

اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری در کاهش خستگی سرطان زنان مبتلا به سرطان

پستان

علیرضا آقا یوسفی^۱، مهدی دهستانی^۲، *شیدا شریفی ساکی^۳

۱. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۳/۰۷/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۳/۰۳)

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

Alireza Aghayousefi¹, Mahdi Dehestani², *Sheyda Sharifi Saki³

1. Associate of Professor of Department of psychology, Payame Noor University, Iran.

2. Assistant of professor of Department of psychology, Payame Noor university, Iran.

3. PhD Student of psychology, Payame Noor university, Iran.

(Received: Oct. 03, 2014 - Accepted: May. 24, 2015)

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. **Findings:** 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.

Keywords: Cancer-related Fatigue, Cognitive - Behavioral Therapy, Breast Cancer.

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی 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 منتسب شدند. گروه‌ها قبل از آموزش و پس از آموزش به مقیاس خستگی ناشی از سرطان اوکمیاما و همکاران (۲۰۰۰) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل نتایج از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه در مؤلفه‌های خستگی سرطان تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که میانگین گروه آزمایش پس از آزمایش کاهش معناداری داشت. **نتیجه‌گیری:** از بررسی یافته‌ها می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که با توجه به تغییراتی که آموزش شناختی رفتاری در نگرش و شناخت ایجاد می‌کند به نظر می‌رسد که می‌تواند نقش مؤثری در ایجاد تصور مثبت در بیماران مبتلا به سرطان و کاهش خستگی آن‌ها داشته باشد.

واژگان کلیدی: خستگی سرطان، درمان شناختی - رفتاری، سرطان پستان.

*نویسنده مسئول: شیدا شریفی ساکی

*Corresponding Author: Sheyda Sharifi Saki

Email: sheidasharifi1348@gmail.com

مقدمه

ایجاد آن دخیل هستند: ۱- تجارب فردی شامل: 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 دارودرمانی، تمرینات ورزشی، مراقبت‌های پرستاری اشاره نمود.

در مورد تأثیر دارودرمانی برای کاهش خستگی سرطان، نتایج مختلفی وجود دارد. در هر صورت از داروهای مؤثر 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. به‌طور مثال از میان داروهای محرک سیستم عصبی، دگسترو آمفتامین^{۱۰}،

شمار افراد سرطانی بیش از ۲۵ میلیون نفر در جهان تخمین زده می‌شود و هرساله نیز ۱۰ میلیون مورد جدید تشخیص داده می‌شود (کمانگار^۱ و همکاران، ۲۰۰۶) و خستگی مربوط به سرطان از شایع‌ترین علائم ناتوان‌کننده 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 (موسستین و همکاران ۲۰۰۷؛ واگنر، سلا، ۲۰۰۴؛ اسکالنت، ۲۰۰۳؛ دیجانگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ هیکوک و همکاران، ۱۹۹۶). خستگی شکایت افراد سرطانی است که شیمی‌درمانی را با موفقیت گذرانده‌اند (سرویس^۴ و همکاران، ۲۰۰۲) و به‌طور کلی به‌عنوان 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 تأثیر 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

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

7. Smets
8. Tamoxifen
9. Ollie
10. Dextroamphetamine

سرطان (CRF)^۶ بود نشان داده شد که پس از پیگیری‌های دوساله اثرات مثبت و موفقیت‌آمیز CBT همچنان باقی مانده است. بیشتر پژوهش‌هایی که مداخله کاهش خستگی داشته‌اند، موفق به نظر می‌رسند اما فاقد تجزیه و تحلیل هستند (سرویس و همکاران، ۲۰۰۲). از سایر پژوهش‌هایی که اشاره به درمان شناختی رفتاری دارند می‌توان تحقیق (جلیسن و همکاران ۲۰۰۶؛ ۲۰۰۷)؛ در این مطالعات نشان داده شد درمان شناختی رفتاری بر بهبود خستگی سرطان مؤثر است. در مطالعه‌ای که بر شیوع و نوع مدیریتی افراد سرطانی انجام شده بود، یانگ و ویت (۲۰۰۵) نشان دادند سطوح فعالیت هیچ رابطه‌ای با خستگی ندارد، در حالی که ترس از عود بیماری به‌طور غیرمستقیم و فشارهای روانی به‌طور مستقیم بر خستگی متأثر است.

در ایران نیز مطالعاتی در مورد خستگی سرطان انجام شده که در آن‌ها اشاره‌ای 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 تمرکزی بر خستگی سرطان ندارد و بیشتر به‌صورت جزئی‌تر بر مطالعه بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی پرداخته‌اند. 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 می‌سازد.

