ذهنی و رضایت از نواحی بدنی بود که شرکت کنندگان بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵) به پرسش های آن پاسخ دادند. در مطالعه حاضر، نسخه نهایی آن که در سال ۱۹۹۷ توسط کش آماده شد، مورد استفاده قرار گرفت. مشخصه های روان سنجی این پرسشنامه در مطالعات خارجی مورد تأیید قرار گرفت و در ایران نیز راحتی به بررسی اعتبار و روایی آن پرداخت (۲۱). در فرم فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ ماده های هر یک از خرده مقیاس ها در مورد یک نمونه ۲۱۷ نفری از دانش آموزان به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ گزارش شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود. ضرایب همبستگی بین نمره های ۶۷ نفر از افراد این نمونه نیز در دو نوبت با فاصله دو هفته به ترتیب ۰/۷۸ برای ارزشیابی قیافه، ۰/۷۵ برای جهت گیری قیافه، ۰/۷۱ برای ارزشیابی تناسب اندام، ۰/۶۹ برای جهت گیری تناسب اندام، ۰/۸۴ برای وزن ذهنی و ۰/۸۹ برای رضایت بدنی به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش این مقیاس است (۲۲).

به طور کلی، روان درمانی وجودی کمتر از تکنیک های درمانی خاص پیروی می کند (۱). بنابراین گروه درمانی وجودی با تمرکز بر مفاهیم کلیدی درمان وجودی انجام شد و سعی درمانگر بر این بود تا بر اساس موضوع

هر جلسه بر آگاهی مراجعین افزوده و آن ها را به سمت افزایش اصالت سوق دهد.

جلسات واقعیت درمانی گروهی به طور کلی بر اساس ۹ گام مشخص این رویکرد انجام شد؛ گام اول عبارت بود از ایجاد رابطه گرم، دوستانه، پذیرنده و حمایت گرانه با مراجعین پس از ایجاد رابطه گرم و صمیمی، در گام دوم، درمانگر تلاش کرد تا با پرسش های هدفمند مشخص کند که مراجع واقعاً چه می خواهد و کدام نیاز اساسی او مغفول مانده است. گام سوم بررسی اعمال و اقداماتی بود که مراجعین در حال حاضر برای رسیدن به خواسته های خود انجام می دادند، در گام چهارم از مراجعین خواسته شد تا رفتار خود را ارزیابی کرده و پاسخ دهند که آیا اقدام کنونی شان به رفع مشکل کمک کرده است یا خیر، گام پنجم کمک به مراجع جهت طرح ریزی یک رفتار بهتر و مؤثرتر بود. در گام ششم در طول دوره درمان، همواره میزان تعهد مراجعین به پیگیری برنامه مورد توافق مورد سنجش قرار گرفت و به مراجع کمک شد تا به طور عینی ببینند که فرد مسئولی است نه تنها، و نسبت به درمانگر و دیگر افرادی که نگران او هستند و به او توجه دارند نیز مسئولیت دارد. گام هفتم عدم پذیرفتن توجیه و بهانه، گام هشتم عدم تنبیه مراجعین و گام آخر درمان نیز پیگیری مستمر درمانگر بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. جهت مقایسه مشکل تصویر قبل و بعد از شرکت در گروه درمانی از آزمون های آماری تحلیل کواریانس یک متغیری و چند متغیری استفاده شد. همچنین جهت کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد که به منظور تحلیل نمرات خرده آزمون ها به صورت همزمان و به عنوان متغیرهای وابسته از تحلیل کواریانس چند متغیری و به منظور تحلیل نمره کل آزمون به عنوان متغیر وابسته از تحلیل کواریانس یک متغیری استفاده شد ($p=0/04$). میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی گروه وجودی ۴۷/۳۸ سال، گروه واقعیت درمانی ۴۵/۸۸ سال و گروه کنترل ۴۷/۶۲ سال و

¹ Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

میانگین و انحراف معیار نمره کل و نمرات خرده مقیاس های پس آزمون پرسشنامه روابط چند بعدی خود بدن در جدول ۱ ارائه شده است.

انحراف استاندارد آن ها به ترتیب ۶/۲۵۵، ۵/۱۳۹ و ۶/۱۱۶ بود که تفاوت آماری معناداری بین سه گروه مشاهده نشد ($p=0/81$). افراد سه گروه از نظر شغل، میزان تحصیلات و همچنین روابط با همسر و سایر اعضاء خانواده همسان بودند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره کل و نمرات خرده مقیاس های پس آزمون پرسشنامه روابط چند بعدی خود- بدن

متغیر	گروه وجودی		گروه واقعیت درمانی		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره کل	۱۸۵/۲۵	۱۵/۴۰۶	۱۶۳/۲۵	۱۲/۹۰۳	۱۶۱/۶۲	۱۵/۱۳۷
ارزشیابی قیافه	۲۹/۶۲	۲/۳۸۷	۲۶/۲۵	۳/۶۱۵	۲۶	۵/۴۵۱
جهت گیری قیافه	۵۰	۴/۴۰۸	۴۳/۲۵	۳/۵۷۶	۴۳/۵۰	۳/۷۰۳
ارزشیابی تناسب اندام	۱۲/۱۲	۲/۱۶۷	۱۰	۱/۶۹۰	۱۰/۵۰	۲/۵۶۳
جهت گیری تناسب اندام	۵۰/۵۰	۷/۴۴۵	۴۵/۶۳	۵/۴۷۶	۴۲/۵۰	۶/۳۷۰
وزن ذهنی	۶/۸۸	۰/۹۹۱	۶/۶۲	۱/۰۶۱	۷/۸۸	۱/۹۵۹
رضایت از نواحی بدنی	۳۶/۱۲	۳/۱۸۲	۳۱/۵۰	۴/۸۷۰	۳۱/۲۵	۲/۴۹۳

معناداری را بین سه گروه نشان داد ($p<0/001$) که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

به منظور تحلیل داده های حاصل از نمره کل شرکت کنندگان از تحلیل کواریانس یک متغیری (ANCOVA) استفاده شد. نتایج آزمون های اثر بین آزمودنی ها در مورد نمره کل پرسشنامه روابط چند بعدی خود - بدن تفاوت

جدول ۲- نتایج آزمون های اثر بین آزمودنی ها مربوط به نمره کل پرسشنامه روابط چند بعدی خود- بدن

متغیر	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
کل	۲	۲۰	۲۱/۴۰۰	$p<0/001$	۰/۶۸۲

کنترل ($p=0$) بالاتر بود، اما میانگین نمره کل گروه واقعیت درمانی تفاوت معناداری با نمرات گروه کنترل نداشت ($p=0/057$) (جدول ۳).

جهت بررسی دقیق تر یافته ها از آزمون تعقیبی بون فرنی استفاده شد. میانگین نمره کل پرسشنامه روابط چند بعدی خود - بدن گروه وجودی به طور معناداری از میانگین گروه واقعیت درمانی ($p=0/004$) و گروه

جدول ۳- نتایج آزمون بون فرنی درون گروهی برای مقایسه نمرات کل پرسشنامه روابط چند بعدی خود - بدن

گروه I	گروه J	I-J	خطای استاندارد	سطح معناداری
گروه درمانی وجودی	واقعیت درمانی گروهی	۱۵/۰۰	۴/۰۲	۰/۰۰۴
گروه درمانی وجودی	گروه کنترل	۲۵/۴۳	۳/۹۱۶	۰
واقعیت درمانی گروهی	گروه کنترل	۱۰/۴۳	۴/۰۹۲	۰/۵۷

نتایج این تحلیل تفاوت معناداری را میان نتایج سه گروه درمانی نشان داد ($p<0/01$). همچنین مجذور اتای به دست آمده (۰/۶۸) بیانگر آن بود که ۶۸ درصد از تغییرات نمرات پس آزمون شرکت کنندگان مربوط به شرکت داشتن در گروه های وجودی و واقعیت درمانی بود. نتایج آزمون های اثر بین آزمودنی ها نشان داد که

به منظور تحلیل داده های مربوط به خرده مقیاس ها از تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. نمرات پس آزمون شرکت کنندگان به عنوان متغیرهای وابسته، گروه درمانی به عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای کنترل وارد مدل شدند.

