Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2022; Vol 7(4), Spring, pp 64-76

Evaluation of adaptive behaviors and its relation with quality of life and self-efficacy in mothers of children with cancer referred to the oncology ward of Beset Hospital in Sanandaj, 2021

Nadereh Khaledian[1], Shahna Ghasemi Salawati[2], Neda Sheikhzakaryaee[3], Yosra Amini[1]

1. Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
2. Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3. Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

*** Corresponding author:** Neda Sheikhzakaryaee**, Email:** n.zakaryaie@gmail.com**, Tel:** 087- 33664645

Received: 6 December 2021 **Accepted:** 5 May 2022

Abstract

Background & Aim: Diagnosing cancer poses many challenges for the family, especially the mother. The aim of this study was to evaluation of adaptive behaviors and its correlation with quality of life and self-efficacy in mothers of children who has cancer referred to the oncology ward of Beset Hospital in Sanandaj, 2021.

Materials & Methods: In this descriptive-analytical study, 78 mothers with children with cancer hospitalized in Beset Hospital in Sanandaj were included in the study through census sampling. Data were collected using demographic questionnaires, parent health compliance checklist, caregivers' quality of life of cancer patients, and Scherer's general self-efficacy. The obtained data were analyzed by SPSS version 22, descriptive and inferential statistics.

Results: The mean of the total "health adjustment checklist for parents" in the mothers under study was 17.71, the mean of the total score of "quality of life" of mothers was 34.87 and the mean of the total score of "general self-efficacy" in mothers was 51.52. The correlation results showed that there was a positive and significant correlation between the pattern of total adaptive behaviors and self-efficacy (P = 0.02) but there was no significant relationship with quality of life (p = 0.8).

Conclusion: The results can be helpful to health care group managers in planning to meet their care needs, So that the family of the child with cancer and the child themselves can achieve a higher level of quality of life and care with appropriate quality and low cost and family-oriented by taking advantage of better care.

Key words: Adaptive behaviors, Quality of Life, Efficacy, Mothers

How to cite this article: Khaledian N, Ghasemi Salawati SH, Sheikhzakaryaee N, Amini Y. Evaluation of adaptive behaviors and its relation with quality of life and self-efficacy in mothers of children with cancer referred to the oncology ward of Beset Hospital in Sanandaj, 2021. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2022;7(4): 64-76. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-460-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

بررسی رفتارهای تطابقی و همبستگی آن باکیفیت زندگی و خودکارآمدی در مادران دارای کودک مبتلابه سرطان مراجعه‌کننده به بخش انکولوژی بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال 1400

نادره خالدیان[1]، شهناز صلواتی قاسمی[2]، ندا شیخ ذکریایی*[3]، یسرا امینی[4]

1. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
2. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
3. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

* **نویسنده مسئول:** ندا شیخ ذکریایی، **ایمیل:** n.zakaryaie@gmail.com، **تلفن:** 087-33664645

تاریخ دریافت: 1400/09/15 **تاریخ پذیرش:** 1401/02/15

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص ابتلا به سرطان، خانواده بخصوص مادر را با چالش‌های فراوانی روبه‌رو می‌کند. این مطالعه باهدف بررسی رفتارهای تطابقی و همبستگی آن باکیفیت زندگی و خودکارآمدی در مادران دارای کودک مبتلابه سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال 1400 صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی 82 مادر دارای کودک مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان بعثت شهر سنندج از طریق نمونه‌گیری سرشماری وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های دموگرافیک، سیاهه تطابق سلامت برای والدین، کیفیت زندگی مراقبت دهندگان از بیماران مبتلا به سرطان و خودکارآمدی عمومی شرر جمع‌آوری شد. اطلاعات به‌دست‌آمده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه 22، آمار توصیفی و استنباطی آنالیز شد.

یافته‌ها: میانگین کل "سیاهه تطابق سلامت برای والدین" در مادران موردمطالعه حاضر 11/95 ± 71/17، میانگین نمره کل "کیفیت زندگی" مادران 14/31 ± 83/74 و میانگین نمره کل "خودکارآمدی عمومی" در مادران 6/02 ± 52/51 به دست آمد. نتایج همبستگی نشان داد که بین الگوی رفتارهای تطابقی کل با خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (p=0/02) ولی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری نداشت (p=0/8)

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این بررسی می‌تواند به مدیران گروه بهداشت و درمان در برنامه‌ریزی منطبق بر نیازهای مراقبتی کمک‌کننده باشد تا خانواده کودک مبتلابه سرطان و خود کودک با بهره‌گیری از مراقبت‌های بهتر به سطح بالاتری از کیفیت زندگی و مراقبت با کیفیت مناسب و هزینه کم و خانواده محور دست یابند.

واژه‌های کلیدی: رفتارهای تطابقی، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، مادران

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

بیماری سرطان از نظر فراوانی در جامعه، یکی از مسائل عمده حوزه سلامت است (1). واژه سرطان به‌طورکلی برای معرفی تومور بدخیم و یا رشد غیرقابل‌کنترل سلول‌های بدخیم در هر قسمتی از بدن استفاده می‌شود (2). واژه سرطان کودکان به تشخیص سرطان در کودکان زیر 15 سال اطلاق می‌شود (3). سرطان دومین علت مرگ در کودکان سنین 5 - 15 ساله است. بطوریکه در کودکان زیر 15 سال حدود 4 درصد و در کودکان بین 5 - 10 سال حدود 13 درصد از مرگ را به خود اختصاص داده است (3). افزایش میزان بهبودی، گرایش به بستری کوتاه مدت در بیمارستان و افزایش مراقبت‌های سرپایی سبب افزایش رنج مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری مزمن برای خانواده‌ها شده است. به‌طوری‌که از مراقبان این بیماران تحت عنوان بیماران مخفی یاد می‌شود (4). والدین بخصوص مادر در مراقبت از کودک مبتلابه سرطان نقش حائز اهمیتی دارند (3). مادران به‌عنوان یکی از ارکان اصلی در ارائه خدمت و مراقبت، تنش‌های فراوانی را متحمل می‌شوند (5). سازگاری با تنش‌ها و شرایط حاصل از بیماری مزمن در خانواده نیاز به تلاش مقابله‌ای و رفتارهای انطباقی قابل‌توجهی دارد (4). در حال حاضر درزمینهٔ تطابق والدین کودکان مبتلابه بیماری مزمن دو رویکرد انطباقی وجود دارد. رویکرد اول مراحل تطابق را مدنظر قرار می‌دهد که شامل ناباوری، عصبانیت، چانه‌زنی و پذیرش است (6). رویکرد دوم در سال 1982 توسط Mc-Cubbin و همکاران مطرح شد که این رویکرد از لحاظ مداخلات بالینی اهمیت بیشتری دارد (7). برخی از این رفتارهای تطابقی شامل جستجو برای یافتن اطلاعات، برقراری ارتباط با خانواده‌های مشابه، مبادله احساسات با دیگران، مستقل تربیت کردن کودک بیمار، ارتباط نزدیک‌تر با همسر، دعا و نیایش، ورزش و تفریح فردی، حمایت بیشتر اعضای خانواده و حمایت‌های اجتماعی است (8). در این رویکرد رفتار تطابقی در سه الگو طبقه‌بندی‌شده است که شامل: الگوی اول رفتارهای حفظ تمامیت خانواده و مطلوب نمودن موقعیت، الگوی دوم حمایت اجتماعی، عزت‌نفس و ثبات روانی و الگوی سوم رفتارهای مبنی بر درک از موقعیت پزشکی از طریق ارتباط با والدین کودکان مشابه و مشاوره با اعضای گروه پزشکی است (9). تطابق مؤثر والدین با وضعیت ایجادشده و رفتارهای مراقبتی صحیح می‌تواند سبب محافظت کودک از احساس ناامیدی در طی درمان، سازمان‌دهی نقش‌ها، الگوهای تعاملی و روابط داخل و خارج اعضای خانواده شود (3). ازاین‌رو باید به توانمندسازی خانواده‌ها در جهت کسب یک نقش فعال توجه ویژه‌ای شود (10). یکی از مفاهیم توانمندسازی، خودکارآمدی است (11). خودکارآمدی والدین، باورها و اعتقادات آن‌هاست که سبب حفظ توانایی‌های آن‌ها در جهت سازمان‌دهی و اجرای مجموعه وظایف مربوط به پدر و مادر یک کودک است که به عنوان باورهای شخصی و پیش‌بینی کننده عملکرد شخص شناسایی‌شده است (12). ایجاد و تقویت خودکار آمدی از چهار منبع منشا می‌گیرد که شامل تجربه شخصی، تقویت باورهای خودکارآمدی از طریق تجارب، ترغیب کلامی و وضعیت فیزیولوژیک و هیجانی افراد است (13). وقوع بیماری مزمن دریکی از فرزندان خانواده بحرانی برای کل خانواده محسوب می‌شود (10). تغییرات جسمی، حسی و فشارهای روانی و مراقبتی باعث متأثر شدن کیفیت زندگی، عملکرد فرد و خانواده و دیگر سیستم‌های مرتبط با خانواده می‌شود (14). در نظر گرفتن کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلابه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

سرطان جهت بهبود سیر درمان و مراقبت مؤثر و بهبود کودکان مبتلابه سرطان اهمیت بالایی دارد. کیفیت زندگی قضاوت ذهنی است که ارزیابی آن به اطلاعات گزارش‌شده توسط فرد بستگی دارد (15) و به‌طورکلی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که ابعاد توانایی عملکردی، وضعیت اقتصادی اجتماعی، وضعیت عاطفی و حتی ارزش-های فرهنگی، اخلاقی و مذهبی را در برمی‌گیرد (16). سرطان باوجود وضعیت تهدیدکنندگی که برای حیات فرد دارد، تأثیرات روحی و روانی که کودک مبتلابه سرطان در خانواده بر جای می‌گذارد گاهی ناتوان‌کننده‌تر از ماهیت جسمی بیماری است (17). در مطالعه بیابانی و همکاران رفتارهای تطابقی مادران در هر سه الگوی رفتاری نمرات پایینی را کسب کردند که نشان می‌دهد رفتارهای تطابقی مؤثر و کارآمدی را نداشتند (6). یافته‌های مطالعه نیک فرید و همکاران حاکی از این است که در الگوهای رفتاری یک و سه نمرات پایین‌تری کسب نمودند و ناموفق بودند (9). لذا هدف از انجام این مطالعه بررسی رفتارهای تطابقی و همبستگی آن باکیفیت زندگی و خودکارآمدی در مادران دارای کودک مبتلابه سرطان مراجعه‌کننده به بخش انکولوژی بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال 1400 است تا با آگاهی به‌دست‌آمده از رفتارهای تطابقی و همبستگی آن باکیفیت زندگی و خودکارآمدی، اقدامات آموزشی و حمایتی لازم از آنان انجام پذیرد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی می باشد. نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری از تمام مادران دارای کودک مبتلابه سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت بخش انکولوژی کودکان (82 نفر) انجام گرفت. معیار ورود به مطالعه شامل رضایت مادر مبنی بر شرکت در مطالعه، ابتلای کودک به سرطان، گذشت حداقل سه ماه از شروع درمان کودک مبتلابه سرطان و عدم وجود بیماری‌های روحی و روانی محرز در مادر بود؛ که طبق این معیارها درنهایت 78 مادر دارای کودک مبتلابه سرطان وارد مطالعه شدند. پژوهش با رعایت اصول اخلاقی شامل: اخذ شناسه اخلاق IR.MUK.REC.1399.279، اطمینان به واحدهای پژوهش در جهت محرمانه ماندن اطلاعات، شفاف‌سازی مادران درزمینه اهمیت و اهداف پژوهش، توضیح به مادران مبنی بر اختیاری بودن شرکت در مطالعه و توزیع پرسشنامه‌ها بدون نام و با شماره‌گذاری انجام گرفت. پژوهشگران این مطالعه تا پایان تکمیل پرسشنامه‌ها جهت پاسخگویی به سؤالات احتمالی حضور داشتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل چهار بخش بود. بخش اول اطلاعات دموگرافیک (سن کودک، جنس کودک، نوع و مرحله سرطان، مدت‌زمان ابتلای کودک به سرطان، رتبه تولد، سن مادر، تحصیلات و شغل مادر، سن پدر، تحصیلات و شغل پدر، شهرستان محل سکونت، وضعیت اقتصادی) بود. بخش دوم پرسشنامه سیاهه تطابق سلامت برای والدین (CHIP: Coping Health Inventory Parent) که توسط مک کوبین و همکاران جهت سنجش رفتارهای تطابقی والدین دارای کودک مبتلابه بیماری‌های مزمن طراحی‌شده است (6،9). این پرسشنامه شامل 45 رفتار تطابقی است. والدین رفتارهایی را که انجام می‌دهند، علامت زده و میزان مفید بودن آن را در تطابق با بیماری کودکشان روی یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای مشخص می‌کنند (3= خیلی مفید،2= نسبتاً مفید، 1= کمی مفید، 0= مفید نبود) و درصورتی‌که رفتاری توسط والدین انجام نمی‌شود، باید تعیین نمایند که امکان انجام آن نبوده یا امکانش بوده اما انجام نداده است. رفتارهای تطابقی موردبررسی در این پرسشنامه در سه الگو طبقه‌بندی شدند که شامل 19 عبارت در حیطه تمامیت خانواده و مطلوب سازی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

موقعیت، 18 عبارت در حیطه حمایت اجتماعی، عزت‌نفس و
ثبات روانی و 8 عبارت در حیطه ارتباط و مشاوره پزشکی هست. دامنه نمره رفتارهای تطابقی در الگوی 1، صفرتا 57؛ در الگوی 2، صفرتا 54؛ در الگوی 3، صفرتا 24 و در کل نمره پرسشنامه در دامنه بین صفرتا 135 قرار دارد. مک کوبین و همکاران آلفای کرونباخ را جهت سنجش ثبات درونی ابزار طی دو مطالعه 0/71 و 0/79 گزارش کردند (6،7،9). نسخه ایرانی ابزار توسط نیک فرید و همکاران هنجاریابی شد و در این مطالعه روایی و پایایی آن تائید شد (9). پرسشنامه سوم سنجش کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلابه سرطان با استفاده از نسخه فارسی ابزار کیفیت زندگی مراقبان افراد مبتلابه سرطان (CQOLC: The Caregiver Quality of life- Cancer) که توسط ویتزنر و همکاران در آمریکا سال 1997 مطرح گردید. در ایران توسط خنجری و همکاران به فارسی ترجمه و اعتبارسنجی آن به روش صوری، محتوایی و ساختاری انجام‌یافته و پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ 0/89 گزارش‌شده است (4،18). پرسشنامه CQOLC دارای 35 گویه و به هر گویه بر اساس مقیاس 5 گزینه‌ای لیکرت امتیاز تعلق می‌گیرد. امتیازبندی هر گویه در محدوده 0 تا 4 (0= اصلاً، 1= کمی، 2= تا حدودی، 3= زیاد، 4= همیشه) و در کل امتیاز پرسشنامه در محدوده بین صفرتا 140 می‌باشد. این پرسشنامه، کیفیت زندگی مراقبت دهنده را در چهار بعد موردسنجش قرار می‌دهد که شامل رنج روحی و جسمی با 14 گویه (اختلالات خواب، رضایت از زندگی جنسی، ترس از مرگ بیمار، سطح استرس، کانون توجه روزانه، تنیدگی روانی، احساس گناه، ناامیدی، عصبی شدن، ناراحتی، تأثیر بیماری بر خانواده و نگرش خانواده)، گسیختگی سبک زندگی با 9 گویه (فعالیت‌های روزانه، تأثیر بیماری بر برنامه‌های زندگی، عادات غذایی بیمار، حمل‌ونقل، مسئولیت در قبال مراقبت از بیمار، تغییر در اولویت‌ها، محافظت از بیمار و مدیریت درد بیمار)، سازگاری مثبت با 8 گویه (دیدگاه نسبت به زندگی، معنویت، حمایت اجتماعی، ارتباط با بیمار، ارتباط با خانواده، اطلاعات درباره بیماری، مراقبت و حمایت خانوادگی)، نگرانی اقتصادی با 3 گویه (فشار اقتصادی، بیمه و نگرانی در مورد آینده) و نیز یک گویه مربوط به علاقه خانواده می‌باشد. گویه مربوط به علاقه خانواده در هیچ‌یک از زیرمجموعه‌های نامبرده قرار ندارد و در نمره کلی کیفیت زندگی محاسبه‌شده است. نمره بالا در کل ابزار و هر بعد CQOLC نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالا هست. آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه خنجری و همکاران 0/88 برآورد شده است (1،18). پرسشنامه چهارم مقیاس خودکار آمدی عمومی شرر است که شامل 17 سؤال در مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف 1، مخالف 2، نظری ندارم 3، موافق 4، کاملاً موافق 5) هست. بالاترین نمره 85 و کمترین امتیاز 17 هست و نمرات بالای 51 خودکارآمدی خوب در نظر گرفته می‌شود (10). نمره دهی سؤالات 2-4-16-14-12-11-7-5 به‌صورت معکوس هست. شرر و مادوکس میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را 0/86 گزارش کرده‌اند (19). بعد از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه 22 انجام شد. برای تحلیل سؤالات تحقیق از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی) و جهت تحلیل نرمال بودن توزیع داده‌های کمی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف انجام شد. برای فرضیات 2 و 3 از ضریب همبستگی پیرسون در غیر این صورت از ضریب همبستگی اسپیرمن و برای فرضیه 1 با توجه به تنوع در ویژگی‌های

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

دموگرافیک برحسب مقیاس اندازه‌گیری متغیرها و نوع توزیع داده‌ها جهت متغیرهای گروه‌بندی و اسمی از آزمون کای اسکویر و برای مقایسه متغیرهای کمی t.Test و مقایسه در بیش از دو گروه از آنالیز واریانس استفاده گردید.

یافته‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی، روی 82 نفر از مادران داری کودکان مبتلابه سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال 1400 انجام‌شده است که نتایج نشان داد که میانگین ± انحراف معیار سنی آن‌ها 4/27± 7/6 سال و تعداد 49 نفر (59/8٪) آن‌ها پسر بودند و میانگین ± انحراف معیار مدت‌زمان ابتلا به بیماری آن‌ها 1/50± 1/82 سال بود و بیشتر بیماران موردبررسی مبتلابه سرطان خون بودند. میانگین ± انحراف معیار سنی مادر و پدر بیماران به ترتیب 7/74± 35/4 و 8/67± 40/9 سال بود و 46/3٪ آن‌ها تک‌فرزند و 42/7٪ آن‌ها دارای دو فرزند بودند. بیشترین فراوانی تحصیلات والدین بیماران کمتر از دیپلم بود و ازنظر شغل والدین، 71 نفر (86/6٪) مادران خانه‌دار و شغل 72 نفر (87/8٪) پدران آزاد بود. درآمد اکثر آن‌ها کمتر از 2 میلیون تومان گزارش شد و 62/2٪ بیماران موردبررسی از سایر شهرستان‌ها و 37/8 ٪ آن‌ها ساکن شهرستان سنندج موردبررسی قرار گرفتند. در بررسی تشخیص رفتارهای تطبیقی والدین در این مطالعه میانگین ± انحراف معیار نمره آن‌ها 11/95± 71/17 به دست آمد و میانگین ± انحراف معیار نمره زیرگونه‌های آن‌ها به ترتیب الگوی تطابقی 1 (تمامیت خانواده و مطلوب سازی موقعیت)، الگوی تطابقی 2 (حمایت اجتماعی عزت‌نفس و ثبات روانی) و الگوی تطابقی 3 (ارتباط و مشاوره پزشکی) به ترتیب 4±/95 22/37 و 5/95± 31/98 به دست آمد. همچنین میانگین ± انحراف معیار نمره کیفیت زندگی آن‌ها 14±/31 83/74 و میانگین ± انحراف معیار نمره خودکارآمدی 6/02± 52/51 بود که 35 نفر (42/7٪) آن‌ها در گروه خودکارآمدی خوب و 47 نفر (57/3٪) آن‌ها در گروه خودکارآمدی متوسط قرار گرفتند (جدول شماره 1). نتایج همبستگی بین تغییرهای دموگرافیک و الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی نشان داد که بین سن بیماران و الگوی تطابقی کل (تشخیص رفتارهای تطابقی والدین) و الگوی تطابقی 2 (حمایت اجتماعی عزت‌نفس و ثبات روانی) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد و بین مدت‌زمان ابتلا به بیماری و سن پدر و الگوی تطابقی 3 (ارتباط و مشاوره پزشکی) نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری گزارش‌شده است. همچنین نتایج نشان داد بین سن بیمار، سن پدر و سن مادر باکیفیت زندگی آن‌ها همبستگی منفی و معنی‌داری مشاهده‌شده است و بین سن مادر و خودکارآمدی در این مطالعه همبستگی منفی و معنی‌داری گزارش گردید (P=0/005) (جدول شماره 2). در این مطالعه همبستگی بین الگوهای تطابقی و کیفیت زندگی و خودکارآمدی نشان داد که بین الگوی تطابقی 1 (تمامیت خانواده و مطلوب سازی موقعیت) و خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (P=0/005). همچنین بین الگوی تطابقی کل (تشخیص رفتارهای تطابقی والدین) و نیز خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنی‌داری گزارش‌شده است ولی بین الگوی تطابقی کل با کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده نشد (جدول شماره 3). در مقایسه میانگین نمرات الگوی تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی برحسب جنسیت نتایج نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین این نمرات در بین پسران و دختران مشاهده نشد (P>0/05) (جدول شماره 4). الگوی تطابقی 3 (ارتباط و مشاوره پزشکی) در بین رتبه تولد کودکان تفاوت معنی‌داری را نشان داد (P=0/023) ولی بین سایر الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی با رتبه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

تولد بیماران تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (0/05= P)(جدول شماره 5). ازنظر نوع سرطان و الگوهای تطابقی، تفاوت معنی داری مشاهده نشد ولی ازنظر خودکارآمدی و وضعیت درآمد آن‌ها تفاوت معنی‌دار بود (P=0/011)(جدول شماره 6 و 7). مقایسه میانگین نمرات الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی برحسب محل سکونت آن‌ها نیز در جدول شماره 8 نشان داده شده است که نمره الگوی تطابقی 2 (حمایت اجتماعی عزت‌نفس و ثبات روانی) و الگوی تطابقی 3 (ارتباط و مشاوره پزشکی) و کیفیت زندگی با محل سکونت در سایر شهرستان‌ها تفاوت معنی داری را گزارش کرده است (P>0/05). نتایج نشان داد که فقط در الگوی تطابقی 2 و تحصیلات مادر تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد بین سایر الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی با تحصیلات پدر و مادر تفاوت آماری معنی‌داری گزارش نشد (P>0/05) (جدول شماره 9). همچنین بین کیفیت زندگی و شغل پدر در بیماران موردمطالعه تفاوت آماری معنی‌داری گزارش گردید (P=0/001)(جدول شماره 10).

جدول شماره 1: میانگین و انحراف معیار نمره الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در بیماران موردمطالعه

متغیر	فراوانی	بیشترین-کمترین
الگوی تطابقی کل (تشخیص رفتارهای تطابقی والدین)	71/17 11±/95	96-27
الگوی تطابقی 1 (تمامیت خانواده و مطلوب سازی موقعیت)	22/37 4±/95	31-13
الگوی تطابقی 2 (حمایت اجتماعی عزت‌نفس و ثبات روانی)	31/98 5±/95	46-9
الگوی تطابقی 3 (ارتباط و مشاوره پزشکی)	14/09 2±/29	18-5
کیفیت زندگی کل	83/74 14±/31	114-52
رنج روحی و جسمی	37/77±9/11	56-17
گسیختگی سبک زندگی	16/76±7/88	36-1
نگرانی اقتصادی	7/76±3/64	12-0
خودکارآمدی کل	52/51 6±/02	67-38
خودکارآمدی متوسط	35	42/7
خوب	47	57/3

جدول شماره2: همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک و الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی

متغیر	سن r	P	مدت‌زمان ابتلا r	P	سن مادر r	P	سن پدر r	P
الگوی تطابقی 1	0/132	0/236	-0/024	0/831	-0/034	0/763	0/087	0/437
الگوی تطابقی 2	0/251	0/024	-0/045	0/693	0/159	0/157	0/217	0/052
الگوی تطابقی 3	0/102	0/361	0/012	0/912	0/180	0/106	0/332	0/002
الگوی تطابقی کل	0/238	0/031	-/040	0/721	0/142	0/204	0/264	0/016
کیفیت زندگی	-0/253	0/022	0/035	0/753	-0/327	0/003	-0/252	0/023
خودکارآمدی	-0/180	0/105	-0/096	0/393	-0/305	0/005	0/032	0/773

r= Spearman

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

جدول شماره 3: همبستگی بین الگوهای تطابقی باکیفیت زندگی و خودکارآمدی

متغیر	کیفیت زندگی		خودکارآمدی	
	r	P	r	P
الگوی تطابقی 1	0/143	0/200	0/310	0/005
الگوی تطابقی 2	0/063	0/577	0/213	0/056
الگوی تطابقی 3	0/057	0/608	0/066	0/556
الگوی تطابقی کل	0/028	0/803	0/242	0/028

r= Spearman

جدول شماره4:. مقایسه میانگین نمرات الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی برحسب جنسیت

متغیر	پسر	دختر	P-value
الگوی تطابقی 1	22/5 4±/83	22/2 5±/06	0/768
الگوی تطابقی 2	31/2 6±/08	33/1 5±/67	0/157
الگوی تطابقی 3	14/1 2±/53	14/2 1±/92	0/642
الگوی تطابقی کل	70/8 11±/98	71/6 12±/09	0/774
کیفیت زندگی	83/7 14±/42	83/8 14±/38	0/970
خودکارآمدی	52/2 6±/54	52/9 5±/21	0/574

جدول شماره5: مقایسه میانگین نمرات الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی برحسب رتبه تولد

متغیر	اول	دوم	سه و بالاتر	P-value
الگوی تطابقی 1	21/7 4±/87	23/4 5±/15	21 3±/39	0/245
الگوی تطابقی 2	30/5 6±/82	33/5 5±/07	32/1 3±/62	0/101
الگوی تطابقی 3	13/4 2±/36	14/8 2±/15	14/1 1±/69	0/023
الگوی تطابقی کل	68 13±/08	74/7 10±/85	70/6 7±/28	0/056
کیفیت زندگی	84/9 14±/68	84/7 14±/21	74/7 15±/80	0/137
خودکارآمدی	52/6 4±/65	52/9 7±/62	50/3 3±/70	0/509

جدول شماره6: مقایسه میانگین نمرات الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی برحسب نوع سرطان

متغیر	خون	استخوان	سایر	P-value
الگوی تطابقی 1	21/7 4±/87	22/5 5±/05	24/6 4±/48	0/145
الگوی تطابقی 2	31/6 6±/73	33/1 3±/13	32/4 4±/71	0/672
الگوی تطابقی 3	14/1 2±/32	13/8 2±/40	14/2 2±/21	0/906
الگوی تطابقی کل	69/9 13±/31	72/8 9±/23	74/3 7±/55	0/422
کیفیت زندگی	84/9 14±/5	85/5 11±/07	76/7 14±/35	0/071
خودکارآمدی	52/1 6±/51	53/7 6±/26	52/8 3±/46	0/693

جدول شماره7: مقایسه میانگین نمرات الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی برحسب میزان درآمد ماهیانه

متغیر	کمتر از 2 میلیون	2-5 میلیون	بیش از 5 میلیون	P-value
الگوی تطابقی 1	22 5±/32	22/3 4±/08	24/8 2±/61	0/262
الگوی تطابقی 2	31/7 6±/76	32/1 3±/86	33/2 4±/65	0/796
الگوی تطابقی 3	14/1 2±/47	13/8 1±/77	14/7 2±/04	0/601
الگوی تطابقی کل	70/4 13±/54	71/8 7±/28	74/7 7±/83	0/592

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

کیفیت زندگی	85/4 14±/20	79/4 12±/83	81/2 17±/89	0/278
خودکارآمدی	53/8 6±/21	49/2 6±/28	50/4 2±/45	0/011

جدول شماره8: مقایسه میانگین نمرات الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی برحسب محل سکونت

متغییر	شهر سنندج	سایر شهرستان‌ها	P-value
الگوی تطابقی 1	21/3 5±/12	23 4±/69	0/141
الگوی تطابقی 2	30/2 5±/80	33/1 5±/84	0/035
الگوی تطابقی 3	13/4 2±/14	14/5 2±/30	0/036
الگوی تطابقی کل	67/8 11±/72	73/2 11±/76	0/051
کیفیت زندگی	77/8 14±/13	87/3 13±/34	0/003
خودکارآمدی	51/6 5±/62	53/1 6±/25	0/312

جدول شماره9: مقایسه میانگین نمرات الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی برحسب تحصیلات مادر

	تحصیلات مادر				تحصیلات پدر			
متغییر	زیر دیپلم	دیپلم	دانشگاهی	P-value	زیر دیپلم	دیپلم	دانشگاهی	P-value
الگوی تطابقی 1	4±/43	5±/68	4±/60	0/174	4±/54	5±/56	4±/16	0/101
	23/3	22/1	20/7		23/1	20/7	23/4	
الگوی تطابقی 2	4±/66	6±/61	6±/83	0/048	6±/10	5±/84	5±/91	0/540
	33/4	31/8	29/3		32/7	31/1	31/6	
الگوی تطابقی 3	2±/14	2±/53	1±/18	0/148	2±/62	1±/66	2±/37	0/539
	14/6	13/5	13/7		14/2	13/7	14/4	
الگوی تطابقی کل	9±/06	14±/30	12±/92	0/046	73 11±/71	12±/94	10±/25	0/178
	74/2	69/8	66/3			67/5	72/4	
کیفیت زندگی	12±/56	13±/53	17±/63	0/145	13±/26	12±/46	17±/53	0/063
	86/9	81/2	80/1		87/5	79/7	81/1	
خودکارآمدی	6±/84	5±/47	3±/86	0/077	7±/13	4±/50	4±/62	0/116
	53/4	53/1	49/7		53/7	52/2	50/1	

جدول شماره10: مقایسه میانگین نمرات الگوهای تطابقی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی برحسب شغل والدین

	شغل مادر			شغل پدر		
متغییر	خانه‌دار	کارمند	P-value	آزاد	کارمند	P-value
الگوی تطابقی 1	22/2 5±/08	23/09 3±/61	0/607	22/3 4±/97	22/7 4±/54	0/826
الگوی تطابقی 2	31/7 6±/15	33/5 4±/39	0/354	31/9 6±/10	32/4 4±/67	0/817
الگوی تطابقی 3	13/9 2±/35	15/2 1±/83	0/093	14/1 2±/28	14/7 2±/40	0/379
الگوی تطابقی کل	70/6 12±/44	74/5 7±/73	0/317	70/8 12±/35	73/9 8±/59	0/445
کیفیت زندگی	84/7 13±/20	77/7 19±/85	0/135	85/7 13±/64	69/5 10±/98	0/001
خودکارآمدی	52/7 6±/30	50/8 3±/57	0/319	52/8 6±/24	49/9 3±/17	0/144

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

بحث

از هدف انجام این مطالعه بررسی رفتارهای تطابقی مادران دارای کودک مبتلابه سرطان و ارتباط آن با مشخصه‌های

گرفت. بر اساس نتایج گزارش‌شده، نمره کل سیاهه رفتارهای تطابق سلامت مادران 71/17 بود. بیشترین نمره کسب‌شده مربوط به خرده مقیاس‌های ابعاد حمایت اجتماعی، عزت‌نفس و ثبات روانی 31/98 و کمترین نمره کسب‌شده در این پرسشنامه مربوط به ارتباط و مشاوره پزشکی با میانگین و 14/09 هست. مقایسه نمرات در حیطه الگوهای رفتاری 1 و 3 در مطالعه حاضر با نمرات طبیعی نشان از پایین بودن نمرات کسب‌شده است که آن را می‌توان به پایین بودن نسبی سطح سواد و موقعیت اجتماعی- اقتصادی مادران شرکت‌کننده نسبت داد. می‌توان این یافته را باوجود تعداد بالای شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و خانه‌دار بودن آن‌ها توجیه کرد. مطالعه نیک فرید و همکاران این را تائید می‌کند (9). مادران در حیطه الگوی رفتاری 2 (حمایت اجتماعی، عزت‌نفس و ثبات روانی) نمره‌ای بالاتر از نمره طبیعی را کسب کرده‌اند؛ که با توجه به بافت فرهنگی استان کردستان و وجود قوم دوستی و صمیمیت، درد دل، ابراز احساسات، همدلی و همدردی با یکدیگر می‌توان این نتیجه را توجیه کرد. در مطالعه نیک فرید و همکاران و مطالعه Austin و همکاران بالا بودن نمرات الگوی شماره دو نسبت به نمرات طبیعی گزارش‌شده است (9 و 20). نمرات کسب‌شده در حیطه ارتباط و مشاوره پزشکی در این مطالعه پایین‌تر از دامنه نمرات طبیعی این الگو قرار دارد، اما نسبت به مطالعه نیک فرید و همکاران در دامنه بالاتری است که این نشان‌دهنده پیشرفت و موفقیت ارتباط بین خانواده‌های کودکان بیمار و گروه مراقبتی است (9). در این مطالعه نتایج همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک و الگوهای تطابقی، فردی یا مشخصه‌های مرتبط با بیماری بوده است؛ بنابراین در این مطالعه جهت ارزیابی کفایت تطابق والدین با بیماری مزمن، دو معیار که شامل: مقایسه نمرات کسب‌شده با نمرات طبیعی سیاهه و مقایسه نمرات والدین با تحقیقات مشابه انجام کیفیت زندگی و خودکارآمدی نشان داد که بین سن بیماران و الگوی تطابقی کل (تشخیص رفتارهای تطابقی والدین) و الگوی تطابقی 2 (حمایت اجتماعی عزت‌نفس و ثبات روانی) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد از طرفی هم تفاوت آماری معنی‌داری بین الگوی تطابقی 2 و تحصیلات مادر در این مطالعه وجود دارد. بین مدت‌زمان ابتلا، سن پدر و الگوی تطابقی 3 (ارتباط و مشاوره پزشکی) نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری گزارش‌شده است. در مطالعه نیک فرید و همکاران این یافته‌ها تائید نشده است؛ اما در مطالعه Garro و همکاران، Eapen و همکاران و Helseth و همکاران بین بعضی مؤلفه‌های دموگرافیک با نمرات رفتارهای تطابقی رابطه معناداری را عنوان کرده‌اند (21،22،23). مطالعه حسین زاده و همکاران در سال 2019 با انجام بر دو گروه درمان و گروه کنترل حاکی از نمرات پایین در هر سه حیطه نسبت به نمرات طبیعی است، اما با انجام مداخلات آموزشی بر گروه درمان پایش آنان بعد از گذشت سه ماه از مداخله نمرات در هر سه حیطه به‌طور چشمگیری به سطحی بالاتر از نمرات طبیعی دست‌یافت (24). ارزیابی کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلابه سرطان در این مطالعه حاکی از مناسب بودن کلی کیفیت زندگی آنان است. میزان کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان در مطالعه خنجری و همکاران 62/35، Bektas و همکاران 71/77 و Tang و همکاران 71/77 به‌دست‌آمده است (4 و 25 و 26). بررسی ابعاد کیفیت زندگی در مطالعه اخیر نشان از کمترین امتیاز کسب‌شده درزمینه نگرانی اقتصادی و سپس گسیختگی سبک زندگی است. پایین بودن نمره نگرانی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

اقتصادی با پایین بودن سطح اقتصادی اکثریت خانواده‌های شرکت‌کننده در این مطالعه و نگرانی در جهت هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مرتبط با درمان کودک و از طرفی پایین بودن امتیاز گسیختگی سبک زندگی با به خطر افتادن روابط زناشویی و حتی جدایی همسران بعد از ابتلای کودک به سرطان، صرف کردن وقت زیادی در جهت انجام امورات مراقبتی و غافل شدن از سایر کودکان و امورات خانه و نیازهای روزافزون کودکشان به مراقبت، قابل توجیه است. مطالعه Klassen و همکاران و مطالعه Othman و همکاران نشان از اثر مثبت سطح اقتصادی و درآمد بالای خانواده بر کیفیت زندگی آنان است (27 و 28). در این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری بین کیفت زندگی و شغل پدر گزارش‌شده است. اما در مطالعه حاضر علی‌رغم سطح پایین اقتصادی اکثریت خانواده‌های شرکت‌کننده، کیفیت زندگی از نمره مناسب و دامنه بالایی برخوردار است، چون اکثریت خانواده‌های شرکت‌کننده در این مطالعه سطح تحصیلات پایین‌تر از دیپلم را داشتند که باعث عدم مشارکت فعال والدین در تصمیم‌گیری درمانی کودکشان می‌شود. مطالعه Litzelman و همکاران تأییدی بر این گفته است که سطح تحصیلات بالاتر در والدین باعث تجربه استرس بیشتر، سردرگمی در انتخاب مسیر درمان و مشارکت فعال بیش‌ازحد و غیرضروری در درمان کودکشان می‌شود که این عوامل مسبب اثر منفی بر کیفیت زندگی آنان هست (29). در این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری بین کیفیت زندگی و شهر محل سکونت گزارش‌شده است. نتایج خودکارآمدی مادران موردمطالعه حاکی از خودکارآمدی خوب است. در مطالعه صلحی و همکاران این نتیجه، خودکارآمدی خوب تلقی شده است که با نتیجه حاصل در این مطالعه هم‌راستاست (30). نتایج همبستگی ارائه‌شده نشان می‌دهد که بین نمره کل رفتارهای تطابقی با نمره خود کارآمدی همبستگی معناداری وجود دارد، همچنین بین الگوی تطابقی 1 (تمامیت خانواده و مطلوب سازی موقعیت) و خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ که این مسئله می‌تواند نشان‌دهنده این مطلب باشد که هرچه شرایط خانواده جهت کنار آمدن با این موقعیت و حفظ یکپارچگی خانواده بیشتر باشد درنتیجه خودکارآمدی افراد نیز در مواجهه با این شرایط افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

در این تحقیق بین رفتارهای تطابقی و کیفیت زندگی ازلحاظ آماری رابطه معناداری مشاهده نشد، چراکه، کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند عوامل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، شخصیتی و فردی است و در طولانی‌مدت ارزیابی این متغیر میسر است، اما بین رفتارهای تطابقی و خودکارآمدی که در رابطه با باورها و اعتقادات فرد هست، در این تحقیق ارتباط معناداری گزارش‌شده است. نتایج این مطالعه می‌تواند چهارچوبی در مداخلات بالینی برای پرستاران در رابطه با مراقبت از کودکان مبتلابه سرطان و مادران آن‌ها باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل کار تحقیقات دانشجویی با شناسه اخلاق IR.MUK.REC.1399.279 بوده است. محققین این مطالعه بر خود لازم می‌دانند که از همکاری بی‌شائبه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مدیریت محترم پرستاری بیمارستان بعثت، سرپرستار بخش انکولوژی و همچنین از تمامی مادران دردمندی که ما را در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

انجام این مطالعه یاری کردند تشکر و قدردانی نمایند. نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی را ذکر نمی‌کنند.

تعارض منافع

References

1. Rezaei Z, Sharifian Sani M, Ostadhashemi L, Ghaedamini Harouni G. Quality of life of mothers of children with cancer in Iran. Koomesh journal. 2018;20(3):425-31. [Persian]
2. Shamsi A, Azizzadeh Forouzi M, Iranmanesh S. Psychosocial risks among parents of children with cancer. Iranian Journal of Pediatric Nursing. 2016;2(3):44-55. [Persian]

3. Barani M, Hassani L, Ghanbarnejad A, Molavi MA. Relationship between self-efficacy and caring behavior of mothers of children with cancer. Journal of Preventive Medicine. 2019;6(1):35-26.
4. Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. Effect of Coping Skills Training on Quality of Life among Parents of Children with Leukemia. Hayat. 2014;19(4):15-25. [Persian]
5. Cheraghi F, Feizy Barnaji A, Tapak L, Sadeghi A. The Relationship Between General Health Status and Quality of Life of Parents and Quality of Life of Children with Cancer. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2018;25(5):200-7. [Persian]
6. Biabani A, Kermansaravi F, Navidian A, Yaghoubinia F. An investigation into the relationship between care burden and adaptive behaviors of mothers of children with thalassemia. The Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization. 2020;17(1):47-56. [Persian]
7. McCubbin HI, McCubbin MA, Patterson JM, Cauble AE, Wilson LR, Warwick W. CHIP—Coping Health Inventory for Parents: An assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. Journal of Marriage and the Family. 1983;45(2):359-70.
8. Mu P-F, Kuo H-C, Chang K-P. Boundary ambiguity, coping patterns and depression in mothers caring for children with epilepsy in Taiwan. International journal of nursing studies. 2005;42(3):273-82.
9. Nikfarid L, Eezadi H, Shakoori M. Coping Behaviors of Mothers of Chronically Ill Children. Iran Journal of Nursing. 2012;24(74):53-62. [Persian]
10. Yun YH, Lee MK, Chang YJ, You CH, Kim S, Choi JS, et al. The life-sustaining treatments among cancer patients at end of life and the caregiver's experience and perspectives. Supportive care in cancer. 2010;18(2):189-96.
11. Modanloo S, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A, Pourhossein gholi A. Assessment of family function among parents of children with cancer. Iranian Journal of Nursing Research. 2015;10(1):56-65. [Persian]
12. Ahmadi z, Ashrafi f, Seyed Fatemi N, Haghani H. Relationship between social support with self-efficacy and blues maternity amonug nulliparous mothers with premature infants
Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. Iranian Journal of Pediatric Nursing. 2018;4(4):74-80. [Persian]
13. Abdoli B, Farsi A, Alikhani Rad A, Malekshahi M. The relationship between self-efficacy and emotional intelligence with the performance of men in the Premier League. 2013. p. 93-104. [Persian]
14. Parhiz Z, Birjandi MH, Khazaie T, Sharifzadeh G. The effects of an empowerment program on the knowledge, self-efficacy, self-esteem, and attitudes of mothers of preterm neonates. Modern Care Journal. 2016;13(3):1-5.
15. Valizadeh L, Hossein Poorfeizi A, Joonbakhsh F. Comparing the quality of life in children with cancer in Tabriz Children Medical and Training Center reported by themselves and their parents, 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014;3(1):1-8. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]

16. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira VD, Mazzardo O, Campos Wd. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. Brazilian Journal of Psychiatry. 2014;36(1):76-88.
17. Salvador Á, Crespo C, Barros L. The benefits of family-centered care for parental self-efficacy and psychological well-being in parents of children with cancer. Journal of Child and Family Studies. 2019; 28(7):1926-36.
18. Khanjari S, Oskouie F, Langius-Eklof A. Psychometric testing of the Caregiver Quality of Life. Index-Cancer scale in an Iranian sample of family caregivers to newly diagnosed breast cancer women. J Clin Nurs. 2012; 21(3-4):573-84.

19. Sheerer & Maddu JE. The self-efficacy scales: Construction and validation. Psychological Reports. 1982; 51(1):663-671.
20. Austin JK, MacLeod J, Dunn DW, Shen J, Perkins SM. Measuring stigma in children with epilepsy and their parents: instrument development and testing. Epilepsy Behave. 2004;5(4):472-82.
21. Garro A. Coping patterns in mothers/caregivers of children with chronic feeding problems. J Pediatr Health Care. 2004;18(3):138-44.
22. Eapen V, Revesz T. Psychosocial correlates of pediatric cancer in the United Arab Emirates.Support Care Cancer. 2003;11(3):185-89.
23. Helseth S. Having a Parent with Cancer: Coping and Quality of Life of Children during Serious Illness in the Family. Cancer Nurs. 2003;26(5):355-62.
24. Hoseinzadeh F. Radfar M. Moghaddamtabar F. khalkhali H. Effect of Resilience‐based Group Therapy Intervention on Coping in Mothers of Children with Cancer: A Randomized Clinical Trial. Iran J Nurs Midwifery Res. 2019;24(4):291-95.
25. Bektas HA, Ozer ZC. Reliability and validity of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale in Turkish cancer caregivers J Clin Nur. 2009;18(21):3003-12.
26. Tang W-R. Hospice family caregivers' quality of life. J Clin Oncol. 2009;18(18):2563-72.
27. Klassen AF, Klaassen R, Dix D, Pritchard S, Yanofsky R, O'Donnell M, et al. Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related quality of life. J Cline Oncol. 2008;26(36):5884-89.
28. Othman A, Mohamad N, Hussin ZA, Blunden S. Factors Related to Parental Well Being in Children with Cancer. International Conference on Social Science and Humanity; Singapore: IACSIT Press. 2011;5(1):254-60.
29. Lit Zelman K, Catrine K, Gangnon R, Witt WP. Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. Quall life Res. 2011;20(8):1261-69.
30. Solhi M, Kazemi SS, Yazdani J. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on general health status of women in Chaloos, Iran. Health Develop J. 2014; 3(2):150-62. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-22]