# رابطه راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه

معصومه موحدی[1*]، شهرام محمدخانی[2]، جعفر حسنی[2]، مریم مقدسین[3]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

یافته / دوره بیستم / شماره ۴ / زمستان ۹۷ / مسلسل ۷۸

## چکیده

دریافت مقاله: ۹۷/۷/۲۹ پذیرش مقاله: ۹۷/۹/۱۲

**مقدمه:** سرطان یکی از بیماری‌های مخرب و معمولاً پیش‌رونده است که فشار زیادی را بر بیمار، خانواده او و جامعه تحمیل می‌کند. از این رو، شناخت عواملی که در بهزیستی روان‌شناختی این بیماران مؤثر هستند در کمک به کاهش تنشی که این بیماران تجربه می‌کنند بسیار مهم و تأثیرگذار است. این مطالعه با هدف تعیین رابطه راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه بودند که به بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد (بخش سرطان) مراجعه کرده بودند. ۳۰۰ نفر از بیماران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه های راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد. داده ها با روش تحلیل همبستگی و تحلیل رگرسیون و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه وجود دارد. اما بین راهبرد مقابله هیجان مدار و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان رابطه معنی‌دار وجود نداشت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** از یافته‌های پژوهش چنین استنباط می‌شود که بین راهبردهای مقابله ای و بهزیستی روانشناختی رابطه وجود دارد. نوع راهبرد مقابله‌ای مورد استفاده در شرایط استرس‌زا، بهزیستی روان‌شناختی بیماری سرطان سینه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به این نتایج طراحی برنامه‌های درمانی و آموزشی در زمینه شناسایی و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه می‌تواند در افزایش بهزیستی روان‌شناختی این بیماران مفید باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سرطان سینه، راهبردهای مقابله‌ای، بهزیستی روان‌شناختی.

*آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه رواشناسی بالینی.
پست الکترونیک: masumemovahedi@yahoo.com

## مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد مبتلا به آن روز به روز افزایش می‌یابد (۱). که در این میان سرطان سینه شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده (۲) و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در بین زنان ایرانی گزارش شده است (۳).

بسیاری از زنان پس از اطلاع از تشخیص سرطان سینه، در زمینه سازگاری با سرطان سینه در زندگی شخصی و خانوادگی خود دچار سطح بالایی از ناتوانی و ناامیدی می‌شوند. این بیماران برای بازگشت به زندگی عادی خود نیازمند کمک‌هایی جهت سازگاری و برآورده شدن نیازهای مختل شده خویش هستند (۴،۵).

براساس نظریات روان‌شناختی، راهبردهای مقابله‌ای نقش مهمی در مدیریت موقعیت‌های تنش‌زا، کاهش تنش و نهایتاً در سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی و جسمی افراد ایفا می‌کنند.

مطالعات پژوهشگران (۶) نشان داد که در بیماران مبتلا به سرطان استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار با سازگاری روان‌شناختی ضعیف‌تر رابطه دارد. در عوض بیمارانی که از شیوه‌های مختلف تمرکز بر موضوع نظیر پذیرش بیماری یا حل مسئله استفاده می‌کنند از سازگاری روان‌شناختی بالاتری برخوردار هستند (۷).

همچنین پژوهشگران (۸) در مطالعات خود نشان دادند بین راهبردهای مقابله مسئله مدار و مقابله اجتنابی بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد و بین راهبرد مقابله هیجان مدار و بهزیستی روان‌شناختی بیماران رابطه معنی‌دار وجود ندارد.

در دهه اخیر استفاده از مداخلات روانشناختی در کنار درمان‌های زیستی جزء مهم پروتکل درمانی در بیماران سرطانی در کشورهای پیشرفته محسوب می شود. بیشتر تحقیقات انجام شده در ایران و سایر کشورها بر تأثیرات راهبردهای مقابله‌ای در بیماران قلبی و عروق کرونری پرداخته‌اند و تحقیقات محدودی به تأثیر و نوع راهبرد مقابله‌ای در بیماران با سرطان سینه انجام شده است. بنابراین از آن جا که نوع راهبرد مقابله ای انتخاب شده و در نتیجه بهزیستی روانشناختی آنان موضوعی مهم در این دسته از بیماران است، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه در سال ۱۳۹۶، در بیمارستان شهید رحیمی خرم آباد انجام گرفت.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و از لحاظ نوع گردآوری داده‌ها، توصیفی از شاخه همبستگی به شمار می‌رود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه بودند که به بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم آباد (بخش سرطان) مراجعه کرده و توسط پزشک متخصص تشخیص سرطان دریافت کردند. . شرایط ورود به مطالعه شامل زنان دارای حداقل ۱۸ سال سن که با شیمی‌درمانی، پرتودرمانی یا هر دو برای سرطان درمان شده، یا در حال درمان بودند. تمام شرکت‌کنندگان حداقل باید دو درمان شیمی‌درمانی یا دو هفته پرتودرمانی را در زمان ثبت‌نام جهت ورود به دوره گذرانده باشند. زنان با سرطان عود یا متاستاز خارج شدند. با توجه به این ملاک، شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر در مراحل ۰ تا ۳ سرطان سینه بودند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه گیری در دسترس بود. ابتدا فهرست کلیه افرادی که در بخش سرطان بیمارستان پرونده پزشکی داشتند و طبق تشخیص پزشک متخصص تشخیص سرطان سینه دریافت کرده بودند از بخش سرطان گرفته، و لیست اطلاعات تماس آنها از بخش مددکاری و روانشناسی گرفته شد. سپس از این فهرست، تمامی بیماران با شرایط نامبرده در بالا انتخاب گردیده، با آنها تماس گرفته و افرادی که معیار ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شده و برای شرکت در

پژوهش از آنها دعوت به عمل آمد. پژوهش حاضر روی نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر در سال ۱۳۹۶ در بخش سرطان بیمارستان شهید رحیمی خرم آباد انجام گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (فرم کوتاه) و راهبردهای مقابله لازاروس بود. نسخه کوتاه ۱۸ سؤالی پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی در سال ۱۹۹۵ طراحی گردید. این پرسشنامه دارای سه سؤال برای هر یک از ۶ مؤلفه بهزیستی ذهنی است که عبارت‌اند از پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، خودمختاری (استقلال)، زندگی هدفمند و رشد فردی. پاسخ به هر سؤال بر روی یک طیف شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق مشخص می‌شود. همسانی درونی (درجه پایایی) این مقیاس به روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش شده است همچنین در پژوهش‌های داخلی ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۰ گزارش شده است (۹). در این پژوهش همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد (۱۰). به منظور سنجش راهبردهای مقابله‌ای از پرسشنامه مقابله لازاروس استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت (۱۱). راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تغییر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشارزای درونی یا بیرونی به کار می‌برند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۱۲). این پرسشنامه دارای دو خرده مقیاس اصلی هیجان محور و مسئله محور است که هر کدام از این خرده مقیاس‌ها به چهار خرده مقیاس فرعی تقسیم می‌شوند (۱۳). راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور ۴ خرده مقیاس (۱) مسئله محور است که هر کدام از این خرده مقیاس‌ها به چهار خرده مقیاس فرعی تقسیم می‌شوند (۱۳). راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور دارای خرده مقیاس های مقابله رویارویی، دوری گزین، خویشتن‌دار، گریز و اجتناب و راهبرد مسئله محور شامل خرده مقیاس‌های جست و جوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسئله، ارزیابی مجدد مثبت است (۱۵). این مقیاس روی نمونه ۷۵۰ نفر زوج میان سال و نمونه ۷۶۳ نفر دانش آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجاریابی شده (۱۶) و ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس‌های از ۶۱٪ تا ۷۹٪ گزارش شده است (۱۷). همچنین در این تحقیق از مشخصات جمعیت شناختی مانند: سن، میزان تحصیلات، تأهل و تجرد، میزان درآمد، وضعیت اشتغال مورد بررسی قرار گرفتند.

## یافته‌ها

در این پژوهش داده‌های مربوط به ۳۰۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه مورد بررسی قرار گرفت. بیشتر آزمودنی‌های با ۵۵/۷ درصد، افراد متأهل و بین ۴۸ تا ۶۷ سال سن داشتند. از نظر تحصیلات، آزمودنی‌ها دارای تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که بیشتر آزمودنی‌ها دارای تحصیلات دیپلم بودند. از نظر درآمد نیز آزمودنی‌ها دارای درآمد بین ۱ میلیون تا ۵ میلیون بودند که بیشتر آزمودنی‌ها دارای درآمد ۱ تا ۲ میلیون تومان بودند. از نظر وضعیت اشتغال در سه گروه شاغل، خانه‌دار و بیکار قرار داشتند که بیشتر آزمودنی‌ها جزء افراد خانه‌دار بودند. همچنین از نظر نوع درمان دریافتی، سه نوع درمان دارو درمانی و شیمی‌درمانی بود که بیشتر آزمودنی‌ها از شیمی‌درمانی استفاده می‌کردند. با توجه به نتایج حاصل آمارهای توصیفی براساس جدول ۱ متغیر راهبردهای مقابله‌ای دارای میانگین۱۰۳/۴۷ و انحراف معیار ۰/۲۷ و متغیر بهزیستی روانشناختی دارای میانگین ۵۳/۶۶ و انحراف معیار ۰/۲۷ می باشد.

