

# مقایسه تعارض زناشویی و ادراک تعارض والدین در کودکان مبتلا به سرطان و عادی

مهديه ذكايي آشتياني<sup>۱</sup>، پريسا سيد موسوي<sup>۲\*</sup>، ليلي پناغي<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: پريسا سيد موسوي، استادیار، گروه خانواده، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل:

p\_mousavi@sbu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۲۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۰۱

## چکیده

**مقدمه:** تشخیص سرطان در دوران کودکی، فرایند درمان و بستری شدن کودک، بر موقعیت زندگی کل خانواده تأثیر می‌گذارد و یکی از پراسترس‌ترین تجربه‌های والدین است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه تعارض زناشویی در والدین دارای کودکان مبتلا به سرطان و عادی و مقایسه ادراک کودکان مبتلا به سرطان و عادی از تعارض والدین بود.

**روش کار:** جامعه پژوهش برای گروه کودکان مبتلا به سرطان، بیمارستان محک و برای کودکان عادی دانش آموزان ۹ تا ۱۲ ساله شهر تهران بود که از ۳ مدرسه در شمال، مرکز و جنوب تهران انتخاب شدند. نمونه‌گیری برای هر دو گروه به صورت در دسترس انجام شد. در مجموع ۱۳۵ نفر (۴۵ کودک مبتلا به سرطان و ۹۰ کودک عادی) به همراه مادرانشان در پژوهش شرکت داشتند. مادران، مقیاس تعارض زناشویی ثنائی و ترابی (MCQ-1375) پاسخ داده و کودکان پرسشنامه ادراک کودکان از تعارض والدین، فرم کودکان (CPIC-Y- 1992) را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش واریانس چندمتغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد والدین کودکان مبتلا به سرطان در زیر مقیاس‌های افزایش واکنش هیجانی، کاهش رابطه جنسی، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود و جلب حمایت فرزندان نمرات بالاتری نسبت به والدین کودکان عادی دریافت کردند ولی در جدا کردن امور مالی و ارتباط مؤثر با یکدیگر، تفاوتی با هم نداشتند. در متغیر ادراک تعارض والدین، تفاوت دو گروه در زیرمقیاس مقابله شناختی با تعارض معنادار بود به گونه‌ای که گروه کودکان مبتلا به سرطان نمرات بالاتری به دست آوردند. **نتیجه گیری:** نتایج پژوهش نشان داد که شرایط بیماری کودکان سرطانی می‌تواند بر جنبه‌هایی از روابط زناشویی تأثیر منفی گذاشته و برخی دیگر از جوانب زندگی خانوادگی مانند ارتباط با دیگران را ارتقا بخشد. همچنین کودکان سرطانی به دلیل شرایط روانشناختی خویش که شاید ناشی از خودمقصری‌بینی آن‌ها باشد، تعارض والدین را به گونه‌ای متفاوت ادراک کرده و همچنین مقابله شناختی آنها با شرایط دشوار تا حدی متفاوت از کودکان عادی است.

**کلیدواژه‌ها:** سرطان، تعارض زناشویی، ادراک کودکان از تعارض والدین

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

مهمی در آسیب‌شناسی آن بازی کند. تشخیص سرطان در مراحل اولیه دشوار است. به این دلیل که علائم و نشانه‌های آن اختصاصی نیست و شباهت زیادی با سایر اختلالات دوران کودکی دارد (۱). بیماری سرطان افزون بر عوارض جانبی آشکار ناشی از شیمی درمانی، توانایی لذت‌بردن از جنبه‌های مختلف زندگی را از کودکان مبتلا سلب می‌کند (۲). خانواده‌های دارای بیماران سرطانی نیز همواره رویدادهای تنیدگی‌زاو

سرطان در دوران کودکی با سرطان در دوران بزرگسالی متفاوت است. در حالت اول سرطان بیشتر از بافت‌های جنینی ریشه می‌گیرد درحالی‌که در بزرگسالی سرطان اغلب به دلیل درگیر شدن بافت اپی‌تلیال ایجاد می‌شود. در مقایسه با سرطان‌های دوران بزرگسالی، سرطان دوران کودکی زمان نهفتگی نسبتاً کوتاهی دارد، احتمال پیشگیری از آن بسیار کم است و ممکن است تغییرات ژنتیکی نقش

ضعیف فرزندان، دلبستگی نالایمن به والدین، افزایش احتمال تعارض بین والد-فرزند و تعارض بین فرزندان همبستگی دارد (۱۶).  
 گرچه تعارضات خانوادگی در همه خانواده‌ها و بر همه اعضا خانواده می‌تواند تأثیر منفی داشته باشد ولی به نظر می‌رسد برخی گروه‌ها نسبت به این تأثیر آسیب‌پذیرترند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعارضات در خانواده اغلب منجر به تنیدگی شده و می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی اعضا خانواده باشد (۱۷). برای مثال، پژوهش (۱۸) نشان داد که تقاضاهای بیش از حد مربوط به نگهداری از کودکان مبتلا به ناتوانی با بدکارکردی در خانواده، افزایش احتمال طلاق والدین و ناتوانی در کودکان همراه است. این درحالی است که در الگوی شناختی-بافتی، ادراک و ارزیابی کودک از تعارض بین والدین نقش مهمی را در سازگاری وی بازی می‌کند (۱۹). مطابق با این مدل، وقتی کودکان عدم توافق والدین را مشاهده می‌کنند آن را به عنوان تهدیدی برای بهزیستی خود و والدینشان در نظر می‌گیرند، آن‌ها برای درک نقش خود در این وضعیت و یا کمک به حل عدم توافق والدین تلاش می‌کنند. فرض می‌شود، این ارزیابی که به وسیله ماهیت تعارض (میزان خشم ابراز شده) و عوامل زمینه‌ای مانند کیفیت روابط والد-کودک شکل می‌گیرد، اثرات بلندمدتی را بر عملکرد کودک برجای می‌گذارند. به خصوص زمانی که تعارض به صورت دائم و فراوان مشاهده می‌شود (۲۰). به عبارت دیگر، تنیدگی‌های والد و کودک رابطه قدرتمندی با یکدیگر دارند (۲۱). برای مثال، مقابله مثبت والدین، حمایت خانواده و کیفیت روابط والدین با پیامدهای بهتر برای کودک مبتلا به سرطان همراه است (۲۲).

با وجود مطالعات گسترده در خصوص پیامدهای سرطان در کودکان، تأثیر شرایط کودک بر خانواده کمتر مورد توجه قرار گرفته است. نتایج پژوهش‌ها به پیامدهای مختلفی از جمله تعارضات زناشویی، بهبود روابط یا عدم تغییر در روابط اشاره نموده‌اند، اما یافته‌ها در این زمینه بسیار متناقض هستند. با توجه به اینکه تأثیر تعارضات زناشویی بر سلامت جسمی و روانی کودکان بر کسی پوشیده نیست، تعیین اینکه شرایط بیماری کودک چه تاثیری بر روابط والدین دارد، ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر، شرایط روانشناختی این کودکان، به طور مثال خودمقصری بالایی آنها (۲۳) می‌تواند موجب ارزیابی متفاوت این کودکان از شرایط والدین شده و با پیامدهای منفی در آنها همراه باشد. برای مثال (۲۴) نشان داده‌اند کودکانی که سطوح بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند، بیشتر از موقعیت‌ها از جمله تعارضات خانوادگی را تهدیدآمیزتر از کودکان غیرمضطرب ارزیابی می‌کنند. چراکه افراد در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی راهکارهای هشیارانه‌ای همچون خودمقصری، مشغله فکری، ارزیابی فاجعه و ... را نشان می‌دهند. بر این اساس، هدف این پژوهش در وهله نخست بررسی و مقایسه تعارض‌های زناشویی در خانواده‌های عادی و دارای کودکان سرطانی و در وهله دوم، مقایسه ادراک کودکان سرطانی و عادی از این تعارض بود.

## روش کار

طرح پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان تعارض والدین و همچنین ادراک کودکان از تعارض والدینشان در کودکان مبتلا به سرطان و کودکان از نوع پژوهش‌ها علی-مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی بود.

وضعیت‌های پیوسته و دنباله‌داری از اضطراب را تجربه می‌کنند. مسائلی نظیر مشکلات روانی-اجتماعی، تنش در روابط والدین، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی، تغییر در وظایف شغلی و خانوادگی، الگوهای تفریحی و کمبود وقت خانواده جهت پرداختن به کودکان سالم، از جمله عوامل تنش‌زا در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به سرطان می‌باشند (۳). از این رو والدگری کودک مبتلا به سرطان با فشار زیادی همراه است، والدین این کودکان اغلب احساس از دست دادن کنترل، افسردگی، اختلال در خواب و عزت‌نفس پایین را گزارش می‌دهند (۴). این درحالی است که بهزیستی پایین والدین با بهزیستی پایین کودک (برای مثال مشکلات رفتاری، افسردگی و اضطراب کودک) و عوامل بالینی بیماری همچون پیش‌آگهی ضعیف برای کودک و بستری‌شدن‌های بیشتر همراه است (۵). پژوهش‌ها، تفاوت‌هایی را میان تجارب پدران و مادران کودکان مبتلا به سرطان نشان می‌دهند. به گونه‌ای که مادران استرس بیشتری را به خصوص در مورد مراقبت از کودک و تکالیف مربوط به والدگری گزارش می‌کنند و در معرض خطر فشارهای هیجانی قرار دارند (۶)، برای نزدیک ماندن به کودک احساس اجبار می‌کنند، برای مثال ماندن در بیمارستان، و احساس مسئولیت بیشتری برای کمک به کودک به منظور مدیریت بیماری و درمان، همچنین فراهم کردن حمایت هیجانی و عملی دارند (۷).

افزون بر تغییرات در نقش والدینی، در طول درمان ممکن است زوجین تغییراتی را نیز در روابط زناشویی خویش تجربه کنند. مطالعاتی که رضایت زناشویی در طول درمان کودک را بررسی کرده‌اند نتایج متفاوتی را گزارش می‌دهند. برای مثال در این مطالعات، برخی زوج‌ها تغییری در ارتباط زناشویی گزارش نداده‌اند (۸). درحالی‌که دیگران نگرش مثبت‌تری را نسبت به همسر خود گزارش داده که موجب تقویت ارتباط، نزدیکی و اعتماد آن‌ها به یکدیگر شده بود (۳، ۹، ۱۰). از سوی دیگر گزارش‌هایی مبنی بر ضعیف‌شدن ارتباط والدین و کاهش رضایت زناشویی آن‌ها مشاهده شده است (۳، ۱۱). صرفنظر از یافته‌های متفاوت و گاهی متناقض در این خصوص، ادراک کودکان سرطانی از تعارض والدینی می‌تواند به دلیل شرایط خاص این کودکان تحت تأثیر قرار گیرد. تعارض والدینی یکی از مشکلاتی است که کودکان با آن مواجه‌اند و تقریباً همه آنان با درجه‌ای از تعارض بین والدین مواجه می‌شوند (۱۲). تعاریف متعدد برای واژه تعارض زناشویی ارائه شده است. درمانگران سیستمی تعارض زناشویی را نزاع بر سر تصاحب پایگاه‌ها و منابع قدرت و حذف امتیازات دیگری می‌دانند (۱۳). تعارض به عنوان نوعی تعامل که در آن اشخاص تمایلات، دیدگاه‌ها و عقاید متضادی را بیان می‌کنند، تعریف می‌شود (۱۴) و هر جا عدم توافق، تفاوت یا ناسازگاری بین همسران وجود داشته باشد، تعارض به وجود می‌آید. تعارض زناشویی را ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته‌ها، طحواه‌های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج می‌توان تعریف نمود (۱۵). تعارض والدین می‌تواند در نهایت منجر به طلاق عاطفی، مشکلات روان‌شناختی و برهم‌خوردن سازگاری اعضای خانواده شود، همچنین پیامدهای منفی فراوانی برای سلامت روانی و جسمی زن و شوهر و فرزندان آنها به همراه خواهد داشت (۱۲). به طور مثال، تعارض والدین با بعضی از کارکردهای خانواده از قبیل تربیت ضعیف، سازگاری

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش در مورد کودکان سرطانی شامل کودکان ۹ تا ۱۲ ساله مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان محک در سال ۹۳ و مادرانشان و در مورد کودکان عادی دانش آموزان ۹ تا ۱۲ ساله شهر تهران بود که از ۳ مدرسه در منطقه شمال، مرکز و جنوب تهران انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه شامل ۱۳۵ نفر (۴۵ نفر کودک سرطانی و ۹۰ نفر کودک عادی) به همراه مادرانشان بود. همچنین ۹۰ نفر از کودکان عادی ۹-۱۲ ساله از سطح مدارس در دو مرحله انتخاب شدند. در مرحله اول از منطقه ۳ تهران یک مدرسه پسرانه و از منطقه ۲ یک مدرسه دخترانه به صورت در دسترس انتخاب شد. در مرحله دوم در هر مدرسه بر اساس معیارهای ورود ۴۵ دانش آموز از سه مقطع سوم تا ششم به تصادف انتخاب شدند. معیارهای ورود برای کودکان مبتلا به سرطان عبارت بودند از این که در مرحله بهبودی بوده و توانایی پاسخ‌دهی داشته باشند و این که والدین آنان با هم زندگی کنند و یا طلاق نگرفته باشند. معیار خروج شامل مناسبات یا پیشرفت بیماری در حین اجرا و جمع‌آوری داده‌ها بود. معیارهای ورود به پژوهش برای کودکان عادی عبارت بودند از این که والدین آنان با هم زندگی کنند، کودک تشخیص اختلال خاصی دریافت نکرده و تحت درمان روان‌پزشکی و یا روان‌درمانی نباشند و این که مبتلا به بیماری خاص جسمی و یا بیماری مزمن که مجبور باشند حداقل ۶ ماه به پزشک مراجعه کنند نباشد.

میانگین سنی مادران کودکان مبتلا به سرطان ۳۸ سال ( $SD = 5/07$ ),  $\bar{X} = 37/93$ ، میانگین سنی پدران ۴۳ سال ( $SD = 7/76$ ),  $\bar{X} = 43/49$  و میانگین سنی مادران کودکان عادی ( $SD = 4/99$ ),  $\bar{X} = 39/17$  و میانگین سنی پدران این کودکان ۴۴ سال بود ( $SD = 5/16$ ),  $\bar{X} = 44/29$ . میانگین سنی کودکان مبتلا به سرطان حدوداً ۱۰/۵ سال ( $SD = 1/25$ ),  $\bar{X} = 10/58$  و میانگین سنی کودکان عادی ۱۱ سال ( $SD = 0/99$ ),  $\bar{X} = 11/34$  بود. حدود ۵۶/۴ درصد مادران کودکان مبتلا به سرطان و ۶۵/۲۱ درصد مادران کودکان عادی شاغل بودند. در گروه کودکان مبتلا به سرطان ۲۲ پسر (۴۸/۹ درصد) و ۲۳ دختر (۵۱/۱ درصد) شرکت داشتند در حالی که در گروه کودکان عادی ۴۳ پسر (۵۰ درصد) و ۴۳ دختر (۵۰ درصد) حضور داشتند.

## ابزارهای پژوهش

مقیاس تعارض زناشویی: مقیاس تعارض زناشویی ثنائی و ترابی در سال ۱۳۷۹، طراحی شده و از ۴۲ سؤال تشکیل شده است. این مقیاس به تغییراتی که در خانواده به وجود می‌آید حساس بوده و هریک از این موضوع‌های آن در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم روابط زوجین است. ارزیابی این زمینه‌ها در درون یک رابطه زناشویی می‌تواند مشکلات، تعارضات و محدودیت‌های بالقوه زوجها را توصیف کند یا می‌تواند زمینه‌های نیرومندی و تقویت آنها را مشخص نماید. این مقیاس، تعارضات زناشویی را در ابعاد کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای ادراک تعارض و تعارض زناشویی

دوستان و جداکردن امور مالی و ارتباط مؤثر از یکدیگر مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات و کارهای بالینی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. مقیاس تعارضات زناشویی دارای ۴۲ گویه بوده و براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت، به صورت همیشه = ۵، هرگز = ۱، تنظیم شده است. در این آزمون حداقل نمره فرد ۴۲ و حداکثر آن ۱۶۸ می‌باشد و هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشانه تعارض زناشویی بیشتر می‌باشد. ترابی و ثنائی (۱۳۷۵) به منظور اندازه‌گیری پایایی و روایی مقیاس را روی گروه ۱۱۱ نفری متشکل از ۵۳ مرد و ۵۸ زن که برای رفع تعارضات زناشویی خود به مراجع قضایی و یا مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه ۱۰۸ نفری زوج‌های عادی متشکل از ۵۳ مرد و ۵۵ زن اجرا شده است. دو گروه به صورت تصادفی انتخاب شده بودند و ویژگی مشترک تمام آنها داشتن حداقل ۲ سال زندگی مشترک، یک فرزند، حداقل ۲۵ سال سن و سواد خواندن و نوشتن بود. کسانی که نمره خام آنها در دامنه ۷۰ تا ۱۱۴ قرار داشته باشد دارای روابط زناشویی بهنجار هستند، نمره خام ۱۱۵ تا ۱۳۴ تعارض بی از حد و نمره خام ۱۳۵ به بالا تعارضات شدید یا روابط شدیداً آسیب‌پذیر را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی گروه ۶۰ نفری ۰/۹۲ به دست آمد. در هنجاریابی مجدد پرسشنامه توسط بشکار (۱۳۸۷) که بر روی یک گروه ۵۰ نفری مراجعه کننده به شورای حل اختلاف شهرستان باغملک انجام شد، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۹۵ به دست آمد و برای هفت مؤلفه آن عبارت بود از: کاهش همکاری ۰/۹۰، کاهش رابطه جنسی ۰/۸۲، افزایش واکنش هیجانی ۰/۹۵، افزایش حمایت فرزندان ۰/۹۰، افزایش رابطه با خانواده خود ۰/۹۵، کاهش رابطه با خانواده همسر ۰/۸۵، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۹۲. مقیاس ادراک کودکان از تعارض والدین، فرم کودکان (CPIC-Y): (۲۵) برای سنجش ارزیابی کودک از ویژگی‌های تعارض یا ابعاد تعارض والدین (تکرار، شدت، حل مسئله و محتوای تعارض) و مقابله شناختی وی با تعارض یا تنظیم هیجانی (خودمقصر بینی) مقیاس ادراک کودکان از تعارض میان والدین را که شامل ۵۱ سؤال است، براساس الگوی شناختی - بافتی برای سنین ۱۰ سال و بالاتر طراحی کردند. هر سؤال از سه درجه پاسخ و نمره‌گذاری درست (۲)، تقریباً درست (۱) و غلط (صفر) برخوردار است و دامنه نظری نمرات آن صفر تا ۱۰۲ می‌باشد. نمره زیاده‌تر نشان‌دهنده ویژگی‌های منفی‌تر تعارض (تعارض بیشتر و شدیدتر، توانایی کم در حل تعارض و ارتباط بیشتر محتوای تعارض با موضوعات مربوط به کودک) و خودمقصر بینی بیشتر است. نتایج مطالعه (۲۶) در بررسی روایی مقیاس ادراک کودکان از تعارض بین والدین با ارزیابی تهدید و خود سرزنشی بر روی کودکان ۷ تا ۹ ساله نشان دهنده نمره آلفای کرونباخ برای ۰/۷۹ بوده است. نمرات آلفای کرونباخ در پژوهش (۲۳) در مقیاس ارزیابی تعارض ۰/۷۷ و در مقیاس مقابله شناختی ۰/۶۱ به دست آمده است.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش (ادراک تعارض و تعارض زناشویی) در جدول ۱ ارائه شده است.

متغیر - گروه	گروه کودکان مبتلا به سرطان	گروه کودکان عادی
--------------	----------------------------	------------------

میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
ادراک تعارض							
۱۴/۱۶	۹/۰۷	۱	۳۷	۱۱/۲۵	۹/۱۲	۰	۳۵
مقابله شناختی	۱۵/۴۹	۷/۶۳	۲	۳۰	۱۱/۹۴	۱	۲۴
تعارض زناشویی							
کاهش همکاری	۹/۰۴	۳/۹۶	۵	۲۲	۸/۰۵	۵	۱۷
کاهش رابطه جنسی	۱۳/۳۳	۳/۹۷	۵	۲۴	۱۳/۲۱	۵	۱۹
افزایش واکنش هیجانی	۱۹/۵۳	۶/۶۵	۸	۴۰	۱۸/۲۷	۸	۳۶
جلب حمایت فرزندان	۱۰/۹۳	۴/۴۹	۵	۲۵	۹/۰۷	۵	۱۵
افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	۱۱/۲۷	۵/۱۴	۶	۲۴	۱۱/۲۲	۶	۲۴
کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر	۹/۶۰	۴/۳۶	۶	۲۳	۹/۲۳	۶	۲۳
جداکردن امور مالی و ارتباط مؤثر از یکدیگر	۱۴/۲۲	۳/۴۸	۸	۲۲	۱۴/۷۳	۷	۲۴

جدول ۲: نتایج آزمون مانوا برای شاخص‌های ادراک تعارض والدین در کودکان

منبع تغییر	درجه آزادی	F	معناداری
کاهش همکاری			
تفاوت بین گروهی	۱	۲/۷۸	۰/۰۹
خطا	۱۲۹		
کاهش رابطه جنسی			
تفاوت بین گروهی	۱	۲۰/۶۰	۰/۰۰۰۱
خطا	۱۲۹		
افزایش واکنش هیجانی			
تفاوت بین گروهی	۱	۱۳/۹۸	۰/۰۰۰۱
خطا	۱۲۹		
جلب حمایت فرزندان			
تفاوت بین گروهی	۱	۱۷/۵۷	۰/۰۰۰۱
خطا	۱۲۹		
افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود			
تفاوت بین گروهی	۱	۶/۳۰	۰/۰۱
خطا	۱۲۹		
کاهش رابطه با خویشاوندان همسر			
تفاوت بین گروهی	۱	۰/۲۵	۰/۶۱
خطا	۱۲۹		
جداکردن امور مالی و ارتباط مؤثر از یکدیگر			
تفاوت بین گروهی	۱	۰/۵۲	۰/۴۷
خطا	۱۲۹		

معنادار است که نابرابری یا ناهمگنی را نشان می‌دهد ( $P < ۰/۰۵$ , Box's M). معنادار نشدن آزمون لوین نیز نشان داد تفاوت واریانس بین دو گروه در متغیرهای مورد نظر معنادار نمی‌باشد. با توجه به معنادار بودن آزمون باکس، نتایج حاصل از آزمون مانوا در

برای پاسخ گویی به سؤال اول پژوهش "آیا بین تعارض زناشویی در والدین کودکان مبتلا به سرطان و والدین کودکان عادی تفاوت وجود دارد؟" از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس برای برقراری فرض تساوی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس

آزمون پیلایی با درجه آزادی ( $df = 7$ ) و سطح معناداری ( $0.001 < P$ ) در جدول ۲ نشان داده شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود دو گروه در زیرمقیاس‌های کاهش رابطه جنسی ( $F_{1, 129} = 20/60, P = 0/001$ )، افزایش واکنش هیجانی ( $F_{1, 129} = 13/98, P = 0/001$ )، جلب حمایت فرزندان ( $F_{1, 129} = 17/57, P = 0/001$ )، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ( $F_{1, 129} = 6/30, P = 0/001$ ) تفاوت معناداری با یکدیگر نشان دادند. در حالی که در زیرمقیاس کاهش همکاری ( $F_{1, 129} = 2/78, P = 0/09$ )، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر ( $F_{1, 129} = 0/61, P = 0/43$ ) و جداکردن امور مالی و ارتباط مؤثر با یکدیگر ( $F_{1, 129} = 0/47, P = 0/52$ ) تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند.

به منظور پاسخ‌گویی به سؤال دوم پژوهش "آیا ادراک تعارض در کودکان مبتلا به سرطان و کودکان عادی تفاوت وجود دارد؟" نیز از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. جهت استفاده از این

جدول ۳: نتایج آزمون مانوا برای شاخص‌های ادراک کودک از تعارض والدین

منبع تغییر	درجه آزادی	F	معناداری
ارزیابی کودک از تعارض والدین	۱	۲/۹۸	۰/۰۸
تفاوت بین گروهی	۱۲۷		
خطا			
مقایسه شناختی با تعارض	۱	۸/۰۹	۰/۰۰۵
تفاوت بین گروهی	۱۲۷		
خطا			

## بحث

هدف عمده پژوهش حاضر مقایسه تعارض زناشویی در والدین دارای کودکان مبتلا به سرطان و عادی و مقایسه ادراک کودکان مبتلا به سرطان و کودکان عادی از تعارض والدین خویش بود. در زمینه تعارض زناشویی، نتایج تحلیل نشان داد که دو گروه والدین کودکان مبتلا به سرطان و والدین کودکان عادی در زیرمقیاس‌های افزایش واکنش هیجانی، کاهش رابطه جنسی، جلب حمایت فرزندان و افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود تفاوت معناداری دارند. این یافته تا حدی با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو بود (برای مثال (۲۱، ۲۷-۲۹)). در زمینه افزایش واکنش هیجانی می‌توان گفت بیماری فرزند و بستری شدن وی در بیمارستان همواره برای والدین با برانگیختن هیجانات شدید همراه است. والدگری کودکان مبتلا به سرطان بسیار تنیدگی‌زا بوده و با واکنش‌های هیجانی بالایی همراه است. این والدین احساس از دست دادن کنترل، اضطراب، افسردگی، آشفتگی خواب و عزت نفس پایین را گزارش می‌کنند (۴). سرطان دوران کودکی تنیدگی غیرعادی را بر والدین در چرخه زندگی خانوادگی تحمیل می‌کند (۶). پژوهش‌هایی که به مقایسه زوج‌های دارای فرزند مبتلا به سرطان و زوج‌هایی با کودکان عادی پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به سرطان فشار و اضطراب بیشتری را تحمل می‌کنند (۳۰). تفاوت دو گروه در زیرمقیاس کاهش رابطه جنسی نیز با گزارش‌هایی مبنی بر تأثیر سرطان کودکان بر روابط ضعیف والدین و کاهش رضایت زناشویی آنها (۱۱، ۳) همسو است. با این حال در برخی از پژوهش‌ها،

آزمون، ابتدا پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. آزمون M باکس برای برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس معنادار نبود که برابری یا همگنی را نشان می‌دهد ( $Box's M = 3/58, P < 0/31$ ). همچنین آزمون‌های جداگانه لوین در مورد متغیرهای وابسته به لحاظ آماری معناداری نبود که این امر یکسانی واریانس را در داده‌های پژوهش تأیید می‌کند. این نتیجه نشان می‌دهد که بین دو متغیر وابسته همبستگی کافی وجود دارد و می‌توان تحلیل را ادامه داد. نتایج حاصل از آزمون مانوا در آزمون لامبدای ویلکز ( $F = 2/40, P < 0/001$ ) در جدول ۳ نشان داده شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود دو گروه از لحاظ مقایسه شناختی با تعارض تفاوت معناداری با یکدیگر نشان دادند ( $F_{1, 127} = 8/09, P = 0/005$ ). بدین گونه که گروه کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه شناختی نمرات بالاتری به دست آوردند.

زوج‌ها تغییری در روابط زناشویی گزارش نمی‌کنند (۸). این یافته به این صورت قابل تبیین است که در مجموع، درمان کودکان مبتلا به سرطان تأثیر منفی بر وضعیت اجتماعی و حرفه‌ای والدین آنها دارد. والدین اغلب می‌بایست کار خود را کنار بگذارند و درمان را به عنوان اولویت اول انتخاب کنند (۳۱، ۳۲). توجه کامل به کودک بیمار می‌تواند به تعارض زناشویی، آسیب ارتباطی و مراقبت اندک والدین از خویش منجر شود؛ (۳۱). کاهش روابط زناشویی یکی از این موارد است. برای تبیین این نتیجه می‌توان به مطالعاتی اشاره کرد که نشان می‌دهند والدین برای مراقبت بهتر و بیشتر از کودک خود، از خودگذشتگی نشان می‌دهند. در مطالعات پیشین (۳۳) نشان داده شده که والدین پس از تشخیص قطعی سرطان در فرزند خویش، اکثر وقت خود را در بیمارستان گذرانده و تمایل زیادی برای مشارکت با کادر درمانی نشان دادند. سپری کردن بخش زیادی از شبانه‌روز در کنار فرزند بیمار می‌تواند با کاهش روابط زناشویی زوج همراه باشد. بر این اساس تغییراتی که به دنبال درمان در نقش‌های زوج ایجاد می‌شود، ممکن است باعث تغییراتی در روابط زناشویی آنان گردد.

معنادار نبودن تفاوت دو گروه در زیرمقیاس‌هایی همچون کاهش همکاری بین زوج و جدا کردن امور مالی و ارتباط مؤثر با یکدیگر با نتایج پژوهش‌هایی همسو است که در آن برخی زوج‌ها نگرش مثبت‌تر نسبت به همسر و روابط محکم‌تر با یکدیگر، همچنین پیوستگی بیشتر و اعتماد بیشتر را گزارش می‌دهند (۹، ۳)؛ (۱۰). در تبیین تفاوت

کیفیت روابط بین فردی، بهزیستی روان شناختی و جسمانی فرد را بهبود بخشد (۳۹).

با توجه به بالا بودن میزان اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان (۴۰)، ارزیابی شناختی کودک از تنیدگی نقش مهمی در مقابله شناختی با آن دارد (۴۱). نظریه چهارچوب شناختی مبتنی بر بافت می تواند این نتیجه را تبیین کند. براساس نظریه چهارچوب شناختی مبتنی بر بافت (۴۲) ارزیابی های کودک از تعارض والدین، نقش مرکزی در تفسیر تعارض و ناسازگاری های کودک دارد. مطابق با این الگو، بافت شامل ویژگی های کودک (ارزیابی شناختی، شخصیت، سن، جنس، وضعیت سلامت و ...) و ویژگی های خانواده (مثل رابطه والد-کودک و وضعیت هیجانی خانواده) است که بر ارزیابی کودک تأثیر می گذارد. این ارزیابی ها نیز می تواند بر چگونگی واکنش های عاطفی و رفتاری کودکان تأثیر بگذارد. از سوی دیگر، چهارچوب شناختی مبتنی بر بافت بر انتقال مستقیم تعارض زناشویی پرخاشگرانه به بازنمایی های شناختی منفی کودک شامل خودمقصری و انتظار تهدید تأکید دارد که پیش بینی کننده سطوح بالای افسردگی و کاهش بهزیستی روانی کودک است (۲۶). با توجه به نظریه چهارچوب شناختی مبتنی بر بافت، قابل پیش بینی است که کودکان مبتلا به سرطان به دلیل ویژگی ای که از نظر وضعیت سلامت دارند با مشاهده تعارض والدین و ارزیابی آن واکنش هایی همچون خود مقصر بینی را نشان دهند. پژوهشگران دیگر نیز نشان دادند که مواجهه مکرر با تعارض والدین، در ارتباط با ارزیابی های منفی تر کودکان به صورت ادراک تهدید و خودمقصری، هم در زمان وقوع تعارض و هم در طول زمان می باشد (۲۴). در مجموع می توان گفت سرطان تغییراتی در عملکرد بیمار و خانواده ایجاد می کند، کودک به بررسی ابعاد و ویژگی های این تغییرات برای مثال تعارض والدین می پردازد، در ادامه کودک به دنبال یافتن پاسخ این سؤال است که چرا تعارض رخ داده است و چه کسی مسئول آن است یا آیا می تواند مقابله موفق با تعارض داشته باشد. ارزیابی کودک از این شرایط می تواند بر نحوه مقابله شناختی وی تأثیر بگذارد، همان طور که گفته شد خلق منفی کودک مبتلا به سرطان باعث می شود که ارزیابی وی از تعارض بیشتر به صورت خودمقصری آشکار گردد. این احساس با ایجاد خلق افسرده و اضطراب در کودک همراه است.

### نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که شرایط بیماری کودکان سرطانی می تواند بر جنبه هایی از روابط زناشویی تأثیر منفی گذاشته و برخی دیگر از جوانب زندگی خانوادگی مانند ارتباط با دیگران را ارتقا بخشد. همچنین کودکان سرطانی به دلیل شرایط روانشناختی خویش که شاید ناشی از خودمقصری آن ها باشد، تعارض والدین را به گونه ای متفاوت ادراک کرده و همچنین مقابله شناختی آنها با شرایط دشوار تا حدی متفاوت از کودکان عادی است. پژوهش حاضر دربردارنده برخی محدودیت ها بود. نخست آن که این مطالعه تنها بر روی کودکان مبتلا به سرطان در مرحله بهبودی انجام شد و دربرگیرنده مراحل دیگر این بیماری نبود، دوم آن که با توجه به شرایط خاص گروه نمونه در کودکان سرطانی امکان تفکیک نوع سرطان آنها و بررسی تفاوت ها میسر نبود. نکته سوم آن که با توجه به شرایط خاص گروه نمونه و عدم دسترسی به افراد زیاد، امکان انتخاب تعداد لازم از هر دو جنس، همگن سازی سطح

معنادار مشاهده شده بین دو گروه در زیر مقیاس افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود می توان گفت در شرایطی که والدین استرس بیشتری را به خاطر بیماری فرزند تحمل می کنند و مجبور هستند ساعات بیشتری را در کنار وی بگذرانند، نیاز به دریافت حمایت از سوی خانواده ها بیشتر احساس می شود و می تواند کمک موثری برای تحمل شرایط موجود باشد. همچنین والدین برای برآوردن نیازهای خود در بیمارستان به کمک احتیاج دارند و این نیازها فقط تا حدودی تأمین می شود که احساس نیاز به حمایت بیشتر اطرافیان را نشان می دهد. همان طور که گفته شد تشخیص سرطان با افزایش واکنش هیجانی والدین همراه است. به نظر می رسد خویشاوندان می توانند به عنوان شبکه اجتماعی و حمایتی به زوج کمک کنند تا با شرایط موجود سازگار شود. همچنین، از آنجا که استرس والدین مربوط به وضعیت کودک بیمارشان است و از طرف دیگر نیاز به حمایت اطرافیان از سوی زوج احساس می شود، قابل پیش بینی است که کاهش رابطه با خویشاوندان همسر تفاوت معناداری در دو گروه نشان ندهد. والدین کودکان مبتلا به سرطان درباره سلامت فرزندشان نگرانی بیشتری گزارش می دهند، تمایل بیشتری به حمایت از فرزندشان دارند، کمتر به وی اجازه می دهند مستقل عمل کند و فرزندشان را آسیب پذیرتر می دانند (۳۴). این شرایط اغلب باعث می شود تا والدین توجه کمتری به سایر فرزندان خود نشان دهند (۳۵). با این حال در شرایطی که همشیره احساس کنند توانایی کمک برای مراقبت از خواهر یا برادر بیمارشان را دارند، احساس بهتری دارند (۳۶). این تغییرات باعث می شود احساس کنند بیماری خواهر یا برادر آنها را به یکدیگر نزدیک تر کرده است (۱۰، ۳۶) بنابراین، جلب حمایت خواهر و برادر در مراقبت از کودک بیمار برای ایجاد احساسات مثبت در آنها نیز اهمیت دارد.

در سوال های مربوط به متغیر ادراک تعارض والدین، دو گروه کودکان مبتلا به سرطان و عادی در دو زیرمقیاس ادراک تعارض و مقابله شناختی با تعارض یا تنظیم هیجانی با یکدیگر مقایسه شدند. نتایج این تحلیل نشان داد که دو گروه تنها در زیرمقیاس مقابله شناختی با تعارض یا تنظیم هیجانی با یکدیگر تفاوت دارند. این یافته همسو با پژوهش هایی است که نقش مزاج مثبت و منفی را در پیش بینی مقابله شناختی یا خودمقصری کودک در مواجهه با تعارضات والدینی نشان می دهند. برای مثال، (۷) در بررسی نقش خلق بر ارزیابی و سبک های مقابله کودکان ۸ تا ۱۲ ساله به این نتیجه رسیدند که هیجان پذیری منفی، با ادراک تهدید، مقابله اجتنابی و مشکلات سازگاری کودک رابطه مستقیم دارد. در تبیین این یافته می توان گفت کودکان مبتلا به سرطان هیجان های منفی زیادی را تجربه می کنند. برای مثال، نسبت به دیگران گوشه گیرترند، اعتماد به نفس پایین تری دارند، احساس ناامیدی بیشتری داشته و نسبت به خود اطمینان کمتری دارند. این کودکان انعطاف پذیری و کنترل کمتری بر روی خود داشته و در ارتباط با دوستان خود مشکلات زیادی نشان می دهند (۳۷). این هیجان های منفی می توانند بر ارزیابی آنها از تعارض والدین و مقابله شناختی - هیجانی که با آن نشان می دهند تأثیر بگذارد. اغلب این کودکان خود را در موقعیت پیش آمده مقصر می بینند و این احساس در ابتدا این کودکان به افسردگی و اضطراب نقش دارد (۳۸). از سوی دیگر، پژوهش هایی که در زمینه راهبردهای مقابله ای این کودکان انجام شده نشان داده اند که توانایی تنظیم هیجانات می تواند مهارت های اجتماعی،



هستند، از لحاظ ادراک تعارض والدینی مورد مقایسه قرار گرفته و نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز در این میان بررسی شود.

تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سن فراهم نبود. در راستای محدودیت‌های مزبور پیشنهاد می‌شود کودکان مبتلا به سرطان که در مراحل مختلف بیماری به سر می‌برند، و یا به انواع مختلف سرطان مبتلا

## References

1. Ruccione K. Biologic basis of cancer in children and adolescents. *Nurs Care Child Adolesc Cancer*. 2002;24-63.
2. Okado Y, Tillery R, Sharp KH, Long AM, Phipps S. Effects of Time since Diagnosis on the Association between Parent and Child Distress in Families with Pediatric Cancer. *Child Health Care*. 2016;45(3):303-22. DOI: [10.1080/02739615.2014.996883](https://doi.org/10.1080/02739615.2014.996883) PMID: [27630380](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27630380/)
3. Lavee Y, Mey-Dan M. Patterns of change in marital relationships among parents of children with cancer. *Health Soc Work*. 2003;28(4):255-63. DOI: [10.1093/hsw/28.4.255](https://doi.org/10.1093/hsw/28.4.255) PMID: [14679704](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14679704/)
4. Boman K, Lindahl A, Bjork O. Disease-related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis. *Acta Oncol*. 2003;42(2):137-46. DOI: [10.1080/02841860310004995](https://doi.org/10.1080/02841860310004995) PMID: [12801132](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12801132/)
5. Klassen AF, Klaassen R, Dix D, Pritchard S, Yanofsky R, O'Donnell M, et al. Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related quality of life. *J Clin Oncol*. 2008;26(36):5884-9. DOI: [10.1200/JCO.2007.15.2835](https://doi.org/10.1200/JCO.2007.15.2835) PMID: [19029424](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19029424/)
6. Pelchat D, Lefebvre H, Levert MJ. Gender differences and similarities in the experience of parenting a child with a health problem: current state of knowledge. *J Child Health Care*. 2007;11(2):112-31. DOI: [10.1177/1367493507076064](https://doi.org/10.1177/1367493507076064) PMID: [17494986](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17494986/)
7. Lengua LJ, Long AC. The role of emotionality and self-regulation in the appraisal-coping process: tests of direct and moderating effects. *J Appl Dev Psychol*. 2002;23(4):471-93. DOI: [10.1016/s0193-3973\(02\)00129-6](https://doi.org/10.1016/s0193-3973(02)00129-6)
8. Dahlquist LM, Czyzewski DI, Jones CL. Parents of children with cancer: a longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *J Pediatr Psychol*. 1996;21(4):541-54. DOI: [10.1093/jpepsy/21.4.541](https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.4.541) PMID: [8863463](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8863463/)
9. Kylma J, Juvakka T. Hope in parents of adolescents with cancer--factors endangering and engendering parental hope. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;11(3):262-71. DOI: [10.1016/j.ejon.2006.06.007](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.06.007) PMID: [16962373](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16962373/)
10. Sloper P. Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer. *Child Care Health Dev*. 1996;22(3):187-202. DOI: [10.1111/j.1365-2214.1996.tb00787.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1996.tb00787.x) PMID: [8735673](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8735673/)
11. Pai AL, Greenley RN, Lewandowski A, Drotar D, Youngstrom E, Peterson CC. A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *J Fam Psychol*. 2007;21(3):407-15. DOI: [10.1037/0893-3200.21.3.407](https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.407) PMID: [17874926](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17874926/)
12. Cummings EM, Kouros CD, Papp LM. Marital Aggression and Children's Responses to Everyday Interparental Conflict. *Eur Psychol*. 2007;12(1):17-28. DOI: [10.1027/1016-9040.12.1.17](https://doi.org/10.1027/1016-9040.12.1.17)
13. Barati H. Effectiveness of anger control training on marital conflict of house wives who referred to counseling centers of Tehran. . Roodehen, Iran Roodehen Azad University; 2007.
14. Kline E, Pleasant U, Whiltton T, Markman A. Perceived influences of differentiation of self on marital and sexual satisfaction. *J Spec Educ*. 2011;27(1):110-37.
15. Farah Bakhsh K. Comparing the effectiveness of marital counseling based on Elis Cognitive Approach, Glasser Reality Therapy and integration of this approaches on marital conflict. Tehran: Allame Tabatabaie University; 2004.
16. Brody GH, Stoneman Z, McCoy JK. Forecasting sibling relationships in early adolescence from child temperaments and family processes in middle childhood. *Child Dev*. 1994;65(3):771-84. DOI: [10.1111/j.1467-8624.1994.tb00782.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00782.x) PMID: [8045166](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8045166/)
17. Dehghan F. Comparing marital conflict in women who requested divorce and women who referred to marital counseling. Tehran: Tarbiat Moallem University; 2001.
18. Sobsey D. Marital stability and marital satisfaction in families of children with disabilities: Chicken or egg? *Dev Disabil Bull*. 2004;32(1):60-83.
19. Grych JH, Fincham FD. Marital conflict and children's adjustment: a cognitive-contextual framework. *Psychol Bull*. 1990;108(2):267-90. DOI: [10.1037//0033-2909.108.2.267](https://doi.org/10.1037//0033-2909.108.2.267) PMID: [2236384](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2236384/)
20. Cui M, Fincham FD, Durtschi JA. The effect of parental divorce on young adults' romantic relationship dissolution: What makes a difference? *Pers Relat*. 2011;18(3):410-26.
21. Robinson KE, Gerhardt CA, Vannatta K, Noll RB. Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(4):400-10. DOI: [10.1093/jpepsy/jsl038](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl038) PMID: [17085460](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17085460/)
22. Suzuki LK, Kato PM. Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2003;20(4):159-74. DOI: [10.1177/1043454203254039](https://doi.org/10.1177/1043454203254039) PMID: [14567564](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14567564/)
23. Ghare Baghi F, Vafaie M. Impact of the child's perception of parental conflict, cognitive coping with conflict, and temperament on his health. *Cogn Sci*. 2008;10(4):14-26.

24. Grych JH, Harold GT, Miles CJ. A prospective investigation of appraisals as mediators of the link between interparental conflict and child adjustment. *Child Dev.* 2003;74(4):1176-93. DOI: [10.1111/1467-8624.00600](https://doi.org/10.1111/1467-8624.00600) PMID: [12938712](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12938712/)
25. Grych JH, Seid M, Fincham FD. Assessing marital conflict from the child's perspective: the children's perception of interparental conflict scale. *Child Dev.* 1992;63(3):558-72. DOI: [10.1111/j.1467-8624.1992.tb01646.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01646.x) PMID: [1600822](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1600822/)
26. McDonald R, Grych JH. Young children's appraisals of interparental conflict: Measurement and links with adjustment problems. *J Fam Psychol.* 2006;20(1):88-99. DOI: [10.1037/0893-3200.20.1.88](https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.88) PMID: [16569093](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16569093/)
27. Kazak AE. Call for papers. *J Pediatr Psychol.* 1995;20(5):687-8. DOI: [10.1093/jpepsy/20.5.687](https://doi.org/10.1093/jpepsy/20.5.687)
28. Bahmani B, Motamed Najjar M, Sayyah M, Shafi-Abadi A, Haddad Kashani H. The Effectiveness of Cognitive-Existential Group Therapy on Increasing Hope and Decreasing Depression in Women-Treated With Haemodialysis. *Glob J Health Sci.* 2015;8(6):219-25. DOI: [10.5539/gjhs.v8n6p219](https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p219) PMID: [26755466](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755466/)
29. Hoseini Ghom T, Salimi Bejestani H. Effectiveness of resiliency training on stress of mothers of cancerous children. *Health Psychol.* 2011;4:97-109.
30. Syse A, Loge JH, Lyngstad TH. Does childhood cancer affect parental divorce rates? A population-based study. *J Clin Oncol.* 2010;28(5):872-7. DOI: [10.1200/JCO.2009.24.0556](https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.0556) PMID: [20038725](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20038725/)
31. Steffen BC, Castoldi L. [Sobrevivendo à tempestade: a influência do tratamento oncológico de um filho na dinâmica conjugal]. *Psicologia Ciência Profissão.* 2006;26(3):406-25. DOI: [10.1590/s1414-98932006000300006](https://doi.org/10.1590/s1414-98932006000300006)
32. Young EM, Long L. Counseling and Therapy for Couples. New York: Intonation Thomson publishing company; 1998.
33. Ames KE, Rennick JE, Baillargeon S. A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27(3):143-50. DOI: [10.1016/j.iccn.2011.03.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.03.004) PMID: [21511474](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21511474/)
34. Hillman KA. Comparing child-rearing practices in parents of children with cancer and parents of healthy children. *J Pediatr Oncol Nurs.* 1997;14(2):53-67. DOI: [10.1016/s1043-4542\(97\)90002-3](https://doi.org/10.1016/s1043-4542(97)90002-3) PMID: [9144975](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9144975/)
35. Forinder U, Lindahl Norberg A. "Now we have to cope with the rest of our lives". Existential issues related to parenting a child surviving a brain tumour. *Support Care Cancer.* 2010;18(5):543-51. DOI: [10.1007/s00520-009-0678-3](https://doi.org/10.1007/s00520-009-0678-3) PMID: [19669170](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19669170/)
36. Woodgate RL. Living in a world without closure: reality for parents who have experienced the death of a child. *J Palliat Care.* 2006;22(2):75-82. PMID: [17265659](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17265659/)
37. Lejuez CW, Hopko DR, Hopko SD. A brief behavioral activation treatment for depression. Treatment manual. *Behav Modif.* 2001;25(2):255-86. DOI: [10.1177/0145445501252005](https://doi.org/10.1177/0145445501252005) PMID: [11317637](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11317637/)
38. Crockenberg S, Langrock A. The role of specific emotions in children's responses to interparental conflict: a test of the model. *J Fam Psychol.* 2001;15(2):163-82. DOI: [10.1037//0893-3200.15.2.163](https://doi.org/10.1037//0893-3200.15.2.163) PMID: [11458627](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11458627/)
39. Segrin C, Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Pers Individ Differ.* 2007;43(4):637-46. DOI: [10.1016/j.paid.2007.01.017](https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.017)
40. Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clin Breast Cancer.* 2011;11(6):364-8. DOI: [10.1016/j.clbc.2011.06.008](https://doi.org/10.1016/j.clbc.2011.06.008) PMID: [21831722](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21831722/)
41. Lazarus RS. Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press; 1991.
42. Fosco GM, Grych JH. Emotional expression in the family as a context for children's appraisals of interparental conflict. *J Fam Psychol.* 2007;21(2):248-58. DOI: [10.1037/0893-3200.21.2.248](https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.248) PMID: [17605547](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17605547/)



# The Comparison of Marital Conflict and Child's Perception of Parental Conflict in Children With and Without Cancer

Mahdie Zokaee Ashtiani <sup>1</sup>, Parisa Seyed Mousavi <sup>2,\*</sup>, Leili Panaghi <sup>3</sup>

<sup>1</sup> MSc, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Parisa Seyed Moosavi, Assistant Professor, Department of Family Therapy, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. E-mail: p\_mousavi@sbu.ac.ir

**Received:** 22 Oct 2016

**Accepted:** 16 Dec 2016

## Abstract

**Introduction:** Diagnosis of pediatric cancer, process of treatment and hospitalization can affect the entire family and is one of the most stressful experiences of parents. In this research, the aim was to compare marriage conflict and perception of parents' conflict in children with and without cancer.

**Methods:** The population of children with cancer included those that had referred to Mahak hospital and for normal children the population was all 9- to 12-year-old students of Tehran that were selected from 3 schools in north, center and south of Tehran. Sampling for both groups was done through available sampling. Mothers completed the Marital Conflict Scale and Children completed the Child's Perception of Parental Conflict Questionnaire. Data were analyzed using Multivariate Analysis of Variance (MANOVA).

**Results:** The results of MANOVA showed that parent of child with cancer obtained higher scores in emotional reaction, showed reduced sexual relationship, increased relationship with their own family and support from their healthy children. However, there was no difference between the two groups regarding financial matters and efficient inter-personal relationships. Also, children with cancer showed higher score in the subscale of child's perception of conflict, and showed a significant different in cognitive coping with conflict.

**Conclusions:** The results showed that cancer in children could have a negative influence on some aspects of marital relations and other aspects of family life, such as relationships with others. Also, children with cancer may experience a feeling of guilt because of their psychological condition, this is because they interpret parent's conflict in a different way, while their coping with difficult situations are somewhat different from normal children.

**Keywords:** Cancer, Marital Conflict, Child's Perception of Conflict