

اثر بخشی آموزش شناختی-رفتاری در کاهش خستگی سرطان زنان مبتلا به سرطان پستان

علی رضا اقا یوسفی*، مهدی دهستانی**، شیدا شریفی ساکی***

* دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران.

** استاد یار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

*** دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۳/۰۷/۱۱

تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۰۲/۲۷

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۰۳

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی آموزش شناختی-رفتاری بر کاهش خستگی سرطان در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش: از بین مراجعین بیمارستان امام خمینی (تهران در سال ۱۳۹۲) ۳۰ نفر انتخاب و به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی متناسب شدند. گروه ها قبل از آموزش و پس از آموزش به مقیاس خستگی ناشی از سرطان اوکمپاما و همکاران (۲۰۰۰) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل نتایج از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

کلیدواژه‌ها:

خستگی سرطان، درمان شناختی-رفتاری، سرطان پستان.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه در مولفه های خستگی سرطان تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که میانگین گروه آزمایش پس از آزمایش کاهش معناداری داشت.

نتیجه گیری: از بررسی یافته ها می توان این گونه نتیجه گیری کرد که با توجه به تغییراتی که آموزش شناختی رفتاری در نگرش و شناخت ایجاد می کند به نظر می رسد که می تواند نقش موثری در ایجاد تصور مثبت در بیماران مبتلا به سرطان و کاهش خستگی آنها داشته باشد.

Effectiveness of Cognitive – Behavioral Education in Reduction of Exhaustion of Cancer of Women Suffering from Breast Cancer

*A.R. Aghayousefi, **M. Dehestani, ***S. Sharifi Saki

* Associate of Professor, Department of psychology, Payam Noor university, Ghom. Iran.

** Assistant of professor, Department of psychology, Payam Noor university. Tehran. Iran.

*** Phd Student of psychology, Payam Noor university. Tehran.

Abstract

Objective: the aim of the present study was to investigate effectiveness of cognitive ° behavioral education on reduction of exhaustion of cancer in women suffering from breast cancer.

Method: 30 people were chosen among clients of Imam Khomeini hospital (of Tehran in 1392) and were randomly assigned to two groups , experiment group (15 people) and control group. Groups before education and after education responded to cancer fatigue scale (Okuyama, et al., 2000). To analyze the results, the statistical methods of multivariate covariance analysis was conducted.

Results: The results showed , there is a meaningful difference between both groups in components of exhaustion of cancer , so that average of test group had a meaningful reduction after test .

Conclusion: In view of changes that cognitive ° behavioral education make them in attitude and cognition, it seems that it can have an effective role in making positive imagination in patients suffering from cancer and reducing their fatigue.

Article Information:

History:

Receipt: 2014/03/16

Revise: 2015/08/22

Acceptance: 2015/09/06

Keywords:

cancer-related fatigue , cognitive ° behavioral therapy, breast cancer.

اختلال جسمانی، فشارهای روانی؛ ۲- مراحل درمان سرطان شامل: محدودیت‌های اجتماعی و اثرات آن بر کیفیت زندگی؛ و ۳- میزان تطابق با بیماری (اسمیتس^۷ و همکاران، ۱۹۹۸). حقیقت و همکاران دریافتند که خستگی سرطان پستان سه بعد دارد: خستگی جسمانی که از طریق افسردگی، درد و مصرف تاموکسفن^۸ ایجاد می‌شود؛ خستگی عاطفی که مرتبط با اضطراب و افسردگی است؛ و نهایتاً خستگی شناختی که از طریق اضطراب و درد ایجاد می‌شود (کمانگار و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، قسمت عمده‌ای از عوامل و ابعاد این بیماری روانشناختی است که این می‌تواند فرضیه اهمیت درمان‌های روانشناختی را نمایان سازد. در عین حال درمان‌های دیگری نیز ایجاد شده است که از مهم‌ترین آنها می‌توان به دارو درمانی، تمرینات ورزشی، مراقبت‌های پرستاری اشاره نمود.

در مورد تاثیر دارو درمانی برای کاهش خستگی سرطان، نتایج مختلفی وجود دارد. در هر صورت از داروهای موثر می‌توان به داروهای محرک سیستم عصبی و همچنین داروهای با توان استروئیدی اشاره کرد (آلی^۹، و همکاران، ۲۰۰۸). اما به دلیل عوارض جانبی بالا استفاده از آنها محدودیت دارد. به طور مثال از میان داروهای محرک سیستم عصبی، دگسترو آمفتامین^{۱۰}، پمولین^{۱۱} و متیل فنیدات^{۱۲} باعث افزایش فعالیت حرکتی، اضطراب و

شمار افراد سرطانی بیش از ۲۵ میلیون نفر در جهان تخمین زده می‌شود، و هر ساله نیز ۱۰ میلیون مورد جدید تشخیص داده می‌شود (کمانگار^۱ و همکاران، ۲۰۰۶) و خستگی مربوط به سرطان از شایعترین علائم ناتوان کننده در این افراد است (دبرا^۲ و همکاران، ۲۰۱۲؛ وود^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). با تکیه بر معیارهای تشخیصی رسمی می‌توان شیوع خستگی سرطان را از ۶۰٪ تا ۱۰۰٪ در افراد سرطانی تخمین زد (موستین و همکاران، ۲۰۰۷؛ واگنر، سلا، ۲۰۰۴؛ اسکالت، ۲۰۰۳؛ دیجانگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ هیکوک و همکاران، ۱۹۹۶). خستگی شکایت افراد سرطانی است که شیمی درمانی را با موفقیت گذرانده‌اند (سرویس^۴ و همکاران، ۲۰۰۲) و به طور کلی به عنوان یک فقدان انرژی فیزیکی یا ذهنی که منجر به افت فعالیتهای فرد می‌شود، تعریف می‌شود (برون و کرونگ، ۲۰۱۰). طبق گزارش بیماران، خستگی مرتبط با سرطان (CRF)^۵ بیشترین ناراحتی را برای آنها ایجاد کرده و منفی‌ترین تاثیر را بر کیفیت زندگی آنها دارد (اسپاتیس^۶ و همکاران، ۲۰۰۹). روابط بین خستگی و عوامل روانشناختی، اجتماعی، رفتاری و جسمی در مطالعات متعددی تصدیق شده است. خستگی در بیماران سرطانی یک فرایند پیچیده است که سه دسته عوامل در ایجاد آن دخیل هستند: ۱- تجارب فردی شامل:

7 . Smets
8 . Tamoxifen
9 . Ollie
10 . Dextroamphetamine
11. Pemoline
12 . Methylphenidate

1 . Kamangar
2 . Debra
3. Wode
4 . Servaes
5 . Cancer related fatigue
6 . Spathis,

سرخوشی می شود که این عوارض، منجر به عدم تمایل استفاده از این داروها حتی در افراد با بیماری پیشرفته^۱ شده است (اسپاتیس و همکاران، ۲۰۰۹). از جمله مداخلات غیر دارویی نیز تمرینات ورزشی است که به علت ناتوانایی های بیماران سرطانی دارای محدودیت هایی است و البته در اثربخشی آن نیز بحث هایی وجود دارد (اسپاتیس و همکاران، ۲۰۰۹).

در حالی که دیگر درمان ها با محدودیت هایی روبرو است، اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش خستگی در پژوهش های انجام شده مورد تایید قرار گرفته و در مقایسه با مراقبت های پرستاری به طور معناداری موثرتر عمل کرده است (گوندورپ^۲ و همکاران ۲۰۱۰). درمان شناختی رفتاری علاوه بر کاهش شدت خستگی، باعث بهبود اختلال عملکرد و پریشانی روانی می شود (جلیسن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). عدم مداخله روانشناختی در بیماران می تواند عواقبی چون افزایش نیاز به درمان طبی، ناتوانی اجتماعی، کاهش سطح سلامت و افزایش مرگ و میر را به دنبال داشته باشد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۹).

در پژوهش جلیسن و همکاران (۲۰۰۷) که در مورد اثربخشی *CBT* در درمان خستگی سرطان (*CRF*)^۴ بود نشان داده شد که پس از پیگیری های دو ساله اثرات مثبت و موفقیت آمیز *CBT* همچنان باقی مانده است. بیشتر پژوهش هایی که مداخله کاهش خستگی داشته اند، موفق به نظر می رسند اما فاقد تجزیه و تحلیل هستند (سرویس و همکاران،

۲۰۰۲). از سایر پژوهش هایی که اشاره به درمان شناختی رفتاری دارند می توان تحقیق (جلیسن و همکاران ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷)؛ در این مطالعات نشان داده شد درمان شناختی رفتاری بر بهبود خستگی سرطان موثر است. در مطالعه ای که بر شیوع و نوع مدیریتی افراد سرطانی انجام شده بود، یانگ و ویت (۲۰۰۵) نشان دادند سطوح فعالیت هیچ رابطه ای با خستگی ندارد، در حالی که ترس از عود بیماری به طور غیر مستقیم و فشارهای روانی به طور مستقیم بر خستگی متاثر است.

در ایران نیز مطالعاتی در مورد خستگی سرطان انجام شده که در آنها اشاره ای بر مداخلات روانشناختی بر بیماران دچار سرطان نداشته و تنها پژوهشی که درمان روانشناختی را برای این بیماران مورد ارزیابی قرار داده توسط کهرآزنی و همکاران (۱۳۹۰) انجام شده که در آن نیز تمرکز بر خستگی سرطان ندارد و بیشتر به صورت جزئی تر بر مطالعه بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی پرداخته اند. در این مطالعه سعی شده است اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خستگی سرطان ارزیابی شود. تعیین اثربخشی این نوع درمان، امکان ارائه یک درمان غیر فیزیکی و فاقد عوارض را فراهم می سازد.

روش

روش پژوهش در این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون بود. بدین صورت که از بین افرادی که دوره های درمانی سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۹۳ را حداقل

3 . Gielissen

4 . Cancer related fatigue

1 . Advanced disease

2 . Goedendorp

برگزار شد که پس از شروع جلسه هیچ کس اجازه ی ورود به اتاق را نداشت و در جلسات از روش های زیر کمک گرفته شد

خودنظاره گری: فرد افکار و رفتار خود را مشاهده می کند و پاسخ های خود به آن ها را یادداشت می کند. البته استفاده و بهره گیری بهینه و اثربخش از رفتارهای شناختی مستلزم آن است که فرد بتواند شیوه های ناسازگار تفکر را شناسایی کند. آموزش ارزیابی خود عبارت است از فرایند مقایسه عملکرد خود با یک معیار درونی. خودارزیابی منفی هم یکی از علائم رایج افسردگی است.

آموزش حل مساله: در این شیوه درمانگر چارچوب کلی مهارت ها را به فرد آموزش می دهد تا بتواند مسائل را شناسایی کند، و برای حل مساله تدابیر مختلفی را اتخاذ کند. پاسخ های احتمالی گوناگون و پیامدهای این پاسخ ها را کشف کند و مرحله ای را برای رسیدن به یک هدف مطلوب برنامه ریزی کند.

بازسازی شناختی: در این روش تلاش شد که سبک ناسازگارانه فرد و فرضیه های ذهنی که منجر به این سبک شناختی منفی می شوند، اصلاح گردد. از طرح پرسش به شیوه سقراطی یا مجادله منطقی برای تغییر افکار ناسازگارانه یا تحریف شده نیز استفاده می شود.

آموزش روانی: گرچه درمانگران مکرراً اطلاعاتی را به شیوه های متفاوت در اختیار مراجعان شان قرار می دهند، آموزش روانی یکی از مفیدترین آنهاست.

شش ماه گذرانده بودند؛ سنی بالاتر از ۲۰ سال داشتند؛ و حداقل سطح تحصیلاتشان دیپلم بود، ۳۰ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل منتسب شدند. با کسب تعهدنامه از آنها در رابطه با آموزش و شرکت در جلسات آموزش رضایت آنها کسب شد. همچنین آنها این آزادی عمل را داشتند که هر زمان که تمایل به ادامه نداشته باشند ادامه روند آموزش را دریافت نکنند. از آنها خواسته شد که در طول دوره ی آموزش از داروهای خون ساز و داروهای محرک سیستم عصبی و همچنین از داروی تاموکسفن در مدت زمان پژوهش استفاده نکنند یا با دوز ثابت و مشخصی در طول درمان استفاده شود. سپس هر دو گروه به مقیاس خستگی ناشی از سرطان پاسخ دادند.

ساختار کلی طرح درمانی از «کتابچه راهنمای درمانگران: درمان شناختی رفتاری برای نشانگان خستگی مزمن/انسفالوپاتی»^۱ استخراج شد. این بسته درمانی توسط بارگرز^۲ و چالدر^۳ (۲۰۰۴) طراحی شده است و اثربخشی آن برای بیماران با تشخیص نشانگان خستگی مزمن، دارای حمایت تجربی می باشد (ویت و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویت و همکاران، ۲۰۱۱). بر اساس این طرح، برای گروه آزمایش درمان در ۱۰ جلسه و هر جلسه ۱ ساعت توسط پژوهشگر انجام شد و از تکنیک های آموزش حل مسئله، بازسازی شناختی، ورزش، برنامه ریزی فعالیت و استراحت، آموزش مسائل خستگی و مشاوره حمایتی استفاده شد. آموزش در اتاقی

1. Manual for Therapists: Cognitive Behaviour Therapy for CFS/ME

2. Burgess
3. Chalder

حل مسئله: به وسیله افزایش توانایی مراجعان جهت منطقی فکر کردن در خلال یک موفقیت، خلق جانشین‌های بالقوه و سپس انتخاب مناسب‌ترین راه حل. درمانگران مهارت‌های حیاتی زندگی را فراهم می‌آورند و به مراجعان در حل مشکلات مربوط به مواد و مشکلات روزمره کمک خواهند نمود. تکنیک حل مساله در این مداخله برای افزایش کفایت شخصی به کار می‌رود.

برای بررسی اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری بر خستگی سرطان اثر پیش آزمون به عنوان متغیر تعدیل کننده کنترل شد. برای انجام این عمل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری^۱ استفاده شد.

مقیاس خستگی ناشی از سرطان^۲ (CFS): مقیاس خستگی ناشی از سرطان اوکیاما^۳ و همکاران (۲۰۰۰) دارای ۱۵ سوال می باشد که سه مولفه ی جسمانی (سوالات ۱-۲-۳-۶-۹-۱۲-۱۵)، عاطفی (سوالات ۵-۸-۱۱-۱۴)، و شناختی (سوالات ۴-۷-۱۰-۱۳) را مورد ارزیابی قرار می

دهد. این مقیاس با یک طیف پنج درجه ای که نمره‌ای بین صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) دریافت می کند وضعیت اخیر بیمار در خستگی از سرطان را نشان می دهد (شان، ۲۰۰۵). به این ترتیب درجه احتمالی خستگی در بعد جسمانی بین ۰ تا ۲۸، در بعد عاطفی بین ۰ تا ۱۶، در بعد شناختی

بین ۰ تا ۱۶ و نمره کلی خستگی بین ۰ تا ۶۰ متغیر است (میانگین وزنی تمام مولفه ها بین ۰ تا ۴ است که در این مطالعه از میانگین وزنی استفاده شده است).

اعتبار این مقیاس در مطالعات خارجی (اوکیاما و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل از حقیقت و همکاران؛ کرز^۴ و همکاران، ۲۰۰۸) و داخلی (حقیقت و همکاران، ۱۳۸۷) گزارش شده است. در پژوهش حقیقت و همکاران اعتبار^۵ پرسشنامه با استفاده از ضریب کرونباخ در ابعاد مختلف جسمانی، عاطفی، شناختی و نمره کل خستگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۸۵ و ۰/۹۵ محاسبه گردید که در حد رضایت بخشی بود (کمانگار و همکاران، ۲۰۰۶). در این مطالعه نیز اعتبار از روش

همسانی درونی به شیوه ی آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب در سه مولفه جسمانی، عاطفی و شناختی ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۵ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ بود.

یافته ها

برای بررسی نقش آموزش شناختی-رفتاری بر خستگی سرطان میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و کنترل در سه مولفه ی جسمانی، عاطفی، فیزیکی و نمره ی کل خستگی به صورت جداگانه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل و آزمایش

4. Kröz
5. Reliability

1. MANCOVA
2. Cancer fatigue scale
3. Okuyama

| گروه کنترل | | | | گروه آزمایش | | | | متغیر |
|------------|------|-----------|------|-------------|------|-----------|------|----------|
| پس آزمون | | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیش آزمون | | |
| SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | |
| ۰/۵۶ | ۲/۳۶ | ۰/۶۲ | ۲/۳۸ | ۰/۹۰ | ۱/۴۴ | ۰/۷۱ | ۲/۷ | جسمانی |
| ۰/۷۴ | ۱/۹۲ | ۰/۷۳ | ۱/۹ | ۰/۸۶ | ۱/۳۵ | ۰/۹۸ | ۲/۲۸ | عاطفی |
| ۰/۷۹ | ۲/۰۳ | ۰/۷۷ | ۱/۸۸ | ۰/۷۲ | ۱/۲۳ | ۰/۹۲ | ۲/۴۷ | فیزیکی |
| ۰/۶۲ | ۲/۱۶ | ۰/۵۹ | ۲/۱۲ | ۰/۷۸ | ۱/۳۶ | ۰/۷۵ | ۲/۵۳ | کل خستگی |

حجم هر گروه ۱۵ نفر

گرفت که همبستگی ها وجود ارتباط بین پیش آزمون و پس آزمون را مورد تایید قرار داد. همبستگی های گروه آزمایش در سمت راست و پایین ماتریس همبستگی گزارش شده است و همبستگی های گروه کنترل در بالا و سمت چپ ماتریس همبستگی گزارش شده است.

نقش پیش آزمون بر روی پس آزمون از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری کنترل شد. شرط اصلی و مهم استفاده از این آزمون همگنی ضرایب رگرسیونی بود که به همین دلیل در جدول ۲ میزان همبستگی های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پیش آزمون و پس آزمون جسمانی، عاطفی و شناختی مورد بررسی قرار

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین مولفه های خستگی سرطان در پیش آزمون و پس آزمون (پایین و سمت راست گروه آزمایش، بالا و سمت چپ گروه کنترل)

| ردیف | متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ |
|------|------------------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|
| ۱ | پیش آزمون جسمانی | | ۰/۸۰* | ۰/۵۱** | ۰/۵۵* | ۰/۵۶* | ۰/۵۳** |
| ۲ | پس آزمون جسمانی | ۰/۷۹* | | ۰/۶۴* | ۰/۷۲* | ۰/۷۰* | ۰/۸۰* |
| ۳ | پیش آزمون عاطفی | ۰/۷۰* | ۰/۶۵* | | ۰/۹۴* | ۰/۹۰* | ۰/۸۰* |
| ۴ | پس آزمون عاطفی | ۰/۶۷* | ۰/۸۳* | ۰/۸۱* | | ۰/۸۵* | ۰/۸۰* |
| ۵ | پیش آزمون شناختی | ۰/۶۲* | ۰/۵۳** | ۰/۷۷* | ۰/۵۲** | | ۰/۹۶* |
| ۶ | پس آزمون شناختی | ۰/۷۴* | ۰/۷۳* | ۰/۸۳* | ۰/۸۴* | ۰/۷۵* | |

$P < 0.01$ * $p < 0.05$ ** $n_1 = 15$ $n_2 = 15$

شناختی ($F_{28,1} = 1/28$, $p = 0/21$) در دو گروه همگنی برقرار است. همچنین مقدار آماره ی چند متغیری لامبدای ویلکز ($F_{23,3} = 21/96$)، و اثر پیلایی ($F_{23,3} = 21/96$)، $(p = 0/001)$ ، نشان داد بین دو گروه آزمایش و

پس از بررسی برقرار بودن ضرایب همگنی رگرسیونی، همگنی واریانس بین دو گروه در متغیرها بررسی شد. آزمون لوین نشان داد بین نمرات پس آزمون مولفه ی جسمانی ($F_{28,1} = 1/46$)، عاطفی ($F_{28,1} = 2/89$)، $(p = 0/10)$ و

نتایج تحلیل واریانس نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مولفه ی جسمانی، عاطفی و شناختی تفاوت معناداری وجود دارد و در هر سه مولفه میانگین گروه آزمایش پایین تر از گروه کنترل بود.

کنترل تفاوت معناداری در مولفه های خستگی سرطان وجود دارد. بررسی تفاوت موجود بین مولفه ها از تحلیل واریانس یک راهه انجام شد که نتایج آن در جدول 3 گزارش شده است.

جدول 3. تحلیل واریانس یک راهه بررسی تفاوت بین مولفه های خستگی سرطان

| منبع اثر | متغیر | مجموع مجزورات | df | میانگین مجزورات | F | P | مجذور اتا | توان |
|----------|--------|---------------|----|-----------------|-------|-------|-----------|------|
| گروه | جسمانی | ۹/۳ | ۱ | ۹/۳ | ۴۳/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ | ۱ |
| | عاطفی | ۴/۸۲ | ۱ | ۴/۸۲ | ۲۷/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ | ۰/۹۹ |
| | شناختی | ۹/۹ | ۱ | ۱/۹ | ۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۷۳ | ۱ |
| خطا | جسمانی | ۵/۲۹ | ۲۵ | ۰/۲۱ | | | | |
| | عاطفی | ۴/۴۲ | ۲۵ | ۰/۱۸ | | | | |
| | شناختی | ۳/۷۵ | ۲۵ | ۰/۱۵ | | | | |

نتیجه گیری و بحث

همانطور که قبلا بیان شد، خستگی سرطان داراری ابعاد جسمانی، عاطفی و شناختی است. شاید این تصور ایجاد شود که برای جلوگیری از خستگی جسمی بهتر است بیماران به دنبال دوره های استراحت و یا کاهش فعالیت های فیزیکی باشند. با این حال، چنین توصیه ای به شکلی متناقض به علت عادت های کم تحرکی و کاتابولیسم^۱ عضلات و در نتیجه کاهش بیشتر در ظرفیت عملکردی، می تواند باعث تشدید علائم خستگی شود (لوکا^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). از دیگر عوامل موثر در خستگی جسمانی می توان به افسردگی و درد اشاره نمود (حقیقت و همکاران، ۱۳۸۷). برخی تکنیک های درمان شناختی رفتاری بکارگرفته شده در این پژوهش منجمله: آموزش حل مسئله، بازسازی شناختی و مشاوره حمایتی می توانند در تسکین افسردگی و درد نقش

هدف این مطالعه بررسی اثر بخشی آموزش شناختی-رفتاری در کاهش خستگی سرطان بود. به همین منظور زنانی که دوره ی سرطان را حداقل شش ماه گذرانده بودند انتخاب شدند و این آموزش را دریافت کردند و گروهی همتا شده با این گروه نیز وجود داشت که هیچ آموزشی دریافت نکردند. نتایج بدست آمده نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و گروه آزمایش پس از دریافت آموزش کاهش معناداری در میانگین خستگی (جسمانی، عاطفی و شناختی) سرطان خود داشتند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعات گیون و همکاران (۲۰۰۴)؛ جلسین و همکاران (۲۰۰۶) وان و همکاران (۲۰۱۰) همسو است.

(بدریختی)، عزت نفس، تغییر در نقش اجتماعی و سبک زندگی اشاره کرد (کروز^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش‌های درمان شناختی رفتاری حاکی از آنست که می‌تواند عوامل ایجاد و پیامدهای خستگی شناختی را تسکین دهد. به طور مثال ترس از مرگ و درد به عنوان رویدادهای کنترل ناپذیر و عامل درماندگی افراد سرطانی توسط درمان CBT، کاهش و کنترل یافته‌اند (□□□□□□□□ و همکاران، ۲۰۰۷؛ تاترو^۶، ۲۰۰۶).

پیامدهای خستگی شناختی مثل اضطراب و افسردگی از منابع پیش‌بینی کننده خستگی سرطان در کوتاه مدت و عامل قوی برای خستگی در دراز مدت هستند. پژوهش‌های بسیاری تاثیر CBT بر کاهش اضطراب و افسردگی را نشان داده‌اند که می‌توان از میان آنها به مواردی مثل چو^۷ ۲۰۰۷ و هاریسون^۸، اوسبرن^۹ ۲۰۰۶، دمونکادا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶؛ دانلی^{۱۱}، و همکاران اشاره نمود.

تکنیک‌هایی مثل بازسازی شناختی و آموزش حل مسئله برای کاهش این اختلال اهمیت ویژه ای دارد. در بازسازی شناختی می‌توان به بیمار گوشزد کرد که قسمتی از خستگی وی جنبه تلقینی و بزرگنمایی دارد و نتیجه تحریفات شناختی وی است. به طور مثال بیمار در زمینه خستگی فاجعه آمیزی کرده، خستگی خود را بیش از حد می‌داند و در طی آن خود را از فعالیت‌های بسیاری محروم می‌کند و نیز بر اثر بزرگ نمایی، کاستی‌های

بسزایی را ایفا نمایند (مالوف^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ بوتر و همکاران، ۲۰۰۶؛ توماس^۲، ۲۰۰۴؛ دیوین^۳، ۲۰۰۳). از مداخلات شناختی رفتاری که خستگی جسمانی را مدنظر داشته و پس از درمان این متغیر را ارزیابی کرده‌اند می‌توان به مطالعه (وان و همکاران، ۲۰۱۰) اشاره نمود که هم راستای این پژوهش، کاهش خستگی جسمانی را گزارش کردند

خستگی نیز ممکن است به صورت کاهش انگیزه، فقدان علاقه، احساس خستگی و یا به صورت یک ناتوانی برای شروع وظایف و یا اجتناب از مراودات اجتماعی و یا سایر فعالیت‌ها صورت گیرد. خستگی روانی اغلب پس از تجربه سطح بالایی از استرس و یا شرایط عاطفی رخ می‌دهد (دیمو و همکاران، ۲۰۰۸). در این پژوهش خستگی روانی با خستگی شناختی (درماندگی) تداعی می‌شود. بر اساس مدل خستگی شناختی (درماندگی) و نحوه ارتباط آن با خستگی سرطان، عامل ایجاد خستگی شناختی (درماندگی)، مواجهه با رویدادهای غیر قابل کنترل است و پیامدهای آن نیز کاهش انگیزش تعمیم یافته، کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه، بازداری اطلاعات و به طور کلی افسردگی و اضطراب می‌باشد.

از رویدادهای غیر قابل کنترل افراد سرطانی می‌توان به عوامل استرس زا و تحولات عاطفی چون ترس از مرگ، قطع برنامه‌های زندگی، تغییر در نمای بدن

7 . Chu
8 . Harrison
9 . Osborn
10 . Demoncada
11 . Donnelly

1 . Malouff
2 . Thomas
3 . Devine
4 . Kröz
5 . Pasquini
6 . Tatrow

مفید واقع می‌شود. از جمله مطالعات شناختی رفتاری که کاهش خستگی روانی را اعلام نموده‌اند، می‌توان به پژوهش وان و همکاران اشاره نمود (۲۰۱۰).

به جز خرده مقیاس‌های خستگی مثل خستگی جسمانی و خستگی روانی عاطفی، که نتایج آن در اکثر پژوهش‌ها اعلام نشده است، پژوهش‌هایی که اثر درمان شناختی رفتاری را بر کاهش خستگی سرطان سنجیده‌اند، همگی هم راستای این پژوهش بوده و کاهش خستگی کلی را تایید نموده‌اند. با این وجود باید توجه کرد که نتایج این پژوهش قابل تعمیم به سایر گروه‌ها نیست و از آنجا که عدم همکاری تعدادی از شرکت کنندگان بعد از آموزش و اجرای پیش‌آزمون، امکان پیگیری را از بین برد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این نکته مورد توجه قرار گیرد.

شناختی خود را بیش از اندازه می‌پندارد، خود را درمانده دانسته و نتیجتاً فعالیت‌های شناختی خود را کاهش می‌دهد. این امر می‌تواند به صورت یک چرخه و دور باطل عمل نماید و باعث خستگی فرد در دراز مدت شود. در بازسازی شناختی و در مقابله با شناخت‌های تحریف شده این دور باطل شکسته شده و فرد هم در ابعاد روانی عاطفی و هم جسمانی دچار کاهش خستگی می‌شود. همچنین فرد در آموزش حل مسئله به توصیه درمانگر و توافق خویش، دست به دور جدیدی از فعالیت‌های شناختی سازنده می‌زند که نتیجه آن بازخوردهای موفقیت آمیز و از بین رفتن تحریف‌های شناختی مربوط به کاستی‌های شناختی است.

از این رو در مطالعه فرگوسن^۱ و همکاران (۲۰۱۲)؛ پیشنهاد می‌شود درمان شناختی رفتاری که تأکید بر عملکرد بهبود در بعد شناختی دارد، برای بیماران مبتلا به اختلال شناختی پس از درمان سرطان، بسیار

References

- Barton DL, Liu H, Dakhil SR, Linquist BM, Sloan JA, Nichols CR, et al. Phase III evaluation of American ginseng (*panax quinquefolius*) to improve cancer-related fatigue: NCCTG trial N07C2. *J Clin Oncol*. 2012;30(Suppl):9001.
- Brown LF, Kroenke K. Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics*. 2009;50(5):440-7.
- Burgess, M., Chalder, T. (2004). *Manual for Therapists: Cognitive Behaviour Therapy for CFS/ME*, 73-105.

Available from: <http://www.pacetrail.org/docs/cbt-therapist-manual.pdf>.

- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*. 2006;26(1):17-31.
- cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2006;24(30):4882-7.
- Chu BC, Harrison TL. Disorder-specific effects of CBT for anxious and

1. Ferguson

depressed youth: a meta-analysis of candidate mediators of change. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2007;10(4):352-72.

De Jong N, Courtens AM, Abu-Saad HH, Schouten HC. Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a review of the literature. *Cancer nursing*. 2002;25(4):283-97.

Devine EC, editor Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncology Nursing Forum*; 2003: Onc Nurs Society.

Dimeo F, Schwartz S, Wesel N, Voigt A, Thiel E. Effects of an endurance and resistance exercise program on persistent cancer-related fatigue after treatment. *Annals of oncology*. 2008;19(8):1495-9.

Escalante CP. Treatment of cancer-related fatigue: an update. *Supportive care in cancer*. 2003;11(2):79-83.

Fagundes CP, Glaser R, Alfano CM, Bennett JM, Povoski SP, Lipari AM, et al. Fatigue and herpesvirus latency in women newly diagnosed with breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*. 2012;26(3):394-400.

Ferguson RJ, McDonald BC, Rocque MA, Furstenberg CT, Horrigan S, Ahles TA, et al. Development of CBT for chemotherapy-related cognitive change: results of a waitlist control trial. *Psycho-Oncology*. 2012;21(2):176-86.

Gielissen M, Verhagen C, Bleijenberg G. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer in severely fatigued disease-free

Given C, Given B, Rahbar M, Jeon S, McCorkle R, Cimprich B, et al. Effect of a cognitive behavioral intervention

on reducing symptom severity during chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*. 2004;22(3):507-16.

Goedendorp MM, Peters ME, Gielissen MF, Witjes JA, Leer JW, Verhagen CA, et al. Is increasing physical activity necessary to diminish fatigue during cancer treatment? Comparing cognitive behavior therapy and a brief nursing intervention with usual care in a multicenter randomized controlled trial. *The oncologist*. 2010;15(10):1122-32.

Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(1):9-19.

Haghighat Sh, Montazeri A, Akbari MA, Holakouee k, Rahimi A, Predictors of fatigue in patients with breast cancer. *Journal of Breast Disease*. 1387 ; :17-24.[persion]

Hickok JT, Morrow GR, McDonald S, Bellg AJ. Frequency and correlates of fatigue in lung cancer patients receiving radiation therapy: implications for management. *Journal of pain and symptom management*. 1996;11(6):370-7.

Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *New England Journal of Medicine*. 2001;344(21):1594-1602.

Kahrazy F, Danesh A, Azad Fallah P, The effectiveness of cognitive behavior therapy in improving the quality of life of cancer patients. *Journal of Applied Psychology*. 1390; 18(2): 23-7. .[persion]

- Kalantari M, Molavi H, Jafari A, The effect of cognitive remediation on reducing learned helplessness male students. *Recentiy in cognitive Sciences, Psychology and Education*. 1390; 11:10 ° 15. [persion]
- Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *Journal of clinical oncology*. 2006;24(14):2137-50.
- Kos D, Kerckhofs E, Nagels G, D hooghe M, Ilsbroux S. Origin of fatigue in multiple sclerosis: review of the literature. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2007; 22(1), 91-100
- Kröz M, Zerm R, Reif M, Von Laue H, Schad F, Büsing A, et al. Validation of the German version of the Cancer Fatigue Scale (CFS-D). *European Journal of cancer care*. 2008;17(1):33-41.
- Lucía A, Earnest C, Pérez M. Cancer° related fatigue: can exercise physiology assist oncologists? *The lancet oncology*. 2003;4(10):616-25.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2007;27(1):46-57.
- Minton O, Richardson A, Sharpe M, Hotopf M, Stone P. A systematic review and meta-analysis of the pharmacological treatment of cancer-related fatigue. *Journal of the National Cancer Institute*. 2008;100(16):1155-66.
- Mustian KM, Morrow GR, Carroll JK, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Williams GC. Integrative nonpharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue. *The oncologist*. 2007;12(Supplement 1):52-67.
- Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(4):579.
- Okuyama, T., Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Shima, Y., Maruguchi, M., . . . Uchitomi, Y. (2000). Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *Journal of pain and symptom management, 19*(1), 5-14.
- Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2006;36(1):13-34.
- Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2007;3(1):2.
- Sadock BG, Sadock BA, Summery of kapldock and sandock. Foster Farzin translation. Volume 3. Tehran : Publication Arjmand; 1389.[persion]
- Servaes P, Verhagen CA, Bleijenber G. Relations between fatigue, neuropsychological functioning, and physical activity after treatment for breast carcinoma. *Cancer*. 2002;95(9):2017-26.

- Shun S-C, Beck SL, Pett MA, Berry PH. Psychometric testing of three Chinese fatigue instruments in Taiwan. *Journal of pain and symptom management*. 2006;32(2):155-67.
- Smets E, Visser M, Willems-Groot A, Garssen B, Oldenburger F, Van Tienhoven G, et al. Fatigue and radiotherapy:(A) experience in patients undergoing treatment. *British Journal of Cancer*. 1998;78(7):899.
- Spathis A, Dhillan R, Booden D, Forbes K, Vrotsou K, Fife K. Modafinil for the treatment of fatigue in lung cancer: a pilot study. *Palliative medicine*. 2009;23(4):325-31.
- Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*. 2006;29(1):17-27.
- van Weert E, May AM, Korstjens I, Post WJ, van der Schans CP, van den Borne B, et al. Cancer-related fatigue and rehabilitation: a randomized controlled multicenter trial comparing physical training combined with cognitive-behavioral therapy with physical training only and with no intervention. *Physical therapy*. 2010;90(10):1413-25.
- Wagner L, Cella D. Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches. *British Journal of Cancer*. 2004;91(5):822-8.
- Wode K, Schneider T, Lundberg I, Kienle GS. Mistletoe treatment in cancer-related fatigue: a case report. *Cases journal*. 2009;2(1):77.
- Young KE, White CA. The prevalence and moderators of fatigue in people who have been successfully treated for cancer. *Journal of psychosomatic research*. 2006;60(1):29-38.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی