Journal of Research in Psychological Health

September 2020, Volume 14, Issue 2

Presenting an Exploratory Model to Express the Relationships between Personality Factors, Attachment Styles, Source of Control, Coping Strategies and Perceived Stress with Disease Perception in Patients with Hemophilia: with Emphasis on the Mediating Role of Social Exchange Styles

Majid Saffarinia[1], Soheila Dehkhodaei[2*]

1. Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. (Corresponding Author): Ph. D Student in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Citation: Saffarinia M, Dehkhodaei S. Presenting an exploratory model to express the relationships between personality factors, attachment styles, source of control, coping strategies and perceived stress with disease perception in patients with hemophilia: with emphasis on the mediating role of social exchange styles. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 14 (2), 66-80. [Persian].

Key words:
personality factors, attachment styles, source of control, coping strategies, perceived stress, disease perception, social exchange styles, hemophilia

Highlights

- The results also showed personality traits (neuroticism, extraversion, pleasantness, flexibility and responsibility), coping styles (avoidance and emotion-oriented), attachment style (safe and unsafe ambivalent) and source of control through social exchange style mediation Fairness is related to the perception of disease

Abstract

The aim of this study was to present an exploratory model to express the relationships between personality factors, attachment styles, control source, coping strategies and perceived stress with disease perception in patients with hemophilia, emphasizing the mediating role of social exchange styles. The present study is a correlational study based on path analysis. In order to conduct the study, 450 patients from the Hemophilia Support Center in Isfahan were randomly selected. The instruments used in this study included Neo Five Personality Factor Questionnaire, Hazen and Shaver Attachment Styles Scale, Rutter Control Scale, Andler and Parker Stress Coping Questionnaire, Cohen Perceived Stress Questionnaire, Disease Perception Questionnaire and Libman Social Learning Exchange Questionnaire. The results indicate the linear relationship between neurotic personality traits, responsibility, extraversion and flexibility, two coping styles (emotion-oriented, problem-oriented and avoidance) and secure attachment style with disease perception. The results also showed personality traits (neuroticism, extraversion, pleasantness, flexibility and responsibility), coping styles (avoidance and emotion-oriented), attachment style (safe and unsafe ambivalent) and source of control through social exchange style mediation Fairness is related to the perception of disease. Therefore, in order to provide measures to improve the perception of patients with hemophilia, it is necessary in addition to paying special attention to personality traits, coping styles, attachment style, source of control and perceived stress, also pay attention to fair social exchange style.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]

[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

ارائهٔ مدل اکتشافی جهت بیان روابط بین عوامل شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، منبع کنترل، راهبردهای مقابله‌ای و استرس ادراک شده با ادراک بیماری در مبتلایان به هموفیلی: با تأکید بر نقش میانجیِ سبک‌های تبادل اجتماعی

مجید صفاری نیا [۱]، سهیلا دهخدایی [۲*]

۱. استاد گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Soheila.Dehkhodaei@yahoo.com

تاریخ دریافت
۱۳۹۸/۷/۳

تاریخ پذیرش
۱۳۹۹/۱۰/۹

واژگان کلیدی
عوامل شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، منبع کنترل، راهبردهای مقابله‌ای، استرس ادراک شده، ادراک بیماری، سبک‌های تبادل اجتماعی، هموفیلی

یافته‌های اصلی

- نتایج نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، دلپذیر بودن، انعطاف‌پذیری و مسئولیت‌پذیری)، سبک‌های مقابله‌ای (اجتنابی و هیجان‌مدار)، سبک دلبستگی (ایمن و ناایمن دوسوگرا) و منبع کنترل از طریق میانجی‌گری سبک تبادل اجتماعی انصاف با ادراک بیماری ارتباط دارند.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر ارائهٔ مدل اکتشافی جهت بیان روابط بین عوامل شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، منبع کنترل، راهبردهای مقابله‌ای و استرس ادراک شده با ادراک بیماری در مبتلایان به هموفیلی، با تأکید بر نقش میانجی سبک‌های تبادل اجتماعی بود. پژوهش حاضر از نوع همبستگی مبتنی بر تحلیل مسیر است. به منظور اجرای پژوهش از بیماران عضو کانون حمایت از هموفیلی در شهر اصفهان، ۴۵۰ نفر، به شیوهٔ تصادفیِ ساده انتخاب شدند. ابزارهای به‌کار رفته در این پژوهش شامل پرسشنامهٔ پنج‌عاملی شخصیتی نئو، مقیاس سبک‌های دلبستگی هازن و شیور، مقیاس کنترل راتر، پرسشنامهٔ سبک‌های مقابله با استرس اندلر و پارکر، پرسشنامهٔ استرس ادراک‌شدهٔ کوهن، پرسشنامهٔ ادراک بیماری و پرسشنامهٔ سبک‌های تبادل اجتماعیِ لیبمن بود. نتایج پژوهش حاکی از رابطهٔ خطی ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری، مسئولیت‌پذیری، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری، دو سبک مقابله‌ای (هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و اجتنابی) و سبک دلبستگی ایمن با ادراک بیماری است. همچنین نتایج نشان داد ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، دلپذیر بودن، انعطاف‌پذیری و مسئولیت‌پذیری)، سبک‌های مقابله‌ای (اجتنابی و هیجان‌مدار)، سبک دلبستگی (ایمن و ناایمن دوسوگرا) و منبع کنترل از طریق میانجی‌گری سبک تبادل اجتماعی انصاف با ادراک بیماری ارتباط دارند. بنابراین به منظور ارائهٔ اقدامات، جهت بهبود ادراک بیمارانِ مبتلا به هموفیلی، لازم است علاوه بر توجه ویژه به ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای، سبک دلبستگی، منبع کنترل و استرس ادراک‌شده، متوجه سبک تبادل اجتماعی انصاف نیز بود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]

[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

مقدمه

اختلالات انعقادی، یک درصد از جمعیت جهان را درگیر کرده که شایع‌ترین آنها، هموفیلی[1] است. این بیماری از دستهٔ بیماری‌های مزمن است که به واسطهٔ کمبود فاکتورهای انعقادی، شخص را در معرض انواع مشکلات جسمانی قرار می‌دهد (۱). دورهٔ مزمن، نامطمئن، غیرقابل پیش‌بینی و دردِ ناشی از آسیب مفصلی، در این بیماری، ضمن اینکه عملکرد بیمار را تحت تأثیر قرار داده و منجر به ناتوانی وی می‌گردد، ابعاد مختلف زندگی او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). متاسفانه هموفیلی در حال حاضر درمان قطعی ندارد و بیماران بایستی هنگام ایجاد خونریزی، به صورت خودکار و یا برای پیشگیری از خونریزی حین عمل، چند روز متوالی به مراکز درمانی مراجعه نموده و مبادرت به تزریق فاکتور نمایند. این مراجعات مکرر برای بیماران قابل پذیرش نیست و آنان را تحت فشارهای روحی سنگین قرار می‌دهد (۳)؛ لیکن مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داده است که داشتن درک از بیماری می‌تواند از طریق افزایش پیروی از دستورات مراقبتی، تطابق بیمار با بیماری‌اش را تحت تأثیر قرار دهد (۴) که این موضوع در هدایت شیوه‌های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد (۵). ادراک بیماری[2] شامل پنج عنصر هویت بیماری، علت بیماری، سیر بیماری، پیامدهای بیماری و درمان/کنترل‌پذیری بیماری است (۶). باورهای غلط یا ناهنجار در مورد این پنج عنصر سبب اتخاذ راهبردهای سازگاریِ ناهنجاری می‌شود و چنین راهبردهایی می‌تواند اثرات مضری بر روی زندگی و تجربه داشته باشد (۵). مطالعات نشان داده‌اند که ادراک منفی از بیماری می‌تواند پیامدهایی نظیر افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری را در پی داشته باشد (۷).

از جمله متغیرهای مورد بررسی به عنوان اولین سازهٔ احتمالی مرتبط با ادراک بیماری در پژوهش حاضر عوامل شخصیتی[3] در نظر گرفته شده است (۸). مدل پنج‌عاملی مک کرا و کاستا (۹)، شخصیت افراد را به پنج بُعد روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌گرایی، توافق‌پذیری و وجدانی بودن تقسیم می‌کند. برونر و سودارتس (۱۰) گزارش کردند، عوامل شخصیتی می‌توانند بر ادراک بیماری اثر بگذارند؛ به طوری‌که با افزایش یا کاهش برون‌گرایی، ادراک مثبت از بیماری افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش باقریان و همکاران (۱۱) حاکی از ارتباط معنادار بین روان‌رنجوری و برون‌گرایی با ادراک بیماری بود. ویلیامز، اکانر، گروب و اکارول (۱۲) نیز این ارتباط را تأیید کردند.