سه گروه مورد مطالعه از نظر زیر مقیاس های ارزشیابی قیافه ($p < 0/001$)، جهت گیری قیافه ($p < 0/01$)، وزن ذهنی ($p < 0/05$) و رضایت بدنی ($p < 0/001$) تفاوت آماری معناداری با یکدیگر داشتند و تنها در خرده مقیاس ارزشیابی تناسب اندام تفاوت معناداری بین آنها مشاهده نشد ($p > 0/05$). (جدول ۴).

جدول ۴- نتایج آزمون های اثر بین آزمودنی ها مربوط به خرده مقیاس های پرسشنامه روابط چند بعدی خود- بدن

متغیر	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
ارزشیابی قیافه	۲	۲۰	۱۴/۷۶۰	۰	۰/۶۶۳
جهت گیری قیافه	۲	۲۰	۷/۰۳۳	۰/۰۰۷	۰/۴۸۴
ارزشیابی تناسب اندام	۲	۲۰	۳/۴۶۲	۰/۰۵۸	۰/۳۱۶
جهت گیری تناسب اندام	۲	۲۰	۶/۴۰۰	۰/۰۱	۰/۴۶۰
وزن ذهنی	۲	۲۰	۳/۹۹۱	۰/۰۴۱	۰/۳۴۷
رضایت از نواحی بدنی	۲	۲۰	۲۲/۶۱۹	۰	۰/۷۵۱

به منظور بررسی دقیق تر داده ها از آزمون تعقیبی بون فرنی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون بون فرنی درون گروهی برای مقایسه نمرات کل پرسشنامه روابط چند بعدی خود - بدن

I-J	گروه I	گروه J	I-J	خطای استاندارد	سطح معناداری
ارزشیابی قیافه	گروه درمانی وجودی	واقعیت درمانی گروهی	۱/۸۷	۱/۲۰	۰/۴۲۳
	گروه درمانی وجودی	گروه کنترل	۵/۹۶	۱/۱۰	۰
	واقعیت درمانی گروهی	گروه کنترل	۴/۰۹	۱/۳۲	۰/۰۲۲
جهت گیری قیافه	گروه درمانی وجودی	واقعیت درمانی گروهی	۴/۹۹	۱/۷۷	۰/۰۳۹
	گروه درمانی وجودی	گروه کنترل	۵/۳۳	۱/۶۲	۰/۰۱۵
	واقعیت درمانی گروهی	گروه کنترل	۰/۳۴	۱/۹۵	۱/۰۰
ارزشیابی تناسب اندام	گروه درمانی وجودی	واقعیت درمانی گروهی	۱/۵۴	۰/۹۴	۰/۳۶۹
	گروه درمانی وجودی	گروه کنترل	۲/۱۵	۰/۸۶	۰/۰۷۴
	واقعیت درمانی گروهی	گروه کنترل	۰/۶۱	۱/۰۴	۱/۰۰
جهت گیری تناسب اندام	گروه درمانی وجودی	واقعیت درمانی گروهی	۵/۳۹	۲/۳۸	۰/۱۱۶
	گروه درمانی وجودی	گروه کنترل	۷/۳۵	۲/۱۸	۰/۰۱۳
	واقعیت درمانی گروهی	گروه کنترل	۱/۹۵	۲/۶۲	۱/۰۰
وزن ذهنی	گروه درمانی وجودی	واقعیت درمانی گروهی	۰/۹۷	۰/۳۷	۰/۰۵۵
	گروه درمانی وجودی	گروه کنترل	۰/۶۲	۰/۳۳	۰/۲۵۷
	واقعیت درمانی گروهی	گروه کنترل	۰/۳۵	۰/۴۰	۱/۰۰
رضایت از نواحی بدنی	گروه درمانی وجودی	واقعیت درمانی گروهی	۲/۸۵	۱/۰۷	۰/۰۵۳
	گروه درمانی وجودی	گروه کنترل	۶/۵۷	۰/۹۷	۰
	واقعیت درمانی گروهی	گروه کنترل	۳/۷۲	۱/۱۸	۰/۰۲۰

