

نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان

امیر موسی‌رضایی^۱، فیروز خالدي^۲، محمدرضا خبازی فرد^۳، طاهره مؤمنی قلعه قاسمی^۴،
محبوبه کشاورز^۵، مهناز خدایی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین و تأثیرگذارترین سرطان از نظر عاطفی و روانی در بین زنان، موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی همچون استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده وی می‌شود. یکی از عوامل احتمالی موثر در پیدایش افسردگی، اضطراب و استرس در افراد بر اساس مدل‌های شناختی، تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد نسبت به شرایط است. شیوع بالا و تأثیرات گسترده و مهم اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در ابعاد مختلف زندگی بیماران و تأثیر نگرش‌های ناکارآمد در شکل‌گیری این مؤلفه‌ها، محققان را بر آن داشت تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان اجرا نمایند.

روش‌ها: این مطالعه، پژوهشی از نوع توصیفی همبستگی بود که به شکل مقطعی اجرا شد. ۲۹۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به یکی از مراکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان، به روش در دسترس در مدت ۶ ماه وارد مطالعه گردیدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات موجود پرونده بیمار، پرسشنامه سنجش نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26 یا dysfunctional attitudes questionnaire) و پرسش‌نامه سنجش استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-42 یا depression, anxiety, and stress scale) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS18 و بکارگیری روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی، مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره نگرش‌های ناکارآمد واحدهای مورد پژوهش ۸۷/۳۵ (۲۷/۵۳) بود. همچنین میانگین نمره استرس، اضطراب و افسردگی واحدهای پژوهش به ترتیب ۱۴/۱۶ (۹/۳۸)، ۱۱/۶۴ (۸/۲۷) و ۱۲/۰۶ (۹/۵۲) بود. نتایج نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین نگرش‌های ناکارآمد با استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان وجود دارد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر در مبتلایان به سرطان پستان با نمرات بالاتر نگرش‌های ناکارآمد، میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری وجود داشت. به علاوه پایین بودن نمره نگرش‌های ناکارآمد یک فاکتور مهم محافظت کننده در برابر بروز استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: استرس، اضطراب، افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، سرطان پستان

ارجاع: موسی‌رضایی امیر، خالدي فیروز، خبازی فرد محمدرضا، مؤمنی قلعه قاسمی طاهره، کشاورز محبوبه، خدایی مهناز. **نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۱): ۶۸-۷۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۲۸

۱. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه سلامت بزرگسالان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری، گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بروجن، شهرکرد، ایران
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی، مسؤول دفتر استعدادهای درخشان دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد پرستاری، گروه سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، شیراز، ایران
۶. کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، گروه پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: mkhodaee61@gmail.com

اقتصادی رخ دهد (۲). علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان هم‌چنان به عنوان یکی از مهم‌ترین

مقدمه

سرطان شامل گروهی بیش از ۲۰۰ نوع بیماری می‌باشد (۱) که می‌تواند در افراد با هر سن، نژاد، زمینه فرهنگی و وضعیت

از این پدیده‌ها در زندگی بیماران است (۱۱). مطالعات نشان داده است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به‌طور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند (۱۲). افسردگی و اضطراب، از جمله مشکلات روانی می‌باشد که در نهایت در اکثر بیماران مبتلا به سرطان پدیدار می‌شود (۱۳). افسردگی، ناامیدی، خشم و گاه گرایش به خودکشی در این بیماران به وفور مشاهده شده است. Kaplan در این رابطه معتقد است ۱۳ درصد بیماران سرطانی دچار افسردگی اساسی هستند. همچنین آتش پور در همین رابطه توضیح می‌دهد که ۶۰ درصد از بیماران سرطانی تحت مطالعه دچار افسردگی وخیم یا شدید و ۳۶/۶ درصد گرفتار افسردگی متوسط بودند (۱۴). استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان رایج است و این علائم می‌تواند در اثر بیماری یا عوامل فیزیولوژیک بیماری یا درمان‌های دارویی باشد (۱۵). استرس می‌تواند باعث افزایش میزان افسردگی، کاهش رضایت شغلی، نقص در ارتباطات فردی و حتی افکار خودکشی شود (۱۶). استرس موجب افزایش میزان افسردگی و اضطراب و نگرانی و دیگر اشکال ناراحتی‌های روانی در بیمار مبتلا به سرطان می‌شود (۱۷-۱۸). بیماران مبتلا به سرطان پستان اغلب درماندگی روان شناختی شدیدی را در زمان آگاهی از ابتلا به سرطان و نیز در تمام طول دوره درمان تجربه می‌کنند (۲۰-۱۹). احتمال بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است (۲۱).

