

## روش مقابله با سرطان در نوجوانان مبتلا و والدین آن ها

\*

### چکیده

تشخیص و درمان بیماری سرطان مستلزم درک صحیح نوجوان مبتلا و والدین او از چگونگی مقابله با جنبه های تنش زای این بیماری است. نوع مقابله نقش مهمی در سازگاری نوجوانان با بیماری دارد. و از آنجا که والدین مهم ترین افراد در سیستم حمایتی فرزندانشان می باشند، بر افزایش توانایی مقابله فرزندشان با بیماری نقش بسزائی ایفا می کنند. این مطالعه از نوع همبستگی و به منظور تعیین ارتباط بین نوع مقابله با سرطان در نوجوانان مبتلا و والدین آن ها در بیمارستان های کودکان شهر تهران انجام شده است. جامعه پژوهش کلیه نوجوانان ۱۷-۱۱ ساله مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی بودند. نمونه های پژوهش شامل ۱۲۰ نوجوان مبتلا به سرطان و ۱۲۰ والد حقیقی آن ها بودند که به همراه نوجوان برای دریافت خدمات درمانی بیمارستان های مذکور مراجعه می نمودند. در این مطالعه پس از توضیح روش کار و کسب رضایت نامه کتبی پرسشنامه های خود ایفا جهت تکمیل حضوری در اختیار این افراد قرار داده شد.

بر اساس نتایج پژوهش بین مقابله کارآمد ( $P=0/000, r=0/596$ ) و ناکارآمد ( $P=0/000, r=0/491$ ) نوجوانان مبتلا و والدین آن ها ارتباط خطی مثبت و معناداری وجود داشت. یافته ها نشان داد این ارتباط صرفنظر از سن و جنس نوجوان مبتلا نیز وجود داشت. نوجوانان ۱۴-۱۱ ساله در مقابله کارآمد و نوجوانان ۱۷-۱۵ ساله در مقابله ناکارآمد تأثیر پذیری بیشتری از والدین خود داشتند. همچنین دخترها در مقابله کارآمد و پسرها در مقابله ناکارآمد تأثیر بیشتری از والدین خود می گرفتند.

با توجه به تأثیر پذیری مقابله نوجوانان مبتلا از مقابله والدین خود، پرستاران می توانند با آموزش مقابله صحیح به خانواده و یا معرفی خدمات مشاوره ای، نوجوانان را در نحوه مقابله یاری کنند. همچنین پیشنهاد می شود که مسئولین با ارائه خدمات مشاوره ای و تدوین و اجرای برنامه ای مدون در جهت آموزش مقابله صحیح به خانواده ها تسهیلات لازم را به منظور یادگیری روش های مقابله و سازگاری در نوجوانان مبتلا به سرطان فراهم آورند. به علاوه پیشنهاد می شود به منظور دستیابی به نحوه مقابله خانواده های ایرانی پژوهشی کیفی با همین عنوان انجام پذیرد.

### واژه های کلیدی:

/// : // :

**مقدمه**

تنش های روانی یکی از پیامدهای شایع پس از تشخیص سرطان است (Neville, ۱۹۹۶). این تنش ها در طی مراحل مختلف سرطان از جمله: تشخیص، درمان، مرحله خاموشی و بقاء پس از درمان، برای والدین و نوجوانان متفاوت است (Trask و همکاران، ۲۰۰۳). قابل توجه است که بدانیم فرزندان با توجه به درجه تکاملی خود می توانند اضطراب و تنش را از والدین دریافت نمایند و به رغم تلاش والدین، اضطراب آن ها به فرزندان منتقل می شود (Curley و Moloney-Harmon, ۲۰۰۱).

وجود تنش برای سلامتی زیانبار است اما مقابله مناسب باعث کاهش اثرات زیانبار تنش می گردد. افرادی که به خوبی با تنش مقابله می کنند در مقایسه با افرادی که مقابله مؤثر ندارند کمتر بیمار می شوند (Folkman, ۲۰۰۱).

عوامل فردی و حمایت اجتماعی تأثیر حیاتی در توانایی کودک و نوجوان در سازگاری با تنش دارد. هرچه خانواده بهتر سازش نماید فرزند نیز با عوامل تنش زای تحمیل شده ناشی از بیماری سازش بهتری خواهد کرد (آرزومانیان، ۱۳۸۱). این که کودکان و نوجوانان چگونه با بیماری مقابله می کنند به سن، تجارب پیشین، درک آن ها از واقعه، حمایت دیگر افراد و مهارت های مقابله ای کودک و والدین آن ها بستگی دارد (McKinney و همکاران، ۲۰۰۰).

دوره نوجوانی بدلیل وجود تغییرات چشمگیر نیاز به سازگاری روانی افزایش می یابد (شرفی ۱۳۷۶). به رغم تصور بعضی افراد، والدین همچنان از با نفوذترین پایگاه های تأثیر گذار بر فرزندان نوجوان خود هستند (علیزاده، ۱۳۸۰). هیچ عاملی به اندازه خانواده بر فرد تأثیر نمی گذارد (McKinney و همکاران، ۲۰۰۰). داشتن اعضاء خانواده ای که از نظر روانی به طور

اعلام تشخیص و درمان سرطان مستلزم درک نوجوان مبتلا و والدین او در چگونگی مقابله با جنبه های تنش زای این بیماری است (Trask, Paterson, Trask, Brit, Bares, Moan و ۲۰۰۳). مطالعه روش های مقابله از این روی اهمیت دارد که، سازگاری پیامد مقابله می باشد. روش های مقابله ناکارآمد می تواند منجر به عدم سازگاری در نوجوانان شده و مشکلات جدی تری را در آینده روانی فرد ایجاد کند (Martinez, ۲۰۰۳).

امروزه با توسعه علم پزشکی و تکنولوژی مربوط به آن، به تدریج بیماری سرطان در کودکان و نوجوانان از یک بیماری کشنده به یک بیماری مزمن تبدیل شده و میزان بقاء آن ها افزایش یافته است. به طوری که در سال ۲۰۰۰ میزان بقاء کودکان مبتلا به سرطان به ۶۰ درصد رسیده است (Colegrove, Katz, Varni, Dolgin, ۱۹۹۶). کشور ایران دارای جمعیت جوانی است و ۳۴ درصد از جمعیت ۶۶ میلیونی آن زیر ۱۵ سال هستند. بر اساس گزارش آل بویه (۲۰۰۳)، ۲/۰ درصد از کودکان و نوجوانان زیر ۱۵ سال کشور ما از سرطان رنج می برند. در حال حاضر با بهبود وضعیت اجتماعی- اقتصادی و مراقبت های بهداشتی در ایران ۷۰ درصد از این گروه به بقاء بیشتر از ۵ سال دست می یابند.

شیوع سرطان هر ساله ۱ درصد افزایش می یابد و در مقابل نیز آمار درمان موفقیت آمیز این بیماری هر سال ۱/۴ درصد افزایش یافته است. با توجه به افزایش جمعیت بقاء یافته، نیازهای روانی، اجتماعی، آموزشی دارای اهمیت بوده و باید مورد توجه قرار گیرد (Lewis, ۲۰۰۲).

پژوهش حاضر راه گشای بررسی های بیشتر در این زمینه باشد.

این مطالعه با هدف کلی تعیین ارتباط بین نوع مقابله با سرطان در نوجوانان مبتلا با نوع مقابله والدین آن ها انجام شده است.

### روش کار

این پژوهش از نوع همبستگی است که به منظور تعیین ارتباط نوع مقابله با سرطان در نوجوانان مبتلا و والدین آن ها انجام شد. در این پژوهش مقابله در دو نوع کارآمد و ناکارآمد برحسب سن، جنس، رتبه تولد، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل نوجوانان ۱۱ تا ۱۷ ساله مبتلا به سرطان و والدین حقیقی آن ها بود که برای دریافت خدمات درمانی به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی مراجعه کرده بودند. لازم به ذکر است که در کلیه نمونه ها بیش از یک ماه از تشخیص بیماری، و کمتر از یک سال نیز از پایان درمان گذشته بود. نوجوانان بی سواد و یا مبتلا به دیگر ناتوانی ها و همچنین والدین بی سواد و با تاریخچهٔ مرگ ناشی از سرطان در فرزندان و یا دیگر بستگان درجه اول در این پژوهش شرکت داده نمی شدند. نمونه گیری به روش غیر احتمالی و مستمر انجام شد و تعداد کل نمونه ها ۲۴۰ نفر بودند که ۱۲۰ نوجوان و ۱۲۰ والد را در بر می گرفت. ابزار مورد استفاده، پرسشنامهٔ راهکارهای مقابله ای بود که توسط Tobin در سال ۱۹۹۵ تدوین شده و حاوی ۳۲ سوال بود. این ابزار از دو زیر مجموعه تشکیل شده است: مقابله کارآمد؛ شامل حل مسأله، دگرگونی ادراک، ارتباط اجتماعی و بیان عواطف. این زیر مجموعه

مناسب درگیر مسائل نوجوان بشوند از عوامل کلیدی در سلامت نوجوان است (Wong's و Hockenbery, ۲۰۰۳). نقش والدین در خانواده محوری و مرکزی است. جا دارد که پدر و مادر را به لحاظ تأثیر عمیقی که در کلیه ابعاد شخصیت فرزندان خود دارند، معماران خوشبختی لقب دهیم (شرفی، ۱۳۷۶). کودکان و نوجوانان به میزان زیادی نسبت به وضعیت خلقی والدین و یا مراقب خود حساس هستند و اغلب اوقات از رفتارهای آنان به عنوان روشی برای سازگاری در شرایط تنش زا تقلید می کنند (Greasey و همکاران، ۱۹۹۷).

بیماری، بحرانی است که روش های مقابله ای را به خطر می اندازد و باید در هنگام بیماری مهارت های مقابله ای جدید را توسعه داد (فیس، ۱۳۷۳). شواهد نشان می دهد که الگوی پاسخ های مقابله ای در اوایل تولد بوجود آمده و در طی زندگی توسعه پیدا می کنند (Curley و Moloney-Harmon, ۲۰۰۱). رفتارهای مقابله ای در برابر بیماری مزمن نیز در طول زندگی آموخته می شوند بنابراین تغییرپذیر هستند و از طرف دیگر چون ارتباط مثبتی بین این رفتارها و نتایج حاصل از بیماری وجود دارد باید تلاش کرد تا این رفتارها سازگارانه باشند (Wenger, ۱۹۹۶). مسئولیت عمده پرستار در ارتباط با کنترل تنش شامل بررسی توانایی مقابله مددجو با عوامل تنش زا، شناسایی عوامل فردی که می تواند در مقابله مؤثر باشد، بهبود مقابله مؤثر، کنترل تنش و انجام مداخلات پرستاری در جهت اصلاح مقابله می باشد (Craven و Hirnle, ۲۰۰۳). انتظار می رود با انجام این پژوهش و کسب آگاهی در مورد نوع مقابله والدین و نوجوانان مبتلا به سرطان بتوان پیشنهاداتی در جهت بهبود و ارتقاء توان مقابله نوجوانان مبتلا ارائه کرد. امید است

