

مدل ساختاری رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روانشناختی، سازگاری روانشناختی و کیفیت زندگی
زنان مبتلا به سرطان سینه

مژگان کشوری^۱، حسن عشایری^{۲*}، سارا پاشنگ^۳

۱- گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

۲- استاد گفتار درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

*نویسنده مسئول: حسن عشایری، استاد گفتار درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. Email:

ashayerih.neuroscientist@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی مدل ساختاری رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روانشناختی، سازگاری روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به درمانگاه های تخصصی سرطان شهر تهران بین ماه های مهر تا آذر سال ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش شامل تعداد ۲۵۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان بود که با روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند. داده های پژوهش حاضر از طریق پرسشنامه پاسخ های مقابله با استرس (CRI)، مقیاس کیفیت زندگی، پرسشنامه پریشانی روانشناختی (DASS) و پرسشنامه سازگاری روانشناختی بدست آمده است. ضریب همبستگی، ماتریس همبستگی پیرسون و مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. همچنین کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار ۸.۸۰ Lisrel و SPSS.۲۲ انجام گرفت. نتایج نشان داد مسیر مستقیم مدل از راهبردهای مقابله با استرس به کیفیت زندگی ($P < 0/01; \beta = 0/29$)، پریشانی روان شناختی به کیفیت زندگی ($P < 0/01; \beta = -0/42$)، سازگاری روان شناختی به کیفیت زندگی ($P < 0/01; \beta = 0/37$) معنی دار شده است. می توان نتیجه گرفت رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه از برآزش برخوردار است.

واژه های کلیدی: راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روانشناختی، کیفیت زندگی، سرطان سینه.

سرطان به عنوان مشکل عمده سلامت قرن تلقی می‌شود و رشد روزافزون آن در دو دهه گذشته و اثرات مضر آن بر جنبه‌های بدنی، روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی انسانی بیش از همیشه باعث نگرانی کارشناسان است. سرطان یک بیماری تهدیدکننده زندگی است که سالانه ۷/۶ میلیون نفر را به کام مرگ می‌برد. از میان همه سرطان‌ها، سرطان پستان به عنوان دومین بیماری شایع زنان در نظر گرفته شده است (اسواین، باسیلگا، کیم، رنو، سیمیگلزئو^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). سالانه ۷ هزار زن در ایران به این بیماری مبتلا می‌شوند. در سایر کشورها نیز آمار مبتلایان بالا بوده و به عنوان نمونه در کره جنوبی سرطان پستان دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان است (روبسون، ایم، سینکئوس، ایکسئو، دومچیک^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). بیماران مبتلا به سرطان پستان نیز مشکلات زیادی را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی شامل عملکرد عاطفی و اجتماعی در طی درمان و بعد از آن تجربه می‌کنند. در نتیجه بررسی وضعیت کیفیت زندگی در این بیماران از شاخص‌های مهم درمانی و مراقبتی در سراسر جهان محسوب می‌گردد (اسچمیدت، ویسکیمان، آرمبروست، اسپنیویس، اوربیچ^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). کیفیت زندگی در این بیماران از شاخص‌های مهم کیفیت زندگی درجه احساس اشخاص از توانایی‌هایشان در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است. بیش از یک دهه است که بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مراقبت‌های بهداشتی به ویژه در بیماری‌های مزمن مطرح می‌باشد. در سال‌های اخیر بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان اهمیت ویژه‌ای یافته است. مسائل و مشکلاتی که به طور معمول کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، شامل آثار روانی، عاطفی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از ابتلا به بیماری اقدامات تشخیصی و درمانی است (کرامر، لائوچی، کلوسی، لانگی، لانگورست^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). اگرچه مداخلات پزشکی در تغییر کیفیت زندگی موثر است، ولی بخشی از این تغییرات مربوط به ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی، روان-شناسی و فرهنگی است. در نتیجه درک از نگرانی‌های کیفیت زندگی برای این بیماران و عوامل مرتبط با کیفیت زندگی از اولویت‌های مهم تیم سلامت می‌باشد. این مسئله می‌تواند در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان مفید باشد (برونائولت، چامپاگنی، هوگویت، سوزانی، سینون^۵ و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از مولفه‌های مهم در زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان میزان سازگاری روان‌شناختی آنها با بیماری‌شان می‌باشد. سازگاری یک مفهوم عام است و به همه‌ی راهبردهایی که فرد برای اداره کردن موقعیت‌های استرس‌زای زندگی، اعم از تهدیدهای واقعی یا غیر واقعی به کار می‌برد، گفته می‌شود (گومادام، پیتمن و لومان و لوفی^۶، ۲۰۱۶). کارآمدی سازگاری در بافت و شرایط موجود معنی می‌شود. تفاوت در سازگاری افراد می‌تواند تحت تأثیر تاریخچه‌ی فردی و خانوادگی آنان

