

مقایسه ی استرس و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم

جیتندرا ماهان^۱، مینا سگال^۲
و اشرف السادات گیتی قریشی^۳

دریافت مقاله 2017, Apr 24
پذیرش مقاله 2017, Aug 29

سرطان یک اصطلاح عمومی برای گروه بزرگی از بیماری هایی است که می تواند هر قسمت از بدن را تحت تاثیر قرار دهد. بیماران مبتلا به سرطان در مورد زنده ماندن خود نگران هستند، درد می کشند و این امر به طور جدی می تواند بر وضعیت روانی آنها تاثیر بگذارد. بر همین اساس است که گفته می شود سرطان صرفاً یک رویداد، با پایانی معین نیست، یک موقعیت دایمی و مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسایل روان شناختی مربوط به آنها مشخص می شود. هدف این پژوهش، مقایسه ی استرس و سبک های مقابله ای افراد سالم و بیماران مبتلا به سرطان بود. برای این منظور، طی یک پژوهش مقایسه ای، ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان (۵۰ نفر مرد مبتلا به سرطان معده، مری، روده بزرگ و راست روده و پروستات و ۵۰ نفر زن مبتلا به سرطان معده، مری، روده بزرگ و راست روده و پستان) به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و با ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن) از افراد سالم در گروه سنی ۶۰-۴۰ سال همتا سازی شدند. تحلیل واریانس نتایج نشان داد که استرس و سبک های مقابله ای شامل جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مثبت مجدد، کنار آمدن رویارویانه، دوری جویی، خویشتن داری، گریز و اجتناب در دو گروه متفاوت است.

واژه های کلیدی: استرس، سبک های مقابله ای، سرطان

مقدمه

استرس می تواند واکنش های اختصاصی و غیراختصاصی به وجود آورد و به برانگیختگی مزمن و آسیب در عملکرد منجر گردد (سلیه، ۱۹۵۲). شواهد زیادی دال بر ارتباط استرس و بیماری های مزمن وجود دارد. مشخص شده است که استرس با افزایش کاتکولامین و کورتیکواستروئید در درازمدت موجب آسیب به شریانها و قلب می شود (برامر، آبرگو و شوستروم، ۱۹۹۳). در کنار این

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه پنجاب، پنجاب، هندوستان

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه پنجاب، پنجاب، هندوستان

۳. دپارتمان روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده ی مسوول) giti.ghoreishi@yahoo.com

تأثیرات، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که روش مقابله‌ی فرد با استرس نیز، بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پیکو، ۲۰۰۱؛ سارافینو، ۲۰۰۱). نتایج اغلب پژوهش‌ها مقابله‌ی هیجانی را به عنوان موثرترین واسطه در فرایند استرس-بیماری معرفی کرده است (سامرفیلد و کار، ۲۰۰۰). مدل استرس روان‌شناختی لازاروس راهنمای مفید و ابتکاری برای نقش هیجانات در شکل‌دهی پاسخ‌های استرس فراهم می‌کند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۸). بر طبق نظریه‌ی لازاروس، افراد آگاهانه یا خودآگاه وقایع را به عنوان مفاهیمی برای بهزیستی فرد و با توجه به منابع در دسترس برای مقابله ارزیابی می‌کند. فرایند ارزیابی اولیه، هر رویداد را در برابر باورهای فرد در مورد جهان و تعهدات به اصول معین رفتاری، شامل اساسی‌ترین رفتارهای زیستی مانند حفظ حیات، می‌سنجد. رویدادهایی که خنثی یا بی‌خطر هستند به عنوان تهدیدی برای باورهای فرد تعریف نمی‌شوند. رویدادهایی که به عنوان یک تهدید واقعی یا ضمنی قلمداد می‌شوند مستلزم مرحله‌ی دوم ارزیابی برای سنجش گزینه‌های مقابله‌ای هستند (لاوالو، ۲۰۰۵).

