

پیش‌بینی نگرش نسبت به بیماری براساس تحمل مراقبت‌کننده

و سبک‌های مقابله با استرس در جانبازان

Predicting Illness Attitude Based on Caregiver Burden and Stress Coping Styles in Disabled Veterans

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۱۲

Raisimanesh, M., Sirafi, M.R.✉, Mashayekh, M.

مریم ریسی‌منش^۱، محمدرضا صیرفی[✉]، مریم مشایخ^۲

Abstract

Introduction: The present study was conducted to investigate illness attitude based on patient coping styles and caregiver burden.

Method: This is an applied research work, and with regard to data collection it is correlational-descriptive research. The statistical population consisted of all the disabled veterans referring to Sasan Hospital in Tehran, Iran in 2017-2018, from among whom a group of 50 people were selected as the sample according to the formula of sampling without alternative using a pre-study. The data collection instruments were three questionnaires: the Illness Attitudes Scale, the Caregiver Burden Inventory and Stress Coping Styles Questionnaire.

Results: The obtained data were analyzed, and first the research was assumed to be normal and the results indicated that the research data had a normal distribution. Based on Pearson correlation coefficient and simultaneous regression analyses in SPSS23 software at the significance level of 0.05, the results of the first hypothesis showed that time-dependent burden and emotional burden had a significant negative relationship with illness attitude. The regression results also showed that time-dependent burden and emotional burden variables can predict attitude toward illness, and also problem-oriented coping style had a significant negative relationship with attitude toward illness. Regression results further revealed that problem-oriented coping style can predict attitude toward illness.

Discussion: Attitude toward illness can be explained with stress coping style and caregiver burden variables.

Key words: patient stress, caregiver burden, positive thinking, psychology, illness attitude.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی نگرش نسبت به بیماری براساس سبک‌های مقابله با استرس بیمار و تحمل مراقبت‌کننده اجرا شده است.

روش: تحقیق حاضر از نظر هدف، از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر نحوه جمع‌آوری اطلاعات از نوع تحقیقات توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی جانبازان مراجعه‌کننده به بیمارستان ساسان در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ بود که با توجه به فرمول نمونه‌گیری بدون جایگزین با استفاده از یک پیش‌مطالعه تعداد ۵۰ نفر به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش سه پرسشنامه نگرش نسبت به بیماری (IAS) و پرسشنامه ارزیابی تحمل مراقبت‌کننده از بیماران (CBI) و پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس (CISS) بود.

نتایج: داده‌های به‌دست‌آمده مورد بررسی قرار گرفتند و ابتدا فرض بهنجاربودن پژوهش انجام شد و نتایج نشان داد که داده‌های تحقیق از توزیع بهنجار برخوردارند. نتایج فرضیه اول با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون هم‌زمان در محیط نرم‌افزار spss23 با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ نشان داد که رابطه‌ای منفی و معنی‌دار بین دو شاخص تحمل وابسته به زمان و تحمل عاطفی با نگرش نسبت به بیماری وجود داشت. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که دو متغیر تحمل وابسته به زمان و تحمل عاطفی می‌توانند نگرش نسبت به بیماری را پیش‌بینی کنند و نیز سبک مقابله مسئله‌مدار رابطه معنی‌دار و منفی با نگرش نسبت به بیماری داشت. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که سبک مقابله مسئله‌مدار می‌تواند نگرش نسبت به بیماری را پیش‌بینی کند.

بحث: با متغیرهای سبک مقابله با استرس و تحمل مراقبت‌کننده، می‌توان نگرش نسبت به بیماری را تبیین کرد.

کلید واژه‌ها: استرس بیمار؛ تحمل مراقبت‌کننده؛ مثبت‌نگر؛ روان‌شناسی؛ نگرش نسبت به بیماری

✉ **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University.
E-mail: mohamadraza.seirafi@kia.ac.ir

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی، واحد الکترونیک، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
✉ ۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

مقدمه

در طول تاریخ، همواره نگرش‌های گوناگون نسبت به بیماری، یکی از عناصر اساسی در تعیین جایگاه بیمار و بیماری در جوامع بوده و بخش عمده‌ای از سرنوشت بیمار را در آن جامعه رقم زده است. اگرچه پیشرفت‌های متعدد در فهم علمی رفتار ناپه‌نجان، بسیاری از عقاید نادرست و منفی راجع به بیماری‌ها را از میان برداشته، ولی بعضی مفاهیم رایج غلط همچنان باقی مانده است. باید توجه داشت نگرش افراد جامعه براه آموزش، دستخوش تغییر می‌شود و در جریان این دگرگونی، نگرش‌های تازه‌ای شکل می‌گیرد (شریفیان، رحیمیان و یزدانی، ۱۳۹۳).

نگرش و ترس‌های شخص بیمار از غیرقابل‌تحمل بودن بیماری، درد و جراحی‌های ناموفق عامل عکس‌العمل‌های بیمار است. تحقیقات تجربی نشان می‌دهد که همه این عوامل در شکل‌گیری تصویری نامناسب از بیماری نقش دارد (کرایون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). نگرش نسبت به بیماری بر پیروی از درمان تأثیر می‌گذارد (هوکوم و همکاران، ۲۰۱۹). به‌منظور مقابله با بیماری باید دانش و نگرش نسبت به بیماری افزایش پیدا کند (ماهشوری^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). تحقیقات نشان می‌دهد که نداشتن شناخت نسبت به بیماری بر نگرش به بیماری تأثیر می‌گذارد (جین^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که تغییر نگرش بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرمصری (مثل بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و...) باعث افزایش ارتقای سلامت در این بیماران می‌شود (هوبیب، ۲۰۲۰). بنابراین، برای کنترل بیماری باید نوع نگرش نسبت به آن تغییر کند تا کنترل شود (آدراو^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). محققین، پزشکان و بیماران که هرکدام پیشینه‌های مختلفی دارند و فرهنگ‌هایشان با یکدیگر متفاوت است، نسبت به

بیماری و روش‌های مراقبت از بیمار، نگرش‌های مختلفی دارند (تای سیلی^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از عواملی که منجر به بیماری‌های جسمانی و روانی می‌شود، جنگ است و پیامد آن جانبازی است. نگرش منفی نسبت به بیماری روانی بین جانبازان باعث شده است که میزان اقدام به درمان بین آنها کم باشد (فاکس^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). تحقیقات کاظمی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که نگرش ۷۰٪ جانبازان به بیماری متوسط بوده است و سلیمانی و همکاران (۱۳۹۷) دریافتند که ۳۸ درصد جانبازان راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار، ۳۲ درصد راهبرد مقابله‌ای اجتنابی و ۳۰ درصد هیجان‌مدار هستند.

تاریخچه زندگی جانبازان ارتش بر فهم آنها از سلامت روان و زبانی که برای توصیف آن به کار برده می‌شود، نقش دارد. به همین دلیل است که جانبازان باید مراکز بهداشت روان و درمانگاه‌های خودشان را داشته باشند؛ چون جانبازی بر فرهنگ آنها تأثیر گذاشته است (اسمیت^۷ و همکاران، ۲۰۱۴). فهم این موضوع که چارچوب فکری جانبازان درباره سلامت چیست؟ اهمیت دارد و چرا جانبازانی که مشکلات سلامت روان دارند، نسبت به آنهایی که چنین مشکلاتی ندارند، تمایل بیشتری دارند که تحت درمان قرار نگیرند (تاوی^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). با شناخت و پی‌بردن به موانعی که باعث می‌شود جانبازانی که مشکلات سلامت روان دارند، به سمت درمان نروند، بیشتر می‌توان خدمات روان‌درمانی و پیروی در درمان را در آنها افزایش داد (کیم^۹ و همکاران، ۲۰۱۱). محدودیت‌هایی که باعث می‌شود جانبازان از خدمات بهداشت روان استفاده نکنند، بدین شرح است: نگرانی درمورد برچسب دیوانه‌زدن به آنها، قلمدادکردن آنها به‌عنوان بیمار روحی - روانی، به‌وجودآمدن احساس ضعف و شکست، چنین نگرش‌هایی نسبت به

توصیف می‌کند. تحمل اجتماعی؛ این زیرمقیاس احساس تعارض نقشی مراقبت‌کننده، مشاخره با دیگر اعضای خانواده درمورد مراقبت از مراقبت‌جو، احساس مورد قدردانی قرارنگرفتن و طردشدن به‌صورت کلی را دربر می‌گیرد. تحمل عاطفی؛ این زیرمقیاس احساسات منفی مراقبت‌کننده نسبت به فردی را که از او مراقبت می‌کند، می‌سنجد (نواک و گست، ۱۹۸۸). نتایج تحقیقات نشان داده است که باید توجه خاصی به مراقبان سربازان و استرس و تاب‌آوری آنها شود (براید^{۱۲}، ۲۰۰۹).

آنچه بر پیگیری درمان و ارتقای سلامت جانبازان نقش دارد، خصوصیات مراقبان و پرستاران آنهاست (اکتون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۱). در خانواده‌های نظامیان، همسران نظامیان اولین مراقبان آنها هستند و این مراقبت بر سلامتی، تاب‌آوری و بهداشت روان و کارایی در شغل و حرفه آنها تأثیر می‌گذارد و از آنجاکه جانبازان از لحاظ عاطفی و حمایتی بیش از اندازه به همسرانشان وابسته می‌شوند، میزان آشفتگی روانی همسران آنها افزایش می‌یابد (تاپسون، ۲۰۱۱).

منطقی (۱۳۸۹) گزارش کرد که ۵۲ درصد از همسران جانبازان اعصاب و روان که نقش مراقب را دارند، فشار روانی شدیدی را تجربه می‌کنند. مردانی حمله و همکاران (۱۳۹۳) دریافتند، بیشترین اختلال در سلامت عمومی مراقبین جانبازان قطع نخاع به‌ترتیب در حیطه‌های اضطراب، افسردگی، عملکرد اجتماعی و نشانه‌های جسمانی وجود دارد. بیشترین اختلال در کیفیت زندگی مراقبین، به ترتیب در حیطه‌های درک سلامت عمومی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی وجود دارد. بین سلامت عمومی و کیفیت زندگی مراقبین رابطه وجود دارد و میان برخی از حیطه‌های سلامت عمومی با کیفیت زندگی در مراقبین جانبازان نخاعی رابطه وجود دارد.

اختلالات روانی با اضطراب، مصرف موادمخدر و الکل و استفاده‌نکردن از خدمات بهداشت روان جانبازان ارتباط دارد. همچنین اعتمادنداشتن به مراکز ارائه خدمات بهداشت روان ارتش و اینکه افراد ارائه‌دهنده خدمات روانی به جانبازان، تجربیات نظامی آنها را ندارند و نمی‌توانند آنها را درک کنند، باعث می‌شود تا جانبازان به مراکز خدمات بهداشت روان مراجعه نکنند یا پیگیر درمان خود نباشند (ابراهیم^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵). ۱۳/۶ درصد جانبازان نسبت به درمان نگرش منفی، ۷۶/۴ درصد جانبازان نسبت به درمان نگرش مثبت و ۱۰/۱ درصد نگرش خنثی نسبت به درمان داشتند. تحقیقات نشان می‌دهد برچسب‌های اجتماعی، نگرش‌های شخصی، ادراکات و باورهای شخصی از سلامت روان بر نحوه پیگیری درمان جانباز تأثیرگذار است (برایدگ^{۱۱}، ۲۰۲۰).

تحقیقات احمدی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که میانگین نگرش جانبازان نسبت به خدمات سلامت روان از راه دور $37.1 - 78$ از میانگین است و در کل نسبت به آن نگرش مثبتی دارند.

ازجمله عوامل دیگری که در نگرش نسبت به بیماری تأثیرگذار است، تحمل مراقبت‌کنندگان از بیماران است. مراقبت‌کنندگان از بیمار اشخاصی هستند که طی یک دوره بیماری و درمان آن بیشترین سهم را در مراقبت از بیماران و کمک به آنها به‌منظور سازگاری و اداره بیماری دارند (کلمبی و همکاران، ۲۰۰۲). انواع تحمل مراقبت‌کنندگان بدین قرار است: تحمل وابسته به زمان؛ این مربوط به محدودیت‌های زمانی شخص مراقبت‌کننده است. تحمل تحولی؛ این مسئله را مورد بررسی قرار می‌دهد که آیا مراقبت‌کننده احساس می‌کند که در مقایسه با همسالانش از رشد و تحول کم‌تری برخوردار است. تحمل جسمانی؛ احساسات مراقبت‌کننده درمورد تهدید یا آسیب جسمانی را

جانبازانی که دنبال خدمات بهداشت روان نمی‌روند، از راهبردهای اجتنابی کم‌تر استفاده می‌کنند و بیشتر از راهبردهای شناختی و تجدیدنظرکردن درباره افکارشان استفاده می‌کنند (شپاردسون^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۷). بین راهبردهای مقابله با استرس و علائم PTSD مثل دوباره تجربه کردن تروما، رفتارهای اجتنابی، بیش‌انگیختگی، احساس ملامت و کسالت، رابطه معنی‌داری وجود دارد. جانبازانی که از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند و از اینکه خاطرات دوران جنگ را به یاد بیاورند، اجتناب می‌کنند، شدت علائم بیماری‌شان را افزایش می‌دهند و باعث می‌شود تا آنها بیشتر از بیماری‌شان رنج ببرند (کنزیویس^{۱۹}، ۲۰۱۶). خیلی از سربازان وقتی که از ارتش جدا می‌شوند برای سازگاری با زندگی شهری مشکل دارند، تحقیقات قبلی نشان داده است که بین راهبردهای مقابله با استرس و علائم PTSD رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی بین راهبردهای اجتنابی و سستی و کرختی رابطه مثبت و بین راهبرد انطباقی ارزشیابی مجدد و سستی و کرختی در جانبازان، رابطه منفی وجود دارد (ایسترازیانجا^{۲۰}، ۲۰۱۶). بین راهبردهای مقابله با استرس، سلامت روان، آشفتگی روانی، نشانگان بیماری با سلامت روان جانبازان رابطه معنی‌داری وجود دارد. راهبردهای مقابله‌ای مثبت مثل حرف زدن با دوستان باعث کاهش استرس نظامیان می‌شود. با این وجود، ممکن است آنها از راهبردهای نامناسبی برای مقابله با استرس استفاده کنند، مثل مشروب خوردن، سیگار کشیدن، مصرف دخانیات و فکر آسیب زدن به خود (مورگان^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۷). جانبازان مبتلا به PTSD بیشتر از راهبردهای هیجان‌مدار و سبک‌های دفاعی رشدنا یافته‌ای نسبت به دیگر جانبازان استفاده می‌کنند (شریعت و همکاران، ۲۰۱۸). نوع سازگاری اجتماعی جانبازان مبتلا به

اعضای خانواده جانبازان که از آنها مراقبت می‌کنند به‌مرور زمان فرسوده و خسته می‌شوند، زیرا سلامت جسمانی و روانی آنها کاهش پیدا می‌کند و علاوه بر مراقبت از جانباز باید کارهای روزانه خانه را نیز انجام دهند (اسکوموروسکای^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۹). علی‌رغم تأثیرات منفی که مراقبت از جانبازان بر همسرانشان می‌گذارد، بسیاری از همسران جانبازان گزارش داده‌اند که رابطه عاطفی بین آنها و فرد جانباز و در نتیجه میزان تحمل آنها و مسئولیت‌پذیری‌شان در مقابل جانباز افزایش یافته است (وان تیل^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۶). همسران جانبازان، اولین مراقبین آنها هستند و نوع تعامل آنها و میزان مسئولیت‌شان، میزان تداوم رابطه صمیمانه آنها را نشان می‌دهد؛ هرچند که ناتوانی جانبازان و ترومایی که منجر به به‌وجود آمدن PTSD در جانبازان می‌شود، در روابط صمیمانه بین آنها و روابط زناشویی‌شان اختلال به‌وجود می‌آورد (ریتچی^{۱۶}، ۲۰۱۷). جانبازان دامنه سنی مختلفی دارند، مراقبین و پرستاران افراد پیر گزارش کرده‌اند که مراقبت بر جسم و سلامت روان آنها، میزان استراحت و خواب، اوقات فراغت و زندگی اجتماعی آنها تأثیر منفی داشته است و نوع نگرش آنها نسبت به بیمار را تغییر داده است. فرسودگی مراقبان بستگی به میزان تحمل رفتار و نشانگان بیماری بیمار، جنسیت بیمار، سلامت جسمانی مراقب، میزان گیجی و گم‌گشتگی بیمار، احساسات عاطفی متقابل بیمار و مراقب، و میزان صمیمیت با بیمار دارد (کسلرینگ^{۱۷}، ۲۰۰۱). یکی از دلایلی که باعث می‌شود افراد به دنبال خدمات بهداشت روان نروند، این است که خودشان ترجیح می‌دهند تا هیجان‌اتشان را کنترل کنند، خودمدیریتی، روشی است که فرد خودش به‌تنهایی برای مدیریت نشانگان بیماریش به‌کار می‌برد، بدون اینکه از راهنمایی افراد حرفه‌ای استفاده کند،

عده‌ای دیگر از آن می‌گیرند. به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مناسب به مردم کمک می‌کند تا با استرس و تأثیرات ناشی از آن کنار بیایند. راهبردهای مقابله به روش‌های آگاهانه و منطقی‌مدار با استرس‌های موجود در زندگی اشاره دارد. این اصطلاح برای روش‌های مبارزه با استرس مورد استفاده قرار می‌گیرد (پورافکاری، ۱۳۷۶) بنابراین، تحقیق پیش رو به بررسی نگرش نسبت به بیماری، تحمل مراقبت‌کننده و سبک‌های مقابله با استرس می‌پردازد.

روش

روش پژوهش از لحاظ گردآوری داده، توصیفی از نوع همبستگی و از نظر هدف، کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی جانبازان بالای ۵۰ درصد و مراقبان آنها که مراجعه‌کننده به بیمارستان ساسان در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ بودند، می‌باشد. در این پژوهش به‌منظور تعیین حجم نمونه پس از جایگذاری مقادیر حاصل از اطلاعات به‌دست‌آمده در پیش‌آزمون در یک نمونه ۳۰ نفری، از فرمول $n = \left[\frac{Z_{\alpha/2}^2}{e} \right]^2$ معرفی شده توسط هومن (۱۳۷۸) استفاده شد و حجم نمونه ۵۰ نفر به‌دست آمد و از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بدون جایگزین جهت گزینش نمونه استفاده شد. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه نگرش نسبت به بیماری^{۲۲} (IAS): مقیاس نگرش نسبت به بیماری در سال ۱۹۸۵ توسط کلنر به‌منظور ارزیابی خودبیمارانگاری ساخته شد. به بیان دقیق‌تر، این پرسشنامه یک ابزار ۲۸ عبارتی است که جهت سنجش نگرش‌ها، ترس‌ها و باورهای مرتبط با روان‌شناسی خودبیمارانگاری و رفتارهای نابهنجار مرتبط با بیماری، طراحی شده است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: نگرانی درباره بیماری، نگرانی مرتبط با درد، عادات سلامتی، باورهای

PTSD با هوش هیجانی، منبع کنترل درونی و سبک‌های انطباقی مسئله‌مدار و رابطه منفی با منبع کنترل بیرونی و سبک مقابله هیجان‌مدار، رابطه مثبت و معنی‌داری دارد (میکیلی و همکاران، ۲۰۱۸). آموزش راهبردهای مقابله با استرس به افزایش رضایت زناشویی همسران جانبازان مبتلا به PTSD منجر می‌شود (حجت، ۲۰۱۶). راهبردهای انطباقی مسئله‌مدار به‌طور مثبت با سلامت و رفاه جانبازان رابطه دارد و راهبردهای انطباقی و هیجان‌مدار با سلامت روان و رفاه جانبازان رابطه منفی دارد (رابرت و همکاران، ۲۰۱۹).

سلیمانی و همکاران (۱۳۹۷) گزارش کردند که جانبازان شیمیایی از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و جانبازان غیر شیمیایی از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که با گذشت بیش از ۲۰ سال از جنگ، هنوز حمایت اجتماعی نقش مهمی در زندگی جانبازان ایرانی بازی می‌کند و بین راهبردهای مقابله با استرس با سلامت روان جانبازان رابطه معنی‌داری وجود دارد (افلاک سیر، ۲۰۱۱).

تحمل مراقبت‌کنندگان، نحوه نگرش بیماران نسبت به بیماری‌شان را مشخص می‌کند. علاوه‌براین، بیماری خود استرس‌آور است و فرد را دچار تنش می‌کند. چنانچه بیمار نحوه مقابله با استرس را بداند با بیماری، سازگاری بیشتری دارد و این امر در تداوم حیات بیمار نقش بسزایی خواهد داشت، زیرا روش‌های بسیاری برای مقابله با استرس وجود دارد. بسیاری از این روش‌ها ماهیت روان‌شناختی دارند. افراد متفاوت باتوجه‌به ویژگی‌های شخصیتی خود، هر یک روشی را برای مقابله با استرس برمی‌گزینند. برخی سعی می‌کنند به مشکلات زندگی با دید مثبت بنگرند، بعضی به‌دنبال حمایت‌های اجتماعی می‌گردند و

پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس^{۲۴} (CISS): این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده و به‌وسیله اکبرزاده (۱۳۷۶) ترجمه شده است. این تست شامل ۴۸ ماده است که پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. این پرسشنامه سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را دربرمی‌گیرد: مقابله مسئله‌مدار یا برخورد فعال با مسئله در جهت مدیریت و حل آن، مقابله هیجان‌مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله، مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله.

یافته‌ها

در بررسی فرض بهنجاری بودن داده‌های تحقیق از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده می‌کنیم. چنانچه در این آزمون سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ باشد، می‌توان گفت توزیع داده‌ها بهنجار است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

خودبیمارانگاران، مرگ‌هراسی، بیماری‌هراسی، اشتغال ذهنی مفرط درباره بدن، تجربه درمان و تأثیر علائم. مقیاس نگرش نسبت به بیماری ابزار مناسبی برای بازبینی تغییرات مرتبط با نگرش خودبیمارانگاران و ترس‌ها در اثر درمان است. مقیاس نگرش نسبت به بیماری یک ابزار خودگزارشی است.

پرسشنامه ارزیابی تحمل مراقبت‌کننده از بیماران^{۲۳}: پرسشنامه ارزیابی تحمل مراقبت‌کنندگان به‌منظور ارزیابی میزان تحمل افرادی (اعضای خانواده) که از بیماران مراقبت می‌کنند، در سال ۱۹۸۸ توسط نواک و گست ساخته شد. این آزمون دارای ۲۴ عبارت است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای مشخص کند که هر یک از این موقعیت‌ها را تاچه‌حد تجربه می‌کند. از آنجاکه این پرسشنامه ۵ بعد از ابعاد ظرفیت تحمل را می‌سنجد، نسبت به پرسشنامه‌های دیگری که در این باره ساخته شده‌اند، کامل‌تر است.

جدول ۱. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف در متغیر ارزیابی تحمل مراقبت‌کننده از بیماران و مؤلفه‌های آن

| سطح معنی‌داری | K-S | |
|---------------|-------|-----------------------|
| ۰/۰۶۴ | ۰/۱۱۲ | تحمل وابسته به زمان |
| ۰/۰۷۲ | ۰/۱۰۲ | تحمل تحولی |
| ۰/۰۸۲ | ۰/۰۹۴ | تحمل جسمانی |
| ۰/۰۹۱ | ۰/۰۸۴ | تحمل اجتماعی |
| ۰/۰۵۹ | ۰/۱۰۷ | تحمل عاطفی |
| ۰/۲ | ۰/۰۶۴ | میزان تحمل به‌صورت کل |

جدول ۲. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف در متغیر مقابله سبک‌های مقابله با استرس

| سطح معنی‌داری | K-S | |
|---------------|-------|-------------------|
| ۰/۰۵۷ | ۰/۱۴۴ | مقابله مسئله‌مدار |
| ۰/۲ | ۰/۰۹۳ | مقابله هیجان‌مدار |
| ۰/۲ | ۰/۱۰۴ | مقابله اجتنابی |

جدول ۳. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف در متغیر نگرش نسبت به بیماری و مؤلفه‌های آن

| سطح معنی‌داری | K-S | |
|---------------|-------|------------------------|
| ۰/۰۶۹ | ۰/۱۱۱ | نگرش درباره بیماری |
| ۰/۰۷۱ | ۰/۱۰۸ | نگرش مرتبط با درد |
| ۰/۰۷۱ | ۰/۱۰۸ | عادات سلامتی |
| ۰/۰۷ | ۰/۱۱۲ | باور خود بیمار نگارانه |
| ۰/۰۹۲ | ۰/۸۹ | مرگ هراسی |
| ۰/۰۸۳ | ۰/۹۸ | بیماری هراسی |
| ۰/۰۵۹ | ۰/۱۱۴ | اشتغال ذهنی مفرط بدن |
| ۰/۰۵۴ | ۰/۱۲۱ | تجربه درمان |
| ۰/۰۵۴ | ۰/۱۲۲ | تأثیر علایم |
| ۰/۲ | ۰/۷۸ | نگرش به صورت کل |

جدول ۴. جدول ماتریس همبستگی بین متغیرهای موجود در فرضیه اول

| نگرش نسبت به بیماری | تحمل به صورت کل | تحمل عاطفی | تحمل اجتماعی | تحمل جسمانی | تحمل تحولی | تحمل وابسته به زمان | |
|---------------------|-----------------|------------|--------------|-------------|------------|---------------------|---------------------|
| -۰/۳۷۸ | ۰/۷۸۲ | ۰/۴۵۶ | ۰/۴۲۴ | ۰/۰۷۴ | ۰/۴۴۲ | ۱ | تحمل وابسته به زمان |
| ۰/۰۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۲ | ۰/۶۱ | ۰/۰۰۱ | | سطح معنی‌داری |
| -۰/۱۷۸ | ۰/۶۷۶ | ۰/۲۰۰ | ۰/۴۸۸ | ۰/۲۶۹ | ۰/۴۴۲ | ۱ | تحمل تحولی |
| ۰/۲۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۶۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵۹ | ۰/۰۰۱ | | سطح معنی‌داری |
| -۰/۰۳۹ | ۰/۰۷۵ | ۰/۲۱۳ | ۰/۲۳۵ | ۱ | ۰/۲۶۹ | ۰/۰۷۴ | تحمل جسمانی |
| ۰/۷۸۶ | ۰/۶۰۵ | ۰/۱۳۷ | ۰/۱ | | ۰/۰۵۹ | ۰/۶۱ | سطح معنی‌داری |
| -۰/۲۳۴ | ۰/۷۰۳ | ۰/۳۲۹ | ۱ | ۰/۲۳۵ | ۰/۴۸۸ | ۰/۴۲۴ | تحمل اجتماعی |
| ۰/۱۰۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۲ | | ۰/۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۲ | سطح معنی‌داری |
| -۰/۶۶۴ | ۰/۶۰۸ | ۱ | ۰/۳۲۹ | ۰/۲۱۳ | ۰/۲۰۰ | ۰/۴۵۶ | تحمل عاطفی |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | | ۰/۰۲ | ۰/۱۳۷ | ۰/۱۶۴ | ۰/۰۰۱ | سطح معنی‌داری |
| -۰/۵۱۶ | ۱ | ۰/۶۰۸ | ۰/۷۰۳ | ۰/۰۷۵ | ۰/۶۷۶ | ۰/۷۸۲ | تحمل به صورت کل |
| ۰/۰۰۱ | | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | سطح معنی‌داری |
| ۱ | -۰/۵۱۶ | -۰/۶۶۴ | -۰/۲۳۴ | -۰/۰۳۹ | -۰/۱۷۸ | -۰/۳۷۸ | نگرش نسبت به بیماری |
| | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۰۳ | ۰/۷۸۶ | ۰/۲۱۶ | ۰/۰۰۷ | سطح معنی‌داری |

جدول ۵. پیش‌بینی نگرش به بیماری از روی تحمل وابسته به زمان

| مدل | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | Sig | ضریب همبستگی چندگانه | ضریب همبستگی | مجذور ضریب همبستگی | خطای استاندارد تخمین | آماره دوربین واتسون |
|-----------|--------------|------------|----------------|-------|-------|----------------------|--------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| رگرسیون | ۲۸۱۶/۶ | ۱ | ۲۸۱۶/۹۶ | ۸/۰۰۴ | ۰/۰۰۷ | ۰/۳۷۸ | ۰/۱۴۳ | ۱۸/۷۵ | ۱/۹ | |
| باقیمانده | ۱۶۸۹۲/۵۴ | ۴۸ | ۳۵۱/۹۲ | | | | | | | |
| کل | ۱۹۷۰۹/۵۱ | ۴۹ | | | | | | | | |

جدول ۶. پیش‌بینی نگرش به بیماری از روی تحمل عاطفی

| مدل | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | Sig | ضریب همبستگی چندگانه | مجدور ضریب همبستگی | خطای استاندارد تخمین | آماره دوربین واتسون |
|-------------------|--------------|------------|----------------|-------|-------|----------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| | ۸۶۸۴/۸۴ | ۱ | ۸۶۸۴/۸۴ | ۳۷/۸۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۴ | ۰/۴۴۱ | ۱۵/۱۵ | ۲/۱۲ |
| رگرسیون باقیمانده | ۱۱۰۲۴/۶۶ | ۴۸ | ۲۲۹/۶۸ | | | | | | |
| کل | ۱۹۷۰۹/۵۱ | ۴۹ | | | | | | | |

جدول ۷. ضرایب مدل‌های به دست آمده

| مدل | ضرایب استاندارد نشده | ضرایب استاندارد شده | B | SE | Beta | t | Sig |
|-------|----------------------|---------------------|-------|-------|--------|-------|-------|
| مدل ۱ | ثابت | | ۳/۱۶ | ۳/۸ | | ۲۱/۰۵ | ۰/۰۰۱ |
| | تحمل عاطفی | | -۲/۷۲ | ۰/۴۴۳ | -۰/۶۶۴ | -۶/۱۴ | ۰/۰۰۱ |

جدول ۸. جدول ماتریس همبستگی بین متغیرهای موجود

| | مقابلۀ مسئله مدار | مقابلۀ هیجان مدار | مقابلۀ اجتنابی | نگرش نسبت به بیماری |
|---------------------|-------------------|-------------------|----------------|---------------------|
| مقابلۀ مسئله مدار | ۱ | ۰/۰۹ | ۰/۲۲۵ | -۰/۳۹۹ |
| سطح معنی‌داری | | ۰/۵۳۴ | ۰/۱۱۷ | ۰/۰۰۴ |
| مقابلۀ هیجان مدار | ۰/۰۹ | ۱ | ۰/۵۸ | ۰/۰۳۵ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۵۳۴ | | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۰۷ |
| مقابلۀ اجتنابی | ۰/۲۲۵ | ۰/۵۸ | ۱ | -۰/۱۳۱ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۱۱۷ | ۰/۰۰۱ | | ۰/۳۶۴ |
| نگرش نسبت به بیماری | -۰/۳۹۹ | ۰/۰۳۵ | -۰/۱۳۱ | ۱ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۴ | ۰/۸۰۷ | ۰/۳۶۴ | |

جدول ۹. رابطه بین متغیر سبک‌های استرس با نگرش نسبت به بیماری

| | مقابلۀ مسئله مدار | مقابلۀ هیجان مدار | مقابلۀ اجتنابی |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| نگرش نسبت به بیماری سطح معنی‌داری | -۰/۳۹۹ | ۰/۰۳۵ | -۰/۱۳۱ |
| | ۰/۰۰۴ | ۰/۸۰۷ | ۰/۳۶۴ |

جدول ۱۰. خلاصه مدل‌ها به منظور پیش‌بینی نگرش به بیماری از روی سبک مقابلۀ مسئله مدار

| مدل | ضریب همبستگی چندگانه | مجدور ضریب همبستگی | خطای استاندارد تخمین | آماره دوربین واتسون |
|-----|----------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| ۱ | ۰/۳۹۹ | ۰/۱۵۹ | ۱۸/۵۸ | ۲/۰۹ |

بحث و نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج جداول که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون هم‌زمان نشان داد که رابطه‌ای منفی و معنی‌دار بین دو شاخص تحمل وابسته به زمان و تحمل عاطفی با نگرش نسبت به بیماری وجود داشت. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که دو متغیر تحمل وابسته به زمان و تحمل عاطفی می‌توانند نگرش نسبت به بیماری را پیش‌بینی کنند. نتایج حاصل از فرضیه اول با نتایج پژوهش ولف و همکاران (۲۰۰۵) همسو می‌باشد و با نتایج مطالعات صابر اعظمی (۱۳۹۴) که دریافتند بیشتر مراقبت‌کنندگان مراقبت و داشتن ارتباط متقابل با بیماران و خانواده آنها را یک تجربه ارزشمند و مهم بیان کردند و با پژوهش ریگل و بارلو (۲۰۱۴) و علیزاده، اشک‌تراب، نیک‌روان مفرد و زائری (۱۳۹۲)، نیز در یک راستا قرار دارد. آریس، معتقد است که مراقبین می‌توانند با احترام به شأن انسانی، پذیرش و درک بیمار و به‌حداکثر رساندن قدرت بیمار در کنترل مراقبت از خود نگرش مثبت بیماران نسبت به بیماری را تقویت کنند. نتیجه این فرضیه نیز نشان داد که با افزایش تحمل زمان و تحمل عاطفی مراقبت‌کننده نگرانی بیمار نسبت به بیماری کم‌تر می‌شود. داویس و گرین (۲۰۰۵) نشان دادند که یک ارتباط مثبت بین درک بیماران از رفتارهای مراقبتی پرستار و رضایت نگرش مثبت بیماران وجود دارد که نتیجه این تحقیق با نتیجه فرضیه حاضر همسو است. منافای و همکاران (۱۳۹۵) نیز بیان داشتند سبک‌های عاطفی سازگاری و تحمل با نشانگان اختلال شخصیت رابطه منفی و معنی‌دار دارد که کاملاً با نتیجه فرضیه حاضر همسو است. باتوجه به نتایج سایر تحقیقات و نتیجه تحقیق حاضر می‌توان گفت که مراقبت‌کننده‌ها از بیماران هرچه در تحمل عاطفی و تحمل زمان، خود را قوی‌تر

کنند، نگرش فرد نسبت به بیماری خود بهتر می‌شود. براساس نظریه لونتال (۱۹۹۶) بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را براساس ادراکات خود از ماهیت (برچسبی که فرد به یک علامت می‌زند)، علل (باور فرد درباره علل احتمالی و ادراک‌شده بیماری)، پیامد (باور و ادراک فرد درباره اثرات احتمالی بیماری بر کیفیت کلی زندگی)، کنترل‌پذیری و درمان‌پذیری (باور فرد درباره قابل‌کنترل بودن و بهبودی بیماری) و مدت زمان بیماری (باورهای فرد درباره طول مدت بیماری و نیز جریان بیماری) تنظیم می‌نمایند (به‌نقل از شمیلی و همکاران، ۱۳۹۲). چنین ادراک‌ها ایستا نیستند، بلکه پویا هستند، آنها به‌وسیله درمان بیماران که درمان دریافت می‌کنند، تأثیر می‌پذیرند و این دیدگاه‌ها به‌نوبه خود از ادراکات درمان تأثیر می‌گیرند. بنابراین، طبق نتایج حاصله از پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی فوق‌الذکر مشاهده می‌شود که نتایج حاصل از بررسی رابطه بین متغیر نگرش نسبت به بیماری و ارزیابی تحمل مراقبت‌کننده از بیمار در این مطالعه با مطالعات قبلی همسو است؛ زیرا طبق نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بین متغیر ارزیابی تحمل مراقبت‌کننده از بیمار با نگرش نسبت به بیماری و در این مطالعه از نظر آماری، ارتباطی معنی‌دار وجود دارد. درنهایت می‌توان ادعان داشت که افزایش بعد تحمل عاطفی و تحمل زمان در مراقبت‌کننده‌ها می‌تواند موجب تفسیر بهتری در احساس بیمار از خود شود. بنابراین، توصیه می‌شود که تحمل عاطفی و تحمل زمان در مراقبت‌کننده‌ها تقویت شود.

نتایج حاصل از این تحقیق با پژوهش حکیم‌پور (۱۳۹۶) همسو است. همچنان‌که با پژوهش‌های سلیمانی، عظیمیان و یونسی (۱۳۹۳) و پژوهش مکتبی و ویلرز (۲۰۱۵) در یک راستا قرار دارد. نتایج

استرس‌زا، تاحدامکان باید از ایجاد استرس برای پرستاران کاست. به‌عنوان مثال، عدم تأخیر در پرداخت حقوق و تنظیم شیفت‌های کاری می‌تواند سبب افزایش بعد تحمل پرستاران شود. پیشنهاد می‌شود مراقب‌کنندگان و مسئولان سازمان‌های درگیر با درمان این نوع بیماران بیش‌ازپیش در جریان فرایند مثبت‌نگری قرار بگیرند و دوره‌هایی مانند روان درمانی مثبت‌گرا در محیط‌های آموزشی و تربیتی برگزار شود تا به‌این‌وسیله بتوان استرس را در جانبازان کاهش داد.

پی‌نوشت

1. Kroyan
2. Maheshwari
3. Jain
4. Aderaw
5. Tai Seale
6. Fox
7. Smith
8. Tave
9. Kim
10. Abrahm
11. Brideg
12. Bride
13. Acton
14. Skomorosky
15. Van til
16. Ritchie
17. Kesselring
18. Shepardson
19. knezevic
20. Istrazivanja
21. Morgan
22. Illness Attitude Scale
23. Caregiver Burden Inventory (CBI)
24. Coping strategies with stress

منابع

۱. احمدی، مریم و همکاران (۱۳۹۲)، به‌کارگیری سیستم‌های سلامت روان از راه دور، فصلنامه طب جانباز، سال ششم، شماره ۲۱.
۲. حکیم‌پور، نادیا (۱۳۹۶)، پیش‌بینی نگرش نسبت به بیماری براساس باورهای غیرمنطقی و سبک‌های مقابله

مطالعه جانگ روی شهروندان کره‌ای، مثبت‌اندیشی را به‌عنوان متغیر مهمی در افزایش رضایت از زندگی تعیین کرد (یونگ و همکاران، ۲۰۰۷). بررسی‌های عیسی‌زادگان و همکاران (۲۰۱۵) گویای آن است که باورهای مثبت، با ابعاد مختلف سلامت رابطه مثبت داشته و نقش مهمی در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی و افزایش سطح سلامت روان دارد. لوین و واندربول (۱۹۸۷) در مطالعه خود نشان دادند بیماران نارسای قلبی که افسرده و استرسی هستند، تجربیات خود مربوط به افکار منفی را در مرحله افسردگی بیشتر توصیف می‌کنند. با کنترل ذهن و جلب آن به سمت مثبت‌اندیشی، می‌توان به‌طرز چشمگیری عملکرد و شادکامی کلی خود را بهبود بخشید. مطالعه نس (۲۰۰۶) نشان داد که خوشبینی با راهبردهای مقابله‌ای دارای همبستگی مثبت است که نتیجه آن مدیریت و کاهش استرسورها می‌باشد.

بنابراین، براساس یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود: یکی از ارکان مهم در ارائه مراقبت از بیماران وجود تعداد کافی از کارکنان و پرستاران درمانی آموزش‌دیده است تا بتواند حمایت‌های کافی در ابعاد مختلف برای بیماران و اعضای خانواده‌هایشان فراهم سازند. جهت ایفای مراقبت معنوی پرستاران باید دانش خود را در مورد چگونگی تأثیر عقاید معنوی بیمار بر شیوه زندگی، پاسخ به بیماری، انتخاب‌های مراقبت سلامتی و انتخاب‌های درمانی افزایش دهند. تلاش جهت ایجاد مثبت‌اندیشی در پرستاران از طریق کمک به آنها جهت ابراز احساسات با صحبت‌کردن مسئولین با آنها می‌تواند سبب افزایش بعد تحمل عاطفی پرستاران شود. مداخلات روان‌شناختی مثبت‌گرا توسط مراقب‌کنندگان شامل آموزش راهکارهای مبارزه با افکار منفی و تصویرسازی ذهنی مثبت جهت افزایش قدرت سازگاری با بیماری و رویارویی با عوامل فصلنامه روانشناسی نظامی، دوره ۱۱، شماره ۴۲، تابستان ۱۳۹۹

۱۱. یوسفی، علی‌رضا (۱۳۸۳)، واژه‌نامه توصیفی آموزش، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره ۴، شماره ۱۲: ۱۲۹ - ۱۳۰.
1. Abraham, T. (2015). A Bourdieusian analysis of U.S. military culture ground in the mental help seeking literature. *Am J Mens Health*. 11(5):1358-1365
 2. Acton, Q. A. (2011). *Central Nervous System Diseases Advances in Research and Treatment*. Published by Scholarly. US
 3. Aflakseir, A. (2010). The Role of social support and coping strategies on mental health of group of Iranian disabled war veterans, *Iranian Journal of psychiatry*, vol 5, no3
 4. Aderaw, Z & et al (2013). Knowledge, Attitude and Practice of community towards Malaria Association Intervention Zones of Amahara National Regional State, Ethiopia, *Journal of Tropical Disease & Public Health*, 1:3
 5. Bride, B. E & et al (2009). *Secondary Trauma and Military veteran Caregivers*. Smith
 6. Brideg, M (2020). *U.S. Military Veterans' Attitudes and Perceptions for Mental Healthcare. Human Performance and Recreation undergraduate*. Honors Theses, University of Arkansas
 7. Dracup, K., Moser, D., Pelter, M., Nesbitt, T., Southard, J., Paul, S., Robinson, S., Zègre Hemsey, J & Cooper, L (2016). *Rural Patients' Knowledge about Heart Failure*. UCSF, School of Nursing San Francisco.
 8. Fox, A. B (2015). Attitudes About the VA Health_ care setting, *Mental Health Service use Among Female and Male OEF/OIF Veteran*, *Psychol Serv*, 12(1): 49-58. doi:10.1037/00038269
 9. Green A, Davis S. (2005), *Toward predictive model of patient satisfaction with nurse practitioner care*. *J Am Acad Nurse Pract*. 17 (4):146-139.
 10. Heuckelum, M. V & et al (2019). *Implicit and explicit attitudes towards disease modifying antirheumatic drugs as possible target for improving medication adherence*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221290>
 11. Hobib, A (2020). *Erratic Behavioral Attitude leads to noncommunicable Diseases: A Cross Sectional Study*. *Biomed Research International Journal*, volume 2020, 8 pages.
 12. Hojjat, SK & et al (2016). *The efficacy of training of stress-coping strategies*
- با استرس در بیماران دیابتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فردوس.
۳. شمیلی، فرناز؛ زارع، حسین و اورکی، محمد (۱۳۹۲)، پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتی‌پل اسکلروزیس براساس ادراک بیماری، *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۴ (۶): ۳۷۹ - ۳۹۲.
 ۴. صابری اعظم، آغداش و همکاران (۱۳۹۴)، دیدگاه دانشجویان کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی درمورد برگزاری دروس کارآموزی و کارورزی: یک مطالعه کیفی، *نشریه پژوهش در آموزش پزشکی*.
 ۵. علیزاده، زینب؛ اشک‌تراب، طاهره؛ نیک‌روان مفرد، ملاحظت و زائری، فرید (۱۳۹۲)، همبستگی حمایت اجتماعی درک‌شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، *مدیریت ارتقای سلامت*، ۳ (۱): ۲۷ - ۳۴.
 ۶. کاظمی، طوبی و همکاران (۱۳۹۲)، آگاهی، نگرش، عملکرد جانبازان شهر بیرجند و همسرانشان در مورد عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی. *فصلنامه طب جانباز*، دوره ۶، شماره ۳.
 ۷. گلستانی جهرمی، اکرم؛ کرامتی‌زاده، ماندانا؛ ساروخانی، کوروش؛ سایه‌میری، نرگس؛ زمانی، هادی؛ پیمان، زهره و شیخان (۱۳۹۱)، بررسی همبستگی بین مؤلفه‌های تحمل مراقبت‌کننده از بیماران در بیمارستان‌های شهر جهرم با استفاده از تحلیل عاملی، *فصلنامه پیشرفت در پرستاری مامایی*، سال ۲۲، شماره ۷۹.
 ۸. مردانی حموله، مرجان و همکاران (۱۳۹۳)، همبستگی سلامت عمومی و کیفیت زندگی در مراقبین جانبازان مبتلا به صدمات نخاعی، *طب جانباز*، پیاپی ۳۳.
 ۹. منطقی، علی (۱۳۸۹)، *سطح هیجان ابراز شده، افسردگی و فشار روانی مراقب در همسران جانبازان بستری در بخش روان پزشکی و ارتباط آن با میزان بستری مجدد*، *مجله اصول بهداشت روانی*، دوره ۱۲، شماره ۴۵.
 ۱۰. مهرابی و همکاران (۱۳۹۳)، *تبیین رشد پس از ضربه بر اساس شیوه‌های مقابله با استرس، سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه*. *فصلنامه پرستار و پزشک و رزم*، شماره سوم، سال چهارم.

- health care among soldiers. *Mil Psychol*; 23(1):65-81
25. Novak, M., Guest, C. (1989) Application of a multidimensional caregiver burden inventory, *Gerontologist*, 29.
 26. Robert, G & etal (2019). A Longitudinal Examination of Military Veterans Invictus Games Stress Experiences original research article. *Front psychol*, doi. Org 103389/fpsyg. 2019.01934
 27. Rieigell, C. B. & Barlow, N. (2014). Women's attitudes toward their spouses'
 28. Ritchie, E. C. (2017). *Intimacy Post_injury: combat Trauma and Sexual Health*. Oxford University Press Canada
 29. Thopson, J & etal (2011). Survey on transition to civilian life: Report on Rogular Force Veterans, Veteran Affairs cana.
 30. Tave ,TT & etal (2017). Improving quality outcomes in veteran-centric care .*J psychosoc Nurs Ment Health Serv*.55(1):37-44
 31. Tai_Seale, M & etal (2016).The language of engagement: "Aha!" moments from engaging patients and community partners in two pilot projects of the patient centered Outcomes Research Institute. *PermJ*: 20(2):89-92
 32. Shepardson, R. L (2017). Self management Sterategies for Stress and Anxiety used by Nontreatment seeking Veteran Primary care Patients.*Mil Med journal*.182(7)
 33. Shin, Hyun Jung Kim. (2007), Positive-Thinking and Life Satisfaction amongst Koreans. *Yonsei Med J* , 48(3) -a371-8
 34. Skomorsky, A & etal (2019). Pilot Study on the well-being of III or Injured Canadian Armed Forces. Members and Their Families: Well Being Model Development. Scientific Report.DRDC_RDDC_R203
 35. Shariat, A & etal (2018).The comparison of coping styles and defense, Mechanisms in PTSD veteran and non PTSD Veterans. *Iran J war Public Health*,10(2):99-105.
 36. Van Till, L & etal (2016). "Well being of Canadian Regular Force Veterans Finding From LASS. Survey "Veterans Affairs Canada Research Directorate Technical Report
 13. Istrazivanja,D(2016).Coping Strategies in war veteran 20 years after the exposure to extreme stress. *Journal for General Social Issues*. 25(3):353-370
 14. Kathryn E, Iieana L & David J (2013). Effects of Exercise Training on Health Status in Patients with Chronic Heart Failure. *JAMA*; 301(14), 1451-1459.
 15. Keslering, A. (2001).Emotional and Physical demands on Caregivers in Home Care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission, *The European Journal of Public Health*.11(3)267-273
 16. Knezevic, M. (2016).Coping Sterategies in war veterans 20 years after the exposure to extreme stress. *Drus. ISRAZ.ZAGREBGOD*
 17. Kroyan, G. (2019). The relationship of psychological Time and Attitudes to Disease in Women with Cancer of Reproductive System .International scientific and Practical Conference on Education, Health and Human well being, *Advances in Social science, Education and Humanities Research*, volume 396
 18. Mackenti, L. & Villers, T. N. (2015). Prediction of attitude toward disease based on hardiness and coping stress in dialysis patients. *J Psychosomatic Res*; 69(4): 353-61.
 19. Maheshwari,S & etal (2019). Knowldge, Attitude and practice towards cornovirus disease 2019 among medical students. *Across_Sectional Study,Journal of Acute Disease*,volume 9, Issue 3,Page 100-104
 20. Mikaeili, N. & etal (2018) .Role of coping Styles ,locus of control, and Emotional intelligence in predicting social adjustment of veteran with post traumatic stress disorder. *Iran J war Public Health* 10(4):195-201
 21. Morgan, J. & etal (2017). Health_Related Coping Behaviors and Mental Health in Military Personel. *Militray Medicine journal*, 182,3/4:e1620,2017
 22. Nes LS, Segerstrom SC. (2006), Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Pers Soc PsycholRe*; 10(3): 235-51
 23. Jain, U & etal (2019).Knowledge, attitude and practice regarding risk factors and lifestyle modifications in people with coronary artery disease in rural area of western Maharashtra. *Journal of Datta Megle Institue of Medical Sciences university*,Volume14, Issue:3 pages 247-249
 24. Kim P. Y. & etal (2011). Negative attitude about treatment, and utilization of mental