مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای ، شماره ۱۴ ، زمستان ۱۳۹۷جلد۲، ص۱۱۴-۱۰۲
http://www.jase.ir

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای (سال چهارم)
شماره ۱۴ / زمستان ۱۳۹۷ / ص ۱۱۴-۱۰۲

بررسی نقش سبک های مقابله ای در برابر استرس در کیفیت زندگی بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز رادیوتراپی و انکولوژی رضا(ع) مشهد مقدس

الناز عالمی خواه[۱]،قاسم آهی[۲]
[۱]کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی،واحد بیرجند
[۲] استادیار گروه روانشناسی،داشگاه آزاد اسلامی،واحد بیرجند

نام نویسنده مسئول:
الناز عالمی خواه

چکیده:
منظور از سبک های مقابله ای فرایندی است که در طی آن افراد می کوشند تا هنگام رویارویی باخواسته های محیطی مشکلات خودرا حل نمایند. و به وسیله آن فشارهای ناشی از تنیدگی زاها را کنترل کنند و همچنین هیجان های منفی ایجاد شده به وسیله تنیدگی زاها را تحت کنترل در آورند.این پژوهش به منظور بررسی سبک های مقابله ای درکیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت گرفت.

روش کار: جهت پیش بینی کیفیت زندگی از طریق سبک های مقابله ای از تحلیل رگرسیون چند گانه با روش گام به گام در مدل رگرسیون استفاده شد. که نمونه پژوهش شامل۱۷۵بیمار سرطانی مراجعه کننده به کلینیک درمانی رضا (ع) مشهد در سال ۹۴ بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک های مقابله با استرس لازاروس و فرم کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شده است وداده‌ها با استفاده از نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: مدل بدست آمده نشان داد که ۱۲ درصد از واریانس مشاهده شده درکیفیت زندگی از طریق سبک مسئله مدارتوجیه می شود (R Square = ۰/۱۲). اضافه شدن مدل ۲ (سبک هیجان مدار) باعث افزوده شدن ۱۱ درصد به واریانس قبلی می شود، بدین ترتیب ۲ مدل روی هم ۲۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی را می توانند پیش بینی کنند.(R Square =۰/۲۲). بنابراین می توان نتیجه گیری گرفت که کاملا احتمال دارد که بین این۲ متغیر و کیفیت زندگی رابطه خطی وجود داشته باشد.

نتیجه گیری: بنابراین از یافته های این پژوهش استنباط می شود یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی سبک های مقابله با استرس است، که بعد از یک تجربه تهدیدآمیزی مانند سرطان، داشتن مجموعه کارآمد از مهارت های مقابله احساس خویشتنداری و خود جهت دهی را بیشتر می کند.بنابراین آموزش سبک های مقابله ای به ویژه سبک مقابله ای مسئله مدار دربیماران سرطانی میتواند راه حل های جدیدپیش روی کارکنان درمانی قرار دهد تا به بیماران کمک کنند که به طور مستقل قادر به اداره امور زندگی خود درشرایط بحرانی و غیر بحرانی باشند.

کلید واژه: سبک های مقابله ای استرس، کیفیت زندگی، سرطان

مقدمه

یکی از بیماری های مزمن سرطان است. علیرغم پیشرفت های پزشکی، توسعه درمان های سرطان و افزایش تعداد نجات یافتگان از سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می کند بی همتا است. مبتلایان به سرطان استرس های متعددی از جمله ترس از مرگ احتمالی، استرس اطلاع دادن بیماری به اعضای خانواده، استرس از هم پاشیدگی زندگی، انگ اجتماعی، اثرات جانبی درمان و دیگر محرک های مربوط به بیماری و درمان مواجه هستند (دوینز[1]، ۲۰۰۷). مطالعات نشان می دهدکه استرس موجب اختلالات روانی و جسمانی است و باعث می شود تا به طور قطعی بتوان گفت که استرس بیماری زاست. به طوری که به استرس لقب بیماری جدید تمدن لقب داده اند. استرس می تواند با تاثیر بر دفاع های ایمنی، رشد یا فراگستری تومور را افزایش دهد (اندرسون[2] و همکاران، ۲۰۰۱)، استرس کنش وری فرد را در قلمرو اجتماعی، روان شناختی، جسمانی و خانوادگی مختل می کند، نارضایتی حرفه ای، کاهش تولید و افزایش خطاها را در پی دارد، بر اساس ایجاد تغییرات روان شناختی مانند افزایش تحریک پذیری، اضطراب، تنش، حالت های عصبی و ناتوانی در مهار خود، روابط اجتماعی و خانوادگی را مختل می کند. با تضعیف نظام مصون کننده بدن، فرد را مستعد بیماری ها می سازد و تغییرات رفتاری نامطلوبی مانند اعتیاد به الکل یا داروها را ایجاد می کند. احتمال طلاق و خودکشی را افزایش می دهد و در دراز مدت موجب بیماری های مزمن چون فشار خون بالا، بیماری های قلبی و تنگی نفس و جز آن را در پی دارد (دیماتئو، ۱۹۹۱؛ ترجمه صالحی فر، ۱۳۷۸). بیماران سرطانی به علت ناتوانایی های جسمانی به شدت تحت تاثیر و تاثر متغیرهای روانشناختی واسترس زا هستند. همچنین به علت فشارهای ناشی از پرتودرمانی ورادیوتراپی و استرس های برانگیخته شده در کیفیت زندگی این افراد، تحت تاثیر قرار می گیرند. بنابراین کیفیت زندگی از مهمترین مؤلفه های مفهوم کلی بهداشت محسوب می گردد(پارک،۱۹۹۵). به گونه ای که به عقیده هنکلیفت[3] و همکاران (۱۹۹۳)، برای تعیین نیازهای حیطه سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، باید کیفیت زندگی آن ها را مورد بررسی قرار داد. تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶)، از "کیفیت زندگی" چنین است: ارزیابی و ادراک افراد از وضعیت زندگی خویش، تحت تاثیر نظام فرهنگی و ارزشی موقعیتی که در آن زندگی می کنند. در واقع اهداف، انتظارات، معیارها و خواسته های فرد به میزان وسیعی بر وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات او تأثیرگذار می باشد. بنابراین بر اساس این تعریف جامع، کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خودکفایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد. به علاوه سِلا[4] (۱۹۹۴)، سینسیا[5] (۱۹۹۸)، اِیزنک[6] (۱۹۹۸) و ایوانز و کوپ[7] (۱۹۸۹) نیز

[1]-Devins

[2]-Andersen

[3]- Hinchlift

[4]- Cella

[5]- Cynthia

کیفیت زندگی را به صورت رضایت فرد از مجموع جنبه های زندگی از جمله جنبه های جسمانی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی تعریف کرده اند.

تشخیص، درمان و عود سرطان می تواند اثرات آسیب زایی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان داشته باشد (برووال[8] و همکاران، ۲۰۰۸). از عوامل موثر بر اختلال در کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان تنها تغییرات فیزیولوژیکی ایجاد شده در دوره بیماری نیست، بلکه وضعیت روانی و واکنش فرد نسبت به نتایج آزمایش های تشخیصی، پیش آگهی بیماری، و مراحل غم، اندوه، و خشم همگی بر کیفیت زندگی تاثیر دارد (اسملتزر و بار[9]، ۲۰۰۸). یافته های پژوهش نشان می دهد که اثر منفی استرس و حواس پرتی کیفیت زندگی را کاهش می دهد و حمایت اجتماعی کیفیت زندگی افزایش می دهد (لیسن ان ماری[10]، ۲۰۱۲). جاکوبسون و جیم[11] (۲۰۱۱) معتقدند که شیمی درمانی در مبتلایان به سرطان با سطوح بالای افسردگی و کاهش کیفیت زندگی همراه است. همچنین مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث بهبود کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران دچار سرطان پستان می‌شود (بهزادی پور و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین یافته ها نشان می دهد درماندگی های روانشناختی از جمله افسردگی در مبتلایان به سرطان منجر به تحلیل رفتن انرژی روانی، افزایش استرس ناشی از بیماری و درمان های آن، کاهش عملکرد ایمنی بدن، کاهش کیفیت رابطه پزشک-بیمار و کاهش میلی جنسی می شود فن[12] و همکاران (۲۰۰۸). همچنین اضطراب درمان نشده در چنین بیمارانی می تواند مشکلاتی در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم های درمانی ، تعامل اجتماعی ضعیف و کیفیت زندگی مختل شده را باعث شود (تل و دوگان[13]، ۲۰۱۱). شارما و همکاران[14] (۲۰۱۲) نیز معتقدند که اضطراب و تنش های زیاد همراه با تشخیص این بیماری در بیماران سرطانی اثرات متعددی بر کیفیت زندگی آنان می گذارد.

---

6 Eysenck

7- Cope

8- Browall

9- Smeltzer

10- Liesen

11- Jim

12- Fann

13- Dogan

14-Sharma

با توجه به مسائل مربوط به استرس و نتایج خطرناکی که به همراه دارد، مهمتر از وجو عوامل استرس زا در زندگی فرد، راه های مقابله فرد با آن عوامل می باشد (شاملو، ۱۳۷۸). از مقابله و راهکار های مقابله تعاریف متعددی ارائه شده است. مهارت های مقابله ای فنونی هستند که برای هر اقدامی در دسترس هستند، میزان مفید بودن هر مهارت خاص به ماهیت موقعیت و به آسیب پذیری ها و توانمندی های فرد بستگی دارد دانستن مجموعه ای کارآمد از مهارت های مقابله، احساس خویشتن داری و خود جهت دهی را بیشتر می کند (ساراسون[۱۵]، ساراسون[۱۶]، ۱۹۸۷؛ ترجمه سجادیان، ۱۳۷۱).

شیوه کنار آمدن و رویارویی با استرس به رفتار فرد و تلقی او از میزان استرس زایی و رویدادهای زندگی بستگی دارد. انسان ها در این خصوص شیوه های بسیار متفاوتی دارند. مثالا برخی کاملاً از عوارض رویدادهای تهدید آمیز اجتناب می ورزند به این معنا که هنگامی که فرد باید برای رویارویی تلاش کند از آن دریغ می کند و آن را نادیده می گیرد و امیدوار است که ناپدید شد. و برخی دیگر سعی می کنند این عوارض را به حداقل کاهش دهند. بعضی دیگر از طریق اقدام مستقیم با خطر مواجه می شوند (گلدستون[۱۷]، به نقل از دیماتئو، ۱۹۹۱؛ ترجمه سالاری فر، ۱۳۷۸).

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) دو شکلی کلی از رویارویی را به عنوان رویاروی مسأله مدار و رویاروی هیجان مدار عنوان می کنند (کلینیک[۱۸]، ۱۹۹۸؛ ترجمه ، گودرزی ، ۱۳۸۲).

راهبرد مساله مدار یا حل مساله عبارتند از تعریف مشکل، خلق راه حل های متفاوت، سنجیدن راه حل ها بر حسب هزینه ها و سودمندی شان، انتخاب کردن از بین آنها و به کار بستن راه حل انتخاب شده (اتکینسون، اسمیت، هکسما، واتکینسون، ۱۹۹۶؛ ترجمه رفیعی و همکاران، ۱۳۸۳).

لازاروس و فولکمن، مقابله هیجان مدار را شامل تلاش هایی برای تعدیل شناختی و کنش هایی هیجانی برای موقعیت تنیدگی زا می دانند (هابفول[۱۹]، ۱۹۸۸).

---

15 - Sarason, I.G

16- Sarason.,B.B

17- Goldston

18- Kleink,ch.

19- Hobfoll

ویکی[20] (۲۰۰۶) معتقد است راهبردهای مقابله ای از جمله فرصت برای بیان احساسات می تواند در روند بهبود مبتلایان به سرطان تاثیر داشته باشد و منجر به کیفیت زندگی بهتر، کاهش استرس و افزایش دفاع بدن در مقابل بیماری گردد. یافته های کاترین، بالتر و کاپمن (۲۰۰۱، به نقل از شجاع کاظمی و مومنی جاوید، ۱۳۸۸) نشان داد مبتلایان به سرطان که به بیان هیجانات و احساسات خود نسبت به بیماری پرداختند و تحت آموزش مهارت های مقابله ای و آشنایی با نحوه عملکرد تومور قرار گرفتند، نسبت به گروه کنترل بهبود داشتند و مدت زنده ماندن آن ها نیز به طور معنی داری افزایش یافت. با توجه به این موضوع و موارد ذکر شده در موردعوارض و مشکلات ابتلا به سرطان و درمان این بیماری به خصوص عوارض جسمی و روانی که شیمی درمانی و رادیو تراپی در بیماران و همچنین با توجه به شیوع بالای انواع سرطان در کشورمان و بقای طولانی مدت مبتلایان به این بیماری که موجب درگیری بیشتر آنان با عوارض و پیامدهای سرطان می شود، اقداماتی درجهت شناسایی عوامل روانشناختی مؤثر بر کیفیت زندگی این مبتلایان و همچنین انجام تحقیقات متنوع و مجدد در این زمینه ضروری به نظر می رسد . در همین راستا تصمیم گرفته شد تامطالعه ای به منظور بررسی نقش سبک های مقابله ای در برابر استرس(سبک مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار) در کیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت گیرد، به این امید که بتواندگامی در جهت شناسایی بهترعوامل روانشناختی موثر بر ابعاد این بیماری مزمن و کاهش درد و رنجی که مبتلایان با آن مواجه خواهند شد برداشته شود .همچنین در صورت تآیید فرضیه های مطرح شده، این پژوهش می تواند گامی باشد در جهت اجرای یک برنامه مداخله ای مناسب مربوط به سبک های مقابله ایکه بتواند در آینده در ارتقای سلامت روان وکیفیت زندگی این بیماران موثر باشد.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع همبستگی بود که جامعه آماری آن را بیماران سرطانی شهر مشهد که در فروردین ماه ۱۳۹۴ به مرکز رادیوتراپی و انکولوژی رضا(ع) مراجعه کرده بودند را تشکیل داده است.تعداد اعضای نمونه دراین پژوهش با توجه به حجم جامعه (n۳۳۰=) و بر مبنای کرجسی- مورگان (۱۹۷۰) ۱۷۵ نفر بیمار زن و مرد برآورد شد. که به روش نمونه گیری در دسترس از میان کلیه ی بیماران سرطانی مراجعه کننده به این مراکز انتخاب شدندکه از مجموع ۱۷۵بیمار سرطانی۹۷ مورد (۵۵/۴۲ درصد) زن و ۷۸ مورد (۴۴/۵۸ درصد) مرد بودند.بیماران به ترتیب ورود منطبق با معیارهای ورود و خروج در صورت تمایل و پس از کسب رضایت وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل دامنه سنی بین ۲۵-۶۵،سواد حداقل سیکل، داشتن آگاهی نسبت به بیماری خود ورضایت برای ورود به پژوهش بود.

ابزار پژوهش:برای سنجش سبک‌های مقابله‌ای آزمودنی ها از پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس لازاروس و فولکمن (۱۹۸۵) و جهت سنجش کیفیت زندگی اعضای نمونه از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده می شود که توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) طراحی شده است.. فرم کوتاه این پرسشنامۀ دارای ۲۶ سوال است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و

[20]-Vikki

سلامت محیط را با ۲۴ سوال (به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می باشند) مورد ارزیابی قرار می دهد. ۲ سؤال اول نیز صرفا حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می کند. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، بدست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می باشد و امتیاز بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در ایران نجات و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را هنجاریابی کرده اند و ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده اند و ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده اند. نصیری و همکاران (۱۳۸۵) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آوردند و تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس مشخص کرد که در این مقیاس، چهار زیر مقیاس یعنی سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی که در مقیاس اصلی وجود داشتند وجود دارد که نشان دهنده روایی ساختاری آن است. در پژوهش دهقان و حاج باقری (۱۳۸۵) ضریب آلفای ۰/۹۵ به دست آمد است.

فرم تجدید شده ی روش های مقابله ، یک پرسشنامه ۶۶ سئوالی می باشد که شامل مجموعه ی گسترده ای از افکار و اعمالی است که افراد برای مقابله با درخواست های درونی و بیرونی مرتبط با موقعیتهای پر استرس از آنها استفاده می کنند. در نسخه تجدید نظر شده آزمودنی بر مبنای یک مقیاس لیکرت که دارای ۴ نمره می باشد(۰= بکار نمی برم تا ۳ خیلی زیاد استفاده می کنم) پاسخ می دهد.پس از اجرای پرسشنامه¬های تحقیق بر روی اعضای نمونه داده ها با استفاده از نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای آزمون فرضیه ها و پاسخ گویی به سوالات تحقیق باید اطلاعات به دست آمده در بخش شاخص های توصیفی، ویژگیهای افراد مورد بررسی ارایه می گردد. در بخش استنباطی نتایج مربوط به هر فرضیه پژوهش ارایه و توضیحات مربوط به هر قسمت در پی آن ذکر می شود. برای بررسی فرضیه های پژوهش تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

یافته ها:

دراین پژوهش تعداد ۱۷۵ نفراز بیماران سرطانی مرکز آنکولوژی و رادیوتراپی شهر مشهد درسال ۱۳۹۴ بررسی شدند .که از مجموع ۱۷۵بیمار سرطانی۹۷ مورد (۵۵/۴۲ درصد) زن و ۷۸ مورد (۴۴/۵۸ درصد) مرد هستند.

در جدول (۱) شاخص های توصیفی متغیر جنسیت آزمودنی ها شامل تعداد، درصد و درصد تراکمی ارایه شده است.

جدول (۱) توزیع فراوانی متغیر جنسیت

جنسیت	تعداد	درصد	درصد تراکمی
مرد	۷۸	۴۴/۵۸	۴۴/۵۸
زن	۹۷	۵۵/۴۲	۱۰۰٪
کل	۱۷۵	۱۰۰٪	.....

در جدول (۲) شاخص های توصیفی شامل تعداد، میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای سبک های مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار، کیفیت زندگی ارایه شده است.

جدول (۲) شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سبک های مقابله ای مسئله مدار	حمایت	۱۷۵	۱۱/۱۲	۳/۵۸
	مسئولیت پذیری	۱۷۵	۶/۴۶	۲/۵۹
	برنامه ریزی	۱۷۵	۹/۲۹	۳/۲۰
	ارزیابی	۱۷۵	۱۰/۴۸	۳/۲۰
	نمره کلی	۱۷۵	۳۷/۳۶	۱۰/۳۸
سبک های مقابله ای هیجان مدار	رویارویی	۱۷۵	۱۲/۱۳	۳/۸۳
	دوری گزین	۱۷۵	۱۱/۲۵	۳/۴۵
	خویشتن دار	۱۷۵	۸/۷۰	۳/۵۹
	اجتناب-فرار	۱۷۵	۹/۰۸	۳/۱۷
	نمره کلی	۱۷۵	۴۱/۱۷	۹/۳۳
کیفیت زندگی	جسمی	۱۷۵	۱۹/۱۸	۵/۱۵
	روانشناختی	۱۷۵	۱۷/۲۸	۴/۳۰
	اجتماعی	۱۷۵	۸/۷۸	۲/۳۲
	محیطی	۱۷۵	۲۴/۳۷	۵/۶۲
	نمره کلی	۱۷۵	۶۹/۶۲	۱۴/۸۳

فرضیه پژوهش: سبک های مقابله ای پیش بینی کننده کیفیت زندگی است.

جهت پیش بینی کیفیت زندگی از طریق سبک های مقابله ای (مسئله مدار و هیجان مدار) از تحلیل رگرسیون چند گانه با روش گام به گام برای ورود متغیرهای پیش بینی در مدل رگرسیون استفاده شد.در جدول (۳) خلاصه مدل و نتایج تحلیل واریانس برای متغیرهای پیش بینی کننده سبک مسئله مدار و هیجان مدار ارایه شده است.

جدول (۳) : نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام کیفیت زندگی از طریق سبک های مقابله ای

مدل	منابع تغییر	SS	dF	MS	F	سطح معنی داری	r	r^2	R squareAdjusted
۱	رگرسیون	۴۶۱۸/۵۸	۱	۴۶۱۸/۵۸	۲۳/۷۲	۰/۰۰۰	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۱۱
	باقیمانده	۳۳۶۸۰/۲۷	۱۷۳	۱۹۴/۶۸					
۲	رگرسیون	۸۸۴۴/۴۸	۲	۴۴۲۲/۲۴	۲۵/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۲
	باقیمانده	۲۹۴۵۴/۳۷	۱۷۲	۱۷۱/۲۴					

متغیر وابسته :کیفیت زندگی

متغیرهای پیش بینی کننده : سبک مسئله مدار و هیجان مدار

مدل اول مشخص می کند که ۱۲ درصد از واریانس مشاهده شده درکیفیت زندگی از طریق سبک مسئله مدارتوجیه می شود (R Square = ۰/۱۲). اضافه شدن مدل ۲ (سبک هیجان مدار) باعث افزوده شدن ۱۱ درصد به واریانس قبلی می شود، بدین ترتیب ۲ مدل روی هم ۲۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیشبینی می کنند.(R Square =۰/۲۲)

با توجه به مقدار F و سطح معنی داری (P) که کوچکتر از ۰/۰۱ است فرضیه صفر رد شده و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه می گیریم بین سبک مسئله مدار و هیجان مدار با کیفیت زندگی رابطه خطی وجود دارد.

جدول (۴) : ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بینی کننده در تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی

مدل		B	خطای معیار SE	ضریب استاندارد Beta	t	سطح معناداری P
۱	مقدار ثابت	۶۵/۸۹	۴/۷۵		۱۳/۸۶	۰/۰۰۰
	سبک مسئله مدار	۰/۷۷	۰/۱۱	۰/۵۴	۶/۹۹	۰/۰۰۰
	سبک هیجان مدار	-۰/۶۱	۰/۲۳	-۰/۳۸	-۴/۹۶	۰/۰۰۰

متغیر وابسته :کیفیت زندگی

متغیرهای پیش بینی کننده : سبک مسئله مدار و هیجان مدار

در جدول (۵) مقدارB ، بتا ، t و سطح معنی داری ارایه شده است. وزنهای بتا در ستون ضرایب بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم هر یک از متغیرها در معادله رگرسیون بکار می رود. بر این اساس اگر سبک مسئله مدار به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰/۵۳ نمرات کیفیت زندگی را افزایش می دهد، به همین ترتیب افزایش یک واحد در سبک هیجان مدار باعث کاهش۰/۳۸ واحد در کیفیت زندگی می شود.

آماره t و سطح معنی داری آن (P) که کوچکتر از ۰/۰۵است این فرضیه که ضریب تفکیکی سبک مسئله مدار و هیجان مدار برابر با صفر است را رد می کند و نتیجه گیری می شود که کاملا احتمال دارد که بین این۲ متغیر و کیفیت زندگی رابطه خطی وجود داشته باشد.به علاوه بر اساس ضرایب ستون B می توان معادله رگرسیون را به شرح زیر نوشت :

کیفیت زندگی=۶۵/۸۹+x- ۰/۱۳۸x۲

بنابراین، سبک های مقابله ای در برابر استرس به طور کلی می توانند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را پیش بینی کنند .

بحث*:

از آنجا که سبک های بازدارنده استرس عامل مهمی در سازگاری با رویدادهای استرس زای زندگی محسوب می شود، پژوهش حاضر با هدف

بررسی نقش سبک های مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت گرفت .جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از روش تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شدکه نتایج آن در جدول ۳و۴ قابل مشاهده است.

* بحث تنها به ذکر نتایج تحقیقات دیگر پرداخته است و تبیین نتایج تحقیق حاضر، مقایسه با سایر تحقیقات و محدودیتها و نقاط قوت تحقیق حاضر در آن به چشم نمی خورد

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول مذکور، بین سبک های مقابله ای و کیفیت زندگی رابطه خطی وجود دارد . اما به نظر می رسد تا کنون

پژوهش تجربی در زمینه ارتباط بین رسبک های بازدارنده استرس و کیفیت زندگی صورت نپذیرفته است .در توجیه این رابطه معنی دار، می توان به پژوهش هایی که در زمینه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی -رفتاری که در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفته است، اشاره نمود. نتایج مطالعه ی آنتونی (۲۰۰۹) در مورد اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی -رفتاری نشان می دهد که با استفاده از ، آرام سازی (کاهش اضطراب)، بازسازی شناختی آموزش سبک های مقابله ای و مهارت های بین فردی؛ سازگاری روانی اجتماعی افزایش خلق مثبت، افزایش کیفیت زندگی، کاهش مشکلات بین فردی زنان مبتلا به سرطان پستان، بعد از عمل جراحی و قبل از شیمی درمانی افزایش می یابد. بنابراین بیمارانی که توانسته اند استرس خود را مدیریت کنند بهتر توانسته اند کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. و مطالعات فاکس(۱۹۹۹)،هوساکو و همکاران(۲۰۰۰) و مک گاروی و همکاران(۲۰۰۱)،نیز روش تصورات ذهنی هدایت شده را برای افزایش راحتی،بهبود حالت های روحی،بالا بردن کیفیت زندگی و کاهش حساسیت این اشخاص نسبت به ریزش موها بر اثر شیمی درمانی مفید دانستند.در مطالعه ی مشابه دیگری آنتونی (۲۰۰۶)نشان داد که با کاهش اضطراب مرتبط با سرطان؛ کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در حال شیمی درمانی افزایش می یابد .آنتونی و همکاران(۲۰۰۶)در پژوهشی که بر روی ۱۹۹ زن مبتلا به سرطان پستان غیرمتاستاتیک انجام دادند، نشان دادند که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی– رفتاری، سازگاری روانی -اجتماعی، بهزیستی روانی ، یافتن منفعت ، و عاطفه ی مثبت را در زنان گروه آزمایش به طور معناداری افزایش می دهد.همچنین (صفرزاده ، ۱۳۹۲)می نویسد ، با استفاده از برنامه مدیریت استرس و آرام سازی برای زنان مبتلا به سرطان پستان که اختصاصی این گروه از زنان می باشد، می توانیم به ارتقای کیفیت زندگی و وضعیت روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران اقدام نماییم.درمقاله ای با عنوان روان درمانی و سرطان می نویسد،تحقیقات نشان می دهند که حتی وقتی افراد مبتلا فرصتی برای بیان احساسات خود داشته اند، در روند بهبود آن ها تأثیر مهمی دیده شده است .او می نویسد از نتایج مثبت می توان کیفیت بهتر زندگی، کاهش استرس و افزایش دفاع بدن در برابر بیماری را نام برد (ویکی،۲۰۰۶). بنابراین بر اساس این یافته و باتوجه به نتایج حاصل از پژوهش های پیشین که به ارتباط بین مدیریت استرس و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته شده بود و به اثرات مثبت کنترل استرس در بهبود بسرطان اشاره کرده بودند این پژوهش بر آن شد تا نتایج تحلیل رگرسیون به منظور پیش بینی کیفیت زندگی از طریق سبک های مقابله ای استرس نشان دهد که سبک های مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار قادر به پیش بینی کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می باشد. به طوری که نتایج پژوهش های مذکور بیانگر آنست که استفاده بیشتر از سبک های بازدارنده استرس در موقعیت های تهدیدآمیز از قبیل سرطان منجر به کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی می شود.

نتیجه گیری:

از آنجایی که مطالعه حاضر نشان داد بین سبک های مقابله ای استرس و کیفیت زندگی بیماران سرطانی رابطه وجود دارد، پس میتوان گفت سبک های مقابله ای یک عامل مهم و تعیین کننده در کنترل استرس و داشتن کارکرد مهم و موثر در بهبود کیفیت زندگی است و نقش اساسی در ارتقای سلامت روان و نیز تاثیر گذاربر کیفیت زندگی بیماران سرطانی می باشد. بنابراین با توجه نتایج پژوهش حاضر و پژوهش های روانشناختی صورت گرفته در مورد بیماران مبتلا به سرطان چنین می توان نتیجه گرفت که عوامل روانشناختی در استعداد ابتلا، بروز و نحوه رویارویی با استرس و روند بهبودی سرطان و کیفیت زندگی بیماران موثر می باشد.

یکی ازمهمترین محدودیت های پژوهش زیاد بودن تعداد سئوالات پرسشنامه سبک های مقابله با استرس لازاروس و فولکمن و خصوصا به دلیل اینکه از نوع مقیاس لیکرت بود، رغبت آزمودنی ها را برای پاسخ کاهش می داد که خود عاملی برای عدم همکاری مناسب آزمودنی ها بود و دشواری دسترسی به منابع پژوهشی در رابطه با موضوع تحقیق نیز از محدودیتهای این پژوهش به حساب می آید.

بنابراین پیشنهاد می گردد تا این تحقیق با دامنه سنی گسترده تر به منظور مطالعه تاثیر متغیرهای دیگر بر کیفیت زندگی تاثیر گذار می باشد و همچنین آموزش سبک های مقابله ای بر چه ابعادی از زندگی تاثیر می گذارد پیشنهاد می شود که ارتباط سبک های مقابله ای با ابعاد گوناگون زندگی بررسی شود.

تشکر و قدردانی

در اینجالازم است تا از کلیه مسئولین وکارکنان محترم کلینیک درمانی رضا(ع)که دراجرای این پژوهش صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدرانی نمایم .

منابع:

Devins GM. (2007).Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. Journal of Psychosomatic Research. 63 (3), 225-232

-Andersen B, Golden-Kreutz DM, Dilillo V. (2001).Cancer (Chapter 43). In Baum A, Revenson TA, Singer JA. (Eds.). Handbook of Health Psychology. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 709-721.

-دیمائو،ام رابین.(۱۳۷۸).روانشناسی سلامت (ترجمه سید مهدی موسوی اصل،محمدرضاصالحی فر)،تهران:نشرسمت. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۱).

-Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. Journal aim, symptom, manage (3). P 186-192.

Cynthia, RK, and Hinds, S (1998). Quality of life from nursing and patient perspectives. Canada: Jones and Bartlett. P 25.

-Evanse DR, Cope WE (1989). Manual of the QOL Questionnaire. North Ton wad: multi health system Inc.

-Eysenck M (1998). Psychology and integral approach. New York: Addison Wesley, Longman Inc. P 420.

-Liesen, Ann Marie (2012). OAKLAND UNIVERSITY, Counseling psychology,184 pages; 3576687.

-Jacobsen, PB, Jim, HS. (2011). Consideration of quality of life in cancer survivorship research. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev; 20 (10), 2035-2041.

-Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Penning M, McGregor BA, Gralow J. (2008).Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. General Hospital Psychiatry.; 30 (2), 112-126.

- Sharma.V, Sood.A, loprinzi.C, Prasad. (2012). Stress Management and -Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial.BMC Complement Altern Med; 12 (1). P: 211-218

-Tel H, Dogan S. Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. (2011). Neurology, Psychiatry and Brain Research.; 17 (2), 42-45.

- شاملو،سعید (۱۳۶۸). مکتب ها ونظریه ها در روانشناسی شخصیت.تهران :انتشارات رشد.

- شاملو،سعید.(۱۳۷۸).بهداشت روانی.تهران:نشررشد.

-Lazarus, R.S. (1999). Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer.

-کلینیک،کریس.(۱۳۸۲).رویارویی باچالش های زندگی وفناوری درسده بیست ویکم(ترجمه علی محمد گودرزی)تهران:نشرخدمات رسا.(تاریخ انتشاربه زبان اصلی (۱۹۹۸).

- اتیکنسون، اسمیت و هکسما، اتکینسون. (۱۹۹۱). زمینه روانشناسی هیلگارد (ویرایش دوازدهم) ترجمه: حسن رفیعی ، مرسده و سمیعی، محسن ارجمند. (۱۳۸۳). جلد دوم،تهران: ارجمند .

- Vikki knott. (2006).Psychotherapy and cancer. University of Adelaide.

- شعاع کاظمی،مهرانگیز و مومنی جاوید،مهرآور.(۱۳۸۸).رابطهٔ بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی.فصلنامه ی بیماری های پستان ایران،دوره ۲، شماره ۳ و ۴، ص ۲۰ -۲۷.

Smeltzer .CS, Bare. BG, Philadelphia J.B, Lippincott, Co. (2004) .A text book of medical surgical nursing.

Folkman, S. (1984) Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis. Journal of personality and social psychology, 46,839-852.

-Hsu TH, Lu MS, Tsou TS, Lin CC. (2003). The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. Journal Pain Symptom Manage. Sep; 26(3): 835-42.

-McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet. May 10; 361(9369): 1603-7.

-McClement SE, Chochinov HM. (2008). Hope in advanced cancer patients. Eur J Cancer May; 44(8): 1169-74.

Antoni, MH. (2003). Stress Managementintervention for women with breast cancer, therapistmanual. www. APA. org/books.

Antoni, MH., Lechner,SC., Cluck, S., Kazi, A.,Wimberly,SR., Sifere,T. &Carver,CS. (2006). How stress management Improves quality of life aftertreatment for breast cancer. Journal of consulting and clinicalpsychology. 74. 6. 1143-1152.
Antoni, MH., wimberly, SR., Lechner, CS., Kazi,A., Sifre, T., Urcuyo, KR., Phillips, K., Smith, RG.,Petronis, VM., Guellati, S., Wells, KA., Blomberg,B., Carver, CS. &. (2006). reduction of cancer specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention amongwomen undergoing treatment for breast cancer.American Journal of Psychiatry 163, 1791-1797.
Antoni, M., Lechner, L., Diaz, A., Vargas, S.,Holley, H., Phillips,K., McGregor, B., Carver, SC. & Blomberg, B. (2009). Cognitive behavioral stressmanagement effects on Psychological andphysiological adaptation in women undergoingtreatment for breast cancer. Brain, Behavior andimmunity23. 580-591.
Antoni, MH. (2009). Stress management effects on biobehavioral process in breast cancer, Brain,Behavior and Immunity, 23, 525-564.

Safarzade. A., Roshan. S. Shams . J. (1392). [Effectiveness of Stress Management and Relaxation Training in Reducing the Negative Affect and in Improving the Life Quality of Women with Breast Cancer]. Behbood;10(2):110-19. Persian.

Fox, Kolcabak.(1999).”The effect of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy”, Journal of oncology nurse forum, Vol 26,Issue 1,pp67-72.

Mcgravey,Elizabeth, l. & et al. (2001).”psychological seguelae and alopecia among Women with cancer “, Journal cancer practice, Vol 9,Issue 6,pp 283-289.

Hosaka,Takashi & at al.(2000).”Persian effect of a structured psychiatric intervention on breast cancer patien’s emotions”, Journal of psychiatry and clinical nurosinces, Vol 54.Issue 5,pp 559-563.