گروه واقعیت درمانی با گروه کنترل: $p=1$ و $p=1$. در خرده مقیاس های ارزشیابی قیافه و رضایت بدنی، نتایج دو گروه وجودی و واقعیت درمانی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشت (به ترتیب $p=0/423$ و $p=0/053$) اما نمرات هر دو گروه به طور معناداری بالاتر از نمرات گروه

در این مطالعه از بین ۶ خرده مقیاس مورد مطالعه، افراد ۳ گروه از نظر دو خرده مقیاس ارزشیابی تناسب اندام و وزن ذهنی تفاوت معناداری نداشتند (گروه وجودی با گروه واقعیت درمانی: به ترتیب $p=0/369$ و $p=0/055$ ، گروه وجودی با گروه کنترل: $p=0/275$ و $p=0/074$)

کنترل بود (گروه وجودی: به ترتیب $p=0$ و $p=0$ و گروه واقعیت درمانی: به ترتیب $p=0/022$ و $p=0/020$). میانگین نمرات گروه وجودی در خرده مقیاس جهت گیری قیافه به طور معناداری بالاتر از میانگین نمرات گروه واقعیت درمانی ($p=0/039$) و گروه کنترل ($p=0/015$) بود و گروه های واقعیت درمانی و کنترل در این خرده مقیاس تفاوت معناداری نداشتند ($p=1$). در خرده مقیاس جهت گیری تناسب اندام نیز تفاوت معناداری بین نتایج دو گروه وجودی و واقعیت درمانی مشاهده نشد ($p=0/116$) اما نتایج گروه وجودی با نتایج گروه کنترل تفاوت معناداری داشت ($p=0/013$) که این امر در مورد نتایج گروه واقعیت درمانی و گروه کنترل صادق نبود ($p=1$).

بحث

در سال های اخیر شواهدی مبنی بر نقش مهم تصویر تن در عملکرد روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان ارائه شده است که بار دیگر اهمیت توجه به جنبه های روانشناختی این بیماری را خاطر نشان می سازد. نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که گروه درمانی وجودی به طور معناداری ($p < 0/01$) به حل مشکل تصویر تن زنان ماستکتومی شده کمک کرد، اما واقعیت درمانی گروهی تأثیر معناداری بر آن نداشت ($p > 0/05$). مطالعه علی و همکار (۱۹۸۹)، کاین و همکاران (۱۹۸۶)، کانینگهام (۱۹۸۹)، فاوزی و همکاران (۱۹۹۰)، فورستر و همکاران (۱۹۹۳)، هاینریش و همکار (۱۹۸۵)، جانسون (۱۹۸۲)، اشپیگل و همکاران (۱۹۸۱) و تلج و همکار (۱۹۸۶) نشان داد که برنامه های مداخله روانی اجتماعی، به خصوص آنهایی که به صورت گروهی ارائه می شوند، باعث کاهش مؤثر تنیدگی هیجانی و افزایش مهارت های مقابله ای مناسب می شوند (۲۳-۳۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه هروی کریموی و همکاران (۲۰۰۶)، آکچی و همکاران (۲۰۰۸) بوئسن و همکاران (۲۰۰۵)، آندرسن و همکاران (۲۰۰۴) و هوساکا و همکاران (۲۰۰۰) همخوانی داشت (۳۲-۳۶)؛ اگرچه در این مطالعات، اثربخشی مداخلات گروهی به طور کلی مورد تأیید قرار

