



دانشگاه الزهرا (س)
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد
رشته مشاوره و راهنمایی

عنوان
اثربخشی روان درمانی بر ارتقاء کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای زنان
مبتلا به سرطان پستان

استاد راهنما
دکتر مهرانگیز شعاع کاظمی

دانشجو
شیوا منعمی مطلق
تیر ماه سال ۱۳۹۱

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

دانشگاه الزهرا (س)

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

رشته مشاوره و راهنمایی

عنوان

اثربخشی روان درمانی بر ارتقاء کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای

زنان مبتلا به سرطان پستان

استاد راهنما

دکتر مهرانگیز شعاع کاظمی

استاد مشاور

دکتر محمد اسماعیل اکبری

دانشجو

شیوا منعمی مطلق

تیر ماه سال ۱۳۹۱

تقدیم

به همسرم ، حامی دلسوز ، خستگی ناپذیر و مشوق همیشگی ام

به دخترم ژاسمین ، تک ستاره زندگی ام

به مادر و برادرم ، دریای بیکران محبت

به اساتیدم ، الگوهای تلاش و اعتمادم

وبه دوستانم ، همراهان مهربانم

تقدیر و سپاس

با تقدیر فراوان از راهنمایی های بی دریغ و دلسوزانه استاد عزیزم سرکار خانم دکتر مهرانگیز شعاع کاظمی که با رغبت و علاقه فراوان و دقت علمی خاص خود ، همواره در طول این پژوهش مرا یاری فرمودند .

و با سپاسگزاری از حمایت و زحمات استاد فرهیخته و مهربان ، جناب آقای دکتر محمد اسماعیل اکبری ، که با راهنمایی ها و پیشنهادهای ارزشمندشان ، همواره همراه و راهگشای من بودند .

همچنین از استاد گران قدر سرکار خانم دکتر فرح لطفی کاشانی ، که در تمامی مراحل اجرای گروه درمانی نقش فعال و ارزنده ای داشته اند ، کمال تشکر را می کنم .

از جناب آقای سید مهدی موسوی ، به لحاظ حمایت همیشگی و همکاری صمیمانه ، مراتب قدردانی و تشکر را به عمل می آورم .

همچنین از سرکار خانم دکتر مریم خیام زاده ، کلیه شرکت کنندگان در پژوهش ، دوستان و همکاران شاغل در مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه شهید بهشتی ، کلینیک تخصصی آذر و بیمارستان شهدای تجریش ، که بدون الطاف و مساعدتهای ایشان پیمودن این راه میسر نمی شد ، قدردانی می کنم.

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روان درمانی ۴ عاملی (آگاهی افزایی، امید، ایجاد رابطه درمانی مناسب و نظم بخشی رفتار) بر ارتقاء کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای زنان مبتلا به سرطان پستان، بود. این پژوهش یک مطالعه شبه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه شهید بهشتی می باشند که با نمونه گیری هدفمند از بین مراجعین کلینیک تخصصی آذر وابسته به این مرکز انتخاب شدند. ۳۰ نفر از داوطلبین شرکت در پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته، یک بار در هفته تحت مداخله روان درمانی ۴ عاملی به صورت گروهی قرار گرفتند. پس از پایان مداخلات و احتساب ریزش نمونه ۱۱ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل باقی ماندند. سؤال اصلی این پژوهش این بود که آیا درمان مبتنی بر مدل ۴ فاکتوری بر ارتقای کیفیت زندگی و مهارتهای مقابله ای زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؟ ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی مبتلایان سرطان و پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان و پرسشنامه پاسخ های مقابله ای بیلینگز و موس بودند.

برای تحلیل داده ها از روشهای آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس و آزمون T همبسته استفاده شد.

نتایج حاکی از ارتقاء و تفاوت معنادار گروه آزمایش در مقیاس کیفیت زندگی و زیر مقیاس های سلامت عمومی، عملکرد هیجانی، عملکرد جنسی و کاهش علائم و نیز بهبود سبک های مقابله ای یعنی استفاده بیشتر از سبک های مقابله ای مسئله مدار و استفاده کمتر از سبک مقابله ای هیجان مدار در مقایسه با گروه گواه بود. پیگیری پس از یک ماه نتایج به دست آمده در دو گروه را به جز حیطه عملکرد جنسی تأیید کرد.

