



## مقایسه اثربخشی درمان وجودی فروم و واقعیت درمانی گلاسر بر بهزیستی روانی زنان مبتلا به سرطان سینه

مهشاد ربیعی مطمئن<sup>۱</sup>، بهنام قابل دمیرچی<sup>۲</sup>، عاطفه محمدی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی مقایسه‌ای درمان وجودی فروم و واقعیت درمانی گلاسر بر بهزیستی روانی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل تصادفی سازی شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه شهرستان تهران در نه ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. افراد نمونه در مرحله نخست به صورت نمونه‌گیری هدفمند از بیمارستان خاتم که تحت عمل و شیمی درمانی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند و پس از تکمیل مقیاس بهزیستی روانی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاکی بر این است که تفاوت معناداری بین دو روش درمان (درمان وجودی فروم و واقعیت درمانی گلاسر) در پس‌آزمون ابعادی از قبیل استقلال، پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، بعد داشتن هدف در زندگی و رشد شخصی وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود، هر دو روش درمان وجودی فروم و واقعیت درمانی گلاسر برای افزایش بهزیستی روانی تاثیر یکسانی داشته و می‌توانند مکمل هم مورد استفاده قرار گیرند.

**واژگان کلیدی:** درمان وجودی فروم، واقعیت درمانی گلاسر، بهزیستی روانی، سرطان سینه

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد تهران مرکز، تهران، ایران



## مقدمه

سرطان‌ها<sup>۱</sup> طیف وسیعی از بیماری‌ها هستند که با توجه به رشد آن دو دهه گذشته و آسیب‌های جسمانی، روانی و اقتصادی که به همراه دارد، باعث نگرانی کارشناسان شده است (محمد کریمی و شریعت‌نیا، ۱۳۹۶). عوامل مختلف ژنتیکی و محیطی باعث گسترش غیرمعمول سلول‌ها شده و منجر به بروز نوع خاصی از سرطان‌ها می‌شوند (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۵). در این میان، یکی از متداول‌ترین سرطان‌ها و شایع‌ترین آن در میان زنان، سرطان سینه<sup>۲</sup> است (ترخان، ۱۳۹۲) که علائمی همچون وجود غده، تغییر حالت، تورم، خارش، قرمزی و ترشحات از سینه نشان‌دهنده آن است (شعاع کاظمی و مومنی جاوید، ۱۳۸۸). بر اساس پژوهش‌ها مشخص شده است که هر چه فرد دوره قاعدگی زود هنگام، بارداری و یائسگی دیر هنگام را تجربه کند، خطر ابتلا وی به بیماری سرطان سینه افزایش می‌یابد، چراکه سلول‌های سینه آن‌ها برای مدت طولانی‌تری در معرض هورمون‌های جنسی زنانه قرار می‌گیرند (لیهر و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از ترخان، ۱۳۹۲). زمانی که افراد با یک بیماری تهدیدکننده زندگی همچون سرطان روبه‌رو می‌شوند، درک آن‌ها از زندگی دچار تغییر شده و حالات منفی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (کاپلان و پورتر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از پوراکیبران، محمدی قره‌قوزلو و موسوی، ۱۳۹۷). به این ترتیب آن‌ها، آشفتگی‌های هیجانی و مشکلات عاطفی عمیقی را احساس می‌کنند که باعث فشارهای عصبی بر آن‌ها شده و زمینه بروز اختلالات روان‌شناختی را هموار می‌کنند (مردانیان دهکردی، کهنگی و باباشاهی، ۱۳۹۷). بنابراین یکی از عوامل مهمی که باید در بیماران مبتلا به سرطان سینه به آن توجه کرد بهزیستی روان‌شناختی<sup>۵</sup> این بیماران است. هنگامی که صحبت از بهزیستی روان‌شناختی می‌شود، منظور نبودن بیماری نیست، بلکه تأکید بر سلامتی است (سیدطباطبائی، رحمتی‌نژاد، محمدی و اعتماد، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر، احساس مثبت و رضایت‌مندی که از حوزه‌های مختلف شغلی، خانوادگی، فردی و اجتماعی کسب می‌کنیم را بهزیستی روان‌شناختی می‌گویند (ریف و سینگر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). ریف و کیز<sup>۷</sup> (۱۹۹۵)، بهزیستی روان‌شناختی را متشکل از شش عامل زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط می‌دانند که همان‌طور که گفته شد بر خوب و سلامت بودن تأکید دارد. بنابراین افراد مبتلا به سرطان پستان در صورتی که ویژگی‌هایی فوق را در خود تقویت کنند، احتمالاً بهزیستی روان‌شناختی بالاتری را تجربه خواهند کرد.

