

مقایسه سرسختی سلامت و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت و سرطان سینه

مونا کاتبی^۱، *مژگان سپاه منصور^۲

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۸/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۷/۰۶)

Comparison of Health Hardness and Life Expectancy in Patients with Diabetes and Breast Cancer

Mona katebi¹, Mozghan Sepahmansour²

1. M.A in Psychology, Islamic Azad University, Tehran Central Branch.

2. Associate Professor in Psychology, Islamic Azad University, Tehran Central Branch.

(Received: Nov. 20, 2018 - Accepted: Sept. 28, 2019)

Original Article

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the health hardness and life expectancy in patients with diabetes and breast cancer. **Method:** The research was descriptive and causal-comparative. The statistical population of the study included all patients with breast cancer and type 2 diabetes referred to Kashani and Alzahra hospitals in Isfahan. A total of 468 patients (234 cancer patients and 234 diabetic patients) were selected by available sampling method. The research tools were Healthy Hardiness Questionnaire (Gibbart et al. 2001) and Life expectancy inventory (Miller, 1998). Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and multivariate analysis of variance with SPSS software version 21.

Findings: The results showed that there is a significant difference between the mean of health hardness and each of its subscales including health value, internal and external health control and health competence of two groups with type 2 diabetes and breast cancer ($P < 0.05$). Also, the results showed that there was a significant difference between the mean life expectancy and its dimensions including general thinking and strategic thinking in patients with type 2 diabetes and breast cancer ($P < 0.05$). **Conclusion:** Conclusions: In medical care, complete improvement of chronic diseases is impossible. So one of the goals of health care quality of life is to control chronic diseases. Our results partly clear the responsibility for health planners to prepare these services.

Keywords: Health Hardness, Life Expectancy, Type2 Diabetes, Breast Cancer.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه سرسختی سلامت و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت و سرطان سینه انجام شد. روش: پژوهش توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه و دیابت نوع دوم مراجعه‌کننده به دو بیمارستان کاشانی و الزهرای شهر اصفهان بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۶۸ نفر (۲۳۴ بیمار سرطانی و ۲۳۴ 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 چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد. یافته‌ها: 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 ($P < 0/05$). نتیجه‌گیری: در مراقبت پزشکی، بهبودی کامل در بیماری‌های مزمن غیرممکن است. لذا کنترل بیماری‌های مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و یکی از اهداف مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی است. نتایج این پژوهش تا حدی مسئولیت برنامه ریزان بهداشتی-درمانی در رابطه با تدوین خدمات به این افراد را روشن می‌سازد.

واژگان کلیدی: سرسختی سلامت، امید به زندگی، دیابت نوع دوم، سرطان سینه.

*نویسنده مسئول: مژگان سپاه منصور

*Corresponding Author: Mozghan Sepahmansour

Email: drsepahmansour@yahoo.com

مقدمه

ساندرسون^۹، ۲۰۱۳؛ ترجمه جمهوری و همکاران، (۱۳۹۴).

سرطان، رشد مهار نشده و منتشر شونده سلول‌های نابهنجار است که موجب شکل‌گیری تومورها می‌شود (مرینو بونیا، تورس تابانیرا و راس مندوزا^{۱۰}، ۲۰۱۷). در بین انواع سرطان‌ها، سرطان سینه^{۱۱} شایع‌ترین سرطان در زنان است (پیرخائفی و صالحی، ۱۳۹۲). نرخ شیوع سرطان سینه در زنان ایرانی سالیانه ۲۰ مورد ابتلای جدید در هر ۱۰۰۰۰۰ زن گزارش شده است و تعداد موارد جدید بروز سرطان سینه در هر سال برابر با ۶۰۰۰ نفر خواهد بود (جمشیدی، فهیمی، حسینی، شایان و فاضلی، ۲۰۱۹).

بیشتر بیماران سرطانی در هفته‌ها یا ماه‌های اول پس از ابتلاء به بیماری، به استرس، افسردگی و اضطراب بالا دچار می‌شوند. ادامه این هیجانات منفی نشانه سازگاری پایین است و به کاهش پذیرش درمان‌ها و وخامت بیماری می‌انجامد. آن دسته از بیماران سرطانی که دچار هیجانات منفی زیاد باشند، به مشکلات بعدی، بیشتر مبتلا می‌شوند و احتمال مرگ آن‌ها در ماه‌های اول، از کسانی که استرس و هیجانات منفی کمتری دارند، بیشتر است (دی واکس و هرچکویتز^{۱۲}، ۲۰۱۸). از جمله عواملی که ممکن است با تشدید نشانه‌ها در بیماری‌های مزمن و یا انطباق با تغییرات پیش‌آمده در زندگی همراه باشد، سرسختی^{۱۳}

تا پیش از قرن بیستم اغلب افراد از بیماری‌های عفونی^۱ می‌مردند و امید به زندگی در بیماری‌های مزمن^۲ بسیار پایین بود. امروزه اگرچه امید به زندگی بیشتر شده است، احتمال بروز بیماری‌های مزمن نیز افزایش یافته است (آناستاسیدی، لیانوس، ایگناتیادو، هاریسیس و مایتسیس^۳، ۲۰۱۷). بیماری‌های مزمن به آن دسته از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که به‌طور نامعین و نامشخص دوام می‌یابند، به‌وسیله طرح مایه‌کوبی با واکسن‌ها قابل پیشگیری نیستند و غالباً به کمک دارو معالجه یا درمان نمی‌شوند. چنین بیماری‌های طولانی‌مدتی به درد مداوم و پیشرونده، رنج بردن از بیماری، ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی منجر می‌شوند (کورتیس^۴، ۲۰۰۹؛ ترجمه محمدی، ۱۳۹۴).

به‌طور کلی، ۶۰ درصد همه مرگ‌ومیرها در سال ۲۰۱۴ به علت بیماری‌های مزمن بوده است؛ و ۸۰ درصد این مرگ‌ومیرها در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط رخ داده است (ساموریکوا، آداشوا، زادیانچنکو و راسلیکوا^۵، ۲۰۱۵). مطابق با آمارهای مرکز کنترل بیماری^۶ (CDC) از جمله بیماری‌های مزمن که ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آن‌ها نیز می‌شوند، سرطان و دیابت^۷ می‌باشد (پالمن و فیش^۸، ۲۰۱۴؛

1. infectious diseases
2. chronic diseases
3. Anastasiadi, Lianos, Ignatiadou, Harissis & Mitsis
4. Curtis
5. Samorukova, Adasheva, Zadionchenko & Rosliakova
6. centers for disease control (CDC)
7. cancer & diabetics

8. Palmen & Fish

9. Sanderson

10. Merino Bonilla, Torres Tabanera & Ros Mendoza

11. breast cancer

12. DeVaux & Herschkowitz

13. psychological hardiness

سرسختی بالاتری برخوردارند در مقایسه با کسانی که از سرسختی پایین‌تری برخوردارند، سلامت روان بیشتری دارند (مهدیان و غفاری، ۱۳۹۵). یکی از احساس‌هایی که در بیماران سرطانی بروز می‌کند، ناامیدی است. امید^{۱۱} مفهومی است که در دو دهه اخیر احتمالاً بیشترین پژوهش‌ها را به سوی خود جلب کرده است. امید فرایندی است که به افراد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کرده و آن را پیگیری کنند (فیدمن و کوباتا^{۱۲}، ۲۰۱۵). امید قابلیت درک شده از به وجود آوردن مسیرهای مطلوب در جهت دستیابی به اهداف و برانگیخته شدن در جهت استفاده از این راه‌ها است (دو، برناردو و یونگ^{۱۳}، ۲۰۱۵).

اشنایدر^{۱۴} (۱۹۹۱)؛ به نقل از فریدریک، آیوی-هاتز و لانینگ^{۱۵}، ۲۰۱۵)، امید را به‌عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این‌گونه تعریف می‌کند "توانایی طراحی مسیرها یا گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به‌رغم موانع موجود و عوامل انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها". بیماران مبتلا به سرطان گاهی اوقات از زندگی ناامید شده و امید به زندگی خود را از دست می‌دهند (مقتدر، ۱۳۹۵) و به دلیل درمان‌های سخت و طولانی‌مدت از قبیل شیمی‌درمانی و باور در رابطه با علاج ناپذیری بیماری، سطح ناامیدی افزایش می‌یابد (لاهمن، نیکا، شانپورت و هاوکلی^{۱۶}، ۲۰۱۶). این در حالی است که نتایج تحقیقات

است (جیولکانن، گیوستاوسون-لیلیوس و هایتانن^۱، ۲۰۱۵).

نتایج مطالعات حاکی از آن است که سرسختی روان‌شناختی 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^۲، ۲۰۱۶). پولاک^۳ (۱۹۹۳) بر اساس مفهوم سرسختی کوباسا^۴ (۱۹۷۹)، مفهوم سرسختی سلامت^۵ را مطرح کرد. این مفهوم، ارتباط بیشتری با زمینه‌های 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 کنترل‌پذیر ادراک می‌کند و عوامل استرس‌زای سلامتی را فرصتی برای رشد شخصیتی در نظر می‌گیرد (پولاک، ۱۹۹۹). سرسختی مرتبط با سلامتی، ویژگی شخصیتی است که با سه مؤلفه تعهد^۶، کنترل^۷ و مبارزه‌جویی^۸ موجب سازگاری افراد با بیماری و مشکلات ناشی از آن می‌شود (ویلسکو-واتسل^۹ و پولاک، ۱۹۹۹).

پژوهش‌ها نشان داده است که بین سرسختی سلامت با امید به زندگی^{۱۰} همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد و در وضعیت تنش‌زا از قبیل ابتلای به بیماری مزمن کسانی که از

1. Julkunen, Gustavsson-Lilius & Hietanen
2. Engel, Jackson, Akobundu, Wait & Sahyoun
3. Pollock
4. Kobasa
5. health hardiness
6. Commitment
7. Control
8. Challenging
9. Velasco-Whetsell & Pollock
10. life expectancy

11. hope
12. Feldman & Kubota
13. Du, Bernardo & Yeung
14. Snyder
15. Frederick, Ivey Hatz & Lanning
16. Luhmann, Necka, Schönbrodt & Hawkey

چند سال اخیر در کشورهای پیشرفته کاهش یافته است اما آمار دقیقی از روند مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های مزمن در ایران در دسترس نیست؛ ولی شواهد موجود در تغییر سبک زندگی مردم حاکی از آن است که شیوع این بیماری‌ها از جمله مرگ زنان به دلیل بیماری سرطان سینه در ایران نیز رو به افزایش است (کریمی، جوادی و جعفرزاده، ۱۳۹۰؛ فاضلی، فاضلی باوندپور، عبدی، پورحسینعلی و اکبری، ۱۳۹۱). با توجه به هزینه‌های بهداشتی و درمانی ناشی از بیماری‌های مزمن خاصه سرطان سینه و دیابت و عواقب جدی این بیماری‌ها بازبینی ادبیات تحقیقی برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی و مراقبتی در زمینه روان‌شناختی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. از این گذشته، هزینه‌هایی که بر سیستم‌های خدمات بیمه‌ای، فرد و دولت تحمیل می‌شود، لزوم توجه بیشتر به این بیماری‌ها و عوامل روان‌شناختی مرتبط را دوچندان می‌سازد. لذا پژوهش حاضر با هدف "مقایسه سرسختی سلامت و امید به زندگی در مبتلایان به بیماری سرطان سینه و دیابت نوع دوم" انجام شد.

روش

پژوهش توصیفی-مقطعی و از نوع مطالعات پس‌رویدادی (علی - مقایسه‌ای) بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم و سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های الزهرا و کاشانی شهر اصفهان بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس جدول تعیین

نشان می‌دهند تجربه هیجان‌ات منفی در مبتلایان به دیابت بسیار معمول بوده و مشخص شده است که سرسختی سلامت پایین، سطح سرمی قند خون در بیماری دیابت و رویدادهای تنش‌زا در زندگی با هم ارتباط دارند (بردلی^۱، ۱۹۹۴؛ به نقل از میرمهدی و رضاعلی، ۱۳۹۷) و امید به زندگی بیماران دیابتی در طول ۳۰ سال اخیر در مقایسه با سایر بیماران مزمن افزایش داشته است (صمدی فرد، ۱۳۹۴).

رشد روزافزون سرطان به‌ویژه سرطان سینه در چند دهه اخیر و اثرات زیانبار آن بر تمامی ابعاد جسمانی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی انسان‌ها از جمله عواملی هستند که توجه محققین و درمانگران را بیش‌ازپیش به خود معطوف داشته است. سرطان سینه نیازمند درمان‌های متعدد و طولانی‌مدت و سازگاری بالایی در بیمار و خانواده و تغییر در نقش‌های اجتماعی، خانوادگی و شغلی و احساس عدم اطمینان از سلامتی خود در مراحل بعدی زندگی است (حیدری، ۱۳۸۶؛ به نقل از سلمانی، نعمت اله زاده ماهانی، شهبازی، استوار و گنجی، ۱۳۹۵).

از دیگر سو، ابعاد روان‌شناختی بیماری‌های مزمن اغلب نادیده گرفته می‌شود و تصور می‌شود اکثر بیماران به‌خوبی با جنبه‌های روان‌شناختی بیماری‌های مزمن سازگار می‌شوند؛ اما هنگامی که بیماران نقصی را در وضعیت سلامت جسمی‌شان تجربه می‌کنند، سازگاری روانی دشوارتر می‌شود (وایت^۲، ۲۰۰۱؛ ترجمه مولوی، فتاحی و فتی، ۱۳۹۳). مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های مزمن در

1. Beradly
2. White

گروه بیماران مزمن دیابتی و قلبی-عروقی، ۰/۷۹ و ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی زیرمقیاس‌های آن در بیماران مزمن نیز در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ الی ۰/۸۵ محاسبه شده است (ترشابی و بهرامی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۴ الی ۰/۷۵ محاسبه شد.

۲) پرسشنامه امید به زندگی^۳: این پرسشنامه به‌وسیله اشنایدر^۴ در سال ۱۹۸۵ تدوین و شامل ۱۲ سؤال با ۲ زیرمقیاس تفکر عاملی (۴ سؤال)، تفکر راهبردی (۴ سؤال) است و ۴ سؤال بعدی ختی می‌باشد. طیف پاسخگویی به سؤالات مقیاس به‌صورت لیکرت ۸ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۸) است. در روایی همزمان، همبستگی ۰/۹۱ با تست شادکامی آکسفورد به دست آمد که نشانگر روایی بالای تست می‌باشد. پایایی این مقیاس بر اساس تحقیق اشنایدر (۱۹۸۵) به روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۵ است؛ و در مطالعه بابامیری، وطن‌خواه، معصومی و درویشی (۱۳۹۲) پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و زیرمقیاس تفکر عاملی ۰/۷۶ و تفکر راهبردی ۰/۷۷ محاسبه شد.

یافته‌ها

نتایج اطلاعات دموگرافیک نشان داد که میانگین

حجم نمونه مورگان (۱۹۷۸) ۲۳۴ نفر در گروه بیمار سرطانی و ۲۳۴ نفر در گروه بیمار دیابتی انتخاب شدند. بیماران مبتلا به سرطان سینه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی با نمونه بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم هم‌تاسازی شدند. آن‌ها فرم مشخصات دموگرافیک (شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و طول مدت بیماری) و رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند. داده‌های پژوهش با کمک ابزارهای خودگزارشی زیر گردآوری شدند.

۱) پرسشنامه سرسختی سلامت^۱: این پرسشنامه به‌وسیله گیبهارت^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۱ تدوین و شامل ۲۴ سؤال با ۴ زیرمقیاس ارزش سلامت (۶ سؤال)، مکان کنترل درونی سلامت (۵ سؤال)، مکان کنترل بیرونی سلامت (۷ سؤال) و شایستگی سلامت ادراک شده (۶ سؤال) می‌باشد. هر سؤال پرسشنامه به‌صورت یک جمله می‌باشد که به وضعیت سلامت فرد اشاره می‌کند. این پرسشنامه در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های 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 به‌وسیله ترشابی 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

3. life expectancy scale

4. Snider

1. revised health hardiness inventory

2. Gebhardt

(و انحراف معیار) سن (به سال) در بیماران گروه سرطان ۴۷/۶۰ (و ۵/۶۳) و در گروه دیابتی ۴۵/۸۹ (و ۵/۴۲) می‌باشد. ۸۶ درصد (۲۰۱ نفر) از بیماران مبتلا به سرطان سینه متأهل و ۱۴ درصد (۳۳ نفر) مجرد و مطلقه بودند اما در بیماران گروه دیابت ۸۹ درصد (۲۰۸ نفر) متأهل و ۱۱ درصد (۲۶ نفر) مجرد بودند. میانگین (و انحراف معیار) طول مدت بیماری در افراد مبتلا به سرطان سینه ۴/۳۷ (و ۳/۸۸) و در بیماران دیابتی ۴/۲۲ (و ۲/۶۰) بود. در بین بیماران سرطانی به ترتیب ۴۷ درصد (۱۱۲ نفر) در سطح دیپلم، ۳۷ درصد (۸۶ نفر) در سطح زیر دیپلم، ۱۳ درصد (۳۲ نفر) در

جدول ۱. داده‌های توصیفی سرسختی سلامت و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه و دیابت نوع دوم

متغیرهای پژوهش	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
ارزش سلامت	بیماران دیابتی	۲۳۴	۱۱/۱۵	۳/۰۸
	بیماران سرطان	۲۳۴	۹/۱۸	۲/۸۰
مکان کنترل درونی سلامت	بیماران دیابتی	۲۳۴	۱۱/۷۸	۳/۴۶
	بیماران سرطان	۲۳۴	۹/۹۶	۳/۰۶
مکان کنترل بیرونی سلامت	بیماران دیابتی	۲۳۴	۱۵/۸۴	۲/۸۰
	بیماران سرطان	۲۳۴	۱۵/۴۰	۲/۶۳
شایستگی سلامت ادراک‌شده	بیماران دیابتی	۲۳۴	۱۰/۶۶	۴/۲۰
	بیماران سرطان	۲۳۴	۹/۷۵	۳/۳۲
نمره کل سرسختی سلامت	بیماران دیابتی	۲۳۴	۴۹/۴۳	۹/۰۰
	بیماران سرطان	۲۳۴	۴۴/۲۹	۸/۰۵
تفکر عاملی	بیماران دیابتی	۲۳۴	۱۰/۹۱	۲/۱۳
	بیماران سرطان	۲۳۴	۸/۹۱	۳/۲۷
تفکر راهبردی	بیماران دیابتی	۲۳۴	۱۰/۶۴	۳/۰۲
	بیماران سرطان	۲۳۴	۸/۹۸	۳/۴۰
نمره کل امید به زندگی	بیماران دیابتی	۲۳۴	۲۱/۵۵	۴/۲۲
	بیماران سرطان	۲۳۴	۱۷/۸۹	۵/۴۱

سرسختی سلامت

امید به زندگی

همان‌طور که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره سرسختی سلامت در بیماران مبتلا به سرطان سینه ۴۴/۲۹ (و ۸/۰۵) و در بیمار مبتلا به دیابت نوع دوم ۴۹/۴۳ (و ۹/۰۰) است. میانگین (و انحراف معیار) امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه

سطح لیسانس و ۳ درصد (۴ نفر) در سطح فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. در افراد دیابتی نیز به ترتیب ۵۰ درصد (۱۱۷ نفر) در سطح دیپلم، ۳۴ درصد (۷۹ نفر) در سطح زیر دیپلم، ۱۲ درصد (۲۹ نفر) در سطح لیسانس و ۴ درصد (۹ نفر) در سطح فوق‌لیسانس و بالاتر بودند.

بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) برای بررسی تفاوت دو گروه از لحاظ ترکیب خطی این متغیرها استفاده گردید. بررسی مفروضه‌های مانووا نشان داد که بین ماتریس‌های کوواریانس دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.004$ و $\text{Box's } M = 65/87$).

۱۷/۸۹ (و ۵/۴۱) و در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم ۲۱/۵۵ (و ۴/۲۲) می‌باشد. اطلاعات مربوط به هر یک از مؤلفه‌های دو متغیر سرسختی سلامت و امید به زندگی به تفکیک دو گروه بیمار سرطانی و دیابتی در جدول شماره (۱) ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

ابعاد تصمیم‌گیری	ضریب F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
ارزش سلامت	۰/۰۴	۱	۴۶۶	۰/۸۳
مکان کنترل درونی سلامت	۰/۰۳	۱	۴۶۶	۰/۹۰
مکان کنترل بیرونی سلامت	۱/۸۳	۱	۴۶۶	۰/۱۷
شایستگی سلامت ادراک شده	۱/۴۳	۱	۴۶۶	۰/۲۳
سرسختی سلامت	۲/۵۳	۱	۴۶۶	۰/۸۴
تفکر عاملی	۱/۳۱	۱	۴۶۶	۰/۲۵
تفکر راهبردی	۲/۱۱	۱	۴۶۶	۰/۵۳
امید به زندگی	۲/۷۳	۱	۴۶۶	۰/۶۴

همان‌گونه که در جدول شماره (۲) مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات در متغیرهای پژوهش رد نمی‌شود؛ یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات برای مقیاس‌های پژوهش تأیید شد. با توجه به رعایت پیش فرض نرمال بودن و انتخاب تصادفی نمونه‌ها و یکسانی واریانس‌ها و نمونه بالای ۴۰ نفر، تحلیل واریانس برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت. همان‌طور که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود، بین دو گروه در شاخص‌های موردسنجش تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین، مدل معنادار می‌باشد.

بنابراین، مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس دو گروه برقرار نبود. با این وجود، آزمون مانووا نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($\text{Approx. Chi-Square} = 1321/074$) و $P < 0.001$ و مفروضه همبستگی بین متغیرهای وابسته برقرار است.

بنابراین، حداقل پیش فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) وجود داشت و این آزمون برای بررسی تفاوت گروه‌های موردبررسی اجرا گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت دو گروه

متغیر/شاخص	لامبدای ویلکز	درجه آزادی		ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر
		۱	۲			
گروه‌ها	۰/۱۹	۱	۴۶۶	۳۷/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۰۱

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه بیماران

گروه	متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
ت	ارزش سلامت	۳۸۹/۲۱	۱	۳۸۹/۲۱	۶۶/۸۳۴	۰/۰۰۱
	مکان کنترل درونی سلامت	۲۹۶/۱۳	۱	۲۹۶/۱۳	۴۸/۳۱	۰/۰۰۲
	مکان کنترل بیرونی سلامت	۳۷۲/۳۰	۱	۳۷۲/۳۰	۶۰۴/۱۲	۰/۰۰۴
	شایستگی سلامت ادراک شده	۹۷/۸۵	۱	۹۷/۸۵	۵۵/۱۵	۰/۰۰۹
	سرسختی سلامت	۴۱۲۷/۱۱	۱	۴۱۲۷/۱۱	۷۹/۲۳	۰/۰۰۱
	تفکر عاملی	۴۱۰/۲۱	۱	۴۱۰/۲۱	۲۷/۸۳	۰/۰۰۱
	تفکر راهبردی	۳۷۷/۶۵	۱	۳۷۷/۶۵	۳۱/۵۹	۰/۰۰۱
	امید به زندگی	۱۵۷۴/۹۶	۱	۱۵۷۴/۹۶	۶۴/۷۸	۰/۰۰۱

نتیجه‌گیری و بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه سرسختی سلامت و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم و سرطان سینه انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین افراد مبتلا به سرطان سینه در شاخص سرسختی سلامت و مؤلفه‌های آن کمتر از گروه مبتلا به بیماری دیابت نوع دوم است. این یافته از پژوهش با پژوهش‌های پیشین از جمله نتایج مطالعه هاردکاستل، تای، گلاسی و هاگر^۱ (۲۰۱۵)؛ بروکریک، کیف، بروکریک و گانگانیل^۲

همان‌طور که نتایج جدول شماره (۴) نشان می‌دهد، مقدار F سرسختی سلامت و امید به زندگی بین افراد مبتلا به سرطان سینه و دیابت نوع دوم معنی‌دار است ($P \leq 0/01$). با توجه به مندرجات جدول شماره (۱) افراد مبتلا به سرطان سینه از سرسختی سلامت پایین‌تر و امید به زندگی پایین‌تری نسبت به افراد مبتلا به دیابت نوع دوم برخوردار هستند و درواقع گروه بیماران سرطانی به آموزش و توجه درمانی بیشتری جهت سرسختی سلامت و امیدواری به زندگی نیاز دارند.

1. Hardcastle, Tye, Glassey & Hagger
2. Broderick, Keefe, Bruckenthal & Junghaenel

نشانه‌های بیماری می‌گردد؛ اما در بیماران دیابتی به دلیل اینکه میزان مرگ‌ومیر و بار اجتماعی و روانی ناشی از آن به اندازه بیماری سرطان سینه منفی نیست، فرد دست از مبارزه برنداشته و نسبت به تغییر سبک زندگی و دریافت دقیق رژیم دارویی می‌تواند اقدام نماید. چرا که در زمینه دیابت خودمدیریتی از ارکان اساسی درمان تلقی می‌گردد.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که میانگین نمرات امید به زندگی در افراد مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم کمتر است. این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات پیشین از جمله نتایج مطالعه زاویجسکا، وندر-اوزگوسکا، گریولین-اشمیتز، برازرت و برازرت^۲ (۲۰۱۶)، ساموریکوا و همکاران (۲۰۱۵)؛ پولونسکی، فیشر، هسلر و ادلمن^۳ (۲۰۱۵)؛ و جونز، کراب، ترانبل و اوکسلاد^۴ (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت وقتی فرد از میزان امید بالایی نسبت به بهبود وضعیت خود و زندگی و به‌طورکلی آینده برخوردار باشد، میزان ترشح هورمون‌های استرس و نورآدرنالین در بدن وی کاهش یافته و سیستم‌های ایمنی بدن بهتر عمل خواهند نمود و همین امر می‌تواند بر تشدید یا کاهش نشانه‌ها و روند بیماری تأثیرگذار باشد (استاندل، شانل و مک-گایور^۵، ۲۰۱۵). در بیماران مبتلا به سرطان سینه به دلیل اینکه درمان سخت‌تر و طولانی‌تر بوده و با تغییرات اساسی در

(۲۰۱۴)؛ ال-اکایور، خادیر و شاتناوی^۱ (۲۰۱۲) و مهدیان و غفاری (۱۳۹۵) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته فوق می‌توان این‌گونه استدلال نمود که سرسختی سلامت ترکیبی از باورها در مورد خویش و جهان می‌باشد که با سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی مرتبط است. وقتی فرد مبتلا به بیماری مزمن می‌شود چنانچه از ویژگی شخصیتی سرسختی سلامت برخوردار باشد، میزان تطابق‌پذیری وی با تغییر اساسی روی داده در زندگی و نیز تعامل وی با محیط پیرامون متفاوت خواهد بود. در بیماران مبتلا به سرطان سینه به دلیل اینکه بخشی از بدن فرد که ارتباط تنگاتنگی با صفات زنانه و هویت فرد دارد، در معرض تهدید قرار می‌گیرد، هویت و عزت‌نفس بدنی فرد دچار تغییر می‌شود و این می‌تواند با کاهش نمرات سرسختی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با بیماران دیابتی مرتبط باشد. همان‌طور که نتایج مطالعه لاهمن و همکاران (۲۰۱۶) نشان داده است در افراد مبتلا به بیماری سرطان سینه در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن از جمله دیابت نوع دوم میانگین نمره سرسختی سلامت پایین می‌باشد، همین ویژگی می‌تواند منجر به کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی در فرد بیمار شده و وی را از دریافت هرگونه 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 می‌نماید دست از مبارزه‌جویی و تلاش برداشته و همین ویژگی منجر به تشدید

2. Zawiejska, Wender-Ozegowska, Grewling-Szmit, Brazert&Brazert

3. Polonsky, Fisher, Hessler&Edelman

4. Jones, Crabb, Turnbull & Oxlad

5. Standl, Schnell & McGuire

1. Al-Akour, Khader & Shatnawi

روش گردآوری داده‌ها به شیوه در دسترس بوده است، لذا باید در تعمیم نتایج به سایر بیماران مزمن جوانب احتیاط را رعایت نمود. نمونه موردبررسی محدود بوده و لازم است نمونه بزرگ‌تری بررسی گردد. پیشنهاد می‌شود در سایر شهرها و در رابطه با سایر بیماران مزمن نیز این مطالعه انجام گردد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده در مورد نقش سرسختی سلامت بر میزان ناامیدی ناشی از ابتلای به بیماری مزمن تحقیقاتی صورت گیرد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران و هم‌چنین از کارکنان محترم بیمارستان کاشانی و الزهرای شهر اصفهان به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

سطح جسمانی و هویت بدنی فرد همراه می‌باشد و از آنجاکه فرد نسبت به بیمار دیابتی بیشتر به حمایت و کمک اعضای خانواده نیاز پیدا می‌کند و به‌نوعی در وی حس سربار بودن و گناه رخ خواهد داد (ساندرسون، ۲۰۱۳، ترجمه جمهری و همکاران، ۱۳۹۴)، لذا میزان ناامیدی نسبت به بیماران دیابتی نوع دوم بالاتر خواهد بود؛ و این ناامیدی بالاتر می‌تواند به چرخه‌های از تعاملات منفی و تشدید بیماری در فرد مبتلا منجر شده و باورهای منفی فرد را نسبت به وخامت بیماری سرطان در خود تقویت و افزایش دهد.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی بود که امکان سوگیری پاسخگویی وجود دارد. این پژوهش صرفاً بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم و سرطان سینه شهر اصفهان انجام شده است و از آنجاکه

منابع

زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی-

پژوهشی روان‌شناسی سلامت. ۲(۸):۶۹-۶۱.

ترشابی، م. (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی

پرسشنامه سرسختی سلامت و مقایسه ویژگی

سرسختی سلامت در بیماران مزمن و مردم

عادی (افراد سالم). پایان‌نامه کارشناسی ارشد،

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه

تهران.

بابامیری، م.، وطن‌خواه، م.، معصومی، ج.، و

درویشی، م. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین

سبک‌های مقابله با استرس، افکار خودآیند

منفی و امیدواری با شادکامی در افراد معتاد

مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر

اهواز. مجله علوم پزشکی زنجان. ۲۱(۸۴):۹۱-

۸۲

پیرخائفی، ع.، و صالحی، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی

معنادرمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان

- کریمی، س.، جوادی، م.، و جعفرزاده، ف. (۱۳۹۰).
بار اقتصادی و هزینه‌های ناشی از بیماری‌های
مزمن در ایران و جهان. *مجله مدیریت
اطلاعات سلامت*. ۸(۷):۹۹۶-۹۸۴.
- کورتیس، آ. ج. (۱۳۹۴). *روانشناسی سلامت*.
ترجمه شهناز محمدی. تهران: انتشارات
ویرایش.
- مقتدر، ل. (۱۳۹۵). مقایسه امید به زندگی و هوش
معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان
سالم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*.
۲۶(۱۰۱):۶۵-۵۸.
- مهدیان، ز.، و غفاری، م. (۱۳۹۵). نقش میانجی
سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی در
رابطه بهزیستی معنوی و امید در بیماران مبتلا به
سرطان. *مجله اصول بهداشت روانی*.
۱۸(۳):۱۳۸-۱۳۰.
- میرمهدی، ر.، و رضاعلی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی
درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر
تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در
زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه علمی-
پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۷(۴):۱۸۳-۱۶۷.
- ترشابلی، م.، و بهرامی، ه. (۱۳۸۹). مقایسه ویژگی
سرسختی در بیماران مزمن و افراد سالم. *مجله
روانشناسی*. ۱۴(۴):۳۵۶-۳۳۸.
- ساندرسون، ک. ا. (۱۳۹۴). *روانشناسی سلامت*.
ترجمه فرهاد جمهری و همکاران. تهران:
انتشارات ساد.
- سلمانی، خ.، نعمت اله زاده ماهانی، س.، شهبازی،
س.، استوار، ز.، و گنجی، ل. (۱۳۹۵). مقایسه
سبک‌های اسناد، تجارب معنوی و تاب‌آوری
زنان مبتلا به سرطان سینه با زنان سالم. *فصلنامه
علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*.
۲۰(۵):۲۰-۵.
- صمدی فرد، ح. (۱۳۹۴). ارتباط بهزیستی معنوی و
باورهای دینی با امید به زندگی در بیماران
دیابتی. *نشریه اسلام و سلامت*. ۲(۲):۵۱-۴۴.
- فاضلی، ز.، فاضلی باوندپور، ف.، عبدی، ع.،
پورحسینعلی، م.، و اکبری، ا. (۱۳۹۱). روند
مرگ‌ومیر سرطان پستان در میان زنان ایرانی.
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام.
۲۰(۴):۲۵۱-۲۴۶.

ارزیابی و درمان). ترجمه رضا مولوی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند.

وایت، ک. ا. (۱۳۹۳). درمان شناختی- رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی (راهنمای عملی برای

Al-Akour N, Khader YS&Shatnawi NJ. (2012). Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type 1 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*. 24(1):43-7.

Engel JH, Jackson R, Akobundu U, Wait C, Sahyoun N. (2016). Hardiness, depression, and emotional well-being and their association with appetite in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 59(3):482-7.

Anastasiadi Z, Lianos GD, Ignatiadou E, Harissis HV, Mitsis M. (2017). Breast cancer in young women: an overview. *Updates Surg*. 69(3):313-317.

Feldman, D, B., & Kubota, M. (2015). Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college. *Learning and Individual Differences*, 37, 801–806.

Broderick JE, Keefe FJ, Bruckenthal P, Junghaenel DU. (2014). Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial. *Pain*. 155(9):1743-54.

Frederick KE, Ivey Hatz J, Lanning B. (2015). Not Just Horsing Around: The Impact of Equine-Assisted Learning on Levels of Hope and Depression in At-Risk Adolescents. *Community Ment Health J*. 51(7):809-17.

DeVaux RS, Herschkowitz JI. (2018). Beyond DNA: the Role of Epigenetics in the Premalignant Progression of Breast Cancer. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*. 23(4):223-235.

Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. (2007). Thebiopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull* 2007; 133(4): 581-624.

Du, H., Bernardo, A, B, I., &Yeung, S, S., (2015). Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 23, 882–833.

Gebhardt, W. A., Van der Doef, M. P., & Paul, L. B. (2001). The Revised Health Hardiness Inventory (RHHI-24): psychometric properties and relationship with self-reported

- health and health behavior in two Dutch samples. *Health Education Research*, 16(5), 579-592.
- Hardcastle SJ, Tye M, Glassey R & Hagger MS. (2015). Exploring the perceived effectiveness of a life skills development program for high-performance athletes. *Psychology of Sport and Exercise*. 16(3):139-49.
- Jamshidi F, Fahimi N, Hosseini SA, Shayan A, Fazeli A. (2019). Determining Occupational Performance Issues in Women with Breast Cancer Referred to Treatment Centers of Hamadan, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 20(4):1113-1118.
- Johns LC, Oliver JE, Khondoker M, Byrne M, Jolley S, Wykes T & et al. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 50(4):257-63.
- Julkunen J, Gustavsson-Lilius M, Hietanen P. (2015). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *J Psychosom Res*. 66(3):235-44.
- Luhmann, M., Necka, E. A., Schönbrodt, F. D., & Hawkley, L. C. (2016). Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. *Journal of Research in Personality*, 61, 46-51.
- Merino Bonilla JA, Torres Tabanera M, Ros Mendoza LH. (2017). Breast cancer in the 21st century: from early detection to new therapies. *Radiologia*. 59(5):368-379.
- Palmen JL, Fish MJ. (2014). Association between symptom distress and survival in out-patients seen in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 29(6):565-71.
- Pollock SE. (1999). Health-related hardiness with different ethnic populations. *Holist Nurs Pract*. 13(3):1-10.
- Polonsky WH, Fisher L, Hessler D & Edelman SV. (2015). Development of a New Measure for Assessing Glucose Monitoring Device-Related Treatment Satisfaction and Quality of Life. *Diabetes Technol Ther*. 17(9): 657-63.
- Snider M. (2006). The discursive proportion of hope: a qualitative analysis of cancer patients speech, qualitative health research. 12(2):110-24.

- Samorukova EI, Adasheva TV, Zadionchenko VS&Rosliakova GA. (2015). Pleiotropic Effects of Rosuvastatin in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients With High Cardiovascular Risk *Kardiologia*. 55(7):32-7.
- Standl E, Schnell O&McGuire DK. (2015). Heart Failure Considerations of Antihyperglycemic Medications for Type 2 Diabetes. *Circ Res*. 118(11): 1830-43. Seligman BEP. (2003). Positive psychology: Fundamental assumption. *The psychologist*. 16, 126-127.
- Velasco-Whetsell M, Pollock SE. (1999). The Health-Related Hardiness Scale: Spanish language equivalence and translation. *Holist Nurs Pract*. 13(3):35-43.
- Zawiejska A, Wender-Ozegowska E, Grewling-Szmit K, Brazert M, Brazert J. (2016). Short-term antidiabetic treatment with insulin or metformin has a similar impact on the components of metabolic syndrome in women with gestational diabetes mellitus requiring antidiabetic agents: results of a prospective, randomised study. *J PhysiolPharmacol*. 67(2): 227-33.