ماهان و سگال (۲۰۰۶) و ماهان (۲۰۱۴) عوامل روانی اجتماعی و روابط بین بیماری، سلامتی و بهبودی را بررسی و روشن کرده‌اند. تعداد زیادی از مطالعات روابط بین استرس‌های روانی-اجتماعی و سیستم ایمنی بدن را شرح داده‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تفاوت‌های مهمی در شیوه‌های ادراک افراد و پاسخ به رویدادهای محیطی و حتی رویدادهایی که به صورت درونی ایجاد شده، وجود دارند. بنابراین، تفاوت‌های فردی در شناخت، عاطفه و رفتار، نقش بالقوه‌ی مهمی در تعدیل سیستم ایمنی بدن دارند (سگستر، ۲۰۰۳). علاقه‌دیرینه‌ی روان‌شناسان و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به تغییرات دوره‌ی زندگی در الگوهای استرس و مقابله با آن در سال‌های اخیر با رشد چشمگیری در تعداد افرادی که با بیماری سرطان زندگی می‌کنند، افزایش یافته است (هاننون، فرناندز، ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۰). استرس موجب تغییرات در انتقال سطح سلولی به ایمنی قابل توجه (ایمنی در مقابل میکروب‌ها، ویروس‌ها و چالش‌های آلرژیک) و تغییرات رفتاری (رفتار اضطرابی طولانی مدت) می‌شود. همچنین نقش سیستم عصبی سمپاتیک در تغییرات سیستم ایمنی تحت تأثیر استرس اهمیت ویژه‌ای دارد (وهلب، هانکه، کورونا و همکاران، ۲۰۱۱).

سرطان یکی از بیماری‌های مزمن مرتبط با استرس است. مؤلفه اساسی نگرانی و استرس بیمارگون، در مزمن و غیر قابل کنترل بودن آن است. میزان این نوع استرس در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، به خصوص انواع سرطان بسیار بالاست. به طوری که بیماران مبتلا به سرطان اغلب اوقات با استرس غیر قابل کنترل دست به گریبان هستند و تلاش‌های آنها برای کنترل کردن استرس‌شان بسیار دشوار است

(از لطفی کاشانی، کشمیر و اکبری، ۲۰۱۳). بیماران مبتلا سرطان اغلب واکنش‌های روان‌شناختی مختلفی که طیف وسیعی از مشکلات تضعیف روحیه و انفعال تا خشم و مشکلات مربوط به حافظه را در بر می‌گیرد نشان می‌دهند (کیسان، ماج، سارتوریس، ۲۰۱۱). این بیماران اغلب مسایل روان‌شناختی و اجتماعی مشترکی را تجربه می‌کنند که به شامل ترس از مرگ؛ ترس از وابستگی به خانواده، همسر یا پزشک؛ ترس از بدشکلی یا تغییر در ظاهر و تصویر ذهنی از خود که گاهی منجر به فقدان یا تغییر در عملکرد جنسی فرد می‌شود؛ ناتوانی مزمن که منجر به تداخل در فعالیت‌های مربوط به محیط کار، مدرسه، و اوقات فراغت می‌شود؛ آشفتگی در روابط بین‌فردی و در نهایت پریشانی یا درد در مراحل نهایی بیماری (از تاپا و نیستا، ۲۰۱۰) می‌شود. رانسوم، جاکوبسون، اسمیت و همکاران (۲۰۰۵) طی مطالعه‌ی بیماران مبتلا به سرطان پستان دریافتند زنانی که بیشتر رویعلایم خود متمرکز بودند، شکایت‌های جسمانی کمتر و کیفیت زندگی روانی بالاتری را در شش ماه بعد تجربه کردند. زنانی که بیشتر به دنبال اطلاعات در مورد بیماری خود بودند کیفیت سلامت بهتری داشتند. رابطه بین تمرکز برعلایم و کیفیت زندگی وسیع و گسترده بود؛ و رابطه‌ی بین جستجوی اطلاعات و کیفیت زندگی به بهبود عملکرد فیزیکی منجر شد.

