مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۵، شماره ۴، تیر ۱۳۹۶
صفحه: ۳۳۲-۳۲۲

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 25, No.4, Jul 2017
Pages: 322-332

بررسی مقایسهٔ کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس در بیماران سرطانی و افراد غیر مبتلا در شهر یزد

محمد فرات یزدی[۱]، مهرنوش گیاهی یزدی*[۲]، محمد حسین سربی[۳]

چکیده

مقدمه: سرطان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاجی است که علاوه بر سلامت جسم، بهزیستی روانی و اجتماعی مبتلایان را تحت تأثیر قرار داده و باعث اختلال در روند زندگی مبتلایان می‌شود. پژوهش حاضر با هدف سنجش میزان کیفیت زندگی و شناخت راهبردهای مقابله با استرس در بیماران سرطانی و مقایسهٔ میزان آن در افراد غیر مبتلا در شهر یزد انجام گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه تحلیلی که به صورت مقطعی انجام شد، ۵۳ زن مبتلا به بیماری سرطان که به کلینیک درمانی خصوصی سرطان مراجعه کرده بودند و ۹۴ زنان غیر مبتلا به سرطان در شهر یزد، حضور داشتند. شیوهٔ نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع هدفمند بود. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه جمعیت شناختی، مقابله با شرایط پراسترس (CISS) و مقیاس سنجش بهزیستی اجتماعی- اقتصادی استفاده شد. داده‌ها نیز با نرم‌افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: سبک مقابله مسأله‌مدار در بین شرکت‌کنندگان با میانگین و انحراف معیار ۷/۸۹ ±۵۰/۳۴ متداول‌ترین راهبرد مقابله با استرس بود. میزان کیفیت زندگی نیز در بین شرکت‌کنندگان با ۷/۷۲ ±۴۷/۴۷ در حد متوسط بود. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌دار و اجتنابی با کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن رابطهٔ مثبت معناداری وجود دارد ($p <$ ۰/۰۱)، با این وجود، بین سبک مقابله هیجان‌مدار با کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌هایش رابطهٔ معنی‌داری به دست نیامد. تحلیل واریانس یک‌طرفه نیز نشان داد زنان مبتلا به سرطان از سبک مقابلهٔ اجتنابی منفی بیشتری نسبت به زنان غیر مبتلا به سرطان برخوردار بودند، اما از لحاظ دیگر متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری بین دو گروه به دست نیامد ($p >$ ۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج به طور کلی نشان می‌دهد استفاده مناسب از راهبردهای مقابله با استرس در کیفیت زندگی افراد مؤثر است؛ بنابراین لازم است مداخلات روان‌شناختی و مدیریت استرس برای بالا بردن وضعیت روانی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: استرس، کیفیت زندگی، سرطان

۱- استادیار، گروه آموزشی هماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲- پزشک عمومی، سازمان تأمین اجتماعی استان یزد
۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۳۵۸۹۶۵۱، پست الکترونیکی: Mehrnoushg.yazdi@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۵/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

امروزه پیشرفت‌های بسیار بزرگی در عرصهٔ پزشکی اتفاق افتاده است که باعث کاهش ابتلا به بیماری و افزایش سلامتی در بین افراد جامعه شده است. با این وجود، بیماری سرطان هنوز به عنوان یکی از برجسته‌ترین بیماری‌های قرن حاضر به شمار می‌آید که بعد از بیماری‌های قلب و عروق، دومین عامل مرگ در دنیا شناخته می‌شود. این بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج با تغیر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تفاوت سلولی مشخص می‌شود (۱). سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در دنیا به خاطر ابتلا به بیماری سرطان جان خود را از دست می‌دهند (۲). این دسته از بیماران در جریان مشکلات جسمی خود، از ناراحتی‌های بسیاری مانند بدشکلی بدن، درد، فقدان‌های مالی و اجتماعی، از دست دادن هویت، کاهش میل جنسی، از هم گسیختگی خانواده نیز رنج می‌برند (۳،۴) از این‌رو، اغلب این بیماران به عنوان جمعیت آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند و سعی می‌گردد در فرایند درمان، توجه اصلی بر ثابت ماندن ویژگی‌های فیزیکی و جسمانی بیماران همچون تسکین درد، تهوع، استفراغ و ... معطوف شود (۵).

