

اللَّهُ الرَّحْمَنُ الرَّحِيمُ



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

عنوان :

مقایسه اثر بخشی دو روش مداخله " شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری " و " گروه درمانی شناختی / وجود گرا " بر امید واری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان سرطان غیر منتشر سینه، علائم افسردگی از خود بروز داده اند .

استاد راهنما :

دکتر احمد اعتمادی

اساتید مشاور:

دکتر عبدالله شفیع آبادی

دکتر علی دلاور

اساتید داور:

دکتر ابوالفضل کرمی

دکتر شکوه نوابی نژاد

پژوهشگر:

بهمن بهمنی

اردیبهشت ۱۳۸۹

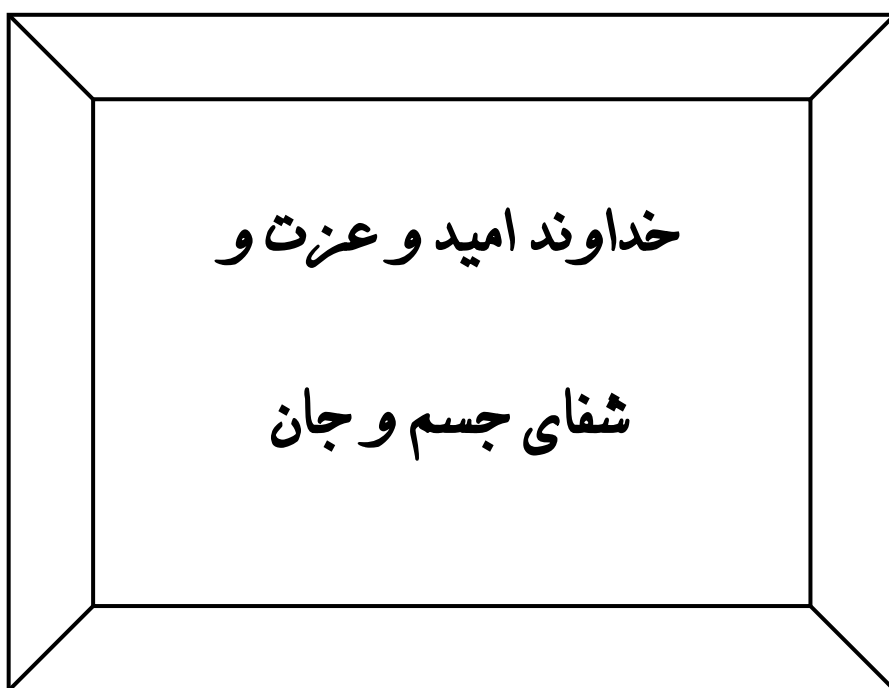
چکیده:

این پژوهش با توجه به کاستی های موجود در یافته های مبتنی بر طرح های آزمایشی یا نیمه آزمایشی معتبر در مورد مقایسه اثر بخشی روش های مداخله روان شناختی گوناگونی که با هدف کاهش درد و رنج روانی افراد مبتلا به سرطان وجود دارد، طراحی شده است. جامعه پژوهشی حاضر را بیماران مبتلا به سرطان سینه ۲۰ تا ۶۵ ساله مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام حسین تشکیل می دهد که از بین آنها ۴۰ نفر نمونه که سابقه بیماری روانپزشکی قبل از ابتلا به سرطان نداشته، غدد سرطانی آنها به سایر نقاط بدن منتشر نشده و در زمان غربالگری میزان افسردگی آنها متوسط به بالا بودند انتخاب و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. به عنوان پیش آزمون هر سه گروه در چهار متغیر افسردگی، امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی سنجیده شده و سپس دو تا از گروه های مقایسه به تصادف انتخاب شدند تا هر یک در معرض یکی از دو روش مداخله "شناخت درمانی آموزش محور" و "گروه درمانی شناختی وجود گرا" قرار بگیرند. برنامه اجرای هر دو روش مداخله در قالب ملاقات های ۹۰ دقیقه ای که هفته ای یکبار و برای دوازده هفته ادامه داشت پیش بینی و اجرا شد. سپس پس آزمون در مورد هر سه گروه مقایسه اجرا و داده ها با هدف محاسبه تحلیل کواریانس برای حذف اثر پیش آزمون بر پس آزمون، تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه ها و آزمون تعقیبی شفه برای بررسی معنی داری جفت مقایسه ها با استفاده از بسته آماری SPSS-16 پردازش شد. نتایج آزمون فرض ها نشان داده اند که:

میانگین افسردگی در گروه درمانی شناختی وجود گرا کمتر از شناخت درمانی آموزش محور و افسردگی هر دو گروه نیز پایین تر از گروه گواه بوده و تفاوت ها از نظر آماری معنادار است. در متغیر امیدواری نیز تاثیر روش گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افزایش امیدواری بیشتر از روش شناخت درمانی آموزش محور و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بوده و هر دو گروه نیز میانگین بیشتری نسبت به گروه کنترل به دست آورده اند. در متغیر عزت نفس میانگین های دو گروه آزمایش با یکدیگر برابر اما با میانگین گروه کنترل تفاوت معنادار دارد. مقادیر میانگین نشان می دهد که عزت نفس در هر دو گروه نسبت به گروه گواه افزایش داشته و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است. میانگین کیفیت زندگی در دو نوع مداخله شناخت درمانی آموزش محور و گروه درمانی شناختی وجود گرا با یکدیگر تفاوت نداشته اما نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده است. این تفاوت ها نیز به لحاظ آماری معنی دار است.

