

Summer 2021, Volume 7, Issue 4

Path Analysis of Perceived Social Support, Coping Strategies and Demographic Characteristics With Psychological Adaptation of Mothers of Children With Cancer

Soltani Asl Heris S¹, Poursharifi H^{2*}, Babapour Kheiraldin J³, Bakhshipour Roodsari A⁴, Ghasemi A⁵

1- PhD student in Psychology, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

4- Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

5- Associate Professor, Blood and Childeren Oncchology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding Author: Poursharifi H, Associate Professor, Department of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

E-mail: Poursharifih@gmail.com

Received: 9 July 2019

Accepted: 29 July 2019

Abstract

Introduction: Children's cancer is a special bio-psychological status that challenges the percieved social support and coping strategies of mothers with different demographic characteristics and affects their psychological adaptation. Therefore, the aim of this study was to investigate the direct and indirect role of demographic characteristics (age and education level), with the mediating role of perceived social support and coping strategies, on adaptation.

Methods: This is a descriptive correlational study. The statistical population consisted of all mothers of children with cancer who referred to the clinics of pediatric specialists in Mashhad. The sample size was 220 people who were selected by the targeted sampling method. Data were gathered using a psychosocial adaptation questionnaire, Lazarus and Folkman coping, multi-dimensional perceived social support, and demographic characteristics.

Results: According to the results of this study, the increase in education directly reduced the maladaptation ($P < 0.01$) and indirectly through increased perceived social support, increased problem-solving strategies, and decreased emotional strategy reduced maladaptation. Increasing age directly reduced emotional strategies, but had no effect on problem-oriented strategies. Also, increasing age did not have direct and indirect effects through coping strategies on maternal adaptation.

Conclusions: According to the findings, it can be said that increasing education, both directly and indirectly, through the mediation of perceived social support and coping strategies, increases adaptation. In addition, this increase in age decreased emotional strategies, but there was no direct and indirect relationship between age and maternal adaptation.

Keywords: Coping strategies, perceived social support, Psychological adaptation, Cancer.

تحلیل مسیر روابط حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و ویژگی های جمعیت شناختی با سازگاری روان شناختی مادران کودکان مبتلا به سرطان

سهیلا سلطانی اصل هریس^۱، حمید پورشریفی^{۲*}، جلیل باباپور خیرالدین^۳، عباس بخشی پور رودسری^۴، علی قاسمی^۵

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۳- استاد گروه روانشناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۴- استاد گروه روانشناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۵- دانشیار گروه خون و انکولوژی کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
نویسنده مسئول: حمید پورشریفی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
ایمیل: Poursharifi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۲

چکیده

مقدمه: سرطان کودکان، وضعیت زیست- روان شناختی ویژه ای است که ادراک حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای مادران با ویژگیهای جمعیت شناختی متفاوت را به چالش گرفته و سازگاری روان شناختی آنها را متاثر می سازد. از این رو هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش مستقیم و غیرمستقیم ویژگی های جمعیت شناختی (سن و سطح تحصیلات)، با وساطت حمایت اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله ای، بر سازگاری است.

روش کار: این پژوهش، از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان مبتلا به سرطان تشکیل داده که به کلینیک های متخصصان اطفال مشهد مراجعه کردند. حجم نمونه ۲۲۰ نفر، با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه های سازگاری روانی- اجتماعی، مقابله لازاروس و فولکمن، حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی، ویژگی های جمعیت شناختی را صورت گرفت.

یافته ها: افزایش تحصیلات به صورت مستقیم باعث کاهش ناسازگاری شد ($P < 0/01$) و به صورت غیرمستقیم از طریق افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، افزایش راهبرد مسئله مدار و کاهش راهبرد هیجان مدار باعث کاهش ناسازگاری شد. افزایش سن به صورت مستقیم باعث کاهش راهبردهای هیجان مدار شد، اما تاثیری بر راهبردهای مسئله مدار نداشت. همچنین افزایش سن تاثیر مستقیم و غیرمستقیم از طریق راهبردهای مقابله ای بر سازگاری مادران نداشت.

نتیجه گیری: مطابق با یافته ها می توان گفت که افزایش تحصیلات هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم با وساطت حمایت اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله باعث افزایش سازگاری می شود. افزون بر این افزایش سن، کاهش راهبردهای هیجان مدار را در پی داشت اما بین افزایش سن و سازگاری مادران رابطه مستقیم و غیرمستقیم وجود نداشت.

کلیدواژه ها: راهبردهای مقابله ای، حمایت اجتماعی ادراک شده، سازگاری روان شناختی، سرطان.

مقدمه

تحت درمان با موضوعات مختلفی از جمله، فرآیندهای درمانی تهاجمی، عوارض جانبی درمان ه مشکلات روانشناختی مانند ترس از مرگ، ترس از وابستگی [۲] توقف فعالیت های تحصیلی و اجتماعی، تغییر در تصویر خود و خود پنداره، عدم اطمینان در مورد چگونگی پیشرفت درمان،

ابتلا به بیماری های مزمن، به عنوان یک وضعیت روان شناختی ویژه، سلامت روانی و جسمانی مبتلایان و خانواده را متاثر می سازد. وضعیت یادشده به ویژه به هنگام ابتلای کودک، شدیدتر و پیچیده تر می گردد [۱]. کودک

بستری شدن های دوره ای، جدایی از اعضای خانواده و آشفتگی در روابط بین فردی [۳] مواجه و درگیر شود. تشخیص سرطان برای والدین کودک نیز، از سخت ترین تجربیاتی است که می تواند آنها را تحت تنش عاطفی شدید قرار دهد [۴]. مسئولیت های تحمیل شده جدید به والدین می تواند وضعیت سلامتی و شغلی و اجتماعی آنها را در معرض خطر قرار داده و احتمال رخداد پاسخ هایی از قبیل اضطراب، افسردگی، احساس گناه، اختلالات خواب، شکایت های جسمانی، رفتارهای پرخطر (کشیدن سیگار)، تغییرات در رژیم غذایی، ادراک بار اضافی جسمانی و هیجانی را افزایش، و به کیفیت زندگی آنها آسیب عمده ای وارد کند. اما در این میان مادران معمولاً نقش مراقب اولیه را عهده دار می شوند [۳] و بنابراین با یک تجربه به ستوه آورنده رو به رو می شوند چرا که پیش آگهی، امید به زندگی و کیفیت زندگی این کودکان نامشخص است [۵]. مجموع این عوامل باعث می شود که مادران کودکان مبتلا به سرطان نسبت به مادران کودکان مبتلا به سایر بیماری های مزمن، سطح استرس بالاتری را گزارش می کنند [۶،۵] که می تواند منجر به کاهش سطح بهزیستی روانشناختی و سازگاری روانشناختی آنها شود [۶]. با توجه به ارتباط مستقیم بین سازگاری مادر و کودک بیمار [۷] و تناقض در نتایج، مبنی بر وجود و یا نبود ناسازگاری در مادران، پیشینه پژوهشی این حوزه به سمت ایجاد مدل های مفهومی تر در جهت شناسایی عوامل سهیم در سازگاری مادران پیش رفته تا وجوه تمایز بین مادران سازگار و ناسازگار مشخص شود. یکی از مدل های مفهومی ارائه شده در این حوزه مدل تعاملی استرس و مقابله است که توسط تامپسون و همکارانش با اقتباسی از مدل لازاروس و فولکمن، در یک دیدگاه بوم شناختی و سیستماتیک ارائه شده و توانسته در توضیح فرایندهای مرتبط با سازگاری در مراقبین اصلی بیماران مزمن کاربرد داشته باشد. تامپسون و همکاران نشان داده اند که تقریباً یک سوم مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن علائمی از سازگاری ضعیف را نشان داده اند که میزان زیادی از سازگاری مادران در این مدل توسط فرایندهای واسطه ای و روانشناختی تبیین می شود و حتی گاهی سهم این متغیرها در سازگاری مادران بیشتر از متغیرهای سطح اول این مدل مانند ویژگی های مربوط به بیماری و یا پارامترهای جمعیت شناختی بوده

است [۷]. این مدل دارای شواهد تجربی نیز می باشد و در مادران کودکان مبتلا به بیماری های مزمن از قبیل بیماری سلول های خونی داسی شکل [۸] نقص قلبی مادرزادی [۷] و کودکان مبتلا به فیروز سیستمیک مورد بررسی قرار گرفته است.

در مدل فوق، پارامترهای جمعیت شناختی و مربوط به بیماری به عنوان متغیرهای سطح اول بررسی شدند اما به علت فقدان رابطه بین سازگاری مادر و متغیرهای مربوط به بیماری مانند شدت و یا دوره های برگشت در پژوهش های مربوط به بیماری های مزمن نیز مانند سیستمیک فیروزیس یا نقص قلبی مادرزادی و یا کودکان مبتلا به معلولیت های جسمانی و ذهنی و یا سلول های داسی شکل بر اساس این مدل [۸] متغیرهای مربوط به بیماری در مطالعه حاضر وارد مدل نشده و مورد بررسی قرار نگرفتند.

طبق مدل تعاملی استرس و مقابله تامپسون و همکاران یکی از مهم ترین منابع تاثیر گذار بر سازگاری روانشناختی این مادران، پارامترهای جمعیت شناختی از قبیل سن، سطح تحصیلات، قومیت، جایگاه اجتماعی - اقتصادی، وضعیت اشتغال مادر هستند که می توانند به شکل مستقیم و یا به واسطه فرایندهای فردی و خانوادگی تاثیرگذار باشند. نتایج پژوهش های بر گرفته از این مدل نشان دادند که از میان متغیرهای جمعیت شناختی، سن و سطح تحصیلات مادر بیشترین قدرت را برای پیش بینی کنندگی سازگاری داشتند [۸،۷].

در این مدل، راهبردهای مقابله ای به عنوان کوششی برای افزایش سازگاری فرد با محیط و تلاش به منظور پیشگیری از بروز پیامدهای منفی شرایط فشارزا می توانند به شکل مستقیم از طریق ویژگی های جمعیت شناختی پیش بینی شوند و یا مستقیماً نحوه سازگاری را پیش بینی کنند. همچنین می توانند رابطه بین ویژگی های جمعیت شناختی و سازگاری مادران را وساطت کنند.

حمایت اجتماعی ادراک شده نیز به عنوان یک عامل مهم دیگر در این مدل به هنگام مواجهه با شرایط استرس زا می تواند از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی مانند عوامل اجتماعی و اقتصادی باعث کاهش تجربه تنش و بهبود سازگاری می شود [۴]. حمایت اجتماعی با آشفتگی والدین، استرس و سازگاری روانشناختی

نیز، در مطالعات پیشین بیشتر بر جستجوی حمایت اجتماعی تاکید شده و کمتر به حمایت اجتماعی ادراک شده پرداخته شده است. در واقع بیشتر حیطه ساختاری حمایت اجتماعی مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته است اما حیطه کارکردی (عملکردی) آن مورد غفلت واقع شده است. و تعداد بیشتری از مطالعات گذشته به خود بیماران مبتلا به سرطان و بررسی و شیوع نشانگان روانشناختی آنها و مقایسه آنها با جمعیت سالم پرداخته است. انجام چنین پژوهشی به لحاظ کاربردی نیز می تواند به برنامه ریزی مداخلات و آموزش های روانشناختی - اجتماعی برای این گروه از مادران کمک کند.

بنابراین پژوهش حاضر، در راستای پاسخدهی به این سوال است که آیا بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن و تحصیلات)، و راهبردهای مقابله ای (مساله مدار و هیجان مدار) و حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق تحلیل مسیر با سازگاری روانشناختی مادران کودکان مبتلا به سرطان به صورت مستقیم و غیر مستقیم رابطه وجود دارد؟

روش کار

اهداف پژوهش حاضر را می توان بنیادی و با توجه به کاربست یافته ها در مداخلات، از نوع کاربردی دانست. همچنین روش جمع آوری داده ها، توصیفی و طرح پژوهش، از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به سرطان بود که در نیمسال اول سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی شهر مشهد و کلینیک های متخصصین اطفال مراجعه کردند. با روش نمونه گیری هدفمند، متخصص سرطان های اطفال مادرانی که متناسب با اهداف پژوهش بودند را به پژوهشگر ارجاع داده، پژوهشگر در جلسه ارزیابی ملاک های ورود و خروج را بررسی کرده و در صورت برآورده شدن ملاک ها، و پس از شرح اهداف پژوهشی در صورت داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش اخذ می شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول استیونس، ۲۲۰ نفر انتخاب شد. نمونه مورد نظر طبق ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند.

ملاک های ورود جهت شرکت در پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، گذشتن حداقل ۲ ماه از شروع بیماری فرزند، داشتن تنها یک فرزند مبتلا

مادران کودکان مبتلا به سرطان ارتباط دارد. البته باید به این نکته نیز توجه کرد که آشفته‌گی روانشناختی که والدین کودکان مبتلا به سرطان آن را تجربه می کنند بر ادراک آنها از میزان حمایت و میزان رضایتمندی آنها از این حمایت تاثیر می گذارد [۹]. همچنین ویژگی های منحصر به فرد شخص دریافت کننده حمایت مانند سطح تحصیلات و جنسیت زن می تواند بر دریافت این حمایت تاثیر داشته باشد [۱۰].

با توجه به مجموع دیدگاه ها و یافته های پژوهشی، مدل تعاملی استرس و مقابله می تواند مناسب ترین مدل در پیش بینی سازگاری روانشناختی مادران کودکان مبتلا به سرطان باشد [۱۱]. همچنین در مورد پژوهش حاضر باید به این نکته توجه کرد که از هر گروه فرآیندهای واسطه ای مدل تامپسون یک متغیر به عنوان نماینده آن گروه انتخاب شد. فرآیندهای انتخاب این متغیرها مبتنی بر این عوامل بود: قدرت همبستگی هر متغیر و میزان سازگاری مادر، قدرت همبستگی های درونی در هر گروه و یافته های مطالعات مشابه گذشته در این حوزه. بنابراین از بین متغیرهای جمعیت شناختی، سن و سطح تحصیلات مادر و از بین سایر گروه های واسطه ای، روش های مقابله ای دارای بیشترین میزان پیش بینی سازگاری مادران بودند. نتایج پژوهش های مشابه نشان داد که متغیرهای بیماری نتوانستند سازگاری مادران را به میزان معناداری پیش بینی کنند و سهم آنها از سازگاری مادران تنها یک درصد بود و در مجموع ۴۰ درصد از میزان سازگاری مادران توسط فرآیندهای واسطه ای تبیین شده بود [۷].

با توجه به مطالب بیان شده، انجام پژوهشی در این حوزه با هدف تحلیل و تعیین مسیر رابطه مستقیم و غیر مستقیم متغیرها با یکدیگر از چند منظر ضروری می باشد. تعداد کمی از مطالعات به شکل مستقیم به بررسی عوامل زیربنایی مانند متغیرهای اجتماعی - اقتصادی پرداخته اند در صورتی که به نظر می رسد توجه به بافت گسترده ای از عوامل اجتماعی و بوم شناختی، در خانواده هایی که با تشخیص سرطان در فرزندشان مواجه شده اند ضروری باشد. زیرا این عوامل می توانند از طریق تاثیرگذاری مستقیم و یا از طریق وساطت سایر فرآیندهای فردی و خانوادگی تاثیر عمیقی بر کمیت و کیفیت سازگاری روانشناختی این گروه از جامعه داشته باشد [۱۲]. همچنین در مورد حمایت اجتماعی

به بیماری سرطان و ملاک های خروج نیز عبارت بودند از: ابتلای مادر به بیماری روانپزشکی، مواجهه با سایر رویدادهای تنش زا طی ۶ ماه گذشته که این رویدادها عبارتند از: از دست دادن فرزند و یا همسر یا پدر و مادر، مشکل مالی، ابتلای فرزند دیگر به بیماری.

ابزار

مقیاس سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری (PAIS)

این مقیاس توسط دروگیتز و دروگیتز (۱۹۹۰) ساخته شده، شامل ۴۶ سوال است که در یک مقیاس چهار درجه ای صفر تا ۳ شامل هفت حوزه جهت گیری مراقبت بهداشتی، محیط شغلی، محیط خانه، روابط جنسی، گستره روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روانشناختی است. دروگیتز و دروگیتز (۱۹۹۰) در مطالعه اصلی، پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس های ذکر شده به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۶۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ گزارش داده اند. در مجموع، بررسی ویژگی روانسنجی مقیاس سازگاری روانی - اجتماعی نسبت به بیماری حاکی از آن است که این مقیاس از شاخص های پایایی و روایی رضایت بخش برخوردار است (دروگیتز، ۱۹۸۶).

پرسشنامه مقابله لازاروس و فولکمن

این پرسشنامه توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۶۶ سوال است ۲ خرده مقیاس اصلی هیجان مدار و مساله مدار است که هر کدام از این خرده مقیاس ها به ۴ خرده مقیاس فرعی تقسیم می شوند. راهبردهای مقابله ای هیجان مدار شامل ۴ خرده مقیاس رویارویی، دوری گزینی، خویشتن داری و گریز - اجتناب و راهبردهای مسئله مدار شامل ۴ خرده مقیاس جست و جوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری و حل مدبرانه مساله و ارزیابی مجدد مثبت است و سوالات در مقیاس ۴ گزینه ای از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود. در ایران روی نمونه ۷۵۰ نفر زوج میانسال و نمونه ۷۶۳ نفر دانش آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ

در مقیاس ها از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ می باشد (مظلوم، افخمی، شمس و جلالی، ۱۳۹۲) و در پژوهش علیپور، هاشمی، باباپور و طوسی (۱۳۸۹) پایایی این آزمون برابر ۰/۸۵ به دست آمد. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS)

این مقیاس یک ابزار ۱۲ عبارتی است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از ۳ منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی توسط سیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است و دارای ۳ زیر مقیاس خانواده (عبارات ۳ و ۴ و ۸ و ۱۱)، دوستان (عبارات ۶ و ۷ و ۹ و ۱۲) و افراد مهم (عبارات ۱ و ۲ و ۵ و ۱۰) است. در این آزمون به گزینه کاملاً مخالفم ۱ امتیاز و کاملاً موافقم ۷ امتیاز تعلق می گیرد. نمره بالا در این مقیاس، بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک شده است. این مقیاس از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیر مقیاس ها بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد (حسن زاده، فرزانه و خادمی، ۱۳۹۳).

پرسشنامه جمعیت شناختی

این پرسشنامه نیز توسط محقق بر اساس هدف پژوهش طراحی شده است و شامل سوالاتی در زمینه سن مادر، سطح تحصیلات مادر، وضعیت اشتغال مادر، میزان درآمد خانواده، محل سکونت، وضعیت تاهل مادر، سن کودک، جنسیت کودک، نوع و زمان تشخیص بیماری، می باشد.

یافته ها

پژوهش حاضر با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری به روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار AMOS به بررسی ارتباط علی متغیرهای راهبردهای مقابله ای، حمایت اجتماعی ادراک شده و ویژگی های جمعیت شناختی با سازگاری روانشناختی مادران کودکان مبتلا به سرطان پرداخت. توزیع متغیرهای جمعیت شناختی مطالعه در (جدول ۱) و آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش در (جدول ۲) ارائه شده است.

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش

درصد	فراوانی		
۵۲/۷	۱۱۶	دختر	جنسیت کودکان
۴۷/۳	۱۰۴	پسر	
۱۰۰	۲۲۰	کل	
۷۴/۱	۱۶۳	لوسمیا	نوع بیماری کودک
۸/۶	۱۹	لیمفوما	
۱۷/۳	۳۸	تومور سفت	
۱۰۰	۲۲۰	کل	
۸۲/۷	۱۸۲	خانه دار	وضعیت شغلی مادر
۱۷/۳	۳۸	شاغل	
۱۰۰	۲۲۰	کل	
۳۹/۱	۸۷	سیکل	تحصیلات مادر
۱۵/۰	۳۳	دیپلم	
۲۳/۲	۵۱	فوق دیپلم	
۳/۲	۷	لیسانس	
۱۸/۶	۴۱	فوق لیسانس	
۰/۵	۱	کل	
۱۰۰	۲۲۰	کل	

جدول ۲: آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
۲۲۰	۳۴/۸۰	۷/۷۴	۵۹/۹۸
۲۲۰	۷/۲۲	۳/۴۵	۱۱/۹۳
۲۲۰	۹/۲۹	۴/۴۵	۱۹/۸۶
۲۲۰	۱۳/۱۵	۵/۳۷	۲۸/۹۰

تحلیل رگرسیون چندمتغیره همزمان استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۳) نشان داده شده است.

در بخش اول به بررسی رابطه مستقیم بین سطح تحصیلات مادران و سازگاری روانشناختی آنها پرداخته شد. برای تعیین نقش مستقیم تحصیلات مادران در سازگاری روانشناختی از

جدول ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون و واریانس پیش بینی سازگاری روانشناختی بر اساس تحصیلات

R ²	R	F	Ms	Df	SS	
		۴۲/۹ ^{**}	۲۵۰۰۵/۹۹	۱	۲۵۰۰۵/۹۹	رگرسیون
۰/۵۰	۰/۷۱		۱۱۳/۰۰	۲۱۸	۲۴۶۳۳/۹۳	باقیمانده
				۲۱۹	۴۹۶۳۹/۹۲	کل
ضرایب تاثیر، بتا و t رگرسیون						
P	T	Beta	SE	B		پیش بین
۰/۰۰۱	۱۴/۸۷	-۰/۷۱	۰/۱۶	-۲/۳۹		تحصیلات

است و این بدین معناست که تحصیلات ۷۱ درصد تغییرات سازگاری روانشناختی را تبیین می کند. ضرایب تاثیر و آماره t پیش بینی نشان می دهد که از نقش تحصیلات در سازگاری معنادار ($p < ۰/۰۵$) و ضریب تاثیر استاندارد آن ($\beta = -۰/۷۱$) است و بدین معناست که به ازای یک نمره افزایش در تحصیلات، نمره ناسازگاری ۰/۷۱ کاهش

همانطور که در (جدول ۳) نشان می دهد، میزان F محاسبه شده تحلیل واریانس (۴۲/۹) رگرسیون سازگاری روانشناختی بر اساس تحصیلات در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار بوده و نشان می دهد که متغیر پیش بین تحصیلات به صورت معناداری سازگاری روانشناختی را پیش بینی می کند که سهم تحصیلات در تبیین واریانس سازگاری برابر با ۰/۷۱

ترتیب در زیر ارائه شده اند. (جدول ۴) یافته های تحلیل مسیر مربوط به نقش تحصیلات بر سازگاری از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده را نشان می دهد.

جدول ۴: ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل تحصیلات و حمایت اجتماعی بر سازگاری

P	t	Beta	SE	B	
۰/۰۰۱	۸/۹۶	۰/۵۲	۰/۴۷	۴/۲۳	اثر مستقیم تحصیلات بر حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	۱۰/۱۵	-۰/۴۹	۰/۰۵	-۰/۵۹	اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر سازگاری
۰/۰۰۱	۸/۵۰	-۰/۴۱	۰/۴۸	-۴/۰۹	اثر مستقیم تحصیلات بر سازگاری
		-۰/۲۵			اثر غیرمستقیم تحصیلات بر سازگاری
		-۰/۶۶			اثر کل تحصیل بر سازگاری

واقع افزایش تحصیلات به صورت مستقیم منجر به کاهش ناسازگاری شده و علاوه بر این افزایش تحصیلات از طریق افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده منجر به کاهش ناسازگاری روانشناختی مادران نیز شده است. (جدول ۵) یافته های تحلیل مسیر مربوط به نقش تحصیلات بر سازگاری از طریق راهبردهای مقابله ای را نشان می دهد.

مطابق این جدول، ضریب اثر مستقیم تحصیل بر حمایت اجتماعی ۰/۵۲، حمایت اجتماعی بر سازگاری ۰/۴۹- و تحصیلات بر سازگاری ۰/۴۱- بوده و ضریب اثر غیرمستقیم تحصیلات بر سازگاری از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۲۵- می باشد. در نهایت، ضریب اثر کل تحصیل بر سازگاری نیز برابر با ۰/۶۶- به دست آمده است. در

جدول ۵: ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل تحصیلات و راهبردهای مقابله ای بر سازگاری

P	t	Beta	SE	B	
۰/۰۰۵	۲/۸۳	-۰/۱۹	۰/۲۸	-۰/۸۰	اثر مستقیم تحصیلات بر راهبرد هیجان مدار
۰/۰۰۱	۱۰/۲۳	۰/۵۷	۰/۲۸	۲/۸۵	اثر مستقیم تحصیلات بر راهبرد مسئله مدار
۰/۰۰۱	۷/۰۱	-۰/۳۷	۰/۵۳	-۳/۷۶	اثر مستقیم تحصیلات بر سازگاری
۰/۰۰۱	۸/۹۰	-۰/۴۷	۰/۱۰	-۰/۹۴	اثر مستقیم راهبرد مسئله مدار بر سازگاری
۰/۰۰۳	۲/۱۳	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۲۲	اثر مستقیم راهبرد هیجان مدار بر سازگاری
		-۰/۲۸			اثر غیرمستقیم تحصیلات بر سازگاری
		-۰/۶۶			اثر کل تحصیل بر سازگاری

تحصیلات به صورت مستقیم منجر به کاهش ناسازگاری شده و علاوه بر این افزایش تحصیلات از طریق افزایش راهبردهای مقابله ای منجر به کاهش ناسازگاری روانشناختی مادران شده است. برای تعیین نقش مستقیم سن مادران در سازگاری روانشناختی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره همزمان استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۶) نشان داده شده است.

مطابق جدول فوق، ضریب اثر مستقیم تحصیلات بر راهبردهای هیجان مدار ۰/۱۹-، بر راهبردهای مسئله مدار ۰/۵۷، و بر سازگاری ۰/۳۷- بوده و اثر مستقیم راهبرد مسئله مدار بر سازگاری ۰/۴۷- و راهبرد هیجان مدار بر سازگاری ۰/۰۹ بوده است. در زمینه اثر غیرمستقیم تحصیلات بر سازگاری روانشناختی از طریق راهبردهای مقابله ای ۰/۲۸- به دست آمده است. این یافته بدان معناست که افزایش

جدول ۶: خلاصه تحلیل رگرسیون و واریانس پیش بینی سازگاری روانشناختی بر اساس سن

R ²	R	F	Ms	Df	SS	
		۰/۲۵	۵۷/۸۶	۱	۵۷/۸۶	رگرسیون
۰/۰۰۱	۰/۰۳	۲۲۷/۴۴	۲۱۸		۴۹۵۸۲/۰۶	باقیمانده
			۲۱۹		۴۹۶۳۹/۹۲	کل
ضرایب تاثیر، بتا و t رگرسیون						
P	T	Beta	SE	B		پیش بین
۰/۶۱	۰/۵۰	-۰/۰۳	۰/۱۳	-۰/۰۶		سن

سازگاری ۰/۰۱ بوده و اثر مستقیم راهبرد مسئله مدار بر سازگاری ۰/۶۹- و راهبرد هیجان مدار بر سازگاری ۰/۲۱ بوده است. در زمینه اثر غیرمستقیم سن بر سازگاری روانشناختی از طریق راهبردهای مقابله ای ۰/۰۳- به دست آمده است. این یافته بدن معناست که افزایش سن به صورت مستقیم منجر به کاهش راهبردهای هیجان مدار شده، اما تاثیری بر راهبردهای مسئله مدار ندارد؛ همچنین سن تاثیر مستقیمی و غیرمستقیمی از طریق راهبردهای مقابله ای بر سازگاری روانشناختی مادران ندارد.

مطابق (جدول ۶)، میزان F محاسبه شده تحلیل واریانس (۰/۲۵) رگرسیون سازگاری روانشناختی بر اساس سن مادر در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار نبوده و نشان می دهد که متغیر پیش بین سن مادر به صورت معناداری سازگاری روانشناختی را پیش بینی نمی کند. در مرحله بعد از روش تحلیل مسیر برای بررسی نقش غیرمستقیم راهبردهای مقابله ای بین سن مادران و سازگاری روانشناختی آنها استفاده شد که در (جدول ۷) ارائه شده است. مطابق جدول ۷ ضریب اثر مستقیم سن بر راهبردهای هیجان مدار ۰/۱۸-، بر راهبردهای مسئله مدار ۰/۰۱، و بر

جدول ۷: ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل سن و راهبردهای مقابله ای بر سازگاری

P	t	Beta	SE	B	
۰/۰۰۶	۲/۷۴	-۰/۱۸	۰/۰۵	-۰/۱۵	اثر مستقیم سن بر راهبرد هیجان مدار
۰/۹۴	۰/۰۷	-۰/۰۰۵	۰/۰۶	-۰/۰۱	اثر مستقیم سن بر راهبرد مسئله مدار
۰/۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۰۹	۰/۰۱	اثر مستقیم سن بر سازگاری
۰/۰۰۱	۱۴/۹۵	-۰/۶۹	۰/۰۹	-۱/۴۲	اثر مستقیم راهبرد مسئله مدار بر سازگاری
۰/۰۰۱	۴/۵۰	۰/۲۱	۰/۱۱	۰/۵۱	اثر مستقیم راهبرد هیجان مدار بر سازگاری
		-۰/۰۳			اثر غیرمستقیم سن بر سازگاری
		-۰/۰۳			اثر کل سن بر سازگاری

هر یک از آنها نیز مورد بررسی قرار گرفته است. باید به این نکته توجه کرد که بررسی همزمان متغیرها مزیتی است که تنها می توان در مدل های آماری از قبیل تحلیل مسیر به بررسی آن پرداخت و از مزایای این نوع طرح ها می باشد. اما تعداد کمی از مطالعات به شکل مستقیم به بررسی عوامل زیربنایی مانند متغیرهای اجتماعی - اقتصادی پرداخته اند در صورتی که به نظر می رسد توجه به بافت گسترده ای از عوامل اجتماعی و بوم شناختی، در خانواده هایی که با تشخیص سرطان در فرزندشان مواجه شده اند ضروری باشد. زیرا این عوامل می توانند از طریق تاثیرگذاری مستقیم و یا از طریق وساطت سایر فرآیندهای

بحث

با توجه به آنچه گفته شد، بررسی تاثیر متغیرهای جمعیت شناختی و روانشناختی، و سازگاری روانشناختی به عنوان پیامد بحران ضروری به نظر می رسد زیرا تفاوت در میزان سطوح سازگاری می تواند به تفاوت در سطوح منابع در دسترس آنها برای سازگاری مربوط باشد. تاکنون ممکن است مطالعات زیادی در این حوزه انجام شده و اثرات مستقیم هر یک از متغیرها را مورد بررسی قرار داده باشد اما مزیت این مطالعه با بکارگیری مدل تحلیل مسیر، علاوه بر بررسی اثرات مستقیم، اثرات غیر مستقیم

فردی و خانوادگی تاثیر عمیقی بر کمیت و کیفیت سازگاری روانشناختی این گروه از جامعه داشته باشد [۱۲]. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که تاثیر سطح تحصیلات مادران بر سازگاری روانشناختی آنها معنی دار بوده است که با نتایج مطالعات بمیس، یارویی، گارهارد، واناتا، دجاردینس و همکاران (۲۰۱۵)، کارلسون، اسمیت، هاینس، فیس و پیرس (۲۰۱۳)، کوهن و جانیکی - دورت (۲۰۱۲)، سایسه، لینگستاد، کرادوال (۲۰۱۱) همخوان است [۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳]. همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان متغیر روانشناختی بر میزان سازگاری روانشناختی مادران تاثیر معناداری داشت که با مطالعات لیندهال، لیندبلد و بمن (۲۰۰۵)، دیویس، برون، بیکن، کمپل (۱۹۹۸) همخوان است [۱۷، ۷]. افزایش تحصیلات از طریق افزایش حمایت اجتماعی منجر به کاهش ناسازگاری روانشناختی مادران نیز شده است که با مطالعه نیکولا و همکاران (۲۰۱۵) همخوان است [۹].

در تبیین یافته های فوق چنین می توان گفت که تاثیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر سازگاری روانشناختی مادران در دو فرآیند مورد توجه قرار گرفته است. اولین فرآیند بیانگر تاثیر مسقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر سازگاری است. مطابق با این ساز و کار، سطوح بالاتر حمایت اجتماعی ادراک شده می تواند با اضطراب و استرس کمتر و در نتیجه سازگاری روانشناختی بهتر با وقایع استرس زا مانند ابتلای کودک به بیماری مرتبط باشد. البته در این پژوهش منظور از حمایت اجتماعی، نوع عملکردی (کارکردی) آن است که به درک کفایت و در دسترس بودن آن و همچنین رضایت داشتن از دریافت آن اشاره دارد. حمایت اجتماعی زمانی مفید به نظر می رسد که فرد بداند زمانی که نیاز دارد، حمایت می شود و منابع حمایتی در دسترس است [۱۸]. درک حمایت اجتماعی دارای تاثیری همه جانبه است که وجود آن فرد را در مقابله با هر رویدادی تجهیز می سازد و می تواند به ارتقا رفتارهای سازگارانه کمک کند. البته باید به این نکته نیز توجه کرد که آشفته گی روانشناختی که والدین کودکان مبتلا به سرطان آن را تجربه می کنند بر ادراک آنها از میزان حمایت و میزان رضایتمندی آنها از این حمایت تاثیر می گذارد [۹] و با حیطه ساختاری که به همه افراد شناخته شده بوسیله فرد اشاره دارد متفاوت است.

از طرفی ویژگی های منحصر به فرد شخص دریافت کننده حمایت مانند سطح تحصیلات و جنسیت زن می تواند بر

دریافت این حمایت تاثیر داشته باشد [۱۰] که می تواند تبیین کننده تاثیرگذاری غیر مستقیم سطح تحصیلات بر سازگاری روانشناختی باشد. از آنجا که دریافت حمایت اجتماعی کافی می تواند برای افرادی با سطح تحصیلات پایین که در سطوح اجتماعی اقتصادی پایین زندگی می کنند یک چالش باشد و دسترسی به منابع مادی و روانشناختی برای مقابله با استرس مزمن محدود می شود، بنابراین فردی که در چنین شرایطی زندگی می کند سخت تر با استرس سازگار شود [۱۹]. از طرفی، سطوح بالاتر تحصیلی می تواند دسترسی راحت تر به منابع را افزایش دهد و به دریافت حمایت های اجتماعی موثرتر کمک کند و از این طریق نقش مهمی را در افزایش سازگاری روانی - اجتماعی مادران ایفا کند [۲۰]. بنابراین از آنجا که سطوح سازگاری روانی - اجتماعی مراقبین اصلی کودکان مبتلا به سرطان تحت تاثیر حمایت اجتماعی ادراک شده آنهاست و ادراک چنین حمایتی خود تاثیر گرفته از متغیرهای جمعیت شناختی مانند سطح تحصیلات مراقبین است، می توان گفت حمایت اجتماعی ادراک شده می تواند نقش متغیر واسطه ای را در این میان ایفا کند.

در این پژوهش راهبردهای مقابله ای ارتباط مستقیم معناداری با سطح تحصیلات مادران داشتند. افزایش سطح تحصیلات با بکارگیری بیشتر راهبردهای مسئله مدار و بکارگیری کمتر راهبردهای هیجان مدار ارتباط داشتند که با نتایج مطالعه روح افزا و همکاران (۱۳۸۹) همخوان است [۲۱]. راهبردهای مقابله ای از طرفی راهبردهای مقابله ای در دو سبک مسئله مدار و هیجان مدار توانستند به صورت مستقیم بر سازگاری روانشناختی مادران تاثیر معنادار داشته باشند اما توجه به این نکته ضروری است که بکارگیری بیشتر راهبردهای هیجان مدار باعث کاهش سازگاری روانشناختی و بکارگیری بیشتر راهبردهای مسئله مدار باعث افزایش سازگاری این مادران می گردد که این نتایج با مطالعات کاتون، کیم و پارک (۲۰۱۶)، فلتون، رونسون و هنریسن (۱۹۸۴)، حسینی، زهراکار، داورنیا، و شاکرمی (۱۳۹۵)، غضنفری و قدم پور (۱۳۸۷) همخوان است [۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲]. همچنین افزایش تحصیلات از طریق افزایش راهبردهای مقابله ای منجر به کاهش ناسازگاری روانشناختی مادران شده است که با مطالعه روح افزا و همکاران (۱۳۸۹) و باشر، کریم، سولطانا، حسین (۲۰۱۲) همخوان است [۲۶، ۲۱].

تاثیر راهبردهای مقابله ای بر سازگاری روانشناختی مادران

از طریق دو فرآیند مورد توجه قرار گرفته است. مقابله به عنوان کوششی برای افزایش سازگاری فرد با محیط و تلاش به منظور پیشگیری از بروز پیامدهای منفی شرایط فشارزا توصیف شده است. راهبردهای مقابله با استرس در دو طبقه کلی مسئله مدار که به موجب آن افراد دقیقاً به رویداد استرس زا توجه کرده و می‌کوشند اقدامات موثری انجام دهند و هیجان مدار که به موجب آن افراد سعی می‌کنند واکنش هیجانی خود را ضعیف کنند تقسیم بندی می‌شوند. راهبردهای مقابله ای مساله مدار شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش زا است و سعی دارد تا منبع تنیدگی را حذف کرده یا تغییر دهد و شامل تعریف کردن مشکل، خلق راه حل های متناوب، سنجش جایگزین ها و از بین آنها انتخاب کردن، یادگیری مهارت های جدید و تغییر اهداف متناسب با مطالبات است، راهبردهای مقابله ای هیجان مدار شامل خیالات پوچ، پرت کردن حواس و توجه به خود، جستجوی حمایت اجتماعی و تنظیم هیجانات شخص است [۲۷] و افرادی که از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار استفاده می‌کنند از رویارویی با فشار روانی که می‌تواند گاهی منبع اصلی مشکلات آنها باشد می‌گریزند و روش های مقابله ای فوق منجر به کاهش سازگاری و پیدایش مشکلات روانی از جمله افسردگی و اضطراب در آنان می‌گردد [۲۸]. استفاده از راهبرد هیجان مدار، فرد را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی او برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می‌شود و سازگاری روانشناختی را کاهش می‌دهد.

همچنین سطح تحصیلات مادران می‌تواند با سبک مقابله ای آنها مرتبط باشد که می‌تواند تبیین کننده تاثیرگذاری غیر مستقیم آنها بر سازگاری روانشناختی باشد. افزایش سطح با تقویت کارکرد عقلانی، بر سبک های مقابله ای سازگارانه اثر دارد. کارکرد عقلانی بهتر زمینه را ای بکارگیری موثر مهارت شناختی شده که مهارت های شناختی ویژگی مشترک سبک های مقابله مسئله مدار است [۲۵]. راه های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه حل های مناسب برای مشکل رضایت روان شناختی حاصل می‌شود. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش و سازگاری روانی - اجتماعی مادران را افزایش می‌دهد.

از طرف دیگر ناتوانی در بکارگیری توانمندی های شناختی منجر به انکار و انفعال شد که خصوصیت مشترک مقابله ناکارآمد هیجانی با موقعیت استرس زا است. استفاده از راهبرد هیجان مدار، فرد را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی او برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می‌شود و سلامت روانی و در نهایت سازگاری روانی - اجتماعی مادران را کاهش می‌دهد. بنابراین از آنجا که سطوح سازگاری روانی - اجتماعی مراقبین اصلی کودکان مبتلا به سرطان تحت تاثیر راهبردهای مقابله ای آنهاست و بکارگیری راهبردهای مسئله مدار و یا هیجان مدار تاثیر گرفته از متغیرهای جمعیت شناختی مانند سطح تحصیلات مراقبین است، می‌توان گفت راهبردهای مقابله ای می‌تواند نقش متغیر واسطه ای را در این میان ایفا کند. در ادامه پژوهش، نتایج مطالعه در مورد سن نیز نشان داد که سن مادران نمی‌تواند پیش بینی کننده سازگاری روانی - اجتماعی آنها باشد. این یافته با مطالعه (وایت و اسپکتور، ۱۹۸۵) ناهمخوان است [۲۹]، اما مطالعات دیگر چنین اثر خطی را نشان نداده اند (کلارک، اوسوالد، و ار، ۱۹۹۶) و با نتایج این مطالعه همخوان است [۳۰]. همچنین افزایش سن به صورت مستقیم منجر به کاهش راهبردهای هیجان مدار شده، اما تاثیری بر راهبردهای مسئله مدار ندارد؛ همچنین سن تاثیر مستقیمی و غیرمستقیمی از طریق راهبردهای مقابله ای بر سازگاری ندارد که با مطالعه (آلدوین، ساتون، کایرا و شاپیرو، ۱۹۹۶) همخوان است [۳۱] و با مطالعه (استرکن، ۱۹۹۶) ناهمخوان است [۳۲].

از دلایلی که رابطه سن و سازگاری روانشناختی در این مطالعه معنادار نشد می‌تواند به حجم نمونه پایین و خطی نبودن چنین رابطه ای اشاره کرد. بسیاری از مطالعات نشان داده که در شرایط چالش برانگیز که نیازمند سازگاری با تغییرات جدید است، رابطه سن با سازگاری روانشناختی افراد می‌تواند به شکل منحنی U تبیین شود. یعنی میزان سازگاری با تغییرات و بهزیستی روانشناختی در سنین پایین تر کم بوده و با افزایش سن بهتر می‌شود. افراد با سن بالاتر از گذار تجربه ممکن است بتوانند بهره موثرتری از منابع مقابله ای خود ببرند و سطح تنش کمتری را تجربه کنند. اینگونه به نظر می‌رسد که افراد با سنین بالاتر کمتر از راهکارهایی مانند فرار، پرخاشگری و اجتناب استفاده می‌کنند که انجام تحلیل های مبتنی بر منحنی U شکل

نتیجه گیری

در نهایت به عنوان نتیجه گیری کلی چنین می توان گفت که در این پژوهش، مفروضه های کلی مدل تامپسون و همکاران در مورد سازگاری روانشناختی مادران تایید شد. بدین معنا که رابطه بین بیماری کودک و پیامد آن، یعنی سازگاری روانشناختی مادر تابعی از تعامل بین متغیرهای جمعیت شناختی تأثیرگذار مانند سطح تحصیلات مادران و متغیرهای میانجی مانند راهبردهای مقابله ای و حمایت اجتماعی ادراک شده است که فرض می شود بر سازگاری تأثیر گذار هستند. با این حال بعضی از مسیرها نیازمند برخی اصلاحات اند.

در پژوهش حاضر نمونه مورد بررسی دارای طبقات سنی مشخص برای مادران نبود، به نحوی که بتوان تغییرات مرتبط با سازگاری را در طبقاتی مشخص کاوید. از همین رو پیشنهاد می شود در مطالعات آتی از طبقات سنی مشخص و مجزا استفاده نمود.

حجم نمونه مورد نظر با استفاده از روش غیرتصادفی بدست آمده که تعمیم پذیری نتایج را با چالش مواجه می سازد. بنابراین پیشنهاد میشود در پژوهش های آتی با بکارگیری روش های نمونه گیری تصادفی، به تعمیم پذیری نتایج

کمک شود. همچنین در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی، به پیامد نهایی سازگاری مادر یعنی سازگاری کودک بیمار (برابر با مدل تامپسون و همکاران) پرداخته نشد. از این رو ارزیابی سازگاری روانی کودک بیمار به عنوان متغیر اثرگذار و اثرپذیر از سازگاری روانشناختی مادر می تواند از پیشنهادات پژوهشگر برای مطالعات آینده باشد. محدودیت دیگر پژوهش، عدم تفکیک کودکان بیمار بر اساس دوره های درمانی بود که می توان در مطالعات آتی سازگاری مادران را در مراحل مختلف بیمار مانند تشخیص، شروع درمان و پیگیری درمان بررسی کرد زیرا در هر دوره درمانی، سازگاری مادران می تواند دستخوش تغییراتی شود.

پیشنهاد کاربردی این پژوهش می تواند طراحی مداخلات آموزشی در جهت افزایش و بهره بردن موثر از حمایت های اجتماعی موجود و آموزش شیوه های مقابله سازگارانمانند شیوه های مقابله مسئله مدار برای مادران باشد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری با کد ۱۴۲۲۸۳۸ می باشد. در انتها پژوهشگران لازم می دانند از تمامی مادرانی که صبورانه در پیگیری اهداف پژوهش یاری نمودند، قدردانی نمایند.

References

1. Asghari-Nekah SM, Jansouz F, Kamali F, Taherinia S. The Resiliency Status and Emotional Distress in Mothers of Children with Cancer. *J Clin Psychol* 2015; 1 (25): 15-26.
2. Seyyed Tabaei SR, Rahmatinejad P, Sehat R. The Prevalence of Behavioral Symptoms of Psychological Disorders in Cancer Patients. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2015; 9(36): 27-36.
3. Kohlsdorf M, Costa Junior ÁL. Psychosocial impact of pediatric cancer on parents: a literature review. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2012;22(51):119-29. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000100014>
4. Pirbodaghi M, Rasouli M, Ilkhani M, Alavi Majd H. An investigation of factors associated adaptation of mothers to disease of child with cancer based on roy model testing. *Qom Univ Med Sci J* 2016;9(11):41-50.
5. Hosseini Qomi T, Salimi Bajestani H. The Effect of Resiliency Education on the Stress of Mothers with Cancer Children in Imam Khomeini Hospital, Tehran. *Health Psychology* 2013;1(4):97-109.
6. Masa'Deh R, Collier J, Hall C. Parental stress when caring for a child with cancer in Jordan: a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcome* 2012; 10 (1):88. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-88>
7. Davis CC, Brown RT, Bakeman R, Campbell R. Psychological adaptation and adjustment of mothers of children with congenital heart disease: Stress, coping, and family functioning. *J Pediatr Psychol* 1998;23(4):219-28. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/23.4.219>
8. Thompson Jr RJ, Gil KM, Burbach DJ, Keith BR, Kinney TR. Psychological adjustment of mothers of children and adolescents with sickle cell disease: The role of stress, coping methods, and family functioning. *J Pediatr Psychol* 1993; 18(5): 549-59.

- <https://doi.org/10.1093/jpepsy/18.5.549>
9. Nicolaou CN, Kouta C, Papathanasoulou E, Middleton N. Perceived Social Support among Greek-Cypriot Mothers of Children with Cancer and Mothers of Healthy Children. *Int J Caring Sci* 2015; 8 (2): 241.
 10. Handley SM. Perceived social support in young adults with cancer and the camp experience (Doctoral dissertation, Montana State University-Bozeman, College of Nursing), 2004.
 11. Klassen A, Raina P, Reineking S, Dix D, Pritchard S, O'Donnell M. Developing a literature base to understand the caregiving experience of parents of children with cancer: a systematic review of factors related to parental health and well-being. *Support Care Canc*. 2007;15(7):807-18. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0243-x>
 12. Barakat LP, Kazak AE, Gallagher PR, Meeske K, Stuber M. Posttraumatic stress symptoms and stressful life events predict the long-term adjustment of survivors of childhood cancer and their mothers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2000 ;7(4):189-96. <https://doi.org/10.1023/A:1009516928956>
 13. Bemis H, Yarboi J, Gerhardt CA, Vannatta K, Desjardins L, Murphy LK, Rodriguez EM, Compas BE. Childhood cancer in context: sociodemographic factors, stress, and psychological distress among mothers and children. *J Pediatr Psychol* 2015 ;40(8):733-43. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv024>
 14. Karlson CW, Smith ML, Haynes S, Faith MA, Pierce J, Elkin TD, Megason G. Risk for psychosocial problems in pediatric cancer: Impact of socioeconomic factors. *Child Health Care* 2013 ;42(3):231-47. <https://doi.org/10.1080/02739615.2013.816602>
 15. Cohen S, Janicki-Deverts DE. Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *J Appl Soc Psychol* 2012 ;42(6):1320-34. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x>
 16. Syse A, Lyngstad TH, Kravdal O. Is mortality after childhood cancer dependent on social or economic resources of parents? A population-based study. *Int J Canc* 2012 ;130(8):1870-8. <https://doi.org/10.1002/ijc.26186>
 17. Norberg AL, Lindblad F, Boman KK. Coping strategies in parents of children with cancer. *Soc Sci Med* 2005 ;60(5):965-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.030>
 18. Barg FK, Gullatte MM. Cancer support groups: Meeting the needs of African Americans with cancer. *Semin Oncol Nurs* 2001;17(3):171-178. <https://doi.org/10.1053/sonu.2001.25946>
 19. Matthews KA, Gallo LC. Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annu Rev Psychol* 2011; 62:501-30. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130711>
 20. Moser DK, Clements PJ, Brecht ML, Weiner SR. Predictors of psychosocial adjustment in systemic sclerosis. *Arthritis Rheum* 1993;36(10):1398-405. <https://doi.org/10.1002/art.1780361012>
 21. Roohafza H, Sadeghi M, Shirani S, Bamonar A, Mackie M, Sarafzadegan N. Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies in Isfahan Healthy Heart Program, Iran. *C M J*. 2009;50(4):380-6. <https://doi.org/10.3325/cmj.2009.50.380>
 22. Khatun S, Kim HS, Park HB. Factors affecting maternal coping in Korean mothers of children with cancer. *Open J Nurs* 2016; 6:751-766. <https://doi.org/10.4236/ojn.2016.69076>
 23. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc Sci Med* 1984;18(10):889-98. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90158-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90158-8)
 24. Hosseini A, Zahrakar K, Davarniya R, Shakarami M. Prediction of vulnerability to stress based on social support, resiliency, coping strategies and personality traits among university Students. *Journal of Researches of Cognitive and Behavioral Sciences* 2016-1017;6 (2):27-43.
 25. Ghazanfari F, Kadampoor, A. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2008; 9 (37): 47-54.
 26. Basher MA, Karim MR, Sultana N, Hossain KJ, Kamal MM. Parent stress in childhood cancer. *Bangladesh Med J* 2012;41(1):8-13. <https://doi.org/10.3329/bmj.v41i1.18773>
 27. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company; 1984 Mar 15.
 28. Esmaeili M, Etemaddar N, Gholampoor U. The Relationship between Personality and Coping Styles According to the Mediating Role of

- Resilience in Patients with Multiple Sclerosis (MS). Journal of Fasa University of Medical Sciences 2017;6(4): 504-511.
29. White AT, Spector PE. An investigation of age-related factors in the age-job-satisfaction relationship. Psychol Aging 1987;2(3):261. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.3.261>
 30. Clark A, Oswald A, Warr P. Is job satisfaction U-shaped in age? J Occup Organ Psychol 1996; 69(1):57-81. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1996.tb00600.x>
 31. Aldwin CM, Sutton KJ, Chiara G, Spiro A. Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the Normative Aging Study. J GerontolBPsycholSciSocSci1996;51(4):179-88. <https://doi.org/10.1093/geronb/51B.4.P179>
 32. Sterken DJ. Uncertainty and coping in fathers of children with cancer. J Pediatr Oncol Nurs 1996; 13 (2):81-8. [https://doi.org/10.1016/S1043-4542\(96\)90059-4](https://doi.org/10.1016/S1043-4542(96)90059-4) <https://doi.org/10.1177/104345429601300206>