یکی از عوامل مؤثر در پیدایش افسردگی، اضطراب و استرس در افراد بر اساس مدل‌های شناختی، تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد نسبت به شرایط است. نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع دوره‌های افسردگی به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری، تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است. مطالعات قبلی با روش مقطعی نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد با شیوع افسردگی ارتباط دارد. سطوح بالای نگرش‌های ناکارآمد با دوره‌های طولانی‌تر حملات افسردگی و با زمان‌های کوتاه‌تر بین دوره‌های عود همبستگی دارد (۲۲).

بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است (۳).

بر اساس آمار ارائه شده در مجله cancer statistic for clinicians در سال ۲۰۱۴ در ایالت متحده، ۱۶۶۵۵۴۰ مورد جدید سرطان شناخته شده است که از این میان ۲۳۵۰۳۰ مورد آن مربوط به سرطان پستان می‌باشد و میزان مرگ و میر ناشی از آن نیز ۴۰۴۳۰ مورد گزارش شده است (۴). سروری زنجانی (۱۳۸۶) در گزارش خود میزان بروز سرطان در کشورمان را بر حسب جنس شامل ۱۱۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر مرد و ۹۸ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر زن برآورد کرده است (۵).

در این میان، سرطان پستان شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثیرگذارترین و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان است (۷-۶). رشد آمار مربوط به سرطان پستان، پیشرفت چشمگیری داشته است، به طوری که شیوع آن در سال ۱۹۷۰ در آمریکا، یک مورد ابتلا در هر ۱۳ نفر، در سال ۱۹۸۰، یک مورد ابتلا در هر ۱۱ نفر و در سال ۱۹۹۲، یک مورد از هر ۹ نفر جمعیت زنان گزارش شده است. این بدخیمی‌ها حدود ۳۳ درصد انواع سرطان خانم‌ها را تشکیل می‌دهد و میزان شیوع آن در جمعیت عمومی در کشورهای مختلف جهان بین ۸ درصد تا ۱۰ درصد برآورد شده است. در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه و پیشرفته، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان بوده (۸) و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم‌تاهایشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶).

تشخیص سرطان موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی همچون استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده وی می‌شود (۹-۱۰). برخی از دلایل بروز این مشکلات در حوزه سلامت روان، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار و خانواده او، از قبیل احتمال بدشکلی، درد، فقدان‌های مالی و اجتماعی، وابستگی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، مرگ و فرآیند مردن و نیز رویداد واقعی برخی

ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد با استرس، اضطراب و افسردگی مبتلایان به سرطان پستان طراحی و اجرا نمایند.

روش‌ها

این مطالعه، پژوهشی از نوع توصیفی-همبستگی بود که به شکل مقطعی و به صورت تک گروهی- تک مرحله‌ای و چند متغیری و در مدت زمان ۶ ماه صورت پذیرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی ابتلا به سرطان پستان، هوشیار بودن، سن بالاتر از ۱۸ سال، تحت درمان بودن با یکی از سه روش درمانی شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و یا جراحی، علاقمند بودن به شرکت در پژوهش و توانایی درک و تکلم زبان فارسی بود. ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای مثل دیابت، بیماری‌های کبدی، کلیوی، بیماری‌های روانی شدید و ناشنوایی و عدم تمایل بیمار به ادامه دادن و حضور در مطالعه، به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به شیوه آسان و به صورت در دسترس بود. جهت تخمین حجم نمونه، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و $\alpha = 0.05$ ، در نظر گرفته شد. به این ترتیب میزان حجم نمونه ۲۶۷ نفر تخمین زده شد که ۱۰ درصد نیز جهت ریزش احتمالی نمونه‌ها به مقدار برآورد شده اضافه گردید. به این ترتیب در نهایت ۲۹۷ بیمار که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، وارد مطالعه گردیدند.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسش‌نامه استفاده شد که شامل سه بخش بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیمار، بخش دوم در برگیرنده پرسش‌نامه سنجش نگرش‌های ناکارآمد DAS-26 و بخش سوم شامل پرسش‌نامه استرس، اضطراب و افسردگی DASS-42 بود.

برای ارزیابی نگرش‌های ناکارآمد از پرسش‌نامه نگرش‌های ناکارآمد (Dysfunctional Attitude Scale) (DAS-26)

(DAS) استفاده شد، این مقیاس از نسخه ۴۰ گویه‌ای فرم الف یک و وایزمن جهت کاربرد در جمعیت بالینی ایران تهیه و کیفیت روان‌سنجی آن تعیین گردیده است. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد دارای ۲۶ جمله است که آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهد و نمره بین ۲۶ تا ۱۸۲ را کسب می‌کند و کسانی که نمره بالای ۸۲ در این مقیاس دارند

آسیب‌پذیری شناختی ممکن است به عنوان یک تمایل شبه صفت نسبت به تفسیر اطلاعات به سبک منفی و تحریف شده در مقابل درک ذهنی از مشکلات تلقی گردد که امکان دارد از خلال تجارب منفی اولیه به وجود آمده باشد. این پدیده به عنوان عامل خطر برای افسردگی و شاید برخی از اختلالات دیگر می‌باشد (۲۳).

مطالعات طولی نشان داده که الگوهای شناختی ناسازگارانه شامل سبک شناختی منفی و نگرش‌های ناکارآمد یک عامل خطر مهم برای افسردگی است (۲۴). در مطالعه ربیعی و همکاران، یافته‌ها نشان داد که رابطه معنی‌دار بین نگرش‌های ناکارآمد و سلامت روانی وجود دارد ($p < 0.05$) (۲۵). در مطالعه حاجی علیزاده و همکاران نیز نتایج نشان داد که در آزمودنی‌های معتاد، نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی همبستگی مثبت ($r = 0.26$) و معنی‌داری دارند ($p < 0.01$) (۲۶). این در حالی است که در مطالعه سام‌خانیانی و همکاران نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که گروه‌های افسرده و سالم، در زمینه نگرش‌های ناکارآمد، تفاوت آماری معنی‌داری ندارند (۲۷).

احتمالاً نگرش‌های ناکارآمد عامل خطر بروز استرس، اضطراب و افسردگی است. اگرچه در اغلب کارآزمایی‌های بالینی شناختی رفتاری به ویژه در افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد به عنوان نقطه ثقل آسیب روانی تلقی شده و شاخص اصلی تعیین اثربخشی درمان شناختی و هدف نهایی تغییرات در نظر گرفته می‌شود (۲۲)، ولی مطالعه‌ای (چه در مطالعات داخل کشور و چه در مطالعات خارج از کشور) که به تبیین نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط آن با استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان و خاصه بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته باشد، یافت نشد. با توجه به شیوع بالای استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان و تأثیر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی این بیماران و نقش راهبردی نگرش‌های ناکارآمد در شکل‌گیری آن‌ها، محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین

علی‌رغم استفاده وسیع پرسش‌نامه استاندارد DASS-42 در پژوهش‌های داخل و خارج کشور و تأیید پایایی پرسش‌نامه مذکور، پایایی پرسش‌نامه DASS-42 در مبتلایان به سرطان پستان از سوی موسی‌رضایی و همکاران مورد بررسی قرار گرفت. به این ترتیب پایایی آن، به روش دو نیمه کردن با ضریب همبستگی ۰/۹۵۹ حاکی از پایایی رضایت‌بخش پرسشنامه DASS-42 در مبتلایان به سرطان پستان بود. همچنین ضریب همبستگی برای هر یک از مقیاس‌ها به طور جداگانه نیز تعیین شد، به این ترتیب ضریب همبستگی ۰/۹۸۵ برای افسردگی، ۰/۹۵۷ برای اضطراب و ۰/۹۰۰ برای استرس به‌دست آمد. همچنین پایایی این پرسش‌نامه در مبتلایان به سرطان پستان از سوی محقق، به روش همسانی درونی (Internal Consistency) نیز مورد بررسی قرار گرفت. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳۹ به‌دست آمد که میزان پایایی رضایت بخشی است.

پژوهشگران پس از اخذ مجوز کتبی از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به بیمارستان سیدالشهدا (ع) مراجعه و با معرفی طرح برای مدیران و مسؤولان مربوطه، همکاری ایشان را جلب نموده و پس از کسب معرفی‌نامه از مدیریت خدمات پرستاری، در بیمارستان حضور یافتند و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران مبتلا به سرطان به گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و یا تکمیل پرسشنامه توسط خود بیمار پرداختند. به این منظور بیمارانی که سطح سواد بالاتری دارند پرسش‌نامه توسط خودشان تکمیل شد و در خصوص بیماران کم‌سواد و بی‌سواد پرسش‌نامه‌ها توسط محقق برای آنان قرائت گردید و نظرات آن‌ها دقیقاً منعکس شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) و بکارگیری روش‌های آمار توصیفی (توزیع فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون تی مستقل و ضریب همبستگی اسپیرمن) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ مفروض گردید.

به عنوان افراد پرخطر از لحاظ آسیب پذیری شناختی تلقی می‌گردند. این مقیاس دارای چهار عامل زیر بنایی شامل کمال طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد است و بر اساس دیدگاه بک و وایزمن، نگرش‌های پزشکی نسبت به خود، آینده و دیگران را ارزیابی می‌کند (۲۲). آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۹۲، همبستگی با فرم اصلی ۰/۹۷ و روایی آن از طریق پیش بینی سلامت با نمرات GHQ-28 توسط ابراهیمی و همکاران، برابر ۰/۵۶ به‌دست آمد (۲۲).

برای بررسی سنجش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران از پرسش‌نامه DASS-42 استفاده گردید. این پرسش‌نامه خودگزارشی ۴۲ سؤالی در مورد اضطراب، افسردگی و استرس می‌باشد که به وسیله Lovibond در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است (۲۸). این مقیاس از ۴۲ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. هر یک از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس دارای ۱۴ گویه است و نمره آزمودنی در هر یک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به کلیه عبارات آن خرده مقیاس حاصل می‌آید (۲۸-۲۹). «Lovibond» و «Lovibond» به منظور ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، آن را بر روی یک نمونه غیر بالینی ۲۹۱۴ نفری اجرا کردند. پایایی این مقیاس توسط آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در حد قابل قبولی به ترتیب ۰/۹۱ برای افسردگی، ۰/۸۴ برای اضطراب و ۰/۸۴ برای استرس به‌دست آمد. در مطالعه افصلی و همکاران، همبستگی مقیاس افسردگی با آزمون Beck ۰/۸۴۹ می‌باشد که این همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. همچنین مقیاس اضطراب نیز با تست Zung ۰/۸۳۱ است که این همبستگی نیز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. همبستگی میان مقیاس استرس و سیاهه استرس دانش آموزان نیز ۰/۷۵۷ و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است و با نتایج بررسی Lovibond و Lovibond هماهنگی داشتند (۲۸).

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، اکثریت (۲۹۵ نفر - ۹۹/۳ درصد) نمونه‌های مورد مطالعه مؤنث بودند. میانگین سنی این بیماران ۴۷/۶ سال (۱۰/۸۹) و دامنه سنی آن‌ها بین ۲۳-۸۰ سال بود. ۷۵/۸ درصد افراد متأهل و بقیه مجرد، مطلقه و بیوه بودند. از نظر وضعیت تحصیلات ۳۰ درصد بی‌سواد، ۳۷ درصد زیر دیپلم، ۲۲ درصد دیپلم و ۱۰/۵ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. اکثر افراد شرکت‌کننده در این مطالعه خانه‌دار بودند (۸۳/۸ درصد). از نظر سطح درآمد خانواده، ۳۸/۷ درصد افراد سطح درآمد خانواده خود را ضعیف، ۵۶/۶ درصد متوسط و ۴/۷ درصد خوب ارزیابی می‌کردند. ۸۷/۵ درصد بیماران شیمی درمانی، ۸۲/۸ درصد رادیوتراپی و ۷۱ درصد جراحی شده بودند.

میانگین نمره نگرش‌های ناکارآمد واحدهای مورد پژوهش $۸۷/۳۵ \pm ۲۷/۵۳$ بود. همچنین میانگین نمره استرس، اضطراب و افسردگی واحدهای پژوهش به ترتیب $۹/۳۸ \pm ۱۴/۱۶$ ، $۸/۲۷ \pm ۱۱/۶۴$ و $۱۲/۰۶ \pm ۹/۵۲$ بود (جدول ۱). نتایج نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین نگرش‌های ناکارآمد و استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) (جدول ۲). همچنین نتایج حاکی از آن بود که هیچ‌گونه ارتباط آماری معنی‌داری بین استرس، اضطراب، افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد با متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح درآمد) وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$) (جدول ۳).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش‌های ناکارآمد، استرس، اضطراب و افسردگی واحدهای مورد پژوهش

نمرات	محدوده نمرات قابل کسب	محدوده نمرات کسب شده	میانگین	انحراف معیار
نمره نگرش‌های ناکارآمد	۲۶-۱۸۲	۲۹-۱۵۸	۸۷/۳۵	۲۷/۵۳
نمره استرس	۰-۴۲	۰-۴۱	۱۴/۱۶	۹/۳۸
نمره اضطراب	۰-۴۲	۰-۴۱	۱۱/۶۴	۸/۲۷
نمره افسردگی	۰-۴۲	۰-۴۰	۱۲/۰۶	۹/۵۲

جدول ۲. رابطه بین نمره نگرش‌های ناکارآمد با نمره استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان

آزمون‌های آماری	استرس		اضطراب		افسردگی	
	Pearson r	P	Pearson r	P	Pearson r	P
نگرش‌های ناکارآمد	+۰/۴۱	۰/۰۰۱	+۰/۳۵	۰/۰۰۱	+۰/۴۱	۰/۰۰۱

جدول ۳. رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی با نمرات استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان

آزمون‌های آماری	آزمون t مستقل		آزمون t مستقل		آزمون t مستقل		آزمون اسپیرمن		آماره
	t	p	t	p	t	p	r	p	
متغیرهای جمعیت شناختی	جنس	۱/۴۲	۰/۱۳	تأهل	۰/۶	۰/۲۵	۰/۶۱	۰/۷۷	استرس
	اشغال	۰/۶۹	۰/۷۰	۱/۴۵	۰/۰۹	۱/۳۹	۰/۱۵	۰/۶۹	اضطراب
	تحصیلات	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۶۹	۰/۷۰	۱/۳۹	۰/۱۵	۰/۰۹	افسردگی
	سطح درآمد	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۶۹	۰/۷۰	۱/۳۹	۰/۱۵	۰/۰۵	نگرش‌های ناکارآمد

در مقابل بیماری‌ها افزایش می‌دهد و ممکن است موجب شکل‌گیری اختلال روان تنی خاصی شود (۳۱). افراد سالم در برابر رویدادهای مهم و تنش‌زای زندگی، مقابله مبتنی بر حل مسأله مبتنی بر نگرش منطقی و کارآمد را به کار می‌برند و در حل مشکل و برخورد مؤثر با تنش ناشی از وقایع زندگی موفق‌تر هستند که این مقابله مؤثر و رضایتمندی اشخاص در حل مسأله، موجب احساس کنترل بر تنش ناشی از رویدادهای مهم زندگی می‌شود (۳۱).

در واقع نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع دوره‌های افسردگی و اضطراب به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری در تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است. مطالعات قبلی با روش مقطعی نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد با شیوع افسردگی ارتباط دارد. سطوح بالای نگرش‌های ناکارآمد با دوره‌های طولانی‌تر حملات افسردگی و با زمان‌های کوتاه‌تر بین دوره‌های عود همبستگی دارد (۲۲).

