

سبک های مقابله ای ، عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی در نوجوانان مبتلا به سرطان خون (لوکمی) و هموفیلی

راحله کرم پور

دکتری تخصصی روانشناسی رشد - پزشکی ، انستیتو ویگوتسکی ، مسکو
مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات رشدی - عصبی کودک و نوجوان

علیرضا کاکاوند

دانشیار روانشناسی دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) ، قزوین

آیدا انصاری

کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت ، گروه روانشناسی ، دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد کرج ، ایران

Coping styles , self-esteem, self-concept and self-efficacy in adolescents with leukemia and hemophilia

Rahela Karampour

Medical - Developmental Psychologist , Vygotsky Institute of Psychology
Academic Staff , child and Adolescent Neurodevelopmental Disorders Psychotherapist , Iran

Alireza Kakavand

Associate Professor of psychology , Imam Khomeini International University , Qazvin , Iran

Aida Ansari

Master of personality psychology

Abstract

The purpose of this research is to compare coping styles and self-system (self-esteem, self-concept and social self-efficacy) among adolescents with leukemia, hemophilia and healthy. In this research, which was conducted using a causal-comparative method,

The statistical sample includes a total of 110 people from three groups of people, in the age range of 12 to 15 years, including 30 teenagers with leukemia, 40 people with hemophilia, and 40 healthy teenagers who were selected by purposive sampling. Child and Adolescent Coping (CCBQ), Rosenberg's self-esteem, Lipsite's self-concept, and Kenley's adolescent social self-efficacy were used as work tools.

The data was analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA). The results indicated that the three groups of leukemia, hemophilia and healthy are different in terms of coping styles; In this way, the mean of the two leukemia and hemophilia groups in the subscales of deviation from the problem and destructive coping is higher than the healthy group and in a way, these two groups use these coping styles more, and the healthy group also has a higher mean in the sub-scale of coping with the problem in order to improve it than the two sick groups, and as a result, this coping style They use it more. Also, the three groups have a significant difference in the self-esteem variable, and considering the higher average of the healthy group compared to the leukemia and hemophilia group, it can be concluded that the two patient groups have a lower level of self-esteem than the healthy group; In case, there was no significant difference between the three groups in the variable of self-concept. Among the subscales of self-efficacy, three groups have significant differences in the dimensions of social assertiveness and participation in social groups; Considering the higher average of the leukemia group than the hemophilia and healthy groups, it can be concluded that the leukemia group has more social assertiveness than the other two groups.

In terms of participation in social groups, the group with leukemia and hemophilia had a higher average than the healthy group. Also, no significant difference was observed in other dimensions of self-efficacy.

Keywords: coping styles, self-esteem, self-concept, social self-efficacy, leukemia, hemophilia

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سبک های مقابله ای و نظام خود (عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی اجتماعی) در بین نوجوانان مبتلا به سرطان خون، هموفیلی و سالم است. در این پژوهش که به روش علی-مقایسه ای انجام شد، نمونه آماری شامل جمعا ۱۱۰ نفر از سه گروه افراد میباشد که در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال، شامل ۳۰ نفر نوجوانان مبتلا به سرطان خون، ۴۰ نفر هموفیلی و ۴۰ نفر نوجوان سالم که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. پرسشنامه های سبک های مقابله ای کودکان و نوجوانان (CCBQ)، عزت نفس روزنبرگ، خودپنداره لپسیت و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان کنلی به عنوان ابزارهای کار مورد استفاده قرار گرفتند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاکی از این بود که سه گروه لوسمی، هموفیلی و سالم از لحاظ سبکهای مقابلهای باهم متفاوتند؛ به این صورت که میانگین دو گروه لوسمی و هموفیلی در زیرمقیاسهای انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر بیشتر از گروه سالم است و به نوعی این دو گروه، از این سبکهای مقابلهای بیشتر استفاده میکنند و گروه سالم نیز در زیر مقیاس کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن میانگین بالاتری نسبت به دو گروه بیمار دارند و در نتیجه، از این سبک مقابلهای بیشتر استفاده میکنند. همچنین سه گروه در متغیر عزت نفس تفاوت معنادار دارند و با توجه به میانگین بالاتر گروه سالم نسبت به گروه لوسمی و هموفیلی، میتوان نتیجه گرفت که دو گروه بیمار، سطح عزت نفس پایینتری نسبت به گروه سالم دارند؛ در صورتی که در متغیر خودپنداره سه گروه تفاوت معناداری با هم نداشتند. از بین زیرمقیاسهای خودکارآمدی، سه گروه در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروههای اجتماعی با هم تفاوت معنادار دارند؛ با توجه به میانگین بالاتر گروه لوسمی نسبت به گروه هموفیلی و سالم، میتوان نتیجه گرفت که گروه لوسمی قاطعیت اجتماعی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر دارند. از نظر شرکت در گروههای اجتماعی نیز، گروه مبتلا به لوسمی و هموفیلی میانگین بالاتری نسبت به گروه سالم داشتند. همچنین در بقیه ابعاد خودکارآمدی، تفاوت معنادار مشاهده نشد.

واژه های کلیدی: سبک های مقابله ای، عزت نفس، خودپنداره، خودکارآمدی اجتماعی، سرطان خون، هموفیلی

مقدمه:

در سالهای اخیر بیماری های مزمن پزشکی بویژه سرطان خون (لوکمی) شیوع فزاینده ای یافته است (جانی هانگ و همکاران ۲۰۲۲). مردم طولانی تر زندگی میکنند و مشکلات پزشکی که در گذشته با خطر مرگ و میر قابل ملاحظه ای همراه بودند هم اکنون به صورت موثرتری کنترل میشوند (وایت ۲۰۰۱ ترجمه مولودی، فتاحی ۱۳۸۹). ترنر^۱ و کلی (۲۰۰۰) معتقدند که پیشرفت های صورت گرفته در روشهای درمان بیماری های مزمن جسمی گاهی اوقات ممکن است به بهای کیفیت زندگی بیماران تمام شود. اسکاندلین^۳ (۲۰۰۰) بر این باور است که بیماری های مزمن، نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش میکشند، چالشی که میتواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. واژه مزمن معمولا برای دوره طولانی بیماری و وضعیتی که گاهی غیر قابل علاج است به کار می رود و این طولانی بودن دوران بیماری پیگیری و درمان را برای مبتلایان بسیار مشکل ساخته و عملکرد آنها را تحت تاثیر قرار میدهد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۶). افراد مبتلا به بیماری های مزمن گاهی مشکلات روانی متعددی چون اضطراب بالا، خودپنداره منفی و احساس انزوای میان فردی دارند (سندرسن ۲۰۱۳ ترجمه جمهری و همکاران ۱۳۹۲). متغیرهای روانشناختی چون سبک های مقابله ای و ویژگی های روانشناختی همچون عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی برای شناخت نحوه ی شکل گیری باورهای خاص و یا مواجهه با تجربیات زندگی مهم هستند. شناسایی باورهای ناکارآمد درباره خود یا بیماری بسیار مهم میباشد و باید ساخت واره های شناختی مانند خودکارآمدی (اطمینان به توانایی خویش برای دست یافتن به نتایج مشخص) و عزت نفس (باور خودارزشمندی) و خودپنداره (تصویر از خود) مورد بررسی قرار گیرد (وایت ۲۰۰۱ ترجمه مولودی، فتاحی ۱۳۸۹).

سرطان و هموفیلی دو بیماری مزمن میباشد که به دلیل ماهیت طولانی بودن و محدودیت هایی که برای شخص به دنبال دارد مشکلات روانی متعددی ایجاد میکنند. در پژوهش حاضر سعی شده به بررسی فاکتورهای روانشناختی همچون سبک های مقابله، عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی اجتماعی در نوجوانان مبتلا به سرطان خون و هموفیلی پرداخته شود و با مقایسه پارامترهای روانشناختی این افراد با نوجوانان سالم جامعه، امید آن می رود در آینده نیازهای روانشناختی این افراد مورد توجه ویژه قرار گیرد.

درمانگران زمانی میتوانند تقاضای گسترش خدمات روانشناختی را مطرح کنند که شواهد تحقیقی گسترده ای در این زمینه وجود داشته باشد. و تنها در این شرایط است که تمام بیماران مبتلا به مشکلات مزمن پزشکی امکان دسترسی به خدمات روانشناختی را پیدا میکنند (وایت ۲۰۰۱ ترجمه مولودی، فتاحی ۱۳۸۹).

ابتلا به بیماری های مزمن از عوامل ایجاد تغییر در سیستم خانواده و سلامت اعضای آن است. ابتلا فرزند خانواده به یک بیماری مزمن و

- ۱ white
- ۲ Turner
- ۳ Scandlyn

درگیر شدن در فرایند درمانی سخت و طولانی آن، در کنار مشکلات جسمی، بیمار و اعضای خانواده وی را در معرض فشار و آسیب های روانی - اجتماعی بالایی قرار میدهد و مستلزم سازگاری آنها در ابعاد مختلف زندگی است (دهقانی آرانی، بشارت، ۱۳۹۱). یکی از این بیماری های مزمن بیماری هموفیلی^۴ است. هموفیلی یک بیماری انعقادی ارثی مرتبط با کروموزوم X با شیوع کلی تقریباً ۱ در ۱۰۰۰۰ نفر میباشد. این بیماری با کمبود فاکتور VIII^{VIII} انعقادی به نام هموفیلی کلاسیک یا هموفیلی نوع A و یا کمبود فاکتور IX^{IX} انعقادی و به نام هموفیلی B است. میزان یا درصد فاکتور VIII^{VIII} در آزمایشگاه قابل اندازه گیری است. و بیماران هموفیلی از نظر شدت کمبود این فاکتور متفاوت هستند. اگر فاکتور VIII^{VIII} موجود در فرد نرمال را صد در صد فرض کنیم بیماران هموفیلی معمولاً کمتر از ۳۰ درصد از این فاکتور را دارا هستند. اگر مقدار فاکتور بین ۵ تا ۳۰ درصد باشد بیماری از نوع خفیف می باشد. بیماران متوسط مقدار فاکتوری در حد ۱ تا ۵ درصد دارند. و مقدار فاکتور در خون بیماران شدید زیر ۱ درصد است (جهان مهر، ۱۳۸۱).

بیماری هموفیلی در اثر جهش های نقطه ای بی معنی، حذف های ژنی و معکوس شدن در ژن فاکتور VIII ایجاد میشود. این جهش ها منجر به نقایص کمی و کیفی فاکتور VIII میشود. در جهشهایی که باعث اختلال در عملکرد فاکتور VIII میشوند با وجود سطح نرمال این فاکتور، خونریزی ایجاد میشود (ذاکرو و نیازپور، ۱۳۸۵). کودکان هموفیلی علاوه بر مشکلات جسمانی دچار مشکلات روانشناختی بسیاری میشوند. (کیم و همکاران ۲۰۱۳ و دورتار و همکاران ۱۹۹۶) به نظر میرسد تاکنون مطالعات کمی در زمینه مشکلات روانشناختی بیماران هموفیلی صورت گرفته و بیشتر اقدامات در زمینه خود مراقبتی و تامین فرآورده های خونی می باشد (براون، هامتون، چندلر، ۱۹۹۷).

سرطان^۵ یکی دیگر از بیماری های مزمن میباشد که سلامت جسمانی و روانی کودکان را تهدید می کند. بستری شدن در بیمارستان برای هر فردی خصوصاً کودکان ناراحت کننده است. جدا شدن از والدین، رویارویی با شرایط نا آشنای بیمارستان و اقدامات درمانی ناخوشایند منابع اصلی استرس برای کودکان به شمار می روند (کین، ۲۰۰۲) به نقل از بزومی و نرسی، ۱۳۹۱). کودکان دچار سرطان با مشکلات زیادی مواجه می شوند که از آن بین می توان به کاهش عزت نفس، خود پنداره و افزایش احساسات منفی اشاره کرد. (کندال، ۲۰۰۹) به نقل از بزومی و نرسی، ۱۳۹۱). به علاوه این مشکلات نیز میتوانند به نوبه ی خود مشکلات ابتدایی را تشدید کنند و بر کنش وری و سازش یافتگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان تاثیر منفی داشته باشند (لوبلان و ریچی، ۲۰۰۹).

از سوی دیگر، واکنش افراد نسبت به فشار روانی و هیجان های منفی و راهبرد های مقابله ای که برای مواجهه با آنها بر می گزینند نیز ممکن است افراد را مستعد ابتلا به بیماری، از جمله سرطان نماید. (کوپر، آگوجا، و شلدون، ۲۰۰۰) افراد به شیوه های متفاوتی با موقعیت های استرس زا همچون بیماری مقابله میکنند که این شیوه های متفاوت پیامدهای متفاوتی دارند (سندرسن ۲۰۱۳ ترجمه جمهوری و همکاران ۱۳۹۲). از این رو تعیین نوع سبک های مقابله ای افراد مبتلا به بیماری های مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است و می تواند مشخص کند که فرد چه نوع سازو کاری را برای سازگاری با مشکلات حاصل از بیماری خود به کار می گیرد.

لازاروس و لائونیر^{۱۱}، کنار آمدن^{۱۲} را شامل کوشش هایی از نوع اقدام عملی و درون روانی برای مهار (یعنی کنترل، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن) مقتضیات درونی و محیطی و تعارض های میان آنها می داند. در وضع مطلوب مردم کوشش خود را به حل مشکلاتی که با آن مواجه هستند معطوف می دارند ولی در کوشش برای مهار (کنترل، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن) تضاد میان مقتضیات موقعیت و توانایی های خود آگاهی می کوشند از اموری که آنها را خطرناک می دانند بگریزند، یا از آنها احتراز کنند. همچنین آنها منفعلانه می کوشند تا موقعیتهایی را که نا معقول یافته اند بپذیرند (دیماثولا، ۱۹۸۷).

از طرفی نظام خود نیز می تواند بر نوع سبک های مقابله ای و نحوه سازگاری هر فرد با بیماری جسمانی اش تاثیرگذار باشد منظور از فرآیند نظام خود، عزت نفس^{۱۳}، خود پنداره^{۱۴} و خودکارآمدی اجتماعی^{۱۵} می باشد. افراد مبتلا به بیماری مزمن اغلب نگرانی هایی درباره

۴	Hemophilia
۵	Bruhn·Hampton·Chandler
۶	Cancer
۷	Keen
۸	Kendall
۹	Leblane·Ritchie
۱۰	Cooper·Agocha·sheldon
۱۱	Lazarus
۱۲	Coping
۱۳	Self steem
۱۴	Self-concept
۱۵	Self-efficacy

تصویر تن دارند. به ویژه اگر بیماری یا درمان آن با تغییرات جسمی چشمگیری در عملکردشان همراه باشد (سندرسن، ۲۰۱۳). این عوامل می‌تواند بر نظام خود این افراد تاثیر گذار باشد. یکی از مولفه های نظام خود عزت نفس است. عزت نفس یعنی نظر شخصی درباره خود، این نظر از طریق ارزشیابی هر شخص از رفتارها، ظاهر، هوش، موفقیت اجتماعی خود و از طریق ارزشیابی دیگران از آنها رشد می‌یابد (گنجی، ۱۳۷۶).

همچنین عزت نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود و همچنین شیوه سازگاری دارد. بدین معنی که تصویر مثبت از جسم خویش سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد می‌گردد و متقابلاً تصویر ذهنی که به هر صورتی دستخوش تغییر شده باشد منجر به تغییراتی در میزان حس ارزشمندی می‌شود (پرایس، ۱۹۹۰). بیماری، درمان‌ها و یا عوارض مربوط به آن منجر به تغییر تصویر ذهنی و عزت نفس می‌شود و این امر در بیماری‌های مزمن به دلیل ماهیت طولانی و غیر قابل پیش بینی بودن آن‌ها بسیار آشکار تر است (اسملتر، ۲۰۰۰). البته یکی از مشکلات روانشناختی مبتلایان به هموفیلی کاهش عزت نفس آنان است (لیمپرگ و همکاران، ۲۰۱۸). سرطان و هموفیلی نیز دو بیماری مزمن هستند که علی‌رغم وجود همه پیشرفت‌ها در زمینه تشخیص و درمان همچنان یاد آورد درد، محدودیت و بد شکلی و مرگ می‌باشد.

افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن گاهی مشکلات روانی متعددی چون اضطراب بالا، خودپنداره منفی و احساس انزوای میان فردی دارند (سندرسن، ۲۰۱۳). خود پنداره، پندار هر شخص از شخصیت خود می‌باشد. اگر تصور از خود مثبت و نسبتاً متعادل باشد شخص دارای سلامت روانی خواهد بود و اگر به عکس پندار شخص منفی و نا متعادل باشد او از لحاظ روانی نا سالم شناخته می‌شود (شاملو، ۱۳۷۸). کارل راجرز خود پنداره را طرز پندار یا تصویر نسبتاً دائمی هر فردی درباره ارزشی که او برای خود قائل می‌شود و رابطه این ارزش با خود واقعی او می‌داند (یزدی به نقل از بهرام بیگ، ۱۳۸۰).

خود کارآمدی اجتماعی یکی دیگر از متغیرهایی است که می‌تواند تحت تاثیر بیماری‌های مزمن قرار گیرد. و عبارتست از باور فرد، در این خصوص که توانایی انجام تکالیف را دارد یا خیر (میلن، شیرن، اوریل، ۲۰۰۰، به نقل از صالحی، ۱۳۹۴). خود کارآمدی با توجه به احساس تفکر و عمل انسان‌ها متفاوت است. خود کارآمدی عموماً در حوزه اختصاصی، در نظر گرفته می‌شود. بدین معنا فرد می‌تواند خود باوری نسبتاً محکمی در حیطه‌ها و دامنه‌های مختلف یا موقعیت‌های عملکردی خاص داشته باشد. (بندورا، ۱۹۹۷ به نقل از صالحی، ۱۳۹۴). چنانچه بیماری‌های مزمن با تغییرات چشمگیری در عملکرد افراد همراه باشد می‌تواند خودکارآمدی آنها را تحت تاثیر قرار دهد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تحقیقات علی-مقایسه‌ای و پس‌رویدادی است. جامعه آماری این مطالعه، نوجوانان بیمار ۱۲ تا ۱۶ سال پسر مبتلا به هموفیلی در مانگاه جامع هموفیلی تهران و کرج و نوجوانان بیمار ۱۲ تا ۱۶ سال پسر مبتلا به سرطان خون مراجعه کننده به بیمارستان محک و نوجوانان ۱۲ تا ۱۶ سال پسر سالم می‌باشند.

نمونه این پژوهش در مجموع شامل ۱۱۰ نفر نوجوان مبتلا به سرطان خون، هموفیلی و سالم می‌باشد. تعداد نمونه نوجوانان مبتلا به سرطان خون ۳۰ نفر از مراجعه کنندگان به بیمارستان محک تهران و تعداد نمونه نوجوانان هموفیلی ۴۰ نفر از مراجعه کنندگان به درمانگاه جامع هموفیلی تهران و تعداد نمونه نوجوانان سالم ۴۰ نفر از دانش آموزان مدرسه معلم یک و معلم دو واقع در شهر یار می‌باشند که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از:

۱- پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای CCBQ

۲- پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ

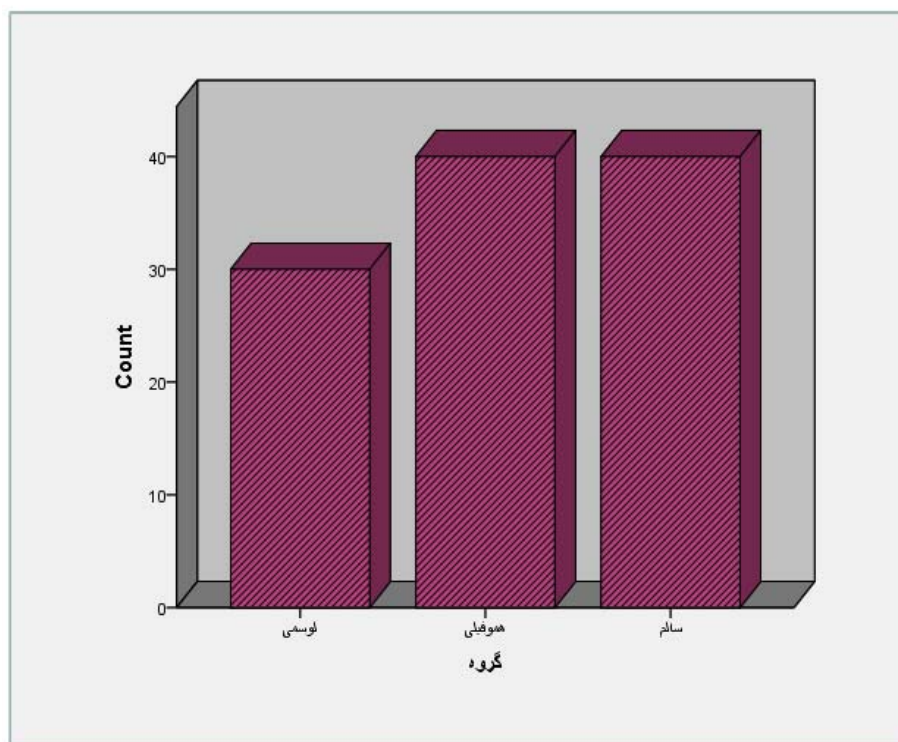
۳- پرسشنامه خودپنداره لیسیت

۴- پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان کنلی

روش جمع آوری داده‌ها

شیوه‌ی اجرا به این ترتیب بود که پس از کسب رضایت توسط آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد مبتلا به هموفیلی واقع در درمانگاه جامع هموفیلی شهر تهران و همچنین افراد مبتلا به سرطان واقع در بیمارستان محک تهران و افراد سالم قرار داده شد و همچنین روند تکمیل پرسشنامه به آنها توضیح داده شد و از آزمودنی‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. برای آن دسته از بیماران مبتلا به سرطان خون که به دلیل تحت درمان بودن محدودیت داشتند و نمیتوانستند خود به سوالات پاسخ دهند، سوالات برای آزمودنی خوانده میشد و جوابها توسط پژوهشگر علامت زده میشد.

- ۱۶ Price
۱۷ Smitzer
۱۸ Miller·sheeran·Avril



نمودار (۱-۴). افراد شرکت کننده در پژوهش به تفکیک گروه (سالم، لوسمی و هموفیلی)

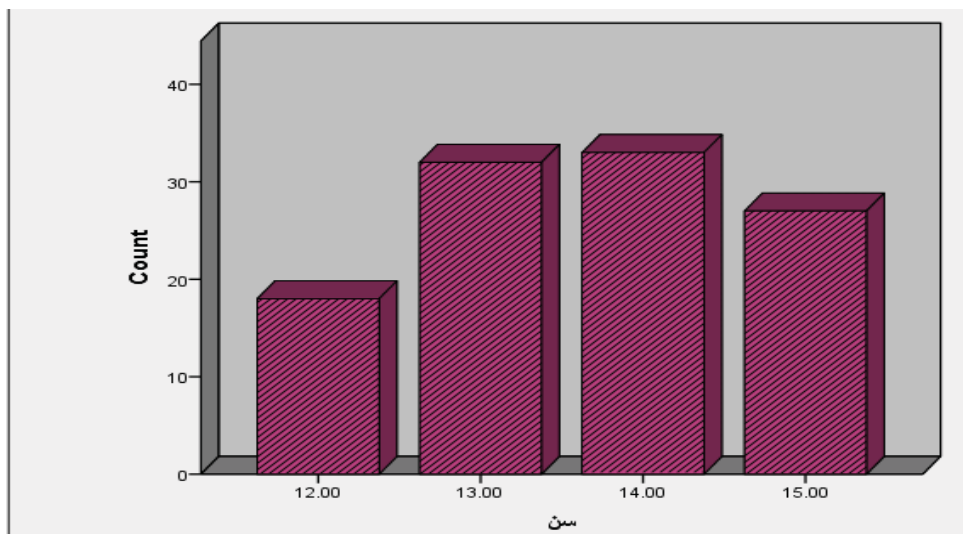
جدول (۱-۴). توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک گروه

شاخص آماری گروه	فراوانی	درصد
لوسمی	۳۰	۲۷/۳
هموفیلی	۴۰	۳۶/۴
سالم	۴۰	۳۶/۴
مجموع کل	۱۱۰	۱۰۰

مطابق با جدول فوق، ۲۷/۳ (۳۰ نفر) از نمونه آماری را نوجوانان مبتلا به لوسمی، ۳۶/۴ (۴۰ نفر) از نمونه آماری را نوجوانان مبتلا به هموفیلی و ۳۶/۴ (۴۰ نفر) از نمونه آماری را نوجوانان سالم به خود اختصاص داده اند.

جدول (۲-۴). توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک سن

شاخص آماری سن	فراوانی	درصد
۱۲	۱۸	۱۶/۴
۱۳	۳۲	۲۹/۱
۱۴	۳۳	۳۰
۱۵	۲۷	۲۴/۵
مجموع کل	۱۱۰	۱۰۰



نمودار (۴-۲). نمودار توصیفی افراد شرکت کننده در پژوهش به تفکیک سن مطابق با جدول (۴-۲) پایه سنی ۱۴ بالاترین میانگین و پایه سنی ۱۲ پایینترین میانگین حجم نمونه را به خود اختصاص داده‌اند.

تحلیل توصیفی متغیرهای پژوهش

جدول (۴-۶). یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق به تفکیک گروه‌ها

شاخص آماری	لوسمی		هموفیلی		سالم	مقیاس
	SD	M	SD	M	SD	M
انحراف از مشکل	۹/۴۷	۸۳/۵۸	۸/۹۸	۷۷/۲۵	۶/۴۵	۸۴/۱۳
کنار آمدن با مشکل	۵/۱۹	۳۱/۴۷	۸/۶۴	۳۷/۶۰	۳/۵۷	۳۰/۶۰
کنار آمدن ویرانگر	۶/۱۳	۳۲/۳۵	۶/۹۹	۲۵/۶۵	۴/۶۴	۳۱/۶۳
سبک‌های مقابله ای	۱۹/۳۹	۱۴۶/۸۷	۲۳/۳۶	۱۳۴/۵۰	۱۴/۹۲	۱۴۵/۳۶
عزت نفس	۴/۶۷	۲۰/۵۵	۴/۹۵	۲۳/۷۷	۳/۳۷	۲۰/۱۰
خودپنداره	۷/۸۱	۸۶/۳۵	۱۱/۷۸	۸۹/۷۰	۸/۶۴	۸۸/۶۰
قاطعیت اجتماعی	۴/۹۹	۲۶/۵۲	۵/۱۵	۲۳/۴۵	۵/۶۰	۲۶/۳۶
عملکرد در موقعیت اجتماعی	۴/۱۱	۲۲/۲۵	۴/۸۷	۲۱/۹۵	۶/۱۰	۲۱/۲۶
شرکت در گروه‌های اجتماعی	۴/۹۳	۲۲/۷۲	۶/۳۴	۲۱/۸۲	۵/۵۰	۲۵/۶۶
جنبه‌های دوستی و صمیمیت	۶/۵۵	۲۸/۴۷	۷/۳۷	۲۹/۳۲	۸/۸۲	۳۱/۲۶
کمک کردن و کمک گرفتن	۳/۷۳	۱۵/۱۰	۳/۲۹	۱۵/۳۷	۶/۶۵	۱۴/۳۶
خودکارآمدی	۱۸/۴۲	۱۱۵/۰۷	۲۱/۳۶	۱۱۱/۹۲	۲۴/۲۸	۱۱۸/۹۳

تحلیل آماری فرضیات تحقیق

ابتدا با استفاده از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف، نرمال بودن داده ها مورد آزمون قرار گرفت
جدول (۴-۷). آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای

شاخص آماری مقیاس	Z	sig
انحراف از مشکل	۰/۷۵	۰/۶۲
کنار آمدن با مشکل	۰/۸۱	۰/۵۱
کنار آمدن ویرانگر	۱/۱۷	۰/۱۲
سبکهای مقابله ای	۰/۷۸	۰/۵۷
عزت نفس	۱/۱۲	۰/۱۶
خودپنداره	۰/۵۹	۰/۹۵
قاطعیات اجتماعی	۰/۹۶	۰/۳۱
عملکرد در موقعیت اجتماعی	۰/۹۰	۰/۳۸
شرکت در گروههای اجتماعی	۰/۸۸	۰/۴۱
جنبه های دوستی و صمیمیت	۰/۸۷	۰/۴۲
کمک کردن و کمک گرفتن	۱/۴۸	۰/۲۵
خودکارآمدی	۰/۹۵	۰/۳۲

همانگونه که در جدول فوق نشان داده شده است، سطح معناداری به دست آمده متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بوده و در نتیجه داده های تمام متغیرها نرمال است.

جدول (۴-۸). نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانسهای دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	F	Df1	Df2	P
انحراف از مشکل	۳/۰۳	۲	۱۰۷	۰/۰۶
کنار آمدن با مشکل	۱/۶۱	۲	۱۰۷	۰/۲۰
کنار آمدن ویرانگر	۲/۵۴	۲	۱۰۷	۰/۰۸
سبکهای مقابله ای	۳/۷۳	۲	۱۰۷	۰/۰۷
عزت نفس	۲/۸۱	۲	۱۰۷	۰/۰۶
خودپنداره	۲/۵۸	۲	۱۰۷	۰/۱۰
قاطعیات اجتماعی	۱/۳۲	۲	۱۰۷	۰/۷۲
عملکرد در موقعیت اجتماعی	۱/۴۶	۲	۱۰۷	۰/۲۳
شرکت در گروههای اجتماعی	۱/۹۸	۲	۱۰۷	۰/۱۴
جنبه های دوستی و صمیمیت	۳/۴۲	۲	۱۰۷	۰/۰۹
کمک کردن و کمک گرفتن	۱/۶۰	۲	۱۰۷	۰/۵۴
خودکارآمدی	۱/۵۶	۲	۱۰۷	۰/۲۱

همانگونه که جدول فوق نشان میدهد، آزمون لوین برای هیچکدام از متغیرها معنادار نبوده و بنابراین شرط همگنی واریانسهای بین گروهی رعایت شده است. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بلا مانع است. جدول (۴-۹). نتایج آزمونهای معناداری مانوا برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

مقدار احتمال	F	مقدار	آزمونها	متغیر
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰	۰/۵۱۵	اثر پیلای	گروه
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰	۰/۵۴۴	لامبدای ویلکز	
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰	۰/۷۳۱	اثر هتلینگ	
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰	۰/۵۲۶	بزرگترین ریشه‌روی	
۰/۰۰۱	۵/۲۱۰			

بر اساس جدول فوق، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است ($P < 0.001$)، $F = 5.210$ و $F = 5.544$ (لامبدای ویلکز). به عبارت دیگر، بین بیماران لوسمی، هموفیلی و افراد سالم حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه نرمال بودن داده‌های پژوهش و تایید مفروضات پژوهش، جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول (۴-۱۰) نشان داده شده است.

جدول (۴-۱۰). نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین سبکهای مقابله‌ای و نظام خود در افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و سالم

متغیر	SS	Df	MS	F	P
انحراف از مشکل	۶۱۱/۸۴۵	۲	۳۰۶/۴۲۸	۵/۴۱۲	۰/۰۰۷
کنار آمدن با مشکل	۲۵۴/۶۷۲	۲	۱۲۷/۴۷۲	۶/۱۴۵	۰/۰۰۳
کنار آمدن ویرانگر	۴۳۲/۰۰۶	۲	۲۱۶/۰۰۳	۶/۳۸۳	۰/۰۰۲
سبکهای مقابله‌ای	۳۲۴۱/۴۵۷	۲	۱۶۲۴/۱۴۳	۷/۸۹۶	۰/۰۰۱
عزت نفس	۳۰۰/۸۲۵	۲	۱۵۰/۴۱۲	۷/۹۲۲	۰/۰۰۱
خودپنداره	۲۳۱/۶۶۴	۲	۱۱۵/۸۳۲	۱/۲۲۷	۰/۲۹۷
قاطعیت اجتماعی	۲۳۰/۶۱۳	۲	۱۱۵/۳۰۶	۴/۱۲۸	۰/۰۱۹
عملکرد در موقعیت اجتماعی	۱۶/۹۵۲	۲	۸/۴۷۶	۰/۳۱۶	۰/۷۳۰
شرکت در گروههای اجتماعی	۲۶۷/۱۸۳	۲	۱۳۳/۵۹۲	۴/۱۳۳	۰/۰۱۹
جنبه‌های دوستی و صمیمیت	۱۳۶/۶۵۶	۲	۶۸/۳۲۸	۱/۱۴۲	۰/۳۲۳
کمک کردن و کمک گرفتن	۱۸/۰۵۸	۲	۹/۰۲۹	۰/۳۷۸	۰/۶۸۶
خودکارآمدی	۸۴۲/۵۴۷	۲	۴۲۱/۲۷۳	۰/۸۹۰	۰/۴۱۴

خلاصه یافته‌ها:

فرضیه اول پژوهش

بین افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و افراد سالم از نظر سبکهای مقابله‌ای تفاوت وجود دارد. جهت پاسخگویی به این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که سه گروه لوسمی،

هموفیلی و سالم از لحاظ سبکهای مقابلهای باهم متفاوتند؛ به این صورت که میانگین دو گروه لوسمی و هموفیلی در زیرمقیاسهای انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر با سطح معناداری (۰/۰۰۷ و ۰/۰۰۲) بیشتر از گروه سالم است و به نوعی این دو گروه، از این سبکهای مقابلهای بیشتر استفاده میکنند و گروه سالم نیز در زیر مقیاس کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن با سطح معناداری (۰/۰۰۳)، میانگین بالاتری نسبت به دو گروه بیمار دارند و در نتیجه، از این سبک مقابلهای بیشتر استفاده میکنند. این یافتهها حاکی از این است که سبکهای مقابلهای افراد با توجه به بیماری جسمانی و سلامت جسمانی متفاوت بوده و در صورت ابتلای افراد به بیماری، سبکهای مقابلهای آنها نیز تغییر میکنند.

فرضیه دوم پژوهش

بین افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و افراد سالم از نظر نظام خود تفاوت وجود دارد. جهت پاسخگویی به این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که سه گروه در متغیر عزت نفس تفاوت معنادار دارند و با توجه به میانگین بالاتر گروه سالم ($P=0.001$) نسبت به گروه لوسمی و هموفیلی، میتوان نتیجه گرفت که دو گروه بیمار، سطح عزت نفس پایینتری نسبت به گروه سالم دارند؛ در صورتی که در متغیر خودپنداره سه گروه تفاوت معناداری با هم نداشتند ($P=0.297$). از بین زیرمقیاسهای خودکارآمدی، سه گروه در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروههای اجتماعی با هم تفاوت معنادار دارند؛ با توجه به میانگین بالاتر گروه لوسمی نسبت به گروه هموفیلی و سالم، میتوان نتیجه گرفت که گروه لوسمی قاطعیت اجتماعی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر دارند (۰/۰۱۹). از نظر شرکت در گروههای اجتماعی نیز، گروه مبتلا به لوسمی و هموفیلی میانگین بالاتری نسبت به گروه سالم داشتند (۰/۰۱۹). همچنین در بقیه ابعاد خودکارآمدی، تفاوت معنادار مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

خلاصه پژوهش

همانطور که در فصل دوم به آن اشاره شد لازاروس^{۱۹} و فولکمن^{۲۰} (۱۹۸۵) مقابله را چنین تعریف کرده اند: تلاش های رفتاری و شناختی که به طور مداوم در حال تغییرند تا از عهده خواسته های خاص بیرونی یا درونی شخص که ورای منابع و توان وی ارزیابی می شوند بر آیند (سهرابی، محمدی، و ارفعی، ۱۳۹۰). یکی از مواردی که در تعیین سلامت یا بیماری انسان، مهم ترین نقش و جایگاه را دارد، استرس است که با زندگی بشر امروز عجین شده است. اما آنچه در این بین می تواند مایه خوش بینی و امیدواری باشد، «شیوه های مقابله با استرس» است که به عنوان متغیری میانجی می تواند پیامدهای استرس را تحت تأثیر قرار دهد (وکیلی و همکاران، ۱۳۹۰). افراد به شیوه های متفاوتی با موقعیت های استرس زا همچون بیماری مقابله میکنند که این شیوه های متفاوت پیامدهای متفاوتی دارند (سندرسن ۲۰۱۳ ترجمه جمهری و همکاران ۱۳۹۲). از این رو تعیین نوع سبک های مقابله ای افراد مبتلا به بیماری های مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است و می تواند مشخص کند که فرد چه نوع ساز و کاری را برای سازگاری با مشکلات حاصل از بیماری خود به کار می گیرد.

در پژوهش حاضر برای تعیین سبک های مقابله ای کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان خون، هموفیلی و سالم از پرسشنامه سبک های مقابله ای CCBQ استفاده شده است. این ابزار از ۳ خرده مقیاس انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل در جهت بهبودی آن و کنار آمدن ویرانگر تشکیل شده است. عامل اول: انحراف از مشکل به سمتی دیگر، شامل عباراتی است که مهارتها و حمایت خانواده، تفکر مثبت، روحانی و حواس پرتی است. عامل دوم: کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن، شامل مکانیسم هایی است که برای بهبود مشکل یا از طریق تمرکز بر آن وسیعی در یافتن راه حل مشکل و یا کوشش برای نشان دادن هیجانات فرد نسبت به آن مشکل کوشش می کند. عامل سوم: کنار آمدن ویرانگر، بیشتر پاسخ های کنار آمدن ناسازگار را ارزیابی می کنند. این عامل شامل کنار آمدن خود تخریبی (مانند مشکل را از خود دور می کنم) و کنار آمدن ویرانگر فیزیکی (مانند آسیب رساندن به وسایل) است. این مقیاس از ۵۷ گویه تشکیل شده است و با استفاده از طیف لیکرت ۴ درجه ای نمره گذاری می شود (از هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴). برای پاسخ هرگز، عدد ۱، برای پاسخ برخی مواقع، عدد ۲، برای پاسخ بیشتر مواقع عدد ۳ و برای پاسخ تقریباً همیشه عدد ۴ در نظر گرفته شده است.

داشتن عزت نفس سالم یک نیاز اساسی انسان است. تقویت عزت نفس در زندگی، سرمایه گذاری بزرگی محسوب می شود؛ زیرا عزت نفس ضعیف، موجب می شود که انسان خود واقعی اش را با شرمندگی پنهان کند، عزت نفس میزان ارزشی است که فرد برای خود قایل می شود. و میزان احترامی است که به شخصیت خود می گذارد (هدایتی، السادات فاتحی زاده، و آکوچکیان، ۱۳۸۷). بیماری، درمان ها و یا عوارض مربوط به آن منجر به تغییر تصویر ذهنی و عزت نفس می شود (علی اقلو و همکاران ۲۰۱۳؛ توماس و همکاران ۲۰۰۱) و این امر در بیماری های مزمن به دلیل ماهیت طولانی و غیر قابل پیش بینی بودن آن ها بسیار آشکار تر است (اسملترز^{۲۱}، ۲۰۰۰).

- ۱۹ .Lazarus
۲۰ .Folkman
۲۱ smitzer

در این پژوهش برای سنجش میزان عزت نفس افراد از مقیاس عزت نفس روزنبرگ استفاده شده است. مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) شامل ۱۰ ماده خود گزارشی است که احساس های کلی ارزش یا پذیرش خود را بیان می کند. این مقیاس یکی از رایج ترین ابزار های اندازه گیری عزت نفس می باشد و یک ابزار ساده و کوتاه و واجد قابلیت اعتماد (همسانی درونی و بازآزمایی) و اعتبار (همگرا و واگرا) مناسب است و برای هر گروه سنی با میزان تحصیلات در سطح پنجم ابتدایی قابل اجرا می باشد و برای اندازه گیری در یک عزت نفس کلی به عنوان ارزیابی کلی شخص از ارزشمندی او به عنوان یک انسان ست. (روزنبرگ ۱۹۷۹ به نقل از پارگامنت و همکاران ۲۰۰۴).

این مقیاس شامل ۱۰ ماده خود ارزش است. هر گزاره این مقیاس شامل یک مقیاس چهار گزینه ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. که دامنه آن از ۳ تا ۱۰ مرتب شده است. به علاوه حداقل و حداکثر نمره آن ۱۰ و ۳۰ است که نمره های بالاتر بیانگر میزان بالای عزت نفس میباشد.

به عقیده ویلام جیمز خودپنداره به معنای باور کلی ما نسبت به خودمان است. از سوی دیگر می توان عزت نفس را ارزش گذاری درباره خودپنداره دانست (خاطری، ۱۳۸۴). هارتر (۱۹۹۹) نیز بین عزت نفس و خودپنداره تفاوت قائل است. از نظر او اگرچه دو اصطلاح عزت نفس و خودپنداره غالباً قابلیت بکارگیری به جای یکدیگر را دارند، تفاوتی را هم نشان می دهند، اما در ساختار به یکدیگر مربوط هستند. خودپنداره بیشتر ادراکات فرد از توانایی ها و شایستگی ها در قلمروهای تحصیلی و غیر تحصیلی، (اجتماعی، رفتار و فردی) برمی گردد و به وسیله نمایی از خود ادراکی ها در زمینه های مختلف به بهترین نحو نشان داده می شوند.

در پژوهش حاضر جهت سنجش خودپنداره افراد از مقیاس خودپنداره لپسیت استفاده شده است. این مقیاس توسط لوپس پی. لپسیت (۱۹۵۸) ساخته شده است که از ۲۲ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش خودپنداره کودکان بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «هرگز»، «به ندرت»، «بعضی اوقات»، «بیشتر اوقات» و «همیشه» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می شود. گویه های شماره ۱۰، ۱۷ و ۲۰ بصورت معکوس نمره گذاری می شوند. نتایج به شکل زیر تفسیر میشود:

الف. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۲۲ تا ۴۴ باشد، نشانه این است که خودپنداره در فرد در حد پایین می باشد.

ب. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۴۴ تا ۷۰ باشد، نشانه این است که خودپنداره در فرد متوسط می باشد.

ج. چنانچه نمره محاسبه شده ۷۰ به بالا باشد، نشانه این است که خودپنداره در فرد بالا می باشد. نمره بالاتر در مقیاس SC نشان دهنده خودپنداره بهتر است که این به معنی خودانکاری کمتر می باشد.

در نظریه بندورا منظور از خودکارآمدی، احساس های شایستگی، کفایت و قابلیت شخص در کنار آمدن با زندگی است. همچنین بندورا خودکارآمدی را بر میزان ادراک ما از درجه کنترلی که بر زندگیمان داریم، تعریف میکند (شیربگی، عزیزی، امجدزبردست و نصرتی سرایدشتی، ۱۳۹۱). بندورا (۲۰۰۱) همچنین خودکارآمدی را به عنوان ایمان به توانایی های یک فرد برای سازماندهی کردن و عملی کردن مسیرهای عملی مورد نیاز در مدیریت شرایط آینده، و اینکه مردم چگونه فکر می کنند، احساس می کنند و خودشان را برمی انگیزانند و عمل می کنند، تعریف کرده است (نقل از سلیمانی و هویدا، ۱۳۹۲). به نظر بندورا (۱۹۹۷) سطح انگیزش، شرایط عاطفی و عملکردهای اشخاص براساس آنچه که آنان باور دارند، شکل می گیرد تا براساس آنچه واقعا درست است. سازه خودکارآمدی بر باورهای افراد در مورد قابلیت های خودشان برای اعمال کنترل به سطح عملکردشان و به رویدادهایی که زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می دهد، مربوط است (رضایی، رحیمی، واعظفر، و دلاور، ۱۳۹۳).

در این پژوهش به منظور تعیین خودکارآمدی افراد از مقیاس خودکارآمدی نوجوانان کنلی استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ عبارت است که زیر مقیاس هایی همچون قاطعیت اجتماعی، عملکرد در موقعیت های اجتماعی، شرکت در گروه های اجتماعی، جنبه های دوستی و صمیمیت و کمک کردن یا کمک گرفتن را می سنجد. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف ۷ درجه ای لیکرت ارائه شده است به این ترتیب که برای گزینه غیرممکن امتیاز ۱، بسیار سخت امتیاز ۲، سخت امتیاز ۳، کمی سخت امتیاز ۴، ساده امتیاز ۵، بسیار ساده امتیاز ۶ و بیش از حد ساده امتیاز ۷ در نظر گرفته میشود. سپس نمره های به دست آمده جمع میشوند و حد پایین نمرات ۲۵، حد متوسط ۱۰۰، و حد بالا ۱۷۵ میباشد.

تیین فرضیه ها

با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش و مقایسه آن با پژوهش های انجام شده فرضیه های پژوهش مورد بررسی قرار میگیرند. فرضیه اول پژوهش

بین افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و افراد سالم از نظر سبکهای مقابلهای تفاوت وجود دارد.

جهت پاسخگویی به این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که سه گروه لوسمی، هموفیلی و سالم از لحاظ سبکهای مقابلهای باهم متفاوتند؛ بنابراین فرض فوق تایید میگردد. به این صورت که میانگین دو گروه لوسمی و هموفیلی در زیرمقیاسهای انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر با سطح معناداری (۰/۰۰۷ و ۰/۰۰۲) بیشتر از گروه سالم است و به

نوعی این دو گروه، از این سبکهای مقابلهای بیشتر استفاده میکنند و گروه سالم نیز در زیر مقیاس کنارآمدن با مشکل در جهت بهبود آن با سطح معناداری (۰/۰۰۳)، میانگین بالاتری نسبت به دو گروه بیمار دارند و در نتیجه، از این سبک مقابلهای بیشتر استفاده میکنند. این یافتهها حاکی از این است که سبکهای مقابلهای افراد با توجه به بیماری جسمانی و سلامت جسمانی متفاوت بوده و در صورت ابتلای افراد به بیماری، سبکهای مقابلهای آنها نیز تغییر میکنند.

فرضیه دوم پژوهش:

بین افراد مبتلا به لوسمی، هموفیلی و افراد سالم از نظر نظام خود تفاوت وجود دارد. منظور از اینجا عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی اجتماعی می باشد.

جهت پاسخگویی به این فرض نیز از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد که سه گروه در متغیر عزت نفس تفاوت معنادار دارند و با توجه به میانگین بالاتر گروه سالم ($P=0.01$) نسبت به گروه لوسمی و هموفیلی، میتوان نتیجه گرفت که دو گروه بیمار، سطح عزت نفس پایینتری نسبت به گروه سالم دارند؛ در صورتی که در متغیر خودپنداره سه گروه تفاوت معناداری با هم نداشتند ($P=0.297$). از بین زیرمقیاسهای خودکارآمدی، سه گروه در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروههای اجتماعی با هم تفاوت معنادار دارند؛ با توجه به میانگین بالاتر گروه لوسمی نسبت به گروه هموفیلی و سالم، میتوان نتیجه گرفت که گروه لوسمی قاطعیت اجتماعی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر دارند (۰/۰۱۹). از نظر شرکت در گروههای اجتماعی نیز، گروه مبتلا به لوسمی و هموفیلی میانگین بالاتری نسبت به گروه سالم داشتند (۰/۰۱۹). همچنین در بقیه ابعاد خودکارآمدی، تفاوت معنادار مشاهده نشد.

بر اساس یافته های حاصل از این پژوهش و با توجه به جدول ۶-۴ میانگین دو گروه افراد مبتلا به هموفیلی و سرطان خون در متغیر سبک های مقابله ای با افراد سالم تفاوت داشتند. در این متغیر میانگین زیر مقیاس های انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر در دو گروه بیمار بیشتر از افراد سالم میباشد و میانگین زیر مقیاس کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن در افراد سالم بیشتر از گروه بیمار میباشد و این بیانگر این است که افراد بیمار بیشتر از سبک های مقابله ای هیجان مدار (انحراف از مشکل و کنار آمدن ویرانگر) در مقایسه با افراد سالم استفاده میکنند. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش های، ماهان و همکاران (۱۳۹۶)، کامپاس و همکاران (۲۰۱۴)، حمزه و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد.

در متغیر عزت نفس، با توجه به جدول ۶-۴ میانگین نمرات دو گروه بیماران مبتلا به سرطان خون و هموفیلی کمتر از گروه سالم میباشد بنابراین این فرض نیز تایید میگردد که بین عزت نفس افراد مبتلا به سرطان خون و هموفیلی و سالم تفاوت وجود دارد و این بیانگر این موضوع است که افراد بیمار در مقایسه با افراد سالم از عزت نفس پایین تری برخوردار میباشند. یافته های این پژوهش با یافته های پژوهش کیانی و همتی (۲۰۱۶) و پژوهش کلنیکال و همکارانش همخوان است.

در متغیر خودپنداره گرچه با توجه به جدول ۶-۴ میانگین دو گروه افراد بیمار کمتر از افراد سالم شده اما این تفاوت در سطح معناداری نبوده و میتوان گفت بین سه گروه تفاوت معناداری به لحاظ خودپنداره وجود ندارد. در متغیر خودکارآمدی اجتماعی با توجه به جدول ۶-۴ تفاوت دو گروه بیمار با گروه سالم به لحاظ خودکارآمدی اجتماعی فقط در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروه های اجتماعی میباشد و میانگین نمرات افراد بیمار به ویژه لوسمی ها در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروه های اجتماعی، بیشتر از گروه سالم میباشد و این بیانگر این موضوع است که خودکارآمدی افراد بیمار در ابعاد قاطعیت اجتماعی و شرکت در گروه های اجتماعی بیشتر از افراد سالم است ولی در سایر ابعاد مثل عملکرد در موقعیت اجتماعی، جنبه های دوستی و صمیمیت و کمک کردن و کمک گرفتن تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده نشده است. این یافته ها با پژوهش رابرت نول و همکاران تقریباً همخوان میباشد. زیرا در پژوهش رابرت نول و همکاران، سال (۱۹۹۸) که با عنوان کارکردهای اجتماعی، احساسی و رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان انجام شد نتایج حاکی از این بود که کودکان مبتلا به سرطان تحت درمان که سنشان بین ۸ تا ۱۵ سال بوده است در مقایسه با سایر همکلاسی های خود که در بازه سنی یکسانی قرار داشته اند از دیدگاه معلمان، نسبت به همتایان غیر مبتلا، اجتماعی ترند. از دیدگاه معلمان و هم کلاسی ها پرخاشگری کمتری دارند. از دیدگاه همکلاسی ها مقبولیت اجتماعی بیشتری دارند. میزان افسردگی، اضطراب، تنهایی و اعتماد به نفس در کودکان مبتلا به سرطان تفاوت قابل توجهی را با سایر کودکان نشان نداده است جز اینکه کودکان مبتلا به سرطان میزان رضایت کمتری از شرایط فیزیکی و مهارت ورزشی خود نشان داده اند. همچنین تفاوت قابل توجهی از دیدگاه والدین این کودکان در رابطه پارامترهای مورد بررسی وجود نداشته است. نمرات مربوط به تمام فاکتورهای استاندارد در بازه نرمال بوده اند برای هر دو دسته از کودکان. نهایتاً این نتیجه گیری حاصل شد که کودکان مبتلا به سرطان که تحت شیمی درمانی هستند، به لحاظ سلامت احساسی در سطحی یکسان با سایر کودکان غیر مبتلا به سرطان می باشند و به لحاظ کارکردهای اجتماعی وضعیت مناسبتری دارند.

در تبیین این یافته ها اینگونه استنباط میشود که متغیر سبک های مقابله ای کنار آمدن ویرانگر و انحراف از مشکل با عزت نفس پایین ارتباط دارند. مولیس و چاپمن (۲۰۰۰) در پژوهش خود گزارش کرده اند که نوجوانان با عزت نفس پایین متکی هستند به استراتژیهای مقابله ای بر پایه هیجان در حالیکه نوجوانان با عزت نفس بالا به روش های مقابله ای که مستقیماً سراغ حل مسئله میرود متکی هستند. از طرفی (کندل ۲۰۰۹) در یافته هایش به این نکته اشاره کرده که افراد بیمار با مشکلات زیادی مواجه میشوند که از آن بین میتوان به

کاهش عزت نفس و افزایش احساسات منفی اشاره کرد. به علاوه این مشکلات نیز میتواند به نوبه خود مشکلات ابتدایی را تشدید کند و بر کنش وری و سازش یافتگی افراد بیمار تاثیر منفی داشته باشند (لوبلان و ریچی ۲۰۰۹). این نتایج میتواند نشان دهنده اهمیت ویژگی ارزشمند دانستن خود (عزت نفس) و همچنین نوع سبک های مقابله ای در میان نوجوانانی باشد که بیماری مزمن دارند و باید در زندگی آینده خود با شرایط استرس زای متعددی مواجه شوند.

از طرفی یافته های پژوهش حاضر نشان داد که خودکارآمدی اجتماعی افراد مبتلا به لوکمی و هموفیلی در ابعاد عملکرد در موقعیت های اجتماعی، جنبه های دوستی و صمیمیت و کمک کردن یا کمک گرفتن تفاوت معناداری با افراد سالم نداشتند و حتی در ابعاد شرکت در گروه های اجتماعی و قاطعیت اجتماعی افراد بیمار نمرات بالاتری نشان دادند نسبت به افراد سالم. در تبیین این یافته ها میتوان چنین ادعان نمود که احتمالاً متغیرهای مداخله گر دیگری همچون وجود حمایت های اجتماعی بالا از افراد بیمار و یا پیش آگهی خوب نسبت به بیماری که در پژوهش حاضر کنترل نشدند میتواند در خودکارآمدی این افراد تاثیرات مثبتی داشته باشد. آنچنان که پژوهش حسین زاده و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد حمایت اجتماعی با سه متغیر خودکارآمدی، حرمت خود، و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنادار دارد و در واقع ضرورت حمایت اجتماعی در تقویت خودکارآمدی، حرمت خود و رضایت از زندگی در نوجوانان را مورد تایید قرار داد. و یا پژوهش رسولی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که افرادی که پیش آگهی بهتری از بیماری خود داشتند خودکارآمدی بالاتری گزارش کرده بودند.

از طرفی به عقیده پژوهشگر از یافته های پژوهش حاضر چنین به نظر میرسد که سبک های مقابله ای انحراف از مشکل به سمتی دیگر، که در گروه بیمار بیشتر مشاهده شده و شامل دریافت حمایت های اجتماعی، عادت ها، تفکر مثبت و مسائل روحانی میباشد میتواند با بالا بودن میانگین گروه افراد بیمار در بعد شرکت در گروه های اجتماعی که یکی از ابعاد مقیاس خودکارآمدی اجتماعی این پژوهش است رابطه داشته باشد. به این معنی که استفاده از سبک مقابله ای انحراف از مشکل میتواند در گروه بیماران، بر بالا بودن خودکارآمدی آنان در بعد شرکت در گروه های اجتماعی به جهت جلب حمایت اجتماعی تاثیر گذار باشد. البته با توجه به محدودیت پژوهش های داخلی و خارجی در زمینه تفاوت های بین بیماران سرطان خون و هموفیلی و افراد سالم، و همچنین حجم نمونه کم در این پژوهش و عدم کنترل متغیرهای مداخله گری همچون وجود حمایت اجتماعی و یا پیش آگهی مثبت نسبت به بیماری، این یافته ها نیاز به مطالعات و پژوهش ها و بررسی های بیشتری دارند و هیچ گونه رابطه علت و معلولی را به اثبات نمیرسانند.

فهرست منابع و مآخذ

منابع فارسی:

- اسملترز، س بیر. (۲۰۰۰). درسنامه پرستاری برونر و سودارث. (ترجمه محمد امینی، ژاله علیها؛ علمی، ۱۳۸۲) صدبیه. تهران: نشر سالمی.
- بزمی، نعیمه؛ نرسی، مهرنوش. (۱۳۹۱). اثر تکنیک های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان ۹-۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون. مطالعات روانشناختی، دوره ۸، شماره ۴: ۱۰۷-۱۳۰.
- بیگ زاده، مجید. (۱۳۹۴). هموفیلی به زبان ساده (موسسه ملی قلب و خون آمریکا). ماهنامه ندای محیا، سال هشتم، شماره ۶۳: ۳۳-۳۷.
- بهرام بیگ، سعید. (۱۳۸۰). رابطه منبع کنترل، عزت نفس و خودپنداره در بین دانش آموزان پسر سال سوم دبیرستانهای تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج.
- حسین زاده، ع. عزیزی، م. م. توکلی، ح. (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در نوجوانان: نقش واسطه ای خودکارآمدی و حمایت خود. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی. سال یازدهم، شماره ۴۱.
- خاطری، مونا. (۱۳۸۴). تأثیر واقعیت درمانی با تمرکز بر نظریه انتخاب بر عزت نفس و خودپنداره دانش آموزان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- دهقانی آرنی، فاطمه؛ بشارت، محمد علی. (۱۳۹۱). اثر بخشی یک مدل مداخله مبتنی بر دل بستگی مادر-کودک بر شاخص های سلامت مادران کودکان مبتلا به بیماری های مزمن. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، سال سوم، شماره ۴: ۳۹-۵۳.
- دیماثولای، ام. رایین. (۱۹۸۷). روانشناسی سلامت. (ترجمه مهدی موسوی اصل، محمد رضا سالاری فر، مسعود آذربایجانی، اکبر عباسی، ۱۳۹۰). تهران: انتشارات سمت.
- دهقانی، ا. و کج باف، م. ب. (۱۳۹۲). رابطه سخت رویی با سبک های مقابله با استرس در دانشجویان. دانش و تندرستی، ۲۷(۸)، ۱۱۲-۱۱۸.
- ذاکر، فرهاد؛ نیازپور، مجید. (۱۳۸۵). اصول انعقاد و بیماریها. تهران: انتشارات کمال دانش.
- رسولی آرالوی بزرگ، منصوره. (۱۳۹۳). مقایسه سیستم خود (عزت نفس، خودپنداره و خودکارآمدی) در بین جانبازان و افراد عادی شهر البرز. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج.
- رضایی، ع. م. رحیمی، م. و واعظ فر، س. س. و دلاور، ع. (۱۳۹۳). بررسی ساختار عاملی مقیاس خودکارآمدی مادران. فرهنگی تربیتی

- زنان و خانواده، ۲۸(۹)، ۸۵-۱۰۶.
- سندرسن، کاترین. (۲۰۱۳). روانشناسی سلامت. (ترجمه فرهاد جمهری، فرحناز مسچی، شیدا سوداگر، فردین مرادی منش، محمد بیاضی، افسانه صبحی، اسماعیل خیرجو، فرهاد هژیر، علی اکبر، صمدی، ۱۳۹۲). کرج: انتشارات سرافراز.
- سهرابی، ر.، محمدی، ا.، و ارفعی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سبک های مقابله ای نوجوانان دختر. زن و مطالعات خانواده، ۱۳(۴)، ۴۵-۶۰.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۸). بهداشت روانی. تهران: انتشارات رشد.
- صالحی، سید معصومه. (۱۳۹۴). رابطه سبک های شناختی و خودکارآمدی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان در مدارس هوشمند. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج.
- عبدی، الهام. آخوندی، نیلا. اعراب شیبانی، خدیجه. (۱۳۹۶). روانشناسی بیماری های مزمن. تهران: انتشارات روانسنجی.
- گنجی، حمزه. (۱۳۹۲). ارزشیابی شخصیت. تهران: ساوالان.
- ماهان، ج.، سگال، م.، و گیتی قریشی، ا.ا. (۱۳۹۶). مقایسه ی استرس و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۴۵(۱۲)، ۷۷-۸۶.
- وایت، کریگ ا. (۲۰۰۱). درمان شناختی-رفتاری برای بیماری های مزمن پزشکی. (ترجمه رضا مولوی و کتابیون فتاحی، ۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- وبر، کریستین. (بی تا). عزت نفس. ترجمه گلیه گل بهروزان، (۱۳۸۷). ناشر: پیدایش
- وکیلی، پ.، خاکپور، ر.، و اعلائی، ز. (۱۳۹۰). نقش تفاوت های جنسیتی در سبک های مقابله با استرس و سلامت روانی. تحقیقات مدیریت آموزشی، ۱۰(۳)، ۹۳-۱۰۸.
- هدایتی، ب.ا.، فاتحی زاده، م.ا.، و آکوچکیان، ا. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش اسلام محور به والدین بر عزت نفس نوجوانان. مطالعات اسلام و روان شناسی، ۲(۱)، ۱۱۹-۱۴۰.

References:

- Alioglu B, Bagrul D, Sayin U, Dallar Y. (2013) , Assessment of self-esteem levels of Turkish patients with severe haemophilia A: Ankara Hospital experience. *Haemophilia*. Jan;19(1):e53-4. doi: 10.1111/hae.12010. Epub 2012 Oct 1. PMID: 23020158.
- Brannon. L. & Feist. J. (1997). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Mexico. City Brooks / Cole.
- Bruhn, G ; Hampton, J; and chandler, B. *cilindrical marginality and psychological adjustment in hemophilia*, *journal of psychosomatic*, (1971). vol,15:207-213.
- Compas. B. E. , Desjardins. L. , Vannatta. K. , Young-Saleme. T. , Rodriguez. E. M. , Dunn. M. , Drotar D, Agle DP, Eckl CL, Thompson PA. Impact of the repressive personality style on the measurement of psychological distress in children and adolescents with chronic illness: an example from hemophilia. *J Pediatr Psychol*. 1996 Apr;21(2):283-93. doi: 10.1093/jpepsy/21.2.283. PMID: 8920158.
- Cooper Smith. S. A (1967). *The antecedent of self-esteem*. Freedman and company sanfrancisco.
- Hamzeh S, Beyrami M, Hashemi N, T. (2011). Comparison of personality trait, negative experienced emotions and coping styles between healthy women and those suffering from cancer. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*; 19(5): 627-36.
- Gerhardt. C. A. (2014). Children and Adolescents Coping With Cancer: Self- and Parent Reports of Coping and Anxiety/Depression. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(8), 853-861. <http://doi.org/10.1037/hea0000083>
- Hemati, Zeinab; Kiani, Davood. The Comparison Of Self-Esteem And Related Factors In Itp Patients And Healthy Individuals. *Basic & Clinical Cancer Research*, [S.L.], V. 8, N. 1&2, P. 28-35, Aug. 2016. Issn 2228-5466. Available At: <http://Bccr.Tums.Ac.Ir/Index.Php/Bccrj/Article/View/178>
- Junjie Huang , Sze Chai Chan , Chun Ho Ngai , Veeleah Lok , Lin Zhang , Don Eliseo Lucero-Priso III , Wanghong Xu , Zhi-Jie Zheng , Edmar Elcarte , Mellissa Withers , Martin C S Wong , NCD Global Health Research Group Association of Pacific Rim Universities (APRU) , (2022) , Disease Burden, Risk Factors,

- and Trends of Leukaemia: A Global Analysis , *Front Oncol* 22;12:904292. doi: [10.3389/fonc.2022.904292](https://doi.org/10.3389/fonc.2022.904292)
- Kim SY, Kim SW, Kim JM, Shin IS, Baek HJ, Lee HS, Hwang TJ, Yoon JS. Impact of personality and depression on quality of life in patients with severe haemophilia in Korea. *Haemophilia*. 2013 Sep;19(5):e270-5. doi: 10.1111/hae.12221. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23809853.
- Limberg PF, Haverman L, Maurice-Stam H, Coppens M, Valk C, Kruip MJHA, Eikenboom J, Peters M, Grootenhuis MA. Health-related quality of life, developmental milestones, and self-esteem in young adults with bleeding disorders. *Qual Life Res*. 2018 Jan;27(1):159-171. doi: 10.1007/s11136-017-1696-0. Epub 2017 Sep 12. PMID: 28900823; PMCID: PMC5770500.
- Lazarus R. S. Folkman S (1984). *Stress, Appraisal, and Coping strategies*. New York: Springer Pub. Co. c1984.
- Lazarus RS & Folkman S. (1985) coping and adaptation centry (ED). *The handbook of behavioral medicine*, New York. Guilford press: 262-325.
- Leblane ,M.,& Ritchie , M.(2009). A Mehtaanalysis of play therapy. *counseling psychology Quarterly* , 15(3).159-160
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahan, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9 (6), 713-730.
- Price,R.A.model for body image care.*journal of advanced nursing*.(1990). 15:585-593.
- Rethink, A. (2004). Spirituality and Mental Illness. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37. <http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/making>.
- Scandlyn,j.(2000).when AIDS became a chronic disease.*western journal of medicine*,172,130-133.
- Thomas D, Gaslin TC. "Camping up" self-esteem in children with hemophilia. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2001 Oct-Dec;24(4):253-63. doi: 10.1080/014608601753260344 .PMID: 11769210.
- Turner,j,&Kelly,B.(2000).Emotional dimensions of chronic disease.*western journal of Medicine*,172,124-128.