وجود این مشکلات علاوه بر به خطر انداختن سلامت مرتبط با جسم بیماران، منتج به ایجاد بیماری‌های روان‌شناختی متفاوت در آنان می‌گردد. به طوری که ویژگی‌های برجسته‌ای همچون استرس، خلق افسردگی، خشم، انکار، احساس گناه به طور فراوان در این بیماران مشاهده می‌شود (۶). استرس ایجادشده از بیماری، یکی از مهم‌ترین اختلال‌های روانی است که با افزایش تغییر و تحولات در عرصهٔ زندگی و بهزیستی روانی افراد، رویکرد زندگی انسان‌ها را در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های خطرناک قرار می‌دهد. وجود استرس، تهدیدی برای سلامت جسمی و روانی بیماران محسوب می‌گردد. عواملی مانند خستگی جسمی و روانی، زودرنجی، تندخویی، تحریک‌پذیری، زودرنجی، عدم اعتمادبه‌نفس، اضطراب، ترس از مرگ و افزایش فشارخون از مهم‌ترین عوارض استرس در سلامت بیماران سرطانی به شمار می‌آید (۷،۸). مطالعات گذشته نشان می‌دهد هر چقدر شدت استرس و بیماری‌های روان‌شناختی بیشتر باشد، بهزیستی و سلامت جسمی- روانی مبتلایان به سرطان در سطح پایین‌تر نسبت به افراد سالم جامعه قرار می‌گیرد (۹،۱۰).

باید اذعان داشت وجود استرس منفی برای بیماران و مراکز خدمات درمانی پر هزینه است و عوارض جدی بر روی انگیزه، رضایت زندگی و کاهش بهره‌وری بیماران در بر خواهد داشت (۱۱،۱۲). در این راستا، بررسی مطالعات نشان می‌دهد نوع بیماری سرطانی که فرد به آن ابتلا است و همچنین تحولات درمانی مانند بستری شدن، مصرف دارو، رادیوتراپی، آزمایش‌های گوناگون و هزینهٔ بالای درمان عواملی هستند که باعث آشفتگی، نگرانی و اضطراب این دسته از بیماران می‌شوند. اگر این عوامل استرس‌زا در زندگی بیماران سرطانی مداوم و طولانی باشد، باعث افزایش بیزاری و احساس خستگی در روند زندگی، کاهش انرژی، علاقه و کیفیت زندگی در بین آنان خواهد شد (۵). از این‌رو در روان‌شناسی سلامت، نحوهٔ کنار آمدن و شناسایی شیوه‌های مقابله با استرس از عوامل تأثیرگذار بر وضعیت روانی- اجتماعی مبتلایان به سرطان قلمداد می‌شود (۱۳). منظور از مقابله و نحوهٔ کنار آمدن، استفاده از روش‌های فکری- رفتاری متفاوتی است که افراد در هنگام مواجه با مشکل از آن استفاده می‌کنند. این روش‌ها را می‌توان به دو شکل سازگارانه که مناسب و سودمند تلقی شمرده می‌شود و روش ناسازگارانه که روش غیرمنطقی و غیر مؤثر است، تقسیم‌بندی نمود. در پژوهشی Lazarus & Folkman (۱۹۸۴) شیوه‌های مقابله با استرس را با دو دستهٔ مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار معرفی نمودند و بر این باور بودند که اکثر مردم در مقابله با شرایط استرس‌زا از هردوی این روش‌ها استفاده می‌کنند (۱۴). در مطالعهٔ دیگری، Vant-Spijker و همکاران (۱۹۹۷) در بررسی روش‌های مقابله با استرس در بیماران سرطانی ملاحظه نمودند بیمارانی که از روش‌های سازگاری استفاده می‌کردند؛ در زندگی با منطق بهتری با فشارهای روانی کنار می‌آمدند. این افراد رویکردی پذیرشی و مواجه با مشکل داشتند و از روحیهٔ جنگنده و خوشبین‌تری برخوردار بودند. با

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

این وجود، بیمارانی که با روش ناسازگارانه با مشکلات زندگی مواجه می‌شدند، دارای مشکلات روانی بیشتری بودند. این بیماران رویکردی اجتنابی، منفعل و با عدم کنترل از خود نشان می‌دادند (۱۵).

درواقع، پیامدهای ناخوشایند حاصل از استرس و نیز استفاده از روش مقابلهٔ ناسازگار در بیماران، کیفیت زندگی نامطلوبی برای آنان به بار خواهد آورد. سال‌هاست که ارزیابی کیفیت زندگی بیماران، موضوع قابل بحث در تحقیقات بالینی به شمار می‌آید. کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی از تجارب فردی در حیطه‌های مختلف زندگی از قبیل تأهل، خانواده، اشتغال، دوستان، تحصیلات، سلامت و غیره است. از این‌رو کیفیت زندگی در حیطه‌هایی همچون سلامت اجتماعی، روانی و جسمی که متأثر از تجارب، باورها، ادراکات و انتظارات فرد است، تعریف می‌شود (۱۶). در مبتلایان به سرطان، کیفیت زندگی در دو حوزه بررسی می‌شود: یکی در سنجش عملکرد بیماران و دیگری در حیطهٔ عوارض ناشی از بیماری و عوارض ناشی از درمان بیماری سرطان (۱۷). پژوهش محققان ایتالیایی دربارهٔ بیماران مبتلا به سرطان در دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۶۵ سال نشان می‌دهد در صورتی‌که بیماران سن بالای ۵۰ سال، شغل نامناسب و سطح تحصیلات پایین‌تری داشته باشند، کیفیت زندگی در آن‌ها نامطلوب‌تر است. از سوی دیگر، استرس به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان بیماران سرطانی محسوب می‌شود که کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. (۲).

