

Comparison of Parenting Stress in Mothers of Children with Cancer

Fatemeh Hashemi¹, Sarah Sepahvand¹, Mojtaba Habibi-Asgarabad^{2*}, Marzeye Ganjavi³, Mahtab Mirzaee⁴

1. Master Student of Clinical Psychology, Farabi campus of Tehran University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor of Health Psychology, Department of Health Psychology, Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Kerman, Iran

4. Master of Clinical Psychology, Farabi campus of Tehran University, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** Mojtaba Habibi, Department of Health Psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: habibi.m@iums.ac.ir

Received: 21 February 2016

Accepted: 8 November 2016

Published: 3 July 2017

How to cite this article:

Hashemi F, Sepahvand S, Habibi-Asgarabad M, Ganjavi M, Mirzaee M. Comparison of Parenting Stress, Differentiated by Gender Job and Parental History of the Disease in Mothers of Children with Cancer. Community Health. 2017;4(4):317-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.22037/ch.v4i4.11502>.

Abstract

Background and Objectives: Cancer in the child is considered as a traumatic event for parents, and immediately after the diagnosis of a child's disease, parents, especially the mother, experience extensive stress that causes psychological adjustment problems. The purpose of this study was to compare maternal stress subscales of mothers with children who are suffering from cancer, by gender, education, occupation and parents' disease.

Material and Methods: This descriptive correlational study was conducted with the participation of 300 mothers with a child with cancer under the age of 18 years who were not selected randomly using available sampling method. Mothers completed Abidin Parenting Stress questionnaire for collecting information. Data were analyzed using SPSS-21 software and descriptive and inferential statistics (Pearson correlation coefficient and multivariate analysis of variance analysis).

Results: The mean (SD) of the expectations of children with cancer without a history of parental disease was 25.2 (5.1) and more than the expectations of children with cancer with a history of parental disease 23.5 (5.1), and the overall health status of mothers without a history of disease was 23.5 (5.1) more than mothers with a history of disease 9.3 (2.9) ($P < 0.001$). The hyperactivity and lack of attention in boys with a mean (SD) of 22.7 (6.8) were more than girls 21.6 (6.2) ($P < 0.05$), and girls experienced a higher incidence of depression 26.2 (7.5) during disease compared to boys 24.2 (6.6) ($P < 0.05$).

Conclusion: The age and sex of the child, the age of the father, the status of mother's employment and the history of parental disease are factors affecting the level of perceived parenting stress by mothers with children with cancer.

Keywords: Parenting stress, Child cancer, Mothers

مقایسه استرس فرزندپروری در مادران کودکان مبتلا به سرطان

فاطمه السادات هاشمی^۱، سارا سپهوند^۱، مجتبی حبیبی عسگرآباد^{۲*}، مرضیه گنجوی^۳، مهتاب میرزایی^۱

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران
۲. استادیار روانشناسی سلامت، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد کرمان، کرمان، ایران

* نویسنده مسئول: مجتبی حبیبی عسگرآباد، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Email: habibi.m@iums.ac.ir

تاریخ پذیرش: تیر ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: خرداد ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: سرطان در کودک به عنوان یک رویداد تروماتیک برای والدین در نظر گرفته می شود و بلافاصله پس از تشخیص ابتلای کودک به این بیماری، والدین خصوصاً مادر، استرس گسترده ای را تجربه می کنند که سبب مشکلات سازگاری روانشناختی در آنها می شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه خرده مقیاس های استرس فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به سرطان به تفکیک جنسیت کودک، تحصیلات، شغل و سابقه بیماری والدین انجام شد.

روش و مواد: مطالعه حاضر بصورت توصیفی همبستگی با مشارکت ۳۰۰ نفر از مادران دارای کودک زیر ۱۸ سال مبتلا به سرطان که به صورت غیر تصادفی و نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند انجام شد. برای جمع آوری اطلاعات مادران پرسشنامه استرس فرزندپروری Abidin را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-21 و با روش های آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس چند متغیره) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) توقعات کودکان سرطانی بدون سابقه بیماری والدینی (۵/۱) ۲۵/۲ و بیشتر از توقعات کودکان سرطانی با سابقه بیماری والدینی (۵/۱) ۲۳/۵ بود و نیز احساس سلامت کلی در مادران بدون سابقه بیماری (۵/۱) ۲۳/۵ بیشتر از مادران دارای سابقه بیماری (۲/۹) ۹/۳ گزارش شد ($P<0/001$). از طرفی بیش فعالی و کاستی توجه در پسران مبتلا به سرطان با میانگین (انحراف معیار) (۶/۸) ۲۲/۷ بیشتر از دختران (۶/۲) ۲۱/۶ می باشد ($P<0/05$) و دختران افسردگی بالاتری را در جریان بیماری (۷/۵) ۲۶/۲ نسبت به پسران (۶/۶) ۲۴/۲ تجربه کردند ($P<0/05$).

نتیجه گیری: سن و جنس کودک، سن پدر، شاغل یا خانه دار بودن مادر و همچنین سابقه بیماری والدین از عوامل مؤثر بر میزان استرس فرزندپروری ادراک شده توسط مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان است.

واژگان کلیدی: استرس فرزندپروری، کودکان مبتلا به سرطان، مادران

مقدمه

بیان کننده نوعی از تجربه استرس در والدین است که ناشی از تفاوت در باورهای خودکارآمدی و مطالبات ناشی از نقش والدینی است (۲) و سبب ساز نگرش بدبینانه نسبت به خود و کودک شده که در نتیجه

فرزندپروری و نقش والدین در تعامل با فرزندان و تنش های ناشی از آن در سال های اخیر مورد تأکید بیشتری قرار گرفته است (۱). استرس فرزندپروری

تأثیر نامناسبی در تعامل بین والد و کودک می‌گذارد (۳). بنا به گفته Abidin سه منبع اصلی از عوامل استرس‌زا برای پدر و مادر شامل: (۱) ویژگی‌های کودک، (۲) ویژگی‌های پدر و مادر، (۳) استرس‌های موقعیتی زندگی است (۴).

در حالی که سرطان به عنوان بیماری نادری در بین کودکان در نظر گرفته می‌شود، اما با این وجود به عنوان دومین علت مرگ و میر در کودکان ۵ تا ۱۴ سال محسوب می‌شود (۵). سرطان در کودک به عنوان یک رویداد آسیب‌زا برای والدین در نظر گرفته شده و بلافاصله پس از این که کودک تشخیص سرطان را دریافت می‌کند، والدین استرس گسترده‌ای را تجربه می‌کنند که سبب مشکلات سازگاری روانشناختی در آنها می‌شود (۶). نگرانی حاصل از بار مالی و پیامد شغلی برای والدین، نگرانی در رابطه با آینده بیماری کودک و پیامدهای ضعف سلامت ذهنی ناشی از سرطان و درمان آن، ترس از عود مجدد بیماری در کودک پس از درمان (۷)، تجربه مشاهده درد کشیدن کودک در جریان فرایندهای تهاجمی درمانی، تغییر در تعاملات متداول خانوادگی به دلیل شرایط خاص کودک و همین‌طور احساس گناه در قبال بیماری کودک (۸)، عوارض روش‌های درمانی استفاده شده برای کودک مانند شیمی درمانی و رادیو تراپی، مشکلات خلق و خوی کودک، مسئولیت آگاهی دادن به کودک در مورد بیماری و رعایت رژیم درمانی در منزل و احساس ناامیدی و عدم قطعیت در رابطه با نتیجه درمان (۹) سبب ناسازگاری‌های هیجانی بعدی در والدین می‌شود. در این بین مادران سطح استرس بیشتری را نسبت به پدران تجربه می‌کنند که می‌تواند به دلیل ساختار وظایف متفاوت آنها در بافت خانواده و همین‌طور تفاوت در واکنش روانشناختی آنها باشد، به‌طور مثال: زنان سطح استرس روانشناختی بالاتری از مردان دارند و علائم جسمانی بیشتری نیز در برابر استرس نشان می‌دهند (۱۰). Streisand و همکاران در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که بین استرس فرزندپروری و سطح عملکرد خانوادگی در والدین کودکان سرطانی رابطه مستقیمی وجود دارد و افزایش میزان استرس فرزندپروری سبب

کاهش عملکرد خانوادگی مناسب در این والدین می‌شود (۱۱). Masa'Deh و همکاران سطح بالای استرس در مادران دارای کودکان سرطانی را بیان کردند (۱۰). پژوهشگران همچنین اظهار می‌دارند مادران دارای کودکان سرطانی سطح استرس بالاتری را نسبت به پدران تجربه می‌کنند و این استرس تأثیر گسترده‌تری بر آنها دارد و همچنین سطوح متوسطی از افسردگی و استرس و سطوح شدیدتری از اضطراب تجربه شده در این مادران را گزارش می‌دهند (۱۲). سه منبع اصلی از عوامل استرس‌زا برای پدر و مادر شامل: ویژگی‌های کودک، ویژگی‌های پدر و مادر و استرس‌های موقعیتی زندگی است. ویژگی‌های کودکان شامل سازگاری، مطالبه و سطح بیش‌فعالی کودک می‌شود. برخی از ویژگی‌های والدین شامل افسردگی، وابستگی به کودک، حس شایستگی به عنوان والدین و ارتباط با همسر، و استرس زندگی شامل حوادثی مانند تغییر شغل، جابجایی، ازدواج، طلاق و یا مرگ یکی از اعضای خانواده است. برخی دیگر از عوامل جمعیت شناختی خانواده مثل جنبه‌های عملکردی و یا وجود معلولیت کودک، جنسیت والدین، ویژگی‌های خانواده (وضعیت اجتماعی-اقتصادی)، تعداد فرزندان، سال ازدواج، سن (والدین و کودک) و میزان و کیفیت شبکه اجتماعی است که والدین با آن در ارتباطند (۱۳).

با بررسی پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده به این نتیجه می‌توان رسید که عوامل بسیاری در افزایش میزان استرس فرزندپروری والدین در جریان رشد کودک دخیل بوده که این عوامل با هم در ارتباطند و از یکدیگر نیز تأثیر می‌پذیرند (۱۴). همچنین کودکان سرطانی به علت ناتوانی‌ها و مشکلاتی که در جریان بیماری خود تجربه می‌کنند سبب تحمیل استرس بیشتری در والدین می‌شوند (۱۵). بنابراین این مطالعه با هدف تعیین خرده مقیاس‌های استرس فرزندپروری به تفکیک جنسیت، سطح تحصیلات، شغل و سابقه بیماری در مادران کودکان سرطانی انجام شد.

روش و مواد

مطالعه حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری

این تحقیق شامل مادران کودکان زیر ۱۸ سالی بود که برای درمان بیماری سرطان در کودکان‌شان در سال ۱۳۹۴ به بیمارستان تخصصی محک و بهرامی شهر تهران و بیمارستان افضل‌پور شهر کرمان مراجعه و فرزندان آنها بستری و حداقل یک دوره شیمی درمانی را دریافت کرده بودند. جامعه آماری این مطالعه شامل ۳۰۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که با مراجعه مستقیم به مراکز آنکولوژی بیمارستان‌های تخصصی کودکان در شهر تهران (بیمارستان‌هایی که اجازه همکاری دادند) و کرمان و پس از اخذ مجوز از مسئولین مربوطه، لیستی از کودکان بین ۲ تا ۱۸ سال بستری در بخش که حداقل یک دوره شیمی درمانی را گذرانده بودند تهیه گردید و پرسشنامه Abidin پس از ارائه توضیحات کامل در زمینه هدف مطالعه، نحوه تکمیل پرسشنامه و پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی شرکت در مطالعه، در اختیار مادران قرار گرفت و پس از تکمیل توسط محققین جمع‌آوری شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-21 و روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس چند متغیره و همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

الف) شاخص استرس فرزندپروری (PSI): این شاخص توسط Abidin تدوین شده و براساس آن می‌توان میزان تنیدگی (tension) در روابط والدین و کودک را ارزشیابی کرد. این ابزار بر این اصل متکی است که تنیدگی والدین می‌تواند، از پاره‌ای ویژگی‌های کودک، برخی ویژگی‌های والدین و یا موقعیت‌های متنوعی که با ایفای نقش والدین به طور مستقیم در ارتباط است، ناشی شود. شاخص تنیدگی والدگری شامل ۱۲۰ سؤال است که توسط والدین به روش خودگزارشی تکمیل می‌شود. سؤال‌های این شاخص در دو قلمرو اصلی و سیزده خرده مقیاس قرار دارند که عبارتند از: الف) قلمرو کودکی با ۴۷ ماده (سازش‌پذیری شامل ۱۱ ماده، پذیرندگی شامل هفت ماده، فزون طلبی

شامل نه ماده، خلق شامل پنج ماده، بی‌توجهی و فزون کنشی شامل نه ماده و تقویت‌گری شامل شش ماده)، ب) قلمرو والدین با ۵۴ ماده (افسردگی با نه ماده، دلبستگی با هفت ماده، محدودیت نقش با هفت ماده، حس صلاحیت با ۱۳ ماده، انزوای اجتماعی با شش ماده، روابط با همسر با هفت ماده، سلامت والدین با پنج ماده و مقیاس تنیدگی زندگی با ۱۹ ماده، شاخص‌هایی را در رابطه با تنیدگی‌های فراتر از چهارچوب ارتباطی والد- کودک اندازه‌گیری می‌کند (۱۶). از آلفای کرونباخ و بازآزمایی برای بررسی اعتبار خرده مقیاس‌های شاخص استرس فرزندپروری PSI روی زیر مقیاس‌های قلمرو کودکان، والدین و مقیاس وقایع استرس‌زای زندگی استفاده شد. نتایج آلفای کرونباخ حاکی از آن بود که میزان اعتبار هر یک از خرده مقیاس‌های شاخص استرس فرزندپروری PSI روی زیر مقیاس‌های قلمرو کودکان شامل حواس‌پرتی/ بیش‌فعالی، انطباق‌پذیری، تقویت والدین، فزون‌طلبی، خلق، پذیرندگی و قلمرو کودک به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۷۸ و ۰/۹۱ به دست آمد. ضریب اعتبار باز آزمایی بر روی گروه نمونه در طول ۲۰ روز بعد از اجرای اول هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۵۸، ۰/۶۱، ۰/۷۲، ۰/۶۵ و ۰/۶۷ به دست آمد. که این مقادیر همبستگی بیانگر ثبات نمرات خرده مقیاس‌های شاخص استرس فرزندپروری PSI روی زیر مقیاس‌های قلمرو کودکان در طول زمان است. نتایج آلفای کرونباخ حاکی از آن بود که میزان اعتبار هر یک از خرده مقیاس‌های شاخص استرس فرزندپروری PSI روی زیر مقیاس‌های قلمرو والدین شامل حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، دلبستگی، سلامت والدین، محدودیت، افسردگی، رابطه با همسر و قلمرو والدین به ترتیب به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۸۵ و ۰/۹۵ به دست آمد. ضریب اعتبار باز آزمایی در طول ۲۰ روز بعد از اجرای اول هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۶/۷، ۰/۶۱، ۰/۵۹، ۰/۶۳، ۰/۷۳، ۰/۶۵ و ۰/۷۶ به دست آمد. که این مقادیر همبستگی بیانگر

ثبات نمرات خرده مقیاس‌های شاخص استرس فرزندپروری PSI روی زیر مقیاس‌های قلمرو والدین در طول زمان است (۱۷)

ب) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسشنامه پژوهشگر ساخته برای به دست آوردن اطلاعات جمعیت شناختی مراجعین به کار رفت که شامل مواردی از جمله سابقه بیماری جسمی یا روانی والدین، جنسیت کودک، ترتیب تولد کودک، سن مادر، تحصیلات مادر، شغل مادر، تحصیلات پدر، سن پدر، شغل پدر است.

یافته‌ها

از کودکان شرکت کننده در مطالعه ۱۶۸ (۵۶٪) نفر

پسر و ۱۳۲ (۴۴٪) نفر دختر بودند. بر حسب توزیع ترتیب تولد ۱۲۹ (۴۳٪) نفر فرزند اول، ۴۹ (۱۶/۳٪) نفر فرزندان وسط و ۱۲۲ (۴۰/۷٪) نفر فرزند آخر خانواده بودند. بر حسب سن ۲۳۱ (۷۷/۱٪) نفر از کودکان مبتلا به سرطان زیر ۱۰ سال و ۶۹ (۲۲/۹٪) نفر بین ۱۰ تا ۱۷ ساله بودند. والدین ۶۰ (۲۰٪) نفر از کودکان سابقه بیماری جسمی یا روانی جدی داشتند و ۲۴۰ (۸۰٪) نفر آنها سالم و تنها ۵٪ دیگر خواهر و برادران این کودکان سابقه بیماری داشتند و مابقی خواهران و برادران حجم نمونه، سالم بودند. توزیع سن، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال والدین در جدول شماره ۱ بیان شده است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی سن، شغل و سطح تحصیلات والدین

پدر (درصد) تعداد	مادر (درصد) تعداد	رده‌بندی سن
صفر ۱۰۴ (۳۴/۵)	۲ (۶) ۹۰ (۳۰/۴)	زیر ۲۰ سال ۲۰ تا ۳۰ سال سن
۱۳۱ (۴۳/۷)	۱۶۰ (۵۳/۴)	۳۰ تا ۴۰ سال
۶۵ (۲۱/۸)	۴۸ (۱۳/۴)	بالای ۴۰ سال
۲۸۱ (۹۳/۶)	۵۰ (۱۶/۷)	شاغل
صفر	۲۵۰ (۸۳/۸)	خانه دار
۷۲ (۲۴)	صفر	کارمند
۱۴۹ (۴۹/۷)	صفر	آزاد
۶۰ (۲۰)	صفر	کارگر
۱۹ (۶/۳)	صفر	بیکار
۱۲۷ (۴۰/۷)	۱۲۲ (۴۲/۳)	ابتدایی
۱۰۲ (۳۵/۳)	۱۰۶ (۳۴)	راهنمایی
۱۹ (۴/۳)	۱۳ (۶/۳)	دیپلم
۳۶ (۱۶/۳)	۴۹ (۱۲)	لیسانس
۱۶ (۱۰)	۱۰ (۵/۳)	فوق لیسانس و بالاتر
		تحصیلات

شایستگی، دلبستگی، همسر، بیش‌فعالی کاستی توجه، محدودیت نقش و استرس‌های زندگی استفاده گردید.

نتایج بررسی اثر متغیر دختران و پسران با استفاده از آزمون Hotelling's trace بر روی ترکیب خطی خرده

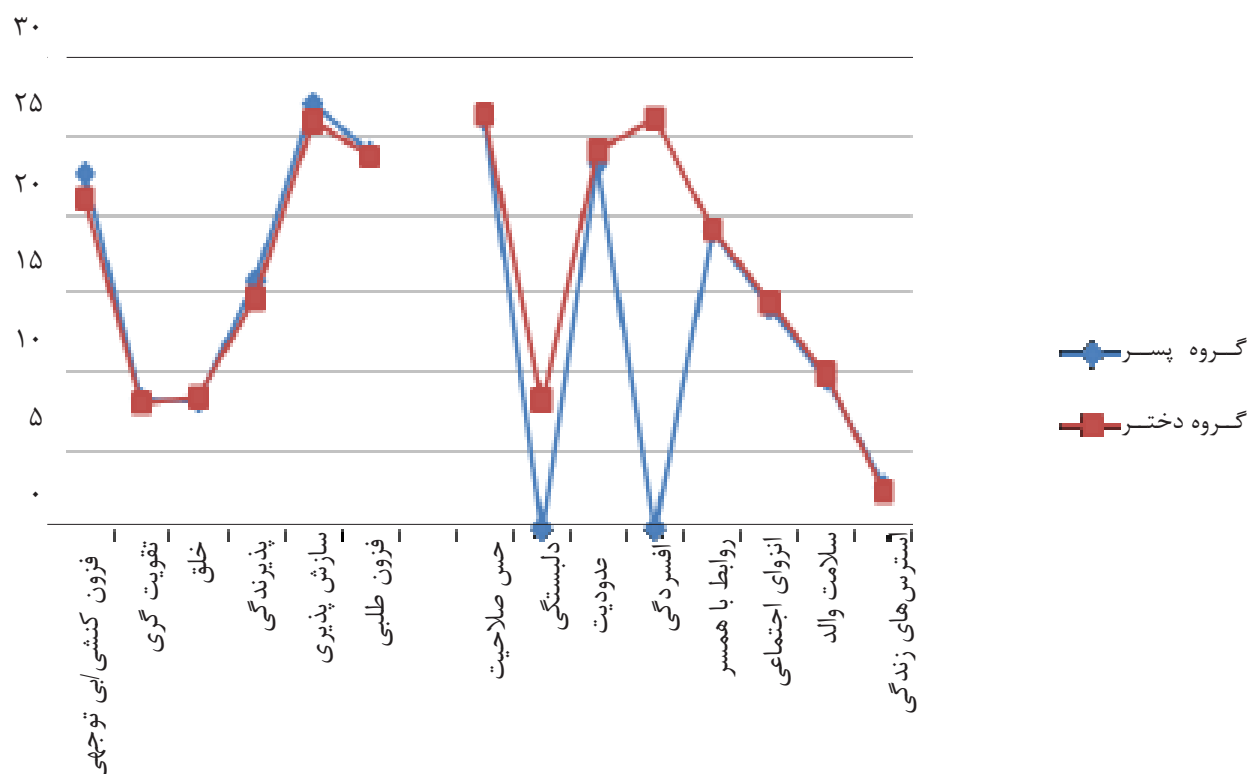
از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) جهت بررسی اثر متغیر جنسیت (در سه حیطه کودک، والدین و رویدادهای استرس‌زای زندگی) بر روی خرده مقیاس‌های انزوا، انطباق‌پذیری، پرتوقع بودن، پذیرش، تقویت والدینی، خلق، افسردگی،

محدودیت نقش و استرس‌های زندگی استفاده گردید. نتایج بررسی اثر متغیر شغل مادر با استفاده از آزمون Hotelling's trace بر روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های استرس فرزندپروری حاکی از معناداری اثر متغیر شغل مادر ($F(14/285)=1/82$) است، جهت بررسی اثر متغیر شغل مادر در هر یک از خرده مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی اثر متغیر شغل مادر در نمودار شماره ۲ می‌توان گفت بین متغیر مادران شاغل و خانه‌دار در خرده مقیاس‌های: پرتوقع بودن ($F(1/295)=0/193$, $P<0/001$)، محدودیت نقش ($F(1/298)=4/84$, $P<0/001$)، افسردگی ($F(1/298)=6/97$, $P<0/001$)، انزوا ($F(1/298)=6/418$, $P<0/001$)، سلامت ($F(1/298)=4/19$, $P<0/001$) تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد.

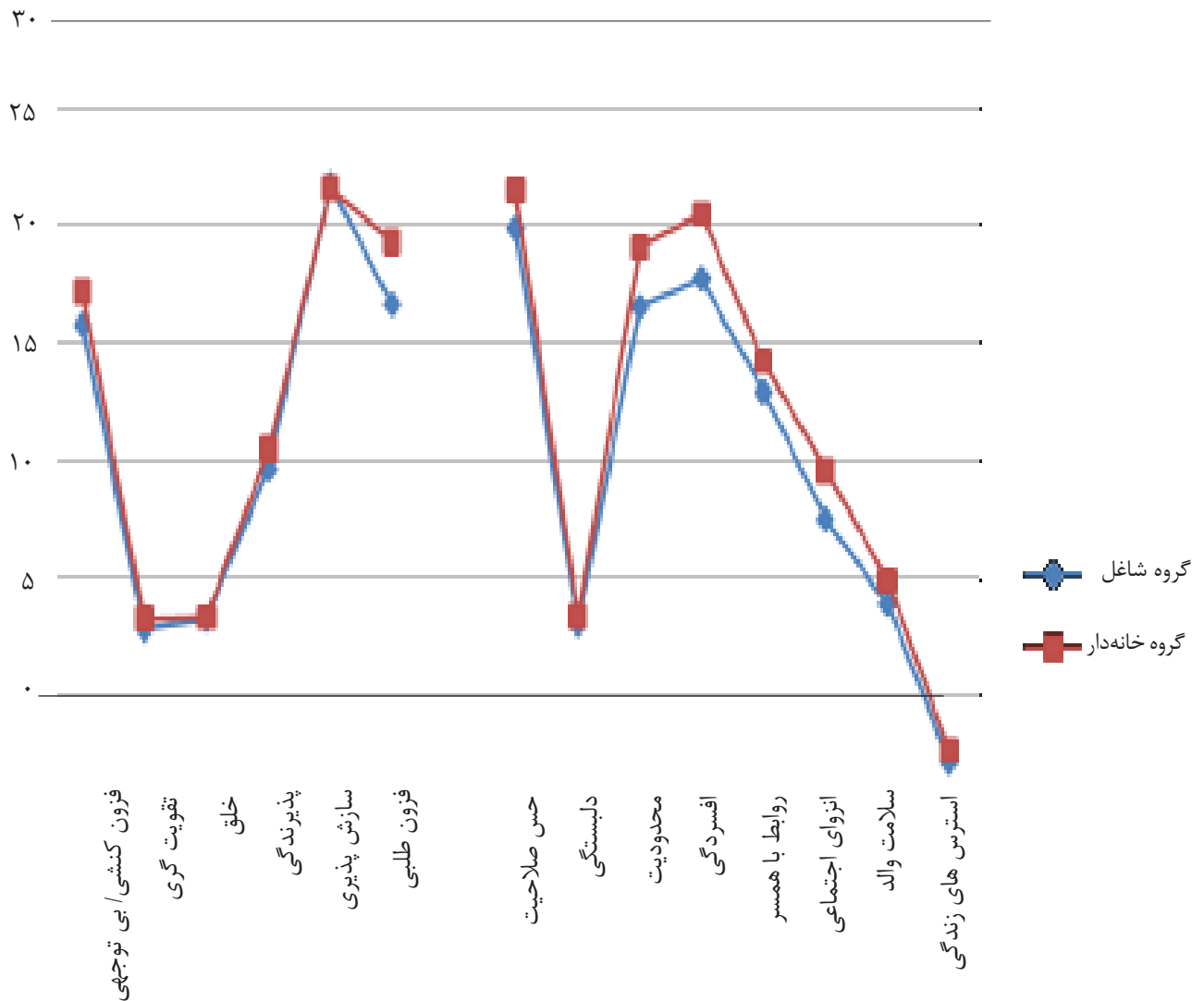
مقیاس‌های استرس فرزندپروری حاکی از معنی‌داری اثر جنسیت ($F(14/29)=1/758$, $P>0/045$, $\eta^2=0/08$) است، جهت بررسی اثر متغیر جنسیت کودک در هر یک از خرده مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

با استفاده از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره جهت بررسی اثر گروه جنسیت گفت که بین گروه دختران و پسران در خرده مقیاس‌های بیش‌فعالی-کاستی توجه و افسردگی ($F(1/30)=4/82$, $P<0/05$) تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد اما در سایر خرده مقیاس‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد.

از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) جهت بررسی اثر متغیر شغل مادر (در سه حیطة کودک، والدین و رویدادهای استرس‌زای زندگی) بر روی خرده مقیاس‌های انزوا، انطباق‌پذیری، پرتوقع بودن، پذیرش، تقویت والدینی، خلق، افسردگی، شایستگی، دلبستگی، همسر، بیش‌فعالی-کاستی توجه،



نمودار شماره ۱- خرده مقیاس‌های استرس روانی به تفکیک جنسیت

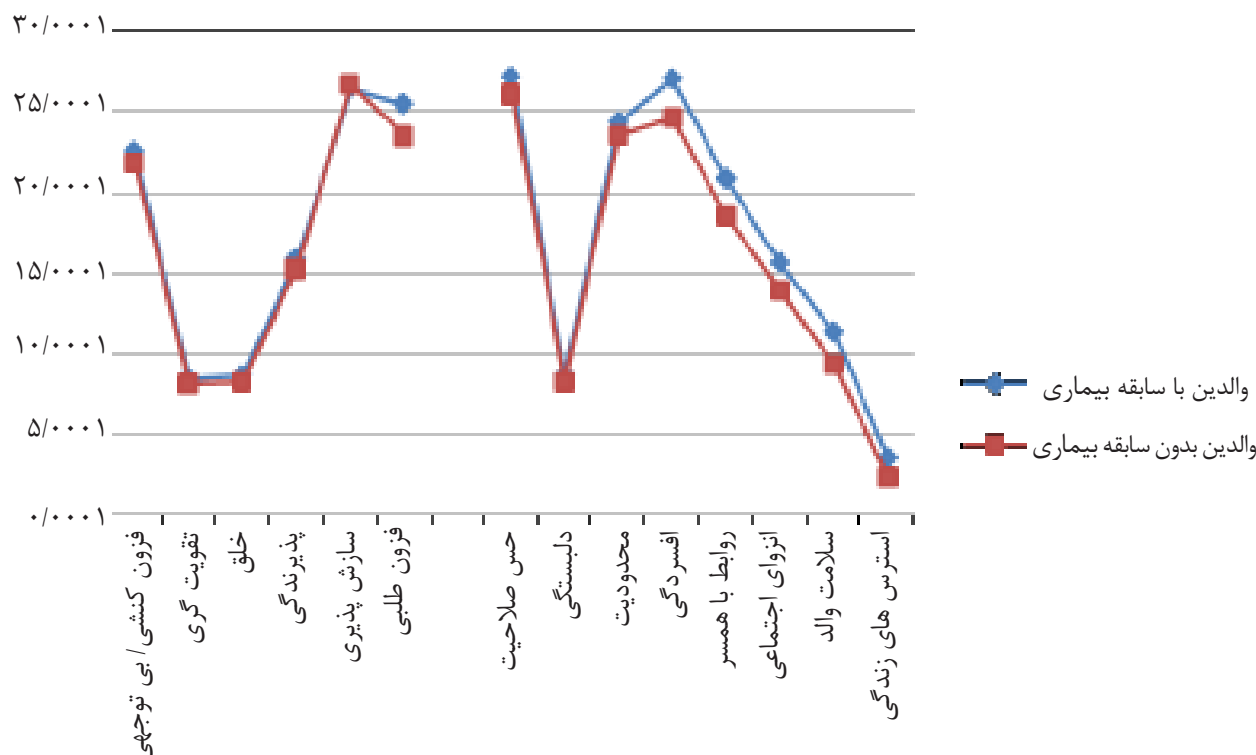


نمودار شماره ۲- نیمرخ روانی خرده مقیاس‌های استرس فرزندپروری به تفکیک شغل مادر

بررسی اثر متغیر سابقه بیماری والدین در هر یک از خرده مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی اثر متغیر سابقه بیماری والدین در نمودار شماره ۳ می‌توان گفت بین عدم وجود بیماری در والدین در خرده مقیاس‌های: استرس‌های زندگی ($F(1/298)=15/39, P<0/001$)، سلامت ($F(1/298)=9/195, P<0/05$)، انزوا ($F(1/298)=20/17, P<0/001$)، همسر ($F(1/298)=7/05, P<0/01$)، پرتوقع بودن ($F(1/298)=5/22, P<0/05$)، تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد.

از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) جهت بررسی اثر متغیر بیماری والدین (در سه حیطه کودک، والدین و رویدادهای استرس‌زای زندگی) بر روی خرده مقیاس‌های انزوا، انطباق پذیری، پرتوقع بودن، پذیرش، تقویت والدینی، خلق، افسردگی، شایستگی، دلبستگی، همسر، بیش‌فعالی کاستی توجه، محدودیت نقش و استرس‌های زندگی استفاده گردید. نتایج بررسی اثر متغیر سابقه بیماری والدین با استفاده از آزمون Hotelling's trace بر روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های استرس فرزندپروری حاکی از اثر معنی‌دار سابقه بیماری والدین ($F(14/285)=3/16, P<0/001, \eta^2=0/14$) است، جهت



نمودار شماره ۳- نیمرخ روانی خرده مقیاس های استرس فرزندپروری به تفکیک وضعیت سابقه بیماری والدین

پدر این دو عامل نیز افزایش می یابند.

بحث

یافته های این مطالعه مبتنی بر تأثیر داشتن کودک مبتلا به سرطان بر استرس فرزندپروری در مادران بوده (۸، ۱۸ و ۱۹)، و نشان داد وجود این کودکان، می تواند عامل مهمی برای ایجاد استرس فرزندپروری در مادران آنها باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر دختران مبتلا به سرطان نسبت به پسران میزان افسردگی و بیش فعالی کاستی توجه بیشتری را نشان دادند، که نتایج نیز (۲۰ و ۱۰) از معنی دار بودن نقش جنسیت حمایت می کنند. مدل ها و نظریات متعددی تایید کننده این موضوع اند که تفاوت جنسیتی در زمینه ابتلای بیشتر به افسردگی در دختران نسبت به پسران بیان شده که علت این امر را تفاوت های تنظیم هیجانی یا خلق و خو، عوامل بیولوژیک مانند ژنتیک یا هورمون ها و سبک شناختی یا تفکر می دانند (۲۱). که با توجه به عوامل بیان شده در جریان بیماری های مزمنی مانند سرطان این عوامل می تواند عامل تعیین کننده در شیوع

جهت بررسی بین متغیر سن کودک و استرس فرزند پروری همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه منفی و معنی داری به لحاظ آماری بین سن کودک و خرده مقیاس های، سازگاری و افسردگی وجود دارد، یعنی با افزایش سن کودک، این عوامل کاهش می یابند. جهت بررسی بین متغیر سن کودک و استرس فرزندپروری همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه مثبت و معنی داری به لحاظ آماری بین سن کودک و خرده مقیاس های دلبستگی $P < 0/013$ ، $r = 0/117$ و تقویت والدینی $P < 0/042$ ، $r = 0/143$ وجود دارد، یعنی با افزایش سن کودک، دلبستگی و تقویت والدینی نیز افزایش می یابند.

جهت بررسی بین متغیر سن مادر و استرس فرزندپروری همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه معناداری به لحاظ آماری بین دو متغیر وجود ندارد. جهت بررسی بین متغیر سن پدر و استرس فرزند پروری، همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین سن پدر و خرده مقیاس های بیش فعالی-کاستی توجه $P < 0/048$ ، $r = 0/114$ و پذیرش $P < 0/041$ ، $r = 0/118$ وجود دارد، یعنی با افزایش سن

بودن نقش سن است (۱۸ و ۱۹). همچنین با افزایش سن پدر نیز میزان بیش فعالی و پذیرش در کودک افزایش می‌یابد. تأثیرگذاری عامل سن همسو با مطالعه Frank (۲۷) و Masa'Deh (۱۰) بود. Chudal (۲۸) در تضاد با نتایج به دست آمده بیان می‌کند که کم بودن سن والدین از عوامل خطر ساز برای ابتلا به بیش فعالی در کودکان می‌دانند. کم بودن سن والدین خصوصاً پدر و داشتن رابطه جنسی که منجر به فرزنددار شدن در سنین زیر ۲۰ سال می‌شود می‌تواند خود از نشانه‌های تکانشگری مربوط به بیش فعالی باشد و در نتیجه عامل ژنتیک در ابتلای فرزندان نقش داشته باشد.

در زمینه متغیر سابقه بیماری در والدین نیز، والدینی که سابقه بیماری جسمی یا روانی را گزارش کرده بودند میزان انزوا و توقعات بیشتر کودک و سلامت و حمایت دریافتی نامناسب از همسر را بیان داشتند. مطالعات در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که وجود بیماری در والدین خصوصاً افسردگی در مادر در دوران جنینی از طریق تأثیری سو که بر سیستم تغذیه‌ای و جریان خون و همچنین جفت در جنین دارد، سبب افزایش احتمال ابتلای کودک به مشکلات عاطفی و رفتاری می‌شود (۲۹). مادران افسرده نسبت به زنان افسرده‌ای که فرزند ندارند بیشتر در معرض خشونت‌های خانوادگی، سوء مصرف مواد، سطح پایین تر تحصیل و بارداری در نوجوانی می‌باشند که این عوامل خود از فاکتورهای خطر ساز برای ایجاد مشکلات روانشناختی در کودکان آنهاست (۳۰).

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که جنسیت کودک و شاغل یا خانه‌دار بودن مادر، سن کودک و پدر، همچنین سابقه بیماری والدین از عوامل مؤثر بر میزان استرس فرزند پروری ادراک شده توسط مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان است. عوامل متعددی در تشدید استرس فرزند پروری مادرانی که دارای کودکان مبتلا به سرطان می‌باشند دخیل هستند. برخی از این عوامل مانند جنسیت و سن در کودکان بر روی خصوصیات کودک تأثیر می‌گذارد و برخی مانند شاغل و یا خانه‌دار بودن مادر

بیشتر افسردگی در دختران نسبت به پسران باشد. همچنین مادران خانه‌دار نسبت به شاغل افسردگی، انزوا و توقعات بیشتر کودک و سلامت کمتری را تجربه می‌کنند، هر چند مطالعه Masa'Deh و همکاران (۱۰) و Hovén و همکاران (۲۲) نشان داد که شاغل یا غیر شاغل بودن مادر تأثیر چندانی در استرس فرزند پروری ندارد و ناهمسو با یافته‌های مطالعه حاضر بود، اما در مطالعه‌های دیگر مانند مطالعه Kwon تأثیرات شاغل یا غیر شاغل بودن مادر بر سطح استرس‌شان تأیید شد (۲۳). Anna در مطالعه خود نشان می‌دهد که شاغل بودن مادر از عواملی است که سبب تعارض بین نقش والدگری مادر و شاغل بودن وی به دلیل عدم حضور کافی و داشتن زمان مناسب برای خانواده است (۲۴). که همه این عوامل سبب تأثیر منفی و مستقیم شاغل بودن بر افزایش استرس فرزند پروری در مادران دارد. در زمینه تحصیلات نیز نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که مادران با تحصیلات ابتدایی استرس‌های زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند و بیش فعال و پرتوقع بودن کودک در آنها بیشتر از مادرانی است که تحصیلات سیکل داشتند، که این نتایج با مطالعه Kwon (۲۳) و Mahadeen و همکاران (۱۲) همسو و در تضاد با مطالعات Iwamoto و همکاران (۲۵) می‌باشد. مطالعات حاکی از آن است که تحصیلات مادر تأثیرات مثبتی بر مهارت‌های شناختی کودک گذاشته و میزان مشکلات رفتاری را نیز به تبع در آنها کاهش می‌دهد بر خلاف برخی از مطالعات که بیان می‌دارند به دلیل پرداختن به کار و محدودیت زمان این مادران در رسیدگی به فرزندان، تحصیلات مادر می‌تواند اثرات نامناسبی بر رشد کودک داشته باشد (۲۶).

با افزایش سن کودک میزان پرتوقع بودن و انطباق پذیری کودک و افسردگی در مادران کاهش یافته و میزان دلبستگی و تقویت والدینی در آنها افزایش می‌یابد، Frank نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که کودکان مبتلا به سرطان نسبت به نوجوانان استرس بیشتری به والدین خود تحمیل می‌کنند (۲۷). پیشینه پژوهشی نیز حاکی از مؤثر

از جمله عوامل فردی است که بر درک استرس مادر مؤثر است. داشتن کودکی با شرایط بیماری حاد و نیاز به مراقبت‌های خاص سبب ساز تنش زیادی در والدین این کودکان می‌شود و درک عوامل زمینه ساز این تنش و استرس با استفاده از ابزارهای تشخیصی مناسب مانند PSI می‌تواند عامل مؤثری در درک بهتر عوامل زمینه ساز این تنش‌ها هم برای محققین این حیطه و هم برای به کارگیری رویکردهای بالینی مناسب به جهت بهبود این مشکلات در والدین این کودکان باشد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تعداد بالای سؤالات ابزار و شرایط روحی و جسمی نامناسب مادران که ناشی از وضعیت جسمانی نامطلوب کودک در شرایط بیماری بود، اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود این عوامل شناسایی و با روش‌های مداخله‌ای تجربی به آموزش مهارت‌های مربوط به مدیریت استرس در والدین این کودکان

پرداخته و حتی امکان این استرس کاهش یابد. در نتیجه شرایط روحی مناسب‌تری برای این مادران در طی گذران دوران بیماری فرزندشان فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود از فرم کوتاه پرسشنامه در مطالعه‌های بعدی در راستای سنجش استرس والدین استفاده شود. و همچنین طرح مطالعه می‌تواند بر روی دیگر گروه‌های بیماری‌های خاص در کودکان نیز اجرا شود.

تشکر و قدردانی

از بیمارستان افضل‌پور شهر کرمان، بیمارستان بهرامی و مؤسسه خیریه حمایت از کودکان مبتلا به سرطان محک شهر تهران که با همکاری خود امکان انجام این پژوهش را میسر داشتند، صمیمانه سپاسگزاریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Sterken D.J. Uncertainty and Coping in Fathers of Children with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 1996; 13(2): 81-88.
2. Chang Y, Fine M.A. Modeling Parenting Stress Trajectories among Low-Income Young Mothers Across the Child's Second and Third Years: Factors Accounting for Stability and Change. *Journal of Family Psychology*, 2007; 21(4): 584.
3. La Valle C. The Effectiveness of Mentoring Youth with Externalizing and Internalizing Behavioral Problems on Youth Outcomes and Parenting Stress: A Meta-analysis. *Mentoring Tutoring: Partnership in Learning*, 2015; 23(3): 213-227.
4. Huth-Bocks A.C, Hughes H.M. Parenting Stress, Parenting Behavior, and Children's Adjustment in Families Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of family violence*, 2008; 23(4): 243-251.
5. Iranmanesh S, Shamsi A, Dehghan M. Post-traumatic Stress Symptoms among Iranian Parents of Children during Cancer Treatment. *Issues in mental health nursing*. 2015; 36(4): 279-285.
6. Seitz D, Besier T, Debatin K.M, Grabow D, Dieluweit U, Hinz A, Goldbeck L. Posttraumatic Stress, Depression and Anxiety among Adult Long-Term Survivors of Cancer in Adolescence. *European Journal of cancer*. 2010; 46(9): 1596-1606.
7. Patel S.K, Wong A.L, Cuevas M, Van Horn H. Parenting Stress and Neurocognitive Late Effects in Childhood Cancer Survivors. *Psycho Oncology*. 2010; 22(8): 1774-1782.
8. Kashani F.L, Vaziri S, Akbari M.E, Jamshidifar Z, Mousavi M, Shirvani F. Spiritual Interventions and Distress in Mothers of Children with Cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 159: 224-227.
9. Jee R.A, Shepherd J.R, Boyles C.E, Marsh M.J, Thomas P.W, Ross O.C. Evaluation and Comparison of Parental Needs, Stressors, and Coping Strategies in A Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2012; 13(3): 166-175.
10. Masa'Deh R, Collier J, Hall C, Alhalaiqa F. Predictors of Stress of Parents of a Child with Cancer: A Jordanian Perspective. *Global journal of health science*. 2013; 5(6): p81.
11. Streisand R, Kazak A.E, Tercyak K.P. Pediatric-specific Parenting Stress and Family Functioning in Parents of

- Children Treated for Cancer. *Children's Health Care*. 2003;32(4):245-256.
12. Mahadeen AI, Arabiat DH, Abdelkader RH, Hamdan-Mansour AM. Maternal Distress among Jordanian Mothers Caring for Children with Cancer in Jordan. *Jordan Medical Journal*. 2011 Jan;24;44(4).
 13. Walker A.P. Parenting Stress: A Comparison of Mothers and Fathers of Disabled and Non-disabled Children, University of North Texas. 2002.
 14. Abidin R.R. The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1992;21(4):407-412.
 15. Patel S. K, Wong A.L, Cuevas M, Van Horn H. Parenting Stress and Neurocognitive Late Effects in Childhood Cancer Survivors. *Psycho Oncology*. 2013;22(8):1774-1782.
 16. Beh-Pajoo A, Motevali Poor A, Farzad V, RostamiR, Habibi Askarabad M. The Efficacy of Stress Coping Skills Training on Parenting Stress of Mothers with Children Suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Family Research*. 2010;6(1):99-114. (Full Text in Persian)
 17. Atefvahid MK, Habibi ASgrabad, M, Ashoori A. Psychometric Properties of high Parenting Stress Index: Mothers of Children with Mental retardation, blind, deaf an physically disabled movement. 2016. (under press)
 18. Rodríguez-Rey R, Alonso-Tapia J. Development of a Screening Measure of Stress for Parents of Children Hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. *Australian Critical Care*. 2016;29(3):151-157.
 19. Sulkers E, Tissing W.J, Brinksma A, Roodbol P.F, Kamps W.A, Stewart R.E, Fleer J. Providing Care to A Child with Cancer: A Longitudinal Study on the Course, Predictors, and Impact of Caregiving Stress During The First Year After Diagnosis. *Psycho Oncology*. 2015;24(3):318-324.
 20. Patel S.K, Wong A.L, Cuevas M, Van Horn H. Parenting Stress and Neurocognitive Late Effects in Childhood Cancer Survivors. *Psycho Oncology*. 2013;22(8):1774-1782.
 21. Hyde, J. S., Mezulis, A. H., Abramson, L. Y. The ABCs of Depression: Integrating Affective, Biological, and Cognitive Models to Explain the Emergence of the Gender Difference in Depression. *Psychological review*. 2008; 115(2): 291.
 22. Hovén E, Von Essen L, Norberg A.L. A longitudinal Assessment of Work Situation, Sick Leave, and Household Income of Mothers and Fathers of Children with cancer in Sweden. *Acta Oncologica*. 2013;52(6):1076-1085.
 23. Kwon J.Y. "The Relationship between Parenting Stress, Parental Intelligence and Child Behavior Problems in A Study of Korean Preschool Mothers." *Early Child Development and Care*. 2007;177(5):449-460.
 24. Anna K. Study on the Effect of Working Mom's Conflict between Job and Nurturing on Parenting Stress-Focus on Mediating Effect of Core Competence in Nurturing. *Indian Journal of Science and Technology*. 2015;8(26):1-6.
 25. Iwamoto V, dos Santos S.H, Skare T.L, Spelling P.F. Evaluation of Psychological Stress in Primary Caregivers of Patients with Juvenile Idiopathic Arthritis. *Jornal de pediatria*. 2008;84(1):91-94.
 26. Cameron E, Mathers J, Parry J. 'Health and Well-being': Questioning the Use of Health Concepts in Public Health Policy and Practice. *Critical Public Health*. 2008;18(2):225-232.
 27. Frank N.C, et al. "Predictors of Affective Responses of Mothers and Fathers of Children with Cancer." *Psycho Oncology*. 2001;10(4):293-304.
 28. Chudal R, Joelsson P, Gyllenberg D, Lehti V, Leivonen S, Hinkka-Yli-Salomäki S, Sourander A. Parental Age and the Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide, Population-based Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 2015;54(6):487-494. e481.
 29. Talge N.M, Neal C, Glover V. Antenatal Maternal Stress and Long-term Effects on Child Neuro development: How and Why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(3-4):245-261.
 30. Barker E D, Copeland, W, Maughan B, Jaffee S. R, Uher R. Relative Impact of Maternal Depression and Associated Risk Factors on Offspring Psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;200(2):124-129.