



میزان افسردگی و نیاز به مشاوره در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز شیمی درمانی شهر کرمان

طاهره رضانی[‡]

چکیده

هدف: این پژوهش برای تعیین میزان افسردگی و نیازهای مشاوره‌ای زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز شیمی درمانی شهر کرمان انجام گردیده است. روش: ۱۲۰ بیمار مراجعه کننده به مراکز شیمی درمانی شهر کرمان طی یک سال که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند با استفاده از پرسشنامه استاندارد افسردگی بک و پرسشنامه‌ای در زمینه نیازهای مشاوره‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به کمک آزمون کروسکال والیس و آزمون خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: این بررسی نشان داد که بیشتر بیماران (۶۸/۳٪) در گروه سنی ۳۵ تا ۵۵ سالگی بوده و شدت افسردگی ۴۰/۸٪ بیماران در سطح متوسط تا شدید بوده است. هیچ یک از بیماران سابقه مشاوره درمانی نداشته و ۶۰٪ آنان انجام مشاوره را در زمانی که تحت درمانهای ضد سرطان بودند لازم دانسته‌اند. ۹۱/۶ درصد بیماران در حد زیاد نیاز مشاوره‌ای داشته‌اند. میان وضعیت شغلی و تحصیلی با شدت افسردگی تفاوت آماری معنی داری دیده شد. با افزایش میزان تحصیلات شدت افسردگی کاهش یافته و افراد شاغل کمتر از افراد خانه دار افسرده بودند. بیشترین نیاز به مشاوره مربوط به گروه پرتو - شیمی درمانی بوده است (۵۹/۳٪) و ارتباطی بین افسردگی و نیاز مشاوره دیده نشد.

Andeeshet
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۷۰

کلید واژه: افسردگی، مشاوره، سرطان پستان، مراکز شیمی درمانی

مقدمه

توجه به آمارهای بدست آمده از مراجعین مبتلا به سرطان در انستیتو تحقیقات سرطان در ایران، سرطان پستان شایع‌ترین، پرتلفات‌ترین و از نقطه نظر عاطفی و روانی

سرطان پستان^(۱) یکی از مهمترین عواملی است که سلامت بدنی و روانی زنان را به مخاطره انداخته است. با

[‡] کارشناس ارشد روانپرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان. کرمان، خیابان شهدا، سه راه مدیریت، دانشکده پرستاری مامایی رازی

بیش از سایر سرطان‌ها زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این بیماری دومین سرطان شایع شناخته شده است. شیوع این بیماری در ایالات متحده آمریکا در هر ده زن یک مورد می‌باشد. نزدیک به ۲۷٪ کل سرطان‌ها در زنان دیده می‌شود و نزدیک به ۵٪ از جمعیت زنان در خطر ابتلا به این بیماری قرار دارند (جمالیان، ۱۳۶۹؛ ایلخانی، ۱۳۷۰). بررسیها نشان داده‌اند که این بیماران در معرض فشارهای روانی بوده که خود می‌تواند اختلالهای روانی و اجتماعی را در زندگی زنان ایجاد نماید. ایروین^(۱) (۱۹۹۱)، اسکین^(۲) (۱۹۹۴) و اسکور^(۳) (۱۹۹۵) نشان دادند که ۲۰ تا ۳۰٪ افراد مبتلا به سرطان پستان به علت عدم سازگاری با بیماری خود دچار مشکلات روانی شده و در زندگی خانوادگی خود احساس از هم گسیختگی می‌نمایند (تریف^(۴) و دونوه^(۵)، ۱۹۹۶). درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازند (تاوش، ۱۳۷۱). کاپلان و سادوک (۱۳۷۸) باور دارند زمانی که بیمار نیازمند کمک و غلبه بر مشکلات و استرسهای ناشی از عدم تطابق با بیماری، محیط خانواده و جامعه می‌باشد درمان روانی - اجتماعی برای وی ضروری است. این درمان متمرکز بر آرام سازی بیمار و کاهش میزان تحریکات بدنی و اجتماعی بوده و به بیماران این بینش را می‌دهد که نشانه‌های بیماری خود را بپذیرند. حمایت از بیماران مبتلا به سرطان پستان عامل بسیار مهمی در سازگاری روانی - اجتماعی آنان می‌باشد. بررسی‌ها نشان داده که افسردگی یک مشکل اساسی و شایع در این بیماران به شمار می‌رود. عدم سازش با بیماری می‌تواند بر روابط بین فردی، سیر درمان و پیش آگهی بیماری آنان تأثیر بگذارد (ایروین و همکاران، ۱۹۹۱؛ تریف و همکاران، ۱۹۹۶). شارون^(۶) و ساندرز^(۷) (۱۹۹۷)، ایجاد یأس و

ناامیدی در این بیماران را گامی در جهت ایجاد افکار و یا اقدام به خودکشی می‌دانند. از سوی دیگر تغییر وضعیت روحی این بیماران نیز بر سایر اعضای خانواده تأثیر گذارده و باعث افسردگی و عدم انجام هرگونه فعالیت سازنده خواهد شد (تاوش، ۱۳۷۱). از دیدگاه بهداشت روانی (شاهسوند، نوغانی و محتشمی، ۱۳۷۷)، آسیب دیدن بهداشت روانی و توانایی سازگاری بیمار نیاز به تشخیص سریع، درمان به موقع و بازتوانی دارد. کمک‌های مشاوره روانی به افرادی که دچار مشکلات روانی - اجتماعی و خانوادگی شده‌اند یکی از اهداف بهداشت روانی است، زیرا مشاوره، مقاومت فرد را در برابر پیامدهای زیانبار بیماری افزایش می‌دهد. گتس^(۸) (۱۹۸۰)، به نقل از نورتوس^(۹) (۱۹۸۸) بر این باور است که برآیند حاصل از مشاوره با این بیماران باعث کاهش تنشهای روانی آنان خواهد شد به طوری که راهنمایی و یاری دیگران را برای سازگاری با هیجانات خود لازم دانسته‌اند. این بیماران باور داشته‌اند که مشاوره باید از آغاز تشخیص سرطان انجام شود زیرا اطلاعات به دست آمده در جریان مشاوره می‌تواند کلیدی جهت پذیرش بیماری و مقابله با مشکلات روحی آنان شود و در مصاحبه‌های معمولی حدود ۲۹ تا ۵۰٪ از بیماران مشاوره را یک امر مفید و کمک کننده دانسته‌اند (تریف و دونوه، ۱۹۹۶). مشاوره افزون بر این که گستره ارتباطات میان بیماران را افزایش می‌دهد سبب افزایش آگاهی، فعالیت، تأثیر در اتخاذ تصمیم، کاهش نگرانی، افزایش اعتماد به نفس می‌گردد (تاوش، ۱۳۷۱). با آنکه اطلاعات موجود به نقش مشاوره به عنوان یک عامل مؤثر در کاهش فشارهای روانی اشاره نموده است اما تاکنون پژوهشی برای بررسی گفته‌های یاد شده انجام نشده است. از این رو بررسی

- | | |
|-------------|----------|
| 1-Irvine | 2-Schain |
| 3-Schover | 4-Trief |
| 5-Donohue | 6-Sharon |
| 7-Sunders | 8-Gates |
| 9-Northouse | |

میزان افسردگی و نیازهای مشاوره‌ای زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز شیمی درمانی شهر کرمان مورد توجه قرار گرفت.