مطالعات طولی نشان داده که الگوهای شناختی ناسازگارانه شامل سبک شناختی منفی و نگرش‌های ناکارآمد یک عامل خطر مهم برای افسردگی است (۲۴). هم‌چنین برخی مطالعات نشان داد کسانی که براساس DAS پرخطر یا کم‌خطر محسوب شدند از لحاظ نمرات افسردگی و اضطراب، تفاوت‌هایی دارند. نگرش‌های ناکارآمد مهم‌ترین عامل معنی‌دار در پیش‌بینی نمرات افسردگی بیماران روان‌پزشکی است (۲۳). شانس بروز اختلالات شایع روانی طی ۱۲ ماه با افزایش نمرات مقوله بندی شده DAS به صورت معنی‌داری افزایش می‌یابد و شروع بیماری براساس نمرات DAS قابل پیش‌بینی است (۳۲).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، در مبتلایان به سرطان پستان با نمرات بالاتر نگرش‌های ناکارآمد، میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری وجود داشت. به علاوه پایین بودن نمره نگرش‌های ناکارآمد یک فاکتور مهم محافظت

بحث

در ارتباط با «تعیین ارتباط بین نمره نگرش‌های ناکارآمد با نمره اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به سرطان پستان»، آزمون پیرسون، ارتباط آماری معنی‌دار مثبت بین نگرش‌های ناکارآمد و استرس، اضطراب و افسردگی نشان داد ($p < 0/05$). بنابراین کسانی که نمره بیشتری در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد کسب نموده بودند (نگرش ناکارآمدتری داشتند) میزان استرس، اضطراب و افسردگی در آن‌ها بیشتر مشاهده گردید. در حمایت از یافته‌های مطالعه حاضر ابراهیمی و همکاران نیز نشان داد همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای بین نمرات نگرش‌های ناکارآمد با تشخیص بیماری‌های روان‌پزشکی هم‌چون افسردگی و اضطراب وجود دارد (۲۲). هم‌چنین در تأیید یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج حاصل از مطالعه Kumari نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد یکی از عوامل مؤثر در ایجاد خلق افسرده در بیماران است (۳۰).

Gross, Miranda و Persons به نقل از Alloy نیز به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای ناکارآمد و علائم اضطراب و افسردگی رابطه معنی‌دار وجود دارد، به طوری که کسب نمرات بالاتر در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی و اضطراب بالاتر را به دنبال داشت (۲۴) که مؤید نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. هم‌چنین Alloy در مطالعه خود بیان می‌دارد که یافته‌های مطالعات صورت پذیرفته از سوی Nierenber و Fava, Rosenbaum, Mulroy, Conn حاکی از آن بود که نگرش‌های ناکارآمد، ۲۰ درصد از واریانس ناامیدی و اختلالات سلامت روان را تبیین می‌کند (۲۴). هم‌چنین نتایج مطالعه ربیعی و همکاران نشان داد که بین نگرش‌های ناکارآمد و مؤلفه‌های سلامت روانی هم‌چون اضطراب و افسردگی همبستگی وجود دارد (۲۵).

نتایج تحقیقات حاکی از آن است که نوع نگرش اشخاص نسبت به خود، محیط و دیگران بر نحوه مقابله با تنش تأثیر بسزایی دارد. نگرش خاص نسبت به موقعیت تنش‌زا در کنش‌های سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارد، آسیب‌پذیری فرد را

مطالعات گسترده‌تر با حجم نمونه بیشتر می‌باشد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، ورود افراد بی سواد به مطالعه بود چرا که نگرش، برگرفته از دانش و آگاهی است و احتمالاً اختلاف در سطح سواد شرکت کنندگان بر نتایج مطالعه تاثیرگذار بوده است. همچنین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به دیگر انواع سرطان نیز مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی به شماره ۲۹۰۳۰۱ می‌باشند. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی سیدالشهداء (ع) و کلیه پرسنل محترم آن مرکز، تشکر و قدردانی نمایند.

کننده در برابر بروز استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران بود. بنابراین توجه به نگرش‌های ناکارآمد در مبتلایان به سرطان پستان می‌بایست در اولویت‌های کادر پزشکی قرار گیرد و برنامه ریزی جهت کاهش نگرش‌های ناکارآمد در این بیماران جهت جلوگیری از ابتلا به اختلالات روان پزشکی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی اهمیت زیادی دارد. لازم است درمانگران در زمان درمان این بیماران به وضعیت سلامت روان آن‌ها توجه داشته باشند و برنامه ریزی‌های لازم جهت کاهش نگرش‌های ناکارآمد را در برنامه مراقبتی خود بگنجانند.

محدودیت‌ها

محدود بودن اجرای مداخله به یک بیمارستان، یکی از مشکلات پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی این محدودیت مرتفع گردد. همچنین هر چند در مطالعه حاضر تعداد حجم نمونه مقدار قابل ملاحظه‌ای در نظر گرفته شد، لیکن افزایش ضریب تعمیم پذیری نتایج، مستلزم انجام

References

1. Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M. Cancer Nursing, Principles and Practice, 6th ed. Boston; Jones and Barllett: 2005.
2. Monahan FD, Sands JK, Neighbor M. Phips Medical Surgical Nursing, Health and Illness Perspective. 8th ed, Philadelphia, Mosbey. 2006
3. Dow KH, Nursing Care of Women with Cancer. Philadelphia; Mosby: 2006.
4. Rebecca S, Jiemin M, Zhaohui Z, Ahmedin J, Cancer statistics, 2014. A Cancer Journal for Clinicians 2014; 64(1): 9-29.
5. Soruri Zanjani R. Cancer conferences, social challenges and social strategies. Journal of Zanjan University of Medical Sciences 2007; 15 (58): 70.
6. Pedram M, Mohammadi M, Naziri GH, Aeinparast N. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Treatment of Anxiety and Depression Disorders and on Raising Hope in Women with Breast Cancer. Journal of Woman and Society 2011; 1(4): 61-75. [In Persian].
7. Mehrinejad A, Khosrovani Shariati SH, Hossein Abad Shapouri H. Stress in Women with Breast Cancer Compared to the Healthy Ones. Daneshvar Raftar 2010; 17(43): 49-56.
8. Mohammadi M, Kashfee F, Nikoofar A, Hoseini F. Risk Factors of Breast Cancer. Iran J Nurs 2000; 13(26): 23-30. [In Persian].
9. Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda, S, Akizuki N, Nakanishi T, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. Jpn J Clin Oncol 2001; 31(5): 188-94.
10. Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa TA, et al. Course of psychological distress and its predictors in advanced non small cell lung cancer patients. Psycho Oncology 2006; 15(6): 463-73.
11. Vanderkief, GK, Breaking bad news, American Family Physician 2001; 64: 1975-8.

12. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. J Natl Cancer Institute Monographs 2004; 32: 32-9.
13. Joyce M Black. House Hvnkas translation luck, Mary. Cancer Nursing. 1st ed. University Press; 2000.
14. Akaberian S, Shaniyeilagh M, Andeirouian V. The effect of counselling on depression and hopelessness of depressed juveniles with leukemia, Iranian South Medical Journal 2000;3(1): 23-8
15. Corner, gessica, Baily, chrise, Cancer nurse care in context, Blackwell publishing, second edition, p 546. 2008.
16. Miller K, Massie M. Depression and Anxiety, the Cancer Journal 2006; 12(5): 388-97.
17. Aghebati N, Mohammadi E, Pour Esmaeil Z. The effect of relaxation on anxiety and stress of patients with cancer during hospitalization, Iran Journal of Nursing 2010; 23(65): 15-22.
18. Kiccolt GJ, Mc garriel RT, Glaster R. Annm Ree Psychol 2002;53(1):85-107
19. Ashbury, F D, Findlay, H, Reynolds, B, McKerracher, K. A Canadian survey of cancer patients experiences .Are their needs being met?J pain symptom manage 1998;16(5):298-306.
20. Shields, C., & Rousseau, S, A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses,J Family Process, (2004); 43(1): 95-107.
21. Grfmy H, Shafi Abadi A, Sanaei Zaker B, meaning the effectiveness of group therapy in reducing symptoms of mental health problems in women with breast cancer, Thought and Behavior, 2009, 14 (13) :42-35.
22. Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi GH, Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression, Shahrekord University of Medical Sciences Journal 2008;9(4): 52-58.
23. Oliver, JM, Murphy, SL, Ferland, DR, Ross, MJ, Contributions of the cognitive style Questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression, J Cognit Ther Res, 2007; 31(1): 51- 69.
24. Alloy LB, Abramson LY, Hogan ME, Whitehouse WG, Rose DT, Robinson MS, Kim RS, Lapkin, JB. The Temple–Wisconsin cognitive vulnerability to depression project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. J Abnorm Psychol 2000; 109(3): 403–18.
25. Rabie M, Molavi H., Kalantari M, Azimi,H,the relationship between dysfunctional attitudes and coping strategies and mental health, Journal of Educational and Psychological Studies, Year IV, No. II, Serial No. 10, Fall-Winter 1, 21-30 P.
26. Haji Alizadeh Kobra, Bahreinian Seyed Abdolmajid, Naziri Ghasem, Modares Gharavi Morteza, The Role of Cognitive Variables, Metacognitive Dimensions and Emotions in Substance Abuse Behaviors, Advances in Cognitive Science 2009;11(3): 1-12.
27. Sam Khaniani N, Yazdan Doost R, Asgharnejad Farid AA, Surveying schematic mental model, perfectionism and need for approval in depression, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar) 2003;8(31): 74-65.
28. Afzali A, DelavarA, Borjali A, Mirzamani M, Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students, Journal of Research in Behavioural Sciences 2007;5(2): 81-92.
29. Asghari Moghaddam MA, forearm F, Dibaj Nia P, Zangane J, A preliminary study of validity and reliability of scales for depression, anxiety and stress (DASS) in non-clinical samples, bimonthly scientific - control research scholar behavior fifteenth year - a new era , No. 31, November 2008.
30. Kumari N. & Blackburn, I. M.. How specific are negative automatic thoughts to a depressed population? An exploratory study. British Journal of Medical Psychology, 2002; 65 (2), 167176.
31. Mostafae F, Roshan R, Jodeiri B. Comparing dysfunctional attitude and coping response between patients with peptic ulcer disease and healthy control, The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services 2012;16(1): 44-50.
32. Weich S, Churchill R, Lewis G. Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. J Affect Disord. 2003 Aug; 75(3): 269-78.