¹ Swain, Baselga, Kim, Ro, Semiglazov

² Robson, Im, Senkus, Xu, Domchek

³ Schmidt, Wiskemann, Armbrust, Schneeweiss, Ulrich

⁴ Cramer, Lauche, Klose, Lange, Langhorst

⁵ Brunault, Champagne, Huguette, Suzanne, Senon

⁶ Gummadam, Pittman, & Ioffe

قرار گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان با کیفیت زندگی و درماندگی روان-شناختی ارتباط دارد. علاوه بر این، برخی مطالعات نشان داده‌اند که سازگاری روان‌شناختی با سرطان ممکن است بر پیامدهای جسمی بیماری تاثیر بگذارد (کاسپر و کارد^۱، ۲۰۱۷).

پریشانی روان‌شناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارند. پریشانی روان‌شناختی به عنوان مهم‌ترین و یا دومین عامل خطر برای تعداد زیادی از بیماری‌ها مانند نارسایی قلبی (هامر، مالوی و استاماتاکیس^۲، ۲۰۰۸)، سرطان (ویس^۳ و همکاران، ۲۰۱۲)، در نظر گرفته می‌شود. گر چه برآوردها متغیرند، به طور کلی از هر چهار بیمار مبتلا به بیماری سرطان، یکی از آن‌ها پریشانی روان‌شناختی قابل توجهی را تجربه می‌کند. در پژوهشی اورپون و ولف^۴ (۲۰۱۳)، سطح قابل توجهی از اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان مشاهده شد، به طور که قابل مقایسه با اثرات روان‌شناختی و هیجانی ایجاد شده به وسیله‌ی ورم مفاصل، کمردرد، دیابت، سرطان، صرع و آسم بود (اورپون و ولف، ۲۰۱۴) و با عوارض یا پیامدهای جانبی همچون کیفیت زندگی پایین علائم جسمانی بیشتر، کاهش پیروی از درمان، افزایش مرگ و میر و افزایش استفاده از خدمات همراه می‌شد (ویرگیلی^۵، ۲۰۱۵).

مفهوم «مقابله» بکارگیری انواع مختلفی از روش‌ها است. این روش‌ها شامل روش‌های سازگارانه (سودمند) و یا ناسازگارانه (غیر مؤثر) توسط فرد، در جهت سازگار شدن با یک تهدید برای ایجاد تعادل روانی در او است (گورکان، پاکیز و دمیر^۶، ۲۰۱۵). طبق نظر لازاروس و فالکمن (۱۹۸۴) دو شیوه اصلی مقابله شامل مقابله، مسأله مدار و هیجان مدار است که البته غالب مردم در مقابله با تنش‌ها هر دو شیوه را بکار می‌برند. کنترل درونی، عقاید مثبت، شوخ طبعی، داشتن سیستم حمایتی و مذهب، از منابع فردی کنار آمدن با استرس هستند روش‌های بسیاری برای مقابله با استرس وجود دارد. بسیاری از این روش‌ها ماهیت روان‌شناختی دارند. افراد متفاوت با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خود، هر یک روشی را برای مقابله با استرس بر می‌گزینند. برخی سعی می‌کنند به مشکلات زندگی با دید مثبت بنگرند، بعضی به دنبال حمایت‌های اجتماعی می‌گردند و عده‌ای دیگر از آن می‌گریزند. به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مناسب به مردم کمک می‌کند تا با استرس و تأثیرات ناشی از آن کنار بیایند (فاریس، تابوش، سادیدین، ایل موهایار و اریدی^۷، ۲۰۱۶). راهبردهای مقابله به روش‌های آگاهانه و منطقی مدارا با استرس‌های موجود در زندگی اشاره دارد. این اصطلاح برای روش‌های مبارزه با استرس مورد استفاده قرار می‌گیرد (چین، هئوانگ، یه، هئوانگ و چین^۸، ۲۰۱۵).