مختلف طبی، رویکردی فیزیولوژیکی به سرطان دارند و به بررسی وضعیت جسمانی افراد مبتلا به سرطان سینه می‌پردازند، در حالی که درمان‌های روان‌شناختی، به‌عنوان مکمل درمان‌های طبی می‌تواند تأثیر مطلوبی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه باشد. واقعیت درمانی<sup>۸</sup> یکی از این درمان‌هاست که تأثیر معنادار آن بر افزایش امید (عبادی، بهاری و میرزایی، ۱۳۹۲) و اضطراب و افسردگی (الهی‌نژاد، مکوند حسینی و صباحی، ۱۳۹۷) زنان مبتلا به سرطان سینه به اثبات رسیده است. همچنین پژوهش‌های دیگری در یافته‌های خود، اثربخشی واقعیت درمانی بر افزایش فراشناخت، امید (جهرمی و مصلانژاد، ۲۰۱۴) و خودکارآمدی (لاو و گو<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵) را گزارش کرده‌اند. واقعیت درمانی توسط گلاس<sup>۱۰</sup> مطرح شده است و با رویکردی صریح به مراجع کمک می‌کند تا به‌صورت منطقی مسئولیت احساسات، تفکرات و اعمال خود را بپذیرد (پرزنم و مورفی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶). بر اساس این رویکرد، هیچ‌کس قربانی گذشته و اکنون خود نیست و اگر بخواهد در زندگی خود تغییراتی را به وجود آورد، باید اعمال و رفتارهای

<sup>1</sup> Canceres

<sup>2</sup> American Cancer Society

<sup>3</sup> breast cancer

<sup>4</sup> Lehrer et al

<sup>5</sup> Kaplan & Porter

<sup>6</sup> Psychological well-being

<sup>7</sup> Ryff & Singer

<sup>8</sup> Ryff & Keyes

<sup>9</sup> Reality Therapy

<sup>10</sup> Law & Guo

<sup>11</sup> Glasser

<sup>12</sup> Prezman & Murphy



جدیدی را آموخته و به کار گیرد (لوید<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بر اساس نظر گلاسر، مغز انسان مانند دستگاه خودکاری است که فعالانه برای ایجاد تغییر در محیط پیرامون، خود را تنظیم می‌کند تا به نیازهای اصلی یعنی تعلق، قدرت، لذت و آزادی و نیاز جسمانی به بقا دست یابد. نیاز به تعلق، فرد را به سوی همکاری کردن؛ نیاز به قدرت، فرد را به سوی پیشرفت و کسب شایستگی؛ نیاز به لذت، فرد را به سوی اهمیت قائل شدن به لذت‌ها و متعادل کردن نیاز به پیشرفت؛ نیاز به آزادی، فرد را به سوی کسب استقلال و قدرت انتخاب و در نهایت نیاز جسمانی به بقا، فرد را به سوی تأمین خوراک، پوشاک، امنیت جسمانی و روانی رهنمون می‌سازد. بر اساس نظر گلاسر، افرادی که در نیازهای فوق ارضا شده باشند، هویت موفقی کسب کرده و مسئولیت‌پذیر خواهند بود. بنابراین در نظریه واقعیت درمانی، این درمان‌جو است که ابتدا باید نسبت به احساسات، تفکرات و اعمال خود آگاه باشد تا بتواند با اقدامات فعالانه و مسئولانه شرایط را از وضعیت ناسازگارانه به وضعیت سازگارانه تغییر دهد (پروچاسکا و نورکراس<sup>۲</sup>، ۱۹۵۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۰).

