



Compilation of the Relationship between Psychosocial Factors and Self-Efficacy of Pain by Mediating Optimism and Psychological Hardiness in Cancer Patients

Hamed Khizarloo¹, Maryam Akbari^{2,*}, Houshang Jadidi², Behzad Sinai³

¹ PhD Student of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

³ Assistant Professor, PhD Specialist in Anesthesiology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

* **Corresponding author:** Maryam Akbari, Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran. E-mail: akbari1@iausdj.ac.ir

Received: 30 Jan 2019

Accepted: 15 May 2019

Abstract

Introduction: Due to the prevalence of psychological damage in cancer patients, some studies indicate the role of psychological structures in compromising cancer. The purpose of this study was to develop a model for the relationship between psychosocial factors and self-efficacy of pain by mediating optimism and psychological hardiness in patients with cancer in Urmia.

Methods: This study was carried out as structural equations. The sample consisted of 250 cancer patients in Urmia in 2018. These patients included Bauer Mindfulness Questionnaire (2006), Social Support for Zimt (1988), Parsian Spirituality and Donitigg (2009), Optimism by Shiyeer and Carver (1994), Psychological hardiness Kobasa et al. (1982) and self-efficacy of Nicholas's pain (1989). Then, using the LISREL software and their structural equations, their fitting proportions were calculated.

Results: Mindfulness, social support and spirituality were positively predictive of the self-efficacy of pain; as well as the variables of mindfulness, social support and spirituality in a positive manner. Able to predict optimism and psychological hardiness, and ultimately optimism and psychological hardiness, are able to predict positive self-efficacy of pain. The variables of mindfulness, social support and spirituality along with optimism and psychological hardiness simultaneously were able to explain 57.3 percent of the variance of self-efficacy in two. Also, the variables of mindfulness, social support and spirituality can simultaneously explain 32 percent of the variance of optimism and 21.9% of psychological hardiness changes.

Conclusions: According to the results of the theoretical model, the relationship between psychosocial factors and the self-efficacy of pain-induced pain is confirmed by the optimism and psychological hardiness of cancer patients.

Keywords: Mindfulness, Social Support, Spirituality, Optimism, Psychological Hardiness, Pain Self-Efficacy, Cancer



تدوین مدل علی بین ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی، معنویت و خودکارآمدی درد با میانجیگری خوش بینی و سرسختی روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان

حامد خضولو^۱، مریم اکبری^{۲*}، هوشنگ جدیدی^۲، بهزاد سینایی^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
^۲ استادیار، عضو هیات علمی گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
^۳ استادیار، دکتری تخصصی بیهوشی و مراقبتهای ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
 * نویسنده مسئول: مریم اکبری، استادیار، عضو هیات علمی گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران. ایمیل: akbari1@iausdj.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۱۰

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع آسیب های روان شناختی در بیماران سرطان، برخی از مطالعات حاکی از نقش سازه های روانشناختی در سازش با بیماری سرطان است. لذا پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ارتباط بین عوامل روانی اجتماعی و خودکارآمدی درد با میانجیگری خوش بینی و سرسختی روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان شهر ارومیه انجام شد.

روش کار: این پژوهش، به صورت معادلات ساختاری انجام شد. نمونه شامل ۲۵۰ بیمار مبتلا به سرطان شهر ارومیه در سال ۱۳۹۷ بود. این بیماران به پرسشنامه های ذهن آگاهی بائر (۲۰۰۶)، حمایت اجتماعی زیمت (۱۹۸۸)، معنویت پارسیان و دونیتیگ (۲۰۰۹)، خوش بینی شی یر و کارور (۱۹۹۴)، سرسختی روانشناختی کوباسا و همکاران (۱۹۸۲) و خودکارآمدی درد نیکلاس (۱۹۸۹) پاسخ دادند. سپس با استفاده از نرم افزار لیزرل و معادلات ساختاری سهم برازش آنها محاسبه شد.

یافته ها: ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت به شیوه مثبت قادر به پیش بینی خودکارآمدی درد؛ و همچنین، متغیرهای ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت به شیوه مثبت قادر به پیش بینی خوش بینی و سرسختی روانشناختی و در نهایت خوش بینی و سرسختی روانشناختی قادر به پیش بینی مثبت خودکارآمدی درد هستند. متغیرهای ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت به همراه خوش بینی و سرسختی روانشناختی به طور همزمان قادر به تبیین ۵۷/۳ درصد از واریانس خودکارآمدی درد و همچنین، متغیرهای ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت بطور همزمان قادر به تبیین ۳۲ درصد از واریانس خوش بینی و ۲۱/۹ درصد از تغییرات سرسختی روانشناختی می باشند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده مدل نظری ارتباط بین عوامل روانی- اجتماعی و خودکارآمدی درد با میانجیگری خوش بینی و سرسختی روانشناختی بیماران سرطانی تایید می گردد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی، معنویت، خوش بینی، سرسختی روانشناختی، خودکارآمدی درد، سرطان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

به سرطان موثر باشد که یکی از این عوامل خودکارآمدی درد است. مفهوم خود کارآمدی درد عبارت است از توانایی مقابله با دردهای جسمانی و روانی که تأثیر مهمی بر عملکرد، احساس و حالت های عاطفی فرد دارد [۴]. تحقیقات در بیماران سرطانی نشان می دهد که انجام مداخلات برای افزایش حس خودکارآمدی باعث افزایش بازده در روند درمان و کاهش علائم شده است [۵]. همچنین استرس کمتر و سازگاری بالاتر، ارتباط نزدیکی با خودکارآمدی بیماران دارد [۶]. با شناسایی

یکی از مشکلات مهم بهداشتی و درمانی قرن حاضر، سرطان است [۱]. سرطان بیماری است که با تغییر شکل غیرطبیعی سلول ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می شود که هزینه های سنگینی را بر خانواده های افراد مبتلا تحمیل می کند [۲]. نظر به این که سرطان یک نوع بیماری مزمن است و ماهیت بیماری و درمانی آن دارای عوارض است که باعث پایین آوردن کیفیت زندگی بیماران می شود [۳]. عوامل روانشناختی متعددی می توانند در وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا

افراد نقش دارد نگرش خوش بینی است [۱۸]. خوش بینی نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای استرس زای زندگی دارد (۱۸). اما افراد بدبین، مردد و ناپایدارند. این تفاوت ممکن است در شرایط سخت بیشتر باشد. خوش بین‌ها بر این باورند که ناملایمات می‌توانند به شیوه موفقیت‌آمیزی اداره شوند، اما افراد بدبین انتظار بدبختی دارند [۱۸]. به طور کلی خوش بینی، بر روی باورهای مثبت بر بیماری، سلامت روانی و جسمانی و خودکارآمدی درد تأثیر زیادی می‌گذارد [۱۹]. به همین دلیل خوش بینی بالاتر می‌تواند خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار دهد [۱۸].

عامل دیگری که بر خودکارآمدی درد در درمانجویان سرطان مؤثر است، سرسختی روانشناختی افراد می‌باشد [۲۰]. سرسختی روانشناختی ویژگی شخصیتی است که ممکن است نحوه مقابله با استرس زاهای زندگی را در افراد تعدیل کند؛ یعنی آنها را در تحلیل موفقیت‌آمیز موفقیت استرس زا یاری کند. که همین امر می‌تواند در خودکارآمدی درد بیماران نیز مؤثر باشد [۲۱]. سرسختی یک الگوی انگیزشی، مهارتی است که دربرگیرندهٔ راهکارهایی برای غلبه بر موقعیتهای پر استرس است [۲۰]. سرسختی روانشناختی از جمله متغیرهایی است که می‌تواند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب آنها را تعدیل کند [۲۱]. مطالعات نشان داده است که ارتباط آماری مثبت و معناداری بین سرسختی روانشناختی و بهداشت روانی وجود دارد؛ همچنین، سرسختی ممکن است موجب کاهش علایم منفی استرس شود و سلامت جسمانی و روانشناختی را ارتقا دهد [۲۲]. سرسختی روانشناختی، باعث افزایش احساس عزت نفس در افراد شده و به نوبهٔ خود، مقاومت آنان را در برابر فشارهای روانی، افزایش می‌دهد [۲۳] و ارتباط مستقیم و معنی داری با خودکارآمدی درد در بیماری‌های مزمن دارد [۲۴]. همچنین عوامل روانی اجتماعی مانند ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت نیز می‌توانند باعث ارتقای سرسختی روانشناختی شود که سرسختی روانشناختی بالاتر نیز به نوبه خودکارآمدی بالاتر را سبب می‌شود.

عزیزی کرج، دهقانی و کمالی زارچ (۱۳۹۶) در پژوهشی بر روی ۲۴۳ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو نشان دادند که بین ذهن آگاهی و خودکارآمدی همبستگی مستقیم و معنی داری وجود دارد و همچنین ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی قدرت پیش بینی خودکارآمدی را داشتند و خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین خودکارآمدی و ذهن آگاهی نقش واسطه ای داشت [۲۵]. استخری و همکاران نیز در پژوهشی بر روی ۲۱۲ بیمار نشان دادند که سرسختی روانشناختی میتواند به طور مستقیم بر خودکارآمدی تأثیر بگذارد، همچنین سرسختی روانشناختی میتواند به طور غیرمستقیم با میانجی‌گری حمایت اجتماعی و عزت نفس بر خودکارآمدی تأثیر بگذارد [۲۶]. محمدزاده و عارفی (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که مولفه‌های متغیر حمایت اجتماعی قادر است ۱۶ درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین کند. همچنین متغیر تاب آوری قادر است ۴۱ درصد واریانس خودکارآمدی را تبیین کند [۲۷]. تایمز، انکل، زنگر و هینز (Einenkel, Zenger and HinzThieme) (۲۰۱۷) در پژوهشی که بر روی یک نمونه ۳۵۴ نفری از زنان آلمانی مبتلا به سرطان، نشان دادند که خوش بینی و خودکارآمدی با کیفیت زندگی بیماران سرطانی رابطه مثبت و معنی دار دارند ولی با اضطراب و افسردگی رابطه منفی دارند [۲۸]. پریز و اسمیت (perez and Smith) (۲۰۱۵) نیز به

عوامل مرتبط با خودکارآمدی درد می‌توان مداخلات لازم جهت افزایش خودکارآمدی و به تبع آن مشارکت در خود مراقبتی این بیماران را افزایش داد [۷، ۸] و باعث بهتر شدن حالت های عاطفی بیماران [۹] می‌شود، مطالعه سطح خودکارآمدی درد در این بیماران اهمیت می‌یابد. از طرف دیگر، عوامل بسیاری بر خودکارآمدی درد تأثیر دارند، که ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی، معنویت، سرسختی روانشناختی و خوش بینی از مهم ترین آنها محسوب می‌شود که موجب ارتقای رفتارهای خودکارآمدی درد در بیماران سرطانی می‌شود [۵].

خودکارآمدی یکی از راهبردهایی است که منعکس کننده احساس کنترل بر زندگی، ذهن، باورها و نگرش هاست. ذهن آگاهی یکی از آموزش های روانشناسی است که با تاکید بر آرامش فکری، ذهنی، روانی و جسمی، آگاهی از افکار خودکار و نظم بخشیدن به افکار در ایجاد خودکارآمدی درد حایز اهمیت است [۱۰]. ذهن آگاهی به عنوان یک فرآیند عالی از پردازش اطلاعات، با پرورش هیجان‌ها به شیوه‌های متعادل، افراد را از درگیر شدن افراطی در هیجانها یا اجتناب افراطی از آنها محافظت می‌کند [۱۱]. افراد در میزان ذهن آگاهی با یکدیگر متفاوتند و برخی از افراد نسبت به برخی دیگر از آگاهی بیشتری برخوردار هستند [۱۰]. افراد ذهن آگاه حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده هستند، دریافت و پردازش می‌کنند [۱۲]. به همین علت توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانان و تجربه‌ها را دارند. چنین افرادی به جای واکنش تکانه‌ای یا عادت‌وار، به پردازش واقع‌بینانه‌تر رویدادها می‌پردازند [۱۳]. پژوهش های متعددی نشان داده اند که خانواده و محیط اجتماعی نقش مهمی در پرورش استعدادها داشته و باور به خودکارآمدی درد را ارتقا می‌بخشد. نظریه خودتعیین‌گری به نقش عوامل اجتماعی به عنوان عامل واسطه و تسهیل‌گر شکوفایی تمایلات و پتانسیل های درونی انسان تاکید می‌ورزد [۱۴]. حمایت اجتماعی حاصل فعالیت های اجتماعی است که از خلال مشارکت در وظایف، مساعدت روانشناختی و فراهم کردن آرامش عاطفی، احساس چیرگی شخصی را ارتقاء می‌بخشد [۱۵]. در این راستا، نشان داده‌اند که افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، با افزایش عملکرد روانی، افزایش سلامت جسمی و روانی، احساس تنهایی کمتر و سازگاری بهتر همراه است و بر ابعاد سلامت جسمی تأثیر می‌گذارد [۱۴].

باورهای خودکارآمدی به دلیل نقش مهمی که در انگیزه درونی دارد، از اهمیت و حساسیت وافر برخوردار است. پژوهشگران بر این باورند که معنویت و خودکارآمدی ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند [۱۶]. در واقع انسان به عنوان شگفت‌آورترین آفریده خداوند دارای ابعاد گوناگونی است که نادیده گرفتن هر کدام از این ابعاد بخش حیاتی از انسانیت فرد را حذف می‌کند [۱۷]. معنویت، بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد [۱۶]. اما با این حال تحقیقات در زمینهٔ سرطان و به ویژه در مورد شاخص مهم خودکارآمدی درد بسیار محدود است [۱۷]. خودکارآمدی به توان فرد در رویارویی با مسائل برای رسیدن به اهداف و موقعیت او اشاره دارد. خودکارآمدی بیشتر از این که تحت تأثیر ویژگی های هوشی باشد تحت تأثیر ویژگی های شخصیتی و روانشناختی می‌باشد. یکی از عواملی که در سلامت روانی

همکاران (۲۰۱۶)، همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (۱۰). در مطالعه ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت [۲۲]، ضرایب همبستگی آزمون-باز آزمون پرسشنامه ۵ عاملی ذهن آگاهی در نمونه ایرانی بین $r=0/57$ (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و $r=0/84$ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. همچنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین $\alpha=0/55$ مربوط به عامل غیر واکنشی بودن و $\alpha=0/83$ مربوط به عامل توصیف) بدست آمد [۱۰].

آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از ۱ (هرگز و یا بسیار به ندرت) تا ۵ (اغلب یا همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ می باشد. از جمع نمرات هر زیر مقیاس یک نمره کلی به دست می آید که نشان می دهد که هرچه نمره بالاتر باشد ذهن آگاهی هم بیشتر است. در پژوهش حاضر پایایی $0/87$ و روایی $0/79$ بدست آمد.

ب) پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده، این پرسشنامه ۱۲ گویه ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است [۲۳]. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده فرد را در هر یک از سه حیطه مذکور در طیف ۵ گزینه ای لیکرت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می سنجد. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره همه گویه ها با هم جمع شده و بر تعداد آنها که ۱۲ سوال است تقسیم می شود. نمره هر زیر مقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه های آن زیر مقیاس [۴] به دست می آید. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است [۲۳]. رستمی و همکاران (۱۳۸۹) روایی خرده مقیاسهای حمایت اجتماعی را بین $0/76$ تا $0/89$ به دست آورده اند [۲۴]. سلیمی، جوکار و نیک پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب $0/89$ ، $0/86$ و $0/82$ گزارش کرده اند [۲۵]. در پژوهش حاضر پایایی $0/91$ و روایی $0/82$ بدست آمد.

ج) پرسشنامه معنویت: این پرسشنامه در سال (۲۰۰۹) توسط پایسان به منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن ساخته شده است [۲۶]. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴) میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص سازد. پرسشنامه معنویت دارای ۲۹ عبارت بوده و ۴ زیر مقیاس: خودآگاهی (۱۰ عبارت)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۴ عبارت)، فعالیت های معنوی (۶ عبارت) و نیازهای معنوی (۹ عبارت) را می سنجد. ضریب آلفای کلی آزمون $0/94$ و ضریب آلفای زیر مقیاس خودآگاهی $0/91$ ، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی $0/91$ ، فعالیت معنوی $0/80$ و نیازهای معنوی $0/89$ گزارش شده است. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۱۰ هفته ای هیچ تفاوت معنی داری را بین نمرات مرتبه اول و دوم نشان نداد، که این امر حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه معنویت است [۲۷].

بررسی تأثیر باورهای مذهبی بر بهزیستی در بین بیماران سرطانی پرداختند و نقش مذهب را بر استراتژیهای کنار آمدن و خودآزمایی بیماران سرطانی بررسی کردند و به اهمیت نقش باورهای مذهبی در کیفیت زندگی بیماران سرطانی پی بردند [۲۹]. در پژوهشی که توسط هولتزمان (Holtzman) (۲۰۰۴) و همکاران انجام گرفت، مشخص شد که حمایت اجتماعی و روابط بین فردی سطح بالا بطور معنی داری با راهبردهای مقابله ای در مقابل درد مزمن ارتباط دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت و رضایت اجتماعی، با بکارگیری قالب بندی مجددشناختی، بیان هیجانی و حل مسأله بیشتر از طرف مبتلایان به درد مزمن همراه است [۳۰]. مبتنی بر پژوهش های اشاره شده و از آن جایی که در پژوهش های مختلف فقط یک متغیر بررسی گردیده است، پژوهش حاضر در نظر دارد که همه این متغیرها را به صورت ترکیبی بررسی نموده و در نهایت به یک مدل جامع برای بیماران سرطان دست پیدا کند تا بتوان از این مدل به عنوان یک پروتکل درمانی برای بیماران مبتلا به سرطان بهره جست. در نهایت پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ارتباط بین عوامل روانی اجتماعی و خودکارآمدی درد با میانجیگری خوش بینی و سرسختی روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان شهر ارومیه انجام شد.

روش کار

این پژوهش از لحاظ هدف جزء تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا بر اساس مدل ارتباطی و طبق معادلات ساختاری جزء تحقیقات توصیفی-همبستگی محسوب می شود. همچنین جامعه پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به سرطان شهرستان ارومیه بود که بعد از مراجعه به بیمارستان امید ارومیه تعداد ۲۵۰ نفر از آنها انتخاب شد و به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند و داد های بدست آمده با نرم افزار لیزرل مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش حجم جامعه آماری بر اساس جدول گرجسی و مورگان بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مرد ۲۰ تا ۵۰ سال شهر ارومیه بود که بصورت تصادفی ساده از هر ۶ نفر ۱ نفر انتخاب و بررسی شدند. ملاک های ورود شامل مذکر بودن، حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، ۶ ماه از تشخیص بیماری گذشته باشد، عدم ابتلا به افسردگی و یا داشتن تومورهای مغزی و ملاک خروج نیز عدم رضایت افراد برای شرکت در پژوهش بود. به منظور انتخاب نمونه و اجرای پرسشنامه های پژوهش، به بیمارستان امید ارومیه مراجعه شد. مسئولین ذیربط موافقت خود را جهت اجرای پرسشنامه ها اعلام کردند. برای رعایت اصول اخلاقی، قبل از اجرای پرسشنامه ها، پژوهشگر در مورد اهداف پژوهش با مراجعان صحبت و رضایت آن ها را جلب کرد و از آنها تعهدنامه اخلاقی کسب کرد و در صورت تمایل مراجعان، با آن ها مشاوره رایگان به علمی آورد و به سؤالات آن ها در زمینه روانشناسی پاسخ داد. سپس پرسشنامه ها در بین بیماران مبتلا به سرطان توزیع شدند. در این پژوهش از ابزارهای زیر برای سنجش متغیرها استفاده شد.

پرسشنامه ذهن آگاهی، مقیاس خودسنجی ۳۹ سوالی است که توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تدوین شد [۲۱]. این پرسشنامه شامل پنج مولفه مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش است که بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. بر اساس نتایج مطالعه پیکارد و

کنترل تفاوت معنی داری وجود نداشت و ($P > 0.005$) بود. **جدول ۱** شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره آزمون کالموگروف - اسمیرنوف را جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۱: شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آماره Z جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	آماره z	معنی داری
ذهن آگاهی	۱۲۰/۸۳	۳۲/۷۵	۰/۰۹۳	۰/۰۰۰۱
حمایت اجتماعی	۴۵/۹۰	۱۴/۹۴	۰/۲۱۱	۰/۰۰۰۱
معنویت	۹۲/۴۵	۱۸/۲۲	۰/۰۹۸	۰/۰۰۰۱
سرسختی روانشناختی	۵۳/۶۹	۱۵/۸۵	۰/۱۰۵	۰/۰۰۰۱
خوش بینی	۱۵/۵۰	۵/۱۸	۰/۱۳۲	۰/۰۰۰۱
خودکارآمدی درد	۳۵/۵۲	۱۳/۲۴۷	۰/۰۸۳	۰/۰۰۱

چنانکه در **جدول ۱** مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره های متغیرهای پژوهش درج است. همچنین نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف در **جدول ۱** حاکی از این است که توزیع داده‌ها در بیشتر متغیرهای مورد مطالعه نرمال نیست. در خصوص معنی دار شدن آماره Z کالموگروف-اسمیرنوف می‌توان چنین عنوان کرد که چون این شاخص، آزمون مبتنی بر تعداد نمونه‌ها است، بنابراین با افزایش تعداد نمونه‌های مورد مطالعه احتمال معنی‌داری Z محاسبه شده بیشتر خواهد بود. لذا می‌توان نرمال نبودن توزیع برخی از متغیرهای فوق را با توجه به پایین بودن مقدار شاخص‌های کجی و کشیدگی گزارش شده (± 2) و برخلاف شاخص عددی به‌دست آمده با توجه به قضیه حد مرکزی توجیه کرد.

جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مدل برون داد را نشان می‌دهد، با توجه به نتایج مندرج در **جدول ۲**، شاخص‌های برازش مدل برون داد نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی شامل شاخص مجذور خی ($X^2 = 736/60$) مجذور خی نسبی ($X^2/df = 2/353$)، شاخص نیکویی برازش ($GFI = 0/796$)، شاخص نیکویی برازش مقایسه‌ای ($AGFI = 0/754$)، شاخص نیکویی برازش مقایسه‌ای ($CFI = 0/80$) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب ($RMSEA = 0/08$) حاکی از برازش متوسط مدل برون داد است. بین مولفه های مشاهده، توصیف، عمل توأم با آگاهی و عدم واکنش ذهن آگاهی با خودکارآمدی درد رابطه مثبت و معنی‌داری در سطح $0/01$ وجود دارد. ولی بین مولفه عدم قضاوت در مورد تجربه های درونی با خودکارآمدی درد رابطه معنی داری وجود ندارد. بین مولفه های حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران مهم با خودکارآمدی درد رابطه مثبت و معنی‌داری در سطح $0/01$ وجود دارد. بین مولفه های خودآگاهی، اعتقاد معنوی، فعالیت معنوی و نیازهای معنوی با خودکارآمدی درد رابطه مثبت و معنی‌داری در سطح $0/01$ وجود دارد.

همچنین روایی آن $0/82$ می‌باشد [۳۷]. در پژوهش حاضر پایایی $0/87$ و روایی $0/79$ بدست آمد.

د) پرسشنامه خوش بینی، در این آزمون در سال ۱۹۹۴ توسط شیپر و کارور تهیه شده است، که دارای ۱۰ ماده است که از این میان ۳ ماده نشان‌دهنده تلقی خوشبینانه و ۳ ماده نشان‌دهنده تلقی بدبینانه و ۴ ماده به صورت انحرافی می‌باشد که نمره‌های برای آن در نظر گرفته نشده است [۳۸]. نمره گذاری در این آزمون به این صورت می‌باشد، که در ماده های ۱، ۴، ۱۱ و ۱ به گزینه های کاملاً موافقم نمره ۴، موافقم ۳، نظری ندارم ۲، مخالفم ۱ و کاملاً مخالف نمره صفر تعلق می‌گیرد و در ماده های ۶، ۷ و ۳ نمره گذاری به صورت معکوس است. آزمون جهت گیری زندگی یک ابزار استاندارد شده می‌باشد. ضریب پایایی ای نپرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ $0/74$ بدست آمد که نشان دهنده پایایی بالای آزمون بوده است [۳۹]. روایی این آزمون نیز $0/87$ گزارش شده است [۳۹]. در پژوهش حاضر پایایی $0/79$ و روایی $0/85$ بدست آمد.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی: این پرسشنامه فرم کوتاه مقیاس سرسختی توسط کوباسا و همکارانش در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است. این مقیاس یک پرسشنامه ۲۰ سوالی است شامل خرده آزمونهای چالش، تعهد و کنترل است. کوباساومدی (۱۹۹۲) این آزمون را دارای روایی سازه مناسب میدانند؛ پایایی آزمون در سطح $0/87$ مورد تایید قرار گرفته است [۴۰]. مطالعه زارع و امین‌پور (۱۳۹۰) در ایران نیز نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب این پرسشنامه است. آنها برای مولفه تعهد ضریب آلفای کرونباخ را $0/84$ و برای مبارزه جویی $0/75$ و برای کنترل $0/82$ را محاسبه کردند [۴۱]. در پژوهش حاضر پایایی $0/88$ و روایی $0/91$ بدست آمد.

خودکارآمدی درد، در این پژوهش جهت سنجش خودکارآمدی درد از مقیاس خودکارآمدی نیکلاس (۱۹۸۹) استفاده شده است که کارآمدی درد در زندگی با درد فرد را اندازه گیری می‌نماید [۴۲]. این مقیاس دارای ۱۰ سؤال می‌باشد و پس از هر جمله مقیاسی وجود دارد که از صفر تا شش درجه بندی شده است. در این مقیاس صفر یعنی «اصلاً مطمئن نیستم» و عدد شش یعنی «کاملاً مطمئن هستم». در پژوهش پولادی و ریشتری (۱۳۸۰) پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون $0/81$ بود. ضریب پایایی آزمون با روش دونیمه سازی نیز $0/78$ بود که بیانگر پایایی مطلوب آزمون است. همچنین نتایج حاصل از اجرای دوباره آزمون، پس از گذشت یک ماه نشانگر پایایی بالای آزمون بود. ضریب پایایی بازآزمایی بدست آمده برای کل آزمون $0/77$ بود [۴۳]. در پژوهش حاضر پایایی $0/84$ و روایی $0/79$ بدست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش $41/37 \pm 4/84$ و گروه کنترل $46/91 \pm 3/01$ بود که سطح آن ($P > 0/05$) بود. از نظر تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه سرطان در خانواده و بستگان درجه یک، مرحله بیماری و مدت زمان ابتلا به سرطان بین گروه آزمایش و

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل برون‌داد

شاخص‌ها	X^2	df	X^2/df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	P
مدل برون‌داد	۷۳۶/۶۰	۳۱۳	۲/۳۵۳	۰/۷۹۶	۰/۷۵۴	۰/۸۶۵	۰/۰۸۰	۰/۰۰۰۱

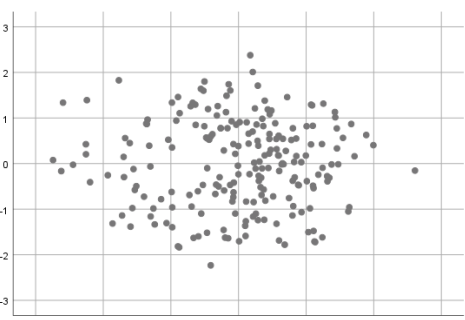
جدول ۳: اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت بر خودکارآمدی درد از طریق خوش بینی و سرسختی روانشناختی

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	متغیرهای پژوهش
$\beta(0.395)$	-	$\beta(0.263) P(0.001)$	ذهن آگاهی \leftarrow خودکارآمدی درد
$\beta(0.359)$	-	$\beta(0.207) P(0.007)$	حمایت اجتماعی \leftarrow خودکارآمدی درد
$\beta(0.424)$	-	$\beta(0.222) P(0.016)$	معنویت \leftarrow خودکارآمدی درد
$\beta(0.266)$	-	$\beta(0.266) P(0.008)$	ذهن آگاهی \leftarrow خوش بینی
$\beta(0.312)$	-	$\beta(0.312) P(0.002)$	حمایت اجتماعی \leftarrow خوش بینی
$\beta(0.390)$	-	$\beta(0.390) P(0.001)$	معنویت \leftarrow خوش بینی
$\beta(0.213)$	-	$\beta(0.213) P(0.004)$	ذهن آگاهی \leftarrow سرسختی روانشناختی
$\beta(0.235)$	-	$\beta(0.235) P(0.001)$	حمایت اجتماعی \leftarrow سرسختی روانشناختی
$\beta(0.343)$	-	$\beta(0.343) P(0.001)$	معنویت \leftarrow سرسختی روانشناختی
$\beta(0.298)$	-	$\beta(0.298) P(0.042)$	خوش بینی \leftarrow خودکارآمدی درد
$\beta(0.248)$	-	$\beta(0.248) P(0.001)$	سرسختی روانشناختی \leftarrow خودکارآمدی درد
-	$\beta(0.078) P(0.033)$	-	ذهن آگاهی - خوش بینی - خودکارآمدی درد
-	$\beta(0.052) P(0.003)$	-	ذهن آگاهی - سرسختی - خودکارآمدی درد
-	$\beta(0.091) P(0.013)$	-	حمایت اجتماعی - خوش بینی - خودکارآمدی درد
-	$\beta(0.057) P(0.016)$	-	حمایت اجتماعی - سرسختی - خودکارآمدی درد
-	$\beta(0.116) P(0.010)$	-	معنویت - خوش بینی - خودکارآمدی درد
-	$\beta(0.085) P(0.002)$	-	معنویت - سرسختی - خودکارآمدی درد
-	-	0.320	R^2 خوش بینی
-	-	0.219	R^2 سرسختی روانشناختی
-	-	0.573	R^2 خودکارآمدی درد

و معنویت به همراه خوش بینی و سرسختی روانشناختی به طور همزمان قادر به تبیین ۵۷/۳ درصد از واریانس خودکارآمدی درد و همچنین، متغیرهای ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت بطور همزمان قادر به تبیین ۳۲ درصد از واریانس خوش بینی و ۲۱/۹ درصد از تغییرات سرسختی روانشناختی می‌باشند؛ بنابراین، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مدل نظری ارتباطی عوامل روانی اجتماعی و خودکارآمدی درد بامیانجیگری خوش بینی و سرسختی روان شناختی با مدل تجربی داده‌ها برازش دارد و مدل نظری پژوهش به احتمال ۹۵ درصد تایید می‌گردد. پس از اطمینان از رعایت پیش‌فرض‌های رگرسیون، نتایج تحلیل معادلات ساختاری در تصویر ۲ و جدول ۳ و ۴ قابل‌ملاحظه است.

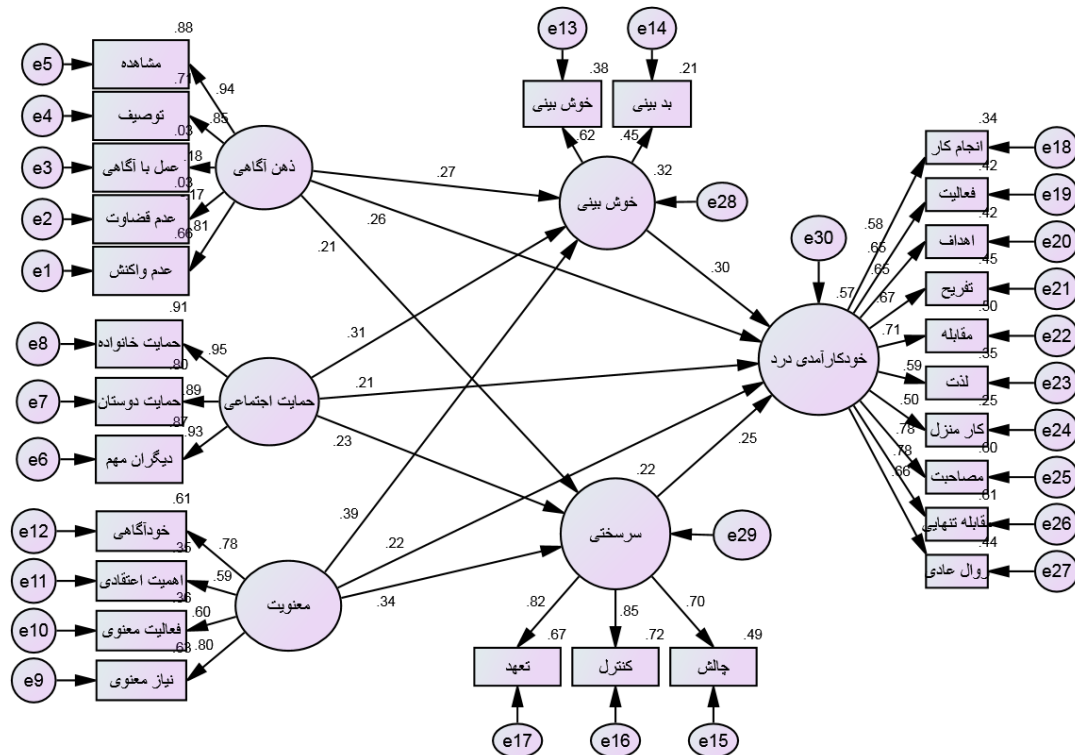
جدول ۴: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن باقیمانده خودکارآمدی درد با توجه به متغیرهای پیش‌بین

کجی	کشیدگی	آماره	معنی‌داری	دوربین - واتسون
-۰/۰۷۲	-۰/۱۷۵۸	۰/۰۵۴	۰/۲۰۰	۱/۶۲۱



تصویر ۱: نمودار پراکنش نمرات باقیمانده خودکارآمدی درد از طریق ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی، معنویت، خوش بینی و سرسختی روانشناختی

مطابق با تصویر ۲ و جدول ۳ مسیر مستقیم از ذهن آگاهی ($\beta=0.263, P=0.001$) و حمایت اجتماعی ($\beta=0.207, P=0.007$)، معنویت ($\beta=0.222, P=0.016$) به خودکارآمدی درد؛ مسیر مستقیم از متغیرهای ذهن آگاهی ($\beta=0.266, P=0.008$)، حمایت اجتماعی ($\beta=0.312, P=0.002$)، و معنویت ($\beta=0.390, P=0.001$) به خوش بینی و نیز مسیر مستقیم از ذهن آگاهی ($\beta=0.213, P=0.004$)، حمایت اجتماعی ($\beta=0.235, P=0.001$) و معنویت ($\beta=0.343, P=0.001$) به سرسختی روانشناختی و همچنین، مسیر مستقیم از خوش بینی ($\beta=0.298, P=0.042$) و سرسختی روانشناختی ($\beta=0.248, P=0.001$) به خودکارآمدی درد از نظر آماری معنی‌دار هستند. به‌طوری‌که ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت به شیوه مثبت قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی درد؛ و همچنین، متغیرهای ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت به شیوه مثبت قادر به تبیین خوش بینی و سرسختی روانشناختی و در نهایت خوش بینی و سرسختی روانشناختی قادر به تبیین مثبت خودکارآمدی درد هستند. به عبارتی، با افزایش یا کاهش ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت در افراد نمرات خوش بینی، سرسختی روانشناختی و خودکارآمدی درد در آنان به‌مراتب افزایش یا کاهش یافته؛ و همچنین، با افزایش یا کاهش خوش بینی و سرسختی روانشناختی در افراد نمرات خودکارآمدی درد در آنان افزایش یا کاهش می‌یابد. به عبارتی با افزایش یا کاهش نمرات افراد در متغیرهای ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت، نمرات آن‌ها در خوش بینی و سرسختی روانشناختی نیز به‌مراتب افزایش یا کاهش یافته و به دنبال این تغییرات نمرات خودکارآمدی درد نیز در افراد افزایش یا کاهش خواهد یافت. مطابق با تصویر ۲ و جدول ۳ متغیرهای ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی



تصویر ۲: ضرایب تاثیر ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت بر خودکارآمدی درد از طریق خوش بینی و سرسختی روانشناختی

بحث

بیشتر در تکالیف فیزیکی همراه است. بنابراین با کاهش خودکارآمدی، احتمال آسیب در عملکرد فیزیکی، شناختی و اجتماعی بیماران سرطانی افزایش می یابد [۴]. می توان گفت که به واسطه بیماری منابع عمده احساس خودکارآمدی شامل تجربه های موفق، تجربه های جانشینی، ترغیب های کلامی یا اجتماعی و حالات عاطفی و فیزیولوژیک دچار تغییرات اساسی می شوند، به طوری که در این فرایند حالات عاطفی و فیزیولوژیک بیشترین تاثیر را در احساس خودکارآمدی بیماران می گذارد. هیجانات منفی می توانند موجب تنش و فشار شوند و از درون بیماران را آشفته کنند و در نهایت در خودکارآمدی آنان اثر منفی خواهند داشت. ادراک شخصی از حالات فیزیولوژیک خود (اثرات ذهنی شخصی) مانند ترس، اضطراب، تنش و افسردگی (درون و برون شخص) سبب می شود که افراد در انجام وظایف توانایی های خود را دست کم بگیرند. از طرفی، شاخص های فیزیولوژیک خودکارآمدی مانند خستگی، عصبانیت، درد و رنج به هیجانات خودکارآمدی یا غیر ارادی محدود نمی شوند. بلکه دیگر شاخص عهای فیزیولوژیک شامل تحمل و استقامت افراد در مقابل نشانگرهای ذکر شده که به عنوان عوامل کاهش خودکارآمدی جسمی محسوب می شوند در بیماران وجود دارد [۶]. همچنین، افراد با خودکارآمدی درد بالا، در برقراری ارتباط با دیگران راحت تر هستند و به آسانی می توانند عواطف منفی را کنترل کرده و از رضایت مندی بالاتری برخوردار باشند. همچنین، احساس خودکارآمدی درد بالا، سلامت شخصی، توانایی انجام تکالیف و کارها را به طرق متعدد افزایش می دهد و باعث می شود تا افراد، تکالیف مشکل را به عنوان چالشی در نظر بگیرند که باید بر آن مسلط شوند، آنها اطمینان دارند که می توانند تهدیدهای بالقوه را تحت مهار

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت به شیوه مثبت قادر به پیش بینی خودکارآمدی درد؛ و همچنین، متغیرهای ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت به شیوه مثبت قادر به پیش بینی خوش بینی و سرسختی روانشناختی و در نهایت خوش بینی و سرسختی روانشناختی قادر به پیش بینی مثبت خودکارآمدی درد هستند. به عبارتی، با افزایش یا کاهش ذهن آگاهی، حمایت اجتماعی و معنویت در افراد نمرات خوش بینی، سرسختی روانشناختی و خودکارآمدی درد در آنان به مراتب افزایش یا کاهش یافته؛ و همچنین، با افزایش یا کاهش خوش بینی و سرسختی روانشناختی در افراد نمرات خودکارآمدی درد در آنان افزایش یا کاهش می یابد که با یافته های صدوقی و همکاران [۲۲]، عزیزی و همکاران [۲۵]، هاشمی و همکاران [۲۶]، محمدزاده و عارفی [۲۷]، تایمز و همکاران [۲۸]، پریرز و اسمیت [۲۹] و هولتزمان [۳۰] همسو می باشد. از آنجایی که خودکارآمدی برای بیماران سرطانی اهمیت زیادی دارد که تغییرات خودکارآمدی در داشتن سلامت جسمی و روانی تاثیر زیادی دارد، چنان که آمتان و همکاران [۴۴، ۴۵] نیز گزارش کردند که خودکارآمدی بالا با سلامت روانی و فیزیکی بهتر، خستگی کمتر، استرس پایین، درد کمتر، مشکلات خواب کمتر و علائم افسردگی کمتر ارتباط دارد. همچنین مک فادن و همکاران [۴۶] گزارش کردند که احساس توانمندی برای حفظ سلامت روانی اهمیت بالایی در بیماران مبتلا به سرطان دارد. متل و همکاران [۴۷] گزارش کردند که خودکارآمدی به عنوان متغیر میانجی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران محسوب می شود که فعالیت فیزیکی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. همچنین خودکارآمدی بالاتر، با مشکلات روانشناختی کمتر و توانایی

پژوهش حاضر درای محدودیت هایی بود از جمله اینکه جامعه به افراد ارومیه محدودیت شده که تعمیم پذیری یافته ها را کاهش می دهد و مورد دیگر تعداد زیاد پرسشنامه که تا حدودی باعث خستگی آزمودنی ها می شد و ممکن است باعث سوگیری در پاسخ شرکت کنندگان شود. لذا پیشنهاد می گردد در مطالعات آینده از ساید فرهنگ ها نیز نمونه گیری بعمل آید و پرسشنامه های کمتری در اختیار آزمودنی ها قرار داده شود. پیشنهاد می گردد که در مطالعات آینده متغیرهای روانشناختی دیگری بررسی شوند و همچنین بر مبنای آنها یک پروتکل درمانی تدوین گردد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر ماحصل رساله دکتری رشته روانشناسی عمومی با شماره ۲/۱۳/۳۸۴۳۴ و کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.۱۳۹۷.۲۳ بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می دانند که از شرکت کنندگان محترم و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه تقدیر و تشکر بعمل آورند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

- Deka SJ, Mamdi N, Manna D, Trivedi V. Alkyl Cinnamates Induce Protein Kinase C Translocation and Anticancer Activity against Breast Cancer Cells through Induction of the Mitochondrial Pathway of Apoptosis. *J Breast Cancer*. 2016;19(4):358-71. doi: 10.4048/jbc.2016.19.4.358 pmid: 28053624
- Yoon HJ, Kim KH, Kim JY, Park HJ, Cho JY, Hong YJ, et al. Chemotherapy-Induced Left Ventricular Dysfunction in Patients with Breast Cancer. *J Breast Cancer*. 2016;19(4):402-9. doi: 10.4048/jbc.2016.19.4.402 pmid: 28053628
- Budowski M, Schief S, Sieber R. Precariousness and Quality of Life—a Qualitative Perspective on Quality of Life of Households in Precarious Prosperity in Switzerland and Spain. *Appl Res Qual Life*. 2015;11(4):1035-58. doi: 10.1007/s11482-015-9418-7
- Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 2005;330(7493):702. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3 pmid: 15695497
- Penson DF, Feng Z, Kuniyuki A, McClerran D, Albertsen PC, Deapen D, et al. General quality of life 2 years following treatment for prostate cancer: what influences outcomes? Results from the prostate cancer outcomes study. *J Clin Oncol*. 2003;21(6):1147-54. doi: 10.1200/JCO.2003.07.139 pmid: 12637483
- Blackburn L, Owens GP. The effect of self efficacy and meaning in life on posttraumatic stress disorder and depression severity among veterans. *J Clin Psychol*. 2015;71(3):219-28. doi: 10.1002/jclp.22133 pmid: 25270887
- Jabraeili M, Valizadeh S, Rasouli A, MohammadpoorasL A, Khiavi F. Predictive Factors of Maternal Self-Efficacy In Care of the Infants Hospitalized in Tabriz 29 Bahman Hospital Affiliated To Social Security Organization. *Int J Curr Life Sci*. 2014;41(7):19-27.

خود درآورده و به خوبی با شرایط، سازگاری یافته و اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی بالاتری را تجربه نمایند [۴]. باورهای خودکارآمدی به عنوان عامل انسانی است و تعیین کننده فعالیت ها می تواند موجب مقاومت و پشتکار بیشتر افراد شود و پس از تجربه ناکامی هنوز هم به فعالیت خود ادامه دهند و امیدوار باشند [۱۱].

نتیجه گیری

خودکارآمدی درد، به عنوان یک متغیر روانشناختی با سلامت بدنی و روانی در بیماران سرطانی رابطه دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تاثیرات منفی استرس را هیجان داده و کیفیت زندگی را ارتقا می دهد. در واقع خودکارآمدی، توان افراد را برای مقابله بالا برده و این امر باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می شود. با توجه به اینکه پرستاران در جایگاهی خاص از نظر بررسی و شناخت نیاز بیماران و انجام مداخلات مبتنی بر شواهد قرار دارند، لذا تدوین یک پروتکل علی می تواند برای بیماران سرطانی سودمند باشد و تسکین علایم روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان توسط مراقبین بهداشتی درمانی به ویژه پرستاران ارائه شوند.

- Phillips SM, McAuley E. Physical activity and quality of life in breast cancer survivors: the role of self-efficacy and health status. *Psychooncology*. 2014;23(1):27-34. doi: 10.1002/pon.3366 pmid: 24003002
- Palesh OG, Shaffer T, Larson J, Edsall S, Chen XH, Koopman C, et al. Emotional self-efficacy, stressful life events, and satisfaction with social support in relation to mood disturbance among women living with breast cancer in rural communities. *Breast J*. 2006;12(2):123-9. doi: 10.1111/j.1075-122X.2006.00219.x pmid: 16509836
- Pickard JA, Caputi P, Grenyer BFS. Mindfulness and emotional regulation as sequential mediators in the relationship between attachment security and depression. *Pers Individ Differ*. 2016;99:179-83. doi: 10.1016/j.paid.2016.04.091
- Hayes AM. Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clin Psychol Sci Pract*. 2004;11(3):255-62. doi: 10.1093/clipsy.bph080
- Bao X, Xue S, Kong F. Dispositional mindfulness and perceived stress: The role of emotional intelligence. *Pers Individ Differ*. 2015;78:48-52. doi: 10.1016/j.paid.2015.01.007
- Brown KW, Ryan RM, Creswell JD, Niemiec CP. Beyond me: Mindful responses to social threat. 2008:75-84. doi: 10.1037/11771-007
- Kang HW, Park M, Wallace Hernandez JP. The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *J Sport Health Sci*. 2018;7(2):237-44. doi: 10.1016/j.jshs.2016.05.003 pmid: 30356448
- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):843-57. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00065-4
- Zakavi A, Marzband R. The study of instructors spiritual factors in medical science education by emphasizing on revealed teachings. *Religion Health*. 2013;1(1):33-46.

17. Ironson G, Stuetzle R, Fletcher MA. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Intern Med.* 2006;21 Suppl 5:S62-8. doi: [10.1111/j.1525-1497.2006.00648.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00648.x) pmid: 17083503
18. Imbs J, Mejean I. Elasticity Optimism. *Am Econ J Macroeconom.* 2015;7(3):43-83. doi: [10.1257/mac.20130231](https://doi.org/10.1257/mac.20130231)
19. Carver CS, Scheier MF. Dispositional optimism. *Trends Cogn Sci.* 2014;18(6):293-9. doi: [10.1016/j.tics.2014.02.003](https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003) pmid: 24630971
20. Maddi SR. Relevance of Hardiness Assessment and Training to the Military Context. *Mil Psychol.* 2010;19(1):61-70. doi: [10.1080/08995600701323301](https://doi.org/10.1080/08995600701323301)
21. Zerach G, Karstoft KI, Solomon Z. Hardiness and sensation seeking as potential predictors of former prisoners of wars' posttraumatic stress symptoms trajectories over a 17-year period. *J Affect Disord.* 2017;218:176-81. doi: [10.1016/j.jad.2017.04.025](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.025) pmid: 28477494
22. Salim J, Wadey R, Diss C. Examining the relationship between hardiness and perceived stress-related growth in a sport injury context. *Psychol Sport Exercise.* 2015;19:10-7. doi: [10.1016/j.psychsport.2014.12.004](https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.12.004)
23. Subramanian S, Vinothkumar M. Hardiness personality, self-esteem and occupational stress among IT professionals. *J Indian Acad Appl Psychol.* 2009;35(7):48-56.
24. Jalilean Kaseb F, Rashidi A, Hojat Khah M. The role of religious orientation, self-concept and self-efficacy in predicting tendency to addiction with meditation by psychological hardiness in Male Students. 2017;10(4):145-60.
25. Azizi Karaj M, Dehghani F, Kamali Zarch M. [Mediating Role of Emotional Self-Regulation in the Relationship between Mindfulness and Self-Efficacy in Diabetes Type 2 Patients]. *Horiz Med Sci.* 2017;23(3):243-50.
26. Estakhri Z, Tajikzadeh F, Kazemi SA. Comparison of the Role of Religious Beliefs in Hopefulness and Quality of Life among Cancer and Non-cancer Patients. *J Relig Health.* 2017;4(2):1-11.
27. Mohammadzadeh M, Marziah A. [The role of predictive social and resilient support in the self-efficacy of patients with esophageal cancer, stomach, intestines and colon]. The first national conference on research and research in the field of education and psychology of Iran; Qom 2015.
28. Thieme M, Eienkel J, Zenger M, Hinz A. Optimism, pessimism and self-efficacy in female cancer patients. *Jpn J Clin Oncol.* 2017;47(9):849-55. doi: [10.1093/jjco/hyx079](https://doi.org/10.1093/jjco/hyx079) pmid: 28591864
29. Perez JE, Rex Smith A. Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. *J Behav Med.* 2015;38(2):183-93. doi: [10.1007/s10865-014-9593-2](https://doi.org/10.1007/s10865-014-9593-2) pmid: 25169026
30. Holtzman S, Newth S, Delongis A. The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *J Health Psychol.* 2004;9(5):677-95. doi: [10.1177/1359105304045381](https://doi.org/10.1177/1359105304045381) pmid: 15310421
31. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment.* 2006;13(1):27-45. doi: [10.1177/1073191105283504](https://doi.org/10.1177/1073191105283504) pmid: 16443717
32. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. [The Relationship between Psychological Capital and Quality of Life among Patients with Breast Cancer]. *Rafsanjan J Med Sci.* 2017;24(3):111-9.
33. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41. doi: [10.1207/s15327752jpa5201_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
34. Rostami R, Shahmohamadi K, Ghaedi G, Besharat M, Akbari Zardkhaneh S, Nosratabadi M. [Relations Among Self-efficacy, Emotional Intelligence and Perceived Social Support in University Students]. *Horiz Med Sci.* 2010;16(3):46-54.
35. Salemi A, Jokar B, Nikpour R. [Internet Connections in Life: A Survey of the Role of Social Support Perception and Loneliness in Internet Use]. *Psychol Stud.* 2009;5(3):81-102.
36. Parsian N, Am TD. Developing and Validating a Questionnaire to Measure Spirituality: A Psychometric Process. *Glob J Health Sci.* 2009;1(1). doi: [10.5539/gjhs.v1n1p2](https://doi.org/10.5539/gjhs.v1n1p2)
37. Lakeh M, Akbari Shamsi Gooshki E, Abbasi M. Spiritual health in the program of medical science education. *Med Ethics J.* 2016;5(14):13-130.
38. Qamar S, Baday YI, Lee S, Healy J. Positive Optimism and Palliative Chemotherapy: Does It Really Effect Symptom Burden? (S757). *J Pain Sympmt Manage.* 2018;55(2):688. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2017.12.411](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.411)
39. Carver CS, Scheier MF. Optimism, Coping, and Well-Being. *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice* 2017. p. 400-14.
40. Segerstrom SC, Carver CS, Scheier MF. Optimism. *The Happy Mind: Cognitive Contributions to WellBeing*: Springer; 2017. p. 195-212.
41. Nouri N, Soghayi B. [Investigating the Relationship between Optimism and Optimism from Islam's Viewpoint with Life Satisfaction]. *J Psychol Relig.* 2009;2(7):29-68.
42. Nicholas M. Self-efficacy and chronic pain. *Annual Conference of British Psychological Society*; St Andrews 1989.
43. Puladi Rashhari A, Najjarian B, Shokkan H, Mehrabizadeh M. The Effectiveness of Cognitive Therapy, Relaxation and Behavioral Therapy on Improving Chronic Low Back Pain in Male High School Teachers in Ahvaz. *Educ Sci Psychol Ahvaz City.* 2001;1(2):49-72.
44. Masrabadi J. [Use of instructive statistics in behavioral sciences]. Tabriz Tabriz University of Shahid Madani Publishing; 2016.
45. Amtmann D, Bamer AM, Cook KF, Askew RL, Noonan VK, Brockway JA. University of Washington self-efficacy scale: a new self-efficacy scale for people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93(10):1757-65. doi: [10.1016/j.apmr.2012.05.001](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.05.001) pmid: 22575393
46. McFadden E, Horton MC, Ford HL, Gilworth G, McFadden M, Tennant A. Screening for the risk of job loss in multiple sclerosis (MS): development of an MS-specific Work Instability Scale (MS-WIS). *Mult Scler.* 2012;18(6):862-70. doi: [10.1177/1352458511428463](https://doi.org/10.1177/1352458511428463) pmid: 22041093
47. Motl RW, McAuley E, Snook EM, Gliottoni RC. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med.* 2009;14(1):111-24. doi: [10.1080/13548500802241902](https://doi.org/10.1080/13548500802241902) pmid: 19085318