¹ Casper, & Card

² Hamer, Molloy, & Stamatakis

³ Weiss

⁴ Orion, & Wolf

⁵ Virgili

⁶ Gurkan, Pakyuz, & Demir

⁷ Fares, Al Tabosh, Saadeddin, El Mouhayyar, & Aridi

⁸ Chen, Huang, Yeh, Huang, & Chen

در این راستا، با بررسی مطالعات گذشته در خصوص راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روان‌شناختی در ایران متوجه شدیم اطلاعات در این حیطه پژوهشی محدود بوده و به بررسی کیفیت زندگی این دسته از بیماران کمتر بها داده شده است. از سوی دیگر، مفهوم مقابله با استرس و سنجش آن با پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی کمتر مورد گزارش قرار گرفته است. لذا با توجه به اهمیت سلامت روان در بیماران سرطانی، در این پژوهش به بررسی تعیین برازش مدل ساختاری راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه پرداخته‌ایم.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های تخصصی سرطان شهر تهران بین ماه‌های مهر تا آذر سال ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش شامل تعداد ۲۵۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان بود که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. کلاین نیز معتقد است در تحلیل عاملی اکتشافی برای هر متغیر ۱۰ تا ۲۰ نمونه لازم است اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است (کلاین، ۲۰۱۰). اما در تحلیل عاملی تاییدی حداقل حجم نمونه براساس عامل‌ها تعیین می‌شود نه متغیرها (جکسون، ۲۰۰۳). حجم نمونه توصیه شده برای تحلیل ساختاری حدود ۲۰۰ نمونه توصیه شده است (شه و گلدشتاین، ۲۰۰۶؛ کلاین، ۲۰۱۰) اما با این حال در پژوهش حاضر برای اطمینان بیشتر از ۲۵۰ نفر نمونه استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: تشخیص سرطان پستان توسط متخصص، بیماران حداقل یک دوره تحت شیمی‌درمانی بوده باشند، محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، رضایت از شرکت در پژوهش و داشتن سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه و نداشتن اختلال روانی حاد (مانیا یا افسردگی شدید) براساس تشخیص روان‌پزشک و ملاک خروج از پژوهش نیز آرایه اطلاعات ناقص خواهد بود.

پس از انتخاب جامعه آماری و تهیه ابزار پژوهش، پژوهش‌گر در روزهایی که درمانگاه تخصصی سرطان شهر تهران برقرار است، با مراجعه به این درمانگاه‌ها، از بین بیماران مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی این مراکز، افرادی را برحسب معیارهای پژوهش انتخاب می‌کند (بیماران با تشخیص سرطان پستان و سایر شرایط ذکر شده در ملاک‌های ورود به پژوهش). پژوهش‌گر پس از توضیح در مورد پژوهش و کسب موافقت بیماران برای شرکت در آن، پرسشنامه‌ها را به طور همزمان به آنها داد. جهت رعایت اصول اخلاقی، پژوهش‌گر به بیماران تأکید می‌کند که اطلاعات آنها محرمانه ماند و به صورت گروهی تحلیل می‌شوند. قبل از اجرا، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای شرکت‌کنندگان تشریح شد مانند اینکه شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و عدم مشارکت، تاثیری بر روند مراقبت بهداشتی آنها نخواهد داشت و اطلاعات نیز نزد پژوهش‌گر محرمانه باقی ماند. سپس فرم رضایت از آنها گرفته شد و همه پرسشنامه‌ها توسط افراد پر و ثبت گردید.

