مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۴، شهریور ۱۴۰۴، ۵۳۸-۵۲۵

رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان: یک مطالعه توصیفی

محمدرضا ذوقی‌پایدار[۱]، حسین محققی[۲]، مینا قاسمی رحمت‌آبادی[۳]، محمدرضا روشنائی[۴]، زینب قربانی[۵]، زهرا امیرآبادی[۶]، شهریار یارمحمدی واصل[۷]

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۱۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۴/۰۲/۱۷ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: مادران کودکان مبتلا به سرطان به‌دلیل مسئولیت سنگین مراقبت و مواجهه مداوم با استرس‌های درمانی، آسیب‌پذیری روانی بالایی را تجربه می‌کنند. این پژوهش به دنبال تعیین رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با نقش میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در مادران کودکان سرطانی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی با مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک سرطانی در سال ۱۴۰۳ شهر تهران بود که از این میان، تعداد ۲۱۷ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه وارد پژوهش شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس‌های کیفیت زندگی Organization World Health (۱۹۹۷)، پریشانی روان شناختی Kessler و همکاران (۲۰۰۲) و زوجی انریچ Olson و Fower (۱۹۸۹) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی Pearson و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد رضایت زناشویی با کیفیت زندگی، رابطه مثبت معنادار (r=۰/۳۵) و با پریشانی روان شناختی (r=-۰/۳۷) رابطه منفی معناداری داشت (P<۰/۰۱). هم‌چنین، پریشانی روان‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه منفی معناداری (r=-۰/۴۷، P<۰/۰۱) داشت. بر اساس آزمون Bootstrap، اثر غیرمستقیم رضایت زناشویی بر کیفیت زندگی از طریق پریشانی روان‌شناختی معنادار بود (β=۰/۱۰، فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۱۶-۰/۰۶).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که رضایت زناشویی از طریق پریشانی روان شناختی با کیفیت زندگی در مادران کودکان مبتلا به سرطان رابطه غیرمستقیم دارد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مداخله‌ای خانواده‌محور با هدف کاهش پریشانی روان‌شناختی و ارتقاء رضایت زناشویی در مادران طراحی و اجرا گردد تا از این طریق، کیفیت زندگی آنان بهبود یابد.

واژه‌های کلیدی: پریشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی، سرطان، کودک، کیفیت زندگی، مادران

ارجاع: ذوقی‌پایدار مر، محققی ح، قاسمی رحمت‌آبادی م، روشنائی مر، قربانی ز، امیرآبادی ز، یارمحمدی واصل ش. رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۴، دوره ۲۴ شماره ۶، صفحات: ۵۳۸-۵۲۵.

۱- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۲- (نویسنده‌ی مسئول) دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
تلفن: ۳۱۴۰۱۸۶۳-۰۸۱، پست الکترونیکی: h.mohagheghi@basu.ac.ir.
۳- کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد همدان، ایران
۴- کاندیدای دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۵- کاندیدای دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۶- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۷- استاد، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

مقدمه

سرطان (Cancer) یک بیماری جهانی و رو به رشد است که همه سنین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۵، سالانه حدود چهارصد هزار کودک به سرطان مبتلا می‌شوند (۱). این بیماری دومین عامل مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و سومین عامل در کشورهای کمتر توسعه‌یافته است. در ایران، براساس گزارش مؤسسه محک، سرطان عامل چهار درصد مرگ‌های کودکان زیر ۵ سال و سیزده درصد مرگ‌های کودکان ۵ تا ۱۰ سال است (۲).

با توجه به تحولات در انکولوژی (Oncology) در سه دهه اخیر، سرطان‌های دوران کودکی کشنده نیست، بلکه طبیعتی مزمن دارند (۱) و نه‌تنها کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بلکه کل خانواده را به صوت عینی و ذهنی با مشکلاتی مواجه می‌سازد (۳). هنگامی که کودکی مبتلا به سرطان تشخیص داده می‌شود، مادران سطح نگرانی بالاتر و علائمی مانند ناامیدی، عصبانیت، اضطراب و افسردگی بیشتری را نسبت به پدران گزارش می‌کنند (۳). مشکلات حاصل از بار مالی درمان، پیامدهای ضعف سلامتی ناشی از سرطان، ترس از عود مجدد بیماری پس از درمان و ترس از دست دادن فرزند، از جمله نگرانی‌هایی هستند که می‌توانند منجر به خستگی مراقبتی، بی‌خوابی ناشی از اضطراب و وقفه‌های شبانه مرتبط با خواسته‌های مراقبت در مادران شود (۵-۴). ادراک مادران از جدی بودن بیماری فرزندشان، نقش مهمی در پریشانی روانی و کیفیت کلی زندگی آن‌ها ایفا می‌کنند (۶). با توجه به پژوهش‌ها و توضیحات فوق، بررسی سازه‌های کیفیت زندگی (Quality of life)، پریشانی روان‌شناختی (Psychological distress) و هم‌چنین رضایت زناشویی (Marital satisfaction) بخصوص در مادران با توجه به سرطان کودکان حائز اهمیت است.

از آن‌جایی که هسته نخستین خانواده سیستم کوچکی است که سیستم زناشویی نامیده می‌شود، در نتیجه کیفیت رابطه زناشویی، اهمیتی اساسی در عملکرد نظام خانواده دارد. هر اندازه عشق، تعهد و روابط صمیمانه و رضایت‌مندی بین زوجین بیشتر باشد، این موضوع در آرامش تک‌تک اعضاء در موقعیت‌های بحرانی تأثیری ژرف و عمیق خواهد داشت (۷). رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به سرطان بدلیل نگرانی‌هایی که در مورد کودک خود دارند، ممکن است دچار نوساناتی شود. Gharehdaghi و Kachooei در پژوهش خود نشان دادند که مادران کودکان سرطانی در مقایسه با مادران کودکان سالم، دارای صمیمت و رضایت زناشویی کمتری هستند (۸).

