

◇ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال دوم. شماره پنجم. پائیز ۱۳۸۹

صفحات: ۳۱-۴۷

تاریخ وصول: ۹۰/۱/۲۵- تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۲۷

بررسی اثربخشی تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر میزان افسردگی، اضطراب و امیدواری زنان مبتلا به سرطان بیمارستان شفا اهواز

شهنام ابوالقاسمی*

سارا ساعدی**

ندا موری نجف آبادی**

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر میزان افسردگی، اضطراب و امیدواری زنان مبتلا به سرطان بیمارستان شفا اهواز بود. نمونه این پژوهش را ۴۲ نفر از زنان بیمار مبتلا به سرطان تشکیل دادند که به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: افسردگی بک، اضطراب کتل و امیدواری میلر. طرح پژوهش، شبه تجربی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. پس از انتخاب تصادفی گروه های آزمایشی و کنترل، ابتدا برای هر سه گروه، پیش آزمون اجرا گردید، سپس مداخله آزمایشی ۱ (آموزش تجسم هدایت یافته) و مداخله آزمایشی ۲ (آموزش معنادرمانی) به گروه های آزمایش ارائه گردید و پس از اتمام برنامه آموزشی، پس آزمون گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) نشان داد آموزش تجسم هدایت یافته و معنادرمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش امیدواری زنان سرطانی موثر و کارآمد هستند و در این میان روش معنادرمانی تاثیر بیشتری بر متغیرهای وابسته داشت.

کلید واژگان: تجسم هدایت یافته، معنادرمانی، اضطراب، افسردگی، امیدواری

* استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

** دانش آموخته دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

*** دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن (نویسنده مسئول)

مقدمه

سرطان، یکی از بیماریهای شایع در جامعه ها و به ویژه جامعه های پرمصرف می باشد (وُد، مس، سولین و اولوپد^۱، ۲۰۰۷). این بیماری، در حدود یک سوم تمامی بیماری های زنان را شامل می شود و دومین علت مرگ به علت بدخیمی زنان است، به طوریکه گفته می شود از هر ۸ زن، یک نفر در طول عمر خود به آن مبتلا می شود (مونتیگموری و بورجری^۲، ۲۰۰۴). در حال حاضر تخمین زده می شود که بیش از ۲۱۵/۰۰۰ مورد جدید سرطان در ایالات متحده در سال ۲۰۰۵ و در حدود ۴۰/۰۰۰ مورد مرگ به علت این بدخیمی در آن سال به آن نسبت داده شد (مجمع مرکزی سرطان صورت امریکا^۳، ۲۰۰۵). با وجود پیشرفت های انجام شده در زمینه درمان سرطان و افزایش میزان بقا (از ۷۵٪ در دهه ۱۹۷۰ به میزان ۸۷٪ در دهه ۱۹۹۰)، اما همچنان خود سرطان و نیز درمان این بدخیمی با عوارض و ناراحتی های متعددی همراه است که شاید بیشترین و شایعترین عارضه را بتوان اختلالات روحی و روانی معرفی کرد (باتلر، کوپمن، کروداو و گارلن^۴، ۲۰۰۳).

تحقیقات نشان می دهد که بیماری سرطان نتایج منفی متعددی را برای بیماران ایجاد می کند که این مشکلات شامل: کاهش کیفیت زندگی و احساس بهزیستی ذهنی، افزایش افسردگی، اضطراب، ناامیدی، عصبانیت و... می شود که از این بین افسردگی، اضطراب و ناامیدی شیوع بیشتری دارند (شاپریور، لویز و سچیرز^۵، ۲۰۰۱). این مشکلات روانی همراه با بیماری موجب کاهش احساس خوب بودن کلی بیمار و نیز کاهش اثربخشی اشخاص در مشارکت فعال آنها در فرایند بهبودیشان می شود (کاسکولیت^۶، مک گرال و گالستر^۶، ۲۰۰۲).

به عقیده لی^۷ (۲۰۰۷)، افسردگی شایع ترین اختلال روانپزشکی است که بر غمگینی زیاد، احساس بی ارزشی، احساس گناه، کناره گیری از دیگران و از دست دادن علاقه و اشتیاق به فعالیت های عادی دلالت دارد. همچنین بنتت و ویلز^۸ (۲۰۱۰)، اضطراب را از جمله تهدیدهای بهداشت جسمانی و روانی تعریف کردند که انواع مختلفی از پریشانی جزئی در یک فعالیت روزانه تا بیماری ناتوان کننده را در بر می گیرد. از سوی دیگر، طبق نظریه شنایدر، ناامیدی حالت تکان دهنده ای است که با احساسی از ناممکن بودن امور، احساس ناتوانی و بی علاقه ای به زندگی آشکار می شود (برآبادی، ۱۳۸۳).

مطالعات فاووزی، کیمنی و فاووزی^۹ (۲۰۰۷) نشان می دهند که عوامل روانی مانند فشارهای روانی، اضطراب طولانی مدت، افسردگی، ناامیدی و... هیچگونه تاثیر مستقیمی، در بروز سرطان ندارند (در واقع علت اصلی آن نیستند)، بلکه این عوامل روانی به طور غیر مستقیم از راه تاثیر بر رفتار انسان، زمینه

۱. Wood , Muss, Solin & Olopade
۲. Montgomery & Bovbjerg
۳. American Cancer Society Cancer fact and figures
۴. Butler, Koopman, Cordova & Garlan
۵. Sharpiro, Lopez & Scharz
۶. Kicolc, Mc garriel & Glaster
۷. Lee
۸. Bennett. & Wells
۹. Fawzy, kemeny& fawzy

را برای ابتلاء به سرطان آماده می سازند. برای مثال فردی را در نظر بگیرد که دچار فشارهای روانی شده است؛ معمولاً در این دوره ها فرد بهداشت عمومی، وضعیت سلامتی و رژیم غذایی مناسب را رعایت نمی کند. حال اگر این فرد که در معرض فشارهای روانی طولانی مدت مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی قرار بگیرد، سیستم دفاعی بدن او دچار نقص و افت عملکرد خواهد شد، و اگر هم علاوه بر داشتن ژن سرطان، به صورت طولانی غذاهای پرچرب و سولزدار، کم ویتامین را که موجب چاق شدن او می شود مصرف کند. امکان ابتلای وی به سرطان پستان، رده بزرگ، معده و پروستات، ۱۰ بار بیشتر از دیگران است.

بنابراین بررسی شیوه هایی برای کاهش رنج و الام روحی و جسمانی این گروه از بیماران امری مهم و ضروری قلمداد می شود و توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است. از شروع دهه ۱۹۵۰ به بعد پژوهشگران و متخصصان بالینی اروپا، ژاپن، چین، ایالات متحده به گونه ای منظم و ساختار یافته به اهمیت و نقش بسیاری از روشهای شناختی از قبیل تن آرامی^۱، تجسم هدایت یافته^۲ و همچنین معنادرمانی^۳ در سلامتی و بهبودی از بیماری و شاید چگونگی زندگی و مرگ انسان ها توجه کرده اند. روش های شناختی و رفتاری - شناختی در قبال بیماری، ابزاری در اختیار اشخاص قرار می دهند تا با رفتار و تلاش خود بر سلامتی شان بیفزایند (سسیل^۴، ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۸۳).

تجسم هدایت شده به عنوان یک تکنیک - ذهن - بدن بر این پایه استوار است که ذهن و بدن با هم مرتبط هستند و می توانند در درمان بیماری و ایجاد سلامتی بر هم اثر بگذارند و یکدیگر را تقویت کنند. در تجسم همان ناحیه مغز فعال شده که در زمان تجربه اتفاق، فعال می شود. یعنی فرد اگر دقیقاً در خود یک جریان فکری ایجاد کند که در آن قادر به دیدن، شنیدن، احساس کردن یا بوییدن آن چیزی باشد که خود تمایل دارد می تواند در آن زمان، آن را احساس و یا در تصور خود مجسم سازد (کامپوس، هگا، کیفی، لیتنبرگ و ویلیامز^۵، ۱۹۹۸). در واقع تجسم هدایت یافته (تصویرسازی ذهنی) روش و تکنیکی است که با استفاده از تلقینات آگاهانه مثبت و مستقیم به صورت جملات ارائه می شوند به بیمار بتدریج آموزش می دهد از سیستم ایمنی بدن خود دفاع و عوامل بیماری زا را از بین ببرد و به این ترتیب از بدن بخواهد تا به یک روش سالم و مساعد عمل کند (راسمن^۶، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۸۱).

حال معنادرمانی که یکی از مهمترین رویکردهای روان درمانی وجودی یا انسانگر است بر جنبه معنوی انسان و معنای وجود انسان تأکید دارد (فرانکل^۷، ۱۹۶۹؛ به نقل از لوکس، هیرش^۸، ۲۰۰۲). فرانکل، به نقل از سیلور، بون و استوتز^۹، (۱۹۸۳) برای رسیدن به سلامت عمومی تأکید عمده ایی بر اراده معطوف

۱. relaxation

۲. guided Imagery

۳. logotherapy

۴. Cecil

۵. Campas, Haaga, Keefe, Leitenberg & Williams

۶. Rossman

۷. Frankel

۸. Lukas & Hirsch

۹. Silver, Boon & stones

به معنا داشت. او معتقد بود که یافتن معنا یک انگیزش انسانی اولیه و نوعی کنش سازگاری است. به نظر فرانکل معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم بخشنده سلامت عمومی هستند. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان فرسا همچون فشارهای شدید و بیماریهای مرگ آور، در این مسیر معنا پیدامی کند (جمالی، ۱۳۸۱ و نوابی نژاد، ۱۳۸۳).

ریبکا و جیا کینگ^۱ (۲۰۱۱) در بررسی رابطه معنی در زندگی بر رضایت از زندگی ۵۱۹ برزگسال مسن دریافتند که فراگیری روشهای معنی در زندگی به طور قابل توجهی با افزایش خشنودی و رضایت از زندگی رابطه دارد.

مطالعه اسپیک، نیو کلیک، سیوچپریس و پپ^۲ (۲۰۰۸) در خصوص مقایسه اثربخشی معنادرمانی گروهی (حضور) و معنادرمانی اینترنتی (غیر حضوری) در کاهش افسردگی ۱۳۰ سالمند نشان داد افسردگی در هر دو گروه کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است اما در این میان اثربخشی معنادرمانی گروهی به صورت حضوری بیشتر بوده است.

راسمن^۳ (۲۰۰۸) مولف کتاب تصویر سازی ذهنی نیز در پژوهش بالینی خود به بررسی اثربخشی تجسم هدایت یافته بر اضطراب خانم چهل ساله‌ای که دچار سرطان سینه قرار گرفته بود و نسبت به بزرگ شدن تومور و مرگ زودرس اضطراب زیادی داشت؛ پرداخت. نتایج بالینی وی نشان داد که بیمار مورد نظر پس از آشنایی کامل با روشهای تجسم هدایت یافته توانسته بود علاوه بر کاهش اضطراب و ناامیدی خود، با روند منفی بیماری خود نیز مقابله کند.

رودهاور^۴ (۲۰۰۷) با انجام تحقیقی روی بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی، به این نتیجه رسید که استفاده از روش تصویر سازی ذهنی توانایی مقابله با عوارض جانبی درمان را افزایش می دهد. آنتونی، ویمبریلی، لیچنر، شفری و یورسیو^۵ (۲۰۰۶)، به روش کار آزمایی بالینی شاهد دار تصادفی، تأثیر روش های آرام سازی عضلانی و تجسم برنامه ریزی شده را بر کاهش علائم بیماری همچون نگرانی و اضطراب و هجوم افکار تنش زا در زنان مبتلا به سرطان پستان بدون متاستاز، در مراحل سه بیماری و کمتر، ارزیابی کردند. نتایج این ارزیابی نشان داد که با در نظر گرفتن موارد ریزش یافته و علل عدم مشارکت در مداخله، تأثیر این روش ها بر تخفیف علائم مورد نظر و بهبود حالات خلقی بیماران مؤثر بوده است.

مارتینویس، سیمونویس و دجو کیس^۶ (۲۰۰۶) نیز تأثیر معنادرمانی و درمانهای جانبی در اختلال فشار روانی آسیب زادن ناشی از جنگ را بررسی کرده اند و نشان داده اند که معنادرمانی در درمان این اختلال

۱. Rebecca & Jiaqing

۲. Speke, Nyklicek, Cuijpers, & pop

۳. Rossman

۴. Rodhaver

۵. Antoni, Wimberly, Lechner, Kazi, Sifre & Urcuyo

۶. Martinovic, Simonovic & Djokic

فشار روانی آسیب زانقش مؤثری را دارد.

همچنین یو، اهن، کیم، کیم و هان^۱ (۲۰۰۵) در مطالعه مداخله ای شاهددار تصادفی خود تاثیر روش های آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده را بر علایم افسردگی، اضطراب و عصبانیت و همچنین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در سنول کره جنوبی بررسی کردند. نتایج مطالعات آنها نشان داد هم میزان اضطراب و افسردگی و هم کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخلات به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. مک کافری و تیلور^۲ (۲۰۰۵) در بررسی اثربخشی روش تصویرسازی ذهنی را بر روی افراد پیر دچار در رفتگی مفصل کار کردند نتایج بررسی آنها نشان داد این روش در کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی بیماران نقش اساسی دارد.

آخ باخ^۳ (۲۰۰۴) در یک مطالعه موردی روی فردی که از درد مزمن رنج می برد، متوجه شد که استفاده از روش تصورات ذهنی هدایت شده می توانسته باعث افزایش کنترل درد و سازگاری بیمار شده و به بهبود رابطه ای او با اطرافیان و همسرش کمک کند. مطالعات بلر^۴ (۲۰۰۴) نیز نشان داد آموزش معنی درمانی به صورت گروهی و حفظ معنا در طول زمان می تواند نقش مؤثری در کاهش افسردگی و افزایش امیدواری نوجوانان مبتلا به افسردگی شود.

عباس پور (۱۳۸۶) تاثیر تمرین تصویرسازی ذهنی بر اضطراب بیماران زن سرطان سینه بیمارستان امام خمینی تهران را مورد بررسی قرار داد او دریافت که این تکنیک اضطراب و تنش را به مقدار زیادی کاهش می دهد.

مطالعات وان اکن^۵ (۲۰۰۳) نشان داد که تجسم هدایت یافته در افزایش امید به زندگی و اینکه بیمار، بیماری خود را با موفقیت پشت سر خواهد گذاشت بسیار موثر است.

مولازیوتیس^۶ و همکاران (۲۰۰۲) مطالعه دیگری در مورد تاثیر آرامسازی عضلانی و تجسم برنامه ریزی شده بر کاهش اختلالات اضطرابی و افسردگی ناشی از سرطان پستان به صورت کار آزمایی بالینی شاهددار تصادفی انجام دادند. نتایج مطالعات آنان نیز نشان داد که اختلالات خلقی از جمله افسردگی و تنش عصبی در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. اما میزان اضطراب در دو گروه تفاوت آماری نشان نداد.

کیو کلت، مک گاریل و گلستر^۷ (۲۰۰۲) نشان دادند که تصویرسازی ذهنی می تواند برای پرستاران در کنترل و کاهش اضطراب و افسردگی شغلی مفید و موثر باشد. مطالعه وال ک^۸ و همکاران (۱۹۹۹) تاثیر مداخلات آرامسازی و تجسم برنامه ریزی شده بر میزان بروز افسردگی، اضطراب و نگرانی را

۱. Yoo, Ahn, Kim, Kim & Han

۲. Mccaferey & Talor

۳. Achenbach

۴. Blair

۵. Wanacken

۶. Molassiotis

۷. Kicolc, Mc garriel & Glaster

۸. Walker

در ۹۶ نفر از زنان کمتر از ۷۵ سال مبتلا به مراحل اولیه تا پیشرفته سرطان پستان بررسی کردند. یافته های این مطالعه نشان از بهبود معنادار علایم اضطراب و افسردگی در بیماران گروه مداخله می داد. کیفیت زندگی نیز در گروهی که تحت آموزش آرام سازی و تجسم هدایت شده قرار گرفته بودند بهتر از گروه کنترل بود. به عقیده نور کراس و پروچاسکا^۱ به نقل از سید محمدی (۱۳۸۳) بر اساس رویکرد معنادرمانی، اختلالات روانی حاصل فقدان معنا و مقصود در زندگی و احساس تهی بودن است. وستگایت^۲، به نقل از نوابی نژاد، (۱۳۸۴) در کارهای کلینیکی و تحقیقات خود به این نتیجه رسید که معنایابی در زندگی از طریق ارزشهای خلاق، معنویت و تعلق روحی به چیزها و افراد دیگر در درمان افسردگی بسیار مؤثر است.

در پژوهش دیگری که به وسیله آکاجی و باس^۳، به نقل از هدایتی (۱۳۸۵) صورت گرفت، آثار رویکرد مشاوره های معنادرمانی بر روی ۹۴ مراجع مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد گروهی که مداخله دریافت کردند، کاهش معناداری در پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، یعنی کلیه متغیرهای مربوط به سلامت عمومی را نشان دادند.

نتایج پژوهش ناگاتا^۴ (۲۰۰۳)، که به بررسی نقش معنادرمانی در کاهش دردهای مزمن بیماران پرداخته است، نشان داد که معنادرمانی به عنوان یک روش درمانی شیوهای مؤثر و قوی در فعالیتهای حیاتی انسان است.

پژوهش یوسفی (۱۳۸۵) با عنوان مقایسه اثربخشی دو رویکرد مشاوره ای و روان درمانی گشتالت درمانی و معنادرمانی در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده شهرستان سقز انجام شد، به این نتایج دست یافت که رویکرد گشتالت درمانی پرز در کاهش نشانگان پرخاشگری از رویکرد معنادرمانی فرانکل مؤثرتر بود. در ضمن رویکرد معنادرمانی در کاهش افسردگی از رویکرد گشتالت درمانی پرز مؤثرتر بود. سرانجام معلوم شد هر دو رویکرد گشتالت درمانی پرز و معنادرمانی فرانکل، در کاهش نشانگان اضطراب به یک اندازه مؤثر بوده اند.

پژوهش رودینی (۱۳۸۵) تحت عنوان بررسی سودمندی معنادرمانی گروهی در بهبود سلامت عمومی مردان دچار ویروس اچ آی وی به این نتیجه رسید که معنادرمانی گروهی در بهبود مردان دچار ویروس اچ آی وی انسان مؤثر بوده است؛ سلامت عمومی آنها افزایش پیدا کرد. کارکرد جسمانی آنها نیز افزایش یافت، میزان اضطراب آنها کاسته شد. کارکرد اجتماعی آنها افزایش را نشان داد و میزان افسردگی شرکت کنندگان نیز کاهش نشان داد. پژوهش هدایتی (۱۳۸۵) تحت عنوان اثربخشی مشاوره گروهی به روش معنادرمانی بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین ۱۳ تا ۱۸ سال هنرستان آزادگان سقز نشان داد که روشها و تکنیکهای مشاوره گروهی به روش معنادرمانی باعث کاهش میزان ناامیدی در نوجوانان در سه گروه سنی ۱۳-۱۵ سال، ۱۶-۱۸ سال و ۱۸-۱۹ سال شده است.

با توجه به مطالب فوق و نقش ارزنده تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر سلامت جسمانی، روانی و آثار

۱. Norcross & prochaska

۲. Vestagit

۳. Akage & bas

۴. Nagata

الیتام بخش به خصوص در بیماران سرطانی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه است.

روش پژوهش

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان بیمار زیر ۴۰ سال مبتلا به سرطان بیمارستان شفا شهر اهواز بود که بیماری آنها با آزمایشات محرز شده و تحت درمان قرار داشتند. انتخاب نمونه آماری تحقیق بر اساس کسب بالاترین نمره آزمون افسردگی بک و اضطراب کتل و پایین ترین نمره در امیدواری میلر بود. ابتدا تمام افراد جامعه (بیماران در دسترس زیر ۴۰ سال که ۸۴ نفر بودند و به دلیل انواع سرطان از قبیل خون، پستان و... در سال ۸۹ در بیمارستان شفا تحت درمان قرار داشتند)، آزمونهای مورد نظر را کامل کردند. سپس تعداد ۴۲ نفر از جامعه فوق که بالاترین نمره در آزمون افسردگی بک، اضطراب کتل و پایین ترین نمره در مقیاس امید به زندگی میلر گرفته بودند، انتخاب و به صورت تصادفی ساده به سه گروه ۱۴ نفره (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) تقسیم شدند.

