

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۵ پاییز ۱۳۹۳

رابطه ذهن آگاهی، راهبردهای مقابله‌ای و استرس ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران سرطانی

ندا نژادحمیدی^۱

علیرضا مرادی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه میان راهبردهای مقابله‌ای، ذهن آگاهی و استرس ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران سرطانی بود. در این راستا، ۱۳۴ (۶۱ زن و ۷۳ مرد) بیمار سرطانی سرپایی و بستری در بیمارستان‌های شهر تبریز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل، پرسشنامه استرس ادراک شده (کوهن و دیگران، ۱۹۸۳)، پرسشنامه فرم کوتاه شده مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا، پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی بیماران سرطانی و پرسشنامه ذهن آگاهی، توجه، هوشیاری (براون و ریان، ۲۰۰۳) بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیرهای ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله مساله‌مدار و هیجان‌مدار قادرند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را پیش‌بینی کنند، در حالی که در مورد متغیر استرس ادراک شده مبتنی بر یافته‌ها، می‌توان بیان داشت، افراد ذهن آگاه، موقعیت‌های تهدیدآمیز زندگی را با استرس کمتری ارزیابی کرده و از راهبردهای سازگارانه‌تری در برخورد با شرایط استرس‌زا استفاده می‌کنند، به‌ویژه از راهبردهای اجتنابی کمتر استفاده می‌کنند. یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌کند که استفاده از روش‌های افزایش ذهن آگاهی و آموزش راهبردهای مقابله سازگارانه می‌تواند موجب ارتقاء ارزیابی مثبت از شرایط استرس‌زا و سرانجام افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی شود.

واژگان کلیدی: سرطان؛ راهبردهای مقابله‌ای؛ استرس ادراک شده؛ کیفیت زندگی؛ ذهن آگاهی

Email:neda.hamdy@gmail.com

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

۲- استاد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

مقدمه

سرطان یکی از علل اساسی، مرگ و میر و ناتوان‌کننده بشر در جهان است که از شیوع روزافزونی نیز برخوردار می‌باشد. از این رو حجم زیادی از تلاش‌های نهادهای بهداشتی و مراقبتی را به‌خود اختصاص می‌دهد (کوبرگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ نقل از طاوولی و همکاران، ۱۳۸۶).

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی انتظار می‌رود آمار ابتلای ۱۰ میلیون نفری سال ۲۰۰۰ به ۱۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد که ۶۰ درصد آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه‌یافته است (حیدری، سلحشوریان، رفیعی و حسینی، ۱۳۸۷). مدت‌ها، سرطان به‌عنوان بیماری توأم با درد، از دست دادن عملکرد و مرگ قریب‌الوقوع محسوب می‌شد، ولی امروزه با وجود امکانات و درمان‌های جدید، در بیش از نیمی از موارد، یک بیماری مزمن به‌حساب می‌آید (کمبل^۱، ۲۰۰۵). علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی و افزایش تعداد بیماران بهبود یافته، پی‌آمدهای روانشناختی بیماری سرطان قابل ملاحظه بوده به‌طوری که، نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب، احساس درماندگی و ترس‌های عمیق از موارد شایع در میان این افراد، حتی پس از درمان است (لی^۲، ۲۰۰۲).

افراد مختلف در برابر ابتلا به بیماری‌های مزمن، واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. این واکنش‌ها بر عوامل بسیاری نظیر نوع شخصیت، مهارت‌های سازگاری، حمایت‌های اجتماعی، ماهیت بیماری و پی‌آمدهای آن، آثاری که بیماری بر عملکرد روزانه آن‌ها بر جای می‌گذارد و میزان استرسی که فرد با آن روبرو می‌شود استوار است (سارافینو، ۲۰۰۲). از عمده‌ترین مسائلی که بیماران مزمن، به‌ویژه بیماران سرطانی با آن مواجه می‌شوند، استرس و اضطراب ناشی از روبرو شدن و کنار آمدن با بیماری می‌باشد. استرس از ارتباط بین فرد با محیطی که آن را تهدیدی برای سلامتی خود ادراک می‌کند ایجاد می‌شود. روش‌های مختلف مقابله با استرس نتایج متفاوتی در افراد در بر خواهد داشت (لازاروس و فولکمن^۳، ۱۹۸۴؛ نقل از ویتن و آستین^۴، ۲۰۰۸). بنابر این برای فردی

1- Kambel
3- Lazarus & Folkman

2- Lee
4- Vieten & Astin

که تحت شرایط استرس‌زا قرار دارد، ارزیابی سطح استرس و روش‌های مقابله با آن مهم است. استرس بالا، مداوم و طولانی مدت، می‌تواند منجر به ناسازگاری در فرد شود (کانگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). اگر استرس تجربه شده به‌وسیله بیمار به‌طرز مناسبی مدیریت نشود، تأثیر زیادی بر سلامتی وی خواهد داشت (کانگ، ۲۰۰۹). بنابراین آموزش مدیریت استرس به‌نحوی که بیمار بتواند به‌طور کارآمد با آن مقابله کند بسیار مهم می‌باشد.

یکی از پیامدهای ناخوشایند استرس در بیماران مزمن کیفیت زندگی نامطلوب این بیماران است. ارزیابی کیفیت زندگی یکی از موضوعات قابل بحث در تحقیقات بالینی می‌باشد. آگاهی در باره کیفیت زندگی بیماران به تیم بهداشتی کمک خواهد کرد تا مراقبت را در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان سوق دهند (هروی کریموی، پوردهقان، فقیه‌زاده و منتظری، ۱۳۸۴). در تحقیقی وون^۲ و همکاران (۲۰۱۱) کیفیت زندگی بیماران سرطانی را یک بار هنگام دریافت تشخیص بیماری و بار دیگر سه سال بعد از آن ارزیابی کردند. برای این منظور ۲۱۶ بیمار مبتلا (۸۳ زن و ۱۳۱ مرد) که به تازگی تشخیص سرطان دریافت کرده بودند پرسشنامه ۳۰ سوالی کیفیت زندگی بیماران سرطانی را اجرا کردند. سه سال بعد شرکت‌کنندگان (۱۲۶ بیمار "۵۲ زن و ۷۴ مرد" باقی مانده) بار دیگر پرسشنامه را اجرا کردند. نتایج تحقیق وون و همکارانش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران سه سال بعد از تشخیص بیماری به‌طور معناداری پایین‌تر از زمان تشخیص بود هر چند که در بعضی از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی مانند پذیرش نقش اجتماعی و عملکردهای اجتماعی بهبود نشان دادند.

چون استرس در نتیجه ارزیابی‌های شناختی فرد از موقعیت ایجاد می‌شود، بعضی از رویکردهای کنار آمدن با استرس، بر تعدیل الگوهای رفتاری و فکری افراد تأکید کرده‌اند (سارافینو، ۲۰۰۲). در این روش به فرد در بازسازی الگوی فکری کمک می‌شود. یکی از این روش‌ها مراقبه مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد. از طریق ذهن آگاهی بیمار از احساسات منفی نظیر اضطراب و استرس در بدن خود آگاهی پیدا کرده و افکار مرتبط با این آن‌ها را کشف می‌کند و یاد می‌گیرد که چگونه به‌وسیله خودگویی با این مشکلات

1- Kang

2- kwon

کنار بیاید (گرمر^۱، ۲۰۰۵). نتایج برخی پژوهش‌ها (برای مثال: کابات-زین^۲، ۲۰۰۵؛ گلدستین^۳، ۲۰۰۳) نشان می‌دهند که وقتی یک نفر بتواند افکار خود را بدون هیچ‌گونه قضاوتی و بدون عکس‌العمل نشان دادن نسبت به این افکار مشاهده کند، به یک حالت آسودگی و آرامش در وضعیت‌های ناخوشایند دست پیدا می‌کند. آرامش در وضعیت ناخوشایند خود منجر به کاهش استرس و ایجاد بهزیستی در فرد می‌شود. ذهن آگاهی نه تنها علائم روانشناختی و جسمی اضطراب را از طریق آرمیدگی بهبود می‌بخشد، بلکه با استفاده از یک دیدگاه جدید، با ایجاد تمرکز بر روی منبع استرس، کاهش اضطراب، بهبود مقاومت در مقابل استرس و افزایش مهارت‌های مقابله به فرد کمک می‌کند (تیزدل^۴، ۱۹۹۵؛ چو^۵، ۲۰۰۵). این فرایند مستلزم تمرکز بیمار بر استرس‌ها و اضطراب‌های خود می‌باشد. ذهن آگاهی به شخص کمک می‌کند تا نسبت به آنچه که در هر لحظه برایش اتفاق می‌افتد آگاه شود و واکنش مناسب‌تری به آن نشان دهد. با کمک ذهن آگاهی فرد به همه تجارب مثبت، منفی و خنثی اطراف آگاهی پیدا کرده و با کاهش رنج‌های خود بهزیستی روانشناختی را افزایش می‌دهد (گرمر، ۲۰۰۵). در تحقیقی فولی^۶ و همکاران (۲۰۱۰) تأثیر ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی را در زندگی بیماران سرطانی بررسی کردند. برای این منظور ۱۱۵ بیمار با تشخیص سرطان به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش هر هفته یک جلسه دو ساعته به مدت ۸ هفته تحت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی قرار گرفتند و یک بار بلافاصله بعد از اتمام دوره درمان و بار دیگر ۱۰ هفته پس از آن ارزیابی شدند. گروه گواه بدون دریافت درمان خاص همزمان با گروه آزمایش ارزیابی شدند. نتایج نشان داد که گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش میزان ذهن آگاهی (حجم اثر) ۰/۵۵، کاهش افسردگی (حجم اثر) ۰/۸۳، کاهش اضطراب (حجم اثر) ۰/۵۹، کاهش استرس ادراک شده (حجم اثر) ۰/۵۳ و همچنین افزایش کیفیت زندگی ۰/۳۰ (حجم اثر) نسبت به گروه گواه نشان دادند.

1- Germer
3- Goldstein
5- Choo

2- Kabat-Zinn
4- Teasdale
6- Foley

با توجه به مطالب مطرح شده و با توجه به اینکه هیچ کدام از تحقیقات ذکر شده عوامل مختلف اثر گذار بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی را به‌طور همزمان مورد بررسی قرار نداده‌اند، پژوهش حاضر قصد دارد رابطه متغیرهای ذهن آگاهی، راهبردهای مقابله‌ای و استرس ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران سرطانی را به‌طور همزمان بررسی کرده تا سهم هر یک از متغیرهای ذکر شده در پیش بینی کیفیت زندگی را تعیین کند. بدون تردید نتایج پژوهش‌هایی از این دست موجب می‌شود تا ضمن شناخت هر چه دقیق‌تر از عوامل موثر در بروز مشکلات روان‌شناختی این بیماران، راهکارهای مناسب به هدف کنترل و کاهش پی‌آمدهای روان‌شناختی سرطان را که به‌عنوان تروما عمل می‌کند را پیشنهاد کرد.

روش

جامعه آماری شامل کلیه بیماران سرطانی شهر تبریز بود. تعداد ۱۳۴ نفر (۶۱ نفر زن و ۷۳ نفر مرد) از بیماران سرپایی یا بستری بیمارستان‌های شهر تبریز با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از کسب اجازه از مسئولان ذیربط و جلب رضایت بیماران، توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش، و چگونگی اجرای پژوهش داده شد. هم‌چنین به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود. با توجه به اهداف پژوهش و ماهیت مسئله، پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های غیرآزمایشی و همبستگی است. ابزار پژوهش به‌عبارت است از:

پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS): زمانی به کار می‌آید که بخواهیم بدانیم موقعیت‌های زندگی یک فرد تا چه اندازه در نظر خویش استرس‌زا می‌باشد (کوهن^۲ و دیگران، ۲۰۰۵). مقیاس اصلی شامل ۱۴ سوال است. سوال‌های PSS درباره احساسات و افکاری طرح شده‌اند که فرد در طول ماه گذشته داشته است. سوال‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۳ برعکس نمره‌گذاری می‌شوند و مجموع آن‌ها با جمع نمرات سایر سوال‌های مقیاس به حساب می‌آید. بنابراین حداقل نمره استرس ادراک شده برابر ۱۴ و حداکثر آن ۷۰ می‌باشد. پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

1- Perceived Stress Scale

2- Cohen

۱- پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای با فشار روانی اندلر و پارکر (۱۹۹۰):^۱ این آزمون توسط اندلر و پارکر تهیه شده و توسط اکبرزاده (۱۳۷۶) در ایران هنجاریابی شده است. این پرسشنامه دارای فرم بزرگسالان و نوجوانان بوده و از ۲۱ ماده تشکیل شده است. هر سوال از ۵ مقیاس درجه‌بندی هرگز (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) تشکیل شده است. مطالعاتی که توسط اندلر و پارکر انجام شده است به ترتیب پایایی خرده‌مقیاس‌های مسئله‌مداری، هیجان‌مداری و اجتنابی را برای گروه دختران و پسران را ۰/۹۰ و ۰/۹۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۲، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ اعلام کرده‌اند. پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مسئله‌مداری، هیجان‌مداری و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی بیماران سرطانی QLQ-C36:^۲ سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان (۱۹۹۱) به منظور ارزشیابی اثرات بیماری و درمان بر زندگی روزمره مبتلایان به سرطان پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۳۶ سؤال فراهم نموده است. برای نمره‌گذاری سوالات QLQ-36 از نمره ۰ الی ۱۰۰ استفاده شده است. این نمره‌گذاری بر اساس معیار سنجش استاندارد مخصوص QLQ-36 به دست آمده است. سوالات سه گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۵۰، ۱۰۰)، سوالات پنج گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰) و سوالات شش گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰) در نظر گرفته شده است. در هر سوال نمره ۱۰۰ بهترین میزان کیفیت زندگی و صفر پایین‌ترین حد کیفیت زندگی را بیان می‌کند. داوودی (۱۳۸۱) برای اولین بار در ایران اعتبار علمی پرسشنامه کیفیت زندگی را از طریق محتوی کتب و مقالات به دست آورد. پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۳- پرسشنامه ذهن آگاهی، توجه، هوشیاری (MAAS): این پرسشنامه توسط براون و ریان (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری ذهن آگاهی یا توجه - آگاهی مبتنی بر زمان حال طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۵ ماده است و از ۶ مقیاس لیکرت تشکیل شده است (تقریباً همیشه=۱، تا تقریباً هیچ وقت=۶) البته سوال‌ها به صورت معکوس پرسیده شده و

1- Andler & Parcker

2- Quality of Life Questionnaires

بالاترین نمره نشان دهنده بیشترین میزان ذهن آگاهی است. مقیاس اصلی شامل ۱۵ سوال است نمره ذهن آگاهی از طریق مجموع نمره‌های آیتم‌ها به دست می‌آید. بنابراین حداقل نمره ذهن آگاهی برابر ۱۵ و حداکثر آن ۹۰ می‌باشد. این پرسشنامه برای اولین بار در کانادا و در سال ۲۰۰۴ توسط کارلسون و همکاران بر روی بیماران سرطانی اعتباریابی شد. نتایج تحقیق کارلسون نشان داد که پرسشنامه ذهن آگاهی اعتبار و روایی بالایی در بیماران سرطانی داراست. کارلسون نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار سازه‌ی بالایی در هر دو گروه داراست. همچنین روایی پرسشنامه نیز در حد بالایی قرار دارد ($\alpha = 0.87$). این پرسشنامه در ایران برای اولین بار توسط محقق مورد استفاده قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

در این پژوهش برای تعیین چگونگی ارتباط متغیرها از همبستگی پیرسون و برای تعیین سهم هر یک از مؤلفه‌ها در پیش‌بینی کیفیت زندگی از روش تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. همچنین نرم‌افزار SPSS 16.0 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ و ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه را نشان می‌دهد. دامنه سنی گروه مورد مطالعه در این پژوهش بین ۱۶ تا ۵۹ سال و میانگین سن افراد ۳۲/۱ سال است. این میانگین برای زنان ۳۱/۵ و برای مردان ۳۲/۸ می‌باشد.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است. حداکثر نمره پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶۰۰ است، با توجه به یافته‌های جدول ۳ مشخص می‌شود که میانگین کیفیت زندگی گروه مورد بررسی که برابر است با ۱۹۴۹، مقداری بالاتر از حد متوسط نمره نهایی کیفیت زندگی است. میانگین نمره ذهن آگاهی افراد نیز کمی بالاتر از نمره متوسط پرسشنامه ذهن آگاهی است. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که افراد گروه نمونه استرس بالاتر از متوسطی را تجربه می‌کنند. میانگین مقابله هیجان‌مدار نیز از میانگین سایر راهبردهای مقابله‌ای بالاتر است.

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	۷۳	۵۴/۵
مرد	۶۱	۴۵/۵
مجموع	۱۳۴	۱۰۰
تاهل	فراوانی	درصد
متاهل	۸۵	۶۳/۴
مجرد	۴۹	۳۶/۶
مجموع	۱۳۴	۱۰۰
تحت تکفل بودن	فراوانی	درصد
تحت تکفل	۹۱	۶۷/۹
مستقل	۳۷	۲۷/۶
بدون پاسخ	۶	۴/۵
مجموع	۱۳۴	۱۰۰
تحصیلات	فراوانی	درصد
بی سواد	۲۷	۱۶/۴
ابتدایی	۱۰	۷/۵
راهنمایی	۳۲	۲۳/۹
دبیرستان	۲۲	۱۶/۴
دانشگاهی	۴۸	۳۵/۸
مجموع	۱۳۴	۱۰۰
وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد
بیکار	۱۲	۹
کارمند	۱۴	۱۰/۴
گارگر	۱۸	۱۳/۴
شغل آزاد	۴۱	۳۰/۶
خانه دار	۳۲	۲۳/۹
سایر مشاغل	۱۴	۱۰/۴
بدون پاسخ	۳	۲/۲
مجموع	۱۳۴	۱۰۰

جدول (۲) توزیع سنی نمونه مورد مطالعه به تفکیک جنسیت

جمع (N=134)				مرد (N=61)				زن (N=73)			
SD	M	max	min	SD	M	max	min	SD	M	max	min
۱۰/۴	۳۲/۱	۵۹	۱۶	۱۰/۷۵	۳۲/۸	۵۹	۱۶	۱۰/۲	۳۱/۵	۵۴	۱۸

جدول (۳) یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	گروه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی		۱۲۷۵	۲۵۲۵	۱۹۴۸/۹	۲۹۳/۳
مقابله اجتنابی		۹	۲۵	۱۹/۵	۳/۶
مقابله مساله‌مدار		۱۴	۳۵	۲۱/۸	۵/۴
مقابله هیجان‌مدار		۱۳	۳۰	۲۲/۴	۴/۴
ذهن آگاهی		۳۲	۷۴	۵۱/۳	۱۰/۷
استرس ادراک شده		۳۳	۵۷	۴۳/۸	۵/۹

در ادامه نتایج آزمون t و تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌ها در چهار متغیر گزارش می‌شود.

نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و ذهن آگاهی مردان و زنان تفاوت معناداری بین دو گروه نشان نداد. برای مقایسه سبک‌های مقابله‌ای دو گروه از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده گردید. با توجه به اینکه همگنی ماتریس‌های کوواریانس از پیش فرض‌های اصلی تحلیل واریانس چند متغیری است، قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس از آزمون M باکس^۱ برای بررسی عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس و آزمون لون^۲ برای بررسی فرض برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته استفاده گردید.

نتایج نشان داد که فرض یکسانی ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرها در دو گروه مورد تأیید قرار می‌گیرد. آزمون لون فرض برابری واریانس گروه‌ها را نشان داد،

1- M Box Test of Equality of Covariance Matrices

2- Leven's Test of Equality of Error Variance

زیرا در همه این موارد نسبت‌های F مشاهده شده معنی‌دار نشد. بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار بوده و استفاده از مدل تحلیل واریانس چندمتغیری این داده‌ها بلامانع است. نتایج تحلیل واریانس نشان داد هیچ کدام از شاخص‌های آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه معنی‌دار نشده است. این یافته به این معناست که دو گروه در هیچ یک از زیرمقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای متفاوت نیستند

جهت بررسی رابطه بین متغیرها از شاخص‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد که نتایج در جدول ۴ گزارش می‌شود.

جدول (۴) ماتریس همبستگی کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای، ذهن آگاهی و استرس ادراک شده

ردیف	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	کیفیت زندگی	۱	۰/۲۶**	۰/۴۵**	-۰/۴۷**	۰/۶۵**	-۰/۲۵**
۲	مقابله اجتنابی	۱	۱	۰/۰۸	-۰/۴۱**	۰/۱۶	-۰/۵۳**
۳	مقابله مساله مدار	۱	۱	۱	-۰/۳۶**	۰/۳۸**	-۰/۱۵
۴	مقابله هیجان‌مدار	۱	۱	۱	۱	-۰/۶۰**	۰/۳۶**
۵	ذهن آگاهی	۱	۱	۱	۱	۱	-۰/۱۸*
۶	استرس ادراک شده	۱	۱	۱	۱	۱	۱

** معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ * معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

یافته‌های پژوهشی در این بخش حاکی از این است که بین نمرات کیفیت زندگی با راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و مساله‌مدار و ذهن آگاهی همبستگی مثبت معنی‌دار و با راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و استرس ادراک شده همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد.

راهبرد مقابله‌ای اجتنابی با استرس ادراک شده رابطه معکوس معنی‌دار دارد. راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار با ذهن آگاهی همبستگی مثبت معنادار دارد.

راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با ذهن‌آگاهی رابطه معکوس معنادار و با استرس ادراک‌شده رابطه مستقیم معنادار دارد.

ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی و راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار همبستگی مثبت معنی‌دار و با راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و استرس ادراک‌شده همبستگی منفی معنی‌دار دارد.

برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران از تحلیل‌های رگرسیون چندگانه با حضور مولفه‌های ذهن آگاهی، استرس ادراک‌شده، راهبردهای مقابله استفاده شد.

جدول (۵) تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی کیفیت زندگی توسط ذهن آگاهی، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله‌ای

گام	پیش‌بین	R	R ²	F	معنی‌داری F	B	Beta	t	معنی‌داری
۱	ذهن آگاهی	۰/۶۵	۰/۴۳	۹۸/۲۴	۰/۰۰۰	۱۷/۹۳	۰/۶۵	۹/۹	۰/۰۰۰
۲	ذهن آگاهی	۰/۶۹	۰/۴۷	۵۸/۴۸	۰/۰۰۰	۱۵/۵۱	۰/۵۷	۸/۲	۰/۰۰۰
	سبک مساله‌مدار					۱۲/۵۷	۰/۲۳	۳/۳	۰/۰۰۱
۳	ذهن آگاهی					۱۴/۸۸	۰/۵۴	۷/۹	۰/۰۰۰
	سبک مساله‌مدار	۰/۷۰	۰/۵۰	۴۲/۵۷	۰/۰۰۰	۱۲/۳۲	۰/۲۲	۳/۳	۰/۰۰۱
	سبک هیجان‌مدار					۱۲/۶	۰/۱۶	۲/۵	۰/۰۱

ضریب رگرسیون استاندارد نشده: B ضریب رگرسیون استاندارد شده: Beta

نتایج جدول نشان داد که از بین ۵ متغیر پیش‌بین (سه سبک مقابله‌ای + ذهن آگاهی + استرس ادراک‌شده) به ترتیب، سه متغیر ذهن آگاهی، سبک مساله‌مدار و سبک هیجان‌مدار وارد معادله رگرسیون شدند. ذهن آگاهی به تنهایی ۴۳٪ از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند، آزمون آماری F برای معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با ۹۸/۲۴ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. ذهن آگاهی و سبک مقابله‌ای مساله‌مدار با هم ۴۷٪ از واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند، آزمون آماری F برای معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با ۵۸/۴۸ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. به این ترتیب با کم کردن سهم خالص ذهن آگاهی در تبیین کیفیت زندگی مشخص

می‌شود که سبک مساله‌مدار ۴ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. ذهن‌آگاهی، سبک مقابله‌ای مساله‌مدار و سبک هیجان‌مدار در مجموع ۵۰٪ از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند، آزمون آماری F برای معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با ۴۲/۵۷ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. به این ترتیب مشخص می‌شود که سبک هیجان‌مدار به تنهایی ۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. بقیه متغیرها پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای کیفیت زندگی نبوده‌اند.

با توجه به عرض از مبدا به دست آمده برای گام آخر رگرسیون (۶۷۰/۷۳) و ضرایب پیش‌بینی غیراستاندارد می‌توان معادله پیش‌بینی متغیر ملاک را به شرح زیر گزارش کرد:

$$Y = a + b1.x1 + b2.x2 + b3.x3$$

(سبک اجتنابی) $12/6 \times$ + (سبک مساله‌مدار) $12/3 \times$ + (ذهن‌آگاهی) $14/9 \times$ + $670/73 =$ کیفیت زندگی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش ما حاکی از آن بود که ذهن‌آگاهی با راهبرد مقابله مساله‌مدار رابطه مثبت و با راهبرد مقابله هیجان‌مدار رابطه منفی دارد، ولی بین ذهن‌آگاهی و راهبرد مقابله اجتنابی رابطه معنی‌دار یافت نشد.

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش وین استین و براون^۱ (۲۰۰۹)، کانگ و همکاران (۲۰۰۹) هماهنگ بود.

همچنین ذهن‌آگاهی با استرس ادراک شده رابطه منفی معنی‌دار دارد.

نتایج با یافته‌های پژوهش وین استین و همکاران (۲۰۰۹)، آرش و کراسک^۲ (۲۰۰۶)، کرسول^۳ (۲۰۰۷)، و برودریک^۴ (۲۰۰۵) همسو بود.

1- Weinstein & Brown
3- Creswell

2- Arch & Craske
4- Broderick

ذهن آگاهی نه تنها به وسیله تسهیل ارزیابی مثبت باعث کاهش نتایج زیان بار ناشی از شرایط استرس‌زا می‌شود بلکه همچنین از طریق استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب باعث کاهش مشکلات مربوط به شرایط استرس‌زا می‌شود. سبک‌های مقابله‌ای شناختی بد عملکرد از قبیل فاجعه‌سازی ارتباط مستقیمی با بیماری‌های خلقی دارد (برودریک، ۲۰۰۵). اگرچه ارتباط آن هنوز به روشنی مشخص نیست ولی مشکلات هیجانی مربوط به استرس نیز در اثر استفاده از شیوه‌های مقابله نامناسب پایدارتر می‌شوند. در واقع ذهن آگاهی نوعی مکانیزم خودنظم‌جویی است که موجب ادراک غیرقضاوت‌مندانه فرآیند شناختی فرد شده و در نتیجه موجب رفتارهای سازگارانه فرد در زمان حال می‌شود (تیزدل و همکاران ۱۹۹۵). ذهن آگاهی احتمالاً باعث بهبود راهبردهای مقابله‌ای با استفاده از این مکانیزم می‌شود. یافته‌های این پژوهش با نتایج یافته‌های کارمودی و بائر^۱ (۲۰۰۸)، نیکلی چک^۲ و همکاران (۲۰۰۸)، جاکوب^۳ و همکاران (۲۰۰۸) هماهنگ بود.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که راهبرد مقابله اجتنابی با استرس ادراک شده رابطه منفی معنی‌دار و راهبرد مقابله هیجان‌مدار با استرس ادراک شده رابطه مثبت معنی‌دار دارد. نتایج با یافته‌های پژوهش وین استین و همکاران (۲۰۰۹) همسو بود. بر طبق مدل لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، فولکمن و لازاروس ۱۹۹۹، استرس ابتدا با یک ارزیابی اولیه از محرک‌ها شروع می‌شود که این محرک به‌طور ذاتی تهدیدکننده یا خطرناک می‌باشد زمانی که یک محرک به‌صورت چالش برانگیز، مضر و تهدیدکننده ارزیابی شد نظام فیزیولوژیک فعال شده و یک برداشت ذهنی فشارزا از موقعیت استرس صورت می‌گیرد. در نتیجه یک ارزیابی ثانویه بر طبق منابع فرد مقابله‌های وی و اینکه آیا آن‌ها برای برآوردن تقاضاهای فرد کافی هستند یا نه صورت می‌گیرد. اگر در طول این ارزیابی پیچیده فرد منابع کافی برای مقابله با موقعیت را نداشته باشد (به‌طور فردی، خانوادگی یا اجتماعی در این صورت فرد علائم جسمی، روانی، اجتماعی استرس را تجربه خواهد کرد).

1- Carmody & Baer
3- Jacob

2- Nyklicek

نتایج پژوهش نشان داد که استرس ادراک شده با کیفیت زندگی رابطه منفی معنی‌دار دارد.

استفاده از روش‌های سازگارانۀ رویارویی با استرس و ارزیابی‌های شناختی مناسب از شرایط استرس‌زا یکی از کلیدهای اساسی کیفیت زندگی و سلامت روان می‌باشد (گروس و مونز^۱، ۱۹۹۵؛ لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). شرایط استرس‌آمیز تأثیر مهمی در کاهش کیفیت زندگی افراد بازی می‌کند. فرد با نظم‌بخشی به هیجانات خود و از طریق توجه مثبت به حوادث می‌تواند مقابله‌های سازگارانۀ تری در برخورد با این شرایط اتخاذ کند. در واقع به‌نظر می‌رسد نظم‌بخشی به «توجه» یکی از مهم‌ترین روش‌های تعدیل پاسخ‌های هیجانی می‌باشد (گروس و مونز، ۱۹۹۵).

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره با استفاده از روش گام به گام نشان داد که از بین ۵ متغیر پیش‌بین (سه سبک مقابله‌ای + ذهن‌آگاهی + استرس ادراک‌شده) به ترتیب، سه متغیر ذهن‌آگاهی، سبک مساله‌مدار و سبک هیجان‌مدار وارد معادله رگرسیون شدند. ذهن‌آگاهی به تنهایی ۴۳٪ از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. ذهن‌آگاهی و سبک مقابله‌ای مساله‌مدار با هم ۴۷٪ از واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. به این ترتیب با کم کردن سهم خالص ذهن‌آگاهی در تبیین کیفیت زندگی مشخص می‌شود که سبک مساله‌مدار ۴ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. ذهن‌آگاهی، سبک مقابله‌ای مساله‌مدار و سبک هیجان‌مدار در مجموع ۵۰٪ از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند. به این ترتیب مشخص می‌شود که سبک هیجان‌مدار به تنهایی ۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. بقیه متغیرها پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای کیفیت زندگی نبوده‌اند.

ذهن آگاه فرد را از عادات رفتاری-شناختی ناسازگار رها می‌کند (براون وریان ۲۰۰۳؛ وارلا و همکاران، ۱۹۹۱). ذهن آگاهی همچنین از طریق از بین بردن طرحواره‌های افسردگی‌زا از قبیل درماندگی یا ناامیدی باعث کاهش عکس‌العمل‌های بد عملکرد در فرد

1- Gross & Munos

می‌شود. ذهن آگاهی احتمالاً به چند طریق باعث کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی می‌شود. اولاً، ذهن آگاهی احتمالاً به‌طور مستقیم با تأثیر بفرآیند ارزیابی نخستین و با کاهش میزان تهدیدآمیز بودن موقعیت، و به‌طور غیرمستقیم با کاهش فاجعه‌سازی، تأثیر می‌گذارد. دوماً ذهن آگاهی احتمالاً با تأثیر بر فرایند ارزیابی ثانویه به‌طور غیرمستقیم باعث کاهش فاجعه‌سازی می‌شود و بنابراین توانایی واقعی فرد را برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا برآورد می‌کند، و در نهایت ذهن آگاهی به‌طور مستقیم به وسیله ایجاد توانایی در فرد برای کاهش ادراک استرس‌زا در ارزیابی اولیه باعث ارزیابی مثبت می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۰۲/۱۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۸/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۰۴

References

منابع

- سارافینو، ادوارد پ. (۱۳۸۱). روانشناسی سلامت. ترجمه گروهی از مترجمان زیر نظر الهه میرزایی. تهران: رشد.
- حیدری، سعیده؛ سلحشوریان، آسیه؛ رفیعی، فروغ؛ حسینی، فاطمه؛ ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان. فصلنامه علمی-پژوهشی فیض، دوره دوازدهم، شماره ۲ تابستان ۱۳۸۷.
- هروی کریموی، مجیده؛ پوردهقان، مریم؛ فقیه‌زاده، سقراط؛ منتظری، علی؛ تأثیر برنامه مشاوره گروهی در مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی درمانی؛ بهبود، سال دهم، شماره اول، بهار ۱۳۸۵، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
- Arch, J.J. & Craske, M.G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1849-1858.
- Astin, C. Vieten, J.E. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy; *Arch Womens Ment Health*. 11: 67-74
- Batchelor, S. (1997). *Buddhism without beliefs: A contemporary guide to awakening*. New York: Riverhead Books.
- Broderick, C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 501-510.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (2005). *The Quality of American Life: Perceptions Evaluations, And Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Choo, S.H. (2005). The Effects of Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Stress Vulnerability and Stress Reactivity. *Unpublished master's dissertation*. Yeung Nam University, Daegu.
- Cohen, L.H., Gunthert, K.C., Butler, A.C., O'Neill, S.C., Tolpin, L.H. (2005). Daily affective reactivity as a prospective predictor of depressive symptoms. *Journal of Personality*. 73, 1687-1713.

-
- Compbel HS, Phaneuf MR, Deane K. (2005). Cancer peer support programs- do they work? *Patient Education*. 55(1): 3-15.
- Creswell, J.D., Way, B.M., Eisenberger, N.I. & Lieberman, M.D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69,560-565.
- Foley, Elizabeth; Baillie, Andrew; Huxter, Malcolm; Price, Melanie; Sinclair, Emma. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Individuals Whose Lives Have Been Affected by Cancer: A Randomized Controlled Trial (2010). *Cancer Institute NSW and Department of Psychology, Macquarie University, Sydney, New South Wales, Australia*.
- Goldstein, J. (2003). *Insight meditation: The practice of freedom*. Boston and London: Shambhala.
- Gross, J.J. & Munoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Jacobs, N. Myin-Germeys, I. Derom, C. Delespaul, J. Van Os J. Nicolson, N.A. (2008). A momentary assessment study of the relationship between affective and adrenocortical stress responses in daily life. *Journal of Personality*. Vol.21:309322.
- K Germer, Christopher; D Seigel, Ronald; R Fulton, Paul; *What is Mindfulness?* Mindfulness and psychotherapy; published by Guilford Press in the spring of 2005.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and our world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kang, Yune Sik; Choi, So Young; Ryu Eunjung (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea; *journal homepage: www.elsevier.com/nedt*.
- Lee A, Wu HY. (2002). Diagnosis disclosure in cancer patients- when the family says "no"! *Singapore Medical Journal*, 43: 533-34.
- Nyklíček, Ivan; Kuijpers, Karlijn F. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism? *ann. behav. med.* 35:331-340 DOI 10.1007/s12160-008-9030-2.
-

- Rosenberg, L. (1999). *Breath by breath: The liberating practice of insight meditation*. Boston: Shambhala.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Weinstein, Netta; Brown, Kirk W; Ryan, Richard M.A (2009). Multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal Homepage: www.elsevier.com/locate/jrp*.
- Kwon, In Gak; Ryu, Eunjung; Noh, Gie Ok; Sung, Yung Hee (2011). Health-related quality of life in cancer patients between baseline and a three-year follow-up. *Department of Nursing, College of Medicine, Chung-Ang*.