در این راستا، با بررسی مطالعات گذشته در خصوص بهزیستی و راه‌های مقابله با استرس در ایران متوجه شدیم اطلاعات در این حیطهٔ 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 کیفیت زندگی به صورت یکجا و آن هم در بیماران سرطان کمتر مورد گزارش قرار گرفته شده است. لذا با توجه به اهمیت سلامت روان در بیماران سرطانی، در این پژوهش به بررسی کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس در بیماران سرطانی و مقایسهٔ میزان آن در با افراد غیر مبتلا در شهر یزد پرداختیم. باید گفت به طور کلی درصدد آن بودیم تا ضمن شناسایی و سنجش عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در بین مبتلایان به سرطان، زمینه‌ای لازم برای اقدامات بعدی جهت ارتقاء بهزیستی در این دسته از بیماران را فراهم سازیم.

روش بررسی

این مطالعه از نوع تحلیلی و به صورت مقطعی بود که به‌منظور مقایسهٔ کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس در بیماران سرطانی با افراد غیر مبتلا، انجام گرفت. جامعهٔ آماری این پژوهش در ابتدا تمامی بیماران سرطان بزرگ‌سال که در سال ۹۴-۱۳۹۳ به کلینیک‌های خصوصی درمانی سرطان یزد مراجعه کرده بودند؛ را تشکیل می‌داد. بدین منظور پژوهشگران با توجه به مطالعات پیشین و با استفاده از جدول مورگان، ۵۵ بیمار که توسط متخصصان مربوطه، یکی از انواع سرطان (سینه، خون و ریه) تشخیص داده شده بودند را برای گروه مورد و ۹۵ غیر مبتلا به بیماری سرطان را به عنوان گروه شاهد مد نظر قرار دادند. شیوهٔ نمونه‌گیری آزمودنی‌ها از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود، بدین منظور در ابتدا با حضور در کلینیک‌های خصوصی، از تمام بیماران سرطانی مراجعه کننده، دعوت شد تا در طرح پژوهشی شرکت نمایند. افرادی که رضایت خود مبنی بر شرکت در پژوهش اعلام کردند، جهت انجام پژوهش از آنان مصاحبهٔ اولیه گرفته شد. ملاک ورود به این پژوهش شامل: ۱) داشتن حداقل ۶ ماه سابقهٔ مبتلا به یکی از انواع بیماری سرطان (سینه، خون، ریه) در گروه مورد، ۲) داشتن جنسیت زن، ۳) افراد بومی و ساکن شهر یزد و ۴) داشتن سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال بود. ملاک خروج از مطالعه نیز، شامل ۱) جنسیت مرد، ۲) ناتوانی در پر کردن پرسشنامه به علت شرایط جسمی و ۳) داشتن تحصیلات زیر سیکل بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید که توسط خود شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

یک: اطلاعات جمعیت شناختی که دارای سؤالاتی دربارهٔ سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل، مدت بیماری و ... بود. دوم: پرسشنامهٔ مقابله با شرایط پر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

استرس (CISS-48) بود. این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر در سال ۱۹۹۰ به منظور سنجش نحوهٔ مواجه افراد به خصوص بیماران با مشکلات زندگی فراهم گردیده است. این پرسشنامه شامل ۴۸ آیتم است که هر آیتم با استفاده از مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (۱) هرگز، (۲) به ندرت، (۳) متوسط، (۴) اغلب و (۵) همیشه امتیازبندی می‌شود. در این پرسشنامه، سه سبک مقابله‌ای اصلی وجود دارد که شامل مقابله مسأله‌مدار (که به معنای کنترل هیجانات و برنامه‌ریزی برای حل گام به گام مسأله است)، مقابله هیجان‌مدار (که در آن افراد به جای تمرکز بر روی مسأله، به هیجانات ناشی از آن توجه می‌کنند. تلاش این افراد به جای حل مشکل، کاهش دادن هیجانات منفی است) و مقابله اجتناب‌مدار (که فرد از روبرو شدن با مشکل دوری می‌جوید) است. هر یک از این سه سبک دارای ۱۶ عبارت هستند و نمرات بالا در سبک مسأله‌مدار و اجتنابی و نمرات پایین در سبک هیجان‌مدار نشان‌دهندهٔ این است که افراد سازگاری بهتری در کنار آمدن با مسائل زندگی دارند. این پرسشنامه در ایران توسط اکبرزاده (۱۳۷۶) هنجاریابی شده است. در پژوهش نژادحمدی و مرادی (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۵ و ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۸). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز در مطالعهٔ حاضر ۰/۸۳ به دست آمد.

سوم: مقیاس سنجش بهزیستی اجتماعی- اقتصادی در افراد مبتلا به سرطان بود. این پرسشنامه توسط هید (۱۹۹۸) جهت سنجش شدت ابعاد کیفیت زندگی در بیماران سرطانی طراحی شده است. در ساخت این مقیاس، درک حیطهٔ بهزیستی اجتماعی- اقتصادی نظریهٔ موقعیت اجتماعی کلمن مهم است. به علاوه از کارهای اواک و روسی در تنظیم سؤالات این پرسشنامه نیز استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ عبارت است و دو کارکرد مختلف کیفیت زندگی بیماران که شامل بهزیستی اجتماعی و بهزیستی اقتصادی است را ارزیابی می‌کند. هر عبارت بر اساس مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (۱= هرگز و ۵= بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. هید پایایی درونی پرسشنامه مذکور را ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ و پایایی درونی خرده مقیاس‌های بهزیستی اجتماعی با r=۰/۹۰ و بهزیستی اقتصادی را با r=۰/۷۱ گزارش کرده است. اعتبار علمی این پرسشنامه بیش از ۰/۹۰ است. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط عزیز (۱۳۹۱) انجام شده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز در مطالعهٔ حاضر ۰/۷۸ بود.

به منظور رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش، پس از گرفتن کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ابتدا با مراجعه کلینیک‌های خصوصی درمان سرطان در یزد، توضیحی دربارهٔ پژوهش به مسئولین مربوطه داده شد و موافقت کتبی برای انجام پژوهش از آنان گرفته شد. در فرایند نمونه‌گیری، به هریک از آزمودنی‌ها قبل از گرفتن آزمون توضیحی دربارهٔ نحوه انجام پژوهش داده شد و پس از کسب رضایت از آنان، به هرکدام پرسشنامه‌ای داده می‌شد تا با صحت و دقت کامل به آن پاسخ بدهند. به شرکت‌کنندگان نیز اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده محرمانه بوده و نیاز به ذکر نام نیست؛ و در آخر به مسئولین کلینیک اطمینان داده شد که در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیارشان قرار داده خواهد شد.

در جمع‌آوری پرسشنامه‌ها مشخص گردید که ۳ پرسشنامه (۲ پرسشنامهٔ بیماران سرطانی و ۱ پرسشنامهٔ افراد غیر بیمار) به صورت ناقص پر شده است؛ بنابراین از پژوهش کنار گذاشته شدند. داده‌های مابقی پرسشنامه‌های تکمیل شده نیز وارد نرم‌افزار SPSS-16 شدند. درنهایت جهت سنجش فرضیه‌های پژوهش از روش آماری توصیفی (میانگین، انحراف استاندار و درصد)، خی‌دو، روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد.

نتایج

از مجموع ۱۵۰ پرسشنامه‌ای که در مدت ۶ ماه از آزمودنی‌ها گرفته شد، ۳ پرسشنامه به طور کامل پر نشده بود که از پژوهش کنار گذاشته شد و اطلاعات ۱۴۷ پرسشنامه تکمیل شده، مورد تحلیل قرار گرفته شد. میانگین و انحراف استاندارد سنی کل شرکت‌کنندگان ۱۳/۲۷±۴۲/۲۶ بود که

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

۵۱/۷٪ سن بین ۲۰ تا ۳۹ سال و ۴۸/۳٪ سن بین ۴۰ تا ۶۰ سال داشتند. در سابقه بیماری زنان شرکت‌کننده در این پژوهش مشخص گردید که در بین اعضای خانواده آنان ۹۴/۵٪ دارای عدم سابقه مبتلا به بیماری روانی و ۸۱٪ عدم سابقه مبتلا به بیماری جسمی شدید بودند. ۵۹/۱٪ از زنان شرکت‌کننده خانه‌دار و ۴۰/۱٪ شاغل بودند. علاوه بر این ۴۳/۶٪ دارای تحصیلات دانشگاهی، ۳۵/۳٪ تحصیلات دیپلم و ۲۱٪ تحصیلات زیر دیپلم داشتند.