نتایج این پژوهش اهمیت روان درمانی ۴ عاملی را به عنوان یکی از مشاوره های روانشناسی و حمایتی در افزایش سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد. روان درمانی ۴ عاملی می تواند نقش مهمی در مقابله با بیماری و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته باشد.

واژه های کلیدی: روان درمانی ۴ عاملی، کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله ای، سرطان پستان

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش.....	۱
۱-۱) مقدمه.....	۲
۲-۱) بیان مسأله.....	۴
۳-۱) ضرورت پژوهش.....	۹
۴-۱) اهداف پژوهش.....	۱۶
۱-۴-۱) هدف اصلی پژوهش.....	۱۶
۲-۴-۱) اهداف ویژه پژوهش.....	۱۶
۵-۱) پرسش های پژوهش.....	۱۶
۶-۱) متغیرهای پژوهش.....	۱۶
روان درمانی یکپارچه نگر ۴ عاملی.....	۱۶
تعریف نظری:.....	۱۷
تعریف عملیاتی:.....	۱۷
کیفیت زندگی.....	۱۷
تعریف نظری:.....	۱۷
تعریف عملیاتی:.....	۱۷
راهبردهای مقابله ای.....	۱۸
تعریف نظری:.....	۱۸
تعریف عملیاتی:.....	۱۸
سرطان پستان و زنان مبتلا.....	۱۸
تعریف نظری:.....	۱۹
تعریف عملیاتی:.....	۱۹
۷-۱) خلاصه و جمع بندی.....	۱۹
فصل دوم: ابعاد نظری و پیشینه پژوهش.....	۱۹
۱-۲) مقدمه.....	۲۰
۲-۲) سرطان پستان.....	۲۱
۲-۲-۱) تاریخچه بیماری سرطان پستان.....	۲۲
۲-۲-۲) تعریف سرطان پستان.....	۲۳
۲-۲-۳) فاکتورهای خطر سرطان پستان.....	۲۴
۲-۲-۴) درجه بندی سرطان پستان.....	۲۸
۲-۲-۵) روش های غربالگری سرطان پستان.....	۲۹
۲-۲-۶) روش های تشخیص سرطان پستان.....	۲۹
۲-۲-۷) اپیدمیولوژی سرطان پستان.....	۲۹
۲-۲-۸) پیش آگهی سرطان پستان.....	۳۰
۲-۲-۹) پیامدهای روانی پس از تشخیص سرطان پستان.....	۳۰
۲-۲-۱۰) روش های درمان سرطان پستان.....	۳۳
۲-۲-۱۱) پیگیری در سرطان پستان.....	۳۷

۳۷.....	۳-۲) کیفیت زندگی.....
۳۷.....	۲-۳-۱) تاریخچه.....
۴۱.....	۲-۳-۲) تعاریف کیفیت زندگی.....
۴۳.....	۲-۳-۳) ویژگیهای کیفیت زندگی.....
۴۴.....	۲-۳-۴) مدل های کیفیت زندگی.....
۴۸.....	۲-۳-۵) عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان.....
۵۰.....	۲-۳-۶) کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای.....
۵۱.....	۲-۴-۴) راهبردهای مقابله ای.....
۵۱.....	۲-۴-۱) تاریخچه.....
۵۳.....	۲-۴-۲) تعاریف مقابله.....
۵۵.....	۲-۴-۳) انواع راهبردهای مقابله ای.....
۵۶.....	۲-۴-۴) نظریه های راهبردهای مقابله ای.....
۵۹.....	۲-۴-۵) راهبردهای مقابله ای و بیماری سرطان.....
۶۰.....	۲-۵-۵) روان درمانی یکپارچه نگر.....
۶۰.....	۲-۵-۱) تاریخچه.....
۶۵.....	۲-۵-۲) تعریف روان درمانی یکپارچه نگر.....
۶۵.....	۲-۵-۳) روان درمانی ۴ عاملی.....
۶۸.....	۲-۵-۳-۱) ارتباط درمانی.....
۷۶.....	۲-۵-۳-۲) ایجاد امید و انتظار درمان.....
۸۵.....	۲-۵-۳-۳) آگاهی افزایی.....
۸۷.....	۲-۵-۳-۴) نظم بخشی رفتار(اصلاح پاسخ مراجع).....
۹۴.....	۲-۶-۶) پیشینه پژوهش.....
۹۴.....	۲-۶-۱) پیشینه داخلی پژوهش.....
۹۸.....	۲-۶-۲) پیشینه خارجی پژوهش.....
۱۰۲.....	۲-۷-۷) فرضیه های پژوهش.....
۱۰۲.....	۲-۷-۱) فرضیه های اصلی پژوهش.....
۱۰۲.....	۲-۷-۱) فرضیه های فرعی پژوهش.....
۱۰۳.....	۲-۸-۸) خلاصه و جمع بندی.....
۱۰۴.....	فصل سوم: روش شناسی پژوهش.....
۱۰۵.....	۳-۱-۱) مقدمه.....
۱۰۵.....	۳-۲-۲) طرح پژوهش.....
۱۰۶.....	۳-۳-۳) جامعه آماری.....
۱۰۶.....	۳-۴-۴) نمونه آماری و روش نمونه گیری.....
۱۰۸.....	۳-۵-۵) ابزار پژوهش و جمع آوری اطلاعات.....
۱۰۹.....	۳-۵-۱) برنامه آموزشی.....
۱۰۹.....	۳-۵-۲) پرسشنامه استاندارد جهت بررسی کیفیت زندگی در کل مبتلایان سرطان.....
۱۱۳.....	۳-۵-۳) پرسشنامه اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان سرطان پستان.....

۱۱۶	پرسشنامه پاسخ های مقابله ای (CRI)
۱۱۹	ملاحظات اخلاقی
۱۲۰	روند اجرا
۱۲۱	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۱۲۲	خلاصه و جمع بندی
۱۲۳	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
۱۲۴	۱- مقدمه
۱۲۵	۲- توصیف داده های به دست آمده
۱۳۹	۳- آمار استنباطی
۱۴۹	۴- خلاصه و جمع بندی
۱۵۰	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری و پیشنهاد ها
۱۵۱	۱- مقدمه
۱۵۱	۲- بحث و نتیجه گیری
۱۶۸	۳- خلاصه و جمع بندی
۱۶۹	۴- محدودیت های پژوهش
۱۷۰	۵- پیشنهادات
۱۷۱	فهرست منابع
۱۷۲	فهرست منابع فارسی
۱۸۵	فهرست منابع لاتین
۱۹۷	پیوست ها