نتایج حاصل از مطالعات نشان می‌دهند که تمرکز بر علایم، رویکردی ناسازگارانه به بیماری است، اما جستجوی اطلاعات ممکن است مزایایی برای بهبودی جسمانی داشته باشد. فرآیندهای مقابله‌ای ممکن است به حل مساله کمک کند؛ مانند انجام کاری برای تغییر تهدید بیماری، مدیریت خود در مقابل بیماری، جستجوی مشاوره و پذیرش درمان، و یا در مدیریت پریشانی هیجانی که با بیماری مرتبط است. فرایند مقابله، با تشخیص بیماری سرطان آغاز می‌شود و زمانی که باز ماندگان سرطان به یک تعادل جدیدی دست می‌یابند، پایان می‌یابد (چن و چانگ، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ادراک افزایش بار و مسوولیت برای دیگران در نتیجه‌ی عملکرد ضعیف جسمانی ممکن است در ارتباط با افکار خودکشی در میان مردان مبتلا به سرطان باشد (ماریس و همکاران، ۲۰۰۰). برخی مطالعات نیز نشان می‌دهند که مردان مشکلات روان‌شناختی بیشتری نسبت به زنان تجربه می‌کنند. میانگین اضطراب، افسردگی، هویت منفی، شکایت جسمانی، خصومت و نمرات کل علایم روان‌شناختی در پسران بالاتر از دختران بوده است. همچنین در برخی از مطالعات در مورد اثرات جنسیت و نمرات علایم روان‌شناختی، نتایج مشابهی یافت شده است (کاکا و گلا و سلیوگلا، ۲۰۱۳). با توجه به اینکه در مراحل اولیه تشخیص سرطان ۳۶/۷ درصد اختلالات خلقی نشان می‌دهند که ۹/۶ درصد آن‌ها افسردگی اساسی و ۲۷/۱ درصد افسردگی متوسط است، یا در ۱۴/۶ درصد بیماران نشانگان

اضطراب رخ می دهد و ۸ تا ۳۲ درصد بیماران دچار رنج ناشی از استرس هستند (پری، کوالسکی و چانگ، ۲۰۰۷). در این پژوهش به دنبال مقایسه ی استرس و سبک های مقابله ای افراد مبتلا به سرطان با افراد عادی بودیم.

روش

این پژوهش یک پژوهش مقایسه ای بود. جامعه ی مورد پژوهش بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدا با تشخیص سرطان بود. از این جامعه ۱۰۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب (۵۰ نفر مرد مبتلا به سرطان معده، مری، روده بزرگ و راست روده و پروستات و ۵۰ نفر زن مبتلا به سرطان معده، مری، روده بزرگ و راست روده و پستان) و با ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن) از افراد سالم براساس سن، تاهل و تحصیلات همتا سازی شدند. آزمودنی ها بعد از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت کتبی با مقیاس رتبه ای ارزیابی نشانه های استرس^۱ و پرسشنامه روشهای مقابله توسط فولکمن و لازاروس^۲ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس رتبه ای ارزیابی نشانه های استرس توسط هلیبران و په په در سال ۱۹۸۵ ساخته شده است. این مقیاس میزان پاسخ معین استرس در مقابل میزان معین محرک را می سنجد و در تحقیقات مربوط به استرس بسیار استفاده شده است. مقیاس رتبه ای ارزیابی نشانه های استرس، مقدار استرس تجربه شده به وسیله ی فرد را بدون در نظر گرفتن آنچه که آنها را تحریک می کند، مورد بررسی قرار می دهد. هلیبران و په په ۲۵ نشانه ی استرس را از فهرستی که سلیه (۱۹۷۶) در افراد شناسایی کرده بود، انتخاب کرده اند. آزمودنی ها میزان تکرار هر نشانه ی استرس را (در یک سال گذشته) یا یک سال در شش درجه ی رتبه بندی از "به هیچ وجه" تا "بیش از یک بار در روز" (نمرات در محدوده ۰ تا ۵) پاسخ می دهند. نمره ی استرس مجموع نمرات به دست آمده در همه رتبه ها است. اعتبار و پایایی این آزمون توسط هلیبران و په په (۱۹۸۶) ۰/۹۳ بدست آمده است. این آزمون همچنین توسط مهدی پسندیده (۱۳۸۹) در ایران مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار و پایایی آن تایید شده است.

پرسشنامه روشهای مقابله توسط فولکمن و لازاروس در سال (۱۹۸۸) ساخته شد. این پرسشنامه که برای ارزیابی افکار و اعمالی که افراد استفاده می کنند برای مقابله با رویدادهای استرس زایی که هر روز با آنها روبرو می شوند، مورد استفاده قرار می گیرد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴) شامل ۶۶ ماده است. نمرات بالا نشان می دهند که افراد اغلب این رفتارها را در مقابله با رویداد استرس زا استفاده می

کند. این پرسشنامه به طور کلی می تواند در حدود ۱۰ دقیقه تکمیل شود، هرچند زمان با توجه به پاسخ دهندگان تغییر می کند. پرسشنامه ی روشهای مقابله با طیف گسترده ای در تحقیقات، بر روی آزمودنی های مختلف انجام شده است. ماهان (۱۹۹۷، ۲۰۰۲، ۲۰۰۳، ۲۰۰۴، ۲۰۰۵، ۲۰۰۶) اعتبار و پایایی این آزمون را مورد تایید قرار داده است. برای تحلیل داده ها از تحلیل واریانس دو طرفه استفاده شد و داده ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۱ مولفه های توصیفی متغیرها ارائه شده است.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرها به تفکیک آزمودنی های سالم و بیمار

Sig.	F	زن		مرد		متغیر
		sd	M	sd	M	
۰/۰۱	۸۴/۴۹	۲۹/۸۱	۵۴/۱۲	۲۵/۷۶	۴۹/۸۲	بیمار
		۸/۳۹	۲۶/۶۰	۹/۴۱	۲۳/۵۶	سالم
۰/۰۱	۱۴/۳۸	۰/۴۹	۱/۵۷	۰/۶۱	۱/۷۳	بیمار
		۰/۶۰	۲/۰۰	۰/۶۱	۱/۹۲	سالم
۰/۴۴	۰/۵۹	۰/۶۶	۲/۰۷	۰/۶۶	۲/۱۸	بیمار
		۰/۷۳	۲/۰۵	۰/۶۷	۲/۳۵	سالم
۰/۳۸	۰/۷۸	۰/۴۱	۱/۹۹	۰/۴۳	۲/۰۹	بیمار
		۰/۵۷	۱/۹۷	۰/۵۰	۲/۲۲	سالم
۰/۰۱	۸/۵۳	۰/۵۰	۱/۷۷	۰/۵۲	۱/۸۹	بیمار
		۰/۶۲	۱/۹۰	۰/۴۷	۲/۲۰	سالم
۰/۱۰	۵۰/۱۴	۰/۵۱	۲/۴۱	۰/۵۰	۲/۲۹	بیمار
		۰/۷۰	۱/۷۶	۰/۶۶	۱/۷۳	سالم
۰/۰۱	۷۳/۷۵	۰/۵۲	۲/۲۵	۰/۵۹	۲/۰۵	بیمار
		۰/۶۹	۱/۴۸	۰/۶۷	۱/۳۱	سالم
۰/۰۱	۱۰۳/۴۴	۰/۴۹	۲/۱۰	۰/۴۹	۲/۲۷	بیمار
		۰/۵۸	۱/۵۳	۰/۵۶	۱/۳۰	سالم
۰/۰۱	۱۴۰/۷۴	۰/۵۲	۲/۱۰	۰/۴۸	۲/۲۳	بیمار
		۰/۶۴	۱/۱۷	۰/۷۱	۱/۱۵	سالم

در جدول ۲ خلاصه ی نتایج تحلیل واریانس دو طرفه ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه ی نتایج تحلیل واریانس دو طرفه برای مولفه های سبک های مقابله ای و استرس دو گروه

متغیر	F	Sig.	مرد		زن	
			متغیر	Sig.	F	Sig.
نشانه های استرس	۸۴/۴۹	۰/۰۱	کنار آمدن رویارویانه	۰/۰۱	۵۰/۱۴	۰/۱۰
جستجوی حمایت اجتماعی	۱۴/۳۸	۰/۰۱	دوری جویی	۰/۰۱	۷۳/۷۵	۰/۰۱
مسولیت پذیری	۰/۵۹	۰/۴۴	خویشتن داری	۰/۴۴	۱۰۳/۴۴	۰/۰۱
حل مدبرانه مساله	۰/۷۸	۰/۳۸	گریز و اجتناب	۰/۳۸	۱۴۰/۷۴	۰/۰۱
ارزیابی مجدد مثبت	۸/۵۳	۰/۰۱				

