



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

# پیش‌بینی کیفیت روابط زوجین بر اساس ترس والدین کودکان مبتلا به سرطان: نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی

دانشجوی دکتری مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران  
استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران  
دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

زلیخا رئیسی پور<sup>id</sup>

عبدالله شفیق آبادی\*<sup>id</sup>

جلیل یونسی بروجنی<sup>id</sup>

ashafiabady@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۶

دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۰۵

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۲ پیاپی ۶ | ۲۳۴-۲۴۹

تابستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به بررسی نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی در رابطه بین ترس و کیفیت روابط زوجین در والدین کودکان سرطانی می‌پردازد. **روش پژوهش:** مطالعه حاضر، توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری و جامعه آماری پژوهش حاضر را والدین تمامی کودکان سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان بندرعباس در سال ۱۳۹۸ در بر می‌گیرد که از این بین با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۲۰۰ والد به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ترس مارکس و ماتیوس (۱۹۷۹)، و پرسشنامه خوشکام و همکاران (۱۳۸۶)، پرسشنامه ترس مارکس و ماتیوس (۱۹۷۹)، و پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) بود. تحلیل داده‌ها از طریق روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با بهره‌گیری از نرم افزار AMOS انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که ترس و پریشانی روان‌شناختی با کیفیت روابط زوجین دارای رابطه منفی معنادار هستند؛ همچنین ضریب همبستگی بین کیفیت روابط زوجین با پریشانی روان‌شناختی ( $r = -0/44$ ) و ترس ( $r = -0/30$ ) در سطح  $0/01$  معنادار است و ضریب همبستگی بین ترس با پریشانی روان‌شناختی ( $r = 0/34$ ) در سطح  $0/01$  معنادار است. **نتیجه‌گیری:** بر این اساس در زمینه طراحی اقدامات لازم به منظور ارتقای کیفیت روابط زوجین در والدین دارای کودک سرطانی می‌توان به تدوین برنامه‌هایی در جهت کاهش ترس و پریشانی روان‌شناختی اقدام نمود.

**کلیدواژه‌ها:** ترس، پریشانی روان‌شناختی، سرطان، کیفیت روابط زوجین

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(رئیس پور، شفیق‌آبادی و یونسی بروجنی،

۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

رئیس پور، زلیخا، شفیق‌آبادی، عبدالله، و یونسی بروجنی، جلیل. (۱۴۰۰). پیش‌بینی کیفیت روابط زوجین بر اساس ترس والدین کودکان مبتلا به سرطان: نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۲ پیاپی ۶): ۲۳۴-۲۴۹.

### مقدمه

ابتلا به بیماری‌های سخت و مزمن، وضعیت روان شناختی ویژه است که سلامت جسمی و روانی کودکان و خانواده‌هایشان را تهدید می‌کند (دام‌ریحانی، بهزادی‌پور، حق‌پناه و بردبار، ۲۰۱۸)؛ علی‌رغم پیشرفت‌های قابل ملاحظه در علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی است (حسن‌پور دهکردی و شبان، ۱۳۸۳)؛ همچنین چالش‌های فراوانی را پیش روی خانواده‌ها و بیماران قرار خواهد داد و ترس از پیشرفت بیماری می‌تواند سبب شود که طیف گسترده‌ای از مشکلات عاطفی، اجتماعی و روانی را تجربه کنند. شواهد نشان می‌دهد که امروزه حدود ۳۰ درصد از بیماران سرطانی از نوعی بیماری روانی رنج می‌برند و شایع‌ترین تشخیص‌ها افسردگی، اضطراب و اختلالات انطباقی می‌باشند (وزیری و لطفی‌کاشانی، ۱۳۹۱). ترس می‌تواند تأثیرات مخربی بر بیمار و خانواده‌های آنان داشته باشد از جمله مشکلات عاطفی و روانی که منجر به افسردگی، استرس و خشم خواهد شد (دی‌کارولی و ساگونه، ۲۰۱۴)؛ بنابراین یک بیماری خاص پتانسیل آن را دارد که تغییرات طولانی مدت در زندگی فرد مبتلا و خانواده آن القا کند و در نتیجه اثرات منفی و چالش برانگیز بر کیفیت زندگی و سلامت روان او و اطرافیانش بگذارد. بیماران و مراقبت‌کننده‌های آنها مجبورند با پیچیدگی‌ها و عودهای بیماری، افزایش محدودیت در عملکرد، پیشرفت بیماری و کاهش امید به زندگی مقابله کنند و آنچه در بحث درباره این مسائل مهم است آرامش روانی و اداره ترس از پیشرفت در بیماران مبتلا به بیماری جسمی خاص است. شناسایی عناصر روانی کلیدی ترس از پیشرفت بیماری می‌تواند ارزش زیادی برای مداخلات روان پزشکی و توسعه قابلیت‌های ذهنی در بیماران شود (منافی و دهشیری، ۱۳۹۸)؛ در نتیجه ترس از پیشرفت بیماری در میان مهم‌ترین عوامل استرس‌زا برای بیماران و خانواده‌های مبتلا به این بیماری‌ها قرار دارد (ویلسون و تری، ۲۰۱۲).

بنابراین بیش از دو دهه است که در کنار معیارها و شاخص‌های پزشکی در درمان بیماران مبتلا به سرطان، شاخص دیگری تحت عنوان "کیفیت زندگی وابسته به سلامت" مطرح شده است (بایرز، ۲۰۰۵). مطالعات نشان می‌دهد که درد ناشی از بیماری سرطان و درمان آن علی‌رغم برخی تفاوت‌های مربوط به جنسیت و سن کودکان، قادر است بر فعالیت‌های روزمره کودکان مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنها تأثیر گذاشته و کیفیت زندگی و سلامتی ادراک شده آنها را تحت تأثیر قرار دهد (متسیو، والچیوتی، مگاپانو، انتومو، دیونیساکوپولو و همکاران، ۲۰۱۶). به هر حال به دلیل ارتباطی که سازه‌های روانشناختی با بیماری سرطان و روند درمانی آن و بالاخص با ادراک درد در کودکان و نوجوانان دارند، طی سالهای اخیر در کنار روش‌های کنترل و مدیریت پزشکی ادراک درد، درمان‌های غیرپزشکی موازی برای کنترل و مدیریت درد برای این بیماری پیشنهاد شده است (کلور، اسپچیر، کوپر، کریستیانسن و مارتینی، ۲۰۱۸).

در مورد یک کودک مبتلا به سرطان بیش از خود کودک، والدین وی در معرض آسیب‌های روانشناختی قرار دارند (القدیر، الشیخ، سلیمان، تاوالبه، البستاوی و همکاران، ۲۰۱۸). سرطان دوران کودکی می‌تواند سلامت روان کودک مبتلا و خانواده‌اش را به خطر اندازد. تشخیص سرطان در بین کودکان و نوجوانان یک رویداد تغییر دهنده زندگی برای خود و خانواده محسوب می‌شود و استرس قابل ملاحظه‌ای را برای خانواده‌های آنها به همراه دارد (ویکمن، متسون، وان‌ایسن و هاون، ۲۰۱۸). برخی صاحب‌نظران بر این باورند که سرطان در کودکان به عنوان یک وضعیت جسمانی-روانشناختی مزمن، روند زندگی را به عنوان فرایندی منظم و

مستمر به چالش می‌کشاند؛ چالشی که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی متعددی را برای خانواده و به خصوص والدین به دنبال داشته باشد (روسر، اردمن، میچل، وینتر و مادر، ۲۰۱۹). سرطان به دلیل ماهیت چالش‌انگیز و پیامدهای نامشخص آن، از بدو تشخیص و در طول پیگیری‌های درمانی همواره با سطوح بالای ابهام و با فراز و نشیب‌های هیجانی و روان‌شناختی برای کودک و خانواده همراه است و می‌تواند در ایجاد استرس در خانواده نقش داشته باشد (گوویا، جانوییر، داپیوس، دیووال، سلطان، ۲۰۱۷). کودکان با عوارض جانبی رنج‌آور درمان سرطان مواجه می‌شوند و به علت بیماری نمی‌توانند مانند گذشته در محل تحصیل یا جمع‌های دوستانه و خانوادگی مشارکت کنند، بنابراین زندگی آن‌ها دستخوش تغییرات وسیعی می‌شود. شیوه‌های درمانی سرطان باعث خستگی مداوم کودک می‌شوند. این کودکان هم چنین مستعد عفونت هستند به و طور مستمر در بیمارستان بستری می‌شوند که منجر به جدا شدن کودک از خانواده و اجتماع می‌گردد (پوستما، هوپنمن، هنی‌کم و مرکس، ۲۰۱۸). این بیماری به دلیل میزان کشندگی بالای آن، هزینه‌های گزاف درمانی، بستری شدن در بیمارستان و بار اقتصادی و اجتماعی، با ایجاد مشکلات روانی در کودک و والدین وی همراه است و در زندگی خانوارها تاثیر ناگوار عمیقی داشته و تمام ابعاد زندگی و سلامت اعضای خانواده (به ویژه والدین کودک) اعم از جسمی، روحی، روانی و اجتماعی را تحت الشعاع قرار می‌دهد (کلور و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس در موارد بروز سرطان در دوران کودکی به عنوان یک بیماری تهدیدکننده، نقش والدین به طور فزاینده‌ای به عنوان مراقب اولیه و اصلی مطرح می‌شود و به دلیل تغییر در نقش والدی، والدین با مشکلات متعدد و پیچیده‌ای مواجه هستند. والدین این کودکان اغلب، احساساتی مانند افسردگی و اضطراب دارند. یافته تحقیقات نشان می‌دهد، والدینی که کودک مبتلا به سرطان دارند، با یک تجربه به ستوه آورنده در خانواده خود رو به رو می‌شوند و هنگام تشخیص بیماری کودک خود دچار شوک و ناباوری می‌گردند که با فشار روانی و استرس زیادی همراه است (ابراهیمی، میرزایی، بروجنی، زاهد، باغبان و میرزاخانی، ۲۰۱۹). در این بین افسردگی، استرس و اضطراب، از جمله مشکلات روانی است که در اغلب بیماران و خانواده آنها پدیدار می‌شود (هابلی، یاپ، دی‌آل، مایر، هانسون و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات حاکی از آن است که سطوح بالای آشفتگی روانی بعد از تشخیص بیماری و فرایند درمان سرطان موجب بروز علائم افسردگی و اضطراب به عنوان شایع‌ترین مشکلات روانشناختی در والدین کودکان می‌شود (آی، ۲۰۱۸). همچنین این استرس و فشار عصبی ناشی از بیماری سرطان فرزند می‌تواند موجب اختلال در رضایت‌مندی زناشویی و کاهش تعامل زوجین و صمیمیت بین آنها شود (اودینکا، نوواک، چوکوورجی، اگبواگو، میفوح و همکاران، ۲۰۱۸)؛ چرا که یافته برخی از مطالعات گویای اثرات منفی و اضطراب و افسردگی در روابط بین فردی و نقش مخرب آنها در این روابط است (دورائس، خفیف، لوسوف-لتو و سرافیم، ۲۰۲۰). از سوی دیگر وضعیت روان‌شناختی والدین (مراقبین اصلی) و کیفیت رابطه آنها با یکدیگر، بر رابطه کودک و والدینش و همچنین رفتارها و احساسات کودک اثر می‌گذارد. طبق یافته مطالعات کودکانی که رابطه بهتری با والدین خود دارند و والدین شان فشار روانی کمتری را نشان می‌دهند، مشکلات روانی و جسمی کمتری دارند و از برنامه‌های درمانی بهتر پیروی می‌کنند (سینگ، شارما و چاون، ۲۰۱۹). از این رو باید گفت در یک رابطه دو سویه بیماری فرزند، والدین و در مجموع کیفیت روابط اعضای خانواده تحت تاثیر قرار می‌گیرد و تأثیر منفی بر عملکرد خانواده دارد (لامبرت، اینگ، هازبان و هولزر، ۲۰۱۲) و از طرف دیگر

وضعیت جسمانی و روانی کودک و روند سیر درمان وی تحت تاثیر کیفیت رابطه والدین با کودک و با یکدیگر است (زایدر، هایمرگ و ایدا، ۲۰۱۰). این در حالی است که والدین کودکان سرطانی در معرض شرایط بحرانی و پیچیده‌ای قرار دارند که با فرسودگی و آسیب‌های روانی متعدد مواجهه هستند (آی، ۲۰۱۸) که می‌تواند روابط بین فردی و زوجی آنها را مختل سازد (اودینکا و همکاران، ۲۰۱۸). در حالی که کیفیت روابط زوجین یکی از مهمترین ملاک‌های عملکرد سالم نهاد خانواده است و در والدین یک کودک سرطانی که با مشکلات متعدد فردی، اجتماعی، اقتصادی و غیره مواجهه هستند، برخورداری از روابط زوجی با کیفیت دارای اهمیت خاص است و تا حد زیادی می‌تواند در تخفیف فشارهای وارده و ایجاد ظرفیت در والدین برای تحمل دشواری‌ها و چالش‌های پیش رو مفید و امیدبخش باشد؛ به دنبال اهمیت کیفیت روابط زوجین در والدین دارای کودک مبتلا به سرطان و ضرورت شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت رابطه زوجین در این خانواده‌ها، این پژوهش در صدد است سؤال زیر پاسخ دهد:

۱. آیا کیفیت روابط زوجین و پریشانی روان‌شناختی با نقش واسطه‌ای ترس در والدین کودکان مبتلا به سرطان قابل پیش‌بینی است؟

### روش پژوهش

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر تعیین روابط علی بین ترس، پریشانی روانشناختی و کیفیت روابط زوجین است، این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازیمعادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر را والدین کودکان سرطانی در سال ۱۳۹۸ در بر می‌گیرد که به بیمارستان کودکان بندرعباس مراجعه نموده‌اند. برای انتخاب نمونه مورد پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر معیارهای ورود و خروج استفاده شد. به این صورت که از بین والدین کودکان سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان بندرعباس، تعداد ۲۰۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: داشتن کودک مبتلا به سرطان، قرار داشتن در رده سنی ۵۵-۲۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن، گذشتن حداقل ۳ ماه از زمان تشخیص بیماری فرزند. ملاک‌های خروج پژوهش عبارت بودند از: سابقه یا ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی (مانند اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و افسردگی اساسی، اختلالات عصبی-شناختی و سوء مصرف مواد)، ابتلا به بیماری جسمی جدی، عدم تمایل برای ادامه شرکت در پژوهش.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کیفیت روابط زوجین: این پرسشنامه توسط خوشکام، احمدی و عابدی (۱۳۸۶) با استفاده از چارچوب نظری میلر، نانالی و واکمن، ۱۹۷۵ طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۳ سوال در چهار حیطه توجه کردن به خود (دارای ۵ گزاره)، توجه کردن به همسر (دارای ۷ گزاره)، برنامه‌ریزی برای حل مشکلات (شامل ۶ گزاره) و سبک‌های ارتباطی (شامل ۱۵ گزاره) است. نمره فرد در این پرسشنامه از طریق جمع نمرات گزینه‌ها به دست می‌آید و گزینه‌های ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پاسخ به سؤالات به صورت ۶ گزینه‌ای (اصلاً - بسیار کم - کم - تا اندازه‌ای - زیاد - بسیار زیاد) است. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره ۱۶۵ می‌باشد و نمره بیشتر

فرد در این آزمون نشانگر کیفیت ارتباط زناشویی بالاتری در وی است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده که بیانگر همسانی درونی آن است. نتایج همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه سازگاری زناشویی باسی و همکاران که به منظور ارزیابی کیفیت روابط زناشویی ساخته شده است، ۰/۶۷ و نشانگر روایی همگرای آن است.

**۲. پرسشنامه ترس:** برای سنجش ترس (هراس)، از پرسشنامه ترس استفاده شد. این پرسشنامه توسط مارکس و ماتیوس، ۱۹۷۹ طراحی شد و دارای ۲۱ ماده است. سوال های یکم تا پانزدهم میزان اجتناب فرد را از موقعیت‌ها مشخص می‌سازد که مقیاس ۸-۰ درجه ای لیکرت (از اجتناب نمی‌کنم تا همیشه اجتناب می‌کنم) را شامل می‌شود. همچنین سوالات شانزدهم تا بیست و سوم، میزان مشکل و احساس فرد را در مواجهه با موقعیت آشکار می‌سازد که این نیز به نوبه ۸-۰ درجه‌ای لیکرت (از اصلا مشکلی ندارم تا همیشه و بسیار از آن رنج می‌برم) را شامل می‌شود (خانجانی، هاشمی و وطنی، ۱۳۹۵). پرسشنامه ترس بیشتر اجتناب‌هراسی را می‌سنجد و علاوه بر یک نمره کلی ترس، سه نوع ترس گذر هراسانه، ترس از خون/تزریق/آسیب بدنی و هراس اجتماعی را می‌سنجد. در پژوهش مارکس و ماتیوس (۱۹۷۹) برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد؛ بر این اساس میزان آلفای کرونباخ، برای زیر مقیاس گذر هراسی ۰/۴۲ و برای ترس از خون و تزریق/آسیب بدنی ۰/۴۲ و برای هراس اجتماعی ۰/۴۷ و برای کل مقیاس ۰/۷۷ به دست آمد (بخشی‌پور، بیرامی و کاکایی، ۱۳۸۸).

**۳. پرسشنامه پریشانی روانشناختی (فرم ۱۰ سوالی):**<sup>۱</sup> پرسشنامه پریشانی روانشناختی ویژه شناسایی اختلالات و علائم روانی در جمعیت عمومی توسط کسلر و همکارانش (۲۰۰۲) به دو صورت ۱۰ سوالی و ۶ سوالی تدوین شده و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). سوالات این دو فرم به صورت لیکرتی شامل گزینه‌های هیچ وقت تا همیشه است و از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود؛ لذا حداکثر نمره در پرسشنامه پریشانی روانشناختی برابر با ۴۰ است. فرم ۱۰ سوالی شامل ۱۰ سوال است که اختلال روانشناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد، اما در مجموع سطح اضطراب و علائم افسردگی را که فرد طی چند هفته اخیر تجربه کرده، مشخص می‌نماید. کسلر و همکاران (۲۰۰۳) برای ساختن این مقیاس ابتدا ۵ هزار سوال را از منابع مختلف گردآوری نموده و طبقه‌بندی کردند و پس از طبقه‌بندی آنها بر اساس اختلالات روانی موجود، تعداد سوالها را به ۴۵ و سپس به ۳۲ سوال کاهش دادند. آنها با اجرای اولیه پرسشنامه آن هم به شکل تلفنی و انجام تحلیل‌های آماری توانستند نسخه‌های ۱۰ و ۶ سوالی را استخراج نمایند. مطالعات مختلف (فوروکاوا و همکاران، ۲۰۰۳) نشان داده‌اند که پرسشنامه K-10 از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است. پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آوردند. آنها همچنین برای بررسی روایی سازه، ساختار یک عاملی پرسشنامه را با تحلیل عاملی مورد تأیید قرار دادند و برای بررسی روایی همگرای پرسشنامه پریشانی روانشناختی، ضریب همبستگی آن را با پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس به دست آوردند که این مقدار معنادار بود. در ایران نیز روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (یعقوبی، ۱۳۹۴).

<sup>1</sup> Kessler Psychological Distress Scale (K10)

**شیوه اجرا.** ابتدا برای اخذ مجوز اخلاق در پژوهش از سوی دانشگاه و همچنین جلب همکاری مسئولین بیمارستان اقدام و در ادامه به جمع آوری داده ها پرداخته شد. روش گردآوری داده‌ها و شیوه اجرای مطالعه فردی بوده و پدر یا مادرهای با فرزند سرطانی که حائز شرایط ورود به مطالعه بودند، به صورت هدفمند و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. یعنی پدر و مادرهای که دارای فرزند سرطانی بودند و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه از نظر سن، تحصیلات و مدت زمان تشخیص بیماری فرزند نیز، معیارها را برآورده می‌کردند و خودشان نیز تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، برای شرکت در مطالعه شناسایی و انتخاب شدند. در ابتدای نمونه‌گیری، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای این افراد تشریح شد؛ مانند اینکه شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و عدم مشارکت، تاثیری بر روند مراقبت بهداشتی فرزند آنها نخواهد داشت. در صورت موافقت پدر و مادرها برای شرکت در پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از آنها، پرسشنامه‌های طرح پژوهشی برای تکمیل در اختیار آنها قرار می‌گرفت. محیط پژوهش نیز بیمارستان کودکان بندرعباس بود، به طوری که پدر یا مادرهای با فرزند سرطانی و حائز شرایط در دو بخش بستری انکولوژی و اورژانس این بیمارستان مورد شناسایی قرار گرفته و بعد از توضیحات لازم، از آنها خواسته می‌شد در صورت تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها بپردازند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS استفاده شد.

### یافته‌ها

از مجموع از ۲۰۰ شرکت کننده در پژوهش ۱۳۸ نفر مادر و ۶۲ نفر پدر بودند؛ میانگین سنی گروه شرکت کننده ۳۵/۰۸ (انحراف استاندارد=۹/۴۲) بود؛ از این بین ۲۱ نفر از شرکت کنندگان سن ۲۵ سال و کمتر داشتند؛ حدود ۵۸/۵۰ درصد از شرکت کنندگان (۱۱۷ نفر) در دامنه سنی ۲۶ تا ۳۵ و ۱۹/۵۰ درصد از آنها در دامنه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال (۳۹ نفر) و در گروه سنی ۴۶ تا ۵۵ سال ۱۱/۹۰ درصد از شرکت کنندگان با تعداد ۲۳ نفر حضور داشتند.

#### جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرها           | میانگین | انحراف استاندارد | کجی   | کشیدگی | ضریب تحمل | تورم واریانس | دور بین واتسون |
|-------------------|---------|------------------|-------|--------|-----------|--------------|----------------|
| روابط زوجین       | ۱۱۰/۷۵  | ۹/۳۴             | -۰/۴۴ | -۰/۳۹  | -         | -            | -              |
| پیشانی روانشناختی | ۲۲/۸۷   | ۴/۰۲             | ۰/۴۵  | ۰/۴۷   | ۰/۸۳      | ۱/۷۹         | ۱/۸۲           |
| ترس               | ۷۳/۰۶   | ۸/۸۵             | -۰/۸۲ | -۱/۰۸  | ۰/۷۹      | ۱/۳۸         | ۱/۸۶           |

جدول ۱ نشان می‌دهد که چولگی و کشیدگی بین  $\pm 2$  قرار دارند؛ بنابراین توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش طبیعی و مقادیر ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۱ و کوچک‌تر از ۱۰ است؛ همچنین مقدار دوربین واتسون در فاصله مجاز ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد؛ بنابراین مفروضه هم خطی بودن نیز در بین متغیرهای پیش‌بین برقرار است.

## جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای ترس پریشانی روانشناختی و کیفیت روابط زوجین

| متغیرها             | کیفیت روابط زوجین | پریشانی روان‌شناختی | ترس |
|---------------------|-------------------|---------------------|-----|
| کیفیت روابط زوجین   | ۱                 |                     |     |
| پریشانی روان‌شناختی | -۰/۴۴**           | ۱                   |     |
| ترس                 | -۰/۳۰**           | ۰/۳۴**              | ۱   |

همانطور که نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد، ضریب همبستگی بین ترس با کیفیت روابط زوجین ( $-0/30^{**}$ ) و ترس با پریشانی روان‌شناختی ( $-0/44^{**}$ ) در سطح  $0/01$  معنادار است؛ و بین پریشانی روان‌شناختی با کیفیت روابط زوجین ( $-0/44^{**}$ ) همبستگی منفی در سطح  $0/01$  برقرار است. با توجه معنادار بودن ضرایب همبستگی جهت آزمون الگوی پیشنهادی نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی در رابطه بین ترس و کیفیت روابط زوجین، از روش الگوی معادلات ساختاری استفاده شد؛ برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های متغیرهای پژوهش در جدول ۳ گزارش شده است. هرچه مقدار مجذور  $\chi^2$  از صفر بزرگتر باشد، برازندگی مدل کمتر می‌شود. با وجود این، چون فرمول مجذور  $\chi^2$ ، حجم نمونه را در بر دارد و تحت تأثیر آن است، بسیاری از پژوهشگران مجذور  $\chi^2$  را نسبت به درجه آزادی آن مورد بررسی قرار می‌دهند. با توجه به جدول ۲، مقدار مجذور  $\chi^2$  برابر با  $11/52$  و در سطح  $P < 0/01$  معنادار بود؛ بنابراین از نسبت  $\chi^2$  دو بر درجه آزادی استفاده شد که مقدار آن برابر  $2/79$  بود و با توجه به اینکه این مقدار کمتر از ۳ است، می‌توان گفت که داده‌های به دست آمده با الگوی فرضی مطابقت دارند. همچنین شاخص‌های مهم دیگر مانند GFI، AGFI، IFI، TLI، CFI و NFI نیز در جدول ۲ گزارش شده است. در این شاخص‌ها برازش  $0/9$  به بالا قابل قبول قلمداد می‌شوند. شاخص مناسب دیگر، شاخص میانگین مربع ات خطای برآورد (RMSEA) است که بر اساس آن مقدار کمتر از  $0/08$  قابل قبول است و برای مدل‌های بسیار خوب  $0/05$  و کمتر در نظر گرفته می‌شود. با توجه به شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو گزارش شده در جدول ۲، می‌توان گفت الگو از برازش خوبی برخوردار است.

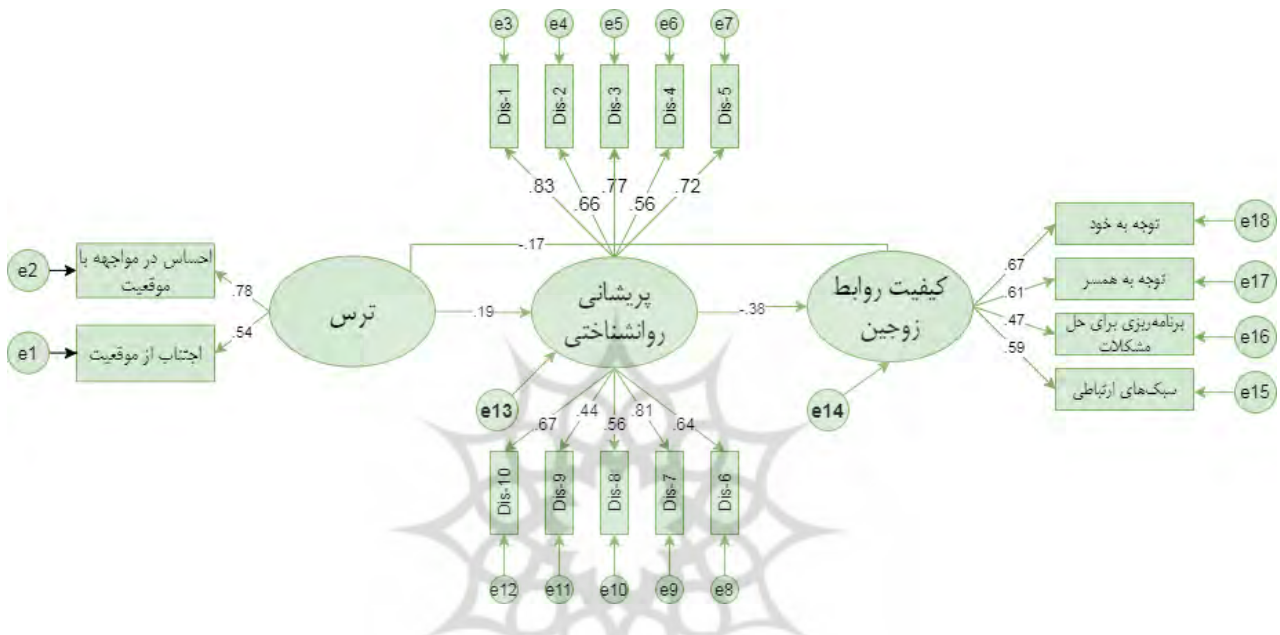
## جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل نقش واسطه‌ای افسردگی، اضطراب و استرس در رابطه بین ترس و

## کیفیت روابط زوجین

| NFI  | IFI  | TLI  | CFI  | AGFI | GFI  | RMSEA | $\chi^2/df$ | p      | df | $\chi^2$ |
|------|------|------|------|------|------|-------|-------------|--------|----|----------|
| ۰/۸۹ | ۰/۹۱ | ۰/۹۷ | ۰/۹۰ | ۰/۹۰ | ۰/۹۲ | ۰/۰۴  | ۲/۱۰        | < ۰/۰۱ | ۱۳ | ۲۷/۳۲    |

با توجه به اطلاعات مربوط به جدول ۳ مقدار مجذور  $\chi^2$  برابر با  $27/32$  بوده که در سطح  $P < 0/01$  معنادار است. با توجه به بالا بودن حجم نمونه پژوهش، از نسبت  $\chi^2$  دو بر درجه آزادی استفاده شد که مقدار آن برابر  $2/10$  بود. بر اساس این شاخص، عدد حاصل از این نسبت نباید بیش از ۳ باشد تا الگو مورد تأیید قرار گیرد. با توجه به اینکه نسبت مجذور  $\chi^2$  به درجه آزادی کمتر از ۳ می‌باشد، می‌توان گفت که داده‌های به دست آمده با الگوی فرضی مطابقت دارند. با توجه به شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو به ویژه نسبت مقدار  $\chi^2$  دو بر درجه آزادی

برابر با ۲/۱۰، شاخص GFI برابر با ۰/۹۲، شاخص AGFI برابر با ۰/۹۰، شاخص CFI برابر با ۰/۹۰، شاخص TLI برابر ۰/۹۷، شاخص IFI برابر با ۰/۹۱، شاخص NFI برابر با ۰/۸۹ و شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۴ می‌توان گفت الگو از برازش خوبی برخوردار است؛ پارامترهای اصلی مدل ساختاری نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی در رابطه بین ترس و کیفیت روابط زوجین در شکل ۱ و جدول ۴ گزارش شده است.



شکل ۱. مدل نهایی و اصلاح شده نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی در رابطه بین ترس و کیفیت روابط زوجین

جدول ۴ برآورد اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم متغیر مستقل ترس بر کیفیت روابط زوجین

| کیفیت روابط زوجین |       |       |       |       | مسیرها              |               |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|---------------|
| R <sup>2</sup>    | P     | β     | SE    | b     |                     |               |
| -                 | ۰/۰۰۸ | -۰/۱۷ | ۰/۰۷۰ | -۰/۱۸ | ترس                 | اثر مستقیم    |
| -                 | ۰/۰۰۱ | -۰/۳۸ | ۰/۱۵۴ | -۰/۸۹ | پریشانی روان‌شناختی |               |
| -                 | ۰/۰۰۱ | -۰/۱۳ | ۰/۰۱۵ | -۰/۱۴ | ترس                 | اثر غیرمستقیم |
| ۰/۲۷              | ۰/۰۰۱ | -۰/۳۰ | ۰/۰۲۹ | -۰/۳۲ | ترس                 | اثر کل        |

طبق نتایج جدول ۴ ضریب مسیر مستقیم ترس به کیفیت روابط زوجین ( $\beta = -0.17, P \leq 0.001$ ) و پریشانی روان‌شناختی به کیفیت روابط زوجین ( $\beta = -0.38, P \leq 0.001$ ) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. ضریب مسیر غیرمستقیم ترس به کیفیت روابط زوجین ( $\beta = -0.13, P \leq 0.001$ ) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. ضریب



مسیر کل بین ترس با کیفیت روابط زوجین در سطح  $0/001$  معنادار است ( $P \leq 0/001$ ،  $\beta = -0/30$ ). همچنین ضریب تعیین برابر با  $0/27$  بود که به بیان دیگر ترس و پریشانی روانشناختی مجموعاً ۲۷ درصد از واریانس متغیر کیفیت روابط زوجین را تبیین می‌کنند.

#### جدول ۵. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیر غیرمستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای پریشانی

| مسیرها                                 | B     | $\beta$ | حد<br>پایین | حد بالا |
|--|-------|---------|-------------|---------|
| اثر غیرمستقیم ترس بر کیفیت روابط زوجین | -0/31 | -0/28   | 0/511       | 1/379   |

از آنجا که یکی از اهداف تحلیل مسیر، آرایه میزان اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته است، علاوه بر اثر مستقیم، اثر غیر مستقیم متغیر مستقل بر وابسته در جدول ۵ نشان داده شده است. مطابق با نتایج روش بوت استرپ مندرج در جدول ۴، حد پایین فاصله اطمینان ( $0/511$ ) برای اثر غیرمستقیم خشم بر کیفیت روابط زوجینو حد بالای آن ( $1/379$ ) است. با توجه به اینکه صفر درون این فاصله اطمینان قرار نمی‌گیرد و سطح اطمینان در سطح  $0/05$  از لحاظ آماری معنی‌دار است، بنابراین پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه بین ترس و کیفیت روابط زوجین نقش میانجی‌گر دارد.

#### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت روابط زوجین بر اساس ترس والدین کودکان مبتلا به سرطان: نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی انجام شد. طبق نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها، پریشانی روان‌شناختی با کیفیت روابط زوجین دارای رابطه منفی معنادار بود. این یافته با نتایج مطالعات موجود پیشین (آی، ۲۰۱۸؛ زاید و همکاران، ۲۰۱۰) همسو بود؛ همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که ترس با کیفیت روابط زوجین دارای رابطه منفی معنادار است که همسو با یافته مطالعات قبلی (کلور و همکاران، ۲۰۱۸؛ آی، ۲۰۱۸) هماهنگ بود. نتایج نشان داد که پریشانی روان‌شناختی در رابطه ترس با کیفیت روابط زوجین دارای نقش میانجی است. دورانس و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری با کاهش علائم اضطراب و افسردگی در زوجین، در سازگاری زناشویی و ارتقای مهارت‌های ارتباطی آنها نقش دارد. سینگ و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای بر روی زنان با همسر دارای علائم افسردگی نشان دادند که وجود علائم افسردگی در همسر در ایجاد احساس فرسودگی و افت رضایت زناشویی در زنان رابطه معناداری دارد. لامبرت و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند که در زوجین با یک تجربه تروماتیک که به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا هستند، کیفیت رابطه زوجی در این افراد به دلیل وجود سطوح بالای پریشانی پایین است و در مقایسه با سایر زوجین از نمرات کمتر در صمیمیت زناشویی خبر می‌دهند. زاید و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه سطح اضطراب با کیفیت روابط زوجین پرداختند و نشان

دادند که ارتباط معنی‌داری بین اضطراب روزانه همسران و درک هر دو از کیفیت روابط وجود دارد و با افزایش سطح اضطراب در آنها، کیفیت روابط زوجین در آنها کاهش می‌یابد.

در تبیین این نتایج باید چنین گفت زوجینی که دارای یک کودک مبتلا به سرطان هستند به دلیل شرایط پیچیده و غیرقابل پیش‌بینی فرزند خود، پریشانی روان‌شناختی بیشتری تجربه می‌کنند و این تجربه پریشانی روان‌شناختی می‌تواند در بسیاری از مهارت‌ها و توانمندی‌های آنها از جمله حل مسئله، قدرت تصمیم‌گیری درست و منطقی، مقابله موثر با مسائل و مشکلات زندگی، برقراری ارتباط موثر با دیگران و مدیریت استرس و اضطراب تداخل ایجاد کند (متسیو و همکاران، ۲۰۱۶). چنین فرایندی با مختل ساختن مهارت‌ها و مقابله آنها در جریان طبیعی زندگی یا شرایط استرس‌زا می‌تواند زمینه‌ساز تشدید پریشانی روان‌شناختی و اضطراب و افسردگی در آنها شود و در نهایت کیفیت رابطه زوجی آنها را نیز تضعیف سازد. این زوجین به هنگام مواجهه با مشکلات و شرایط دشوار زندگی، بیشتر در معرض افکار ناکارآمد و منفی قرار می‌گیرند، به راحتی انرژی خود را از دست می‌دهند، دچار فرسودگی می‌شوند، ضعف و ناامیدی بیشتری تجربه می‌کنند، زودتر قدرت تحمل خود را از دست می‌دهند و از نظر جسمی، سیستم دفاعی بدنشان نیز ضعیف‌تر می‌شود و نتیجه این فرایند، بروز اختلال در سلامت روانی آنها و بروز علائم پریشانی روان‌شناختی است (کلور و همکاران، ۲۰۱۸) که در نهایت این فرایند می‌تواند موجب افت عملکرد در تمام زمینه‌ها از جمله روابط صمیمی و عاطفی زوجین می‌شود. علت عمده پریشانی‌های روانی بیماران مبتلا به سرطان و والدین کودکان مبتلا به سرطان، ترس از بیماری و عدم قطعیت در مورد درمان آن است که این خود با علائم روان‌شناختی همراه است (القدیر و همکاران، ۲۰۱۸). اضطراب و افسردگی همچنین باعث اختلال در روابط بین فردی، درک سلامتی و علائم جسمی می‌شود. علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اضطراب و افسردگی در کاهش عملکرد جنسی، عاطفی و اجتماعی افراد نیز نقش دارد (روسر و همکاران، ۲۰۱۹) و در والدین کودکان مبتلا به سرطان می‌تواند زمینه‌ساز فاصله‌گیری عاطفی والدین از یکدیگر و افزایش تعارض و تنش در روابط زوجیشان شود (گوآویا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ همچنین شدت، میزان و دوام این احساسات بر علاقمندی و ارزشی که زوجین برای یکدیگر قائل می‌باشند اثرگذار است (پوستما و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین علائم افسردگی و اضطراب می‌تواند تأثیر مثبتی هم بر عملکرد جسمی و هم بر عملکرد روانی این زوجین داشته باشد و در نهایت تمام ابعاد زندگی از جمله رابطه زناشویی‌شان نیز به گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و موجب کاهش سطح کیفیت روابط در آنها می‌شود. مکانیسم اثرگذاری این متغیرها در روابط به وسیله ایجاد احساسات منفی و نامطلوب در شخص مقابل نیز قابل توضیح است که می‌تواند موجب برانگیختن هیجانات منفی در وی شود و چرخه معیوبی شکل گیرد که رابطه دو سویه بین زوجین با همراه شدن با تجارب ناخوشایند ملتهب شده و خود زمینه‌ساز هیجانات دردناک بیشتر از جمله اضطراب و استرس در طرفین شود (کلور و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بنابراین امکان وجود یک رابطه دوسویه وجود دارد که به صورت افزایشی بر هم اثر می‌گذارند و علاوه بر اینکه اضطراب و افسردگی و پریشانی روان‌شناختی می‌تواند بر میزان کیفیت روابط زوجین مؤثر باشد، کیفیت روابط زوجین نیز به‌نوبه خود می‌تواند اضطراب و افسردگی و پریشانی را تحت تأثیر قرار داده و تقویت کند (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع افراد در تعاملات خویش به اشخاصی علاقمند می‌شوند و احساس مطلوبی پیدا می‌کنند که در آنها احساسات مطلوبی ایجاد نمایند. در نتیجه زوجینی که به کرات با انتقال هیجانات و احساسات ناخوشایند به یکدیگر موجبات رنجش یکدیگر

را به شیوه‌های مختلف فراهم می‌آورند، به کیفیت روابط زناشویی خود آسیب وارد می‌کنند (هابلی و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بر این اساس، پریشانی روانشناختی و افسردگی و اضطراب با کیفیت روابط زوجین دارای رابطه منفی معنادار بود.

طبق نتایج این مطالعه، پریشانی روانشناختی و افسردگی و اضطراب با کیفیت روابط زوجین در والدین کودکان مبتلا به سرطان رابطه عکس دارند. همچنین کیفیت روابط زوجین در والدین کودکان مبتلا به سرطان از طریق اضطراب، پریشانی روانشناختی و استرس قابل پیش بینی است. بنابراین می‌توان با طراحی مداخلاتی که به کاهش پریشانی روانشناختی کمک می‌کند، والدین کودکان مبتلا به سرطان را در ارتقای کیفیت روابط زوجین یاری رساند. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، ماهیت همبستگی آن است که در نتیجه گیری علی محدودیت ایجاد می‌کند. همچنین به دلیل محدود شدن مطالعه به والدین دارای کودک مبتلا به سرطان در یک بیمارستان در بندرعباس، در تعمیم نتایج به تمام والدین دارای کودک مبتلا به سرطان باید محتاط بود.

### موازین اخلاقی

در این مطالعه معیارهای اخلاقی حاوی اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری از همه شرکت‌کنندگان رعایت شد. همچنین، هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید بر پاسخگویی به تمامی سؤالات، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. در نهایت، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترای مشاوره و مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1398.085 است. بدین وسیله نویسندگان از تمامی مسئولین بیمارستان کودکان بندرعباس و والدین دارای کودک مبتلا به سرطان که در انجام این مطالعه همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌نمایند.

### تضاد منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچگونه تضاد منافی نداشته است.

### منابع

- بخشی‌پور، عباس، بیرامی، منصور، و کاکایی، آمنه. (۱۳۸۸). ویژگی روان‌سنجی زمینه‌یابی ترس، پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۲(۱): ۴۰-۶۱
- خانجانی، زینب، هاشمی، تورج، و وطنی، فاروق. (۱۳۹۵). اثربخشی حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد نشانه‌های اختلال فوبی خاص. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۴(۲۳): ۲۰-۱
- خوشکام، سمیرا، احمدی، سیداحمد، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۶). تاثیر آموزش ارتباط بر روابط زوجین شهر اصفهان. پژوهش‌های مشاوره تازه‌های پژوهش‌های مشاوره، ۶(۲۴): ۱۲۳-۱۳۶

حسن‌پور دهکردی، علی، و شبان، مرضیه. (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین ویژگی‌های سرطان و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. ۶ (۴): ۶۳-۷۱

منافی، فاطمه، و دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۸). نقش انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده و تنظیم عواطف در پیش‌بینی صمیمیت اجتماعی دانشجویان دختر. *رویش روان‌شناسی*. ۸ (۹): ۲۰۹-۲۱۶

وزیری، شهرام، و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۱). سبک‌های هویت و پریشانی روانی؛ اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۷ (۲۶): ۷۷-۸۶.

یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (K۱۰). *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶ (۴): ۴۵-۵۷

### References

- Al Qadire M, Al Sheikh H, Suliman M, Tawalbeh LI, Albashtawy M, Al Radwan M, abu Musameh H. (2018). Predictors of anxiety and depression among parents of children with cancer in Jordan. *Psychooncology*. 1;27(4):1344-6.
- Ay E. (2018). An analysis of marital satisfaction and perceived social support in mothers with cancer-diagnosed children. *International Journal of Caring Sciences*. 11(1):145-56.
- Byers, S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *J Sex Res*. 42(2):11.
- Clever, K., Schepper, F., Küpper, L., Christiansen, H., & Martini, J. (2018). Fear of Progression in parents of children with cancer: Results of an online expert survey in pediatric oncology. *Klinische Pädiatrie*, 230(03), 130-137.
- Damreihani N, Behzadipour S, Haghpanh S, Bordbar M. (2018). The effectiveness of positive psychology intervention on the well-being, meaning, and life satisfaction of mothers of children with cancer: A brief report. *Journal of Psychosocial Oncology*. 4;36(3):382-8.
- De Caroli, M. E., & Sagone, E. (2014). Stress and support in relation to parental self: A comparison between mothers of children in cancer treatment and mothers of healthy children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 211-215.
- Durães RS, Khafif TC, Lotufo-Neto F, Serafim AD. (2020). Effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy on Reducing Depression and Anxiety Symptoms and Increasing Dyadic Adjustment and Marital Social Skills: An Exploratory Study. *The Family Journal*. 4(3): 44-56
- Ebrahimi E, Mirzaie H, Borujeni MS, Zahed G, Baghban AA, Mirzakhani N. (2019). The Effect of Filial Therapy on Depressive Symptoms of Children with Cancer and Their Mother's Depression, Anxiety, and Stress: A Randomized Controlled Trial. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 20(10):2935.
- Furukawa, T.A., Kessler, R.C., Slade, T., & Andrews, G. (2003). The performance of the K-6 and K-10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 23: 357-362
- Gouveia L, Janvier A, Dupuis F, Duval M, Sultan S. (2017). Comparing two types of perspective taking as strategies for detecting distress amongst parents of children with cancer: A randomised trial. *PloS one*. 6;12(4):e0175342.
- Hailey CE, Yopp JM, Deal AM, Mayer DK, Hanson LC, Grunfeld G, Rosenstein DL, Park EM. (2018). Communication with children about a parent's advanced cancer and measures of parental anxiety and depression: a cross-sectional mixed-methods study. *Supportive Care in Cancer*. 1;26(1):287-95.

- Lambert JE, Engh R, Hasbun A, Holzer J. (2012). Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*. 26(5):729.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S-L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., Howes, M.J., Normand, S-L.T., Manderscheid, R.W., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General psychiatry*. 60(2), 184-189.
- Matziou V, Vlachioti E, Megapanou E, Ntoumou A, Dionisakopoulou C, Dimitriou V, et al. (2016). Perceptions of children and their parents about the pain experienced during their hospitalization and its impact on parents' quality of life. *Jpn J Clin Oncol*, 46(9): 862-870
- Roser K, Erdmann F, Michel G, Winther JF, Mader L. (2019). The impact of childhood cancer on parents' socio economic situation—A systematic review. *Psycho oncology*. 28(6):1207-26.
- Postema FA, Hopman SM, Hennekam RC, Merks JH. (2018). Consequences of diagnosing a tumor predisposition syndrome in children with cancer: a literature review. *Pediatric Blood & Cancer*. 65(1):e26718.
- Odinka JI, Nwoke M, Chukwuorji JC, Egbuagu K, Mefoh P, Odinka PC, Amadi KU, Muomah RC. (2018). Post-partum depression, anxiety and marital satisfaction: A perspective from Southeastern Nigeria. *South African Journal of Psychiatry*. 22;24.
- Singh TK, Sharma A, Chavan BS. (2019). Burden and Marital Satisfaction among the Spouses of Persons with Depression. *Indian Journal of Psychiatric Social Work*. 2019 10(1):46-50.
- Wilson C.A., Alvin, & Terry, J. R. (2012). Variable maternal stress in rats alters locomotor activity, social behavior and recognition memory in the adult offspring. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 47-61.
- Wikman A, Mattsson E, von Essen L, Hovén E. (2018). Prevalence and predictors of symptoms of anxiety and depression, and comorbid symptoms of distress in parents of childhood cancer survivors and bereaved parents five years after end of treatment or a child's death. *Acta Oncologica*. 3;57(7):950-7.
- Zaider TI, Heimberg RG, Iida M. (2010). Anxiety disorders and intimate relationships: A study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology*. 119(1):163.

\*\*\*

## پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی

| ردیف | عبارات   | همیشه | گاهی اوقات | تا حدودی | به ندرت | هیچ وقت |
|------|--|-------|------------|----------|---------|---------|
| ۱    | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که بدون دلیل قانع‌کننده‌ای خسته هستید؟                             | ۴     | ۳          | ۲        | ۱       | ۰       |
| ۲    | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که عصبی هستید؟   | ۴     | ۳          | ۲        | ۱       | ۰       |
| ۳    | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که به اندازه‌ای عصبانی هستید که هیچ چیز نمی‌تواند شما را آرام کند؟ | ۴     | ۳          | ۲        | ۱       | ۰       |
| ۴    | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که ناامید هستید؟   | ۴     | ۳          | ۲        | ۱       | ۰       |

|    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| ۵  | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که بی‌قرار و ناآرام هستید؟                                  | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۶  | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که به اندازه‌ای بی‌قراری نمی‌توانید بنشینید؟                | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۷  | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که افسرده هستید؟  | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۸  | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که آنقدر افسرده‌اید که هیچ چیز نمی‌تواند شما را خوشحال کند؟ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۹  | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که انجام هر کاری برایتان دشوار است؟                         | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۱۰ | در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که بی‌ارزش هستید؟   | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |

\*\*\*

## پرسشنامه کیفیت روابط زوجین

| بسیار زیاد | زیاد | تا اندازه‌ای کم | کم | بسیار کم | اصلاً |   |
|------------|------|-----------------|----|----------|-------|---|
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱ احساسات خود را با همسران در میان می‌گذارید؟   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۲ تمام اطلاعات خود را در مورد موضوع مطرح شده بیان می‌کنید.  |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۳ هنگام صحبت با همسران از هیجانات خود آگاه هستید.   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۴ هنگام صحبت با همسران به لحن صدای خود آگاه هستید.  |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۵ پیشنهادات خود را درباره‌ی یک موضوع به همسران می‌گویید.  |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۶ با جان و دل به حرفهای همسران گوش می‌دهید.   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۷ هنگام صحبت با همسران به نحوه‌ی بیان او توجه می‌کنید.  |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۸ هنگام صحبت با همسران با او همدلی می‌کنید.   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۹ به احساسات همسران توجه می‌کنید.   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۰ شنونده‌ی خوبی برای همسران هستید.   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۱ به خواسته‌های همسران توجه می‌کنید.   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۲ در مورد احساسات همسران از او سؤال می‌کنید.   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۳ زمان مناسبی را برای بحث و گفتگو درباره‌ی مشکلات خود پیشنهاد می‌کنید.                           |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۴ برای مشکلات زناشویی ساعتها حرف می‌زنید ولی عمل نمی‌کنید.                                       |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۵ درباره‌ی مشکلات حرف می‌زنید، اما آنها را حل نشده رها کنید.                                     |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۶ صحبت درباره‌ی مشکلات زناشویی بین شما و همسران به دعوا و مرافعه تبدیل می‌شود.                   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۷ برای حل مشکلات زناشویی، امتیازاتی را از همسران می‌گیرید و در مقابل، امتیازاتی را از دست بدهید. |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۸ پس از صحبت در مورد مشکلات زناشویی و ارائه‌ی راه حل، هر دو احساس رضایت می‌کنید.                 |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۱۹ به همسر خود دستور می‌دهید.   |
| ۶          | ۵    | ۴               | ۳  | ۲        | ۱     | ۲۰ صحبت‌های شما با همسران به جر و بحث و مرافعه می‌کشد.  |

|   |   |   |   |   |   |    |   |
|---|---|---|---|---|---|----|---|
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۲۱ | هنگام صحبت با همسران او را سرزنش می‌کنید.                                 |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۲۲ | هنگام صحبت با همسران به صورت کلامی به او حمله می‌کنید.                    |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۲۳ | هنگام صحبت با همسران لعن و نفرین می‌کنید.                                 |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۲۴ | به همسران حرفهایی می‌زنید که بعداً از آنها پشیمان می‌شوید.                |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۲۵ | حرفهایتان را با گوشه و کنایه بیان میکنید.                                 |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۲۶ | به طور غیرمستقیم و با متلک انداختن با همسران صحبت می‌کنید.                |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۲۷ | حرف‌هایتان را با گوشه و کنایه بیان می‌کنید.                               |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۲۸ | به همسران دروغ می‌گویید.  |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۲۹ | اگر همسران کاری را که شما دوست دارید انجام ندهد، گلایه می‌کنید.           |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۳۰ | هنگام صحبت با همسران سعی می‌کنید مشکل را شناسایی کنید.                    |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۳۱ | هنگام صحبت با همسران برداشت خود را از موضوع مربوطه بیان می‌کنید.          |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۳۲ | هنگام صحبت با همسران در مورد یک مشکل راه حل‌های مختلف را ارزیابی می‌کنید. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۳۳ | به همسران در مورد یک موضوع، اطلاعات کاملی ارائه می‌دهید.                  |

\*\*\*

## پرسشنامه ترس

| همیشه         | آشکارا        | قطعاً         | اندکی         | اجتناب        | نمی‌کنم       |                                     |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------------------|
| اجتناب می‌کنم | اجتناب می‌کنم | اجتناب می‌کنم | اجتناب می‌کنم | اجتناب می‌کنم | اجتناب می‌کنم |                                     |
|               |               |               |               |               |               | ۱ تزریقات یا جراحی‌های سرپایی       |
|               |               |               |               |               |               | ۲ خوردن و آشامیدن در کنار دیگران    |
|               |               |               |               |               |               | ۳ بیمارستان‌ها                      |
|               |               |               |               |               |               | ۴ به تنهایی مسافرت کردن             |
|               |               |               |               |               |               | ۵ به تنهایی قدم زدن در خیابان شلوغ  |
|               |               |               |               |               |               | ۶ دیده شدن یا زیر نگاه دیگران بودن  |
|               |               |               |               |               |               | ۷ رفتن به فروشگاه‌های شلوغ          |
|               |               |               |               |               |               | ۸ حرف زدن با افراد مقتدر و بانفوذ   |
|               |               |               |               |               |               | ۹ دیدن خون                          |
|               |               |               |               |               |               | ۱۰ مورد انتقاد واقع شدن             |
|               |               |               |               |               |               | ۱۱ به تنهایی دور شدن از خانه        |
|               |               |               |               |               |               | ۱۲ فکر کردن به آسیب یا بیماری       |
|               |               |               |               |               |               | ۱۳ حرف زدن یا حرکت کردن در حضور جمع |
|               |               |               |               |               |               | ۱۴ فضاهای بسیار باز                 |
|               |               |               |               |               |               | ۱۵ رفتن به دندانپزشکی               |

## Predicting the Quality of Couples' Relationships based on Fears of Parents of Children with Cancer: A Mediating Role of Psychological Distress

Zoleikha. Raeisipour<sup>1</sup>, Abdollah Shafi Abadi\*<sup>2</sup>, Jalil. Younesi brojeni<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** The present study aimed to investigate the mediating role of psychological distress in the relationship between fear and the quality of marital relationships in parents of children with cancer. **Methods:** The present study was descriptive-correlational and had a structural equation modeling type, and its statistical population consisted of parents of all children with cancer who visited Bandar Abbas Children's Hospital in 2019. Among whom, 200 parents were selected as the sample group using the purposive sampling method. Data collection tools included the Quality of Couple Relationship Questionnaire by Khoshkam et al. (2007), the Fear Questionnaire by Marks & Mathews (1979), and the Psychological Distress Scale by Kessler et al. (2002). Data analysis was performed using Pearson correlation coefficient, and path analysis according to AMOS. **Results:** The results indicated that psychological fear and anxiety had a significant negative relationship with the quality of couples' relationships. Furthermore, the correlation coefficients between the quality of couples' relationships with psychological distress ( $r=-0.44$ ) and fear ( $r=-0.30$ ) were significant at a level of 0.01, and the correlation coefficient between fear and psychological distress ( $r= 0.34$ ) was significant at a level of 0.01. **Conclusion:** Accordingly, programs can be developed to reduce fear and psychological distress in designing the necessary measures to improve the quality of couple relationships in parents of children with cancer.

**Keywords:** Fear; Psychological distress; Cancer; Quality of couples' relationships

1. PhD Student in Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
2. \*Corresponding Author: Professor of Counseling Department, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran  
ashafiabady@yahoo.com
3. Associate Professor, Department of Measurement, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran