

اثربخشی درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر پذیرش خود و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان

صفورا ماواییان^۱، فضل اله میردریکوند^{۲*}، مسعود صادقی^۳

۱- دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

* نویسنده رابط: mirderikvand.f@lu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در کشور ایران، سرطان پستان می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر پذیرش خود و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۹ بودند که از این میان در هر گروه (آزمایش و گواه) ۱۵ نفر به صورت تصادفی اختصاص داده شدند، و به پرسشنامه پذیرش خود (USAQ) و پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH) پاسخ دادند. سپس، گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند. پس از مداخله از هر دو گروه پس از آزمون گرفته شد و مجدد بعد از دو ماه هر دو گروه پیگیری شدند. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر متقابل گروه و زمان معنادار بود. بنابراین متغیر پذیرش خود در سطح معناداری ($F=5/77, p<0/01$) و متغیر رضایت زناشویی در سطح معناداری ($F=13/97, p<0/01$) افزایش داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر پذیرش خود و رضایت زناشویی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر معنادار دارد. لذا پیشنهاد می‌شود علاوه بر مشکلات جسمانی این جمعیت، به مسائل روان‌شناختی آنها نیز توجه شود و در کنار دارودرمانی، درمان‌های روان‌شناختی و از جمله رویکرد وجودگرا- انسان‌مدار، مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: درمان وجودگرا- انسان‌مدار، پذیرش خود، رضایت زناشویی، سرطان پستان

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از ۱/۲ میلیون نفر بیمار مبتلا به سرطان سینه تشخیص داده شده و بیش از ۵۰۰ هزار نفر در اثر این بیماری فوت می‌کنند (۳). انجمن سرطان آمریکا به طور تخمینی اعلام کرده است که سالانه ۲۰۰ هزار نفر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند که در این میان ۹ تا ۷٪ آنان مبتلا به مهاجم‌ترین نوع آن یعنی سرطان التهابی پستان

سرطان بیماری است که علامت مشخصه آن رشد و تکثیر نامحدود و کنترل ناپذیر سلول‌هایی است که نئوپلاسم بدخیم را ایجاد می‌کند (۱). در این بین سرطان پستان یکی از مهم‌ترین سرطان‌های زنان در جهان و دومین سرطان شایع در بین زنان است و سالانه میلیون‌ها مورد جدید به این بیماری مبتلا می‌شوند (۲). بر اساس گزارش

است (۴). در ایران، سرطان پستان یکی از شایعترین بدخیمها در زنان است. اوج سنی شیوع آن در زنان ایرانی مربوط به دهه‌های چهارم و پنجم زندگی بوده و یک دهه از سن شیوع جهانی آن پایین‌تر است (۵).

ابتلا به سرطان پستان چالش‌های زیادی را در زنان بر می‌انگیزد؛ تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی درمان و عود بیماری موجب واکنش‌های روانی استرس، اضطراب و افسردگی میشوند و این واکنش‌ها می‌توانند از طریق ایجاد اختلال در عملکرد، ایجاد مشکلات در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم‌گیریهای درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی و تعامل اجتماعی ضعیف بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر مخرب و منفی بگذارند (۶). سرطان پستان تأثیرگذارترین سرطان از نظر روانی و عاطفی در میان زنان است که منجر به بروز مشکلات عاطفی و هیجانی عمیقی در بیمار می‌شود (۷).

براساس پژوهش‌های انجام گرفته، سرطان پستان و درمان‌های پزشکی که جهت مقابله با آن صورت می‌گیرد مشکلاتی در رابطه با تصویربندی و آزرده‌گی روان‌شناختی در بیماران ایجاد می‌نماید (۸). لذا نگرانی از تصویربندی بر پذیرش خود این بیماران تأثیر می‌گذارد. پذیرش بی‌قید و شرط خود یعنی احساسی که فرد نسبت به خود، وضعیت کنونی و توانمندی‌های خود دارد فارغ از منابع هویت بیرونی. به عبارت ساده‌تر پذیرش بی‌قید و شرط خود یعنی این که فرد خود را به صورت کامل و آنچنان که هست بپذیرد و این که فرد هم‌پذیرای نکات منفی و هم‌نکات مثبت وجود خود باشد (۹). بنابراین، سرطان پستان جنبه‌های مختلفی از سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از بدن خودش تنش روانی را تشدید و سلامت روانی فرد را با چالش روبه‌رو می‌کند. باقرنژاد و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد و راه حل کوتاه‌مدت محور تأثیر مطلوبی بر افزایش پذیرش خود در بیماران مبتلا به سرطان پستان داشتند اما تأثیر روش درمانی پذیرش و تعهد بیشتر از روش روان درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور بود (۱۰).

بعد از تشخیص سرطان، یکی از مشکلات روانی که برای این زنان به وجود می‌آید رضایت‌مندی همسران آنهاست. همسران زنان مبتلا به سرطان پستان در روابط زناشویی و جنسی مشکلات بسیاری را تجربه می‌کنند (۱۱). رضایت زناشویی نگرشی است که می‌تواند مثبت یا منفی باشد و به ارزیابی فرد از موقعیت ازدواج برمی‌گردد و فرایندی است که در طی زندگی زوجین به وجود می‌آید و شامل چهار حیطه جاذبه (جنسی، بدنی) طرزتلقی، تفاهم و سرمایه‌گذاری است (۱۲). مانند نمودی از شادی است که وضعیت پیوند زناشویی و عملکرد زناشویی تعریف شده است که از تعاملات کارآمد، رضایت از زندگی مشترک و تجارب خوشایند ناشی می‌شود (۱۳).

زنان مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با دیگر سرطان‌ها بعد از تشخیص بیماری بقاء طولانی‌تری دارند؛ اما امروزه تنها زنده ماندن مدنظر نیست، بلکه بیماران خواهان زندگی با کیفیت مناسب هستند (۱۴). بر همین اساس بیماران مبتلا به سرطان پستان علاوه بر درمان‌های دارویی نیاز به درمان‌های روان‌شناختی دارند که با این رویداد به صورت سازگارانه تری مواجه شوند. در میان درمان‌های روان‌شناختی که در کاهش مشکلات آسیب‌زای بیماران مبتلا به سرطان پستان کاربرد داشته‌اند، درمان وجودگرا-انسان‌مدار درمانی است که در جهت کمک به افراد برای احیا و در اختیار گرفتن مجدد زندگی خویشتن تأکید می‌کند (۱۵).

درمان وجودگرا-انسان‌مدار و هر آنچه که می‌توان از آن به عنوان روان‌شناسی وجودی-یکپارچه شده نام برد، از ایالات متحده آمریکا و بر اساس آمیختن فلسفه و روان‌شناسی وجودی اروپایی با دیدگاه روان‌شناسی انسان‌گرایی آمریکایی نشأت گرفته است. بعد از یک دوره کاهش علاقه و نفوذ، رونق روان‌شناسی وجودی-انسان‌مدار از سال ۲۰۰۰ آغاز شد. روان‌شناسی وجودی-یکپارچه شده، معنویت و تأثیرات چند فرهنگی و بین‌المللی چند راهبردی بودند که در احیا و رونق درمان وجودی-انسان‌گرا نقش داشتند (۱۶). روان‌درمانی وجودگرا-انسان‌مدار روشی است برای کمک به افراد برای احیا و در اختیار گرفتن زندگی مجدد خویشتن و آزادی

سرطان معرفی شده است. همچنین از آن جایی که این روش درمان تلفیقی، به تازگی در حیطه‌ی روان‌درمانی مطرح شده است، تبیین و تحلیل میزان اثربخشی آن در زمینه‌ی کاهش علائم روان‌شناختی همراه با سرطان نیاز به انجام تحقیق و پژوهش‌های بیشتری دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر پذیرش خود و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و براساس طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دوره پیگیری دو ماهه و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد که ۳۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) اختصاص داده شدند. از آن جایی که به دلیل مزمن بودن بیماری سرطان پستان به تعداد آزمودنی بیشتری جهت شرکت در پژوهش دسترسی وجود نداشت؛ بنابراین، حجم نمونه براساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (۲۵). افراد هر دو گروه آزمایش و گواه برحسب متغیرهای سن، میزان تنیدگی، فقدان بیماری‌های جسمی دیگر و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی هم‌تاسازی شدند. قبل از اجرای درمان وجودگرا- انسان‌مدار از هر دو گروه، پیش‌آزمون از متغیرهای پژوهش به عمل آمد. ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل موارد زیر بود: داشتن حداقل مدرک دیپلم، محدوده سنی بین ۲۰-۶۰ سال، رضایت به شرکت داشتن در این طرح. ملاک‌های خروج: انجام ندادن تکالیف، عدم همکاری، دارا بودن سایر مشکلات جسمی به دلیل ناهمگن شدن نمونه‌ها، و ابتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی.

پرسشنامه پذیرش خود (USAQ): این پرسشنامه توسط Haaga and Chamberlain در سال ۲۰۰۱ طراحی شد. شامل ۲۰ عبارت و دارای دو مقیاس پذیرش بدون قید و شرط و پذیرش مشروط خود است و برای گروه سنی ۱۴ سال به

بخشیدن به مراجعین. درمانگران وجودگرا- انسان‌مدار تلاش می‌کنند تا با مراجعین در لحظه‌ای که حضور دارند دیدار کنند و مراجعین را ترغیب می‌کنند تا برای به حداکثر رساندن توانایی‌هایشان برای دگرگون ساختن به طور تجربی دست به گریبان شوند (۱۷). درمانگران برای رسیدن به هدف درمان ابزاری‌های استفاده می‌کنند که به معنای سستی تکنیک نیستند، بلکه مواضع و شرایطی هستند که با استفاده از آن‌ها به رهاسازی تجربه و دگرگونی بنیادی می‌رسند (۱۸). روان‌درمانی وجودگرا- انسان‌مدار آمیزه‌ای از مفاهیم و کاربست مبتنی بر ارزش‌های فلسفه وجودگرایی مانند مسئولیت، خود جست و جویی و پیکار و ارزش‌های عامیانه مانند عمل‌گرایی، خوداتکایی و خوش بینی است (۱۹،۲۰). Spiegel، در پژوهش خود با هدف ارزیابی درمان وجودگرا- انسان‌مدار برای بیماران مبتلا به سرطان پستان پیشرفته، دریافتند که گروه درمانی وجودگرا- انسان-مدار منجر به کاهش اختلال‌های از قبیل افسردگی، تنش، اضطراب و پریشانی روانی در این زنان می‌شود (۲۱). Couper و همکاران، نیز با بررسی زوج درمانی شناختی- وجودگرا در مردان مبتلا به سرطان و همسران آنها به این نتیجه دست یافتند که این درمان در بهبود مقابله بیماران و پایین آمدن پریشانی همسران آنها موثر است (۲۲). علاوه بر این، Gonzalez and Barden، در پژوهش خود جهت بررسی درمان وجودگرا- انسان‌مدار به عنوان وسیله‌ای برای حمایت از بیماران سرطان پستان، به این نتیجه دست یافتند که این درمان برای افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی در این بیماران موثر است (۲۳). همچنین در جامعه ایرانی بیوکی، در پژوهشی جهت ارزیابی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد وجودگرا- انسان‌مدار در کاهش میزان اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان، به این نتیجه دست یافتند که گروه درمانی وجودگرا- انسان‌مدار موجب کاهش اضطراب مرگ این بیماران شده و نیز بهبودهایی در کیفیت زندگی آنها مشاهده شد (۲۴).

بنابراین، از آن جایی که درمان وجودگرا- انسان‌مدار برای کاهش مشکلات ناشی از بیماری‌های مزمن از جمله

به صورت پنج گزینه ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع لیکرت است) در نظر گرفته شده است (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف)، که به هر یک از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود. ضریب آلفای پرسش نامه در گزارش Olson (۱۹۸۳)، برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب از این قرار است: ۰/۹۰، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۷۱ و ۰/۶۸ (۲۸). معتمدین (۱۳۸۳) برای بررسی روایی سازه پرسشنامه انریچ از پرسشنامه سازگاری زناشویی استفاده کرد و ضریب همبستگی ۰/۶۵ به دست آورد (۲۹). همچنین در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسشنامه براساس آلفا کرونباخ، ۰/۹۴ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: با مراجعه به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد، آزمودنی‌ها براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد پژوهش شدند. سپس برای شرکت کنندگان در پژوهش، اهداف توضیح داده شد و جهت شرکت در پژوهش از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و جهت رعایت اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق شرکت کنندگان به آن‌ها گفته شد که هر زمان تمایل به ادامه و حضور در فرآیند درمان را ندارند، می‌توانند انصراف دهند. در ضمن به محرمانه بودن اطلاعات جلسات درمان نیز تاکید شد. سپس افراد به دو گروه آزمایشی (درمان وجودگرا-انسان‌مدار) و گواه تقسیم شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون از هر دو گروه، پژوهشگر طی ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای، درمان وجودگرا-انسان‌مدار را بر روی گروه آزمایش اجرا کرد. در طول این مدت گروه گواه درمان روان‌شناختی را دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و دو ماه پس از اجرای پیش‌آزمون هر دو گروه در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. خلاصه جلسات درمان وجودگرا-انسان‌مدار در جدول ۱ ذکر شده است. در نهایت، به منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام پژوهش درمان وجودگرا-انسان‌مدار روی گروه گواه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 22 و براساس تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

بالا قابل اجراست. نحوه پاسخ‌دهی به این پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت از کاملاً نادرست = ۱ تا همیشه درست = ۷ است. در این مقیاس گرفتن نمره بالا در ۹ عبارت شامل عبارت‌های ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸ نشان دهنده پذیرش بدون قید و شرط خود است (دامنه نمرات از ۹ تا ۶۳)، در حالی که ۱۱ مورد دیگر (۱، ۴، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۲۰) به صورت معکوس است به طوری که نمره پایین‌تر نشان‌دهنده پذیرش مشروط خود است (دامنه نمرات از ۱۱ تا ۷۷).

Chamberlain and Haaga همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کردند که در سطح قابل قبولی است (۲۶). همچنین پایایی آن از طریق دو نیمه کردن آزمون به دست آمده است و با استفاده از روش تنصیف اسپیرمن- براون ۰/۶۳ به دست آمده است (۲۶). پایایی پرسشنامه در ایران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به دست آمد. همچنین پایایی آن از طریق دو نیمه کردن آزمون و با استفاده از روش تنصیف اسپیرمن- براون ۰/۶۳ به دست آمد. اعتبار همگرا این پرسشنامه از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ بررسی شد که ضریب همبستگی آن ۰/۳۷ به دست آمد. همچنین از تحلیل عامل تأکیدی با یک نمونه ۲۰۰ نفری از نوجوانان دختر دبیرستانی جهت بررسی اعتبار این پرسشنامه استفاده شد که به جز سه ماده از پرسشنامه، سایر عبارت‌ها از بار عاملی مناسبی برخوردار بود (۲۷) همچنین در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسشنامه براساس آلفا کرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH): پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ که فرم ۴۷ سؤالی آن توسط Olson (۱۹۹۳)، تهیه شد شامل ۱۲ مقیاس است که عبارتند از: پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری عقیدتی ساخته شده است. این ابزار