گزارش دهی بود. در مورد تکمیل پرسشنامه به آن ها توضیحات کافی داده می شد و پرسشنامه در اختیار آن ها قرار می گرفت. پرسشنامه های تکمیل شده در همان روز از واحدهای مورد پژوهش جمع آوری گردید. در نهایت پس از جمع آوری پرسشنامه ها، داده ها توسط نرم افزار کامپیوتری SPSS 10 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت توصیف اطلاعات از فراوانی مطلق، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. جهت بررسی داده ها از آزمون های آماری t مستقل، آنالیز واریانس، شفه، کروسکال والیس، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون استفاده شد.

### نتایج

از ۱۲۰ نوجوان شرکت کننده در پژوهش ۱۵/۸ درصد، بستری و ۸۴/۲ درصد تحت درمان سرپائی بودند همچنین ۴۲/۵ درصد آن ها دختر و ۵۷/۵ درصد پسر بودند. میانگین سنی اکثر افراد ۱۳/۶۹ سال و با انحراف معیار ۱/۹۲ بدست آمد. اکثر افراد (۶۴/۲ درصد) در گروه سنی ۱۴-۱۱ سال قرار داشتند. ۲۷/۵ درصد نمونه ها دارای رتبه اول تولد بودند. میانگین و انحراف معیار رتبه تولد به ترتیب ۲/۷۸ و ۱/۸۳ بود. شایع ترین مورد سرطان در افراد، لوسمی لنفوسیتی حاد با ۵۶/۷ درصد و کمترین مورد رینوبلاستوم با ۰/۸ درصد بود. ۵۱/۷ درصد نوجوانان مورد مطالعه در حال انجام روش های درمانی بودند و در ۴۸/۳ درصد از نمونه ها دوره درمان اتمام رسیده بود. از میان نوجوانانی که در حال درمان بودند ۴۸/۳ درصد با روش شیمی درمانی و ۳/۴ درصد با روش پرتوتابی تحت درمان قرار داشتند و درمان بوسیله جراحی نیز

نشان دهنده تلاش ویژه ای در درگیر شدن با مسأله و سعی در کنترل فرد یا محیط تنش زا است. راهکارهای مقابله ای این زیر مجموعه، افراد را در کنش و عبور پیشرونده از محیط تنش زا کمک می کند. با استفاده از این نوع مقابله فرد سعی در اداره کردن مشکل و تمرکز بر عواطف برخاسته از موقعیت دارد (Tobin, ۲۰۰۱). مقابله ناکارآمد: شامل اجتناب از مشکل، افکار واهی، گوشه گیری اجتماعی و انتقاد از خود می باشد. این زیر مجموعه شامل راهکارهای ویژه ای است که شخص را با محیط تنش زا درگیر نمی کند. در این شرایط احساسات با دیگران در میان گذاشته نمی شود و گذر از این مرحله با اجتناب و طفره رفتن از مواجهه با مسأله همراه است و رفتارهایی که می تواند موقعیت را تغییر دهد انجام نمی شود. استفاده از این نوع مقابله فرد را از موقعیت دور می کند (Tobin, ۲۰۰۱).

هر سوال پرسشنامه با استفاده از مقیاس ۵ رتبه ای نوع مقابله آزمودنی ها را اندازه گیری می کند. این مقیاس شامل نمرات ۱ تا ۵ می باشد. که نمره ۱ به معنای عدم استفاده و نمره ۵ نشانه استفاده خیلی زیاد از آن راهکار مقابله ای می باشد. نمره کل فرد از هریک از زیر مجموعه های مقابله بین ۱۶ تا ۸۰ بود. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار از روش (توصیفی- استنباطی) اعتبار محتوی استفاده شد. پایائی ابزار از طریق  $\alpha$  کرونباخ با  $r = 0.79$  تأیید گردید.

پژوهشگر ابتدا پس از کسب اجازه از مراکز ذیربط انجام کار در محل پژوهش حاضر شده و خود را به نمونه های مورد نظر معرفی کرده و هدف از انجام پژوهش را بیان نمود. نمونه ها به صورت کتبی رضایت خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کردند (نوجوانان در حضور والدین رضایت نامه را امضاء نمودند). گردآوری اطلاعات از طریق خود

کارآمد نوجوانان با رتبه تولد ارتباط معنا داری وجود نداشت اما بین مقابله ناکارآمد "افکارواهی" با رتبه تولد ارتباط معنا داری وجود داشت ( $P=0/002$ ). با انجام آزمون شفه مشخص شد که این اختلاف به دلیل میانگین رتبه تولد ششم است که از بقیه کوچکتر می باشد.

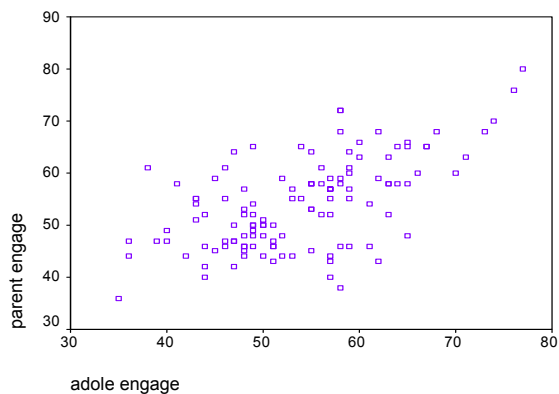
به منظور تعیین نوع مقابله والدین نوجوانان مبتلا بر حسب سن، جنس تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سن، جنس و رتبه تولد نوجوان یافته های پژوهش نشان داد والدین در مقابله نوع کارآمد بیشتر از "حل مسأله" ( $\bar{X}=15/74$  و  $SD=2/30$ ) و در مقابله نوع ناکارآمد بیشتر از "افکارواهی" ( $\bar{X}=17/46$  و  $SD=2/32$ ) استفاده می کردند. نتیجه بدست آمده با آزمون آنالیز واریانس و کروس کالوالیس نشان داد بین مقابله کارآمد و ناکارآمد والدین با سن، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی آن ها و بین مقابله کارآمد والدین با رتبه تولد نوجوانان مبتلا ارتباط معناداری وجود نداشت. اما بین مقابله ناکارآمد "افکارواهی" والدین با رتبه تولد نوجوانان ارتباط معناداری وجود داشت ( $P=0/029$ ). با انجام آزمون شفه، گروهی که موجب این اختلاف شده است مشخص نشد.

آزمون  $t$  مستقل نشان داد بین مقابله کارآمد والدین با جنس آن ها و مقابله کارآمد و ناکارآمد آن ها با جنس نوجوان ارتباط معناداری وجود نداشت. اما ارتباط معنا داری بین مقابله ناکارآمد "گوشه گیری اجتماعی" با جنس والدین وجود داشته است ( $P=0/012$ ). در این میان، مادران نمره میانگین بیشتری از پدرها در زمینه گوشه گیری اجتماعی کسب کردند ( $\bar{X}=9/57$  و  $SD=3/73$ ). همچنین آزمون  $t$  مستقل نشان داد که بین مقابله کارآمد "حل مسأله" والدین با سن نوجوان

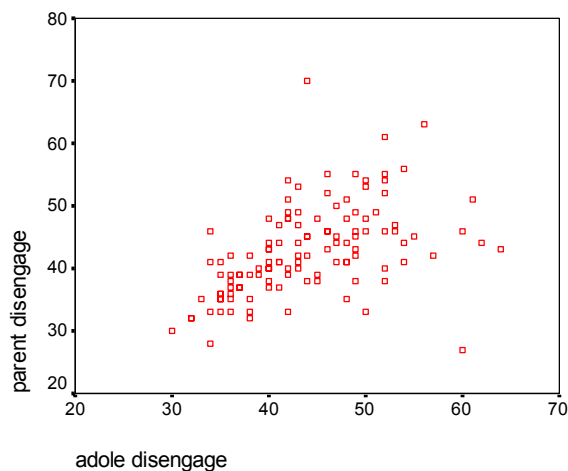
در هیچ یک از نمونه ها وجود نداشت.  $8/3$  درصد در دوره درمان آن ها تمام شده بود جهت پیگیری مراجعه می نمودند. والدین شرکت کننده شامل  $56/7$  درصد مادر و  $43/3$  درصد پدر بودند. میانگین و انحراف معیار سن والدین به ترتیب  $40/57$  و  $6/74$  سال بود. اکثر والدین با  $43/4$  درصد در گروه سنی  $49-40$  سال قرار داشتند.  $8/3$  درصد از والدین دارای تحصیلات ابتدایی،  $20/8$  درصد راهنمایی،  $6/7$  درصد دبیرستانی،  $20/0$  درصد دیپلم و  $4/2$  درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان به ترتیب  $3/71$  و  $1/94$  بود.  $27/5$  درصد خانواده ها دارای  $3$  فرزند بودند.  $10/0$  درصد از والدین وضعیت اقتصادی خانواده را خوب،  $55/0$  درصد متوسط و  $35/0$  درصد ضعیف عنوان نمودند.

به منظور "تعیین نوع مقابله نوجوانان مبتلا بر حسب سن، جنس و رتبه تولد" یافته های پژوهش نشان داد که نوجوانان در مقابله نوع کارآمد بیشتر از "حل مسأله" ( $\bar{X}=14/97$  و  $SD=2/72$ ) و در مقابله نوع ناکارآمد بیشتر از "افکارواهی" استفاده می کردند ( $\bar{X}=17/51$  و  $SD=2/30$ ). آزمون  $t$  مستقل نشان داد که بین مقابله کارآمد و ناکارآمد نوجوانان مبتلا با جنس و همچنین بین مقابله کارآمد آن ها با سن ارتباط معنا داری وجود نداشت. اما بین مقابله ناکارآمد "افکارواهی" نوجوانان با سن آن ها ارتباط معنا داری وجود داشت ( $P=0/026$  و  $t=2/260$ ). در این میان گروه سنی  $14-11$  ساله نسبت به گروه سنی  $17-15$  سال نمره میانگین بیشتری از افکارواهی کسب کردند (میانگین  $17/86$ ، انحراف معیار  $2/33$ ). نتایج آزمون آماری آنالیز واریانس و کروس کالوالیس نشان داد بین مقابله

y به ازای مقادیر x به صورت  $y = 22/926 + 0/49 \cdot X$  می باشد (نمودار شماره ۳).



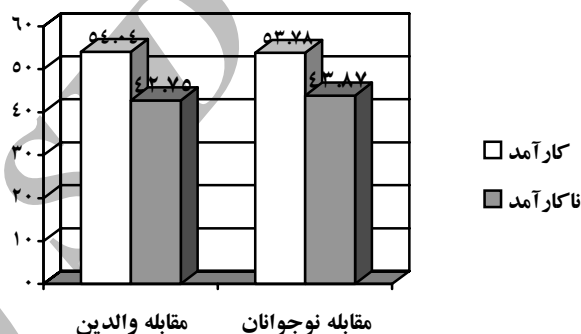
$$y = \frac{22}{926} + \frac{0}{49} X \quad (r^2 = \dots)$$



$$y = \dots + \dots X \quad (r^2 = \dots)$$

نتایج جدول شماره ۱ با آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین مقابله کارآمد و ناکارآمد والدین و نوجوان صرفنظر از سن نوجوان ارتباط خطی مثبت و معناداری

ارتباط معناداری وجود دارد ( $P = 0/016$ ). والدین نوجوانان گروه سنی ۱۴-۱۱ سال میانگین بیشتری کسب کردند ( $\bar{X} = 16/12$ ,  $SD = 2/13$ ). همچنین بین مقابله ناکارآمد "افکار واهی" والدین با سن نوجوان ارتباط معناداری وجود داشت ( $P = 0/001$ ). والدین نوجوانان ۱۴-۱۱ سال ( $\bar{X} = 17/97$ ,  $SD = 2/09$ ) بیشتر از والدین نوجوانان ۱۷-۱۵ سال از افکار واهی استفاده می کردند.



میانگین و انحراف معیار نمرات مقابله کارآمد نوجوانان مبتلا و والدین آن ها بالاتر از نوع مقابله ناکارآمد آن ها بود (نمودار شماره ۱).

با آزمون پیرسون ارتباط خطی مثبت و معناداری بین مقابله کارآمد والدین و نوجوانان یافت شد ( $r = 0/596$ ,  $P = 0/000$ ). آزمون رگرسیون خطی نشان داد که ۳۵/۵ درصد مقابله کارآمد نوجوانان تحت تأثیر مقابله کارآمد والدین قرار دارد ( $r^2 = 0/355$ ) و معادله خط  $y = 21/366 + 0/6 X$  به ازای مقادیر x به صورت  $y = 21/366 + 0/6 X$  می باشد (نمودار شماره ۲). همچنین آزمون همبستگی پیرسون بین مقابله ناکارآمد والدین و نوجوانان ارتباط خطی مثبت و معناداری را نشان داد ( $r = 0/491$ ,  $P = 0/000$ ). آزمون رگرسیون خطی نشان داد که ۲۴/۱ درصد مقابله ناکارآمد نوجوانان تحت تأثیر مقابله ناکارآمد والدین قرار دارد ( $r^2 = 0/241$ ) و معادله خط

می کردند. یافته ها نشان داد گروه سنی ۱۴-۱۱ سال از مقابله نا کارآمد "افکار واهی" بیشتر از گروه سنی ۱۷-۱۵ استفاده می کردند. Rathner و Zangler (۱۹۹۶) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابه دست یافتند و نتایج پژوهش آن ها نشان می دهد که نوجوانان کوچکتر مبتلا به بیماری مزمن در مقایسه با نوجوانان بزرگتر از مقابله "افکار واهی" بیشتر استفاده می کردند.

یافته ها بیانگر این بود که بین میانگین های مقابله نا کارآمد "افکار واهی" و رتبه تولد اختلاف معنادار وجود دارد و با انجام آزمون شفه مشخص شد که این اختلاف به دلیل میانگین رتبه تولد ششم است که از بقیه کوچکتر می باشد. در تأیید این نتایج مطالعه عزیزی نژاد روشن (۱۳۷۷) نیز نشان می دهد که در نوجوانان مبتلا به تالاسمی بین رتبه تولد و استفاده از مقابله "متمرکز بر عواطف" ارتباط معناداری وجود داشت و متذکر شدند که این اختلاف به دلیل رتبه تولد هفتم می باشد ( $P=0.03$ ).

در مورد هدف "تعیین نوع مقابله والدین نوجوانان مبتلا بر حسب سن، جنس تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سن، جنس و رتبه تولد نوجوان" یافته های پژوهش نشان داد در میان انواع مقابله کارآمد، والدین بیشتر از مقابله "حل مسأله" استفاده کردند. نتایج مطالعه Katz (۲۰۰۲) نیز در تأیید این یافته نشان می دهد که والدین کودکان مبتلا به بیماری های مهلک از مقابله "حل مسأله" بیشتر از مقابله "متمرکز بر عواطف" استفاده کردند. همچنین یافته ها نشان داد که در میان انواع مقابله نا کارآمد، والدین بیشتر از مقابله "افکار واهی" استفاده کردند. Last و Grootenhuis (۱۹۹۷a) می نویسند که والدین کودکان مبتلا به بیماری های تهدید کننده زندگی از میان انواع مقابله های نا کارآمد

وجود داشت و ارتباط مقابله کارآمد والدین و نوجوان در گروه سنی ۱۴-۱۱ سال شدت بیشتری دارد. همچنین ارتباط مقابله نا کارآمد والدین و نوجوانان در گروه سنی ۱۷-۱۵ سال شدت بیشتری داشت. همچنین نتایج این جدول با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین مقابله کارآمد و نا کارآمد والدین و نوجوانان صرفنظر از جنس نیز ارتباط خطی مثبت و معناداری وجود داشت.

:

$r = 0.445$	$r = 0.628$	۱۱-۱۴	رتبه تولد	رتبه تولد
$*p = 0.000$	$*p = 0.000$			
$r = 0.580$	$r = 0.529$	۱۵-۱۷		جنس
$*p = 0.000$	$*p = 0.000$		پسر	
$r = 0.563$	$r = 0.534$		دختر	
$*p = 0.000$	$*p = 0.000$			
$r = 0.407$	$r = 0.673$			
$*p = 0.003$	$*p = 0.000$			

ارتباط مقابله کارآمد والدین و نوجوان در دخترها قدرت بیشتری داشت. همچنین ارتباط مقابله نا کارآمد والدین و نوجوانان در پسرها نیز شدیدتر بود.

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش در مورد هدف تعیین نوع مقابله نوجوانان مبتلا بر حسب سن، جنس و رتبه تولد مشخص شد که نوجوانان از مقابله "حل مسأله" بیشتر استفاده می کردند. در تأیید این نتیجه مطالعه Broderick (۲۰۰۲) نیز نشان می دهد نوجوانان بیشتر از مقابله "حل مسأله فعال" ( $P=0.01$ ) استفاده

"افکار واهی" والدین با رتبه تولد نوجوان ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج مطالعه Patistea (۲۰۰۵) نشان داد که پدران هنگامی که فرزند مبتلا فرزند اول است بهتر مقابله می کنند.

در مورد هدف "تعیین ارتباط بین نوع مقابله با سرطان در نوجوانان مبتلا و نوع مقابله والدین آن ها بر حسب سن و جنس نوجوان" نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار مقابله کارآمد نوجوانان مبتلا و والدین آن ها بالاتر از نوع مقابله ناکارآمد آن ها بود. بدین معنا که هر دو از مقابله کارآمد بیشتر استفاده می کردند. در تأیید این یافته نتیجه مطالعه Larson, Witrock و Sandgren (۱۹۹۴) نشان می دهد که والدین کودکان مبتلا به سرطان بیشتر از مقابله کارآمد استفاده می کنند. همچنین نتیجه مطالعه Reid, Dubow و Carey که در سال (۱۹۹۵) انجام شد نیز نشان داد نوجوانان مبتلا به دیابت از "مقابله مواجهه با مشکل" بیشتر از "مقابله اجتناب از مشکل" استفاده کرده اند ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ).

با آزمون پیرسون ارتباط خطی مثبت و معناداری بین مقابله کارآمد والدین و نوجوانان یافت شد. به این معنی که هر چه والدین بیشتر از مقابله کارآمد استفاده کردند نوجوانان آن ها نیز از این نوع مقابله بیشتر استفاده می کردند. در تأیید این یافته نتایج مطالعه Kazak, Christakis, Alderfer و Coiro (۱۹۹۴) نیز نشان می دهد که بین مقابله و سازگاری کودکان و نوجوانان بهبود یافته از سرطان با مقابله و سازگاری مادرانشان ارتباط مثبتی وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ,  $r = ۰/۷۰$ ). یافته های مطالعه Sawyer, Streiner, Antoniou, Toogod و Rice (۱۹۹۸) نیز بیانگر آن است که سازگاری والدین بر روی سازگاری بعدی کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد.

بیشتر از "افکار واهی" استفاده می کردند. نتیجه دیگرگویای آن بود که مادران از مقابله "گوشه گیری اجتماعی" بیشتر استفاده کردند. نتیجه مطالعه Katz (۲۰۰۲) نیز نشان می دهد که بین پدران و مادران در استفاده از روش های مقابله ای تفاوت معناداری وجود دارد ( $P = ۰/۰۰۱$ ). نتیجه مطالعه Madan-Swain و همکاران (۱۹۹۴) در تأیید این یافته نشان می دهد که مادران کودکان مبتلا به سرطان بیشتر از "گوشه گیری اجتماعی" به عنوان یک روش مقابله ای استفاده می کردند.

همچنین بین مقابله کارآمد "حل مسأله" والدین با سن نوجوان ارتباط معناداری وجود دارد به گونه ای که والدین نوجوانان گروه سنی ۱۴-۱۱ سال (میانگین ۱۶/۱۲، انحراف معیار ۲/۱۳) بیشتر از والدین ۱۷-۱۵ سال از مقابله "حل مسأله" استفاده می کردند. به علاوه نتایج نشان داد که بین مقابله ناکارآمد "افکار واهی" والدین با سن نوجوان نیز ارتباط معناداری وجود دارد. والدین نوجوانان ۱۴-۱۱ سال (میانگین ۱۷/۹۷، انحراف معیار ۲/۰۹) بیشتر از والدین نوجوانان ۱۷-۱۵ سال از افکار واهی استفاده می کردند. نتیجه مطالعه Norberg, Lindblad و Boman (۲۰۰۵) نشان می دهد که والدین کودکان مبتلا به سرطان بیشتر تمایل دارند از مقابله ناکارآمد "واکنش منفعل" استفاده کنند ( $P = ۰/۰۰۸$ ). Last و Grootenhuis (۱۹۹۷a) در این زمینه این چنین بیان می کنند که خانواده های دارای فرزند مبتلا به سرطان با سن بالا بهتر از خانواده هایی با فرزند با سن پائین تر مقابله می کنند. آرزومانیانس (۱۳۷۸) عنوان می کند هرچه سن نوجوان کمتر باشد نگرانی و اضطراب والدین بیشتر است.

براساس یافته ها بین میانگین های مقابله ناکارآمد



افراد یاد بگیرند که چگونه با مشکلات خود مقابله کنند. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مقابله والدین و نوجوانان مبتلا هم در نوع کارآمد و هم در نوع ناکارآمد ارتباط وجود دارد. با توجه به این یافته ها به منظور بهبود نحوه مقابله نوجوانان ضرورت آموزش مقابله صحیح به خانواده بیش از پیش اهمیت می یابد. مقابله طیف وسیعی از روش ها را در بر می گیرد. برای دستیابی به الگوی مقابله در خانواده های ایرانی شاید انجام مطالعات کمی دارای کاستی هایی باشد که بدین منظور پیشنهاد می شود یک مطالعه کیفی با عنوان «بررسی نحوه مقابله نوجوانان مبتلا به سرطان و خانواده های آن ها» در مورد مفهوم مقابله از دیدگاه خانواده های ایرانی صورت گیرد.

#### تقدیر و تشکر

پژوهشگر از نوجوانان مبتلا به سرطان و خانواده های آن ها که با صبر و حوصله در این مطالعه شرکت کردند کمال قدردانی را دارد. همچنین از تمامی اساتید محترم که با راهنمایی های ایشان انجام این پژوهش میسر شد کمال سپاسگزاری را دارد.

#### منابع

- آرزومانیان، سونیا. (۱۳۸۱). بحران های کودک و خانواده در بیماری های مزمن و کشنده. انتشارات نور دانش. ص ۷۶-۷۰، ۸۰، ۹۵-۹۰، ۱۲۱.
- آرزومانیان، سونیا. (۱۳۷۸). رشد و تکامل انسان. انتشارات نوردانش. ص ۲۶۸ و ۲۸۲ و ۲۹۶.
- عزیزی نژاد روشن، پروین. (۱۳۷۷). بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود در به کارگیری روش های مقابله ای نوجوانان مبتلا به تالاسمی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان بابل. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم بهزیستی و

همچنین آزمون همبستگی پیرسون بین مقابله ناکارآمد والدین و نوجوانان ارتباط خطی مثبت و معناداری را نشان داد. بدان معنا که هر چه والدین از مقابله ناکارآمد بیشتر استفاده کردند نوجوانان آن ها نیز مقابله ناکارآمد را بیشتر به کار بردند. نتیجه مطالعه Trask و همکارانش (۲۰۰۳) در تأیید این یافته ها بیانگر آن است که بین مقابله ناکارآمد والدین و نوجوانان مبتلا به سرطان ارتباط خطی مثبت و معناداری وجود داشت ( $r=0.77$   $P<0.02$ ). یافته های مطالعه Gill, Williams, Thompson, Kinney و Thomas (۱۹۹۱) بیانگر آن بود که مقابله با درد، سازگاری منفعل در والدین با سازگاری منفعل در کودکان ارتباط وجود داشت. والدینی که بیشتر از روش های سازگاری منفعل استفاده می کردند کودکانشان نیز بیشتر به این روش روی می آورند.

همچنین نوجوانان ۱۷-۱۵ ساله تأثیرپذیری بیشتری از مقابله ناکارآمد والدین خود داشتند. نتیجه مطالعه Graaft-Nijkerk و Vanderwel, Last, Grootenhuis (۱۹۹۷b) مبین آن است که نگرش منفی والدین بر روی انعطاف پذیری و مقابله کودکان مبتلا به سرطان تأثیر نا مناسب دارد.

نتایج نشان داد که دختران در مقابله کارآمد تأثیر پذیری بیشتری از والدین خود دارند. Okoon (۱۹۹۷) می نویسد که وابستگی به والدین در دوره نوجوانی همچنان وجود دارد و این وابستگی در دخترها بیشتر است. آرزومانیان (۱۳۷۸) نیز می گوید دختران در دوره نوجوانی در مقایسه با پسرها مهارت های سازشی بیشتری بدست می آورند. همچنین بر اساس نتایج، پسرها در مقابله نا کارآمد تأثیر پذیری بیشتری از والدین خود داشتند.

یک زندگی رضایت بخش زمانی حاصل می شود که

Grootenhuis, A.M., & Last, F.B. (1997a). Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support cancer care*. 5. 466-484.

Grootenhuis, A.M., Last, F.B., Vanderwel, M., Graaft-Nijkerk, J.H. (1997b). Parents attributions of positive characteristics to their children with cancer. *Psychology Health*. 10. 123-131.

Hamid, N.P., Yue, D.X., Leung, M.C. (2003). Adolescent coping in different Chinese family environment. *Adolescence*. Spring. 35-54. [on-line]. Available: <http://www.findarticle.com/article>. Accessed. July, 20.

Kazak, A.E., Christakis, D., Alderfer, M., Coiro, M.J. (1994). Young adolescent cancer survivors and their parents. *Journal of Family Psychology*. 8. 74-84.

Katz, S.H. (2002). When the child's illness is life threatening: impact on the parents. [on-line]. Available: <http://www.medscape.com/viewarticles>. Accessed: 12 September.

Larson, L.S., Witrock, D.A., Sandgren, A.K. (1994). When a child diagnosed with cancer. *Journal of Psychology Oncology*. 12, 123-142.

Lewis, M. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry*. (3<sup>rd</sup> ed.). New York: J.B. Lippincott William and Wilkins. 1135-1144.

Madan-swain, A., Brown, R.T., Sexon, S.B., Baldwin, K., Paise, R., Ragab, A. (1994). Adolescent cancer survivors: Psychosocial and familial adaptation. *Psychosomatics*. 35. 453-459. [on-line]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/pubmed>. Accessed: 3. March.

Manne, S.L., Lesanics, D., Meyers, P., Wollner, N., Redd, W. (1995). Predictor of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer. *Journal of pediatric psychology*. 20. 491-510

Martinez, T. (2003). Differences in coping [on-line]. Available: <http://www.findarticle.com/article>. Accessed. May, 20

McKinney, E. S., Ashwill, W. J., Murray, S. S., James, R. S., Corries, M. T., Drosk, C. S. (2000). *Maternal – child nursing*. (2<sup>nd</sup> ed.). Missouri: St.Louis, Mosby Company. 911, 41-45.

توانبخشی. ص ۷۶-۷۰.

علیزاده، حمیده. (۱۳۸۰). تعامل والدین- فرزند: تحول و آسیب شناسی. مجله پژوهش های روانشناختی. دوره ۶. شماره ۳ و ۴. ص ۹۷-۸۲.

فیس، ال. (۱۳۷۳). پرستاری داخلی-جراحی. استرس و کنترل استرس. ترجمه حمید نام آور و لادن مقدم. انتشارات چپر. ص ۱۰۵ تا ۱۱۱.

شرفی، محمدرضا. (۱۳۷۶). دنیای نوجوان: کند و کاوی در بازشناسی روحيات ۱۳ تا ۱۸ ساله ها. انتشارات تربیت. ص ۵۱ و ۲۹۷.

Alebouyeh, M. (2003). Current Status of Pediatric Oncology in Iran. [on-line]. Available: <http://www.ams.ac.ir/AIM/index.html>. Accessed May 27, 2005.

Broderick, C.P. (2002). Coping style and depression in early adolescent. Relationships of gender, gender role and implicit beliefs. *Journal of Research*. April. 14-27.

Craven, F.R., & Hirnle, J.C. (2003). *Fundamental of Nursing*. (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1325-1345.

Curley, A.Q.M., & Moloney-Harmon, A.P. (2001). *Critical Care Nursing of Infant and Children*. (2<sup>nd</sup> ed.). Missouri: St.Louis. Mosby Company. 18-20.

Folkman, S. (2001). *User manual of coping and health*. department of medicine. University of California- Sanfrancisco.

Gil, M.K., Williams, A.D., Thompson, J.R., Kinney, R., Thomas, R. (1991). Sick cell disease in children and adolescents: the relation of child and parents pain coping strategies to adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*. 16. (5). 643-663.

Greasey, G., Ottlinger, K., Devico, K., Murray, T., Harvey, A., Hesson, M. (1997). Children's Affective Responses, Cognitive Appraisal, and Coping Strategies in Response to Negative Affect of Parents and Peers. *Journal of Experimental child Psychology*. 67. 39-59.

Sawyer, G.M., Streiner, L.D., Antoniou, G., Toogod, L., Rice, M. (1998). Influence of parental and family adjustment on the later psychological adjustment of children with cancer. *Journal of Child Adolescence Psychiatry*. 37. (8). 815-822.

Trask, C.P., Paterson, G.A., Trask, L.C., Bares B.C., Brit, J., Moan, C. (2003). Parent and Adolescent Adjustment to Pediatric Cancer: Associations with Coping, Social Support and Family Function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 20(1). 36-47.

Tobin, L.D. (2001). User manual for the coping strategies inventory. Department of Psychology. University of California- San Francisco. 1-18.

Varni, W.J., Katz, R.E., Colegrove, J.L. R., Dolgin, M. (1996). Family Functioning Predictors of Adjustment in children with Newly Diagnosed Cancer. A Prospective Analysis. *Journal of Child Psychology*. 37. (3). 321-328.

Wenger, N.A.R. (1996). Children, Coping and stress of illness a synthesis of research. *Journal of psychology pediatric of nursing*. 10 (3). 126- 137

Wong's, L.D., & Hockenbery, J.M. (2003). *Nursing Care of Infant and Children*. (7<sup>th</sup> ed.). Missouri: St. Louis, Mosby Company. 931-932, 1558, 65-70, 826-939.

Neville, K. (1996). Psychological Distress in Adolescents with Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*. 11(4). 243- 251

Norberg, A. L., Lindablad, F., Boman, K. K. (2005). Coping Strategies in Parents of Children with Cancer. *Social Science and Medicine*. 60. 965-675. {Online}. Available: <http://www.elsevier/locate/socimed>. Accessed: 12. April. 2005

Okoon, J. (1997). Attachment to parents and peers in late adolescence and their relation with self-image. *Adolescent*. 12. (6). 471-482

Patistea, E. (2005). Description and adequacy of parental coping behaviors in childhood leukemia. *International Journal of Nursing Studies*. 42. 283-296. {Online}. Available: <http://www.elsevier.com/locate/ijnu>. Accessed. June, 3.

Rathner, G., & Zangerle, M. (1996). Coping strategies of children and adolescents with diabetes mellitus. *Journal of Psychopathology*. 44. 49-74. {Online}. Available: <http://www.elsevier.com/locate/psychopath>. Accessed .November, 10, 2004

Reid, J.G., Dubow, F.E., Carey, C.T. (1995). Developmental and Situational Differences in Coping among Children and Adolescents with Diabetes. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 16. 529-554.

Archive