

مقایسه بارمراقبتی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای در مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان

محسن خاکسار^۱، ریتا لیاقت^۲

چکیده

تشخیص سرطان علاوه بر دگرگون ساختن زندگی بیمار، بر ابعاد اقتصادی، اجتماعی، جسمی و روانی افرادی که مراقبت از فرد مبتلا به سرطان را بر عهده دارند اثر می‌گذارد. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه بارمراقبتی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای در مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان بود. روش پژوهش توصیفی از نوع تحقیق‌های پس‌رویدادی (علی - مقایسه‌ای) بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان در بیمارستان فرهیختگان تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه ۳۰ نفر از مراقبین زن و ۳۰ نفر از مراقبین مرد و در مجموع ۶۰ که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های بارمراقبتی نواک و گست (۱۹۸۹)، تاب‌آوری کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) و راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس (۱۹۸۴) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد. با توجه نتایج حاصل مشاهده می‌شود میزان F مشاهده شده بین دو گروه از مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان در متغیر راهبردهای مقابله‌ای ($F(1, 58) = 6.649; P < 0.01$) و تاب‌آوری ($F(1, 58) = 13.3/8.02; P < 0.01$)، بارمراقبتی ($P < 0.01$)، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین بارمراقبتی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای در مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد مورد تایید است. همچنین متغیر تاب‌آوری بیشترین مجذور اتا را (۰/۶۹۸) دارا می‌باشد. همچنین بر مبنای نتایج حاصل از میانگین‌ها مراقبین زن از تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای بالاتری برخوردار می‌باشند اما از بارمراقبتی پایین‌تری به نسبت مردان برخوردارند. مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان با بارهای روانشناختی و فیزیکی قابل توجهی روبرو هستند. با این حال، وجود استراتژی‌های مقابله‌ای موثر و تاب‌آوری تاثیر زیادی بر توانایی آن‌ها برای مدیریت این چالش‌ها دارد. مداخلات آینده باید بر تقویت سیستم‌های حمایتی مراقبین و فراهم‌آوری آموزش‌ها و منابع هدفمند برای کاهش فشار مراقبتی تمرکز کنند.

کلمات کلیدی: بارمراقبتی، تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای، مراقبین زن، مراقبین مرد، افراد مبتلا به سرطان.

^۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: Mkhaksar1998@gmail.com

^۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول). ایمیل: Dr.liyaghat@gmail.com

مقدمه

سرطان^۱ یکی از جدی‌ترین بیماری‌های مزمن و از عوامل تهدیدکننده سلامت جامعه به شمار می‌رود و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر آن تحمیل می‌کند (تیان^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). سرطان شاخه‌ای از بیماری‌هاست که در آن گروهی از سلول‌های بدن دچار تکثیر غیرکنترل شده می‌شوند و می‌توانند در مراحل بعدی به دیگر بافت‌ها و ارگان‌ها مجاور حمله ور شوند و سرانجام موجب گسترش در کل بدن از طریق سیستم لنفاوی و عروق خونی شوند (اریانوس^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). فشارهای روانی ناشی از سرطان برای خانواده و مراقبت‌کنندگان آنها به شدت چالش‌برانگیز هستند. تشخیص سرطان و به دنبال آن تحمل درمان‌های طولانی و فشرده معمولاً یک تجربه استرس‌زا به حساب می‌آید. این بیماری در سطح خانوادگی بر سلامت جسمی و روانی مراقبان نیز تاثیر می‌گذارد (تیو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳).

خانواده‌ها و مراقبین در اثر عوامل بسیاری نظیر فقدان سیستم‌های آموزشی، نظارتی و تخصصی جهت کمک به گذر از مرحله درمان و مراقبت در بیمارستان به مرحله مراقبت نگهدارنده در منزل به‌عنوان یکی از ارکان مهم زنجیره مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در بیماری‌های مزمن با مسائل و مشکلات متعددی مواجه می‌شوند (امودت^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). همانند افراد مبتلا به سرطان، مراقبین خانواده نیز چالش‌های سازگاری را تجربه می‌کنند. آنها برای حمایت از فعالیت‌های روزمره زندگی، مراقبت شخصی و حمایت عاطفی از عضو خانواده خود، لازم است زندگی خود را بازسازی کرده و «شغلی غیرمنتظره» را به‌عنوان مراقب شروع کنند (جیاتوان^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). بار مراقبتی^۷ مفهومی چند بعدی است که عوامل فیزیکی، اجتماعی، روانشناختی و مالی را دربر می‌گیرد و می‌تواند به‌عنوان یک مفهوم عینی همچون هزینه‌های مرتبط با مراقبت، کمک فیزیکی در فعالیت‌های روزانه به‌دلیل ناتوانی فیزیکی فزاینده بیمار، اختلالات شناختی و وظایف خانه‌داری و نیز به‌عنوان یک مفهوم ذهنی مانند احساسات مثبت و منفی و ادراکات مراقبت‌کننده در نظر گرفته شود (اگیمنگ‌دیوآه^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). در تعریفی دیگر بارمراقبت به احساس منفی به دنبال تجربه فشار در نتیجه یک مراقبت از بیمار دارای بیماری مزمن اطلاق می‌شود (ایسلیان^۹ و همکاران، ۲۰۲۵). سرچمی و همکاران (۱۴۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر بار مراقبتی مراقبین بیماران با ضایعات مغزی نخاعی اثربخش بود. عباسی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند مراقبینی که از فشار مراقبتی کمتری برخوردار باشند، بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مسئله‌محور استفاده می‌کنند. امودت و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مراقبین بیماران میزان استرس بالایی را تحمل می‌کنند. ژانگ^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی مراقبین خانواده در واحدهای تسکین دهنده سرطان ترمینال چینی با زمان مراقبت روزانه مراقبین، رابطه مراقب و بیمار و سن بیمار مرتبط بود. کیفیت زندگی مراقبین با بار مراقبتی رابطه منفی و با حمایت اجتماعی رابطه مثبت داشت. علاوه بر این، حمایت اجتماعی رابطه بین بار مراقبت و کیفیت زندگی مراقب را واسطه کرد.

1. cancer

2. Tian

3. Irenaeus

4. Tu

5. Aamodt

6. Jeyathevan

7. caregiving burden

8. Agyemang-Duah

9. İşleyen

10. Zhang

متغیری که می‌تواند نقش موثری در میزان استرس و بارمراقبتی مراقبین داشته باشد، تاب‌آوری^۱ می‌باشد. از جمله مهم‌ترین توانایی‌های انسان تاب‌آوری می‌باشد که سازگاری موثر با شرایط بحرانی و استرس‌زا را در موقعیت‌های استرس‌برانگیز تضمین می‌کند (بلمن^۲، ۲۰۲۱). بنابراین، تاب‌آوری عاملی برای انطباق موفقیت‌آمیز با اقدامات و مقاومت در برابر چالش‌ها است (الغزالی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). تاب‌آوری، یا توانایی بازیابی و بازگشت به حالت اولیه در مواجهه با شرایط نامطلوب زندگی، مورد مطالعه قرار گرفته است (هاجیور^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). این سازه مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و فرآیندهای شخصی است که به افراد کمک می‌کند تا با شرایط نامطلوب زندگی سازگار شوند (سیستو^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). حجتی‌پور و ابهر زنجانی (۱۴۰۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که اثر غیر مستقیم نشخوارفکری بر درماندگی آموخته شده با نقش میانجی تاب‌آوری تایید شد ولی اثر غیر مستقیم اضطراب مرگ بر درماندگی آموخته شده با نقش میانجی تاب‌آوری تایید نشد. بنابراین می‌توان گفت که تاب‌آوری میانجی مناسبی برای نشخوارفکری و درماندگی آموخته شده می‌باشد ولی در اضطراب مرگ موثر واقع نمی‌شود. لی و همکاران (۲۰۱۸) در یک مطالعه نشان دادند که فشار مراقبتی به طور قابل توجهی با انعطاف‌پذیری خانواده و انعطاف‌پذیری فردی بازماندگان سرطان ارتباط منفی داشت. بعلاوه، تاب‌آوری فردی رابطه بین تاب‌آوری خانواده و فشار مراقبتی را تعدیل می‌کند. گائو و همکاران^۶ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان داد که تاب‌آوری پرستاران رابطه مثبت و معناداری با سلامت روانی و بهزیستی ایشان دارد.

یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی که برخورداری از آن فرد را در برابر آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و اجتماعی محافظت می‌نماید راهبردهای مقابله‌ای^۷ است (دو^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). هر زمان که فرد در معرض موقعیت‌های استرس‌زا قرار می‌گیرد، از روش‌های مقابله‌ای برای مقابله با استرس استفاده می‌کند که مجموعه‌ای از چالش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است که برای تغییر، تفسیر و اصلاح موقعیت استرس‌زا استفاده می‌شود (ماچاکی^۹ و همکاران، ۲۰۲۴)، آنها همچنین یک فرآیند پویا و مداوم هستند که به طور کلی به دو دسته تقسیم می‌شوند: استراتژی‌های متمرکز بر مشکل و متمرکز بر احساسات. راهبردهای مشکل محور اقداماتی را نشان می‌دهند که هدف آنها کاهش یا تغییر موقعیت‌های استرس‌زا است که طی آن فرد مشکل را به اجزای کوچک و قابل کنترل تقسیم می‌کند و به دنبال یافتن راه‌حل‌های مناسب است. در حالی که راهبردهای متمرکز بر هیجان شامل تنظیم پاسخ‌های عاطفی فرد به مشکل است که به شکل سرکوب، اجتناب، انزوا و کناره‌گیری ظاهر می‌شود (ندایی و همکاران، ۱۳۹۶). اغلب پژوهشگران مقابله را تلاش فرد برای کاهش استرس می‌دانند. برخی این تلاش‌ها را هشیار و منطقی، برخی در جهت تسلط و برخی در جهت اداره و مهار استرس دانسته و به کارگیری این راهبردها افراد را از آسیب‌ها و مشکلات جسمی حفظ کرده و سبب تقویت فرآیند سازگاری موثر در آنها می‌شود (موشر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵). ماچاکی^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی با عنوان "چالش‌ها و راهبردهای مقابله‌ای در میان مراقبین کودکان مبتلا به سرطان که تحت مراقبت در

1. resilience

2. Beltman

3. Elghazally

4. Hajure

5. Sisto

6. Gao

7. coping strategies

8. Dev

9. Machaki

10. Mosher

11. Machaki

بیمارستان ارجاع ملی در کنیا قرار دارند" به این نتیجه رسیدند که چهار موضوع از چالش های تجربه شده ناشی می شود که شامل مسائل روانی، مالی، مربوط به درمان و اجتماعی/خانوادگی می شود. این یازده موضوع فرعی شامل استرس، افسردگی، کمبود حمل و نقل، کمبود غذا، از دست دادن شغل، تأخیر در درمان، و مسائل زناشویی و غیره بود. دو موضوع مرتبط با راهبردهای مقابله ای سازگاری مثبت و انکار بود که به عنوان راهبردهای مقابله ای منفی برجسته شدند. مقابله مثبت شامل دعا کردن، گریه کردن، صحبت کردن با مردم و کمک خواستن بود. لو^۱ و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه ای نشان دادند که بین عملکرد خانواده مراقبان غیررسمی اولیه و به کارگیری مقابله متمرکز بر هیجان همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد. علاوه بر این، شایستگی مراقبت ارتباط مثبتی با مقابله متمرکز بر مسئله نشان داد. به عنوان یک پیش بینی کننده قابل توجه مقابله متمرکز بر مشکل ظاهر شد. با این حال، نه عملکرد خانواده و نه شایستگی مراقبت ارتباط معنی داری با کل راهبردهای مقابله ای نشان ندادند. وانگلیو و چن^۲ (۲۰۲۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بار مراقبتی با سوگ پیش از مرگ رابطه مثبت دارد و مقابله فعال رابطه بین آنها را واسطه می کند. در گروه زن، مقابله فعال تا حدی واسطه ارتباط بین بار مراقبتی و سوگ پیش از مرگ بود، اما در گروه مرد، این اثر میانجی وجود نداشت.

با وجود رشد پژوهش ها در زمینه مسائل روان شناختی بیماران سرطانی، مطالعات کمتری به بررسی وضعیت روانی و رفتاری مراقبین آنها پرداخته اند؛ در حالی که مراقبین نیز در معرض فشار روانی و فرسودگی ناشی از مراقبت مداوم هستند. پژوهش حاضر با تمرکز بر سه مؤلفه کلیدی و نسبتاً کم مطالعه شده در کنار هم بار مراقبتی، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای و همچنین مقایسه بر اساس جنسیت مراقبین (زن و مرد)، تلاش دارد نگاهی نو و جامع به وضعیت روانی مراقبین بیماران سرطانی داشته باشد. این موضوع به ویژه در بستر فرهنگی ایران، که نقش های جنسیتی و انتظارات اجتماعی ممکن است بر نحوه مراقبت و واکنش های روانی تأثیر بگذارد، کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به مطالب بیان شده سوال اصلی پژوهش این است که آیا بین بارمراقبتی، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای در مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع تحقیق های پس رویدادی (علی - مقایسه ای) بود. جامعه ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان در بیمارستان فرهیختگان تهران در سال ۱۴۰۳ بودند که بنا به روش پژوهش علی - مقایسه ای، انتخاب حداقل ۳۰ شرکت کننده برای هر کدام از گروه ها توصیه شده است (دلاور، ۱۴۰۲). لذا حجم نمونه ۳۰ نفر از مراقبین زن و ۳۰ نفر از مراقبین مرد و در مجموع ۶۰ که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. از آنجایی که برای انجام این پژوهش، نیاز به انتخاب مراقبین زن و مردی بود که به صورت مستقیم مسئولیت مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان را در بیمارستان فرهیختگان تهران بر عهده دارند و تجربه واقعی و ملموسی از شرایط مراقبتی و فشارهای روانی ناشی از آن دارند. با توجه به هدف پژوهش که مقایسه بار مراقبتی، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای میان دو گروه مراقبین زن و مرد است، انتخاب افرادی که دقیقاً با معیارهای مورد نظر پژوهش مطابقت داشته باشند، ضرورت داشت. روش نمونه گیری هدفمند به محقق این امکان را داد که به صورت هدفمند و دقیق، نمونه هایی را برگزیند که دارای اطلاعات غنی و مرتبط با موضوع تحقیق باشند. همچنین با توجه به محدود بودن جامعه هدف و تمرکز پژوهش بر بیماران فرهیختگان، این روش بهترین گزینه برای دسترسی به شرکت کنندگانی بود که بتوانند داده هایی معتبر و کاربردی در راستای اهداف پژوهش ارائه دهند.

¹ . Lu

² . Wangliu & Chen

ابزار پژوهش

پرسشنامه بارمراقبتی نواک و گست (۱۹۸۹): به منظور ارزیابی فشار مراقبتی از پرسشنامه‌ای که در سال ۱۹۸۹ توسط نواک و گست ابداع شده است، استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه و پنج زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی، فشار مراقبتی احساسی. پاسخ‌ها به صورت مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای کاملاً نادرست (امتیاز ۱)، نادرست (امتیاز ۲)، تا حدی درست (امتیاز ۳)، درست (امتیاز ۴) و کاملاً درست (امتیاز ۵) خواهد بود. نمرات این پرسشنامه بین ۲۴ تا ۱۲۰ خواهد بود. در این پرسشنامه نمرات ۳۹ تا ۲۴ فشار مراقبتی خفیف، ۷۱ تا ۴۰ فشار مراقبتی متوسط، ۱۲۰ تا ۷۲ فشار مراقبتی شدید را نشان خواهد داد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۲). روایی پرسشنامه فشار مراقبتی در مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۳) از طریق روایی محتوی و صوری تأیید شده است و پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۷ تا ۰/۶۹ گزارش و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش شده است. میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون: پرسشنامه‌ی مورد استفاده توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با بررسی ادبیات تحقیق در زمینه‌ی پایداری از سال ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است که در مقیاس لیکرت از صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) رتبه بندی می شوند. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی که در فاصله زمانی ۴ هفته به دست آمد ۰/۸۷ بود (کانر و دیویدسون، ۱۹۹۱). این پرسشنامه توسط محمدی (۱۳۸۴) در ایران استاندارد شده است (به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). محمدی (۱۳۸۴) برای بررسی دقیق پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرد. مطالعه سامانی و همکاران (۱۳۸۶) در بین دانشجویان پایایی ۰/۹۳ نشان داد و روایی (با استفاده از تحلیل عاملی و روایی همگرا و واگرا) توسط توسعه دهندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در معرض خطر تأیید شد. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی مورد سنجش قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای کل بررسی ۰/۹۰ بود.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس: پرسشنامه‌ی مورد استفاده توسط بیلینگز و موس (۱۹۸۴) تهیه شده است. شرکت کنندگان پرسشنامه ای متشکل از ۱۹ سوال را در قالب بله/خیر تکمیل کردند. پاسخ‌های مقابله‌ای بر اساس اعتبار صوری به سه دسته آزمون‌های رفتاری فعال، شناختی فعال و اجتماعی تقسیم شدند. در این مورد، پایایی همسانی درونی برای سه خرده مقیاس بین ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش شد. در سال ۱۹۸۴ بیلینگز و موس تعداد سوالات پرسشنامه را به ۳۲ سوال افزایش دادند و از مقیاس ۴ درجه‌ای بجای بله و خیر استفاده کردند. این نظرسنجی جدید پنج نوع راهبرد مقابله را شناسایی کرد: ۵ سوال مربوط به مقابله ارزیابی شناختی، ۳ سوال مقابله با حل مسئله، ۱۱ سوال مقابله هیجان مدار و ۴ سوال مقابله عاطفی و ۹ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات بود. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است و برای خرده مقیاس حل مسئله ۰/۹۰، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی ۰/۶۸، برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات ۰/۹۰ و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی ۰/۹۰ حاصل شده است. اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (حسینی قدمگانی و همکاران، ۱۳۷۷). در این پژوهش پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی انجام شد. میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آمد.

یافته‌های پژوهش

در جدول ۱، فراوانی مربوط به سن آورده شده است.

جدول ۱: فراوانی مربوط به سن

مراقبین زن		مراقبین مرد		
سن	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۲۰ تا ۳۰ سال	۳	۱۰/۰	۴	۱۳/۳
۳۱ تا ۴۰ سال	۱۰	۳۳/۳	۱۴	۴۶/۷
بیش از ۴۰ سال	۱۷	۵۶/۷	۱۲	۴۰/۰
کل	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

در جدول ۲، فراوانی مربوط به وضعیت تاهل آورده شده است.

جدول ۲: فراوانی مربوط به وضعیت تاهل

مراقبین زن		مراقبین مرد		
وضعیت تاهل	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
متاهل	۱۹	۶۳/۳	۲۱	۷۰/۰
مجرد	۱۱	۳۶/۶	۷	۲۳/۳
مطلقه	۰	۰	۲	۶/۶
کل	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: آمار توصیفی راهبردهای مقابله‌ای

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای مقابله‌ای	مرد	۸۶/۶۶	۱۰/۸۹
	زن	۹۷/۵۶	۶/۴۳
تاب‌آوری	مرد	۶۰/۷۶	۸/۴۰
	زن	۸۵/۸۳	۸/۳۸
بارمراقبتی	مرد	۶۴/۲۳	۹/۰۰۸
	زن	۵۶/۱۳	۱۴/۶۵

از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (K-S) برای نشان دادن نرمال بودن یا نبودن توزیع ها (متغیرها) استفاده می شود. در تعیین این آزمون، اگر مقدار sig بیشتر از ۰.۰۵ باشد، توزیع نرمال است و می توان از آزمون های پارامتریک برای تحلیل استفاده کرد، در غیر این صورت از آزمون های ناپارامتریک استفاده می شود. لذا با توجه به نتایج به دست آمده با توجه به این که سطح معناداری آزمون در مجموع بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، داده های آن از توزیع نرمال برخوردار هستند و در نتیجه از آزمون های پارامتریک (مانوا) برای پاسخ به فرضیه ی تحقیق استفاده شد زیرا که این روش متغیرهای وابسته پژوهش که شامل چند مؤلفه (بار

مراقبتی، تاب‌آوری، و راهبردهای مقابله‌ای) هستند را به‌طور هم‌زمان مورد بررسی قرار می‌دهد. از آنجا که مقایسه میان دو گروه مراقبین زن و مرد مدنظر است، تحلیل مانوا امکان بررسی تفاوت گروه‌ها را در مجموعه‌ای از متغیرهای وابسته را فراهم می‌کند. استفاده از این روش از نظر آماری نسبت به انجام تحلیل‌های جداگانه برای هر متغیر وابسته، دقیق‌تر و معتبرتر است و احتمال بروز خطای نوع اول را کاهش می‌دهد

جدول ۴: نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی

شاخص آماری	آماره باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۱	سطح معناداری
گروه‌ها	۱۴/۵۷۴	۰/۸۸۱	۶	۲۴/۳۷	۰/۵۸۵

با توجه به مقدار ($F = ۰/۸۸۱$, $p = ۰/۵۸۵$)، آزمون همگنی ماتریس‌های پراکندگی معنادار نمی‌باشد؛ بدین ترتیب مفروضه همگنی ماتریس‌های پراکندگی برقرار می‌باشد و بدین سان از آزمون مانوا استفاده می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری

شاخص	ارزش	F	Hypothesis df	Error df	P
لامبدای ویکلز	۰/۲۴۲	۵۸/۶۱۱	۳	۵۶/۰۰	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۵، مشاهده می‌شود، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار می‌باشد [$P < ۰/۰۰۰$]. $F(۳, ۵۶) = ۵۶/۰۰$, $Wilks' Lambda = ۰/۲۴۲$. آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) را مجاز شمردند. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶: نتایج آزمون لوین

متغیرها	آماره آزمون	df1	df2	سطح معنی داری
راهبردهای مقابله‌ای	۱/۰۶۷	۱	۵۸	۰/۳۰۶
تاب‌آوری	۳/۷۷۴	۱	۵۸	۰/۰۵۷
بارمراقبتی	۰/۴۳۲	۱	۵۸	۰/۵۱۳

چنانچه در آزمون لوین سطح معنی داری بزرگتر از ۵ درصد باشد می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. با توجه به اینکه در متغیرهای پژوهش، ($Sig > 0.05$) می‌باشد نتیجه می‌گیریم که واریانس از تجانس برخوردار است.

جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین نمرات

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
گروه	راهبردهای مقابله‌ای	۹۸۴/۱۵۰	۱	۹۸۴/۱۵۰	۶/۶۴۹	۰/۰۱۲	۰/۱۰۳
	تاب‌آوری	۹۴۲۵/۰۶۷	۱	۹۴۲۵/۰۶۷	۱۳۳/۸۰۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹۸
	بارمراقبتی	۱۷۸۲/۱۵۰	۱	۱۷۸۲/۱۵۰	۲۲/۲۵۸	۰/۰۰	۰/۲۷۷

خطا	راهبردهای مقابله‌ای	۸۵۸۴/۸۳۳	۵۸	۱۴۸/۰۱۴
	تاب‌آوری	۴۰۸۵/۵۳۳	۵۸	۷۰/۴۴۰
	بارمراقبتی	۲۶۴۴/۰۳۳	۵۸	۸۰/۰۷۰
کل	راهبردهای مقابله‌ای	۲۲۶۸۹۱/۰۰	۶۰	
	تاب‌آوری	۳۳۵۸۸۴/۰۰	۶۰	
	بارمراقبتی	۵۱۵۵۵۵/۰۰	۶۰	

با توجه به داده‌های جدول ۷، مشاهده می‌شود میزان F مشاهده شده بین دو گروه از مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان در متغیر راهبردهای مقابله‌ای ($F(1, 58) = 6/649$; $P < 0/01$) و تاب‌آوری ($F(1, 58) = 133/802$; $P < 0/01$)، بارمراقبتی ($P < 0/01$)؛ $F(1, 58) = 22/258$)، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین بارمراقبتی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای در مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد، مورد تایید است. همچنین متغیر تاب‌آوری بیشترین مجذور اتا را ($0/698$) دارا می‌باشد. همچنین بر مبنای نتایج حاصل از میانگین‌ها مراقبین زن از تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای بالاتری برخوردار می‌باشند اما از بارمراقبتی پایین‌تری به نسبت مردان برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه بارمراقبتی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای در مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان انجام شد. یافته‌ی اول پژوهش تفاوت معناداری بین بارمراقبتی در مراقبین مرد و زن وجود دارد. این یافته با یافته‌های سرچمی و همکاران (1403)، عباسی و همکاران (1393)، امودت و همکاران (2024)، ژانگ و همکاران (2024)، همسو می‌باشد.

تفاوت معنادار در بار مراقبتی بین مراقبین مرد و زن معمولاً به عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان به‌طور سنتی نقش‌های مراقبتی بیشتری بر عهده دارند و مسئولیت‌های فیزیکی و عاطفی بیشتری در مراقبت از بیماران متقبل می‌شوند. این امر می‌تواند منجر به احساس فشار و خستگی بیشتری در آن‌ها شود. در مقابل، مردان ممکن است به دلایل فرهنگی یا شخصیتی، بار مراقبتی را کمتر گزارش دهند یا مسئولیت‌های مراقبتی متفاوتی را بپذیرند که تأثیر کمتری بر وضعیت روانی‌شان دارد. همچنین زنان معمولاً نسبت به وضعیت بیمار حساس‌تر هستند و حمایت عاطفی بیشتری ارائه می‌دهند که می‌تواند سطح فشار روانی آن‌ها را افزایش دهد. از سوی دیگر، مردان ممکن است به شیوه‌های مقابله‌ای متفاوتی روی آورند که منجر به درک متفاوتی از بار مراقبتی شود. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که جنسیت می‌تواند نقش مهمی در ادراک و تجربه بار مراقبتی ایفا کند. بنابراین، بررسی این تفاوت‌ها در طراحی مداخلات حمایتی مؤثر برای مراقبین ضروری است. از سوی دیگر می‌توان بیان کرد که فشار مراقبتی یک اصطلاح کلی است که توصیف‌کننده‌ی بار روانی، جسمی و مالی ناشی از مراقبت است که بر مراقبت‌کننده تحمیل می‌شود. در حقیقت، فشار مراقبتی در مراقب‌کنندگان به سطح بالایی از استرس اشاره می‌کند که توسط مراقبت‌کنندگان تجربه می‌شود. به عنوان مثال، فرد برای مراقبت از یک بیمار مبتلا به بیماری مزمن ممکن است عوامل استرس‌زایی مانند فشار مالی، کنترل و درمان، علائم و نشانه‌های فرد، رویایی با بحران‌ها، از دست دادن دوستان و یا صمیمیت را تجربه کند (اسمیت و همکاران، 2011). فشار مراقبتی با عوامل مختلفی مانند سطح ناتوانی بیمار، مشکلات رفتاری، شناختی و روانی وی و مشکلات مالی و افسردگی بیمار در ارتباط است. مراقبت طولانی مدت کار فرسایشی است و به صورت مزمن سبب استرس و به وجود آمدن علائم افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی، انزوا و ناامیدی در مراقب می‌شود، به طوری که گاهی مراقب به شدت

خسته می‌شود و از پای در می‌آید (بستاروس، ۲۰۱۲). بارمراقبتی یک مسئله مشکل‌ساز و چالش‌انگیز برای بیمار و خانواده‌اش است. مراقبین خانودگی معمولاً مشکلات مرتبط با سلامتی بسیار زیادی را گزارش کرده و معمولاً به علت اینکه فشار مراقبتی یک بیماری محسوب نمی‌شود، بیمار و مراقب وی هر دو در رنج و عذاب هستند. آن‌ها به شدت نیاز به حمایت‌های اجتماعی داشته و نیاز دارند که درک شوند. در طولانی مدت، پریشانی ناشی از مراقبت می‌تواند منابع عاطفی و روانی مراقبین را تخلیه کرده و در نتیجه، آنها را در برابر تجارب بسیار ناراحت‌کننده، آسیب‌پذیرتر کند (تانگ و همکاران، ۲۰۱۶). مراقبت و توجه معمولاً چیزی است که مردم نه آن را پیش‌بینی می‌کنند و نه انتخاب، اما خانواده در مواجهه با ابتلا یکی از اعضا به سرطان، در امر مراقبت احساس مسئولیت کرده و متعهد می‌شود که مراقبتی بدون محدودیت برای وی فراهم کند و این مسئولیت را بدون هیچ آموزشی و با منابع محدود به عهده می‌گیرد. مراقبان طیف گسترده‌ای از کمک در فعالیت‌های روزانه زندگی مثل حمام کردن، توالت رفتن، تعویض لباس، دارو دادن، کنترل علائم و همچنین حمایت عاطفی و مالی را ارائه می‌دهند (سالیوان و میلر، ۲۰۱۵). تجربه مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان به علت مرگ غیرقابل پیش‌بینی و سریع بیماران مبتلا به آن، از مراقبت سایر بیماری‌های مزمن متمایز است و خانواده مراقبت دهنده به دلیل تلاش‌هایی که برای فراهم کردن مراقبت می‌کند، میزان درماندگی قابل توجهی را تجربه می‌کند. این عدم تعادل به نقش‌های اجتماعی، حالت عاطفی و فیزیکی و منابع مالی و مراقبتی مراقبت دهنده‌گان مربوط می‌شود، که به طور جدی سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ما^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین اثرات درگیری طولانی مدت و فراگیر سرطان بر روی بیمار و اعضای خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان منجر به فرسودگی در آنها شده که بروز این حالات، نشانه‌های منفی جسمانی و روانی فشار مراقبتی را ایجاد کرده و همچنین بر کیفیت زندگی آن‌ها نیز تأثیر منفی می‌گذارد (گیون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). عواقب ناشی از افزایش فشار بر مراقبین خانودگی 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 شامل مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و سازگاری با مسئولیت‌های ناشی از مراقبت نشأت می‌گیرد (تویگار و همکاران، ۲۰۲۰). عامل موثر دیگر در میزان فشار مراقبتی تجربه شده توسط مراقبین، وضعیت اقتصادی بوده است که با کاهش میزان درآمد مالی، مراقبین فشار مراقبتی بیشتری را گزارش کرده بودند که اغلب مراقبین مجبورند به‌خاطر ارائه مراقبت تمام‌وقت به بیمارانشان از شغل خود خارج شوند و این قضیه بار مالی آنها را زیاد خواهد کرد و عده‌ای دیگر از مراقبین ممکن است که برای تأمین هزینه‌های مراقبت از بیمارشان مجبور شوند که در چند شغل مشغول شوند تا بتوانند نیازهای مالی ناشی از درمان بیمارشان را برآورده نمایند (چن و همکاران، ۲۰۱۵).

زنانی که در یک رابطه صمیمی قرار دارند، معمولاً شریک زندگی‌شان منبع اصلی پشتیبانی آنها در طول مسیر بیماری سرطان است. بنابراین نحوه حمایت شریک زندگی بسیار مهم خواهد بود، زیرا این امر می‌تواند بر میزان پریشانی بیمار و تعدیل علائم درد و بیماری وی تأثیر بگذارد. همسرانی که در نقش مراقب هستند با چالش‌های زیادی مواجه می‌شوند (پوربا و همکاران، ۲۰۲۱). تحت استرس قابل توجهی قرار می‌گیرند زیرا اغلب از آنها انتظار می‌رود که انواع مختلفی از مسئولیت‌ها را مدیریت کنند. از جمله فشارهایی که همسران با آن دست به گریبانند می‌توان به مسئولیت رسیدگی و مراقبت از بیماران به لحاظ جسمی و عاطفی و تأمین مخارج زندگی و رسیدگی به امور فرزندان اشاره کرد. این گونه فشارها که به آن فشار مراقبتی می‌گویند پیامدهایی مانند اضطراب و افسردگی را برای مراقبین در پی دارد. مردان درگیر با بیماری سرطان همسر به دلیل خستگی و فشار ناشی از مراقبت از یک

¹ . Ma

² . Given

طرف و ترس از دست دادن همسر و ناکامی در نیازهای شخصی، به نظر می‌رسد، آشفتگی‌های هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند. این آشفتگی‌ها ممکن است خود را در غالب هیجان‌های ثانویه مثل خشم، عصبانیت و یا کناره‌گیری و انزوا نشان دهد و در این پژوهش بیشتر مردانی که مراقبت از همسرشان بر عهده آنها بود، بنا به مواردی که گفته شد، نسبت به زنان مراقب از بارمراقبتی بیشتری برخوردار بودند.

یافته‌ی دوم پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین تاب‌آوری در مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان وجود دارد. این یافته با یافته‌های جی‌پور و ابهر زنجانی (۱۴۰۳)، لی و همکاران (۲۰۱۸)، گائو و همکاران (۲۰۱۸)، همسو می‌باشد.

تفاوت معنادار در تاب‌آوری بین مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان می‌تواند ناشی از تفاوت‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی باشد. به‌طور کلی، تاب‌آوری به توانایی فرد در مقابله با فشارها و بازگشت به حالت تعادل روانی پس از تجربه‌ی تنش‌های شدید اشاره دارد. مردان ممکن است به دلیل شیوه‌های اجتماعی‌شده مقابله‌ای و نقش‌های سنتی، از مکانیزم‌های سازگارانه‌تری مانند فاصله‌گیری هیجانی یا تمرکز بر حل مسئله استفاده کنند که می‌تواند تاب‌آوری آن‌ها را در ظاهر بالاتر نشان دهد. در مقابل، زنان به دلیل درگیری عاطفی بیشتر و مسئولیت‌های گسترده‌تر در مراقبت از بیمار، ممکن است بیشتر در معرض فرسودگی روانی قرار گیرند و این امر سطح تاب‌آوری آن‌ها را کاهش دهد. تاب‌آوری به عنوان باور افراد به توانایی‌های خود برای مقابله با استرس، توانایی مقابله، عزت نفس، ثبات عاطفی و ویژگی‌های شخصی که حمایت اجتماعی دیگران را افزایش می‌دهد، تعریف می‌شود. این ساختار یکی از عواملی است که از بروز مشکلات روانی جلوگیری می‌کند و از تأثیرات روانی رویدادهای مشکل ساز محافظت می‌کند. تاب‌آوری در کنار سایر عوامل حفاظتی، عامل محافظتی است که نقش مهمی در موفقیت و بقای افراد از شرایط نامطلوب دارد. از سوی دیگر، کامپفر (به نقل از گائو و همکاران، ۲۰۱۸) نیز خاطرنشان می‌کند که تعدیل مثبت زندگی می‌تواند هم پیامد تاب‌آوری باشد و هم به عنوان پیش زمینه، منجر به سطوح بالاتر تاب‌آوری شود. محققان معتقدند تاب‌آوری نوعی کشف خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است و نقش مهمی در سازگاری با شرایط زندگی و رضایت از آن دارد. محققان همچنین بر این عقیده هستند که تاب‌آوری یک حس اساسی کنترل شخصی و به نوبه خود دسترسی به فهرستی از استراتژی‌هایی است که نقش مهمی در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی دارند، مانند منبع مقاومت و سپر محافظ (لی و همکاران، ۲۰۱۸). تاب‌آوری مجموعه پیچیده‌ای از عوامل و فرآیندهای محافظتی و سلامت‌زا را نشان می‌دهد که برای درک سلامت و بیماری، فرآیندهای شفا و درمان بسیار مهم هستند. اینها عوامل و مکانیسم‌های بیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی هستند که در هر سنی، رابطه بین استرس، آسیب و یا بیماری از یک سو، و یک پیامد مثبت، مطلوب یا مطلوب از سوی دیگر را تعدیل می‌کنند. تاب‌آوری یک سازگاری مثبت است و نشان‌دهنده ظرفیت فرد برای سازگاری موفقیت‌آمیز با تغییرات، مقاومت در برابر تأثیر منفی عوامل استرس‌زا و اجتناب از بروز اختلالات قابل توجه و بروز بیماری‌های مختلف ارگانیک یا روانی است. این نشان دهنده توانایی بازگشت به وضعیت قبلی، به اصطلاح عادی یا سالم، پس از ضربه، تصادف، تراژدی یا بیماری است. تاب‌آوری خوب، مانع از شروع بیماری می‌شود و از آن جلوگیری می‌کند، سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را فراهم می‌کند، بهبودی و بهبودی فردی را تسهیل و تسریع می‌کند و علیرغم بیماری مزمن، زندگی و رفاه با کیفیتی را فراهم می‌کند (بابیک و همکاران، ۲۰۲۰). پس می‌توان نتیجه گرفت حتی تاب‌آوری در خود بیماران هم پیامد مثبتی خواهد داشت چه برسد به مراقبینی که از سطح تاب‌آوری بالایی برخوردار بودند. به همین ترتیب، افراد تاب‌آور کسانی هستند که قادر به سازماندهی مسئولیت‌های روزانه خود هستند. آنها نسبت به افراد آسیب‌پذیر قادر به سازگاری با تغییرات زندگی هستند و توانایی ایجاد و توسعه مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت‌های حل مسئله را دارند که از آنها در موقعیت‌های

چالش برانگیز حمایت می‌کند. افراد تاب‌آور در این مسیر سرسخت و فعال هستند و از رویارویی فعال با مشکلات نمی‌هراسند. بر این اساس، می‌توان گفت افراد تاب‌آور در هر رویداد یا شرایطی از زندگی سعی می‌کنند جنبه مثبت را ببینند و معتقدند هر اتفاقی در زندگی نوعی فرصت است تا تهدید. این افراد با درک نشانگرهای مثبت هر رویداد، به استخراج پیامدهای مطلوب از دل شرایط نامطلوب اقدام می‌کنند. در نهایت در تبیین این یافته می‌توان عنوان داشت که تاب‌آوری عامل مهمی است که به مراقبین در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور این دوران کمک کرده و این افراد را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های این دوران در مدت نگهداری بیمار در امان نگاه می‌دارد؛ بدین ترتیب وجود تاب‌آوری در مراقبین می‌تواند به عنوان یک سپر محافظتی، آن‌ها را در برابر مشکلات عدیده‌ای که در این دوره با آن‌ها احاطه شده‌اند، حفظ کند و بدین ترتیب تاب‌آوری در واقع می‌تواند متغیری باشد که از طریق آن زنانی که از امیدواری بیشتری برخوردارند، بتوانند دلگرمی بیشتری داشته باشند و مقاومت و ایستادگی بالاتر را بروز دهند همین‌طور زنان با تاب‌آوری بالا، در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا و مشکلات و مسائل روزمره، می‌توانند مقاومت روانی و ایستادگی بیشتری را بروز دهند، مسائل خود را بهتر حل نموده و استرس خود را در این دوران بهتر مدیریت نموده و بدین ترتیب پیامدهای منفی ناشی از این شرایط را بهتر کنترل کنند و سازگاری بیشتری و بهتری با استرس‌ها و مشکلات داشته باشند.

یافته‌ی سوم پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین راهبردهای مقابله‌ای در مراقبین زن و مرد افراد مبتلا به سرطان وجود دارد. این یافته با یافته‌های ماچاکی و همکاران (۲۰۲۴)، لو و همکاران (۲۰۲۴)، وانگلیو و چن (۲۰۲۴)، همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ی بدست آمده می‌توان گفت که راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده در شرایط استرس‌زا، بهزیستی روانشناختی مراقبین را تحت تأثیر قرار داده و کمک می‌کند تا ناراحتی روانی را به حداقل برساند. در تبیین نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌توان گفت که نوع راهبردهای مقابله‌ای و تلاش برای مهار موقعیت‌های بالقوه استرس‌زا در زمان مراقبت به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های وضعیت روانی مراقبین شناخته می‌شود، سبک‌های مقابله‌ای پاسخ به تهدیدها و چالش‌ها برای پیش‌گیری از اضطراب و پریشانی معرفی شده است. به عبارتی، لازاروس و فولکمن عقیده دارند که افراد از سبک مسئله‌مدار و هیجان‌مدار برای مقابله با استرس استفاده می‌کنند. استفاده از سبک‌های هیجان‌مدار در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا با سطح بالایی از فشار روانی همراه است، در حالی که استفاده از روش‌های مسئله‌مدار با سطح پایینی از استرس و فشار روانی همراه است. سبک مقابله‌ای مبتنی بر هیجان در موقعیتی است که به این فکر می‌کند که با این استرس فاجعه‌بار چه باید کرد، اما سبک مقابله‌ای متمرکز بر مشکل به این فکر می‌کند که برای رهایی از این مشکل چه کاری می‌توان انجام داد. در واقع، رویکردهای مبتنی بر احساسات، پاسخ‌هایی را تولید می‌کنند که میزان رنج تحمیل‌شده به صورت تکانشی را کاهش می‌دهد. با این حال، عموماً چنین واکنش‌هایی به صورت اجتناب، انکار و کناره‌گیری از واقعیت خواهد بود که منجر به حساسیت بیشتر و پیچیده شدن شرایط می‌شود. با وضعیت بیماری و احساسات منفی و فرآیند ناشی از آن مواجه می‌شود (وانگلیو و همکاران، ۲۰۲۴). هنگام توضیح این یافته می‌توان گفت افرادی که از راهبردهای مشکل‌محور استفاده می‌کنند معمولاً ویژگی‌های روانشناختی خود را با دقت بیشتری درک می‌کنند، راحت‌تر با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند، به راحتی می‌توانند احساسات منفی را مدیریت کنند و از زندگی رضایت بیشتری دارند. همچنین مهارت‌های حل مسئله، سلامت شخصی و توانایی انجام کارها و تکالیف را از طرق مختلف افزایش می‌دهد و باعث می‌شود افراد وظایف دشوار را چالشی ببینند که باید بر آنها مسلط باشند و مطمئن باشند که می‌توانند بر پتانسیل خود غلبه کنند. تهدیدها را می‌توانند کنترل کنند و به خوبی با موقعیت سازگار شوند، اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه کنند و سطوح بالاتری از احساسات مثبت را تجربه کنند. این افراد در مواجهه با بحران، با دیدی خوش‌بینانه به مشکلات موجود می‌نگرند و به

جای اینکه در مواجهه با مشکلات ناامید شوند، سعی در حل مناسب آنها دارند (ماچاکی و همکاران، ۲۰۲۴). در تبیین فرضیه‌ی مذکور باید اشاره داشت که سبک مقابله‌ی هیجانی، سبکی کاملاً سطحی و تکانشی جهت حل مشکل است. افراد واجد این سبک بر موضوعی که درگیر آن هستند تسلط فکری و منبعی لازم را ندارند و صرفاً از طریق تخلیه‌ی هیجانات خود مسائل را بجای حل، شبه‌حل می‌نمایند اما به واقع مسئله و مشکل حل نشده و به وقت خود باقی می‌ماند. در سبک اجتنابی، فرد سعی می‌کند تغییرات شناختی ایجاد کند و از واقعیت‌های استرس‌زا فاصله بگیرد، سعی می‌کند از مشکل فرار کند و از آن بگریزد و از حمایت عاطفی برخوردار شود. در این زمان، فرد سعی می‌کند آرامشی را که به دلیل شرایط استرس‌زا شکسته شده بود، بازگرداند و سعی می‌کند خود را از سردرگمی و پریشانی موجود رها کند. جهت تبیین این فرضیه باید گفت افرادی که از این سبک مقابله‌ای پیروی می‌کنند، بجای حل مسائل و مشکلات خود از مشکلات خود فرار می‌کنند، در صورتی که فرار از مشکل حل آن را با دردسر بزرگ تری مواجه می‌سازد، ولیکن افرادی که این سبک را اتخاذ می‌نمایند از آنجایی که مشکلات را حل نشده به قوت خود باقی می‌گذارند، علاوه بر مسائل خود، با فرار از حل، مشکلات جدیدی را نیز ایجاد می‌کنند (ایندلر و پارکر، به نقل از صیادی، ۱۳۹۳). طبق نظر هاسکل و همکاران (۲۰۲۰) فرار و اجتناب مطمئناً ابزار سالمی برای مقابله با استرس هستند اما افراط آن‌ها از ویژگی‌های اصلی اختلالات سلامت روان است. طبق مطالعه‌ای دیگر نوسان بین راهبردهای مقابله فعال و اجتنابی می‌تواند منجر به استفاده بهینه از منابع مقابله شود. این پژوهش از آنجایی که مردان مراقب نسبت به زنان مراقب از سبک هیجان‌مدار استفاده بیشتری می‌کردند در نهایت نمره کل سبک‌های مقابله‌ای آنها کمتر از زنان مراقب بود.

هر پژوهشی با یکسری محدودیت روبرو است از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدودیت مکانی آن است که جامعه پژوهش محدود به مراقبین زن و مرد یکی از بیمارستان‌های شهر تهران است که دلیل آن محدودیت‌های اعمال شده بر پژوهشگر می‌باشد و از این رو نتایج قابل تعمیم‌دهی نیستند. برخی از شرکت‌کننده‌ها برای پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش حوصله و تمایل کافی نشان ندادند که دلیل آن نامساعد بودن شرایط موجود برای آن‌ها بود. طرح پژوهش حاضر از نوع مقطعی بوده که تعمیم نتایج را محدود می‌کند. تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و شخصیتی میان مراقبین می‌تواند بر درک بار مراقبتی و نحوه‌ی مقابله با استرس تأثیر بگذارد و تعمیم نتایج را محدود کند. استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی ممکن است با خطای پاسخ‌دهی همراه باشد، زیرا شرکت‌کنندگان ممکن است پاسخ‌هایی اجتماعی‌پسند یا غیرواقعی ارائه دهند. شدت بیماری فرد مبتلا به سرطان، مرحله‌ی درمان و وضعیت روحی‌اش می‌تواند به‌طور مستقیم بر میزان فشار روانی مراقب اثر بگذارد که ممکن است در تحلیل‌هایی به‌طور کامل کنترل نشود. لذا با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جامعه بزرگتری مورد بررسی قرار گیرد تا تعمیم‌پذیری داده‌های تحقیق باثبات‌تر باشد. پیشنهاد می‌شود جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش‌های آینده در محیط مساعدتری صورت گیرد تا آزمودنی‌ها برای پاسخگویی رغبت بیشتری داشته باشند. با توجه به محدود بودن طرح مطالعه حاضر روش مقطعی، پیشنهاد می‌گردد از طرح‌های طولی نیز استفاده شود. چنانچه ارزیابی متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش با سایر روش‌ها مانند روش مصاحبه همراه شود، به طور یقین به کسب نتایج منسجم‌تر و مستحکم‌تری می‌انجامد. همچنین با توجه به اینکه برنامه‌های تاب‌آوری باعث ارتقا راهبردهای مقابله‌ای موثرتر و افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتماد به نفس و مهارت حل مساله و ... می‌شود پیشنهاد می‌شود که آموزش تاب‌آوری در برنامه‌های آموزش برای مراقبین گنجانده شود. پیشنهاد می‌گردد مسئولان امر با تهیه و تدوین و به اجراگذاری برنامه‌های آموزشی در جهت بهبود تاب‌آوری مراقبین گام‌های مثبتی بردارند تا بتوان با بهبود تاب‌آوری مشکلات روحی و روانی را در ایشان بهبود بخشند.

منابع

حجی پور، محدثه و ابهرزنجانی، فرناز. (۱۴۰۳). بررسی رابطه نشخوارفکری و اضطراب مرگ با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) با نقش میانجی تاب آوری. *نشریه پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۷۷، ۶۷-۷۹. <https://jonapte.ir/fa/showart-e1a25a0464c007fe3423c40f2c15de00>

حسینی قدمگاهی، جواد؛ دژکام، محمود؛ بیان‌زاده، سیداکبر و فیض، ابوالحسن. (۱۳۷۷). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در "بیماران عروقی قلبی". *اندیشه و رفتار*، ۴(۱)، ۲۴-۱۴.

دلاور، علی. (۱۴۰۲). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، نشر ارسباران
سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-fa.html>

سرچمی، زیبا؛ ناوی‌پور، حسن و احمدی، فضل‌الله. (۱۴۰۳). تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر بار مراقبتی مراقبین بیماران با ضایعات مغزی نخاعی. *نشریه پرستاری ایران*، ۱۴۷، ۶۳-۵۰. URL: <http://ijn.iums.ac.ir/article-1-3689-fa.html>

عباسی، علی؛ شمسی‌زاده، مرتضی؛ اسایش، حمید؛ رحمانی، حسین؛ حسینی، سیدعابدین و طالبی، میترا. (۱۳۹۳). ارتباط فشار مراقبتی با روش‌های مقابله ای مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی. *روان پرستاری*، ۱(۳)، ۷۱-۶۲. URL: <http://ijpn.ir/article-1-170-fa.html>

ندایی، علی.، پاغوش، عطاءالله. و هسنیجه، صادقی امیرحسین. (۱۳۹۵). رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی: نقش واسطه‌ای مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۴)، ۴۸-۳۵. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2252.html

Aamodt, W. W., Kluger, B. M., Mirham, M., Job, A., Lettenberger, S. E., Mosley, P. E., & Seshadri, S. (2024). Caregiver burden in Parkinson disease: a scoping review of the literature from 2017-2022. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 37(2), 96-113. DOI: [10.1177/08919887231195219](https://doi.org/10.1177/08919887231195219)

Abbasi, A., Shamsizadeh, M., Asayesh, H., Rahmani, H., Hoseini, S. A., & Talebi, M. (2013). The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. *IJPN*, 1, (3), 62-71. [Persian]. URL: <http://ijpn.ir/article-1-170-fa.html>

Agyemang-Duah, W., Abdullah, A., & Rosenberg, M. W. (2024). Caregiver burden and health-related quality of life: A study of informal caregivers of older adults in Ghana. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 43(1), 31. DOI: [10.1186/s41043-024-00509-3](https://doi.org/10.1186/s41043-024-00509-3)

Babic, R., Babic, M., Rastovic, P., Curlin, M. (2020). Resilience In Health And Illness. *Psychiatria Danubina*, 32(2), 226-232.

Bastawrous, M. (2012). *Caregiver burden—A critical discussion*. International journal of nursing studies.

Beltman, S. (2021). Understanding and Examining Teacher Resilience from Multiple Perspectives. Chapter2, in book: *Cultivating Teacher Resilience* (pp.11-26)

Biling, A. G., & Moose, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891. DOI: [10.1037//0022-3514.46.4.877](https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.4.877)

Chen, MC., Chen, KM., & Chu, TP. (2015). Caregiver burden, health status, and learned resourcefulness of older caregivers. *West J Nurs Res*, 37(6), 767-80. DOI: [10.1177/0193945914525280](https://doi.org/10.1177/0193945914525280)

- Conner, KM., & Davidson, JR. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82. DOI: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113)
- Delavar, A., (2004). Educational and psychological research, Arasbaran prres. [Persian].
- Dev, R., Agosta, M., Fellman, B., Reddy, A., Baldwin, S., Arthur, J., ... & Bruera, E. (2024). Coping strategies and associated symptom burden among patients with advanced cancer. *The Oncologist*, 29(2), 166-175. DOI: [10.1093/oncolo/oyad253](https://doi.org/10.1093/oncolo/oyad253)
- Elghazally, S., Alkarn, A., Elkhayat, H., Ibrahim, A., & Elkhayat, M. (2021). Burnout Impact of COVID-19 Pandemic on Health-Care Professionals at Assiut University Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5368. DOI: [10.3390/ijerph18105368](https://doi.org/10.3390/ijerph18105368)
- Gao, T., Ding, X., Chai, J., Zhang, Z., Zhang, H., Kong, Y., Mei, S. (2018). The influence of resilience on mental health: The role of general well-being. *Int J Nurs Pract*, 23(3). DOI: [10.1111/ijn.12535](https://doi.org/10.1111/ijn.12535)
- Given, BA. (2019). Safety of Care by Caregivers of Cancer Patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(4), 374-379. DOI: [10.1016/j.soncn.2019.06.011](https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.06.011)
- Hajipour, M., & Abharzanjani, F. (2024). Investigating the relationship between rumination and death anxiety with learned helplessness in caregivers of special patients (cancer) with the mediating role of resilience. *Journal of New Advances in Psychology, Educational Sciences and Education*, 77, 67-79. [Persian]. <https://jonapte.ir/fa/showart-e1a25a0464c007fe3423c40f2c15de00>
- Hajure, M., Alemu, S. S., Abdu, Z., Tesfaye, G. M., Workneh, Y. A., Dule, A., ... & Gezimu, W. (2024). Resilience and mental health among perinatal women: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1373083. DOI: [10.3389/fpsy.2024.1373083](https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1373083)
- Haskell, A. M., Britton, P. C., & Servatius, R. J. (2020). Toward an assessment of escape/avoidance coping in depression. *Behavioural brain research*, 381, 112363. DOI: [10.1016/j.bbr.2019.112363](https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112363)
- Hosseini Ghadamgahi, J., Dejkam, M., Bayanzadeh, S. A., & Feyz, A. (1998). Quality of social relationships, level of stress and coping strategies in "cardiovascular patients. *Thought and Behavior*, 4(1), 14-24. [Persian].
- Irenaeus, S., Garmo, H., Gedeberg, R., Robinson, D., Stattin, P., Beckmann, K. (2024). Patterns of treatment in men with intermediate-, high-, and very high-risk prostate cancer according to their modelled life expectancy. *European Urology*, 1(85), 1265-1276. doi: [10.1016/j.euro.2021.12.011](https://doi.org/10.1016/j.euro.2021.12.011)
- İşleyen, E. K., Korkmaz, S. E., Narcıkara, C., & Ekici, B. (2025). Caregiver burden, religious coping, and spiritual well-being among caregivers of elderly stroke patients and predictors affecting spiritual well-being. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 25(1), e13206. DOI: [10.1111/psyg.13206](https://doi.org/10.1111/psyg.13206)
- Jeyathevan, G., Catharine Craven, B., Cameron, JI., & Jaglal, SB. (2020). Facilitators and barriers to supporting individuals with spinal cord injury in the community: Experiences of family caregivers and care recipients. *Disabil Rehabil*, 42(13), 1844-54. DOI: [10.1080/09638288.2018.1541102](https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1541102)
- Li, Y., Wang, K., Yin, Y., Li, Y., & Li, SH. (2018). Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 88, 79-84. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2018.08.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.011)

- Lu, H. H., & Liang, S. Y. (2024, September). Predictors of Coping Strategies in Caregivers of Family Members with a Brain Tumor: A Correlational Study. *In Healthcare*, 12(18), 1897. DOI: [10.3390/healthcare12181897](https://doi.org/10.3390/healthcare12181897)
- Ma, H-P., Lu, H-J., Xiong, X-Y., Yao, J-Y., & Yang, Z. (2014). The investigation of care burden and coping style in caregivers of spinal cord injury patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 185-90. DOI:[10.1016/j.ijnss.2014.05.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.010)
- Machaki, D. V. W., Mutisya, A. K., Mutinda, J., Oluchina, S., & Gatimu, S. M. (2024). Challenges and coping strategies among caregivers of children with cancer receiving care at a national referral hospital in Kenya. *BMC Palliative Care*, 23(1), 242. DOI: [10.1186/s12904-024-01573-6](https://doi.org/10.1186/s12904-024-01573-6)
- Mosher, CE., Ott, MA., Hanna, N., Jalal, SI., & Champion, VL. (2015). Coping with physical and psychological symptoms: a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers. *Support Care Cancer*, 23(1), 2053-2060. DOI: [10.1007/s00520-014-2566-8](https://doi.org/10.1007/s00520-014-2566-8)
- Nedaei, N., Paghoosh, A., Sadeghi Hosnijeh, A. (2016). Relationship between Coping Strategies and Quality of Life: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Skills. *Journal of Clinical Psychology*, 8(4), 35-48. [Persian]. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2252.html
- Novak, M. & Guest, C. I. (1989). Application of a multidimensional Care-giver Burden Inventory. *Gerontologist*, 29, 798-803. DOI: [10.1093/geront/29.6.798](https://doi.org/10.1093/geront/29.6.798)
- Purba, F. D., Kumalasari, A. D., Novianti, L. E., Kendhawati, L., Noer, A. H., & Ninin, R. H. (2021). Marriage and quality of life during COVID-19 pandemic. *PloS one*, 16(9), e0256643. DOI: [10.1371/journal.pone.0256643](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256643)
- Samani, S., Jokar, B., & Sahragard, N. (2008). Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(3), 295-290. [Persian]. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-fa.html>
- Sarcami, Z., Naviporh, H., & Amadi, F. (2024). Effect of Continuous Care Model-based Intervention on the Care Burden of the Caregivers of Patients With Spinal Cord Injury. *IJN*, 37(147), 50-63. URL: <http://ijn.iums.ac.ir/article-1-3689-fa.html>
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas)*, 55(11), 745. doi: [10.3390/medicina55110745](https://doi.org/10.3390/medicina55110745)
- Smith, GR., Williamson, GM., Miller, LS., & Schulz, R. (2011). Depression and quality of informal care: A longitudinal investigation of caregiving stressors. *Psychology and aging*, 26(3), 584. doi: [10.1037/a0022263](https://doi.org/10.1037/a0022263)
- Sullivan, AB., & Miller, D. (2015). Who is taking care of the caregiver?. *Journal of patient experience*, 2(1), 7-12. doi: [10.1177/237437431500200103](https://doi.org/10.1177/237437431500200103)
- Tang, H., Hammack, C., Ogden, S. C., Wen, Z., Qian, X., Li, Y., . . . Lee, E. M. (2016). Zika virus infects human cortical neural progenitors and attenuates their growth. *Cell stem cell*, 18(5), 587-590. DOI: [10.1016/j.stem.2016.02.016](https://doi.org/10.1016/j.stem.2016.02.016)
- Tian, S., Huangfu, L., Deng, J., Shi, L., & Lu, L. (2024). Associations of sleep pattern with survival and life expectancy of cancer patients. *Sleep Medicine*, 1(115), 92-104. doi: [10.1016/j.sleep.2016.06.041](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.06.041)
- Toygar, I., Ye şilbalkan, OU., GüzelMalseven, Y., & Sönmez, E. (2019). Effect of reflexology on anxiety and sleep of informal cancer caregiver: Randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39(1), 1-6. DOI: [10.1016/j.ctcp.2020.101143](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101143)

- Tu, T., Tran, T., Kwon, H., & Cho, H. (2023). Frailty-adjusted life expectancy and survival in older lung cancer patients: A large-scale electronic health-record based study. *Annals of Oncology*, 34(40), 165-177.
- Wangliu, Y., & Chen, J. K. (2024). The mediating role of coping strategies between caregiving burden and pre-death grief among Chinese adult-child caregivers of dementia patients. *Journal of Advanced Nursing*. DOI: [10.1111/jan.16118](https://doi.org/10.1111/jan.16118)
- Zhang, Y., Li, J., Zhang, Y., Chen, C., Guan, C., Zhou, L., ... & Hu, X. (2024). Mediating effect of social support between caregiver burden and quality of life among family caregivers of cancer patients in palliative care units. *European Journal of Oncology Nursing*, 68, 102509. DOI: [10.1016/j.ejon.2024.102509](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102509)

Comparison of burden of care, resilience and coping strategies in male and female cancer caregivers

Mohsen Khaksar¹, Rita Liyaghat^{*2}

Abstract

A cancer diagnosis, in addition to changing the patient's life, affects the economic, social, physical, and psychological dimensions of people who care for a person with cancer. The aim of the present study was to compare the burden of caregiving, resilience, and coping strategies in male and female caregivers of people with cancer. The research method was a descriptive post-event (causal-comparative) research. The statistical population of the present study included all male and female caregivers of people with cancer in Farhikhtegan Hospital, Tehran, in 2024. The sample size was 30 female caregivers and 30 male caregivers, for a total of 60, who were selected through purposive sampling and responded to the Novak and Guest (1989) Caregiver Burden Questionnaire, Connor-Davidson (2003) Resilience Questionnaire, and Billings and Moss (1984) Coping Strategies Questionnaire. SPSS version 25 and multivariate analysis of variance (MANOVA) test were used to analyze the data. The Kolomogrov-Smirnov (K-S) test was used to show the normality and non-normality of the distributions (variables). According to the results, it is observed that there is a significant difference in the F value observed between the two groups of female and male caregivers of people with cancer in the variables of coping strategies ($P < 0.01$; (58, 1) $F = 6.649$) and resilience ($P < 0.01$; (58, 1) $F = 802.133$), caregiving burden ($P < 0.01$; (58, 1) $F = 258.22$). Therefore, the research hypothesis that there is a difference between caregiving burden, resilience, and coping strategies in female and male caregivers of people with cancer is confirmed. Also, the resilience variable has the highest eta square (0.698). Also, based on the results of the averages, female caregivers have higher resilience and coping strategies, but they have lower caregiving burden than men. Caregivers Male and female caregivers of people with cancer face significant psychological and physical burdens. However, the presence of effective coping strategies and resilience has a major impact on their ability to manage these challenges. Future interventions should focus on strengthening

¹ . M.A of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: Mkhaksar1998@gmail.com

² . (Corresponding author): Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: Dr.liyaghat@gmail.com

caregiver support systems and providing targeted education and resources to reduce caregiving stress.

Keywords: Caregiving burden, resilience, coping strategies, female caregivers, male caregivers, people with cancer.