روش

این پژوهش یک بررسی توصیفی است که برای بررسی میزان افسردگی و نیازهای مشاوره‌ای زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز شیمی درمانی شهر کرمان، صورت گرفته است. آزمودنی‌های پژوهش را ۱۲۰ نفر بیمارانی که سابقه هیچ گونه مشکل روانی قبل از سرطان و سابقه هیچ بیماری صعب‌العلاج به غیر از سرطان نداشته‌اند و به مراکز شیمی درمانی شهر کرمان (بیمارستان شماره ۲ و کلینیک خصوصی) مراجعه نموده‌اند، تشکیل داده‌اند. این افراد در طی یک سال به مراکز یاد شده مراجعه نموده و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. گردآوری داده‌های مربوط به متغیر افسردگی به کمک پرسش‌نامه افسردگی بک^(۱) و در مورد نیاز مشاوره‌ای و ویژگی‌های فردی از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته استفاده شده است که جهت تعیین روایی محتوا با نظر خواهی از ۱۰ نفر روانپزشک و روانپرستار ضریب روایی محتوای آن ۰/۹۰ برای کل پرسشنامه (حداقل ۰/۸۰ تا حداکثر ۱) به دست آمد. پایایی ثبات درونی پرسش‌نامه نیاز مشاوره‌ای با استفاده از فرمول آلفا کرونباخ ۰/۶ و پس از گردآوری کل اطلاعات ثبات درونی نمرات مربوط به نیاز مشاوره‌ای برابر با ۰/۸۷ بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی - پراکندگی، آزمون خی دو و آزمون کروسکال - والیس انجام شد.

یافته‌ها

این پژوهش نشان داد که ۳۵/۸٪ آزمودنیها در گروه سنی ۴۵-۵۴ سال، ۳۲/۵٪ در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال و ۱۰٪ در گروه سنی ۲۴-۳۴ سال بوده‌اند. میانگین سن آنان

۴۷/۵۳ (انحراف معیار ۱۰/۵۷) بوده است. ۴۸/۳٪ بی سواد ۲۵/۸٪ دارای تحصیلات ابتدایی و بالاتر بوده‌اند. ۹۶/۷٪ متأهل و تنها ۳/۳ درصد آنان مجرد بودند. در افراد متأهل بیشترین فراوانی (۳۶٪) دارای ۱-۲ فرزند زیر ۱۸ سال بودند، در حالیکه ۱۱/۴٪ آنان بیش از ۳ فرزند زیر ۱۸ سال داشته‌اند و ۲۵/۴٪ زنان متأهل فرزند زیر ۱۸ سال نداشته‌اند. ۸۷/۵٪ از بیماران سابقه سرطان پستان در خانواده و بستگان را ذکر نکردند. از این گروه ۶۰٪ سابقه سرطان در بستگان درجه دو و ۴۰٪ در بستگان درجه یک را یادآور شده‌اند. طول مدت بیماری ۳۳/۳٪ بیماران ۱۳-۲۴ ماه و ۱۳/۳٪ آنان دارای طول مدت ۲۵-۳۶ ماه (میانگین ۲۶ و انحراف معیار ۱۹/۷) بوده است. نوع درمان دریافتی ۶۴/۲٪ آنان شیمی درمانی، دارو و ماستکتومی بوده است و تنها ۲/۵٪ شیمی درمانی و دارو درمانی یا پرتو درمانی و شیمی درمانی بوده است. ۹۴/۱٪ بیماران عمل ماستکتومی توتال شده‌اند و تنها ۴/۲٪ نمونه برداری و ۱/۷٪ آنان برداشتن ضایعه بوده است. مشکل ۴۷/۷٪ بیماران درجه یک، ۳۶/۷٪ درجه ۳ و ۲۱/۷٪ درجه ۴ بوده است. ۸۵٪ بیماران خانه دار، ۱۰/۸٪ شاغل و ۴/۲٪ بازنشسته بوده‌اند.

شدت افسردگی ۳۲/۵٪ در سطح طبیعی و ۳۰/۸٪ آنان در سطح متوسط و ۱۰٪ در سطح شدید (میانگین شدت افسردگی ۱۷/۴ و انحراف معیار ۹/۹۸) بوده است. هیچ یک از بیماران سابقه ی حضور در جلسات مشاوره تخصصی نداشته و ۸۵/۵٪ ترجیح داده‌اند که پزشک معالج نقش مشاور را برای آنان داشته باشد. ۱۲/۵٪ روانپزشک و روانشناس را به عنوان مشاور انتخاب نموده‌اند. ۶۰٪ انجام مشاوره را در زمانی که تحت درمان‌های ضد سرطان بوده‌اند لازم دانسته‌اند. ۳۱/۷٪ در طول بیماری، ۵٪ در زمان تشخیص و ۳/۳٪ پس از درمان، نیاز به انجام مشاوره را بیشتر دانسته‌اند. به طور کلی ۸۲٪ از بیماران نیاز به مشاوره را یادآور شده‌اند (جدول ۱).

1-Beck Depression Inventory (BDI)

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین و انحراف معیار نمره پاسخ‌های بیماران به پرسشهای نیاز به مشاوره

انحراف معیار	میانگین	۳ درصد	۲ درصد	۱ درصد	۰ درصد	امتیازها
۰/۴۴۲	۲/۸۵	۸۷/۵	۱۰/۸	۰/۸	۰/۸	پرسشهای نیاز مشاوره‌ای دادن فرصت هایی به بیمار به منظور صحبت پیرامون بیماریش
۰/۳۷۳	۲/۸۵۸	۸۶/۷	۱۲/۵	۰/۸	۰	راهنمایی بیمار جهت مراقبت از خود در منزل
۰/۶۰۸	۲/۴۷۵	۵۳/۳	۴۰/۸	۵/۸	۰	آموزش روشهای درمانی غیر دارویی به بیمار جهت تقویت جسم و روح
۰/۶۱۵	۲/۶۵۸	۷۱/۷	۲۴/۲	۲/۵	۱/۷	آموزش به بیمار در مورد محدودیتهای حاصل از بیماری
۱/۰۳۴	۱/۸۷۵	۳۴/۲	۳۲/۵	۲۰	۱۳/۳	راهنمایی بیمار در جهت حل مشکلات ارتباطی خود با دیگران
۰/۳۰۱	۲/۹۵۸	۹۷/۵	۱/۷	۰	۰/۸	کمک به بیمار در جهت تقویت اعتقادات مذهبی خود در مبارزه با بیماری
۰/۸۴۰	۲/۴۶۷	۶۴/۲	۲۳/۳	۷/۵	۵	کمک در سازش با عضو تغییر یافته از سرطان
۱/۱۱۱	۰/۹۹۲	۱۶/۷	۱۰/۸	۲۷/۵	۴۵	کمک در حل مشکلات جنسی حاصل از بیماری
۰/۵۰۵	۲/۸۸۴	۹۴/۲	۱/۷	۲/۵	۱/۷	کسب اطلاعات پیرامون محیط درمانی و اصلاحات پزشکی مربوطه
۰/۲۲۲	۲/۹۶۴	۹۷/۵	۱/۷	۰/۸	۰	کمک به کاهش نگرانی بیمار در مورد عوارض حاصل از درمان
۰/۵۳۹	۲/۸۵۸	۹۱/۷	۵	۰/۸	۲/۵	دادن اطلاعات به بیمار در هر مرحله از بیماری در مورد سیر و سرانجام
۰/۹۱۱	۲/۱۰	۴۰	۳۶/۷	۱۶/۷	۶/۷	معرفی منابع حمایتی جهت راهنمایی بیمار
۱/۱۰۹	۱/۷۸۳	۳۵	۲۵/۸	۲۱/۷	۱۷/۵	امکانات مشاوره تلفنی در موارد اورژانس
۱/۰۶	۰/۹۵	۱۳/۳	۱۳/۳	۲۸/۳	۴۵	تشکیل جلسات گروهی با سایر بیماران
۰/۷۸۹	۲/۴۹۲	۶۲/۵	۲۹/۲	۳/۳	۵	مشخص نمودن برداشت بیمار از بیماریش و تأثیر آن در بهبودی
۰/۳۵۷	۲/۹۱۷	۹۳/۳	۵/۸	۰	۰/۸	صحبت در مورد علائم اضطراب و روش مقابله با آن
۰/۳۴۷	۲/۹۲۵	۹۴/۲	۵	۰	۰/۸	کاهش یأس و ناامیدی
۰/۳۲۵	۲/۹۴۲	۹۵/۸	۳/۳	۰	۰/۸	افزایش امید به زندگی
۰/۵۸۳	۲/۷۵	۸۰	۱۷/۵	۰	۲/۵	بیان نگرانیها و تخیلات حاصل از بیماری
۰/۹۵۶	۱/۹۵۸	۳۴/۲	۳۶/۷	۲۰	۹/۲	در صورت لزوم راهنمایی بیمار در امر تصمیم‌گیری
۰/۵۶۸	۲/۷۸۳	۸۳/۴	۱۱/۷	۲/۵	۱/۷	کمک به بیمار در پذیرش بیماری و سازش با آن
۰/۶۸۶	۲/۴۹۲	۵۷/۵	۳۶/۷	۳/۳	۲/۵	آشنایی بیمار به تأثیر تعادل روحی بر سلامت جسمی وی

آزمون آماری خلی دو تفاوت معنی داری میان متغیرهای شدت افسردگی و برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی چون وضعیت شغلی ($p < 0/01$) و وضعیت تحصیلی ($p < 0/01$) نشان داد. همان طور که در جدول ۲ دیده می‌شود ۴۴/۸٪ بیماران بیسواد دارای افسردگی در حد متوسط تا شدید بوده‌اند در صورتی که در بیشتر بیماران با تحصیلات متوسطه تا عالی (۵۸٪) شدت افسردگی آنان در حد طبیعی بود. این بررسی نشان داد که ۴۴٪ افراد مورد بررسی از افسردگی متوسط تا شدید در رنج می‌باشند ولی ۵۳/۸٪ بیماران شاغل، افسردگی در

حد طبیعی داشته‌اند.

آزمون کروسکال - والیس بین نوع درمان دریافتی و نیاز به مشاوره رابطه آماری معنی داری را نشان داد ($p < 0/05$). همچنین این بررسی بیشترین نیاز به مشاوره را در گروه دارو - پرتو - شیمی درمانی نشان داد (۵۹/۳۳٪) و نمرات این گروه با سایر گروه‌های درمانی، دارای تفاوت معنی دار از نظر آماری بوده است (جدول ۳). ارتباط میان دو متغیر شدت افسردگی و نیاز به مشاوره در بیماران مورد بررسی از نظر آماری معنی دار نبود.

جدول ۲ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت تحصیلی و شغلی با شدت افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان

نتایج آزمون X^2	جمع کل		متوسط تا شدید		خفیف		طبیعی		شدت افسردگی	متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
$X^2=15/32$	۴۸/۴	۵۸	۴۴/۸	۲۶	۳۲/۸	۱۹	۲۲/۴	۱۳	بیسواد	
df=۴	۲۵/۸	۳۱	۵۴/۸	۱۷	۱۹/۴	۶	۲۵/۸	۸	ابتدایی+راهنمایی	
$P < 0/01$	۲۵/۸	۳۱	۱۹/۴	۶	۲۲/۶	۷	۵۸	۱۸	متوسطه+عالی	
	۱۰۰	۱۲۰	۴۰/۸	۴۹	۲۶/۷	۳۲	۳۲/۵	۳۹	جمع کل	
									وضعیت شغلی	
$X^2=11/32$	۸۵	۱۰۲	۴۴	۴۵	۲۹/۵	۳۰	۲۶/۵	۲۷	خانه دار	
df=۲	۱۰/۸	۱۳	۳۰/۸	۴	۱۵/۴	۲	۵۳/۸	۷	شاغل	
$P < 0/01$	۴/۲	۵	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۵	بازنشسته	
	۱۰۰	۱۲۰	۴/۲	۴۹	۲۶/۷	۳۲	۳۲/۵	۳۹	جمع کل	

* جهت انجام آزمون X^2 دو سطح شاغل و بازنشسته با یکدیگر ادغام شدند.

جدول ۳- توزیع میانگین و انحراف معیار نمره نوع درمان دریاقتی و نیاز به مشاوره در بیماران مبتلا به سرطان پستان

نوع مشاوره‌ای	میانگین انحراف معیار	نتیجه آزمون
نوع درمان	کروسکال والیس	
شیمی‌درمانی + ماستکتومی	۵۳/۳۶۴	$X^2=9/463$
شیمی‌درمانی + اشعه + ماستکتومی	۵۵/۷۰۳	$df=3$
شیمی‌درمانی	۴۱/۳۳۳	$p<0/05$
شیمی‌درمانی + اشعه	۵۹/۳۳۳	۵/۱۵۹

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر وجود افسردگی در حد متوسط در ۸/۴۰٪ از بیماران با یافته‌های پژوهشی ایروین و همکاران (۱۹۹۱)، مبنی بر وجود افسردگی در ۲۰ تا ۳۰ درصد از زنان مبتلا به سرطان پستان مطابقت دارد. همچنین با بررسی‌های موریس^(۱) و همکاران که رقم ۴۶٪ را برای این اختلال گزارش کرده‌اند و یا شارون و همکاران (۱۹۹۷) که در پژوهشی بر روی ۸۰۹ بیمار مبتلا به سرطان پستان ۵۰٪ نشانه‌های افسردگی را نشان داده‌اند مطابق است. وی بر این باور است که در زمان تشخیص و درمان سرطان تنها توجه به درمان‌های فیزیکی و خاص سرطان معطوف می‌شود و پس از عمل جراحی و ترخیص از بیمارستان به مشکل افسردگی آنها توجهی نمی‌شود. در حالی که این بیماران در کنار آمدن با بیماری دچار مشکل هستند. داویدیان و بازرگان در بررسی روی بیماران مبتلا به سرطان پستان دریافتند که واکنش افسردگی در این بیماران در مقایسه با بیماران غیر سرطانی به طور قابل توجهی شایع‌تر است (ایزدی، ۱۳۶۵). از دست دادن اندامی مانند پستان که در تصویر بیمار از خود به عنوان یک زن نقش مهمی بازی می‌کند می‌تواند از لحاظ روانی استرس قابل توجهی به شمار رود و درجاتی از افسردگی یا بیماری روانی شدید را به بار آورد و بنابراین جای تردید نیست که پیش از برداشتن پستان و پس از آن مراقبت‌های روانی و در پاره‌ای موارد انجام روان درمانی به منظور

پیشگیری از مشکلات روانی و اختلال‌های شخصیتی دارای اهمیت است (ایزدی، ۱۳۶۵؛ ایلخانی، ۱۳۷۰). یافته‌های پژوهش در مورد وضعیت شغلی و تحصیلی نشان داد که در این بیماران با افزایش سطح تحصیلات شدت افسردگی کاهش یافته و در بیماران شاغل نسبت به افراد خانه دار شدت افسردگی کمتر بوده است. در گزارش بلوم^(۲) و همکاران نیز وضعیت شغلی و تحصیلی با افسردگی ناشی از بحران سرطان رابطه معنی دار داشته است.

معمولاً بیماران تحصیل کرده دارای پذیرش همراه با بردباری بیشتر نسبت به بیماری می‌باشند (موریس و همکاران، ۱۹۷۷). این افراد با بهره‌گیری از اطلاعات خود به شیوه‌ای مثبت در راستای درمان خود می‌کوشند و از این راه از منابع کمک دهنده و نیروهای درونی به سود خود بهره می‌گیرند. داشتن کار و برقراری ارتباط با افراد مختلف سبب می‌شود که بیمار در مورد خود و بیماریش صحبت کرده و از ابراز همدردی دیگران بهره‌مند شده و به آرامش درونی دست یابد (تاوش، ۱۳۷۱). این یافته توجه بیشتر به وضعیت روحی بیماران خانه دار، بی سواد یا کم سواد را خاطر نشان می‌کند.

یافته پژوهش مبنی بر نیاز ۹۱/۶٪ بیماران به مشاوره همسو با یافته‌های پژوهشی تریف و همکاران است که ۷۴٪ از زنان جوان و ۲۷٪ از زنان مسن مبتلا به سرطان پستان را نیازمند خدمات مشاوره‌ای دانسته‌اند، در بررسی دیگری، بیش از ۸۰٪ از پاسخ دهندگان عقیده داشتند در صورت وجود بیماری جدی مایلند که آگاهی لازم را پیرامون بیماری و وضعیت خود با انجام مشاوره‌های تخصصی به دست آورند تا بتوانند آگاهانه با بیماری خود کنار آیند (تاوش، ۱۳۷۱). از نظر بهداشت روان، بیماران از جمله جمعیت‌های آسیب‌پذیر می‌باشند که در برنامه‌های خدمات بهداشت روانی در اولویت قرار دارند (شاهسوند، نوغانی، محتشمی، ۱۳۷۷). در گروه‌های مشاوره بسیاری

از بیماران سرطانی یاد می‌گیرند که درباره بیماری و ترسها و ناراحتی‌های درونی خود صحبت کرده و از فشارهای درونی خویش بکاهند، بیماری خود را بپذیرند، در مورد خود مسئولیت بیشتری داشته باشند، منفی بافی را از خود دور کنند و خود را کمتر آزار دهند (لاند^(۱) و دبرا^(۲))، ۱۹۹۲). در پژوهش انجام شده توسط شریف (۱۳۷۸) به منظور بررسی تأثیر مشاوره روانی در کاهش اضطراب دانشجویان، نشان داده شد که اجرای برنامه‌های مشاوره روانی موجب کاهش سطح اضطراب و افزایش اعتماد به نفس دانشجویان گشته میزان آگاهی، دانش و مهارتهای عملی آنان را در زندگی فردی و خانوادگی و اجتماعی گسترش داده است. در پژوهش حاضر نیز ۶۰٪ از بیماران جلسات مشاوره را در هنگامی که تحت درمان‌های ضد سرطان هستند سودمند و لازم می‌دانستند که این یافته ضرورت توجه ویژه بیشتر به وضعیت روانی بیماران به هنگام اجرای برنامه‌های درمانی ضد سرطان را نشان می‌دهد. از سوی دیگر ارتباط معنی داری میان نوع درمان دریافتی و نیاز به مشاوره دیده شده است به طوری که نمره روش درمانی: پرتو + دارو + شیمی درمانی، با نمرات سایر گروه‌های درمانی دارای تفاوت معنی دار بوده است. شاید یکی از دلایل این ارتباط کاربرد چند روش درمانی باشد که باعث شده است بیمار بیماریش را پیشرفته بداند. بک در بررسی خود دریافت که بسیاری از بیماران افسرده اشتغال ذهنی با خودکشی را وسیله‌ای برای مبارزه با افسردگی غیر قابل تحمل، احساس درماندگی و یأس قرار می‌دهند و در ۷۰٪ خودکشی‌های زنان مبتلا به سرطان وجود سرطان پستان و ناحیه تناسلی تأیید شده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۱).

به هر حال عقیده بر این است که ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان پستان و افسردگی می‌توانند به کمک شیوه‌های درمانی روانپزشکی، درمان شوند. به ویژه مشاوره درمانی به طور گسترده می‌تواند روی افسردگی‌های مقاوم به درمان مؤثر باشد، مداخلات مؤثر در این روش

شامل: استراتژی‌های سازگاری، حمایت بیمار و انواع درمان‌های روانی و حتی در مواردی بستری کردن بیمار در بیمارستان روانی است (موریس و همکاران، ۱۹۷۷). در پژوهش حاضر ۸۷/۵٪ از بیماران، پزشک معالج خود را به عنوان مشاور انتخاب و تنها ۱۲/۵٪ به روانپزشک و روانشناس اشاره نموده‌اند در صورتیکه چنین به نظر می‌رسد در چنین شرایطی افزون بر نقش مثبت پزشک معالج، همکاری تیم روانپزشکی در درمان بیمار سودمند خواهد بود (بلوم و همکاران، ۱۹۸۷). بررسیها نشان داده است که اختلالهای روانی در اثر عدم تشخیص و عدم درمان صحیح و به موقع مزمن می‌شوند (شاهسوند، نوغانی، محتشمی، ۱۳۷۷).

در نهایت به نظر می‌رسد که اگر پزشکان با بررسیهای دقیق، توانایی تشخیص اختلال‌های روانشناختی را در بیماران افزایش داده و به موقع مداخلات درمانی را به کمک روانپزشکان، روانشناسان، روانپرستاران و روان مددکاران انجام دهند از بروز پیامدهای بعدی پیشگیری می‌گردد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از راهنمایی‌های ارزنده آقای دکتر محمد تقی یاسمی که در زمینه روایی پرسشنامه اینجانب را یاری نمودند از آقای دکتر سید محمد منصور (رادیوانکولوژیست) که در گردآوری اطلاعات نهایت همکاری را داشته‌اند، سرکار خانم سکینه محمد علی زاده که در انجام محاسبات آماری اینجانب را یاری نمودند و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان که بودجه این پژوهش را تأمین نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

منابع

- Journal, 40, 2381-87.
- Northouse, L.L. (1988). Social support in patients and husbands adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 37, 91-95.
- Sharon, M. V., Sunders, J. M. (1997). Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. *Cancer Nursing*, 20, 168-177.
- Trief, P. M., & Donohue, M. (1996). Counseling needs of women with breast cancer, *Psychosocial Nursing*, 34, 24-29.
- ایزیدی، سیروس (۱۳۶۵). بحرانهای زندگی زن. تهران: انتشارات چهر.
- ایلخانی، مهناز (۱۳۷۰). روشهای جدید مراقبتهای سرطان. تهران: چاپ مظاهری
- تاوش، آنه ماری (۱۳۷۱). ترس بیهوده از سرطان. ترجمه بدری ستایش. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- جمالیان، رضا (۱۳۶۹). راههای پیشگیری و درمان سرطانهای شایع در ایران. تهران: انتشارات اطلاعات.
- شاهسوند، اسماعیل؛ نوغانی، فاطمه؛ محتشمی، جمیله (۱۳۷۷). بهداشت روان. تهران: انتشارات چاهمه.
- شریف، فرخنده (۱۳۷۸). تأثیر مشاوره روانی و آموزش در کاهش اضطراب دانشجویان پرستاری. چهارمین کنگره سراسری استرس (۲۵ تا ۲۸ خرداد). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۷۱). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت... پورافکاری. تبریز: انتشارات ذوقی.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۷۸). توانبخشی روانی و روانپزشکی جامعه نگر. ترجمه یدا... فرهادی و همکاران. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Bloom, J. R., Cook, M., & Gates, C. (1987). Psychological response to mastectomy. *Cancer Journal*, 59, 189-196.
- Irvin, D., Brown, B., Crooks, D. (1991). Psychological adjustment in women with breast cancer. *Cancer Journal*, 67, 1097-1117.
- Lund, V. E., Deberah, I.F. (1992). Psychological intervention for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-568.
- Moris, T., Greer, S., & White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer*