

دانلود فایل WORD این پایان نامه کارشناسی روانشناسی پیام نور از

اینجا همراه با منابع فارسی و لاتین



پایان نامه برای دریافت کارشناسی ارشد (M. A)

رشته

عنوان:

مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و سالم

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل انجام گرفت. روش پژوهش حاضر پس رویدادی و از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به سرطان شهر ... بودند؛ و نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر بیماران مبتلا به سرطان و ۵۰ نفر افراد سالم) که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند. پرسشنامه هایی که جهت جمع آوری اطلاعات از گروه نمونه در نظر گرفته شدند عبارت بودند از: مقیاس باور سلامتی ویسفیلد و همکاران (۱۹۸۷)، پرسشنامه سرسختی سلامت گیبهارت و همکاران (۲۰۰۱) پرسشنامه رویدادهای زندگی. برای تحلیل آماری داده ها از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در باورهای سلامتی و مولفه های حساسیت ادراک شده و شدت ادراک شده تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه نگرانی سلامت عمومی، تهدید سلامت عمومی، مزایای درمان پزشکی و مزایای خودیاری تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$). نتایج نشان داد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در سرسختی سلامت و مولفه های ارزش سلامت، کنترل درونی سلامت، کنترل بیرونی سلامت و سلامت ادراک شده تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در رویداد های زندگی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). بنابراین با توجه به نتایج پژوهش بین باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد.

کلید واژه: باورهای سلامتی، سرسختی، رویدادهای زندگی، بیماران مبتلا به سرطان

فصل اول

کلیات پژوهش

علی رغم پیشرفتهای قابل توجه علم پزشکی، سرطان^۱ همچنان به عنوان یکی از مهمترین بیماریهای قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماریهای قلب و عروق مطرح است (کریستوفاینلی^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). این بیماری با تغییر شکل غیر طبیعی سلولها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می شود. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می دهند و پیش بینی می شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۵، سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (اسچرایر^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). افرادی که دچار این بیماری میشوند همچنین تا سالها پس از تشخیص کنند؛ بیماری، تأثیر سرطان را در زندگی خود احساس می کند چرا که این بیماری به عنوان یک پدیده اجتماعی عملکردهای روزانه و فعالیتهای اجتماعی فرد را نیز دچار نابسامانی می کند و توانایی فرد را برای انجام نقشها و مسئولیت های معمول تغییر می دهد. تحلیل رفتن توان فرد برای ایفای مناسب نقشهای شخصی در زندگی فردی و اجتماعی می تواند باعث ایجاد احساس بی لیاقتی و انزوای اجتماعی شود. در واقع به دنبال تشخیص بیماری سرطان در فرد بحران ایجاد می شود و اعتماد به نفس وی به مخاطره می افتد. همچنین ارتباطات فردی به دلیل بی اطمینانی به آینده مختل شده مکانیسمهای سازگاری قبلی ناکافی می شوند و بستری شدن های مکرر حس تنهایی را به بیمار القا می کند (تان^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). این بحران و مسائل روان شناختی مرتبط با آن به گونه ای است که علاوه بر ناتوان کردن فرد برای برخورد مناسب با آن زندگی افرادی دیگری را هم که با او در ارتباط هستند دچار مشکل می کند (آلبرت^۵ و همکاران، ۲۰۱۴؛ گنولد^۶ و همکاران، ۲۰۱۷).

¹ cancer

² Cristofanilli M

³ Schreier AM

⁴ Tan M

⁵ Albert US

⁶ Groenvold M

یکی از عواملی که سلامتی بیماران مبتلا به سرطان نقش دارد باورهای سلامتی^۱ است. افرادی که نمره پایینی باورهای سلامتی دریافت می کنند به سلامتی خود بی اعتنا بوده و نمی توانند پیامدهای منفی بلندمدت رفتارهای ناسالم خود را پیش بینی کنند. بدین ترتیب برای در پیش گرفتن سبک رفتاری که همسو با ارتقای سلامتی آنها باشد انگیزه کافی ندارند. برعکس افرادی که سطح باورهای سلامتی بالاتری دارند. به دلیل اینکه به آسانی می توانند پیامدهای منفی بیماری جاری خود را برآورد کنند، برای مقابله با بروز و یا پیشرفت بیماری به میزان بیشتری به رفتارها و سبکهای ارتقادهنده سلامتی اقدام می کنند این رفتارها می توانند در رابطه با بیماری سرطان نیز به عنوان یک عامل محافظت کننده عمل کنند (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۷).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با سلامت بیماران سرطان، سرسختی^۲ است. کوباسا^۳ (۲۰۱۴)، سرسختی را یک ویژگی شخصیتی می داند که در هنگام رویارویی با حوادث تنش زای زندگی، به عنوان یک منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می کند. سرسختی روانشناختی منبع مقاومت مقابله با رویدادهای تنش زا عمل می کند. افراد سرسخت کنترل بیشتری بر رویدادها دارند و مشکلات را بهتر حل می کنند و در حل مشکلات بر نقش خود بیش از دیگران تأکید می کنند و خود را قربانی تقدیر نمی دانند، بلکه تغییر را جنبه طبیعی زندگی میدانند سرسختی در حفظ و افزایش سلامت و کیفیت زندگی مؤثر است و سرسختی روانشناختی با کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی داری دارد (ریستیواسکا-دیمیتروواسکا^۴ و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی یگر از عواملی که به نظر می رسد در سلامتی افراد تاثیر گذار است میزان تجربه رویدادهای زندگی^۵ است. احتمالاً به دلیل ویژگیهای فردی، اثرات استرس و رویدادهای منفی زندگی از شخصی به شخص دیگر متفاوت است. تغییر کوچکی در زندگی برخی افراد، آنها را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد در حالی که برخی دیگر حتی در رویارویی با رویدادهای شدید و فراوان زندگی هم دچار اختلال نمی شوند و یا عوارض اندکی نشان می دهند. متخصصان بهداشت روانی بر این باورند که واکنش افراد در برابر

¹ health beliefs

² Hardiness

³ Kobasa SC

⁴ Ristevska -Dimitrovska G

⁵ life events

رویدادهای استرس آمیز و نیز میزان فشارزایی رویدادها تحت تأثیر عوامل گوناگون اجتماعی و فردی است. برخی از ویژگی های افراد نسبتاً مقاوم در برابر رویدادهای استرس زای زندگی عبارتند از: سرسختی، امیدواری، خوش بینی، احساس پیوستگی، تفکر سازنده (آگدن^۱، ۲۰۱۱؛ دیویسون و نیل^۲، ۲۰۱۲).

بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل می باشد.

۲-۱. بیان مسئله

سرطان بیماری بسیار پیچیده ی ژنتیکی، اپیزنتیکی و محیطی و دارای تنوع فراوانی در سطوح بافتی، توموری و سلولی است که این گوناگونی می تواند به درمانهای نامناسب منجر شود (آسکرین^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). سالهاست که بیماری سرطان افراد بسیار زیادی را مورد آسیب قرار داده است و دومین علت جهانی مرگ و میر پس از بیماریهای قلبی و عروقی می باشد (فیتزماریوسی^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). در ایران نیز مرگ و میر ناشی از سرطان بعد از بیماریهای قلب و عروق و تصادفات بالاترین رتبه را دارد (نوری و عبادی، ۲۰۱۵).

در طول چند دهه اخیر برخی محققان به بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقادهنده سلامتی پرداخته اند. یکی از مدلهایی که در این خصوص مطرح و اعتباریابی شده مدل باورهای سلامتی^۵ است. این مدل اولین بار از سوی مایمان و بیکر طراحی شده و یکی از مؤثرترین مدلهای مربوط به ارتقای سلامتی است که از دهه ۱۹۵۰ به بعد توسعه یافته و در مراحل بعدی، رفتارهای غربالگری اعمال پیش گیرنده از بیماری و رفتارهای بیماری را پوشش داده است. سازه های اصلی این مدل عبارتند از (۱) حساسیت

¹ Ogden,J

² Davison,G.C.,& Neal,J.M

³ Askarian M

⁴ Fitzmaurice C

⁵ Health Belief Model

ادراک شده^۱ به معنی ادراک ذهنی فرد از خطر ابتلا به یک بیماری (۲) شدت ادراک شده^۲ یعنی احساسات فرد درباره پیامدهای اجتماعی ابتلا به یک بیماری، (۳) مزایای ادراک شده^۳ به معنی باور فرد مبنی بر تأثیر یک فعالیت خاص در کاهش تهدید ابتلا به یک بیماری (۴) موانع ادراک شده^۴ به معنی تحلیل سود و هزینه ای که افراد در ارزیابی عمل سودمند و محدودیتهای متضاد با آن انجام می دهند؛ (۵) اشاره برای عمل^۵ به معنی ادراک موانع و سطح آسیب پذیری و شدت ارزیابی شده نسبت به نوع عملی ترجیحی و ایجاد انگیزه برای اقدام به آن؛ (۶) متغیرهای دموگرافیک^۶ به معنی عوامل جمعیت شناختی روانی - اجتماعی و ساختاری که در ادراک شخص در رابطه با مزایای ادراک شده رفتارهای سلامتی در پیشگیری از بیماری تأثیر می گذارند (بیکر^۷ و همکاران، ۱۹۷۴).

در مطالعاتی گسترده اهمیت باورهای سلامتی در ارتقای بهداشت روانی و جسمانی افراد به ویژه در رابطه با بیماریهای مزمن بررسی شده است. سوهلر^۸ و همکاران (۲۰۱۵) به بررسی عوامل روانی - اجتماعی مؤثر بر گسترش و اتخاذ مدل باورهای سلامتی در پیشگیری از سرطان پرداخته و نشان دادند که هر اندازه این باورها پررنگتر باشد رفتارهای سلامتی نظیر مراجعه به غربالگریهای مربوط به سرطان در افراد به میزان بیشتری صورت می گیرد. کولتی و سوینگ (۲۰۱۴) در رابطه با برنامه ریزی خانگی مبتنی بر مدل باور سلامتی دریافتند اینگونه برنامه ریزی ها می تواند منجر به افزایش گرایش به اتخاذ غربالگریهای آینده در زنان متأهل شود. والترز^۹ و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی ادراک باورهای سلامتی در کارگرهای مشکوک به ابتلا به آسم مرتبط با شغل نشان دادند که ادراک این باورها می تواند برنامه های بهتری را در رابطه با بهداشت آنها در محل کار به وجود آورد. در مطالعه ای دیگر موضوع باورهای سلامتی در رابطه با غربالگری های مربوط به سرطان پستان بررسی شد و نتایج نشان داد که باورهای سلامتی نقشی کلیدی

¹ perceived susceptibility

² perceived severity

³ perceived benefit

⁴ perceived barriers

⁵ Cues to action

⁶ demographic variables

⁷ Becker MH

⁸ Sohlner NL

⁹ Waltersa GI

در اتخاذ اینگونه برنامه های سلامتی دارد(وانگ و همکاران، ۲۰۱۴). هیرش^۱ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به تبیین این موضوع پرداختند که زنان تحت مطالعه آنها با وجود احتمال خطر بالای شکستگی ناشی از پوکی استخوان به دلیل اینکه سبک باور سلامتی در آنها نهادینه نشده اقدامات مؤثری در رابطه با پیشگیری از صدمات احتمالی ناشی از این بیماری انجام نمی دهند.

از جمله عواملی که ممکن است با تشدید نشانه ها در بیماریهای مزمن و یا انطباق با تغییرات پیش آمده در زندگی همراه باشد، سرسختی است (جیولکانن، گیوستاوسون لیلیوس و هایتانن^۲، ۲۰۱۵). نتایج مطالعات حاکی از آن است که سرسختی روان شناختی با نشانگان جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی در بین بیماران مزمن رابطه منفی و معناداری دارد (انگل جاکسون آکوباندو وایت و ساهیون^۳، ۲۰۱۶). پولاک^۴ (۱۹۹۳) بر اساس مفهوم سرسختی کوباسا (۱۹۷۹)، مفهوم سرسختی سلامت را مطرح کرد این مفهوم ارتباط بیشتری با زمینه های سلامت و بیماری دارد. سرسختی مرتبط با سلامت به این اشاره دارد که تا چه حد فرد به انجام فعالیتهای مرتبط با سلامت متعهد است سلامت خود را کنترل پذیر ادراک می کند و عوامل استرس زای سلامتی را فرصتی برای رشد شخصیتی در نظر می گیرد (پولاک، ۱۹۹۹). سرسختی مرتبط با سلامتی، ویژگی شخصیتی است که با سه مؤلفه تعهد کنترل و مبارزه جویی موجب سازگاری افراد با بیماری و مشکلات ناشی از آن می شود (ویلسکوواتسل و پولاک^۵، ۱۹۹۹).

نتایج تحقیقات اخیر نشان می دهد که رویدادهای زندگی نیز نقش بسزایی در بروز سرطان دارند که از میان این رویدادهای زندگی می توان به عواملی از قبیل مرگ همسر، طلاق، مرگ یکی از اعضای نزدیک خانواده، بیماری و تغییرات شغلی اشاره کرد. همچنین تحقیقات بسیاری در زمینه ارتباط بین متغیرهای روانی با بروز سرطان و پیش آگهی آن انجام شده است از میان ۵۰ متغیر لیست شده فاکتورهای استرس از دست دادن عزیزان نزدیک، خلق افسرده، بیماریهای روان پریشی بخصوص اسکیزوفرنی خشم، ناامیدی

¹ Hsieh E

² Julkunen J, Gustavsson-Lilius M, Hietanen P

³ Engel JH, Jackson R, Akobundu U, Wait C, Sahyoun N7.

⁴ Pollock SE

⁵ Velasco-Whetsell M, Pollock SE

و درماندگی بیش از همه مورد تاکید است (بلک^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). در طب روان تنی اعتقاد بر این است که ما بین روان و جسم نوعی وحدت و ارتباط وجود دارد. بطوری که عوامل روانشناختی در پیدایش تمام بیماریهای جسمی نقش بسزایی دارند. به نظر می رسد رویدادهای استرس آورزندگی علاوه بر افزایش احتمال ابتلاء افراد به بیماریهای مختلف در تشدید یا سیر بیماری نیز موثرند. این تاثیر در ارتباط با انواع سرطانها نیز تا حدودی مدنظر پژوهشگران قرار گرفته است. موقعیت های استرس آور زندگی کشمکش هایی بوجود می آورند که انسان نمی تواند بطور کافی به آن واکنش نشان دهد (سنگری^۲، ۲۰۱۴).

بنابراین با توجه به شیوع سرطان و نقش عوامل محیطی و روانشناختی در بروز سرطان این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا بین باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد؟

۳-۱. اهمیت و ضرورت

سرطان بیماری مزمن و شایعی است که بروز کلی آن از دهه ۷۰ تا به امروز همچنان رو به افزایش بوده است. در سال ۲۰۰۷ در آمریکا تخمین زده شده که ۱/۴ میلیون مورد جدید سرطان در طی سال آینده در کشور تشخیص داده خواهد شد (ایرواین^۳، ۲۰۰۷). علی رغم پیشرفت های قابل توجه علم پزشکی، همچنان سرطان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری قلب و عروق مطرح است. سرطان به عنوان یک بیماری فلج کننده و صعب العلاج در جامعه تلقی می شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیر واقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می گردد، به طوری که ضرورت بستری مکرر و نگرانی های مداوم برای بیماران و خانواده های آنها، فرد را به سمت وسوی اختلالات روانی می کشاند (خانجانی، بشیر پور و خسرو شاهی، ۱۳۹۱).

¹ Black JM

² Sangre B

³ Irwin, K

پژوهشها حاکی از بالا بودن اختلالات هیجانی نظیر استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران سرطانی است (فراریو، زوتی، مسر^۱، ۲۰۰۳) از این رو به منظور کاهش فشارهای روانی مرتبط با بیماری ها در سه دهه گذشته، دنیای پزشکی هم زمان با گسترش جنبش روانشناسی مثبت نگر و توجه به تجربه های مثبت و قدرت سازگاری انسان (سلیگمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۵)، توجهات بسیار جدی بر روی قدرت شفابخشی عوامل مختلفی نظیر استفاده از علوم روانشناختی و روان درمانی آغاز کرده است (سیوارد^۳، ۲۰۱۲).

همچنین مواردی که در ذیل به آن اشاره شده دلیل بر اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق بوده است:
-نیاز به مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل؛

-عدم وجود پژوهشی جامع در این حوزه؛

-ایجاد زمینه برای انجام پژوهش های بیشتر و همه جانبه در این حوزه.

با بررسی های انجام شده در ایران، تحقیقات اندکی به طور مستقیم مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل نشان داده است. لذا مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل ضرورت پیدا کرد. نتایج حاصل از این پژوهش، می تواند چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان درمانگران فراهم نماید. به علاوه، نتایج پژوهش می تواند مبنای نظری و عملی مناسبی برای کاهش مشکلات رفتاری و روانی بیماران مبتلا به سرطان در موسسات مختلف آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. لذا مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل ضرورت پیدا نمود.

۴-۱. اهداف

¹ Ferrario SR, Zotti AM, Massara G

² Seligman MEP

³ Seaward B L

هدف اصلی

مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل

اهداف فرعی

۱. مقایسه باورهای سلامتی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل
۲. مقایسه سرسختی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل
۳. مقایسه رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل

۵-۱. فرضیه ها

۱. بین باورهای سلامتی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد.
۲. بین سرسختی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد.
۳. بین رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد.

۶-۱. تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیره

باورهای سلامتی

تعریف مفهومی: سازه های اصلی این مدل عبارتند از (۱) حساسیت ادراک شده به معنی ادراک ذهنی فرد از خطر ابتلا به یک بیماری (۲) شدت ادراک شده یعنی احساسات فرد درباره پیامدهای اجتماعی ابتلا به یک بیماری، (۳) مزایای ادراک شده^۱ به معنی باور فرد مبنی بر تأثیر یک فعالیت خاص در کاهش تهدید ابتلا به یک بیماری (۴) موانع ادراک شده به معنی تحلیل سود و هزینه ای که افراد در ارزیابی عمل سودمند و محدودیتهای متضاد با آن انجام می دهند؛ (۵) اشاره برای عمل به معنی ادراک موانع و سطح آسیب پذیری و شدت ارزیابی شده نسبت به نوع عملی ترجیحی و ایجاد انگیزه برای اقدام به آن؛ (۶) متغیرهای دموگرافیک به معنی عوامل جمعیت شناختی روانی - اجتماعی و ساختاری که در ادراک

^۱ perceived benefit

شخص در رابطه با مزایای ادراک شده رفتارهای سلامتی در پیشگیری از بیماری تأثیر می گذارند (بیکر^۱ و همکاران، ۱۹۷۴).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از مقیاس باور سلامتی ویسفیلد^۲ و همکاران (۱۹۸۷) کسب می کند.

سرسختی

تعریف مفهومی: پولاک^۳ (۱۹۹۳) بر اساس مفهوم سرسختی کوباسا (۱۹۷۹)، مفهوم سرسختی سلامت را مطرح کرد این مفهوم ارتباط بیشتری با زمینه های سلامت و بیماری دارد. سرسختی مرتبط با سلامت به این اشاره دارد که تا چه حد فرد به انجام فعالیتهای مرتبط با سلامت متعهد است سلامت خود را کنترل پذیر ادراک می کند و عوامل استرس زای سلامتی را فرصتی برای رشد شخصیتی در نظر می گیرد (پولاک، ۱۹۹۹).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از پرسشنامه سرسختی سلامت گیبهارت و همکاران (۲۰۰۱) کسب می کند.

رویدادهای زندگی

تعریف مفهومی: رویدادهای زندگی می توان به عواملی از قبیل مرگ همسر، طلاق، مرگ یکی از اعضای نزدیک خانواده، بیماری و تغییرات شغلی اشاره کرد. همچنین تحقیقات بسیاری در زمینه ارتباط بین متغیرهای روانی با بروز سرطان و پیش آگهی آن انجام شده است از میان ۵۰ متغیر لیست شده فاکتورهای استرس از دست دادن عزیزان نزدیک، خلق افسرده، بیماریهای روان پریشی بخصوص اسکیزوفرنی خشم، ناامیدی و درماندگی بیش از همه مورد تاکید است (بلک^۴ و همکاران، ۲۰۱۱).

¹ Becker MH

² Weissfeld JL

³ Pollock SE

⁴ Black JM

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از پرسشنامه رویدادهای استرس زای زندگی
پی کونین و همکاران (۲۰۱۰) کسب می کند.

فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

مقدمه

در هر پژوهشی مبانی نظری و طرح دیدگاههای نظریه پردازان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یکی از جنبه ها عمده و ضروری در هر پژوهش مطالعه منابع مربوط به موضوع مورد تحقیق است. در این راستا در این فصل ابتدا به بررسی مبانی نظری متغیرهای پژوهش پرداخته شد و سپس پیشینه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت.

۱-۲. بیماری سرطان

سرطان واژه ای است که برای طیف وسیعی از بیماری ها که همراه با تکثیر غیر قابل کنترل سلولی و تهاجم به اعضای دیگر بدن است، به کار برده می شود. سلول های سرطانی می توانند از طریق خون یا سیستم لنفاوی به بخش های دیگر بدن انتقال یابند. بیش از دویست نوع سرطان وجود دارد که اغلب براساس عضو یا نوع سلولی که درگیر می شود نام گذاری می شوند (یعقوبی جویباری، فراستی نسب، و آزاده، ۱۳۹۲).

در واقع سرطان نوعی از بیماری است که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت های موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می شود (هالت^۱، ۲۰۰۰). علیرغم پیشرفت های قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری های قلب و عروق مطرح است. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می دهند و پیش بینی می شود که تعداد مبتلایان تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد (حسن پور دهکردی، ۱۳۸۶).

¹ Holt, J

تاکنون بیش از دویست نوع سرطان شناخته شده است که به طور کلی در چهار گروه قرار می گیرند (یعقوبی جویباری و همکاران، ۱۳۹۲):

کارسینوم: حدود ۸۵ تا ۹۰٪ سرطان ها را شامل می شود که شامل تومورهای سفتی است که از لایه خارجی یک بافت منشا می گیرند. مثال هایی از کارسینوم شامل کارسینوم پستان، ریه، حالب، روده، مریف معده و کلیه می باشد.

لنفوم ها یا سرطان های سیستم لنفاوی: شامل سرطان هایی است که علت تولید سلول غیر عادی در آنها، عملکرد غیر طبیعی غدد لنفاوی یا طحال می باشد. لنفوم می تواند سبب ایجاد تومورهای سفت در نقاط مختلف بدن گردد.

لوسمی: تومورهایی هستند که مغز استخوان را که در سیستم گردش خون نقش مهمی دارد درگیر می کنند و سبب ایجاد سلول های غیر طبیعی در خون مثل گلبول های سفید غیر طبیعی می گردند.

سارکوم ها: تومورهایی سفتی هستند که از بافت همبندی (بافت هایی که باعث پیوند اعضای بدن به هم می شوند) عضلات، استخوان ها، اعصاب و سایر اعضا منشا می گیرد (یعقوبی جویباری و همکاران، ۱۳۹۲).

