

مقایسه ویژگی سرسختی در بیماران مزمن و افراد سالم *

A Comparison of Hardiness Character between Chronic Patients and Non-Patients *

Malihe Torshabi, ✉ M. Sc.

Hadi Bahrami Ehsan, Ph.D.

ملیحه ترشابی **

دکتر هادی بهرامی احسان **

Abstract

The present research was aimed at the comparison of health hardiness character between normal people (healthy individuals) and chronic patients. For this purpose, 204 individuals were selected from two independent samples: 102 normal (healthy individuals), and 102 chronic patients suffering from cancer, diabetes, cardiovascular diseases and arthritis who were hospitalized in Shariyati Hospital and Tehran Heart Center. The revised Health Hardiness Inventory (RHHI-24) that contains four subscales including Health Value, Internal Health Locus of Control, External Health Locus of Control & Perceived Health Competence, was administered on all participants. The results of t-test showed that there was no significant difference between the two groups for total health hardiness character. However there were some significant differences in the subscales of the Health Hardiness Inventory, which indicate that the chronic patients, had lower levels of perceived health competence and external health locus of control. The chronic patients, were also reported significantly higher scores in the subscale of health value and considered more value for their health

Keywords: health value; internal health locus of control, external health locus of control, perceived health competence.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ویژگی سرسختی سلامت در بیماران مزمن و افراد سالم انجام شد. بدین منظور تعداد ۲۰۴ نفر نمونه دردو گروه مستقل افراد سالم شهر تهران (۱۰۲ نفر) و بیماران مزمن مبتلا به بیماریهای سرطان، دیابت، قلبی عروقی و آرتروز، بستری در بیمارستانهای مرکز قلب تهران و شریعتی (۱۰۲ نفر) به شیوه در دسترس انتخاب گردیدند. «سیاهه سرسختی سلامت» (RHHI-24) که دارای چهار زیر مقیاس «ارزش سلامت»، «هسته مهار درونی سلامت»، «هسته مهار بیرونی سلامت» و «شایستگی سلامت ادراک شده» است بر روی گروههای نمونه انجام اجرا شد. نتایج آزمون t نشان داد که بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم از نظر ویژگی سرسختی سلامت (کل) تفاوت معناداری وجود ندارد. اما نتایج مقایسه دو گروه در زیرمقیاس های سیاهه سرسختی سلامت حاکی از آن بود که بیماران مزمن از سطوح شایستگی سلامت ادراک شده و مهار بیرونی سلامت پایین تری برخوردار هستند. از سوی دیگر بیماران مزمن نمرات بالاتری را در زیر مقیاس ارزش سلامت گزارش کرده و ارزش بیشتری برای سلامتی خود قایل هستند. براساس نتایج به دست آمده می توان گفت که زیر مقیاس های ابزار، به غیر از هسته مهار درونی می توانند دو گروه بیماران مزمن و افراد سالم را به نحو مناسبی از هم تفکیک کنند. در حالی که با استناد به نمره کلی آزمودنی ها در سیاهه سرسختی سلامت نمی توان چنین تمایزی را ایجاد کرد.

کلیدواژه ها: ارزش سلامت، هسته مهار درونی سلامت، هسته مهار بیرونی سلامت، شایستگی سلامت ادراک شده

* Faculty of Psychology and Education, Tehran University, I.R. Iran.
✉ Email: malihe.t.1980@t.mail.com

* دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۳/۱۳ تصویب نهایی: ۱۳۸۹/۷/۴
** گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

● مقدمه

بیماری‌های مزمن اغلب شروعی کند و تدریجی داشته و مدت زمان نامحدودی به طول می‌انجامد. اغلب بیماران مزمن برای مدت طولانی و گاهی تا آخر عمر بیمار باقی می‌مانند. با پیشرفت تدریجی بیماری، علائم بیماری آشکار شده و خطر مرگ و میر افزایش می‌یابد (بوریش و برادلی، ۱۹۸۳). میزان بالای خطر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مزمنی نظیر بیماری‌های قلبی، ایدز و سرطان عامل تنیدگی‌زای شدیدی برای بیمار و خانواده وی محسوب می‌شود. در بسیاری از موارد بیماری عود می‌کند و هیچ کس با اطمینان نمی‌تواند بگوید که روند بیماری به چه صورت خواهد بود و بیمار و خانواده وی همواره با این تردید دست به‌گریبانند. ابتدا به یک بیماری مزمن، موجب مشکلات فراوانی برای بیمار و خانواده وی می‌شود. برای مثال بیماران مزمن، متحمل دوره‌های تکرارشونده احساس درد و ضعف، نیاز به معاینه‌های منظم پزشکی، رژیم غذایی و مصرف روزانه دارو می‌شوند.

مشکلات بیماری مزمن مستلزم این امر است که بیماران و خانواده آنها، از نظر رفتاری، اجتماعی و روانی با این بحران سازگاری حاصل کنند. ماهیت طولانی مدت بیماری‌های مزمن مستلزم فرایند سازگاری مناسب بیمار با پیامدهای بیماری است. افراد مختلف در برابر ابتلا به بیماری مزمن واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند و برای سازگاری با این مشکل از راهبردهای مقابله متنوعی بهره می‌گیرند (سارافینو، ۲۰۰۲).

حال سؤال این است که چه عواملی بر روی نحوه سازگاری افراد با بیماری‌های مزمن تأثیر می‌گذارند؟ موس (۱۹۸۲) در پاسخ به این سؤال «فرضیه بحران»^۱ را مطرح کرده است که به توصیف عوامل مؤثر بر نحوه سازگاری افراد با یک بحران، مثلاً ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌پردازد. بر طبق نظر موس عوامل شخصیتی، از جمله عوامل مؤثر بر نحوه سازگاری افراد با مشکلات مزمن بیماری هستند که از طریق تأثیر بر «فرایندهای مقابله»^۲، پیامدهای بحران (بیماری) را تعیین می‌کند. به نظر می‌رسد افرادی که به خوبی با بیماری خود مقابله می‌کنند، دارای منابع رفتاری و روان شناختی هستند که برای کنار آمدن با این موقعیت طولانی مدت و تهدید زای زندگی به آنها کمک می‌کند (دیاموند، ۱۹۸۳). اغلب این بیماران از ویژگی سرسختی برخوردارند که به آنها

اجازه می‌دهد جنبه‌های مثبت موقعیت بحرانی خود را در نظر گرفته، در جستجوی معنا و هدف در زندگی خود بوده و در برابر احساس ناامیدی و درماندگی مقاومت کنند (پولاک، کریستین و سندز، ۱۹۹۰). پولاک (۱۹۸۶) برای اولین بار مطرح کرد که سرسختی عامل انگیزشی است که در سازگاری روان‌شناختی و فیزیولوژیکی با بیماری مزمن نقش مهمی ایفا می‌کند. در واقع میزان سازگاری با بیماری مزمن به وجود یا فقدان ویژگی سرسختی در بیماران بستگی دارد. از نظر پولاک (۱۹۸۶) سرسختی، ویژگی شخصیتی مهمی در فرایندهای مقابله با بیماریهای مزمن است. وی مفهوم سرسختی را گسترش داد و به ویژه در زمینه بیماریهای مزمن بکار برد. به نظر می‌رسد مفهوم سرسختی مرتبط به سلامت، ارتباط بیشتری با زمینه‌های سلامت و بیماری دارد. «سرسختی مرتبط به سلامت»^۳، به اینکه تا چه حد فرد متعهد به انجام فعالیت‌های مرتبط به سلامت است، سلامت خود را قابل مهار شده ادراک کرده و عوامل تنیدگی‌زای سلامتی را به عنوان فرصتی برای رشد شخصی در نظر می‌گیرد، اشاره دارد. «سرسختی مرتبط با سلامت» یک ویژگی شخصیتی است که از طریق مؤلفه‌های «مهار»، «مبارزه طلبی» و «تعهد» موجب سازگاری افراد با مشکلات جدی و مزمن سلامت می‌شود (پولاک، ۱۹۸۹). پولاک (۱۹۸۶) در اولین مطالعه خود بر روی ۶۰ بیمار مزمن مبتلا به فشارخون، دیابت و آرتروز روماتوئید (حجم هر گروه ۲۰ نفر) دریافت سطوح بالای سرسختی سلامت به ویژه مؤلفه‌های تعهد و مهار با سازگاری فیزیولوژیکی و روان‌شناختی رضایت بخشی در بیماران دیابتی همراه است. همچنین در این مطالعه مشخص شد سرسختی سلامت همبستگی معناداری با سازگاری فیزیولوژیکی در بیماران مبتلا به فشار خون دارد، ولی رابطه معناداری بین سرسختی و سازگاری در بیماران آرتروز روماتوئید مشاهده نشد. آبراهام (۱۹۹۲) مفهوم سرسختی سلامت را تعریف کرده و «سیاهه سرسختی سلامت»^۴ (HHI) را در یک مطالعه بر روی بیماران آرتروز روماتوئید اجرا کرد. گیبهارت، ون دردوف و پال (۲۰۰۱) نیز با انجام تحلیل عاملی بر روی «سیاهه سرسختی سلامت» «فرم اصلاح شده پرسشنامه سرسختی سلامت»^۵ (RHHI-24) را ساختند. این محققان سرسختی سلامت را یک ویژگی شخصیتی در نظر می‌گیرند که دارای ۴ مؤلفه است. این مؤلفه‌ها عبارتند از:

۱. «ارزش سلامت»^۱: توجه و علاقمندی نسبت به مسایل سلامت و داشتن اراده به

منظور انجام کارهایی که موجب حفظ و بهبود و پیشرفت سلامتی می‌شود. مفهوم ارزش سلامت، جایگاه مهمی در پیشرفت و توسعه نظریه‌های بسیاری که رفتارهای مرتبط به سلامت را تفسیر می‌کنند، دارد (لو، هارتمن و ویر، ۱۹۸۶). بنابر تعریف درنوسکی (۱۹۸۸)، ارزش سلامت ملاکها و معیارهای فردی به شمار می‌روند که مبنای انتخابهای مربوط به رفتارهای سلامت هستند. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) بیان می‌کنند که تصور اولیه فرد از چیزی که برای وی مهم و معنادار است، ارزیابی وی را از آنچه که در خطر است و انتخاب‌هایی که باید برای حفظ اهداف ارزشمند خود یا نیل به اهداف مطلوب خود کند، تعیین می‌کند. بنابراین ارزش‌های فرد بفرایندهای ارزیابی شناختی وی مؤثر هستند. ارزشی که فرد برای سلامت خود قایل است بر روی رفتارهای مراقبت از خود تأثیر می‌گذارد (چن، ۱۹۹۶). افرادی که بیمار می‌شوند در موقعیتی جدید قرار می‌گیرند که در این موقعیت باید ارزش‌ها، پیامدهای بیماری و تغییرات ضروری در سبک زندگی فرد مشخص شود. بیمار باید تعیین کند که آیا تغییرات رفتاری در نظر گرفته شده موجب حصول پیامدهایی می‌شود که فرد برای آنها ارزش بالایی قایل است. از سوی دیگر اگر تغییرات رفتاری در نظر گرفته شده برای بیمار منجر به پیامدهای ارزشمندی نشود، بیمار ممکن است از تلاش کردن برای ایجاد این تغییرات رفتاری صرف نظر کند (ویتمن، ۱۹۹۳).

۲. «هسته مهار درونی سلامت»^۷: باور به این که فرد توانایی تأثیر بر سلامتی خود را دارد.

۳. «هسته مهار بیرونی سلامت»^۸: باور به این که تلاش‌های فرد برای پیشرفت و بهبود سلامت خود بی‌فایده است و پیامدهای سلامت غیرقابل مهار هستند. هسته مهار بیرونی به قدرت و توانایی دیگران برای مهار (اعتقاد به آنکه دیگران توانایی تعیین پیامدهای سلامتی را دارند) و شانس (اعتقاد بر آنکه پیامدهای سلامتی به وسیله خود فرد تعیین نمی‌شود بلکه تنها عامل شانس در آن دخیل است) اشاره دارد. سازه هسته مهار سلامت، به این که تا چه اندازه افراد معتقدند که سلامتیشان به وسیله نیروهای بیرونی یا درونی مهار شده و بر پیامدهای سلامتی خود مهار دارند، اشاره دارد (والستون، اشتین و اسمیت، ۱۹۹۴). به طور کلی با توجه به نظریه والستون و همکارانش درباره هسته مهار درونی و بیرونی سلامت، می‌توان گفت افرادی که از مهار درونی

سلامت برخوردارند، اعتقاد دارند که خود قادر به مهار پیامدهای سلامت هستند. در واقع این افراد تصور می‌کنند که توانایشان برای غلبه بر یک بیماری جدی، توسط خودشان و رفتارهایی که انجام می‌دهند، تعیین می‌شود. از سوی دیگر افرادی که به مهار افراد توانمند دیگر اعتقاد دارند، بر این باورند که پزشکان یا نیروهای بیرونی دیگر، موفقیت یا شکست آنها را در غلبه بر بیماریشان تعیین می‌کنند. این افراد تکلیف مراقبت از خود را برعهده پزشکان یا افراد قدرتمند دیگر گذاشته و تنها کارهایی را انجام می‌دهند، که به آنها گفته می‌شود. افرادی که به «مهار شانس» اعتقاد دارند، تصور می‌کنند که تنها عوامل شانس، بد اقبالی و خداوند تعیین کننده موفقیت و شکست آنها در غلبه بر بیماری است (توماس، کامالانابهان و واسانتی، ۲۰۰۴).

۴. «شایستگی سلامت ادراک شده»^۹: این مؤلفه به محدوده خاصی از سازه «خودکارآمدی»^{۱۰} اشاره دارد. شایستگی سلامت ادراک شده، به انتظارات کلی فرد از توانایی‌های خود برای تعامل مؤثر با محیط که منجر به کسب پیامدهای مطلوب یعنی سلامتی می‌شود، اشاره دارد (اسمیت، والتسون و اسمیت، ۱۹۹۵). برطبق «نظریه یادگیری اجتماعی»^{۱۱} بندورا (۱۹۷۷)، سازه شناختی خودکارآمدی به این باور اشاره دارد که خودفرد قادر به انجام رفتارهایی است که انجام این رفتارها برای حصول پیامدهای مطلوب ویژه، ضروری است. در واقع سازه خودکارآمدی، به باور فرد از شایستگی و کارایی خود برای ازعهده بر آمدن تکالیف مشکل یا جدید و مقابله با ناملایمات در موقعیتهای ضروری و خاص اشاره دارد. سازه خودکارآمدی در نحوه تفکر، احساس و رفتار افراد تفاوت ایجاد می‌کند. افراد خودکارآمد، تکالیف چالش‌زا را انتخاب کرده و اهداف والایی را برای خود در نظر گرفته و آن را دنبال می‌کنند. افراد خودکارآمد به هنگام وقوع شکست، سریعتر تجدید قوا کرده و نسبت به اهداف خود متعهد باقی می‌مانند.

بررسی ویژگی «سرسختی سلامت» در بیماران مزمن و افراد سالم شواهد و اطلاعات بسیاری در زمینه دیدگاه‌های کلی آنها نسبت به مسایل سلامتی (ارزش سلامتی، مهار درونی سلامت، مهار بیرونی سلامت و شایستگی سلامت ادراک شده) فراهم می‌آورد، به ویژه آن که برای اولین بار در ایران ویژگی سرسختی سلامت در بیماران مزمن و افراد سالم بررسی می‌شود. همچنین این طرح می‌تواند به اتخاذ آن

دسته از رویکردهای درمانی، که به ارتقا و پیشرفت ویژگی سرسختی به مثابه یک منبع شخصیتی مقاوم جهت سازگاری مناسب بیماران مزمن با مشکلات جدی سلامتی تمرکز دارند، کمک کند.

با این توصیف هدف این پژوهش: «مقایسه نتایج بدست آمده از دو گروه بیماران مزمن و افراد سالم به منظور ارزیابی توان آزمون در تفکیک دو گروه سالم و بیماران مزمن» است.

● روش

پژوهش حاضر به منظور کشف تفاوت احتمالی پاسخ‌های آزمودنی‌ها در ویژگی سرسختی و ۴ زیر مقیاس «ارزش سلامت»، «هسته مهار درونی سلامت»، «هسته مهار بیرونی سلامت»، «شایستگی سلامت ادراک شده» سازمان دهی شده است. نوع تحقیق حاضر از جهت هدف، کاربردی و از جنبه نوع جمع آوری داده‌ها شبه آزمایشی و با طرح «پس آزمون درگروه‌های ناهم‌تراز»^{۱۲} است.

○ «جامعه آماری» این پژوهش عبارت است از ۱. شهروندان عادی شهر تهران در محدوده سنی ۶۴-۱۸ هستند که در یکی از مناطق شهر تهران سکونت دارند ۲. افراد مبتلا به بیماریهای جسمی مزمن در محدوده سنی ۶۴-۱۸ که در بیمارستانهای شهر تهران بستری بوده یا برای ادامه فرایند درمان خود تحت نظر پزشک متخصص (دارو درمانی، شیمی درمانی یا پیوند مغز و استخوان) به کلینیک‌های تخصصی مراجعه کرده اند. این پژوهش بخشی از یک پژوهش کلی تری است که در آن ۳ گروه دانشجویان، مردم عادی و بیماران مزمن به منظور بررسی ویژگی‌های اعتبار و روایی «سیاهه سرسختی سلامت» مورد مطالعه قرار گرفته اند. نمونه کلی برای سه گروه در تمامی مراحل ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس فرمول ذیل ۳۷۰ نفر بود. با توجه به مقدار $\alpha=0/05$ (خطای نوع اول)، $\beta=0/2$ (خطای نوع دوم) و واریانس جامعه آماری، حجم نمونه‌های پژوهشی از طریق فرمول زیر مورد محاسبه قرار گرفت:

$$N = \frac{\sigma^2 (|Z\beta| + |Z\alpha|)^2}{d^2}$$

با توجه به فرمول به کارگرفته شده فوق تعداد ۲۰۴ نفر از بیماران مزمن و افراد سالم برای مطالعه به دست آمد. نمونه پژوهشی حاضر نیز از دو نمونه مستقل تشکیل

شده است که به شرح زیر است:

۱. نمونه افراد سالم پژوهش حاضر، شامل ۱۰۲ شهروند عادی شهر تهران می‌باشد که به صورت در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه مردان ۵۲ نفر و زنان ۵۰ نفر است.
 ۲. نمونه بیماران مزمن، در برگرفته ۱۰۲ بیمار مبتلا به بیماری‌های مزمن که به صورت در دسترس از میان بیمارانی که در بیمارستان شریعتی یا مرکز قلب تهران بستری بوده یا به منظور درمان سرپایی (دارو درمانی، شیمی درمانی یا پیوند مغز و استخوان) و معاینه به این مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند، انتخاب شدند. حجم نمونه بیماران مرد ۵۲ نفر و بیماران زن ۵۰ نفر است. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر افراد گروه نمونه بیماران مزمن و افراد سالم از نظر متغیرهای جنس، سن و سطح تحصیلات همسان انتخاب شده‌اند. بدین ترتیب که سعی شده در هر یک از گروه‌های نمونه، بیماران مزمن و مردم عادی حجم نمونه مردان (۵۲ نفر) و زنان (۵۰ نفر) برابر باشد. همچنین افراد هر دو گروه نمونه از نظر سن (اختلاف میانگین سنی دو گروه نمونه ۶۶٪ می‌باشد) و سطح تحصیلات در کلیه مقاطع هم‌تا انتخاب شده‌اند.
- ابزار پژوهش «سیاهه سرسختی سلامت» (RHHI-24) است. این سیاهه یک ابزار خود گزارشی است که ۲۴ ماده دارد. هر ماده سیاهه به صورت یک جمله می‌باشد که به وضعیت سلامت فرد اشاره می‌کند. پاسخگویان می‌توانند در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (از درجه کاملاً موافقم تا درجه کاملاً مخالفم) نشان دهند که با کدام یک از جملات موافقت. این پرسشنامه شامل چهار زیر مقیاس: ۱. ارزش سلامت (۶ ماده)، ۲. «هسته مهار درونی سلامت» (۵ ماده)، ۳. «هسته مهار بیرونی سلامت» (۷ ماده) و ۴. «شایستگی سلامت ادراک شده» (۶ ماده) است. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاسهای ارزش سلامت، هسته مهار درونی سلامت، هسته مهار بیرونی سلامت و شایستگی سلامت ادراک شده در گروه نمونه افراد سالم به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۶، ۰/۶۷ و ۰/۶۹ و در گروه نمونه دانشجویان به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۵۸ و ۰/۷۶ است (گیبهارت و همکاران، ۲۰۰۱). فرم انگلیسی RHHI-24 توسط ملیحه ترشابی در سال ۱۳۸۷ ترجمه شد و پس از ترجمه برگردان و اطمینان یافتن از صحت ترجمه سیاهه، به منظور تعیین روایی و اعتبار آن بر روی نمونه‌ای به حجم ۳۷۰ نفر متشکل از سه گروه نمونه مستقل دانشجویان (۱۸ نفر)، افراد سالم (۱۵۰ نفر) و بیماران مزمن مبتلا به

بیماریهای سرطان، دیابت، قلبی عروقی و آرتروز (۱۰۲) اجرا شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای سیاهه سرسختی (کل) در نمونه کلی ۰/۸۵ به دست آمد. ضرایب آلفای به دست آمده برای زیرمقیاسهای «سیاهه سرسختی سلامت» در نمونه کل پژوهش بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۲ است. در گروه نمونه دانشجویان ضریب آلفای کرونباخ برای سیاهه سرسختی (کل) ۰/۸۳ و برای زیرمقیاسهای آن بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۶ به دست آمد. در گروه نمونه مردم عادی ضریب آلفا برای سیاهه سرسختی سلامت (کل) ۰/۸۹ و برای زیرمقیاسهای آن در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ است. در گروه نمونه بیماران مزمن ضریب آلفا برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرمقیاسهای آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین ضریب همبستگی به دست آمده از روش باز آزمایی برای سیاهه سرسختی (کل) ۰/۹۱ و برای زیرمقیاسهای آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ بود که همگی در سطح اطمینان ۰/۹۵ معنادار است. همچنین به منظور تعیین روایی «سیاهه سرسختی سلامت» (RHHI-24) شواهد مربوط به روایی سازه مورد بررسی قرار گرفت و برای بررسی روایی سازه نیز از روش تحلیل عاملی استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی ۲۴ ماده سیاهه (RHHI-24) بر اساس روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی حاکی از آن بود که «سیاهه سرسختی سلامت» از ۴ عامل اصلی ارزش سلامت، هسته مهار درونی سلامت، هسته مهار بیرونی سلامت و شایستگی سلامت ادراک شده اشباع شده است. در پژوهش حاضر به منظور مقایسه بیماران مزمن و افراد سالم از نظر ویژگی سرسختی سلامت آزمون t گروههای مستقل مورد استفاده قرار گرفت.

● یافته‌ها

اطلاعات بدست آمده در مورد متغیر جنس نشان می‌دهد که از کل ۲۰۴ نفر حجم نمونه ۱۰۰ نفر زن و ۱۰۴ نفر مرد بوده اند. به عبارت دیگر ۵۰/۹۸ درصد از کل حجم نمونه بیماران مزمن و مردم عادی را مردان و ۴۹/۰۱ درصد از آن را زنان تشکیل داده‌اند. میانگین سنی اعضای کل نمونه تحقیق ۳۲/۲۸ می‌باشد. میانگین سنی گروه نمونه مردم عادی ۳۴/۹۲ سال و بیماران مزمن ۳۵/۵۸ سال است.

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی شامل حجم نمونه، دامنه تغییرات، حداقل نمرات، حداکثر نمرات، میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی برای سرسختی سلامت (کل)

جدول ۱- آماره‌های توصیفی «سیاهه سرسختی سلامت» (RHHI-24) و زیر مقیاس‌های آن

سياهه سرسختی سلامت و زیر مقیاس‌های آن	گروه‌های نمونه	حجم نمونه	دامنه تغییرات	حداقل نمرات	حداکثر نمرات	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
ارزش سلامت	مردم عادی	۱۰۲	۱۸	۱۲	۳۰	۲۴/۸۴	۴/۱۴	-۰/۹۴	۰/۴۹
	بیماران مزمن	۱۰۲	۱۲	۱۸	۳۰	۲۶/۵۷	۲/۹۳	-۰/۶۲	-۰/۳۶
	کل نمونه	۲۰۴	۱۸	۱۲	۳۰	۲۵/۷۱	۳/۶۸	-۱	۱
هسته مهار درونی سلامت	مردم عادی	۱۰۲	۱۷	۸	۲۵	۲۰	۳/۳۰	-۰/۷۱	۱/۲
	بیماران مزمن	۱۰۲	۱۵	۱۰	۲۵	۱۹/۳۳	۳/۶۷	-۰/۱۸	-۰/۷۳
	کل نمونه	۱۰۲	۱۷	۸	۲۵	۱۹/۶۷	۳/۵	-۰/۴۳	-۰/۰۴
هسته مهار بیرونی سلامت	مردم عادی	۱۰۲	۲۰	۱۴	۳۴	۲۵/۷۴	۴/۶۴	-۰/۶	-۰/۲۵
	بیماران مزمن	۱۰۲	۲۰	۱۲	۳۲	۲۳/۵۸	۴/۹۸	-۰/۲۹	-۰/۷۰
	کل نمونه	۲۰۴	۲۲	۱۲	۳۴	۲۴/۶۶	۴/۹۲	-۰/۴۴	-۰/۵۶
شایستگی سلامت ادراک شده	مردم عادی	۱۰۲	۱۶	۱۴	۳۰	۲۳/۲۶	۳/۴۴	-۰/۴۷	۰/۴۷
	بیماران مزمن	۱۰۲	۲۱	۹	۳۰	۲۲/۱۴	۴/۳۵	-۰/۵۰	-۰/۰۱
	کل نمونه	۲۰۴	۲۱	۹	۳۰	۲۲/۷۰	۳/۹۵	-۰/۶	۰/۳۶
سرسختی سلامت (کل)	مردم عادی	۱۰۲	۶۵	۵۳	۱۱۸	۹۳/۸۶	۱۲/۵۳	-۰/۷۲	۰/۸۱
	بیماران مزمن	۱۰۲	۵۶	۶۰	۱۱۶	۹۱/۶۴	۱۱	-۰/۲۴	-۰/۱۳
	کل نمونه	۲۰۴	۶۵	۵۳	۱۱۸	۹۲/۷۵	۱۱/۸۱	-۰/۴۸	۰/۳۴

و هر یک از زیر مقیاس‌های پرسشنامه سرسختی سلامت ارایه شده است. باتوجه این جدول نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمرات اعضای کل نمونه پژوهشی در زیر مقیاس «ارزش سلامت» ۲۵/۷۱، «هسته مهار درونی سلامت» ۱۹/۶۷، «هسته مهار بیرونی سلامت» ۲۴/۶۶، «شایستگی سلامت ادراک شده» ۲۲/۷۰ و «سرسختی سلامت» (کل) ۹۲/۷۵ می‌باشد. همچنین نتایج جدول حاکی از آن است که در مؤلفه ارزش سلامت، بیماران مزمن بالاترین میانگین نمرات (۲۶/۵۷)، در مؤلفه هسته مهار درونی سلامت مردم عادی بیشترین میانگین نمرات (۲۰)، در مؤلفه هسته مهار بیرونی سلامت مردم عادی بیشترین میانگین نمرات (۲۵/۷۴)، در مؤلفه شایستگی سلامت ادراک شده مردم عادی بیشترین میانگین نمرات (۲۳/۲۶) کسب نموده‌اند. نتایج مربوط به مقایسه میانگین نمرات سرسختی (کل) گروه‌های نمونه، حاکی از آن است که مردم عادی با میانگین ۹۳/۸۶ از سطح سرسختی سلامت بالاتری نسبت به بیماران مزمن برخوردارند. با توجه به شاخص‌های محاسبه شده و شکل توزیع نمرات، نتایج نشان می‌دهد که توزیع نمره کل آزمودنیها در سرسختی سلامت (کل) و زیر مقیاس‌های آن دارای کجی اندک و منفی

می‌باشد. از آنجایی که مقادیر کجی و کشیدگی درکل سیاهه و زیر مقیاس‌های آن کمتر از ۲ است. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که توزیع نمرات در کلیه گروه‌های نمونه از توزیع بهنجار چندان فاصله‌ای ندارند.

نتایج حاصل از آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی تفاوت نمرات «سیاهه سرسختی سلامت» (RHHI-24) و زیر مقیاس‌های آن بین دو گروه نمونه بیماران مزمن و مردم عادی (سالم) در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به این جدول نتایج حاصل از آزمون t گروه‌های مستقل به شرح زیر می‌باشد:

۱. بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم با توجه به مقدار $t=3/45, df=202$ و $p < 0/05$ تفاوت معنا داری در زیر مقیاس «ارزش سلامت» وجود دارد. این مقیاسه نشان می‌دهد که بیماران مزمن نمرات بالاتری را در این زیر مقیاس کسب کرده و ارزش بیشتری برای سلامت خود قایل هستند.

۲. بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم با توجه به مقدار $t=-1/382, df=202$ و $p < 0/05$ تفاوت معناداری در زیر مقیاس «هسته مهار درونی» وجود ندارد، به عبارت دیگر بیماران مزمن و مردم عادی از لحاظ مؤلفه مهار درونی سلامت تفاوت معناداری ندارند.

جدول ۲- نتایج آزمون t گروه‌های مستقل بیماران مزمن و مردم عادی (افراد سالم) برای پرسشنامه سرسختی سلامت

(RHHI-24) و زیر مقیاس‌های آن

سیاهه سرسختی سلامت و زیر مقیاس‌های آن	گروه‌ها	حجم نمونه	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	t	درجه آزادی (df)	سطح معناداری
ارزش سلامت	بیماران مزمن	۱۰۲	۲۶/۵۷	۲/۹۳	۰/۲۹	۳/۴۵	۲۰۲	۰/۰۰۱
	افراد سالم	۱۰۲	۲۴/۸۴	۴/۱۴	۰/۴۱			
هسته مهار درونی سلامت	بیماران مزمن	۱۰۲	۱۹/۳۳	۳/۶۷	۰/۳۶	-۱/۳۸۲	۲۰۲	۰/۱۶۸
	افراد سالم	۱۰۲	۲۰	۳/۳۰	۰/۳۲			
هسته مهار بیرونی سلامت	بیماران مزمن	۱۰۲	۲۳/۵۸	۴/۹۸	۰/۴۹	-۳/۱۹۵	۲۰۲	۰/۰۰۲
	افراد سالم	۱۰۲	۲۵/۷۴	۴/۶۴	۰/۴۶			
شایستگی سلامت ادراک شده	بیماران مزمن	۱۰۲	۲۲/۱۴	۴/۳۵	۰/۴۳	-۲/۰۳۵	۲۰۲	۰/۰۴۳
	افراد سالم	۱۰۲	۲۳/۲۶	۳/۴۴	۰/۳۴			
سرسختی سلامت (کل)	بیماران مزمن	۱۰۲	۹۱/۶۴	۱۱	۱/۰۸	-۱/۳۴۱	۲۰۲	۰/۱۸۱
	افراد سالم	۱۰۲	۹۳/۸۶	۱۲/۵۳	۱/۲۴			

۳. بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم با توجه به مقدار $t = -3/195$ ، $df = 202$ و $p < 0/05$ تفاوت معنا داری در زیر مقیاس «هسته مهار بیرونی سلامت» وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که افراد سالم نمرات بالاتری را در این زیر مقیاس کسب کرده و در نتیجه از سطوح مهار بیرونی سلامت بالاتری برخوردارند.

۴. بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم با توجه به مقدار $t = -3/035$ ، $df = 202$ و $p < 0/05$ تفاوت معنا داری در زیر مقیاس «شایستگی سلامت ادراک شده» وجود دارد، به نحوی که افراد سالم نمرات بالاتری را در این زیر مقیاس کسب کرده و در نتیجه از سطوح شایستگی سلامت ادراک شده بالاتری برخوردارند.

۵. بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم با توجه به مقدار $t = -1/341$ ، $df = 202$ و $p < 0/05$ تفاوت معنا داری در ویژگی «سرسختی سلامت» (کل) وجود ندارد، به عبارت دیگر بیماران مزمن و مردم عادی از لحاظ ویژگی سرسختی سلامت (کل) تفاوت معنا داری ندارند.

● بحث

با توجه به نتایج به دست آمده آزمون t در جدول ۲ می‌توان نتایج مقایسه بیماران مزمن و مردم عادی را از نظر ویژگی سرسختی سلامت به شرح ذیل تبیین کرد:

۱. بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم در زیر مقیاس «ارزش سلامت» تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مزمن میانگین بالاتری را در مؤلفه ارزش سلامت گزارش می‌کنند. این یافته در تأیید تحقیقات گذشته است. برای مثال لو، هارتمن و ویر (۱۹۸۶) نشان دادند که در میان افرادی که با یک عامل تهدید زای زندگی یا مشکل جدی سلامتی مواجه هستند، تفاوت کمی در چگونگی ارزیابی ارزش سلامت وجود دارد و ارزش سلامت در این افراد به صورت مشابهی بالا است. برطبق نظریه یادگیری اجتماعی راتر (۱۹۶۶) احتمال وقوع یک رفتار ویژه، وابسته به انتظار وقوع، تقویتی است که به دنبال انجام آن رفتار ویژه حاصل می‌شود. ارزش تقویت به میزان ترجیح یک تقویت ویژه از میان چندین تقویت در دسترس اشاره می‌کند. برای افرادی که با یک بیماری مزمن مواجه هستند، تقویت مورد انتظار، سلامتی است. نیازهای فرد عامل مهمی است که بر ارزش تقویت تأثیر به سزایی دارد (چانگ و همکاران، ۲۰۰۷). بیماران

مزمّن با یک عامل تنیدگی زای ناخوشایند مواجه هستند و نیاز به حفظ سلامتی وزندگی عاملی است که بالا بون ارزش سلامتی را در این افراد تبیین می‌کند. در واقع از میان تقویتهای دردسترس، سلامتی ارزش واهمیت بیشتری برای آنان دارد و در نتیجه بیماران رفتارهایی را انجام می‌دهند که منجر به حصول تقویت مورد انتظار یعنی سلامتی شود. مواجه با یک بیماری مزمّن موجب می‌شود که فرد با توجه به ارزشی که برای سلامتی خود در شرایط فعلی قایل است، انگیزش بیشتری برای انجام آن دسته از رفتارهایی داشته باشد که منجر به حصول پیامدهای مثبت سلامتی می‌شوند. در حالی که افراد سالم هنوز با مشکلات و عوامل تنیدگی زای جدی سلامت مواجه نشده و به ارزش سلامتی خود آنچنان که باید واقف نیستند. در نتیجه در شرایط کنونی، عامل سلامتی تقویت مهم و ارزشمندی برای آنان محسوب نشده و توجه و نگرانی کمتری در رابطه با وضعیت سلامت خود دارند.

۲. بین گروه بیماران مزمّن و مردم عادی (افراد سالم) در زیرمقیاس مهار درونی سلامت تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته‌های مرتبط با پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه مقایسه مهار درونی در بیماران مزمّن و افراد سالم متناقض است. برای مثال ترومپ و همکاران (۲۰۰۵) با بررسی بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن دریافتند که بیماران در مقایسه با مردم عادی از سطوح مهار درونی سلامت پایین تری برخوردار هستند. ازسوی دیگر نتایج متناقض یک تحقیق دیگر نشان می‌دهد که بیمارانی که پیوند ریه داشتند درمقایسه با پزشکان، از مهار درونی بیشتری برخوردار بودند (دی ویتو دابس و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین توماس و همکاران (۲۰۰۴) با بررسی بیماران دیابتی و آزمودنیهای سالم، دریافتند که بیماران دیابتی مهار درونی بیشتری را گزارش می‌کنند. رابطه بین هسته مهار و سبک‌های مقابله سالهای متمادی است که موردتوجه قرار گرفته است. به نظر می‌رسد افرادی که از سطح مهار درونی بالایی برخوردارند، بیشتر درگیر راهبردهای مقابله فعال می‌شوند (کارور و همکاران، ۱۹۸۹). شواهد بسیاری نشان می‌دهند که احساس مهار درونی با سازگاری مثبت و با کاهش اختلالات روان شناختی در بیماران مزمّن همراه است. در بیماران مزمّن حفظ احساس مهار شخصی می‌تواند احساس ناامیدی را کاهش داده و منجر به فرایندهای مقابله مؤثر و پیامدهای روان شناختی مثبتی شود. علاوه بر این مهار درونی می‌تواند با افزایش رفتارهای

معطوف به عمل، پیامدهای یک موقعیت ناخوشایند را بهبود بخشد. ازسوی دیگر در پژوهش حاضر بیماران قلبی و سرطانی بیشترین حجم گروه نمونه بیماران مزمن را به خود اختصاص داده‌اند و خطر وقوع مرگ در این بیماران بالا است. شواهد نشان می‌دهند مهار درونی یک عامل شخصیتی است که از طریق مکانیسم سازگاری روانشناختی بر طول بقا تأثیر گذاشته و سبب بقای طولانی تر در بیماران می‌شود (بارکر و همکاران، ۲۰۰۵). برای مثال نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان سینه که به توانایی خود در مهار سلامتیشان باور داشتند در مقایسه با همتایان خود که اعتقاد داشتند سلامتیشان تحت مهار عامل شانس یا بداقبالی است، مدت طولانی تری زنده باقی ماندند (جمیسون و همکاران، ۱۹۸۷). بنابراین شاید در بیماران سرطانی و قلبی ارزش زندگی و تلاش برای حفظ بقا موجب شود که فرد با حفظ این دیدگاه که خود وی و رفتارهایی که انجام می‌دهد، تعیین کننده سلامتی و پیامدهای آن است، بتواند به نحو مؤثری با بیماری خود مقابله کند و زنده بماند. عدم تفاوت معنادار بین دو گروه تبیین نشده.

۳. بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم در زیرمقیاس مهار بیرونی سلامت تفاوت معناداری وجود دارد و مردم عادی درمقایسه با بیماران مزمن سطوح بالاتری از مهار بیرونی سلامت را گزارش می‌کنند. این یافته پژوهش متناقض با نتایج پژوهش‌های پیشین است. برای مثال تحقیقات گذشته نشان داده اند که بیماران مبتلا به آسم (دیتون و اولبریچ، ۱۹۸۱) در مقایسه با افراد سالم از سطوح مهار بیرونی سلامت بالاتری برخوردارند. همچنین نتایج مطالعه دیگری نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به صرع نمرات بالاتری را در مؤلفه مهار افراد توانمند گزارش می‌کنند. در نتیجه این بیماران معتقدند که توانایی و نیروی افراد دیگری چون پزشکان، پرستاران و خانواده وضعیت سلامتی آنها را مهار می‌کند (اسدی پویا و همکاران، ۲۰۰۷). برمر و همکاران (۲۰۰۲) نیز در یک بررسی دیگر دریافتند که زنان آفریقایی جنوبی مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با همتایان سالم خود سطوح بالاتری از مهار بیرونی (شانس) را گزارش می‌کنند. از سوی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که افراد سالم درمقایسه با بیماران مزمن بیشتر براین باورند که سلامتیشان تحت مهار عوامل بیرونی و شانس است. برطبق نظر راتر شیوه‌ای که افراد نسبت به محرک‌های محیطی واکنش نشان

می‌دهند بستگی به معنای آن محرک برای آنان دارد (چانگ و همکاران، ۲۰۰۷). بیماران مزمن با محرک ناخوشایند بیماری مواجه هستند و حفظ این باور که خود بیمار نه عامل شانس یا بد اقبالی قادر به مهار سلامتی وی می‌باشد، از طریق افزایش امید بهبودی و انجام رفتارهای سلامت کمک شایانی به سازگاری مؤثر با بیماری کرده و منجر به غلبه بر بیماری و پیامدهای مطلوب سلامتی می‌شود. در پژوهش حاضر بیماران مزمن کمتر به عوامل بیرونی و شانس اعتقاد دارند، زیرا دریافته‌اند در شرایط فعلی خود آنان عامل اصلی تعیین کننده سلامتی‌شان هستند و می‌توانند با انجام رفتارهای سودمند سلامت، وضعیت سلامت خود را مهار کنند. شاید در این بیماران اعتقاد به عوامل بیرونی و شانس، فقط به معنای ناامیدی و تسلیم در برابر بیماری و در نتیجه شکست در فرایندهای درمانی باشد. باور به عوامل بیرونی و شانس که تحت اختیار خود فرد نیستند، در بیمار این نگرش را به وجود می‌آورند که هر کاری انجام دهد بی فایده است و قادر به ایفای یک نقش فعال در بهبود وضعیت سلامتی خود نیست. در واقع هرچند ممکن است خود فرد در ابتلا به بعضی از بیماریها نظیر سرطان خون نقش نداشته باشد ولی می‌تواند تا حد زیادی با انجام رفتارهای سودمند سلامت، پیامدهای نامطلوب بیماری خود را کاهش داده و آن را تحت مهار خود قرار دهد. ازسوی دیگر افراد سالم هنوز با یک عامل تنیدگی زای سلامت مواجه نشده‌اند و تصویری عینی از چنین موقعیتی ندارند. شاید افراد سالم که هنوز با یک مشکل جدی سلامتی مواجه نشده‌اند، چندان به نقش مهم خود و رفتارهایشان در مهار وضعیت سلامتی خود واقف نبوده و عوامل بیرونی چون شانس و پزشک و غیره را بیشتر در امر سلامتی خود دخیل می‌دانند. برای بیماران مزمن، سازگاری با بیماری و حفظ سلامتی و بقا عوامل ضروری مهمی محسوب می‌شوند، درحالی که افراد سالم با چنین ضروریتهایی مواجه نیستند. بنابر این شاید ابتلا به یک بیماری مزمن موجب می‌شود که فرد برای مهار سلامتی خود به جای عوامل بیرونی و شانس، به خود و رفتارهایی که انجام می‌دهد، تکیه کند، تا بتواند، از این طریق بر بیماری خود غلبه کند.

۴. بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم در زیرمقیاس «شایستگی سلامت ادراک شده» تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مزمن درمقایسه با افراد سالم، سطوح پایین‌تری از شایستگی سلامت ادراک شده را نشان می‌دهند. این یافته با نتایج تحقیقات

گذشته همخوانی دارد. برای مثال / سمیت و همکارانش (۱۹۹۵) در یک مطالعه نشان دادند که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در مقایسه با آزمودنیهای سالم به صورت معناداری سطوح پایین تری از شایستگی سلامت ادراک شده را گزارش می کنند. ترومپ و همکاران (۲۰۰۵) نیز در تحقیق دیگری دریافتند که بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن در محدوده سنی زیر ۶۵ سال در مقایسه با افراد سالم در همین محدوده سنی، سطح شایستگی سلامت ادراک شده پایین تری را گزارش می کنند. شایستگی سلامت ادراک شده ترکیبی از انتظار رفتاری (توانایی انجام رفتار) و انتظار پیامد (این که رفتار منجر به پیامد سلامتی مطلوب می شود) است. مواد زیر مقیاس شایستگی سلامت ادراک شده، خود کارآمدی و توانایی فرد را در یافتن راه حل های مؤثر برای مشکلات سلامتی نشان می دهند. چنین به نظر می رسد بیماران مزمن که با مشکلات جدی سلامتی مواجه هستند دارای نگرش «منتظر باش و ببین» هستند (ترومپ و همکاران، ۲۰۰۵). بیماران مزمن بیشتر متکی به پزشک و دارو هستند، زیرا خود را در ابتلا به بیماری مسئول نمی دانند و باور ندارند که رفتار آنها می تواند بر روی این وضعیت ناخواسته و غیر قابل مهار، تأثیر گذار باشد. در نتیجه بیماران مزمن کمتر انتظار دارند که بتوانند به صورت موفقیت آمیز، رفتارهایی را انجام دهند که بر پیامدهای بیماری آنها تأثیر مثبتی داشته و منجر به حصول نتایج رضایت بخش سلامتی شود. در واقع تجربه بیماری فرد را به سوی این ادراک سوق می دهد که پیامدهای سلامتی تحت مهار خود فرد نیست و فرد ادراک و ارزیابی کمتری از تواناییهای خود برای انجام رفتارهای سلامت بخش و تعامل مؤثر با محیط و نیل به اهداف مطلوب سلامتی دارد.

۵. بین گروه بیماران مزمن و افراد سالم تفاوت معناداری در ویژگی «سرسختی سلامت» (کل) وجود ندارد. در پژوهش حاضر با بررسی نتایج تحقیقات پیشین مرتبط به سرسختی سلامت، یافته ای در زمینه مقایسه سطح ویژگی سرسختی سلامت در بیماران مزمن و افراد سالم حاصل نگردید، ولی می توان با استناد به مفاهیم نظری در خصوص سازه سرسختی سلامت، نتایج پژوهش حاضر را تبیین نمود. «سرسختی سلامت» یک ویژگی شخصیتی و پایدار است که در طول زمان نسبتاً ثابت باقی می ماند (کوباسا، ۱۹۷۹؛ سارافینو، ۲۰۰۰؛ ترومپ و همکاران، ۲۰۰۵). کوباسا و

مدی (۱۹۹۹) نیز مطرح کردند که سرسختی از همان اوایل کودکی در اثر تجربیات دوران کودکی و تعامل کودک با والدین محیط شکل می‌گیرد. پس اگر سرسختی را به عنوان ویژگی شخصیت پایدار در نظر بگیریم، به نظر نمی‌رسد که عوامل تنیدگی‌زای شدیدی چون ابتلا به بیماریهای مزمن تأثیری بر روی این سازه شخصیتی داشته باشند. در واقع بنا بر نظر کوباسا (۱۹۷۹) سرسختی یک ویژگی شخصیتی است که افراد را در مقابل تنیدگی مقاوم می‌کند. کوباسا در تحقیقات گذشته نگر و آینده نگر اولیه خود دریافت، افرادی که از سطوح بالای سرسختی برخوردارند، تحت شرایط تنیدگی‌زای شدید نیز مقاومت کرده و نشانه‌های بیماری کمتری را نشان می‌دهند (کوباسا، ۱۹۷۹؛ کوباسا، مدی و کان، ۱۹۸۲). نتایج تحقیقات انجام گرفته بر روی بیماران مزمن نیز نشان می‌دهد سرسختی، ویژگی شخصیتی و عامل انگیزشی مهمی برای تعیین پیامدهای سلامتی و سازگاری روان‌شناختی و فیزیولوژیکی با بیماری است (پولاک، ۱۹۸۶، ۱۹۸۹؛ آبراهام، ۱۹۹۲؛ ترومپ و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج این تحقیقات نشان می‌دهد که بیمارانی که از سطوح بالای سرسختی سلامت برخوردارند از طریق ارزیابی تنیدگی به صورت کمتر ناخوشایند، استفاده از راهبردهای مقابله فعال و سودمند، به‌کارگیری منابع حمایت اجتماعی و انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت به نحو مؤثری با بیماری خود سازگاری حاصل کرده و اختلالات روانشناختی کمتری را گزارش می‌کنند. «فرد سرسخت» متعهد به انجام رفتارهای مرتبط به سلامت بوده، سلامت خود را تحت مهار خود ادراک کرده و عوامل تنیدگی‌زای سلامتی را به‌عنوان فرصتی برای رشد شخصی خود در نظر می‌گیرند (پولاک، ۱۹۸۶). از سوی دیگر تحقیقات نشان می‌دهد که سرسختی سلامت، سازه‌ای یک بعدی و یکپارچه نبوده و مؤلفه‌های آن تأثیر متفاوت و مستقلى بر روی رفتارها و پیامدهای سلامتی دارند. برای مثال، یافته‌های یک پژوهش مشخص کرد که مؤلفه مهار سلامت تأثیر نیرومندی در پیش‌بینی وضعیت سلامتی بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید دارد (آبراهام، ۱۹۹۲). همچنین مقطعی بودن پژوهش حاضر تبیین این مقایسه را دشوار می‌سازد. ما اطلاعاتی درباره سطح ویژگی سرسختی سلامت در بیماران مزمن پیش از وقوع بیماری نداریم. مشکلات جدی سلامتی ممکن است بر روی سازه سرسختی سلامت تأثیر گذارند. بنابر این بهتر است رابطه تعاملی و دو جانبه سرسختی و سلامت در یک مطالعه طولی بررسی گردد.

یادداشت‌ها

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1- crisis theory | 2- coping processes |
| 3- health related hardiness | 4- Health Hardiness Inventory (HHI) |
| 5- The Revised Health Hardiness Inventory | 6- health value |
| 7- internal health locus of control | 8- external health locus of control |
| 9- perceived health competence | 10- self -efficacy |
| 11- social learning theory | 12- non equivalent post test only |

منابع

- ترشابیی، ملیحه. (۱۳۸۷). بررسی ویژگیهای روان سنجی پرسشنامه سرسختی سلامت (RHHI- 24) و مقایسه ویژگی سرسختی سلامت در بیماران مزمن و مردم عادی (افراد سالم). پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- Abraham, A. (1992). *Construct validation of the Health Hardiness Inventory*. Unpublished doctoral dissertation, Vanderbilt University.
- Asadi –Poya ,A.A.,Schiling ,C.A.,Glosser ,D.,Tracy ,J.I.,&Sperling ,M.R.(2007).Health locus control in patient with epilepsy and its relation to anxiety,depression,and seizure control. *Epilepsy and Behavior, 11*, 347-350.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bremer,B.A.,Moore,C.T.,Bourbon,B.M.,Hess,D.R.,&Bremer,K.L.(1997). Perceptions of control, physical exercise, and psychological adjustment to breast cancer in South African women. *Annals of Behavioral Medicine, 19*, 51-60.
- Burish, T., & Bradly, L. (1983). *Coping with chronic disease*. NewYork: Academic Press.
- Burker ,E.J.,Evon,D.M.,Galanko,J.,&Egan,T.(2005).Health locus of control predicts survival after lung transplant. *Journal of Health Psychology,10*,695-704.
- Carver, C.S. Scheier, M.F, & Weintraub, J.K.(1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J. Pers. Soc. Psycho. 56*, 267–83.
- Chen,Yuh-Min.(1996). *Relationships among health control orientation,self-efficacy,self-care,and subjective well-being in the elderly with hypertension*. Unpublished doctoral dissertation,The University of Texas,Austin.
- Chung,M.C.,Preveza,E.,Papandrious,K.,&Prevesaz,N.(2007).Locus of control among spinal cord injuery patients with different levels of posttrumatic disorder. *Psychiatry Research,152*, 253-260.
- Deaton, A. V., & Olbrisch, M. E. (1981). *Health perceptions as a function of illness and hospitalization experiences*. Los Angeles,CA: Paper presented at the American Psychological Association.
- Derenowski, J. (1988).The relationship of social support systems,health locus of control,health value orientation,and wellness motivation in the postyocardial infarction,

- patient during three phase of rehabilitation. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 3, 143-152.
- De Vito Dabbs, A., Kim, Y., Hamedan-Mansour, A., Thibodeau, A., & McCurry K. (2006). Health locus of control after lung transplantation: Implication for managing health. *Journal Clin. Pscho. Med. Settings*, 13, 381-392.
- Diamond, M. (1983). Social adaption of the chronically ill. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health, health care and the health professions*. New York: Free Press.
- Gebhardt, W.A., Van der Doef, M.P., & Paul, L.B. (2001). The Revised Health Hardiness Inventory (RHHI-24): Psychometric properties and relationship with self-reported health and health behavior in two Dutch samples. *Health Education Research*, 16, 579-592.
- Jamison, R.N., Burish, T.G., & Wallston, K.A. (1987). Psychological factors in predicting survival of breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 5, 768-772.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, D.M., & Madi, S.R. (1999). Early experiences in hardiness development. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51, 06-116.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Lau, R.R., Hartman, K.A., & Ware, J.E. (1986). Health as a value: Methodological and theoretical consideration. *Health Psychology*, 5, 25-43.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publisher Company.
- Moos, R.H. (1982). *Coping with acute health crises. Handbook of clinical health psychology*, New York, Plenum.
- Pollock, S.E. (1986). Human responses to chronic illness: Psychological and physiological adaption. *Nursing Research*, 35, 90-95.
- Pollock, S.E. (1989). Adaptive responses to diabetes mellitus. *Western Journal of Nursing Research*, 11, 265-280.
- Pollock, S.E. (1989). The hardiness characteristic: A motivation factor in adaption. *Advanced in Nursing Science*, 11, 53-62.
- Pollock, S.E., Christian, B.I., & Sands, D. (1993). Responses to chronic illness: Analysis of psychological and physiological adaption. *Nursing Research*, 39, 300-304.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus External control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health psychology: Biosychosocial interaction*. (4 Th Ed). John Willey & Sons, Inc.

- Smith, M.S., Wallston, K.A., & Smith, C.A. (1995). The development and validation of Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research, 10*, 51-64.
- Thomas, E.M., Kamalanabhan, T.J., & Vasanthi, M. (2004). Locus of control among diabetic and non-diabetic patients –A comparative study. *Journal of Social Science, 8*, 221-226.
- Tromp, D.M., Brouha, X.D.R., Hordijk, G.J., Winnubst, J.A.M., Gebhardt, W.A., Van der Doef, M.P., & De Leeuw, J.R.J. (2005). Medical care-seeking and health-risk behavior in patients with head and neck cancer: The role of health value, control beliefs, and psychological distress. *Health Education Research, 20*, 665-675.
- Wallston, K.A., Stein, M.J., & Smith, C.A. (1994). From C of MHLC Scale: A condition-specific measure of locus control. *Journal Press Assess, 63*, 534-553.
- Wightman, K.C. (1993). *Health value and health locus of control: Impact upon compliance in cardiac patient*. Unpublished master thesis. Grand Valley State University.

