

بررسی رابطه امید به زندگی و اختلال روان‌تنی در دختران و پسران شهر شیراز

فاطمه ساجدی* | دانشجوی کارشناسی روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی آپادانا، شیراز، ایران.

چکیده

مطالعات زیادی درباره رابطه امید به زندگی و اختلال روان‌تنی انجام شده‌اند، که نتایج متنوعی را گزارش می‌دهند. به‌طور کلی، امید به زندگی به‌عنوان یکی از عوامل مهم در بهبود سلامت روان، شناخته شده است. امید به زندگی به‌معنای اعتقاد به اینکه زندگی مفید و معنادار است و امکان دارد که در آینده بهبود یابد است. در برخی مطالعات، امید به زندگی با کاهش اختلالات روان‌تنی مرتبط شده است. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه امید به زندگی و اختلال روان‌تنی در دختران و پسران شهر شیراز بود. روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع هم‌بستگی بوده است. جامعه آماری در این تحقیق، جوانان ۱۸-۴۵ ساله شهر شیراز بوده که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ۱۲۲ آزمودنی، به پرسش‌نامه‌ها به دو صورت کاغذی و مجازی پاسخ دادند. در این پژوهش؛ از پرسش‌نامه امید میلر و پرسش‌نامه شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون، نشان داد که بین امید به زندگی و اختلال روان‌تنی، رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. امید به زندگی، می‌تواند به‌عنوان یک منبع انگیزش برای فرد عمل کند. وقتی کسی امید به زندگی داشته باشد، احساس خوبی راجع به آینده خود دارد و برای رسیدن به آرزوها و اهداف خود، تلاش می‌کند. این احساس خوب و انگیزه، می‌تواند بهبود عملکرد روانی و روان‌شناختی فرد را تسهیل کند. در صورتی که افراد زندگی را بی‌معنی بدانند و انگیزه کافی برای زندگی خود نداشته باشند، در عملکردهای اجتماعی خود دچار مشکل می‌شوند و سمپتوم‌های اختلال روان‌تنی از جمله سردرد میگرن و زخم معده ظاهر می‌شوند که ریشه در ذهن فرد دارد و دلیل فیزیکی برای آنها پیدا نمی‌شود.

کلیدواژه‌ها: امید به زندگی، اختلال روان‌تنی

مقدمه

امید به زندگی^۱ به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت روان و رضایت از زندگی شناخته شده است. امید به زندگی به معنای اعتقاد به این است که زندگی مفید و معنادار است و امکان دارد که در آینده بهبود یابد. در مقابل، اختلالات روان‌تنی^۲ می‌توانند عواملی باشند که امید به زندگی را کاهش می‌دهند و در نتیجه، باعث کاهش کیفیت زندگی و افزایش ریسک بروز اختلالات روان‌تنی می‌شوند.

با توجه به اهمیت امید به زندگی و تأثیر آن بر سلامت روانی، انجام پژوهش درباره رابطه امید به زندگی و اختلال روان‌تنی ضرورت بالایی دارد. با انجام این پژوهش؛ می‌خواهیم به فهم بهتری از اختلالات روان‌تنی برسیم و همچنین تأثیرات اجتماعی که بر زندگی افراد دارد را مورد بررسی قرار دهیم. همچنین، با شناخت بهتر از عوامل مؤثر بر امید به زندگی و کاهش آنها، می‌توان راهکارهایی برای پیشگیری و درمان اختلالات روان‌تنی ارائه داد.

امید؛ مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها است که به معنای توانایی باور به دارا بودن احساس بهتر، در آینده است که با نیروی نافذ خود، محرک فرد است تا بتواند تجارب نو کسب کند و نیروهای تازه‌ای در فرد به منظور تقویت منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات ایجاد کند (طجری و همکاران، ۱۳۹۹). امید؛ شامل ادراک شخص درباره توانایی‌هایش برای تعیین اهداف روشن، تدوین طرح‌هایی برای رسیدن به این اهداف، یافتن و حفظ انرژی و انگیزه مورد نیاز برای رفتن به دنبال آن اهداف و پیگیری آنها است و شامل تصورات فرد به آینده مثبت است و موجب افزایش تلاش وی برای بهبود شرایط می‌شود. روان‌شناسان مثبت‌نگر، معتقدند امید می‌تواند از افراد در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کند، چرا که امید در مواجهه مؤثر با مشکلات و استرس ناشی از آن، نقش مهمی دارد و به عنوان عاملی بالقوه نیرومند در بهبود و سازگاری بیماران مؤثر است. از همین رو، امید با افزایش هدف‌مندی در زندگی همراه است (نیک‌روی و همکاران، ۱۴۰۱).

امید مهارتی آموختنی است که از طریق جریان اجتماعی شدن از سال‌های کودکی آموخته می‌شود، در حقیقت، امید به زندگی یک موضوع تازه مطرح شده در مورد کیفیت زندگی است (Snyder, 2002). امید یکی از منابع اساسی در زندگی است که موجب افزایش نیرو در تحمل لحظات سخت می‌شود، نتایج امید در زندگی، داشتن یک زندگی خوب، آرزوهای خوب و لذت بردن از زندگی است (جعفری و همکاران، ۱۴۰۲).

سلامتی یکی از ارکان اصلی شاخص توسعه انسانی است که با شاخص امید به زندگی اندازه‌گیری می‌شود. امید به زندگی، متوسط سال‌هایی است که انتظار می‌رود یک فرد در یک کشور به آن عمر برسد. این شاخص یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت است که برآیند عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی است (شهرکی، ۱۳۹۸).

امید به زندگی، مفهومی است که انتظارات افراد در مورد افق زندگی خود را ارزیابی می‌کند. امروزه روان‌درمانگران، بر این باورند که امید هیجانی است که پنداره را از هیجانات منفی به سمت هیجانات مثبت سوق می‌دهد (عابدی و نامنی، ۱۴۰۱). امید به زندگی بالاتر با سلامت جسمی و روان‌شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی رضایت‌مند رابطه دارد (Luy et al., 2022). امید به زندگی یکی از مفاهیم روان‌شناختی بسیار مهم مرتبط با بیماری سرطان است. امید فرایندی است که طی آن افراد هدف‌هایشان را تعیین می‌کنند؛ استرژیهایی را جهت رسیدن به آن هدف‌ها توسعه می‌دهد و انگیزه لازم برای اجرای آن هدف‌ها را به وجود می‌آورد و در طول مسیر حفظ می‌کنند (ناصری گرگون و همکاران، ۱۴۰۰).

اصطلاح روان‌تنی از واژه‌های یونانی (روح)^۱ و (تن)^۲ گرفته شده است. از لحاظ لغوی این واژه به تأثیر ذهن بر بدن اشاره دارد. متأسفانه این اصطلاح حداقل در زبان عامه برای توصیف افرادی به کار می‌رود که شکایات طبی دارند، اما علت جسمانی خاصی ندارند و همه مسائل در ذهن‌شان است. زیگموند فروید نخستین نظریه‌پرداز بود که مفهوم روان و تن را کنار هم قرار داد. او اهمیت هیجانات را در ایجاد آشفتگی‌های روانی و اختلالات پیکری نشان داد (سادوک و همکاران^۳، ۱۳۹۴). در اختلالات روان‌تنی بعضی سمپتوم‌های^۴ فیزیکی وجود دارند که نشان‌دهنده بیماری‌های فیزیکی یا نورولوژیک^۵ هستند، اما معاینات کامل و آزمایش‌های مختلف هیچ نوع بیماری فیزیکی کشف نمی‌کنند. برای اینکه سمپتوم‌ها به‌عنوان یک بیماری روانی تعریف شوند، باید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر عملکردهای فرد در زندگی روزمره نقص یا رنج شدید به وجود آورند. اکثر افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی، باور دارند که مشکلات‌شان واقعاً جسمی است و وقتی به آنها گفته می‌شود که هیچ نشانه‌ای دال بر وجود مشکل پزشکی وجود ندارد، باور نمی‌کنند (گنجی، ۱۴۰۰).

اختلالات روان‌تنی گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مؤلفه اصلی آنها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات قلبی عروقی، تنفسی، معده‌ای - روده‌ای، استخوانی - عضلانی، دستگاه‌های تناسلی - ادراری و پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش از اندازه اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره دارند که در آنها حوادث پرمعنای روان‌شناختی، به‌طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند (Levenson, 2018).

اختلالات روان‌تنی که با عنوان اختلال علائم جسمانی شناخته می‌شود، با نشانه‌های درد همراه می‌باشد. این اختلال عبارت است از هر نوع اختلال روانی که به‌صورت علائم جسمی ظاهر می‌شود و بیانگر بیماری یا آسیب است، اما با یک شرایط پزشکی عمومی یا با تأثیر مستقیم یک عامل، کاملاً قابل توضیح نیست. در افراد مبتلا به این اختلال، نتایج آزمایش پزشکی یا طبیعی است یا علائم فرد را توضیح نمی‌دهد (باغبان‌زاده و صفرزاده، ۱۴۰۰).

قوی‌ترین دیدگاه اختلالات روان‌تنی این است که تمایز بین اختلالات روانی و جسمی به‌طور فزاینده‌ای منسوخ شده است، زیرا تقریباً تمام بیماری‌های فیزیکی دارای عوامل ذهنی است که تعیین‌کننده آن، ارائه، نگهداری، حساسیت به درمان و حل آن است. با توجه به این دیدگاه، حتی بیماری‌های جدی مانند سرطان، به‌طور بالقوه می‌تواند تحت تأثیر افکار، احساسات و وضعیت عمومی سلامت روان قرار گیرد (رضوی و همکاران، ۱۳۹۸). با توجه به مؤلفه‌های سلامتی، می‌توان بیان کرد در هر ناراحتی و بیماری، هرچند جنبه کاملاً جسمانی، ارتباط محکمی بین سازه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیک نهفته است. پیشرفت‌های نوین پزشکی در این زمینه، توجه متخصصان روان‌شناسی را به نقش کلیدی عوامل غیرزیستی در بیماری‌های روان‌تنی معطوف ساخته است (سفیداری و همکاران، ۱۴۰۱).

سیستم گوارشی و دستگاه قلبی عروقی یکی از سیستم‌های حساس بدن است که هرگونه تغییرات محیطی با شرایط هیجانی و عاطفی فرد مانند خشم، غم، اضطراب^۶ و ترس؛ می‌تواند فوراً تأثیراتی بر ضربان قلب، فشارخون، سردردهای میگرن و زخم‌معه داشته باشد (رحمتی و همکاران، ۱۳۹۹). اضطراب در فرد به‌صورت مزمن و طولانی، می‌تواند موجب تغییرات فیزیولوژیکی مخرب عمده‌ای در بدن گردد. این تأثیرات مخرب؛ شامل تضعیف سیستم ایمنی بدن،

1. psyche
2. soma
3. Sadok et al.
4. symotoms
5. neurological
6. anxiety

افزایش میزان کلسترول^۱ خون، افزایش احتمال بروز بیماری‌های قلبی و عروقی، افزایش فشارخون، سردردهای میگرنی و تنشی، اختلال‌های گوارشی و بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات روان‌تنی است (Toumi et al., 2018).

چام و شمس راوندی (۱۴۰۲)، در پژوهشی با هدف مقایسه اضطراب، تاب‌آوری^۲ و امید به زندگی و تبیین ارتباط بین آنها در پرستاران و روان‌پرستاران به این نتیجه رسیدند که بین اضطراب و تاب‌آوری و امید به زندگی پرستاران و روان‌پرستاران، تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین بین اضطراب و امید به زندگی، رابطه معناداری وجود دارد و بین تاب‌آوری و امید به زندگی هم رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

کریمی و همکاران (۱۴۰۲)، در پژوهشی به مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان پرداختند و نتایج این پژوهش نشان داد بعد از روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تا حدود زیادی افزایش یافته است.

کهرکی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی که با هدف تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت و امید به زندگی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و سرسختی سلامت در بیماران دیابتی نوع دو بود. نتایج پژوهش نشان داد آموزش مبتنی بر شفقت، باعث افزایش امید به زندگی در بیماران دیابتی نوع دو شده است.

حسن‌زاده و طالبی (۱۴۰۲)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور به این نتیجه رسیدند که مداخله زندگی درمانی موجب افزایش معنی‌دار نمرات متغیر اشتیاق به زندگی و امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور شده است.

علی‌مهدی و همکاران (۱۴۰۰)، در پژوهشی با هدف بررسی رابطه علائم اختلالات روان‌تنی بر اساس باورهای اعتقادی و نگرش‌های معنوی در افراد با بیماری قلبی عروقی؛ به این نتیجه رسیدند که بین نگرش‌های معنوی و تجربه علائم اختلال روان‌تنی هم‌بستگی منفی و معنی‌داری وجود دارد. همچنین می‌توان برداشت نمود که باورهای معنوی و نگرش‌های مذهبی به عنوان یکی از راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند نقش قابل توجهی در کاهش سطوح استرس^۳ و علائم اختلالات روان‌تنی در بیماران قلبی و عروقی داشته باشد.

رضوی و همکاران (۱۳۹۸) در مقایسه امید به زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در معتادان متجاهر زن تحت درمان اجباری و زنان خودمعرف، به این نتیجه رسیدند که از لحاظ میزان امید به زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین امید به زندگی در معتادان متجاهر زن تحت درمان پایین‌تر از زنان معتاد خودمعرف تحت درمان بوده. درحالی که احساس گناه و اختلالات روان‌تنی معتادان متجاهر زن بالاتر از معتادان خودمعرف بوده است.

یو و همکاران^۴ (۲۰۲۳) به بررسی تغییرات پویای علائم روان‌تنی در سه موج شیوع کووید ۱۹^۵ و خستگی ناشی از پاندمی آن در چین پرداختند و به این نتیجه رسیدند که شیوع مشکلات روان‌تنی در طول دوره‌های مختلف همه‌گیری کووید ۱۹ به‌طور مداوم در حال رشد بوده است؛ و خستگی ایجادشده از طریق پاندمی بر روی علائم روان‌تنی و استرس‌های مشهود تأثیر می‌گذارد. همچنین میانگین شیوع مشکلات روان‌تنی ۲۹/۷٪ بوده که عمدتاً شامل خلق

1. cholesterol
2. resilience
3. stress
4. Yue et al.
5. Covid-19

افسرده^۱ و خستگی در دوره‌های مختلف تحت‌تأثیر کووید ۱۹ بوده و کارکنان بخش سلامت علائم روان‌تنی بالاتر، استرس مشهود بالاتر، اضطراب شدیدتر و خلق افسرده‌تری را نشان داده‌اند.

نومن و همکاران^۲ (۲۰۲۳) در پژوهشی با هدف بررسی مشکلات مشهود الکلی در بین والدین و شکایات روان‌تنی در بین نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله سوئدی به این نتیجه رسیدند که نوجوانان با والدینی که مشکلات الکلی مشهود دارند تقریباً دو برابر بیشتر امکان گزارش شکایات روان‌تنی را داشتند. لی و همکاران^۳ (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای تأثیرات استفاده از اینترنت برای سرگرمی و آزار و اذیت سایبری بر سلامت روان و روان‌تنی در میان دانش‌آموزان به این نتیجه رسیدند؛ که استفاده بیشتر از ۳ ساعت از اینترنت در روز موجب مسائل ذهنی مختلف و مشکلات روان‌تنی می‌شود. همچنین با توجه به تفاوت‌های جنسیتی، پسران زمان بیشتری را صرف بازی آنلاین می‌کنند و علائم روان‌تنی کمتری نسبت به دختران گزارش می‌دهند. بک وید و همکاران^۴ (۲۰۲۳) در پژوهشی به بررسی امیدبه‌زندگی مشهود در میان دریافت‌کنندگان دیالیز پرداختند؛ در این مطالعه نشان دادند افرادی که امیدبه‌زندگی مشهود کمتری داشتند، مراقبت با تمرکز بر تسکین درد و ناراحتی را ترجیح می‌دادند. و کسانی که فکر می‌کردند شانس بیشتری برای بقا دارند به‌طور قابل توجهی مراقبت مدام‌العمری را ترجیح می‌دادند و افرادی که دیالیز دریافت می‌کنند خوش‌بین‌تر هستند. فرضیه پژوهش حاضر آن است که بین امیدبه‌زندگی و اختلال روان‌تنی رابطه معناداری وجود دارد، این تحقیق با هدف بررسی رابطه امیدبه‌زندگی و اختلال روان‌تنی در دختران و پسران شهر شیراز، انجام شده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع هم‌بستگی می‌باشد، جامعه آماری در این تحقیق جوانان ۱۸-۴۵ ساله شهر شیراز بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش تعداد ۱۲۲ پرسش‌نامه مورد استفاده قرار گرفته است که از این تعداد ۴۷ پرسش‌نامه به‌صورت کاغذی و ۷۵ پرسش‌نامه به‌صورت مجازی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. و با داشتن دقت و شروط اخلاقی و حفظ حریم افراد شرکت‌کننده در پژوهش و با توضیح این مطلب که پرسش‌نامه حاضر جهت انجام فعالیتی پژوهشی بوده و بدون ذکر هدف پژوهش به منظور جلوگیری از سوگیری‌های احتمالی شرکت‌کنندگان در پاسخ‌گویی به سؤالات، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری گردید. پرسش‌نامه‌های استفاده‌شده در پژوهش حاضر متشکل از دو پرسش‌نامه امید میلر^۵ و پرسش‌نامه شکایات روان‌تنی تاکاتا^۶ و ساکاتا^۷ می‌باشد.

پرسش‌نامه امید میلر (MHS^۸): پرسش‌نامه امید میلر در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز^۹ ساخته شد. پرسش‌نامه اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. هدف این پرسش‌نامه، سنجش میزان امیدواری در افراد است. این پرسش‌نامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه امید میلر به این صورت است که ابتدا باید در هر ماده، به پاسخ بسیار مخالف نمره ۱، مخالف نمره ۲، بی‌تفاوت نمره ۳، موافق نمره ۴ و بسیار موافق نمره ۵ داده شود. ۱۴ ماده نیز به‌صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. سؤالات ۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۸-۳۹-۴۷-۴۸ به‌صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند.