نتایج

و عدم معناداری آن برای مولفه‌های پژوهش، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی نیز رعایت شده است. با توجه به جدول ۵ و معنادار بودن عامل زمان درون‌گروهی وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای پذیرش خود و رضایت زناشویی در سطح $(p < 0/01)$ تایید می‌گردد. همچنین معنادار بودن اثر تعاملی (زمان و گروه) در درون‌گروهی حاکی از تفاوت بین دو گروه در متغیرهای پذیرش خود و رضایت زناشویی در مراحل سه گانه اندازه‌گیری است $(p < 0/01)$. همچنین، معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها حاکی از وجود تفاوت معنادار بین گروه درمان وجودگرا- انسان‌مدار و گروه گواه برای پذیرش خود و رضایت زناشویی است $(p < 0/05)$. در مجموع یافته‌ی به دست آمده پژوهش نشان می‌دهد که درمان وجودگرا- انسان‌مدار، پذیرش خود زنان مبتلا به سرطان پستان و رضایت زناشویی همسران آنها را بهبود بخشیده است.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ میانگین نمره‌های پذیرش خود تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج حاکی از این است که درمان وجودگرا- انسان‌مدار توانسته است به طور معناداری پذیرش خود زنان مبتلا به سرطان پستان را افزایش دهد و این اثربخشی در دوره دو ماهه پیگیری همچنان تداوم داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Ownsworth و Nash (۳۰)، Spiegel (۲۱)، Vos, Craig و Cooper (۳۱)، Peek و Melnyk (۳۲) Schneider و Krug (۱۹) همخوان می‌باشد.

در تبیین یافته به دست آمده از پژوهش می‌توان چنین بیان کرد که یکی از اصول اساسی درمان وجودگرا- انسان‌مدار پذیرش درد و رنج در زندگی است. وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی

در این پژوهش، گروه آزمایش و گواه هر کدام دارای ۱۵ نفر شرکت‌کننده با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب $۷/۲۴ \pm ۴۵/۳۳$ و $۶/۱۲ \pm ۶/۳۳$ بودند. طول دوره بیماری در آزمودنی‌ها ۱ تا ۵ سال و میانگین و انحراف معیار آن در گروه آزمایش و گواه به ترتیب برابر با $۲/۳۳ \pm ۲/۴۱$ و $۲/۳۰ \pm ۲/۶۰$ بود. در ادامه نتایج جدول ۲ نشان دهنده سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی در گروه آزمایش و گواه می‌باشد. جدول ۳، نشان دهنده شاخص‌های توصیفی متغیر پذیرش خود و رضایت زناشویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه است. همان‌طور که قابل مشاهده است، میانگین متغیر پذیرش خود و رضایت زناشویی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون افزایش داشت و این افزایش در دوره پیگیری حفظ شد؛ اما نمرات در گروه گواه تغییرات محسوسی نداشتند. در بخش یافته‌های استنباطی، به بررسی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پرداخته شده است. برای اجرای این آزمون چندین مفروضه اصلی وجود دارد. یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک، فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه نمونه در جامعه است. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد، که نتایج نشان داد این پیش‌فرض تایید می‌گردد $(p > 0/05)$. همچنین، پیش از اجرای آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض تساوی واریانس با استفاده از آزمون‌های باکس، کرویت موچلی و لوین مورد بررسی قرار گرفت. که براساس جدول ۴ برای مولفه‌های پذیرش خود و رضایت زناشویی معنادار نبوده است، بنابراین، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس به درستی رعایت شده است. براساس آزمون کرویت موچلی که در مولفه‌های پژوهش معنادار نبوده است، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها رعایت شده است و براساس آزمون لوین

نهفته است، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسانتر می شود، درد و رنج و زندگی را با تمام شرایط آن می پذیرد. برگزاری جلسات گروهی با رویکرد وجودگرا- انسان مدار باعث شد که زنان مبتلا به سرطان پستان با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و احساس اینکه همه چیز از بیرون کنترل می شود، جای خود را به کنترل درونی دهد. انسان ها زمانی که با شرایط رنج آوری مواجه می شوند دچار نوعی بی معنایی، غفلت، درماندگی و ناامیدی در زندگی می شوند. انسان موجودی است که همواره به دنبال معناست حتی برای رنج ها و دردهایش به دنبال دلیلی است. به طوری که وقتی به این معنا دست یافت، تحمل و پذیرش موقعیت برای او آسانتر و حتی در مواقعی دلپذیرتر می شود. از طرفی درمان وجودگرا- انسان مدار افراد را متوجه آزادی وجودی خود در زندگی می کند که هر چند فرد با شرایط اجتناب ناپذیری روبروست، اما آزادی این را دارد که افکارش را نسبت به محدودیت و رنج موجود تغییر دهد و تسلیم شرایط محض نشود. نتایج این تحقیق بیان کننده این است که درمان وجودگرا- انسان مدار با تأکید بر پذیرش رنج به عنوان بخش جدایی ناپذیر هر فرد، در این دنیا، آزادی انتخاب در شرایطی را مهیا می کند که انتخاب بین گزینه های مطلوب نیست، بلکه انتخاب بین گزینه های نامطلوب است. در نتیجه فرد شجاعانه دست به انتخاب می زند و مسئولیت انتخاب خویش را می پذیرد و امیدواری، صبر، اراده، جرأت مندی و مهمتر از همه تاب آوری او در برابر مشکلات افزایش پیدا می کند. از تأثیرات دیگر درمان وجودگرا- انسان مدار این است که با ایجاد تغییرات عمیق در بینش بیماران نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به زندگی باعث می شود که هدفی برای خود برگزینند، از فرصت های خود لذت بیشتری ببرند و از زندگی رضایت بیشتری داشته باشند و به افراد کمک می کند که با اعتقاد به آزادی اراده و مسئولیت خویش در برابر زندگی به دنبال ایجاد شرایط بهتر برای زندگی خویش باشند (۱۸).

همچنین، بر اساس نتایج پژوهش، بین گروه های آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری از لحاظ میانگین نمره های رضایت زناشویی همسران تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج حاکی از این است که درمان وجودگرا- انسان مدار توانسته است به طور معناداری رضایت زناشویی همسران زنان مبتلا به سرطان پستان را افزایش دهد و این اثربخشی در دوره دو ماهه پیگیری همچنان تداوم داشته است. این یافته با نتایج پژوهش های Fegg و همکاران (۳۳)، Collins و همکاران (۳۴) و Krug و Schneider (۱۹) همخوان می باشد.

در تبیین این یافته می توان چنین بیان کرد که در گروه درمانی وجودگرا- انسان مدار به مراجعان کمک می شود با واقعیت نیستی و مرگ مواجه شوند. آگاهی از مرگ، حس مسئولیت پذیری افراد را نسبت به زندگی افزایش می دهد. در نتیجه افراد با آگاهی از موضوع مرگ خود و عزیزان، تمام تلاششان را برای انجام مسئولیت های تمام لحظات زندگی به کار می گیرند. همچنین آگاهی از مرگ گریزناپذیر، برانگیزاننده و مشوق افراد در رویارویی با فعالیت های مخاطره برانگیز است. بنابراین، افراد در فرآیند گروه درمانی بینششان نسبت به مرگ اصلاح می شود، آن ها با آگاهی از اجتناب ناپذیر بودن مرگ، تمام توان خودشان را برای رشد خود و بهره مندی از زندگی به کار می گیرند. همچنین، وقتی بیمار احساس کند که قادر است برای بهبود خود کاری انجام دهد و این آزادی را دارد که در قبال شرایط بیرونی، موضع خاصی را اتخاذ نماید و در برابر شرایط تسلیم محض نیست، آینده ای روشن با توجه به محدودیت های خود برای خود ترسیم می کند. از سویی شفاف تر شدن احساسات که اغلب بیان نشده هستند، بیماران را در رابطه با بیماری و مرگ خود، با حضور در جو درمان وجودگرا- انسان مدار و پرداختن به آن ها، به نوبه خود بزرگترین گام در جهت کمک به آن هاست تا به شکلی عمیق به بررسی دغدغه های خویش پرداخته و در این جهت با درک و شناخت دیدگاه سایر اعضای درگیر در درمان وجودگرا- انسان مدار نسبت به یک

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

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد که روش درمان وجودگرا- انسان‌مدار، می‌تواند به عنوان گزینه مطلوبی در افزایش پذیرش خود و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان مطرح شود. لذا، فراهم نمودن تمهیدات لازم از سوی مدیران ارشد و پزشکان آنکولوژیست در به کارگیری درمان وجودگرا- انسان‌مدار به منظور افزایش پذیرش بیماری و شاخص‌های روانی مثبت زنان مبتلا به سرطان پستان توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه لرستان با شماره ۹۷۱۱۲۲۱۰۳۰-۲۱ می‌باشد، لذا از تمام دست‌اندرکاران و پرسنل بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد و بیماران محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر را داریم. همچنین، پروپوزال این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان مورد تایید قرار گرفته است (IR.LUMS.1399.177).

تجربه مشترک، به تعریفی جدید از زندگی، تنهایی، آزادی، مرگ و معنا دست یابند (۱۸).

در سراسر فرایند درمان وجودگرا- انسان‌مدار به شناخت و بررسی این مسائل، دغدغه‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه افراد به خود و زندگی و تغییر این دیدگاه پرداخته می‌شود، زیرا این شیوه به افراد گروه درمان که دچار ناکارآمدی در روابط و کارکرد اجتماعی هستند، کمک می‌کند تا از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان بینی و خلق ارزش‌های تازه، ارزش‌های فعلی خود را تغییر داده و ارزش‌های متناسب با موقعیت خود را ایجاد کنند. بدین ترتیب، بارزترین ویژگی این رویکرد درمانی، تاکید بر رابطه درمانی و نقش آن در ایجاد تغییر در مراجع است (۳۵). Yallom and Vinogradو، در به کارگیری درمان وجودگرا- انسان‌مدار به شیوه گروهی در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان گزارش کردند که این رویکرد درمانی در بیماران سرطانی این جرأت را به وجود می‌آورد تا بتوانند درون خود را فاش سازند، مواردی را که در درون‌شان نهفته است با دیگران در میان بگذارند و احساسات‌شان درباره مرگ، دل شکستگی، ترس‌ها، نگرانی‌ها و تجارب دردناکی را که در تنهایی به ندرت می‌توانند بر آن‌ها فائق آیند، در گروه درمان آشکار سازند. از عوامل آسیب و کاهش سلامت روانی، نداشتن معنا و هدف در زندگی و نپذیرفتن مسئولیت است. بنابراین، اگر شخص در موقعیتی قرار گیرد که نتواند شرایط را تغییر دهد، می‌تواند نگرش خود نسبت به وضعیت را تغییر دهد که این کار نوعی متعالی کردن خود از رهگذر معنایابی است؛ به خصوص هنگامی که رنج کشیدن اجتناب ناپذیر باشد (۳۶).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اینکه به دلیل شرایط شرکت‌کنندگان، امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت و از نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. همچنین، پژوهش حاضر در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شده و باید در تعمیم نتایج این پژوهش

جدول ۱- خلاصه مطالعه درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر پذیرش خود و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان

| | |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی درمانگر با درمانجویان شرکت‌کننده، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد، تعریفی از سرطان پستان، ترغیب درمانجویان شرکت‌کننده به صحبت کردن |
| جلسه دوم | سبک متعارف حضور، ایجاد رابطه صمیمانه، کمک به مراجع برای داشتن تجربه "من هستم" و به عهده گرفتن مسئولیت زندگی خودش، کمک به درمانجویان شرکت‌کننده برای شناسایی موانع محدود کننده زندگی، کمک به درمانجو برای متوسل شدن به لحظه اکنون، ارائه تمرین موضوعی، فردی و مراقبه مجسم |
| جلسه سوم | مرور تکالیف جلسه قبل، فعال‌سازی درون فردی، کاربست چهار کاربرد اکتاو، ترغیب درمانجو به شخصی سازی گفت-وگوهایشان، ارائه مثال‌هایی عینی ازدشواری‌های خود، ترغیب درمانجو برای استفاده از ضمیر اول شخص، ارائه تکلیف مراقبه هدایت شده اشناپدر |
| جلسه چهارم | مرور تکالیف جلسه قبل، کمک به درمانجوی شرکت‌کننده برای تجربه کردن هدایت‌گری از طریق ایفای نقش، تجسم و نقش‌گزاری تجربی، ترغیب درمانجو برای واقعی کردن آگاهی و حضور در زندگی واقعی، تمرین نوشتن محتوای رویاها |
| جلسه پنجم | بررسی تکالیف جلسه کمک به درمانجوها برای ارتباط با بخش‌هایی از خود که بی توجه رها شده‌اند، واداشتن درمانجوی شرکت‌کننده به کندکردن آهنگ یا همراه شدن با تجربه پرهیجان یا اضطراب‌آور برای تسهیل خودآگاهی، کار بر روی رویاها با روش آوردن رویاها به اینجا و اکنون، ارائه تمرینات جنبشی |
| جلسه ششم | مرور تکالیف جلسه قبل، فعال‌سازی بین فردی از طریق مواجهه، درخواست از درمانجو برای توجه به آشفتنگی‌ها و گرایشات نهفته در روابط بلافصل، تشخیص فرافکنی مربوط به انتقال و انتقال متقابل، ایجاد رابطه من-تو |
| جلسه هفتم | مواجهه با مقاومت‌ها، کمک به درمانجو به برای پی بردن به احساس خود و به دنیایش، کار بر روی مقاومت از طریق احساسی و رویارویی، ارائه تکلیف بازنگری و ناکامی و جرات‌ها برای پذیرش خویشتن |
| جلسه هشتم | مرور تکالیف جلسه قبل، کمک به درمانجویان شرکت‌کننده برای پرورش حسی از معنای زندگی، ترغیب درمانجویان برای دستیابی به قصدمندی و جهت‌گیری مهم به سمت یک هدف معین، ایجاد حیرت در درمانجو، ترغیب درمانجو برای تحقق بخشیدن به معانی زندگی. |

جدول ۲- اطلاعات جمعیت‌شناختی در گروه آزمایش و گواه در مطالعه اثربخشی درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر پذیرش خود و

رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان

| متغیر | گروه آزمایش (۱۵) | گروه گواه (۱۵) |
|--------------|---------------------------|----------------|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |
| وضعیت اشتغال | شاغل ۹ (۶۰) | ۸ (۵۳/۳) |
| | بیکار ۶ (۴۰) | ۷ (۴۶/۳۷) |
| وضعیت تاهل | متاهل ۸ (۵۳/۳) | ۱۰ (۶۶/۷) |
| | مجرد ۵ (۳۳/۳) | ۴ (۲۶/۷) |
| | مطلقه ۲ (۱۳/۳) | ۱ (۶/۷) |
| | بالاتر از لیسانس ۲ (۱۳/۳) | ۲ (۲۰) |
| سطح تحصیلات | لیسانس ۶ (۴۰/۷) | ۵ (۳۳/۳) |
| | دیپلم ۷ (۴۶/۷) | ۸ (۵۳/۳) |

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مطالعه اثربخشی درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر پذیرش خود و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان

| متغیر | گروه‌ها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---------------|-------------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| پذیرش خود | آزمایش گواه | ۲۰/۱۳ | ۲/۰۶ | ۲۴/۸۰ | ۱/۷۴ | ۲۴/۳۳ | ۱/۵۴ |
| رضایت زناشویی | آزمایش گواه | ۳۳/۴۶ | ۱/۸۰ | ۴۱/۲۶ | ۱/۵۷ | ۳۸/۲۰ | ۱/۴۰ |
| | | ۳۱/۰۶ | ۳/۷۵ | ۳۴/۳۳ | ۱/۷۹ | ۳۳/۷۳ | ۱/۳۳ |

جدول ۴- نتایج آزمون باکس، کرویت موجلی و لوین در مطالعه اثربخشی درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر پذیرش خود و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان

| متغیر | باکس (F) | کرویت موجلی | آزمون لوین (F) | |
|---------------|----------|-------------|----------------|----------|
| | | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| پذیرش خود | ۰/۵۴ | ۰/۲۳ | ۰/۲۴ | ۰/۴۳ |
| رضایت زناشویی | ۰/۶۴ | ۰/۷۵ | ۰/۶۳ | ۰/۲۵ |
| | ۰/۳۲ | ۰/۳۸ | ۰/۲۶ | ۰/۵۶ |

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه تاثیر درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب در مطالعه اثربخشی درمان وجودگرا- انسان‌مدار بر پذیرش خود و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان

| متغیر | منابع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | p-value | اندازه اثر | توان آماری |
|---------------|-------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------|------------|------------|
| پذیرش خود | زمان | ۲۶۲/۷۱ | ۲ | ۱۰۷/۵۶ | ۲۷/۷۷** | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ | ۱ |
| | درون گروهی | ۲۷/۴۸ | ۲ | ۱۹/۲۳ | ۵/۷۷** | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۴ | ۱ |
| رضایت زناشویی | بین گروهی | ۳۵۶/۵۲ | ۵۶ | ۴/۱۳ | | | | |
| | خطا | ۶۲۸/۷۷ | ۱ | ۶۲۸/۷۷ | ۱۲۵/۵۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱ |
| رضایت زناشویی | درون گروهی | ۱۴۸/۶۴ | ۲۸ | ۴/۹۰ | | | | |
| | خطا | ۱۰۳/۶۲ | ۲ | ۵۱/۸۱ | ۶/۶۶** | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۰ | ۱ |
| رضایت زناشویی | درون گروهی | ۲۰۱/۷۵ | ۲ | ۱۰۰/۷۸ | ۱۳/۹۷** | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱ | ۱ |
| | خطا | ۴۳۵/۲۸ | ۵۶ | ۷/۷۷ | | | | |
| رضایت زناشویی | بین گروهی | ۴۹۹/۳۷ | ۲ | ۴۹۹/۳۷ | ۵۱/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵ | ۱ |
| | خطا | ۱۱۲/۹۳ | ۲۸ | ۹/۶۱ | | | | |

References

1. Mirzazadeh R, Pirkhaefi A. The Effectiveness of clinical creativity therapy model on improving hope and happiness of the Patient with breast Cancer. *Health Psychology*. 2017; 6(1): 52-65. [Persian]
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. CA: a cancer. *Journal for clinicians*. 2019;69(1):7-34.
3. Naghibzadeh, N., Asgharzadeh, F., Khazaei, M. Effect of renin-angiotensin system inhibitors on survival rate of patients with breast cancer: systematic review and meta-analysis. *Iranian J Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2020; 23(6): 88-96. [Persian]
4. Alizadeh Otaghvar HR, Mirmalek A, Hoseini M, Hajilou M, Mohamadzadehm N, Zahedi T, Raesi Dehkordi K. The Baseline Causes of Inflammatory Breast Cancer. *Iranian journal of surgery*. 2013; 21 (4):1-10. [Persian]
5. Akbari ME, Sayad S, Sayad S, Khayamzadeh M, Shojaee L, Shormeji Z, et al. Breast Cancer Status in Iran: Statistical Analysis of 3010 Cases between 1998 and 2014. *International Journal of Breast Cancer*. 2017;2017:2481021.doi:10.1155/2017/2481021.
6. Naghibzadeh N, Asgharzadeh F, Khazaei M. Effect of renin-angiotensin system inhibitors on survival rate of patients with breast cancer: systematic review and meta-analysis. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2020; 23(6): 88-96. [Persian]
7. Musarezaie A, Khaledi F, Kabbazi-fard M, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, M T. Investigation the Dysfunctional attitudes and its' relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal Health Syst Res*. 2015;11(1):68-76.[Persian]
8. Bloom JR, Stewart SL, Oakley-Girvan I, Banks PJ, Shema S. Quality of life of younger breast cancer survivors: persistence of problems and sense of well-being. *Psycho-Oncology*. 2012; 21(6):655-65.
9. SeyedTabaee R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2017;21(2):49-1. [Persian]
10. Ostir GV, Markides KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000; 48(5): 473-8
11. Builes RS, Acea NB, García NA, Cerejijo C, Bouzon A, Mosquera OJ. Evaluation of the preoperative perception of quality of life and satisfaction of women with breast cancer using the BREAST-Q™ questionnaire. *Cirugia espanola*. 2020;98(4):212.
12. Coroneos CJ, Lin YL, Sidey-Gibbons C, Asaad M, Chin B, Boukovalas S, Roubaud MS, Miggins M, Baumann DP, Offodile II AC. Correlation Between Financial Toxicity, Quality of Life, and Patient Satisfaction in an Insured Population of Breast Cancer Surgical Patients: A Single-Institution Retrospective Study. *Journal of the American College of Surgeons*. 2021;232(3):253-63.
13. Shrout MR, Renna ME, Madison AA, Alfano CM, Povoski SP, Lipari AM, Agnese DM, Yee LD, Carson III WE, Kiecolt-Glaser JK. Relationship satisfaction predicts lower stress and inflammation in breast cancer survivors: A longitudinal study of within-person and between-person effects. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;118:104708.
14. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The Relationship between Anxiety, Depression, and Quality of Life among Breast Cancer Patients in Seyedoshohada Hospital in Isfahan in 2016: The Mediating Role of Resilience. *JRUMS*. 2017;16(5):395-408. [Persian]
15. Schneider KJ, Krug OT. *Existential-humanistic therapy*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2010;1:34-38.
16. Hoffman L, Serlin IA, Rubin S. The History of Existential-Humanistic and Existential-Integrative Therapy. *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*. 2019:235-46.
17. Krug OT, Granger N, Yalom I, Schneider KJ. Case Illustrations of Existential-Humanistic and Existential-Integrative Therapy. *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*. 2019;28:267-81.
18. Hoffman L, Granger Jr N, Vallejos L, Moats M. An existential-humanistic perspective on Black Lives Matter and contemporary protest movements. *Journal of humanistic psychology*. 2016;56(6):595-611.
19. Schneider KJ, Krug OT. *Existential-humanistic therapy*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2017:156-170.
20. Pfeifer E. Logotherapy, existential analysis, music therapy: Theory and practice of meaning-oriented music therapy. *Arts Psychother*. 2021;72:101730.

21. Spiegel D. Existential psychotherapy for patients with advanced cancer: Facing the future and the past. *J Clin Oncol*. 2015;33(24):2713-4.
22. Couper J, Collins A, Bloch S, Street A, Duchesne G, Jones T, Olver J, Love A. Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: a randomised controlled trial. *BJU international*. 2015;115:35-45.
23. Gonzalez J, Barden SM. Existential counseling as a vehicle to support Latina breast cancer survivors. *Counseling and Values*. 2014;59(1):49-64.
24. Buicky B. The effectiveness of group therapy based on the existential-humanistic approach on reducing death anxiety among cancer patients in Mashhad. Master Thesis, Ferdowsi University of Mashhad; 2012. [Persian]
25. Queen JP, Quinn GP, Keough MJ. Experimental design and data analysis for biologists. 1st ed. Cambridge (UK): Cambridge university press; 2002:55-142.
26. Chamberlain JM, Haaga DA. Unconditional selfacceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2001;19(3):163-76.
27. Haj Ali Akbari N. The comparison of unconditional admission, loneliness, and control source in both dependent and non-dependent women. *The First Comprehensive Conference on Psychology*; 2017.
28. Olson DH, Fowers BJ. Five types of marriage: An empirical typology based on ENRICH. *The Family Journal*. 1993;1(3):196-207.
29. Sanayi MB, Alagheband S, Hooman A. Scales for assessment of family and marriage. Tehran: Beasat; 2000.
30. Ownsworth T, Nash K. Existential well-being and meaning making in the context of primary brain tumor: Conceptualization and implications for intervention. *Front oncol*. 2015;5:96
31. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *J consult clin psychol*. 2015;83(1):115.
32. Peek G, Melnyk BM. A coping intervention for mothers of children diagnosed with cancer: Connecting theory and research. *Appl Nurs Res*. 2014;27(3):202-4.
33. Fegg MJ, Brandstätter M, Kögler M, Hauke G, Rechenberg-Winter P, Fensterer V, et al. Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2013;22(9):2079-86.
34. Collins AL, Love AW, Bloch S, Street AF, Duchesne GM, Dunai J, et al. Cognitive existential couple therapy for newly diagnosed prostate cancer patients and their partners: a descriptive pilot study. *Psycho-Oncology*. 2013;22(2):465-9.
35. Peek G, Melnyk BM. A coping intervention for mothers of children diagnosed with cancer: Connecting theory and research. *Appl Nurs Res*. 2014;27(3): 202-204.
36. Thurman TR, Lockett BG, Nice J, Spyrelis A, Taylor TM. Effect of a bereavement support group on female adolescents' psychological health: a randomised controlled trial in South Africa. *Lancet Glob Health*. 2017;5(6):e604-14.

Effectiveness of Existential-Humanistic Therapy in Self-Acceptance and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer

Safoora Mavaeeyan¹, Fazlolah Mirderikvand^{*2}, Masoud Sadeghi³

1- MA. Student, Department of Psychology, School of Literature and Humanistic Sciences, Lorestan University, Khoramabad, Iran

2- Ph.D. Associate Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanistic Sciences, Lorestan University, Khoramabad, Iran

3- Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanistic Sciences, Lorestan University, Khoramabad, Iran

*Corresponding Author: mirderikvand.f@lu.ac.ir

Received: May 11, 2021

Accepted: Aug 14, 2021

ABSTRACT

Background and Aim: Breast cancer is one of the most common cancers in Iran. The aim of this study was to assess the effectiveness of existential-humanistic therapy in self-acceptance and marital satisfaction in women with breast cancer.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test and follow-up design with a control group. The statistical population was the women with breast cancer referring to Shahid-Rahimi Hospital in Khorramabad, Iran in 2020, from among whom two groups (experimental and control) of 15 women each were randomly selected and asked to complete the self-acceptance (USAQ) and marital satisfaction (ENRICH) questionnaires. Then the experimental group attended eight 90-minute intervention sessions. After the intervention, both groups took a post-test and followed up further after two more months. The data were analyzed using the repeated measures ANOVA test.

Results: The repeated measures ANOVA test showed that the interaction between group and time was statistically significant. Therefore, the self-acceptance and marital satisfaction variables increased significantly ($F=5/77$, $P<0/01$ and $F=13/97$, $P<0/01$, respectively).

Conclusion: According to the results of this study, existential-humanistic therapy has a significant effect on self-acceptance and marital satisfaction in breast cancer patients. It is, therefore, recommended to pay attention, in addition to the physical problems of such patients, also to their psychological problems and, along with pharmacotherapy consider psychotherapy, including existential-humanistic therapy as well.

Keywords: Existential-Humanistic Therapy, Self-Acceptance, Marital Satisfaction, Breast Cancer

Copyright © 2021 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.