**جدول۱. نتایج تحلیل ماتریس همبستگی راهبردهای مقابله ای و بهزیستی روانشناختی**

| متغیر | مقابله مسئله مدار | | مقابله اجتنابی | | مقابله هیجان مدار | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | همبستگی | معنی داری | همبستگی | معنی داری | همبستگی | معنی داری |
| پذیرش | -۰/۰۸۹ | ۰/۱۲۵ | ۰/۰۴۹ | ۰/۳۹۸ | -۰/۱۸۰** | ۰/۰۰۲ |
| ارتباط | ۰/۱۶۰** | ۰/۰۰۵ | ۰/۳۲۸** | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۷۲ | ۰/۲۱۷ |
| تسلط‌بر محیط | ۰/۰۶۰ | ۰/۳۰۴ | -۰/۰۳۰ | ۰/۶۰۶ | -۰/۰۶۹ | ۰/۲۳۵ |
| استقلال | -۰/۰۵۶ | ۰/۳۳۰ | ۰/۳۱۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۳۶** | ۰/۰۰۰ |
| هدفمندی | ۰/۲۵۸** | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۴۴** | ۰/۰۰۰ | -۰/۰۷۸ | ۰/۱۷۸ |
| رشد فردی | ۰/۲۳۸** | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۸۹ | ۰/۱۲۳ | ۰/۱۴۵* | ۰/۰۱۲ |
| نمره کل | ۰/۲۱۲** | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۰۶** | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۷۳ | ۰/۲۰۶ |

تحلیل ماتریس همبستگی راهبردهای مقابله‌ای و بهزیستی روانشناختی در جدول یک آمده است. بین راهبردهای مقابله‌ای با تعدادی از خرده مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی ارتباط معناداری وجود دارد. بین نمره کل ابعاد مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی به جزء راهبرد هیجان مدار (sig= ۰/۲۰۶ ، r= -۰/۰۷۳) با دیگر راهبردها ارتباط معناداری وجود دارد. به منظور پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی از روی راهبردهای مقابله‌ای از رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج نشان داد ۲۱ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی را راهبردهای مقابله اجتنابی و مقابله مساله دار (ضریب تعیین ۰/۲۲ و سطح معنی داری ۰/۰۰۰) تبین می کنند.

**معنی‌داری مدل کامل تحلیل همبستگی کانونی**

حداقل سطح معنی‌داری قابل قبول برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵ درصد است که به عنوان سطح معنی‌داری رایج در تعیین معنی‌داری یک ضریب همبستگی است و رایج‌ترین آزمون معنی‌داری آزمون معنی‌داری F است که علاوه بر این، آزمون‌هایی به طور جداگانه برای هر تابع کانونی به کار می‌رود و در بررسی معنی‌داری ریشه‌های به دست آمده می‌توان از یک آزمون چند متغیری برای معنی‌داری همه ریشه‌های (توابع) کانونی استفاده کرد. جدول ۵ نتایج آزمون‌های معنی‌داری برای مدل کامل تحلیل همبستگی کانونی را نشان می‌دهد. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها: مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرها با استفاده از آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که آزمون باکس معنی‌دار نیست. (P=۰/۲۴۸، F=۷/۱۴۱۱۲۰) که این خود نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند؛ بنابراین آزمون تحلیل همبستگی کانونی قابل اجراست. نتایج کلی تحلیل همبستگی کانونی معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ، بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی روی و اثر پی لایی P <۰/۰۰۰۵، F= ۱۸/۲۸۳) مؤید این موضوع است که تفاوت معناداری حداقل در یکی از مؤلفه‌های آزمون بهزیستی روان‌شناختی ایجاد شده است. نخستین قدم آماری در تحلیل کانونی استخراج یک یا تعداد بیشتری تابع کانونی است. در این پژوهش، با توجه به اینکه متغیر ملاک سه مؤلفه، داشتن تعداد ریشه‌ها یا توابع استخراج شده به همان میزان است (سه تابع کانونی). ابعاد کانونی، که متغیرهای کانونی نیز نامیده می‌شوند، متغیرهایی پنهانی‌اند که با عوامل به دست آمده در تحلیل عاملی قابل قیاس هستند. برای بررسی معنی‌داری توابع، به مقدار واریانسی که هر تابع تبیین می‌کند توجه می‌شود. بزرگی رابطه بین جفت ترکیب خطی با ضریب همبستگی متعارف یا کانونی نشان داده می‌شود. مجذور این ضریب مقدار واریانس یک متغیر کانونی را که با متغیر کانونی دیگری تبیین شده نشان می‌دهد. مجذور این ضریب همچنین ممکن است مقدار واریانس مشترک بین دو متغیر کانونی نامیده شود. جدول زیرخصوصیات توابع حاصل از تحلیل کانونی پژوهش نشان می‌دهد مجذور همبستگی کانونی ( R2 c) توابع به ترتیب برابر با ۰/۴۸۷- ۰/۰۳۴-۰/۰۱۳ است.

