



The Role of Health Beliefs and Illness Perceptions in Predicting Health-Promoting Behaviors in Cancer Patients

Sajjad Basharpour¹, Behnam NasriNasrabadi¹, Fazeleh Heidari², Parviz Molavi³

1. Dept of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
2. Dept of Psychology, Psychology, school of humanities, Islamic Azad University of Ardabil Branch, Adabil, Iran
3. Dept of Psychiatry, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2016/11/02

Accepted: 2018/04/18

Available online: 2018/06/16

IJHEHP 2018; 6(2):102-113

DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.102

Corresponding Author:

Sajjad Basharpour

Dept of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Tel: 045-31505129

Email:

basharpour_sajjad@uma.ac.ir

Use your device to scan
and read the article online



Abstract

Background and Objective: Health promoting behaviors is one of the most important factors in the physical and mental outcomes of cancer patients. The Current study was conducted in order to determination of the role of health beliefs and Illness Perception in predicting Health Promoting Behaviors of patients with cancer.

Methods: In this cross sectional study, 125 cancer patients, hospitalized in the Hematology section of Imam Khomeini hospital in Ardebil in the autumn of 2015 that were selected by convenience sampling, participated. For collecting data, the Illness Perception questionnaire, the Health Belief indexes and the Health- Promoting Lifestyle Profile were used. Gathered data were analyzed via Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis using SPSS19.

Results: The results showed that the Health promoting behaviors in cancer patients positively correlated to the General Health Threat ($r = -0.18, P < 0.05$), the Perceived vulnerability ($r = -0.33, P < 0.001$), the Perceived intensity ($r = -0.30, P < 0.001$) and the Self-Helping benefits ($r = -0.19, P < 0.05$). Among the Illness Perception components, the Health Promoting Behaviors have a positive relationship with the Acute timeline ($r = -0.52, P < 0.001$), the Periodic timeline ($r = -0.31, P < 0.001$), the Outcomes of disease ($r = -0.31, P < 0.001$) and the Emotional representations ($r = -0.35, P < 0.001$) but have a negative relationship with Self-Control ($r = 0.35, P < 0.001$). Also, multiple regression analysis showed that 23% of the variance of the Health Promoting Behaviors is explained with the Health Beliefs and 39% of that is explained by the Illness Perception.

Conclusion: The results of this study indicate that the beliefs about the situation and the outcomes of the disease and the quality of the Illness Perception in cancer patients have a role in their tendency for doing the Health promoting behaviors.

KeyWords: Health Promoting Behaviors, Illness Perceptions, Attitude to health, Cancer

Copyright © 2018 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to cite this article:

Basharpour S, NasriNasrabadi B, Heidari F, Molavi P. The Role of Health Beliefs and Illness Perceptions in Predicting Health-Promoting Behaviors in Cancer Patients . Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6 (2): 102-113

Basharpour, S., NasriNasrabadi, B., Heidari, F., Molavi, P. (2018). The Role of Health Beliefs and Illness Perceptions in Predicting Health-Promoting Behaviors in Cancer Patients . *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*; 6 (2): 102-113



نقش باورهای سلامتی و ادراک بیماری در پیش‌بینی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان

سجاد بشرپور^۱، بهنام نصری نصرآبادی^۱، فاضله حیدری^۲، پرویز مولوی^۳

۱. گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران
۳. گروه آموزشی روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۲

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۲۹

انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۳/۲۶

IJHEHP 2018; 6(2):102-113

نویسنده مسئول:

سجاد بشرپور

گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده علوم
تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق
اردبیلی، اردبیل، ایران

تلفن: ۰۴۵-۳۱۵۰۵۶۲۹

پست الکترونیک:

basharpour_sajjad@uma.ac.ir

برای دانلود این مقاله، کد

زیر را با موبایل خود

اسکن کنید.



زمینه و هدف: رفتارهای ارتقادهنده سلامتی یکی از عوامل مهم در پیامدهای روانی و جسمانی بیماران سرطانی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش باورهای سلامتی و ادراک بیماری در پیش‌بینی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی مبتلایان به سرطان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۲۵ بیمار سرطانی بستری در بخش خون و انکولوژی بیمارستان امام‌خمینی شهر اردبیل، در پاییز سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری در دسترس شرکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه ادراک بیماری، مقیاس باور سلامتی و نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران سرطانی با تهدید سلامت عمومی ($r=0/18$; $P<0/05$)، آسیب‌پذیری ادراک شده ($r=0/33$; $P<0/01$)، شدت ادراک شده ($r=0/29$; $P<0/01$) و فواید خودیاری ($r=0/19$; $P<0/04$) ارتباط مثبت دارد. از بین مؤلفه‌های ادراک بیماری نیز این رفتارها با خط زمانی حاد ($r=-0/52$; $P<0/01$)، خط زمانی دوره‌ای ($r=-0/31$; $P<0/01$)، پیامدهای بیماری ($r=-0/31$; $P<0/01$) و تظاهرات هیجانی ($r=-0/25$; $P<0/01$) رابطه منفی ولی با کنترل شخصی ($r=0/35$; $P<0/01$) رابطه مثبت دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد ۲۳ درصد از کل واریانس رفتارهای سلامتی را باورهای سلامتی و ۳۹ درصد آن را ادراک بیماری تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که باورهای مربوط به وضعیت و پیامدهای بیماری و چگونگی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سرطان، در تمایل آنها به انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامتی نقش دارد.

کلمات کلیدی: رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، ادراک بیماری، گرایش به سلامتی، سرطان

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

مقدمه

سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان، جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰، سالانه از

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل‌توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است (۱). این بیماری با تغییر شکل غیرطبیعی

۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (۲). افرادی که دچار این بیماری می‌شوند، همچنین تا سال‌ها پس از تشخیص بیماری، تأثیر سرطان را در زندگی خود احساس می‌کنند؛ چرا که این بیماری به‌عنوان یک پدیده اجتماعی، عملکردهای روزانه و فعالیت‌های اجتماعی فرد را نیز دچار نابسامانی می‌کند و توانایی فرد را برای انجام نقش‌ها و مسئولیت‌های معمول تغییر می‌دهد. تحلیل رفتن توان فرد برای ایفای مناسب نقش‌های شخصی در زندگی فردی و اجتماعی می‌تواند باعث ایجاد احساس بی‌لیاقتی و انزوای اجتماعی شود. در واقع، به‌دنبال تشخیص بیماری سرطان، در فرد بحران ایجاد می‌شود و اعتمادبه‌نفس وی به مخاطره می‌افتد. همچنین ارتباطات فردی به‌دلیل بی‌اطمینانی به آینده مختل شده، مکانیسم‌های سازگاری قبلی ناکافی می‌شوند و بستری‌شدن‌های مکرر، حس تنهایی را به بیمار القا می‌کند (۳). این بحران و مسائل روان‌شناختی مرتبط با آن، به‌گونه‌ای است که علاوه بر ناتوان کردن فرد برای برخورد مناسب با آن، زندگی افرادی دیگری را هم که با او در ارتباط هستند دچار مشکل می‌کند (۴-۸).

مطالعات نشان می‌دهند که رفتارهای ارتقادهنده سلامتی (health-promoting behavior) می‌توانند کیفیت زندگی افراد را بهبود دهند. بین عوامل تعیین‌کننده اصلی سلامت، رفتارها یا سبک زندگی از جمله عوامل زیربنایی برای پیشگیری از بیماری‌ها هستند (۹). توصیه شده است که این رفتارها و سبک‌ها به‌عنوان تسهیل‌کننده‌های اصلی در افزایش و حفظ سلامتی در نظر گرفته شوند (۱۰). مطابق شواهد پژوهشی، رفتارها یا سبک زندگی ناسالم از جمله نداشتن تحرک، تغذیه نامناسب، سیگارکشیدن، نوشیدن الکل و سوءمصرف مواد می‌تواند دوره بهبودی از بیماری را طولانی‌تر کند؛ برعکس، سبک زندگی سالم می‌تواند عامل مثبتی در بهبودی از بیماری باشد (۱۱، ۱۲). بر این اساس، سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی می‌تواند کیفیت زندگی را نیز در افراد افزایش دهد (۱۳) و افرادی که چنین شیوه زندگی دارند با حداقل بیماری یا ناتوانی، قادر به حفظ سلامتی و کارکرد خود خواهند بود (۱۴). پژوهش‌ها، سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی را به‌عنوان عاملی مهم در پیشگیری از بیماری قلمداد کرده (۹) و در زمینه بیماری‌های شایع در جوامع صنعتی نظیر حملات قلبی و دیابت، آن را به‌عنوان عامل ایجاد سازگاری‌پذیری در افراد

بیان می‌کنند (۱۵). گروهی از محققین ایتالیایی با مطالعه بیماران مبتلا به سرطان در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال دریافتند مهم‌ترین عامل جهت‌دهنده کیفیت زندگی پایین، در پیش گرفتن رفتارهای تنزل‌دهنده سلامتی مثل اضطراب است. همچنین در این مطالعه نداشتن اشتغال، سن بالای ۵۰ سال و سطوح تحصیلی پایین، با کیفیت نامطلوب زندگی بیماران همراه است (۱۶).

در طول چند دهه اخیر، برخی محققان به بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقادهنده سلامتی پرداخته‌اند. یکی از مدل‌هایی که در این خصوص مطرح و اعتباریابی شده، مدل اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model) است. این مدل اولین بار از سوی Maiman و Becker طراحی شده و یکی از مؤثرترین مدل‌های مربوط به ارتقای سلامتی است که از دهه ۱۹۵۰ به بعد توسعه یافته و در مراحل بعدی، رفتارهای غربالگری، اعمال پیش‌گیرنده از بیماری و رفتارهای بیماری را پوشش داده است. سازه‌های اصلی این مدل عبارتند از: ۱) حساسیت ادراک‌شده (perceived susceptibility) به‌معنی ادراک ذهنی فرد از خطر ابتلا به یک بیماری؛ ۲) شدت ادراک‌شده (perceived severity) یعنی احساسات فرد درباره پیامدهای اجتماعی ابتلا به یک بیماری؛ ۳) مزایای ادراک‌شده (perceived benefit) به‌معنی باور فرد مبنی بر تأثیر یک فعالیت خاص، در کاهش تهدید ابتلا به یک بیماری؛ ۴) موانع ادراک‌شده (perceived barriers) به‌معنی تحلیل سود و هزینه‌ای که افراد در ارزیابی عمل سودمند و محدودیت‌های متضاد با آن انجام می‌دهند؛ ۵) اشاره برای عمل (cues to action) به‌معنی ادراک موانع و سطح آسیب‌پذیری و شدت ارزیابی‌شده نسبت به نوع عملی ترجیحی و ایجاد انگیزه برای اقدام به آن؛ ۶) متغیرهای دموگرافیک (demographic variables) به‌معنی عوامل جمعیت‌شناختی، روانی - اجتماعی و ساختاری که در ادراک شخص در رابطه با مزایای ادراک‌شده رفتارهای سلامتی در پیشگیری از بیماری تأثیر می‌گذارند (۱۷). در مطالعاتی گسترده، اهمیت باورهای سلامتی در ارتقای بهداشت روانی و جسمانی افراد به‌ویژه در رابطه با بیماری‌های مزمن بررسی شده است. Sohler و همکاران (۲۰۱۵) به بررسی عوامل روانی - اجتماعی مؤثر بر گسترش و اتخاذ مدل باورهای سلامتی در پیشگیری از سرطان پرداخته و نشان دادند که هر اندازه این باورها پررنگ‌تر باشد، رفتارهای سلامتی نظیر مراجعه به غربالگری‌های مربوط به سرطان در افراد به میزان

بیشتری صورت می‌گیرد (۱۸). Sevig و Kolutek (۲۰۱۴) در رابطه با برنامه‌ریزی خانگی مبتنی بر مدل باور سلامتی دریافتند اینگونه برنامه‌ریزی‌ها می‌تواند منجر به افزایش گرایش به اتخاذ غربالگری‌های آینده در زنان متأهل شود (۱۹). Walters و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی ادراک باورهای سلامتی در کارگرهای مشکوک به ابتلا به آسم مرتبط با شغل نشان دادند که ادراک این باورها می‌تواند برنامه‌های بهتری را در رابطه با بهداشت آنها در محل کار به وجود آورد (۲۰). در مطالعه‌ای دیگر موضوع باورهای سلامتی در رابطه با غربالگری‌های مربوط به سرطان پستان بررسی شد و نتایج نشان داد که باورهای سلامتی، نقشی کلیدی در اتخاذ اینگونه برنامه‌های سلامتی دارد (۲۱). Hsieh و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به تبیین این موضوع پرداختند که زنان تحت مطالعه آنها، با وجود احتمال خطر بالای شکستگی ناشی از پوکی استخوان، به دلیل اینکه سبک باور سلامتی در آنها نهادینه نشده، اقدامات مؤثری در رابطه با پیشگیری از صدمات احتمالی ناشی از این بیماری انجام نمی‌دهند (۲۲).

Bahar و Cengiz (۲۰۱۴) کاربرد باورهای سلامتی را در رابطه میان پرستار و بیمار بررسی کرده و نشان دادند پرستارانی که اینگونه باورها را میان بیماران خود تقویت می‌کنند، رفتارهای پیشگیرانه را در آنها افزایش داده و باعث ارتقای رفتارهای سلامتی در آنها می‌شوند (۲۳). همچنین مطالعه‌ای در رابطه با سرطان گردن نشان داد افزایش باورهای سلامتی میان افراد، می‌تواند بسیاری از موانع سر راه برای تمایل آنها به واکسینه شدن واکسن HPV (واکسنی برای پیشگیری از ابتلا به سرطان گردن) را از میان بردارد (۲۴). Basharpour و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که باورهای سلامتی مربوط به آسیب‌پذیری ادراک‌شده، شدت پیامدهای ادراک‌شده و مزایای درمان پزشکی به‌طور مثبت با اضطراب حاملگی زنان مرتبط است (۲۵).

عامل دیگر مرتبط با رفتارهای سلامتی در بیماران سرطانی، نحوه ادراک آنها از بیماری خود است. ادراک بیماری (illness perception)، بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود است. براساس این نظریه که Leventhal و همکاران (۱۹۸۴) آن را مطرح کردند، بیماران، رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را براساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل‌پذیری و درمان‌پذیری و مدت‌زمان بیماری تنظیم می‌کنند (۲۶). دو جنبه

مهم این نظریه در رابطه با ادراک بیماری بیان می‌کند که اولاً اینکه باورهای بیمار درباره شرایطی که در آن قرار دارد اغلب با آنچه درمانگر در این باره می‌اندیشد تفاوت دارد و دوم اینکه این ادراک از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند ممکن است دیدگاه‌های بسیار متفاوتی از بیماری خود داشته باشند. مدل خودتنظیمی (self-regulation model)، بیان می‌کند که باورهای بیماری به‌طور مستقیم با سازگاری و رفتار فرد ارتباط دارند و نتیجه این سازگاری بر ادراک بیمار از ناتوانی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. این مدل بیانگر این است که عقاید فرد که در واقع نقش میانجی دارند، تعدیل‌کننده بحرانی هستند که در فرد به وجود آمده است. ارزیابی و ادراک مؤثر بیماری، ادراک توانایی فرد برای نشان دادن رفتارهای سازگاری و برآورد موفقیت‌هایش در تنظیم کردن نشانه‌های بیماری و به دنبال آن جستجوی به‌زیستی هیجانی را در بر می‌گیرد (۲۷). بنابراین، حمایت از بیماران در راستای افزایش ادراک مؤثر بیماری می‌تواند یک استراتژی مراقبت اولیه در بازسازی برنامه‌های تسهیل‌کننده رفتار سلامت، کاهش تجربه خستگی و افزایش کیفیت زندگی باشد (۲۸).

پژوهش‌ها بیانگر نقش قابل توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌هایی مثل درد مفاصل (۲۹)، آکرومگالی (۳۰)، صرع (۳۱)، نشانگان سوماتیک عملکردی (۳۲) و اختلالات نوروبیولوژیکی (۳۳) هستند. Sungur و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی به بررسی ادراک بیماری در بیماران سرطانی پرداخته و نشان دادند که ادراک منفی بیماری می‌تواند دوره درمان را طولانی‌تر کرده و بر اضطراب این بیماران نیز تأثیرگذار باشد (۳۴). همچنین نقش ادراک بیماری به عنوان عاملی کلیدی که منجر به رفتارهای مربوط به سلامتی، مدیریت بیماری و بازیابی عملکردی می‌شود، نشان داده شده است (۳۵). نتایج پژوهشی که روی بیماران مبتلا به سرطان پستان در اروپا انجام شد، بیانگر این است که بیمارانی که سطح ادراک بیماری بالاتری دارند به عوامل خطررزی رفتاری که منجر به وضعیت کنونی‌شان شده است اهمیت می‌دهند و به‌ندرت پرسنل بیمارستانی را مقصر قلمداد می‌کنند (۳۶). نتایج پژوهشی روی دو جامعه آماری دانمارکی و ژاپنی نیز نشان داد که ادراک بیماری می‌تواند پیامدهای مثبتی در رابطه با مدیریت پزشکی افراد مبتلا به سرطان ریه داشته باشد (۳۷).

general health)، تهدید سلامتی عمومی (health concerns)، حساسیت ادراک شده، شدت ادراک شده، مزایای درمان پزشکی (benefits of medical care) و مزایای خود یاری (self-helping benefits) را مشخص کرد. ضرایب آلفای کرونباخ این عوامل به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۹، ۰/۷۲ و ۰/۸۴ گزارش شده است (۳۹). این ضرایب روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر نیز به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۷۳، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه ادراک بیماری: به منظور ارزیابی ادراک بیماری براساس مدل خودگردانی Leventhal و همکاران (۱۹۸۴) [۲۶] از فرم اصلاح شده پرسش‌نامه ادراک بیماری (IPQ-R) که از سوی Moss Morris و همکاران (۲۰۰۲) تدوین شده است [۴۰]، استفاده شد. در این آزمون بر مؤلفه‌های اولیه ادراک بیماری براساس مدل اولیه Leventhal و همکاران چند مؤلفه اضافه شدند. پس از استخراج داده‌ها و انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی با روش چرخش واریماکس بر ۴۳ آیت، ۱۰ عامل و خرده‌مقیاس شناخته شدند. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: تظاهرات هیجانی (emotional representations) به معنی واکنش‌های هیجانی بیمار در زمان مشاهده علائم، کنترل درمان (treatment control) به معنی میزان اثربخشی درمان اتخاذ شده از سوی بیمار در کنترل بیماری، پیامدهای بیماری (consequences of illness) به معنی باور بیمار درباره نتایج احتمالی بیماری بر زندگی وی، خط زمانی حاد/مزمن (time line acute chronic) به معنی چگونگی باور بیمار درباره مدت زمانی که بیماری وی طول می‌کشد، انسجام درمان (integration of therapy) به معنی باور بیمار درباره قابل فهم بودن بیماری وی، کنترل شخصی به معنی باور بیمار به توانایی وی در کنترل بیماری، خط زمانی دوره ای (time line peripheral) به معنی باور بیمار به چرخشی و دوره‌ای بودن بیماری خود و سه بُعد از باورهای بیماران درباره علت بیماری، یعنی عوامل مرتبط با خصیصه‌های روان شناختی (باور بیمار درباره نقش عوامل شخصیتی در بروز بیماری)، عوامل مرتبط با سیستم ایمنی (باور بیمار درباره مثلاً نقش میکروب‌ها در بروز بیماری‌اش) و عوامل خطرزا (باور بیمار به نقش عواملی همچون وراثت و تغذیه در بروز بیماری وی). همه آیت‌های پرسش‌نامه IPQ-R براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق، موافق، نه موافق، نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) درجه‌بندی شدند. (۴۰).

با توجه به مزمن بودن بیماری سرطان، انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌تواند عامل مهمی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران باشد. شواهد موجود نشان می‌دهد که باور سلامتی با رفتارهای ارتقادهنده سلامتی ارتباط دارد. همچنین در مواجهه با سرطان، ادراک بیماری می‌تواند نقشی کلیدی در روند بهبود و درمان افراد داشته باشد (۲۸). با وجود این، پژوهش‌های پیشین نقش باورهای سلامتی و نیز ادراک بیماری را در رفتارهای سلامتی نمونه غیربالیینی بررسی کرده‌اند. لذا تعیین نقش باورهای سلامتی و ادراک بیماری در رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند گامی مهم در توسعه مداخلات مبتنی بر سبک زندگی در طول درمان و افزایش کیفیت زندگی این بیماران باشد. با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش باورهای سلامتی و ادراک بیماری در رفتارهای ارتقادهنده بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع پیش‌بینی بود. کلیه بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش خون و انکولوژی بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۳۹۴، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد ۱۲۵ نفر از این بیماران که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند، در این مطالعه شرکت کردند. مطابق آمار اخذ شده از بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل، در مجموع تعداد ۴۰۰ نفر در نیمه اول سال ۱۳۹۴ با تشخیص سرطان در بخش خون و انکولوژی این بیمارستان بستری شده بودند. در این پژوهش، حجم جامعه برای نیمه دوم سال نیز به همین تعداد برآورد شد و براساس جدول نمونه‌گیری مورگان برای جمعیت ۴۰۰ نفری، نمونه‌ای به تعداد ۱۲۰ نفر پیشنهاد شده بود که براساس آن حجم نمونه به تعداد ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها نیز از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. مقیاس باور سلامتی: این پرسش‌نامه از سوی Weissfeld و همکاران (۱۹۸۷) براساس مدل باور سلامتی که چرایی پرداختن افراد به رفتارهای ارتقادهنده سلامتی را توجیه می‌کند، ساخته شده است (۳۸). این آزمون ۳۲ سؤال دارد و هریک از سؤالات در مقیاس لیکرت ۴ تا ۶ نقطه‌ای درجه‌بندی می‌شود. تحلیل عاملی سؤالات این پرسش‌نامه ۶ عامل نگرانی‌های سلامت عمومی (general

ضرایب آلفای کرونباخ نسخه فارسی این آزمون برای متغیرهای تظاهرات بیماری (۰/۹۳)، کنترل درمان (۰/۸۵)، پیامدهای بیماری (۰/۷۸)، خط زمانی حاد/مزمن (۰/۸۴)، انسجام بیماری (۰/۸۶)، کنترل شخصی (۰/۷۸)، خط زمانی دوره‌ای (۰/۳۸)، خصیصه‌های روان‌شناختی (۰/۷۵)، عوامل مرتبط با سیستم ایمنی (۰/۷۵)، عوامل خطرزا (۰/۲۳) گزارش شده است (۴۱).

۳. نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی: این

پرسش‌نامه از سوی Polerecky و همکاران (۴۲) براساس مدل ارتقای سلامت پندر (Pender) برای اندازه‌گیری رفتارهای ارتقادهنده سلامتی ساخته شد. این پرسش‌نامه یک ابزار ارزیابی چندبعدی از رفتارهای ارتقادهنده سلامتی است که شامل ۵۲ سؤال است و ۶ جنبه از رفتارهای ارتقادهنده سلامتی شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی، رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، مدیریت استرس و روابط بین‌فردی را اندازه می‌گیرد و هر سؤال در مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای به صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، معمولاً (۳) و همیشه (۴) درجه‌بندی می‌شود. پایایی خرده‌مقیاس‌های این آزمون به شیوه آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۳). این ضرایب روی نمونه پژوهش حاضر نیز در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۸ برای مدیریت استرس و برای مسئولیت‌پذیری سلامتی به دست آمد.

برای جمع‌آوری اطلاعات لازم برای این پژوهش، پس از اخذ مجوزهای لازم به بخش خون و انکولوژی بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل مراجعه شد و در فاصله زمانی مهر تا اسفند ۱۳۹۴، ۶ دفعه و در اواسط هر ماه برای نمونه‌گیری مراجعه و در هر دفعه تعداد ۲۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جلب همکاری آنها برای شرکت در پژوهش و توضیحات لازم درباره هدف این مطالعه، از آنها خواسته شد به مقیاس باور سلامتی، پرسش‌نامه ادراک بیماری و نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی به ترتیب در محل بخش و به صورت انفرادی پاسخ دهند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱. داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن ۲. گذشتن حداقل یک سال از شروع ابتلای آنها به بیماری سرطان ۳. تمایل برای مشارکت در

پژوهش حاضر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱. تشخیص اختلال روانی هم‌زمان در پرونده بیمار؛ ۲. تمایل نداشتن برای مشارکت در پژوهش؛ ۳. شدت بالای بیماری سرطان براساس برگه تشخیصی پرسش‌نامه ESAS (نقطه برش بالاتر از ۵، از سوی متخصص انکولوژیست بخش، نشان‌دهنده شدت بیش‌ازحد بیماری در آزمودنی در نظر گرفته شد). داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ابزارهای توصیفی میانگین، انحراف معیار و آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

تعداد ۱۲۵ بیمار مبتلا به سرطان در این مطالعه شرکت داشتند که تعداد ۵۵ نفر (۴۴٪) آنها زن و ۷۰ نفر (۵۶٪) مرد بودند. ۱۳ نفر (۱۰/۴٪) از این افراد مجرد و ۸۹ نفر (۷۱/۲٪) متأهل و همچنین ۲۳ نفر (۱۸/۴٪) از آنها مطلقه بودند. میانگین سن بیماران ۳۶/۱۳ با انحراف معیار ۸/۸۷ بود. بیشترین درصد سطح تحصیلات بیماران، ابتدایی (۳۶٪ یعنی ۴۵ نفر) بود و سطوح دیگر به ترتیب: ۳۷ نفر (۲۹/۶٪) تحصیلات راهنمایی و ۳۶ نفر (۲۷/۲٪) تحصیلات متوسطه و ۹ نفر (۷/۲٪) تحصیلات کارشناسی داشته‌اند. همچنین در ارتباط با یافته‌های توصیفی، اطلاعات مربوط به وضعیت اشتغال، میزان درآمد، نوع سرطان و نیز سابقه بیماری فعلی آنها این نتایج به دست آمد: وضعیت اشتغال ۲۵ نفر (۲۰٪) شغل دولتی، ۷ نفر (۵۹/۲٪) شغل آزاد، ۱۷ نفر (۱۳/۶٪) شغل بازنشسته و ۹ نفر (۷/۲٪) بیکار بوده‌اند. میزان درآمد خانواده برای ۴ نفر (۳/۲٪) بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان، ۱۳ نفر (۱۰/۴٪) بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان و ۱۰۸ نفر (۸۶/۴٪) از آنها بالاتر از یک میلیون تومان بوده است. نوع سرطان ۵۲ نفر (۴۱/۶٪) سرطان خون، ۲۱ نفر (۱۶/۸٪) سرطان استخوان، ۹ نفر (۷/۲٪) سرطان رحم، ۲۴ نفر (۱۹/۲٪) سرطان پستان، ۱۷ نفر (۱۳/۶٪) سرطان ریه و ۲ نفر (۱/۶٪) از آزمودنی‌ها سرطان معده داشتند. مدت‌زمان سابقه بیماری فعلی ۲۰ نفر (۱۶٪) یک سال، ۳۸ نفر (۳۰/۴٪) دو سال، ۳۶ نفر (۲۸/۸٪) سه سال، ۲۰ نفر (۱۶٪) چهار سال، ۷ نفر (۵/۶٪) پنج سال، ۲ نفر (۱/۶٪) شش سال و ۲ نفر (۱/۶٪) هفت سال را ذکر کردند.

جدول شماره ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های باورهای سلامتی و رفتارهای ارتقادهنده سلامتی

متغیرها	M (±SD)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. نگرانی سلامت عمومی	۱۲/۲۵ (±۳/۲۰)	۱												
۲. تهدید سلامت عمومی	۳/۶۰ (±۱/۴۱)	۰/۴۳ ۰/۰۰۱	۱											
۳. آسیب‌پذیری ادراک‌شده	۱۷/۳۱ (±۲/۴۸)	۰/۷۸ ۰/۰۰۱	۰/۵۳ ۰/۰۰۱	۱										
۴. شدت ادراک‌شده	۱۵/۳۸ (±۲/۱۹)	۰/۴۹ ۰/۰۰۱	۰/۲۷ ۰/۰۰۱	۰/۶۶ ۰/۰۰۱	۱									
۵. فواید درمان پزشکی	۲۱/۲۰ (±۳/۵۸)	۰/۲۹ ۰/۰۰۱	۰/۵۳ ۰/۰۰۱	۰/۳۸ ۰/۰۰۱	۰/۳۷ ۰/۰۰۱	۱								
۶. فواید خودیاری	۲۴/۷۲ (±۵/۳۶)	۰/۲۶ ۰/۰۰۱	۰/۴۲ ۰/۰۰۱	۰/۲۲ ۰/۰۱	۰/۱۷ ۰/۰۰۱	۰/۶۴ ۰/۰۰۱	۱							
۷. مسئولیت‌پذیری سلامتی	۲۴/۶ (±۴/۴۰)	۰/۵۱ ۰/۰۰۱	۰/۵۸ ۰/۰۰۱	۰/۶۰ ۰/۰۰۱	۰/۵۷ ۰/۰۰۱	۰/۶۱ ۰/۰۰۱	۰/۴۵ ۰/۰۰۱	۱						
۸. فعالیت فیزیکی	۱۵/۹۰ (±۶/۹۸)	۰/۵۷ ۰/۰۰۱	۰/۳۵ ۰/۰۰۱	۰/۷۴ ۰/۰۰۱	۰/۵۰ ۰/۰۰۱	۰/۰۲ ۰/۸۰	۰/۰۳ ۰/۷۲	۰/۲۳ ۰/۰۱	۱					
۹. تغذیه	۲۱/۱۶ (±۳/۹۹)	۰/۳۳ ۰/۰۰۱	۰/۳۸ ۰/۰۰۱	۰/۳۰ ۰/۰۰۱	۰/۲۰ ۰/۰۲	۰/۵۰ ۰/۰۰۱	۰/۳۸ ۰/۰۰۱	۰/۶۰ ۰/۰۰۱	۰/۱۱ ۰/۲۴	۱				
۱۰. روابط بین فردی	۲۷/۶۱ (±۴/۰۲)	۰/۲۸ ۰/۰۰۱	۰/۴۷ ۰/۰۰۱	۰/۳۵ ۰/۰۰۱	۰/۳۹ ۰/۰۰۱	۰/۷۱ ۰/۰۰۱	۰/۵۳ ۰/۰۰۱	۰/۶۵ ۰/۰۰۱	۰/۰۱ ۰/۸۹	۰/۳۹ ۰/۰۰۱	۱			
۱۱. رشد معنوی	۲۳/۵۷ (±۳/۶۷)	۰/۳۰ ۰/۰۰۱	۰/۵۰ ۰/۰۰۱	۰/۳۵ ۰/۰۰۱	۰/۳۹ ۰/۰۰۱	۰/۵۷ ۰/۰۰۱	۰/۴۶ ۰/۰۰۱	۰/۷۱ ۰/۰۰۱	۰/۱۳ ۰/۱۵	۰/۵۶ ۰/۰۰۱	۰/۶۶ ۰/۰۰۱	۱		
۱۲. مدیریت استرس	۲۰/۸۵ (±۴/۷۳)	۰/۵۰ ۰/۰۰۱	۰/۴۱ ۰/۰۰۱	۰/۶۱ ۰/۰۰۱	۰/۵۲ ۰/۰۰۱	۰/۴۲ ۰/۰۰۱	۰/۲۵ ۰/۰۰۱	۰/۶۷ ۰/۰۰۱	۰/۲۳ ۰/۰۱	۰/۴۹ ۰/۰۰۱	۰/۵۴ ۰/۰۰۱	۰/۴۵ ۰/۰۰۱	۱	
۱۳. رفتارهای سلامتی	۱۳۹/۴۲ (±۸/۱۴)	۰/۱۷ ۰/۰۶	۰/۱۸ ۰/۰۵	۰/۳۳ ۰/۰۰۱	۰/۲۹ ۰/۰۰۱	۰/۱۲ ۰/۱۸	۰/۱۹ ۰/۰۴	۰/۵۳ ۰/۰۰۱	۰/۱۲ ۰/۱۲	۰/۳۱ ۰/۰۰۱	۰/۳۲ ۰/۰۰۱	۰/۴۱ ۰/۰۰۱	۰/۶۴ ۰/۰۰۱	۱

مدل رگرسیون است ($F=6/1$ ؛ $P<0/0001$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از مؤلفه‌های باورهای سلامتی، آسیب‌پذیری ادراک‌شده ($\beta=0/31$ ؛ $P<0/05$) و شدت ادراک‌شده بیماری ($\beta=-0/42$ ؛ $P<0/001$) می‌توانند رفتارهای ارتقادهنده سلامتی را پیش‌بینی کنند.

براساس نتایج جدول ۴، ۳۹٪ از کل واریانس رفتارهای سلامتی از طریق مؤلفه‌های ادراک بیماری تبیین می‌شود. نتایج آزمون ANOVA نشانگر معنی‌دار بودن مدل رگرسیون است ($F=10/95$ ؛ $P<0/01$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از مؤلفه‌های ادراک بیماری، کنترل شخصی ($\beta=0/41$ ؛ $P<0/01$) به صورت مثبت و خط زمانی/حادثه/مزمین ($\beta=-0/66$ ؛ $P<0/001$) به صورت منفی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی را پیش‌بینی می‌کند.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با تهدید سلامت عمومی ($r=0/18$ ؛ $P<0/05$)، آسیب‌پذیری ادراک‌شده ($r=0/33$ ؛ $P<0/001$)، شدت ادراک‌شده ($r=0/29$ ؛ $P<0/001$) و فواید خودیاری ($r=0/19$ ؛ $P<0/04$) رابطه مثبت دارد.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با خط زمانی حاد ($r=-0/52$ ؛ $P<0/001$)، خط زمانی دوره‌ای ($r=-0/31$ ؛ $P<0/001$)، پیامدهای بیماری ($r=-0/31$ ؛ $P<0/001$) و تظاهرات هیجانی ($r=-0/25$ ؛ $P<0/01$) رابطه منفی ولی با کنترل شخصی ($r=0/35$ ؛ $P<0/001$) رابطه مثبت دارد.

جدول ۳ گویای این موضوع است که ۲۳٪ کل واریانس رفتارهای سلامتی از طریق مؤلفه‌های باورهای سلامتی تبیین می‌شود. نتایج آزمون ANOVA نشانگر معنی‌دار بودن

جدول شماره ۲. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های ادراک بیماری و رفتارهای ارتقادهنده سلامتی

متغیرها	M (±SD)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱. خط زمانی حاد	۱۶/۳۷ ۴/۳۰	۱													
۲. خط زمانی دوره‌ای	۹/۶۶ ۳/۳۷	۰/۶۰ ۰/۰۰۱	۱												
۳. پیامدهای بیماری	۱۴/۳۸ ۵/۷۰	۰/۵۱ ۰/۰۰۱	۰/۳۶ ۰/۰۰۱	۱											
۴. کنترل شخصی	۱۵/۹۸ ۳/۰۸	۰/۱۴ ۰/۱۳	۰/۴۶ ۰/۰۰۱	۰/۰۵ ۰/۵۷	۱										
۵. کنترل درمان	۱۳/۳۰ ۳/۲۶	۰/۵۷ ۰/۰۰۱	۰/۰۳ ۰/۷۱	۰/۰۸ ۰/۳۸	۰/۴۵ ۰/۰۰۱	۱									
۶. انسجام درمان	۱۱/۸۳ ۳/۲۶	۰/۳۵ ۰/۰۰۱	۰/۰۷ ۰/۴۴	۰/۰۷ ۰/۴۴	۰/۴۷ ۰/۰۰۱	۰/۷۴ ۰/۰۰۱	۱								
۷. تظاهرات هیجانی	۱۵/۷۹ ۴/۱۷	۰/۷۷ ۰/۰۰۱	۰/۷۷ ۰/۰۰۱	۰/۲۲ ۰/۰۱	۰/۳۶ ۰/۰۰۱	۰/۳۳ ۰/۰۰۱	۰/۲۳ ۰/۰۱	۱							
۸. مسئولیت پذیری سلامتی	۲۴/۷۰ ۴/۳۹	۰/۳۶ ۰/۰۰۱	۰/۷۵ ۰/۰۰۱	۰/۲۴ ۰/۰۱	۰/۵۱ ۰/۰۰۱	۰/۲۶ ۰/۰۰۱	۰/۱۳ ۰/۱۲	۰/۶۰ ۰/۰۰۱	۱						
۹. فعالیت فیزیکی	۱۵/۹۰ ۹/۹۸	۰/۱۷ ۰/۰۵	۰/۰۴ ۰/۶۴	۰/۰۲ ۰/۷۹	۰/۲۸ ۰/۰۰۱	۰/۵۱ ۰/۰۰۱	۰/۲۸ ۰/۰۰۱	۰/۰۹ ۰/۳۰	۰/۲۳ ۰/۰۱	۱					
۱۰. تغذیه	۲۱/۱۷ ۲/۹۹	۰/۴۹ ۰/۰۰۱	۰/۵۷ ۰/۰۰۱	۰/۲۹ ۰/۰۰۱	۰/۳۱ ۰/۰۰۱	۰/۰۸ ۰/۳۶	۰/۱۹ ۰/۰۳	۰/۴۸ ۰/۰۰۱	۰/۶۰ ۰/۰۰۱	۰/۱۱ ۰/۲۴	۱				
۱۱. روابط بین فردی	۲۷/۶۲ ۴/۰۲	۰/۳۶ ۰/۰۰۱	۰/۷۴ ۰/۰۰۱	۰/۱۰ ۰/۲۶	۰/۶۳ ۰/۰۰۱	۰/۲۲ ۰/۰۲	۰/۳۲ ۰/۰۰۱	۰/۶۲ ۰/۰۰۱	۰/۶۵ ۰/۰۰۱	۰/۰۱ ۰/۸۹	۰/۳۹ ۰/۰۰۱	۱			
۱۲. رشد معنوی	۲۳/۵۷ ۳/۶۷	۰/۳۳ ۰/۰۰۱	۰/۶۸ ۰/۰۰۱	۰/۲۶ ۰/۰۰۱	۰/۳۹ ۰/۰۰۱	۰/۲۰ ۰/۰۲	۰/۳۷ ۰/۰۰۱	۰/۵۱ ۰/۰۰۱	۰/۷۱ ۰/۰۰۱	۰/۱۳ ۰/۱۵	۰/۵۶ ۰/۰۰۱	۰/۶۶ ۰/۰۰۱	۱		
۱۳. مدیریت استرس	۲۰/۸۶ ۴/۷۳	۰/۵۷ ۰/۰۰۱	۰/۶۵ ۰/۰۰۱	۰/۳۷ ۰/۰۰۱	۰/۵۷ ۰/۰۰۱	۰/۱۱ ۰/۲۱	۰/۱۶ ۰/۰۸	۰/۵۴ ۰/۰۰۱	۰/۶۷ ۰/۰۰۱	۰/۲۳ ۰/۰۱	۰/۴۹ ۰/۰۰۱	۰/۵۴ ۰/۰۰۱	۰/۴ ۰/۰۰۱	۱	
۱۴. رفتارهای سلامتی	۱۳۹/۴۲ ۸/۱۴	۰/۵۲ ۰/۰۰۱	۰/۳۱ ۰/۰۰۱	۰/۳۱ ۰/۰۰۱	۰/۳۱ ۰/۰۰۱	۰/۳۵ ۰/۰۰۱	۰/۱۷ ۰/۰۸	۰/۰۱ ۰/۹۱	۰/۲۵ ۰/۰۱	۰/۵۳ ۰/۰۰۱	۰/۱۲ ۰/۲۰	۰/۳۱ ۰/۰۰۱	۰/۴۱ ۰/۰۰۱	۰/۶۴ ۰/۰۰۱	۱

جدول شماره ۳. نتایج ضرایب رگرسیون رفتارهای سلامت عمومی براساس مؤلفه‌های باورهای سلامتی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R ²	F	Sig of F	B	SE B	β	t	P
رفتارهای سلامتی	نگرانی‌های سلامت عمومی	۰/۲۳	۶/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۹۰	۰/۳۷
	تهدید سلامت عمومی				۰/۵۵	۰/۶۲	۰/۰۹	۰/۸۸	۰/۳۷
	آسیب‌پذیری ادراک‌شده				۱/۰۲	۰/۵۳	۰/۳۱	۱/۹۱	۰/۰۵
	شدت ادراک‌شده				۰/۶۳	۰/۱۶	۰/۴۱	۳/۸۹	۰/۰۱
	فواید درمان پزشکی				۰/۴۷	۰/۲۶	۰/۲۱	۱/۷۸	۰/۰۷
	فواید خودیاری				۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۱۱	۱/۰۱	۰/۳۱

جدول شماره ۴. نتایج ضرایب رگرسیون رفتارهای سلامت عمومی براساس مؤلفه‌های ادراک بیماری

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R ²	F	of FSig	B	SE B	β	t	P
رفتارهای سلامتی	خط زمانی حاد/مزمین	۰/۳۹	۱۰/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۳۳	۰/۶۶	۰/۷۷	۰/۰۱
	خط زمانی دوره‌ای				۰/۲	۰/۳۲	۰/۰۸	۰/۶۲	۰/۵۳
	پیامدهای بیماری				۰/۰۵	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۳۵	۰/۷۲
	کنترل شخصی				۱/۱	۰/۲۸	۰/۴۱	۳/۸۸	۰/۰۱
	کنترل درمان				۰/۲۵	۰/۳۸	۰/۱۰	۰/۶۵	۰/۵۱
	انسجام درمان				۰/۹	۰/۲۸	۰/۰۳	۰/۳۳	۰/۷۴
	تظاهرات هیجانی				۰/۵۲	۰/۳۱	۰/۲۷	۱/۶۹	۰/۰۹

بحث

پیشرفت‌های اخیر در حوزه درمان بیماری سرطان باعث شده است که مبتلایان به این بیماری برای مدت‌زمان بیشتری نسبت به گذشته به زندگی خود ادامه دهند؛ بنابراین داشتن سبک زندگی سالم در دوره بهبودی می‌تواند عامل مهمی در ارتقای سلامتی و بهبودی آنها باشد. با توجه به اهمیت این موضوع، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش باورهای سلامتی و ادراک بیماری در رفتارهای ارتقادهنده سلامتی افراد مبتلا به سرطان انجام گرفت. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با باورهای مربوط به تهدید سلامت عمومی، آسیب‌پذیری ادراک‌شده، شدت ادراک‌شده و فواید خودیاری رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که باورهای سلامتی مربوط به آسیب‌پذیری ادراک‌شده و شدت ادراک‌شده بیماری می‌توانند به صورت معنی‌داری رفتارهای سلامتی را پیش‌بینی کنند. این نتایج همخوان با نتایج Kolutek و همکاران (۱۹)، Wang و همکاران (۲۱)، Cengiz و Bahar (۲۳) و Donadiki و همکاران (۲۴) مبنی بر ارتباط باورهای سلامتی و رفتارهای سلامتی در افراد مبتلا به سرطان و پیشگیری از ابتلا به سرطان است. افرادی که نمره پایینی در هریک از مؤلفه‌های پرسش‌نامه باورهای سلامتی دریافت می‌کنند، به سلامتی خود بی‌اعتنا بوده و نمی‌توانند پیامدهای منفی بلندمدت رفتارهای ناسالم خود را پیش‌بینی کنند. بدین ترتیب برای در پیش گرفتن سبک رفتاری که همسو با ارتقای سلامتی آنها باشد، انگیزه کافی ندارند. برعکس، افرادی که سطح باورهای سلامتی بالاتری دارند، به دلیل اینکه به آسانی می‌توانند پیامدهای منفی بیماری جاری خود را برآورد کنند، برای مقابله با بروز و یا پیشرفت بیماری به میزان بیشتری به رفتارها و سبک‌های ارتقادهنده سلامتی اقدام می‌کنند. این رفتارها می‌توانند در رابطه با بیماری سرطان نیز به عنوان یک عامل محافظت‌کننده عمل کنند. Becker و همکاران (۱۷) در مدل باور سلامتی خود اعتقاد داشتند که تمایل یک فرد به خودمراقبتی، تحت تأثیر ادراک فرد از آسیب‌پذیر بودن خود، شدت پیامدهای ایجادشده از سوی بیماری یا حالت بیماری در خود است. نتایج این مطالعه نیز نشان داد آن دسته از بیماران مبتلا به سرطان که در دوره حاملگی، آسیب‌پذیری و استعداد بیشتری در خود برای ابتلا به بیماری یا داشتن

پیامدهای منفی ادراک می‌کنند و شدت پیامدهای ایجادشده از سوی آن را بیشتر می‌دانند و در کنار آن اعتقاد بیشتری به مزایای درمان پزشکی دارند، به میزان بیشتری به رفتارهای ارتقادهنده سلامتی اقدام می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتارهای ارتقادهنده سلامتی با چگونگی ادراک فرد از بیماری در ارتباط است؛ به این صورت که این رفتارها با خط زمانی حاد، خط زمانی دوره‌ای، پیامدهای بیماری و تظاهرات هیجانی رابطه منفی ولی با کنترل شخصی رابطه مثبت دارند. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که رفتارهای سلامتی به طور مثبت از طریق کنترل شخصی و به طور منفی از طریق خط زمانی حاد/مزمین پیش‌بینی می‌شوند. این نتایج نیز همخوان با نتایج Sungur و همکاران (۳۴)، Karabulutlu و همکاران (۳۵) و همچنین پژوهش Richters و همکاران (۳۶) مبنی بر نقش ادراک بیماری بر رفتارهای ارتقادهنده سلامتی فرد است. مطابق این نتایج، زمانی که فرد از سطح کنترل بالایی برای بیماری خود برخوردار است، رفتارهایی واقع‌بینانه‌تر در ارتباط با ارتقای سلامتی خود انجام می‌دهد. ادراکات بیماری در واقع بازنمایی‌ها و باورهای سازمان‌یافته شناختی فرد درباره بیماری‌اش است. این بازنمایی‌ها بر انواع رفتارهای مقابله‌ای و مرتبط با سلامتی که فرد برای مدیریت بیماری‌اش استفاده می‌کند تأثیر می‌گذارند. ادراک بیماری می‌تواند بر مهارت‌های خودکارآمدی در بیماری‌های مزمن نیز تأثیرگذار باشد. خودکارآمدی به طور مستقیم از طریق انتظارات کارآمدی، موجب انگیزه برای رفتار ارتقادهنده سلامتی می‌شود و به طور غیرمستقیم از طریق موانع ادراک شده و تعیین میزان تعهد یا ثبات قدم برای ادامه پیگیری نقشه عمل، انگیزه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ادراک بیماری در واقع باور و انتظار فرد مبنی بر ظرفیت تأثیرگذاری‌اش بر پیامد مطلوب از طریق تلاش‌های فردی است؛ به بیان دیگر، ادراک بیماری بر انگیزش تأثیر می‌گذارد و هرچه اعتقاد و باور قوی‌تر باشد، فرد فعال‌تر است و تلاشش بیشتر می‌شود و مداومت رفتار در به دست آوردن هدف خاص بیشتر خواهد بود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که باورهای مربوط به وضعیت و پیامدهای بیماری و چگونگی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سرطان، در تمایل آنها به انجام رفتارهای

بیماری با هدف افزایش رفتارهای سلامتی بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می‌شود.

سیاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیریت محترم بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل و کلیه بیماران بستری در بخش خون و انکولوژی آن اعلام می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض در منافع گزارش نشده است.

ارتقادهنده سلامتی نقش دارد. استفاده از طرح تحقیق همبستگی که امکان استنتاج نتایج علی را فراهم نمی‌کند و ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم نظیر شدت بیماری، دوره بیماری، دوز دارویی و غیره مهم‌ترین محدودیت مطالعه حاضر بود. لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابهی با کنترل متغیرهای مزاحم به‌ویژه شدت و مرحله بیماری انجام گیرد. همچنین توصیه می‌شود در مطالعات آینده، علاوه بر بیماران بستری، از آن دسته از بیماران مبتلا به سرطان که دوره نقاهت خود را می‌گذرانند نیز نمونه‌گیری شود. براساس نتایج این مطالعه لزوم کاربست روان‌درمانی‌های شناختی رفتاری برای اصلاح باورها و ادراکات ناکارآمد و تقویت باورها و ادراکات کارآمد مرتبط با

<https://doi.org/10.1007/s11604-008-0248-5>
PMid:18769996

References

- Cristofanilli M, Broglio KR, Guarneri V, Jackson S, Fritsche HA, Islam R, Et al. Circulating tumor cells in metastatic breast cancer. Biologic staging beyond tumor burden. *Clinical Breast Cancer*. 2007; 7(6):471-9. <https://doi.org/10.3816/CBC.2007.n.004> PMid:17386124
- Hassanpour A, Azari E. Quality of life and related factors in cancer patients. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz: Ahvaz University of Medical Sciences. 2006; 42.
- Tan M. Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2007; 30(6):498-504. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000300158.60273.ba> PMid:18025923
- Albert US, Koller M, Wagner U, Schulz KD. Survival chances and psychological aspects of quality of life in patients with localized early stage breast cancer. *Inflammation Research*. 2004; 53(2):136-41. <https://doi.org/10.1007/s00011-004-0365-2>
- Groenvold M, Fayers PM, Petersen MA, Sprangers MA, Aaronson NK, Mouridsen HT. Breast cancer patients on adjuvant chemotherapy report a wide range of problems not identified by health-care staff. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2007; 103(2):185-95. <https://doi.org/10.1007/s10549-006-9365-y> PMid:17039266
- Safaei A, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B, Tabatabaee H, Pourhoseingholi M. Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian J Cancer*. 2008; 45(3):107-11. <https://doi.org/10.4103/0019-509X.44066> PMid:19018114
- Schreier AM, Williams SA. Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nurs Forum*. 2004; 31(1):127-30. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.127-130> PMid:14722597
- Takahashi T, Hondo M, Nishimura K, Kitani A, Yamano T, Yanagita H. Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiation Medicine*. 2008; 26(7):396-401.
- Mo Phoenix KH, Winnie Mak WS. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. *Social indicators research*. 2010; 95: 503-17. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9523-9>
- Hong JF, Sermsri S, Keiwwarnka B. Health promotion lifestyles of nursing students in Mahidol University. *J Public Health and Development*. 2007; 5(1): 27-40.
- May KA, Mahlmeister LR. In: Chen CH, ed. *Obstetric Nurs*. Vol. 1. Taipei: Farseeing; 2001.
- Tiedje L, Kingry MJ, Stommel M. Patient attitudes concerning health behaviors during pregnancy. Initial development of a questionnaire. *Health Educ Q*. 1992; 19(4): 481-93. <https://doi.org/10.1177/109019819201900411> PMid:1452448
- Higgins PG. Biometric outcome of a geriatric health promotion programs. *J Advanced Nurs*. 1988; 13(6):710-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb00561.x>
- Khairjoo E, Ahadi H, Jamhari F. Comparison of Health Promoting Lifestyle of Female Rheumatoid Arthritis Patients with Healthy Women and Relationship with Demographic. *Knowledge & Research In Applied Psychology*. 2013;13(4):61-70.
- Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non-communicable diseases in developing countries. *Int J Equity Health*. 2005;4(1):2. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-4-2> PMid:15651987 PMCID:PMC546417
- Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre- operative chemo radiotherapy. *Gynecol Oncol*. 2008;111(1):144-50. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.06.034> PMid:18692225
- Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American J pub health*. 1974;64(3):205-16. <https://doi.org/10.2105/AJPH.64.3.205>

18. Sohler NL, Jerant A, Franks P. Socio-psychological factors in the Expanded Health Belief Model and subsequent colorectal cancer screening. *Patient Edu Counseling*. 2015;98(7):901-7. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.023> PMID:25892503 PMCID:PMC4430351
19. Kolutek R, Avci IA, Sevig U. The effects of scheduled observation at home on health beliefs related to breast and cervical cancer screening and attitudes of married women European. *J Oncology Nurs*. 2014;18(1):S25. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(14\)70103-6](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(14)70103-6)
20. Waltersa GI, Soundy A, Robertsonc AS, Burgec PS, Ayresa JG. Understanding health beliefs and behaviour in workers with suspected occupational asthma. *Respiratory Medicine*. 2015;109(3):379-88. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2015.01.003> PMID:25657173
21. Wang W-L, Hsu S-D, Wang J-H, Huang L-C, Hsu W-L. Survey of breast cancer mammography screening behaviors in Eastern Taiwan based on a health belief model. *Kaohsiung J Med Sci*. 2014;30(8):422-7. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2014.04.007> PMID:25002381
22. Hsieh E, Wang Q, Niu X, Fraenkel L, Bradley E, Insogna K, et al. Osteoporosis-Related knowledge, self-efficacy and health beliefs among Chinese women with breast cancer. *Annals Global Health*. 2015;81(1):204. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.02.970>
23. Cengiz B, Bahar Z. Use of the Health Belief Model in screening methods for colorectal cancer. *European J Oncology Nurs*. 2014;18(1):S27. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(14\)70109-7](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(14)70109-7)
24. Donadiki EM, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Sourtzi, Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, et al. Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students. *Public Health*. 2014; 128(3):268-73. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.12.004> PMID:24529635
25. Basharpour S, Heydarirad H, Atadokht A, Daryadel S J, Nasiri-Razi R. The Role of Health Beliefs and Health Promoting Lifestyle in Predicting Pregnancy Anxiety among Pregnant Women. *Iranian J Health Edu Health Promotion*. 2015;3(3):171-80.
26. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Revenson T E, Singer J E (eds.): *Handbook of Psychology & Health*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum; 1984. P. 219-52.
27. Baker K. The self-regulation model of illness representation applied to stuttering. 4th World Congress on Fluency Disorders. Leicester: De Montfort University; 2003.
28. Alsen P, Brink E, Persson LO, Brandstrom Y, Karlson BW. Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *J Cardiovascular Nurs*. 2010;25(2):1-10. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c6dcfd> PMID:20168186
29. Wilgen PV, Beetsma A, Neels H, Rousselc N, Nijs J. Physical therapists should integrate illness perceptions in their assessment in patients with chronic musculoskeletal pain: a qualitative analysis. *Manual*. 2014;19(3):229-34. <https://doi.org/10.1016/j.math.2013.11.006> PMID:24389339
30. Andela CD, Biermasz NR, Kaptein AA, Pereira AM, Tiemensmaa J. More concerns and stronger beliefs about the necessity of medication in patients with acromegaly are associated with negative illness perceptions and impairment in Quality of Life. *Growth Horm IGF Res*. 2015;25(5):219-26. Available online: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1096637415300101> <https://doi.org/10.1016/j.ghir.2015.06.008> PMID:26164770
31. Ludwig L, Whitehead K, Sharpe M, Reuber M, Stone J. Differences in illness perceptions between patients with non-epileptic seizures and functional limb weakness. *J Psychosom Res*. 2015;79(3):246-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.05.010> PMID:26047955
32. Christensen SS, Frosthalm L, Ornbol E, Schroder A. Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes. *J Psychosom Res*. 2015;78(4):363-70. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.005> PMID:25541119
33. Whitehead K, Stone J, Norman P, Sharpe M, Reuber M. Differences in relatives' and patients' illness perceptions in functional neurological symptom disorders compared with neurological diseases. *Epilepsy Behav*. 2015;42:159-64. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.10.031> PMID:25516111
34. Sungur G, Tasci S, Goris S, Kartin P, Ceyhan O. 101 the Illness Perception in Cancer Patients. *European J Oncology Nurs*. 2012;16(1):36-7. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(12\)70114-X](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(12)70114-X)
35. Karabulutlu EY, Karayurt O, Gürsoy A, Köşgeroğlu N, Avci IA, Tuna A, et al. 127 Illness perception and factors affecting the illness perception in patients with breast cancer. *European J Oncology Nurs*. 2014;18(1):40. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(14\)70146-2](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(14)70146-2)
36. Richters A, Derks J, Husson O, Van Onna IEW, Fossion LMCL, Kil PJM, et al. Effect of surgical margin status after radical prostatectomy on health-related quality of life and illness perception in patients with prostate cancer. *Urol Oncol*. 2015;33(1):e9-16.e15. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2014.10.006> PMID:25456999
37. Lo SWS, Chair SY, Lee FK. Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. *Applied Nurs Res*. 2015;28(2):197-201. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.11.001> PMID:25540911
38. Weissfeld JL, Brock BM, Kirscht JP, Hawthorne VM. Reliability of health belief indexes: confirmatory factor analysis in sex, race, and age subgroups. *Health services res*. 1987;21(6):777-93. PMID:3570810 PMCID:PMC1068989
39. Weissfeld L, Kirscht P, Brock M. Health beliefs in a population: The Michigan Blood Pressure Survey. *Health Educ Q*. 1990;17(2):141-55.

<https://doi.org/10.1177/109019819001700202>

PMid:[2347692](#)

40. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002;17(1):1-16.
<https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
41. Masoudnia E. Illness perception and delay in seeking help in women with breast cancer symptoms: An appraisal of self-regulation model. *J Behav Sci*. 2008; 2(3):19-20.
42. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs res*. 1987; 36(2):76-81.
<https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
PMid:[3644262](#)
43. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *J Mazandaran University of Med Sci*. 2012;21(1):102-13.