از دیگر سازه‌های احتمالی مرتبط با ادراک بیماری، سبک‌های دلبستگی[4] است (۱۳ و ۱۴). سبک‌های دلبستگی، یکی از مهمترین عوامل مؤثر در تعاملات بین‌فردی است که در دوران کودکی شکل گرفته و با توجه به محیطی که در آن تحول یافته، در سنین بعدی ادامه می‌یابد (۱۵). به نظر بالبی الگوهای درونی‌سازی شده به شکل الگوهای فعال از خود ارزشمندی در حافظه ذخیره می‌شود (۱۶) که می‌تواند در ادراک بیماری نقش داشته باشد. بزازیان و بشارت (۱۳) دریافتند رابطهٔ سبک‌های دلبستگی با کیفیت زندگی، متأثر از زیرمقیاس‌های ادراکِ بیماری است. سبک‌های دلبستگیِ ایمن، دوسوگرا و اجتنابی و زیرمقیاس‌های ادراک بیماری در حد قابل قبولی واریانس کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به دیابت تبیین کردند. تیمورپور و همکاران (۱۴) گزارش نمودند بین سبک‌های دلبستگیِ اجتنابی و دوسوگرا با سازگاری در موقعیت‌های استرس‌زا مانند بیماری، رابطهٔ منفی وجود دارد.

منبع کنترل[5] نیز از جمله سازه‌های مرتبط با رفتارهای سلامتی است (۱۷). منبع کنترل به تفسیر و تبیینی که فرد برای علل رویدادها و نتایج اعمال برمی‌گزینند، اشاره دارد. نظریهٔ اسناد بر این فرض استوار است که انسان‌ها، موفقیت‌ها و شکست‌های زندگی خویش را به عوامل قابل کنترل یا به عوامل غیرقابل کنترل نسبت می‌دهند (۱۸). به بیانی دیگر منبع کنترل به دو دسته منبع کنترل درونی[6] و منبع کنترل بیرونی[7] دسته‌بندی می‌شوند. افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، کنترل جدی بر زندگی دارند و طبق آن نیز رفتار می‌کنند. در حیطهٔ سلامتی، منبع

[1] Hemophilia
[2] Perceived Disease
[3] Personality Factors
[4] Attachment Styles
[5] Locus of Control
[6] Inner Locus of Control
[7] External Locus of Control

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

کنترل به صورت اعتقاد بیمار به اینکه سلامتش توسط رفتارهای خود او و یا توسط نیروهای خارجی کنترل می‌شود، تعریف می‌گردد (۱۸). صفوی بیان و طاهر (۱۷) گزارش نمودند میان منبع کنترل با نحوهٔ مراقبت از خود و پیروی از رژیم غذایی درمانی رابطهٔ معناداری وجود دارد.

پژوهش باقریان و همکاران (۱۱) تأکید می‌کند که راهبردهای مقابله‌ای[1] به شکل بارزی می‌تواند ادراک فرد از بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. منظور از راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود (۱۹). گارسیا (۲۰) معتقد است که مقابله، ساختی مهم در زمینهٔ فهم چگونگی واکنش فرد به فشارهای روانیِ فراوان و انطباق‌هایی است که تجربه می‌کند. و راهبردهای مقابله‌ای را به سه نوع مسئله‌مدا ر[2]، هیجان‌مدا ر[3]و اجتناب‌مدا ر[4] تقسیم می‌کند (۲۱). سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، به رفتارها و شناخت‌هایی که هدف آنها تغییر موقعیت یا متغیر استرس‌زا است، اطلاق می‌شود. سبک هیجان‌مدار، رفتارها و شناخت‌هایی را شامل می‌شود که هدف آن، تغییر پاسخ فرد به عامل تنش‌زا است. در سبک اجتنابی، فرد با فاصله گرفتن از مسئلهٔ استرس‌زا، از آن فرار می‌کند و در جستجوی حمایت عاطفی و واگذاری مسئولیت مقابله به اطرافیان است (۲۲). سلیمانی و همکاران (۲۳) دریافتند که بین راهبرد مقابله‌ایِ هیجان‌محور، راهبرد مقابلهٔ تکلیف‌محور و راهبرد مقابلهٔ اجتنابی با ادراک بیماری و مؤلفه‌های پیامدها، کنترل شخصی، ماهیت بیماری، نگرانی، شناخت و پاسخ عاطفی به بیماری رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های مقابله‌ای در ادراکِ استرس، دارای اهمیت است (۲۴). با توجه به آنکه راهبردهای ناکارآمدِ مقابله با استرس با ادراک منفی از بیماری، ارتباط منفی دارد؛ می‌توان گفت شدت استرس ادراک شده[5] نیز یکی دیگر از سازه‌های احتمالی مرتبط با ادراک بیماری است. استرس ادراک شده به ناتوانی برای سازگاری با شرایط استرس اشاره دارد و واکنش‌های متفاوتی از دامنهٔ بهنجار تا نابهنجار را در پی دارد که نتایج متفاوتی برای افراد در بر خواهد داشت؛ بنابراین برای فردی که تحت شرایط استرس‌زا قرار دارد، ارزیابی سطح استرس حائز اهمیت است. در پاسخ به شدت استرس ادراک شده، اگر استرس تجربه شده به وسیلهٔ بیمار به طرز مناسبی پاسخ داده نشود، تأثیر زیادی بر سلامت وی خواهد داشت (۲۵).

همچنین در بیان این روابط ممکن است، سبک‌های تبادل اجتماعی[6]، با تأکیدی که بر مفاهیمی چون پاداش‌ها، تنبیه‌ها دارند و تأثیری که این سیستم در شکل‌گیری رفتارها دارد، می‌تواند نقش میانجی را در روابط بین عوامل شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، منبع کنترل، راهبردهای مقابله‌ای و استرس ادراک شده با ادراک بیماری در مبتلایان به هموفیلی داشته باشد. لیبمن و همکاران طی مطالعه‌ای نشان دادند که تبادل اجتماعی دارای پنج خرده‌مقیاس پیگیری (پایش مکرر سود و هزینه)، انصاف، فردگرایی، منفعت‌طلبی و سرمایه‌گذاری افراطی است. به نظر می‌رسد در شکل‌گیری این ارزش‌ها عوامل شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، منبع کنترل، راهبردهای مقابله‌ای و ادراک استرس موقعیتی دخیل باشند (۲۶). پژوهش‌های انجام شده بر روی بیماران نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد به نفس را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد (۲۷). آگاهی از عوامل روانی – اجتماعی که خود شامل ترکیبی از اعمال، افکار، هیجانات و سبک‌های مقابله‌ای است، به پیش‌بینی بیماری کمک ارزنده‌ای خواهد نمود. از این‌رو، از آنجایی که تعیین‌کننده‌های ساختاری قدرت، انصاف و عدالت در شکل‌گیری تعهد میان پزشک و بیمار مؤثر است، می‌تواند با ادراک بیماری مرتبط باشد، می‌توان انتظار داشت این سیستم در پژوهش حاضر نقش میانجی را داشته باشد. بنابراین با توجه به شیوع هموفیلی و پیامدهای ادراک منفی بیماری از جمله عدم پیروی از درمان و عدم بررسی‌های جامع در این زمینه، شناسایی مؤلفه‌های مرتبط با این سازه

[1] Coping strategies
[2] Problem focused coping
[3] Emotion focused coping
[4] Approach and avoidance strategies
[5] Perceived Stress
[6] Social exchange style

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

احساس می‌شود. لذا پژوهش حاضر با هدف ارائهٔ مدل اکتشافی جهت بیان روابط بین عوامل شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، منبع کنترل، راهبردهای مقابله‌ای و استرس ادراک شده با ادراک بیماری در مبتلایان به هموفیلی، با تأکید بر نقش میانجی سبک‌های تبادل اجتماعی انجام شد.

روش

در پژوهش حاضر از روش همبستگی مبتنی بر تحلیل مسیر استفاده شد. جامعهٔ آماری این تحقیق را افراد را بیماران عضو کانون حمایت از هموفیلی در شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۹۸ با تعداد ۶۶۰ نفر تشکیل دادند. از جامعهٔ مورد اشاره، با توجه به نسبت آزمودنی‌ها به متغیرها که از نسبت «بزرگ ۱ به ۵» تا نسبت «حداقل ۱ به ۲» در نوسان است (۲۸) و با احتساب احتمال ریزش، تعداد ۴۵۰ نفر به صورت تصادفی ساده با توجه در اختیار داشتن لیست اعضای کانون حمایت از هموفیلی در شهر اصفهان، انتخاب شدند. در انتخاب افراد، تمایل به شرکت در طرح پژوهش در نظر گرفته شد و پس از جلب نظر و رضایت افراد برای شرکت در پژوهش، با همکاری کانون پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در این پژوهش به بیماران و مسئولین کانون حمایت از هموفیلی اطمینان داده شد که اطلاعات فردی به دست آمده از آنان محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به دست آمده بدون ذکر نام و صرفاً جهت مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد. جهت انجام تجزیه و تحلیل آماری؛ در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی از روش تحلیل رگرسیون چندمتغیره به روش گام به گام با استفاده از نرم افزار SPSS-23 استفاده شد.

پرسشنامهٔ پنج‌عاملی شخصیتی نئو: این مقیاس در سال ۱۹۹۲ توسط کاستا و مک کری جهت سنجش الگوی پنج‌عاملیِ شخصیت (روان‌آزرده‌گرایی، برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و با وجدان بودن) تنظیم شد. فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو دارای ۶۰ سؤال است و در ایران حق‌شناس بر روی نمونهٔ ۵۰۲ نفری جمعیت شیراز دریافت که ضرایب آلفای کرونباخ برابر A=۰/۷۱، C=۰/۸۳، O=۰/۵۷، E=۰/۷۱، N=۰/۸۱ و اعتبار آزمون مجدد در فاصلهٔ ۶ ماه برابرN=۰/۵۳، A=۰/۶۰، O=۰/۷۶، E=۰/۷۴ است. ضریب آلفای گزارش شده توسط آنان ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ با میانگین ۱/۸۱ متغیر بوده است. پژوهش دیگری، ثبات درونی ۰/۶۹تا ۰/۹۰برای مقیاس‌های آزمون گزارش نموده است (۲۹). اعتبار درازمدت این تست نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. یک مطالعه طولی ۶ساله روی مقیاس‌های O,E,N ضریب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳و ضرایب دو عامل C و A به فاصلهٔ ۳ سال ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است (۹).

پرسشنامهٔ سبک‌های دلبستگی هازن و شیور: مقیاس دلبستگی هازن و شیور یک آزمون ۲۱ سؤالی است که در سال ۱۹۸۷ توسط هازن و شیور ساخته و بر روی دانش‌آموزان به اجراء در آمده است. این ابزار یک پرسشنامه دوقسمتی است. در قسمت اول سه سبک دلبستگی ایمن (۸ سؤال)، اجتنابی (۶ سؤال) و دوسوگرا (۷ سؤال) برحسب ۲۱ سؤال در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هیچ=۱ تا خیلی زیاد=۵) از هم متمایز می‌شوند. در قسمت دوم، آزمودنی با انتخاب یک گزینه از سه گزینه‌ای که سه نوع دلبستگی را توصیف می‌کنند، نوع سبک دلبستگی خود را مشخص می‌کند. در تحقیقی که توسط پاکدامن بر روی یک نمونهٔ ۱۰۰ نفری (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) انجام گرفت اعتبار آن توسط آزمون- آزمون مجدد روی این نمونه به ترتیب برای دلبستگی اضطرابی/ دوسوگرا، اجتنابی و ایمنی بخش ۷۲/.، ۵۶/. و ۳۷/. و میزان آلفای کرونباخ نیز برابر ۷۹/. به دست آمد که میزان اعتبار نسبتاً بالایی را نشان می‌دهد (۳۰). نوربخش و میرنادری (۳۱) نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی این پرسشنامه را با یک نمونه ۱۲۷ نفری دانش‌آموزان شهر اهواز ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند.

مقیاس کنترل راتر: پرسشنامهٔ منبع کنترل راتر برای سنجش انتظارات افراد در منبع کنترل توسط راتر در سال ۱۹۶۶ تدوین شده است، که دارای ۲۹ ماده که هر ماده دارای یک جفت سؤال (الف و ب) است. راتر ۲۳ ماده از مواد این پرسشنامه را با هدف مشخص، جهت روشن شدن انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین کرده و ۶ مادهٔ دیگر خنثی و ساختار اندازه‌گیری شده را برای آزمودنی مبهم می‌سازد.. نمرهٔ هر فرد نشان‌دهندهٔ درجه و میزان کنترل او می‌باشد و میانگین این مقیاس ۸/۸۴ و میانه آن ۸ می‌باشد. در ۲۳ ماده‌ای که جهت نمره‌گذاری تعیین شده‌اند. تنها آزمودنی‌هایی که نمرهٔ ۹ یا بیشتر بگیرند دارای منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمرهٔ کمتر بگیرند دارای منبع کنترل درونی خواهند بود. ضرایب روایی مقیاس

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

کنترل درونی- بیرونی راتر در نمونه‌های ایرانی ۰/۷۰ محاسبه شده است. روایی مقیاس کنترل درونی-بیرونی راتر را با روش کودر ریچاردسون ۶۹ /۰ به دست آمد (۳۲).

پرسشنامهٔ سبک‌های مقابله با استرس: این پرسشنامه را اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه کرده‌اند و اکبرزاده در سال ۱۳۷۶ ترجمه کرده است. مقیاس شامل ۳۳ ماده است که پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. این پرسشنامه سه زمینهٔ اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در برمی‌گیرد: مقابلهٔ مسئله‌مدار یا برخورد فعال با مسئله در جهت مدیریت و حل آن (۱۱ سؤال)؛ مقابله هیجان‌مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله (۱۱ سؤال) و مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله (۱۱ سؤال). دامنه تغییرات سه نوع رفتار رویارویی به این شکل است که نمره‌ی هر یک از رفتارهای رویارویی سه گانه یعنی مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است. به عبارتی شیوهٔ رویارویی غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند مشخص می‌شود. یعنی هر کدام از رفتارها نمرهٔ بالاتری را کسب کند، آن رفتار به عنوان شیوهٔ رویارویی فرد در نظر گرفته می‌شود (۳۳). برای به دست آوردن پایایی پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس در گروه دانشجویان، از آلفای کرونباخ استفاده شده است که در مقابلهٔ مسئله‌مدار پسران ۰/۹۲ و دختران ۰/۸۵ و هیجان‌مدار پسران ۰/۸۲ و دختران ۰/۸۵ اجتنابی پسران ۰/۸۵ و دختران ۰/۸۲ به دست آمد. روایی پرسشنامه مذکور نیز طی تحقیقاتی که در ایران انجام شده، ثابت گردیده است (۳۴).

پرسشنامهٔ استرس ادراک‌شده: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۳ نسخهٔ ۴، ۱۰ و ۱۴ماده‌ای است که در این تحقیق از نسخهٔ ۱۴ماده‌ای استفاده شده است و برای سنجش استرس عمومی درک‌شده در یک ماه گذشته، به کار می‌رود. نحوهٔ نمره‌گذاری براساس طیف ۵درجه‌ای لیکرت به هرگز: ۰ تا بسیاری از اوقات: ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. ۷گویه به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) دریافتند که پرسشنامهٔ مذکور پیش‌بینی‌های بهتری را در مقایسه با مقیاس‌های رویداد زندگی در مورد نشانه‌های روانی، نشانه‌های جسمی و استفاده از خدمات بهداشتی در اختیار می‌گذارد. امین‌پور (۳۵) طی پژوهشی در این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را گزارش نموده است که در حد قابل قبولی است.

پرسشنامهٔ ادراک بیماری: پرسشنامهٔ کوتاه ادراک بیماری یک مقیاس ۹ماده‌ای است که بازنمایی عاطفی و شناختی فرد از بیماری‌اش را مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤال‌ها به ترتیبِ پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. دامنهٔ نمرات ۸سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ‌باز بوده و سه علت عمدهٔ ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. نمرهٔ پایین نشان‌دهندهٔ ادراک بهتر بیمار از بیماری‌اش است. برادبنت و همکاران (۳۶)، ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ گزارش کردند و به روش بازآزمایی به فاصلهٔ ۶هفته برای سؤالات مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ برآورد شد. بزازیان و بشارت (۱۳) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۵۳ گزارش کردند.

پرسشنامهٔ سبک‌های تبادل اجتماعی: این پرسشنامه توسط لیبمن و همکاران (۳۷) طراحی شد. پرسشنامهٔ مذکور در مطالعهٔ صفاری‌نیا در سال ۱۳۹۵ابتدا به زبان فارسی ترجمه و سپس نسخهٔ ترجمه شدهٔ فارسی به انگلیسی برگردانده شد و پس از تأیید متخصصین روانشناسی بر روی ۴۷۰ زن و مرد شهر تهران اجرا شد. این پرسشنامه که از نوع مداد-کاغذی و خودگزارش‌دهی است، مشتمل بر ۴۱ گویه و ۵ خرده‌مقیاس پیگیری، انصاف، فردگرایی، منفعت‌طلبی و سرمایه‌گذاری افراطی است. گویه‌ها در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملا موافقم=۵) نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداقل و حداکثر نمره برابر با ۵۴ و ۲۷۰ خواهد بود. در پژوهش صفاری‌نیا (۳۸) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ به دست آمد که میزان رضایت‌بخشی است.

یافته‌ها

نتایج بررسی‌های جمعیت‌شناختی پژوهش، نشان داد میانگین سنی گروه نمونه، برابر با ۷/۸۲±۳۲/۷۳ است. افراد مشارکت‌کننده در طرح پژوهش مرد بودند و از میان این افراد، ۱۱۷ نفر (معادل ۲۶ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۱۰۹ نفر (معادل ۲۴/۲ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۶۸ نفر (معادل ۷۳/۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

۵۶ نفر (معادل ۱۲/۴ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. پیش از اجرای تحلیل مسیر، در راستای بررسی پیش‌فرض این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع داده‌ها در هر یک از متغیرهای مورد بررسی، نرمال است (p>۰/۰۵). در ادامه ماتریس همبستگیِ متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹
روان رنجوری	*																		
برون گرایی	-۰/۹۰۶**	*																	
انعطاف پذیری	-۰/۷۷۷**	۰/۷۹۳**	*																
دلپذیر بودن	-۰/۸۵۲**	۰/۷۶۹**	۰/۸۵۸**	*															
مسئولیت پذیری	-۰/۸۱۲**	۰/۸۳۶**	۰/۷۸۳**	۰/۸۲۴**	*														
دلبستگی ایمن	-۰/۴۹۰**	۰/۵۳۵**	۰/۵۰۵**	۰/۵۸۲**	۰/۴۸۹**	*													
دلبستگی اجتنابی	۰/۶۱۱**	-۰/۴۶۱**	-۰/۶۰۸**	-۰/۷۱۳**	-۰/۵۲۰**	۰/۷۳۳**	*												
دلبستگی دوسوگرا	۰/۷۹۵**	۰/۷۷۹**	-۰/۶۱۲**	-۰/۷۱۱**	۰/۷۰۵**	۰/۶۷۳**	۰/۷۶۷**	*											
منبع کنترل	۰/۴۵۱**	۰/۳۹۴**	۰/۱۲۷*	۰/۲۱۸*	۰/۰۹۸	-۰/۱۷۳*	-۰/۰۶۲	۰/۳۰۳**	*										
مقابله مساله مدار	-۰/۲۱۷*	۰/۱۲۴*	۰/۰۵۶	۰/۰۴۰	۰/۰۹۳	۰/۱۲۹*	-۰/۱۵۱*	-۰/۰۰۴	-۰/۱۳۶*	*									
مقابله هیجان مدار	۰/۱۴۱	-۰/۱۰۵۰	-۰/۰۳۵	-۰/۲۶۷*	-۰/۰۱۵	-۰/۰۹۲	۰/۱۹۱*	۰/۱۱۲*	-۰/۰۵۴	۰/۲۲۵*	*								
مقابله اجتنابی	۰/۱۰۸	-۰/۱۰۴۶	-۰/۰۶۱	۰/۰۰۲	۰/۰۴۲	-۰/۲۴۵*	۰/۲۵۳*	۰/۲۰۸*	-۰/۰۲۷	-۰/۴۵۶**	۰/۶۲۱**	*							
استرس ادراک شده	۰/۱۸۲*	۰/۳۳۴**	-۰/۱۱۷*	-۰/۰۱۴	۰/۰۵۲	۰/۳۷۰**	۰/۲۴۱*	۰/۱۵۶*	-۰/۰۷۲	-۰/۲۳۶*	۰/۳۷۹**	۰/۱۹۸*	*						
ادراک بیماری	-۰/۲۶۵*	-۰/۱۶۱*	۰/۰۳۷	۰/۰۰۸	۰/۵۱۰**	۰/۲۲۸*	-۰/۱۵۴*	-۰/۱۸۰*	-۰/۲۱۷*	۰/۱۶۷*	-۰/۰۷۳	۰/۰۹۰	-۰/۱۱۸*	*					
پیگیری	-۰/۵۸۶**	-۰/۶۱۵**	-۰/۴۸۰**	-۰/۳۲۶**	-۰/۴۰۰**	۰/۰۵۲	-۰/۱۰۵۶*	-۰/۴۱۹**	-۰/۱۹۱*	-۰/۰۳۸	-۰/۲۵۵*	-۰/۱۲۳*	۰/۰۷۶	۰/۴۵۰**	*				
انصاف	-۰/۶۱۳**	-۰/۶۱۶**	-۰/۵۱۲**	-۰/۴۱۰**	-۰/۲۲۶*	۰/۳۹۲**	۰/۰۹۱	-۰/۳۶۵**	۰/۰۰۹	-۰/۰۵۴	-۰/۱۶۲*	-۰/۰۴۲	-۰/۱۹۷*	۰/۴۰۲**	۰/۴۰۲**	*			
فردگرایی	۰/۵۳۷**	-۰/۵۴۳**	-۰/۴۶۴**	۰/۳۸۵**	-۰/۳۵۴**	-۰/۰۱۷	۰/۱۳۵*	۰/۲۶۴*	-۰/۰۶۶	۰/۳۰۲*	-۰/۰۶۲	-۰/۰۲۴	۰/۰۸۲	۰/۴۳۶**	۰/۳۸۸**	۰/۴۳۶**	*		
منفعت طلبی	۰/۷۳۹**	-۰/۶۳۰**	-۰/۵۰۵**	-۰/۳۹۶**	-۰/۲۶۴*	-۰/۱۵۴*	۰/۱۷۰*	۰/۳۶۱**	-۰/۰۲۹	-۰/۲۷۷*	-۰/۰۵۶	-۰/۷۲۰**	-۰/۱۴۰*	۰/۴۲۳**	۰/۳۷۵**	۰/۴۲۱**	۰/۴۳۷**	*	
سرمایه‌گذاری‌اقراطی	۰/۵۵۲**	۰/۵۴۶**	-۰/۴۹۳**	-۰/۴۹۹**	-۰/۳۸۴**	-۰/۴۰۸**	۰/۲۸۱*	۰/۴۸۵**	-۰/۰۷۵	-۰/۱۷۰*	۰/۰۵۳	۰/۰۴۶	۰/۰۰۴	۰/۳۴۳**	۰/۱۸۵*	۰/۴۱۰**	۰/۴۲۱**	۰/۶۰۹**	*

شکل ۱- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

ماتریس همبستگی ارائه شده در شکل۱، نشان‌دهندهٔ رابطهٔ مثبت و معنادارِ مسئولیت‌پذیری (r=۰/۵۱۰)، دلبستگی ایمن (r=۰/۲۲۸) و مقابلهٔ مسئله‌مدار (r=۰/۱۶۷) و همچنین رابطهٔ منفی و معنادار روان‌رنجوری (r=-۰/۲۶۵)، برون‌گرایی (r=-۰/۱۶۱)، دلبستگی ناایمن اجتنابی (r=-۰/۱۵۴)، دلبستگی ناایمن دوسوگرا (r=-۰/۱۸۰)، منبع کنترل (r=-۰/۲۱۷) و استرس ادراک‌شده (-۰/۱۱۸ =r) با ادراک بیماری است. رابطهٔ مثبت و معنادار سبک‌های تبادل اجتماعی پیگیری (r=۰/۴۵۰)، انصاف (r=۰/۴۰۲)، فردگرایی (r=۰/۴۳۶)، منفعت‌طلبی (r=۰/۴۲۳) و سرمایه‌گذاری افراطی (r=۰/۳۴۳) نیز با ادراک بیماری، قابل ملاحظه است. در جدول۱، مسیرهای مدل ادراک بیماری در مبتلایان به هموفیلی با تأکید بر نقش میانجی سبک‌های تبادل اجتماعی ارائه شده است.

جدول۱- بررسی مسیرهای مدل ادراک بیماری در مبتلایان به هموفیلی

ردیف	مسیرهای مدل	B	SE	β	p	R^2
۱	سبک مقابلهٔ اجتنابی← ادراک بیماری	-۰/۸۳۹	۰/۰۰۲	-۰/۶۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
	دلبستگی ایمن← ادراک بیماری	۰/۵۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	
	روان‌رنجوری← ادراک بیماری	-۰/۷۵۱	۰/۰۰۲	۰/۸۸۷	۰/۰۰۱	
	مسئولیت‌پذیری← ادراک بیماری	۰/۲۵۸	۰/۰۰۲	۰/۳۱۷	۰/۰۰۱	
	سبک مقابلهٔ مسئله‌مدار← ادراک بیماری	۰/۱۷۹	۰/۰۰۲	۰/۱۱۱	۰/۰۰۱	
	برون‌گرایی← ادراک بیماری	۰/۳۱۴	۰/۰۰۳	۰/۳۸۶	۰/۰۰۱	
	سبک مقابلهٔ هیجان‌مدار← ادراک بیماری	-۰/۰۷۶	۰/۰۰۲	-۰/۰۴۵	۰/۰۵	
	انعطاف‌پذیری← ادراک بیماری	۰/۰۴۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶۳	۰/۰۱	

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

۲	برون‌گرایی← پیگیری	۰/۲۳۳	۰/۴۰۷	۰/۴۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۳
	سبک مقابلهٔ اجتنابی← پیگیری	-۰/۴۶۴	۰/۰۱۶	-۰/۴۳۲	۰/۰۰۱	
	استرس ادراک شده← پیگیری	-۰/۱۰۵	۰/۰۰۴	-۰/۱۲۲	۰/۰۰۱	
	سبک مقابلهٔ هیجان‌مدار← پیگیری	-۰/۵۱۳	۰/۰۱۳	-۰/۳۶۹	۰/۰۰۱	
	دلپذیر بودن← پیگیری	۰/۴۴۲	۰/۰۰۶	۰/۷۰۵	۰/۰۰۱	
	سبک مقابلهٔ مسئله‌مدار← پیگیری	۰/۰۵۵	۰/۰۰۶	۰/۰۴۴	۰/۰۶۹	
	سبک دلبستگی ایمن← پیگیری	۰/۷۰۳	۰/۰۱۱	۰/۸۸۵	۰/۰۰۱	
	سبک دلبستگی دوسوگرا← پیگیری	-۲/۳۷۱	۰/۰۰۸	-۰/۷۸۷	۰/۰۰۱	
	منبع کنترل← پیگیری	-۱/۰۳۲	۰/۰۳۲	-۰/۴۳۷	۰/۰۰۱	
	روان‌رنجوری← پیگیری	-۱/۰۳۲	۰/۰۱۷	-۰/۷۲۶	۰/۰۰۱	
۳	برون‌گرایی← انصاف	۰/۳۶۹	۰/۰۱۲	۰/۹۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۶
	سبک مقابلهٔ اجتنابی← انصاف	-۰/۶۰۶	۰/۰۰۷	-۰/۸۴۶	۰/۰۰۱	
	روان‌رنجوری← انصاف	-۰/۷۵۳	۰/۰۱۰	-۰/۸۶۶	۰/۰۰۱	
	منبع کنترل← انصاف	۱/۰۵۵	۰/۰۱۶	۰/۵۷۱	۰/۰۰۱	
	سبک مقابلهٔ هیجان‌مدار← انصاف	-۰/۵۴۵	۰/۰۰۹	-۰/۵۸۹	۰/۰۰۱	
	مسئولیت‌پذیری← انصاف	۰/۰۳۷	۰/۰۰۹	۰/۰۹۷	۰/۰۱	
	دلبستگی دوسوگرا← انصاف	-۰/۹۳۵	۰/۰۱۷	-۰/۰۵۷	۰/۰۰۱	
	دلپذیر بودن← انصاف	۰/۱۹۴	۰/۱۰	۰/۴۶۴	۰/۰۰۱	
	دلبستگی ایمن← انصاف	۰/۲۳۳	۰/۰۰۷	۰/۴۴۱	۰/۰۰۱	
	انعطاف‌پذیری← انصاف	۰/۱۳۵	۰/۰۰۷	۰/۳۹۲	۰/۰۰۱	
۴	انعطاف‌پذیری←فردگرایی	-۰/۰۹۱	۰/۰۰	-۰/۱۸۳	۰/۰۱	۰/۶۱۷
	مقابلهٔ اجتنابی←فردگرایی	۰/۰۱۵	۰/۰۰	۰/۰۱۵	۰/۰۰۱	
	دلبستگی ایمن←فردگرایی	-۰/۸۳۶	۰/۰۰	-۰/۰۹۲	۰/۰۰۱	
	دلبستگی دوسوگرا←فردگرایی	-۲/۳۵۱	۰/۰۰	-۰/۸۳۸	۰/۰۰۱	
	منبع کنترل←فردگرایی	۱/۰۲۱	۰/۰۰	۰/۴۴۹	۰/۰۰۱	
	مقابلهٔ هیجان‌مدار←فردگرایی	-۰/۴۰۱	۰/۰۰	-۰/۳۰۰	۰/۰۰۱	
	دلپذیر بودن←فردگرایی	-۰/۳۰۳	۰/۰۰	-۰/۵۰۲	۰/۰۰۱	
	مسئولیت‌پذیری←فردگرایی	-۱/۴۶۶	۰/۰۰	-۰/۷۶۸	۰/۰۰۱	
	مقابلهٔ مسئله‌مدار←فردگرایی	-۱/۱۱۰	۰/۰۰	۰/۲۰۰	۰/۰۰۱	

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

	دلبستگی اجتنابی←فردگرایی	۱/۱۵۹	۰/۰۰	-۰/۲۰۵	۰/۰۰۱	
	روان‌رنجوری←منفعت‌طلبی	-۱/۱۳۴	۰/۰۰	-۰/۶۰۵	۰/۰۰۱	
	مسئولیت‌پذیری←منفعت‌طلبی	-۰/۵۳۲	۰/۰۰	-۰/۷۹۲	۰/۰۰۱	
	برون‌گرایی←منفعت‌طلبی	-۰/۳۷۷	۰/۰۰	-۰/۵۸۰	۰/۰۰۱	
	استرس ادراک‌شده←منفعت‌طلبی	-۰/۸۲۴	۰/۰۰	-۰/۸۲۲	۰/۰۰۱	
	مقابلهٔ هیجان‌مدار←منفعت‌طلبی	۰/۲۶۷	۰/۰۰	۰/۱۶۵	۰/۰۰۱	
۵	دلپذیر بودن←منفعت‌طلبی	-۰/۸۵۹	۰/۰۰	-۰/۱۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
	مقابلهٔ اجتنابی←منفعت‌طلبی	۰/۳۶۰	۰/۰۰	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱	
	دلبستگی ایمن←منفعت‌طلبی	-۰/۲۵۲	۰/۰۰	-۰/۲۷۲	۰/۰۰۱	
	منبع کنترل←←منفعت‌طلبی	-۰/۳۹۰	۰/۰۰	-۰/۱۴۲	۰/۰۰۱	
	انعطاف‌پذیری←منفعت‌طلبی	-۰/۱۴۹	۰/۰۰	-۰/۲۴۸	۰/۰۰۱	
	دلبستگی دو سوگرا←منفعت‌طلبی	۰/۰۶۱	۰/۰۰	۰/۰۳۹	۰/۰۷۱	
	انعطاف‌پذیری←سرمایه گذاری افراطی	۰/۳۷۲	۰/۰۰	۰/۴۸۲	۰/۰۰۱	
	مقابلهٔ اجتنابی← سرمایه‌گذاری افراطی	-۰/۸۰۵	۰/۰۰	-.۰/۴۰۲	۰/۰۰۱	
	دلبستگی ایمن← سرمایه‌گذاری افراطی	-۰/۸۵۵	۰/۰۰	-۰/۶۳۴	۰/۰۰۱	
	دلبستگی دوسوگرا← سرمایه‌گذاری افراطی	-۰/۶۶۲	۰/۰۰	-۰/۸۱۸	۰/۰۰۱	
	منبع کنترل← سرمایه‌گذاری افراطی	۰/۳۲۹	۰/۰۰	۰/۰۹۳	۰/۰۰۱	
۶	مقابلهٔ هیجان‌مدار← سرمایه‌گذاری افراطی	-۰/۴۷۴	۰/۰۰	-۰/۳۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳
	دلپذیر بودن←سرمایه‌گذاری افراطی	-۰/۳۲۳	۰/۰۰	۰/۲۳۵	۰/۰۰۱	
	مسئولیت‌پذیری← سرمایه‌گذاری افراطی	۰/۲۰۲	۰/۰۰	-۰/۵۷۲	۰/۰۰۱	
	مقابلهٔ مسئله مدار← سرمایه‌گذاری افراطی	۰/۲۱۴	۰/۰۰	۰/۲۹۹	۰/۰۰۱	
	دلبستگی اجتنابی← سرمایه‌گذاری افراطی	-۰/۰۴۹	۰/۰۰	-۰/۰۰۶	۰/۱۴۶	
۷	انصاف←ادراک بیماری	۰/۴۹۵	۰/۰۷۷	۰/۳۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶

چنان‌که در جدول ۱، مشاهده می‌شود، سبک مقابلهٔ اجتنابی (β= -۰/۶۱ ،p<۰/۰۰۱)، دلبستگی ایمن (β= ۰/۴۸۶ ،p<۰/۰۰۱)، روان‌رنجوری (β= -۰/۸۸۷ ،p<۰/۰۰۱)، مسئولیت‌پذیری (β= ۰/۳۱۷ ،p<۰/۰۰۱)، سبک مقابلهٔ مسئله‌مدار (β= ۰/۱۱۱ ،p<۰/۰۰۱)، برون‌گرایی (β=۰/۳۸۶ ،p<۰/۰۰۱)، سبک مقابلهٔ هیجان‌مدار (β= -۰/۰۴۵ ،p<۰/۰۰۱) و انعطاف‌پذیری (β= ۰/۰۶۳ ،p<۰/۰۰۱) با ادراک بیماری ارتباط دارند و در کل ۵۲/۱ درصد از واریانس ادراک بیماری را تبیین می‌کنند.

بر اساس نتایج به دست آمده از این جدول، برون‌گرایی (β= ۰/۴۱۸ ،p<۰/۰۰۱)، سبک مقابلهٔ اجتنابی (p<۰/۰۰۱،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

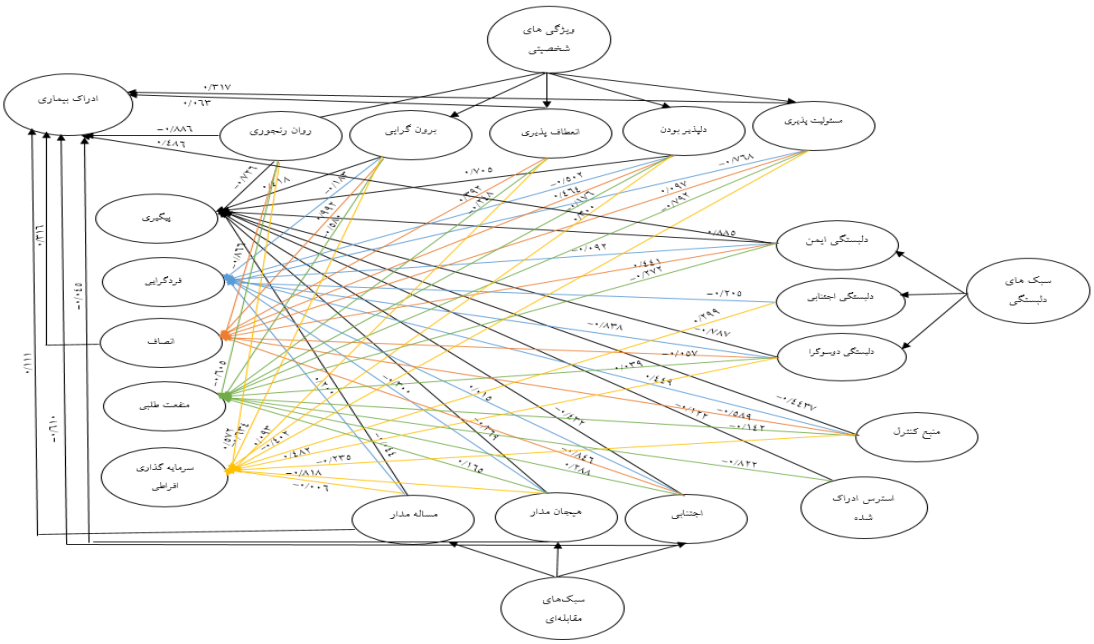
β= -۰/۴۳۲)، استرس ادراک شده (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۱۲۲)، سبک مقابلهٔ هیجان‌مدار (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۳۶۹)، دلپذیر بودن (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۷۰۵)، سبک دلبستگی ایمن (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۸۸۵)، سبک دلبستگی دوسوگرا (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۷۸۷)، منبع کنترل (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۴۳۷) و روان‌رنجوری (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۷۲۶) با سبک تبادل اجتماعی پیگیری رابطه دارند و در کل ۴۹/۳ درصد از واریانس سبک تبادل اجتماعی پیگیری را تبیین می‌کنند.

چنانچه در ردیف۳ ملاحظه می‌شود، برون‌گرایی (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۹۹۲)، سبک مقابلهٔ اجتنابی (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۸۴۶)، روان‌رنجوری (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۸۶۶)، منبع کنترل (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۵۷۱)، مقابلهٔ هیجان‌مدار (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۵۸۹)، مسئولیت‌پذیری (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۰۹۷)، دلبستگی دوسوگرا (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۰۵۷)، دلپذیر بودن (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۴۶۴)، دلبستگی ایمن (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۴۴۱) و انعطاف‌پذیری (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۳۹۲) با سبک تبادل اجتماعیِ انصاف ارتباط داشته و در کل ۵۶/۶ درصد از واریانس سبک تبادل اجتماعی انصاف را تبیین می‌کنند. نتایج مندرج در ردیف۴ نشان می‌دهد، انعطاف‌پذیری (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۱۸۳)، سبک مقابلهٔ اجتنابی(p<۰/۰۰۱، β= ۰/۰۱۵)، دلبستگی ایمن (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۰۹۲)، دلبستگی دوسوگرا (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۸۳۸)، منبع کنترل (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۴۴۹)، سبک مقابلهٔ هیجان‌مدار (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۳۰۰)، دلپذیر بودن (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۵۰۲)، مسئولیت‌پذیری (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۷۶۸)، سبک مقابلهٔ مسئله‌مدار (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۲۰۰) و سبک دلبستگی اجتنابی (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۲۰۵) با سبک تبادل اجتماعی فردگرایی رابطهٔ معنادار داشته و در کل ۵۱/۲ درصد از واریانس سبک تبادل اجتماعی فردگرایی را تبیین می‌کنند.

با توجه به ردیف ۵ این جدول، روان‌رنجوری (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۶۰۵)، مسئولیت‌پذیری (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۷۹۲)، برون‌گرایی (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۵۸۰)، استرس ادراک شده (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۸۲۲)، سبک مقابلهٔ هیجان‌مدار (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۱۶۵)، دلپذیر بودن (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۱۷۶)، سبک مقابلهٔ اجتنابی (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۲۸۸)، دلبستگی ایمن (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۲۷۲)، منبع کنترل (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۱۴۲) و انعطاف‌پذیری (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۲۴۸) با سبک تبادل اجتماعی منفعت‌طلبی رابطه دارد و در کل ۶۸/۶ درصد از آن را واریانس آن را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین ردیف۶ جدول، نشان می‌دهد دلبستگی دوسوگرا (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۴۸۲)، مسئولیت‌پذیری (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۴۰۲)، برون‌گرایی (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۶۳۴)، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۸۱۸)، انعطاف‌پذیری (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۰۹۳)، دلپذیر بودن (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۳۰۰)، منبع کنترل (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۲۳۵)، روان‌رنجوری (p<۰/۰۰۱، β= -۰/۵۷۲) و سبک مقابله مسئله‌مدار (p<۰/۰۰۱، β= ۰/۲۹۹) با سبک تبادل اجتماعی سرمایه‌گذاری افراطی ارتباط داشته و در کل ۶۸/۳ درصد از آن را پیش‌بینی می‌کنند. در نهایت نتایج نشان می‌دهد که انصاف (p<۰/۰۱، β=۰/۳۱۶) با ادراک بیماری ارتباط داشته و قادر به تبیین ۳۱/۶ درصد از واریانس آن می‌باشد.

مدل مدون ادراک بیماری مبتلایان به هموفیلی در شکل۲، آمده است. در کل با استناد به نتایج به دست آمده از جدول۲ و شکل۱، می‌توان بیان نمود که ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجوری، مسئولیت‌پذیری، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری)، سبک مقابله‌ای (هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و اجتنابی) و سبک دلبستگیِ ایمن، دارای ارتباط خطی با ادراک بیماری هستند. همچنین ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، دلپذیر بودن، انعطاف‌پذیری و مسئولیت‌پذیری)، سبک‌های مقابله‌ای (اجتنابی و هیجان‌مدار)، سبک دلبستگی (ایمن و ناایمن دوسوگرا) و منبع کنترل از طریق میانجی‌گری سبک تبادل اجتماعی انصاف با ادراک بیماری ارتباط دارند. سایر سبک‌های تبادل اجتماعی نقش میانجی نداشتند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]



شکل۲- مدل اکتشافی ادراک بیماری مبتلایان به هموفیلی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، منبع کنترل، سبک‌های مقابله‌ای و استرس ادراک شده با تأکید نقش میانجیِ سبک‌های تبادل اجتماعی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر ارائهٔ مدلی اکتشافی جهت بیان روابط بین عوامل شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، منبع کنترل، راهبردهای مقابله‌ای و استرس ادراک شده با ادراک بیماری در مبتلایان به هموفیلی، با تأکید بر نقش میانجی سبک‌های تبادل اجتماعی بود. در این راستا ماتریس همبستگی نشان داد که ویژگی شخصیت مسئولیت‌پذیری دارای رابطهٔ مثبت و ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری و برون‌گرایی دارای رابطهٔ منفی با ادراک بیماری است؛ بدین معنا که می‌توان انتظار داشت بیماران هموفیلی‌ای که مسئولیت‌پذیری بالا و روان‌رنجوری و برون‌گرایی پایین‌تری دارند، ادراک مطلوب‌تری از بیماری خود خواهند داشت. علاوه بر ارتباط خطی مذکور، ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، دلپذیربودن، انعطاف‌پذیری و مسئولیت‌پذیری) از طریق میانجی‌گری سبکِ تبادلِ اجتماعیِ انصاف با ادراک بیماری ارتباط دارند. هر چند پژوهشی که نقش میانجیِ سبک‌های تبادل اجتماعی در ارتباط بین عوامل شخصیتی با ادراک بیماری بررسی نموده باشد، یافت نشد تا استنادی به همسویی و یا ناهمسویی این بخش از یافته‌ها با مطالعات پیشین انجام گردد، لیکن همسو با نتایج این بخش از یافته‌ها، دست‌آوردهای پژوهش برونر و سودارتس (۱۰) نشان داده است با کاهش برون‌گرایی، ادراک مثبت از بیماری افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش باقریان و همکاران (۱۱) نیز حاکی از ارتباط معنادار بین ویژگی روان‌رنجوری و برون‌گرایی، با ادراک بیماری بود. یافته‌های مطالعهٔ ویلیامز و همکاران (۱۲) نیز مؤید نتایج این بخش از پژوهش است.

ویلیامز و همکاران (۱۲) در این راستا بیان می‌کنند شخصیت روان‌رنجوری اثرات منفی خود بر پیش‌آگهی بیماری عفونت میوکاردیال را از طریق ادراک بیماری اعمال می‌کند. بیمارانِ با ویژگیِ شخصیت روان‌رنجور احتمالاً بر این باورند که بیماری آنها عوارض وخیمی را بـرای آن‌ها به دنبال دارد و برای مدت طولانی ادامه خواهد یافت و درمان در آنها اثر زیادی نخواهد داشت. و این باورها می‌تواند رفتارهای مربوط به سلامتی آن‌ها را نیز تغییر دهد. به نظر می‌رسد که بیماران مبتلا به هموفیلی که دارای شخصیت برون‌گرا هستند، به دلیل محدودیت‌هایی که علائم بیماری در ابعاد مختلف زندگی آنان در حیطه‌های

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

توسعهٔ روابط و شغل ایجاد می‌کند، نگرشی نامطلوبی به بیماری‌شان دارند که این موضوع قابل توجه بود. به علاوه بیماران مبتلا به هموفیلی که دارای ویژگی شخصیتی مسئولیت‌پذیری بودند، با این تفکر که می‌توانند کنترل امور را به درستی به عهده گیرند و در این زمینه اهتمام می‌ورزند، ادراک مطلوب‌تری از بیماری خواهند داشت (۸). نتایج نشان داد که افراد روان‌رنجور نسبت به افراد برون‌گرا، دلپذیر و انعطاف‌پذیر و مسئولیت‌پذیر، تمایل بیشتری به برقراری پیوند و برابری‌خواهی در موقعیت‌های استرس‌زایی نظیر بیماری داشته‌اند و این دسته از افراد تمام سعی خویش را بر این داشته‌اند تا به ادراک مثبتی از بیماری دست یابند. بنابراین می‌توان از طریق تقویت باورهای برابرخواهانه، اثرات شخصیتی فرد و تفاوت‌های فردی شخصیتی بالاخص انعطاف‌پذیری و دلپذیر بودن، ادراک بیماری را در آنان افزایش داد.

به علاوه یافته‌های همبستگی نشان داد، سبک اجتماعی انصاف با ادراک بیماری ارتباط دارد. بیات اصغری و همکاران (۴۰) نشان دلبستگی ایمن دارای رابطهٔ مثبت و سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا دارای رابطهٔ منفی با ادراک بیماری در مبتلایان به هموفیلی هستند. بدین معنا که سبک دلبستگی ایمن به عنوان یک متغیر مثبت در تقویت ادراک مطلوب از بیماری هموفیلی و سبک‌های دلبستگی ناایمن به عنوان زنگ خطری در بروز ادراک منفی از بیماری، قابل توجه هستند. همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان دادند، سبک دلبستگی ایمن دارای ارتباط خطی با ادراک بیماری است و سبک‌های دلبستگی ایمن و ناایمنِ دوسوگرا از طریق نقش میانجی‌گری سبک تبادل اجتماعیِ انصاف، با ادراک بیماری ارتباط دارند. در این راستا نتایج پژوهش بزازیان و بشارت (۱۳) نشان داده است که دو سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا رابطهٔ معناداری با ادراک بیماری دارند. تیمورپور و همکاران (۱۴) نیز گزارش کردند، سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا با سازگاری در موقعیت‌های استرس‌زا، رابطهٔ منفی دارد. نقش سبک‌های دلبستگی بر ادراک بیماری از طریق نقش این سازه در چگونگی مدیریت توجه به رویداد استرس‌زا، نظیر بیماری، پردازش اطلاعات آن و دسترسی به منابع مقابلهٔ اجتماعی، قابل تبیین است (۷). مدل دلبستگی، بیان می‌کند افراد با سبک دلبستگی ایمن، در روابط خود پایدار و در نتیجه دسترسی بالایی به حمایت اجتماعی دارند، خودباور بوده و دارای خودتنظیمی مطلوب هستند و در نتیجه دارای نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری خود هستند (۳۹). افرادِ با سبک‌های ناایمن اجتنابی و دوسوگرا نیز به واسطهٔ مشکل در تنظیم هیجانات خود، به ترتیب در برقراری ارتباط و حمایت اجتماعی مشکل داشته و بی‌میل هستند. این افراد اغلب در مورد همه چیز پریشان و آشفته بوده و باورهای منفی در مورد موقعیت‌های استرس‌زا مانند بیماری دارند و در نتیجه سازگاری کمتر با بیماری و ادراک نامطلوب در مورد بیماری هموفیلی خواهند داشت (۱۴).

بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش، سبک مقابله‌ای با ادراک بیماری ارتباط معنادار دارند؛ به گونه‌ای که بیماران مبتلا به هموفیلی که بیشتر از سبک مقابلهٔ مسئله‌مدار و کمتر از سبک مقابله‌ایِ هیجان‌مدار و اجتنابی استفاده می‌کنند، ادراک بیماری مطلوب‌تری دارند. سبک‌های مقابله‌ای (اجتنابی و هیجان‌مدار)، از طریق میانجی‌گریِ سبک تبادل دادند راهبردهای مقابله‌ای از جمله راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار می‌توانند در روند درمان اثر بگذارند. سلیمانی و همکاران (۲۳) نیز گزارش نمودند بین راهبرد مقابلهٔ هیجان‌محور، راهبرد مقابلهٔ تکلیف‌محور و راهبرد مقابلهٔ اجتنابی با ادراک بیماری، پیامدها، کنترل شخصی، ماهیت بیماری، نگرانی، شناخت بیماری و پاسخ‌های عاطفی به بیماری، رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی افرادی که از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، به منظور تغییر موقعیت استرس‌زا مانند بیماری هموفیلی، تلاش می‌کنند و باور دارند خواهند توانست زندگی‌شان را به‌وسیله به‌کارگیری راهبردهای درست و صحیح، دوست‌داشتنی‌تر نمایند (۴۰)، ادراک بیماری مطلوب‌تری نیز خواهند داشت. به عبارتی سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار به بیماران کمک می‌کند تا به گونه‌ای مؤثر با وقایع استرس‌زا مانند بیماری مقابله کنند و درماندگی و پریشانی را به حداقل برسانند، این روش‌های سازگارانه عمدتاً مشکل‌مدار هستند و فشارهای روانی را کاهش می‌دهند و سیستم را به تعادل باز می‌گردانند که نتیجهٔ آن ادراک مثبت از بیماری است. در مقابل سبک مقابله‌ای

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

هیجان‌مدار موجب می‌شود (۴۱)؛ بیمار بر خود متمرکز شده و تمام تلاش وی متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خود شود. واکنش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل گریه کردن، عصبانی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی می‌باشد که همگی تشدید نگرانی در مورد بیماری و در نهایت ادراک منفی از بیماری را به دنبال دارند. راهبرد مقابله‌ای اجتنابی مستلزم فعالیت‌ها و تغییراتی شناختی است که هدف آن اجتناب از موقعیت استرس‌زاست؛ لیکن این شکل از مقابله ممکن است به شکل روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه ظاهر شود که به ادراک منفی از بیماری منجر شود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان از طریق آموزشِ ارزیابی‌های سیستم سود، ادراک مطلوب از بیماری و هزینه‌های بیماری، (با تقویت باورهای برابری‌خواهانه از نقش منفی سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌مدار) بر ادراک بیماری کاست.

به علاوه نتایج حکایت از رابطهٔ منفی و معنادار منبع کنترل با ادراک بیماری را داشتند. این سازه علاوه بر ارتباط خطی از طریق میانجی‌گریِ سبک تبادل اجتماعیِ انصاف با ادراک بیماری ارتباط دارد. همسو با نتایج این بخش از پژوهش، صفوی‌بیان و طاهر (۱۷) نشان دادند بین منبع کنترل با نحوهٔ مراقبت از خود و پیروی از رژیم غذایی درمانی رابطهٔ معناداری وجود دارد. همچنین نتایج پژوهش قرتپه و همکاران (۴۲) نشان داد که منبع کنترل نقش اساسی در سازگاری فردی و اجتماعی با موقعیت‌های استرس‌زا دارد. در تبیین این بخش از یافته‌ها می‌توان گفت در صورتی که بیماران دارای منبع کنترل درونی باشند، بر زندگی خود، کنترل جدی داشته و طبق آن نیز رفتار کنند. افراد با منبع کنترل درونی، خود را مسئول زندگی خویش می‌دانند، در نتیجه ارزش بیشتری برای پیشرفت‌های خود قائل‌اند و نسبت به نشانه‌های محیطی که برای هدایت رفتار خود به کار می‌برند، هشیارترند (۴۳). لذا افراد با منبع کنترل درونی، ادراک بیماری مثبت‌تری نسبت به افراد با منبع کنترل بیرونی دارند. ارزیابی‌های ادراک مطلوب از بیماری و هزینه‌های بیماری از طریق تقویت باورهای برابری خواهانه، نقش میانجی‌گرِ ارتباط بین دو سازهٔ منبع کنترل و ادراک بیماری را به خوبی بیان می کند.

بر اساس نتایج همبستگی، استرس ادراک‌شده نیز دارای ارتباط منفی با ادراک بیماری در مبتلایان به هموفیلی است. به عبارتی شدت استرس ادراک‌شدهٔ بالاتر با ادراک نامطلوب از بیماری دارای رابطهٔ مثبت و معنادار است. این بخش از نتایج با یافته‌های پژوهش سلیمانی و همکاران (۲۳) مبنی بر ارتباط شدت استرس با ادراک بیماری همسو است. هنگامی که بیمار مبتلا به هموفیلی، استرس بالاتری تجربه می‌کند، در برابر سازگاری با شرایط استرس‌زا ناتوان بوده و نمی‌تواند درک مناسبی از بیماری خود داشته باشد. بنابراین به منظور ارائهٔ اقدامات جهت بهبود ادراک بیماران مبتلا به هموفیلی، لازم است علاوه بر توجه ویژه به ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای، سبک دلبستگی، منبع کنترل و استرس ادراک‌شده، متوجه سبک تبادل اجتماعی انصاف نیز بود؛ زیرا از این سازه می‌توان در جهت تشدید نقش مثبتِ ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای (اجتنابی و هیجان‌مدار)، سبک دلبستگی (ایمن و ناایمنِ دوسوگرا) و منبع کنترل بهره برد.

منابع

Payandeh M, Amirifard N, Sadeghi E, Sadeghi M, Choubsaz M, Noor Mohammadi Far F. The Survey of Effective Agents on Factor VIII and IX Inhibitors in Patients with Hemophilia A and B in Kermanshah Province. IJBC. 2015; 7 (4): 191-194. [Persian].

Kargarfard M, Dehghani M & Heidari A. The effect of therapeutic exercise on quality of life, anxiety and depression in patients with hemophilia. Koomesh. 2010; 12(4): 371-364. [Persian].

Asgarpour H, Mohammadi A. Architects, R. The effect of self-care program on quality of life of adolescents with hemophilia. Daneshvar Medical. 2007; 14 (69): 1-8. [Persian].

Jourgens M, Seekatz B, Moosdorf R, Petrie K, Rief W. Illness belief before cardiac surgery predict disability,

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]

[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

quality of life, and depression 3 month later. J of psychosomatic research. 2010; 68: 553-560.

Lin Y, Furze G, Spilsury K, Lewin R. Misconceived & maladaptive beliefs about heart disease, comparison between Taiwan & British. J of clinical nursing. 2008; 18:46-55.

Moss-Morris R, Weinman J, Petrie J, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health, 2002; 17 (1): 1-16.

Sharpe L, Curran, L. Understanding the process of adjustment to illness. Soc Sci Med.2006; 62 (5): 1153-66.

Bahrami Nejad, M. The relationship between perception of disease, personality variables and adherence to treatment in myocardial infarction patients. M.Sc. Isfahan University of Medical Sciences, 2017. [Persian].

Costa PT, McCrae RR. Professional manual. Odessa, FL: Psychological assessment Resources, 1998.

Brunner L S, Suddarth D S. Text book of Medical-Surgical Nursing. Sixth Editions, 2000.

Bagharian R, Ahmadzadeh Gh, Abadchi SA. Study of the relationship between coping strategies, personality variables and perception of disease in patients with myocardial infarction. NPWJM. 2018; 6(18): 53-60. [Persian].

Williams L, O'Connor RC, Grubb NR, O'Carroll RE. Type D personality and illness perceptions in myocardial infarction patients. J Psychosom Res. 2011; 70 (2): 141-4.

Bazzian SA, Evangelism M, Rajab A. The relationship between attachment styles and illness perception with psychological well-being and glycated hemoglobin in patients with type 2 diabetes. Iranian J of Diabetes and Metabolism. 2009; 10(4): 188-196. [Persian].

Teimourpour N, Besharat M, Rahiminezhad A, Hossein Rashidi B, Gholamali Lavasani M. Investigation of the Relationship between Attachment Styles and Ego-Strength with Adjustment to Infertility in Women Referring to Valie-Asr Reproductive Health Research Centre (Tehran Imam Khomeini Hospital) in 2014. JRUMS.2015; 14(1):15-24. [Persian].

Collins, N L, Feeney, B C. Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. J Pers Soc Psychol, 2004; 87(3):363-83.

Mikulincer M, Shaver PR. Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. J Res Pers, 2005; 39: 22–45.

Safavi Bayat Z, Taher M. Correlation between self-care and compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension. cjhaa. 2017; 1 (1):42-48. [Persian].

Niven N. Health Psychology.2th edition. Churchill living Stone, 1994.

Adeymo D. The buffering effect of emotional intelligence on the adjustment of secondary school students in transition. Electronic Journal of Research in Educational psychology, 2005; 450, 617-38.

Garsia C. (2009). Conceptualization and Measurement of Coping during Adolescence: A Review of the Literature. Journal of Nursing Scholarship; 2009; 42(2):166-185.

Faramarzi S, Abedi, M Karimi M. The Relationship between Coping Styles and Adolescents' Depression. Research in Cognitive and Behavioral Sciences, 2013; 3(2): 17-26. [Persian].

Brackett M, Mayer J, Warner R. Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. Peres Individual Difference, 2004; (361): 12-26.

Soleimani M, Azeemian S, Younesi J. Relation between perception of illness and copying styles with stress among mother of childern with type 1 diabetes. ijdld. 2016; 14 (3):209-216. [Persian].

Losyk, B. Get A grip. Overcoming stress and Thriving in the work place. Wiley & Sons. Inc.Shreve- Neiger, A. Edelstein B. A. Religion and anxiety: a Critical review of the literature. Clincal Psychology Reviw, 2005; 24:379-397.

Norhayati M, Hazlina N, Asrene A, Emilin W. Magnitude and risk Factors for Postpartum semptoms: A literature review. Journal of Affective Disorders, 2015; 175, 34-52. [Persian].

Leybman, M, Zuroff D.C, Fournier M A, Kelly AC, Martin A. Social exchange styles: Measurement, validation, and application. J of Personality, 2011; 25 (3):198-210.

Krokavcova M, Van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. Patient EducCouns, 2008; 73(1): 159-65.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]

Klein, P. Easy factor analysis guide. Translated by Seyyed Jalal Sadr al-Sadat and Asfar Minai. Tehran: Samt publisher, 2013.

Haghshenas H. Persian version and standardization of NED personality inventory-revised. IJPCP. 1999; 4(4):38-48. [Persian].

Pakdaman S. Investigating the relationship between attachment and community seeking in adolescence. PhD thesis in psychology, University of Tehran, 2001.

Nourbakhsh M, Mirnaderi IA. The relationship between organizational climate and job satisfaction in high school teachers of Ahvaz. Olympic Quarterly, 2005; 13(1):137-18. [Persian].

Yosefyani G, Habibi M, Soleymani E. The relationship between disciplines desired behavior and family functioning, locus of control and self-esteem of students. Journal of School Psychology, 2012; 1(2):114-134. [Persian].

Endler, N S, Parker D. Multidimensional assessment of coping: A critical psychology, 1990; 58, 884-584.

Safavi, A. Investigating more relevant and developing relationships with ethics in the psychology of women in more ages, ending the letter of senior fellowship workers, Emma-Wazed Azad University, 2010. [Persian].

Aminpour, R. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on perceived stress, stress coping strategies, and disease perception in female patients with ulcerative colitis, Unpublished MA, 2014. [Persian].

Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. Journal of psychosomatic research, 2006; 60:631-7. [Persian].

Leybman M, Zuroff DC, Fournier MA, Kelly, AC, Martin A. Social exchange styles: Measurement, validation, and application. Personality, 2011; 25(3):198-210.

Saffari Nia, M. Social psychology and personality tests. Tehran: Arjmand Publications, 2015. [Persian].

Crane, R. Theories of concepts and applications growth. translation: Gholamreza Khoynejadoo Alireza Rajaie. Tehran: Growth, 2012.

Bayat Asgari A, Mossanejad S, Asgari M, Ramazani Farani A, Javaheri J. The relationship between coping styles with adherence in type 2 diabetic patients. ijdld. 2015; 14 (2):93-98. [Persian].

Basaknejad S, Bostani F. The relationship between personality traits and coping strategies in students of Shahid Chamran university of Ahvaz. Jundishapur Scientific and Research Quarterly, 2011; 2 (3):8-22. [Persian].

Behroozian F, Ne'mat Pour S. Stressors, coping strategies and their relation to public health in Students of Ahvaz university of medical sciences. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2007; 6(3):275-283. [Persian].

Ghartappeh A, Talepasand S, kajbaf M, Abolfathi M, Solhi M, Gharatappeh S. Relationship between personal and social adjustment with locus of control and gender in intelligent high school student. Iran J Health Educ Health Promot. 2015; 3(2):159-166. [Persian].

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.1.6]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.66]