

## مدل‌یابی سازگاری روانی زنان با سرطان بر اساس تأثیر علی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با در نظر گرفتن نقش سبک‌های اسناد علی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای

محرم فتح‌اللهی انویق<sup>۱</sup>، علی خادمی<sup>۲\*</sup>، مهین اعتمادی‌نیا<sup>۳</sup>، علی شاکر دولق<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۵/۰۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۹/۰۸

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** این پژوهش باهدف مشخص کردن تأثیر مستقیم و بواسطه حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تأثیر مستقیم سبک‌های اسناد علی روی سازگاری روانی با سرطان صورت گرفت.

**مواد و روش کار:** طرح پژوهش مطالعه حاضر یک طرح همبستگی از نوع معادلات ساختاری (SEM) می‌باشد که با استفاده از پرسشنامه‌های طرح‌واره یانگ (SF-YSQ)، سبک اسنادی (ASQ) و سازگاری روانی با سرطان (Mini-Mac) روی نمونه ۴۰۰ نفری از زنان مبتلا به سرطان شهرستان ارومیه انجام شد و از نرم‌افزار PLS برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

**یافته‌ها:** بین حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های اسناد علی رابطه مستقیم معنی‌داری با ضریب مسیر ۰/۶۱۷ وجود دارد ( $P < ۰.۰۱$ ). همچنین بین حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روانی با سرطان رابطه معنی‌دار مستقیم با ضریب مسیر ۰/۴۹۶، رابطه غیرمستقیم با ضریب مسیر ۰/۰۷۹ و تأثیر کل ۰/۵۷۵ وجود دارد ( $P < ۰.۰۱$ ). بین سبک‌های اسناد علی و سازگاری روانی با سرطان نیز رابطه مستقیم معنی‌داری با ضریب مسیر ۰/۲۲۰ وجود دارد ( $P < ۰.۰۱$ ). در شاخص  $Q^2$  مقدار CV RED به‌دست‌آمده برای متغیر سبک‌های اسناد علی برابر ۰/۲۵۲ و متغیر سازگاری روانی با سرطان برابر ۰/۲۰۴ می‌باشد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** متغیر برون‌زاد حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه دارای تأثیر مستقیم بر متغیر درون‌زاد سبک‌های اسناد علی و تأثیر مستقیم و غیرمستقیم از طریق متغیر سبک‌های اسناد علی بر متغیر درون‌زاد سازگاری روانی با سرطان می‌باشند. متغیر درون‌زاد سبک‌های اسناد علی نیز دارای تأثیر مستقیم بر متغیر سازگاری روانی با سرطان می‌باشد. نتیجه کلی اینکه مدل دارای توانایی پیش‌بینی و برازش بوده و خوب ساخته شده است.

**کلیدواژه‌ها:** حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سازگاری روانی با سرطان، سبک‌های اسناد علی

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و یکم، شماره یازدهم، ص ۸۳۵-۸۲۳ بهمن ۱۳۹۹

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران. تلفن: ۰۹۱۴۳۲۰۸۹۳۳

Email: dr\_ali\_khademi@yahoo.com

### مقدمه

پیامدهای ضعیف سلامت ارتباط دارد و میزان بهبودی را کاهش می‌دهد (۱ و ۲). یکی از بیماری‌های مزمن و مهم قرن حاضر بیماری سرطان می‌باشد که به‌عنوان سومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلبی - عروقی و سوانح شناخته شده است. این بیماری با درمان‌هایی نظیر عمل جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی عوارض جانبی جسمی و روانی ناخوشایندی مثل ریزش مو، حالت تهوع و مشکلات جنسی، تأثیرات روان‌شناختی نامطلوبی بر مبتلایان دارد و این تأثیر نامطلوب می‌تواند با افزایش بقای سرطان کیفیت زندگی

سازگاری با بیماری به‌عنوان فرایند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و جهان؛ درحالی‌که فرد دارای مشکلات جسمانی می‌باشد؛ اهمیت به سزایی در موفقیت درمان و بهزیستی شخص بیمار و اطرافیان وی دارد. با آگاهی از داشتن بیماری بدخیم تهدیدکننده حیات، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند و بیمار تلاش می‌کند با این وضعیت سازگار گردد. به‌نحوی که تحقیقات نشان می‌دهند سازگاری ضعیف با بیماری؛ با استفاده بیشتر از خدمات و

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

بررسی تأثیر مؤلفه‌های زیربنایی یادشده در اعضای نمونه و تعمیم آن به جامعه آماری و در نهایت استفاده از یافته‌های آن برای سازگاری بهینه و کاهش اثرات سوء جسمانی، روانی و مالی عدم سازگاری روانی مناسب با سرطان اجرا گردید. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد متغیر سازگاری روانی با سرطان<sup>۱</sup> توسط گریب<sup>۲</sup> و واتسون<sup>۳</sup> در ارتباط با نظریه<sup>۴</sup> و فولکمن<sup>۵</sup> در رابطه با مقابله ارائه شده و عبارت است از مجموعه نگرش‌ها و عملکردهایی که فرد برای ابقاء سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس‌های ایجادشده بر اثر ابتلا به سرطان اتخاذ می‌کند. مدل گریب و واتسون دارای پنج بعد می‌باشد که عبارت‌اند از روحیه مبارزه<sup>۶</sup> (برای نمونه گرایش به روبرو شدن و رویه‌های فعالانه با بیماری)، دل‌مشغولی نگران‌کننده<sup>۷</sup> (برای نمونه گرایش به تجربه بیماری به‌عنوان یک منبع رویدادی از اضطراب و تنش مشخص)، تفکر تقدیرگرایانه<sup>۸</sup> (برای نمونه گرایش به تسلیم شدن و پذیرش جبری بیماری)، ناامیدی- درماندگی<sup>۹</sup> (برای نمونه گرایش به پذیرش یک نگرش بدبینانه در مورد بیماری) و اجتناب شناختی<sup>۱۰</sup> (برای نمونه گرایش به اجتناب از مواجهه مستقیم با مسائل مرتبط با بیماری) (۱۱ و ۱۲). علاوه بر مدل گریب و واتسون، مطالعات محدود دیگری نیز در این رابطه صورت گرفته که هر کدام مدل مدنظر خود را ارائه می‌دهد. برخی از پژوهشگران مدل زیستی- پزشکی را در سازگاری با سرطان مطرح کرده و بر بیماری تأکید دارند؛ برخی مدل روانی- اجتماعی را مطرح می‌کنند که بر سلامت در پیش‌بینی سازگاری با سرطان تأکید می‌کند و برخی هم مدل زیستی- روانی- اجتماعی را در پیش‌بینی سازگاری روانی با سرطان مطرح کرده‌اند. هر کدام از این مدل‌ها دارای نواقصی می‌باشد. از جمله تأکید صرف بر عوامل زیستی بیماری در مدل زیستی- پزشکی و نادیده گرفتن متغیرهای روانی- اجتماعی.

مدل‌های مشابه دیگری نیز در حوزه سلامت مطرح شده‌اند که عبارت‌اند از مدل رفتار سلامت، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و مدل خودتنظیم گر. مشکل عمده این مدل‌ها این است که بیشتر پاسخگوی عوامل رفتاری و تهدیدکننده هستند تا توضیحی بر فرایند رفتارهای سلامت. در بیماری مزمنی مانند سرطان. همچنین این مدل‌ها تنها به یک مؤلفه پاسخ‌های فردی به بیماری یا تهدید یک بیماری توجه می‌کنند (۱۳). از جمله متغیرهای تأثیرگذار در سازگاری روانی با سرطان می‌توان به حوزه‌های طرح‌واره‌های

را کاهش داده و به تبع آن تأثیر منفی بالایی در سلامت جامعه داشته باشد (۳). عدم وجود کنترل بر این تأثیرات نامطلوب باعث کاهش بیشتر کیفیت زندگی می‌شود. از طرف دیگر درمان‌های پرهزینه و شرایط درمان سرطان که گاهی بلندمدت هم می‌باشند توانایی افراد را در ایفای نقش اجتماعی، خانه‌داری و یا اشتغال به‌ویژه در زنان مورد تهدید قرار می‌دهند (۴، ۵ و ۶). هر چند که برخی از این افراد برای حفظ تعادل و سلامت خود از مکانیسم‌هایی سازگاری مختلفی نظیر بازسازی شناختی مثبت، بیان عاطفی، پذیرش بیماری، استفاده از اعمال مذهبی، حمایت اجتماعی و خانوادگی، یوگا و ورزش استفاده می‌کنند که تأثیرات متفاوتی بر سلامت زنان دارد؛ ولی بسیاری از زنان در این زمینه مشکل داشته و قادر به سازگاری با بیماری خود نمی‌باشند. بنابراین در کنار مشکلات جسمی ناشی از سرطان و درمان آن از مشکلات روانی نیز رنج می‌برند (۷ و ۸). چراکه سرطان به‌عنوان یک بیماری مزمن دارای مشکلات روان‌شناختی زیاد، بهزیستی و سازگاری فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث ایجاد تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی در بیمار و خانواده وی می‌گردد. به‌نحوی که بررسی‌ها نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین نمرات نگرانی، سبک زندگی و خودکارآمدی بیماران سرطانی و افراد سالم وجود دارد. بنابراین نحوه سازگاری با سرطان می‌تواند به تمام سطوح فعالیت‌های بیمار اثر بگذارد. به‌نحوی که سازگاری مناسب باعث تأثیر مثبت در موفقیت درمان می‌گردد و سازگاری نامناسب با سرطان مشکلاتی در موفقیت درمان ایجاد کرده و ضمن افزایش هزینه‌های درمان، مشکلات روانی متعددی را برای بیمار، خانواده‌ها و اطرافیان داشته و حتی میزان مرگ‌ومیرها را هم افزایش می‌دهد (۹، ۱۰ و ۱۱). با این حال، با در نظر گرفتن اهمیت سازگاری روانی با سرطان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی و اطرافیان آن‌ها؛ مطالعات متمرکزی در این راستا صورت نگرفته و مطالعاتی هم که به‌صورت محدود انجام شده دارای شکاف و پراکندگی بوده و از یکپارچگی و انسجام لازم برخوردار نمی‌باشند. بنابراین یک خلأ تحقیقاتی در مدل‌یابی سازگاری روانی با سرطان وجود داشت و آن بررسی تأثیر مؤلفه‌های زیربنایی رفتار انسان می‌باشد که با استفاده از یافته‌های آن فرد را طوری رشد داد که در مواقعی مانند ابتلا به بیماری‌هایی نظیر سرطان یا هر بیماری نوظهور دیگر دارای توانایی و سازگاری بهینه بوده و در سایه این سازگاری بهینه از حداکثر بهزیستی، موفقیت درمان و کاهش هزینه‌های مالی و غیرمالی برخوردار باشد. لذا این پژوهش در راستای

6. Fighting Spirit

7. Anxious Preoccupation

8. Fatalism

9. Helplessness

10. Cognitive avoidance

1. psychological adjustment with cancer

2. Greer

3. Watson

4. Lazarus

5. Folkman

سازگاری روانی با سرطان به‌عنوان بیماری تأثیرگذار در سبک زندگی و سلامت و راهکارهای ایجاد هرچه بیشتر سازگاری مناسب در افراد مبتلا به سرطان برای مصون ماندن از تبعات منفی یادشده به‌عنوان یکی از مسئله‌های حل‌نشده حوزه روانشناسی موردتوجه است. به‌عبارت‌دیگر به علت بروز روزافزون انواع سرطان در ایران و جهان، انجام این پژوهش و رسیدن به اهداف آن از دو بعد مالی و روان‌شناختی اهمیت به‌سزایی دارد.

پژوهش حاضر با اهداف مشخص کردن تأثیر مستقیم حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه روی سازگاری روانی با سرطان، مشخص کردن تأثیر حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه روی سبک‌های اسناد علی، مشخص کردن تأثیر غیرمستقیم حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری سبک‌های اسناد علی روی سازگاری روانی با سرطان و مشخص کردن تأثیر سبک‌های اسناد علی روی سازگاری روانی با سرطان انجام پذیرفت. بنابراین پژوهش دارای چهار فرضیه به شرح زیر بود که مورد آزمون قرار گرفتند.

- ۱- حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأثیر مستقیم بر سازگاری روانی با سرطان دارند.
- ۲- حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأثیر مستقیم بر سبک‌های اسنادی دارند.
- ۳- حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با تأثیر بر سبک‌های اسناد علی تأثیر غیرمستقیم بر سازگاری روانی با سرطان دارند.
- ۴- سبک‌های اسناد علی تأثیر مستقیم بر سازگاری روانی با سرطان دارند.

### مواد و روش کار

طرح پژوهش یک طرح همبستگی از نوع معادلات ساختاری (SEM)<sup>۴</sup> است که یک طرح چند متغیری بوده و مدل‌های ساختاری و اندازه‌گیری را به‌صورت هم‌زمان ارزیابی می‌کند. در این طرح اثرهای مستقیم و غیرمستقیم برخی متغیرها به‌عنوان علت سایر متغیرها موردسنجش قرار می‌گیرند و مدل علی موردبررسی دارای متغیرهای مکنون می‌باشد. روش آماری حداقل مربعات جزئی برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. برای این کار از نرم‌افزار Smart PLS 2 استفاده گردید. در مرحله اول مدل اندازه‌گیری پیاده شد تا مشخص شود نشانگرهای هر سازه با چه دقتی آن سازه را اندازه‌گیری می‌کنند و در مرحله دوم اثر سازه‌ها بر روی یکدیگر مورد تحلیل قرار گرفت تا اثرات علی آن‌ها روی همدیگر بررسی شود.

ناسازگار اولیه<sup>۱</sup> و سبک‌های اسناد علی<sup>۲</sup> اشاره کرد که تحقیقات انجام‌شده تأثیر آن‌ها را در موفقیت یا عدم موفقیت زندگی بزرگسالی نشان داده‌اند هرکدام از این متغیرها در نوع قضاوت انسان‌ها از موفقیت‌ها و شکست‌ها تأثیر می‌گذارند. حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار علاوه بر تأثیر مستقیم در سازگاری فرد، در اسناد علی فرد هم مؤثر می‌باشد. طرح‌واره‌های ناسازگار که ۱۸ نوع آن در ۵ حوزه توسط یانگ<sup>۳</sup> شناسایی شده است، الگوی ثابت و دیرینه‌ای از رفتار آدمی است که در کودکی توسعه‌یافته و در بزرگسالی نیز ادامه دارد. بنابراین به‌عنوان سازه‌ها و زیربنای اساسی تأثیر به‌سزایی در بروز رفتار مطلوب، نارسائی‌ها و انحرافات رفتاری، اختلالات روانی و شخصیت و کنار آمدن با مشکلات و نارسائی‌های افراد دارند. به‌نحوی که افراد استفاده‌کننده از طرح‌واره‌های سازگار توانایی بهتری برای مقابله با فشار روانی داشته و زمانی که در زندگی با حادثه‌های فشارزا مثل بیماری مواجه می‌شوند، کمتر احتمال دارد که دچار مشکلات روانی شوند (۱۴، ۱۵ و ۱۶). متغیر سبک‌های اسناد علی متغیر واسطه‌ای پژوهش و مدل ارائه‌شده می‌باشد و به نحوی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه علاوه بر تأثیر مستقیم بر شیوه سازگاری روانی با سرطان، ابتدا در کودکی ایجاد می‌شوند و به‌تناسب ماهیت خود روی اسنادهای علی فرد نیز اثر می‌گذارند و سازگاری روانی با سرطان را هم به‌صورت غیرمستقیم و با واسطه‌گری متغیر واسطه‌ای سبک‌های اسناد علی متأثر می‌کنند. سبک‌های اسنادی تأثیر به‌سزایی در نحوه کنار آمدن ما با حوادث منفی داشته و در چگونگی پیامدهای عاطفی و عزت‌نفس فرد تأثیر دارد (۱۴ و ۱۶). به‌نحوی که سبک‌های اسنادی بدبینانه باعث نوعی آمادگی برای اختلالات عدیده رفتاری در انسان می‌شوند و می‌تواند زندگی انسان را با چالش مواجه نموده و در یک‌کلام بهزیستی روانی او را به خطر اندازد. فردی که اسناد علی مناسبی نداشته باشد می‌تواند به‌نوعی جبرگرایی و عدم تلاش برای موفقیت دچار شده و علت شکست را به عوامل دیگر ربط دهد. لذا ضروری است برای ایمن ماندن فرد از عواقب شدید این نارسایی‌ها در دوره‌های مختلف زندگی انسان و رساندن وی به بهره‌مندی و رضایت از زندگی، به او کمک کرد تا اسنادی مثبت و مطابق با واقعیت برای حوادث و رخدادهای زندگی داشته باشد (۱۷).

با توجه به موارد ذکرشده و تأثیر سازگاری روانی با سرطان در مختل شدن عملکرد شغلی و اجتماعی، افزایش عود سرطان به علت ناموفق بودن درمان و به‌تبع آن افزایش میزان مرگ‌ومیر، ایجاد مشکلاتی در زمینه خانوادگی و رضایت از کار و زندگی و در نتیجه تحمیل هزینه‌های زیاد به جوامع بشری، پیدا کردن مدل علی

3. Young  
4. Structural Equation Modeling

1. Early maladaptive schemas  
2. Causal attribution styles

سنجش سبک اسناد علی استفاده گردید. از ۴۰۰ دست پرسشنامه توزیع شده ۳۶۰ دست آن‌ها به‌صورت کامل برگردانده شد.

### پرسشنامه فرم کوتاه مقیاس سازگاری روانی با سرطان

**واتسون، گریب و بلیس (Mini-Mac):** این پرسشنامه توسط واتسون، گریب و بلیس (۱۹۸۹) ساخته شده و در پژوهش‌های سایکو-آنکولوژی<sup>۳</sup> مورد استفاده قرار گرفته است. فرم کوتاه مقیاس Mac (Mini-Mac) یک پرسشنامه دارای ۲۹ گویه می‌باشد و به پنج بعد منتهی می‌شود که عبارت‌اند از: روحیه مبارزه، دل‌مشغولی نگران‌کننده، تفکر تقدیر گرایانه، ناامیدی-درماندگی و اجتناب شناختی. به‌عبارت‌دیگر پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس می‌باشد. نمره بالاتر در هر خرده مقیاس به این معنی است که آزمودنی از آن خرده مقیاس به‌عنوان سبک یا راهبرد سازگاری با سرطان بیشتر استفاده می‌کند. گویه‌ها در یک مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت شامل ۱) (قطعاً در مورد من درست نیست)، ۲) (در مورد من درست نیست)، ۳) (در مورد من درست است)، ۴) (قطعاً در مورد من درست است) نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس نمره منفی ندارد و نمره بالاتر در هر خرده مقیاس، استفاده قوی‌تر از آن راهبرد مقابله‌ای را نشان می‌دهد. برای تسهیل باید در فایل مرتب شده، گویه‌های مربوط به خرده مقیاس‌ها به ترتیب زیر پشت سرهم قرار داده شده باشند.

#### گویه‌های خرده مقیاس‌ها:

- درماندگی-ناامیدی: گویه‌های ۸-۱
- دل‌مشغولی اضطرابی: گویه‌های ۱۶-۹
- اجتناب شناختی: گویه‌های ۲۰-۱۷
- تقدیرگرایی: گویه‌های ۲۵-۲۱
- مبارزه روانی: گویه‌های ۲۹-۲۶

پاتو و همکاران (۱۳۹۴) Mini-Mac را به فارسی ترجمه کرده‌اند و اعتبار و روایی خوبی در نسخه فارسی آن به دست آمده است. به‌نحوی که آلفای کرونباخ آن برای ابعاد تقدیرگرایی ۰/۷۷، روحیه مبارزه ۰/۸۰، دل‌مشغولی نگران‌کننده ۰/۹۰، ناامیدی/درماندگی ۰/۹۴، اجتناب شناختی ۰/۷۶ و کل پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمده است.

#### فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ (SF-YSQ):

پرسشنامه فرم کوتاه طرح‌واره یانگ (۲۰۰۵) ابزاری برای خودگزارش دهی در سنجش طرح‌واره هاست. آزمودنی بر اساس توصیف از هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای می‌سنجد. در سئوالات پرسشنامه پس از چند جمله که دو رقمی نوشته شده و به محقق نشان می‌دهد سؤال‌ها مربوط به کدام طرح‌واره می‌باشند. با

جامعه آماری تحقیق تمام زنان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های فعال در درمان بیماران سرطانی بزرگ‌سال شهرستان ارومیه شامل بیمارستان‌های امید و امام خمینی (ره)، کلینیک دولتی تدبیر و کلینیک‌های پزشکان متخصص سرطان شهرستان ارومیه می‌باشد. ملاک ورود به پژوهش دریافت تشخیص ابتلا به انواع سرطان شامل سرطان‌های پستان، رحم، خون، لنفوم و ... و همچنین در حال درمان بودن در مراحل درمانی شیمی‌درمانی و رادیوتراپی در شش‌ماهه اول سال ۱۳۹۸ بود. ملاک خروج از مطالعه نیز شامل تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش توسط هرکدام از آزمودنی‌ها، بهبود کامل، فوت و ترک درمان در هنگام جمع‌آوری داده‌ها بود. چون مدت‌زمان ارتباط پژوهشگر با بیماران محدود به زمان تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش توسط هرکدام از بیماران شرکت‌کننده در پژوهش بود، موردی از خروج به علل بهبود کامل، فوت و ترک درمان مشاهده نگردید و همه آن‌ها با تکمیل پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج شدند. تعداد اعضای جامعه آماری در شش‌ماهه اول سال ۹۸ بر اساس گزارش‌های پذیرش و درمان بیمار مراکز درمانی در سال‌های گذشته و در نظر گرفتن روند افزایشی ابتلا به سرطان حدود ۲۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شد. تعداد نمونه لازم برای پژوهش حاضر بر اساس جدول مورگان<sup>۱</sup> ۳۲۲ نفر می‌باشد. بر اساس فرمول کوکران<sup>۲</sup> هم برای حالت معلوم نبودن تعداد اعضای جامعه آماری که در اینجا ۲۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شود، نیاز به ۳۸۴ نفر نمونه از جامعه مدنظر وجود داشت. برای این پژوهش تعداد نمونه را ۴۰۰ نفر در نظر گرفتیم تا در صورتی که تعدادی از آزمودنی‌ها به علت شرایط نامساعد جسمی و روانی نتوانند پرسشنامه‌ها را تکمیل و برگردانند، با کاهش حجم نمونه به کمتر از میزان محاسبه‌شده مواجه نشویم. بنابراین تعداد ۴۰۰ نفر از اعضای جامعه به‌عنوان اعضای نمونه انتخاب گردیدند. برای اینکه نتایج پژوهش از تعمیم‌پذیری و روایی بیرونی مناسبی برخوردار باشند و بتوانیم نتایج به‌دست‌آمده را به اعضای جامعه تعمیم دهیم، در نمونه‌گیری پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده گردید.

روش جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت میدانی و با استفاده از ابزار پرسشنامه بود. برای این کار از سه پرسشنامه شامل فرم کوتاه مقیاس سازگاری روانی با سرطان واتسون، گریب و بلیس (Mini-Mac) در بیماران سرطانی برای سنجش سازگاری روانی با سرطان، فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ (SF-YSQ) برای سنجش حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و پرسشنامه سبک اسناد علی پیترسون، سلیگمن، سمل، بایر، آبرامسون و متالسکی (ASQ) برای

3. Peterson, Seligman, Sammel, Bayer, Abramson & Metalski  
4. Psycho-Oncology

1. Morgan  
2. Cochran

پرسشنامه را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کرده‌اند و پایایی و روایی آن در بین جامعه دانشجویی رضایت بخش می‌باشد (۱۹).

