

نقش میانجی سازگاری با بیماری و قدرت درونی در رابطه بین حمایت اجتماعی و معنایابی با خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان: یک مدل یابی معادله ساختاری

علی بهشتی مطلق^۱، اسحق رحیمیان بوگر^۲، هادی محمد دوست^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

^۲ دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده

مسئول)

^۳ دکتر هادی محمد دوست، استادیار، فوق تخصص خون و سرطان بالغین، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف نقش میانجی سازگاری با بیماری و قدرت درونی در رابطه بین حمایت اجتماعی و معنایابی با خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان: یک مدل یابی معادله ساختاری انجام شد. بر اساس موضوع و اهداف مورد مطالعه، طرح پژوهش حاضر توصیفی همبستگی به شیوه مقطعی واپس نگر در رویکردی اکتشافی با استفاده از مدل یابی معادله ساختاری بود. جامعه آماری تمام بیماران با تشخیص سرطان در شهر بجنورد بودند که تا شهریور سال ۱۳۹۹ به تعداد ۶۴۰ بیمار شناسایی شدند. نمونه آماری پژوهش با توجه به فرمول کوکران ۲۴۰ نفر برآورد شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی شربورن و استوارت (۱۹۹۱)، معنایابی، لین، زو، ژو، یانگ و زو (۲۰۱۷)، خودمراقبتی (۲۰۰۴)، مقیاس سازگاری با سرطان (mini-mac) گر و موریس (۱۹۷۰) و قدرت درونی دینگلی و روکس (۲۰۰۳) بودند. داده‌های حاصل از این پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS 2، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از فرضیه‌ها حاکی از آن بود که معنایابی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان اثر مستقیم دارد. سازگاری با بیماری و قدرت درونی در رابطه بین معنایابی با خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان میانجی‌گری جزئی دارد. حمایت اجتماعی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان اثری ندارد. تقویت متغیرهای همسو باهم در بیماری‌های مزمن با درمان‌های طولانی کمک شایانی در بهبود وضعیت روان‌شناختی و روحیه این بیماران دارد.

واژه‌های کلیدی: سازگاری با بیماری، قدرت درونی، حمایت اجتماعی، معنایابی، خود مراقبتی، بیماران سرطانی

۱. مقدمه

سرطان^۱ بیماری است با علت‌ها، تظاهرات، درمان‌ها و پیش‌آگاهی‌های متفاوت که با رشد غیرطبیعی و خارج از کنترل سلول، شروع شده و منجر به تشکیل توده‌ای به نام «تومور^۲» می‌گردد که قدرت تهاجم بالا دارد. میزان وقوع سرطان در کشورهای صنعتی رو به رشد، بالاتر است و در ایالات متحده، بعد از بیماری قلبی، دومین عامل مرگ‌ومیر به حساب می‌آید. تومور سرطانی با اختلال در تقسیم سلولی شروع می‌شود و پس از رشد در قسمتی از بدن به بخش‌های دیگر آن حرکت و تهاجم می‌کند و تغییراتی را در توانایی جسمی و روانی فرد، شکل جسمی بدن و جذابیت آن، تمایلات جنسی، باروری، عملکرد فیزیکی بیمار ایجاد می‌کند. منطقه هجوم سرطان تنها جسم انسان نیست بلکه به لحاظ روانی اجتماعی نیز او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مهم‌ترین شاخص‌های سلامت روانی اجتماعی در چهار مؤلفه: درون فردی (قدرت درونی، خود مراقبتی)، بین فردی (مشارکت، مسئولیت‌پذیری و روابط اجتماعی)، استرس (مدیریت استرس و کنترل هیجان) و سازگاری (انعطاف‌پذیری و شادی) هستند [۱].

مراقبت از خود^۳، اقدامات هدفمند برای کمک به سلامتی و کاهش استرس است. ارزش و احتمالاً چالش، در اجرای و ارزیابی خود مراقبتی این است که مراقبت از خود فردی و منحصر به فرد است. برای درک نیاز به مراقبت از خود، باید با بررسی حرفه و خواسته‌های متمایز آن شروع شود [۲]. مراقبت از خود یک پیش‌بینی قوی از بیماری است، درک بهتر از چگونگی بهبود توانایی‌های شناختی، احساسی و جسمی برای مدیریت بیماری ضروری است [۳]. لی و میلر (۲۰۱۳) دو بعد را برای خود مراقبتی تعریف کردند: شخصی و حرفه‌ای. لی و میلر بعد شخصی را مراقبت از خود را به‌عنوان یک فرایند تعامل متقابل در شیوه‌های سلامت جامع و رفاه خود ترویج می‌کنند، توصیف کردند. در بعد حرفه‌ای مراقبت از خود فرآیند تعامل هدفمند در شیوه‌هایی که باعث استفاده مؤثر و مناسب از خود نقش حرفه‌ای در زمینه حفظ سلامت جامع و بهزیستی در محتوا می‌شود. جنبه‌های دیگر خود مراقبتی شامل: جنبه‌های فیزیکی، معنوی، اجتماعی و احساسی خود مراقبتی است. مجتمع همه این تعاریف با تعریف مراقبت از خود به‌عنوان یک چند بعدی، فرآیند چندگانه تعامل متقابل در استراتژی که ترویج عملکرد سالم و بهبود رفاه است [۴].

منظور از خود مراقبتی، تزریق صحیح و به‌موقع شیمی‌درمانی، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های جسم مناسب و افزایش کیفیت زندگی است [۵]. مراقبت از خود یا خودکارآمدی به‌عنوان یک مفهوم روان‌شناختی از خودکارآمدی حاصل شده است که بر روی اعتماد به نفس شخصیت خود تمرکز دارد توانایی انجام رفتارهای مربوطه در یک وضعیت خاص است [۶]. در بیماران سرطانی مراقبت از خود به معنای افزایش کیفیت زندگی، اداره علائم و افزایش رضایت از زندگی است [۷]. خود مراقبتی عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به‌عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به‌طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند. منظور از به‌طور مستقیم تصمیم‌گیری درباره خود و با اتکا به خود است. البته این تصمیم‌گیری از دیگران نیز است. اگرچه خود مراقبتی فعالیتی است که مردم برای تأمین حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند ولی گاهی این مراقبت به اطرافیان گسترش می‌یابد. خود مراقبتی به مسئولیت‌پذیری افراد در مقابل سلامت خود از طریق اتخاذ سبک سالم زندگی، تدبیر اندیشی جهت جلوگیری از رخداد حوادث و بیماری‌ها، نگهداری و استفاده صحیح از داروها بدون نسخه در بیماری‌های جزئی و مراقبت بهینه بیماری‌های مزمن اطلاق می‌شود [۸].

1. Cancer

2. Tumor

3. Self-care

سازگاری ذهنی^۴ با بیماری در فرآیندهای شناختی و در رفتار واقعی بیمار بیان می‌شود. سازگاری با بیماری یک فعالیت واحد نیست، بلکه یک روند است که هدف آن بازگرداندن تعادل درونی بیماران در شرایط جدید و در رفع ناراحتی احساسی است [۹]. توانایی سازگاری به‌عنوان «توانایی بیمار به سازگاری» تعریف شده است، او به موقعیتی نیاز دارد که نیاز به تلاش‌های شناختی- رفتاری برای حفظ توازن ذهنی و جسمی و زندگی خود به‌وسیله ارزش‌ها پس از شروع سرطان دارد [۱۰]. در سازگاری بیمار یاد می‌گیرد چگونه به مدیریت مسائل مربوط به سرطان و افسردگی احساسی و بپردازد و با آن مقابله کند سازگاری اغلب به استفاده از اصطلاحات «مبارزه با روح» و «سرخوردگی» همراه است. اجتناب شناختی یکی دیگر از فرم سازگاری است که نقش سازگاری یا ناسازگاری در آن روشن نیست. سازگاری با سرطان به مقابله با یک مشکل مربوط به سرطان در نقاط خاصی در زمان بیماران بستگی دارد. مفاهیم راه‌های مقابله و نتایج سازگاری آن‌ها جداگانه است [۱۱]. سازگاری و انطباق سرطان به‌عنوان پاسخ شناختی و رفتاری فرد به تشخیص سرطان تعریف شده است. سازگاری ذهنی با داشتن سرطان در ابتدا دو مؤلفه را تشکیل می‌دهد: ارزیابی شناختی بیمار و پاسخ‌های رفتاری بعدی به تشخیص سرطان [۱۲]. در یک معنی خاص، سازگاری نشان‌دهنده لذت بردن از روابط بین فردی و کار کردن به شیوه‌ای است که اهداف شخصی را برآورده می‌کند. به‌طور عمومی، سازگاری را می‌توان به‌عنوان توانایی سازگاری، سازش، همکاری و مقابله با خود، محیط و دیگران تعریف کرد [۱۳].

سازگاری^۵ در سرطان به مجموعه نگرش‌ها و عملکردهایی اطلاق می‌گردد که فرد برای ابقاء سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس‌هایی که به علت ابتلا به سرطان ایجاد می‌گردد، اتخاذ می‌کند. بررسی‌ها نشان می‌دهد افراد برای سازگاری عمدتاً از راهبردهای مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی استفاده می‌کنند. برخی از روش‌های سازگاری در ارتقاء حس سلامت موفقیت‌آمیز هستند و در برخی دیگر، این فرآیندها در زمینهٔ ایجاد تطابق روانی سودمند هستند. سازگاری فرآیندی پویا و روان‌شناختی است که از گام‌های مختلف و به‌هم‌پیوسته تشکیل شده و افراد برای رسیدن به سازگاری باید این مراحل را پشت سر بگذارند. فرآیند سازگاری از نیاز یا سائق آغاز و با برآورده شدن آن تمام می‌شود. باتلر و همکاران در پژوهش خود نشان دادند بیماران که سازگاری خوبی با بیماری نشان می‌دهند کمتر پریشان یا افسرده می‌شوند و میزان کمتری توجه و رسیدگی پزشکی را درخواست می‌کنند که در نتیجه، کاهش هزینه‌های درمان را در پی خواهد داشت [۱۴].

قدرت درونی مفهومی نزدیک و مرتبط به میل برای زندگی و تاب‌آوری است که شاید اهمیت بازیابی، بهزیستی، سلامتی، کیفیت زندگی و شادی می‌باشد [۱۵]. قدرت درونی بر روی فرآیندهای رشدی اتفاقات چالش‌برانگیز زندگی زنان مانند دردهای مزمن متمرکز می‌کند. قدرت درونی پاسخ انسان‌ها را زمانی که با یک موقعیت چالش‌برانگیز سخت روبرو می‌شود نشان می‌دهد. قدرت درونی بیشترین پیش‌بینی کننده در میان تغییرها برای کیفیت زندگی است. مدل تجدیدنظر شده قدرت درونی نشان می‌دهد امیدوار، داشتن هدف در زندگی، روابط شخصی و حمایت از طرف دیگران، تغییرات مثبت و معنوی با کیفیت زندگی ارتباط دارد [۱۶]. چندین مطالعه بر روی شرکت‌کنندگان با بیماری‌های مختلف نشان می‌دهد که افزایش حمایت اجتماعی و هیجانی با افزایش قدرت درونی ارتباط دارد [۱۵]. این مفهوم که منبع اصلی انسانی برای ارتقای کیفیت زندگی، بهزیستی و شادمانی محسوب می‌شود با تعدادی از منابع اصلی سلامت از قبیل حس انسجام، سرسختی، تاب‌آوری، هدفمندی در زندگی و خودتعالی مرتبط است [۱۷] [۱۵]. عامل قدرت درونی سازگاری با موقعیت‌های جدید را تسهیل می‌کند و عاملی مؤثر در کنترل علائم افسردگی و افزایش خودکارآمدی در مدیریت بیماری‌های مزمن است [۱۸].

⁴. Mental adjustment

⁵. Adaption

حمایت اجتماعی^۶ با سازگاری، بهزیستی، سلامت و کیفیت زندگی در ارتباط است. در میان بازماندگان سرطان گزارش شده است که حمایت اجتماعی باعث کاهش رنج، بهبود عملکرد مغز و پیش‌بینی کننده بهزیستی می‌شود. حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی است که شامل هیجان‌ها، ابزارها و اجزاء اطلاع‌رسانی آن می‌شود. این با یک تبادل اطلاعات متقابل مشخص می‌شود، بافت خاص است و به نتیجه می‌رسد بهزیستی روانی بهبود می‌یابد. منابع لازم برای حمایت اجتماعی شامل یک شبکه اجتماعی و اقلیم هدایت‌کننده [۱۹]. حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان میزانی تعریف شود که فرد معتقد است که نیازهای وی به پشتیبانی، اطلاعات و بازخورد برآورده می‌شود. در دسترس بودن درک شدن بین فردی منابعی مانند ارتباط کلامی و غیرکلامی. مراقبت و نگرانی، از جمله گوش دادن، آنجا بودن، تأکید، اطمینان و آسایش، می‌تواند افراد را از عوارض جانبی بالقوه رویدادهای استرس‌زا محافظت کند [۲۰].

حمایت اجتماعی شبکه پیچیده‌ای از چگونگی کسب اطلاعات و کمک این اطلاعات به فرد و همچنین نحوه پاسخگویی به نیازهای عاطفی آن‌ها است. این را می‌توان از طریق خانواده دوستان و دیگر شبکه‌های اجتماعی که در دسترس فرد است به دست آورد. حمایت با بقای بهتر، کاهش افسردگی و رعایت بالاتر داروها همراه است. علاوه بر این به عملکرد ایمنی بهتر و حمایت اجتماعی فقیر با افزایش مرگ‌ومیر و افزایش بستری و کاهش کیفیت زندگی نیز مرتبط بوده است. حمایت اجتماعی را می‌توان ادراک یا تجربه‌ی یک فرد از اینکه او را دوست دارند، به او توجه و از آن مراقبت می‌کنند، همچنین به او حرمت و ارزش قائل می‌شوند و زمانی که با تنیدگی مواجه می‌شود، منبع حمایتی برای کنار آمدن با مشکل از وی حمایت به عمل می‌آورد در نظر گرفت [۲۱]. افزایش اعتماد به نفس، احساس تعلق به گروه، تقویت توانایی‌شان یا شایستگی انجام وظایف ضروری‌شان، همه به‌عنوان اشکال حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند [۲۲]. آزد میر در مطالعه‌اش پی برد که حمایت اجتماعی برای زنان مبتلابه سرطان سینه یکی از نکات کلیدی در مدیریت استرس مؤثر است و افزایش سن نیز تأثیر مهمی بر توانایی زنان برای مقابله با استرس دارد [۲۳].

هاوس (۱۹۸۱) حمایت اجتماعی را به‌عنوان تبادلات میان فردی که مستلزم رابطه عاطفی، اطلاعاتی، ارزیابی یا کمک ابزاری است تعریف می‌نماید. حمایت اجتماعی از مفهوم کنش متقابل دستگاه‌های میان فردی کینگ مفهوم‌سازی شده است. به نظر وی رشد، تغییر و توسعه فردی به‌وسیله روابط حاصل می‌شود؛ بنابراین کیفیت تعاملات می‌تواند تأثیر مثبت یا منفی روی سلامت داشته باشد. معنایابی به‌عنوان یک استراتژی مقابله مثبت‌گرا شناخته شده است که ممکن است بر روی پیامدهای سلامت جسمی و روانی اثر بگذارد [۲۴].

معنایابی^۷ به‌عنوان فرآیند ارزیابی مجدد مثبت که مکن است در کسانی که متحمل تغییرات در زندگی هستند توصیف کند. معنایابی به‌عنوان یک فرآیند ارزیابی مثبت توصیف شده است که ممکن است احساسات و رفتارهای مثبت مقابله‌ای را در تجارب افراد تسهیل یا افزایش دهد [۲۵]. معنایابی به‌عنوان تغییر مثبت زندگی تعریف شده است که نتیجه یک واقعه استرس‌زا مانند تشخیص سرطان است. معنا معمولاً شامل بهبود شخصی، منابع و خصوصیات روابط نزدیک‌تر و تغییرات مثبت در اولویت‌های زندگی و هدف است. معنایابی به‌عنوان یک‌روند مقابله‌ای در حال تحول که مردم در آن کار می‌کنند که معنای بیشتری از تجربیات استرس‌زا و آسیب‌زا بسازند مفهومی شده است. معنایابی یک استراتژی شناختی برای مقابله با استرس‌زا مشکل به حساب می‌آید [۲۶]. یافتن معنا به‌عنوان یافتن چیز خوب در نتیجه حوادث استرس‌زا، در حالیکه رشد پس از آسیب، فرایندی پرتلاش‌تر برای یافتن خوب است تعریف می‌شود [۲۷]. معنایابی به تفاوت‌های فردی در درک تغییرات مثبت زندگی

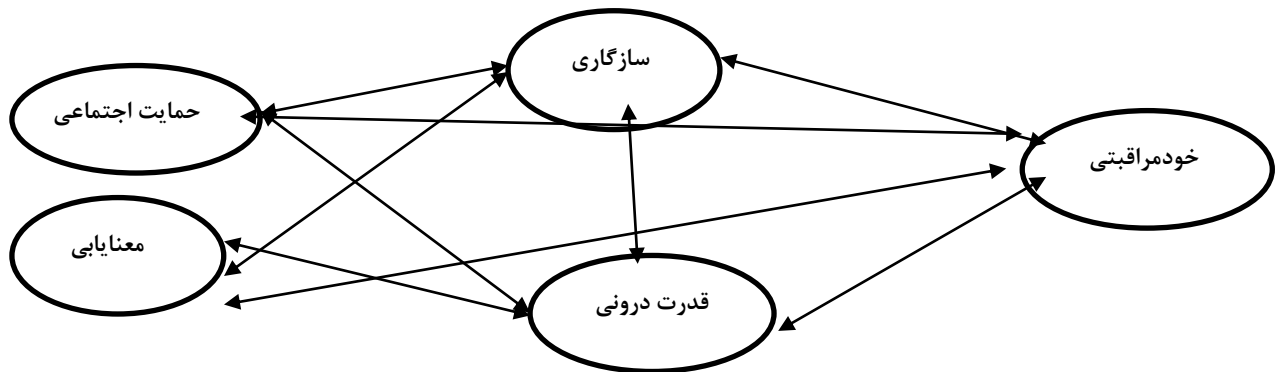
^۶. Social support

^۷. benefit-finding

ناشی از ناسازگاری و عوامل منفی استرس‌زا زندگی اشاره دارد. چنین تغییرات مثبت ممکن است خود را در داشتن یک جهان‌بینی معنادارتر یا دیدگاه مثبت نسبت به خود و احساس تقویت‌شده به‌عنوان یک فرد نشان دهد [۲۸]. معنایابی ممکن است از طریق دیدن آزمایش‌ها به‌عنوان فرصتی برای رشد شخصی، ساختن ایمان، تمرین صبر یا اعتقاد به این‌که همه کارها باهم خوب کار می‌کنند آشکار شود [۲۹]. معنایابی در سرطان بستگی به استراتژی‌های کنار آمدن، شخص و منابع اجتماعی دارد [۳۰]. فرانکل از مهم‌ترین و معروف‌ترین نظریه‌پردازان حیطه‌ی معنا و بنیان‌گذار نظریه تحلیل وجودی بابیان اصل «اراده معطوف به معنا» شخصیت سالم را در قالب این اصل تبیین می‌کند. وی معیار نهایی رشد و پرورش شخصیت سالم را اراده‌ی معطوف به معنای زندگی و نیاز مداوم انسان به جستجوی معنا می‌داند و معتقد است انسان سالم با کشف مفهوم زندگی خود به آرامش و سازگاری عاطفی می‌رسد. داشتن معنا نه‌فقط برای موفقیت و شادکامی بلکه برای بقاء لازم است [۳۱].

در پژوهشی که گارون و گرنت انجام دادند حمایت اجتماعی با خود مراقبتی در بیماری قلبی رابطه مثبت داشته است که خانواده فرد نقش مهمی در رفتارهای خود مراقبتی بازی می‌کند [۳۲]. در پژوهش دیگری که هان و چوی با عنوان عوامل مؤثر بر رفتارهای خود مراقبتی پیشگیری از عفونت در بیماران مبتلابه سرطان خون انجام دادند رابطه مثبت بین حمایت اجتماعی خانواده و رفتارهای خود مراقبتی پیشگیرانه در بیماران مبتلابه سرطان دیده‌شده است و نقش‌های خانوادگی در رفتارهای خود مراقبتی که در خانه بعد از ترخیص اتفاق می‌افتد بسیار مهم هستند [۳۳]. در پژوهشی با عنوان میانجیگری حمایت اجتماعی در ارتباط بین معنایابی کیفیت زندگی نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با معنایابی، خوش‌بینی و حمایت اجتماعی ارتباط مثبت دارد و افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری داشته‌اند از معنایابی و خوش‌بینی بیشتری در زندگی سود جستند [۳۴].

بیماری سرطان یک بیماری است که روان و جسم فرد که هرکدام یک یا چند جنبه دیگر را دارد درگیر می‌کند، سرطان با درگیر کردن روان و جسم فرد زندگی فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فرد را به چالش می‌کشد و بر اساس این موارد تمام عناوین پژوهشی که در چند سال اخیر انجام شده است بررسی دو یا چهار متغیر بوده است و از انجام این پژوهش‌ها سال‌ها می‌گذرد و پژوهشی چندجانبه‌ای که جنبه‌های مختلف را مورد بررسی قرار دهد نیست، در حال حاضر پژوهشی در رابطه با رشد پس از سانحه، خود مراقبتی، سازگاری با بیماری، قدرت درونی، حمایت اجتماعی و معنایابی که همه این متغیرها را به‌طور جامع مورد بررسی قرار دهد وجود ندارد. پژوهش حاضر با بررسی این متغیرها به خانواده‌ها، پرستاران و کلیه کسانی که به بیماران سرطانی کمک‌رسانی می‌کنند مفید است و باعث می‌شود سیر درمان و سیر زندگی پس از درمان برای این عزیزان راحت‌تر باشد. با توجه به عصر حاضر و به وجود آمدن انواع بیماری‌های مهلک و تحت تأثیر قرار دادن تمام ابعاد زندگی بیماران نیاز است تا پژوهش‌هایی که انجام می‌شوند تمام ابعاد یا حداقل متغیرهای مرتبط با بیمار یا بیماری را مورد بررسی قرار دهند، در این بین فردی که به سرطان مبتلا می‌شود علاوه بر دردهای جسمی از دردهای روحی و روانی نیز رنج می‌کشد و لازم است متخصصان این امر با تمام متغیرهایی که در اختیار دارند به کمک بیمار مبتلابه سرطان بپردازند. در ادامه این پژوهش سعی دارد تا با ادغام کردن متغیرهای حاضر به یک مدل ساختاری کلی (شکل ۱) دست یابد، لذا با توجه به شواهد پژوهشی و وجود روابط مستقیم و غیرمستقیم هر یک از متغیرهای مورد مطالعه، هدف کلی این پژوهش آن است که آیا اثر ساختاری بین حمایت اجتماعی و معنایابی با خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان با نقش میانجی سازگاری با بیماری و قدرت درونی وجود دارد؟



شکل ۱: مدل ساختاری و کلی روابط مستقیم و غیرمستقیم

۲. روش کار

این پژوهش بر اساس موضوع و اهداف مورد مطالعه، طرح پژوهش حاضر توصیفی همبستگی به شیوه مقطعی واپس نگر در رویکردی اکتشافی با استفاده از مدل یابی معادله ساختاری است. جامعه آماری تمام بیماران با تشخیص سرطان در شهر بجنورد بودند که تا شهریور سال ۱۳۹۹ به تعداد ۲۴۰ بیمار شناسایی شدند. نمونه آماری پژوهش با توجه به فرمول کوکران ۲۴۰ برآورد شد و از روش نمونه‌گیری تصادفی هدفمند استفاده شد.

فرمول کوکران و تعیین حجم نمونه پژوهش:

$N =$ حجم جمعیت آماری

n : اندازه نمونه

d : ضریب خطا (۰/۰۵)

$p = (1-q)$: نسبتی از جمعیت فاقد صفت معین (۰/۵)

$Z_{0.025} =$ مقدار متغیر تصادفی نرمال استاندارد (۱/۹۶)

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)} = \frac{\frac{(3.84)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}}{1 + \frac{1}{640} \left(\frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2} - 1 \right)} = 240.30$$

پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی شربورن و استوارت (۱۹۹۱)، این مقیاس ۱۹ عبارت و ۵ زیرمقیاس دارد. حمایت ملموس ۴ ماده؛ سوالات ۱، ۴، ۱۱، ۱۴؛ حمایت هیجانی ۴ ماده؛ ۲، ۸، ۱۵، ۱۸؛ اطلاع‌رسانی ۴ ماده؛ ۳، ۷، ۱۲، ۱۶؛ مهربانی ۳ ماده؛ ۵، ۹، ۱۹؛ تعامل اجتماعی مثبت ۴ ماده؛ ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۷. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ‌وقت ۰، به‌ندرت ۱، گاهی اوقات ۲، اکثر اوقات ۳، همیشه ۴) است. پرسشنامه معنایابی لین، زو، ژو، یانگ و زو (۲۰۱۷) که دارای ۱۷ آیتم می‌باشد و بینش‌های مربوط به مشارکت‌های مثبت ناشی از فرایند یا تجربه مقابله با سرطان را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم ۰، مخالفم ۱، نظری ندارم ۲، موافقم ۳، کاملاً موافقم ۴) است. این پرسشنامه سه مقیاس رشد شخصی؛ ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷؛ بهبود روابط؛ سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و پذیرش؛

سؤالات ۱، ۲، ۳ را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه خود مراقبتی (PAM) (۲۰۰۴)، این پرسشنامه دارای ۲۲ ماده است که توسط هیبارد، استوکارد، ماهونی و تاسلر تهیه شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ امتیازی (کاملاً مخالفم ۰، مخالفم ۱، نظری ندارم ۲، موافقم ۳، کاملاً موافقم ۴) رتبه‌بندی می‌شود. خود مراقبتی شامل ۴ بعد به صورت: باور به اهمیت نقش فعال؛ سؤالات ۱، ۲، داشتن اعتماد به نفس و دانش لازم برای عمل؛ سؤالات ۳ تا ۱۲، اقدام به حفظ و ارتقاء سلامتی شخص؛ سؤالات ۱۳ تا ۱۸، تداوم مسیر در شرایط استرس؛ سؤالات ۱۹ تا ۲۲. اندازه‌گیری فعال‌سازی بیمار (PAM) به نظر می‌رسد یک ابزار معتبر و قابل اعتماد برای اندازه‌گیری فعال‌سازی است. این اندازه‌گیری دارای خصوصیات روان‌سنجی قوی است و به نظر می‌رسد در ماهیت توسعه فعال‌سازی نقش دارد

مقیاس سازگاری با سرطان (mini-mac) گرر و موریس (۱۹۷۰)، تنظیم ذهنی با مقیاس سرطان (MAC)، یک اقدام خودارزیابی با ۴۰ ماده توسط نویسندگان مدل نظری برای اندازه‌گیری پنج سبک تعدیل در بیماران سرطانی (روحیه مبارزه؛ سؤالات ۲، ۱۰، ۱۸، ۲۳؛ درماندگی؛ سؤالات ۴، ۶، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۱؛ نگرانی اضطراب؛ سؤالات ۵، ۷، ۹، ۱۳، ۲۲، ۲۵، ۲۸، ۲۹؛ کشندگی؛ سؤالات ۱، ۸، ۱۹، ۲۴ و اجتناب شناختی؛ سؤالات ۱۱، ۱۷، ۲۶، ۲۷) تهیه شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ امتیازی (کاملاً مخالفم ۰، مخالفم ۱، نظری ندارم ۲، موافقم ۳، کاملاً موافقم ۴) رتبه‌بندی می‌شود. پرسشنامه قدرت درونی دینگلی و روکس (۲۰۰۳)؛ این مقیاس دارای ۲۹ ماده به صورت لیکرت از نمره (کاملاً مخالفم ۰، مخالفم ۱، نظری ندارم ۲، موافقم ۳، کاملاً موافقم ۴) تشکیل شده است. آیتم‌های ۱۴ تا ۲۰ برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. ماده‌های قدرت درونی شامل ۴ بعد تعهد سؤالات ۱ تا ۶، پیوستگی (ارتباط) سؤالات ۷ تا ۱۳، خشم و جستجو سؤالات ۱۴ تا ۲۰ و حرکت ۲۱ تا ۲۷ می‌باشند. نوع روایی پرسش‌نامه‌های پژوهش حاضر محتوایی است و پایایی پرسشنامه‌ها نیز با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد. با توجه به این که مقدار آلفای کرونباخ برای حمایت اجتماعی (۰،۹۳۷)، معنایابی (۰،۷۶۵)، خود مراقبتی (۰،۹۱)، سازگاری با بیماری (۰،۶۶۰) و قدرت درونی (۰،۶۳۹) به دست آمد، ابزار از پایایی مناسب برخوردار بود. داده‌های حاصل از این پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS 2، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش اجرا

قبل از اجرای میدانی پرسشنامه‌ها کد اخلاق به شماره IR.SEMUMS.REC.1398.239 از دانشگاه علوم پزشکی سمنان کمیته اخلاق گرفته شد و نمونه‌گیری به صورت تصادفی در دسترس از اسفند سال ۳۹۸ تا شهریور سال ۱۳۹۹ صورت گرفت. به هر بیماری که برای انجام کار شیمی‌درمانی به مرکز انکولوژی بیمارستان امام علی بجنورد مراجعه می‌کرد پرسشنامه را تحویل داده و از آن‌ها درخواست شده تا پرسشنامه را تکمیل نمایند، در طی روند اجرای این پژوهش ویروس کرونا همه‌گیری پیدا کرده و ارائه پرسشنامه و دسترسی به نمونه‌ها در بیمارستان بسیار سخت گردید برای دسترسی و تسریع روند پژوهشی لینک پرسشنامه الکترونیکی ساخته شده و به شماره‌های همراه بیماران لینک حاوی پرسشنامه فرستاده شد. بعد از فرستادن لینک پیگیری برای تکمیل آن در طی دو یا سه نوبت انجام شد. در طی روند پژوهش اگر بیماری در حال مساعد نبود یا به تکمیل کردن پرسشنامه‌ها علاقه‌ای نداشت از پژوهش حذف می‌شد.

۳. یافته‌های پژوهش

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از روش دومرحله‌ای هالاند (۱۹۹۹) برای مدل‌یابی به روش حداقل مربعات جزئی استفاده شده است. مرحله اول شامل تعیین مدل اندازه‌گیری از طریق پایایی و روایی است و مرحله دوم شامل تعیین مدل ساختاری از طریق تحلیل شاخص‌های برازندگی، ضرایب تعیین و تحلیل مسیر است. در مرحله اول از برآورد روایی و پایایی به‌منظور بررسی مدل اندازه‌گیری استفاده می‌شود که روش‌های تأییدی هماهنگی داده‌ها با یک ساختار عاملی معین را بررسی می‌نمایند. در واقع، تحلیل عاملی تأییدی شایستگی گویه‌هایی که برای معرفی متغیرها برگزیده شده‌اند را بررسی می‌کند. در مرحله دوم از تحلیل مسیر شاخص‌های برازش مدل و ضریب تعیین جهت بررسی مدل ساختاری استفاده می‌شود.

- روایی همگرا

برای به دست آوردن روایی همگرا، مقادیر بالاتر از ۰.۵، نشان‌دهنده همسانی یا اعتبار درونی مدل‌های اندازه‌گیری می‌باشد. مقدار واریانس استخراج شده AVE مربوط به سازه‌هاست. از آنجایی که در جدول (۱) این اعداد بیش از ۰.۵ می‌باشد. لذا اعتبار ابزار اندازه‌گیری، قابل‌پذیرش است.

جدول ۱: میزان شاخص نیکویی برازش مدل

مؤلفه	مقدار واریانس استخراج شده $AVA > 0.5$
حمایت اجتماعی	۰,۷۹۹
معنایابی	۰,۶۷۴
خود مراقبتی	۰,۶۷۲
سازگاری با بیماری	۰,۵۷۶
قدرت درونی	۰,۵۱۹

(ج) روایی واگرا^۸

با توجه به جدول که میزان همبستگی بین ابعاد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد، میزان همبستگی تمامی متغیرها از مقدار همبستگی میان دو به دوی آنها بیشتر است که این امر روایی واگرای مناسب و برازش خوب مدل‌های اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

جدول ۲: میزان همبستگی تمامی متغیرها

سازه‌ها	حمایت اجتماعی	معنایابی	خود مراقبتی	سازگاری با بیماری	قدرت درونی
حمایت اجتماعی	۰,۸۹۴				
معنایابی	۰,۲۳۵	۰,۸۲۱			
خود مراقبتی	۰,۱۴۴	۰,۶۱۳	۰,۸۲۰		
سازگاری با بیماری	۰,۳۴۸	۰,۵۳۱	۰,۶۱۲	۰,۷۵۹	
قدرت درونی	۰,۲۶۲	۰,۶۴۹	۰,۷۰۳	۰,۷۱۳	۰,۷۲۰

^۸. Latent Variable Correlations

د) آزمون پایایی مدل اندازه گیری

بررسی پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ صورت می‌گیرد. با توجه به این که مقدار آلفای کرونباخ برای متغیرهای حمایت اجتماعی (۰,۹۳۷)، معنایابی (۰,۷۶۵)، خود مراقبتی (۰,۸۳۱)، سازگاری با بیماری (۰,۶۶۰) و قدرت درونی (۰,۶۳۹) مقدار بالای ۰/۷ می‌باشد می‌توان گفت که ابزار از پایایی مناسب برخوردار است. نهایتاً با توجه به موارد ذکر شده شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی پژوهش نشان داده شده است. از آنجا که شاخص‌های برازش نیز در محدوده مطلوب خود قرار دارد. بنابراین مدل اندازه‌گیری پژوهش از برازش قابل قبولی برخوردار است. لذا به طور کلی مدل اندازه‌گیری پژوهش مورد تایید محقق قرار می‌گیرد.

بررسی فرضیات پژوهش**جدول ۳: نتایج تحلیل فرضیه‌های پژوهش**

نتیجه	عدد معناداری (آماره آزمون)	ضریب مسیر	مسیر متغیرها
رد	۱,۹۱۷	۰,۱۹۶	حمایت اجتماعی ← خودمراقبتی
تایید	۱۶,۹۷۸	۰,۶۱۱	معنایابی ← خود مراقبتی
تایید	۶,۳۹۵	۰,۳۹۶	معنایابی ← سازگاری با بیماری ← خودمراقبتی
تایید	۳,۸۱۴	۰,۲۶۵	معنایابی ← قدرت درونی ← خودمراقبتی

فرضیه اول: حمایت اجتماعی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان اثر ساختاری مستقیم دارد. با توجه به جدول ۳ ضریب معناداری مسیر میان متغیرهای حمایت اجتماعی و خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان (۱,۹۲۹) از ۱/۹۶ کمتر است که این مطلب حاکی از معنی‌دار نبودن تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی در رشد پس از سانحه در مبتلایان به سرطان می‌باشد و باعث رد فرضیه اول پژوهشی می‌شود؛ بنابراین با توجه به نتایج حمایت اجتماعی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان اثری ندارد.

برای بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون بارون و کنی استفاده شد که در آن برقراری شروط زیر ضروری است. شرط اول این است که متغیر مستقل با متغیر وابسته رابطه‌ی معنادار داشته باشد. شرط دوم این است که معناداری رابطه‌ی بین متغیرهای مستقل و میانجی تأیید شود. شرط سوم تأیید معناداری رابطه‌ی بین متغیر میانجی و وابسته می‌باشد و شرط چهارم این است که وقتی متغیر میانجی‌گری وارد معادلات رگرسیونی می‌شود، رابطه‌ی بین متغیر مستقل و وابسته معنادار شود که در این حالت متغیر موردنظر، میانجی‌گری کامل است و یا اینکه این رابطه در حضور متغیر میانجی‌گری کاهش یابد (حداقل ۰/۱۰) ولی همچنان معنادار باقی بماند که در این حالت نقش متغیر میانجی‌گری، جزئی خواهد بود (شهریار عزیزی، ۱۳۹۲)؛ بنابراین با توجه به اینکه این فرضیه پژوهشی رد می‌شود، اثر هیچ متغیر میانجی‌گری در رابطه بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان بررسی نخواهد شد. فرضیه دوم: معنایابی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان اثر ساختاری مستقیم دارد.

با توجه به جدول ۳ ضریب معناداری مسیر میان متغیرهای معنایابی و خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان (۱۶,۴۸۷) از ۱/۹۶ بیشتر است که این مطلب حاکی از معنی دار بودن تأثیر مستقیم معنایابی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان در سطح اطمینان ۹۵٪ است و باعث پذیرش فرضیه دوم پژوهشی می‌شود.

ضریب استاندارد شده مسیر میان متغیر معنایابی و خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان (۰,۶۱۱) بیانگر این مطلب است که معنایابی به میزان ۶۱,۱ درصد از تغییرات متغیر خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان را به‌طور مستقیم تبیین می‌کند. به‌بیان دیگر نتایج نشان داد، معنایابی باعث افزایش خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان می‌شود. فرضیه سوم: معنایابی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان با توجه به نقش میانجی سازگاری با بیماری اثر ساختاری غیرمستقیم دارد.

این فرضیه به بررسی نقش میانجی‌گری سازگاری با بیماری بین متغیر مستقل (معنایابی) و وابسته (خود مراقبتی) تحقیق پرداخته است. با توجه به جدول ۳ ضریب معناداری مسیر میان متغیرهای معنایابی، خود مراقبتی و سازگاری با بیمار (۶,۳۵۸، ۱۱,۵۷۸، ۶,۴۳۹) از ۱/۹۶ بیشترند که این مطلب حاکی از معنی دار بودن تأثیر مستقیم معنایابی در سازگاری با بیماری، سازگاری با بیماری در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان و همچنین تأثیر غیرمستقیم معنایابی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان از طریق متغیر میانجی سازگاری با بیماری در سطح اطمینان ۹۵٪ است و باعث پذیرش فرضیه سوم پژوهشی می‌شود.

با ورود متغیر میانجی‌گری، نتایج مبین این است که در حضور متغیر سازگاری با بیماری، بتای استاندارد برای رابطه‌ی بین معنایابی و خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان از ۰,۶۱۱ به ۰,۳۹۶ کاهش یافته است ولی معنی دار می‌باشد؛ بنابراین، نقش متغیر سازگاری با بیماری در رابطه بین معنایابی و خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان، میانجی‌گری جزئی است. فرضیه چهارم: معنایابی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان با توجه به نقش میانجی قدرت درونی اثر ساختاری غیرمستقیم دارد.

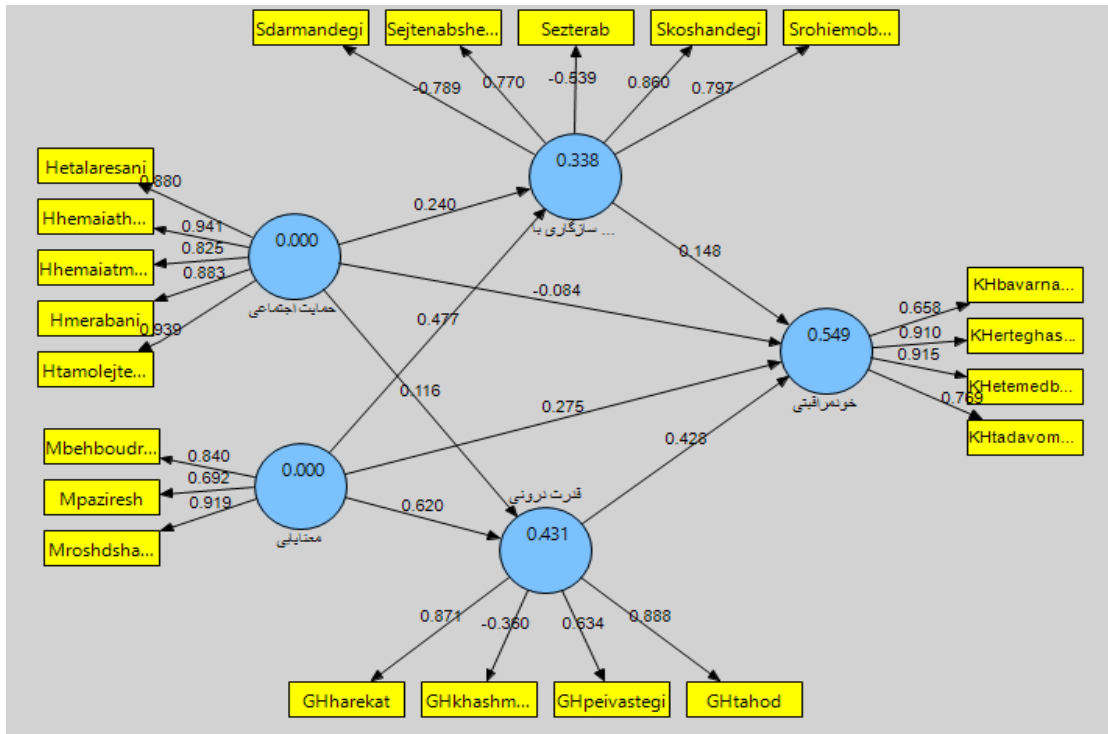
این فرضیه به بررسی نقش میانجی‌گری قدرت درونی بین متغیر مستقل (معنایابی) و وابسته (خود مراقبتی) تحقیق پرداخته است. با توجه به جدول ۳ ضریب معناداری مسیر میان متغیرهای معنایابی، خود مراقبتی و قدرت درونی (۱۵,۹۸۶، ۳,۶۲۵، ۸,۳۳۶) از ۱/۹۶ بیشترند که این مطلب حاکی از معنی دار بودن تأثیر مستقیم معنایابی در قدرت درونی، قدرت درونی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان و همچنین تأثیر غیرمستقیم معنایابی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان از طریق متغیر میانجی قدرت درونی در سطح اطمینان ۹۵٪ است و باعث پذیرش فرضیه چهارم پژوهشی می‌شود.

با ورود متغیر میانجی‌گری، نتایج مبین این است که در حضور متغیر قدرت درونی، بتای استاندارد برای رابطه‌ی بین معنایابی و خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان از ۰,۶۱۱ به ۰,۲۶۵ کاهش یافته است ولی معنی دار است؛ بنابراین، نقش متغیر قدرت درونی در رابطه بین معنایابی و خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان، میانجی‌گری جزئی است.

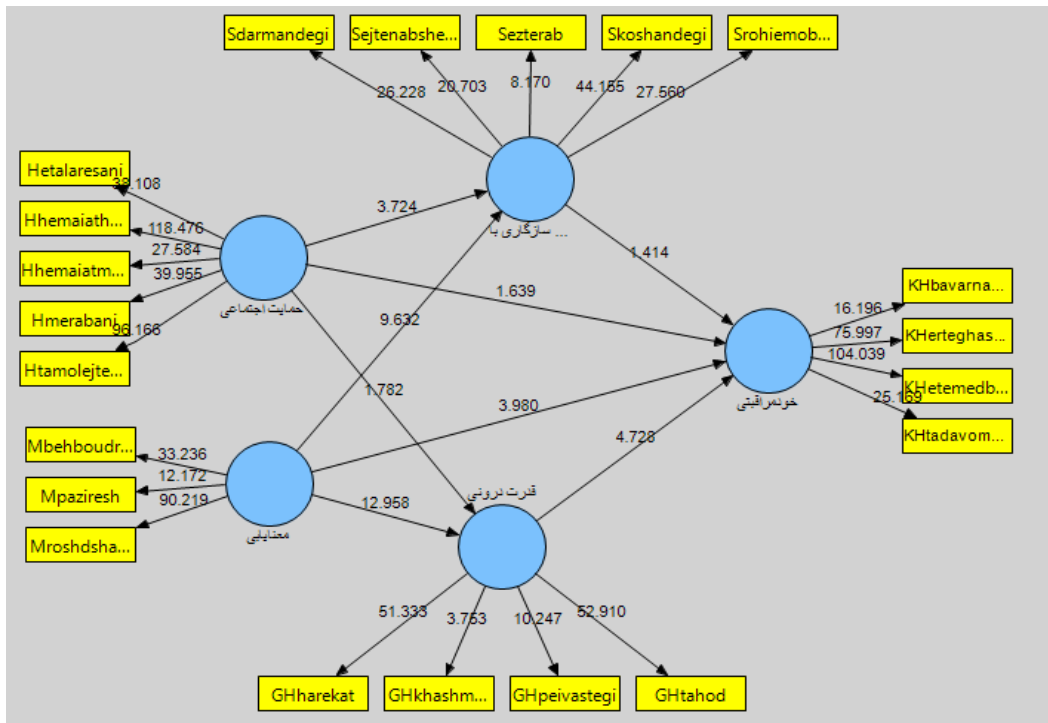
فرضیه پنجم: حمایت اجتماعی و معنایابی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان با توجه به نقش میانجی سازگاری با بیماری و قدرت درونی برآزش داده‌های مشاهده‌شده با داده‌های مفروض در مورد مدل اثر ساختاری دارد.

برای بررسی برآزش مدل ساختاری پژوهش از ضریب R^2 استفاده می‌شود. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به‌عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی R^2 در نظر گرفته می‌شود (رضازاده و داوری، ۱۳۹۵: ۱۴۶). با توجه به نمودار ۴ مقدار R^2

برای سازه خود مراقبتی (۰,۵۴۹)، سازگاری با بیماری (۰,۳۳۸) و قدرت درونی (۰,۴۳۱) محاسبه شده است. با توجه به اینکه مقادیر از عدد متوسط بیشتر می‌باشند، مناسب بودن مدل ساختاری را تأیید می‌سازد.



شکل ۲: نتایج آزمون تی فرضیه پنجم پژوهش



شکل ۳: ضریب مسیر و بار عاملی فرضیه پنجم پژوهش

۵. بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه تأثیر حمایت اجتماعی بر خود مراقبتی بیماران را رد کرد. خود مراقبتی بیماران سرطانی، پیچیده و مشکل است؛ زیرا بیمار باید به پایش نشانه‌ها و رعایت رژیم‌های درمانی متعهد باشد. تغییرات وضعیتی خود را بشناسد آن‌ها را ارزیابی کند، گزینه درمانی مناسب را انتخاب کرده و اثربخشی آن را ارزیابی کند. اصل مهم در خود مراقبتی، پذیرش و مشارکت بیمار جهت پیروی از رژیم مراقبتی رفتارهای سازگاری مناسب با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتارهای خود مراقبتی است (منصوریه و همکاران، ۱۳۹۶). یک رویکرد روان‌شناختی که به‌طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد، رویکردی است که بر پایه تنظیم نوع رفتار بیمار استوار است. این رویکرد بیان می‌کند 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 گویند. این درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود فرد و درکل در نتیجه بیماری تأثیرگذار است. با توجه به مطالب بیان شده خود مراقبتی بیشتر به درک خود بیمار وابسته است و حمایت اجتماعی نقش مهمی نمی‌تواند داشته باشد که نتایج پژوهش حاضر نیز چنین نتیجه‌ای را می‌دهد. نتایج این مطالعه نشان داد تأثیر معنایی در خود مراقبتی در مبتلایان به سرطان تأیید شد. خود مراقبتی، مراقبتی است که فرد برای حفظ و ارتقای سلامت و زندگی خودش انجام می‌دهد (داشیف، ۲۰۰۶). خود مراقبتی به‌عنوان یک استراتژی برای تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی است که باعث عدم وابستگی می‌شود و یکی از مهارت‌های زندگی روزانه است که توسط افراد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامتشان انجام می‌شود (ایزوم، ۲۰۰۳). بسیاری از سازمان‌های بهداشتی و مراقبین سلامتی، ارتقای مراقبت از خود را به‌عنوان راهکاری برای کاهش هزینه‌های گزاف خدمات پزشکی در نظر گرفته‌اند (همتی مسلک‌پاک و هاشملو، ۱۳۹۴). سرطان یکی از انواع گوناگون بیماری‌های مزمن است و علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌های سرطان و افزایش تعداد نجات‌یافتگان از آن، این بیماری همچنان از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌مانند است (لی‌مین^۹ و همکاران، ۲۰۱۲)؛ بنابراین معنایی در بیمار سرطانی می‌تواند احساس درماندگی، اضطراب و ترس را در شخص کاهش دهد. سازگاری با بیماری و قدرت درونی نیز در پژوهش حاضر میانجی‌گری جزئی داشتند ولی باعث بهبود و افزایش تأثیر معنایی در خود مراقبتی بیماران سرطانی نبودند.

فهرست منابع

1. Firoozi, Noshadi N, Kazemi A. Determining psychosocial health indicators in children and adolescents of Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad provinces. The gift of knowledge. 2016 Nov 10; 21 (8): 805-15.
2. Griffiths A, Royse D, Murphy A, Starks S. Self-care practice in social work education: A systematic review of interventions. Journal of Social Work Education. 2019 Jan 2;55 (1):102-14.
3. Santos T, Lovell J, Shiell K, Johnson M, Ibrahim JE. The impact of cognitive impairment in dementia on self-care domains in diabetes: A systematic search and narrative review. Diabetes/metabolism research and reviews. 2018 Sep;34 (6):e3013.

^۹. Lee min

4. Miller JJ, Donohue-Dioh J, Niu C, Shalash N. Exploring the self-care practices of child welfare workers: A research brief. *Children and Youth Services Review*. 2018 Jan 1;84:137-42.
5. van den Heuvel ET, de Witte LP, Stewart RE, Schure LM, Sanderman R, Meyboom-de Jong B. Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most?. *Patient education and counseling*. 2002 Aug 1;47 (4):291-9.
6. Eller LS, Lev EL, Yuan C, Watkins AV. Describing self-care self-efficacy: Definition, measurement, outcomes, and implications. *International journal of nursing knowledge*. 2018 Jan;29 (1):38-48.
7. Goudarzian AH, Zamani F, Babaei Hatkehlouei M, Bagheri Nesami M, Beik S. The Relationships between Self-Care and Pain Perception: Experience in Iranian Patients with Cancer. *International Journal of Cancer Management*. 2017 Dec 31;10 (12).
8. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Self-care and health-related quality of life in chronic heart failure: A longitudinal analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017 Oct 1;16 (7):605-13
9. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Patient mental adjustment to selected types of cancer. *Psychiatr Pol*. 2018 Feb 28;52 (1):129-141. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/44732. Epub 2018 Feb 28. PMID: 29704420.
10. Hirokawa K, Suzuki S. Adjustment ability and associated factors of outpatients living with cancer. *Nursing open*. 2019 Apr;6 (2):408-17.
11. Marco Lauriola, Manuela Tomai, "Biopsychosocial Correlates of Adjustment to Cancer during Chemotherapy: The Key Role of Health-Related Quality of Life", *The Scientific World Journal*, vol. 2019, Article ID 9750940, 12 pages, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/9750940>
12. Mishra VS, Saranath D. Association between demographic features and perceived social support in the mental adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*. 2019 Mar;28 (3):629-34.
13. Abbasi P, Kaboudi M, Ziapour A, Dehghan F, Yazdani V. A Comparative Study of the Components of Quality of Life and Adjustment in Both Cancer-stricken and Healthy Children: A Cross-sectional Study in Kermanshah City, Iran. *International Journal of Pediatrics*. 2019 Apr 1;7 (4):9277-84.
14. Botler TN, Higgins GL. Woman With Left Wrist Pain. *Annals of emergency medicine*. 2011 Jun 1;57 (6):581.
15. Alpers LM, Helseth S, Bergbom I. Experiences of inner strength in critically ill patients—a hermeneutical approach. *Intensive and critical care nursing*. 2012 Jun 1;28 (3):150-8.
16. Dingley C, Roux G. The role of inner strength in quality of life and self-management in women survivors of cancer. *Research in nursing & health*. 2014 Feb;37 (1):32-41
17. Lundman B, Aléx L, Jonsén E, Lövhelm H, Nygren B, Fischer RS, Strandberg G, Norberg A. Inner strength in relation to functional status, disease, living arrangements, and social relationships among people aged 85 years and older. *Geriatric Nursing*. 2012 May 1;33 (3):167-76.
18. Boman E, Gustafson Y, Häggblom A, Santamäki Fischer R, Nygren B. Inner strength—associated with reduced prevalence of depression among older women. *Aging & mental health*. 2015 Dec 2;19 (12):1078-83.

19. Drageset S, Lindstrøm TC, Giske T, Underlid K. Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of advanced nursing*. 2011 Sep;67 (9):1941-51.
20. Spatuzzi R, Vespa A, Lorenzi P, Miccinesi G, Ricciuti M, Cifarelli W, Susi M, Fabrizio T, Ferrari MG, Ottaviani M, Giulietti MV. Evaluation of social support, quality of life, and body image in women with breast cancer. *Breast Care*. 2016;11 (1):28-32.
21. Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and Social Support: Who Seeks It and Why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87 (3), 354-362. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.354>
22. Nisa SU, Rizvi T. Relationship of social support, coping strategies and personality traits with posttraumatic growth in cancer patients. *International Journal of Research in Economics and Social Science*. 2016;6 (4):105-14.
23. Ozdemir D, Tas Arslan F. An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2018 Sep;27 (9):2214-9.
24. Aghabakhshi H, Rashedi I. Social support and the fight against cancer. *Journal of Social Work*, 2014; 1 (1): 1-38. Doi: 10.22054 / rjsw.2015.631
25. Pascoe L, Edvardsson D. Benefit finding in cancer: a review of influencing factors and health outcomes. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013 Dec 1;17 (6):760-6.
26. Manne SL, Kashy DA, Virtue S, Criswell KR, Kissane DW, Ozga M, Heckman CJ, Stapleton J, Rodriguez L. Acceptance, social support, benefit-finding, and depression in women with gynecological cancer. *Qual Life Res*. 2018 Nov;27 (11):2991-3002. doi: 10.1007/s11136-018-1953-x. Epub 2018 Aug 20. PMID: 30128785; PMCID: PMC6196117.
27. Jones SM, Ziebell R, Walker R, Nekhlyudov L, Rabin BA, Nutt S, Fujii M, Chubak J. Psychometric investigation of benefit finding among long-term cancer survivors using the Medical Expenditure Panel Survey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016 Feb 1;20:31-5.
28. Luyckx K, Ramsey MA, Kelly CS, Wiebe DJ, Mello D, Oris L, Prikken S, Verschueren M, Berg CA. Brief report: Benefit finding and identity processes in type 1 diabetes: Prospective associations throughout adolescence. *J Adolesc*. 2016 Jun;49:47-50. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.02.007. Epub 2016 Mar 19. PMID: 26999440.
29. Foster DW, Quist MC, Young CM, Bryan JL, Nguyen ML, Neighbors C. Benefit finding as a moderator of the relationship between spirituality/religiosity and drinking. *Addictive behaviors*. 2013 Nov 1;38 (11):2647-52.
30. M Carpenter D, T Thorpe C, S Alexander D, J Sage A, Lewis M, L Hogan S, L Geryk L, F DeVellis R. The relationship between social support, social constraint, and psychological adjustment for patients with rare autoimmune disease. *Current rheumatology reviews*. 2016 Dec 1;12 (3):232-8
31. Frankel V. *Man in Search of Meaning*, Marefi Translation, 13th Edition, Tehran (2009) , University of Tehran Press
32. Graven LJ, Grant JS. Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2014 Feb;51 (2):320-33. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06.013. Epub 2013 Jul 12. PMID: 23850389.
33. Han A, Choi JS. Factors influencing infection prevention self-care behaviors in patients with hematologic cancer after discharge. *European Journal of Oncology Nursing*. 2018 Aug 1;35:102-6.

34. Brand C, Barry L, Gallagher S. Social support mediates the association between benefit finding and quality of life in caregivers. *Journal of health psychology*. 2016 Jun;21 (6):1126-36.
35. آقابخشی، حبیب، راشدی، اسماعیل. (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۱، (۱)، ۱-۱۰. doi: 10.22054/rjsw.2015.631۳۸,-۱)
- فرانکل، ویکتور، (۱۳۹۸)، انسان در جستجوی معنا. ترجمه معارفی، چاپ سیزدهم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران
- Tamsin Santos., Janaka Lovell ., Kerrie Shiell & Marilyn Johnson ., (2018), *The impact of cognitive impairment in dementia on self-care domains in diabetes: A systematic search and narrative review*, 29 April 2018, <https://doi.org/10.1002/dmrr.3013>
- Marco Lauriola and Manuela Tomai, *Biopsychosocial Correlates of Adjustment to Cancer during Chemotherapy: The Key Role of Health-Related Quality of Life*, (2019), The Scientific World Journal, 2019, Article ID 9750940, 12 pages, <https://doi.org/10.1155/2019/9750940>
- Veena Shukla Mishra & Dhananjaya Saranath, *Association between demographic features and perceived social support in the mental adjustment to breast cancer* , (2019), 21 January 2019, <https://doi.org/10.1002/pon.50013>
- Lise-Merete Alpersa., Sølvi Helseth & Ingegerd Bergbom, (2012), *Experiences of inner strength in critically ill patients – A hermeneutical approach* , Intensive and Critical Care Nursing, 28;3, June 2012, Pages 150-158, <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.10.004>
- Dingley, C., & Roux, G. (2014). The role of inner strength in quality of life and self-management in women survivors of cancer. *Research in nursing & health*, 37 (1), 32-41
- Berit Lundmana ., Lena Aléxa ., Elisabeth Jonséna., Astrid Norbergab., Björn Nygreña ., Regina Santamäki Fischerac & Gunilla Strandberga, (2010), *Inner strength—A theoretical analysis of salutogenic concepts*, International Journal of Nursing Studies, 47;2, February 2010, Pages 251-260, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.020>
- Boman, E., Gustafson, Y., Häggblom, A., Santamäki Fischer, R., & Nygren, B. (2015). *Inner strength—associated with reduced prevalence of depression among older women*. *Aging & mental health*, 19 (12), 1078-1083.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). *Culture and Social Support: Who Seeks It and Why?* *Journal of Personality and Social Psychology*, 87 (3), 354-362. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.354>
- Nisa SU & Rizvi T., (2016), *Relationship of Social Support, Coping Strategies and Personality Traits with Posttraumatic Growth in Cancer Patients*. *International Journal of Research in Economics and Social Science* ,6;2 (February, 2016)
- Ozdemir D & Arslan FT., (2018), *investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer*. *Psycho-Oncology*, Volume27, Issue9 , September 2018 , Pages 2214-2219, <https://doi.org/10.1002/pon.4798>
- Manne, S. L., Kashy, D. A., Virtue, S., Criswell, K. R., Kissane, D. W., Ozga, M., ... & Rodriguez, L. (2018). Acceptance, social support, benefit-finding, and depression in women with gynecological cancer. *Quality of Life Research*, 27 (11), 2991-3002.

Salene M.W. Jones. , Rebecca Ziebell., Rod Walker ., Larissa Nekhlyudov., Borsika A. Rabin ., Stephanie Nutt., Monica Fuji & Jessica Chubak., (2015), *Psychometric investigation of benefit finding among long -term cancer survivors using the Medical Expenditure Panel Survey*, European Journal of Oncology Nursing, Volume 20, February 2016, Pages 31-35

Koen Luyckx., Meagan A. Ramsey., Caitlin S. Kelly., Deborah J. Wiebe., Daniel Mello., Leen Oris ., Sofie Prikken ., Margaux Verschueren & Cynthia A. Berg., (2016), *Brief report: Benefit finding and identity processes in type 1 diabetes: Prospective associations throughout adolescence*, Journal of Adolescence, June 2016, Pages 47-50, <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.02.007>

Dawn W. Foster ., Michelle C. Quist ., Chelsie M. Young ., Jennifer L. Bryan., Mai-Ly Nguyen & Clayton Neighbors., (2013), *Benefit finding as a moderator of the relationship between spirituality/religiosity and drinking*, Addictive Behaviors, **38:11**, 2013, Pages 2647-2652, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.019>

M Carpenter, D., T Thorpe, C., S Alexander, D., J Sage, A., Lewis, M., L Hogan, S., ... & F DeVellis, R. (2016). *The relationship between social support, social constraint, and psychological adjustment for patients with rare autoimmune disease. Current rheumatology reviews*, 12 (3), 232-238.

Lucinda J.Gravena &Joan S.Grantb., (2014), *Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review* , International Journal of Nursing Studies, Volume 51, Issue 2, February 2014, Pages 320-333, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.013>

Areum Han & Jeong Sil Choi., (2018), *Factors influencing infection prevention self-care behaviors in patients with hematologic cancer after discharge*, European Journal of Oncology Nursing, **35**, August 2018, Pages 102-106, <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.06.005>

Brand, C., Barry, L., & Gallagher, S. (2016). *Social support mediates the association between benefit finding and quality of life in caregivers. Journal of health psychology*, 21 (6), 1126-1136