

ارتباط وضعیت روانی و پاسخ های مقابله ای زنان مبتلا به سرطان سینه در کرمانشاه در سال ۱۳۹۱

چکیده

زمینه: بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان سینه اختلال های روانی را در خلال بیماری خود تجربه می کنند. بیماران برای مقابله با بیماری خود، به راهبردهای مقابله ای متفاوتی متوسل می شوند. هدف از اجرای مطالعه، بررسی ارتباط بین وضعیت روانی و پاسخ های مقابله ای زنان مبتلا به سرطان سینه کرمانشاه در سال ۱۳۹۱ می باشد.

روش ها: این مطالعه شامل ۱۲۷ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه می باشد. جهت بررسی اختلال روانی از پرسشنامه DASS-42 و شیوه های مقابله ای پرسشنامه پاسخ های مقابله ای بیلینگر و موس (۱۹۸۱) استفاده شده است. داده ها با استفاده از ضریب همبستگی متناسب با سطح متغیرها، در بسته نرم افزاری SPSS-16 تحلیل شده است.

یافته ها: نتایج این مطالعه نشان داد که بین پاسخ های مقابله ای متمرکز بر هیجان و استرس و همچنین پاسخ های مقابله ای متمرکز بر هیجان و اضطراب (در سطوح کمی و کیفی) با پاسخ های مقابله ای اجتنابی رابطه مثبت معنادار وجود داشت ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: همه زنان مبتلا به سرطان سینه ی شرکت کننده در مطالعه، صرف نظر از اختلال روانی خود، در اولین برخورد با بیماری خود از راهبرد پاسخ مقابله ای اجتنابی بهره می گیرند. اما در مرحله ی بعد بسته به اختلال استرس و اضطراب از پاسخ های مقابله ای متفاوتی استفاده می کنند.

کلید واژه ها: سرطان سینه، استرس، اضطراب، پاسخ های مقابله ای

سعیده شهبازین^۱، سیدعلی

موسوی^{۲*}، بهنام خالدی پاوه^۳، مرضیه

نصوری^۴، سمیه اعظمی^۵

۱- گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۳- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴- مرکز تحقیقات اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۵- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

* **عهده دار مکاتبات:** کرمانشاه، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

Email:

psy.mousavi@gmail.com

مقدمه:

پزشکی انسان را قادر به غلبه بر بسیاری از سرطان ها کرده است اما به دلیل پیش آگهی بد این بیماری در گذشته، تصور انسان از سرطان همواره با مرگ همراه بوده است. نگرانی عمده ی افرادی که با تشخیص سرطان رو به رو می شوند به دلیل ترس از عود بیماری، طول درمان و درمان های بکار رفته، مرگ زودرس و از دست دادن روابط و فعالیت های اجتماعی است.^۱

در زندگی بشر سرطان بیماری هراس انگیزی است که تشخیص و درمان آن از نظر جسمانی و روانی چالش انگیز است. سرطان، دومین عامل شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است و مسئول یک پنجم مرگ و میرهاست.^۱ به همین دلیل فرد مبتلا به سرطان خود را در پایان خط زندگی تصور می کند و امیدی به درمان ندارد. با وجود اینکه پیشرفت تکنولوژی و علوم

پروسه‌ی درمان باشد. در کنار دو عامل، مذکور اضطراب نیز یکی از معمول ترین دلایل مشورت روانپزشکی در میان بیماران سرطانی است^{۱۴،۱۵}.

استرس، اضطراب و افسردگی همراه با تشخیص سرطان، واکنش های متفاوتی را در زنان موجب می شود. آنچه در فرایند بیماری های مرتبط با استرس بیش از خود استرس و شدت آن اهمیت دارد، نوع واکنش و مقابله فرد در برابر عامل استرس زا است^{۱۶}. افراد از نظر سبک های پاسخ دهی و برخورد با تشخیص سرطان، به طور چشمگیری باهم تفاوت دارند. عوامل رفتاری و روانی موجبات شکل گیری انواعی از سبک های پاسخ دهی روانی به بیماری سرطان می شود^{۱۷}.

عمده ترین اطلاعات و دانش ما از رفتارهای مقابله ای از نظریه ی لازاروس و فولکمن گرفته شده است. در این نظریه رفتار مقابله ای به عنوان کوشش های فرد برای بازیافتن تعادل یا حذف اغتشاش است و پیامد آن حل مسئله و انطباق با مشکل و یا عدم دستیابی به یک راه حل، تعریف شده است. افراد در مواجهه با موقعیت های استرس زا پاسخ های مقابله ای متفاوتی بروز می دهند، خصوصیات و ویژگی های موقعیت به ویژه قابلیت کنترل پذیری منبع استرس، پاسخ مقابله ای متفاوتی را بر می انگیزد^{۱۸}. رفتار مقابله ای از آغاز تشخیص بیماری شروع می شود و تا زمانی که دوره ی درمانی زنان تحت درمان سرطان سینه، بطور موقعت آمیز به پایان برسد، ادامه می یابد^{۱۹}. در شرایطی که موقعیت افراد دارای انگیزتگی روانی بالا و غیر قابل کنترل باشد، معمولاً افراد از سبک های هیجانی یا اجتنابی استفاده می کنند^{۲۰}. عموماً افرادی با این ویژگی بیشتر در معرض فرسودگی عاطفی، هیجانی و نگرشی (دگرسان بینی خود) قرار می گیرند^{۲۱}. بطور کلی میتوان گفت اولین واکنش بیماران به استرس ناشی از موقعیت پیش آمده استفاده از استراتژی پاسخ مقابله ای اجتناب است^{۲۰}، و نیز عوامل

سرطان سینه از شایع ترین بدخیمی ها و همراه با پیش آگهی بد است، و بعد از سرطان ریه دومین عامل مرگ و میر در زنان است. تاثیر عاطفی و روانشناختی این سرطان زیاد است^{۳-۶}. با توجه به اینکه سرطان سینه معمولاً در سینه رخ می دهد که زنان در اوج مسئولیت های زندگی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی هستند و نیز به دلیل ماهیت درمانی این بیماری و ایجاد تغییراتی که در بدن زنان و نقش های جنسی آنها و حس زنانه و مادرانه بودن آنها ایجاد می کند، مشکلات و اختلالات روانی زیادی را برای مبتلایان به همراه دارد^۷. درمان های رایج در سرطان سینه، برداشتن سینه و شیمی درمانی، موجب می شود که زن عضو زنانه و عامل هویت زنانه خود را از دست دهد و نا آگاهی از این موضوع و داده های ناکافی یا نادرست نیز که فرد را دچار سرگردانی بیشتری می کند، خود زمینه مساعدی را جهت بروز اختلالات روانی بیماران فراهم می آورد^۸. ترس از انزوای اجتماعی، واکنش همسر در صورت تاهل، نگرانی درباره ی ازدواج در صورت تجرد و ایجاد تصویر ذهنی منفی از خویشان، ریزش مو، کم شدن وزن بدن و... میزان استرس و اضطراب بالایی را در طول دوره ی بیماری برای بیمار به همراه دارد^۵ بطوری که حتی بعد از اتمام درمان های مربوطه و ادامه ی زندگی عادی نیز بسیاری از زنان از استرس روانی ناشی از عود بیماری، خستگی و مشکلات پیش آمده در روابط اجتماعی و شغل شان شکایت دارند^۹.

در چند سال اخیر تحقیق های میدانی زیادی نشان داده که بین بیماری های دوره ای مانند سرطان و روند پیشرفت آنها با اختلالات روانی افراد مبتلا ارتباط نزدیکی وجود دارد^{۱۰،۱۱}، بسیاری از زنان همراه با تشخیص سرطان دچار استرس می شوند. افسردگی نیز از شایع ترین نشانه هایی است که بعد از تشخیص سرطان گزارش شده است^{۱۲}. افسردگی بیشتر در میان زنان جوانتر و زنانی که با شیمی درمانی درمان می شوند رواج دارد^{۱۳}. این افسردگی می تواند نتیجه ی نگرانی در مورد سرطان، نشانه ها و

۵- عدم استفاده از درمان های روان شناختی و عدم مصرف داروهای روان پزشکی و نیز ۶- عدم ابتلا به بیماری های جسمی حاد دیگر بر اساس پرونده های موجود بیمار. ملاک خروج عبارت بود ناتوانی در درک و ناشنوایی و عدم دارا بودن ملاک های ورود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل سه پرسشنامه به شرح ذیل بود:

۱- از فرم بلند پرسش نامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42= Depression, Anxiety, Stress Scale) برای سنجش اختلال روانی بیماران استفاده به عمل آمد. این پرسش نامه یک پرسش نامه خود گزارشی است که به وسیله Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۹۵ ساخته شده^{۲۴،۲۵} و دارای ۴۲ سؤال است که سه بعد افسردگی، اضطراب و استرس را (هر بعد توسط ۱۴ سؤال) می سنجد. نمرات بالا در هر مقیاس نشانگر وضعیت منفی فرد در آن مقیاس است. ضرایب پایایی محاسبه شده برای سه مقیاس مذکور در جمعیت غیربالینی و بالینی^{۲۴}، مطلوب و در همه موارد، بالای ۰/۸۴ گزارش شده است. در مطالعه ای بر روی جمعیت ۴۲۰ نفره غیربالینی ایرانی، ضرایب همسانی درونی سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ و ضرایب بازآزمایی با فاصله سه هفته برای سه مقیاس به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ گزارش شده است^{۲۵}. براساس نمرات هر فرد در پاسخگویی به سوالات توانستیم آنها را به گروه هایی با میزان های استرس، اضطراب و افسردگی خفیف، طبیعی، متوسط، شدید و خیلی شدید تقسیم بندی کنیم. نمرات به دست آمده ی افراد در این پرسشنامه در دو سطح فاصله ای (بر اساس نمره ی مستقیم فرد) و سطح ترتیبی (بر اساس تقسیم بندی نمران به دست آمده به خفیف، طبیعی و....) مورد بررسی قرار داده شده است.

روانشناختی مثل افسردگی و اضطراب در سیکل پاسخ مقابله ای در برخورد با بیماری های مزمن مهم هستند^{۲۲}، اختلال های روانی یک عامل خطر در کاهش بقای بیماران سرطانی و عامل مهمی در عدم قبول درمان از سوی بیماران است لذا شناسایی آن و درمان به موقع این اختلال ها می تواند کمک بزرگی در درمان بیماری سرطان و از سویی پیش بینی رفتار بیماران شود^{۳۲} تا بتوان برنامه ریزی مناسبی برای سیر درمان برای آنها در نظر گرفت به همین دلیل ضرورت شناسایی عوامل روانشناختی دخیل و نوع راهبردهای مقابله ای در زنان مبتلا به سرطان سینه که هدف مطالعه حاضر نیز می باشد، بیش از پیش احساس می گردد. از آنجا که عوامل فوق می توانند متأثر از فرهنگ و ساختارهای اجتماعی باشند، انجام تحقیقات بومی و کاربردی از این دست که در حوزه طب سلامت نگر نیز محسوب می گردد، می تواند استفاده زیادی در برنامه ریزی های پیشگیری اولیه و ثانویه دست اندرکاران بهداشتی جامعه داشته باشد.

مواد و روش ها:

پژوهش حاضر توصیفی - مقطعی و گذشته نگر و از نوع همبستگی است. در پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه ی اختلال های روانی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان مبتلا به سرطان سینه با پاسخ های مقابله ای آنان، براساس نمونه گیری غیراحتمالی (نمونه گیری در دسترس)، از میان ۲۵۰ زن مبتلا به سرطان سینه که در سال ۱۳۹۱ به درمانگاه های سطح شهرستان کرمانشاه مراجعه کردند، یک نمونه ۱۲۷ نفره از زنان متمایل به شرکت در پژوهش انتخاب شد. تعداد اندک زنان بیمار از سویی و متاسفانه عدم تمایل برخی از آنها از سوی دیگر موجب شد که قادر نباشیم تعداد بیشتری از این بیماران را مورد بررسی قرار دهیم. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از : ۱- هوشیاربودن ۲- سن بالای ۱۵ سال ۳- تاهل ۴- حداقل یک سال از تشخیص تخصصی سرطان گذشته باشد.

گیرد. پایایی این پرسشنامه توسط پورشهباز به روش تنصیف و با استفاده اسپیرمن- براون محاسبه گردیده و ضریب پایایی آن برابر با ۸۷ درصد به دست آمده است.

۳- پرسشنامه ی جمعیت شناختی خودساخته، که بر اساس آن ویژگی های افراد و طبقه ی اجتماعی- اقتصادی زنان شرکت کننده در مطالعه مورد سنجش قرار گرفته است.

داده های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و کندال با استفاده از بسته نرم افزاری SPSS-16 صورت گرفته است.

جدول ۱: فراوانی جمعیت مورد مطالعه از نظر سن،

وضعیت اقتصادی - اجتماعی و تحصیلات

متغیر	تعداد(درصد)	
سن	۱۵-۱۹	۱(۰/۸)
	۲۰-۲۴	۳(۲/۴)
	۲۵-۲۹	۴(۳/۱)
	۳۰-۳۴	۱۹(۱۵)
	۳۵-۳۹	۲۰(۱۵/۷)
	۴۰-۴۴	۲۱(۱۶/۵)
	۴۵-۴۹	۲۱(۱۶/۵)
	۵۰-۵۴	۱۷(۱۳/۴)
	۵۵-۵۹	۲۰(۱۶/۵)
	۶۰-۷۹	۱(۰/۸)
وضعیت اجتماعی - اقتصادی	بالا	۵(۳/۹)
	متوسط	۸۳(۶۵/۴)
	پایین	۳۹(۳۰/۷)
تحصیلات	بی سواد	۳۱(۲۴/۴)
	ابتدایی	۳۰(۲۳/۶)
	سیکل	۱۷(۱۳/۴)
	دیپلم	۳۷(۲۹/۱)
	فوق دیپلم	۸(۶/۳)
	لیسانس	۴(۳/۱)
تعداد کل	۱۲۷(۱۰۰)	

۲- پرسشنامه ی راهبردهای مقابله ای بیلینگر و موس (۱۹۸۱)، براساس بررسی بیلینگر و موس از طریق روش تحلیل عوامل تهیه شده است. این پرسشنامه شامل پاسخ های مقابله ای شناختی با ۶ جمله، پاسخ های مقابله ای رفتاری فعال با ۶ جمله و پاسخ های مقابله ای اجتنابی با ۶ جمله. از طرفی این پرسشنامه دو شیوه ی مقابله متمرکز بر حل مسئله ۸ جمله و شیوه ی مقابله متمرکز بر حل هیجان ۱۱ جمله را در برمی گیرد. این آزمون از یک مقیاس چهارگزینه ای همیشه، اغلب، گاهی، هیچ وقت استفاده شده و آزمودنی بر اساس گزینه ای که انتخاب کند بین صفر تا سه نمره می

یافته ها:

تعداد ۱۲۷ زن مبتلا به سرطان سینه در این مطالعه شرکت داشتند. که همگی از نظر میزان استرس و افسردگی و اضطراب و پاسخ های مقابله ای آنها در برابر بیماری مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی زنان بین ۱۹ تا ۷۹ سال بود. متوسط سن پاسخگویان ۴۸ سال می باشد. همچنین افراد شرکت کننده از مقاطع تحصیلی بی سواد گرفته تا لیسانس و از طبقات اجتماعی - اقتصادی مختلف در بررسی حضور داشتند. اما بیشترین فراوانی مربوط به گروه تحصیلی دیپلم (۲۹٪) و از طبقه ی اجتماعی - اقتصادی متوسط (۶۵/۴٪) بودند (جدول ۱).

همچنین بیشترین حالت روانی زنان مبتلا به سرطان سینه در برخورد با بیماری خود، مربوط به تحمل اضطراب متوسط (۲۶٪) سپس استرس متوسط (۲۹/۹٪) بود در حالی که حدود ۴۵٪ از این زنان حالت افسردگی طبیعی را داشته اند (جدول ۲).

جدول ۲: آماره های توصیفی وضعیت روانی زنان مبتلا به سرطان سینه (N=۱۲۷)

وضعیت روانی	طبیعی	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید	میانگین \pm انحراف معیار
افسردگی	۴۴/۹	۲۰/۵	۱۸/۱	۹/۴	۷/۱	۲/۱۳ \pm ۱/۲۸
اضطراب	۲۲	۱۱/۸	۲۶	۲۲	۱۸/۱	۳ \pm ۱/۴
استرس	۲۲	۱۱/۸	۲۹/۹	۲۴/۴	۱۱/۸	۲/۹۲ \pm ۲/۹۲

رابطه ی همبستگی با پاسخ های مقابله ای قرار دادیم. بر این اساس در بررسی همبستگی پاسخ های مقابله ای با اختلال های روانی به صورت ترتیبی از ضریب تائو کندال بی و اختلال های روانی بصورت فاصله ای از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است، که نتایج آن به طور خلاصه در جدول ۳ نشان داده شده است.

بر اساس سطح متغیرهای مستقل از دو نوع ضریب همبستگی بهره گرفته شده است. در اینجا قابل ذکر است که بعد از سنجش میزان اختلال های روانی (استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه) نتایج را به دو شکل فاصله ای و ترتیبی (خفیف، طبیعی، متوسط، شدید و خیلی شدید) وارد نرم افزار کرده و به هر دو شکل آنها را در

جدول ۳: نتایج آزمون همبستگی وضعیت روانی زنان مبتلا به سرطان سینه با پاسخ های مقابله ای مورد استفاده (n=۱۲۷)

پاسخهای مقابله ای متتمرکز بر هیجان	پاسخهای مقابله ای متتمرکز بر حل مسئله	پاسخ های مقابله ای اجتنابی	پاسخهای مقابله ای رفتاری	پاسخهای مقابله ای شناختی	نتیجه
۰/۲۷۷*	۰/۱۱۸	۰/۳۶۰**	۰/۱۵۱	۰/۰۱۱	R Pearson
۰/۰۰۲	۰/۱۸۷	۰/۰۰۰	۰/۰۹۱	۰/۹۰۷	Sig کمی
۰/۱۷۰*	۰/۰۲۸	۰/۲۲۷**	۰/۰۷۱	-۰/۰۲۵	Kendal b استرس
۰/۰۱۲	۰/۶۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰۲	۰/۷۱۶	sig کیفی
۰/۱۰۷	-۰/۰۷۱	۰/۲۳۹*	-۰/۰۶۸	-۰/۱۰۷	R Pearson
۰/۲۳۲	۰/۴۲۸	۰/۰۰۷	۰/۴۵۰	۰/۲۳۰	Sig کمی
۰/۰۲۶	-۰/۰۷۹	۰/۰۷۱	-۰/۰۸۳	-۰/۰۶۶	Kendal b افسردگی
۰/۷۰۲	۰/۲۴۹	۰/۳۰۶	۰/۲۳۱	۰/۳۴۰	sig کیفی
۰/۱۵۱	-۰/۰۲۳	۰/۲۵۳*	-۰/۰۱۲	-۰/۰۶۱	R Pearson
۰/۰۹۱	۰/۸۰۰	۰/۰۰۴	۰/۸۹۵	۰/۴۹۷	Sig کمی
۰/۱۷۳*	۰/۰۰۳	۰/۲۳۷*	-۰/۰۰۲	۰/۰۱۸	Kendal b اضطراب
۰/۰۱۰	۰/۹۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۱	۰/۷۸۷	sig کیفی

آنان حاکی از این است که ارتباط غیرقابل انکاری بین افسردگی، اضطراب و استرس با تشخیص سرطان در افراد وجود دارد.

همانطور که اشاره شد در این مطالعه به این نتیجه دست یافتیم که زنان مورد بررسی مبتلا به سرطان اضطراب بالایی را تحمل میکنند. یافته های مطالعات Kompas و همکاران^{۲۸} و Kolva و همکاران^{۱۵} نیز موید همین مسئله هستند. آنها در مطالعه ی خود بیان میکنند که افراد مبتلا به سرطان اضطرابی بالاتر از سطح عادی و همتایان سالم خود را تجربه می کنند و چون اضطراب با دیگر اختلال های روانی دارای همبستگی بالایی است، پس به صورت همزمان بیماران دارای استرس و افسردگی قابل توجهی هستند^{۱۲}. در این زمینه همچنین Lueboonthavatchai نیز در تحقیقات مختلفی شیوع اضطراب و افسردگی را در راس اختلال های روانی ناشی از بیماری سرطان معرفی کرده است^{۲۹}. این مسئله میتواند بیانگر لزوم توجه ویژه به این گروه های آسیب پذیر و نیز طراحی مطالعات تخصص یافته تر در این زمینه است.

در یافته های مطالعه به این نتیجه رسیدیم که زنان مبتلا به سرطان سینه ی مورد بررسی صرف نظر از نوع اختلال روانی ناشی از بیماری خود، از راهبرد پاسخ مقابله ای اجتنابی رد برخورد با بیماری و شرایط خود استفاده میکنند. استفاده از این سبک پاسخ دهی برای هر سه نوع اختلال افسردگی و استرس و اضطراب یکسان بود. این نتیجه در مطالعه ای که اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری های وزارت بهداشت انجام داد، نیز به دست آمد و موید نتیجه ی حاصله در تحقیق حاضر می باشد. یکی از نتایجی که وزارت بهداشت از این پژوهش به دست آورد این بود که اکثر زنان مبتلا به سرطان سینه صرف نظر از نوع اختلال روانی خود جهت سازگاری با سرطان پستان از راهبرد پاسخ مقابله ای اجتناب استفاده می کردند، گرچه در مراحل بعدی در جهت کنار آمدن با بیماری از مقابله متمرکز بر هیجان نیز استفاده می کردند^{۳۰}.

طبق نتایج به دست آمده در همبستگی متغیرهای مستقل کمی (ضریب همبستگی پیرسون) رابطه بین متغیرهای کمی استرس و پاسخ های مقابله ای اجتنابی (۰/۳۶۰) و استرس و پاسخ های مقابله ای متمرکز بر هیجان (۰/۲۷۷)، اضطراب و پاسخ های مقابله ای اجتنابی (۰/۲۵۳)، افسردگی و پاسخ های مقابله ای اجتنابی (۰/۲۳۹) معنادار می باشد. همچنین بر اساس همبستگی تا کندال بی (متغیرهای کیفی) همبستگی بین متغیرهای کیفی استرس و متغیر پاسخ های مقابله ای اجتنابی (۰/۲۷۷)، استرس و پاسخ های مقابله ای متمرکز بر هیجان (۰/۱۷۰)، اضطراب و پاسخ های مقابله ای اجتنابی (۰/۲۳۷)، اضطراب و پاسخ های مقابله ای متمرکز بر هیجان (۰/۱۷۳) معنادار می باشد.

بحث:

در مطالعه حاضر در جهت نیل به تعیین رابطه ی اختلال های روانی ناشی از تشخیص سرطان سینه و سبک های پاسخ دهی بیماران، به بررسی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهرستان کرمانشاه پرداختیم. در مطالعه مشاهده می شود که بیشترین حالت روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه در برخورد با بیماری خود، مربوط به اضطراب (۲۶٪) و استرس (۲۹/۹٪) می باشد در حالی که حدوداً ۴۵٪ از این زنان همزمان افسردگی طبیعی را نیز داشته اند. نتایج گزارش شده از میزان این اختلال های روانی با مطالعات سایر کشورها در بیماران بستری مبتلا به سرطان هماهنگی دارد. نتایج این تحقیقات حاکی از این واقعیت است که بیماران در برخورد با تشخیص بیماری سرطان سطحی از اضطراب و استرس را که بالاتر از حد طبیعی می باشد بروز میدهند. نتایج بعضی از مطالعات نشان دهنده ی مشکلات وخیم مربوط به اختلال های روانی (اضطراب و افسردگی) در بیماران جسمی و نیز اختصاصاً در مبتلایان به سرطان می باشد^{۲۶،۲۷}. از جمله ی دیگر تحقیقات در این زمینه میتوان به مطالعه courdoova و همکاران و sarafino^{۱۶} اشاره کرد. در این مطالعات به بررسی تشخیص اختلال های روانی که بعد از تشخیص بیماری های وخیمی همچون سرطان برای مبتلایان پیش می آید، پرداخته شده است و یافته های

قابل ذکر است که در تعدادی از مطالعات نتایجی متفاوت از این تحقیق به دست آمده است. از جمله ای تحقیقات می توان به مطالعه ی هادی، اسداللهی و طالعی اشاره کرد^{۳۱}. آنها در سال ۲۰۰۹ تحقیقی را بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه در شیراز انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که بین زنان مورد بررسی با گروه کنترل که متشکل از زنان سالم بود، در میزان افسردگی و اضطراب هیچ تفاوتی وجود ندارد. اما نکته ای که در مورد این تحقیق باید اشاره کرد اینکه گروه مورد بررسی آنها متشکل از زنانی مبتلا به سرطان سینه ای بود که هنوز یکسال از تشخیص بیماری آنها نگذشته بود و این مسئله نتایج آنها را در مقایسه با تحقیق حاضر متفاوت کرده است، زیرا زنان مورد بررسی آنها هنوز درمان هایی از قبیل متاستاز را دریافت نکرده بودند.

نظریه های متفاوتی در باب راهبردهای مقابله ای ارائه شده است. Folkman و Greer نظریه ی مقابله ای بر مبنای تبادل شناختی ارائه کردند^{۳۲-۳۴}. این مدل مشتمل بر این نکته است که افراد در نوع سبک مقابله ای مورد استفاده، از ادراک خود-سودی به عنوان میانجی بین استرس و رفتار مقابله ای بهره می گیرند^{۲۶،۲۷} و این منعکس کننده ی موثر بودن رفتار مقابله ای است^{۳۵}. در این مدل پاسخ های مقابله ای به دو طبقه تقسیم شده است: ۱- پاسخ های مقابله ای مسئله مدار که در صدد حل مشکل استرس زای پیش آمده برمی آید و ۲- پاسخ های مقابله ای متمرکز بر هیجان که در جهت تسکین دادن احساسات بوجود آمده ی ناشی از استرس می باشد^{۲۸}. طبق نظریه ی Dahlquist (۱۹۹۵) نیز اثر بخشی راهبرد مقابله ای به طول مدت و طبیعت آن موقعیت استرس زا بستگی دارد^{۳۶}. یافته های تحقیق حاکی از این است که افراد مبتلا به سرطان سینه بسته به نوع اختلال روانی از سبک پاسخ دهی متفاوتی استفاده میکنند. اما نکته ی قابل اشاره این است که این اختلال ها باعث شده اند که بیماران بنابر نظریه ی فولکمن و گریر از پاسخ های مقابله ای متمرکز بر هیجان استفاده میکنند. بر اساس نظریه ی دهلی کوست می توان این نکته را چنین بیان کرد که

بیماران در شرایط برخورد با بیماری جسمی حادی که ترس زیادی از آن دارند و خود قادر به کنترل آن نیستند، خود را عاجز دیده و احساس عدم کنترل بر موقعیت در ایشان پدیدار میشود و بنابر نظریه دهلی کوست جون این موقعیت تحت کنترل بیماران در نمی آید لذا بیمارای با استرس بالایی روبرو میشوند و همین امر آنها را به سوی پاسخ های مقابله ای هیجان محور سوق میدهد. در مطالعه ی حاضر به این نتیجه رسیدیم که که استرس و افسردگی و اضطراب بالا همراه با استفاده از پاسخ های مقابله ای اجتنابی و هیجانی همراه است. این نتیجه با یافته های مطالعات وانگ و کرشاو مطالقت دارد. Wang و همکاران در مطالعه ای در مورد اختلال های روانی و پاسخ های مقابله ای در زنان مبتلا به سرطان سینه در چین نیز به این نتیجه رسیدند که زنانی که دارای اضطراب و افسردگی بالایی هستند از پاسخ های مقابله ای احساسی (اجتنابی و هیجانی) استفاده می کنند^{۳۷}. Kershaw و همکاران شان نیز در مطالعه ی خود در مورد پاسخ های مقابله ای زنان مبتلا به سرطان سینه به نتایج مشابهی دست یافتند^{۳۸}.

نتیجه گیری:

میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان از عوامل مهم مؤثر در استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان محور است که می تواند تاثیر مثبتی بر حل مشکل و قبول منطقی شرایط برای این بیماران به همراه نداشته باشد. این موضوع می تواند به یک دور غیرمنطقی بیانجامد که باعث تشدید اختلال های روانی آنان نیز شود. لذا ضروری به نظر می رسد درمانگران در درمان سرطان سینه تنها به درمان جسمی این بیماری نپردازند و به اختلالات روانشناختی آن ها نیز توجه لازم را نمایند چه بسا که بهبود حالت روانی بیماران بتواند تاثیرات مثبتی بر روند درمان نیز داشته باشد که این خود موضوعی است که میتواند در تحقیقات بعدی مورد بررسی قرار گیرد.

References:

1. Garssen B. Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research. *Jour of Clinical Psychology Review* 2004, 24(3): 315-338.
2. Stanton A.L. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Jour of Clin. Oncol* 2006, 24(32): 5132-5173.
3. Andersen MR, Bowen DJ, Morea J, Stein KD, Baker F. Involvement in Decision Making and Breast Cancer Survivor Quality of Life. *Health Psychol* 2009, 28(1):29-37
4. Golden K, Andersen BL. Depressive Symptoms after Breast cancer Surgery: Relationships with Global, Cancer-related, and life Event Sress. *Journal of Psychooncology* 2004,13(3): 211-220.
5. Ikhani M. Core Ways on Cancer Patients. Ghazi Jahani Pub, Tehran, 1990.
6. Kruk J, Aboul-EneinHy. Psychological stress and the Risk of breast cancer: A case-control study. *Jour of Cancer Detection and Prevention* 2004, 28(6): 399-408.
7. Klages U, Weber AG, Wehrbein H. Approximal plaque and gingival sulcus bleeding in routine dental care patients: relations to life stress, somatization and depression. *Jour of ClinPeriodontol* 2005, 32(6): 575-582.
8. Ciaramella A, oli P. Assessment of depression among cancer patient: the role of pain, cancer type and treatment. *Jour of Psychoncology* 2001, 10(2): 156-165.
9. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of Natl Cancer Inst* 2002, 94(1): 39-49.
10. Wimmer G, Janda M, Wieselmann-Penkner K, Jakse N, Polansky R, Pertl C. Coping with stress: its influence on periodontal disease. *Jour of Periodontol* 2002,73(11):1343-1351.
11. Vettore MV, Leão AT, Monteiro Da Silva AM, Quintaniha RS, Lamarca GA. The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. *Jour of ClinPeriodontol* 2003,30(5): 394-402.
12. Goldenkreutz D.M, Andersen BL. Depressive Symptoms after Breast cancer Surgery: Relationships with Global, Cancer-related, and life Event Sress. *Journal of Psychooncology* 2004, 13(3): 211-220.
13. Fann J, Thomas-Rich A, Katon W, Cowley D, Pepping M, McGregor B, Gralow J. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Jour of Gen Hosp Psychiatry* 2008,30 (2): 112-126.
14. Steinman RH. The cancer patient with anxiety and chronic pain. In: Ballantyne JC, Cousins M.J, Giamberardino M.A, McGrath P.A, Rajagopal M.R, Smith M.T, Sommer C, Wittink HM. *Pain clinical updates*. Seattle: International Association for the Study of Pain 2009, XVII(4): 1-6.
15. Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain Symptom Manage* 2011, 42(5): 691-701.
16. Sarafino EP. *Health psychology*. 4th ed, John Wiley and Sons, New York 2002.
17. Antoni M.H. *Stress Management Intervention for Women with Breast Cancer*. American Psychological Association Press, Washington D.C 2003: 215.

18. Carver, C. S., Connor-Smith, J. personality and coping. Translate by Mohtaram Nemat Tavousi, Psychology of Iran 2011, 9(33):92-95.
19. Chen PY, Chang HC. The coping process of patients with cancer. European Journal of Oncology Nursing 2012,16 (1): 10-16.
20. Rashidi B, Hosseini S, Beigi P, Ghazizadeh M, Farahani M.N. Infertility Stress: The Role of Coping Strategies, Personality Trait, and Social Support. Jour of Family & Reproductive Health 2011, 5(4): 101-108.
21. Cavanagh K, Shapiro DA. Computer treatment for common mental health problems. Jour of Clin Psychol 2004, 60(3): 239-51.
22. Bambardier CH, Damico C. The relationship of appraisal and coping to chronic illness and adjusment. Jour of Bahavior Research and Therapy 1990,28(4):297-304.
23. Sadock Bj, Sadock Va. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Science/ clinical psychiatry, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2007.
24. Sadeghi Kh. [The effectiveness of cognitive- Behavioural therapy in treating patients with obesity (Persian)]. PhD thesis in clinical psychology. Iran University of Medical Sciences, Tehran psychiatric Institiue 2007; 92-94.
25. Asghari-Moghadam MA, Saed F, Dibajinia P, Zangene J. [A preliminary study of psychometric properties of depression, anxiety, stress scale (DASS) among a non-clinical Iranian sample (Persain)]. Daneshvar Rafter 2009, 31: 23-38.
26. Sandler IN, Tein JY, Mehta P, Wolchik S, Ayers T, Sandler IN. Coping efficacy and psychological problems of children of divorce. Jour of Child Dev 2000, 71(4): 1099-118.
27. Benight CC, Harper ML. Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. Jour of Trauma Stress 2002, 15 (3): 177-86.
28. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. Jour of Psychol Bull 2001, 127(1): 87-127.
29. Lueboonthavatchai, P. Prevalence and Psychological Factors of anxiety and depression in Breast Cancer Patients. Medical association Thailand Journal. Chulalongkorn University, Thailand 2007, 12 (2), : 52-56.
30. Zare N, Haem E, Lankarani K.B, Heydari S.Taghi, Barooti E. Breast Cancer Risk Factors in a Defined Population: Weighted Logistic Regression Approach for Rare Events) Jour of Breast Cancer 2013, 16(2): 214-219.
31. Hadi N, Asadollahi R, Talei AR. Anxiety, depression and anger in brest cancer patients compared with the general population in shiraz, southern Iran. Jour of Iranian Reed Crescent Medical 2009,9(1): 9-11.
32. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. Jour of Psycho oncology 2000, 9 (1): 11-9.
33. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing, New York 1984.
34. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on

emotions and coping. Jour of European Personality 1987,1 (3): 141-170.

35. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The development of coping. Jour of Annu Rev Psychol 2007, 58: 119-44.

36. Dahlquist L M, Czyzewski D I, Jones C L. Parents of children with cancer: A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. Journal of Pediatric Psychology 1996, 21(4): 541-54.

37. Wang X, Wang Sh.S, Peng R.J, Qin T, et.al. Interaction of Coping Styles and Psychological Stress on Anxious and Depressive Symptoms in Chinese Breast cancer Patients. Jour of Asian Pasific Journal of Cancer Prevention 2012, 13: 1645-1649.

38. Kershaw T, Northouse L, Kritpracha C, et al. Coping strategies and quality of life in woman with advanced breast cancer and their family caregivers. Jour of Psychol Health 2004, 19: 139-155.

Relationship between psychological status and coping strategies in women with breast cancer in Kermanshah, 2012

Saeedeh Shahbazin¹, Seyyed Ali Mousavi^{*2}, Behnam Khaledi Paveh³, Marzieh Nasury⁴, Somayeh Aazami⁵

1. Department of Sociology, Academy of Social Sciences, University of Allame Tabatabaee, Tehran, Iran.

2. Behavioral Sciences Research Center-Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

3. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

4. Department of Psychology, Center for Sleep Disorders Research, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah . Iran

5. Department of Psychology, Azad University of Kermanshah, Kermanshah, Iran.

***Corresponding Author:**

Kermanshah, Behavioral sciences Research Center

E- mail:

psy.mousavi@gmail.com

Abstract

Background: Many breast cancer patients experience mental disorders during their illness. Patients for coping with their illness, use different coping strategies. The aim of this study was to examine the relationship between psychological status and coping strategies in women with breast cancer in Kermanshah.

Methods: This study was including 127 women with breast cancer. for estimating of Mental disorders used of DASS-42 questionnaire and for estimating of coping strategies used of Bylyngr and Mouse questionnaire (1981). Data by using of correlation coefficients proportional with level of variables were analyzed in SPSS-16 software package.

Result: The results of this showed that there was a significant positive relationship between Emotion-focused coping responses and Stress, Emotion-focused coping responses and Anxiety (quantitative and qualitative levels) with avoidant coping responses ($p < 0/001$).

Conclusion: All women with breast cancer in the study, regardless of their mental disorder, in the first dealing with their illness used of avoidance coping strategies. But in the next step depending on stress and anxiety disorder are used different coping responses .

Key word: Breast cancer, stress, anxiety, coping responses,

How to cite this article

Shahbazin S, Mousavi SA, Khaledi Paveh B, Nasury M, Aazami S. Relationship between psychological status and coping strategies in women with breast cancer in Kermanshah, 2012. J Clin Res Paramed Sci. 2014; 2(4): 209-219.