پژوهش‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برای وقایع ناخوشایند درونی ۰/۵۳، وقایع خوشایند درونی ۰/۵۵، وقایع ناخوشایند پایدار ۰/۵۱، وقایع خوشایند پایدار ۰/۴۹، وقایع ناخوشایند عمومی ۰/۴۸، وقایع خوشایند عمومی ۰/۵۰ به دست آورده‌اند و آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌های پرسشنامه را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. با توجه به این که در تحقیقاتی که هدف پژوهشی دارند ضریب روایی کافی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ است، می‌توان گفت با ضریب روایی به دست آمده (۰/۷۴)، این پرسشنامه ابزار مناسبی برای سنجش سبک اسنادی است. پرسشنامه سبک اسنادی در برگیرنده دوازده موقعیت فرضی (شش رویداد خوب و شش رویداد بد) است. برای هر رویداد چهار پرسش مطرح شده است. از این ۱۲ موقعیت، شش رویداد مربوط به موقعیت پیشرفت و شش رویداد مربوط به موقعیت‌های پیوند جویی است. پرسشنامه را هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی می‌توان اجرا کرد. از آزمودنی خواسته می‌شود هر یک از رویدادها را با دقت خوانده و در ذهن خود به وضوح مجسم کند که خودشان در چنین موقعیتی قرار گرفته‌اند. اولین پرسش این پرسشنامه در مورد عمده‌ترین علت یک واقعه سؤال می‌کند ولی در نمره گذاری مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. از آزمودنی خواسته می‌شود یک دلیل را که به اعتقاد آن‌ها مهم‌ترین و اصلی‌ترین دلیل آن رویداد می‌باشد را در محل در نظر گرفته شده بنویسد. ضروری است آزمودنی به سه پرسش بعدی برحسب موارد زیر پاسخ دهد. آیا علت رویداد درونی یا بیرونی، با ثبات یا بی ثبات، کلی یا اختصاصی است؟ و سپس نمرات برای هریک از سه بعد محاسبه می‌شود. این پرسشنامه، هر ماده از ۱ تا ۷ درجه بندی شده است. برای هر یک از ۶ موقعیت مثبت، ۱ پایین‌ترین رتبه و ۷ بالاترین یا بهترین گزینه برای بعد مثبت است. برای ۶ موقعیت منفی، نمره گذاری به صورت معکوس است. بنابراین، این، برای موقعیت‌های منفی رتبه یک بالاترین یا بهترین گزینه و نمره ۷ پایین‌ترین یا بدترین گزینه به حساب می‌آید. برای محاسبه نمره کل تجارب مثبت، ابتدا نمره‌های تمام موقعیت‌های مثبت را با هم جمع می‌کنیم و بعد بر تعداد آن‌ها تقسیم می‌کنیم. بالاترین نمره تجارب مثبت ۲۱ و کمترین آن ۳ است. نمره کل برای رویدادهای منفی، با جمع کردن نمره‌های موقعیت‌های منفی و با تقسیم آن بر تعداد آن‌ها محاسبه می‌شود. بالاترین نمره برای رویدادهای منفی (۳-) و پایین‌ترین آن (۲۱-) است. برای محاسبه نمره کل رویدادها، نمره کل تجارب مثبت از نمره کل تجارب منفی کسر می‌شود. بهترین نمره برای کل رویدادها (۱۸+) و بدترین آن (۱۸-) است (۱۸ و ۱۹).

این وجود اسمی از طرح‌واره در پرسشنامه‌ها ذکر نشده است. بلکه بر اساس کد دو حرفی که پس از چند جمله می‌آید پژوهشگر می‌تواند تشخیص دهد که سؤال‌ها به کدام طرح‌واره مربوطند. این پرسشنامه دارای ۷۵ سؤال با مقیاس پاسخگویی ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) و ۱۵ خرده مقیاس می‌باشد که عبارت‌اند از: محرومیت هیجانی (ed)، طرد/رها شدگی (ab)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری (ma)، انزوای اجتماعی/بیگانگی (si)، نقص/شرم (ds)، شکست (fa)، وابستگی/بی‌کفایتی (di)، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری (vh)، گرفتاری/در دام افتادگی (em)، اطاعت (sb)، از خود گذشتگی (ss)، بازداری هیجانی (ei)، معیارهای سرسختانه (us)، استحقاق (et)، خویشتن داری و خود انضباط ناکافی (is) می‌باشد که توسط جفری یانگ تهیه شده است. معمولاً پژوهشگر و درمانگر برای تفسیر نتایج این پرسشنامه نمرات کلی هر فرد یا میانگین نمرات هر طرح‌واره را جمع نمی‌کند. بلکه به سئوال‌ات هر طرح‌واره به صورت جداگانه توجه می‌کند و سئوال‌هایی که بیمار در آن‌ها نمره بالایی گرفته است (معمولاً ۵ تا ۶) را مشخص می‌نماید. هر پنج سؤال این پرسشنامه مربوط به یک طرح‌واره بوده و برای به دست آوردن نمره طرح‌واره‌ها، میانگین نمره در هر ۵ سؤال محاسبه می‌گردد. در هر کدام از طرح‌واره‌ها که فرد نمره بیشتری کسب کند، آن طرح‌واره به‌عنوان طرح‌واره ترجیحی وی در نظر گرفته می‌شود (۱۵). در صورتی که این پرسشنامه برای طرح‌واره درمانی به کار برود، درمانگر اطلاعات پرسشنامه تکمیل شده را با بیمار در میان می‌گذارد و در مورد سؤال‌هایی که بیمار نمره بالا گرفته است با او به بحث و تبادل نظر می‌پردازد. اگر بیماری سه یا چهار نمره بالا (۱۵ یا ۱۸) در یک طرح‌واره داشته باشد، معمولاً از نظر بالینی به این معناست که این طرح‌واره در ذهن بیمار وجود دارد و برای مشخص شدن این مسئله به کاوش بیشتری نیاز است. ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمده است. این پرسشنامه را در ایران آهی (۱۳۸۳) ترجمه و پس از هنجاریابی آماده اجرا کرد و همسانی آن بر حسب آلفای کرونباخ در گروه مؤنث ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۹۸ گزارش نموده است (۱۵).

**پرسشنامه سبک پیترسون، سلیگمن، سمل، بایر، آبرامسون و متالسکی (ASQ):** این پرسشنامه یک وسیله خود گزارشی است. برای اندازه‌گیری سبک‌های تفکر مثبت یا منفی و تعیین سبک اسنادی افراد یعنی منبع کنترل (درونی/بیرونی)، میزان پایداری (ثبات/بی‌ثبات)، عمومیت (عمومی/اختصاصی) و قابلیت کنترل (کنترل‌پذیر/کنترل‌ناپذیر) مورد استفاده قرار می‌گیرد و توسط پیترسون، سلیگمن، سمل، بایر، آبرامسون و متالسکی (۱۹۸۳) ساخته شده است (۱۸). شهنی ییلاق و موحد (۱۳۸۲) این

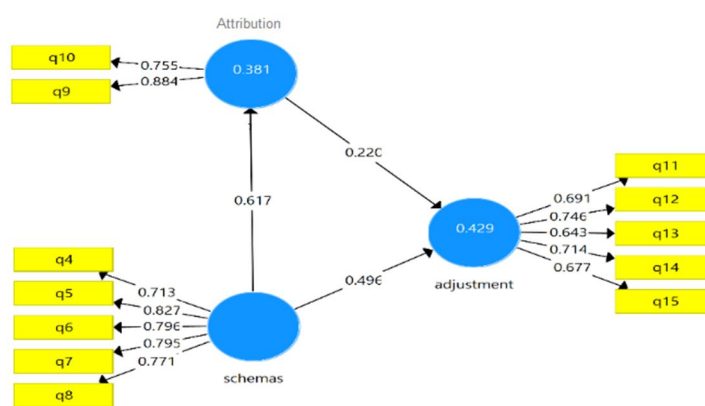
## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ها را برای سازگاری روانی با سرطان ۰/۷۳۷، برای حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار ۰/۸۴۲ و برای سبک‌های اسناد علی ۰/۵۲۹ نشان داد که در حد قابل قبولی بودند. بنابراین مدل اندازه‌گیری پژوهش از پایایی مناسبی برخوردار می‌باشد. همچنین پایایی مرکب (CR) برای سازگاری روانی با سرطان ۰/۸۲۵، حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار ۰/۸۸۷ و برای سبک‌های اسناد علی ۰/۸۰۴ به دست آمد. بنابراین می‌توان گفت که پرسشنامه‌ها از روایی همگرای مناسبی نیز برخوردارند. روایی همگرا (AVE) متغیرها برای سازگاری روانی با سرطان ۰/۵۸۶، برای حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۰/۶۱۰ و برای سبک‌های اسناد علی ۰/۶۷۴ به دست آمده که همگی بالای ۰/۵ بوده و قابل قبول می‌باشند. برای بررسی روایی تشخیصی یا واگرا از آزمون فرنل لارکر استفاده شد. یافته‌های آزمون مذکور نشان داد که مدل پژوهشی توانایی افتراق مشاهده پذیرهای متغیر پنهان از همدیگر را دارد و متغیرهای پنهان پژوهش پراکندگی لازم بین مشاهده پذیرهای خود و مشاهده پذیرهای متغیرهای پنهان دیگر دارد. به عبارت دیگر نشانگرهای هر سازه در نهایت تفکیک مناسبی را به لحاظ اندازه‌گیری نسبت به سازه‌های دیگر مدل فراهم آورده‌اند. به بیان ساده‌تر هر نشانگر فقط سازه خود را اندازه‌گیری کرده و ترکیب آن‌ها به گونه‌ای است که تمام سازه‌ها به خوبی از یکدیگر تفکیک شده‌اند. روایی تشخیصی پژوهش به‌عنوان مکمل روایی همگرا نشان داد که بین نشانگرهای متغیرهای پنهان از نشان‌گرهای دیگر در مدل ساختاری تمایز وجود دارد.