مداخله‌ی آزمایش ۱ (روش تجسم هدایت یافته) برای گروه آزمایشی یک در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو بار) و مداخله‌ی آزمایشی ۲ (روش معنادرمانی) برای گروه آزمایشی دو در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو بار) اجرا شد. ضمن آنکه آزمودنی‌ها همزمان با انجام روشهای مداخله روانی، به غیر از داروهای خاص سرطان، هیچگونه دارویی ضد افسردگی یا ضد اضطراب مصرف نمی‌کردند. سپس بعد از اتمام جلسات پس آزمون روی دو گروه آزمایش و گروه گواه اجرا گردید تا تفاوت در پس آزمون هر دو گروه از نظر معنی دار بودن آماری مورد بررسی قرار گیرد.

نحوه اجرای جلسات تجسم هدایت یافته

شیوه کار تجسم هدایت یافته در این پژوهش که به عنوان یک متغیر مستقل برای گروه آزمایشی ۱ به کار رفته مطابق با پیشنهادات کتاب "تصویرسازی ذهنی" نوشته راسمن و ترجمه مهدی قراچه داغی (۱۳۸۱) به شکل ذیل انجام شد.

جلسه اول: تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، تعریف و بیان تاریخچه مختصری از تکنیک تجسم هدایت یافته، ارتباط بین تنیدگی با سرطان و نقش تخیل یا تصویرسازی ذهنی در کاهش اضطراب، افسردگی و... شرایط موفقیت آزمودنی‌ها در درمان، گرفتن پیش آزمون، کاوش توانمندی تصویرسازی ذهنی بیمار و ارزیابی تجربه‌ها.

جلسه دوم: آموزش و تمرین مهارت‌های اولیه برای رسیدن به آرمیدگی و ارزیابی تجربه‌ها.

جلسه سوم: آموزش و تمرین آرامش عمیق تر با تصویرسازی ذهنی و ارزیابی تجربه‌ها.

جلسه چهارم، پنجم و ششم: آموزش و تمرین انواع تصاویر ذهنی الیتام بخش و ارزیابی تجربه‌ها.

جلسه هفتم: آموزش و تمرین تبدیل شناخت به عمل و ارزیابی تجربه‌ها.

جلسه هشتم: آموزش و تمرین تصویرسازی ذهنی رسیدن به حال خوش و ارزیابی تجربه‌ها.

جلسه نهم: تکرار تمرین تصویرسازی ذهنی رسیدن به حال خوش و ارزیابی تجربه ها
جلسه دهم: خلاصه و جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون.

نحوه اجرای جلسات معنادرمانی

شیوه کار معنادرمانی به کار رفته در این پژوهش که به عنوان یک متغیر مستقل برای گروه آزمایشی ۲ مطابق با پیشنهادات کتاب "انسان در جستجوی معنا؛ پژوهش در معنا درمانی" نوشته فرانکل و ترجمه میلانی (۱۳۶۶) به شکل ذیل انجام شد.

جلسه اول: تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، تعریف و بیان معنی درمانی و لزوم وجود معنی در زندگی.

جلسه دوم: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، آگاهی در خصوص باور ها در پذیرش خویش و شناخت ویژگی های خویش و همچنین توجه به آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان.

جلسه سوم: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، آگاهی از مسئولیت پذیری و نقش آن در به دست آوردن موفقیت.

جلسه چهارم: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، شناخت عوامل ایجاد کننده اضطراب و راه های مقابله با آن شناخت اضطراب و جودی.

جلسه پنجم: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، بیان لزوم حفظ هویت و ارتباط با دیگران و یافتن معنای عشق.

جلسه ششم: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و بررسی معنای رنج.

جلسه هفتم: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و شناخت ارزش های خلاق.

جلسه هشتم: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و بررسی ارزش های تجربی.

جلسه نهم: مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و بررسی ارزش های گرایشی.

جلسه دهم: خلاصه و جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون.

لازم بذکر است از آنجائیکه این بیماران تنها برای انجام معالجات دارودرمانی و پرتودرمانی به بیمارستان مراجعه می کردند. بنابراین برای دسترسی منظم هر هفته به این بیماران سعی شد تا با خانواده های بیماران به صورت تلفنی جهت حضور منظم بیماران در جلسات درمانی به صورت دو بار در هفته در بیمارستان هماهنگی شود.

ابزارهای اندازه گیری

۱- پرسشنامه افسردگی بک (BDI)^۱، یکی از موفقترین ابزارهای اندازه گیری افسردگی است، نسخه اصلی پرسشنامه شامل ۲۱ آیتم است. هر سوال نشانه ای خاص از افسردگی را شرح می دهد که شامل مجموعه درجه بندی شده از ۴ جمله خودسنجی است، جمله ها برای انعکاس دامنه ای از شدت افسردگی، از

۱. Beck Depression Inventory

خشی (۰) تا حداکثر شدت افسردگی (۳) مرتب شده اند. در پژوهشی که توسط حسینی و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۸۰) انجام گرفت ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب همبستگی تنصیف ۰/۸۷ گزارش شده است. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی^۱ پرسشنامه افسردگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب برابر ۰/۷۹ و ۰/۶۸ می باشد، برای تعیین روایی^۲ پرسشنامه افسردگی نمره آن را با نمره پرسشنامه اضطراب همبسته نمودیم و مشخص گردید ($r=0.78$ و $p<0.001$) که بیانگر بر خورداری پرسشنامه افسردگی از اعتبار لازم می باشد.

۲- پرسشنامه اضطراب کتل (CAQ)^۳: در این پرسشنامه دو مقیاس جداگانه برای اندازه گیری اضطراب موقعیتی (اشکار) و اضطراب شخصی (پنهان) وجود دارد که هر کدام ۲۰ سوال دارد. این پرسشنامه را می توان بدون مراقبت به کار بست، بدین معنا که وقتی بیمار در اتاق انتظار است می تواند به ۴۰ ماده تست در تقریباً پنج دقیقه پاسخ دهد. بهتر است آزمودنیها پاسخ خود را به هر سوال با علامت زدن کلمه (بله) یا (خیر) مشخص کنند، (گاهی) پاسخی است که در وسط قرار داد برای موقعی است که از مودنی نمی تواند جواب قاطع را بدهد، اما از آزمودنیها خواسته می شود که تا آنجا می توانید از این پاسخ استفاده نکنید. فلاحی (۱۳۸۱) از طریق آلفای کرونباخ به محاسبه پایایی ابزار، پرداخته و رقم ۰/۸۶ را بدست آورد که معرف ضریب پایایی مقبولی است (به نقل از رحمانی، ۱۳۸۷). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که برای پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۸۴ می باشد. برای تعیین روایی پرسشنامه اضطراب نمره آن را با نمره پرسشنامه افسردگی همبسته نمودیم و مشخص گردید ($r=0.78$ و $p<0.001$) که بیانگر بر خورداری پرسشنامه اضطراب از اعتبار لازم می باشد.

۳- پرسشنامه امید به زندگی میلر (MHI)^۴: این مقیاس از نوع آزمونهای تشخیصی و شامل ۴۸ جنبه از حالت های امید به زندگی و درماندگی است که ماده های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امید به زندگی یا ناامید بر گزیده شده اند. پاسخ گویه ها بدین شرح نوشته شده اند (بسیار مخالف=۱، مخالف=۲، بی تفاوت=۳، موافق=۴، بسیار موافق=۵) هر فرد با انتخاب جمله ای که در رابطه با او صدق می کند، امتیازی را کسب می کند و بدین ترتیب امید به زندگی و درماندگی وی مورد ارزیابی قرار می گیرد. حسینی (۱۳۸۷) برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به ترتیب ضرایب آن برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بود. همچنین وی برای تعیین روایی این پرسشنامه، از نمره سوال ملاک استفاده کرد به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سوال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معنی داری وجود دارد ($r=0.61$ و $p<0.001$). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه امید به زندگی از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که برای پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۹۰ و ۰/۸۷ می باشد. برای تعیین روایی پرسشنامه

۱. reliability

۲. Validity

۳. Miller hopeful Inventory

۴. Cattell Anxiety Questionnaire

امید به زندگی نمره آن را با نمره پرسشنامه اضطراب همبسته نمودیم و مشخص گردید ($p < 0/0001$) و $T = -0/79$ که بیانگر بر خورداری پرسشنامه امید به زندگی از اعتبار لازم می باشد.

یافته‌های پژوهشی:

الف- یافته‌های توصیفی:

در این قسمت با استفاده از روشهای آماری مناسب، داده‌ها جمع آوری شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی متغیر افسردگی، اضطراب و امیدواری در پیش آزمون و پس آزمون

تعداد (n)	بعد از آزمایش		قبل از آزمایش		گروه متغیر		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۱۴	۴/۵۸	۱۸/۴۰	۴/۵۲	۲۷/۴۶	تجسم هدایت یافته	افسردگی	
۱۴	۳/۲۶	۱۴/۲۰	۶/۲۶	۳۰/۴۰			معنادرمانی
۱۴	۵/۱۶	۳۰	۵/۴۲	۲۶/۷۰			کنترل
۱۴	۲/۹۴	۱۳/۲۰	۳/۸۵	۱۸/۹۰	تجسم هدایت یافته	اشکار	
۱۴	۲/۱۱	۱۲/۸۹	۳	۲۰/۳۳			معنادرمانی
۱۴	۳/۵۴	۱۸	۳/۱۳	۱۹/۲۰			کنترل
۱۴	۳/۷۴	۱۵/۲۵	۵/۲۰	۱۷/۹۰	تجسم هدایت یافته	پنهان	
۱۴	۴/۶۴	۱۴/۵۶	۶/۴۲	۱۹/۴۰			معنادرمانی
۱۴	۵/۴۸	۱۶/۴۰	۵/۹۴	۱۸/۸۰			کنترل
۱۴	۳/۳۴	۱۴/۲۲	۴/۵۲	۱۸/۴	تجسم هدایت یافته	رط	
۱۴	۳/۳۷	۱۳/۷۲	۴/۷۱	۱۹/۸۸			معنادرمانی
۱۴	۴/۵۱	۱۷/۲۰	۶/۱۰	۱۹			کنترل
۱۴	۷/۲۷	۱۶۹	۱۱/۱۹	۱۲۶/۷۵	تجسم هدایت یافته	امیدواری	
۱۴	۷	۱۷۲/۲۴	۱۰/۷۸	۱۲۹/۱۶			معنادرمانی
۱۴	۷/۸۷	۱۲۹/۶۶	۱۰/۲۹	۱۳۱/۸۵			کنترل

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می شود در فرم پیش آزمون، میانگین نمرات آزمودنی‌ها از نظر افسردگی در گروه‌های تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۲۷/۴۶، ۳۰/۴۰ و ۲۶/۷۰ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۴/۵۲، ۶/۲۶، ۵/۱۶ می باشد. همچنین میانگین نمرات آزمودنی‌ها از نظر اضطراب آشکار نیز در گروه‌های تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۱۸/۹۰، ۲۰/۳۳، ۱۹/۲۰ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۳/۸۵، ۳/۱۳، ۳/۷۴ و از نظر اضطراب پنهان میانگین آزمودنی‌های در گروه‌های تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۱۷/۹۰، ۱۹/۴۰، ۱۸/۸۰ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۵/۲۰، ۶/۴۲، ۵/۹۴ همچنین از نظر اضطراب کلی میانگین آزمودنی‌های در گروه‌های

تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۱۸/۴، ۱۹/۸۸ و ۱۹ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۴/۵۲، ۴/۷۱ و ۶/۱۰ می باشد. همچنین از نظر امیدواری میانگین آزمودنی های در گروه های تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۱۲۶/۷۵، ۱۲۹/۱۶، ۱۳۱/۸۵ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۱۱/۱۹، ۱۰/۷۸، ۱۰/۲۹ می باشد.

در فرم پس آزمون، میانگین نمرات آزمودنی ها از نظر افسردگی در گروه های تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۱۸/۴۰، ۱۴/۲۰، ۳۰ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۴/۵۸، ۳/۲۶، ۵/۱۶ می باشد. همچنین میانگین نمرات آزمودنی از نظر اضطراب آشکار نیز در گروه های تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۱۳/۲۰، ۱۲/۸۹، ۱۸ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۲/۲، ۳/۵۴، ۳/۵۴ و از نظر اضطراب پنهان میانگین آزمودنی های در گروه های تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۱۵/۲۵، ۴۰/۵۶، ۱۶/۱۴ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۳/۷۴، ۴/۶۴، ۵/۴۸ همچنین از نظر اضطراب کلی میانگین آزمودنی های در گروه های تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۱۴/۲۲، ۱۳/۷۲، ۱۷/۲۰ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۳/۳۴، ۳/۳۷، ۴/۵۱ می باشد. همچنین از نظر امیدواری میانگین آزمودنی های در گروه های تجسم هدایت یافته، معنادرمانی و کنترل به ترتیب ۱۶۹، ۱۷۲/۲۴، ۱۲۹/۶۶ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۷/۲۷، ۷، ۷/۸۷ می باشد.

