

## ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله جوانان در بررسی افراد تحت درمان سرطان

دکتر مریم آگیلار- وفایی \*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله جوانان (CRI-Y) در افراد تحت درمان سرطان انجام شده است. بررسی اعتبار و ساختار مفهومی این پرسش‌نامه در بافت فرهنگی ایرانی، که نوعی از روایی سازه است، هدف اصلی این مطالعه است. افزون بر این، روایی همگرا و افتراقی که بخش‌های مهم دیگری از ویژگی‌های روان‌سنجی یک آزمون می‌باشد، ارزیابی شده است.

**روش:** شرکت‌کنندگان این پژوهش ۷۵ نفر از افراد دارای تشخیص پزشکی سرطان خون و مراجعه‌کننده به چندین مرکز سرطان شهر تهران بودند. برای گردآوری داده‌ها در کنار مقیاس CRI-Y یک مقیاس مقابله مذهبی نیز به کار برده شد. از مقیاس اضطراب صفت/حالت اسپیلبرگر برای ارزیابی اضطراب بهره گرفته شد. افزون بر این، یافته‌ها بر پایه چهارچوب‌های نظری و یافته‌های آزمایشی که نقش مقابله مذهبی و اهمیت مقابله اجتنابی را در بیماری‌های حاد و مزمن نوجوانان تعیین می‌کند تحلیل شد.

**یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی مقیاس CRI-Y، ساختار مقیاس اصلی CRI-Y را تکرار نکرد. تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی این مقیاس چهار عامل را آشکار کرد. اعتبار این مقیاس‌ها، که به روش آلفای کرونباخ به دست آمد رضایت‌بخش بود. میانگین زیرمقیاس‌های CRI-Y نشان داد که نمونه مورد بررسی، هر دو نوع مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار را به کار می‌برند. مقابله مذهبی به طور معنی‌داری با همه عوامل همبستگی داشت. نمرات اضطراب با عامل ۱ و ۲ مقیاس CRI-Y همبستگی منفی نشان داد، اما همبستگی با عامل ۴ مقیاس CRI-Y مثبت و معنی‌دار بود. نمره‌های اضطراب با مقابله مذهبی همبستگی معکوس و معنی‌دار داشت.

**نتیجه‌گیری:** زیرمقیاس‌های CRI-Y می‌توانند برای نشان دادن فعالیت‌های مقابله نوجوانان که به طور معنی‌داری بر اضطراب نوجوانان تأثیر می‌گذارد استفاده شوند.

**کلیدواژه:** استرس، سرطان، بیماری مزمن، نوجوانان، مقابله، دین، فرهنگ، اضطراب

### مقدمه

فرآیندهای مقابله‌ای یا کنارآمدن<sup>۱</sup> در وضعیت سلامتی و سازگاری آنها بسیار مهم است. به‌ویژه، در کودکان و

در مبتلایان به مشکلات بدنی مزمن مانند سرطان، نقش

\* دکترای تخصصی تحول انسان و روابط خانواده، دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس. صندوق پستی ۱۳۹-۱۴۱۱۵. فاکس: ۰۲۱-۸۸۰۲۸۲۳۶

E-mail: Vafaism@modares.ac.ir

نوجوانان ۴ تا ۱۶ ساله مبتلا به مشکلات یاد شده خطر ابتلا به اختلال‌های رفتاری (کادمن<sup>۱</sup>، بویل<sup>۲</sup>، زاتماری<sup>۳</sup> و آفورد<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷) از جمله اضطراب، افسردگی و انزوای اجتماعی (لاوین<sup>۵</sup> و فایر-روتمن<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲) ۲/۴ برابر سایر گروه‌های سنی گزارش شده است.

مراد از کنار آمدن، هر گونه پاسخ برای سازش‌یافتگی فرد، در رویارویی با یک رویداد زیانبار است (سیلور<sup>۷</sup> و روتمن<sup>۸</sup>، ۱۹۸۰). افزون بر رفتارهای آشکار<sup>۹</sup>، کنار آمدن شامل پاسخ‌های شناختی (برای نمونه «من واقعاً بیمار نیستم»)، واکنش‌های عاطفی (برای نمونه، عصبانیت، گریه کردن و خطر کردن) و پاسخ‌های فیزیولوژیکی (مانند تهوع و اختلال‌های خواب) نیز می‌باشد. این پاسخ‌ها می‌توانند متمرکز بر مسایل و یا متمرکز بر هیجان باشند، که به طور کلی، اولی با پی‌آمدهای مثبت و دومی با اختلال‌های رفتاری و بدنی گوناگون ارتباط دارند.

راهبردهای مقابله‌ای که فرد به کار می‌برد ممکن است کاهش فشار روانی را به دنبال داشته باشند و از این رو یک شیوه کنار آمدن مؤثر شناخته شوند. اما برخی پاسخ‌های مقابله‌ای ممکن است مشکل را گسترده‌تر و بدتر کرده و یا خود یک مشکل تازه پدید آورند (برای نمونه، سوء مصرف الکل یا مواد مخدر). بنابراین مفهوم «کنار آمدن یا مقابله» گاهی بسیار گسترده‌تر بوده و صرفاً به تلاش‌های رفتاری فرد برای حل مسأله در راستای تسلط بر یک وضعیت بالقوه تهدید کننده به کار نمی‌رود. هم‌چنین، در برخی رویکردهای نظری، کنار آمدن یک ویژگی شخصیتی به‌شمار می‌رود که در موقعیت‌های گوناگون تغییر نمی‌کند.

به باور موس<sup>۱۰</sup> و شفر<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۳)، کنار آمدن یک عامل متعادل کننده است که می‌تواند به افراد در راستای سازگاری کمک کند و در موقعیت‌های گوناگون قابل تغییر می‌باشد. چگونگی فرآیند مقابله افراد با عواملی چون مقاوم‌سازی در برابر استرس، باورهای دینی و یا برخی عوامل زمینه‌ای مانند ناتوانی کنترل رخدادهای در شرایط سخت بیماری<sup>۱۲</sup> ارتباط دارند، که ممکن است نقش راهبردهای مقابله‌ای را در برابر استرس داشته باشند. بر پایه این رویکرد نظری، مقابله یک فرآیند پویا است که در رویدادهای گوناگون، تغییرپذیر می‌باشد.

در فرآیند سنجش راهبردهای مقابله‌ای که با پرسش در زمینه واکنش‌های مقابله‌ای افراد در رویارویی با رویدادهای

دشواری زندگی عادی ساخته شده‌اند، این خطر وجود دارد که این مقیاس‌ها به بررسی پاسخ‌های مقابله‌ای به بیماری‌ها در محیط‌های بیمارستانی تعمیم شوند. این اقدام به سبب ماده‌هایی در این آزمون‌هاست که نمایانگر رفتارهای مقابله‌ای و پاسخ‌هایی است که در موقعیت‌های عادی انجام می‌شوند، در حالی که اهمیت و معنای رفتارهای مقابله‌ای، در هنگام بیماری ممکن است از لحاظ کیفی متفاوت باشند. مشکل این است که وجود ماده‌های نامناسب در آزمون می‌تواند بر پایایی و روایی آزمون تأثیر داشته باشد (بن‌پورا<sup>۱۳</sup>، والر<sup>۱۴</sup> و بوتچر<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۱؛ استون<sup>۱۶</sup>، گرینبرگ<sup>۱۷</sup>، کنسلی-مور<sup>۱۸</sup> و نیومن<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۱؛ والر، ۱۹۸۹). بنابراین پایایی همسانی درونی و همبستگی بین مواد مقیاس اصلی و مقیاس بازبینی شده (در محیط بیمارستان) به صورت معنی‌داری متفاوتند (ویتالیانو<sup>۲۰</sup>، روسو<sup>۲۱</sup>، کار<sup>۲۲</sup>، مایوریو<sup>۲۳</sup> و بکر<sup>۲۴</sup>، ۱۹۸۵).

