روان‌شناسی سلامت بالینی

تألیف

توماس ج. بول

ترجمه

انسیه انجدانی

فاطمه آقایی میبدی

دکتر فریبا زرانی

دکتر وحید صادقی فیروزآبادی

عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

زیر نظر و به ویراستاری

دکتر فریبا زرانی

عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

دکتر حمید پورشریفی

دانشیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

کتاب ارجمند

فهرست

مقدمه ۹

بخش اول- اختلالات پزشکی و کاربردهای رفتاری

۱- تومورها..... ۱۳

عوامل روانی- اجتماعی و رفتاری مرتبط با سبب‌شناسی و پیشگیری از سرطان..... ۱۴

عوامل روان‌شناختی و رفتاری مرتبط با پیشرفت و درمان سرطان..... ۲۱

مسیرهای ارتباطی متغیرهای روانی- اجتماعی و رفتاری با بیماری..... ۲۶

سازگاری با سرطان..... ۲۸

مداخلات..... ۳۰

منابع ۳۳

۲- اختلالات غدد درون‌ریز، سوخت‌وساز، تغذیه و ایمنی ٤۳

دیابت ملیتوس ۴۵

فیبروز کیستیک ۵۱

چاقی..... ۵۵

اختلالات غدد درون‌ریز ۵۸

منابع ۶۸

۳- اختلالات سیستم تنفسی ۷۹

نقش روان‌شناسی رفتاری در بهداشت تنفسی..... ۸۰

بیماری مزمن انسدادی ریه..... ۸۵

آسم..... ۸۹

نتیجه‌گیری ۱۱۰

منابع ۱۱۳

بخش دوم- اختلالات رفتار و سلامت

٤- جنبه‌های رفتاری چاقی، رژیم غذایی و بیماری‌های مزمن ۱۲۵

فیزیولوژی، پیامدهای بهداشتی و عوامل تغذیه‌ای و رژیمی..... ۱۲۶

شیوع چاقی و مصرف مواد غذایی عمده: روند تغییرات ۱۳۶

عوامل رفتاری و روان‌شناختی مرتبط با تغییر رفتار تغذیه..... ۱۴۳

نتیجه ۱۴۷
منابع ۱۴۸

۵- اختلالات مصرف مواد ۱۵۷
شیوع مصرف و سوءمصرف مواد ۱۵۹
ارزیابی و تشخیص اختلالات سوءمصرف مواد ۱۶۱
خلاصه و پیشنهاداتی برای ارزیابی و تشخیص ۱۶۹
مداخلات مربوط به سوءمصرف دیگر داروها ۱۷۳
نتیجه‌گیری ۱۸۰
منابع ۱۸۱

٦- مصرف سیگار ۱۸۹
نرخ شیوع مصرف سیگار ۱۹۰
تعامل بین اعتیاد، شرطی‌سازی و ژنتیک ۱۹۳
تأثیرات محیطی روان‌شناختی بر شروع و تداوم مصرف سیگار ۱۹۷
مداخلات ترک سیگار : ویژگی‌های مداخلات کلیدی ۲۰۵
اجرای برنامه‌های ترک سیگار در تعداد زیادی از سیگاری‌ها ۲۱۰
نتیجه‌گیری ۲۱۹
منابع ۲۲۱

۷- نقش استرس، مقابله، و حمایت اجتماعی در سلامت و رفتار ۲۳۵
تعریف استرس ۲۳۵
سنجش استرس ۲۳۸
تفاوت‌های فردی در پاسخ‌دهی به استرس ۲۴۰
استرس و سلامتی ۲۴۱
حمایت اجتماعی ۲۵۳
نتیجه ۲۶۱
منابع ۲۶۱

۸- سازگاری خانواده با بیماری، اختلال و ناتوانی ۲۷۱
دیدگاه‌های مختلف و شواهد همسو ۲۷۳
روان‌شناسی اجتماعی خانواده و سلامت فردی ۲۷۳
رویکرد سیستم‌های خانواده ۲۷۶
دیدگاه رفتاری: پاسخ‌های آموخته شده، شناخت‌ها و توانایی‌ها ۲۷۸

سهم روان‌شناسی تحولی و کودک ۲۸۰
نتیجه‌گیری ۲۸۷
منابع ۲۸۹

بخش سوم- مدل‌ها و چشم‌اندازها در روان‌شناسی سلامت

۹- ایمنی‌شناسی روانی عصبی ۳۰۳
سیستم ایمنی چیست؟ ۳۰۵
ایمنی چگونه در پژوهش‌های ایمنی‌شناسی عصبی- روانی سنجیده می‌شود؟ ۳۱۲
خاستگاه ایمنی‌شناسی عصبی- روانی و نقش آن در روابط ذهن- بدن ۳۱۷
نتیجه‌گیری ۳۳۱
منابع ۳۳۳

۱۰- نظریه شخصیت و پژوهش در مطالعه سلامت و رفتار ۳۴۳
مفاهیم کنونی در پژوهش‌های شخصیت ۳۴۴
ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان عوامل خطرزای بیماری ۳۶۲
ویژگی‌های شخصیتی و رفتار سالم ۳۷۴
نتیجه گیری ۳۷۹
منابع ۳۸۰

۱۱- مدل‌های روانی اجتماعی ۴۰۱
نظریهٔ عمل مستدل و نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی ۴۰۲
کاربرد الگوهای روان‌شناسی اجتماعی در پیش‌بینی استفاده از کاندوم ۴۰۵
کاربرد الگوهای روانی- اجتماعی در پیش‌بینی رفتار ورزش کردن ۴۱۶
خلاصهٔ پژوهش‌های صورت گرفته در زمینهٔ پیش‌بینی رفتار ورزش کردن با کمک سازه‌های شناختی- اجتماعی ۴۲۰
مراحل تغییر ۴۳۱
منابع ۴۳۷

واژه‌نامه ۴۵۴

مقدمه

قدمت کاربرد روان‌شناسی در علم پزشکی به زمانی پیش از گسترش رسمی علم روان‌شناسی بازمی‌گردد. تا میانه قرن بیستم، پزشکی چه به لحاظ علمی و چه به لحاظ فناوری غنی نبود. به‌عنوان مثال داروهای بیهوشی تا پایان قرن ۱۹ و آنتی‌بیوتیک‌ها تا قرن بیستم موجود نبودند و بیشترین معجزات مداخلات پزشکی و جراحی‌ها پس از این دوران اتفاق افتاد تا قبل از آن رژیم غذایی، استراحت و روش‌های بالینی اقدامات معمول پزشکی بودند. تحول علم پزشکی امکان درمان بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات را فراهم آورد اما این باور را نیز گسترش داد که پزشک تنها مسئول سلامت فرد است. تفکری که نقش بیمار و رابطه پزشک با بیمار را نادیده می‌انگاشت. بر اساس این رویکرد زیستی- پزشکی بیماران صرفاً دریافت‌کننده منفعل مداخلات درمانی قلمداد می‌شدند.

از سوی دیگر گسترش علم پزشکی منجر به افزایش طول عمر بسیاری از مردم و متعاقباً روبه‌رو شدن با بیماری‌های مزمن گردید. در حال حاضر افراد مبتلا به بیماری‌هایی ازجمله دیابت، پرفشاری خون، اختلالات مغزی و مشکلات قلبی عروقی طولانی‌تر زندگی می‌کنند و نیاز به مراقبت دارند. اصطلاح chronic care (مراقبت در مشکلات بهداشتی مزمن) یک اصطلاح جامع است که در بردارنده مجموعه مداخلات غیر زیست مکانیکی برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن یا انواعی از مشکلات بهداشتی است که نیاز به مدیریت دارند. این مداخلات که به منظور بهبود علائم، کاهش بدکارکردی‌ها، افزایش توانمندی‌ها و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ارائه می‌شوند نیازمند همکاری و حمایت تیم درمانی، افراد مهم زندگی بیمار و طیف وسیعی از خدمات سیستم مراقبت بهداشتی است.

مطالعات دین اورنیش با بیماران قلبی- عروقیِ وخیم، نشان داد که مداخلات رفتاری برای شرایط پزشکی اثربخش است، اثربخشی مداخلات زیستی رفتاری و روان‌شناختی در مدیریت درد، کاهش زمان بستری در بیمارستان‌ها، کاهش مدت زمان نقاهت بعد از جراحی و دیگر شرایط پزشکی نشان داده شده است. و طی دهه‌های اخیر اهمیت و ضرورت این مداخلات، به‌تدریج پزشکان، بیماران و سیستم‌های مراقبت بهداشتی را تحت تأثیر قرار داده است.

هدف کتاب حاضر تشریح مساعدت‌های روان‌شناسی سلامت به دانش علمی، ارزیابی و مداخله در سیستم بهداشتی و مشارکت ارزیابی‌ها و مداخلات روان‌شناختی و رفتاری در درمان اختلالات و بدکارکردی‌های پزشکی است، یا به عبارت دیگر کاربرد بالینی روان‌شناسی سلامت. در بخش اول سیستم بدن و اختلالات وابسته به آن و کاربرد مداخلات رفتاری و روان‌شناختی مورد بحث قرار

گرفته است. در بخش دوم به اختلالاتی پرداخته شده است که رفتار و عوامل مرتبط با سبک زندگی در بروز آنها نقش اساسی دارد و روش‌های اثربخش برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در سطوح مختلف مورد توجه قرار گرفته است. در بخش سوم کتاب نیز مدل‌ها و مبانی نظری پژوهش‌ها، مطالعات و مداخلات در روان‌شناسی سلامت و روندهای آتی آن به بحث گذارده شده است.

این کتاب مجموعه اطلاعات مفیدی را در حوزه روان‌شناسی بالینی سلامت و کاربرد آن در طب نوین فراهم آورده است که می‌تواند مورد استفاده علاقمندان این حوزه از جمله روان‌شناسان، پزشکان، روان‌پزشکان و سایر متخصصین بهداشتی قرار گیرد.

بخش اول

اختلالات پزشکی و کاربردهای رفتاری

ویراستاران
سوزان بنت جانسون
نتان و. پری
جری و رونالد روزنسکی

۱

تومورها[۱]

تومورها بیش از صد نوع سرطان را در برمی‌گیرند که ویژگی همهٔ آنها تزاید جهش سلولی و تکثیر مهارگسیختهٔ سلول است. در نتیجه سلول‌های طبیعی تغییر می‌کنند، به طرز غیرقابل‌کنترلی شروع به رشد می‌کنند، بافت‌های اطراف را تخریب می‌کنند و اغلب به اندام‌های دیگر نیز سرایت می‌کنند (هاناهان و وین برگ، ۲۰۰۰). این سرطان‌ها در سراسر جهان باعث بیماری و مرگ‌ومیر می‌شوند. در آمریکا که سرطان بعد از بیماری‌های قلبی- عروقی دومین علت مرگ‌ومیر محسوب می‌شود، سالیانه بیش از یک میلیون مورد جدید سرطان تشخیص داده می‌شود و بیش از پانصد هزار مورد مرگ ناشی از سرطان گزارش می‌شود (مؤسسه آمریکایی پژوهش سرطان[۲]، ۱۹۹۷). از هر دو مرد آمریکایی، یک نفر به یکی از انواع سرطان مبتلا می‌شود. سرطان‌های پروستات، ریه و روده بزرگ از شایع‌ترین سرطان‌ها در میان مردان آمریکایی است. از هر سه زن آمریکایی نیز یک نفر به سرطان مبتلا می‌شود؛ در این میان سرطان سینه، روده بزرگ و ریه از شایع‌ترین انواع سرطان هستند. بر اساس نوع سرطان و شدت آن، پیش‌آگهی بیماری متغیر خواهد بود. در ایالات‌متحده سرطان ریه کشنده‌ترین نوع سرطان در بین زنان و مردان محسوب می‌شود (انجمن آمریکایی سرطان[۳]، ۱۹۹٤).

طی قرن بیستم، بار سرطان (فشار تحمیل‌شده ناشی از سرطان) به‌طور چشمگیری افزایش یافته است و در کشورهای صنعتی به‌عنوان علت اولیهٔ مرگ‌ومیر و معلولیت، جانشین بیماری‌های

---

۱. این فصل توسط خانم فاطمه آقایی از فصل دوم جلد یکم کتاب روان‌شناسی سلامت بالینی ترجمه شده است.

2. American Institute for Cancer Research

3. American Cancer Society

عفونی‌شده است. عوامل زیادی در گسترش و شیوع روز افزون سرطان نقش داشته است. با کنترل بسیاری از علل مرسوم مرگ‌ومیر زودرس، طول عمر مردم افزایش پیدا کرده است و افراد زیادی تا بزرگ‌سالی زنده می‌مانند. خطر ابتلا به سرطان به‌طور معناداری با سن رابطه دارد و افزایش جمعیت سالمندان، در افزایش نرخ سرطان نقش دارد. مشکلات رفتاری مرتبط با سرطان، مثل چاقی، سبک زندگی کم‌تحرک مصرف سیگار و استرس، افزایش یافته یا برجسته‌شده است. هم‌زمان با روشن شدن نقش عوامل رفتاری و روان‌شناختی در سبب‌شناسی سرطان، پژوهش‌ها نیز در این زمینه افزایش یافته است. با افزایش اثربخشی تشخیص و درمان زودرس سرطان در بقای بیماران، اهمیت سازگاری روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران برجسته‌ترشده است. در دو دهۀ گذشته، پژوهش‌های قوی و راه‌گشایی دربارۀ جنبه‌های رفتاری و روان‌شناختی سرطان منجر به ایجاد زیر شاخه‌ای در سرطان‌شناسی‌شده است که امروزه با نام‌های مختلفی از قبیل سرطان‌شناسی روانی- اجتماعی، سرطان‌شناسی زیستی- رفتاری و یا روان‌سرطان‌شناسی[1] شناخته می‌شود. این پژوهش‌ها در فهم اثرات اجتماعی، روان‌شناختی و هیجانی سرطان بر بیماران و خانواده‌های آنها نقش داشته است و سهم عوامل روانی- اجتماعی و رفتاری را در خطر ابتلا به سرطان و سیر بیماری کشف کرده است.

فصل حاضر این پژوهش‌های رو به رشد را خلاصه می‌سازد تا نقش ویژگی‌های روانی- اجتماعی یا رفتاری را در رشد سرطان یا سیر بیماری و بقا مشخص نماید. شواهد مرتبط با تأثیر متغیرهای روانی- اجتماعی در پیشرفت و عود سرطان بسیار همخوان‌تر از شواهد مرتبط با اثرات روانی- اجتماعی در کاهش رشد سرطان است، اما درواقع ممکن است اثر این متغیرهای روانی اجتماعی بیشتر از آنچه باشد که به نظر می‌آید. به علاوه در این فصل تأثیر مداخلات روانی- اجتماعی بر پیامدهای بیماری موردبررسی قرار گرفته است؛ همچنین درباره نقش روان‌شناسی سلامت در فهم بار روانی- اجتماعی ناشی از سرطان و روش بهینه کاهش آن بحث‌شده است.

عوامل روانی- اجتماعی و رفتاری مرتبط با سبب‌شناسی و پیشگیری از سرطان

تحقیق در زمینه ارتباط بین عوامل روانی- اجتماعی یا رفتاری و بروز سرطان با دشواری‌های روش‌شناختی مواجه است، که مانع پژوهش در این زمینه می‌شود. یکی از این مشکلات، گوناگونی نوع و شدت سرطان است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد سرطان شامل بیش از صد بیماری می‌شود و تومورها حتی در یک زیرگروه نیز ناهمگنی زیادی نشان می‌دهند. ازآنجاکه پیش‌بینی سیر بیماری با نوع و شدت سرطان مرتبط است، این ناهمگنی به متغیرهای مزاحم در پژوهش‌ها می‌افزاید و

1. Psycho- oncology

پژوهش‌ها نیز نمی‌توانند آن را کنترل کنند. اعمال چنین کنترلی هزینه‌بر و انجام نشدنی است. به نظر می‌رسد در سرطان‌هایی که الگوی پیشرفت بیماری تغییرپذیری کمی نشان می‌دهد، اثر عوامل زیست‌شناختی بر سیر بیماری بسیار مهمتر از عومل روانی- اجتماعی است. تغییرپذیری زیاد در پیش‌آگهی بیماری احتمالاً منعکس‌کننده تأثیر عوامل روانی- اجتماعی بر آسیب‌پذیری و تاب‌آوری[1] است که نشان‌دهنده تعامل عوامل زیستی و روانی- اجتماعی می‌باشد. بااین‌وجود، اثر عوامل روانی- اجتماعی در بیماری‌زایی و مرگ‌ومیر ناشی از سرطان بسته به مکان، نوع و شدت سرطان و عوامل خطر شخصی مثل سن و سابقه خانوادگی، متفاوت است. بدین ترتیب تعمیم نقش عوامل روانی- اجتماعی به مجموعه گسترده‌ای به نام سرطان دشوار یا غیرممکن است.

مسئله دیگری که پژوهش درباره سرطان را دشوار می‌سازد، خاموشی طولانی‌مدت بیماری است. سرطان به معنی جهش و رشد کند بافت‌های تومور است؛ در نتیجه ممکن است سال‌ها قبل از آنکه تشخیصی داده شود، بیماری وجود داشته باشد. دانشمندان در مراحل بحرانی پیشرفت بیماری و یا حتی در مراحل اولیه آن نمی‌توانند زمان شروع رشد تومور را تعیین کنند. این مسئله بر ابهام رابطه بین شروع بیماری و حالات و حوادث روانی گزارش شده، می‌افزاید. دیگر محدودیت‌های روش‌شناختی که می‌توان نام برد به این شرح است: ناتوانی در کنترل مناسب متغیرهای بالقوه مداخله‌گر مثل سیگار یا رژیم غذایی، فقدان گروه کنترل یا گروه کنترل نامناسب، فقدان ابزارهای استاندارد روان‌شناختی، دشواری در ارزیابی و کنترل تعامل متغیرهای روان‌شناختی و عوامل خطرزای زیستی- پزشکی و دشواری در سنجش تعاملات میان عوامل روان‌شناختی متعددی که معمولاً مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند. چنین محدودیت‌هایی باعث ناهمسانی یافته‌های پژوهشی به لحاظ ماهیت، میزان و اهمیت ارتباطات محتمل بین عوامل روان‌شناختی و خطر ابتلا به سرطان و پیامدهای آن، می‌شود.

پژوهش‌هایی که در پی تعیین متغیرهای روانی- اجتماعی مرتبط با رشد سرطان هستند، عمدتاً بر روی سرطان سینه متمرکزشده‌اند. یکی از دلایل چنین تأکیدی، به تغییرپذیری نسبتاً زیاد سیر بیماری در سرطان سینه برمی‌گردد. دلیل دیگر آن‌که، مشخص‌شده است سرطان سینه تحت تأثیر عوامل هورمونی قرار دارد، این مسئله مسیری را که از طریق آن هیجانات می‌توانند بر ویژگی‌های زیست‌شناختی بیماری اثر بگذارند، به روشنی نشان می‌دهد. از سوی دیگر سرمایه‌گذاری‌های مالی و مسائل سیاسی اجتماعی نیز در افزایش توجه به سرطان سینه به‌عنوان یک هدف پژوهش‌های روانی اجتماعی نقش داشته‌اند. در نتیجه، دانش ما درباره سهم عوامل روانی- اجتماعی در شروع سرطان تا حد زیادی (عمدتاً) بر آگاهی از چگونگی تأثیر این متغیرها بر رشد سرطان سینه مبتنی است. شخصیت، شیوه‌های مقابله، حمایت اجتماعی، استرس و سازگاری از موضوعات روان‌شناختی هستند که به وفور در پژوهش‌ها به بررسی اثر آنها بر سرطان سینه پرداخته‌شده است.

---

1. Resiliency

شخصیت

گزارشات داستان‌گونه و برخی از شواهد اولیه ارتباط بین میزان بروز سرطان و سبک‌های شخصیتی را مطرح کردند. در یک سری از پژوهش‌ها در انگلستان، (موریس، پتین گال، واتسون، ۱۹۸۱) پژوهشگران دریافتند بین تشخیص سرطان سینه و گرایش به سرکوب یا جلوگیری از ابراز خشم و هیجانات دیگر ارتباط وجود دارد. این نتایج و دیگر یافته‌های مقدماتی منجر به ایجاد مفهوم «مستعد سرطان» یا «تیپ شخصیتی c» شد. همکاری (یاری‌گری)، تبعیت و تسلیم، خشنودسازی دیگران، ابرازگری پایین، عدم بیان خشم و هیجانات منفی دیگر، از ویژگی‌های شاخص این تیپ شخصیتی است (تموشوک، ۱۹۸۷). مک‌کنا، زون، کرن و راوندز (۱۹۹۹) طی یک فرا تحلیل دریافتند اشخاصی که تیپ شخصیتی آنها اجتناب از تعارض است، به‌طور معناداری در معرض خطر سرطان سینه قرار دارند، بااین‌حال به علت اندازه اثر کم، تفسیر این نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. به علت فقدان پژوهش‌های آینده‌نگر در حمایت از رابطه میان شخصیت و خطر سرطان، وجود یافته‌های متناقض و منفی (به‌عنوان‌مثال پرسکی، کمتورن- راوسون و شکل، ۱۹۸۷) و اندازه اثر کم در فراتحلیل‌ها، به سختی می‌توان نتیجه گرفت که سبک‌های شخصیت در رشد سرطان نقش چشمگیری دارند.

حمایت اجتماعی

با وجود علاقهٔ زیادی که به بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سرطان وجود دارد، دشواری‌های روش‌شناختی منحصربه‌فردی در این زمینه وجود دارد. حمایت اجتماعی یک مفهوم چند بعدی است و شیوه‌های عملیاتی کردن و اندازه‌گیری آن متفاوت است (اریلی، ۱۹۹۸). با توجه به این گوناگونی و ناهمسانی، نتیجه‌گیری درباره اینکه کدام جنبه از محیط اجتماعی اثرات سودمندی برروی سلامت دارد، دشوار است. بین جنبه‌های ساختاری و کارکردی حمایت اجتماعی تفاوت برجسته‌ای وجود دارد (هلگسن، کوهن، فریتز، ۱۹۹۸). مؤلفه‌های ساختاری اندازه شبکه اجتماعی فرد، درجه آمیزش اجتماعی فرد و وضعیت تأهل او را در برمی‌گیرد. مؤلفه‌های کارکردی به ادراک فرد از دسترس‌پذیری حمایت یا دریافت حمایت اطلاق می‌شود که اغلب به اشکال ابزاری، اطلاعاتی و هیجانی تقسیم می‌شود. با وجود ارزشمندی مفهومی چنین تمایزاتی، تفاوت در نوع و منبع حمایت نسبی است؛ زیرا انواع مختلف حمایت اجتماعی ممکن است برای افراد مختلف یا در شرایط مختلفی سودمند باشد (اسمیت، فرنگال، هولکرفت، جرالد، مارین، ۱۹۹٤). همچنین ممکن است میزان سودمندی اشکال مختلف حمایت اجتماعی برای پیامدهای گوناگون سلامتی، متفاوت باشد. (رن، اسکینر، لی، کازیس، ۱۹۹۹).

علی‌رغم تأثیر فراگیر و سودمندی کلی که حمایت اجتماعی برای سلامت دارد (به‌عنوان نمونه هوس، لاندیس، آمبرسون، ۱۹۸۸)، شواهد از اثر قوی و محافظت‌کننده حمایت اجتماعی برروی پیشرفت سرطان حمایت نمی‌کنند (فوکس، ۱۹۹۸). اگر چه چند رابطه معنی‌دار گزارش‌شده است ولی

پژوهش‌های آینده‌نگر (به‌عنوان نمونه رینولدز، کاپلان، ۱۹۹۰؛ وگت، مولولی، ارنست، پوپ، هولیس، ۱۹۹۲) درباره رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی و بروز سرطان شواهد هماهنگی نیافتند، به‌عنوان نمونه رینولدز و کاپلان (۱۹۹۰) به مدت ۱۷ سال بیش از شش هزار نفر را مورد مطالعه قرار دادند و بین حمایت اجتماعی و بروز سرطان در مردان ارتباطی نیافتند. بااین‌وجود، در بین زنان، انزوا با نرخ بالاتر بروز سرطان رابطه داشت. در پژوهشی گروهی از دانشجویان پزشکی به مدت ۲٤ سال موردبررسی قرار گرفتند نتایج نشان داد افرادی که به سرطان مبتلا شدند، در ابتدای این پژوهش صمیمیت کمتری با همسرشان گزارش کرده بودند (توماس، دوس زینسکی، اسچافر، ۱۹۹۷). بااین‌وجود، به‌طور کلی شواهد مرتبط با تأثیر حمایت اجتماعی در شروع سرطان محکم و قطعی نیست.

استرس

یکی دیگر از حوزه‌های پژوهشی، بررسی ارتباط بین حوادث استرس‌آمیز زندگی و رشد سرطان است، اما در این زمینه نتایج دو پهلو و مبهمی به دست آمده است. برای مثال جیر (۱۹۹۳) با ۹۲ زن دارای توده مشکوک در سینه مصاحبه کرد و دریافت افرادی که بعداً تشخیص سرطان سینه را دریافت داشتند نسبت به زنانی که غده خوش‌خیمی داشتند حوادث استرس‌آمیز بیشتری تجربه کرده بودند. بااین‌حال مطالعات دیگر نتوانستند چنین رابطه‌ای را تأیید کنند. در یکی از این پژوهش‌ها بیش از ۱۵۰۰ زن مبتلا به سرطان سینه با همتایان سالم خود مورد مقایسه قرار گرفتند (اورتز ۱۹۸٦). فقدان همسر به علت مرگ یا طلاق در طی ۱۵ سال پیش از دریافت تشخیص، با افزایش ریسک سرطان سینه ارتباطی نداشت. ازآنجاکه بررسی اثر حوادث استرس‌آور زندگی نیازمند زمانی طولانی است، پژوهش‌هایی که با تکیه بر یک دوره زمانی کوتاه مثلاً پنج سال به ارتباط معناداری بین حوادث استرس‌آور و سرطان دست یافته‌اند، نمی‌توانند شرایط اثر این حوادث را، مشخص کنند. مک‌کنا و همکاران (۱۹۹۹) در فراتحلیلی که انجام دادند ارتباط ضعیف اما معناداری بین حوادث استرس‌زای زندگی و خطرابتلا به سرطان سینه یافتند و متذکر شدند جهت روشن‌سازی این روابط، مطالعات آینده‌نگری مورد نیاز است که به خوبی طراحی‌شده باشند. همچنین شناسایی و آزمایش مسیرهای احتمالی نیز ضروری است.

افسردگی

پژوهش‌هایی که به بررسی اثرات سازگاری یا سلامت روان بر پیشرفت سرطان می‌پردازند، به میزان زیادی روی افسردگی متمرکزشده‌اند، اگرچه برخی دیگر به اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات همایند توجه نموده‌اند. فرا تحلیل و مرورهای مطالعاتی نشان دادند که افسردگی به‌عنوان عامل خطرساز (ریسک فاکتور) سرطان نقش کم‌اهمیت یا بی‌اهمیتی دارد (مک گی ویلیافر، الوود، ۱۹۹٤، مک کنا و همکاران، ۱۹۹۹). بااین‌وجود، دو مطالعه گروهی آینده‌نگر حمایت قوی‌تری برای این ارتباط فراهم

کردند. در یکی از آنها که تقریباً ۵۰۰۰ نفر را شامل می‌شد، در بین افرادی که بالای ۷۱ سال سن داشتند، سابقه افسردگی بیش از ٦ سال به‌عنوان یک ریسک فاکتور مستقل در رشد سرطان عمل می‌کرد (پنینکس و همکاران، ۱۹۹۸). در پژوهش دوم، ۳۰۰۰ زن و مرد که افسردگی عمده را تجربه کرده بودند به‌طور معناداری در طی ۱۳ سال بعد از آن در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان سینه و پروستات بودند (گالو، آرمینان، فورد و ایستن، ۲۰۰۰).

همان‌طور که قبلاً بحث شد، فرا تحلیل پژوهش‌ها نشان داده است بین رشد سرطان سینه و استفاده از روش‌های مقابلهٔ سرکوب و انکار، انزوا، تجربه فقدان و حوادث استرس‌زای زندگی ارتباط متوسطی وجود دارد (مک‌کنا و همکاران، ۱۹۹۹). با توجه به اندازه اثر نسبتاً کوچک شاید بتوان گفت این عوامل روان‌شناختی نسبت به عوامل زیست‌شناختی نقش ثانویه‌ای در رشد سرطان سینه بازی می‌کنند. اما از سوی دیگر شاید عملاً شناسایی روابطی که پیوند بین عوامل روان‌شناختی و رشد سرطان را نشان می‌دهد، ممکن نباشد. تا زمانی که نشانگرهای زیستی شروع بیماری مشخص شوند یا دیگر متغیرهای میانجی و متغیرهای غیر از بیماری را بتوان اندازه‌گیری کرد، پاسخ روشنی به سؤالاتی از این قبیل ممکن نیست. تعیین اثر عوامل روان‌شناختی مثل شخصیت، شیوه مقابله، خلق افسرده، استرس و حمایت اجتماعی بر رشد سرطان نیازمند پژوهش بیشتری است.

مصرف سیگار

تحقیقات چند عامل رفتاری را که نقش واضح‌تری در افزایش خطر ابتلا به سرطان دارند مشخص کرده‌اند. در کشورهای صنعتی، مصرف سیگار به‌تنهایی بزرگ‌ترین عامل قابل‌پیشگیری بیماری و مرگ‌ومیر زودهنگام است. در ایالات‌متحده سالانه تقریباً چهارصد و پنجاه‌هزار نفر در اثر بیماری‌های مرتبط با سیگار می‌میرند (مک‌گینز، فوئگ، ۱۹۹۹). پژوهش‌های پزشکی رفتاری و روان‌شناسی سلامت در شناخت عوامل زیستی، رفتاری و روان‌شناختی مؤثر بر شروع، تداوم و عود رفتار سیگار کشیدن کمک‌کننده بوده است (به‌عنوان نمونه، اوکن و همکاران، ۲۰۰۰). الگوبرداری، تقویت اجتماعی، هزینه، تصور در دسترس بودن سیگار و وضعیت سلامت روان، همگی در شروع رفتار سیگار کشیدن نقش دارند، درحالی‌که تداوم آن ناشی از ویژگی‌های اعتیادآور نیکوتین (گامبرینو و گلد، ۱۹۹۹) و عوامل زیستی- رفتاری ناشی از مصرف مستمر سیگار است. فرایندهای زیستی نمی‌توانند به‌تنهایی دشواری و میزان شکست برنامه‌های ترک سیگار را توجیه کنند. هیات و ریمر (۱۹۹۹) بر اساس یک مدل زیستی رفتاری عمومی‌تر درباره پیامدهای سلامت که توسط اندرسون (۱۹۹۸) مطرح‌شده بود، چارچوبی زیستی- رفتاری ارائه دادند که به درک تعامل عوامل رفتاری و روان‌شناختی با آسیب‌پذیری ژنتیکی در مصرف سیگار، اعتیاد به نیکوتین و سرطان، کمک میکند.

رژیم غذایی و دیگر عوامل رفتاری

رژیم‌های غذایی خاصی خطر ابتلا به برخی از سرطان‌ها را افزایش می‌دهد (وایلت، ۱۹۹۶). شواهد شیوع‌شناسی حاکی است رژیم‌هایی که میوه و سبزیجات کمی را در بردارند، با افزایش خطر ابتلا به چند نوع سرطان همراه هستند (پوتر، استین متز، ۱۹۹۶). پژوهش‌های آزمایشگاهی مکانیزم‌های دخیل در این ارتباط را موردبررسی قرار داده‌اند و بیان می‌کنند که محتویات میوه و سبزیجات مثل فیبر، ویتامین‌ها، فیتوکمیکال‌ها ممکن است از ایجاد، گسترش و رشد سرطان جلوگیری نمایند (کلفت و همکاران، ۱۹۹۷).

به نظر می‌رسد محتویات گوشت یا فرآورده‌های گوشتی مثل روغن حیوانی در بروز سرطان‌های خاصی نقش دارند (گوتری، کارول، ۱۹۹۱). اغلب با افزایش مصرف غذاهای گیاهی، از مصرف گوشت کاسته می‌شود و تغییرات رژیم غذایی به سمت تعادل پیش می‌رود. بسیاری از مردم به اندازه کافی از غذاهای گیاهی مصرف نمی‌کنند و بنابراین در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان قرار می‌گیرند (مؤسسه آمریکایی تحقیقات سرطان، ۱۹۹۷).

همچنین برنامه‌های غذایی که منجر به دریافت بیش از نیاز کالری میشوند، در افزایش خطر ابتلا به سرطان نقش دارند. اگرچه پژوهش‌های بیشتری جهت روشن شدن رابطه چاقی و خطر ابتلا به سرطان نیاز است، چاقی به واسطه تأثیر بافت چربی بر رشد سلولی اپیتلیوم (گوتری، کارول، ۱۹۹۹) یا به واسطه تأثیر بر تولید استروژن در زنان یائسه، در پیشرفت سرطان سینه نقش دارد (فرتی و همکاران، ۱۹۹۸). چاقی همچنین با افزایش خطر ابتلاسرطان کلون (انتهای روده بزرگ)، کیسه صفرا و رحم همراه است (فورد، ۱۹۹۹، پی‌سونیر، ۱۹۹۸). علاوه بر این ورزش به‌صورت مستقل برروی بعضی از سرطان‌های خاص اثر محافظت‌کنندگی دارد (لانگ نکر، جرادسون لی وردیر، فورم کین، کارپنتر، ۱۹۹۵؛ ثون، برن، لوند، گارد، ۱۹۹۷).

از دیگر عوامل رفتاری شناخته‌شده در افزایش خطر ابتلا به سرطان، مواجهه با نور آفتاب را می‌توان نام برد (باوم، کوهن، ۱۹۹۸). مواجهه طولانی‌مدت با نور آفتاب و آفتاب‌سوختگی‌های دوره‌ای با دو نوع سرطان پوست (سلول‌های بازال و سلول‌های ورقه‌ای شکل[1]) رابطه دارد. میزان تأثیر نور آفتاب به نوع پوست و استفاده از ضدآفتاب بستگی دارد. اکثر سرطان‌های پوست با مصرف منظم ضدآفتاب و استفاده از دیگر محافظ‌ها در برابر نور آفتاب قابل‌پیشگیری است.

در مجموع، تعامل رفتارهای مرتبط با سلامت به‌طور قابل‌توجهی بر میزان خطر ابتلا به سرطان اثر دارد. استرس در بسیاری از این رفتارها نقش مهمی بازی می‌کند. استرس می‌تواند عملکرد شناختی، خلق، توان حل‌مسئله، ارتباطات اجتماعی، توجه و کیفیت زندگی را دست خوش تغییر کند و تمام این متغیرها به‌طور بالقوه در رفتارها و تصمیمات مرتبط با سلامت تأثیر می‌گذارند (باوم، پوسلوزنی،

1. Squamous- cell

۱۹۹۹). پژوهش‌ها نقش عوامل روان‌شناختی را در شکل‌دهی رفتارهای مرتبط با سرطان بررسی کرده‌اند. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی و روانی- اجتماعی تفاوت‌های قابل‌توجهی را در رفتارهای تغذیه (دی کاسترو، ۱۹۹٦، مسر ۱۹۸٤)، مصرف مواد (اوکن و همکاران، ۲۰۰۰)، ورزش (دیشمن، ۱۹۹۰؛ اون، ویتا، ۱۹۹۷) و رفتارهای ایمنی (کوهن، هربرت، ۱۹۹٦)- رفتارهایی که به گونه‌ای با خطر ابتلا به سرطان رابطه دارند- رقم می‌زند؛ بنابراین، عوامل روانی- اجتماعی پایه اصلی مدل‌های رفتار سلامت را تشکیل می‌دهند (کنر، نورمن، ۱۹۹٦).

رشته ژنتیک رفتاری در شناخت مؤلفه‌های رفتاری مرتبط با خطر سرطان، تراز مهم دیگری از تحلیل را فراهم کرده است. برای مثال، تفاوت‌های ژنتیکی در تنوع الگوهای فعالیت و تغذیه افراد (فایث، جانسون، آلیسون، ۱۹۹۷؛ رید، بچ مانو، باوچام، توردوف، پرایس، ۱۹۹۷)، میزان مصرف انرژی در حالت استراحت (گوران، ۱۹۹۷) و تمایل به مصرف مواد (هیث، مادن، ۱۹۹۵) نقش دارد و از این طریق برخطر ابتلا به سرطان تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، نظریه تکامل نیز در ایجاد بینش درباره عوامل ژنتیکی مؤثر بر آسیب‌پذیری به بیماری‌های زیستی رفتاری می‌تواند مفید باشد؛ بر این اساس سهمی که مؤلفه‌های زیستی- رفتاری در بروز بیماری دارند نشان‌دهنده بهایی است که سیستم‌های سازگار در برخورد با محیط‌های جدید می‌پردازند (هندرسون، فولنزا، باوم ۲۰۰۲).

پیشگیری

شواهد حاکی است متغیرهای روانی- اجتماعی، علی‌رغم فقدان ارتباط قوی، در خطر ابتلا به سرطان نقش دارند. رفتارهایی مثل مصرف سیگار و رژیم غذایی، به وضوح در میزان این خطر تأثیر می‌گذارند. یکی از دلایل اهمیت این موضوع این است که برخلاف دیگر ریسک فاکتورها، اکثر مؤلفه‌های روانی- اجتماعی و رفتاری را می‌توان تعدیل و اصلاح کرد و می‌توان اثر آنها را بر خطر ابتلا به سرطان کاهش داد. بسیاری از راهبردهای پیشگیری از سرطان بر پایه پژوهش‌های همه‌گیرشناسی و پایشی استوارند که نقش مؤلفه‌های رفتاری خاصی در خطر ابتلا به سرطان نشان می‌دهد (هیث و ریمی، ۱۹۹۹). تلاش‌های چشمگیری صورت گرفته است که به واسطه کاهش یا پیشگیری از چنین رفتارهایی میزان بیماری‌زایی و مرگ‌ومیر ناشی از سرطان کاهش داده شود. هدف پیشگیری اولیه این است که از طریق کاهش مصرف غذاهای سرطان‌زا، سیگار و کاهش مواجهه طولانی‌مدت با نور آفتاب، خطر ابتلا به سرطان را تقلیل دهد. با کور کردن سرچشمه‌های خطر بیماری، افراد می‌توانند احتمال ابتلای‌شان به سرطان را در آینده کاهش دهند. بااین‌وجود چنین تغییراتی به آسانی رخ نمی‌دهند. بسیاری از رفتارهای مؤثر برخطر ابتلا به سرطان خوشایند و شدیداً پاداش‌دهنده هستند. ازآنجاکه تأثیر این رفتارها در سرطان کند و تدریجی صورت می‌گیرد، ترک آنها برای افراد دشوار است. حفظ و تداوم تغییرات رفتاری به‌خصوص زمانی که آن رفتارها پاداش‌دهنده باشند، بسیار دشوار است. همسو با این ایده، پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند، ایجاد و

حفظ تغییرات رفتاری در رژیم غذایی بسیار چالش‌برانگیز است (بارنارد، اختر، هیکولسن، ۱۹۹۵). بااین‌وجود، برنامه‌های آموزشی مختلف و راهبردهای مشاوره رفتاری تا حدودی نویدبخش بوده‌اند (کومانیکا و همکاران، ۲۰۰۰). کاهش مواجهه با نور آفتاب (باوم، کوهن، ۱۹۹۸)، همچنین کاهش مصرف سیگار (اوکن و همکاران، ۲۰۰۰) و نیز حفظ وزن در طولانی‌مدت (جفری و همکاران، ۲۰۰۰) به راحتی محقق نمی‌شوند. در آمریکا اطلاع مردم از خطرآفرین‌بودن سیگار در رابطه با سرطان و اقدامات قانونی و بهداشتی در جهت تقلیل مصرف سیگار، نرخ شیوع آن را از ٤٥ درصد در سال ١٩٦٤ به کمتر از ۲۵ درصد در سال ۱۹۹۵ تنزل داده است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۱۹۹۷)؛ بااین‌وجود نرخ چاقی در طی همین دوره افزایش یافته است (فلگال، کارل، کوسنرمارسکی، جانسون، ۱۹۹۸). بی‌شک کاهش مصرف سیگار، در تقلیل مرگ‌ومیر ناشی از سرطان نقش دارد، اما بااین‌وجود، پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است تا راهبردهای در سطح کلان، فردی و اجتماعی را جهت کاهش مصرف سیگار ارائه دهد (اورلئانز، ۲۰۰۰). در همین راستا پژوهش‌های ملی در زمینه چاقی، رژیم غذایی و فعالیت بدنی نیز ضروری است.

عوامل روان‌شناختی و رفتاری مرتبط با پیشرفت و درمان سرطان

برخلاف طبیعت دو پهلو و ضد و نقیض داده‌های مربوط به نقش متغیرهای روانی- اجتماعی در ایجاد سرطان، در زمینه تأثیر این عوامل بر سیر بیماری سرطان شواهد محکم‌تری در دست است. متغیرهایی که در سبب‌شناسی بیماری سرطان مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، در پژوهش‌های مربوط به سیر و پیشرفت بیماری نیز بررسی شده‌اند. این داده‌ها بنا به چند دلیل می‌توانند شواهد محکم‌تری درباره متغیرهای روانی- اجتماعی به دست دهند. تمایز بین شروع و پیشروی بیماری تا حدود زیادی قراردادی است، چرا که مشخص نیست شروع سرطان در چه نقطه‌ای ختم می‌گردد و پیشروی بیماری آغاز می‌شود. عرف بر این بوده است که مطالعات در رابطه با بروز سرطان در هنگام تشخیص آن پایان یابد و فاز بعدی یعنی مطالعه سیر و پیشرفت بیماری آغاز شود. اما درواقع پیش از تشخیص، یک دوره زمانی طولانی، مبهم و غیرقابل‌اندازه‌گیری وجود دارد. بررسی‌های مربوط به سیر یا پیشروی سرطان دوره زمانی را در برمی‌گیرد که طی آن مطالعات دقیق‌تر و مستندتری در رابطه با بیماران انجام می‌گیرد و می‌تواند داده‌های آینده‌نگر را در اختیار پژوهشگران قرار دهد. شواهد محکم‌تری که بعد از تشخیص درباره تأثیر متغیرهای روانی- اجتماعی بربیماری به دست می‌آید، احتمالاً ناشی از امتیازات روش‌شناختی مطالعه این مرحله از بیماری در مقایسه با مطالعه تفاوت‌های بنیادی‌تر است.

شخصیت

شواهد حاکی است بعضی از سبک‌های شخصیت یا سبک‌های مقابله در پیشروی سرطان و مرگ‌ومیر ناشی از آن نقش دارند. گریر، موریس و پتینگال (۱۹۷۹) واکنش‌های روان‌شناختی بیماران را سه ماه بعد از جراحی اولیه سرطان سینه مورد ارزیابی قرار دادند. میزان بقای (بدون عود بیماری) بیمارانی که انکار شاخصه واکنش روان‌شناختی آنها بود، طی پنج سال بعد از عمل، کاهش یافته بود. جنسن (۱۹۹۷) در یک پژوهش آینده‌نگر دریافت بین سبک شخصیتی سرکوب‌کننده و متاستاز و مرگ‌ومیر ناشی از سرطان سینه ارتباط وجود دارد. دروگاتیز، ابلوف، ملیساراتوس (۱۹۷۹) نشان داده‌اند بیمارانی که کمتر احساسات منفی‌شان را بیان می‌کنند، طول عمر نسبتاً کوتاه‌تری دارند. پژوهش‌های آینده‌نگر دیگری نشان دادند سبک‌های شخصیتی یا سبک‌های مقابله‌ای اجتناب‌کننده، سرکوبگر یا خوددار[1]، با سیر بد بیماری ارتباط دارند (اپینگ- جردن، کمپاس، هول، ۱۹۹٤؛ استاوراکی، دونر، کینکید و استوارت، ۱۹۸۸).

حمایت اجتماعی

در چندین مطالعه، حمایت اجتماعی با بقای بیشتر و کاهش عود بیماری رابطه داشته است. ماونسل، بریسون و دسچنس (۱۹۹۵) نشان دادند در سه ماهه بعد از شروع درمان هرچه تعداد افرادی که بیماران مبتلا به سرطان سینه، مشکلات شخصی خود را با آنها در میان می‌گذاشتند، بیشتر بوده است، به همان اندازه میزان بقاء بیماران نیز افزایش یافته است. در یک مطالعه گروهی آینده‌نگر، رینولدز و کاپلان (۱۹۹۰) دریافتند زنانی که کم‌ترین ارتباط اجتماعی را برقرار می‌کنند، در معرض بالاترین خطر مرگ‌ومیر ناشی از سرطان قرار دارند. واکسلر- موریسون، هیسلپ، میسر و کان (۱۹۹۱) در بررسی بیماران جوان‌تر از ۵۵ سال مبتلا به سرطان نشان دادند دریافت حمایت بیشتر و تماس زیاد با دوستان و تعداد اشخاص حمایت‌کننده با میزان بقا ارتباط مثبت و معناداری دارد. به گونه مشابهی در بیمارانی که در مرحله اولیه سرطان سینه قرار داشتند، میزان دریافت حمایت عاطفی از روابط نزدیک با افزایش میزان بقاء آنها رابطه مثبت داشت (ال، نیشمتو، مدیانسکی، منتل، هاموویچ، ۱۹۹۲). مرور مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد، میزان حمایت اجتماعی، کیفیت حمایت اجتماعی و یا هر دوی آنها بر بقاء بیماران سرطانی تأثیر می‌گذارد (فوکس ۱۹۹۸، اسپیگل، سفون، تر، استیتز، ۱۹۹۸).

اگرچه همهٔ پژوهش‌ها بین پیشروی سرطان و حمایت اجتماعی ارتباطی نیافته‌اند (به‌عنوان نمونه باراکلوگ و همکاران، ۱۹۹۲) اما درواقع بر اساس شدت و نوع بیماری، رابطه متفاوت خواهد بود. به‌عنوان‌مثال، کاسیلث، لوسک، استروس و همکاران (۱۹۸۵) بین شاخص‌های مختلف حمایت اجتماعی و میزان بقای بیماران مرحله دوم سرطان سینه (StageII) ارتباطی نیافتند. پژوهش‌های

1. Reserved

مداخله‌ای نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی بر مراحل مختلف بیماری، اثرات متفاوتی دارد (به‌عنوان نمونه، هلگسن، کوهن، اسچولز، یاسکو، ۱۹۹۹). هرچند شواهد محکمی درباره اثرات مثبت حمایت اجتماعی بر سرطان در دست است، اما جهت تأیید و روشن کردن این رابطه پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

استرس

حوادث استرس‌آمیز زندگی و تجربه استرس با پیشروی بیماری سرطان ارتباط دارد (فونچ، مارشال، ۱۹۹۳؛ رامیرز و همکاران، ۱۹۸۹). به‌عنوان نمونه رامیرز و همکاران، بیمارانی را که دچار عود سرطان سینه شده بودند با بیمارانی که همچنان در دوره نهفته بیماری به سر می‌بردند، مقایسه کردند. بعد از همتا کردن بیماران در متغیرهای پیش‌آگهی دریافتند که گروه عود از زمان شروع درمان استرس‌های شدیدتری را مثل طلاق یا مرگ یکی از اعضای خانواده تجربه کرده‌اند. بااین‌وجود، پژوهش‌های دیگری ارتباط معنی‌داری بین استرس و پیشروی سرطان گزارش نکردند (به‌عنوان‌مثال باراکلوگ و همکاران، ۱۹۹۲). در این ارتباط ممکن است تأثیر شخصیت، سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی یا دیگر عوامل ضربه‌گیر استرس[1] بیشتر از نوع حوادث پراسترس زندگی مطرح باشد. پژوهش‌های آینده‌نگر بیشتری نیاز است که به بررسی ارتباط استرس- سرطان و تعامل آن با دیگر استرس‌زاها و نحوه تأثیر آن بر سیر بیماری بپردازد. شواهد برگرفته از مداخلات روانی- اجتماعی که مدیریت استرس را شامل می‌شوند، از وجود چنین ارتباطی حمایت می‌کنند و پژوهش‌های بیشتری را در این زمینه ضروری می‌دانند.

افسردگی

اکثر پژوهش‌هایی که به بررسی نقش افسردگی بر پیشرفت سرطان پرداخته‌اند، ارتباط معناداری در این زمینه نیافته‌اند (ولسین، والیانت، ولز ۱۹۹۹). ازجمله مشکلات روش‌شناختی این‌گونه پژوهش‌ها این است که تمایز بین افسردگی از پیش بوده و افسردگی که در واکنش به بیماری یا به‌عنوان عارضه جانبی درمان سرطان ایجادشده است دشوار می‌باشد. بااین‌وجود، کیفیت بهتر زندگی می‌تواند میزان بقای بیماران مبتلا به ملانومای متاستاتیک را پیش‌بینی کند (بوتو، کواتس، دان، ۱۹۹۹). بر این اساس میزان سازگاری کلی می‌تواند در میزان بقا نقش داشته باشد.

مداخلات و تشخیص زودهنگام

این تصور که عوامل روانی- اجتماعی می‌توانند بر سیر بیماری سرطان تأثیر بگذارند، به ایجاد و

1. Stress- buffering

گسترش مداخلات روان‌درمانی منجر شده است که با تغییر محیط اجتماعی، عاطفی و روان‌شناختی بیماران سرطانی، سازگاری، بقاء و کیفیت زندگی آنها را افزایش می‌دهند. اسپیگل، بلوم و کرائمر و گوتیلی (۱۹۸۹) بیماران مبتلا به سرطان متاستاتیک سینه را به مدت یک سال هر هفته در گروه‌درمانی شرکت دادند. نتایج نشان داد میزان بقای این افراد نسبت به گروه کنترل که مراقبت‌های معمول را دریافت می‌کردند، دو برابر بیشتر بود (۳٦/٦ ماه در برابر ۱۸/۹ ماه). بعد از انتشار این نتایج، علاقه‌مندی به افزایش عمر بیماران سرطانی با استفاده از گروه‌درمانی فزونی یافته است. فاوزی و همکاران (۱۹۹۳)، برای چنین یافته‌هایی، حمایت تجربی فراهم کردند. مطالعات آنها نشان داد مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته و کوتاه‌مدت میزان عمر بیماران مبتلا به ملانومای بدخیم را افزایش می‌دهد. پژوهش‌های دیگری نشان دادند این مداخلات جنبه‌هایی از فعالیت سیستم ایمنی، کیفیت زندگی، سازش روان‌شناختی و بهزیستی کلی بیماران را افزایش می‌دهند.

مطالعات مداخله‌ای قانع‌کننده‌ترین شواهد را درباره تأثیر عوامل روان‌شناختی بر سیر سرطان فراهم آوردند. بااین‌وجود، به علت فقدان تکرار نظام‌دار و گسترده این یافته‌ها، نمی‌توان درباره ارزش مداخلات روان‌شناختی و توان آنها در افزایش عمر بیماران، نتایجی قطعی گرفت. علاوه بر این پژوهش‌های زیادی نیز مداخلات روان‌شناختی را بر طول عمر بیماران یا سیر بیماری بی‌تأثیر معرفی کرده‌اند (به‌عنوان نمونه، گلرت، ماکسول، سی گل، ۱۹۹۳؛ گودوین و همکاران، ۲۰۰۱؛ ایلنیکیج، فاربر، چیانگ، وینرمن، ۱۹۹٤). تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر طول عمر بیماران سرطانی هنوز به‌صورت قطعی مشخص نشده است. پژوهش‌های بعدی باید به بررسی این موضوع بپردازند که آیا اثرات روانی- اجتماعی بر اساس متغیرهای بیماری مثل نوع و شدت بیماری و متغیرهای مربوط به درمان مثل طول درمان و شکل درمان متفاوت خواهد بود.

تشخیص زودهنگام با نتایج بهتر درمانی همراه است و این احتمال را که درمان در مراحل اولیه بیماری شروع شود افزایش می‌دهد، این موضوع خود احتمال موفقیت درمان را بیشتر می‌کند. روان‌شناسان سلامت سعی در شناخت فاکتورهایی دارند که بر رفتارهای مرتبط با تشخیص زودهنگام مثل تبعیت از رژیم‌های مراقبتی تأثیر می‌گذارد و از این طریق به دیگر دانشمندان علوم رفتاری می‌پیوندند که سال‌هاست درباره متغیرهای کلیدی سلامت تحقیق می‌کنند.

مدل باورهای سلامت (جانز، بکر، ۱۹۸٤، رزنستوک ۱۹۷٤) سردمدار پژوهش درباره مؤلفه‌های روانی- اجتماعی مؤثر بر انجام تست‌های غربالگری[1] سرطان است. این مدل بیان می‌کند که در پیش‌بینی انجام رفتار غربالگری ترکیبی از فاکتورهای احساس آسیب‌پذیری به بیماری، تصور فرد از شدت بیماری، موانع و مزایای غربالگری از نظر فرد و همچنین نشانه‌های محیطی مشارکت دارند. بسیاری از پژوهش‌ها از این مدل حمایت کرده‌اند. در انواعی از سرطان‌ها مثل سرطان سینه، پروستات،

1. Screening

کلورکتال، سرطان‌های دهانه رحم، افزایش دانش مردم درباره شدت بیماری و مزایای غربالگری با انجام بیشتر آزمایشات غربالگری رابطه داشته است (ر. ک دیپلاسیدو، زوبر، رد، ۱۹۹۸). موانع ادراک‌شده توسط فرد نیز که می‌توانند اقتصادی، روان‌شناختی یا تدارکاتی[1] باشند در انجام غربالگری تأثیر دارند (به‌عنوان نمونه ریمر، تراک، انگستروم، لرمن، کینگ، ۱۹۹۱).

ویژگی شاخص سرطان بی‌علامت بودن آن است که به نظر می‌رسد در عدم استفاده بهینه از آزمون‌های غربالگری نقش داشته باشد (هارت، ویکز، میبری، ۱۹۹۵). پژوهش در مورد زنان در معرض خطر مثل زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان سینه، نشان داده است اضطراب و نگرانی زیاد با بیش‌ازحد برآورد کردن احتمال خطر مرتبط است. چنین اضطرابی می‌تواند یکی دیگر موانع انجام غربالگری باشد (لرمن، کاش، استفانک، ۱۹۹٤). همچنین وضعیت ضعیف اقتصادی اجتماعی، سن بالا و ارتباط کم با سیستم مراقبت‌های سلامت، با کاهش انجام پیشگیری ثانویه مرتبط است (ریمر، ۱۹۹۲).

مدل‌های نظری دیگری نیز برای پیش‌بینی و بهبود انجام آزمون‌های غربالگری سرطان ایجادشده‌اند (کوری، امونز، ۱۹۹٤). با افزایش استفاده از ماموگرافی، آزمایشات بالینی سینه و معاینه توسط خود بیمار[2]، تشخیص زودهنگام سرطان سینه بیشتر می‌شود. روش‌های غربالگری مشابهی نیز در تشخیص دیگر سرطان‌ها در مراحل اولیه، هنگامی‌که نشانگرهای زیستی اولیه بیماری ایجادشده‌اند، مفید واقع می‌شوند. از زمان پدیدایی تکنیک‌های ژنتیکی غربالگری، پژوهشگران به بررسی اثرات یا پیش‌بینی‌های روانی- اجتماعی استفاده از چنین تکنیک‌هایی پرداخته‌اند (باوم، فرید من، زاکوسکی، ۱۹۹۷). بااین‌حال بهره‌وری بهینه از ابزارهای تشخیص زودهنگام نیازمند آن است که مردم از آنها استفاده کنند، از توصیه‌های مربوط به انجام غربالگری پیروی نمایند و به ارزیابی‌های خطر ابتلا به سرطان به‌طور مناسبی واکنش نشان دهند. این موضوع تا حدود زیادی مدیریت رفتارهای مؤثرتر را در برمی‌گیرد.

پیشگیری نوع سوم، در برگیرنده کاهش تأخیر بین تشخیص علائم بیماری و شروع درمان است. ازآنجاکه طولانی شدن این مدت، باعث پیشرفت بیماری قبل از درمان آن می‌شود و کارایی درمان را پایین می‌آورد، چنین فاصل‌های مهم تلقی می‌شود. اندرسون و کاسیوپو (۱۹۹۵) مدل درنگ بیمار[3] را ارائه دادند که پنج مرحله را در برمی‌گیرد: آشکار شدن علائم، پی بردن به بیماری، تصمیم به جستجوی مراقبت پزشکی، تعیین قرار ملاقات، فواصل تأخیری درمان. اعتقاد بر این است که هر مرحله شامل فرایندهای منحصربه‌فرد ارزیابی و تصمیم‌گیری است. تعللی که در تعبیر علائم صورت می‌گیرد، عمده‌ترین علت تأخیر در شروع درمان محسوب می‌شود. تصور می‌شود پروفایل پیچیده، پویا و گاه غیرقابل‌پیش‌بینی علائم بسیاری از سرطان‌ها، همراه با میزان نسبتاً پایین شیوع آنها (در

1. Logistic
2. Self- examination
3. Patient delay