توابعی که کمتر از ۱۰ درصد واریانس را تبیین نمایند باید کنار گذاشته شوند و قابل تفسیر نیستند. بنابراین، تابع اول ۴۸ درصد از واریانس مشترک را تبیین می‌کند و تفسیر می‌شود و توابع دوم و سوم تفسیر نمی‌شوند. علاوه بر روش فوق، آزمون معنی‌داری توابع به کمک تحلیل کاهش بعد نیز به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا به کمک چیدمان سلسله مراتبی توابع معنی‌داری آنها را آزمون نماید. نتایج این تحلیل ا نشان می‌دهد که بر اساس نتایج آزمون F فقط یک مورد از توابع (λ=۵۶۴، F=۹/۳۲۵, P<۰/۰۰۰۱) و دومین تابع (λ=۳۲۴، F=۱/۰۲, P<۰/۴۵۶) و سومین تابع (λ=۱۴۱، F=۰/۹۸۴, P<۰/۳۱۳) معنی‌دار نیستند. در این پژوهش سه بعد کانونی در نظر گرفته شد و محاسبه گردید و فقط یکی از آنها از نظر آماری معنی‌دار است. اولین آزمون ابعاد به این امر می پردازد که این هر سه بعد به دست آمده از نظر آماری معنی‌دار هستند؟ (F=۹/۳۲۵, P<۰/۰۰۰۱) آزمون‌های بعدی ترکیب ابعاد دو و سه را از نظر معنی‌داری آماری آزمایش می‌نماید (F=۱/۰۲, P<۰/۴۵۶) و بالاخره آخرین آزمون به این موضوع می‌پردازد که آیا هر سه بعد به تنهایی از نظر آماری معنی‌دار است یا خیر (F=۰/۹۸۴, P<۰/۳۱۳). در این تحقیق فقط یک بعد از نظر آماری معنی‌دار است و دو بعد دیگر معنی‌دار نیستند.

## یافته‌های فرضیه اصلی پژوهش

**جدول۲ ضریب استاندارد ساختاری و مجذورآنها در تابع اول**

| | مسئله محور | هیجان مدار | اجتنابی | پذیرش | ارتباط | تسلط بر محیط | استقلال | هدفمندی | رشد فردی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ضریب استاندارد | ۰/۴۵۸ | ۰/۲۴۵ | ۰/۶۶۱ | ۰/۱۸۹ | ۰/۱۶۸ | ۰/۴۳۵ | ۰/۲۸۹ | ۰/۳۵۴ | ۰/۵۶۸ |
| ضریب ساختاری(بار کانونی) | ۰/۷۴۲ | ۰/۶۵۹ | ۰/۷۲۳ | ۰/۵۱۲ | ۰/۶۴۷ | ۰/۳۹۸ | ۰/۷۵۹ | ۰/۸۳۲ | ۰/۶۵۹ |
| مجذور ضریب ساختاری (٪) | ۰/۵۳۲ | ۰/۴۶۲ | ۰/۵۰۳ | ۰/۲۴۶ | ۰/۲۳۵ | ۰/۳۵۷ | ۰/۶۹۸ | ۰/۶۸۵ | ۰/۷۴۷ |

ضریب استاندارد ساختاری و مجذور آنها در تابع اول در جدول دو آمده است. در تابع اول متغیرهای خطی ملاک عبارتند از راهبردهای مقابله مسئله محور، هیجان مدار، اجتنابی از طرف دیگر، در این تابع هر شش متغیر بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب پذیرش، ارتباط، تسلط بر محیط، استقلال، هدفمندی، رشد فردی در متغیر خطی پیش بین دارای اهمیت و سهیم‌اند. به بیان دیگر تا اینجا نتایج نشان می‌دهد که، طبق تابع اول، راهبردهای مقابله مسئله محور،