یک نگاه اجمالی به جدول تحلیل واریانس برای متغیر نشانه های استرس سطح معنا داری را نشان می دهد. همچنین برای سبک های مقابله ای در مقیاس های جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مثبت مجدد، کنار آمدن رویارویانه، خویشتن داری و گریز و اجتناب از سطح معنا داری برخوردار است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مقایسه ی استرس و سبک های مقابله ای افراد مبتلا به سرطان با افراد عادی بود. یافته ها نشان داد که میزان متغیر نشانه های استرس و سبک های مقابله ای در مقیاس های جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مثبت مجدد، کنار آمدن رویارویانه، خویشتن داری و گریز و اجتناب تفاوت معناداری در دو گروه نشان می دهد. میلار، پوراشوتام، مک لاتچیه وهمکاران (۲۰۰۵) نشان دادند با وجودی که، میانگین سطح استرس در طول زمان کاهش یافته است، بیش از یک چهارم نمونه ها سطح معنا داری از پریشانی را در تمام مدت مطالعه حفظ کرده اند. مطالعات همسو با این یافته ها نشان می دهند که نه تنها شدت بیماری سرطان بلکه ادراک و ارزیابی بیماران از شدت و پیامدهای بیماری، کیفیت زندگی را تعیین می کنند (کالوگرز و کور، ۲۰۱۱). افرادی که به صورت نشخوار فکری، جدل با سرنوشت، دلسوزی برای خود، کنره گیری، و بیرون ریختن احساسات شان عمل می کنند، دوره ی کوتاه تری از زندگی را با تشخیص سرطان ریه دارند (فالر و اشمیت، ۲۰۰۴). علاوه بر این، الگوی مقابله ی سرکوبگر در ارتباط با افزایش بروز سرطان پستان و همچنین الگوی مقابله ی انفعالی با بقای کوتاه تر سرطان پستان در ارتباط می باشد (آگوستین، ۲۰۰۸). آگوستین، لارسن، والکر

و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کرده اند که افرادی که اثرات منفی تری را تجربه کرده اند از مقابله ی بیشتری استفاده می کنند. افرادی که بیشتر تحت تأثیر جنبه های منفی قرار دارند انواع مقابله را بیشتر، به کار می گیرند. آنها از روش های کمتر سازگارانه استفاده می کنند. کسانی که از روش های مقابله کمتر سازگارانه را به کار می برند، احتمالاً "سطوح بالاتر اثرات احیایی قبلی منفی را (به عنوان یک پی آمد مقابله ناسازگارانه) تجربه می کنند و در نتیجه، پیشرفت سریع تری در سرطان ریه دارند.

دیوید، مونت گومری و باویجرگ (۲۰۰۶) نشان داده اند که پاسخ های مقابله ای مانند برنامه ریزی بیشتر، انکار، حواس پرتی، حمایت وسیله ای، طنز، سرکوب هیجانی، تخلیه، سرزنش خود و سو مصرف مواد با پریشانی بیشتر ناشی از جراحی قبلی در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان مرتبط است. منتظری (۲۰۰۸) اثرات سودمند مستقیم حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان را نشان داده است. لیمبرگ (۲۰۰۱) شواهدی برای ریسک بالای ابتلا به سرطان پستان در زنان در ارتباط با افزایش تعداد رویدادهای مهم زندگی مانند مرگ شوهر یا یکی از بستگان نزدیک، دوست و یا طلاق بررسی کرده است. نتایج حاصل از ترکیب مطالعات گذشته و آینده، تعداد کمی از متغیرهای روان شناختی را در ارتباط با سرطان پستان پیش بینی می کنند. همچنین کراک و آبول-انین (۲۰۰۴) در مورد تأثیر استرس روانی در قالب رویدادهای گذشته زندگی و استرس مربوط به کار و پیشرفت سرطان پستان بررسی کرده اند. زنانی که تجربه استرس مربوط به کار داشتند ریسک بالاتری برای ابتلا به سرطان پستان نسبت به زمانی که استرس در کار نداشتند نشان داده اند. موارد مشابه بیشتر در ارتباط با شغل فشار آور و حوادث عمده زندگی گزارش شده است. این یافته ها ارتباط بین حوادث مهم زندگی و سرطان پستان را تایید می کنند.