واژگان کلیدی: افسردگی، امیدواری، عزت نفس، کیفیت زندگی، سرطان سینه، گروه درمانی شناختی وجودگرا، شناخت درمانی آموزش محور

با سپاس از:



و قدردانی از :

- استاد راهنمای گرانقدرم جناب آقای دکتر احمد اعتمادی که صبر را در مراوده، دقت علمی را در پژوهش و حسن خلق را در دوستی به من آموختند.

- استاد مشاورم جناب آقای دکتر عبدالله شفیع آبادی بخاطر راهنمایی های ارزنده شان.

- استاد مشاور آماری ام جناب آقای دکتر علی دلاور که اشتباهاتم را مرشدانه اصلاح کردند.

- و اساتید داور گرامی، سرکار خانم دکتر شکوه نوابی نژاد و جناب آقای دکتر ابوالفضل کرمی که زحمت داوری دقیق و منصفانه این پایان نامه را تقبل کردند.

و تشکر خاص از :

همسرم بخاطر مهر و صبر و حمایتش در همواره ی زندگی مشترکمان، از جمله ایام طولانی و
پرفراز و نشیب تحصیل

فرزندانم بخاطر همه شوق، درک و حمایتی که همیشه نسبیتم کرده اند

و والدینم که نخستین بذرهای شوق به آموختن را در وجودم پروردند.

این مختصر را تقدیم می‌کنم به :

همه آن عزیزانی که در طی جلسات مشاوره از آنها آموخته‌ام که چگونه می‌توان در اوج تجربه درد و رنج جسمی، شهادت آن را یافت که ناگواری‌ها را شالوده رشد و شفا را محصول مواجهه با ابتلا قرار داد.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

چکیده

تشکر و قدر دانی

فصل اول: کلیات پژوهش

۱۴	مقدمه.....
۱۵	بیان مسئله.....
۳۱	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۳۲	اهداف پژوهش.....
۳۲	فرضیه ها ی پژوهش.....
۳۳	تعاریف مفاهیم و اصطلاحات تخصصی.....
۳۷	متغیر های پژوهش.....

فصل دوم: مروری بر ادبیات پژوهش

۳۹	مقدمه فصل دوم.....
۴۰	افسردگی.....
۴۰	افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه.....
۴۱	شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه.....
۴۱	تشخیص افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه.....
۴۲	رابطه افسردگی با عوامل خطر ساز ابتلا به سرطان سینه.....
۴۴	رابطه افسردگی با میزان مرگ و میر بیماران مبتلا به سرطان سینه.....
۴۴	رابطه افسردگی با میزان پیشرفت بیماری در افراد مبتلا به سرطان سینه.....
۴۵	تاثیر سرطان سینه بر افزایش خطر بروز افسردگی.....
۴۵	یافته های مربوط به اثر بخشی شیوه های مداخله بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه.....

۴۶	..... امیدواری
۴۶	..... امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان سینه
۴۶	..... معرفی و تاریخچه
۴۹	..... رابطه امیدواری با سلامت عمومی فرد
۵۱	..... رابطه امیدواری با بیماری سرطان
۵۱	..... نقش امیدواری در درمان بیماری سرطان
۵۳	..... نقش امیدواری در دوران نقاهت پس از درمان سرطان
۵۶	..... پیشینه پژوهشی مداخله های انجام شده برای ارتقا امید در بیماران مبتلا به سرطان
۵۶	..... عزت نفس
۵۶	..... عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان
۵۶	..... معرفی و تاریخچه
۶۱	..... رابطه عزت نفس با سلامت روان
۶۳	..... رابطه عزت نفس و بهداشت روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه
۶۴	..... پیشینه پژوهشی مداخله های انجام شده برای بهبود عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان سینه
۶۷	..... کیفیت زندگی
۶۷	..... کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه
۶۷	..... معرفی و تاریخچه
۶۸	..... ارتباط بیماری سرطان و کیفیت زندگی
۶۸	..... ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان
۶۸	..... پیشینه پژوهشی مداخله های ارتقا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه
۷۳	..... دیدگاه های شناختی رفتاری در مورد آسیب شناسی و درمان افسردگی
۷۳	..... معرفی و تاریخچه
۷۵	..... آسیب شناسی افسردگی از دیدگاه بک
۷۸	..... درمان افسردگی از دیدگاه بک
۸۱	..... یافته های پژوهشی در مورد بررسی اثر بخشی شناخت درمانی بک در درمان افسردگی
۸۵	..... آسیب شناسی افسردگی از دیدگاه ایس(عقلانی،عاطفی،رفتاری)
۸۹	..... درمان افسردگی از دیدگاه ایس
۹۱	..... یافته های پژوهشی در مورد اثر بخشی دیدگاه عقلانی،عاطفی،رفتاری در درمان افسردگی
۹۲	..... شباهت و تفاوت دیدگاه شناخت درمانی بک با روان درمانی عقلانی،عاطفی،رفتاری ایس
۹۳	..... دیدگاه وجودگرایان به آسیب شناسی و درمان افسردگی
۹۵	..... منشا افسردگی از دیدگاه وجودگرایان
۹۷	..... رویکرد وجودی به درمان افسردگی
۹۹	..... شواهد اثر بخشی درمان های وجودی بر درمان افسردگی
۱۰۰	..... شباهت و تفاوت رویکرد "شناختی" با رویکرد "وجودی" در درمان افسردگی
۱۰۴	..... درمان های تلفیقی
۱۰۵	..... شناخت درمانی های تلفیقی
۱۰۵	..... گروه درمانی شناختی وجود گرا
۱۰۸	..... ساختار و اهداف شناخت درمانی وجود گرا

- شواهد اثر بخشی گروه درمانی های شناختی وجودگرا بر درمان افسردگی ۱۰۹
- شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری ۱۱۱
- شواهد اثر بخشی شناخت درمانی آموزش محور بر درمان افسردگی ۱۲۱

فصل سوم: روش پژوهش

- مقدمه ۱۲۴
- روش پژوهش ۱۲۴
- جامعه آماری، گروه نمونه گیری، روش نمونه گیری و حجم نمونه ۱۲۵
- ابزارهای اندازه گیری ۱۲۶
- روش تجزیه و تحلیل داده ها ۱۲۸
- روش اجرا، مراحل انجام پژوهش و نحوه جمع آوری داده ها ۱۲۹

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری داده ها

- مقدمه ۱۳۱
- یافته های توصیفی ۱۳۱
- یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش ۱۳۲

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- مقدمه ۱۴۴
- تحلیل و تبیین فرضیه ها ۱۴۴
- محدودیت ها-پیشنهاد ها ۱۵۶

فهرست منابع

- فارسی ۱۵۸
- انگلیسی ۱۶۰

پیوست ها:

- برنامه مداخله گروه درمانی شناختی وجودگرا ۱۷۳
- برنامه مداخله شناخت درمانی آموزش محور ۱۸۶
- پرسشنامه افسردگی بک ۲۱۶
- پرسشنامه عزت نفس الیس پوپ ۲۱۸

- ۲۱۹.....مقیاس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان
- ۲۲۱.....مقیاس امید میلر

فهرست جداول

- ۱۲۶.....جدول حجم نمونه
- ۱۳۲.....جدول ۴-۱ مشخصه های آمار توصیفی متغیر های مورد مطالعه در پیش آزمون به تفکیک گروه های پژوهش
- ۱۳۳.....جدول ۴-۲ تحلیل واریانس یکراهه برای بررسی برابری میانگین ها و واریانس های گروه ها در پیش آزمون
- ۱۳۴.....جدول ۴-۳ میانگین و انحراف استاندارد و همبستگی های متقابل برای نمره های چهار متغیر وابسته
- ۱۳۵.....جدول ۴-۴ مشخصه های آمار توصیفی متغیر های مورد مطالعه در پس آزمون به تفکیک گروه های پژوهش
- ۱۳۶.....جدول ۴-۵ خلاصه آزمون F چند متغیری و آزمون برابری واریانس های لوین برای میان گین های پس آزمون
- جدول ۴-۶ تحلیل کواریانس نمره های پس آزمون چهار متغیر مورد مطالعه در گروه ها ی سه گانه پژوهش با
- ۱۳۷.....نمره های همپراش پیش آزمون
- ۱۳۸.....جدول ۴-۷ میانگین های تعدیل و نتایج آزمون مقابله پس تجربی شفه برای مقایسه میانگین های سه گروه

فهرست شکل ها و نمودار ها

- ۱۳۹.....شکل ۴-۱ میانگین تعدیل یافته عزت نفس سه گروه مورد مطالعه پس از اجرای آزمون تحلیل کواریانس
- ۱۴۰.....شکل ۴-۲ میانگین تعدیل یافته افسردگی سه گروه مورد مطالعه پس از اجرای آزمون تحلیل کواریانس
- ۱۴۱.....شکل ۴-۳ میانگین تعدیل یافته کیفیت زندگی سه گروه مورد مطالعه پس از اجرای آزمون تحلیل کواریانس
- ۱۴۲.....شکل ۴-۴ میانگین تعدیل یافته امیدواری سه گروه مورد مطالعه پس از اجرای آزمون تحلیل کواریانس

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه:

در سایه پیشرفت های اخیر در علوم پزشکی، بیماری سرطان دیگر یک بیماری غیر قابل علاج محسوب نمی شود. شواهد حاکی از آن است که امروزه طول عمر بیماران مبتلا به انواع سرطان (حتی وقتی بیماری در موقعیتی بوده است که غیر قابل علاج تشخیص داده شده) از هر زمان دیگری بیشتر است. این بدان معنی است که بیماری سرطان هر روز بیش از قبل در جرگه بیماری های مزمن قرار می گیرد (وایت، ۲۰۰۱).

