مقایسه راهبردهای مقابله ای و سرسختی روان شناختی بین والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان

اصغر جعفری[1*]، فاطمه حسامپور[1]

۱) گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۵/۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۲

چکیده

مقدمه: سرطان کودک به عنوان یک بیماری شایع و مزمن والدین را تحت تاثیر قرار می دهد و فرآیند درمان آن به ویژگی ها و توانمندی های روان شناختی والدین بستگی دارد. بنا بر این پژوهش حاضر با هدف مقایسه راهبردهای مقابله ای و سرسختی روان شناختی بین والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش علی مقایسه ای بود. جامعه آماری کلیه والدین کودکان سرطانی تحت درمان در بیمارستان محک تهران در سال ۱۳۹۴ بودند. ۵۰ کودک سرطانی پاسخ به درمان و ۵۰ کودک سرطانی عدم پاسخ به درمان به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. راهبردهای مقابله ای و سرسختی روان شناختی والدین به وسیله پرسش نامه های راهبردهای مقابله ای(WOCQ) و دیدگاه های شخصی کوباسا(P.V.S) اندازه گیری و داده ها با استفاده از آزمون t مستقل تحلیل شدند.

یافته های پژوهش: نتایج پژوهش نشان داد که بین راهبردهای مقابله ای مسئله مدار(جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مسئله برنامه ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان مدار(رویارویی مستقیم، دوری جویی، فرار-اجتناب، خویشتن داری) و ویژگی سرسختی روان شناختی والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان تفاوت معناداری وجود دارد($P<0.01$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج شواهدی را پیشنهاد می کند که راهبرد مقابله ای مسئله مدار و ویژگی شخصیتی سرسختی روان شناختی در والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت به درمان بالاتر از والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده منفی به درمان است. به عبارتی دیگر، راهبرد مقابله ای مسئله مدار و ویژگی سرسختی روان شناختی والدین می توانند در درمان کودک سرطانی آنان تاثیر مثبت داشته باشد. لذا پیشنهاد می شود در شروع فرآیند درمان کودکان سرطانی، نسبت به بهبود راهبرد مقابله ای مسئله مدار و ویژگی سرسختی روان شناختی والدین یا مراقبین کودک اقدام شود.

واژه های کلیدی: راهبرد مقابله، سرسختی روان شناختی، والدین، کودکان سرطانی، پاسخ به درمان

*نویسنده مسئول: گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

Email:Aa_jafari@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

مقدمه

بیماری سرطان کودک در جهان رو به افزایش است(۱). تشخیص سرطان در دوران کودکی یک تجربه آسیب زا برای مراقبان آن ها می باشد که موجب توجه روز افزون متخصصین به ارائه راهبردهایی برای کاهش استرس های ناشی از این بیماری برای والدین آن ها شده است(۲،۳). اثرات روانی تشخیص سرطان بر روی کودکان و والدین آن ها در پژوهش های بایات و همکاران، ماسادح، پاپ و پولاپ بررسی شده است(۷-۴). سالانه در جهان از هر صد هزار کودک، ۳ تا ۴ کودک به سرطان مبتلا می شوند و سالانه در ایران ۱۰۰ تا ۱۱۰ هزار نفر به سرطان مبتلا می شوند که ۳۵۰۰ نفر مربوط به کودک می باشد. این موضوع فشار روانی زیادی را به فرد و خانواده وارد می کند(۸). به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی مدت شیمی درمانی را بپذیرد. معالجه هفته ها یا ماه ها به طول انجامد و عوارض جانبی آن می تواند به صورت تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، سوختگی های پوستی و مشکلات روانی بروز نماید(۹،۱۰). زمانی که والدین با تشخیص سرطان کودکشان روبرو می شوند، معمولاً احساس گناه می کنند. بستری شدن های طولانی مدت به منظور درمان می تواند مانع یک ادامه زندگی طبیعی شود(۱۱). هم چنین نتایج پژوهش های متعدد نشان داده اند که داشتن فرزند سرطانی باعث افزایش سطح استرس والدین، کاهش راهبردهای مقابله ای مناسب و کاهش تاب آوری در مقایسه با والدین کودکان سالم و والدین کودکان مبتلا به دیگر بیماری های مزمن می شود(۱۴-۵،۱۲). نتایج پژوهش ها در فرهنگ های مختلف، افزایش سطوح استرس، اضطراب و افسردگی پس از تشخیص سرطان در بین والدین در طول زمان را گزارش کرده اند(۱۵،۱۶). پدر و مادر به عنوان یکی از منابع اصلی حمایت عاطفی برای کودکان مبتلا به سرطان به رسمیت شناخته شده اند(۱۷،۱۸). با این حال، توانایی پدر و مادر به ارائه مراقبت و حمایت از کودکان سرطانی خود، به راهبردهای مقابله با استرس آنان در رویارویی با سرطان و عواقب آن بستگی دارد(۱۱). نتایج پژوهش دان و همکاران نشان داد، علائم استرس پس از سانحه، کاهش سرسختی روان شناختی و تاب آوری در رفتارهای والدین کودکان مبتلا به سرطان دیده می شود(۱۹). والدین این کودکان با مشاهده درد، بستری شدن مکرر در بیمارستان، و عوارض جانبی درمان سرطان مانند ریزش مو، هزینه های سنگین درمانی در معرض اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی و کاهش سلامت روانی و جسمی قرار می گیرند(۲۰).

امروزه پژوهشگران پرسش های دقیق تری در مورد راهبردهای مقابله ای والدین کودکان سرطانی برای مدیریت زندگی خانوادگی مطرح نموده اند: آیا راهبردهای مقابله ای خاصی در والدین وجود دارد که بتواند به بهبود سلامتی فرزندان کمک کند؟ و چگونه می توان سبک مقابله ای والدین را ارزیابی نمود؟(۲۱). اغلب افراد از سه نوع راهبرد مقابله ای اصلی استفاده می کنند، اما دلالت های مثبت و منفی راهبردهای مقابله ای به ویژگی های خاص فرد یا خانواده و هم چنین منابع موجود و ویژگی های موقعیتی بستگی دارد(۲۲). راهبرد مقابله ای یکی از جنبه های مهم، الگوی واکنش های سازش یافته و انطباقی خانواده(FAAR) می باشند(۲۳)، زیرا در مواجهه والدین با یک رخداد استرس زا مانند بیماری سرطان فرزند، منابع خانوادگی سعی در حفظ تعادل دارند از این رو منابع خانواده می توانند به تعدیل استرس کمک کنند و شامل مواردی از قبیل منابع جسمانی، روانی و اجتماعی و رفتارهای مقابله ای می باشد(۲۴). راهبردهای مقابله ای به عنوان روندی پویا در نظر گرفته می شوند که در آن از منابع موجود درون روانی خانواده استفاده می شود که خود تأییدی برای الگوی واکنش های سازش یافته و انطباقی والدین فراهم می سازد(۲۵). در الگوی FAAR هم چنین مقابله به عنوان یک متغیر میانجی احتمالی در نظر گرفته می شود که به خانواده کمک می کند تا خود را با نیازهای بیماری تطبیق دهند(۲۶). لازارسون و فولکمن، سه نوع راهبرد مقابله ای اجتنابی، متمرکز بر مسئله، و متمرکز بر هیجان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

(عواطف) را مطرح کردند. پژوهشگران معتقدند که در شرایط بیماری، اجتناب بی اثر است زیرا فرد توانایی کمی برای مداخله در راستای کاهش خطر و یا آسیب ناشی از موقعیت دارد. اما نتایج پژوهش های مرتبط با اجتناب، دلالت های منفی و مثبتی را آشکار ساخته اند. برای مثال، هنگامی که نمی توان هیچ اقدام مستقیمی برای غلبه بر آسیب و یا تهدید انجام داد، اجتناب می تواند مفید باشد، و ممکن است در برخی از شرایط خاص قابل انطباق باشد. برای مثال، والدین کودکان مبتلا به سرطان با پیگیری روند درمان می توانند شدت موقعیت آسیب زا را کاهش دهند(۲۷). بنا بر این لازمه مواجهه مناسب با عوامل فشار روانی، کسب مهارت های مقابله با استرس و انعطاف پذیری است. اتخاذ شیوه های مواجهه مناسب در برابر فشار روانی می تواند از تاثیر منفی آن ها بر سلامت روانی افراد بکاهد در نتیجه سازگاری هر چه بیشتر آنان را منجر شود. راهبرد مقابله ای مسئله مدار شامل راهبردهای رویارویی فعال، برنامه ریزی، خودداری از انجام فعالیت های رقابتی، خودداری از اعمال عجولانه و جستجوی حمایت ابزاری می باشد و راهبرد مقابله ای هیجان مدار مثبت شامل راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی مبتنی بر هیجان، تغییر مجدد مثبت، پذیرش، شوخی و مذهب می باشد و راهبرد مقابله منفی شامل انکار، عدم درگیری ذهنی با مسئله، عدم درگیری رفتاری در جهت مسئله، تمرکز بر هیجان و تخلیه آن با استفاده از دارو و الکل می باشد(۳۰-۲۸). به عبارتی دیگر، راهبردهای مسئله محور بیشتر در موقعیت هایی مناسب هستند که بتوان چیزی را انجام داد و راهبردهای هیجان محور بیشتر مناسب موقعیت هایی است که باید چیزی پذیرفته شود(۳۱). همان طوری که گرینینگ و استاپلبایین در پژوهشی بر روی والدین کودکان مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که، بین افسردگی، استرس پس از حادثه، و اضطراب با استفاده والدین از راهبردهای مقابله ای متمرکز بر مسئله رابطه منفی وجود دارد(۳۳).

هم چنین یکی از ویژگی های روان شناختی والدین که می تواند در مواجه با بیماری سرطان فرزند و درمان آن نقش داشته باشد، سرسختی روان شناختی آنان می باشد. که برای اولین بار توسط کوباسا به عنوان یک ویژگی شخصیتی مثبت و کارآمد مطرح شد که در هنگام مواجهه با حوادث استرس زای زندگی می تواند به عنوان یک منبع مقاومت، عمل کند، سرسختی روان شناختی از سه مولفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده و در عین حال یک ساختار واحد محسوب می شود. تعهد، با بسیاری از جنبه های زندگی مانند خانواده، شغل و روابط بین فردی درآمیخته است که موجب می شود فرد، معنا و هدفمندی زندگی را دریابد. کنترل، باوری است مبنی بر این که می توان رویدادهای زندگی و پیامدهای آن را پیش بینی و کنترل کرد و یا حتی آن ها را تغییر داد و مبارزه جویی عبارت است از این باور که تغییر، جنبه عادی از زندگی است و وضعیت های مثبت یا منفی که به سازگاری های مجدد نیاز دارند، نه تنها تهدیدی برای امنیت و آسایش فرد نیستند بلکه فرصتی برای رشد و یادگیری بیشتر فراهم می کند(۳۴). برخی هم معتقدند که سرسختی روان شناختی، باعث افزایش احساس عزت نفس در افراد شده و به نوبه خود، مقاومت آنان را در برابر فشارهای روانی، افزایش می دهد(۳۶). از این رو کسانی که که از سرسختی روان شناختی بالاتری برخوردار باشند به طور موثری با مشکلات مقابله می کنند و فشارهای روانی در زندگی خود را کاهش می دهند(۳۷) و آن را به عنوان یک تعدیل کننده رابطه استرس و بیماری در نظر می گیرند(۳۷). نتایج پژوهش بن زار و همکاران، کوباسا نشان می دهد افرادی که پس از تجربه استرس زیاد، هم چنان به لحاظ جسمانی و روانی سالم می مانند، دارای ویژگی های شخصیتی خاصی مانند انعطاف پذیری سرسختی ارتباطی منفی با استرس دارد(۳۸،۳۹). شاید علت این باشد که افراد سرسخت عوامل استرس زای کمتری را در محیط خود ادراک می کنند و در عوض بر ابعاد مثبت موقعیت تمرکز می کنند و انعطاف پذیری شناختی بیشتری در ارزیابی شرایط و عامل استرس زا دارند(۳۹). در نتیجه، سرسختی می تواند موجب افزایش به کارگیری راهبردهای مقابله ای کارآمد و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

اثربخش شده و به این صورت تجربه استرس را کاهش دهد.

به طور کلی با توجه به نتایج پژوهش های ذکر شده، چگونگی کنارآمدن و سازش یافتن والدین با بیماری سرطان فرزندشان، یکی از عوامل بسیار مهم در بهبود فرآیند درمان سرطان می باشد. از آن جایی که پژوهشی در خصوص نقش رفتارها و ویژگی های روان شناختی والدین در چگونگی پاسخ به درمان کودکان سرطانی انجام نگرفته است، پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سوال است که آیا بین راهبردهای مقابله ای و سرسختی روان شناختی والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. به این صورت که پس از تعیین نمونه پژوهش، پژوهشگر آزمودنی ها را طی یک فراخوان در یک جلسه جمع نمود و پس از انجام صحبت های لازم در خصوص اهداف پژوهش، محرمانه بودن نتایج پژوهش و الزامی نبودن نوشتن اطلاعات شخصی در پرسش نامه ها، پرسش نامه های راهبردهای مقابله ای(WOCQ) و پرسش نامه دیدگاه های شخصی کوباسا(P.V.S) به عنوان ابزار پژوهش به والدین بیماران داده شد و از آنان خواسته شد که صادقانه به سوالات پاسخ دهند. جامعه آماری کلیه بیماران سرطانی تحت درمان در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان محک تهران بودند. نمونه مورد مطالعه در تحقیق حاضر ۱۰۰ نفر بود. که به روش نمونه گیری در دسترس ۵۰ کودک سرطانی دارای پاسخ مثبت به درمان و ۵۰ کودک سرطانی پاسخ منفی به درمان به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و پرسش نامه ها توسط والدین آنان تکمیل شدند.

مقیاس بررسی دیدگاه های شخصی: مقیاس بررسی دیدگاه های شخصی، دارای ۵۰ ماده است که آزمودنی در برابر هرماده بر اساس آن که این ماده تا چه میزان در مورد وی مصداق دارد، پاسخ خود را دریک مقیاس چهار درجه ای از صفر(اصلاً درست نیست) تا سه(کاملاً صحیح است) مشخص می نماید. این آزمون دارای سه مؤلفه اصلی تعهد، چالش و کنترل است که هر یک به ترتیب ۱۷،۱۶،۱۷ ماده را به خود اختصاص داده اند. نمونه هایی از مواد مربوط به مولفه تعهد(۱-اغلب روزها با شوق از خواب بیدار می شوم تا زندگیم را از جایی که در روز قبل ناتمام مانده ادامه دهم و ۲-برایم هیجان انگیز است که درباره خودم چیزهایی بدانم)، مولفه چالش(۱-در کارم تنوع و گوناگونی را دوست دارم و ۲-از این که مجبور شوم در برنامه روزانه ام تغییری ایجاد کنم احساس ناراحتی می کنم) و مولفه کنترل(۱-غالباً احساس می کنم که با انجام اعمال امروز خود می توانم روند اتفاقاتی را که ممکن است فردا رخ دهد تغییر دهم و ۲-غالباً برایم دشوار است که نظر دوست خود را درباره چیزی تغییر دهم). نمرات ۳۹ ماده از آزمون به شکل وارونه در نظر گرفته می شود. در مجموع یک نمره کلی برای سخت رویی و سه نمره برای مولفه های مجزا به دست می آید. ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه تعهد ۰/۹۵ و برای مولفه کنترل ۰/۹۴ و برای مولفه چالش طلبی ۰/۹۱ گزارش شده است(۴۰).

پرسش نامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن (WCQ): این پرسش نامه توسط لازاروس و فولکمن(۴۱) تهیه شده است و دارای ۶۶ سوال است که در مقیاس ۴ گزینه ای(از ۱ تا ۴) نمره گذاری می شود. نمره گذاری پرسش نامه روش های کنار آمدن به دو روش خام و نسبی انجام می شود. انتخاب این که کدام روش نمره گذاری را باید اجرا کرد، بستگی به اطلاعاتی دارد که پژوهشگر به دنبال آن است. در پژوهش حاضر از روش نمره گذاری نسبی استفاده شد. این آزمون هشت شیوه مقابله ای را که به دو دسته مسئله مدار و هیجان مدار تقسیم می شوند، مورد سنجش قرار می دهد. شیوه های مقابله مسئله مدار عبارتند از: جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مسئله گشایی برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت. شیوه های مقابله هیجان مدار عبارتند از: رویارویی، دوری گزینی، فرار-اجتناب و خویشتن داری. لازاروس ثبات درونی ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ را برای هر یک از سبک های مقابله ای گزارش کرده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

مواد پرسش نامه روش های کنارآمدن دارای روایی صوری است چرا که راهبردهای توصیف شده آن هایی هستند که افراد استفاده از آن ها را برای کنارآمدن با موقعیت های استرس برانگیز گزارش کرده اند. زارعی و اسدی(۴۲) در پژوهش خود برای گروه نوجوانان معتاد، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ گزارش کردند. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون آماری t استودنت برای گروه های مستقل و به وسیله نرم افزار آماری SPSS vol.19 تحلیل شدند. ابتدا مفروضه نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کالموگروف–اسمیرنوف مورد بررسی قرار گفت که نتایج نشان داد این مفروضه در مورد نمرات راهبردهای مقابله ای و سرسختی روان شناختی آزمودنی های پژوهش برقرار می باشند.

یافته های پژوهش

والدین کودکان سرطانی شرکت کننده در پژوهش حاضر دارای میانگین سنی ۳۳ سال با دامنه ۲۷ تا ۴۴ سال و انحراف معیار ۳/۲ بود. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در راهبردهای مقابله ای و سرسختی روان شناختی محاسبه شد که خلاصه نتایج در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات راهبردهای مقابله ای و سرسختی روان شناختی

متغیرها	گروه ها / مولفه ها	والدین کودکان سرطانی پاسخ منفی به درمان			والدین گروه سرطانی پاسخ مثبت به درمان		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
راهبرد مسئله مدار	جستجوی حمایت اجتماعی	۵۰	۷/۲۷	۲/۷۶	۵۰	۹/۲۰	۲/۶۰
	مسئولیت پذیری	۵۰	۵/۷۴	۱/۱۳	۵۰	۸/۵۳	۱/۶۸
	حل مسئله برنامه ریزی شده	۵۰	۹/۷۳	۲/۲۰	۵۰	۱۱/۷۶	۱/۲۳
	ارزیابی مجدد مثبت	۵۰	۱۰/۴۰	۲/۱۳	۵۰	۱۲/۴۰	۱/۲۴
	راهبرد مسئله مدار کل	۵۰	۳۲/۸۷	۴/۱۹	۵۰	۴۱/۸۰	۲/۶۷
راهبرد هیجان مدار	رویارویی مستقیم	۵۰	۱۳/۴۷	۲/۵۶	۵۰	۸/۷۴	۱/۶۹
	دوری جویی	۵۰	۱۴/۶۷	۱/۴۸	۵۰	۹/۳۳	۲/۴۴
	فرار- اجتناب	۵۰	۲۱/۴۰	۱/۴۰	۵۰	۱۲/۶۰	۲/۲۰
	خویشتن داری	۵۰	۱۱/۲۰	۱/۷۸	۵۰	۶/۵۳	۱/۵۵
	راهبرد هیجان مدار کل	۵۰	۶۰/۷۳	۴/۲۸	۵۰	۳۶/۹۳	۴/۵۷
سرسختی روان شناختی	سرسختی روان شناختی کل	۵۰	۳۹/۴۰	۵/۹۸	۵۰	۵۳/۳۵	۸/۲۹

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در راهبردهای مقابله ای و سرسختی روان شناختی نشان داده شده است. برای مقایسه راهبردهای مقابله ای بین والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان از آزمون t استودنت برای گروه های مستقل استفاده شد. ابتدا مفروضه یکسانی واریانس ها برای نمرات والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان در راهبردهای مقابله ای بررسی شد که نتایج در جدول شماره ۲ گزارش شده است. با توجه به مندرجات جدول شماره ۲ می توان نتیجه گرفت که مفروضه یکسانی واریانس ها برای همه مولفه های راهبردهای مقابله ای دو گروه برقرار می باشد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

جدول شماره ۲. خلاصه نتایج آزمون لون برای یکسانی واریانس ها

	متغیرها	F	سطح معناداری
راهبرد مسئله مدار	جستجوی حمایت اجتماعی	۴/۹۷	۰/۲۹
	مسئولیت پذیری	۳/۸۱	۰/۶۹
	حل مسئله برنامه ریزی شده	۳/۴۵	۰/۵۴
	ارزیابی مجدد مثبت	۳/۵۱	۰/۵۶
	راهبرد مسئله مدار کل	۲/۴۶	۰/۶۴
راهبرد هیجان مدار	رویارویی مستقیم	۱/۵۴	۰/۵۵
	دوری جویی	۰/۸۵۱	۰/۳۵
	فرار-اجتناب	۰/۸۳۳	۰/۹۲
	خویشتن داری	۰/۷۶۵	۰/۸۷
	راهبرد هیجان مدار کل	۱/۴۵	۰/۷۳

جدول شماره ۳. خلاصه نتایج آزمون t برای مقایسه راهبردهای مقابله ای بین والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان

آزمون t برای مقایسه میانگین ها						
	متغیرها	t	df	سطح معناداری	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد میانگین ها
راهبرد مسئله مدار	جستجوی حمایت اجتماعی	۵/۰۷	۹۸	۰/۰۰۱	۱/۹۳	۰/۳۸
	مسئولیت پذیری	۱۳/۹۵	۹۸	۰/۰۰۱	۲/۷۹	۰/۲
	حل مسئله برنامه ریزی شده	۸/۱۲	۹۸	۰/۰۰۱	۲/۰۳	۰/۲۵
	ارزیابی مجدد مثبت	۸/۳۳	۹۸	۰/۰۰۱	۲	۰/۲۴
	راهبرد مسئله مدار کل	۱۷/۸۶	۹۸	۰/۰۰۱	۸/۹۳	۰/۵۰
راهبرد هیجان مدار	رویارویی مستقیم	-۱۵/۷۶	۹۸	۰/۰۰۱	-۴/۷۳	۰/۳۰
	دوری جویی	-۱۹/۰۷	۹۸	۰/۰۰۱	-۵/۳۴	۰/۲۸
	فرار- اجتناب	-۳۳/۸۴	۹۸	۰/۰۰۱	-۸/۸	۰/۲۶
	خویشتن داری	-۲۰/۳۰	۹۸	۰/۰۰۱	۴/۶۷	۰/۲۳
	راهبرد هیجان مدار کل	-۳۷/۷۷	۹۸	۰/۰۰۱	-۲۳/۸	۰/۶۳

همان طوری که نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد بین مولفه های جستجوی حمایت اجتماعی(t=5.07, P<0.01)، مسئولیت پذیری (t=13.95, P<0.01)، حل مسئله برنامه ریزی شده(t=8.12, P<0.01)، ارزیابی مجدد مثبت (t=8.33, P<0.01)، راهبرد مسئله مدار کل (t=17.76, P<0.01)، رویارویی مستقیم (t=-15.76, P<0.01)، دوری جویی(t=-19.07, P<0.01)، فرار-اجتناب(t=-33.84, P<0.01)، خویشتن داری(t=-20.30, P<0.01) و راهبرد هیجان مدار کل(t=-33.77, P<0.01)، در والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان تفاوت معناداری وجود دارد. هم چنین برای مقایسه ویژگی سرسختی روان شناختی بین والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان از آزمون t استودنت برای گروه های مستقل استفاده شد. ابتدا مفروضه یکسانی واریانس ها برای نمرات والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان در ویژگی سرسختی روان شناختی بررسی شد که نتایج در جدول شماره ۴ گزارش شده است. با توجه به مندرجات جدول شماره ۴ می توان نتیجه گرفت که مفروضه یکسانی واریانس ها برای نمرات سرسختی روان شناختی در دو گروه برقرار می باشد. همان طوری که نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد بین ویژگی سرسختی روان شناختی والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان تفاوت معناداری وجود دارد(t=2.04, P<0.01).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

جدول شماره ٤. خلاصه نتایج آزمون لون برای یکسانی واریانس ها

متغیر	F	سطح معناداری
سرسختی روان شناختی	۱/۴۴	۰/۲۲

جدول شماره ٥. خلاصه نتایج آزمون t برای مقایسه سرسختی روان شناختی بین والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان

متغیر	t	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد میانگین ها
سرسختی روان شناختی	۲/۰۴	۹۸	۰/۰۰۱	۲/۳۶	۱/۱۶

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته های پژوهش حاضر، نتیجه گرفته شد که بین مولفه های راهبردهای مقابله ای والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت به درمان، نسبت به والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده منفی به درمان بیشتر از راهبردهای مسئله مدار استفاده می کنند. در صورتی که والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده منفی به درمان بیشتر از راهبردهای هیجان مدار استفاده می کنند که با نتایج پژوهش های کاستل و همکاران(۴۳) مسی گراث و همکاران(۴۴)، ریگنر و همکاران(۴۵)، فلاری و همکاران(۴۶)، کاوالو و همکاران(۴۷)، گارو(۴۸) و پاتیستا(۴۹) همسو می باشد.

وریجموت-وایرسما و همکاران(۵۰) نشان دادند هنگامی که بیماری سرطان فرزند برای اولین بار تشخیص داده می شود راهبرد اجتناب می تواند برای والدین کاربردی باشد؛ اما والدینی که در طول بازه فعال تشخیص سرطان از مقابله اجتنابی استفاده می کنند سطوح بالاتری از استرس هیجانی را تجربه می کنند(۵۴-۵۲). والدینی که بیشتر از راهبردهای مقابله ای مثبت و کارآمد استفاده می کنند از حس انسجام و یکپارچگی بیشتری برخوردارند و عوامل استرس زا را به عنوان یک مسئله قابل حل درک می کنند، در مقابل، والدینی که بیشتر از راهبردهای هیجانی برای کنار آمدن با مشکلات استفاده می کنند سطح پایینی از حس انسجام را تجربه می کنند و عوامل استرس زا را به عنوان یک تهدید تلقی می کنند(۵۵،۵۶). مطالعات هم چنین رابطه معنی داری بین استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله هیجانی با سطوح بالاتری از افسردگی، و استرس والدین را گزارش کرده اند(۵۲). هم چنین داشتن سبک مقابله ای ناسازگار و ناکارآمد نه تنها استرس ناشی از بیماری سرطان را کنترل نمی کند بلکه خود منبع فشار روانی است و شرایط را استرس زا و نگران کننده تر می سازد(۵۹-۵۵). نتایج پژوهش معارفوند و خاتم ساز(۵۸) هم نشان داد که والدین کودکان سرطانی که نسبت به درمان پاسخ منفی دادند بیشتر از راهبردهای هیجان مدار استفاده می کنند. استفاده بیشتر از راهبردهای هیجان مدار می تواند فشار روانی مداوم و فرسودگی ناشی از بیماری کودک را تشدید کند. مقابله متمرکز بر هیجان با فاصله گرفتن از موقعیت و تلاش برای کنترل هیجانات خود مرتبط است و اغلب توسط والدین کودکان مبتلا به سرطان و بیماری های مزمن مورد استفاده قرار می گیرد(۶۰،۶۱).

در تبیین این نتیجه می توان گفت افرادی که از سبک مقابله ای مسئله-محور استفاده می کنند، در هنگام رویارویی با موقعیت استرس زا به طور مستقیم با مشکل درگیر شوند و از تمام نیروی خود استفاده کنند که این شرایط باعث نظم فکری آن ها شده و آشفتگی هیجانی آن ها را کاهش می دهد. علاوه بر این به کارگیری سبک مقابله ای مسئله- مدار در موقعیت های استرس زا موجب می شود که فرد با تمرکز بر مشکل در صدد حل مسئله بر آمده در نتیجه این انسجام فکری فراهم شده منبع استرس را شناسایی کرده و این امر باعث می شود منبع استرس به طور قابل کنترل ارزیابی شود. در این حالت حتی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

اگر مشکل نیز حل نشود، شناسایی منبع استرس از یک سو و افزایش آگاهی و احساس کنترل بیشتر نسبت به عوامل استرس زا از سوی دیگر، به بهبود سلامت روانی فرد کمک می کند. استفاده از راهبرد مسئله–مدار فرآیندهای ذهنی فرد را فعال می کند و این فعالیت شناختی، باعث گستردگی دیدگاه فرد نسبت به مسئله و منبع استرس می شود. در نتیجه احتمال رسیدن به راه حل موثر و مقابله با استرس افزایش می یابد. راهبرد مقابله ای به عنوان تعدیل کننده در رابطه میان رویدادهای استرس زا و پیامدهایی هم چون سرطان، درمان و یا عود آن عمل می کند، افراد دارای راهبرد مقابله ای مسئله–مدار چون منطقی و به روش حل مسئله با پدیدهای استرس زا برخورد می کنند، ایمن تر هستند و در شرایطی مانند بروز بیماری سرطان برای اعضای خانواده، زندگی شان مختل نمی شود و راحت تر و سالم تر می توانند با استرس آن کنار بیایند و در نتیجه هم برای عضو بیمار خانواده و هم برای دیگر اعضای جو روانی–عاطفی خانواده را بغرنج و ناگوار نمی سازند و چنین شرایط آرام و به دور از استرس به پیشرفت فرآیند درمان سرطان کمک می کند. هم چنین بر اساس نتایج به دست آمده در این فرضیه نتیجه گرفته شد که والدین کودکان سرطانی عدم پاسخ به درمان نسبت به پاسخ به درمان بیشتر از راهبردهای مقابله ای ناکارآمد هیجان مدار نظیر فرار–اجتناب و دوری گزینی از موقعیت های مشکل آفرین استفاده می کنند. همان طوری که رانسوم، جکوبسن، اشمیدت و اندریکوواسکی(۶۲) معتقدند نگرانی فرد نسبت به سرطان می تواند منجر به فرار و اجتناب از رویارویی با سرطان شود. تلاش برای سرکوب یا ترس می تواند تخریب کننده باشد و منجر به افزایش اضطراب و افکار مضطربانه و تلاش برای گریز و سرکوب مجدد آن شود که این موارد نیز با اسنادهای ناکارآمد نسبت به درد و کنترل موقعیت در ارتباط است. پژوهشگران معتقدند فاجعه سازی سرطان به جهت گیری منفی فاجعه آمیز نسبت به تشخیص سرطان و درمان آن منجر می شود که این موضوع می تواند به باورها و ارزیابی های منفی و در نتیجه راهبردهای مقابله ای ناکارآمد نظیر فرار و دوری گزینی منجر شود(۶۳). لذا منطقی به نظر می رسد که والدین کودکان سرطانی که فرآیند درمان شان موفق آمیز بوده، دارای راهبرد مقابله ای مسئله مدار باشند. نتایج پژوهش پریس و همکاران(۶۴)، حاج محمدی(۶۵) نشان دادند که کودکان سرطانی که والدین شان سبک های مقابله ای کارآمدی دارند، اضطراب موقعیتی کمتر و هم چنین اضطراب ناشی از بیماری و درمان کمتری را تجربه می کنند.

افزون بر این، نتیجه گرفته شد که بین ویژگی شخصیتی سرسختی روان شناختی والدین کودکان سرطانی پاسخ دهنده مثبت و منفی به درمان تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی، ویژگی سرسختی با عواملی مثبت مانند حمایت اجتماعی و سلامت روان والدین(۲۳) و مشکلاتی مانند مقابله با شرایط استرس زا(۶۴)، هیجانات منفی و مقابله مبتنی بر اجتناب رابطه دارد(۲۳). از این رو پیش بینی می شود با توجه به پتانسیل سرسختی روان شناختی بر روی کاهش استرس های ناشی از این بیماری، بر استرس والدین کودکان مبتلا به سرطان که پاسخ مثبت یا منفی به درمان داده اند، موثر واقع شود(۶۵). نتایج پژوهش پیر بداقی و همکاران(۶۶) نشان داد بین مدت زمان تشخیص بیماری و بهبود کودکان مبتلا به سرطان با سازگاری مادران آن ها رابطه معنی داری وجود دارد؛ یعنی هر قدر مدت زمان بیشتری از تشخیص و بهبود بیماری کودک گذشته باشد، مادران از سازگاری و سرسختی روان شناختی بیشتری برخوردار خواهند شد. هم چنین نتایج یک مطالعه با عنوان«استرس و سازگاری در کودک مبتلا به سرطان» نشان داد تنش مادران در سال اول بعد از تشخیص سرطان، کمتر از ماه های اول بوده و به عبارتی سازگاری با افزایش روزهای تشخیص و بهبود نسبی، افزایش می یابد(۶۵). در پژوهش دال کویست و همکاران، مشخص گردید سازگاری والدین با بیماری سرطان کودک، با گذشت زمان بیشتر می شود. به عبارتی، سازگاری در ۲ هفته اول بعد از تشخیص، با ۲۴ هفته پس از تشخیص تفاوت داشت(۶۸). در راستای یافته های پژوهش پیربداقی و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

همکاران(۶۶)، این نتایج موید آن است که اگر چه عدم قطعیت در خصوص تشخیص، درمان و پیش آگهی بیماری، فرآیندی پایان ناپذیر است، ولی به نظر می رسد با گذشت زمان، از شدت آن و تنش ناشی از آن کاسته می شود(۶۹). احتمالاً با گذشت زمان، مادر بیماری کودک خود را می پذیرد و مشاهده اثرات درمان و برخی مواقع بهبودی نسبی نیز باعث افزایش سازگاری و سرسختی روان شناختی در آن ها می گردد(۷۰). در پژوهش ساواوارسودتیر و راینز(۷۱) در نمونه ای از ۱۳۷ خانوداه کودکان مبتلا به بیماری های مزمن، سرسختی روان شناختی والدین با سطوح بالایی از انسجام و بهزیستی مثبت و سطوح پایین‌تری از افسردگی رابطه معناداری داشت. هم چنین نتایج پژوهش مک کوبین و همکاران(۷۲) بر روی سرسختی روان شناختی والدین کودکان سرطانی تحت درمان، نشان داد عواملی مانند تحرک و سازماندهی مجدد سریع درون خانواده، حمایت اجتماعی، و تغییر ارزیابی ها و راهبردهای مقابله ای موثر که از عوامل بهبود وضعیت روانی خانواده پس از تشخیص بیماری سرطان کودک تلقی می شوند، در والدین این دسته از کودکان وجود دارد که ظاهراً عملکردی مشابه با سه مولفه سرسختی روان شناختی داشتند که به معنای انگیزش خانواده برای رجوع به دیگران جهت دریافت حمایت و مواجهه پویا با رخدادهای تنش زا در روند درمان کودکان سرطانی می باشد. هم چنین نتایج پژوهش گل پیچ و همکاران(۷۳) نشان داد ارتباط معنی داری بین عملکرد خانواده و سرسختی روان شناختی در والدین کودکان عادی و استثنایی وجود دارد. والدین کودکان استثنایی به دلیل تجربه رویداد ناخوشایند بیش از کسانی که این شرایط استرس زا را تجربه نکرده اند از سرسختی روان شناختی و سازگاری بیشتری برخوردارند. با این وجود سرسختی خانوادگی، که بسطی از سرسختی فردی است، کمتر مورد توجه قرار گرفته اما با حل مسئله و حمایت ادراک شده از سوی خانواده ارتباط دارد(۷۴). بنا بر این در پژوهش حاضر منطقی به نظر می رسد که ویژگی سرسختی روان شناختی والدین کودکان سرطانی پاسخ به درمان بیشتر از والدین کودکان سرطانی عدم پاسخ به درمان باشد. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به عدم توجه به شرایط اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی والدین آزمودنی های پژوهش اشاره کرد که احتمالاً مطالعه آن ها می توانست نتایج متفاوتی ایجاد کند. از آن جایی که احتمال دارد عوامل ایجادکننده و تشدیدکننده سرطان بر حسب سبک زندگی و عوامل خانوادگی متفاوت باشند، امکان مطالعه متغیرهای مانند سبک زندگی و دیگر عوامل تاثیرگذار در درمان سرطان در پژوهش حاضر وجود نداشت. با توجه به این که این پژوهش بر روی افراد مختلفی انجام شده است که دارای زمینه های سلامت روانی و جسمانی، اجتماعی و خانوادگی بسیار متفاوتی هستند، محدودیت هایی را در زمینه تعمیم یافته ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناسی متغیرهای مورد بررسی ایجاد می‌کند که باید به آن ها توجه شود. از این رو پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی- درمانی با هدف پیشگیری از تجربه آسیب زای فشار روانی بیماری سرطان، برای تعدیل نمودن راهبردهای مقابله ای والدین کودکان سرطانی انجام شود. هم چنین با توجه به بالا بودن نقش راهبردهای مقابله ای مسئله مدار و ویژگی سرسختی روان شناختی والدین بیماران سرطانی در پاسخ به درمان، پیشنهاد می شود که در کنار درمان دارویی، به نقش این عوامل توجه شود و علاوه بر درمان های دارویی راهبردهای مقابله ای ناکارآمد به وسیله روان شناسان و مشاوران بالینی شناسایی شوند و همزمان با روند درمان دارویی، به کمک آموزش های لازم، راهبردهای مقابله ای کارآمد در والدین جایگزین و تقویت شوند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران در تصویب این پایان نامه کارشناسی ارشد، مساعدت و همکاری صمیمانه کادر درمانی بیماران کودکان سرطانی بیمارستان محک تهران و همکاری والدین که در تکمیل پرسش نامه ها ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

References

1. Airtum working group CCM AIEOP working group Italian cancer figures report 2012: Cancer in children and adolescents. Epidemiol Prev 2013;37:1-225.

2. Wong ML, Cavanaugh CE, Macleamy JB, Sojournernelson A, Koopman C. Posttraumatic growth and adverse long-term effects of parental cancer in children. Famil Sys Health 2009; 27:53.

3. Hungerbuehler I, Vollrath ME, Landolt MA. Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. J Health Psychol 2011;1:1259-67.

4. Bayat M, Erdem E, Kuzucu EG. Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. J Pediatr Oncol Nurs2008;6:231-6.

5. Masadeh R. Perceived Stress in parents of children with chronic Disease a comparative study. European Sci J2015; 1; 11:1-18.

6. Popp JM, Conway M, Pantaleao A. Parents experience with their childs cancer diagnosis do hopefulness family functioning, and perceptions of care matter?. J Pediatr Oncol Nurs2015; 1; 32:253-60.

7. Polat S, Tufekci FG, Kuçukoglu S, Bulut HK. Acceptance rejection levels of the Turkish mothers toward their children with cancer. Collegian 2016; 30; 23:217-23.

8. Abbasi A, shamsizadeh M, asayesh H, rahmani H, hoseini S A, talebi M. The relationship between caregiver burdens with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. IJPN2013; 1:62-71.

9. Seyed FN, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients Payesh2006; 5:295-303.

10. Milbury K, Badr H, Fossella F, Pisters KM, Carmack CL. Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. Supportive Care Cancer 2013; 1; 21:2371-9.

11. Masadeh R, Jarrah S. Post-traumatic stress disorder in parents of children with cancer in Jordan. Arch Psychiatr Nur2016; 1:1-18.

12. Long KA, Marsland AL. Family adjustment to childhood cancer a systematic review. Clin Child Famil Psychol Rev2011;1:57-88.

13. Masadeh R, Collier J, Hall C. Parental stress when caring for a child with cancer in Jordan: a cross sectional survey. Health Qual Life Outcome2012; 28; 10:1.

14. Enskar K, Hamrin E, Carlsson M, von Essen L. Swedish mothers and fathers of children with cancer perceptions of well-being, social life and quality care. J Psychosoc Oncol2010; 30; 29:51-66.

15. Jurbergs N, Russell KM, Long A, Phipps S. Adaptive style and differences in parent and child report of health-related quality of life in children with cancer. Psychosoc Oncol2008; 1; 17:83-90.

16. Burke K, Muscara F, Mccarthy M, Dimovski A, Hearps S, Anderson V, Walser R. Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life threatening illness: pilot study. Famil Sys Health 2014; 32:122.

17. Poder U, von Essen L. Perceptions of support among Swedish parents of children on cancer treatment a prospective longitudinal study. European J Cancer Care 2009; 1; 18:350-7.

18. Mcgrath P. Identifying support issues of parents of children with leukemia. Cancer Pract2001;1:198-205.

19. Dunn MJ, Rodriguez EM, Barnwell AS, Grossenbacher JC, Vannatta K, Gerhardt CAet al. Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within six months of diagnosis. Health Psycholo2012; 31:176.

20. Masadeh R, Collier J, Hall C, Alhalaiqa F. Predictors of stress of parents of a child with cancer a Jordanian perspective. Global J Health Sci2013;5:81.

21. Mccubbin HI, Mccubbin MA, Patterson JM, Cauble AE, Wilson LR, Warwick W. CHIP coping health inventory for parents and assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. J Marri Famil1983;1:359-70.

22. Patenaude AF, Kupst MJ. Psychosocial functioning in pediatric cancer. J Pediatr Psychol 2005; 30:9-27.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

23. Patterson JM. Families experiencing stress I. The family adjustment and adaptation response Model II. Applying the FAAR model to health-related issues for intervention and research. Famil Sys Med 1988 6:202.
24. Wittenberg E, Borneman T, Koczywas M, Delferraro C, Ferrell B. Cancer communication and family caregiver quality of life. Behav Sci Basel 2017;7: 12-7.
25. King G, Tucker MA, Baldwin P, Lowry K, Laporta J, Martens L. A life needs model of pediatric service delivery services to support community participation and quality of life for children and youth with disabilities. Phys Occup Ther Pediatr2002;22:53-77.
26. Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic pediatric conditions on parental quality of life. Qual Life Res2006; 1:1121-31.
27. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer company Publishing 1984;P.15.
28. Momeni K, Karami J, Shahbazi Rad A. [The relationship between spirituality resiliency and coping strategies with students psychological wellbeing in Razi University of Kermanshah]. J Kermanshah Uni Med Sci2013;16:34-43. (Persian)
29. Bavojdan MR, Towhidi A, Rahmati A. The relationship between mental health and general self-efficacy beliefs coping strategies and locus of control in male drug abusers. Add Health2012;3:23-9.
30. Myaskovsky L, Dew MA, Switzer GE, Mcnulty ML, Dimartini AF, Mccurry KR. Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. Soc Sci Med2005;31;60:2321-32.
32. Ghazanfari F, Ghadam PE. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city. Ment Health Princ J2008;37:47-54.
[Persian].
33. Greening L, Stoppelbein L. Brief report pediatric cancer parental coping style and risk for depressive posttraumatic stress, and anxiety symptoms. J Pediatr Psychol 2007;1:1272-7.
34. Mahdian Z, Ghaffari M. The mediating role of psychological resilience and social support on the relationship between spiritual wellbeing and hope in cancer patients. J Fund Ment Health 2016;18:130-8.
35. Subramanian S, Vinothkumar M. Hardiness personality self-esteem and occupational stress among IT professionals. J Indian Acad Appl Psychol2009;35:48-56.
36. Hagigi J, Attari E, Rahimi S, Soleimaninia L. [The relationship between hardiness and its components with mental health in undergraduate male university students]. J Edu Sci Psychol Shahid Chamran Uni2014;2:181. (Persian)
37. Azarian A, Farokhzadian AA, Habibi E. Relationship between psychological hardiness and emotional control index a communicative approach. IJMRHS2016;1:216-221.
38. Benzur H, Duvdevany I, Lury L. Associations of social support and hardiness with mental health among mothers of adult children with intellectual disability. J Intell Disabil Res2005;1: 54-62.
39. Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. J Personal Soc Psychol1979;37:1.
40. Kosaca SC, Puccetti MC. Personality and social Resources in stress resistance. J Personal Soc Psychol 1983; 45:839-50.
41. Jayarajah U, Samarasekera DN. Psychological adaptation to alteration of body image among stoma patients a descriptive study. Indian J Psychol Med 2017;39:63-8.
42. Zarei S, Asadi Z. [The comparison of personality characteristics and coping styles in addicted and non-addicted adolescents. Res Add2012;5:87-104. (Persian)
43. Kastel A, Enskar K, Bjork O. Parents views on information in childhood cancer care. European J Oncol Nurs2011;30; 15:290-5.
44. Williams KS, Ochs J, Williams JM, Mulhern RK. Parental report of everyday cognitive abilities among children treated for acute lymphoblastic leukemia. J Pediatr Psychol 1991;16:13-26.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

45. Ringnér A, Jansson L, Graneheim UH. Parental experiences of information within pediatric oncology. J Pediatr Oncol Nurs2011;1:244-51.
46. Flury M, Caflisch U, Ullmannbremi A, Spichiger E. Experiences of parents with caring for their child after a cancer diagnosis. J Pediatr Oncol Nurs2011;1:143-53.
47. Cavallo S, Feldman DE, Swaine B, Meshefedjian G, Malleson PN, Duffy CM. Is parental coping associated with quality of life in juvenile idiopathic arthritis? Pediatr Rheumatol2009;11:1-7.
48. Garro A. Coping patterns in Latino families of children with asthma. J Pediatr Health Care2011; 31; 25:347-54.
49. Patistea E. Description and adequacy of parental coping behaviors in childhood leukemia. Int J Nurs Stud2005;31:283-96.
50. Vrijmoetwiersma CJ, Vanklink JM, Kolk AM, Koopman HM, Ball LM, Egeler RM. Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer. J Pediatr Psychol 2008; 33:694-706.
51. Ahn JA, Lee S. Peer attachment perceived parenting style self-concept and school adjustments in adolescents with chronic illness. Asian Nurs Res Korean Soc Nurs Sci 2016;10:300-4.
52. Paynter J, Riley E, Beamish W, Davies M, Milford T. The double ABCX model of family adaptation in families of a child with an autism spectrum disorder attending an Australian early intervention service. Res Aut Spect Disord2013;31:1183-95.
53. Price MA, Bell ML, Sommeijer DW, Friedlander M, Stockler MR, Webb PM, et al. Australian Ovarian Cancer Study Group, Life Study Investigators. Physical symptoms, coping styles and quality of life in recurrent ovarian cancer a prospective population-based study over the last year of life. Gynecol Oncol2013;31;130:162-8.
54. Norberg AL, Boman KK. Parent distress in childhood cancer a comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. Acta Oncol 2008;47:267-274.
55. Olsson MB, Hwang CP. Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. J Intell Disabil Res2002;1:548-59.
56. Dąbrowska A. Sense of coherence and coping with stress in fathers of children with developmental disabilities. Pol Psycholo Bullet2008;1:29-34.
57. Addelyanrasi HI, Timpka TI, Lindqvist K, Moula M. Can a psychosocial intervention programme teaching coping strategies improve the quality of life of Iranian women? A non-randomized quasi experimental study. BMJ Open2013;3:2407.
58. Maarefvand M, Khatamsaz Z. [Coping strategies of the parents of the children with cancer]. Soc work2014;3:3-9.(Persian)
59. Modanloo S, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A, Pourhossein gholi A. [Assessment of family function among parents of children with cancer]. IJNR2015;10:56-65.(Persian)
60. Judge SL. Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. Famil Rela1998;1:263-8.
61. Dardas LA, Ahmad MM. Quality of life among parents of children with autistic disorder a sample from the Arab world. Res Dev Disabil2014;35:278-87.
62. Ransom S, Jacobsen PB, Schmidt JE, Andrykowski MA. Relationship of problem focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. J Pain Sym Manage2005;30;30:243-53.
63. Nekhlyudov L, Lacchetti C, Davis NB, Garvey TQ, Goldstein DP, Nunnink JC, Ninfea JI, et al. Head and neck cancer survivorship care guideline American society of clinical oncology clinical practice guideline endorsement of the American cancer society guideline. J Clin Oncol2017;22:231-5.
64. Failla S, Jones LC. Families of children with developmental disabilities an examination of family hardiness. Res Nurs Health1991; 1;14:41-50.
65. Bigalke KL. Coping hardiness and parental stress in parents of children diagnosed with cancer. J Pediatr Psychology 2015; 43:145-56.
66. Pirbodaghi M, Rasouli M, Ilkhani M, Alavimajd H. [An investigation of factors associated adaptation of mothers to disease of child with cancer based on Roy

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

model testing] .Qom Uni Med Sci J 2016; 9:41-50.(Persian)
67. Norberg AL, Lindblad F, Boman KK. Parental traumatic stress during and after pediatric cancer treatment. Acta Oncol2005;1:382-8.
68. Dahlquist LM, Danita I, Cheri L. Parents of children with cancer a longitudinal study of emotional distress coping style and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. J Pediatr Psychol 1996;21:541-54.
69. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes a meta-analytic review. J Behavior Med2002;25:551-603.
70. Shahabizadeh F, Bahrainian A. Causal model of spiritual coping strategy in crisis parental religiousness and perceived attachment childhood. J Med Fight 2012;5:100-22.
71. Svavarsdottir EK, Rayens MK. Hardiness in families of young children with asthma. J Adv Nurs2005;1;50:381-390.
72. Mccubbin M, Balling K, Possin P, Frierdich S, Bryne B. Family resiliency in childhood cancer. Famil Rela 2002;1: 103-11.
73. Golpich Z, Soleymanian AA, Darudi H. A study of the relationships between family functioning and psychological hardiness among parents with exceptional children and normal children. Iranian Rehabil J2012;15:56-61.
74. Maddi SR, Harvey RH, Khoshaba DM, Lu JL, Persico M, Brow M. The personality construct of hardiness III relationships with repression innovativeness authoritarianism and performance. J Personal2006;1:74:575-98.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]

The Comparison of Coping Strategies and Psychological Hardiness between Parents of Children with Cancer of Positive and Negative Responding to Treatment

Jafari A[1], Hesampour F[2]*

(Received: December 10, 2016 Accepted: January 31, 2017:)

Abstract

Introduction: Pediatric cancer as a prevalent disease and chronic effect parents and its treatment process depend on psychological traits and empowerments of parents. So the present study aimed to compare coping strategies and psychological hardiness between parents of children with cancer of positive and negative responding to treatment.

Materials & methods: Methodology was ex-post facto. Population was all between parents of children with cancer under treatment in Mahak hospital in Tehran in 2016. Subjects were parents of children with cancer (50 positive and 50 negative responding to treatment) selected by available sampling. Coping strategies and psychological hardiness of parents were measured by coping strategies (WOCQ) and Cobasa's personal views (P.V.S) questionnaires and data analyzed by test of t- student.

Findings: The research findings indicated that there is a significant difference between coping strategies (focused emotion and focused problem) and psychological hardiness children's parents with cancer of positive and negative responding to treatment (P<0/01).

Discussion & conclusions: The results provide some evidence to suggest that the coping strategy of focused problem and psychological hardiness of children's parents with cancer of positive responding to treatment is higher than children's parents with cancer of negative responding to treatment. In other words, the coping strategy of focused problem and psychological hardiness of parents can affect positively on treatment of children with cancer. Therefore, it is suggested that in beginning of treatment process of children with cancer, promote the coping strategy of focused problem and psychological hardiness of parents or caregivers.

Keywords: Coping strategies, Psychological hardiness, Children with cancer, Responding to treatment

1.Dept of Psychology,Faculty of Psychology, Kashan University ,Kashan, Iran
2.Dept of Educational Psychology, Kashan University, Kashan, Iran
** Correspondin author Email:Aa_jafari@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-04-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.6.189]