

یافته های نو در روان شناسی

سال هفتم. شماره ۲۱. زمستان ۱۳۹۰

صفحات مقاله: ۸۵-۱۰۰

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱۰/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۲/۵

بررسی رابطه‌ی تعاملی سبک‌های دلبستگی، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در نوجوانان

فاطمه قاسم بروجردی*

دکتر فرامرز سهرابی**

دکتر احمد برجعلی**

چکیده

از انجام این پژوهش تعیین چگونگی ارتباط بین متغیرهای سبک دلبستگی شکل گرفته از دوران طفولیت، انتخاب راهبرد مقابله‌ای هنگام بروز بحران بیماری سرطان و سلامت روانی نوجوانان پسر مبتلا به سرطان است، تا مشخص شود که آیا هیچ یک از سبک‌های دلبستگی در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و نتیجتاً کسب سلامت روانی بالا در این دوران نقش دارند یا خیر. به همین منظور در این پژوهش پرسشنامه‌های مقیاس دلبستگی بزرگسالان (RAAS)، راهبردهای مقابله‌ای (WOCQ) لازاروس و سلامت عمومی (GHQ) توسط نمونه‌ی ۵۰ نفری نوجوانان پسر مبتلا به سرطان ۱۷ تا ۲۰ ساله تکمیل گردیده‌اند و سپس با استفاده از روش‌های آمار توصیفی برای تعیین همبستگی بین نمره‌های این پرسشنامه‌ها و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون و دو رشته‌ای نقطه‌ای استفاده شده است. بر اساس یافته‌ها، کلیه فرضیه‌های این پژوهش رد شدند، و به این ترتیب بین نوع سبک دلبستگی با میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار یا هیجان‌مدار در نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه معنی‌داری وجود نداشت. همچنین بین نوع راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی و نیز بین نوع سبک دلبستگی و سلامت روانی این گروه ارتباط معنی‌داری دیده نشد.

واژه‌های کلیدی: سبک دلبستگی، راهبرد مقابله‌ای، سلامت روانی، نوجوان، سرطان.

* دانشگاه علامه طباطبایی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، تهران، ایران. (anahita86@yahoo.com) (نویسنده مسئول)

** دانشگاه علامه طباطبایی، دانشیار گروه روانشناسی، تهران، ایران.

مقدمه

امروزه به علل گوناگونی از جمله ازدیاد آلاینده های شیمیایی در محیط و وقوع جنگ در دهه های ۵۰ و ۶۰ در کشور ایران، و تغییرات رژیم غذایی و علل ژنتیکی و بسیاری از علل دیگر، بیماری سرطان شیوع بسیار بالایی در کشور ایران دارد و راهکارهای مقابله روانی با این بیماری و کنار آمدن با آن از عوامل سلامت روانی فرد و در نهایت جامعه است.

یکی از عواملی که کنار آمدن فرد را با بیماری تسهیل می کند، سبک دلبستگی اوست. به گفته بالبی^۱ (۱۹۶۹) دلبستگی نشأت گرفته از پیوندهای اولیه کودک و مراقب اوست که تأثیر فوق العاده ای در طول زندگی دارد و اگر این پیوندها به درستی شکل گرفته باشند، الگوی ارتباطی و رویایی با مشکلات سازنده ای را باعث می شوند.

نظریه دلبستگی مبتنی بر تحقیقات بالبی و اینزورث^۲ است. از نظر آنها دلبستگی که پیوند عاطفی بین کودک - مادر است، تعیین کننده بهداشت و سلامت روانی فرد است (بالبی، ۱۹۶۹؛ اینزورث و همکاران، ۱۹۷۸). اینزورث (۱۹۷۸) با ابداع آزمایش "موقعیت نا آشنا"^۳ سه سبک دلبستگی کودک - مادر را شناسایی کرد. این سه سبک عبارتند از دلبستگی ایمن، دلبستگی نا ایمن اجتنابی و دلبستگی نا ایمن دوسوگرا یا اضطرابی. وی به این نتیجه رسید که دلبستگی فرد به والدین در سنین بعدی ادامه می یابد. بررسی های طولی، استمرار وضعیت آزمودنی های طبقه بندی شده در موقعیت نا آشنا را پیگیری کرده اند. یکی از جنبه های این تحقیقات پایداری سبک های دلبستگی در طول زمان است. پیوند عاطفی اولیه در رشد شخصیت، شکل گیری روابط بین شخصی، شیوه های مقابله ای خاص، سازش های اجتماعی و در نتیجه سلامت روانی تأثیر بسزایی دارد (گریفین و بارتولومو^۴، ۱۹۹۴).

از آنجا که مراقبان اصلی کودک هر یک سبک های ارتباطی و تعاملی خاص خود را در ارتباط با کودک به کار می برند تا نیازهای کودک را برطرف نمایند، هر یک از این سبک ها تأثیری منحصر به فرد در رشد شخصیت کودک می گذارد. در این میان بسیاری از سبک های ارتباطی مورد استفاده توسط مراقبین چندان کارآمد نیستند و منجر به شکل گیری سبک های دلبستگی ناسازگارانه ای در کودک می شوند که می توانند راهکارهای مقابله ای و نهایتاً سلامت روانی کودک را در بزرگسالی در مواجهه با مشکلات تحت تأثیر قرار دهد.

دو راهبرد مقابله ای عمومی وجود دارد که فرد هنگام مواجهه با مشکلاتی من جمله بیماری سرطان از آنها استفاده می کند که عبارتند از راهبرد مقابله ای مسئله مدار^۵ و راهبرد مقابله ای هیجان مدار^۶. مقابله متمرکز بر مشکل (مسئله مدار) می تواند معطوف به درون یا بیرون باشد. در مقابله معطوف به بیرون هدف تغییر موقعیت یا رفتارهای دیگران است در صورتی که مقابله معطوف به درون شامل تلاشهایی

1. Bowlby, J.
2. Ainsworth, M. D. S.
3. unfamiliar situation
4. Griffin, D. and Bartolomew, K.
5. problem-focused coping style
6. emotion-focused coping style

است که برای بررسی مجدد نگرش ها و نیازهای خود و کسب مهارت‌ها و پاسخ های تازه انجام می دهیم. در مقابله هیجان مدار، هدف اصلی تمرکز بر هیجان و کنترل ناراحتی هیجانی است که بیشتر با تمرین جسمانی، مراقبت، بیان احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی همراه است. معمولاً وقتی افراد احساس می کنند می توانند درباره ی مشکل، کاری انجام دهند، از مقابله مسئله مدار استفاده می کنند و اگر موقعیت را فراتر از توانائیهای خود تلقی کنند به مقابله هیجان مدار دست می زنند. ولی غالباً ترکیبی از دو روش را استفاده می کنند که نتیجه مطمئنتری در بردارد. مواجهه با بیماری سرطان، می تواند هر یک از راهکارهای مقابله ای را در افراد مختلف فعال کند که هر یک در شرایط مختلف می تواند منجر به سلامت روانی بالا یا سلامت روانی پایین شود (تیلور، ۲۰۰۶).

سلامت روانی بالا تضمین کننده کیفیت مطلوب زندگی حتی در شرایط بحرانی است که اگر بر اساس عواملی مثل دل‌بستگی ایمن و راهبرد مقابله ای سازگارانه، در سطح بالایی باشد، کیفیت علائم جسمانی، علائم اضطرابی و چگونگی خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی را در سطح مناسب قرار می دهد. افرادی که مبتلا به سرطان می شوند، امکان دارد که دچار شرایط روحی نامناسبی شوند که کیفیت زندگی آنها را در دوران حیاتشان پایین آورد، اما منابع روانی نیرومندی چون دل‌بستگی ایمن و راهبرد مقابله ای سازگارانه شاید بتواند آنها را در طی آرام تر مسیر درمان همراهی کند تا بتواند سلامت روانی بالاتری را تجربه کنند (اسمیت و سگال، ۲۰۱۱).

مقابله با تنیدگی، عامل کاهش فشار بیماری و بازگشت به حالت تعادل و سلامت روانی است. در صورت بهره گیری از شیوه های بهینه مقابله، فرد قادر به حفظ سازش یافتگی خود می شود، در حالیکه شیوه های ناکارآمد موجب فزونی تنش، ارضا نشدن نیازهای حیاتی و بی ثباتی هیجانی خواهد شد (تیلور، ۲۰۰۶).

پژوهش حاضر نیز در راستای پژوهش های پیشین در جهت گسترش مفاهیم دل‌بستگی و استفاده از آن در پیشگیری و درمان بیماری مزمن سرطان و ارتباط آن با سبک های مقابله ای مناسب و سلامت روانی در بیماری سرطان صورت گرفته است.

بیان مسئله

افزایش زیان آور بیماری های مزمن، یک پدیده نسبتاً تازه است. در سال ۱۹۰۰ میلادی، ۶ علت از ۱۰ علت برجسته مرگ، بیماری های عفونی یا بیماری های مرتبط با فرایندهای عفونی مثل سل، آنفولانزا و دیفتری بود (بوریش و برادلی، ۱۹۸۳). بیماری مزمن یک استرس فوق العاده و قابل توجه است که زندگی فرد را مورد تهدید قرار می دهد و سرطان از دید عامه ترسناک ترین و خطرناک ترین بیماری مزمن تلقی می شود. تشخیص سرطان، علائم ناگهانی را ایجاد می کند که مستلزم آن است که بیمار سریعاً به سبک خود به مقابله با آن پردازد. این علائم عبارتند از ترس از مرگ، بدشکلی، ناتوانی،

1. Taylor, S. E.

2. Smith, M. and Segal, R.

3. Burish, T. G. and Bradley, L. A.

طرشدگی و شکست در ارتباطات و مسائل مالی.

از آنجا که مقابله با چنین بیماری شدیدی مستلزم بسیج قوای روانی و جسمی فرد در کنار یکدیگر است، در دهه ۱۹۶۰، پزشکی روان تنی، به ارائه الگوی زیستی- روانی- اجتماعی در رشد و دوره بیماری پرداخت (بلاک^۱، هرسن^۲، جانستون^۳، ۲۰۰۱). در این الگو انسان به عنوان موجودی چند بعدی نگریسته می شود که هر یک از ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی او به صورت نظام های فرعی متعامل عمل می کنند. این الگو متفاوت از الگوی زیستی پزشکی بود که فرض می کرد بیماری به طور کامل معلول انحراف از هنجار متغیرهای زیستی قابل سنجش است. یکی از جنبه های پزشکی روان تنی، اثرات زیست شناختی دلبستگی و جدایی بر رشد حیوان و انسان است. نظریه روان تنی معتقد است که از دست دادن توانایی سازگاری با وقایع یا به عبارت دیگر از بین رفتن توانایی های انطباقی، مقاومت فرد را در برابر بیماری از بین می برد و او را مستعد شروع یا وخیم تر شدن بیماری های مختلف از دیابت گرفته تا سرطان می کند، که این توانایی های انطباقی می تواند تحت تأثیر دلبستگی فرد قرار گیرد. اطلاعات همه گیر شناختی، افزایش مرگ و میر را در بین افراد دچار محرومیت از دلبستگی، نشان می دهد. رنه اسپیتز^۴ (۱۹۸۳) معتقد بود که جدایی های فاجعه آمیز^۵ و فقدان ها در دوران کودکی که مانع ایجاد دلبستگی ایمن هستند، علت بیماری های روان پزشکی هستند.

از جمله عوامل روانشناختی که در ایجاد یا مقابله فرد با بیماری مزمن نقش تعیین کننده دارند استرس، سبک شخصیت، توانایی مقابله، سن، قدرت، سبک دلبستگی، اثر و معنی سرطان است. طبق تحقیقات انجام شده، افرادی که به استرس های زندگی با خوش بینی و انعطاف پذیری پاسخ می دهند و از راهبردهای مقابله ای سازنده استفاده کرده و کنترل وقایع زندگی را بر عهده می گیرند، عملکرد سیستم ایمنی بهتری دارند، بهتر با بیماری مقابله می کنند و سلامت روانی بالاتری دارند (کوین^۶، ۲۰۰۶).

از این رو محقق بر آن شد تا ارتباط این سبک های مختلف دلبستگی، سبک های مقابله ای و سلامت روانی را با یکدیگر در کسانی در نظر بگیرد که در کشاکش مرگ و زندگی قرار گرفته اند و در این راه سبک های دلبستگی و سبک های مقابله ای مناسب می توانند آنها را در طی سازگارانه تر این مسیر و سلامت روانی هدایت کنند و از آنجا که نوجوانی که گذرگاه ورود به جوانی و چشم داشتن به وصال آرزوهای بسیار است، وقوع چنین بیماری جدی ای در این مرحله می تواند ساختار شخصیت فرد را در هم شکند یا اینکه او را به روزنه ای نویدبخش تر در زندگی رهنمون کند، مرحله ۱۷ تا ۲۰ سالگی در نوجوانی برای مطالعه حاضر انتخاب شد و چون جنسیت می تواند متغیری مداخله گر در فرایند پژوهش محسوب شود، تنها پسران در پژوهش حاضر شرکت خواهند کرد.

سؤال اصلی تحقیق این است که آیا بین سبک های دلبستگی مختلف، سبک های مقابله ای سازگارانه

1. Bellack, A.
2. Hersen, M.
3. Johnston, D. M.
4. Spitz, R.
5. traumatic seperation
6. Coyne, G.

یا ناسازگارانه و سلامت روانی در شرایط بحرانی مانند ابتلا به بیماری سرطان در دوران حساس نوجوانی رابطه وجود دارد یا خیر.

اهمیت و ضرورت تحقیق از آن رو است که در شرایط بحرانی مانند ابتلا به سرطان، عوامل مختلفی من جمله سبک های دلبستگی می توانند در مقاومت و مقابله فرد نقش داشته باشند که در نهایت هر یک از این سبک ها حتی می توانند به تسلیم شدن در مقابل بیماری و ایجاد بیماری های روحی روانی علاوه بر بیماری جسمی یا مبارزه کردن با آن و ایستادگی برای از بین بردن آن بینجامند. هر یک از سبک های دلبستگی و راهبردهای مقابله ای می توانند تعیین کننده سلامت روانی بالا یا پایین فرد در حین بیماری باشند. اینزورث و همکارانش (۱۹۷۸) معتقدند که همه کودکان بهنجار احساس دلبستگی ایمن پیدا می کنند و این دلبستگی شالوده رشد عاطفی و اجتماعی سالم در دوران بزرگسالی را پی ریزی می کند. انتظار می رود که کودکانی که دلبستگی ایمن به مادرانشان پیدا می کنند، در آینده از نظر اجتماعی برونگرا باشند، آمادگی بیشتری برای روبه رو شدن با روابط و تجارب جدید را داشته باشند، و بتوانند با موفقیت با ناراحتی و بیماری مقابله کنند و سلامت روانی بالاتری داشته باشند.

لذا اگر کیفیت دلبستگی و مهارت های مقابله با تنیدگی و سلامت روانی با یکدیگر در ارتباط باشند، آموزش مادران و آگاه کردن آنان نسبت به این مهم می تواند جزء وظایف اصلی دست اندر کاران امر تعلیم و تربیت شود تا به موجب آن مادران با به کار گیری پیوند و اتحاد مناسب با کودک، دلبستگی ایمن و مقابله کارآمد را در کودک در مواجهه با بحران بعدی زندگی پایه ریزی کنند که اهمیت و ضرورت این تحقیق را نشان می دهد.

فرضیه های تحقیق عبارتند از: ۱- بین نوع سبک دلبستگی با میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای مسئله مدار در نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد. ۲- بین نوع سبک دلبستگی با میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد. ۳- بین نوع سبک دلبستگی با سلامت روان نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد. ۴- بین سلامت روان با راهبردهای مقابله ای مسئله مدار در نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه مستقیم وجود دارد. ۵- بین سلامت روان با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه مستقیم وجود دارد.

هدف این موضوع پژوهشی تعیین سبک های دلبستگی نوجوان در انتخاب راهبرد های مقابله ای هنگام بروز بیماری سرطان است، تا مشخص شود که کدام یک از سبک های دلبستگی در انتخاب راهبردهای مقابله ای مناسب و نتیجتاً سلامت روانی بالا مؤثرند، و سپس از این طریق سبک های دلبستگی و راهبردهای مقابله ای مناسب شناسایی شوند و گسترش آنها از طریق مراقبان کودکان رواج یابند. در ادامه به تعدادی از پژوهش های انجام شده در رابطه با موضوع پژوهشی حاضر در داخل و خارج از کشور اشاره می شود:

غضنفری و قدم پور (۱۳۸۷) رابطه راهبردهای مقابله ای را با سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد بررسی کردند. هدف آنها تبیین سلامت روانی و خرده مقیاس هاس اضطراب، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و آسیب جسمانی بر حسب راهبردهای مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار بود. در این

تحقیق از روش همبستگی استفاده شد و به این منظور نمونه ای به تعداد ۳۸۳ نفر از ساکنین ۲۵ تا ۵۴ ساله شهر خرم آباد با نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات از طریق مقیاس راهبردهای مقابله با استرس بیلینگز و موس^۱ (۱۹۸۱) و مقیاس سلامت عمومی صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). بین استفاده از راهبرد مسئله مدار و خرده مقیاس های آزمون گلدبرگ رابطه معناداری دیده نشد. این امر نشان می دهد که هر چه فرد راهبرد مقابله مسئله مدار را بیشتر به کار برد، از سلامت بالاتری برخوردار است و بالعکس راهبرد هیجان مداری سبب افزایش علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می شود. همچنین نتایج نشان داد که راهبردهای مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار به طور متفاوتی واریانس متغیرهای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی که از مؤلفه های سلامت روانی هستند را به صورت معناداری تبیین می کنند. به طور کلی نتایج نشان داد که بهداشت روانی افراد در زمینه های جسمانی، روانی و اجتماعی تحت تأثیر شیوه مقابله فرد با مسائل قرار می گیرد. شیوه هیجان مدار در کاهش بهداشت روانی و شیوه مسئله مدار در افزایش آن نقش دارد.

نعمت (۱۳۸۷) در بررسی ارتباط بین مکانیسم های دفاعی و سبک های مقابله ای با سلامت روانی دانشجویان ۱۸ تا ۲۹ ساله، نشان داد که نوع سبک های مقابله ای استفاده شده در افرادی که از سلامت روانی برخوردارند و افرادی که از سلامت روانی پایینی برخوردارند، با یکدیگر تفاوت معناداری دارد. بشارت (۱۳۸۶)، به قصد مطالعه نوع رابطه سبک های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا با راهبردهای مقابله با تنیدگی در قالب سه سبک مقابله مسئله محور، هیجان محور مثبت و هیجان محور منفی دست به پژوهش بر روی ۲۲۳ دانشجو (۱۲۰ دختر، ۱۰۳ پسر) زد. نتایج وجود رابطه معنادار بین سبک های دلبستگی و راهبردهای مقابله با تنیدگی را نشان دادند. همبستگی بین سبک دلبستگی ایمن با سبک های مقابله ای هیجان محور مثبت و مسئله محور، مثبت بود، در حالی که با سبک های منفی هیجان محور، همبستگی منفی به دست داد. سبک دلبستگی اجتنابی با سبک مقابله مسئله محور و سبک هیجان محور منفی و سبک دلبستگی دوسوگرا با سبک مقابله ای هیجان محور مثبت، همبستگی مثبت داشت. بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که راهبردهای مقابله ای تحت تأثیر سبک های دلبستگی قرار می گیرند.

کلارک^۲ و همکاران (۲۰۱۱) به قصد ارزیابی اینکه آیا مشکلات جراحان در رابطه با بیماران مبتلا به سرطان سینه ای که در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته بودند و احساس عدم حمایت می کردند، وساطت می کرد یا خیر، و اینکه آیا سبک های دلبستگی بیماران واسطه اثر سوء استفاده کودکی بر تجربه روابط بیماران یا جراحان می شود یا خیر دست به پژوهش بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه زدند. بیمارانی که تجربه مورد سوء استفاده قرار گرفتن را به یاد می آوردند، هفت برابر بیشتر احتمال داشت که احساس عدم حمایت کافی از جانب جراح کنند. جراحان گزارش دادند که مشکلات بیشتری در ارتباط با بیمارانی داشتند که سابقه سوء استفاده شدن را داشتند. دلبستگی واسطه رابطه مورد

1. Billings, A.G. and Moos, R.H.

2. Clark, L.

سوء استفاده قرار گرفتن با ادراکات بیماران از حمایت ناکافی بود.

اونزا^۱ و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی رابطه دل بستگی، سبک های مقابله ای و خوردن هیجانی پرداختند تا تعیین کنند که آیا اختلال زود هنگام در رشد منجر به راهبردهای مقابله ای بیمارگون و خوردن هیجانی می شود یا خیر. در این مطالعه درون گروهی مقطعی، ۱۳۹ زن پرسشنامه های خوردن هیجانی، سبک های مقابله ای و دل بستگی را پر کردند. در این مطالعه مقابله فعال ظاهراً به طور منفی با خوردن هیجانی رابطه داشت، در حالی که سبک های دل بستگی با خوردن هیجانی رابطه نداشتند. زنان دل بسته ایمن، سبک مقابله ای فعال تری را نشان دادند و از حمایت اجتماعی بیشتری استفاده کردند، در حالی که زنانی که دل بستگی ایمن نداشتند بیشتر از سبک های مقابله ای اجتنابی استفاده کردند. نتایج این مطالعات نشان داد که دل بستگی ایمن به همراه مقابله فعال می تواند وجود داشته باشد و دل بستگی نا ایمن با سبک های مقابله ای بیمارگون تر می تواند همراه باشد.

برادلی ایلرتسن^۲ و همکاران (۲۰۱۱) به قصد ارزیابی کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان بهبود یافته از سرطان، آنها را سه سال پس از تشخیص اولیه با گروه کنترل مقایسه کردند. این مطالعه شامل ۵۰ کودک و نوجوانی بود که بین سال ها ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۳ تشخیص سرطان گرفته بودند و درمان شده بودند. نتایج نشان داد که گروه نوجوانان بهبود یافته از سرطان کیفیت زندگی خود را مشابه هم تیان سالم خود ارزیابی می کردند. با این حال نوجوانان بهبود یافته از تومور مغزی یا آنهایی که دارای اثرات تأخیری سرطان بودند، کیفیت زندگی پایین تری را گزارش دادند. والدین این کودکان و نوجوانان نیز کیفیت زندگی پایین تری را در مورد فرزند خود گزارش دادند.

جورنگاردن^۳ و همکاران (۲۰۰۷) پژوهشی را به قصد بررسی چگونگی تفاوت کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، اضطراب و افسردگی در نوجوانان مبتلا به سرطان و گروه معطوف، مدت کوتاهی پس از تشخیص سرطان و متعاقباً ۶، ۱۲، و ۱۸ ماه پس از تشخیص، انجام دادند. نتایج نشان داد که افزایش ثابت در سلامت روانی از زمان تشخیص سرطان یعنی زمانی که ارزیابی های بیماران به طور معنی داری بدتر از جمعیت عمومی است، و پس از آن وجود دارد. تفاوت ها به تدریج از بین رفتند و سپس برعکس شدند که منجر به این شد که گروه مبتلا به سرطان کیفیت زندگی در ارتباط با سلامتی بهتر و سطوح پایین تر اضطراب و افسردگی را نسبت به گروه معطوف، در یک سال و نیم پس از تشخیص سرطان گزارش دهند. نوجوانان مواجه شده با سرطان، علائم سازگاری با آسیب را نشان می دهند.

گران^۴ و همکاران (۲۰۰۶) به قصد فهم بهتر سازگاری روانشناختی، مهارت های خودیاری، عملکرد عقلانی و اجتماعی شدن کودکان و نوجوانان بهبود یافته از سرطان، به بررسی وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در گروهی ۲۰ ساله از این بهبود یافتگان پرداختند. ۸۰٪ شرکت کنندگان این مطالعه نوعی حالت ناخوشی و بیماری را گزارش دادند. امتیازهای کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی هم در جنس مؤنث و هم در جنس مذکر کمتر از میانگین جمعیت کانادایی بود. شرکت

1. Ouwens, M. A. A.
2. Bradley Eilertsen, M. E.
3. Jorngarden, A.
4. Grant, J.

کنندگان مؤنث حالت ناخوشی و عدم سلامتی بسیار بیشتری را گزارش دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که اکثریت کودکان و نوجوانان بهبود یافته از سرطان بار ناخوشی را به سال های نوجوانی و سال های جوانی حمل می کنند.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع غیر تجربی و همبستگی است و پژوهشگر دخالتی در دستکاری متغیرها نداشته است. به عبارت دیگر در تحقیق پس رویدادی پژوهشگر در پی کشف و بررسی رابطه بین عوامل، شرایط خاص، یا نوع رفتاری است که قبلاً وجود داشته یا اتفاق افتاده است (دلاور، ۱۳۸۵). این نوع بررسی از طریق مطالعه نتایج و آثار آنها صورت می گیرد.

جامعه آماری تحقیق حاضر نوجوانان پسر مبتلا به سرطان بستری در شهر تهران هستند. امکان اطلاع از تعداد دقیق جامعه آماری بر اساس پیگیری از بیمارستان های مربوطه و سایر منابع اطلاعاتی نبود، زیرا بر اساس تحقیقات انجام شده هیچ کدام از بیمارستان ها چنین آماری را در دست نداشتند. تنها آماری که در این زمینه حاصل شد، تعداد نوجوانان پسر ۱۷ تا ۲۰ ساله مبتلا به سرطان تحت پوشش مؤسسه خیریه حمایت از کودکان مبتلا به سرطان محک بود که در بازه زمانی فروردین ماه تا شهریورماه سال ۱۳۹۰، ۱۶۹۷ مورد گزارش شده بود.

نمونه تحقیق شامل نوجوانان پسر مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان های محک، امام خمینی، شهدای تجریش، امام حسین (ع)، و دکتر مسیح دانشوری هستند.

روش نمونه گیری به صورت نمونه در دسترس است که این روش در مواقعی به کار برده می شود که انتخاب نمونه به صورت تصادفی یا غیر تصادفی مشکل و حتی در برخی مواقعی غیرممکن باشد. در چنین شرایطی پژوهشگر می تواند از نمونه گیری در دسترس استفاده کند. نمونه در دسترس، گروهی از اعضای یک جامعه هستند که انتخاب آنها فقط به خاطر سهولت در دسترسی بوده است (دلاور، ۱۳۸۵).

حجم نمونه ۵۰ نفر است، زیرا در پژوهش هایی از نوع همبستگی، حداقل حجم نمونه ۵۰ نفر برای بیان چگونگی رابطه ضرورت دارد (همان منبع).

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس دل بستگی بزرگسالان (RAAS)، پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس (WOCQ)، و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) هستند که در زیر به تشریح هر یک پرداخته می شود.

مقیاس دل بستگی بزرگسالان، ابتدا در سال ۱۹۹۰ به وسیله کالینز و رید^۱ تهیه شده و در سال ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت. مقیاس دل بستگی بزرگسالان که چگونگی ارزیابی فرد از مهارت های ارتباطی و سبک رابطه صمیمانه وی را مورد بررسی قرار می دهد، دارای ۱۸ عبارت است که پاسخ دهندگان در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان می کنند. این

1. Collins, N. L. and Read, S. J.

پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس وابستگی، نزدیکی و اضطراب است.

ویژگی های روان سنجی مقیاس دل بستگی بزرگسالان: ضریب پایایی باز آزمایی این آزمون برای هر یک از سه زیر مقیاس نزدیکی، وابستگی و اضطراب به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۵۲ گزارش شده است. کالینز و رید (۱۹۹۰) نشان دادند که زیر مقیاس های نزدیک بودن (C)، وابستگی (D)، و اضطراب (A) در فاصله زمانی ۲ ماه و حتی ۸ ماه پایدار ماندند. با توجه به اینکه مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است، میزان قابلیت اعتماد به دست آمده، بالا است.

در ایران نیز میزان قابلیت اعتماد این مقیاس با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد به صورت هم بستگی بین دو اجرا بر روی نمونه ای با حجم ۱۰۰ نفر آزمودنی بررسی شده است. نتایج حاصل از دو بار اجرای این پرسشنامه با فاصله زمانی یک ماه از یکدیگر بیانگر آن بود که تفاوت بین دو اجرای مقیاس های A، D، و C در RAAS معنادار نبوده است و این آزمون در سطح ۰/۹۵ قابل اطمینان است، اما با توجه به هم بستگی بین نتایج دو اجرا، زیر مقیاس A قابل اعتمادترین ($r=0/75$) است و در درجه بعدی، زیر مقیاس C قابل اعتماد است ($r=0/57$) و D کمترین میزان قابلیت اعتماد را در بین این سه زیر مقیاس دارا بوده است ($r=0/47$). از سوی دیگر با محاسبه آلفای کرونباخ مشخص شد که زیر مقیاس اضطراب (A) بیشترین قابلیت اعتماد (۰/۷۴) و وابستگی (D) کمترین قابلیت اعتماد (۰/۲۸) را دارد و قابلیت اعتماد زیر مقیاس نزدیکی (C) در حد متوسط (۰/۵۲) است که نتایج با بررسی از طریق باز آزمایی هماهنگ بوده است (حمیدی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای یک آزمون ۶۶ ماده ای است که بر اساس سیاهه راهبردهای مقابله ای فولکمن و لازاروس^۱ (۱۹۸۵) ساخته شده است و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشارزای درونی یا بیرونی به کار می برند را مورد ارزیابی قرار می دهد. در آغاز از آزمودنی خواسته می شود که به طور شفاهی یا نوشتاری موقعیت فشارزایی را که اخیراً تجربه کرده شرح دهد و سپس با خواندن عبارات پرسشنامه مشخص کند که در موقعیت مورد نظر تا چه میزان از هر یک از راهبردهای توصیف شده در پرسشنامه استفاده کرده است. در بعضی موارد نیز خود پژوهشگر، موقعیتی خاص مانند درمان پزشکی، ابتلا به یک بیماری جدی یا حتی یک آزمون علمی را به عنوان موقعیت فشارزا مشخص می کند. این آزمون دارای ۸ زیر مقیاس است مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، خود کنترلی، طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز-اجتناب، حل مسئله برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت است. ۴ زیر مقیاس طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل مسئله برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت راهبردهای مقابله ای مسئله مدار هستند و ۴ زیر مقیاس مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، گریز-اجتناب و خود کنترلی راهبردهای مقابله ای هیجان مدار هستند (محمود علیلو، ۱۳۹۰).

در مطالعه ای که واحدی (۱۳۸۵)، به نقل از موسوی نسب، (۱۳۸۶)، بر روی ۷۶۳ نفر از دانش آموزان پسر و دختر کلاس های دوم و سوم دبیرستان های دولتی شهر تهران انجام داد، پایایی پرسشنامه روش های مقابله با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، ۰/۸۰ برآورد شد.

1. Folkman, S., Lazarus, R.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر^۱ (۱۹۷۹) ارائه شده است و یکی از ابزارهای غربالگری است که بیشترین استفاده را در زمینه بررسی وضعیت سلامت در نمونه های حاصل از جامعه دارد. این پرسشنامه مقیاسی پیوسته از وضعیت سلامت روانی فعلی یا دیسترس روانشناختی به دست می دهد که به وسیله آن می توان احتمال داشتن اختلال در حال حاضر را محاسبه کرد. همچنین به پیش بینی بروز اختلال کمک می کند و برای شناسایی تغییرات کوتاه مدت در سلامت روان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس فرعی علائم جسمانی^۲، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب^۳، مقیاس کارکرد اجتماعی^۴، و مقیاس افسردگی^۵ است.

مرور بررسی های انجام یافته در ایران نشان می دهد که میزان روایی و پایایی این آزمون با نمره برش ۶ بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ (شمس علیزاده و همکاران، ۱۳۸۰) است.

روش تجزیه و تحلیل داده ها در این پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی است. در این پژوهش ابتدا نوجوانان پسر مبتلا به سرطان پرسشنامه های سبک های دلبستگی و راهبردهای مقابله ای و سلامت روان را تکمیل کرده اند و پس از تهیه نتایج پرسشنامه ها، با استفاده از جداول، میانگین، انحراف معیار و ... به توصیف داده ها پرداخته شده و سپس برای تعیین همبستگی بین نمره های این پرسشنامه ها از آزمون های همبستگی دورشته ای نقطه ای^۶ و پیرسون^۷ استفاده شده است.

یافته های پژوهش

جدول ۱. توصیف انواع سبک دلبستگی افراد گروه نمونه را نمایش می دهد

سبک دلبستگی	تعداد	درصد
ایمن	۱۵	۳۰
اضطرابی	۱۹	۳۸
اجتنابی	۱۶	۳۲
کل	۵۰	۱۰۰

ملاحظه می شود که ۱۵ نفر از افراد گروه نمونه دارای سبک دلبستگی ایمن، ۱۹ نفر سبک دلبستگی اضطرابی و ۱۶ نفر سبک دلبستگی اجتنابی می باشند.

1. Goldberg, D. P. and Hillier, V. F.
2. somatic symptoms
3. anxiety and sleep disorder
4. social function
5. depression symptoms
6. point biserial correlation
7. pearson

جدول ۲. توصیف نتایج آزمون های سلامت روان و راهبردهای مقابله ای را به تفکیک سبک دل بستگی نمایش می دهد

سبک دل بستگی	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
ایمن	راهبرد مقابله ای مسأله مدار	۵۶/۲۰۰۰	۱۱/۲۳۲۶۱	۲۶/۰۰	۷۳/۰۰
	راهبرد مقابله ای هیجان مدار	۴۵/۰۰۰۰	۸/۷۹۹۳۵	۲۱/۰۰	۵۸/۰۰
	سلامت روان	۵۱/۶۶۶۷	۱۲/۶۳۰۲۷	۳۶/۰۰	۸۰/۰۰
اضطرابی	راهبرد مقابله ای مسأله مدار	۶۱/۳۱۵۸	۹/۹۷۸۰۵	۴۲/۰۰	۸۱/۰۰
	راهبرد مقابله ای هیجان مدار	۴۷/۳۶۸۴	۶/۷۹۲۲۴	۳۶/۰۰	۵۸/۰۰
	سلامت روان	۵۳/۰۰۰۰	۱۴/۵۶۷۸۵	۳۶/۰۰	۸۸/۰۰
اجتنابی	راهبرد مقابله ای مسأله مدار	۵۶/۷۵۰۰	۱۰/۷۲۳۸۱	۳۹/۰۰	۷۵/۰۰
	راهبرد مقابله ای هیجان مدار	۴۵/۵۶۲۵	۶/۰۷۶۹۴	۳۲/۰۰	۵۳/۰۰
	سلامت روان	۵۰/۶۸۷۵	۱۵/۸۶۴۹۲	۳۲/۰۰	۹۱/۰۰

برای استفاده از آمار پارامتریک، نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف بررسی می شود.

جدول ۳. بررسی نرمال بودن توزیع داده ها

متغیر	کولموگروف-اسمیرنف		
	آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
راهبرد مقابله ای مسأله مدار	۰/۱۱۷	۵۰	۰/۰۸۳
راهبرد مقابله ای هیجان مدار	۰/۱۱۴	۵۰	۰/۱۱۷
سلامت روان	۰/۱۳۴	۵۰	۰/۰۵۱

مطابق اطلاعات جدول فوق نتیجه آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای هیچ یک از متغیرهای مورد مطالعه معنی دار نیست، لذا توزیع متغیرها نرمال می باشد.

تحلیل آماری فرضیه های تحقیق

تحلیل آماری فرضیه اول: بر اساس فرضیه اول بین نوع سبک دل بستگی با میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای مسأله مدار در نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد. برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی دو رشته ای نقطه ای استفاده می شود.

جدول ۴. تحلیل آماری فرضیه اول

همبستگی دو رشته ای نقطه ای (r)	سطح معنی داری (sig)	تعداد (n)
۰/۰۱۶	۰/۹۱۲	۵۰

مطابق اطلاعات جدول فوق ملاحظه می شود که بین نوع سبک دلبستگی و میزان استفاده از راهبرد مسأله مدار رابطه معناداری وجود ندارد.

تحلیل آماری فرضیه دوم: بر اساس فرضیه دوم بین نوع سبک دلبستگی با میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد. برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی دو رشته ای نقطه ای استفاده می شود.

جدول ۵. تحلیل آماری فرضیه دوم

تعداد (n)	سطح معنی داری (sig)	همبستگی دورشته ای نقطه ای (r)
۵۰	۰/۸۴۵	۰/۰۲۸

مطابق اطلاعات جدول فوق ملاحظه می شود که بین نوع سبک دلبستگی و میزان استفاده از راهبرد هیجان مدار رابطه معناداری وجود ندارد.

تحلیل آماری فرضیه سوم: بر اساس فرضیه سوم بین نوع سبک دلبستگی با سلامت روان نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی دو رشته ای نقطه ای استفاده می شود.

جدول ۶. تحلیل آماری فرضیه سوم

تعداد (n)	سطح معنی داری (sig)	همبستگی دورشته ای نقطه ای (r)
۵۰	۰/۸۴۳	-۰/۰۲۹

مطابق اطلاعات جدول فوق ملاحظه می شود که بین نوع سبک دلبستگی و سلامت روان رابطه معناداری وجود ندارد.

تحلیل آماری فرضیه چهارم: بر اساس فرضیه چهارم بین سلامت روان با راهبردهای مقابله ای مسأله مدار در نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه مستقیم وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده می شود.

جدول ۷. تحلیل آماری فرضیه چهارم

تعداد (n)	سطح معنی داری (sig)	همبستگی دورشته ای نقطه ای (r)
۵۰	۰/۸۱۳	-۰/۰۳۴

مطابق اطلاعات جدول فوق ملاحظه می شود که بین راهبردهای مقابله ای مسأله مدار و سلامت روان رابطه معناداری وجود ندارد.

تحلیل آماری فرضیه پنجم: بر اساس فرضیه پنجم بین سلامت روان با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در نوجوانان پسر مبتلا به سرطان رابطه مستقیم وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده می شود.

جدول ۸. تحلیل آماری فرضیه پنجم

همبستگی دورشته ای نقطه ای (r)	سطح معنی داری (sig)	تعداد (n)
۰/۰۹۹	۰/۴۹۵	۵۰

مطابق اطلاعات جدول فوق ملاحظه می شود که بین راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و سلامت روان رابطه معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

بارد شدن کلیه فرضیه های پژوهش حاضر مبنی بر نبودن رابطه معنادار بین سبک دلبستگی، راهبرد مقابله ای و سلامت روانی در نوجوانان پسر ۱۷ تا ۲۰ ساله مبتلا به سرطان، علی رغم اینکه بسیاری از تحقیقات داخلی و خارجی پیشین ارتباط بین متغیرهای مذکور را نشان می دهند، استنباط ها و تفاسیر متعددی می توان اتخاذ کرد. طبق تئوری های دلبستگی، سبک های دلبستگی ایمن یا نایمن که از زمان تولد در ارتباط کودک و مادر یا مراقب اصلی شکل می گیرند، می توانند بر بسیاری از رده های شخصیتی در بزرگسالی تأثیر بگذارند اما در نمونه پژوهش حاضر ارتباطی بین سبک دلبستگی و راهبردهای مقابله ای در نوجوانان مبتلا به سرطان یافت نشد. توجیه این امر می تواند این باشد که ابتلا به بیماری مهلک و خطرناکی مثل سرطان شاید به حدی بر شخصیت و نظام تحولی فرد تأثیر می گذارد که حتی دلبستگی ایمن هم نمی تواند در این دوران سخت فرد را در انتخاب راهبرد مقابله ای مسئله مدار و نتیجتاً کسب کیفیت بهتر زندگی یاری کند. شاید در اینجا بتوان این امر را مورد توجه نشان داد که تمامی افرادی که راهبردهای مقابله ای مسئله مدار و مناسب را در مواقع بحرانی زندگی انتخاب می کنند، دلبستگی ایمن ندارند و چه بسیار افرادی که از کشاکش بحران های پر فراز و نشیب زندگی با موفقیت سر بیرون می آورند اما الزماً رابطه با کیفیتی را در دوران طفولیت با مادر یا مراقب اولیه خود شکل نداده اند. از سوی دیگر در این پژوهش علی رغم بسیاری از پژوهش های پیشین ارتباط بین سبک دلبستگی و سلامت روانی نیز معنادار نبود که می تواند نشان دهنده این امر باشد که سبک دلبستگی شکل گرفته در دوران طفولیت حتی تعیین کننده سلامت روانی نیز در دوران بحرانی زندگی نیست. ماهیت بیماری مهلک سرطان آنقدر پیچیده و پرنوسان است که می تواند بسیاری از ابعاد و ویژگی های شخصیتی افراد را حتی آنهایی که می توانند سازگاران باشند، در هم شکند و خود به تنهایی یک تاز میدان شخصیتی و جسمانی بیمار شود و نتیجه نهایی را تنها خود تعیین کند. همچنین عدم ارتباط بین نوع راهبرد مقابله ای و سلامت روانی در این پژوهش می تواند حاکی از این امر باشد که نوع راهبرد مقابله ای انتخاب شده از سوی نوجوان در این دوران بحرانی، چه از نوع هیجان مدار و چه از نوع مسئله مدار، نمی تواند نقشی در سلامت روانی بیمار و نتیجتاً سازگاری بیمار یا کنار آمدن یا نیامدن او با بیماری داشته باشد، و این باز هم نشان دهنده نقش

پیچیده و به شدت تأثیر گذار بیماری سرطان بر فرد است که شاید حتی فاکتورهای شخصیتی انطباقی نیز در این دوران در هم می شکنند. حال اگر وقوع این بیماری در دورانی پر تلاطم و پر تنش یعنی دوران نوجوانی باشد، آثار مخرب این بیماری بر شخصیت و جسم بیمار تشدید شده و می تواند عوامل شخصیتی مقاوم را بیشتر مغلوب کند.

وجود رابطه بین متغیرهای فوق در بسیاری از پژوهش های انجام شده در خارج از کشور و به خصوص فرهنگ غربی می تواند نشان دهنده این حقیقت باشد که در جامعه ما با مسائل و امور مختلف به صورت هیجان مدارتری برخورد می شود و نقش عواملی چون حمایت اطرافیان و ارتباطات اجتماعی در مقابله موفقیت آمیز و سلامت روانی فرد در دوران بحرانی پر رنگ تر است. در واقع در فرهنگ ایرانی نسبت به فرهنگ های غربی به علت مواجهه افراد با بحران های اجتماعی بیشتر شاید شکل گیری دلبستگی بین مادر و کودک دقیقاً مطابق مراحل شکل گیری دلبستگی مادر و کودک در فرهنگ های غربی نباشد و لذا نتایج این امر می تواند تبعات متفاوتی را نسبت به جامعه غربی داشته باشد. به عنوان مثال هولن^۱ و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی نوع مقابله با استرس های روزمره در جمعیت غیر بالینی جوان و رابطه بین مقابله و سلامت روانی نشان دادند که هر دو نوع راهبرد مقابله ای فعال و هیجانی با مشکلات سلامت روانی کمتر ارتباط داشته است، در حالی که راهبرد مقابله ای کناره گیری و تضاد ورزی با مشکلات سلامت روانی بیشتر ارتباط داشت.

نقش کلیه عواملی که در بالا ذکر شد می توانند در تبیین عدم ارتباط بین متغیرهای سبک دلبستگی، راهبردهای مقابله ای و سلامت روانی در نوجوان پسر ۱۷ تا ۲۰ ساله مبتلا به سرطان بستری در شهر تهران سودمند باشند تا نتایج پژوهش حاضر را روشن تر کنند.

محدودیت های پژوهش: یکی از محدودیت های این پژوهش، علی رغم بررسی بیماران در پنج بیمارستان، تعداد محدود نمونه ها با توجه به بازه زمانی محدود پژوهشگر و محدودیت دامنه سنی مورد تحقیق به علت در دسترس نبودن آزمون مناسب برای سنجیدن متغیرهای مذکور در دامنه سنی پایین تر است.

همچنین تعلق بسیاری از بیماران نمونه پژوهش حاضر به مناطق روستایی یا شهرهای کوچک و عدم داشتن تحصیلات متناسب با سن و آگاهی کم نمونه ها از محدودیت های پژوهش حاضر است که امکان دارد بر فهم سؤالات و عبارات آزمون ها توسط آنها تأثیر گذاشته باشد.

لذا با وجود مشکلات و محدودیت های موجود در این پروژه تحقیقاتی امکان دارد تعمیم نتایج به جامعه آماری تا حدودی دارای خطا باشد که البته در تمامی تحقیقات امکان درصدی خطا وجود دارد.

پیشنهاد های پژوهشی: با توجه به محدودیت های پژوهشی ذکر شده، بررسی و تحقیق در باب متغیرهای پژوهشی حاضر در مقیاس وسیع تر و با حجم نمونه بالاتر شاید بتواند نقش خطاهای پژوهشی معمول را در نتایج کمتر کند و تعمیم نتایج به جامعه آماری را با ضریب اطمینان بیشتری ممکن سازد. همچنین ساختن آزمون های روانشناختی مناسب دیگری در زمینه متغیرهای مذکور که بیشتر با فرهنگ ایرانی مطابقت داشته باشند و بتوانند این متغیرها را در گروه های سنی و قومی - فرهنگی مختلف در

1. Holen, S.

داخل کشور بهتر ارزیابی کنند، می تواند پژوهش در این زمینه را معتبر تر و معنادار تر کند. پژوهش در زمینه سایر متغیرها و عواملی که می توانند در سازگاری با بیماری نقش داشته باشند و شناسایی آنها در جهت کمک به بهبود کیفیت زندگی بیماران نیز می تواند بسیار مثمر ثمر باشد. لذا امید است که پژوهشگران آتی با در نظر گرفتن موارد فوق در انجام تحقیقات و وسیع تر در این زمینه، نقایص احتمالی پژوهش حاضر را بر طرف سازند.

منابع

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). سبک های دلبستگی و مقابله با تنیدگی. مجله روانشناسان ایرانی، شماره ۱۱. دلاور، علی. (۱۳۸۵). روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش. شمس علیزاده، ن.، بوالهروی، ج. و شاه محمدی، د. (۱۳۸۰). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی استان تهران. مجله اندیشه و رفتار، ۲۵ و ۲۶ صفحه ۱۹-۲۱. غضنفری، فیروزه و قدم پور، عزت الله. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۳۷، ۴۷-۵۴. محمود علیلو، مجید. (۱۳۹۰). رابطه ویژگی های شخصیتی و راهبردهای مقابله ای در معتادان HIV مثبت. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱، ۷۰-۷۶. موسوی نسب، سید محمد حسین و تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۶). تأثیر ارزیابی استرس و راهبردهای رویارویی در سلامت روان. مجله پزشکی هرمزگان، ۱، ۸۳-۹۰. نعمت، ویدا. (۱۳۸۷). بررسی ارتباط بین مکانیسم های دفاعی و سبک های مقابله ای با سلامت روانی دانشجویان ۱۸ تا ۲۹ ساله. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

Ainsworth, M. D. Belhar, M. C. Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Ltilsdale, NJ: Erlbaum.

Bellak, A. Hersen, M. Johnston, D. M. (2001). Health Psychology. Elsevier science Ltd: vol.8, 217-236.

Billings AG., Moos RH. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioural Medicine. 4, 139-157

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. New York: Basic Books.

Bradley Eilertsen, M. E., Jozefiak, T., Rannestad, T., Indredavik, M. S. , Vik, T. (2011). Quality of Life in Children and Adolescents Surviving Cancer. European Journal of Oncology Nursing, xxx, 1-9.

Burish, T. G. Bradly, L. A. (1983). Coping with chronic disease: research and application. New York: Academic Press.

Clark, L., Beesley, H., Holcombe, C., Salmon, P. (2011). The influence of childhood abuse and adult attachment style on clinical relationships in breast cancer care. General Hospital Psychiatry, xx, xxx-xxx.

Collins, N. L. and Read, S. J. (1990). Adult attachment scale, retrived form internet: www.gse.uci.edu/childcare/pdf/.../adult%20Attachment%20Scale.pdf. (access:11/03/2009).

Collins & Read. (1996). Revised adult attachment scale, retrived from internet: www.psych.ohiou.

- edu/.../21005%20Intake%Packet%20Part%204.doc. (access: 28/02/2009).
- Coyne, G. (2006). An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. *International Journal of Anthropology*, 18, 127-138.
- Folkman, S., Lazarus, R (1985). If it changes It must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, volume 48, 150-170.
- Goldberg, D.P. and Hillier, V.F. (1979). A scale version of general health questionnaire. *Psychol Med*, 9, 131-145.
- Grant, J., Cranston, A., Horsman, J., Furlong, W., Barr, N., Findlay, S., Barr, R. (2006). Health status and health-related quality of life in adolescent survivors of cancer in childhood. *Journal of Adolescent Health*, 38, 504-510.
- Griffin, D. & Bartholomew, K. (1994). Models of self and other fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67: 430-445.
- Holen, S., Lervag, A. , Waaktaar, T. and Ystgaard, M. (2011). Exploring the associations between coping patterns for everyday stressors and mental health in young schoolchildren. *Journal of School Psychology*, xx, xx-xx.
- Jorngarden, A., Mattsson, E., Essen, L. V. (2007). Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: A prospective longitudinal study. *European Journal of Cancer*, 43, 1952-1958.
- Ouwens, M. A. A., Van Erp, E., Bekker, M.H.J. (2011). Attachment styles, coping and emotional eating. *Journal of Appetite*, 57, 535-552.
- Smith, M; Segal, R. Segal, J. (2011). "Improving Emotional Health". Healthguide.
- Spitz, R. A. (1983). *Dialogues from infancy. Selected papers*. London: Karnac Book.
- Taylor, S.E. (2006). *Health Psychology, international edition*. U.S: McGraw-Hill Education.

Archive of SID

Evaluation of the Interactive Relationship between Attachment Styles, Coping Styles and Mental Health in Adolescents

* F. Ghassem Boroujerdi

** F. Sohrabi

** A. Borjali

Abstract

Introduction: Nowadays, because of an increase in serious illnesses like cancer due to various reasons, investigating factors like attachment style is very important, which may play a role in effective or ineffective coping with this illness, and eventually higher or lower mental health of the person, especially in the critical period of adolescence. This study aims to determine how is the relationship between attachment style formed from childhood, selecting the coping way in the period of cancer crisis and mental health of the adolescent boys with cancer, to determine whether any attachment style play the role in selecting effective coping way and consequently acquisition of high mental health in this period or not.

Methods: Revised adult attachment scale (RAAS), ways of coping questionnaire (WOCQ) of Lazarus and general health questionnaire (GHQ) have completed by 50 adolescent boys with cancer, who where 17 to 20 years old, in this research. After that by using descriptive statistics for determination of the correlation between scores of these questionnaires and data analysis, point bi-serial and pearson correlation tests were used. **Findings:** According to findings of this study, all research hypotheses rejected and therefore there were no significant relationship between the attachment style and level of using the problem-focused or emotion-focused coping in adolescent boys with cancer. There were also no significant relationship between coping style and mental health and either between attachment style and mental health in this group.

Keywords: attachment style, coping style, mental health, adolescent, cancer.

* Master degree of psychology from Allameh Tabatabayie University.

** PhD of psychology, Associated Professor of psychology, Allameh Tabatabayie University.