یکی دیگر از درمان‌های روان‌شناختی که تأثیر مطلوبی بر وضعیت روانی افراد بیمار دارد، درمان وجودی<sup>۳</sup> است. پژوهش‌های مختلف تأثیر این نوع درمان را بر افزایش امید (قمری کیوی و حسینی کیاسری، ۱۳۹۳؛ بهمنی، نجار، سیاح، شفیع‌آبادی و کاشانی، ۲۰۱۶)، کاهش افسردگی (بهمنی و همکاران، ۲۰۱۶)، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تحمل آشفتگی (اسماعیلی قاضی و لونی، قمی، جمالی و شفیع، ۱۳۹۶) بیماران نشان داده است. رضایی (۱۳۹۲)؛ به نقل از خدادادی سنگده و قمی، ۱۳۹۶) اثر این نوع درمان را بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی و خدادادی سنگده و قمی (۱۳۹۶) تأثیر آن را بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان سرطانی به اثبات رسانیده‌اند. درمان وجودی با ایجاد تغییر در بینش مراجعان، دید آن‌ها را نسبت به زندگی گسترش داده و موجب معنابخشی به زندگی‌شان می‌شود. این درمان بر هدف داشتن در زندگی و تلاش برای لذت بردن از بودن در کنار هم تأکید دارد (نوابی‌نژاد، ۱۳۹۳). روان‌درمانی وجودی، اعتقاد دارد که نوع انسان آزاد است هر آنچه را که می‌خواهد بسازد و شرایط بهتری برای زندگی خود مهیا نماید (کوری، ۱۹۳۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۸). بر اساس این رویکرد، آگاهی فرد از شرایط و تنگناهای زندگی خود و تلاش برای معنابخشی به زندگی بر اساس این آگاهی، می‌تواند فرد را یاری داده و با در دست گرفتن عنان زندگی، از منفعل بودن خارج شود (جاکوبسن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). درمانگر وجودی به‌جای استفاده از تکنیک‌های درمانی برای بهبود شرایط عاطفی درمانجو، وی را با دردها و مشکلاتش روبه‌رو می‌کند و از او می‌خواهد با توجه به آزادی‌ای که دارد راه‌حل‌سازندهای را برای ادامه مسیر برگزیند (فرناندو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷) و با کشف توانایی‌های خویش از احساس ناتوانی و پوچی خارج شود (اد<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). بنابراین درمانگر این رویکرد در تلاش است تا فرد را در مقابل وقایع منفی زندگی قرار دهد و در او چنین بینشی ایجاد کند که زندگی عاری از مشکلات و رنج نیست. سپس از او بخواهد شجاعانه در مقابل این مشکلات ایستادگی کند، آن‌ها را بخشی از زندگی محسوب کرده و با وجود آن‌ها نشاط، شادابی و احساس امنیت را تجربه کند (دیورزن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲).

سرطان بر ابعاد روان‌شناختی تأثیر گذاشته (رنجبر نوشری، محدثی، اسدی مجره و هاشمی، ۱۳۹۲) و با ایجاد درگیری ذهنی موجب کاهش کیفیت زیست روانی افراد بیمار می‌شود. از یک‌سو بخش دیگری از سلامتی در کنار بعد جسمی به بعد روانی تعلق دارد (سازمان جهانی بهداشت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱) و از سوی دیگر متغیرهای روانی مختلفی با سرطان همبسته هستند و یا می‌توانند بر آن تأثیرگذار باشند (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به آنچه گفته شد و نیافتن چنین پژوهشی بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه در داخل و خارج از کشور، ضرورت می‌یابد پژوهشی در این زمینه انجام گیرد تا مشخص شود که آیا میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان

<sup>1</sup> Loyd

<sup>2</sup> Prochaska & Norcross

<sup>3</sup> Existential Therapy

<sup>4</sup> Jacobsen

<sup>5</sup> Fernando

<sup>6</sup> Odde

<sup>7</sup> Deurzen

<sup>8</sup> World Health Organization (WHO)



وجودی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه با یکدیگر تفاوت دارد یا خیر؟

### روش و ابزار پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از سری پژوهش‌های تجربی است. در این پژوهش تعداد ۲۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه که در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۰ به بیمارستان خاتم شهر تهران مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی را تکمیل کردند. پس از تکمیل پرسشنامه مذکور، افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از عدم داشتن بیماری دیگری غیر از سرطان سینه بر اساس نظر متخصصین و داشتن سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج را عدم همکاری و مرگ تشکیل می‌دادند. گروه آزمایش به صورت انفرادی و جداگانه تحت مداخله واقعیت درمانی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و درمان وجودی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به صورت هم‌زمان قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای روان‌درمانی را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله‌ای، به منظور پس‌آزمون مجدداً پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی توسط افراد گروه آزمایش و گروه کنترل تکمیل گردید. در پایان به منظور مقایسه اثربخشی دو نوع شیوه درمانی و پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS26 بهره گرفته شد.

**پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی:** در این پژوهش از نسخه کوتاه (۱۸ سوالی) بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شد که در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۶ عامل استقلال (۹، ۱۲، ۱۸)؛ تسلط بر محیط (۱، ۴، ۶)؛ رشد شخصی (۷، ۱۵، ۱۷)؛ ارتباط مثبت با دیگران (۳، ۱۱، ۱۳)؛ هدفمندی در زندگی (۵، ۱۴، ۱۶)؛ پذیرش خود (۲، ۸، ۱۰) است که مجموع این عوامل نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی فرد را محاسبه می‌کند. این پرسشنامه در یک طیف ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم: ۱ تا کاملاً موافقم: ۶) نمره‌گذاری شده و نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر فرد است (سفیدی و فرزاد، ۱۳۹۱). ریف (۱۹۸۹) روایی عاملی و روایی همگرایی این مقیاس را با دیگر مقیاس‌های سلامت روانی به اثبات رسانده است. پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و پایایی برای کل مقیاس ۰/۷۱ گزارش گردیده است (خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری، ۱۳۹۳).

### جدول ۱: برنامه آموزشی واقعیت درمانی بر اساس دیدگاه گلاسر

تبیین علت رفتارهای شخصی، نقش هدف در رفتارها، معرفی نیازهای اصلی، نقش رفتارها در ارضای نیازهای اصلی

چهارم مرور جلسه قبل، چستی یک رفتار، نقش فکر، عمل و احساس در بروز یک رفتار کلی، مدیریت و کنترل بر فکر و عمل

مرور جلسات قبل

معرفی ناسازگاریها و آشفتگی‌های روانی (همچون اضطراب، خشم، افسردگی و ...) از منظر رویکرد گلاسر و نحوه

هفتم

رفتار (گوش دادن، تشویق و ...)، ارائه تکلیف برای انجام دادن



مثالهای شخصی از کنترل درونی و کنترل بیرونی در روابط با کیفیت

نهم

### جدول ۲: برنامه آموزشی درمان وجودی بر اساس دیدگاه فروم

جلسه	موضوع
اول	معرفی و اهداف دوره
دوم	مفاهیم پایه وجودی و تفاوت آن با روانشناسی کلاسیک
سوم	تاریخچه و فلسفه وجودی
چهارم	روش‌های درمان وجودی
پنجم	کاربرد وجودی در زندگی روزمره
ششم	مفاهیم وجودی در ادبیات و هنر
هفتم	تشریح هدفمندی، مسئولیت و آزادی در زندگی، بررسی تجارب فرد در موقعیت‌های چالش‌برانگیز آزادی
هشتم	کاربرد وجودی در مشاوره و درمان
نهم	جمع‌بندی و ارزیابی دوره
دهم	جلسه

### یافته‌ها

یافته‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی همراه با جدول در زیر آمده است.

### یافته‌های توصیفی

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روانشناختی و هر یک از ابعاد آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (واقعیت درمانی)

انحراف	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		انحراف	انحراف	انحراف
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل			
انحراف	۱۳/۰۰	۱/۲۳	۶/۶۶	۱/۰۰	۶/۵۸	انحراف	استقلال
انحراف	۱۳/۱۶	۲/۸۷	۶/۰۸	۲/۸۷	۶/۰۸	انحراف	اعتماد به نفس
انحراف	۱۲/۲۵	۱/۶۱	۵/۶۶	۲/۳۲	۶/۰۸	انحراف	کنترل هیجانی
انحراف	۱۲/۵۰	۱/۵۳	۶/۰۰	۱/۴۶	۶/۰۸	انحراف	داشتن هدف



رشد شخصی	۵/۹۱	۱/۱۶	۵/۹۱	۱/۳۱	۱۲/۷۵	۲/۱۳
بهزیستی <td>۶/۹۱ <td>۱/۷۱ <td>۷/۰۰ <td>۲/۰۸ <td>۱۲/۶۶ <td>۲/۵۷</td> </td></td></td></td></td>	۶/۹۱ <td>۱/۷۱ <td>۷/۰۰ <td>۲/۰۸ <td>۱۲/۶۶ <td>۲/۵۷</td> </td></td></td></td>	۱/۷۱ <td>۷/۰۰ <td>۲/۰۸ <td>۱۲/۶۶ <td>۲/۵۷</td> </td></td></td>	۷/۰۰ <td>۲/۰۸ <td>۱۲/۶۶ <td>۲/۵۷</td> </td></td>	۲/۰۸ <td>۱۲/۶۶ <td>۲/۵۷</td> </td>	۱۲/۶۶ <td>۲/۵۷</td>	۲/۵۷
روانشناختی <td>۷/۳۱ <td>۱/۱۱ <td>۳۷/۳۳ <td>۷/۶۴ <td>۷۶/۳۳ <td>۴۷/۱۲</td> </td></td></td></td></td>	۷/۳۱ <td>۱/۱۱ <td>۳۷/۳۳ <td>۷/۶۴ <td>۷۶/۳۳ <td>۴۷/۱۲</td> </td></td></td></td>	۱/۱۱ <td>۳۷/۳۳ <td>۷/۶۴ <td>۷۶/۳۳ <td>۴۷/۱۲</td> </td></td></td>	۳۷/۳۳ <td>۷/۶۴ <td>۷۶/۳۳ <td>۴۷/۱۲</td> </td></td>	۷/۶۴ <td>۷۶/۳۳ <td>۴۷/۱۲</td> </td>	۷۶/۳۳ <td>۴۷/۱۲</td>	۴۷/۱۲
کل						

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های پیش‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارند. در حالی که میانگین نمره‌های نهایی گروه آزمایش در پس‌آزمون بالاتر از گروه کنترل است. به منظور بررسی معناداری این یافته‌ها در بخش یافته‌های استنباطی، نتایج تحلیل کواریانس آمده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روانشناختی و هر یک از ابعاد آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (درمان وجودی)

انحراف	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		انحراف	میانگین
	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش		
۲/۴۲	۱۳/۹۱	۶/۵۸	۱/۰۰	۰/۹۹	۱/۵۰	۱/۵۰
۱/۵۰	۱۳/۴۱	۶/۰۸	۲/۸۷	۳/۰۵	۱/۷۴	۱/۷۴
۱/۷۴	۱۳/۸۳	۶/۰۸	۲/۳۲	۱/۵۰	۱/۵۶	۱/۵۶
۱/۵۶	۱۳/۴۱	۶/۰۸	۱/۴۶	۱/۴۴	۲/۲۷	۲/۲۷
۲/۲۷	۱۴/۵۰	۵/۹۱	۱/۱۶	۱/۳۱	۱/۷۳	۱/۷۳
۱/۷۳	۱۳/۵۰	۶/۹۱	۱/۷۱	۱/۷۲	۱۳/۲۷	۱۳/۲۷
۱۳/۲۷	۷۷/۲۵	۳۷/۶۶	۶/۹۸	۷/۳۱		

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های پیش‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارند. در حالی که میانگین نمره‌های نهایی گروه آزمایش در پس‌آزمون بالاتر از گروه کنترل است. به منظور بررسی معناداری این یافته‌ها در بخش یافته‌های استنباطی، نتایج تحلیل کواریانس آمده است.

#### یافته‌های استنباطی

در بحث یافته‌های استنباطی، نتایج آزمون لوین در مورد فرض همگنی واریانس‌های نمرات متغیرهای پژوهش و نرمال بودن توزیع نمرات بررسی شد و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید شد. به عبارت دیگر پیش فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات نیز تأیید گردید.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی مبتلا به سرطان سینه



تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، آموزش واقعیت درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر اصلی گروه	۱	۳۵۳/۱۴۸۱	۳۵۳/۱۴۸۱	۸۳/۴	۰/۳۹
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱	۹۴/۱۱۰	۹۴/۱۱۰	۳۶/۰	۰/۰۵
گروه	۱	۰۰۰/۶	۰۰۰/۶	۰/۲۰	۰/۸۹
خطا	۲۱	۸۸۵/۶۴۴۰			
کل	۲۴	۰۰۰/۸۴۳۰۶			



همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ( $df=1$  و  $f=4/83$  و  $p \leq 0/039$ ). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ( $df=1$  و  $f=0/20$  و  $p \leq 0/89$ ). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد شدن این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر استقلال مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون استقلال و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

سطح معناداری	F	مجدورات	مجدورات	درجه آزادی	منبع واریانس
0/001	13/37	1/1	58/302	1/1	اثر اصلی گروه
0/038	0/77	1/1	3/37	1/1	نمره پیش‌آزمون (کنترل)
0/29	1/15	1/1	5/04	1/1	گروه
		1/1	91/54	1/1	
			4447/000	1/1	کل

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ( $df=1$  و  $f=13/37$  و  $p \leq 0/001$ ). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ( $df=1$  و  $f=1/15$  و  $p \leq 0/29$ ). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و درمان وجودی بر استقلال زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد شدن این فرضیه که واقعیت درمانی و درمان وجودی بر رشد شخصی زنان مبتلا به سرطان سینه وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون رشد شخصی و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

F	مجموع	درجه آزادی	منبع واریانس
مجدورات	مجدورات		
172/27	1/1	1/1	
1/90	1/1	1/1	
0/66	1/1	1/1	



همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ( $df=1$  و  $f=66/05$  و  $p \leq 0/001$ ). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ( $df=1$  و  $f=0/25$  و  $p \leq 0/61$ ). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر رشد شخصی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر رابطه مثبت با دیگران زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت‌درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون رابطه مثبت با دیگران و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	F	مجدورات	مجدورات
اثر اصلی گروه		۴۹/۶۵	/	/
نمره پیش‌آزمون (کنترل)		/	۰/۳۰۹	۰/۳۰۹
گروه		/	۷/۰۴۲	۷/۰۴۲
	۲۱		/	۸۳/۶۰
کل	۲۴			

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ( $df=1$  و  $f=49/65$  و  $p \leq 0/001$ ). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ( $df=1$  و  $f=1/76$  و  $p \leq 0/198$ ). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر رابطه مثبت با دیگران زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر هدفمندی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت‌درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون هدفمندی و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	درجه آزادی	F	مجموع مجدورات	سطح معناداری
اثر اصلی گروه		۱۷۰/۷۴۱		۰/۰۰۱
نمره پیش‌آزمون (کنترل)		۲/۱۴		۰/۰۰۵
		۸/۱۶		۰/۶۱



همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ( $df=1$  و  $f=36/95$  و  $p \leq 0/001$ ). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ( $df=1$  و  $f=0/46$  و  $p \leq 0/61$ ). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر هدفمندی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر پذیرش خود زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت‌درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون پذیرش خود و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

سطح معناداری	F	مجدورات	مجدورات	درجه آزادی	منبع واریانس
۰/۰۰۱	۱۱/۱	۳۵۱/۸۱	۳۵۱/۸۱	۱	اثر اصلی گروه
۰/۰۰۱	۱۱/۱	۰/۵۳	۰/۵۳	۱	نمره پیش‌آزمون (کنترل)
۰/۰۸۵	۱/۱	۲۴/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۱	گروه
		۷/۳۳	۱۵۳/۹۹	۱	
			۴۵۵۲/۰۰۰	۱	کل

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ( $df=1$  و  $f=47/97$  و  $p \leq 0/001$ ). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ( $df=1$  و  $f=3/27$  و  $p \leq 0/085$ ). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر پذیرش خود زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

در تأیید یا رد این فرضیه که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر تسلط بر محیط زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در این تحلیل متغیر مستقل، واقعیت‌درمانی و درمان وجودی و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ی پس‌آزمون تسلط بر محیط و متغیرهای هم‌تغییر (متغیر کواری) را نمرات پیش‌آزمون تشکیل دادند. نتایج حاصل از این تحلیل کواریانس در جدول ۱۱ ارائه شده است.



جدول ۱۱: نتایج تحلیل کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع واریانس	مجدورات		F
	مجدورات	مجدورات	
اثر اصلی گروه	۱/۱	۶۹۳/۵۳	۲۸۴/۳۴
نمره پیش‌آزمون (کنترل)	۱/۱	۳/۶۹	۱/۵۱
	۱/۱	۱/۰۴۲	۰/۴۲
	۱/۱	۲/۴۳	
کل	۱/۱	۱/۱	

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، پس‌آزمون تغییر یافته است ( $df=1$  و  $f=284/34$  و  $p \leq 0/001$ ). اما تفاوت معناداری بین دو روش درمان در نمرات پس‌آزمون، دیده نمی‌شود ( $df=1$  و  $f=1/51$  و  $p \leq 0/52$ ). بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر تسلط بر محیط زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی مقایسه‌ای اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام گرفت. نتایج فرضیه‌ها نشان داد این دو نوع روش روان‌درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی و عوامل آن (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) در زنان مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارند ولی تفاوت معناداری در میزان اثربخشی این دو نوع روش روان‌درمانی بر بهزیستی روانشناختی و عوامل آن وجود ندارد. نتیجه این پژوهش، با یافته پژوهش‌های الهی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷)، اسماعیلی قاضی ولویی و همکاران (۱۳۹۶)، خدادادی سنگده و قمی (۱۳۹۶)، بهمنی و همکاران (۲۰۱۶)، لاو و گو (۲۰۱۵)، جهرمی و مصلانژاد (۲۰۱۴)، قمری کیوی و حسینی کیاسری (۱۳۹۳)، عبادی و همکاران (۱۳۹۲)، رضایی (۱۳۹۲)؛ به نقل از خدادادی سنگده و قمی، (۱۳۹۶) همسوست. اما پژوهشی که تفاوت در اثربخشی این دو نوع روش روان‌درمانی بر زنان مبتلا به سرطان سینه را بررسی کند یافت نشد. هم رویکرد واقعیت‌درمانی و هم رویکرد درمان وجودی از لحاظ منشاء فلسفی و اصول درمانی شباهت بسیاری با یکدیگر دارند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۵۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۰)، اما اختلاف مهم آنها تاکید واقعیت‌درمانی بر مسئولیت در برابر بی‌مسئولیتی (پرزن و مورفی، ۲۰۱۶) و تاکید درمان وجودی بر آگاهی‌افزایی (جاکوبسن، ۲۰۰۷) و انتخاب (فرناندو، ۲۰۰۷) است. زنان مبتلا به سرطان سینه هنگامی که متوجه می‌شوند بیمار هستند، آشفتگی‌های هیجانی (مردانیان دهکردی و همکاران، ۱۳۹۷) و ادراک منفی از زندگی خود پیدا می‌کنند (کاپلان و پورترتر ۲۰۰۶؛ به نقل از پوراکیان و همکاران، ۱۳۹۷). آنها با آموزش‌های واقعیت‌درمانی، می‌پذیرند مسئولیت بیشتری را با وجود استرسزا بودن مسئولیت بر عهده بگیرند و تلاش کنند برای بهبود وضعیت روانشناختی خود تغییرات لازم را به عمل آورند. آنها احساس می‌کنند، با روبه‌رو شدن با این بیماری، بخشی از زنانگی و تمایلات جنسی خود را از دست داده‌اند ولی با آموزش‌های درمان وجودی نسبت به این که زندگی سیاه و سفید نیست آگاه شده و با اراده خود دست به انتخاب و کنش‌گری در موقعیت‌های استرسزا می‌زنند (کانکل، چن و اکانلولا، ۲۰۰۲). گلاسر معتقد است مشکل زمانی برای افراد ایجاد می‌شود که فرد



فکر کند توسط نیروهای خارجی و بیرونی جهان کنترل می‌شود، بنابراین مسئولیت آن را نمی‌پذیرد ولی اگر بپذیرد که همه وقایع زندگی تحت اختیار فرد نیست، نگرش عوض شده و مسئولیت رفتارهای ناشی از آن اتفاق که به عهده خود شخص می‌باشد را می‌پذیرد. واقعیت درمانی به افراد می‌آموزد مسئولیت‌پذیر باشند، این نگرش فرد را به گرداننده اصلی زندگی خویش تبدیل می‌کند، در نتیجه فرد می‌تواند تفکرات و نگرش‌هایش را تغییر دهد، هیجانات خود را پذیرفته و با آنها کنار بیاید. بنابراین پذیرش وقایع زندگی که در اختیار فرد نیست و مواجه شدنش با مسائل ناشی از مشکلات منجر به افزایش بار عاطفی و بهزیستی روانشناختی او می‌گردد (گنجوری و عارفی، ۱۳۹۵). همچنین می‌توان گفت یافتن معنا و هدف غایی زندگی از ویژگی‌های بارز رویکرد وجودی است که باعث می‌شود انسان از احساس پوچی و سردرگمی نجات پیدا کرده و برای معنای زندگی و هدفگذاری خود، دست به انتخابگری بزند که این امر سبب سلامت روان و بهزیستی فرد می‌شود (نظری و زرغامی، ۱۳۸۸). هر دو روش واقعیت درمانی و درمان وجودی با تاکید جداگانه بر عوامل خاصی از متغیر بهزیستی روانشناختی (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود)، سبب می‌شوند که فرد ضمن داشتن نگرش مثبت به خود، بر پیشرفت خود در تمامی جنبه‌های زندگی و ارتباط مؤثر با دیگران تاکید داشته باشد. بنابراین هر چند هر دو بر بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارند اما تفاوت معناداری در میزان اثربخشی بر متغیر وابسته ندارند.

در حالت کلی می‌توان نتیجه گرفت، واقعیت درمانی به افراد به ویژه به بیماران کمک می‌کند که مسئولیت‌پذیر بوده و بتوانند مشکلات زندگی روزمره خود را حل کنند و به افرادی که مشکل مشابه خودشان را دارد، کمک کنند و با هیجانات و احساسات ناشی از بیماری بتوانند سازگار شوند. همچنین، درمان وجودی به فرد می‌آموزد خودش مسئول اعمالش باشد و تحت شرایط سخت نیز با قبول مسئولیت زندگی خود، مفهومی از کنترل و لیاقت به دست آورده و در پاسخ به موقعیت پیش آمده، معنا را کشف کند. روش نمونه‌گیری هدفمند و فقدان مرحله پیگیری به دلیل نداشتن زمان کافی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین به پژوهشگران علاقه‌مند به این حوزه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این دو محدودیت را در نظر بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران درمانی کشور، در کنار توجه به بعد جسمی افراد مبتلا به سرطان سینه، به لحاظ روانی نیز آنها را تحت رواندرمانی قرار داده و با آموزشهای مبتنی بر واقعیت درمانی و درمان وجودی موازی با درمانهای زیستی، بهزیستی روانی آنها را نیز بهبود دهند، چرا که تاثیر و تاثیر روان و جسم بر هیچکس پوشیده نیست.

## References

- American Cancer Society. (2015). *Cancer Facts & Figures 2015*. Atlanta: American Cancer Society.
- Bahmani, B., Najjar, M. M., Sayyah, M., Shafi-Abadi, A., Kashani, H. H. (2016). The effectiveness of cognitive-existential group therapy on increasing hope and decreasing depression in women-treated with haemodialysis. *Global journal of health science*. 8 (6), 219-225.
- Corry, G. (1937). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. (Translated by Yahya Seyed Mohammadi, 2009). Tehran: Arasbaran Publications. (persian).
- Deurzen, E. V. (2002). *Existential counselling and psychotherapy in practice*. London: Sage Publications.
- Ebadi, P., Bahari, F., Mirzaei, H. (2013). The effectiveness of reality therapy on the hope of breast cancer patients. *ijbd*. 6 (2) :26-34 (persian).
- Elahi Nejad, S., Makvand-Hosseini, S., Sabahi, P. (2019). Effect of Neurofeedback Therapy versus Group Reality Therapy on Anxiety and Depression Symptoms among Women with Breast Cancer: A Clinical Trial Study. *ijbd*. 11 (4) :39-52 (persian).
- Esmaili Ghazi Valuei F, Ghomi M, Jamali A, Shafiee Z. (2017). Effectiveness of Existential

- Group Psychotherapy on Psychological Well-Being and Distress Tolerance of Physical-Motor Disabled. *Socialworkmag*. 6 (2) :24-34 (persian).
- Fernando, D. (2007). Existential theory and solution-focused strategies: Integration and application. *Journal of Mental Health Counseling*. 29 (3), 226-241.
- Ganjuri, M., Arefi, M. (2016). The Effectiveness of Reality Therapy on Resiliency of Deaf Students in Isfahan. *Second National Conference on Psychology and Educational Sciences*. Shiraz: Kharazmi Institute of Science and Technology. (persian).
- GHamari Kivi, H., Hoseyni Kiasari, Seyede Tayebe. (2014). The effectiveness of cognitive-existential group therapy on hopelessness in patients with multiple sclerosis. *Daneshvar Medicine*. 21 (112) :83-92 (persian).
- Jacobsen, B. (2007). Authenticity and Our Basic Existential Dilemmas. *Existential Analysis. Journal of the Society for Existential Analysis*. 18 (2), 288-296.
- Jahromi, M. K., & Mosallanejad, L. (2014). The impact of reality therapy on metacognition, stress and hope in addicts. *Global journal of health science*. 6 (6), 281-287.
- Khanjani, M., Shahidi, S., Fathabadi, J., Mazaheri, M., Shokri, O. (2014). Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 9 (32): 27-36 (persian).
- Khodadadi Sangdeh, J., Ghomi, M. (2018). The Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Increasing Psychological Well-Being Mothers of Children with Cancer. *Journal of Psychological Studies*. 13(4): 125-140. doi: 10.22051/psy.2017.9785.1145 (persian).
- Kunkel, E. J., Chen, E. I., Okunlola, T. B. (2002). Psychosocial concerns of women with breast cancer. *Primary Care Update for ob/gyns*. 9 (4), 129-134.
- Law, F. M., Guo, G. J. (2015). The impact of reality therapy on self-efficacy for substance-involved female offenders in Taiwan. *International journal of offender therapy and comparative criminology*. 59 (6), 631-653.
- Loyd, B. D. (2005). The Effects of Reality Therapy/Choice Theory Principles on High School Students' Perception of Needs Satisfaction And Behavioral Change. *International Journal of Reality Therapy*. 25 (1), 5-9.
- Mardanian Dehkordi, L., Kahangi, L. S., Babashahi, M. (2018). Evaluation of Fatigue and Its Related Factors in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *JHC*. 20 (2) :156-164 (persian).
- Mohamad karimi, M., SHariatnia, K. (2017). effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 15 (2) :107-118 (persian).
- Navabinejad, SH. (2014). *Theories of group counseling and psychotherapy*. Tehran: SAMT Publications. (persian).
- Nazari, A.M., Zarghami, S. (2009). *Existential psychotherapy (individual and group therapy)*. Tehran: Pazineh Publications. (persian).
- Odde, D. (2011). Motivation and Existence: Motivation in Kierkegaard and Heidegger. *Journal of the Society for Existential Analysis*. 22 (1), 56-69.
- Poorakbaran, E., Mohammadi GhareGhozlou, R., Mosavi, S. (2018). Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 61(4): 1122-1136. doi: 10.22038/mjms.2018.12223 (persian).



- Prezman, S., Murphy, R.M. (2016). Effects of teaching control theory and reality therapy as an approach to reducing disruptive behaviors in middle school physical education. *International Journal of Reality Therapy*. 57 (1), 149-150.
- Prochaska, J., Norcross, J.C. (1957). *Theories of Psychotherapy*. (Translated by Yahya Seyed Mohammadi, 2011). Tehran: Roshd Publications.. (persian).
- Ranjbar Noushari, F., Mohadesi, H., Asadi Majareh, S., Hashemi, S. (2013). psychological correlates of cancer: worry, life style, self-efficacy. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 11 (9): 698-705. (persian).
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 69 (4), 719-727.
- Ryff, C. D., Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*. 9 (1), 1-28.
- Sefidi, F., Farzad, V. (2012). Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). *J Qazvin Univ Med Sci*. 16 (1) :65-71 (persian).
- SeyedTabaee, R., Rahmatinejad, P., Mohammadi, D., Etemad, A. (2017). The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci*. 21 (2) :49-41 (persian).
- Shoa Kazemi, M., Momeni Javid, M. (2009). relationship between quality of life & hope in Breast cancer patients after surgery. *ijbd*. 2 (3 and 4) :20-27 (persian).
- Tarkhan, M. (2013). Relationship Between stress coping style and self- Assertive with perceived stress in the women at risk for breast cancer. *Quarterly journal of health psychology*. 2(6): 33-47 (persian).
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.