پرسشنامه پاسخ‌های مقابله با استرس (*CRI*): فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس توسط کالزبیک و همکاران و بر اساس پرسشنامه اصلی با شرایط پراسترس (اندلر^۱ و پارکر^۲، ۱۹۹۰) ساخته شده است. تفاوت فرم کوتاه با پرسشنامه اصلی در تعداد عبارات آن است. پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس دارای ۴۸ عبارت است، در حالی که فرم کوتاه آن از ۲۱ عبارت تشکیل شده است. این مقیاس سه سبک مقابله اصلی، یعنی مقابله مسئله‌مدار، که به معنای کنترل هیجانات و برنامه ریزی برای حل گام به گام مسئله است (۷ عبارت)، مقابله هیجان‌مدار، که در آن به جای تمرکز بر خود مسئله بر هیجانات ناشی از آن تمرکز کرده و به جای حل مشکل برای کاهش دادن هیجانات منفی تلاش می‌کند (۷ عبارت) و سبک مقابله اجتنابی که در فرد از رو برو شدن با مشکل اجتناب می‌کند (۷ عبارت) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. زیر مقیاس مقابله اجتنابی خود به دو بعد سرگرمی اجتماعی (۳ عبارت) و توجه‌گردانی (۴ عبارت) تقسیم می‌شود. پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی‌ها باید در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز=۱ تا بسیار زیاد=۵) مشخص کنند که تا چه حد از هر یک از راهبردهای ارائه شده استفاده می‌کنند. بویسان (۲۰۱۲) ضریب آلفای زیر مقیاس‌ها را بدین شرح اعلام کرده است: مقابله مسئله‌مدار ۰/۷۷ و مقابله اجتنابی ۰/۷۴ و همچنین پایایی حاصل از روش بازآزمایی در فاصله دو هفته بدین شرح اعلام کردند: مقابله مسئله‌مدار ۰/۷۹، مقابله هیجان‌مدار ۰/۷۵ و مقابله اجتنابی ۰/۶۶. نتایج تحلیل عاملی تأییدی کالزبیک و همکاران (۲۰۰۵) ساختار سه عاملی فرم کوتاه پرسشنامه با شرایط پراسترس را تایید کرد، که این امر حاکی از اعتبار این سازه آزمون است. همچنین نتایج پژوهش بویسان حاکی از رابطه مثبت و معنادار عاطفه مثبت با زیر مقیاس مقابله مسئله‌مدار و رابطه مثبت معنادار عاطفه منفی با زیر مقیاس مقابله هیجان‌مدار است، که این مطلب نشان‌دهنده روایی همزمان فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس است.

مقیاس کیفیت زندگی: این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که دارای چهار زیر مقیاس سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد و نمره گذاری آن به روش لیکرت بوده و از یک تا پنج نمره متغیر است و دامنه نمره کل فرد در این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ نمره است. این پرسشنامه در ایران بوسیله نجات و همکاران استاندارد سازی شده است که روایی پرسشنامه مطلوب گزارش شده است، پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی برای بخش‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۷ و ۰/۸۴ و همسانی درونی بخش‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این مقیاس می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (اصغری، ۲۰۰۳).

پرسشنامه پریشانی روانشناختی (DASS): این مقیاس برای ارزیابی حالت‌های عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس (در طی یک هفته گذشته) طراحی شده است. تحلیل عاملی، سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

1. Endler

2. Parker

را تایید کرده است. همچنین ارزش ویژه ی استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۹۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضرایب آلفای کرونباخ به همان ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ گزارش شده است (آنتونی و بیلینگ، ۱۹۹۸). در نسخه ی فارسی، پایایی بازآزمایی سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ به همان ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است (سامانی و جوکار، ۲۰۰۷).

پرسشنامه سازگاری روان‌شناختی با سرطان: واتسون و همکاران (۱۹۹۴) در پاسخ به محدودیت های مقیاس MAC - M ni را توسعه دادند. آنها گروهی از گویه های آزمون اصلی و یک سری گویه های اضافی را برای ارزیابی اجتناب شناختی مورد استفاده قرار دادند. گویه ها در صورتی حفظ می شد که بار عاملی آنها بزرگتر یا برابر با ۰/۳۰ بود. در نتیجه یک پرسشنامه ی کوتاه ۲۹ گویه ای با ویژگی های روانسنجی قابل مقایسه با مقیاس اصلی و شامل همان خرده مقیاس های پنج گانه، اما با گویه های کمتر برای خرده مقیاس های روحیه ی مبارزه، دل مشغولی نگران کننده، تقدیرگرایی و گویه های بیشتر برای خرده مقیاس های درماندگی/ ناامیدی تولید شد. همچنین ۲ گویه که قبلا در MAC اصلی متعلق به خرده مقیاس روحیه ی مبارزه بود، به خرده مقیاس تقدیرگرایی تعلق گرفت. بدین ترتیب تعداد گویه های پرسشنامه برای زیر مقیاس های تقدیرگرایی ۸ گویه، روحیه ی مبارزه ۴ گویه، دل مشغولی نگران کننده ۵ گویه، ناامیدی-درماندگی ۵ گویه و اجتناب شناختی ۴ گویه شد. ضرایب اعتبار درونی (پایایی) خرده مقیاس های MAC - M ni رضایت بخش بود (ضرایب بین ۰/۸۸ - ۰/۶۳ قرار داشت). لازم به ذکر است که گویه ها در یک مقیاس ۴ نقطه ای از ۱ = "قطعا در مورد من صدق نمی کند" تا ۴ = "قطعا در مورد من صدق می کند"، نمره گزارشی می شوند. نمره ی بالاتر در هر خرده مقیاس، استفاده قوی تر از آن راهبرد مقابله ای را نشان می دهد.

