



دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی

مدل ساختاری نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله‌ای شناختی در ارتباط سرسختی روان شناختی با امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان

مه‌ری صانعی^{۱*}، فرشید خسروپور^۲، عباس بهرام‌پور^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد زنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زنند، ایران. (نویسنده مسؤول)
۲. دکتری روان‌شناسی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد زنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زنند، ایران.
۳. استاد آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سرطان تهدیدی برای سلامت جوامع بشری محسوب می‌شود و نه تنها تأثیرات جسمی، بلکه تأثیرات روانی بسیاری بر افراد دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر سرسختی روان‌شناختی با امیدواری از طریق راهبردهای مقابله‌ای شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد و جامعه پژوهش کلیه بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید باهنر کرمان بوده‌اند که از میان کلیه بیماران ۵۴۰ بیمار سرطانی زن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های سرسختی روان‌شناختی (کوباسا)، امیدواری (میلر)، راهبردهای مقابله با درد (روزنشتایل و کیف) را در این پژوهش تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل مدل بر اساس نرم‌افزار آموس ۲۴ انجام گرفت. مبنای اصلی آنالیز داده‌ها بر اساس معادلات ساختاری و تحلیل عاملی تأییدی بود.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که اثر مستقیم برای دو متغیر راهبردهای مقابله‌ای شناختی و سرسختی روان‌شناختی ۰/۷۸ برای امیدواری و سرسختی روان‌شناختی ۰/۴۱ و برای امیدواری در مقابل راهبردهای مقابله‌ای شناختی ۰/۵۵ می‌باشد و برای نشان‌دادن اثر غیر مستقیم از آزمون تصحیح استفاده می‌گردد و آزمون معنادار شد ($p < 0.05$ سطح معناداری).

ملاحظات اخلاقی: رضایت آگاهانه شفاهی از شرکت‌کنندگان کسب گردیده و به آن‌ها درباره محرمانگی اطلاعات، اطمینان داده شد.

نتیجه‌گیری: از یافته‌های این پژوهش می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که راهبردهای مقابله‌ای شناختی می‌تواند به عنوان متغیر واسطه‌ای تأثیر سرسختی روان‌شناختی را بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان را تقویت نماید.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۰۶

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۰۲

تاریخ انتشار: ۹۸/۰۷/۰۲

واژگان کلیدی:

راهبردهای مقابله با درد
سرسختی روان‌شناختی
امیدواری
سرطان پستان

* نویسنده مسؤول: مه‌ری صانعی

آدرس پستی: ایران، زنند، دانشگاه آزاد

اسلامی، گروه روان‌شناسی.

تلفن: +98 913 198 1107

نمبر:

E-mail: mehresanae@yahoo.com

۱. مقدمه

امروزه سرطان (Cancer) به عنوان یک مشکل بزرگ سلامت عمومی به شمار می‌آید. سرطان، نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است که می‌تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ دهد و با حمله به بافت‌های سالم بدن موجب بیماری شدید و در نتیجه مرگ شود. در ایران سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی در زنان است و همچنین سن شیوع این بیماری اکثراً در سنین ۳۵ تا ۴۴ سالگی گزارش شده است (۱). این بیماری، روند طولانی را طی می‌نماید، به عبارتی یک بیماری مزمن است. اصطلاح درد مزمن، برای توصیف درد مقاوم به درمانی به کار برده شده است که فراتر از دوره‌ای که برای بهبود انتظار می‌رود، طول کشیده است (۲). بنابراین نیازمند نمایش مختلف در دوره‌های درازمدت است. علاوه بر ناتوانی جسمی، مشکلات روانی (همچون افسردگی، اضطراب و...)، مشکلاتی است که درصد چشم‌گیری از مبتلایان به درد مزمن را رنج می‌دهد (۳). علی‌رغم پیشرفت‌های علم پزشکی همچنان بیماری‌های سرطانی و به خصوص سرطان پستان در زنان به طور چشم‌گیری رو به گسترش است (۱). اطلاع‌یافتن از ابتلا به سرطان برای هر فردی یک تجربه غافلگیرکننده و نگران‌کننده است (۴-۵). در واقع با آگاهی‌یافتن از داشتن بیماری بدخیم تهدیدکننده حیات، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند، به طوری که تحقیقات متعددی نشان داده است رابطه تنگاتنگی میان سرطان و حالات روان‌شناختی وجود دارد (۶)، هرچند سرطان باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود، اما به تازگی مشخص شده است که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت‌بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارند، بدون این‌که عملاً به وجودآورنده و سازنده آن‌ها باشند. سرطان، تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی بر زندگی بیمار و خانواده وی می‌گذارد. پاسخ به سرطان به مواردی مانند بیمار و ساختار روان‌شناختی وی، خانواده و محیط اجتماعی بستگی دارد و می‌تواند بر تمام سطوح فعالیت‌های بیمار اثر بگذارد (۷). بحران‌های ناشی از

سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می‌شود. بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی است (۸). با بررسی تحقیقات انجام‌شده، به نظر می‌رسد سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن، بیشترین تأثیر را روی امید، داشته و عامل تهدیدکننده امید، محسوب می‌شود (۹). امید، به عنوان یک عامل پیچیده چندبعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازش‌یافتگی مؤثر بیماران سرطانی تعریف شده است (۱۰). بنابراین مسأله مهم در این پژوهش بررسی وضعیت مبتلایان به سرطان پستان در خصوص امید، است و این‌که این مقوله مهم در چه سطحی است؟ از آنجا که سرطان بیماری است که با تغییر شکل غیر طبیعی سلول و از دست‌رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود، هرچند امروزه مدت طولانی‌تری با سرطان زندگی می‌کنند و دیگر واژه سرطان مترادف با مرگ نیست (۱۱).

در این میان مسأله اساسی دیگر نقش میانجی‌گرایانه راهبردهای مقابله‌ای بوده است و این‌که این موضوع چگونه رابطه دو متغیر ذکرشده، یعنی سرسختی روان‌شناختی، امیدواری را متأثر می‌سازد؟ و از آنجا که مطالعاتی در زمینه به کارگیری راهبردهای مقابله با درد در بیماران سرطان پستان مورد بررسی قرار نگرفته است و درد مزمن و مشکلات شغلی، جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه با آن را می‌توان به عنوان فشارزایی در نظر گرفت که باعث می‌گردد تا بیمار برای کنترل و مدیریت بر آن‌ها از راهبردهای مقابله استفاده کند، پژوهشگران بر این باورند که در مطالعه راهبردها باید به آن گروه از فعالیت‌های شناختی و رفتاری خودآیندی که با هدف اعمال کنترل بر فشارها صورت می‌گیرد نیز توجه کرد (۱۲). بر این اساس، مسأله مهم این است که این مورد راهبردهای شناختی رفتاری به طور جداگانه چه نقشی را در رابطه متغیرهای ذکر شده و امید در بیماران ایفا می‌کنند؟ با توجه به این استدلال راهبردهای مقابله با درد می‌تواند شامل راهبردهای شناختی، مانند گفتگو با خود، فاجعه‌آفرینی، توجه برگردانی از درد، کسب اطلاعات درباره درد، حل مسأله و نیز

(۱۳). به نظر وی شخصیت کسانی که در برابر استرس ناشی از بیماری‌ها مقاوم هستند، دارای سرسختی است. افرادی که دارای این خصلت هستند، زندگی را بامعنی می‌دانند، خود بر سرنوشت خویش حاکم هستند و در مقابل ناملاپمات، مقاوم و استوار می‌باشند، حالا در این پژوهش سعی بر این شد که بررسی شود آیا باور به تغییر، دگرگونی و پویایی زندگی و این نگرش که هر رویدادی لزوماً به معنی تهدیدی برای امنیت و سلامت انسان است؟ و این که انعطاف‌پذیری شناختی و بردباری در برابر رویدادهای سخت بیماری و موقعیت‌های مبهم چه پیامدهایی به دنبال دارد؟ کوباسا و پوکتی (Pucetti) باور دارند که ویژگی‌های سرسختی روان‌شناختی از جمله حس کنجکاوی قابل توجه، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنی‌دار، ابراز وجود، پراورزی‌بودن و این که تغییر در زندگی امری طبیعی است، می‌تواند در سازش فرد با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی سودمند باشند را مد نظر قرار داده‌ایم. بررسی‌ها گویای آن هستند که سرسختی با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس ناشی از بیماری را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالات بدنی و روانی پیشگیری می‌کند (۱۴).

سرسختی روان‌شناختی، یک ویژگی شخصیتی است که در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند. سرسختی، ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان است که از سه جزء تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است، اما در عین حال مجموعه‌ای واحد است که از عمل هماهنگ این سه جزء تشکیل یافته است (۱۵)، با توجه به مبانی نظری پیشین و مطالعه متغیرهای پژوهش و لزوم کمک به ارتقای امیدواری و بهبود درد و عوامل مرتبط با سرسختی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان و برای پی بردن به چگونگی ارتباط درونی این متغیرها که می‌تواند راه‌گشای بسیاری از مداخله‌ها روان‌شناختی باشد، ضرورت انجام این پژوهش برای کمک به ارائه پیشنهاد در مورد تدوین یک برنامه جامع مراقبتی احساس می‌شد. بنابراین هدف از

راهبردهای رفتاری، مانند افزایش یا کاهش فعالیت‌های خاص مانند استراحت، فعالیت‌های بدنی، استفاده از آب گرم و یا یخ باشد (۲)، می‌توانند به فرد مبتلا به سرطان پستان کمک مؤثری کنند. راهبردهای مقابله‌ای هم ادراک افراد از شدت درد و هم توانایی آن‌ها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت‌های روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتیجه‌گیری‌هایی درباره مقابله با درد مزمن، هدف از یادگیری و به کار بستن مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، بالابردن احساس کفایت و خودکار آمدی شماست. کسانی که از درد سرطان پستان، رنج می‌برند، وقتی از راهبردهای مقابله‌ای فعال می‌توانند استفاده کنند که به توانایی خود برای انجام دادن آن‌ها اطمینان داشته باشند، برای دستیابی به این اطمینان افرادی که از سرطان رنج می‌برند، باید کارهای زیر را انجام دهند. نحوه استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر را یاد بگیرند. این کار مستلزم متعهد ساختن خود به تهیه و تعقیب یک برنامه فشرده برای تمرین این مهارت‌هاست. اهداف واقع‌بینانه‌ای انتخاب کنند تا در مواقعی که مهارت‌های مقابله با درد آن‌ها ۱۰٪ مؤثر نیست، مأیوس نشوند. به تلاش‌های خود افتخار کرده و به خاطر حفظ کنترل بر زندگی‌شان به خود پاداش دهند. افرادی که سرطان‌شان بسیار شدید و پیشرفته است ممکن است در مقایسه با کسانی که از درد سرطان با پیشرفت کم‌تری رنج می‌برند، بیشتر از راهبردهای مقابله با درد سود ببرند. این پژوهش به دنبال پاسخی به این سؤال می‌باشد که آیا نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله با درد می‌تواند رابطه‌ای با امیدواری در این بیماران از لحاظ شناختی داشته باشد؟ پس باید بررسی کرد که آیا زنان مبتلا به سرطان پستان برای ادامه برنامه کنترل درد و تسلیم و مبدل‌نشدن به یک موجود منفعل، به تقویت و انگیزه بسیار قوی سرسختی روان‌شناختی و امیدواری نیازی دارند؟

در طول سال‌های اخیر، نقش سازه، سرسختی روان‌شناختی را به عنوان تعدیل‌کننده رابطه بین بیماری‌های مزمن و فشار روانی تأیید کرده‌اند، یکی از نظریات معروف، نظریه است

شده که پاسخ‌های آن‌ها صرفاً جهت انجام کار پژوهشی بوده و بدون نام و نام خانوادگی و کاملاً محرمانه در نزد پژوهشگران باقی می‌مانند و در صورت عدم تمایل به همکاری، هر وقت که بخواهند که می‌توانند از پژوهش خارج شوند. ملاک‌های ورود به مطالعه در نمونه سرطانی، داشتن پرونده پزشکی و دریافت تشخیص ابتلا به سرطان زیر نظر متخصص و عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و نداشتن بیماری جسمانی مزمنی به جز سرطان که ایجاد درد کند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آموس ۲۴ انجام گردید. مبنای اصلی آنالیز داده‌ها بر اساس معادلات ساختاری و تحلیل عاملی تأییدی می‌باشد.

۳-۱. ابزار پژوهش

۳-۱-۱. پرسشنامه امیدواری میلر: میلر، بر این باور است که امید، باعث سلامت روانی بوده و کسی که امیدوار باشد درک درستی از زندگی خواهد داشت، اگرچه آزمون‌ها یا شاخص‌های مختلفی برای اندازه‌گیری میزان امیدواری در یک جامعه وجود دارد، اما بسیاری از پژوهشگران به برتری دقت این آزمون نسبت به شاخص‌های دیگری که مبنا را متوسط عمر گذارده‌اند، نظر داده‌اند (۱۶). این پرسشنامه از نوع آزمون تشخیصی بوده و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است که ماده‌های قیدشده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، جملاتی بدین شرح نوشته شده‌اند کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، بی‌تفاوت=۳، نسبتاً موافق=۴، کاملاً موافق=۵. هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند، امتیاز کسب می‌کند. ارزش‌های نمره‌ای هر جنبه، از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند. جمع امتیاز کسب‌شده، مبین امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر، دامنه امتیازات کسب‌شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب کند، کاملاً درمانده تلقی می‌شود و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. ۱۲ جمله از پرسشنامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده که این شماره‌ها عبارت‌اند از: ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۸، ۳۹، ۲۷، ۲۸، ۱۱،

پژوهش حاضر مدل‌سازی معادله‌های ساختاری سرسختی روان‌شناختی با امیدواری بر اساس نقش میانجی‌گری راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر کرمان بوده است. اهداف بر این قرار است که هدف اصلی ما از این پژوهش پاسخ به سؤال اصلی این‌که: آیا بین سرسختی روان‌شناختی و امیدواری با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه غیر مستقیم وجود دارد؟ اهداف ویژه‌ای که در این‌باره مطرح می‌شود این‌که: ۱- آیا بین سرسختی روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مستقیم وجود دارد؟ ۲- آیا بین سرسختی روان‌شناختی با امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مستقیم وجود دارد؟ ۳- آیا بین راهبردهای مقابله‌ای شناختی و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مستقیم وجود دارد؟

۲. ملاحظات اخلاقی

پس از بیان اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه شفاهی از شرکت‌کنندگان، گردآوری داده‌ها انجام شد. همچنین بر بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و حفظ محرمانه بودن اطلاعات تأکید گردید. این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان با کد IR.KMU.REC.1397.09 مورد تأیید قرار گرفته است.

۳. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید باهنر و کلینیک‌های متخصصین آنکولوژیست‌ها و انجمن حمایت از بیماران یاس بوده‌اند. از میان کلیه بیماران سرطانی مراجعه‌کننده ۵۴۰ بیمار سرطانی زن به شیوه نمونه‌گیری در دسترس (با توجه به عدم امکان انتخاب با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی) در بازه زمانی مهر ۱۳۹۶ تا پایان شهریور ۱۳۹۷ انتخاب شده‌اند، آزمودنی به صورت آزادانه وارد پژوهش شده‌اند و به آن‌ها اطمینان داده

مقابله با درد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این راهبردها در قالب ۶ راهبرد شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده‌انگاشتن درد، فاجعه‌آفرینی و دعا - امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) طبقه‌بندی شده است. علاوه بر این ۷ راهبرد شناختی - رفتاری، پرسشنامه، دارای دو خرده‌مقیاس است که توانایی کنترل و توانایی کاهش درد با استفاده از راهبردهای به کار گرفته‌شده را می‌سنجد. این پرسشنامه، به طور وسیعی در میان بیماران مبتلا به درد مزمن به کار گرفته شده است، اما ساختار عاملی (Factorial Structure) آن همواره مورد بحث بوده است. در واقع از زمان معرفی این پرسشنامه پژوهشگران بسیاری کوشیده‌اند تا ساختار عاملی آن را مورد بررسی قرار دهند، در حالی که گروهی از پژوهشگران در تحلیل عامل خود ۴۲ عبارت پرسشنامه را مورد تحلیل عاملی قرار داده و گاه ساختاری ۵ عاملی و گاه ۶ عاملی را گزارش کرده‌اند؛ گروهی دیگر در تحلیل عامل خود نمره‌های ترکیبی (Composite Scores) هفت راهبرد شناختی رفتاری و دو خرده‌مقیاس توانایی کنترل و توانایی کاهش درد را مورد استفاده قرار داده و گاه ساختاری ۲ عاملی و گاه ۳ عاملی را گزارش کرده‌اند (۲، ۱۸). مثلاً عامل «تلاش‌های مقابله (Coping Attempts)» از ترکیب عبارات متعلق به ۵ راهبرد گفتگو با خود، تفسیر مجدد درد، نادیده‌انگاشتن درد، توجه برگردانی و افزایش میزان فعالیت به دست آمده است، لذا می‌توان گفت که مطالعات تحلیل عاملی پرسشنامه راهبردهای مقابله نتوانسته است به ساختار عاملی با ثباتی دست یابد.

به طور کلی پژوهشگران ترجیح می‌دهند تا به هنگام تحلیل آماری یافته‌های یک مطالعه به جای استفاده از نمره‌های متعدد متعلق به خرده‌مقیاس‌های مختلف (مثلاً ۵ نمره متعلق به راهبردهای گفتگو با خود، تفسیر مجدد درد، نادیده‌انگاشتن درد، توجه برگردانی و افزایش میزان فعالیت رفتاری) فقط یک نمره عامل (Factor Score) (مثلاً عامل تلاش‌های مقابله) را مورد استفاده قرار دهند. انجام این کار دارای فواید چندی

۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۵ در ارزشیابی و نمره‌گذاری، این شماره‌ها بر عکس نمره می‌گیرند.

۱-۱-۳. روایی پرسشنامه امید به زندگی میلر: Hosseini و Ghomi و Salimi Bajestani برای تعیین روایی این پرسشنامه، از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($r = 0/61$ ، $p < 0/0001$) و برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به این ترتیب ضرایب آن برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ است (۱۶). در تحقیق Hosseini و همکاران، نیز برای تعیین پایایی پرسشنامه مذکور از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده که ضرایب به دست‌آمده به ترتیب برای کل آزمون‌های ۰/۶۹ و ۰/۶۵ است که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسشنامه یادشده است. برای محاسبه روایی پرسشنامه نیز، نمره کل پرسشنامه را با نمره سؤال ملاک که به طور هم‌زمان از آزمودنی‌ها پرسیده شد، همبسته گردید و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($r = 0/50$ ، $p = 0/002$) (۱۷).

۲-۱-۳. پایایی پرسشنامه امید به زندگی با استفاده از حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه امید به زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۴ است که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است. برای محاسبه اعتبار پرسشنامه نیز، نمره کل پرسشنامه را با نمره سؤال ملاک که به طور هم‌زمان توسط آزمودنی‌ها کسب شده، همبسته گردیده و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($p = 0/0001$ ، $r = 0/52$).

۲-۱-۳. پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد: Asghari

Moghadam، Rosenstle و Keef، برای سنجش فراوانی راهبردهایی که افراد مورد مطالعه از آن‌ها برای مقابله با درد استفاده می‌کنند، از این پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌شود. پرسشنامه راهبردهای مقابله ۴۲ راهبرد

راهبردهای مقابله را می‌توان کارآمدی مقابله (Coping Efficacy) نامید. پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد اول بار در میان گروهی از بیماران مبتلا به کمردرد مزمن هنجاریابی شد و ضریب همسانی درونی (Linternal Consistency) هفت خرده‌مقیاس آن با ضریب آلفا برای فرد مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ گزارش شده است از آن به بعد این پرسشنامه در مطالعات بسیاری هم با بیماران مبتلا به درد حاد و هم بیماران درد مزمن، به کار گرفته شده و پایایی و اعتبار آن تأیید شده است. این پرسشنامه در واقع به شیرازه پژوهش‌هایی بدل گشته است که موضوع مهم مقابله و سازگاری با درد را مورد توجه قرار داده‌اند.

۳-۱-۳. پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز

(AHI): سرسختی روان‌شناختی، متغیری است که توسط کوباسا (۱۹۸۲ م.) مطرح شد. وی سرسختی، را ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان تعریف می‌کند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است. شخصی که از تعهد بالایی برخوردار است، به اهمیت و ارزش و معنای این‌که چه کسی است و چه فعالیت‌ها و اموری را انجام می‌دهد، باور دارد و قادر است در مورد آنچه که انجام می‌دهد، معنایی بیابد و کنجکاوای خرد را برانگیزد. افرادی که در مؤلفه کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل‌پذیر می‌دانند و بر این باورند که با تلاش می‌توانند آنچه را که در اطرافشان رخ می‌دهد، تحت تأثیر قرار دهند. مبارزه‌جویی نیز به این باور اشاره دارد که تغییر و تحول جنبه مثبتی از زندگی است، لذا افراد سرسخت تغییرات زندگی را مخاطره‌ای برای امنیت خود تلقی نمی‌کنند. افراد دارای مبارزه‌جویی بالا موقعیت‌های مثبت و یا منفی را فرصتی برای یادگیری و رشد بیشتر می‌دانند (۱۵).

مقیاس خود - گزارشی مدادی - کاغذی است که دارای ۲۷ ماده است، در دانشگاه شهید چمران اهواز، توسط اساتید گروه روان‌شناسی تدوین گردیده است (۱۹). از طریق تحلیل عوامل بر روی یک نمونه ۵۲۳ نفری از دانشجویان این دانشگاه

است که از میان آن‌ها می‌توان به افزایش توان تفسیر نتایج به هنگام وجود همبستگی بالا بین خرده‌مقیاس‌ها، به دست آوردن نتایج دارای پایایی و اعتبار بیشتر به هنگام داشتن نمونه‌هایی با حجم نسبتاً کوچک و نیز کاهش احتمال وقوع خطای نوع اول اشاره کرد. اگر بین نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها (به عنوان مثال راهبردهای مقابله) همبستگی بالایی وجود داشته باشد (موضوعی که دست کم در مورد نمره‌های راهبردهای مقابله صادق است)، استفاده از آن‌ها در تحلیل آماری (به عنوان مثال تحلیل رگرسیون هم‌زمان) نه تنها باعث احتمال بروز مشکل (Multicollinearity) می‌گردد، بلکه به دلیل وجود متغیرهای متعدد در تحلیل، احتمال وقوع خطای نوع اول نیز افزایش می‌یابد. بنابراین برای سنجش فراوانی راهبردهایی که افراد مورد مطالعه از آن‌ها برای مقابله با درد استفاده می‌کنند از پرسشنامه راهبردهای مقابله استفاده شد (۱۸).

با استفاده از ۴۲ عبارت این پرسشنامه شش راهبرد مقابله شناختی (توجه‌برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده‌انگاشتن درد، فاجعه‌آفرینی و دعا - امیدواری) یک راهبرد مقابله رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. از آزمودنی خواسته می‌شود تا هر عبارت را به دقت بخواند و با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هر یک از راهبردهای مذکور استفاده کرده است (صفر=هیچ، ۳=گاهی و ۶=همیشه) نمره‌های ۶ عبارت با یکدیگر جمع می‌شود و یک نمره ترکیبی برای هر راهبرد مقابله به دست می‌آید که بین صفر تا ۳۶ می‌تواند متغیر باشد نمره‌های بالاتر در هر راهبرد مقابله معرف استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مواجهه با درد مزمن است. همچنین پرسشنامه راهبردهای مقابله از آزمودنی می‌خواهد تا با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که با استفاده از راهبردهایی که برای مواجهه با درد به کار بسته تا چه میزان بر درد خود احساس کنترل داشته است (صفر=هیچ، ۳=تا حدی و ۶=کاملاً) میزان کنترل بر درد و توانایی ایجاد کاهش در درد با استفاده از

در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود (۱۹). بنابراین با توجه به استانداردها بودن پرسشنامه و تحقیقات فراوانی که درباره آزمون سرسختی روان‌شناختی صورت گرفته، همگی از اعتبار بالای این آزمون حکایت می‌کند و نشان‌دهنده یکی از بهترین ابزارهای سنجش سرسختی، در افراد است.

۳-۳. نمره‌گذاری آزمون

در همه سؤال‌های پرسشنامه به گزینه‌های هرگز=۰ و به ندرت=۱ و گاهی اوقات=۲ و بیشتر اوقات=۳ نمره داده می‌شود. نمره بالا در این آزمون نشان‌دهنده سرسختی بیشتر و بالاتر است حداقل و حداکثر نمره در این آزمون به ترتیب ۰ و ۸۱ است.

۴. یافته‌ها

۴-۱. توصیف متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک عبارت‌اند از: محل تولد (شهری، روستایی)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل)، سطح تحصیلات (بی‌سواد، دیپلم و پایین‌تر، کاردانی، کارشناسی و بالاتر)، وضعیت شغلی (شاغل، بیکار).

جدول ۱ به توصیف متغیرهای دموگرافیک می‌پردازد که عبارت‌اند از: محل تولد، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال. نتایج گزارش‌شده در این جدول نشان می‌دهد که ۳۹۶ نفر (۷۳/۳ درصد) از بیماران ساکن شهر و ۱۴۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ساکن روستا می‌باشند. وضعیت تأهل بیماران نشان می‌دهد که تعداد زیادی (۳۳۳ نفر) از آن‌ها متأهل بودند (۶۱/۷ درصد). تعداد بیماران مجرد، بیوه و مطلقه به ترتیب عبارت‌اند از ۴۹ نفر (۹/۱ درصد)، ۵۱ نفر (۹/۴ درصد) و ۱۰۷ نفر (۱۹/۸ درصد). همچنین نتایج گزارش‌شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که تعداد بیشتر بیماران مدرک کارشناسی و بالاتر داشتند {۳۰۳ نفر (۵۶/۱ درصد)}. تعداد ۱۸۹ نفر (۳۵٪) دارای مدرک کاردانی بودند و یک بیمار (۰/۲ درصد) بی‌سواد بود و ۴۷ بیمار (۸/۷ درصد) مدرک دیپلم و پایین‌تر داشتند. تعداد بیمارانی که شاغل بودند، عبارت است از ۱۴۹ نفر (۲۷/۶ درصد) و ۳۹۱ نفر (۷۲/۴ درصد) از بیماران بیکار بودند.

ساخته‌شده به منظور نمره‌گذاری این مقیاس برای هر یک از گزینه‌ها «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته شده است. به جز برای ماده‌های ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ که دارای بار عاملی منفی هستند و برای هر یک از چهار گزینه بالعکس نمره‌گذاری می‌شود.

۳-۲. ویژگی‌های روان‌سنجی

۳-۲-۱. پایایی پرسشنامه سرسختی اهواز: نجات‌یاری و همکاران، برای سنجش پایایی مقیاس AHI، از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی استفاده کرده است. ضریب همبستگی بین آزمون و آزمون مجدد با فاصله زمانی ۶ هفته در نمونه ۱۱۹ نفری برای آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش شد و در روش همسانی درونی پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای کل آزمودنی‌ها ۰/۷۶ به دست آمد که کاملاً ضریب قابل قبولی است. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی، در کل نمونه به دست آمد. برای سنجش پایایی مقیاس سرسختی، از دو روش بازآزمایی با شش هفته فاصله و آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضرایب در حد رضایت بخشی بودند (۱۹).

۳-۲-۲. روایی پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز:

در زمینه اعتباریابی آزمون مزبور از روش روایی ملاکی هم‌زمان استفاده نمود و این پرسشنامه را هم‌زمان با چهار پرسشنامه اضطراب عمومی (ANQ: Anxiety Questionnaire) پرسشنامه افسردگی اهواز (ADI: Ahvaz Depression in Ventry)، پرسشنامه خود شکوفایی مازلو (MSAI: Maslo Self Actualization in Ventry) و مقیاس سازه‌ای سرسختی (HVS: Hardiness Validity Scale) به کاربرد که ضریب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۰ و ۰/۴۴ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین ضریب همبستگی با خودشکوفایی ۰/۶۵ بوده است. بین مقیاس سازه‌ای سرسختی و مقیاس سرسختی همبستگی

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک

متغیر	فراوانی (N=۵۴۰)	درصد فراوانی (%)
محل تولد	شهر	۷۳/۳
	روستا	۲۶/۷
وضعیت تأهل	مجرد	۹/۱
	متاهل	۶۱/۷
	بیوه	۹/۴
سطح تحصیلات	مطلقه	۱۹/۸
	بی سواد	۰/۲
	دیپلم و پایین تر	۸/۷
وضعیت اشتغال	کاردانی	۳۵
	کارشناسی و بالاتر	۵۶/۱
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۷/۶
	بیکار	۷۲/۴

۳-۴. ارزیابی فرضیات مدل

آیا مدل ساختاری نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله با درد در سرسختی روان‌شناختی، با امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر کرمان از برازش مناسب برخوردار است؟ برای بررسی فرض نرمال بودن متغیرها، چولگی و کشیدگی گزارش شده است. فرض هم خطی نیز با ضریب تحمل و تورم واریانس بررسی گردید. چولگی و کشیدگی بین ۳- و ۳+ نشان‌دهنده نرمال بودن داده‌هاست. هم خطی نیز از طریق تورم واریانس و ضریب تحمل بررسی می‌شود که تورم واریانس نباید بیشتر از ۱۰ باشد و ضریب تحمل نباید کم‌تر از ۰/۱ باشد.

بر اساس نتایج گزارش شده در جدول ۳ مشاهده می‌کنیم که کشیدگی و چولگی در محدوده ۳- و ۳+ قرار دارند که نشان‌دهنده نرمال بودن متغیرهاست. همچنین شاخص‌های تورم واریانس و ضریب تحمل در محدوده مورد قبول می‌باشند که نشان می‌دهد هم خطی بین متغیرها وجود ندارد.

مدل اولیه به وسیله معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار آموس ۲۴ و با استفاده از مدل ماکزیمم درست‌نمایی مورد بررسی قرار گرفت. بررسی مجذور کای نشان داد که مدل با داده‌ها برازش ندارد. از آنجایی که مجذور کای تحت تأثیر حجم نمونه قرار دارد، بنابراین از شاخص‌های دیگری برای بررسی نیکویی برازش استفاده گردید.

جدول ۳: چولگی، کشیدگی، ضریب تحمل و عامل تورم واریانس

متغیرهای پژوهش

متغیرها	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
سرسختی تعهد	-۲/۰۹۵	۲/۳۱۴	۰/۲۵	۴/۱۷
سرسختی کنترل	-۲/۲۷۹	۱/۱۲۴	۰/۲۲	۴/۵۸
سرسختی مبارزه‌جویی	-۲/۹۰۶	۲/۷۷۳	۰/۱۸	۵/۴۲
راهبرد مقابله‌ای شناختی	-۲/۴۰۷	۲/۵۲۱	۰/۱۴	۶/۱۷
امیدواری	-۲/۷۲۵	۲/۹۲۸	متغیر ملاک	متغیر ملاک

۲-۴. توصیف متغیرهای پژوهش

جدول ۲ میانگین، انحراف معیار و ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش شامل سرسختی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با درد (مقابله‌ای شناختی) و امیدواری را نشان می‌دهد که اگر آلفای کرونباخ بزرگ‌تر از ۰/۷ باشد، نشان می‌دهد که پرسشنامه برای مقاصد پژوهشی مناسب می‌باشد. آلفای کرونباخ برای متغیرهای این پژوهش همگی بالای ۰/۷ می‌باشند.

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	حیطه	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
سرسختی روان‌شناختی	تعهد	۲۰/۴۰	۳/۹۸	۰/۸۶۵
	کنترل	۱۸/۷۷	۳/۰۳	۰/۸۶۷
راهبردهای مقابله‌ای شناختی	مبارزه	۳۰/۰۸	۴/۵۹	۰/۸۶۲
	راهبرد مقابله‌ای شناختی	۱۳۰/۹۶	۲۴/۲۱	۰/۸۵۰
امیدواری		۲۰۶/۰۴	۲۸/۷۹	۰/۸۶۸

جدول ۵: پارامترهای مدل اندازه‌گیری پژوهش با استفاده از مدل

معادلات ساختاری

متغیرها	ضریب رگرسیون	انحراف استاندارد	ضریب رگرسیون استاندارد شده	نسبت بحرانی	سطح معناداری
سرسختی ← راهبردهای مقابله با درد	۴/۱۴	۰/۲۹	۰/۶۴	۱۴/۵۴	***
سرسختی ← تعهد	۱/۰۰				
سرسختی ← کنترل	۰/۷۸	۰/۰۳	۰/۹۰	۳۰/۵۲	***
سرسختی ← مبارزه	۱/۲۱	۰/۰۴	۰/۹۲	۳۲/۵۶	***
سرسختی ← امیدواری	۰/۰۲	۰/۶۸	۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۹۷۴
راهبرد مقابله با درد ← امیدواری	۰/۵۶	۰/۰۶	۰/۴۴	۹/۳۰	***
راهبرد مقابله با درد ← راهبرد مقابله‌ای شناختی	۱/۰۰				

۴-۴. اصلاح مدل

در قسمت‌های قبل به شاخص‌های نیکویی برازش برای ارزیابی برازندگی مدل اشاره شده و توضیح داده شد که هر کدام باید چه مقداری داشته باشند که بگوییم مدل برازش مناسبی بر روی داده‌ها دارد یا خیر. برای مدل اولیه پیشنهاد شده شاخص (خی دو بر درجه آزادی و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب) در بازه مجاز نیستند. بنابراین مدل نیاز به اصلاح دارد. بنابراین در این مرحله یک مسیر مستقیم بین این دو متغیر ایجاد می‌کنیم و شاخص‌های نیکویی برازش را گزارش می‌نماییم. برای هر مرحله اصلاحات لازم را اعمال می‌کنیم و

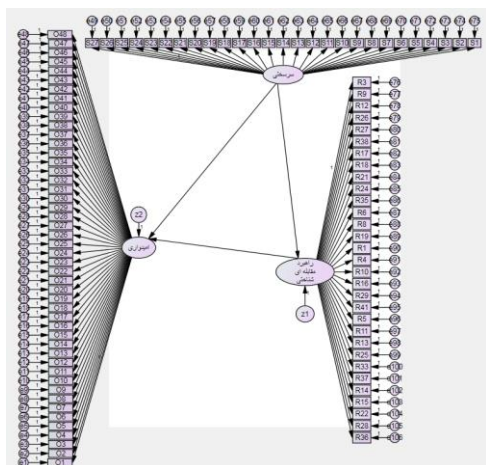
شاخص‌های گزارش شده در جدول ۴، شاخص‌های نیکویی برازش می‌باشند که هر کدام باید در دامنه مشخصی باشند که بگوییم مدل از برازش مناسبی برخوردار است. دامنه تغییرات شاخص (خی دو بر درجه آزادی) بین یک تا ۵ می‌باشد. (شاخص برازش تطبیقی) باید عددی بزرگ‌تر از ۰/۹ باشد. شاخص دیگری که برای نیکویی برازش مورد استفاده قرار می‌گیرد (شاخص برازش تطبیقی مقتصد)، هست. در صورتی که مقدار عددی آن بزرگ‌تر از ۰/۵ باشد، نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است. در نهایت آخرین شاخصی که مورد بررسی قرار می‌گیرد (ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب) می‌باشد و در صورتی که عددی بین ۰/۰۵ و ۰/۰۸ باشد، می‌گوییم مدل برازش مناسب دارد. اگر به اعداد گزارش شده در جدول ۴ توجه کنیم، می‌بینیم که برخی از شاخص‌ها در محدوده مورد قبول قرار ندارند، بنابراین مدل نیاز به اصلاح شدن دارد.

جدول ۴: شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل اولیه پژوهش

خی دو	درجه آزادی	خی دو بر درجه آزادی	شاخص برازش تطبیقی	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب
۸۹۳/۶۳	۱۲۲	۷/۳۲۵	۰/۹۳۲	۰/۷۳۶
			۰/۱۰۸	

با توجه به این که تمام متغیرهای اندازه‌گیری شده در مدل مقیاس یکسانی ندارند، بنابراین متغیرهای مختلف در روش استاندارد نشده به صورت مستقیم قابل مقایسه نیستند. توجه داشته باشید که ضرایب مسیر ساختاری در روش استاندارد شده برای مقایسه اهمیت نسبی متغیرها، در بین مقیاس‌ها و نمونه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در جدول ۵ علامت *** بدین معنی است (< 0.0001 سطح معناداری).

نمودار ۱ ضریب همبستگی متغیرهای اصلی سرسختی روان‌شناختی و امیدواری و متغیر واسطه‌ای راهبردهای مقابله‌ای شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر کرمان را نشان می‌دهد. همچنین ضریب همبستگی هر یک از سؤالات پرسشنامه با هر سه متغیر نشان می‌دهد.



نمودار ۱: بررسی ارتباط غیر مستقیم سرسختی روان‌شناختی و امیدواری با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای شناختی در زنان

با توجه به نتایج گزارش شده ضریب همبستگی برای دو متغیر راهبردهای مقابله‌ای شناختی و سرسختی روان‌شناختی $0/78$ می‌باشد. برای امیدواری و سرسختی روان‌شناختی $0/41$ و برای امیدواری در مقابل راهبردهای مقابله‌ای شناختی $0/55$ می‌باشد.

با توجه به نتایج گزارش شده اثر غیر مستقیم استاندارد شده امیدواری و سرسختی روان‌شناختی با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای شناختی $0/43$ می‌باشد که این عدد از ضرب اثر مستقیم متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای شناختی و سرسختی روان‌شناختی و اثر مستقیم امیدواری در مقابل راهبردهای مقابله‌ای شناختی به دست می‌آید ($0/78 \times 0/55 = 0/43$). برای این که نشان دهیم آیا اثر غیر مستقیم وجود دارد یا خیر. از آزمون تصحیح استفاده گردید که آزمون معنی‌دار می‌باشد و بدین معناست که اثر غیر مستقیم بین سرسختی روان‌شناختی

شاخص‌های نیکویی برآزش آن را گزارش می‌نماییم تا به مدل بهینه برسیم. نتایج جدول ۶ و ۷ از آزمون تصحیح به دست آمده است که یک آزمون دوطرفه می‌باشد. اعداد گزارش شده در جداول مذکور در واقع سطح معناداری آزمون تصحیح می‌باشند که با عدد $0/05$ مقایسه می‌گردند. در صورتی که از $0/05$ کوچک‌تر باشند، می‌گوییم آزمون معنی‌دار است و اثر غیر مستقیم بین دو متغیر وجود دارد. اعدادی که علامت * دارند، آزمون‌شان معنی‌دار بوده است و اثر غیر مستقیم بین آن دو متغیر وجود دارد. راهبرد مقابله‌ای شناختی برای سرسختی روان‌شناختی واسطه‌گر مناسبی بوده است.

جدول ۶: آزمون اثرهای مستقیم متغیرها در مدل نهایی

متغیرها	سرسختی	راهبردهای مقابله با درد
راهبرد مقابله با درد	$0/007^*$	
راهبردهای مقابله‌ای شناختی	$0/009^*$	
امیدواری	$0/081^*$	$0/008^*$
سرسختی مبارزه‌جویی	$0/007^*$	
سرسختی کنترل	$0/009^*$	
سرسختی تعهد	$0/016^*$	

آزمون دوطرفه در سطح معنی‌داری $0/05$

جدول ۷: آزمون اثرهای غیر مستقیم متغیرها در مدل اولیه

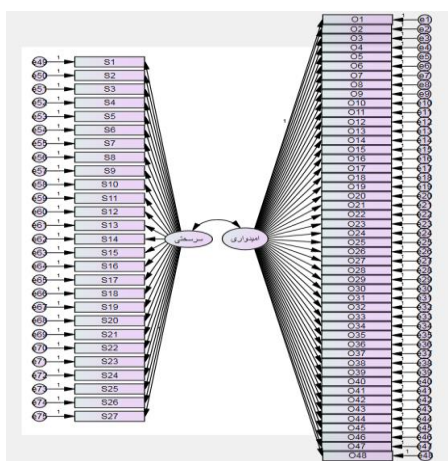
پژوهش

متغیرها	سرسختی	راهبرد مقابله با درد
راهبردهای مقابله‌ای شناختی	$0/007^*$	
امیدواری	$0/005^*$	$0/097$

۴-۵. سؤال اصلی پژوهش

آیا بین سرسختی روان‌شناختی و امیدواری با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه غیر مستقیم وجود دارد؟

می‌گیریم که بین سرسختی روان‌شناختی و امیدواری ارتباط مستقیم وجود دارد. ضریب همبستگی بین دو متغیر مذکور ۰/۸۴ می‌باشد که نشان می‌دهد بین دو متغیر همبستگی بالایی وجود دارد (جدول ۸).



نمودار ۳: بررسی ارتباط مستقیم بین سرسختی روان‌شناختی و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر کرمان

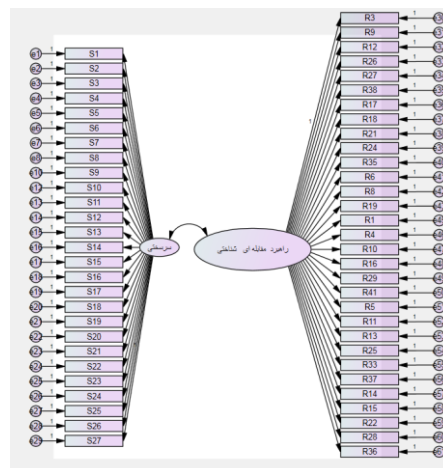
۳- آیا بین راهبردهای مقابله‌ای شناختی و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مستقیم وجود داد؟ ضریب همبستگی راهبردهای مقابله‌ای شناختی و امیدواری با هریک از سؤالات پرسشنامه در نمودار ۴ نشان داده شده است. با توجه به این که $0.05 <$ سطح معناداری می‌باشد، نتیجه می‌گیریم که بین راهبردهای مقابله‌ای شناختی و امیدواری ارتباط مستقیم وجود دارد. ضریب همبستگی بین دو متغیر مذکور ۰/۸۷ می‌باشد که نشان می‌دهد بین دو متغیر همبستگی بالایی وجود دارد (جدول ۸).

و امیدواری با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای شناختی وجود دارد ($0.05 <$ سطح معناداری).

۴-۶. سؤالات ویژه تحقیق

۱- آیا بین سرسختی روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مستقیم وجود دارد؟

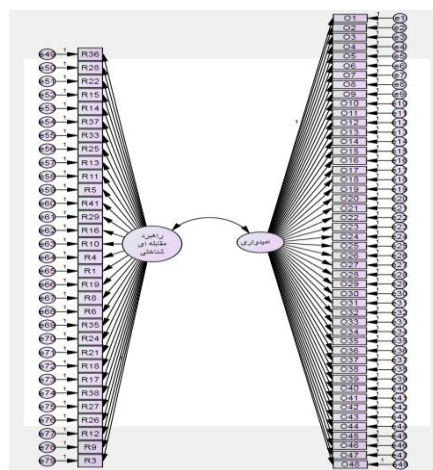
ضریب همبستگی سرسختی روان‌شناختی و راهبرد مقابله‌ای شناختی با هریک از سؤالات پرسشنامه در نمودار (۲) گزارش شده است. با توجه به این که $0.05 <$ سطح معناداری می‌باشد نتیجه می‌گیریم که بین سرسختی روان‌شناختی و راهبرد مقابله‌ای شناختی ارتباط مستقیم وجود دارد. ضریب همبستگی بین دو متغیر مذکور ۰/۷۸ می‌باشد که نشان می‌دهد همبستگی بالایی بین دو متغیر وجود دارد (جدول ۸).



نمودار ۴: بررسی ارتباط مستقیم بین سرسختی روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر کرمان

۲- آیا بین سرسختی روان‌شناختی و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مستقیم وجود دارد؟ ضریب همبستگی سرسختی روان‌شناختی و امیدواری با هر یک از سؤالات پرسشنامه در نمودار ۳ نشان داده شده است. با توجه به این که $0.05 <$ سطح معناداری می‌باشد، نتیجه

راهبردهای مقابله‌ای شناختی زنان بیشتر باشد، امیدواری آن‌ها نیز بیشتر خواهد شد و هر چقدر سرسختی روان‌شناختی افزایش یابد، امید در آن‌ها تقویت می‌شود و با افزایش سرسختی روان‌شناختی راهبردهای مقابله‌ای با درد بهبود می‌یابد. از آنجایی که افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان پستان همواره از دغدغه‌های متخصصان سلامت است، میزان کاهش امیدواری از درمان در این بیماران منجر شده است که بالینی‌گران و پژوهشگران بر اهمیت کشف عوامل خاصی که با امیدواری رابطه دارد، تأکید کنند. شناسایی این عوامل به ارتقای برنامه‌هایی که در بهبود امیدواری و کاهش درد نقش دارند، کمک می‌کند، لذا نتایج حاصل از این پژوهش در بعد کاربردی می‌تواند مورد استفاده پژوهشگران دیگر، سازمان‌های و نهادهای مختلف از جمله دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز درمانی، کلینیک‌های آنکولوژیست‌ها، بیمارستان‌ها قرار گیرد و نتایج این پژوهش تمامی روابط بین متغیر پیش‌بین سرسختی روان‌شناختی و متغیر ملاک امیدواری را با نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله با درد حیطه شناختی را تبیین می‌کند و با افزایش سرسختی روان‌شناختی راهبردهای مقابله با درد هم بهبود می‌یابد و راهبردهای مقابله‌ای در رابطه با سرسختی روان‌شناختی و امیدواری نقش میانجی دارد. این نتایج با یافته‌های هرت (۲۰۰۲ م.)، اسپیکل و بلوم (۲۰۱۰ م.)، واتسون و همکاران (۲۰۱۰ م.) که نشان می‌دهد (۲۲-۲۰)، اگرچه ممکن است عوامل رفتاری و روان‌شناختی در شروع درد نقش چندان بارزی نداشته باشند، اما این عوامل در استمرار درد و ناتوانی ناشی از آن نقش قاطعی ایفا می‌کند و یوسف زاده (۱۳۸۹ ش.) که نشان داد سخت‌رویی روان‌شناختی بر امیدواری دانش‌آموزان تأثیر دارد (۲۳) و یافته‌های اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۴ ش.) که نشان داد راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند بر تفاوت‌های موجود در شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی مشاهده‌شده در بین افراد مبتلا به درد مزمن تأثیرگذار باشد، همخوانی دارد (۲). سرسختی و تحمل بالا باعث می‌شود که بیماران واقعیات



نمودار ۴: بررسی ارتباط مستقیم بین راهبردهای مقابله‌ای شناختی و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر کرمان

جدول ۸: بررسی کوواریانس بین متغیرها

متغیرها	برآورد	انحراف استاندارد	سطح معناداری	ضریب همبستگی
سرسختی روان‌شناختی و راهبرد مقابله‌ای شناختی	۰/۲۲	۰/۰۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۸
سرسختی روان‌شناختی و امیدواری	۰/۲۳	۰/۰۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۴
راهبردهای مقابله‌ای شناختی و امیدواری	۰/۴۹	۰/۰۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۷

۵. بحث

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین دو متغیر امیدواری و سرسختی روان‌شناختی و بین راهبردهای مقابله‌ای شناختی و امیدواری و بین سرسختی روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای شناختی ارتباط مستقیم و همبستگی بالایی وجود دارد. همچنین بین سرسختی روان‌شناختی و امیدواری با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای شناختی اثر غیر مستقیم وجود دارد و آزمون معنادار می‌باشد، یعنی هر چقدر

سرطان برای انجام مصاحبه با توجه به شرایط خاصی که برخی از این بیماران با آن مواجه بودند، بسیار سخت بود. در صورت جلب اعتماد و همکاری بیمار برای انجام مصاحبه گاهی با مقاومت برخی از خانواده‌ها مواجه بودیم که این مسأله در طولانی شدن روند اجرایی تحقیق بسیار تأثیرگذار بود. از محدودیت‌های اصلی این طرح می‌توان به پرسشگری از بیماران تحت شیمی‌درمانی که عمدتاً از وضعیت روحی و روانی مناسبی برخوردار نبوده و به راحتی با پرسشگران ارتباط برقرار نمی‌نمودند، اشاره کرد.

و پیشنهاد می‌گردد با انجام تحقیقات سیستماتیک، هدفمند و پیوسته در طول زمان علاوه بر تقویت غنای نظری و تحقیقاتی در زمینه بررسی عامل‌های روان‌شناختی و اجتماعی مرتبط با بیماری سرطان، زمینه‌های انجام طرح‌ها، برنامه‌ها و مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی لازم را نیز در این زمینه بیش از پیش فراهم نمود.

پیشنهادهای کاربردی: با توجه به نتایج تحقیق حاضر که به رابطه بین سرسختی روان‌شناختی با راهبردهای مقابله‌ای درد در حیطه شناختی با امیدواری در بین بیماران مبتلا به سرطان اذعان دارد، پیشنهاد می‌گردد تحقیقات بعدی به شیوه مداخلاتی صورت گیرد تا بدین طریق بتوان از یک طرف، هم رابطه متغیرهای مورد آزمایش تحقیق حاضر را بیشتر مورد سنجش قرارداد و از طرف دیگر، بتوان با افزایش سرسختی این بیماران، درد آنان را بهبود بخشید و موجبات امیدواری و بهبود کیفیت زندگی آنان را نیز فراهم نمود و پیشنهاد می‌گردد که با انجام طرح‌های مداخلاتی نظیر برگزاری و تشکیل گروه‌های حمایتی در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی دیگر، شرایطی را فراهم ساخت تا بیمارانی مبتلا به سرطان بتوانند از تجربیات یکدیگر در زندگی توأم با بیماری سرطان و همچنین، حمایت‌های عاطفی و روانی یکدیگر بهره‌مند گردند و آمادگی آنان برای تغییر شیوه زندگی و پذیرش زندگی در کنار بیماری سرطان را در آنان افزایش داد.

زندگی را بپذیرند و خود را تسلیم سرنوشت نکنند و قدرت تحمل بالا باعث می‌شود که با دردی که گرفتار آن هستند، کنار بیایند و آن را تحمل کنند و روحیه خود را در برابر آن نوازند و از روش‌های مختلف ذهنی و رفتاری مثبت و تسکین‌دهنده هنگام احساس درد استفاده بکنند و به اتفاقات مثبت فکر کنند و خود را سرگرم امور بکنند و برای زندگی تلاش مضاعف داشته باشند که این امر باعث می‌شود آن‌ها به آینده و درمان و بهبودی امیدوار باشند و روحیه خود را تقویت کنند که این امر می‌تواند در بهبودی نقش مؤثر داشته باشد و سرسخت و سخت‌کوش باشند در زمان درد، راهبردهای خوب و سازنده و تسکین‌دهنده انتخاب کنند که این امر باعث امیدواری بیشتر آن‌ها به آینده و بهبودی می‌شوند که با نتایج تحقیقات قاسم‌زاده (۱۳۹۱ ش.) و بالجانی (۱۳۹۰ ش.) همسو است (۲۴-۲۵).

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان اشاره به این موضوع کرد که هر طرح پژوهشی، دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و میزان درستی در تفسیر درستی باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش‌های حاضر ابزار به کاررفته پرسشنامه بود که می‌توان گفت استفاده از پرسشنامه محدودیت‌هایی را به دنبال دارد، از جمله این‌که افراد ممکن است به دلایل مختلف واقعیت‌ها را در مورد خود منعکس نکنند. برای رفع این کمبود بهتر بود از مصاحبه و مشاهده یا سایر موارد در صورت امکان استفاده می‌شود که به دلیل محدودیت‌های زمانی، منابع و امکانات این امر میسر نشد و تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه گاه باعث خستگی بیماران می‌گردید که در این خصوص، پژوهشگر مجبور گردید گاهی برای نهایی‌شدن یک پرسشنامه با ایجاد نوعی رابطه حمایت‌آمیز و همدلی با بیمار از آثار سوء این موضوع بکاهد و با گوش کردن به سایر مسائل بیماران او را ترغیب کند که به ادامه پاسخگویی به پرسشنامه بپردازد. عدم همکاری کامل بعضی بیماران و همراهان با محقق و حاکم‌نبودن روحیه تحقیق بین آن‌ها. جلب اعتماد و همکاری بیماران مبتلا به

۶. نتیجه گیری

بر این اساس می‌توان گفت بیماری‌رانی که فکر می‌کنند تلاش و کوشش آن‌ها نتیجه‌بخش است و همیشه در حال کوشش هستند و به سختی تسلیم و تقدیر و سرنوشت می‌شوند، در هنگام بیماری تحمل بالایی از خود نشان می‌دهند، هنگام رویارویی با مشکلات و بیماری می‌توانند تمرکز و حواس خود را حفظ کنند و خواسته‌ها و احساسات خود را بروز می‌دهند، این افراد می‌توانند راهبردهای سازنده و تسکین‌دهنده هنگام بروز درد از خود نشان دهند که این امر باعث امیدواری آن‌ها به آینده و بهبودی می‌شود. بنابراین سخت‌کوش بودن بیمار همراه با توانایی به کارگیری راهبردهای ذهنی و شناختی مفید در هنگام بروز درد باعث تقویت امیدواری در افراد می‌شود، به این صورت که افراد سرسخت به راحتی تسلیم بیماری و مشکلات نمی‌شوند و با آن‌ها مبارزه می‌کنند. در همین راستا با مثبت‌اندیشی ذهن خود را از درد منحرف می‌کنند و به امور مثبت و خوش‌آیند فکر می‌کنند که این عوامل باعث امیدواری بیشتر بیماران سرطانی می‌شود. آن‌ها به آینده زندگی و موفقیت و به دست آوردن سلامت خود امیدوارتر می‌شوند. پس می‌توان با بالابردن آستانه تحمل بیماران و تشویق آن‌ها به سخت‌کوشی و تسلیم‌نشدن آن‌ها را در غلبه با بیماری و بهبودی زودهنگام امیدوار کرد. بنابراین وقتی که بیماران هنگام درد ذهن خود را به امور دیگری مشغول می‌کنند و سعی می‌کنند از تمرکز بر درد منحرف کرده، در نتیجه می‌توانند درد کم‌تری را احساس کنند و به آینده و بهبودی دردهای از بیماری امیدوارتر بشوند. این پژوهش به صورت خودجوش توسط پژوهش با هزینه شخصی انجام گرفت و نهاد و مؤسسه حمایت‌کننده در انجام این پژوهش وجود نداشت.

۷. تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و مسؤولین کادر

درمانی و بیمارستان شهید باهنر و متخصصین آنکولوژی و مطب‌های خصوصی و کلینیک‌ها و کارکنان انجمن یاس شهر کرمان اعلام می‌نمایند.

۸. سهم نویسندگان

طرح پژوهش: مه‌ری صانعی.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها: مه‌ری صانعی، عباس بهرام‌پور.

آماده‌سازی مقاله: مه‌ری صانعی، فرشید خسروپور.

این پژوهش به صورت خودجوش توسط پژوهش با هزینه شخصی انجام گرفت و هیچ‌گونه حمایت مالی از نهاد و مؤسسه حمایت‌کننده در انجام این پژوهش وجود نداشت.

۹. تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تعارضی وجود ندارد و امتیاز آن به جهت دفاع از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد.

References

1. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. 2012 Ver.1. Accessed at: <http://www.nccn.org>. On April 17, 2012.
2. Asghari Moghadam M, Golk N. 2005. The strategic role of coping with pain in adjustment to chronic pain. *Daneshvar Raftar Journal* 2005; 12(4): 1-22. [Persian]
3. Rezaei S. The relationship between depression and pain coping strategies in patients with chronic back pain. A provisional study with pain intensity control and duration of suffer. *Bimonthly Journal of Shahed University* 2009; 16(81): 63-74. [Persian]
4. Akyuz A, Guvenc G, Ustunsoz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40(3): 241-247.
5. Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening experiences of healthy women with pathological cervical smears. *Eur J Oncol Nurs* 2007; 11(5): 417-423.
6. Pedramrazi SH, Haghghat SH, Jorban M, Parsayekta Z, Hoseiniagha F. Effect of reflexology on quality of life in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *IJBD* 2013; 6(1): 23-34.
7. Luckman J, Sorensen KC. Coreprincipals & practice of medical surgical nursing. 14th ed. Nurses: Perspective on the Meaning of Hope in Patients with Cancer. Philadelphia Saunders: Oncology Nursing Forum; 1989.
8. Soeken K, Carson V. Responding to the spiritual needs of the choronically ill. *Nurs Clin N Am* 1987; 3(2): 603-611.
9. Roleigh E. Sources of hope in choronic illness. *Oncology Nursing Forum* 1992; 3(16): 443-448.
10. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs* 2000; 32(6): 1431-1441.
11. Akbari M. Cancer in Iran. Qom: Darolfekr; 2009.
12. Koeningh G. Spirituality and depression. *Southern Edical* 2007; 7(5): 737-739.
13. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979; 37(4): 1-11.
14. Kobasa SC, Puccetti MC. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 45(3): 839-850.
15. Kobasa S. The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. Edited by Sander GS. Social Psychology of health and illness. Hillsdale: Erlbaum; 1982.
16. Hosseini Ghomi T, Salimi Bajestani H. Effectiveness of resilience training on stress of mothers of children with cancer in Imam Khomeini Hospital of Tehran. *Psychology Journal Health* 2012; 4(20): 250-257. [Persian]
17. Hosseinian A, Sodani M, Mehrabi Zadeh Honarmand M. Meaning effectiveness of group therapy on life hope for cancer patients. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 40(4): 287-292. [Persian]
18. Rosenstle AK, Keef FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17(3): 33-44.
19. Keimarti A, Carpenter B, Mehrabizade H. The Artist Construction and Compilation of Scale to Measure Psychological Hardiness. *Journal of Educational Sciences and Psychology* 1998; 2(3): 284-271. [Persian]
20. Herth KA, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *Br J Nurs* 2002; 11(14): 977-983.
21. Spiegel D, Bloom JR. Pain in metastatic breast cancer. *Cancer* 2010; 52(2): 341-345.
22. Watson M, Havilland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. In flounce of psychol ogical response on survival in breast cancer: A Population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354(9187): 1331-1336.
23. Yousefzadeh H. Relationship between psychological hardiness, life satisfaction and hope with academic performance of pre-university girl students in Ahvaz. Ahvaz: Master's Thesis, General Psychology, Ahwaz University; 2010. [Persian]
24. Ghasenzadeh H. Investigating the Relationship between Psychological Hardiness and Hope in Athletes, Research Paper. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2011; 11(5): 2011. [Persian]
25. Baljani A, Khashabi J, Amanpour A, Azimi N. Examination of relationship between spiritual health, religion and hope in patients with cancer. *Hayat* 2011; 17(3): 27-37. [Persian]



Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2019; 13(44): e7
doi: <https://doi.org/10.22037/mej.v13i44.25663>
Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/me>



ORIGINAL RESEARCH

Open Access

The Structural Model of the Role of Cognitive Coping Strategies in Relation to Psychological Hardiness with Hope in Women with Breast Cancer

Mehre Sanei^{1*} , Farshid Khosropour² , Abbas Bahrapour³ 

1. Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran. (Corresponding Author)
2. Ph.D. in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.
3. Professor of Biostatistics, Health Sciences Research Center & Biostatistics and Epidemiology Department, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 27 May 2019

Accepted: 24 August 2019

Published online: 24 September 2019

Keywords:

Cognitive Coping Strategies

Psychological Hardiness

Hope

Breast Cancer

ABSTRACT

Background and Aim: Cancer is a threat to the health of human and not only has physical influences but vigorous psychological impacts on individuals. The aim of the present study was to investigate the Psychological Hardiness with hope of cognitive coping strategies in female patients suffering from breast cancer.

Materials and Methods: The method of present research is descriptive-correlation and the statistic population was 540 female patients, chosen from all cancer patients of the oncology ward of Shahid Bahonar Hospital of Kerman, who were selected by available sampling method. Participants filled out the questionnaires of Psychological Hardiness (Ahvaz), Hope (Miller), Pain coping strategies (Rosenstle and Keef) in this research. The model was analyzed by AMOS-24 software. The main principal of data analysis was predicated on structural equations and confirmatory factor analysis.

Findings: The findings of this study revealed that the direct influence of two variables of cognitive coping strategies and Psychological Hardiness was 0.78, for hope and Psychological Hardiness was 0.41 and for hope against cognitive coping strategies was 0.55 and to show the indirect effect, Bias-corrected percentile method test was utilized. And the test became statistically significant (P -Value<0.05).

Ethical Considerations: The informed consent of the participants was obtained and it was assured about the confidentiality of information.

Conclusion: Based on the findings of this study, cognitive coping strategies, as mediating variable, can advance the impact of Psychological Hardiness on the hope of patients suffering from cancer.

* Corresponding Author: Mehri Sanei

Address: Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

Postal Box: 36

Tel: (+98) 913 198 1107

Email: mehresanae@yahoo.com

Cite this article as:

Sanei M, Khosropour F, Bahrapour A. The Structural Model of the Role of Cognitive Coping Strategies in Relation to Psychological Hardiness with Hope in Women with Breast Cancer. Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2019; 13(44): e7.