پمولین^۱ و متیل فنیدات^۲ باعث افزایش فعالیت حرکتی، اضطراب و سرخوشی می‌شود که این عوارض، منجر به عدم تمایل استفاده از این داروها حتی در افراد با بیماری پیشرفته^۳ شده است (اسپاتیس و همکاران، ۲۰۰۹). از جمله مداخلات غیر دارویی نیز تمرینات ورزشی است که به علت ناتوانایی‌های بیماران سرطانی دارای محدودیت‌هایی است و البته در اثربخشی آن نیز بحث‌هایی وجود دارد (اسپاتیس و همکاران، ۲۰۰۹).

در حالی که دیگر درمان‌ها با محدودیت‌هایی روبرو است، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش خستگی در پژوهش‌های انجام شده مورد تأیید قرار گرفته و در مقایسه با مراقبت‌های پرستاری به‌طور معناداری مؤثرتر عمل کرده است (گودندورپ^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). درمان شناختی رفتاری علاوه بر کاهش شدت خستگی، باعث بهبود اختلال عملکرد و پریشانی روانی می‌شود (جلیسن^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). عدم مداخله روان‌شناختی در بیماران می‌تواند 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

1. Pemoline
2. Methylphenidate
3. Advanced disease
4. Goedendorp
5. Gielissen

6. Cancer related fatigue

روش

روش پژوهش در این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. بدین‌صورت که از بین افرادی که دوره‌های درمانی سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۹۳ را حداقل شش ماه گذرانده بودند؛ سنی بالاتر از ۲۰ سال داشتند؛ و حداقل سطح تحصیلاتشان دیپلم بود، ۳۰ نفر انتخاب شدند که به‌صورت 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 آموزش از داروهای خون‌ساز و داروهای محرک سیستم عصبی و همچنین از داروی تاموکسفن در مدت‌زمان 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 بارگز^۲ و چالدر^۳ (۲۰۰۴) طراحی شده است و اثربخشی آن برای بیماران با تشخیص نشانگان خستگی مزمن، دارای حمایت تجربی است (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 تکنیک‌های آموزش حل مسئله، بازسازی شناختی، ورزش، برنامه‌ریزی فعالیت و استراحت، آموزش مسائل خستگی و مشاوره حمایتی استفاده شد. آموزش در اتاقی برگزار شد که پس از شروع جلسه هیچ‌کس اجازه ورود به اتاق را نداشت و در جلسات از روش‌های زیر کمک گرفته شد

خودنظاره‌گری: فرد افکار و رفتار خود را مشاهده می‌کند و پاسخ‌های خود به آن‌ها را یادداشت می‌کند. البته استفاده و بهره‌گیری بهینه و اثربخش از رفتارهای شناختی مستلزم آن است که فرد بتواند شیوه‌های 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 مسئله: در این شیوه درمانگر چارچوب کلی مهارت‌ها را به فرد آموزش می‌دهد تا بتواند مسائل را شناسایی کند و برای حل مسئله تدابیر مختلفی را اتخاذ کند. پاسخ‌های احتمالی گوناگون و پیامدهای این پاسخ‌ها را کشف کند و مراحل را برای رسیدن به یک هدف مطلوب برنامه‌ریزی کند.

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

1. Manual for Therapists: Cognitive Behaviour Therapy for CFS/ME
2. Burgess
3. Chalder

استفاده می‌شود.

آموزش روانی: گرچه درمانگران مکرراً اطلاعاتی را به شیوه‌های متفاوت در اختیار مراجعانشان قرار می‌دهند، آموزش روانی یکی از مفیدترین آن‌هاست.

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

برای بررسی اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری بر خستگی سرطان اثر پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده 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 سؤال است که سه مؤلفه جسمانی (سؤالات ۱-۲-۳-۶-۹-۱۲-۱۵)، عاطفی (سؤالات ۵-۸-۱۱-۱۴) و شناختی (سؤالات ۴-۷-۱۰-۱۳) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس با یک طیف پنج‌درجه‌ای که نمره‌ای بین صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) دریافت می‌کند وضعیت اخیر بیمار در خستگی از

سرطان را نشان می‌دهد (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 مؤلفه‌ها 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 آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب در سه مؤلفه جسمانی، عاطفی و شناختی ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۵ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ بود.

یافته‌ها

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

1. MANCOVA
2. Cancer fatigue scale
3. Okuyama

4. Kröz
5. Reliability

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش

گروه کنترل		گروه آزمایش		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیر
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 همبستگی‌ها وجود ارتباط بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون را مورد تأیید قرار داد. همبستگی‌های گروه آزمایش در سمت راست و پایین ماتریس همبستگی گزارش شده است و همبستگی‌های گروه کنترل در بالا و سمت چپ ماتریس همبستگی گزارش شده است.

نقش پیش‌آزمون بر روی پس‌آزمون 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 همبستگی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون جسمانی، عاطفی و شناختی مورد بررسی قرار

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های خستگی سرطان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (پایین و سمت راست گروه آزمایش، بالا

و سمت چپ گروه کنترل)

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

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

نمرات پس‌آزمون مؤلفه جسمانی ($F_{2,8,1} = 1/46$)، عاطفی ($p = 0/23$)، شناختی ($F_{2,8,1} = 1/28$) در دو گروه

پس از بررسی برقرار بودن ضرایب همگنی رگرسیونی، همگنی واریانس بین دو گروه در متغیرها بررسی شد. آزمون لوین نشان داد بین

همگنی برقرار است. همچنین مقدار آماره چند متغیری لامبدای ویلکز ($F_{3,3}=21/96, p=0/001$) و اثر پیلایی ($F_{3,3}=21/96, p=0/001$)، نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در مؤلفه‌های خستگی سرطان وجود دارد. بررسی تفاوت موجود بین مؤلفه‌ها از تحلیل واریانس یکراهه انجام شد که نتایج آن در جدول ۳

گزارش شده است.

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

جدول ۳. تحلیل واریانس یکراهه بررسی تفاوت بین مؤلفه‌های خستگی سرطان

منبع اثر	متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P	مجزوراتا	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				

نتیجه‌گیری و بحث

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری در کاهش خستگی سرطان بود. به همین منظور زنانی که دوره 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 به دست 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.

همان‌طور که قبلاً بیان شد، خستگی سرطان دارای ابعاد جسمانی، عاطفی و شناختی است. شاید این تصور ایجاد شود که برای جلوگیری از خستگی جسمی بهتر است بیماران به دنبال دوره‌های استراحت و یا کاهش فعالیت‌های فیزیکی باشند. با این حال، چنین توصیه‌ای به شکلی متناقض به علت عادت‌های کم‌حرکی و کاتابولیسم^۱ عضلات و در نتیجه کاهش بیشتر در ظرفیت عملکردی، می‌تواند باعث تشدید علائم خستگی شود (لوکا^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). از دیگر

1. Catabolism
2. Lucia

بازداری اطلاعات و به‌طور کلی افسردگی و اضطراب است.

از رویدادهای غیرقابل کنترل افراد سرطانی می‌توان به عوامل استرس‌زا و تحولات عاطفی چون ترس از مرگ، قطع برنامه‌های زندگی، تغییر در نمای بدن (بدریختی)، عزت‌نفس، تغییر در نقش اجتماعی و سبک زندگی اشاره کرد (کروز^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش‌های درمان شناختی رفتاری حاکی از آن است که می‌تواند عوامل ایجاد و پیامدهای خستگی شناختی را تسکین دهد. به‌طور مثال ترس از مرگ و درد به‌عنوان رویدادهای کنترل‌ناپذیر و عامل درماندگی افراد سرطانی توسط درمان CBT، کاهش و کنترل یافته‌اند (پاسکوئینی^۵ و همکاران، ۲۰۰۷؛ تاترو^۶، ۲۰۰۶).

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

تکنیک‌هایی مثل بازسازی شناختی و آموزش

عوامل مؤثر در خستگی جسمانی می‌توان به افسردگی و درد اشاره نمود (حقیقت و همکاران، ۱۳۸۷). برخی تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری بکار گرفته شده در این پژوهش من‌جمله: آموزش حل مسئله، بازسازی شناختی و مشاوره حمایتی می‌توانند در تسکین افسردگی و درد نقش بسزایی را ایفا نمایند (مالوف^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ بوترو 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 هم‌راستای این پژوهش، کاهش خستگی جسمانی را گزارش کردند

خستگی نیز ممکن است به‌صورت کاهش انگیزه، فقدان علاقه، احساس خستگی و یا به‌صورت 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 غیرقابل کنترل است و پیامدهای آن نیز کاهش انگیزش تعمیم یافته، کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه،

4. Kröz
5. Pasquini
6. Tatrow
7. Chu
8. Harrison
9. Osborn
10. Démoncada
11. Donnelly

1. Malouff
2. Thomas
3. Devine

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 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 هم‌راستای این پژوهش بوده و کاهش خستگی کلی را تأیید 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 شرکت‌کنندگان بعد از آموزش و اجرای پیش‌آزمون، امکان پیگیری را از بین برد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این نکته مورد توجه قرار گیرد.

حل مسئله برای کاهش این اختلال اهمیت ویژه‌ای 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. به‌طور مثال بیمار در زمینه خستگی فاجعه‌آمیزی کرده، خستگی خود را بیش از حد می‌داند و در طی آن خود را از فعالیت‌های بسیاری محروم می‌کند و نیز بر اثر بزرگ‌نمایی، کاستی‌های شناختی خود را بیش از اندازه می‌پندارد، خود را درمانده دانسته و نتیجتاً فعالیت‌های شناختی خود را کاهش می‌دهد. این امر می‌تواند به‌صورت یک چرخه و دور باطل عمل نماید و باعث خستگی فرد در درازمدت 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 موفقیت‌آمیز و از بین رفتن تحریف‌های شناختی مربوط به کاستی‌های

منابع

- Barton, D.L., Liu, H., Dakhil, S.R., Linquist, B.M., Sloan, J.A., Nichols, C.R. & et al. (2012). "Phase III evaluation of American ginseng (panax quinquefolius) to improve cancer-related fatigue: NCCTG trial N07C2". *J Clin Oncol*. 30(Suppl): 9001.
- Brown, L.F. & Kroenke, K. (2009). "Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review". *Psychosomatics*. 50(5):440-7.
- Burgess, M. & Chalder, T. (2004). *Manual for Therapists: Cognitive Behaviour Therapy for CFS/ME*. 73-105. Available from: <http://>

1. Ferguson

- www.pacetrail.org/docs/cbt-therapist-manual.pdf.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). "The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses." *Clinical psychology review*. 26(1):17-31.
- Chu, B.C. & Harrison, T.L. (2007). Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: a meta-analysis of candidate mediators of change. *Clinical Child and Family Psychology Review*; 10(4):352-72.
- De Jong, N., Courtens, A.M., Abu-Saad, H.H. & Schouten, H.C. (2002). "Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a review of the literature". *Cancer nursing*; 25(4):283-97.
- Devine, E.C. (2003). "Editor Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncology Nursing Forum: Onc Nurs Society*.
- Dimeo, F., Schwartz, S., Wesel, N., Voigt, A. & Thiel, E. (2008). "Effects of an endurance and resistance exercise program on persistent cancer-related fatigue after treatment". *Annals of oncology*; 19(8):1495-9.
- Escalante, C.P. (2003). "Treatment of cancer-related fatigue: an update". *Supportive care in cancer*; 11(2):79-83.
- Fagundes, C.P., Glaser, R., Alfano, C.M., Bennett, J.M., Pivoski, S.P., Lipari, A.M. & et al. (2012). "Fatigue and herpesvirus latency in women newly diagnosed with breast cancer". *Brain, behavior, and immunity*; 26(3):394-400.
- Ferguson, R.J., McDonald, B.C., Rocque, M.A., Furstenberg, C.T., Horrigan, S., Ahles, T.A. & et al. (2012). "Development of CBT for chemotherapy-related cognitive change: results of a waitlist control trial". *Psycho-Oncology*; 21(2):176-86.
- Gielissen, M., Verhagen, C. & Bleijenberg, G. (2006). "Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial". *Journal of Clinical Oncology*. 24(30):4882-7.
- Given, C., Given, B., Rahbar, M., Jeon, S., McCorkle, R., Cimprich, B. & et al. (2004). "Effect of a cognitive behavioral intervention on reducing symptom severity during chemotherapy". *Journal of Clinical Oncology*; 22(3):507-16.
- Goedendorp, M.M., Peters, M.E., Gielissen, M.F., Witjes, J.A., Leer, J.W., Verhagen, C.A. & et al. (2010). "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*; 15(10):1122-32.
- Haby, M.M., Donnelly, M., Corry, J. & Vos, T. (2006). "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*; 40(1):9-19.

- Haghighat, S., Montazeri, A., Akbari, M.A., Holakouee, K. & Rahimi, A. (1387). Predictors of fatigue in patients with breast cancer. *Journal of Breast Disease*; 1:17-24. [Persian]
- Hickok, J.T., Morrow, G.R., McDonald, S. & Bellg, A.J. (1996). "Frequency and correlates of fatigue in lung cancer patients receiving radiation therapy: implications for management". *Journal of pain and symptom management*; 11(6):370-7.
- Hróbjartsson, A. & Gøtzsche, P.C. (2001). "Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment". *New England Journal of Medicine*; 344(21):1594-1602.
- Kahrazy, F., Danesh, A. & Azad Fallah, P. (1390). "The effectiveness of cognitive behavior therapy in improving the quality of life of cancer patients". *Journal of Applied Psychology*; 18(2): 23-7. [Persian]
- Kalantari, M., Molavi, H. & Jafari, A. (1390). "The effect of cognitive remediation on reducing learned helplessness male students". *Recentiy in cognitive Sciences, Psychology and Education*; 11:10 – 15. [Persian]
- Kamangar, F., Dores, G.M. & Anderson, W.F. (2006). "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*; 24(14):2137-50.
- Kos, D., Kerckhofs, E., Nagels, G., D'hooghe, M. & Ilsbroux, S. (2007). "Origin of fatigue in multiple sclerosis: review of the literature". *Neurorehabilitation and Neural Repair*: 22(1), 91-100
- Kröz, M., Zerm, R., Reif, M., Von Laue, H., Schad, F., Büssing, A. & et al. (2008). "Validation of the German version of the Cancer Fatigue Scale (CFS-D)". *European Journal of cancer care*; 17(1):33-41.
- Lucía, A., Earnest, C. & Pérez, M. (2003). "Cancer-related fatigue: can exercise physiology assist oncologists"? *The lancet oncology*; 4(10):616-25.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B. & Schutte, N.S. (2007). "The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis". *Clinical psychology review*; 27(1):46-57.
- Minton, O., Richardson, A., Sharpe, M., Hotopf, M. & Stone, P. (2008). "A systematic review and meta-analysis of the pharmacological treatment of cancer-related fatigue". *Journal of the National Cancer Institute*; 100(16):1155-66.
- Mustian, K.M., Morrow, G.R., Carroll, J.K., Figueroa-Moseley, C.D., Jean-Pierre, P. & Williams, G.C. (2007). "Integrative nonpharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue". *The oncologist*; 12 (Supplement 1): 52-67.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). "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*; 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, R.L., Demoncada, A.C. & Feuerstein, M. (2006). "Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses". *The International Journal of Psychiatry in Medicine*; 36(1):13-34.
- Pasquini, M. & Biondi, M. (2007). "Depression in cancer patients: a critical review". *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; 3(1):2.
- Sadock, B.G. & Sadock, B.A. (1389). *Summery of kapldock and sandock. Foster Farzin translation. Volume 3*. Tehran: Publication Arjmand; [Persion]
- Servaes, P., Verhagen, C.A. & Bleijenberg, G. (2002). "Relations between fatigue, neuropsychological functioning, and physical activity after treatment for breast carcinoma". *Cancer*; 95(9):2017-26.
- Shun, S.C., Beck, S.L., Pett, M.A. & Berry, P.H. (2006). "Psychometric testing of three Chinese fatigue instruments in Taiwan". *Journal of pain and symptom management*; 32(2):155-67.
- Smets, E., Visser, M., Willems-Groot, A., Garssen, B., Oldenburger, F., Van Tienhoven, G. & et al. (1998). "Fatigue and radiotherapy: (A) experience in patients undergoing treatment". *British Journal of Cancer*; 78(7):899.
- Spathis, A., Dhillan, R., Booden, D., Forbes, K., Vrotsou, K. & Fife, K. (2009). "Modafinil for the treatment of fatigue in lung cancer: a pilot study". *Palliative medicine*; 23(4): 325-31.
- Tatrow, K. & Montgomery, G.H. (2006). "Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis". *Journal of behavioral medicine*; 29(1):17-27.
- Van Weert, E., May, A.M., Korstjens, I., Post, W.J., van der Schans, C.P., van den Borne, B. & et al. (2010). "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*; 90(10): 1413-25.
- Wagner, L. & Cella, D. (2004). "Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches". *British Journal of Cancer*; 91(5):822-8.
- Wode, K., Schneider, T., Lundberg, I., Kienle, G.S. (2009). "Mistletoe treatment in cancer-related fatigue: a case report". *Cases journal*; 2(1):77.
- Young, K.E. & White, C.A. (2006). "The prevalence and moderators of fatigue in people who have been successfully treated for cancer". *Journal of psychosomatic research*; 60(1):29-38.