



دانشگاه الزهرا (س)
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه مشاوره و راهنمایی

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد
رشته مشاوره و راهنمایی

عنوان

بررسی تاثیر آموزش ابعاد معنا درمانی (آزادی، مسئولیت، ارزشها) بر کاهش

ناامیدی زنان سرطانی شهر تهران ۱۳۸۸

استاد راهنما

سرکار خانم دکتر شعاع کاظمی

استاد مشاور

سرکار خانم دکتر پورشهاری

دانشجو

معصومه سعادتی

اسفند ماه سال ۱۳۸۸

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بررسی تاثیر آموزش ابعاد معنا درماني

(مسئولیت، آزادی، ارزشها) بر کاهش ناامیدی زنان سرطانی شهر

تهران سال ۱۳۸۸

تقدیم به کسانی که وجودم ز وجود
نازنین شان به وجود آمد

تقدیم به دستهای مهربان پدرم

و

قلب همیشه نگران مادرم

سیاسگزاری

در پی راهنماییها و دلسوزی های اساتید بزرگ و گرامی است که روییدن و شکفتن ها نمایان میشود. اینجانب در فراهم آوردن این مجموعه مدیون زحمات بی شائبه و الطاف بیکران اساتید گرانقدر خصوصاً استاد بزرگوار و دلسوزم سرکار خانم **شعاع کاظمی** استاد راهنمایم، می باشم. ایشان برای من نه فقط در گردآوری این مجموعه بلکه راهنمای زندگیم می باشند. همچنین از سرکار خانم پورشهریاری (استاد مشاور) به خاطر تمام زحمات شان سپاسگزارم.

همچنین از اساتید داور جناب آقای دکتر اصغرنژاد و آقای دکتر رضاییان که نظرات سودمندی ارائه دادند، بی نهایت سپاسگزارم.

بر اینجانب واجب است، هر چند نارسا و لیکن با صداقت تمام از زحمات دوست بسیار عزیزم سرکار خانم بتول حجبی که در تایپ و تنظیم این پایان نامه کمک های زیادی به من کردند و همچنین دکتر محمد کاظم بشارتی (عضو هیئت علمی دانشگاه تهران) که در امر ترجمه از نظراتشان بهره ها بردم، تقدیر و تشکر به عمل آورم و توفیق روز افزون این عزیزان را از درگاه خداوند منان مسئلت دارم.

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ابعاد مختلف معنا درمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها) بر کاهش ناامیدی زنان سرطانی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ می باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به انواع سرطان که برای دریافت خدمات مشاوره‌ای به انجمن سرطانی های گمنام مراجعه می‌کردند، تشکیل دادند. از جامعه مورد نظر، ۱۲ نفر که دارای ناامیدی بیشتری بودند انتخاب و تحت عنوان گروه آزمایش مورد آزمون قرار گرفتند. آموزش معنا درمانی طی ۸ جلسه انجام شد و در خاتمه گروه بار دیگر مورد آزمون قرار گرفت. طرح پژوهش پیش تجربی با یک گروه بود. (پیش آزمون - پس آزمون تک گروهی) ابزار پژوهش مقیاس ناامیدی بک با ۲۰ سوال بود که پایایی آن ۰/۷۲ است.

سوال اصلی پژوهش: آیا مداخله معنا درمانی بر کاهش نا امیدي زنان سرطانی شهر تهران موثر می

باشد؟

به منظور تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و استنباطی استفاده شد. نتایج به دست آمده از آزمون T وابسته حاکی از آن است که بین میانگین پیش آزمون ($M = ۸/۶۶$) و پس آزمون ($M = ۲/۵۰$) در نمره کل مقیاس تفاوت معنا داری ($t_{(11)} = ۹/۶۷, p < ۰/۰۱$) وجود دارد. به عبارت دیگر این مداخله توانسته میزان نا امیدي گروه زنان سرطانی را کاهش دهد.

کلید واژه ها: بیماران سرطانی، زنان، مداخله معنا درمانی.

فهرست مطالب

شماره صفحه	عناوین
	چکیده
	فصل اول (کلیات پژوهش)
۱-۱	مقدمه
۱-۲	بیان مسئله
۱-۳	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱-۴	اهداف پژوهش
۱-۵	متغیرهای پژوهش
۱-۶	تعریف نظری و عملیاتی واژگان
۱-۷	سوالهای پژوهش
۱۴	فصل دوم (ادبیات و پیشینه پژوهش)
	مقدمه
۲-۱	سرطان
۲-۱-۱	انواع سرطان
۲-۱-۲	سرطان های شایع خاص زنان
۲-۱-۳	سبب شناسی و شیوع سرطان
۲-۱-۴	تشخیص سرطان
۲-۱-۵	برخی از عوامل مرتبط با سرطان
۲-۱-۶	درمان سرطان
۲-۱-۶-۱	درمان جراحی برای سرطان

- ۳۰..... ۲-۱-۶-۲ شیمی درمانی
- ۳۰..... ۲-۱-۶-۳ اشعه درمانی
- ۳۱..... ۲-۱-۶-۴ زیست درمانی
- ۳۲..... ۲-۱-۶-۵ داروهای سرطان
- ۳۲..... ۲-۱-۷ درمان های جدید سرطان
- ۳۳..... ۲-۱-۷-۱ ژن درمانی
- ۳۴..... ۲-۱-۸ اختلالات روانی ناشی از سرطان
- ۳۶..... ۲-۱-۹ روان درمانی و سرطان
- ۴۰..... لوگو تراپی
- ۴۱..... ۲-۲-۱ مقدمه بر نظریه معنادرمانی
- ۴۳..... ۲-۲-۲ قوانین در معنادرمانی
- ۴۳..... ۲-۲-۳ نظریه معنادرمانی فرانکل
- ۴۸..... ۲-۲-۴ شش ویژگی معنادرمانی
- ۴۸..... ۲-۲-۵ گروه درمانی وجود گرا
- ۴۹..... ۲-۲-۵-۱ مرگ و زندگی
- ۴۹..... ۲-۲-۵-۲ آزادی، مسئولیت پذیری و انتخاب
- ۵۰..... ۲-۲-۵-۳ انزوا و عشق ورزیدن
- ۵۰..... ۲-۲-۵-۴ معنا و بی معنایی
- ۵۲..... ۲-۲-۶ معناخواهی در دیدگاه فرانکل
- ۵۴..... ۲-۲-۷ از امید و معنا تا ناامیدی و بی معنایی در زندگی
- ۵۸..... ۲-۲-۸ مفاهیم اساسی در لوگو تراپی
- ۵۸..... ۲-۲-۸-۱ معنای زندگی

- ۶۰..... ۲-۲-۸-۲ فرا معنا.....
- ۶۱..... ۲-۲-۸-۳ آزادی.....
- ۶۳..... ۲-۲-۸-۴ جوهر وجود.....
- ۶۴..... ۲-۲-۸-۵ معنا در برابر ارزش.....
- ۶۵..... ۲-۲-۸-۶ وجدان.....
- ۶۶..... ۲-۲-۸-۷ خلاء وجودی.....
- ۶۸..... ۲-۲-۸-۸ مسئولیت.....
- ۷۰..... ۲-۲-۸-۹ سرنوشت.....
- ۷۰..... ۲-۲-۹ مفهوم رنج در معنا درمانی.....
- ۷۰..... ۲-۲-۹-۱ معنا در رنج.....
- ۷۲..... ۲-۲-۹-۲ خاستگاه درد و رنج.....
- ۷۴..... ۲-۲-۹-۳ تحمل درد و رنج.....
- ۷۵..... ۲-۲-۱۰ معنای مردن.....
- ۷۶..... ۲-۲-۱۱ مداخله درمانی در نظریه فرانکل.....
- ۷۶..... ۲-۲-۱۱-۱ قصد متضاد.....
- ۷۷..... ۲-۲-۱۱-۲ اندیشه زدایی.....
- ۷۸..... ۲-۲-۱۱-۳ اصلاح نگرشها.....
- ۷۸..... ۲-۲-۱۱-۴ آموزش اهمیت قبول مسئولیت برای معنا.....
- ۷۹..... ۲-۲-۱۱-۵ پرسش از مراجعان درباره معنا.....
- ۷۹..... ۲-۲-۱۱-۶ چشم اندازهای وسیع در مورد معنا.....
- ۸۰..... ۲-۲-۱۱-۷ ایجاد معنی زندگی از طریق روش آموزش سقراطی.....
- ۸۰..... ۲-۲-۱۱-۸ پیشنهاد معنا.....
- ۸۱..... ۲-۲-۱۱-۹ تجزیه و تحلیل رویا.....

- ۱۰-۱۱-۲-۲ توضیح دادن ۸۱
- ۱۱-۱۱-۲-۲ ضرب المثل های پیشنهادی ۸۲
- ۱۲-۱۱-۲-۲ کمک به مراجعان برای گوش دادن به ندای وجدان ۸۲
- ۳-۲ تحقیقات انجام گرفته در خارج و داخل کشور ۸۲
- الف- تحقیقات خارج کشور ۸۲
- ب- تحقیقات انجام گرفته در داخل کشور ۹۵
- ۴-۲ فرضیات پژوهش ۹۹

فصل سوم (روش شناسی پژوهش)

- مقدمه ۱۰۰
- ۱-۳ روش شناسی پژوهش ۱۰۰
- ۲-۳ جامعه آماری ۱۰۱
- ۳-۳ نمونه و روش نمونه گیری ۱۰۱
- ۴-۳ ابزار اندازه گیری پژوهش ۱۰۲
- ۵-۳ روایی و اعتبار ابزار پژوهش (مقیاس ناامیدی بک) ۱۰۲
- ۶-۳ شیوه اجرا و مراحل انجام پژوهش ۱۰۴
- ۱-۶-۳ اجرای جلسات ۱۰۴
- ۷-۳ روش تحلیل داده ها ۱۰۸

فصل چهارم (تجزیه و تحلیل داده ها)

- مقدمه ۱۰۹
- ۱-۴ بخش اول: آماره های توصیفی ۱۰۹
- ۲-۴ بخش دوم: آمار استنباطی و بررسی اثر بخشی آموزش مداخله ای ۱۱۶
- ۳-۴ نتیجه گیری ۱۲۸

فصل پنجم (بحث و نتیجه گیری)

مقدمه.....	۱۲۹
بحث.....	۱۳۰
نتیجه گیری.....	۱۴۰
محدودیت های پژوهش.....	۱۴۳
پیشنهادهای کاربردی.....	۱۴۴
پیشنهادهای پژوهشی.....	۱۴۵

فهرست جداول و نمودارها در فصل چهارم شماره صفحه

جدول ۱-۴ توزیع فراوانی نوع سرطان در آزمودنی ها ۱۰۹

نمودار ۱-۴ توزیع فراوانی نوع سرطان در آزمودنی ها..... ۱۱۰

جدول ۲-۴ توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی آزمودنی ها ۱۱۱

نمودار ۲-۴ توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی آزمودنی ها ۱۱۲

جدول ۳-۴ آماره های توصیفی سن و مدت زمان ابتلا به سرطان به ماه ۱۱۳

نمودار ۳-۴ توزیع فراوانی مدت ابتلا به ماه آزمودنی ها ۱۱۴

نمودار ۴-۴ توزیع فراوانی سن آزمودنی ها ۱۱۵

جدول ۵-۴ آماره های توصیفی مربوط به نمره کل ناامیدی و خرده مقیاس های یاس در دستیابی به

خواسته و نومیادی در مورد آینده..... ۱۱۶

جدول ۶-۴ آماره های توصیفی مربوط به خرده مقیاس نگرش نسبت به آینده ،دورنمای زندگی ،افزایش

اعتماد به آینده ۱۱۸

جدول ۴-۷ تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره کل ناامیدی.....۱۱۹

نمودار ۴-۵ مقایسه میانگین در پیش آزمون و پس آزمون نمره کل ناامیدی زنان مبتلا به سرطان

.....۱۲۰

جدول ۴-۸ تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره یاس در دستیابی

به خواسته ها.....۱۲۱

نمودار ۴-۶ میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره یاس در دستیابی به خواسته ها در زنان مبتلا

به سرطان۱۲۲

جدول ۴-۹ تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره نومییدی در آینده.....۱۲۲

نمودار ۴-۷ میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره نومییدی در آینده زنان مبتلا به سرطان

.....۱۲۳

جدول ۴-۱۰ تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره نگرش نسبت به

آینده۱۲۴

نمودار ۴-۸ میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره نگرش نسبت به آینده زنان مبتلا به

سرطان.....۱۲۵

جدول ۴-۱۱ تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره دورنمای

زندگی.....۱۲۵

نمودار ۴-۹ میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره دورنمای زندگی زنان مبتلا به

سرطان.....۱۲۶

جدول ۴-۱۲ تفاوت پیش آزمون و پس آزمون در نمره اعتماد به آینده گروه.....۱۲۷

نمودار ۴-۱۰ میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره اعتماد به آینده زنان مبتلا

