

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه سبک‌های مقابله‌ای در بین بیماران مبتلا به سکته قلبی، سرطان و افراد سالم بود. روش تحقیق، علی-مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مراجعه کننده به بیمارستان سینا، بیمارستان لاله، مرکز تحقیقات سرطان پستان و مرکز قلب تهران بود که از بین آنها در هر گروه ۸۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. افراد سالم با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب، و براساس سن با دو گروه دیگر هم‌تا گشتند. در این پژوهش به منظور ارزیابی متغیرهای وابسته، از پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن استفاده شد. پس از اجرای پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم افزار آماری Spss شده و با استفاده از شیوه‌های آماری توصیفی و همچنین روش آماری MANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که هم بیماران مبتلا به سرطان و هم بیماران پس از سکته قلبی در مقایسه با افراد سالم از سبک‌های مقابله‌ای مساله محور کمتر و از سبک‌های هیجان محور بیشتر استفاده می‌کنند. همچنین بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با بیماران پس از سکته قلبی از سبک‌های هیجان محور بیشتر استفاده می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های مقابله‌ای^۱، سرطان^۲، سکته قلبی^۳، سبک مساله مدار^۴، سبک هیجان مدار^۵.

^۱ Coping styles

^۲ Cancer

^۳ Myocardial infarction

^۴ problem-focused coping styles

^۵ emotion-focused coping styles

فصل اول

کلیات پژوهش

در قرن حاضر استرس، یکی از مهمترین زمینه های پژوهش در علوم مختلف به شمار می آید. این موضوع توجه دانشمندان رشته های مختلف اعم از پزشکان، روان شناسان، فیزیولوژیست ها، و جامعه شناسان را به خود جلب کرده است و هریک جنبه هایی از استرس و عوارض آن را مورد بررسی قرار داده اند. امروزه به دلیل گسترش عوامل تنش زا و کاهش توان مقابله ای انسان در برابر آنها، به دلیل تغییر سبک زندگی، استرس به پدیده ای پیچیده و بزرگ تبدیل شده است، چرا که تحت تاثیر عوامل متعدد و تعامل میان آنها قرار دارد. از مهمترین پدیده هایی که منجر به استرس می شود می توان به صنعتی شدن، تحولات روزافزون و سریع علم و فناوری، افزایش جمعیت، عدم پایداری به آداب و رسوم گذشته، تغییر روابط خانوادگی، تغییر نقش اعضای خانواده، گسستگی روابط خانوادگی، فقر، معلولیت، بیماری های مزمن، و تغییر ارزش های فرهنگ و اجتماعی نام برد.

از جمله بیماری هایی که فشارهای روانی در آن نقش غیرقابل انکاری دارد، بیماری سرطان و سکته قلبی است. پرواضح است که فشارهای عصبی، سیستم غدد درون ریز بدن (هورمون ها) را فعال می کنند که این خود باعث تغییر در سیستم ایمنی بدن می شود؛ سیستمی که از بدن در برابر عفونت ها و بیماری ها محافظت می کند. در سال های اخیر توجه زیادی به رابطه بین استرس و بیماری سرطان و سکته قلبی شده است. با اینکه نتیجه پژوهش ها رابطه ی علی، بین استرس و بیماری سرطان و سکته قلبی را نشان نمی دهد، ولی نشانگر این موضوع است که استرس تا اندازه ای در به وجود آمدن، و تا اندازه ای بیشتر در وخیم شدن و عود هردو بیماری تاثیرگذار است.

سرطان و سکته قلبی به دلیل اینکه جنبه های جسمی و روانی افراد، سبک زندگی و عملکرد آنها را تحت تاثیر قرار می دهد، لذا شیوه های کنار آمدن افراد با استرس ناشی از بیماری به وجود آمده، بسیار حائز اهمیت می باشد. در تقسیم بندی سبک های مقابله ای می توان آن را به صورت کلی به دو سبک مساله محور و هیجان محور تقسیم کرد. به دلیل شدت استرس ناشی از بیماری خیلی از افراد از سبک مقابله ای هیجان محور استفاده می کنند که استفاده از این راهبرد به دلیل ناپخته بودن آن می تواند در تصمیم گیری درست و برنامه ریزی برای مساله به وجود آمده مشکلاتی را ایجاد کند. شناسایی و آشنایی سبک های مقابله با استرس و همچنین جایگزین کردن سبک مساله محور به جای هیجان محور منجر به سازگاری بیشتر و پاسخ های مطلوب (فیزیولوژیک، روان شناختی، رفتاری) در افراد شود. بنابراین لازم است که تمامی افراد از

عوامل و منابع ایجاد کننده استرس و همچنین راه‌ها و راهبردهای مقابله با آن آگاهی داشته باشند زیرا انتخاب درست در استفاده از سبک‌های مقابله با استرس می‌تواند انتخاب آنها را مساله محور و پخته‌تر کند که هر دو منجر به عملکرد بهتر می‌شود.

باتوجه به موارد ذکر شده، برای کمک و کاهش مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به سرطان و سکتة قلبی می‌توان بر روی شیوه‌ها و سبک‌های مقابله با استرس در این بیماران فعالیت نمود. لذا پژوهش حاضر درصدد شناسایی تفاوت استفاده از سبک‌های مقابله‌ای در بین بیماران مبتلا به سرطان، سکتة قلبی و افراد سالم است.

۱-۱- بیان مساله

مقابله عبارت است از تسلط یافتن، کمک کردن یا تحمل آسیب‌هایی که توسط استرس ایجاد می‌گردد. تایلور (۱۹۹۱) معتقد است که مقابله، بیش از هرچیز، یک مفهوم روان‌شناختی است. او مقابله را فرآیند کنترل نیازهایی می‌داند که فراتر از منابع فردی ارزیابی می‌شود و شامل کوشش‌های عملی و درون-روانی برای کنترل نیازهای درونی و بیرونی و تعارض بین آنهاست. بیشتر پژوهش‌ها در این زمینه عبارت است از روش تحلیل استرس و شیوه‌های مقابله‌ای که به وسیله لازاروس، ارائه شده است. لازاروس (۱۹۸۴) معتقد است در هر موقعیت فشارزا، راه‌های متعددی برای مقابله با استرس وجود دارد که به صورت کلی به دو شکل از مقابله اشاره می‌کند که شامل مقابله‌ی مساله محور و هیجان محور می‌باشد. این دو نوع سبک مقابله با استرس در تعداد زیادی از تقسیم‌بندی‌ها ذکر شده است. سبک‌های مقابله‌ای مساله محور شامل تلاش برای حل خود مسائل استرس‌زا است، اما سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور، بدون تمرکز به مسائل استرس‌زا به کاهش هیجانات ناشی از استرس می‌پردازند.

رویکردهای قبلی به مقابله، آن را منحصرأ به عنوان یک مشخصه یا صفت ثابت و نسبتاً با دوام مفهوم سازی کرده‌اند. به عنوان مثال، هان مردم را بر حسب شیوه دفاعی و وایلانت بر حسب پختگی مقابله‌را طبقه‌بندی کرده بودند (به نقل از استون و همکاران، ۱۹۹۱). پذیرش گسترده‌ی نظریه‌ی تعاملی فشار روانی و مقابله‌ی لازاروس، روش مفهوم‌سازی آن را به نحو قابل ملاحظه‌ای تغییر داده است. نظریه تعاملی، مقابله را یک شیوه شخصیتی ثابت در نظر نمی‌گیرد؛ بلکه آن را شناخت‌ها و رفتارهای شخصی می‌داند که در پاسخ به شرایط فشارزای خاص شکل می‌گیرند. مقابله‌ی یک روند پویا در نظر گرفته شده است که در طی زمان و در پاسخ به تقاضاهای عینی و ارزیابی‌های ذهنی از شرایط تغییر

می‌کند (سجادیان و همکاران، ۱۳۹۰). لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) برای ارتقاء سلامت روانی فهرستی از انواع مختلف منابع فراهم آورده اند. سلامتی و توانایی، افکار مثبت، توانایی حل مسائل، منبع کنترل درونی شده، توانایی اجتماعی شدن، حمایت اطرافیان، امکانات مالی، از جمله مکانیزم‌های مقابله‌ای و کوشش‌های فعال و غیرفعال می‌باشند که در پاسخ به شرایط تهدید کننده با هدف رفع تهدیدها و کاهش ناراحتی‌های هیجانی به کار برده می‌شوند. بر همین اساس، اکثر پژوهش‌هایی که به مطالعه ی مقابله و سلامت پرداخته‌اند، یک گرایش شرایطی را به مقابله اتخاذ کرده اند و پرسشنامه‌هایی که در طی ۱۵ سال اخیر ساخته شده‌اند، افکار و اعمال افراد را در مقابله با شرایط فشارزای خاص و هیجان‌های همراه با آن می‌سنجند (زیدنر و اندلر^۶، ۱۹۹۵). امروزه تصور می‌شود که مقابله هم به بیماری‌های روانی بر اساس نظر وودراف و هم به سازگاری با رویدادهای زندگی فشارزا بر اساس نظر لازاروس مربوط باشد (ماقان^۷، ۲۰۰۹).

یکی از بیماری‌هایی که به طور مستقیم با رویدادهای زندگی فشارزا در ارتباط بوده، سرطان است. سرطان، بیماری پیچیده، ناتوان کننده و شایع است که در بسیاری از کشورهای جهان به عنوان مهم‌ترین عامل زیستی- پزشکی مرگ و میر، پس از بیماری‌های قلبی محسوب می‌شود. مبتلایان به سرطان، با مشکلات و استرس‌های متعدد زیستی- روانی و اجتماعی مواجه‌اند (گابریل، ۲۰۰۸). کلمه سرطان تقریباً برای هر کسی ترسناک است و دلایل خوبی برای این ترس وجود دارد، سرطان در حال حاضر علت اصلی مرگ افراد در ایالات متحده است. سرطان زمانی رخ می‌دهد که نوع خاصی از سلول اولیه بدن سریعاً شروع به تقسیم شدن کند و غده ای را تشکیل دهد که به بافت سالم هجوم می‌برد. تا زمانی که این غده نابود یا برداشته نشود، به اندام‌های بدن آسیب می‌رساند و موجب مرگ می‌شود. در حال حاضر انواعی از سرطان شناسایی شده اند که به نظر می‌رسد علت آنها تعامل بین عوامل ارثی، محیطی و تغییراتی در دستگاه ایمنی بدن می‌باشد (آلمیدا و بری^۸، ۲۰۰۹).

از دیگر بیماری‌هایی که منجر به تغییرات عمده در سبک زندگی افراد شده و نیازمند راهبردهایی موثر برای کنار آمدن با استرس جهت ادامه زندگی طبیعی است، سکته قلبی است. این بیماری یکی از عامل‌های اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود. مشکلات سازگاری در آن دسته از بیماران قلبی بیشتر گزارش شده است که پیش از بیماری مشکلات اجتماعی و استرس بیشتری داشته‌اند، نه الزاماً کسانی که بیمارشان

^۶ Zeidner & Endler

^۷ Maghan

^۸ Almeida & Barry

شدیدتر است (بالیگا^۹، شیپ^{۱۰} و نارولا^{۱۱}، ۲۰۰۰). عمده‌ترین دلیل سکتة قلبی، بسته‌شدن رگ‌های تغذیه‌کننده قلب است. سکتة قلبی نوعی عارضه فراگیر است که هر ساله باعث درگذشتن هزاران تن می‌گردد. در میان عوامل مساعدکننده دیابت، فشارخون بالا، کلسترول خون بالا افراط در استعمال دخانیات و الکل، عدم فعالیت بدنی، فشار عصبی، سابقه فامیلی و سن قابل ذکراند. به‌طور یقین این بیماری خیلی وخیم است و سالیانه تنها در آمریکا، در سال ۲۰۰۴ میلادی، بیش از ۱۵۰۰۰۰ نفر از این عارضه جان‌باختند (مینامی^{۱۲}، ۲۰۱۰).

در راستای این پژوهش نتایج تحقیقات باقریان سرارودی و همکاران در سال ۱۳۹۰، نشان داد که بیماران مبتلا به سکتة قلبی نسبت به افراد عادی بیشتر از راهبردهای هیجان محور استفاده می‌کنند. در پژوهش حمزه و همکاران (۱۳۹۰) مشخص شد که زنان مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم هیجان منفی (خشم، اضطراب، افسردگی) بیشتری را تجربه می‌کنند و بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کنند. سهلن^{۱۳} و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که بیماران مبتلا به سرطان تحت رادیوتراپی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور استفاده کرده و کمتر از راهبردهای مساله محور استفاده می‌کنند. جیانگ^{۱۴} در سال ۲۰۰۸ در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زنان مبتلا به سرطان پستان پس از شیمی درمانی بیشتر از به دنبال اجتناب، تطهیر عاطفی، حمایت اجتماعی و اعتقاد به سرنوشت بوده که همگی زیر مجموعه‌ی راهبردهای هیجان محور هستند. در پژوهش اکبری و همکاران در سال ۱۳۸۸، مشخص شد بیماران مبتلا به سکتة قلبی بیشتر از راهبردهای هیجان محور استفاده می‌کنند. سینگ^{۱۵} (۲۰۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بیماران مبتلا به سرطان تحت رادیوتراپی بیشتر از تحلیل‌های منطقی، ارزیابی مجدد مثبت، حل مساله برنامه‌ریزی شده استفاده می‌کنند در حالیکه، بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی هیجان محور بوده و بیشتر از خرده‌مقیاس‌های فرار و حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند. فنگ^{۱۶} و همکاران در سال ۲۰۱۰ نشان دادند که بیماران مبتلا به سرطان حنجره به دلیل اعتماد به نفس و خویشتن داری پایین بیشتر به دنبال حمایت اجتماعی و عاطفی از سوی جامعه و خانواده خود هستند. احمدخان^{۱۷} و

^۹ Baliga

^{۱۰} Schape

^{۱۱} Narula

^{۱۲} Minami

^{۱۳} Sehlen

^{۱۴} Jiang

^{۱۵} Singh

^{۱۶} Fang

^{۱۷} Ahmad Khan

همکاران در سال ۲۰۱۲ نشان دادند که میانگین خرده مقیاس های گریز و اجتناب و جستجوی حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سکته قلبی نسبت به افراد عادی بالاتر بوده و آنها بیشتر از افراد عادی از راهبردهای هیجان محور استفاده می کنند.

چگونگی برخورد و نحوه کنار آمدن افراد با رویدادهای استرس زا در کیفیت زندگی، امید به زندگی و عملکرد افراد نقش بسزایی دارد و چون تعداد مبتلایان به سرطان و سکته قلبی رو به افزایش است و پژوهش های انجام شده در این زمینه بسیار کم، هدف از انجام این پژوهش مقایسه ی سبک های مقابله ای در بین بیماران مبتلا به سرطان، سکته قلبی و افراد سالم است. نتایج این پژوهش می تواند مبنای طراحی و اجرای برنامه های آگاهی بخش و همچنین بالابردن ارائه خدمات روان شناختی به بیماران مبتلا به سرطان و سکته قلبی به منظور سازگاری مثبت با بیماری و اتخاذ بیشتر از روش های مقابله ای مسئله محور و به حداقل رساندن استفاده از سبک های مقابله ای هیجان محور است. باتوجه به مطالب ارائه شده پژوهشگر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا میان سبک های مقابله ای بیماران مبتلا به سرطان و سکته قلبی و افراد سالم تفاوت وجود دارد؟

۱-۲- اهمیت و ضرورت پژوهش

امروزه نقش عوامل روان شناختی در بیماری هایی که قبلا تصور می شد کاملا ریشه ی جسمانی دارند، غیرقابل انکار است. استرس به عنوان یک عامل روان شناختی در بروز و پیشرفت سرطان و همچنین پیشرفت و وخیم تر شدن بیماری در افراد مبتلا به سکته قلبی نقش حائز اهمیتی دارد. هرگونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. روش های مقابله با تغییرات زندگی و تنش های حاصله از این تغییرات در افراد مختلف و برحسب موقعیت های گوناگون متفاوت است. سرطان و سکته قلبی از جمله بیماری هایی است که با نوعی استرس گره خورده اند؛ یعنی استرس هم می تواند به عنوان عامل شروع کننده و هم تشدید کننده در این بیماری ها دخالت کند. اکثر پژوهش هایی که در گذشته انجام شده است بیانگر این واقعیت است که افراد مبتلا به سرطان نسبت به افراد غیرمبتلا از سبک های مقابله ای هیجان مدارانه تری استفاده می کنند و همچنین بیماران مبتلا به سکته قلبی نسبت به افراد غیر مبتلا بیشتر از مولفه هیجانی استفاده می کنند. باتوجه به اینکه سرطان و سکته قلبی هر دو از بیماری های سایکوسوماتیک بوده و تحت تاثیر هر دو جنبه ی جسمی-روانی است، پس بهتر است که سبک های مقابله ای در بین این دو گروه را مشخص کنیم، تا روشن شود که بیماران مبتلا به سرطان، سکته

قلبی و افراد سالم از چه نوع سبک مقابله‌ای استفاده می‌کنند. باتوجه به افزایش بسیار چشمگیر شیوع سرطان و سکته قلبی و میزان مرگ و میر ناشی از آنها و تحت تاثیر قراردادن افراد مبتلا تا آخر عمر، تعداد پژوهش‌هایی که به مسائل روانی، عزت نفس، شیوه‌های کنارآمدن با استرس، انواع حمایت‌ها و غیره پرداخته می‌شود در سطح جهان نسبتاً کم بوده و در سطح داخلی هم به تعداد انگشتان دو دست هم نمی‌رسد. نکته حائز اهمیت در این پژوهش و افتراق آن با سایر پژوهش‌ها در این است که هنوز پژوهشی به صورت جامع، سبک‌های مقابله‌ای را بین این سه گروه (بیماران مبتلا به سرطان، سکته قلبی و افراد سالم) را مقایسه و بررسی نکرده است. روشن شدن مسیر در پیش رو برای بیماران منجر به افزایش آمادگی و آگاهی آنان شده و می‌تواند عملکرد آنان را بهبود ببخشد.

۳-۱- هدف پژوهش

هدف از انجام این تحقیق مقایسه ی سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سرطان ، سکته قلبی و افراد سالم بود.

۴-۱- فرضیه پژوهش

۱-۴-۱- فرضیه کلی

میان سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سرطان، سکته قلبی و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

۲-۴-۱- فرضیه های اختصاصی

میان سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سرطان و سکته قلبی تفاوت وجود دارد.

میان سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سرطان و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

میان سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سکته قلبی و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

۵-۱- تعاریف

۱-۵-۱- تعاریف مفهومی

➤ سبک‌های مقابله‌ای:

مقابله تلاشی است که فرد برای موقعیتی که نیاز به سازگاری دارد، انجام می‌دهد تا محرک تنش‌زا را حذف و یا تقلیل دهد (گلچین و همکاران، ۱۳۹۰).

راهبردهای مقابله‌ای عبارتند از: تلاش‌های فکری-هیجانی و رفتاری فرد که به هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن، و یا به حداقل رساندن عوامل استرس‌زا به کارگرفته می‌شوند (لازاروس، فولکمن^{۱۸}، ۱۹۸۴).

➤ سرطان:

سرطان نوعی از بیماری است که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می‌شود (آلمیدا و بری^{۱۹}، ۲۰۰۹).

➤ سکته قلبی:

سکته قلبی انهدام و مرگ سلولی دائم و غیرقابل برگشت در بخشی از عضله قلب (میوکارد) است که به علت از بین رفتن جریان خون و وقوع یک ایسکمی شدید در آن قسمت از قلب روی می‌دهد (مینامی^{۲۰}، ۲۰۱۰).

۱-۵-۲- تعاریف عملیاتی

➤ سبک‌های مقابله‌ای:

نمره‌ای است که شرکت‌کنندگان در پژوهش از هرکدام از مولفه‌های ۸ گانه ی آزمون سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن بدست می‌آورند.

➤ سرطان:

مشخص شدن نتیجه معاینات آزمایشگاهی و بالینی افراد و تشخیص بیماری آنان توسط پزشک آنکولوژیست.

➤ سکته قلبی:

مشخص شدن نتیجه معاینات آزمایشگاهی و بالینی افراد و تشخیص بیماری آن توسط متخصص قلب و عروق.

^{۱۸} Lazarus & Folkman

^{۱۹} Almeida & Barry

^{۲۰} Minami

فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲-۱- ادبیات پژوهش

۲-۱-۱- استرس

استرس^{۲۱} یکی از مفاهیم مهم در مطالعات روان شناسی و بهداشت روانی به شمار می آید. واژه استرس به کیفیات گوناگونی در زندگی اطلاق می شود و به عنوان علل زیادی از دردها، ناراحتی ها و انواعی از بیماری ها محسوب می شود (میلانی فر، ۱۳۸۴). انسان همواره در معرض استرس است. استرس یک نوع تحریک است. محروم شدن از محرک ها و فقدان استرس به مفهوم مرگ است. مردم عادی آن را پدیده ای رنج آور و ناخوشایند می دانند، پزشکان مسئله را از دید واکنش های فیزیولوژیک می نگرند و بالاخره روان شناسان آن را مسبب تغییر رفتار و حالات هیجانی و بحرانی می دانند. فرضیه ی بحران ها نیز به این منظور اکثرا همراه با استرس به کار برده می شود. پس استرس را می توان به عنوان روندی تلقی کرد که طی آن عوامل استرس زا باعث بروز تغییراتی می شوند که با سلامت انسان ارتباط دارد و به عنوان یک عامل متقابل بین افراد و محیط مطرح می شود (قهاری، ۱۳۸۹). اساس این فرضیه براین قرار دارد که انسان و رفتار او مرتبا با بحران های مختلف زندگی که باعث برهم خوردن تعادل جسمی-روانی می شود مواجه است که اکثرا هم با عدم تعادل و اختلالات عاطفی و رفتاری همراه است (بهنودی، ۱۳۸۸). در این موقع با فعالیت های مختلف فیزیولوژیک و روانی دستگاه های سوخت و ساز^{۲۲} بدن به کار می افتند تا تعادل به هم خورده را دوباره برقرار نمایند. سوخت و ساز مفهومی بیولوژیک است و حاکی از وجود تمایل های حیاتی و بنیادی است که در آن ارگانیسم میل دارد تنشهای حاصل از تحریکات محیطی را از بین برده و به حالت قبل از تنش یا آرامش بازگردد. کانن^{۲۳} سوخت و ساز را این طور بیان می کند: "سوخت و ساز مکانیسمی است پویا و متضمن سازگاری های فوق العاده منعطف و متحرک و پیوسته که بین آشفتگی و تعادل ارگانیسم عمل می کند" (میلانی فر، ۱۳۸۴).

استرس در واقع تنش و عدم تعادل روانی است که تعادل عمومی انسان را مورد تهدید قرار می دهد و تعادل زیستی وی را برهم می زند و می تواند احساسات منفی را ایجاد کند و احساسات خوب بودن فرد را به مخاطره بیندازد، همچنین ممکن است باعث شود که دیدگاه فرد نسبت به واقعیت ها تغییر یابد و تفکر و حل مساله ی وی را بطور کامل مختل سازد. همچنین استرس می تواند روابط بین افراد و احساس تعلق

^{۲۱} Stress

^{۲۲} Homeostasis

^{۲۳} Cannon

نسبت به دیگران را دگرگون سازد یا به طور کلی نگرش افراد نسبت به زندگی را تغییر دهد (پیکانو^{۲۴}، ۲۰۰۹).

استرس یا فشار روانی واقعیتی طبیعی در زندگی روزمره است که نمی توان از آن اجتناب کرد. فشار روانی به هر تفسیری گفته می شود که ناگزیر به سازگاری با آن هستیم و دامنه ی آن از کمترین خطر فیزیکی موجود گرفته تا شور و شوق عاشق شدن یا نیل به موفقیتی که مدت ها در آرزوی آن بوده ایم، متغیر است (کوتلر و چن^{۲۵}، ۲۰۱۲). در این بین در زندگی روزانه، حتی بیشتر افرادی که خوب از عهده زندگی شان برمی آیند به طور طبیعی با جریان مداومی از پیشامدهای پرتنش مواجه می شوند. البته همه استرس ها هم بد نیستند. در واقع استرس نه تنها مطلوب است، بلکه لازمه زندگی نیز می باشد (دیویس، اشلمن، مک کی^{۲۶}، ۲۰۰۲، ترجمه خواجه موگهی، ۱۳۸۴). استرس همیشه هم اثر منفی ندارد و اگر هم به خودی خود وجود نداشته باشد، بشر خود آن را ایجاد می کند. آنچه ممکن است منجر به بروز بیماری شود ناتوانی در مقابله با درجات غیرعادی و بسیار شدید استرس می باشد که به صورت واکنش های فیزیولوژیک و روانی تظاهر می کند. به عبارت دیگر اگر استرس در حد ظرفیت سازش ذهن و بدن باشد برای فرد خوشایند، مفید و سازنده است ولی در صورتی که بیش از توانایی و ظرفیت تطبیقی باشد، ناخوشایند و مضر است. به طور کلی استرس خواه نتیجه ی تغییرات عمده در زندگی باشد، خواه ناشی از انبوه مشاجرات روزمره، این واکنش افراد به این پیشامدهاست که اثر آن را بر زندگی آشکار می سازد (لوکر، الگاگرسون، ۲۰۰۳، ترجمه ی قراچه داغی، ۱۳۸۶).

۲-۱-۱-۱- تعریف استرس

اصطلاح تنیدگی یا استرس از کلمه لاتین استرنیگر^{۲۷} مشتق شده که به معنای در آغوش گرفتن، فشردن و بازفشاریدن است، رفتارهایی که می توانند با احساسات متضاد همراه باشند (استوار، ۱۹۹۶، ترجمه دادستان، ۱۳۸۶). در فلسفه های شرقی استرس به معنای نبود آرامش درون است. در فرهنگ غربی استرس را می توان از دست رفتن کنترل معنی کرد. سرگی کاهیلی کینگ^{۲۸}، شفا دهنده صاحب نام، استرس را هر تغییری دانسته که انسان آن را تجربه می کند (سی وارد، ۱۹۹۷، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۸۱). در فیزیک، استرس عبارت است از فشار یا نیرویی که بر ارگانسیم وارد می شود (راتوس، ۲۰۰۶، ترجمه ابراهیمی مقدم

^{۲۴} Picano

^{۲۵} Kottler & Chen

^{۲۶} Daives & Eshelman & Maccay

^{۲۷} Stringere

^{۲۸} Serge Kahili King

و همکاران، ۱۳۸۶). واژه استرس به معنای نیرو، فشار و اجبار است و در زبان های مختلف با همین لفظ بکاربرده شده است و در زبان فارسی واژه فشار روانی را برای معادل آن در نظر گرفته اند (سایپینگتون، ۱۹۸۹، ترجمه حسین شاهی، ۱۳۸۷).

۲-۱-۱-۲- تاریخچه استرس

تا سال ۱۹۳۶ معنای واژه فشار^{۲۹} به اندازه کافی روشن نبود. معنی اصلی کلمه دست کم به قرن پانزدهم برمی گردد. از زمانی که در واژه نامه انگلیسی اکسفورد^{۳۰} از واژه استرس برای رسانیدن معنای (تنش یا فشار فیزیکی)^{۳۱} استفاده شده است، تا به امروز این واژه معنای خود را حفظ کرده است. در سال ۱۷۰۴ برای مثال "فشار" برای توصیف سختی^{۳۲}، دشواری^{۳۳} یا بدبختی بکاربرده می شد- فشار بر روی شخص به جای اینکه بر روی شیئی وارد آید. در اواسط قرن ۱۹ معنای فشار گسترش بیشتری یافت و "تنش بر روی پهنای بدن یا نیروی ذهنی" را هم دربرگرفت (عباس زاده، ۱۳۸۸). اگرچه معانی دیگری ظهور یافتند اما به نظر می رسد همگی پیرامون معنای اصلی فشار همانند نوعی نیرو گرد آمده اند. لاقلاً تا سال ۱۹۳۶ وضع بدینگونه باقی بود. در همان سال پژوهشگر جوانی در دانشگاه مک گیل^{۳۴} مقاله ای منتشر ساخت که منتج به متحول گردانیدن درک ما از این واژه گردید و تعریفی نوین و کاملاً متفاوت برای فشار ارائه داد. اگرچه آن پژوهشگر، دکتر هانس سلیه ابتدا آگاهانه از بکاربردن واژه ی فشار برای بیان حالتی که تحقیق او آن را کشف نمود امتناع می کرد، ولی متعاقباً نظرش را تغییر داد (شفر، ۱۹۸۲، ترجمه بلورچی، ۱۳۶۷). سلیه متذکر شد که بسیاری از پژوهشگران پیش از او، اختلال ارگانیزم را به هنگام پاسخ به تهاجمات محیط خارج بیان کرده اند مانند نظریه سوخت و ساز والتر کنن (لو و لو، ۱۹۹۹، ترجمه قریب، ۱۳۷۱). مهم ترین جنبه حائز اهمیت تعریف فشار سلیه این بود که وی کاربرد سنتی را ملغی ساخت. او به تصویر فشار، برخلاف نمایانیدن بعنوان عامل فشار، نتیجه ای که در اثر حضور عامل یا نیروی دیگری درون یک ارگانیزم ایجاد می شود، توجه داشت. این نیز اهمیت دارد که درک سلیه از فشار در ارتباط با علم فیزیولوژی است که ریشه در مراحل تکاملی وابسته به علم زیست شناختی موجودات زنده دارد. ارائه آموزش های سلیه

^{۲۹} Stress

^{۳۰} Oxford English Dictionary

^{۳۱} Physical strain or pressure

^{۳۲} Hardship

^{۳۳} Straits

^{۳۴} Mc Gill University

بعنوان یک پزشک و متخصص غدد مترشحده داخلی تعجب آور نیست. الگوی زیست شناختی سلیه مبنای رویکردهای دیگری به مساله فشارروانی قرار گرفته است (شفر، ۱۹۸۲، ترجمه بلورچی، ۱۳۶۷).

۲-۱-۱-۳- انواع استرس

واقعیت این است که همه استرس ها بد نیستند. درواقع خیلی ها معتقدند که انسان برای حفظ سلامتی خود تا حدودی به استرس نیاز دارد. بدن انسان مترصد تعادل حیاتی است، آرامش فیزیولوژیایی می خواهد، اما به برانگیختگی فیزیولوژیایی هم احتیاج دارد تا بسیاری از اندام های بدن در حالت فعال قرار بگیرند. اما چگونه استرس می تواند چیز خوبی باشد؟ وقتی استرس به شکل انگیزه ای مثبت کار می کند، سودمند به حساب می آید، اما اگر از این حد مطلوب فراتر برویم، استرس ضررش از فایده اش بیشتر است (سی وارد، ۱۹۹۷، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۸۱).

سه نوع استرس وجود دارد: اواسترس، نوسترس و دیسترس

۱. اواسترس^{۳۵}، همان استرس خوب است و در موقعیتی ایجاد می شود که شخص آن را انگیزه دهنده یا الهام بخش ارزیابی می کند. عاشق شدن یک اواسترس یا استرس خوب است. معمولاً موقعیت هایی که اواسترس ارزیابی می شوند لذت بخش هستند و به همین دلیل تهدید به حساب نمی آیند.

۲. نوسترس^{۳۶} اشاره به محرک حسی دارد که تاثیری برجای نمی گذارد. نوسترس، استرس نه خوب و نه بد است. شنیدن خبر وقوع زلزله در یک نقطه دور افتاده جهان می تواند در این ردیف جای بگیرد.

۳. دیسترس^{۳۷} یا حالت پریشانی است. این نوع استرس بد است و در بسیاری از مواقع آن را به اشتباه استرس بکار می برند. درواقع دیسترس یا پریشانی دوگونه است:

- استرس حاد^{۳۸} که بسیار شدید است و به سرعت از بین می رود و زودگذر است.
- استرس مزمن^{۳۹} که می تواند بسیار شدید باشد و با این حال تا مدتی طولانی باقی بماند.

^{۳۵} Eustress

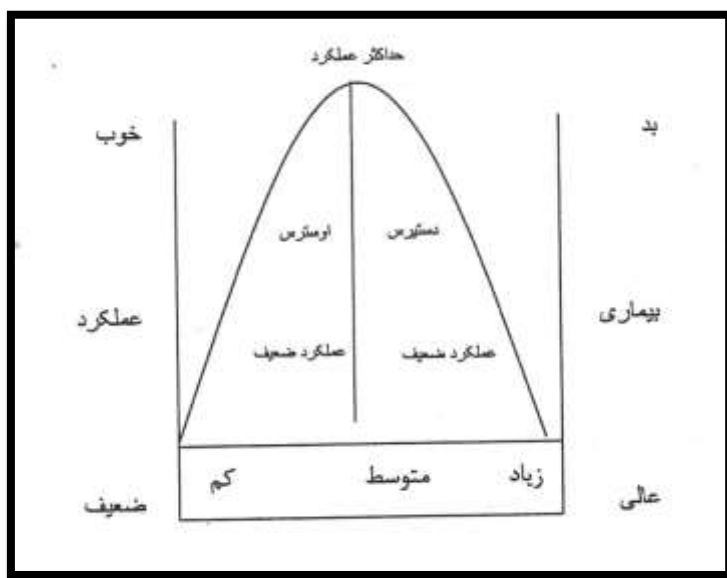
^{۳۶} Neustress

^{۳۷} Distress

^{۳۸} Acute stress

^{۳۹} Chronic stress

مفهومی به نام اصل یرکیز-دادسون، به خوبی رابطه ی میان استرس، دیسترس و سلامتی را نشان می دهد. همان طور که در نمودار ملاحظه می کنید، وقتی استرس افزایش می یابد، حرکت از استرس خوب به سمت استرس بد می رود- عملکرد یا سلامتی کاهش و امکان خطر یا بیماری بیشتر می شود (سی وارد، ۱۹۹۷، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۸۱).



شکل بالا منحنی یرکیز- دادسون را نشان می دهد که تا نقطه ای استرس یا برانگیختگی می تواند عملکرد را بهتر کند، پس استرس در سمت چپ میانه منحنی خوب است اما استرس بعد از این نقطه میانی از کیفیت عملکرد می کاهد و در اینجا پریشانی یا استرس بد، نام می گیرد (عباس زاده، ۱۳۸۸).

۲-۱-۱-۴- منابع و رویدادهای استرس زا

استرس یا فشار روانی از چهار منبع اساسی به افراد وارد می شوند:

۱. هنگامی که "محیط" با موجی از بایدها و ضرورت ها فرد را مجبور به سازگاری با خود می کند و افراد مجبور هستند شرایط متفاوت آب و هوا، ذرات معلق در هوا که باعث ایجاد حساسیت می شوند، مثل سر و صدا، ترافیک و آلودگی را تحمل کنند.
۲. هنگامی که باید با "عوامل فشارزای اجتماعی" از جمله مشکلات مالی، مصاحبه های شغلی، ارائه سمینارها و اختلاف نظرها، رو به رو شوند و مواردی که دقت و توجه به آنها را می طلبد رو به رو شوند.

۳. سومین منبع فشارروانی "عوامل فیزیولوژیکی" است. عواملی مانند فرایند سریع رشد در دوران نوجوانی، یائسگی در زنان، بیماری، پیری، جراحات، ورزش نکردن، سوء تغذیه، کم خوابی، همگی باعث وارد آمدن فشار به بدن می شوند. واکنش فیزیولوژیکی به تهدیدات و تغییرات اجتماعی و محیطی نیز می تواند منجر به بروز علائم فشارزا مانند انقباض عضلانی و درد، ناراحتی های معده و غیره شود.

۴. چهارمین منبع فشارروانی "افکار" است. مغز تغییرات پیچیده در بدن و محیط پیرامون را تجزیه و تحلیل کرده و مشخص می کند که چه هنگام واکنش اضطراری^{۴۰} از خود بروز دهد. نوع برداشت و تفسیر از تجارب کنونی و پیش بینی فرد از آینده می تواند سبب آرامش یا باعث ایجاد فشارروانی شود (دیویس اشلمن و مک کی، ۲۰۰۲، ترجمه خواجه موگهی، ۱۳۸۴).

نوکن و همکاران (۲۰۰۹)، رویدادهای استرس زا را به یک یا چند گروه زیر متعلق می دانند:

○ آشکارترین منبع استرس، رویدادهای تروماتیک یا آسیب زا است. رویداد تروماتیک^{۴۱} عبارت است از موقعیتی به شدت خطرناک و خارج از تجربه عادی انسان. از جمله این رویدادهای توان موارد زیر را نام برد: زلزله، سیل، فاجعه های ناشی از فعالیت های انسان (مثل جنگ و انفجارهای هسته ای)، تصادف های وحشتناک (مثل تصادف ماشین، سقوط هواپیما، خارج شدن قطار از ریل)، و حملات جسمی مثل تجاوز یا اقدام به قتل.

خوشبختانه، اکثر انسان ها هرگز رویدادهای تروماتیک را تجربه نمی کنند. اما رویدادهای عادی تر نیز می توانند استرس زا باشند. چهار ویژگی باعث می شود که رویداد عادی، استرس زا تلقی می شود: میزان قابل کنترل بودن، میزان قابل پیش بینی بودن، تغییرات عمده در شرایط زندگی و تعارض های درونی. جای تردید نیست که درجه ی استرس زا بودن یک رویداد به افراد وابسته است یعنی، تفاوت های فردی باعث می شود تا افراد مختلف، میزان قابل کنترل بودن، قابل پیش بینی بودن و مشکل زا بودن تغییرات عمده زندگی را به شیوه ای مختلف ادراک کنند و همین ادراک و ارزیابی ها هستند که استرس زا بودن رویدادها را تا حد زیادی مشخص می کنند.

^{۴۰} Emergency Response

^{۴۱} Traumatic Events

- قابل کنترل بودن^{۴۲} رویداد به این معنا است که تا چه اندازه می توانیم آن را متوقف یا آغاز کنیم. قابل کنترل بودن یا کنترل پذیری رویداد بر ادراک ما از استرس زا بودن آن تاثیر می گذارد. هرچه رویداد بیشتر غیرقابل کنترل به نظر برسد، احتمال استرس زا ارزیابی کردن آن بیشتر خواهد شد. رویدادهای استرس زای عمده عبارتند از مرگ عزیزان، بیکار شدن و بیماری های خطرناک. رویدادهای استرس زای کوچک عبارتند از رویدادهایی مثل عدم پذیرش معذرت خواهی از طرف دوست، عدم امکان سوار شدن به هواپیما به علت فروش بلیط اضافه تر از گنجایش. دلیل واضح در تایید علت استرس زا بودن رویدادهای غیرقابل کنترل این است که اگر نتوانیم آنها را کنترل کنیم، روی دادن آنها را نیز نخواهیم توانست متوقف کنیم.
- قابل پیش بینی بودن^{۴۳} یعنی میزان اطمینان به وقوع و زمان وقوع یک رویداد. اگر فرد بتواند وقوع رویداد استرس زا را پیش بینی کند (حتی اگر نتواند آن را در کنترل خود داشته باشد) از شدت استرس او کاسته خواهد شد.
- دو محقق پیشتاز درباره استرس به نام های هولمز و ری^{۴۴} عقیده دارند که هرگونه تغییر در شرایط زندگی که به تعداد زیادی سازگاری مجدد نیاز داشته باشد، استرس زا به حساب خواهد آمد. آنها، در تلاش برای اندازه گیری تاثیر تغییرات زندگی، آزمونی ساختند به نام (LES^{۴۵}) که به معنای مقیاس رویدادهای زندگی است. این مقیاس، رویدادهای زندگی را، به ترتیب درجه استرس زا بودن آنها، از قوی به ضعیف طبقه بندی کرده است. طبق این مقیاس، مرگ همسر پراسترس ترین رویداد زندگی است و، در پایین ترین سطح، قانون شکنی های جزئی مثل رد کردن چراغ قرمز قرار دارند.
- تعارض های درونی^{۴۶} عبارتند از مسائل حل نشده و نیمه تمام که ممکن است هشیار یا ناهشیار باشند. تعارض زمانی روی می دهد که فرد مجبور می شود از بین دو گزینه ی ناهمخوان و متضاد، یکی را انتخاب کنند.

^{۴۲} Controllability

^{۴۳} Predictability

^{۴۴} Holmes & Rahe

^{۴۵} Life Events Scale

^{۴۶} Internal Conflicts

۲-۱-۱-۵- واکنش در مقابل استرس

پاسخ به استرس ها پاسخی است فردی که از زمانی تا زمانی دیگر در طول عمر تغییر می کند. هانس سلیه که سال ها بر روی آندوکرنیولوژی استرس تحقیق کرده است می گوید: "مهم این نیست که چه اتفاقی برای شخص افتاده، مهم آن است که آن را چگونه درک کرده است و انسان از دیدگاه هایش رنج می برد نه از بلاهایی که بر سرش می آید" (میلانی فرد، ۱۳۸۴).

➤ واکنش های فیزیولوژیکی: مدل سلیه از استرس

بدن با یک سری پاسخ های پیچیده، در مقابل استرس واکنش نشان می دهد. اگر رویدادی که فرد آن را خطرناک می داند زود حل و فصل شود، پاسخ های اضطراری از بین خواهد رفت. اما اگر ادامه یابد، در بدن مجموعه متفاوتی از پاسخ ها روی خواهد داد زیرا انسان می خواهد خودش را با وضعیت مطابقت دهد (عباس زاده، ۱۳۸۸).

هانس سلیه^{۴۷}، معروف به "دکتر استرس"، نظریه سندروم سازگاری عمومی را مطرح کرد. سندروم سازگاری عمومی (GAS)^{۴۸} عبارت است از مجموعه پاسخ هایی که همه حیوانات، برای مقابله با استرس، نشان می دهند. سلیه معتقد بود که بعضی رویدادهای استرس زا، مثلا ویروس ها، در بدن واکنش خاصی را موجب می شوند و اما واکنش کلی تری روی همه واکنش های خاص را می پوشاند، واکنشی که نمایانگر تلاش بدن برای سازگار شدن با استرس شدید یا مداوم است. او پاسخ سازگاران را سندروم سازگاری عمومی می نامید. رویدادهای استرس زای زیادی می توانند سندروم سازگاری عمومی را فعال سازند، از جمله خطر جسمی و جانی، صدای بلند، عوامل عفونت زا، فشار شغلی و حتی استرس ذهنی به شکل نگرانی ها یا اضطراب های کوچک و پی در پی. سندروم سازگاری عمومی سه مرحله دارد: آماده باش، مقاومت و فرسودگی (نولن و همکاران، ۲۰۰۹، ترجمه گنجی، ۱۳۹۰).

مرحله اول: مرحله آماده باش

مرحله آماده باش یا هشدار، اولین مرحله پاسخ بدن به رویداد استرس زا است. در طول این مرحله، بدن نیروهای دفاعی خود را بسیج می کند و آنها را برای عملیات دفاعی آماده می سازد. فرض کنید در جاده، اتومبیل جلوی شما ناگهان از کنترل خارج می شود، قلبتان شروع به تند زدن می کند و با این کار،

^{۴۷} Hans Selye

^{۴۸} General Adaptation Syndrome

خون سریعتر به دست ها و پاهایتان می رسد و باعث می شود که اکسیژن و مواد غذایی مورد نیاز ماهیچه ها، برای عملیات سریع فراهم شود (مثلا ویراژ دادن برای اجتناب از تصادف). واکنش آماده باش، با برانگیختگی فیزیولوژیک و پسیولوژیک همراه می شود. قلبمان به شدت می زند، تنفسمان سریعتر می شود، پیشانیمان عرق می کند و هیجان های قوی، مثل ترس، وحشت، اضطراب، خشم یا غضب، وجودمان را پر می کنند (عباس زاده، ۱۳۸۸)..

مرحله دوم: مرحله مقاومت

در مرحله مقاومت، بدن سعی می کند با مقاومت در برابر هشدار به حالت آرامش فیزیولوژیایی دست یابد. اما از آنجایی که ادراک و احساس تهدید هنوز وجود دارد، آرامش کامل هرگز دست نمی دهد. به جای آن بدن فعال و برانگیخته باقی می ماند. که شدت این برانگیختگی از میزان برانگیختگی در مرحله یکم کمتر است و با این حال به قدر کافی زیان هست که روی میزان سوخت و ساز برخی از بافت های اندام ها تاثیر بگذارد. در این شرایط اغلب یک یا چند اندام فعالیت غیرمتعارف دارند که در نتیجه به مرحله سه یا مرحله نهایی می رسیم (سایپنگتون، ۱۹۸۹، ترجمه حسین شاهی برواتی، ۱۳۸۷).

مرحله سوم: فرسودگی

تحلیل و فرسودگی زمانی دست می دهد که یک یا چند اندام مورد هدف قرار گرفته مقاومتش را از دست می دهد و نمی تواند به وظایف خود عمل کند. در این شرایط ممکن است اندام مورد نظر از بین برود و باتوجه به اینکه کدام اندام از بین می رود (مثلا قلب) احتمالاً مرگ موجود زنده وجود دارد. در این مرحله بدن به طور فزاینده ای مستعد بیماری ها و اختلال در عملکرد و اندام های مختلف می شود و این نکته مهم ارتباط بین استرس و بیماری است (سلیه، ۱۹۱۶ به نقل از عرب علی دوستی، ۱۳۸۵).

زمانی که مرحله مقاومت کامل شده و فرسودگی وارد عمل می شود، یکبار دیگر بدن نشانه هایی مانند نشانه های واکنش اخطار را ظاهر می سازد. در این مرحله از آنجایی که راهی برای ممانعت از نشانگان سازگاری کلی (GAS) به طور کامل وجود ندارد، انجام هرکاری بدون فایده است. واکنش فشار به صورت متوالی به وسیله ی تعداد بیشماری از عوامل فشار، چه مثبت و چه منفی، تکرار خواهند شد. هیجان شادی، خوشحالی، غم و اندوه ناگهانی با تاثیر برابر می توانند واکنش اخطار را موجب گردند. کاستن تناوب و شدت واکنش اخطار امکان پذیر است ولی حذف کردن آن غیرممکن است. (عباس زاده، ۱۳۸۸).

➤ واکنش های روانی یا سایکولوژیک

باوجود اینکه اغلب آسان تر است که بدن و ذهن را به منظور مطالعات علمی بتوان جداگانه مورد بررسی قرار داد، لیکن آنها با هم یک ترکیب کامل را تشکیل می دهند. فعل و انفعال مابین جسم و روان بویژه در دو جنبه ی نشانگان سازگاری کلی (GAS) آشکار است:

اول: در مورد درک خود عامل فشار

دوم: در مدت زمان واکنش نشانگان سازگاری کلی (GAS)

باید دانست که انرژی و واکنش های فیزیولوژیک و روان شناختی از یکدیگر متمایز نیستند و هر قدر واکنش های فیزیولوژیک ناتوان باشند، به همان نسبت نیز واکنش های روان شناختی ضعیف و ناتوان کننده تر خواهند بود (فینک ۲۰۰۹).

کاپلان برای واکنش های روانی چهارمرحله را شرح می دهد:

۱. پیدایش هیجان که باعث تحریک سیستم خودکار برای حل مشکلات می شود، (مرحله هوشیاری).
۲. هیجان شدت می یابد و یک حالت بیقراری، اضطراب، بلا تکلیفی و ... یا بی تفاوتی نسبی یا کامل به وجود می آید. دو مرحله فوق با مرحله اعلام خطر واکنش فیزیولوژیک مطابقت دارد.
۳. هیجان به طور واضح در سیستم های مختلف بدن بروز می کند که باعث مبارزه و تحمل فرد می شود (مرحله مقاومت).
۴. در صورتیکه فرد در مبارزه شکست بخورد باعث بروز اختلالات و از هم پاشیدگی رفتار و علائمی مانند اضطراب شدید، افسردگی، بلا تکلیفی، برگشت به رفتارهای کودکانه و نظایر آن می شود (مرحله از بین رفتن و فروپاشی) (میلانی فر، ۱۳۸۴).

۲-۱-۲- مقابله

مفاهیم، عوامل و پیامدهای فشار روانی، به عنوان یک موضوع پیچیده علمی همواره نظر پژوهشگران علوم رفتاری را به خود جلب کرده است. گستردگی دامنه عوامل فشارزا، پیامدهای مخرب آن بر کنشوری و سلامت فرد و نیز جذابیت علمی و پژوهشی آن، می تواند دلایلی برای بیان اهمیت و ضرورت توجه روان شناسان نسبت به تنیدگی باشد (عرب علیدوستی، ۱۳۸۵).

۲-۱-۲-۱- تعاریف مقابله

لغت مقابله، از کلمه لاتین کاپاس^{۴۹} به معنی تغییر دادن گرفته شده است و همان طور که در فرهنگ لغات تعریف شده، معمولاً در الگوی روان شناختی بکار برده می شود که به صورت برخورد و تلاش برای غلبه بر مشکلات و مسایل بیان می شود (عباس زاده، ۱۳۸۸).

در تلاش اولیه برای تعریف مقابله، (هان^{۵۰}، ۱۹۷۷، نقل از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵) اظهار کرد مقابله عبارت است از هر تلاشی که درصدد حفظ واقعیت باشد. این دیدگاه دارای دو اشکال بود: اول، برای تحقیق مستقیم، بسیار مبهم بود. دوم، روش های غیرواقعیت مدار را شامل نمی شد. مقابله غیرواقعیت مدار ممکن است برای عده ای به گونه ای منفی مورد ارزیابی قرار گیرد، اما ممکن است برای افرادی که از فشار روانی فراتر از توان خود، رنج می برند، موفقیت آمیز باشد. فردی که از قدم زدن، صحبت کردن یا باز کردن چشمانش، خودداری می کند، ممکن است آن را به عنوان یک روش مقابله ای منفی یا غیرواقعیت مدار به حساب آورد. بنابراین در تعریف هان، چنین روش مقابله ای جایی ندارد، با این حال، چنین رفتاری آشکارا به فرد اجازه می دهد تا احساس کنترل و موفقیت را در خود، حفظ کند.

در تعریف مقابله، دیدگاه های مولفان روی پیوستاری قرار دارد که در دو سوی آن، دو قطب متضاد وجود دارد. در یک سو، (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۹، نقل از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵) معتقدند که مقابله یعنی چگونگی فائق آمدن مردم بر مشکلاتشان و در قطب دیگر، نظریه لازاروس و فولکمن^{۵۱} (۱۹۸۴) قرار دارد که مقابله را برحسب شرایط موقعیتی، نحوه اداره موقعیت فشار روانی را می دانند. سایر تعاریف، اغلب جایی بین این دو قطب و در روی یک پیوستار قرار دارند. (استون و نیله، ۱۹۸۴، نقل از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵) ادعا کردند که مقابله، شامل تلاش های خودآگاه برای مدارا با خواست های فشارزا است. این تعریف، هیچ نوع فرآیند مقابله ای ناهشیار و نیمه هشیار را مد نظر قرار نمی دهند. با این حال، شواهد فراوانی وجود دارد که ساز و کارهای دفاعی روان پویایی، هرچند اکثراً ناخودآگاه هستند، اما بر روی مقابله با تعارض عاطفی و آسیب های وارده به "من" مهم هستند. از طرفی (لیندزی^{۵۲}، ۱۹۸۸) به نقل از عباس زاده (۱۳۸۸) مقابله را تلاش های فرد برای تغییر و اصلاح یک وضعیت تنش زا در محیط می داند.

^{۴۹} Colpus

^{۵۰} Han

^{۵۱} Lazarous & Folkman

^{۵۲} Lindzey

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) یک تعریف بسیار جامع از مقابله (به عنوان بخشی از نظریه تبادلی فشار روانی) ارائه کردند. آن‌ها مقابله را تغییر مداوم تلاش‌های شناختی و رفتاری برای برآوردن خواست‌های خاص درونی یا بیرونی که به عنوان مشکل یا فراتر از توانایی‌ها و امکانات و منابع شخصی، ارزیابی می‌شوند، می‌دانند. براساس این تعریف چند خصوصیت مهم مقابله بیان می‌شود:

الف) مقابله، یک فرآیند است که برحسب ارزیابی فرد از میزان موفقیت آمیز بودن تلاش‌هایش تغییر می‌کند.

ب) مقابله، اتوماتیک و خودکار نبوده و الگوی آموخته‌ای از پاسخدهی تلاشمند به موقعیت‌های فشارزا است.

ج) مقابله، به تلاش و کوشش نیاز دارد.

د) مقابله، تلاش برای اداره موقعیت و سازگاری با آن است نه کنترل و تسلط بر آن.

بعد از لازاروس و فولکمن، (کنت مات نی و همکارانش، ۱۹۸۶، نقل از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵) تا حدودی تعریف آنها را کامل‌تر کرده و مقابله را هر تلاش سالم یا ناسالم، آگاهانه یا ناآگاهانه، می‌دانند که عوامل فشار روانی‌ها را تضعیف، حذف یا از آن جلوگیری می‌کند یا اثرات آن را به شیوه‌ای با حداقل آسیب تحمل پذیر می‌سازد. (تایلر، ۱۹۹۱، به نقل از قهاری، ۱۳۸۹) مقابله را یک مفهوم روان‌شناختی می‌دانند، او مقابله را فرآیند کنترل نیازهایی می‌داند که فراتر از منابع فردی ارزیابی می‌شود و شامل کوشش‌های عملی درون روانی برای کنترل نیازهای درونی و بیرونی و تعارضات بین آنهاست. براساس نظر کامپاس (۱۹۹۳، نقل از همان منبع) مقابله، پاسخ هدفمند و پرتلاش به رویدادهای فشارزا می‌باشد. (فرایدنبرگ و لوئیس، ۱۹۹۳، نقل از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵) شیوه‌های مقابله را به عنوان مجموعه‌ای از اعمال شناختی و عاطفی تعریف کرده‌اند که در پاسخ به مسائل ویژه‌ای، بکار برده می‌شوند. این تلاش‌ها در راستای رسیدن به تعادل یا ترمیم آن، بکار برده می‌شوند و این کار می‌تواند به حل مشکل یا سازگاری با مساله و ارائه راه حل منجر شود. موسو شیفر (۱۹۹۳)، مجموعه تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد جهت تفسیر و تسلط بر مشکلات زندگی که شامل فرآیند ارزیابی فرد از مشکل می‌باشد را مقابله می‌نامد. از نظر ساراسون (۱۹۸۷) تنش‌ها بودن هر موقعیت بستگی به این دارد که چطور آن را ارزیابی کنیم و در خود چه توانی برای مقابله بیابیم. ارزیابی هر موقعیت دو مرحله دارد: ۱- ارزیابی نخستین، هر موقعیت که یا تهدیدکننده و یا بی‌خطر تلقی می‌شود و ۲- ارزیابی ثانوی، که در طی آن نوع عمل متناسب با موقعیت در نظر گرفته می‌شود و ماهیت و توان نیروهای کنترل و مقابله با آن بررسی می‌شود. میزان تهدیدی که فرد

احساس می کند به برآوردش از این منابع نیرو بستگی دارد که این برآورد نیز بر اطلاعات حاصل از محیط و ویژگی های تجارب خود فرد مبتنی است. آسیب پذیری هر فرد در برابر عوامل تنیدگی زا و استرس زا به مهارت های مقابله ی وی و حمایت های اجتماعی بستگی دارد. مهارت ها و رفتارهای مقابله ای^{۵۳} در واقع روش های منحصر به فرد برخورد با موقعیت هاست.

۲-۱-۲-۲- نظریه های مقابله

➤ نظریه فرایدنبرگ و لوئیس

فرایدنبرگ و لوئیس، با تعریف مقابله، به عنوان مجموعه ای از اعمال شناختی و عاطفی که در پاسخ به مسائل ویژه ای بکار برده می شود، براساس نظریه لازاروس سه سبک مقابله ای را مطرح کرده اند. این سه سبک که از ۱۸ راهبرد تشکیل شده عبارتند از: سبک های بارور، مراجعه به دیگران و نابارور (سبک های بارور و مراجعه به دیگران تشکیل دهنده سبک مقابله کارآمد می باشد)(زیدنر و اندلر^{۵۴}، ۱۹۹۵).
الف) سبک بارور: منظور از این سبک آن است که فرد با خوشبینی، سلامت، آرامش و در اجتماع در جهت حل مساله کار کند. اجزاء سبک بارور، ۸ راهبرد مقابله ای می باشد.

۱. حمایت اجتماعی: گرایش به درمیان گذاشتن مشکل با دیگران و جلب حمایت آنان، به عنوان یکی از راه های کنترل کردن.
۲. تمرکز بر حل مشکل: یک راهبرد مساله مدار می باشد که طی آن به طور منظم به بررسی مساله پرداخته می شود و با درنظر گرفتن دیدگاه های گوناگون با مشکل برخورد می شود.
۳. سخت کوشی و موفقیت: این راهبرد توصیف کننده تعهد، بلندپروازی و تلاش زیاد می باشد.
۴. تفریحات جسمانی: منظور فعالیت های ورزشی و آمادگی جسمانی برای برخورد مناسب با مشکل می باشد.
۵. راه های آرامبخش: این راهبرد بیشتر به منظور آرام سازی است تا پرداختن به ورزش و فعالیت های تفریحی.
۶. حفظ تعلق خاطر: این راهبرد بیانگر اهمیت دادن به ارتباط با دیگران است و به ویژه به آنچه که دیگران فکر می کنند.

^{۵۳} Behavioral Coping

^{۵۴} Zeidner & Endler

۷. تقویت رابطه با دوستان: حاکی از یک ارتباط صمیمی خاص می باشد.

۸. تمرکز بر جنبه های مثبت: یعنی با دیدگاه های مثبت به موقعیت نگرینسته شود.

(ماغان^{۵۵}، ۲۰۰۹).

ب) سبک نابارور: این سبک با توانایی فرد در کنار آمدن یا مقابله مشخص می شود، مترادف سبک مقابله ی ناکارآمد می باشد و از ۸ راهبرد زیر تشکیل شده است:

۱. نگرانی: راهبرد نگرانی بیانگر اهمیت دادن به آینده به طور کلی و خوشبختی در آینده به طور خاص می باشد.

۲. حفظ تعلق خاطر: بیانگر اهمیت دادن به ارتباط با دیگران و به ویژه به آنچه دیگران به آن فکر می کنند، می باشد.

۳. تفکر آرزومندانه: امیدواری به یک نتیجه مثبت، راهبرد تفکر آرزومندانه است.

۴. کنار نیامدن: این راهبرد حاکی از ناتوانی فرد در کنار آمدن با مشکل است که همواره با شکایت روان تنی می باشد.

۵. نادیده گرفتن مشکل: این راهبرد نشان دهنده دور شدن از مشکل و تسلیم در برابر آن است.

۶. کاهش تنش: فرد از راه تخلیه و کاهش تنش سعی می کند تا احساس بهتری پیدا کند.

۷. خودداری: راهبرد خودداری، کناره گیری فرد از دیگران و مخفی نگه داشتن مساله از دیگران را نشان می دهد.

۸. سرزنش خود: فرد خود را مسئول مشکل یا نگرانی می داند.

(زیدنر و اندلر^{۵۶}، ۱۹۹۵).

ج) سبک مراجعه به دیگران با ۴ راهبرد مشخص می شود و بیانگر روی آوردن فرد به دیگران برای کمک گرفتن است. دیگران شامل همسالان، متخصصان، والدین یا نیروهای معنوی و الهی می باشد.

۱. راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی: گرایشی است برای درمیان گذاشتن مشکل با دیگران و جلب حمایت عاطفی آنان به عنوان یکی از راه های کنترل کردن.

۲. حمایت معنوی: نشان دهنده دعا، اعتقاد به خداوند، امدادهای الهی و کمک گرفتن از آنهاست.

^{۵۵} Maghan

^{۵۶} Zeidner & Endler

۳. کمک حرفه ای: در این راهبرد فرد از افراد متخصص و مشاور کمک می گیرد.
۴. اقدام اجتماعی: عملی است که در طی آن، فرد دیگران را از مشکل خود آگاه می سازد. (عرب علیدوستی، ۱۳۸۵).

➤ نظریه لازاروس و فولکمن

لازاروس و فولکمن^{۵۷} (۱۹۸۴) روش های مقابله را با عنوان فرآیند تغییرات شناختی رفتاری می خوانند، که فرد برای گریز، حذف، کاهش یا کنترل عوامل فشارزا به کار می برد. از نظر آنان، روش های مقابله، تلاش های شناختی رفتاری برای برآورده ساختن خواسته های بیرونی و درونی است که معمولاً به صورت آگاهانه صورت می گیرد و سه کارکرد عمده برای افراد دارد:

الف) فراهم نمودن اطلاعات مورد نیاز در رابطه با محیط

ب) پردازش اطلاعات

ج) حفظ استقلال و آزادی عمل در بکارگیری مهارت ها

برطبق این نظریه، برآورد افراد از رویدادها، اهمیت بیشتری از خود رویدادها دارد. نه رویدادهای محیط و نه پاسخ فرد، هیچکدام نمی توانند فشار روانی را تبیین کنند، بلکه ادراک فرد از موقعیت ها است که فشار روانی و شدت آن را تبیین می کند. این ادراک شامل آسیب ها، تدابیر، تهدیدها و چالش های بالقوه و توانایی ادراک شده فرد برای مقابله با آنهاست. آنان به سه نوع ارزیابی اشاره کرده اند. که توسط فرد در سنجش یک رویداد انجام می گیرد:

✓ ارزیابی اولیه: عبارتست از اینکه فرد رویداد معینی را فشارزا بداند یا خیر. همچنین درجه خطرناک بودن آن مشخص می شود.

✓ ارزیابی ثانویه: این ارزیابی شامل بررسی تمهیدات مقابله ای در دسترس می باشد و طی آن به این سه سوال پاسخ داده می شود. اول اینکه چه راه هایی در برابر فرد گشوده است. دوم اینکه چقدر احتمال دارد که بتواند راهبردهای لازم را برای کاهش فشار روانی، به طور موفقیت آمیز به کارگیرد و سوم آیا این روش موثر است و می تواند از فشار روانی بکاهد یا خیر.

^{۵۷} Lazarus & Folkman

✓ ارزیابی مجدد: در این نوع ارزیابی فرد به وفور سعی می کند تا ارزیابی های خود از موقعیت را تغییر داده و اصلاح کند و به محض آنکه اطلاعات جدیدتری دریافت می کند، ارزیابی دیگری به عمل می آورد. با این حال ارزیابی مجدد همیشه به کاهش فشار روانی منجر نشده و گاهی اثرات افزایشی نیز دارد. رویدادی که پیش از این بی خطر تلقی می شد، ممکن است پس از یک رویداد آسیب زا، تهدیدکننده یا چالش انگیز تلقی گردد.

(عرب علیدوستی، ۱۳۸۵).

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مقابله را بیشتر به گونه ای رسمی و به عنوان فرآیند پیچیده اکتسابی در نظر می گیرند و معتقدند که در طول ذهن ساخته و پرداخته می شود. یعنی ممکن است با سبک روش مقابله با شکست روبرو شود، اما اگر فرد مجدداً به گونه ای نسبتاً متفاوت تلاشی کند ممکن است موفق شود. همینطور فرد یاد می گیرد که مقابله مستلزم تلاش است و آسان و سریع انجام نمی گیرد و مستلزم این است که فرد بخواهد موقعیتی را اداره کند نه اینکه به طور کامل بر آن غلبه و کنترل پیدا کند. آنان به طور کلی دو شیوه مقابله را مطرح نموده اند که عبارتند از مقابله مساله محور و مقابله هیجان محور. مقابله مساله محور انجام دادن کاری و حل مساله برای تغییر منبع یا سرچشمه فشار روانی است. در این نوع مقابله، بیشتر از فنونی مانند ارزیابی شناختی، تحلیل منطقی، یا تلاش برای مشخص کردن علت مساله جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مشکل استفاده می شود و به طور مستقیم متوجه منابع تهدید می باشد. مقابله هیجان محور، مقابله با هیجان ناشی از منبع تهدید است و با کاهش یا اداره پریشانی هیجانی مربوط به موقعیت سروکار دارد. افراد در برخورد با موقعیت های فشارزا معمولاً ترکیبی از مقابله مساله محور و هیجان محور را به کار می برند تا استفاده از یکی از این دو راهبرد مقابله ای را. به طور کلی روش مقابله مساله محور در موقعیت های قابل کنترل و روش هیجان محور در موقعیت های غیرقابل کنترل مناسب تر است. ممکن است که در موقعیت های قابل کنترل افراد این اعتقاد را داشته باشند که در کوشش های هدفدار آنها در فائق آمدن بر مشکل موثر واقع خواهد شد. از طرف دیگر پایین بودن احساس کنترل، آشفتگی هیجانی را می افزاید.

لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۴ براساس این دو نوع سبک مقابله، ۸ روش مجزا برای مقابله با فشار روانی بیان داشته اند که عبارتند از:

مواجهه، عقب نشینی، خودکنترلی، جستجوی حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، فرار یا اجتناب، حل مساله و ارزیابی مجدد مثبت.

لازاروس و کوهن (۱۹۷۹) به شیوه های مقابله زیر اشاره کرده اند:

۱- جستجوی اطلاعات: ملاحظه اینکه چه راه کارهایی پیشروی فرد قرار دارد و پیامد هرکدام چیست،

همچنین یادگیری دقیق اموری که در صورت انتخاب هرگونه اقدامی، باید دنبال شود.

۲- اقدام مستقیم: به کارگیری اقدامات خاصی که به طور مستقیم با محرک فشارزا سروکار دارد. زمانی

که اقدام مستقیم ممکن باشد (که همیشه اینگونه نیست) ممکن است این روش مقابله از نظر

جسمی و عاطفی، برای فرد سازگارتر باشد. اقدام مستقیم، در شخص، حس مهارت و کنترل پدید

آورده و به وی امکان می دهد که برانگیختگی فیزیولوژیک خود را برون ریزی کند.

۳- اقدام بازدارنده: این روش ممکن است در بعضی از شرایط بهترین راه باشد، برای مثال سرکوب

کردن تمایل به فریاد کشیدن بر سر مدیر، که می تواند در درازمدت منافع بیشتری عاید فرد نماید تا

اینکه بخواهد این میل را ارضاء کند.

۴- پرداختن به کوشش های درون روانی: این شیوه مانند فرونشاندن افکار نگران کننده و سعی در

نادیده گرفتن آنهاست.

۵- درخواست حمایت های مادی و عاطفی از دیگران: از نظر آنان روشی که فرد برای مقابله برمی

گزیند، تا حد زیادی بستگی به موقعیت و تعامل منحصر به فرد وی با آن موقعیت دارد. آنان پنج

وظیفه نیز برای مقابله برشمرده اند که عبارتند از:

- کنار آمدن واقع گرایانه با مشکل: یعنی موقعیت های محیطی آسیب زننده را کاهش داده و

انتظار بهبودی را افزایش می دهد.

- در جهت سازگاری با وقایع منفی عمل می کند.

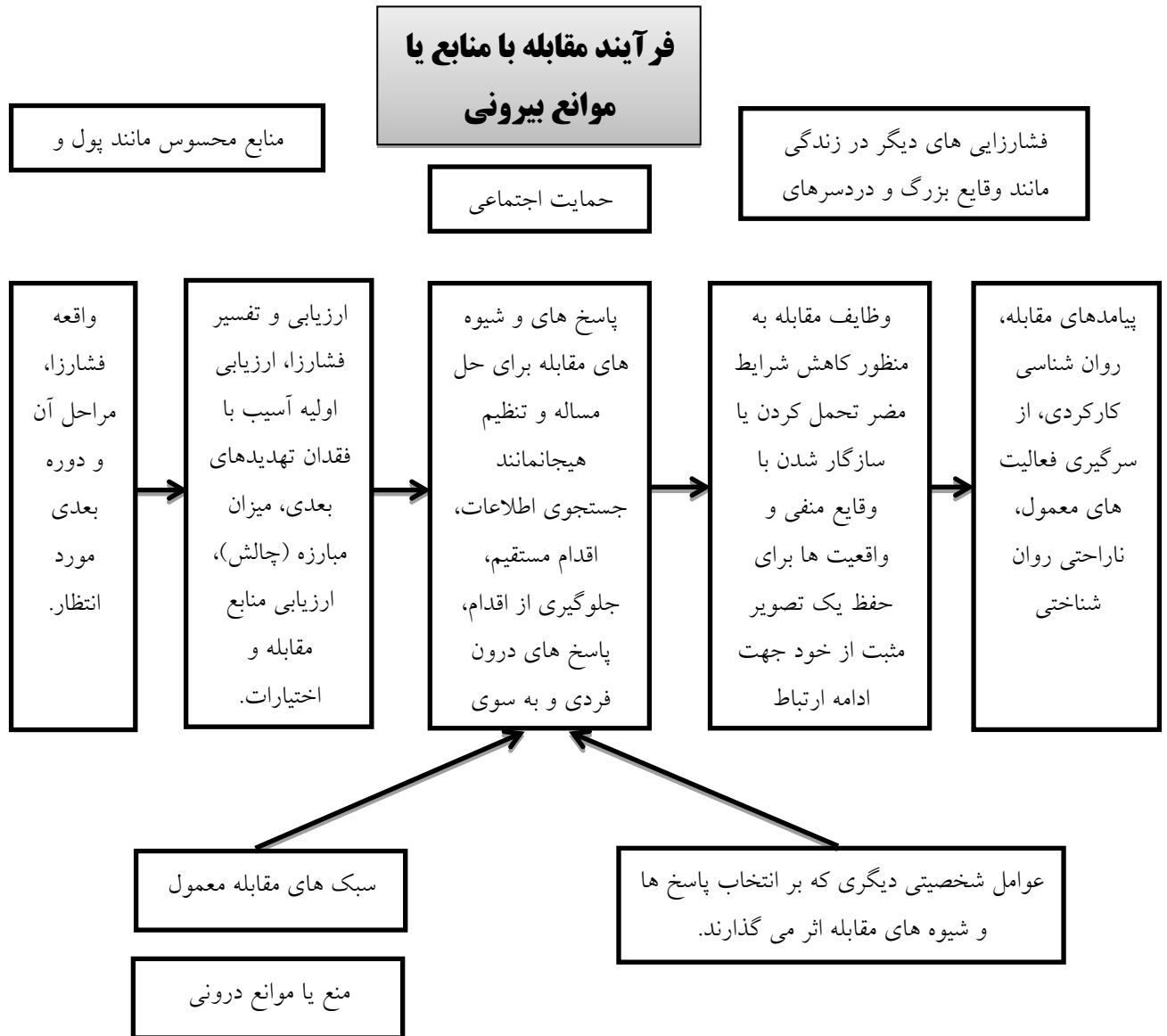
- حفظ تصور مثبت از خود.

- حفظ تعادل هیجانی.

- تداوم روابط رضایتبخش با دیگران (نقل از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵).

تیلور (۱۹۹۱)، فرآیند مقابله از نظر لازاروس و همکاران را با شکل زیر نشان می دهد:

نمودار ۱ - فرآیند مقابله (کوهن، لازاروس، ۱۹۷۹، لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴، به نقل از تیلور، ۱۹۷۷؛ اقتباس از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵).



➤ نظریه کارور^{۵۸} و همکاران

از نظر کارور و همکاران (۱۹۸۹)، مقابله به چهار نوع کلی تقسیم می شود و هرکدام دارای چندین خرده مقیاس است:

الف) مقابله مساله مدار: شامل اقداماتی است که به منظور دورنمودن عامل فشارزا و یا تغییر پیامدها و اثرات آن انجام می گیرد. فرد در این نوع مقابله به طور مستقیم وارد شده و درجهت رویارویی با عامل فشارزا برنامه ریزی کرده و فعالیت های جانبی را رها می کند. مقابله مساله مدار از ۵ نوع مقابله تشکیل شده است که عبارتند از:

- مقابله فعال: تلاش بیشتری برای غلبه بر مشکلات، و تنها برای حل مشکل به کار گرفته می شود، حل مشکل به صورت قدم به قدم و مستقیم انجام می گیرد.
- مقابله برنامه ریزی: به منظور اتخاذ روش های مشخص و منظم انجام کارها، مراحل حل مساله و انتخاب بهترین راه حل، تلاش و تفکر دقیقی صورت می گیرد.
- جلوگیری از فعالیت های مزاحم: به منظور حل مساله اصلی، فعالیت ها و افکار نامربوط کنار گذاشته می شود و به مساله اصلی توجه می گردد.
- جلوگیری از مقابله عجولانه با مشکل: برای حل مشکل، انجام هرکاری تا زمان مناسب و شرایط مساعد به تعویق می افتد و کار عجولانه که باعث بدتر شدن اوضاع می گردد، انجام نمی شود؛ درواقع خویشتن داری وجود دارد.
- جستجوی حمایت اجتماعی ابزاری: پرس و جو از کسانی که تجارب مشابه با فرد داشته اند، درخواست راهنمایی از دیگران در مورد مساله، گفتگو با کسانی که می توانند کار خاصی را در ارتباط با مساله انجام دهند.

(آلدوین^{۵۹}، ۲۰۱۲).

^{۵۸} Carver

^{۵۹} Aldwin

ب) مقابله هیجان مدار: برای متعادل ساختن عواطف و هیجانات، کنترل واکنش های هیجانی انجام می گیرد. این مقابله نیز بر ۵ نوع تقسیم می شود که عبارتند از:

- روی آوردن به دین: موقعی که فرد تحت فشار قرار می گیرد، به دلایل مختلف روی آوردن به دین افزایش می یابد. دین به عنوان منبع حمایت عاطفی و مقابله فعال با محرک فشارآور در نظر گرفته می شود.

- جستجوی حمایت اجتماعی عاطفی: در این نوع مقابله، به دست آوردن حمایت عاطفی و همدردی مطرح می باشد که ممکن است در همه موارد سودمند نباشد.

- تفسیر مجدد مثبت: هدف این نوع مقابله، کنترل هیجانات ناخوشایند است تا سروکار داشتن با عامل فشارآور، ارزش این تمایل تنها به کاهش ناراحتی محدود نمی شود بلکه براساس واژه های مثبت موقعیت فشارآور تفسیر می گردد.

- پذیرش: با پذیرش واقعیت فشارآور، احتمال زیادی وجود خواهد داشت تا برای مقابله با آن، اقداماتی انجام گیرد.

- انکار: این نوع مقابله که نقطه مقابل پذیرش است عامل فشارآور مورد انکار قرار می گیرد. برخی براین عقیده اند که این نوع مقابله مفید، کاهش دهنده ناراحتی و تسهیل کننده فرآیند مقابله می باشد؛ و برخی دیگر انکار را در مراحل اولیه مقابله با موقعیت فشارآور، موثر می دانند و در مراحل بعدی مانع مقابله ی موثر در نظر می گیرند، و دسته سومی نیز معتقدند که اگر عامل فشارآور به طور موثری فراموش نگردد، باعث بوجود آمدن مسائل و مشکلات بیشتر می شود.

(عرب علیدوستی، ۱۳۸۵).

ج) مقابله کمتر موثر و ناکارآمد: مجموعه ای از شیوه های مقابله ای است که به عنوان روش های ناکارآمد برای تغییر منبع فشار یا بهبود احساسات ناشی از موقعیت فشارآور در نظر گرفته می شود. ۳ نوع این مقابله عبارتست از:

- نبود درگیری ذهنی: در این نوع مقابله، انحراف فکر از مساله، به فعالیت های دیگر، به خیال پردازی پرداختن و خوابیدن به جای فکر کردن در مورد مساله، مطرح می باشد.

- نبود درگیری رفتاری: برای انجام امور و رسیدن و دستیابی به اهداف، تلاش انجام نمی گیرد. یعنی اعتراف به اینکه از عهده ی حل مساله بر نمی آیم، تلاش نمی کنم و به دنبال آن کاهش تلاش وجود دارد.

- تمرکز بر عاطفه و ابراز آن: در این نوع مقابله ناراحت شدن و ابراز آن، آشفتگی عاطفی و احساس از دست دادن انرژی روانی زیاد مطرح می باشد.

(ماقان ۶۰، ۲۰۰۹).

(د) مقابله غیر موثر: این پاسخ ها که عملاً نقشی در حل مساله نخواهد داشت به ۵ نوع تقسیم می شود.

- تکانشوری: پاسخ تکانشوری شامل از دست دادن این موارد می باشد: صبر، شکیبایی، حوصله، منتظر ماندن، تصمیم گیری سریع و عمل کردن به رغم اطلاعات کافی نداشتن و به نتایج آن فکر نکردن و بی صبرانه در انتظار موقعیتی برای انجام کار بودن.

- تفکر خرافی: شامل پاسخ هایی مانند این تصور که صحبت کردن در مورد واقعیت، از وقوع آن جلوگیری می کند و یا اینکه وقتی اتفاق خوبی می افتد تصور می شود که اتفاق بدی هم باید همراه آن باشد. پوشیدن لباس یا همراه داشتن شیء خاصی که شانس می آورد یا بلا را دور می کند و نیز مراجعه به فالگیر مطرح می شود.

- تفکر آرزومندانه: عبارت است از امید بستن به وقوع معجزه، آرزوی تغییر دادن رخداد، آرزوی اینکه ای کاش این اتفاق رخ نداده بود و یا کاش آنچه اتفاق افتاده یک خواب باشد.

- تفکر منفی: توجه و تمرکز بر نقاط ضعف و علت های بد و آشفتگی به دنبال آن، احساس بی پناهی و درماندگی، این تصور که روبرو شدن با موقعیت بد، یعنی بدترین احتمال ممکن که پیش می آید و گرایش به تفکر در مورد حوادث ناخوشایند گذشته تا حوادث خوشایند، از جمله موارد تفکر منفی است.

- استفاده از دارو، دخانیات، مواد مخدر یا الکل: فرد برای کمتر اندیشیدن به مسائل به نوشیدن الکل، استعمال مواد مخدر و یا مصرف داروها روی می آورد.

(عرب علیدوستی، ۱۳۸۵)

➤ نظریه آنتونوفسکی^{۶۱}

از نظر آنتونوفسکی (۱۹۸۷) به نقل از لی^{۶۲} ۲۰۰۵، مقابله دارای سه جنبه ی عمده مرتبط با هم می باشد و مقابله ی کارساز مستلزم استفاده از این سه عامل است:

- ۱- خردپذیری: عبارت است از ارزیابی دقیق و عینی از موقعیت پیش آمده یا عامل روانی فشارآور.
- ۲- انعطاف پذیری: دسترسی داشتن به مجموعه ای از راهبردهای مقابله ای گوناگون برای فائق آمدن بر یک عامل فشارآور و تمایل به بررسی همه آنها می باشد.
- ۳- دوراندیشی: به معنی توانایی پیش بینی پیامد راهبردهای مختلف است.

آنتونوفسکی در پژوهش خود پی برد که حس انسجام یک منبع عمومی مقاومت است؛ زیرا این جهان بینی می تواند به نحوی از تاثیرات رویدادهای فشارزا جلوگیری نماید که فرد آنها را بسیار شدید تلقی می کند. حس انسجام عبارتست از احساس اطمینان مداوم و پویا نسبت به اینکه:

- محرک هایی که در طول زندگی از محیط درونی و بیرونی فرد برمی خیزد، سازمان یافته، قابل پیش بینی و توجیه پذیرند.
- فرد برای مواجهه با نیازهایی که این محرک ها به وجود آورده اند، منابعی در اختیار دارد.
- این نیازها، چالش هایی در خور سرمایه گذاری و صرف وقت هستند (آنتونوفسکی، ۱۹۸۷، نقل از یزدانی، ۱۳۸۲).
- به اعتقاد آنتونوفسکی احساس انسجام از سه سازه ی اصلی برخوردار است: درک پذیری، کنترل پذیری، معناداربودن. درک پذیری عبارت است از توانایی معنی دادن به زندگی و معنادار بودن به معنی ارزشمند شمردن درگیری با فشارهای روانی و عرصه ی مبارزه دانستن آنها. افرادی که دارای احساس انسجام و همبستگی می باشند قادرند حتی به پرفشارترین موقعیت زندگی خود معنا دهند. این افراد اطمینان خاطر دارند که از کنترل فشارهای روانی زندگی برمی آیند، بنابراین بهتر از دیگران فشارهای روانی را کنترل می کنند و قادرند بر پریشانی های حاصل از مشکلات حل ناشدنی زندگی غلبه نمایند (آنتونوفسکی، ۱۹۸۷، نقل از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵).

^{۶۱} Antonovsky

^{۶۲} Lee

➤ نظریه بیلینگز و موس^{۶۳}

برای اولین بار بیلینگز و موس (۱۹۸۱) پاسخ های مقابله ای را براساس روش مقابله دسته بندی کردند. آنان به دو روش فعال و اجتنابی اشاره کرده اند که هر کدام شامل پاسخ های شناختی و رفتاری است که بدین ترتیب چهار نوع مقابله را تشکیل می دهد:

- مقابله شناختی فعال: مانند کمک خواستن از دیگران
- مقابله شناختی اجتنابی: فرد به طور موقتی فکر کردن در مورد مشکل را کنار می گذارد، یا اینکه معنای موقعیت را تغییر می دهد.
- مقابله رفتاری-اجتنابی: به صورت فعالیت هایی مانند ورزش مشخص می شود.

با در نظر گرفتن روش های فعال و اجتنابی در ترکیب ویژه ای از مساله مداری و هیجان مداری، هشت پاسخ مقابله به وجود می آید که به طور کلی بیلینگز و موس مقابله و ارزیابی را در سه زمینه مختلف یعنی مقابله متمرکز بر ارزیابی، متمرکز بر مساله و متمرکز بر هیجان سازمان بندی نمودند:

۱- مقابله متمرکز بر ارزیابی: شامل اقداماتی است که در جهت درک موقعیت، تحلیل منطقی و شناخت مساله صورت می گیرد.

۲- مقابله متمرکز بر مساله: این مقابله سعی در تغییر یا حذف منبع فشار دارد. بنابراین با پیامدهای عینی و محسوس یک مشکل ارتباط دارد تا خود موقعیت فشارآور.

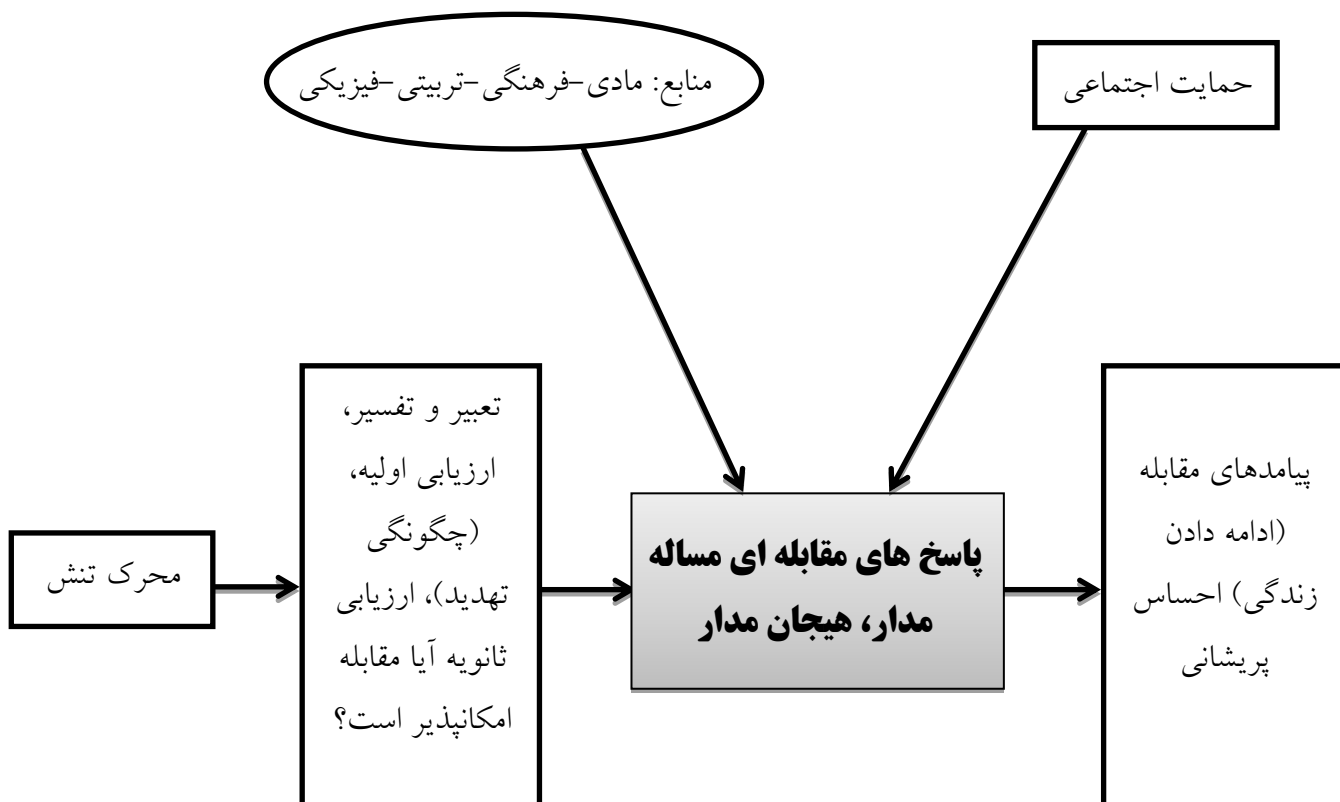
۳- مقابله متمرکز بر هیجان: پاسخ هایی را دربرمی گیرد که هدف آن کنترل هیجانات برانگیخته شده توسط عامل فشارآور می باشد (فیلد و همکاران^{۶۴}، ۱۹۸۵).

برطبق این نظریه پاسخ های مقابله ای مساله مدار و هیجان مدار در نمودار زیر نشان داده شده است.

^{۶۳} Billings & Moos

^{۶۴} Field

نمودار ۲ - پاسخ های مقابله ای مساله مدار و هیجان مدار از نظر بیلینگز و موس (به نقل از هالاهان^{۶۵} و موس، ۱۹۹۶؛ اقتباس از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵)



➤ نظریه مثنی^{۶۶} و همکاران

در این نظریه شیوه های مقابله ی مساله مدار به چند دسته تقسیم شده است:

(الف) بازبینی فشار روانی، یعنی آگاهی یافتن از تنش ایجاد شده و علت های احتمالی آن.

(ب) ساخت بندی که عبارتست از گردآوری اطلاعات درباره عوامل روانی فشارآور.

(ج) بررسی منابع و امکانات موجود و برنامه ریزی برای استفاده از آنها.

(د) مهارت های اجتماعی شامل جرات ورزی، صمیمیت، داشتن رابطه نزدیک با دیگران و خودسازی. در این نظریه به طور کلی مقابله به دو دسته ی مقابله پیشگیرانه و مبارزه جویانه تقسیم شده است:

۱. مقابله پیشگیرانه به آن دسته از پاسخ هایی گفته می شود که فشار روانی را در ابتدای شروع آن فرومی نشانند. راهبردهای پیشگیرانه عبارتند از:

^{۶۵} Holahan
^{۶۶} Matheny

- مراقبت دائمی در برابر عوامل فشار روانی و نشانه های آن.

- آماده سازی منابع و از میان برداشتن عوامل فشار روانی.

- تحمل کردن عوامل اجتناب ناپذیر فشار روانی.

- فرونشاندن برانگیختگی های فشارآور.

۲. مقابله مبارزه جویانه به راهبردهایی گفته می شود که با عوامل فشارروانی مبارزه می کند و شامل موارد زیر است:

- دوری جستن از عوامل فشار روانی با ایجاد سازگاری در زندگی یا تعدیل سطح خواسته ها.

- دگرگون کردن الگوهای رفتاری که موجب فشار روانی می شود.

- توسعه دادن منابع مقابله (زیدنر و اندلر^{۶۷}، ۱۹۹۵).

برطبق این نظریه، شیوه مقابله مساله مدار موفق، مستلزم استفاده بهینه از مولفه های شناختی، انعطاف پذیری، دوراندیشی و ارزیابی واقع بینانه و درست از عوامل فشار روانی و منابع موجود می باشد. البته شیوه مقابله مساله مدار، صرفا متوجه عامل فشار روانی نیست و غالبا مستلزم عملی است که فرد بتواند آن را به خوبی به انجام برساند. برای مثال غالبا شامل ارزیابی مجدد است که فرد موقعیت خود را با سایر افراد مقایسه می کند و ممکن است به این نتیجه برسد که شرایط او خیلی هم بد نبوده است. به اعتقاد مثنی و همکاران هر دو سبک مقابله ی هیجان مدار و مساله مدار اغلب با هم مورد استفاده قرار می گیرند. آنچه که انتخاب یکی از این دو مهم است موقعیت و چگونگی ارزیابی آن است، اگر فردی فکر کند که فشار روانی قابل کنترل است احتمال بیشتری دارد که از شیوه های مساله مدار استفاده کند. مقابله هیجان مدار از این نظر ناسالم به نظر می رسد که بعضی اوقات خود فریب و تحریف واقعیت است (ولراس^{۶۸}، ۲۰۰۶).

➤ نظریه موس و اسکافر^{۶۹}

موس و اسکافر (۱۹۹۷) به چهار نوع راهبرد مقابله ای اشاره دارند:

۱. مقابله رویارویی رفتاری: جستجوی راهنمایی و حمایت، انجام عمل به طور صحیح برای بررسی مستقیم یک موقعیت یا نتیجه آن.

^{۶۷} Zeidner & Endler

^{۶۸} Vollrath

^{۶۹} Moos & Skafer

۲. مقابله رویارویی شناختی: تحلیل منطقی، ارزیابی مجدد، پذیرش واقعیت محیطی، بازسازی آن برای یافتن راه های مساعد و مفید.
۳. مقابله رفتاری- اجتنابی: جستجوی شقوق پاداشی، تخلیه هیجانی و انجام رفتارهای کاهش دهنده ی فشار روانی مانند رفتارهای سوق دهنده به سوی غذا یا ترکیبات آرامبخش.
۴. مقابله اجتنابی- شناختی: واکنش هدفدار در افکار و کم کردن شدت یک بحران یا نتایج آن، پذیرش واقعیت با این فرض که قابل تغییر نمی باشد (مارتز و لیونه^{۷۰}، ۲۰۰۷).

➤ نظریه آیرز^{۷۱} و همکاران

آیرز و همکاران (۱۹۹۶) نشان دادند که برای تبیین تمایزهای بین مقابله ها، الگوهای مفهومی پیچیده تری وجود دارد. آنها این تحلیل عاملی را برای تحلیل تناسب اندازه های مدل برای ارزیابی مقابله بکار بردند. تحلیل آنها نتوانست این مدل دو عاملی سنتی را تایید کند (مقابله مساله مدار و مقابله هیجان مدار) و داده های آنها یک مدل چهار بعدی ارائه نمود که شامل مقابله فعال، مقابله اجتنابی، انصراف توجه و حمایت اجتماعی بود (زیدنر و اندلر^{۷۲}، ۱۹۹۵).

➤ نظریه پاول و انرایت^{۷۳}

برطبق این نظریه دو نوع مقابله با عوامل فشارآور وجود دارد که عبارتند از مقابله سازگارانه و مقابله ناسازگارانه.

در مقابله سازگارانه کوشش هایی به عمل می آید که فشار ناشی از عامل فشارزا را کاهش داده و ارگانسیم را به حالت تعادل برمی گرداند.

مقابله ناسازگارانه اعمالی را دربرمی گیرد که موجب افزایش فشار ناشی از عامل فشارآور می گردد و ارگانسیم را در یک حالت نامتعادل و ناپایدار نگه می دارد.

به کارگیری طولانی مدت راهبردهای ناسازگارانه، باعث از دست دادن اعتماد به نفس و فراهم آوردن زمینه اختلالات رفتاری و روانی خواهد شد (پاول و انرایت، ۱۹۹۱، نقل از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵).

^{۷۰} Martz & Livneh

^{۷۱} Ayres

^{۷۲} Zeidner & Endler

^{۷۳} Powell & Enright

➤ نظریه آلتمایر

در نظریه آلتمایر دو تمایز عمده در فرآیند مقابله مطرح می باشد که عبارتند از:

الف) تمایز بین مقابله هیجان مدار و مساله مدار، که به ویژگی های فردی مربوط است مانند خودکارآمدی. مقابله مساله مدار که بر عامل فشارآور متمرکز است درحالیکه مقابله هیجان مدار، به فرد امکان می دهد تا پیامدهای هیجانی همراه فشار روانی را کنترل نماید.

ب) تمایز بین منابع مقابله. منابع مقابله منابعی است که در دسترس فرد می باشد، در حالیکه پاسخ های مقابله اعمالی هستند که به طور عملی در شرایط خاصی به کار گرفته می شوند (زیدنر و اندلر^{۷۴}، ۱۹۹۵).

➤ نظریه کرونی

بر اساس نظریه کرونی (۲۰۰۰) به طور کلی محققان چهارنوع مقابله ی کلی را مشخص نموده اند.

۱. رفتار فعالانه یا مساله مدار، که به طور مستقیم و آشکار با مشکل و نتایج آن سروکار دارد.

۲. ارزیابی مداریا فعال/ شناختی که هدف آن کنترل ارزیابی موقعیت فشار روانی زا است.

۳. هیجان مدار، که هدفش کنترل فشارروانی زاهای مربوط به هیجانان، نگهداری و حفظ تعادل می باشد.

۴. اجتناب مدار که هدفش دوری از فشار روانی و موقعیت های فشار روانی زا است (کرونی، ۲۰۰۰، به نقل از آلدوین^{۷۵}، ۲۰۱۲).

➤ نظریه لانگ و اسکات^{۷۶}

شیوه های مقابله از نظر لانگ و اسکات (۱۹۹۵) بر دو نوع درگیر شدن و درگیر نشدن تقسیم می شود.

الف) مقابله درگیر شدن: تلاش های فعالی را می طلبد که هم برای کنترل پدیده های مساله مدار و هم هیجان مدار در موقعیت های فشارزا به کار می رود. این نوع مقابله چون تحت تاثیر موقعیت است ثبات کمتری دارد.

^{۷۴} Zeidner & Endler

^{۷۵} Aldwin

^{۷۶} Long & Schutz

ب) مقابله درگیر نشدن: شامل مقابله هیجان مدار است مانند تفکر آرزومندانه، این نوع مقابله ثبات متوسطی دارد زیرا کمتر تحت تاثیر عوامل موقعیتی است (لانگ و اسکات، ۱۹۹۵، به نقل از کاویتا^{۷۷}، ۲۰۰۹).

➤ نظریه پی یرلین و شولر^{۷۸}

از نظر پی یرلین و شولر (۱۹۸۷ به نقل از یزدانی) مقابله با توجه به هدفی که دنبال می کند به سه دسته تقسیم می گردد:

الف) پاسخ هایی که وضعیت را تغییر می دهند. این پاسخ ها شامل بحث و گفتگو درباره مسائل، برقراری نظم و انضباط و اقدام مستقیم در محیط، فراوانی کمتری دارند، زیرا برای تغییر دادن وضعیت بیشتر افراد توانایی یا آگاهی لازم را ندارند و از این می ترسند که اگر خود دست به اقدامی بزنند ممکن است به نتایج خلاف انتظار برسند. گاهی این عقیده وجود دارد که هر وضعیتی را نمی توان تغییر داد و شاید هم این عقیده صحیح باشد.

ب) پاسخ هایی که برداشت افراد را نسبت به وضعیت تغییر می دهند، به طوریکه احتمال پیامدهای فشارزای آن را به کمترین حد ممکن می رسانند. در این نوع مقابله، آگاهانه سعی بر آن است تا عامل فشارزا را بی اثر گردانند، زیرا در واقع معنای پایگاه است که منجر به احساس خطر می شود. وقتی که این معنا تغییر یابد خطر وابسته به آن نیز تغییر می کند. یکی از این پاسخ ها، مقایسه ی مثبت است یعنی فرد از طریق مقایسه ی وضع خود با وضع کسانی که در موقعیت بدتر از این پاسخ ها، به این نتیجه می رسد که وضع چندان بدی هم ندارد، و نسبت به وضعیت خود احساس بهتری پیدا می کند. پاسخ دیگران این است که شخص مرکز توجه خود را تغییر می دهد و از جنبه دردسرساز وضعیت به جنبه دیگری که سودمند به نظر می رسد، برمی گرداند. برای مثال جوانی که از وضعیت خانوادگی خود ناراضی است، ممکن است توجه خود را به جنبه های شوق انگیز درس معطوف نماید.

ج) پاسخ هایی که پیامدهای فشارآور را پس از وقوع مهار می کند. هدف این پاسخ ها آن است که تاثیر منفی وضعیت فشارزا را کاهش دهند. انکار، پذیرش سختی ها، پرهیز از مشکل و برون ریزی احساسات، نمونه هایی از این نوع پاسخ به فشار روانی است.

^{۷۷} Kavitha

^{۷۸} Perlin & Shooter

از این نظر پی یرلین و شولر مقابله، کارکرد محافظت کننده دارد و این کارکرد به سه شیوه اعمال می گردد:
۱. تغییر موقعیت هایی که باعث تجارب فشارآور می شوند. یعنی اصلاح یا حذف شرایطی که مشکل را به وجود آورده اند.

۲. کنترل این شرایط قبل از اینکه فشارآور شوند.

۳. کنترل فشار روانی، حفظ و مهار پیامدهای هیجانی ناشی از آن (زیدنر و اندلر^{۷۹}، ۱۹۹۵).

➤ نظریه فلیپس و جارویس^{۸۰}

براساس تحقیقات خود در مورد راهبردهای مقابله ای به چهار عامل مقابله اشاره کرده اند:

۱. مقابله اجتنابی

۲. مقابله هیجان مدار

۳. مقابله فعال

۴. مقابله پذیرش

مقابله فعال شامل رفتارهایی مانند استفاده از راه های استراتژیک و حمایت های اجتماعی می باشد. مقابله اجتنابی شامل انکار رویدادهایی است که رخ داده و یا تاثیر گذارده، مانند دورشدن فیزیکی از موقعیت و فرار از موقعیت با استفاده از دارو و یا الکل. مقابله هیجان مدار شامل آزاد سازی هیجان ها (مثل گریه کردن) و استفاده از حمایت های اجتماعی برای کاهش هیجان ها می باشد. مقابله پذیرش شامل دورشدن روان شناختی فرد از موقعیت می باشد. یعنی از نظر شناختی موقعیت یا رویداد دوباره تعریف می شود و رویداد همان طور که هست پذیرفته می شود (فلیپس و جارویس، ۱۹۹۴؛ نقل از عرب علیدوستی، ۱۳۸۵).

^{۷۹} Zeidner & Endler

^{۸۰} Phelips & Jarvis

۲-۱-۳- سکتة قلبی^{۸۱}

سکتة قلبی یا انفارکتوس میوکارد عبارت است از صدمه به قسمتی از عضله قلب، که بعلت انسداد در رگ های کرونری (رگ های تغذیه کننده عضله قلب) و از بین رفتن جریان خون در آن قسمت اتفاق می افتد و لخته ی درون رگ کرونری، جریان خون و اکسیژن رسانی به عضله قلبی را مختل می کند، که سبب مرگ سلول های قلبی در آن ناحیه می شود. ماهیچه قلبی آسیب دیده توانایی خود برای انقباض از دست می دهد و عضله قلبی باقیمانده برای جبران منطقه آسیب دیده وارد عمل خواهد شد (برانوالد^{۸۲}، ۲۰۰۵).

۲-۱-۳-۱- همه گیرشناسی^{۸۳} سکتة قلبی در جهان

براساس برآوردهای اخیر ۱۶/۶ میلیون نفر در سراسر جهان هر ساله بر اثر بیماری های قلبی و عروقی فوت می کنند. در سال ۲۰۰۱ بیماری های قلبی و عروقی در حدود یک سوم مرگ های جهان را به خود اختصاص داده است و تا سال ۲۰۲۰ سازمان جهانی بهداشت تخمین زده که ۲۵ میلیون مرگ بخاطر بیماری های قلبی و عروقی در سراسر جهان داشته باشیم (خان^{۸۴}، ۲۰۰۵).

کشورهای که درآمد متوسط و کم دارند بدلیل جمعیت بسیار بالیشان حدود ۷۸ درصد کل مرگ و میر قلبی و عروقی و ۸۶/۳ درصد مرگ را در کل جهان در سال ۱۹۹۸ به خود اختصاص داده اند و نیز بیماری های قلبی و عروقی یک عامل مهم مرگ و ناتوانی در کشورهای مدیترانه شرقی و حوزه خاورمیانه مانند بحرین، قطر، کویت، مصر، عراق و اردن به شمار می رود (برانوالد^{۸۵}، ۲۰۰۵).

برطبق بار جهانی بیماری انتظار می رود که در فاصله سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ در کشورهای در حال توسعه افزایش ۵۵ درصدی در مرگ ناشی از بیماری های قلبی و عروقی رخ دهد در حالیکه در طول همان دوره زمانی پیش بینی می شود که در کشورهای توسعه یافته مرگ بیماری های قلبی و عروقی ۱۴/۳ درصد کاهش داشته باشد (هاتچیسون^{۸۶}، ۲۰۰۹).

بر اساس آمار وزارت بهداشت آمریکا بیماری های قلبی بالاترین آمار مرگ و میر را در سطح جهان به خود اختصاص می دهند به طوریکه سکتة، حملات قلبی و دیگر بیماری های قلبی عروقی در هر ۳۴ ثانیه جان یک آمریکایی را به کام مرگ می برند. هر ۲۹ ثانیه یک آمریکایی از بیماری کرونری رنج می برد

^{۸۱} Myocardial infarction

^{۸۲} Braunwald

^{۸۳} Epidemiology

^{۸۴} Khan

^{۸۵} Braunwald

^{۸۶} Hutchison

و در هر دقیقه یک نفر از آنها خواهد مرد. در حدود یک سوم (۳۴ درصد) بیماری های قلبی قبل از ۷۵ سالگی رخ می دهد. هزینه بیماری های قلبی در سال ۲۰۰۱ دویست و نود و هشت میلیارد دلار تخمین زده شده که دوازده میلیارد دلار از سال ۱۹۹۸ بیشتر است و در واقع بیماری های قلبی در آمریکا ۷۷ درصد هزینه های پزشکی را به خود اختصاص داده است (سایت انجمن بیماری های قلبی آمریکا^{۸۷}، ۲۰۱۲).

با وجود آمار هشداردهنده درباره ابتلا به بیماری های قلبی در ایران، در بعضی کشورها، خبرهایی از کاهش ریسک ابتلا به این بیماری ها منتشر می شود. به تازگی، مطالعات پژوهشگران دانشگاه آکسفورد نشان می دهد مرگ ناشی از بیماری قلبی در بریتانیا، از اوائل دهه ۱۹۷۰ میلادی تاکنون کمتر شده است. این پژوهشگران، تغییر شیوه زندگی را علت چنین روندی اعلام کرده اند (هاتچیسون^{۸۸}، ۲۰۰۹).

در هر حال پیش بینی می شود بیماری های قلبی و عروقی به عنوان مهم ترین علت مرگ و میر (۳۶ درصد کل مرگ و میرها) در سراسر جهان تا سال ۲۰۲۰ باقی خواهند ماند و در حال حاضر ۱۷ میلیون مرگ و میر در دنیا به علت بیماری های قلبی و عروقی رخ می دهد که ۸۲ درصد از این مرگ ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می افتد (سایت انجمن بیماری های قلبی آمریکا^{۸۹}، ۲۰۱۲).

۲-۳-۱-۲- همه گیرشناسی سکته قلبی در ایران

آمارهای رسمی وزارت بهداشت ایران نشان می دهد که بیشترین علت مرگ و میر در کشور بعد از تصادفات، سکته های قلبی است و در جدیدترین آمار بیان شده است که ۳۹/۳ درصد کل مرگ و میرها ناشی از بیماری های قلبی و عروقی و ۱۹/۵ درصد مربوط به سکته های قلبی است (شاه میرزایی، صدرنیا، صلحی و قاسمی، ۱۳۸۹).

در حالی که طول عمر در ایران افزایش یافته و بیماری های قلبی و عروقی نیز بیشتر در سنین بالا اتفاق می افتد، این نوع بیماری ها به عامل اصلی مرگ و میر در کشور ایران تبدیل شده است. آمارهای کشور ایران نشان می دهد در یک سال از هر ۸۰۰ مورد مرگ روزانه، حدود ۳۶۰ مورد آن ها بر اثر بیماری های قلبی-عروقی است. از این میزان ۱۹۸ نفر بر اثر سکته قلبی فوت کرده و حدود ۸۲ نفر هم بر اثر سکته مغزی جان خود را از دست می دهند. این در حالی است که به گفته کارشناسان در ایران روزانه

^{۸۷} American Heart Association

^{۸۸} Hutchison

^{۸۹} American Heart Association

۳ هزار سال عمر مفید مردم بر اثر بیماری های قلبی و عروقی از بین می رود (حسن پور دهکردی و همکاران، ۱۳۸۸).

در حال حاضر ۳۹/۳ درصد مرگ های کشور ایران ناشی از بیماری های قلبی عروقی است که از این مقدار ۱۹/۵ درصد ناشی از سکته قلبی، ۹/۳ درصد به علت سکته مغزی، ۳/۱ درصد به علت فشارخون بالا و بقیه به علت سایر بیماری های قلبی عروقی است (انجمن جراحان قلب ایران، ۱۳۹۱).

وضعیت بیماران قلب و عروق در ایران وخیم تر از متوسط جهانی است. به طوریکه در کشورهای پیشرفته، افراد در دهه ششم زندگی با بیماری های قلبی و عروقی درگیر می شوند، ولی این موضوع در ایران، در دهه سوم و چهارم زندگی افراد اتفاق می افتد (سبزواری، محمدعلیزاده، برهانی و پیشکار مفرد، ۱۳۸۱).

سالانه ۳۵ تا ۵۰ هزار مورد عمل جراحی قلب در ایران انجام می شود، در حالی که در کشور چین با یک میلیارد و ۳۰۰ میلیون نفر جمعیت هم همین تعداد عمل جراحی قلب انجام می شود که این تعداد جراحی قلب نشان دهنده افزایش فزاینده تعداد بیماران قلبی می باشد (انجمن جراحان قلب ایران، ۱۳۹۱).

مطالعات نشان می دهد که سهم تهرانی ها از ۲۶ درصد به بیش از ۵۰ درصد در سال ۷۵ رسیده و طبق آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت در مارس ۲۰۰۲ ۳۵ درصد علل مرگ ها در ایران (۹۱ هزار نفر) ناشی از بیماری های قلبی و عروقی است (انجمن جراحان قلب ایران، ۱۳۹۱).

بررسی ها و تحقیقات در اقصی نقاط کشور نشان می دهد که سن سکته قلبی در جامعه رو به کاهش است. در چند سال گذشته تعداد افراد زیر ۴۰ سال که به دلیل انسداد عروق کرونر قلب کاندید جراحی عروق می گردند به طور چشمگیری افزایش یافته است که شیوه زندگی ناسالم همراه با عدم تحرک کافی، مصرف دخانیات، تغذیه غلط که همگی این موارد موجب افزایش چربی های مضر خون، فشارخون بالا و احتمال ابتلا به دیابت می شوند از عوامل افزایش دهنده ریسک سکته قلبی و کاهش دهنده سن جراحی قلب در ایران هستند (سبزواری، محمدعلیزاده، برهانی و پیشکار مفرد، ۱۳۸۱).

گرایش نسل جوان به سمت مصرف فست فودها و مواد دخانی به خصوص قلیان که عوارض خطرناکتری نسبت به سیگار دارد، دست به دست هم داده است تا شاهد بروز بیماری های قلبی در سنین پایین تر باشیم. این در حالی است که سن سکته در یکی دو دهه گذشته بین ۵۵ تا ۶۰ سال بود اما هم اکنون مواردی از بروز سکته قلبی در افراد جوان و کمتر از ۳۰ سال نیز مشاهده می شود که در این میان ۱/۸ درصد مردان و ۱/۲ درصد زنان بالای ۳۰ سال در کشور دارای سابقه سکته قلبی هستند (حسن پور دهکردی و همکاران، ۱۳۸۸).

در حالی که آمارهای کشور ایران در رابطه با مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی ناامید کننده است، مطالعات پژوهشگران دانشگاه آکسفورد نشان می دهد مرگ ناشی از بیماری قلبی در بریتانیا، از اوائل دهه ۱۹۷۰ میلادی تاکنون کمتر شده است. این پژوهشگران، تغییر شیوه زندگی را علت چنین روندی اعلام کرده اند (سبزواری، محمدعلیزاده، برهانی و پیشکار مفرد، ۱۳۸۱).

آنچه مسلم است، متخصصین قلب و عروق بر این عقیده اند که وضعیت شیوع بیماری های قلب و عروق در کشورمان نگران کننده است و می بایست هرچه سریع تر با تدوین و اجرای برنامه ای جامع، در مسیر پیشگیری از بروز این بیماری ها گام برداشت. زیرا در حال حاضر حدود ۷۰ درصد هزینه های درمانی کشور صرف بیماریهای ناشی از قلب و عروق می شود (شاه میرزایی، صدرنیا، صلحی و قاسمی، ۱۳۸۹).

ایران کشوری است با حدود ۷۰ میلیون نفر جمعیت است که براساس تحقیقات آماری حدود ۱۵ میلیون نفر از این تعداد به بیماری های قلبی - عروقی مبتلا هستند. با توجه به امکانات محدود خدمات پزشکی در کشور ما در مقایسه با سایر کشورها و اشغال تخت های بخش ^{۹۰}CCU به وسیله این بیماران، ترافیک بیماران نیز در این بخش ها وجود دارد (سبزواری، محمدعلیزاده، برهانی و پیشکار مفرد، ۱۳۸۱).

آمار تاسف بار دیگر در همین زمینه میزان بالای مرگ و میر بر اثر بروز بیماری های قلبی در کشور است. طبق آمار به دست آمده در سال ۸۶، از هر ۱۰۰ هزار مورد بیماری قلبی گزارش شده در کشور حدود ۱۶۷ مورد، منجر به مرگ می شود (انجمن جراحان قلب ایران، ۱۳۹۱).

این گزارش ها در حالی ارایه می شود که هر لحظه از میانگین سنی افراد مبتلا به بیماری های قلبی کاسته می شود و شاید بتوان گفت ابتلا به این نوع بیماری ها در آینده نزدیک بزرگ ترین و جدی ترین چالش حوزه سلامت کشور ما خواهد بود که اگر از نگاه مسوولان نظام بهداشتی کشور مغفول واقع شود، می تواند آثار بسیار ناگواری را به دنبال داشته باشد (انجمن جراحان قلب ایران، ۱۳۹۱).

۲-۱-۳-۳- سبب شناسی^{۹۱} سکته قلبی

وقتی یک یا تعداد بیشتری از شریان های تغذیه کننده قلب مسدود می شوند، خون حاوی اکسیژن به عضله قلب نمی رسد و حمله قلبی اتفاق می افتد. عروق کرونری به مرور زمان بر اثر انباشته شدن کلسترول

^{۹۰} critical care unit

^{۹۱} Etiology

باریک می‌شوند. این انباشتگی کلاسترول به عنوان پلاک در شریان‌ها شناخته می‌شود و رسوب کلاسترول در شریان‌های سراسر بدن «آرترواسکلروزیس» نامیده می‌شود (دلیون^{۹۱}، ۲۰۱۲).

اغلب آرترواسکلروز عروق کرونری و در نتیجه انسداد عروق تغذیه کننده ماهیچه قلب منجر به انفارکتوس میوکارد می‌شود که درمان آسان نخواهد بود. اگر شریان بسته شده شریان کرونر اصلی باشد احتمال مرگ انسان وجود دارد (میرچاندانی^{۹۲}، ۲۰۱۱).

سکته قلبی آخرین مرحله از فرآیند گرفتگی عروق است که معمولاً چند ساعت طول می‌کشد. با گذشت هر دقیقه بافت قلبی بیشتری بر اثر فقدان خون‌رسانی تخریب می‌شود. در حمله قلبی، یکی از این پلاک‌ها جدا شده و یک لخته خون تشکیل می‌دهد؛ اگر این لخته به اندازه کافی بزرگ باشد، می‌تواند جریان خون را کاملاً مسدود کند. به شرایطی که در آن شریان‌های کرونری به دنبال آرترواسکلروزیس باریک می‌شوند، بیماری شریان کرونری می‌گویند که این بیماری دلیل بیشتر حملات قلبی است (خجسته پور، ۱۳۷۰). یک دلیل غیرشایع حمله قلبی، اسپاسم شریان کرونری است که باعث توقف خون‌رسانی به قسمتی از ماهیچه قلب می‌شود. مواد مخدری مانند کوکائین می‌تواند منجر به اسپاسم عروق کرونری شود. سکته قلبی می‌تواند بر اثر پارگی شریان قلبی نیز اتفاق بیفتد. از موارد غیرشایع دیگر می‌توان به لخته‌های خونی کوچک یا تومورهایی که از قسمت‌های دیگر بدن منشا می‌گیرند، اشاره کرد. مهمترین عوامل خطر سکته قلبی عبارتند از:

۱. سیگار
۲. فشار خون بالا
۳. بالا بودن چربی خون
۴. کنترل نامناسب کلاسترول خون
۵. بیماری قند خون
۶. جنس مذکر (سکته قلبی در مردان بیشتر است)
۷. سن، احتمال سکته قلبی با افزایش سن بیشتر می‌شود
۸. وراثت
۹. اضافه وزن

^{۹۱} Delion

^{۹۲} Mirchandani

(برانوالد^{۹۴}، ۲۰۰۵).

۲-۱-۳-۴- علائم سکته قلبی

در اکثر موارد انفارکتوس میوکارد همراه با تظاهرات معمولی و تی پیک است که تشخیص را آسان می‌سازد. یک درد موضعی قفسه سینه که در مرکز قفسه صدری (سینه) با قابلیت انتشار بطرف آرواره و بازوها پشت و گردن سمپتوم ویژه است و بیشتر از ۲۰ دقیقه طول می‌کشد. اگر درمان نشود این درد آزاردهنده و بحرانی است و مدتها بطول می‌انجامد (اتال^{۹۵}، ۲۰۰۷).

گاهی چندین ساعت با مصرف تری‌نیتترین مقاومت می‌کند، داروی دوپواترین درد آئزین را آرام می‌کند. هم‌چنین علائم دیگری که آشکار کننده هستند عبارتند از الکتروکاردیوگرام اورژانس و فوری می‌تواند تشخیص را آسان سازد. در تعداد زیادی از موارد انواع انفارکتوس وجود دارد که بصورت تشویش و اضطراب تظاهر می‌کند (میرچاندانی^{۹۶}، ۲۰۱۱).

مثلا اشکال هاضمه‌ای و احساس کاذب آروغ زدن، عصبی بودن، تنگی نفس (بعلت اشکال در بطن چپ و در نتیجه ادم ریوی) ادم و تورم در دست و پا که گاهی بدون تشخیص بوده و تنها اتفاقی در آزمایش قلبی و آزمایش روتین و منظم پزشکی با تشخیص آن برخورد می‌شود. باید بخاطر داشت که هنگام مراجعه یک بیمار مسن با فشار خون، سن بیش از ۴۰ سال، زندگی مشوش و پراضطراب که دچار درد شدید و ناگهانی قفسه سینه که ادامه می‌یابد باید ب فکر انفارکتوس بود و الکتروکاردیوگرام درخواست نمود (برانوالد^{۹۷}، ۲۰۰۵).

اغلب افراد علائم بیماری قلبی خود را با یک بیماری ساده مانند مشکلات گوارشی اشتباه می‌گیرند بنابراین دیر به بیمارستان مراجعه و اقدام‌های درمانی را با تاخیر دریافت می‌کنند. تمام افرادی که تجربه حمله قلبی دارند، ممکن است تمام علائم ذکر شده را تجربه کرده یا همه آنها را به یک اندازه داشته باشند ولی بعضی از افراد حتی هیچگونه علامت مشخصی ندارند. به هر حال، هرچه علائمی که بروز می‌کند بیشتر باشد، درصد اطمینان برای تشخیص حمله قلبی بالاتر است (موسوی، ۱۳۹۰).

حمله قلبی می‌تواند در هر زمانی؛ از انجام امور روزمره در محل کار یا پیاده‌روی ساده گرفته تا هنگام استراحت اتفاق بیفتد. بعضی از حمله‌ها بسیار ناگهانی اتفاق می‌افتند ولی بعضی افراد که تجربه آن را دارند، علائم هشدار و نشانه‌هایی را از ساعت‌ها یا روزها و هفته‌ها قبل احساس می‌کنند (خجسته پور، ۱۳۷۰).

^{۹۴} Braunwald

^{۹۵} Etal

^{۹۶} Mirchandani

^{۹۷} Braunwald

ساده‌ترین هشدارى که ممکن است اتفاق بیفتد، داشتن درد در قفسه‌سینه به طور متناوب است که معمولاً با استراحت بهبود می‌یابد. این درد به دلیل کاهش جریان خون قلب ایجاد می‌شود. بسیاری از افراد حمله قلبی را با حالتی که قلب به طور ناگهانی می‌ایستد، اشتباه می‌گیرند. ایست ناگهانی قلب بر اثر یک اختلال الکتریکی در عمل پمپ قلب ایجاد می‌شود که مانع از رسیدن جریان خون به سایر نقاط بدن می‌شود. حمله قلبی عامل اصلی ایست قلبی است؛ ولی تنها عامل آن محسوب نمی‌شود.

نشانه‌های رایج بروز حمله قلبی شامل این موارد است:

- احساس فشار، یک درد فشاری در مرکز قفسه‌سینه که چند دقیقه طول می‌کشد.
- درد از قفسه سینه به ناحیه شانه، بازو، پشت، دندان و فک کشیده می‌شود.
- افزایش درد قفسه سینه
- گسترش درد به ناحیه فوقانی شکم
- فشار و سنگینی در قفسه سینه و احساس درد در معده
- درد شدید در دست
- کوتاه‌شدن و شمرده‌شدن تنفس
- عرق کردن
- اضطراب و از حال رفتن
- تهوع، استفراغ یا تعریق سرد

علائمی که ممکن است علاوه بر موارد فوق در خانم‌ها دیده شود:

- سوزش قلب و درد شکم
- سرد و مرطوب شدن پوست
- سردرد و سرگیجه
- خستگی و بی‌حالی غیر معمول

(اونلان و شیلیان^{۹۸}، ۱۹۸۳).

۲-۱-۳-۵- تشخیص سکته قلبی

براساس علائم بالینی و شواهد موجود در نوار قلب و افزایش آنزیم های قلبی کراتین فسفوکیناز و تروپونین و در پاره‌ای از موارد با آنژیوگرافی تشخیص سکته قلبی داده می شود.

به مهم ترین روش های تشخیص سکته قلبی در زیر اشاره شده است:

✓ معاینه فیزیکی: در ابتدا پزشک یک معاینه فیزیکی کامل انجام می دهد و تمامی عوامل خطرزایی

را که ممکن است موجب حمله قلبی شده باشد، بررسی می کند مانند فشار بیمار، نبض قلب و

دمای بدن. سابقه بیماری فرد نیز بررسی و به صدای قلب و ریه توجه می شود.

✓ نوار قلبی: اولین روش تشخیص حمله قلبی، گرفتن نوار قلب است. این کار معمولاً هنگام

پرسیدن پرسش‌هایی درباره علائم و سابقه فامیلی از بیمار انجام می شود. این آزمایش،

فعالیت‌های الکتریکی قلب را ثبت می کند. قلب آسیب دیده پالس‌های الکتریکی را به درستی

هدایت نمی کند و ECG وقوع یک حمله قلبی یا احتمال بروز سکته را نشان می دهد.

✓ تست خون: وقتی قلب در حین سکته آسیب می بیند آنزیم‌های قلبی به جریان خون وارد

می شوند. آزمایش خون، وجود این آنزیم‌ها را نشان می دهد.

✓ عکس قفسه سینه: در این عکس اندازه قلب، عروق و جریان خون بررسی می شود.

✓ اکو کاردیوگرافی: در این روش امواج صوتی و تصویری از قلب ایجاد می شود. هنگام

اکو کاردیوگرافی امواج صوت به سمت قلب هدایت شده و برمی گردد و تصویر الکترونیکی از

قلب آشکار شده و این تصویر آسیب عضله قلب را نمایان می کند.

✓ کاتتریزاسیون عروق کرونری: در این آزمایش باریک شدن یا انسداد عروق کرونری مشخص

می شود. یک ماده رنگی از طریق لوله باریکی داخل شریان‌های قلبی تزریق شده و از راه اشعه

ایکس نواحی بلوکه شده مشخص می شود. هنگام این کار امکان انجام اقدام‌های درمانی نیز

وجود دارد و می توان بالن یا استنت را در شریان قرار داد.

✓ تست ورزش: روزها یا هفته‌ها پس از حمله قلبی انجام می شود. این آزمایش میزان پاسخ‌دهی

قلب و عروق به ورزش را نشان می دهد. بیمار، روی تردمیل یا دوچرخه قرار می گیرد و در

عین حال نوار قلبی نیز امواج قلبی را ثبت می کند. گاهی دارویی تزریق می کنند که ریتم ضربان

قلب را درحد ورزش بالا می برد.

✓ سی تی اسکن و ام.آر.ای: این آزمایش‌ها مشکلات قلبی مانند میزان گسترش آسیب قلبی را نشان می‌دهد. در سی تی اسکن قلب بیمار روی تخت ویژه قرار گرفته و از راه اشعه ایکس تصویر مناسبی از قلب ثبت می‌شود. در ام. آر. ای بیمار در میدان مغناطیسی مخصوصی قرار گرفته و وضع بافت قلبی بررسی می‌شود.

(خان^{۹۹}، ۲۰۰۵).

۲-۱-۳-۶- درمان سکته قلبی

حمله قلبی یک اورژانس پزشکی است، بستری و احتمالاً مراقبت‌های ویژه زیر نظر پزشک مورد نیاز است. پایش مداوم نوار قلب سریعاً آغاز می‌شود، زیرا ضربانات نامنظم قلبی مهمترین علت مرگ در چند ساعت اول پس از حمله قلبی هستند. معمولاً اکسیژن تجویز می‌شود، حتی اگر اکسیژن خون طبیعی باشد. این امر، اکسیژن کافی در اختیار بافت‌های بدن می‌گذارد و کار قلب را کم می‌کند. نیتروگلیسرین وریدی یا سایر داروها برای کنترل درد و کاهش نیاز قلب به اکسیژن بکار می‌روند. داروهای ضد دردهای ممکن است برای یک حمله قلبی تجویز شوند (هاتچیسون^{۱۰۰}، ۲۰۰۹).

مهمترین اقدامات بیمارستانی عبارتند از:

✓ اقدام‌های درمانی در بیمارستان: درمان سکته قلبی در بیمارستان بستگی به موقعیت بیمار دارد. ممکن است با دارو یا اقدامی تهاجمی درمان صورت گیرد و در مواقعی با توجه به شدت آسیب قلب، هر دو کار با هم انجام می‌شود.

✓ دارو: با گذشت هر دقیقه از حمله قلبی، بافت‌های بیشتری اکسیژن از دست داده و آسیب می‌بینند. برای جبران این حالت باید جریان خون به این بافت‌ها به حالت عادی برگردد.

داروهایی که به بیمار دچار سکته داده می‌شود، شامل موارد زیر است:

- آسپرین: این دارو معمولاً توسط کادر اورژانس داده می‌شود. آسپرین لخته خون را کاهش داده و جریان خون را در عروق باریک شده برقرار نگه می‌دارد.

- ترومبولیتیک: این دارو باعث حل شدن لخته خونی - که منجر به انسداد شده است - می‌شود. هرچه زودتر این دارو دریافت شود شانس نجات از یک حمله قلبی و کاهش آسیب به بافت قلب افزایش می‌یابد.

^{۹۹} Khan

^{۱۰۰} Hutchison

- سوپر آسپرین: دارویی شبیه به آسپرین است که توسط تیم اورژانس داده می‌شود و از تشکیل لخته خون جلوگیری می‌کند. این دارو شامل پلاویکس و سایر داروهاست.
- تسکین‌دهنده درد: اگر درد قفسه‌سینه بیمار شدید باشد معمولا آرامبخش‌هایی مانند مورفین برای بیمار تجویز می‌شود.
- نیتروگلیسرین: این دارو درد را تسکین داده و عروق را باز می‌کند و جریان خون را به حالت عادی برمی‌گرداند.
- بتا بلوکر: این دارو ماهیچه قلب را آرام کرده و ریتم ضربان قلب را به حالت عادی برمی‌گرداند و آسیب بافتی را کاهش می‌دهد.
- داروهای کاهش‌دهنده کلسترول: این داروها سطح کلسترول خون را کاهش می‌دهند.

✓ درمان جراحی:

- آنژیوپلاستی کرونری و استنت‌گذاری: انجام اورژانس آنژیوپلاستی، انسداد عروق کرونری را باز کرده و جریان عادی خون برای بافت قلب ایجاد می‌کند.
- عمل بای‌پس شریان کرونری: عمل بای‌پس شامل جایگزین کردن عروقی برای تغذیه بافت قلب به جای شریان مسدود شده است و به این ترتیب جریان خون قلب به حالت طبیعی برمی‌گردد.

✓ اصلاح شیوه زندگی: رعایت توصیه‌های زیر از حمله قلبی پیشگیری می‌کند:

- سیگار نکشیدن: سیار کشیدن مدت زمان سالم بودن قلب را کوتاه‌تر می‌کند.
- قرار نرفتن در معرض دود سیگار دیگران: حضور در محلی که دود سیگار وجود دارد فرق خاصی با کشیدن سیگار ندارد؛ زیرا همان مواد مضر که فرد سیگاری دریافت می‌کند در فضا نیز وجود دارد و افراد مجاور استنشاق می‌کنند.
- چک کردن کلسترول: اگر کلسترول بد خون بالا باشد حتما باید به پزشک مراجعه شود و با مصرف دارو و تغییر رژیم غذایی سعی در بهبود آن گردد.
- چک‌آپ پزشکی به طور مرتب: بسیاری از عوامل خطرزایی که موجب حمله قلبی می‌شوند از جمله فشار خون بالا، کلسترول بالا و دیابت در مراحل اولیه هیچ علائم مشخصی نشان نمی‌دهند؛ ولی با انجام آزمایش‌های پزشکی و آگاهی از وجود این ریسک فاکتورها از شرایط دشوار بعدی و ایجاد حمله قلبی جلوگیری می‌گردد.

- کنترل فشار خون: هر فرد سالم باید هر سال دو بار فشار خونش را کنترل کند.
- ورزش به طور مرتب: انجام نرمش و ورزش عملکرد ماهیچه قلب را به صورت طبیعی حفظ می‌کند. ورزش کردن با حفظ وزن ایده‌آل و کنترل دیابت مانع ایجاد حمله قلبی می‌شود. انجام ورزش در حد ۳۰ دقیقه پیاده‌روی در روز و پنج روز در هفته سلامتی را تضمین می‌کند.
- حفظ وزن ایده‌آل: داشتن وزن طبیعی از بالا رفتن فشار خون و ابتلا به دیابت جلوگیری کرده و به دنبال آن خطر حمله قلبی را نیز کاهش می‌دهد.
- داشتن رژیم غذایی سالم: رژیم غذایی سرشار از چربی و کلسترول باعث باریک شدن عروق قلبی می‌شود.
- کنترل استرس: اگر استرس به عنوان یکی از عادات‌های روزانه زندگی باشد؛ شانس ابتلا به سکتة قلبی بالا می‌رود.

(خان^{۱۱}، ۲۰۰۵).

۲-۱-۴- بیماری سرطان

سرطان در لغت به معنای خرچنگ^{۱۲} است. این نامگذاری به این دلیل بود که این بیماری مانند پاهای خرچنگ به بسیاری جهات زندگی فرد چنگ می‌اندازد. بیماری‌های معدودی نظیر سرطان هستند که سبب نگرانی و اضطراب فراوانی می‌شوند. تاثیر فیزیولوژیکی و روانی سرطان بر روی بیماران و خانواده‌هایشان منجر به تغییر عمیقی در شیوه زندگی آنها می‌گردد و اغلب روی علاج ناپذیری بیماری متمرکز بوده و احساس نومیدی و یاس را تقویت می‌کند. متأسفانه اکثر افراد سرطان را همراه با کلماتی نظیر مرگ، درد، نابودی و فنا مطرح می‌کنند و همچون زمان بقراط آن را بیماری لاعلاج می‌پندارند. اما پیشرفت‌های اخیر پزشکی در زمینه تشخیص و درمان بیماری از این طرز فکر کاسته است (پانال و کوتاسک، ۱۹۹۷، ترجمه محسنی فر و صاحب‌قدم لطفی، ۱۳۸۸).

بدن انسان از حدود ۱۰۰ میلیارد سلول تشکیل شده است. اگرچه بیشتر این سلول‌ها از نظر نحوه عمل با یکدیگر تفاوت دارند اما همگی در نیاز به تغذیه و اکسیژن جهت تامین انرژی، انجام متابولیسم، ترشح مواد زائد، تولید مثل و تکثیر مشترک هستند (رادون^{۱۳}، ۲۰۰۷).

^{۱۱} Khan
^{۱۲} L. Cancri
^{۱۳} Ruddon

تومور^{۱۰۴} عبارت است از یک توده ی غیرطبیعی بافت که رشد آن از بافت های طبیعی افزون تر بوده و با سایر بافت ها تطابق ندارد، این توده بعد از قطع محرکی که سبب به وجود آمدن آن شده است همچنان باقیمانده و به رشد خود ادامه می دهد. سرطان در واقع بروز یک توده غیرطبیعی است. از آنجا که سلول های سرطانی برای بدست آوردن غذا با سلول های طبیعی در جنگ و ستیز هستند در اعمال طبیعی بدن دخالت می کنند. سلول های سرطانی در مقایسه با سلول های طبیعی طول عمر بیشتری دارند. از دیدگاه پاتوفیزیولوژی، سلول های سرطانی می توانند در اثر تغییر در انواع مختلف سلول های بدن به وجود آیند(آلمیدا و بری^{۱۰۵}، ۲۰۰۹). سرطان نوعی از رشد سلولی است که با مکانیسم های تنظیم رشد سلول، قابل کنترل نیست. در سلول های سرطانی برای تولید تومور نیازی به افزایش سرعت تکثیر وجود ندارد فقط کافی است که سلول های جدیدی که تولید می شوند تمایز حاصل نکرده و پیرشدن و مرگ سلولی در آنها متوقف شود تا تومور تشکیل گردد. یکی از خصوصیات که در سلول های سرطانی وجود دارد از بین رفتن تمایز سلولی در آنهاست که به دو شکل عدم تمایز کامل سلولی و ضایع شدن عمل سلول صورت می گیرد(هاریسون، ۲۰۰۵، ترجمه ترحمی و ابتیاع، ۱۳۸۴).

درواقع سرطان وقتی بروز می کند که برخی از سلول ها نمی خواهند بمیرند. روزانه بدن ما صدها هزار سلول جدید تولید می کند و لازم است که سلول های قبلی به طور طبیعی بمیرند اما برخلاف فرمان طبیعت، گاهی اتفاق می افتد که یک سلول سرسختانه در برابر مردن (خودکشی کردن سلول) ایستادگی می کند و به تقسیم غیرطبیعی و سریع خود ادامه می دهد و توده های سرطانی را ایجاد می کند(پانال و کوتاسک، ۱۹۹۷، ترجمه محسنی فر و صاحبقدم لطفی، ۱۳۸۸).

۲-۱-۴-۱- همه گیرشناسی بیماری سرطان در آمریکا

سرطان از عوامل مهم مرگ و میر در کل جهان است. میزان مرگ ناشی از سرطان در کل دنیا در سال ۲۰۰۷ حدود ۷/۹ میلیون نفر (حدود ۱۳٪ کل موارد مرگ و میر) تخمین زده شد. از میان انواع سرطانها، بیشتر موارد مرگومیر ناشی از سرطانهای معده، ریه، روده بزرگ، کبد و پستان می باشد. میزان موارد مرگومیر ناشی از سرطان در آینده رو به افزایش است و تخمین زده می شود در سال ۲۰۳۰ حدود ۱۲ میلیون نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به سرطان جان خود را از دست بدهند. سرطان به نسبت بیماری های قلبی در مرتبه دوم عامل مرگ در ایالات متحده آمریکا می باشد. مطالعات اپیدمیولوژی به منظور تعیین

^{۱۰۴} Neoplasm

^{۱۰۵} Almeida & Barry

نمونه هایی از بروز سرطان برای امر تحقیق، درمان و اولویت های مالی در مراقبت از سرطان الزامی است. سرطان بر روی انسان ها در هر جایی که زندگی می کنند و با هر نژاد، زمینه فرهنگی یا وضعیت اقتصادی تاثیر می گذارد (دیویس، ۲۰۰۹). سرطان به طور فزاینده ای از شایع ترین بیماری های جهانی در دهه های آینده خواهد بود، انتظار می رود تعداد موارد جدید افراد مبتلا به سرطان به ۱۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ افزایش یابد که حدود ۶۰٪ این موارد جدید در کشورهای کمتر توسعه یافته ایجاد می شوند. سرطان دومین عامل شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ و میر در کشورهای کمتر توسعه یافته است (هاریسون، ۲۰۰۵، ترجمه ترحمی و ابتیاع، ۱۳۸۴). در حال حاضر سرطان عامل ۱۲٪ مرگ و میر در سرتاسر جهان است که در سال های آینده روند رو به رشدی خواهد داشت چرا که با افزایش متوسط سنی جمعیت، کنترل نسبی بیماری های واگیردار و افزایش عوامل خطر محیطی با افزایش بروز سرطان ها مواجه هستیم (آلمیدا و بری^{۱۰۶}، ۲۰۰۹).

اخیرا در بیماران مبتلا به سرطان میزان بقاء ۵ سال یا تقریبا ۵۰٪ افزایش یافته که این امر از یک سو مدیون تشخیص بیشتر سرطان ها در مراحل اولیه و درمان به موقع متوسط ۴ ماه بعد از تشخیص و نیز پیشرفت وسایل جدید تشخیص و درمان (خصوصا شیمی درمانی) و از سوی دیگر پیشرفت چشمگیر در زمینه توجه به بهداشت روانی بیماران می باشد (دلفینو و دی^{۱۰۷}، ۲۰۰۶). پیشرفت سرطان در مردان بیشتر از زنان است. در مردان ظهور سرطان ریه، پوست و پروستات و در زنان احتمال سرطان های ریه، پستان، کولون و رکتوم زیاد می باشد. در کشورهای توسعه یافته حد متوسط مرگ و میر ناشی از سرطان در مردان بیشتر از زنان است. در سال ۱۹۸۹ سرطان ریه برای اولین بار عنوان اولین عامل مرگ زنان را به خود اختصاص داد و بر سرطان پستان پیشی گرفت. میزان مرگ و میر ناشی از سرطان رحم در ۲۵ سال گذشته به ۱/۲ کاهش یافته است که دال بر این قضیه است که استفاده بیشتر از تست پاپ اسمیر قبل از پیشرفت نشانه ها منجر به درمان به موقع و جلوگیری از پیشرفت عوارض شده است. میزان بروز مرگ ناشی از سرطان در مردان و زنان سیاه پوست از سفیدپوستان بیشتر است. میزان بروز کلی در سیاه پوستان در عرض ۳۰ سال ۲۷ درصد افزایش یافته در حالیکه در سفیدپوستان ۱۲ درصد کاهش یافته است (پوریس، موسس و لوتز^{۱۰۸}، ۲۰۰۹).

^{۱۰۶} Almeida & Barry

^{۱۰۷} Delfino & Day

^{۱۰۸} Pories, Moses & Lotz

در یک تحقیق ارائه شده از طرف انجمن سرطان آمریکا^{۱۰۹} در سال ۱۹۹۵ معلوم شد که آمریکایی های اسپانیولی تبار در معرض خطر بالایی برای ابتلا به سرطان هستند. این تحقیق خاطر نشان می کند که آمریکایی های اسپانیولی از علائم هشداردهنده سرطان و راه های کاهش خطر سرطان آگاهی کافی نداشته و درصدد جستجو یا تشخیص به موقع و درمان نیستند. با این وجود بقاء در سرطان و در برخی موارد بروز آن به فاکتورهای اجتماعی-اقتصادی نظیر دسترسی به خدمات بهداشتی بستگی دارد و تفاوت های قومی در سرطان در درجه دوم مطرح می شوند. برآوردها به این واقعیت اشاره دارند که حداقل نیمی از تفاوت ها در میزان بقاء در نتیجه تشخیص های دیررس در بین اشخاص با وضع اقتصادی نامساعد می باشد(کروه و تو^{۱۱۰}، ۲۰۰۰).

۲-۱-۴-۲- همه گیرشناسی بیماری سرطان در ایران

مطالعات مختلفی در مورد تعیین وضعیت عوامل خطر بیماری های غیرواگیردار در ایران انجام شده است. در بررسی که بر روی افراد بالای ۱۵ سال در سال ۱۳۷۸ در کشور انجام شد مشخص گردید که ۱۱/۱ درصد مردان و ۱۱/۹ درصد زنان دارای فشار خون بیشتر از استاندارد هستند، چاقی در زنان شیوع بیشتری داشته و حدود ۱۴/۲ درصد است، در حالی که ۵/۶ درصد مردان چاق هستند. میزان چاقی نیز در گروه های سنی بالای ۲۰ سال در مردان ۱۴/۴ درصد و در زنان ۲۹/۵ درصد بوده است. در مورد مصرف دخانیات این مسأله برعکس است و میزان مصرف دخانیات در مردان حدود ۲۳/۹ درصد و در زنان ۱/۷ درصد گزارش شده است؛ در مطالعه ای که در مناطق شهری و روستایی استان تهران در سال ۷۸-۷۹ انجام شد، مصرف روزانه دخانیات در بین مردان بالای ۱۵ سال ۲۲/۲ درصد و در زنان بالای ۱۵ سال ۱/۲ درصد بوده است(استرن و سکرس، ۲۰۰۴، ترجمه بدایت و همکاران، ۱۳۹۰).

در ایران سرطان به طور کلی سومین عامل مرگ و میر است. سالانه بیش از ۳۰,۰۰۰ نفر در اثر سرطان جان خود را از دست می دهند. تخمین زده می شود سالانه بیش از ۷۰,۰۰۰ مورد جدید موارد ابتلا به سرطان در کشور اتفاق بیافتد و با افزایش امید به زندگی و درصد سالمندی در جمعیت کشور انتظار می رود بروز موارد ابتلا به سرطان در دو دهه آینده به دو برابر افزایش یابد. براساس جدول زیر از تعداد کل ۵۹۷۸۶ مورد سرطان ثبت شده سال ۸۵ تعداد ۳۳/۷۷۰ مورد (۵۶/۴۹ درصد) موارد سرطان آن مربوط به مردان و

^{۱۰۹} American Cancer Society

^{۱۱۰} Kruh & Tew

۲۶/۰۱۶ مورد مربوط به زنان بوده است. به عبارت دیگر (۴۳/۵۱ درصد) موارد ابتلا به سرطان در زنان رخ داده است. بنابراین نسبت جنسی بروز سرطان در سال ۱۳۸۵ برابر ۱۲۹ است یعنی در مقابل هر ۱۰۰ بیمار زن ۱۲۹ بیمار مرد وجود داشته است (انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان، ۱۳۹۱).

جدول ۱ - تعداد موارد سرطانی به تفکیک جنس در سال‌های ۱۳۸۵ - ۱۳۸۲

سال	۱۳۸۲		۱۳۸۳		۱۳۸۴		۱۳۸۵	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۲۱۶۲۰	۵۶/۲	۲۶۷۴۳	۵۶/۶	۳۱۳۵۵	۵۶/۱	۳۳۷۷۰	۵۶/۴
زن	۱۶۸۴۹	۴۳/۸	۲۰۴۷۴	۴۳/۴	۲۴۴۹۸	۴۳/۹	۲۶۰۱۶	۴۳/۵
کل	۳۸۴۶۹	۱۰۰	۴۷۲۱۷	۱۰۰	۵۵۸۵۳	۱۰۰	۵۹۷۸۶	۱۰۰

ماخذ: گزارشات کشوری ثبت موارد مبتلا به سرطان

شایع‌ترین سرطان‌ها در ایران شامل موارد زیر می‌باشد:

- سرطان پوست ۸۸۷۷ مورد (۱۴/۶ درصد)

جدول ۲ - فراوانی مورفولوژیک زنان و مردان در سرطان پوست در ایران

مورفولوژی	Malignant Melanoma	Squamous Cell Carcinoma	Basal Cell Carcinoma	سایر
زن	(۳/۴)۱۴۴٪	(۸/۱۳)۴۵۹٪	(۵/۶۹)۲۳۱۰٪	۴/۱۲٪
مرد	(۶/۳)۱۷۰٪	(۳/۲۳)۱۲۹۷٪	(۴/۶۱)۳۳۹۱٪	۶/۱۲٪

ماخذ: گزارشات کشوری ثبت موارد مبتلا به سرطان

- سرطان معده ۶۰۶۵ مورد (۱۰/۰۴ درصد)

جدول ۳ - فراوانی مورفولوژیک زنان و مردان در سرطان معده در ایران

جنس \ مورفولوژی	Adeno carcinoma intestinal type	Signet ring cell Carcinoma	Adenocarcinoma (Nos)	سایر
زن	۹۰۶ (۹/۵۳٪)	۲۲۵ (۴/۱۳٪)	۲۱۰ (۵/۱۲٪)	۲/۲۰٪
مرد	۲۶۸۱ (۱/۶۱٪)	۴۴۲ (۱۰٪)	(۶/۱۲٪)	۳/۱۶٪

ماخذ: گزارشات کشوری ثبت موارد مبتلا به سرطان

- سرطان پستان ۶۵۰۱ مورد (۱۰/۷ درصد)

جدول ۴ - فراوانی مورفولوژیک زنان در سرطان پستان در ایران

جنس \ مورفولوژی	Medullary Carcinoma	Lobular Carcinoma	Infiltrating ductal carcinoma	سایر
زن	۱۶۳ (۵/۲٪)	۳۶۱ (۵/۵٪)	۵۰۶۸ (۹/۷۷٪)	۱/۱۴٪

ماخذ: گزارشات کشوری ثبت موارد مبتلا به سرطان

- سرطان روده بزرگ ۴۵۵۱ مورد (۷/۵ درصد)

جدول ۵ - فراوانی مورفولوژیک زنان و مردان در سرطان روده بزرگ در ایران

جنس \ مورفولوژی	Adenoca.in villous adenoma	Mucinous Adenoca.	Adenocarcinoma (Nos)	سایر
زن	۱۳ (۶/۰٪)	۱۹۱ (۵/۹۵۵٪)	۱۵۹۹ (۸/۷۹٪)	۱/۱۰٪
مرد	۱۷ (۶/۰٪)	۲۵۷ (۱۰٪)	۲۰۱۲ (۹/۷۸٪)	۵/۱۰٪

ماخذ: گزارشات کشوری ثبت موارد مبتلا به سرطان

- سرطان مثانه ۴۰۷۷ مورد (۶/۷ درصد)

جدول ۶ - فراوانی مورفولوژیک زنان و مردان در سرطان مثانه در ایران

جنس \ مورفولوژی	Adenocarcinoma	Squamous Cell Carcinoma	Transitional Cell Carcinoma	سایر
زن	(.۵/۲)۱۸	(.۴/۱)۱۰	(.۷/۸۸) ۶۳۳	% ۴/۷
مرد	(. ۴/۱)۳۵	(. ۲۴/۱)۴۲	(. ۸/۹۳)۳۱۲۲	% ۹۲/۴

ماخذ: گزارشات کشوری ثبت موارد مبتلا به سرطان

- سرطان دستگاه خونساز ۳۳۹۹ مورد (۵/۶ درصد)

جدول ۷ - فراوانی مورفولوژیک زنان و مردان در سرطان خونساز در ایران

جنس \ مورفولوژی	Acute Myeloblastic leukemia	Chronic Lymphocytic Leukemia	Multiple Myeloma & Plasmocytoma	Acute Lymphoblastic Leukemia	سایر
زن	(. ۸/۱۲)۱۶۲	(.۵/۹)۱۲۱	(.۶/۱۳)۱۷۲	(. ۳/۲۳) ۲۹۵	% ۸/۴
مرد	(. ۶/۹)۲۰۶	(. ۳/۱۳)۲۸۶	(. ۱۴)۳۰۲	(. ۴/۲۳)۵۰۰	% ۷/۳۹

ماخذ: گزارشات کشوری ثبت موارد مبتلا به سرطان

- سرطان مری ۳۱۴۴ مورد (۵/۲ درصد)

جدول ۸ - فراوانی مورفولوژیک زنان و مردان در سرطان مری در ایران

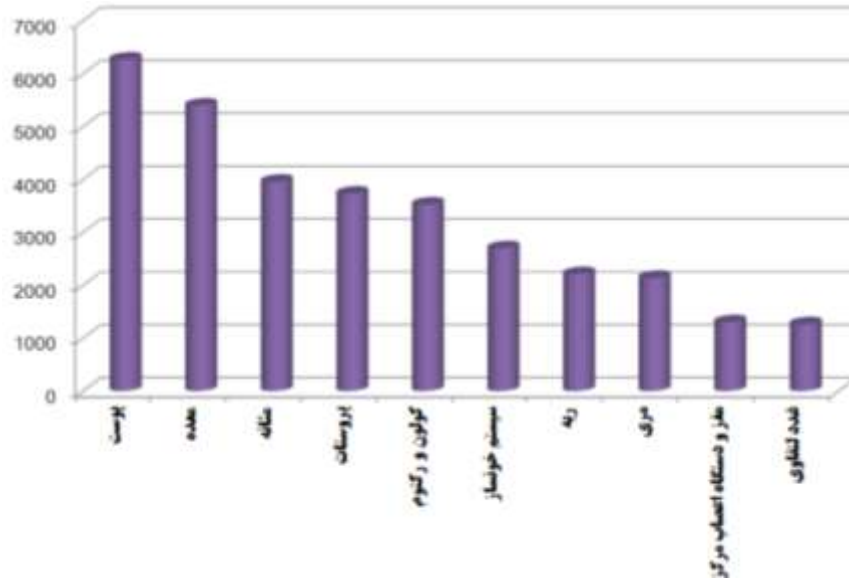
جنس \ مورفولوژی	Adeno carcinoma (All Type)	Squamous Cell Carcinoma	سایر
زن	(. ۶/۸)۱۲۱	(. ۸۴) ۱۱۷۸	% ۴/۷
مرد	(. ۷/۱۷)۳۱۰	(. ۷۵)۱۳۰۹	% ۳/۷

ماخذ: گزارشات کشوری ثبت موارد مبتلا به سرطان

- سایر ۳۹/۶۶ درصد

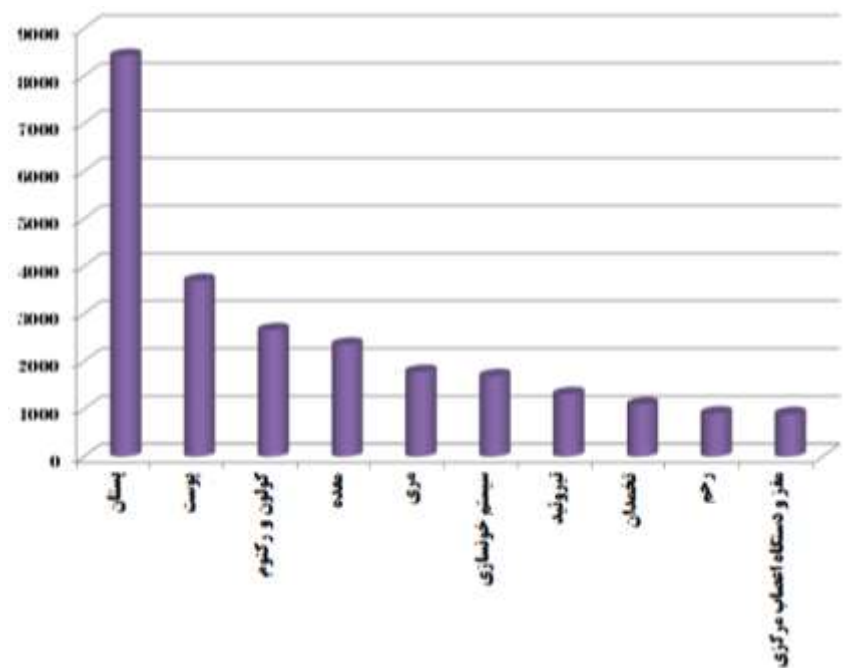
در نمودارهای ۳ و ۴ میزان شیوع انواع سرطان در مردان و زنان ایرانی در سال ۱۳۸۷ قابل مشاهده می باشد.

نمودار ۳ - ده سرطان شایع در مردان ایرانی در سال ۱۳۸۷



ماخذ: گزارش کشوری ثبت موارد ابتلا به سرطان

نمودار ۴ - ده سرطان شایع در زنان ایرانی در سال ۱۳۸۷



ماخذ: گزارش کشوری ثبت موارد ابتلا به سرطان

با توجه به جداول و نمودارها، مشخص می‌گردد سرطان معده در مردان پس از پوست در رتبه دوم قرار دارد و در زنان در رتبه چهارم است. میزان بروز اختصاصی سنی (ASR) آن برای مردان ۱۵/۲۴ و زنان ۶/۶۵ است. سرطان معده در مردان، پراکندگی استانی تقریباً یکسانی دارد و در یازده استان در مرتبه دوم و سوم و در استان بوشهر در مرتبه ششم قرار گرفته و (بدون در نظر گرفتن سرطان پوست) در بقیه استان‌ها بیشترین موارد گزارش شده را دارد. حتی در استان‌های حاشیه‌ی دریای خزر مانند مازندران، گیلان و گلستان نیز میزان موارد گزارش شده آن بیشتر از سرطان مری است. با توجه به میزان بالای مرگ و میر سرطان معده و شیوع زیاد آن در کشور، لازم است برنامه‌های کنترل و پیشگیری و آموزش راه‌های جلوگیری و روش‌های تشخیص زودرس آن مورد بررسی جدی قرار گیرد.

- در مطالعه بابائی و همکاران در سمنان در سال‌های ۲۰۰۲-۱۹۹۸ در جمعیت بالای ۶۵ سال که براساس (Crude Rate) میزان ناخالص ابتلاء به سرطان گزارش گردید مشخص شد که سرطان معده رتبه نخست را داراست.

- در مطالعه چهارساله سجادی و همکاران در اردبیل در سال‌های ۱۹۹۹-۱۹۹۶ سرطان معده در هر دو جنس رتبه اول را با ASR معادل ۴۹/۱ در مردان و ۲۵/۴ در زنان نشان داد.

- در یک مطالعه نیز که توسط انصاری و همکاران در سال ۲۰۰۵ در پنج استان اردبیل، گیلان، مازندران، گلستان و کرمان در یک دوره پنج ساله ۲۰۰۰-۱۹۹۶ انجام شده است، سرطان کولورکتال در مردان ASR برابر ۸/۲ و در زنان برابر ۷ داشته است.

- در مطالعه‌ای توسط سجادی و همکاران در سال ۲۰۰۲ سرطان پستان در زنان در رتبه اول قرار دارد. پراکندگی استانی سرطان پستان نسبتاً یکسان بوده و در تمامی استان‌ها در صدر موارد ابتلا به سرطان گزارش شده قرار دارد به جز در استان اردبیل که پس از سرطان‌های معده و مری و پوست قرار دارد.

- سرطان مری در زنان در رتبه پنجم (ASR=۶/۰۷) و در مردان در رتبه هفتم (ASR=۶/۲۵) قرار دارد. در مقایسه میزان بروز اختصاصی سنی آن در کشورهای پیشرفته برای مردان و زنان به ترتیب ۶/۸ و ۱/۳ و در کشورهای کمتر توسعه‌یافته به ترتیب برابر با ۱۳/۷ و ۶/۵ در کل ۱۱/۵ و ۴ می‌باشد. سرطان مری در ایران اختلاف پراکندگی استانی قابل توجهی دارد. به طوری که در استان اردبیل در مردان پس از سرطان معده و در زنان اولین سرطان می‌باشد. در استان‌های لرستان و ایلام در

زنان پس از سرطان پوست و پستان و در استان‌های کردستان، آذربایجان شرقی، گلستان، سیستان و بلوچستان پس از پستان در رتبه دوم جای دارد (سجادیان و همکاران، ۱۳۹۰).

با مطالعه جداول و اطلاعات موجود در این مجموعه مشخص می‌شود که فراوانی نسبی سرطان‌ها تقریباً مطابق با گزارش‌های جهانی است و تنها اوج فراوانی سنی سرطان پستان در خانم‌ها در کشور در دهه ۴ و ۵ و یک دهه پایین‌تر از آمارهای جهانی است که قابل بررسی می‌باشد. با بررسی ده نوع سرطان شایع کشور در زنان و مردان مشاهده می‌شود که فراوانی آن تقریباً مشابه آمارهای جهانی است ولی فراوانی پایین سرطان‌های ریه و دستگاه خونساز قابل تأمل است. همچنین مورفولوژی‌های شایع سرطان‌های اصلی در ارگان‌های مختلف نیز مشابهت تقریبی با گزارش‌های جهانی دارد.

۲-۱-۳-۴- انواع سرطان (تعاریف، مراحل، علائم و روش‌های درمان)

➤ سرطان پوست

یکی از شایعترین اشکال سرطان است ولی درمان آن نسبتاً ساده است. این سرطان در افرادی که پوست آنها روشن است بیشتر بروز می‌کند. سرطان پوست از سلول‌ها - اجزای اصلی که پوست را می‌سازند - شروع می‌شود؛ سلول‌های پوست رشد می‌کنند و برای اینکه به شکل سلول‌های جدید در بیابند تقسیم می‌شوند. هر روز سلول‌های پوست پیر می‌شوند و می‌میرند و سلول‌های جدید جای آنها را می‌گیرند. گاهی این روند منظم اشتباه عمل می‌کند. سلول‌های جدید وقتی پوست به آنها نیازی ندارد به وجود می‌آیند و سلول‌های پیر در زمانی که باید نمی‌میرند. این سلول‌های اضافه توده‌ای از بافت را تشکیل می‌دهند که به آن تومور می‌گویند (دیویس^{۱۱۱}، ۲۰۰۹).

سرطان‌های پوست براساس نوع سلول‌های سرطانی نام‌گذاری می‌شوند. دو نمونه رایج سرطان پوست، سرطان سلول‌های بازال و سنگفرشی است، این سرطان‌ها معمولاً روی سر، صورت، دست‌ها و بازوها ایجاد می‌شوند. این مناطق بدن معمولاً در معرض نور خورشید قرار دارند، ولی سرطان پوست هر جای دیگری هم می‌تواند به وجود آید.

^{۱۱۱} Davis

- سرطان سلول بازال به آرامی رشد کرده در مناطقی که پوست در معرض نور خورشید است و بر روی پوست صورت بروز می‌کند؛ سرطان سلول بازال به ندرت به سایر نواحی بدن گسترش می‌یابد.
- سرطان سلول سنگفرشی عمدتاً در نواحی در معرض نور خورشید ایجاد می‌شود ولی ممکن است در سایر نواحی هم ایجاد شود. سرطان سلول سنگفرشی گاهی به غدد لنفاوی و سایر نواحی بدن گسترش می‌یابد (پانال و کوتاسک، ۱۹۹۷، ترجمه محسنی فر و صاحب‌قدم لطفی، ۱۳۸۸).

مراحل سرطان پوست به شرح زیر می‌باشند :

- مرحله صفر: سرطان فقط در لایه بالایی پوست است که به آن کارسینومای درجا می‌گویند .
- مرحله یک: پهنای زائده ۲ سانتی‌متر است (۳/۴ اینچ) یا کوچکتر .
- مرحله دو: پهنای زائده بزرگ‌تر از ۲ سانتی‌متر است (۳/۴ اینچ).
- مرحله سه : سرطان به زیر پوست، غضروف، ماهیچه، استخوان یا به گره‌های لنفاوی اطراف هجوم برده ولی در دیگر قسمت‌های بدن گسترش نیافته است .
- مرحله چهار: سرطان در دیگر قسمت‌های بدن گسترش یافته است (رادون^{۱۱۲}، ۲۰۰۷).

تغییر در پوست رایج‌ترین نشانه سرطان پوست است که می‌تواند شامل زائده، زخمی که خوب نشود یا

تغییر در زائده قبلی باشد. تغییرات پوست به شکل زیر است :

- یک توده کوچک، نرم، صیقلی، کمرنگ یا مومی
- یک توده سفت و قرمز
- زخم یا توده‌ای که خونریزی کند یا به دلمه یا پوسته زخم تبدیل شود .
- نقاط مسطح قرمز که زبر، خشک یا پوسته‌دار است و ممکن است توأم با خارش یا حساس باشد .
- لکه‌های قرمز یا قهوه‌ای که زبر و پوسته‌دار است. (کروه و تو^{۱۱۳}، ۲۰۰۰).

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می باشد:

- جراحی: جراحی برای درمان سرطان پوست روش‌های گوناگونی دارد و روشی که پزشک استفاده می‌کند به اندازه و محل زائده و عوامل مختلف دیگری بستگی دارد.

^{۱۱۲} Rudson

^{۱۱۳} Kruh & Tew

- شیمی‌درمانی موضعی: در شیمی‌درمانی موضعی از داروهای ضد سرطان برای کشتن سلول‌های سرطانی استفاده می‌کنند که در آن دارو مستقیماً بر روی پوست قرار می‌گیرد. این کار اغلب زمانی که سرطان پوست برای جراحی خیلی گسترده است و یا در زمانی که پزشک همچنان سرطان‌های جدید پیدا می‌کند انجام می‌گیرد.
- درمان فتودینامیک: در درمان فتودینامیک (PDT) از مواد شیمیایی همراه با منبع نور مخصوص، مانند نور لیزر، برای کشتن سلول‌های سرطانی استفاده می‌کنند.
- پرتودرمانی: در پرتودرمانی (که رادیوتراپی هم نامیده می‌شود) از اشعه‌هایی با انرژی بالا برای از بین بردن سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود. اشعه از یک دستگاه بزرگ در خارج از بدن تولید می‌شود که فقط بر سلول‌های تحت درمان تأثیر می‌گذارد (آندرتولی و کارپنتر، ۲۰۰۸، ترجمه ی صمدانی فر، ارجمند، سعادت، ۱۳۸۹).

➤ سرطان ریه

سرطانی که در بافت ریه و معمولاً سلول‌های پوشاننده ی مجاری هوایی ایجاد می‌شود را سرطان ریه می‌گویند. دو نوع عمده سرطان ریه شامل سرطان ریه سلول کوچک و سرطان ریه غیرسلول کوچک است. این انواع سرطان ریه براساس نمای ظاهری سلول‌ها زیر میکروسکوپ طبقه‌بندی می‌شوند (آیور و سی‌گریگز و وینگ^{۱۱۴}، ۲۰۰۸، ترجمه صمدانی فر، ارجمند، سعادت، ۱۳۸۹).

• سرطان ریه با سلول‌های کوچک:

در حدود ۱۳ درصد سرطان‌های ریه از نوع سلول کوچک هستند. این نوع سرطان سرعت انتشار زیادی دارد. این نوع از سرطان ریه شامل دو مرحله می‌باشد. مرحله محدود که سرطان تنها در یک ریه و بافت‌های مجاور آن یافت شده است و مرحله گسترده که سرطان در بافت‌های محدودۀ قفسه سینه (در خارج از ریه‌ای که محل شروع سرطان بوده است) یافت شده و یا سرطان در اندام‌های دورتر مشاهده شده است (اسکات^{۱۱۵}، ۲۰۱۱).

^{۱۱۴} Ayor & Sygarigoz & Ving

^{۱۱۵} Scott

• سرطان ریه با سلول‌های غیرکوچک:

بیشتر موارد سرطان ریه (در حدود ۸۷ درصد) از نوع سلول‌های غیر کوچک هستند. سرعت انتشار این نوع کم‌تر از سرطان ریه با سلول‌های کوچک است. این نوع از سرطان ریه شامل پنج مرحله می‌باشد. مرحله نهفته (Occult) که سلول‌های سرطانی در خلط یا در نمونه آبی که هنگام برونکوسکوپی جمع‌آوری شده، دیده می‌شود ولی در ریه توموری مشاهده نمی‌شود. مرحله صفر که سلول‌های سرطانی تنها در داخلی‌ترین پوشش ریه یافت شده‌اند و تومور به خارج از این پوشش رشد نکرده است. به تومور مرحله صفر کارسینوم درجا نیز می‌گویند. این نوع تومور از جنس سرطان تهاجمی نیست. مرحله یک که تومور ریه از جنس سرطان تهاجمی است، این تومور به خارج از داخلی‌ترین پوشش ریه گسترش یافته و وارد بافت‌های عمیق‌تر ریه شده است. عرض تومور کم‌تر از سه سانتی‌متر است. تومور در بافت عادی احاطه شده و به نایژه‌ها حمله نکرده و سلول‌های سرطانی در غدد لنفاوی مجاور قابل مشاهده نیستند. مرحله دو که عرض تومور کم‌تر از سه سانتی‌متر است و سلول‌های سرطانی در غدد لنفاوی مجاور مشاهده شده‌اند. مرحله سه که اندازه تومور متغیر است. سلول‌های سرطانی در گردن و یا در قفسه سینه در جهتی مخالف با محل تومور ریه مشاهده شده‌اند؛ و حتی بعید نیست تومور به اندام‌های مجاور نظیر قلب، مری یا نای حمله کرده باشد. شاید در یک لوب از ریه، بیش‌تر از یک توده بدخیم مشاهده شود؛ و یا سلول‌های سرطانی به مایع غشاء جانبی رسوخ کرده باشد و در نهایت مرحله چهار که توده‌های بدخیم در بیش‌تر از یک لوب از ریه، یا شاید در ریه دیگر نیز مشاهده شوند و با سلول‌های سرطانی در بخش‌های دیگر بدن نظیر مغز، غدد فوق کلیوی، کبد یا استخوان نیز رسوخ کرده باشد (رادون^{۱۱۶}، ۲۰۰۷).

سرطان ریه در مراحل اولیه معمولاً هیچ علامتی از خود نشان نمی‌دهد، ولی با بزرگ‌تر شدن سرطان نشانه‌هایی بروز می‌کند که رایج‌ترین آنها عبارت‌اند از:

- سرفه‌ای که بدتر می‌شود یا متوقف نمی‌شود.
- مشکلات تنفسی نظیر تنگی نفس.
- درد دائمی در ناحیه قفسه سینه.
- خون بالا آوردن در هنگام سرفه.

^{۱۱۶} Rudson

- گرفتگی صدا .
- عفونت ریه مزمن نظیر ذات‌الریه .
- احساس خستگی دائمی .
- کاهش وزن بدون هیچ دلیل مشخص (لیری^{۱۱۷}، ۲۰۱۲).

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می باشد:

- جراحی: در جراحی سرطان ریه، بافت حاوی تومور را برمی‌دارند. علاوه بر این، جراح غدد لنفاوی مجاور را هم برمی‌دارد؛ و یا کل ریه یا تنها بخشی از آن را جراحی می‌کند (وزیری گهر، محمدی و حیدری، ۱۳۸۶).
- پرتودرمانی: در پرتودرمانی (که به آن رادیوتراپی هم می‌گویند) از اشعه‌هایی با انرژی زیاد برای نابودی سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود. در پرتودرمانی تنها به سلول‌هایی که در ناحیه موردنظر قرار دارند تشعشع می‌دهند (هاریسون، ۲۰۰۵، ترجمه ترحمی و ابتیاع، ۱۳۸۴).
- شیمی‌درمانی: در شیمی‌درمانی از داروهای ضدسرطان برای نابودی سلول‌های سرطانی استفاده می‌کنند. داروها وارد جریان خون می‌شوند و بر سلول‌های سرطانی در سرتاسر بدن تأثیر می‌گذارند. معمولاً از بیش‌تر از یک نوع دارو استفاده می‌کنند. داروهای ضد سرطان ریه معمولاً از طریق تزریق به رگ اعمال می‌شوند (درون وریدی). بعضی از داروهای ضدسرطان را می‌توان به صورت خوراکی مصرف کرد (استرن و سکرس، ۲۰۰۴، ترجمه بدایت و همکاران، ۱۳۹۰).

➤ سرطان پستان

سرطانی که در بافت پستان شامل مجاری (لوله‌هایی که شیر را به نوک پستان منتقل می‌کنند) و لوبول‌ها (غدد تولیدکننده شیر) ایجاد می‌شود. این سرطان هم در زنان و هم در مردان ایجاد می‌شود و با این حال سرطان پستان در مردان نادرتر است (اولیووتو و گلمون و کوسک، ۱۹۹۸، ترجمه احمدزاده فر، ۱۳۸۱). سلول‌های سرطانی در صورت انتشار، معمولاً در غدد لنفاوی نزدیک پستان یافت می‌شوند . سرطان پستان هم تقریباً به تمام نقاط دیگر بدن منتشر می‌شود. رایج‌ترین نقاط عبارتند از استخوان‌ها، کبد، ریه‌ها، و مغز. تومور جدید هم همان سلول‌های غیرعادی و همان نام تومور اولیه را دارد. مثلاً اگر سرطان

^{۱۱۷} Leary

پستان به استخوان‌ها سرایت کند، سلول‌های سرطانی داخل استخوان در واقع سلول‌های سرطان پستان هستند. نام بیماری هم سرطان متاستاتیک پستان است، نه سرطان استخوان؛ به همین دلیل درمان آن هم مانند درمان سرطان پستان است، نه سرطان استخوان. پزشکان این نوع سرطان جدید را تومور «دوردست» یا بیماری متاستاتیک می‌نامند (تات^{۱۱۸}، ۲۰۱۱).

سرطان پستان معمولاً در پنج مرحله رخ می‌دهد: مرحله صفر که سلول‌های غیرطبیعی در جدارهٔ لوبول‌ها وجود دارند. کارسینوم در جای لوبولار (LCIS) به ندرت به سرطان تهاجمی تبدیل می‌شود. اما وجود کارسینوم در جای لوبولار در یک پستان، خطر سرطان در هر دو پستان را افزایش می‌دهد. مرحله یک که مرحلهٔ ابتدایی سرطان پستان تهاجمی است و قطر تومور کم‌تر از ۲ سانتی‌متر (سه چهارم اینچ) است و سلول‌های سرطانی به خارج از پستان گسترش نیافته‌اند. مرحله دو که:

- تومور کم‌تر از ۲ سانتی‌متر (سه چهارم اینچ) است و به غدد لنفاوی زیر بغل گسترش یافته است.
- تومور ۲ تا ۵ سانتی‌متر (سه چهارم اینچ تا ۲ اینچ) است و به غدد لنفاوی زیر بغل گسترش نیافته است.
- تومور ۲ تا ۵ سانتی‌متر (سه چهارم اینچ تا ۲ اینچ) است و به غدد لنفاوی زیر بغل گسترش یافته است.
- تومور بزرگ‌تر از ۵ سانتی‌متر (۲ اینچ) است و به غدد لنفاوی زیر بغل گسترش نیافته است.

مرحله سه که مرحلهٔ گسترش و پیشرفت سرطان در محل خود^{۱۱۹} است و مرحله چهار از سرطان که مرحلهٔ سرطان متاستاز (گسترش یافته) به نواحی دور است. در این مرحله سرطان به نقاط دیگر بدن گسترش یافته است (رادون^{۱۲۰}، ۲۰۰۷).

علائم رایج سرطان پستان عبارتند از:

- تغییر در حس (لمس کردن) پستان یا نوک پستان
- برآمدگی یا سفت شدن پستان یا نزدیک پستان و یا ناحیهٔ زیر بغل
- حساسیت نوک پستان در لمس یا لطافت نوک پستان
- تغییر در ظاهر پستان یا نوک پستان
- تغییر در اندازه یا شکل پستان

^{۱۱۸} Tot

^{۱۱۹} Locally advanced cancer

^{۱۲۰} Ruddon

- فرو رفتگی نوک پستان به داخل
- پوست پستان، هاله پستان، یا نوک پستان ممکن است متورم یا قرمز و یا پوسته پوسته شود.
- ترشح (مایع) از نوک پستان (حسینی، موسوی نسب و رحمان پور، ۱۳۸۶).

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می باشد:

- جراحی: جراحی رایج‌ترین شیوه درمان سرطان پستان است. انواع مختلف جراحی وجود دارد مانند جراحی حفظ پستان و جراحی برای برداشتن پستان (استرن و سکرس، ۲۰۰۴، ترجمه بدایت و همکاران، ۱۳۹۰).
- پرتودرمانی: در پرتودرمانی (که به آن رادیوتراپی هم می‌گویند) از امواج با سطح بالای انرژی برای نابودی سلول‌های سرطانی استفاده می‌کنند. اکثر زنان پس از جراحی نگهدارنده پستان پرتودرمانی می‌شوند. بعضی از زنان پس از پستان‌برداری هم پرتودرمانی می‌شوند. درمان به اندازه تومور و عوامل دیگر بستگی دارد. پرتودرمانی سلول‌های سرطانی پستان را که شاید در ناحیه باقی مانده باشند، تخریب می‌کند. برخی از بیماران برای تخریب سلول‌های سرطانی و تحلیل تومور، پیش از جراحی پرتودرمانی می‌شوند. زمانی که تومور بزرگ و یا برداشتن آن سخت باشد، پزشک از این شیوه استفاده می‌کند (هاریسون، ۲۰۰۵، ترجمه ترحمی و ابتیاع، ۱۳۸۷).
- شیمی‌درمانی: در شیمی‌درمانی از داروهای ضد سرطان برای نابودی سلول‌های سرطانی استفاده می‌کنند و برای سرطان پستان معمولاً از ترکیبی از داروها استفاده می‌کنند (آیور و سی‌گریگز و وینگ^{۱۱}، ۲۰۰۸، ترجمه صمدانی فر، ارجمند، سعادت، ۱۳۸۹).
- هورمون‌درمانی: برخی تومورهای پستان برای رشد نیاز به هورمون دارند. هورمون‌درمانی نمی‌گذارد سلول‌های سرطانی هورمون‌های طبیعی مورد نیاز خود را دریافت کنند. این هورمون‌ها استروژن و پروژسترون هستند. اگر تومور پستان گیرنده هورمونی داشته باشد، در آزمایشگاه مشخص می‌شود و در این صورت، باید هورمون‌درمانی ادامه یابد (حسینی، موسوی نسب و رحمان پور، ۱۳۸۶).
- درمان بیولوژیک: درمان بیولوژیک به دستگاه ایمنی بدن برای مقابله با سرطان کمک می‌کند؛ دستگاه ایمنی، دفاع طبیعی بدن در برابر بیماری است. برخی از زنانی که سرطان پستان گسترش یافته

^{۱۱} Ayor & Sygarigoz & Ving

(متاستاتیک) دارند، با هرسپتین^{۱۲۲} درمان بیولوژیکی تراستوزوماب^{۱۲۳} می‌شوند که نوعی پادتن (آنتی بادی) (تک‌دومانی) است. این پادتن را در آزمایشگاه می‌سازند و به سلول‌های سرطانی متصل می‌کنند. هرسپین به بیمارانی داده می‌شود که تست‌های آزمایشگاهی آنها تومور پستانی را با مقادیر زیادی از نوعی پروتئین خاص به نام HER^۲ نشان می‌دهد. با جلوگیری از تولید HER^۲ ، رشد سلول‌های سرطانی کند و یا متوقف می‌شود. هرسپین به صورت وریدی تزریق می‌شود و ممکن است به تنهایی و یا همراه با شیمی‌درمانی مورد استفاده قرار گیرد (توماس، تاقیان و هالیارد^{۱۲۴}، ۲۰۱۲).

➤ سرطان پروستات

سرطانی که در بافت پروستات (غده‌ای در دستگاه تناسلی مرد زیر مثانه و جلوی رکتوم) ایجاد می‌شود را سرطان پروستات می‌نامند که معمولاً در مردان مسن رخ می‌دهد. سلول‌های سرطانی می‌توانند با جدا شدن از تومور پروستات گسترش یابند. آنها به رگ‌های خونی یا رگ‌های لنفاوی که در تمام بافت‌های بدن منشعب می‌شوند، وارد می‌شوند. سلول‌های سرطانی می‌توانند به سایر بافت‌ها بپیوندند و با تشکیل تومورهای جدید به آن بافت‌ها آسیب بزنند (رزاقی، ۱۳۸۴).

مراحل سرطان پروستات عبارت است از: مرحله یک که سرطان در طول معاینه مقعد با انگشت تشخیص داده نمی‌شود و در سونوگرام دیده نمی‌شود. وقتی به منظور دیگری، معمولاً برای BPH ، جراحی انجام می‌شود، سرطان به صورت تصادفی کشف می‌شود. این سرطان فقط در پروستات وجود دارد. این درجه، جی یک (G1) است یا معیار گلیسون^{۱۲۵} آن بالاتر از ۴ نیست. مرحله دو که تومور پیشرفته‌تر است و نسبت به مرحله یک درجه بالاتری دارد اما تومور به دورتر از پروستات گسترش نمی‌یابد، ممکن است در معاینه مقعد با انگشت تشخیص داده یا در سونوگرام دیده شود. مرحله سه که تومور به اطراف پروستات گسترش می‌یابد، تومور ممکن است به کیسه منی حمله کند اما سلول‌های سرطانی به غدد لنفاوی رسوخ نکرده است. مرحله چهار که تومور ممکن است به مثانه، راست‌روده یا اندام اطراف (آن سوی کیسه منی)

^{۱۲۲} Herception

^{۱۲۳} Trastuzumab

^{۱۲۴} Thomas & Taghian & Halyard

^{۱۲۵} Gleason

حمله کند. همچنین، ممکن است به غدد لنفاوی، استخوان‌ها یا سایر قسمت‌های بدن نفوذ کند (رادون^{۱۲۶}، ۲۰۰۷).

علائم رایج سرطان پروستات عبارتند از:

- عدم توانایی دفع ادرار و جریان ادرار ضعیف
- دشواری زمان شروع یا توقف جریان ادرار و سوزش یا درد در هنگام ادرار کردن
- نیاز مکرر به دفع ادرار، به‌ویژه در شب
- دشواری در نعوظ
- دیده شدن خون در ادرار یا منی
- درد مکرر در قسمت پایینی کمر، مفصل ران، یا قسمت فوقانی ران‌ها (رزاقی، ۱۳۸۴).

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می‌باشد:

- جراحی: جراحی گزینه‌ای است برای مردانی که سرطان پروستات در مراحل اولیه (مرحله ۱ یا ۲) دارند. گاهی جراحی برای مردان مبتلا به مرحله ۳ یا ۴ سرطان پروستات هم استفاده می‌شود. جراح ممکن است همه یا قسمتی از پروستات را بردارد. پیش از برداشتن پروستات، جراح ممکن است غدد لنفاوی حفره لگن را خارج کند. اگر سلول‌های سرطان پروستات در غدد لنفاوی یافت شوند، احتمالاً بیماری به سایر قسمت‌های بدن رسوخ کرده است. اگر سرطان به غدد لنفاوی رسیده باشد، ممکن است از روش‌های دیگری استفاده شود (داسکوپتا و کیربای^{۱۲۷}، ۲۰۱۲).

- پرتودرمانی: پرتودرمانی برای هر مرحله از سرطان پروستات انتخاب می‌شود. مردانی که سرطان پروستات آنها در مرحله اولیه است، ممکن است پرتودرمانی، را به‌جای جراحی، انتخاب کنند. همچنین، ممکن است بعد از جراحی نیز برای از بین بردن هر سلول سرطانی که در ناحیه پروستات باقی مانده است، از پرتودرمانی استفاده شود. (هاریسون، ۲۰۰۸، ترجمه ترحمی، ۱۳۸۷).

^{۱۲۶} Ruddon

^{۱۲۷} Dosgupta & Kirby

- هورمون درمانی: مردانی با سرطان پروستات ممکن است پیش، در طول یا پس از درمان با اشعه، هورمون درمانی داشته باشند. درمان با هورمون به تنهایی نیز برای سرطان پروستاتی که بعد از درمان بازگشت می کند، استفاده می شود. هورمون های مردانه (آندروژن ها) می توانند دلیل رشد سرطان پروستات باشند. هورمون درمانی سلول های سرطانی پروستات را از گرفتن هورمون های مردانه که باعث رشد آنها می شوند، باز می دارند (رزاقی، ۱۳۸۴).

- شیمی درمانی: شیمی درمانی ممکن است برای سرطان پروستاتی که گسترش یافته و به هورمون درمانی طولانی مدت پاسخ نداده است، استفاده شود. شیمی درمانی برای از بین بردن سلول های سرطانی از داروها استفاده می کند (آیور و سی گریگز و وینگ^{۱۲۸}، ۲۰۰۸، ترجمه صمدانی فر، ارجمند، سعادت، ۱۳۸۹).

➤ سرطان روده بزرگ و راست روده

سرطانی که در بافت کولون (روده بزرگ) ایجاد می شود، سرطان روده بزرگ نام دارد که بیشتر انواع سرطان کولون آدنوکارسینوم (سرطان سلول های تولید کننده موکوس و سایر ترشحات) است. وقتی سرطان کولورکتال به خارج از کولون و رکتوم گسترش می یابد، سلول های سرطانی معمولاً در غده لنفاوی مجاور پیدا می شوند. اگر سلول های سرطانی به این غدد رسیده باشند، ممکن است به سایر غدد لنفاوی و اندام ها نیز گسترش پیدا کرده باشند. سلول های سرطان کولورکتال بیش تر اوقات به کبد نفوذ می کنند (آلمن^{۱۲۹}، ۲۰۱۲).

مرحله بیماری براساس تهاجم یا عدم تهاجم تومور به بافت های مجاور، گسترش یا عدم گسترش سرطان، و محل های احتمالی انتشار آن در بدن، تعیین می شود. سرطان کولورکتال شامل پنج مرحله می باشد: مرحله صفر که سرطان فقط در داخلی ترین لایه پوشاننده کولون یا رکتوم دیده می شود. نام دیگر مرحله صفر سرطان کولورکتال کارسینوم درجا^{۱۳۰} است. مرحله یک که تومور به لایه داخلی کولون یا رکتوم رسوخ کرده ولی هنوز به داخل دیواره نفوذ نکرده است. مرحله دو که تومور بیش تر به داخل دیواره کولون یا رکتوم گسترش و به بافت های مجاور تهاجم کرده، اما هنوز سلول های سرطانی به غدد لنفاوی نرسیده است. مرحله

^{۱۲۸} Ayor & Sygarigoz & Ving

^{۱۲۹} Allman

^{۱۳۰} Carcinoma In Situ

سه که سرطان به غدد لنفاوی مجاور رسیده، اما به بخش‌های دیگر بدن گسترش پیدا نکرده است. و مرحله چهار که سرطان در بخش‌های دیگر بدن مانند کبد و ریه‌ها منتشر شده است (رادون^{۱۳۱}، ۲۰۰۷).

بعضی از علائم شایع در این نوع سرطان عبارتند از:

- داشتن اسهال یا یبوست
- احساس عدم تخلیه کامل روده
- دیدن خون (قرمز روشن یا خیلی تیره) در مدفوع
- باریک شدن مدفوع از حد معمول آن
- داشتن زور پیچ یا گرفتگی عضلانی مداوم، یا احساس پری یا نفخ
- کاهش وزن بدون دلیل مشخص
- احساس خستگی شدید دائمی
- داشتن حالت تهوع یا استفراغ (رضایی، ۱۳۸۰).

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می باشد:

- جراحی: جراحی رایج‌ترین درمان مورد استفاده برای سرطان کولورکتال است. این نوع از درمان بافت‌های سرطانی را در کولون یا رکتوم یا نزدیک آنها، از بدن بیمار خارج می‌کنند (هاریسون، ۲۰۰۸، ترجمه ترجمی، ۱۳۸۷).
- شیمی‌درمانی: در شیمی‌درمانی از داروهای ضد سرطان برای کشتن سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود. داروها وارد جریان خون می‌شوند و روی سلول‌های سرطانی در سرتاسر بدن اثر می‌گذارند (آیور و سی گریگز و وینگ^{۱۳۲}، ۲۰۰۸، ترجمه صمدانی فر، ارجمند، سعادت، ۱۳۸۹).
- درمان بیولوژیک: بعضی از مبتلایان به سرطان کولورکتال گسترش یافته، آنتی بادی مونوکلونال (تک دودمانی)، که نوعی درمان بیولوژیک است دریافت می‌کنند. آنتی بادی‌های مونوکلونال به سلول‌های

^{۱۳۱} Ruddon

^{۱۳۲} Ayor & Sygarigoz & Ving

سرطان کولورکتال متصل می‌شوند، و در رشد سلول‌های سرطانی و گسترش سرطان، تداخل ایجاد می‌کنند (آلمن^{۱۳۳}، ۲۰۱۲).

➤ سرطان دهانه (گردن) رحم

سرطان رحم سرطانی است که در بافت دهانه رحم ایجاد می‌شود. (عضوی که رحم را به واژن متصل می‌کند). این سرطان معمولاً رشد آهسته داشته و ممکن است بدون علامت باشد و در بررسی‌های روتین آزمایشگاهی پاپ اسمیر (روشی که در آن سلول‌های گردن رحم برداشته شده و زیر میکروسکوپ بررسی می‌شود) مشخص شود سرطان دهانه رحم همیشه از عفونت ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) ناشی می‌شود. سرطان گردن رحم در سلول‌های واقع در سطح یا رویه گردن رحم آغاز می‌شود. به مرور زمان، امکان دارد سرطان گردن رحم به قسمت‌های عمقی‌تر گردن رحم و به بافت‌های مجاور حمله کند. سلول‌های سرطانی می‌توانند از طریق جدا شدن از تومور اصلی (اولیه) گسترش یابند. این سلول‌های سرطانی وارد رگ‌های خونی یا غدد لنفاوی^{۱۳۴} می‌شوند که در تمام بافت‌های بدن شاخه شاخه یا منشعب شده‌اند (رجارام، چیتراثارا و ماهشوری^{۱۳۵}، ۲۰۱۲).

مراحل سرطان دهانه ی رحم به شرح زیر است:

مرحله اول که تومور به گردن رحم در زیر لایه بالایی سلول‌ها حمله کرده است. سلول‌های سرطانی تنها در گردن رحم پیدا می‌شوند. مرحله دوم که تومور به قسمت بالایی مهبل رسیده است و ممکن است به فراتر از گردن رحم در داخل بافت‌های مجاور به سمت دیواره لگن^{۱۳۶} یا جدار یا آستر قسمتی از بدن که بین قسمت‌های بالایی ران‌ها قرار دارد هم گسترش یافته باشد. تومور به یک سوم پایینی مهبل یا دیواره لگن حمله نکرده است. مرحله سوم که تومور به قسمت پایینی مهبل رسیده است و ممکن است به دیواره لگن هم حمله کرده باشد. اگر تومور جریان ادرار را مسدود کند، امکان دارد یک یا هر دو کلیه خوب کار نکنند.

^{۱۳۳} Allman

^{۱۳۴} Lymph Nodes

^{۱۳۵} Rajaram & Chitrathara & Maheshwari

^{۱۳۶} Pelvic Wall

مرحله چهارم که تومور به مثانه یا راست روده حمله می‌کند، یا اینکه سرطان به دیگر قسمت‌های بدن گسترش یافته است (رادون^{۱۳۷}، ۲۰۰۷).

بعضی از علائم شایع در این نوع سرطان عبارتند از :

- خونریزی غیرطبیعی مهبل
- خونریزی که بین دوره‌های منظم قاعدگی صورت می‌گیرد .
- خونریزی پس از آمیزش جنسی، در طول دوش مهبل، یا به هنگام معاینه لگن
- دوره‌های قاعدگی که طولانی‌تر از دوره‌های قاعدگی قبلی بوده و با خونریزی بیش‌تری همراه است
- خونریزی پس از یائسگی^{۱۳۸}
- افزایش ترشحات مهبل
- درد در ناحیه لگن
- درد در طول آمیزش جنسی

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می باشد:

- جراحی: جراحی یکی از گزینه‌های درمان برای زنانی است که به مراحل اول یا دوم سرطان گردن رحم مبتلا می‌باشند. جراح بافت‌هایی را برمی‌دارد که شاید حاوی سلول‌های سرطانی باشند. جراحی چند نوع دارد:

✓ برداشت رادیکال دهانه رحم^{۱۳۹}: جراح گردن رحم، بخشی از مهبل، و غدد لنفاوی موجود در لگن را برمی‌دارد. این گزینه برای تعداد اندکی از زنان است که تومورهای کوچکی دارند و می‌خواهند بعداً باردار شوند.

✓ برداشت کامل رحم^{۱۴۰}: جراح گردن رحم و رحم را برمی‌دارد.

✓ برداشت رادیکال رحم^{۱۴۱}: جراح، مقداری از بافت‌های اطراف گردن رحم، رحم، و بخشی از مهبل را برمی‌دارد (رجارام، چیترا تارا و ماهشوری^{۱۴۲}، ۲۰۱۲).

^{۱۳۷} Rudson

^{۱۳۸} Menopause

^{۱۳۹} Radical Trachelectomy

^{۱۴۰} Total Hysterectomy

- پرتودرمانی: گزینه ی درمانی برای زنانی است که مبتلا به هر مرحله از سرطان گردن رحم می باشند. ممکن است زنان دچار مراحل اولیه سرطان گردن رحم تصمیم بگیرند که در مورد آنها به جای جراحی از پرتو درمانی استفاده شود. امکان دارد پس از جراحی هم از پرتودرمانی استفاده کنند تا سلول های سرطانی که در ناحیه جراحی شده باقی مانده اند را از بین ببرند. در زنانی که سرطان آنها به فراتر از گردن رحم گسترش یافته است، ممکن است از پرتودرمانی و شیمی درمانی استفاده شود. در پرتو درمانی از اشعه های پر انرژی برای کشتن سلول های سرطانی استفاده می شود، و تنها سلول های واقع در ناحیه ای که پرتو درمانی در آن صورت می گیرد تحت تأثیر قرار می گیرد (آکتون^{۱۴۳}، ۲۰۱۱).
- شیمی درمانی: در درمان سرطان گردن رحم، معمولاً شیمی درمانی با پرتودرمانی ادغام می شود. در مورد سرطانی که به اندام های دوردست گسترش یافته است، می توان تنها از شیمی درمانی استفاده نمود (رضایی، ۱۳۸۰).

➤ سرطان معده

سرطان معده سرطانی است که در بافت پوشاننده معده ایجاد می شود. سرطان معده می تواند بر اندام های هم جوار و غدد لنفاوی تأثیر بگذارد، به طور مثال سرطان معده می تواند از طریق لایه بیرونی معده به اندام های مجاور مانند لوزالمعده (پانکراس)، مری یا روده منتشر گردد، و یا سلول های سرطانی از طریق خون به کبد، شش ها و سایر اندام ها نفوذ می کنند (امینی و علویان، ۱۳۸۱).

مرحله بیماری را بداند. مرحله بیماری بر مبنای اینکه آیا تومور به بافت های اطراف حمله کرده، آیا سرطان منتشر شده و اگر این چنین است به کدام بخش های بدن، مورد بررسی قرار می گیرد. سرطان معده می تواند به غدد لنفاوی، کبد، لوزالمعده (پانکراس) و دیگر اعضا سرایت کند. سرطان معده شامل پنج مرحله می شود که عبارتند از: مرحله صفر که سرطان فقط در لایه داخلی معده یافت می شود و این مرحله کارسینومای درجا^{۱۴۴} خوانده می شود. مرحله یک که تومور فقط به پرده زیر مخاطی^{۱۴۵} حمله کرده است.

^{۱۴۱} Radical Hysterectomy

^{۱۴۲} Rajaram & Chitrathara & Maheshwari

^{۱۴۳} Acton

^{۱۴۴} Carcinoma In Situ

^{۱۴۵} Submucosa

سلول‌های سرطانی ممکن است در ۶ غده لنفاوی یافت شوند و یا اینکه تومور به لایه ماهیچه‌ای^{۱۴۶} حمله کرده است. سلول‌های سرطانی به غدد لنفاوی یا دیگر اندام‌ها نفوذ نکرده است. مرحله دو که تومور، فقط پرده زیر مخاطی را مورد حمله قرار داده است. سلول‌های سرطانی به ۷ تا ۱۵ غده لنفاوی سرایت کرده‌اند. یا تومور، لایه ماهیچه‌ای را مورد حمله قرار داده است. سلول‌های سرطانی به ۱ الی ۶ غده لنفاوی رسوخ کرده‌اند. مرحله سه که تومور، به اندام‌های مجاور مانند کبد یا طحال حمله کرده است. سلول‌های سرطانی به غدد لنفاوی یا اندام‌های دورتر سرایت نکرده است. مرحله چهار که سلول‌های سرطانی در بیش از ۱۵ غده لنفاوی منتشر شده و سلول‌های سرطانی به اندام‌های دورتر سرایت کرده‌اند (رادون^{۱۴۷}، ۲۰۰۷).

بعضی از علائم شایع در این نوع سرطان عبارتند از :

- احساس ناراحتی در ناحیه معده
- احساس سیری یا نفخ پس از یک وعده غذایی کوچک
- حالت تهوع و استفراغ
- کاهش وزن (امینی و علویان، ۱۳۸۱).

روش‌های جراحی در این بیماری شامل موارد زیر می باشد:

- جراحی: عمل جراحی معمول‌ترین درمان برای سرطان معده است. نوع جراحی به میزان سرطان بستگی دارد. دو نوع عمده عمل جراحی سرطان معده وجود دارد:

✓ معده برداری ناکامل: جراح بخشی از معده مبتلا به سرطان را برمی‌دارد، و در صورت لزوم بخشی از مری یا روده کوچک را نیز بر خواهد داشت. غدد لنفاوی مجاور و دیگر بافت‌ها نیز ممکن است برداشته شوند.

^{۱۴۶}Subserosa

^{۱۴۷} Ruddon

✓ معده برداری کامل: پزیشک تمام معده، غدد لنفاوی مجاور، بخش‌هایی از مری و روده کوچک و دیگر بافت‌های نزدیک تومور را برمی‌دارد. در مواردی طحال نیز برداشته می‌شود. (ویلیکینسون^{۱۴۸}، ۲۰۱۲).

➤ سرطان مثانه

سرطان مثانه سرطانی است که در بافت مثانه (عضو نگهدارنده ادرار) ایجاد می‌شود. بیشتر موارد سرطان مثانه از نوع کارسینوم سلول بینابینی است. این سرطان از سلول‌های لایه داخلی پوشاننده مثانه ایجاد می‌شوند. سایر انواع شامل کارسینوم سلول سنگفرشی (سلول‌های باریک و پهن) و آدنوکارسینوم (سرطان سلول‌های تولیدکننده موکوس و سایر ترشحات) است. کارسینوم سلول سنگفرشی و آدنوکارسینوم در لایه داخلی پوشاننده مثانه و به علت التهاب و تحریم مزمن ایجاد می‌شوند (هاریسون، ۲۰۰۸، ترجمه ترحمی، ۱۳۸۷). سه نوع سرطان مثانه وجود دارد که در غشاء مثانه آغاز می‌شوند. این سرطان‌ها با توجه به نوع سلول‌هایی که به سلول‌های بدخیم تبدیل می‌شوند، نام‌گذاری می‌شوند:

- ترانزیشنال سل کارسینوما^{۱۴۹}: سرطانی است که در سلول‌های موجود در درونی‌ترین لایه مثانه آغاز می‌شود. این سلول‌ها قابلیت این را دارند که در صورت پر بودن مثانه، منبسط شده و در صورت خالی بودن آن، منقبض شوند. بیش‌تر موارد ابتلا به سرطان مثانه در سلول‌های جابه‌جا شونده آغاز می‌شوند.
- کارسینوما سلول سنگفرشی^{۱۵۰}: سرطانی است که در سلول سنگفرشی - سلول‌هایی باریک و تخت که ممکن است پس از عفونت یا ناراحتی بلندمدت شکل بگیرند - آغاز می‌شود.
- آدنوکارسینوما^{۱۵۱}: سرطانی است که در سلول‌های غده‌ای (غدد مترشحه - که ممکن است پس از یک عفونت یا ناراحتی بلندمدت شکل بگیرد - آغاز می‌شود) (درولر^{۱۵۲}، ۲۰۱۰).

^{۱۴۸} Wilkinson

^{۱۴۹} Transitional Cell Carcinoma

^{۱۵۰} Squamous Cell Carcinoma

^{۱۵۱} Adenocarcinoma

^{۱۵۲} Droller

ویژگی‌های اصلی هر یک از مراحل سرطان مثانه به ترتیب زیر است :

مرحله صفر که سلول‌های سرطانی تنها در سطح غشاء داخلی مثانه وجود دارند. متخصصان به این حالت، ((سرطان سطحی)) یا «کارسینومای درجا» می‌گویند. مرحله یک که سلول‌های سرطانی در عمق غشاء داخلی مثانه نفوذ کرده، اما این سلول‌ها هنوز به ماهیچه‌های مثانه نرسیده‌اند. مرحله دو که سلول‌های سرطانی به ماهیچه مثانه سرایت کرده‌اند. مرحله سه که سلول‌های سرطانی از دیواره عضلانی مثانه به لایه بافت پیرامونی آن رسوخ کرده‌اند، و حتی به پروستات (در مردان) یا به رحم یا واژن (در زنان) سرایت کرده باشند و مرحله چهارم که سرطان به دیواره شکم یا به دیواره لگن نفوذ کرده است. در این مرحله، ممکن است سلول‌های سرطانی به غدد لنفاوی و دیگر بخش‌های بدن که از مثانه دور هستند، مانند ریه‌ها، نیز منتشر شده باشند (رادون^{۱۵۳}، ۲۰۰۷).

علائم رایج سرطان مثانه عبارتند از :

- وجود خون در ادرار (که باعث می‌شود رنگ ادرار کمی تیره و یا در مواقعی قرمز پررنگ شود
- درد در حین ادرار کردن .
- تکرر ادرار یا احساس نیاز بی‌مورد به ادرار باشد (استرن و سکرس، ۲۰۰۴، ترجمه بدایت وهمکاران، ۱۳۹۰).

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می باشد:

- جراحی: درمانی رایج برای سرطان مثانه به حساب می‌آید. نوع جراحی تا حدود زیادی به مرحله و درجهٔ تومور بستگی دارد، انواع جراحی عبارتند از: برش از طریق پیشابراه ، مثانه برداری کامل، مثانه برداری جزئی (هاریسون، ۲۰۰۸، ترجمه ترحمی، ۱۳۸۷).

- شیمی‌درمانی: ممکن است پزشک برای بیمارانی که به سرطان مثانهٔ سطحی مبتلا هستند، پس از برداشتن بافت‌های سرطانی با استفاده از تی.یو.آر (Tur) از شیمی‌درمانی درون - مثانه‌ای (Intravesical) استفاده کند. این درمان، یک درمان موضعی است. پزشک لوله‌ای (سوند) را در پیشابراه قرار می‌دهد و داروهای مایع را از طریق سوند به داخل مثانه می‌ریزد. داروها به مدت چند

^{۱۵۳} Ruddon

ساعت در مثانه باقی می‌مانند. تأثیر عمده این داروها بر سلول‌های موجود در مثانه است. معمولاً بیمار در این روش، هفته‌ای یکبار و به مدت چند هفته تحت درمان قرار می‌گیرد. این روش گاهی تا یک سال و یک یا چند بار در ماه انجام می‌شود. اگر سرطان به اعماق مثانه نفوذ کرده باشد یا به غدد لنفاوی یا دیگر اندام‌ها سرایت کرده باشد، داروها درون رگ بیمار تزریق می‌شود. به این روش درمان، شیمی‌درمانی درون‌وریدی می‌گویند. این شیوه، یک روش درمانی فراگیر است، به این معنا که داروها از طریق جریان خون به تقریباً تمام بدن می‌رسند. داروها را معمولاً با فاصله زمانی مشخص به بیمار تزریق می‌کنند. در فاصله بین تزریق‌ها، بدن فرصت می‌یابد تا خود را بازسازی کند (پانال و کوتاسک، ۱۹۹۷، ترجمه محسنی فر و صاحب‌قدم لطفی، ۱۳۸۸).

➤ سرطان کبد

سرطان اولیه کبد سرطانی است که در بافت کبد ایجاد می‌شود و سرطان ثانویه (متاستاتیک) کبد از نواحی دیگر بدن به کبد منتشر می‌شود. بیش‌تر سرطان‌های کبد اولیه از سلول‌های کبدی^{۱۵۴} (هپاتوسیت) آغاز می‌شوند. به این نوع سرطان، کارسینومای هپاتوسلولار^{۱۵۵} یا هپاتومای^{۱۵۶} بدخیم می‌گویند. سلول‌های سرطانی کبد با جداشدن از تومور اصلی (اولیه) در بدن منتشر می‌شوند. اکثر این سلول‌ها از طریق وارد شدن به رگ‌های خونی منتشر می‌شوند ولی سلول‌های سرطانی کبد را می‌توان در غدد لنفاوی هم مشاهده کرد. گاه سلول‌های سرطانی به بافت‌های دیگر متصل می‌شوند، رشد می‌کنند و تومورهایی را ایجاد می‌کنند که می‌توانند به این بافت‌ها آسیب برسانند (ویلیام و رایبسون^{۱۵۷}، ۲۰۱۲).

علائم رایج سرطان کبد عبارتند از :

- درد در بخش فوقانی شکم در سمت راست
- توده یا احساس سنگینی در بخش فوقانی شکم
- ورم شکم
- از دست دادن اشتها و احساس سیری زودرس

^{۱۵۴} Hepatocytes

^{۱۵۵} Hepatocellular Carcinoma

^{۱۵۶} Hepatoma

^{۱۵۷} Williams & Robinson

- از دست دادن وزن
- ضعف یا احساس خستگی شدید
- حالت تهوع و استفراغ
- زرد شدن پوست و چشم‌ها، مدفوع کمرنگ، و ادرار تیره ناشی از زردی (یرقان)
- تب (امینی و علویان، ۱۳۸۱).

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می باشد:

- جراحی: جراحی گزینه درمانی افرادی است که سرطان کبدشان در مرحله اولیه است. معمولاً جراح، کل کبد یا بخشی از آن را که به سرطان مبتلا شده است خارج می کند. اگر کبد خارج شود در این صورت کبد بیمار با بافت کبد سالم یک اهداکننده جایگزین می شود (هاریسون، ۲۰۰۸، ترجمه ترحمی، ۱۳۸۷).
- تخریب بافت: روش‌های تخریب، بافت سرطان را در کبد نابود می کنند. این روش‌ها شیوه‌هایی برای مهار سرطان کبد و طولانی کردن مدت زمان زندگی بیمار هستند. افرادی از این روش‌ها استفاده می کنند که منتظر انجام پیوند کبد هستند و یا توانایی انجام جراحی یا پیوند کبد را ندارند. پیش می آید که جراحی برای خارج کردن تومور به دلیل سیروز یا شرایط دیگری که منجر به عملکرد نامناسب کبد می شوند امکانپذیر نباشد. علاوه بر این، بعید نیست بیمار به دلیل محل تومور در کبد یا مشکلات پزشکی دیگر نتواند از جراحی استفاده کند. روش‌های تخریب بافت شامل این موارد هستند: تخریب بافت با امواج رادیویی و تزریق اتانول از طریق پوست (والورد^{۱۵۸}، ۲۰۱۱).
- امبولیزاسیون: برای کسانی که نمی توانند از جراحی یا پیوند کبد استفاده کنند استفاده از امبولیزاسیون یا امبولیزاسیون شیمیایی^{۱۵۹} گزینه درمانی مناسبی است. پزشک کاتر باریکی در یکی از سرخرگ‌های پای بیمار وارد می کند و کاتر را به سمت سرخرگ کبدی حرکت می دهد. برای انجام امبولیزاسیون پزشک ذرات کوچکی را در کاتر تزریق می کند. این ذرات جریان خون درون سرخرگ را مسدود می کنند. بسته به نوع ذرات استفاده شده، انسداد دائمی یا موقتی به وجود می آید. در صورت

^{۱۵۸} Valverde

^{۱۵۹} Chemoembolization

مسدود شدن جریان خون تومور از سرخرگ کبدی^{۱۶۰}، تومور از بین می‌رود. اگرچه سرخرگ کبدی مسدود است ولی بافت سالم کبد، خون را از طریق سیاهرگ باب^{۱۶۱} دریافت می‌کند (ویلیام و رابینسون^{۱۶۲}، ۲۰۱۲).

– پرتودرمانی: پرتودرمانی از اشعه‌های با انرژی زیاد برای نابودی سلول‌های سرطانی استفاده می‌کند. این روش برای تعداد کمی از افراد که نمی‌توانند از جراحی استفاده کنند گزینه مناسبی است. گاهی، از این روش همراه با شیوه‌های درمانی دیگر استفاده می‌شود. همچنین می‌توان از پرتودرمانی برای تسکین درد ناشی از سرطان کبدی که به استخوان منتشر شده است استفاده کرد (امینی و علویان، ۱۳۸۱).

– شیمی‌درمانی: گاهی، از شیمی‌درمانی – استفاده از دارو برای کشتن سلول‌های سرطانی – در درمان سرطان کبد استفاده می‌کنند. داروها معمولاً از طریق رگ وارد بدن بیمار می‌شوند (درون و رییدی). داروها وارد جریان خون می‌شوند و به این وسیله در بدن منتشر می‌شوند (هاریسون، ۲۰۰۵، ترجمه ترحمی و ابتیاع، ۱۳۸۴).

➤ سرطان مری

سرطان مری سرطانی است که در بافت پوشاننده مری (لوله‌ای عضلانی که غذا از طریق آن از حلق به معده منتقل می‌شود) ایجاد می‌شود. دو نوع عمده سرطان مری شامل کارسینوم سلول سنگفرشی (سلول‌های مسطح پوشش داخلی مری) و آدنوکارسینوم (سلول‌های تولیدکننده موکوس و سایر ترشحات) است. توده‌های زائد (تومورها) در دیواره مری خوش‌خیم (غیرسرطانی) و یا بدخیم (سرطانی) اند. در دیواره نرم داخلی، بخش‌های زبر غیرطبیعی، برآمدگی‌های کوچک، یا یک تومور، ایجاد می‌شود. تومورهای خوش‌خیم مثل تومورهای بدخیم (سرطانی) مضر و خطرناک نیستند (رادون^{۱۶۳}، ۲۰۰۷).

^{۱۶۰} Hepatic Artery

^{۱۶۱} Hepatic Portal Vein

^{۱۶۲} Williams & Robinson

^{۱۶۳} Ruddon

دو نوع مهم از سرطان مری وجود دارد. هر دو نوع به شیوه مشابهی تشخیص، درمان و مدیریت می‌شوند. دو نوع از رایج‌ترین انواع سرطان مری را بر اساس شکل میکروسکوپی سلول‌های سرطانی نامگذاری می‌کنند و هر دو نوع در سلول‌های بافت داخلی مری شروع به رشد می‌کنند.

۱. **آدنوکارسینوم مری:** این نوع معمولاً در قسمت پایین مری نزدیک به معده ایجاد می‌شود.
۲. **سرطان سلول سنگفرشی مری:** این نوع سرطان معمولاً در قسمت بالای مری ایجاد می‌شود و در سراسر دنیا رایج‌ترین نوع است (امینی و علویان، ۱۳۸۱).

مراحل سرطان مری به قرار زیر است:

مرحله صفر که سلول‌های غیرطبیعی فقط در لایه داخلی مری مشاهده می‌شوند. به این مرحله کارسینوم در جا می‌گویند. مرحله یک که سرطان از طریق لایه داخلی به زیر مخاط وارد شده و رشد کرده است. مرحله دو که یا سرطان از طریق لایه داخلی به زیر مخاط وارد می‌شود و سلول‌های سرطانی به غدد لنفاوی گسترش می‌یابد یا سرطان به لایه ماهیچه‌ای هجوم می‌آورد. سلول‌های سرطانی گاه در غدد لنفاوی یافت می‌شوند و یا سرطان در لایه بیرونی مری رشد می‌کند. مرحله سه که یا سرطان در لایه بیرونی مری رشد می‌کند و سلول‌های سرطانی به غدد لنفاوی منتشر می‌شوند یا سرطان به بافت‌های مجاور از قبیل راه‌های تنفسی نفوذ کرده و گاه به غدد لنفاوی نیز رسوخ می‌کند. مرحله چهار که سلول‌های سرطانی به اندام دوردست از قبیل کبد گسترش یافته‌اند (رادون^{۱۶۴}، ۲۰۰۷).

شایع‌ترین علائمی در سرطان مری عبارت‌اند از:

- غذا در مری گیر می‌کند و یا گاهی برمی‌گردد.
- درد هنگام بلع غذا.
- درد در قفسه سینه و ناحیه پشت.
- کاهش وزن.
- سوزش سردل (یا ترش کردن).

- صدای گرفته و یا سرفه‌ای که طی دو هفته رفع نمی‌شود (استرن و سکرس، ۲۰۰۴، ترجمه بدایت و همکاران، ۱۳۹۰).

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می‌باشد:

- جراحی: جراحی‌های گوناگونی برای سرطان مری وجود دارد. نوع جراحی بستگی به این دارد که سرطان در کجا واقع شده‌است. جراح گاهی تمامی مری و یا فقط قسمتی را که به سرطان مبتلا شده، برمی‌دارد. معمولاً، جراح تنها بخشی از مری را که مبتلا به سرطان است، غدد لنفاوی و بافت‌های نرم مجاور را برمی‌دارد. امکان دارد قسمتی و یا کل معده را هم بردارند (امینی و علویان، ۱۳۸۱).

- پرتودرمانی: معمولاً پزشکان از دو نوع پرتودرمانی برای درمان سرطان مری استفاده می‌کنند. بعضی افراد هر دو نوع را دریافت می‌کنند:

✓ پرتودرمانی خارجی: پرتو از دستگاهی خارج از بدن تابانده می‌شود. دستگاه، پرتو را بر غدد سرطانی هدفگیری می‌کند. پرتودرمانی در بیمارستان و یا درمانگاه انجام می‌شود، و معمولاً ۵ روز در هفته و چندین هفته ادامه می‌یابد.

✓ پرتودرمانی داخلی (پرتودرمانی از فاصله نزدیک): پزشک گلوی بیمار را با اسپری بی‌حسی، بی‌حس کرده و سپس لوله‌ای را داخل مری فرو می‌برد. پرتو از داخل لوله وارد بدن می‌شود. هنگامی که لوله را برمی‌دارند، هیچ‌گونه آثار رادیواکتیوی در بدن باقی نمی‌ماند، معمولاً، تنها یک دوره درمان صورت می‌گیرد (رادون^{۱۶۵}، ۲۰۰۷).

➤ سرطان خون

سرطان خون سرطانی است که در بافت‌های تولیدکننده خون مانند مغز استخوان ایجاد می‌شود و موجب تولید تعداد زیادی سلول‌های خونی و آزاد شدن آنها در گردش خون می‌شود. در فرد مبتلا به سرطان خون (لوسمی)، مغز استخوان، سلول‌های خونی غیرطبیعی می‌سازد؛ این سلول‌های غیرطبیعی سلول‌های خونی سرطانی هستند. برخلاف سلول‌های خونی طبیعی، سلول‌های خونی سرطانی در آن زمانی

^{۱۶۵} Ruddon

که باید، از بین نمی‌روند. این سلول‌ها جای گلبول‌های سفید، گلبول‌های قرمز و پلاکت‌های طبیعی را تنگ می‌کنند که موجب اختلال در انجام وظایف سلول‌های خونی طبیعی می‌شود (پانال و کوتاسک، ۱۹۹۷، ترجمه محسنی فر و صاحب‌قدم لطفی، ۱۳۸۸).

انواع سرطان خون را می‌توان براساس سرعت پیشرفت و وخیم‌تر شدن آن‌ها گروه‌بندی کرد:

۱. سرطان خون مزمن: در مراحل ابتدایی سرطان، سلول‌های خونی سرطانی هنوز قادرند برخی از وظایف گلبول‌های سفید را انجام دهند. گاه، در فرد مبتلا در ابتدا هیچ علامتی بروز نمی‌یابد. پزشکان، اغلب در معاینه‌های معمولی، پیش از آنکه علامتی بروز کند، متوجه سرطان خون مزمن می‌شوند. سرطان خون مزمن، به مرور وخیم‌تر می‌شود. با افزایش تعداد سلول‌های سرطانی در خون، علائمی مانند تورم غدد لنفاوی یا عفونت در بیمار بروز می‌یابند.
۲. سرطان خون حاد: سلول‌های خونی سرطانی هیچ‌یک از وظایف گلبول‌های سفید طبیعی را انجام نمی‌دهند. تعداد سلول‌های خونی سرطانی به سرعت افزایش می‌یابد. سرطان خون حاد معمولاً به سرعت وخیم‌تر می‌شود (آلمیدا و بری، ۲۰۰۹).

انواع سرطان خون را همچنین می‌توان براساس نوع سلول خونی گرفتار گروه‌بندی کرد. سرطان خون در سلول‌های لنفاوی یا سلول‌های میلوئید آغاز می‌شود. به سرطان خونی که سلول‌های لنفاوی را گرفتار می‌کند، سرطان خون لنفوئید، لنفوسیتیک^{۱۶۶} یا لنفوبلاستیک^{۱۶۷} می‌گویند. به سرطان خونی که سلول‌های میلوئید را گرفتار می‌کنند سرطان خون میلوئید، میلوژنوس^{۱۶۸} یا میلوبلاستیک^{۱۶۹} می‌گویند (رادون^{۱۷۰}، ۲۰۰۷).

علائم شایع سرطان خون مزمن یا حاد عبارت‌اند از:

- تورم غدد لنفاوی که معمولاً بدون درد است (مخصوصاً غدد لنفاوی گردن یا زیر بغل)
- تب یا تعرق شبانه
- عفونت‌های پی‌درپی

^{۱۶۶}Lymphocytic

^{۱۶۷}Lymphoblastic

^{۱۶۸}Myelogenous

^{۱۶۹}Myeloblastic

^{۱۷۰} Rudson

- احساس خستگی یا ضعف
- به آسانی دچار خونریزی و کبودی شدن (خونریزی لته‌ها، لکه‌های ارغوانی رنگ روی پوست یا نقاط کوچک قرمز زیر پوست)
- تورم یا ناراحتی در شکم (ناشی از تورم طحال یا کبد)
- کاهش وزن بی‌دلیل
- درد استخوان و مفاصل (وزیری گهر، محمدی و حیدری، ۱۳۸۶).

روش‌های درمان در این بیماری شامل موارد زیر می‌باشد:

- انتظار در حال نظارت: مبتلایان به سرطان خون CLL که با بروز علامتی مواجه نشده‌اند، می‌توانند درمان سرطان را به تعویق بیندازند. با به تأخیر انداختن درمان، می‌توانند تا زمان بروز علائم، از عوارض جانبی درمان به‌دور باشند (آلمیدا و بری، ۲۰۰۹).
- شیمی‌درمانی: بسیاری از مبتلایان به سرطان خون (لوسمی) شیمی‌درمانی می‌شوند. در شیمی‌درمانی برای از بین بردن سلول‌های خونی سرطان از دارو استفاده می‌شود. با توجه به نوع سرطان خون، یک دارو یا ترکیبی از دو یا چند دارو برای بیمار تجویز می‌کنند. در این بیماری شیمی‌درمانی از چند راه انجام می‌شود:

- دهانی: برخی از داروها قرص‌اند که باید آنها را از طریق دهان مصرف کرد.
- تزریق داخل وریدی^{۱۷۱}: دارو از طریق سرنگ یا لوله‌ای که در رگ تعبیه می‌کنند، وارد بدن می‌شود.
- از طریق کاتر^{۱۷۲}: لوله‌ای باریک و منعطف، که آن را درون سیاهرگی بزرگ معمولاً در بالای قفسه سینه کار می‌گذارند. لوله‌ای که در یک محل ثابت می‌شود، برای بیمارانی که به تعداد زیاد تزریق وریدی نیاز دارند، مفید است. کارشناس مراقبت از سلامتی به‌جای تزریق مستقیم داروها به ورید، آنها را به کاتر تزریق می‌کند. این روش نیاز به تعداد زیاد تزریق را، که موجب ناراحتی و جراحت رگ‌ها و پوست می‌شود، برطرف می‌کند.

^{۱۷۱}IV

^{۱۷۲}Catheter

• تزریق درون مایع مغزی- نخاعی: در صورتی که پاتولوژیست سلول‌های خونی سرطانی را درون مایعی که داخل و اطراف مغز و نخاع را پر می‌کند، بیابد، شیمی‌درمانی اینتراتکال را تجویز می‌کند. در این روش، داروها مستقیماً درون مایع مغزی- نخاعی تزریق می‌شود (پوریس، موسس و لوتز^{۱۷۳}، ۲۰۰۹).

- پیوند سلول‌های بنیادی: برخی مبتلایان به سرطان خون باید پیوند سلول‌های بنیادی انجام دهند. پیوند سلول‌های بنیادی به بیمار این امکان را می‌دهد که بتواند تحت درمان با میزان بالای دارو، اشعه یا هر دو قرار بگیرد. میزان بالای این درمان‌ها هم سلول‌های خونی سرطانی و هم سلول‌های خونی سالم را در مغز استخوان از بین می‌برد. پس از دریافت شیمی‌درمانی، پرتودرمانی یا هر دو با میزان بالا، بیمار سلول‌های بنیادی را از طریق ورید بزرگی دریافت می‌کند. (این عمل مانند انتقال خون است). سلول‌های خونی جدید را سلول‌های بنیادی پیوندی می‌سازند. سلول‌های خونی جدید جای آن سلول‌هایی را می‌گیرند که بر اثر درمان از بین رفته‌اند (آلمیدا و بری، ۲۰۰۹).

۲-۲- پیشینه پژوهش

در این قسمت به معرفی تحقیقات انجام شده که بطور مستقیم یا غیر مستقیم با موضوع این پژوهش ارتباط دارند اشاره می‌شود.

۲-۲-۱- پیشینه خارجی

احمد خان^{۱۷۴} و همکاران در سال ۲۰۱۲ با پژوهشی تحت عنوان مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در بین بیماران مبتلا به سکته قلبی و افراد سالم نشان دادند که بیماران مبتلا به سکته قلبی بیشتر از استراتژی‌های هیجان محور استفاده می‌کنند در حالیکه کمترین استراتژی استفاده شده در این بیماران حل مساله می‌باشد.

فارساس^{۱۷۵} و ناستاسا^{۱۷۶} (۲۰۱۱) در پژوهش خود با عنوان بررسی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران قلبی نشان دادند که این بیماران برای مقابله با استرس در بیماری خود از راهبردهای هیجان محور استفاده

^{۱۷۳} Pories & Moses & Lotz

^{۱۷۴} Ahmad Khan

^{۱۷۵} Farcas

^{۱۷۶} Nastasa

می کنند. همچنین آنها با مطالعه و آزمایش بر روی ۱۵۰ بیمار نشان دادند که بیشترین راهبرد مورد استفاده توسط این بیماران حمایت اجتماعی بوده است (به میزان ۶۸٪).

در سال ۲۰۰۹ تحقیقی توسط آلمان^{۱۷۷} و همکاران انجام شده تا سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سکت قلبی مشخص شود. در این مطالعه برای بررسی سبک های کنارآرایی با فشارهای روانی و شرایط استرس زا در جامعه ۷۵ بیمار قلبی در سنین ۲۷-۸۲ که ۶۹٪ آنها مرد بودند، مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحقیق حاکی از آن بود که وابستگی سبک های مقابله ای به میزان افسردگی بسیار شدید بوده و هرچه این نوع بیماران دچار افسردگی بیشتری می شوند بیشتر از سبک های مقابله ای هیجان محور استفاده می کنند، که در بالاترین میزان افسردگی بیشترین راهبردی که مورد استفاده قرار گرفته است، راهبرد گریز و اجتناب بوده است.

الدن^{۱۷۸} و همکاران در سال ۲۰۰۰ در نتایج تحقیقاتشان در خصوص سبک های مقابله ای در بیماران قلبی نشان دادند که بیشتر بیماران در بیماری خود بیشتر از سبک های مقابله ای هیجان مدار در مقابله با استرس استفاده می کنند و کمترین راهبرد استفاده شده توسط این بیماران در مقابل استرس راهبرد ارزیابی مجدد مثبت می باشد. این پژوهشگران در طی تحقیق خود بر روی ۲۷۸ بیمار (۲۴۴ مرد و ۳۴ زن) با میانین سنی ۵۴ (۳۲-۷۴ سال) همچنین بیان می کردند که آگاهی بیماران از شرایط و مرحله ی بیماری خود تاثیر زیادی در استفاده از سبک های مقابله ای آنها می گذارد و باعث انطباق بهتر آنها با زندگی و بیماری قلبی می شود.

پراسرتری^{۱۷۹} و همکاران (۲۰۱۱) برای اولین بار در پژوهشی تطبیقی با عنوان "روش مقابله ای سرکوب گر: رابطه آن با افسردگی، درد و راهبردهای مقابله ای با درد در بیماران مبتلا به سرطان ریه" به مطالعه ۱۰۷ بیمار سرطانی (۷۳ درصد مرد با میانگین سنی ۶۱ سال و ۸۸ درصد قفقازی) پرداختند. بیماران براساس مقیاس مطلوب اجتماعی مارلو (Marlow) و کران (Crown) در ۴ گروه از سبک های مقابله ای تقسیم شده اند. گروه های سبک های مقابله ای با اضطراب کم (N=۲۵)، اضطراب بالا (N=۳۱) و اضطراب بالای تدافعی (N=۲۱) و سرکوب گر (N=۳۰) مشخص شدند. نتایج مطالعه این پژوهشگران نشان داد که در مقایسه با دیگر گروه های مقابله ای، گروه سرکوب گر به طور بسیار واضحی میانگین کمتری نسبت به متغیر درد فاجعه آور و افسردگی دارد. محققان چنین استدلال کردند که تعیین سبک مقابله ای افراد به وسیله

^{۱۷۷} Allman

^{۱۷۸} Lode

^{۱۷۹} Prasertsri

اندازه گیری ویژگی مشخصی مانند مطلوبیت اجتماعی و اضطراب می تواند به پزشکان کمک کند تا بتوانند افراد آسیب پذیر مبتلا به سرطان ریه را برای مداخله به موقع جهت بالا بردن سازگاری با درد داوطلب سازند.

فنگ^{۱۸۰} و همکاران در سال ۲۰۱۰، کیفیت زندگی، شخصیت و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان حنجره را در مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج این بررسی نشان داد که اعتماد به نفس و خویشتن داری این بیماران بسیار پایین بوده و به تبع در کیفیت زندگی و رفتار این بیماران نیز تاثیر می گذارد و به شدت این بیماران به دنبال حمایت اجتماعی و عاطفی از سوی جامعه و خانواده ی خود هستند.

نتایج تحقیق سینگ^{۱۸۱} (۲۰۱۰) با عنوان مقایسه ی سبک های مقابله ای در ۴۰ مرد مبتلا به سرطان با میانگین سنی ۳۰ تا ۵۰ سال که تحت شیمی درمانی (۲۰ نفر) و رادیوتراپی (۲۰ نفر) بودند، نشان داد که تفاوت معناداری میان سبک های مقابله ای استفاده شده در این دو گروه وجود دارد به طوریکه بیماران تحت رادیوتراپی بیشتر از تحلیل های منطقی، ارزیابی مجدد مثبت و حل مساله برنامه ریزی شده استفاده می کنند در حالیکه بیماران تحت شیمی درمانی هیجان محورتر بوده و بیشتر از خرده مقیاس های فرار و حمایت اجتماعی استفاده می کنند.

سانیا و زانیال^{۱۸۲} در سال ۲۰۱۰ در بیان نتایج تحقیق خود با عنوان سبک های مقابله ای با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی درمانی اعلام کردند، در بین بیمارانی که تحت آزمایش بودند (۱۴۱ بیمار با میانگین سنی ۵۰ سال) ۲۴ درصد آنها درگیر اضطراب بسیار زیاد و ۱۹ درصد آنها درگیر افسردگی بسیار شدید بوده اند که خرده مقیاس انکار در این دسته از بیماران بسیار شدیدتر از بیمارانی است که دچار اضطراب کمتری می باشند، همچنین میزان استفاده از خرده مقیاس سرزنش و مقصردانستن خود در بین بیمارانی که دچار افسردگی شدید هستند، بسیار زیاد می باشد.

در پژوهشی که توسط کارابولوتلو^{۱۸۳} و همکاران در سال ۲۰۱۰ در ترکیه بر روی ۹۶ بیمار مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی انجام شد، نشان داد که این بیماران به طور عمده از روش مقابله ای جستجوی حمایت اجتماعی بیش از تکنیک های حل مساله و اجتناب استفاده می کنند.

^{۱۸۰}Fang

^{۱۸۱}Singh

^{۱۸۲}Saniah & Zaniat

^{۱۸۳}Karabulutlu

هارت^{۱۸۴} و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی طولی به بررسی سبک های مقابله ای به عنوان متغیر پیش بین زمان بقاء در بیماران مبتلا به سرطان مثانه پرداختند. محققان در ابتدا از طریق مصاحبه با ۱۰۵ بیمار قبل از عمل جراحی به تعیین سبک های مقابله آنان پرداختند. ۱۰ سال بعد نرخ بقاء ثبت شد. اطلاعات جمع آوری شده نشان داد که نرخ بقاء بعد از ۱۰ سال حدود ۶۰ درصد بوده است. نتایج نشان داد که اختلاف معنی داری بین میزان مرگ و میر بیماران با سبک های مقابله ای گوناگون یافت نشد. محققان این گونه استنباط کردند که سبک های مقابله ای قدرت پیش بینی نرخ بقاء را در بیماران مبتلا به سرطان مثانه ندارد.

نتایج تحقیق جیانگ^{۱۸۵} (۲۰۰۸) با عنوان بررسی سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان سینه پس از شیمی درمانی نشان داد که نحوه مقابله با استرس و فشار روانی در این بیماران بیشتر اجتناب کردن، به دنبال حمایت اجتماعی، تطهیر عاطفی و اعتقاد به سرنوشت بوده است و تمامی این خرده مقیاس ها زیرمجموعه راهبردهای هیجان محور قرار می گیرند و این محققین بیان می کنند که به علت بالابودن میزان خستگی این بیماران مخصوصا پس از انجام شیمی درمانی، هدایت راهبردهای مقابله ای آنان به سمت مساله محور و خویشتن داری در کیفیت زندگی آنان و کاهش خستگی سرطان بسیار موثر خواهد بود.

دملینگ^{۱۸۶} و همکاران در سال ۲۰۰۶، سبک های مقابله ای در بین افراد مسنی که از سرطان نجات یافته اند را مورد ارزیابی قرار دادند. این بررسی نشان داد که بیشترین راهبرد مقابله ای استفاده شده در بین این افراد برنامه ریزی و پذیرش بوده و کمترین آنها اجتناب و انکار می باشد.

در بررسی که در سال ۲۰۰۶ در هند توسط ویدهوبالا^{۱۸۷} و همکاران انجام شد، محققین به دنبال بررسی سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان سروگردن بوده اند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که سن، محل زندگی و میزان تحصیلات تاثیری بر روی سبک های مقابله ای در بیماران نداشته است بلکه سبک های مقابله ای استفاده شده در مردان و زنان متفاوت بوده و مردان بیشتر از سبک های مقابله ای مساله محور استفاده کرده و زنان بیشتر رویکرد هیجان محور دارند.

روتر^{۱۸۸} و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی سبک های مقابله ای، درد، سن و افسردگی به همراه خستگی در ۳۵۳ زن مبتلا به سرطان سینه در مرحله ی اول بیماری پرداختند. نتایج تحقیق این پژوهشگران حاکی از این بود که خستگی با درد و افسردگی رابطه مستقیم دارد اما با سن رابطه معکوس دارد. علیرغم انتظار

^{۱۸۴} Hardt

^{۱۸۵} Jiang

^{۱۸۶} Deimling

^{۱۸۷} Vidhubala

^{۱۸۸} REUTER

محققان، داشتن روحیه مبارزه طلبی با خستگی کمتر همراه نبود. رابطه بین سبک های مقابله ای و خستگی منحصر برای بازنگری مثبت تایید شد. همچنین نتیجه تحقیق نشان داد که رابطه ی ضعیفی بین سبک های مقابله ای و خستگی وجود دارد.

والکر^{۱۸۹} و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود به بررسی نشانه های افسردگی بعد از عمل جراحی در سرطان ریه و رابطه آن با سبک های مقابله ای و حمایت اجتماعی پرداختند. در این مطالعه سبک های مقابله ای و حمایت اجتماعی به عنوان پیش بینی کننده علائم افسردگی یک هفته بعد از عمل جراحی در بین ۱۹ بیمار سرطانی مورد بررسی قرار گرفت. متغیر های پیش بین شامل: سن، وضعیت اجرای ECOG، مرحله بیماری و اندازه سبک های انطباقی و سبک کمتر انطباقی، حمایت اجتماعی مستقیم و حمایت اجتماعی غیر مستقیم بودند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۲۹ درصد از بیماران مبتلا به سرطان ریه در مقیاس افسردگی بالینی نمره بالاتر از متوسط داشتند. همچنین نتایج نشان داد که علائم افسردگی رابطه مستقیمی با استفاده از سبک های غیر انطباقی و حمایت اجتماعی مستقیم، دارد. همچنین علائم افسردگی با سن و سبک های مقابله ای انطباقی رابطه ی معکوس دارد. نتایج این تحقیق یافته های قبلی مبنی بر ارتباط بین سبک های مقابله ای انطباقی با شدت آشفتگی را تایید کرد.

کارابولاتلو^{۱۹۰} و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود به بررسی میزان اضطراب، افسردگی و سبک های مقابله ای و همچنین تاثیر اندازه افسردگی و اضطراب بر روی سبک های مقابله با استرس در ۹۶ بیمار سرطانی پرداختند. اطلاعات مورد نیاز از طریق مقیاس اضطراب و افسردگی (HAD) و راهبردهای گوناگون مقابله با استرس جمع آوری شد. نتایج نشان داد که ۸۴/۴ درصد از بیماران در مرحله شیمی درمانی بودند. میانگین مدت بیماری ایشان بین ۱۴ تا ۱۵ ماه بود و میانگین مدت درمان آنها ۱۴ ماه بود. اضطراب در ۶۱/۵ درصد و افسردگی در ۸۱/۳ درصد از بیماران مبتلا به سرطان تایید شد. بیماران به طور عمده از روش مقابله ای جستجوی حمایت های اجتماعی استفاده می کردند. همچنین در مرتبه بعد بیماران از روش مقابله ای تکنیک حل مساله و تکنیک اجتناب نیز استفاده می کردند. همچنین نتایج تحقیق رابطه ای مثبت بین استفاده از سبک مقابله ای اجتنابی و سطوح اضطراب و افسردگی در بیماران را نشان داد؛ به صورتی که افراد با میزان بالای اضطراب و افسردگی بیشتر از سبک مقابله ای اجتنابی استفاده می کنند.

^{۱۸۹} WALKER

^{۱۹۰} Karabulutlu

ماتسوشیتا^{۱۹۱} و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود به بررسی وضعیت روانشناختی، کیفیت زندگی و سبک های مقابله ای در بین ۸۵ بیمار مبتلا به سرطان گوارش پرداختند. این مطالعه بر روی بیمارانی که قرار بود یک عمل اولیه بر روی سیستم گوارشی آنها صورت گیرد، انجام شد. مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی، مقیاس افسردگی Zung، و فهرست سبک های مقابله ای در شرایط استرس زا (CISS) قبل از عمل، قبل از ترخیص و ۶ ماه بعد از ترخیص اجرا شد. نتایج این مطالعه نشان داد که هرچه نمره بیماران در سبک های مقابله ای هیجان مدار بیشتر باشد، وخامت و زوال در خرده آزمون QOL (کیفیت زندگی) بیشتر است.

درکس^{۱۹۲} و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود با موضوع "مقایسه سبک های مقابله ای و منبع کنترل بین بیماران جوان و مسن مبتلا به سرطان سر و گردن" به بررسی و مقایسه ی استفاده از سبک های مقابله ای و منبع کنترل در بین بیماران جوان و مسن مبتلا به سرطان سر و گردن پرداختند. قبل از درمان، ۷۸ بیمار مسن (بالای ۷۰ سال) و ۱۰۵ بیمار جوان تر (۴۵ تا ۶۰ سال) پرسشنامه های تحقیق را تکمیل کردند. ۵۱ بیمار مسن (بالای ۷۰ سال) و ۷۰ بیمار جوان تر مجددا پرسشنامه ها را ۶ و ۱۲ ماه بعد نیز کامل کردند. نتایج مطالعه نشان داد: بین دو گروه مسن و جوانتر در تعداد علائم افسردگی و میزان کیفیت زندگی (بدون در نظر گرفتن عملکرد فیزیکی) قبل از درمان و در مرحله دوم پیگیری (ماه ۱۲) تفاوتی معنی داری وجود ندارد. در مقایسه نتایج بین دو گروه قبل از معالجه و در ماه ۶، نتایج نشان داد که بیماران جوان تر به طور قابل ملاحظه ای از سبک های مقابله ای فعال استفاده می کردند و در نتیجه کنترل داخلی بیشتری بر علت بیماری خود نشان دادند. اما مسن ترها از روش های مقابله ای مذهبی و کنترل مذهبی استفاده کردند. همچنین در دو گروه سبک های مقابله ای اجتناب و انکار با علائم افسردگی بیشتر و کیفیت زندگی بدتر همراه بود.

فیلیس^{۱۹۳} و همکاران در سال ۲۰۰۳ به بررسی سبک های مقابله ای در میان زنان آمریکایی-آفریقایی مبتلا به سرطان سینه پرداخته اند. در این پژوهش ۸۶ زن آمریکایی-آفریقایی ساکن در جنوب شرقی ایالات متحده آمریکا که مبتلا به سرطان سینه بودند، انتخاب شده و پرسشنامه ی سبک های مقابله ای لازاروس و فولکمن در اختیار آنها قرار گرفت. نتایج پژوهش حاکی از آن است که ارزیابی مجدد مثبت و جستجوی

^{۱۹۱} Matsushita

^{۱۹۲} Derks

^{۱۹۳} Phyllis

حمایت اجتماعی شایع ترین استراتژی مقابله ای در میان این بیماران بوده است. ارتباط بسیار قوی بین راهبردهای مقابله ای استفاده شده در این بیماران و متغیرهای اجتماعی و جمعیتی وجود دارد.

سهلن^{۱۹۴} و همکاران در سال ۲۰۰۳ در بیان نتایج تحقیق خود بر روی ۲۷۶ بیمار سرطانی تحت درمان رادیوتراپی اعلام کردند که بیماران مبتلا به سرطان پس از انجام رادیوتراپی بالاترین میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار را دارا می باشند و کمتر از راهبردهای مساله محور استفاده می کنند. حمایت اجتماعی در این نوع بیماران از اهمیت بسیار خاصی بهره مند می باشند.

واتسون^{۱۹۵} و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه خود بر روی افراد مبتلا به سرطان پستان گزارش کردند که این گروه نسبت به گروه کنترل تمایل بیشتری به کنترل عکس العمل های عاطفی خود به خصوص خشم دادند و برای پاسخ به استرس از سبک مقابله ای سرکوب گرایانه و بازدارنده بیشتری استفاده می کنند. حالات هیجانی گزارش شده آنها در طول فرایند درمان نشان داد که گروه سرطانی، اضطراب و اختلالات روانی بیشتری را تجربه می کنند، ولی تمایل دارند که عکس العمل های خود را بروز ندهند.

۲-۲-۲- پیشینه داخلی

باقریان سرارودی و همکاران در مطالعه در سال ۱۳۹۰ دریافتند که همبستگی منفی معنی داری بین اضطراب و سبک های مقابله ای مواجهه، خوش بینانه، حمایت اجتماعی و خوداتکایی و بین افسردگی و سبک های مقابله ای مواجهه و حمایت اجتماعی وجود دارد و دو سبک مشترک مواجهه و حمایت اجتماعی احتمالاً به کارکرد سالم روان شناختی بیماران مربوط می شود.

باقریان سرارودی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی دیگر به بررسی سبک های مقابله ای در بیماران پس از سکته قلبی پرداخته و با آزمون بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران بستری شده در بخش مراقبت ویژه قلبی در شهر اصفهان به این نتیجه رسیده اند که بیماران مبتلا به سکته قلبی تمایل کمتری به رویکردهای مساله محور داشته و برای کاهش موقتی اضطراب خود از روش های مقابله ای هیجان محور استفاده می کنند.

در سال ۱۳۸۹ تحقیقی توسط خانجانی، فاروقی و یعقوبی انجام شده تا سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سکته قلبی مشخص شود. در این مطالعه برای بررسی سبک های کنارآرایی با فشارهای روانی و شرایط استرس زا در جامعه ۱۲۰ بیمار مبتلا به سکته قلبی (۶۰ زن و ۶۰ مرد) و ۶۰ نفر افراد سالم ۴۰-۶۰

^{۱۹۴}Sehlen

^{۱۹۵}Watson

ساله مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحقیق حاکی از آن بود که بین دو گروه بیمار و سالم فقط در دو سبک مقابله ای اجتناب و خویشتن داری تفاوت معنادار وجود دارد.

در مطالعه ای که در سال ۱۳۸۹ توسط پهلویان و همکاران بر روی ۱۰۲ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب و ۱۶۲ غیربیمار انجام شده است، نشان داده شده که بیماران مبتلا به سکته قلبی در مقایسه با افراد سالم به طور معنی داری از راهبردهای ناکارآمدتر هیجانی برای مقابله با استرس استفاده کرده اند. اکبری و همکاران در سال ۱۳۸۸ طی پژوهشی که بر روی ۸۰ بیمار کرونر قلبی (۴۰ نفر مرد و ۴۰ نفر زن) و ۸۰ نفر افراد سالم (۴۰ نفر مرد و ۴۰ نفر زن) انجام داده اند، دریافتند که بیماران قلبی در مقایسه با افراد سالم میزان استرس بالاتری را تجربه کرده و در برخورد با مسایل استرس زا بیشتر از سبک های مقابله ای هیجان محور استفاده می کنند.

عبداللهیان و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه خود بر روی ۵۰ بیمار مرد مبتلا به سکته قلبی و ۵۰ فرد سالم گزارش کردند که راهبردهای مقابله ای مبتنی بر حل مساله و جلب حمایت اجتماعی در گروه سالم به طور معنی داری بالاتر از گروه بیماران مبتلا به سکته قلبی بود ولی از نظر آماری معنی دار نبوده است.

احدی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود به مقایسه راهبرد های مقابله با استرس و افسردگی در سه گروه از بیماران مبتلا به سرطان در بین ۸۸ نفر از مبتلایان به سرطان معده و روده (۲۶ نفر)، سرطان سینه (۳۲ بیمار) و سر و گردن (۳۰ بیمار) پرداختند. نتایج تحقیقات نشان داد که زنان مبتلا به سرطان سینه بیش از مبتلایان به سرطان معده- روده و سر و گردن از راهبرد های مقابله هیجان مدار استفاده می کنند.

حمزه و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود به مقایسه صفات شخصیتی، تجربه هیجانات منفی و سبک های مقابله ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان پرداختند. تعداد ۸۳ نفر از زنان مبتلا به سرطان و ۸۵ نفر از افراد سالم از طریق هم‌تاسازی با گروه بیمار انتخاب و سپس پرسشنامه های شخصیتی آیزنک تیپ شخصیتی و سبک های مقابله ای لازاروس و فولکمن بر روی گروه های مورد مطالعه اجرا شدند. نتایج پژوهش این پژوهشگران نشان داد بین گروه های مورد مطالعه (زنان سرطانی و سالم) از نظر تجربه هیجانات منفی، ویژگی شخصیتی برون گرایی، سبک های مقابله ای هیجان مدار و مسأله مدار تفاوت دیده شد. زنان مبتلا به سرطان نمره برون گرایی پایین تری را کسب کردند و نسبت به افراد سالم در زندگی، هیجانات منفی (خشم، اضطراب و افسردگی) بیشتری را تجربه می کنند و بیشتر از سبک های مقابله ای هیجان مدار و در موارد کمتری از سبک های مقابله ای مساله مدار استفاده می کنند.

سجادیان و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود به بررسی سازگاری در ۱۸۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان قبل و بعد از درمان پرداختند نتایج این مطالعه نشان داد بیماران مبتلا به سرطان پستان جهت سازگاری با بیماری خود، با گذشت زمان از راهبردهای معنویت و حل مسئله بیشتر از سایر راهبردها استفاده می کنند.

لشکریانی و کافی (۱۳۸۶) در پژوهش خود به مقایسه سبک های مقابله با استرس و وضعیت زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه با زنان سالم پرداختند. در این پژوهش با بررسی ۵۳ زن بیمار و ۶۰ زن سالم به این نتیجه رسیدند که دو گروه هر دو از لحاظ تجربه استرس در هر دو قلمرو شدت و تعداد، تفاوت معناداری دارند. در متغیر سبک های مقابله با استرس نیز نتایج تحلیل واریانس نشان داد که گروه ها از تفاوت معناداری برخوردارند.

فصل سوم

روش شناسی پژوهش

در دو فصل گذشته، مولفه‌های اصلی پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و زیربنای نظری و تجربی آنها تبیین شد. در این فصل به ارائه طرح پژوهش و روش تحقیق آن پرداخته می‌شود.

۳-۱- روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بوده که در آن به مقایسه‌ی سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سرطان، سکته قلبی و افراد سالم پرداخته شده‌است.

۳-۲- جامعه

جامعه آماری متشکل از بیماران مبتلا به سکته قلبی و مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های لاله، سینا، مرکز تحقیقات سرطان پستان، و مرکز قلب تهران در سال ۱۳۹۲ بود و گروه سالم شامل کلیه افرادی بود که فاقد بیماری سرطان و سکته قلبی بوده که در سطح شهر تهران ساکن بودند.

۳-۳- نمونه و روش نمونه‌گیری و روش برآورد حجم نمونه

روش نمونه‌گیری برای گروه‌های بیماران مبتلا به سرطان و سکته قلبی به صورت در دسترس بوده ولی با استفاده از شیوه‌ی ابتکاری و خلاقانه به صورت تصادفی انجام شد. به این صورت که از میان روزهای هفته ۳ روز شنبه، سه شنبه و چهارشنبه به صورت تصادفی انتخاب و همچنین شیفت صبح به دو بخش ۴ ساعته تقسیم و به صورت تصادفی، ۴ ساعت اول انتخاب و نمونه‌گیری در این سه روز و در ۴ ساعت اول شیفت صبح انجام گردید.

همچنین روش نمونه‌گیری برای افراد سالم به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. به این صورت که شهر تهران از پنج ناحیه تشکیل شده و از این پنج ناحیه، دو ناحیه (غرب و جنوب) به صورت تصادفی و از این دو ناحیه، دو منطقه (۲۲ و ۱۷) به صورت تصادفی و از منطقه ۲۲ محله دهکده المپیک و از منطقه ۱۷ محله قلعه مرغی به صورت تصادفی انتخاب شدند.

حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G^*Power برای ۳ گروه (متغیر مستقل) و ۱۰ متغیر وابسته، در آزمون $MANOVA$ با میزان آلفای ۰,۰۵، توان ۰,۹۵ و حداقل ضریب تأثیر، ۲۴۰ نفر محاسبه گردید بنابراین حجم نمونه برای هر گروه ۸۰ نفر در نظر گرفته می‌شود.

۳-۴- ابراز اندازه‌گیری

۳-۴-۱- پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای که توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۵) تهیه شده شامل ۶۶ ماده است که هشت روش مقابله‌ای مساله محور و هیجان محور را اندازه‌گیری می‌کند. لازاروس ثبات درونی ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ ۰/۶۶ را برای هریک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده است که هریک از این الگوها عبارتند از:

✓ مقابله-رویارویی:

این روش مجموعه رفتارهای تهاجمی است که افراد در جهت حل مشکل به کار می‌برند و متضمن درجاتی از ابراز خصومت و خطرپذیری در عملکردهاست.

✓ دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری:

مجموعه رفتارهای شناختی را ذکر می‌کند که فرد یا گروه برای دوری از منبع ایجادکننده مشکل و ممانعت از ابراز عکس‌العمل‌ها توسط افراد، دربرمی‌گیرد.

✓ خویشتن‌داری:

این روش مجموعه عکس‌العمل‌هایی است که واکنش‌های احساساتی افراد را به هنگام برخورد با منبع ایجادکننده مشکل و ممانعت از ابراز عکس‌العمل‌ها توسط افراد، دربرمی‌گیرد.

✓ جستجوی حمایت‌های اجتماعی:

تلاش‌های فرد برای کسب حمایت‌های ملموس و حمایت‌های عاطفی را بازگو می‌نماید.

✓ مسئولیت‌پذیری:

این روش شامل مجموعه واکنش‌هایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق تلاش‌های مداوم در اصلاح موقعیت موجود نشان می‌دهد.

✓ فرار-اجتناب:

این روش افکار آرزومندانه و یا کوشش‌های رفتاری در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا را توصیف می‌کند و شامل گریز از واقعیت است.

✓ مشکل گشایی برنامه‌ریزی شده:

مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز برخورد با مشکل است که با بکارگیری رویکرد‌های تحلیل‌گرایانه برای مشکل گشایی توأم می‌باشد.

✓ ارزیابی مجدد مثبت:

مجموعه تلاش‌هایی است که در جهت ایجاد مفاهیم مثبت، با توجه به درجه تکامل فردی اصلاح می‌گردد، این روش ممکن است ابعاد مذهبی را شامل شود.

این الگوهای هشت‌گانه به دو دسته روش‌های مساله‌محور (خویش‌تن‌داری، مسئولیت‌پذیری، مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌محور (جستجوی حمایت اجتماعی، فرار یا اجتناب، رویارویی، دوری‌گزینی) تقسیم شده است (لازاروس و فولکمن^{۱۹۶}، ۱۹۸۴).

۳-۴-۱-۱- نمره‌گذاری

نمره‌گذاری پرسشنامه روش‌های کنارآمدن به دو روش خام و نسبی انجام می‌شود. انتخاب این که کدام روش نمره‌گذاری را باید اجرا کرد، بستگی به اطلاعاتی دارد که به دنبال آن هستیم. نمرات خام، کوشش‌های کنارآمدن را برای هر یک از هشت نوع کنارآمدن توصیف می‌کنند. درحالی‌که نمرات نسبی نسبت کوششی که در هر نوع کنارآمدن صورت گرفته را توصیف می‌کنند. در هر یک از دو روش نمره‌گذاری افراد به هر ماده براساس یک مقیاس چهارگزینه‌ای پاسخ می‌دهند که نشان‌دهنده فراوانی هر یک از راهبردهای مورد استفاده است:

صفر: به کار نبردم یا استفاده نکردم

یک: بکار بردم

دو: به کار برده‌ام

سه: بیشتر مواقع به کار بردم

^{۱۹۶} Lazarus & Folkman

۳-۴-۱-۲- روایی و پایایی

پرسشنامه روش‌های کنارآمدن به منظور فراهم نمودن یک ابزار سنجش نظری برای پژوهشگران ساخته شده تا در بررسی نقش کنارآمدن در ارتباط بین استرس و پیامدهای سازگارانه به کار گرفته شود.

از آنجا که این پرسشنامه فرآیندهای کنارآمدن را اندازه‌گیری می‌کند که طبق تعریف متغیرند، ارزیابی‌های رایج آزمون-آزمون مجدد، برای روایی نامناسب هستند. با این حال می‌توان از طریق آزمایش ثبات درونی اندازه‌های کنارآمدن که بوسیله ی ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه روش‌های کنارآمدن لازاروس برابر $0/84$ بدست آمد. یعنی حداقل 84% تغییرات به تغییرات واقعی بین آزمودنی‌ها مربوط است و 16% بقیه به خطای تصادفی بستگی دارد. در این مورد ضریب همبستگی بدست آمده قوی است.

در مطالعه حاضر نیز به منظور برآورد پایایی خرده مقیاس‌ها و همچنین دسته‌های کلی سبک‌های مقابله‌ای یک مطالعه ی پایلوت با حجم ۳۰ نفر در هر گروه برای هر سه گروه افراد مبتلا به سکت قلبی، سرطان و افراد سالم انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردیده و نتایج آن در جداول شماره ۹، ۱۰ و ۱۱ به صورت جداگانه برای هر گروه نشان داده شده است.

براساس این نتایج میزان آلفای کرونباخ برای افراد سالم از $0/57$ تا $0/87$ ، برای افراد مبتلا به سکت قلبی از $0/41$ تا $0/85$ و برای افراد مبتلا به سرطان از $0/39$ تا $0/66$ متغیر می‌باشد. این نتایج در مجموع نشان دهنده این است که پرسشنامه ی سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن ابزار مناسبی جهت سنجش راهبردهای مقابله با استرس در افراد مورد مطالعه می‌باشد.

مواد پرسشنامه روش‌های کنارآمدن دارای روایی صوری است چرا که راهبردهای توصیف شده‌ی آنهایی هستند که افراد استفاده از آنها را برای کنارآمدن با موقعیت‌های استرس برانگیز گزارش کرده‌اند. روایی صوری مواد در ترجمه‌های گوناگون این ابزار از نظر تعیین میزان مشابهت معنایی مواد در میان ملیت‌ها نیازها به آزمایش دارد. این پرسشنامه به زبان‌های مختلفی ترجمه شده است. شواهد روایی سازه براساس این حقیقت که نتایج این مطالعات با پیش‌بینی‌های نظری هماهنگ است یافت شده یعنی:

- (۱) کنارآمدن شامل هردو راهبرد مشکل مدار، هیجان مدار است.
- (۲) کنارآمدن یک فرآیند است. یعنی چگونگی کنارآمدن مردم در ارتباط با خواست‌ها و فشارهای زمینه‌ای و نیز بسته به تغییرات خواست‌ها و فشارها هنگام ظهور یک واقعه متفاوت است.

یافته‌های مطالعاتی متعدد لازاروس و فولکمن حمایت واضحی است برای پرسشنامه روش‌های کنارآمدن بعنوان سنجشی برای پیش‌بینی‌های نظری فوق (بشردوست تجلی، ۱۳۷۴، به نقل از محمدی شاهرخ آبادی، ۱۳۸۵).

۳-۵- شیوه اجرای پژوهش

پس از کسب توافق آگاهانه از شرکت‌کنندگان نخست اهداف پژوهش برای آنان توضیح داده شد و در صورت تمایل و آمادگی آنان پرسشنامه‌ی سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن در اختیار آنان گذاشته شد. در برخی از موارد پژوهشگر برای بعضی از شرکت‌کنندگان که در فهم سوال یا ماده‌ای با مشکل رو به رو بوده‌اند، توضیحاتی را می‌داد تا فهم آن سوال برای آن شرکت‌کننده آسان‌تر شود. در این گروه اجرای هر پرسشنامه به طور متوسط ۱۲ تا ۱۵ دقیقه وقت شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص داد. در گروه بیماران مبتلا به سکته قلبی، پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن هم به صورت گروهی (۳-۵ نفره) و هم به صورت انفرادی اجرا شد. در این گروه اجرای هر پرسشنامه به طور متوسط ۱۴ تا ۱۸ دقیقه وقت شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص می‌داد. پس از هم‌تا کردن افراد غیرمبتلا براساس سن پرسشنامه مذکور به صورت انفرادی اجرا شد که به طور متوسط ۱۱ تا ۱۳ دقیقه وقت شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص داد. در گروه بیماران مبتلا به سرطان این پرسشنامه به صورت انفرادی اجرا شد که اجرای آن در هر گروه به طور متوسط ۱۸ تا ۲۰ دقیقه وقت شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص داد.

۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر با موضوع "مقایسه‌ی سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سرطان، سکته قلبی و افراد سالم" جهت ارائه ویژگی‌های دموگرافیک از جداول توزیع فراوانی و نمودار میله‌ای استفاده شده است. همچنین جداول شاخص‌های آماری توصیفی جهت ارائه اطلاعات در رابطه با متغیرها مورد استفاده قرار گرفته‌اند. و در آخر به منظور آزمون فرضیه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش تحلیل واریانس چندراهه (MANOVA) استفاده شده است که کلیه عملیات مربوط به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شده است.

جدول ۹ - ضریب پایایی گروه افراد سالم برای همه مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌ها

ضریب آلفای کرونباخ	مقیاس
۰/۸۷	کل مقیاس‌ها
۰/۸۱	راهبردهای مسئله مدار
۰/۷۵	راهبردهای هیجان مدار
۰/۶۶	حمایت اجتماعی
۰/۵۷	پذیرش مسئولیت
۰/۷۲	حل مساله برنامه ریزی شده
۰/۶۹	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۶۲	مقابله و رویارویی
۰/۶۱	فاصله گرفتن
۰/۷	خودکنترلی
۰/۶۸	گریز و اجتناب

جدول ۱۰ - ضریب پایایی گروه بیماران مبتلا به سکته قلبی برای همه مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌ها

ضریب آلفای کرونباخ	مقیاس
۰/۸۵	کل مقیاس‌ها
۰/۶۱	راهبردهای مسئله مدار
۰/۷۲	راهبردهای هیجان مدار
۰/۴۹	حمایت اجتماعی
۰/۴۱	پذیرش مسئولیت
۰/۶۳	حل مساله برنامه ریزی شده
۰/۵۴	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۵۵	مقابله و رویارویی
۰/۵۲	فاصله گرفتن
۰/۶۶	خودکنترلی
۰/۶۵	گریز و اجتناب

جدول ۱۱ - ضریب پایایی گروه بیماران مبتلا به سرطان برای همه مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌ها

ضریب آلفای کرونباخ	مقیاس
۰/۶۶	کل مقیاس‌ها
۰/۵۹	راهبردهای مسئله مدار
۰/۶۲	راهبردهای هیجان مدار
۰/۵۸	حمایت اجتماعی
۰/۳۹	پذیرش مسئولیت
۰/۴۹	حل مساله برنامه ریزی شده
۰/۴۷	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۵۴	مقابله و رویارویی
۰/۵۷	فاصله گرفتن
۰/۶۱	خودکنترلی
۰/۵۹	گریز و اجتناب

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

در این پژوهش، متناسب با متغیرها مورد مطالعه و نوع داده‌های جمع‌آوری شده، به منظور توصیف آنان، از روش‌های مناسب آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد فراوانی و شاخص‌های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع نمره‌ها به تفکیک گروه‌ها محاسبه و تنظیم شده است. در مرحله آمار استنباطی، با توجه به ماهیت مقیاس اندازه‌گیری که از نوع فاصله‌ای است برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش از روش آماری MANOVA استفاده شده است. نتایج تفصیلی این محاسبه‌ها در این فصل در دو قسمت توصیف و تحلیل داده‌ها ارائه شده است.

۴-۱- توصیف داده‌ها

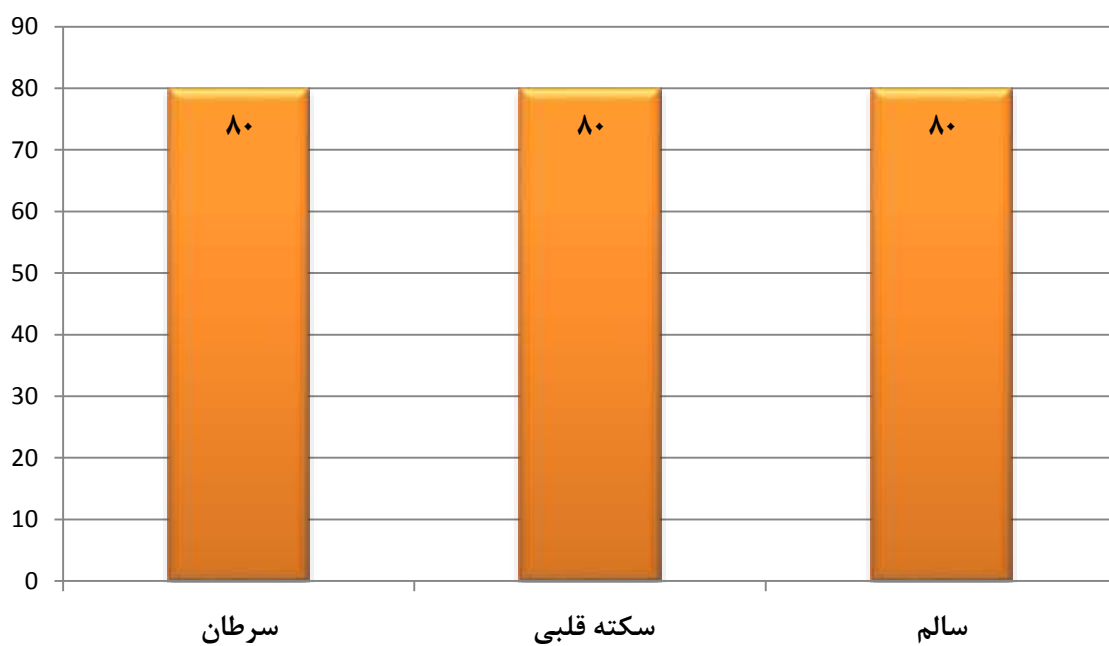
در این قسمت از فصل چهارم، داده‌های بدست آمده از اندازه‌گیری متغیرهای مختلف، حسب مورد(با توجه به نوع متغیرها) با استفاده از روش مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، کجی، کشیدگی و انحراف معیار نمره‌ها توصیف شده‌اند.

همانطور که در جدول ۱۲ مشاهده می‌شود، حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G*Power برای ۳ متغیر مستقل (گروه‌ها) و ۱۰ متغیر وابسته (سبک‌های مقابله‌ای)، در آزمون MANOVA با میزان آلفای ۰,۰۵، توان ۰,۹۵ و حداقل ضریب تأثیر، ۲۴۰ نفر محاسبه گردید بنابراین حجم نمونه برای هر گروه ۸۰ نفر در نظر گرفته می‌شود. نمودار ۵ توزیع افراد را به شکل دیداری نشان می‌دهد.

جدول ۱۲ - توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر اساس نوع بیماری

بیماری	فراوانی	درصد	درصد فراوانی تجمعی
سالم	۸۰	۳۳/۳	۳۳/۳
سکته قلبی	۸۰	۳۳/۳	۶۶/۷
سرطان	۸۰	۳۳/۳	۱۰۰
کل	۲۴۰	۱۰۰	

نمودار ۵ - توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر اساس نوع بیماری

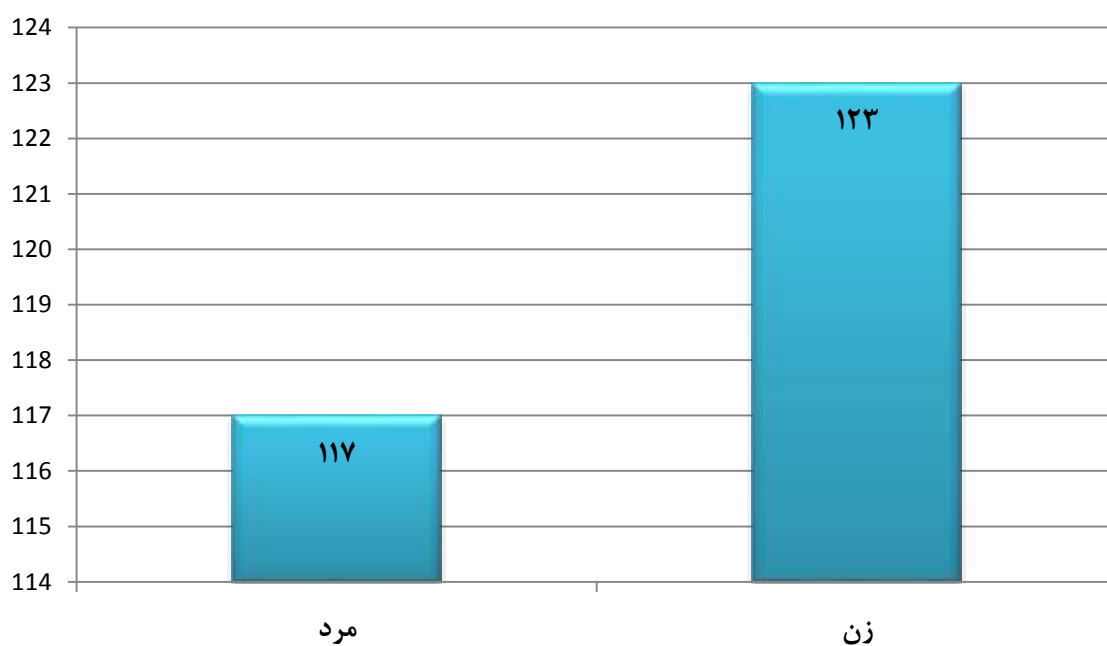


در این پژوهش ۱۱۷ نفر از افراد تحت مطالعه را مرد و ۱۲۳ نفر دیگر را زن تشکیل می‌دادند. بنابراین حدود ۴۹ درصد این جمعیت را مردان و حدود ۵۱ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. این مقادیر به صورت کامل در جدول ۱۳ نشان داده شده است. همچنین نمودار ۶ نیز توزیع فراوانی جنسیت افراد نمونه را به صورت دیداری نمایش می‌دهد.

جدول ۱۳ - توزیع فراوانی جنسیت افراد

جنسیت	فراوانی	درصد	درصد فراوانی تجمعی
مرد	۱۱۷	۴۸/۸	۴۸/۸
زن	۱۲۳	۵۱/۳	۱۰۰
کل	۲۴۰	۱۰۰	

نمودار ۶ - توزیع فراوانی جنسیت افراد تحت مطالعه

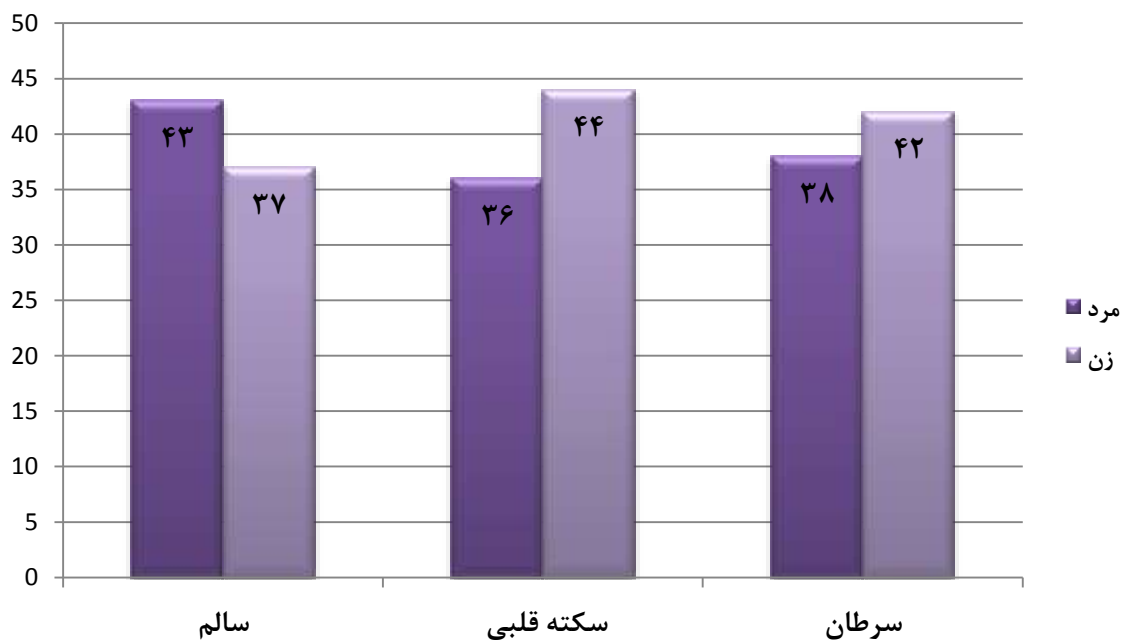


بر اساس جدول ۱۴، از گروه افراد سالم، ۴۳ نفر مرد و ۳۷ نفر زن هستند؛ از گروه افراد مبتلا به سکته قلبی، ۳۶ نفر را مرد و ۴۴ نفر را زن تشکیل می‌دهند و از بیماران مبتلا به سرطان، ۳۸ نفر مرد و ۴۲ نفر زن هستند. این مقادیر به صورت دیداری در نمودار ۷ نمایش داده شده است.

جدول ۱۴ - توزیع فراوانی جنسیت افراد تحت مطالعه به تفکیک نوع بیماری

بیماری						جنسیت
سرطان		سکته قلبی		سالم		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴۷/۵	۳۸	۴۵	۳۶	۵۳/۷۵	۴۳	مرد
۵۲/۵	۴۲	۵۵	۴۴	۴۶/۲۵	۳۷	زن
۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	جمع

نمودار ۷ - توزیع فراوانی جنسیت افراد تحت مطالعه به تفکیک بیماری

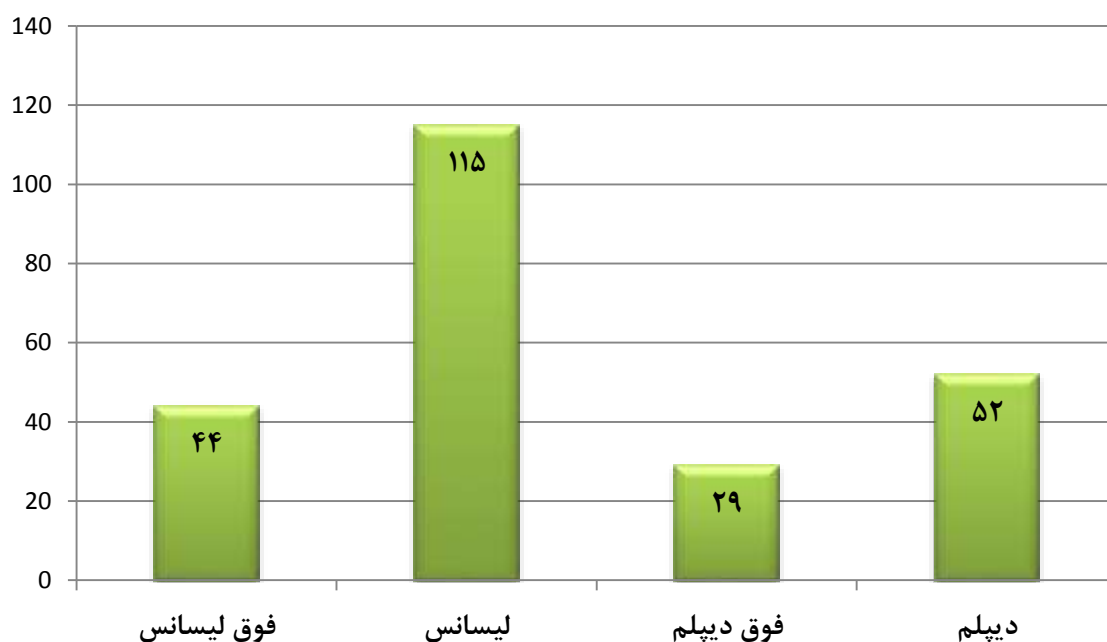


در میان ۲۴۰ فرد شرکت‌کننده در این مطالعه، ۵۲ نفر (۲۱,۷ درصد) دارای دیپلم، ۲۹ نفر (۱۲,۱ درصد) فوق دیپلم، ۱۱۵ نفر لیسانس (۴۷,۹ درصد) و ۴۴ نفر (۱۸,۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. جدول ۱۵ این مقادیر را نشان می‌دهد. همچنین توزیع فراوانی افراد شرکت‌کننده در نمودار ۸ نیز نشان داده شده است.

جدول ۱۵ - توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه دارای تحصیلات مختلف

تحصیلات	فراوانی	درصد	درصد فراوانی تجمعی
دیپلم	۵۲	۲۱,۷	۲۱,۷
فوق دیپلم	۲۹	۱۲,۱	۳۳,۸
لیسانس	۱۱۵	۴۷,۹	۸۱,۷
فوق لیسانس	۴۴	۱۸,۳	۱۰۰
کل	۲۴۰	۱۰۰	

نمودار ۸ - توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه دارای تحصیلات مختلف

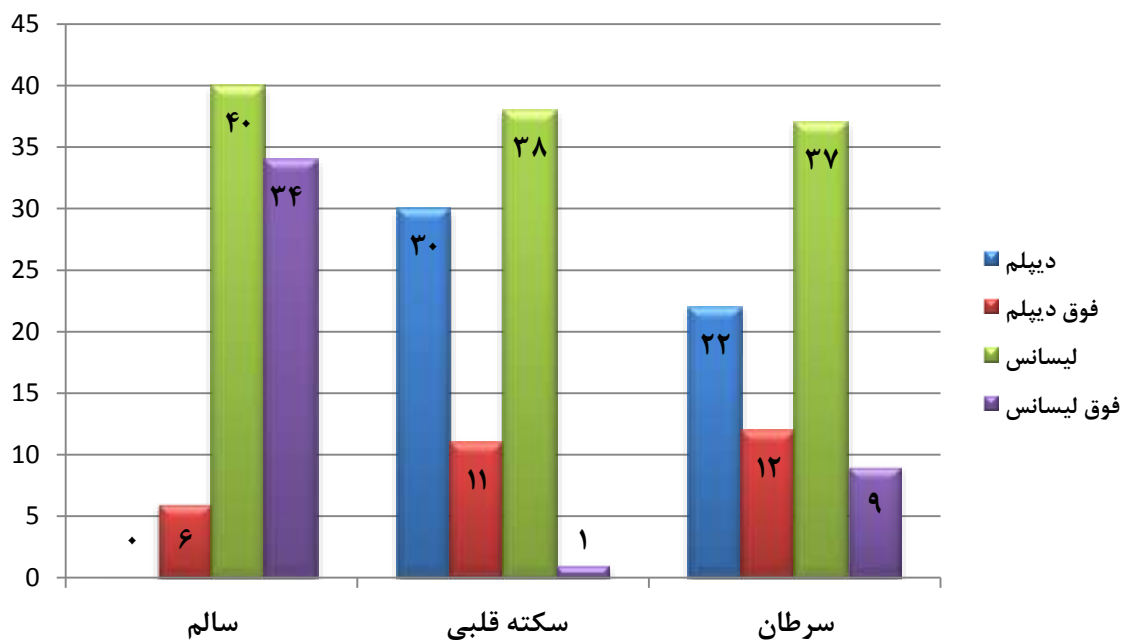


جدول ۱۶ تحصیلات افراد شرکت کننده ، در سه گروه مختلف سالم، سکته قلبی و مبتلا به سرطان را نشان می دهد. بر این اساس بیشتر افراد در هر سه گروه دارای تحصیلات در سطح لیسانس بودند. همچنین توزیع فراوانی تحصیلات این افراد به صورت دیداری در نمودار ۹ نمایش داده شده است.

جدول ۱۶ - توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه دارای تحصیلات مختلف به تفکیک بیماری

بیماری						تحصیلات
سرطان		سکته قلبی		سالم		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۷/۵	۲۲	۳۷/۵	۳۰	۰	۰	دیپلم
۱۵	۱۲	۱۳/۷۵	۱۱	۷/۵۷	۶	فوق دیپلم
۴۶/۲۵	۳۷	۴۷/۵	۳۸	۵۰	۴۰	لیسانس
۱۱/۲۵	۹	۱/۲۵	۱	۴۲/۵	۳۴	فوق لیسانس
۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	جمع

نمودار ۹ - توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه دارای تحصیلات مختلف به تفکیک بیماری

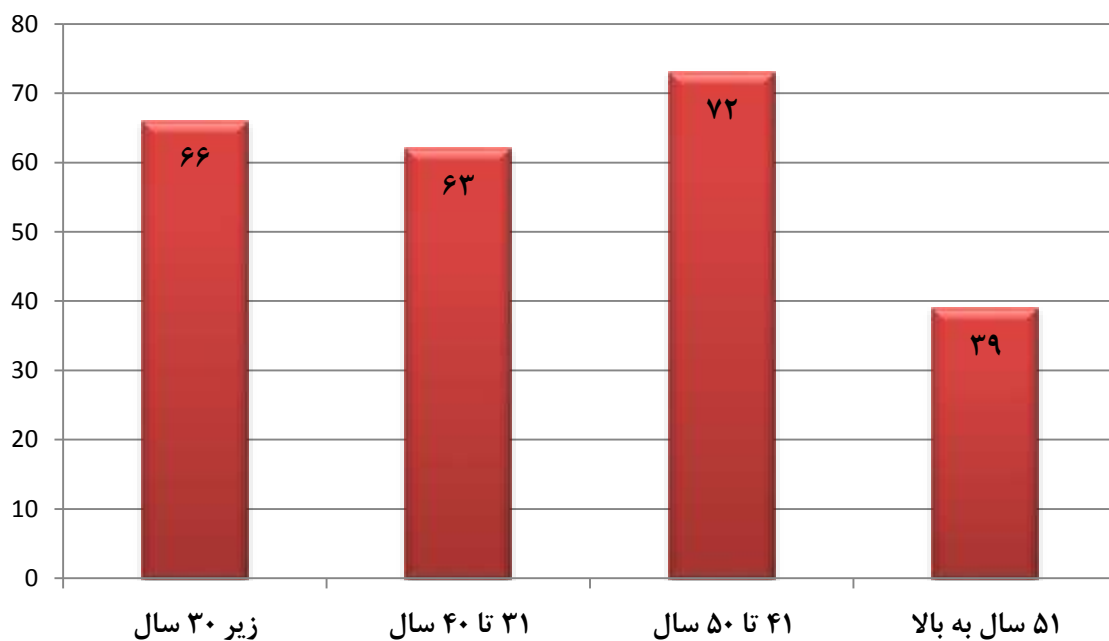


جدول ۱۷ سن افراد شرکت‌کننده، در سه گروه مختلف سالم، سکته قلبی و مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد. بر این اساس ۶۶ نفر از افراد (۲۷/۵ درصد) زیر ۳۰ سال، ۶۳ نفر (۲۶/۲ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال، ۷۲ نفر (۳۰ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال و ۳۹ نفر (۱۶/۳ درصد) سن بالای ۵۱ سال داشتند. همچنین توزیع فراوانی این افراد از لحاظ سنی به صورت دیداری در نمودار ۱۰ نمایش داده شده است.

جدول ۱۷ - توزیع فراوانی افراد شرکت‌کننده در طبقات مختلف سنی

طبقات سن	فراوانی	درصد	درصد فراوانی تجمعی
زیر ۳۰ سال	۶۶	۲۷/۵	۲۷/۵
۳۱ تا ۴۰ سال	۶۳	۲۵/۸	۵۳/۳
۴۱ تا ۵۰ سال	۷۲	۳۰/۴	۸۳/۸
۵۱ سال به بالا	۳۹	۱۶/۳	۱۰۰
کل	۲۴۰	۱۰۰	

نمودار ۱۰ - توزیع فراوانی افراد شرکت‌کننده در طبقات مختلف سنی



بر اساس جدول ۱۸، در هر گروه ۲۲ نفر زیر ۳۰ سال (۲۷/۵ درصد)، ۲۱ نفر بین ۳۱ تا ۴۰ سال (۲۶/۲۵ درصد)، ۲۴ نفر ۴۱ تا ۵۰ سال (۳۰ درصد) و ۱۳ نفر سن بالاتر از ۵۰ سال (۱۶/۲۵ درصد) داشته اند.

همچنین نمودار ۱۱، توزیع افراد شرکت کننده را در سه رده براساس سن، به صورت تصویری نشان می دهد.

جدول ۱۸ - توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در طبقات مختلف سنی به تفکیک بیماری

بیماری						سن
سرطان		سکته قلبی		سالم		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۷/۵	۲۲	۲۷/۵	۲۲	۲۷/۵	۲۲	زیر ۳۰ سال
۲۶/۲۵	۲۱	۲۶/۲۵	۲۱	۲۶/۲۵	۲۱	۳۱ تا ۴۰ سال
۳۰	۲۴	۳۰	۲۴	۳۰	۲۴	۴۱ تا ۵۰ سال
۱۶/۲۵	۱۳	۱۶/۲۵	۱۳	۱۶/۲۵	۱۳	۵۰ سال به بالا
۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	جمع

نمودار ۱۱ - توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در طبقات مختلف سنی به تفکیک بیماری

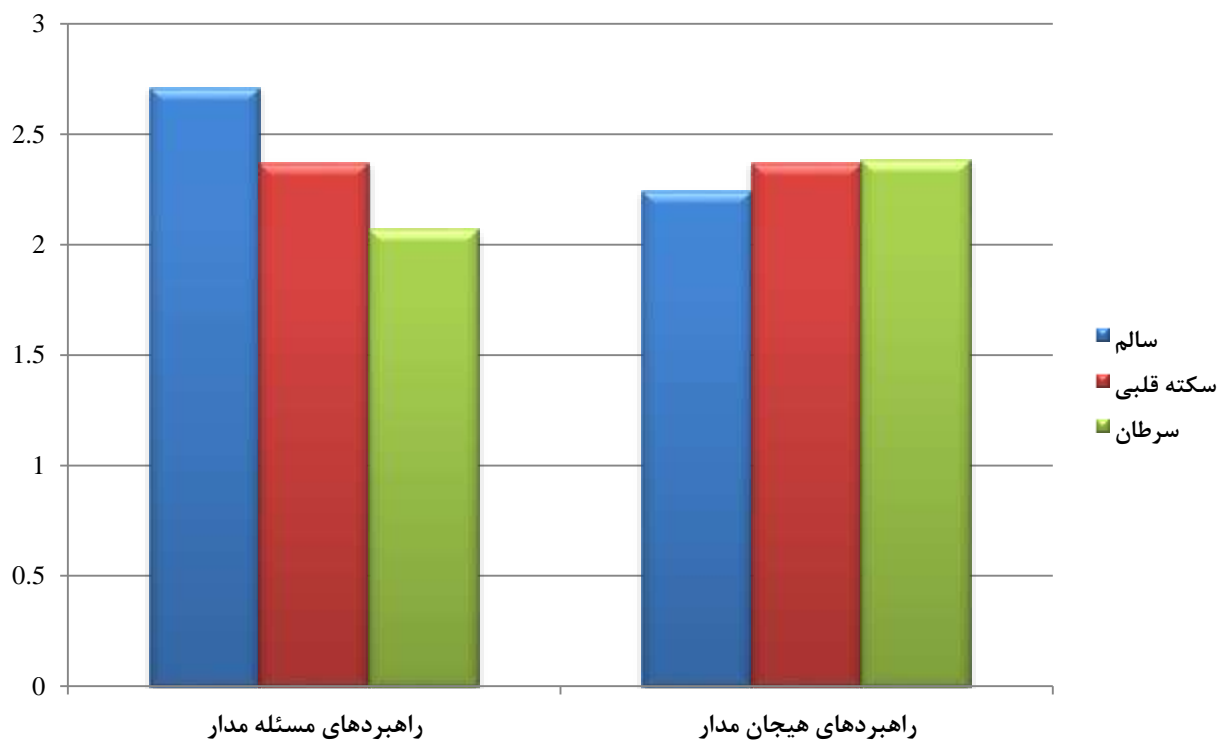


براساس اطلاعات جدول ۱۹ توزیع نمره‌های خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای، شاخص‌های مختلف توصیفی اعم از میانگین، انحراف معیار، شاخص‌های کجی و کشیدگی نشان می‌دهد که توزیع نمره‌های گروه نمونه در متغیرهای اندازه‌گیری شده به توزیع نرمال گرایش دارد. همچنین نمودار ۱۲ میانگین خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای این افراد را به صورت دیداری نشان می‌دهد.

جدول ۱۹ - شاخص‌های توصیفی افراد در راهبردهای مقابله‌ای به تفکیک بیماری

شاخص‌های توصیفی				بیماری	راهبردها
کشیدگی	کجی	انحراف معیار	میانگین		
۰/۸۲۸	-۰/۲۷۳	۰/۳۷۴	۲/۷۱	سالم	راهبردهای مسئله‌مدار
-۰/۲۵۵	-۰/۵۴۹	۰/۱۵۹	۲/۳۷	سکته قلبی	
۰/۷۴۹	۰/۲۲۲	۰/۱۲۶	۲/۰۷	سرطان	
-۰/۲۴۱	۰/۰۸۷	۰/۱۹۸	۲/۲۴	سالم	راهبردهای هیجان‌مدار
۰/۶۴۲	۰/۲۲۶	۰/۱۲۶	۲/۳۷	سکته قلبی	
-۰/۵۷۰	۰/۳۶۲	۰/۱۷۸	۲/۳۸	سرطان	

نمودار ۱۲ - میانگین افراد در راهبردهای مقابله‌ای به تفکیک بیماری



۴-۲- تحلیل داده‌ها

فرضیه ی پژوهش:

میان سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به سرطان، سگته قلبی و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

جدول ۲۰ - عوامل بین آزمودنی‌ها

تعداد	گروه‌ها	
۸۰	سالم	بیماری
۸۰	سگته قلبی	
۸۰	سرطان	

جدول ۲۱ - خلاصه آزمون برابری ماتریکس کوواریانس باکس

سطح معناداری	Df _۲	Df _۱	F
۰/۷۳۱	۷/۶۶۵E۶	۶	۰/۹۴۱

این آزمون در سطح معناداری ۹۵٪ انجام گرفته و با توجه به مقدار F بدست آمده (۰/۹۴۱) و سطح معنی داری (۰/۷۳۱) فرض همسانی کوواریانس‌ها تایید می شود.

جدول ۲۲ - خلاصه آزمون برابری واریانس‌ها خطای لیون

سطح معناداری	df _۲	df _۱	F	
۰/۱۰۹	۲۳۷	۲	۲/۹۶۷	راهبردهای مسئله مدار
۰/۰۷۱	۲۳۷	۲	۳/۰۰۱	راهبردهای هیجان مدار

این آزمون در سطح معناداری ۹۵٪ انجام گرفته و با توجه به و F حاصل برای خرده مقیاس هیجان محور (۳/۰۰۱)، و سطح معناداری (۰/۰۷۱) و خرده مقیاس مسئله محور (۲/۹۶۷) و سطح معناداری (۰/۱۰۹) همسانی واریانس‌ها تایید می شود.

جدول ۲۳ - خلاصه محاسبات آزمون MANOVA جهت بررسی تفاوت معناداری بین خرده مقیاس‌های هیجان

محور و مسئله محور در افراد سالم، سگته قلبی و سرطان

مجموع مربعات	ضریب اتا	سطح معناداری	میانگین مربعات	درجه آزادی	F	
۱۲۵۶/۸۵۵	۰/۲۱۷	۰/۰۰۵	۶۲۸/۴۲۷	۲	۵/۳۰۱	راهبردهای مسئله مدار
۸۸۹۰/۲۵۵	۰/۱۰۱	۰/۰۰۰	۴۴۴۵/۲۷	۲	۴۵/۴۰۳	راهبردهای هیجان مدار

pillais Trace = ۲۹/۰۴۰ تعداد: سه گروه ۸۰ تایی

بدین ترتیب جدول شماره‌ی ۲۴ نشان می‌دهد که در خرده مقیاس راهبردهای هیجان‌مدار، افراد مبتلا به سرطان و سکته قلبی هر دو به شکل معناداری بیشتر از افراد سالم از سبک هیجان محور استفاده می‌کنند ($p < 0.01$).

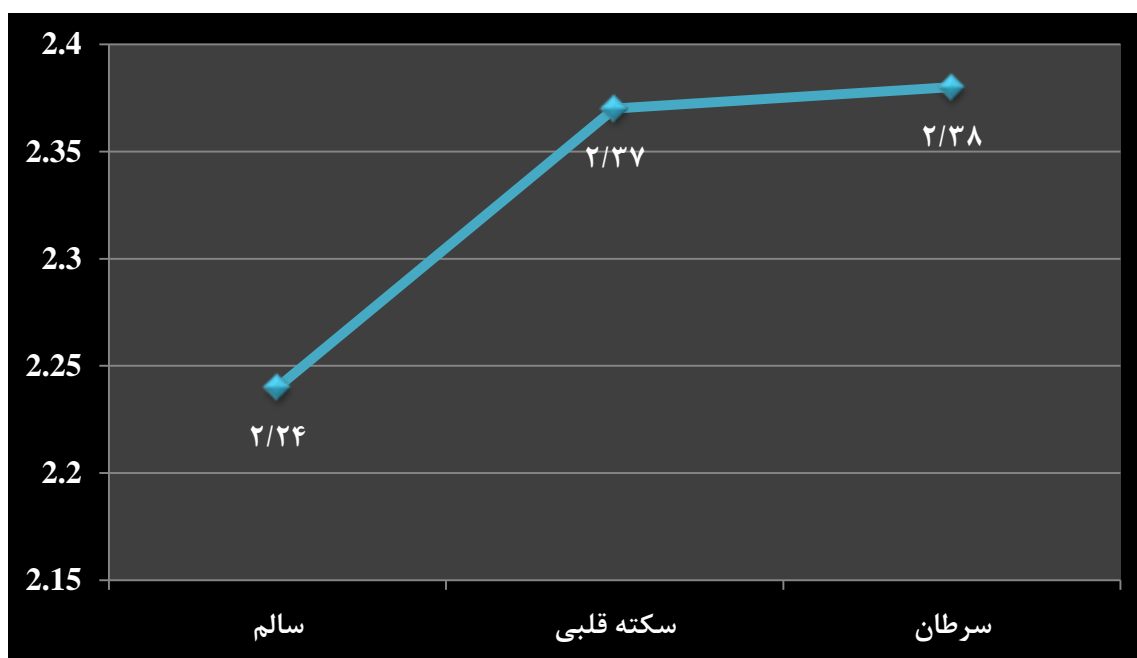
جدول ۲۴ - آزمون تعقیبی شفه برای خرده مقیاس راهبردهای هیجان‌مدار

سرطان	سکته قلبی	سالم	گروه‌ها	
** 0.14090 (0.001)	** 0.13059 (0.002)	-	سالم	راهبردهای هیجان‌مدار
0.1032 (0.955)	-	-	سکته قلبی	
-	-	-	سرطان	

**معنادار در سطح 0.01 *معنادار در سطح 0.05

نمودار ۱۳ میانگین‌های سه گروه را در خرده مقیاس راهبردهای هیجان‌مدار به صورت دیداری با یکدیگر مورد مقایسه قرار می‌دهد.

نمودار ۱۳ - مقایسه میانگین‌های سه گروه افراد در خرده مقیاس راهبردهای هیجان‌مدار



بر اساس جدول ۲۵ افراد سالم از سبک مسئله محور بیشتر از افراد مبتلا به سکته قلبی و مبتلا به سرطان استفاده می‌کنند ($p < 0.01$).

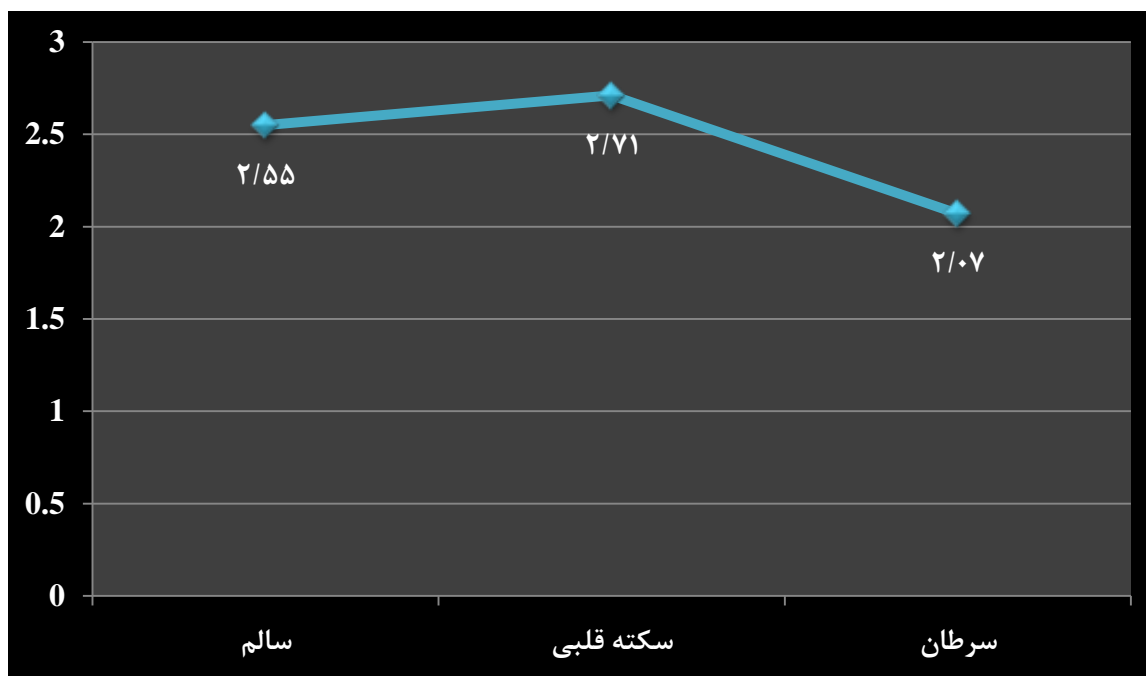
جدول ۲۵ - آزمون تعقیبی شفه برای خرده مقیاس راهبردهای مسئله مدار

سرخان	سکته قلبی	سالم	گروه‌ها	راهبردهای مسئله مدار
**۰/۴۸۶۰۰ (۰/۰۰۰)	**۰/۱۵۸۷۳ (۰/۰۰۸)	-	سالم	
-۰/۰۱۱۲۷ (۰/۶۵۷)	-	-	سکته قلبی	
-	-	-	سرطان	

**معنادار در سطح ۰,۰۱ *معنادار در سطح ۰,۰۵

نمودار ۱۴ میانگین‌های سه گروه رادر خرده مقیاس راهبردهای مسئله مدار به صورت دیداری بایکدیگر مورد مقایسه قرار می‌دهد.

نمودار ۱۴ - مقایسه میانگین‌های سه گروه افراد در خرده مقیاس راهبردهای مسئله مدار



فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ی سبک‌های مقابله‌ای در بین بیماران مبتلا به سرطان، سکتة قلبی و افراد سالم، پژوهشی از نوع علی-مقایسه ای می باشد. در فصل اول به ارائه فرضیه ها و اهداف پژوهش و همچنین به تعرف تمامی متغیرها پرداخته شد. در فصل دوم به شرح دقیق ادبیات پژوهش در رابطه با استرس، مقابله، بیماری قلبی و بیماری سرطان پرداخته و پس از مطرح نمودن مباحث نظری در زمینه ی استرس، مقابله، بیماری قلبی و بیماری سرطان به پیشینه عملی پژوهش در خارج و داخل کشور پرداخته شده و در فصل سوم نیز به روش پژوهش، جامعه آماری، حجم نمونه، و پرسشنامه مورد استفاده پرداخته شد و در فصل چهارم برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در نهایت یافته های استنباطی نشان دادند که:

افراد مبتلا به سرطان و سکتة قلبی در مقایسه با افراد سالم بیشتر از سبک های هیجان محور استفاده می کنند. افراد مبتلا به سرطان و نیز بیماران مبتلا به سکتة قلبی هر دو از سبک های مقابله ای هیجان محور در رویارویی با استرس و مسایل استرس زا استفاده می کنند. همچنین بیماران مبتلا به سرطان و بیماران مبتلا به سکتة قلبی هر دو کمتر از افراد سالم، سبک های مقابله ای مساله محور را به کار می برند.

۵-۱- بررسی فرضیه های پژوهش

در پژوهش حاضر، میانگین نمره های راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سرطان، سکتة قلبی و افراد سالم از نظر آماری دارای تفاوت معناداری است، پس می توان بیان کرد که فرضیه کلی پژوهش حاضر مورد تایید قرار گرفته است. همچنین از نتایج پژوهش می توان نتیجه گرفت بیماران مبتلا به سکتة قلبی از دو سبک مقابله ای هیجان محور و مساله محور با هم استفاده می کنند، ولی شدت استفاده از سبک های هیجان محور بسیار بیشتر است. فرایدنبرگ و لوئیس (۱۹۹۳) مقابله را مجموعه ای از اعمال شناختی و عاطفی در پاسخ به مسائلی ویژه تعریف می کنند. طبق نظریه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) افراد در برخورد با موقعیت های فشارزا معمولاً ترکیبی از مقابله های مساله محور و هیجان محور را به کار می برند. به اعتقاد مثنی و همکاران (۱۹۸۲) نیز هر دو سبک مقابله هیجان محور و مساله محور اغلب با هم مورد استفاده قرار می گیرند. نظریه کارور و همکاران (۱۹۸۹) مطرح می کند مقابله مساله مدار به فرد کمک می کند در جهت رویارویی با عامل فشارزا برنامه ریزی کند و طبق نظریه آلتایمر (۱۹۹۹) مقابله هیجان مدار به فرد امکان می دهد تا پیامدهای هیجانی همراه با فشار روانی را کنترل نماید. مطابق نظریه های فوق در تبیین این فرضیه می توان گفت که چون بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد مبتلا به سکتة قلبی و

افراد سالم فشارروانی بیشتری را متحمل می شوند، بنابراین از طریق استفاده از راهبردهای هیجان محور آرامش می یابند، البته از طرفی بیماران مبتلا به سکته قلبی نیز بیشتر از راهبردهای هیجان محور استفاده می کنند. بازنگری گسترده ای که بر روی پیشینه ی پژوهشی راهبردهای مقابله ای بیماران مبتلا به سرطان و سکته قلبی و افراد سالم صورت گرفته است نشان می دهد، یافته های پژوهش حاضر ، با نتایج فنگ^{۱۹۷} و همکاران (۲۰۱۰)، سجادیان و همکاران(۱۳۹۰)، حیاتی (۱۳۸۷)، کارابولوتلو^{۱۹۸} (۲۰۱۰) که نشان دادند بیماران مبتلا به سرطان به شدت به دنبال حمایت اجتماعی و عاطفی از سوی جامعه و خانواده خود هستند و نتایج پژوهش سینگ^{۱۹۹} (۲۰۱۰)، فیلیس^{۲۰۰} و همکاران(۲۰۰۳)، حمزه و همکاران(۱۳۹۰)، که دریافتند بیماران تحت شیمی درمانی هیجان محور تر بوده و بیشتر از خرده مقیاس های گریز و اجتناب و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده می کنند و همچنین با نتایج پژوهش احمدخان^{۲۰۱} و همکاران(۲۰۱۲)، فارساس^{۲۰۲} و ناستاسا^{۲۰۳} (۲۰۱۱) که دریافتند بیماران مبتلا به سکته قلبی از راهبرد مقابله ای هیجان محور بیشتر استفاده می کنند و پژوهش پهلویان و همکاران (۱۳۸۹) که نشان دادند بیماران مبتلا به سکته قلبی در مقایسه با افراد سالم به طور معنی داری از راهبردهای ناکارآمدتر هیجانی برای مقابله با استرس استفاده می کنند و نتایج تحقیقات کاربولاتلو^{۲۰۴} و همکاران (۲۰۰۵)، جیانگ^{۲۰۵} (۲۰۰۸) که نشان دادند بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی به طور عمده ای از روش مقابله ای جستجوی حمایت اجتماعی و گریز و اجتناب استفاده می کنند، همسو می باشد. یافته های پژوهش حاکی از آن است که بین میانگین بیماران مبتلا به سرطان و سکته قلبی از نظر راهبردهای مساله مدار تفاوت معنادار وجود ندارد. این درحالی است که آلمان^{۲۰۶} و همکاران در سال ۲۰۰۹ در نتایج تحقیقاتشان در خصوص سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سکته قلبی نشان دادند که این بیماران بیشتر از سبک های مقابله ای گریز و اجتناب در مقابله با استرس استفاده می کنند که این بیانگر استفاده ی بیماران مبتلا به سکته قلبی از راهبردهای هیجان محور می باشد همچنین باقریان سرارودی و همکاران(۱۳۸۹) در پژوهشی که به بررسی سبک های مقابله ای در بیماران پس از سکته قلبی پرداخته اند، نشان دادند بیماران مبتلا به سکته قلبی تمایل کمتری به رویکردهای مساله محور

^{۱۹۷} Fang

^{۱۹۸} Karabulutlu

^{۱۹۹} Singh

^{۲۰۰} Phyllis

^{۲۰۱} Ahmad Khan

^{۲۰۲} Farcas

^{۲۰۳} Nastasa

^{۲۰۴} Karabulutlu

^{۲۰۵} Jiang

^{۲۰۶} Allman

داشته و برای کاهش موقتی استرس خود از روش های مقابله ای هیجان محور استفاده می کنند. در تبیین اینکه بیماران مبتلا به سکته قلبی همانند بیماران مبتلا به سرطان از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار استفاده می کنند می توان گفت افرادی که با این نوع بیماری ها مواجه می شوند، روان سازه ها یا شناخت هایی از بیماری در نظام شناختی خود شکل می دهند که در شکل گیری آن ها متغیرهای درونی و بیرونی مانند عوامل شخصیتی، محیط اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی نقش دارند، این عوامل به همراه تهدید بیماری، درک بیمار را از ماهیت، علل، درمان پذیری/کنترل پذیری و پیامدهای بیماری تحت تاثیر قرار می دهند. باتوجه به شرایط حساس و غیرقابل کنترل بیماران سکته قلبی و همچنین پرخطر بودن آن برای بقا، می توان نتیجه گرفت که افراد مبتلا به این بیماری، دارای روان سازه هایی از بیماری خویش هستند، که قادر نیستند به طور واقع بینانه و صحیح، علایم، نشانه ها و ابعاد دیگر بیماری را درک و تحلیل نمایند، به همین دلیل هم بیماران مبتلا به سکته قلبی و هم بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از سبک های مقابله ای هیجان مدار استفاده می کنند. همچنین نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که بین میانگین بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم از نظر راهبردهای هیجان مدار و مساله مدار تفاوت معنادار وجود دارد. به نوعی که افراد سالم در برابر شرایط استرس زا بیشتر از راهبردهای مساله محور استفاده کرده ولی افراد مبتلا به سرطان در برابر این شرایط بیشتر از راهبردهای هیجان محور استفاده می کنند. برهمن اساس نتایج این تحقیق با پژوهش جیانگ (۲۰۰۸) که نشان داد، نحوه مقابله با استرس و فشار روانی در بیماران مبتلا به سرطان بیشتر اجتناب کردن، حمایت اجتماعی، تطهیر عاطفی و اعتقاد به سرنوشت بوده و همچنین پژوهش مانسوشیتا و همکاران (۲۰۰۵) که نشان دادند، بیماران مبتلا به سرطان در برابر شرایط استرس زا، هیجان محورتر بوده، و همچنین پژوهش سهلم و همکاران (۲۰۰۳)، که نشان دادند بیماران مبتلا به سرطان تحت رادیوتراپی بیشتر از راهبردهای هیجان محور استفاده می کنند، و همچنین با پژوهش احدی و همکاران (۱۳۹۰)، حمزه و همکاران (۱۳۹۰)، لشکریانی و کافی (۱۳۸۶) که همگی در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از راهبردهای هیجان محور استفاده می کنند همسو می باشد. همچنین پژوهش بانکی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان محور به افرادی که مبتلا به بیماری های مرضی هستند کمک می کند تا با پرهیز از تمرکز روی بیماری و سرمایه گذاری بر بخش های دیگر زندگی خود (مانند روابط با دوستان، کسب مهارت ها، دنبال کردن علایق، و وظایف شخصی و) از بروز علایم افسردگی پیش گیری نمایند.

مطابق مدل رفتار مقابله ای لازاروس - فولکمن (۱۹۸۴) افراد با سطوح بالای شدت استرس ادراک شده بیشتر از شیوه های مقابله ی هیجانی و افراد با سطوح پایین شدت استرس ادراک شده بیشتر از شیوه های مقابله ی مساله محور استفاده می کنند(مسعود نیا ، ۱۳۸۸). مطابق این مدل ، اگر افراد استرس را قابل کنترل بدانند، بیشتر از مقابله متمرکز بر مسئله استفاده می کنند ، در غیر این صورت به مقابله متمرکز بر هیجان رو می آورند. مرگ قریب الوقوع در بیماران مبتلا به سرطان شرایط غیرقابل کنترلی را برای مبتلایان پیش می آورد . چالش با ناتوانی های جسمی محصول این بیماری، مشکلات بین شخصی و شغلی ، بار مالی ناشی از هزینه های درمان و بلا تکلیفی در این بیماری، بیمار را به این ارزیابی می رساند که وضعیت پیش آمده قابل کنترل نیست، به همین دلیل استفاده از روش های مقابله مساله محور برای سازگاری با این بیماری ها کارایی خود را از دست می دهند. لازاروس و فولکمن^{۲۰۷} (۱۹۸۴) راهبردهای مقابله ای را مجموعه ای از پاسخ های رفتاری و شناختی می دانند که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس زا از طریق نادیده انگاری و بی اهمیت دانستن موضوع است که باعث می شود بخش عظیمی از استرس فرد کاهش یابد. زمانی که رویاروشدن با مساله ای بیش از اندازه دردناک باشد، فرد ممکن است وجود آن را انکار کند . در نتیجه مطابق مدل لازاروس- فولکمن می توان یافته های پژوهش مبنی بر اینکه افراد مبتلا به سرطان و سکته قلبی در مقایسه با افراد سالم بیشتر از راهبردهای هیجان محور استفاده می کنند را چنین تبیین نمود که افراد مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد سالم با استرسورهای غیرقابل کنترل بیشتری در زندگی خود مواجه هستند در نتیجه این بیماران با استفاده از سبک های مقابله هیجان محور ، از نظر هیجانی کمتر با بیماری درگیر می شوند ، استرس آنها به حداقل می رسد و بهبودی ادراک شده آنان افزایش می یابد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین بیماران مبتلا به سکته قلبی و افراد سالم از نظر راهبردهای هیجان مدار و مساله مدار تفاوت معنادار وجود دارد. یعنی بیماران مبتلا به سکته قلبی در مقایسه با افراد سالم بیشتر از افراد سالم از راهبردهای هیجان محور و کمتر از راهبردهای مساله محور استفاده می کنند. نتیجه این پژوهش با پژوهش خان جانی و همکاران (۱۳۸۹)، اکبری و همکاران (۱۳۸۸)، الدرن و همکاران (۲۰۰۵)، عبداللهیان و همکاران (۱۳۸۵) که نشان دادند افراد مبتلا به سکته قلبی در مقایسه با افراد سالم، میزان استرس بالاتری را تجربه کرده و در برخورد با مسایل استرس زا بیشتر از سبک های مقابله ای هیجان محور استفاده می کنند، همسو می باشد.

^{۲۰۷} Lazarus & Folkman

۵-۲- محدودیت های پژوهش

۱. در پژوهش حاضر به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه استفاده شده است و این احتمال وجود دارد که پاسخ دهندگان به منظور خوب جلوه دادن خود، صادق نبوده و گزینه واقعی را انتخاب نکرده باشند و از آنجا که پرسش نامه فاقد دروغ سنجی می باشد، پژوهشگر قادر به کنترل آن نبوده است. همچنین به دلیل بیماری حاد پاسخ دهندگان امکان وجود پاسخ های اشتباه و نامرتب با هم نیز وجود داشته است.
۲. باتوجه به اینکه این پژوهش در بیمارستان و کلینیک انجام گرفته و شرایط نامساعد و زمان کمی برای انجام کار در اختیار پژوهشگر بوده است، لذا امکان انجام مصاحبه بالینی وجود نداشته است.

۵-۳- پیشنهادات

۵-۳-۱- پیشنهادات کاربردی

۱. بیماری سرطان و سکته قلبی از جمله بیماری های بسیار شایع در کشور ما می باشد. بنابراین لازم است که افزون بر آگاه کردن مردم از ابعاد گوناگون این بیماری ها، نشانه ها و انواع آن را نیز به دیگر افراد یاد دهیم که این امر مستلزم آموزش های فراگیر می باشد. این رویکرد همه جانبه باعث افزایش سطح بهداشت و سلامتی جامعه و نیز کاهش ضایعات اقتصادی و اجتماعی می شود.
۲. باتوجه به گستردگی دشواری روانی در بیماران مبتلا به سرطان و سکته قلبی بهتر است در چارچوب درمانی این افراد علاوه بر درمان های جسمی به درمان های روان شناختی نیز پرداخته شود.

۵-۳-۲- پیشنهادات پژوهشی

۱. ارائه پژوهش های جامع تر به وسیله انجام مصاحبه های بالینی از بیماران و خانواده هایشان به منظور شناخت بیشتر و متعاقب آن درمان بهتر.
۲. در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی و سطح مالی شرکت کنندگان در پژوهش های مشابه به علت تاثیرگذاری این عامل در سطح امید به زندگی بیماران و نحوه مقابله ی آنان با شرایط سخت زندگی.
۳. باتوجه به مشکلات زناشویی برخی از بیماران و عدم رضایت زناشویی زوجین که از پیامدهای این بیماری ها است، پیشنهاد می شود که رابطه زناشویی بر سطح امید به زندگی در این نوع بیماران نیز کنترل گردد.

منابع

منابع فارسی:

احدی، حسن. مهریار، امیر هوشنگ. نفیسی، غلامرضا. نیکوفر، علی رضا. جهانیان، سعید. (۱۳۹۰). *مقایسه راهبرد های مقابله با استرس و افسردگی در سه گروه از بیماران مبتلا به سرطان*. اندیشه و رفتار، ۲۱.

استرن، تئودور. سکرس، میکائیل. (۱۳۹۰). *رو در رو با سرطان* (ترجمه بدایت، آرش . بدایت، بابک. نیرومند، فریناز . جمالی، لیلی . بدایت، هومن). تهران: تیمورزاده. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۴).
اکبری، مهدی؛ محمودعلیلو، مجید و اصلان آبادی، ناصر. (۱۳۸۸). *ارتباط استرس و سبک های مقابله ای با بیماری کرونری قلب: نقش عامل جنسیت*. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران. شماره ۴، ۳۶۸-۳۷۶.

امینی، محسن. علویان، سید موید. (۱۳۸۱). *آنچه باید بدانیم از سرطان های دستگاه گوارش*. تهران: نوردانش. اولیووتو، ایو . گلمون، کارن . کوسک، اورو. (۱۳۸۱). *سرطان پستان آنچه را که لازم است بدانید تا در درمان خود بطور فعال شرکت کنید* (ترجمه احمدزاده فر، حسین). تهران: موسسه فرهنگی هنری دیباگران تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۸).

باقریان سرارودی، رضا؛ معروفی، محسن؛ سیدزارع، فاطمه و باغبانیان، علی. (۱۳۸۹). *سبک های مقابله ای در بیماران دچار علائم افسردگی پس از سکته قلبی*. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران. شماره ۴، ۴۳۲-۴۴۲.

باقریان سرارودی، رضا؛ معروفی، محسن؛ فتح اله گل، مریم و صانعی، حمید. (۱۳۸۹). *روش های مقابله ای در بیماران پس از سکته قلبی با علائم اضطراب*. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. شماره ۳، ۵۰-۵۷.

باقریان سرارودی، رضا؛ معروفی، محسن؛ خیرآبادی، غلامرضا، فتح اله گل، مریم و زارع، مریم. (۱۳۹۰). *سبک های مقابله ای مشترک مرتبط با کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی*. مجله کوش. شماره ۴، ۳۵۶-۳۶۴.

بروئر، س. (۱۳۸۴). *پرستاری داخلی جراحی، سرطان و مراقبت های خاص و مراحل پایان زندگی* (ترجمه حسین زاده، م). تهران: بشری. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲).

بهنودی، زهرا. (۱۳۸۸). *استراتژی مدیریت استرس*. تهران: نشر و تبلیغ بشری.

پانال، پیتر. کوتاسک، دوسان. (۱۳۸۸). *سرطان و بیوشیمی بالینی* (ترجمه محسنی فر، افشین). صاحبقدم لطفی، عباس). تهران: بیطرفان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۷).

جانسون، ب. (۱۳۸۸). *غلبه بر روان* (ترجمه نخعی، ص). تهران: سام. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۰).

حسن پور دهکردی، علی؛ نظری، علی اکبر؛ حیدرنژاد، محمد سعید؛ اسدی نوقابی، احمدعلی؛ فروزنده، نسرين؛ کثیری، کر معلی؛ مسعودی، رضا؛ موسوی، احمد و حسینی، سید مسیح. (۱۳۸۸). *کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سگته قلبی مراجعه کننده به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد*. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران. شماره ۵۷، ۴۳-۵۲.

حسینی، سید نجات. موسوی نسب، سید محمد حسین. رحمان پور، هاله. (۱۳۸۶). *جدیدترین دانستنی های سرطان پستان*. تهران: اندیشمند.

حمزه، سهیلا. بیرامی، منصور. هاشمی نصرت آبادی. (۱۳۹۰). *مقایسه صفات شخصیتی، تجربه هیجانات منفی و سبک های مقابله ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان*. دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۵، ۶۲۷-۶۳۶.

حیدری پهلویان، احمد؛ قراخانی، محسن و محبوب، حسین. (۱۳۸۹). *مقایسه ی میزان استرس تجربه شده و راهبردهای مقابله ای در بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونری قلب و افراد سالم*. همدان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان. شماره ۳، ۳۳-۳۸.

خانجانی، زینب؛ فاروقی، پریا و یعقوبی، علیرضا. (۱۳۸۹). *عوامل روان شناختی خطر ساز در ابتلا به بیماری کرونر قلبی: تحلیلی بر نقش شخصیت*. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. شماره ۳، ۳۰-۳۴.

خجسته پور، مجید. (۱۳۷۰). *بررسی و ارزیابی بالینی انفارکتوس میوکارد (MI) در سنین ۲۰-۴۰*. رساله دکتری داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده داروسازی.

دیویس، مارتا. رابینز اشلمن، الیزابت. مک کی، ماتيو. (۱۳۸۴). *خودآموز آرام سازی و کاهش فشار روانی* (ترجمه خواجه موگهی، ناهید). تهران: سامان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲).

- راتوس، اسپنسر. (۱۳۸۶). *روان‌شناسی عمومی* (ترجمه ابراهیمی مقدم، حسین. ابوالمعالی، خدیجه. پیکانی، علی . طاهری، افسانه. نبوی آل آقا، فریبا). تهران: ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۶).
- رضایی، عباس. (۱۳۸۴). *آنکولوژی*. اصفهان: فرهنگ مردم.
- سایپینگتون، اندروا. (۱۳۸۷). *بهداشت روانی* (ترجمه حسین شاهی براوتی، حمیدرضا). تهران: روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۹).
- سبزواری، سکینه؛ محمدعلیزاده، سکینه؛ برهانی، پروین و پیشکارمفرد، زهرا. (۱۳۸۱). *دانش، نگرش و عملکرد جمعیت شهر کرمان در مورد پیشگیری از سکنه قلبی*. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. شماره ۴، ۲۷۵-۲۸۴.
- سجادیان، اکرم السادات. حقیقت، شهپر. منتظری، علی. کاظم نژاد، انوشیروان. علوی فیلی، افسانه. (۱۳۹۰). *سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل و بعد از درمان*. پستان، ۳.
- سی وارد، برایان کوک. (۱۳۸۱). *مدیریت استرس* (ترجمه قراچه داغی، مهدی). تهران: پیکان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۷).
- شاه میرزایی، رضا؛ صدرنیا، سعید؛ صلحی، حسن و قاسمی، علی. (۱۳۸۹). *ارزیابی نوار قلب در بیماران با آنژین ناپایدار و سکنه قلبی بدون بالارفتن قطعه ST*. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک. شماره ۲، ۸۳-۹۰.
- شفر، مارتین. (۱۳۶۷). *فشار روانی* (ماهیت، پیشگیری، سازگاری) (ترجمه بلورچی، پروین). تهران: پازنگ. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۲).
- عباس زاده، شیرین. (۱۳۸۸). *رابطه بین ویژگی های شخصیتی با اتخاذ شیوه های مقابله ای در افراد وابسته به مواد محرک*. رساله کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- عبداللهیان، ابراهیم؛ مخبر، نغمه و کفایی رضوی، زیبا. (۱۳۸۵). *بررسی مقایسه ای پاسخ های مقابله ای و رویدادهای مهم زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری*. فصلنامه اصول بهداشت روانی. شماره ۲۹، ۳۷-۴۲.
- عرب علیدوستی، فاطمه. (۱۳۸۵). *مقایسه سبک های مقابله ای و سخت رویی در بیماران مبتلا به سوء هاضمه کنشی و بیماری زخم گوارشی و افراد سالم*. رساله کارشناسی ارشد، دانشگاه شهیدبهبشتی.

قهاری، شهربانو. (۱۳۸۹). *زندگی بدون استرس*. تهران: قطره.

گلچین، ندا. جان بزرگی، مسعود. علی پور، احمد. آگاه هریس، مژگان. (۱۳۹۰). *اثر بخشی درمانگری*

شناختی رفتاری در به کارگیری راهبردهای مقابله ای و کاهش درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن.

اصول بهداشت روانی، ۱۳، ۱۶۰-۱۶۹.

لشکریانی، صاحبه. (۱۳۸۶). *مقایسه استرس، سبک های مقابله با استرس و وضعیت زناشویی زنان مبتلا*

به سرطان سینه با زنان سالم. رساله کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان.

لو، هنری. لو، پیر. (۱۳۷۱). *استرس دایمی* (ترجمه قریب، عباس). مشهد: درخشش. (تاریخ انتشار به زبان

اصلی ۱۹۹۹).

محمدی شاهرخ آبادی، افسانه. (۱۳۸۵). *رابطه بین اتخاذ روش های کنار آمدن و سلامت روان مادران*

دارای فرزندان سندرم دان. رساله کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

میلانی فر، بهروز. (۱۳۸۴). *بهداشت روانی*. تهران: قومس.

نولن، سوزان. هوکسما، باربارا ال. فردریکسون، جف لافس. (۱۳۹۰). *زمینه روان شناسی اتکینسون و*

هیلگارد (ترجمه گنجی، مهدی). تهران: ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۹).

وزیری گهر، علی. محمدی، غلام عباس. حیدری، منصور. (۱۳۸۶). *ژنتیک مولکولی سرطان*. تهران: سامر.

ویتاگر، ب. (۱۳۸۸). *شناخت درمان* (ترجمه همت، م). تهران: فرهنگ. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲).

ئی آندرثولی، توماس؛ بنجامین، ایورجی؛ سی گریگز، رابرت و جی وینگ، ادوارد. (۱۳۹۰). *بیماری های*

قلب و عروق (ترجمه مهدی موسوی). تهران: تیمورزاده. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۰).

منابع انگلیسی:

Acton, Ashtan. (۲۰۱۱). *Cervical cancer: New insights for the healthcare professional*. Scholarly Editions.

Ahmad Khan, Ajaz., Hassan, Mudassir., Kumar, Pradeep., Mishra, Deapti., Kumar, Ranjeet. (۲۰۱۲). *Personality profile and coping skills among coronary heart disease patients and non-patients Groups*. *Delphi psychiatry Journal*, ۱۵, ۳۵۲-۳۵۸.

Aldwin, Carolyn. (۲۰۱۲). *Stress, coping, and development*. Gaiford press.

- Allman, Toney.(۲۰۱۲). *Colon Cancer*. Greenhaven press.
- Almeida, Craig . Barry, Sheila.(۲۰۰۹). *Cancer basic and clinical aspects*.wiley.
- Braunwald, S. (۲۰۰۵). *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicines*
۷thed. Philadelphia , ۳۶-۳۸.
- Davis, Devra.(۲۰۰۹). *The secret history of the war on cancer*.Basic books.
- Deimling ,Gary .Louis ,J. Wagner ,F. Bowman,F. Sterns,Samantha.Kercher,Kyle. Kahana,Boaz. (۲۰۰۶).*Coping among older-adult,Long-Term cancer survivors*. Psycho-Oncology, ۱۵, ۱۴۳-۱۵۹.
- Delion, Juliana. (۲۰۱۲). *Heart Attack: Shadows on the Eve of tomorrow*.
Neuroepidemiology ,۲۷, ۳۹-۴۴.
- Derks, W. Leeuw, JR. Hordijk, GJ. Winnubst ,JA. (۲۰۰۵). *Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer*. Otorhinolaryngology , ۵, ۲۱-۲۹.
- Dosgupta, Prokar . Kirby, S.(۲۰۱۲). *ABC of prostate Cancer*. Wiley.
- Droller, Michael.(۲۰۱۰). *Bladder cancer* .Humana Press.
- Elderen, Van., Maes, Stan., Dusseldorp, Elise.(۲۰۰۰). *Coping with coronary heart disease: A longitudinal . Journal of psychological research , ۴۷, ۱۷۵-۱۸۳.*
- Etal, Jean c .(۲۰۰۷). *Do you know them when you see them? Womens prodermal and acute symptoms of myocardial*. *J cardio Nurse , ۱۴, ۴۰۳-۴۰۷.*
- Fang ,WQ. Chen, XY. Guan, CH. Chen, JF. Wang, JB. (۲۰۱۰). *Quality of life, personality, coping style in the patients with advanced laryngeal cancer*.
Otorhinolaryngology, ۶, ۳۰-۳۶.
- Farcas, A.D., Nastasa, LE.(۲۰۱۱). *Coping in patients with heart failure*. *J of Social science ,۷, ۶۵-۷۲.*
- Field, T. McCabe, M. Schreiderman,N. Field, Tiffany.(۱۹۸۵). *Stress and Coping*.Routledge.
- Gabriel, Bruce.(۲۰۰۸). *Biology of cancer*.Willey.
- Hardt,J. Gillitzer,R. Schneider,S. Fischbeck,S. Thüroff,JW. (۲۰۱۰). *Coping styles as predictors of survival time in bladder cancer*. *HEALTH , ۲, ۴۲۹-۴۳۴.*
- Harrison. (۲۰۰۵). *Principle of internal medicin*. Newyork: McGraw Hill.
- Hutchison, Stuart. (۲۰۰۹). *Complications of Myocadial Infarction*.
Philadelphia , ۳۶-۳۸.

- Jiang, P. Wang ,S. Jiang, D. Yu, L. (۲۰۰۸). *Cancer related fatigue in patients with breast cancer after chemotherapy and coping style* . Breast Diseases , ۱۴, ۴۴-۵۰.
- Karabulutlu,EY. Bilici,M. Çayır,K. Tekin,SB. Kantarcı,R.(۲۰۱۰).*Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer*. Eur J Gen Med,۷,۲۹۶-۳۰۲.
- Kavitha, G.(۲۰۰۹).*Occupational Stress & Coping Strategies* .Discovery Publishing House.
- Khan, Gabriel. (۲۰۰۵). *Heart Disease diagnosis an therapy*. Philadelphia , ۳۶-۳۸.
- Kottler, Jeffry . Chen, David.(۲۰۱۲).*Stress Management & Prevention*.New york: Routledge.
- Kruh, Garry . Tew, Kenneth.(۲۰۰۰).*Basic science of cancer*.
- Lazarus,Richard. Folkman,Susan.(۱۹۸۴). *Stress,Appraisal, and coping*. Reprint.
- Leary, Alison(۲۰۱۲). *Lung cancer:A multidisciplinary approach*.Wiley.
- Lee, Annette. (۲۰۰۵). *Coping with Disease*. Nova.
- Maghan, Margaret .(۲۰۰۹). *Problem solving style and coping strategies*. ProQuest.
- Martz, Erin. Livneh, Hanoch.(۲۰۰۷). *Coping with chronic illness and Disability* .Springer.
- Matsushita,T. Matsushima,E. Maruyam, M.(۲۰۰۵). *Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer*. General Hospital Psychiatry, ۲۷, ۱۲۵- ۱۳۲.
- Michelangelo, Craig . Day, Mary.(۲۰۰۶). *Cancer: We live and die by radiation*. Mobeta.
- Mirchandani, Dayal. (۲۰۱۱). **Healing heart disease naturally**. new york: JAMA.
- Minami, E. (۲۰۱۰). *Myocardial Infarction*. Philadelphia , ۳۶-۳۸.
- Baliga, R., Schape, J., Narula.J. (۲۰۰۰). *Myocardial Viability*. Philadelphia , ۳۶-۳۸.
- Phyllis ,D. Henderson, Joshua. Quannetta ,T. Edwards, D . (۲۰۰۳). *Coping Strategies Among African American Women with Breast Cancer* Southern Nursing Research Society, ۱۹, ۱۰۷-۱۲۶.
- Picano, Eugenio.(۲۰۰۹).*Stress Echocardiography*. Springer.
- Pories, Susan . Moses, Marsha . Lotz, Margaret.(۲۰۰۹). *Cancer*. Greenwood.

- Prasertsri,N. Holden,J. Keefe,FG. Wilkie,D.(۲۰۱۱). *Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients*. Lung Cancer, ۷۱ ,۲۳۵-۲۴۰.
- Rajaram, Shalini . Chitrathara, K . Maheshwari , Amita.(۲۰۱۲).*Cervical Cancer*. Jaypee.
- REUTER,K. CLASSEN,C. ROSCOE,JA. MORROW,GR. KIRSHNERd, J. ROSENBLUTH, R. FLYNN, PJ. SHEDLOCK, K . SPIEGEL, D .(۲۰۰۶). *ASSOCIATION OF COPING STYLE, PAIN, AGE AND DEPRESSION WITH FATIGUE IN WOMEN WITH PRIMARY BREAST CANCER*. *Psycho-Oncology* , ۱۵, ۷۷۲-۷۷۹.
- Ruddon, Raymond.(۲۰۰۷). *Cancer biology*.Oxford.
- Saniah ,A .Zainal,NZ. (۲۰۱۰).*Anxiety,Depression and Coping Strategies in Breast Cancer Patients on Chemotherapy*. *MJP Online Early*.
- Scott, Walter.(۲۰۱۱). *Lung cancer*.Addicas books.
- Sehlen, S. Song, R. Fahmüller ,H. Herschbach,P. Lenk,M. Hollenhorst,H. Schymura,B. Aydemir,U. Dühmke,E. (۲۰۰۳). *Coping of Cancer Patients During and After Radiotherapy – a Follow-Up of ۲ Years*. *Onkologie Journal* , ۲۶, ۵۵۷-۵۶۳.
- Singh ,Archana. (۲۰۱۰).*Coping Strategies of cancer patients treated with chemotherapy and those treated with radiotherapy*,International Quarterly Journal of Ethno and social sciences, ۳, ۶۳-۶۷.
- Tot, Tibor.(۲۰۱۱). *Breast cancer*.Springer.
- Thomas, Charles . Taghian, Althouse . Halyard, Michele.(۲۰۱۲). *Breast Cancer*. Demos Medical.
- Uinlan, Margaret., Sheelian, Maureen.(۱۹۸۳). *Knowledge of symptoms of myocardial Infarction and predicated responses to symptoms*. *Eur.Neurol* ,۵۳, ۱۲۵-۱۳۱.
- Valverde, Benjamin.(۲۰۱۱). *Liver cancer* .Nova Science pub Incorporated.
- Vidhubala ,E .Latha ,R. (۲۰۰۶).*Coping preferences of head and neck cancer patients*. Indian Journal of cancer, ۴۳, ۶-۱۱.
- Vollrath, Margarete.(۲۰۰۶). *Handbook of personality and health*.Wiley.
- Walker,MS. Denise ,M. Zona, M . Fisher, EB.(۲۰۰۶). *Depressive Symptoms After Lung Cancer Surgery: Their Relation To Coping Style And Social Support*. *Psycho-Oncology* , ۱۵, ۶۸۴-۶۹۳.
- Watson ,M. Pettingale ,K. Greer ,S.(۲۰۰۰). *Emotional control and automatic arousal in breast cancer patient*. *Psychosomatic Research*, ۲۸, ۴۶۷-۷۴.

Wilkinson, Neal.(٢٠١٢). *Management of Gastric cancer* .Elsevier Health Science.

Williams ,Roger . Robinson, Taylor.(٢٠١٢). *Clinical dilemmas in primary liver cancer*. New York: John Wiley & Sons.

Zeidner, Moshe. Endler, Norman.(١٩٩٥). *Handbook of coping:Theory,Research,Applications*. New York: John Wiley & Sons.

ضمیمہ

بسمه تعالی

با سلام

افراد در وضعیت های ناگوار ، سخت و پراسترس یا تحت فشار به گونه ای مختلف واکنش نشان می دهند در اینجا برخی از روش ها ذکر می شود . لطفا هر عبارت را خوانده و با استفاده از مقیاس درجه بندی شده ی زیر، نشان دهید که شما تا چه حدی از آن روش در رو به رو شدن با مشکلات و موقعیت های فشارزا، استفاده کرده اید.

رشته تحصیلی : سن : جنسیت : زن مرد

جدول ۳۷- پرسشنامه سبک های مقابله ای لازاروس و فولکمن (WOCQ)

ردیف	عبارات	اصلا	بعضی اوقات	معمولا	زیاد
۱	دائم نگران این هستم که باید قدم به قدم چه کاری انجام دهم.				
۲	من سعی کردم برای فهم بهتر مشکل، آن را تجزیه و تحلیل کنم.				
۳	من برای آسایش خاطر از همه مشکلاتی که در ذهنم هست خود را مشغول کار یا فعالیت های دیگری کردم.				
۴	من تصور کردم که زمان همه چیز را تغییر خواهد داد، تنها کاری که می توان انجام داد، انتظار است.				
۵	با استفاده از برداشت مثبت از چیزهایی که در موقعیت وجود دارند با آن کنار آمدم.				
۶	من کاری را انجام دادم که فکر نمی کردم موثر باشد، اما حداقل کاری انجام شده بود.				
۷	سعی کردم تا شخصی را مسئول تغییر ذهنیت او (خودش) بدانم.				
۸	با کسی برای فهم بیشتر از موقعیت مشورت کردم.				
۹	خودم را مورد انتقاد قرار دادم یا سرزنش کردم.				
۱۰	مسایلم را از بین نبردم، بلکه کنار گذاشتن آنها، مقداری از مشکلات را حل کرد.				
۱۱	انتظار داشتم که معجزه ای اتفاق بیفتد.				
۱۲	با سرنوشت جلو رفتم؛ من تنها گاهی اوقات بدشانس هستم.				
۱۳	طوری رفتار کردم که انگار هیچ اتفاقی نیفتاده است.				
۱۴	سعی کردم احساساتم را برای خودم نگه دارم.				

			۱۵	به دنبال خط مشی های روشن گشتم، شاید بتوان گفت؛ که سعی کردم بخش های روشن مسائل را ببینم.
			۱۶	بیش از حد معمول خوابیدم.
			۱۷	من خشم خود را به اشخاصی که مشکل را ایجاد کردند، نشان دادم.
			۱۸	هم حسی و همدلی را از دیگران پذیرفتم.
			۱۹	به خودم چیزهایی می گفتم که احساس بهتری داشته باشم.
			۲۰	من برای حل خلاقانه مشکل انگیزه داشتم.
			۲۱	سعی کردم همه مشکلات را فراموش کنم.
			۲۲	من از کمک تخصصی بهره گرفتم.
			۲۳	به رشد شخصی رسیدم و به شکل خوبی تغییر کردم.
			۲۴	قبل از اینکه کاری انجام دهم، صبر کردم تا ببینم چه اتفاقی می افتد.
			۲۵	من عذرخواهی کردم یا کاری برای جبران انجام دادم.
			۲۶	من برنامه اجرایی درست کردم و آن را دنبال کردم.
			۲۷	من بهترین راه را به جای آن راهی که می خواستم انتخاب کردم.
			۲۸	من به احساساتم اجازه دادم هر جور شده خود را نشان دهند.
			۲۹	من برای فهمیدن مشکل، خود را به بررسی کردن آن وادار کردم.
			۳۰	زمانی که از این تجربه بیرون آمدم (این تجربه تمام شد) بهتر از زمان شروع آن بود.
			۳۱	با شخصی که می توانست مشکل را به شکل موثری حل کند مشورت کردم.
			۳۲	برای مدتی از آن مشکل فرار کردم؛ سعی کردم استراحت یا تفریح کنم.
			۳۳	سعی کردم که از طریق خوردن، آشامیدن، سیگار کشیدن، مصرف دارو و ... در خود احساس بهتری ایجاد کنم.
			۳۴	شانس بسیار بزرگی را کسب کردم یا کار بسیار پرمخاطره ای انجام دادم
			۳۵	من سعی کردم خیلی با عجله یا براساس اولین راهی که به ذهنم رسید عمل نکنم.
			۳۶	راه جدیدی پیدا کردم.
			۳۷	اعتماد به نفس خود را حفظ کردم و صبر خود را بالا نگه داشتم.
			۳۸	مجددا بررسی کردم که چه چیزی در زندگی مهم است.
			۳۹	به منظور رسیدن به نتیجه ای خوب، بعضی چیزها را تغییر دادم.
			۴۰	به طور کلی از مردم اجتناب کردم.
			۴۱	اجازه ندادم که مشکل بر من چیره شود؛ از فکر کردن خیلی زیاد درباره

				آن خودداری کردم.
				۴۲ از خویشاوند یا دوستی که برایش احترام قائلم درخواست راهنمایی کردم.
				۴۳ دیگران را از فهمیدن مشکلات بدی که وجود داشتند، دور نگه داشتم.
				۴۴ موقعیت را کوچک شمردم؛ از خیلی جدی گرفتن آن خودداری کردم.
				۴۵ درباره اینکه چه احساسی داشتم با کسی صحبت کردم.
				۴۶ موضع را حفظ کردم و برای چیزی که می خواستم پافشاری کردم.
				۴۷ آن(حل مشکل) را به اشخاص دیگری محول کردم.
				۴۸ تجربه های گذشته ام را به یاد آوردم؛ من قبلا در موقعیت مشابهی قرار داشتم.
				۴۹ من فهمیده بودم که چه کاری باید انجام شود، بنابراین تلاش هایم را به طور موثری افزایش دادم.
				۵۰ از پذیرفتن اینکه آن(مشکل) اتفاق افتاده است خودداری کردم.
				۵۱ من به خودم قول دادم که دفعه بعد اوضاع طور دیگری خواهد بود.
				۵۲ مجموعه ای از راه حل های مختلف برای مشکل داشتم.
				۵۳ از آنجایی که نمی توانستم کاری انجام دهم، آن را پذیرفتم.
				۵۴ سعی کردم که اجازه ندهم احساساتم خیلی در امور دیگر مداخله کنند.
				۵۵ آرزو کردم که ای کاش می توانستم که اتفاقی را که رخ داده بود یا احساساتم را تغییر دهم.
				۵۶ چیزی را در مورد خودم تغییر دادم.
				۵۷ من خود را در موقعیت یا زمانی بهتر از آنچه بودم تصور کردم یا در این باره خیالبافی کردم.
				۵۸ آرزو کردم که وضعیت بهتر شود یا در هر صورت تمام شود.
				۵۹ در مورد اینکه اوضاع چطور خواهد شد رویاها و آرزوهایی داشتم.
				۶۰ من عبادت کردم.
				۶۱ خود را برای بدترین وضعیت آماده کردم.
				۶۲ من در ذهنم به دنبال این گشتم که چه کاری انجام دهم یا چه بگویم.
				۶۳ من فکر می کردم شخصی که او را تحسین می کردم چگونه با این موقعیت برخورد می کرد و از آن به عنوان الگو استفاده می کردم.
				۶۴ من سعی کردم که موقعیت ها را از دیدگاه شخص دیگری ببینم.
				۶۵ من به خودم خاطر نشان کردم که اوضاع می توانست خیلی بدتر باشد.
				۶۶ من دویدم یا ورزش کردم.

Abstract

The purpose of this study was to compare coping styles of cancer & Myocardial infarction patients and normal individuals. The research method was ex-post facto and the statistical population of this study consists of the patients who have referred to Sina and Laleh hospitals, Breast Cancer Research Center and Tehran Heart Center. Among them, a total of 100 patients were selected by available sampling method. Sampling of normal people was done using multistage clustering method and they were corresponded with the two patients groups in terms of "age" factor. For evaluating dependent variables, Folkman and Lazarus coping styles questionnaire was used. When the questionnaires were completed, the collected data was inserted in SPSS statistics software and it was analyzed using descriptive statistics as well as MANOVA methods. The results of this study indicated that emotion-focused coping strategies were more commonly used by Myocardial infarction patients. However, it was revealed that compared with normal people, they commonly used the subscales of distancing, escape-avoidance, seeking social support .

On the other hand, cancer patients used commonly emotion-focused coping approach. Compared with normal people, they commonly used the subscales of confrontive coping, escape-avoidance and seeking social support while they hardly used the subscales of self-controlling, accepting responsibility, planful problem solving and positive reappraisal. Based on the results of the study it could be argued that due to the nature of cancer and Myocardial infarction as well as imminent death of these patients, compared with normal individuals, they commonly use emotion focused-confrontive coping styles. The results of this study could illuminate the way in front of patients and promote their readiness and knowledge and increase their efficiency.

Keywords: Coping Styles, Cancer, Myocardial infarction (M.I)



Islamic Azad University
Roudehen Branch
Department Of Psychology

A Thesis For Obtaining Master Degree Of Ganaral Psychology (MA)

Title

**Comparison of the Coping Styles of Cancer & MI Patients and
Normal Individuals**

Supervisor
Mehrdad Sabet

Advisore
Dr.Safiyeh Behzadi

Research By
Anahita Nematzadeh

August ۲۰۱۳