بررسی فرضیه اصلی پژوهش (رابطه بین مجموعه مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با مجموعه مؤلفه‌های بهزیستی روانشناسی) از طریق تحلیل متغیرهای کانونی امکان‌پذیر است. تحلیل متغیرهای کانونی از طریق بررسی ضرایب استاندارد و ساختاری صورت می‌پذیرد. همان‌طور که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و راهبردهای مقابله مسئله محور، هیجان مدار، اجتنابی با پذیرش، ارتباط، تسلط بر محیط، استقلال، هدفمندی، رشد فردی قابل پیش‌بینی و دارای رابطه معناداری است. جدول زیر ضریب استاندارد، ضریب ساختاری و مجذور آنها (یا واریانس تبیین شده) را نشان می‌دهد. در این جدول بار کانونی یا ساختاری نشانهٔ همبستگی متغیر با متغیر کانونی است. ضرایب کانونی استاندارد شده همانند ضرایب رگرسیون استاندارد شده در تحلیل رگرسیون‌اند و اهمیت متغییر را در مجموعه نشان می‌دهند. ذکر این نکته لازم است که مجموعه‌ها در تحلیل همبستگی کانونی همانند متغیرهای مکنون در مدل معادلات ساختاری یا تحلیل عاملی هستند که به آنها متغیر کانونی می‌گویند (۱۸) برای شناسایی متغیرهای معنادار در مجموعه‌ها یا متغیرهای کانونی و تاباچینک فیدل (۱۹) و شری و هنسان (۲۰) توصیه می‌کنند که فقط باید به متغیرهای دارای ضرایب کانونی بالای ۰/۳۰ و بیشتر توجه کرد و آنها را تفسیر نمود.

هیجان مدار، اجتنابی بـا پذیرش، ارتباط، تسلط بر محیط، استقلال، هدفمندی، رشد فردی بهتر پیش‌بینی می‌شوند. بنابراین، فرضیه اصـلی تحقیـق حاضر تایید می‌شود. برای تعیین ارتباط میزان عوامل مؤثر بر ارزشیابی راهبردهای مقابله جهت افزایش یـا کاهش مؤلفه‌های ارزشیابی بهزیستی روان‌شناختی از ضرایب افزونگی استفاده شد که در آن درجه هم‌پوشانی بین دو مجموعه از متغیرها مشخص می‌شود. میزان افزونگـی بـالای ضـرایب کـانونی نشـان از توانایی بالای آنها در پیش‌بینی متغیرهای وابسته دارد. بر اساس جدول ۷، نسبت واریانس‌های توضیح داده شدهٔ مؤلفه‌های ارزشیابی راهبردهای مقابله به وسیله متغیرهای اصلی پژوهش ۲۱ درصد و نسبت واریانس‌های توضیح داده شـدهٔ متغیـرهـای اصلی توسط مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی ۱۹ درصد ارزیابی شد.

## فرضیات فرعی پژوهش

برای بررسی فرضیه‌های فرعی پژوهش از طریق رگرسیون چندگانه‌ای کـه در مـتن تحلیـل همبستگی کانونی ارائه می‌شود استفاده شد. جدول زیر یافته‌های فرضیه‌های فرعی را نشان می‌دهد.

**جدول۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه راهبردهای مقابله ای با بهزیستی روان‌شناختی**

| متغیرهای پیش‌بین | Beta | T | سطح معناداری | خطای استاندارد |
|---|---|---|---|---|
| مولفه پذیرش | | | | |
| مسئله محور | ۰/۱۸ | ۱/۹۴ | ۰/۱۵۹ | ۰/۵۰۶ |
| هیجان مدار | -۰/۰۸ | -۳/۴۲ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۳۵ |
| اجتنابی | ۰/۱۵ | ۱/۹۷ | ۰/۰۵۰ | ۰/۸۷۶ |
| ارتباط | | | | |
| مسئله محور | ۰/۰۹ | ۲/۶۹ | ۰/۰۰۴ | ۰/۳۵ |
| هیجان مدار | ۰/۱۴ | ۰/۷۸ | ۰/۳۵۷ | ۰/۶۵۹ |
| اجتنابی | ۰/۱۱ | ۳/۷۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴ |
| مولفه تسلط بر محیط | | | | |
| مسئله محور | ۰/۱۴ | ۲/۰۵ | ۰/۰۴۴ | ۰/۰۴۲ |
| هیجان مدار | ۰/۱۰ | ۲/۷۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۲۴ |
| اجتنابی | ۰/۱۷ | ۰/۹۶۷ | ۰/۶۲۴ | ۰/۰۸۴ |
| مولفه استقلال | | | | |
| مسئله محور | ۰/۱۳ | ۱/۵۶۸ | ۰/۱۱۹ | ۰/۰۶۷ |
| هیجان مدار | ۰/۲۲ | ۲/۲۸ | ۰/۰۲۳ | ۰/۱۰۴ |
| اجتنابی | ۰/۱۷ | ۲/۲۲ | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۹۶ |
| مولفه هدفمندی | | | | |
| مسئله محور | ۰/۱۴ | ۲/۰۵ | ۰/۰۴۱ | ۰/۰۵۳ |
| هیجان مدار | -۰/۱۰ | -۲/۲۵ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۵۶ |
| اجتنابی | ۰/۱۳ | ۱/۰۸ | ۰/۱۲۴ | ۰/۰۴۹ |
| مولفه رشد فردی | | | | |
| مسئله محور | ۰/۲۵ | ۳/۰۸ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۵۵ |
| هیجان مدار | ۰/۱۳ | ۱/۳۹ | ۰/۱۶۶ | ۰/۰۸۴ |
| اجتنابی | ۰/۳۱ | ۳/۵۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۶۶ |

## بحث و نتیجه گیری

لازاروس و فولکمن اعتقاد داشتند که تفسیر رویدادهای استرس زا از خود رویدادها مهمتر است که این امر توانایی ما را در واکنش و مقابله با استرس کمک می‌کند. (۲۱). پژوهش‌های اخیر نقش سبک‌های مقابله‌ای بر کنترل استرس را تأیید می کند (۲۲).

مقابله هیجان محور با سطوح سازش ضعیف‌تر و سطوح بالاتر آشفتگی همراه است. احساس معنی و هدف در زندگی برای افرادی که با بیماری و فشارهای سلامتی سخت درگیر هستند با بهزیستی روانشناختی ارتباط مثبت معنی داری وجود دارد (۲۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان

سینه رابطه وجود دارد که با نتایج تحقیقات علیلو و همکاران (۲۴)، علیپور و همکاران (۲۵)، خسروانی و همکاران (۲۶) همخوانی دارد.

در مطالعه دیگری پور احمد و همکاران به بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و شادکامی دانشجویان پرداختند که نتایج مطالعه، همبستگی مثبت و معنی داری را بین شادکامی و راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و همبستگی منفی و معنی‌داری را بین شادکامی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار نشان داد (۲۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین راهبرد مقابله‌ای و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد و استفاده از راهبرد مسئله‌مدار و اجتنابی کیفیت زندگی بیماران با سرطان سینه را افزایش داده و راهبرد هیجان مدار آن را کاهش می‌دهد. نشانه‌های مربوط به بیماری سرطان سینه بر کارکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی فرد تأثیر می گذارد و کیفیت زندگی بیماران نقصان می‌یابد (۲۸) و تطابق بیمار از نظر روانشناختی بر نحوه کیفیت زندگی فرد تأثیر قابل ملاحظه ای دارد. استفاده از راهبرد مقابله‌ای موفق در کاهش استرس و افزایش سلامت جسمی و روانی در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی موثر است (۲۹).

همسو با نتایج پژوهش حاضر، یزدی و همکاران (۳۰)، امری و جکسون (۳۱)، ویلو و همکاران (۳۲)، هئو و همکاران (۳۳) به این نتیجه رسیدند استفاده از راهبرد مقابله ای مسئله مدار در کاهش استرس و افزایش سلامت فیزیکی و روانی و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی موثر است. همچنین ابوت و همکاران (۳۲)، تیلور و همکاران (۳۳)، به این نتیجه رسیدند رفتار مقابله به عنوان یک متغییر میانجی بین محرک‌های تنش‌زای زندگی و تعدیل روانشناختی بوده و یک عامل مهم در توصیف کیفیت زندگی است و اغلب پژوهش‌ها مقابله هیجان محور را موثرترین واسط استرس- بیماری دانسته اند.

نتایج پژوهش‌های یزدی (۳۰) کلین و همکاران (۲۲)، تیلور و همکاران (۳۳)، ابوت و همکاران (۳۲) همه ناهمسو با این مطالعه حاضر بود که راهبرد اجتنابی راهبرد مثبت با سلامت روانی ضعیف دارد.

با توجه به پیشینه نظری و عملی گسترده در خصوص نقش و اهمیت راهبردهای مقابله در سازگاری با بیماری‌های مزمن و شاخصه‌های آن همچون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی روانی توصیه می‌شود که، راهبردهای مقابله‌ای، انواع آن و بهترین نوع آن جهت استفاده و کاربرد بیماران مزمن و از جمله بیماران زن با سرطان سینه توسط روانشناسان مجرب در بیمارستانها آموزش داده شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم سواد بودن برخی از بیماران و نامساعد بودن وضعیت جسمانی و روانشناختی بسیاری از بیماران اشاره کرد که این مهم پر کردن پرسشنامه‌ها و مصاحبه بالینی را با مقداری مشکل مواجهه کرده بود. همچنین تقریباً تمامی بیماران متعلق به استان لرستان بودند که این موضوع تعمیم دهی را با مشکل مواجهه می کند. لذا پیشنهاد می‌شود این تحقیق در سطح گسترده‌تری در کشور انجام شود. همچنین تأکید می‌شود ارایه خدمات روانشناختی علمی و تخصصی برای این بیماران در فرایند درمان بعمل آید.

## تشکر و قدر دانی

لازم می‌دانم که مراتب قدردانی خود را از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و کلیه پرسنل بیمارستان شهید رحیمی، ریاست، مدیریت و حراست محترم بخصوص همکاران بخش مددکاری و پرستاران بخش آنکولوژی بابت همکاری صمیمانه‌شان اعلام نمایم.

## References


1. Abbott J, Hart A, Morton A, Gee L, Conway S. Health - related quality of life in adults with cystic fibrosis: The role of coping. Journal of Psychosomatic Research. 2008; 46(4): 951-963.
2. Aziz R, Mustaffa S, Samah NA, Yusof R. Personality and happiness among academicians in Malaysia. Proced Soc Behav Sci. 2014; 116: 4209-4212
3. Akbari E, Khayamzadeh M, Khoshnevis J, Nafisi N. Five and ten years survival in breast cancer Patients mastectomies vs. breast conserving surgeries personal experience. Iranian Journal of Cancer Prevention, 2012; 1(2): 53-56. (In Persian)
4. AliPour A, Hashemi T, Baba Pourkhiruddin J, Tusi F. The Relationship between Coping Strategies and HappinesStudents. Journal Title: New Psychological Research (Psychology of Tabriz University): Summer 2010; 5(18): 71-86.(In Persian)
5. Boyle P, Levin B. World cancer report International agency for research cancer. 2008; 46(4): 951-963.
6. Brdar I, Freire T, Vella-Brodrick D. The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. Social Indicators Research. 2011; 100(2): 185-207.
7. Broers S, Kaptein AA, Le Cessie S, Fibbe W, Hengeveld MW. Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation. Journal of Psychosomatic Research. 2000; 48(1): 11–21. Doi: 10.1016/s0022-3999(99)00059-8.
8. Coughlin AM, Badura AS, Fleischer TD, Guck TP. Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: Its efficacy in changing patient locus of control. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2000; 81(6):739-740. doi: 10.1016/s0003-9993(00)90103-
9. Disabato J, Goodman F, Kashdan T, Jarden A. Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic wellbeing. Psychological Assessment. 2016: 28 (5): 471-482.
10. Fang CY, Schnoll RA. Impact of psychological distress on outcomes in cancer patients. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2002; 2(5). 45-59.
11. Fischbeck S, Maier BO, Reinholz U, Nehring C, Schwab R, Beutel ME, et al. Assessing somatic, psychosocial, and spiritual distress of patients with advanced cancer: development of the Advanced Cancer Patients' Distress Scale. Am J Hosp Palliat Care 2013; 30(4): 339-346.
12. Foster LW, McLellan L. Cognition and the cancer experience: clinical implications. Cancer Pract 2000; 8(1): 25-31.
13. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser K, Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients, Heart & Lung, 2010, 62: 900-902.
14. Hooman H, Modeling Structural Equations Using the Lizerl Software, Tehran: Publication. 2012; 1(2): 53-56. (In Persian).
15. Jackson L, Emery F, Illness knowledge moderates the influence of coping style on qualityof life among women with

congestive heart failure, Hearth & Lung, 2010; 5 (8): 2-9.
16. Jemal A, Bray F, Center M, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians. 2011; 61(2): 69-90. (In Persian).
17. Kalantari K, Statistical analysis of data using SPSS software, Tehran: Amir Kabir. 2010; 5(18): 71-86. (In Persion).
18. Ketayun D, Miklos K, Twalib N, Luis Pinillos A, Murat T, Ping Z, editors. France: (IARC); International Agency for Research. 2009; 587(24): 5951-5958.
19. Khademi M, Sajjadi H, Mahboubeh M. Breast Cancer A Phenomenological Study. Arak Medical Journal. (2009): 12 (1): 29-34.
20. Kheirabadi GR, Bagherian R, Nemati K, Daghaghzadeh H, Maracy MR, Gholamrezayee A. The effectiveness of coping strategies on the severity of symptoms, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome. J Med Sci. 2010; 28(110): 473-483. (In Persian).
21. Khosravani E, Mahmoudi Rad G, Hossein D. The Relationship of Coping Strategies with Quality of Life and Psychological Well-being of Patients with Coronary Heart Disease. Fourth International Psycho-Congress. Esfahan. Islamic Azad university.Delle Fave. 2010; 5(8): 71-86. (In Persion).
22. Klein M, Turvey. L, Pies J. Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients, J Aging Health, 2009; 93(9): 88-99.
23. Koopman 1, Angell K, Turner-Cobb M, Kreshka A, Donnelly P, McCoy R. et al. Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. Breast J. 2001; 7(1):25-33.
24. Majid A, Zaynab Ki, Ahmad B. Comparison of coping strategies and emotion regulation of students with symptoms of emotional disturbances 2015; 3 (13): 41-51.
25. Marsac ML, Funk JB, Nelson L. Coping Styles Psychological Function and Quality of Life Children with Asthma. Child care health dev. 2007; 33(4): 360-373.
26. Park L, Marc R, Malone P, Suresh D, Bliss Rivkah R, Coping, Meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients, Qual Life Res, 2008; 91:89-84.
27. Seyyed R, Rahmati N, Parvin M ,Davood A. The Role of Coping Styles and Emotional Cognitive Adjustment in the Level of Psychological Well-being of Patients with Cancer. Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 2012; 2 (5): 92-107. (Persian).
28. Sherry A, Henson K. Conducting and Interpreting Canonical Correlation Analysis in Personality Research, International Journal of Service Industry Management, 2005; 84: 37-48.
29. Tabachnick B, Fidell S. Using multivariate statistics (5thedn). Boston: Pearson Education. 2007; 5(8): 71-86.
30. Tahmasebi F, Manshei Gholam R. The Relationship between Spiritual Experiences and Pain Anxiety in Patients

with Breast Cancer in Isfahan. International Congress on Mental Health and Psychology. Tehran, University of Tehran. 2007; 5(8): 71-86. (In Persion).
31. Taylor L, Smith J, Babyak A, Barbour A, Hoffman M, Sebring D. Coping and quality of life in patients awaiting lung transplantation, Journal of Psychosomatic Research, 2008; 45: 19-13.
32. Weilu Z, Yan L, Guo Z, Zheng Q, Zhang L, Chu M. Health- related quality of life in Chinese patients with coronary heart disease after percutaneous coronaryintervention with stent, Scientific Research and Essays, 2009; 4(4): 9868-9863.
33. Yazdi M, Hosseinian S, Eslami M, Fathi-Ashtiani A, Quality of Life and Coping Strategies in Coronary Heart Disease Patients. Journal of Applied Sciences, 2008; 2(6): 101-190.

# The relationship between the coping strategy and the psychological well-being among the women with breast cancer

***Movahedi M*[1], Mohammad Khani Sh [2], Hasani J [2], Moghadasine M [2]**

*1 .Ph. D Student of health Psychology, Department of Clinical Psychology, colleg of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran, masumemovahedi@yahoo. Com.*
*2.Professor assistant, Department of Clinical Psychology, colleg of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.*
*3.Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, colleg of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.*

Received: *21 Oct 2018* Accepted: *3 Dec 2018*

## Abstract

***Background:*** Cancer is a destructive and usually progressive disease while put too much stress on the patient's family and the society. Therfore, recognizing the factors which are effective in well-being of these patients is very influentioal and important to help to diminish the stress they are experience. This study was administered aimed to determine the relationship between coping strategies with the psychological well-being in women suffered from breast cancer

***Materials and Methods*:** This research was a descriptive-correlation study. The statistical population consiseted of all women with breast cancer who referred to Shahid Rahimi Hospital of Khoramabad (Cancer Department). Using convenient sampling method 300 patients were selected. To measure the variables, the psychological well-being questionnaire of Ryff and the coping strategies questionnaire of Lazarus were used. Data were analyzed in two descriptive and inferential levels by regression and correlation analysis and using SPSS software version 24.

***Results***: Results indicated that there were significant relationships between the coping strategies and the psychological well-being among the women with breast cancer .But there was no relationship between Emotional coping strategy and psychological well-being.

***Conclusion***: It is infered from the study results that there is the relationship between coping strategy and psychological well-being. The type of coping strategy used in stressful situations affects the psychological well-being of breast cancer. Considering these results designing the therapeutic and educational programs in area of identifying and applying adaptive coping styles could be helpful in increasing the psychological well-being of these patients.

***Keywords**:* breast cancer، coping strategies, Psychological well-being

***Citation:*** Movahedi M, Mohammad Khani S, Hasani J, Moghadasine M. The relationship between the coping strategy and the psychological well-being among the women with breast cancer. Yafteh. 2019; 20(4):40-50.