فهرست جداول

- جدول ۱-۲: خلاصه ای از رویکردهای مختلف در زمینه رابطه درمانی..... ۷۰
- جدول ۲-۲: مروری انتخابی بر نظریه های مطرح در زمینه امید..... ۸۱
- جدول ۱-۳: مقیاس ها و سئوالات سومین ویرایش پرسشنامه کیفیت زندگی..... ۱۱۰
- جدول ۲-۳: نتایج آلفای کرونباخ برای هریک از مقیاس های پرسشنامه QLQ-C30 در این پژوهش..... ۱۱۱
- جدول ۳-۳: نحوه نمره گذاری پرسشنامه کیفیت زندگی..... ۱۱۳
- جدول ۴-۳: مقیاس ها و سئوالات پرسشنامه کیفیت زندگی QLQ-BR23..... ۱۱۵
- جدول ۵-۳: نتایج آلفای کرونباخ برای هریک از مقیاس های پرسشنامه QLQ-BR23 در این پژوهش..... ۱۱۵
- جدول ۶-۳: نتایج آلفای کرونباخ برای هریک از مقیاس های پرسشنامه CRI در این پژوهش..... ۱۱۸
- جدول ۱-۴: درصد شغل در دو گروه کنترل و آزمایش..... ۱۲۵
- جدول ۲-۴: درصد تحصیلات در دو گروه کنترل و آزمایش..... ۱۲۵
- جدول ۳-۴: درصد مرحله بیماری در دو گروه کنترل و آزمایش..... ۱۲۶
- جدول ۴-۴: درصد سن در دو گروه کنترل و آزمایش..... ۱۲۶
- جدول ۵-۴: درصد فرزند در دو گروه آزمایش و کنترل..... ۱۲۷
- جدول ۶-۴: درصد سابقه در دو گروه کنترل و آزمایش..... ۱۲۷
- جدول ۷-۴: فراوانی و درصد زمان تشخیص بیماری دو گروه..... ۱۲۸
- جدول ۸-۴: آمار توصیفی ارتقاء کیفیت زندگی (کلی) زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۲۸
- جدول ۹-۴: آمار توصیفی ارتقاء راهبردهای مقابله ای زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۲۹
- جدول ۱۰-۴: آمار توصیفی بر ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان(دوسؤال)..... ۱۳۰
- جدول ۱۱-۴: آمار توصیفی ارتقاء عملکرد جسمانی زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۳۱
- جدول ۱۲-۴: آمار توصیفی ارتقاء عملکرد هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۳۱
- جدول ۱۳-۴: آمار توصیفی ارتقاء عملکرد اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۳۲
- جدول ۱۴-۴: آمار توصیفی کاهش علائم در زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۳۳
- جدول ۱۵-۴: آمار توصیفی بهبود تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۳۳
- جدول ۱۶-۴: آمار توصیفی بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۳۴
- جدول ۱۷-۴: آمار توصیفی کاهش عوارض جانبی درمان زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۳۵
- جدول ۱۸-۴: آمار توصیفی کاهش علائم پستانی در زنان مبتلا به سرطان پستان..... ۱۳۵
- جدول ۱۹-۴: آمار توصیفی راهبردهای مقابله ای مسأله مدار..... ۱۳۶
- جدول ۲۰-۴: آمار توصیفی مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی..... ۱۳۷
- جدول ۲۱-۴: آمار توصیفی مقابله مبتنی بر هیجان..... ۱۳۷
- جدول ۲۲-۴: آمار توصیفی مقابله مبتنی بر جسمانی کردن..... ۱۳۸

- جدول ۴-۲۲: آمار توصیفی راهبردهای مقابله ای هیجان مدار.....۱۳۹
- جدول ۴-۲۴: آزمون کوواریانس تک متغیری برای مقایسه ی پس آزمون کیفیت زندگی بعد از اجرای طرح نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش و گروه کنترل.....۱۴۰
- جدول ۴-۲۵: آزمون t همبسته برای سنجش میزان پایداری تغییرات در طی زمان.....۱۴۰
- جدول ۴-۲۶: آزمون کوواریانس تک متغیری برای مقایسه ی پس آزمون راهبردهای مقابله ای بعد از اجرای طرح نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش و گروه کنترل.....۱۴۱
- جدول ۴-۲۷: آزمون t همبسته برای سنجش میزان پایداری تغییرات در طی زمان.....۱۴۲
- جدول ۴-۲۸: آزمون تحلیل واریانس دوره‌ها با کوواریانس برای سنجش میزان تأثیر متغیر آزمایشی.....۱۴۲
- جدول ۴-۲۹: خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی در میانگین خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی زنان مبتلا.....۱۴۴
- جدول ۴-۳۰: t همبسته جهت سنجش میزان پایداری تغییرات در گذر زمان.....۱۴۵
- جدول ۴-۳۱: آزمون تحلیل واریانس دوره‌ها با کوواریانس برای سنجش میزان تأثیر متغیر آزمایشی.....۱۴۶
- جدول ۴-۳۲: آزمون خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی در میانگین خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله ای زنان مبتلا.....۱۴۷
- جدول ۴-۳۳: t همبسته جهت سنجش میزان پایداری تغییرات در گذر زمان.....۱۴۸

فهرست نمودارها

- دیگرام ۱-۲: ابعاد مهم کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان از نظر گرانت و فرل.....۴۹

فصل اول :

کلیات پژوهش

امروزه با تغییرات اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلا به بیماری‌ها تغییر کرده است. در نتیجه بیماری‌های مزمن، مهمترین مشکلات سلامتی و روان‌شناختی جوامع محسوب می‌شوند که خود منابع عمده تنیدگی، تلقی شده و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کنند. این بیماری‌ها انواع متعددی دارند. یکی از مهمترین این بیماری‌ها، سرطان است. بیماری سرطان یکی از معضلات و مسائل اساسی بهداشتی در جهان محسوب می‌شود که با تهدید سلامتی و زندگی فعال انسان در سنین مختلف، خسارت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی متعددی در ابعاد جسمی، روانی و معنوی ایجاد می‌کند (علی‌پور، ۱۳۹۰).