استرس روانی و فقدان حمایت اجتماعی به علت تنظیم پایین سیستم ایمنی، اصطلاح کم DNA آسیب دیده در پیشرفت سرطان مورد بررسی قرار گرفته است. علاوه بر این افراد با حمایت اجتماعی ضعیف و افراد داغدییده، تمایل به رفتار مغایر با سلامتی دارند (یوچینو، ۲۰۰۶). شیوع استرس پس از سانحه، افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد سالم مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج به دست آمده نشان دهندعالیم بالینی معنا دار در استرس پس از سانحه، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان نسبت گروه کنترل می باشند (ستیز، بسیر، دباتین و همکاران، ۲۰۱۰).

در مطالعه دیگری استرس هیجانی کمتری در بیماران مبتلا به سرطان مسن تر نسبت به بیماران سرطانی جوان تر گزارش شده است. انعطاف پذیری بیشتر شخصیت در ارتباط با است. واکنش بیماران مبتلا به سرطان در ارتباط با استرس متفاوت است. برای مثال در بیماران مسن تر سطح پایین تر استرس عاطفی

گزارش شده است (کوهن، بازیلینسکی و بنیک، ۲۰۱۴). بیماران جوان تر از محرک های فشار آور بیشتری مانند پدر یا مادر شدن، شاغل بودن، تحمل کار شدیدتر و فشارهای اقتصادی رنج می برند. بنابراین امکان دارد افراد مسن تر مشکلات کمتری را تجربه و در نتیجه سطح اضطراب کمتری را گزارش می دهند و از ارزیابی مجدد مثبت بیشتر استفاده می کنند که یک استراتژی مقابله ای در ارتباط با انعطاف پذیری می باشد (آوریل و بک، ۲۰۰۱) (کوهن، بازیلینسکی و بنیک، ۲۰۱۴).

رویکرد اولیه به فرآیند مقابله، سه سبک اصلی تحت عنوان سبک مساله محور هیجان محور و اجتناب محور را معرفی کرده بود. مشخصه ی سبک مقابله مساله محور، عملکرد مستقیم برای کاهش فشارها یا افزایش مهارت های مدیریت تنیدگی است، ویژگی اصلی سبک مقابله اجتناب محور اجتناب از مواجهه با عامل تنیدگی زاست و وجه مشخصه ی سبک مقابله هیجان محور راهبردهایی شناختی است که حل یا حذف عامل تنیدگی را با دادن نام و معنای جدید به تأخیر می اندازد. طبقه بندی های جدیدتر چهار سبک مقابله شامل سبک منطقی، گسسته، هیجانی و اجتنابی را توصیف کرده اند اما، بررسی های متعدد نشان داده اند که تنیدگی ادراک شده و دسترسی به منابع مقابله با تنیدگی، سطح رضایت از زندگی و سلامت روانی را پیش بینی می کنند (گادبی و کاریج، ۲۰۰۴؛ مالتبای و همکاران، ۲۰۰۴). در مجموع به نظر می رسد که کاربرد سبک های مقابله ای فعال در ایجاد رضایت از زندگی فعلی و آینده فرد موثر است (دوبی و آگاروال، ۲۰۰۷) و سبک مقابله ای مساله محور با رضایت از زندگی رابطه ی مثبت معنادار و سبک مقابله ای هیجان محور با رضایت از زندگی رابطه ی منفی معنادار دارند. به همین خاطر است که مقابله ی فعال به سازگاری روان شناختی بهتر، بهبود کیفیت زندگی و نیز پیامدهای بهتر پزشکی منجر می شود.

