

مقایسه ی راهبردهای مقابله با استرس و افسردگی در سه گروه از بیماران مبتلا به سرطان

دکتر حسن احدی^۱، دکتر امیر هوشنگ مهریار^۲، دکتر غلامرضا نفیسی^۳
دکتر علیرضا نیکوفر^۴ و سعید جهانیان^۵

دریافت مقاله June 7, 2011 پذیرش مقاله August 30, 2011

هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی میزان افسردگی بین بیماران سرطانی که هنگام مواجهه با استرس بیشتر از راهبردهای مقابله ای هیجان-مدار استفاده می کنند با کسانی که بیشتر از راهبردهای مقابله ای مساله-مدار استفاده می کنند، بود. بدین منظور، ۸۸ نفر از مبتلایان به سرطان های معده و روده ($n=26$)، سینه ($n=32$)، و سر و گردن ($n=30$) با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و از نظر افسردگی و راهبردهای مقابله ای مورد آزمون گرفتند. نتایج، نشان داد که تقریباً ۶۰ درصد از افراد مورد مطالعه از افسردگی خفیف تا شدید رنج می برند و میزان افسردگی در بیماران سرطانی هیجان-مدار بیشتر از بیماران مساله-مدار است. همچنین، مقایسه ی روش های مقابله با استرس در سه گروه بیمار سرطانی، بیانگر این مطلب است که مبتلایان به سرطان سینه بیشتر از مبتلایان به سرطان های معده-روده و سر و گردن از راهبردهای مقابله ای هیجان-مدار ($p<0/05$) استفاده می کنند.

واژه های کلیدی: افسردگی، سرطان، روش های مقابله با استرس

مقدمه

سرطان، بیماری پیچیده، ناتوان کننده و شایع است که در بسیاری از کشورهای جهان از جمله کشور ما به عنوان دومین عامل زیستی-پزشکی مرگ و میر، پس از بیماری های قلبی محسوب می شود. مبتلایان به سرطان، با مشکلات و استرس های متعدد زیستی-روانی و اجتماعی مواجه اند

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز و موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی، شیراز، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵. دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (نویسنده ی مسوول)، کرج، ایران s.jahanian@yahoo.com

و افسردگی بالینی، شایع ترین اختلال روانی در این بیماران است، به گونه ای که طبق گزارش انجمن سرطان امریکا^۱ (۲۰۰۹) ۲۵ درصد مبتلایان به سرطان از علائم افسردگی بالینی نیز رنج می برند. یافته های برخی از پژوهشگران از جمله دروگاتیس^۲ (۱۹۹۳) زاבורا، کربا^۳ و همکاران (۲۰۰۱) نشان می دهد که شیوع افسردگی، پریشانی و به طور کلی مشکلات روان شناختی در بیماران سرطانی، ۲۵ تا ۳۰ درصد است. ساتین، لیندن و فیلیپس^۴ (۲۰۰۹) در یک مطالعه ی فرا تحلیل دریافتند که خطر مرگ در بیماران سرطانی که علائم افسردگی را گزارش می کنند، بیشتر از بیماران غیر افسرده است، به گونه ای که نرخ مرگ و میر در بیماران سرطانی که برخی از علائم افسردگی را نشان می دهند، ۲۵ درصد و در بیمارانی که تشخیص افسردگی خفیف یا عمده را دریافت کرده اند، ۳۹ درصد بیشتر از سایر بیماران سرطانی است.

یکی از مهمترین عوامل تاثیر گذار بر وضعیت روان شناختی مبتلایان به سرطان، نحوه ی کنار آمدن با بیماری و شیوه ی مقابله با استرس های ناشی از ابتلا به سرطان است. وانت اسپیگر^۵ و همکاران (۱۹۹۷) روش های کنار آمدن با استرس در بیماران سرطانی بزرگسال را به روش هایی که با سازگاری روان شناختی بهتری همراه اند مانند مواجهه، داشتن روحیه ی جنگنده و خوشبینی و روش هایی که با مشکلات روان شناختی همراه اند مانند پذیرش انفعالی، اجتناب، احساس فقدان کنترل و تقدیرگرایی تقسیم کرده است.

پتی کرو، بل و هانتز^۶ (۲۰۰۲) دریافتند که اجتناب، ناامیدی و درماندگی بالا، پیش بینی کننده ی افزایش احتمال عود بیماری است. مطالعه ی رینولد^۷ و همکاران او (۲۰۰۵) نشان داد که در بیماران سرطانی، ابراز هیجان با افزایش احتمال بهبودی رابطه دارد. آلیسون^۸ (۲۰۰۲) دریافت که در مبتلایان به سرطان، افراد خوشبین درد کمتری گزارش می کنند و در حوزه های مختلف زندگی عملکرد بهتری دارند اما در مبتلایان به سرطان سینه، بدبینی، پیش بینی کننده ی مشکلات روان شناختی بیشتر پس از عمل جراحی است. واتسون^۹ و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه ی پیگیری ۱۰ ساله با استفاده از ۵۸۷ بیمار سرطانی به این نتیجه رسیدند که احساس درماندگی و ناامیدی کم پیش بینی کننده ی رهایی سریعتر از این بیماری است و میزان بهبود در بیماران ناامید، کمتر است.

1. American Cancer Society
2. Derogatis
3. Zabora & Curbow

4. Satin, Linden & Philips
5. Vant Spijker
6. Pettierew, Bell & Hunter

7. Raynolds
8. Allison
9. Watson

پتی کرو و همکاران (۲۰۰۲) اعلام کردند که در زنان مبتلا به سرطان سینه که از روحیه ی جنگجویانه ی بالایی برخوردارند، میزان بهبود و نجات یافتن از این بیماری بیشتر است. پژوهش اسپینگل و بلوم^۱ (۲۰۰۳) نشان داد که بین افسردگی و رشد تومورهای سرطانی، ارتباط وجود دارد. ابتلا به افسردگی، شدت بیماری را افزایش داده و علائم و شکایات روانی- جسمی مانند خستگی و درد را تشدید می کند. حمایت روان شناختی از بیماران سرطانی، افسردگی، اضطراب و درد را کاهش می دهد و می تواند به افزایش طول عمر این بیماران کمک کند. پورشهباز (۱۹۹۳) گزارش کرده است آن دسته از بیماران سرطانی که نسبت به بیماری خود آگاهی ندارند در مقایسه با بیماران ناآگاه، برونگرترند، از ثبات هیجانی بیشتری برخوردارند و در مقایسه با افراد سالم، کمتر از شیوه های مقابله ی متمرکز بر هیجان استفاده می کنند.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش، بیماران سرطانی مراجعه کننده به بخش های رادیوتراپی و سنجش درمانی شهر تهران بود. از این جامعه، بیمارستان پارس به صورت در دسترس انتخاب شد و از بخش رادیو تراپی و شیمی درمانی این بیمارستان ۱۰۴ نفر بیمار سرطانی مبتلا به سرطان های سینه (N=۳۲) سر و گردن (N=۳۰) و معده و روده (N=۲۶) مورد آزمون قرار گرفتند. با حذف ۱۶ پرسشنامه ی ناقص، گروه نمونه به ۸۸ بیمار سرطانی کاهش یافت. میانگین سنی گروه نمونه ۴۴/۲۵، بیماران سرطانی افسرده ۴۴/۲۰ (N=۵۳) و بیماران غیر افسرده ۴۶/۱۶ (N=۳۵) سال و تعداد زنان و مردان گروه نمونه به ترتیب ۴۸ و ۴۰ نفر بود.

ابزار

آزمون افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه، یکی از معتبرترین آزمون های سنجش و تشخیص افسردگی است که ۲۱ ماده دارد و علائم مختلف جسمانی، شناختی و هیجانی افسردگی را مورد ارزیابی قرار می دهد. در این پژوهش، از ویرایش دوم این آزمون (BDI-II) که فرم تجدید نظر شده ی پرسشنامه افسردگی بک است، استفاده شد که با فرم اولیه با DSM-IV مطابقت بیشتری دارد و تمام علائم شناختی افسردگی را مورد سنجش قرار می دهد. این پرسشنامه، همانند فرم اولیه

از ۲۱ ماده تشکیل شده است. بک و همکاران (۲۰۰۰) ثبات درونی این آزمون را به طور میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای آن را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و گروه غیر بیمار ۰/۷۱ گزارش کرده است. در ایران محمدخانی (۲۰۰۷) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان و غرای (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۸ گزارش کرده اند.

مصاحبه ی تشخیصی نیمه ساختاری بر اساس *DSM-IV-TR* برای تشخیص افسردگی در بیماران سرطانی، از مصاحبه ی تشخیصی نیز استفاده شد. ملاک هایی که در این مصاحبه مد نظر قرار گرفت آن بود که، فرد در اغلب مواقع، طی دو هفته ی گذشته حداقل ۵ مورد از علایم افسردگی را تجربه کرده و حتما حداقل، یکی از دو نشانه ی اول وجود داشته باشد.

خلق افسرده در اکثر اوقات، کاهش لذت یا علاقه نسبت به همه یا اغلب فعالیت های روزمره کاهش قابل ملاحظه ی وزن بدن، رژیم غذایی خاصی برای لاغری، کم خوابی یا پر خوابی تقریباً هر روز، کندی روانی- حرکتی، احساس خستگی یا نداشتن انرژی، احساس بی ارزشی یا گناه کاهش قدرت تمرکز یا تفکر یا احساس باتکلیفی تقریباً هر روز و افکار مکرر خودکشی (سادوک^۱، ۲۰۰۷). در این مصاحبه، سوالات باز- پاسخ در زمینه ی میزان علاقه و لذت از امور روزمره و فعالیت، اهداف آینده، میزان احساس رضایت، وضعیت خواب، اشتها، میل جنسی و میزان انرژی در فعالیت های مختلف نیز مطرح شد تا ارزیابی بالینی کاملتری در خصوص خلق و خوی بیماران سرطانی انجام گیرد.

پرسشنامه ی پاسخ های مقابله ای (CRI) بیلینگز و موس: این پرسشنامه، شامل ۱۹ عبارت است که دو شیوه ی اصلی مقابله با استرس تحت عنوان مقابله ی متمرکز بر حل مساله و مقابله ی متمرکز بر هیجان را اندازه می گیرد. پورشهباز (۱۹۹۳) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۴ گزارش کرده است. حسینی قدمگاهی (۱۹۹۷) ضریب بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ و عنایتیان (۱۹۹۹) آن را ۰/۹۳ گزارش کرده اند (از پور شهباز، ۱۹۹۳).

یافته ها

برای مقایسه ی میزان افسردگی بیماران سرطانی هیجان مدار و مساله مدار، ابتدا مفروضه ی همگنی واریانس ها با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتیجه نشان داد که این مفروضه بین داده ها برقرار

است ($P=0/659$, $F(1,87) = 1/96$, $df=86$) سپس از آزمون t مستقل برای بررسی معناداری تفاوت میانگین نمرات افسردگی در دو گروه بیمار سرطانی استفاده شد (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، مقدار t و سطح معناداری در دو گروه بیمار سرطانی

گروه‌ها				
هیجان مدار	مساله مدار	df	t	سطح معناداری
افسردگی میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	۸۶	۲/۳۵	۰/۰۵
(۶/۸۵)۱۶/۳۸	(۵/۱۷) ۱۰/۸۷			

همان طور که مشاهده می شود، تفاوت معناداری ($P < 0/05$) در میزان افسردگی دو گروه بیمار سرطانی وجود دارد و بیماران سرطانی هیجان مدار سطوح بالاتری از افسردگی را نشان می دهند. تحلیل واریانس چند متغیری با استفاده از اثر پیلایی، نشان داد که ترکیب متغیر راهبردهای مقابله به صورت معناداری بین سه گروه متفاوت است ($F(170/4) = 2/73$ و $F(170/4) = 0/121$ اثر پیلایی، $P = 0/031$).

جدول ۲: تحلیل واریانس چند متغیری و تک متغیری راهبردهای مقابله در سه گروه بیمار سرطانی

منابع	ANOVA		MANOVA	
	مساله مداری	هیجان مداری	F	df
نسبت F	۱/۴۳	۳/۹۵*	۲/۷۳*	۳
میانگین مجدورات	۲۵/۴۹	۱۹/۶۳		

* $P < 0/05$

به منظور آگاهی از اثر نوع سرطان بر راهبرد مقابله، از تحلیل واریانس یک راه استفاده شد.

جدول ۳: آزمون تامپن برای مقایسه ی دو به دوی هیجان مداری و مساله مداری در سه گروه

بیمار سرطانی		
راهبرد مقابله	گروه‌ها	میانگین و سطح معناداری
معدده - روده	سینه	-۱/۹*
هیجان مداری	سر و گردن	-۰/۰۰۲
سینه	سر و گردن	۱/۳۹*
معدده - روده	سینه	-۱/۰۰
مساله مداری	سر و گردن	-۱/۹۱
سینه	سر و گردن	-۰/۹۱

* $P < 0/05$

بحث و نتیجه گیری

سرطان به عنوان یک بیماری پیچیده، ناتوان کننده و شایع، دومین عامل مرگ و میر، پس از بیماری های قلبی است. بیماران مبتلایان به سرطان، با مشکلات روانشناختی متعددی مواجه اند. پژوهش ها، نشان می دهد که افسردگی، بیشترین شیوع را در بین این بیماران دارد و خطر مرگ در بیماران سرطانی که علائم افسردگی را گزارش می کنند، بیشتر از بیماران غیر افسرده است. یکی از مهمترین عوامل تاثیر گذار بر وضعیت روان شناختی مبتلایان به سرطان، نحوه ی کنار آمدن با بیماری و شیوه ی مقابله با استرس های ناشی از ابتلا به سرطان است. این پژوهش، به منظور مقایسه ی میزان افسردگی در دو گروه بیمار سرطانی برحسب استفاده از راهبرد مقابله با استرس (متمرکز بر هیجان و متمرکز بر مساله) و همچنین مقایسه ی روش های مقابله با استرس در سه گروه بیمار سرطانی (سر و گردن، معده و روده، سینه) انجام شد. نتایج، نشان داد که افسردگی اختلال روانی شایع در بیماران سرطانی کشور است به گونه ای که شیوع این اختلال در افراد مورد مطالعه، تقریباً ۲ برابر میزان شیوع آن در مطالعات و گزارش های پژوهشگران و مراکز تحقیقاتی از جمله انجمن سرطان امریکا (۲۰۰۳) مطالعات زابورا (۲۰۰۱) و دورگاتیس (۱۹۹۳) در کشورهای اروپایی و امریکا است.

از آنجا که در ایران، مطالعات همه گیر شناسی در زمینه ی میزان شیوع و بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی انجام نگرفته است، برآورد دقیقتر شیوع افسردگی، مستلزم مطالعه ی همه گیر شناسی در این زمینه است. بیماران سرطانی، به دلیل تحمل فشارهای روانی متعدد ناشی از این بیماری، در معرض خطر ابتلا به برخی از اختلالات روانی به ویژه افسردگی و اضطراب قرار دارند. همانطور که پژوهشگران از جمله کلارک^۱ و همکاران (۲۰۰۶) مطرح کرده اند عزت نفس این بیماران به علت احساس طرد شدن از طرف دیگران و شکست در برآورده کردن نیازهای خود و دیگران آسیب می بیند و به علت مشکلات و فشارهای روانی متعدد ناشی از هزینه های سنگین درمان و احساس فقدان کنترل بر زندگی و داشتن آینده ی مبهم همواره در معرض ناامیدی پریشانی، اضطراب و افسردگی قرار دارند. مقایسه ی دو گروه بیمار سرطانی بر حسب راهبردهای مقابله با استرس، نشان داد که میزان افسردگی در بیماران سرطانی هیجان مدار بیشتر از بیماران مساله مدار است. این یافته، با نتایج پژوهش های کارور و شی^۲ (۲۰۰۵) که نشان دادند استفاده

از روش های هیجان مدار هنگام مواجهه با استرس ها به ویژه روش هایی مانند اجتناب، انکار انزوا و مصرف سیگار و الکل پیامدهای روان شناختی منفی و ناسازگارانه ای را به دنبال دارد هماهنگ است. پژوهش های سایر محققان از جمله اسپیکر و همکاران (۱۹۹۷) نیز نشان داده است که روش هایی مانند پذیرش انفعالی، اجتناب و احساس فقدان کنترل، مشکلات روان شناختی بیشتری به دنبال دارد.

لی بگلی^۱ (۲۰۰۵) نیز دریافت که استفاده از راهبردهای هیجان مدار با سلامت روانی کمتر و پیامدهای منفی بیشتری همراه است. مک کری و کاستا^۲ (۱۹۹۰) نیز معتقدند این نوع کنار آمدن با استرس ها با برخی از صفات شخصیت به ویژه روان رنجور خوبی بالا و خوش بینی، منبع کنترل درونی، عزت نفس و مقاومت پایین ارتباط دارد. در تبیین این یافته که مبتلایان به سرطان سینه در مقایسه با مبتلایان به سرطان های سر و گردن و معده- روده بیشتر از راهبردهای هیجان مدار مقابله با استرس استفاده می کنند، می توان به نقش جنسیت در این رابطه اشاره کرد. زنان، هنگام روبرو شدن با استرس های ناشی از بیماری هایی مانند سرطان، بیشتر از روش های متمرکز بر هیجان استفاده می کنند. لوی^۳ و همکاران (۱۹۹۰) نیز دریافتند زنان مبتلا به سرطان با استفاده از روشهای هیجان مدار، حمایت اجتماعی بیشتری کسب می کنند.

مطالعات مربوط به تفاوت های جنسی، در کنار آمدن با استرس ها نشان می دهد که مردان، بیشتر راهبردهای مساله مدار و زنان، بیشتر راهبردهای هیجان مدار را گزارش می کنند. پژوهش های مارکو^۴ (۲۰۰۴) گرین گلس و نوکوچی^۵ (۱۹۹۶) نشان داد هنگامی که زنان و مردان از لحاظ شغلی - تحصیلی تشابه دارند، روش های مقابله با استرس در آنها نیز تقریباً یکسان است.

References:

- Allison, P. (2002). Personality traits in cancer patient. *Cancer*, 94, 309-321.
- American Cancer Society (2009). Depression in cancer patient. Retrieved from: www.cancer.org/docroot/RED
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). Manual for the Beck Depression Inventory-II San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (2005). *Positive Psychology*. Oxford University Press.
- Clarke, D. M., Cook, K. E., Coleman, K. J., & Smith, G. C. (2006). A qualitative examination of the experience of depression in hospitalized medically ill patients. *Psychopathology*, 39, 303-312.
- Derogatis, L. R. (1993). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- Ghadamgahi Hosseini, J. (1997). *Quality of social relationships, stress and coping strategies in patients with coronary disease*. (Master's thesis, Tehran Psychiatric Institute. (Persian).

- Gharayi, B. (2003). *Identity and its relation to depression in adolescents*. (doctoral thesis, University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute). (Persian).
- Greenglass, E. R. & Noguchi, K. (1996). *Longevity, gender and health: A psychocultural perspective*. Paper presented at the meeting of the international society of health psychology in Montreal.
- Lee-Baggley, D., & Preece, M. (2005). coping with interpersonal stress: Role of Big Five traits. *Journal of Personality, 73*, 1141-1180.
- Levy, S. M., Lee, J. K., & Bagley, C. (1990). Perceived social support in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine, 52*, 73-85.
- Marco, C. A. (2004). Coping. In Christensen, A. J., Martin, R., & Smyth, J. M. (Eds.), *Encyclopedia of health*. New York: Kluwer.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford press
- Mohammadkhani, P. (2007). Psychometric profile of the Beck Depression Inventory in patients with major depressive disorder in partial recovery. *Rehabilitation, 8(29)*, 86-80. (Persian).
- Pettierew, M., Bell, R., & Hunter, H. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer. *British Medical Journal, 325*, 1066-1075.
- Pourshahbaz, A. (1993). *Relationship between stress, life events and personality of blood cancer patients*. (master's thesis, Tehran psychiatric institute). (Persian).
- Reynolds, P., Huley, S., Tovers, M., & Jackson, M. (2005). Use of coping strategies and breast cancer survival. *American Journal of Epidemiology, 9*, 152.
- Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, J. (2009). *Depression Increases Cancer Patients' Risk of Dying*. Retrieved from: [www.AmericanCancer Society.com](http://www.AmericanCancerSociety.com).
- Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1993). Pain in metastatic breast cancer. *Cancer, 52*, 341-345.
- Van'tspijker, A., Trisburg, R. W., & Duivenvoorden, H. (1997). A meta-analytic review of 58 studies of cancer. *Psychometric Medicine, 59*, 280-293.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., & Bliss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival. *Journal of Cancer, 41*, 1710-1714.
- Zabora, J., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology, 32*, 19-28.