

## اثربخشی رفتاردرمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان

### Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on improving quality of life of cancer patients

**F. Kahrazei:** PhD student in Psychology, Shahid Beheshti University

E-mail: [Farhad\\_kahraz@yahoo.com](mailto:Farhad_kahraz@yahoo.com)

**E. Danesh:** Associate Professor, Islamic Azad University, Karaj branch

**P. Azadfallah:** Associate Professor, Tarbiat Modares University

فرهاد کهرآزئی: دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه شهید

بهشتی

عصمت دانش: دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

پرویز آزادفلاح: دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

#### چکیده

#### Abstract

**Aim:** The aim of this research was to determine the effects of cognitive-behavior therapy (CBT) on improving quality of life (QoL) of patients with cancer. **Method:** A quasi-experimental design with pretest-posttest and control group was used. Participants were 30 patients with cancer who were selected from among patients referred to chemotherapy centers and oncology clinics in Zahedan. They were placed randomly into two groups of 15 participants. The experimental group received nine sessions of cognitive behavior therapy of 60 minutes duration twice a week. The control group did not receive psychological intervention. The research instrument was the quality of life questionnaire published by the European Research Organization (Aaronson, 1987). The scale consists of three general areas which measure symptoms/quality of life, functional scale and the scale of the symptoms. Each of these scales also evaluates several separate dimensions. The questionnaire was administered at pre-test and post test stages. Data was analyzed using covariance analysis. **Results:** Results suggested an improvement and a significant difference in all aspects of quality of life measures in the experimental group compared with the control group. They also showed improvements in aspects of role playing, emotional functioning, cognitive and social functioning scale compared to the control group. These results were confirmed after a one month follow up. **Conclusions:** Cognitive behavior therapy results in improvement of performance and quality of life in cancer patients. Hence CBT may be suggested as a complementary therapy alongside medical treatment. The technique can also be used to improve communication between patient and physician.

**هدف:** هدف پژوهش تعیین تأثیر رفتاردرمانگری شناختی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری بود. آزمودنی‌ها ۳۰ بیمار دچار سرطان بودند که از میان بیماران مراجعه کننده به مراکز شیمی درمانی و درمانگاه‌های منتخب آنکولوژی زاهدان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ۱ جلسه در هفته متغیر مستقل، رفتاردرمانگری شناختی را دریافت کرد. در گروه گواه مداخلات روان‌شناختی صورت نگرفت. ابزار پژوهش ویراست سوم پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان پژوهش‌های اروپایی (آرونسون، ۱۹۸۷) بود که سه مقیاس حیطة کلی علائم/کیفیت زندگی، مقیاس عملکردی و مقیاس علائم را می‌سنجد و هر یک از این مقیاس‌ها نیز چندین ابعاد را ارزیابی می‌کند. برای تحلیل داده‌ها از کوواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از بهبودی و تفاوت معنی‌دار گروه آزمایش در تمامی ابعاد مقیاس‌های کیفیت زندگی در مقایسه با گروه گواه بود. همچنین وضعیت بهتر آن‌ها را در ابعاد ایفای نقش، عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی مقیاس عملکردی نسبت به گروه گواه نشان داد. پیگیری بعد از ۲ ماه، نتایج به دست آمده در دو گروه را تأیید کرد. نتیجه‌گیری: رفتاردرمانگری شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی و عملکرد بیماران دچار سرطان می‌شود. بنابراین از این روش می‌توان در مراکز آنکولوژی به عنوان یک درمان تکمیلی در کنار درمان‌های پزشکی سود جست و از طرفی از نقش اساسی آن در بهبود ارتباط پزشک و بیمار بهره‌مند شد.

**Keywords:** cognitive-behavior therapy, cancer, quality of life

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانگری شناختی، سرطان، کیفیت زندگی

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۲/۱۱؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۰/۲/۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۲/۲۵

## مقدمه

یکی از موضوعات بسیار مهمی که در سال‌های اخیر در مورد بیماران دچار سرطان در کنار میزان بقا و طول عمر این بیماران مطرح شده، بحث کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان است. به طور سنتی و معمول، در درمان بیماران دچار سرطان، برآیند درمان با معیارها و شاخص‌هایی از قبیل کوچکتر شدن اندازه تومور و یا دیگر شاخص‌های پزشکی و گاهی با میزان درصد پاسخ بیماران به درمان سنجیده می‌شود. تقریباً بیش از دو دهه است که در کنار این معیارها و شاخص‌ها، شاخص دیگری مطرح شده است که از آن به عنوان «کیفیت زندگی وابسته به سلامت<sup>۱</sup>» یاد می‌کنند (اشویل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

از دو دهه گذشته، بحث کیفیت زندگی در حوزه درمان سرطان‌ها به طور جدی مطرح شد و به سرعت گسترش پیدا کرد. البته در روزهای آغازین که این موضوع دوران جنینی خود را سپری می‌کرد، سؤالات بسیاری برای پژوهشگران و متخصصان بالینی مطرح بود. به عنوان مثال چگونه کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان را اندازه‌گیری کنیم؟ با توجه به این که کیفیت زندگی بحثی کمی نیست و می‌تواند برای افراد گوناگون تعاریف و تعبیر مختلفی داشته باشد، سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، کیفیت زندگی را مفهومی چندبعدی می‌داند و آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است. احساس امنیت، تعارض‌های هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳).

به طور کلی کیفیت زندگی در مورد مبتلایان به سرطان، در دو حوزه اندازه‌گیری می‌شود: (۱) در زمینه عملکرد بیماران و (۲) در زمینه عوارض ناشی از نفس بیماری و عوارض ناشی از درمان بیماری سرطان. نکته مهم در این سنجش‌ها ارزیابی این شاخص‌ها از دیدگاه و نگاه بیمار است. در واقع این بیمار است که تعیین می‌کند چه احساس و چه برداشتی نسبت به توانایی‌های جسمی و روحی خود دارد و عوارضی را که ارزیابی می‌کند چگونه باید متحمل شود. این اندازه‌گیری به گروه‌های بالینی کمک می‌کند تا ضمن دریافت احساسات و عواطف بیمار، اگر لازم باشد در درمان خود تجدید نظر کنند و یا در کنار درمان، مداخلات دیگری را که به نظر می‌رسد لازم است، اعمال نمایند (دیستفانو، ریکاردو، کاپلی، کوستانتینی و پتریلو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

1. quality of life related health
2. Ashwill
3. World Health Organization (WHO)
4. Distefano, Riccardi, Capelli, Costantini & Petrillo

تشخیص و درمان سرطان، سبب اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علائم جسمانی و روان شناختی، اختلال در عملکرد شناختی، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فردی می شود (البرت، کولر، واگنر و شولز<sup>۱</sup> ۲۰۰۴؛ گروین ولد، فایرز، پترسون، اسپرانگرز، ارونسون و موریدسن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ صفایی، مقیمی دهکردی، ضیغمی، طباطبایی و پورحسین قلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸؛ شریر و ویلیام<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴ و تاکاهاشی، هوندا، نیشیمورا، کیتانی، یامانو و یاناگیتا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). در کنار مسائل اقتصادی درمان بیماران دچار سرطان که خود بحث مستقل و جداگانه‌ای است و هزینه‌های سنگینی را بر نظام درمانی و خانواده‌ها و مبتلایان تحمیل می‌کند، اگر درمان در نیمه راه رها شود، به طور طبیعی آثار روانی و اقتصادی جبران ناپذیری را به بار می‌آورد. در بسیاری از درمان‌ها، مشخص شده است که بیش از نیمی از بیماران سرطانی، به خصوص بیمارانی که ناچارند در کنار عمل جراحی، شیمی درمانی را هم دنبال کنند به خاطر عوارض و مشکلاتی که درمان دارد، آن را در نیمه راه رها می‌کنند (پری و چانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). در چنین شرایطی اندازه‌گیری و سنجش کیفیت زندگی می‌تواند بسیار مؤثر و کمک‌کننده باشد تا از این طریق بتوان درمان بیمار را کامل، و او را آماده کرد تا بتواند این فرآیند را به طور کامل پیگیری کند.

بررسی کیفیت زندگی در مطالعات سلامتی مبتلایان به سرطان از این لحاظ حائز اهمیت است، که به متخصصان کمک می‌کند تا وضعیت زندگی و خطراتی که بیماری بر کیفیت زندگی دارد تعیین و بتوانند نکات مبهم فراوانی را روشن کنند (دیستفانو و همکاران، ۲۰۰۸). لذا اندازه‌گیری سلامت جسمانی این بیماران به تنهایی کافی نیست، بلکه کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت جسمانی و لازم است به عنوان یکی از پیامدهای مهم به صورت مستقل سنجیده شود. کیفیت زندگی بیماران به عنوان نشانه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و به عنوان بخشی از برنامه‌های کنترل بیماری محسوب می‌شود. با بررسی کیفیت زندگی بیماران و شناسایی اثرات بیماری بر ابعاد مختلف زندگی آنان، می‌توان روش‌های درمانی مناسب را به کار برد و نتایج درمانی را در مدت زمان کوتاهی ارزشیابی کرد و با احاطه کافی بر وضعیت زندگی بیماران سرطانی، در بهبود آن کوشید (اشویل، ۲۰۰۱).

با اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان، می‌توان ناتوانی گروه‌ها و جمعیت‌های متفاوت بهبودیافته از سرطان و کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده را بررسی و تعیین کرد؛ و نیز مزایا و

1. Albert, Koller, Wagner & Schulz
2. Groenvold, Fayers, Petersen, Sprangers, Aaronson & Mouridsen
3. Safaee, Moghimi, Dehkordi, Zeighami, Tabatabaee & Pourhoseingholi
4. Schreier & Williams
5. Takahashi, Hondo, Nishimura, Kitani, Yamano & Yanagita
6. Perry & Chang

معایب درمان‌ها را مقایسه و افراد در معرض خطر مشکلات روانی، اجتماعی را غربالگری و بهبودیافتگان و بازماندگان سرطان را پیگیری نمود. شناخت کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن به متخصصان کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را در جهت ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان سازماندهی کنند (تباری، ذاکری مقدم، بحرانی و منجمد، ۱۳۸۶).

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است (لچنر، آنتونی، لایدستون، لاپرییر، ایشی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳) و با گسترش روزافزون رشته روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری را در فرایند درمان این بیماری‌ها به عهده گرفته‌اند (واتسون، هوم وود، هاویلند و بلیز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ آنتونی، لچنر، دیاز، وارگاز، هولی و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). در چند دهه اخیر پیشرفت‌های شایان توجهی در گسترش مداخلات روانی- اجتماعی<sup>۴</sup> برای بیماران دچار سرطان صورت گرفته است (هپکو، بیل، آرمنتو رابرتسون، مولان و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

تعداد این مداخلات قابل توجه است، و شاید بتوان گفت درمان‌های شناختی- رفتاری<sup>۶</sup> دارای سودمندی بالقوه بیشتری در قیاس با سایر روش‌های به کار گرفته شده برای این بیماران است (مارتل، ادیس و جاکوبسن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱ و هپکو و لجویز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸). با وجود این که واریسی سودمندی سودمندی این روش‌ها نیاز به پژوهش‌های دقیق دارد، اما آنچه مداخلات شناختی- رفتاری را به عنوان راه حلی بدیع مطرح می‌کند، در چند مقوله قابل بیان است. نخست آن که این نوع مداخلات از پیچیدگی کمتری در قیاس با بسیاری از شیوه‌های درمانی برخوردار است که این امر اجرای آن را برای بیماران ساده می‌کند که از بیماری‌های مزمن دردآور، رنج می‌برند. دوم آن که این نوع مداخلات در محدوده زمانی کوتاه‌تری قابل اجرا است (هپکو و لجویز، ۲۰۰۸). سوم آن که این مداخلات سبک تفکر و رفتار سالم را در قالب برنامه‌های نظام‌دار شناختی و رفتاری در زندگی این بیماران شکل می‌دهد. این نکته محرز است که سبک زندگی این بیماران به جهت مواجهه با یک مسئله مزمن و پیامدهای آن مختل می‌شود و از این رو تجربه تنیدگی‌ها و پریشانی‌های روزمره در این گروه از بیماران بسیار شایع است. بنابراین استفاده از روشی که به

1. Lechner, Antoni, Lydstone, Laperrire, Isii & et al

2. Watson, Homewood, Haviland & Bliss

3. Antoni, Lechner, Diaz, Vargas Holly & et al

4. psychosocial

5. Hopko, Bell, Armento, Robertson, Mullane & et al

6. cognitive Behavior Therapy

7. Martell, Addis & Jacobson

8. Hopko & Lejuez

عنوان مثال قابلیت‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای را در زندگی این افراد تسری دهد، بسیار قابل توجه و مهم است (سیارمیلا و پولی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

اما مهم‌تر آن که مداخلات شناختی-رفتاری می‌تواند در گسترش مفهوم کنترل بر زندگی در این گروه از بیماران مؤثر واقع شود. تردیدی نیست که یکی از اصلی‌ترین مشکلات روان‌شناختی در این گروه از بیماران نداشتن احساس کنترل بر شرایط و به طور کلی زندگی است که ضمن تشدید مشکلات روانی، پیشبرد برنامه‌های درمانی پزشکی را نیز مختل می‌سازد. بهره‌گیری از این نوع مداخلات احساس کنترل و باور بر نقش تأثیرگذار فرد در سرنوشتش را به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم هدف قرار می‌دهد (سندوال، براون، سولیوان و گرین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). بسیاری از مطالعات بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کیفیت زندگی بیماری‌های مزمن صحت‌گذاشته‌اند (آکین، کان، دورنا و آیدینر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸ و بالینگر و فالوفیلد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). افزون بر این، حتی زمانی که که تداوم درمان و هزینه‌های مربوط به آن را در نظر می‌گیریم درمان شناختی-رفتاری ارزان‌تر از دارودرمانی است (اوزبورن، دموانکادا و فیورستین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین، سنجش کیفیت زندگی بیماران نه تنها ارزیابی اثر متغیرهای بیماری و درمان را بر عملکرد بیماران میسر می‌سازد، بلکه تأثیر مداخلات را در جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیماران مشخص می‌نماید.

با بررسی کیفیت زندگی بیماران و شناسایی اثرات بیماری بر ابعاد مختلف زندگی آنان می‌توان روش‌های درمانی مناسب‌تری را به کار گرفت و نتایج درمانی را در مدت زمان کوتاهی ارزشیابی کرد و در بهبود آن کوشید. در بیماران سرطانی مثل دیگر بیماری‌های مزمن، به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت است و هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی‌های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد و کیفیت زندگی است (رس و پکرف<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). چون زمانی که فردی در زندگی، احساس رضایت و خوشحالی کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی نداشته باشد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خود مراقبتی خوبی داشته باشد، روز به روز احساس بهتری نیز خواهد داشت و سالم‌تر باقی خواهد ماند و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت و این چرخه مثبت خود تقویت کننده همچنان ادامه می‌یابد.

1. Ciaramella & Poli
2. Sandoval, Brown, Sullivan, & Green
3. Akin, Can, Durna & Aydiner
4. Ballinger & Followfield
5. Osborn, Demoncada & Fuerstein
6. Rehse & Pukrop

با توجه به مبانی و پیشینه پژوهش، انجام پژوهش‌هایی نظیر پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد تا در کنار درمان‌های پزشکی، سودمندی رفتاردرمانگری شناختی در نمونه‌ای از جمعیت بیماران سرطانی کشورمان نیز بررسی و مشخص شود که از این طریق می‌توان بهبودی این بیماران را تسریع کرد و مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت هزینه‌های بیمارستانی آنان را کاهش داد. بنابراین پژوهش حاضر در تلاش برای یافتن پاسخ به این سؤالات است که:

۱. آیا رفتاردرمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی (افزایش حیطة کلی سلامت/ کیفیت زندگی، افزایش عملکرد و کاهش علائم) بیماران دچار سرطان مؤثر است؟
۲. آیا رفتاردرمانگری شناختی در بهبود ابعاد مقیاس عملکردی کیفیت زندگی (جسمانی، ایفای نقش، هیجانی، شناختی و اجتماعی) بیماران دچار سرطان مؤثر است؟

### روش

این پژوهش از نوع طرح‌های شبه‌آزمایشی، با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه مورد پژوهش تمام بیمارانی بودند که بیماری سرطان در آن‌ها به تازگی تشخیص داده شده بود و برای شیمی‌درمانی به مراکز خصوصی شیمی‌درمانی و درمانگاه‌های منتخب آنکولوژی شهرستان زاهدان مراجعه می‌کردند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت از: سن بالای ۳۰ سال، طول مدت تشخیص سرطان کمتر از یک ماه، مرحله اول تومور، سرطان توپر<sup>۱</sup> (پروستات، گوارش، پستان، مغز و اعصاب)، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روان‌شناختی، عدم وجود سابقه بیماری جسمانی به جز موارد مورد مطالعه، عدم سوء مصرف مواد، عدم سابقه بستری به خاطر بیماری فعلی، عدم سابقه بیماری در خانواده بود.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی. برای ارزیابی کیفیت زندگی از ویرایش سوم پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان متعلق به «سازمان اروپایی پژوهش‌ها و درمان سرطان<sup>۲</sup>» استفاده شد که توسط آرونسون<sup>۳</sup> (۱۹۸۷)، به نقل از صفایی، دهکردی و طباطبایی، (۱۳۸۶)، تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۳۰ سؤالی است که کیفیت زندگی بیماران دچار انواع سرطان را در ۵ مقیاس عملکردی<sup>۴</sup> شامل عملکرد جسمانی، ایفای نقش، عملکرد

1. solid tumor

2. European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)

3. Aaronson

4. functional scales

هیجانی، شناختی و اجتماعی، و نیز ۹ مقیاس علائم<sup>۱</sup> شامل خستگی، درد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس، اسهال، یبوست، کاهش خواب، کاهش اشتها، مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری، درمان‌های دریافتی، و یک حیطة کلی کیفیت زندگی<sup>۲</sup> را اندازه‌گیری می‌کند. مطالعات اعتباریابی<sup>۳</sup> این پرسشنامه را به عنوان مقیاسی معتبر و پایا برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان در موقعیت‌های پژوهشی چندفرهنگی تأیید کرده است نتایج مطالعه صفایی و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که سومین ویرایش نسخه فارسی این پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر برای سنجش کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان است و در پژوهش‌های همه‌گیرشناسی و بالینی سرطان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. ضریب آلفای کرونباخ ثبات داخلی مقیاس‌ها در حد مطلوب گزارش شده است. و تحلیل پایایی نشان می‌دهد، اکثر مقیاس‌ها از پایایی مطلوب برخوردارند. آلفای کرونباخ مقیاس خستگی ۰/۶۵، درد ۰/۶۹، تهوع و استفراغ ۰/۶۶ و بقیه مقیاس‌ها بالای ۰/۷۰ برآورد شده که نشان‌دهنده پایایی و اعتبار این پرسشنامه است.

۲. رفتاردرمانگری شناختی. گروه آزمایش ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ۱ جلسه در هفته متغیر

مستقل، رفتاردرمانگری شناختی را دریافت کرد. شرح جلسات درمانی به ترتیب زیر بود:

جلسه اول: در این جلسه معارفه، برقراری ارتباط اولیه و دادن اطلاعات لازم در مورد تعداد جلسات، طول مدت جلسات، نحوه توالی، ختم جلسات و جلب موافقت و رضایت بیمار برای اجرای مراحل مختلف درمان انجام شد و توضیحاتی درباره نیاز به تشریح مساعی، شرکت فعال، به‌کارگیری و تمرین فنون که اصل اساسی مداخله شناختی-رفتاری است ارائه و قرارداد درمانی بسته و تعریف مجدد مسئله به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه دوم: در این جلسه تعریف مجدد از مسئله به اتفاق بیمار بررسی و سپس توضیحاتی درباره اثربخشی رفتاردرمانگری شناختی، تنیدگی، اضطراب و افسردگی ارائه شد. تنفس شکمی، تنفس آهسته، تنفس عمیق، آرمیدگی پیش‌رونده به بیمار آموزش داده شد. تمرین آموزش تنفس شکمی و آرامش پیش‌رونده برای ۲۰ دقیقه در روز تا جلسه بعد و ادامه این تمرین در تمام جلسات به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه سوم: در جلسه سوم درباره تأثیر تمرین‌های انجام شده توسط بیمار بر حالات بدن، فکر و احساس او و سپس درباره اثرات درمان‌های روان‌شناختی بر بیماری، و نقش عوامل روان‌شناختی بر هیجان‌ها و تجربیات حسی در این دوره بحث شد. سپس شناسایی افکار منفی آموزش داده شد و تکلیف خانگی تعیین گردید.

1. symptom scales/item
2. global health status
3. validity

جلسه چهارم: در این جلسه به طور کوتاه جلسه قبلی مرور، سپس آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه انجام شد. سپس افکار منفی یادداشت شده توسط بیماران خوانده شد. جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی تمرین شد، و از بیمار درباره تأثیر افکار منفی و مثبت بر احساسات و بدنش نظرخواهی و در مورد آن بحث و تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه پنجم: این جلسه با مروری کوتاه بر جلسه قبلی و مرور تکالیف با کمک خود بیمار آغاز شد. در ادامه جلسه تشخیص (۱) هیجان‌های ناخوشایند؛ (۲) موقعیتی که این هیجان‌ها در آن اتفاق می‌افتد؛ (۳) افکار خوشایند مربوط به این هیجان‌ها، سپس ترسیم جدول افکار خوشایند و پاسخ منطقی برای آن‌ها آموزش داده شد و از بیمار خواسته شد طبق آن تکالیف خانگی را انجام دهد. جلسه ششم: پس از یادآوری و مرور جلسه قبل، تن‌آرامی و تنفس عمیق انجام و تکلیف خانگی بررسی و تجارب و احساسات بیماران دیگر برای بیمار بیان و درباره آن بحث شد. هیجان‌های ناخوشایند، موقعیت‌های آن‌ها و افکار خوشایند و سنجش میزان تسلط بیمار بر روش‌های یادگرفته شده بررسی شد.

جلسه هفتم: جلسه قبل مرور و یادآوری شد. آرامش عضلانی و تنفس شکمی انجام و تکالیف بیمار بررسی شد. مهارت‌های حل مسئله به بیمار آموزش داده شد، احساسات بیمار توسط خود بیمار بیان و در مورد آن‌ها بحث شد و از او خواسته شد بیان کند که طی این جلسات تغییری در وضعیت خود احساس کرده است یا نه و سپس تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه هشتم: پس از مرور جلسه قبلی، آموزش مهارت‌های حل مسئله با ذکر مثال‌هایی از بیماران دیگر ادامه یافت، شناسایی افکار منفی و چگونگی غلبه بر آن‌ها، و ذکر عواملی که باعث تشدید و تداوم نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود و چگونگی کنترل آن‌ها آموزش داده شد و تکلیف خانگی تعیین گردید.

جلسه نهم: پس از مرور کوتاهی بر جلسه قبلی، توضیحاتی به منظور اطمینان بخشی به بیمار درباره سودمندی این مهارت‌ها در برخورد با بیماری و سایر مشکلات ارائه شد، و روز جلسه برای پس‌آزمون پرسشنامه کیفیت زندگی تعیین شد.

۳. شیوه اجرا و مداخله. چون روش نمونه‌گیری این پژوهش استفاده از نمونه‌های در دسترس بود، بعد از معرفی هر بیمار از جانب پزشک به درمانگر، در مرحله پیش‌آزمون هر بیمار به صورت انفرادی به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ داد. سپس بیماران گروه آزمایش در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت ۱ جلسه در هفته تحت کاربندی رفتاردرمانگری شناختی قرار گرفتند در حالی که گروه گواه تحت کاربندی روان‌شناسی خاصی قرار نگرفتند. پس از اتمام جلسات و ۲ ماه بعد در دوره پیگیری هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند.



## یافته‌ها

از بیماران گروه آزمایش ۷ نفر زن و ۸ نفر مرد، و از گروه گواه ۶ نفر زن و ۹ نفر مرد بودند. سن بیماران بین ۳۰ تا بالای ۶۵ سال بود. دامنه سنی گروه آزمایش ۳ نفر در ۳۰ تا ۴۰ سال، ۱۰ نفر ۴۱ تا ۶۰ سال و ۲ نفر بالای ۶۵ سال بود و دامنه سنی گروه گواه ۴ نفر ۳۰ تا ۴۰ سال، ۷ نفر ۴۵ تا ۶۰ سال و ۳ نفر بالای ۶۵ بود. از نظر سطح تحصیلات ۴ نفر از بیماران گروه آزمایش زیر دیپلم، ۸ نفر دیپلم و ۳ نفر لیسانس و بالاتر بودند. در گروه گواه، ۵ نفر زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم و ۳ نفر لیسانس و بالاتر بودند. بیشترین تحصیلات دیپلم، ۱۵ نفر (۵۰ درصد) بود. از نظر نوع بیماری، در گروه آزمایش، ۷ نفر سرطان گوارش، ۳ نفر سرطان پستان، ۲ نفر سرطان مغز و نخاع، ۳ نفر سرطان ریه داشتند. در گروه گواه، ۶ نفر سرطان گوارش، ۵ نفر سرطان پستان، ۲ نفر سرطان مغز و نخاع و ۲ نفر سرطان ریه داشتند. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بیشتر بیماران ۱۳ نفر (۴۳۳/۳ درصد) دچار سرطان گوارش بودند. در جدول ۱ و ۲ شاخص‌های توصیفی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۱. نمره‌های مقیاس‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌ها	مقیاس‌ها	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف	مقدار	مقدار
متغیر					استاندارد	کمینه	بیشینه	
حیطه کلی سلامت/کیفیت زندگی		پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۳۲/۸	۸/۶	۱۶/۷	۴۱/۸
		پس‌آزمون	گواه	۱۵	۳۰/۵۴	۸/۷	۱۶/۷	۴۱/۸
		پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۶/۷	۷/۶	۲۵	۵۸/۳
عملکردی		پیش‌آزمون	گواه	۱۵	۱۹	۵/۹	۱۶/۷	۴۱/۷
		پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۱/۷	۱۲/۹	۲۵	۳۱/۵۸
		پس‌آزمون	گواه	۱۵	۲۰/۱	۸/۸	۱۶/۷	۴۱/۷
علائم		پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۳	۸/۶	۲۸/۹	۵۳/۳
		پس‌آزمون	گواه	۱۵	۴۱/۴	۷/۸	۲۸/۹	۶۲/۲
		پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۴/۹	۱۰/۷	۳۷/۴	۷۱/۱
		پیش‌آزمون	گواه	۱۵	۳۲/۳۲	۵/۶	۲۸/۹	۴۶/۷
		پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۰/۹	۷/۵	۳۷/۴	۶۲/۲
		پس‌آزمون	گواه	۱۵	۳۳/۳	۳/۹	۲۸/۹	۴۶/۷
		پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۸/۵	۵/۹	۳۸/۴	۵۶/۴
		پس‌آزمون	گواه	۱۵	۴۸/۲	۷/۸	۲۸/۴	۵۶/۴
		پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۵/۶	۶/۸	۳۳/۳	۶۱/۵
		پیش‌آزمون	گواه	۱۵	۵۶/۹	۷/۳	۴۶/۲	۶۶/۷
		پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۹/۳	۸/۱	۳۳/۳	۶۱/۵
		پس‌آزمون	گواه	۱۵	۵۹/۷	۶/۵	۴۶/۲	۶۶/۷

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمره‌های متغیرهای کیفیت زندگی در حیطه سلامت کلی، عملکردی و علائم در مرحله پیش‌آزمون گروه آزمایش با گواه تفاوت چندانی ندارد. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت مشهودی بین میانگین‌های دو گروه مشاهده می‌شود.

جدول ۲. نمره‌های ابعاد مقیاس عملکردی کیفیت زندگی دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص	ابعاد	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار کمینه	مقدار بیشینه
جسمانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۳/۸	۱۲/۷	۳۳/۳	۶۰/۰	
		گواه	۱۵	۵۴/۲	۱۴/۷	۳۳/۳	۷۳/۳	
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۶/۳	۱۴/۲	۳۳/۳	۶۶/۷	
		گواه	۱۵	۵۰/۴	۹/۸	۳۳/۳	۵۳/۳	
	پیگیری	آزمایش	۱۵	۴۹/۲	۹/۷	۳۳/۳	۵۳/۳	
		گواه	۱۵	۴۴/۸	۷/۷	۳۳/۳	۴۶/۷	
ایفای نقش	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۲/۲	۱۵/۳	۲۵/۰	۵۰/۰	
		گواه	۱۵	۵۲/۲	۱۲/۴	۲۵/۰	۵۰/۰	
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۶۴/۴	۱۳/۸	۳۳/۳	۸۳/۳	
		گواه	۱۵	۵۲/۲	۱۲/۴	۳۳/۳	۵۰/۰	
	پیگیری	آزمایش	۱۵	۴۹/۲	۱۲/۷	۳۳/۳	۶۶/۷۰	
		گواه	۱۵	۳۹/۸	۸/۶	۳۳/۳	۵۰/۰	
هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۳۷/۷	۸/۸	۵۰/۰	۸۳/۳	
		گواه	۱۵	۳۷/۸	۹/۳	۱۶/۷	۳۳/۳	
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۲/۲	۹/۶	۴۱/۷	۳۳/۳۰	
		گواه	۱۵	۲۵/۱	۸/۳	۱۶/۷	۴۱/۷	
	پیگیری	آزمایش	۱۵	۴۶/۷	۱۰/۸	۳۳/۳	۶۶/۷	
		گواه	۱۵	۲۲/۲	۶/۸	۱۶/۷	۳۳/۳	
شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۳۴/۵	۱۸/۳	۱۶/۷	۶۷/۷	
		گواه	۱۵	۳۱/۱	۱۶/۵	۱۶/۷	۶۶/۷	
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۴/۵	۱۳/۳	۳۳/۳	۶۶/۷	
		گواه	۱۵	۳۴/۴	۱۱/۷	۱۶/۷	۵۰/۰	
	پیگیری	آزمایش	۱۵	۵۰/۰	۱۴/۱	۱۶/۷	۳۳/۳	
		گواه	۱۵	۲۵/۶	۸/۶	۳۳/۳	۶۶/۷	
اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۲۸/۹	۱۳/۳	۱۶/۷	۵۰/۰	
		گواه	۱۵	۲۷/۸	۱۰/۲	۱۶/۷	۳۳/۳	
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۰/۰	۱۴/۱	۳۳/۳	۶۶/۷	
		گواه	۱۵	۲۳/۳	۸/۴	۱۶/۷	۳۳/۳	
	پیگیری	آزمایش	۱۵	۴۵/۵	۱۳/۳	۳۳/۳	۶۶/۷	
		گواه	۱۵	۲۷/۸	۱۰/۲	۱۶/۷	۵۰/۰۰	

جدول ۲ در مرحله پیش‌آزمون تفاوت‌چندانی را بین میانگین‌های مقیاس عملکردی بین دو گروه نشان نمی‌دهد. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، این تفاوت در بین دو گروه مشهود است. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره را با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون مقیاس‌های کیفیت زندگی و ابعاد مربوط به مقیاس عملکردی نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود هیچ‌یک از متغیرهای کنترل شده تأثیر معنی‌داری بر نمره‌های پس‌آزمون نداشتند، ولی تأثیرات چندگانه عضویت گروهی (متغیر مستقل) معنی‌دار بود. مجذور اتا ۰/۹۸۰ مطلوبیت میزان اثربخشی و توان آزمون ۰/۹۸۹ کفایت بسیار خوب حجم نمونه‌ها را نشان می‌دهد.

**جدول ۳. کوواریانس چندمتغیره (آزمون لامبدای ویلکس) گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون**

منبع تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
مقدار ویژه	۰/۵۳۳	۱/۴۲۳	۸	۱۳	۰/۲۷۵	۰/۴۶۷	۰/۴۰۹
سلامت/ کیفیت زندگی (پیش آزمون)	۰/۵۶۸	۱/۲۳۸	۸	۱۳	۰/۳۵۲	۰/۴۳۲	۰/۳۵۶
مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۵۸۴	۱/۱۵۹	۸	۱۳	۰/۳۹۰	۰/۴۱۶	۰/۳۳۳
مقیاس علائم (پیش آزمون)	۰/۶۸۵	۰/۷۴۶	۸	۱۳	۰/۶۵۳	۰/۳۱۵	۰/۲۱۷
بعد جسمی مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۳۳۵	۳/۲۱۹	۸	۱۳	۰/۰۳۰	۰/۶۶۵	۰/۸۰۳
بعد ایفای نقش مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۴۸۹	۱/۶۹۶	۸	۱۳	۰/۱۹۱	۰/۵۱۱	۰/۴۸۴
بعد هیجانی مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۲۳۵	۲/۳۰۰	۸	۱۳	۰/۷۲۱	۰/۵۸۴	۰/۵۷۶
بعد شناختی مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۷۲۶	۰/۶۱۳	۸	۱۳	۰/۷۵۳	۰/۲۷۴	۰/۱۸۲
بعد اجتماعی مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۴۵۸	۱/۹۲۰	۸	۱۳	۰/۱۴۲	۰/۵۴۲	۰/۵۴۳
عضویت گروهی	۰/۰۲	۷۸/۱۶۴	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰	۰/۹۸۹

برای بررسی سؤالات پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل متغیر پیش آزمون و تعیین سهم متغیر در پس آزمون استفاده و نتایج در جدول ۴ ارائه شد.

**جدول ۴. کوواریانس چندمتغیره تأثیر رفتار درمانگری شناختی بر ابعاد عملکردی کیفیت زندگی در پس آزمون**

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	ضریب F	سطح معناداری	مجدور اتا (میزان اثر)	توان آماری
حیطه کلی سلامت/ کیفیت زندگی	مقیاس عملکردی	۴۶۰۶/۵	۱	۴۶۰۴/۵	۱۳۲/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۶۸	۰/۹۹۵
	مقیاس علائم	۱۹۰۹/۴	۱	۱۹۰۹/۴	۱۲۴/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۱	۰/۹۵۷
عضویت در گروه	بعد جسمانی	۸۱۴/۴	۱	۸۱۴/۴	۷۲/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳	۰/۹۱۵
	بعد ایفای نقش	۳۸۴/۸	۱	۳۸۴/۸	۳/۲۴	۰/۰۸۷	۰/۱۳۹	۰/۴۰۳
بعد هیجانی	بعد شناختی	۱۴۷۱/۱	۱	۱۴۷۱/۱	۲۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۰/۸۹۷
	بعد اجتماعی	۳۹۶۸/۶	۱	۳۹۶۸/۶	۱۲۹/۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۶	۰/۹۸۷
بعد شناختی	بعد اجتماعی	۲۴۳۸/۷	۱	۲۴۳۸/۷	۸۲/۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۹۴۵
	بعد اجتماعی	۳۹۷۵/۲	۱	۳۹۷۵/۲	۱۵۱/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳	۰/۹۸۷

جدول ۴ نشان می‌دهد رفتار درمانگری شناختی باعث بهبود عملکرد (به جز در بعد جسمانی مقیاس عملکردی) و کیفیت زندگی بیماران سرطانی گروه آزمایش شده است. به منظور بررسی اعتبار مداخله، پس از گذشت ۲ ماه از هر دو گروه پیگیری به عمل آمد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (آزمون لامبدای ویلکس) در مرحله پیگیری در جدول ۵ و ۶ ارائه شد. نتایج جدول ۵ در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که هیچ‌یک از متغیرهای کنترل شده تأثیر معنی‌داری بر نمره‌های پس آزمون نداشته‌اند، ولی تأثیرات چندگانه عضویت گروهی (متغیر مستقل) معنی‌دار است. مجدور اتای ۰/۹۵۹ به دست آمده مطلوبیت میزان اثربخشی و توان آزمون ۰/۹۸۹ کفایت حجم نمونه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۵. کوواریانس چندمتغیره (آزمون لامبدای ویلکس) برای مقایسه عملکرد و کیفیت زندگی دو گروه در مرحله پیگیری

منبع تأثیرات	مقدار و بزه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجدور آنا	توان آماری
مقدار و بزه	۰/۷۶۶	۰/۴۹۷	۸	۱۳	۰/۸۳۷	۰/۲۳۴	۰/۱۵۳
حیطه کلی سلامت/ کیفیت زندگی (پیش آزمون)	۰/۷۴۴	۰/۵۵۹	۸	۱۳	۰/۷۹۳	۰/۲۵۶	۰/۱۶۸
مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۴۳۸	۲/۰۸۱	۸	۱۳	۰/۱۱۶	۰/۵۶۲	۰/۵۸۴
مقیاس علائم (پیش آزمون)	۰/۷۱۱	۰/۶۶۱	۸	۱۳	۰/۷۱۶	۰/۲۸۹	۰/۱۹۵
بعد جسمی مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۴۹۳	۱/۶۷۰	۸	۱۳	۰/۱۹۸	۰/۵۰۷	۰/۴۷۷
بعد ایفای نقش مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۳۰۵	۳/۷۰۳	۸	۱۳	۰/۰۱۸	۰/۶۹۵	۰/۸۶۳
بعد هیجانی مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۳۹۹	۲/۴۴۹	۸	۱۳	۰/۰۷۳	۰/۶۰۱	۰/۶۶۷
بعد شناختی مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۹۰۱	۰/۱۸۰	۸	۱۳	۰/۹۹۰	۰/۰۹۹	۰/۰۸۲
بعد اجتماعی مقیاس عملکردی (پیش آزمون)	۰/۵۳۱	۱/۴۳۵	۸	۱۳	۰/۲۷۰	۰/۴۶۹	۰/۴۱۲
عضویت گروهی	۰/۰۴۱	۳۷/۶۰۱	۸	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۰/۹۸۹

جدول ۶. خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیر درمان رفتاری-شناختی در مرحله پیگیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	ضریب F	سطح معناداری	مجدور آنا (میزان اثر)	توان آماری
حیطه کلی سلامت/ کیفیت زندگی	۲۶۸۳/۷	۱	۲۶۸۳/۷	۲۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰	۰/۹۹۱	
مقیاس عملکردی	۱۹۹۱/۴	۱	۱۹۹۱/۴	۶۳/۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰	۰/۹۹۸	
مقیاس علائم	۵۶۸/۲	۱	۵۶۸/۲	۲۴/۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۸	۰/۹۹۷	
بعد جسمانی	۱۷۱/۲	۱	۱۷۱/۲	۲/۸۴	۰/۱۰۸	۰/۱۲۴	۰/۳۶۱	
بعد ایفای نقش	۸۷۱/۹۶	۱	۸۷۱/۹۶	۱۲/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۳۸۲	۰/۹۱۶	
بعد هیجانی	۳۳۵۶/۶	۱	۳۳۵۶/۶	۶۶/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۹	۱/۰۰۰	
بعد شناختی	۴۰۳۷/۷	۱	۴۰۳۷/۷	۷۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳	۱	
بعد اجتماعی	۱۸۷۹/۲	۱	۱۸۷۹/۲	۲۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۰/۹۹۸	

نتایج جدول ۶ در مرحله پیگیری نشان می‌دهد تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر بهبود کیفیت زندگی و ابعاد مقیاس عملکردی کیفیت زندگی همچنان باقی مانده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

سؤالات این پژوهش مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانگری شناختی در بهبود حیطه کلی سلامت/ کیفیت زندگی، افزایش عملکرد و کاهش علائم و نیز در بهبود ابعاد جسمانی، ایفای نقش، هیجانی، شناختی و اجتماعی مقیاس عملکردی در بیماران دچار سرطان گروه آزمایش، تفاوت معنی‌داری را با گروه گواه نشان داد. در بررسی پیگیری نتایج بعد از ۲ ماه همچنان اثر رفتاردرمانگری شناختی در گروه آزمایش باقی مانده بود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های رس پکروف (۲۰۰۳)؛ لچنر و همکاران (۲۰۰۳)؛ پری و چانگ (۲۰۰۷) و دیستفانو و همکاران (۲۰۰۸)؛ آکین و همکاران (۲۰۰۸) و بالینگر و فالوفیلد (۲۰۰۹) همخوانی دارد.

اوزیلکان، بالتو و تکوزمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) معتقد است که تشخیص و درمان سرطان سبب اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علائم جسمی و اختلال در عملکرد شناختی، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فرد می‌شود و در نهایت کیفیت زندگی فرد را تهدید می‌کند. درمان‌های سرطان توأم با عوارض و سمیتی هستند که به طور کوتاه‌مدت یا طولانی‌مدت کیفیت زندگی فرد را به خطر می‌اندازد، در این میان هر چه شدت عوارض جانبی تجربه شده در طول درمان بیشتر باشد کیفیت زندگی بیشتر مورد تهدید قرار می‌گیرد (دیستفانو و همکاران، ۲۰۰۸). یکی از روش‌های درمان سرطان شیمی‌درمانی است که با هدف نابودسازی سلول‌های سرطانی انجام می‌پذیرد. مطالعات نشان می‌دهد شیمی‌درمانی توأم با عوارض متعددی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی اثر منفی بگذارد (پری و چانگ، ۲۰۰۷).

مطالعات انجام شده در بیماران دچار سرطان نشان می‌دهد که شدت علائم و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد. بیماری سرطان استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و او را به سوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می‌دهد (پری و چانگ، ۲۰۰۷). ویژگی‌های دیگر سرطان همچون نوع سرطان، مرحله سرطان، زمان تشخیص اولیه، پذیرش بیماری توسط بیمار، درد ناشی از سرطان، استرس‌های روانی و رفتار مراقبت‌دهندگان، نیز بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر دارد. درمان‌های سرطان نیز توأم با عوارضی هستند که به طور کوتاه‌مدت یا طولانی‌مدت، کیفیت زندگی فرد را به خطر می‌اندازد. در این میان هر چه شدت عوارض جانبی تجربه شده در طول درمان بیشتر باشد، کیفیت زندگی بیشتر مورد تهدید قرار می‌گیرد (دیستفانو و همکاران، ۲۰۰۸). بررسی‌های انجام گرفته نشان می‌دهد که به تنهایی سنجش کیفیت زندگی کافی نیست. چرا که درمان‌های سرطان برای فرد مشکلات جدیدی را به بار می‌آورد و سازگاری بیمار را دچار دشواری‌هایی می‌کند. از جمله مسائلی که با پیشرفت درمان در بیماری سرطان مطرح می‌گردد، مسائل مربوط به کیفیت زندگی است (گریر، پیرل، پارک، لینچ و تمل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). لوی<sup>۳</sup> (۲۰۰۸)، معتقد است که سرطان و درمان‌های آن بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند و حتی ضربه ناشی از تشخیص و درمان سرطان، تأثیرات منفی بر عملکرد روانی و جنسی و ارتباطات زناشویی فرد می‌گذارد.

یکی از مسائل مهمی که در چارچوب بحث کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان مطرح است، مسائل روانی و اجتماعی است. مشکلات روان‌شناختی مبتلابان به سرطان بر کیفیت زندگی آنان، نرخ اقدام به خودکشی و خودکشی موفق، طولانی شدن مدت بستری و حتی طول عمر

- 
1. Ozyilkan & Tekuzman
  2. Greer, Pirl, Park, Lynch & Temel
  3. Levy

آنان اثر می‌گذارد (پالمن و فیش<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روان‌شناختی برای آن‌ها می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده می‌شود. بسیاری از بیماران سرطانی که مشغول به کارند، کار خود را از دست می‌دهند و بسیاری دچار افسردگی می‌شوند. وقتی راجع به اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان بحث می‌کنیم، باید توجه داشته باشیم که بخشی از این بحث مربوط به مسائل و مشکلات روانی و اجتماعی این بیماران، خانواده‌های آن‌ها است و در صورتی که بیمار دارای همسر و فرزند هم باشد، مسائل مربوط به آن‌ها نیز مطرح می‌شود. همه این موارد هم در چارچوب بحث کیفیت زندگی مطرح می‌شود و هم به صورت جداگانه مورد توجه قرار می‌گیرد. خلاصه این که اندازه‌گیری کیفیت زندگی بخشی از درمان یک بیمار سرطانی است. چرا که امروزه نمی‌توان درمان یک بیمار دچار سرطان را فقط به ابعاد بالینی خلاصه کرد. سرطان و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است، پس طبیعی و ضروری است که در کنار مسائل بالینی به این گونه مسائل هم توجه شود.

بنابراین ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سرطان و درمان آن مستلزم توجه به جنبه‌های منحصر به فرد تجربه بیمار از سرطان است. این ارزیابی باید معطوف به موضوعاتی مانند عضوی که به سرطان مبتلا شده است، تجربه‌های قبلی فرد از سرطان (مخصوصاً تجربیات شخصی یا تجربیات اعضای خانواده از سرطان)، برنامه درمانی، تجربیات بیمار بعد از تشخیص سرطان و موانع خاص مربوط به سرطان باشد. درمانگران باید جنبه‌های شخصی تهدیدکننده‌ای را که بیمار با آن‌ها مواجه شده است، مشخص نمایند.

اکثر رویکردهای شناختی-رفتاری در درمان مشکلات روانی-اجتماعی وابسته به سرطان، در کوتاه‌مدت بیماران را قادر می‌سازند که احساساتشان را درباره سرطان و تأثیرات آن بر زندگی تنظیم کنند. هدف آن‌ها افزایش توانایی مقابله با موانع ایجاد شده در اثر سرطان و کنترل موفق جنبه‌های عملی زندگی همراه با سرطان است. ممکن است لازم باشد که درمانگران زمان بیشتری از درمان را به موضوعات وجودگرایانه اختصاص دهند. مخصوصاً هنگام کار با مراجعانی که بیماری‌شان پیشرفت کرده است (کیسانه، بلاچ، میاج، اسمیت، سدن و کدز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). همچنین می‌توان درمان‌های شناختی-رفتاری را به صورت گروهی برای بیماران دچار سرطان اجرا کرد (باتملی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷).

- 
1. Palmen & Fish
  2. Kissane, Bloch, Miach, Smith, Seddon & Keks
  3. Bottomley

اهمیت اتخاذ یک رویکرد خودمدیریتی از سوی بیمار، برقراری ارتباط مشارکتی با کارکنان مراقبت بهداشتی، و تشویق بیمار برای اتخاذ یک نقش فعال در درمان بیماری، همگی از فلسفه و اصول اساسی درمانگری شناختی-رفتاری اقتباس شده است. ماهیت مشارکتی ارتباط بیمار و درمانگر و تأکید بر ایجاد مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای درمان مشکلات روانی، با درمان شناختی-رفتاری و همچنین با رویکرد خودمدیریتی پزشکی ارتباط دارد. در مداخلات روان‌شناختی باید به بیماران کمک کرد تا کنترل شان را بر زندگی حفظ کنند، عدم قطعیت گسترده‌ای را که بخشی از تجربه‌های بیماران سرطانی است کنترل کنند، تخریب عملکرد و اجتناب شناختی و رفتاری را مورد توجه قرار دهند و مطمئن شد که بیماران از حداکثر حمایت محیطی برخوردار می‌شوند. همه این‌ها در این حوزه از درمانگری شناختی-رفتاری است.

از این رو با توجه به نتیجه این پژوهش و سایر پژوهش‌های مبنی بر اثر بخشی رفتاردرمانگری شناختی در بیماری‌های مزمن، لازم است که به درمان‌های پزشکی اکتفا نمود و با تاسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی و استفاده از مداخلات روان‌شناختی در بیمارستان‌ها و مراکز آنکولوژی، در روند بهبود کیفیت زندگی و ابعاد گوناگون عملکرد این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آن‌ها کمک مؤثری ارائه نمود.

## منابع

- تباری، فریبا، ذاکری مقدم، معصومه، بحرانی، ناصر، و منجمد، زهرا. (۱۳۸۶). بررسی کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان تازه تشخیص داده شده. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۳(۲): ۱۲-۵.
- صفائی، آزاده، مقیمی دهکردی، بیژن، و طباطبایی، سید حمید رضا. (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. *مجله ارمغان دانش*، ۱۲(۲): ۴۶-۲۵.
- کریگ، ا. وایت. (۲۰۰۱). *درمان شناختی-رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی*، ترجمه رضا مولودی و کتایون فتاحی، چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند. ۱۳۸۹.

- Albert, U. S., Koller, M., Wagner, U., & Schulz, K. D. (2004). Survival chances and psychological aspects of quality of life in patients with localized early stage breast cancer. *Inflammation Research*, 53 (Suppl. 2):36-S141.
- Akin, S., Can, G., Durna, Z., & Aydiner, A. (2008). The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy European. *Journal of Oncology Nursing*, 12: 449-456.
- Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., McGregor, B., Carver, Ch. S., & Blomberg, B. (2009). Cognitive-behavioral

- stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23: 580-595
- Ashwill, J. D. (2001). *Nursing care of children principles and practice*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Ballinger, R. S., & Fallowfield, L. J. (2009). Quality of Life and Patient-reported Outcomes in the Older Breast Cancer Patient. *Clinical Oncology*, 21: 140-155.
- Bottomley, A. (1997). Synthesizing cancer group interventions— a cancer group intervention in need of testing. *Clin Psychol Psychother*, 4: 51–61.
- Ciaramella, A., & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type, and treatment. *Psycho-Oncology*, 10: 156–165.
- Distefano, M., Riccardi, S., Capelli, G., Costantini, B., Petrillo, M., & Ricci, C. (2008). Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre- operative chemo radiotherapy. *Gynecol Oncol*, 111(1): 144 -50.
- Greer, J. A., Pirl, W. F., Park, E. R., Lynch, T. J., & Temel, J. S. (2008). Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Journal of Psychosomatic Res*, 65: 550-53.
- Groenvold, M., Fayers, P. M., Petersen, M. A., Sprangers, M. A., Aaronson, N. K., & Mouridsen, H. T. (2007). Breast cancer patients on adjuvant chemotherapy report a wide range of problems not identified by health-care staff. *Breast Cancer Research and Treatment*, 103 (2): 185–195.
- Hopko, R. D., Bell, L. J., Armento, M., Robertson S., Mullane, Ch., Wolf, N., & Lejuez, W. C. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Original Research Article Behavior Therapy*, 39(2): 126-136.
- Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2008). *A cancer patient's guide to overcoming depression and anxiety: Getting through treatment and getting back to your life*. New York: New Harbinger Press.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., & Keks, N. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer—techniques and themes. *Psycho-Oncology*, 6: 25-33
- Lechner, S. C., Antoni, M. H., Lydston, D., LaPerriere, A., Ishii, M., Devieux, J., Stanley H., Ironson, G., Schneiderman, N., Brondolo, E., Tobin, J. N., & Weis, S. (2003). Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 253– 261.
- Levy, M. (2008). Cancer fatigue: a review for psychiatrists. *General Hospital Psychiatry*, 30: 233–244.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.



- Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial intervention for depression, anxiety, anxiety and quality of life in cancer survivors: Meta- analyses. *INT'L. Journal of Psychiatry in medicine*, 36(1): 13-34.
- Ozylkan, O., Balto, E., & Tekuzman, G. (1998). Impact of diagnosis and treatment on the quality of life in breast cancer patient. *Neoplasma*, 45(1): 50-52.
- Palmen, J. L., & Fish, M. J. (2005). Association between symptom distress and survival in out- patients seen in a palliative care. *Journal of Pain Symptom Manage*, 29(6): 565-71.
- Perry, K., & Chang, Ch. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer. *Health and Quality of life outcomes*, 5(24): 1-14.
- Rehse, B., & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta-analysis of 37 published controlled outcome studies, *Patient Education and Counseling*, 50: 179-186
- Safae, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B., Tabatabaee, H., & Pourhoseingholi, M. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45(3): 107-111
- Sandoval, G. A., Brown, A. D., Sullivan, T., & Green, E. (2006). Factors that influence patients' overall perceptions of quality of care. *International Journal of Quality Health Care*, 18: 266-274.
- Schreier, A. M., & Williams, S. A. (2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1): 127-130.
- Spillers, R. L., Wellisch, D. K., Kim, Y., & Matthews, B. A. (2009). Comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. *Psychooncology*, 18(4):405-11.
- Takahashi, T., Hondo, M., Nishimura, K., Kitani, A., Yamano, T., & Yanagita, H. (2008). Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiation Medicine*, 26(7): 396-401.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, Jo., & Bliss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European Journal of Cancer*, 41:1710-1714
- WHOQoL Group. (1993). Measuring Quality of Life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQoL). Geneva: *World Health Organization*.