

## رابطه سخت‌رویی با خودکارآمدی و کنترل شخصی در مبتلایان به سرطان پستان

سعید تیموری<sup>۱\*</sup>، معصومه خاکپور<sup>۲</sup>، حسین مومنی مهموئی<sup>۳</sup>

۱- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد تربت‌حیدریه، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت حیدریه، ایران

### چکیده

**مقدمه و هدف:** سرطان از مهم‌ترین علل مرگ و میر در دنیاست. امروزه علاوه بر مداخلات زیست‌شناختی و پزشکی احتمال تأثیر سایر عوامل در سازگاری و کارایی اقدامات درمانی مطرح گردیده است. در این راستا پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین سخت‌رویی با خودکارآمدی و کنترل شخصی در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته است.

**روش‌ها:** این مطالعه توصیفی به صورت مقطعی انجام شده است. داده‌ها از ۵۰ زن مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان امید مشهد جمع‌آوری شد. واحدهای مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌ی سخت‌رویی، خودکارآمدی و ادراک بیماری بود. داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** میانگین سنی گروه مورد بررسی ۴۵/۵ سال بوده است. بین سخت‌رویی با خودکارآمدی و کنترل شخصی بترتیب ( $r=0/33$ ,  $p=0/005$ ) و ( $r=0/19$ ,  $p=0/007$ ) همبستگی معناداری وجود داشت. همچنین سخت‌رویی ۱۳ درصد واریانس خودکارآمدی و ۵ درصد واریانس مؤلفه کنترل شخصی در بیماران سرطانی را پیش‌بینی می‌نمود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌ها خودکارآمدی و توانایی کنترل بیماری با سخت‌رویی رابطه داشته و می‌تواند نحوه رفتار فرد در برابر سرطان و سایر بیماری‌های مزمن را پیش‌بینی کند. با توجه به اینکه سخت‌رویی و مؤلفه‌های آن تحت تأثیر محیط و شرایط آن قرار دارد، لذا آموزش بیماران جهت توانمندسازی آن‌ها در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

**کلمات کلیدی:** بیماران سرطانی، سخت‌رویی، خودکارآمدی، کنترل شخصی

\*آدرس نویسنده مسئول: تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی بالینی. تلفن: ۰۹۱۵۳۰۰۵۹۱۰

پست الکترونیک: Sdteimory28@yahoo.com

## مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سرتاسر جهان محسوب می‌شود که مواجهه با آن موجب ایجاد بحران در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌شود. سرطان فشار روانی زیادی را به وجود می‌آورد و می‌تواند به‌طور معناداری بر کیفیت زندگی و تقریباً هر جنبه از زندگی فرد آسیب برساند (۱). تاکنون در علت‌شناسی سرطان تلاش‌های فراوانی انجام گرفته است. در کنار بررسی‌های زیست‌شناختی و پزشکی احتمال دخیل بودن عوامل روانی، اجتماعی مانند ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده سرطان همواره مطرح بوده است (۲). اگر شخصیت را به‌عنوان ترکیبی از اعمال، افکار، هیجانات و انگیزش‌های فرد بدانیم، مؤلفه‌های سازنده آن ممکن است در افراد گوناگون متفاوت بوده و یا از راه‌های گوناگونی ترکیب شده باشند به گونه‌ای که الگوهای شخصیتی گوناگونی را به وجود می‌آورند.

یکی از این ویژگی‌های شخصیتی سخت‌رویی<sup>۱</sup> است (۳). سخت‌رویی مشتمل بر مجموعه‌ای از باورها در مورد خویشتن و جهان می‌باشد که فرد را در برابر فشارهای بیرونی و درونی مصون می‌سازد؛ در واقع این ویژگی، توانایی پردازش مناسب محرک‌های درونی و بیرونی است. مفهوم سخت‌رویی را نباید فقط در نیروهای خاص و برای تحمل فشارهای روانی خلاصه کرد، بلکه سخت‌رویی توانایی درک درست شرایط پیرامون و قابلیت تصمیم‌گیری مطلوب در مورد خویشتن است (۴).

سخت‌رویی یک احساس عمومی است و باعث می‌شود که انسان موقعیت‌های پراسترس را بالقوه، با معنی و جالب ببیند و به این ترتیب آن‌ها را به‌جای تجارب مختصر و کوچک به تجارب بزرگ و پیشرفته تبدیل کند. سخت‌رویی از جمله نظام باورهایی است که نقش بنیادین در کیفیت زندگی آدمی داشته و ایجاد تعادل بین ابعاد مختلف آن را بر عهده دارد. در واقع سخت‌رویی ویژگی شخصیتی است که مقابله‌ی مؤثر با استرس را تسهیل کرده و مانع تشدید مشکلات روانی و جسمی می‌شود (۵). این سازه از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است (۶). وجود این سازه، فرد را در شرایط سخت پیش می‌برد و او را یاری می‌دهد تا وقایع تهدیدآمیز را با موفقیت بیشتری پشت سر بگذارد. لذا سخت‌رویی، توانایی درک درست

شرایط بیرونی و قابلیت تصمیم‌گیری مطلوب در مورد خویشتن است (۷).

مدی و کوباسا<sup>۲</sup> به این نتیجه رسیدند که سخت‌رویی می‌تواند مثل سپری در مقابل رشد الگوهای رفتاری که زمینه‌ساز بیماری‌های عروق کرونری هستند، عمل نماید (۸). برحسب الگوی مفهومی وایب و ویلیامز<sup>۳</sup>، سخت‌رویی با بیماری در ارتباط است. بر اساس این الگو، سخت‌رویی با ایجاد پراش در ارزیابی رویدادها و پاسخ‌های مقابله، از برانگیختگی فیزیولوژیک منفی و آسیب‌زا و در نهایت بیماری جلوگیری می‌کند (۹). برخی معتقدند که افراد سخت‌رو از روش‌های مقابله مسئله‌مدار و حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند (۱۰). سخت‌رویی پیش‌بینی‌کننده‌ی بالای سازگاری روان‌شناختی و سلامت جسمانی بیماران است (۱۱،۱۲). تموشک و فاکس<sup>۴</sup> نیز در مطالعات خود نشان دادند که بیماران با سخت‌رویی بالا در مقایسه با سایر بیماران، مدت طولانی‌تری زنده می‌مانند (۱۳). از سوی دیگر این افراد در برخورد با یک بیماری یا یک عامل تهدیدکننده حیات یک تصویر کلی و باور خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد می‌کنند که به آن ادراک بیماری می‌گویند. این درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود فرد و در کل در نتیجه بیماری تأثیرگذار است (۱۴). همچنین ادراک بیمار درباره توانایی فرد در کنترل نشانه‌ها و یا طول دوره بیماری با حالات خلقی او مانند افسردگی ارتباط دارد؛ اما هنگامی که بیماران نقصی را در وضعیت سلامت جسمی‌شان تجربه می‌کنند، سازگاری روانی دشوارتر می‌شود. اگرچه درمان‌های کنونی سرطان تأثیرات ارزنده‌ای در کنترل و جلوگیری از پیشرفت بیماری دارند، اما این درمان‌ها عاری از تنیدگی نیستند (۱۵).

نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهند فردی که ادراک مثبت از بیماری خویش داشته باشد، قادر است به‌طور واقع‌بینانه و صحیح علائم و ابعاد مختلف بیماری را درک و تحلیل نماید و این ادراک می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامتی وی تأثیرگذار باشد (۱۶). همچنین گفته می‌شود که باورها نسبت به سرطان پستان با سازگاری فرد مرتبط است (۱۷). به‌علاوه هر جزء از ادراک بیماری می‌تواند بر رفتار کمک‌جویی زنان در واکنش به

<sup>۲</sup> - Cobasa & Maddi

<sup>۳</sup> - Wibe & Williams

<sup>۴</sup> - Temoshok & Fox

<sup>۱</sup> - Hardiness

صحيح است) مشخص می‌نماید. این آزمون دارای سه مؤلفه اصلی چالش، تعهد و کنترل است که هر یک به ترتیب ۱۷، ۱۷ و ۱۶ ماده را به خود اختصاص داده‌اند. نمرات ۳۹ ماده از آزمون به شکل وارونه در نظر گرفته می‌شود. در مجموع یک نمره کلی برای سخت‌روی و سه نمره برای مؤلفه‌های مجزا به دست می‌آید. ضریب آلفای کرونباخ برای جزء تعهد ۰/۹۵ و برای جزء کنترل ۰/۹۴ و برای جزء چالش طلبی ۰/۹۱ و پایایی کل مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۱). قربانی در یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۱۱۰ زن ایرانی، پایایی را برای ۵۰ آیتم کل مقیاس ۰/۷۴ و برای تعهد ۰/۷۰ و برای مبارزه‌جویی و کنترل ۰/۶۵ و ۰/۶۸ به دست آورده است (۲۲). در مورد روایی پرسشنامه‌ی سخت‌روی، ناخدا و یارعلی از مقیاس‌های متفاوتی برای اعتباریابی مقیاس سخت‌روی استفاده نموده‌اند. ناخدا برای کل مقیاس سخت‌روی و خرده مقیاس‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۵۳، ۰/۴۸، ۰/۳۵ و ۰/۳۸ را گزارش کرده است (۲۳). در این پژوهش نمره کل سخت‌روی مدنظر بوده است.

پرسشنامه‌ی رفتارهای مربوط به سرطان یک ابزار خود گزارشی به منظور ارزیابی خودکارآمدی بیماران در مقابله با سرطان طراحی شده است. نسخه‌های متفاوتی از این مقیاس موجود است. کوتاه‌ترین نسخه ۱۲ ماده و بلندترین نسخه ۳۶ ماده دارد. آزمودنی‌ها باید میزان اطمینان خود را درباره توانایی انجام رفتار مورد سؤال درجه‌بندی کنند. تحلیل عاملی نسخه‌ی ۳۳ ماده‌ای آن در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه حاوی اعمالی است که احتمالاً یک فرد مبتلا به سرطان در زمان درمان شدن انجام می‌دهد. سؤالات در یک مقیاس سه درجه‌ای شامل اصلاً مطمئن نیستم - تا حدودی مطمئنم - کاملاً مطمئنم بررسی شده که هر کدام از آن‌ها نیز خود دارای یک درجه‌بندی سه‌تایی می‌باشد. نمره کلی بیمار در پرسشنامه خودکارآمدی با جمع کردن نمرات او در ۳۳ ماده به دست می‌آید. این ابزار می‌تواند ایده‌های سودمند درباره نحوه سازمان‌بندی مداخلات برای هر بیمار فراهم کند و از روایی صوری و محتوایی مناسبی برخوردار است (۲۴).

هم‌چنین برای سنجش کنترل شخصی از پرسشنامه‌ی ادراک بیماری<sup>۵</sup> استفاده گردید. این پرسشنامه به طور گسترده‌ای برای ارزیابی بیماری‌های گوناگون به کار رفته است. پرسشنامه

علائم پستان اثر بگذارد. در واقع، تصمیماتی که زنان در مرحله ارزیابی علائم سرطان پستان اتخاذ می‌کنند، تحت تأثیر ادراک علائم بیماری (تظاهرات شناختی بیماری) و حالات و ویژگی‌های عاطفی (تظاهرات هیجانی) آن‌ها قرار دارد (۱۸). ادراک بیماران نسبت به کنترل بیماری به کادر درمان کمک خواهد کرد تا ضمن آگاهی از وضعیت درک بیماران از سلامتی خود، به توانایی عملکرد و حس آن‌ها در رابطه با بیماری پی برده و روش‌های درمانی ارتقاء دهنده کیفیت زندگی بیماران را مورد توجه قرار دهند (۱۹). لذا درمان افراد مبتلا به سرطان زمانی سودمند است که مراقبت‌های پزشکی و روان‌شناختی در کنار هم انجام شوند. جدا از نتایج درمانی مفید آن‌ها برای کیفیت زندگی، شواهد نشان می‌دهند که تشویق بیماران برای اتخاذ رویکردی فعال برای زندگی در کنار سرطان، شانس زنده ماندن را افزایش می‌دهد (۲۰). با عنایت به اینکه اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با عوامل تنش‌زا و نحوه سازگاری بیماران سرطانی است و مستقیماً به متغیر سخت‌روی پرداخته نشده است، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سخت‌روی با خودکارآمدی و کنترل شخصی در بیماران سرطان پستان انجام شده است.

## روش‌ها

این مطالعه توصیفی به روش مقطعی انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید مشهد بودند. تعداد ۵۰ نفر از زنان مذکور، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ به عبارت دیگر، ۵۰ زن با تشخیص قطعی سرطان پستان که در دامنه زمانی آبان ماه ۹۳ تا اسفندماه ۹۳ جهت مداوا به بخش شیمی درمانی و انکولوژی بیمارستان امید مشهد مراجعه کرده بودند، بر اساس معیارهای ورود به تحقیق انتخاب و پس از توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از آنان، پرسشنامه‌های مطالعه را تکمیل نمودند. معیارهای ورود به تحقیق شامل عدم سابقه بیماری روانی و اعتیاد و تمایل به شرکت در مطالعه بودند.

در این پژوهش از پرسشنامه‌های مشخصه‌های جمعیت شناختی، پرسشنامه رفتارهای مربوط به سرطان، پرسشنامه ادراک بیماری و نیز مقیاس سخت‌روی استفاده گردید. این مقیاس، دارای ۵۰ ماده است که آزمودنی در برابر هر ماده بر اساس آن که این ماده تا چه میزان در مورد وی مصداق دارد، پاسخ خود را در یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر (اصلاً درست نیست) تا سه (کاملاً

<sup>5</sup> - Illness perception Questionnaire (IPQ)

جدول ۲: ضریب همبستگی بین متغیرهای سخت‌رویی، خودکارآمدی و کنترل شخصی

متغیر	خودکارآمدی	کنترل شخصی
سخت‌رویی	$r = .۳۳$	$r = ۰/۱۹$
	$P = ۰/۰۰۵$	$P = ۰/۰۰۷$
	$N = ۵۰$	$N = ۵۰$

به منظور بررسی نقش سخت‌رویی در پیش‌بینی خودکارآمدی و کنترل شخصی از آزمون رگرسیون ساده استفاده شد. پس از بررسی رعایت پیش‌فرض‌های استفاده از رگرسیون، سخت‌رویی به عنوان متغیر پیش‌بین و نمره خودکارآمدی و کنترل شخصی به عنوان متغیر ملاک وارد مدل شدند. نتایج نشان داد که مقدار ضریب همبستگی بین سخت‌رویی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی  $۰/۳۳$  و میزان  $R^2$  برابر با  $۰/۱۳$  می‌باشد یعنی  $۱۳$  درصد واریانس نمرات خودکارآمدی در بیماران سرطانی از طریق سخت‌رویی قابل تبیین است ( $p < ۰/۰۱$ )،  $F(۴۸,۱) = ۶/۱۵$ ؛ بنابراین، سخت‌رویی قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی در بیماران سرطانی می‌باشد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۲ ضریب بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم متغیر پیش‌بین (سخت‌رویی) اندازه‌ای را بر حسب انحراف استاندارد ارائه می‌دهد. در واقع، بتا تغییر پیش‌بینی شده در انحراف استاندارد متغیر وابسته (رفتار مربوط به سرطان)، با توجه به تغییر یک انحراف استاندارد در متغیر پیش‌بین است؛ یعنی چنانچه سخت‌رویی به میزان یک انحراف استاندارد افزایش یابد، می‌توان پیش‌بینی نمود که خودکارآمدی به اندازه  $۰/۲۹$  افزایش خواهد یافت (جدول ۳) ( $t = ۷/۹۲$ ،  $p < ۰/۰۱$ ).

جدول ۳: نتایج مربوط به ضریب رگرسیون خودکارآمدی

متغیر پیش‌بین	B	SE	$\beta$	T	P
سخت‌رویی	۰/۳۷	۹/۶۷	۰/۲۹	۴/۸۷	۰/۰۰۲

هم‌چنین، نتایج نشان داد که مقدار ضریب همبستگی بین سخت‌رویی و کنترل شخصی در بیماران سرطانی  $۰/۱۹$  و میزان  $R^2$  برابر با  $۰/۰۵$  می‌باشد یعنی  $۵$  درصد واریانس نمرات کنترل شخصی در بیماران سرطانی از طریق سخت‌رویی قابل تبیین است ( $p > ۰/۰۵$ )،  $F(۴۸,۱) = ۰/۸۶$ ؛ بنابراین، سخت‌رویی به طور

تجدید نظر شده ادراک بیماری اولین بار توسط ارجمند و همکارانش در ایران به زبان فارسی ترجمه شد و برای بررسی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گرفته است (۱۴).

روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ برای قسمت‌های مختلف پرسشنامه از  $۰/۷۹$  تا  $۰/۸۹$  و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف  $۰/۴۶$  تا  $۰/۸۸$  گزارش شده است (۱۴). این مقیاس در ایران توسط مسعودی‌نیا به فارسی برگردانیده و ضریب اعتبار مؤلفه کنترل شخصی در مطالعه فوق با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با  $۰/۷۸$  محاسبه گردیده است (۱۸). داده‌های حاصل توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

### نتایج

جدول شماره یک اطلاعات دموگرافیک بیماران را در مؤلفه‌های دامنه سنی، تحصیلات و سابقه بیماری سرطان در خانواده نشان می‌دهد. میانگین سنی گروه مورد بررسی  $۴۵/۵$  سال و میانگین و انحراف معیار نمرات سخت‌رویی، خودکارآمدی و کنترل شخصی به ترتیب  $۵۷/۷۶ \pm ۱۷/۲۵$ ،  $۳۰/۲۸ \pm ۲۰/۲۸$  و  $۲۲/۳۸ \pm ۴/۰$  بود.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک بیماران

متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)
سن	۲۰ تا ۳۰ ساله	۸ (۱۶٪)
	۳۱ تا ۴۰ ساله	۹ (۱۸٪)
	۴۱ تا ۵۰ ساله	۱۷ (۳۴٪)
	۵۱ تا ۶۰ ساله	۷ (۱۴٪)
	۶۱ تا ۷۰ ساله	۹ (۱۸٪)
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۷ (۳۴٪)
	زیر دیپلم	۱۸ (۳۶٪)
	دیپلم	۱۱ (۲۲٪)
سابقه بیماری	لیسانس و بالاتر	۴ (۸٪)
	دارد	۱۳ (۳۶٪)
	ندارد	۳۷ (۷۴٪)

با توجه به داده‌های جدول شماره ۲ می‌توان نتیجه گرفت که بین سخت‌رویی و خودکارآمدی ( $r = ۰/۳۳$ ،  $p = ۰/۰۰۵$ ) و کنترل شخصی ( $r = ۰/۱۹$ ،  $p = ۰/۰۰۷$ ) همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد.

زندگی‌شان کنترل کنند، بسیاری از مشکلات روانی آن‌ها به حداقل می‌رسد؛ بنابراین درمانگران می‌توانند برای رسیدن به این هدف در طی فرایند ارزیابی و درمان، فعالیت هفتگی برای بیمار برنامه‌ریزی کنند. از طرفی واکنش روانی بیماران به این موضوع که آیا در مرحله‌ی شیمی‌درمانی یا دوره‌های پیگیری به سر می‌برند نیز بستگی دارد. مشکلات روانی در زمان تشخیص بیماری، در طی ماه‌های اول درمان تا پایان درمان و هنگام وقوع مجدد سرطان با تشخیص یک سرطان دیگر شایع‌تر است. لذا صرف‌نظر از نوع رابطه بین سخت‌رویی با خودکارآمدی و کنترل شخصی سرطان درمان‌گران باید در جهت درک بهتر بیماری گام بردارند؛ زیرا درک صحیح منجر به مقابله بهتر با بیماری شده و نتایج درمانی مفیدتری را به دنبال خواهد داشت.

### نتیجه‌گیری

سخت‌رویی با خودکارآمدی و توانایی کنترل بیماری فرد رابطه مستقیم دارد و می‌تواند چگونگی ادراک بیماری و نحوه رفتار فرد در برابر بیماری سرطان را تا اندازه‌ای پیش‌بینی کند. سخت‌رویی از سه مؤلفه تعهد، کنترل و چالش تشکیل می‌شود. این مؤلفه‌ها، با افزایش ادراک صحیح فرد از مشکل و بالا بردن قدرت تصمیم‌گیری و حل مسئله، توانایی فرد را در شرایط سخت و استرس‌زا افزایش می‌دهد و از برانگیختگی فیزیولوژیک منفی و شدت بیماری جلوگیری می‌کند. از آنجا که سخت‌رویی و مؤلفه‌های آن تا اندازه‌ای اکتسابی می‌باشد لذا آموزش سخت‌رویی می‌تواند به منظور افزایش تعهد، کنترل و چالش افراد در نظر گرفته شود. با وجود اینکه پژوهش حاضر از لحاظ وجود رابطه بین سخت‌رویی خودکارآمدی و کنترل شخصی در بیماران سرطانی دارای نوآوری و ابتکار بوده اما با محدودیت‌های خاصی نیز مواجه بوده که عبارت‌اند از: کم بودن تعداد نمونه، کمبود پیشینه تحقیق در زمینه‌ی ادراک بیماری و مؤلفه‌های آن از جمله کنترل شخصی، تعداد بالای سؤالات پژوهش زیاد که سبب خستگی تعداد زیادی از بیماران برای کردن پرسشنامه‌ها می‌شد. از آنجائی که تعدادی از بیماران بی‌سواد و یا کم‌سواد بودند و یا اینکه به علت بی‌حالی، درد، حالت تهوع و اینکه در حال سرم‌تراپی بودند سؤالات پژوهش برای آنان خوانده می‌شد؛ که این مسئله ممکن است بر نوع پاسخگویی آنان تأثیر گذاشته باشد. پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شد و مشخص نیست اگر تکرار شود همین نتایج به دست آید. پیشنهاد می‌شود که از آنجائی که مفهوم

کلی قادر به پیش‌بینی کنترل شخصی در بیماران سرطانی نیست (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج مربوط به ضریب رگرسیون کنترل شخصی

متغیر پیش‌بین	B	SE	$\beta$	T	P
سخت‌رویی	۰/۱۳	۵/۷۸	۰/۰۳	۱/۳۱	۰/۲۸۷

### بحث:

یافته‌های پژوهش حاکی از وجود رابطه بین سخت‌رویی و خودکارآمدی و کنترل شخصی در بیماران سرطانی بود. نتایج نشان داد که بین سخت‌رویی و خودکارآمدی (۰/۳۳) و کنترل شخصی (۰/۱۹)، همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین سخت‌رویی قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی در بیماران سرطانی بود. این یافته با نتایج سایر پژوهش‌ها (۱۰-۱۳، ۲۵) هم‌سو می‌باشد. بروک در مطالعه خود نشان داد که افراد سخت‌رو از روش‌های مقابله مسئله‌مدار و حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند. افراد سخت‌رو در هنگام مواجهه با مشکلات ارزیابی دقیق‌تری از آن‌ها انجام داده و از راهبردهای مسئله‌مدار برای حل مشکلات استفاده می‌کنند. در واقع سخت‌رویی کارایی شخصی فرد را در برخورد با مشکلات افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش پولاک و دافی از این عقیده حمایت می‌کند که سخت‌رویی پیش‌بینی کننده بالای سازگاری روان‌شناختی و سلامت جسمانی در بیماران جسمی مزمن است. تموشک و فاکس نیز در مطالعات خود نشان دادند که بیماران با سخت‌رویی بالا در مقایسه با سایر بیماران، مدت طولانی‌تری زنده می‌مانند که این مسئله را می‌توان به توانایی فرد در استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار و کارآمد مرتبط ساخت.

نتیجه دیگر تحقیق این بود که بین سخت‌رویی و کنترل شخصی رابطه وجود دارد اما سخت‌رویی به طورکلی قادر به پیش‌بینی کنترل شخصی در بیماران سرطانی نبود. از آنجائی که کنترل شخصی و درمانی مؤلفه‌هایی از ادراک بیماری می‌باشند و با توجه به اینکه بیماری سرطان، یک بیماری مزمن و سخت محسوب می‌شود، این احتمال مطرح می‌شود که افراد علی‌رغم سخت‌رو بودن نتوانند درک کافی از بیماری خود داشته باشند. وقتی بیمار عواقب سختی را برای بیماری‌اش متصور می‌شوند درک صحیحی از ماهیت آن نداشته و پیوسته نگران وضعیت خود است و با افزایش اضطراب نسبت به سلامتی‌اش مواجه می‌شود. لذا اگر بیماران بتوانند تأثیرات سرطان و درمان آن را در

در معرض خطر و افرادی که مراحل درمان را طی می‌کنند توصیه می‌شوند.

### تشکر و قدردانی

در پایان از ریاست محترم بیمارستان امید مشهد و کلیه کارکنان بخش شیمی‌درمانی تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

### References

- 1- Rahimianboger E. Psychosocial aspects of cancer. J mental health and community.2007; 21 (3):36-47(Persian)
- 2- Javanbakht M. Comparing personality traits of patients with breast cancer and lymphoma with healthy patients.2013; 17, 114-116(Persian)
- 3- Verdi M. Relationship between perfectionism and mental toughness with mental health and academic patients. J health care in Nursing and Midwifery.2013; 2(3): 1-12(Persian)
- 4- Beshartzadeh V. Hardiness and its relationship with stress. J Happiness and Success. 2013; 67, 22-32(Persian)
- 5- Bayazi MH, Rasregari Y. The relationship between type 2 behavior pattern, hardiness, stress and coronary heart disease. J Psychological studies1,2. 2005; 8: 40-58(Persian)
- 6- Maddi SR. Hardiness: An operationalization of existential courage. J Humanistic psychology, 2004; 44(3)279-98.
- 7- Jamhari F. The relationship between hardiness and tendency to depression and anxiety, between men and women students in Tehran [dissertation]. Iran; Alame Tabatabai Univercity;2001. (Persian)
- 8- Cobasa SC, Maddi SR. Comments on trends in hardiness research theorizing. Consulting Psychology Journal Practice and Research 1999; 51:67-71.
- 9- Wibe R, Williams PG. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. Journal of Behavior Medicine 1992; 15:1237-1255.
- 10- Brooks Mirella. Health-related hardiness and chronic illness: A synthesis of current

سخت‌رویی با فرهنگ می‌تواند رابطه داشته باشد در شهرهای مختلف با فرهنگ‌های متفاوت پژوهش انجام شود. و از آنجائی که سخت‌رویی یک مهارت اکتسابی قابل آموزش می‌باشد لذا برگزاری دوره‌های آموزشی کسب ویژگی سخت‌رویی برای افراد

Research nursing from. Journal of chronic disease 2003; 3(8), 9-17.

11- Pollock, S. E. & Duffy, M. E. The health-related hardiness scale: Development and psychometric analysis. Nursing Research 1990; 39, 218-222.

12- Carol, A.C. A conceptual model of feminine hardiness. Journal of holistic nursing Practice 1999; 13(3):25.

13- Temoshok, L. & Fox, B. H. Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. In B.H. Fox & B.H. Newberry (eds.), Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity. Toronto: C.J. Hogrefe 1984; (pp. 14-18).

14- Valipour F, Rezai F. Evaluate the perception of disease in patients with diabetes and its correlation with glycemic control in patients admitted to tohid hospital in sanandaj. J Medical Sciences of Kurdistan University.2013; 3(18): 9-17(Persian)

15- Kahrezai F, Danesh S, Heydarzadegan AR. The effectiveness of cognitive behavior therapy in reducing psychological symptoms of cancer patients. J Medical Sciences of Zahedan. 2011; 3(2): 113-115(Persian)

16- Seyedrasoli E, Parvan K, Rahmani A, Rahimi ZH. The impact of disease perceived promotion intervention tria on quality of life for hemodialysis J Crit Care Nurs 2013; 6(2):77-86.

17- Masoudnia R. The effect of social class on the behavior of the disease in RA patients [dissertation]. Iran: Esfahan Univercity; 2005. (Persian)

18- Taylor, S.E; Lichtman, R.R. & wood, J.V. (1984). Attribution beliefs about control and

adjustment to cancer. J personality and social psychology, 46: 489-502.

19- Seyedrasoli E, Parvan K, Rahmani A, Rahimi ZH. The impact of perceived promotion intervention trial disease on quality of life for hemodialysis patients. J health care in Nursing and Midwifery. 2013; 2(3): 1-12(Persian)

20- Alipour A, Sahraian MA, Aliakbari M, Hajiaghababae M. The relationship between perceived social support and face hard with mental health and disability status of women sclerosismultipl. J Social Psychology. 2011; 3(1): 110-133(Persian)

21- Vatankhah HR, Nikamal M. The relationship between hardiness and anxiety Among students. J Behavioral Sciences. 2010;

2(1): 27-34(Persian)

22- Ghorbani N. The relationship behavior pattern type A, the risk of coronary heart disease and hardiness. MA[Thesis] Iran: Tehran, Tarbiat modares University. 1994. (Persian)

23- Moein L, Ghiasi P, Masmooi R. The relationship between psychological hardiness with marital adjustment. J Sociology Women. 2011; 4(2): 163-188(Persian)

24- Creek White. Cognitive behavior therapy for chronic medical diseases, Translated by: Molodi R, Fatahi K. Tehran. Arjomand Publishing. 2011; pp.: 56-60(Persian)

25- Cataldo, J. The relationship of hardiness and depress to disability in institutionalized older adult rehabilitation, nursing 2001; 26, 28-33.

## ***The relationship between hardiness and self-efficacy and personal control in cancer patients***

**Saeed teymori<sup>\*1</sup>, Masome khakpor<sup>2</sup>, Hossein Momeni Mahmouei<sup>3</sup>**

1- Associate professor, Department of clinical Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.

2- Department of Nursing, Hashemi Nejad Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3- Assistant professor, Department of educational science .Torbat Heydariyeh Branch, Islamic Azad University, Torbat Heydariyeh, Iran.

**\*Corresponding Address: Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.  
E.mail: Sdteimory28@yahoo.com**

### ***Abstract***

***Background & Aim:*** Cancer is one of the most important causes of mortality in the world. Nowadays, beside the biological and medical interventions, the possible effect of other factors in adaptation and efficacy of treatment measures has been considered. Thus, this research carried out to determine the relationships between hardiness with self-efficacy and personal control in cancer patients.

***Methods:*** This is a descriptive/ cross sectional study which was conducted on 50 female with breast cancer referring to Omid hospital in Mashhad through convenience sampling. To collect data, hardiness, self-efficacy and disease perception questionnaires were used. Data was analyzed by Pearson correlation coefficients and regression.

***Results:*** The mean age of studied group was 45.5 years. The results showed that there is a direct significant correlation between hardiness with self-efficacy ( $r=0.33$ ,  $p=0.005$ ) and personal control ( $r=0.19$ ,  $p=0.007$ ). In addition, hardiness explained 13% and 5% of variance in self-efficacy and personal control in cancer patients, respectively.

***Conclusion:*** Based on the results, Self-efficacy and personal control are affected by hardiness and can predict the behavior of patient facing with cancer disease and other chronic diseases. Since, hardiness and its factors are affected by the environment, the education of hardiness should be considered to increase patient's empowerment

***Keywords:*** cancer patients, hardiness, self-efficacy, personal control.