گرفت. نتایج مطالعه کوهن و همکاران (۱۹۹۸) در مورد اثرات روانی و هیجانی درمان های سرطان پستان نظیر ماستکتومی، نشان داد زمانی که تفسیر بیمار از بدن خود به معنای وجود داشتن در دنیا باشد، مداخله مناسب و مؤثر گوش دادن فعال به ترس ها و نگرانی ها و فراهم آوردن کمک مورد نیاز است (۱۹) که این روش منطبق با رویکرد وجودی و همسو با نتایج مطالعه حاضر می باشد. مطالعه پومپ و همکاران (۱۹۹۷) که با رویکرد درمانی وجودی - تجربی انجام شد، نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان پستانی که در گروه درمانی شرکت کرده بودند، نسبت به افرادی که در لیست انتظار بودند، سطح کمتری از پلازما، کورتیزول و پرولاکتین و همچنین درصد کمتری از سلول های کشنده طبیعی را نشان دادند. این یافته ها نشان داد که درمان تجربی - وجودی، فعالیت سیستم هیپوتالامیک - هیپوفیز - آدرنال را کاهش داد. بنابراین گروه درمانی تجربی - وجودی بر بیماران سرطان پستان مؤثر بود (۱۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. با وجود این که در طول ۲۰ سال گذشته، بیش از ۴۰ مطالعه مداخله ای روانی - اجتماعی تصادفی به منظور بهبود سازگاری هیجانی و پیشگیری از اثرات روانشناختی منفی بعد از تشخیص سرطان برای بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است (۳۴)، مطالعه ای که در آن، به طور مستقیم تأثیر واقعیت درمانی بر کیفیت زندگی این دسته از بیماران مورد بررسی قرار گرفته باشد، مشاهده نشد. یکی از عواملی که می تواند عدم تأثیرگذاری معنادار واقعیت درمانی را توجیه کند، آن است که این نوع درمان بر برخی از جنبه های فرآیند مشاوره، نظیر ناهشیار، نیروی گذشته و تأثیر تجربیات آسیب زای اوایل کودکی، تأکید کافی ندارد. از آنجایی که واقعیت درمانی تقریباً به طور انحصاری بر هوشیاری تأکید می کند، تأثیر عواملی نظیر تعارضات سرکوب شده و نیروی ناهشیار را بر نحوه ای که فکر و رفتار انتخاب می شوند به حساب نمی آورد (۳۷). تصویر تن به آرامی در طول زمان تحول می یابد و عموماً از دوران کودکی آغاز می شود. این سازه ابتدا در کودکی در اثر تماس، یا فقدان تماس، با افرادی نظیر والدین و اعضاء خانواده شکل می گیرد. تماس شخصی به صورت در آغوش

گرفته شدن، بوسیده شدن و سایر انواع محبت می تواند به ساخت تصویر تن اولیه مثبت کمک کند و فقدان چنین تماس هایی نیز می تواند اثر عکس داشته و منجر به شکل گیری تصویر تن اولیه منفی شود. بنابراین دوران کودکی در ایجاد تصویر تن، نقش غیر قابل انکاری دارد که جای خالی آن در واقعیت درمانی به چشم می خورد. عموماً در مطالعات روان تحلیل گری، تصویر تن به سنجش های عینی (بر اساس حقایق) ارتباطی ندارد، بلکه ذاتاً ذهنی (بر اساس عقاید و احساسات) است و در نتیجه، نظر فرد درباره تصویر تن خود می تواند با قضاوت دیگران درباره تصویر تن او هم راستا باشد یا نباشد. به طور کلی این سازه تمایلات، خصوصاً تمایلات ناهشیار را در بر می گیرد و یک کارکرد روانی است که هم هشیارانه و هم ناهشیارانه عمل می کند. بنابراین پرداختن به بعد ناهشیار این مسئله نیز حائز اهمیت است که در واقعیت درمانی مورد توجه قرار نمی گیرد. از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به نبودن دوره پیگیری، عدم وجود انگیزه اولیه در بیماران به دلیل عدم آشنایی آن ها با خدمات روانشناختی و عدم حضور مرتب تعدادی از بیماران در جلسات درمانی به علت مشکلات جسمی آن ها اشاره کرد. به منظور افزایش اعتبار نتایج این مطالعه و تعمیم پذیری بیشتر آن، پیشنهاد می شود در مطالعات آینده، طرح حاضر با تعداد بیشتری از بیماران اجرا شود و متغیرهای مداخله گری نظیر طبقه اجتماعی و میزان حمایت اجتماعی ادراک

شده کنترل شوند. همچنین پیشنهاد می شود جلسات یک بار در هفته برگزار شوند تا به حضور مرتب بیماران در جلسات کمک شود. انجام مطالعات پیگیرانه نیز به تعیین میزان پایداری نتایج به دست آمده کمک می کند. از آنجایی که موارد متعددی وجود دارند که نشان می دهند چگونه افسردگی، اضطراب و رویدادهای تنیدگی زای زندگی، نظیر تغییر تصویر تن، با تغییر دستگاه ایمنی بدن در افراد مربوط هستند و همچنین با توجه به مقرون به صرفه بودن زمانی و مادی گروه درمانی و حمایت عاطفی فراهم آمده در گروه، پیشنهاد می شود پس از عمل ماستکتومی خدمات گروه درمانی وجودی برای بیماران ارائه شود.

نتیجه گیری

گروه درمانی وجودی منجر به حل مؤثر مشکل تصویر تن زنان ماستکتومی شد، اما واقعیت درمانی گروهی در این زمینه تأثیر معناداری نداشت.

تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از پایان نامه کارشناسی ارشد بود که بدون حمایت مالی انجام گرفت. بدینوسیله از مسئولین محترم بیمارستان امید و مرکز درمانی رضا مشهد و همچنین از کلیه شرکت کنندگانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Spira JL & Reed GM. Group Psychotherapy for Women with Breast Cancer. 1st ed. American Psychological Association; 2003.
2. Wenzel L, Fairclough D, Brady M, Cella D, Garrett K, Kluhsman B, et al. Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment, Cancer 1999; 86, 1768-1774.
3. Luckman J & Sorensen KC. Core Principles & Practice of Medical Surgical Nursing. 14th ed. Philadelphia: W. B. Saunder Co.; 1996.
4. White C. Body images in oncology. In: Cash T, Pruzinsky T, editors. Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. New York: The Guilford Press; 2002: 379-386
5. Moreira H, Canavarro MC. A Longitudinal Study about the Body Image and Psychosocial Adjustment of Breast Cancer Patients during the Course of the Disease. Eur J Oncol Nurs; 2010; 14, 263-270
6. White C. Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model, Psychooncology; 2000; 9, 183-192.
7. Sims A. Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology. 2nd ed. Chameh Publication; 1995. (Text in Persian)
8. Reas DL. Relationship Between Weigh Loss and Body Image in Obese Individuals Seeking Weigh Loss Treatment (Ph.D Dissertation). Louisiana State University; 2002.
9. Bakht S, Najafi S. Body Image and Sexual Dysfunctions: Comparison between Breast Cancer Patients and Healthy Women. Procedia Soc Behav Sci; 2010; 5, 1493-1497.

10. Petronis V, Carver C, Antoni M, Weiss S. Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: partial replication and extension. *Psychol Health*; 2003; 18, 1-13.
11. Pikler V, Winterowd C. Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychol*; 2003; 22, 632-637.
12. O'nen Serto'z O', Elbi Mete H, Noyan A. Effect of surgery type on sexuality, body image, self-esteem and marital adjustment in breast cancer: a controlled trial. *J Psychosom Res*; 2003; 55, 147-178.
13. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*; 2006; 15:579-94.
14. Shoma AM, Mohamed M, Noumani N, Amini M, Ibrahime IM, Tobare SS, Gaffare HE, Aboeleze WF, Ali SE, & William SG. Body image disturbance and surgical decision making in Egyptian post-menopausal breast cancer patients. *World J Surg Oncol*; 2009; 7:66
15. Helms R, O'Hea EL & Corso M. Body image issues in women with breast cancer. *Psychol, Health Med*; 2008; 13(3): 313-325
16. Cato Sheman K. CT/RT in chronic pain management-using choice theory / reality therapy as a cognitive-behavioral therapy intervention for chronic pain management: A pilot study. *Int J Real Ther*; 2000; 19, 10-14.
17. Wubbolding RE. Reality therapy for 21st century. New York (NY): Routledge; 2000.
18. Pompe G, Duivenvoorden HJ, Antoni MH, Visser A, Heijnen CJ. Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: an exploratory study. *J Psychosom Res*; 1997; 42: 453-466.
19. Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. Beyond body image: the experience of breast cancer. *Oncol Nurs Forum*; 1998; 25(5):835-41.
20. Fadaei S, Janighorban M, Mehrabi T. Study of the effect of cognitive behavioral counseling on body image alterations in women who have undergone mastectomy. *Int J Gynecol Obstet*; 2009; 107, 601.
21. MacKean S, Eskandari H, Borjali A, Ghodsi D. The comparison between efficacy of narrative therapy and diet therapy on body image in women with overweight and obesity. *Pajohandeh J*; 2010; 15 (5) :225-232 (Text in Persian)
22. Janda LH. The Psychologist's Book of Self-Tests: 25 Love, Sex, Intelligence, Career, And Personality Tests Developed by Professionals to Reveal the Real You. 1st ed. Tehran: Aeeizh; 1996. (Text in Persian)
23. Ali NS, Khalil H. Effect of psychoeducational intervention on anxiety among Egyptian bladder cancer patients. *Cancer Nurs*; 1989; 12: 236-242.
24. Cain EN, Kohorn EI, Quinlan DM, Latimer I, Schwartz PE. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*; 1986; 57: 183-189.
25. Cunningham AJ. A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Educ Couns*; 1989; 14(2): 101-114.
26. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arc Gen Psychiatry*; 1990; 47:720-725.
27. Forester B, Kornfeld DS, Fleiss JL, Thompson S. Group psychotherapy during radiotherapy: Effects on emotional and physical distress. *Am J Psychiatry*; 1993; 130:1700-1706.
28. Heinreich R, Schag C. Stress and activity management: Group treatment for cancer patients and spouses. *J Consult Clin Psych*; 1985; 33: 439-446.
29. Johnson J. The effects of a patient education course on persons with a chronic illness. *Cancer Nurs*; 1982; 117: 117-123.
30. Spiegel D, Bloom JR, Yalom ID. Group support for metastatic cancer patients: A randomized prospective outcome study. *Arch Gen Psychiatry*; 1981; 38: 527-533.
31. Telch CF, Telch MJ. Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *J Consult Clin Psych*; 1986; 54: 802-805.
32. Heravi Karimovi M, Pourdehqan M, Jadid Milani M, Foroutan S, Aieen F. Study of the effects of group counseling on quality of sexual life of patients with breast cancer under chemotherapy at Imam Khomeini Hospital. *JMUMS*. 2006; 16 (54) :43-51. (Text in Persian)
33. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T & Furukawa T.A. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*; 2008; 2, 132-139.
34. Boesen EH, Ross L, Frederiksen K, Thomsen BL. Dahlstrøm K, Schmidt G, Næsted J, Krag C & Johansen C. Psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: A replication study. *J Clin Oncol*; 2005; 23, 1270-77.
35. Andersen B.L, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Glaser R, Emery CF, Crespín TR, Shapiro CL & Carson WE. Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: A clinical trial. *J Clin Oncol*; 2004; 22, 357-80.
36. Hosaka T, Sugiyama Y, Tokuda Y, Okuyama T, Sugawara Y & Nakamura Y. Persistence of the benefits of a structured psychiatric intervention for breast cancer patients with lymph node metastases. *Tokai J Exp Clin Med*; 2000; 25, 45-49.
37. Corey G. Theory and Practice of Counseling & Psychotherapy. 7th ed. Tehran: Arasbaran; 2005. (Text in Persian)