جهت بررسی و تجزیه و تحلیل آماری، اطلاعات خام به دست آمده از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی فراوانی مطلق، درصد فراوانی، درصد فراوانی تجمعی، میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب همبستگی، ماتریس همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه و مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. همچنین کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار Li srel ۸.۸۰ و SPSS.۲۲ انجام گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	تعداد
راهبردهای مقابله	۲۲/۰۸	۷/۹۸	۷	۳۱	۲۵۰
با استرس	۱۰/۸۳	۲/۲۹	۹	۳۲	۲۵۰

روحیه مبارزه	۰/۳۹**	۰/۴۶**	۰/۳۰**	۰/۲۴**	۱
دل مشغولی	۰/۳۶**	۰/۴۷**	۰/۳۰**	۰/۱۶*	۱
نامیدی-درماندگی	۰/۳۸**	۰/۶۹**	۰/۲۳**	۰/۵۰**	۱
اجتناب شناختی	۰/۲۲**	۰/۱۶*	۰/۱۷*	۰/۲۳**	۱
افسردگی	-۰/۴۲**	۰/۱۸*	۰/۲۳**	۰/۲۲**	۱
اضطراب	-۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۳۳**	۰/۲۴**	۱
استرس	-۰/۳۶**	۰/۳۳**	۰/۱۵**	۰/۴۹**	۱
کیفیت زندگی	۰/۳۴**	-۰/۱۸*	-۰/۲۰*	-۰/۲۳**	۱

**P<۰/۰۱

بر اساس جدول ۲، ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله با استرس، کیفیت زندگی، سازگاری روان‌شناختی با سرطان و پریشانی روان‌شناختی از نظر آماری معنادار بود ($P<۰/۰۵$).

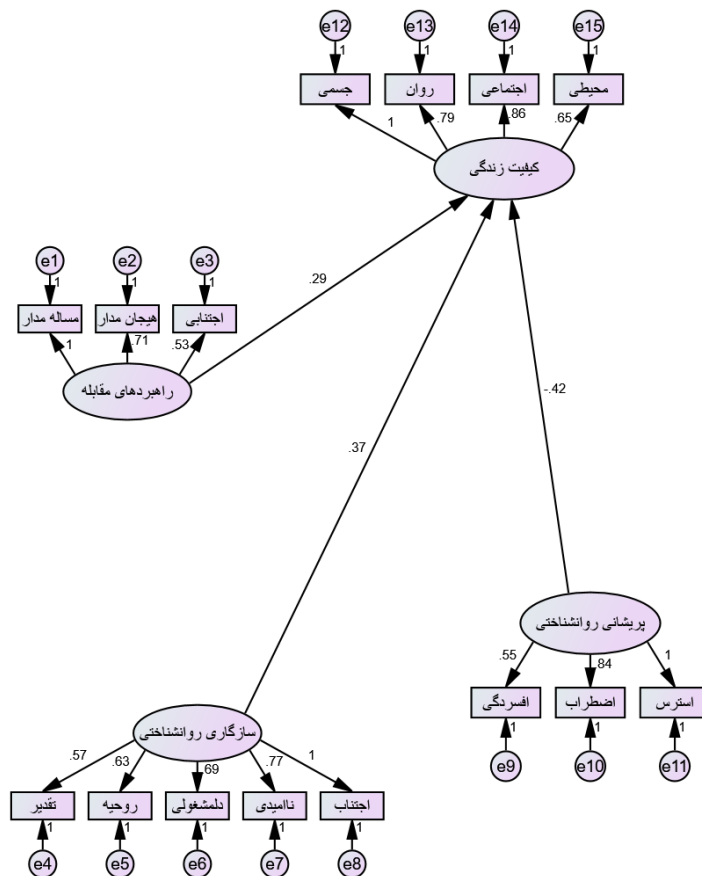
یافته‌های مربوط به مسیرهای مستقیم الگوی پیشنهادی

۳- ضرایب مستقیم استاندارد و غیر استاندارد مدل فرضی راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روان‌شناختی،

سازگاری روان‌شناختی و کیفیت زندگی

مسیرها	B	β	S.E	C.R	P
راهبردهای مقابله با استرس به کیفیت زندگی	۰/۲۳	۰/۲۹	۰/۰۵	۴/۲۰	<۰/۰۰۱
پریشانی روان‌شناختی به کیفیت زندگی	-۰/۴۶	-۰/۴۲	۰/۰۴	۱۰/۶۰	<۰/۰۰۱
سازگاری روان‌شناختی به کیفیت زندگی	۰/۱۸	۰/۳۷	۰/۰۳	۴/۵۵	<۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیر مستقیم مدل فرضی از راهبردهای مقابله با استرس به کیفیت زندگی ($P < 0.01; \beta = 0.29$)، پریشانی روان‌شناختی به کیفیت زندگی ($P < 0.01; \beta = -0.42$)، سازگاری روان‌شناختی به کیفیت زندگی ($P < 0.01; \beta = 0.37$) معنی‌دار شده است.



شکل ۱- مدل نهایی اصلاح شده رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روان‌شناختی، سازگاری روان

شناختی و کیفیت زندگی

نتایج مدل ۱ نشان می‌دهد که بزرگترین ضریب مسیر مربوط به پریشانی روان‌شناختی به کیفیت زندگی $0/42$ -
 γ و کوچکترین ضریب مسیر مربوط به تاثیر متغیر راهبردهای مقابله با استرس به کیفیت زندگی به گروه $0/29$ =
 γ می‌باشد.

جدول ۴- شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی رابطه راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روان‌شناختی،
 سازگاری روان‌شناختی و کیفیت زندگی

مدل	Chi square	P- value	RMSEA	GFI	CFI	AGFI	TLI	NFI
مدل اصلاح شده	۴/۲۰	۰/۷۵	۰/۰۵۴	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۷

نتایج آماره خی دو نشان داد که مقدار این آماره برابر با $4/20$ است که با درجات آزادی ۷، مقدار سطح معنی‌داری آن $0/75$ به دست آمد که بیان‌گر برازش مدل با داده‌ها می‌باشد. مقادیر (NFI) و (CFI) در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با $0/99$ و $1/00$ است. براساس ملاک $0/95$ و بالاتر، این مقادیر مدل را تعیین می‌کنند و مقدار (RMSEA) برای پژوهش حاضر $0/001$ به دست آمد که بیان‌گر برازش خوب مدل با داده‌ها می‌باشد. بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل مورد نظر برازش مطلوبی با داده‌ها دارد. اگر مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد، دال بر برازش بسیار مناسب است. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از $0/95$ و شاخص RMSEA کوچک‌تر از $0/05$ باشد بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد و اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از $0/90$ و شاخص‌های RMSEA کوچک‌تر از $0/08$ باشد بر برازش مطلوب و خوب دلالت دارد (بنتلر^۱ و همکاران، ۱۹۹۰؛ فیدل و تاباچنیک^۲، ۲۰۰۶) در نتیجه شاخص‌های TLI، AGFI، GFI، RMSEA و NFI بر برازش مطلوب و مناسب دلالت دارد.

¹ Bentler

² Fidell & Tabachnick

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های بدست آمده ملاحظه می‌شود که راهبردهای مقابله با استرس به کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی به کیفیت زندگی، سازگاری روان‌شناختی به کیفیت زندگی معنی‌دار شده است. نتایج این پژوهش با مطالعه مارتینز سیلوا و همکاران (۲۰۱۲)؛ آلکالار^۱ و همکاران (۲۰۱۲) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران سرطانی نیازمند کمک برای سازگاری مؤثر با بیماری مزمن خود هستند. این افراد نیاز خواهند داشت تا مهارت‌های مقابله‌ای را یاد بگیرند، این هدف زمانی می‌تواند محقق یابد که مقابله و واکنش‌های آن در قبال بیماری و مشکلات وابسته به آن از طریق آگاهی افزایشی کاملاً شناخته‌شده باشد. این توانایی‌ها به بیمار مجال می‌دهند تا سهمی ایفا نماید و تا اندازه‌ای کنترل آنچه برای او اتفاق می‌افتد در دست بگیرد (اندریسک^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). استرس یکی از عوامل زمینه ساز ناسازگاری و تعارض است و مادامی که افراد در معرض استرس قرار می‌گیرند همواره دچار تعارض هستند و یا در مقابل با مسائل پیش پا افتاده زندگی، بیشتر دچار استرس می‌شوند هنگام برخورد با مشکلات و ناهمواری‌های زندگی توان خود را از دست می‌دهند، احساس ضعف می‌کنند، سیستم ایمنی بدن‌شان ضعیف می‌شود و در نتیجه احساس کیفیت زندگی کمتری می‌کنند. معمولاً وقتی افراد احساس می‌کنند می‌توانند درباره مشکل، کاری انجام دهند از سازگاری مساله مدار استفاده می‌کنند و اگر موقعیت را فراتر از توانایی‌های خود تلقی کنند به سازگاری هیجان مدار دست می‌زنند (کتوبیلوس و همکاران، ۲۰۱۷). فرد با به کار بستن سبک سازگاری کارآمد مساله مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مساله استفاده می‌کند. براین اساس راه‌های سازگاری با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه حل‌های مناسب برای مشکل رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده منبع استرس نیز بهتر شناسایی می‌گردد و ممکن است قابل کنترل ارزیابی شود (ژانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). استفاده از راهبردهای مقابله با استرس با کیفیت زندگی این بیماران ارتباط معکوس داشت، به طوری که بیمارانی که جهت مقابله و سازگاری با استرس بیشتر از این روش‌ها استفاده کرده بودند کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. همانطور که گری معتقد بود که استفاده از روش‌های مبتنی بر حل مسئله باعث افزایش

¹ Alcalar

² . Andrisic

³ . Zhang

هدفمندی، افزایش اعتماد به نفس و افزایش روحیه بیمار شده و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (رئوش و شارما، ۲۰۱۷).

ارتباط بین پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی محکم‌تر از رابطه راه‌های مقابله‌ای با کیفیت زندگی بود، در مورد تاثیر پریشانی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی بود. در مورد تاثیر پریشانی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی می‌تواند گفت در مورد تاثیر پریشانی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی می‌تواند انتخاب روش‌های سازگاری غیرفعال و هیجان مدار توسط بیمار باشد و به دنبال آن استفاده از روش‌های هیجان مدار باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود. علاوه بر اثرات مخرب پریشانی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی باعث کاهش استفاده از سازوکارهای سازگاری موثر و افزایش استفاده از سازوکارهای غیرفعال و اجتنابی می‌شود (تئوساسینت^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین راه‌های مقابله‌ای موثر در بیماران با پریشانی روان‌شناختی بالا از اهمیت خاصی برخوردار است. به طور دقیق، این که چگونه سازگاری بین پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی ارتباط ایجاد می‌کند، مشخص نیست اما به نظر می‌رسد که به عنوان حد وسط مطرح باشد. بر طبق نظر (روش‌های مقابله‌ای) ارزیابی ذهنی از استرس، جزء مهمی در کنترل استرس است و سازوکارهای سازگاری در ارزیابی ذهنی استرس تاثیرگذار می‌باشند. بر طبق این نظریه، افرادی که با استرس درگیر شده و حوادث را به عنوان یک محرک قلمداد می‌کنند تا یک تهدید، و از روش‌های مبتنی بر حل مسئله برای کنترل استرس می‌نمایند، نسبت به کسانی که از روش‌های هیجان مدار باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود (شین و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر اثرات مخرب استرس بر کیفیت زندگی، استرس باعث کاهش سازوکارهای سازگاری غیرفعال و اجتنابی می‌شود. از طرفی راهبرد اجتناب مدار مستلزم انکار یا کوچک شمردن موقعیت‌های تنش‌زا است. افرادی که از این روش استفاده می‌کنند، هشیارانه تفکرات تنش‌زا را واپس رانی کرده و تفکرات دیگری را جایگزین آن می‌کنند.

محدودیت پژوهش حاضر استفاده از شیوه همبستگی بود که استنباط علی در مورد روابط حاصله را محدود می‌سازد. محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به بیماران سرطان سینه شهر تهران، تعمیم نتایج به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در سایر شهرها نیز انجام شود تا نتایج پژوهش حاضر با نتایج قابل مقایسه باشد. استفاده از سایر سازه‌های مشابه در این راستا به جای این روش و مقایسه نتایج آن با پژوهش حاضر. با توجه به

¹ . Rush, & Sharma

² . Toussaint

اهمیت تأیید کارایی رویکردهای مداخله ای به جهت توسعه کاربرد آنها، پیشنهاد می شود این پژوهش با جامعه‌ای متفاوت و همچنین در قالب طرح‌های دیگر پژوهشی مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

می توان نتیجه گرفت رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس، پریشانی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه از برازش برخوردار است.

منابع

- Alcalar, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I., & Ozkan, M. (2012). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Japanese journal of clinical oncology*, 42(10), 940-947.
- Andrisic, L., Dudzik, D., Barbas, C., Milkovic, L., Grune, T., & Zarkovic, N. (2018). Short overview on metabolomics approach to study pathophysiology of oxidative stress in cancer. *Redox Biology*, 14, 47-58.
- de Souza, J. A., Kung, S., O'Connor, J., & Yap, B. J. (2017). Determinants of patient-centered financial stress in patients with locally advanced head and neck cancer. *Journal of oncology practice*, 13(4), e310-e318.
- Gage-Bouchard, E. A., LaValley, S., Mollica, M., & Beaupin, L. K. (2017). Cancer communication on social media: examining how cancer caregivers use Facebook for cancer-related communication. *Cancer nursing*, 40(4), 332-338.
- Kim, G. M., Kim, S. J., Song, S. K., Kim, H. R., Kang, B. D., Noh, S. H., ... & Rha, S. Y. (2017). Prevalence and prognostic implications of psychological distress in patients with gastric cancer. *BMC cancer*, 17(1), 283.
- Lashbrook, M. P., Valery, P. C., Knott, V., Kirshbaum, M. N., & Bernardes, C. M. (2018). Coping strategies used by breast, prostate, and colorectal cancer survivors: A literature review. *Cancer nursing*, 41(5), E23-E39.
- Park, J.H., Chun, M., Jung, Y.S., Bae, S.H. (2017). Predictors of Psychological Distress Trajectories in the First Year After a Breast Cancer Diagnosis. *Asian Nursing Research*, 11(4), 268-275.

Rush, S. E., & Sharma, M. (2017). Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for cancer care: a systematic review. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*, 22(2), 348-360.

Shen, X., Zhu, X., Wu, Y., Zhou, Y., Yang, L., Wang, Y., ... & Zhao, Q. (2018). Effects of a psychological intervention programme on mental stress, coping style and immune function in percutaneous coronary intervention patients. *PloS one*, 13(1), e0187745.

Spiegel, D., & Riba, M. B. (2015). Managing Anxiety and Depression During Treatment. *The breast journal*, 21(1), 97-103.

Thompson, T., Pérez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., & Jeffe, D. B. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science & Medicine*, 192, 134-142.

Toussaint, L., Barry, M., Angus, D., Bornfriend, L., & Markman, M. (2017). Self-forgiveness is associated with reduced psychological distress in cancer patients and unmatched caregivers: Hope and self-blame as mediating mechanisms. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(5), 544-560.

Westhoff, C.L., Pike, M.C.(2018). Hormonal contraception and breast cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2, 169- 174.

Willems, R. A., Bolman, C. A., Mesters, I., Kanera, I. M., Beaulen, A. A., & Lechner, L. (2017). Short-term effectiveness of a web-based tailored intervention for cancer survivors on quality of life, anxiety, depression, and fatigue: randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 26(2), 222-230.

Yeung, N. C., & Lu, Q. (2018). Perceived Stress as a Mediator Between Social Support and Posttraumatic Growth Among Chinese American Breast Cancer Survivors. *Cancer nursing*, 41(1), 53-61.

Zhang, J., Dai, Q., Park, D., & Deng, X. (2016). Targeting DNA replication stress for cancer therapy. *Genes*, 7(8), 51.

Structural model of the relationship between coping strategies with stress, psychological distress, psychological adjustment and quality of life in women with breast cancer

Mojgan Keshvari¹, Hassan Ashayeri^{2*}, Sara Pashang³

1. Department of psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran. lkeshvary@yahoo.com
2. Professor of Speech Therapy, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ashayerih.neuroscientist@yahoo.com
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran. sarapashang@yahoo.com

***Corresponding Author:** Hassan Ashayeri, Professor of Speech Therapy, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ashayerih.neuroscientist@yahoo.com, Orcid: [0000-0002-2348-6213](https://orcid.org/0000-0002-2348-6213)

Abstract

The aim of this study was to investigate the structural model of the relationship between coping strategies with stress, psychological distress, psychological adjustment and quality of life in women with breast cancer. The method of this study was correlation (structural equations). The statistical population consisted of breast cancer patients referred to specialized cancer clinics in Tehran between October and December 2019. The sample consisted of 250 breast cancer patients who were selected by voluntary sampling method. Data were obtained through stress coping response questionnaire (CRI), quality of life scale, psychological distress questionnaire (DASS and psychological adjustment questionnaire). The results showed that the direct path of the model from coping strategies to stress to quality of life ($\beta=0.29$ $P<0.01$), psychological distress to quality of life ($\beta=-0.42$ $P<0.01$), psychological adjustment to quality of life ($\beta=0.37$ $P<0.01$) was significant. It can be concluded that the relationship between coping strategies with stress, psychological distress and quality of life in women with breast cancer has a good fit.

Keywords: Coping strategies with stress, psychological distress, quality of life, breast cancer.