References

- Augustine, A., Larsen, R. J., Walker, M. S., & Fisher, E. B. (2008). Personality predictors of the time course for lung cancer onset. *Journal of Research in Personality*, 42(1), 1448-1455.
- Averill, P. M., & Beck, J. G. (2000). Posttraumatic stress disorder in older adults: a conceptual review. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 133-156.
- Brammer LM, Abrego P, Shostrom EL. Therapeutic counseling & psychotherapy. 6th ed. New York: Prentice Hall; 1993. pp: 45-120.
- Bureau of Cancer Surveillance: Center for non communicable diseases management. In Executive Guideline of Registering and Reporting Cancer Cases. Tehran, Iran: Iran's Ministry of Health, Treatment, and Medical Education, Center of Diseases Control, 2006.
- Chen, P. Y., & Chang, H. C. (2011). The coping process of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-7.
- Cheung, W.Y., Le, L.W., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2010). Age and gender differences in symptom intensity and symptom clusters among patients with metastatic cancer. *Support Care Cancer*, 19(3), 417-423.
- Cohen, M., Baziliansky, S., & Benyc, A. (2014). The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: An exploratory cross-sectional study. *Journal of Geriatric Oncology*, 5, 33 - 39

- David, D., Montgomery, G. H., & Bovbjerg, D. H. (2006). Relations between coping responses and optimism–pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 203–213.
- Faller, H., & Schmidt, M. (2004). Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 359–363.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Manual for the ways of coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 26, 309–317.
- Hannon, P. A., Fernandez, M. E., Williams, R. S., Mullen, P. D., Escoffery, C., Kreuter, M. W., Pfeiffer, D., Kegler, M. C., Reese, L., Mistry, R., & Bowen, D. J. (2010). Cancer control planners' perceptions and use of evidence-based programs. *Journal of Public Health Management Practice*, 16 (3), 1-8.
- Heilbrun, A. B., & Pepe, V. (1985). Awareness of cognitive defenses and stress management. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 9-17.
- Kalogreades, L., & Corr, P. J. (2011). Quality of life and level of functioning in cancer patients: The roles of behavioral inhibition and approach systems. *Personality and Individual Differences*, (50) 1191–1195.
- Kissane, D., Maj, M., Sartorius, Norman. (2011). *Depression and cancer*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Kruk, J., & Aboul-Enein, H. Y. (2004). Psychological stress and the risk of breast cancer: A case-control study. *Cancer Detection and Prevention*, 28, 399–408.
- Kucukogly, S., & Celebioglu, A. (2013). Identification of psychological symptoms and associated factors in adolescents who have a parent with cancer in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 75-80.
- Lankarani, B. K., Khosravizadegan, Z., Rezaianzadeh, A., Honarvar, B., Moghadami, M., Faramarzi, H., Mahmoodi, M., Farahmand, M., Seyed Masoom Masoompour, S. M. & Nazemzadegan, B. (2013). Data coverage of a cancer registry in southern Iran before and after implementation of a population-based reporting system: A 10-year trend study. *Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences*, 1-7.
- Lawson, J. M., Schumacher, M. M., Hughes, T., & Arnold, S. (2010). Gender Differences in Psychosocial Responses to Lung Cancer. *Gender Medicine*, 7(2). doi:10.1016/j.genm.2010.03.002.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lillberg, K. (2001). Stress of daily activities and risk of breast cancer: a prospective cohort study in Finland. *International Journal of Cancer*, 91, 888–893.
- Lotfi Kashani, F.; Kashmir, F. & Akbari, M.E. (2013). *Effect of Training Psycho-spiritual Skills in Improving Quality of Life of Females having Cancer*. 7th International Congress of Breast Cancer, Dept. of Shahid Beheshti Medical Science, Tehran (Persian).
- Lovallo, W. R. (2005). Cardiovascular reactivity: Mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *International Journal of Psychophysiology*, (58) 119 – 132.
- MacDonald, B. H. (2001). Quality of life in cancer care: patients' experiences and nurses' contribution. *European Journal of Oncology Nursing* 5 (1), 32-41.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: Guilford.
- Masoompour, S. M., Yarmohammadi, H., Rezaianzadeh, A. & Lankarani, K. B. (2011). Cancer incidence in southern Iran, 1998–2002: results of population-based cancer registry. *Cancer Epidemiology*, 35(5), 42–47.
- Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., & Murray, G. D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 335–342.
- Mohan J. (2014). Stress and its management. *Special Lecture*. S.D. College, Chandigarh.
- Mohan J. and Sehgal M. (2006). Health Psychology. *New Delhi: Abhishek*.
- Montazeri, A. H. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 2732-2763.
- Perry SH, Kowalski Th, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Journal of health psychology* 2007;2(1):1-8.
- Piko B. Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychol Res*. 2001; 51(2): 223-36.
- Pud, D. (2011). Gender differences in predicting quality of life in cancer patients with pain. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 486-491.
- Godbey, K. L., & Courage, M. M. (2004). Stress management program: Intervention in nursing student performance anxiety. *Achieves of Psychiatric Nursing*, 8, 190-199.

- Dubey, A., & Agarwal, A. (2007). Coping strategies and life satisfaction: Chronically ill patients' perspectives. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 2, 161-168.
- Maltaby J, Day L, Mccutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD (2004). Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology*. 95:411-28.
- Ransom, S., Jacobsen, P. B., Schmidt, J. E., Michael, A., & Andrykowski, M. A. (2005). Relationship of Problem-Focused Coping Strategies to Changes in Quality of Life Following Treatment for Early Stage Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3).
- Reyes-Gibby, C.C., Aday, L.A., Anderson, K.O., Mendoza, T.R., & Cleeland, C.S. (2006). Pain, depression, and fatigue in community dwelling adults with and without a history of cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32, 118-128.
- Sarafino EP. Health psychology: Biopsychosocial Interactions. 4th ed. New York: John Wiley and Sons; 2002. pp: 21.
- Segerstrom, S. C. (2003). Individual differences, immunity, and cancer: Lessons from personality psychology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, 92–S97.
- Seitz, D. C. M., Besier, T., Debatin, K., Grabow, D., Dieluweit, U., Hinz, A., ... & Goldbeck, L. (2010). Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence. *European Journal of Cancer*, 46, 1596–1606.
- Somerfield MR, Mc Crae RR. Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *Am Psychol*. 2000; 55(6): 620-5.
- Thapa, P., Rawal, N., Bista, Y., (2010). A study of depression and anxiety in cancer patients. *Nepal Medical College Journal*. 12(3): 171-175.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377–87.
- Weiner, I. B., Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Geller, P. A. (2003). *Handbook of Health Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wohleb, E.S., Hanke, M.L., Corona, A.W., Powell, N.D., Stiner, L.M., Bailey, M.T., Nelson, R.J., Godbout, J.P., & Sheridan, J.F. (2011). Beta-Adrenergic receptor antagonism prevents anxiety-like behavior and microglial reactivity induced by repeated social defeat. *Journal of Neuroscience*, 31, 6277–6288.
- World Health Organization. (2010). *The world health report – health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 11 (No. 45), pp. 77-88, 2017

Comparison of stress and coping styles in patients with cancer And healthy people

Mohan, Jitendra

Panjab University, Chandigarh

Sehgal, Meena

Panjab University, Chandigarh

Giti Ghoreishi, Ashrafalsadat

Islamic Azda University, Department of Psychology

Received: Apr 24, 2017

Accepted: Aug 29, 2017

Cancer is a general term for a large group of diseases that can affect any part of the body. Cancer patients are worried about their survival, and pain can seriously affect their mental status. On the basis of this, cancer is said to be merely an event, with no definite end, is a permanent and viable situation characterized by delayed and delayed effects of illness, treatment, and psychological problems associated with them. The purpose of this study was to compare the stress and coping styles of healthy people and patients with cancer. For this purpose, in a comparative study, 100 patients with cancer (50 men with gastric, lung, colon, rectum and prostate cancer, and 50 women with gastric cancer, esophagus, colon and rectum and breast) Were selected as an accessible sample and compared with 100 people (50 men and 50 women) from healthy people in the age group of 60-40 years old. The results of variance analysis showed that stress and coping styles include social support seeking, positive re-evaluation, coping, resignation, self-esteem, escape and avoidance in two different groups.

Keywords: Stress, coping style, cancer

Electronic mail may be sent to: giti.ghoreishi@yahoo.com