ب- یافته های مربوط به فرضیه پژوهش

فرضیه پژوهش:

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون افسردگی، اضطراب و امیدواری گروه های تجربی و کنترل

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۸۷	۳	۵۶	۷/۴۲	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۳	۵۴	۹/۳۲	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۵۷	۳	۵۲	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۴۷	۳	۵۸	۱۴/۹۸	۰/۰۰۱

آموزش تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و امیدواری زنان سرطانی موثر است. همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود سطوح معناداری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین آزمودنی های گروه های تجربی و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی، اضطراب و امیدواری) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها، در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. اثرات بین آزمودنی ها نمرات مانکوا با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون افسردگی، اضطراب و امیدواری گروه های تجربی و کنترل

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
افسردگی	۱۵۲۰/۰۰	۱	۱۵۲۰/۰۰	۱۴۱/۱۷	۰/۰۰۱
اضطراب	۲۱۰۸/۲۲	۱	۲۱۰۸/۲۲	۱۲۶/۷۱	۰/۰۰۱
امیدواری	۱۶۸۰۲/۵۰	۱	۱۶۸۰۲/۵۰	۳۴۶/۷۴	۰/۰۰۱

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود بین بیمارانی که آموزش تجسم هدایت یافته یا معنادرمانی را دیده اند (گروه های تجربی) نسبت به بیمارانی که این روش ها را فراموش کرده اند (گروه کنترل) از نظر افسردگی، اضطراب و امیدواری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می گردد.

با توجه به اینکه معنی دار شدن تفاوت بین گروه ها با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان نمی دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد؛ لذا بدنبال این تحلیل تعقیبی بونفرونی (مقایسه دو به دو میانگین های گروه ها) صورت گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مقایسه دو به دو میانگین های پس آزمون افسردگی، اضطراب و امیدواری در گروه های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه ها	تفاوت بین میانگین	سطح معنی داری
افسردگی	تجسم هدایت یافته و معنادرمانی	۴/۲	۰/۰۰۰۱
	تجسم هدایت یافته و کنترل	-۱۱/۶	۰/۰۰۱
	معنادرمانی و کنترل	-۱۵/۸	۰/۰۰۰۱
اضطراب	تجسم هدایت یافته و معنادرمانی	۰/۵۰	۰/۰۵۰
	تجسم هدایت یافته و کنترل	-۲/۹۸	۰/۰۱۵
	معنادرمانی و کنترل	-۳/۴۸	۰/۰۲۳
امیدواری	تجسم هدایت یافته و معنادرمانی	-۳/۲۴	۰/۰۰۱
	تجسم هدایت یافته و کنترل	۳۹/۳۴	۰/۰۰۰۱
	معنادرمانی و کنترل	۴۲/۵۸	۰/۰۰۰۱

همان طوری که در جدول ۴ ملاحظه می شود در بحث کاهش افسردگی بین تفاضل میانگین اثر تجسم هدایت یافته و معنادرمانی با $d=۴/۲$ ، بین اثر میانگین تجسم هدایت یافته و کنترل با $d=-۱۱/۶$ و بین اثر معنادرمانی و کنترل با $d=-۱۵/۸$ تفاوت معناداری وجود دارد. و این تفاوت ها با توجه به میانگین گروه ها در جدول ۱ به سود گروه های آزمایشی است. به عبارت دیگر آموزش تجسم هدایت یافته و

معنادرمانی در کاهش افسردگی زنان سرطانی تاثیر بیشتری داشتند. همچنین در این میان اثربخشی گروه معنادرمانی نیز نسبت به گروه تجسم هدایت یافته بیشتر بوده است.

در بحث کاهش اضطراب نیز بین تفاضل میانگین اثر تجسم هدایت یافته و معنادرمانی با $d=0/50$ ، بین اثر میانگین تجسم هدایت یافته و کنترل با $d=2/98$ و بین اثر معنادرمانی و کنترل با $d=3/48$ تفاوت معناداری وجود دارد. و این تفاوت‌ها با توجه به میانگین گروه‌ها در جدول ۱ به سود گروه‌های آموزشی است. به عبارت دیگر آموزش تجسم هدایت یافته و معنادرمانی در کاهش اضطراب زنان سرطانی تاثیر بیشتری داشتند. همچنین در این میان اثربخشی گروه معنادرمانی نیز نسبت به گروه تجسم هدایت یافته بیشتر بوده است.

همچنین در بحث افزایش امیدواری نیز بین تفاضل میانگین اثر تجسم هدایت یافته و معنادرمانی با $d=3/24$ ، بین اثر میانگین تجسم هدایت یافته و کنترل با $d=39/34$ و بین اثر معنادرمانی و کنترل با $d=42/58$ تفاوت معناداری وجود دارد. و این تفاوت‌ها با توجه به میانگین گروه‌ها در جدول ۱ به سود گروه‌های آموزشی است. به عبارت دیگر آموزش تجسم هدایت یافته و معنادرمانی در افزایش امیدواری زنان سرطانی تاثیر بیشتری داشتند. همچنین در این میان اثربخشی گروه معنادرمانی نیز نسبت به گروه تجسم هدایت یافته بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که بیان شد این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و امیدواری زنان سرطانی صورت گرفت. یافته‌های جدول ۱ تا ۴ نشان دادند که بین بیمارانی که آموزش تجسم هدایت یافته یا معنادرمانی را دیده‌اند (گروه‌های تجربی) نسبت به بیمارانی که این روش‌ها را فرا نگرفته‌اند (گروه کنترل) از نظر افسردگی، اضطراب و امید به زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$). و این بدین معنی است که آموزش تجسم هدایت یافته و معنادرمانی در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش امیدواری زنان سرطانی شهر اهواز موثر هستند.

این یافته با یافته‌های پژوهش‌های رییکا و جیا کینگ (۲۰۱۱)، اسپیک، نیوکلیک، سیوجپریس و پپ (۲۰۰۸)، راسمن (۲۰۰۸)، رودهاور (۲۰۰۷)، آنتونی، ویمبریلی، لیچنر، شفیری و یورسیو (۲۰۰۶)، مارتینویس، سیمونویس و دجوکیس (۲۰۰۶)، یو، اهن، کیم، کیم و هان (۲۰۰۵)، مک کافری و تیلور (۲۰۰۵)، آخ باخ (۲۰۰۴)، بلر (۲۰۰۴)، عباس پور (۱۳۸۶)، وان اکن (۲۰۰۳)، ناگاتا (۲۰۰۳)، مولازیوتیس و همکاران (۲۰۰۲)، کیوکت، مک گاریل و گلستر (۲۰۰۲)، مطالعه والکر و همکاران (۱۹۹۹)، وستگایت، به نقل از نوابی نژاد (۱۳۸۴)، آکاجی و باس، به نقل از هدایتی (۱۳۸۵)، یوسفی (۱۳۸۵) رودینی (۱۳۸۵) هدایتی (۱۳۸۵) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته که چرا آموزش تجسم هدایت یافته بر افسردگی، اضطراب و امیدواری موثر است می‌توان گفت روش تصویرسازی ذهنی به عنوان یک سبک تکنیک ذهن-بدن بر این پایه استوار است که ذهن و بدن با هم مرتبط هستند و می‌توانند در درمان بیماری و ایجاد سلامتی بر هم اثر بگذارند و