مشکل روش‌شناختی دیگری که در به‌وجود آوردن مقیاس‌هایی با پایایی و روایی مناسب برای ارزیابی گستره کلی راهبردهای مقابله‌ای وجود دارد و باید به آن توجه شود، در دست نداشتن اطلاعات در زمینه روایی سازه مقیاس‌های سنجش مقابله در موقعیت‌های استرس‌زای مربوط به سلامتی و بیماری مزمن است. در این زمینه، موضوع تکرارناپذیری ساختار عاملی مقیاس اصلی (در شرایط جایگزین مانند بیمارستان) در بررسی‌های انجام شده گزارش شده است (برای نمونه، اتکینسون<sup>۲۵</sup> و ویولاتو<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۳؛ ویتالیانو و همکاران، ۱۹۸۵).

مسأله دیگری که رابطه تنگاتنگی با روایی سازه مقیاس‌های سنجش مقابله دارد، این است که مقیاس‌های اصلی برای کشورهای غربی ساخته شده‌اند و در بافت‌های فرهنگی متفاوت از بافت‌های غربی کاربرد ندارند (واتسون<sup>۲۷</sup>، ویلسون<sup>۲۸</sup>، سینها<sup>۲۹</sup>، ۱۹۹۸).

1- Cadman	2- Boyle
3- Szatmari	4- Offord
5- Lavigne	6- Faier-Routman
7- Silver	8- Worthman
9- overt behavior	10- Moos
11- Schaefer	12- acute health crisis
13- Ben-Porah	14- Waller
15- Butcher	16- Stone
17- Greenberg	18- Kennedy-moore
19- Newman	20- Vitaliano
21- Russo	22- Carr
23- Mauirio	24- Becker
25- Atkinson	26- Violato
27- Watson	28- Willson
29- Sinha	

به این دلایل در صورت تکرار ناپذیری ساختار عاملی مقیاس اصلی، باید شواهدی در راستای روایی همزمان ساختار عاملی جدید به دست آورد. پرسش نامه پاسخ های مقابله ای کودکان<sup>۱</sup> CRI-Y در آغاز برای اجرا روی نوجوانان سالم ساخته شد (موس، ۱۹۹۳)؛ با این وجود اطلاعات کمی در زمینه کارآمدی آن در زمینه سنجش راهبردهای مقابله ای در برابر بیماری ها در دست است. هم چنین تا کنون برای اعتباریابی بین فرهنگی این آزمون بر حسب روایی سازه و روایی همزمان گزارشی منتشر نشده است. بررسی حاضر در این راستا و با هدف پاسخ گویی به پرسش های زیر انجام شده است:

۱) آیا ساختار عاملی مقیاس اصلی CRI-Y در بافت ایران قابل تکرار است؟ (۲) آیا پایایی همسانی درونی و همبستگی بین مواد بازبینی شده از لحاظ روان سنجی مناسب تر از مقیاس اصلی است؟ (۳) آیا روایی سازه و روایی همزمان مقیاس بازبینی شده مناسب تر (بسنده تر) از روایی سازه و روایی همزمان مقیاس های اصلی CRI-Y هستند؟

## روش

این پژوهش از نوع همبستگی است. چون در بررسی همبستگی علیت دو سویه است و همیشه نمی توان گفت که کدام متغیر تحت نفوذ دیگری است، افزون بر اصطلاح متغیر مستقل و وابسته، متغیر ملاک و پیش بین نیز به کار برده می شود. در این پژوهش جامعه آماری نوجوانان سرطانی ۱۲ تا ۱۴ ساله مراجعه کننده به هفت مرکز دانشگاهی تخصصی دارای بخش خون و سرطان کودک در تهران می باشد (بیمارستان های علی اصغر (ع)، کودکان مفید، امام خمینی (ره)، بهرامی، شهدا، مرکز طبی کودکان و انستیتو کانسر) که در ماه های دی و بهمن ۱۳۸۱ به مراکز یاد شده مراجعه کرده و در مرحله درمان بودند. شمار نوجوانان ۱۲ تا ۱۴ ساله مراجعه کننده و بستری در این مراکز طی دو ماه یاد شده، ۲۱۰ نفر بود.

انتخاب گروه نمونه در مدت زمان معین (دی- بهمن) با توجه به نوع پژوهش، به روش نمونه گیری تصادفی ساده انجام شد؛ به این شکل که از روی فهرست اسامی کودکان در دامنه سنی مورد نظر ۷۵ نفر ارزیابی شدند. گفتنی است با توجه به ریزش<sup>۲</sup> آزمودنی ها، در آغاز ۱۲۰ نفر انتخاب شدند. ملاک انتخاب آزمودنی ها داشتن تشخیص پزشکی سرطان خون بود.

با خانواده ۱۲۰ کودک تماس گرفته شد و پس از دو هفته فرم های موافقت با شرکت در پژوهش برای ۶۵ کودک (۵۴/۱۶٪) دریافت گردید. ۲۳ خانواده (۱۹/۱۶٪) از شرکت در پژوهش خودداری کردند و ۳۲ خانواده (۲۶/۶۷٪) موافقت نامه خود را تحویل ندادند. بنابراین، فرآیند انتخاب نمونه برای یافتن ۱۰ نوجوان دیگر تکرار شد.

نمونه نهایی در بررسی ۷۵ کودک (۳۰ دختر و ۴۵ پسر) ۱۲ تا ۱۴ ساله بود. میانگین سن کودکان مورد بررسی ۱۲/۵ سال (انحراف معیار ۰/۹۸) بود. بیشتر آنها مسلمان (۹۴/۵٪) و ۳/۳٪ زرتشتی بودند. از نظر قومیتی ۳۶/۶٪ لر، ۲۳/۳٪ ترک، ۳۱/۳٪ فارس، ۴/۴٪ کرد، ۲/۲٪ عرب و ۲/۲٪ افغان بودند. ۹۸٪ دانش آموز بودند و بیشتر آنها (۸۲٪) در کلاس های متناسب با سن شان تحصیل می کردند، اما به علت بیماری شان روزهای تحصیلی زیادی (بین صفر تا ۲۷۰ روز، میانگین ۷۷/۲۳ و انحراف معیار ۸۷/۴۹) را از دست داده بودند. بیشتر خانواده های این کودکان دارای درآمد متوسط به پایین بوده و سطح تحصیلات متوسط یا پایین داشتند.

برای اجرای پژوهش، پس از دریافت موافقت نامه از والدین نوجوانان انتخاب شده، به هر نوجوان یک پرسش نامه برای ثبت الف) رفتارهای مقابله ای نوجوان برای کنار آمدن با بیماری و ب) ادراک کودک و نوجوان از وضعیت اضطرابی خود، داده شد. در هنگام اجرای آزمون یک آزمونگر زن برای کامل کردن پرسش نامه به کودک کمک می نمود.

در بسیاری از موارد بر حسب شرایط نوجوان اجرای آزمون باید قطع می شد و چند ساعت یا چند روز بعد به ادامه آزمون پرداخته می شد. همه پرسش نامه ها به زبان فارسی اجرا شدند. برای گردآوری داده ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

**پرسش نامه پاسخ های مقابله ای نوجوان و جوان (CRI-Y):** مقیاس خود گزارش دهی<sup>۳</sup> پاسخ های مقابله ای (موس، ۱۹۹۳) دارای ۴۸ پرسش است که به عنوان یک ابزار غربالگری و بالینی در بررسی ها و خدمات بهداشت روانی به کار برده می شود. هر پرسش به کمک چهار گزینه "نه به هیچ وجه" (صفر) تا "بله تقریباً بیشتر اوقات" (۳ نمره) پاسخ داده می شود. نمرات بر طبق راهکارهای مقابله ای گرایشی (رویکردی)، اجتنابی و رفتاری- شناختی طبقه بندی می شوند. آلفای کرونباخ برای پایایی مقیاس های هشت گانه CRI-Y از ۰/۵۵ تا ۰/۷۸ در نوسان گزارش شده است. هم چنین دامنه

1- Coping Response Inventory-Youth  
2- attrition 3- self-report scale

ضرایب همبستگی میان مقیاس‌های مقابله‌ای گرایشی از ۰/۰۶ تا ۰/۶۱ و برای مقیاس‌های مقابله‌ای اجتنابی از ۰/۰۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است (موس، ۲۰۰۵؛ موس، ۱۹۹۳).

**پرسش‌نامه اضطراب حالت - صفت اسپیل برگر<sup>۱</sup>:** در این بررسی زیرمقیاس اضطراب حالت برای اندازه‌گیری اضطراب کودکان به کار برده شد (اسپیل برگر، گورسوج<sup>۲</sup> و لوچن<sup>۳</sup>، ۱۹۷۷). ۲۰ پرسش این مقیاس (برای نمونه، "من احساس نگرانی می‌کنم") به کمک سه گزینه نداشتن آن احساس (یک امتیاز) داشتن آن احساس (دو امتیاز) و داشتن زیاد آن احساس (سه امتیاز) پاسخ داده می‌شود. نمره مقیاس اندازه‌گیری اضطراب حالت - صفت، دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۶۰ دارد. نمره ۲۰ گویای نبود علائم اضطراب و نمره ۶۰ نشان‌دهنده اضطراب بسیار شدید در همه گویه‌های پرسش‌نامه است. گویه‌های معکوس هم در این اندازه‌گیری لحاظ شده‌اند.

**پرسش‌نامه مقابله مذهبی ایرانی:** بر پایه یک بررسی انجام شده در زمینه چگونگی ساختار مفهوم مقابله در میان دانشجویان ایرانی که نشان می‌داد مقابله مذهبی یک سبک مقابله‌ای بسیار مهم در جامعه ایرانی است (آیاری و آگیلار - وفايي<sup>۴</sup>، ۱۳۸۳؛ آگیلار - وفايي، باستانی و ولی میرزا، ۲۰۰۵؛ آگیلار - وفايي و آیاری، زیر چاپ)، در این بررسی مقیاس پنج گویه‌ای به کمک تحلیل عاملی تأیید شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برای آن گزارش شده است (آگیلار - وفايي و آیاری، زیر چاپ).

برای هر پرسش، چهار گزینه از نوع لیکرت، بر حسب این که تا چه اندازه فعالیت‌های مقابله‌ای مذهبی در رویارویی با استرس بیماری سودمند بوده است از ۰ = «غیر کمک‌کننده» تا ۳ = «کاملاً کمک‌کننده» در نظر گرفته شده است.

راهبردهای مقابله مذهبی شامل مقابله‌های شناختی مانند خواندن قرآن («آیا شما برای حل مشکلاتان قرآن می‌خوانید؟»)، ایمان داشتن به قدرت خدا و درخواست کردن از امامان معصوم («آیا شما از امامان معصوم برای حل مشکلاتان کمک می‌خواهید؟»)، درگیری شناختی با دعا («آیا شما برای حل مشکلاتان دعا می‌کنید؟»)، هم‌چنین راهبردهای مقابله‌ای مذهبی شامل واکنش‌های مقابله‌ای عملی مانند توجه داشتن به نماز یا صدقه دادن، می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای پنج گویه مقیاس کودکان برابر با ۰/۵۳ بود. ضرایب همبستگی این مقیاس با آزمون اضطراب اسپیلبرگر و

پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله جوانان (CRI-Y) که در این پژوهش به دست آمد، نشانگر روایی مناسب مقیاس مقابله مذهبی می‌باشد. یک مسأله شناخته‌شده در پژوهش‌های مربوط به مقابله، پایین بودن پایایی است. برای نمونه آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های وارستگی روانی<sup>۵</sup> و حمایت<sup>۶</sup> آزمون سازگاری، به ترتیب ۰/۴۵ و ۰/۴۲ (کارور، شه‌یر<sup>۷</sup> و وینتراب<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹؛ پارگامنت<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۰) و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های مقابله مذهبی دعا و درخواست کردن<sup>۱۰</sup> و اجتناب مذهبی<sup>۱۱</sup>، به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۶۱ (پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۰) گزارش شده است. به هر حال، زمانی که این مقیاس‌ها به‌طور معنی‌دار با اندازه‌های برون داد، همبستگی دارند، به صورت اکتشافی سازه‌های سودمندی به‌شمار می‌روند که باید در بررسی‌های آینده گسترش یابند.

## یافته‌ها

میانگین، انحراف معیار، دامنه نمرات و ضریب پایایی آلفای پرسش‌نامه CRI-Y در جدول ۱ و ماتریس همبستگی همه زیرمقیاس‌های آن در جدول ۲ آمده است.

برای بررسی فرضیه نخست که ساختار عاملی مقیاس پاسخ‌های مقابله در جامعه ایرانی تکرارپذیر نیست، روی پاسخ‌های آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه CRI-Y روش‌های آماری تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی<sup>۱۲</sup> اجرا شد و چرخش ابلی مین<sup>۱۳</sup> و واریماکس<sup>۱۴</sup> نیز انجام شد. نتایج به دست آمده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با توجه به استخراج شمار عوامل برای تفسیر بهینه، قابل قبول بود که در اینجا یافته‌های به دست آمده از این تحلیل گزارش می‌شود.

۴۸ ماده پرسش‌نامه در معرض تحلیل مؤلفه‌های اصلی قرار گرفتند و ۱۲ عامل با مقدار ارزش ویژه بزرگتر از یک استخراج شدند که ۶۵/۳۲٪ واریانس را محاسبه می‌کرد. نتایج چرخش واریماکس تفاوت چشم‌گیری با یافته‌های چرخش ابلی مین نداشت. بنابراین برای به دست آوردن یک ساختار ساده که همبستگی بین عوامل را برای کمک به تفسیر به حداقل می‌رساند روش واریماکس انتخاب شد.

- |                                    |                         |
|------------------------------------|-------------------------|
| 1- Spielberger State-Trait Anxiety |                         |
| 2- Gorsuch                         | 3- Luchene              |
| 4- Aguilar-Vafaie                  | 5- mental disengagement |
| 6- support                         | 7- Scheier              |
| 8- Weintraub                       | 9- Pargament            |
| 10- plead                          | 11- religious avoidance |
| 12- principal component analysis   |                         |
| 13- oblimin rotation               | 14- varimax             |

در ابتدا، ۱۲ عامل استخراج شد. عامل اول تا دوازدهم به ترتیب ۱۱/۰۹، ۳/۷۶، ۳/۶۶، ۳/۰۸، ۲/۳۶، ۲/۳۰، ۲/۳۰، ۲/۲۸، ۲/۳۳، ۲/۲۲، ۲/۲۰ و ۲/۱۱ بودند که از ۱/۶۶٪ از واریانس و در کل ۷۷/۴۸٪ از واریانس را محاسبه می کردند. از آن به بعد به نظر می رسید که میل از عامل چهارم به عامل پنجم وجود داشته باشد که نشانگر مناسب بودن پاسخ چهار عاملی بود. پس از آزمایش دو تا هشت عامل با روش های چرخش واریماکس و ابلیمین، بر پایه تحلیل منحنی اسکری<sup>۱</sup> و هم چنین در ارتباط با قابل تفسیر بودن و اعتبار تحلیل ها و به دلیل این که پس از مؤلفه چهارم ضرایب ویژه<sup>۲</sup> کم کم کاهش یافتند (۱۶/۶۹، ۳/۸۲، ۳/۱۹، ۲/۷۵، ۲/۳۹، ۲/۰۴، ...)، پاسخ چهار عاملی انتخاب شد که ۵۴/۹۲٪ واریانس کل را محاسبه می کرد. ضریب کفایت نمونه برداری KMO برابر با ۰/۶۲ و ویژگی آزمون کرویت بارلت که میزان همبستگی درونی پرسش ها را نشان می دهد، ۳۸۷۸/۰۳ به دست آمد که از نظر آماری معنی دار است ( $p < ۰/۰۰۱$ ,  $df = ۱۱۲۸$ ).

مواد هر یک از عوامل بر پایه بار عاملی مساوی یا بزرگتر از ۰/۴۰ در عامل اصلی و کوچکتر از ۰/۲۵ در عوامل دیگر انتخاب شدند. بدین ترتیب در چهار عامل استخراج شده ۲۴ ماده به دست آمدند. عامل اول از ۱۰ ماده، عامل دوم از ۷ ماده، عامل سوم از ۴ ماده و عامل چهارم از ۳ ماده تشکیل شده اند. این اطلاعات همراه با میانگین، انحراف معیار و بار عاملی، پرسش نامه ۲۰ ماده ای اضطراب حالت-صفت و مقیاس پنج سؤالی مقابله مذهبی ایرانی در جدول ۳ نشان داده شده است.

این بررسی نشان داد که ۵۷٪ نوجوانان، سطوح بالایی (بالاتر از میانگین = ۳۶/۹) از اضطراب حالت را تجربه کرده بودند. ۳۶٪ آنان سبک مقابله ای متمرکز بر مسأله (یا رویکردی-گرایشی) و ۲۹٪ نیز سبک مقابله ای اجتنابی را به کار برده اند. نزدیک به یک سوم نوجوانان (۳۲٪) بیشتر از مقابله شناختی- رفتاری بهره گرفته اند. نزدیک به یک چهارم (۲۴٪) از آزمودنی ها تمایل بیشتری به مقابله شناختی داشتند، و یک چهارم دیگر که نمرات کمتری را به دست آورده اند تمایل به هر دو نوع مقابله شناختی و رفتاری را به میزانی کمتر نشان داده اند (۲۵/۳٪)؛ ۱۸/۷٪ بیشتر مقابله رفتاری را به کار برده بودند تا مقابله شناختی.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره های پرسش نامه CRI-Y کودکان مبتلا به سرطان ( $n = ۷۵$ )

متغیر	میانگین	انحراف معیار	واریانس	آلفا
<b>مقابله متمرکز بر حل مسأله</b>				
تحلیل منطقی (LA)	۷/۱۱۰	۲/۴۱	۲/۴۰	۰/۷۲
ارزیابی مثبت (PR)	۷/۹۶	۴/۸۳	۴/۸۳	۰/۸۹
حمایت اجتماعی (SG)	۱۰/۳۵	۴/۸۱	۸/۸۱	۰/۸۷
حل مسأله (PS)	۸/۶۹	۳/۹۳	۳/۹۳	۰/۸۴
<b>مقابله متمرکز بر هیجان</b>				
اجتناب فکری (CA)	۱۰/۳۲	۲/۱۳	۲/۱۳	-۰/۰۶
پذیرش تسلیم (AR)	۱۰/۷۳	۴/۲۸	۴/۲۸	۰/۸۰
فعالیت جایگزین (SR)	۹/۱۲	۴/۶۸	۴/۶۸	۰/۸۲
بروز هیجان (ED)	۵/۷۷	۲/۸۴	۲/۸۹	۰/۱۹

جدول ۲- ماتریس همبستگی زیر مقیاس های سیاهه پاسخ های مقابله ای پرسش نامه CRI-Y در کودکان سرطانی مورد بررسی

مقابله متمرکز بر هیجان					مقابله متمرکز بر حل مسأله				
ED	SR	AR	CA	PS	SG	PR	LA	مقیاس	
								تحلیل منطقی (LA)	
							۰/۶۱**	ارزیابی مثبت (PR)	
						۰/۴۹**	۰/۳۳**	حمایت اجتماعی (SG)	
					۰/۴۶**	۰/۸۳**	۰/۶۵**	حل مسأله (PS)	
				۰/۱۲	۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۰۵	اجتناب فکری (CA)	
			۰/۰۶	-۰/۷۶**	-۰/۲۴*	-۰/۷۲**	-۰/۴۹**	پذیرش تسلیم (AR)	
		-۰/۶۸**	۰/۱۸	۰/۷۶**	۰/۶۳**	۰/۸۲**	۰/۵۳**	فعالیت جایگزین (SR)	
	۰/۱۸	۰/۱۲	-۰/۱۰	-۰/۰۱	۰/۲۸*	۰/۰۵	-۰/۰۷	بروز هیجان (ED)	

\* $p < ۰/۰۵$ , \*\* $p < ۰/۰۰۱$

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار، نمره آلفا و بار عاملی پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌ای کودکان (CRI-Y)

بار عاملی	انحراف معیار	میانگین	آلفا	پرسش‌های سیاهه پاسخ‌های مقابله‌ای جوانان
			۰/۹۱۰	<b>عامل ۱: امیدواری و گرایش به مقابله متمرکز بر مسائل</b>
-۰/۸۴	۱/۲۴	۱/۷۲		آیا این امید را از دست داده‌ای که اوضاع مثل قبل بشود؟
۰/۸۰	۱/۰۳	۱/۳۶		آیا سعی می‌کنی جنبه خوب اوضاع را ببینی؟
۰/۷۵	۰/۸۵	۱/۱۵		آیا می‌دانی چه باید بکنی و سخت تلاش می‌کنی تا اوضاع روبراه بشود؟
-۰/۶۷	۱/۰۰	۱/۹۲		آیا فکر می‌کنی هیچ کنترلی روی مشکل نداری؟
۰/۶۷	۰/۷۸	۱/۵۲		آیا بعد از مواجه شدن با مشکل، بیشتر سعی می‌کنی کارها را خودت انجام بدهی؟
-۰/۶۶	۰/۷۹	۲/۲۴		آیا فکر می‌کنی نتیجه را سرنوشت تعیین می‌کند؟
۰/۶۵	۱/۰۳	۱/۰۴		آیا فکر می‌کنی این رویداد تا چه اندازه می‌تواند تغییر مثبتی در زندگیت ایجاد کند؟
۰/۶۴	۰/۸۳	۱/۵۴		آیا به راه‌های مختلف حل مشکل فکر می‌کنی؟
۰/۶۴	۱/۰۰	۱/۶۴		آیا سعی می‌کنی در مورد مشکل، خونسردیت را حفظ کنی؟
-۰/۶۴	۱/۱۰	۱/۳۳		آیا به خاطر اینکه هیچ کاری برای تغییر اوضاع نمی‌توانی بکنی، مشکل را قبول می‌کنی؟
-۰/۴۹	۰/۹۹	۰/۹۶۰		آیا برای سبک شدن (راحت شدن) فریاد می‌کشی؟
۰/۴۷	۰/۷۲	۱/۹۱		آیا در مورد هر چه می‌خواهی بگویی یا انجام بدهی، قبلاً فکر می‌کنی؟
۰/۴۳	۰/۸۳	۱/۸۵		آیا کارها را قدم به قدم و به تدریج انجام می‌دهی؟
			۰/۸۴	<b>عامل ۲: جستجوی هدایت و حمایت اجتماعی و گرایش به مقابله متمرکز بر هیجان</b>
۰/۷۹	۰/۹۵	۱/۸۴		آیا با یکی از والدین و یا دیگر اعضای خانواده در مورد مشکل حرف می‌زنی؟
۰/۷۵	۰/۸۳	۱/۵۶		آیا از یک دوست می‌خواهی که در حل مشکل به تو کمک کند؟
۰/۷۴	۰/۹۸	۲/۰۴		آیا از کسی تقاضای درک شدن و همدردی داری؟
۰/۶۴	۰/۷۳	۱/۴۹		آیا از بچه‌ها یا افراد دیگری که مشکل مشابهی دارند کمک می‌خواهی؟
۰/۶۰	۱/۰۶	۱/۶۳		آیا به موسیقی به عنوان راهی برای مقابله با مشکل گوش می‌دهی؟
۰/۵۹	۰/۷۵	۱/۰۸		آیا اقدامی می‌کنی که خود نیز فکر نمی‌کنی مؤثر باشد ولی برای آنکه حداقل کاری انجام داده باشی به آن می‌پردازی؟
			۰/۵۹	<b>عامل ۳: نشخوار فکری، تحلیل منطقی و تمایل به انکار مشکل</b>
-۰/۷۵	۰/۸۴	۱/۵۹		آیا از فکر کردن در مورد مشکل ظفره می‌روی؟ هر چه را که مشکل می‌دانی به هر حال با آن روبه رو می‌شوی؟
۰/۶۵	۰/۹۷	۲/۳۶		آیا به اینکه اوضاع چه طور تمام می‌شود، فکر می‌کنی؟
۰/۵۸	۰/۶۳	۲/۷۱		آیا آرزو می‌کنی که ای کاش این مشکل نبود یا یک طوری تمام می‌شد؟
			۰/۵۵	<b>عامل ۴: پذیرش و بازداری از ابراز هیجان</b>
۰/۷۲	۰/۹۰	۱/۸۵		آیا فکر می‌کنی گذشت زمان مسأله را حل می‌کند و تنها کاری که می‌شود انجام داد، انتظار است؟
۰/۶۲	۰/۹۸	۱/۶۷		آیا انتظار بدترین نتیجه را داری؟
-۰/۴۲	۰/۹۹	۱/۶۸		آیا گریه می‌کنی تا احساساتت را بیرون بریزی؟

توجه: مواردی که بار عامل منفی دارند، به صورت معکوس تفسیر می‌شوند.

جدول ۴- برخی ویژگی‌های آمار توصیفی مقیاس‌های مقابله مذهبی و اضطراب حالت- صفت

n	دامنه	حداقل	حداکثر	جمع نمرات	میانگین	انحراف معیار	واریانس	کجی	تیزی
۷۵	۱۶	۴	۲۰	۸۴۳	۱۱/۲	۰/۲۸	۵/۹۴	خطای معیار	خطای معیار
۷۵	۲۴	۲۵	۴۹	۲۷۶۸	۳۶/۹	۰/۷۱	۳۸/۰۲	خطای معیار	خطای معیار

جدول ۵- ماتریس همبستگی متغیرهای ملاک با زیر مقیاس‌های اصلی CRI-Y (n = ۷۵)

مقایسه مذهبی	اضطراب	زیر مقیاس CRI-Y
۰/۴۹*	-۰/۴۰*	تحلیل منطقی (LA)
۰/۵۷*	-۰/۷۷*	ارزیابی مثبت (PR)
۰/۲۳*	-۰/۴۱*	حمایت اجتماعی (SG)
۰/۵۵*	-۰/۸۱*	حل مساله (PS)
۰/۲۷*	-۰/۲۹*	اجتناب فکری (CA)
-۰/۳۸*	+۰/۶۷*	پذیرش تسلیم (AR)
۰/۴۶*	-۰/۷۷*	فعالیت جایگزین (SR)
-۰/۰۷	-۰/۰۹	بروز هیجان (ED)

\*p<۰/۰۰۱

ماتریس همبستگی بین زیر مقیاس‌های CRI-Y با مقیاس‌های اضطراب و مقابله مذهبی در جدول ۴ نشان داده شده است. ماتریس همبستگی بین دو مقیاس یادشده با زیر مقیاس‌های جدید، مقیاس‌های اضطراب و مقابله مذهبی در جدول ۵ نشان داده شده است.

ماتریس‌های همبستگی بین متغیرهای ملاک با زیر مقیاس‌های جدید CRI-Y در جدول ۶ نشان داده شده‌اند و ماتریس همبستگی هشت زیر مقیاس اصلی مقابله CRI-Y و چهار عامل جدید آن در جدول ۷ ارائه گردیده است. برای ارزیابی قدرت پیش‌بینی عوامل مقابله جدید و مقابله مذهبی، به عنوان متغیرهای پیش‌بین و با در نظر گرفتن نمره اضطراب به عنوان متغیر وابسته یک تحلیل رگرسیون گام به گام محاسبه گردید (جدول‌های ۸ و ۹).

جدول ۶- ماتریس همبستگی بین متغیرهای ملاک با زیر مقیاس‌های جدید CRI-Y (n = ۷۵)

متغیر	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	مقایسه مذهبی	اضطراب حالت / صفت
عامل اول	-					
عامل دوم	۰/۴۴**	-				
عامل سوم	۰/۲۵*	-۰/۲۳	-			
عامل چهارم	-۰/۴۳**	-۰/۳۳**	-۰/۰۰	-		
مقایسه مذهبی	۰/۴۶**	۰/۲۸*	۰/۳۲**	-۰/۲۵*	-	
اضطراب حالت / صفت	-۰/۷۲**	-۰/۵۱**	۰/۰۲۳	۰/۴۹**	-۰/۴۶**	-
ضریب آلفا	۰/۹۱	۰/۸۴	۰/۵۹	۰/۵۵	۰/۵۳	۰/۹۰

\*p<۰/۰۵, \*\*p<۰/۰۰۱

جدول ۷- ماتریس همبستگی بین هشت زیر مقیاس اصلی با چهار عامل جدید CRI-Y (n=۷۵)

متغیر	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴
LA	۰/۶۶**	۰/۳۶**	۰/۷۳**	-۰/۲۲
PR	۰/۸۶**	۰/۵۶**	۰/۳۰**	-۰/۳۱**
SG	۰/۳۹*	۰/۸۸**	۰/۱۹	-۰/۱۹
PS	۰/۸۹**	۰/۵۵**	۰/۲۷*	-۰/۴۷**
CA	۰/۱۱	۰/۱۲	-۰/۰۸	۰/۲۰
AR	-۰/۸۸**	-۰/۳۶**	-۰/۱۸	۰/۶۵**
SR	۰/۷۳**	۰/۷۳**	۰/۱۹	-۰/۵۰**
ED	-۰/۱۶	۰/۳۴*	-۰/۰۴	-۰/۱۷