Investigation the Dysfunctional attitudes and its' relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients

Amir Musarezaie¹, Firouz Khaledi², Mohammad Reza Kabbazi-fard³, Tahereh Momeni-GhaleGhasemi⁴, Mahboubeh Keshavarz⁵, Mahnaz Khodae⁶

Original Article

Abstract

Background: Breast cancer is considered as the most common as well as most effective malignancy in adult female population, has led to deep psychological and emotional problems such as depression, anxiety and stress. One of the possible factors lead to develop of depression, anxiety and stress in people based on cognitive models, is the cognitive distortions and dysfunctional attitudes towards the situation. The components included high prevalence and huge effects of breast cancer's depression, anxiety and stress on different aspect as well as key role of dysfunctional attitudes in development of these elements; encouraged us to design and perform a study with aim to investigation the dysfunctional attitudes and its' relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients referred to a specialized cancer hospital Isfahan, Iran.

Methods: This descriptive, analytic cross sectional study was conducted on cancer patients who were selected using simple sampling. A total number of 297 hospitalized patients with breast cancer were enrolled in 6 months. The clinical and demographic characteristics information, dysfunctional attitudes questionnaire (DAS-26) and the depression, anxiety, and stress scale (DASS-42) were used. All analyses were performed with descriptive and analytic statistical methods in SPSS for Windows 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Findings: Mean scores of dysfunctional attitudes were 87.35 (27.53). Also mean scores of stress, anxiety and depression were 14.16 (9.38), 11.64 (8.27) and 12.06 (9.52) relatively. Based on study findings there was a statistically significant relationship between dysfunctional attitudes with stress, anxiety and depression in patients with breast cancer.

Conclusion: With regard to results of this study, breast cancer patients with higher scores dysfunctional attitudes had more stress, anxiety and depression. In addition low dysfunctional attitudes score was an important protecting factor against stress, anxiety and depression in these patients.

Key Words: Anxiety, Breast cancer, Depression, Dysfunctional attitudes, Stress

Citation: Musarezaie A, Khaledi F, Kabbazi-fard M, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodae M. **Investigation the Dysfunctional attitudes and its' relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients.** J Health Syst Res 2015; 11(1):68-76

Received date: 17.02.2014

Accept date: 28.12.2014

1. MSc, Behavioral Sciences Research Center, Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. MSc, Department of Nursing Psychology, School of Nursing and Midwifery, Broujen University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
3. Master of exceptional children psychology graduated, Allameh Tabatabaee University, prodigious talent office manager of Kharazmi University, Tehran, Iran
4. MSc, Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5. MA in General Psychology, Arsanjan Azad Islamic University, Shiraz, Iran
6. MSc, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: mKhodae61@gmail.com