



# مدل ساختاری درماندگی خانواده در بیماران مبتلا به سرطان بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با نقش میانجی هم‌وابستگی خانواده

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران  
دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران  
دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

امیر لطفی حقیقت <sup>id</sup>

نادر منیرپور\* <sup>id</sup>

مجید زرغام حاجبی <sup>id</sup>

دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۲ | پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰ | ایمیل نویسنده مسئول: monirpoor1357@gmail.com

## فصلنامه علمی پژوهشی خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷  
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ پیاپی ۷ | ۵۱۱-۵۳۴  
پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر، تدوین مدل ساختاری درماندگی خانواده در بیماران مبتلا به سرطان بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با نقش میانجی هم‌وابستگی خانواده بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی و طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش را تمامی مراقبین بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مراکز طب تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران، مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات سرطان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که از این میان ۳۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه درماندگی خانواده (مک کوبین، تامپسون و مک کوبین، ۱۹۹۶)، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (یانگ، ۱۹۹۸)، راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۹۸۰) و پرسشنامه هم‌وابستگی استونبرینگ (۱۹۹۸) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون و معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و SmartPLS استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $\alpha \leq 0/11$ ) ولی بین راهبردهای مقابله‌ای و درماندگی خانواده رابطه معنی‌داری وجود ندارد. علاوه بر این بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و هم‌وابستگی خانواده رابطه معنی‌دار دیده شد ( $\alpha \leq 0/11$ ) و از طرفی نشان داده شد که هم‌وابستگی خانواده با درماندگی خانواده رابطه معناداری دارد. بین راهبردهای مقابله‌ای و هم‌وابستگی خانواده رابطه معنی‌داری وجود دارد. از سوی دیگر بین هم‌وابستگی خانواده و درماندگی خانواده نیز رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $\alpha \leq 0/11$ ). نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، درماندگی خانواده نیز افزایش می‌یابد و با یک واحد تغییر در طرحواره‌های ناسازگار اولیه با توجه به متغیر هم‌وابستگی خانواده، درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی ۰,۱۷۱ تغییر می‌کند. همچنین با یک واحد تغییر در راهبردهای مقابله‌ای با توجه به متغیر هم‌وابستگی خانواده، درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی ۰,۱۸۷ تغییر می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** درماندگی خانواده، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله‌ای، هم‌وابستگی

خانواده

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(لطفی حقیقت، منیرپور و زرغام حاجبی،  
۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

لطفی حقیقت، امیر، منیرپور، نادر، و زرغام حاجبی، مجید. (۱۴۰۰). مدل ساختاری درماندگی خانواده در بیماران مبتلا به سرطان بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با نقش میانجی هم‌وابستگی خانواده. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۳): ۵۱۱-۵۳۴.

## مقدمه

خانواده نظام عاطفی پیچیده‌ای است که بصورت یک سیستم عمل می‌کند؛ یکی از وظایف مهم خانواده کمک به نیازهای اعضای خود، جهت کنار آمدن با تغییرات ناشی از بحرانهای غیر منتظره از جمله بیماریهای حاد و ناگهانی است (خاتم‌ساز و معارف‌وند، ۱۳۹۳). ابتلا به سرطان، تحمل درمان‌های سخت و خستگی ناشی از آن، بر وضعیت جسمی، عملکردی و روانی - اجتماعی این بیماران تاثیر گذاشته و موجب بروز احساس ناتوانی در آن‌ها می‌گردد (ایگور و آکدنیز، ۲۰۱۴). در گذشته این بیماری مساوی با مرگ در نظر گرفته می‌شد (پوچالسکی، ۲۰۱۲). اما به موازات افزایش شیوع سرطان و پیشرفت‌های صورت گرفته در درمان این بیماری، افزایش پیشرونده‌ای در تعداد بیماران که با این بیماری به عنوان یک وضعیت مزمن زندگی می‌کنند و نیازمند مراقبت، حمایت مداوم و خدمات توانبخشی هستند، صورت گرفته است (سالاکاری و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد زیادی حکایت از تاثیر مراقبین بیمار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آن دارد و این امر منجر به افزایش اهمیت آن در برنامه‌های ملی مراقبت سرطان در اروپا گردیده است (کریستینسن و همکاران، ۲۰۱۵). بیماران سرطانی مجموعه‌ای از علائم و ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند که درد یکی از مهم‌ترین آن‌هاست (عاقبتی و همکاران، ۲۰۰۷). درد ناشی از سرطان علاوه بر اینکه آثار ویرانگری بر بیمار می‌گذارد، قسمت اعظم توان گروه درمانی و خانواده بیماران را گرفته، و به جایی می‌رسد که برای بیمار غیرقابل تحمل می‌شود. دردهای درمان نشده، فشار روحی زیادی برای خانواده ایجاد می‌کند. زمانی که بیمار درد می‌کشد، اعضای خانواده او اغلب نسبت به کادر درمانی احساس خشم و عدم اعتماد می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی و انجمن بین‌المللی مطالعه نویسندگان درد، ۲۰۰۵).

در واقع به دلیل تاثیرگذاری بالای سرطان بر روی بیمار و خانواده وی، این بیماری خانوادگی نامیده می‌شود و ارزیابی‌ها باید بر روی هر دوی بیماران و مراقبین خانوادگی تمرکز داشته باشد. در واقع شورای تحقیق ملی پزشکی آمریکا و سازمان بهداشت جهانی توصیه کرده‌اند که با بیماران و مراقبین آنها به عنوان یک واحد مراقبتی رفتار شود؛ زیرا مراقبین خانوادگی بعنوان بخش مرکزی مراقبت از بیماری سرطان هستند و در نتیجه شناسایی و نشان دادن نیازهای آنها ضروری است (شین و همکاران، ۲۰۱۱). از این رو در نقش مراقب بودن برای اعضای خانواده منجر به عدم برآوردن نیازهای خود در رابطه با زندگی روزمره‌شان و غفلت از نیازهای خود می‌شود. مراقبین خانوادگی در طول مراقبت از بیمار مکرراً با تغییر شرایط بیمار و موقعیتهای جدید روبرو شده که در شیوه‌ی زندگی آنها تغییراتی را ایجاد می‌کند (تسچندورف و همکاران، ۲۰۰۷)؛ بنابراین هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان باید نیازهای خانواده آنها را نیز در نظر داشت؛ زیرا اعضای خانواده نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دارند. ارزیابی نیازهای مراقبین یک گام مهم برای تعیین کیفیت زندگی است (شین و همکاران، ۲۰۱۱).

آدمی در مواجهه با مشکلات دارای راهبردهای شناختی نسبتاً پایدار است که طرحواره نامیده می‌شود. طرحواره‌ها چگونگی مفهوم‌سازی شخص را از مجموعه‌ای از محرکها نشان می‌دهند. طرحواره‌ها در واقع مفهومی فراگیر بوده که هیجانات و خاطرات و شناختها را در بر می‌گیرد و در طول دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در سراسر زندگی گسترش می‌یابد؛ همچنین نقش عمده‌ای در چگونگی تفکر و احساس و ارتباط با دیگران ایفا می‌کنند. طرحواره‌ها چگونگی مفهوم‌سازی شخص را از مجموعه‌ای از محرکها نشان

می دهند. طرحواره ها در واقع مفهومی فراگیر بوده که هیجانات و خاطرات و شناختها را در بر می گیرد و در طول دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در سراسر زندگی گسترش می یابد؛ همچنین نقش عمده ای در چگونگی تفکر و احساس و ارتباط با دیگران ایفا می کنند (تیم، ۲۰۱۰). در موقعیت های پزشکی، مراقبین بیماری های کشنده و مزمن، معمولاً از راهبردهای ناکارآمد استفاده می کنند؛ مقابله با تنیدگی، عامل کاهش فشار بیماری و بازگشت به حالت تعادل و سلامت روانی است. در صورت بهره گیری از شیوه های بهینه مقابله، فرد قادر به حفظ سازش یافتگی خود می شود، در حالی که شیوه های ناکارآمد موجب فزونی تنش، ارضا نشدن نیازهای حیاتی و بی ثباتی هیجانی خواهد شد (تیلور، ۲۰۰۶؛ به نقل از قاسم بروجردی و همکاران، ۱۳۹۰). طبق تحقیقات انجام شده، افرادی که به استرس های زندگی با خوش بینی و انعطاف پذیری پاسخ می دهند و از راهبردهای مقابله ای سازنده استفاده کرده و کنترل وقایع زندگی را بر عهده می گیرند، عملکرد سیستم ایمنی بهتری دارند، بهتر با بیماری مقابله می کنند و سلامت روانی بالاتری دارند (کوین، ۲۰۰۶). در مواقعی که فرد تحت تأثیر رویدادهای استرس آمیز قرار می گیرد، رفتار و واکنش اعضای خانواده نقش زیادی در نحوه برخورد فرد با مشکل دارد (لوی، ۲۰۰۶). هم وابستگی یک رفتار آموخته شده است که با وابستگی به افراد یا موضوعات خارج از خود فرد و با نادیده گرفتن هویت خود تعریف شده است که در آن فرد بدون توجه به نیازها و سلامت روان و جسم خود، تنها به کنترل و مراقبت مسئولانه و افراطی دیگران مشغول است و با نادیده گرفتن احساسات خود، تنها به نیازها و احساسات دیگران توجه می کند (رامیر، مارتینز و بوگارین، ۲۰۱۴).

آنکل و کاباکسی (۲۰۰۹) در پژوهشی به ارتباط بین سبک های دلبستگی و هم وابستگی پرداختند که نشان دادند افراد دارای نمرات بالا در مقیاس ارزیابی هم وابستگی، دلبستگی های مرتبط با اضطراب داشتند و خانواده این افراد دچار مشکلات بیشتر و افسردگی بیشتری بودند. تحقیق پازانی و همکارانش (۱۳۹۶) نشان داد میان اختلال های روانشناختی، مشکلات ارتباطی و عزت نفس پایین با هم وابستگی رابطه معنادار وجود دارد. مطالعات یون و همکارانش (۲۰۱۰) نیز نشان دهنده این مطلب است که عدم اطلاعات کافی در مورد بیماری و نحوه مراقبت و حمایت از بیمار در مراحل مختلف بیماری باعث ابهام و سردرگمی و افزایش تنش برای بیمار و خانواده می شود. در تحقیق کندسون و ترل (۲۰۱۲) نتایج نشان داد هم وابستگی در بزرگسالی با تعارض در خانواده اولیه ارتباط معناداری دارد. مطالعات بردار و همکارانش (۲۰۱۱) نشان داد که در بیماران مبتلا به سرطان استفاده از راهبردهای هیجان مدار با سازگاری روانشناختی ضعیف تر رابطه دارد. در عوض بیمارانی که از شیوه های مختلف تمرکز بر موضوع نظیر پذیرش بیماری یا حل مسئله استفاده می کنند از سازگاری روانشناختی بالاتری برخوردار هستند. در تحقیق مارکز، بلور، هین، و دیر (۲۰۱۱) نمرات بالاتر هم وابستگی به طور قابل توجهی با سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب، استرس، و اختلال و تنش و ناکار آمدی در خانواده و سطح پایین از نمرات هم وابستگی مرتبط با خودشیفتگی، اعتماد به نفس، و بیان عاطفی نشان داده شد. گاک-بوچارد و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند مراقبین کودکان مبتلا به سرطان که از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، بیشتر از راهبردهای مسئله مدار استفاده می کردند. آنها دریافتند زنان بیشتر از راهبردهای حمایت ابزاری و راهبردهای مقابله ای مذهبی و حمایت عاطفی استفاده می کنند. این در حالی بود که میان میزان درآمد آن ها با نوع مهارت مقابله ایشان ارتباط معناداری بدست نیاوردند. گرگ و دیر

(۲۰۱۱) در مطالعه ای نشان دادند، هم وابستگی با سطوح بالایی از استرس، اضطراب، افسردگی و ناکارآمدی خانواده ارتباط دارد.

نتایج پژوهش موحدی و همکارانش (۱۳۹۷) نشان داد که بین راهبرد مقابله ای و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد و استفاده از راهبرد مسئله مدار و اجتنابی کیفیت زندگی بیماران با سرطان سینه را افزایش داده و راهبرد هیجان مدار آن را کاهش می دهد. نشانه‌های مربوط به بیماری سرطان سینه بر کارکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی فرد تأثیر می گذارد و کیفیت زندگی بیماران نقصان می یابد و تطابق بیمار از نظر روانشناختی بر نحوه کیفیت زندگی فرد تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد. استفاده از راهبرد مقابله ای موفق در کاهش استرس و افزایش سلامت جسمی و روانی در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی موثر است. چن و ویو (۲۰۰۸) در تحقیقی گزارش کردند که ارتباط معناداری بین هم وابستگی، عدم صمیمیت در ارتباط عاطفی، افزایش تنش و مشکل در روابط، دوسوگرایی و نا ایمنی در روابط، رفتارهای فدایی کردن و ایثار خود، عزت نفس پایین، احساس گناه، عدم سازگاری روانشناختی، نشان داده شد. چانگ (۲۰۱۰) نشان داد، هم وابستگی با جهت گیری فرهنگی رابطه دارد. نتایج این تحقیق نشان داد جنسیت، عملکرد خانواده، عزت نفس و سازگاری روانی، در هم وابستگی تأثیر دارند. خاتم ساز و معارف وند (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان "راهبردهای مقابله ای والدین کودکان مبتلا به سرطان" نشان دادند مادرهای کودکان مبتلا به سرطان بیشتر از پدرهای این کودکان از راهبرد مقابله ای هیجان مدار استفاده می کنند. والدین کودکان مبتلا به سرطان که تحصیلات بیشتری داشتند، کمتر از راهبردهای رویارویی، دوری جویی، گریز- اجتناب و مسئولیت پذیری استفاده می کردند. در عین حال کسانی که تحصیلات بالاتری داشتند به طور معناداری نمره کل آزمون آنها کمتر از افرادی بود که تحصیلات پایین تری داشتند. والدینی که علاوه بر کودک مبتلا به سرطان فرزندان دیگری نیز داشتند، بیشتر از راهبرد حل مدبرانه مسئله و کمتر از راهبرد خویشتن داری استفاده می کردند. والدین کودکانی که مدت طولانی تری از ابتلای کودکشان به سرطان سپری می شد، بیشتر راهبرد حل مدبرانه مسئله را بکار می گرفتند. شریفی (۱۳۸۴) در تحقیقی با عنوان "مقایسه هم وابستگی در زنان با نقش های جنسیتی گوناگون" نشان داد که زنان با نقش های جنسیتی گوناگون از نظر میزان هم وابستگی متفاوتند. با بررسی پیشینه مطالعات انجام شده در باب مقوله سرطان، روشن می شود که این مطالعه در نوع خود بدیع است و تاکنون مطالعه ای با این نگاه و منظر به مفهوم سرطان و خانواده های دارای عضو مبتلا انجام نشده است. این مطالعه در صدد پاسخ به این سوال است که آیا مدل پیشنهادی رابطه علی طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله ای با درماندگی خانواده با نقش میانجی هم وابستگی خانواده بیماران مبتلا به سرطان برازنده داده ها می باشد؟ و با توجه به هدف تحقیق و پیشینه پژوهشی فرضیه های زیر مورد آزمون قرار گرفت.

۱. هم‌وابستگی خانواده در رابطه بین درماندگی خانواده و طرحواره های ناسازگار اولیه مراقبین

بیماران سرطانی نقش میانجی دارد.

۲. هم‌وابستگی خانواده در رابطه بین درماندگی خانواده و راهبردهای مقابله ای مراقبین بیماران

سرطانی نقش میانجی دارد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی و طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی مراقبین بیماران سرطانی مراجعه کننده به مراکز طب تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران، مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات سرطان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۹ بود که از این میان تعداد ۳۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه درماندگی خانواده (مک کوبین، تامپسون و مک کوبین، ۱۹۹۶)، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (یانگ، ۱۹۹۸)، راهبردهای مقابله‌ای (اندلر و پارکر، ۱۹۸۰) و پرسشنامه هم‌وابستگی (استونبرینگ، ۱۹۸۸) استفاده شده است.

## ابزارهای پژوهش

۱. **پرسشنامه درماندگی خانواده.** برای سنجش درماندگی خانواده‌ها از مقیاس درماندگی خانواده (FDI) استفاده می‌شود. این مقیاس شامل ۸ ماده است که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای به هر پرسش پاسخ می‌دهد. مک کوبین، تامپسون و مک کوبین (۱۹۹۶) اعتبار درونی مقیاس درماندگی خانواده را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه کردند و از نظر روایی نیز، رابطه بین نمره این مقیاس با فشار شدید خانوادگی، الگوی نابسامان ارتباطی و فقدان حمایت اجتماعی ارتباط قوی یافتند. در مطالعه نیز، ضریب آلفای این مقیاس ۰/۷۳ به دست آمد.

۲. **پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ.** فرم کوتاه این پرسشنامه توسط یانگ (۱۹۹۸) بر پایه یافته‌های اشمیت و همکاران برای سنجش ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه ساخته شده است (یانگ و لانگ، ۱۹۹۸). این پرسشنامه ۷۵ گویه دارد و هر طرح‌واره با پنج سؤال سنجیده می‌شود. هر گویه بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۱=کاملاً غلط تا ۵=کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه، نمره بالا نشان دهنده طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است. پایایی آن به کمک آلفای کرونباخ برای همه طرح‌واره‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی نیز از ساختار درونی پرسش‌نامه حمایت می‌کنند (ولبرن و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از برازنده، ۱۳۸۴). فاتحی زاده و عباسیان (۱۳۸۲؛ به نقل از برازنده، ۱۳۸۴) نیز پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی آن را به روش بررسی همبستگی با آزمون باورهای غیرمنطقی ۰/۳۴ محاسبه کردند.

۳. **پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای.** این پرسشنامه در سال ۱۹۸۰ توسط اندلر و پارکر که برای ارزیابی انواع سبک‌های مقابله‌ای افراد در موقعیت‌های استرس‌زا مورد استفاده قرار می‌گیرد، ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال است که دارای سه خرده‌مقیاس مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و اجتنابی را می‌سنجد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) صورت می‌گیرد. در نهایت سبک غالب فرد با توجه به نمره‌هایی که در آزمون کسب می‌کند، مشخص می‌گردد. اندلر و پارکر ضریب آلفای کرونباخ را برای عامل مسئله‌مداری ۰/۹۰، برای دختران و ۰/۹۲ برای پسران، برای عامل هیجان‌مداری ۰/۸۵، برای دختران و ۰/۸۲ برای پسران، و برای عامل اجتنابی ۰/۸۲، برای دختران و ۰/۸۵ برای پسران گزارش نمودند. در مطالعه کیانی (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۵۸ برای رفتارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، ۰/۵۵ برای رفتارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و ۰/۸۳ برای رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی گزارش شده است.

۴. پرسشنامه هم وابستگی ساندر استونبرینگ. پرسشنامه هم وابستگی استونبرینگ (۱۹۸۸) ساخته است که از ۲۹ گویه و ۴ خرده مقیاس نیاز به کنترل (۷ سوال)، وابستگی میان فردی (۸ سوال)، از خود بیگانگی (۷ سوال) و در هم تنیدگی (۷ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش هم وابستگی در خانواده و دوستان سوء مصرف کننده مواد به کار می رود.

نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ نقطه ای است که برای گزینه های «هرگز»، «گاهی اوقات»، «غالباً» و «همیشه» به ترتیب امتیازات صفر، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته می شود. برای به دست آوردن امتیاز هر یک از خرده مقیاسها، امتیازات ماده های مربوط به خرده مقیاسها را با هم جمع و برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، امتیاز همه ماده ها را با همدیگر جمع می کنیم. پرسشنامه هم وابستگی با ضریب آلفای کلی ۰/۷۹ و ضریب آلفای ۰/۴۵ برای کنترل تا ۰/۷۵ برای وابستگی میان-فردی، از یک همسانی درونی نسبی بهره مند است. این پرسشنامه را اشرف (۱۳۸۸) هنجاریابی کرده و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای آزمون برابر ۰/۷۳ به دست آمد.

**روش اجرا.** به منظور جمع آوری اطلاعات، پس از هماهنگی با مدیریت بیمارستان فیروزگر تهران، مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات سرطان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران؛ ابتدا طی جلسه ای با مسئول بخش بیماران سرطانی، توضیحاتی در مورد موضوع پژوهش، نحوه اجرای کار و انگیزه تحقیق ارائه شد. سپس با هماهنگی بخش پرسشنامه های درماندگی خانواده، طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ، راهبردهای مقابله ای و هم وابستگی به مراقبین بیماران سرطانی ارائه شد و با حضور در بخش، پاسخ نامه ها جمع آوری شد.

#### یافته‌ها

توزیع پاسخگویان براساس سن نشان داد تعداد ۲۰ نفر (۷,۸ درصد) پاسخگویان سنشان بین ۲۰ الی ۳۰ سال، ۶۰ نفر (۲۲,۲ درصد) پاسخگویان سنشان بین ۳۱ الی ۴۰ سال، ۴۱ نفر (۳۵,۶ درصد) پاسخگویان سنشان بین ۴۱ الی ۵۰ سال و ۲۱ نفر (۳۴,۴ درصد) پاسخگویان سنشان بین ۵۱ الی ۶۰ سال است؛ از سوی دیگر تعداد ۲۰ نفر (۷,۴ درصد) از پاسخگویان بی سواد، ۴۲ نفر (۱۵,۶ درصد) از پاسخگویان دارای مدرک زیردیپلم، ۳۸ نفر (۱۴,۱ درصد) از پاسخگویان دارای مدرک دیپلم، ۱۳۸ نفر (۵۱,۱ درصد) از پاسخگویان دارای مدرک لیسانس و تعداد ۳۲ نفر (۱۱,۹ درصد) دارای مدرک فوق لیسانس و بالاتر هستند. همانطور که مشاهده می شود بیشترین فراوانی مربوط به مقطع لیسانس می باشد؛ همچنین تعداد ۲۱۴ نفر (۷۹,۳ درصد) پاسخگویان متاهل و ۵۶ نفر (۲۰,۷ درصد) مجرد بوده اند.

جدول ۱. شاخص های آماری مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره کولموگروف اسمیرنوف	سطح معنی داری
طرد و رها شدگی	۱۵/۴۹	۵/۵۳	۰/۸۹	۰/۳۹
محرومیت هیجانی	۱۶/۹۳	۵/۴۸	۰/۷۸	۰/۵۶
انزوای اجتماعی	۱۶/۳۱	۵/۶۳	۰/۷۳	۰/۵۶
شکست	۱۶/۲۷	۵/۴۸	۰/۸۵	۰/۴۵
بازداری هیجانی	۱۸/۰۴	۴/۳۴	۰/۷۰	۰/۶۹
بی اعتمادی/بدرفتاری	۱۶/۸۲	۵/۰۰	۰/۷۵	۰/۶۱
نقص/شرم	۱۷/۱۱	۵/۳۷	۰/۸۴	۰/۴۸
وابستگی/بی کفایتی	۱۵/۸۹	۵/۱۱	۰/۵۱	۰/۹۵
آسیب پذیری	۱۶/۷۳	۵/۸۹	۰/۸۷	۰/۴۲
گرفتاری	۱۵/۴۹	۴/۶۷	۰/۹۰	۰/۳۸
اطاعت	۱۷/۶۷	۴/۵۵	۰/۹۲	۰/۳۵
از خودگذشتگی	۱۸/۳۱	۴/۳۷	۰/۹۲	۰/۳۵
معیارهای سرسختانه	۱۵/۸۰	۴/۹۱	۰/۷۱	۰/۶۹
استحقاق	۱۹/۰۰	۴/۳۷	۰/۹۷	۰/۲۹
خویشتن داری و خودانضباطی	۱۶/۹۸	۴/۳۹	۰/۷۰	۰/۷۰
مقابله مسأله مدار	۴۹/۶۷	۱۵/۸۶	۰/۶۰	۰/۸۶
مقابله هیجان مدار	۴۳/۸۷	۱۶/۵۰	۰/۴۹	۰/۹۶
مقابله اجتنابی	۴۰/۸۰	۱۶/۱۵	۰/۸۵	۰/۴۶
حل مشکل	۳۰/۵۴	۹/۰۰	۰/۶۹	۰/۷۲
ارتباط	۲۴/۹۵	۹/۹۱	۰/۹۹	۰/۲۷
نقشها	۳۴/۰۴	۱۲/۱۵	۰/۸۱	۰/۵۱
پاسخ عاطفی	۲۸/۶۰	۱۲/۷۰	۰/۹۲	۰/۳۶
همراهی عاطفی	۱۸/۹۴	۷/۶۵	۰/۷۳	۰/۶۵
کنترل رفتار	۲۶/۳۳	۱۰/۳۶	۰/۸۰	۰/۵۳
نیاز به کنترل	۶/۷۸	۲/۹۵	۰/۹۹	۰/۲۷
وابستگی میان فردی	۱۳/۸۹	۳/۹۸	۰/۹۴	۰/۳۳
از خود بیگانگی	۱۳/۵۳	۶/۰۰	۱/۶۲	۰/۰۱
در هم تنیدگی	۱۱/۶۴	۶/۲۵	۱/۳۴	۰/۰۵
درماندگی خانواده	۲۱/۵۶	۵/۲۴	۱/۰۴	۰/۲۲

با توجه به مقدار  $t$  بدست آمده بین طرحواره های ناسازگار اولیه و هم وابستگی خانواده که برابر  $۷,۳۴۵$  و بزرگتر از مقدار  $t$  در سطح  $۰/۰۱$  ( $۲,۵۷۵$ ) می باشد، نشان دهنده این است که بین این دو متغیر رابطه معنی داری وجود دارد. ضریب همبستگی بین طرحواره های ناسازگار اولیه و هم وابستگی خانواده برابر با  $۰,۴۷۱$  است که در سطح معنی داری  $۰/۰۱$  این ضریب همبستگی معنی دار می باشد و از طرفی طرحواره های ناسازگار اولیه بر هم وابستگی خانواده رابطه معناداری دارد و از طرفی با توجه به مقدار  $t$  بدست آمده بین هم وابستگی خانواده و درماندگی خانواده که برابر  $۶۷,۳۲۸$  و بزرگتر از مقدار  $t$  در سطح  $۰/۰۱$  ( $۲,۵۷۵$ )

می‌باشد، نشان دهنده این است که بین این دو متغیر رابطه معنی‌داری وجود دارد. ضریب همبستگی بین هم وابستگی خانواده و درماندگی خانواده برابر با ۰٫۹۱۴ منفی است که در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ این ضریب همبستگی معنی‌دار می‌باشد. هم وابستگی خانواده بر درماندگی خانواده رابطه معناداری دارد.

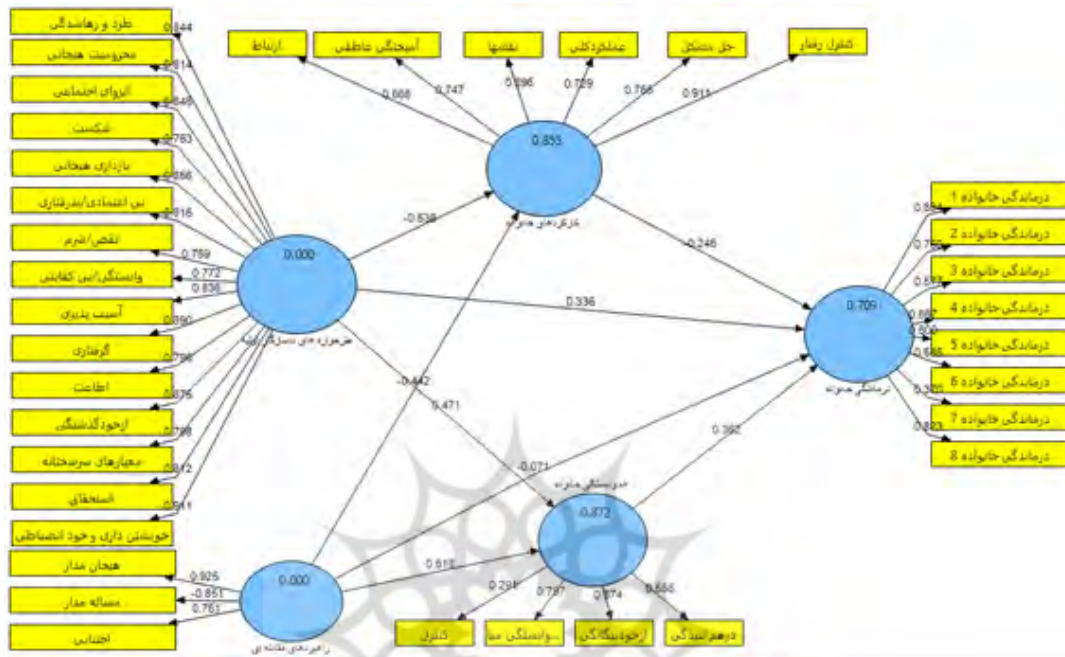
جدول ۲. نتیجه ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مقدار ضریب رابطه	تعداد	t	سطح معنی‌داری
مستقل وابسته	طرحواره های ناسازگار اولیه هم وابستگی خانواده	۳۷۰	۷٫۳۴۵	۰٫۰۱
مستقل وابسته	هم وابستگی خانواده درماندگی خانواده	۳۷۰	۳٫۲۳۶	۰٫۰۱
متغیرها	مقدار ضریب رابطه	تعداد	t	سطح معنی‌داری
مستقل وابسته	راهبردهای مقابله‌ای هم وابستگی خانواده	۳۷۰	۸٫۶۲۱	۰٫۰۱
مستقل وابسته	هم وابستگی خانواده درماندگی خانواده	۳۷۰	۳٫۲۳۶	۰٫۰۱

با توجه به متغیر هم وابستگی خانواده  $(0/17) = (0/36 * 0/47)$  می‌باشد. به عبارتی با یک واحد تغییر در طرحواره های ناسازگار اولیه با توجه به متغیر هم وابستگی خانواده، درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی ۰٫۱۷۱ تغییر می‌کند. با توجه به مقدار t بدست آمده بین راهبردهای مقابله‌ای و هم وابستگی خانواده که برابر ۸٫۶۲۱ و بزرگتر از مقدار t در سطح ۰/۰۱ (۲٫۵۷۵) می‌باشد، نشان دهنده این است که بین این دو متغیر رابطه معنی‌داری وجود دارد. ضریب همبستگی بین راهبردهای مقابله‌ای و هم وابستگی خانواده برابر با ۰٫۵۱۸ است که در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ این ضریب همبستگی معنی‌دار می‌باشد و از طرفی راهبردهای مقابله‌ای بر هم وابستگی خانواده رابطه معناداری دارد و از طرفی با توجه به مقدار t بدست آمده بین هم وابستگی خانواده و درماندگی خانواده که برابر ۳٫۲۳۶ و بزرگتر از مقدار t در سطح ۰/۰۱ (۲٫۵۷۵) می‌باشد، نشان دهنده این است که بین این دو متغیر رابطه معنی‌داری وجود دارد. ضریب همبستگی بین هم وابستگی خانواده و درماندگی خانواده برابر با ۰٫۳۶۲ است که در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ این ضریب همبستگی معنی‌دار می‌باشد لذا هم وابستگی خانواده و درماندگی خانواده رابطه معناداری دارد. حال برای فرضیه ی مطرح شده، رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی با توجه به متغیر هم وابستگی خانواده  $(0/18) = (0/36 * 0/51)$  می‌باشد. به عبارتی با یک واحد تغییر



در راهبردهای مقابله ای با توجه به متغیر هم وابستگی خانواده ، درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی ۰,۱۸۷ تغییر می کند.



نمودار ۱. مدل کلی در حالت تخمین ضرایب استاندارد

جدول ۳ مقادیر ضرایب تعیین (R<sup>2</sup>)

متغیر پنهان	R <sup>2</sup>
کارکردهای خانواده	۰/۸۵
هم وابستگی خانواده	۰/۸۷
درماندگی خانواده	۰/۷۰

با توجه به نمودار ۱ برای متغیرهای پژوهش مقدار ضریب تعیین در جدول ۳ گزارش شده است؛ چنانچه برای متغیر کارکردهای خانواده ضریب تعیین برابر ۰/۸۵ شده است. بنابراین متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله ای توانسته ۸۵/۵ درصد از واریانس کارکردهای خانواده را پوشش دهند، باقیمانده مربوط به خطای پیش بینی می باشد و می تواند شامل دیگر عوامل تاثیر گذار بر متغیرها باشد، همچنین برای متغیر هم وابستگی خانواده ضریب تعیین برابر ۰/۸۷ شده است. بنابراین متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله ای توانسته ۸۷/۲ درصد از واریانس هم وابستگی خانواده را پوشش دهند، باقیمانده مربوط به خطای پیش بینی می باشد و برای متغیر درماندگی خانواده ضریب تعیین برابر ۰/۷۰ شده است؛ بنابراین متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله ای، کارکردهای خانواده و هم وابستگی خانواده

توانسته ۷۰/۹ درصد از واریانس درماندگی خانواده را پوشش دهند، باقیمانده مربوط به خطای پیش بینی می باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تدوین مدل ساختاری درماندگی خانواده در بیماران مبتلا به سرطان بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله ای با نقش میانجی هم وابستگی خانواده بود. در نتایج حاصل از فرضیه اول "هم‌وابستگی خانواده در رابطه بین درماندگی خانواده و طرحواره های ناسازگار اولیه مراقبین بیماران سرطانی نقش میانجی دارد" رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و درماندگی مراقبین بیماران سرطانی مورد تأیید قرار می گیرد. به این معنا که بین طرحواره های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین نتیجه می توان گفت که با افزایش طرحواره های ناسازگار اولیه، درماندگی خانواده افزایش می یابد. بر پایه نتایج حاصل از ضریب رابطه استاندارد می توان دریافت که رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی با توجه به متغیر هم‌وابستگی خانواده مثبت و معنادار می باشد. به عبارتی با یک واحد تغییر در طرحواره های ناسازگار اولیه با توجه به متغیر هم وابستگی خانواده، درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی تغییر می کند. در این مطالعه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و هم وابستگی خانواده رابطه معنی داری مشاهده شد. و از طرفی نشان داده شد که هم وابستگی خانواده با درماندگی خانواده رابطه معناداری دارد. در تبیین یافته های این بخش، به این سؤال پژوهشی پاسخ داده می شود که آیا طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند از مسیر متغیر میانجی هم وابستگی خانواده بر درماندگی خانواده اثرگذار باشند؟ جهت پاسخ به این سوال، ابتدا به مرور ادبیات مرتبط با ارتباط بین طرحواره های ناسازگار با هم وابستگی می پردازیم و در ادامه، به مرور مطالعات در زمینه ارتباط هم وابستگی با درماندگی خانواده پرداخته می شود. از آن جایی که هم وابستگی نوعی الگوی ناسالم ارتباط با خود و دیگران است که از طریق وابستگی به دیگران و غفلت از هویت خویش آشکار می گردد و منجر به دشواری در پذیرش احساسات و ایجاد دیگر رفتارهای متناقض با خود می شود. همچنین یافته های سابی (۱۹۸۷)، که هم وابستگی را الگوی هیجانی، روان شناختی و رفتاری مقابله ای ناشی از بکار بردن طولانی مدت قوانین و مقررات طاقت فرسایی می داند که از اظهار، بیان و پذیرش آشکار احساسات و هیجانات جلوگیری می کند. همچنین لش (۱۹۹۰) که می گوید هم وابستگی، بیماری آشفتگی هیجانی است و مشخصه آن جدایی و بیگانگی شدید نسبت به احساسهای خود است، نیز با یافته های این فرضیه هم سو می باشد.

به طوری که هاگز - هامر و همکارانش (۱۹۹۸) بیان می کنند که افراد هم وابسته دچار فقدان رشد کافی و مناسب عزت نفس و انکار احساسات و هیجانات هستند. این افراد در یک خانواده آشفته بزرگ شده‌اند و در نتیجه تجربیات کودکی، مفهوم هسته ای هم وابستگی یعنی تمرکز بر خارج/غفلت از خود در آنها شکل می گیرد. این غفلت از خود، باعث بروز نشانه های ثانویه می شود که خود کم بینی و مشکلات پزشکی جزئی از آن نشانه ها هستند. مسائل خانواده ی اولیه، شامل نارضایتی مداوم ناشی از رشد کردن در یک خانواده آشفته، وابسته به مواد یا درگیر با سایر مشکلات است که در آن افکار، احساسات و علائق، آزادانه و آشکارا ابراز نمی شده است. این مسائل و نارضایتی ها منجر به شکل گیری مؤلفه تمرکز بر خارج/ غفلت از

خود می شود که شامل کنترل رویدادها، افراد و کمک های افراطی به دیگران است. خودکم بینی نیز که به دنبال این مفهوم هسته ای نمایان می گردد، شامل افکار خود-انتقادی، خود بیزاری، خود-سرزنشگری و احساس شرم و حقارت است؛ به علاوه اینکه غفلت از خود، باعث ایجاد مشکلات پزشکی، شامل داشتن احساس ناخوشی و بیماری در مقایسه با دیگران و نگرانی نسبت به ناتوان شدن قریب الوقوع بدن و اشتغال ذهنی نسبت به سلامتی است که می تواند مشکلات واقعی یا خیالی را شامل شود (مطیعان و همکاران، ۱۳۹۳).

یانگ و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند، طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای ذهنی هستند که بر اساس خاطرات، احساسات، شناخت ها و احساسات فیزیکی که با باورهای مربوط به خود و محیط سروکار دارد، شکل گرفته اند. این طرحواره های ناسازگار اولیه، در نتیجه نیازهای عاطفی اولیه برآورده نشده فرد در کودکی یا نوجوانی ایجاد شده و ممکن است در طول زندگی در مواجهه با موقعیت های تنش زا از قبیل مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان بروز می کند. طرحواره های ناسازگار اولیه، در فرد احساسات منفی قابل توجهی مانند گناه، غم، ترس، یا خشم را در هنگام مواجهه با رویدادهای تنش زا تحریک و ایجاد می کنند. این احساسات منفی نشان دهنده بازنمایی درد و رنج عاطفی است که در اولین شکل گیری طرحواره ها رخ داده است. طرحواره ها در افراد گوناگون، درجات مختلفی از شدت و شیوع دارند. هر چه طرحواره شدیدتر باشد، تعداد رویدادهای منفی بیشتری ایجاد خواهد کرد، پیامدهای منفی بیشتری خواهد داشت و اثرات آن طولانی تر خواهد بود (یانگ و فرست، ۲۰۰۳). بنابراین، اثرات ادراکات منفی که در دوران کودکی شکل گرفته اند، در بزرگسالی ادامه خواهد داشت و متعاقب با این طرحواره های ناسازگاری که فرد ایجاد می گردد، مسائل عاطفی و رفتارهای ناسازگاری در او به وجود می آیند که بر عملکرد فرد را با درجات متفاوتی آسیب وارد می کند (برنستاین و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین این احتمال وجود دارد که عملکرد مراقبین بیماران سرطانی بطور منفی تحت تاثیر طرحواره های ناسازگار اولیه قرار گیرد. از جمله ممکن است با بروز رفتارهای ناکارآمد و هم وابستگی در مراقبین بیماران سرطانی در ارتباط باشد. تحقیقات محدودی ارتباط طرحواره های ناسازگار اولیه و هم وابستگی را بررسی کرده اند. در مطالعه کالوات و همکاران (۲۰۰۵)، هم وابستگی با طرحواره های نقص، شکست و خود-قربانی گری (تله ایثار) همراه بود (کمرا و کالوات، ۲۰۱۲) همچنین، محققین ترکی در ۲۰۱۳ نشان دادند که بین هم وابستگی و طرحواره های رها شدگی، و خودکنترلی/خود انضباطی ناکافی ارتباط قابل ملاحظه ای وجود دارد. بنا به تعریف علمی، افراد هم وابسته، انسان های خوش نییتی هستند که عمیقاً به دیگران اهمیت می دهند در حالی که هرگز یاد نمی گیرند که عمیقاً به خود اهمیت دهند. رویکرد روانشناختی در ارتباط با هم وابستگی این است که به آنها کمک شود تعادل سالمی بین مراقبت از دیگران و مراقبت از خود بیابند (هاسر بولات و همکاران، ۲۰۱۳)

مارکس و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند، این مفهوم در واقع با طرحواره خودقربانیگری (ایثار) هم پوشانی بالایی دارد. تعریف این طرحواره عبارت است از: تمرکز بیش از حد بر روی برآوردن داوطلبانه نیازهای دیگران در موقعیت های روزمره، به قیمت رضایت خود. شایع ترین دلایل عبارتند از: جلوگیری از ایجاد درد برای دیگران، جلوگیری از احساس گناه از احساس خودخواهی، یا حفظ ارتباط با دیگران که نیازمند کمک هستند. خودقربانیگری اغلب ناشی از حساسیت شدید به درد دیگران است. این طرحواره گاهی اوقات منجر به این احساس می شود که نیازهای خود مراقبت دهنده به اندازه کافی برآورده نمی شود که همان مفهوم هم

وابستگی را تداعی می‌کند. بنابراین، هم وابستگی شامل از خودگذشتگی بالا، تمرکز بر نیازهای دیگران، سرکوب احساسات خود، و تلاش برای کنترل یا رفع مشکلات دیگران است با طرحواره ایثار سازگاری دارد و این افراد معمولاً عزت نفس پایینی از خود نشان می‌دهند. یانگ و فرست (۲۰۰۳) خاطرنشان کردند که طرحواره ایثار از نظر مفهومی با مفاهیم هم وابستگی و توانمندسازی همپوشانی دارد. هم وابستگی اغلب به اشتغال بیش از حد به زندگی افراد دیگر اشاره دارد. این مفهوم در مطالعات انجام شده در زمینه سوء مصرف مواد بیشتر مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس این مطالعات، در اعضای خانواده معتادین، طرحواره ایثار رایج‌ترین طرحواره تایید شده برای والدین بود (یانگ و فرست، ۲۰۰۳). این مطالعات با یافته‌های مطالعه ما همسو می‌باشد. یافته‌های مطالعه ما نیز بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و هم وابستگی خانواده رابطه معنی‌داری نشان داد. در ادامه به مرور مطالعات در زمینه ارتباط هم وابستگی با درماندگی پرداخته می‌شود. چنانچه قبلاً ذکر شد، در مطالعه ما نشان داده شد که هم وابستگی با درماندگی خانواده رابطه معناداری دارد. مطالعه پارسافر نشان داد که اگر احساس درماندگی در افراد بالا باشد، افراد، به جای ویژگی‌های هم وابستگی، حالتی از اجتناب از مسئله و انفعال و سکون محض را در پیش می‌گیرند که به نوعی رابطه معکوس بین درماندگی و هم وابستگی را نشان می‌دهد. از سوی دیگر مطالعات متعددی در زمینه تاب‌آوری انجام شده است که به عنوان نقطه مقابل درماندگی در نظر گرفته می‌شود. این مطالعات غالباً اشاره به این موضوع دارند که تاب‌آوری نشان‌دهنده قدرت و سلامت روان افراد می‌باشد. این افراد از توانایی حل مسئله مناسبی برخوردارند اما ممکن است رفتارهای افراطی در مراقبت از دیگران نشان دهند به گونه‌ای که خود را فراموش کنند که این با مفهوم هم وابستگی هم پوشانی دارد (پارسافر و یزدخواستی، ۲۰۱۵). مراقبینی که ویژگی هم وابستگی دارند، خود را فراموش می‌کنند و حاضر هستند هر نوع سختی و عذاب را تحمل کنند اما از حمایت و توجه دیگران محروم نشوند. به هر حقه و نیرنگی از جمله خوش خدمتی، مراقبت، نجات یا کمک کردن، متوسل می‌شوند تا دیگران با آنها آن‌طور رفتار کنند که آنها می‌خواهند و احساس و عاطفه‌ای که آنها انتظار دارند از خود نشان دهند. اگرچه نقش مراقبتی مراقبین، می‌تواند حس محبت و دوست داشتن را در این افراد افزایش دهد و برای آنها فوایدی چون یافتن معنا در زندگی، صمیمیت بیشتر در روابط خانوادگی، احترام به خود و دیگران و رضایت از خود را داشته باشد؛ اما نتایج مطالعات نشان داده‌اند که مسئولیت مراقبت از بیمار موجب فشار زیاد بر روی سلامت جسمی و روحی مراقبین می‌شود (بایومی، ۲۰۱۴).

میزان این فشار به عواملی چون سن و جنس مراقبین، کیفیت ارتباط قبلی آنان با مددجو، ارزیابی مراقبین از موقعیت، نحوه ادراک آنان از بیماری و راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده مراقبین بستگی دارد. همچنین مواردی چون ماهیت مشکلات بیمار، حمایت هیجانی، عاطفی و عملی در دسترس خانواده و آگاهی آنان در زمینه مراقبت از بیمارشان نیز در میزان درماندگی و فشار مراقبتی تجربه شده مراقبین تأثیرگذار می‌باشد (بایومی، ۲۰۱۴). به مرور زمان، با وخیمتر شدن وضعیت بیمار فشار مسئولیت نیز افزایش می‌یابد که علاوه بر مشکلات جسمی و روانی مراقبین، عواقبی از جمله انزوای خانواده، اختلال در روابط خانوادگی، مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت (چانگ، چو، چن، ۲۰۱۰). لذا از این مراقبین به عنوان افراد در معرض خطر بیماری یا بیمارانی پنهان یاد می‌شود (ملاوغلو، ۲۰۰۶). فرد هم وابسته اجازه می‌دهد دیگران با سوءرفتارشان بر او تأثیر گذارند و او در صدد برمی‌آید تا به روش‌های

مختلف رفتار آن‌ها را کنترل کند یا تغییر دهد. هم وابستگی، بیماری خود گم شده‌است که در آن شخص بر رفع نیازها و رفتارهای دیگران بیش از حد متمرکز می‌شود و باعث می‌شود که با خود و نیازهای خودش غریبه شده و آنها را نبیند. افراد در درونشان سرخ‌هایی دارند که آنها را از راه‌های بی‌شماری یاری می‌کند از جمله باورها، افکار، احساسات، تصمیم‌ها، اختیارات، تجارب، خاطرات، خواسته‌ها، حواس، نیازها، شهود، عوامل ناخودآگاه و شواهدی از عملکرد جسمی از قبیل ضربان قلب و تنفس. هم وابستگی از تلاش ما برای اینکه از خود واقعی مان در برابر نیروهای ظاهراً شکست‌ناپذیر محافظت کنیم، سرچشمه می‌گیرد. اما خود واقعی ما (کودک نابالغ درون ما) دچار تناقض است، نه تنها حساس، ظریف و آسیب‌پذیر است، بلکه نیرومند هم هست. در واقع خود واقعی ما آنقدر قوی است که اگر یک "برنامه کامل بهبودی" برای هم وابستگی اجرا شود، از طریق فرایند خود مسئولیت دهی و خلاقیت (که اغلب می‌ترسیم مشاهده اش کنیم)، قدرتی شفادهنده دارد. وقتی که خود زنده واقعی ما "پنهان می‌شود" - (سرگرم چهره‌های والدگونه خود می‌شود یا دردهای تقریباً جان‌سوز را کم می‌کند تا "زنده بماند") - خود هم وابسته‌ای ظاهر می‌شود که جای آن را می‌گیرد؛ بنابراین ما آگاهی مان را از خودمان از دست می‌دهیم تا حدی که وجود آن را فراموش می‌کنیم. ما تماسمان را با آنچه که هستیم از دست می‌دهیم و به تدریج شروع می‌کنیم به اینکه آن خود دروغین را به کار بریم. آنگاه این کار یک عادت و در نهایت یک اعتیاد می‌شود. هم وابستگی نه تنها شایع‌ترین اعتیاد است، این اعتیاد و وسواس به هر ترتیبی که شکل بگیرد، قصد دارد این باور اشتباه را بیان کند که چیزی در خارج از وجود ما می‌تواند ما را خشنود و کامل کند به همین دلیل باعث می‌شود که این دسته از افراد به عنوان مراقب اصلی بیمار از راهبردهای ناکارآمدی استفاده نمایند.

بر اساس مطالعه معارف‌وند و خاتم ساز، وقتی فردی در خانواده مبتلا به سرطان می‌شود، امکان دارد افراد خانواده دچار شرایط روحی نامناسبی شوند و دچار احساساتی نظیر خشم، احساس گناه و مقصر شمردن خود شوند. در چنین شرایطی با بروز احساسات هم وابستگی سعی در جبران این احساسات می‌نمایند. با این حال هنگامی که تلاش مراقبین به رغم وقف خود برای مراقبت از بیمار نتیجه بخش نباشد، ممکن است با احساس درماندگی در افراد همراه شود. این مطالعه نشان می‌دهد شیوه‌های ناکارآمد و هم وابستگی موجب فزونی تنش، ارضا نشدن نیازهای روانی، و بی‌ثباتی هیجانی و احساس درماندگی خواهد شد (معارف‌وند و خاتم ساز، ۲۰۱۴). چنانچه گفته شد، تاب‌آوری روانی ویژگی روانی ایست که می‌تواند با هم وابستگی در ارتباط و نقطه مقابل احساس درماندگی و عملکرد منفعل افراد باشد. تاب‌آوری عبارت است از ویژگی‌هایی که علی‌رغم وجود عامل خطر، به پیشگیری از آسیب‌شناسی روانی کمک می‌کند. تاب‌آوری روانی یک عامل مهم است که علاوه بر کاهش امکان آسیب روان‌شناختی افراد، احساس مثبت بودن آن‌ها را افزایش می‌دهد. بر اساس مطالعه هفل و گریگورنکو در سال ۲۰۰۷، در خصوص مراقبین بیمار سرطانی، تاب‌آوری می‌تواند به ایفای نقش مراقب کمک کند تا بحران رخ داده در خانواده را به خوبی مدیریت کند (هفل و گریگورنکو، ۲۰۰۷). تاب‌آوری با افزایش کارکرد روانی و دوام بیشتر مراقبین به عنوان عامل محافظتی در برابر مشکلات بار مراقبتی سرطان عمل می‌کند و به مراقبین کمک می‌کند تا انطباق موفقیت‌آمیز با شرایط از نظر روانی، عاطفی، و عملکردی با شرایط استرس‌زا نشان دهند. به عبارت دیگر فرد تاب‌آور هنگامی که با رویدادهای استرس‌زایی روبرو می‌شود که می‌تواند بر سلامت روانی یا ظرفیت عملکرد صحیح او تأثیر بگذارند، با انعطاف‌پذیری با می‌تواند سلامت خود را حفظ، بازیافت و تقویت کنند

(انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۴). با این حال، این توانایی مدیریت شرایط بحرانی نباید با اختلال هم وابستگی اشتباه گرفته شود چراکه در هم وابستگی، فرد مراقب محوریت تمرکز بر خود را از دست می‌دهد و در درجات شدید هم وابستگی، خود را فراموش می‌کند. در این حالت شخص بر رفع نیازها و رفتارهای دیگران بیش از حد متمرکز می‌شود و باعث می‌شود که با خود و نیازهای خودش غریبه شده و آنها را نبیند. خطر مواجهه ی خود گم شده با احساس درماندگی در مراقبین بیماران سرطان موضوع بحث مهمی است چراکه افراد ممکن است با تجارب ناگواری نظیر از درماندگی در بهبود بیمار یا دست دادن بیمار روبرو شوند. از مجموع مباحث مطرح شده در این بخش، می‌توان نتیجه گرفت ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هم وابستگی توجیه پذیر و هم راستا با نتایج مطالعه ما می‌باشد. با این حال مرور مطالعات ارتباط قوی بین هم وابستگی و احساس درماندگی خانواده نشان نداد. به نظر می‌رسد هم وابستگی متغیر میانجی مناسبی برای رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با درماندگی خانواده به شمار نمی‌رود.

در نتایج حاصل از فرضیه دوم "هم‌وابستگی خانواده در رابطه بین درماندگی خانواده و راهبردهای مقابله‌ای مراقبین بیماران سرطانی نقش میانجی دارد" رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی مورد تأیید قرار می‌گیرد. به این معنا که بین راهبردهای مقابله‌ای و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین با یک واحد تغییر در طرحواره‌های ناسازگار اولیه با توجه به متغیر هم‌وابستگی خانواده، درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی تغییر می‌کند. در برخی مطالعات، به راهبردهای مقابله‌ای به عنوان مداخلات مربوط به درمان هم‌وابستگی اشاره شده است. بر اساس این مطالعات، این مداخلات به سه روش گروه درمانی، خانواده درمانی و شناخت درمانی متمرکز هستند. در ادامه به توضیح هر یک از این روش‌ها پرداخته می‌شود. الف) گروه درمانی: شامل مداخلاتی است که بر برنامه‌های گروهی در درمان هم‌وابستگی تمرکز دارند. این برنامه‌ها شامل گروه درمانی با رویکردهای برنامه شکست، شناختی، مشاوره گروهی و ۱۲ مرحله‌ای می‌باشد. گروه درمانی برای درمان اختلال هم‌وابستگی بسیار موثر است. در مجموع حمایت بستگان و نه فقط درمانگر در روند درمان موثر است. این حمایت به ویژه در درمان هم‌وابستگی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بسیار ارزشمند است. این حمایت یک تجربه عاطفی برای افراد هم‌وابسته است که بازخورد مثبتی به آن‌ها می‌دهد و منجر به شکستن انکار خود و ابراز احساسات واقعی خود و توجه فرد مراقب به نیازهای خودش می‌شود. مدل ذهنی-اجتماعی اریکسون، برای شناسایی خود تخریبی و نحوه مقابله با آن در گروه درمانی می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس و بهبود هم‌وابستگی در مراقبین بیمار مبتلا به سرطان شود. علاوه بر این، گروه‌هایی که توسط متخصصان و کارشناسان کنترل می‌شوند، با استفاده از روش ۱۲ مرحله‌ای به‌عنوان گروه‌های مبتنی بر مشاوره، بر افزایش خودآگاهی، خودسازی، عزت نفس و بیان احساسات تمرکز می‌کنند که همگی در درمان هم‌وابستگی نقش دارند (کریمی، ۲۰۱۵). ب) دسته دوم: خانواده درمانی شامل مداخلاتی است که بر تأثیر خانواده برای درمان هم‌وابستگی تأکید دارند. بوون معتقد است که اثرات اجتماعی و روانی خانواده درمانی، به ویژه الگوهای بین فردی بر موقعیت هم‌وابستگی تأثیر می‌گذارد. مراقبت از سرطان بر کیفیت زندگی فرد مراقب تأثیر منفی می‌گذارد. در چنین شرایطی نقش سایر اعضای خانواده در فراهم آوردن حس حمایت، امنیت و فضای مناسب برای بیمار و مراقب اصلی دارای اهمیت است که خود می‌تواند از بروز ناهماهنگی خانواده جلوگیری و به رشد اجتماعی و عاطفی اعضا کمک کند. بنابراین باید به

اعضای خانواده آموزش داد که چگونه فضای درونی خانواده را برای برقراری ارتباط با دیگران و بیان آشکار احساس خود تنظیم کنند تا فرد هم وابسته نیز بتواند با بیان احساسات خود، به خودآگاهی رسیده و معضل هم وابستگی در وی تعمیق نگردد. منظور از خانواده درمانی، ارتقای توانایی اعضای خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تضادها و تعارضها، همبستگی بین اعضاء و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، و پشتیبانی و حمایت اعضا از یکدیگر با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده است (کریمی، ۲۰۱۵). ج) دسته سوم شامل مداخلات شناخت درمانی است که بر درمان هم وابستگی تاکید دارد. از جمله مداخلات شناخت درمانی عبارتند از: رویکرد ذهنی پویا (کیربی-گرین، ۱۹۹۸)، رویکرد چند بعدی به روانشناسی معنوی (پیتون، ۱۹۸۹) و استفاده از تصویر (کلوند، ۱۹۸۷). در درمان شناختی برای بهبود هم وابستگی بر تغییر شناخت فرد نسبت به خود و دیگران و ایجاد شناخت های جدید تاکید می شود و اعتقاد بر این است که بهبود شناخت می تواند باعث تغییر و بهبود رفتارهای هم وابسته در مراقبین بیمار مبتلا به سرطان شود. رویکرد ذهنی-پویا، به درمان هم وابستگی با تمرکز بر شناخت مشکلات شخصی و محیطی (خانواده و جامعه) و تغییر خود می پردازد و به فرد کمک میکند تا خود و محیط اطرافش را با مداخلات رفتاری فعال بشناسد. استفاده از تصویر ذهنی نیز از جمله مداخلاتی است که تاکید بر درمان همبستگی افراد بر اساس سه مرحله، ایجاد تصویر مثبت، رشد خودشناسی و ایجاد ارتباطات بین فردی دارد (کریمی، ۲۰۱۵).

بنابراین مداخلات یاد شده می توانند به عنوان راهبردهای مقابله ای مسئله مدار در درمان هم وابستگی مورد استفاده قرار بگیرند. به نظر می رسد به کارگیری راهبردهای مقابله ای مثبت، در درمان هم وابستگی موثر بوده و از این مسیر می توان از بروز احساس درماندگی مراقبین بیمار مبتلا به سرطان جلوگیری نمود. از سوی دیگر، راهبردهای مقابله ای هیجان مدار با تمرکز فرد بر احساسات گناه، بی کفایتی، افکار خود-انقادی، خود بیزاری، خود-سرزنشگری و احساس شرم و حقارت ممکن است وضعیت هم وابستگی را در مراقبین بیمار تشدید کنند و با افزایش احساس مسئولیت در قبال بیمار، ادراک مراقب نسبت به خود را تا حد قابل توجهی مختل کنند. بر اساس نظر محققین، انتخاب راهبردهای مقابله ای مثبت یا منفی با ویژگی خودکارآمدی افراد در ارتباط است. افراد خودکارآمد غالباً در مواجهه با موقعیت های تنش زا رویکرد مسئله مدار را بر می گزینند و به جای تکیه بر هیجانانگ منفی، در جهت حل مشکل تلاش می کنند. از سوی دیگر، راهبردهای مقابله ای هیجان مدار با آشفتگی هیجانی منجر به جدایی و بیگانگی شدید مراقبین بیمار نسبت به احساس های خود می شود که با مفهوم هم وابستگی قرابت معنایی دارد. به عبارت دیگر، رویکرد هیجان مدار می تواند منشاء هم وابستگی به مفهوم غفلت از خود در وجود دیگران باشد (کریمی، ۲۰۱۵). در برخی مطالعات به تاب آوری به عنوان راهبرد مقابله ای در موقعیت تنش زای مراقبت از بیمار سرطانی یاد شده است. فریزر، ریچمن و گالینسکی (۱۹۹۹)، تاب آوری روانشناختی را به عنوان توانایی دستیابی به دستاوردهای غیر منتظره و مثبت در شرایط استرس زا و سازگاری با آن شرایط و اتفاقات خارق العاده در آن شرایط تعریف کرده اند. هفل و گریگورنکو (۲۰۰۷) معتقدند تاب آوری روانی به عنوان یک حائل عمل می کند، که با کاهش احتمال آسیب شناسی روانی و در عین حال افزایش شادی همراه است. ظرفیت تاب آوری روانی هر فرد متفاوت است. تاب آوری روانشناختی با طرحواره های ناسازگار اولیه ارتباط منفی دارد. در یک مطالعه که در تهران انجام شده است، مشخص شد که افزایش طرحواره های ناسازگار اولیه با کاهش

تاب آوری در ارتباط است (مجید و همکاران، ۲۰۱۴). رضازاد و همکاران (۲۰۱۵)، در یک مطالعه نیمه تجربی به بررسی برنامه‌ای پرداختند که با هدف بهبود تاب آوری روانشناختی از طریق افزایش خودآگاهی و توانایی‌های حل مسئله اجرا شد. نتایج این پژوهش نشان داد، برنامه‌های مداخله‌ای برای افزایش تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا بهتر با شرایط استرس‌زا کنار بیایند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت در مراقبین بیمار که به دلیل هم‌وابستگی سطح خودآگاهی کاهش می‌یابد، تاب آوری و توان حل مسئله نیز تنزل یافته و این خود منجر به اختلال عملکرد خانواده و ایجاد احساس درماندگی در اعضا خواهد شد. برعکس، افراد تاب آور با مشارکت فعال در رفتارهای ارتقاء سلامتی و مراقبت از بیمار، با تفسیر مثبت هیجانات منفی و استفاده از راهبردهای انطباقی متناسب با موقعیت‌سازی بالاتری در مواجهه با موقعیت‌های پرتنش نشان می‌دهند (رضازاد و همکاران، ۲۰۱۵).

بر اساس نظر گودینگ و همکاران (۲۰۱۲) تاب آوری روانشناختی دارای سه زیرمقیاس است: بعد عاطفی، حمایت اجتماعی و حل مسئله که همگی تحت تأثیر انواع فرآیندهای روانی در طول زندگی و همچنین طرزحوازه‌های ناسازگار اولیه است. آنچه دارای اهمیت است، در هم تنیدگی متغیرهای مورد مطالعه شامل طرزحوازه‌های ناسازگار اولیه، تاب آوری، هم‌وابستگی، راهبردهای مقابله‌ای، کارکرد و درماندگی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. اگرچه ما در این مجال، به تفکیک این ساختارهای پیچیده و بحث در خصوص روابط میان این متغیرها به صورت مجزا پرداختیم، اما لازم به ذکر است که تمامی این روابط به صورت دوسویه بوده و نقش متغیرهای میانجی و مخدوشگر در روابط علی مورد اشاره، حائز اهمیت است.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

### سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم است؛ و از تمامی عزیزانی که به‌عنوان داوطلب در پژوهش شرکت داشته‌اند کمال تشکر را داریم.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.



## منابع

- پازانی، فریبا، برجعلی، احمد، احدی، حسن، و کراسکیان موجمبازی. (۱۳۹۶). الگوی روابط ساختاری عوامل روانشناختی مؤثر بر آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه ای هم وابستگی. خانواده و پژوهش، ۱۴(۴): ۶۹-۹۰.
- خاتم ساز، زینب، و معارف وند، معصومه. (۱۳۹۳). راهبردهای مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به سرطان. مددکاری اجتماعی، ۳(۳): ۳-۹.
- قاسم بروجردی، فاطمه، سهرابی، فرامرزی، و برجعلی، احمد. (۱۳۹۱). بررسی رابطه تعاملی سبک های دلبستگی، سبک های مقابله ای و سلامت روانی در نوجوانان. یافته های نو در روانشناسی، ۷(۲۱): ۸۵-۱۰۰.
- مطیعان، سمیرا، قربانی، مریم، و پل پرور، محسن. (۱۳۹۳). رابطه هم وابستگی با دشواری های تنظیم هیجان در زنان شهر اصفهان. روانشناسی بالینی، ۶(۱): ۷۷-۸۹.
- موحدی، معصومه، محمدخانی، شهرام، حسنی، جعفر، و مقدسین، مریم. (۱۳۹۷). رابطه راهبردهای مقابله ای با بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۲۰(۴): ۴۰-۵۰.

## References

- Agebati, N., Mohamadi, E., Poorsmaiel, Z. (2007). The effect of touch therapy on pain of female cancer patient in hospital. *Gorgan university medical J*, 9(1), 36-42.
- Ançel, G., & Kabakçi, E. (2009). Psychometric Properties of the Turkish Form of Codependency Assessment Tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 441-453.
- Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100(2), 185-207.
- Chang, H. Y., Chiou, C. J., Chen, N. S. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50(3), 267-71.
- Chang, S. H. (2010). Codependency among college students in the United States and Taiwan: A cross-cultural study. Doctoral dissertation, Ohio University.
- Chen, S.-C., & Wu, L. (2008). Study on relationships among codependency, selfemotions and love relationship quality. *Bulletin of Educational Psychology*, 40, 153-178.
- Coyne, G. (2006). An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. *International Journal of Anthropology*, volume 18, 127-138.
- Eyigor, S., Akdeniz, S. (2014). Is exercise ignored in palliative cancer patients. *World Journal of Clinical Oncology*, 5(3), 554-9.
- Gage-Bouchard, E. A., Devine, K. A., Heckler, C. E. (2013). The relationship between socio-demographic characteristics, family environment, and caregiver coping in families of children with cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 20, 478-87.
- Hughes-Hummer, C., Martsof, D. S., Zeller, R. A. (1998). Depression and codependency in a woman. *Arch Psychiatr Nurs*, 12(6), 326-334.
- Kristiansen, M., Adamsen, L., Brinkmann, F. K., Krasnik, A., Hendriksen, C. (2015). Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities. *Danish Medical Journal*, 62(4), 1-5.
- Lash, J. (1990). *The Seekers Handbook: The complete guide to spritual pathfinding*. Harmony/crown, NY.
- Levy, N. (2006). Autonomy and addiction. *Canadian Journal of Philosophy*, 36, 427e- 447.

- Marks Anthony, D. G., Rebecca, L. Blore., Donald, W., Hine Greg, E. (2011). Development and validation of a revised measure of codependency.
- Mollaoglu, .. (000). Perceived Social support, Anxiety, and Self Care among Patients Receiving Hemodialysis. *Dialysis Transplantation*, 35(3), 144-55.
- Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in cancer trajectory. *Annals of Oncology*, 23(3), 49-55.
- Ramírez-Amaro, M., Martínez-Torres, J., & Ureña Bogarín, E. L. (2014). Factores familiares asociados a codependencia en enfermeras de UN hospital de Cancún, Quintana Roo, México. *Atención Primaria*, 46(5), 254-260.
- Salakari, M. R., Suraka, T., Nurminen, R., Pylkkanen, L. (2015). Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: A systematic review. *Acta Oncologica*, 54(5), 618-28.
- Subby, Robert. (1987). *Lost in the shuffle: the co-dependent reality*. Pompano Beach, F. L: Health Communications.
- Teschendorf, B., Schwartz, C., Ferrans, C. E., O'mara, A., Novotny, P., Sloan, J. (2007). Caregiver role stress: when families become providers. *Cancer Control*, 14(2), 183-9.
- Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., McColl, S., Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(28), 6899.
- World Health Organization and International Association for the Study of Pain authors. (2005). *Cancer pain relief and palliative care in children*. WHO. 1st. 6-13.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford press.
- Yun, Y. H., Lee, M. K., Chang, Y.J., & You, C. H. (2010). The life-sustaining treatments among cancer patients at end of life and the caregivers' experience and perspectives. *Journal of Supportive care of cancer*, 18(21), 89-96.

\*\*\*

## پرسشنامه درماندگی خانواده

مشکل جدی داشته ایم	تا حدودی مشکل داشته ایم	مشکل خیلی کمی داشته ایم	به هیچ وجه مشکلی نداشته ایم	عبارات	رتبه
				۱ به نظر می‌رسد یکی از اعضای خانواده ما دچار مشکل احساسی شده است	۱
				۲ به نظر می‌رسد یکی از اعضای خانواده ما به مصرف مواد مخدر و الکل وابسته شده است	۲
				۳ بحث‌های خانوادگی بین والدین و فرزندان در خانواده ما بیشتر شده است	۳
				۴ درگیری‌های خانوادگی بین فرزندان در خانواده ما بیشتر شده است	۴
				۵ مخالفت‌ها با کارها و یا دوستان یکی از اعضای خانواده بیشتر شده است	۵
				۶ تعداد مشکلات و موضوعات حل و فصل نشده در خانواده ما افزایش یافته است	۶
				۷ تعداد کارهای داخل و خارج از خانه ما که انجام نشده اند افزایش یافته است	۷
				۸ درگیری‌های خانوادگی ما با بستگان بیشتر شده است	۸

\*\*\*

## پرسشنامه طحاره یانگ

ردیف	سؤالات	کاملاً «غلط»	تقریباً «غلط»	اندکی غلط	اندکی درست	تقریباً «درست»	کاملاً «درست»
۱.	اغلب کسی را نداشته‌ام که از من حمایت کند حرف‌هایش را با من بزند و عمیقاً «نگران اتفاقاتی باشد که برایم می‌افتد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲.	به‌طور کلی، کسی نبوده که به من عاطفه، محبت و صداقت نشان دهد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳.	در بیشتر اوقات زندگی، این احساس به من دست نداد که برای فرد دیگری، فرد مهمی به شمار روم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۴.	در اغلب اوقات کسی را نداشته‌ام که واقعاً «به درد دل من گوش دهد، مرا بفهمد یا اینکه احساس‌ها و نیازهای واقعی مرا درک کند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۵.	وقتی که نمی‌دانستم کاری را چگونه انجام دهم، به‌ندرت شخصی پیدا می‌شد که راهنماییم کند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۶.	من به افراد نزدیک خودم خیلی وابسته‌ام چون می‌ترسم مرا ترک کنند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۷.	آنقدر به دیگران نیازمندم که نگران از دست دادن آن‌ها هستم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۸.	نگرانم از اینکه افرادی که به من نزدیک‌اند مرا ترک و رها بکنند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۹.	وقتی احساس می‌کنم کسی که برایم مهم است از من دوری می‌کند مأیوس می‌شوم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۰.	برخی اوقات آنقدر نگران آن هستم که مردم مرا ترک کنند که آن‌ها را از خودم می‌رانم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۱.	احساس می‌کنم مردم از من سودجویی می‌کنند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۲.	احساس می‌کنم باید در حضور دیگران از خودم محافظت کنم، چون فکر می‌کنم در غیر این صورت به من آسیب می‌زنند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۳.	دیگران دیر یا زود به من خیانت می‌کنند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۴.	نسبت به انگیزه‌های دیگران سوءظن شدید دارم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۵.	معمولاً «به‌طور جدی به انگیزه‌های نهانی مردم فکر می‌کنم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۶.	فکر می‌کنم وصله ناجور اجتماع هستم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۷.	اساساً «با بقیه خیلی فرق دارم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۸.	نمی‌توانم به کسی تعلق خاطر داشته باشم، انسان گوشه‌گیری هستم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۹.	احساس می‌کنم از مردم بیگانه شده‌ام	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۰.	همیشه احساس می‌کنم بین افراد گروه جایی ندارم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۱.	مردان یا زنانی که دوستشان دارم، وقتی نقاط ضعف مرا ببینند دیگر دوستم ندارند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۲.	اگر کسی واقعاً «مرا بشناسد دوست ندارد با من رابطه نزدیک برقرار کند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۳.	لیاقت عشق، توجه و احترام دیگران را ندارم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۴.	احساس می‌کنم هیچ‌کس مرا دوست ندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۵.	در بسیاری از جنبه‌ها، بیش از آن‌ها پذیرفتنی هستم که بتوانم خودم را به دیگران نشان دهم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۶.	تقریباً «هیچ کاری را به‌خوبی دیگران نمی‌توانم انجام دهم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۷.	وقتی به موفقیت نزدیک می‌شوم از درون احساس بی‌کفایتی می‌کنم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۸.	بیشتر مردم در حوزه‌های شغلی و کاری از من تواناترند	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲۹.	نمی‌توانم مانند اغلب مردم در کلرهایم با استعداد باشم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳۰.	در کار یا تحصیل، مثل بقیه باهوش نیستم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳۱.	احساس می‌کنم نمی‌توانم به‌تنهایی از پس کارهای زندگی روزمره‌ام برآیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳۲.	فکر می‌کنم در انجام کارهای روزمره، آدم وابسته‌ای هستم	۱	۲	۳	۴	۵	۶

۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۳	فاقد عقل سلیم هستم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۴	اصلاً « به قضاوت‌های خودم در موقعیت‌های روزمره، اعتماد ندارم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۵	احساس می‌کنم نمی‌توانم به‌تنهایی گلیم خودم را از آب بیرون بکشم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۶	نمی‌توانم از شر این احساس رها شوم که اتفاق بدی می‌خواهد بیفتد
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۷	احساس می‌کنم هر لحظه ممکن است یک فاجعه طبیعی، جنایی، حقوقی یا پزشکی برایم اتفاق بیفتد
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۸	می‌ترسم مورد حمله قرار بگیرم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۹	می‌ترسم تمام سرمایه خود را از دست بدهم و بیچاره شوم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۰	اغلب نگرانم دچار سکت قلبی بشوم، حتی وقتی دلایل پزشکی کمی برای این احتمال وجود دارد
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۱	قادر نیستم از والدینم جدا شوم، کاری که هم‌سن‌وسال‌هایم انجام می‌دهند
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۲	من و والدینم تمایل داریم خود را پیش از حد در مشکلات زندگی یکدیگر درگیر کنیم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۳	برای من و والدینم بسیار سخت است که بدون داشتن احساس گناه یا خیانت، مسائل جزئی خصوصی خود را از یکدیگر پنهان داریم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۴	اغلب احساس می‌کنم که انگار والدینم در من زندگی می‌کنند، من نمی‌توانم یک زندگی جداگانه برای خودم داشته باشم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۵	اغلب احساس می‌کنم که هویت جداگانه‌ای از والدین و همسرم ندارم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۶	فکر می‌کنم اگر کاری را بکنم که دلم می‌خواهد، برای خودم دردسر درست می‌کنم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۷	احساس می‌کنم چاره‌ای ندارم جز اینکه به خواسته‌های دیگران تن بدهم، چون در غیر این صورت مرا ترک می‌کنند یا درصدد تلافی برمی‌آیند
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۸	در روابطم، به دیگران اجازه می‌دهم که بر من مسلط شوند
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۹	همیشه به دیگران اجازه داده‌ام به‌جایم تصمیم بگیرند در نتیجه من واقعاً « نمی‌دانم چه می‌خواهم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۰	خیلی برایم مشکل است از دیگران تقاضا کنم حقوقم را رعایت کنند و احساساتم را درک کنند
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۱	کارهای مراقبت از نزدیکانم بر روی دوش من است
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۲	آدم خوبی هستم، چون بیش از آنچه به فکر خودم باشم، به فکر دیگرانم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۳	مهم نیست که چقدر سرم شلوغ است، من همیشه می‌توانم وقتی را برای دیگران کنار بگذارم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۴	همیشه سنگ صبور مشکلات دیگران بوده‌ام
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۵	دیگران نظرشان این است که من برای دیگران خیلی کار می‌کنم و برای خودم کاری انجام نمی‌دهم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۶	از اینکه احساسات مثبتم ( مثل محبت و توجه) را به دیگران نشان بدهم، خیلی خجالت می‌کشم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۷	برای من خیلی سخت است که احساساتم را نزد دیگران بروز دهم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۸	برای من خیلی سخت است که راحت و خودانگیخته رفتار کنم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵۹	آنقدر خودم را کنترل می‌کنم که مردم فکر می‌کنند، آدمی بی‌احساس هستم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶۰	مردم نظرشان این است که من عصبی و ناراحتم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶۱	باید در هر کاری که انجام می‌دهم بهترین باشم، نمی‌توانم توقعم را کم کنم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶۲	سعی می‌کنم نهایت تلاشم را بکنم، اینکه کار « تا حدودی خوب باشد » هیچ‌گاه راضی‌ام نمی‌کند
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶۳	باید به تمام مسئولیت‌هایم عمل کنم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶۴	احساس می‌کنم برای پیشرفت و دستیابی به خواسته‌های خود همواره تحت فشار هستم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶۵	وقتی که کاری را اشتباه انجام می‌دهم، نمی‌توانم خودم را ببخشم یا برای اشتباهم بهانه‌تراشی کنم
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶۶	وقتی که از کسی چیزی می‌خواهم برایم سخت است « نه » بشنوم

۶۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	آدم خاصی هستم و نمی‌توانم محدودیت‌هایی را که بر سر راه مردم وجود دارد بپذیرم
۶۸	۶	۵	۴	۳	۲	۱	از اینکه مرا محدود کنند یا نگذارند کاری را که می‌خواهم بکنم متنفرم
۶۹	۶	۵	۴	۳	۲	۱	احساس می‌کنم که نباید از قانون‌ها و قراردادهایی بهنجاری که مردم تابع آن هستند، اطاعت کنم
۷۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	احساس می‌کنم کاری که من باید بکنم ارزشمندتر از کارهای دیگران است
۷۱	۶	۵	۴	۳	۲	۱	نمی‌توانم برای انجام تمام و کمال وظایف معمول یا خسته‌کننده، نظم و انضباط خاصی داشته باشم
۷۲	۶	۵	۴	۳	۲	۱	اگر به یکی از اهدافم نرسم زود مأیوس می‌شوم و دست از کار می‌کشم
۷۳	۶	۵	۴	۳	۲	۱	برای من خیلی سخت است که رضایت آنی را فدای خوشحالی آنی کنم
۷۴	۶	۵	۴	۳	۲	۱	نمی‌توانم به خودم فشار بیاورم که کارهایی که برایم خوشایند نیستند انجام دهم، حتی وقتی که می‌دانم نتایج خوبی برایم دارند
۷۵	۶	۵	۴	۳	۲	۱	به‌دردت توانسته‌ام به تصمیم خود پایبند باشم

\*\*\*

### پرسشنامه راهبرهای مقابله ای

ردیف	عبارات	همیشه	بیشتر اوقات	معمولاً	گاهی	هرگز
۱	وقتم را به نحوه بهتری تنظیم می‌کنم.					
۲	روی مسئله متمرکز می‌شوم و می‌بینم چگونه آن را می‌توانم حل کنم.					
۳	راجع به اوقات خوشی که داشته‌ام فکر می‌کنم.					
۴	سعی می‌کنم با اشخاص دیگری باشم.					
۵	خود را به خاطر وقت‌گذرانی و تاخیر در کار سرزنش می‌کنم.					
۶	کاری که فکر می‌کنم بهترین است انجام می‌دهم.					
۷	در بدنم احساس درد می‌کنم.					
۸	خود را به خاطر قرار گرفتن در چنین موقعیتی سرزنش می‌کنم.					
۹	به تماشای ویدیوهای مغازه‌ها مشغول می‌شوم.					
۱۰	چیزهایی را که برایم مهم تر است مشخص کرده‌ام اول به آنها می‌پردازم.					
۱۱	سعی می‌کنم به خواب بروم.					
۱۲	با یک غذای دلخواه یا خوراکی به خودم پاداش می‌دهم.					
۱۳	۱۳ مضطرب می‌شوم مبادا نتوانم با مسئله کنار بیایم یا مقابله نمایم.					
۱۴	دچار تنش زیادی می‌شوم.					
۱۵	در مورد نحوه ای که مسائل مشابه را حل نموده‌ام فکر می‌کنم.					
۱۶	به خودم می‌گویم این موضوع واقعا در مورد من اتفاق می‌افتد.					
۱۷	از این که در مورد این موقعیت بیش از حد هیجانی بوده‌ام خودم را سرزنش می‌کنم.					
۱۸	برای صرف غذا با یک خوراکی بیرون می‌روم.					
۱۹	خیلی ناامید می‌شوم.					
۲۰	برای خودم چیزی خرید می‌کنم.					
۲۱	برای خود یک دوره کاری معین می‌کنم و آنرا دنبال می‌کنم.					
۲۲	خودم را به خاطر ندانم کاری سرزنش می‌کنم.					
۲۳	به مهمانی می‌روم.					
۲۴	سعی می‌کنم موقعیت را درک کنم.					
۲۵	خشکم می‌زند و نمی‌دانم چه کار کنم.					

۲۶	بلافاصله اقدام به عمل اصلاح‌گرانه می‌نمایم.
۲۷	راجع به آنچه اتفاق افتاده فکر می‌کنم و از اشتباهاتم پند می‌گیرم.
۲۸	آرزو می‌کنم می‌توانستم آنچه را اتفاق افتاده یا احساس خود را عوض کنم.
۲۹	به ملاقات دوستی می‌روم.
۳۰	در مورد آن چه قرار است انجام دهم نگران می‌شوم.
۳۱	با اشخاص به خصوصی وقتم را می‌گذرانم.
۳۲	به پیاده روی می‌روم.
۳۳	به خودم می‌گویم دیگر هرگز اتفاق نمی‌افتد.
۳۴	بروی ناتوانی‌های عمومی متمرکز می‌شوم و فکر می‌کنم.
۳۵	با کسی که نظرش برایم ارزش دارد صحبت می‌کنم.
۳۶	قبل از واکنش نشان دادن مسئله را تجزیه و تحلیل می‌کنم.
۳۷	به یک دوست تلفن می‌کنم.
۳۸	عصبانی می‌شوم.
۳۹	خواسته‌هایم را با شرایط موجود هماهنگ می‌کنم.
۴۰	به سینما می‌روم.
۴۱	به موقعیت مسلط می‌شوم.
۴۲	کوشش بیشتری می‌نمایم تا کارها انجام شود.
۴۳	برای حل مسئله به چندین راه حل مختلف می‌رسم.
۴۴	به خود فرصتی داده برای مدتی از موقعیت دور می‌شوم.
۴۵	به اشخاص دیگر واکنش نشان می‌دهم.
۴۶	از موقعیت استفاده می‌کنم تا ثابت کنم می‌توانم از عهده‌ی آن برآیم.
۴۷	برای تسلط بر موقعیت سعی می‌کنم به کارها سازمان دهم.
۴۸	تلویزیون تماشا می‌کنم.

\*\*\*

## پرسشنامه هم وابستگی

## عبارات

ردیف	عبارات	گاهی اوقات	غالباً	همیشه
۱	سعی می‌کنم هنگامیکه با فرد مهم زندگیم به سر می‌برم، کنترل چیزها را به دست بگیرم.			
۲	مورد تأیید واقع نشدن از سوی فرد مهم زندگیم برایم دردناک است.			
۳	غالباً دست به انجام کارهایی می‌زنم که علت آنرا نمی‌دانم.			
۴	نیازهای فرد مهم زندگیم را مقدم بر نیازهای خود می‌دانم.			
۵	سعی می‌کنم دیگران را وادار کنم کارها را به شیوه‌ای که من می‌خواهم انجام دهند.			
۶	اگر فرد خاصی در زندگیم وجود نداشته باشد احساس گم‌گشتگی و بی‌هویتی می‌کنم.			
۷	غالباً احساس می‌کنم از خودم بیگانه هستم.			
۸	نسبت به فرد مهم زندگیم وفادارم، حتی اگر لایق این وفاداری نباشند.			
۹	اجازه می‌دهم افرادی که برایم مهم هستند، در مورد کارهای خود تصمیم‌گیری کنند.			
۱۰	از کسانی که برایم مهم هستند انتظارات بالایی دارم.			
۱۱	غالباً احساساتم را از افرادی که برایم مهم هستند پنهان می‌کنم.			

- ۱۲ خودم را به خاطر مشکلاتی که در روابطم اتفاق می افتد، سرزنش می کنم.
- ۱۳ اجازه می دهم افرادی که برایم مهم هستند بر کارهایم تأثیر بگذارند.
- ۱۴ احساس می کنم هرگز نمی توانم نیازهایم را از فرد مهم زندگیم بگیرم.
- ۱۵ گاهی اوقات تصمیم گیری برایم دشوار است، زیرا واقعاً نمی دانم در مورد مسائل چه احساسی دارم.
- ۱۶ گاهی مواقع معیارهایم را پایین می آورم و به دریافت چیزهای کمتر، از افراد مهم زندگیم اکتفا می کنم.
- ۱۷ اجازه می دهم دیگران به اداره امور بپردازند.
- ۱۸ فکر می کنم اکثر افراد درک نمی کنند که چگونه، به راحتی می توانند باعث رنجش من شوند.
- ۱۹ از صحبت در مورد مشکلاتم خودداری می کنم.
- ۲۰ بدان حد که دوست دارم با دوستانم وقت نمی گذرانم.
- ۲۱ سعی می کنم افرادی که برایم مهم هستند را از خود متاثر کنم.
- ۲۲ اگر کسی که دوستش دارم به موقع سر قرار نیاید بدترین چیزها را تصور می کنم.
- ۲۳ گاهی اوقات نمی دانم می خواهم چه کار کنم، به همین خاطر کاری را میکنم که دیگران می خواهند.
- ۲۴ احساسات کسانی که برایم مهم هستند بر من تأثیر می گذارند.
- ۲۵ کسانی که برایم مهم هستند به راحتی زندگیم را هدایت می کنند.
- ۲۶ همیشه این ترس و وحشت را دارم، که عشق و حمایت کسی که برایم مهم است را از دست بدهم.
- ۲۷ غالباً تظاهر می کنم که اوضاع مرتب است در حالیکه نیست.
- ۲۸ غالباً مسئولیت های افرادی که برایم مهم هستند را به دوش می گیرم.
- ۲۹ اگر از سوی کسی که دوستش دارم تنها گذاشته شوم احساس درماندگی می کنم.

\*\*\*

## Providing a Structural Model of Early Helplessness in Cancer Patients based on Early Maladaptive Schemas (EMSs) and Coping Strategies with the Mediating Role of Family Codependency

Amir. Lotfihaghi<sup>1</sup>, Nader. Monirpoor<sup>\*2</sup>, & Majid. ZarghamHajebi<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** This study was conducted to provide a structural model of family helplessness in cancer patients based on the early maladaptive schemas (EMSs) and coping strategies with the mediating role of family codependency. **Methods:** This was a descriptive study with a correlational design. The study population included all caregivers of cancer patients referred to the palliative care centers of Tehran's Firoozgar Hospital, the Cancer Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, and the Cancer Research Center of the Ministry of Health and Medical Education in 2020, of which 300 people were selected as a sample using convenience sampling. The study tools were the Family Hardiness Index (FHI) (McCubbin, Thompson, and McCubbin, 1996), the Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF) (Young, 1998), the Coping Inventory (Endler & Parker, 1980), and the Codependence Questionnaire (Stone Brink, 1998). The data were analyzed with Pearson's correlation coefficient, regression, and structural equation modeling (SEM) using SPSS and SmartPLS software. **Results:** According to the results, there is a significant positive relationship between EMSs and family helplessness  $\alpha \leq ,,,,,,$  ,ut not between coping strategies and family helplessness. The results also showed that there is a significant relationship between the EMSs and family codependency  $\alpha \leq ,,,,,,$  ,amily codependency and family helplessness, coping strategies and family codependency, and family codependency and family helplessness  $\alpha \leq ))))$  . **Conclusion:** As the EMSs increase, the family helplessness increases, and the family helplessness of the caregivers of cancer patients changes by 0.17 with a one-unit change in the EMSs according to the variable of family codependency. Besides, the family helplessness of caregivers of cancer patients changes by 0.18 units with a one-unit change in coping strategies according to the variable of family codependency.

**Keywords:** family helplessness, early maladaptive schemas (EMSs), coping strategies, family codependency.

1. PhD student, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2. \*Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Email: monirpoor1357@gmail.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran