

## بررسی رابطه شیوه های مقابله با استرس لازروس و فولکمن، جو عاطفی خانواده و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) با اضطراب مرگ در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه

ژیلا عظیمی<sup>۱</sup>، سعید شایوسی زاد<sup>۲</sup>، مریم فخری<sup>۳</sup>، عبدالله حسینی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه تهران

<sup>۳</sup> دکترای پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی سنندج

<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد رشته آموزش جامعه نگر مدیریت خدمات بهداشتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

### چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی رابطه شیوه های مقابله با استرس لازروس و فولکمن، جو عاطفی خانواده و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) با اضطراب مرگ در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه بود. پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی و شیوه اجرا از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بودند که تعداد آنها در طی ۴ ماه که به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. نمونه آماری این پژوهش عبارت است از تعداد ۱۴۱ نفر از بیماران مبتلا به سرطان سینه بر اساس وضعیت موجود آماری آنها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب گردیدند. ابزار های پژوهشی مورد استفاده مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰)، شیوه های مقابله با استرس لازروس و فولکمن (۱۹۸۰) جو عاطفی خانواده اپشتاین (۱۹۸۳) و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) برودبرت (۲۰۱۶) بود. یافته ها نشان داد بین شیوه مقابله با استرس مسئله مدار با اضطراب مرگ بیماران رابطه منفی و معنی داری وجود دارد بین شیوه مقابله با استرس هیجان مدار با اضطراب مرگ بیماران رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد بین جو عاطفی خانواده با اضطراب مرگ بیماران رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. بین علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) با اضطراب مرگ بیماران رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. متغیر علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) با ضریب بتای ۰/۳۴ متغیر راهبردهیجان مدار با ضریب بتای ۰/۳۱ می توانند به طور مثبت و معنی دار، متغیر راهبرد مسئله مدار با ضریب بتای ۰/۲۹ و متغیر جو عاطفی خانواده با ضریب بتای ۰/۲۶ می توانند به طور مثبت و معنی داری اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان سینه را پیش بینی کنند.

**واژه های کلیدی:** اضطراب مرگ، شیوه های مقابله با استرس، جو عاطفی خانواده، علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)، سرطان سینه

## مقدمه

سرطان بعد از بیماریهای قلبی - عروقی دومین علت مرگ و میر در آمریکا و سومین علت مرگ در ایران است. در حال حاضر سرطان یکی از مسائل مهم داخلی بهداشت و درمان در ایران و در تمام نقاط دنیا می باشد که اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد بنا به تخمین سازمان ملل از هر ۶ نفر، یک نفر به یکی از اشکال سرطان مبتلا می گردد. آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می کند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت امروزه در سراسر دنیا ۱۰ میلیون مورد جدید در سال تشخیص داده می شود که بدون به کار گرفتن برنامه های مؤثر پیشگیری در ۱۷ سال آینده به ۲۰ میلیون مورد بالغ خواهد شد (ایلخانی، ۱۴۰۱). سرطان، استقلال و توانایی فرد را برای ایفای نقش مهم در خانواده و اجتماع تهدید کرده و فرد را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می دهد؛ بنابراین کاهش میزان عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان امری قابل پیش بینی و با اهمیت است که می تواند منجر به بروز واکنش پذیری از قبیل افسردگی، اضطراب، ترس و نفرت از خود شود. مطالعات زیادی نیز نشان داده است که یکی از اختلالهای روانپزشکی شایع در بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی است. افسردگی برای بیماران مبتلا به سرطان بسیار زیانبار است زیرا مستلزم تسلیم در برابر بیماری است. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی کنند و فرصت های بهتر زندگی کردن در باقیمانده عمر را از دست می دهند (دماتو، ۲۰۲۳).

انواع سرطان<sup>۲</sup>ها طیفی گسترده از بیماری هایی هستند که هر یک از آن ها سبب شناسی، برنامه درمانی و پیش آگهی ویژه ی خود را دارند. بیشتر افرادی که به سرطان مبتلا می شوند، یک دوره ی فشار روانی را تجربه می کنند. در برخی از بیماران، این فشار روانی خود به خود از بین می رود و به مشکلات روانی دیرپا منجر نمی شود و می توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه ی آن ها می شود. این مشکلات روانی که به لحاظ بالینی شدید هستند، معمولاً به عنوان بخشی از یک اختلال انطباقی، اختلال افسردگی اساسی<sup>۳</sup> یا باورهای غیر منطقی بروز می کنند. همچنین، درمان سرطان با فشارهای روانی متعددی همراه است که برخی از آن ها کیفیت زندگی را کاهش می دهند و به اضطراب یا افسردگی منجر می شوند. برای نمونه، بیماران اغلب عوارض جانبی روانی درمان مانند خشم، اضطراب یا نگرانی را شدیدتر از عوارض جانبی جسمی مانند ریزش مو و حالت تهوع درجه بندی می کنند. حتی برخی از بیماران شیمی درمانی را به خاطر مشکلات روانی آن ترک می کنند (وایت، ۲۰۲۱).

بحران های ناشی از سرطان سبب نبود تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می شود، اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی است. در این میان، سرطان سینه<sup>۴</sup> شایع ترین، کشنده ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است. سرطان سینه رشد مهار نشده ی سلول های غیر طبیعی است که در آن سلول ها بدون هیچ کنترلی رشد کرده و بیش از حد طبیعی تقسیم می شوند و توده هایی موسوم به تومور را ایجاد می کنند

<sup>۱</sup>Dematheo<sup>۲</sup>cancer<sup>۳</sup>major depression<sup>۴</sup>White<sup>۵</sup>breast cancer

(اکبری نساجی، ۱۳۹۸). در درمان سرطان سینه علاوه بر روش های درمان پزشکی، عوامل روانی، اجتماعی، بین فردی و غیر آزمایشگاهی (مانند ترس، دلهره، درد و تحمل آن، افسردگی، اضطراب و ... و نگرانی ها (از قبیل عدم آگاهی از خود آزمایی سینه، ترس از مرگ، هزینه های اقتصادی و ... ) مؤثرند (مانسل و همکاران،<sup>۱۹</sup>۲۰). بررسی ها نشان داده اند که بیماران مبتلا به سرطان سینه در معرض فشارهای روانی قرار دارند که می تواند اختلالات روانی و اجتماعی را در زندگی آن ها ایجاد کند. این بیماران در زندگی خانوادگی خود احساس از هم گسیختگی می نمایند. علاوه بر آن درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها و اختلال در تصویر ذهنی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی مبتلایان به سرطان سینه را دچار اختلال می کنند (کریچر و همکاران،<sup>۲۰</sup>۱۹). یکی از عوامل موثر بر مولفه های سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان سینه، مرگ و اضطراب ناشی از آن است. (لیتو<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). این نوع اضطراب می تواند به عنوان یکی از تشخیص های مهم روان شناختی در این بیماران مطرح شود (مورهد<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). با وجود تکنولوژی های پیشرفته در درمان پزشکی، مرگ واقعیتی است که همیشه وجود داشته است که در این میان بیماران سرطان سینه ی نیز ناگزیر به رویارویی با مرگ خویش هستند، (امانوئل<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب مرگ<sup>۱۵</sup> ترس مداوم، غیرمنطقی و مرضی از مرگ یا مردن می باشد، (شرمان<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، اضطراب مرگ به عنوان احساس ناراحتی همراه با ترسی که معطوف به مرگ خود یا دیگران است، تعریف می شود که مرگ به عنوان پایان حیات در نظر گرفته می شود (فیرستون و کاتلت،<sup>۱۳</sup>۲۰). پژوهش ها نشان داده اند که بیماران سرطان سینه ی از اضطراب مرگ بالایی برخوردار هستند به طوری که میزان شیوع اضطراب در گروه مبتلا به سرطان سینه (۱۷/۹ درصد) در مقایسه با گروه سالم (۱۳/۹ درصد) بوده است (شاین<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

مرگ به خاطر ماهیت پرابهام خود، برای خیلی از افراد به صورت تهدید نمایان می شود، خصوصاً در بیمارانی که تشخیص های پرخطری مانند سرطان سینه را دارند، ناگزیر به رویارویی با مرگ خویش هستند. امروزه اضطراب مرگ را یکی از متغیرهای مهم روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان سینه گزارش کرده اند (دیگی،<sup>۱۵</sup>۲۰). از آنجایی که اضطراب مرگ سازهای چند بعدی است می توان انتظار داشت که بر بسیاری از جنبه های زندگی بیماران تأثیر گذار باشد. به طوری که، عزت نفس، کیفیت زندگی و ارتقاء رفتارهای سلامت بخش، سطح پایین یکپارچگی خود، مشکلات جسمی و مشکلات روانشناختی را در پی دارد (بوزو، تانکا و سیمسک،<sup>۱۶</sup>۲۰۰۹، بهرامی، مرادی، سلیمانی، کلانتری و حسینی، ۱۳۹۸).

<sup>۱۸</sup>Maunsell & et al

<sup>۱۷</sup>Kricher & et al

<sup>۱۶</sup>Lehto RH

<sup>۱۵</sup>Moorehad S

<sup>۱۴</sup>Emanuel EJ

<sup>۱۳</sup>Death anxiety

<sup>۱۲</sup>Sherman DW

<sup>۱۱</sup>Fireston R, Catlett J

<sup>۱۰</sup>Shain MT

<sup>۹</sup>Degi CL

<sup>۸</sup>Bozo, Ö., Tunca, A., & Šimšek, Y

داشتن بیماری می تواند بر روی جوعاطفی خانواده نیز اثر گذارد، وجود بیماری می تواند موجب بکارگیری مکانیسم های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین بهزیستی روانشناختی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش های متحمل شده؛ دست یابی به اهداف زندگی؛ روش های مقابله و میزان سازگاری می باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه ی فراگیر کیفیت زندگی، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. علاوه بر مکانیسم های بیولوژیکی درگیر، عاملی که می تواند در بیماری های روان تنشی از جمله سرطان سینه اثرگذار باشد، عوامل روانشناختی افراد است. بسیاری از ناپهنجاری های روانی - عصبی در ارتباط با سرطان سینه یی هستند که عبارتند از: افسردگی، سرخوشی، اختلالات دو قطبی، گریه ها و خنده های ناپهنجار، روان پریشی، اختلال در توجه، پردازش اطلاعات، عملکرد اجرایی، تمرکز، یادگیری و حافظه (بخشانی، ۱۳۹۷). آنچه این بیماری مزمن را در حوزه روانپزشکی حائز اهمیت می سازد، طیف وسیع جنبه های عصبی - روانپزشکی این اختلال است. اختلالات هیجانی (افسردگی، خستگی و اضطراب) از شایع ترین علائم روانشناختی در بیماران سرطان سینه یی بوده که به میزان قابل توجهی به ناتوانی ها و وضعیت نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می شود. بیماری فشار خون از طریق ایجاد افسردگی، تغییرات شناختی و شخصیتی و مهار گسیختگی ناشی از آن می تواند به عنوان یک اختلال در محور III به صورت یک عامل خطر ساز در خودکشی محسوب شود (مارای، ۲۰۱۹).

بهترین دیدگاه برای ارتقا کیفیت زندگی بیماران سرطان سینه یی که اهمیت زیادی دارد، تطابق و سازگاری با شرایط پیش آمده می باشد. یکی از متغیرهای مهم روانشناختی که در مقالات لاتین در ارتباط با تطابق بیماری سرطان سینه به آن پرداخته شده است، ادراک بیماری<sup>۸</sup> است. علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) به معنی عقیده و تصویری است که بیماران از بیماریشان دارند که این تصویر و نگرش بر روی تطابق آنها با بیماریشان و در نتیجه کیفیت زندگی شان مؤثر است. این ادراک همچنین، چگونگی دورنمای درمان بیماران و مطابقت رژیم های غذایی درمانی آنها را نیز نشان می دهد (سبلیک، ۲۰۲۱). اعتقاد بر این است که تفاوت بیماران در رفتار بیماری (ادراک و تفسیر علائم بیماری)، نمی تواند صرفاً ناشی از تفاوت در درجه ی تندرستی آنها باشد. علائمی که ممکن است از سوی یک فرد یا خانواده، ناپهنجار تفسیر شده و به ملاقات با پزشک منجر شود، توسط فرد یا خانواده ی دیگر به شکل متفاوت تفسیر گردد. یافته ها نشان داده اند که علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) در بیماران از مهمترین پیش بینی کننده های تطابق سطح پایین از جمله بدی کارکرد اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی و ... هستند (بی بی و عدنان خالید، ۲۰۱۹).

مدلی که بستر مناسبی را برای بررسی ادراک بیماران فراهم نموده است، مدل خودگردانی لونتال و همکاران می باشد. بر اساس این مدل هر فرد بیمار بعد از اینکه علائم بیماری یا درد را مشاهده کرد، به شکل دادن طرحواره یا سیستمی از باورها درباره ی بیماری دست می زند و بر اساس آن باور یا طرحواره به تفسیر علائم مشاهده شده می پردازد. بنابراین، باورهای بیمار می تواند بر تفسیر علائم بیماری توسط او تأثیرگذار باشد. شیوه های مقابله با استرس مسئله مدار شامل اقداماتی است که فرد در رابطه با شرایط استرس زا کارهای سازنده و مفیدی انجام می دهد و دربرگیرنده ی راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه مسئله، ارزیابی مجدد مثبت می باشد. بنا به گفته پیرس و ساراسون (۲۰۱۹)، روش های مقابله با استرس معمولاً به

<sup>۸</sup>Murray<sup>۹</sup>Illness perceptions<sup>۱۰</sup>Sabik<sup>۱۱</sup>Bibi, A & Adnan Khalid<sup>۱۲</sup>Pierce & sarason

چگونگی درک و مدیریت موقعیت های پیچیده بر می گردد. هنگامی که ویژگی های شخصیت، روابط بین فردی و پارامترهای موقعیتی برای ایجاد یک روش قوی مقابله با استرس در کنار هم قرار می گیرند، بیماران تمایل دارند تا این ویژگی ها را نشان دهند؛ آن ها مایل اند تا اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند، تمایل دارند ببینند که تا چه اندازه بر موقعیت های استرس زا کنترل دارند، همچنین مایل اند تا پایدار و محکم باشند و به احتمال زیاد انتظار دارند در کارهایشان موفقیت بیشتری داشته باشند. راهبردهای مقابله ای مسئله مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاستن یا از بین بردن یک تنیدگی انجام دهد محاسبه می کند. رفتارهای مسئله مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام هایی برای مخاطب قرار دادن مسئله می شود. بنابراین با توجه به مطالب گفته شده محقق به دنبال این مسئله است آیا بین راهبردهای مقابله ای، جو عاطفی خانواده و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه ارتباط معناداری وجود دارد؟

### روش پژوهش

با توجه به موضوع و هدف پژوهش، روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بودند که تعداد آنها در طی ۴ ماه که به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. نمونه آماری این پژوهش عبارت است از تعداد ۱۵۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان سینه بر اساس وضعیت موجود آماری آنها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب گردیدند و بصورت کاملاً داوطلبانه و اختیاری تمایل به پاسخ دادن به پرسشنامه های پژوهش را داشتند. از این تعداد ۹ نفر به دلایل خاصی به پرسشنامه ها ناقص جواب دادند و در نهایت تعداد ۱۴۱ نفر به عنوان نمونه برگزیده و جهت سنجش آماری انتخاب شدند.

### ابزارهای پژوهش:

۱) **مقیاس اضطراب مرگ (DAS):** این مقیاس توسط تمپلر<sup>۳</sup> (۱۹۷۰) ساخت و اعتبار یابی شده و بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس یک پرسشنامه خود اجرایی متشکل از ۱۵ سوال صحیح-غلط است. دامنه تغییرات از صفر تا ۱۵ می باشد و نمره زیاد معرف درجه بالایی از اضطراب است. روایی و پایایی. ساچینو و کلاین (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای عامل های سه گانه ای که با روش تحلیل عوامل ویرایش ایتالیایی این مقیاس بدست آوردند به ترتیب ۶۸٪، ۴۹٪ و ۶۰٪ گزارش کردند. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب باز آزمایی مقیاس DAS را ۸۳٪ به دست آورده است. کونتی، وینر و پلاچیک (۱۹۸۲)، اعتباراً تنصیف مقیاس اضطراب مرگ را ۷۶٪ و همبستگی هر سوال را با نمره کل را ۳۰٪ تا ۷۴٪ با میانگین ۵۱٪ برای افراد سالخورده و ۴۴۵ برای گروه دانشجویان گزارش کرده اند (به نقل از علی اکبری دهکردی، اورکی، و برقی ایرانی، زیبا، ۱۳۹۸). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب مرگ از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۸، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می باشد.

۲) **پرسشنامه شیوه های مقابله ای لازاروس و فولکمن (WOCQ):** پرسشنامه راهبردهای لازاروس بر اساس سیاهه راهبردهای مقابله ای توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است؛ و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. راهبردهای مقابله ای مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می شود. و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشار زایی دورنی یا بیرونی به کار می برند را مورد ارزیابی قرار می دهد. این یک پرسشنامه ۶۶ ماده ای است که

<sup>۲</sup>death anxiety scale

<sup>۳</sup>templer

لازاروس و فولکمن بر اساس یک نظریه شناختی- پدیدار شناختی درباره تنیدگی، برآورد و مقابله ساخته‌اند؛ و همچنین این پرسشنامه دارای ۲ خرده مقیاس اصلی هیجان محور و مسئله محور است که هر کدام از این خرده مقیاس‌ها به ۴ خرده مقیاس فرعی تقسیم می‌شوند. ۱۶ گویه یا سوال این پرسشنامه انحرافی هستند و ۵۰ گویه دیگر شیوه مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. در زیر هر یک از این خرده مقیاس‌ها و گویه‌های مربوط به آن آورده شده است (اسماعیلی، ۱۳۹۷، به نقل از علی پور و همکاران، ۱۳۹۹): نمره گذاری پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن به دو روش خام و نسبی صورت می‌گیرد. نمرات خام توصیف کننده تلاش مقابله‌ای برای هر یک از هشت نوع مقابله است و مجموع پاسخ‌های آزمودنی به مواد تشکیل دهنده مقیاس می‌باشد. نمرات نسبی، نسبت تلاشی که در هر نوع مقابله صورت گرفته را توصیف می‌کند. در پژوهش حاضر نمره گذاری به روش نسبی صورت گرفت. در هر دو روش نمره گذاری، افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند که بسامد هر راهبرد را به این شکل نشان می‌دهد: صفر نشانگر «بکار نبردم»، یک نشانگر «خیلی کم بکار بردم»، دو نشانگر «تا حدی بکار بردم» و سه نشانگر «به مقدار زیاد بکار بردم» است (مظلوم بفروئی و همکاران، ۱۳۹۷). اعتبار و روایی. در ایران روی نمونه زوج میانسال و نمونه ۷۶۳ نفر دانش آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجار یابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس‌ها از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ می‌باشد (مظلوم بفروئی و همکاران، ۱۳۹۷). لازاروس (۱۹۸۵) ثبات درونی ۰/۶۶ و ۰/۷۹ را برای هر یک از سبک‌های مقابله‌ای گزارش کرده است. زارعی و اسدی (۱۳۹۸) در پژوهش خود برای گروه نوجوانان معتاد، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش رستمی (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ کلی آزمون ۰/۸۷ به دست آمد. مواد پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای دارای روایی صوری است چرا که راهبردهای توصیف شده آن‌هایی هستند که افراد استفاده از آن‌ها را برای کنار آمدن با موقعیت‌های استرس برانگیز گزارش کرده‌اند. در پژوهش مظلوم بفروئی و همکاران (۱۳۹۷)، ضریب آلفای کرونباخ به منظور بررسی همسانی درونی سوال‌ها، ۰/۷۹ بر آورد کردند.

**۳) پرسشنامه جوعاطفی خانواده (FAD):** برای اندازه گیری جوعاطفی خانواده از پرسشنامه ارزیابی خانواده که اپشتاین، بالدوین و بیشاپ (۱۹۸۳) با ۶۰ سؤال و مقیاس پاسخگویی چهار درجه ای لیکرت (به شدت موافقم = ۱ تا به شدت مخالفم = ۴) تهیه و آماده اجرا کردند، استفاده شد. این پرسشنامه برای سنجش جوعاطفی خانواده بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده و خصوصیات ساختاری، شغلی (حرفه ای) و تعاملی خانواده را همراه با شش بعد از جوعاطفی خانواده شامل حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار مورد سنجش قرار می‌دهد. در صورتی که خرده مقیاس کارکرد کلی را از تجزیه و تحلیل‌ها خارج کنیم، شش خرده مقیاس دیگر این پرسشنامه از استقلال برخوردارند. به همین دلیل نیز در این پژوهش فقط از شش خرده‌مقیاس استفاده شد. از نظر پایایی، آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ در نوسان گزارش شده است.

**۴) پرسشنامه کوتاه علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) (IPC):** این پرسشنامه یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تحسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است و به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری و پاسخ‌های عاطفی را می‌سنجد. نمره گذاری. دامنه نمره‌های ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال و پاسخ باز دارد و سه علت عمده ابتلا به دیابت را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه تحلیل شدند. روایی و پایایی. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب همبستگی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سوال‌های مختلف، ۰/۶۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) تجدید نظر شده در نمونه ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۲۳ است. همچنین، همبستگی نمرهای زیر مقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به دیابت ۰/۶۰ تا ۰/۶۷ و خودکارآمدی بیماران مبتلا به آسم ۰/۶۷ تا ۰/۵۳ به دست آمده است. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) از طریق

مقایسه نمره های بیماران مبتلا به دیابت، آسم درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه و تأیید شده است (برودبرت و همکاران، ۲۰۱۶). بزازیان (۱۳۸۹) نیز به بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پرداخته است، او برای بررسی روایی سازه این مقیاس، تحلیل عاملی تأییدی انجام داد و گزارش کردند که یافته ها نشانگر برازش مناسب مدل با داده ها بوده است. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می باشد.

## یافته ها

## جدول ۱. یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش حاضر برای نمونه ی بیماران مبتلا به سرطان سینه

متغیرها شاخص های توصیفی	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
راهبرد هیجان مدار	۴۲/۶۳	۸/۲۵	۱۳	۴۷
راهبرد مسئله مدار	۵۰/۴۳	۹/۵۲	۱۴	۵۳
کارکرد خانواده	۱۶۱/۴۷	۲۲/۷۴	۱۹۲	۱۱۳
ادراک بیماری	۷/۹۸	۱/۳۸	۲	۹
اضطراب مرگ	۹/۴۳	۲/۴۱	۲	۱۱

همان گونه که در جدول ۱، مشاهده می گردد میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در نمونه ی بیماران مبتلا به سرطان سینه در راهبرد هیجان مدار برابر ۴۲/۶۳ و ۸/۲۵، راهبرد مسئله مدار برابر ۵۰/۴۳ و ۹/۵۲، جوعاطفی خانواده برابر ۱۶۱/۴۷ و ۲۲/۷۴، علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) برابر ۷/۹۸ و ۱/۳۸ و اضطراب مرگ برابر ۹/۴۳ و ۲/۴۱ به دست آمده است.

## جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در نمونه ی بیماران مبتلا به سرطان سینه

ردیف	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱	شیوه مقابله هیجان مدار	۱				
۲	شیوه مقابله مسئله مدار		۱			
۳	کارکرد خانواده			۱		
۴	ادراک بیماری				۱	
۵	اضطراب مرگ					۱

\*\* P<۰/۰۱

همچنین همان طوری که در جدول ۲ ملاحظه می شود بین شیوه مقابله با استرس مسئله مدار با اضطراب مرگ بیماران رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ( $p=۰/۰۰۰۱$  و  $r=-۰/۴۹$ ). به عبارت دیگر، هر چه میزان شیوه مقابله با استرس مسئله مدار بیماران بیشتر باشد به همان اندازه اضطراب مرگ در آنان کمتر خواهد بود. بین شیوه مقابله با استرس هیجان مدار با اضطراب مرگ بیماران رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ( $p=۰/۰۰۰۱$  و  $r=۰/۵۲$ ). به عبارت دیگر، هر چه

میزان شیوه مقابله با استرس هیجان مدار بیماران بیشتر باشد به همان اندازه اضطراب مرگ در آنان نیز بالاتر خواهد بود. بین جوعاطفی خانواده با اضطراب مرگ بیماران رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ( $p=0/0001$  و  $r=-0/48$ ). به عبارت دیگر، هر چه میزان جوعاطفی خانواده بیماران بیشتر باشد به همان اندازه اضطراب مرگ در آنان کمتر خواهد بود. بین اضطراب مرگ با اضطراب مرگ بیماران رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ( $p=0/0001$  و  $r=0/61$ ). به عبارت دیگر، هر چه میزان اضطراب مرگ بیماران بیشتر باشد به همان اندازه اضطراب مرگ در آنان نیز بالاتر خواهد بود.

جدول (۳) خلاصه مدل تأثیر اضطراب مرگ بر اساس شیوه های مقابله با استرس (هیجان مدار و مسئله مدار)، جوعاطفی خانواده و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه

مدل	آماره			
	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تنظیم شده	خطای استاندارد
اضطراب مرگ	۰/۶۱۴	۰/۳۷۷	۰/۳۵۷	۱۰/۳۴

جدول (۴) تحلیل واریانس مدل تأثیر اضطراب مرگ بر اساس شیوه های مقابله با استرس (هیجان مدار و مسئله مدار)، جوعاطفی خانواده و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه

آماره				
	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F
رگرسیون	۱۱۹۷۶/۲۹۱	۴	۱۹۹۶/۰۴۹	
باقیمانده	۱۹۷۶۰/۶۶۲	۱۳۶	۱۰۶/۸۱۴	۱۸/۶۸۷
کل	۳۱۷۳۶/۹۵۳	۱۴۰		۰/۰۰۰۱

جدول (۵) ضرایب مدل پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس شیوه های مقابله با استرس (هیجان مدار و مسئله مدار)، جوعاطفی خانواده و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه

متغیر	آماره	ضریب		t	سطح معنی داری	ضریب همبستگی سهمی (تفکیکی)
		استاندارد نشده	خطای استاندارد			
مقدار ثابت	۱۳۳/۴۱۸	۱۱/۸۳۲		-۱۱/۵۵	۰/۰۰۰۱	
راهبردهیجان مدار	۰/۸۴۹	۰/۱۴۷	۰/۳۱	۷/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۱۵۴
راهبرد مسئله مدار	-۰/۶۸۷	۰/۲۰۰	-۰/۲۹	-۶/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۱۹۹
کارکرد خانواده	-۰/۱۵۲	۰/۱۷۰	-۰/۲۶	-۵/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۲
ادراک بیماری	-۰/۴۷۸	۰/۸۶۵	۰/۳۴	۹/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۳



نتایج جداول فوق نشان می‌دهند که مدل تأثیر اضطراب مرگ بر اساس شیوه های مقابله با استرس (هیجان مدار و مسئله مدار)، جو عاطفی خانواده و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه معنی‌دار بود ( $F_{(18,6)} = 18/69, P < 0/001$ )، این مدل ۳۵/۷ درصد واریانس اضطراب مرگ بیماران را توجیه می‌کند. ضرایب نشان می‌دهد که متغیر علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) با ضریب بتای ۰/۳۴ متغیر راهبردهیجان مدار با ضریب بتای ۰/۳۱ می‌تواند به طور مثبت و معنی‌دار، متغیر راهبرد مسئله مدار با ضریب بتای ۰/۲۹ و متغیر جو عاطفی خانواده با ضریب بتای ۰/۲۶ می‌تواند به طور مثبت و معنی‌دار اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان سینه را پیش بینی کنند.

### بحث و نتیجه گیری

در تبیین این یافته می‌توان گفت که شیوه های مقابله با استرس مسئله مدار شامل اقداماتی است که فرد در رابطه با شرایط استرس زا کارهای سازنده و مفیدی انجام می‌دهد و دربرگیرنده ی راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسئله، ارزیابی مجدد مثبت می‌باشد. بنا به گفته پیرس و ساراسون (۲۰۱۹)، روش های مقابله با استرس معمولاً به چگونگی درک و مدیریت موقعیت های پیچیده بر می‌گردد. هنگامی که ویژگی های شخصیت، روابط بین فردی و پارامترهای موقعیتی برای ایجاد یک روش قوی مقابله با استرس در کنار هم قرار می‌گیرند، بیماران تمایل دارند تا این ویژگی‌ها را نشان دهند؛ آن‌ها مایل اند تا اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند، تمایل دارند ببینند که تا چه اندازه بر موقعیت های استرس زا کنترل دارند، همچنین مایل اند تا پایدار و محکم باشند و به احتمال زیاد انتظار دارند در کارهایشان موفقیت بیشتری داشته باشند. شیوه های مقابله با استرس مسئله مدار شیوه هایی را توصیف می‌کند که بر اساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاستن یا از بین بردن یک تنیدگی انجام دهد محاسبه می‌کند. رفتارهای مسئله مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام هایی برای مخاطب قرار دادن مسئله می‌شود.

همچنین مشخص گردید با وجود سختی و حساسیت بالای بیماران مبتلا به سرطان سینه، از سطوح بالایی از عوامل استرس زا برخوردارند، از طرفی روشهای مقابله تلاشهای ذهن آگاهی برای مدیریت استرس بیرونی و درونی می‌باشد، تلاشهای ذهن آگاهی می‌توانند بیرونی (مساله مدار) و درونی (هیجان مدار) باشند که مقابله مسئله مدار می‌تواند به عنوان تلاش برای مدیریت و تغییرمساله استرس زا در نظر گرفته می‌شود و مقابله هیجان مدار تلاش برای کم کردن استرس هیجانی در درون خویش است. لازاروس و فولکمن (۱۹۹۱) معتقدند که در مقابله موثر، هر دو کارکرد معمولاً همزمان رخ می‌دهند. استرس، یکی از عمده ترین مشکلات جامعه بشری است و تعداد زیادی از انسانها با آن دست به گریبان هستند. به نظر می‌رسد استرس جزء ضروری و نتیجه اجتناب نا پذیر تعامل انسان با محیط است. اما آنچه که باعث ایجاد تفاوت در کارکرد بیماران می‌شود این است که چگونه با آن مبارزه می‌کنند. بیشتر بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌توانند در حد قابل قبولی سلامتی خود را حفظ کنند و در یک شرایط پر از استرس به ادامه تحصیل بپردازند. به استناد اسپادا و همکاران، ۲۰۱۷؛ نقل از بزرگان، (۱۳۹۸) سبک های مقابله ای، یکی از مفاهیم کلیدی در مواجهه با استرس است. با توجه به گریز ناپذیر بودن استرس، استفاده از سبک های مقابله ای مناسب می‌تواند فرد را در برابر استرس های شدید محافظت کند. مهارت توانایی مقابله با استرس و شناخت روش صحیح برخورد با تغییرات استرس زا این امکان را به ما می‌دهد تا منابع استرس و نحوه تاثیر آن را بر زندگی خود بشناسیم و با اعمال و موضع گیری های صحیح و به جای خود بتوانیم فشار

و استرس را در خود کاهش داده و آرامش خود را تامین کنیم. هنگامی که افراد با مشکل روبه رو می شوند، واکنش های مختلفی نشان می دهند که این واکنش ها جنبه هیجانی، شناختی و گاهی رفتاری دارند. گاهی اوقات ممکن است به حل مشکل بینجامد یا فرد را از آن دور کند. این واکنش ها در قالب سبک های مقابله، بررسی می شوند. شیوه های مقابله با استرس هیجان مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات نا خوشایند خویش است. واکنش های مقابله ای هیجان مدار شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتار های عیب جویانه، اشتغال ذهنی و خیال پردازی است.

از این رو ادراک مرگ غالباً تجلی یک آگاهی عمومی است، ادراک مرگ یا بشکل مرگ آگاهی و پذیرش آن بصورت یک واقعیت در زندگی و کنار آمدن با آن و زندگی سالم می باشد یا بصورت مرگ هراسی (ترس از مرگ) که منشاء بسیاری از ترسهای دیگر همچون ترس از فضای سرپوشیده، ترس از انزوا و تنهایی و در شکل شدید آن ترسهای فلج کننده همچون ترس از ارتباط با دیگران می باشد و می تواند سلامت جسمی و روانی فرد را به مخاطره بیاندازد و زمینه ای برای ظهور اختلالاتی چون بد خلقی، افسردگی، استرس و ... ایجاد نماید (کاپلان<sup>۲۰۳۶</sup>). بیماران که اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می کنند، از راهبردهای هیجان مدار و اجتناب مدار بیش از راهبرد تکلیف مدار استفاده می کنند؛ در مقابل افرادی که الگوی رفتاری تیپ A را دارند، راهبرد تکلیف مدار را بیش از سایر راهبردها به کار می برند؛ البته تعیین اینکه کدام یک از راهبردها در کاهش اضطراب موثرترند، بسیار مشکل است، زیرا میزان موثر بودن هر راهبرد به ماهیت موقعیت تنش زا و ویژگی های شخصیتی هر فرد بستگی دارد؛ به طور کلی، هنگامی که افراد بتوانند به طور منطقی موقعیت های تنش زا را طبقه بندی کنند، راهبرد تکلیف مدار بیشترین تأثیر را دارد، ولی در صورتی که افراد نتوانند موقعیت های تنش زا را پیش بینی و برای آن راه حل هایی اتخاذ کنند، راهبرد هیجان مدار موثرتر واقع می شود (آیزنک<sup>۲۰۰۲۷</sup>؛ نقل از پورافکاری، ۱۳۹۶). شیوه های مقابله با استرس مناسب از بروز بیماری های ناشی از استرس جلوگیری می کنند، اگرچه بیماری ها منشأ و علل مختلفی دارند، سبک زندگی و ویژگی های شخصیتی نیز در بروز آنها دخالت دارند. روان شناسان معتقدند حتی درمان وخیم ترین بیماری های جسمانی مستلزم تغییر الگوهای پاسخ افراد است.

همچنین در تبیین این نتیجه میتوان گفت که جوعاطفی خانواده به زمینه هایی مانند: توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات، حل تضادها و تعارضات، همبستگی بین اعضاء، موفقیت در اعمال الگوهای انطباقی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای مقررات و اصول بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده بستگی دارد. از نظر کارکرد می توان خانواده ها را در دو دسته عملکردی و غیر عملکردی تقسیم کرد. خانواده عملکردی، مشکلات خود را به درجات و در زمان بندی هایی متفاوت حل می کنند. در واقع، خانواده منظومه ای باز است که اعضاء به طور عاطفی به هم پیوسته اند، البته برای گسترش هویت فردی خود نیز تشویق می شوند. فضای چنین خانواده هایی مملو از عشق و پذیرش بدون قید و شرط است. در نتیجه تعارض را تحمل می کنند و با میل و رغبت، درخواست کمک یکدیگر را اجابت می کنند. خانواده ی غیر عملکردی حالت بسته دارد و اعضاء از لحاظ عاطفی به حال خود رها شده و جدا از هم هستند. مرزهای بین اعضا سخت و حتی مبهم است. عشق مشروط بوده و اعضا خانواده برای گسترش هویت فردی، تشویق نمی شوند. خانواده از قبول مشکل یا درخواست کمک خودداری نموده و به نظر می رسد، مشکلات ادامه می یابند و شکل های دیگر بروز می کنند (کاندون<sup>۲۰۲۲۸</sup>).

<sup>۲۰۳۶</sup>Kaplan<sup>۲۰۳۷</sup>Senge<sup>۲۰۳۸</sup>Condon

از نظر کارکردی نیز اجتماعی شدن و آشنایی با قوانین، نقش ها و ارزش های فرهنگی به طور طبیعی در خانواده صورت می پذیرد، کودک در تعاملات ابتدایی خود با خانواده به یک موجود ابتدایی تبدیل می شود. کارکردهای خانواده ممکن است کاملاً متنوع باشد، اما کارکرد اصلی خانواده باید برآوردن نیازهای فردی اعضای خانواده باشد. مثلاً در موقع لطمه شدید به یکی از اعضای خانواده، این نیازها امکان دارد به شکل تقاضای فرایند برای منابع و وقت خانواده درآید. برای پاسخگویی به نیازهای فراوان خانوادگی می توان رویکردهایی را برای مداخله طرح ریزی کرد (کریمی، ۱۳۹۴). واتزالویک و ویکلند<sup>۲۹</sup> (۲۰۱۹) معتقد بودند که اگر بتوان برای بیان رویکرد نظام های خانواده به منظور درک خانواده عباراتی را به کار برد، آن عبارت (بافت تقابلی) رفتار انسانی و مشکلات انسانی است. این نظریه بر بهم پیوستگی بشر در محیط خصوصی اش تاکید دارد. این موضوع به جای اطلاعات خاص درباره ی افراد به خصوص، یک زاویه ی دید را پیشنهاد می دهد. در بررسی نظام خانوادگی، فرد به علت ها و معلول های یک طرفه فکر نمی کند، بلکه به کنش های متقابل پیش رونده می اندیشد. از طرفی توانایی سازگاری با تغییر، نشان کارکرد سالم خانواده است (یاوری، ۱۳۹۴). در خانواده های سالم، بین بهم پیوستگی، انطباق پذیری و ارتباط، تعادل وجود دارد. اما منظور این نیست که خانواده ها همیشه متعادل هستند. این چالشی است که خانواده ها همیشه با آن روبرو هستند. مددکاران بهداشت روانی در تلاشند تا ببینند در هنگام بروز فشارهای روحی خانوادگی، آیا اعضای خانواده مورد حمایت همدیگر هستند، آیا انتظارات مربوط به نقش، روشن و دارای انعطاف است و آیا مقررات خانواده واضح و انعطاف پذیر است، اگر مرزها بیش از حد انعطاف پذیر باشند، یا اصلاً مرزی وجود نداشته باشد، اگر اعضای خانواده کاملاً به هم وابسته باشند یا این که از همدیگر منفک باشند، امکان دارد خانواده ها نتوانند خود را با تغییر یا فشار وارده سازگار کنند. ممکن است در واقع اصلاً ارتباطی وجود نداشته باشد و یا آن قدر این ارتباط مخدوش باشد که به صورت عامل ضد سازگاری عمل کند از طرفی الگوی کارآمدی خانواده نیز در مقابل ناکارآمدی مطرح است. وقتی الگوهای خانوادگی برای رسیدن به هدف ها سودمند نباشد، خانواده از نظر کارکردی کارآمد است و وقتی الگوهای خانوادگی ناکارآمد باشد و تعاملات همراه با استرس و رفتارهای بیمارگونه صورت گیرد، خانواده ناکارآمد خواهد بود.

از این رو ترس از مرگ تنها یک ترس ساده و معمولی نیست. دلهره واضطرابی است که با احساسات بیم و هراس و وحشت در آمیخته است. اگر بپذیریم که ترس از زمان آینده (که هنوز نیامده است) تولید اضطراب می کند، در این صورت اضطراب برتری که به سراسر زندگی سایه می افکند چیزی است که آن را ترس از مرگ نام نهاده ایم. اضطراب ترس از مرگ صرفاً یک اضطراب دور دست نیست که در پایان راه به انتظار ما نشسته باشد. اضطراب نهفته ای است که به نهانگاه های احساس رخنه می کند تا جائیکه گویی طعم مرگ را در همه چیز می چشیم مرگ است که به هر اندوهی رنگ و نسانی تراژیک می بخشد و مرگ است که عنصر اضطراب را در تنگنایی که ما را فرا گیرد باز می نماید (کاظمی، ۱۳۹۸). با این همه ترس از مرگ تنها از آن روست که این مجهول همه را به هیچ تبدیل می کند. هراس ما از مرگ به این دلیل نیز هست که مرگ تجسم قدرتی است غیر مشخص که (من) سوژه را به یک شی محض تبدیل می کند. زیرا مرگ برای افراد و بین اشخاص کوچکترین تفاوتی نمی گذارد، بلکه همگان را بی هیچ گونه تبعیض فرا می گیرد و بشر را به رغم اختلاف ارزشها و بی هیچ گونه اعتنایی در بر می گیرد. یکی از روانشناسان می گوید: در ترس از مرگ چیزی نیست جز یکی از چهره های ترس از زندگی.

علاوه بر مکانیسم های بیولوژیکی درگیر، عاملی که می تواند در بیماری های روان تنشی از جمله سرطان سینه اثرگذار باشد، عوامل روانشناختی افراد است. بسیاری از ناهنجاری های روانی - عصبی در ارتباط با سرطان سینه هستند که عبارتند از: افسردگی، سرخوشی، اختلالات دو قطبی، گریه ها و خنده های ناهنجار، روان پریشی، اختلال در توجه، پردازش اطلاعات، کارکرد اجرایی، تمرکز، یادگیری و حافظه (بخشانی و همکاران، ۱۳۹۷). آنچه این بیماری مزمن را در حوزه روانپزشکی حائز اهمیت می سازد، طیف وسیع جنبه های عصبی - روانپزشکی این اختلال است. اختلالات هیجانی (افسردگی، خستگی و اضطراب) از شایع ترین علائم روانشناختی در بیماران سرطان سینه بوده که به میزان قابل توجهی به ناتوانی ها و وضعیت

<sup>۲۹</sup> Watzlawick.P.&Weakland.A

نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می شود. بیماری سرطان سینه از طریق ایجاد افسردگی، تغییرات شناختی و شخصیتی و مهار گسیختگی ناشی از آن می تواند به عنوان یک اختلال در محور III به صورت یک عامل خطر ساز در خودکشی محسوب شود (مارای، ۲۰۱۹).

بهترین دیدگاه برای ارتقا کیفیت زندگی بیماران سرطان سینه که اهمیت زیادی دارد، تطابق و سازگاری با شرایط پیش آمده می باشد. یکی از متغیرهای مهم روانشناختی که در مقالات لاتین در ارتباط با تطابق بیماری سرطان سینه به آن پرداخته شده است، علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) است. علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) به معنی عقیده و تصویری است که بیماران از بیماریشان دارند که این تصویر و نگرش بر روی تطابق آنها با بیماریشان و در نتیجه کیفیت زندگی شان مؤثر است. این ادراک همچنین، چگونگی دورنمای درمان بیماران و مطابقت رژیم های غذایی درمانی آنها را نیز نشان می دهد (فرگوسن وایت، ۲۰۱۷).

اعتقاد بر این است که تفاوت بیماران در رفتار بیماری (ادراک و تفسیر علائم بیماری)، نمی تواند صرفاً ناشی از تفاوت در درجه ی تندرستی آنها باشد. علائمی که ممکن است از سوی یک فرد یا خانواده، ناپهنجار تفسیر شده و به ملاقات با پزشک منجر شود، توسط فرد یا خانواده ی دیگر به شکل متفاوت تفسیر گردد. یافته ها نشان داده اند که علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) در بیماران از مهمترین پیش بینی کننده های تطابق سطح پایین از جمله بدی کارکرد اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی و ... هستند (موس موریس، ۲۰۰۳). مدلی که بستر مناسبی را برای بررسی ادراک بیماران فراهم نموده است، مدل خودگردانی لونتال و همکاران می باشد. بر اساس این مدل هر فرد بیمار بعد از اینکه علائم بیماری یا درد را مشاهده کرد، به شکل دادن طرحواره یا سیستمی از باورها درباره ی بیماری دست می زند و بر اساس آن باور یا طرحواره به تفسیر علائم مشاهده شده می پردازد. بنابراین، باورهای بیمار می تواند بر تفسیر علائم بیماری توسط او تأثیرگذار باشد.

در تبیین نتایج این فرضیه می توان گفت که فشار روانی و شخصیت به عنوان دو عامل روان شناختی که ممکن است در بوجود آوردن سرطان سینه سهم داشته باشند. مطالعات حیوانی نشان داده است که فشار روانی غیرقابل کنترل با رشد سرطان سینه مربوط است. فرضیه در حال ظهور این است: افرادی که احساسات قوی را نکارمی کنند بیشتر مستعد بروز سرطان سینه هستند تا افرادی که می توانند به طور مناسبی هیجانات خود را بروز دهند. در یک مطالعه روان شناختی بر روی بیماران سرطان سینه ی اکثر ا دارای غدد بزرگ غیر قابل علاجی بودند تنها حدود ۳۰ درصد آنها هیچگونه ناامیدی، یا دلسردی راجع به آینده احساس نمی کردند (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ ترجمه، نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، ۱۳۹۷؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۷).

مطالعه ای توسط گریر و موریس (۲۰۱۸) نشان می دهد طریقی که افراد با هیجان قوی مثل خشم روبرو می شوند بویژه مهم است. این مطالعه رابطه بین شخصیت و سرطان سینه در زنان را مد نظر قرار داده بود. روز قبل از انجام معاینه جراحی برای تعیین اینکه آیا غده های سرطان سینه ی آنها بدخیم بودند یا نه، زنان مورد مصاحبه قرار گرفتند و آزمونهای روانشناختی از آنها گرفته د. زنانی که بعداً معلوم شد غده سرطان سینه ی آنها بدخیم است یا خشم خود را بسیار مستقیم ابراز می کردند یا کاملاً آنرا محبوس می ساختند. محققانی که مصاحبه های روان شناختی را انجام دادند و آزمونها را اجرا کردند، اطلاعاتی از خوش خیم بودن یا نبودن غده سرطان سینه ی آزمودنیها نداشتند. هم آنها و هم آزمودنیها از نتیجه نمونه برداری بی اطلاع بودند. هر چند تفاوت هایی معنی داری از لحاظ ابراز خشم بین زنان دارای غده سرطان سینه ی بد خیم و خوش خیم وجود داشت، هیچ تفاوت معنی داری در دیگر متغیر ها مثل هوش و افسردگی بین آنها وجود نداشت (مبعث زمانی، ۱۳۹۸).

<sup>۲</sup>Murray

<sup>۲</sup>Fergusson-White

<sup>۲</sup>Moss-Morris

براساس نتایج تحقیقات شواهد هم گرایی مبنی بر وجود مجموعه ای از عوامل در برخی از افراد، برای ظهور بالقوه بیماری سرطان سینه یا پیشروری سریع تر در مراحل این بیماری وجود دارد. این عوامل عبارتند از الف) ویژگی های شخصیتی یا سبک های مقابله ای خاص که تحت عنوان سر واژه بیماری سرطان سینه، با تیپ شخصیت C مورد بحث قرار می گیرند. ب) دشواری در بیان عواطف و احساسات؛ ج) نگرش یا تمایل به درماندگی و نا امیدي (تموشوک،<sup>۳۳</sup> ۱۹۸۷). شخصیت های سرطان سینه ی، تمایل به افسردگی دارند و بازخورد ناامیدانه ای دارند و مکانیزم دفاعی انکار استفاده می کنند (جعفری و همکاران، ۱۳۹۸). و به جای ابراز نیاز ها و احساسات خود به سرکوب آنها دست می زنند (گارسن،<sup>۳۴</sup> ۲۰۱۷).

متخصصان بالینی با کمک گرفتن از پژوهشی که تیپ شخصیت C را به مستعد بودن برای سرطان سینه ربط می دهد، درمان هایی را برای سرطان سینه ابداع کرده اند که روش های رفتاری را شامل می شوند. برخی از متخصصان بالینی توصیه کرده اند که به بیماران سرطان سینه ی آموزش داده شود به جای اینکه احساسات خشم خود را منکوب کنند، آنها را تخلیه نمایند، و همین طور برای کمک به آرمیدگی، فنون مراقبه را اجرا کنند. علاوه بر این، به بیماران سرطان سینه ی یاد داده می شود برای فعال ساختن سیستم ایمنی شان جهت مبارزه با سلول های سرطان سینه ی، از تصویر سازی های ذهنی استفاده کنند (هالچین و ویتبورن، ۱۹۴۸، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۶).

مدت ها تصور می شد که استرس علت کاهش پاسخ ایمنی است، ولی اکنون دلایل کافی برای تغییر این نگرش وجود دارد. امروزه فرض بر این است که کاهش پاسخ ایمنی ناشی از شناخت های منفی است. سلیگمن (۱۹۹۰) ضمن مطالعه درباره اسردگی خاطر نشان ساخت که تخلیه کتکولامین ها به واکنش آندروفین می انجامد که آن نیز پاسخ ایمنی را متوقف می کند. در حالی که استرس موجب تخلیه کتکولامین ها می شود، ذکر این نکته مهم است که دستگاه ایمنی اغلب در غیاب استرس متوقف می شود. اگر شناخت های منفی علت ضعف در سیستم ایمنی است، این امر باید بتواند توضیح دهد که چرا پژوهشگران قادر نبودند ضعف در سلامتی، مانند فشار خون بالا را براساس استرس زها، پیش بینی کنند، و چرا شرایط منفی غالبا نشانه ای برای ضعف سلامتی است (فرانکن، ۲۰۱۹؛ ترجمه شمس اسفند آباد، محمودی، امامی پور، ۱۳۹۵؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۷).

شواهد دیگر مربوط می شود به تعامل بین نظریه های آشکار و استرس. به نظر می رسد افرادی که دید منفی نسبت به دنیا دارند استرس بیشتری را تجربه می کنند. پژوهش توماکا و بلاسکوویش نشان می دهد که افراد مثبت نگر به دنیا، تکالیف آزمایشگاهی را کمتر استرس زا برآورد می کنند و واکنش های چالش انگیز بیشتری نسبت به تهدید نشان می دهند. براساس نظریه لازاروس، دو مرحله متمایز در ارزیابی وجود دارد، ارزیابی اولیه، که تهدید و آسیب را بررسی می کند، و ارزیابی ثانویه، که مهارت انطباقی را ارزیابی می کند. براساس نظریه لازاروس، ارزیابی اولیه و ثانویه فرایندهای متمایزی هستند. ارزیابی اولیه ابتدا رخ می دهد و باعث واکنش استرس به تهدید یا آسیب می شود، در حالی که ارزیابی ثانویه به دنبال استرس می آید و آن را تعدیل می کند (فرانکن، ۲۰۱۹؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۵).

امید، خوش بینی و تفکر سازنده همواره با سلامتی رابطه داشته اند. به نظر می رسد افرادی که دیدگاه مثبتی نسبت دنیا و خودشان دارند به راحتی می توانند از اتفاقات ناگوار دوری کنند. آنها به رفتارهایی می پردازند که آنها را از وضعیت ناگوار فعلی می رهند. توانایی تفکر مثبت نه تنها مقدار پاسخ استرس را کم می کند بلکه به رشد مهارت های انطباقی می انجامد (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ ترجمه، نجاریان و همکاران، ۱۳۹۷). یکی از مواردی که در تعیین سلامت یا بیماری انسان، مهم ترین نقش و جایگاه را دارد، استرس است که با زندگی بشر امروز عجین شده است. پژوهشگران مختلف به شناسایی و معرفی منابع متعدد استرس اقدام کرده اند. عوامل تنش زا می توانند بیرونی یا درونی باشند. ویژگی های مشاغل

<sup>۳۳</sup>Temohok, L

<sup>۳۴</sup>Garssen, B

موجود در جوامع پیچیده، گسترش نقش‌های متعدد و چندگانه اجتماعی از ویژگی‌های اختصاصی زندگی صنعتی است که همه ما را به نوعی تحت سیطره خود قرار داده و بالقوه سلامت و حتی بقای نوع بشر را زیر سوال برده است. اما آنچه در این بین می‌تواند مایه خوش بینی و امیدواری باشد، «شیوه‌های مقابله با استرس» است که به عنوان متغیری میانجی می‌تواند پیامدهای استرس را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به مفهوم مقابله در فرهنگ لغات علم روانشناسی، دیگر تغییرات و رویدادهای زندگی به خودی خود پیش بینی کننده احتمال بیماری‌ها نخواهد بود و در این زمینه فقط به عنوان شرط لازم عمل خواهند کرد، زیرا در کنار تمام منابع و عوامل تنش زا، سطحی از استرس که هر شخص تجربه می‌کند، به میزان زیادی توانایی مقابله، نحوه ادراک و قضاوت وی به این عوامل بستگی دارد.

همچنین میتوان گفت که داشتن بیماری می‌تواند بر روی جوعاطفی خانواده نیز اثر گذارد، وجود بیماری می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین بهزیستی روانشناختی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده‌اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش‌های متحمل شده؛ دست یابی به اهداف زندگی؛ روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر کیفیت زندگی، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. از طرف دیگر، ناامیدی و یأس احساسی است که در نتیجه ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به هدفی که فرد آن را مطلوب می‌شمارد پدید می‌آید. این هدف می‌تواند ذهنی باشد، یعنی این که فرد گمان کند که در حال رسیدن به پایان زندگی است و لذت‌های از دست رفته و یا دیگر امکان و توان رسیدن به خیلی از اهداف زندگی از دست رفته است (احمدوند، ۱۳۹۷).

البته از سوی دیگر هراس از مرگ هم با قدرت تمام بر زندگی حاکم است. وقتی ترس از مرگ بر زندگی سایه می‌افکند مرگ و زندگی را در تقابل با هم قرار می‌دهد و انکار مرگ میوه ترس از مرگ است، ترس از مرگ همیشه وجود داشته و بزرگ‌ترین دشمن شادی‌های بشر بوده و بر تمام ابعاد زندگی او تاثیر گذاشته و انسان به شکل‌های مختلف در برابر آن واکنش نشان داده است. وضعیت روانی ای که گاهی زندگی روزمره را مختل می‌کند و آدمی را به افسردگی و دل مردگی می‌رساند. ترس از مرگ در اشکال فراگیر و روانفرسای آن است که همه ارزش‌های زندگی را منهدم می‌کند و معنای آن سایر ترس‌های زندگی را هم دربرمی‌گیرد و حتی تبدیل به ترس از زندگی می‌شود. هراس از مرگ یک ترس خالص و واحد نیست. ترس از مرگ ترس‌های مختلفی را نشان می‌دهد.

## منابع

- بزازیان، سعیده؛ بشارت، محمد علی بهرامی احسان، هدیه رجب، اسدالله. (۱۳۹۹). نقش تعدیل کننده راهبردهای مقابله در رابطه بین دراک بیماری هموگلوبین گلیکوزیله و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱. مجله مدد درون ریز در متابولیسم ایران، دوره ۱۲ شماره ۲: ۲۱۳-۲۲۲.
- بشرپور، سجاد؛ نصری نصرآبادی، بهنام؛ حیدری، فاضله و مولوی، پرویز. (۱۳۹۷). نقش باورهای سلامتی و ادراک بیماری در پیش بینی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان سینه. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران (فارسی)، دوره ۶، شماره ۲، ۱۱۳-۱۰۲.
- ایلخانی، امیرمسعود. (۱۴۰۱). مقایسه ی سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان سینه، مولتیپل اسکروز (ام. اس) و افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

- سلیمانی، مریم؛ عظیمیان، ثریا و یونسی، سید جلال. (۱۳۹۶). رابطه بین علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) و شیوه های مقابله با استرس در مادران دارای فرزند دیابت نوع یک. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، دوره ۱۴ (شماره ۳) ۲۰۹-۲۱۶.
- سلیمانی محمدعلی، طبیبیان سمیرا، بخشنده هومن، اصغری مرضیه. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر درک از بیماری بر اضطراب مرگ بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۲۸ (۱۶۲): ۱۲-۲۴
- شریفی ساکی، شیدا؛ علی پور، احمد؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ محمدی، محمدرضا؛ غباری بناب، باقر؛ نیکوفر، علیرضا؛ انبیایی، رباب. (۱۳۹۷). رابطه بین سبک دل بستگی به خدا با افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه: نقش میانجی ادراک بیماری. *بیماریهای سینه ایران*، دوره ۱۱، شماره ۱، ۴۷-۵۱.
- عابدینی، سید محمود؛ منتظری، سحر؛ و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۷). مقایسه سبک های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با افراد سالم شرق استان مازندران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره بیست دوم، شماره ۹۴: ۷۷-۷۱.
- علی اکبری دهکردی، مهناز؛ اورکی، محمد؛ و برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۸). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب مرگ و از خود بیگانگی در سالمندان استان تهران. *مجله روان شناسی اجتماعی*، دوره ۱، شماره ۲: ص ۱۴۰-۱۵۹.
- کاظمی، فرشید، ربیعی نژاد، محمدرضا و کلهر، نرگس. (۱۳۹۵). بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) و تاب آوری با اضطراب مرگ مردان مبتلا به سرطان سینه روده. *کنفرانس ملی دانش و فناوری روانشناسی، علوم تربیتی و جامع روانشناسی ایران*.
- منیرپور، نادر؛ بخشی، شهربانو؛ ریسی، زهره؛ صادقیان، سعید؛ نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط میان ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری های عروق کرونر قلب. *دانشور پزشکی*، دوره ۲۱، شماره ۱۰۸.
- نصرالهی، بیتا؛ ترکمن، شیرین و دارندگان، کیوان. (۱۳۹۵). رابطه افسردگی و بهزیستی روان شناختی با ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *نشریه جراحی ایران*، دوره ۲۴، شماره ۱، ۳۵-۴۶.
- بهرامی، نسیم، مرادی، محمد، سلیمانی، محمد علی، کلاتری، زهرا و حسینی، فاطمه. (۱۳۹۸). اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *نشریه پرستاری ایران* ۲۶ (۸۲). ۵۱-۶۱.
- اتکینسون، ریتا. ال؛ اتکینسون، ریچارد. سی؛ اسمیت، ادوارد. ای؛ بم، داریل. ج؛ و هوکسما، سوزان. نولن. (۱۹۸۳). زمینه روانشناسی هیلگارد. مترجمان محمد نقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهناز شهر آرای، یوسف کریمی، نیرسان گاهان، مهدی محی الدین و کیانوش هاشمیان. (۱۳۹۶)، چاپ ششم، تهران: انتشارات رشد.
- باقریان، رضا؛ احمدزاده، غلام حسین و آبادچی، سهیلا. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله ای، متغیرهای شخصیتی و ادراک از بیماری در بیماران سکته قلبی. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، شماره هیجدهم، سال ششم، ۲۴-۳۴.
- برک، لورای. ای. (۲۰۰۱). روانشناسی رشد (جلد دوم). ترجمه یحیی سیدمحمدی. (۱۳۹۷). تهران: انتشارات ارسباران.
- بشرپور، سجاد؛ نصری نصرآبادی، بهنام؛ حیدری، فاضله و مولوی، پرویز. (۱۳۹۷). نقش باورهای سلامتی و ادراک بیماری در پیش بینی رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران (فارسی)*، دوره ۶، شماره ۲، ۱۱۳-۱۰۲.



- پاول، تروور جی. و انرایت، سیمون جی. (۱۹۹۱). فشار روانی، اضطراب و راههای مقابله با آن. مترجمان: عباس بخشی پور رودسری و حسن صوری مقدم، چاپ دوم، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- پور افکاری، نصرت الله. (۱۳۷۶). فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی. تهران: فرهنگ معاصر.
- جعفری، عیسی؛ سهرابی، فرامرز؛ جمهری، فرهاد؛ نجفی، محمود. ۱۳۹۸. رابطه تیپ شخصیتی C، منبع کنترل و سخت رویی در بیماران مبتلا به سرطان سینه و افراد عادی. مجله روان شناسی بالینی، سال اول، شماره ۱: ۶۶-۵۷.
- حسن پور دهکردی، علی. ۱۳۹۶. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه. بهبود، ۱۰ (۲): ۱۱۰-۱۱۹.
- حسن شاهی، محمد مهدی و دارایی، مریم. (۱۳۹۵). تأثیر شیوه های مقابله با استرس بر سلامت روان دانشجویان: اثر تعدیل کننده سرسختی روان شناختی. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، شماره ۲۶: ۹۸-۷۷.
- حسن شاهی، محمد مهدی. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط میان خوش بینی و شیوه های مقابله با استرس در دانشجویان دانشگاه. مجله اصول بهداشت روانی، شماره ۱۵ و ۱۶: ۹۸-۸۶.
- خدایاری فرد، محمد؛ و پرند، اکرم. (۱۳۹۸). استرس و روش های مقابله با آن. چاپ دوم، انتشارات دانشگاه تهران.
- ذکایی، محمد سعید. (۱۳۹۵). جوانان، بدن و فرهنگ تناسب اندام، فصلنامه پژوهش زنان، دوره ۱، شماره ۲: ۳۲-۲۴.
- رایگان، نیلوفر؛ شعیری، محمد رضا؛ اصغری مقدم، محمد علی. (۱۳۹۵). بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله ای کش بر جوعاطفی خانواده منفی دختران. دانشور رفتار، سال سیزدهم، شماره ۱۹: ۲۳-۱۱.
- ربیع، مهدی؛ کجباف، محمد باقر؛ صلاحیان، افشین؛ پلاهنک، حسن. (۱۳۹۷). اثر بخشی مداخله فراشناختی بر روی در امیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال بدشکی بدن. مجله علوم پزشکی افق دانش گنآباد، دوره ۱۸، شماره ۱: ۵۹-۵۳.
- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک، ویرجینیا الکت. ۲۰۰۱. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۷). جلد اول، ویرایش دهم، تهران: ارجمند.
- ساراسون، ایروین جی و ساراسون، باربارا آر. ۱۹۸۷. روان شناسی مرضی. مترجمان، بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم و محسن دهقانی (۱۳۹۷). جلد اول، تهران: رشد.
- سلیمانی، مریم؛ عظیمیان، ثریا و یونسی، سید جلال. (۱۳۹۶). رابطه بین علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) و شیوه های مقابله با استرس در مادران دارای فرزند دیابت نوع یک. مجله دیابت و متابولیسم ایران، دوره ۱۴ (شماره ۳) ۲۰۹-۲۱۶.
- سلیمانی محمدعلی، طبیبیان سمیرا، بخشنده هومن، اصغری مرضیه. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر درک از بیماری بر اضطراب مرگ بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۹۷؛ ۲۸ (۱۶۲): ۲۴-۱۲.
- شریفی ساکی، شیدا؛ علی پور، احمد؛ آقايوسفی، علیرضا؛ محمدی، محمدرضا؛ غباری بناب، باقر؛ نیکوفر، علیرضا؛ انبیایی، رباب. (۱۳۹۷). رابطه بین سبک دل بستگی به خدا با افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه: نقش میانجی ادراک بیماری. بیماریهای سینه ایران، دوره ۱۱، شماره ۱، ۵۱-۴۷.
- علی اکبری دهکردی، مهناز؛ اورکی، محمد؛ برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۸). بررسی جهت گیری مذهبی با اضطراب مرگ و از خودبیگانگی سالمندان استان تهران. پژوهشنامه ی روانشناسی اجتماعی، دوره ۱، شماره ۲، ص ۱۴۰-۱۵۹.
- علیزاده، حمید. (۱۳۹۶). تاب آوری شناختی (بهزیستی روانی و اختلال های رفتاری). تهران: انتشارات ارسباران.
- ثناپی، حسن. (۱۳۹۹). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج تهران انتشارات رشد.
- رهنما، اکبر. (۱۳۸۳). آسیب شناسی روابط زناشویی و ارائه راهکارها، ارائه شده در نخستین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، اردیبهشت ماه.



رفیعی نیا، فرحناز. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش های شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین دانشجو مستقر در خوابگاه متاهلین دانشگاه تهران. پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه علوم انسانی، رشته مشاوره.

گلدنبرگ، گلدنبرگ. (۲۰۰۳). خانواده درمانی، ترجمه حمید رضا حسین شاهی براونی. (۱۳۹۵)، تهران: روان. مهرآبادی، احمد. (۱۳۹۵). بررسی تاثیر خانواده درمانی استراتژیک بر رضایت زناشویی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

فرانکن، رابرت. ۲۰۱۹. انگیزش و هیجان. مترجمان: حسن شمس اسفند آباد، غلامرضا محمودی، سوزان امامی پور (۱۳۹۵). تهران: نشر نی.

قائم، فاطمه؛ مهدوی، ایرج. (۱۳۹۶). تشخیص سرطان سینه با استفاده از الگوریتم فرا ابتکاری. مطالعات علوم زیستی و زیست فناوری، دوره سوم - شماره ۸، ۴۱-۵۵.

قربانعلی پور، مسعود. (۱۳۹۹). اثر بخشی و مقایسه طرحواره درمانی بر هراس از مرگ افراد مبتلا به خودبیمار پنداری. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

کاظمی، فرشید، ربیعی نژاد، محمدرضا و کلهر، نرگس. (۱۳۹۵). بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) و تاب آوری با اضطراب مرگ مردان مبتلا به سرطان سینه روده. کنفرانس ملی دانش و فناوری روانشناسی، علوم تربیتی و جامع روانشناسی ایران.

کریم وکیل، علیرضا. (۱۳۹۷). رابطه کیفیت زندگی و جهت گیری مذهبی با اضطراب مرگ. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

کریمی، ستار. (۱۳۹۴). رابطه سبک های دلبستگی و جوعاطفی خانواده با سلامت روان زوجین معلم شهر کرمانشاه، پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشگاه رازی کرمانشاه، دانشکده علوم اجتماعی.

کیوان آرا؛ محمود؛ حقیقتیان، منصور؛ کاوه زاده، عادل. (۱۳۹۷). عوامل اجتماعی موثر در شکل گیری جوعاطفی خانواده (مطالعه موردی زنان شهر اصفهان). جامعه شناسی کاربردی، سال بیست سوم، شماره ۴: ۵۳-۶۶.

گیدنز، آنتونی. (بی تا). تجدد و تشخص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید. ترجمه ناصر موفقیان (۱۳۹۵)، تهران: نشر نی. مبعث زمانی، مریم. (۱۳۹۸). پیش بینی نارضایتی از جوعاطفی خانواده براساس عوامل روان شناختی و اجتماعی-فرهنگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان شناسی، دانشگاه تبریز.

مسعود نیا، ابراهیم. (۱۳۹۶). علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) و استراتژی های مقابله در بیماران آرتریت روماتوئید. پژوهشهای روانشناختی، دوره ۱۰، شماره ۳ و ۴، ۳۰-۱۱.

مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۹۷). علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف) و تاخیر در کمک جویی در زنان با علائم سرطان سینه: ارزیابی الگوی خودگردانی مجله علوم رفتاری، دوره ۲ (شماره ۳): ۲۷۱-۲۸۲.

معتمدی، غلامرضا. (۱۳۹۷). انسان و مرگ. تهران: انتشارات بعثت.

منصور، محمود. (۱۳۹۸). روانشناسی ژنتیک تحول روانی از تولد تا پیری. چاپ دهم، تهران: انتشارات سمت.

منیرپور، نادر؛ بخشی، شهربانو؛ ریسی، زهره؛ صادقیان، سعید؛ نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط میان ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری های عروق کرونر قلب. دانشور پزشکی، دوره ۲۱، شماره ۱۰۸.

نصرالهی، بیتا؛ ترکمن، شیرین و دارندگان، کیوان. (۱۳۹۵). رابطه افسردگی و بهزیستی روان شناختی با ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان سینه. نشریه جراحی ایران، دوره ۲۴، شماره ۱، ۳۵-۴۶.

- هاشمی رزینی هادی، باحشمت جویباری شهاب، رامشینی مریم. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله و منبع کنترل با اضطراب مرگ در سالمندان. سالمند: مجله سالمندی ایران. ۱۳۹۶؛ ۱۲ (۲): ۲۳۲-۲۳۳.
- هافمن، کارل؛ ورنوری، مارک؛ و ورنوری، جودیت. (۱۹۹۷). روان شناسی عمومی (از نظریه تا کاربرد). ترجمه: هادی بحیرایی، مهرداد پژهان، یحیی سید محمدی و همکاران (۱۳۹۶)، جلد دوم، چاپ چهارم، تهران: ارسباران.
- هالچین، ریچارد و ویتبورن، سوزان کراس. ۲۰۱۷. آسیب شناسی روانی: دیدگاههای بالینی درباره اختلال های روانی براساس DSM-IV-IR، جلد دوم. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۶). تهران: روان.
- یالوم، اروین دی. (۲۰۱۹). روان درمانی اگزیستانسیال، ترجمه سپیده حبیب. (۱۳۹۸)، تهران: نشر نی.
- یعقوبی جویباری، علی؛ فراستی نسب، مریم؛ و آزاده، پیام. (۱۳۹۶). درمان دارویی سرطان سینه. تهران: ارجمند.
- Boyd, M. A. (2019). *Psychiatric nursing*. New York: Lippincott Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* ۲۰۱۶ ; 60: 631-7.
- Dematheo, S., Leventhal, H., and Leventhal, E. (2023). Regulation, self-regulation, and the construction of the self in the maintenance of physical health. In: Boekaerts M, Pintrich PR, eds. *Handbook of Selfregulation*. San Diego, CA: Academic Press; ۳۶۹-۴۱۶.
- Dehghani M, Chehrzad M, Jafari Asl M, Soleimani R. Evaluate the relationship between body image satisfaction with the socio-cultural patterns Teenage girls in Rasht. *Journal of Hamadan Nursing and*
- Dumitrescu RG., Cotarla I., 2017, *Understanding breast cancer risk where do we stand in ۲۰۱۷?*, J Cell Mol Med, Vol ۹, P. ۲۰۸-۲۲۱. Russell, 2000, *Bailey and Love's Short Practice of Surgery*. In Chapter on breast cancer, 23rd ed. London: Arnold
- Emanuel EJ, Fairclough DL. Wolfe P. Emanuel LL. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement is it stressful? Is it helpful? *Aron Intern Med*. 2020; 164(18).
- Frith, Harcourt D., Fussell A., Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer, *European journal of oncology nursing*, 2017; 11: ۳۸۵-۳۹۱.
- Garnezy, N. M., & Masten, A. A. (2016). Particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*. 42: 323-36.
- Gromel, K. Sargent, R. Wakins, J. Shoob, H. Digioacchino, R. Malian, A. (2000) Measurements of body image in clinical weight loss participants with and without binge-eating traits. *Eating Behaviors*; 1, 191.
- Hoelterhoff, M., & Chung, M. C. (2021). Death anxiety and well-being; coping with life-threatening events. *Traumatology*, 19(4), 280-291.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1985). *Coping and adaptation*, Gilford Press.
- Lento RH, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Res Theor Nurs Pract*, 2019; 23: 23-8.
- Leventhal, H., and Diefenbach, M. The activeside of illness cognition In: Skelton JA, Croyle RT, eds. *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer-Verlag 1991; 247-72. 18.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L. et al. Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie, KJ. and Weinman, J.A.

(Eds.), *Perceptions of Health and Illness*, Harwood Academic Publishers, Singapore 2021: 19-46.

Levine M, Piran N. (2020) The role of body image in the prevention of eating disorders, *Body Image*. 1(1):57-70

Littleton, H. L., Axsom, D. S., & Pury, C. L. (2017). Development of the body image concern inventor. *Behavior Research and Therapy*, 43, 229 -241.

Midwifery, 2021; 20(3): 26-34. [

Mikulincer M, Florian V. Stress, coping, and fear of personal death: The case of middle-aged men facing early job retirement. *Death Studies*. 1995; 19(5):413–31.

Moreira H., Silva S., Margues a., Canavarro M.C., The Portuguese version of the body image scale (BIS)- psychometric properties in sample of breast cancer patients, *European journal of oncology nursing*, 2020; 14: 111-118.

Neimeyer GJ, Behnke M, Reiss J. Constructs and coping: Physicians' responses to patient death. *Death Education*. 1983; 7(2-3):245-64. doi: 10.1080/07481188308252165

Richardson E, King T, Forsyth H, Clark M. (2000) Body image evaluations in obese females with eating disorder. *Eating Behaviors*; 1(2)161-171.

Şahan, E., Eroğlu, Z. M., Karataş, M. B., Mutluer, B., an Uğurpala, C., & Berkol, T. D. (2018). Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *Egypt Heart J*. 2018 Sep; 70(3): 143–147.

Sharpiron SL, Lopez AM. Soharrz GE. Quality of life and breast cancer relationship to psychosocial variable. *J clinpsycol*, 2001; 5(1): 501-519

Sherman DW. Norman R M. Sherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2020; 21: 99-13.

Sninn E. Taylor C. Kilgore K. Valentine A. Bodurka. D. Kavanagh J, et al. Associations with worry about dying and hopelessness in ambulatory ovarian cancer patients. *Pallit Support Care*, 2019; 7(3): 299-306.

Thompson JK. (1996). Assessing body image disturbance: Measures, methodology, and implementation. In: Thompson JK, editor. *Body image, eating disorders and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: *American Psychological Association*; 49-81.

Wittkowski J. (2022). Coping and attitudes toward dying and death in German adults. *Journal of Death and Dying*.; 72(4):316–39. doi: 10.1177/0030222815575283