به سرطان۱۲۸

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

سرطان^۱ ورنج ناشی از آن یکی از هولناک ترین تجربیات بشری است. با پیشرفت بیماری، بیماران در معرض انواع گوناگونی از ناراحتی ها قرار می گیرند. این ناراحتی ها اغلب به صورت اضطراب، افسردگی و ناامیدی نمایان می شوند. به ویژه در مراحل پیشرفته بیماری فرد به شدت با ترس از مرگ روبرو می شود. علاوه بر این، احساس تنهایی، بیگانگی، افسردگی و تحریک پذیری در این مراحل به شدت افزایش می یابد. بسیاری از بیماران در این مرحله به دنبال یافتن "معنایی برای زندگی" خود هستند. در واقع بیماران سرطانی علاوه بر آسیب های طاقت فرسای فیزیکی و عملکردی با مسئله از دست دادن هدف، بی ارزشی و بی معنی بودن زندگی مواجه می شوند (ناگوچی و همکاران ۲۰۰۶).

کاربرد روش های درمانی رایج (جراحی، پرتو درمانی، شیمی درمانی) موجب علاج قطعی بیش از دوسوم بیماران سرطانی می شود. با این وجود بیماران تشخیص سرطان را یکی از دردناک ترین و منقلب کننده ترین رخدادهایی می دانند که برای آنها اتفاق افتاده است.

بدون توجه به پیش آگهی، تشخیص سرطان باعث ایجاد تغییراتی در خود انگاره^۳ بیمار و چگونگی ایفای نقش وی در خانه و محل کار می شود. مثلاً پیش آگهی فردی که مشخص شده به سرطان پانکراس مبتلا شده است؛ همانند پیش آگهی فردی است که تنگی شریان آئورت دارد و اولین علائم نارسایی احتقانی قلب در او ایجاد شده است (میانها بقا حدود ۸ ماه است)، ولی بیمار مبتلا به بیماری قلبی ممکن است عملکرد خود را حفظ کند و همچنان از خود تصور فردی بی عیب را داشته باشد که فقط جزئی ناکارآمد یا عضوی معیوب دارد. برخلاف آن خودانگاره بیمار مبتلا به سرطان کاملاً تغییر می کند و خانواده و هر فرد دیگری که این موضوع را بدانند به چشم دیگری به او نگاه می کنند. او مبتلا به

¹ Cancer

² Noguchi & etal

³ Self image

نوعی بیماری شده، که ممکن است در هر جای دیگر بدن نیز وجود داشته باشد. هر درد و رنجی برای او مایوس کننده است (هاریسون^۴، ۲۰۰۸، ترجمی ۱۳۸۷).

نگرانی عمومی نسبت به این بیماری اختصاص به هیچ اقلیم و کشور خاصی ندارد و در همه جا یکسان است. علت این امر نیز تقریباً واضح می باشد. سرطان از هر نوع که باشد، در صورت گسترش یافتن حیات انسان را تهدید می کند و از این روست که بسیاری از مردم از ترس اینکه مبدا دچار یکی از انواع این بیماری باشند، همواره حتی از آزمایشات دوره ای برای آگاهی از ابتلا به سرطان یا منزه بودن از آن طفره می روند. این آفت فراگیر در کشورهای توسعه نیافته درصد بیشتری از مرگ و میر را به ارمغان می آورد (حریری ۱۳۸۰).

در سال ۲۰۰۲، ۱۱ میلیون مورد جدید سرطان و ۷ میلیون مرگ ناشی از آن در سرتاسر جهان تخمین زده شد. که از این موارد ۴۵ درصد در آسیا، ۲۶ درصد در اروپا، ۱۴/۵ درصد در آمریکای شمالی ۷/۱ درصد در آمریکای جنوبی، ۶ درصد در آفریقا و ۱ درصد در استرالیا _ نیوزلند بوده است. سرطان ریه شایع ترین نوع سرطان و شایع ترین علت مرگ ناشی از آن در سرتاسر جهان است. میزان بروز آن در مناطق مختلف بسیار متغیر است. به طوری که در زنان آفریقایی این میزان ۲ در ۱۰۰۰۰۰ و در مردان آمریکای شمالی ۶۱ در ۱۰۰۰۰۰ گزارش شده است. سرطان پستان دومین سرطان شایع در جهان است ولی پنجمین علت مرگ ناشی از سرطان بعد از سرطان های ریه، معده، کبد و کولورکتال می باشد (هاریسون ۲۰۰۸، ترجمی ۱۳۸۷).

بیماری سرطان دومین عامل مرگ و میر در جهان پس از ناراحتی قلبی به شمار می رود. خطر ابتلا به سرطان در ایالات متحده برای مردان یک به دو و برای زنان یک به سه می باشد (روزنبام و روزنبام^۵ ۱۹۹۸).

سرطان در بر گیرنده صد نوع بیماری متفاوت است و آنچه موجب این گستردگی می شود، نحوه پیشرفت آن می باشد. سرطان هنگامی رخ می دهد که سلولها دچار ناهنجاری شده و بدون نظم شروع

⁴ Harrison

⁵ Rosenbom & Rosenbom

به تکثیر می نمایند، امری که منجر به پیدایش تومور می شود. تومورها دو نوع هستند: خوش خیم و بدخیم .

تومور خوش خیم به محدوده ای خاص حمله نمی کند یا از آن را از بین نمی برد ، اما تومور بد خیم از طریق تقسیم سلولی بزرگتر شده و به محدوده ای خاص از لنف یا خون حمله می کند و در بخش هایی از بدن به سرعت اشاعه پیدا می کند (فیلیپس^۷ ۱۹۹۵).

سرطان اصطلاحی رایج برای همه تومورهای بدخیم است. واضح است که سرطان ها نسبت به تومورهای خوش خیم برای میزبان خطر بیشتری دارند، با وجود این، هر دوی این نئوپلاسم ها ممکن است به دلایل زیر مسائل ناخواسته ای را پدید آورند.

۱- جای آنها و فشاری که به ساختمانها ی مجاور خود وارد می کنند ؛

۲- فعالیت های کارکردیشان مثل تولید هورمون؛

۳- ایجاد خونریزی و عفونت های ثانویه به خاطر سطوح طبیعی مجاورشان؛

۴- شروع نشانه های حادی که به خاطر پارگی یا انفارکتوس پدید می آیند؛

بنا به این دلایل ، خون ریزی های داخلی و خارجی ، ضعف شدید، بی اشتها، درد طاقت فرسا،

تهوع و ...از جمله ناراحتی های رایج بیماران سرطانی به شمار می روند(رابینز^۸ ۱۹۹۲، بهادری^۶ ۱۳۷۶).

این بیماری مهلک، گذشته از مسائل جسمی، تاثیرات روانی خاصی بر جای می گذارد. گسترده ترین و کاملترین تصویرروانشناختی بیماری سرطان، توسط درمانگرانی ارائه شده است که به صورت فردی با بیماران کار می کنند. "اشمیل"^۹ با استفاده از یک آزمون روان شناختی که روی ۵۱ زن مبتلا به سرطان رحم اجرا نمود توانست حس سرخوردگی شدید و شکست عاطفی را به وضوح در آنها تشخیص دهد(فیلیپس^۷ ۱۹۹۵).

⁶ Tumor

⁷ Philips

⁸ Rabinz

⁹ Schemell

دکتر " لشان"^{۱۰} اولین شخصی است که در برخورد با بیماران سرطانی از روان درمانی استفاده کرد. او در سال ۱۹۵۲ کارش را با بیماران سرطانی شروع کرد و اساس کار خود را در ارتباط با ویژگی های شخصیتی و سرطان قرار داد. او یاس را مسبب این بیماری می داند و عنوان می کند یاس نتیجه این احساس است که فرد خودش را همانگونه که هست نمی پذیرد. این ناامیدی سیستم ایمنی بدن را به مخاطره می اندازد و در نهایت منجر به سرطان می شود. رویکرد درمانی دکتر لشان تاکید برافزایش میل به زندگی و بیان احساسات شخصی بیمار می باشد که برای هر فرد هدفی ارزشمند و سلامتی را به ارمغان می آورد(راس و همکاران^{۱۱} ۲۰۰۸).

اشپیگل و همکاران^{۱۲}(۱۹۹۷) بروزاختلالات روانی رادر افراد سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد می نمایند. طبق گزارش آنها، هشتاد درصد از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی و اضطراب فوق العاده ای در مراحل اولیه معالجات خود رنج می برند، البته پریشانی روانی به تدریج کاهش می یابد؛ اما بیماران سرطانی شش ماه بعد از درمان اولیه خود علائمی نشان می دهند.

مطلب دیگر اینکه هر چند سرطان باعث بروز عارضه های روانی متعددی می شود، اما به تازگی مشخص شده که فشارهای روانی تاثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بد خیم دارند. بدون اینکه عملاً به وجود آورنده و سازنده آنها باشند. به عنوان شاهدی بر این مدعا، مشاهده شده است که با کاهش فشارهای روانی، رشد غدد سرطانی در حیوانات فروکش کرده و طول مدت زندگی آنها را افزایش داده است. از طرف دیگر، به نظر می رسد که برخی احساسات و اعتقادات مثبت همچون داشتن ایمانی محکم، برخورداری از حمایت های اجتماعی و بهره مندی از سایر عوامل کاهش دهنده بیماری روانی می تواند رشد تومورهای بدخیم را به تاخیر بیندازد و یا آنها را به طور کلی متوقف کند. چنانچه در مورد توقف خود به خود رشد در بعضی از سرطانها دیده شده است (اصفهانی ۱۳۸۰).

¹⁰ Leshan

¹¹ Ross & etal

¹² Spiegel &etal

برخلاف عقیده بسیاری از مردم امروز تعدادی از سرطان های گوناگون درمان می شوند(حاجبی ۱۳۶۷).

بسیاری از مشکلات این بیماری می تواند از طریق دانش پزشکی، حمایت های عاطفی، اطلاعات مفید، ایمان و عشق تعدیل و تسهیل گردد(محقق ۱۳۸۰).

به دلایل مختلفی موفقیت درمان سرطان به موفقیت اقدامات حمایتی بستگی دارد. عدم کنترل نشانه های سرطان و درمان نشدن آن ها ممکن است موجب نا امیدی در بیمار و دست کشیدن او از درمان قطعی شود. از سوی دیگر، اقدامات حمایتی به عنوان شاخص مهم کیفیت زندگی مطرح است. حتی وقتی که نمی توان طول عمر بیمار را بیشتر کرد، پزشک باید تلاش کند که کیفیت زندگی حفظ شود. تحقیقات بالینی بسیاری برای بررسی کیفیت زندگی انجام شده است(هاریسون ۲۰۰۸، ترحمی ۱۳۸۷). با توجه به مطالب فوق بدیهی است که در درمان سرطان، علاوه بر مسائل جسمی و طبی شاخص های روانی نیز باید مورد توجه قرار گیرند.

دامنه این توجه می تواند از مراقبت های روانی روزمره و معمولی تا ابداع درمانهای روانشناختی اختصاصی برای این بیماری گسترده باشد. در تحقیق حاضر بر آن شدیم تا به اینگونه ملاحظات بیشتر بپردازیم.

۱-۲ بیان مسئله

پایان پذیری زندگی یک واقعیت انکارناپذیر در زندگی است. اگر چه نمی دانیم چطور و چه موقع می میریم، ولی می دانیم حتماً خواهیم مرد. وقوف بر مرگ با این که ترس آور است ولی می تواند زمینه ساز یک زندگی خلاق شود(شارف^{۱۳}، ۱۹۹۴، فیروزبخت ۱۳۸۷).

بیماران سرطانی که نسبت به مرگ قریب الوقوع خود اطلاع می یابند اغلب بعد از انکار و خشم دچار افسردگی می شوند که افسردگی شان مشمول برخی از احساسات و رفتارها می شود که از آن جمله می

توان به احساس ضایعه و فقدان، شکست، نومیدی و یاس، درماندگی و احساس بی‌معنایی و پوچی اشاره کرد افسردگی می‌تواند دامنه‌ای وسیع داشته باشد. بدبینی نسبت به آینده، کاهش حرمت نفس و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایت بودن. این شرایط نشانه‌های روان‌شناختی و جسمانی بیماری را افزایش می‌دهد. بیمار دچار هراس و اضطراب

می‌شود. وقتی زندگی در ترس و اضطراب می‌گذرد، مفید بودنش را از دست می‌دهد. خشم و حسادت بیماران سرطانی نیز ناشی از استرس و احساس بی‌لیاقتی است که همگی این شرایط به ناامیدی و از دست دادن کنترل منتهی می‌گردد و می‌تواند آثار فیزیولوژیایی بر جای بگذارد. اگر این وضع ادامه یابد، برای سلامتی و حفظ بنیه نظام ایمنی بدن بسیار مخرب است (بنسون^{۱۴}، قراچه‌داغی ۱۳۷۶).

ما در زندگی برای مرگ کمتر از هر چیز دیگر خود را آماده می‌کنیم. در حالی که قطعی‌ترین رویدادی که در زندگی ما رخ می‌دهد، مرگ است. اکثریت ما انسانها از مرگ و مردن می‌ترسیم. تاوش^{۱۵} به نقل از یک بیمار سرطانی می‌گوید وقتی به مردن می‌اندیشم، به این سبب از آن می‌ترسم که می‌بینم زندگی من واقعاً تمام شده است، در حالی که خیلی از چیزهایی را که هنوز آرزو می‌کردم، انجام نداده‌ام و از این پس نیز قادر نخواهم بود آنها را انجام دهم. ولی در عین حال هر وقت این افکار به مغزم هجوم می‌آورد، فوراً آن را از خود دور می‌کنم و به سرعت آن را طرد می‌کنم. کوبلرراس^{۱۶} باور دارد که روش رفتار و برداشت نسبت به مرگ مسلماً ترس از مرگ و حتی ترس از صحبت درباره آن را تشدید و تقویت می‌کند. روبرو شدن با مرگ به مفهوم روبرو شدن با مسائل غایی زندگی است. اگر ما واقعاً بخواهیم زندگی کنیم باید جرات یادآوری این را داشته باشیم که زندگی کوتاه است و هر عملی که انجام می‌دهیم به حساب آورده می‌شود. وقتی غروب زندگی فرا می‌رسد، به شیوه امیدوارکننده‌ای این شانس را داریم که به پشت سرمان نگاه کنیم و ارزش زندگی را بباییم. برای آنکه از مرگ نهراسیم

¹⁴ Banson

¹⁵ Tawesh

¹⁶ Kübler Ross

باید خود را با آن آشنا سازیم این بدان معنا نیست که تنها منتظر مرگ باقی بمانیم تا آن را تجربه کنیم (خسروی ۱۳۷۴).

موضوعی که در این پژوهش مورد بررسی قرار خواهد گرفت، اختلالات روانی بیماران سرطانی مخصوصاً ناامیدی است که از دیدگاه فرانکل و مفاهیم او به بررسی این موضوع خواهیم پرداخت. گر چه رشد ناهنجار بافتها به عنوان علت سرطان شناخته شده است ولی محققان دریافته اند که علل روان شناختی در این بیماری نقش مهمی به عهده دارد.

از نظر فرانکل بیماران سرطانی که به طور جدی با مرگ روبرو شده اند، آمادگی و زمینه لازم را برای درک بینش بهتری از زندگی دارند، به خاطر اینکه مواجهه با مرگ آنها را به یک حالت پوچی، بیهودگی و بی معنایی نسبت به زندگی رسانده است (فرانکل ۱۹۷۵، یزدی ۱۳۷۵).

فرانکل دیدی منحصر به فرد نسبت به مرگ دارد که ناشی از تجارب چهار ساله اسارت در اردوگاههای کار اجباری در جنگ جهانی دوم است. او معتقد است که مرگ تهدید نیست بلکه مرگ انسان را وامی دارد حد اکثر زندگی را تجربه کند و از هر فرصتی برای انجام کارهای معنادار استفاده نماید. او مرگ را نه تنها ترس آور تلقی نمی کند بلکه معتقد است که توجه به مرگ می تواند زمینه ساز خلاقیت و زندگی کامل شود (شارف ۱۹۹۴، فیروزبخت ۱۳۸۷).

یالوم و همکاران^{۱۷} (۱۹۸۰) در کارهایی که روی بیماران سرطانی انجام دادند، نحوه کنار آمدن آنان با مرگ قریب الوقوع خویش را نشان می دهد. او معتقد است کسانی که بیماری مرگباری دارند به معنای زندگی خویش دست می یابند، معنایی که تا پیش از بیماری، توجهی به آن نمی کردند (همان منبع).

"جیمی"^{۱۸} (۱۹۹۶) اظهار می دارد که امروزه علاقه زیادی به تاثیر گذاری ذهن بر سلامتی در اجتماعات پزشکی و عمومی دیده می شود. در تحقیقات و بررسی های گوناگون به بیماران توصیه می کنند که "مثبت فکر کنید" و "با بیماری مبارزه کنید" و نیز بیماران را به تصویر سازی سلولهای

¹⁷ Yalom & etal

¹⁸ Jimmie