

تأثیر مشاوره بر کاهش افسردگی و ناامیدی نوجوانان لوسمیک افسرده در بیمارستان شفای دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دکتر منیجه شهنی ییلاق*

شرافت اکابریان**

چکیده

در این پژوهش تأثیر مشاوره بر کاهش افسردگی و ناامیدی نوجوانان لوسمیک افسرده در بیمارستان شفای دانشگاه علوم پزشکی اهواز بررسی شده است. بدین منظور ۱۰۰ نفر دختر و پسر بیمار (۲۰-۱۱ ساله) مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۲۶ نفر افسرده تشخیص داده شدند. نوجوانان لوسمیک افسرده به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه مشاوره شدید. فرض بر این بود که میزان افسردگی و ناامیدی نوجوانان لوسمیک بعد از مشاوره به طور معنی داری کاهش می‌یابد. آزمودنیها به سه پرسشنامه: افسردگی بک، افسردگی کودکان و ناامیدی بک، پاسخ دادند. پرسشنامه افسردگی بک برای تشخیص مورد استفاده قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که، پس از مشاوره، بین میزان افسردگی و ناامیدی گروه آزمایشی و گواه تفاوت معنی دار وجود دارد. این یافته‌ها بر اهمیت مشاوره در کاهش افسردگی و ناامیدی بیماران لوسمیک افسرده تأکید دارد.

کلید واژگان: لوسمیک، سرطان، افسردگی، ناامیدی و مشاوره

مقدمه

دوری از استرس ناشی از بیماری جز از طریق اعتماد و ارتباط متقابل بین روان درمانگر و بیمار و استفاده از شیوه‌های روان درمانی میسر نیست.

اصطلاح سرطان^۱ یک بیان عمومی برای بدخیمی است و از کلمه‌ای یونانی مترادف با خرچنگ گرفته شده است. در اکثر موارد، پیدایش سرطان ممکن است در اثر ترکیبی از عوامل محیطی و عوامل مربوط به میزبان باشد. تصور بر این است که در بالغین ۶۰ تا ۹۰ درصد سرطانهایی که به طور اولیه در ارگانهایی که مستقیماً با محیط تماس دارند رخ می‌دهد، در نتیجه عوامل کارسینوژنهای^۲ محیطی باشد. علاوه بر عوامل محیطی فاکتورهای با اهمیتی نیز ممکن است در میزبان وجود داشته باشد که مانع از پیدایش سرطان شود. به عنوان مثال، همه افرادی که در محیطهای روباز و در زیر نور شدید خورشید کار می‌کنند دچار سرطان پوست نمی‌شوند و تمام سیگاریها مبتلا به سرطان ریه نمی‌گردند. در پیدایش سرطان، شواهد به نفع نظریه عوامل متعدد^۳ می‌باشد. به عنوان مثال، در تومورهایی از قبیل سرطان کولون، شواهد

امروزه سرطان به عنوان یک عارضه مزمن و صعب‌العلاج که به ندرت قابل درمان می‌باشد، شناخته شده است. معمولاً پس از تشخیص اولیه و اعلام آن از جانب پزشک، فرایند درمان وارد مرحله توین و حساسی می‌شود. اغلب بیماران در پاسخ به تشخیص اولیه دچار شوک و استرس شده و از خود حالت انکار نشان می‌دهند. بروز نشانه‌های بیماری، احساس ضعف و درد، از دست دادن تواناییها و باور این نکته که مرگ تدریجاً نزدیک می‌شود یک بحران حاد روانی را پی‌ریزی می‌کند، که به تدریج در اکثر بیماران افسردگی را پدیدار می‌سازد. آشکار شدن اختلال افسردگی مسئولیت سنگینی را چه از لحاظ علمی و چه از نظر اخلاقی بر دوش کادر پزشکی، منجمله پرستاران می‌گذارد.

افسردگی، ناامیدی، خشم و گاه گرایش به خودکشی در این بیماران به وفور مشاهده شده است. افسردگی شدید این افراد اغلب باعث می‌شود که آنها باقی مانده عمر خود را در انتظار مرگ با درد و رنج فراوان سپری کنند. برای رفع افسردگی تدابیر مشاوره‌ای حائز اهمیت است، زیرا سازگاری با بیماری، حفظ روحیه مبارزه‌جویی، لذت بردن از فرصتها و

1- cancer 2- carcinogens
3- multifocal carcinogenesis

مستقیم حاکی از آن است که مجموعه‌ای از تغییرات^۱ در سلول‌ها رخ می‌دهد، از جمله می‌توان به فعال شدن پروتئوکوزنها، غیرفعال شدن ژنهای مهارکننده و ناهنجاریهای کروموزومی اشاره نمود.

همچنین سرطانهای دوران کودکی نسبت به بزرگسالی گوناگونی بیشتری دارند. در کودکان، لوسمی^۲ و تومورهای مغزی شایع‌ترین بدخیمیها هستند (نلسون^۳، ۱۹۹۰، ترجمه همت‌خواه و دیگران، ۱۳۷۳). لوسمی عبارت است از اختلال در تکامل و تزیاید کنترل نشده در یک یا چند رده سلولهای خونی

و بر حسب این که کدام رده گرفتار شده باشد، لوسمی نام همان رده را به خود می‌گیرد (سلجوقی، ۱۳۷۲). ضیایی (بدون سال) لوسمیها را بر اساس نوع سلولهای تکثیر یابنده به سه دسته کلی تقسیم می‌کند: ۱) لوسمی حاد لنفوبلاستیک^۴ - این نوع لوسمی شایع‌ترین بدخیمی دوران کودکی است و در آن اغلب سلولهای مغز استخوان را بلاستها

1- cumulative changes

2- leukemia 3- Nelson

4- acute lymphoblastic leukemia

5- acute non lymphoblastic leukemia

6- chronic leukemia

7- Sarafino 8- Barry

9- Otto

10- Whaley and Wong

تشکیل می‌دهند، ۲) لوسمی حاد غیر لنفوبلاستیک^۵ - این نوع لوسمی گروه نامتجانسی از بدخیمیهای خونی است که سلولهایی غیر از سلولهای با منشأ لنفوئید را در مغز استخوان درگیر می‌سازد و ۳) لوسمی

مزمن^۶ - این نوع لوسمی در کودکان کم سن و سال نادر است ولی در نوجوانان شایع‌تر می‌باشد.

در رابطه با شیوع سرطان نظریات متعددی وجود دارد. سارافینو^۷ (۱۹۹۸) می‌نویسد هر سال سرطان بیش از ۵۲۰۰۰۰ آمریکایی را از بین می‌برد و بیش از ۱/۳ میلیون بیمار جدید تشخیص داده می‌شود. باری^۸ (۱۹۹۸) خاطر نشان می‌سازد که در این دهه ۱۱ میلیون مورد جدید سرطان تشخیص داده شده است و قریب ۶ میلیون نفر در ایالات متحده آمریکا از سرطان می‌میرند.

سرطان هر ساله حدوداً ۸۳۰۰۰ کودک را در ایالات متحده آمریکا گرفتار می‌کند و لوسمی شایع‌ترین نوع سرطان در افراد زیر ۱۵ سال است. از سال ۱۹۶۰ روشهای درمانی پیشرفته میزان مرگ و میر ناشی از سرطان را در کودکان تا حدود ۶۰ درصد کاهش داده است (اتو^۹، ۱۹۷۷). در همین رابطه، ویلی و ونگ^{۱۰}

درمانهای انجام شده دچار نقص سیستم ایمنی و در نتیجه محدودیت در انجام بسیاری از کارها شده‌اند که نهایتاً ممکن است دچار افسردگی و ناامیدی شوند (ودرآل^۱، لدینگهام^۲ و وارل^۳، ۱۹۸۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۶۳). با توجه به این که افسردگی از شایع‌ترین اختلالات خلقی در بیماران سرطانی است به بحث مختصری راجع به آن می‌پردازیم.

افسردگی از زمانهای بسیار دور در نوشته‌ها آمده است و توصیفهایی از آنچه امروزه اختلالات خلقی نامیده می‌شود در بسیاری از مدارک طبی قدیم وجود دارد. افکار منحرف و فریب آلود، احساسات غم و اندوه، عدم اعتماد به نفس، بی‌تفاوتی و بی‌حوصلگی، خستگی و ضعف، ناامیدی و یأس و... از ویژگیهای فرد افسرده می‌باشد (نینوایی، ۱۳۷۴). ضیایی (بدون سال) مشخصات فرد افسرده را غمگینی و ناشادی می‌داند که غالباً توسط رفتار تهاجمی نشان داده می‌شود. رفتار ستیزه‌جویانه، گستاخی، مقاومت در برابر یادگیری و امتناع از رفتن به مدرسه واکنشهای متداول کودک افسرده است. علاقه به بازی و سرگرمی نیز کم می‌شود و کودک یک تصویر

(۱۹۹۱) اظهار می‌دارند که در آمریکا شیوع لوسمی در کودکان سفید پوست ۴/۲ در ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد. کودکان مبتلا به لوسمی لنفوبلاستیک حاد تا قبل از استفاده از داروهای شیمی درمانی فقط به مدت ۲-۳ ماه زنده می‌ماندند ولی اخیراً با درمانهای انجام شده ۶۰ درصد آنان می‌توانند تا ۵ سال زنده بمانند. همچنین اتو (۱۹۹۷) می‌نویسد ۲۷۶۰۰ نمونه جدید لوسمی در سال ۱۹۹۶ در ایالت متحده آمریکا گزارش شده است که ۲۸۰۰ مورد در کودکان و ۲۴۸۰۰ مورد در بزرگسالان مشاهده شده است.

با توجه به شیوع بالای سرطان و لوسمی در کودکان و نوجوانان می‌توان به اهمیت روشهای درمانی روان شناختی برای پیشگیری از عوارض و مشکلات روانی آن پی برد. با به کارگیری روشهای درمانی، سرطان از یک بیماری غیرقابل علاج به یک بیماری مزمن و در مواردی قابل علاج تبدیل شده است و به همین دلیل بیمارانی که مبتلا به سرطان بوده و زنده می‌مانند جمعیت بزرگ و در حال رشدی را تشکیل می‌دهند که نیازهای روانی آنان باید مورد توجه قرار گیرد (نیری کمال، ۱۳۷۲). به علاوه نوجوانان مبتلا به لوسمی به علت حساسیت دوره نوجوانی، ماهیت بیماری و

1- Weatherall 2- Ledingham

3- Warrell

منفی از خود تجسم می‌کند. کم شدن اشتها، کاهش وزن، سردرد و دل درد نیز در این قبیل کودکان و نوجوانان مشاهده می‌شود. در بیماران سرطانی افسردگی عکس العمل رایجی است. کاپلان^۱ (کاپلان، سادوک^۲ و گرب^۳، ۱۹۹۴؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۵) خاطر نشان می‌سازد که افکار و اقدام به خودکشی غالباً با اختلال افسردگی رابطه دارد. این پدیده انتحاری خصوصاً در نوجوانی یک مسئله رو به رشد برای بهداشت روانی عمومی است. وقتی افسردگی شدید باشد، فکر خودکشی نیز افزایش می‌یابد، مع هذا خودکشی موفق در سنین زیر ۱۲ سال بسیار نادر است. همچنین به منظور بررسی و تعیین واکنشهای روانی عمده در کودکان مبتلا به بیماریهای بدخیم، ویست^۴، راجنتی^۵، ویست و سایمز^۶ (۱۹۹۱) در فنلاند، پژوهشی انجام دادند. ۵۳ نفر از بیماران حاضر شدند در این پژوهش شرکت کنند. ۴۸ نفر از این نمونه لوسمی لنفوبلاستیک حاد و ۵ نفر لنفومای غیرهوچکینی داشتند. نتایج نشان داد که بیمارانی که آگاهی و دانش کافی در مورد بیماری خود داشتند نسبت به بیمارانی که آگاهی کمتری داشتند، افسردگی کمتری نشان دادند.

آتش‌پور و شهررضایی (۱۳۷۵) پژوهشی در خصوص مسأله افسردگی در بیماران سرطانی در بیمارستان امید اصفهان بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان انجام دادند. ۶۰ درصد این بیماران دچار افسردگی شدید و ۳۶/۶ درصد گرفتار افسردگی متوسط بودند. فقط یک نفر (۳/۴ درصد) مبتلا به افسردگی خفیف بود.

نلسون (۱۹۸۷)؛ ترجمه موحدی و توحیدی، (۱۳۷۲) خاطر نشان می‌سازد که بیماران افسرده مبتلا به سرطان خیلی خوب به روان درمانی پاسخ می‌دهند. یکی از راههای درمان ایجاد یک رابطه مفید و حمایت مداوم می‌باشد که در صورت لزوم می‌بایست مستحکم شود. یکی از مهمترین مسائل مورد توجه باید حمایت روانی و عاطفی بیمار و خانواده او باشد. بهترین تدبیر در برخورد با نوجوان سرطانی و والدین او، راستی و صداقت در بیان واقعیتهاست. باید تمام چیزهایی که فرد می‌تواند بفهمد یا دانستن آنها برای او سودمند است یا دوست دارد، به وی گفته شود. باید مسائل خاصی از قبیل ریختن

1- Kaplan

2- Sadock

3- Grebb

4- Kvist

5- Rajantie

6- Siimes

ایمنولوژیک مطالعه‌ای انجام داد. در این مطالعه برای بیماران گروه آزمایش جلسات مشاوره گروهی تشکیل می‌داد و راجع به مشکلات، نگرانیها، آموزش فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامتی، فنون ایجاد تطابق مثبت و تکنیک کنترل استرس گفتگو می‌کرد. بیماران گروه گواه هیچ گونه تدابیر روانی- اجتماعی دریافت نکردند. نتایج حاصل نشان داد که بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه گواه از نظر عملکرد ایمنی بهتر شده و توان بیشتری برای رفتارهای تطابقی داشته و کمتر دچار افسردگی شدند. پس از ۶ ماه معلوم شد که ۲۹ درصد از گروه گواه و فقط ۹ درصد از گروه آزمایش مرده بودند.

مطالعه دیگری توسط هلگسن^۳ و کوهن^۴ (۱۹۹۶) در ایالات متحده آمریکا انجام شد. در این مطالعه بقای بیماران سرطانی بعد از یک دوره مداخله یک ساله بررسی شد. افراد گروه آزمایش در جلسات گروهی، که به طور هفتگی برگزار می‌شد، حضور می‌یافتند و این جلسات توسط درمانگرهایی هدایت می‌شد که در مرحله بهبودی سرطان بودند. این جلسات بیماران را قادر می‌ساخت که درباره

موها، طی شیمی درمانی، را پیش بینی کرد و به طور کامل راجع به آن بحث نمود. در ارتباط با بیماریهای مزمن کودکان، وارنی^۱ و والاندر^۲ (۱۹۹۴) حمایت اجتماعی را عامل مهمی برای مقابله با فشار مزمن دانسته‌اند. آنها در پژوهش خود اشاره کردند که آموزش مهارت‌های اجتماعی، صلاحیت اجتماعی کودکان با تشخیص جدید سرطان را بالا برده و در نتیجه ممکن است به برقراری ارتباطات اجتماعی مثبت با همکلاسیها و آموزگاران کمک کند. بنابراین روشهای روانی- اجتماعی نه تنها تطابق و سازگاری بیماران را نسبت به سرطان افزایش می‌دهد بلکه عمر آنها را طولانی‌تر می‌کند.

وارنی و والاندر (۱۹۹۴) در آمریکا به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی در سازگاری کودکان با تشخیص جدید سرطان پرداختند. نتایج نشان داد که بیماران که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت داشتند پریشانی روانی کمتر و عزت نفس بالاتری داشتند. در این پژوهش حمایت اجتماعی همکلاسیها مناسب‌ترین شاخص برای انطباق این کودکان بود.

سارافینو (۱۹۹۸) درباره تأثیر جلسات

گسروهی بر مسائل روان شناختی و

1- Varni

2- Wallander

3- Helgeson

4- Cohen

احساساتشان و فنون مقابله و آموزش خود-هیپنوتیزمی برای کنترل درد بحث کنند. طی یک پیگیری ۱۰ ساله بیمارانی که تدابیر روانی- اجتماعی دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه، ۱۸ ماه بیشتر زنده ماندند. یکی از راههای افسردگی در بیماران سرطانی تطابق آنها با خود بیماری می باشد. تکنیکهای رفتاری مانند هیپنوتیزم، خود-هیپنوتیزمی، حساسیت زدایی، حواس پرتی^۱ و مراقبه^۲ در محدوده وسیعی از انکولوژی مؤثر بوده است (نیری کمال، ۱۳۷۲). همچنین روان درمانی، به ویژه گروه درمانی نیز ممکن است بر افسردگی کوتاه مدت، اضطراب و علایم درد و میزان عود و بقای مبتلایان تأثیر داشته باشد (هریسون، ۱۹۹۱؛ ترجمه میرزایی و آراکلیان، ۱۳۷۶). علاوه بر درمان پزشکی، مشاوره و آرام سازی نیز می تواند در سازگاری روانی- اجتماعی، افزایش عملکرد ایمنی، بهبود کیفیت زندگی، افزایش انعطاف پذیری و تشویق این قبیل بیماران برای داشتن یک روحیه مبارزه طلبانه سودمند باشد (سارافینو، ۱۹۹۸). باری (۱۹۹۸) خاطر نشان می سازد در صورتی که بیمار در طی دوران بستری شدن در بیمارستان به هر دلیل افسرده شود یک مشاوره روان پزشکی بایستی درخواست شود.

با توجه به پژوهشهای یاد شده، مشکلات روانی بیماران مبتلا به لوسمی موضوع پژوهش بسیاری از پژوهشگران در جهان قرار گرفته است، ولی در ایران تاکنون توجه چندانی به آن نشده است. از آنجا که بیماران مبتلا به لوسمی، خصوصاً نوجوانان، در معرض خطر مشکلات روانی، به ویژه افسردگی هستند، لذا پژوهشگران بر آن شدند تا پژوهشی در رابطه با تأثیر مشاوره در کاهش افسردگی و ناامیدی نوجوانان لوسمیک افسرده انجام دهند. همچنین با توجه به نقش پرستاران در پیشگیری، آموزش، بهداشت و مشاوره (مارلو^۳، ۱۹۷۷؛ ترجمه آرزو مانیانس، ۱۳۷۲)، پژوهشگران با این سؤالها مواجه شدند که اولاً میزان شیوع افسردگی در نوجوانان مبتلا به لوسمی چقدر است؟ و ثانیاً مشاوره چه تأثیری در کاهش افسردگی و ناامیدی آنان دارد؟

اهداف اصلی این پژوهش عبارتند از "بررسی تأثیر مشاوره بر کاهش میزان افسردگی و ناامیدی نوجوانان لوسمیک افسرده در بیمارستان شفای دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال ۱۳۷۷". بررسی میزان شیوع افسردگی

1- distraction

2- meditation

3- Marlow

ابزار تحقیق

در این پژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه بالینی و پرسشنامه بود. از روش مصاحبه جهت گردآوری اطلاعات در خصوص بیماری نوجوانان لوسمیک استفاده شده است. پرسشنامه‌های مورد استفاده عبارتند از:

۱. پرسشنامه افسردگی بک^۲: این پرسشنامه توسط بک و همکاران (به نقل از شریف‌نیا، ۱۳۷۹) در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است و از ۱۳ ماده تشکیل شده است. این ابزار به عنوان یک ابزار تشخیصی به بیماران مبتلا به لوسمی داده شد. بیماری‌هایی که نمره‌های ۴-۵ کسب نمودند ثرمال، نمره‌های ۸-۵ افسرده خفیف، نمره‌های ۱۵-۹ افسرده متوسط و نمره‌های ۱۶ به بالا افسرده شدید تلقی شدند. به طور کلی افرادی که نمره ۹ و بالاتر کسب نمودند به عنوان لوسمیک افسرده معرفی شدند. این پرسشنامه مکرراً مورد استفاده قرار گرفته است و از روایی نسبتاً خوبی برخوردار می‌باشد. همسانی درونی ماده‌های این پرسشنامه از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش

در نوجوانان مبتلا به لوسمی در بیمارستان شفا دانشگاه علوم پزشکی اهواز نیز هدف دیگر این پژوهش بود. این پژوهش دو فرضیه زیر را به محک آزمایش گذاشته است:

۱. مشاوره بر کاهش میزان افسردگی نوجوانان لوسمیک افسرده تأثیر دارد.
 ۲. مشاوره بر کاهش میزان ناامیدی نوجوانان لوسمیک افسرده تأثیر دارد.
- همچنین در این پژوهش سعی شده است. به این سؤال که "میزان شیوع افسردگی در نوجوانان مبتلا به لوسمی در بیمارستان شفا دانشگاه علوم پزشکی اهواز چقدر است؟" پاسخ داده شود.

نمونه

جامعه آماری شامل ۱۰۰ نوجوان ۱۱ تا ۲۰ ساله مبتلا به لوسمی است که به بخشهای انکولوژی بیمارستان شفا دانشگاه علوم پزشکی اهواز جهت درمان مراجعه می‌کردند. از ۱۰۰ بیمار لوسمیک، ۲۶ نفر با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک^۱ افسرده تشخیص داده شدند. سپس این تعداد از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند.

1- Beck

2- Beck Depression Inventory

روشهای تنصیف و اسپیرمن- براون به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۶ و روایی آن را با استفاده از همبستگی با پرسشنامه ناامیدی بک ۰/۵۵ (در سطح معنی داری ۰/۰۰۳) به دست آوردند.

۳. پرسشنامه ناامیدی بک: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک (به نقل از مهریار، ۱۳۷۳) ساخته شده است و مجدداً در سال ۱۹۹۳ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. پرسشنامه ناامیدی بک شامل ۲۰ ماده صحیح و غلط است که مکرراً مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار پیش‌بینی کننده خوبی برای خودکشی می‌باشد و سه جنبه از ناامیدی را می‌سنجد: احساسات فرد درباره آینده، از دست دادن انگیزه و انتظارات. این ابزار نیز از روایی و پایایی نسبتاً خوبی برخوردار است.

روش انجام کار

جهت انجام این پژوهش، ابتدا به بخشهای انکولوژی کودکان، بزرگسالان و درمانگاه بیمارستان شفا مراجعه شد. سپس نوجوانان ۱۱ تا ۲۰ سال، از هر دو جنسیت، طبق معیارهای واحدهای مورد پژوهش، انتخاب

بازآزمایی از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (به نقل از تقوایی، ۱۳۷۶).

۲. مقیاس افسردگی کودکان (CDS-A^۱): مقیاس CDS در سال ۱۹۷۸ توسط تیشر و لنگ^۲ (به نقل از کرمی، ۱۳۷۵) ساخته شده و در سال ۱۹۸۳ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این ابزار شامل ۶۶ ماده است که ۱۸ ماده آن مربوط به خصوصیات مثبت و ۴۸ ماده آن در مورد افسردگی می‌باشد. در دو دهه اخیر این مقیاس در پژوهشهای روان‌شناسی بالینی مکرراً مورد استفاده قرار گرفته است. نجاریان (۱۳۷۳) روی این مقیاس تحلیل عوامل انجام داده و فرم کوتاهی از این مقیاس را تدوین نموده است. این فرم از ۲۵ ماده تشکیل شده است که دو خرده مقیاس دارد: خرده مقیاس CDS-A₁ بیشتر با ابعاد و جنبه‌های کلی و عمومی افسردگی و خرده مقیاس CDS-A₂ بیشتر با حالات و شرایط افسردگی در محیط مدرسه ارتباط دارد.

پایایی مقیاس CDS-A از طریق بازآزمایی ۶ هفته‌ای، ۰/۸۲ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ^۳ ۰/۹۶ گزارش شده است. روایی سازه‌ای و همزمان این مقیاس نیز رضایت بخش بوده است (به نقل از کرمی، ۱۳۷۵).

پژوهشگران نیز پایایی این ابزار را با استفاده از

- 1- Children's Depression Scale (Abbreviated Form)
- 2- Tisher and Lang
- 3- Cribbach's Alpha

شدند و جهت تشخیص افسردگی پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل نمودند. از ۱۰۰ بیمار لوسمیک، ۲۶ نفر افسرده تشخیص داده شدند. نوجوانان لوسمیک افسرده به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند و به هر دو گروه مقیاس CDS-A و پرسشنامه ناامیدی بک به عنوان پیش آزمون داده شد. سپس برای این که مشاوره در گروههای کوچک انجام شود گروه آزمایشی را به چهار زیرگروه (هر زیر گروه چهار نفر) تقسیم کرده و هر زیرگروه در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مشاوره شدند. کارهای انجام شده در جلسات مشاوره عبارت بودند از:

- ۱) تشخیص مشکلات عاطفی و روانی بیمار،
- ۲) تجزیه و تحلیل مشکلات،
- ۳) یافتن راه‌حلهای مناسب،
- ۴) حمایت و پذیرش بیمار،
- ۵) تأکید بر زمان حال و رفتار کنونی جهت تغییر رفتار بیمار،
- ۶) استفاده از روشهای تقویت،
- ۷) دادن تکالیف خواندنی، مانند مقاله "پیروزی بر سرطان" که غلبه بر ترس و اضطراب، پذیرش خود، حفظ و تداوم علایق و ارتباطات و درست زیستن و شاد زیستن، را نشان می‌دهد.

همچنین پاسخ به سؤالات بیمار در خصوص عوارض شیمی درمانی و غیره جزو کارهایی بود که در این جلسات مورد بررسی قرار گرفت. برنامه مشاوره برای تمام زیر گروههای گروه آزمایشی به همین صورت به اجرا در آمد. گروه گواه هیچ گونه مشاوره‌ای دریافت نکرد. در پایان، افسردگی و ناامیدی هر دو گروه سنجیده شد و تأثیر مشاوره در مورد گروه آزمایشی مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که مشاوره توسط یک کارشناس ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی (دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران) و پژوهشگر اول انجام شد.

یافته‌های پژوهش

در این قسمت ابتدا به شیوع افسردگی در نوجوانان مبتلا به لوسمی اشاره می‌شود، سپس آمار توصیفی مربوط به نمونه پژوهش و یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها ارائه می‌شود. جدول ۱ درصد نوجوانان مبتلا به لوسمی را در بیمارستان شفاي دانشگاه علوم پزشکی اهواز به تفکیک سن و جنسیت نشان می‌دهد. همچنان که مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد بیشترین درصد بیماران مبتلا به لوسمی (۶۸ درصد) مذکر هستند و از ۶۸ پسر

جدول ۱. فراوانی و درصد بیماران مبتلا به لوسمی بر حسب سن و جنسیت

جنسیت	سن		سال ۱۱-۱۴		سال ۱۵-۱۷		سال ۱۸-۲۰		جمع کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مؤنث	۱۴	۱۴	۶	۶	۱۲	۱۲	۳۲	۳۲	۳۲	۳۲
مذکر	۳۴	۳۴	۱۶	۱۶	۱۸	۱۸	۶۸	۶۸	۶۸	۶۸

مبتلا به لوسمی ۳۴ نفر (۳۴ درصد کل) در رده جنسیت نشان می دهد.

جدول ۲ بیانگر این است که بیشترین درصد بیماران مذکر مبتلا به لوسمی (۱۹) در رده سنی ۱۱-۱۴ سال، ۱۶ نفر (۱۶ درصد کل) در رده سنی ۱۵-۱۷ سال و ۱۸ نفر (۱۸ درصد کل) در رده سنی ۱۸-۲۰ سال قرار دارند. از ۳۲ دختر مبتلا به لوسمی ۱۴ نفر (۴۴ درصد کل) در رده سنی ۱۱-۱۴ سال، ۶ نفر (۱۹ درصد کل) در رده سنی ۱۵-۱۷ سال و ۱۲ نفر (۳۸ درصد کل) در رده سنی ۱۸-۲۰ سال قرار دارند.

جدول ۳ بیانگر این است که بیشترین درصد بیماران لوسمیک افسرده (۶۹/۲۳٪) مذکر هستند. از ۱۸ پسر لوسمیک افسرده ۵ نفر (۱۹/۲۳٪) در مقطع ابتدایی، ۱۰ نفر

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد افسردگی در بیماران مبتلا به لوسمی به تفکیک جنسیت

جنسیت	نمره های افسردگی		۰-۴		۵-۸		۹-۱۵		۱۶-۲۹		جمع کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مذکر	۳۱	۳۱	۱۹	۱۹	۱۶	۱۶	۲	۲	۶۸	۶۸	۶۸	۶۸
مؤنث	۱۱	۱۱	۱۳	۱۳	۶	۶	۲	۲	۳۲	۳۲	۳۲	۳۲

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد بیماران لوسمیک افسرده بر حسب جنسیت و پایه تحصیلی

جمع کل		دبیرستان		راهنمایی		ابتدایی		پایه تحصیلی جنسیت
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	مؤنث
۳۰/۷۷	۸	-	-	۱۵/۳۸	۴	۱۵/۳۸	۴	
۶۹/۲۳	۱۸	۱۱/۵۳	۳	۳۸/۴۷	۱۰	۱۹/۲۳	۵	مذکر

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار نمره‌های حیطه‌های مقیاس افسردگی را در گروه‌های آزمایشی و گواه قبل و بعد از اعمال مداخله نشان می‌دهد.

در مقطع راهنمایی و ۴ نفر (۱۵/۳۸٪) در مقطع ابتدایی و ۴ نفر (۱۵/۳۸٪) در مقطع دبیرستان قرار دارند. از ۳ نفر (۳۸/۴۷٪) در مقطع راهنمایی و ۳ نفر (۱۱/۵۳٪) در مقطع دبیرستان قرار دارند.

این جدول بیانگر آن است که میانگین نمره‌های پس آزمون حیطه ۱ مقیاس افسردگی در گروه آزمایشی (۳۸/۳۷) در مقایسه با میانگین نمره‌های پیش آزمون همین گروه (۵۰/۵۰) کاهش یافته است. در گروه گواه میانگین نمره‌های پس آزمون حیطه ۱ (۵۳/۴۰) در مقایسه با میانگین نمره‌های پیش آزمون (۴۷/۱۰) افزایش یافته است. میانگین نمره‌های پس آزمون حیطه ۲ مقیاس افسردگی در گروه آزمایشی (۲۴/۰۶) در مقایسه با

جدول ۴ نشان می‌دهد که از ۱۸ بیمار پسر لوسمیک افسرده ۱۲ نفر (۴۶/۱۶٪) در رده سنی ۱۱-۱۴ سال، ۴ نفر (۱۵/۳۷٪) در رده سنی ۱۵-۱۷ سال و ۲ نفر (۷/۷۰٪) در رده سنی ۱۸-۲۰ سال قرار دارند. از ۸ دختر لوسمیک افسرده ۵ نفر (۱۹/۲۴٪) در رده سنی ۱۱-۱۴ سال، ۱ نفر (۳/۸۵٪) در رده سنی ۱۵-۱۷ سال و ۲ نفر (۷/۷۰٪) در رده سنی ۱۸-۲۰ سال می‌باشند.

جدول ۴. توزیع فراوانی و درصد بیماران لوسمیک افسرده بر حسب سن و جنسیت

جمع کل		سال ۱۸-۲۰		سال ۱۵-۱۷		سال ۱۱-۱۴		پایه تحصیلی جنسیت
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	مؤنث
۳۰/۷۷	۸	۷/۷۰	۲	۳/۸۵	۱	۱۹/۲۴	۵	
۶۹/۲۳	۱۸	۷/۷۰	۲	۱۵/۳۷	۴	۴۶/۱۶	۱۲	مذکر

جدول ۵. میانگینها و انحراف معیارهای نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون حیطه‌های ۱ و ۲ و کل مقیاس

افسردگی در دو گروه آزمایشی و گواه نوجوانان لوسمیک افسرده

حیطه‌ها	نمره‌های پیش و پس آزمونها	گروه آزمایش			گروه گواه		
		میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
(۱)	پیش آزمون	۵۰/۵۰	۵/۷۵	۱۶	۴۷/۱۰	۶/۹۵	۱۰
	پس آزمون	۳۸/۳۷	۹/۷۹	۱۶	۵۳/۴۰	۴/۶۰	۱۰
(۲)	پیش آزمون	۳۳/۵۰	۴/۴۷	۱۶	۳۰/۸۰	۶/۳۲	۱۰
	پس آزمون	۲۴/۰۶	۶/۵۰	۱۶	۳۳/۶۰	۵/۱۹	۱۰
کل	پیش آزمون	۸۴	۹/۲۱	۱۶	۷۷/۹۰	۱۲/۷۳	۱۰
	پس آزمون	۶۲/۴۳	۱۵/۴۱	۱۶	۸۷	۹/۲۶	۱۰

میانگین نمره‌های پیش آزمون همین گروه (۳۳/۵۰) کاهش پیدا کرده است. در گروه گواه میانگین نمره‌های پس آزمون حیطه ۲ مقیاس افسردگی (۳۳/۶۰) در مقایسه با میانگین نمره‌های پیش آزمون (۳۰/۸۰) افزایش پیدا کرده است. میانگین نمره‌های پس آزمون کل مقیاس افسردگی در گروه آزمایشی (۶۲/۴۳) در مقایسه با میانگین نمره‌های پیش آزمون همین گروه (۸۴) کاهش یافته است. در

گروه گواه میانگین نمره‌های پس آزمون کل مقیاس افسردگی (۸۷) در مقایسه با میانگین نمره‌های پیش آزمون (۷۷/۹۰) افزایش یافته است.

جدول ۶ میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون مقیاس ناامیدی را در دو گروه آزمایشی و گواه نشان می‌دهد. چنان که جدول ۶ نشان می‌دهد میانگین

جدول ۶. میانگینها و انحراف معیارهای نمره‌های پیش آزمون پس آزمون مقیاس ناامیدی در دو گروه آزمایشی

و گواه نوجوانان لوسمیک افسرده

گروهها	گروه آزمایشی			گروه گواه		
	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش و پس آزمونها						
نمره‌های پیش آزمون	۹/۶۸	۲/۷۰	۱۶	۸/۶۰	۳/۳۰	۱۰
نمره‌های پس آزمون	۴/۶۸	۳/۴۷	۱۶	۱۰/۸۰	۱/۹۸	۱۰

جدول ۷. منبع پراکندگی، مجموع مجذورات، درجه آزادی، میانگین مجموع مجذورات، F مشاهده شده و P

خرده مقیاسهای افسردگی در نوجوانان لوسمیک افسرده

P	F مشاهده شده	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع پراکندگی بین آزمونها
۰/۰۰۱	۴۷/۸۰	۷۳۹۰/۷۷	۱	۷۳۹۰/۷۷	گروهها
		۱۵۴/۶۱	۲۴	۳۷۱۰/۷۲	درون خانهای
					درون آزمودنیها
۰/۰۰۱	۱۹/۹۹	۲۲۲/۰۲	۲	۲۴۴/۰۵	افسردگی
۰/۰۰۱	۳۹/۱۲	۴۳۴/۵۶	۲	۸۶۹/۱۲	گروهها X افسردگی
		۱۱/۱۱	۴۸	۵۳۳/۱۶	درون خانهای

بین دو گروه آزمایشی و گواه از نظر افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد (F مشاهده شده ۴۷/۸۰ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است)، (۲) بین عملکرد آزمودنیها در حیطه های مختلف افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد (F مشاهده شده ۱۹/۹۹ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است) و (۳) تعامل بین گروهها و خرده مقیاسهای افسردگی معنی دار است (F مشاهده شده ۳۹/۱۲ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است).

برای بررسی فرضیه دوم پژوهش، یعنی تأثیر مشاوره بر کاهش میزان ناامیدی نوجوانان لوسمیک افسرده در بیمارستان شفای علوم پزشکی اهواز، از روش آماری ۲ تست گروههای مستقل بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون و پس آزمون مقیاس ناامیدی در دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شده است که

نمره های پس آزمون گروه آزمایشی در مقیاس ناامیدی (۴/۶۸) در مقایسه با میانگین نمره های پیش آزمون همین گروه (۹/۶۸) کاهش یافته است. در گروه گواه میانگینهای نمره های پس آزمون گروه گواه (۱۰/۸۰) در مقایسه با میانگین نمره های پیش آزمون (۸/۶۰) افزایش پیدا کرده است.

جهت بررسی فرضیه اول این پژوهش، یعنی تأثیر مشاوره بر کاهش میزان افسردگی نوجوانان لوسمیک افسرده در بیمارستان شفای دانشگاه علوم پزشکی اهواز، از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه های مکرر بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون و پس آزمون خرده مقیاسهای افسردگی در دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

مندرجات جدول ۷ نشان می دهد که: (۱)

جدول ۸. مقایسه تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون مقیاس ناامیدی در دو گروه آزمایشی و گواه

نوجوانان لوسمیک افسرده با استفاده از ۱ تست گروه‌های مستقل

P	تست	تعداد	انحراف معیار	میانگین	شاخصهای آماری
					گروهها
۰/۰۰۱	۸/۴۵	۱۶	۲/۶۵	-۵	گروه آزمایشی
		۱۰	۱/۶۸	۲/۲	گروه گواه

نتایج آن در جدول ۸ ارائه شده است. درصد از بیماران لوسمیک دختر هستند و ۱۴ جدول ۸ نشان دهنده این است که مشاوره در کاهش ناامیدی در گروه آزمایشی تأثیر مثبت داشت و با توجه به ۱ مشاهده شده (۸/۴۵) و $(P=0/001)$ تفاوت بین تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون دو گروه معنی دار است.

درصد از بیماران لوسمیک دختر هستند و ۱۴ درصد کل در رده سنی ۱۴-۱۱ قرار دارند. از ۲۶ بیمار لوسمیک افسرده ۶۹/۲۳ درصد پسر و ۳۰/۷۷ درصد دختر می‌باشند و در بررسی که توسط فرانسوا^۱، گیلامی^۲، برتسکی^۳ و بی زوآرد^۴ (۱۹۹۲) در بیمارستان آموزشی بی سانکون^۵ فرانسه انجام شد، شیوع افسردگی در بیماران سرطانی ۳۰-۲۵ درصد تخمین زده شد.

بحث و نتیجه گیری

اهداف این پژوهش بررسی تأثیر مشاوره بر کاهش میزان افسردگی و ناامیدی نوجوانان لوسمیک افسرده در بیمارستان شفای دانشگاه علوم پزشکی اهواز و تعیین میزان شیوع افسردگی در این بیماران است. نتایج تحلیلهای انجام شده نشان داد که میزان شیوع افسردگی در نوجوانان مبتلا به لوسمی، مراجعه کننده به بیمارستان شفا، ۲۶ درصد است. اکثر بیماران لوسمیک (۶۸ درصد) مذکر هستند و بیشترین میزان (۳۴ درصد کل) در رده سنی ۱۴-۱۱ سال می‌باشند. این در حالی است که فقط ۳۲

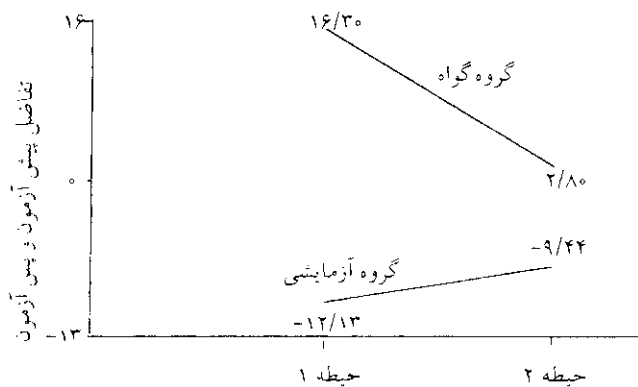
- همچنین نتایج مقایسه میانگینهای پیش آزمون و پس آزمون گروههای آزمایشی و گواه (جدولهای ۵ و ۶) نشان داد که در گروه آزمایشی، مشاوره باعث کاهش افسردگی و ناامیدی می‌شود، ولی در گروه گواه، در پس آزمون میزان افسردگی (در دو حیطه و کل مقیاس) و ناامیدی افزایش پیدا می‌کند. این بدان معنی است که چنانچه افسردگی و ناامیدی این قبیل نوجوانان درمان نشود
- 1- Francois 2- Guillaume
3- Bertschy 4- Bizouard
5- Beesancon

افزایش یافته و احتمالاً به مرز خطر نزدیک خواهد شد. لذا ضرورت دارد که تدابیر روان شناختی برای کاهش ناامیدی و افسردگی در نوجوانان لوسمیک افسرده انجام گیرد. نتایج این پژوهش در خصوص فرضیه اول این پژوهش، یعنی تأثیر مشاوره بر کاهش افسردگی نوجوانان لوسمیک افسرده در بیمارستان شقای دانشگاه علوم پزشکی اهواز نشان داد که: (۱) بین دو گروه آزمایشی و گواه از نظر افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد، یعنی مشاوره موجب کاهش افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است، (۲) بین عملکرد آزمودنیها در حیطه‌های مختلف

افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد و (۳) تعامل بین گروهها و خرده مقیاسهای افسردگی معنی دارد است. بدین معنی که در حیطه (۱) تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه گواه افزایش بالایی را نشان می‌دهد ولی در گروه آزمایشی کاهش زیادی مشاهده می‌شود. در حیطه (۲) تفاضل پیش آزمون و پس آزمون افسردگی گروه گواه افزایش یافته است ولی افزایش آن کمتر از حیطه (۱) است.

در گروه آزمایشی نیز در حیطه (۲) شاهد کاهش افسردگی می‌باشیم ولی این کاهش از حیطه (۱) کمتر می‌باشد (نمودار ۱ را

نمودار ۱: تعامل تفاضل نمره‌های افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون در حیطه‌های مختلف و در گروههای آزمایشی و گواه



ملاحظه کنید). مشاوره بر کاهش ناامیدی نوجوانان لوسمیک افسرده در بیمارستان شقای دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی، یعنی تأثیر

بیماران را در نظر داشته باشند، بلکه به دانشجویان، خصوصاً پرستاران بخشهای انکولوژی، روشهای تشخیص و درمان افسردگی و ناامیدی را نیز آموزش دهند. مربیان مدارس، مشاوران و پرستاران بهداشت مدارس نیز می‌توانند با مشکلات این قبیل دانش‌آموزان آشنا شوند و با تشکیل جلسات مشاوره فردی و گروهی، برای آنها و خانواده‌هایشان، مشکلات آنان را کاهش دهند. از جمله محدودیتهای این پژوهش نیز می‌توان به تعداد کم نمونه اشاره کرد که قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌کند.

پزشکی اهواز نیز نتایج تأثیر مثبت مشاوره را در گروه آزمایشی نشان می‌دهد.

در تأیید فرضیه‌های این پژوهش می‌توان به تحقیقات متعدد اشاره نمود. وارنی و همکاران (۱۹۹۴) بر اهمیت نقش حمایت اجتماعی در سازگاری روانی کودکانی که به تازگی تشخیص سرطان در آنها داده شده بود، اشاره کردند. همچنین نتایج پژوهش بومن^۱ و یودگارد^۲ (۱۹۹۴) در استکهلم نشان داد که مشاوره در سازگاری عمومی بیماران سرطانی تأثیر مثبت داشته است. آتش‌پور و دیگران (۱۳۷۵) نیز خاطر نشان ساختند که بیماران مبتلا به سرطان به دلیل ابتلا به بیماری صعب‌العلاج از ناامیدی رنج می‌برند و بیش از سایر افراد جامعه دچار افسردگی می‌شوند و پیشنهاد نمودند که برای از بین بردن آن بایستی در کنار درمانهای دارویی از روشهای روان‌شناختی هم استفاده کرد.

با استفاده از یافته‌های این پژوهش پرستاران بالینی قادر خواهند بود بیماران افسرده را تشخیص داده و مشکلات آنها را جدی تلقی کنند و آموزشهای لازم را در زمینه کاهش افسردگی و ناامیدی به کار گیرند. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمای مفید در فعالیتهای آموزش پرستاری باشد. مسئولین آموزش پرستاری نه تنها باید مشکلات روانی، خصوصاً افسردگی، این

1- Boman

2- Bodegard

منابع

فارسی

- آتش‌پور، حمید و شهررضایی، مریم امینی (۱۳۷۵). افسردگی و سرطان. فصلنامه بهداشت جهانی، شماره اول، دوره ۳۲، صفحات ۲۹-۲۶.
- تقوایی، داود (۱۳۷۶). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش نگرانی و بررسی رابطه آن با اضطراب، افسردگی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی اراک. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- سلجوقی، نصرت‌الله (۱۳۷۲). بیماریهای خون و سرطانهای اطفال. تهران: نشر اشراقیه.
- ضیایی، محسن (بدون سال). طب کودکان. ترجمه بنی فضل، محمد و دیگران. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین و گرب، جی. آ. (۱۹۹۴). خلاصه روان‌پزشکی و علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی. جلد‌های ۲ و ۳ (۱۳۷۵). ترجمه پورافکاری، نصرت‌الله (۱۳۷۵)، تهران: انتشارات معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- کرمی، جهانگیر (۱۳۷۵). بررسی رابطه بین سبکهای اسناد علی با پیامدهای روانی عزت نفس، ناامیدی و افسردگی و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان پسر پیش دانشگاهی شهرستان اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- مارلو، دوروتی (۱۹۷۷). پرستاری کودکان، جلد دوم، ترجمه آرزو مانیانس، سونیا (۱۳۷۲)، تهران: انتشارات بشری.
- نجاریان، بهمن (۱۳۷۳). ساخت و اعتباریابی فرم کوتاه مقیاس افسردگی کودکان (CDS-A) به وسیله تحلیل عوامل، پژوهشهای روان‌شناختی، دوره ۲، شماره ۳ و ۴.
- مهریار، امیرهوشنگ (۱۳۷۳). افسردگی: برداشتها و درمان شناختی. انتشارات رشد.
- نلسون، والدوامرسون (۱۹۸۷). طب کودکان نلسون (سرطانهای اطفال). ترجمه موحدی، مسعود و توحیدی‌فر، محمدحسین (۱۳۷۲). یزد: انتشارات یزد.
- نلسون، والدوامرسون (۱۹۹۰). مبانی طب کودکان. ترجمه همت خواه، فرهاد و همکاران

(۱۳۷۲). تهران: شهرآب.

نیروی کمال، پگاه (۱۳۷۲). رابطه افسردگی و سرطان. پایان نامه دوره دکترا، دانشگاه علوم پزشکی، شیراز.

نینوایی، ژیلا (۱۳۷۴). روشهای علمی برای درمان افسردگی و ضعفهای روانی. تهران: انتشارات سخن.

ودرآل، دی. جی، لدینگهام، ج. جی. و وارل، دی. ا. (۱۹۸۳). روان پزشکی و طب داخلی. ترجمه پورافکاری، نصرت الله (۱۳۶۳). تبریز: انتشارات رسالت.

هریسون، تی. آر (۱۹۹۱). طب داخلی هریسون - روان پزشکی. ترجمه میرزایی، منصور و آراکلیان، کارن (۱۳۷۶). تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی حیان.

لاتین

- Barry, Patricia D. (1998). *Psychosocial Nursing Assessment and Intervention*, Second Edition, Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Boman, K. & Bodegard, G. (1994). Psychological long-term coping with experience of disease and treatment in childhood cancer survivors. *Acta-Pediatric*, 84, 1395-1402.
- Francois, T., Guillaume, S., Bertschy, G. & Bizouard, P. (1992). Anxiety and depression in patients with malignant leukemia after allogenic bone marrow grafting. *Psychologie-Medicale*, 24 (3), 300-302.
- Helgeson, V. S. & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15 (2), 135-148.
- Kvist, Beatrice S., Rajantie, Jukka, Kvist, Marten & Siimes, Martti A. (1991). Aggression: The dominant psychological response in children with malignant disease. *Psychological Reports*, 68, (3) 1139-1150.
- Otto, Shirley E. (1997). *Oncology Nursing*. S. T. Louis: Mosby.
- Sarafino, P. E. (1998). *Health Psychology*. New York: Wiley.
- Varni, James W. & Wallander, Jan L. (1994). Perceived Social Support and adjustment of children with newly diagnosed cancer. *Developmental and*

Behavioral Pediatric, 15 (1), 20-25.

Whaley, Lucille F. & Wong, Donnal L. (1991). *Nursing care of infants and children*. Fourth Edition. S. T. Louis: Mosby.

دریافت مقاله: ۸۰/۸/۲

تاریخ بررسی مقاله: ۸۱/۱/۱۹

پذیرش مقاله: ۸۱/۸/۲۰