۲-۱-۱. سرطان پستان

امروزه همواره بیماری ها رو به افزایش می باشد. در این میان سرطان یکی از خطرناک ترین این بیماری ها بوده است. در حال حاضر انواع مختلفی از سرطان وجود دارد که در این میان سرطان پستان یکی از خطرناک ترین آن ها و دلیل مرگ و میر در سال های اخیر دلیل بوده است و در آینده نیز دلیل مرگ و میر های بیشتری خواهد بود. این بیماری اغلب در میان زنان متداول می باشد (سئوسا و بیندو^۱، ۲۰۱۵). سرطان پستان یکی از انواع سرطان هاست که در آن سلول های غیر طبیعی به صورت غیر قابل کنترل در یک یا هر دو سینه رشد می کنند. این سلول ها می توانند بافت های اطراف را مورد تهاجم قرار داده و موجب تشکیل یک توده شوند که اغلب تومور نامیده میشود. همچنین این سلول ها می توانند انتشار

¹ Swetha, T. L. V. N., & Bindu, C. H

یافته و به بافتها و غدد لنفاوی اطراف گسترش یابند که به آن متاستاز گویند. در حالی که میزان شیوع این بیماری در کشورهای در حال توسعه کمتر می باشد، میزان مرگ و میر بیشتر می باشد. بهبود این بیماری به دو عامل اصلی تشخیص در مراحل ابتدائی و انتخاب روش درمان مطلوب وابسته می باشد (بیپ و تیب^۱، ۲۰۱۴).

علت اصلی این بیماری در اکثر بیماران مبهم می باشد، ولی عوامل خطرزای متعددی مربوط به پیشرفت این بیماری می شوند که شامل افزایش سن، سابقه ی خانوادگی، چاقی، مصرف الکل، قرار گرفتن در معرض استروژن، وراثت ژن های مستعد، مشخصا ژن های RBCA1 و RBCA2 دو ژن از مجموعه ژن های انسان هستند که وظیفه اصلی آنها کنترل سلامت DNA و ترمیم جهشها و آسیب های وارده به DNA است وظیفه اصلی دو ژن BRCA1 و BRCA2 ترمیم جهش و آسیب های وارده به DNA است. این دو ژن عضو گروهی از ژنها هستند که به خانواده ژنهای سرکوب گر تومور معروف هستند. برخلاف پیشرفت در شناسایی عوامل خطرزا و نشان های ژنتیکی این بیماری، حدودا ۷۰ تا ۸۰ درصد مواردی که در زنان اتفاق می افتد بدون دلیل شناخته شده ی پیش بینی شده ای می باشد (کلی^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

این بیماری در ابتدا علائم و نشانه ای ندارد. غده شاید آنقدر کوچک باشد که قابل حس کردن نباشد و نشانه های تغییرات غیر معمولی را در خود احساس نکنیم. اغلب ناحیه ی غیر معمول در غربالگری ماموگرافی مشخص شده که پس از آن به تست های گوناگون منجر خواهد شد. در برخی موارد نیز توده توسط خود شخص با دکتر قابل تشخیص می باشد. توده ای که بدون درد، سخت و دارای لبه می باشد بیشتر احتمال توده ی سرطانی بودن را دارد ولی گاها توده نازک و نرم و دایره ای می باشد. به این دلیل است که هرساله ضروری می باشد که هر ساله جهت معاینه به دکتر مراجعه شود. از نشانه های آن می توان به ورم کل یا قسمتی از سینه، خارش یا کم رنگ شدن پوست، درد در سینه، درد یا فرورفتگی در نوک سینه، وجود توده در ناحیه ی زیربغل و ... باشد. روش های متعددی در تشخیص این بیماری مطرح

¹ Yip, C. H & Taib, N

² Kelly, K. M

می شوند معاینه توسط خود شخص، معاینه توسط پزشک، ام آر آی، سونوگرافی، ترموگرافی، بیوپسی، ماموگرافیه (قائمی و مهدوی، ۱۳۹۶).

۲-۱-۲. سبب شناسی سرطان

طبقه بندی عناصر و عوامل مداخله کننده در کارسینوژنیزس شامل ویروس ها و باکتری ها، و عوامل فیزیکی، شیمیایی، ژنتیکی یا مشخصات فامیلی، رژیم غذایی و عوامل هورمونی است (بهرنز و همکاران، ۱۹۹۷).

مشکل است که ویروس ها به عنوان علت سرطان در انسان ارزیابی شوند چون جدا کردن آنها کاری دشوار است. به هر حال وقتی نوع مشخصی از سرطان در گروههای خاصی ظاهر می شود علل عفونی، در نظر گرفته شده یا مورد شک هستند. باکتری ها به عنوان علت سرطان بیش از سال ها است که ارزیابی شده اند اما شواهد اندکی ارتباطی باکتری با سرطان را حمایت می کند. عوامل فیزیکی همراه با کارسینوژنیزس شامل مواجهه با نور خورشید یا تشعشع، تحریک یا التهاب مزمن، و مصرف تنباکو است. تصور می شود که در حدود ۷۵٪ از همه سرطان ها به محیط مرتبط هستند. خطرناک ترین مواد یمیایی اثرات سمی خود را از طریق تغییر ساختمان DNA در نواحی از بدن که از مواجهه با مواد شیمیایی دورتر بوده اند، ایجاد می کنند. کبد، ریه ها و کلیه ها از جمله ارگان هایی هستند که احتمالاً به دلیل نقش خود در سمیت زدایی ماد شیمیایی بیشتر متاثر می شوند (رامچندرن^۱، ۲۰۱۲).

تقریباً نشان داده شده است که در همه انواع سرطان استعداد خانوادگی وجود دارد. این مطلب ممکن است مربوط به ژنتیک، محیط های مشترک، عوامل فرهنگی، شیوه زندگی یا تنها شانس باشد. عوامل مربوط به رژیم غذایی نیز به سرطان های با عامل محیطی مرتبط می شوند. مواد غذایی پیشگیرانه (محافظتی)، سرطان را یا کمک کننده به عامل سرطان را باشند. یکی دیگر از عواملی که در بروز سرطان نقش دارند عوامل هورمونی می باشند. رشد تومور با اختلال در تعادل هورمونی، هم به شکل تولید

¹ Ramchandren R

هورمون توسط خود بدن (آندوژن) و هم به شکل مصرف هورمون های اگزوژن افزایش می یابد (توونسن چین^۱ و لینچ^۲، ۲۰۱۲).

۳-۱-۲. استرس و سیستم ایمنی

در حوزه روان شناسی تندرستی رشته ای به نام ایمنی شناسی روانی-عصبی^۳ وجود دارد که ارتباط بین استرس، عملکرد سیستم عصبی، و سیستم ایمنی را بررسی می کند. پژوهشگران در حوزه های پزشکی و روان شناسی، اختلال هایی را بررسی می کنند که تحت تأثیر پاسخ های مرتبط با استرس می دانند که در سیستم عصبی مرکزی آغاز می شوند. و همچنین تحقیقات روشن کرده است که تجربیات استرس، عاطفه منفی، افسردگی، فقدان حمایت اجتماعی، و سرکوبی و انکار می تواند بر وضعیت عملکرد ایمنی تأثیر بگذارند (هالچین و ویتبورن، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱).

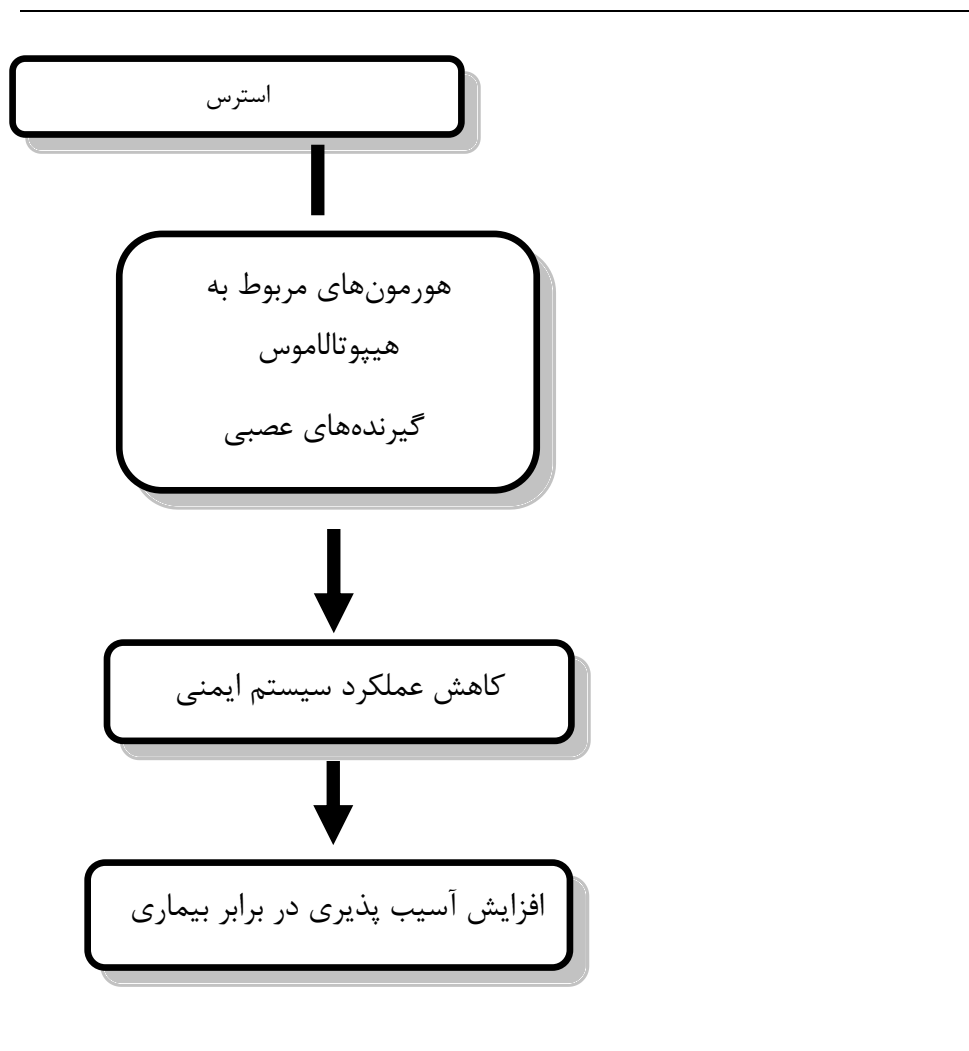
به طوری که در شکل ۱-۲ نشان داده شده است، رویداد استرس زا می تواند یک رشته واکنش هایی را در بدن آغاز کند که مقاومت آن را در برابر بیماری کاهش دهد. این واکنش ها همچنین می توانند نشانه های اختلال جسمانی مرتبط با استرس را تشدید کنند. یک توجیه برای این روابط این است که استرس هورمون هایی را که توسط هیپوتالاموس تنظیم می شوند، تحریک می کند و این هورمون ها فعالیت سیستم ایمنی را کاهش می دهند. وقتی محافظت کاهش می یابد، بدن در برابر عفونت، مواد آلرژی زا، و مهاجمان جدی تر، نظیر مواد سرطان زا کمتر مقاوم می شود. واکنش های سیستم عصبی، همچنین از طریق پایانه های عصب در قسمت هایی از بدن که درگیر سیستم ایمنی هستند، مانند گره های لنفاوی، تیموس، و طحال، عملکرد سیستم ایمنی را تغییر می دهند. این فرایندها، تعداد زیادی از اختلال های جسمانی، از جمله سرطان را توجیه می کند (هالچین و ویتبورن، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲).

شکل ۱-۲. رابطه بین استرس، عملکرد سیستم ایمنی، و بیماری

¹ Townsend W

² Linch D

³ psychoneuroimmunology



۴-۱-۲. سرطان و عوامل روانی

فشار روانی و شخصیت به عنوان دو عامل روان شناختی که ممکن است در بوجود آوردن سرطان سهم داشته باشند. مطالعات حیوانی نشان داده است که فشار روانی غیرقابل کنترل با رشد سرطان مربوط است. فرضیه در حال ظهور این است: افرادی که احساسات قوی را نکارمی کنند بیشتر مستعد بروز سرطان هستند تا افرادی که می توانند به طور مناسبی هیجانات خود را بروز دهند. در یک مطالعه روان شناختی بر روی بیماران سرطانی اکثرا دارای غدد بزرگ غیر قابل علاجی بودند تنها حدود ۳۰ درصد آنها

هیچگونه ناامیدی، یا دلسردی راجع به آینده احساس نمی کردند (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ ترجمه، نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، ۱۳۸۷؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱).

مطالعه ای توسط گریور و موریس (۱۹۷۵) نشان می دهد طریقی که افراد با هیجان قوی مثل خشم روبرو می شوند بویژه مهم است. این مطالعه رابطه بین شخصیت و سرطان پستان در زنان را مد نظر قرار داده بود. روز قبل از انجام معاینه جراحی برای تعیین اینکه آیا غده های سرطانی آنها بدخیم بودند یا نه، زنان مورد مصاحبه قرار گرفتند و آزمونهای روانشناختی از آنها گرفته د. زنانی که بعدا معلوم شد غده سرطانی آنها بدخیم است یا خشم خود را بسیار مستقیم ابراز می کردند یا کاملا آنرا محبوس می ساختند. محققانی که مصاحبه های روان شناختی را انجام دادند و آزمونها را اجرا کردند، اطلاعی از خوش خیم بودن یا نبودن غده سرطانی آزمودنیها نداشتند. هم آنها و هم آزمودنیها از نتیجه نمونه برداری بی اطلاع بودند. هر چند تفاوت هایی معنی داری از لحاظ ابراز خشم بین زنان دارای غده سرطانی بد خیم و خوش خیم وجود داشت، هیچ تفاوت معنی داری در دیگر متغیر ها مثل هوش و افسردگی بین آنها وجود نداشت (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ ترجمه، نجاریان و همکاران، ۱۳۸۷).

براساس نتایج تحقیقات شواهد هم گرایی مبنی بر وجود مجموعه ای از عوامل در برخی از افراد، برای ظهور بالقوه بیماری سرطان یا پیشروری سریع تر در مراحل این بیماری وجود دارد. این عوامل عبارتند از الف) ویژگی های شخصیتی یا سبک های مقابله ای خاص که تحت عنوان سر واژه بیماری سرطان، با تیپ شخصیت C مورد بحث قرار می گیرند. ب) دشواری در بیان عواطف و احساسات؛ ج) نگرش یا تمایل به درماندگی و ناامیدی (تموشوک^۱، ۱۹۸۷). شخصیت های سرطانی، تمایل به افسردگی دارند و بازخورد ناامیدانه ای دارند و مکانیزم دفاعی انکار استفاده می کنند (جعفری و همکاران، ۱۳۸۸). و به جای ابراز نیاز ها و احساسات خود به سرکوب آنها دست می زنند (گارسن^۲، ۲۰۰۷).

متخصصان بالینی با کمک گرفتن از پژوهشی که تیپ شخصیت C را به مستعد بودن برای سرطان ربط می دهد، درمان هایی را برای سرطان ابداع کرده اند که روش های رفتاری را شامل می شوند. برخی از

¹ Temohok, L

² Garssen, B

متخصصان بالینی توصیه کرده اند که به بیماران سرطانی آموزش داده شود به جای اینکه احساسات خشم خود را منکوب کنند، آنها را تخلیه نمایند، و همین طور برای کمک به آرمیدگی، فنون مراقبه را اجرا کنند. علاوه بر این، به بیماران سرطانی یاد داده می شود برای فعال ساختن سیستم ایمنی شان جهت مبارزه با سلول های سرطانی، از تصویر سازی های ذهنی استفاده کنند (هالجین و ویتبورن، ۱۹۴۸، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲).

۲-۱-۵. مولفه شناختی سرطان

مدت ها تصور می شد که استرس علت کاهش پاسخ ایمنی است، ولی اکنون دلایل کافی برای تغییر این نگرش وجود دارد. امروزه فرض بر این است که کاهش پاسخ ایمنی ناشی از شناخت های منفی است. سلیگمن (۱۹۹۰) ضمن مطالعه درباره اسردگی خاطر نشان ساخت که تخلیه کتکولامین ها به واکنش آندروفین می انجامد که آن نیز پاسخ ایمنی را متوقف می کند. در حالی که استرس موجب تخلیه کتکولامین ها می شود، ذکر این نکته مهم است که دستگاه ایمنی اغلب در غیاب استرس متوقف می شود. اگر شناخت های منفی علت ضعف در سیستم ایمنی است، این امر باید بتواند توضیح دهد که چرا پژوهشگران قادر نبودند ضعف در سلامتی، مانند فشار خون بالا را براساس استرس زها، پیش بینی کنند، و چرا شرایط منفی غالبا نشانه ای برای ضعف سلامتی است (فرانکن، ۲۰۰۲؛ ترجمه شمس اسفند آباد، محمودی، امامی پور، ۱۳۸۴؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱).

شواهد دیگر مربوط می شود به تعامل بین نظریه های آشکار و استرس. به نظر می رسد افرادی که دید منفی نسبت به دنیا دارند استرس بیشتری را تجربه می کنند. پژوهش توماکا و بلاسکوویش نشان می دهد که افراد مثبت نگر به دنیا، تکالیف آزمایشگاهی را کمتر استرس زا برآورد می کنند و واکنش های چالش انگیز بیشتری نسبت به تهدید نشان می دهند. براساس نظریه لازاروس، دو مرحله متمایز در ارزیابی وجود دارد، ارزیابی اولیه، که تهدید و آسیب را بررسی می کند، و ارزیابی ثانویه، که مهارت انطباقی را ارزیابی می کند. براساس نظریه لازاروس، ارزیابی اولیه و ثانویه فرایندهای متمایزی هستند. ارزیابی اولیه ابتدا رخ می دهد و باعث واکنش استرس به تهدید یا آسیب می شود، در حالی که ارزیابی ثانویه به دنبال استرس می آید و آن را تعدیل می کند (فرانکن، ۲۰۰۲؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۸۴).

امید، خوش بینی و تفکر سازنده همواره با سلامتی رابطه داشته اند. به نظر می رسد افرادی که دیدگاه مثبتی نسبت دنیا و خودشان دارند به راحتی می توانند از اتفاقات ناگوار دوری کنند. آنها به رفتارهایی می پردازند که آنها را از وضعیت ناگوار فعلی می رهاوند. توانایی تفکر مثبت نه تنها مقدار پاسخ استرس را کم می کند بلکه به رشد مهارت های انطباقی می انجامد (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ ترجمه، نجاریان و همکاران، ۱۳۸۷).

۲-۲. باورهای سلامتی

مدل باورهای سلامتی^۱ ابزاری است که دانشمندان برای آزمایش و پیش بینی رفتارهای مبتنی بر سلامتی از آن استفاده می کنند. در اصل در دهه ۱۹۵۰ این مدل ایجاد و در دهه ۱۹۸۰ به روز شد. این مدل مبتنی بر این نظریه است که تمایل فرد به تغییر رفتارهای سلامتی خود در درجه اول به دلیل درک وی از سلامتی است (شیپرد و توماس^۲، ۲۰۲۰).

از الگوی باور سلامتی به طور گسترده ای برای تبیین رفتارهای مرتبط با سلامتی در بسیاری از نقاط جهان استفاده شده است تا سرنخ هایی را برای اقدامات بیماران در طول بیماریهای خود ارائه دهد و رفتارهای مربوط به سلامتی آنها بر اساس اعتقادات خود تبیین و پیش بینی شود (اکویی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). این الگو توسط باکر^۴ و همکاران (۱۹۷۴) بر اساس تئوریهای روان شناختی انگیزش شناخت و انتظار ارزش ساخته شد. باورهای سلامتی، بیان کننده باورهای فردی و عمل به رفتار آگاهانه است و شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، تهدید درک شده، موانع درک شده مزایای درک شده و خودکارآمدی درک شده می باشد (مختار، ۲۰۲۰). الگوی باورهای سلامتی در ابتدا جهت کمک به منظور پیش بینی واکنشهای رفتاری افراد به بیماری ارائه شد و ده ها سال است که در مطالعات حیطه واکسیناسیون خود مراقبتی و سایر رفتارهای اصلاحی بیمار در جهت کاهش تهدید برای سلامتی به کار می رود (شیپرد و

¹ Health Belief Model

² Sheppard J, Thomas CB

³ Acquaye VA

⁴ Becker MH

توماس، ۲۰۲۰). این مدل بر نقش فرآیند ذهنی فرد در رفتارها تأکید دارد و تغییر باورهای سلامتی قادر است رفتارهای سلامتی را به طور مؤثر تغییر دهد (استروپ و لیهی^۱، ۲۰۱۴).

طبق این مدل، باورهای فردی شما در مورد سلامتی روحی و جسمی در تعیین رفتارهای مربوط به سلامتی تان نقش دارد. عوامل کلیدی که بر رویکردتان نسبت به سلامتی تأثیر می‌گذارد به شرح زیر است:

- موانعی که فکر می‌کنید ممکن مانع راهتان شود
- قرار گرفتن در معرض اطلاعاتی که شما را به اقدام وا می‌دارد
- این فکر که با انجام رفتارهای سالم چقدر سود خواهید برد
- فکر اینکه چقدر مستعد بیماری هستید
- عواقبی که فکر می‌کنید ناشی از بیمار شدن شما خواهد بود
- اعتماد به نفس شما در تواناییتان برای موفقیت

متخصصان بهداشت معمولاً به دنبال روش‌هایی هستند که چنین مدل‌های باور سلامتی ایجاد کنند تا بتوانند بر عملکردهای افراد تأثیر بگذارند. از جمله این روش‌ها، رفتارهای که می‌تواند بر سلامت فردی و عمومی تأثیر بگذارد (کونر و نورمان^۲، ۲۰۱۵).

۲-۱-۲. مولفه های باورهای سلامتی

۲-۱-۲-۲. شدت خطر

احتمال اینکه فرد رفتارهای سلامتی خود را تغییر دهد تا از نتیجه آن جلوگیری کند، به میزان جدی بودن عواقب آن رفتار بستگی دارد (باس^۳، ۲۰۲۰). مثلاً: اگر جوان و عاشق هستید، بعید است از بوسه زدن بر روی لب عزیز خود جلوگیری کنید فقط به این دلیل که دهانش بو می‌دهد و یا اینکه ممکن است سرما بخورید. از طرف دیگر، اگر احتمال دهید بیماری جدی‌تری ممکن به شما انتقال دهد، احتمالاً دست از بوسیدن وی برمی‌دارید.

¹ Straub CL, Leahy JE

² Conner M, Norman P

³ Buss S

به همین ترتیب، وقتی فکر مردم فکر می کنند بیمارهای مقاربتی که ممکن به آن دچار شوند، جزئی است، کمتر از کاندوم استفاده می کنند. اما زمانی که اطلاعات در مورد بیماری ایدز افزایش یافت، روابط جنسی محافظت شدن نیز بیشتر شد. دلیل این امر افزایش شدت درک مردم از خطر بود.

شدت یک بیماری می تواند تأثیر عمده ای بر نتایج سلامتی داشته باشد. با این حال، تعدادی از مطالعات نشان داده اند که شدت خطر که توسط اشخاص درک می شود کمترین تأثیر را برای این دارد که افراد رفتارهای پیشگیرانه سلامتی را رعایت کنند یا نه (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰).

۲-۱-۲-۲. حساسیت درک شده

افراد رفتارهای سلامتی خود را تغییر نمی دهند مگر اینکه باور کنند که در معرض خطر هستند (باس، ۲۰۲۰). مثلاً:

- افرادی که فکر می کنند احتمال ابتلا آنها به آنفولانزا کمتر است، واکسن آنفولانزا را نمی زنند.
 - افرادی که فکر می کنند بعید است به سرطان پوست مبتلا شوند کمتر از کرم ضد آفتاب استفاده می کنند یا در معرض آفتاب قرار می گیرند.
 - کسانی که فکر می کنند امکان ابتلا آنها از طریق رابطه محافظت نشده به ایدز وجود ندارد، کمتر از کاندوم استفاده می کنند.
 - جوانانی که تصور می نمایند امکان ابتلا به سرطان ریه در آنها پایین است، کمتر مصرف سیگار را ترک می کنند.
- تحقیقات نشان می دهد که حساسیت درک شده نسبت به بیماری نقش مهمی در انجام رفتارهای سلامتی پیشگیرانه دارد (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰).

۳-۱-۲-۲. مزایای درک شده

متقاعد کردن مردم برای تغییر رفتاری اگر در ازای این تغییر چیزی دریافت نکنند، دشوار است. اگر در عوض آن چیزی که از آن لذت می‌برد چیزی به شخص نرسد، امکانی که اشخاص آن را رها کنند خیلی کم است (باس^۱، ۲۰۲۰). مثلاً:

- اگر شخصی فکر نکند که با ترک سیگار به نوعی زندگی او بهتر می‌شود، احتمالاً سیگار را ترک نخواهد کرد.
 - یک زن و شوهر معمولاً ترجیح می‌دهند رابطه جنسی ایمنی نداشته باشند. مگر اینکه متوجه شوند رابطه جنسی محافظت شده، زندگی جنسی آنها را بهتر می‌کند.
 - اگر اشخاص ندانند که منفعت فردی برای آنها وجود دارد، ممکن واکسن نزند.
- این مزایای درک شده توسط مردم اغلب با عوامل دیگری از جمله تأثیر مزایای رفتار مرتبط هستند. اگر اعتقاد دارید ورزش منظم و داشتن رژیم غذایی سالم می‌تواند از بیماری قلبی جلوگیری کند. این باور مزایای ادراک شده باعث می‌شود امکان انجام این رفتارها افزایش یابد (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰).

۲-۱-۴. موانع درک شده

یکی از مهمترین دلایلی که مردم رفتارهای سلامتی خود را تغییر نمی‌دهند این است که فکر می‌کنند انجام این کار سخت خواهد بود. تغییر رفتارهای سلامتی نیاز به صرف هزینه و وقت دارد (باس، ۲۰۲۰). موانع معمول درک شده عبارتند از:

- مقدار تلاش لازم
- خطر
- درد و ناراحتی
- هزینه
- ناراحتی
- عواقب اجتماعی

¹ Buss S

گاهی اوقات فقط مسئله دشواری جسمی نیست، بلکه مشکل اجتماعی نیز هست. به عنوان مثال، اگر فکر می‌کنید کاندوم نشانه بی‌اعتمادی در یک رابطه است، ممکن در استفاده از آن مردد باشید. براساس تحقیقات، مشخص شده موانع موجود برای انجام رفتارهای سالم به تنهایی یکی از قدرتمندترین دلایل برای انجام دادن یا ندادن این نوع رفتارها است (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰).

هنگام ارتقاء رفتارهای مربوط به سلامتی مانند واکسیناسیون یا پیشگیری از بیماری مقاربتی، یافتن روش‌هایی برای کمک به افراد برای عبور از موانع موجود مهم است. برنامه‌های پیشگیری از بیماری اغلب می‌توانند با افزایش قابلیت دسترسی، کاهش هزینه‌ها یا ارتقاء باورهای خودکارآمدی بیشتر شود (اکویی و همکاران، ۲۰۱۹).

۲-۱-۵. نشانه‌هایی برای اقدام و خودکارآمدی

یکی از بهترین چیزها در مورد مدل باورهای سلامتی این است که چقدر واقع بین بودن تاثیر در تنظیم رفتار افراد دارد. اینکه فقط فرد تمایل به تغییر رفتارها سلامتی خود داشته باشد کافی نیست که واقعا فرد مجبور به انجام این تغییرات شود. به همین دلیل دو عنصر دیگر نیز لازم است که یک فرد بتواند جهش کند. این دو عنصر شامل نشانه‌های اقدام و کارآمدی می‌شوند. (باس، ۲۰۲۰).

نشانه‌های اقدام، رویدادهای بیرونی هستند که تمایل به ایجاد تغییر در سلامتی را برمی‌انگیزند. این رویدادهای بیرونی می‌تواند حضور یک ون فشار خون در یک نمایشگاه سلامتی، دیدن پوستر کاندوم در قطار، تا دیدن آمار ابتلا به سرطان باشد. نشانه از اقدام چیزی است که به افراد کمک می‌کند که اگر تمایل به ایجاد تغییر در رویکرد مسائل مربوط به سلامتی خود دارند، به سمت عمل حرکت نمایند (اکویی و همکاران، ۲۰۱۹).

خودکارآمدی عنصری است که تا سال ۱۹۸۸ به مدل باورهای سلامتی اضافه نشده بود. خودکارآمدی اعتقاد فرد به توانایی او در ایجاد یک تغییر مرتبط با سلامتی را بررسی می‌کند. شاید به نظر بی‌اهمیت

برسد، اما ایمان به توانایی خودتان در انجام کاری، تأثیر زیادی بر توانایی واقعی‌تان در انجام آن کار دارد (باس، ۲۰۲۰).

۲-۲-۲. تأثیر خودکارآمدی در باورهای سلامتی

یافتن راه‌هایی برای بهبود خودکارآمدی فردی می‌تواند تأثیر مثبتی بر رفتارهای مرتبط با سلامتی داشته باشد (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰). به عنوان مثال، یک مطالعه نشان داد زنانی که احساس خودکارآمدی بیشتری نسبت به شیردهی دارند، احتمال بیشتری دارد که به نوزادان خود مدت بیشتری شیر بدهند. محققان نتیجه گرفتند که آموزش اعتماد به نفس بیشتر مادران در مورد شیردهی باعث بهبود تغذیه نوزادان می‌شود. تصور اینکه شکست خواهید خورد، تقریباً باعث می‌شود که حتماً این اتفاق رخ دهد. در حقیقت، در سال‌های اخیر مشخص شده است که خودکارآمدی یکی از مهمترین عوامل توانایی فرد در مذاکره موفقیت آمیز در مورد استفاده از کاندوم است (اکویی و همکاران، ۲۰۱۹).

۳-۲. سرسختی

۲-۳-۱. تاریخچه سرسختی

سرسختی روانشناختی یک سازه شخصیتی مثبت است که برای اولین بار توسط مدی و کوباسا در دهه هشتاد قرن بیستم بر اساس نظریه های وجودی شخصیت مورد توجه ویژه قرار گرفت. کوباسا (۱۹۷۹) سرسختی روانشناختی را ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان تعریف می کند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل یافته است. کوباسا در تلاش برای رسیدن به عوامل مؤثر پاسخ در برابر استرس که تأثیر منفی وقایع استرس زا را کنترل می کند، به نکات ظریفی در کار سلیه (۱۹۵۶) اشاره می کند. واسطه های میانجی استرس و بیماری شامل آمادگی فیزیولوژیکی، تجربیات دوران اولیه کودکی، منابع اجتماعی و شخصیت (که در اینجا بر آن تأکید می شود) همگی مسؤل چیزی هستند که سلیه آن را شیوه مشخص برخورد هر فرد با وقایع استرس زای زندگی می نامد. کوباسا این نظریه را ارائه کرد که سرسختی روانشناختی مجموعه ای از ویژگی های شخصیتی است که در هنگام مواجهه با وقایع استرس

زای زندگی، به عنوان منبع مقاومت ایفای نقش می کند، امکان بروز علایم بیماری را کاهش می دهد و از تجربیات مفید و متفاوت دوران کودکی نشأت می گیرد (مدی و کوباسا، ۱۹۸۴، به نقل از انریث، ۲۰۱۴).

۲-۳-۲. تعاریف سرسختی

بنابر تعریفی که توسط اسنایدر^۱ (۲۰۱۲) در مورد سرسختی ارائه شده است و همچنین مورد توافق همگان قرار دارد؛ سرسختی "مجموعه و منظومه ای از ویژگی های شخصیتی است که به عنوان منبع مقاومت در برابر رویدادهای استرس زای زندگی عمل می کند". علاوه بر این افراد سرسخت سه مشخصه اساسی دارند، که مجموع آن ویژگی سرسخت بودن را منجر می شود: (الف) هدفمند بودن و تعهد عمیق به مردم و فعالیت هایی که انجام می دهند و مسئولیت هایی که بر عهده می گیرند (ب) احساس کنترل داشتن بر وقایع و رویدادهای پیرامون خود، و نیز (ج) توانایی در نظر گرفتن تغییر و دگرگونی ها به عنوان یک چالش معمول.

در تعریف دیگر سرسختی یکی از عناصر شخصیت است که همه افراد درجاتی از آن را برخوردارند و همچون سایر ساختارها (یا صفات) شخصیتی، همواره در تغییر و تحول است و میزان و پویایی سرسختی تحت تاثیر تجارب رشدی، تفاوت های فردی، جنسی و سنی است. از این رو سرسختی روان شناختی به عنوان یک صفت شخصیتی و یک تعدیل کننده رابطه میان استرس-بیماری شناخته شده است (دای، هانسون، مالتبی، پروکترو وود^۲، ۲۰۱۴).

در تعریفی دیگر سرسختی روانشناختی سرسختی روانشناختی را ترکیبی از باور ها در مورد خویشتن و جهان تعریف می کند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل یافته است (شوری^۳، ۲۰۱۲).

¹ Snyder

² Day, Hanson, Maltby, Proctor & Wood

³ Shorey

۲-۳-۳. ابعاد و نظریه های سرسختی

۲-۳-۳-۱. ابعاد سرسختی

از دیدگاه کوباسا^۱ (۲۰۱۴) فرد سرسخت کسی است که سه مشخصه عمومی دارد: الف) تعهد ب) کنترل ج) مبارزه جویی

- تعهد یعنی اعتقاد به اهمیت، جالب بودن و معنی داری فعالیت های زندگی است. کوباسا معتقد است که تعهد، اساسی ترین عامل حفظ بهداشت است. مناسبات افراد متعهد با خودشان و با محیطشان متضمن فعال بودن و روی آوری است تا منفعل بودن و روی گردانی.

- کنترل کوباسا با استفاده از منبع کنترل راتر به مفهوم کنترل دست یافت. افراد منبع کنترل را بر اساس تجارب و یادگیری مرتبط با تقویت می آموزند. ویژگی شخصیتی کنترل شامل تمایل شخص به احساس و اقدام به نحوی که گویی در رویارویی با شرایط و مقتضیات گوناگون زندگی صاحب نفوذ و تسلط است، می باشد تا درمانده و وامانده.

- مبارزه جویی تعهد به عنوان سیستم اعتقادی است که تهدید ادراک شده ناشی از وقایع استرس زای زندگی را به حد اقل می رساند. یعنی این اعتقاد که در زندگی تغییر از ثبات عادی تر است و این که انتظار تغییر داشتن محرکی برای رشد است نه تهدیدی برای امنیت. افراد مبارزه جو تغییر را با آغوش باز می پذیرند و آن را نوعی چالش تلقی می کنند.

۲-۳-۴. نظریه های سرسختی

۲-۳-۴-۱. نظریه کوباسا در مورد سرسختی

کوباسا (۲۰۱۴) با استفاده از نظریه های وجودی در شخصیت، سرسختی را ترکیبی از باور ها د مورد خوشیتن و حعان تعریف می کند که سه مؤلفه تعهد ، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است . شخصیتی که از تعهد بالایی برخوردار است به اهمیت ، ارزش و معنای این که چه کسی است و چه

^۱ Kobasa

فعالیت هایی انجام می دهد، پی برده است و به همین مبنا قادر است در مورد آنچه که انجام می دهد معنایی بیابد و کنجکاوی خود را برانگیزد. این اشخاص در بسیاری از جنبه های زندگیشان همچون شغل، خانواده و روابط بین فردی کاملاً آمیخته می شوند افرادی که در مؤلفه کنترل قوی هستند، رویداد زندگی را قابل پیش بینی کنترل می دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش، آنچه را در اطرافشان رخ می دهند تحت تأثیر قرار دهند. چنین اشخاصی برای حل مشکلات، به مسئولیت خود بیش از اعمال و یا اشتباهات دیگران تأکید می کنند. مبارزه جویی نیز باور به این امر است که تغییر، نه ثبات و نه امنیت، جنبه طبیعی زندگی است. اشخاصی که مبارزه جویی بالایی دارند، موقعیت های مثبت و یا منفی را که به سازگاری مجدد نیاز دارند، فرصتی برای یاد گیری رشد می دانند تا تهدیدی برای امنیت آسایش خویش. چنین باوری انعطاف پذیری شناختی، قدرت تحمل رویداد ها و موقعیت های مبهم و نا احت کننده زندگی را به همراه دارد.

از دیدگاه کوباسا سرسخت کسی است که سه مشخصه عمومی دارد.

- ۱- اعتقاد به این که قادر به کنترل یا تأثیر گذاری بروی حوادث است و استرس را قابل تغییر می داند.
- ۲- توانایی احساس عمیق در آمیختگی و یا تعهد نسبت به فعالیت های که فرد انجام می دهند.
- ۳- انتظار این که تغییر، یک مبارزه هیجان انگیز برای رشد بیشتر است و آن را جنبه ای عدی از زندگی می داند (کوباسا، ۲۰۱۴).

کوباسا (۲۰۱۴) برای بررسی این تئوری سه فرضیه ارائه کرد و آنها را در پژوهش خود مورد آزمایش قرار داد و این فرضیات به صورت زیر بوده اند.

فرضیه ۱- در میان اشخاصی که تحت شرایط پر استرس هستند، آنهایی که دارای احساس کنترل بیشتری بر روی اتفاقات زندگی شان هستند، از سلامتی بیشتری نسبت به افراد که در مقابل نیرو های خاجی احساس ضعف می کنند، برخوردارند.

فرضیه ۲- در میان اشخاصی که تحت شرایط پر استرس هستند آنهایی که به مسائل مختلف زندگی شان احساس تعهد می کنند سالمتر از افرادی هستند که دچار بیگانگی می شوند.

فرضیه ۳- در میان اشخاصی که تحت شرایط پر استرس هستند آن دسته که تغییر را یک مبارزه می دانند سالم تر از اشخاصی هستند که تغییر را یک تعهد در نظر می گیرند .

سرسختی چیزی فراتر از جمعی سه مولفه تعهد ، کنترل و مبارزه جویی است. کوباسا، مادی و زولا^۱ (۲۰۱۴) اظهار می دارند که انعطاف پذیری روانشناختی افراد سرسخت، صرفاً از تأثیر انفرادی این سه مولفه سرچشمه می گیرد بلکه ناشی از شیو مقابله ای خاصی است که با ترکیب پویایی این سه مولفه همخوان است .

از دید کوباسا و همکاران (۲۰۱۴) در واقع ، سرسختی ساختار واحدی است که یکپارچه سازی مولفه هایش می پردازد ، به عبارت دیگر سرسختی تمایز های مولفه هایش را از بین می برد و در آنها یکی یکی همگونی ایجاد می کند و ویژگی شخصیتی سرسختی نگرش درونی خاصی را به وجود می آورد که شیوه رویارویی افراد با مسائل مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد ، همچنین سرسختی باعث می شود که فرد استرس را به صورتی واقع بینانه و با بلند نظری مورد توجه قرار می دهد. همچنین سرسختی زائیده دانشی است که بر مبنای آن شخص به منابع بیشتری برای پاسخ گویی به استرسور های دسترسی پیدا می کند. در نهایت سرسختی باعث پژوهش دیدی خوشبینانه نسبت به استرسور ها می شود. بعبارتی صفت مبارزه جویی فرد سرسخت را قادر می سازد تا حتی حوادث نا خوشایند را بر حسب امکانی برای یاد گیری نه برای ایمنی در نظر بگیرد و تمامی این جنبه ها باعث پیشگیری یا کوتاه شدن مدت پیامد های منفی حوادث استرس زا می شود . در واقع سرسختی سپری در مقابل برانگیختگی شدید فیزیولوژیکی در اثر حوادث استرس زا است که سیله و دیگر محققان معتقدند عامل آسیب پذیری در مقابل بیماری ها می باشد .

۲-۳-۴-۲. نظریه براون در مورد سرسختی

از دید براون (۲۰۰۹؛ به نقل از شری، ۲۰۱۲) ویژگی های سرسختی و روانشناسی عبارتند از :

۱- حس کنجکاوی قابل توجه

توانایی شناختی برای پرس و جو .

¹ Kobasa, Maddi & Zola

پرورش کنجکاوی و ارزش دادن به آن .

افزایش دانش و معلومات .

پرس و جوی عمیق .

رشد خلاقیت

۲- تمایل به داشتن تجارب معنی دار .

درک تجربه

ارزش دادن به تجربه .

توانایی باز شناسی الگوی گشتالت .

توانایی نظم دادن به اهداف .

آسوده بودن و آرامش داشتن .

جرقه ذهنی پرس و جو .

۳- اعتقاد به مؤثر بودن آنچه که مورد تصور ذهنی قرار گرفته است .

اعتقاد به مؤثر بودن رفتار ها .

تجارب گذشته بتواند موجب پرورش این اعتقاد شود که شخص توانایی تأثیر گذاری دارد .

تمایز گذاری .

سرسختی و اصرار .

اعتقاد زیاد به خود .

تحقق امور مورد انتظار

دانش و معلومات لازم برای انتخاب کردن .

قدرت اداره کردن

دانش کنترل شخصی .

۴- انتظار این که تغییر امری طبیعی است و هر محرک با اهمیت می تواند موجب رشد و پیشرفت گردد

(براون، ۲۰۰۳؛ به نقل از شری، ۲۰۱۲).

تجارب قبلی از تغییر مؤثر و کارآمد .

موافق تغییر (میزان تغییر اندک تا شدید) .

توانای شناختی برای پذیرش تغییر مهارت های اجتماعی برای دستیابی به حمایت و کمک .

محرك جویی .

تحمل بالا برای تغییر .

جستجو گر تغییر .

خود شکوفایی .

۵- ابراز وجود ، نیرومندی و پر انرژی بودن .

داشتن رفتار ابراز وجود قبلی که با ادراک موقعیت همراه بوده باشد .

توانمندی فیزیکی

کنترل شخصی

خود شکوفایی .

سرسختی روانی .

۶- توانایی استقامت و مقاومت .

توانمندی .

تجارب گذشته مثبت همراه با سرسختی روانی .

توانمندی ذهنی (آمادگی) .

توانایی مقابله با استرس .

دستیابی به هدف

این ویژگی های مختلف می توانند در سازگاری با وقایع استرس آور زندگی مفید باشند. منطق انتخاب این ویژگی ها ارزیابی های شناختی خوش بینانه ای است که می تواند علیرغم استرس آور بودن آنها باعث درک معنی داری و طبیعی ویژگی ها از سوی فرد شوند . با این وجود تصمیم گیری قاطعانه می

تواند منجر به یکپارچگی آنان در تجارب آینده شود. به این ترتیب افراد سرسخت وقایع استرس آور را به وقایع قابل تحمل تر تبدیل می کنند (براون، ۲۰۰۵؛ به نقل از مادی^۱، ۲۰۱۴).

۲-۳-۴. نظریه لماکی در مورد سرسختی

لماکی^۲ (۱۹۸۲؛ به نقل از انریث^۳، ۲۰۱۴) پیشنهاد می کند افرادی که تفسیر های بد بینانه ای از زندگی دارند در معرض مخاطرات طبیعی هستند زیرا سیستم دفاعی بدن آنها عملکرد مطلوب ندارد. به این ترتیب وقایع استرس آوردگی به عنوان پیشرو یا پیشاینده سلامت و سرسختی روانشناختی عامل تعدیل کننده در پیواستار بیماری استرس می باشد و معتقد است که احساس پیوستگی فرد مهم ترین پیشاینده مربوط به سرسختی است. وی می گوید؛ پیوستگی شامل احساسات و پویای اعتماد است که شخص نسبت به محیط بیرونی و درونی دارد و می تواند بر احساس آنها به صورت منطقی وقایع را پیش بینی کند. چرا که بعضی از افراد از دیگران از لحاظ روانشناختی سرسخت ترند؟ دلیل این امر چیست؟ دو تجربه را که احتمالاً منجر به این وضع می شود پیشنهاد می کنند. اول احتمال افراد سرسخت الگویی در پیش رو داشته اند که آنها را در زمینه تعهد، کنترل و مبارزه طلبی سرمشق قرار داده اند و این الگو با پیامدهای مثبت و سالمی رو به رو داشته اند. دوم، از آنجا که سرسختی روانشناختی را می توان یاد گرفت، احتمالاً افراد در مواجهه با وقایع کارآمدی و کنترل بر محیط کسب کرده اند.

۲-۳-۴. نظریه مدی و پوکتی در رابطه با سرسختی

مدی و پوکتی^۴ (۲۰۰۹؛ به نقل از انریث، ۲۰۱۴) اظهار می دارند احتمالاً تجارب دوره کودکی و تعامل با والدین و اطرافیان می تواند منجر به یک شخصیت سرسخت شود. این نویسندگان در این زمینه بر جنبه های مثبت رابطه تأکید دارد. احساس کنترل می تواند ناشی از تجارب منظم و موفقیت در انجام وظایف باشد و مبارزه طلبی را می توان از طریق تجارب متعدد وتوام با تغییرات در هنجار ها برای کودک به وجود آورد، یک پیامد ویژگی سرسختی روان شناختی، حفظ سلامت در برابر وقایع استرس آور زندگی

¹ Maddi

² Lemaci

³ Enright

⁴ Medi & Pokti

است و آثار واسطه ای و تعدیل کننده سرسختی روانشناختی به عنوان یک محافظت اساسی در برابر بیماری عمل می کند. آثار واسطه ای زمانی رخ می دهد که وقایع رنج آور زندگی خیلی منفی تلقی نشوند و در نتیجه چندان زیانبار بحساب نیایند. در این نظریه بیان شده است که افراد با سرسختی بالا در مقایسه با افرادی با سرسختی پایین، رویداد های استرس زا را مثبت تر و قابل کنترل تر ارزیابی می کنند و همین امر باعث می شود تا برانگیختگی های فیزیولوژیکی که در ارزیابی منفی رویداد ها ایجاد می شود و به بروز بیماری ها منجر می گردد.

نظریه پولاک در مورد سرسختی

۵-۴-۳-۲

پولاک (۱۹۸۹) براساس مفهوم سرسختی کوباسا، مفهوم سرسختی سلامت را مطرح کرد. مفهوم سرسختی سلامت، ارتباط بیشتری با زمینه های سلامت و بیماری دارد. سرسختی مرتبط با سلامت به این اشاره دارد که تا چه حد فرد به انجام فعالیتهای مرتبط با سلامت متعهد است، سلامت خود را کنترل پذیر ادراک می کند و عوامل استرس زای سلامتی را فرصتی برای رشد شخصیتی در نظر میگیرد سرسختی مرتبط با سلامت ویژگی شخصیتی است که با مؤلفه های کنترل مبارزه طلبی و تعهد موجب سازگاری افراد با مشکلات جدی و مزمن سلامت میشود (پولاک، ۱۹۸۹). افراد دارای سرسختی سلامت ضمن ارزیابی مثبت رویدادها از راهبردهای مقابلهای مؤثر برای مقابله با بیماریها استفاده می کنند، از حداکثر منابع خود استفاده می کنند و تمایل به ارزیابی مجدد استرس زاهای سلامت به عنوان عواملی سودمند برای رشد و یادگیری نه تهدید کننده و زیان بخش دارند (بروکس^۱، ۲۰۰۸).

^۱ Brooks, MV

یکی از مشهور ترین الگوهای شخصیتی رفتاری الگوی شخصیتی الف می باشد. در سال ۱۹۵۹ در متخصص قلب به نامهای فریدمن و روزنمن^۱ مشاهده کردند که مردان و زنانی که دارای ویژگی هایی از قبیل تلکم سریع، رقابت جویی، بی حوصلگی، سخت کوشی، پرخاشگری و خشونت هستند حدوداً هفت برابر بیشتر از افراد فاقد همین ویژگی ها مستعد ابتدا به بیماریهای کرون قلبی می باشند. الگوی شخصیتی رفتاری الف - آمیزه ای کنشی - هیجانی است که با تلاشی افراطی جهت کسب امتیازات زیاد چه بسا نامحدود در زندگی و در کوتاهترین زمان ممکن و در مخالفت و در قالب یا افراد دیگر مشخص می شود (فریدمن و روزنمن، ۱۳۵۹؛ به نقل از حقیقی و همکاران، ۱۳۹۱).

افرادی که با متغیر شخصیت منبع کنترل درونی مشخص می شوند، اعتقاد دارند، تقویتی که آنها دریافت می کنند تحت کنترل رفتارها و ویژگی های خود آنهاست. آنهایی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند تصور می کنند که تقویت توسط دیگران، سرنوشت، یا شانس کنترل می شود. آنها متقاعد شده اند که در رابطه با این نیرو های بیرونی، عاجز هستند. منبع کنترل ما تأثیر زیادی بر رفتارمان دارد. افراد دارای منبع کنترل بیرونی، معتقدند رفتارها و توانایی هایشان تأثیر زیادی در تقویت های که دریافت می کنند، ندارند، اغلب ارزش کمی برای هرگونه تلاش در جهت بهبود شرایط خود قائل اند. در مقابل افراد دارای منبع کنترل درونی معتقدند که آنها کنترل جدی بر زندگی دارند و طبق آن نیز رفتاری می کنند. این افراد ارزش بیشتری برای مهارتها و پیشرفت های خود قائل اند، نسبت به نشانه های محیطی که برای هدایت رفتار خود به کار برند هوشیارتر هستند. آنها اضطراب کمتر و اعتماد به نفس بیشتری را گزارش می دهند،

^۱ Feid man & Rozen man

آمادگی بیشتری برای پذیرفتن مسئولیت اعمالشان دارند، و از سلامتی روانی و جسمانی بیشتری برخوردار دارند (ویسی و همکاران، ۱۳۸۹).

۲-۳-۵. عزت نفس

عمدتاً حاصل موفقیت‌ها و شکست‌های مربوط به پیشرفت است که تأثیر مهمی بر پیشرفت بعدی ندارد افرادی که عزت نفس کمی دارند دچار اضطراب زیاد می‌شوند. برخی معتقدند که مهمترین فایده عزت نفس زیاد این است که خود در برابر اضطراب محافظت می‌کند. پس عزت نفس کم افراد را نسبت به اضطراب آسیب پذیر می‌سازد اما چون عزت نفس کم بد است بدان معنی نیست که متورم کردن عزت نفس خوب است، در واقع، عزت نفس متورم جنبه تیره هم دارد. افرادی که خود انگاره ی متورم دارند، وقتی که خود انگاره مطلوب آنها تهدیدی می‌شود به نحو چشمگیری برای پرخاشگری و اقدامات خشونت بار مستعدی می‌شوند. عزت نفس نتیجه نهایی کارکرد سازگارانه و ثمر بخش خود است عزت نفس درست مثل خوشحالی است، به این صورت که وقتی سعی می‌کنید خوشحال باشید، افراطی عمل نمی‌کنید. بلکه خوشحالی پیامد جالبی خوشنودی‌ها، پیروزی‌ها و روابط مثبت زندگی است. به همین نحو، عزت نفس پیامد جالبی رسیدن به آرزوها و آمال شخصی و تبعیت از هنجارهایی است که فرهنگ آنها را تعیین کرده است (فاتحی زاده و احمدی، ۱۳۸۴).

۲-۳-۶. تفاوت های افراد در سرسختی

کوباسا (۲۰۱۴) بیان نمود که یکی از تفاوت های افراد در سخت کوشی، تفاوت در میزان خودشکوفایی آنهاست. در بررسی مفهوم سرسختی و خود شکوفایی معلوم شده است که این دو خصوصیه از جهات متعددی همسو هستند. شخصیت را بر اساس یک نیروی اساس شکل می‌دهد. زندگی به عنوان فرآیندی از بروز این نیرو در نظر گرفته می‌شود، نه حاصل نیروهای متضاد یا متعارض. وی با توجه به ماهیت این نیرو ما بین دو گونه مختلف مدل کامروایی تفاوت قائل شده است و افرادی که دارای ویژگی های

خودشکوفایی هستند، از میزان سرسختی بالاتری برخوردارند و یکی از ویژگی های افراد سر سخت این است که وقتی در مقابل مشکلات قرار می گیرند کمتر هیجانی می شوند و بیشتر عقلانی هستند و این مسأله باعث شده که در زمان کمتر به این نتیجه دست یابند که مردان سر سخت ترند زیرا زنان در برابر مشکلات بیشتر از مردان واکنش هیجانی نشان می دهند.

۴-۲. رویدادهای زندگی

زندگی بشر از بدو تولد تا لحظه ی مرگ سرشار از پیشامدهای گوناگونی است که اغلب از طرف انسانها، به دو دسته ی مطلوب و نامطلوب یا خوشایند و ناخوشایند تقسیم می شود. رخدادهای گروه اول، همچون: کسب مال، مقام، شهرت، موفقیت، سلامتی و... انسان را به وجد میآورد و خوشحال می کند و رویدادهای دسته دوم مانند: فقر، شکست، بیماری، مرگ و... توأم با رنج و درد است که حتی اندیشیدن به آنها آدمی را به ستوه می آورد (گوستلا و مولدز، ۲۰۰۷).

رویدادهای زندگی شامل رویدادهای مجزا مشاهده شدنی و قابل گزارش عینی اند که مستلزم نوعی سازگاری اجتماعی یا روان شناختی یا هر دو هستند. مرگ یکی از اعضای خانواده شروع کاری جدید و متولد شدن نوزاد در خانواده از نمونه های مهم تر رویدادهای زندگی است (شارما^۲، ۲۰۱۶). مشکلات مالی مشکلات و نبود امنیت شغلی مشکلات خانوادگی، نگرانی درباره مرگ نزدیکان و مسائل مربوط به روابط زناشویی و بارداری به عنوان رویدادهای استرس زای زندگی شناخته می شوند (رضایی و همکاران، ۲۰۱۹). بروز بعضی از رویدادها در زندگی می تواند اثرات جبران ناپذیری بر افراد داشته باشد؛ برای مثال پژوهش لیو و ژانگ^۳ (۲۰۱۸) نشان داد بیش از ۷۵ درصد از افرادی که حداقل یک رویداد منفی را در زندگی خود تجربه کرده اند، گرایش به خود کشی داشته اند و این حوادث مربوط به مشکلات در ازدواج، محیط خانه شغل و ارتباطات دوستانه است.

¹ Guastella, A., & Moulds, M

² Sharma M

³ Liu Y, Zhang J

علاوه بر پژوهش اصلی درباره رویدادهای استرس زای زندگی در سال ۱۹۶۷ توسط هولمز و راهه که نشان داد ارتباط روشنی بین رویدادهای استرس زای زندگی با مشکلات روان شناختی وجود دارد، پژوهشهای بالینی نیز نشان داده اند افرادی که دچار مشکلات روانی هستند ۵/۲ برابر بیشتر رویدادهای منفی زندگی را تجربه کرده اند (اثری و لنگرانی^۱، ۲۰۱۶). همچنین پژوهشگران نشان داده اند افرادی که دچار افسردگی هستند در بیش از ۸۰ درصد موارد حداقل یک رویداد استرس زا را تجربه کرده اند (اثری و لنگرانی، ۲۰۱۶).

هر ساله انجمن روان پزشکی آمریکا نظرسنجی با عنوان استرس در آمریکا انجام میدهد انجمن روان پزشکی آمریکا^۲ (۲۰۱۳) طبق نظرسنجی سال ۲۰۱۳، حدود ۴۲ درصد از بزرگسالان گزارش کردند که سطوح استرس

در آنها نسبت به ۵ سال گذشته افزایش پیدا کرده است ۳۶ درصد نیز گفتند که میزان استرس آنها تغییری نکرده است؛ در حالی که ۶۱ درصد از بزرگسالان عنوان کردند که مدیریت استرس برای آنها اهمیت دارد، ولی تنها ۳۵ درصد به معنای واقعی به مدیریت استرس خود پرداختند؛ ۴۴ درصد بزرگسالان گزارش کردند که به اندازه کافی برای مدیریت استرس وقت نگذاشته اند و ۱۹ درصد نیز گفته اند که هرگز برای مدیریت استرس کار عملی انجام نداده اند به همین خاطر شناسایی عوامل محافظت کننده در برابر این رویدادهای استرس زا از اهمیت دوچندانی برخوردار است.

۲-۴-۱. استرس

به طور کلی اصطلاح فشار عصبی یا استرس از کلمه لاتین استرینگر^۳ مشتق شده است که به معنای در آغوش گرفتن، فشردن و باز فشردن است. رفتارهایی که می توانند با احساسات متضاد همراه باشند. فشرده شدن یا زیر فشار قرار گرفتن به اختناق منتهی می شود و احساس درماندگی و اضطرابی را به

^۱ Assari, S., & Lankarani, M. M

^۲ American Psychiatric Association

^۳ Stringere

وجود می آورد که قلب و روح را در برمی گیرد. بدین ترتیب درماندگی و استیصال^۱ اصطلاح دیگری است که از استرینگر مشتق شده است و بیانگر احساس رها شدگی، انزوا، ناتوانی و جز آن است که در یک موقعیت حاد (نیاز، خطر، رنج) در فرد ایجاد می شود (دادستان، ۱۳۹۹).

استرس^۲ ادراک شده بخشی از زندگی روزمره است. استرس حالت یا فرایندی روانشناختی است که در هنگام وقوع اش فرد با حوادثی مواجه می شود که آنها را نسبت به بهزیستی جسمی و روانشناختی خود تهدید آمیز ادراک می کند. استرس ادراک شده از تعامل با محیط نشأت می گیرد و زمانی رخ می دهد که بین فشارهای (استرس های) موقعیتی و منابعی که فرد در اختیار دارد ناهماهنگی وجود داشته باشد (هزاوه ای، حسینی، معینی، مقیم بیگی، حمیدی، ۱۳۹۱). عامل تنیدگی یا استرس در برگیرنده نشانگانی همانند احساس فشار روانی (استرس یا تنیدگی) و احساس مضیقه است (وطن پرست، خلیل زاده، محمدی، یادگاری و عزیزی، ۱۳۹۳). استرس ادراک شده واقعیتی غیر قابل انکار در زندگی بشر است و بعنوان یکی از مهمترین عوامل پیدایش بیماری ها شناخته می شود بنابراین، نحوه پاسخ یا واکنش به آن که می تواند در سازگاری فرد نقش بسزایی داشته باشد، مسأله ی بسیار مهمی است (نیکنامی، دهقانی، بوراکی، کاظم نژاد و سلیمانی، ۱۳۹۳).

در عصر جدید، پیشرفت علم و تکنولوژی از یک سو شرایط زندگی را تسهیل نموده است و از سوی دیگر تحولات سریع اجتماعی و پیچیدگی های زندگی امروزی سلامت و آرامش را تهدید می کند. به همین دلیل افراد اغلب از استرس، رنجش بی دلیل یا از بی کفایتی در رویارویی با مشکلات زندگی رنج می برند (صالحی و مسلمان، ۱۳۹۴).

استرس شرایطی است که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می آید و موجب ایجاد ناهماهنگی — چه واقعی و چه غیر واقعی — میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می شود. در اینجا هر چهار جز را به طور مختصر توضیح می دهیم (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸):

^۱ Distress

^۲ stress

۱. استرس از توان زیستی، روانی و اجتماعی فرد، برای سازگاری با وقایع یا شرایط مشکل، می‌کاهد. این توان‌ها محدودند.

۲. عبارت «ملزومات یک موقعیت» به مقدار منابعی که برای تطابق با یک موقعیت استرس آور، مورد نیاز است، گفته می‌شود.

۳. زمانی که میان ملزومات یک موقعیت و منابع فرد توازن برقرار نباشد، تضادی به وجود می‌آید.

۴. ما ملزومات، منابع و تضادها را در تعامل با محیط ارزیابی می‌کنیم. عوامل بسیار بر این تعامل اثر می‌گذارد مانند تجربیات گذشته و جنبه‌های گوناگون موقعیت.

۲-۴-۲. جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی استرس

۲-۴-۲-۱. مولفه‌های زیست‌شناختی استرس

الف) پاسخ سمپاتیک / آدرنال و هیپوفیز / آدرنال

وقتی مردم با چالشی رو برو می‌شوند، معمولاً تلاش زیادی برای کنار آمدن با آن به خرج می‌دهند. همچنین وقتی مردم کنترل از دستشان خارج می‌شود، معمولاً کوشش می‌کنند تا دوباره کنترل را به دست گیرند. تحت این شرایط، بدن یک پاسخ سمپاتیک / آدرنال می‌دهد. دستگاه سمپاتیک به فرد اجازه می‌دهد با فعال ساختن بدن خود به درخواست‌های آنی محیطی پاسخ گوید: ضربان قلب بالا می‌رود، فشار خون افزایش می‌یابد و فرد هشیار تر می‌شود و خلاصه، فرد انگیزه می‌شود (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد، محمودی، امامی پور، ۱۳۹۹).

دستگاه سمپاتیک / آدرنال مسئول انگیزه‌گری است و دستگاه هیپوفیز / آدرنال بیشتر مربوط به واکنش جنگ و گریز می‌شود. در شرایط استرس پاسخ‌های سمپاتیک / آدرنال و هیپوفیز آدرنال همزمان رخ می‌دهند. با وجود این این دو دستگاه در برخی از شرایط جداگانه عمل می‌کنند. معمولاً وقتی می‌کوشیم با انجام دادن برخی از انواع رفتارهای انطباقی بر استرس کنترل پیدا کنیم. وقتی سطح کنترل خود را به دست می‌آوریم، سطح کورتیزل افت می‌کند، در حالی که سطح اپی نفرین بالا می‌رود. کورتیزل

شاخص عمل دستگاه هیپوفیز/آدرنال و اپی نفرین به عنوان شاخص فعالیت دستگاه سمپاتیک/آدرنال می دانند (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

ا) نشانگان عمومی انطباق^۱

مطالعه علمی استرس با پژوهش‌های سلیه^۲ آغاز شد که اولین مقاله او در این زمینه به سال (۱۹۳۶) منتشر گردید. وی تغییرات فیزیولوژیایی و روان‌شناختی ناشی از تنیدگی را مورد توجه قرار داد. سلیه در این تئوری تشریح کرد که چگونه تعادل حیاتی از هم می‌پاشد. وی واکنش در برابر استرس را در یک فرایند سه مرحله ای موسوم به نشانگان عمومی انطباق (GAS) خلاصه کرد (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸):

۱. **مرحله هشدار^۳:** نخستین مرحله GAS، همانند واکنش جنگ- یا گریز موردی اضطراری است- کار آن، بسیج نیروهای بدن است. به هنگام آغاز مرحله هشدار، برانگیختگی روی می دهد؛ این برانگیختگی با وضعیت فشار خون سنجیده می شود- برای مثال فشار خون برای یک لحظه پایین می افتد، اما به سرعت بالا می رود. برانگیختگی شدید، در نتیجه ترشح هورمون ها به وسیله سیستم غدد درون ریز ایجاد می شود: غده هیپوفیز، ماده ACTH را ترشح می کند که افزایش ترشح اپی نفرین، نور اپی نفرین و کورتیزول را به وسیله غدد آدرنال در جریان خون، سبب می شود. در پایان این مرحله، بدن کاملاً بسیج شده است تا در برابر استرس به شدت مقاومت نشان دهد. اما بدن نمی تواند این برانگیختگی شدید را برای مدتی طولانی حفظ کند. بعضی از موجوداتی ک مدتی طولانی، در شرایط بسیار پر استرس مرحله هشدار نگه داشته شده اند، طی چند ساعت یا چند روز مرده اند (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

¹ General Adaptation Syndrome

² Selye, H

³ Alarm reaction

۲. **مرحله مقاومت**^۱: اگر استرسی تداوم یابد، اما آنقدر شدید نباشد که به مرگ بینجامد، واکنش فیزیولوژیکی وارد مرحله مقاومت می شود. در این مرحله، بدن شروع به سازگار شدن با عامل استرس را می کند. برانگیختگی فیزیولوژیکی تا حدی تعدیل می یابد، اما به هر صورت بالاتر از حالت طبیعی باقی می ماند. با وجود تداوم این میزان از برانگیختگی، ارگانیزم ممکن است نشانه های اندکی از استرس را نشان می دهد. اما توانایی مقاومت آن در مقابل استرس های جدید، ممکن است مدت ها مختل شود. براساس نظریه سلیه، یکی از پیامدهای این اختلال، افزایش آسیب پذیری در برابر مشکلات بهداشتی است که او آن را «بیماری های سازگاری» نامیده است. این مشکلات بهداشتی، مواردی از قبیل فشار خون بالا، زخم معده، آسمو بیماری هایی که بر اثر اختلال سیستم ایمنی به وجود می آیند را شامل می شود (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

۳. **مرحله فرسودگی**^۲: برانگیختگی فیزیولوژیکی طولانی مدت، تضعیف سیستم ایمنی و کاهش اندوخته های انرژی را در پی دارد، به حدی که مقاومت بدن محدود می شود. در این زمان، مرحله فرسودگی آغاز می شود. اگر استرس ادامه یابد، احتمال آسیب و بیماری عضوهای درونی و حتی مرگ نیز وجود دارد (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

۲-۲-۴-۲. مولفه آموخته شده استرس

الف) پیش بینی ناپذیری و پاسخ استرس

تجربه ما از استرس به چندین عامل روانی بستگی دارد. پژوهش ها نشان می دهد اگر به طور مکرر در معرض رویداد آزاردهنده پیش بینی ناپذیر قرار بگیریم، دچار استرس و بیماری می شویم. استرس پیش بینی ناپذیر در مقایسه با استرس پیش بینی پذیر، کورتیکوسترون بیشتری تولید می کند، باعث زخم معده، تغییر سطح گلوکز و اسیدهای چرب و نقص عملکرد ماهیچه قلب می شود (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

¹ Stage of resistance

² Stage of exhaustion

پژوهشگران ضمن بررسی های خود درباره نقش پیش بینی پذیری توانسته اند سه عامل موثر را در استرس زایی محرک های آزار دهنده شناسایی کنند: تمیز نشانه های استرس، قابلیت دسترسی به یک پاسخ انطباقی، و تجربه مکرر محرک آزاردهنده.

تمیز نشانه های استرس. پژوهش ها نشان می دهد اگر موجود زنده ای استرس ادواری را تجربه کند، دانستن اینکه استرس چه موقع رخ می دهد، به او کمک می کند تا قبل از شروع استرس آماده شود و بعد از اتمام آن نیز آرامش یابد. بنابراین یاد گرفتن تمیز نشانه هایی است که شروع استرس را اعلام می کند (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

دسترسی به پاسخ انطباقی. پاسخ انطباقی استرس را کاهش می دهد. مطالعات نشان می دهد این احتمال که تاثیر آنها به خاطر فعالیت (تمرین) بیشتر باشد- که با اجتناب فعال همراه است- پذیرفتنی نیست. واکنش انطباقی در صورتی موثر است که نسبتا آسان و به دور از تضاد باشد. بنابراین در زندگی روزمره اگر فرد یاد بگیرد که چه کاری را انجام دهد استرس کمتری را تجربه می کند (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

تجربه مکرر با محرک اجتنابی. مطالعات نشان می دهد که واکنش استرس حاد باعث تخلیه نوراپی نفرین می شود. در حیوانات، پس از واکنش استرس حاد، یادگیری کند می شود. این کاهش در یادگیری به تخلیه نوراپی نفرین نسبت داده شده است. ماریان فرانکن هاوسر (۱۹۸۰) می گوید که مواجه شدن مکرر با عاملی استرس زا وقتی واکنش استرس را کم می کند که در درگیری روان شناختی کاهش یابد (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

ب) منابع استرس

در این قسمت به دو دسته از منابع استرس مرتبط با پژوهش حاضر می پردازیم: منابع درون فردی و منابع درون خانوادگی.

منابع درون فردی. بعضی اوقات منبع استرس در درون خود فرد است، مثلا زمانی که بیمار می شود. بیمار بودن ملزوماتی را بر سیستم زیستی و روانی فرد تحمیل می کند. میزان دسترسی که این ملزومات به

وجود می آورند به شدت بیماری و سن فرد بستگی پیدا می کند (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

مورد دیگری که امکان دارد ایجاد استرس کند، موقعیت هایی است که با یکدیگر همخوانی ندارند. کشمکش هایی که تعارض ایجاد می کنند، معمولاً در سه دسته قرار می گیرند: تعارض خوشایند/خوشایند؛ تعارض هایی که در نتیجه وجود دو موقعیت ناهمسان، اما خوشایند ایجاد می شود. تعارض ناخوشایند/ ناخوشایند؛ تعارض هایی که در نتیجه انتخاب میان دو موقعیت ناخوشایند ایجاد می شوند و تعارض خوشایند/خوشایند؛ زمانی پیش می آید که ویژگی های هم خوشایند و هم ناخوشایند را در یک هدف یا موقعیت ببینیم (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

منابع درون خانوادگی. رفتار، نیازها و ویژگی های شخصیتی هر یک از اعضای خانواده، بر دیگران تاثیر دارد و بعضی اوقات موجب ایجاد استرس می شود. درگیری های میان فردی ممکن است در نتیجه مشکلات مالی، رفتارهای نامعقول یا اهداف متضاد ایجاد شود (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

۲-۴-۲. مولفه شناختی استرس

یکی از جامع ترین نظریه ها در مورد نقش عوامل شناختی در استرس ریچارد لازاروس و همکارانش ارائه کرده اند. براساس این نظریه چگونگی ارزیابی فرد از هر رویدادی، نقشی بنیادی در تعیین مقدار پاسخ استرس و نیز نوع راهبرد های انطباقی ایفا می کند که فرد ممکن است در برخورد با استرس به کار گیرد. ارزیابی در دو مرحله رخ می دهد (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹):

۱. **ارزیابی اولیه.** فرایندی است که استرس توسط شخص شناخته می شود (حسن شاهی، ۱۳۸۱). در واقع در این مرحله فرد به تحقیق معلوم می کند که آیا یک رویداد استرس زا باعث آسیب/فقدان، تهدید یا چالش می شود. آسیب/فقدان اشاره به صدمه ای دارد که رخ داده است، مانند از دست دادن یک عضو، از دست دادن شغل یا از دست دادن عزت نفس؛ تهدید اشاره به چیزی دارد که ممکن است باعث صدمه یا فقدان شود؛ چالش به معنای نیروی بالقوه برای رشد، تسلط یا اشکالی از موفقیت است (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

۲. ارزیابی ثانویه. عبارت است از فرایند شکل گیری واکنش در قبال تهدید (حسن شاهی، ۱۳۸۱). بعد از ارزیابی اولیه، فرد منابع انطباقی و انتخاب های خود را ارزشیابی می کند؛ از خود می پرسد که چه کار می توان کرد. به طور کلی فرد برای کنار آمدن با استرس به منابع فیزیکی، اجتماعی، روانی و مادی چندی دسترسی دارد. منابع فیزیکی و جسمی شامل سلامتی و انرژی، منابع اجتماعی شامل خانواده و دوستان، منابع روانی شامل عزت نفس و توانایی های حل مسئله و منابع مادی شامل پول و تجهیزات است (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

۲-۴-۳. رویدادهای استرس زای زندگی به ترتیب میزان استرس زایی

با درجه بندی از ۱۰۰ تا ۰ (اقتباس از هولمز و راهه)^۱

هولمز و راهه، بعنوان دو محقق استدلال می کنند که هر تغییری در زندگی نیاز به سازگاری دارد و می تواند استرس را ادراک شوند. آنها در کوشش برای اندازه گیری اثر تغییرات زندگی مقیاس رویداد های زندگی را تدوین کرده اند. در این مقیاس که از ۴۳ عبارت تشکیل شده است رویدادهای مربوط به یک سال گذشته مورد بررسی قرار می گیرد. بستگی به میزان تغییر و حدود سازش لازم برای هر شخص در اثر هر رویداد و به نسبت اهمیت آنها برای هر یک از رویدادهای تنیدگی زا نمره هایی در نظر گرفته می شود. مثلاً برای مرگ همسر نمره ۱۰۰، مرگ یک خویشاوند نزدیک نمره ۶۳ و بیکار شدن نمره ۴۷ تعیین شده است. بدین ترتیب هولمز و راهه ارتباط بین رویدادهای زندگی و کاهش تدریجی سلامتی را مطرح کرده اند (هولمز و راهه، ۱۹۶۷).

۱. مرگ همسر ۱۰۰

۲. طلاق ۷۳

۳. جدایی زناشویی ۶۵

۴. زندانی شدن ۶۳

^۱ Holmes TH, Rahe RH

۵. مرگ یکی از اعضاء خانواده ۶۳
۶. جراحی یا بیماری شخصی ۵۳
۷. ازدواج ۵۰
۸. اخراج شدن از کار ۴۷
۹. آشتی با همسر ۴۵
۱۰. بازنشستگی ۴۵
۱۱. تغییر وضعیت سلامتی یکی از اعضا خانواده ۴۴
۱۲. بارداری ۴۰
۱۳. مشکلات جنسی ۳۹
۱۴. اضافه شدن عضوی به خانواده ۳۹
۱۵. تغییر در امور تجاری ۳۸
۱۶. تغییر در وضعیت مالی ۳۷
۱۷. مرگ دوستی نزدیک ۳۷
۱۸. تغییر شغل ۳۶
۱۹. تغییر در میزان مشاجرات با همسر ۳۵
۲۰. وام بانکی بیش از ده هزار دلار ۳۱
۲۱. جدا شدن دختر یا پسر از خانواده ۲۹
۲۲. مشکلات با خانواده همسر ۲۲

۴-۴-۲. نظریه های رویدادهای استرس زا

با وجود تحقیقات وسیعی که در زمینه استرس انجام شده و استفاده گسترده ای که از این مفهوم می شود، هنوز هم استرس به طور دقیق تعریف نشده است. برخی از افراد وقتی درمورد استرس صحبت می کنند،

در واقع به یک محرک محیطی اشاره می کنند. بعضی آن را پاسخی به محرک محیطی می بینند و عده ای آن را در تعامل بین محرک محیطی و پاسخ جست و جو می کنند. نظریه پردازان و پژوهشگران مختلف نیز هر کدام استرس را از زاویه متفاوتی تحلیل کرده اند. در اینجا به بررسی برخی از این نظریه ها می پردازیم.

۲-۴-۴-۱. نظریه روانکاوی

از نظر فروید "من"، هسته اصلی شخصیت است و هر نوع تهدید به ارزش و کفایت آن، در واقع هسته مرکزی وجود شخص را تهدید می کند. هنگام تهدید "من" مکانیسم های دفاعی مختلفی به منظور حفظ "من" از تحقیر و درهم پاشیدگی به کار گرفته می شوند. ما همواره از این مکانیسم ها استفاده می کنیم، زیرا وجود آنها برای ناچیز جلوه دادن شکست ها و حمایت در نگرانی ها و احساس ارزش و کفایت فردی ضروری است. البته اگر در استفاده از مکانیسم های دفاعی افراط شود، دفاع هایی که برای حفظ تمامیت شخص به وجود آمده، خود موجب بروز اختلال می شوند. گاهی مکانیسم های دفاعی (برای مثال دلیل تراشی) زمانی به کار برده می شوند که افراد برای مستدل جلوه دادن عقاید و رفتار خود در تکاپو هستند. هنگامی که از درک اتفاقات و حوادث ناموافق و مخالف عاجز می مانیم یا در مقابل عمل و رفتار خود یا وقایع خارجی، دچار استرس می شویم، دفاع های ایمنی بخش برای حمایت ما در مقابل اضطراب وارد عمل می شوند. میزان استرس قابل تحمل در هر فرد بدون آنکه علائم اختلال و به هم خوردن سازمان رفتاری و تمامیت فردی در وی بروز کند، قدرت تحمل استرس نامیده می شود (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۱۰، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۵).

۲-۴-۴-۲. نظریه کانن

والتر کانن (۱۹۲۰) نشان داد که پاسخ استرس بخشی از عملکرد دستگاه یکپارچه ذهن می باشند. وی مشاهده کرد سرمای شدید، فقدان اکسیژن و عواملی که باعث برانگیختگی هیجانی می شوند، باعث ترشح اپی نفرین (آدرنالین) و نور اپی نفرین (نور آدرنالین) می شوند. این هورمون ها وارد دستگاه گردش خون می شوند، و ضمن تحریک شاهراه های مغزی اعصاب سمپاتیک موجب افزایش ضربان

قلب، تنفس و ارسال خون به عضلات مخطط و رها سازی چربی از ذخیره های بدن می شوند که بدن را برای جنگ یا گریز آماده می کنند (گیلبرت و دیگران ۲۰۰۴؛ به نقل از نظری، ۱۳۹۰).

محققان در مطالعات خود به این نتیجه رسیده اند که دستگاه پاسخ به استرس دیگری نیز وجود دارد، دستگاه قشر مخ از طریق هیپوتالاموس و بخش بیرونی غده فوق کلیوی را تحریک کرده و کورتیزول ترشح می شود. این هورمون به عنوان شاخص فیزیولوژیک استرس شناخته شده است. پاسخ ارگانیسم، پاسخ جنگ یا گریز می باشد، یعنی موجود زنده برای رهایی از موقعیت به فعالیت می پردازد و سعی می کند آن را حذف کرده و از میان بردارد و یا برعکس برای حذف خود از آن اجتناب نموده و از آن فرار می کند (گیلبرت و دیگران ۲۰۰۴؛ به نقل از نظری، ۱۳۹۰).

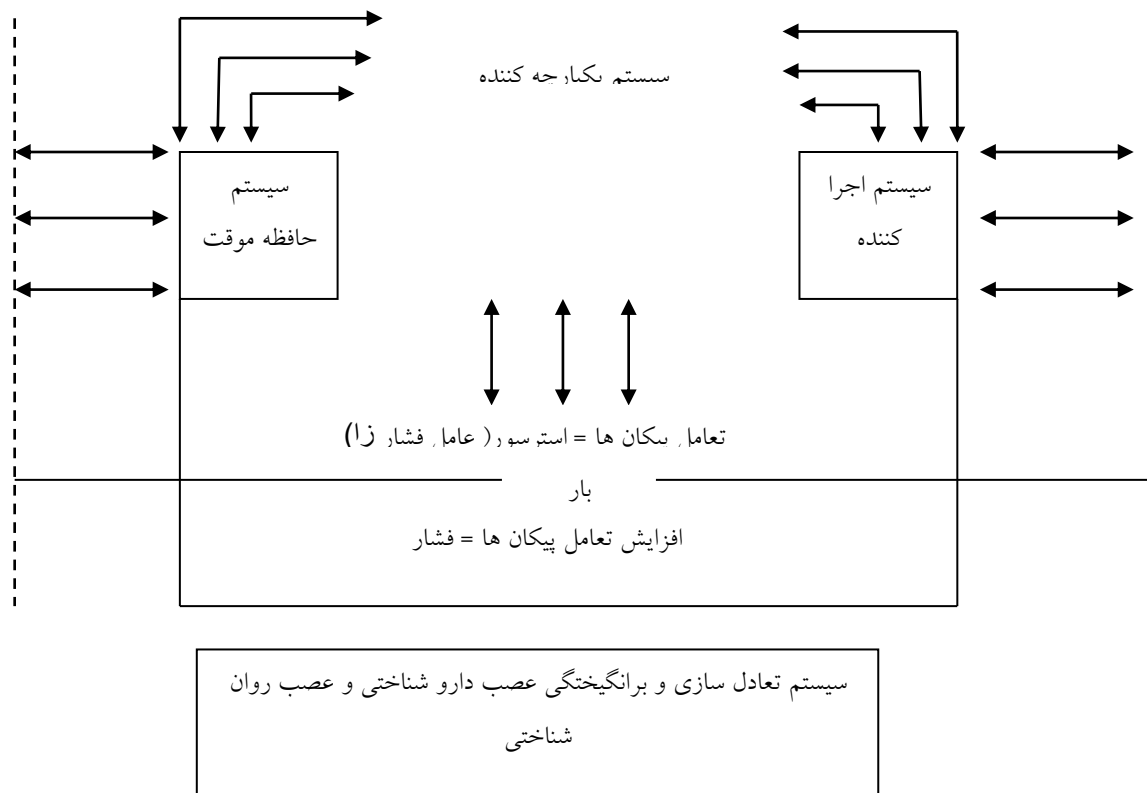
۲-۴-۳. مدل پردازش اطلاعات^۱

این دیدگاه استرس فیزیولوژیکی، روانشناختی و زیست شیمیایی را از یکدیگر متمایز میکند (هامیلتون، ۱۹۸۰؛ به نقل از کریم پور، ۱۳۹۳) و معتقد است که نمی توان استرس را بدون تغییر و تفسیر محرک به عنوان عامل فشار زا، شناخت و در واقع این مدل هم استرسور (عامل فشار زا) و هم پاسخ استرس را مورد توجه قرار داده است و تاکید خاصی بر ارزیابی شناختی و توجه قرار دارد و در واقع تعبیر و تفسیر فرد از استرس مستلزم توجه انتخابی است. یعنی این که به کدام محرک در حافظه کوتاه مدت توجه می شود و کدام محرک نادیده گرفته می شود و علاوه بر این پردازش مستلزم ساخت های حافظه دراز مدت نیز هست. یعنی زمینه شناختی است که سبب می شود فرد بعضی را ناخوشایند تفسیر کند به طور کلی، توجه حافظه کوتاه مدت و دراز مدت و فرآیند تصمیم گیری در ارزیابی شناختی محرک ها و پاسخ ها به عنوان فشار زا ضروری هستند. این مدل فرض می کند که عوامل فشار زایی که توسط افراد بیشتر ارزیابی می شوند فشار بیشتری بر سیستم وارد میکند.

با توجه به نظریاتی که در زمینه استرس مطرح گردیده صرف نظر از اینکه استرس را به عنوان محرک و پاسخ و یا به عنوان تبادل این دو در ارتباط با محیط در نظر بگیریم یک فرآیند پیچیده است که دارای

^۱ Information Processing.

ابعاد فیزیولوژیک، محیطی، اجتماعی، شناختی و روان شناختی است و از طرف دیگر قرار گرفتن در شرایط استرس زا انسان را از جهات مختلف تحت تاثیر قرار می دهد و نهایتاً منجر به آشفتگی و اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی می شود و به طور کلی اثرات مخرب بسیاری بر انسان باقی می گذارد.



۲-۴-۴. نظریه فولکمن و لازاروس (الگوی تبادلی)

نمودار ۳- مدل پردازش اطلاعات (هامیلتون، ۱۹۸۰؛ به نقل از آدینه، ۱۳۹۴)

لازاروس و فولکمن اعتقاد دارند که تفسیر وقایع استرس زا بیشتر از خود وقایع اهمیت دارند. ادراک، خطر بالقوه، تهدیدها، چالشها، به همراه میزان اطمینان از برخورد با آنهاست که توانایی ما برای مقابله با استرس را تعیین می کند. به عنوان مثال از دست دادن شغل برای کسی که فاقد مهارت دیگر بوده و یا فرصتی برای جایگزینی ندارد می تواند بسیار استرس زا باشد تا فردی که دنبال رشد در جهات مختلف

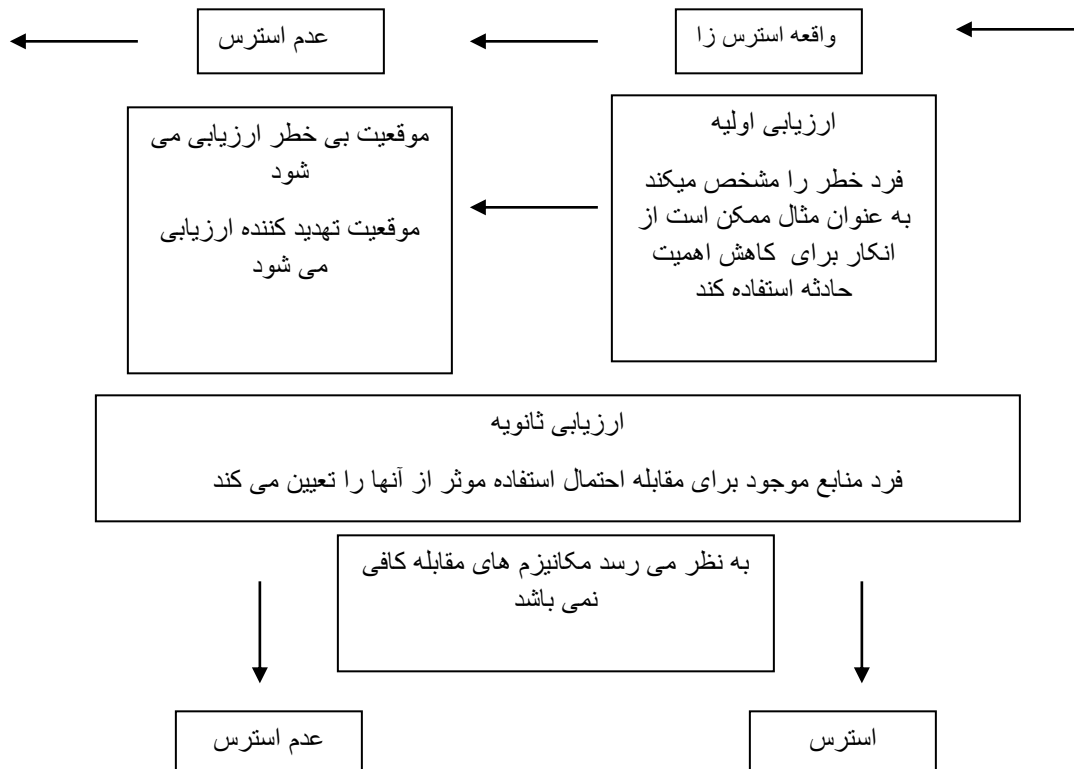
است. استرس به عنوان یک رابطه خاص میان فرد و محیطی است که توسط فرد به صورت طاقت فرسا یا فراتر از منابع خود ارزیابی می شود و فرد آن را برای سلامتی مخاطره آمیز می داند. این تعریف نشانگر رویکرد تبادلی است که بر تعامل بین فرد و محیط در تعیین استرس تاکید دارد. این رویکرد همچنین بر اهمیت ارزیابی در تعیین ماهیت این تبادیل تاکید داشته و معتقد است که استرس تنها در موقعیت هایی ایجاد می شود که تهدید کننده چالش انگیز یا به طور بالقوه خطرناک ارزیابی شود (کریم پور، ۱۳۹۳).

ارزیابی بر دو نوع است ارزیابی اولیه^۱ و ارزیابی ثانویه^۲ نمودار ۲ ارزیابی اولیه و ثانویه را نشان می دهد. به هنگام مواجهه با یک واقعه تاثیر آن بر سلامت خود را مورد ارزیابی قرار می دهیم، یک واقعه ممکن است نا مربوط، مطلوب و مثبت یا استرس زا ارزیابی شود. ارزیابی نا مربوط بودن موقعیت معمولاً هیچ تاثیری بر هیجان ما ندارد. ارزیابی مثبت و مطلوب بدین معناست که به نظر می رسد آن مفهوم خوبی دارد و ارزیابی استرس زا بودن موقعیت می تواند بدین معنا باشد که آن واقعه خطرناک، تهدید کننده یا چالش انگیز است.

به علاوه هر یک از این ارزیابی ها احتمالاً هیجانات متفاوتی ایجاد میکنند. ارزیابی خطر یعنی احتمال آسیب روانی که در حال وقوع است. مثل بیماری یا آسیب ارزیابی تهدید یعنی پیش بینی ارزیابی شده، زیان و چالش می تواند به معنای اطمینان فرد درغلبه بر خواست های دشوار باشد. ارزیابی خطر می تواند باعث ایجاد خشم، نفرت، نا امیدی یا ناراحتی شود. ارزیابی تهدید می تواند منجر به ایجاد نگرانی اضطراب یا ترس و ارزیابی چالش می تواند به ایجاد انتظار، امید یا برانگیختگی منجر شود این هیجانات مستقیماً منجر به استرس نمی شود، بلکه به واسطه ارزیابی از وقایع منجر به استرس می شوند، این فرایند ارزیابی اولیه نامیده می شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).

^۱ .Primary Appraisal

^۲ .Secondary Appraisal



پس از ارزیابی اولیه، یک ارزیابی ثانویه انجام می‌دهیم. بدین صورت که بهترین روش مقابله با آن موقعیت را جستجو می‌کنیم. یعنی منابع موجود برای مقابله را در نظر گرفته و بهترین مورد را انتخاب می‌کنیم. اگر مکانیزم‌های موجود برای مقابله با موقعیت کافی نباشد استرس ایجاد می‌شود، در غیر این صورت استرس را تجربه نمی‌کنیم. استرس، خصوصیت شخص یا محیط به هنگام تاثیر بر یکدیگر است. به اعتقاد لازاروس افراد، قربانی صرف نیستند، به عبارت دیگر، نحوه ارزیابی آنها از تاثیر شخصی و منابع مقابله و رویارویی با این رویدادها (ارزیابی ثانویه) ماهیت استرس را تعیین می‌کند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).

۵-۴-۲. میانجی‌های پاسخ به تنش

درباره علت آمادگی بعضی از مردم برای ارزیابی تنش‌زا بودن رویدادها سه نظریه بنیادی وجود دارد؛ روانکاوی، رفتاری، شناختی.

۱-۵-۴-۲. نظریه روانکاوی

روانکاوان بین اضطراب عینی که پاسخی است به موقعیت آسیبی، و اضطراب روان نژند که اضطرابی است بی تناسب با خطر موجود، تمایز قائل می شوند. فروید بر آن بود که اضطراب روان نژند ریشه در تعارض های نا هشیار شخص دارد، تعارض بین تکانه های نا پذیرفتنی و محدودیت های واقعیت تهدید بسیاری از تکانه های بن به علت تضاد بین آن با ارزش های من یا ارزشهای اجتماعی است. نظریه روانکاوی بر آن است که آدیان همگی گرفتار تعارض های ناهشیارند، تعارض های برخی مردم بیشتر و شدیدتر است و همین مردم رویداد های بیشتری را تنش زا می بینند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۸).

۲-۴-۵-۲. نظریه رفتارگرایی

در حالی که فروید تعارض های ناهشیار را خاستگاه درونی پاسخ های تنش زا می دانست، توجه رفتارگرایان معطوف شیوه های یادگیری، پیوند یافتن پاسخ های تنشی به موقعیت هاست، آدمی در مواجهه با موقعیت های معینی که قبلاً آسیبی تنش زا بوده اند نیز واکنش های ترس و اضطراب پیدا می کند. بعضی هراس ها از طریق معین شرطی شدن های کلاسیک ایجاد می شود. برای مثال دانشجویی که در امتحان رد شده سالها بعد که برای درس دیگری به همان کلاس وارد می شود احساس اضطراب می کند (اتکینسون، ۲۰۱۶؛ ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۹۹).

۲-۴-۵-۳. نظریه شناختی

آبرامسون و تیزدیل^۱ (۱۹۸۷) تغییری در نظریه درماندگی آموخته پیش کشیدند که بر اساس آن نوعی شیوه شخصیتی در مدار توجه قرار می گیرد که برای رویدادهای پر اهمیت، اسناد یا تبیین های علمی خاص به دست می دهد این محققان برآنند که هرگاه آدمی رویدادهای منفی را به علل اساسی در شخص خودش نسبت دهد (تقصیر خودم است) که پایدار و ثابت هستند (همیشه هم همین طور خواهد بود) و به جوانب متعددی از زندگانشان تاثیر بگذارد. احتمال درماندگی و کندی پاسخ به رویدادهای منفی برای او بیش از دیگران است، شیوه نگرش بدبینانه با بیماری جسمی پیوند دارد به این ترتیب نگرش بد بینانه از راه کاهش کارایی دستگاه ایمنی به صورت مستقیم و از راه کاهش تمایل شخص به رفتار سلامتی مدار به

^۱ Abramsoun & Thezdeel

صورت غیر مستقیم بر سلامت شخص تاثیر میگذارد(اتکینسون، ۲۰۱۶؛ ترجمه براهنی و همکاران ، ۱۳۹۹).

۵-۲. مروری بر پیشینه پژوهش

۱-۵-۲. پژوهش های داخلی

عبدی زرین و همکاران (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف مقایسه سبک زندگی، راهبردهای مقابله با استرس و تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان سالم انجام دادند. این مطالعه یک پژوهش کمی و از نوع علی-مقایسه ای (پس رویدادی) بود که در آن ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه به همراه ۳۰ نفر از زنان سالم مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم به روش نمونه گیری هدفمند با توجه به هدف و نمونه پژوهش انجام شد که در آن، دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک همگن شدند. داده های پژوهش از طریق پرسشنامه تاب آوری، پرسشنامه سبک زندگی و پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس گردآوری شده و به وسیله نرم افزار SPSS-26 و آزمون آماری t زوج مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t دقیق فیشر مورد تحلیل قرار گرفت. تحلیل یافته ها نشان داد که از میان راهبردهای مقابله ای، سبک مقابله ای مسئله مدار متداول ترین راهبرد مقابله ای است. همچنین نتایج آزمون t نشان داد که بین تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه با زنان سالم تفاوت معناداری وجود داشت. ($P<0/05$) که تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه بیشتر از زنان سالم بود.

آزادی، احدی و حاتمی (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف بررسی رابطه بهزیستی روان شناختی و سرسختی روان شناختی با نقش میانجی گری حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام دادند. پژوهش حاضر از نوع پژوهش های همبستگی مبتنی بر روش مدلیابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان در استان مازندران در سال ۱۳۹۷ بود. به این منظور نمونه ای شامل ۲۳۶ بیمار مبتلا به سرطان پستان به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند، سپس مقیاس های بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB)، سرسختی روان شناختی (AHI) و حمایت اجتماعی برلین روی

آنان اجرا شد. داده‌ها با استفاده از الگوی معادله ساختاری (SEM) تحلیل شدند. یافته‌ها همبستگی بین متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی با حمایت اجتماعی معنادار بود. شاخص‌های برازش حاکی از برازش مناسب با الگوی پیشنهادی بود. همچنین رابطه غیرمستقیم بین سرسختی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی از طریق حمایت اجتماعی معنادار بود.

کاتبی و سپاه منصور (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف مقایسه سرسختی سلامت و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت و سرطان سینه انجام دادند. پژوهش توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه و دیابت نوع دوم مراجعه کننده به دو بیمارستان کاشانی و الزهراء شهر اصفهان بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۶۸ نفر (۲۳۴ نفر بیمار سرطانی و ۲۳۴ نفر بیمار دیابتی) انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سرسختی سلامت (گیبهارت و همکاران، ۲۰۰۱) و پرسشنامه امید به زندگی (میلر، ۱۹۹۸) بود. داده‌های پژوهش با کمک روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل واریانس با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین میانگین سرسختی سلامت و هر یک از زیرمقیاس‌های آن شامل ارزش سلامت، مکان کنترل درونی و بیرونی سلامت و شایستگی سلامت افراد دو گروه مبتلا به دیابت نوع دوم و سرطان سینه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین، نتایج نشان داد که بین میانگین نمره امید به زندگی و ابعاد آن شامل تفکر عامی و تفکر راهبردی در افراد دو گروه بیمار دیابت نوع دوم و سرطان سینه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$).

بشرپور و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف نقش باورهای سلامتی و ادراک بیماری در پیش‌بینی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند. در این مطالعه مقطعی، ۱۲۵ بیمار سرطانی بستری در بخش خون و انکولوژی بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل، در پاییز سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری در دسترس شرکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه ادراک بیماری، مقیاس باور سلامتی و نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران سرطانی با

تهدید سلامت عمومی ($r=0.18, P<0.05$)، آسیب پذیری ادراک شده ($r=0.33, P<0.001$)، شدت ادراک شده ($r=0.29, P<0.001$) و فواید خودیاری ($r=0.19, P<0.04$) ارتباط مثبت دارد. از بین مولفه های ادراک بیماری نیز این رفتارها با خط زمانی حاد ($r=0.52, P<0.001$)، خط زمانی دوره ای ($r=-0.31, P<0.001$)، پیامدهای بیماری ($r=-0.31, P<0.001$) و تظاهرات هیجانی ($r=-0.25, P<0.01$) رابطه منفی ولی با کنترل شخصی ($r=0.35, P<0.001$) رابطه مثبت دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد ۲۳ درصد از کل واریانس رفتارهای سلامتی را باورهای سلامتی و ۳۹ درصد آن را ادراک بیماری تبیین می کند. نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان می دهد که باورهای مربوط به وضعیت و پیامدهای بیماری و چگونگی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سرطان، در تمایل آنها به انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامتی نقش دارد.

دهداری و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف کارایی سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی، در پیش بینی رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از سرطان معده انجام دادند. در این مطالعه مقطعی، ۱۲۴ دانشجوی دختر ساکن خوابگاه های دانشگاه یزد در سال ۱۳۹۴ با روش نمونه گیری در دسترس (غیرتصادفی) انتخاب شدند. داده ها توسط پرسشنامه محقق ساخته، جمع آوری و با استفاده از آزمون های همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک طرفه، تی مستقل و رگرسیون خطی چندگانه تحلیل شدند. میانگین سن دانشجویان، $25/39 \pm 2/91$ سال بود. ۹۵٪ نمونه ها موانع زیادی برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده ذکر کردند و تنها ۱٪، رفتارهای پیشگیری را در سطح مطلوب انجام داده بودند. متغیر موانع درک شده توانست ۱۳٪ تغییرات رفتارهای تغذیه ای دانشجویان را برای پیشگیری از سرطان معده توضیح دهد.

ماهان، سگال و گیتی قریشی (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف مقایسه ی استرس و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم انجام دادند. برای این منظور، طی یک پژوهش مقایسه ای، ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان (۵۰ نفر مرد مبتلا به سرطان معده، مری، روده بزرگ و راست روده و پروستات و ۵۰ نفر زن مبتلا به سرطان معده، مری، روده بزرگ و راست روده و پستان) به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و با ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن) از افراد سالم در گروه سنی ۴۰-۶۰ سال همتا سازی شدند. تحلیل واریانس نتایج نشان داد که استرس و سبک های مقابله ای شامل جستجوی حمایت

اجتماعی، ارزیابی مثبت مجدد، کنار آمدن رویارویانه، دوری جویی، خویشتن داری، گریز و اجتناب در دو گروه متفاوت است.

صادقی و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با هدف کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی جهت پیشگیری از سرطان پوست در کشاورزان انجام دادند. این پژوهش مطالعه ای نیمه تجربی بود. جمعیت مورد مطالعه، تعداد ۲۰۰ نفر از کشاورزان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سیرجان بودند که به طور تصادفی به دو گروه مداخله (۱۰۰ نفر) و کنترل (۱۰۰ نفر) تقسیم شدند. مداخله آموزشی طی دو جلسه ۶۰ دقیقه ای انجام شد. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه (حاوی ۴۹ سوال) طی مصاحبه مستقیم قبل از مداخله آموزشی و سه ماه بعد از آن، جمع آوری گردید. و داده ها با استفاده از کای اسکور، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: پس از مداخله، نمرات آگاهی در هر دو گروه مداخله و شاهد افزایش یافت. این یافته به علت اجرای برنامه های آموزشی روتین در آن مراکز بود. حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی نیز پس از مداخله در گروه مداخله افزایش یافت، ولی در گروه شاهد افزایشی نداشته و اختلاف معناداری مشاهده نگردید. نتیجه گیری: الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش کشاورزان موثر بود؛ بنابراین پیشنهاد می گردد در کنار روش های آموزش سنتی از الگوی اعتقاد بهداشتی استفاده گردد.

خانجانی، بشیرپور، بهادری خسروشاهی (۱۳۹۱) پژوهشی با هدف مقایسه ویژگی های شخصیتی، میزان تنیدگی روانی و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان و افراد عادی انجام دادند. این پژوهش از نوع توصیفی علی مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان شهید قاضی و بخش سرطانی بیمارستان عالی نسب شهر تبریز بودند و گروه کنترل نیز افراد سالم را شامل می شد که از بین کارکنان و معلمان آموزش و پرورش و کارکنان اداره مخابرات از طریق همسازی با گروه بیماران انتخاب شدند. نمونه پژوهش نیز شامل ۱۱۱ نفر بود که از این تعداد ۵۵ نفر مبتلا به سرطان و ۵۶ نفر افراد سالم بودند. همچنین برای گردآوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته، آزمون ارزیابی تیپ C، آزمون شخصیتی آیزنگ، مقیاس رویدادهای زندگی و پرسشنامه افسردگی زونگ استفاده شد. برای تجزیه تحلیل داده ها نیز از روش های آماری توصیفی و تحلیل آزمون t استفاده شد.

نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم در معرض استرس شدیدتری قرار داشتند. همچنین این بیماران در عامل برون گرایی، نمرات پایین تر و در عامل روان نژندگرایی و در تیپ C نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست آوردند. از سویی میزان افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان، بیشتر از افراد سالم بود.

دهقان زاده و همکاران (۱۳۹۱) پژوهشی با هدف بررسی ارتباط مشخصات فردی اجتماعی، سبک زندگی و میزان مواجهه با رویدادهای استرس زا با سرطان کولورکتال انجام دادند. در این مطالعه مورد شاهدهی تعداد ۱۵۰ بیمار مبتلا به سرطان کولورکتال از مراکز آموزشی درمانی شهر رشت به روش نمونه گیری در دسترس و ۱۵۰ فرد سالم به روش تصادفی خوشه ای انتخاب گردیدند. ابراز جمع آوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش زیر بود: ۱- مشخصات فردی اجتماعی ۲- داده های مربوط به سبک زندگی ۳- مقیاس درجه بندی سازگاری مجدد اجتماعی هولمز و راهه. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. یافته ها: یافته های مربوط به مشخصات فردی اجتماعی نشان می دهد که ارتباط معناداری میان شاخص توده بدن ($p<0.001$)، سابقه پولیپ روده ($p<0.001$) بیماری التهابی روده ($p<0.001$)، دیابت ($p<0.01$)، سابقه سرطان کولورکتال در فامیل درجه یک ($p<0.001$) و سرطان کولورکتال وجود دارد. در خصوص متغیرهای مربوط به سبک زندگی نتایج نشان می دهد که بین دو گروه مورد مطالعه از نظر استعمال سیگار ($p<0.01$)، مصرف میوه جات ($p<0.001$)، سبزیجات ($p<0.001$)، محصولات لبنی ($p<0.025$)، مصرف گوشت قرمز ($p<0.001$)، وضعیت اجابت مزاج ($p<0.001$) و ورزش ($p<0.001$) اختلاف آماری وجود دارد. همچنین اختلاف معناداری بین سبک زندگی کلی دو گروه مشاهده می شود ($p<0.001$). تجزیه و تحلیل رویدادهای استرس زای زندگی حاکی از آن است که میانگین نمرات در گروه مورد به میزان قابل توجهی بیشتر از گروه شاهد بوده و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p<0.001$) و $t=14.73$. نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان می دهد که اختلاف معناداری از نظر متغیرهای فردی اجتماعی، سبک زندگی و میزان مواجهه با رویدادهای استرس زا بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به سرطان کولورکتال وجود دارد. نتایج حاصل از این تحقیق و پیشنهادات آن برای افراد تیم بهداشتی و عموم مردم

به خصوص افراد مستعد ابتلا اهمیت بسزایی دارد، تا اطلاعات بیشتری درباره عوامل خطر ابتلا و پیشگیری از آن کسب کنند.

منیره و همکاران (۱۳۸۹) پژوهشی با هدف بررسی رابطه میان بروز سرطان پستان با رویداد های استرس زا و ویژگی های شخصیتی افراد انجام دادند. این بررسی از نوع توصیفی-مقطعی است و در آن ۱۵۵ بیمار زن ۷۰-۲۰ ساله، مراجعه کننده به بیمارستان هفت تیر و انستیتو کانسر تهران در طی ۷ ماه در سال ۱۳۸۵ بررسی شدند. میزان تحصیلات آزمودنی ها حد اقل پنجم ابتدایی بود و در دو گروه: زنان مبتلا به سرطان پستان (۸۵ نفر) و غیرمبتلا (۷۰ نفر) جای داده شده بودند. گردآوری داده ها به کمک دو پرسش نامه رویدادهای استرس زای زندگی پیکل و پرسش نامه شخصیت کلونینگر انجام شد. دو گروه از نظر ویژگی های شخصیتی و استرس های زندگی ارزیابی گردیدند. داده ها با کمک روش های آمار توصیفی، آزمون های آماری مان-ویتنی و t در نرم افزار SPSS-۱۷ تحلیل شدند. یافته ها: میانگین سن بیماران ۴۴ (۴۲-۴۶) سال و میانگین سن زنان سالم ۳۷ (۳۴-۴۰) سال بود. شمار رویداد های زندگی در گروه بیمار ۱۱/۲ (۱۲/۶-۹/۸) با $p < 0/001$ به طور معنی داری از گروه سالم ۸۷ (۱۰۷-۶۷) بیشتر بود ($p < 0/001$). همچنین شمار رویدادهای پرخطر در گروه بیمار ۲/۴ (۲/۶-۲/۲) با به طور معنی داری از گروه سالم ۱/۸ (۲-۱/۶) بیشتر بود ($p < 0/005$), همچنین شدت این رویداد ها نیز در گروه بیمار ۴۳ (۳۷-۴۹) به طور معنی داری از گروه سالم ۲۴ (۲۸/۵-۱۹/۵) بیشتر بود ($p < 0/001$). ویژگی های شخصیتی پشتکار و خودفراروی به طور معنی داری در گروه بیمار بیش از گروه سالم بودند ($p < 0/001$). نتیجه گیری: بین حوادث زندگی، حوادث پرخطر زندگی و شدت هر یک از آنها با بروز سرطان پستان ارتباط وجود دارد. همچنین میان دو ویژگی شخصیتی پشتکار و خودفراروی بیشتر که تا اندازه ای بیانگر ویژگی های وسواسی و البته معنوی گرایی افراد است، نیز با بروز سرطان پستان ارتباط وجود دارد. کنترل شده است انجام بررسی های گسترده تر در این زمینه پیشنهاد می گردد.

جعفری و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی مقایسه ای تیپ شخصیت C، منبع کنترل و سخت رویی در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی پرداختند. نتایج نشان داد که تیپ شخصیت C و منبع کنترل در زنان و مردان مبتلا به سرطان بالا بوده و میزان سخت رویی در این افراد پایین است. یافته ها بیانگر آن

است که افراد مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد عادی از تیپ شخصیتی C، منبع کنترل بیرونی بالاتر و سخت رویی پایین تری برخوردارند.

۲-۵-۲. پژوهش های خارجی

تایسک^۱ (۲۰۲۳) به بررسی اینکه استرس مزمن چگونه باعث رشد سرطان می شود پرداختند. استرس مزمن بخشی جدایی ناپذیر از زندگی روزمره مدرن است. عملاً تمام بیماری های انسان به ویژه سرطان تحت تأثیر منفی آن قرار می گیرند. مطالعات متعدد نشان داده اند که عوامل استرس زا، افسردگی، انزوای اجتماعی و ناملایمات با پیش آگهی بدتری برای بیماران مبتلا به سرطان، با افزایش علائم، متاستاز زودرس و کوتاه شدن طول عمر مرتبط است. دوره های نامطلوب زندگی طولانی مدت یا بسیار شدید توسط مغز درک و ارزیابی می شوند که به پاسخ های فیزیولوژیکی تبدیل می شوند که از طریق رله هایی به هیپوتالاموس و لوکوس سرلئوس انجام می شوند. این امر باعث فعال شدن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) و سیستم عصبی محیطی (PNS) با ترشح گلوکوکورتیکواستروئیدها/اپی نفرین و نور اپی نفرین (NE) می شود. این هورمون ها و انتقال دهنده های عصبی بر نظارت سیستم ایمنی و پاسخ ایمنی به بدخیمی ها با تغییر دادن ایمنی از پاسخ نوع ۱ به نوع ۲ تأثیر می گذارند. این نه تنها مانع از تشخیص و کشتن سلول های سرطانی می شود، بلکه در واقع سلول های ایمنی را برای تسهیل رشد سرطان و گسترش سیستمیک تحریک می کند.

گیو^۲ و همکاران (۲۰۲۳) به بررسی عوامل پیش بینی کننده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار غربالگری سرطان در بستگان درجه یک بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال مرتبط با سندرم لینچ پرداختند. این مطالعه مقطعی در بخش کولورکتال یک بیمارستان عالی کلاس A در گوانگژو از دسامبر ۲۰۱۷ تا دسامبر ۲۰۱۹ انجام شد. در مجموع ۲۶۵ FDR از ۹۶ بیمار مبتلا به CRC مرتبط با سندرم لینچ انتخاب شدند. این مطالعه در بخش کولورکتال یک مرکز سرطان سوم در گوانگژو انجام شد. برای ارزیابی از پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه ساده شده دانش CRC و مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی قهرمان استفاده

¹ Tausk, F

² Gu, J

شد. داده ها با استفاده از توصیف آماری، مقایسه بین گروهی و رگرسیون لجستیک باینری تجزیه و تحلیل شدند. در مجموع ۱۶۰ (۶۰,۴٪)، ۶۱ (۲۳,۰٪)، و ۴۴ (۱۶,۶٪) از شرکت کنندگان به ترتیب دارای سطح آگاهی بالا، متوسط و پایین در مورد CRC بودند. میانگین نمره کلی اعتقاد بهداشتی $13/02 \pm$ ۱۲۱/۳۶ بود. شصت و یک شرکت کننده (۲۳,۰٪) تحت غربالگری سرطان مرتبط با سندرم لینچ قرار گرفتند. عوامل پیش‌بینی کننده رفتار غربالگری شامل جنس (مرد)، سن (بزرگ‌تر)، وضعیت متاهل (تاهل)، سرطان‌های اولیه متعدد بیماران شاخص و سطوح بالای آگاهی و باورهای بهداشتی ($P < 0/05$) .

لی^۱ و همکاران (۲۰۲۲) به بررسی باورهای بهداشتی نسبت به غربالگری سرطان ریه در میان سیگاری های چینی آمریکایی در معرض خطر پرداختند. اشباع داده ها پس از مصاحبه با ۱۲ شرکت کننده به دست آمد. سیگاری های پرخطر چینی آمریکایی حساسیت کم به سرطان ریه را درک می کردند، زیرا آنها معتقد بودند که عوامل محافظتی مختلف سرطان ریه (مانند انجام ورزش، رژیم غذایی سالم و غیره) خطر ابتلا به سرطان ریه را در آنها کاهش می دهد. همه شرکت کنندگان شدت بالایی از سرطان ریه را درک کردند. آنها اذعان داشتند که سرطان ریه تأثیر زیادی بر زندگی آنها خواهد داشت. مزایای درک شده غربالگری سرطان ریه در بیشتر جنبه ها دقیق بود، اگرچه سردرگمی های جزئی هنوز در بین این جمعیت مشاهده می شد. موانع درک شده در سطوح شرکت کنندگان، پزشکان و سازمانی متفاوت بود. سیگاری های چینی آمریکایی پرخطر به غربالگری سرطان ریه اعتماد چندانی نداشتند. نشانه‌هایی برای اقدام برای غربالگری سرطان ریه شامل توصیه‌های ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی بود.

لین^۲ و همکاران (۲۰۲۱) به بررسی وضعیت چاقی در ارتباط بین باورهای مرتبط با سرطان و رفتارهای سلامت در بازماندگان سرطان پرداختند. خودکارآمدی پایین برای مراقبت از سلامتی با زمان نشستن طولانی‌تر در نمونه کلی همراه بود ($p = 0/04$). در بازماندگان سرطان با اضافه وزن یا چاقی، مشارکت در رفتارهای سالم‌تر با (۱) احساس کمتر تحت تأثیر توصیه‌های خطر سرطان و (۲) اعتقاد به اینکه PA یا

¹ Lei, F

² Lin, A

چاقی بر رشد سرطان تأثیر می‌گذارد (هر دو $P < 0.05$) مرتبط بود. در میان افراد دارای اضافه وزن و چاقی، ارتباط بین باورهای سرطان و رفتارهای بهداشتی بر اساس نوع سرطان تفاوت معنی‌داری نداشت. در پژوهشی دیگر کوواس^۱ و بورس^۱ (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای با عنوان رابطه اضطراب، علائم بدنی و سرسختی در دوره بلوغ نشان دادند که اضطراب و علائم جسمانی با سرسختی رابطه معنادار منفی داشت. والترز^۲ و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی ادراک باورهای سلامتی در کارگرهای مشکوک به ابتلا به آسم مرتبط با شغل نشان دادند که ادراک این باورها می‌تواند برنامه‌های بهتری را در رابطه با بهداشت آنها در محل کار به وجود آورد.

بیوزگوا،^۳ جاروسوا^۴ و هاجنوا^۵، (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به بررسی اضطراب، افسردگی و جنبه‌هایی از کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج نشان داد که در ۳۳/۹٪ از افراد اضطراب و در ۴۷/۶٪ از افراد افسردگی مشاهده گردید. نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون نشان داد که در افراد مبتلا به سرطان اضطراب و افسردگی با عملکرد فیزیکی و عاطفی پایین مرتبط است.

هیرش^۶ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به تبیین این موضوع پرداختند که زنان تحت مطالعه آنها با وجود احتمال خطر بالای شکستگی ناشی از پوکی استخوان به دلیل اینکه سبک باور سلامتی در آنها نهادینه نشده اقدامات مؤثری در رابطه با پیشگیری از صدمات احتمالی ناشی از این بیماری انجام نمی‌دهند.

در مطالعه‌ای دیگر وانگ و همکاران (۲۰۱۴) موضوع باورهای سلامتی در رابطه با غربالگری‌های مربوط به سرطان پستان بررسی کردند و نتایج نشان داد که باورهای سلامتی نقشی کلیدی در اتخاذ اینگونه برنامه‌های سلامتی دارد.

¹ Kovacs IK, Borcsa M

² Waltersa GI

³ Bužgová, R

⁴ Jarošová, D

⁵ Hajnová, E

⁶ Hsieh E

التروچوف^۱ (۲۰۱۴) پژوهشی با هدف بررسی ارتباط بین صفات شخصیتی و تاب آوری در برابر استرس انجام داد. او در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که صفات شخصیتی به پیش بینی اینکه چگونه استرس‌ها روی ایمنی روانی اثر می‌گذارد کمک می‌کند.

کلونین گر^۲ و زوهر^۳ (۲۰۱۱) به بررسی شخصیت و سلامت ادراک شده پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که شخصیت اثرات نیرومندی بر سلامت دارد و بیش از یک سوم واریانس سلامتی را تبیین می‌کند.

¹Ulrichová, M

²Cloninger, C. R

³ Zohar, A. H

فصل سوم

روش پژوهش

هدف از هر نوع بررسی و پژوهش علمی کشف حقیقت است. حقیقت نیز بر پایه کاوش و تجسس و کشف عوامل منطقی مربوط به خصوصیات اجزاء، موضوع تحقیق قرار دارد. بنابراین هر پژوهشگر پس از تعیین موضوع باید به انتخاب روش پژوهش بپردازد. زیرا روش ها هستند که به اعتبار علمی و اطمینان یافته های موردنظر می افزایند، هدف از انتخاب روش پژوهش آن است که پژوهشگر مشخص نماید چه شیوه و روشی را اتخاذ کند تا او را هر چه دقیق تر و سریع تر در دستیابی به پاسخ هایی برای پرسش های تحقیق مورد نظر کمک نماید. در این فصل در مورد طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش نمونه گیری، شیوه گردآوری داده ها و نحوه تجزیه و تحلیل داده ها توضیح داده شد.

۳-۱. طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر، با توجه به موضوع آن که مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل بود، علی-مقایسه ای از نوع مقطعی بود. روش های علی-مقایسه ای (روش های پس رویدادی) به تحقیقاتی اطلاق می شود که در آن پژوهشگر با توجه به متغیر وابسته به بررسی علت احتمالی وقوع آن می پردازد. به عبارت دیگر تحقیق علی-مقایسه ای گذشته نگر بوده و سعی بر آن دارد که از معلول به علت احتمالی پی ببرد. به این تحقیقات پس رویدادی هم گفته می شود زیرا علت و معلول (متغیر مستقل و وابسته) پس از رویداد مورد بررسی قرار می گیرند. استفاده از این طرح به این دلیل است که در برخی مواقع علت خصیصه ای بوده و قابل دستکاری نمی باشد (دلاور، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل به عنوان متغیرهای مستقل و باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی به عنوان متغیرهای وابسته مورد مطالعه قرار گرفت.

۳-۲. جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به سرطان شهر ... بودند.

۳-۳. نمونه آماری و روش نمونه گیری:

نمونه آماری مطالعه حاضر شامل ۵۰ نفر از بین جامعه آماری بودند که به صورت روش نمونه گیری در دسترس از بین بیماران مبتلا به سرطان انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. گروه کنترل نیز از بین افراد سالم همان شهر انتخاب و به لحاظ سن و جنس و .. با بیماران مبتلا به سرطان همتا شدند. لازم به ذکر است در روش های علی- مقایسه ای حداقل نمونه لازم ۳۰ نفر می باشد (دلاور، ۱۳۹۵)، تعداد نمونه برای هر زیر گروه ۵۰ نفر و جمعاً ۱۰۰ نفر در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند.

۴-۳. ابزارهای پژوهش

۳-۴-۱. مقیاس باور سلامتی

این پرسشنامه از سوی ویسفیلد^۱ و همکاران (۱۹۸۷) بر اساس مدل باور سلامتی که چرایی پرداختن افراد به رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی را توجیه می کند ساخته شده است.

نمره گذاری. این آزمون ۳۲ سؤال دارد و هر یک از سؤالات در مقیاس لیکرت ۴ تا ۶ نقطه ای درجه بندی می شود.

روایی و پایایی. تحلیل عاملی سؤالات این پرسش نامه ۶ عامل نگرانیهای سلامت عمومی، تهدید سلامتی عمومی^۲، حساسیت ادراک شده شدت ادراک شده مزایای درمان پزشکی^۳ و مزایای خود یاری را مشخص کرد. ضرایب آلفای کرونباخ این عوامل به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۹، ۰/۸۴ گزارش شده است (ویسفیلد^۴ و همکاران، ۱۹۹۰).

۳-۴-۲. پرسشنامه سر سختی سلامت

این پرسشنامه به وسیله گیبهارت^۵ و همکاران در سال ۲۰۰۱ تدوین و شامل ۲۴ سؤال با ۴ زیر مقیاس ارزش سلامت (۶) سؤال مکان کنترل درونی سلامت (۵) سؤال مکان کنترل بیرونی سلامت (۷) سؤال و شایستگی سلامت ادراک شده (۶) سؤال می باشد.

¹ Weissfeld JL

² general health threat

³ benefits of medical care

⁴ Weissfeld L

⁵ Gebhardt, W. A

نمره گذاری. هر سؤال پرسشنامه به صورت یک جمله می باشد که به وضعیت سلامت فرد اشاره می کند. این پرسشنامه در طیف ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شود. **روایی و پایایی.** ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاسهای ارزش سلامت مکان کنترل درونی سلامت مکان کنترل بیرونی سلامت و شایستگی سلامت ادراک شده در افراد سالم به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۶، ۰/۶۷ و ۰/۶۹ گزارش شده است. گیبهارت و همکاران (۲۰۰۱) این پرسشنامه در ایران به وسیله ترشایی در سال ۱۳۸۷ بر روی افراد سالم و بیماران مزمن هنجاریابی شده است. پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ در افراد سالم ۰/۷۱ و در گروه بیماران مزمن دیابتی و قلبی عروقی، ۰/۷۹ و ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی زیر مقیاسهای آن در بیماران مزمن نیز در دامنه ای بین ۰/۷۰ الی ۰/۸۵ محاسبه شده است.

۳-۴-۳. پرسشنامه رویدادهای استرسزای زندگی

پرسشنامه رویدادهای استرسزای زندگی یک ابزار ۱۵ ماده ای است و رویدادهای استرسزای زندگی را در طول ۱۲ ماه گذشته در پنج بعد، مالی کاری روابط اجتماعی سلامت و مسکن بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای از اصلاً رخ نداده است تا به شدت استرس زا بوده است ارزیابی می کند (پی کونین^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

نمره گذاری. این پرسشنامه در طیف ۵ درجه ای لیکرت از اصلاً رخ نداده است تا به شدت استرس زا بوده است نمره گذاری می شود.

روایی و پایایی. در پژوهش سالاری، آهی، منصوری و شهابی زاده (۱۴۰۰) تحلیل عاملی با روش مؤلفه های اصلی و چرخش واریماکس از ساختار پنج عاملی پژوهش اصلی حمایت کرد عامل اول ۵۳/۳۱ عامل دوم ۸۱/۱۰، عامل سوم ۸۸/۸ عامل چهارم ۲۷/۸ و عامل پنجم ۷۲/۶ درصد از واریانس (مجموع ۲۴/۶۶) (درصد از واریانس را تبیین کردند. بالاترین بار عاملی مربوط به ماده ۱۴ با بار عاملی و کمترین بار عاملی مربوط به ماده ۸ با بار عاملی ۰/۶۵ است. شاخص اعتبار از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳

^۱ Pyykkonen AJ

برای کل پرسشنامه با ۱۵ سؤال ۰/۸۴ و برای خرده مقیاسهای مذکور به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۶۷ و ۰/۷۵ محاسبه شد.

۳-۵. اجرای پژوهش

برای انتخاب گروه سرطان به کلینیک انکولوژی دکتر محمدپور در شهر ... مراجعه شد. در مورد گروه اول (بیماران مبتلا سرطان) بیماران پس از معاینه توسط پزشک متخصص و دریافت تشخیص سرطان . به پژوهشگر معرفی شدند. گروه دوم (افراد غیر بیمار) شامل افراد سالم همان شهر بودند که به لحاظ سن و جنس با گروه بیمار همتا شده بودند. در مورد هر دو گروه، پژوهشگر پس از بررسی ملاکهای دیگر شرکت در پژوهش (داشتن حداقل سواد دیپلم، دامنه سنی ۲۰ - ۴۰ سال، نداشتن اختلال روانی یا جسمانی دیگر و رضایت و تمایل در شرکت در پژوهش) و همچنین پس از برقراری ارتباط مطلوب با بیماران و ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش مقیاس باور سلامتی، پرسشنامه سرسختی سلامت و پرسشنامه رویدادهای استرسزای زندگی در اختیار آنها قرار می گرفت تا تکمیل کنند.

۳-۶. ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی به مجموعه قواعد و دستورالعمل هایی اطلاق می شود که به منظور جلوگیری از امکان بروز آسیب به دیگران باید مورد توجه قرار گیرد (گال، بورگ و گال، ۱۹۴۲؛ ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۹۷). برخی از ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارتند از:

۱. آزمودنی ها به صورت عادلانه انتخاب می شوند، به گونه ای که احتمال قرار گرفتن هریک از افراد جامعه در نمونه به یک نسبت می باشد.
۲. اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی هایی که در پژوهش شرکت کردند و اینکه در هر مرحله از پژوهش می توانند از ادامه آن انصراف دهند.
۳. تمامی افرادی که در پژوهش شرکت می کنند حق دارند که برای خود اسم مستعار انتخاب کنند تا شناخته نشوند.

۴. تضمین کردن اینکه اطلاعاتی که از آزمودنی‌ها بدست می‌آید به صورت محرمانه باقی می‌ماند و منتشر نمی‌شود (حفظ حریم خصوصی و رازدار بودن).

۵. پژوهشگر به هر فرد درگیر در فرایند پژوهش به طور اخلاقی احترام می‌گذارد و از تبعیض اجتناب می‌کند.

۷-۳. تجزیه و تحلیل اطلاعات:

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد استفاده شد. سپس از آمار استنباطی برای بدست آوردن آزمون t برای گروههای مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) به کمک نرم افزار spss استفاده شد.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات به عنوان بخشی از فرآیند روش تحقیق علمی، یکی از پایه های اساسی هر مطالعه و بررسی است. به عبارتی در این بخش پژوهشگر برای پاسخ گویی به مسأله تدوین شده یا

تصمیم گیری در مورد رد یا تأیید فرضیه یا فرضیاتی که برای تحقیق در نظر گرفته است از روش های مختلف تجزیه و تحلیل داده های استفاده کرده است.

از آنجا که پژوهش حاضر به « مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل» پرداخته است. در این فصل به بررسی نتایج حاصل از نمونه ۱۰۰ نفری (۵۰ نفر سرطان، ۵۰ نفر کنترل) که بوسیله مقیاس باور سلامتی ویسفیلد و همکاران (۱۹۸۷)، پرسشنامه سرسختی سلامت گیبهارت و همکاران (۲۰۰۱) پرسشنامه رویدادهای زندگی مورد ارزیابی قرار گرفته اند، پرداخته ایم، داده های توسط نرم افزار SPSS-۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و جداول داده های آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی ارائه شد.

۱-۴. داده های توصیفی

در جدول زیر اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۱-۴. شاخص های توصیفی باورهای سلامتی

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
نگرانی سلامت عمومی	گروه سرطان	۵۰	۱۰/۱۰	۳/۶۵
	گروه کنترل	۵۰	۹/۳۸	۳/۳۴
تهدید سلامت عمومی	گروه سرطان	۵۰	۱۱/۰۴	۲/۶۸
	گروه کنترل	۵۰	۱۰/۲۲	۳/۰۱
حساسیت ادراک شده	گروه سرطان	۵۰	۱۳/۸۰	۳/۶۶
	گروه کنترل	۵۰	۱۱/۴۰	۴/۳۲
شدت ادراک شده	گروه سرطان	۵۰	۱۸/۱۴	۵/۸۳
	گروه کنترل	۵۰	۱۲/۳۲	۴/۹۶
مزایای درمان پزشکی	گروه سرطان	۵۰	۱۷/۱۰	۵/۷۵

۵/۴۲	۱۶/۴۰	۵۰	گروه کنترل	
۹/۶۷	۲۵/۳۴	۵۰	گروه سرطان	مزایای خودیاری
۱۰/۸۸	۲۷/۸۸	۵۰	گروه کنترل	
۲۰/۳۳	۹۵/۵۲	۵۰	گروه سرطان	باورهای سلامتی
۱۵/۴۸	۸۷/۶۰	۵۰	گروه کنترل	

جدول ۴-۱ نشان می دهد که بین میانگین گروهها از لحاظ باورهای سلامتی و مولفه های آن تفاوت وجود دارد. برای بررسی این که این تفاوت ها از لحاظ آماری معنادار است آزمون آماری t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد.

جدول ۴-۲. شاخص های توصیفی سرسختی

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
ارزش سلامت	گروه سرطان	۵۰	۱۲/۹۲	۳/۹۹
	گروه کنترل	۵۰	۱۹/۲۶	۵/۰۷
کنترل درونی سلامت	گروه سرطان	۵۰	۱۲/۷۶	۴/۷۵
	گروه کنترل	۵۰	۱۵/۷۴	۴/۵۵
کنترل بیرونی سلامت	گروه سرطان	۵۰	۱۵/۰۲	۶/۴۱
	گروه کنترل	۵۰	۱۷/۷۲	۵/۶۳
سلامت ادراک شده	گروه سرطان	۵۰	۱۲/۲۴	۴/۲۶
	گروه کنترل	۵۰	۱۸/۸۲	۵/۸۷
سرسختی	گروه سرطان	۵۰	۵۲/۹۴	۱۳/۵۶
	گروه کنترل	۵۰	۷۱/۵۴	۱۵/۵۲

جدول ۴-۲ نشان می دهد که بین میانگین گروهها از لحاظ سرسختی و مولفه های آن تفاوت وجود دارد. برای بررسی این که این تفاوت ها از لحاظ آماری معنادار است آزمون آماری t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد.

جدول ۳-۴. شاخص های توصیفی رویداد زندگی

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
رویداد زندگی	گروه سرطان	۵۰	۵۵/۸۴	۴۱/۳۶
	گروه کنترل	۵۰	۳۲/۶۴	۳۲/۴۸

جدول ۳-۴ نشان می دهد که بین میانگین گروهها از لحاظ رویداد زندگی تفاوت وجود دارد. برای بررسی این که این تفاوت ها از لحاظ آماری معنادار است آزمون آماری t مستقل انجام شد.

۴-۱. داده های استنباطی

به منظور آزمون فرضیه های پژوهش، از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) با استفاده از نرم افزار SPSS-22 به کار گرفته شده است. هر یک از جداولی که در این زمینه آمد بیانگر آزمون فرضیات در خصوص مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل بود.

قبل از بررسی آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، آنچه که باید در نظر گرفته شود، مباحث مربوط به رعایت کردن و بررسی کردن مفروضه های آماری است. از جمله پیش فرض هایی که در آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) منظور می گردد، فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون (کولموگروف - اسمیرنوف^۱) یا (K-S) است. این بررسی روی متغیرهای پژوهش انجام شد.

جدول ۴-۴. آزمون فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

¹ Kolmogorov -Smirnov Test

متغیر	گروه	کولموگروف - اسمیرنوف (K-S)	سطح معنی داری
نگرانی سلامت عمومی	گروه سرطان	۰/۰۸۵	۰/۲۰۰
	گروه کنترل	۰/۱۱۵	۰/۰۹۴
تهدید سلامت عمومی	گروه سرطان	۰/۱۱۶	۰/۰۷۶
	گروه کنترل	۰/۰۹۵	۰/۲۰۰
حساسیت ادراک شده	گروه سرطان	۰/۰۹۶	۰/۲۰۰
	گروه کنترل	۰/۱۱۴	۰/۱۱۵
شدت ادراک شده	گروه سرطان	۰/۰۹۸	۰/۲۰۰
	گروه کنترل	۰/۱۲۰	۰/۰۷۰
مزایای درمان پزشکی	گروه سرطان	۰/۱۲۲	۰/۰۵۹
	گروه کنترل	۰/۱۱۷	۰/۰۷۴
مزایای خودیاری	گروه سرطان	۰/۰۹۲	۰/۲۰۰
	گروه کنترل	۰/۱۱۹	۰/۰۷۴
باورهای سلامتی	گروه سرطان	۰/۱۲۱	۰/۰۵۹
	گروه کنترل	۰/۱۲۰	۰/۰۶۸
ارزش سلامت	گروه سرطان	۰/۱۰۹	۰/۱۹۲
	گروه کنترل	۰/۱۲۰	۰/۰۶۷
کنترل درونی سلامت	گروه سرطان	۰/۱۰۵	۰/۲۰۰
	گروه کنترل	۰/۰۹۷	۰/۲۰۰
کنترل بیرونی سلامت	گروه سرطان	۰/۱۱۸	۰/۰۷۴
	گروه کنترل	۰/۱۰۵	۰/۲۰۰
سلامت ادراک شده	گروه سرطان	۰/۱۰۰	۰/۲۰۰
	گروه کنترل	۰/۱۱۴	۰/۱۱۵
سرسختی	گروه سرطان	۰/۰۷۰	۰/۲۰۰
	گروه کنترل	۰/۰۸۴	۰/۲۰۰
رویداد زندگی	گروه سرطان	۰/۱۰۴	۰/۲۰۰
	گروه کنترل	۰/۰۹۳	۰/۲۰۰

همانطور که از یافته های جدول ۴-۴ استنباط می شود، از آنجا که سطح معنی داری به دست آمده در آزمون (K-S)، در اکثر متغیر های پژوهش به تفکیک گروه، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می باشد، در نتیجه می توان گفت که توزیع متغیر های مورد بررسی در نمونه آماری داری توزیع نرمال می باشد و می توانیم فرضیه های پژوهش را از طریق آزمون های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم.

فرضیه اول: "بین باورهای سلامتی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد." جهت مقایسه باورهای سلامتی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده شده نتایج در جدول ۴-۵ گزارش شده است:

جدول ۴-۵. نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه باورهای سلامتی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل

آزمون t جهت بررسی میانگین							آزمون لون جهت بررسی واریانس
F	سطح معنی داری	t	درجه آزادی	سطح معناداری (دوطرفه)	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	
۲/۴۰۱	۰/۱۲۴	۲/۱۹۱	۹۸	۰/۰۳۱	۷/۹۲	۳/۶۱	مفروضه برابری واریانس
		۲/۱۹۱	۹۱/۵۳۷	۰/۰۳۱	۷/۹۲	۳/۶۱	مفروضه نابرابری واریانس

همانطور که در جدول ۴-۵ نشان داده شده است در آزمون لون مقدار $P > 0/05$ است مشخص می شود که واریانس میانگین های گروههای مطالعه، برابر است. در نتیجه از مقادیر مربوط به مفروضه ی برابری واریانس ها استفاده می گردد. چون قدر مطلق مقدار t محاسبه شده (۲/۱۹۱) با درجه آزادی ۹۸ و سطح معناداری $p < 0/01$ از مقدار t جدول (۲/۰۴۲) بزرگتر است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین میانگین رد می شود و با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می گیریم که بین میانگین های عامل باورهای سلامتی در گروه های فوق الذکر تفاوت معنادار وجود دارد.

جهت تجزیه و تحلیل داده های مربوط به تفاوت بین دو بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل از لحاظ مولفه های باورهای سلامتی، از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. قبل از به کار

گیری این آزمون مفروضه های این آزمون به وسیله آزمون باکس، لامبدای ویلکز و آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس مولفه های باورهای سلامتی در گروه های مورد پژوهش نیز از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس در جدول ۴-۶ آمده است:

جدول ۴-۶. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در مولفه های

باورهای سلامتی

معنی داری	F	BOX S M
۰/۱۷۴	۱/۳۳۰	۳۱/۱۰۳

جدول ۴-۶ نشان می دهد مقدار سطح معناداری ($p > ۰/۰۵$) می باشد که گویای آن است شرط همگنی

ماتریس واریانس - کوواریانس به خوبی رعایت شده است ($F = ۱/۱۲۵$ و $P > ۰/۰۵$).

برای تعیین معنی داری اثر گروه بر مولفه های باورهای سلامتی، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که

نتایج حاصل در جدول ۴-۷ گزارش شده است:

جدول ۴-۷. نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چند متغیره مولفه های باورهای سلامتی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی اثر	سطح معنی	مجذور
			خطا		داری	ایتا
لامبدای ویلکز	۰/۶۵۳	۸/۲۵۱	۹۳	۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مولفه های باورهای سلامتی

تفاوت معنادار وجود دارد ($F_{(۹۳۶)} = ۸/۲۵۱$ و $P < ۰/۰۱$).

برای بررسی پیش فرض برابری واریانس های مولفه های باورهای سلامتی در گروه های مورد پژوهش

نیز از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول ۴-۸ آمده است:

جدول ۴-۸. نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس های مولفه های باورهای سلامتی

متغیرها	F	df _۱	df _۲	سطح معنی داری
نگرانی سلامت عمومی	۰/۱۸۵	۱	۹۸	۰/۶۶۸
تهدید سلامت عمومی	۱/۳۵۷	۱	۹۸	۰/۲۴۷
حساسیت ادراک شده	۳/۳۹۱	۱	۹۸	۰/۰۶۹
شدت ادراک شده	۲/۷۲۷	۱	۹۸	۰/۱۰۲
مزایای درمان پزشکی	۰/۹۷۲	۱	۹۸	۰/۳۲۷
مزایای خودیاری	۳/۳۲۴	۱	۹۸	۰/۰۷۱

جدول فوق گویای آن است که واریانس های مولفه های باورهای سلامتی در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می دهد.

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون های باکس، لامبدای ویلکز و لون، تحلیل های مربوط به اثرات بین آزمودنی ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده در جدول شماره ۴-۹ قابل مشاهده است:

جدول ۴-۹. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اثرات گروه بر مولفه های باورهای سلامتی

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی داری	مجدور ایتا
گروه	نگرانی سلامت	۱۲/۹۶۰	۱	۱۲/۹۶۰	۱/۰۵۵	۰/۳۰۷	۰/۰۱۱
	عمومی						
	تهدید سلامت عمومی	۱۶/۸۱۰	۱	۱۶/۸۱۰	۲/۰۶۸	۰/۱۵۴	۰/۰۲۱
	حساسیت ادراک شده	۱۴۴۴	۱	۱۴۴۴	۸/۹۶۶	۰/۰۰۳	۰/۰۸۴
	شدت ادراک شده	۸۴۶/۸۱۰	۱	۸۴۶/۸۱۰	۲۸/۸۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲۸
	مزایای درمان پزشکی	۱۲/۲۵۰	۱	۱۲/۲۵۰	۰/۳۹۲	۰/۵۳۳	۰/۰۰۴
خطا	مزایای خودیاری	۱۶۱/۲۹۰	۱	۱۶۱/۲۹۰	۱/۵۲۱	۰/۲۲۰	۰/۰۱۵
	نگرانی سلامت	۱۲۰۴/۲۸۰	۹۸	۱۲/۲۸۹	-	-	-
	عمومی						
	تهدید سلامت عمومی	۷۹۶/۵۰۰	۹۸	۸/۱۲۸	-	-	-
	حساسیت ادراک شده	۱۵۷۴	۹۸	۱۶/۰۶۱	-	-	-
	شدت ادراک شده	۲۸۷۲/۹۰۰	۹۸	۲۹/۳۱۵	-	-	-
	مزایای درمان پزشکی	۳۰۶۴/۵۰۰	۹۸	۳۱/۲۷۰	-	-	-
	مزایای خودیاری	۱۰۳۹۴/۵۰۰	۹۸	۱۰۶/۰۶۶	-	-	-

براساس جدول ۴-۹، بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه حساسیت ادراک شده ($F_{(۱,۹۸)} = ۸/۹۶۶$ و $P < ۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره حساسیت ادراک شده

گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۸/۴ درصد واریانس حساسیت ادراک شده را تبیین می کند.

بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه شدت ادراک شده $F_{(۱,۹۸)} = ۲۸/۸۸۶$ و $P < ۰/۰۱$ تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره شدت ادراک شده گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۲۲/۸ درصد واریانس شدت ادراک شده را تبیین می کند.

بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه نگرانی سلامت عمومی، تهدید سلامت عمومی، مزایای درمان پزشکی و مزایای خودیاری تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$).

فرضیه دوم: "بین سرسختی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد."

جهت مقایسه سرسختی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده شده نتایج در جدول ۴-۱۰ گزارش شده است:

جدول ۴-۱۰. نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه سرسختی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل

آزمون لون جهت بررسی						
واریانس						
F	سطح معنی داری	t	درجه آزادی	سطح معناداری (دوطرفه)	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد
۰/۹۲۰	۰/۳۴۰	-۶/۴۰۴	۹۸	۰/۰۰۱	-۱۸/۶۰	۲/۹۰
			۹۶/۴۲۷	۰/۰۰۱	-۱۸/۶۰	۲/۹۰

همانطور که در جدول ۴-۱۰ نشان داده شده است در آزمون لون مقدار $P > ۰/۰۵$ است مشخص می شود که واریانس میانگین های گروههای مطالعه، برابر است. در نتیجه از مقادیر مربوط به مفروضه ی برابری واریانس ها استفاده می گردد. چون قدر مطلق مقدار t محاسبه شده (-۶/۴۰۴) با درجه آزادی ۹۸ و سطح معناداری $p < ۰/۰۱$ از مقدار t جدول (۲/۰۴۲) بزرگتر است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین

میانگین رد می شود و با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه می گیریم که بین میانگین های عامل سرسختی در گروه های فوق الذکر تفاوت معنادار وجود دارد.

جهت تجزیه و تحلیل داده های مربوط به تفاوت بین دو بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل از لحاظ مولفه های باورهای سلامتی، از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. قبل از به کار گیری این آزمون مفروضه های این آزمون به وسیله آزمون باکس، لامبدای ویلکز و آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس مولفه های باورهای سلامتی در گروه های مورد پژوهش نیز از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس در جدول ۴-۱۱ آمده است:

جدول ۴-۱۱. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در مولفه های سرسختی

معنی داری	F	BOX S M
۰/۰۶۹	۱/۷۲۴	۱۸/۰۳۹

جدول ۴-۱۱ نشان می دهد مقدار سطح معناداری ($p > 0.05$) می باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس به خوبی رعایت شده است ($F = 1.724$ و $P > 0.05$).

برای تعیین معنی داری اثر گروه بر مولفه های سرسختی، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۴-۱۲ گزارش شده است:

جدول ۴-۱۲. نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چند متغیره مولفه های سرسختی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی اثر	سطح معنی	مجذور
-------	------	---	------------	----------------	----------	-------

خطا	داری	ایتا
لامبدای ویلکز	۰/۵۵۱	۱۹/۳۵۸
۹۵	۴	۰/۴۴۹

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مولفه های سرسختی تفاوت معنادار وجود دارد ($F_{(۹۵,۴)} = ۱۹/۳۵۸$ و $P < ۰/۰۱$).

برای بررسی پیش فرض برابری واریانس های مولفه های سرسختی در گروه های مورد پژوهش نیز از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول ۴-۱۳ آمده است:

جدول ۴-۱۳. نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس های مولفه های سرسختی

متغیرها	F	df _۱	df _۲	سطح معنی داری
ارزش سلامت	۳/۲۹۴	۱	۹۸	۰/۰۷۳
کنترل درونی سلامت	۰/۰۸۹	۱	۹۸	۰/۷۶۶
کنترل بیرونی سلامت	۰/۰۰۱	۱	۹۸	۰/۹۹۰
سلامت ادراک شده	۰/۱۰۶	۱	۹۸	۰/۷۴۶

جدول فوق گویای آن است که واریانس های مولفه های سرسختی در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می دهد.

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون های باکس، لامبدای ویلکز و لون، تحلیل های مربوط به اثرات بین آزمودنی ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده در جدول شماره ۴-۱۴ قابل مشاهده است:

جدول ۴-۱۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اثرات گروه بر مولفه های سرسختی

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی داری	مجذور ایتا
گروه	ارزش سلامت	۱۰۰۴/۸۹۰	۱	۱۰۰۴/۸۹۰	۴۸/۱۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
	کنترل درونی سلامت	۲۲۲/۰۱۰	۱	۲۲۲/۰۱۰	۱۰/۲۳۰	۰/۰۰۲	۰/۰۹۵
	کنترل بیرونی سلامت	۱۸۲/۲۵۰	۱	۱۸۲/۲۵۰	۴/۹۹۳	۰/۰۲۸	۰/۰۴۸
	سلامت ادراک شده	۱۰۸۲/۴۱۰	۱	۱۰۸۲/۴۱۰	۴۱/۱۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۶
خطا	ارزش سلامت	۲۰۴۳/۳۰۰	۹۸	۲۰/۸۵۰	-	-	-
	کنترل درونی سلامت	۲۱۲۶/۷۴۰	۹۸	۲۱/۷۰۱	-	-	-
	کنترل بیرونی سلامت	۳۵۷۷/۰۶۰	۹۸	۳۶/۵۰۱	-	-	-
	سلامت ادراک شده	۲۵۸۰/۵۰۰	۹۸	۲۶/۳۳۲	-	-	-

براساس جدول ۴-۱۴، بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه ارزش سلامت ($F_{(۱,۹۸)} = ۴۸/۱۹۶$ و $P < ۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره ارزش سلامت گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری پایین تر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۳۳ درصد واریانس ارزش سلامت را تبیین می کند.

بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه کنترل درونی سلامت ($F_{(۱,۹۸)} = ۱۰/۲۳۰$) و ($P < ۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره کنترل درونی سلامت گروه بیماران مبتلا به

سرطان به طور معناداری پایین تر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۹/۵ درصد واریانس کنترل درونی سلامت را تبیین می کند.

بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه کنترل بیرونی سلامت $F_{(۱,۹۸)}=۴/۹۹۳$ و $P<۰/۰۵$ تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره کنترل بیرونی سلامت گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری پایین تر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۴/۸ درصد واریانس کنترل بیرونی سلامت را تبیین می کند.

بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه سلامت ادراک شده $F_{(۱,۹۸)}=۴۱/۱۰۷$ و $P<۰/۰۱$ تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره سلامت ادراک شده گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری پایین تر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۲۹/۶ درصد واریانس سلامت ادراک شده را تبیین می کند.

فرضیه سوم: "بین رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد."

جهت مقایسه رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده شده نتایج در جدول ۴-۱۵ گزارش شده است:

جدول ۴-۱۵. نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل

آزمون t جهت بررسی میانگین						
واریانس						
آزمون	لون	جهت	بررسی	t	درجه آزادی	سطح
F	سطح معنی داری				معداری (دوطرفه)	میانگین
انحراف	اختلاف	استاندارد				
۳/۸۴۹	۰/۰۵۳	۲/۴۴۷	۹۸	۰/۰۱۶	۱۸/۲۰	۷/۴۳
مفروضه برابری واریانس						
۲/۴۴۷	۹۲/۷۷۹	۰/۰۱۶	۱۸/۲۰	۷/۴۳		
مفروضه نابرابری واریانس						

همانطور که در جدول ۴-۱۵ نشان داده شده است در آزمون لون مقدار $P > 0.05$ است مشخص می شود که واریانس میانگین های گروه های مطالعه، برابر است. در نتیجه از مقادیر مربوط به مفروضه ی برابری واریانس ها استفاده می گردد. چون قدر مطلق مقدار t محاسبه شده (۲/۴۴۷) با درجه آزادی ۹۸ و سطح معناداری $p < 0.01$ از مقدار t جدول (۲/۰۴۲) بزرگتر است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین میانگین رد می شود و با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می گیریم که بین میانگین های عامل رویدادهای زندگی در گروه های فوق الذکر تفاوت معنادار وجود دارد.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

در این فصل با استفاده از یافته های پژوهش در فصل ۴، به تبیین فرضیات پژوهش پرداخته ایم؛ و با توجه به اطلاعات به دست آمده از بررسی های آماری و بحث های نظری و سوابق پژوهش مندرج در فصل دوم، هر یک از فرضیه ها، تفسیر و نتیجه گیری شد.

۱-۵. بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: "بین باورهای سلامتی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد." جهت مقایسه باورهای سلامتی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده شده است. نتایج نشان داد بین میانگین های عامل باورهای سلامتی در گروه های فوق الذکر تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره باورهای سلامتی گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است.

همچنین نتایج نشان داد بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه حساسیت ادراک شده و شدت ادراک شده تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره حساسیت ادراک شده و شدت ادراک شده گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه نگرانی سلامت عمومی، تهدید سلامت عمومی، مزایای درمان پزشکی و مزایای خودیاری تفاوت معنادار وجود ندارد.

این یافته با پژوهش های زیر همسو است. بشرپور و همکاران (۱۳۹۷) که نشان دادند باورهای سلامتی و ادراک بیماری در پیش بینی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان نقش دارد. دهداری و همکاران (۱۳۹۷) به این نتیجه رسیده اند که سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی، در پیش بینی رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از سرطان معده نقش دارد. صادقی و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که الگوی اعتقاد بهداشتی جهت پیشگیری از سرطان پوست در کشاورزان تاثیر دارد. گیو و همکاران (۲۰۲۳)، لی و همکاران (۲۰۲۲) و لین و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اینکه مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار غربالگری سرطان تاثیر دارد. والترز و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که ادراک این باورها می تواند برنامه های بهتری را در رابطه با بهداشت آنها در محل کار به وجود آورد. هیرش و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به تبیین این موضوع پرداختند که زنان تحت مطالعه آنها با وجود احتمال خطر بالای شکستگی ناشی از پوکی استخوان به دلیل اینکه سبک باور سلامتی در آنها نهادینه نشده اقدامات مؤثری در رابطه با پیشگیری از صدمات احتمالی ناشی از این بیماری انجام نمی دهند. در مطالعه ای دیگر وانگ و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که باورهای سلامتی نقشی کلیدی در اتخاذ اینگونه برنامه های سلامتی دارد.

مدل باور سلامتی مشهورترین نظریه مورد استفاده در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است (گلانز^۱ و همکاران، ۲۰۰۲؛ مسعود نیا، ۲۰۱۰). مفهوم اساسی مدل باور سلامت این است که اتخاذ رفتارهای سلامتی، بوسیله باورها یا برداشتهای فرد در مورد یک بیماری و استراتژیهای موجود برای کاهش وقوع آنها تعیین می شود (هوچام^۲، ۱۹۸۵). مطالعات در قالب مدل باور سلامتی نشان می دهند که سازه های

¹ Glanz K

² Hochbaum GM

این مدل از جمله پیش بینهای اساسی در درگیری یک فرد در رفتارهای سلامتی و بیماری مانند جستجوی درمان در زنان با علایم پستان است (استرچر^۱ و همکاران، ۱۹۹۷). باورهای سلامتی قوی احتمال شرکت در برنامه های غربالگری انجام رفتارهای تشخیص زودرس سرطان و جستجوی درمان برای این اختلال را افزایش می دهد. همچنین مطالعات نشان دادند که باورهای سلامتی نقش مهمی در تمایل افراد به شرکت در رفتارهای مرتبط با جستجوی درمان و ارتقا سلامتی دارند (چامپینو و اسکینر^۲، ۲۰۰۳).

باور سلامتی یکی از عوامل مهم در مدیریت بیماری سرطان است. در طی درمان های سرطان، باور به قدرت بهبودی و تاثیر مثبت ذهن بر روی جسم می تواند به عنوان یک ابزار مؤثر برای افزایش کیفیت زندگی و حتی بهبود نتایج درمانی عمل کند.

مطالعات نشان داده اند که افرادی که به باورهای مثبت و امیدواری در مورد بهبودی خود پایبندند، ممکن است توانایی بیشتری در مقابله با عوارض جسمانی و روانی درمان های سرطان داشته باشند. این افراد ممکن است از افکار مثبت و انگیزه های داخلی خود برای مدیریت درد، افزایش انرژی و بهبود روحیه استفاده کنند. همچنین، حمایت اجتماعی و حضور خانواده و دوستان نیز نقش مهمی در افزایش باور به سلامتی دارند. ارتباطات مستقیم و پذیرش احساسات بیمار از طرف عزیزان می تواند احساسات انزجار، ناامیدی و ترس را کاهش دهد و باور به بهبودی را تقویت کند.

افزایش حساسیت ادراک شده و شدت ادراک شده نسبت به سلامتی در بیماران سرطان مسئله ای مهم است که تأثیر بسزایی بر روند درمان و کیفیت زندگی آنها دارد. بیماری سرطان یک تجربه فیزیکی و روحی نیازمند مراقبت های خاص است و افراد مبتلا به این بیماری ممکن است حساسیت های ادراکی قوی تری نسبت به وضعیت سلامتی شان داشته باشند. احساسات مرتبط با سلامتی در بیماران سرطان می تواند متنوع باشد. از یک سو، این افراد ممکن است احساس ناراحتی، نگرانی و ترس از تشخیص و درمان بیماری داشته باشند که ممکن است باعث افزایش حساسیت ادراک شده نسبت به وضعیت سلامتی شان شود. از سوی دیگر، بعضی افراد ممکن است باورهای مثبت داشته باشند و به امید بهبودی و شفای کامل نگاه کنند که این نگرش می تواند شدت ادراک شده نسبت به سلامتی شان را افزایش دهد.

¹ Stretcher V

² Champion VL, Skinner CS

عوامل مختلفی می‌توانند بر حساسیت ادراک شده و شدت ادراک شده نسبت به سلامتی در بیماران سرطان تأثیر بگذارند، از جمله اطلاعات موجود در مورد بیماری، پشتیبانی اجتماعی، تجربیات گذشته با بیماری، و اثرات جانبی درمان‌های مورد نیاز.

فرضیه دوم: "بین سرسختی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد."

جهت مقایسه سرسختی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شده است. نتایج نشان داد بین میانگین‌های عامل سرسختی در گروه‌های فوق‌الذکر تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره سرسختی گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل است.

براساس جدول ۴-۱۴، بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل، در مولفه ارزش سلامت، کنترل درونی سلامت، کنترل بیرونی سلامت و سلامت ادراک شده تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره ارزش سلامت، کنترل درونی سلامت، کنترل بیرونی سلامت و سلامت ادراک شده گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل است.

این یافته با پژوهش‌های زیر همسو است. آزادی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند بین بهزیستی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد. کاتبی و سپاه منصور (۱۳۹۸) که نشان دادند بین سرسختی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت و سرطان سینه تفاوت وجود دارد. جعفری و همکاران (۱۳۸۸) به این نتیجه رسیده‌اند که بین سخت‌رویی در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی تفاوت وجود دارد. در پژوهشی دیگر کوواس و بورس (۲۰۲۰) نشان دادند که اضطراب و علائم جسمانی با سرسختی رابطه معنادار منفی داشت. کلونین گر و زوهر (۲۰۱۱) نشان داد که شخصیت اثرات نیرومندی بر سلامت دارد و بیش از یک سوم واریانس سلامتی را تبیین می‌کند.

در تبیین یافته فوق می‌توان این‌گونه استدلال نمود که سرسختی سلامت ترکیبی از باورها در مؤلفه مورد خویش و جهان می‌باشد که با سه تعهد، کنترل و مبارزه جویی مرتبط است. وقتی فرد مبتلا به بیماری مزمن می‌شود چنانچه از ویژگی شخصیتی سرسختی سلامت برخوردار باشد، میزان تطابق پذیری وی با تغییر اساسی روی داده در زندگی و نیز تعامل وی با محیط پیرامون متفاوت خواهد بود. در بیماران مبتلا به سرطان به دلیل اینکه بخشی از بدن فرد در معرض تهدید قرار می‌گیرد، هویت و عزت نفس بدنی فرد دچار تغییر می‌شود و این می‌تواند با کاهش نمرات سرسختی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با گروه کنترل مرتبط باشد. همین ویژگی می‌تواند منجر به کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی در فرد بیمار شده و وی را از دریافت هر گونه حمایت

اجتماعی و روانی محروم سازد. از دیگر سو فرد در خود نسبت به یافتن سلامتی مجدد به دلیل اینکه احساس ناتوانی و عدم کنترل می نماید دست از مبارزه جویی و تلاش برداشته و همین ویژگی منجر به تشدید نشانه های بیماری می گردد.

فرضیه سوم: "بین رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد."

جهت مقایسه رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و گروه کنترل از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده شده است. نتایج نشان داد بین میانگین های عامل رویدادهای زندگی در گروه های فوق الذکر تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره رویدادهای زندگی گروه بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است.

این یافته با پژوهش های زیر همسو است. عبدی زرین و همکاران (۱۴۰۰) که نشان دادند بین سبک زندگی، راهبردهای مقابله با استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان سالم تفاوت معنادار وجود دارد. ماهان و همکاران (۱۳۹۶) به این نتیجه رسیده اند که بین استرس و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم تفاوت وجود دارد. خانجانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که میزان تنیدگی روانی و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان و افراد عادی متفاوت است. دهقان زاده و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که میزان مواجهه با رویدادهای استرس زا در گروه سرطان کولورکتال بالاتر از گروه کنترل بود. منیره و همکاران (۱۳۸۹) مبنی بر اینکه بین میان بروز سرطان پستان با رویداد های استرس زا افراد رابطه وجود دارد. تایسک (۲۰۲۳) به این نتیجه رسیده اند که استرس مزمن باعث رشد سرطان می شود. در تبیین یافته مذکور می توان گفت که فاکتورهای محیطی مانند مرگ شخص مورد علاقه یا فاکتورهای اجتماعی از قبیل شکست در ازدواج، وام های سنگین یا دیگر وقایع مهم زندگی اثر مستقیمی بر سطح دیسترس افراد دارند. سطح دیسترس بالا می تواند سلامت افراد را تهدید کند مراجعات نامنظم به مراکز سرطان، استفاده کم از روشهای درمانی و اهمال در گزارش علائم جدید بیماری مثالهایی از اثرات نامطلوب دیسترس بر سلامتی بیماران مبتلا به سرطان است (توماس^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). در مورد رابطه بین استرس و سرطان مربوط به تغییرات رفتاری است که در اثر استرس در فرد ایجاد می شود و بر

^۱Thomas BC

سلامتی او اثر می گذارد. در واقع افرادی که سطح بالایی از استرس را نشان می دهند، تمایل زیادی برای انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آنها را افزایش می دهد به عنوان مثال استرس باعث افزایش مصرف سیگار الکل و در مقابل کاهش تمرینات ورزشی می شود (سارفینو^۱، ۲۰۰۲). همچنین تبیین دیگر مربوط به تغییرات ایجاد شده در سیستم ایمنی بدن است. در واقع فشار روانی نامناسب در اثر رویدادهای استرس زای زندگی در سیستم دخالت می کند و به این طریق به سلولهای سرطانی ایمنی بدن که همیشه در بدن حضور دارند اجازه رشد و تکثیر می دهد. از سویی وظیفه لنفوسیتها یافتن و معدوم کردن سلولهای بدخیم است که در این میان استرس باعث می شود که توانایی لنفوسیتها کاهش یابد و به این طریق امکان شکل گیری تومورهای سرطانی افزایش می یابد (ولمان^۲، ۱۹۹۹). همچنین از دست دادن شغل انزوای اجتماعی، مشکلات اقتصادی، صرف وقت زیاد برای شیمی درمانی و یا رادیوتراپی هزینه های مربوط به درمان و عدم کارایی مطلوب از عوامل استرس زایی است که می تواند بیمار مبتلا به سرطان را مستعد اختلالات روانی کند.

۲-۵. محدودیت های پژوهش

در پژوهش حاضر هم برخی محدودیت ها به شرح زیر وجود داشت:

۱. مهم ترین محدودیت پژوهش استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی بود که امکان سوگیری

پاسخگویی وجود دارد.

۲. نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم به بیماران مبتلا به سرطان شهر ... بوده است و در صورت نیاز

به تعمیم به سایر بیماران با احتیاط و دانش کافی این کار صورت بگیرد.

۳. استفاده از طرح تحقیق علی مقایسه ای که امکان استنتاج نتایج علی را فراهم نمی کند و ناتوانی

در کنترل برخی متغیرهای مزاحم نظیر شدت بیماری، دوره بیماری، دوز دارویی و غیره مهم

ترین محدودیت مطالعه حاضر بود.

¹ Sarafino E P

² Wellman B

۴. از محدودیت های دیگر این طرح را می توان به ویژگی های فردی، خصوصیات روحی و روانی، تفاوت های زندگی، فرهنگی و اجتماعی نمونه های مورد پژوهش که بر پاسخگویی به پرسشها بر نتایج پژوهش تاثیر گذار بود، اشاره نمود که کنترل این عوامل از عهده پژوهشگر خارج بود.

۴-۵. پیشنهادات

با توجه به گستره ی نظری موجود، یافته ها و محدودیت های حاضر، می توان پیشنهادها و جهت گیری های پژوهشی زیر را ارائه نمود که فراهم کننده زمینه های پژوهشی جدید می باشند:

۱-۴-۵. پیشنهادات پژوهشی

۱. پیشنهاد می شود که انجام پژوهش با حجم نمونه بزرگتر و محدوده جغرافیایی وسیع تر انجام گیرد تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به کار گیری متغیرهای ذکر شده فراهم آید.

۲. پیشنهاد می شود تحقیقات مشابهی با کنترل متغیرهای مزاحم به ویژه شدت و مرحله بیماری انجام گیرد.

۳. پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده در مورد نقش باورهای سلامتی بر میزان سرسختی سلامت در بیماری مزمن تحقیقاتی صورت گیرد.

۲-۴-۱. پیشنهادات کاربردی

۱. براساس نتایج این مطالعه لزوم کاربست روان درمانیهای شناختی رفتاری برای اصلاح باورها و سرسختی مرتبط با بیماری با هدف افزایش رفتارهای سلامتی بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می شود.

۲. پیشنهاد می شود راهکارهای مقابله با استرس توسط افراد متخصص، پزشک، پرستار، روان پزشک و سایر افراد تیم بهداشتی به بیمار و خانواده داده شود که می تواند تاثیر بسزایی در کاهش دیسترسی عاطفی و در نهایت بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی در طی همه مراحل بیماری داشته باشد.

منابع فارسی

[دانلود فایل WORD این پایان نامه کارشناسی روانشناسی پیام نور از](#)

[اینجا همراه با منابع فارسی و لاتین](#)