زندگی با هر نوع بیماری مزمن و اقداماتی که برای درمان آنها صورت می گیرد می تواند منشا آزردهی روان شناختی یا اجتماعی جدی برای بیمار به حساب آید. زنان مبتلا به سرطان سینه در معرض بسیاری از این عوارض منفی قرار دارند. آنها باید بتوانند با ضربه اولیه ناشی از دریافت خبر ابتلا به سرطان و پیامد های خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فردی آن و نیز عوارض جانبی ناشی از اقدامات درمانی همچون تغییر در ظاهر جسمی، تغییر در نقش ها و کارکرد های اجتماعی و در برخی موارد افت سلامت عمومی مواجه شوند. تحت این شرایط، تعجب بر انگیز نخواهد بود چنانچه بدانیم که بسیاری از خانم های مبتلا به سرطان، علائم متوسط تا شدید مشکلات هیجانی نظیر اندوه، اضطراب، تحریک پذیری، خشم، ترس، غم و رفتارهای کناره گیری از روابط اجتماعی، خانوادگی و دوستانه را گزارش کنند (کتابچه راهنمای شناسایی آزردهی های روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان سینه، ۲۰۰۴). شواهد حکایت از آن دارد که بیماران بیش از عوارض جسمی بیماری سرطان از عوارض روان شناختی آن نظیر افسردگی، اضطراب و خشم رنج می برند و حتی پس از پایان دوره فعال درمان نیز نگرانی از عود بیماری، زندگی فرد بیمار را تا مدت ها تحت الشعاع خود قرار می دهد.

افسردگی یکی از شایع ترین واکنش های روانی پس از دریافت خبر ابتلا به بیماری های سخت درمان، نظیر سرطان است (ریچ، لی ژر و همکاران، ۲۰۰۸). انرایت (۱۹۹۷) تاکید کرده است که منطقی است چنانچه معتقد باشیم که تقریباً هیچ مشکل روان شناختی و یا حتی جسمی وجود ندارد که بطور بالقوه نتوان برای کمک به کاهش علائم یا عوارض آنها و یا حتی برطرف شدن کاملشان از شیوه های بر گرفته از دیدگاه شناختی رفتاری استفاده نکرد (به نقل از وایت، ۲۰۰۱). اینکه کدام یک از شیوه های مداخله در کاهش روان آزردهی های متعاقب سرطان موثر هستند و نیز اینکه در بین شیوه های موثر کدامیک با شرایط ویژه سرطان سینه بیشترین تناسب و بنابراین بیشترین کارآمدی را دارد، سوالی است که پاسخ آن می تواند علاوه بر ضرورت رعایت حقوق انسانی بیماران در استفاده از موثر ترین روش های مداخله، کمک موثری نیز به صرفه جوئی در زمان، نیرو و امکانات

مراکز بهداشتی در پی داشته باشد. این پژوهش در صدد مقایسه دو شیوه بر گرفته از دیدگاه های شناختی رفتاری یعنی شیوه موسوم به شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری با شیوه گروه درمانی شناختی وجود گرا از نظر کارائی شان در درمان افسردگی این افراد و یا کاهش معنی دار شدت آن و نیز تاثیر تفکیکی احتمالی این دو روش بر متغیر های مداخله گر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی است.

بیان مسئله:

سرطان به گروهی از بیماری ها گفته می شود که واحد های بنیادین بدن موجودات زنده یعنی سلول ها را درگیر می کنند. در واقع اگر چه فرآیند تقسیم سلولی و تکثیر آنها به منظور حفظ بقا جاندار فرآیندی حیاتی محسوب می شود اما هنگامی که میزان تکثیر سلولی بیش از نیاز طبیعی بدن باشد سرطان ایجاد شده است. اگرچه بیش از ۲۰۰ گونه متفاوت سرطان شناسائی شده اند، اما سرطان های شایع را می توان بر اساس نسوجی که مبتلا شده اند به چهار نوع کلی طبقه بندی کرد (نلسون^۱، ۱۹۸۹، تورتورا^۲ و گرابوفسکی^۳، ۱۹۹۳، ویلیامز،^۴ ۱۹۹۰ به نقل از سارافینو^۵-۲۰۰۲). این چهار نوع عبارتند از ۱) کارسینوما^۶ یا نئوپلاسم بدخیم سلول های پوستی و سلول های پوشاننده بسیاری از ارگان های بدن مثل دستگاه گوارش، مجاری تنفسی و اندام تناسلی که حدود ۸۵٪ سرطان های انسان را به خود اختصاص می دهند ۲) لنفوم^۷ یا سرطان های سیستم لنفوی ۳) سارکوم^۸ یا نئوپلاسم بدخیم استخوان عضله یا بافت همبند و ۴) لوسمی^۹ یا سرطان اجزا سازنده خون مثل مغز استخوان.

علی رغم پیشرفت های شگرف در شیوه های تشخیص و درمان سرطان این بیماری هنوز جزو اختلالاتی قرار دارد که به خاطر عدم قطعیت موجود در اثر بخشی اقدامات درمانی، انتظار (خطر) مرگ در آنها زیاد تر از اغلب بیماری های جسمی دیگر است. در واقع برای خیلی ها هنوز سرطان به معنی مرگ قریب الوقوع بوده و بنابراین حداقل در طی نخستین واکنش ها به دریافت خبر ابتلا خود یا یک عزیز دیگر به سرطان تجربه ترس و وحشت پدیده ای بسیار شایع و طبیعی در نظر گرفته می شود (آبرامز و همکاران، ۲۰۰۷).

