

Winter 2022, Volume 8, Issue 2

The Mediating Role of Psychological Flexibility in Relation to Religious Coping with Psychological Distress of Mothers with Children with Leukemia

Saeedifard T¹, Rasouli M^{2*}, Izanloo B³, Zahra Kar K⁴, Mehrvar A⁵

1-Ph.D Student in Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

5- Associate Professor, Army Medical Sciences, Mahak Hospital, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Rasouli M, Assistant Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: dr.rasouli@hotmail.com

Received: 11 June 2021

Accepted: 26 Aug 2021

Abstract

Introduction: Cancer is the second leading cause of death in children and mothers are one of the care team who facing psychological problems. The purpose of this study was to mediate the role of psychological flexibility in relation to religious coping strategies with the psychological distress of mothers of children with leukemia cancer.

Methods: The descriptive-correlation method was used. The statistical population consists of all mothers with children with leukemia cancer referred to hospitals in Tehran in 2019-2020. In this study, according to the convenience sampling method, 230 mothers were selected as samples and they were asked to Kessler of psychological distress scale (K-10), religious coping questionnaire (RCQ), and acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II). Then the proposed model was analyzed through structural equation modeling.

Results: The direct paths of negative religious coping strategy and psychological flexibility on psychological distress were significant. Also, indirect relationship religious coping strategy with psychological distress through moderating role psychological flexibility was significant.

Conclusions: The structural model of research was fit and is an important step in identifying the factors that are effective in the psychological distress of mothers of children with cancer.

Keywords: Psychological flexibility, Religious coping strategies, Psychological distress, Cancer.

نقش واسطه ای انعطاف پذیری روانشناختی در رابطه مقابله مذهبی با پریشانی روانشناختی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون

طاهره سعیدی فرد^۱، محسن رسولی^{۲*}، بلال ایزانلو^۳، کیانوش زهراکار^۴، عظیم مهرور^۵

- ۱- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
- ۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
- ۳- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
- ۴- دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
- ۵- دانشیار، علوم پزشکی ارتش، بیمارستان محک، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: محسن رسولی، استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
ایمیل: dr.rasouli@hotmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۴

چکیده

مقدمه: سرطان یک بیماری مزمن و دومیین علت اصلی مرگ در کودکان است. مادران کودکان مبتلا به سرطان به عنوان یکی از اعضاء مراقب کننده کودکان، با مشکلات روانشناختی مواجه هستند. هدف از این پژوهش بررسی نقش واسطه ای انعطاف پذیری روانشناختی در رابطه راهبردهای مقابله مذهبی با پریشانی روانشناختی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون بود.

روش کار: روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری کلیه مادران دارای کودک مبتلا به بیماری سرطان خون مراجعه کننده به بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. حجم نمونه ۲۱۳ نفر و به شیوه نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و به پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (K-10)، پرسشنامه راهبردهای مقابله مذهبی (RCQ) و پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II) پاسخ دادند. سپس الگوی پیشنهادی از طریق مدل معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته ها: مسیرهای مستقیم مقابله مذهبی منفی و انعطاف پذیری بر پریشانی روانشناختی معنادار شدند. اما مسیر مستقیم مقابله مذهبی مثبت بر پریشانی روانشناختی معنادار نبود همچنین اثرات غیرمستقیم راهبردهای مقابله مذهبی از طریق نقش واسطه ای انعطاف پذیری روانشناختی بر پریشانی روانشناختی معنادار بود.

نتیجه گیری: مدل ساختاری اصلاح شده پژوهش برآزش مطلوبی داشت و این گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر پریشانی روانشناختی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان می باشد.

کلیدواژه ها: انعطاف پذیری روانشناختی، راهبردهای مقابله مذهبی، پریشانی روانشناختی، سرطان.

مقدمه

کرده است، از هر یک میلیون کودک ۱۰۰ کودک مبتلا به سرطان است (۳). این بیماری در ایران حدود چهار درصد مرگ های کودکان کمتر از ۵ سال و ۱۳٪ از کودکان ۵ تا ۱۰ ساله را به خود اختصاص داده است (۴). در طی سال های اخیر پیشرفت های قابل توجهی در پیش آگهی و میزان بقا کودکان مبتلا به سرطان، به دلیل درمان های فشرده تر و طولانی تر ایجاد شده است. این رژیم های درمانی پیچیده اکنون به طور گسترده در خانه اجرا می شوند و وظایف

سرطان (cancer) با تغییر شکل دادن غیرطبیعی در سلول ها و با تمایز سلولی مشخص شده موجب می گردد سلول ها به شکل ناپهنجار تکثیر یافته و به رشد نامنظم خود ادامه داده و دلیل اصلی مرگ در بیماران سرطانی شود (۱). سرطان کودکان نیز به عنوان عامل اصلی مرگ در اثر بیماری برای کودکان در کشورهای توسعه یافته شایع است (۲). بر اساس آماري که سازمان بهداشت جهانی منتشر

مضاعفی را برای والدین ایجاد می‌کنند. نقش غیرمنتظره و چالش بر انگیز به عنوان سرپرست کودک با یک وضعیت تهدیدکننده زندگی ممکن است عملکرد روان‌شناختی والدین به ویژه مادران را تحت تاثیر قرار دهد (۲). بر این اساس مطالعات نشان می‌دهند که در مادران کودکان مبتلا به سرطان معمولاً علائم پریشانی روانی، مانند اضطراب و افسردگی زیادی مشاهده می‌شود که تاثیر منفی در عملکرد روان‌شناختی آنان ایجاد می‌کند (۵۶). همچنین ممکن است دچار درماندگی و آشفتگی هیجانی شوند. این درماندگی به علت اضافه باری است که بر دوش مادر سنگینی می‌کند. لذا با تشخیص سرطان کودک، والدین (به ویژه مادر) تحت استرس و تنش‌های شدیدی از جمله علائم پریشانی روان‌شناختی قرار می‌گیرند (۷). به طوری که بر اساس یک پژوهش پریشانی روان‌شناختی زیاد در مادران کودکان مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی آنان را کاهش داده و همین امر خستگی را در آنان بالا می‌برد (۸). پریشانی روان‌شناختی به عنوان تجربه اضطراب (۹)، استرس (۱۰) و افسردگی توصیف و تعریف شده است (۱۱).

بر اساس پیشینه پژوهش، عوامل مختلفی می‌توانند با پریشانی روان‌شناختی در ارتباط باشند که یکی از این متغیرها، راهبردهای مقابله مذهبی است (۱۲). راهبردهای مقابله مذهبی شامل دو مولفه مثبت و منفی است که راهبردهای مثبت به عنوان دل‌بستگی ایمن به خدا، اعتقاد به زندگی اخروی و احساس ارتباط معنوی با دیگران و راهبردهای مقابله مذهبی منفی به عنوان تنبیه بودن الهی رخداده‌ها و مداخله شیطان، جهان بینی متزلزه، درد و سختی تعریف شده است (۱۳). باورهای مذهبی مانند یک سپر در برابر عوامل فشارزای زندگی عمل می‌کند و از این راه به راهبردهای مقابله ای فردکمک می‌کند که وی با داشتن اطمینان قلبی به خداوند، به عنوان قدرت لایزال در سختی‌ها به او پناه برده، سطح اضطراب و ناپیمنی کمتری را تجربه کند (۱۴). شیوه‌های مقابله، توانایی‌هایی شناختی و رفتاری هستند که از سوی فرد در معرض فشار، به منظور کنترل فشار روانی به کار می‌رود (۱۵).

در تعلیم اسلامی روش‌هایی برای مبارزه با سختی‌ها بیان شده است، از این رو در مبارزه با مشکلات، سختی‌ها و ناملایمات زندگی، به کارگیری راهبردهای سازگاری دینی به عنوان راه‌های کاهش دهنده تأثیرات منفی رویدادهای ناخوشایند زندگی، می‌تواند در افزایش بهزیستی روانی

افراد نقش داشته باشد (۱۶). بر اساس نتایج یک پژوهش مقابله مذهبی به عنوان سبک رویارویی با مشکلات و مصائب زندگی، نقش مهمی با سطوح پایین علائم پریشانی روان‌شناختی مانند افسردگی همراه است (۱۷). لذا می‌توان گفت که مذهب می‌تواند نیروی مثبت برای سلامت جسمانی و روان‌شناختی فرد باشد (۱۲). مادرانی که از راهبردهای مقابله مذهبی (religious coping) مثبت و راهکارهای دینی استفاده می‌کنند می‌توانند به طور سازگاران‌ه‌ای با بیماری کودک خود کنار بیایند (۱۸) و این مقابله مذهبی می‌تواند علائم افسردگی که از نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی است را پیش بینی کند (۱۸). بر اساس آنچه گفته شد راهبردهای مقابله مذهبی (۱۷، ۱۹) بر پریشانی روان‌شناختی تاثیر گذار است. اما آنچه می‌تواند در رابطه بین راهبردهای مقابله مذهبی با پریشانی روان‌شناختی نقشه واسطه‌ای ایفا کند، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، چرا که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند از راهبردهای مقابله مذهبی (۱۲) تاثیر بگیرد و خود نیز بر پریشانی روان‌شناختی تاثیر بگذارد (۲۰). لذا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند متغیر واسطه‌ای مناسبی در این پژوهش باشد. بر اساس تئوری پذیرش و تعهد (ACT) (۲۱) رفتاری که به لحاظ روان‌شناختی انعطاف‌پذیر است، بهزیستی آدمی را حفظ می‌کند در حالی که رفتار انعطاف‌ناپذیر روان‌شناختی موجب ایجاد و حفظ مشکلات سلامت روان می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به تغییر یا تداوم رفتار در راستای ارزش‌ها و اهداف انتخاب شده اشاره دارد (۲۲). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک عملکرد منحصر به فرد، صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می‌دهد ایده‌های چندگانه را بپذیرد، به طور انعطاف‌پذیر شناختش را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی الگوهای پاسخ‌عادی بدهد (۲۳). ارتباط انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با پریشانی روان‌شناختی بر ماهیت فراتشخیصی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی صحنه می‌گذارد. در برخی یافته‌ها رفتارهای سرکوبگرانه یا اجتنابی به عنوان نوعی راهبرد خود-محافظتی قلمداد می‌شوند که از فرد در برابر پیامدهای به ظاهر فاجعه‌آمیز محافظت می‌کنند (۲۴). بر اساس آنچه گفت شد سوال پژوهش این است که آیا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش واسطه‌ای در رابطه راهبردهای مقابله مذهبی با پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه مادران دارای کودک مبتلا به بیماری سرطان مراجعه کننده به بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می باشد. کلاین (Kline) (۲۵) نیز معتقد است برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است. در این پژوهش بر اساس نظر کلاین و در جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج ۲۱۳ نفر انتخاب شد. روش نمونه گیری در این پژوهش در دسترس (convenience sampling) بود. برای بررسی موارد پرت در پژوهش حاضر از دستور Explore در برنامه SPSS استفاده شد؛ نتایج بررسی موارد پرت در متغیرهای پژوهش حاضر نشان داد که در هیچ یک از متغیرهای پژوهش موارد پرت وجود ندارد. رضایت آگاهانه افراد آزمودنی برای پاسخگویی به سوالات و داشتن کودک مبتلا به سرطان خون بر اساس تشخیص پزشک متخصص از ملاکهای ورود و ناقص بودن پاسخنامه افراد نمونه از ملاکهای خروج از پژوهش بوده است. شرکت آزادانه و داوطلبانه، محرمانه ماندن پاسخ ها و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به افراد از اصول اخلاقی در این پژوهش بود. همچنین این پژوهش با کد اخلاق <https://ethics.research.ac.ir/IR.KHU.REC.1399.043> در دانشگاه خوارزمی به ثبت رسیده است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها در سطح توصیفی و استنباطی عمل شد. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی جهت بررسی روابط بین متغیرها، ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) به کار برده شد. نرم افزار تحلیل داده ها برنامه SPSS و AMOS نسخه ۲۴ بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (K-10) (۲۶): این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال است. نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه ای می باشد به این صورت که هیچ وقت ۱ نمره، اوقات محدودی ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره و تمام اوقات ۵ نمره تعلق می گیرد (۲۷). نمره ۱۰ تا ۱۵ نشان دهنده پریشانی پایین، ۱۶ تا ۲۱

پریشانی متوسط، ۲۲ تا ۲۹ پریشانی بالا و ۳۰ تا ۵۰ پریشانی خیلی بالا می باشد (۲۸). در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۵ (۲۹) و ضریب ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۰). در یک پژوهش برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب ۰/۸۸ محاسبه و روایی محتوایی مورد تایید قرار گرفته است (۳۱). روایی ملاکی این پرسشنامه از طریق محاسبه نقطه برش آن که بازتابی از همبستگی اش با متغیر ملاک فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب (CIDI) می باشد، تایید می شود که نقطه برش آن نیز ۸ اعلام شده است (۳۲). روایی پرسشنامه با متغیر فراهیجان مثبت ۰/۳۳- و فراهیجان منفی ۰/۳۲ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی و واگرایی پرسشنامه است (۲۹). در بررسی های خارج از کشور پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی شده است که ضریب ۰/۵۶ (۳۳)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است (۲۷). همچنین مطالعه ای دیگر نشان داده است که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است و ضریب ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۴). در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۷۲ به دست آمده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله مذهبی (RCQ) (۱۴): این پرسشنامه فرم کوتاه شده فرم اصلی ۱۰۵ سوالی است که شامل ۱۴ سوال است و دو خرده مقیاس مقابله مذهبی مثبت با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷؛ مقابله مذهبی منفی با سوالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت بوده است به این صورت که هیچوقت نمره صفر، بعضی وقت ها ۱ نمره، بیشتر وقت ها ۲ نمره و همیشه ۳ نمره تعلق می گیرد (۱۵). نمره بالا در مقیاس مثبت، نشان دهنده سبک مقابله ای مثبت و نمره بالا در مقیاس منفی نشان دهنده سبک مقابله ای منفی است. در داخل ایران برای بررسی روایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شده است و ضریب همبستگی بین مولفه های مقابله مذهبی در دامنه ۰/۰۶ تا ۰/۱۵ و معنادار در سطح ۰/۰۵ به دست آمده است (۳۵). در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای مقابله مذهبی مثبت ۰/۸۵ و مقابله مذهبی منفی ۰/۸۰ به دست آمده است (۳۶). در پژوهش محمدزاده (۳۷) ضریب همبستگی

اوقات ۵ نمره، تقریباً همیشه ۶ نمره و همیشه ۷ نمره تعلق می‌گیرد (۴۲). سوالات ۶، ۱ و ۱۰ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. به این صورت که هرگز این طور نیست ۷ نمره، خیلی به ندرت ۶ نمره، بندرت ۵ نمره، گاهی اوقات ۴ نمره، بیشتر اوقات ۳ نمره، تقریباً همیشه ۲ نمره و همیشه ۱ نمره تعلق می‌گیرد. در داخل ایران در یک پژوهش برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۴ به دست آمده است (۴۳). در خارج از کشور توسط سازندگان برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شده است که به فاصله ۳ ماه ضریب همبستگی ۰/۸۱ و به فاصله ۱۲ ماه ضریب ۰/۷۹ به دست آمده است. همچنین پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۷ گزارش شده است (۴۰). در سایر پژوهش‌ها پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۹۱ گزارش شده است (۴۴). در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۵ به دست آمده است.

بین مقیاس‌های مقابله مذهبی مثبت ۰/۸۵ و مقابله مذهبی منفی ۰/۸۳ به دست آمده است. در یک پژوهش دیگر، آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به محاسبه شده است (۳۸). در خارج از کشور نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمده است که این نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای مذهبی است (۳۹). در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۱ به دست آمده است.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II) (۴۰): جهت تعیین نمره انعطاف‌پذیری روانشناختی در این پژوهش از پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم استفاده شده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال است. دو مولفه اجتناب از تجاری هیجانی با سوالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹؛ کنترل روی زندگی با سوالات ۱ و ۶، ۱۰ را اندازه‌گیری می‌کند (۴۱). نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای صورت می‌گیرد به این صورت که هرگز این طور نیست ۱ نمره، خیلی به ندرت ۲ نمره، بندرت ۳ نمره، گاهی اوقات ۴ نمره، بیشتر

یافته‌ها

جدول ۱: تعداد، کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
پیشانی روانشناختی	۲/۱۰	۰/۸۶۱	-۰/۰۹۷	-۱/۲۲۷
مقابله مذهبی منفی	۳/۳۵	۰/۶۰۷	۰/۳۸۶	-۱/۰۵۰
مقابله مذهبی مثبت	۲/۷۷	۰/۹۴۰	-۰/۲۸۷	-۱/۶۵۵
انعطاف‌پذیری روانشناختی	۳/۴۵	۱/۳۴۵	-۰/۱۹۷	-۱/۳۲۷

پژوهش نرمال است. از آنجایی که یکی از مفروضات مهم در معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) وجود روابط همبستگی معنادار بین متغیرهاست در (جدول ۲)، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

(جدول ۱) تعداد، کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۲۱۳ نفر بودند. همچنین مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲+) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱- پیشانی روانشناختی	۱			
۲- مقابله مذهبی منفی	۰/۵۲۷**	۱		
۳- مقابله مذهبی مثبت	-۰/۶۴۱**	-۰/۵۴۲**	۱	
۴- انعطاف‌پذیری روانشناختی	-۰/۷۹۸**	-۰/۴۹۶**	۰/۷۶۰**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

۲) نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید که نتایج ضرایب مستقیم، غیرمستقیم و برازش مدل در ادامه آمده است.

(جدول ۲) ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین مقابله مذهبی منفی ($I=0/527, p<0/01$)، مقابله مذهبی مثبت ($I=-0/641, p<0/01$) و انعطاف پذیری روانشناختی ($I=-0/798, p<0/01$) با پریشانی روانشناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همان طور که در (جدول

جدول ۳: ضرایب مسیر مستقیم راهبردهای مقابله مذهبی و انعطاف پذیری روانشناختی با پریشانی روانشناختی

معناداری	.C.R	S.E	Beta	مسیرهای مستقیم
0/001	3/778	0/066	0/248	مقابله مذهبی منفی ← پریشانی روانشناختی
-0/828	-0/218	0/059	-0/013	مقابله مذهبی مثبت ← پریشانی روانشناختی
0/001	-15/388	0/030	-0/455	انعطاف‌پذیری روانشناختی ← پریشانی روانشناختی

بر پریشانی روانشناختی معنادار نبود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ در دستور کامپیوتری پریچر و هیز (۲۰۰۴) استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه‌ای غیرمستقیم در (جدول ۴) ارائه شده است.