جدول ۱: شاخص جمعیت شناختی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش (N=۱۴۷)

متغیر	طبقه‌بندی	فراوانی	درصد
گروه شرکت‌کننده	سرطان	۵۳	۳۶/۱
	عادی	۹۴	۶۳/۹
طبقه‌بندی سن	بین ۲۰ تا ۳۹ سال	۷۶	۵۱/۷
	بین ۴۰ تا ۶۰ سال	۷۱	۴۸/۳
سابقه بیمار روانی	دارد	۸	۵/۶
	ندارد	۱۳۹	۹۴/۵
سابقه بیماری شدید	دارد	۲۸	۱۹
	ندارد	۱۱۹	۸۱
وضعیت کار	شاغل	۵۹	۴۰/۱
	خانه‌دار	۸۸	۵۹/۹
وضعیت تحصیلات	زیر دیپلم	۳۱	۲۱
	دیپلم	۵۲	۳۵/۳
	دانشگاهی	۶۴	۴۳/۶

نتایج آزمون خی‌دو برای همسانی داده‌های کیفی نشان داد که بین متغیرهای دموگرافیک (سن، تعداد اعضای گروه، وضعیت کار و تحصیلات) در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. پس می‌توان نتیجه گرفت که دو گروه از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی همسان بودند ($p < ۰/۰۵$). در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی پژوهش در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی پژوهش در زنان شرکت‌کننده (N=۱۴۷)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
مقابله مسأله‌مدار	۵۰/۳۴	۷/۸۹	۲۷	۷۲
مقابله هیجان‌مدار	۴۹/۱۷	۶/۹	۲۶	۷۴
مقابله اجتنابی	۴۲/۸۹	۷/۷۲	۲۶	۶۸
بهزیستی اقتصادی	۲۳/۲۸	۴/۷۱	۹	۳۵
بهزیستی اجتماعی	۲۴/۶۴	۴/۹۸	۱۴	۳۶
کیفیت زندگی	۴۷۷/۴	۷/۷۲	۲۷	۶۲

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار راهبردهای مقابله با استرس از بیشترین به کمترین در بین زنان شرکت‌کننده به ترتیب، سبک مقابله مسأله‌مدار با ۵۰/۳۴±۷/۸۹، سبک مقابله هیجان‌مدار با ۴۹/۱۷±۹/۶ و سبک مقابله اجتنابی با ۴۲/۸۹±۷/۷۲ بود. از سوی دیگر میزان کیفیت زندگی در بین شرکت‌کنندگان با ۴۷/۴۷±۷/۷۲ در حد متوسط بود.

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	بهزیستی اقتصادی		بهزیستی اجتماعی		کیفیت زندگی	
	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.
مقابله مسأله‌مدار	۰/۲۴۱	*۰/۰۲۱	۰/۳۱۱	**۰/۰۰۳	۰/۳۳۴	**۰/۰۰۱
مقابله هیجان‌مدار	-۰/۱۳۹	۰/۱۸۵	۰/۰۴۹	۰/۶۴۴	-۰/۰۵۲	۰/۶۲۵
مقابله اجتنابی	۰/۱۹۴	۰/۰۶۴	۰/۲۷۴	**۰/۰۰۸	۰/۲۸۴	**۰/۰۰۶

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

برای بررسی کیفیت زندگی با راهبردهای مقابله با استرس از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد، نتایج نشان داد که بین سبک مقابله مسأله‌دار با بهزیستی اقتصادی (r=۰/۲۴۱)، بهزیستی اجتماعی (r=۰/۳۱۱) و کیفیت زندگی (r=۰/۳۳۴) رابطهٔ مثبت معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۵). از سوی دیگر، بین سبک مقابلهٔ اجتنابی با بهزیستی اجتماعی (r=۰/۲۷۴) و کیفیت زندگی (r=۰/۲۸۴) رابطهٔ مثبت معنی‌داری به دست آمد (p<۰/۰۱). با این وجود، بین سبک مقابله هیجان‌مدار با کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن رابطهٔ معنی‌داری به دست نیامد (p>۰/۰۱). این بدین معناست که هر چه شیوهٔ مقابله با استرس در بین زنان از سبک مسأله‌مدار و اجتنابی مناسبی برخوردار باشد، آنان از بهزیستی و کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهند بود.

جدول ۴: تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه متغیرهای پژوهش در مبتلایان به سرطان با زنان غیرمبتلا

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	Sig.
مقابله مسأله‌مدار	مبتلا	۴۹/۱۸	۸/۸	۲۷	۷۰	۰/۱۸۵
	غیر مبتلا	۵۱	۷/۳	۳۷	۷۲	
مقابله هیجان‌مدار	مبتلا	۴۹/۷۳	۷/۹	۲۶	۷۴	۰/۴۵۸
	غیر مبتلا	۴۸/۸۵	۶/۳	۳۱	۷۳	
مقابله اجتنابی	مبتلا	۳۹/۴۵	۷/۷۴	۲۶	۶۸	*۰/۰۰۱
	غیر مبتلا	۴۴/۸۲	۷/۰۳	۲۷	۸۳	
بهزیستی اقتصادی	مبتلا	۲۲/۷۱	۵/۳	۹	۳۵	۰/۱۸۱
	غیر مبتلا	۲۴/۰۵	۳/۷۲	۱۶	۳۳	
بهزیستی اجتماعی	مبتلا	۲۴/۲۰	۵/۴۴	۱۶	۳۶	۰/۳۳
	غیر مبتلا	۲۵/۲۳	۴/۲۶	۱۴	۳۴	
کیفیت زندگی	مبتلا	۴۶/۹۲	۸/۹۷	۲۷	۶۹	۰/۱۶۵
	غیر مبتلا	۴۹/۲۸	۶/۳۷	۳۲	۶۰	

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

در ادامه برای بررسی میزان تفاوت بین سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بین زنان مبتلا به سرطان و زنان غیر مبتلا از آزمون تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) استفاده شد. نتایج با توجه به پایین بودن

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

میانگین سبک مقابلهٔ اجتنابی در زنان مبتلا به سرطان نسبت به زنان غیر مبتلا نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان به شیوهٔ منفی و نامناسب‌تری از سبک مقابله اجتنابی نسبت به زنان مبتلا به سرطان برخوردار بودند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p <$ ۰/۰۵). از سوی دیگر هر چند نمرات بین سبک‌های مقابله مسأله‌مدار، هیجان مدار و کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن در زنان غیر مبتلا نسبت به زنان مبتلا به سرطان بهتر بود، اما این نتایج از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p >$ ۰/۰۵).

بحث

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که بین سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار با کیفیت زندگی در شرکت‌کنندگان رابطهٔ مثبت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که هر چه افراد در کنار آمدن با مشکلات زندگی از تفکر منطقی و سازگارتر برخوردار باشند و در حل مسائل، برنامه‌ریزی مناسب‌تری داشته باشند، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهند بود. به دست آمدن رابطهٔ مستقیم بین سبک مقابله‌ای اجتنابی با کیفیت زندگی در شرکت‌کنندگان بدین معناست افرادی که در هنگام روبرو شدن با مشکلات زندگی با آن مواجه می‌شوند و سعی در پذیرش و حل آن مشکل دارند، از کیفیت زندگی بهتری نسبت به افرادی که از مشکلات فرار می‌کنند، برخوردار خواهند بود. نتایج به دست آمده با بهزادی‌پور و همکاران (۱۷)، نژادحمدی و مرادی (۱۸) و کمالی و حسنی (۱۹) همسو است.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که بین راهبردهای مقابله-ای هیجان‌مدار با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری به دست نیامد. این نتایج با مطالعه نژادحمدی و مرادی (۲۰۱۴) ناهمخوان است. آنان در مطالعه خود نشان دادند بین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار با کیفیت زندگی رابطهٔ منفی وجود دارد، یعنی هر چه افراد در مقابله با فشار و مشکلات زندگی از شیوهٔ هیجانی و ناسازگاری بیشتری استفاده نمایند، میزان کیفیت زندگی و سلامت روان در آن‌ها کمتر است. با توجه به تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته و بر اساس ادبیات پژوهش این رابطه منطقی و قابل توجیه است (۱۸).

نتایج دیگر این تحقیق، به بررسی مقایسهٔ بین سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در دو گروه بیماران سرطانی و افراد غیر مبتلا پرداخت. نتایج نشان داد زنان مبتلا به سرطان به شیوهٔ منفی و نامناسب‌تری از سبک مقابلهٔ اجتنابی استفاده می‌کنند و میزان آن نسبت به زنان غیر مبتلا بسیار بیشتر بود. با این وجود بین سبک‌های مسأله‌مدار و هیجان‌مدار و همچنین کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. این بدین معناست که زنان مبتلا به سرطان در شرایط سخت و طاقت‌فرسا از روبرو شدن با مشکل دوری می‌جویند تا گزندی به آنان وارد نشود. در واقع آنان هنگام روبرو شدن با مسئله قصد فرار از مشکل و پاک کردن صورت مسئله را دارند؛ که طبیعتاً راهبردی مناسبی نبوده و حتی ممکن است تهدید کننده برای سلامتی آنان نیز باشد. نتایج به دست آمده با پژوهش Morris و همکارانش (۱۹۸۱) همسو است. آنان در مطالعه خودشان نشان دادند که جوانان سرطانی در مقابله با مشکلات زندگی از شیوهٔ نامناسب انکار و اجتناب استفاده می‌کنند (۲۰). با این حال حمزه و همکارانش (۱۳۹۰) گزارش کردند که بیماران سرطانی در مقایسه با افراد سالم، از راهبردهای هیجان‌مدار برای مقابله با رویدادهای فشارزای زندگی خود استفاده می‌کنند (۲۱). از آنجایی که بیماران سرطانی از شرایط جسمی و روانی خود آشنایی کاملی دارند و احساس خطر می‌کنند؛ بنابراین برای کاهش ناراحتی و تقویت بعد جسم و روان خود به منبعی دیگری به نام دین، عرفان و یا همان معنویت رجوع آورده تا نسبت به زندگی و آینده کیفیت زندگی بهتر و احساس امیدواری بیشتری پیدا کنند. بالاتر بودن بعد معنویت در بیماران سرطان به خاطر احساس مرگ و خطر با تحقیق خادمه‌رضوی و همکاران (۲۰۱۵) و آقاحسینی و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد. آنان در پژوهش خود نشان دادند که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از سلامت معنوی خوبی برخوردارند که این امر با توجه به فرهنگ کشور ایران هم طبیعی به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

شمار می‌آید (۲،۱۱).

نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که در پژوهش حاضر ارتباط معنی‌داری بین راهبردهای مقابله با استرس با کیفیت زندگی به دست آمد و نیز مشاهده شد که راهبرد مقابله اجتنابی در زنان غیر مبتلا در شرایط بهتری نسبت به زنان مبتلا به سرطان بکار گرفته می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت که راهبردهای مقابله با استرس می‌تواند تأثیر چشمگیری در سلامت جسمی-روانی افراد بگذارد. استفاده از راهبردهای مناسب مسئله‌دار، اجتنابی و هیجان‌مدار در پیشگیری از بیماری جسمی-روانی هم می‌تواند تأثیرگذار باشد. از این‌رو به مشاوران و روان‌شناسان کلینیک‌های درمانی توصیه می‌شود با تهیه برنامه‌های کاربردی و درمانی مفید، شیوه‌های کارآمد راهبردهای مقابله‌ای در برابر استرس را آموزش دهند تا در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران سهیم باشند. در پژوهش حاضر تلاش بر این شد تا با گرفتن نمونه مناسب، حذف پرسشنامه‌های تکمیل‌نشده و ارائهٔ نتایج بدون سوگیری از میزان خطا و محدودیت پژوهش بکاهد؛ با این حال، شیوهٔ نمونه‌گیری غیر احتمالی و ارزیابی بر روی یک جنس (زنان) از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش بود. به محققان در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود ضمن مد نظر گرفتن مزیت و محدودیت‌های حاضر، راهکارهای مداخلاتی مختلفی جهت بالارفتن آگاهی بیماران سرطانی و مواجهه آنان با شیوهٔ سازگار و منطقی در رویدادهای زندگی مد نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

این پژوهش از طرح تحقیقاتی و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شده است. پژوهشگران برحسب احترام، از تمام عزیزانی که به نوعی به آنان در تدوین و به انجام رسانیدن این پژوهش یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

References:

1- Aghababaei N. ***Examining characteristics of assessment on short Inventory of Spiritual Intelligence***. J Psychological Sci 2010; 9(34): 69-80. [Parsian]

2- Khademeh-Razavi T, Shaterchi MS, Sorbi MH, Baghaeipour L. ***The relationship of spiritual intelligence with hope and comparison between cancerous patients with non-patients***. Trendes in life sciences 2015; 4(3): 2319-5037.

3- Kennard BD, Stewart SM, Olvera R, Bawdon RE, Lewis CP, Winick NJ. ***Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome***. J Clinical Psychology in Medical Settings 2004; 11(1): 31-9.

4- Skarstein J, Aass N, Fosså SD, Skovlund E, Dahl AA. ***Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire***. J psychosomatic research 2000; 49(1): 27-34.

5- Grady PA, Knebel AR, Draper A. ***End-of-life issues in AIDS: the research perspective***. J the Royal Society of Medicine 2001; 94(9): 479-82.

6- Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW. ***Effectiveness of***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. J Clinical Oncology 2012; 30(12): 1335-42.

7- Kabirzadeh A, Mohsenisaravi B, Asghari Z, Bagherianfarahabadi E, Bagerzadehladari R. ***Rate of general health, job stress and factors in medical records workers.*** Health Information Management. 2007; 4(2): 215-22. [Parsian]

8- Hashemzadeh I, Owrangi M, Bahreh-dar M. ***Job stress and its relation with psychological health among the hospital personnel in Shiraz***. Andisheh and Raftar 2000; 6(2-3): 55-62. [Parsian]

9- Ichikura K, Yamashita A, Sugimoto T, Kishimoto S, Matsushima E. ***Persistence of psychological distress and correlated factors among patients with head and neck cancer***. Palliative & supportive care 2016; 14(1): 42-51.

10- Sohler NL, Jerant A, Franks P**.** ***Socio-psychological factors in the Expanded Health Belief Model and subsequent colorectal cancer screening***. Patient education and counseling 2015; 98(7): 901-7.

11- Aqahosseini SH, Rahmani A, Abdolahzade F, Asvadi KI. ***Spiritual Health of Patients with Cancer and Its Related Factors.*** J Qom University of Medical Sciences. 2011; 5(3): 7-12. [Parsian]

12- Souri H, Hejazi E. ***The Relationship between Resilience and Psychological Well-being: The Mediating Role of Optimism.*** Health Psychology 2014; 15(55): 5-15. [Parsian]

13- Ahadi H, Mehryar AH, Nafisi G, Nikofar A, Jahanian S. ***Comparison of coping with stress and depression in three groups of cancer patients. Thought & Behavior in Clinical Psychology***. 2011; 6(21): 86-98. [Parsian]

14- Lazarus RS, Folkman S. ***Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company****; 1984.*

15- Van'tspijker A, Trisburg RW, Duivenvoorden H. ***A meta-analytic review of 58 studies of cancer.*** Psychometric Medicine 1997; 59(3): 280-93.

16- Gulick EE. ***Correlates of quality of life among persons with multiple sclerosis***. Nursing Research. 1997; 46(6): 305-11.

17- Behzadipor S, Sepah-Mansor M, Keshavarzi-Arshad F, Farzad V, Nazari G, Zamanian S. ***The effectiveness of cognitive behavioral stress management intervention on quality of life and coping strategies in women with breast cancer***. Methods and psychological models 2013; 3(12): 29-46. [Parsian]

18- Nejadhamdi N, Moradi A. ***The relationship between mindfulness, coping strategies and perceived stress and quality of life of cancer patients***. J Modern psychological res 2014; 9(35): 71-88. [Parsian]

19- Kamali S, Hasani F. ***Mental health and its relationship with stress coping strategies and emotional intelligence in female students at pre-university level***. J Behavioral Sci 2013; 7(1): 49-56. [Parsian]

20- Morris T, Greer S, Pettingale KW, Watson M. ***Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer.*** J psychosomatic res 1981; 25(2): 111-7.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

21- Hamzeh S, Beirami M. ***Comparison of personality trait, negative experienced emotions and coping styles between healthy women and those suffering from cancer***. SSU_Journals 2011; 19(5): 627-36. [Parsian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

Comparing the quality of life and Strategies for Coping with Stress in cancer and non-cancer patients in Yazd

Mohammad Forat Yazdi [1], Mehrnoush Giahi Yazdi [*2], Mohammad Hossein Sorbi [3]

[1] Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2] Social Security Organization of Yazd, Iran
[3] Department of Humanistic Sciences, Urmia University, Iran

Received: 21 Jun 2016 **Accepted:** 27 Apr 2017

Abstract

Introduction: Cancer is a crippling and incurable disease, which affects on physical health as well as mental and social well- being and disrupts patient's life. The present study was done to measure the rate of quality of life and coping strategies in people with cancer and non-cancer in Yazd city.

Methods: This was an analytical and cross sectional study in which performed on 53 women with cancer who referred to private oncology clinic and 94 non-cancer ones in Yazd. The sampling method was purposeful. Data were collected by demographic questionnaire, coping inventory for stressful situation questionnaire (CISS) and a socio-economic well-being scale in people with cancer. SPSS-16 was used to analyze data.

Results: Problem-focused coping style was the most common coping strategy among the participants (Mean± SD 50.34± 7.89) and the rate of quality of life among the participants were 47.47± 7.72. The results of Pearson correlation showed a positive significant relationship between problem-focused and avoidant coping styles with quality of life and its subscales ($p< 0.01$).However, there was no relationship between emotion-focused coping style with quality of life and its subscales. One-way analysis of variance showed that people with cancer significantly has negative avoidant style in compare with non-cancer women, also, there was no significant difference between both groups in terms of other variables ($p >0.05$).

Conclusion: Generally, the results showed that appropriate use of stress-coping strategies is effective in people's quality of life. Hence, the use of psychological interventions and stress management training with problems are recommended to enhance psychological state and quality of life among patients with cancer.

Keywords: Stress, Quality of life, Cancer

This paper should be cited as:
Forat Yazdi M, Giahi Yazdi M, Sorbi MH. **Comparing the quality of life and Strategies for Coping with Stress in cancer and non-cancer patients in Yazd.** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2017; 25(4): 322-32.

***Corresponding author: Tel: 09133589651, email: Mehrnoushg.yazdi@yahoo.com**

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]