

ابعاد روانی - اجتماعی بیماری سرطان

گردآوری از: هایده محمودی*، زهرا یزداندوست*

مقدمه:

سرطان یک بیماری مزمن پیشرونده است که با درمانهای تهاجمی سخت و عذاب آور همراه بوده و گاهاً کشنده می باشد و تعداد فزاینده ای از انسانها در دوره - ای از زندگی خود با آن روبرو می گردند و مدتهای طولانی برای ادامه بقا و حفظ حیات خویش با این بیماری، درمان های خاص و عوارض ناشی از آن درگیر می باشند(۵).

روزانه تعداد زیادی از افراد با تشخیص ناگهانی یکی از انواع سرطان روبرو می گردند و سعی در غلبه بر این بیماری دارند. آمارهای اعلام شده توسط انجمن سرطان امریکا در سال ۱۹۹۶، ۱۳۵۹۱۵۰ نمونه جدید تشخیص داده شده مبتلا به سرطان و تعداد ۵۴۷۴۰ نفر مرگ ناشی از این بیماری را اعلام داشت. این انجمن همچنین بیان نمود که بیش از ۸ میلیون از افراد جامعه امریکا با تاریخچه ای از ابتلاء به سرطان زندگی می کنند و تقریباً از هر سه نفر آمریکائی، یک نفر سرطان را در طول حیات خود تجربه می نمایند(۸). ویژگی خاص بیماری سرطان با تنیدگی آورهای فیزیکی، محیطی، روانی - اجتماعی و اقتصادی متعددی برای بیمار و خانواده او همراه است که از جمله آنها عبارتند از: عوارض ناشی از درمانهای تهاجمی، اختلال در تصویر ذهنی از خود، افت عملکرد فردی و اجتماعی، مسائل مالی ناشی از هزینه های درمان، فقدان استقلال که هر یک از این تنیدگی آورها می تواند منجر به بروز واکنش روانی - اجتماعی خاصی در بیمار گردد(۵).

شایعترین واکنش های روانی - اجتماعی سرطان:

تجربه تنیدگی ناشی از بیماری سرطان در دراز مدت سبب بروز واکنش های ناسازگارانه متفاوت روانی - اجتماعی از قبیل بکارگیری بیش از حد و نامناسب مکانیزم های دفاعی چون انکار، بروز خشم، اضطراب، یأس و ناامیدی، احساس بی ارزشی، افسردگی، خطر خودکشی، رفتارهای انزواطلبی و محدود نمودن ارتباطات اجتماعی در فرد می شود. شدت واکنش های ناسازگار روانی - اجتماعی در این بیماران به درک افراد از موقعیت پیش آمده، ویژگی شخصیت و سابقه مشکلات عاطفی، خانوادگی و اجتماعی و منابع حمایتی آنان بستگی دارد. اضطراب و افسردگی واکنشی، شایعترین واکنش بیماران سرطانی است که در سطوح مختلف و دوره های متفاوت پیشرفت بیماری بروز می نماید که اغلب شدیدترین آن در مرحله اولیه تشخیصی یعنی دریافت جواب بیوپسی، سپس در مرحله پیشرفت بیماری رخ می دهد(۵،۳).

اشکال خاص اضطراب عمدتاً در این بیماران بصورت دردهای غیرقابل کنترل، ترس غیرمنطقی از تزریق و یا استفرغ های موقتی مشاهده می شود(۳).

معمولاً تنش حاد در هفته های اول و دوم پس از تشخیص بیماری با علائم اضطراب، بی قراری، اشکال در تمرکز، بی اشتها، بی خوابی نمایان می شود. افراد از اشتغالات ذهنی مختلفی برخوردارند از جمله اینکه بدترین حادثه در زندگیشان واقع شده است. یا بطور ناخودآگاه فرد این اندیشه را به شکل دیگری در ذهن خود تغییر می دهد که هیچ مشکلی وجود ندارد و این یک اشتباه در مورد اوست. در چنین حالت های

* کارشناس ارشد روانپرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.

در فرآیند تلاش بیمار برای غلبه بر مشکلات ناشی از بستری شدن های دراز مدت در بیمارستان و دوران نقاهت در منزل ناتوانی در مراقبت از خود و انجام مسئولیت های روزانه، آسیب به عزت نفس و مشغله ذهنی منفی نسبت به آینده و احساس نومیدی و یاس بر بیمار غلبه نموده که ممکن است منجر به افسردگی شود(۴).

کالان در تحقیق خود مطرح نمود که بین امیدواری و روش های انطباق و سازگاری در بیماران سرطان رابطه مستقیم وجود دارد، زیرا بسیار دشوار است که فرد با آینده ای مبهم به زندگی ادامه دهد(۶). بیماران امیدوار از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بوده و شادابتر هستند و جهت دستیابی به سلامت خود تلاش بیشتری می نمایند. کالان اظهار می دارد که توجه به تقویت امید در بیماران سرطانی الزامی است(۱).

افسردگی متداولترین واکنش نسبت به این بیماری است ولی بعضی از افراد این دوره تنش را با اراده در مدت یکی دو هفته پشت سر گزارده و تعدادی دیگر سیر مزمن را طی نموده که باعث بروز مشکلات متعدد رفتاری در آنان می شود. احتمال اقدام به خودکشی به دنبال افسردگی و دردهای غیرقابل کنترل در مراحل پیشرفت بیماری افزایش می یابد. به دنبال تعارضات درونی ممکن است قضاوت بیمار مختل شده و اشتغال ذهنی غیرواقعی نسبت به آینده، تعادل روانی او را در هم بشکنند(۴).

بطور کلی واکنش های روانی اجتماعی ناشی از فرآیند دشوار بیماری و عوارض درمان های طولانی و تهاجمی در مبتلایان به سرطان در سه حیطه اساسی ذیل ایجاد اختلال نماید.

۱- آسیب در ارتباطات:

رابطه های بین فردی بیماران تحت تأثیر تنش - های ناشی از بیماری قرار می گیرد. فریدمن مطرح می نماید که اغلب بیماران کاهش ارتباطات اجتماعی را گزارش می نمایند که به دلیل تغییرات فیزیکی و

هیجانی بیمار برای کاهش تنش و اضطراب درونی از مکانیزم دفاعی انکار استفاده می نماید(۳) و واقعیت بیماری را انکار می نماید. گوئی که این تشخیص در مورد او نبوده است. میزان و شدت بروز چنین واکنش - هائی از فردی به فرد دیگر متفاوت است. اما اغلب بیماران تجربه های مشابهی را اظهار می نمایند. گرچه استفاده از مکانیزم دفاعی انکار به بیمار امید زندگی می دهد ولی باید توجه نمود که تداوم استفاده از آن ممکن است منجر به عدم پی گیری درمان و برنامه - های مراقبتی شده و بحران ایجاد گردد. لذا مداخله مشاوره ای و روانشناختی در این موقعیت ضروری به نظر می آید. بروز خشم از دیگر واکنش های عاطفی است که پس از مرحله انکار همراه با احساسات ناخوشایند، بروز می نماید. بیمار از خود می پرسد "چرا من"، "چرا الان" زمانیکه همه چیز خوب و عالی است. احساس خشم در مقابل اینکه چرا زندگی سالم آنان می بایست با هجوم سرطان آسیب ببیند. همینطور احساس خشم نسبت به افرادی که می توانند مستقل به زندگی ادامه دهند و مانند آنها ناتوان و وابسته نیستند. در حقیقت خشم واکنشی متداول و برانگیزنده نسبت به فقدان و یا نقابی احساسی برای مخفی نمودن ناتوانی ناشی از واقعیت بیماری است(۲،۵).

خستگی از جمله مشکلات شایع ناشی از تغییرات فیزیولوژیکی، فیزیکی و تنش های روانی است که پس از کاهش خشم در بیماران ظاهر می شود. سلا ۱۹۹۷ مطرح نمود که فرآیند فرسایشی بیماری و درمان های تخصصی و تهاجمی طولانی و دشوار سبب بروز خستگی و ناتوانی در بیماران می شود. درمان های تهاجمی سرطان ممکن است ماه ها ادامه داشته باشد و در پاره ای از اوقات همراه با پیشرفت بیماری تغییراتی در توانائی و شکیبائی بیمار ایجاد نماید. نتایج تحقیق در سال ۱۹۹۷ بر روی بیماران مبتلا به سرطان رحم نشان داد که ۷۸ درصد بیماران در طول دوره درمان خستگی مفرط را بشدت تجربه نمودند(۶).

ظاهری وی می شود. در این میان جراحی یکی از قدیمی ترین و اولین اقدام درمانی مورد استفاده است که با تغییرات عمده ای در این بخش همراه است. تغییر در تصویر ذهنی به تنهایی متأثر از جراحی نیست اما بیشترین تأثیرات منفی را بر احساس فرد در این زمینه دارد. هر چند که سایر درمانهای تهاجمی از قبیل رادیوتراپی و شیمی درمانی نیز چنین تأثیراتی را به همراه خواهند داشت. برخی از تغییرات مانند ریزش مو، تهوع، استفراغ و ... نیز سبب تغییر در تصویر ذهنی بیمار نسبت به جسم خود و کاهش اعتماد به نفس بیمار و عکس العمل های ناسازگار در وی می شود (۷).

اقدامات کلی برای تعدیل واکنش های روانی - اجتماعی:

- نتایج تحقیقات نشان داده اند که تجربه ذهنی بیماران سرطانی به دنبال اجرای برنامه مراقبتی روانی - اجتماعی مناسب تغییرات مثبت یافته و مبتلایان با شرایط بهتری بیماری و عوارض ناشی از آن را تحمل نموده و به آینده امیدوارتر خواهند شد (۱). لذا جهت دستیابی به این مهم توجه به موارد ذیل ضروری است:
- ۱- شناخت سریع بیماران در معرض تنش زاهای بیشتر.
 - ۲- شناخت ویژگی شخصیت افراد زیرا واکنش های ناسازگار به نوع شخصیت فرد مرتبط است.
 - ۳- شناخت نوع درک، مفهوم یا باوری که فرد از بیماری دارد و کمک به اصلاح این باور.
 - ۴- شناخت مهم ترین عوامل فیزیکی، محیطی و روانی - اجتماعی که بر خلق، تفکر، رفتار، احساس و سیستم عصبی بیمار اثر گذاشته است.
 - ۵- شناخت مکانیسم های دفاعی ناپخته مورد استفاده بیمار و کمک به بکارگیری مکانیسم های دفاعی مؤثرتر.
 - ۶- شناخت روش های تطابقی مورد استفاده مبتلایان و کمک به آنان جهت استفاده از روش های مقابله ای مناسب.

درمانهای تهاجمی (شیمی درمانی، رادیوتراپی)، عدم تمایل به صحبت در مورد بیماری خود، بروز احساسات متضاد (عشق، نفرت، حسادت) نسبت به افراد سالم می باشد (۶). مجموع عوامل فوق سبب می گردد که بیمار در زمانهایی که نیازمند تعاملات روانی - اجتماعی بیشتر برای بهره مند شدن از حمایت اطرافیان است رفتار گوشه گیری که منجر به احساس تنهایی در او می شود را پیشه کند. بنابراین درک موقعیت بیمار و روبرو شدن با واکنش های فوق نیازمند سطح بالایی از مهارت در خویشتن داری و رفتار همدلانه خانواده و اطرافیان بیمار است (۳، ۵). روابط زناشویی نیز از مواردی است که تحت تأثیر این شرایط قرار می گیرد. فقدان شادابی گذشته فرد، درد مداوم، درمان های متعدد طاقت فرسا، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویش و عوارض شیمی درمانی از جمله مواردی است که سبب کاهش میل جنسی شده و این مسئله بر سایر روابط زناشویی تأثیر گذار است (۲).

۲- آسیب در حیطه استقلال:

انسان در هر دوره از زندگی خویش نقش های مختلفی از قبیل فرزند، همسر، والد و ... را عهده دار است که منطبق بر آن وظایفی را انجام می دهد. بیماری سرطان بر هر یک از این نقش ها در دوران بیماری تأثیر می گذارد. در آغاز تشخیص ممکن است این اثر چندان مشخص نباشد، اما بتدریج با پیشرفت بیماری و برنامه ریزی درمان های متعددی که بیمار مجبور به تحمل آن است، تغییرات و محدودیت هایی در اجرای مسئولیت ها و نقش ها پدیدار می شود. از طرف دیگر ناتوانی های ناشی از بیماری و عوارض درمان های تهاجمی فعالیت و عملکرد روزانه بیمار را محدود می نماید. در نتیجه تدریجاً استقلال بیمار محدود شده و برای انجام بسیاری از فعالیت ها به دیگران وابسته می شود (۸).

۳- آسیب در تمامیت فرد و تصویر ذهنی از جسم:

سرطان و درمانهای مختلف آن بنوعی سبب تغییرات در تمامیت بیمار و حتی گاهی تغییرات

دستاوردهای چشمگیری در درمان و کنترل سرطانها حاصل شده است، اما چگونگی تطابق و سازگاری با فرآیند بیماری و واکنش های روانی - اجتماعی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران هنوز از مسائل مورد توجه و مهمی است که باید به آن پرداخته شود (۸،۷).

نتیجه گیری:

افزایش روزافزون مبتلایان به سرطان بر نگرش جامعه نسبت به این بیماری تأثیر منفی گذاشته است به گونه ای که آن را یکی از انواع بیماریهای هولناک ارزیابی می نمایند. بیشتر افراد تشخیص سرطان را بعنوان نوعی مرگ، زندگی زنج آور یا نوعی معلولیت تلقی می نمایند. برخی از بیماران از ترش شناخته شدن بعنوان بیمار سرطانی خود را منزوی نموده و بیماری خود را بعنوان یک راز نگاه می دارند و چنین امری سبب ایجاد فشار روانی - اجتماعی بیشتر در آنها شده و معمولاً واکنش های روانی - اجتماعی بسیاری برای تسلط بر موقعیت و انطباق با بیماری بروز می دهند. اضطراب، انکار، خشم، افسردگی و یاس و نومیدی واکنش هایی هستند که می توانند مشکل ساز باشند.

سرطان سبب آسیب در ساختار خانواده شده و ممکن است تعادل ارتباطات فی ما بین را برهم زند که نتیجه آن افزایش تنش و استرس برای بیمار و اعضا خانواده می باشد. حمایت تیم درمانی در برنامه ریزی منسجم از آغاز تشخیص و سیر درمان و مراقبت بصورت مشاوره، آموزش، حمایت های عاطفی می تواند گام - های مؤثری در انطباق و سازگاری این بیماران باشد. پرستاران و روان پرستاران بیشترین فرصت را در برقراری ارتباط با بیمار دارند که قادرند با مهارت تخصصی خود گام های اصولی در برقراری یک رابطه درمانی مؤثر و شناخت توانائی های بالقوه و امکانات واقعی بیمار برداشته و بیمار را در استفاده از روش های مؤثر تطابقی و تسلط بهتر بر موقعیت خود یاری دهند. زیرا که اعتلای آگاهی بیمار، تقویت امید در وی، حمایت و همراهی، آموزش روش های مقابله ای مؤثر باعث کاهش واکنش های روانی - اجتماعی ناشی از این

۷- تقویت امید به درمان، امید به اهداف بهبودی و امید به زندگی در این بیماران نیز از جمله موارد مورد توجه است.

۸- استفاده از کمک روانشناس و مشاور که به منظور ایجاد تغییر مثبت در حالات احساسی و عاطفی (از طریق مشاوره، روان درمانی و آموزش روش های مقابله ای مؤثر، روش تن آرامی و ...) این بیماران از روشهای بسیار مؤثر در ایجاد تغییرات مثبت ذهنی آنان می باشد (۸،۵،۲).

پرستاران یکی از مهمترین افراد تیم درمانی هستند که نقش مؤثری در حمایت و توانمند سازی بیماران سرطانی در پذیرش موقعیت خود دارند. اهداف استراتژیک پرستاری از مبتلایان به سرطان تسهیل سازگاری و تقویت واکنش های مثبت نسبت به آسیب - ها و محدودیت های ناشی از فرآیند بیماریست. چشم - انداز این اهداف در حیطه شناخت بیماری، واکنش سازگار و تصمیم گیری نمایان می گردد. برای کسب چنین نتیجه ای ارزیابی توانائی انطباق بیمار در موقعیت پیش آمده اقدامیست که پرستاران با طرح سئوالات زیر باید انجام دهند..

- در گذشته چه نوع فقدان هایی را تجربه نموده است؟
- چگونه با آن فقدان کنار آمده است؟
- چه کسانی به او کمک کرده اند؟
- چه مطالبی در مورد این بیماری و درمان های آن به او گفته شده است؟
- فکر می کند بیشترین اثرات بیماری بر او و خانواده - اش چیست؟
- بیماری چه تأثیری بر روی اعتقادات و باورهای او داشته است؟
- بیشترین چیزی که در این شرایط او را ناراحت می کند چیست؟
- چه احساسی نسبت به بیماری خود دارد؟

بر اساس نتایج حاصله از پژوهش های فوق، نیازهای حمایتی و آموزشی بیماران تعیین شده و مداخلات مؤثر برنامه ریزی می شود. گرچه امروزه

بیماری شده و سبب می گردد تا دوران بیماری را با رنج کمتری سپری نمایند.

منابع:

- 1- Sammarca, Angela. "Quality of life among older survivors of breast cancer". **Cancer nursing an international journal for cancer care**. Vol(26). No(6). December 2003. pp:431-437.
- 2- Barry, Patricia. **Psychosocial nursing care of physically ill patients and their families**. Philadelphia: Lippincott. 1996. pp: 412.
- 3- Fitzgerald, Miller, Judith. **Coping with chronic illness**. Philadelphia: F. A. Davis company. 2000. pp: 46.
- 4- Kelther, Norman L. **Psychiatric nursing**. Philadelphia: Mosby. 2003. pp: 183.
- 5- Kearney, Nora. **Cancer nursing practice. A textbook for the specialist nurse**. Philadelphia: Churchii livingstone. 2000.
- 6- K. Ahlbery, T. Ekman, A, Wallyren. "Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer". **Journal of advanced nursing**. Vol(45). No(2). January 2004. pp: 205-213.
- 7- Sandra M, Walsh. RN. PhD. Lee A, Schmidt. "Telephone support for care givers of patients with cancer". **Cancer nursing an international journal for cancer care**. Vol(26). No(6). December 2003. pp: 448-453.
- 8- Varricchio, Claudette. **A cancer source book for nurses**. American cancer society. 1997.