



The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Coping Strategies with Family Distress of Caregivers of Cancer Patients

Amir. Haghghat Lotfi¹, Nader. Monirpoor^{2*}, Majid. Zargham Hajebi³

1. PhD student, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 123-136

Corresponding Author's Info

Email: monirpoor@qom-iau.ac.ir

Article history:

Received: 2022/06/15

Revised: 2022/08/20

Accepted: 2022/08/26

Published online: 2022/10/07

Keywords:

Early maladaptive schemas;
Coping strategies; Family
distress; Caregivers

ABSTRACT

Background and purpose: The consequences of higher pressure on family caregivers include family isolation, loss of hope from social support, disruption of family relationships, insufficient care of the patient, and finally, abandoning the patient. These problems originate from two aspects, i.e. problems with patient care and treatment, and adaptation to the responsibilities arising from care. Therefore, the present research aimed to determine the relationship between early maladaptive schemas and coping strategies with family distress of caregivers of cancer patients. **Methods:** The present research was descriptive and had a correlational design. The statistical population consisted of all caregivers of cancer patients who visited the palliative medicine centers of Tehran's Firouzgar Hospital, the Cancer Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, and the Cancer Research Center of the Ministry of Health and Medical in 2020, among whom 300 cases were selected as the samples using the convenience sampling method. The research tools included the family distress questionnaire (McCubbin, Thompson, and McCubbin, 1996), the early maladaptive schema questionnaire (Young, 1998), and the coping strategies questionnaire (Parker and Endler, 1980). Pearson's correlation coefficient was used to analyze the data. **Results:** The results indicated a significant positive relationship between the early maladaptive schemas and the family distress of caregivers of cancer patients ($p < 0.01$), but there was no significant relationship between coping strategies and family distress of caregivers of cancer patients. **Conclusion:** Therefore, combining psychological interventions to change unhealthy behavior patterns and counseling with psychologists to detect and adjust early maladaptive schemas, along with the main physical treatments can be effective in reducing psychological damage to caregivers of cancer patients.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Haghghat Lotfi, A., Monirpoor, N., Zargham Hajebi, M. (2022). The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Coping Strategies with Family Distress of Caregivers of Cancer Patients. *Jayps*, 3(1): 123-136



رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی خانوادگی مراقبین بیماران سرطانی

امیر حقیقت لطفی^۱، نادر منیرپور^{۲*}، مجید ضرغام حاجبی^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۲. دانشیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

چکیده

زمینه و هدف: عواقب ناشی از افزایش فشار بر مراقبین خانوادگی شامل انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار خواهد بود، این مشکلات از دو بخش یعنی مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و سازگاری با مسئولیت‌های ناشی از مراقبت نشأت می‌گیرد؛ از این رو، هدف از پژوهش حاضر، تعیین رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی خانوادگی مراقبین بیماران سرطانی بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی و طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش را 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 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) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درماندگی خانوادگی مراقبین بیماران سرطانی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$)؛ اما بین راهبردهای مقابله‌ای و درماندگی خانوادگی مراقبین بیماران سرطانی رابطه معناداری مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** بنابراین، همراه کردن مداخلات روان‌شناختی برای تغییر الگوهای رفتاری ناسالم و مشاوره با روان‌شناسان برای شناسایی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کنار درمان‌های اصلی جسمانی، می‌تواند در کاهش صدمات روانی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مؤثر باشد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: علمی - پژوهشی

صفحات: ۱۳۶-۱۲۳

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

monirpoor@qom-iau.ac.ir

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۲۵

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۲۹

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۷/۱۵

واژگان کلیدی

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله‌ای، درماندگی خانوادگی، مراقبین

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

حقیقت لطفی، ا.، منیرپور، ن.، ضرغام حاجبی، م. (۱۴۰۱). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی خانوادگی مراقبین بیماران سرطانی.

دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۳(۱): ۱۳۶-۱۲۳

مقدمه

سرطان به مجموعه ای از بیماریها با علائم، تظاهرات، درمان و پیش آگهی های مختلف دلالت دارد و یک علت واحد و مشخصی ندارد. سرطان یکی از علل عمده مرگ و میر در سراسر جهان با بروز حدود ۱۴ میلیون مورد جدید در سال ۲۰۱۲ بوده است. انتظار می رود تعداد موارد جدید در طول دو دهه ی اخیر حدود ۷۰ درصد افزایش یابد. در سالهای اخیر سرطان از نظر مرگ و میر رتبه ی اول جهانی را داشته است در حالیکه تا به حال بیماریهای قلب و عروق مقام اول را به خود اختصاص می داد. برخی مطالعات گزارش کردن که تشخیص سرطان در حقیقت یک تاثیر بزرگ روی اعضای خانواده بیماران می گذارد (میتسچک^۱، ۲۰۰۸). سرطان یکی از بیشترین دریافت کننده های مراقبت های غیر رسمی است، تغییر در خدمات سلامت و خصوصیات جمعیت شناسی بیماران شامل ارائه ی مراقبتهای سرپایی، بقای طولانی مدت و خواسته ی بیماران برای درمان در خانه مراقبت سرطان را به مراقبت مبتنی بر جامعه تبدیل کرده است (گلاچن^۲، ۲۰۰۴). اکثر مراقبین خانوادگی گزارش کردند که وظیفه ی مراقبت را به دلیل مسئولیت خانوادگی با اختیار کم و به دلیل عدم حضور دیگران برای ارائه ی مراقبت پذیرفته اند (گیرگیس^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). برای برخی افراد، مراقبت می تواند چندین سال طول بکشد و معادل یک وظیفه ی تمام وقت باشد (کیم و اسکولز^۴، ۲۰۰۸). در فرهنگهای مختلف، مراقبین بیماران افراد متفاوتی را شامل می شوند. در ایران مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان در منزل و توسط اعضاء دائمی خانواده خود انجام می شود (سجادیان و همکاران، ۲۰۱۵). عواقب ناشی از افزایش فشار بر مراقبین خانوادگی شامل انزوای خانواده، قطع امید از حمایت های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار خواهد بود، این مشکلات از دو بخش یعنی مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و

سازگاری با مسئولیت های ناشی از مراقبت نشأت می گیرد (میلبری^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). در زمان تشخیص سرطان اعضای خانواده مسئولیت ارائه مراقبت را به عهده می گیرند، آنها نه تنها در دوره های تشخیص و درمان بلکه در تمام سیر بیماری و بقا به مراقبت می پردازند. این مراقبین یک منبع اولیه حمایت از بیماران مبتلا به سرطان هستند. با وجود تلاشهای مراقبین خانوادگی، سرطان برای بیمار و اعضای خانواده اش میتواند با ترس از مرگ، عذاب، تردید، اختلال در شیوه ی زندگی، ناراحتی و اختلالات خلقی همراه باشد. مراقبین خانوادگی ممکن است از سایر اعضای خانواده و دوستان خود حمایت کافی دریافت نکنند، مراقبین خانوادگی به دلیل مسئولیت های بسیاری که دارند باید از جانب سیستم بهداشت عمومی حمایت شوند تا سلامت جسمی و روحی آنها تضمین شود. به نظر می رسد که نیازهای مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان در حاشیه مانده و این موضوع اثرات منفی بر زندگی مراقب اعم از تنش، استرس، ناامیدی، از کار افتادگی به عبارت بهتر کاهش کیفیت زندگی آنها شده و همچنین کیفیت مراقبت را نیز تحت تاثیر قرار می دهد و هزینه های هنگفتی را بر سیستم بهداشت، درمان و جامعه وارد می کند (ا شرافیان، ۱۳۹۵). آدمی در مواجهه به مشکلات دارای راهبردهای شناختی نسبتاً پایدار است که طرحواره نامیده می شود. طرحواره ها از خاطرات، هیجانها، شناخت واره ها و احساس های بدنی تشکیل شده اند. آنها نقش عمدهای در چگونگی تفکر، احساس و ارتباط با دیگران ایفا می کنند. وقتی افراد با محیط هایی روبرو می شوند که یادآور محیط های دوران کودکی آنهاست، طرحواره هایشان برانگیخته شده و به محض بروز چنین اتفاقاتی، فرد در برابر هجوم و سیطره عواطف منفی شدید قرار می گیرد (تیم، ۲۰۱۰). نتایج پژوهشی نشان داد در تنیدگی مزمن، نشانگان سوخت و ساز و بیماری

4. Kim, & Schulz
5. Milbury

3. Mitschke
2. Glajchen
3. Giris

استفاده در شرایط استرسزا، بهزیستی روانشناختی بیماری سرطان سینه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به این نتایج طراحی برنامه‌های درمانی و آموزشی در زمینه شناسایی و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه می‌تواند در افزایش بهزیستی روانشناختی این بیماران مفید باشد. 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 می‌کردند. آنها دریافتند زنان بیشتر از راهبردهای حمایت ابزاری و راهبردهای مقابله‌ای مذهبی و حمایت عاطفی استفاده می‌کنند. این در حالی بود که میان میزان درآمد آن‌ها با نوع مهارت مقابله‌ایشان ارتباط معناداری بدست نیامد.

برزکی (۱۳۸۹؛ به نقل از سپاه منصور و همکاران، ۱۳۹۳) به بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره‌های افراد افسرده و مقایسه طرحواره‌های افراد افسرده با غیر افسرده پرداخته است که نتایج نشان داده طرحواره نقص شکست، وابستگی بی‌کفایتی، انزوای اجتماعی و محرومیت هیجانی در افراد افسرده نسبت به غیر افسرده از شدت بیشتری برخوردار است. خاتم‌ساز و معارف‌وند (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان "راهبردهای مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به سرطان" نشان دادند مادرهای کودکان مبتلا به سرطان بیشتر از پدرهای این کودکان از راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌کنند. والدین کودکان مبتلا به سرطان که تحصیلات بیشتری داشتند، کمتر از راهبردهای رویارویی، دوری جویی، گریز-اجتناب و مسئولیت‌پذیری استفاده می‌کردند. در عین حال کسانی که تحصیلات بالاتری داشتند به طور معناداری نمره کل آزمون آنها کمتر از افرادی بود که تحصیلات پایین‌تری داشتند. والدینی که علاوه بر کودک مبتلا به سرطان فرزندان دیگری نیز داشتند، بیشتر از راهبرد حل‌مدبرانه مسئله و کمتر از راهبرد خویشتن‌داری استفاده می‌کردند. والدین کودکانی که مدت طولانی‌تری از ابتلای کودکشان به سرطان سپری می‌شد، بیشتر راهبرد حل‌مدبرانه مسئله را بکار می‌گرفتند.

عروق کرونری قلب به الگویی دست یافتند که برپایه آن در مردان کهنسال، تنیدگی مزمن سبب نشانگان سوخت و ساز شده و آن هم به نوبه خود زمینه ساز شکل‌گیری بیماری کرونری قلب می‌شود (ویتالیانو و همکاران؛ به نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۹۶).

در موقعیت‌های پزشکی، مراقبین بیماری‌های کشنده و مزمن، معمولاً از راهبردهای ناکارآمد استفاده می‌کنند؛ به طوری که از نظر هیجانی کمتر با بیماری درگیر می‌شوند. این امر باعث کاهش استرس در کوتاه مدت شده، ولی در طولانی مدت عوارض جسمی نامطلوبی دارد. سرطان در خانواده به نوعی تمامی اعضای خانواده را درگیر می‌کند و آن‌ها را متحمل فشار روانی و مالی بسیاری می‌سکند. در چنین شرایطی افراد از گراهبردهایی جهت کاهش استرس و فشار استفاده می‌کنند. دو راهبرد مقابله‌ای عمومی وجود دارد که فرد هنگام مواجهه با مشکلاتی مانند بیماری سرطان خود یا یکی از اعضای خانواده اش از آنها استفاده می‌کنند که این دو راهبرد عبارتند از راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار و راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار. معمولاً وقتی افراد احساس می‌کنند می‌توانند درباره‌ی مشکل، کاری انجام دهند، از راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار استفاده می‌کنند و اگر موقعیت را فراتر از توانایی‌های خود تلقی کنند به مقابله هیجان مدار دست می‌زنند. ولی غالباً یکی از این دو روش را استفاده می‌کنند که نتیجه مطمئن‌تری در بردارد. مقابله با تنیدگی، عامل کاهش فشار بیماری و بازگشت به حالت تعادل و سلامت روانی است. در صورت بهره‌گیری از شیوه‌های بهینه‌ی مقابله، فرد قادر به حفظ سازش یافتگی خود می‌شود، در حالی که شیوه‌های ناکارآمد موجب فزونی تنش، ارضا نشدن نیازهای حیاتی و بی‌ثباتی هیجانی خواهد شد (تیلور، ۲۰۰۶؛ به نقل از قاسم بروجردی و همکاران، ۱۳۹۱).

موحدی و همکارانش (۱۳۹۷) طی تحقیقی با عنوان "رابطه راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه" نشان داد که بین راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه وجود دارد. اما بین راهبرد مقابله هیجان مدار و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان رابطه معنی دار وجود نداشت. لذا نوع راهبرد مقابله‌ای مورد

نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی مؤثر است. با بررسی پیشینه های فوق، این پژوهش در پی پاسخ به این سوال است که آیا طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی خانواده بیماران مبتلا به سرطان رابطه دارد؟ با توجه به هدف تحقیق و پیشینه پژوهشی فر ضیه های زیر مورد آزمون قرار گرفت.

۱. بین طرحواره های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی رابطه وجود دارد.
۲. بین راهبردهای مقابله‌ای بر درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی رابطه وجود 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.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه درماندگی خانواده (FDI): برای سنجش درماندگی خانواده‌ها از مقیاس درماندگی خانواده (FDI) استفاده می‌شود. این مقیاس شامل ۸ ماده است که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت چهار درجه ای به هر پرسش پاسخ می‌دهد. مک کوپین، تامپسون و مک کوپین (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، ضریف آلفای این مقیاس ۰/۷۳ به دست آمد.

۲. پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF): فرم کوتاه این پرسشنامه توسط یانگ (۱۹۹۸) بر پایه یافته‌های اشمیت و همکاران برای سنجش ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه ساخته شده است (یانگ و

در عین حال نتایج پژوهش لیو (۲۰۱۰) نشان داد سابقه ابتلا به سرطان در خانواده و سبک مقابله‌ای منفی با پریشانی روانی افراد بیمار رابطه معنادار دارد (به نقل از خاتم ساز و معارف وند، ۱۳۹۳). بیرامی و نعمتی سوگلی تپه (۱۳۸۷) طی تحقیقی در زمینه "مقایسه راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به سرطان و عادی" دریافتند که افراد مبتلا به سرطان در راهبردهای مقابله ای هیجان مدار نمرات بالاتری از افراد سالم به دست آورده اند که این یافته حاکی از آن است که مبتلایان به سرطان بیشتر از گروه سالم از مقابله های هیجان مدار استفاده می کنند و به جای تمرکز بر مشکل و حل آن بیشتر در پی آن هستند تا پیامدهای هیجانهای منفی عامل استرس زا را مهار کنند، این افراد تحت تأثیر این راهبرد به جای مقابله، از کنار مشکلات رد می شوند، کمتر در صدد جلب حمایت های اجتماعی اند، کمتر مشکل را تعریف می کنند و توانایی کمتری در یافتن راه حل های منعطف دارند. 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. 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. 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

مقابله‌ای مسئله مدار، ۵۵٪ برای رفتارهای مقابله‌ای هیجان مدار و ۸۳٪ برای رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی گزارش شده است.

روش اجرای پژوهش

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 و راهبردهای مقابله‌ای 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.

لانگ، (۱۹۹۸). این پرسشنامه ۷۵ گویه دارد و هر طرحواره با پنج سؤال سنجیده می شود. هر گویه بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای (۱=کاملاً غلط تا ۵=کاملاً درست) نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه، نمره بالا نشان دهنده طرحواره های ناسازگار اولیه است. پایایی آن به کمک آلفای کرونباخ برای همه طرحواره ها از ۷۶٪ تا ۹۳٪ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی نیز از ساختار درونی پرسش نامه حمایت می کنند (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 ۹۴٪ و روایی آن را به روش بررسی همبستگی با آزمون باورهای غیرمنطقی ۳۴٪ محاسبه کردند.

۳. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۰ توسط اندلر و پارکر که برای ارزیابی انواع سبک های مقابله‌ای افراد در موقعیت های استرس زا مورد استفاده قرار می گیرد، ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال است که دارای سه خرده مقیاس مقابله‌ای هیجان مدار و مسأله مدار و اجتنابی را می سنجد. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از هرگز(۱) تا خیلی زیاد (۵) صورت می گیرد. در نهایت سبک غالب فرد با توجه به نمره هایی که در آزمون کسب می کند، مشخص می گردد. اندلر و پارکر ضریب آلفای کرونباخ را برای عامل مسئله مداری ۹۰٪ برای دختران و ۹۲٪ برای پسران، برای عامل هیجان مداری ۸۵٪ برای دختران و ۸۲٪ برای پسران، و برای عامل اجتنابی ۸۲٪ برای دختران و ۸۵٪ برای پسران گزارش نمودند. در مطالعه کیانی (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۵۸٪ برای رفتارهای

جدول ۱. شاخص های آماری مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کلموگراف اسمیرنف	سطح معناداری
طرد و رهاشدگی	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

۰/۴۲	۰/۸۷	۵/۸۹	۱۶/۷۳	آسیب پذیری
۰/۳۸	۰/۹۰	۴/۶۷	۱۵/۴۹	گرفتاری
۰/۳۵	۰/۹۲	۴/۵۵	۱۷/۶۷	اطاعت
۰/۳۵	۰/۹۲	۴/۳۷	۱۸/۳۱	از خودگذشتگی
۰/۶۹	۰/۷۱	۴/۹۱	۱۵/۸۰	معیارهای سرسختانه
۰/۲۹	۰/۹۷	۴/۳۷	۱۹/۰۰	استحقاق
۰/۷۰	۰/۷۰	۴/۳۹	۱۶/۹۸	خویشتنداری/خودانضباطی
۰/۸۶	۰/۶۰	۱۵/۸۶	۴۹/۶۷	راهبرد مسئله مدار
۰/۹۶	۰/۴۹	۱۶/۵۰	۴۳/۸۷	راهبرد هیجان مدار
۰/۴۶	۰/۸۵	۱۶/۱۵	۴۰/۸۰	راهبرد اجتنابی
۰/۲۲	۱/۰۴	۵/۲۴	۲۱/۵۶	درماندگی خانواده

نتایج شاخص‌ها توصیفی برای متغیرهای پژوهش در جدول فوق گزارش شده است؛ همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که چولگی و کشیدگی بین ± 2 قرار دارند؛ بنابراین توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش طبیعی است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده					
متغیرها	مقدار ضریب همبستگی	تعداد	t	سطح معنی داری	
مستقل	طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۰,۳۳۶	۳۷۰	۳,۲۴۴	۰,۰۱
وابسته	درماندگی خانواده				
مستقل	راهبردهای مقابله‌ای	-۰,۰۷۱	۳۷۰	۰,۵۴۰	معنادار نیست
وابسته	درماندگی خانواده				

نتایج حاصل از جدول فوق نشان می‌دهد که رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده معنادار است ($\alpha \leq 0/01$). نتایج حاصل از جدول فوق نشان می‌دهد که رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و درماندگی خانواده معنادار نیست ($\alpha > 0/05$).

جدول ۳. مقادیر ضرایب تعیین (R^2)	
متغیر پنهان	R^2
درماندگی خانواده	۰/۷۰

با توجه به نمودار ۱ برای متغیرهای پژوهش مقدار ضریب تعیین در جدول ۳ گزارش شده است؛ چنانچه برای متغیر درماندگی خانواده ضریب تعیین برابر ۰/۷۰ گزارش شده است؛ بنابراین متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای توانسته ۰/۷۰ درصد از واریانس درماندگی خانواده را پوشش دهند، باقیمانده مربوط به خطای پیش بینی می‌باشد و می‌تواند شامل دیگر عوامل تاثیر گذار بر متغیرها باشد.

با توجه به نمودار ۱ برای متغیرهای پژوهش مقدار ضریب تعیین در جدول ۳ گزارش شده است؛ چنانچه برای متغیر درماندگی خانواده ضریب تعیین برابر ۰/۷۰ گزارش شده است؛ بنابراین متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای توانسته ۰/۷۰ درصد از واریانس درماندگی خانواده را پوشش دهند، باقیمانده مربوط به خطای پیش بینی می‌باشد و می‌تواند شامل دیگر عوامل تاثیر گذار بر متغیرها باشد.



نمودار ۱. مدل کلی در حالت تخمین ضرایب استاندارد

بحث و نتیجه گیری

در نتایج حاصل از فرضیه اول "بین طرحواره های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی رابطه وجود دارد" رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی مورد تأیید قرار می‌گیرد. به این معنا که بین طرحواره های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین نتیجه می‌توان گفت که با افزایش طرحواره های ناسازگار اولیه، درماندگی خانواده افزایش می‌یابد. سرطان یکی از علت های منجر به مرگ در سرتاسر جهان است (اصفهانی، ۲۰۱۰) و سومین عامل مرگ و میر در کشورهای کمتر توسعه یافته است. سالانه از زمان تولد تا حدود ۱۹ سالگی در سراسر جهان بیش از ۱۷ هزار و ۵۰۰ کودک به انواع سرطان مبتلا می‌شوند. در آمریکا هر ساله برای ۱۵۰ نفر از هر ۱ میلیون نفر فرد زیر ۲۰ سال و در اروپا برای ۱۵۷ نفر از هر یک میلیون نفر تشخیص سرطان داده می‌شود (بوکا، ۲۰۰۷؛ به نقل از خاتم ساز و معارف وند، ۱۳۹۳). سرطان، بیماری است که افراد جامعه را بدون توجه به نژاد، جنس، وضعیت اقتصادی یا فرهنگی؛ با اشکال و شدت های مختلف درگیر می‌کند. سرطان یک حادثه تش زای زندگی به شمار می‌رود، که

اثرات منفی آن روی کیفیت زندگی بیماران و خانواده آنان تأثیر زیادی می‌گذارد (فراهانی و همکاران، ۲۰۰۴). با مروری بر متون علمی، دریافته‌ایم اغلب مطالعات موجود، ارتباط بین دو متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده را با استفاده از یک متغیر واسطه ای نشان داده‌اند. افسردگی یکی از شناخته شده ترین مولفه های میانجی در رابطه مورد بررسی بین طرحواره های ناسازگار اولیه و درماندگی خانواده بوده است. اکثر طرحواره ها با مقیاس های آسیب روانی از جمله افسردگی رابطه دارند. یکی از نظریات معتبر در زمینه افسردگی بزرگسالان، نظریه شناختی بک است. مطالعات انجام شده بر اساس این نظریه نشان داد که مثلث شناختی با افسردگی کودکان رابطه دارد و از کودکی تا نوجوانی ثابت می‌مانند. هسته مرکزی این نظریه طرحواره ها هستند. براساس توصیف اولیه بک از آسیب شناسی روانی، هر یک از اختلالات روانی با طرحواره ها و الگو های تفکر عادی بسیار عمومی و فراگیری همراه هستند که نوع آسیب پذیری مربوط به آن اختلال را مشخص می‌کند. طرحواره های افسردگی، بازتاب اشتغال فکری با فقدان، شکست، طرد و خلاء هستند. طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرشهای کژکار در طول زمان پایا هستند و می‌توانند عامل

عمیق‌ترین سطح با افسردگی ارتباط دارد. طرحواره های ناسازگار اولیه (EMS) به عنوان ساختارهای کلیدی در توسعه آسیب شناسی روانی شناخته می شوند. به نظر این محققین، شدت علائم افسردگی با طرحواره های شکست، نقص/شرم، و از خود گذشتگی مرتبط است (رینر و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین ارتباط بین آسیب های روانی از قبیل افسردگی با طرحواره های ناسازگار اولیه در مطالعات متعددی تایید شده است.

از سوی دیگر، افسردگی از متغیرهای روانشناختی بوده که ارتباطی تنگاتنگ با درماندگی افراد دارد. باورهای اصلی در افسردگی معمولاً به سه دسته کلی (درماندگی، بی کفایتی، و دوست داشتنی نبودن) تقسیم می شدند که در این گفتار باورهای مرتبط با درماندگی مورد بحث قرار می گیرد. بر اساس مطالعات، فشارهای زندگی، با کم کردن تقویت کننده های مثبت زندگی، در برخی از افراد باعث افسردگی می شوند و زمانی که افراد در معرض تحریک های آزار دهنده قرار می گیرند و کنترلی بر آن ها ندارند ممکن است افسرده شوند. میسر نبودن پرهیز از این فشار های آزاردهنده و در نتیجه افسردگی، احساس درماندگی ایجاد می کند. افراد افسرده به ندرت افکار مثبت دارند و تفسیر های منفی نسبت به تلاش های خود در زندگی دارند. این مفهوم با طرحواره شکست هم پوشانی دارد چرا که در این افراد افکار منفی تبدیل به عادت شده، تجربه های شکست در ذهن آن ها بزرگ به نظر رسیده و به آن ها دامن می زنند. افراد افسرده بر این عقیده هستند که کنترلی بر روی زندگی خود ندارند و دچار درماندگی خودآموخته می شوند. در مطالعه ی (ویلز و همکاران، ۱۹۹۹) تأثیر افسردگی مادر بر مدیریت بیماری برای فرزندان مبتلا به آسم بررسی شد. در این مطالعه، مادرانی که سطح بالایی از علائم افسردگی داشتند، در مقایسه با مادرانی با سطوح پایین تر علائم افسردگی، کمتر به رژیم های دارویی تجویز شده برای فرزندانشان پایبند بودند، و به احتمال زیاد درک ضعیف تری داشتند. بنابراین ارائه دهندگان سلامت با علائم افسردگی در مدیریت بیماری آسم در خانه کمتر مورد اعتماد بودند. علاوه بر این، مادرانی که دارای سطوح بالای علائم افسردگی بودند، ۲ تا ۳ برابر بیشتر احساس درماندگی از

آسیب پذیری برای افسردگی باشند. بر اساس مطالعات با بالا رفتن نمرات طرحواره های تنهایی، آسیب پذیری، بی اعتمادی، نقص، شکست، معیارهای سرسختانه و استحقاق، علائم افسردگی در افراد افزایش پیدا می کند. همچنین، برخی از مطالعات ارتباط بین طرحواره های ایثار، خود تحول نیافته/گرفتار و خویشتن داری/خودانضباطی ناکافی با افسردگی را نشان داده اند. بر اساس مطالعات پنج طرحواره تنهایی، نقص، بی اعتمادی/بدرفتاری، آسیب پذیری و معیارهای سرسختانه سهم بالایی را در پیش بینی افسردگی دارند. طرحواره های ناسازگار کودکی باعث آسیب پذیری در برابر افسردگی در بزرگسالی هم می شوند. افراد دارای طرحواره تنهایی احساس انزوا و تنهایی میکنند و اینکه به قدر کافی محبت، صمیمیت و توجه دریافت نکرده اند. در خانواده های اهمال کار، که نیازهای کودک ارضا نمی شود، افسردگی و تنهایی زیاد است. ویژگی طرحواره بی اعتمادی/بدرفتاری سوء ظن است. چنین افرادی از مردم فاصله می گیرند و مایل به ایجاد روابط صمیمی نیستند. بدبینی از عوامل خطر برای افسردگی در کودکی و اوایل جوانی است. دو طرحواره ایثار و خود تحول نیافته/گرفتار با مقیاس های آسیب شناسی روانی از جمله افسردگی رابطه منفی دارند. همچنین طرحواره معیارهای سرسختانه با توجه به نقش کمالگرایی در ایجاد افسردگی افراد، می تواند آن را پیش بینی کند (کورمیتر و همکاران، ۲۰۱۱؛ داوودی و همکاران، ۲۰۱۸؛ پیشاپ و همکاران، ۲۰۲۲؛ تاریکیو و همکاران، ۲۰۲۱؛ رینر و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه (رینر و همکاران، ۲۰۱۲) مشاهده شد که چندین طرحواره ی ناسازگار خاص شامل شکست، محرومیت عاطفی، رها شدن/بی ثباتی به صورت مقطعی با شدت علائم افسردگی مرتبط هستند و حتی در طول دوره درمان افسردگی، تمام طرحواره های ناسازگار اولیه ثبات نسبی نشان دادند. این محققین معتقدند: باورهای منفی در مورد خود، جهان و آینده که در طرحواره های شناختی پایدار گنجانده شده است، عامل اصلی آسیب پذیری در برابر افسردگی است. بلحاظ نظریه شناختی، شناخت های ناکارآمد با افکار خودکار در سطحی ترین سطح، نگرش های ناکارآمد در سطح متوسط، و طرحواره های شناختی در

دارد" بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر بین راهبردهای مقابله‌ای و درماندگی خانواده همبستگی مستقیم معنی‌داری وجود ندارد. بنا به تعریف ارائه شده در فصل‌های پیشین، راهبردهای مقابله‌ای عبارت است از فعالیت‌های هدفمند خاصی که افراد را قادر می‌سازد، مشکل یا مسأله-ای را با موفقیت انجام دهند.

از نظر نورثوز و همکاران (۲۰۱۲)، سرطان از طرق مختلف بر کیفیت زندگی مراقبان خانواده تأثیر گذارد، اما بیشترین تأثیر خود را بر سلامت روانی آنها می‌گذارد. از مراقبان خانواده انتظار می‌رود که مراقبت‌های پیچیده‌ای را در خانه با آمادگی یا حمایت اندک ارائه دهند. هنگامی که خواسته‌هایی که از مراقبین ارائه می‌شود از منابع آنها فراتر می‌رود، مراقبان احساس غرق شدن می‌کنند و استرس زیادی را گزارش می‌کنند. استرس در ابتدا بر سلامت روانی مراقب تأثیر منفی می‌گذارد، اما در ادامه می‌تواند بر سلامت جسمانی او نیز تأثیر منفی بگذارد. اثرات استرس بر حوزه روانشناختی کیفیت زندگی به صورت افزایش پریشانی عاطفی، اضطراب ویا افسردگی، یا احساس درماندگی و از دست دادن کنترل ظاهر می‌شود. پریشانی عاطفی بالا و احساس درماندگی که توسط مراقبان خانواده گزارش شده است، مشکل مهمی است که به دلایل متعددی باید مورد توجه قرار گیرد. اولاً، مطالعات طولی نشان می‌دهد که وقتی مراقبان خانواده به شدت مضطرب هستند، تأثیر منفی بر سازگاری طولانی‌مدت بیمار می‌گذارد. با گذشت زمان، مراقب بسیار درمانده می‌تواند اضطراب تجربه شده توسط بیمار را افزایش دهد. ثانیاً، مراقبان درمانده بیشتر مشکل ارائه مراقبت بهینه از بیمار و تجویز داروها به بیماران را دارند. و سوم، مراقبانی که احساس درماندگی بالایی دارند نیز تغییراتی در سیستم ایمنی خود دارند که می‌تواند منجر به تشدید بیماری‌های خودایمنی، بدتر شدن کنترل گلوکز در بدن و افزایش آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های قلبی عروقی در آنها شود. این تغییرات احتمال آسیب رساندن به سلامت خود مراقب را افزایش می‌دهد و متعاقباً مانع از توانایی آنها برای ارائه مراقبت می‌شود. در واقع احساس درماندگی بر کارکرد مراقب در ارائه مراقبت تأثیر منفی می‌گذارد و حتی ممکن است بر کارکرد او در ایفای نقش خود در خانواده نیز اثرگذار باشد. بین درماندگی گزارش شده

آسم کودک داشتند. این رابطه می‌تواند در خصوص مادران افسرده که بار مراقبتی فرزند مبتلا به سرطان را متحمل می‌شوند، نیز صادق باشد (ویلز و همکاران، ۱۹۹۹). تأثیر متقابل بین افسردگی و درماندگی در مطالعات متعددی مورد تایید قرار گرفته است (کوستاک و آوسی، ۲۰۱۳؛ بیات و همکاران، ۲۰۰۸؛ آل-مالیکی و همکاران، ۲۰۱۶؛ فتح الله زاده و همکاران، ۲۰۲۱؛ گونی و کوژان، ۲۰۱۹؛ برجلی لو و همکاران، ۲۰۱۶).

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مطالعات قبلی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درماندگی افراد به صورت غیرمستقیم و از مسیر مولفه‌های آسیب‌های روانی از جمله متغیر افسردگی ارتباط نشان داده اند که با یافته‌های مطالعه حاضر سازگار می‌باشد. همچنین در مطالعات حوزه ترک اعتیاد، ارتباط مستقیم بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درماندگی افراد برای ترک مورد اشاره قرار گرفته است (شفاقی و همکاران، ۲۰۱۱؛ بوجید و نیکمنش، ۲۰۱۳؛ میلیگن، ۲۰۱۳؛ آریاسی، ۲۰۲۱). از جمله، در مطالعه نصاری و همکاران (۱۳۹۴) نشان داده شد طرحواره درمانی می‌تواند به بهبود مشکلات روانشناختی همراه با اعتیاد کمک کند. یافته‌های این مطالعه به طور آشکار نشان می‌دهند رویکرد طرحواره درمانی برای حل مشکلات درماندگی ناشی از اعتیاد مفید بوده و میتوان از آن در درمان اعتیاد و نیز در کاهش عود و کاهش مصرف مواد در افراد معتاد استفاده کرد. در این رویکرد در راستای شناسایی طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه در چهارچوب موضوع‌هایی همچون هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات، با در نظر گرفتن فرد در رابطه اش با دیگران باشد که در طول کودکی تحول یافته و تا بزرگسالی دوام دارند، مورد توجه قرار می‌گیرد و نشان داده شد که روش‌های شناختی-رفتاری در درمان طرحواره‌های منجر به احساس درماندگی برای ترک مواد مؤثر بوده است. بر این اساس، محققین مطالعه حاضر معتقدند، به کارگیری روش طرحواره درمانی می‌تواند بر کاهش احساس درماندگی در سایر گروه‌ها از جمله در مراقبین بیماران سرانی نیز مؤثر باشد (به نقل از حاتمی نصاری و همکاران، ۲۰۱۷).

در نتایج حاصل از فرضیه دوم "بین راهبردهای مقابله‌ای و درماندگی خانواده مراقبین بیماران سرطانی رابطه وجود

عالمی خواه (۱۳۹۴) در پژوهشی که بر روی نقش راهبرد های مقابله‌ای مسئله مدار بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان انجام داد، اشاره کرده است که علیرغم پیشرفت های پزشکی، توسعه درمان های سرطان و افزایش تعداد نجات یافتگان از سرطان، این بیماری احساس درماندگی عمیقی در مراقبین بیمار ایجاد می کند. این افراد استرس های متعددی از جمله ترس از مرگ احتمالی بیمار، استرس از هم پاشیدگی زندگی، اثرات جانبی درمان و دیگر محرک های مربوط به بیماری و درمان را تجربه می کنند. این استرس ها با احساس درماندگی در مراقبین و خانواده بیمار همراه بوده، و کنش وری فرد در قلمرو اجتماعی، روان شناختی، جسمانی و خانوادگی را مختل می کند. همچنین موجب افزایش تحریک پذیری، اضطراب، تنش، حالت های عصبی و ناتوانی در مهار خود، روابط اجتماعی و خانوادگی و نتیجه‌تاً منجر به تضعیف کارکرد خانواده می شود. با توجه به مسائل ناگواری که درماندگی خانواده و مراقبین بیمار به همراه دارد، محققین در این مطالعه به توصیف راهبرد های مقابله فرد با این مشکل پرداخته اند. محققین این مطالعه از راهبردها (راهکارهای) مقابله‌ای تعاریف متعددی ارائه داده اند. از نظر این محققین مهارت های مقابله‌ای فنونی هستند که برای هر اقدامی در دسترس هستند، میزان مفید بودن هر مهارت خاص به ماهیت موقعیت و به آسیب پذیری ها و توانمندی های فرد بستگی دارد، دانستن مجموعه ای کارآمد از مهارت های مقابله، احساس خویشتن داری و خود جهت دهی را بیشتر می کند. از نظر این محققین اجرای یک برنامه مداخله ای مناسب مربوط به روش های مقابله‌ای به منظور ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی و کاهش احساس درماندگی مؤثر است. راهبردهای مقابله‌ای از جمله فرصت برای بیان استرس و احساسات می تواند در کاهش فشارهای روانی و درماندگی مراقبین مبتلایان به سرطان تاثیر داشته باشد و منجر به بهبود کیفیت مراقبت نیز گردد. بیان هیجانات و احساسات و دریافت آموزش مهارت های مقابله‌ای با پیشگیری از اختلال در کنش های اجتماعی افراد مرتبط است. راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار با رویکرد مداخله شناختی رفتاری، و مهارت آموزی در زمینه مدیریت استرس باعث بهبود کیفیت زندگی و متعاقباً

توسط مراقبان و نمره پریشانی بیماران سرطانی یک رابطه دوطرفه ی متوسط و معنادار مشاهده شده است که نشان می دهد پاسخ های عاطفی این دو گروه به یکدیگر مرتبط است. بنابراین به نظر می رسد، اجرای راهبردهای مقابله‌ای با مشکلات روحی-روانی مراقبین، بر کاهش درماندگی تجربه شده از سوی خانواده و مراقبین بیماران مبتلا به سرطان اثربخش خواهد بود (نورثوز و همکاران، ۲۰۱۲). بیشتر مراقبین در مواجهه با بیماری، از روش مقابله ای هیجانی استفاده می کنند تا روش مساله محور، و کسانی که از روش مقابله ای هیجانی و فرار از مواجهه با مشکل استفاده می کنند، درک پایین تری از کفایت در مواجهه شدن با جنبه های مختلف موقعیت بیمارشان دارند. مراقبین بیماران سرطانی از فشار مراقبتی بسیار بالا و همچنین افسردگی زیادی برخوردارند و از شیوه های مقابله ای مناسبی استفاده نمی کنند و از رویکرد ملتمسانه استفاده می کنند و از اطرافیان و خداوند طلب کمک می کنند؛ به طوری که مطالعه پاپاستاورو و همکارانش (۲۰۱۲) نشان داد اکثر بیماران از استراتژی اجتناب/انکار استفاده کرده و کمترین تعداد بیماران از استراتژی ادعاکنندگی استفاده کردند. در تکمیل این یافته‌ها، میاسکوویسکی و همکارانش (۲۰۰۵) نشان دادند، بیماران و مراقبینی که از روش های مقابله‌ای هیجان محور استفاده کرده اند، دارای کیفیت زندگی پایین تری در حیطه های روانی و جسمانی هستند. استیل و همکارانش (۲۰۰۳) نیز به بررسی استرس، مطالعه دیسترس عاطفی و فشار مراقبتی در مادران کودکان مبتلا به سرطان در طول ۶ ماه پرداخته اند؛ این نتایج حاصل شد که با گذشت زمان استرس و دیسترس عاطفی مادر که نقش مراقب را برای کودک خود دارد، کاهش یافته اما فشار مراقبتی وی کاهش نیافته و بدون تغییر مانده است. در یافته تکمیلی نیز چانگ و همکارانش (۲۰۱۰) دریافتند مراقبینی که تعداد ساعات بیشتری را در طول روز به مراقبت از بیمارشان اختصاص می دادند، فشار مراقبتی بیشتری را متحمل شده و سلامت روانی کمتری داشتند.

عالمی خواه، الناز. (۱۳۹۴). نقش سبک مقابله‌ای مسئله مدار در کیفیت زندگی بیماران سرطانی ساکن شهر مشهد، ارائه شده در کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی.

قاسم بروجردی، فاطمه؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد. (۱۳۹۱). بررسی رابطه تعاملی سبک های دلبستگی، سبک های مقابله ای و سلامت روانی در نوجوانان. یافته‌های نو در روانشناسی، ۷(۲۱)، ۸۵-۱۰۰.

موحدی، معصومه؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر؛ 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.

Al-Maliki, S. K., Al-Asadi, J., Al-Waely, A., Agha, S. (2016). Prevalence and levels of depression among parents of children with cancer in Basrah, Iraq. Sultan Qaboos University Medical Journal, 16(3), e329.

Arpaci, I. (2021). Relationships between early maladaptive schemas and smartphone addiction: The moderating role of mindfulness. International Journal of Mental Health and Addiction, 19(3), 778-92.

Bayat, M., Erdem, E., Gül Kuzucu, E. (2008). Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 25(5), 247-53.

Bishop, A., Younan, R., Low, J., Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy, 29(1), 111-130.

Bojed, F. B., Nikmanesh, Z. (2013). Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth. International journal of high risk behaviors & addiction, 2(2), 72.

Borjalilu, S., Shahidi, S., Mazaheri, M. A., Emami, A. H. (2016). Spiritual care training for mothers of children with cancer: Effects on quality of care and mental health of caregivers. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17(2), 545-52.

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.

کاهش احساس درماندگی در مراقبین بیماران دچار سرطان می‌شود (عالمی خواه، ۱۳۹۴).

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، شرکت کنندگان 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

احمدی، فرزانه؛ استادیان خانی، زهرا؛ آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم. مطالعات ناتوانی، ۷، ۹-۱.

اشرفیان، شیما. (۱۳۹۵). نیازها و ارتباط آن با فرسودگی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امام رضا تبریز سال ۱۳۹۵. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

بیرامی، منصور؛ نعمتی سوگلی تپه، فاطمه. (۱۳۸۷). مقایسه ابعاد شخصیت، تیپ C و راهبردهای مقابله ای در افراد مبتلا به سرطان و عادی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۳(۱۲)، ۳۹-۱۷.

خاتم ساز، زینب؛ معارف وند، معصومه. (۱۳۹۳). راهبردهای مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به سرطان. مددکاری اجتماعی، ۳(۳)، ۹-۳.

سپاه منصور، مژگان؛ امامی پور، سوزان؛ امرالهی بیوکی، عطیه. (۱۳۹۳). مقایسه عملکرد خانواده و طرحواره های ناسازگار اولیه در دو گروه نوجوانان مستقل و وابسته به دیگران. تحقیقات روانشناختی، ۶(۲۴)، ۳۳-۱۳.

- Kostak, M. A., Avci, G. (2013). Hopelessness and depression levels of parents of children with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(11), 6833-8.
- Milbury, K., Badr, H., Fossella, F., Pisters, K. M., Carmack, C. L. (2013). Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2371-9.
- Milligan, K. (2013). Cognitive distortions as a mediator between early maladaptive schema and hopelessness.
- Mitschke, D. B. (2008). Cancer in the family: review of the psychosocial perspectives of patients and family members. *Journal of Family Social Work*, 11(2), 166-84.
- Myaskovsky, L., Dew, M. A., Switzer, G. E., McNulty, M. L., DiMartini, A. F., McCurry, K. R. (2005). Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. *Social science & medicine* (2005), 60(10), 2321.
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Schafenacker, A. M., Weiss, D., editors. (2012). The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars in oncology nursing*, Elsevier.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H. (2012). How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 258-63.
- Renner, F., Lobbstaël, J., Peeters, F., Arntz, A., Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of affective disorders*, 136(3), 581-90.
- Sajadian, A., Hydary, L., Mokhtari Hesari, P. (2015). Common Breast Cancer Family Care Giving Problems. *Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases*. 8(2), 7-14
- Shaghaghay, F., Saffarinia, M., Iranpoor, M., Soltanynejad, A. (2011). The relationship of early maladaptive schemas, attributional styles and learned helplessness among addicted and non-addicted men. *Addiction & health*, 3(1-2), 45.
- Steele, R. G., Long, A., Reddy, K. A., Luhr, M., Phipps, S. (2003). Changes in maternal distress and child-rearing strategies across treatment for pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(7), 447-52.
- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., Callahan, S. (2011). Influence between early maladaptive schemas and depression. *L'encephale*, 37(4), 293-8.
- Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., Farahmand, Z. (2018). Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of affective disorders*, 235, 82-9.
- Esfahani, Fatemeh. (2010). Missing Points of Supportive Interventions in Cancer Treatments. *Quarterly Journal of Points on Cancer*, 11(25), 4.
- Farahani, B., Safavi, M., Salehi, S. H. (2004). A survey on care education effect on knowledge, attitude and practice of cancer caregivers' undertaken chemotherapy in hospitals affiliated TEHRAN university medical science. *Azadmedical university J*, 14(2), 99-103.
- Fathollah Zadeh, E., Parry, Y., Eshghi, P. (2021). Hope in Iranian mothers of children with cancer: a descriptive correlational study. *Supportive Care in Cancer*, 29(7), 3697-705.
- 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.
- Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., Currow, D. (2012). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *Journal of Oncology Practice*, 9(4), 197-202.
- Glajchen, M. (2004). The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *The journal of supportive oncology*, 2(2), 145-55.
- Günay, U., Özkan, M. (2019). Emotions and coping methods of Turkish parents of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(3), 398-412.
- Hatami-Nasari, F., Azadfallah, P., Tork, M., Eydi-Baygi, M., Gharaie-Ardakani, S. (2017). Examining the Effectiveness of Group Cognitive-behavioral Therapy on Maladaptive Schemas of Individuals with Substance Abuse. *Community Health Journal*, 9(2), 10-9.
- Kim, Y., Schulz, R. (2008). Family caregivers' strains: comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 483-503.

- low self-esteem, and childhood parentification. *The American Journal of Family Therapy*, 27, 63-71.
- 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.
- Tariq, A., Reid, C., Chan, S. W. (2021). A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, 51(8), 1233-48.
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C., & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness,

