

## اثر بخشی روان درمانی تکمیلی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بدخیمی های خونی

وحید صادقی فیروزآبادی<sup>۱</sup>، معصومه بارانی<sup>۲</sup>، \*مریم بختیاری<sup>۳</sup>، مهشید مهدی زاده<sup>۴</sup>، سعید ایمانی<sup>۵</sup>

۱. دکتری روانشناسی سلامت، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران، ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۳. دکتری روانشناسی بالینی، دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، ۴. دانشیار بخش پیوند مغز و استخوان مرکز آیت الله طالقانی، تهران، ایران، ۵. دکتری روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۱/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۱۹)

## Effectiveness of Adjuvant Psychological Therapy on anxiety and depression of patients with hematological malignancies

Vahid Sadeghi Firoozabadi<sup>1</sup>, Masoumeh Barani<sup>2</sup>, \* Maryam Bakhteyari<sup>3</sup>, Mahshid MehdiZadeh<sup>4</sup>, Saeed Imani<sup>5</sup>

1. Phd in Health Psychology, Assistant Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Education & Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran, 2. Master Student of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Science, 3. Phd in Clinical Psychology, Associate Of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University Of Medical Science, Tehran, Iran, 4. Associate professor in Bone Marrow Transplantation Center, Taleghani Hospital, 5. Phd in Clinical Psychology, Assistant Professor, Department Of Clinical and Health Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

(Received: April. 02, 2016 - Accepted: March. 09, 2017)

## Abstract

## چکیده

**Introduction:** Adjuvant Psychological Therapy is a therapy derived from cognitive - behavioral therapy which specifically increases quality of life of cancer patients by means of reducing psychological distress. We decided to assessment the influence of Adjuvant Psychological Therapy on anxiety and depression of patients with hematological malignancies. **Method:** The patients with hematological malignancies, who visited Taleqani hospital in Tehran in 2015, were the samples for the present study. Five samples were chosen in an available sampling method. Each one of them was required to answer Hospital Anxiety and Depression Scale. **Results:** According to the findings, Adjuvant Psychological Therapy has led to significant decrease in anxiety, depression of patients with hematological malignancies. **Conclusion:** Adjuvant Psychological Therapy can help decrease in psychological distress of cancer patients.

**Keywords:** Hematological Malignancies, Adjuvant Psychological Therapy, Depression and Anxiety.

مقدمه: روان درمانی تکمیلی یکی از درمان های مشتق شده از درمان شناختی-رفتاری است که از طریق کاهش آشفتگی های روانی و ایجاد روحیه مبارزه جویی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را افزایش می دهد. در این مطالعه هدف این بود که تأثیر روان درمانی تکمیلی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بدخیمی خونی مورد بررسی قرار گیرد. روش: جامعه مورد مطالعه، بیماران مبتلا به بدخیمی خونی مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۹۴ بودند. در این پژوهش ۵ آزمودنی با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. هر آزمودنی پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستان را تکمیل کرد. یافته ها: نتایج نشان داد روان درمانی تکمیلی موجب کاهش معنادار اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بدخیمی های خونی شد. نتیجه گیری: روان درمانی تکمیلی می تواند به کاهش آشفتگی های روانی بیماران کمک کند. واژگان کلیدی: بدخیمی خونی، روان درمانی تکمیلی، افسردگی، اضطراب.

## مقدمه

تأثیر قرار می‌دهد (مک‌جرگور، دولان، موفی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). فراوان‌ترین اختلال روانپزشکی در این بیماران طبق مطالعات، اختلال انطباق همراه با اضطراب، همراه با افسردگی و همراه با اضطراب و افسردگی توأم است (آکچی، تکانو، اوکامورا<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۳؛ دراگوتیز و ملیساراتوس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). اضطراب مستلزم مفهوم نایمنی یا تهدیدی است که فرد منبع آن را به وضوح درک نمی‌کند و به صورت یک موقعیت تهدیدآمیز که تحت تأثیر بالا رفتن تحریکات، اعم از درونی و بیرونی تصور می‌گردد که فرد در کنترل کردن آنها ناتوان است (آجرلو، برقی ایرانی، و علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۵). دومین تشخیص روانپزشکی شایع در این بیماران، اختلال افسردگی اساسی می‌باشد. اکثر بیماران دوره‌هایی از انکار یا ناامیدی را که با علائم افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی عصبی و تحریک‌پذیری دنبال می‌شوند تجربه می‌کنند (ماسی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). افسردگی نتیجه فقدان، خسران یا تباهی است و در سرطان از دست دادن بدن، قدرت، جایگاه و نقش‌های اجتماعی و همچنین حس ارزشمندی می‌تواند منجر به افسردگی شود و اضطراب نیز رایج‌ترین پاسخ به تشخیص سرطان بوده و فرد زمانی دچار اضطراب می‌شود که خطر و تهدید سرطان را فراتر از امکانات خود برای مقابله با آن تلقی کند (کرنان و لپور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). بدیهی است زمانی که ابتلای فرد به سرطان تشخیص داده شود، می‌تواند بر ابعاد روان‌شناختی و جسمانی بیماران سرطانی و اعضای خانواده آنان و

بدخیمی‌های خونی، تومورهایی هستند که از بافت مغز استخوان یا بافت لنفاوی خارج مغز استخوان نشأت می‌گیرد و بر خون، مغز استخوان، لنف یا سیستم لنفاوی تأثیر می‌گذارد و به طور مستقیم با دستگاه گردش خون و سیستم ایمنی مرتبط است. این تومورها بسته به اینکه بر کدام یک از این دو سیستم تأثیر بگذارد، موجب بیماری لوکمی یا لنفوم می‌شود (آیزر، باوم، مک‌مانوس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). سرطان دومین عامل برجسته مرگ در کشورهای توسعه یافته و مسئول یک پنجم از مرگ و میرها در کل دنیا به شمار می‌رود (بیرامی و نعمتی سوگلی نوتپه، ۱۳۸۷). در ایران نیز سرطان به عنوان سومین عامل مرگ پس از بیماری‌های قلبی و تصادفات شناخته شده است، امروزه سرطان به عنوان یک مشکل بزرگ سلامت عمومی به شمار می‌آید، به همین علت همواره جزء اولویت‌های تحقیقاتی قرار دارد (حاجلو، برهمند، عدیلی و فتحی، ۱۳۹۵). در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند. سرطان ضمن ایجاد مشکلات معمولاً حاد جسمی، سبب بروز مشکلات متعدد روانی و اجتماعی برای مبتلایان نیز می‌شود (مردانی حموله، و شهرکی واحد، ۱۳۸۸). گنجینه‌ای از شواهدی وجود دارد که بر ارتباط سرطان با فشار روانی و آن دسته از عوامل هیجانی دلالت دارد که جزء لاینفک جوامع متمدن هستند (بیرامی و نعمتی سوگلی نوتپه، ۱۳۸۷). علاوه بر تأثیر مسائل روان‌شناختی در شکل‌گیری سرطان، تشخیص و درمان سرطان نیز با استرس و اضطراب همراه است که سلامت فرد را به طور منفی تحت

2. McGregor, Dolan & Murphy  
3. Akechi, Takano & Okamura  
4. Derogatis & Melisaratos  
5. Massie  
6. Kernan & Lepore

1. Ayers, Baum & McManus

چندوجهی توصیف شود (موری و گریر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). روان‌درمانی تکمیلی به طور اساسی با بهبود بخشیدن مهارت‌های سازگاری بیماران سروکار دارد و برای نیازهای منحصر به فرد بیماران مناسب است. در درمان نقاط قوت بیمار مشخص شده و به عنوان وسیله‌ای برای افزایش عزت نفس، غلبه بر احساسات درماندگی و پرورش روحیه مبارزه با بیماری پرورش داده می‌شود. از جمله تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری که در این درمان استفاده می‌شود، مشخص-سازی افکار خودکار منفی و چالش با آنها و همچنین تکنیک‌های تصویرسازی و بازی نقش برای سازگاری با رویدادهای منفی بکار برده می‌شود. در این درمان بیماران برای انجام فعالیت‌هایی تشویق می‌شوند که به آنها احساس موفقیت و لذت و در نتیجه احساس کنترل بر زندگی خود می‌دهد (هیل بوم<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). یکی از اجزای اصلی نظریه بنیادین روان‌درمانی تکمیلی برای افراد مبتلا به سرطان بر طبیعت تعاملی مقابله با سرطان سروکار دارد. بیماری در بافت اجتماعی اتفاق می‌افتد و افراد مهم در زندگی بیمار بر احساسات او تأثیرگذار خواهند بود. دوستان، خویشاوندان و متخصصین سلامت همگی پشتیبانی عاطفی و اطلاعاتی فراهم خواهند کرد. شیوه‌ای که بیمار رفتار این افراد را تفسیر می‌کند، در واکنش هیجانی که مشاهده می‌شود، نقش خواهد داشت. همراه بیمار نیز نقش بسیار مهمی در توانایی بیمار برای مقابله ایفا می‌کند. پویایی روابط، اغلب می‌تواند به طور چشمگیری توسط سرطان تحت تأثیر قرار بگیرد. سرکوبی عواطف خصوصاً خشم می‌تواند منجر به مشکلات ارتباطی بین بیمار و همراهانش گردد که نیازمند کمک روانشناختی است. به طور کل می‌توان گفت اهداف روان‌درمانی تکمیلی شامل این

هم‌چنین بر روابط اجتماعی بیماران تأثیرگذار باشد (اسچمیر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). برخی از نشانه‌های افسردگی نظیر خستگی مفرط، وجود تاریخچه قبلی یا دوره اخیر افسردگی بعد از شروع سرطان، احساس درماندگی، ناامیدی و از دست دادن روحیه مبارزه-گری می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر داشته باشند (ریچ، لیشور و پدرازیت-چیوالیر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که افسردگی می‌تواند با کاهش شاخص‌های حرمت خود و امیدواری از میزان همکاری بیمار با پزشک بکاهد و تبعیت از دستورهای کاهش دهد، در نتیجه با تضعیف نظام ایمنی بدن، میزان بهبودی را به مخاطره بیندازد (تیلور<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰).

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است (لیچنر، آتونوی، لیدسون<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). و با گسترش روزافزون رشته روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری را در فرایند درمان این بیماری‌ها به عهده گرفته‌اند (واتسون، هومیوود، هاویلند<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). یکی از درمان‌های روان‌شناختی مورد استفاده برای بیماران مبتلا به سرطان، روان‌درمانی تکمیلی می‌باشد. گریر و موری<sup>۱۳</sup> روان‌درمانی تکمیلی را به عنوان "یک برنامه درمانی فشرده و ساختارمند که اصول درمان شناختی را در مورد مشکلات خاص بیماران سرطانی بکار می‌برد" تعریف کرده‌اند. روان‌درمانی تکمیلی از شیوه‌های رفتاری، شناختی، متمرکز بر هیجان و بین فردی استفاده می‌کند و می‌تواند به عنوان یک درمان

- 
7. Schmer
  1. Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier
  2. Taylor
  3. Lechner, Antoni & Lydston
  4. Watson, Homewood & Haviland
  5. Greer & Moorey

---

6 - Moorey & Greer  
7 - Helbom

بودند. در مقابل ۴۴٪ از بیماران گروه کنترل که هیچ درمان روانشناختی دریافت نکردند، دارای اضطراب و ناراحتی روانشناختی بودند (موری، گریز، واتسون و همکاران، ۱۹۹۴). هرچند این درمان در گروهی از افراد دارای سرطان پروستات انجام شد و اثربخشی این درمان در افراد گروه نمونه با افراد گروه کنترل مقایسه شد. در این مطالعه تفاوتی بین اضطراب و افسردگی افراد گروه مداخله و افراد گروه کنترل مشاهده نشد (موینیهان، بلیز، داویدسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

روان‌درمانی تکمیلی مداخله‌ای چندوجهی و مختص بیماران مبتلا به سرطان است که عناصر درمانی دیگری مانند ورود زوج به جلسات و بررسی نگرانی‌ها و افکار مرتبط با مرگ را با روان‌درمانی شناختی-رفتاری فردی تلفیق می‌کند. با این وجود در پژوهش‌های داخلی تاکنون اثربخشی این رویکرد در بیماران ایرانی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین در پژوهش حاضر بر آن شدیم تا به مطالعه اثرگذاری این مداخله روان‌شناختی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بدخیمی‌های خونی، که یکی از انواع شدید و ناتوان‌کننده سرطان است، پرداخته شود.

موارد است: (۱) کاهش پریشانی عاطفی (۲) بهبود سازگاری روانی با سرطان از طریق ایجاد یک روحیه مبارزه‌جویی مثبت (۳) ترویج و ارتقاء حس کنترل شخصی بیماران بر روی زندگی‌شان و مشارکت فعالانه در درمان سرطان (۴) بهبود راهبردهای مقابله-ای مؤثر برای برقراری ارتباط با مشکلات مرتبط با سرطان (۵) بهبود ارتباط بین بیمار و همراهانش (۶) تشویق ابراز آزادانه عواطف خصوصاً خشم و دیگر عواطف منفی در یک محیط ایمن (۷) بررسی نگرانی‌های بیمار در مورد مرگ و تلاش برای آمادگی برای پذیرش آن (موری و گریز، ۲۰۱۱) این درمان توسط گریز و موری در مطالعات متعددی توصیف و ارزیابی شده است (گریز، ۱۹۹۵؛ گریز و موری، ۱۹۹۷؛ گریز و موری و باروخ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱؛ موری و گریز، ۱۹۸۹).

موری و گریز بر روی ۵۷ نفر از بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان روان‌درمان تکمیلی را با مشاوره حمایتی مقایسه کردند و در نهایت به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمان تکمیلی تغییر بیشتری در سازگاری با سرطان و اضطراب بیماران داشته است. این تفاوت همچنان در ۴ ماه پیگیری نیز ادامه‌دار و معنی‌دار بود (موری، گریز، بلیز<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). آنها در پژوهش دیگری بر روی ۱۳۷ بیمار مبتلا به سرطان به بررسی اثربخشی روان‌درمان تکمیلی پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نمره پایین‌تری در اشتغال‌های فکری مضطربانه، اضطراب و نشانگان روانشناختی داشتند. این تفاوت در چهار ماه بعد از اتمام درمان نیز پایدار ماند (گریز و موری و باروخ، ۱۹۹۲). در پیگیری یک ساله تنها ۱۹٪ از بیماران گروه آزمایش دچار اضطراب و افسردگی بالینی

## روش

پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی با طرح آزمایشی تک آزمودنی<sup>۱</sup>، از نوع A/B همراه با خط پایه چندگانه و دوره پیگیری است. در مرحله A یا خط پایه، آماج‌های درمانی (میزان افسردگی و اضطراب) به فاصله دو هفته اندازه‌گیری می‌شوند تا خط پایه-هایی که مبنای مقایسه را تشکیل می‌دهند، فراهم شوند. در ادامه، در مرحله B متغیر آزمایشی - مداخله درمانی - به مدت ۸ جلسه هفتگی (هر جلسه ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامد) اجرا و در مرحله پیگیری حذف می‌شود. ارائه درمان و اندازه‌گیری‌ها برای هر کدام از بیماران به صورت جداگانه انجام می‌گیرد. این طرح تحقیق می‌تواند براساس یافته‌ها، اطلاعاتی فراهم نماید که برتری گروه درمان را بر گروه بدون درمان نشان دهد و راهبردی برای ارزیابی یک مطالعه قوی‌تر مورد نیاز پیشنهاد کند؛ به این معنا که دوره خط پایه در واقع جایگزینی برای گروه بدون درمان خواهد بود (بارلو و هرسین<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷). در این پژوهش به دلیل در دسترس بودن نمونه‌گیری، بیماران از طرف پزشک معالج به درمانگر معرفی می‌شدند. در ابتدا مصاحبه اولیه انجام می‌شد و بیمارانی که اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کردند و تمایل به شرکت در جلسات را داشتند، وارد مداخله می‌شدند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل نگاره‌ای، درصد بهبودی، آزمون ناپارامتریک فریدمن و ویلکاکسون استفاده گردید. تحلیل نگاره‌ای، فرایندی دیداری است که به وسیله آن، تغییرات حاصل در رفتار به تغییرات منظم متغیر مستقل، نسبت داده می‌شود. انجام این گونه نتیجه‌گیری‌ها بستگی به این دارد که تغییرات رفتاری به اندازه‌ای عمیق باشد که بتوان با چشم غیرمسلح آن‌ها را مشاهده نمود. بنابراین روش

تحلیل نگاره‌ای روش بسیار حساسی برای تحلیل داده‌ها نیست و این امر از نظر برخی از پژوهشگران یک حسن تلقی می‌گردد زیرا معتقدند اگر تأثیر متغیر مستقل به اندازه‌ای نباشد که تغییر قابل ملاحظه‌ای در نمودار ایجاد کند، داوری می‌شود که این تأثیر پایا نیست و بدین ترتیب می‌توانیم از تحلیل آماری خودداری کنیم (مک گوئیگان<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰).

جامعه و نمونه پژوهش: جامعه آماری این تحقیق را کلیه بیماران مبتلا به بدخیمی‌های خونی که در سال ۱۳۹۴ به درمانگاه شیمی‌درمانی در بیمارستان طالقانی مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دهند. نمونه تحقیق شامل ۵ نفر از بیماران بود که به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. شایان ذکر است که در طرح-های تک آزمودنی از تعداد ۴ الی ۸ نفر استفاده می‌شود (کندال و گریسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). جهت انتخاب افراد گروه نمونه، با بیماران مصاحبه شد و کسانی که دچار اضطراب یا افسردگی بودند و تمایل به شرکت در جلسات را داشتند، وارد گروه نمونه شدند. ملاک‌های ورود عبارت از سن بالای ۱۶ سال، تشخیص بدخیمی‌های خونی، عدم سوء مصرف مواد، حداقل تحصیلات دیپلم و عدم تمایلات خودکشی بود.

ملاحظات اخلاقی: قبل از این اجرای این پژوهش، رضایت بیماران جهت شرکت در درمان جلب می‌شود. همه آزمودنی‌ها درمان را دریافت می‌کنند. پیش از آغاز درمان، در خصوص مناسب بودن نوع درمان دریافتی با توجه به نیاز مراجع اطمینان حاصل شده و هیچ‌گونه هزینه‌های مازادی بر مراجع و خانواده-های آنان تحمیل نشد. برای حفظ اصل رازداری، اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان با استفاده از کد

3 - McGuigan  
4 - Kendall & Grayson

1. Single subject design  
2 - Barlow & Hersen

روان‌درمانی تکمیلی: بیماران مورد مطالعه ۸ جلسه روان‌درمانی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی دریافت کردند.

جلسه اول و دوم: برقراری رابطه درمانی در این جلسه بسیار مهم می‌باشد. تعیین مشکل و اهداف درمان، توضیح منطق درمان در جلسه اول و دوم انجام می‌شود. همچنین درمانگر برای کار روی یکی از مشکلات بیمار، تکلیفی مشخص می‌نماید. در این دو جلسه شرح حال مفصل از بیمار گرفته می‌شود، در مورد مراحل کشف و درمان بیماری، احساس‌های هر مرحله، معنای سرطان برای بیمار و شیوه‌های مقابله با بیماری بررسی می‌شود، ابراز هیجان تشویق می‌شود. تکلیف برنامه‌ریزی فعالیت هفتگی داده می‌شود. جلسه سوم: در ابتدای جلسه در مورد جلسه قبل بازخورد گرفته و مسائل هفته گذشته بررسی می‌شود. سپس تکالیف انجام شده مرور می‌گردد. در این جلسه بر روی پذیرش هیجان‌ها، بررسی نکات مثبت بیماری و پیدا کردن سرگرمی جدید کار می‌شود. مطالعه کتاب "سازگاری روحی و روانی با سرطان" به بیمار پیشنهاد می‌شود. تمرین آرمش نیز آموزش داده می‌شود. از این جلسه همسر بیمار نیز در انتهای جلسات وارد درمان می‌شود و در برخی جلسات به صورت مشترک با بیمار در جلسه حضور می‌یابد. همسر بیمار به عنوان کمک-درمانگر در انجام تکالیف و روند بهبود بهود بیمار نقش فعالی دارد. در صورت وجود مشکلات ارتباطی به آنها نیز پرداخته می‌شود. تکلیف این جلسه، برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده و گوش کردن به جلسه روان‌درمانی ضبط شده این هفته و انجام روزانه آرمش است.

جلسه چهارم: در ابتدای جلسه در مورد جلسه قبل بازخورد گرفته و مسائل هفته گذشته بررسی می‌شود. سپس تکالیف انجام شده مرور می‌گردد. در مورد

اختصاص داده شده به هریک ثبت شد. مراجعان در صورت تمایل می‌توانستند درمان را قطع کنند و لزومی برای ادامه درمان وجود نداشت.

ابزار

پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط زیگموند و اسنایت<sup>۲</sup> معرفی و طراحی شده است و سطح اضطراب و افسردگی را در جمعیت بیماران سرپایی اندازه می‌گیرد. البته کاربرد این مقیاس در جمعیت غیربالینی نیز اعتبار دارد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال است که سؤالات زوج میزان اضطراب و سؤالات فرد میزان افسردگی را می‌سنجد. نمره‌دهی به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ است و با توجه به منفی یا مثبت بودن عبارت از صفر تا سه و یا از سه تا صفر خواهد بود. همبستگی بین عامل اضطراب این پرسشنامه با پرسشنامه حالت - صفت اسپیلبرگر<sup>۳</sup>، ۰/۶۲ و ارتباط عامل افسردگی این پرسشنامه با افسردگی بک<sup>۴</sup>، ۰/۶۶ می‌باشد. در پژوهش منتظری، این مقیاس بر روی ۱۶۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان انجام شد و ضریب پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ به دست آمد (منتظری، جعفری و ابراهیمی، ۱۳۸۴). در پژوهش کویانی ضریب اعتبار برای اضطراب ۰/۷۶ و برای افسردگی ۰/۷۷ و ضریب پایایی برای اضطراب ۰/۸۱ و برای افسردگی ۰/۷۷ و هماهنگی درونی برای اضطراب ۰/۸۵ و برای افسردگی ۰/۷۰ بود (صفرزاده، روشن و شمس، ۱۳۹۱).

1. Hospital Anxiety and Depression Questionnaire (HADS)
2. Sigmond & Snaith
- 3 . State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- 4 . Beck Depression Inventory (BDI)

مباحث مطرح شده طی جلسات درمان مرور شد و مهارت‌های لازم جهت جلوگیری از عود، آموزش داده شد.

#### یافته‌ها

در این قسمت ابتدا گزارش هر بیمار و تحلیل نگاره-ای و درصد بهبودی وی به طور جداگانه ارائه شده است. سپس اثربخشی مداخله بر روی تمام بیماران با استفاده از آزمون ناپارامتریک فریدمن و ویلکاکسون بررسی شده است.

بیمار اول: خانم م-ن ۲۲ ساله، متأهل و ساکن کرج، به کلینیک شیمی‌درمانی بیمارستان طالقانی مراجعه کرد. طی مصاحبه اولیه مشخص شد که بیمار به میزان زیادی دچار اضطراب و افکار ناامیدکننده است. ۱ سال قبل به سرطان مبتلا شده و ۱۸ جلسه شیمی-درمانی دریافت کرده بود. از جمله مشکلاتی که وی گزارش داد، اضطراب از عود بیماری، بی‌حوصلگی، اختلال در رابطه جنسی با همسر و علائم جسمی مانند حالت تهوع، بی‌اشتهایی و درد بود. بعد از انجام اولیه پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی و بررسی نمرات، زمان جلسات روان‌درمانی به صورت هفتگی مشخص شد. بین بعضی از جلسات به دلیل مسافت زیاد منزل بیمار تا بیمارستان فاصله دو هفته-ای می‌افتاد اما درمانگر به صورت تلفنی ادامه انجام تکالیف را بررسی می‌کرد. بعد از پایان ۸ جلسه روان‌درمانی، مراجع احساس اضطراب و افسردگی کمتری را گزارش می‌داد و بیمار فعالیت و ارتباط اجتماعی بیشتری داشت.

تحلیل نگاره‌ای: با توجه به اینکه معمولاً در تحلیل نگاره‌ای، نمرات مربوط به پرسشنامه‌هایی که به صورت پیوسته در تمام جلسات خط پایه، تمام جلسات درمان و جلسه پیگیری اجرا می‌گردند،

افکار و تحریف‌های شناختی آموزش داده می‌شود. تکالیف شامل افزایش فعالیت‌های تسلط و لذت-بخش، جلوگیری از جستجوی اطلاعات یا اصلاح آن در بیماران مضطرب، انجام کارهای بهبودبخش سلامتی، گوش کردن صوت جلسه و خودبازنگری افکار منفی می‌باشد.

جلسه پنجم: در ابتدای جلسه در مورد جلسه قبل بازخورد گرفته و مسائل هفته گذشته بررسی می‌شود. سپس تکالیف انجام شده مرور می‌گردد. با افکار منفی چالش می‌شود. افکار جایگزین بررسی می‌شود. در این جلسه به بررسی ضمنی افکار و نگرانی‌های مربوط به مرگ و معنای مرگ برای بیمار پرداخته می‌شود. تکلیف نوشتن افکار جایگزین بر روی فلش کارت، آزمون واقعیت، بررسی نتایج احتمالی دیگر و آرمش همراه با فاجعه‌زدایی است.

**جلسه ششم:** در ابتدای جلسه در مورد جلسه قبل بازخورد گرفته و مسائل هفته گذشته بررسی می‌شود. سپس تکالیف انجام شده مرور می‌گردد. تکنیک حواس‌پرتی و خود-دستوری آموزش داده می‌شود تا در لحظات استرس‌آور استفاده شود. تکنیک‌های تصویرسازی بخصوص در مورد بیماران مضطرب برای کار روی اضطراب و ترس انجام می‌شود. روی احساس‌های خشم، ناامیدی، اضطراب بطور اختصاصی کار می‌شود.

**جلسه هفتم:** در این جلسه پس از مرور تکالیف و بررسی مسائل هفته گذشته، به بررسی عمیق مسائل وجودی و نگرانی‌ها و افکار مرتبط با مرگ پرداخته شد.

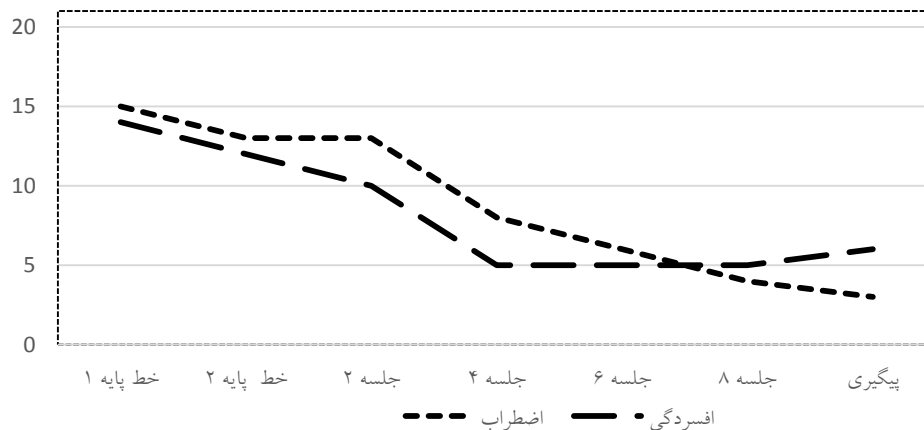
جلسه هشتم: در این جلسه به طور مجدد به موضوعات مربوط به مرگ و پیدا کردن راهکار به منظور کنار آمدن، پذیرش و آمادگی بهتر برای مرگ پرداخته می‌شود. همچنین تکنیک‌های آموخته شده و

است. همچنین همانطور که مشاهده می‌شود مقیاس اضطراب در دوره پیگیری نیز اندکی افزایش داشته که می‌توان نتیجه گرفت تأثیر روان‌درمانی بعد از اتمام جلسات نیز ادامه‌دار بوده است.

همراه با هم در یک نمودار خطی نمایش داده می‌شوند.

با توجه به شکل ۱ شیب نمودار در مقیاس اضطراب بعد از جلسه ۲ کاهش داشته و شیب نمودار در مقیاس افسردگی نیز بعد از خط پایه ۱ کاهش داشته

اضطراب و افسردگی



شکل ۱. نمرات خط پایه، درمان و پیگیری بیمار اول در مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی

تعیین درصد بهبودی: با استفاده از فرمول  $A\% = \frac{AO - AI}{AO} \times 100$  (مشکل آماجی در جلسه پیش از درمان = AI؛ مشکل آماجی در جلسه پس از درمان (یا پیگیری)؛ و  $A\%$  = درصد بهبودی) (اوگلیس، لاینن و بونستیل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). درصد بهبودی برای مراجع اول در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی در جدول ۱ خلاصه شده است.



جدول ۱. درصد بهبودی برای بیمار اول در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی

مقیاس‌ها	نمرات خط پایه	نمرات پس از درمان	نمرات در پیگیری	درصد بهبودی پس از درمان	درصد بهبودی در پیگیری
اضطراب	۱۳	۴	۳	٪۶۹	٪۷۶
افسردگی	۱۲	۵	۶	٪۵۸	٪۵۰

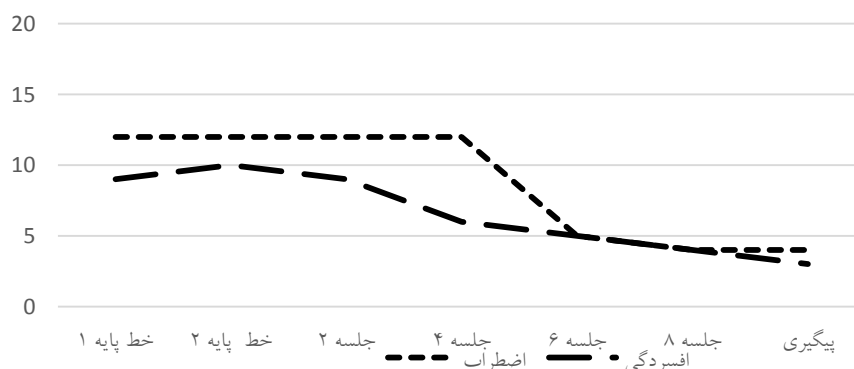
بیمارستان فاصله دو هفته‌ای می‌افتاد اما درمانگر به صورت تلفنی ادامه انجام تکالیف را بررسی می‌کرد. بعد از پایان ۸ جلسه روان‌درمانی، مراجع بیان کرد نسبت به عود بیماری اضطراب کمتری را تجربه می‌کند و در صورت بروز اضطراب قادر به کنترل آن است. همچنین رابطه با همسر کیفیت بهتری نسبت به قبل پیدا کرده کارهای مورد علاقه‌اش را مجدداً انجام می‌دهد در نتیجه احساس تنهایی و بی‌حوصلگی کمتری دارد.

با توجه به شکل ۲، شیب نمودار در مقیاس اضطراب بعد از جلسه ۴ کاهش داشته و شیب نمودار در مقیاس افسردگی نیز بعد از خط پایه ۲ کاهش داشته است. همچنین همانطور که مشاهده می‌شود مقیاس افسردگی در دوره پیگیری نیز اندکی کاهش داشته که می‌توان نتیجه گرفت تأثیر روان‌درمانی بعد از اتمام جلسات نیز ادامه‌دار بوده است.

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۱، در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در مورد بیمار اول بهبودی قابل ملاحظه‌ای در پایان درمان مشاهده می‌شود.

بیمار دوم: خانم ن-د ۲۷ ساله، متأهل و ساکن شهریار، به درمانگاه شیمی‌درمانی بیمارستان طالقانی مراجعه کرد. طی مصاحبه اولیه مشخص شد که بیمار به میزان زیادی دچار اضطراب نسبت به عود بیماری است. ۲ سال قبل به سرطان مبتلا شده و چندین جلسه شیمی‌درمانی دریافت کرده بود. از جمله مشکلاتی که وی گزارش داد، اضطراب از عود بیماری، احساس تنهایی و اختلال در رابطه با همسر بود. بعد از انجام اولیه پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی و بررسی نمرات، زمان جلسات روان‌درمانی به صورت هفتگی مشخص شد. بین بعضی از جلسات به دلیل مسافت زیاد منزل بیمار تا

اضطراب و افسردگی



شکل ۲. نمرات خط پایه، درمان و پیگیری بیمار دوم در مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی

جدول ۲. درصد بهبودی برای بیمار دوم در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی

مقیاس‌ها	نمرات خط پایه	نمرات پس از درمان	نمرات در پیگیری	درصد بهبودی پس از درمان	درصد بهبودی در پیگیری
اضطراب	۱۲	۴	۴	٪۶۶	٪۶۶
افسردگی	۹	۴	۳	٪۵۵	٪۶۶

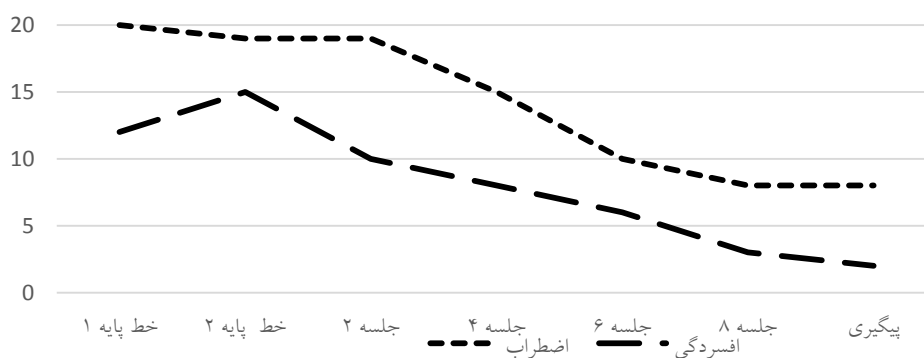
نمرات، زمان جلسات روان‌درمانی به صورت هفتگی مشخص شد. وی همکاری خوبی با درمانگر داشت و تکالیفش را انجام می‌داد. بعد از پایان ۸ جلسه روان‌درمانی، مراجع علائم افسردگی کمتری را گزارش داد و بیان کرد اکنون نسبت به گذشته امیدوارتر است. همچنین رابطه با همکاران نیز بهبود یافته بود.

با توجه به شکل ۳، شیب نمودار در مقیاس اضطراب بعد از جلسه ۲ کاهش داشته و شیب نمودار در مقیاس افسردگی نیز بعد از خط پایه ۲ کاهش داشته است. همانطور که مشاهده می‌شود مقیاس افسردگی و اضطراب در دوره پیگیری ثابت مانده است که می‌توان نتیجه گرفت تأثیر روان‌درمانی بعد از اتمام جلسات پایدار بوده است.

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۲ در تمامی مقیاس‌های مورد بررسی در مورد مراجع دوم بهبودی قابل ملاحظه‌ای در پایان درمان مشاهده می‌شود.

بیمار سوم: خانم الف-ک ۲۸ ساله، مجرد و دارای تحصیلات کارشناسی است که به مدت ۳ سال و ۲ ماه به سرطان مبتلا شده است و به کلینیک شیمی-درمانی بیمارستان طالقانی مراجعه می‌کرد. طی مصاحبه اولیه ذکر کرد که بشدت پرخاشگر و تحریک‌پذیر شده، در به خواب رفتن مشکل دارد. دردهای بدنی دارد و غمگین و افسرده است. همچنین به علت تحریک‌پذیری و ناتوانی ناشی از بیماری، در محل کار دچار افت عملکرد و اختلال در رابطه با همکاران شده بود. بعد از انجام اولیه پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی و بررسی

اضطراب و افسردگی



شکل ۳. نمرات خط پایه، درمان و پیگیری بیمار سوم در مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی

جدول ۳. درصد بهبودی برای بیمار سوم در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی

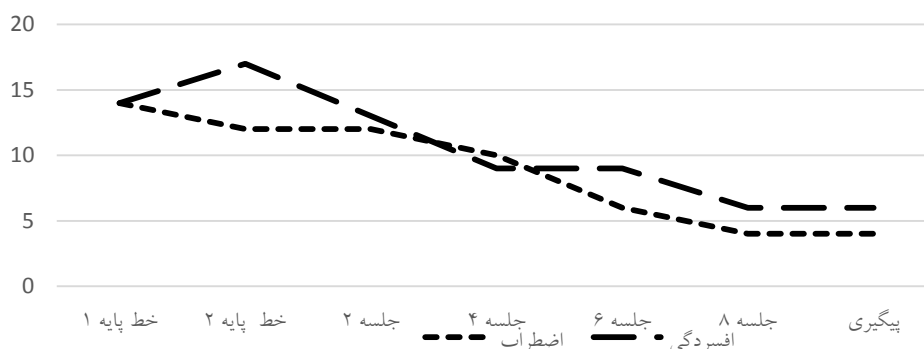
مقیاس‌ها	نمرات خط پایه	نمرات پس از درمان	درصد بهبودی پس از درمان	درصد بهبودی در پیگیری
اضطراب	۲۰	۸	٪۶	٪۶
افسردگی	۱۲	۳	٪۷۵	٪۸۳

به همین ترتیب در جلسات از وی خواسته می‌شد برخی از تکالیف را انجام دهد. بعد از پایان ۸ جلسه روان‌درمانی، مراجع علائم افسردگی کمتری را گزارش داد، با انجام کارهای کوچک اما مفید، احساس خودکارآمدی بهتری داشت. هیجان‌هایش را ابراز می‌کرد و همچنین نسبت به مرگ اضطراب کمتری داشت و توانسته بود پذیرش بیشتری نسبت به آن داشته باشد. علاوه بر این علائم جسمانی بیمار نیز مانند احساس درد، کمی کاهش یافته بود. با توجه به شکل ۴، شیب نمودار در مقیاس اضطراب بعد از خط پایه ۱ به تدریج کاهش داشته و شیب نمودار در مقیاس افسردگی نیز بعد از خط پایه ۲ بتدریج کاهش داشته است. همانطور که مشاهده می‌شود مقیاس افسردگی و اضطراب در دوره پیگیری ثابت مانده است که می‌توان نتیجه گرفت تأثیر روان‌درمانی بعد از اتمام جلسات پایدار بوده است.

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۳ در مقیاس افسردگی، در مورد مراجع سوم بهبودی قابل ملاحظه‌ای در پایان درمان مشاهده می‌شود. مقیاس اضطراب بهبود کمی داشته است.

بیمار چهارم: آقای غ-س ۵۳ ساله، متأهل و دارای تحصیلات دیپلم و ساکن شهریار است که ۲ سال پیش تشخیص مالتیپل مایلوما گرفت و به درمانگاه شیمی‌درمانی بیمارستان طالقانی مراجعه می‌کرد. طی مصاحبه اولیه ذکر کرد که هیجان‌هایش را بروز نمی‌دهد، رابطه با همسرش کیفیت مناسبی ندارد و مدت‌هاست رابطه جنسی با یکدیگر نداشته‌اند، بشدت احساس بی‌حوصلگی، خستگی و پوچی می‌کند، از مرگ بسیار می‌ترسد و درد زیادی دارد. بعد از انجام اولیه پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی و بررسی نمرات، زمان جلسات روان‌درمانی به صورت هفتگی مشخص شد. وی همکاری خوبی با درمانگر نداشت و تکالیفش را به صورت کامل انجام نمی‌داد

اضطراب و افسردگی



شکل ۴. نمرات خط پایه، درمان و پیگیری بیمار چهارم در مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی

جدول ۴. درصد بهبودی برای بیمار چهارم در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی

مقیاس‌ها	نمرات خط پایه	نمرات پس از درمان	نمرات در پیگیری	درصد بهبودی پس از درمان	درصد بهبودی در پیگیری
اضطراب	۱۴	۴	۴	٪۷۱	٪۷۱
افسردگی	۱۴	۶	۶	٪۵۷	٪۵۷

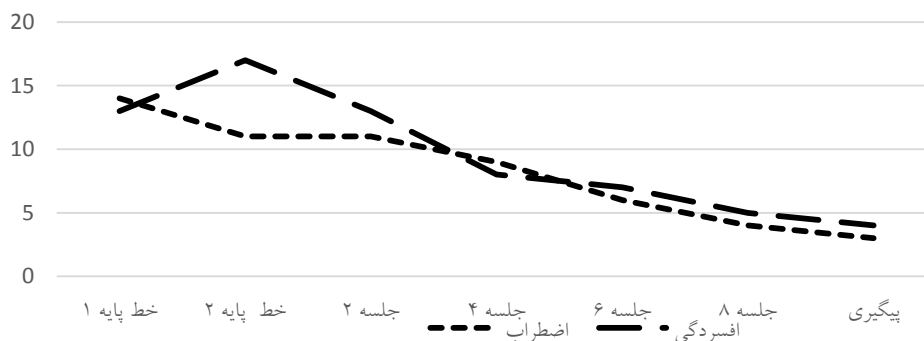
با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۴ در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در مورد بیمار چهارم بهبودی قابل ملاحظه‌ای در پایان درمان مشاهده می‌شود. درصد بهبودی اضطراب و افسردگی در دوران پیگیری ثابت مانده است.

بیمار پنجم: خانم م- ۳۴ ساله، متأهل و ساکن میانه که ۲ سال پیش تشخیص لنفوم گرفت و به درمانگاه شیمی‌درمانی بیمارستان طالقانی مراجعه می‌کرد. وی در گذشته تحت پیوند مغز استخوان قرار گرفته بود. طی مصاحبه اولیه بیان کرد احساس ناامیدی، اضطراب نسبت به عود بیماری، ترس از بچه‌دار نشدن، رابطه جنسی بسیار کم با همسر و افکاری مربوط به مرگ و مردن دارد. همچنین بعد از بیماری، ارتباطش را با دوستان قطع کرده بود. بعد از انجام اولیه پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی و بررسی نمرات، زمان جلسات روان‌درمانی به صورت

هفتگی مشخص شد. وی همکاری خوبی با درمانگر داشت و تکالیفش را دقیق انجام می‌داد. بعد از پایان ۸ جلسه روان‌درمانی، مراجع نسبت به عود بیماری و نازایی احتمالی اضطراب کمتری را گزارش کرد. همچنین رابطه جنسی بیشتر شده بود. رابطه با خانواده همسر نیز که تحت تأثیر بیماری کمی افت کرده بود، دچار بهبود شد. بیمار برای انجام فعالیت‌ها در راستای رسیدن به اهدافش برنامه‌ریزی کوتاه-مدت و بلندمدت انجام داد.

با توجه به شکل ۵، شیب نمودار در مقیاس اضطراب بعد از خط پایه ۱ به تدریج کاهش داشته و شیب نمودار در مقیاس افسردگی نیز بعد از خط پایه ۲ بتدریج کاهش داشته است. همانطور که مشاهده می‌شود مقیاس‌های افسردگی و مقیاس اضطراب در دوره پیگیری کمی کاهش داشته است.

اضطراب و افسردگی



شکل ۵. نمرات خط پایه، درمان و پیگیری بیمار پنجم در مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی

جدول ۵. درصد بهبودی برای بیمار پنجم در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی

مقیاس‌ها	نمرات خط پایه	نمرات پس از درمان	نمرات در پیگیری	درصد بهبودی پس از درمان	درصد بهبودی در پیگیری
اضطراب	۱۴	۴	۳	٪۷۱	٪۷۸
افسردگی	۱۳	۵	۴	٪۶۱	٪۶۹

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۵ در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در مورد بیمار پنجم بهبودی قابل ملاحظه‌ای در پایان درمان مشاهده می‌شود. درصد بهبودی اضطراب و افسردگی در دوران پیگیری نیز افزایش پیدا کرده است.

در این قسمت، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش، به تحلیل داده‌های حاصل از درمان به صورت جمعی یعنی مقایسه نمرات پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری مجموع ۵ نفر شرکت کننده در این پژوهش پرداخته شد. در ابتدا آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) برای مقیاس‌های مورد استفاده ارائه می‌گردد. سپس نتایج مربوط به آمار استنباطی ارائه می‌گردد. بدین منظور از آزمون ناپارامتریک فریدمن استفاده گردید.

جدول ۶. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس‌های مورد بررسی در مراحل خط پایه،

پس از درمان و پیگیری

مقیاس‌ها	فراوانی	میانگین		انحراف استاندارد	
		خط پایه	پس از درمان	خط پایه	پس از درمان
اضطراب	۵	۱۵	۴/۸	۳	۱/۷۸
افسردگی	۵	۱۲/۴	۴/۶	۲/۰۷	۱/۷۸

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در مراحل پیش از درمان (میانگین خط پایه)، پس از درمان و پیگیری در مورد مجموع بیماران دریافت کننده درمان ارائه شده است.

به علت تعداد نمونه کم ( $n=5$ )، از آزمون ناپارامتری فریدمن برای مقایسه اختلاف بین ۷ زمان مختلف

استفاده شد. همانطور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، بین نمرات مقیاس اضطراب و افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد و این تفاوت در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۷. آزمون فریدمن برای متغیر اضطراب و افسردگی در طول پژوهش

مقیاس‌ها	فراوانی	کای اسکوئر	درجه آزادی	معناداری
اضطراب	۵	۲۹/۰۴۲	۶	۰/۰۰۱
افسردگی	۵	۲۶/۹۵۶	۶	۰/۰۰۱

برای بررسی دقیق‌تر این معناداری و برای تعیین اینکه در کدام یک از مراحل، تفاوت معنادار وجود دارد از آزمون تعقیبی ویلکاکسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸. آزمون ویلکاکسون برای متغیر اضطراب و افسردگی در طول پژوهش

متغیر	معناداری	زوج‌های جفت شده
اضطراب	*۰/۰۰۴	پیش آزمون پس آزمون
	*۰/۰۰۷	پیش آزمون پیگیری
	ns ۰/۵۲	پس آزمون پیگیری
افسردگی	*۰/۰۰۳	پیش آزمون پس آزمون
	*۰/۰۰۷	پیش آزمون پیگیری
	ns ۰/۷۴	پس آزمون پیگیری

نتایج مقایسه میانگین‌ها که در جدول ۸ ارائه شده است نشان می‌دهد بین میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در پیش‌آزمون (میانگین خط پایه) با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. این امر نشان‌دهنده اثربخشی درمان بر کاهش اضطراب و افسردگی بوده و این تأثیر همچنان در پیگیری نیز ادامه یافته است.

#### نتیجه‌گیری و بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر روان‌درمانی تکمیلی می‌تواند بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بدخیمی‌های خونی تأثیر بگذارد. نتایج بدست آمده از این پژوهش را می‌توان از ابعاد مختلفی بررسی کرد. با توجه به اینکه سرطان بیماری است که هم بر وضعیت جسمانی و هم روانی تأثیر می‌گذارد (ال بی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱)، تشخیص و درمان سرطان، منجر به تغییراتی در مسیر زندگی، فعالیت‌های روزمره، کار، ارتباطات و نقش‌های خانوادگی ایجاد می‌کند که این مسائل با استرس روانشناختی بالا مرتبط است. این استرس به صورت اضطراب و افسردگی خود را نشان می‌دهد (زبالیگو، سانچیز، سانچز و جانگو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

وارد کردن درمان‌های روانشناختی در بستر بیماری‌های پزشکی در کاهش آشفتگی‌های روانی بیماران می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. شاید یکی از مسأله‌مدارترین مداخلات در زمینه کار با بیماران مبتلا به سرطان، روان‌درمانی تکمیلی باشد که توسط گریر، موری و همکاران طراحی و در چندین مطالعه بررسی شده است. روان‌درمانی تکمیلی به بهبود راهبردهای مقابله‌ای بیماران کمک می‌کند و متناسب

با نیازهای بیماران است. در درمان نقاط قوت بیمار مشخص و تقویت می‌شود و به این وسیله اعتماد به نفس بیمار افزایش می‌یابد و بر احساس درماندگی غلبه می‌کند. از جمله تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری که در روان‌درمانی تکمیلی به کار می‌رود، مشخص کردن و چالش با افکار منفی که زیربنای اضطراب و افسردگی است، استفاده از تصویرسازی و بازی کردن نقش برای رویارویی با رویدادهای استرس‌آمیز است. ابراز نگرانی‌ها و احساسات، ارتباط و تعامل با همسر بیمار و تمرین‌های آرامش نیز از جمله دیگر تکنیک‌هایی است که در جلسات مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به شرایط جسمانی بیماران، امکان برگزاری تعداد زیاد جلسات روان‌درمانی وجود ندارد به همین دلیل روان‌درمانی تکمیلی به صورت انعطاف‌پذیر و در مدت کوتاه به بیماران در کاهش اضطراب و افسردگی و همچنین افزایش کیفیت زندگی آنان کمک می‌کند (هلبوم<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). این درمان به معنای شخصی که سرطان برای بیمار دارد و همچنین شیوه‌های مقابله‌ای با بیماری می‌پردازد و از طریق کاهش آشفتگی‌های روانی و ایجاد روحیه مبارزه‌جویی با بیماری، باعث افزایش

1. Elbi

2. Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando

3. Helbom

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می شود (گیرر، ۱۹۹۵).

در پژوهش حاضر روان درمانی تکمیلی در کاهش میزان اضطراب و افسردگی بیماران تأثیرگذار بود. همچنین در پیگیری یک ماهه نیز میزان اضطراب و افسردگی ثابت ماند که می توان نتیجه گرفت آموزش تکنیک ها به بیماران کمک کرده تا در هنگام مواجهه با رویدادهای اضطراب آمیز بتوانند افکار و شرایط روانی خود را مدیریت کنند. این مطالعه با پژوهش های گیرر و موری و واتسون و همکاران که روان درمانی تکمیلی را بر اضطراب و افسردگی بررسی کردند، همسو بود (گیرر، موری، باروخ و همکاران، ۱۹۹۲؛ موری، گیرر، بلیز و همکاران، ۱۹۹۸؛ موری، گیرر، واتسون و همکاران، ۱۹۹۴؛ واتسون، فنلون، مک وی<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). تنها در یک مطالعه، روان درمانی تکمیلی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پروستات تأثیرگذار نبود (موینبهان، بلیز، داویدسون و همکاران، ۱۹۹۸). البته قابل ذکر است که مداخله بالینی در این پژوهش توسط پرستار بیمارستان که آموزش لازم را دریافت کرده بود، انجام شد. علاوه بر این تعداد جلسات بیماران نیز با یکدیگر متفاوت بودند که این مسائل نیز می تواند در نتایج تأثیرگذار باشد.

لوی معتقد است که ضربه ناشی از تشخیص و درمان سرطان، تأثیرات منفی بر عملکرد روانی و جنسی و ارتباطات زناشویی فرد می گذارد (لوی، ۲۰۰۸). اضطراب، افسردگی و درد با کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است (آریتا، ناکانو، اوکامورا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ بروان، کرونگه، تئوبالد<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسکارستین، اس،

فوسا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ استارک، کیلی، اسمیتز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). اضطراب و افسردگی ارتباطی قوی با علائم جسمانی دارد (براون، کرونگه و تئوبالد، ۲۰۱۰).

بنابراین تشخیص و درمان اضطراب و افسردگی نه تنها موجب کاهش میزان رنج ناشی از بیماری می شود، بلکه موجب بهبود حیطه های مختلف کیفیت زندگی بیماران می گردد (گوتای، کاواموتو، بوتوملی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ کوینتن، کویسنز، ماوئر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

اکثر رویکردهای شناختی-رفتاری در درمان مشکلات روانی-اجتماعی وابسته به سرطان، در کوتاه مدت بیماران را قادر می سازند 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 جنبه های 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 مراجعینی که بیماریشان پیشرفت کرده است (کیسانه، بلوخ، میاج<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۷).

یکی از مزایای روان درمانی تکمیلی این است که برای بیمارانی که فاصله زیادی برای آمدن به بیمارستان دارند و امکان حضور هفتگی در جلسات را ندارند، درمان با فاصله بیشتر از یک هفته و با جلسات کمتر انجام می شود. درمان از دو تا ۸ جلسه به طول می انجامد و به طور میانگین ۵ جلسه برگزار می شود. همچنین تعداد و زمان جلسات درمان انعطاف پذیر است به گونه ای که بیشتر بیماران مبتلا

4. Skarstein, Aass, Fosså

5. Stark, Kiely, Smith

6. Gotay, Kawamoto, Bottomley

7. Quinten, Coens, Mauer

8. Kissane, Bloch, Miach

1. Watson, Fenlon & McVey

2. Arrieta, Nakano, Okamura

3. Brown, Kroenke, Theobald



به سرطان می‌توانند از آن استفاده کنند (گری، موری و باروخ، ۱۹۹۱).

بیماران مبتلا به بدخیمی‌های خونی که در این پژوهش شرکت کردند، دچار افکار اضطراب‌آور زیادی در مورد عود بیماری بودند و در نتیجه به طور مکرر بدن خود را برای بررسی علائم عود، چک می‌کردند. همچنین یکی از عواملی که منجر به افسردگی و احساس بی‌ارزشی در آنان می‌شد، ناتوانی در عملکرد خود بود. انجام گام به گام فعالیت‌هایی که بعد از بیماری برای آنان مشکل شده بود، احساس خودکارآمدی و توانایی آنان را افزایش داد. ابراز هیجان‌های منفی چون خشم، ناامیدی، غمگینی و ترس که توسط بعضی از بیماران سرکوب می‌شود، به کاهش این هیجان‌ها کمک کرد. در بعضی از جلسات، با همسر یا یکی از اعضای خانواده بیمار نیز جلسه‌ای مختصر ترتیب داده می‌شد تا از او به عنوان کمک‌درمانگر استفاده شود و بیمار را در انجام تکالیف یاری دهد. علاوه بر این ابعاد وجودگرایانه این درمان که به بررسی معنای مرگ برای فرد می‌پردازد، در کاهش اضطراب و نشخوارهای ذهنی بیماران بسیار حائز اهمیت بود. با توجه به تأثیری که سرطان بر روابط اجتماعی و خانوادگی بیمار می‌گذارد، با استفاده از پروتکل روان‌درمانی تکمیلی می‌توان در جهت بهبود رابطه بیمار با همسر و خانواده-اش گام برداشت و همچنین از میزان آشفتگی روانشناختی اعضای خانواده بیمار کاست. هرچند در این پژوهش به دلیل اندازه‌گیری مکرر پرسشنامه‌ها و امکان خستگی در بیمار، از ابزاری جهت بررسی تغییر رابطه بیمار با همسر استفاده نشد، اما گزارش بیماران حاکی از بهبود این جنبه از زندگی و روابط آنان بود.

شایان ذکر است که بسیاری از بیماران سازگاری روانشناختی مثبتی با بیماری خود دارند و نیازی به

شرکت در جلسات روان‌درمانی احساس نمی‌کنند. اما در صورتی که این افراد به عنوان کمک-درمانگر وارد جلسات گروه‌درمانی با بیماران مبتلا به سرطان بشوند، علاوه بر پیشرفت سریع‌تر وضعیت روانی دیگر بیماران، این افراد احساس کارآمدی و مفید بودن بیشتری می‌کنند. قابل ذکر است که تعداد زیادی از بیماران نیز سازگاری مناسبی با شرایط بیماریشان ندارند، دچار اضطراب و ناامیدی هستند و عوارض بیماری و درمان بر کارکردهای اجتماعی، هیجانی، جسمانی و ایفای نقششان تأثیری بسزا می‌گذارد. این بیماران از دریافت خدمات روانشناختی سود زیادی می‌برند. در نهایت می‌توان گفت روان‌درمانی تکمیلی می‌تواند همبودی آشفتگی‌های روانشناختی را با سرطان کاهش دهد.

تجربه پژوهشگر نشان می‌دهد تمام بیماران نیاز به دریافت جلسات روان‌درمانی روتین ندارند اما حضور متخصصان در بخش شیمی‌درمانی و آنکولوژی و در دسترس بودن آنان برای کمک به بیمارانی که از نظر سازگاری با بیماری و وضعیت روانی دچار مشکل هستند و همچنین خانواده بیماران که استرس زیادی را در روند درمان بیمارشان تجربه می‌کنند، بسیار حائز اهمیت است. نتایج حاصل از پژوهش نیز نشان‌دهنده اثربخشی روان‌درمانی تکمیلی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بود.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، پایین بودن حجم نمونه بود که این مسأله تعمیم‌پذیری بیرونی نتایج را کاهش می‌دهد. همچنین زمان کوتاه پیگیری به دلیل محدودیت زمانی دسترسی به بیماران مبتلا به بدخیمی خونی مانع از بررسی اثربخشی روان‌درمانی تکمیلی به صورت طولانی مدت شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی تأثیر این درمان بر متغیرهای دیگر مانند سازگاری با سرطان و کیفیت

ارتباط زوجین با دوره پیگیری طولانی‌تر پرداخته  
شود.

#### سپاسگزاری

مقاله حاضر بگرفته از پایان نامه دانشجویی خانم  
معصومه بارانی با شماره ثبت ۱۷۰ در دانشکده  
پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی است.

با تشکر از رئیس بخش پیوند مغز استخوان  
بیمارستان آیت الله طالقانی و همچنین پرسنل محترم  
درمانگاه شیمی‌درمانی که ما را در انجام این پژوهش  
یاری کردند .

## منابع

- منتظری، علی؛ جعفری، مریم السادات و ابراهیمی، ماندانا (۱۳۸۴). میزان اضطراب و افسردگی در بانوان مراجعه کننده به مراکز ماموگرافی. مجله پایش، شماره ۳، ص ۱۸۸-۱۸۱.

## References

- Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., Ueda, S., Akizuki, N., Nakanishi, T., . . . Uchitomi, Y. (2001). Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 31(5), 188-194 .

- Arrieta, Ó., Angulo, L. P., Núñez-Valencia, C., Dorantes-Gallareta, Y., Macedo, E. O., Martínez-López, D., . . . Oñate-Ocaña, L. F. (2013). Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence ,and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of surgical oncology*, 20(6), 1941-1948 .

- Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (2007). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*: Cambridge University Press.

- Barlow, D. H. D. H., & Hersen, M. (1987). *Single case experimental designs; strategies for studying behavior change*.

- Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2010). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*, 19(7), 734-741 .

- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(03), 595-605 .

- آجرلو، مریم؛ برقی ایرانی، زیبا و علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۵). تأثیر قصه درمانی بر کاهش اضطراب و بهبود عادات خواب کودکان مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی، *روانشناسی سلامت*، شماره ۱۸، ص ۲۵-۵.

- بیرامی، منصور و نعمتی سوگلی تپه، فاطمه (۱۳۸۷). مقایسه ابعاد شخصیت، تیپ C و راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به سرطان و عادی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، شماره ۱۲، ص ۴۵-۲۳.

- حاجلو، نادر؛ برهمند، اوشا، عدیلی، علی و فتحی، مهناز (۱۳۹۵). نقش مرحله بیماری، ادراک بیماری، نیازهای برآورده نشده و خستگی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. *روانشناسی سلامت*، شماره ۱۹، ص ۹۵-۷۹.

- صفرزاده، عطیه، روشن، رسول و شمس، جلال-الدین (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، شماره ۶، ص ۳۴-۱.

- مردانی حموله، مرجان و شهرکی واحد، عزیز (۱۳۸۸). ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان*، شماره ۱۶، ص ۴۲-۳۳.

- Kernan, W. D., & Lepore, S. J. (2009). Searching for and making meaning after breast cancer: Prevalence, patterns, and negative affect. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1176-1182 .
- 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(1), 25-33 .
- Lechner, S. C., Antoni, M. H., Lydston, D., LaPerriere, A., Ishii, M., Devieux, J., . Brondolo, E. (2003). Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of psychosomatic research*, 54(3), 253-261 .
- Levy, M. (2008). Cancer fatigue: a review for psychiatrists. *General hospital psychiatry*, 30(3), 233-244 .
- Massie, M. J. (2002). Prevalence of depression in patients with cancer. Paper presented at the NIH State-of-the-Science Conference on Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue.
- McGregor, B. A., Dolan, E. D., Murphy, K. M., Sannes, T. S., Highland, K. B., Albano, D. L., . . . Ceballos, R. M. (2015). Cognitive Behavioral Stress Management for Healthy Women at Risk for Breast Cancer: a Novel Application of a Proven Intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(6), 873-884.
- McGuigan Frank J. (1990). *Experimental psychology: Methods of research* (K. A. Trans.). Tehran: Press University Publishing Center .
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). Adjuvant Psychological Therapy: A cognitive behavioural treatment for patients with cancer. *Behavioural psychotherapy*, 17(02), 177-190 .
- Elbi, H. (2001). Cancer and depression. *Psikiyatri World* 2001; 5: 5, 10 .
- Gotay, C. C., Kawamoto, C. T., Bottomley, A., & Efficace, F. (2008). The prognostic significance of patient-reported outcomes in cancer clinical trials. *Journal of clinical Oncology*, 26(8), 1355-1363 .
- Greer, S. (1995). Improving quality of life: adjuvant psychological therapy for patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 3(4), 248-251 .
- Greer, S., & Moorey, S. (1987). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer. *European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 13(6), 511-516 .
- Greer, S., & Moorey, S. (1997). Adjuvant psychological therapy for cancer patients. *Palliative Medicine*, 11(3), 240-244 .
- Greer, S., Moorey, S., & Baruch, J. (1991). Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients. *British Journal of Cancer*, 63(2), 257 .
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J., Watson, M., Robertson, B. M., Mason, A., Bliss, J. M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Bmj*, 304(6828), 675-680 .
- Helbom. (2001). Individual support for cancer patients: effects, patient satisfaction and utilization [dissertation]. (doctoral), Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala .
- Kendall PC, B. J., Grayson NH. (1999). *Handbook of research methods in clinical psychology*. Chicago :John Wiley & Sons Inc.

- Schmer, C. E. (2010). The effect of a cancer diagnosis on hope and resilience: a correlational, longitudinal study: UNIVERSITY OF MISSOURI-KANSAS CITY.
- Skarstein, J., Aass, N., Fosså, S. D., Skovlund, E., & Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 49(1), 27-34 .
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of clinical Oncology*, 20(14), 3137-3148 .
- Taylor, E. (2000). Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. Paper presented at the Oncology Nursing Forum.
- Watson, M., Fenlon, D., McVey, G., & Fernandez-Marcos ,M. (1996). A support group for breast cancer patients: development of a cognitive-behavioural approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(01), 73-81 .
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., & 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(12), 1710-1714 .
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P. D., & Juando, C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of advanced nursing*, 51(4), 369-3
- Moorey, S., & Greer, S. (2011). *Oxford guide to CBT for people with cancer*: Oxford University Press.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J., & Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7(3), 218-228 .
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Baruch, J. D., Robertson, B. M., Mason, A., . . . Bliss, J. M. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3(1), 39-46 .
- Moynihan, C., Bliss, J., Davidson, J., Burchell, L., & Horwich ,A. (1998). Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. *Bmj*, 316(7129), 429-435 .
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review*, 21(3), 421-446 .
- Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *MONOGRAPHS-NATIONAL CANCER INSTITUTE*, 32, 32-39 .
- Quinten, C., Coens, C., Mauer ,M., Comte, S., Sprangers, M. A., Cleeland, C., . . . Bottomley, A. (2009). Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *The lancet oncology*, 10(9), 865-871 .
- Reich ,M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast cancer research and treatment*, 110(1), 9-17 .