



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄT
FREISBURG KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

INTERNATIONAL ASSOCIATION
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY
University of Marburg
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

وضعیت سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان

هاجر براتیان^۱ - الهام فروزنده^۲ - نگار ریسی^۳

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان بود. این مطالعه یک پژوهش مقطعی می‌باشد که در آن ۳۱ بیمار مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان حضرت سیدالشهدا اصفهان به صورت تصادفی منظم انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گردآوری شد و با استفاده از رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد تنها همبستگی معنادار مشاهده شده، رابطه سن مبتلایان به سرطان با عملکرد اجتماعی آنان است. به این معنا که هر چه سن مبتلایان افزایش می‌یابد کارکردهای اجتماعی آنان، افت بیشتری نشان می‌دهد و تنها عاملی که به طور معنادار توانسته است علایم جسمانی بیماران را پیش‌بینی کند، نشانه‌های اضطرابی و خواب بیماران است و بقیه متغیرها تبیین مناسبی برای واریانس نشانه‌های جسمانی به دست نمی‌دهد.

Abstract

The purpose of this study was to survey general health in patients with cancer. A sample of 31 patients was selected systematic randomly in Seyed-o-shohada hospital. Data were gathered by GHQ-28 and analyzed using linear regression. The results show that the correlation between age and social function was statistically meaningful. It means that increasing age, social function will disrupt and the only factor that can predict somatic symptoms are anxiety symptoms and abnormally function in sleep and the other variables are not properly predictors for somatic symptoms.

مقدمه

یکی از وقایع دردناک زندگی بشر بروز ناخوشی‌های مزمن می‌باشد. اگرچه با پیشرفت درمانهای پزشکی بیماران مبتلا به ناخوشی مزمن نسبت به قبل از طول عمر بیشتری برخوردار گشته‌اند اما همزمان بیش از پیش با مسایل مربوط به سازگاری روبرو می‌شوند. به همین

^۱ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی baratian268@yahoo.com

^۲ -دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ناین

^۳ -دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تحقیقات همدان

دلیل اگرچه چالش اصلی بهداشت و درمان در قرن بیستم زنده ماندن افراد بود چالش مهم بهداشت و درمان در قرن حاضر توجه به سلامت عمومی و زندگی توأم با کیفیت و شادکامی بیماران می‌باشد. هم اکنون به دلیل پیشرفتهای پزشکی بیماران مبتلا به سرطان زندگی طولانی‌تری دارند بنابراین سرطان نیز به عنوان یک بیماری مزمن مفهوم پردازی می‌شود. بیماران مبتلا به سرطان از زمان تشخیص بیماریشان با یک فشار روانی روبرو می‌شوند. سرطان، احتمالاً بیماری است که اغلب مردم بیشتر از سایر بیماریها از آن می‌ترسند. خود کلمه سرطان مردم را خیلی می‌ترساند و بیشتر مردم مرگ و میر ناشی از آن را خیلی بیشتر از آنچه در واقع هست تصور می‌کنند. آمارها نشان می‌دهد سالانه هفت میلیون و پانصد هزار نفر جان خود را بر اثر این بیماری از دست می‌دهند. سرطان هم اکنون اولین علت مرگ و میر در جهان است. سرطان دومین عامل مرگ و میر در آمریکا محسوب می‌گردد (Rustoen, Cooper, & Miaskowski, 2010) نتایج پژوهش یاوری ۱۳۸۰ نشان می‌دهند سرطانها در فاصله سالهای ۵۸ تا ۶۰ پنجمین علت مرگ و میر در ایران در سال ۶۵ به چهارمین و در سالهای بعد به سومین علت تبدیل شده است (یاوری، ابدی، & محرابی، ۱۳۸۲).

پایان پذیری زندگی یک واقعیت انکار ناپذیر در زندگی انسان است. اگر چه نمی‌دانیم چطور و چه موقع می‌میریم، ولی می‌دانیم حتماً خواهیم مرد. وقوف بر مرگ با این که ترس آور است ولی می‌تواند زمینه‌ساز یک زندگی خلاق شود. بیماران مبتلا به سرطان که نسبت به مرگ قریب الوقوع خود اطلاع می‌یابند اغلب بعد از انکار و خشم دچار افسردگی می‌شوند، افسردگی ایشان مشمول برخی از احساسات و رفتارها می‌شود که از آن جمله آنها می‌توان به احساس ضایعه و فقدان، شکست، نومیدی و یاس، درماندگی و احساس بی‌معنایی و پوچی اشاره کرد. افسردگی می‌تواند دامنه‌ای وسیع داشته باشد، بدینی نسبت به آینده کاهش حرمت نفس و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایت بودن. این شرایط نشانه‌های روانشناختی و جسمانی بیماری را تشدید می‌کند، بیمار دچار هراس و اضطراب میشود. وقتی که زندگی در ترس و اضطراب می‌گذرد، مفید بودنش را از دست می‌دهد. خشم و حسادت بیماران مبتلا به سرطان نیز ناشی از استرس و احساس بی‌لیاقتی است که همگی این شرایط به ناامیدی و از دست دادن کنترل منتهی می‌گردد. بیماران مبتلا به سرطان به طور معمول دامنه‌ای از علائم شامل درد و انواع ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند. بلافاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اضطراب و دیگر اختلالات خلقی در فرد به وجود آید که این علائم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دستخوش تغییر میشوند (Applebaum et al., 2011). سرطان صرفاً یک رویداد با پایانی معین نیست، بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسایل روان‌شناختی مربوط به آنها مشخص می‌گردد. علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمانهای سرطان و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد میکند، بی‌همتاست (Yao et al., 2012) دانستن این موضوع که چه عواملی بر وضعیت جسمی این بیماران تأثیر بیشتری دارد می‌تواند به کادر درمانی کمک کند تا با در نظر گرفتن این علائم بهتر به درمان این بیماریها بپردازند. پژوهش‌هایی در زمینه انواع روش‌های درمانی موثر بر بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است به عنوان مثال پژوهشی که اسپینگل ۱۹۹۹ در مورد بیماران سرطانی انجام داد. به این نتیجه رسید بیمارانی که به طور هفتگی در گروه درمانی حمایتی شرکت کردند، به بیان هیجانات و احساسات خود نسبت به بیماری پرداختند و تحت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و آشنایی با نحوه عملکرد تومور قرار گرفتند، نسبت به گروه کنترل بهبود داشتند و مدت زنده ماندن آن‌ها نیز به طور معنی‌داری افزایش یافت (Spiegel et al., 1999) در پژوهشی که

بلیک انجام داده است عنوان می‌دارد که نقش حمایت اجتماعی در کنار توانایی و کارایی درمان‌های روان‌شناختی، در کاهش علائم روانی موضوعی است که باید در رابطه با بیماری‌هایی مانند سرطان که پی‌آمدهای مستقیم و غیرمستقیم روان‌شناختی دارد، مد نظر قرار گیرد (Blake-Mortimer, Gore-Felton, Kimerling, Turner-Cobb, & Spiegel, 1999). پژوهش دیگری که توسط سونگ انجام شده است بیان می‌کند که به دنبال رویکرد بالینی ویکتورفرانکل و نظریه پردازان بعدی سه نوع معنای زندگی از تحقیقات تجربی و نظری نشأت می‌گیرد که عبارت‌اند از: معنای شخصی، معنای موقت و معنای نهایی او در مقاله‌ای با عنوان روان‌درمانی و سرطان می‌نویسد، تحقیقات نشان می‌دهند که حتی وقتی افراد مبتلا فرصتی برای بیان احساسات خود داشته‌اند، در روند بهبود آن‌ها تأثیر مهمی دیده شده است. او می‌نویسد از نتایج مثبت می‌توان کیفیت بهتر زندگی، کاهش استرس و افزایش دفاع بدن در برابر بیماری را نام برد (Song et al., 2011). همانطور که ملاحظه می‌شود در هیچ یک از این پژوهش‌ها به این موضوع پرداخته نشده است که کدامیک از مشکلات اضطراب، بیخوابی، افسردگی یا کارکرد اجتماعی بیشترین اثر را بر عملکرد جسمی بیماران دارد. لذا به نظر می‌رسد پژوهش حاضر می‌تواند به درمانگران برای بهبود عملکرد درمان کمک کند. سوال اصلی پژوهش حاضر این است که کدامیک از عوامل روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، و کارکرد اجتماعی) بیشترین اثر را بر علائم جسمی دارد.

روش

این پژوهش مقطعی با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) در بین بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان حضرت سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نمونه پژوهش مشتمل بر ۳۱ نفر بود که به صورت تصادفی منظم از میان بیماران بستری شده از تاریخ ۱۳۹۱/۳/۱ تا ۱۳۹۱/۵/۱ انتخاب شدند که اسامی آنان در دفتر پذیرش بیمارستان ثبت شده بود.

ابزار سنجش

در این پژوهش برای بررسی این موضوع از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ استفاده شده است. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر ۱۹۷۹ ساخته شد. پرسشنامه سلامت عمومی را می‌توان بعنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارند تشکیل شده است و بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از آنهایی که خود را سالم می‌پندارند متمایز کند. بنابراین هدف این پرسشنامه دستیابی به تشخیصی خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی است در زمینه روایی آزمون ضریب آلفای ۰/۸۶/۵ و ۰/۸۲ بدست آمده است. در سلامت عمومی بالاترین نمره ۱۰۰ می‌باشد و دارای چهار زیر مقیاس به شرح ذیل می‌باشد.

۱ - علائم جسمانی (نشانه‌های بدنی) شامل مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است و نشانه‌های بدنی را دربر می‌گیرد. این زیر مقیاس، دریافتهای حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی‌های هیجانی همراهند، ارزشیابی می‌کند.

۲ - علائم اضطرابی و اختلال خواب (اضطراب و بیخوابی): شامل مواردی است که با اضطراب و بیخوابی مرتبطند.

۳ - کارکرد اجتماعی: گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته های حرفه ای و مسائل زندگی روزمره می سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیتهای متداول زندگی، آشکار می کند.

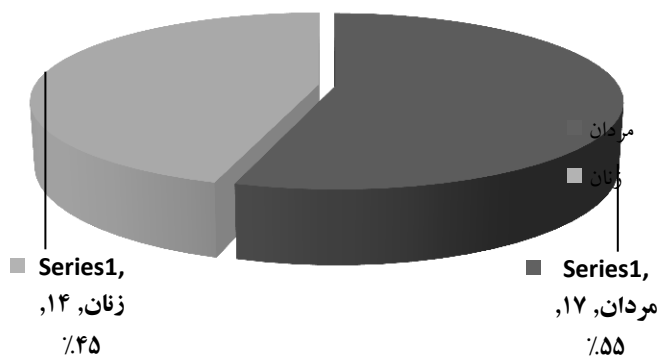
۴ - علائم افسردگی: دربرگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبطند. (Gartner, Nieuwenhuijsen, van Dijk, & Sluiter, 2012)

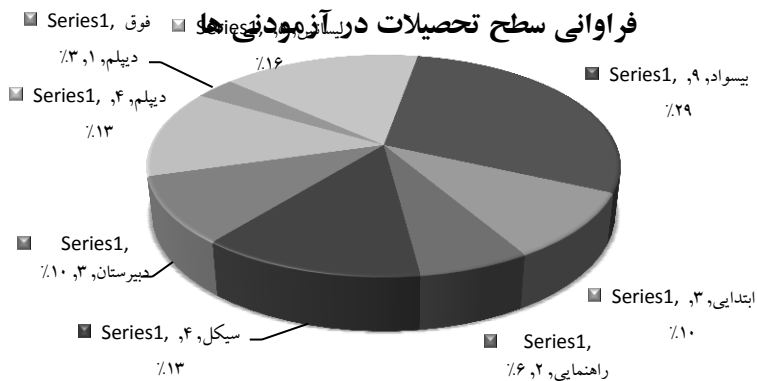
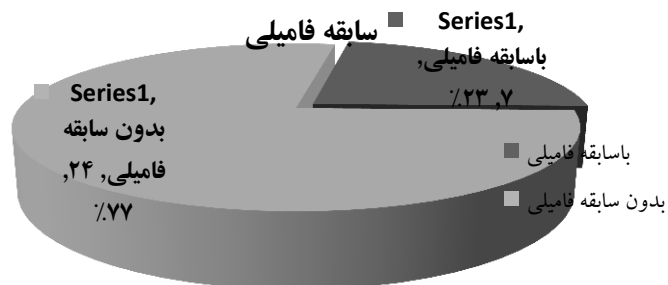
تحلیل داده ها در نرم افزار آماری SPSS نگارش ۱۶ با آزمونهای توصیفی و رگرسیون خطی انجام شد.

یافته ها

در نمودارهای ۱، ۲ و ۳ فراوانی جنسیت آزمودنی ها، سابقه فامیلی و تحصیلات آزمودنی ها بر حسب درصد به تفکیک ارائه شده است. چنانچه ملاحظه می شود ۵۵٪ گروه نمونه را مردان تشکیل می دادند و از مجموع ۳۱ آزمودنی شرکت کننده در مطالعه، ۷۷٪ آنان اظهار داشته اند که سابقه قبلی سرطان در خانواده آنان وجود نداشته است. در جدول ۱ آماره های مرتبط با مدت زمان ابتلا به سرطان و سن در کل آزمودنی ها ارائه شده است. میانگین سن در مردان مبتلا برابر با 45.2 ± 18.05 و در زنان برابر با 49.14 ± 14.7 بود. دامنه سنی در مردان از ۱۶ تا ۷۸ و در زنان از ۲۲ تا ۶۹ گزارش شده است.

فراوانی جنسیت آزمودنی ها





تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
۳۱	۳	۱۹۲	۳۶/۲۹	۴۳/۲۲
۳۱	۱۶	۷۸	۴۷/۰۳	۱۶/۵۰

جدول ۲: همبستگی مدت زمان ابتلا و سن بیماران با خرده مقیاس های سلامت عمومی (n=31)

متغیر	مدت زمان ابتلا	سن
مدت زمان ابتلا	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۱۰
	سطح معناداری	۰/۶۱
سن	ضریب همبستگی پیرسون	۱/۰۰
	سطح معناداری	۰/۶۱
نشانه های جسمانی	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۰۲
	سطح معناداری	۰/۹۳

۰/۲۷	۰/۱۹	ضریب همبستگی پیرسون	نشانه های اضطرابی و اختلال خواب
۰/۱۵	۰/۳۱	سطح معناداری	
۰/۳۷*	-۰/۰۴	ضریب همبستگی پیرسون	کارکرد اجتماعی
۰/۰۴	۰/۸۵	سطح معناداری	
۰/۲۳	۰/۰۴	ضریب همبستگی پیرسون	نشانه های افسردگی
۰/۲۲	۰/۸۵	سطح معناداری	
۰/۲۸	۰/۱۲	ضریب همبستگی پیرسون	نمره کل سلامت عمومی گلدبرگ
۰/۱۲	۰/۵۳	سطح معناداری	

چنانچه در جدول ۲ آمده است، تنها همبستگی معنادار مشاهده شده، رابطه سن مبتلایان به سرطان با عملکرد اجتماعی آنان است. به این معنا که هر چه سن مبتلایان افزایش می یابد کارکردهای اجتماعی آنان، افت بیشتری نشان می دهد (باید توجه داشت که نمره بالاتر در پرسشنامه گلدبرگ حاکی از وضعیت سلامت نامناسب تر است). به منظور پاسخگویی به سوال اصلی پژوهش حاضر که کدامیک از عوامل روانشناختی (اضطراب، افسردگی، و کارکرد اجتماعی) بیشترین اثر را بر علائم جسمی دارد، از رگرسیون چند متغیره (گام به گام) استفاده شد. طبق نتایج جدول ۳ تنها عاملی که به طور معنادار توانسته است علائم جسمانی بیماران را پیش بینی کند، نشانه های اضطرابی و خواب بیماران است و بقیه متغیرها تبیین مناسبی برای واریانس نشانه های جسمانی به دست نمی دهد.

جدول ۳: پیش بینی علائم جسمانی بیماران بر اساس سایر متغیرهای سلامت عمومی

متغیرها به ترتیب ورود	ضریب رگرسیون	ضریب ثابت	Beta	t	سطح معناداری
نشانه های اضطرابی و اختلال خواب	۰/۵۴	۴/۸۳	۰/۵۴	۳/۴۶	۰/۰۰۲

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که تنها پیش بین مناسب برای شدت علائم جسمانی بیماران مبتلا به سرطان، نشانه های اضطرابی و اختلال خواب است. می توان انتظار داشت که با کاهش علائم اضطراب و استرس، و نیز افزایش و بهبود کیفیت خواب در بیماران، علائم جسمانی آنها نیز کاهش پیدا کند. به این منظور استفاده از خدمات روان شناختی و مشاوره با هدف کاهش اضطراب برای این بیماران می تواند سودمند باشد. همبستگی نمرات کارکرد اجتماعی با متغیر سن، در بیماران حاکی از آن است که حفظ عملکردهای اجتماعی بیماران در سنین بالاتر اهمیت دارد. احتمالاً افزایش سن بیماران به افت عملکرد آنان دامن می زند و می تواند سلامت عمومی بیماران را کاهش دهد. حفظ عملکرد اجتماعی که هم در محیط خانوادگی و هم در محیط شغلی مدنظر است، و البته به علت درگیری های

بیماران در درمان های طولانی مدت پزشکی طبیعتاً کاهش می یابد، می تواند به عنوان هدف مشخصی برای روان شناسان و مددکاران اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. بخش جالب توجه یافته های این پژوهش آن است که مدت زمان ابتلا به سرطان، با هیچ یک از خرده مقیاس های سلامت عمومی همبستگی معنادار نداده است. به نظر می رسد مدت زمان ابتلا به سرطان، نمی تواند سلامت عمومی بیماران را دستخوش تغییر کند. شاید پذیرش بیماری، حفظ روحیه، امیدواری بیمار و سایر فاکتورهای احتمالی در مقابل مدت زمان ابتلا به اختلال به بیمار کمک می کنند تا سلامت عمومی بیمار حفظ شود.

منابع

یاوری، پ.، ابدی، ع.، & محرابی، ی. (۱۳۸۲). اپیدمیولوژی علل مرگ و میر و روند تغییرات آن در سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در ایران. مجله پژوهشی حکیم، ۶(۳)، ۸

Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Pessin, H. A., Radomski, J. N., Simay Gokbayrak, N., Katz, A. M., Breitbart, W. (2011). Factors associated with attrition from a randomized controlled trial of meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. *Psychooncology*. doi: 10.1002/pon.2013

Blake-Mortimer, J., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J. M., & Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. [Review]. *Eur J Cancer*, 35(11), 1581-1586 .

Gartner, F. R., Nieuwenhuijsen, K., van Dijk, F. J., & Sluiter, J. K. (2012). Impaired work functioning due to common mental disorders in nurses and allied health professionals: the Nurses Work Functioning Questionnaire. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Int Arch Occup Environ Health*, 85(2), 125-138. doi: 10.1007/s00420-011-0649-0

Rustoen, T., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2010). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nurs*, 33(4), 258-267. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181d6fb61

Song, J. I., Shin, D. W., Choi, J. Y., Kang, J., Baek, Y. J., Mo, H. N., . . . Lee, O. K. (2011). Quality of life and mental health in the bereaved family members of patients with terminal cancer. *Psychooncology*. doi: 10.1002/pon.2027

Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., . . . Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. [Clinical TrialMulticenter StudyResearch Support, Non-U.S. Gov'tResearch Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Psychooncology*, 8(6), 482-493 .

J. (2012). [Study on the effect of feiji decoction ,Yao, Y., Li, H., Liu, L., Zhao, L., Xu, L., & Sun for soothing the liver combined with psychotherapy on the quality of life for primary lung cancer patients]. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*, 15(4), 213-217. doi: 10.3779/j.issn.1009-3419.2012.04.04