



## بررسی رابطه بین استرس ادراک شده، سبک های مقابله ای و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی مادران دارای کودک سرطانی

محمدحسین دهقانی فیروزآبادی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد یزد

M.Dehghanifirouzabadi@gmail.com

### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه بین استرس ادراک شده، سبک های مقابله ای و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی مادران دارای کودک سرطانی است. این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودک مبتلا به سرطان که به مراکز آموزشی و درمانی شهرستان یزد در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند را شامل می‌شود. تعداد ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به سرطان، از طریق روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و پس از تشریح اهداف پژوهش از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه‌های مقیاس رضایت از زندگی داینر، نگرش مذهبی خدایاری، پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های فشارزا و مقیاس استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) را تکمیل نمایند. نتایج نشان داد بین استرس ادراک شده با رضایت از زندگی رابطه منفی و معنی دار وجود داشت ( $P < 0/01$ ). بین نگرش مذهبی و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی دار برقرار بود ( $P < 0/05$ ) و از سبک های مقابله ای بین سبک مساله مدار و هیجان مدار با رضایت از زندگی رابطه مثبت ( $P < 0/05$ ) و بین سبک اجتنابی با رضایت از زندگی رابطه منفی و معنی دار برقرار بود ( $P < 0/05$ ). همچنین متغیرهای مذکور به میزان ۰/۰۶۷ از مجموع واریانس رضایت از زندگی را تبیین نمودند. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان با مجهز نمودن والدین کودکان مبتلا به سرطان به راهکارهای مقابله ای مساله مدار، مهارت های کنترل و مدیریت استرس و پر رنگ نمودن نگرش و باورهای مذهبی میزان رضایت از زندگی را در آنان ارتقا داد.

واژگان کلیدی: ادراک شده، سبک های مقابله ای، نگرش مذهبی، رضایت از زندگی



## Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between perceived stress, coping styles and religious attitudes and life satisfaction of mothers of children with cancer. This is a descriptive correlational study. The study population included all children with cancer to education and health centers of Yazd city were referred in 1395 to be included. A total of 100 mothers of children with cancer through purposive sampling method And then they were asked to explain the purpose of the study of life satisfaction questionnaire Diener, Khodayari religious attitude questionnaire, deal with stressful situations and Perceived Stress Scale Cohen et al (1983) to complete. The results showed a negative relationship between perceived stress and life satisfaction was significant ( $P < 0/01$ ). Between religious attitudes and life satisfaction, there was a significant positive relationship ( $P < 0/05$ ) and problem-focused and emotion-focused coping styles between style and life satisfaction ( $P < 0/05$ ) and positive relationship between avoidant style of life satisfaction and significant negative relationship was established ( $P < 0/05$ ). The aforementioned factors as well as the 0/067 of the total explained variance in life satisfaction. According to the results obtained from the parents of children with cancer can be equipped with problem-focused coping strategies, full color control and stress management skills and the attitudes and religious beliefs in their life satisfaction improved.

**Keywords:** Perceived, coping styles, religious attitudes, life satisfaction



## مقدمه

در سال های اخیر بیماری سرطان یکی از عوامل اصلی مرگ و میر جوامع می باشد. سرطان مشکل اصلی سلامت در سراسر جهان است. این بیماری دومین عامل مرگ در کشورهای در حال توسعه می باشد (جمال و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). به نظر می رسد که در سال های پیش رو بر تعداد افراد مبتلاء به سرطان افزوده خواهد شد که این امر ضرورت توجه به آن را بیشتر می کند. از هر سه نفر، یک نفر به سرطان دچار می شود. طی قرن بیستم، سرطان به میزان بسیار زیادی شیوع پیدا کرد و از دلایل اصلی این امر عوامل روانی و استرس های محیطی جامعه امروز می باشد. افراد مبتلاء به سرطان با طیف وسیعی از اختلالات هیجانی و شناختی مواجه می باشند و این امر مشکلات بیماران را در کنار بیماری سرطان دو چندان می کند (سیاح قربانی، ۱۳۸۹). خوشبختانه در قسمت های زیادی از دنیا، درمان سرطان کودکان بهبود یافته است، طوری که بیشتر بیماران می توانند انتظار بهبودی بلند مدت و احتمالاً علاج کامل را داشته باشند. تقریباً ۷۵ درصد از کودکان مبتلا به سرطان در انگلستان، در حال حاضر برای حداقل ۵ سال پس از تشخیص زنده می مانند و نرخ زنده ماندن در اروپای غرب و آمریکا به همین میزان است (گروه تحقیقی سرطان کودکان انگلستان، ۲۰۰۹؛ نقل از سیاح قربانی، ۱۳۸۶). به طور سنتی، تحقیقاتی که به مطالعه تاثیر سرطان کودک بر به عنوان یک بیماری مزمن تهدید کننده زندگی شناخته می شود، نه یک بیماری لاعلاج، این بدان معنی است که والدین مجبورند برای سال ها با تهدید بازگشت بیماری و یا مرگ زندگی کنند (ونگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). واکنش اعضای خانواده نسبت به بیماری فرد متفاوت است. ممکن است خانواده ها عضو بیمار را تشویق به رفتن به مدرسه یا محل کار و ... کنند و وی را به داشتن حداکثر تلاش جهت یک زندگی مستقل تشویق کنند (آلن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲؛ نقل از سیاح قربانی، ۱۳۸۶). به طور سنتی، تحقیقاتی که به مطالعه تاثیر سرطان کودک بر والدین پرداخته اند، بر نشانه های آسیب شناسی والدین تمرکز کرده اند و سلامت روان را مترادف با نبود نشانه های آسیب شناسی در نظر گرفته اند (ریف<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). مسائلی نظیر مشکلات روانی اجتماعی، تنش در روابط والدین، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی، تغییر در وظایف شغلی و خانوادگی، الگوهای تفریحی و کمبود وقت خانواده جهت پرداختن به کودکان سالم، به عنوان دیگر عوامل تنش زا در خانواده های دارای کودکان مبتلا به سرطان شناخته شده اند. نگرش سیستمی در مورد خانواده چنین بیان می کند که تغییر در یک بخش از سیستم خانواده، کل سیستم را متأثر خواهد ساخت و ارتباط درونی سیستم خانواده طوری به هم گره خورده است که تغییر در یک قسمت باعث تغییر غیرقابل اجتناب در تمام سیستم می شود (مردنی و همکاران، ۱۳۸۷). از جمله مبتلایان به سرطان های شایع در جهان، کودکان هستند که علاوه بر خود کودک کل سیستم خانواده را نیز درگیر و مختل می کند، سرطان یک چالش بزرگ روحی و روانشناختی برای والدین کودکان مبتلا به سرطان است، والدین این کودکان دچار سطوح بالایی از تنش های روانی، فیزیکی و تحریک پذیری و اشکال در تمرکز می شوند که سلامت روان آن ها را تهدید می کند و یا بر آن تأثیر منفی می گذارد (راستان، ۱۳۹۰).

این بیماری با توجه به طولانی مدت بودن درمان ها، خانواده ها را دچار تنش مستمر می کند و سلامت روان کل خانواده به ویژه والدین را به خطر می اندازد، والدین بخصوص مادران این کودکان بیشتر از والدین کودکان سالم دچار مشکلات روانی هستند؛ بنابراین تشخیص سرطان و فرایند درمان آن، تأثیر منفی در محیط خانواده به جا می گذارد (کریستین<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). عکس العمل اولیه والدین در ارتباط با تشخیص سرطان در فرزندانشان، اغلب با ضربه و شوک پیچیده ای همراه است. اعتقاد به این که فرزند آن ها از بین خواهد رفت، برای آن ها سخت خواهد بود. تردیدی نیست که سرطان یکی از پراسترس ترین رویدادهایی است که شخص در زندگی اش می تواند با آن روبرو شود و تغییرات آن نه تنها بر خود فرد بلکه برخواهر و برادرها و والدین و به طور کلی بر خانواده تأثیرگذار خواهد بود. والدین، بچه های مبتلا به سرطان بیشتر از والدین بچه های سالم در معرض مشکلات روان شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی، استرس و به طور کلی تهدید سلامت روان می باشند (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۱).

<sup>1</sup> Jemal

<sup>2</sup> Wong

<sup>3</sup> Allen

<sup>4</sup> Ryff,

<sup>5</sup> Kristen



رضایت از زندگی به عنوان یکی از متغیرهای مهم متأثر از بیماری‌های مزمن ناظر بر ادراک رضایت فردی از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات معیارها و دل مشغولی‌های انتخابی فرد است (داینر، ۱۹۸۸). رضایت از زندگی بیانگر نگرش مثبت فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند و در واقع همان احساس خشنودی است که در پی دستیابی به آن زمان نه چندان کوتاه را سپری می‌نماید (محسنی و صالحی، ۱۳۸۲). رضایت از زندگی فلسفه‌ای است که شخص آگاهانه برای زندگی خویش انتخاب کرده و ناخودآگاه آن را در ذهن دارد. دایرة المعارف فلسفه و روانشناسی، احساس رضایت را چنین تعریف کرده است: رضایت، احساس خوشی برآمده از آگاهی به یک وضعیت است که با ارضای تمایلات خاص پیوند خورده است. از آن جا که رضایت همراه خوشایندی است، لذا احساس خوشایندی به احساس رضایت تبدیل می‌شود (نقل از میرخان، ۱۳۹۳). حفظ یک کیفیت زندگی خوب و منتج به رضایت از زندگی، به اندازه‌ای مهم است که سبب بقای اکثر بیماران با بیماری پیش رونده و مزمن می‌شود. رضایت از زندگی امری است ذهنی و نه صرفاً متأثر از عوامل فیزیولوژیک یا بالینی عینی و در افراد با شرایط مشابه درک از کیفیت زندگی متفاوت می‌باشد. علائم فیزیکی و روانی ناشی از بیماری‌های مزمن مانند سرطان، موجب انزوای اجتماعی، گوشه‌گیری، نشخوار فکری می‌شود و در نتیجه نقش‌های بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی را تغییر و نهایتاً رضایت‌مندی آن‌ها از زندگی را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، وابستگی و نیاز به دیگران در فعالیت‌های معمول باعث می‌شود آن‌ها زندگی خود را از دست داده و لذا کیفیت زندگی و رضایت از زندگی این بیماران نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (مولی، جانستون و ویتام، ۲۰۰۷). از این مفهوم چنین برمی‌آید که رضایت از زندگی فقط به عوامل پزشکی مربوط نمی‌شود و دو فرد با تشخیص پزشکی یکسان می‌توانند مشکلات مختلفی داشته باشند که به دلیل وضعیت‌های روان‌شناختی، رضایت زندگی و تعاملات اجتماعی متفاوت افراد است. به منظور فهم بار بیماری روی بیماران و یافتن درمان‌های موثر بر شرایط طبی، این مطلب به خوبی پذیرفته شده که عوامل روانی-اجتماعی موثر در رضایت زندگی باید مورد توجه قرار گیرد. لذا در پژوهش حاضر رابطه بین استرس ادراک شده، سبک‌های مقابله‌ای و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی مادران دارای کودک سرطانی بررسی گردید.

تحقیقات نشان می‌دهد که امروزه ۸۰ درصد از مراجعه‌کنندگان به پزشکان به طور کلی و ریشه‌ای به خاطر استرس است و استرس همیشه عاملی برای بیماری بوده و در واقع دیگر هیچ‌گونه شک و تردیدی در مورد رابطه استرس و بیماری وجود ندارد؛ اما باید یادآور شد که استرس خود باعث بیماری نمی‌گردد بلکه این چگونگی واکنش ما نسبت به استرس است که در طی زمان باعث بروز بیماری می‌شود (روبنستاین، ۱۹۹۸؛ ترجمه جزایری، ۱۳۷۹). توماس هولمز<sup>۷</sup> استرس را واقعه محرکی که لازم است فرد با آن سازگار شود تعریف کرد؛ بنابراین استرس به عنوان یک محرک، هر موقعیتی است که درخواست‌های غیر معمول و فوق‌العاده داشته و نیازمند تغییر در الگوی زندگی کاری فرد باشد. موارد استرس به عنوان یک محرک شامل امتحان، بلایای طبیعی مشکلات مخاطره‌آمیز و جدایی زناشویی و ... است. این وقایع استرس‌زا هستند؛ چون فرد را ملزم به انجام رفتارهای سازگارانه برای کنار آمدن با درخواست‌های محیطی تحمیل شده می‌کنند (نصیرتفرشی، ۱۳۸۹). تنیدگی یا فشار عصبی<sup>۸</sup> در روان‌شناسی به معنی فشار و نیرو است و هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند، استرس‌زا یا عامل تنیدگی نامیده می‌شود. تنش ایجاد شده در بدن و واکنش بدن را تنیدگی می‌گوییم. به عبارتی هر عاملی موجب تنش روح و جسم و از دست دادن تعادل فرد شود، تنش است. هنگام وارد شدن استرس بدن واکنش‌هایی از خود نشان می‌دهد تا تعادل از دست رفته را بازگرداند که این عمل استرس است. تنیدگی واکنشی است که در فرد در اثر حضور عامل دیگری به وجود می‌آید و قوای فرد را برای روبه‌رو شدن با آن بسیج می‌کند و ارگانیزم (یا موجود زنده) حالت آماده باش پیدا می‌کند (حیدری، ۱۳۸۹). محققان مختلف دریافتند که میزان استرس ادراک شده بیماران سرطانی به مثابه یک مکانیزم تبیینی کاهش فزاینده نشانه‌های چندگانه کیفیت زندگی آن‌ها را توضیح می‌دهد (هیچی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات مختلفی (ابوالقاسمی، ۱۳۹۰؛ گنجی ارجنگی و فراهانی، ۱۳۸۷؛ یزدان‌شناس، ۲۰۱۶ و سیویتنکی، ۲۰۱۵) رابطه استرس با رضایت از زندگی را مورد تأیید قرار داده‌اند.

از دیگر متغیرهایی که در پژوهش حاضر در رابطه با رضایت از زندگی مورد بررسی قرار گرفت، سبک‌های مقابله‌ای است. نوع مقابله با این استرس و اضطراب‌ها به شکل‌گیری سبک‌های مقابله با استرس منجر می‌گردد. لازاروس و فولکمن مقابله را تغییر مداوم تلاش‌های

<sup>6</sup> Molly, Jhonston, Witham

<sup>1</sup> Thomas Holmes

<sup>8</sup> Stress

<sup>9</sup> Hyacinth, Thibault, & Ruttie-King





شناختی و رفتاری برای اداره خواست های بیرونی یا درونی می‌دانند. بر اساس این تعریف سبک مقابله ای فرایندی است که بر حسب ارزیابی فرد از میزان موفقیت آمیز بودن تلاش هایش تغییر می‌کند (آقا محمدیان و همکاران، ۱۳۸۱). هیگینز و اندلر<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۵) بر اساس مدل لازاروس و فولکمن سبکهای مقابله ای را به سه نوع تکلیف محور یا مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی تقسیم کرده اند: سبک مساله مدار به رفتارها و شناخت هایی اطلاق می‌شود که هدف آن ها تغییر موقعیت یا متغیر تنیدگی زاست. سبک مقابله ای هیجان مدار، رفتارها و شناخت هایی را شامل می‌شود که در آن هدف، تغییر پاسخ فرد به عامل تنش زاست. در سبک مقابله ای اجتنابی، فرد با حوصله گرفتن از مساله تنیدگی آفرین از آن فرار می‌کند و به دنبال حمایت عاطفی و واگذار کردن مسئولیت مقابله به دیگران است. به کارگیری انواع شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد پیامدهای متفاوتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده که مقابله‌های هیجانی و ناکارآمد در مواجهه با استرس منجر به افزایش تنیدگی و تنش گردیده و در نتیجه ابتلا به بیماری های مزمن می‌گردد (استریکلند و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). همچنین مطالعات مختلفی (پودریکو و همکاران، ۲۰۰۶؛ دسموند و همکاران، ۲۰۰۶ و پژوهش ملازهی و دهواری، ۱۳۹۴) نقش سبک های مقابله ای در رضایت از زندگی را تایید نموده اند.

اما یکی دیگر از اهداف پژوهش حاضر بررسی رابطه نگرش مذهبی و رضایت از زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان است. یکی از مولفه هایی که در پژوهش های مختلف به بررسی رابطه آن با رضایت از زندگی پرداخته شده است، نگرش مذهبی می‌باشد (میرخان، ۱۳۹۳). در بحث رضایت از زندگی در ادیان، باید گفت که ادیان و نگرش های مذهبی نقش مهمی در ایجاد احساس رضایت در زندگی دارند. آن ها انسان را تشویق می‌کنند تا به دنبال چیزی باشد که به او احساس رضایت پایدار و عزت نفس ببخشد و شیوه های تربیتی در اختیار آدمی می‌نهند که می‌توانند بر هوس های ویرانگر فایق آیند و به آسایش، آرامش و شادی بیشتر منتهی گردد (وارد<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، دین الهی به حقیقت انسان و نیازهای او توجه دارد و برنامه همه جانبه‌ای را برای زندگی وی ارائه می‌دهد. پژوهشگران نشان دادند که باورهای مذهبی قوی سبب می‌شود که افراد کمتر به استفاده از مواد مخدر، بزهکاری، طلاق و خودکشی روی آورند (شجاعی زاده، ۱۳۸۰). دور ماندن از باورهای اصیل مذهبی راه را برای ابتلاء فرد به کشمکش های درونی و روانی، احساس پوچی و بی هدفی و یاس و ناامیدی در برابر محرومیت ها، ناملایمات و فشارهای روانی هموار می‌کند (دوست محمدی، ۱۳۷۶). در پژوهشی که توسط آریانا<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در زمینه تاثیر نگرش مذهبی در رضایت از زندگی بر روی زنان تایوانی انجام گرفت، نتایج نشان داد که بین مذهب و سطح رضایت از زندگی زنان تایوانی رابطه مثبت و معناداری برقرار است.

در این زمینه پژوهش دیگری که توسط آدلر و فاگلی (۲۰۰۵) انجام شد، نشان داد که هرچه افراد خودآگاه تر و دارای نگرش های دینی و معنوی والاتر باشند، به همان میزان از رضایت زندگی بالاتری برخوردار خواهند بود. در ایران نیز پژوهش های متعددی همبستگی معکوس معنی داری را بین نگرش مذهبی قوی با شدت افسردگی و سطح اضطراب افراد بالغ نشان می‌دهد (کریم الهی، آقامحمدی، ۱۳۸۰). در پژوهش ماهشواری و سینگ (۲۰۰۹) به منظور بررسی رابطه بین نگرش مذهبی، شادکامی و رضایت از زندگی، نتایج پژوهش آن ها نشان داد که بین سه متغیر نگرش مذهبی، شادکامی و رضایت از زندگی همبستگی مثبتی برقرار است. در مجموع نتایج مطالعات متعددی در نقاط مختلف جهان مذهب و نگرش های مذهبی را به عنوان نیروی حمایت کننده در کاهش فشارهای روانی، کاهش تمایل به فساد و همچنین افزایش رضایت از زندگی معرفی کرده اند (میرخان، ۱۳۹۳). پژوهش هایی از جمله (روشنی، ۲۰۱۲)، عبدالله پور و همکاران، ۱۳۹۰؛ ماهشواری و سینگ ۲۰۰۹؛ آکلینز کازرین، ۲۰۰۹؛ آرن یا و کیت بونکا، ۲۰۰۹؛ کلی و میلر، ۲۰۰۷ و زولینگ و همکاران، ۲۰۰۶)، نقش نگرش های مذهبی در رضایت از زندگی را بررسی و تایید نموده اند.

از آن جا که سرطان از جمله منابع عمده استرس، ناتوانی و افت رضایت زندگی به حساب می‌آید، توجه به اهمیت بحث سلامت روان خانواده‌های دارای کودک سرطانی و هم چنین بهبود رضایت از زندگی آن ها اهمیت ویژه ای دارد؛ لذا سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین استرس ادراک شده، سبک های مقابله ای و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی مادران دارای کودک سرطانی رابطه وجود دارد؟

<sup>10</sup> Higgins & Endler

<sup>11</sup> Strickland,

<sup>12</sup> ward

<sup>13</sup> Aryana



## روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودک مبتلا به سرطان که به مراکز آموزشی و درمانی شهرستان یزد در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند را شامل می‌شود. تعداد ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به سرطان، از طریق روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و پس از تشریح اهداف پژوهش از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه‌های مقیاس رضایت از زندگی داینر، نگرش مذهبی خدایاری، پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های فشارزا و مقیاس استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) را تکمیل نمایند.

### ۱- مقیاس رضایت از زندگی داینر (SWLS):

به منظور سنجش رضایت از زندگی از این مقیاس (داینر و همکاران، ۱۹۸۴) استفاده خواهد شد. این مقیاس دارای ۵ گویه است و هر گویه نیز دارای گزینه‌هایی با درجات ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) می‌باشد. برای مثال یک گویه مقیاس عبارت است از: "شرایطی که در آن زندگی می‌کنم عالی است". مجموعه نمرات این مقیاس نشانگر میزان رضایت از زندگی است. این مقیاس به طور گسترده‌ای در پژوهش‌های مختلف برای سنجش رضایت کلی از زندگی مورد استفاده قرار گرفته و نتایج پژوهش‌ها نشانگر ویژگی‌های روانسنجی قابل قبول مقیاس می‌باشد (اویشی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۶؛ پترسون و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۵). پایایی مقیاس رضایت از زندگی توسط بیابانی و همکاران (۱۳۸۶) در جامعه آماری متشکل از ۱۰۹ نفر از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. به گزارش آنان اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد. به گفته کاشدان برای سنجش بهزیستی فاعلی، آزمون‌هایی مانند مقیاس شادی فاعلی و مقیاس رضایت از زندگی از مناسب‌ترین مقیاس‌ها می‌باشند؛ چراکه کوتاه و فارغ از فشار زمانی هستند، مبتنی بر نظریه‌اند و ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی دارند. در مقابل، پرسشنامه شادی آکسفورد طولانی‌تر است، دارای سازه‌های زائد است و فاقد توجیه نظری برای محتوای پراکنده‌ای که می‌سنجد. اعتبار مقیاس رضایت از زندگی به وسیله روش آماری آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب اعتبار برابر با ۰/۸۳ به دست آمده است. در پژوهشی که توسط تقریبی (۱۳۹۱) به منظور بررسی ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه رضایت از زندگی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی کاشان انجام گرفت، پایایی پرسشنامه با استفاده از شیوه پایداری و ثبات داخلی و روایی نیز از طریق اعتبار همزمان و اعتبار سازه به کار برده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات دانشجویان در پرسشنامه رضایت از زندگی ۱۸/۶ بود و ضریب ثبات داخلی ابزار بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ محاسبه شد و پایایی آن نیز توسط روش همبستگی با کل مقیاس و آزمون مجدد تایید گردید. همبستگی ابزار با مقیاس تک سوالی رضایت از زندگی و فرم کوتاه کیفیت رضایت و لذت از زندگی به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۸ ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ) به دست آمد. نتایج تحلیل عامل کلی در مقیاس نیز حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس بود که این عامل دارای ارزش ویژه ۲۴/۳ بوده و قادر به پیش‌بینی از ۰/۶۴ کل واریانس بود.

۲- پرسشنامه نگرش مذهبی خدایاری: این مقیاس توسط خدایاری فرد و همکاران (۱۳۷۴) تهیه شده و شامل ۴۰ سوال در خصوص حیطه‌های موضوعی عبادات، اخلاقیات، ارزش‌ها، اثر مذهب در زندگی و رفتار انسان، مباحث اجتماعی، جهان‌بینی و باورها، علم و دین می‌باشد. نمره‌گذاری بر اساس روش لیکرت با گزینه‌های کاملاً موافقم تا حدی موافقم، بینابین تا حدی مخالفم و کاملاً مخالفم تنظیم شده است. این پرسشنامه دارای ۴۰ سوال می‌باشد که پاسخگویی به این سوالات به شکل طیف لیکرتی پنج درجه‌ای «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نظری ندارم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» انجام می‌شود. برای نمره‌گذاری مقیاس، به هر یک از گزینه‌های انتخاب شده، که نگرش مثبت تلقی شده‌اند، ۴ و ۵ امتیاز، به گزینه‌هایی که نگرش منفی تلقی شده‌اند، ۱ و ۲ و به گزینه‌های بینابین ۳ نمره تعلق می‌گیرد. بیشترین نمره در این مقیاس، ۲۰۰ امتیاز است. ضریب همبستگی نمره هر یک از مواد با نمره کل پرسشنامه در سطح ۰/۰۰۱ معتبر است و پایایی با دو روش اسپیرمن براون و گاتمن برابر ۰/۹۳ و ۰/۹۲ است. ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ می‌باشد (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۴). شریفی (۱۳۸۱) پایایی این پرسشنامه را به روش تنصیف برابر ۰/۸۸ و به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ به دست آورده است. روایی پرسشنامه با روایی همزمان برآورده شده است؛ به این صورت که ضریب همبستگی سوالات نگرش مذهبی با سوالات

<sup>14</sup> Oishi

<sup>15</sup> Peterson



ارزیابی میزان مذهبی بودن از نظر خود شخص، خانواده، دوستان، همکلاسی ها، استادان و افراد غیر آشنا و سایر مردم محاسبه شده است که مقدار آن از  $0/32$  تا  $0/57$  گزارش شده است. این مقدار ضریب، نشان دهنده همبستگی مثبت و معناداری بود. اعتبار پرسشنامه نیز با ضریب آلفای کرونباخ برابر  $0/95$ ،  $a$ ، باروش تصنیف و اسپیرمن- براون برابر با  $0/93$  و فرمول گانمن  $0/92$  گزارش شد که نمایانگر اعتبار مطلوب و مناسب است.

### ۳- پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های فشارزا (CISS)

این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده است. این آزمون شامل ۴۸ ماده است که پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. پرسشنامه CISS سه زمینه‌ی اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در برمی گیرد:

۱. مقابله مسئله مدار یا برخورد فعال با مسئله در جهت مدیریت و حل آن.

۲. مقابله هیجان مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله.

۳. مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله.

با توجه به این که پاسخ‌دهی به صورت ۵ درجه لیکرت است حداکثر نمره برای هر ماده ۵ و حداقل ۱ است. آزمودنی بایستی به همه سوالات پاسخ دهد. اگر آزمودنی تعداد ۵ سؤال یا کمتر از ۵ سؤال را جواب نداده باشد در زمان نمره‌گذاری پژوهشگر می‌تواند به این سوالات گزینه ۳ را علامت بزند، اما در غیر این صورت یعنی اگر بیش از ۵ سؤال بدون پاسخ باشد آن پرسشنامه نمره‌گذاری نمی‌شود. دامنه تغییرات سه نوع رفتار رویارویی به این شکل است که نمره هر یک از رفتارهای رویارویی سه‌گانه یعنی مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است. به عبارتی شیوه رویارویی غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند مشخص می‌شود. یعنی هرکدام از رفتارها نمره بالاتری را کسب کند، آن رفتار به عنوان شیوه رویارویی فرد در نظر گرفته می‌شود (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰).

در مطالعه شکری و همکاران (۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ سبک‌های مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی در بین دانشجویان ایرانی به ترتیب برابر با  $0/74$ ،  $0/70$ ،  $0/73$  در بین دانشجویان سوئدی به ترتیب برابر با  $0/69$ ،  $0/77$ ،  $0/80$  و در کل برابر با  $0/72$ ،  $0/71$ ،  $0/74$  به دست آمد؛ اما در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای سه عامل مسئله نداری، اجتنابی بودن و هیجان مداری در بین والدین کودکان عادی به ترتیب برابر با  $0/80$ ،  $0/75$ ،  $0/65$  و در کل در بین والدین کودکان استثنایی به ترتیب برابر با  $0/84$ ،  $0/73$ ،  $0/65$  و در کل  $0/78$  به دست آمد (شکری، کدیور، زین‌آبادی، غنایی، نقش، طرخان، ۱۳۸۸).

### ۴- مقیاس استرس ادراک شده

این مقیاس توسط کوهن<sup>۱۶</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه شده. دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای است، که برای سنجش استرس معمولی درک شده در یک ماه گذشته بکار می رود. در این تحقیق از پرسشنامه ۱۴ ماده ای استفاده شد. نحوه نمره گذاری پرسشنامه به این شکل است که بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت هرگز (۰)، تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب اوقات (۳) و بسیاری از اوقات (۴) امتیاز تعلق می گیرد. عبارات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می شوند (هرگز= ۴ تا بسیاری از اوقات = ۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. کوهن و همکاران آلفای کرونباخ را برای این مقیاس  $0/84$  و  $0/86$  محاسبه کرده اند (نیسانی حبیب آبادی و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعه ای که توسط صالحی فدردی صورت گرفت، آلفای کرونباخ برای این مقیاس  $0/75$  گزارش گردید (شهرگرد، ترخان و تقی زاده، ۲۰۱۳).



یافته ها

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
تحصیلات	زیردیپلم و دیپلم	۴۷	۴۷/۰
	فوق دیپلم	۱۵	۱۵/۰
	کارشناسی	۲۹	۲۹/۰
	کارشناسی ارشد و دکترا	۹	۰/۰۹
وضعیت اشتغال	خانه دار	۶۱	۶۱/۰
	شاغل	۳۹	۳۹/۰
سن	میانگین		انحراف استاندارد
		۳۷/۲۱	۷/۷۶۰

جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می گردد تحصیلات شرکت کنندگان به ترتیب: زیردیپلم و دیپلم ۴۷/۰، فوق دیپلم ۱۵/۰، کارشناسی ۲۹/۰ درصد و ۰/۰۹ درصد هم کارشناسی ارشد و دکترا می باشد. وضعیت اشتغال شرکت کنندگان: خانه دار ۶۱/۰ و شاغل ۳۹/۰ درصد می باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندارد شرکت کنندگان به ترتیب ۳۷/۲۱ و ۷/۷۶۰ است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از زندگی	۲۵/۷۶	۶/۵۶۰
استرس ادراک شده	۳۱/۵۲	۸/۷۶۹
نگرش مذهبی	۱۴۱/۵۶	۲۹/۵۶۰
سبک مساله مدار	۴۱/۵۵	۸/۹۸۰
سبک هیجان مدار	۴۳/۷۶	۷/۶۵۰
سبک اجتنابی	۴۹/۷۸	۸/۷۸۴





جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می گردد میانگین و انحراف استاندارد رضایت از زندگی ۲۵/۷۶، ۶/۵۶۰؛ استرس ادراک شده: ۳۱/۵۲ و ۸/۷۶۹؛ نگرش مذهبی: ۱۴۱/۵۶ و ۲۹/۵۶۰؛ سبک مساله مدار: ۴۱/۵۵ و ۸/۹۸۰؛ سبک هیجان مدار: ۴۳/۷۶ و ۷/۶۵۰؛ سبک اجتنابی: ۴۹/۷۸ و ۸/۷۸۴ است.

جدول ۳- ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین رضایت از زندگی با متغیرهای پژوهش

رضایت از زندگی		
متغیر	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
استرس ادراک شده	۰/۱۷۴ * *	۰/۰۰۱
نگرش مذهبی	۰/۱۲۲ *	۰/۰۲۴
سبک مساله مدار	۰/۱۱۸	۰/۰۲۱
سبک هیجان مدار	۰/۱۱۶	۰/۰۴۲
سبک اجتنابی	-۰/۱۳۸	۰/۰۱۹

جدول ۳ ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین رضایت از زندگی با متغیرهای پژوهش می پردازد. همان طور که مشاهده می گردد، بین رضایت از زندگی با استرس ادراک شده ( $r = -0.174, P < 0.01$ ) و سبک اجتنابی ( $r = -0.138, P < 0.05$ ) رابطه منفی و معنی دار برقرار است. همچنین بین رضایت از زندگی با نگرش مذهبی ( $r = 0.122, P < 0.05$ )، رضایت از زندگی با سبک مساله مدار ( $r = 0.118, P < 0.05$ ) و رضایت از زندگی با سبک هیجان مدار ( $r = 0.116, P < 0.05$ ) رابطه مثبت و معنی دار برقرار است.

جدول ۴- رگرسیون چند متغیری جهت پیش بینی رضایت از زندگی براساس استرس ادراک شده، نگرش مذهبی و سبک های مقابله ای

آزمون تورم واریانس (VIF)	Adjusted R Square	سطح معناداری	F	سطح معناداری	مقدار T	ضریب استاندارد شده	مدل ۱
						ضرایب Beta	
۱/۸۷۰				۰/۰۱۹	-۲/۳۶۷	-۰/۱۴۰	استرس ادراک شده
۱/۱۳۳				۰/۲۰۷	۱/۲۶۶	۰/۰۷۵	نگرش مذهبی
۲/۵۶۱	۰/۰۶۷	۰/۰۰۴	۵/۷۸۹	۰/۷۸۹	۰/۲۶۸	۰/۰۸۷	سبک مساله مدار
۱/۱۱۳				۰/۲۵۷	۱/۱۳۵	۰/۰۶۷	سبک هیجان مدار
۳/۴۵۱				۰/۰۲۱	-۲/۳۱۱	-۰/۱۱۹	سبک اجتنابی

جدول ۴ رگرسیون چند متغیری جهت پیش بینی رضایت از زندگی براساس استرس ادراک شده، نگرش مذهبی و سبک های مقابله ای می پردازد. همان طور که مشاهده می شود میزان F به دست آمده معنی دار بوده است ( $F = 5.789, P < 0.01$ ) و نشان می دهد که مدل



رگرسیون به کار رفته شده معنی دار است. همچنین نتایج به دست آمده از مدل رگرسیون نشان می‌دهد که این مدل ۰/۰۶۷ درصد از مجموع واریانس رضایت از زندگی را پیش بینی می‌کند. در بررسی سهم هر یک از متغیرها و با توجه به Beta استاندارد شده همان طور که مشاهده می‌شود، استرس ادراک شده و سبک اجتنابی قدرت پیش بینی بیشتری نسبت به سایر متغیرها داشتند.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت احساس رضایت از زندگی در زندگی هر فردی، امروزه پژوهش‌های زیادی در مورد رضایت از زندگی در گروه‌های مختلف جمعیتی انجام می‌گیرد؛ لذا هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه بین بررسی رابطه بین استرس ادراک شده، سبک‌های مقابله‌ای و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی مادران دارای کودک سرطانی است. نتایج نشان داد بین استرس ادراک شده با رضایت از زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان رابطه منفی و معنی‌دار برقرار بود. یافته‌های به دست آمده با نتایج پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۹۰)، گنجی ارجنگی و همکاران (۱۳۸۷)، یزدان‌شناس (۲۰۱۶) و سیویتکی (۲۰۱۵) همخوان است. در تبیین یافته‌ها به دست آمده باید عنوان نمود که خانواده‌های دارای کودک سرطانی، به دلیل وضعیتی که دارند معمولاً در معرض رویداد‌های پرتنش و استرس‌زا در زندگی قرار می‌گیرند که شادی، شادکامی، سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی و در نهایت رضایت از زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مادران این کودکان به دلیل کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی‌های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی، مراجعات مکرر به مراکز درمانی، هزینه‌های هنگفت دارو و درمان این بیماران، به طور کلی استرس و پریشانی گسترده‌ای را تجربه می‌نمایند؛ لذا استرس بالای ادراک شده سبب آشفتگی رفتاری، هیجانی و روانی مادران این کودکان خواهد شد که در نهایت رضایت از زندگی کمتری احساس می‌نمایند.

همچنین نتایج نشان داد که بین نگرش مذهبی و رضایت از زندگی مادران کودک سرطانی رابطه مثبت و معنی‌دار برقرار است. بدین معنی که هرچه نگرش مذهبی آنان بالاتر باشد، احساس رضایت از زندگی بیشتری خواهند نمود. یافته‌ها به دست آمده با نتایج پژوهش‌های زیادی از جمله، روشنی (۲۰۱۲)، عبدالله پور و همکاران (۱۳۹۰)، ماهشواری و سینگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، آکلین کازرین (۲۰۰۹)، آرن یا و کیت بونکا (۲۰۰۹)، کلی و میلر (۲۰۰۷)، زولینگ و همکاران (۲۰۰۶)، آدلر و فاگلی (۲۰۰۵)، لوکاس و اویشی (۲۰۰۲)، مایرز (۲۰۰۰)، کشاورز و همکاران (۱۳۸۸)، کجیاف و همکاران (۱۳۸۹) مبنی بر وجود رابطه مثبت بین نگرش مذهبی و رضایت از زندگی همخوان و با نتایج پژوهش کوهن و همکاران (۲۰۰۵) و میرخان (۱۳۹۳)، مبنی بر عدم وجود رابطه بین نگرش مذهبی و رضایت از زندگی ناهمخوان است؛ در تبیین یافته‌ها به دست آمده می‌توان گفت داشتن نگرش‌های مذهبی فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگر چه نمی‌تواند بسیاری از حوادث قطعی زندگی‌اش را تغییر دهد اما می‌تواند یاد بگیرد تا روش مواجهه با آن‌ها را تغییر داده و از این طریق میزان رضایتمندی خود از زندگی را نیز افزایش دهد. داشتن نگرش مذهبی نظام باور منسجمی ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای خود معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند. سامانه‌ها و نظام باورهای مذهبی و معنوی به افراد امکان می‌دهد که به نامالیامات و فشارهای روانی و کمبودهای گریزناپذیری که در چرخه زندگی رخ می‌دهد معنا ببخشند و به زندگی امیدواری و رضایتمندی بیشتری داشته باشند (میرخان، ۱۳۹۳)؛ وانگهی حضور مرتب در امور مذهبی و شرکت در برنامه‌های معنوی، برای افراد حمایت اجتماعی ایجاد می‌کند و این خود بر خوشحالی، روحیه، خلق بالا و رضایتمندی فرد اثر دارد؛ بنابراین در مجموع رفتارهایی مانند عبادت، زیارت و توکل به خداوند می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان، موجب آرامش درونی آن‌ها می‌گردند و در نهایت رضایت از زندگی در آنان را بالا می‌برد.

همچنین نتایج نشان داد بین سبک‌های مقابله‌ای و رضایت از زندگی رابطه معنی‌دار برقرار است. بدین صورت که بین رضایت از زندگی با سبک مساله‌مدار رابطه مثبت و بین رضایت از زندگی با سبک هیجان‌مدار و سبک اجتنابی رابطه منفی و معنی‌دار برقرار بود که با پژوهش پودریکو و همکاران (۲۰۰۶) و دسموند و همکاران (۲۰۰۶) و پژوهش ملازهی و دهواری (۱۳۹۴) همخوان است. در تبیین رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و رضایت از زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان، می‌توان گفت ابتلا به تنیدگی (به ویژه تنیدگی شدید) ممکن است فرد را وادار به انجام رفتاری کند که برای سلامتی او خطر آفرین است و در نتیجه احساس رضایت از زندگی در فرد را پایین بیاورد. تنیدگی مزمن روزمره و حوادث تنیدگی‌زای زندگی، ممکن است توجه فرد را از مراقبت نسبت به خود منحرف کرده و باعث شود که فرد فرصت کافی برای ورزش، غذای مناسب و استراحت کافی نداشته باشد. از این بدتر، فرد در تلاش برای سازگاری با تنیدگی دست به رفتارهایی بزند که هر چند در کوتاه مدت اثر بخش اند ولی به هیچ وجه رفتارهایی سالم به حساب نمی‌آیند؛ لذا این نوع سبک زندگی



در مادران دارای کودک سرطانی نیز به دلیل مواجهه با فشار زیاد، داشتن رابطه مستقیم با فرزند بیمارشان که ممکن است در انتظار مرگش باشد، حضور مکرر در مراکز درمانی بیماران سرطانی که بار فشار روانی بیشتری ایجاد می نماید؛ باعث می شود احساس رضایت از زندگی در آنان به شدت کاهش یابد. سبک های مقابله ای می توانند تنیدگی و ابتلا به آسیب های روان شناختی را تعدیل کنند (خدایاری فرد، غباری بناب، شکوهی یکتا، ۱۳۸۷)؛ لذا مجهز بودن این افراد به سبک های مقابله به استرس مساله مدار می تواند آن ها را به درک منطقی از بیماری فرزندش و پذیرش بیماری و در نهایت انجام رفتارهای منطقی به دور از هیجان نابجا کمک کند و در نتیجه احساس رضایت مندی را در آنان افزایش دهد. در انجام پژوهش حاضر محدودیت هایی از قبیل عدم همکاری برخی از مادران کودک سرطانی، محدودیت مربوط به انجام پژوهش در مراکز درمانی و زیاد بودن تعداد سوالات و پرسشنامه ها که ممکن است در روند تکمیل پرسشنامه ها باعث ایجاد خستگی و عدم انگیزه در تکمیل مناسب شده باشد را شامل می گردید.

## منابع

- آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا، پاژخ زاده، شهناز، ۱۳۸۱، مقایسه عوامل تنیدگی زا و شیوه های مقابله با آن در دانش آموزان، مجله روانشناسی، ۶، ۲۲، ۱۳۴-۱۴۸
- خدایاری فرد، محمد، غباری بناب، باقر، ۱۳۷۴، سنجش میزان دینداری، مجله روانشناسی، ۴، ۳، ۳
- بیابانگرد، اسماعیل، ۱۳۸۱، جوانان و ازدواج، تهران: انتشارات دفتر نشر فرهنگ اسلامی
- تقریبی، زهرا، شریفی، خدیجه، سوکی، زهرا، تقریبی، لیلا، ۱۳۹۱، روان سنجی فرم کوتاه پرسشنامه رضایت از زندگی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی کاشان، ۶، ۱، ۸۹-۹۸
- حسینی قمی، طاهره و سلیمی بجستانی، حسین، ۱۳۹۱، اثربخشی آموزش تاب آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان، دانشگاه علامه طباطبایی، مجله روانشناسی بالینی، ۱۲، تهران
- حیدری، فیروزه، ۱۳۸۹، تاثیر شناخت رفتار درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی پرستاران شهرستان شیراز سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت
- دوست محمدی، هادی، ۱۳۸۶، نقش دین در بهداشت روان، خلاصه مقالات همایش تحقیقات علوم پزشکی در اسلام، تهران، ۱۳۸۰
- دهقانی نیشابوری، محسن، ۱۳۹۱، گروه درمانی هیجان مدار برای کودکان سرطانی: سهم سبک های مقابله و سوگ پیش از موعد در بهزیستی روانشناختی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد
- راستان، لیلا، (۱۳۹۱)، بررسی اثربخشی مشاوره شناختی بر روی PTSD والدین کودکان تحت درمان مبتلا به سرطان، مؤسسه خیریه محک (گردآورنده)، مجموعه مقالات ارائه شده در اولین کنفرانس روان شناختی کودکان مبتلا به سرطان در ایران
- سیاح قربانی، گلناز، ۱۳۹۱، مقایسه عملکرد روانی (افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه)- شناختی (حافظه شرح حال، آینده نگر) و عملکرد خانوادگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان و والدین فرزندان عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی- خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ
- شجاعی زاده، داود، ۱۳۸۰، بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن در دانش آموزان سال آخر دبیرستان های اسلام شهر، سال تحصیلی ۱۳۷۶-۱۳۷۵، خلاصه مقالات همایش تحقیقات علوم پزشکی در ایلام
- کریم الهی، منصوره، آقامحمدی، معصومه، ۱۳۸۰، بررسی ارتباط بین اعتقادات مذهبی و افسردگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، خلاصه مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۱۱-۱۱۵
- عبداله پور، نازی، سید مهدوی اقدم، میر روح اله، قلی زاده، حسین و علی، اشرفی زکی، زینب، ۱۳۹۰، رابطه بین دینداری و رضایت از زندگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، دو فصلنامه علمی پژوهشی تربیت اسلامی، ۶، ۱۲، ۱۴۱-۱۵۳
- کجیاف، محمد باقر، عابدی، احمد، عادل، زهرا، ۱۳۸۹، اثربخشی آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر رضایت از زندگی دانشجویان. مطالعات اسلام و روانشناسی، ۴، ۷، ۴۳-۵۷
- کشاورز، امیر، مولوی، حسین، کلانتری، مهرداد، ۱۳۸۷، رابطه بین سرزندگی و ویژگی های جمعیت شناختی با شادکامی در مردم شهر اصفهان، مطالعات دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء، ۴، ۴، ۴۵-۶۵



ابوالقاسمی، عباس، کیامرثی، آذر و سهرابی، زهرا، ۱۳۹۲، ارتباط جهت گیری هدف، خودکارآمدی و هیجان‌های مثبت و منفی با عملکرد ورزشی و رضایت از زندگی در ووشوکاران دختر، مطالعات روانشناسی ورزشی، ۲، ۴، ۲۵-۳۸  
 گنجی ارجنگی، معصومه و فراهانی، محمدنقی، ۱۳۸۷، رابطه استرس شغلی و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در امدادگران حوادث گاز استان اصفهان، پژوهش در سلامت روانشناختی، ۲، ۳، ۱۵-۲۴  
 محسنی، منوچهر، صالحی، پرویز، ۱۳۸۲، رضایت اجتماعی در ایران، تهران: انتشارات آرون  
 مردی، سید علیرضا، مجدجباری، سیدعلیرضا، اکبری، محمد، ۱۳۸۷، ملاحظات اقتصادی و سرطان در جمهوری اسلامی ایران، خلاصه مقالات اولین کنگره مراقبت های حمایتی، تهران: علوم پزشکی شهید بهشتی  
 نصیرتفرشی، فرح زمان، ۱۳۸۹، عادات و نگرش های غذایی، شاخص توده بدنی، میزان افسردگی، استرس و اضطراب در زنان با دیسمنوره و بدون دیسمنوره. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور تهران

- Adler, M. G., Fageley N. S. (2005). Apperception: Individual Differences in Finding Value and Meaning as Unique of subjective Well-being, *Journal of personality*. 73, 1, 79-114
- Aryana- ki TBuxcHu & SHB. (2009) Life Satisfaction of Thai Religious women. *International Journal of Intercultural Relations*, 34, 4, 354-362
- Civitci, A. (2015). Perceived Stress and Life Satisfaction in College Students: Belonging and Extracurricular Participation as Moderators. 6th World Conference on Psychology, Counseling and Guidance (WCPCG-2015)
- Desmond DM, MacLachlan M. Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science & Medicine*. 2006; 62(1):208-16
- Diener, E. (1984). Subjective well-being, *Psychological Bulletin*, 95, 542 – 575
- Maheshwari, S., & Sing, P. (2009). Psychological Well-Being and Pilgrimage. *Journal of social psychology*, 12, 285
- Endler, NS., & Parker, JD. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers soc psychol*, 58(5), 844-54
- Hassanzadeh Lef Shahrgard M, Tarkhan M, Taghizadeh M. Effectiveness of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women with infertility. *Holistic Nursing and Midwifery Journal* 2013; 23(70): 27-34
- Hyacinth JJ, Thibault JP, & Ruttie-King J. (2006). Perceived stress and quality of life among prostate cancer survivors. *Military Medicine* 2006; 171 (5): 425-429
- Kelley, B. S., & Miller, L. (2007). Life Satisfaction and Spirituality in adolescents. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 18, 233 262 (cited by: Hasnain, N., Ansari, S. A., & Samantray, 2011, *European Journal of Social Sciences*, 20, 3, 434
- Kristen,E . Robinson,B.S .Cynthia,A .Gerharet.(2007). Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer. *journal of pediatric psychology*(3)231-235
- Lucas, R. E., Diener, E., Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628
- Molly GY, Jhonston DW, Witham MD. (2005). Family care giving and CHF. *Eur Journal HF*; 7: 592-603
- Myers, D. G. (2000). "The Funds, Friends, and Faith of Happy People", *American Psychologist*, 55, 1, 56-67
- Nesyani Habibabadi F, Neshatdoost H, Molavi H, Bonakdar S. Z. Effectiveness of stress control using cognitive-behavioral approach on reducing perceived stress among women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2011; 9(3):222-228
- Oishi, S. (2006). The concept of life satisfaction across cultures: An IRT analysis. *Journal of Research in Personality*, 40- 411-423
- Poderico C, Ruggiero G, Iachini T, Iavarone A. Coping strategies and cognitive functioning in elderly people from a rural community in Italy. *Psychological Reports*. 2006; 98(1):159-68
- Roshani, KH. (2012). Relationship between religious beliefs and life satisfaction with death anxiety in the elderly. *Annals of Biological Research*, 3, 9, 4400-4405
- Ryff, C. D. Keyes. C. I. m Shomtkin .D. (2002). Optimal well-being: Empirical Encounter of two traditional. *Journal of Personality and social psychology*. 62 (6). 1007-1022
- Strickland, O. L., Giger, J. N., Nelson, M. A., and Davis, C. M. (2007). The relationships among stress, coping, social support 272- 8. and weight class in premenopausal African American women at risk for coronary heart disease. *Journal Cardiovascular Nursing*, 22(4), 272-278





- Wong, JG., Cheung, EP., Chan, KK., Ma, KK., Tang, SW. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Sep;40(9):777-82
- Wong, JG., Cheung, EP., Chan, KK., Ma, KK., Tang, SW. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Sep;40(9):777-82
- Yazdanshenas, M., Kavian, M., Ahmadloo, M., Jarchi, A., Golchin Javadi, Sh., Latifi, S., Tavakoli, AH & Ghajarzade, M. (2016). The Association between Life Satisfaction and the Extent of Depression, Anxiety and Stress among Iranian Nurses: A Multicenter Survey. *Iranian Journal of Psychiatry*. 11(2):120-127