مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی ومطالعات اجتماعی، شماره ۱۱ ، بهار ۱۳۹۷جلد۳، ص ۵۹۰-۵۸۱
http://www.jhss.ir

مقایسه‌ی بهزیستی روان شناختی مادران کودکان مبتلا و غیر مبتلا به سرطان

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۱ / بهار ۱۳۹۷ / ص ۵۹۰-۵۸۱

پری اسدی[۱]، بهزاد رسول زاده[۲]
[۱]کارشناسی ارشد روانشناسی و مسول کتابخانه عمومی هشترود
[۲]عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل
نویسنده مسئول:
پری اسدی

چکیده

هدف این مقاله مقایسه ی بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان و عادی بود بوده است. جامعه آماری عبارت است از کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان بستری شده در بیمارستانهای استان آذربایجان شرقی و نیز مادران دارای کودکان عادی که در سال ۱۳۹۴ در شهر تبریز ساکن بودند. در این پژوهش ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر آنها از مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان بستری شده در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی و ۱۰۰ نفر هم از مادران دارای کودکان عادی می باشند) به عنوان نمونه انتخاب شدند. افراد مورد نظر به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. آزمودنی ها پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از نرم افزار ۱۶ **SPSS** تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که میانگین بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان و عادی تفاوت معنی داری با هم داشته اند. همچنین میانگین همه مولفه های متغیر بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان از میانگین مادران دارای کودکان عادی به صورت معنادار پایین بوده است. بنابراین می توان گفت که وجود کودکان سرطانی در خانه می تواند بهزیستی روانشناختی والدین را کاهش دهد.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان شناختی، پذیرش خود، تسلط بر زندگی واستقلال و کودکان سرطانی

*این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل می باشد.

مقدمه

سرطان نیز همانند تمام بیماری‌های مزمن، شامل رشته‌ای خطرها و مشکلات پیوسته در حال تغییر است که اغلب طی زمان شدت می-یابند. سرطان باعث ایجاد استرس‌های منحصر به فردی برای بیمار و خانواده‌اش می شود. علی رغم پیشرفت های قابل توجه علم پزشکی ،همچنان سرطان به عنوان یکی از مهمترین بیماری های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماریهای قلب و عروق مطرح است. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می دهند و پیش بینی می شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰سالانه از ۱۰میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (عابدیان کاسگری و همکاران ، ۱۳۸۵، ۹۰). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی سرطان پس از بیماریهای قلبی دومین عامل مرگ و میر درجهان است. در ایران نیز این بیماری پس از بیماری قلبی و تصادفات مقام سوم را در این زمینه به خود اختصاص داده است. طبق گزارش مرکز آمار سرطان ایران سالانه بالغ بر ۵۱۰۰۰ مورد جدید ابتلا به سرطان در کشور شناسایی می شود و حدود ۳۵۰۰۰ مرگ ناشی از سرطان در کشور رخ می دهد. (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱). گریر و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که وجود سرطان و درمان هایی نظیر شیمی درمانی و رادیوتراپی منجر به آشفتگی های روانشناختی و رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان می شود. (به نقل از ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۱، ۱۲). این بیماری با تغییر مسیر زندگی فرد، مشکلات فراوانی را در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می کند (تبریزچی و وحیدی، ۱۳۹۴، ۲۶).

سرطان تجربه ای استرس زا برای کودک است و مشکلات مربوط به امید به زندگی و کیفیت زندگی در کودکان سرطانی، باعث استرس فراوان در مادران آنها می شود (رولدنبری،۲۰۰۸، ۴۰۸). تشخیص درمان سرطان در کودک استرس روانی ایجاد می کند که اثر منفی بر سلامت والدین می گذارد و باعث مشکلات روانی از جمله استرس، اضطراب، افسردگی، انکار ، عصبانیت و کاهش ارتباطات اجتماعی می شود. والدین به دلیل عدم آگاهی از علل و نحوه انجام روش های درمانی و مراقبت و پیامد های اقتصادی ناشی از بیماری کودک دچار رنج فراوان می شوند (مایورس،۲۰۰۸، ۱۳). بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین بهزیستی روان شناختی و هوش معنوی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان و عادی تفاوت وجود دارد یا نه؟

واکاوی ادبیات نظری و پژوهشی تحقیق

فشارها و تنش‌ها ممکن است به خودی خود باعث اضطراب نشوند بلکه تعامل بین فشارهای مختلف و نحوه‌ی ادراک فرد از محیط و واکنش وی به آن‌ها است که می‌تواند سلامت روانی فرد را به خطر بیاندازد. بنابراین آسیب پذیری در مقابل تنش و مشکلات مختلف باعث ابتلا به انواع مشکلات روان‌شناختی و درهم‌ریختن سلامت روان می‌گردد

یکی از مواری که با بیماری های سرطان مرتبط است مساله بهزیستی روانشناختی بیماران و خانواده آنها می باشد. بهزیستی روانی، حالت روانی است که از احساس رضایت از روابط نزدیک بین فردی در موقعیت های مهم شغلی و اجتماعی حاصل می گردد و شامل احساس عمومی سلامت هیجانی مانند عزت نفس، روابط مثبت با دیگران و پایین بودن اضطراب، افسردگی و رفتار های اجتنابی می باشد. بهزیستی روانشناختی مستلزم درک چالشهای وجودی زندگی است (ریف و کیز، ۲۰۰۲، ۷۲۱). ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه ی واقعی فرد می داند . در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی های فرد متجلی می شود. او و همکاران تلاش کردند بر اساس مبانی فلسفی (کسانی مثل ارسطو و راسل) ملاک های زندگی مطلوب یا اصطلاحاً زندگی خوب را تعیین و دسته بندی کنند (میکائیلی منیع، ۱۳۸۸، ۵۸). ریف برای بهزیستی روانشناختی شش مولفه را در نظر گرفته است که عبارتند از: ۱-پذیرش خود: به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشتهٔ خویش است. اگر فرد در ارزشیابی، استعدادها توانایی ها و فعالیت های خود در کل احساس رضایت کند و در رجوع به گذشتهٔ خود احساس خشنودی کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همه انسان ها تلاش می کنند علی رغم محدودیت هایی که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتی به خویشتن داشته باشند، این نگرش پذیرش خود است. ۲-رابطه مثبت با دیگران: به معنی داشتن رابطهٔ باکیفیت و ارضاکننده با دیگران است. افراد با این ویژگی عمدتاً انسانهایی مطبوع، نوع دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می کوشند رابطه ای گرم بر اساس، اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد کنند. ۳-خودمختاری: به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می شود .فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است. در حقیقت، توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی، به این مؤلفه، مربوط می شود. ۴-زندگی هدفمند: به مفهوم دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه مدت در زندگی و معنادار شمردن آن است. فرد هدفمند نسبت به فعالیت ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می دهد و به شکل مؤثر با آنها، درگیر می شود. یافتن معنی برای تلاش ها و چالشهای زندگی در قالب این مؤلفه قرار می گیرد. ۵-رشد شخصی: به گشودگی نسبت به تجربیات جدید و داشتن رشد شخصی پیو سته باز اطلاق می شود. فردی با این ویژگی همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش و از طریق یادگیری و تجربه است. ۶-تسلط بر محیط: به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است . لذا فردی

که احساس تسلط بر محیط داشته باشد، می تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان دستکاری کند، تغییر دهد و بهبود بخشد (کرمی نوری، ۱۳۸۱، ۶۱).

بیسون (۲۰۰۸) معتقد است بهزیستی روان شناختی مفهوم وسیعی است که به شرایط زندگی خوب یا رضایتبخش مربوط می شود، حالتی که با سلامتی، شادی و موفقیت مشخص می شود. این موضوع به عملکرد افراد در سطح بالایی از سازگاری عاطفی و رفتاری باز می گردد. بهزیستی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که شامل ارزش های شناختی افراد از زندگی می شود. آنها، شرایط خود را که به انتظارات، ارزش ها و تجارب قبلی شان وابسته است، ارزش گذاری می کنند (نجد و همکاران، ۱۳۹۲، ۵۲). احساس بهزیستی هم دارای مؤلفه های عاطفی و هم مولفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند(مایرز و دینر، ۱۹۹۵، ۱۳).

رزمی سوها (۱۳۹۴) در پژوهشی که شیوه‌ی علی-مقایسه‌ای اجرا شده است، به مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی پرداخته است. بررسی داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که به طور کلی بین بهزیستی روان‌شناختی و هوش‌معنوی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن (خودمختاری، رشدشخصی، روابط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در زندگی، پذیرش خود، تسلط بر محیط) در مادران کودکان کم‌توان ذهنی، پایین‌تر از مادران کودکان عادی است. تبریزچی و وحیدی (۱۳۹۴) تحقیقی در مورد مقایسه ی تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روان شناختی در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری در شهر ایلام انجام دادند. این پژوهش علی-مقایسه ای و از نوع مقطعی- مقایسه ای بوده است است. آزمودنی های پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری بود و ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان عادی به شیوه ی همتاسازی (بر اساس سن مادر، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان) انتخاب شدند. نتایج نشان داد که بین دو گروه از مادران در تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری وجود داشته است (**P**<۰/۰۰۱). ابراهیم‌زاده(۱۳۹۴) تحقیقی در مورد مقایسه بهزیستی عاطفی، روان شناختی و سرمایه روانشناختی در خانواده های با و بدون بیمار روانی انجام داده است. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات تحقیق توصیفی از نوع علی ـ مقایسه‌ای است. نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر از والدین خانواده های(۴۰ نفراز والدین دارای حداقل یک فرزند مبتلا به بیمار روانی و ۴۰نفراز والدین خانواده های بدون بیمار روانی) که ساکن در شهرخداآفرین استان آذربایجان شرقی بودند که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند.نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین دو گروه در بهزیستی عاطفی، بهزیستی روان شناختی و سرمایه روانشناختی تفاوت معنی‌داری در سطح یک درصد خطا وجود داشته است و والدین دارای فرزندان روانی در خانه از بهزیستی عاطفی، بهزیستی روان شناختی و سرمایه روانشناختی کمتری برخوردار بودند. میر (۱۳۹۴) در تحقیقی با عنوان مقایسه سبک های فرزند پروری و بهزیستی روانشناختی در والدین کودکان مرزی و عادی که بر روی والدین دانش آموزان عادی و والدین دانش آموزان دارای هوش مرزی ۱۲-۷ ساله در مدارس ابتدایی شهر تهران انجام داد، دریافته است که بین شیوه های فرزندپروری و بهزیستی روانشناختی والدین کودکان عادی و مرزی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. شیراوند (۱۳۹۳) در تحقیقی به مقایسه کیفیت زندگی وبهزیستی روان شناختی والدین دانش آموزان با و بدون اختلال های یادگیری پرداخته است. بر روی ۱۶۰ نفر (۸۰ نفر از والدین دانش‌آموزان با اختلال‌های یادگیری ، ۸۰ نفر از والدین دانش‌آموزان عادی) در شهر پرداخته است. نتایج تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی وبهزیستی روانشناختی والدین دانش آموزان با اختلال یادگیری به صورت معناداری پایینتر ازوالدین دانش آموزان بدون اختلال یادگیری است. هاشمی قبطه (۱۳۹۵) دریافته است که والدین دارای فرزند فنیل کتونوری(**PKU**) نسبت به والدین دارای کودکان عادی بهزیستی روان شناختی کمتری دارند. والدین کودکان **PKU** نسبت به والدین کودکان عادی درهشت مقیاس انکار ناخوشی ، کنترل ومنطقی بودن افراطی ، سرکوب خشم ، گوشه گیری و دوری گزینی از مردم ، اجتناب از طریق خوابیدن/ فقدان انرژی ، حواس پرتی از طریق درگیر شدن در فعّالیّت های مختلف ، آرام کردن خود و بازداری منفعلانه هیجان های ناخوشایند ، بیشتر از سبک مقابله اجتنابی استفاده می کنند. زیارتی(۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان مقایسه تاب‌آوری، بی‌ثباتی ازدواج و بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌شنوا و عادی در شهر تهران که بر روی ۱۰۰ نفر از مادران دارای کودکان کم‌شنوا مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امیراعلم و لقمان و مرکز توان‌بخشی پژواک و ۱۰۰ نفر از مادران کودکان عادی مراجعه‌کننده به مهدکودک‌ها و خانه خلاقیت‌های شهر تهران در سال ۹۲ انجام داده است، دریافته است که مادران دارای کودکان کم‌شنوا، تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی کمتری نسبت به مادران کودکان عادی داشته‌اند. در بخش کیفی نیز یافته‌ها همسو با بخش کمی بود، به طوری که تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم شنوا کمتر از مادران کودکان عادی بوده است. قاسم پور و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی با عنوان مقایسهٔ بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان ناشنوا و عادی که بر روی ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان ناشنوا و ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان عادی مدارس ابتدایی شهرستان اردبیل اجرا نمود، نشان داد که میزان

بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان ناشنوا به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از مادران کودکان عادی بود. سیاح قربانی (۱۳۸۹) هم نشان داد عملکرد روانشناختی والدین کودکان مبتلا تفاوت معناداری با گروه عادی دارد. میانگین اضطراب، افسردگی و**PTSD** مادران دارای کودکان سرطانی بطور معنا داری بالا تر از گروه والدین عادی بود. هم چنین عملکرد خانوادگی والدین کودکان مبتلا به سرطان، به طور معناداری ضعیف تر از عملکرد والدین فرزندان عادی بود. با توجه به یافته های این پژوهش،سرطان کودک، به عنوان عاملی تروماتیک عمل کرده و موجب تخریب کارکرد روانی- شناختی-خانوادگی والدین می شود. مرندی و همکاران(۱۳۸۷)،در تحقیق خود نشان دادند که مشکلات روانی ،اجتماعی،تنش در روابط بین والدین ،مشکلات مالی و... به عنوان عوامل دیگر تنش زا در خانواده کودکان سرطانی است.نگرش سیستمی هم همین مورد را تائید می کند و می گوید اشکال در قسمت از خانواده .قسمت دیگر را نیز با مشکل اجتناب نا پذیر روبه رو می کند. میکاییلی منیع، (۱۳۸۷) هم تحقیقی در مورد مقایسه بهزیستی روان شناختی مادران با و بدون دانش آموزان ابتدایی کم توان ذهنی انجام داده است. این تحقیق بر روی ۷۵ نفر مادر کودک کم توان ذهنی در مدارس ابتدایی استثنایی شهر ارومیه و ۷۵ نفر مادر کودک عادی که از نظر سن و جنس فرزندان، تحصیلات و طبقه اقتصادی- اجتماعی با گروه نخست همتا شده بودند، اجرا شد. **t** بدست آمده از مقایسه وضعیت بهزیستی روان شناختی دو گروه برابر ۳۴/۵ بود که در سطح ۰/۰۱ معنادار و میانگین مادران عادی (۹۶/۳۵۶) بالاتر از مادران کودکان کم توان ذهنی (۶۰/۳۳۳) بود. نتایج حاکی از پایین بودن وضعیت بهزیستی روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی است که می توان نتیجه گرفت وجود کودک کم توان ذهنی به عنوان عامل آسیب زننده به این متغیر می تواند عمل کند.

روش شناسی تحقیق

این تحقیق از نوع تحقیق علی -مقایسه ای بوده است. در این تحقیق از روش پیمایش مقطعی استفاده شده است. در انجام این تحقیق برای تدوین چهار چوب نظری و فرضیه ها از روش کتابخانه ای استفاده شده است. از روش پیمایش میدانی برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز تحقیق و آزمون فرضیه ها نیز استفاده گردیده است. در تحقیق حاضر جامعه آماری عبارت است از کلیه مادران کودکان مبتلا به سرطان بستری شده در بیمارستانهای استان آذربایجان شرقی و نیز مادران دارای کودکان عادی شهر تبریز که با استفاده از ابزار پرسشنامه مورد پژوهش قرار گرفته اند. تعداد کودکان مبتلا به سرطان در مراکز بیمارستانی استان آذربایجان شرقی در هنگام اجرای تحقیق حدود ۱۵۰ نفر بودند. با توجه به اینکه تعداد مادرانی که دارای کودکان سرطانی بودند و هم اکنون در مراکز بیمارستانی مشغول کار درمان و معاینه بودند، ۱۵۰ نفر بودند. بنابراین ۱۰۰ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب شدند. ۱۰۰ نفر از زنانی هم که دارای کودکان عادی بودند به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. پس حجم نمونه مورد مطالعه این پژوهش ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر آنها از مادران کودکان مبتلا به سرطان بستری شده دربیمارستانهای استان آذربایجان شرقی و ۱۰۰ نفر هم از مادران دارای کودکان عادی می باشدند) هستند که از طریق روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند.

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از پرسش‌نامه هنجاریابی شده بهزیستی روان شناختی ریف استفاده شده است. این مقیاس ۱۸ ماده ای توسط ریف (۱۹۹۸) ساخته شده است که برای سنجش بهزیستی روانشناختی به کار می رود. برای پاسخ دادن به سوال، پیوستاری از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) در نظر گرفته شده است. این ابزار اولین بار توسط زنجانی طبسی (۱۳۸۳) در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۹۴ گزارش شده است. (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳) در این تحقیق برای اندازه‌گیری روایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده. آلفای کرونباخ بعد پذیرش خود ۰/۷۱۴، بعد روابط مثبت با دیگران ۰/۳۲، بعد خود مختاری ۰/۷۰۳، بعد تسلط بر محیط ۰/۷۸۲، بعد زندگی هدفمند ۰/۸۰۰، بعد رشد شخصی ۰/۷۶۴ و بهزیستی روان شناختی (کل) برابر ۰/۸۶۷ بوده است.

یافته های تحقیق

جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد ابعاد متغیر بهزیستی روان شناختی را در دو گروه مادران کودکان مبتلا به سرطان وعادی نشان می دهد. همچنان که در جدول زیر آمده است. میانگین بعد پذیرش خود مادران دارای کودکان سرطانی برابر ۳۸/۱ و مادران دارای کودکان عادی نیز ۴۹/۰۱ می باشد. میانگین و انحراف معیار روابط مثبت با دیگران مادران دارای کودکان سرطانی به ترتیب ۳۴/۴۶۷ و ۴/۱۲ و مادران دارای کودکان عادی هم ۵۰/۶۲ و ۴/۸۹ می باشد. میانگین خودمختاری مادران دارای کودکان سرطانی و عادی به ترتیب ۳۸/۹۶ و ۵۱/۷ می باشد.

همچنین میانگین و انحراف معیار تسلط بر محیط مادران دارای کودکان سرطانی به ترتیب ۳۶/۸۹ و ۱/۲۳ و مادران دارای کودکان عادی نیز ۴۶/۶۰ و ۳/۸۷ می باشد. میانگین و انحراف معیار زندگی هدفمند مادران دارای کودکان سرطانی به ترتیب ۳۴/۴۶ و ۲/۹۷ و مادران دارای کودکان عادی نیز ۴۹/۲۳ و ۳/۶۰ می باشد. میانگین رشد شخصی مادران دارای کودکان سرطانی و عادی هم ترتیب برابر ۱۱/۸۱ و ۱۴/۳۱ می باشد. با توجه به ارقام جدول می توان گفت که میانگین ابعاد بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان عادی از میانگین مادران دارای کودکان عادی بیشتر بوده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در ابعاد بهزیستی روان شناختی

متغیر	مادران دارای کودکان سرطان		مادران دارای کودکان عادی	
پذیرش خود	۳۸/۱	۳/۶۰	۴۹/۰۱	۴/۱۲
روابط مثبت با دیگران	۳۴/۶۷	۴/۱۲	۵۰/۶۲	۴/۸۹
خودمختاری	۳۸/۹۶	۳/۹۹	۵۱/۷	۴/۲۷
تسلط بر محیط	۳۶/۸۹	۳/۶۵	۴۶/۶۰	۳/۸۷
زندگی هدفمند	۳۴/۴۶	۲/۹۷	۴۹/۲۳	۳/۶۰
رشد شخصی	۱۱/۸۱	۱/۲۳	۱۴/۳۱	۱/۸۷

آزمون فرضیه های تحقیق

۱-بین بهزیستی روان شناختی در مادران کودکان مبتلا به سرطان عادی تفاوت وجود دارد.

برای آزمون فرضیه میانگین بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودکان سرطان و عادی از آزمون T گروه‌های مستقل استفاده شده است. در ابتدا برای بررسی برابری واریانس ها از آزمون لون استفاده شده است. همچنان که در جدول زیر آمده است، مقدار آزمون لون (F) ۳/۸۹ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۵۱ است که از ۵ درصد بزرگ تر بوده است. بنابراین می‌توان گفت که واریانس گروه ها با هم برابر هستند. با توجه به جدول زیر آزمون T برابر ۲۳/۷۶ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۰۱ است که معنی‌دار بوده است. میانگین بهزیستی روان شناختی در مادران دارای کودکان سرطانی و کودکان عادی به ترتیب برابر ۱۹۴/۸۹ و ۲۵۴/۴۷ بوده است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین بهزیستی روان شناختی در مادران دارای کودکان عادی از مادران دارای کودکان سرطانی به صورت معنی داری بیشتر بوده است. و بین میانگین بهزیستی روانشناختی این دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشته است.

جدول شماره ۲: آزمون معنی‌داری **T** میانگین بهزیستی روانشناختی در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان و عادی

متغیر	آزمون لون برای برابری واریانس ها		آزمون معنی‌داری **T**					
	F	سطح معنی‌داری	گروه ها	میانگین	**T**	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین
بهزیستی روانشناختی	۳/۸۹	۰/۰۵۱	مادران داری کودکان سرطانی	۱۹۴/۸۹	۲۳/۷۶	۱۹۸	۰/۰۰۱	۵۹/۵۸
			مادران داری کودکان عادی	۲۵۴/۴۷				

بین ابعاد بهزیستی روان شناختی در مادران کودکان مبتلا به سرطان عادی تفاوت وجود دارد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون T گروه‌های مستقل استفاده شده است. در ابتدا برای بررسی برابری واریانس ها از آزمون لون استفاده شده است. همچنان که در جدول زیر آمده است، مقدار آزمون لون (F) ۲/۹۷ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۷۰ است که از ۵ درصد بزرگ تر بوده است. بنابراین می‌توان گفت که واریانس گروه ها با هم برابر هستند. با توجه به جدول زیر آزمون T برای ۱۲/۵۶ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۰۱ است که معنی‌دار بوده است. میانگین ارتباط مثبت با دیگران در مادران دارای کودکان سرطانی و کودکان عادی به ترتیب برابر ۳۵/۶۷ و ۵۰/۶۲ بوده است. پس می‌توان گفت که میانگین ارتباط مثبت با دیگران در مادران دارای کودکان عادی از مادران دارای کودکان سرطانی به صورت معنی داری بیشتر بوده است.

مقدار آزمون لون (F) بعد استقلال ۲/۴۸ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۱۹۴ است که از ۵ درصد بزرگ تر بوده است. بنابراین می‌توان گفت که واریانس گروه ها با هم برابر هستند. مقدار آزمون T برابر ۹/۲۸ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۰۱ است که معنی‌دار است. میانگین استقلال در مادران دارای کودکان سرطانی و کودکان عادی به ترتیب برابر ۳۸/۹۶ و ۵۱/۷۰ بوده است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین استقلال در مادران دارای کودکان عادی از مادران دارای کودکان سرطانی به صورت معنی داری بیشتر بوده است.

مقدار آزمون لون (F) تسلط فردی پاسخگویان ۳/۱۰ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۵۷ است که از ۵ درصد بزرگ تر بوده است. بنابراین می‌توان گفت که واریانس گروه ها با هم برابر هستند. مقدار T برابر ۷/۹۹ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۰۱ است که معنی‌دار است. میانگین تسلط فردی در مادران دارای کودکان سرطانی و کودکان عادی به ترتیب برابر ۳۶/۸۹ و ۴۶/۶۰ بوده است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین تسلط فردی در مادران دارای کودکان عادی از مادران دارای کودکان سرطانی به صورت معنی داری بیشتر بوده است. و این نتیجه قابل تعمیم به جامعه آماری تحقیق می باشد.

مقدار آزمون لون (F) بعد رشد فردی پاسخگویان ۲/۵۲ و سطح معنی داری آن نیز ۰/۲۴۳ است که از ۵ درصد بزرگ تر بوده است. بنابراین می‌توان گفت که واریانس گروه ها با هم برابر هستند. با توجه به جدول زیر آزمون T برای ۳/۸۰ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۰۱ است که معنی‌دار بوده است. میانگین رشد فردی در مادران دارای کودکان سرطانی و کودکان عادی به ترتیب برابر ۱۱/۸۱ و ۱۴/۳۱ بوده است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین رشد فردی در مادران دارای کودکان عادی از مادران دارای کودکان سرطانی به صورت معنی داری بیشتر بوده است.

مقدار آزمون لون (F) هدفمندی در زندگی در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان و عادی ۳/۰۷ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۶۲ است که از ۵ درصد بزرگ تر بوده است. بنابراین می‌توان گفت که واریانس گروه ها با هم برابر هستند. با توجه به جدول زیر آزمون T برابر ۱۲/۹۷ و سطح معنی داری آن نیز ۰/۰۰۱ است که معنی‌دار بوده است. میانگین هدفمندی در زندگی در مادران دارای کودکان سرطانی و کودکان عادی به ترتیب برابر ۳۴/۴۶ و ۴۹/۲۳ بوده است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین ویژگی هدفمندی در زندگی در مادران دارای کودکان عادی از مادران دارای کودکان سرطانی به صورت معنی داری بیشتر بوده است.

مقدار آزمون لون (F) بعد پذیرش خود در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان و عادی ۲/۶۵ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۳۱۲ است که از ۵ درصد بزرگ تر بوده است. بنابراین می‌توان گفت که واریانس گروه ها با هم برابر هستند. مقدار T برابر ۹/۳۴ و سطح معنی داری آن نیز برابر ۰/۰۰۱ است که معنی‌دار بوده است. میانگین پذیرش خود در مادران دارای کودکان سرطانی و کودکان عادی به ترتیب برابر ۳۸/۱ و ۴۹/۰۱ بوده است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین ویژگی پذیرش خود در مادران دارای کودکان عادی از مادران دارای کودکان سرطانی به صورت معنی داری بیشتر بوده است. بنابراین می توان گفت که میانگین همه ابعاد بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان سرطانی از مادران دارای کودکان پایین تر بوده است.

جدول شماره ۳: آزمون معنی‌داری **T** میانگین ارتباط مثبت با دیگران در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان و عادی

متغیر	آزمون لون برای برابری واریانس ها		آزمون معنی‌داری **T**					
	F	سطح معنی‌داری	گروه ها	میانگین	**T**	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین
ارتباط مثبت با دیگران	۲/۹۷	۰/۰۷	مادران داری کودکان سرطانی	۳۴/۶۷	۱۲/۵۶	۱۹۸	۰/۰۰۱	۱۵/۹۵
			مادران داری کودکان عادی	۵۰/۶۲				
استقلال	۲/۴۸	۰/۱۹۴	مادران داری کودکان سرطانی	۳۸/۹۶	۹/۲۸	۱۹۸	۰/۰۰۱	۱۲/۷۴
			مادران داری کودکان عادی	۵۱/۷۰				
تسلط فردی	۳/۱۰	۰/۰۵۷	مادران داری کودکان سرطانی	۳۶/۸۹	۷/۹۹	۱۹۸	۰/۰۰۱	۹/۷۱
			مادران داری کودکان عادی	۴۶/۶۰				
رشد فردی	۲/۵۲	۰/۲۴۳	مادران داری کودکان سرطانی	۱۱/۸۱	۳/۸۰	۱۹۸	۰/۰۰۱	۲/۵۰
			مادران داری کودکان عادی	۱۴/۳۱				
هدفمندی در زندگی	۳/۰۷	۰/۰۶۲	مادران داری کودکان سرطانی	۳۴/۴۶	۱۲/۹۷	۱۹۸	۰/۰۰۱	۱۴/۷۷
			مادران داری کودکان عادی	۴۹/۲۳				
پذیرش خود	۲/۶۵	۰/۳۱۲	مادران داری کودکان سرطانی	۳۸/۱	۹/۳۴	۱۹۸	۰/۰۰۱	۱۰/۹۱
			مادران داری کودکان عادی	۴۹/۰۱				

بحث و نتیجه گیری

سرطان نیز همانند تمام بیماری های مزمن، شامل رشته ای خطرها و مشکلات پیوسته در حال تغییر است که اغلب طی زمان شدت می یابند. سرطان باعث ایجاد استرس های منحصر به فردی برای بیمار و خانواده اش می شود. این بیماران سرطان را قاتل حقیقی خود و مرضی که به درد، ناتوانی و تغییر شکل منجر می¬شود، تلقی می کنند. میزان پذیرش سرطان از سوی فرد، بر نتایج درمان و روند بیماری موثر است. وجود سرطان و درمان هایی نظیر شیمی درمانی و رادیوتراپی منجر به آشفتگی های روانشناختی و رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان می شود. لذا به نظر می رسد که بیماران مبتلا به سرطان در معرض فشارهای روانی ناشی از بیماری و عوارض درمانی آن قرار دارند که این می تواند آشفتگی های روانی و اجتماعی را در آنان ایجاد کند. این بیماری با تغییر مسیر زندگی فرد، مشکلات فراوانی را در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می کند. مطالعات نشان می دهد که پدر و مادر کودکان مشکل دار، محدودیت هایی از قبیل بهداشت، احساس محرومیت و سطوح بالایی از اضطراب، استرس و افسردگی را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می کنند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه ی بهزیستی روان شناختی در بین مادران مبتلا به سرطان طراحی و اجرا شد. نتایج تحقیق نشان داد بین دو گروه از مادران کودکان سرطانی در کلیه ابعاد بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی داری وجود داشته است؛ بدین معنا که میانگین بهزیستی روان شناختی و نیز همه ابعاد این متغیر در مادران دارای کودکان عادی نسبت به مادران دارای کودکان سرطانی به صورت معناداری بیشتر بوده است.

همچنان که در بالا آمده است میانگین بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان عادی از بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان سرطانی بیشتر بوده است. پژوهش های مختلفی در این زمینه انجام شده است که نتایج آنها مشابه نتیجه این تحقیق بوده است. دابسون (۲۰۰۲) در تحقیق خود مشاهده کرد که افسردگی بیماران سرطانی در سطح بالایی است و مؤثر ترین درمان ، درمان شناختی رفتاری گروهی می باشد. رزمی سوها (۱۳۹۴) که دریافته است وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن (خودمختاری؛ رشدشخصی؛ روابط مثبت با دیگران؛ هدف‌مندی در زندگی، پذیرش‌خود، تسلط بر محیط) در مادران کودکان کم‌توان ذهنی، پایین‌تر از مادران کودکان عادی است، تبریزچی و وحیدی (۱۳۹۴)، ابراهیم‌زاده(۱۳۹۴) که نشان داد بین دوگروه در بهزیستی عاطفی ، بهزیستی روان شناختی و سرمایه روانشناختی تفاوت معنی‌داری در سطح یک درصد خطا وجود داشته است، میر (۱۳۹۴) که دریافته است بین بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان عادی و مرزی تفاوت معنی دار وجود دارد، شیراوند (۱۳۹۳) نشنان داده است بهزیستی روان شناختی والدین دانش آموزان دارای اختلال های یادگیری به صورت معناداری پایینتر ازوالدین دانش آموزان بدون اختلال یادگیری است، هاشمی قبطه (۱۳۹۵) در پژوهشی دریافته است که والدین کودکان **PKU** نسبت به والدین کودکان عادَی بهزیستی روان شناختی کمتری دارند، زیارتی(۱۳۹۳) هم که نشاد داد بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌شنوا کمتر از مادران کودکان عادی بود، قاسم پور و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان داد که میزان بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان ناشنوا به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از مادران کودکان عادی بود، سیاح قربانی (۱۳۸۹) که نشان داد عملکرد روانشناختی والدین کودکان مبتلا تفاوت معنا داری با گروه عادی دارد، میکاییلی منیع، (۱۳۸۷) که نشان داد وضعیت بهزیستی روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی نسبت به مادران دارای کودکان عادی کمتر بوده است، هخوانی دارد و نتیجه این تحقیق در راستای تحقیقات ذکر شده می باشد. بنابراین جهت برنامه ریزی اقدامات مناسب پرستاری ، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست های مرتبط با آن در جامعه نیاز آشنایی با درمان های مناسب می باشد. با تجه به نتایج حاصل از تحقیق توصیه می شود که تیم درمانی مجرب روانشناسی جهت درمان اختلالات روانپزشکی در بیمارستان ها مستقر گردد. و لازم است در کنار درمان بیماران سرطانی آموزش های مختلف به همراهان این بیماران داده شده و سعی کنند با روحیه دادن، دادن قوت قلب به آنها، طبیعی جلوه دادن این بیماری و موارد مشابه آن موجبات ارتقای بهزیستی روانشناختی والدین را فراهم سازند. بدیهی است تقویت بهزیستی روانشناختی والدین می تواند در مراقبت از کودکان بیمار خود تاثیر بسزایی داشته باشد.

منابع و مآخذ

۱-ابراهیم‌زاده، م (۱۳۹۴). مقایسه بهزیستی عاطفی، روان شناختی و سرمایه روانشناختی در خانواده های با و بدون بیمار روانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

۲-ابوالقاسمی، ع؛ اکبری، م؛ رضیئی، ح ر؛ و نریمانی، م (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر نگرش های مختل و مهارت های حل مسأله اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره پانزدهم، شماره نوزدهم، مهر ۱۳۹۱، صص ۱۸-۱۰

۳-تبریزچی، ن و وحیدی، ز (۱۳۹۴). مقایسه ی تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روان شناختی در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری، فصلنامه ناتوانی های یادگیری، دوره ۴، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۴، صص ۳۵-۲۱

۴-خانجانی، م؛ شهیدی، ش؛ فتح آبادی، ج، مظاهری، م ع؛ و شکری، ا (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگیهای روان سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر، فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره ی هشتم، شماره ی ۳۲ ، تابستان ۱۳۹۳

۵-رزمی سوها، ز (۱۳۹۴). مقایسه هوش‌معنوی و بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی

۶-زیارتی، ف (۱۳۹۳). مقایسه تاب‌آوری، بی‌ثباتی ازدواج و بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌شنوا و عادی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

۷-سیاح قربانی، گ (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد روانی (افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه)–شناختی (حافظه شرح‌حال، آینده‌نگر) و عملکرد خانوادگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان و والدین فرزندان عادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مؤسسه‌های آموزش عالی غیردولتی-غیرانتفاعی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

۸-شیراوند، م (۱۳۹۳). مقایسه کیفیت زندگی وبهزیستی روان شناختی والدین دانش آموزان با و بدون اختلال های یادگیری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

۹-عابدیان کاسگری، ک؛ شاه حسینی، ز؛ و عادلی، ح (۱۳۸۵). باورهای بهداشتی زنان نسبت به انجام ماموگرافی در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی شهر ساری در سال ۱۳۸۳، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره شانزدهم شماره ۵۴ مهر و آبان سال ۱۳۸۵، صص ۹۸-۹۰

۱۰-قاسم پور، ع؛ اکبری، ا؛ تقی‌پور، م؛ عظیمی، ز؛ و رفاقت، ا (۱۳۹۱). مقایسهٔ بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان ناشنوا و عادی، دو ماهنامه شنوایی شناسی، دوره ۲۱، شماره ۴، صص ۵۹-۵۱

۱۱-کرمی نوری، ر (۱۳۸۱). ناباروری روانی و اجتماعی، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروی، دوره ۲، شماره ۲، ۵۷-۶۸

۱۲-لطفی کاشانی، ف؛ طاهری، ا؛ میرزایی، ح ر؛ و مسعودی مقدم، ز (۱۳۹۱). رابطه حمایت اجتماعی و عزت نفس با افسردگی و اضطراب ماران مبتلا به سرطان، فصلنامه یافته های نو در روان شناسی، سال هشتم، شماره ۲۵ ، زمستان ۱۳۹۱

۱۳-مرندی، ر و اکبری، ع (۱۳۸۷). ملاحظات اقتصادی و سرطان در جمهوری اسلامی ایران، اولین کنگره مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۱۴-میر، ح (۱۳۹۴). مقایسه سبک های فرزند پروری و بهزیستی روانشناختی در والدین کودکان مرزی و عادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

۱۵-میکاییلی منیع، ف (۱۳۸۷). مقایسه بهزیستی روان شناختی مادران با و بدون دانش آموزان ابتدایی کم توان ذهنی: اثر سبکهای مقابله ای، فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، دوره ۸ , شماره ۱ (پیاپی ۲۷)، بهار ۱۳۸۷، صص ۶۸-۵۳

۱۶-میکائیلی منیع، ف (۱۳۸۸). مقایسه بهزیستی روان شناختی مادران دانش آموزان دبستانی دارای کم توان ذهنی وعادی، فصلنامه تعلیم وتربیت استثنایی، ۱۳۸۸، شماره ۹۲

۱۷-نجد، م ر؛ مصاحبی، م ر؛ و آتش‌پور، ح (۱۳۹۲). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق مولفه‌های خودکارآمدی سرسختی روان شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده. مجله‌ی اندیشه و رفتار، ۸ (۳۰)، ۵۶-۴۷

۱۸-هاشمی قبطه، ر (۱۳۹۵). مقایسه ی بهزیستی روانشناختی،رفتارمقابله ای اجتنابی وحمایت اجتماعی ادراک شده در والدین دارای فرزند فنیل کتونوری(**PKU**)با والدین دارای فرزند سالم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، پژوهشکده علوم

19-Dobson KS (1385). The relationship between anxiety and depression, CLinPsychol Rev. (49): 305-324
20-Roddenberry A, Renk K)2008(. Quality of life in pediatric cancer patients: The relationships among parents' characteristics, children's characteristics, and informant concordance. Journal of Child and Family Studies. Jun; 17(3): 402-426
21-Ryff , C. D.& Keys, C. L. (1995). The structure of psychological Well- being -revisited. Jornal of personality and social psychology, 69,719-727
22-Maurice-Stam H, Oort FJ, Last BF, Brons PP, Caron HN(2008). Grootenhuis MA. Longitudinal assessment of health-related quality of life in preschool children with -non-CNS cancer after the end of successful treatment. Pediatr Blood Cancer. May; 50(5): 1047-5
23-Myers, D.G; Diener, E (1995). Who is happy? Journal of psychological science,6, 19 - 10