همان طور که در (جدول ۳) مشاهده می‌شود ضرایب مسیرهای مستقیم مقابله مذهبی منفی ($\beta=0/248$) و انعطاف پذیری روانشناختی ($\beta=-0/455$) و $\text{sig}=0/001$ بر پریشانی روانشناختی معنادار بودند. ضریب مسیر مستقیم مقابله مذهبی مثبت ($\beta=-0/449$) و $\text{sig}=0/001$

جدول ۴: تایج بوت استروپ راهبردهای مقابله مذهبی با پریشانی روانشناختی با نقش واسطه‌ای انعطاف پذیری روانشناختی

مقدار احتمال	سطح اطمینان 0/95		مسیرهای غیرمستقیم
	حد بالا	حد پایین	
0/001	-0/414	-0/582	مقابله مذهبی منفی ← انعطاف‌پذیری روانشناختی ← پریشانی روانشناختی
0/001	0/134	0/033	مقابله مذهبی مثبت ← انعطاف‌پذیری روانشناختی ← پریشانی روانشناختی

۴) نتایج بوت استروپ آمده است. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود. مطابق نتایج (جدول ۴) این قاعده در مورد راهبردهای مقابله مذهبی بر پریشانی روانشناختی با نقش واسطه‌ای انعطاف پذیری روانشناختی صدق می‌کند و مدل علی معنادار است. در (جدول ۵) شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

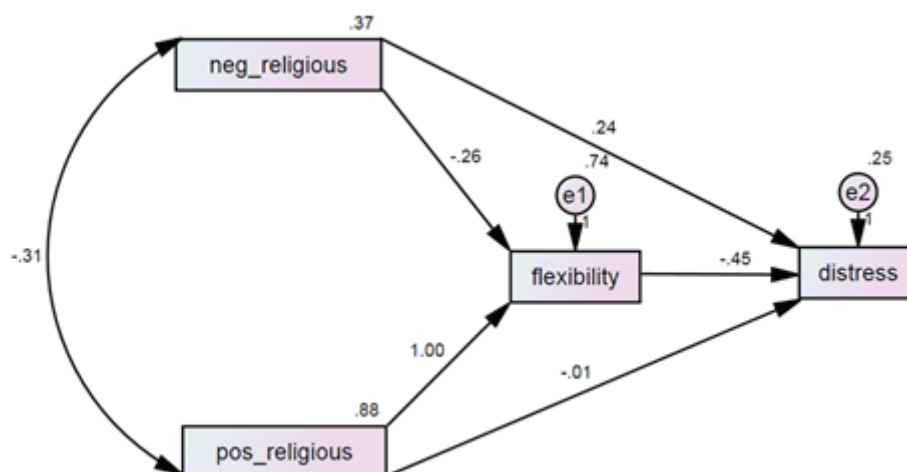
یک فرض زیربنایی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر وجود مسیر غیرمستقیم است. زمانی که تعداد نمونه چندان زیاد نباشد، بوت استروپ قدرتمندترین و منطقی‌ترین روش برای دستیابی به اثرات غیرمستقیم را فراهم می‌آورد. سطح اطمینان 0/95 و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استروپ، ۱۰۰۰ است. برای تعیین معنی‌داری راهبردهای مقابله مذهبی بر پریشانی روانشناختی از طریق نقش واسطه‌ای انعطاف پذیری روانشناختی از روش بوت استروپ در برنامه ماکرو آزمون پریچر و هیز (۴۵) استفاده شد. بر اساس (جدول

جدول ۵: شاخص های برازندگی مدل نهایی پژوهش

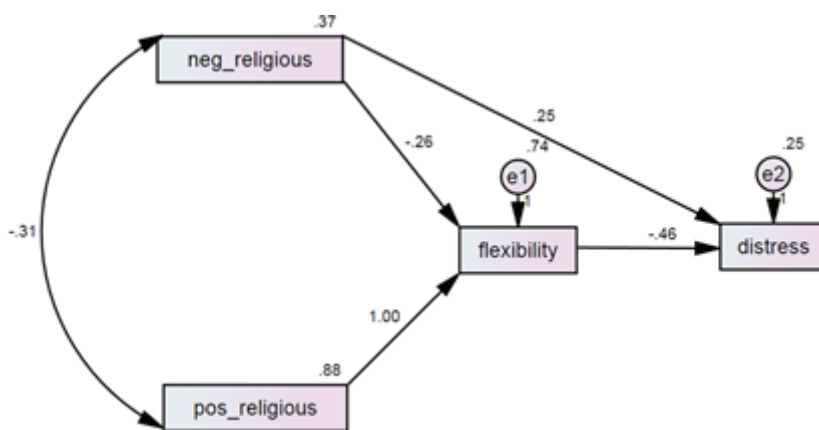
نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	کای اسکوتر X^2 یا CMIN	۹۸/۰۹۳	-
	درجه آزادی (DF)	۵۴	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	-
	نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۲/۸۵۴	کمتر از ۳
شاخص های نسبی	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۳۹	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵۰
	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۱۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)	۰/۹۲۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش مقتصد (PCFI)	۰/۷۴۰	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۷۳۲	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۰۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۹۷	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۸۵	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص هولتر HOELTER (۰/۰۵)	۲۰۳	بیشتر از ۲۰۰
شاخص هولتر HOELTER (۰/۰۱)	۲۱۴	بیشتر از ۲۰۰	

یا انطباقی (AGFI) بزرگتر از ۰/۹۰ و برای برازش مقتصد (PCFI)، برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) بالای ۰/۶۰ باشد و بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس (جدول ۵) مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۳۹ می باشد که بر اساس مدل کلاین (۲۵) نشان دهنده برازش مدل است.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در (جدول ۵) استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی، (IFI)، نیکویی برازش (GFI) و نیکویی برازش تعدیل شده



نمودار ۱: مدل پیشنهادی پژوهش



نمودار ۲: مدل آزمون شده و ضرایب مسیر

آن تعدیل شود که در این میان مقابله مذهبی منفی می تواند به طور مستقیم بر روی پریشانی روانشناختی مادران کودکان دارای سرطان تاثیرات منفی بگذارد. کسانی که دیدگاه منفی نسبت به جهان و معنویات دارند. زمانی که که با یک رویداد تنش زا و موقعیت تنیدگی آور مانند بیماری سرطان فرزند خود روبه رو می شوند تنش های معنوی را تجربه کرده و احساس امنیت لازم را ندارند و همین امر باعث می شود که پریشانی روانشناختی بیشتری را تجربه کنند. بنابراین میتوان گفت بین مقابله مذهبی منفی با پریشانی روانشناختی رابطه وجود داد.

در بخش دیگری از نتایج، نشان داده شد که ضریب مسیر مستقیم مقابله مذهبی مثبت بر پریشانی روانشناختی معنادار نبود، اما از نظر روابط همبستگی، مقابله مذهبی مثبت با پریشانی روانشناختی همبستگی منفی و و معناداری باهم دارند. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات مهمامید و بیدر (۱۲)، موتابو و همکارانش (۴۸) ویتورینو و همکاران (۱۹) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می توان گفت که افرادی که دارای راهبرد مقابله مذهبی مثبت هستند، رابطه ایمنی با خدا و مقدسات داشته و نگاه و نگرش خیرخواهانه ای به جهان هستی دارند و همین امر سبب بهبود رشد فردی و انعطاف پذیری روانشناختی بیشتر در برابر عوامل تنش زای زندگی می شود. همچنین می توان گفت که مقابله مذهبی مثبت، به افراد کمک می کند تا با تصور مثبتی که به امور مقدس و مذهبی دارند بر چالش های پیش رو مقابله کند. زمانی که مادری فرزندش به بیماری مانند سرطان مبتلا می شود و کودک نیز نیاز به بستری شدن مکرر پیدا می کند، این امر زندگی روزمره خانواده را تغییر داده و همچنین باعث به وجود آمدن

بحث

هدف از این پژوهش بررسی نقش واسطه ای انعطاف پذیری روانشناختی در رابطه راهبردهای مقابله مذهبی با پریشانی روانشناختی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون بود. یافته های پژوهش را می توان از دو حیث مورد بحث و نتیجه گیری قرار داد. نخست اینکه یافته های مستقیم متغیرها را می توان در راستای نتایج پژوهشهای دیگر مقایسه کرد و دوم اینکه تاثیر غیر مستقیم راهبردهای مقابله مذهبی از طریق انعطاف پذیری روانشناختی بر پریشانی روانشناختی تفسیر و تبیین نمود.

در بررسی اثرهای مستقیم همانطور که نتایج مربوط به شاخص های برزندگی الگوی پژوهش در جدول شماره ۵ نشان داد، الگو برآزش قابل قبولی داشت. براساس این برآزش و همچنین طبق نتایج ضرایب همبستگی متغیرها که در شکل ۲ به نمایش درآمد، نتایج نشان داد که ضریب مسیر مستقیم مقابله مذهبی منفی بر پریشانی روانشناختی معنادار بود. این نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش خنجری و همکاران (۴۶)، مهمامید و بیدر (۱۲)، ویتورینو و همکاران (۱۹) و سانتوس و همکاران (۱۷) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می توان گفت که راهبردهای مقابله ای مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می رود و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانشناختی ایفا می کند (۴۷). در این میان راهبردهای مقابله ای مؤثر از نوع مذهبی باعث می شوند که واکنش فرد به سطوح بالای پریشانی کاهش یابد و آثار زیانبار

مشکلاتی روانشناختی از جمله پریشانی در مادران این کودکان به عنوان مراقبین اصلی می شود. در چنین شرایطی زمانی فرد برای رویایی با رویدادهای تنش زا و تنیدگی آور با استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی مثبت، دیدگاه مثبتی به جهان هستی، امور مقدسات و خدا پیدا می کند. که همین امر موجب افزایش انعطاف پذیری روانشناختی فرد و مدیریت بهتر دشواری ها و تنش ها شده و از سویی انعطاف پذیری روانشناختی نیز موجب کاهش پریشانی روانشناختی در آنان می شود.

همچنین نتایج نشان داد که ضریب مسیر مستقیم انعطاف پذیری روانشناختی بر پریشانی روانشناختی معنادار بود. می توان گفت اثر مستقیم انعطاف پذیری روانشناختی بر پریشانی روانشناختی برابر با $0/46-$ بود که این مقدار همبستگی طبق ضرایب رگرسیون در (جدول ۳) معنادار بود؛ بدین معنی که با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، میزان پریشانی روانشناختی مادران کاهش می یابد. در تبیین نقش انعطاف پذیری روانشناختی بر اساس مبنای نظری، طبق نظر مور و آدام (۴۹) می توان گفت از آنجا که انعطاف پذیری شناختی، توانایی تغییر تفکر فرد از موقعیت های قدیمی به موقعیت های جدید، غلبه بر پاسخها یا تفکرات رایج و همچنین سازگاری و انطباق یافتن با موقعیتهای جدید توصیف شده است، می تواند بر کاهش پریشانی روانشناختی تأثیر بگذارد و همچنین اثر راهبردهای مقابله مذهبی مثبت را بر کاهش پریشانی روانشناختی نیز افزایش دهد؛ زیرا تحقیقات نشان داده است که انعطاف پذیری شناختی با تواناییهای فردی برای مقابله با موقعیت های خاص در ارتباط است؛ به عبارت دیگر افرادی که توانایی تفکر انعطاف پذیر دارند از توجیحات جایگزین استفاده می کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می کنند و موقعیتهای چالش برانگیز یا رویدادهای تنش زا را می پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف پذیر نیستند از نظر روانشناختی تحمل پریشانی بیشتری دارند (۵۰). این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات مک کراکن و همکاران (۲۰) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می توان گفت که انعطاف پذیری فرایندی است که طی آن، توانایی فرد در برابر چالش های عاطفی، اجتماعی و جسمی افزایش می یابد. جبران آسیب ها، قدرت بیشتری به فرد برای رویارویی با نامالیمات زندگی می دهد و فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار می

کند و افزایش می دهد (۲۲). وقتی فرد از انعطاف پذیری روانشناختی بالایی برخوردار است توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف را دارد و باعث می شود فرد زمانی که با یک رویداد تنش زا و استرس آور مانند بیماری فرزند خود رو به رو می شود قادر باشد از شیوه ها و گزینه های مختلف برای رویارویی با این موقعیت ها استفاده کند و آرامش روانشناختی را در خود حفظ کند

در تبیین یافته پژوهش مبنی بر نقش واسطه ای انعطاف پذیری در رابطه راهبردهای مقابله مذهبی و پریشانی روانشناختی، می توان چنین استدلال کرد که چون انعطاف پذیری روانشناختی به معنای توانمندی بیشتر برای ارتباط با لحظه اکنون و نیز تغییر در رفتار است (۵۱). بنابراین می تواند با راهبردهای مقابله ای در ارتباط باشد. بسیاری از مادران دارای کودک مبتلا به سرطان با متوسل شدن به اعمال و باورهای مذهبی تلاش می کنند، به زندگی خود معنای تازه دهند و از این طریق بتوانند با ماهیت بیماری فرزندشان کنار بیایند. به طور کلی، راهبردهای مقابله مذهبی با تکیه بر اعمال و باورهای مذهبی به بیماران کمک می کند تا به ارزیابی مثبت از رویدادهای زندگی بپردازند و در صورت رویارویی با وقایع استرس زا از آسیب کمتری رنج ببرند. لذا به نظر می رسد می توان به عنوان راهبردی برای ایجاد واکنشهای مثبت به رویدادهای پر استرس تلقی شود و از این طریق به ایجاد انعطاف پذیری بیشتر و در نتیجه کاهش پریشانی روانشناختی کمک کند، همچنین در تبیین نتیجه به دست آمده می توان گفت که سرطان در خانواده به نوعی تمامی اعضای خانواده را درگیر و آنها را متحمل فشار روحی، روانی و مالی فراوانی می کند. در چنین شرایطی افراد به ویژه مادران از راهبردهایی جهت کاهش استرس و فشار و در نتیجه غلبه بر آن استفاده می کنند. وقتی مادری که دارای کودک مبتلا به سرطان است، دچار احساساتی نظیر خشم، احساس گناه و مقصر شمردن دیگران شود، حال اگر در این مواقع از راهبرد مقابله مثبت مذهبی برای رویارویی با تنش ها و رویدادهای تنیدگی آور استفاده کند و همچنین از سوی دیگر اعضای خانواده نیز مورد حمایت بیشتری قرار گیرد، این کسب حمایت سبب می شود به طور موثرتری با رویدادها و رخدادهای تنش زا مقابله کند و نشانه های کمتری از پریشانی را از خود نشان دهد.

اما از سویی دیگر مقابله منفی مذهبی باعث می شود که فرد در برابر رویدادها دیدگاه و نگرش منفی نسبت به زندگی

حاضر یعنی مدل یابی پریشانی روانشناختی در این مادران بر اساس سایر متغیرهای مذهبی، روانشناختی و معنوی و با نقش واسطه ای انعطاف پذیری را مورد بررسی قرار دهند. استفاده از مطالعات طولی و سایر روش های تحقیق (ترکیبی شامل کیفی و کمی) می تواند برای بررسی این مطالعه سودمندتر باشد. به این صورت که پیشنهاد می گردد با استفاده از یک مطالعه کیفی (مطالعات تجربه زیسته و پدیدار شناسی توصیفی) به بررسی عوامل موثر بر پریشانی روانشناختی در مادران این کودکان پرداخته شود. دستاوردها و پیامدهای این پژوهش را می توان در دو سطح نظری و عملی مطرح کرد. در سطح نظری، یافته های پژوهش می توانند با تبیین رابطه متغیرهای راهبردهای مقابله مذهبی و انعطاف پذیری روانشناختی و همچنین رابطه این دو متغیر با پریشانی روانشناختی به گسترش دانش، مفاهیم و مدل های موجود در زمینه پریشانی روانشناختی کمک کنند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر می تواند راهگشای پژوهش های جدیدتر به منظور گسترش دانش روانشناختی در زمینه عوامل مؤثر بر شکل گیری پریشانی روانشناختی شود. در سطح عملی، از یافته های این پژوهش می توان در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی، لجن های سرطان در جهت تدوین برنامه ها و مداخلات و کارگاه های آموزشی مانند به برگزاری کارگاه هایی آموزش راهبردهای مقابله و درمان های مبتنی بر پذیرش- تعهد که هدف آن ایجاد انعطاف پذیری در افراد است به بهبود سطح پریشانی روانشناختی در مادران این کودکان کمک کنند. لذا مشاوران و روانشناسان می توانند بر این اساس از نتایج این پژوهش استفاده کنند.

نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی نقش واسطه ای انعطاف پذیری روانشناختی در رابطه راهبردهای مقابله مذهبی با پریشانی روانشناختی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان بود. نتایج نشان داد مسیرهای مستقیم مقابله مذهبی منفی و انعطاف پذیری بر پریشانی روانشناختی معنادار شدند. اما مسیر مستقیم مقابله مذهبی مثبت بر پریشانی روانشناختی معنادار نبود همچنین اثرات غیرمستقیم راهبردهای مقابله مذهبی از طریق نقش واسطه ای انعطاف پذیری روانشناختی بر پریشانی روانشناختی معنادار بود. مدل پژوهش برآزش مطلوب و قابل قبول با داده های پژوهشی داشت و این گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر پریشانی روانشناختی

و امور مقدسات داشته باشد و به اعتقادات دینی که به عنوان مجموعه ای از باورها، باورها و نیاپدها و نیز ارزش های تعمیم یافته، از مؤثرترین تکیه گاه های روانی به شمار می رود پایبند نباشد و به همین دلیل قادر نیست معنای زندگی را برای خودش فراهم سازد و در شرایطی خاص نیز نتواند با فراهم سازی تکیه گاه های تبیینی، خود را از تعلیق و بی معنایی و گرایش به رفتارهای ناسازگانه نجات دهد به همین دلیل زمانی که با بیماری سرطان فرزندش مواجه می گردد، گرایش به رفتارهای ناسازگارانه را در خود بروز می دهد. این رفتارهای ناسازگار باعث می شود فرد از نظر روانشناختی منعطف نباشد و در برابر مشکلات و چالش های زندگی نتواند راه حل و راهکارهای مختلف را برای حل آنها بیابد. به همین دلیل در حالتی از درماندگی قرار می گیرد و با هر نشانه ای از پیشرفت بیماری فرزندش دچار پریشانی روانشناختی می شود

افزون بر اینها نتایج بیانگر آن بود که انعطاف پذیری روانشناختی در رابطه بین راهبردهای مقابله ای با پریشانی روانشناختی نقش واسطه ای ایفا می کند. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات کشدان و روتنبرگ (۵۲) و نتایج پژوهش هولبرت و ویلیامز و همکاران (۵۳). مهمامید و بیدر (۱۲)، ویتورینو و همکاران (۱۹) و مک کراکن و همکاران (۲۰) همسویی دارد. بنابراین در نتیجه گیری از نقش واسطه ای انعطاف پذیری شناختی می توان گفت متغیر انعطاف پذیر شناختی می تواند در رابطه راهبردهای مقابله ای مذهبی و پریشانی روانشناختی، نقش میانجی داشته باشد. یافته های این تحقیق، محدود به مادران دارای کودک مبتلا به بیماری سرطان شهر تهران بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج به مادران این کودکان در دیگر شهرها و یا سایر مادران کودکان دارای بیماری های دیگر باید محتاطانه عمل کرد. مطالعه حاضر از نوع مطالعات همبستگی از نوع توصیفی بوده است، لذا روابط به دست آمده را نمی توان به عنوان روابط علت و معلولی تفسیر و تعبیر کرد. این پژوهش می توانست هم به صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت های پژوهش این مورد بود. برای تعمیم پذیری بیشتر نتایج پیشنهاد می شود دانشجویان و پژوهشگران چنین پژوهش هایی را در سایر شهرها تکرار کنند تا شواهدی از روابط به دست آمده فراهم شود. پیشنهاد می شود که مدل پژوهش

مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان می باشد.

همچنین از کادر پزشکی و پرستاری بیمارستان محک صمیمانه تشکر می نمایند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل کار پایان نامه دکتری تخصصی نویسنده اول در رشته مشاوره مصوب شورای پژوهشی در دانشگاه خوارزمی می باشد. نویسندگان بدین وسیله از تمامی مادران کودکان مبتلا به سرطان شرکت کننده در این پژوهش و

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچگونه تضاد و تعارض منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- Ganesh K, Massagué J. Targeting metastatic cancer. *Nature Medicine*. 2021 Jan;27(1):34-44 <https://doi.org/10.1038/s41591-020-01195-4>
- Salvador Á, Crespo C, Barros L. Family management of pediatric cancer: links with parenting satisfaction and psychological distress. *Family process*. 2019 Sep;58(3):761-77. <https://doi.org/10.1111/famp.12379>
- Mousavi SM, Pourfeizi A, Dastgiri S. Childhood cancer in Iran. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2010 Jul 1;32(5):376-82. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3181e003f7>
- Ahmadi M, Rassouli M, Karami M, Abasszadeh A, Poormansouri S. Care burden and its Related Factors in Parents of Children with Cancer. *Iran Journal of Nursing*. 2018 Apr;31(111):40-51. URL <https://doi.org/10.29252/ijn.31.111.40>
- Jun WH, Cha KS, Lee KL. The mediating effect of depression on the relationship between social support, spirituality and burnout in family members of patients with cancer. *International journal of environmental research and public health*. 2021 Jan;18(4):1727. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041727>
- Yan C, Cheung RS, Wong CL, Cheng HY, Liu F, Huang H, Ewig CL, Li CK, Zhang H, Cheung YT. Stress and Perception of Procedural pain management in Chinese Parents of Children with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021 Jan 1; 61(1):90-102 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.028>
- Firoozi M, Feiz Abadi Z. Maternal distress tolerance and the occurrence of internalization and externalization behavioral problems in children with cancer. *Iranian journal of pediatric nursing*. 2020 Apr 10;6(4):21-9.
- van Gorp M, Maurice-Stam H, Teunissen LC, van de Peppel-van der Meer W, Huussen M, Schouten-van Meeteren AY, Grootenhuis MA. No increase in psychosocial stress of Dutch children with cancer and their caregivers during the first months of the COVID-19 pandemic. *Pediatric blood & cancer*. 2021 Feb;68(2):e28827. <https://doi.org/10.1002/pbc.28827>
- Nikčević AV, Marino C, Kolubinski DC, Leach D, Spada MM. Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*. 2021 Jan 15;279:578-84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.053>
- Chen CY, Chen IH, O'Brien KS, Latner JD, Lin CY. Psychological distress and internet-related behaviors between schoolchildren with and without overweight during the COVID-19 outbreak. *International Journal of Obesity*. 2021 Mar;45(3):677-86. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00741-5>
- Bassi G, Gabrielli S, Donisi V, Carbone S, Forti S, Salcuni S. Assessment of Psychological Distress in Adults With Type 2 Diabetes Mellitus Through Technologies: Literature Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2021 Jan 7;23(1):e17740. <https://doi.org/10.2196/17740>
- Mahamid FA, Bdier D. The association between positive religious coping, perceived stress, and depressive symptoms during the spread of coronavirus (covid-19) among a sample of adults in palestine: Across sectional study. *Journal of religion and health*. 2021 Feb;60(1):34-49. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01121-5>
- Abu-Raiya H, Aytan A, Tekke M, Agbaria Q. On the links between positive religious coping, satisfaction with life and depressive symptoms among a multinational sample of Muslims. *International Journal of Psychology*. 2019 Oct; 54(5):678-86. <https://doi.org/10.1002/ijop.12521>
- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*. 2000 Apr;56(4):519-43. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1)
- Mirhosseini S, Nouhi S, Janbozorgi M, Mohajer

- H, Naseryfadafan M. The Role of Spiritual Health and Religious Coping in Predicting Death Anxiety among Patients with Coronavirus. *Studies in Islam and Psychology*. 2020 Mar 20;14(26):29-42.
16. Mohammadzadeh A, Jafari E, Hajloo N. The relationship between death anxiety and religious coping methods, attachment styles to God and practice of religious beliefs Culture in The Islamic University, 2015; Jun 22; 15(5):259-72
 17. Santos PR, Júnior JR, Cavalcante Filho JR, Ferreira TP, dos Santos Filho JN, da Silva Oliveira S. Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC nephrology*. 2017 Dec; 18(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0619-1>
 18. Fatemi M M, Hamzenejad N. Association Between Religiosity and Depression in Mothers of Children Hospitalized in Oncology Wards. *sjsph*. 2017; 14 (4) :87-96
 19. Vitorino LM, Lopes-Júnior LC, de Oliveira GH, Tenaglia M, Brunheroto A, Cortez PJ, Lucchetti G. Spiritual and religious coping and depression among family caregivers of pediatric cancer patients in Latin America. *Psycho-oncology*. 2018 Aug; 27(8):1900-7. <https://doi.org/10.1002/pon.4739>
 20. McCracken LM, Badinlou F, Buhman M, Brocki KC. The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021; 19:28-35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.003>
 21. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, Polusny MA, Dykstra TA, Batten SV, Bergan J, Stewart SH. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*. 2004 Oct; 54(4):553-78 <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
 22. Hayes SC. Functional First: Creating a Pragmatic and Progressive Diagnostic System. In *Symposium on DSM-5 Part II 2010* (Vol. 17, No. 2, p. 55).
 23. Johnco C, Wuthrich VM, Rapee RM. The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. *Journal of anxiety disorders*. 2013 Aug 1; 27(6):576-84. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.004>
 24. salehzadeh einabad Z, khalili E, mojtahedzadeh M, nainian M. Investigation of the relationship among acceptance, control, avoidance and anxiety and gender differences in anxiety . *Rooyesh*. 2018; 7 (5) :129-146
 25. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2015 Nov 3.
 26. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM. Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*. 2003 Feb 1; 60(2):184-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
 27. Bruijnicks SJ, Sijbrandij M, Huibers MJ. The effects of retrieval versus rehearsal of online problem-solving therapy sessions on recall, problem-solving skills and distress in distressed individuals: An experimental study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2020 Mar 1; 66:101485. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101485>
 28. Pereira A, Oliveira CA, Bártolo A, Monteiro S, Vagos P, Jardim J. Reliability and factor structure of the 10-item kessler psychological distress scale (K10) among Portuguese adults. *Ciencia & saude coletiva*. 2019; 24:729-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017>
 29. Mondani Zadeh AB, Homaei R. The Relationship Stigma Infertility and Psychological Distress with Quality of Marital Relationship Through the Mediation of Meta-Emotion in Infertile Women *Journal of Family Research* 2020. 16 (1): 55-76. <https://doi.org/10.29252/jfr.16.1.4>
 30. Ramazani B, Bakhtiari F. Effectiveness of spiritual therapy on cognitive avoidance, psychological distress and loneliness feeling in the seniors present at nursing homes. *Journal of Gerontology*. 2019 Feb 10; 3(3):32-41. <https://doi.org/10.29252/joge.3.3.32>
 31. Yousefian Z, Ahadi H, Mojmanari AK. The effectiveness of spirituality therapy on psychological distress and resilience of thalassemia patients. *Journal of Psychological Science*. 2020 Jan 1; 18(84):2285-93.
 32. Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research*. 2015; 6(4):45-57.
 33. Osamika B, Ojasanya T. Influence of socio-demographic factors, perceived happiness and psychological distress on life satisfaction among civil servants in Ibadan metropolis, Nigeria. *Nigerian Journal of Psychological Research*. 2019 Oct 30; 15. <https://ssrn.com/abstract=3483634>
 34. Romero M, Marín E, Guzmán-Parra J, Navas P, Aguilar JM, Lara JP, Barbancho MÁ. Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and

- behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. *Anales de Pediatria (English Edition)*. 2021 Feb 1;94(2):99-106. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.03.014>
35. Nemati Sh, Imanzadeh A, Fouruhi N, Mahdavi M, Afshin H. The Relationship between Religious Coping Strategy, Resiliency and Marital Satisfaction. *Journal of psychological researches*. 2019 .14(53); 317-331
 36. Einy S, Hashemi Z. The Role of Religious Coping, Spiritual Intelligence, and Spiritual Well-being in Predicting the Perceived Stress of Patients with Cancer. *Shefaye Khatam*. 2020; 8 (3):70-79 <https://doi.org/10.29252/shefa.8.3.70>
 37. Mohammadzadeh A. Investigating the Relationships between Death Obsession, Religious Coping, Acting on Religious Beliefs, and Attachment to God . *IJPCP*. 2015; 21 (3):236-243.
 38. Pourmohseni Koluri F, Shojaee A, Jafari I, Mowlaie M. Comparison of personality Profiles, Tolerance for Ambiguity and Religious Coping in Leukemia Patients and Healthy People. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*. 2020 Apr 20;9(33):45-60.
 39. Lauricella SK, Phillips RE, Dubow EF. Religious coping with sexual stigma in young adults with same-sex attractions. *Journal of religion and health*. 2017 Aug;56(4):1436-49. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0374-4>
 40. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011 Dec 1;42(4):676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
 41. Abasi E, Fata L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. <http://noo.rs/nwFQ3>
 42. Farokhi S, Rezaei F, Gholamrezaei S. The Effectiveness of Self-Compassion Cognitive Training on Experiential Avoidance & Cognitive Fusion in Patients with Chronic Pain. *Positive Psychology Research*. 2018 Sep 30;3(4):29-40.
 43. Kehtari Harzangh L, Poursharifi H, Heshmati R. Comparison of Impulsivity and Experiential Avoidance in Obese Individuals With and Without Binge Eating Disorder. *IJPCP*. 2019; 25 (1) :84-95 <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.84>
 44. Hernández-López M, Cepeda-Benito A, Díaz-Pavón P, Rodríguez-Valverde M. Psychological inflexibility and mental health symptoms during the COVID-19 lockdown in Spain: A longitudinal study. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021 Jan 1;19:42-
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.12.002>
 45. Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior research methods, instruments, & computers*, 36(4), 717-731. <https://doi.org/10.3758/BF03206553>
 46. Khanjari S, Damghanifar M, Haqqani H. Investigating the relationship between the quality of life and religious coping in mothers of children with recurrence leukemia. *Journal of family medicine and primary care*. 2018 Jan;7(1):213. https://doi.org/10.4103/jfmcp.jfmcp_236_17
 47. Hajizad R, Abdollahzadeh H, Gholami M. The impact of training spiritual/religious coping skills on level of anxiety and stress coping strategies of patients with type II diabetes to provide nursing and caring strategies. *Journal of Diabetes Nursing*. 2016 Dec 10;4(4):72-83.
 48. Mutumba M, Bauermeister JA, Harper GW, Musiime V, Lepkowski J, Resnicow K, Snow RC. Psychological distress among Ugandan adolescents living with HIV: Examining stressors and the buffering role of general and religious coping strategies. *Global public health*. 2017 Dec 2;12(12):1479-91. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1170871>
 49. Moorem A, Malinowski P. Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and cognition*. 2009 Mar 1;18(1):176-86. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.12.008>
 50. Phillips EL. Resilience, Mental Flexibility, and Cortisol Response to the Montreal Imaging Stress Task in Unemployed Men (2011). (Doctoral dissertation).
 51. Ruiz FJ, Luciano C, Cangas AJ, Beltrán I. Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*. 2013 Dec 31:123-9. <https://doi.org/10.1037/t65412-000>
 52. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*. 2010 Nov 1;30(7):865-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
 53. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*. 2015 Jan;24(1):15-27. <https://doi.org/10.1111/ecc.12223>