\*p<۰/۰۵, \*\*p<۰/۰۰۱

جدول ۸- تحلیل رگرسیون گام به گام با نمره اضطراب کودکان به عنوان متغیر وابسته و زیرمقیاس های اصلی مقابله CRI-Y و مقابله مذهبی به عنوان متغیرهای پیش بین

متغیر	R	R <sup>2</sup>	BETA	B	F	سطح معنی داری
گام ۱ حل مسأله (PS)	۰/۸۱	۰/۶۵	- ۰/۶۸	- ۱/۰۷	۱۳۸/۰۴	۰/۰۰۰۱
گام ۲ فعالیت جایگزین (SR)	۰/۸۴	۰/۷۱	- ۰/۳۸	- ۰/۵۰	۸۷/۵۵	۰/۰۰۰۱
گام ۳ تحلیل منطقی (LA)	۰/۸۶	۰/۷۴	+ ۰/۲۰	+ ۰/۶۲	۶۸/۰۹	۰/۰۰۰۱

جدول ۹- تحلیل رگرسیون گام به گام با نمره اضطراب کودکان به عنوان متغیر وابسته و زیرمقیاس های جدید مقابله CRI-Y و مقابله مذهبی به عنوان متغیرهای پیش بین

متغیر	R	R <sup>2</sup>	BETA	B	F	سطح معنی داری
گام ۱ عامل اول	۰/۷۲	۰/۵۱	- ۰/۵۸	- ۰/۴۲	۷۷/۳۳	۰/۰۰۰۱
گام ۲ عامل دوم	۰/۷۵	۰/۵۶	- ۰/۲۶	- ۰/۴۰	۴۶/۱۰	۰/۰۰۰۱
گام ۳ عامل سوم	۰/۷۷	۰/۶۲	+ ۰/۲۹	+ ۰/۹۹	۳۸/۵۸	۰/۰۰۰۱
گام ۴ مقابله مذهبی	۰/۸۱	۰/۶۵	- ۰/۲۱	- ۰/۵۲	۳۲/۶۱	۰/۰۰۰۱

## بحث

تحلیل ویژگی های روان سنجی مقیاس اصلی CRI-Y نشان داد که پایایی همه زیرمقیاس ها در جامعه جدید به جز در زیرمقیاس اجتناب فکری (CA) و بروز هیجان (ED) قابل قبول بوده است. افزون بر آن گرچه همبستگی درونی بین چهار زیرمقیاس راهبردهای مقابله متمرکز بر حل مسأله، رضایت بخش و معنی دار بود، همبستگی درونی بین چهار زیرمقیاس راهبردهای مقابله متمرکز بر هیجان، به استثناء همبستگی منفی پذیرش تسلیم (AR) و فعالیت جایگزین (SR) معنی دار نبود. این مسأله نشان می دهد نوجوانانی که یکی از چهار راهبرد مقابله ای متمرکز بر حل مسأله را به کار می برند، به بهره گیری از سه راهبرد گرایشی دیگر تمایل دارند؛ در حالی که نوجوانانی که راهبردهای مقابله ای متمرکز بر هیجان را به کار می بندند، تنها می توان گفت که اگر از راهبرد پذیرش تسلیم (AR) استفاده کنند از راهبرد قابلیت جایگزین (SR) استفاده نمی کنند و بهره گیری از این دو راهبرد با کاربرد دو راهبرد اجتناب فکری و بروز هیجان ارتباطی ندارد. در الگوی دیگری همبستگی درونی بین زیرمقیاس های نسخه اصلی CRI-Y گویای همبستگی منفی معنی دار و پایدار بین زیرمقیاس پذیرش تسلیم (AR) و چهار راهبرد مقابله ای متمرکز بر حل مسأله و هم چنین همبستگی مثبت و معنی دار بین زیرمقیاس فعالیت جایگزین و چهار راهبرد مقابله ای متمرکز بر حل مسأله است. این بدان معناست که لازم است

اعتبار سازه برخی از راهبردهای مقابله ای اجتنابی بر پایه این شواهد دوباره ارزیابی شود.

در این ارتباط یافته های الدفیلد<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در حمایت از این داده ها و نشان دهنده آن است که مؤثر بودن روش های مقابله کودکان بیمارستانی که تحت عمل جراحی بودند، در نتیجه به کارگیری راهبردهایی بوده که موجب انحراف توجه کودک می شده است. مانند درگیر شدن در فعالیت های نو، پیدا کردن دوست های جدید، مشغول بودن با کارهای مدرسه و گوش دادن به موسیقی به عنوان یک راهبرد مقابله ای که همه آن ها در سازه جستجو برای فعالیت جایگزین (SR) (موس، ۱۹۹۳) جای می گیرند.

زیرمقیاس های به دست آمده از بازبینی CRI-Y در شرایط جدید، پایایی های بیشتری (در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۹۱) دارند و در مورد همبستگی درونی، تفاوت مهم بین مقیاس های اصلی و بازبینی شده، در زیرمقیاس فعالیت جایگزین (SR) دیده می شود. ماده های مطابق با این زیرمقیاس، همبستگی قوی با گویه های عامل ۲ (جستجوی هدایت و حمایت اجتماعی و گرایش به مقابله متمرکز بر هیجان) دارند. روشن است که عامل ۱ نمایانگر سوگیری مسأله مدار و دارای همبستگی منفی با عامل ۴ است که نمایانگر جهت گیری نومیدانه می باشد. عامل ۱ هم چنین همبستگی معنی داری با عامل ۲ (جستجوی حمایت اجتماعی به همراه راهبردهای اجتنابی مانند



خیال‌پردازی در مورد بهتر شدن بیماری، گوش دادن به موسیقی و راهبردهای بروز هیجانی) دارد.

در حالی که عامل ۲، نمرات اضطراب کمتری را پیش‌بینی می‌کند، همبستگی معنی‌داری نیز با عامل ۱ دارد. این یافته نشان‌دهنده این موضوع است که عامل ۲، مجموعه‌ای از راهبردهایی است که ماهیت اجتنابی دارند، اما نقش اساسی در مقابله نوجوانان با بیماری‌های مزمن ایفا می‌کنند.

عامل ۱، هم‌چنین با عامل ۳ همبستگی کم ولی معنی‌دار دارد که احتمالاً به سبب ماهیت شناختی عامل ۳ است. همبستگی منفی بین عامل ۲ و عوامل ۳ و ۴ دیده شد. از آن‌جا که عامل ۲، نمایانگر گرایش به درگیر شدن در فعالیت‌هایی است که منجر به منحرف کردن توجه (فعالیت‌های جایگزین) نوجوان می‌شوند، در کاهش اضطراب مؤثر است و به نظر منطقی می‌رسد که با نشخوار فکری و جهت‌گیری نومیدانه، همبستگی منفی داشته باشد. در نهایت عامل ۳ رابطه همبستگی با عامل ۴ نداشت. با آن که عامل ۳ نمرات بالای اضطراب را پیش‌بینی می‌کرد، به نظر نمی‌رسد که عامل ۴ (که نمایانگر جهت‌گیری نومیدانه می‌باشد) قابلیت پیش‌بینی نمرات اضطراب را نداشته باشند. علت قدرت پیش‌بینی اضطراب توسط عامل ۳ به‌رغم همبستگی پایین و غیرمعنی‌دار این عامل با نمره‌های اضطراب، این است که همبستگی جزئی بین عامل ۳ و ۱ اضطراب پس از کنترل عوامل ۱ و ۲ به میزان معنی‌دار رسید ( $r=0/42$ ,  $p</0.01$ ).

دومین یافته مهم این بررسی به قابلیت تکرارناپذیری ساختار عاملی مقیاس اصلی CRI-Y اشاره دارد. همان‌طور که قبلاً بحث شد تحلیل عامل مؤلفه‌های اصلی در ابتدا منجر به ۱۲ عامل شد و با توجه به ملاک‌هایی مانند ضرایب ویژه بالاتر از یک، ملاحظات نمودار اسکری<sup>۱</sup> و درصد واریانس به‌دست آمده، ۴ عامل متعامله استخراج شدند. تفسیرپذیری و هم‌چنین پایایی مورد قبول این عوامل، دو شرط لازم در این مرحله از پژوهش بودند.

مقیاسی که به‌دست آمد نمایانگر یک مقیاس انطباق‌یافته از مقیاس CRI-Y اصلی است؛ زیرا ماده‌های زیرمقیاس CRI-Y اصلی برای تشکیل چهار عامل مقیاس جدید با هم مخلوط شده‌اند. ویتالیانو و همکاران (۱۹۸۵) روند مشابهی در بازبینی یک پرسش‌نامه دیگر روش‌های مقابله گزارش کرده‌اند. برای نمونه در فاکتور ۱، بار منفی زیرمقیاس پذیرش تسلیم (AR)، با بار مثبت راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله

مانند ارزیابی مثبت (PR)، تحلیل منطقی (LA) و حل مسئله (PS) ادغام می‌شود. از این رو این عامل نشان می‌دهد که وجود نگرش خوش‌بینانه موجب تسهیل کاربرد روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله می‌شود. بررسی‌های انجام شده نشان داده‌اند که خوش‌بینی موجب پرورش مهارت‌های حل مسئله در فرآیندهای مقابله می‌شود. چانگ<sup>۲</sup> و دزوریلا<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) بر این باورند که سوگیری مثبت نسبت به مسئله، واریانس مشترک زیادی با خوش‌بینی و هیجان‌پذیری مثبت دارد. آنها دریافتند که سوگیری مثبت نسبت به مسئله، پیش‌بینی‌کننده راهبرد مقابله‌ای سازنده در برخورد با مسئله است.

چهار ماده از شش ماده عامل ۲ از زیرمقیاس جستجو برای حمایت و راهنمایی اجتماعی بودند و دو ماده دیگر از زیرمقیاس برون‌ریزی هیجانی. کارکرد حمایت اجتماعی در فرآیند مقابله همواره نکته‌ای بحث‌برانگیز بوده است. موس (۱۹۹۳) این زیرمقیاس را به‌عنوان یک سازه متمرکز بر مسئله معرفی کرده، اما برخی از پژوهشگران با این طبقه‌بندی موافق نیستند و باور دارند که در پاره‌ای شرایط جستجو برای حمایت اجتماعی، یک راهبرد اجتنابی و متمرکز بر هیجان است (الدفیلد، ۲۰۰۱).

عامل ۳ از یک ماده معکوس اجتناب فکری که گویای وجود نشخوار فکری است، یک ماده تحلیل منطقی که نشان‌دهنده تفکر واقع‌بینانه از شرایط است و یک ماده اجتناب فکری (CA) که بازتاب گرایش به انکار مشکل است، ساخته شده و هم‌چنین پیش‌بینی‌کننده نمره‌های بالای اضطراب می‌باشد. واتکنیز<sup>۴</sup> و باراسیا<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) فرآیند آسیب‌دیده حل مسئله اجتماعی<sup>۶</sup> در افسردگی را نتیجه نشخوار فکری می‌دانند که می‌تواند با بهبود خودآگاهی فرآیندهای روانی اصلاح شود؛ برای نمونه، تمرکز بر پرسش‌هایی مانند این که فرد تصمیم دارد چگونه با مشکل مقابله کند به‌جای تمرکز بر اینکه چرا مشکل دارد.

عامل ۴ نمایانگر سوگیری منفعل و بدبینانه نسبت به مسئله است که با وجود بار عاملی دو مورد پذیرش تسلیم (من فکر می‌کنم تنها کاری که می‌شود انجام داد، انتظار است، من انتظار بدترین نتیجه را دارم) و یک مورد سرکوب احساسات در این عامل توجیه می‌شود. به همین دلیل عامل چهارم نشانگر سوگیری منفی نسبت به مسئله همراه با یک حالت هیجانی است.

1- Scree  
3- D'Zurilla  
5- Baracaia

2- Chang  
4- Watkins  
6- social problem solving

چانگ و دزوریل (۱۹۹۹) دریافتند که سوگیری منفی نسبت به مسأله، واریانس مشترک زیادی با بدبینی و هیجان‌پذیری منفی دارد، افزون بر آن آنها دریافتند که سوگیری منفی (عدم اعتماد به نفس، نومییدی و خلاقیت پایین) نسبت به مسأله حتی پس از کنترل مؤلفه‌های بدبینی و هیجان‌پذیری منفی، واریانس خاص در پیش‌بینی فشار روانی منفی دارد.

روایی هم‌زمان مقیاس‌های اصلی و بازبینی شده گویای وجود همبستگی منفی بین شش راهبرد مقابله (LA، SR، SG، PS، CA و PR) و اضطراب بود. به غیر از این شش راهبرد، راهبرد AR همبستگی مثبت و راهبرد ED همبستگی پایین‌تر از حد معنی‌دار ولی مثبت با اضطراب داشتند. همبستگی شش زیرمقیاس نام‌برده، با مقابله مذهبی مثبت بوده است، اما با راهبرد AR همبستگی منفی بوده است.

زمانی که تحلیل رگرسیون خطی با مقیاس CRI-Y اصلی انجام شد، سه عامل، پیش‌بینی‌کننده نمره‌های اضطراب بودند که به ترتیب PS و SR نمایانگر همبستگی منفی و LA نمایانگر همبستگی مثبت بودند.

اعتبار هم‌زمان مقیاس‌های بازبینی شده نیز رضایت‌بخش بودند. عوامل ۱، ۲ و ۴ نیز با اضطراب همبستگی داشتند. با وجود ارتباط پیش‌بینی‌کننده بین عامل ۳ با اضطراب، همبستگی مثبت این عامل با مقابله مذهبی نیازمند تأمل بیشتر است. این تنها موردی بود که در آن الگوی یکسانی در اعتبارهای همگرا و افتراقی دیده نشد. تحلیل همبستگی نشان داد که عامل ۳ با راهبرد LA رابطه قوی و با PS، PR رابطه متوسط، اما مثبت دارد. مقابله مذهبی مانند PS پیش‌بینی‌کننده کم‌شدن یا نبود اضطراب بود، در حالی که راهبرد LA پیش‌بینی‌کننده وجود اضطراب. این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده چندبعدی بودن سازه مقابله مذهبی باشد که به موجب آن بعضی مؤلفه‌های آن مانند خواندن نماز یا قرآن در عامل ۱ بارگذاری عاملی دارند؛ اما مؤلفه‌هایی مانند توبه کردن به خاطر شفا یافتن در عامل ۳، بارگذاری عاملی دارند.

از لحاظ نظری این بررسی گویای تأثیر نقش مقابله اجتنابی و مقابله مذهبی در فرآیند مقابله با بیماری‌های مزمن است. این یافته‌ها در تقابل با تقسیم‌بندی رایج بین راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان قرار دارند. که اولی را همراه با نتایج مثبت و دومی را همراه با نتایج منفی می‌دانند و پژوهش حاضر این دوگانه‌اندیشی را بسیار ساده‌انگارانه می‌داند و آن را بازتاب فرآیند پویای مقابله با بیماری در نظر نمی‌گیرد. در این پژوهش هم راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هم راهبردهای

مقابله‌ای با استفاده از منحرف کردن توجه (فعالیت‌های جایگزین) در نظر گرفته می‌شود و هر دو دارای تأثیر سودمند برای نوجوانان مبتلا به سرطان هستند. بنابراین برای تمایز قایل شدن و درک رابطه بین این دو راهبرد، نیازمند درک عمیق‌تری هستیم. برای نمونه اگر بعضی از راهبردهای مقابله‌ای مذهبی نشان‌دهنده سلامت روان باشد، باید دریافت که رابطه بین این راهبردهای مقابله‌ای مذهبی با دیگر انواع مقابله‌ها چگونه است و آیا نسبت به آنها عامل مستقل است یا در طبقاتی مانند PS، PR و LA هم‌سان و ادغام می‌شود.

یافته‌های این پژوهش در بردارنده اطلاعاتی در زمینه ویژگی‌های راهبردی مقابله‌ای کودکان بیمار است. در دسترس نبودن اطلاعاتی در زمینه تفاوت‌های جنسیتی (و رابطه آن با روش‌های مقابله) یک محدودیت مهم این پژوهش است که باید در پژوهش‌های آینده جبران شود. یافته‌های به‌دست آمده به کمک مقیاس اصلی نشان می‌دهد که پزشکان و روانشناسان بالینی کودک که در محیط بیمارستان کار می‌کنند باید انواع فرآیندهای حل مسأله را تشویق کنند؛ مانند فرآیند جستجوی اطلاعات جدید به‌ویژه در بیماران سرطانی (ون‌درمولن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹) و جستجو برای فعالیت جایگزین تا توجه نوجوان از بیماری و فرآیند درمان (شیمی درمانی) و آثار جانبی آن منحرف شود (الدفیلد، ۲۰۰۱).

همان‌گونه که در الگوهای خود کارایی برای مقابله با سرطان توسط مرلوزی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۱) و هیندز<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) پیشنهاد شده، در راستای پروراندن راهبردهای مقابله‌ای نوجوانان در برابر سرطان، دست‌اندرکاران باید نخست به تقویت امیدواری در نوجوانان پردازند. برون‌ریزی هیجانی نیز باید به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در نظر گرفته شود.

هم‌چنین مفهوم برخی مؤلفه‌های مذهبی می‌تواند برای کودکان و بزرگسالان متفاوت باشد. از این رو چند بعدی بودن و جنبه‌های تحولی این سازه می‌تواند زمینه ارزشمندی در پژوهش‌های آینده باشد. کنترل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی مانند طول زمان بین تشخیص بیماری و اجرای آزمون‌ها و هم‌چنین مدتی که کودک یا نوجوان تحت شیمی درمانی است و شمار آزمودنی‌ها نیز باید در راستای تقویت یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. در نهایت، یک مقیاس کامل‌تر برای اندازه‌گیری مقابله مذهبی کودکان نیز لازم است.

1- Van der Molen

2- Merluzzi

3- Hinds

## سپاسگزاری

از همکاری صمیمانه مسئولین آزمایشگاه، سرپرستان، بهیاران، مسئولین بخش بایگانی و سایر کارکنان بخش‌های هماتولوژی و انکولوژی بیمارستان حضرت علی (ع): خانم دکتر پروانه وثوق، آقای دکتر محمدرضا گلپایگانی، خانم‌ها مهشید مدیر صانعی و سمیه رجیبی؛ بیمارستان شهدا: خانم دکتر فریده موسوی؛ بیمارستان مفید: آقایان دکتر فرید ایمانزاده، دکتر محمدتقی ارزانیان و دکتر شاهین شمسیان و خانم دکتر مریم رستگار؛ و هم‌چنین مرکز طبی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران: خانم‌ها دکتر مینا ایزدیار، سعیده ظروفچی و منصوره توکلیان که در فرآیند گردآوری داده‌ها نهایت همکاری را داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

---

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۲/۱۳؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۶/۲۶؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۷/۵

---

## منابع

- آیاری، محسن؛ آگیلار وفاپی، مریم (۱۳۸۳). ماهیت و ساختار مفهوم مقابله در فرهنگ ایرانی: مطالعه‌ای تطبیقی بر مبنای مقیاس پاسخ‌های مقابله (CRI). *فصلنامه حوزه و دانشگاه*، سال دهم، شماره ویژه سلامت روان، ۵۶-۳۰.
- Aguilar-Vafaie, M. E., Bastani, F., & ValiMirza, E. (2005). *Childhood chronic illness: Impact of parent and child coping on the psychological health and coping processes of children with cancer*. Proceedings of the 19th International Conference of the European Health Psychology Association, Galway, North Ireland, August, 31-September 3.
- Aguilar-Vafaie, M. E. & Abyari, M. (in press). Coping Response Inventory: Assessing coping among Iranian college students and introductory development of an Adapted Coping Response Inventory (CRI). *Mental Health, Religion & Culture*.
- Atkinson, M., & Violato, C. (1993). A factor analysis of the Ways of Coping Questionnaire based on data from saddening experiences. *Psychological Reports*, 72, 1159-1164.
- Ben-Porah, Y. S., Waller, N. G., & Butcher, J. W. (1991). Assessment of coping: An empirical illustration of the problem of inapplicable items. *Journal of Personality Assessment*, 57, 162-176.
- Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., & Offord, D. (1987). Chronic illness disability and mental and social well-being: Findings of the Ontario child health study. *Pediatrics*, 79, 805-813.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chang, E. C., & D'Zurilla, T. J. (1999). Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: A construct validation study. *Behavior Research Therapy*, 32, -185-194.
- Classen, C., Diamond, S., & Spiegel, D. (1999). Supportive-expressive group therapy for cancer and HIV patients. In V. Creek, (Ed.) *Innovations in clinical practice: A source book* (pp.119-134). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Hinds, P. S. (2000). Fostering coping by adolescents with newly diagnosed cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 16, 317-327.
- Lavigne, J., & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 133-158.
- Merluzzi, T. V., Nairn, R. C., Hegde, K., Martinez Sanchez, M. A., & Dunn, L. (2001). Self-efficacy for coping with cancer: Revision of the Cancer Behavior Inventory (version 2.0). *Psycho-Oncology*, 10, 206-217.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory Youth form, professional manual*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Moos, R. (2005). *Advances in Research Applications and Validity of the Coping Responses Inventory (CRI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Moos, R., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In Breznitz, S., & Goldberger, L. (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.
- Oldfield, S. J. (2001). Parent-child patterns of coping. *Journal of Child Health Care*, 5, 11-18.

- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K., & Watten, R. (1990). God help me: (I) Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology, 18*, 793-823.
- Silver, R. L., & Worthman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber and M. E. P. Seligman (Eds.). *Human helplessness: Theory and applications* (pp. 279-340). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Luchene, R. (1977). *The STAI Manual (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Stone, A. A., Greenberg, M. A., Kennedy-moore, E., & Newman, M. G. (1991). Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring? *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 648-658.
- Van der Molen, B. (1999). Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *European Journal of Cancer Care, 8*, 238-244.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research, 20*, 3-26.
- Waller, N. G. (1989). The effect of inapplicable item responses on the structure of behavioral checklist data: A cautionary note. *Multivariate Behavioral Research, 2*, 125-134.
- Watson, D. C., Willson, L. R., & Sinha, B. K. (1998). Assessing the dimensional structure of coping: A cross-cultural comparison. *International Journal of Stress Management, 5*, 77-81.
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Rumination and social problem solving in depression. *Behavior Research and Therapy, 40*, 1179-1189.