

## بررسی نقش متغیرهای شناختی در افسردگی نوجوانان مبتلا به سرطان

یاسمن بانکی<sup>۱</sup>، علیرضا عابدین<sup>۲</sup>، نادر منیرپور<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۰۷

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش متغیرهای شناختی در افسردگی نوجوانان مبتلا به سرطان طراحی و اجرا گردید. جامعه ی این پژوهش شامل نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال های که تشخیص ابتلا به سرطان دریافت کرده بودند، بود. بدین منظور ۱۷۴ نوجوان به وسیله ی نمونه گیری در دسترس از چندین مرکز درمانی سرطان و بیمارستان های تهران، اصفهان و شیراز انتخاب شدند. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه توسط نوجوانان، جمع آوری گشت. پرسشنامه ها شامل پرسشنامه ی افسردگی بک ویژه ی مراقبت های اولیه، پرسشنامه ی راهبردهای مقابله ای برای موقعیت های استرس زا، پرسشنامه ی ادراک بیماری و منبع کنترل سلامت-فرم C، بود. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که افسردگی نوجوان با منبع کنترل سلامت شانس، مقابله ی هیجان مدار و ادراک بیماری، همبستگی مثبت و با مقابله ی مسئله مدار و مقابله ی اجتناب، همبستگی معکوس معنادار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چند

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایمیل: ybanki@yahoo.com

۲- استادیار، دانشکده ی روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران

۳- استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم

متغیری نیز آشکار ساخت که راهبرد مقابله ی هیجان مدار، راهبرد مقابله ی مسئله مدار و ادراک از بیماری، به احتمال بیشتری افسردگی نوجوان را پیش بینی می کند.

واژه های کلیدی:

افسردگی، متغیرهای شناختی، نوجوانان مبتلا به سرطان

Archive of SID



مقدمه

از میان مسائل و مشکلات روانشناختی مطرح همبود با سرطان در کودکان و نوجوانان، افسردگی به عنوان یکی از رایجترین اختلالات روانپزشکی (متزیوو همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ لوالویسو همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ گلدمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) شناخته شده است. افسردگی همزمان با سرطان، یک عامل خطر در کاهش میزان بقاء در بیماران سرطانی و عامل مهمی در عدم قبول درمان از سوی این بیماران می باشد (باورز و بایل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳؛ پایرل و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ ناردین و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). همچنین اثر منفی بر وضعیت عملکرد، کیفیت زندگی، مدت بستری و نتیجه درمانی (ملکیان، علیزاده و احمدزاده، ۱۳۸۶) دارد. افسردگی بر عملکرد اجزای ایمنی بدن و به تبع آن بر مداوای سرطان تأثیرگذار است و پیشرفت سرطان و مرگ و میر ناشی از آن را پیش بینی می کند (اسپیگل و گایس - داوایس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). در کل وقوع همزمان افسردگی با سرطان، تأثیرات متعدد و سویی در زمینه های مختلف زندگی فردی و اجتماعی، سلامت روانی و جسمانی، درمان و پیشرفت بیماری فرد، بر جای می گذارد و پیشگیری، تشخیص و مداخله ی به موقع در زمینه ی بروز اختلال افسردگی در مبتلایان به سرطان، از اهمیت و لزوم خاصی برخوردار است. نوجوانان مبتلا به سرطان عوامل استرس زای چندگانه ای را تجربه می کنند که ممکن است هم از خود بیماری و هم وظایف تحولی بهنجار آنان نشأت گیرد (وودگیت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹). همچنین مشخص شده که نوجوانان مبتلا به سرطان به احتمال بیشتری در معرض تجربه ی مشکلات سازگاری روانشناختی

- 1- Matziou, etal
- 2- Levallois, etal
- 3- Goldman
- 4- Bowers & Boyle
- 5- Pirl, etal
- 6- Nordin, etal
- 7- Spiegel & Giese-Davis
- 8- Woodgate

مهم (ایزر، هیل و وانسه<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ زبراک، زلتزر و وایتون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ زبراک، گارنی و اوفینگر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴) هستند. از این رو نوجوانان نسبت به سایر گروه های سنی مبتلا به سرطان، نیازمند توجه و مراقبت ویژه ای در زمینه ی روانشناختی می باشند. دیدگاه شناختی، افکار، باورها و نگرش های ناکارآمد و مختل را زمینه ساز بروز مشکلات و ناسازگاری های روانشناختی در افراد می داند. از جمله ی متغیرهای شناختی مطرح در این حوزه، راهبردهای مقابله ای است که فرد در رویارویی با موقعیتهای جدید و تنش زا به کار می برد. برای مثال نتایج غالب پژوهش ها مقابله ی هیجانی را به عنوان مطرح ترین و تأثیرگذارترین واسطه ی رابطه ی استرس - بیماری معرفی کرده اند (پکنهام<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). بیماری های استرس مدار و وخیم تر شدن سلامت عمومی، بیشتر در کسانی مشاهده می گردد که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می کنند (پیکو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). مقابله ی اجتنابی نیز به عنوان راهبردی کوتاه مدت، کارآمد شناخته شده است اما در دراز مدت مانع سازش روانشناختی می شود و نشانه های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می دهد (بریانت و هاروی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵). همچنین پژوهشگران اشاره می کنند که سبک مقابله ای اجتنابی و نگرش های افسرده وار، خطر مشکلات سازگاری (افسردگی و اضطراب) را در کودکان مبتلا به سرطان پیش بینی می نماید (میجر و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). از طرف دیگر افراد با منبع کنترل درونی نسبت به افرادی با منبع کنترل بیرونی، بهتر سازگار می گردند و یک منبع کنترل درونی، پیش بینی کنندهای برای سازگاری مرتبط با بیماری است (میجر و همکاران، ۲۰۰۲). در زمینه ی سلامتی و در قطب مخالف آن، بیماری، منبع کنترل ویژه ای به نام

1- Eiser, Hill & Vance

2- Zebrack, Zeltzer & Whitton

3- Zebrack, Gurney & Oeffinger

4- Pakenham

5- Piko

6- Bryant & Harvey

7- Meijer, etal

منبع کنترل سلامت، مطرح می‌گردد. اهمیت سیستم باورهای منبع کنترل سلامت (برای مثال سلامت به وسیله ی خود، دیگران قدرتمند یا عوامل مرتبط با شانس مانند تقدیر، کنترل می‌گردد) به دلیل این است که همواره یک نقش جدایی ناپذیر در تعیین ادراک از کیفیت زندگی بیماران سرطانی دارد (گراسی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

اعتقادات و باورهای کودکان در ارتباط با منبع کنترل، ارتباط بین استرس و علایم روانشناختی را میانجی‌گری و تعدیل می‌نماید (کیم، سندلر و تین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). اگرچه بررسی منبع کنترل در بیماری‌های مزمن کودکان، نتایج پیچیده را به دست آورده است و تعداد کمی از اطلاعات به صورت خاص به آزمایش ارتباط منبع کنترل سلامت و افسردگی در بیماری‌های مزمن کودکان پرداخته است. کودکانی که از بیماری مزمن رنج می‌برند، گرایش به نسبت دادن کنترل سلامتی شان به شانس و تأثیرات قدرتمند بیرونی دارند (پرین و شاپایرو<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵). در بررسی مروری که پارک و گافی<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) بر روی ۳۰ مطالعه و در زمینه ی سازگاری و مقابله کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان انجام دادند، نتایج حاکی از این بود که موضع کنترل درونی تغییرات رفتاری مثبت را تسهیل می‌کند. در بررسی ۱۳۸ کودک نجات یافته از سرطان (هشت الی ۱۶ ساله)، آنهایی که دارای عوارض تأخیری شدیدی بودند به میزان بیشتری نسبت به گروهی که عوارض تأخیری کمتری را تجربه می‌کردند، بیشتر علایم افسردگی را بروز می‌دادند و منبع کنترل بیرونی داشتند (بورک و الیوت<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹). وایز و همکارانش بیان می‌کنند کودکانی که منبع کنترل‌های ناشناخته (مانند ندانستن این که چرا حوادث اتفاق می‌افتد) دارند، گرایش به داشتن نمرات افسردگی بالاتری را نشان

1- Graci

2- Kim, Sandler & Tein

3- Perrin & Shapiro

4- Park & Gaffey

5- Burke & Elliott

می دهند (وایز، استونز و کاری<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹).

برای نوجوانان مبتلا به بیماری های مزمنی مانند سرطان، ادراک شدت بیماری یک شاخص مهم در بهزیستی روانشناختی<sup>۲</sup> آنها به حساب می آید؛ به صورتی که افسردگی با ادراک گسترده تر نوجوان از شدت بیماریش ارتباط دارد (اسلئونگ و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). حاسین و همکارانش، در بیان نتایج پژوهش خود اشاره می کنند که افزایش یافتن نمرات افسردگی با پیامدهای ادراک شده ی سخت تر و کنترل کمتر بر بیماری، ارتباط دارد. در بررسی آنها ادراک بیماری منفی به صورت آشکاری با گزارش هایی از علایم خلقی، مرتبط بود. همچنین افزایش نمرهی اضطراب و افسردگی با افزایش در علایم گزارش شده، پیامدهای ادراک شده ی سخت تر و کنترل کمتر بر بیماریشان، رابطه داشت (حسین و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در پژوهشی دیگری که روی مبتلایان به سرطان و با هدف بررسی تأثیرات روانشناختی ادراک بیماری در آنها صورت گرفته بود: هیجانان ادراک شده، اسنادهای روانشناختی و هویت بیماری، بهترین پیشبینی ها برای بروز افسردگی بیان شدند (گیانوسی و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). از دیگر مؤلفه های ادراک بیماری، شناخت نسبت به بیماریست که فرد بدان مبتلاست و میزان آن با شدت بیماری ادراک شده، رابطه ی معکوس دارد. از دیدگاه روانشناختی، داشتن اطلاعات می تواند سازگاری با عارضه ی پزشکی و درمان را (از طریق کاهش اضطراب و در برخی موارد افزایش ادراک کنترل)، افزایش دهد. در مطالعه ای که روی ۵۶ کودک هشت الی ۱۶ ساله ی مبتلا به سرطان و والدین آنها صورت گرفت، نتایج پرسشنامه های خود گزارنده ی کودکان راجع به افسردگی، نشانگر آن بود که کودکانی که اطلاعات

1- Weisz, Stevens & Curry

2- psychosocial well-being

3- Ssleung, etal

4- Husain, etal

5- Giannousi, etal

مبسوطی در مورد تشخیص و پیش آگهی در مراحل اولیه بیماری دریافت می کردند، به صورت معناداری افسردگی کمتری نشان می دادند (کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۴). طبق این یافته اینگونه می توان استنباط نمود که ادراک بیماری خفیف تر به واسطه ی دانش بیشتر از بیماری خود در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، با کاهش میزان افسردگی در آنان مرتبط است. از طرف دیگر مدل خودتنظیمی<sup>۱</sup> پیشنهاد می کند که باورهای مرتبط با بیماری یک فرد، راهبردهای مقابله ای وی را هدایت خواهند کرد. این مدل فرض می کند که باورها در مورد هویت بیماری<sup>۲</sup>، پیامدهای ادراک شده بیماری، دلایل احتمالی بیماری، مدت طول کشیدن احتمالی بیماری و توانایی کنترل و معالجه، باورهای هدایت کننده ی پاسخ ها به بیماری هستند (حسین و همکاران، ۲۰۰۸). همانطور که پیشتر نیز ذکر شد، استفاده از راهبردهای مقابله ای خاص با بروز افسردگی در مبتلایان به بیماریهای مزمن و سرطان، ارتباط دارد. از این رو به صورت غیرمستقیم و به واسطه ی راهبردهای مقابله ای، باورهای مرتبط با بیماری می توانند بر بروز افسردگی در مبتلایان به سرطان نقش داشته باشند.

در مجموع، پژوهش ها نشان می دهند که به هنگام بروز سرطان در نوجوانان، عوامل شناختی مانند ادراکات، باورها و اعتقادات نوجوان در ارتباط با سلامتی و بیماری او، از نقش به سزایی در بروز افسردگی در نوجوانان برخوردار است. با عنایت به آنچه گذشت و از سویی دیگر با توجه به اهمیت نقش افسردگی در فرایند درمان، پیشرفت بیماری و حتی مرگ و میر ناشی از سرطان و نیز فقدان اینگونه پژوهش ها در زمینه ی فرهنگی ایران، در پژوهش حاضر به بررسی نقش چندی از متغیرهای شناختی در افسردگی نوجوانان مبتلا به سرطان، پرداخته شده است.

1- self-regulation model  
2- identity of the illness

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش این تحقیق از نوع همبستگی می باشد و جامعه ی آماری آن شامل کلیه نوجوانان ۱۲ الی ۱۸ ساله ی مبتلا به سرطان است که از اردیبهشت تا شهریور ۱۳۸۹، به بیمارستانها و مراکز مربوط به درمان سرطان شهرهای تهران، اصفهان و شیراز ارجاع شده بودند. با مراجع به این مکانها و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۱۷۴ نوجوان مبتلا به سرطان انتخاب شدند و پس از جلب رضایت آنها برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه ها توسط آنان تکمیل گشت. پس از جمع آوری داده ها، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آماری توصیفی، همبستگی و تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه ی افسردگی بک- ویژه ی مراقبت های اولیه<sup>۱</sup> (CP-IDB): این پرسشنامه توسط بک و همکاران با حذف آیتم های جسمی از پرسشنامه اصلی، به منظور استفاده در مراکز پزشکی به عنوان ابزار غربالگری ساخته شده است. این مقیاس، یک ابزار غربالگری افسردگی در بیماران طبی است که به منظور به حداقل رساندن احتمال برآوردهای کاذب از افسردگی در بین بیماران جسمی طراحی گشته است. مطالعات قبلی نشان گر برتری توان این ابزار نسبت به مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستان می باشد (منیرپور، ۸۸۳۱). واینتر و همکارانش پایای درونی بالا و ضریب آلفای کرونباخی برابر ۰/۸۸ را برای این پرسشنامه گزارش نموده اند (وینتر و همکاران<sup>۲</sup>، ۹۹۹۱). آلفای کرونباخ به عنوان همسانی درونی این مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۸۸، ضریب پایایی

1- Beck Depression Inventory for Primary Care

2- Winter, etal



آزمون- باز آزمون در فاصله سه هفته ۰/۴۷ و اعتبار سازه این مقیاس در مقایسه با خرده مقیاس افسردگی نسخه ی ایرانی مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان، ۰/۴۸ گزارش شده است (منیرپور، ۸۳۱). پرسشنامه افسردگی بک ویژه مراقبت های اولیه، هفت آیتم دارد که هر کدام بیانگر علامتی از افسردگی می باشد. آیتم ها شامل علایم احساس غمگینی، ناامیدی، احساس شکست در گذشته، از دست دادن توان لذت بردن، بیزاری از خود، سرزنش خویش و افکار و تمایل به خودکشی می باشند. در حقیقت آیتم های این مقیاس با معیارهای چهارمین ویراست آماری و تشخیصی بیماری های روانی (VI-MSD) برای تشخیص افسردگی بالینی انطباق دارند.

پرسشنامه ادراک از بیماری<sup>۱</sup> (فرم کوتاه): این پرسشنامه آزمونی نه آیتمی و نسخه ی خلاصه شده مقیاس ادراک بیماری است که تمام ابعاد شناختی مطرح در نظریه ی خودتنظیم گری را پوشش می دهد. با استفاده از این ابزار می توان شاخصی از ادراک بیمار در ارتباط با شدت بیماری به دست آورد. باقریان و همکاران (۶۸۳۱) کیفیات روانسنجی این آزمون را روی نمونه ی ایرانی به طور جداگانه مورد مطالعه قرار دادند. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در یک مطالعه ۰/۴۸، در مطالعه ای دیگر ۰/۲۷ و ضریب پایایی برای بازآزمایی آن به فاصله سه هفته، ۰/۸۶ بوده است. همچنین برای بررسی اعتبار سازه خرده مقیاس ها، این آزمون با نسخه ایرانی پرسشنامه اصلاح شده ادراک بیماری، مقایسه شد؛ ضریب همبستگی بین این دو مقیاس ۰/۱۷ به دست آورده شد (منیرپور، ۸۳۱).

پرسشنامه ی راهبردهای مقابله ای برای موقعیت های استرس زا<sup>۲</sup> (CISS-21): این مقیاس توسط اندلر و پارکر<sup>۳</sup> (۹۹۹۱) برای ارزیابی راهبردهای مقابله ای افراد در موقعیت های استرس زا نظیر مواجهه با بیماری های مزمن ساخته شده است.

1- Illness Perception Questionnaire

2- Coping Inventory for Stressful Situations

3- Endler & Parker

CISS-21 سه راهبرد مقابله ای را مورد ارزیابی قرار می دهد: راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار و راهبرد اجتناب. CISS-21 یک پرسشنامه ۱۲ سؤالی و دارای سه خرده مقیاس است که هر خرده مقیاس هفت آیتم را به خود اختصاص داده است. برای این پرسشنامه در نمونه ی ایرانی، ضریب پایایی به میزان ۰/۰۷، گزارش شده است (منیرپور، ۸۸۳۱). در مطالعه ای روی نمونه ی پژوهشی نوجوانان و جوانان، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، بین ۰/۹۷ تا ۰/۶۸ به دست آمد و همچنین نتایج، شواهدی برای تأیید مدل سه عاملی (مقیاس های مقابله ای تکلیف مدار، هیجان مدار و اجتناب)، بود (کالسبیک و همکاران<sup>۱</sup>، ۶۰۰۲).

منبع کنترل سلامت- فرم<sup>۲</sup> C (C-CLHM): منبع کنترل سلامت فرم C، پرسشنامه ای خودگزارش دهی است که به منظور ارزیابی باورهای منبع کنترل در ارتباط با هر شرایط پزشکی یا مرتبط با سلامت، مفید است. C-CLHM برای چهار زیر مجموعه، نمرات را محاسبه می کند: اول، منبع کنترل سلامت درونی که گرایش فرد را برای این باور که پیامدهای سلامتی اساساً از رفتار همان فرد منتج می شود، اندازه گیری می نماید. دوم، منبع کنترل سلامت شانس که گستره ی باورهای یک فرد به این که سلامتی یا بیماری، موضوعی مرتبط با سرنوشت یا شانس است را اندازه گیری می نماید. سوم، منبع کنترل سلامت پزشکان که باورهای فرد نسبت به درجه ی کنترلی که پزشکان روی موقعیت به خصوص پیامدها دارند، محاسبه می کند. چهارم، منبع کنترل سلامت افراد دیگر که میزان انتظارات فرد که دیگران قدرتمند، مانند بستگان یا دوستان ممکن است در پیامدهای شرایط سلامتی او، مشارکت داشته باشند را اندازه گیری می کند. پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش آبیالی و همکاران، در مولفه های درونی برابر ۰/۸۶،

1- Calsbeek, etal

2- Multidimensional Health Locus of Control Scaleform C

شانس ۰/۴۷، دیگران ۰/۰۵ و پزشکان ۰/۵۵ بوده است (آبیالی و همکاران<sup>۱</sup>، ۸۰۰۲).

جدول ۱- ضرایب همبستگی بین مؤلفه های راهبردهای مقابله و افسردگی در نوجوان

مسئله مدار	هیجان مدار	اجتناب	افسردگی نوجوان	
			۱	افسردگی نوجوان
		۱	** -۰/۲۰۵	اجتناب
	۱	* -۰/۱۵	** ۰/۶۵۲	هیجان مدار
۱	-۰/۰۳۲	** ۰/۲۰۸	** -۰/۱۹۷	مسئله مدار

رابطه ی بین ادراک از بیماری نوجوان با افسردگی وی، توسط ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می شود بین افسردگی نوجوان با ادراک بیماری وی، همبستگیای حدود ۰/۶۱ با معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد.

جدول ۲- ضریب همبستگی بین ادراک بیماری و افسردگی در نوجوان

افسردگی نوجوان	ادراک بیماری	
	۱	ادراک بیماری
۱	** ۰/۶۰۸	افسردگی نوجوان

رابطه ی بین منبع کنترل سلامت نوجوان با افسردگی وی، توسط ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۳، نتایج این آزمون نشان داده شده است.

1- Ubbiali, etal

جدول ۳- ضرایب همبستگی میان مؤلفه های منبع کنترل سلامت و افسردگی نوجوان

افراد دیگر	پزشکان	شانس	درونی	افسردگی نوجوان	
				۱	افسردگی نوجوان
			۱	-۰/۰۶۸	درونی
		۱	۰/۱۲۲	**۰/۲۲۳	شانس
	۱	۰/۱۲	**۰/۳۱۵	۰/۰۵	پزشکان
۱	**۰/۴۴	**۰/۳	**۰/۲۵۱	-۰/۰۶۴	افراد دیگر

طبق جدول ۳ از میان مؤلفه های منبع کنترل سلامت درونی، شانس، پزشکان و افراد دیگر، تنها منبع کنترل سلامت شانس با متغیر ملاک همبستگی معنادار دارد که این همبستگی مثبت می باشد. به عبارت دیگر هرچه میزان کنترل سلامت شانس در نوجوان بیشتر باشد، مقدار افسردگی بالاتری نیز خواهد داشت.

متغیرهای راهبرد مقابله ی هیجان مدار، راهبرد مقابله ی مسئله مدار، راهبرد مقابله ی اجتناب، ادراک از بیماری و منبع کنترل سلامت شانس که بیشتر معنادار بودن همبستگی آنها با افسردگی نوجوان به دست آمده بود، وارد مدل رگرسیون شدند. جدول ۴ خلاصه ی تحلیل مدل رگرسیون پیش رونده برای متغیرهای پیشین افسردگی نوجوان مبتلا به سرطان را، نشان می دهد. همانطور که مشاهده می گردد، مقادیر F در تمامی مراحل معنادار است و متغیرهای مقابله ی هیجان مدار، مقابله ی مسأله مدار و ادراک بیماری قادر به تبیین ۵۰ درصد از واریانس افسردگی نوجوان مبتلا به سرطان، می باشند.

جدول ۴- خلاصه مدل رگرسیون برای متغیرهای پیشین راهبردهای مقابله ای، ادراک منفی از بیماری و منبع کنترل سلامت نوجوانان و متغیر ملاک افسردگی نوجوان

سطح معناداری	F	R2 تنظیم شده	R2	مدل
۰/۰۰۰	۱۲۷/۱۷	۰/۴۲	۰/۴۲	۱
۰/۰۰۰	۸۳/۱۳	۰/۴۹	۰/۴۹	۲
۰/۰۰۰	۵۸/۳۷	۰/۵۰	۰/۵۱	۳

۱. متغیرهای پیشین: مقابله ی هیجان مدار

۲. متغیرهای پیشین: مقابله ی هیجان مدار، ادراک بیماری

۳. متغیرهای پیشین: مقابله ی هیجان مدار، ادراک بیماری، مقابله ی مسأله مدار

جدول ۵ به ترتیب ضرایب  $B$ ،  $\beta$ ، خطای استاندارد،  $t$  و معناداری را برای متغیرهای مستقل رگرسیون پیشرونده را نشان می دهد. بر طبق این جدول، متغیر راهبرد مقابله ی هیجان مدار بیشترین قدرت را در پیش بینی افسردگی نوجوان مبتلا به سرطان دارد. پس از آن، متغیر ادراک بیماری نوجوان از قدرت پیش بینی بالاتر متغیر ملاک مذکور برخوردار است. نهایتاً و در مرحله ی سوم، راهبرد مقابله ی مسأله مدار نوجوان، دارای توانایی پیش بینی افسردگی نوجوان می باشد.

جدول ۵- ضرایب B،  $\beta$ ، خطای استاندارد و t برای متغیرهای پیش بینی کننده ی افسردگی نوجوان

مدل	متغیرهای پیش بینی کننده	B	.S. E	$\beta$	t	سطح معناداری
۱	مقابله ی هیجان مدار	۰/۴۸	۰/۰۴	۰/۶۵	۱۱/۲۸	۰/۰۰۰
۲	مقابله ی هیجان مدار ادراک بیماری	۰/۳۳	۰/۰۵	۰/۴۵	۶/۴۴	۰/۰۰۰
		۰/۱۱	۰/۰۲	۰/۳۳	۴/۷۹	۰/۰۰۰
۳	مقابله ی هیجان مدار ادراک بیماری مقابله ی مسأله مدار	۰/۳۴	۰/۰۵	۰/۴۶	۶/۷۳	۰/۰۰۰
		۰/۱۰	۰/۰۲	۰/۳۰	۴/۲۱	۰/۰۰۰
		-۰/۱۱	۰/۰۵	-۰/۱۲	-۲/۲۳	۰/۰۲۷

متغیر ملاک: افسردگی نوجوان

### بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین راهبردهای مقابله ای مسئله مدار و اجتناب با افسردگی رابطه ی همبستگی منفی و میان راهبرد مقابله ای هیجان مدار با افسردگی همبستگی مثبت وجود دارد. به عبارت دیگر اگر راهبرد غالب مقابله ی نوجوان با رویدادهای استرس زا هیجان مدار باشد، احتمال تجربه ی افسردگی در هنگام ابتلا به سرطان برای وی افزایش می یابد و در صورتی که راهبرد غالب مقابله ای وی مسئله مدار یا اجتناب باشد، احتمال بروز افسردگی در نوجوان کمتر خواهد بود. فولکمن و لازاروس بیان می کنند که در رویارویی با محرکی تنش زا اگر افراد محرک را قابل کنترل بدانند، بیشتر از مقابله ی مسئله مدار استفاده می کنند و در غیر این صورت به مقابله ی هیجان مدار روی می آورند (حاجبی، پیروی و پناغی، ۱۳۸۵). سرطان و بروز آن با توجه به ناشناخته بودن علل بروز و عدم اطمینان از معالجه ی کامل آن، برای بیشتر افراد به عنوان یک محرک تنشزای غیرقابل کنترل ارزیابی می شود ولی طبق یافته های پژوهش حاضر گروهی از نوجوانان مبتلا به سرطان وجود دارند

که در رویارویی با بیماری خود و مسائل مرتبط با آن، اغلب از رویکرد مسئله مدار استفاده می نمایند؛ یعنی آنها سرطان را به عنوان محرک تنش زای قابل کنترل قلمداد می کنند و همچنین میزان افسردگی کمتری را از خود بروز می دهند. در اینجا راهبرد مقابله ای مسئله مدار می تواند عامل واسطه ای برای منبع کنترل درونی باشد و در بررسی های پیشین منبع کنترل درونی به عنوان پیش بینی کننده ی سازگاری بهتر با بیماری (میجر و همکاران، ۲۰۰۲)، مطرح شده است. بنابر این همبستگی میان استفاده از راهبردهای مقابله ای مسئله مدار در نوجوانان مبتلا به سرطان، با سازگاری بهتر یا همان میزان افسردگی کمتر، می تواند تبیین شود. مشخصه ی راهبرد مقابله ای هیجان مدار، رفتارها و احساساتی مانند آشفتگی، اضطراب، خود سرزنشگری به خاطر مبتلا شدن به بیماری، تمرکز روی نقاط ضعف و بیکیفایتی های فردی، است. زمانی که نوجوان مبتلا به سرطان در استفاده از راهبردهای هیجان مدار، اصرار می ورزد، تمامی توجه و انرژی خود را معطوف به افکار و احساساتی می نماید که برای سازگاری با بیماری خود و تقاضاهای مرتبط با آن (مانند انجام فرایندهای درمانی) سودمند نیست؛ بر عکس شرایط را برای بروز مشکلات و اختلالات روانی مثل افسردگی فراهم میسازد. در مورد همبستگی مثبت میان راهبرد مقابله ای هیجان مدار و افسردگی در نوجوانان مبتلا به سرطان، یافته ها همسو با مطالعات حاجبی و همکاران (۱۳۸۵) و پیکو (۲۰۰۱) است که بیان می دارند بیماری های استرس مداری چون اضطراب و افسردگی، بیشتر در کسانی مشاهده می گردد که پیوسته از راهبرد مقابله ای هیجانی استفاده می کنند. میجر و همکاران (۲۰۰۲) در یافته های پژوهش خود بیان می دارند که سبک مقابله ای اجتنابی و نگرش های افسرده وار، خطر افسردگی و اضطراب را در کودکان مبتلا به سرطان پیش بینی می نماید که با یافته های پژوهش حاضر مبنی بر این که راهبرد مقابله ای اجتناب با میزان بروز افسردگی همبستگی معکوس دارد،

همخوان نیست. تبیینی که می توان برای این ناهماهنگی بین یافته های پژوهشی ارائه کرد این است که نمونه ی مورد بررسی در این پژوهش، گروه سنی نوجوانان بودند در صورتی که در بررسی میجر و همکارانش آزمودنی ها در گروه سنی کودک قرار داشتند و مسلماً راهبرد اجتناب و نوع رفتارهای ناشی از آن در این دو گروه، بسیار متفاوت خواهد بود. کودکانی با دامنه ی سنی پایین تر، امکانات محدودتر شناختی و اجرایی دارند و به والدین خودشان بسیار وابسته هستند که اینها باعث بروز رفتارهای اجتنابی مثل گوشه گیری، انزواطلبی، قشقرق به راه انداختن در هنگام انجام فرایند درمانی، امتناع از خوردن غذا و دارو و . . . می گردد. اما نوجوان سطح توانایی های شناختی بالاتری دارد، تفکر انتزاعی در وی شکل گرفته و از میزان استقلال عمل بیشتری برخوردار است، راهبرد مقابله ای اجتناب به وی کمک می نماید تا با پرهیز از تمرکز نمودن روی بیماری و سرمایه گذاری بر بخشهای دیگر زندگی خود (مانند روابط با همسالان، کسب مهارتها، دنبال کردن علایق شخصی، . . .) از بروز علایم افسردگی پیشگیری نماید.

نتایج تحلیل همبستگی بین ادراک منفی از بیماری در نوجوانان مبتلا به سرطان با افسردگی آنان، وجود رابطه مثبتی و معناداری را میان این دو متغیر نشان داد. ادراک بیماری شامل باورهای فرد در زمینه های تأثیراتی که بیماری بر زندگی و روحیه ی فرد دارد، مدت ادامه یافتن بیماری، درمان پذیری و کنترل روی بیماری، تجربه علائم بیماری، نگرانی و شناخت در ارتباط با بیماری، می گردد. هرچه میزان ادراک شدت بیماری از طرف بیمار بیشتر باشد، به تبع آن پیامدها سخت تر و کنترل کمتری بر بیماری، ادراک می شود و علایم افسردگی نیز افزایش خواهد یافت. ادراک بیماری خفیف تر به واسطه ی داشتن اطلاعات بیشتر از بیماری خود در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، با کاهش میزان افسردگی در آنان مرتبط است (کراتوچویل و موریس،





مبتلا به سرطان نشان نمی دهند شاید بتوان اینگونه بیان کرد که منبع کنترل سلامت شانس علاوه بر بیرونی بودن، غیرقابل کنترل و پیش بینی است در صورتی که منبع کنترل سلامت پزشکان و دیگران مهم با وجود بیرونی بودن (خارج بودن از حیطه ی کنترل فردی) اما تا حدود زیادی نسبت به شانس قابلیت کنترل و پیش بینی را دارد. برای مثال فرد می تواند از طریق انتخاب پزشک خود یا کمک گرفتن از افراد خاص، دستورزی در این دو منبع کنترل سلامت داشته باشد ولی وقتی تصور بر این است که علل امری مربوط به تقدیر یا سرنوشت است، موضع کنترل کاملاً بیرونی به شمار می آید.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای مقابله ی هیجان مدار، مقابله ی مسأله مدار و ادراک بیماری نوجوانان مبتلا به سرطان در یک مدل ترکیبی، قادر به تبیین ۵۰ درصد از واریانس افسردگی نوجوان مبتلا به سرطان، می باشند. بر طبق این نتایج، راهبرد مقابله ی هیجان مدار بیشترین قدرت را در پیش بینی افسردگی نوجوان مبتلا به سرطان دارد. پس از آن، متغیر ادراک بیماری و در مرحله ی سوم، راهبرد مقابله ی مسأله مدار نوجوان، دارای توانایی پیش بینی افسردگی نوجوان می باشد. با توجه به این مطلب می توان نتیجه گیری نمود که برای نوجوانان مبتلا به سرطان در رویارویی با بیماری سرطان که رخدادی بسیار استرس زا و چالش انگیز به حساب می آید عوامل شناختی مانند راهبردهای مقابله ای و ادراک از بیماری نقش بسیار اساسی و کلیدی در بروز افسردگی و احتمالاً دیگر مشکلات روانشناختی، بازی مینماید. می توان به صورت خلاصه بیان کرد که راهبرد مقابله یای نوجوان مبتلا به سرطان (هیجان مدار یا مسئله مدار) در کنار ادراکی که نوجوان از بیماری دارد، عوامل شناختی در نوجوان هستند که از قدرت تبیین افسردگی در وی برخوردارند.

در پایان، با توجه به یافته های حاصل توصیه می شود به منظور شناسایی نوجوانان

مبتلا به سرطان در معرض خطر افسردگی از مدل پیشنهاد شده در این پژوهش در کنار سایر روش های تشخیصی و درمانی اولیه، استفاده گردد تا امکان مداخلات پیشگیرانه و درمانی زود هنگام برای آنان، به وجود بیاید. همچنین برای درمان افسردگی نوجوانان، به کار بستن روش های شناختی- رفتاری و آموزش مهارت های مقابله ای مؤثر، می تواند مفید باشند. همچنین نمونه ها از نظر نوع بیماری و شدت بیماری و اینکه بیمار در چه فازی از درمان بوده است به تفکیک اعلام نشده است که این از محدودیت های تحقیق می باشد.



Archive of SID

### منابع

- ۱- کراتوچویل، آر. ، جی، موریس، توماس آر. (۱۳۸۴). روانشناسی بالینی کودک (روش های درمانگری). ترجمه: رضا نائینیان و همکاران، تهران، انتشارات رشد.
- ۲- حاجبی، ا. ، پیروی، ح. و پناغی، ل. (۱۳۸۵). بررسی شیوه های مقابله ای و رابطه آن با سلامت روان در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران سال ۸۵-۸۴. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه علم و صنعت، ۵۲-۵۷.
- ۳- مسعودنیا، ا. (۱۳۸۷). ادراک بیماری و تاخیر در کمک جویی در زنان با علایم سرطان پستان: ارزیابی الگوی خودگردانی. مجله ی علوم رفتاری، ۳، ۲۸۲-۲۷۱.
- ۴- ملکیان، آ. ، علیزاده، ا. ، و احمدزاده، غ. ح. (۱۳۸۶). افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، (۲)، ۱۱۹-۱۱۵.
- ۵- منیرپور، ن. (۱۳۸۸). بررسی مدل های ساختاری برای تبیین افسردگی و اضطراب در مبتلایان به بیماری های عروق کرونر قلب تحت مداخلات CABG و PCI. پایان نامه دکتری چاپ نشده، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران.
- 6- Bowers, L. , &Boyle, D. A. (2003). Depressed patients with advanced cancer. *Clinical Journal of OncolNurs*, 7(3), 281-288.
- 7- Bryant, R. A. , & Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicleaccidents. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 33, 631-635.
- 8- Burke, P. , & Elliott, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: A diathesis-stress model. *Journal of Psychosomatics*, 40, 5-17.



15- Kim, L. S. , Sandler, I. N. , &Tein, J. Y. (1997). Locus of control as a stress moderator and mediator in children of divorce. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 145-155.

16- Matziou, V. , Perdikaris, P. , Galanis, P. , Dousis, E. , &Tzoumakas, K. (2008). Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *Journal of International Nursing Review*, 55, 314–319.

17- Meijer, S. A. , Sinnema, G. , Bijstra, J. O. , Mellenbergh, G. J. , &Wolters, W. G. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Journal of Social Science a Medicine*, 54, 1453–1461.

18- Nordin, K. , Berglund, G. , Glimelius, B. , &Sjoden, P. O. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: A clinical model. *Eur Journal of Cancer*, 37(3), 376- 384.

19- Pakenham, K. (2004). Coping with multiple sclerosis: Development of a measure. *Journal of Psychology, Health, and Medicine*, 6, 411-428.

20- Park, L. , &Gaffey, A. E. (2007). Relationships between psychosocial factors and health behavior change in cancer survivors: an integrative review. *Journal of Annals of Behavioral Medicine: a Publication of the Society of Behavioral Medicine (Ann Behav Med)*, 34(2), 115-134.

21- Perrin, E. , & Shapiro, E. (1985). Healthy locus of control beliefs of healthy children, children with a chronic physical illness, and their mothers. *Journal of Pediatric*, 107, 627- 633.

22- Piko, O. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Journal of Psychological Record*, 51, 223-236.

23- Pirl, W. F. , Siegel, G. L. , Goode, M. J. , & Smith, M. R. (2002). Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Journal of Psychooncology*, 11(6), 518- 523.

24- Spiegel, D. , & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Journal of Biol Psychiatry*, 54, 269–282.

25- Ssleung, S. S. , Steinbeck, K. S. , Morris, S. L. , Kohn, M. R. , Towns, S. J. , & Bennett, D. L. (1997). Chronic illness perception in adolescence: Implications for the doctor-patient relationship. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 33(2), 107-112.

26- Ubbiali, A. , Donati, D. , Chiorri, C. , Bregani, V. , Cattaneo, E. , Maffei, C. , & Visintini, R. (2008). The usefulness of the multidimensional health locus of control form C (MHLCC) for HIV-subjects: An italian study. *Journal of AIDS Care*, 20(4), 495-502.

27- Weisz, J. R. , Stevens, J. S. , & Curry, J. F. (1989). Control-related cognitions and depression among inpatient children and adolescents. *Journal of AmAcademic Child Adolescent Psychiatry*, 28, 358-363.

28- Winter, L. B. , Steer, R. A. , Jones-Hicks, L. , & Beck, A. T. (1999). Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Journal of Adolescent Health*, 24(6), 389-394.

29- Woodgate, R. L. (1999). A Review of the Literature on Resilience in the Adolescent With Cancer: Part II. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(2), 78-89.

30- Zebrack, B. J. , Gurney, J. G. , &Oeffinger, K. (2004). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood brain cancer: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(6), 999-1006.

31- Zebrack, B. J. , Zeltzer, L. K. , &Whitton, J. (2002). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood Leukemia, Hodgkin's disease, and Non-hodgkin's Lymphoma: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Pediatrics*, 110(1), 42-52.

Archive of SID