1. depressed mood
2. Numan et al.
3. Li et al.
4. Beckwith et al.
5. Miller
6. Takata
7. Sakata
8. Miller hope scale
9. powers

با توجه به اینکه این پرسش‌نامه زیرمقیاس ندارد، در پایان تمامی ماده‌ها را جمع کرده و نمره کل را به دست می‌آید. نمره هر فرد بین ۴۸ تا ۲۴۰ خواهد بود. این پرسش‌نامه نمره برش نیز ندارد و هرچه نمره فرد بالاتر باشد امیدواری بیشتری دارد. نمرات ۴۸ عبارت فوق با یکدیگر جمع می‌شوند. حداقل امتیاز ممکن ۴۸ و حداکثر ۲۴۰ خواهد بود. و حد متوسط نمرات ۱۴۴ می‌باشد. نمره بین ۴۸ تا ۹۶: امید فرد، کم است. نمره بین ۹۶ تا ۱۴۴: امید فرد، متوسط است. نمره بالاتر از ۱۴۴: امید فرد، زیاد است.

میلر روایی این پرسش‌نامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای ۸۰ ذکر کرده است. این آزمون برای اولین بار در ایران توسط سمعی (۱۳۶۸)، به نقل از بجستانی، (۱۳۸۸) بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان پسر رشته پرستاری اجرا شد و به منظور تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد^۱ با فاصله یک هفته استفاده شد. ضریب هم‌بستگی پیرسون بین دوسری از نمرات آزمون $R = 0.75$ برآورده شد و میانگین $151/3$ بوده است. به منظور اطمینان از پایایی آزمون این پرسش‌نامه توسط محقق بر روی تعداد بیشتری (۱۵۲ نفر) از دانشجویان دختر و پسر مراکز تربیت معلم تهران، اجرا گردید که ضریب آلفای کرونباخ $0.91/5$ به دست آمد و میانگین به دست آمده ۱۹۶ بود.

مقیاس شکایات روان‌تنی: این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط تاکاتا و ساکاتا برای سنجش شکایات روان‌تنی نوجوانان ژاپنی ساخته شده است، دارای ۳۰ گویه می‌باشد و از ساختار تک‌عاملی برخوردار است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است گزینه‌های هرگز (۰)، به ندرت (۱)، گاهی اوقات (۲) و به طور مکرر (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات ممکن این مقیاس بین ۰ تا ۹۰ است. سازندگان مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ آن را در سه بار اجرا، بین 0.90 تا 0.93 به دست آوردند. و روایی سازه این مقیاس نیز با استفاده از تحلیل عاملی مطلوب گزارش گردید. تمامی گویه‌های پرسش‌نامه دارای نمره‌گذاری مستقیم می‌باشند. اگر دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۰ باشد شکایت روان‌تنی ضعیف است و اگر دامنه نمرات بین ۳۱ تا ۶۰ باشد شکایت روان‌تنی متوسط است و اگر دامنه نمرات بین ۶۱ تا ۹۰ باشد شکایت روان‌تنی قوی یا حاد است.

یافته‌های پژوهش

پس از جمع‌آوری داده، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی به محاسبه فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی و شاخص‌هایی نظیر میانگین، میانه، انحراف استاندارد، کم‌ترین و بیشترین مقدار نمرات پرداخته شد و در سطح استنباطی با استفاده از آزمون‌های تحلیل رگرسیون و ضریب هم‌بستگی پیرسون به بررسی و آزمون پژوهش پرداخته شد.

جدول ۱. پایایی کل پرسش‌نامه اختلال روان‌تنی و امید به زندگی

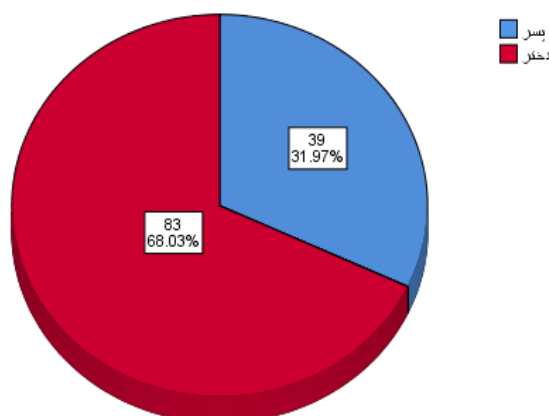
پرسش‌نامه	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
اختلال روان‌تنی	۳۰	۰/۹۱۸
امید به زندگی	۴۸	۰/۹۳۰

طبق جدول ۱، مقدار آلفای کرونباخ برای ۳۰ گویه مربوط به پرسش‌نامه‌ای که برای اختلال روان‌تنی طراحی شده است برابر با 0.918 و همچنین مقدار آلفای کرونباخ برای ۴۸ گویه مربوط به پرسش‌نامه‌ای که برای امید به زندگی طراحی شده است برابر با 0.930 به دست آمده که این مقادیر بیانگر این است که این گویه‌ها از هم‌سانی درونی و پایایی خوب و قابل قبولی برخوردارند.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیر جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
پسر	۳۹	۳۱/۹۷
دختر	۸۳	۶۸/۰۳
کل	۱۲۲	۱۰۰

طبق جدول ۲، مشخص می‌شود که از بین ۱۲۲ نفری که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند، ۳۹ نفر (۳۱/۹۷٪) پسر و ۸۳ نفر (۶۸/۰۳٪) دختر هستند. نمودار دایره‌ای زیر، توزیع فراوانی متغیر جنسیت را نشان می‌دهد.

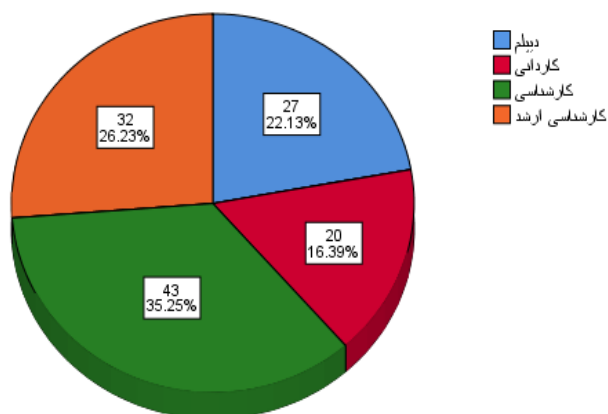


شکل ۱. نمودار دایره‌ای جنسیت

جدول ۳. آمار توصیفی متغیر مقطع تحصیلی

مدرک تحصیلی	فراوانی	درصد
دیپلم	۲۷	۲۲/۱۳
کاردانی	۲۰	۱۶/۳۹
کارشناسی	۴۳	۳۵/۲۵
کارشناسی ارشد	۳۲	۲۶/۲۳
کل	۱۲۲	۱۰۰

طبق جدول ۳، مشخص می‌شود که از بین ۱۲۲ نفری که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند، ۲۷ نفر (۲۲/۱۳٪) دارای مدرک دیپلم، ۲۰ نفر (۱۶/۳۹٪) دارای مدرک کاردانی، ۴۳ نفر (۳۵/۲۵٪) دارای مدرک کارشناسی و ۳۲ نفر (۲۶/۲۳٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد هستند. نمودار دایره‌ای زیر، توزیع فراوانی متغیر مقطع تحصیلی را نشان می‌دهد.



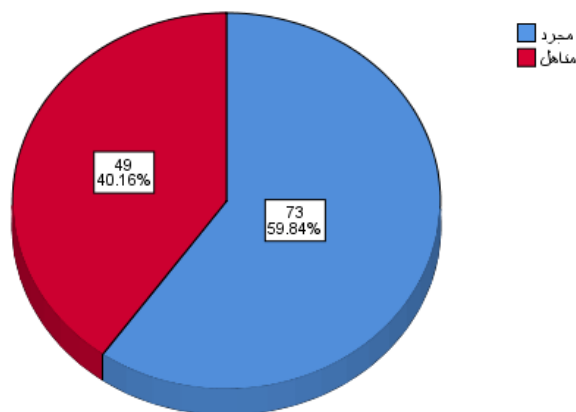
شکل ۲. نمودار دایره‌ای مقطع تحصیلی

جدول ۴. آمار توصیفی متغیر وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	فراوانی	درصد
مجرد	۷۳	۵۹/۸۴
متأهل	۴۹	۴۰/۱۶
کل	۱۲۲	۱۰۰

طبق جدول ۴، مشخص می‌شود که از بین ۱۲۲ نفری که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند، ۷۳ نفر (۵۹/۸۴٪) مجرد و ۴۹ نفر (۴۰/۱۶٪) متأهل هستند.

نمودار دایره‌ای زیر، توزیع فراوانی متغیر وضعیت تأهل را نشان می‌دهد.



شکل ۳. نمودار دایره‌ای وضعیت تأهل

آماره‌های توصیفی براساس متغیرهای سن، نمره کل اختلال روان تنی و همچنین نمره کل امید به زندگی بیان شده و در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵. آماره‌های توصیفی متغیرهای کمی تحقیق

متغیر	میانگین	میان	انحراف معیار	کم‌ترین مقدار	بیشترین مقدار
سن	۲۸/۲۰	۲۵	۷/۸۱۶	۱۸	۴۵
اختلال روان تنی	۲۵/۶۵	۲۴/۵۰	۱۳/۹۹۰	۰	۶۵
امید به زندگی	۱۸۷/۶۶	۱۸۷	۱۹/۶۲۴	۱۲۷	۲۳۳

طبق جدول ۵، جوان ترین و مسن ترین شرکت کننده در این پژوهش، به ترتیب ۱۸ و ۴۵ سال سن دارند و میانگین سنی افراد شرکت کننده در این پژوهش، برابر با ۲۸/۲۰ سال و میانه آن برابر با ۲۵ سال است. همچنین انحراف معیار متغیر سن برابر با ۷/۸۱۶ سال می باشد. متغیر اختلال روان تنی دارای ۳۰ سؤال است که کم ترین و بیشترین نمره آن به ترتیب برابر با ۰ و ۶۵ است و میانگین امتیاز این متغیر برابر با ۲۵/۶۵ و میانه آن برابر با ۲۴/۵۰ است. همچنین انحراف معیار امتیاز متغیر اختلال روان تنی، برابر با ۱۳/۹۹۰ می باشد. متغیر امید به زندگی دارای ۴۸ سؤال است که کم ترین و بیشترین نمره آن به ترتیب برابر با ۱۲۷ و ۲۳۳ است و میانگین امتیاز این متغیر برابر با ۱۸۷/۶۶ و میانه آن برابر با ۱۸۷ است. همچنین انحراف معیار امتیاز متغیر امید به زندگی برابر با ۱۹/۶۲۴ می باشد.

جدول ۶. نتایج کلموگروف اسمیرنف برای سنجش نرمال بودن داده ها در گروه پسران و دختران

متغیر	پسران		دختران	
	آماره آزمون	سطح معناداری (P-value)	آماره آزمون	سطح معناداری (P-value)
اختلال روان تنی	۰/۰۸۸	۰/۲	۰/۰۶۳	۰/۲
امید به زندگی	۰/۰۸۴	۰/۲	۰/۰۵۸	۰/۲

طبق جدول ۶، نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف نشان می دهد که متغیرهای اختلال روان تنی و امید به زندگی در هر دو گروه پسران و دختران در سطح اطمینان ۹۵٪ از توزیع نرمال پیروی می کنند. ($P\text{-value} > ۰/۰۵$)

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه پسران و دختران

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اختلال روان تنی	پسران	۳۹	۲۲/۹۷	۱۴/۷۲۸
	دختران	۸۳	۲۶/۹۰	۱۳/۵۳۸
امید به زندگی	پسران	۳۹	۱۸۳/۳۳	۲۴/۴۱۶
	دختران	۸۳	۱۸۹/۶۹	۱۶/۷۰۳

جدول ۸. نتایج آزمون لون و تی مستقل برای مقایسه متغیرهای اختلال روان تنی و امید به زندگی در گروه پسران و دختران

متغیر	نتایج آزمون همگنی واریانس ها (لون)		نتایج آزمون برابری میانگین ها (تی مستقل)	
	آماره F	سطح معناداری (P-value)	آماره t	سطح معناداری (P-value)
اختلال روان تنی	۰/۱۷۹	۰/۶۷۳	-۱/۴۵۳	۰/۱۴۹
امید به زندگی	۶/۸۳۱	۰/۰۱۰	-۱/۴۷۱	۰/۱۴۷

طبق جدول ۷ و ۸، نتایج آزمون پارامتریک تی مستقل نشان می دهد که میانگین متغیر اختلال روان تنی بین دو گروه پسران و دختران، اختلاف معناداری با یکدیگر ندارند ($P\text{-value} = ۰/۱۴۹ > ۰/۰۵$). همچنین میانگین متغیر امید به زندگی بین دو گروه پسران و دختران، اختلاف معناداری با یکدیگر ندارند. ($P\text{-value} = ۰/۱۴۷ > ۰/۰۵$).

جدول ۹. نتایج کلموگروف اسمیرنف برای سنجش نرمال بودن داده ها در گروه های مختلف مقطع تحصیلی

متغیر	دیپلم		کاردانی		کارشناسی		کارشناسی ارشد	
	آماره	سطح معناداری (P-value)	آماره	سطح معناداری (P-value)	آماره	سطح معناداری (P-value)	آماره	سطح معناداری (P-value)
اختلال روان تنی	۰/۱۱۷	۰/۲	۰/۰۸۱	۰/۲	۰/۱۱۹	۰/۱۴۲	۰/۱۰۶	۰/۲
امید به زندگی	۰/۰۹۴	۰/۲	۰/۱۵۸	۰/۲	۰/۱۲۰	۰/۱۲۶	۰/۰۸۸	۰/۲

طبق جدول ۹، نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف نشان می‌دهد که متغیرهای اختلال روان‌تنی و امیدبه‌زندگی در همه گروه‌های متغیر مقطع تحصیلی در سطح اطمینان ۹۵٪ از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($P\text{-value} > 0/05$).

جدول ۱۰. میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه‌های مختلف مقطع تحصیلی

متغیر	مقطع تحصیلی	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اختلال روان‌تنی	دیپلم	۲۷	۲۶/۲۲	۱۴/۳۰۵
	کاردانی	۲۰	۲۵/۱۵	۱۵/۲۳۶
	کارشناسی	۴۳	۲۷/۰۵	۱۴/۳۹۷
	کارشناسی ارشد	۳۲	۲۳/۵۹	۱۲/۷۱۵
امیدبه‌زندگی	دیپلم	۲۷	۱۹۱/۲۲	۲۱/۳۳۹
	کاردانی	۲۰	۱۸۰/۱۵	۲۲/۲۰۱
	کارشناسی	۴۳	۱۸۷/۶۵	۱۶/۴۸۴
	کارشناسی ارشد	۳۲	۱۸۹/۳۴	۲۰/۰۱۹

جدول ۱۱. نتایج آزمون لون و آنوا برای مقایسه متغیرهای اختلال روان‌تنی و امیدبه‌زندگی در گروه‌های مختلف مقطع تحصیلی

متغیر	نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها (لون)		نتایج آزمون برابری میانگین‌ها (آنوا)	
	آماره آزمون	سطح معناداری (P-value)	آماره F	سطح معناداری (P-value)
اختلال روان‌تنی	۰/۰۹۶	۰/۹۶۲	۰/۳۹۱	۰/۷۶۰
امیدبه‌زندگی	۰/۸۱۵	۰/۴۸۸	۱/۳۶۴	۰/۲۵۷

طبق جدول ۱۰ و ۱۱، نتایج آزمون پارامتریک آنالیز واریانس یکطرفه نشان می‌دهد که میانگین متغیر اختلال روان‌تنی بین گروه‌های مختلف مقطع تحصیلی، اختلاف معناداری با یکدیگر ندارند ($P\text{-value} = 0/760 > 0/05$). همچنین میانگین متغیر امیدبه‌زندگی بین گروه‌های مختلف مقطع تحصیلی، اختلاف معناداری با یکدیگر ندارند ($P\text{-value} = 0/257 > 0/05$).

جدول ۱۲. نتایج کلموگروف اسمیرنف برای سنجش نرمال بودن داده‌ها

متغیر	آماره آزمون	سطح معناداری (P-value)
اختلال روان‌تنی	۰/۰۳۷	۰/۲
امیدبه‌زندگی	۰/۰۵۶	۰/۲
سن	۰/۱۸۸	۰/۰۰۰

طبق جدول ۱۲، نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف نشان می‌دهد که متغیرهای اختلال روان‌تنی و امیدبه‌زندگی در سطح اطمینان ۹۵٪ از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($P\text{-value} > 0/05$). همچنین در سطح اطمینان ۹۵٪ نمی‌توان گفت که متغیر سن از توزیع نرمال تبعیت می‌کند ($P\text{-value} < 0/05$).

جدول ۱۳. نتایج آزمون هم‌بستگی اسپیرمن برای سنجش رابطه اختلال روان‌تنی و امیدبه‌زندگی با سن

متغیر	تعداد	ضریب هم‌بستگی اسپیرمن	سطح معناداری (P-value)
اختلال روان‌تنی	۱۲۲	۰/۱۱۶	۰/۲۰۵
امیدبه‌زندگی	۱۲۲	۰/۱۶۹	۰/۰۶۳

طبق جدول ۱۳، نتایج آزمون ناپارامتریک اسپیرمن نشان می‌دهد که بین سن با متغیرهای اختلال روان‌تنی و امیدبه‌زندگی، رابطه‌ی معناداری وجود ندارد ($P\text{-value} > 0/05$).

جدول ۱۴. نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون برای سنجش رابطه اختلال روان‌تنی و امیدبه‌زندگی

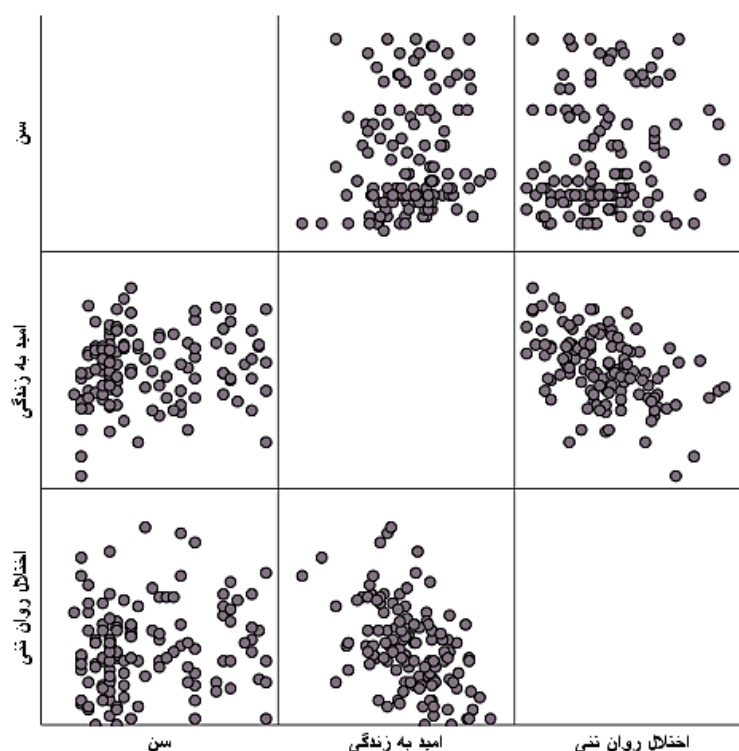
متغیر	تعداد	ضریب هم‌بستگی پیرسون	سطح معناداری (P-value)
اختلال روان‌تنی و امیدبه‌زندگی	۱۲۲	-۰/۴۷۳	* ۰/۰۰۰

طبق جدول ۱۴، نتایج آزمون پارامتریک پیرسون نشان می‌دهد که بین متغیرهای اختلال روان‌تنی و امیدبه‌زندگی، رابطه‌ی معناداری وجود دارد. جهت این رابطه معکوس است و شدت و قوت رابطه نیز حدوداً ۴۷٪ می‌باشد ($P\text{-value} = 0/000 < 0/05$).

جدول ۱۵. ماتریس هم‌بستگی بین متغیرهای سن، امیدبه‌زندگی و اختلال روان‌تنی

سن	امیدبه‌زندگی	اختلال روان‌تنی
سن	۰/۱۶۹	۰/۱۱۶
امیدبه‌زندگی	۱	** -۰/۴۷۳
اختلال روان‌تنی	۰/۱۱۶	** -۰/۴۷۳

** $P < 0/01$



شکل ۴. ماتریس نمودار پراکنش بین متغیرهای سن، امیدبه‌زندگی و اختلال روان‌تنی

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی رابطه امید به زندگی و اختلال روان‌تنی می‌تواند به ما کمک کند تا درک بهتری از تأثیر این دو متغیر بر یکدیگر داشته باشیم و راهکارهای مناسبی برای تقویت امید به زندگی و کاهش اختلالات روان‌تنی پیدا کنیم. به همین دلیل این پژوهش با هدف بررسی رابطه امید به زندگی و اختلال روان‌تنی در دختران و پسران شهر شیراز انجام شده است. امید به زندگی می‌تواند وضعیت روانی فرد را بهبود بخشد تا عملکرد بهتری داشته باشند و با موقعیت‌های استرس‌زا بهتر مقابله کنند؛ از طرفی، افراد مبتلا به اختلال‌های روان‌تنی امید به زندگی کمتری دارند و با مشکلات روانی و اجتماعی بیشتری روبه‌رو می‌شوند. این اختلال‌های روان‌تنی، باعث کاهش انگیزه فرد می‌شوند و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

امید به زندگی؛ به عنوان یکی از شاخص‌های مهم سلامت روان دارای اهمیت است. هرچه افراد در طول زندگی خود امید به زندگی بالاتری داشته باشند، از انگیزه کافی برای ادامه زندگی برخوردارند و همچنین هدف‌مندتر به زندگی خود ادامه می‌دهند و زندگی برایشان لذت‌بخش خواهد بود. این افراد کمتر دچار افسردگی و دل‌مردگی می‌شوند، هیجانات مثبتی را تجربه می‌کنند و تفکر مثبتی نسبت به خود و آینده دارند و عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی خوبی دارند. پس این افراد، سمپتوم‌های مربوط به اختلال روان‌تنی را ندارند. در مقابل افرادی که زندگی را بی‌معنی می‌دانند و از زندگی خود لذت کافی را نمی‌برند، انگیزه کافی برای ادامه زندگی ندارند و معمولاً به خودکشی فکر می‌کنند. این افراد در عملکردهای اجتماعی، شغلی و تحصیلی دچار مشکل می‌شوند، و خود را ارزشمند نمی‌دانند، معمولاً دچار نشخوار فکری می‌شوند. این افراد علائم بدنی اختلال روان‌تنی را تجربه می‌کنند، معمولاً سردردهای میگرنی شدید و گرفتگی‌های عضلانی را تجربه می‌کنند، که تمامی این علائم جسمی ریشه در ذهن فرد دارد و دلیل فیزیکی برای آنها یافت نمی‌شود.

برای افزایش امید به زندگی و کاهش اختلال روان‌تنی، می‌توانیم از افراد بخواهیم نگرش خود را نسبت به مسائل زندگی تغییر دهند، اهدافی را برای خود مشخص کنند، ارتباط اجتماعی مثبت داشته باشند و حمایت‌هایی از سوی خانواده و دوستان دریافت کنند، به سلامت روان خود اهمیت دهند و خود را به فردی پویا تبدیل کنند. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات چام و راوندی (۱۴۰۲)، کریمی و همکاران (۱۴۰۲)، کهکی و همکاران (۱۴۰۲)، حسن‌زاده و طالبی (۱۴۰۲)، علی‌مهدی و همکاران (۱۴۰۰)، رضوی و همکاران (۱۳۹۸)، یو و همکاران (۲۰۲۳)، نومن و همکاران (۲۰۲۳)، لی و همکاران (۲۰۲۳)، بک‌وید و همکاران (۲۰۲۳) هم‌سو می‌باشد.

منابع

- باغبان‌زاده، مریم، و صفرزاده، سحر. (۱۴۰۰). طراحی الگوی ساختار اختلالات روان‌تنی براساس توانمندی شناختی، انواع زمان صبحگاهی - عصرگاهی و نظام‌های مغزی / رفتاری با میانجی‌گری تنش ادراک‌شده در زنان مبتلا به دردهای مزمن. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱.
- جعفری، نصرت، تجلی، پرینا، قنبری‌پناه، افسانه، و شهریاری احمدی، منصوره. (۱۴۰۲). شناخت مدل علی بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای نارسایی شنیداری براساس سبک‌های دل‌بستگی، جو عاطفی خانواده، حمایت اجتماعی و نقش میانجی امید به زندگی. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴ (۱).
- چام، مریم، و شمس راوندی، حمیدرضا. (۱۴۰۲). مقایسه اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی و تبیین ارتباط بین آنها در پرستاران و روان‌پرستاران. *فصل‌نامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱۷ (۲۱).
- حسن‌زاده، رمضان، و طالبی، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۶ (۱).

- رحمتی، محمدحسین، مغانی، وحید، و وصال، محمد. (۱۳۹۹). بررسی اثر کوتاه‌مدت آلودگی هوا بر مرگ‌ومیر در شش کلان شهر در ایران. *پژوهش‌های اقتصادی (رشد و توسعه پایدار)*، ۲۰(۲).
- رضوی، ریحانه، عرب، علی، و شیرازی، محمود. (۱۳۹۸). مقایسه امیدبه‌زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در معتادان متجاهر زن تحت‌درمان اجباری و زنان معتاد خودمعرف. *طب انتظامی*، ۸(۲).
- سادوک، بنیامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت، و روئیز، پدرو. (۱۳۹۴). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی (ترجمه فرزین رضایی، جلد ۲، ویرایش ۱۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- سفیداری، لایلا، محمدزاده ابراهیمی، علی، و همت‌افزا، پروین. (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی بوشی بر اضطراب مزمن و تمایز در مبتلایان به اختلالات روان‌تنی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۱(۱۵).
- شهرکی، مهدی. (۱۳۹۸). بررسی رابطه علیت بین مخارج سلامت عمومی و خصوصی و امیدبه‌زندگی در ایران. *پایش*، ۱۸(۳).
- طجری، مریم، کریمی، جواد، و گودرزی، کوروش. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی به روش پذیرش و تعهد بر امیدبه‌زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶(۶۳).
- عابدی، فریبا و نامنی، ابراهیم. (۱۴۰۱). آزمون مدل ساختاری سرمایه‌های روان‌شناختی با امیدبه‌زندگی در زنان دارای کودک معلول ذهنی - حرکتی: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سرزندگی. *روانشناسی افراد/ استثنایی*، ۱۲(۴۸).
- علی مهدی، منصور، نقدی، فائزه، رشیدی، فاطمه، و فاضلی، سهیلا. (۱۴۰۰). پیش‌بینی علائم اختلالات روان‌تنی براساس باورهای اعتقادی و نگرش معنوی در افراد با بیماری قلبی عروقی، پنجمین کنفرانس بین‌المللی مطالعات میان‌رشته‌ای روان‌شناسی، مشاوره و آموزش علوم تربیتی، تهران.
- کریمی، رامین، میرزاییان، بهرام، و عباسی، قدرت‌الله. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و روان‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدبه‌زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴(۴).
- کهکی، فاطمه، بخشایی، نورمحمد، و فردین، محمدعلی. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مبتنی‌بر شفقت و امیدبه‌زندگی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و سرسختی سلامت در بیماران دیابتی نوع دو. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴(۴).
- گنجی، مهدی. (۱۴۰۰). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5* (جلد ۲، ویرایش ۳). تهران: نشر ساوالان.
- ناصری گرگون، سارا، موسوی، سیده مریم، شباهنگ، رضا، و باقری شیخ انگفشه، فرزین. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و امیدبه‌زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی. *روان‌پرستاری*، ۹(۲).
- نیک‌روی، زهرا، حسن‌زاده، رمضان، و حیدری، شعبان. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدبه‌زندگی و پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی نوع دوم. *سلامت جامعه*، ۱۶(۳).
- Beckwith, H., Thind, A., & Brown, E. A. (2023). Perceived Life Expectancy Among Dialysis Recipients: A Scoping Review. *Kidney Medicine*, 100687.
- Levenson, J. L. (Ed.). (2018). *The American Psychiatric Association Publishing textbook of psychosomatic medicine and consultation-psychiatry*. American Psychiatric Pub.
- Li, J., Wu, Y., & Hesketh, T. (2023). Internet use and cyberbullying: Impacts on psychosocial and psychosomatic wellbeing among Chinese adolescents. *Computers in Human Behavior*, 138, 107461.
- Luy, M., Di Giulio, P., Di Lego, V., Lazarevič, P., & Sauerberg, M. (2020). Life expectancy: frequently used, but hardly understood. *Gerontology*, 66(1), 95-104.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing research*, 37(1), 6-10.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275.
- Syed, N. R., Wahlström, J., Låftman, S. B., & Svensson, J. (2023). Perceived parental alcohol problems and psychosomatic complaints among adolescents in Sweden. *Addictive behaviors reports*, 17, 100491.
- Toumi, M. L., Merzoug, S., & Boulassel, M. R. (2018). Does sickle cell disease have a psychosomatic component? A particular focus on anxiety and depression. *Life Sciences*, 210, 96-105.

Yue, Y., Li, L., Liu, R., Zhang, Y., Zhang, S., Sang, H., ... & Yuan, Y. (2023). The dynamic changes of psychosomatic symptoms in three waves of COVID-19 outbreak and fatigue caused by enduring pandemic in China. *Journal of Affective Disorders*, 331, 17-24.