یکدیگر را تقویت کنند. روش تجسم هدایت یافته با برجسته کردن قدرت فکر، می تواند نحوه ادارک بیماران را از خود و تصور آنها را از میزان کارآیی شان عمیقاً تحت تاثیر قرار دهد. در واقع این روش با استفاده از تصاویر مثبت و انرژی زا، به بیماران علاوه بر تنظیم فشارهای روانی، کمک می کند تا احساسات خود را کنترل و مهارتهای جسمانی خود را در کاهش غمگینی، احساس گناه و افزایش امید به زندگی ارتقاء بخشند. به علاوه از آنجائیکه که روش آرام سازی به طور مختصر پیش نیاز شیوه تجسم هدایت یافته است می توان گفت یکی از علل افت تنش پس از به کارگیری این روش هم همین مساله یعنی استفاده از فن آرام سازی در ابتدای آن باشد. در واقع این دو روش به طور ارادی از فعالیت سمپاتیک که نقش اساسی در شروع تنش دارد، پیشگیری می کند. همچنین این روش باعث می شود بیماران با مشاهده آنچه در ذهنشان می گذرد، بدون قضاوت کردن در مورد آنها و چالش ایجاد کردن، با پیشرفت در این عمل و با تمرکز مناسب بتوانند علاوه بر دستیابی به توانایی مهار رویدادهای هولناک، ذهن خود را برای پیشرفت بیشتر یا رضایتمندی بیشتر برای ادامه مسیر (امید به زندگی) فعال نگه دارند. علاوه بر این روش تجسم هدایت یافته نیز از آن جهت مفید و مؤثر است که بیمار را با معنای درد، کیفیت و شدت و هم چنین عوامل راه انداز بیماری آشنا می سازد و این آشنایی باعث می شود که افراد با توجه به درک روشن خود از این متغیرها راهبردهای مقابله ای مؤثرتری را در تجسم ذهنی خود تمرین کنند.

همچنین در تبیین این یافته که چرا آموزش معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و امیدواری مؤثر است می توان گفت معنی درمانی با در نظر گرفتن گذرایی هستی و وجود انسانی به جای بدینی و انزوا، ارائه تفسیری تازه از محیط پیرامون انسان و در کل معنی دادن به زندگی، بیماران را به تلاش و فعالیت فرا می خواند و به آنها کمک می کند تا از ناامیدی، غمگینی زیاد و... رها و علاقه و اشتیاق آنها را به فعالیت های عادی و همچنین حفظ هویت و ارتباط با دیگران (یافتن معنای عشق)، احساس ارزشمند بودن و... بیشتر شود. همچنین با توجه به اینکه اضطراب ویژگی هستی شناختی هر فرد است که در رابطه با تهدید نیستی در وجود او ریشه دوانده است و پذیرش آزادی و آگاهی از متناهی بودن، ناگزیر موجب اضطراب می شود. بنابراین می توان گفت سازه های تعالی معنوی، با توجه به آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان و همچنین با ایجاد آگاهی از مسئولیت پذیری در بیماران، باعث می شود ترس و اضطراب بیماران سرطانی نسبت به عوارض بیماری و نگرانی آنان به خاطر فرصتهایی که در اختیار داشته ولی از دست داده اند کاهش یابد. در واقع بیماران با شرکت در جلسات گروهی و تبادل افکار و عقاید و یافتن معنایی برای آنچه که تا بدین روز بر آنها گذشته است، خواه درد و بیماری و خواه مصیبت و فقدان، این توانایی و آگاهی را کسب می کنند که زندگی همواره دارای معناست و می توان در هر پدیده ای که پیشامد می کند معنا و هدفی یافت. همچنین معنا درمانی گروهی فرصتی فراهم می کند تا اعضا به شناخت، درک و رهاسازی خود از موانعی که آزادی آنان را سد کرده، دست یابند و با مشارکت کامل و آگاهانه فرایند فوق را تجربه کنند.

بنابراین توصیه می شود که با تاسیس مراکز مشاوره و روان درمانی در بیمارستان ها به خصوص بخش بستری بیماران خاص، در روند رو به بهبود این بیماران کمک موثری صورت پذیرد و همچنین با توجه به این که پرستاران بخش سرطانی بیمارستان ها با افرادی سروکار دارند که از لحاظ روانی بسیار آسیب پذیرند، پیشنهاد می شود که جلسات آموزشی برای این پرستاران برگزار شود تا بتوانند در برخورد با بیماران به طور صحیح تر و اصولی تری رفتار کنند. از محدودیت های پژوهش حاضر نیز می توان به ناهمگن بودن آزمودنی ها از لحاظ امید به زندگی از نظر پزشک معالج، نوع سرطان، زبان و گویش آنان و همچنین ناتوانی در برگزاری دوره پیگیری کوتاه مدت به دلیل افت آزمودنی ها به علت فوت تعدادی از آنان اشاره کرد.

منابع

- برآبادی، حامد (۱۳۸۵). میزان اثربخشی روان درمانی حمایتی به شیوه گروهی بر کاهش اختلالات روانی افراد مبتلا به سرطان، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- جمالی، فریبا (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین نگرشهای مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاههای تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه الزهرا.
- حسینی، سید سعید و مهربانی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۰). بررسی و مقایسه عزت نفس، خودپنداره، اضطراب، افسردگی بر دانش آموزان پایه اول دبیرستانهای پسرانه تیزهوش، نمونه دولتی و عادی اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- راسمن، مارتین (۱۳۸۱). تصویرسازی ذهنی، ترجمه قراچه داغی، مهدی. تهران: نقش و نگار، چاپ اول.
- رودینی، بالقیس (۱۳۸۵). بررسی سودمندی معنا درمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان دچار ویروس کاهش ایمنی انسان بیماری اکتسابی کاهش ایمنی انسان، پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشگاه خاتم.
- سیسل، راس لافایت، بیماری های خون و سرطان، ترجمه حسین ارجمند و همکاران (۱۳۸۱). تهران، نسل فردا، چاپ دوم.
- عباس پور، رضا (۱۳۸۶). بررسی تاثیر تصویرسازی ذهنی بر اضطراب بیماران زن سرطان سینه بیمارستان امام خمینی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه خاتم.
- فرانکل، ویکتور امیل (۱۳۶۶). انسان در جستجوی معنا، پژوهش در معنا درمانی. ترجمه: صالحیان، میلانی. تهران: نشر ویس.
- محمد پور یزدی، احمد رضا (۱۳۸۵). فرادیدی بر روان شناسی و روان درمانی وجودی. تهران: دانژه.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۲). بهداشت روانی، تهران: ققنوس.
- نوابی نژاد، شکوه (۱۳۸۳). نظریه های مشاوره و روان درمانی گروهی. تهران: سمت.

نور کراس، جان و جیمز اُپروچاسکا (۱۹۹۹). نظریه های روان درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۳)، تهران: رشد

هدایتی، ناجی (۱۳۸۵). اثر بخشی مشاوره گروهی به روش معنا درمانی بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین بین ۱۳ تا ۱۸ سال هنرستان آزادگان سقز، پایان نامه دکترا. تهران دانشگاه علامه طباطبائی.

یوسفی، ناصر (۱۳۸۵). مقایسه اثر بخشی دو رویکرد مشاوره های و روان درمانی گشتالت درمانی و معنا درمانی در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پر خاشگری در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده شهرستان سقز، مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری آسیب شناسی، خانواده در ایران، دانشگاه شهید بهشتی.

- Achenbach, k. (2004). The use of guided imagery in chronic pain: A case study, journal of guidance & counseling, vol.1.issue 4, pp 5-33.
- American Cancer Society Cancer fact and figures)2005(. Atlanta; PP:1-60.
- Antoni M.H, Wimberly S.R, Lechner S.C, Kazi A, Sifre T, Urcuyo K.R & et al (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. Am.J, Psychiatry; 163: 1791-7.
- Bennett H, Wells A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. Journal of Anxiety Disorder, 24(3): P:318-25.
- Bernstein D, Borkovec T, Hazlett S. (2000). New direction in progressive relaxation training:A guide book for helping professionals. New York, Prager Publishing.
- Blair, R.G.(2004). Heloing older adolescents search for meaning indepression. Journal of mental health counseling .vol:26. Oct. P:333-347.
- Butler L, Koopman C, Cordova M.J, Garlan R.W(2003). Psychological distress and pain significantly increase before death in metastaticbreast cancer patients.Psychosom; 65:P: 416-26.
- Campas B, Haaga D, Keefe F, Leitenberg H, & Williams D. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer andbulimia nervosa. J.Consult, Clin, Psychol;66: 89-112.
- Clin, S. (2003), Cancer treatment related side effects, Neuropsychiatry; 8: P:253-75.
- Fawzy, F.I, kemeny, M.E, fawzy , NW (2007).”A struck al psychiatric intervention for cancer patients, changes over Time in Immunological measures. Arch Gee psychiatry 47-720-735.
- Kiccolt GJ, garriel RT & Glaster R.(2002). Annm Ree Psychol;53(1): P:85-107
- Kornblith A.B, Ligibel j(2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. Semin,Oncol; 30: P: 700-813.
- Lee. E. J. (2007). A cognitive vulnerability model of depression for people with temporal lobe epilepsy: A longitudinal study. Doctor dissertation, University of Wisconsin.
- Lukas & Zwang Hirsch, B.(2002) “Comprehensive Handbook of psychotherapy”. NewYork: john Wiley & sons, INC. Vol: 3. P: 338-356.
- Martinovic, Z., Simonovic, P., & Djokic, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. . Journal of Epilepsy and Behavior, 9(4), P: 619–624.
- Mccaferey, R,& Talor,N.(2005).”effective anxiety treatment prior rat ice. Journal of cancer,34, P:25-27.
- Molassiotis A, Yung H, Yam B, Chan F, & Mok T. (2002). The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast

- cancer patients: arandomized controlled trial. Support Care Cancer; 10(3): P: 237-46.
- Montgomery G.H & Bovbjerg D.H. (2004).BPre-surgery distress and specific response expectancies predict post- surgery outcomes insurgery patients confronting breast cancer. Journal of Health Psychol;23: P: 381-7.
- Nagata,K.(2003). A study of logotherapy for clinc low back pain patient., Journal of psychiatry. vol 105.
- Nagata,K.(2003). A study of logotherapy for clinc low back pain patient., Journal of psychiatry. vol 105.
- National Comprehensive Cancer Network Distress Management Panel. (2005) Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, Vol.1, Available at <http://nccn.org>.
- Office of Technology Assessment in American(2008). supplementary treatment method, Journal of cancer therapy, vole 34,22-28.
- Rassman, M. (2008). The effect mental imagery on breast cancer. Journal of holistic nursing practice,vole 50, P:13-20
- Rebecca, P & Jiaqing, O. (2011). Association Between Caregiving, Meaning in Life, and Life Satisfaction Beyond 50 in an Asian Sample:Age as a Moderator. Journal Springer Science+Business Media B ,13 June 2011
- Rodehaver, CB,(2007). There influence of guided imagery on chemotherapy ralated nausea and vomiting. journal of oncology nursing forum,vo.42(10), P:170181.
- Sharpiro SL, Lopez AM, Scharz GE, & et al (2001). Quality of life and breat cancer relationship to psychosocial variable. J clin psychol;no:5(1): P:501-519
- Silver, R., Boon, C. & stones, M.H. (1983) searching for meaning in misfortune. Making. sense of in cest ,journal of social issues. P:81-102.
- Speke, V., Nyklicek, I., Cuijpers, p., & pop,V. (2008). Predictor of outcome of grop and internet based cognitive behavior therapy. Journal of affective disorders :9(4), P:97-137.
- Walker LG, Walker MB, Ogston K, Heys SD, Ah-see AK, Miller ID & et al (1999). Psychosocial, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. journal of BJC; 80(1-2): P: 262-268.
- Wanacken, J.(2006). Effective telecommunication and mental imagery of famale patients suffering from breast cancer. journal of holistic nursing practice, vol, 48, P: 27-38.
- Wood W, Muss H, Solin L., & Olopade O. (2007). Cancer: principles & practice of oncology Vol 2, 7th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins .
- Yoo H.J, Ahn S.H, Kim S.B, Kim W.K, & Han O.S (2005). Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. Journal of Care cancer; 13(10): P: 826-33.

The effect of Guided Imagery and logo therapy on Depression, Anxiety and Hopefulness in Women with Cancer in Ahwaz

*Sh. Abolghasami

**S. Saeadi

***N. Morri Najafi

Abstract

The target of this study was to determine The effectiveness of guided imagery and logo therapy on depression, anxiety and hopefulness in women with cancer in Ahwaz. The subjects were 42 female patients with cancer in Ahwaz Shafa hospital that were selected by simple sampling and divided into two groups experimental (Guided Imagery group and logo therapy group) and one control group. The research was experimental type of pre-test and post-test with control group. The measurement instruments of the research were Cattel Anxiety Questionnaire(CAQ), Beck Depression Indicator(BDI), Miller hopefulness Questionnaire. Pre-test was preformed for both groups , then, the experimental group underwent training sesions and techniques of guided imagery and logo therapy. After applying the intervention, the three groups were tested again. For analyzing the data covariance Multivariate Analysis method (Mancova) were used. Results indicated that guided imagery training and logo therapy were effective on depression, anxiety and hopefulness in women with cancer in Ahwaz., and logo therapy was more effective than guided imagery.

Keywords: Guided Imagery, logotherapy, Depresstion, Anxiety, hopefulness ,cancer

*Assistant professor in Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonakabon Branch

**Graduated of Islamic Azad University, Tonakabon Branch

***M.A Students, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonakabon Branch (Corresponding Author)