انکولوژی نوین، توجه روزافزونی به حفظ و یا افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد، چنان‌که کارآزمایی‌های بالینی باید علاوه بر بررسی کارآیی و اثربخشی دارو، تغییرات کیفیت زندگی بیماران را گزارش کنند. با بهبود پیش‌آگهی درمان سرطان‌ها، حفظ یا ارتقاء کیفیت زندگی وابسته به سلامت به یک معیار مهم ارزیابی در حین و بعد از درمان تبدیل شده است. بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان، خصوصاً آنها که از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند، در معرض قطع دوره درمان می‌باشند و این موضوع باید به عنوان هشدار جدی مورد توجه درمان‌گران قرار گیرد.

سرطان پستان یک بیماری شایع، بدخیم و پیشرونده می‌باشد و بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیر گذار است (چن و همکاران^۱، ۲۰۰۹). در سراسر جهان، سرطان پستان در زنان بار سنگینی بر نظام سلامت وارد می‌کند و رایجترین علت سرطان در میان زنان طبقه بالا و پایین می‌باشد (تونسر^۲، ۲۰۱۰). و طبق آمار مجله اپیدمیولوژی آمریکا در

Chen & et al¹
Tuncer²

سال ۲۰۰۹، تقریباً ۴/۴ میلیون زن در سراسر جهان به این بیماری مبتلا بودند (چن و همکاران، ۲۰۰۹).

با وجود تشخیص های زودرس و اقدامات درمانی گسترده که باعث افزایش طول عمر بیماران گردیده (میزان بقای ۵ ساله ۸۷٪)، زنان در طی درمان و متعاقب آن اختلالات جسمی و روحی متعددی را تجربه می کنند که بر روی کیفیت زندگی آنها تأثیر گذار است. پستان یکی از نمادهای زنانگی است. فکر از دست دادن یک پستان برای بسیاری از زنان غیر قابل تحمل است. واکنش هر زن نسبت به بیماری مشکوک یا واقعی ممکن است شامل ترس از بد شکلی و از دست دادن جذابیت و ترس از مرگ باشد. به عقیده روانشناسان بین پستان و صفت مادری ارتباط نمادین وجود دارد و زمانی که یک پستان برداشته می شود، این صفت به شدت مورد تهدید قرار می گیرد. طبیعی است که سلامت روانی زنان ممکن است به مخاطره بی افتد (صفایی کشتگر و استین، ۱۳۸۸).

امروزه علی رغم شیوع روز افزون سرطان پستان، میزان مرگ و میر ناشی از آن رو به کاهش است. لیکن پیامدهای تشخیص سرطان و تدابیر درمانی پیچیده و دشواری که در مقطع زمانی نسبتاً طولانی برای فرد مبتلا برنامه ریزی و اجرا می شود، تغییرات بسیار عمیقی در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی زندگی مرتبط با سلامت مبتلایان ایجاد می کند و کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می دهد. بیماران مبتلا به سرطان، معمولاً در سازگاری با بیماری، مشکلات جدی دارند و در نتیجه نیاز آنان به آشنایی با راهبردهای سازگاری با رخداد های ناشی از فرآیند درمان از طریق مداخلات روانشناختی افزایش می یابد.

مداخلات روانشناختی با تأکید بر کاهش واکنش های روانی ناشی از بیماری جسمانی و ایجاد احساس سلامت کلی در بیمار مبتلا به سرطان، به دنبال بهبود کیفیت زندگی

بیماران نیز می باشند. با چنین دیدگاهی و با تأکید بر نقش زیر بنایی زنان در بنیان خانواده و اجتماع، پژوهش حاضر تأثیر مداخلات روان درمانی ۴ عاملی (آگاهی آفرینی، رابطه درمانی، امید و انتظار درمان و نظم دهی رفتار یا اصلاح پاسخ مراجع) بر ارتقای کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای زنان مبتلا به سرطان پستان را مورد ارزیابی قرار می دهد.