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند تحت شعاع سلامت کودکان قرار گیرد، کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان است. طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به عنوان ادراک فرد از شرایط زندگی افراد، از نظر بعد جسمی، روانی و روابط اجتماعی فرد قابل تعریف است (۹). کیفیت زندگی به تغییر در شرایط زندگی فرد، همچون زندگی اجتماعی، سلامتی، شغلی و ارزش‌های فرد وابسته است. لذا تشخیص سرطان کودک، یک تجربه استرس‌زا برآورد می‌شود و با پیدایش تجارب منفی مانند استرس در روابط معنادار و هیجاناتی مانند اضطراب، عصبانیت، غم، رنج، احساس گناه و ترس از مرگ کودک همراه بوده و پیامدهای منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان دارد (۱۱-۱۰). در ایران نیز، مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان، سطوح پایین‌تری از کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند (۱۲).

علاوه بر مفاهیم مطرح شده، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در مادران کودکان مبتلا به سرطان، علائم پریشانی روان‌شناختی، مانند اضطراب و افسردگی زیادی را می‌توان مشاهده نمود که تأثیر منفی در عملکرد روان‌شناختی آن‌ها دارد (۱۳). پریشانی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED

روان‌شناختی حالتی از رنج روان‌شناختی می‌باشد که منبع معتبر این اصطلاح، طیف فراگیری از علائم را شامل می‌شود، اما مشخصه‌های اصلی آن علائم افسردگی و اضطراب است (۱۴). بر طبق تحقیقات انجام گرفته پریشانی روان‌شناختی بالا در مادران کودکان مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی آنان را کاهش داده و همین امر خستگی را در آن‌ها را افزایش می‌دهند (۲). باورهای فراشناختی منفی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، تمرکز ذهنی آن‌ها را روی نگرانی و اضطراب نگه می‌دارد (۱۵).

با توجه به شیوع فزاینده سرطان در کودکان و تأثیرات عمیق آن بر سلامت روانی مادران به عنوان اصلی‌ترین مراقبان (۳، ۱)، بررسی رابطه بین رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با در نظر گرفتن نقش میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی از اهمیت بالینی و اجتماعی برخوردار است. اگرچه مطالعات پیشین به بررسی جداگانه این متغیرها پرداخته‌اند، اما نقش یک‌پارچه آن‌ها در نمونه‌های ایرانی و مکانیسم‌های تأثیرگذار کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۱۲، ۸، ۲). نوآوری این پژوهش در ارائه مدلی جامع برای تبیین این روابط و تمرکز بر مادران کودکان سرطانی در بافت فرهنگی ایران است که می‌تواند به طراحی مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور و بهبود همزمان رضایت زناشویی و کیفیت زندگی این گروه کمک شایانی کند. یافته‌های این مطالعه نه تنها شکاف موجود در ادبیات پژوهشی را پر می‌کند، بلکه با ارائه راه‌کارهای عملی مبتنی بر شواهد، زمینه‌ساز حمایت‌های تخصصی از خانواده‌های درگیر با سرطان کودکان خواهد بود. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان انجام شد. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱- ارتباط بین رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان

مواد و روش‌ها

روش اجرای پژوهش حاضر توصیفی و طرح پژوهش همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در سال ۱۴۰۳ شهر تهران بود. از آن‌جا که حداقل حجم نمونه برای تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری ۲۰۰ می‌باشد (۱۶)، در این پژوهش در ابتدا از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۲۰ نفر با احتساب ۱۰ درصد داده‌های پرت، به عنوان نمونه به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند که تعداد سه پرسش‌نامه که با فاصله ماهالانوبیس شناسایی شده بودند، به دلیل داده‌های پرت حذف شدند و در نهایت ۲۱۷ نفر به عنوان نمونه وارد پژوهش شدند. در این پژوهش، اطلاعات جمعیت‌شناختی و مرتبط با بیماری شامل سن مادران، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، مرحله بیماری کودک و تعداد فرزندان مبتلا به سرطان جمع‌آوری شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این موارد بود: نداشتن هرگونه اختلال روانی، عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی یا خانواده‌درمانی، داشتن فرزند ۲ تا ۱۲ سال دارای سرطان، متأهل بودن، سپری شدن حداقل ۶ ماه از تشخیص سرطان کودک و در

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED

حال سپری کردن مراحل درمان بودن. معیار خروج نیز عبارت است از: تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و زوجی انریچ استفاده شد.

پس از دریافت کد اخلاق به شماره IR.BASU.REC.1403.054 از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه بوعلی سینا همدان، به سه بیمارستان محک، لاله و علی اصغر که دارای بخش درمان کودکان سرطانی بودند، مراجعه شد. در ابتدا توضیحاتی در زمینه هدف انجام این پژوهش به مسئولین بیمارستان‌ها ارائه شد و با مراجعه به نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش، با جلب رضایت و اعتماد آنان، ضرورت انجام این پژوهش و نحوه پاسخ به پرسش‌نامه توضیح داده شد. هم‌چنین، علاوه بر دریافت رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان، به آنان این اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه و بدون ذکر نام در نزد پژوهشگر امانت خواهد بود.

مقیاس کیفیت زندگی (Quality of Life Scale): این مقیاس توسط سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) در سال ۱۹۹۷ با هدف ارزیابی کیفیت زندگی کلی و عمومی افراد تهیه شد (۹). فرم کوتاه آن دارای ۲۶ گویه است و به صورت طیف پنج درجه‌ای لیکرت (از بسیار بد=۱ تا بسیار خوب=۵) نمره‌گذاری می‌شود و کمترین نمره‌ای که هر فرد می‌تواند به‌دست آورد ۲۶ و بالاترین نمره ۱۳۰ می‌باشد. این مقیاس چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ گویه می‌سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ گویه می‌باشد) و دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره بیشتر نشان از کیفیت زندگی بهتر و بالاتر دارد. Skevington و همکاران در گزارشی از طرف گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی اعتبار این مقیاس را بین گروه‌های نمونه‌ای از ۲۳ کشور، بالای ۰/۷۰ ذکر کرده و روایی آن را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۷). برای بررسی اعتبار و روایی این مقیاس، پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام شد. نتایج پایایی با روش همبستگی درونی برای خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ به‌دست آمد و هم‌چنین اعتبار آن تأیید شد (۱۸). در دیگر پژوهش‌های داخلی نیز میزان اعتبار این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به‌دست آمد (۱۹). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ کلی این مقیاس، ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۷۸ و ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس پریشانی روان‌شناختی (Psychological Distress Scale): مقیاس پریشانی روان‌شناختی Kessler و همکاران در سال ۲۰۰۲ جهت تشخیص اختلالات روانی در جمعیت عمومی در دو فرم ۱۰ و ۶ سؤالی تهیه شده است و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۲۰). نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت از هیچ وقت تا همیشه (نمره ۰ تا ۴) و حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس، صفر و ۴۰ می‌باشد. این فرم متشکل از ۱۰ گویه است که اختلال روان‌شناختی خاصی را مورد سنجش قرار نمی‌دهد، اما به طور کلی سطح اضطراب و علائم افسردگی را که فرد طی چند هفته اخیر، تجربه کرده، نمایان می‌کند. اعتبار و پایایی این مقیاس مطلوب گزارش شده است (۲۱). هم‌چنین، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی تصنیف و Spearman-Brown این مقیاس در ایران به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۲). مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۲ به‌دست آمد.

مقیاس زوجی انریچ (Scale ENRICH Couple): این مقیاس توسط Olson و Fowers در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. فرم کوتاه مقیاس زوجی انریچ حاوی ۳۵ گویه به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد (۲۳).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED

مؤلفه‌های این مقیاس شامل رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی است که در این پژوهش فقط از مقیاس رضایت زناشویی استفاده شد. این خرده مقیاس دارای ۱۰ گویه بوده و حداقل و حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند به‌دست آورد از ۱۰ تا ۵۰ می‌باشد. Fowers و Olson مجموع آلفا یک‌بار ۰/۷۱ و بار دیگر ۰/۷۴ محاسبه کردند (۲۴). Schumm و همکاران آلفای خرده مقیاس رضایت زناشویی را برابر ۰/۸۴ به‌دست آوردند (۲۵). روایی و پایایی این مقیاس در ایران نیز مناسب گزارش شده است. Heidary آلفای این مقیاس را برابر با ۰/۸۸ به‌دست آورد (۲۶). مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس رضایت زناشویی در پژوهش حاضر ۰/۶۵ به‌دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد. در سطح آمار توصیفی، شاخص‌های میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی برای بررسی توزیع داده‌ها و ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان محاسبه شد. برای بررسی روابط بین متغیرها از آزمون همبستگی Pearson استفاده گردید. هم‌چنین، به‌منظور بررسی نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی در رابطه بین رضایت زناشویی و کیفیت زندگی، از مدل‌سازی معادلات ساختاری (Structural Equation Modeling; SEM) استفاده شد. برای ارزیابی معناداری مسیرهای غیرمستقیم از آزمون Bootstrap با ۲۰۰۰ بار نمونه‌گیری مجدد و آزمون Sobel استفاده شد. آزمون نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk و آزمون همگنی واریانس با استفاده از آزمون Levene انجام شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۱۷ نفر با میانگین سنی ۳۷/۶۲ سال و انحراف معیار ۷/۲۱ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۶۱ نفر (۲۸/۱ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۸۹ نفر (۴۱/۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۶۷ نفر (۳۰/۹ درصد) دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی بودند. از نظر وضعیت اشتغال، ۱۳۵ نفر (۶۲/۲ درصد) خانه‌دار، ۵۶ نفر (۲۵/۸ درصد) شاغل در بخش دولتی و ۲۶ نفر (۱۲/۰ درصد) دارای مشاغل آزاد بودند. در خصوص وضعیت اقتصادی، ۳۹ نفر (۱۸/۰ درصد) ضعیف، ۱۱۹ نفر (۵۴/۸ درصد) متوسط و ۵۹ نفر (۲۷/۲ درصد) وضعیت اقتصادی خوبی داشتند. از نظر مرحله بیماری کودک، ۱۰۶ کودک (۴۸/۸ درصد) در مرحله دوم، ۷۸ کودک (۳۵/۹ درصد) در مرحله سوم و ۳۳ کودک (۱۵/۳ درصد) در مرحله چهارم بیماری بودند. لازم به ذکر است که تمامی شرکت‌کنندگان تنها یک فرزند مبتلا به سرطان داشتند. در ادامه، اطلاعات مربوط به میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی نمرات متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است. بر طبق جدول ۱، توزیع نمرات متغیرها نرمال است (دامنه توزیع کجی و کشیدگی بین ۲+ و ۲-).

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ (n=۲۱۷)

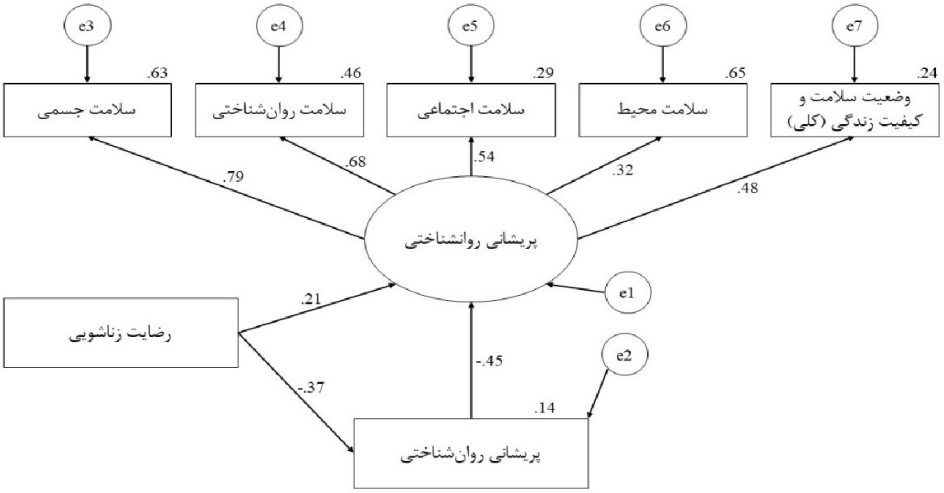
متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	چولگی (کجی)	کشیدگی
رضایت زناشویی	۱۸	۴۵	۳۳/۷۵	۵/۹۹	-۰/۲۵	-۰/۳۱
کیفیت زندگی	۳۴	۱۰۵	۶۷/۳۷	۱۴/۶۱	۰/۱۶	-۰/۵۶
پریشانی روان‌شناختی	۱۳	۳۹	۲۶/۵۹	۸/۷۳	-۰/۱۹	-۱/۵۱

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون همبستگی Pearson، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون Shapiro-Wilk بیان‌گر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای رضایت

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

زناشویی، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی برقرار است (P>۰/۰۵). هم‌چنین، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز توسط آزمون Levene مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنی‌دار نبود که بیان‌گر رعایت پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بود (P>۰/۰۵).

نتایج همبستگی Pearson نشان داد رضایت زناشویی با کیفیت زندگی (r=۰/۳۵، P<۰/۰۱) رابطه مثبت معنادار و با پریشانی روان‌شناختی (r=-۰/۳۷، P<۰/۰۱) نیز رابطه منفی معناداری دارد. هم‌چنین، کیفیت زندگی با پریشانی روان‌شناختی (r=-۰/۴۷، P<۰/۰۱) رابطه منفی معناداری داشت. در ادامه، به بررسی رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی پرداخته می‌شود. در شکل ۲، ضرایب استاندارد مدل رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی آمده است. در شکل ۲، مدل مفهومی پژوهش نمایش داده شده است که در آن رابطه بین رضایت زناشویی، پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بررسی شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، رضایت زناشویی تأثیر مستقیم و مثبتی بر کیفیت زندگی دارد (β=۰/۲۱) و هم‌چنین از طریق کاهش پریشانی روان‌شناختی به‌صورت غیرمستقیم نیز بر کیفیت زندگی اثرگذار است (β=-۰/۳۷). پریشانی روان‌شناختی نیز رابطه مستقیم و منفی با کیفیت زندگی دارد (β=-۰/۴۵). در این مدل، کیفیت زندگی به عنوان یک متغیر پنهان توسط چهار بعد یا شاخص مشاهده شده اندازه‌گیری شده است که شامل سلامت جسمی (λ=۰/۷۹)، سلامت روانی (λ=۰/۶۸)، روابط اجتماعی (λ=۰/۵۴) و سلامت محیط (λ=۰/۸۱) می‌باشد. ضرایب بار عاملی نشان‌دهنده میزان مشارکت هر یک از این ابعاد در تبیین متغیر پنهان کیفیت زندگی هستند.



شکل ۲- ضرایب استاندارد مدل رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ (n=۲۱۷)

در ادامه در جدول ۲، ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مدل پژوهش آمده است. چنان‌چه در جدول ۲ و شکل ۲ مشخص است، رضایت زناشویی بر پریشانی روان‌شناختی (β=-۰/۵۴، P<۰/۰۵) و کیفیت زندگی (β=۰/۱۳، P<۰/۰۵) و هم‌چنین پریشانی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی (β=-۰/۲۰، P<۰/۰۵) مادران کودکان سرطانی دارای اثر مستقیم معنی‌داری هستند.

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

جدول ۲- ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مدل رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ (n=۲۱۷)

مسیرهای مدل	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	مقدار بحرانی (t)	ضرایب استاندارد	مقدار P
رضایت زناشویی ← پریشانی روان‌شناختی	-۰/۵۴	۰/۰۹	-۵/۸۹	-۰/۳۷	۰/۰۰۱
پریشانی روان‌شناختی ← کیفیت زندگی	-۰/۲۰	۰/۰۳	-۶/۲۴	-۰/۴۵	۰/۰۰۱
رضایت زناشویی ← کیفیت زندگی	۰/۱۳	۰/۰۴	۳/۰۲	۰/۲۱	۰/۰۰۳

برای تعیین کفایت برازندگی مدل پیشنهادی، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. پیش از ارائه توضیحات مربوط به جدول ۳، اشاره به چند نکته ضروری است. از نظر کلی، یک الگوی مناسب از لحاظ شاخص‌های برازش باید دارای خی‌دو (Chi-square test) غیرمعنادار، نسبت خی‌دو به درجه آزادی (χ^2/df) کمتر از ۳، شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index; GFI)، شاخص برازش تطبیقی (Comparative Fit Index; CFI)، شاخص برازش Tucker-Lewis (Tucker-Lewis Index; TLI) و شاخص برازندگی هنجارشده (Normed Fit Index; NFI) بیشتر از ۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (Adjusted Goodness of Fit Index; AGFI) بالاتر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد (Parsimony Comparative Fit Index; PCFI) بالاتر از ۰/۵۰، شاخص برازش افزایشی (Incremental Fit Index; IFI) بزرگ‌تر از ۰/۹ و تقریب ریشه میانگین تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA) کوچک‌تر از ۰/۰۹ باشد. ذکر این نکته ضروری است که اصلی‌ترین فاکتور قضاوت برازش مدل، توجه به تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا (RMSEA) است؛ چرا که این عامل از تعداد حجم نمونه تأثیر نمی‌پذیرد (۲۷). با توجه به یافته‌های جدول ۳، مدل پیشنهادی دارای برازش مناسب است.

جدول ۳- شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی در پژوهش در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ (n=۲۱۷)

شاخص‌ها	χ^2	DF	χ^2/df	GFI	AGFI	PCFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مقادیر قابل قبول (۲۷)	-	-	۳>	۰/۹۵<	۰/۹<	۰/۵<	۰/۹<	۰/۹<	۰/۹۵<	۰/۹۵<	۰/۵>
مقادیر به‌دست آمده	۱۸/۲۵	۱۳	۱/۴۰	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۶۱	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۵	۰/۰۴

در ادامه، به منظور بررسی نقش میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در رابطه رضایت زناشویی با کیفیت زندگی، نتایج Bootstrap و Sobel بررسی می‌شود. در جدول ۴، نتایج آزمون Bootstrap برای بررسی مسیرهای غیرمستقیم و اثر کل آورده شده است. با توجه به نتایج جدول ۴ و در نظر گرفتن این‌که صفر در محدوده بالا و پایین نمرات قرار نگرفته است، نقش میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی تأیید می‌شود. این در حالی است که نتایج آزمون Sobel نیز برای بررسی نقش میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان سرطانی ۴/۳۶ بدست آمد که بالاتر از ۱/۹۶ بوده و تأیید کننده نتایج آزمون Bootstrap است. با توجه به وجود اثر مستقیم و غیرمستقیم رضایت زناشویی بر کیفیت زندگی، می‌توان نتیجه گرفت که پریشانی روان‌شناختی نقش میانجی جزئی در رابطه بین رضایت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان سرطانی ایفاء می‌کند.

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

جدول ٤- نتایج آزمون Bootstrap برای بررسی مسیرهای غیرمستقیم و اثرکل مدل پیشنهادی در پژوهش در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در شهر تهران در سال ۱٤۰۳ (n=۲۱۷)

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	حد پایین	حد بالا	فاصله اطمینان	اثر غیرمستقیم	اثر کل	نوع میانجی‌گری
رضایت زناشویی	پریشانی روان‌شناختی	کیفیت زندگی	۰/۰۶	۰/۱۶	۰/۹۵	۰/۱۰	۰/۲۴	میانجی‌گری جزئی

بحث

هدف از انجام این تحقیق تعیین رابطه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی در مادران دارای کودک سرطانی بود. نتایج پژوهش نشان داد که رضایت زناشویی با نقش میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی در سطح معناداری با کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان ارتباط دارد. این یافته با نتایج Masood و همکاران و Ruiz-Marin و همکاران همسو است (۲۹، ۲۸). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که سرطان کودکان، بسیار برای خانواده‌های آنان، به‌خصوص مادران، دردناک و استرس‌زاست. لذا این موضوع می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی این خانواده‌ها از جمله روابط زناشویی، ویژگی‌های روان‌شناختی و کیفیت زندگی را تحت‌الشعاع خود قرار داده و شرایط را برای آنان سخت و سخت‌تر کند. مادران دارای کودک سرطانی، با وجود داشتن رضایت زناشویی بالا، حتماً کیفیت زندگی بالایی را تجربه نخواهند کرد، چرا که مشکلات روان‌شناختی مانند پریشانی روان‌شناختی نیز می‌تواند بر این رابطه اثرگذار باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رضایت زناشویی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری دارد. نتایج این تحقیق با نتایج Novianti و همکاران همسو است (۳۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت که رضایت زناشویی معمولاً یک پیش‌بینی کننده کلیدی برای رفاه فردی و رابطه‌ای است (۳۱). رضایت زناشویی در حفظ تعادل خانواده و جو عاطفی آن نقش کلیدی داشته و عامل مؤثری برای مقابله با رویدادهای ناخواسته و ناخوشایند زندگی خواهد بود. لذا این مهم، تأمین کننده امنیت خانواده می‌باشد و بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (۲۶). سرطان در خانواده تمامی اعضای خانواده را درگیر کرده و آن‌ها را درگیر فشار روحی، روانی و مالی فراوانی می‌کند (۲). آسیب شناسی روان‌شناختی به اندازه درمان پزشکی مهم است، لذا نگرانی در مورد مراقبت جامع ارائه شده به این کودکان سرطانی بستری در بیمارستان‌ها و خانواده‌هایشان باید به عنوان یکی از ارکان حمایتی جهت ارتقاء رفاه و کمک به این بیماران مورد توجه قرار گیرد. امر مسلم آن است که افزایش رضایت از زندگی، شادمانی و هم‌چنین ایجاد فضای مثبت در خانواده، سبب عملکرد بهتر خانواده و به‌دنبال آن بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۳۲).

هم‌چنین، دیگر یافته این پژوهش نشان داد که بین رضایت زناشویی با پریشانی روان‌شناختی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج Ruiz-Marin و همکاران همسو است (۲۹). در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که والدین مخصوصاً مادران کودکان سرطانی در طول تجربه سرطان فرزندانشان از نظر احساسی و جسمی، احساس خستگی می‌کنند و از پریشانی روان‌شناختی رنج می‌برند (۳۳). پریشانی روان‌شناختی توانایی آن‌ها را به خطر می‌اندازد که موجب می‌شود نتوانند با عوامل استرس‌زا کنار بیایند و بر سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۳۴). زمانی که رضایت زناشویی حاصل می‌شود، ارتباط بین زوجین شفاف‌تر و تعامل‌های مثبت، بیشتر و تعامل‌های منفی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED

بین آن‌ها به حداقل ممکن می‌رسد و در نتیجه می‌توانند رویدادهای استرس‌زا را مهار کنند (۳۵). داشتن رابطه همدلانه و با کیفیت بین زوجین، استرس و فشار روانی را کم می‌کند و در نتیجه پریشانی روان‌شناختی آن‌ها را نیز کاهش می‌دهد.

در ادامه یافته‌های پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی و پریشانی روانشناختی ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. یافته‌های این تحقیق با نتایج Ivanova و همکاران همسو است (۳۶). Reaisipour و همکاران به این نتیجه رسیدند که سرطان کودکان، می‌تواند به میزان قابل توجهی برای والدین استرس‌زا باشد و بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد (۳۷). در تبیین این نتایج و با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته، می‌توان گفت پریشانی روان‌شناختی زیاد در مادران کودکان مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی آنان را کاهش داده و همین امر خستگی را در آن‌ها را افزایش می‌دهند (۲). امر مسلم آن است که تشخیص سرطان کودک، یک تجربه استرس‌زا برآورد می‌شود و در ابتداء والدین آمادگی و توانایی لازم در مواجهه با این بیماری پرخطر مزمن را ندارند. این تجربه، همراه با پیدایش تجارب منفی مانند استرس در روابط معنادار و هیجاناتی مانند اضطراب، عصبانیت، غم، رنج، احساس گناه و ترس از مرگ کودک، پیامدهای منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان دارد (۱۰). لذا باید همواره به ویژگی‌های روان‌شناختی خانواده‌های دارای کودک سرطانی توجه کرد، تا در صورت وجود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی در خانواده آن‌ها، به‌خصوص در مادران، در جهت کاهش نشانه‌های این پریشانی تلاش کرد، چرا که وجود روحیه بالا در مادران کودکان سرطانی، سبب تقویت روحیه در کودکان آن‌ها نیز می‌شود. به عبارت دیگر، بهبود کیفیت زندگی می‌تواند سبب بهبود عملکرد فرد در مدیریت شرایط استرس‌زا می‌شود (۳۴).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس، عدم کنترل وضعیت اقتصادی خانواده‌ها و محدود بودن جامعه پژوهش به مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران ضمن استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی دیگر، این مطالعه را روی پدران دارای کودکان مبتلا به سرطان انجام داده و اثربخشی درمان‌های مختلف را بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی مادران و پدران کودکان سرطانی و هم‌چنین خود این کودکان مورد بررسی قرار دهند. هم‌چنین، با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که مسئولین، کلینیک‌ها و مراکز درمانی و روان‌شناسی در جهت بهبود رضایت زناشویی و کیفیت زندگی و کاهش پریشانی روان‌شناختی خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به سرطان تلاش کنند.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان تحت تأثیر پریشانی روان‌شناختی قرار دارد. این یافته‌ها بر اهمیت بررسی ابعاد روان‌شناختی در شرایط خاصی مانند بیماری‌های مزمن تأکید می‌کند. نتایج نشان داد که هرچند رضایت زناشویی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی کمک کند، اما وجود پریشانی روان‌شناختی به عنوان یک میانجی می‌تواند این رابطه را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارت دیگر، اگرچه یک رابطه زناشویی سالم و رضایت‌بخش می‌تواند به مادران در مواجهه با چالش‌های ناشی از بیماری کودک کمک کند، اما اگر این مادران از نظر روان‌شناختی تحت فشار قرار داشته باشند، ممکن است نتوانند از این حمایت‌ها به درستی بهره‌برداری کنند. در واقع، تجربه سرطان در کودکان نه تنها بر مادران فشار روانی می‌آورد، بلکه می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی و افزایش خستگی عاطفی آن‌ها منجر شود. از این رو، توجه به

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED

سلامت روانی مادران و ارائه حمایت‌های لازم در این زمینه ضروری است. حمایت‌های روان‌شناختی و مشاوره می‌تواند به مادران کمک کند تا با احساسات منفی خود بهتر کنار بیایند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

تشکر و قدردانی

از همه مادران شرکت کننده که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع: نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافعی در مورد این مقاله وجود ندارد.

حامی مالی: این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی نداشت.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این پژوهش با کد اخلاق IR.BASU.REC.1403.054 در کمیته اخلاق دانشگاه بوعلی سینا همدان به تصویب رسیده است.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** مینا قاسمی رحمت آبادی
- **روش کار:** محمدرضا ذوقی‌پایدار
- **جمع‌آوری داده‌ها:** زینب قربانی، زهرا امیرآبادی
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** محمدرضا روشنائی
- **نظارت:** محمدرضا ذوقی‌پایدار
- **مدیریت پروژه:** حسین محققی
- **نگارش – پیش‌نویس اصلی:** مینا قاسمی رحمت آبادی
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** شهریار یارمحمدی واصل

References

1. World Health Organization. Childhood cancer. World Health Organization 2025; Available at: https://www.who.int_ /news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children. February 4, 2025.

2. Saeedifard T, Rasouli M, Izanloo B, Zahrakar K, Mehrvar A. The mediating role of psychological flexibility in relation to religious coping with psychological distress of mothers with children with leukemia. *JPEN* 2021; 8(2): 32-44. [Farsi]

3. Hu X, Grosse SD, Han X, Marchak JG, Ji X. Mental health care utilization among parents of children with cancer. *JAMA* 2024; 7(4): e244531.

4. Vieira AC, Cunha ML. My role and responsibility: mothers' perspectives on overload in caring for children with cancer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2020; 54(4): e03540.

5. Tan R, Koh S, Wong ME, Rui M, Shorey S. Caregiver stress, coping strategies, and support needs of mothers caring for their children who are undergoing active cancer treatments. *Clinical Nursing Research* 2020; 29(7): 460-8.

6. Van Schoors M, De Paepe AL, Norga K, Cosyns V, Morren H, Vercruysse T, et al. Family members dealing with childhood cancer: A study on the role of family functioning and cancer appraisal. *Frontiers in Psychology* 2019; 10: 1405.

7. Mollazadehnooran A, Shoaakazemi M, Badreh M. The Study of the Relationship between Parents' Marital Communication Quality and Children's Happiness. *Woman and Family Studies* 2021; 9(2): 168-92. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED

8. Gharehdaghi M, Kachooei M. Comparison of parents with cancer and healthy children in terms of marital intimacy, parental self-efficacy and cognitive-emotional regulation strategies. *Rooyesh* 2024; 13(5): 229-38. [Farsi]

9. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. World Health Organization. 1997; Available at: https://iris.who.int/handle/10665/63482

10. Luo YH, Li WH, Cheung AT, Ho LL, Xia W, He XL, et al. Relationships between resilience and quality of life in parents of children with cancer. *Health Psychology* 2022; 27(5): 1048-56.

11. Fardell JE, Wakefield CE, De Abreu Lourenco R, Signorelli C, McCarthy M, McLoone J, et al. Long□term health□ related quality of life in young childhood cancer survivors and their parents. *Pediatric Blood & Cancer* 2021; 68(12): e29398.

12. Rezaei Z, Sharifian Sani M, Ostadhashemi L, Ghaedamini Harouni G. Quality of life of mothers of children with cancer in Iran. *Koomesh* 2018; 20(3): 425-31. [Farsi]

13. Feki J, Baklouti F, Khanfir A. Assessment of psychological distress among parents of children with cancer. *Open Journal of Psychiatry* 2021; 11(4): 229-47.

14. Lopes C, Severo M, Fontes F, Lopes-Conceição L, Ferreira A, Pereira S, et al. Trajectories of anxiety and depression symptoms over five years since breast cancer diagnosis: results of the NEONBC prospective study. *Healthcare (Basel)* 2022; 10: 661.

15. Jafari A, Ahmadzadeh N. The Relationship between Psychological Distress and Cognitive-Attentional Syndrome of Mothers and Psychological Adjustment of Adolescents with Cancer in COVID-19 Pandemic with the Mediating Role of Emotion Regulation: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 22(10): 1071-88. [Farsi]

16. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. United Kingdom, Guilford publications; 2023; pp. 64.

17. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research* 2004; 13: 299-310.

18. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *SISPH* 2006; 4(4): 1-12. [Farsi]

19. Fathi Ashtiani A, Mohammadi B, Fathi Ashtiani M. Psychological Tests. 18th, Tehran, Besat; 2023; 321-30. [Farsi]

20. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine* 2002; 32(6): 959-76.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED

21. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine* 2003; 33(2): 357-62.

22. Yaghoobi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *JAPR* 2016; 6(4): 45-57. [Farsi]

23. Olson DH, Fowers BJ. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross□validation assessment. *JMFT* 1989; 15(1): 65-79.

24. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology* 1993; 7(2): 176-85.

25. Schumm WR, Paff-Bergen LA, Hatch RC, Obiorah FC, Copeland JM, Meens LD, et al. Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale. *JMF* 1986; 48(2): 381-7.

26. Heidary M. Examining the Multi Relationships among Life Satisfaction, Marital Satisfaction and Sexual Satisfaction with the Life Quality Improvement of Married Women in Abadeh City. *Woman and Society* 2018; 8(32): 205-28. [Farsi]

27. Fatemi M, Bakhtiarpour S, Pasha R, Hafezi F. Model for Predicting Social Anxiety Based on Perfectionism, Social Self-Efficacy, and Cognitive Distortions in Male and Female Adolescents. *JAPR* 2022; 13(4): 187-202. [Farsi]

28. Masood A, Musarrat R, Mazahir S, Ashraf A. Quality of life and marital satisfaction in parents of children with leukemia. *Annals of KEMC* 2017; 23(4): 439-44.

29. Ruiz-Marin CM, Molina-Barea R, Slim M, Calandre EP. Marital adjustment in patients with cancer: association with psychological distress, quality of life, and sleep problems. *Environmental Research and Public Health* 2021; 18(13): 7089.

30. Novianti LE, Purba FD, Karremans JC, Agustiani H. Financial strain among West-Javanese parents: its association with marital satisfaction and quality of life, and the role of dyadic coping. *Frontiers in Psychology* 2024; 15: 1434426.

31. Dobrowolska M, Groyecka-Bernard A, Sorokowski P, Randall AK, Hilpert P, Ahmadi K, et al. Global perspective on marital satisfaction. *Sustainability* 2020; 12(21): 8817.

32. Share H, Foshtanqi K. The Role of Emotional Intelligence and Marital Satisfaction in Life Quality of Women: A Structural Equation Modeling. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2019; 21(2): 109-20. [Farsi]

33. van Warmerdam J, Zabih V, Kurdyak P, Sutradhar R, Nathan PC, Gupta S. Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta□analysis. *Pediatric blood & Cancer* 2019; 66(6): e27677.

34. Sultan S, Leclair T, Rondeau E, Burns W, Abate C. A systematic review on factors and consequences of parental

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED

distress as related to childhood cancer. *European journal of Cancer Care* 2016; 25(4): 616-37.

35. Gottman JM, Silver N. The seven principles for making marriage work. 2nd ed, New York, Harmony Books; 2015; pp. 63.

36. Ivanova O, Sineke T, Wenzel R, Siyame E, Lalashowi J, Bakuli A, et al. Health-related quality of life and psychological distress among adults in Tanzania: a cross-sectional study. *Archives of Public Health* 2022; 80(1): 144.

37. Reaisipour Z, Shafiabady A, Younesi Boroujeni J. The relationship between anger and the marital relationship quality in parents of children with cancer: The mediating role of psychological distress (Depression, anxiety, and stress). *Pediatric Nursing*. 2021; 8(1): 35-45. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED

The Relationship between Marital Satisfaction and Quality of Life Mediated by Psychological Distress in Mothers of Children with Cancer: A Descriptive Study

Mohammad Reza Zoghi Paydar[1], Hossein Mohagheghi[2], Mina Ghasemi Rahmatabadi[3], Mohammad Reza Roshanaei[4], Zeinab Ghorbany[5], Zahra Amirabadi[6], Shahryar Yarmohamadi Vasel[7]

Received: 08/03/25 Sent for Revision: 07/05/25 Received Revised Manuscript: 22/06/25 Accepted:24/06/25

Background and Objectives: Mothers of children with cancer experience high psychological vulnerability due to the heavy burden of caregiving responsibilities and constant exposure to treatment-related stressors. This study aimed to examine the relationship between marital satisfaction and quality of life, with psychological distress as a mediating factor among mothers of pediatric cancer patients.

Materials and Methods: This descriptive-correlational study employed structural equation modeling (SEM). The statistical population consisted of all mothers of children with cancer in Tehran in 2024, from which 217 participants were selected via convenience sampling. Research tools included Quality of Life (WHO, 1997), Psychological Distress (Kessler et al., 2002) and ENRICH Marital Satisfaction (Olson & Fowers, 1989) Scales. Data analysis was performed using Pearson's correlation and SEM.

Results: The findings revealed a significant positive correlation between marital satisfaction and quality of life ($r=0.35$) and a significant negative correlation with psychological distress ($r=-0.37$) ($p<0.01$). Psychological distress also showed a significant negative correlation with quality of life ($r=-0.47$, $p<0.01$). Bootstrap analysis confirmed the significant indirect effect of marital satisfaction on quality of life through psychological distress ($\beta=0.10$, 95% confidence interval: 0.06-0.16).

Conclusion: The present study demonstrated an indirect relationship between marital satisfaction and quality of life mediated by psychological distress in mothers of children with cancer. Accordingly, it is recommended to design and implement family-centered intervention programs targeting psychological distress reduction and marital satisfaction enhancement to improve these mothers' quality of life.

Keywords: Psychological distress, Marital satisfaction, Cancer, Child, Quality of life, Mothers

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Bu-Ali Sina University approved the study (IR.BASU.REC.1403.054).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Mina Ghasemi Rahmatabadi
- **Methodology:** Mohammad Reza Zoghi Paydar
- **Data collection:** Zeinab Ghorbany, Zahra Amirabadi
- **Formal analysis:** Mohammad Reza Roshanaei
- **Supervision:** Mohammad Reza Zoghi Paydar
- **Project administration:** Hossein Mohagheghi
- **Writing – original draft:** Mina Ghasemi Rahmatabadi
- **Writing – review & editing:** Shahryar Yarmohamadi Vasel

Citation: Zoghi Paydar MR, Mohagheghi H, Ghasemi Rahmatabadi M, Roshanaei MR, Ghorbany Z, Amirabadi Z, Yarmohamadi Vasel Sh. The Relationship between Marital Satisfaction and Quality of Life Mediated by Psychological Distress in Mothers of Children with Cancer: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2025; 24 (6): 525-38. [Farsi]

1- Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran
2- Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran
ORCID: 0000-0002-4232-2273
(Corresponding Author) Tel: (081)31401863, h.mohagheghi@basu.ac.ir
3- MSc in Educational Psychology, Dept. of Psychology, Payame Noor University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran
4- PhD Candidate in Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran
5- PhD Candidate in Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran
6- MSc Student in Educational Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran
7- Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/jrums.24.6.525]

CCBY-NC.4.0 DEED