شواهد اخیر نشان داده اند که بیماری های تهدید کننده زندگی افراد نظیر سرطان را می توان بر اساس معیار

¹ - Nelson.G

² - Tortoura.G.I

³ - Grabofsky.A

⁴ - Williams.C.I.

⁵ - Saraphino.P.

⁶ - Carcinoma

⁷ - Lynphoma

⁸ - Sarcoma

⁹ - Leukemia

های DSM-IV به عنوان عامل ایجاد کننده فشار روانی منجر به ضربه روانی^۱ محسوب کرد (کازاک^۲ و همکاران همکاران، ۲۰۰۴). دریافت خبر تشخیص ابتلا فرد به بیماری سرطان به دلیل احتمال مرگ نهفته در آن، رویداد فشارزای روانی^۳ شدیدی محسوب می شود که می تواند تمامی تبعات واکنش های اضطرابی شدید را با خود همراه همراه داشته باشد زیرا در تصور رایج، این بیماری تهدید کننده جدی زندگی بوده و باعث ایجاد مجموعه احساس های شدید و رنج آوری خواهد شد که معمولاً وقتی افراد با موقعیت های تهدید کننده و در عین حال غیر قابل کنترل مواجه می شوند از خود نشان می دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۰۰).

این شواهد ممکن است شامل گستره ای از واکنش های عاطفی نظیر اضطراب شدید، غم و اندوه، ترس و خشم از یک سو، تا بی حسی و فقدان واکنش عاطفی از سوی دیگر شود. احساس گناه و سازوکار اسناد در این واکنش ها نقش خیلی مهمی بازی می کنند. به لحاظ شناختی، بیماران ممکن است با خلق پرخاشگرانه و عصبی به دنبال گردآوری اطلاعاتی برونند که فکر می کنند برای فهم مسئله خود به آن نیاز دارند و یا کاملاً گنگ و سردرگم شده و قابلیت تحرک و حفظ تمرکز خود را از دست بدهند. ممکن است شکایت های جسمی آنها افزایش پیدا کرده و فعالیت های روزانه، اشتها و خواب آنها کاهش پیدا کند (اشرف^۵ و همکاران، ۲۰۰۴).

ترس هاس اصلی بیماران در این دوران عبارتند از ترس از مرگ، وابستگی، بدشکلی بدن، ناتوانی و معلولیت، تنها گذاشته شدن، تخریب نقش های اجتماعی و پیامد های مسائل اقتصادی. به این ترتیب پاسخ های بیماران را می توان متأثر از سه گروه عوامل: (۱) پزشکی (۲) روانشناختی و (۳) بین فردی دانست. عوامل پزشکی مشتملند بر وضعیت فعلی بیماری، علائم، پیش آگهی و نیز نوع و روش های درمانی مورد استفاده. عوامل روان شناختی شامل سبک و ویژگی های شخصیتی فرد، قابلیت های مقابله، قدرت و توانائی "خود"، مرحله تحولی فرد در چرخه زندگی و معنی و تاثیر سرطان بر مرحله تحولی مذکور می شود. عوامل بین فردی نیز اشاره به حمایت های اجتماعی و خانوادگی و مقدرات و امکانات مراقبین بیمار است (اشرف و همکاران، ۲۰۰۴).

سرطان باعث ایجاد استرس های منحصر به فردی برای بیمار و خانواده اش می شود. این بیماران سرطان را قاتل حقیقی خود و مرضی که در بهترین شرایط به درد، ناتوانی و بد شکلی اندامشان منجر می شود، تلقی می کنند. حتی در میان بیمارانی که بهبود می یابند و ماه ها یا سالهای اول را نیز به خوبی سازگاری پیدا می کنند

¹ - Traumatic Stressor

² - Kazak.A.

³ - Traumatic Event

⁴ - American psychiatric association

⁵ - Ashrafee.A.

ترس از عود مجدد بیماری یک پدیده رایج محسوب شده و اگر بیماری باز گردد بعضی از افراد به سبب ترسشان از نظر روانی فلج می شوند (میگس^۱ و مندلسون^۲، ۱۹۷۹ به نقل از سارافینو، ۲۰۰۰). علاوه بر این ها بسیاری از بیماران، روش های درمان سرطان را از خود بیماری آزاردهنده تر می دانند. مطالعات نشان داده اند که میزان پذیرش سرطان از سوی فرد بر نتایج درمان و روند بیماری موثر است. در افرادی که، به لحاظ روانی پر استرس محسوب می شوند و از نظر سازگاری عمومی مشکل دارند نیز فعالیت دستگاه ایمنی بدن کاهش یافته و بعضی از شواهد نیز نشان داده اند که حتی عملکرد مذکور کاملاً مختل شده و به پیشرفت بیماری منجر می شود (کیکالت-گلاسر^۳ و گلاسر، ۱۹۸۶؛ لوی^۴ و همکاران، ۱۹۸۵؛ رد^۵ و همکاران، ۱۹۹۴ به نقل از ادوارد پ. سارافینو، ۲۰۰۲).

روش های درمان سرطان نه تنها ناخوشایند است بلکه امکان دارد پیچیده، بلندمدت و طاقت فرسا هم باشد. اکثر بیماران سرطانی باید در منزل دارو مصرف کنند و اغلب به طور منظم به بیمارستان بروند، رژیم غذایی خاصی را رعایت کنند و در سایر عادات روزانه خود تغییر ایجاد کنند (سارافینو، ۲۰۰۲).

فالکنر^۶ و ماگوییر^۷ (۱۹۹۴) سازگاری موفق روان شناختی با سرطان را متاثر از توانایی فرد در مواجه شدن با پنج پنج چالش اصلی می دانند: (۱) مواجه شدن با عدم قطعیت نسبت به آینده (۲) پیدا کردن معنی در آنچه که روی داده است (۳) مواجه شدن با احساس کنترل ناپذیری امور (۴) باز شدن و پذیرا شدن نسبت به رویداد های وابسته به بیماری (۵) نیازه حمایت های اجتماعی و پزشکی بیشتر. فالکنر و ماگوییر معتقدند که مشکلات روانی می تواند در هر مرحله ای از روند تشخیص، درمان و یا بعد از آن روی دهد و رابطه خیلی زیادی با ارزیابی که فرد در مورد شدت بیماری، پیش آگهی بیماری و رنج و درد ناشی از اقدامات درمانی در ذهن خود می پروراند، دارد (فالکنر، ماگوییر، ۱۹۹۴).

از یک منظر شاید بتوان واکنش روانی افراد به ابتلا به یک بیماری بالقوه مهلک را در دو گروه کلی دسته بندی کرد. نخست واکنش های عاطفی حاد و فوری مربوط به آگاهی از احتمال مرگ قریب الوقوع که عموماً با درجات بالای واکنش آزردهی روانی^۸ همراه است و بلافاصله بعد از اطلاع از تشخیص در افراد ایجاد می شود. دوم واکنش به فشار زایا های روانی مزمن است که در پی مواجه شدن با پیامد های متعدد اقتصادی، خانوادگی، اجتماعی و فردی مراقبت از

¹ - Mages.N.L.

² - Mendelsohn.G.A.

³ - Kilcot-Glaser.I.k.

⁴ - Levy.S.M

⁵ - Reed.G.M

⁶ -Falkner.A.

⁷ - Maguier.M

⁸ - Reaction Distress

اینگونه بیماران بروز می‌کند (آبرامز، هلزن^۱ و پنسون^۲، ۲۰۰۶).

فرآیند روانی که با آگاهی فرد از ابتلا به سرطان شروع می‌شود به طور طبیعی از چندین وهله اساسی گذر خواهد کرد تا به شرط عبور سالم از تمامی آنها فرد به نوعی تعادل روانی در سازگاری با مسئله دست پیدا کند. این وهله ها عبارتند از (۱ شوک^۲) ناباوری و انکار^۳) ترس و اضطراب (۴ احساس گناه^۵) غمگینی و افسردگی^۶) خشم^۷) پذیرش واقعیت و تطبیق با آن. اگر چه بسیاری از افراد در نهایت موفق می‌شوند تا با موفقیت از مراحل سازگاری فوق الذکر عبور کنند اما برخی از آنها نیز به دلایل گوناگون در یکی از مراحل فوق تثبیت شده و به درجات گوناگون دچار اختلال می‌شوند به گونه ای که ممکن است هیچوقت نتوانند به سازگاری مناسبی دست پیدا کنند (هوکاسترا^۳ و همکاران، ۱۹۹۸).

پیامدهای روان شناختی ابتلا افراد به سرطان از جنبه های گوناگون و با تمرکز بر مفاهیم متفاوتی نظیر سازگاری هیجانی و روان شناختی، بهداشت روان، روابط زناشویی و خانوادگی و تاثیر کلی بر شرایط روان شناختی خانواده مورد پژوهش قرار گرفته اند.

ادبیات پژوهشی نشان داده اند که حوزه های مذکور با تمرکز بر شاخص های تنیدگی یا همان نشانگان روان شناختی مثل اضطراب، افسردگی، بهداشت روانی، نشانگان روان تنی، نشانگان فشار روانی، تنیدگی در زندگی زناشویی، کیفیت زندگی (بومان^۴، لیندال^۵ و بچورک، ۲۰۰۳) و اختلال فشار روانی پس از سانحه^۶ یا PTSD (پاترسون^۷ و همکاران، ۲۰۰۴) مورد بررسی قرار گرفته است.

بیماران سرطانی فشار روانی بسیار بالایی را در رابطه با اقدامات درمانی تجربه می‌کنند. میزان فشار روانی که برخی از بیماران از روش های درمانی تجربه می‌کنند به قدری است که می‌تواند احتمال ایجاد اختلال PTSD را مطرح کند. در عین حال شواهد نشان داده اند که افزایش فشار روانی ناشی از بیماری سرطان با کاهش کیفیت زندگی آنها رابطه دارد (شیلدز و روسیئو، ۲۰۰۴).

مطالعات مختلف نشان داده اند که حدود ۵۰٪ بیماران مبتلا به سرطان از دشواری های روانپزشکی نیز رنج می‌برند که نیمی از آن شامل اختلالات سازگاری و مشکلات روان شناختی است که مستقیماً به بیماری سرطان

1 - Helzen.E

2 - Penson.R

3 - Hoekstra-Webers.I

4 - Boman.K.

5 - Lindahl.A.

6 - Post traumatic Stress Disorder

7 - Paterson

مربوط می شود(لوین^۱ سیلبر فارب^۲، لیپووسکی^۳، ۱۹۷۸). سایر پژوهشگران دریافته اند که سطوح زیر آستانه بالینی آزرده‌گی روانی تا پنج سال پس از تشخیص سرطان نیز ادامه یافته است(سالبا^۴، وهمکاران. ۱۹۹۶ به نقل از شیلدرز^۵ و روسیئو^۶، ۲۰۰۴).

افسردگی یکی از جلوه‌های اصلی واکنش روانی افراد به بیماری سرطان محسوب می شود که شایسته توجه جدی است(شیلدرز و روسیئو، ۲۰۰۴). این اختلال نوعی آشفتگی هیجانی است که با اندوه زیاد، محدود شدن فعالیت‌ها، محدود شدن علائق، محدود شدن قابلیت تمرکز، دشواری در تفکر، افزایش یا کاهش قابل توجه اشتها و خواب، دلمردگی، درماندگی و ناامیدی شدید و در برخی موارد افکار یا اقدام به خودکشی خود را نشان می دهد(کاپلان^۷ و سادوک^۸، ۲۰۰۵).

افسردگی بر اساس شدت علائم، نحوه شروع آن، تغییرات شدت آن در یک دوره زمانی، همراهی آن با سایر مشکلات روانی زمینه‌ای به هفت دسته اصلی مختلف تقسیم بندی شده است.

انواع اختلال افسردگی عبارتند از اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی دو قطبی، اختلال افسردگی سایکوتیک، افسردگی پس از زایمان، اختلال گرفتگی خلقی پیش از عادت ماهانه و اختلال خلقی فصلی.

نوعی از افسردگی نیز شناخته شده است که با آن اختلال درهم یا بدون طبقه بندی خاص می گویند(کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵). اختلال افسردگی اساسی^۹ و اختلال دیستیمی^{۱۰} دو نوع افسردگی شایع در بین بیماران مبتلا به سرطان محسوب می شوند. افسردگی اساسی شامل افسردگی متوسط تا شدیدی است که حداقل برای دو هفته طول بکشد و با یک سری علائم بالینی دیگر نیز همراه باشد.

دیستیمی معمولاً همراه با سایر اختلالات روانپزشکی و یا پزشکی رخ می دهد. حدود ۷۰٪ بیماران مبتلا به دیستیمی ممکن است گاه‌گاه دوره‌هایی از علائم تشدید شده افسردگی را نیز بروز دهند که به آن افسردگی دوگانه^{۱۱} گفته می شود. این اختلال در بین بیماران دارای مشکلات جسمی از جمله سرطان، MS، ایدز، پرفعالیتی

¹ - Levine.P.M

² - Silberfarb.P.M

³ - Lipowski.Z.I

⁴ - Salba

⁵ - Sheilds.C..

⁶ - Rousseau.S.

⁷ - Kaplan

⁸ - Sadock.B

⁹ - Major depressive disorder

¹⁰ - Dysthymic disorder

¹¹ - Double depression

تیروئید، نشانگان خستگی مزمن، پارکینسون، دیابت و مشکلات پس از جراحی های قلب شایع است (دانشنامه سرطان شناسی، ۲۰۰۹).^۱

اگر چه شیوع افسردگی در بین بیماران سرطانی پدیده نادری نیست اما با این وجود همه افراد مبتلا به سرطان دچار این اختلال نمی شوند. مطالعات نشان داده اند که شیوع افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان به اندازه شیوع آن در بین سایر بیماری های جسمی مزمن است، اما به هر حال شیوع آن از جمعیت عمومی بیشتر است. تقریباً یکی از هر هشت بیمار سرطانی به افسردگی متوسط تا شدید دچار می شوند و در بین بیماران سرطانی بستری در بیمارستان این میزان به یک چهارم افراد می رسد (دانشنامه سرطان شناسی، ۲۰۰۹).

پی آمدهای جسمی منفی بیماری سرطان و اقدامات پزشکی لازم برای درمان آن و نیز تغییرات اجتماعی اقتصادی ناگزیر ناشی از آن در تلفیق با عوامل زمینه سازی چون ویژگی های شخصیتی، سطح سازگاری روانی/ اجتماعی قبلی، وضعیت بهداشت روانی فرد پیش از ابتلا به سرطان، شرایط خانوادگی حین و پس از ابتلا به سرطان، تغییرات جسمی و شرایط بدنی می تواند به افزایش سطح فشار روانی منجر شده و طیفی از واکنش های روانی کارآمد تا ناکارآمد از جمله اختلالات سازگاری نظیر افسردگی واکنشی با حتی مشکلات جدی تر نظیر علائم افسردگی بالینی را ایجاد کنند (اوسبورن^۲ و دمونکادا^۳، ۲۰۰۶).

بر اساس برآورد انجمن روانپزشکی آمریکا چیزی حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد بیماران سرطانی علائم افسردگی از خود نشان می دهند (فرامینگهام^۴، ۲۰۰۹).

گزارش هایی در دست است مبنی بر اینکه حتی تا هشت سال پس از تشخیص بیماری، حدود ۵۰٪ از این افراد معتقدند که احتمال افسرده شدنشان پس از تشخیص ابتلا به سرطان بسیار بیشتر از قبل از بیماری بوده است (هالتیونن^۵، هیتانن^۶ و همکاران، ۱۹۹۲).

کاتول و همکاران و کوچینوف و همکاران نیز در گزارش های جداگانه خود میزان شیوع علائم افسردگی را تا ۴۵٪ افراد مبتلا به سرطان گزارش کرده اند (کاتول^۷ و همکاران، ۱۹۹۰؛ کوچینوف^۸، ویلسون و همکاران، ۱۹۹۴ به ۱۹۹۴ به نقل از اشرف و همکاران، ۲۰۰۴).

¹ - Oncology Encyclopedia-2009

² - Osborn.K

³ - Demonkada.A

⁴ - Feramingham.

⁵ - Halttunen.A.

⁶ - Hietanen.p.

⁷ - Kathol.R.G

⁸ - Kochineve.B.

یک مطالعه بر روی بیماران مبتلا به سرطان خونی که تحت عمل کشت مغز استخوان قرار گرفته بودند نشان داد که آن دسته از این بیماران که علائم افسردگی نیز نشان می دادند طول عمر کمتری از سایرین داشتند. در مطالعه دیگر در مورد زنان مبتلا به سرطان منتشر سینه که به یک گروه حمایتی پیوسته بودند نشان داده که طول عمر پس از درمان این زنان حدود ۲ برابر بیشتر از آنهایی بود که در چنین گروه هائی عضویت نداشتند. یک مطالعه نشان داده است که کارکرد عمومی بیماران مبتلا به سرطان روده که علائم افسردگی نیز از خود نشان داده بودند شش ماه بعد از عمل جراحی از آن عده که دچار افسردگی نبودند ضعیف تر بود افسردگی درمان نشده و یا افسردگی هائی که درمان مناسب دریافت نکرده باشند می توانند باعث به تاخیر افتادن بهبودی و طولانی شدن دوران نقاهت شوند (دانشنامه سرطان شناسی، ۲۰۰۹).

سرطان سینه یکی از انواع شایع سرطان و شایعترین نوع سرطان در بانوان محسوب می شود. این بیماری حاصل رشد خارج از کنترل و بدخیم توده های سلولی اپیتلیالی پوشاننده مجاری یا لیول های بافت سینه در زنان (و در موارد بسیار نادر در مردان) است. سرطان سینه شایع ترین سرطان در خانم ها و اولین علت مرگ و میر ناشی از این بیماری در زنان ۴۰-۴۴ ساله محسوب می شود. این بدخیمی ها حدود ۳۳٪ سرطان های خانم ها را تشکیل می دهد و مسئول ۱۹٪ مرگ های وابسته به سرطان ها هستند. سرطان سینه جزو بیماری هائی است که اگر به موقع تشخیص داده نشده و اقدام موثر برای درمان آنها انجام نشود خطر مرگ حتمی را در پی دارد. هر ساله ۲۱۱۳۰۰ زن در ایالات متحده مبتلا به سرطان سینه می شوند این آمار در اروپا حدود ۸٪ جمعیت زنان می باشد (انجمن ملی سرطان آمریکا، ۲۰۰۳).

اگر چه تقریباً تمامی اظهار نظرهای کارشناسی حکایت از افزایش آمار ابتلا به سرطان سینه در ایران دارد، لیکن به دلیل فقدان سامانه جامع ثبت موارد بیماری هنوز نمی توان به آمار دقیقی در مورد آن اشاره کرد. با این وجود اعتقاد بر آن است که از هر ۱۰۰ زن ایرانی بین ۸ تا ۱۰ نفر به این بیماری مبتلا می شوند، برخی برآورد ها حکایت از آن دارد که با توجه به نرخ تقریبی ابتلا سالانه حدود ۷۰۰۰ بیمار جدید به سرطان سینه در ایران و با توجه به اینکه حدود ۷۰٪ این بیماران بیش از ۵ سال عمر می کنند، ما در ایران تا سال ۱۳۸۶ (زمان انتشار این آمار)، حدود ۷۰۰۰۰ بیمار شفا یافته از سرطان سینه در کشور داشته ایم که نیازمند خدمات حمایت های پزشکی و روانشناختی گوناگون بوده اند (به نقل از اکبری، ۱۳۸۶). بیماران مبتلا به سرطان سینه اغلب آزردهی روانی شدیدی را در زمان آگاهی از ابتلا به سرطان و نیز در تمام طول دوره درمان تجربه می کنند (دل ماسترو^۱ و

¹ - Del Mastroe