۲-۱) بیان مسأله

سرطان پستان شایع ترین سرطان کشنده در میان زنان ۴۰ تا ۵۵ سال در جهان است (اکبری و همکاران، ۲۰۱۱) و بیش از ۲۳٪ از کل سرطان های زنان را به خود اختصاص می دهد. این سرطان پس از سرطان ریه، دومین سرطان رایج می باشد و به علت پیش آگهی نسبتاً خوب آن، پنجمین علت مرگ و میر ناشی از سرطان می باشد. نسبت مرگ و میر به ابتلای آن برابر با ۳۵٪ می باشد (تونسر، ۲۰۱۰).

اگرچه هنوز سرطان پستان در سراسر جهان، مقامی در ایجاد مرگ ناشی از سرطان دارد، اما پیش آگهی آن، به علت (تشخیص سریعتر و درمان های مناسب تر) نسبتاً خوب است. در ایران نیز شبیه به سایر کشورهای جهان، سرطان پستان شایع ترین بدخیمی در میان زنان است و دومین سرطان شایع در سال ۱۳۸۶، بر اساس کل جمعیت مرد وزن در ایران، سرطان پستان به میزان ۱۰/۷٪ می باشد (ستایشی و همکاران، ۱۳۹۰). براساس مطالعات و گزارشات موجود از ایران، سن بروز سرطان پستان در زنان ایرانی حداقل یک دهه جوان تر از زنان کشورهای توسعه یافته می باشد. به این معنا که متوسط سن از ۴۸/۸ به ۴۷/۱ کاهش پیدا کرده است (تونسر، ۲۰۱۰).

از دو دهه گذشته بحث کیفیت زندگی در حوزه درمان سرطان ها ، به طور جدی مطرح شد و به سرعت گسترش پیدا کرد . کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت¹ ، آن را درک هر فرد از زندگی ، ارزش ها ، اهداف ، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است . احساس امنیت ، تعارضات هیجانی ، عقاید شخصی ، اهداف و میزان تحمل ناکامی ها ، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند . زمانی که فردی در زندگی ، احساس رضایت و خوشحالی می کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی نداشته باشد ، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانیکه فرد خود مراقبتی خوبی داشته باشد ، روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم تر باقی خواهد ماند و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت (ضیغمی محمدی و غفاری ، ۱۳۸۷).

سرطان از جمله بیماری هایی است که با ایجاد تنش های مزمن و اختلالات جسمی ، روانی و اجتماعی متعدد ، باعث ایجاد اختلال در کیفیت زندگی بیماران می گردد . لذا یکی از جوانب مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان ، توجه به بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران است . امروزه تنها زنده ماندن بیماران مد نظر نیست ، بلکه بیماران خواهان یک زندگی با کیفیت مناسب هستند . مطالعه مروری مقالات مرتبط با کیفیت زندگی از سال ۲۰۰۰ به بعد نشان می دهد عوامل مختلفی بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر گذار است : برخورداری از حمایت های اجتماعی درک شده ، بهره مندی از برنامه های مشاوره گروهی و آموزش بیماران موجب افزایش کیفیت زندگی (بهبود عملکرد جسمانی ، هیجانی و اجتماعی ، کاهش خستگی و کاهش اثرات منفی اقتصادی ناشی از بیماری) و برعکس ، بالا بودن (سن ، تعداد فرزندان ، درجهٔ تومور، تعداد جلسات شیمی درمانی) ، شدت عوارض (یائسگی ، تنگی نفس ، درد ،

World Health Organization (WHO)¹

خستگی و خستگی ناشی از کم خونی) و مشکلات اقتصادی ، کیفیت زندگی بیماران را به شدت کاهش می دهد (ابراهیمی و همکاران ، ۱۳۸۹).

در کنار مسائل اقتصادی درمان بیماران مبتلا به سرطان که خود بحث مستقل و جداگانه ای است و هزینه های سنگینی را بر نظام درمانی ، خانواده ها و مبتلایان تحمیل می کند ، چنانچه در نیمه راه رها شود ، به طور طبیعی آثار درمانی و اقتصادی جبران ناپذیری را همراه دارد . به خاطر عوارض و مشکلات بسیاری از درمان های سرطان (جراحی ، شیمی درمانی ، پرتو درمانی و هورمون درمانی) ، این درمان ها در نیمه راه رها می شوند (پری و چانگ^۱ ، ۲۰۰۷). در چنین شرایطی اندازه گیری و سنجش کیفیت زندگی می تواند بسیار مؤثر و کمک کننده باشد تا از این طریق بتوان درمان بیمار را کامل کرد . بررسی کیفیت زندگی در مطالعات سلامتی مبتلایان به سرطان ، از این لحاظ حائز اهمیت است که به متخصصان در تعیین وضعیت زندگی و خطراتی که بیماری بر کیفیت زندگی دارد کمک می کند و می تواند نکات مبهم فراوانی را روشن سازد (دیستفانو و همکاران ، ۲۰۰۸). لذا تنها اندازه گیری سلامت جسمانی این بیماران به تنهایی کافی نیست ، بلکه کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت جسمانی است و لازم است به عنوان یکی از پیامدهای مهم به صورت مستقل ارزیابی شود .

یکی از مسائل مهمی که در چارچوب بحث کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مطرح است ، مسائل روانشناختی است . مشکلات روانشناختی مبتلایان به سرطان بر کیفیت زندگی آنان ، نرخ اقدام به خودکشی و خودکشی موفق ، طولانی شدن مدت بستری و حتی طول عمر آنها اثر می گذارد (پالمن و فیش^۲ ، ۲۰۰۵). سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان ، سبب بروز مشکلات متعدد روانشناختی برای آنان می شود که در این میان واکنش هایی مانند انکار ، خشم و احساس گناه مشاهده می شود . بعضی از بیماران پس از

Perry & Chang¹
Palman & Fish²

پایان درمان پزشکی ، در می یابند که سرطان پیامدهای روانی منفی پایداری برای آنها بر جای گذاشته است . اثرات روانشناختی ناشی از تشخیص بیماری و اثرات جسمانی ناشی از درمان های دریافتی ، بر کیفیت زندگی مؤثر است (واینی^۱ و همکاران ، ۲۰۰۹). اکثر افرادی که به سرطان مبتلا می شوند ، یک دوره تنیدگی را تجربه می کنند . در برخی از بیماران این تنیدگی به خودی خود از بین می رود و به مشکلات شناختی دیرپا منجر نمی شود و می توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت . اما برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه آنها می شود . این مشکلات شناختی که به لحاظ بالینی شدید هستند ، معمولاً به عنوان بخشی از یک اختلال انطباقی^۲ ، اختلال افسردگی یا یک اختلال اضطرابی بروز می کنند (گریک ، ۲۰۰۰ ترجمه مولودی و فتاحی ، ۱۳۸۹).

همچنین در فرآیند بیماری سرطان ، عوامل بسیاری مانند رویدادهای تنیدگی زای زندگی ، بازخوردها ، مهارت های مقابله ای ، حمایت های اجتماعی ، آشفتگی های روانشناختی و سرکوبی های عاطفی ، نقش مهمی دارند . این عوامل ، در نحوه مقابله و سازگاری فرد با سرطان ، نقش تعیین کننده ای دارند ، چرا که این بیماری ، اثرات روانشناختی و پزشکی بسیاری را باعث می شود و تبعات روانشناختی حتی اگر شدید هم نباشد ، می تواند تا یک سال بعد از تشخیص و حتی بیشتر از آن ادامه یابد (ماداکس ؛ مکت و ویلکاک^۳ ، ۲۰۰۹).

در جهان امروز تنیدگی مسأله بزرگی به شمار می رود ، گفته شده که ۷۵٪ بیماری های جسمانی با تنیدگی ارتباط دارند و یکی از عوامل مؤثر در بیماری های قلبی و سرطان که دو عامل مهم مرگ و میر ، در جهان شناخته می شوند ، می باشد . همچنین تنیدگی به عنوان یک پدیده روانشناختی از عوامل مهم در بروز و استمرار بسیاری از اختلالات روانی است . از

Winnie¹
Adjustment disorder²
Maddacks ; Mokett & Wilcok³

این رو در سال های اخیر توجه به منابع تنیدگی و راهبردهای مقابله با آن در گروه های مختلف به ویژه در مبتلایان به بیماری ها و مشکلات روانی و جسمانی گوناگون ، بسیار مورد توجه و بررسی قرار گرفته است و نشان داده شده که به کار گرفتن راهبردهای مقابله ای مؤثر ، نقش مهمی در کاهش ایجاد و دوام رویدادهای تنیدگی زا داشته است (چن و چانگ^۱ ، ۲۰۱۱). عوامل روان شناختی نظیر استرس ، توانایی مقابله ، اثر و معنی سرطان در سازگاری یا مقابله فرد با بیماری نقش تعیین کننده دارد (حیدری و رحیمی نژاد ، ۱۳۸۸). کنترل و کاهش نشانه های روانشناختی که به دنبال بیماری های جسمی می آیند نه تنها سبب بالابردن مهارت ها و بالا بردن روحیه جنگندگی در این بیماران می شود ، بلکه باعث افزایش کارآیی سیستم ایمنی و در نتیجه کاهش علائم جسمانی و بهبودی می گردد(لبل و همکاران ، ۲۰۰۸^۲ و رودین ؛ دانه ؛ گاگلیز ؛ مایکو لانسرو و زیمرمن^۳ ، ۲۰۰۸).

سرطان پستان می تواند باعث ترس زیاد ، ناامیدی و ترومای روانی شود و همه ابعاد زندگی فرد (ابعاد جسمانی ، هیجانی و معنوی) او را به چالش بکشاند و کیفیت زندگی را که یک ماهیت پویا است تغییر دهد (لیون و ابرایت^۴ ، ۲۰۰۴).

در حال حاضر بهبود کیفیت زندگی یکی از فاکتورهای اساسی در زندگی است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت فرد شناخته می شود . راهبردهای مقابله ای فرد می توانند بر روی کیفیت زندگی و در نهایت بر روی بیماری وی تأثیرگذار باشد . وقتی فرد در اثر بیماری دچار استرس می شود ، سعی می کند برای کاهش استرس با آن مقابله کند و زمانیکه راهبردهای مقابله ای نا موفق باشد و استرس فروکش نکند ، وی دچار مشکل خواهد شد و بر کیفیت زندگی و سلامت روانیش تأثیر گذار خواهد بود . زنان از مهمترین ارکان خانواده

Chen & Chang¹

Lebel ; Rosberger ; Edgar ; Gerald M²

Rodin ; Donner ; Gaglios ; Mikulincer ; Zimmermann³

Lyon & Ebright⁴

و جامعه می باشند ، بنابراین بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان علاوه بر بهبود بقای آنها سبب افزایش کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده و پیشبرد اهداف جامعه و توسعه آن می شود ، لذا با توجه به اثرات محدود کننده سرطان سینه بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای زنان مبتلا ، انجام مداخلات مؤثر جهت ارتقاء مهارت‌های مقابله ای و کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج از جمله سرطان پستان ، ضرورت قابل ملاحظه ای دارد .

بنابراین در این پژوهش سعی بر آن است که به این سؤال پاسخ داده شود که آیا روان‌درمانی گروهی مبتنی بر مدل ۴ فاکتوری بر کیفیت زندگی و راهبرد های مقابله ای زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد ؟

۳-۱) ضرورت پژوهش

امروزه الگوی زیستی - روانی و اجتماعی در سبب شناسی و پیش‌آگهی بیماری های جسمی و اختلالات جسمانی اهمیت روزافزونی پیدا کرده است و هرگونه تحقیق و بررسی در بعد روانی - اجتماعی شایان توجه است ، چرا که به شناخت ابعاد روانی - اجتماعی بیماری و مسائل مربوط به آن کمک می کند . پژوهش‌ها در مورد سرطان نشان داده اند که اغلب بیماران مبتلا ، آشفتگی های هیجانی و درجاتی از افسردگی ، ترس و اضطراب را تجربه می کنند . وجود برخی از این واکنش‌ها ، پاسخ طبیعی به استرس بیماری و اقدامات تشخیصی و درمانی آن تلقی می گردد (واتسون و همکاران^۱ ، ۲۰۰۵) .

Watson ; Homewood ; Haviland; Bliss¹