در آزمون کیفیت مدل اندازه‌گیری، برای ارزیابی کیفیت مدل اندازه‌گیری و سنجش توانایی مدل در پیش‌بینی مسیر متغیرهای مشاهده پذیر از طریق مقادیر متغیر پنهان متناظرشان از شاخص اشتراک با روایی متقاطع استفاده گردید. مقادیر به دست آمده برای سازگاری روانی با سرطان ۰/۵۰۹، سبک‌های اسناد علی ۰/۵۲۵ و برای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۰/۵۰۱ بود که این مقادیر همگی مثبت می‌باشند. بنابراین نتیجه می‌گیریم که این مدل از کیفیت مناسبی برخوردار است.

در آزمون مدل ساختاری که در آن روابط بین متغیرهای مکنون (مستقل یا برون زا) و وابسته (درون زا) مورد توجه قرار می‌گیرد سه شاخص مورد بررسی قرار گرفت. شاخص ضریب تعیین ( $R^2$ ) متغیرهای مکنون درون زا، ضریب مسیر بتا و معناداری آن و شاخص ارتباط پیش بین ( $Q^2$ ).

ضریب تعیین ( $R^2$ ) به دست آمده برای متغیر درون زای سبک‌های اسنادی با دو خرده مقیاس سبک اسناد علی خوشبینانه که در نمودار با q9 نشان داده شده و سبک اسناد علی بدبینانه که در نمودار با q10 نشان داده شده برابر ۰/۳۸۱ می‌باشد. همچنین ضریب تعیین ( $R^2$ ) به دست آمده برای متغیر سازگاری روانی با سرطان با پنج خرده مقیاس دلمشغولی اضطرابی، مبارزه منفی، درماندگی- ناامیدی، اجتناب شناختی و تقدیر گرایی که در نمودار به ترتیب با q9 تا q13 نشان داده شده‌اند برابر ۰/۴۲۹ می‌باشد که در نمودار (۱) نشان داده شده است.



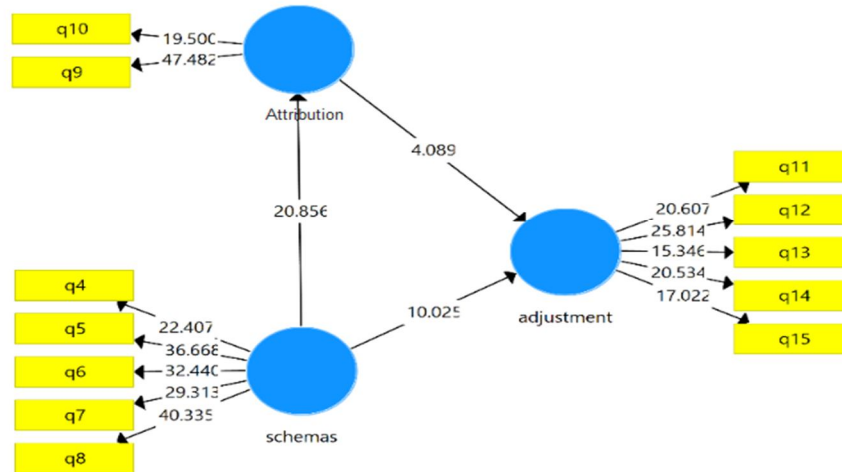
نمودار (۱): مدل گرافیکی تحقیق (نشان دهنده ضرایب مسیر و ضریب تعیین)

مشاهده است، نتایج نشان دهنده ضریب مسیر ۰/۶۱۷ برای اثر مستقیم حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر سبک‌های اسناد

در رابطه با شاخص ضرایب مسیر یا همان بتای استاندارد شده در رگرسیون خطی، همانطور که در نمودار (۲) و جدول (۱) قابل

ضریب مسیر اثر مستقیم حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به سازگاری روانی با سرطان ۰/۴۹۶ و نمره T آن ۱۰/۰۲۵ می‌باشد.

علی می‌باشد و نمره T مربوط به این اثر برابر ۲۰/۸۵۶ می‌باشد. ضریب مسیر اثر مستقیم متغیر سبک‌های اسناد علی به سازگاری روانی با سرطان ۰/۲۲۰ و نمره T آن ۴/۰۸۹ می‌باشد. همچنین



نمودار (۲): مدل گرافیکی تحقیق (نشان دهنده معناداری مسیر)

خودگردانی مختل ۲۹/۳۱۳ و بازداری و نگرانی مداوم ۴۰/۳۳۵ می‌باشد. همچنین ضریب مسیر خرده مقیاس‌های متغیر سازگاری روانی با سرطان برای دلمشغولی اضطرابی ۲۰/۶۰۷، مبارزه منفی ۲۵/۸۱۴، درماندگی- ناامیدی ۱۵/۳۴۶، اجتناب شناختی ۲۰/۵۳۴ و تقدیرگرایی ۱۷/۰۲۲ می‌باشد.

بر اساس نمودار (۲) ضریب مسیر خرده مقیاس‌های متغیر سبک اسناد علی خوشبینانه ۴۷/۴۸۲ و سبک اسناد علی بدبینانه ۱۹/۵ می‌باشد. ضریب مسیر خرده مقیاس‌های متغیر حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه برای محدودیت‌های غیر منطقی برابر ۲۲/۴۰۷، دیگر جهت مندی ۳۶/۶۶۸، بریدگی و طرد ۳۲/۴۴

جدول (۱): مقادیر آماره T متغیرهای تحقیق

آماره T	ضریب مسیر	بر متغیر	اثر متغیر
۱۰/۰۲۵	۰/۴۹۶	سازگاری روانی با سرطان	حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۴/۰۸۹	۰/۲۲۰	سازگاری روانی با سرطان	سبک‌های اسناد علی
۲۰/۸۵۶	۰/۶۱۷	سبک‌های اسناد علی	حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

نتایج آزمون مدل ساختاری در جدول (۱) نشان دهنده ضریب مسیر و آماره اثر متغیرهای برون زاد بر متغیرهای درون‌زاد می‌باشد.

جدول (۲): آزمون بوت استراپینگ پیرامون اثر متغیرهای میانجی

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	سازگاری روانی با سرطان	حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۰/۵۷۵	۰/۰۷۹	۰/۴۹۶	سازگاری روانی با سرطان	حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۰/۶۱۷	-	۰/۶۱۷	سبک‌های اسناد علی	حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۰/۲۲۰	-	۰/۲۲۰	سازگاری روانی با سرطان	سبک‌های اسناد علی

داده‌های به دست آمده آر آزمون بوت استرایپینگ اثر مستقیم، اثر میانجی و اثر کل متغیرها را نشان می‌دهد. علاوه بر اثر مستقیم متغیرهای پژوهش، از آزمون بوت استرایپینگ برای استخراج اثر متغیر میانجی پژوهش استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۲) نشان داده شده و حکایت از وجود اثر میانجی ۰/۰۷۹ بین متغیرهای حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری روانی با سرطان با میانجی‌گری سبک‌های اسناد علی دارد و این اثر میانجی باعث شده اثر کل متغیر حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر سازگاری روانی با سرطان به ۰/۵۷۵ برسد.

برای ارزیابی توانایی مدل ساختاری در پیش‌بینی نشانگرهای متغیرهای مکنون درون‌زا از شاخص Q2 استون گایسلر استفاده گردید. نتایج نشان می‌دهد که میزان CV RED در شاخص Q2 استون گایسلر که برای متغیرهای مکنون درون‌زا محاسبه می‌گردد، برای متغیر درون‌زای سبک‌های اسناد علی ۰/۲۵۲ و برای متغیر درون‌زای سازگاری روانی با سرطان ۰/۲۰۴ است. برای آزمون کلی مدل از شاخص نکویی برازش GOF استفاده شد و عدد ۰/۳۶۵ برای این شاخص به دست آمد.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش ناشی از داده‌های واقعی با مدل پیشنهادی مطابقت داشته و فرضیه‌های ارائه شده در مدل پیشنهادی تأیید گردیدند. بین حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های اسناد علی رابطه معنی‌داری وجود دارد. این یافته با یافته‌های اسماعیلی‌نیا، دوستی و میرزائی‌ان که نشان دهنده تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری سبک‌های اسنادی بر اختلال بد شکلی بدن<sup>۱</sup> می‌باشد هماهنگ است (۲۰). در تبیین بروز حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اسناد بدبینانه که منجر به سازگاری نامناسب می‌گردد، می‌توان گفت؛ در صورتیکه فرد دارای طرح‌واره مناسب و اسناد خوشبینانه ای نسبت به رخدادها، حوادث و بیماری به‌ویژه سرطان باشد، سازگاری بهینه‌ای هم با آن داشته و احتمال بهبودی افزایش خواهد داشت و در مقابل هزینه‌های مادی و معنوی و رنج شخصی وی و خانواده کاهش خواهد داشت. مواردی مانند عدم ابراز عشق، محبت، احترام و پذیرش کافی از سوی والدین یا عدم کسب این نیازها از والدین که گاهی ناشی از فوت والدین، طلاق پدر و مادر و یا انتقاد زیاد والدین از کودک در خانواده‌ها نیز می‌تواند به بروز حوزه‌های طرح‌واره‌ها ی ناسازگار اوله منجر گردد. این موارد باعث می‌شود

کودک دارای طرح‌واره ناسازگار بریدگی و طرد<sup>۲</sup> شده و در چنین فضایی کودک بریده، سرد، طرد کننده، منزوی، تکانشی، غیر قابل پیش‌بینی، بد رفتار و رهاکننده می‌شود. این افراد با وجود این که در کودکی نیاز داشتند اطمینان پیدا کنند افرادی سالم، قوی، محکم و با کفایت هستند و با مسئولیت پذیر بار آمدن کارهای مربوط به خود را خودشان بدون کمک گرفتن از دیگران انجام دهند، اعتماد او را به خودش کاهش داده‌اند و بیش از حد از او محافظت و مراقبت کرده‌اند. بنابراین خودگردانی مختل در آن‌ها ظاهر شده است. والدین این افراد در کودکی اجازه استقلال و مسئولیت‌پذیری را به فرزند خود نداده‌اند و در تأمین محیطی که وی را به سمت استقلال تشویق کند شکست خورده‌اند. این افراد همچنین با وجود نیازی که در کودکی برای درک محدودیت‌ها داشتند و والدین بایستی دلیل منطقی آن‌ها را به کودکان خود بیان می‌نمودند تا محدودیت‌های منطقی منجر به رشد محدودیت‌های درونی مانند مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران شده و خودکنترلی و خودانضباطی را یاد بگیرند و به نیازها و همچنین توانایی خود و دیگران توجه معقول و منطقی داشته باشند، با محدودیت‌های غیر واقع بینانه مواجه شده‌اند. خانواده‌های این آزمودنی‌ها در کودکی خود کنترلی و خود انضباطی را به کودکان یاد نداده‌اند و کودک با آسان‌گیری از سوی والدین رو به روشده اند. معمولاً این افراد در کودکی به جای انضباط مناسب، محدودیت‌های واقع بینانه در قبول مسئولیت‌پذیری، همکاری متقابل و هدف‌گزینی با سهل‌انگاری افراطی، فقدان جهت‌دهی درست از سوی والدین رو به رو هستند. این طرح‌واره منجر به عدم رعایت حقوق دیگران و همکاری با دیگران می‌شود. مشکل دیگر این افراد می‌تواند این باشد که این افراد با وجود اینکه در کودکی می‌بایست برای رشد بهنجار یاد می‌گرفتند نیازها و هیجان‌های خود را بدون ترس و احساس گناه بیان کنند و والدین بایستی آن‌ها را تشویق می‌کردند احساسات و نیازهای خود را بدون محدودیت‌های شدید و غیر منطقی بیان نمایند، برای کودکان خود پذیرش غیر مشروط فراهم نموده و آن‌ها را به علت دوست داشتنی بودن دوست داشته باشند، کودک خود را به‌صورت مشروط پذیرفته‌اند. والدین آن‌ها به کودکان خود یاد داده‌اند به تمایلات و احساسات دیگران بیش از حد اهمیت دهند، به طوری که باعث نادیده گرفتن نیازهای اساسی فرد شود. این افراد در کودکی معمولاً خشم و خواسته‌های طبیعی خود را سرکوب کرده‌اند و خود را با انتظارات دیگران وفق داده‌اند. اغلب والدین این افراد در کودکی به نیازها و تمایلات عاطفی خود بیشتر اهمیت داده‌اند تا نیازها و احساسات ویژه کودکانشان.

2. Abandonment / instability

1. Body dysmorphic disorder



احساس مشترک، پذیرش و احترام به شیوه قابل قبولی ارضاء نشده باشد، خانواده بی عاطفه، سرد، منزوی، تندخو و غیر قابل پیش‌بینی یا رفتار باشد طرح‌واره بریدگی و طرد رخ می‌دهد (۲۳).

بین سبک‌های اسناد علی و سازگاری روانی با سرطان نیز تأثیر مستقیم وجود دارد. این یافته با یافته معین الغریابی، نوفرستی، کرملو و گنجی همخوانی دارد که نشان دهنده تأثیر قدرتمند اسنادهای علی برای پیش‌بینی و کنترل فرد بر رفتار، سلامت و استنباط علت اتفاقات رخ داده بر فرد است. بر اساس این یافته‌ها اگر ما بفهمیم که چه عواملی باعث رفتار خاص توسط دیگران می‌شوند، می‌توانیم پیش‌بینی کنیم که آن‌ها در چه مواقعی به چه صورت رفتار خواهند کرد و می‌توانیم بر آن رفتار تأثیر بگذاریم (۲۴). چراکه شناخت اجتماعی انسان برای رمزگذاری و رمزگردانی دنیای اجتماعی توسط برخی از سوگیری‌های انگیزشی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۲۵). به عبارت دیگر موضوع دیگر در رابطه با سرطان این است که نحوه بینش و اعتقاد فرد به درونی بودن و یا بیرونی بودن منبع کنترل، پایدار و ناپایدار بودن مشکل و یا کلی و جزئی بودن آن در زندگی در دو شکل خوشبینانه و بدبینانه آن با نوع سازگاری روانی با سرطان مرتبط است. در بیماری سرطان به‌عنوان یک شرایط ناخوشایند، اگر مردم آن را به عوامل خارج از خود نسبت دهند احساس عدم کنترل بر آن داشته و تلقی بدبینانه از آن خواهند داشت. در چنین شرایطی مشکلات درمانی و سازگاری بیشتر خواهد بود. سبک اسناد بدبینانه باعث آمادگی برای درماندگی و افسردگی در مقابل بیماری سرطان می‌باشد. بیمارانی که برای سرطان اسنادهای پایدار، کلی و درونی ارائه می‌دهند، بیش از بیمارانی که علل ناپایدار، اختصاصی و بیرونی ارائه می‌دهند افسرده می‌شوند. واکنش‌های ما در برابر رویدادهایی مانند ابتلا به سرطان به چگونگی تفسیر ما از دنیا و اسنادهای علی برای این رخدادها بستگی دارد. اسنادها نه تنها بر چشم داشت‌ها و هیجان‌های ما در زمان بیماری تأثیر می‌گذارند، بلکه عملکرد درمانی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این رو آن‌ها در پاسخ دهی به فشار ناشی از بیماری نقش اساسی دارند. نیازهای اطلاعاتی افراد به‌عنوان تابعی از سازگاری با سرطان متفاوت است. در نتیجه ارائه اطلاعات به بیماران سرطانی با توجه به نحوه سازگاری بیمار می‌تواند متفاوت‌تر باشد (۲۶).

یکی از محدودیت‌های پژوهش، همزمانی اجرای آن با شیوع بیماری کوید-۱۹، قرار داشتن شهرستان محل اجرای پژوهش در وضعیت قرمز، محدودیت‌های اعمال شده برای حضور در مراکز درمانی و ارتباط گیری با بیماران به‌ویژه بیماران سرطانی به‌عنوان افراد در معرض خطر بود که باعث مشکلاتی در دسترسی به موقع

والدینی دارندگان طرح‌واره‌های ناسازگار به جای اینکه به نیاز کودکانشان برای بیان خود انگیزه احساسات، تکانه‌ها و انتخاب‌های آن‌ها توجه نموده و آن‌ها را تشویق کنند، به کودکان خود بیاموزند که اشتباه کردن حق آنهاست، از کمال‌گرایی و تأکید بر پیروی از قوانین و اجتناب از اشتباه اجتناب نمایند و بر شادی کودکان تأکید نمایند نه بر پیشرفت و موفقیت (برای آن‌ها فرایند مهم است نه نتیجه عمل)، اقدام به تأکید افراطی بر سرکوبی احساسات، تکانه‌های خود انگیزه و انتخاب‌ها سبب بازداری و نگرانی مداوم می‌نمایند. در کودکی این افراد والدینشان اغلب عبوس، خشک، سختگیر و تنبیه کننده بوده‌اند. آن‌ها همیشه بر وظیفه شناسی، کمال‌گرایی، پیروی از قانون و اجتناب از اشتباه تأکید داشتند. بر پیشرفت و موفقیت تأکید داشتند تا شادی (نتیجه گرایی). والدین این افراد معمولاً تنبیه گر و پر توقع بودند و انتظارات غیر واقع بینانه‌ای از کودکان خود داشتند. معمولاً در چنین افرادی گرایشی نهفته به بدبینی و نگرانی به وجود می‌آید. والدین این افراد تنها راه ارائه عشق و محبت به فرزندان را در دست یافتن آن‌ها به سطوحی خیلی بالا و طراز اول می‌دانند.

همچنین می‌توان گفت حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نه تنها روی سازگاری روانی با سرطان تأثیر مستقیم دارد، بلکه اثر غیرمستقیمی هم با واسطه‌گری سبک‌های اسناد علی روی سازگاری روانی با سرطان دارد. به عبارت دیگر حضور سبک‌های اسناد علی باعث می‌شود اثرگذاری حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه روی سازگاری روانی با سرطان نسبت به حالت عدم حضور این متغیر میانجی افزایش یابد و قدرت پیش‌بینی سازگاری روانی با سرطان با حضور متغیر اسناد علی بیشتر می‌شود. طبیعی است که این یافته علاوه بر کاربرد نظری و آموزشی، در مداخلات روانی برای افزایش موفقیت درمان و کاهش هزینه‌های مادی و غیر مادی نیز مؤثر است. بر اساس تعریف یانگ (۲۰۰۳) طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و خودشکننده‌ای هستند که در جریان رشد آغاز می‌شوند و در سرتاسر زندگی تکرار می‌شوند. همچنین ناسازگاری فرد در زندگی می‌توند بازتاب طرح‌واره‌های ناسالم وی باشد. چون اساس طرح‌واره‌های ناسازگار موجب بروز سوء تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های نادرست، اهداف و چشم داشت‌های غیر واقع بینانه در افراد می‌شود. بنابراین می‌توان گفت این یافته با پژوهش‌های یانگ همخوانی دارد. این یافته همچنین با یافته پیروی و بهرامی که نشان دهنده رابطه معنی‌دار بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری زناشویی می‌باشد همخوانی دارد (۲۱ و ۲۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت؛ وقتی نیاز فرد برای امنیت، محبت، همدلی،

زنان با سرطان انجام پذیرفت، توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی، این پژوهش روی مردان و کودکان نیز به‌صورت جداگانه‌ای انجام پذیرد و پارامترهایی مانند اشتغال، میزان تحصیلات، قومیت، تأهل و فرهنگ نیز به‌صورت متغیرهای دیگر در پژوهش‌های جداگانه‌ای وارد شود تا به نتایج منسجم‌تر و جامع‌تری در مورد سازگاری روانی با سرطان دست یافت.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بدون اخذ مساعدت مالی از هر شخص و سازمانی از رساله دکترای تخصصی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه استخراج شده است و فاقد هرگونه تعارض منافع می‌باشد. قبل از انجام پژوهش از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش رضایت آگاهانه اخذ گردید. در ضمن پژوهش دارای کد اخلاق در پژوهش اختصاصی از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه به شماره IR.IAU.URMIA.REC.1398.021 می‌باشد.

نویسندگان این مقاله از مساعدت‌های دکتر علی عیسی فوق تخصص مدیکال آنکولوژی و هماتولوژی، همکاران ایشان در بیمارستان امام خمینی ارومیه، کارکنان موسسه شیمی‌درمانی دکتر عیسی و تمام کسانی که در اجرای پژوهش یاریگر آن‌ها بودند کمال امتنان و قدردانی را به عمل می‌آورند.

به آزمودنی‌ها و طولانی شدن فرایند تحقیق گردید. از جمله محدودیت‌های دیگر موجود در پژوهش می‌توان به وجود سوگیری‌های احتمالی اشاره کرد که به خاطر ماهیت آن‌ها و عدم وجود امکان کنترل و بررسی آن‌ها، مشخص نمودن مقدار آن میسر نمی‌باشد. در رابطه با منابع احتمالی سوگیری پژوهش می‌توان گفت نظر به اینکه پرسشنامه‌های پژوهش در مراکز درمان برای تعداد قابل توجهی از بیماران آن مراکز توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری گردیدند و این فرایند از نظر زمانی روزهای زیادی را به خود اختصاص داد و از طرف دیگر برخی از بیماران زمان زیادی را به خاطر شرایط جسمانی و درمانی خود به این امر اختصاص دادند، این احتمال متصور است که در تکمیل برخی از سئوالات پرسشنامه‌ها از همدیگر تأثیر پذیری آگاهانه با ناآگاهانه داشته باشند و این امر در نوبه خود باعث سوگیری گردد ولی میزان این سوگیری احتمالی قابل ارزیابی، تخمین یا برآورد نمی‌باشد. همچنین با وجود توضیحاتی که هم به‌صورت حضوری و هم در ابتدای پرسشنامه‌ها در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها داده شد، این احتمال متصور است که سوگیری‌هایی در تکمیل پرسشنامه‌ها به علت تفاوت‌های ناشی از ادراک فردی مربوط به نحوه پاسخدهی به پرسشنامه‌ها وجود داشته باشد.

مدل پیشنهادی برای پژوهش دارای توانایی پیش‌بینی و برازش بوده و خوب ساخته شده است. در عین حال هرچند این پژوهش به علت تحدید موضوع و توجیحات مربوطه در مورد سازگاری روانی

### References:

- Sahranavard, Sara; Ahadi, Hasan; Taghdisi, Mohammad Hosein, Kazemi, Tooba & Kraskian, Addis. The Rol of Psychological Factor on the Psychological and Social Adjustment Through The Mediation of Ischemic Heart Disease hypertension. Iran J Health Educ Health Prom 2017; 5(2), 139-46.(Persian)
- Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Investigating the relationship between spiritual health, religion and hope in cancer patients. J Sch Nurs Midwifery 2011; 17(3), 27-37.(Persian)
- Hodges K, Winstanley S. Effects of optimism, social support, fighting spirit, cancer worry and internal health locus of control on positive affect in cancer survivors: a path analysis. Stress and Health 2012; 28(5), 408-15.
- Monfared, A; Pakseresht, S; Ghanbari, A & Atrkar Roshan, Z. Health-Related Quality of Life and its related factors among women with breast cancer. Compr Nurs Midwifery 2013; 23(70):56.(Persian)
- Zemestani, Mehdi; Hassan Nejad, Leila and Nejadian, Ali. Comparison of quality of life, sleep quality and social adjustment of cancer patients and normal people in Ahvaz. Urmia Med J 2013; 24 (7), 471-82.(Persian)
- Aslam, M. S, Naveed, S, Ahmed, A, Abbas, Z, Gull, I, & Athar, M. A. Side Effects of Chemotherapy in Cancer Patients and Evaluation of Patients Opinion about Starvation Based Differential Chemotherapy. J. Cancer Ther 2014; 5, 817-22.
- Moghadam Tabrizi, Fatemeh; Jasmi, Medina; Soltani, Hesam & Ismaili, Roghayeh. Evaluation of social adjustment of women with breast cancer

- undergoing chemotherapy in Buchan. Razi J Med Sci 2017; 24 (161), 20-13.(Persian)
8. Lee H, Mason D. Optimism and coping strategies among Caucasian, Korean, and African American older women. Health care women int. 2013; 34(12), 1084-1096.
  9. Salajegheh S, Emanipour S, Nematolahzadeh Mahani K. Explaining Structural Modeling of the Relationship between self-coherence and mental well-being based on the Mediating role of cognitive emotion Regulation Strategies in Woman with breast cancer. J Thou Behav Clin Psychol 2017; 11(45), 67-76.(Persian)
  10. Ranjbar Noushari, F; Mohadesi, H; Asadi majareh, S & Hashemi, ss. Psychological Correlates of Cancer: Worry, Life style, Self-Efficacy. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2013; 11(9) .(Persian)
  11. Patoo, mozhgan; moradi, Alireza; Allahyari, abbas Ali; Payandeh, mehrdad. Psychometric properties of the version of the mini-mental Adjustment to cancer scale (mini-mac) in patients with cancer. Psychol Health Res J 2015;9(1). (Persian)
  12. Watson M, Matthew G, Dos Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss L. The mini-M/AC Further Development of the Mental Adjustment to cancer Scale. J Psychosocial Oncol 2008: 12(3), 33-48.
  13. Movahedi, Masoumeh. Design and testing of bio-psycho-social model of adaptation to breast cancer. (Dissertation). Tehran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University; 2018. (Persian)
  14. Frank NC, Blount RL, Brown RT. Attributions, Coping and Adjustment in Children with Cancer. J Pediatr Psychol 1997; 22(4), 563-76.
  15. Yousefnejad Shirvani M, Peyvastegar M. Relationship between life satisfaction and early maladaptive schemas in students. Knowledge Res Apply Psychol 2011; 12(2), 55-65
  16. Kalateh Jari S, Aghaee H. Early maladaptive schema and mental health: A case study approach. Int J Philo Soc-Psycho Sci 2017; 3 (4), 16-29.
  17. Bazazian S, Besharat MA, Rajab A. The relationship between attachment styles and disease perception with psychological well-being and glycosylated hemoglobin in patients with type 1 diabetes. Iran J Diabetes Lipids 2010; 10(2),188-96.(Persian)
  18. Shokoohi Amirabadi, I; Khalatbari, J & rezabakhsh, H. Perceived stress among students of Islamic Azad University, Karaj Branch with different documentary styles in 2008. Q J New Thou Educ Sci 2010; 5(4) .(Persian)
  19. Rajabi Gh. Study of the causal relationship between gender, previous math performance, sources of perceived math self-efficacy, goal setting, math self-efficacy beliefs and attributional styles with math next performance in second year high school students in Ahvaz. J Educ Sci Psychol 2005; 3, 12(3), 101-36. (Persian)
  20. Esmaeilnia M, Dousti Y, Mirzaian B. The Role of Early Maladaptive Schema and Perfectionism on Body Dysmorphic Disorder Mediating Through Thought Fusion, Meta-worry, Anxiety, and Attributional Style: A Structural Model. Neuro PsychoPhysiol 2018; 5(4), 169-78.
  21. Young J. E; Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: a Practitioner's Guide. New York: The Guilford press; 2003. P. 1- 62.
  22. Peirouvi, Maryam and Bahrami, Hadi .Investigate the relationship between early Maladaptive Schemas Coples And Marital adjustment in Married Student of Tehran Science and Research Branch. J Rooyesh-e-ravanshenasi 2016; 1(18), 131-58. (Persian)
  23. Young JE. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach (3rd edn). Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999.
  24. Moeinolghorabayi F, Noferesti A, Karamlu S, Ganji N. Comparing Attribution Styles, Maladaptive

- Schemata, and Dysfunctional Attitudes (Three Aspects of Social Cognition) in Depressed and Normal People. *Soc Cognition* 2017; 6, 1(11), 88-101. (Persian)
25. Zaki J, Ochsner KN. Reintegrating the Study of Accuracy into Social Cognition Research. *Psychol Inquiry* 2011; 22(3), 159-82.
26. Mulcare H, Schofield P, Kashima Y, Milgrom J, Wirth A, Bishop M, Wheeler G. Adjustment to cancer and the information needs of people with lung cancer. *PsychoOncology*. 2011; 20(5), 488-496.
27. Ahi, Qasim; Mohammadifar, Mohammad Ali & Besharat, Mohammad Ali. Reliability and validity of the short form of Yang Schema Questionnaire. *J Psychol Educ Sci Univ Tehran* 2017; 76: 5-20. (Persian)
28. Cheng H, Sit JW, Twinn SF, Cheng KK, Thorne S. Coping with breast cancer survivorship in Chinese women: the role of fatalism or fatalistic voluntarism. *Cancer Nurs* 2013; 36(3), 236-44.
29. Diwandari, Hassan; Ahi, Qasim; Akbari, Hamzeh & Mohammadian, Hossein. Short form of Young Schema Questionnaire (SQ-SF): A study of psychometric properties and factor structure among students of Islamic Azad University, Kashmar Branch, 2006-2007 academic year. *Educ J Islamic Azad Univ, Bojnourd Branch* 2009; 20, 103-33. (Persian)
30. Greer M, Moorey S, Watson M. Patients Adjustment to cancer: The mental Adjustment to cancer(Mac) Scale VS Clinical ratings. *Psychosom Res* 1989; 33(3): 373-7.
31. Hulbert-Williams NJ, Hulbert-Williams L, Morrison V, Neal, RD, Wilkinson C. The mini-mental adjustment to cancer scale: re-analysis of its psychometric properties in a sample of 160 mixed cancer patients. *Psychooncology* 2012; 21(7), 792-7.
32. Johansson M, Rydén A, Finizia C. Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer-A longitudinal study. *BMC Cancer* 2011; 11(1), 283.
33. Mansoori E, Shukri O, Pourshahryar H, Pouratemad H, Rahiminejad SP. The effectiveness of the Pennsylvania Resilience Program on attributional styles and psychological adjustment of students. *J Appl Psychol* 2014; 2, 8 (30): 85-105. (Persian)
34. Patoo M, Allahyari AA, Moradi AR, Payandeh M. Iranian Version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: Factor Structure and Psychometric Properties. *J Psychosoc Oncol* 2015; 33(6), 675-85.
35. Sadat safavi, Shadi. Mental Adjustment to colon cancer: A Socio-Cognitive Approach. (Dissertation). Univ Otago Christchurch New Zealand; 2016.

# MODELING WOMEN'S PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT TO CANCER BASED ON THE CAUSAL EFFECT OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS BY CONSIDERING THE ROLE OF CAUSAL ATTRIBUTION STYLES AS A MEDIATING VARIABLE

Moharram Fathollahi Anvigh<sup>1</sup>, Ali Khademi<sup>2\*</sup>, Mahin Etemadinia<sup>3</sup>, Ali Shaker Dolagh<sup>4</sup>

Received: 27 July, 2020; Accepted: 27 November, 2020

## Abstract

**Background & Aims:** The aim of this study was to determine the direct effect of early maladaptive schemas and the direct effect of causal attribution styles on psychological Adjustment to cancer.

**Materials & Methods:** The study type is structural equation (SEM) and was conducted on a sample of 400 women with cancer in Urmia using the Questionnaires of Young Schema (SF-YSQ), attributional Style (ASQ) and Adjustment to Cancer (Mini-Mac). PLS software was used for data analysis.

**Results:** There is a significant direct relationship between the areas of early maladaptive schemas and causal attribution styles with the path coefficient of 0.617 ( $P < 0.001$ ). Also, there is a significant direct relationship between the areas of early maladaptive schemas and psychological adaptation to cancer with a path coefficient of 0.496, an indirect relationship with a path coefficient of 0.079 and a total effect of 0.575 ( $P < 0.001$ ). There is a significant direct relationship between causal attribution styles and psychological adaptation to cancer with a path coefficient of 0.20 ( $P < 0.001$ ). In the  $Q^2$  index, the value of Red CV obtained for the variable of causal attribution styles is equal to 0.252 and the variable of psychological compatibility with cancer is equal to 0.204.

**Conclusion:** The exogenous variable of early maladaptive schema areas has a direct effect on the endogenous variable of causal attribution styles and a direct and indirect effect through the variable of causal attribution styles on the endogenous variable of psychological Adjustment to cancer. The endogenous variable of causal attribution styles also has a direct effect on the variable of psychological Adjustment to cancer. The general conclusion is that the model has the ability to predict and fit and is well made.

**Keywords:** areas of early maladaptive schemas, psychological adaptation to cancer, causal attribution styles

**Address:** Ali khademi, Psychological Research Center of Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran.

**Tel:** 09143208933

**Email:** dr\_ali\_khademi@yahoo.com

SOURCE: STUD MED SCI 2020; 31(11): 835 ISSN: 2717-008X

<sup>1</sup>. CMS, Dept of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

<sup>2</sup>. Associate Prof, Center for Psychological Research, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup>. Assistant Prof, Dept of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

<sup>4</sup>. Assistant Prof, Dept of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran