

Summer2020, Volume 6, Issue 4

Maternal Distress Tolerance and the Occurrence of Internalization and Externalization Behavioral Problems in Children with Cancer

*Manije Firoozi¹, Zahra Feizabadi²

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran (**Corresponding author**)

Email: mfiroozy@ut.ac.ir

2- MSc, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 26 March 2019

Accepted: 16 June 2019

Abstract

Introduction: Parents (especially mothers) undergo severe stress and experience psychological distress after the diagnosis of their child's cancer. There are individual differences among mothers in distress tolerance. The main purpose of this study was to determine the role of the mother's distress tolerance on the internalization and externalization problems in children with cancer.

Methods: The study was a descriptive correlational study. 130 mothers who have a child with cancer and admitted to the Pediatric Cancer Hospital (Mahak) participated in this study. They completed two Distress Tolerance Scales (DTS) and Child Behavioral Inventory (CBCL) (a Parenting report version).

Results: Among the four dimensions of distress tolerance scale, emotion regulation had the most significant correlation with the internalization and externalization behavioral problems. This connection was more intense about internalizing problems. Simultaneously multiple regression analysis showed that the distress tolerance effected on child's physical complaints more than other factors; however, it could not predict law-breaking behavior in children at a significant level.

Conclusions: The level of the mother's distress through parenting style, learning of coping with stress and quality of interaction with the child can influence the internalizing and externalizing behavior problems in children.

Keywords: Child, Cancer, Mother, Distress tolerance, Behavioral problems.

تحمل آشفتگی مادر و بروز مشکلات برون‌سازی - درون‌سازی در کودکان مبتلا به سرطان

*منبزه فیروزی^۱، زهرا فیض‌آبادی^۲

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
ایمیل: mfiroozy@ut.ac.ir

۲- کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۷

چکیده

مقدمه: با تشخیص سرطان کودک، والدین (به ویژه مادر) تحت استرس‌های شدیدی قرار می‌گیرند و دچار آشفتگی روان‌شناختی خواهند شد. در تحمل آشفتگی، تفاوت‌های فردی بین این مادران وجود دارد. در این پژوهش نقش مادر و میزان تحمل پریشانی در بروز مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودک مبتلا به سرطان مورد مطالعه قرار گرفت.

روش کار: نوع مطالعه این پژوهش، توصیفی-همبستگی است. ۱۳۰ مادر که کودک آنها مبتلا به سرطان بودند و در بیمارستان محک بستری شده بودند، در این پژوهش شرکت کردند. آنها دو پرسش‌نامه مقیاس تحمل پریشانی (DTS) و فهرست رفتاری کودک (CBCL) (مخصوص والدین) را تکمیل کردند.

یافته‌ها: از بین ابعاد چهارگانه تحمل آشفتگی، تنظیم هیجان بیشترین ارتباط معنادار را با درونی‌سازی و برونی‌سازی مشکلات کودکان داشت. این ارتباط در مورد درونی‌سازی مشکلات قوی‌تر بود. تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان نشان داد که تحمل آشفتگی مادران بیش از عوامل دیگر توانسته بود واریانس شکایتهای جسمانی کودک را پیش‌بینی کند؛ اما نتوانسته بود رفتار قانون‌شکنی در کودکان را در سطح معناداری پیش‌بینی نماید.

نتیجه‌گیری: میزان تحمل آشفتگی مادر از طریق سبک فرزندپروری، الگوسازی شیوه مقابله با استرس برای کودک و تعامل موثر با کودک می‌تواند مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی در کودکان را تحت تأثیر قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: کودک، سرطان، مادر، تحمل پریشانی، مشکلات رفتاری.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

با این توضیح که میزان بالای تحمل پریشانی نشانگر درماندگی کمتر و میزان پایین آن، مبین درماندگی بیشتر است (۳). در حقیقت، تحمل پریشانی به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی و تحمل محرک آزارنده یا تهدیدکننده اشاره می‌کند (۴). مادران به دلایل گوناگون هنگام بیماری فرزند، ممکن است دچار درماندگی و آشفتگی هیجانی شوند. این درماندگی و آشفتگی هیجانی که همزاد یکدیگر هستند، به دلیل اضافه‌باری است که بر دوش مادر سنگینی می‌کند (۵). شب‌بیداریها و نگرانیهای مختلف، دیدن رنج کودک، دوری از خانواده، نگرانیهایی در مورد فرزندان دیگر که رها شده‌اند، مشکلات اقتصادی و باری که بیماری بر جا گذاشته است و عواملی از این دست می‌تواند بسیار طاقت‌فرسا باشد. طولانی بودن دوره

سرطان کودکان و نوجوانان یکی از عوامل ناتوان‌کننده خانواده است. شیوع سرطان در هر دو جنس در دوران قبل از بلوغ برابر است و در نوجوانی نسبت دختر به پسر ۲ به ۱ افزایش می‌یابد (۱). در حال حاضر بیشتر از ۵۰ درصد از کودکانی که از سرطان رنج می‌برند، حدود ۵ سال یا بیشتر زنده می‌مانند و به مرحله بزرگسالی می‌رسند (۲). به دلیل افزایش امید به زندگی در بین کودکان مبتلا به سرطان، توجه به مسائل رفتاری در آینده تحصیلی و شغلی آنها اهمیت ویژه‌ای دارد. با توجه به شرایط ایجاد شده متعاقب تشخیص سرطان کودک و نقش ویژه مادر، به عنوان مراقب اصلی، درماندگی مادر جزو عواملی است که در سازگاری کودک اثر گذار است. درماندگی، به میزان تحمل پریشانی مرتبط است؛

یا بدخیم در کودکان یکی از رویدادهای استرسزای زندگی برای کودکان و خانواده آنها است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که این کودکان در طول درمان خود ممکن است با مشکلات روان‌شناختی متعددی مواجه شوند (۱۳). مطالعات گذشته نشان داده‌اند که کودکان بیمار بیشتر از همسالان سالم خود در خطر ابتلاء به مشکلات رفتاری قرار دارند؛ از جمله مشکلات اجتماعی و مشکلات با همسالان، مشکلات سلوک و رفتار مقابله‌ای، مشکلات توجه و بیش‌فعالی و مشکلات درونی‌سازی و مشکلات آنها نسبت به همسالان سالم بیشتر احتمال دارد که در محدوده بالینی باشد (۱۴). عواملی که بر مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی کودکان اثر می‌گذارند متعدد هستند. عوامل مربوط به بیماری و درمان (۱۵)، عوامل اجتماعی مانند محرومیتها و انزوای اجتماعی به دلیل بستری شدن پی‌درپی (۱۶) و نقش عوامل خانوادگی مانند سبک فرزندپروری (۱۷) در بروز مشکلات رفتاری کودکان موثرند. در این پژوهش نقش مادر و میزان تحمل پریشانی در بروز مشکلات درونی‌سازی و برون‌سازی کودک مبتلا به سرطان مورد مطالعه قرار گرفت.

روش کار

نوع مطالعه این پژوهش، توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادرانی با کودکان مبتلا به سرطان بین سنین ۳ تا ۱۲ سال بود که در پاییز و زمستان سال ۹۷ کودک آنها در بیمارستان محک واقع در تهران بستری شده بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد و به این ترتیب، ۱۳۰ مادری که فرزند آنها مبتلا به لوسمی و یا تومور مغزی بود، در پژوهش شرکت کردند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس معیارهای ورود به و خروج از پژوهش و بیان اهداف پژوهش و جلب همکاری آنها فرایند اجرا آغاز شد. برای مادران توضیح داده شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانستند پژوهش را ترک کنند. همچنین، به آنها اطمینان داده شد که نام آنها در هیچ‌جایی درج نخواهد شد و تنها نتیجه پژوهش به نفع همه کودکان مبتلا به سرطان انتشار خواهد یافت. برخی از والدین تقاضا کردند که مایل هستند از نتیجه آزمون خود با خبر شوند. در پایان، پژوهش، اطلاعات درخواستی همراه با توصیه‌هایی برای تنظیم هیجان از طریق تلگرام در اختیار آنها قرار گرفت.

درمان، فرسودگی روان‌شناختی ایجاد می‌کند که به سیستم جسمی و روان‌شناختی مادر آسیب می‌رساند (۶). شدت این درماندگی در همه مادران یکسان نیست و بسته به نوع مقابله‌هایی که آنها به کار می‌گیرند و منابع حمایتی که دارند متفاوت است (۷). کودکان مبتلا به سرطان به دلایل گوناگون در معرض خطاهای تربیتی قرار دارند. آنها از یک طرف در معرض محرومیت‌های ناشی از بیماری هستند و از بسیاری خواسته‌های مربوط به سنان دور می‌افتند و از طرف دیگر، به طور افراطی در معرض توجه قرار دارند. این یک تعارض بزرگ است و مادر مجبور به حفظ تعادل برای ثبات تربیت در کودک بیمار می‌شود (۸).

اختلالات رفتاری علائمی بیمارگون از ناسازگاری هیجانی هستند که به دو شکل مختلف رخ می‌دهند؛ مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برون‌سازی. مشکلات رفتاری برون‌سازی با بی‌اعتنایی مقابله‌ای، تکانشگری، رفتار اخلاص‌گرانه، پرخاشگری و بیش‌فعالی مشخص می‌شوند، درحالی‌که مشکلات رفتاری درونی‌سازی شامل علائم انزواطلبی، افسردگی و اضطراب هستند (۹). بروز مشکلات رفتاری در طول سال‌های اولیه زندگی تأثیر نامطلوبی بر فرآیند رشد طبیعی کودک دارد؛ خصوصاً مشکلات رفتاری برون‌سازی در کودکان (مانند بیش‌فعالی و پرخاشگری) که می‌تواند منجر به مشکلات روان‌شناختی مزمن و عملکرد تحصیلی ضعیف شود (۱۰). دوران کودکی دوره‌ای حیاتی است که مبنای عملکرد جسمانی و روانی-اجتماعی در آن شکل می‌گیرد؛ یک فرآیند رشدی که نسبت به شرایط پراسترس مانند بیماری‌های جدی آسیب‌پذیر است (۱۱). تجربه رویدادهای استرس‌زا در طول دوران کودکی می‌تواند منجر به آسیب به جنبه‌های عصب‌زیستی و غدد درون‌ریز شود. این رویدادها همچنین رشد کودکان را در حوزه‌های رفتاری، هیجانی، اجتماعی، جسمانی و شناختی تحت تأثیر قرار می‌دهد. تجربه استرس در دوران کودکی سبب شکل‌گیری احساس گناه، افسردگی، عزت‌نفس پایین، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، خشم و پرخاشگری و مشکلاتی در خودکنترلی گردد. تجربه رویدادهای استرس‌زا در دوران کودکی رفتار اجتماعی آنان را در کوتاه‌مدت و بلندمدت شکل می‌دهد و پیامدهای روان‌شناختی جدی در سراسر زندگی آنها به وجود می‌آورد؛ همچنین می‌تواند منجر به آسیب‌پذیری بیشتر فرد در ابتلاء به اختلالات روانی در طول بزرگسالی شود (۱۲). تشخیص یک بیماری مزمن

کد اخلاق مربوط به این مقاله: IR.TUMS.VCR.REC.1397.807 از دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. ملاک های ورود به تحقیق شامل داشتن فرزند مبتلا به لوسمی و یا تومور مغزی تحت درمان در بیمارستان محک؛ محدوده سنی کودک ۳-۱۲ ساله؛ گذشتن ۶ ماه از تشخیص؛ توانایی خواندن و نوشتن و ملاکهای خروج از تحقیق شامل وخامت یافتن وضعیت جسمی کودک در طول مراحل انجام پژوهش و عدم توانایی ادامه همکاری؛ سابقه ابتلا به مشکلات روانشناختی و هیجانی؛ عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش؛ از دست دادن کودک بود.

ابزار جمع آوری داده ها

مقیاس تحمل پریشانی (DTS)

این مقیاس، یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۱۸) ساخته شد. گویه های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندیهای فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام های تنظیم کننده برای تسکین پریشانی مورد سنجش قرار می دهند. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و خرده مقیاسهایی از قبیل جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، بر آورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها برای تسکین هیجانی است. گویه های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه ای پس از گذشت ۶ ماه، ۰/۶۱ بود. هم چنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۹) این پرسش نامه را در ایران هنجار یابی کردند و آلفای کربناخ ۰/۶۷ و اعتبار باز آزمایی ۰/۷۹ را به دست آوردند. فهرست رفتاری کودک (CBCL)

این مقیاس توسط آنباخ تهیه شده است (۲۰). فرم فهرست رفتاری کودک (CBCL) یک مقیاس گزارش والد برای کودکان است. این مقیاس شامل بخش نشانگان و شایستگی ها است. مقیاس نشانگان شامل، افسردگی/ اضطراب، گوشه گیری/ افسردگی، شکایات بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه و هم چنین مقیاس سایر مشکلات رفتاری

است که مجموعه ناهمگونی از ناراحتی های مختلف مثل رفتار به شیوه جنس مخالف، نافرمانی، غذا نخوردن، ترس از مدرسه، ناخن جویدن، کابوس، پر خوری، اضافه وزن، کم خوری و غیره را تشکیل می دهد. مقیاس شایستگی شامل فعالیت ها و داشتن مهارت های اجتماعی است. در مجموع فهرست رفتاری کودکان و نوجوانان مشتمل بر چند بخش زیر است: بخش ارزیابی توانایی تحصیلی کودکان و نوجوانان در زمینه های شناختی و موضوعات تحصیلی و آموزش، بخش ارزیابی توانایی اجتماعی کودکان و نوجوانان برای سنجش میزان سازگاری کودکان و نوجوانان با همسالان، خواهر و برادر، والدین و نحوه کنار آمدن کودکان و نوجوانان با خود و بخش ارزیابی مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان است. همسانی درونی مقیاس های فرم CBCL با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برآورد گردیده است. ضرایب آلفای مقیاس های شایستگی در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و دامنه آن ۶۵٪ تا ۸۵٪ برای CBCL است. اعتبار این آزمون با رویکرد مبتنی بر سنجش تجربی ایشناخ با استفاده از آلفای کرونباخ برای پسران ۰/۸۹ و برای دختران ۰/۹۴ و با استفاده از دونیمه کردن برای پسران ۰/۸۴ و برای دختران ۰/۸۷ به دست آمد. نتایج بررسی روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی در ایران حاکی از حمایت یافته ها از ساختار ۸ عاملی این مقیاس بود و روایی همگرایی این مقیاس با پرسشنامه J-EPQ و مشکلات رفتاری راتر در حد رضایت بخش بوده است. در خصوص شاخص قدرت تمایز گذاری که به واریانس یا پراکندگی نمرات مربوط است، به طور کلی آزمون خوب آزمونی است که قدرت تمایز گذاری آن بالاتر از ۹۰٪ باشد که در فرم CBCL ضرایب به دست آمده همگی در سطح بالایی قرار دارند. بر اساس اطلاعات ارائه شده در زمینه روایی، می توان نتیجه گرفت که فرم CBCL از فرم های ASEBA، ابزاری روا در سنجش مشکلات رفتاری-هیجانی است (۲۱). در این پژوهش، تنها از مقیاس های مبتنی بر تجربه که مشکلات درون سازی و برون سازی کودکان را می سنجد، استفاده شد.

یافته ها

میانگین سن مادران گروه نمونه ۳۲/۱۹ سال و انحراف استاندارد سن ۴/۹۳ به دست آمده است. کوچکترین مادر گروه نمونه ۱۸ ساله و بزرگترین آنها ۴۵ ساله بودند. میانگین

میزه فیروزی و زهرا فیض آبادی

ارشد تحصیل کرده بود که این گروه کمترین فراوانی را در بین گروه ها به خود اختصاص داده است. تعداد ۴۴ نفر از شرکت کنندگان معادل ۵۴/۳ درصد نیز مدرک کارشناسی داشتند و بیشترین فراوانی را دارا بودند. در (جدول ۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

سن گروه نمونه کودکان بستری شده و تحت درمان در بیمارستان محک ۶/۷۸ سال و انحراف استاندارد سن ۳/۲ سال به دست آمده است. کوچکترین کودک بیمار ۳ ساله و بزرگترین آنها ۱۲ ساله بودند. بررسی سطح تحصیلات مادران مورد نشان داد ۱ نفر، معادل ۱/۲ درصد تا مقطع کارشناسی

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	M± SD
تحمل	۶/۲۸±۷/۲۸
جذب	۶/۹۰±۳/۴۲
ارزیابی	۶/۱۶±۵/۳۹
تنظیم	۵/۹۴±۶/۹۴
اضطراب/ افسردگی	۸/۱±۳/۶۵
گوشه گیری/ افسردگی	۵/۵۷±۲/۷۸
شکایات جسمانی	۴/۳±۳/۳
مشکلات اجتماعی	۴/۸۷±۳/۳۴
درونی سازی	۱۵/۶۷±۷/۲۳
مشکلات توجه	۵/۷۷±۴/۱
رفتار قانون شکنی	۲/۹۷±۳/۴۷
رفتار پرخاشگری	۱۱/۴۳±۷/۱۹
برونی سازی	۱۴/۳±۹/۵۲
سن مادر	۳۲/۱۹±۴/۹۳
سن کودک مبتلا به سرطان	۶/۴۸±۴/۰۳

(جدول ۲) گزارش شده است. جهت مشاهده میزان رابطه خطی بین متغیرها می توان به این جدول مراجعه نمود.

در ادامه ماتریس ضریب همبستگی نمرات مولفه های تحمل پریشانی مادر و مولفه های درونی سازی و برونی سازی مشکلات کودک محاسبه شد که نتایج آن در

جدول ۲: ضریب همبستگی بین مولفه های تحمل پریشانی مادر و مشکلات درون سازی و برون سازی کودکان مبتلا به سرطان

متغیر	تحمل	جذب	ارزیابی	تنظیم
اضطراب/ افسردگی	-۰/۶۵	-۰/۴۹	-۰/۵۱	-۰/۶۳
گوشه گیری/ افسردگی	-۰/۵۸	-۰/۶۱	-۰/۶۲	-۰/۶۸
شکایات جسمانی	-۰/۶۹	-۰/۷۲	-۰/۷۱	-۰/۷۳
مشکلات اجتماعی	-۰/۴۳	-۰/۴۵	-۰/۴۱	-۰/۴۸
درونی سازی	-۰/۶۱	-۰/۵۸	-۰/۶۳	-۰/۶۵
مشکلات توجه	-۰/۴۷	-۰/۵۳	-۰/۴۲	-۰/۴۰
رفتار قانون شکنی	-۰/۱۴	-۱/۱۰	-۰/۱۱	-۰/۰۷
رفتار پرخاشگری	-۰/۲۹	-۰/۳۵	-۰/۳۱	-۰/۲۶
برونی سازی	-۰/۳۷	-۰/۴۴	-۰/۵۲	-۰/۵۰

رابطه های معنی دار در سطح ۰/۰۵ با * و رابطه های معنی دار در سطح ۰/۰۰۱ با ** مشخص شده است.

همزمان استفاده شد. در (جدول ۳) گزیده‌ای از نتایج این محاسبات گزارش شده است.

به منظور بررسی فرضیه پژوهش یعنی «پیش‌بینی درونی سازی و برونی سازی مشکلات کودکان مبتلا به سرطان بر اساس تحمل پریشانی مادر» از آزمون رگرسیون چندگانه

جدول ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان برای پیش‌بینی مشکلات درون سازی و برون سازی کودکان مبتلا به سرطان

متغیرهای ملاک	β	B	SE	R	R ²	F	P
اضطراب/ افسردگی	۰/۳۷	۰/۰۹۲	۰/۰۲۳	۰/۳۴	۰/۱۱	۷/۹۷	۰/۰۰۱
گوشه‌گیری/ افسردگی	۰/۳۶	۰/۰۹۴	۰/۰۲۷	۰/۳۹	۰/۱۵	۷/۹۱۸	۰/۰۰۱
مشکلات درونی سازی							
شکایات جسمانی	۰/۳۹	۰/۱۱۱	۰/۰۳۱	۰/۴۴	۰/۲۰	۸/۴۶	۰/۰۰۱
مشکلات اجتماعی	۰/۲۹	۰/۰۸۷	۰/۰۲۶	۰/۲۰	۰/۰۴	۵/۲۳	۰/۰۰۵
درونی سازی	۰/۳۴	۰/۰۹۸	۰/۰۲۹	۰/۴۳	۰/۱۸۴	۸/۴۱	۰/۰۰۱
مقدار ثابت	—	۱۳/۳۱۶	۲/۰۵۴	—	—	۶/۴۷۳	۰/۰۰۵
مشکلات توجه	۰/۳۱	۰/۱۲۱	۰/۰۶۶	۰/۳۸	۰/۱۴	۷/۳۴	۰/۰۰۱
مشکلات برونی سازی							
رفتار قانون شکنی	۰/۱۷	۰/۰۶۷	۰/۰۱۸	۰/۱۱	۰/۱۲	۲/۵۹	۰/۳۲
رفتار پرخاشگری	۰/۱۹	۰/۰۷۵	۰/۰۵۱	۰/۲۸	۰/۰۷	۴/۴۲	۰/۰۰۵
برونی سازی	۰/۲۱	۰/۰۱۶	۰/۲۱	۰/۳۲	۰/۱۰	۶/۱۶	۰/۰۰۵
مقدار ثابت	—	۱۴/۱۲۲	۲/۰۹۹	—	—	۶/۰۳۰	۰/۰۰۵

بیماریهای مزمن دریافتند که سه منبع استرس وجود دارد: ۱- فشارهای ناشی از بیماری کودک، ۲- درگیری با افکار درونی، ۳- مشکلات مربوط به فرایند مراقبت. این یافته تایید می کند که مادران کودکان مبتلا به سرطان، تحت فشار زیادی قرار دارند. بنابراین، واکنش مادران به این استرسها تعیین کننده است (۲۳). پژوهشهای گذشته نشان می دهد که بین استرس والدین با رفتارها و خلق منفی کودک ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (۲۴). به خصوص استرس والدین با اختلال بیش فعالی و کمبود توجه، رفتارهای مخالف جوانه، رفتارهای آشفته ارتباط قوی تری دارد (۲۵). همانطور که پژوهشهای مقطعی تایید کرده اند، پژوهشهای طولی هم نشان داده اند که اختلالات خلقی کودکان مانند اضطراب و افسردگی با استرس والدین ارتباط معنادار داشت (۲۶). همچنین اختلالات رفتاری کودکان، استرس والدین را پیش بینی می کرد (۲۷). فیروزی و همکاران (۲۸) در یک مدل کمی نشان دادند که نحوه بیان هیجانات منفی مادران توانسته بود بر نحوه تنظیم هیجان، شایستگیهای اجتماعی و سازگار شدن آنها با شرایط دشوار تاثیر مثبتی بر جای بگذارد. نحوه بیان هیجانهای منفی مادران در تعاملی که با کودکانشان برقرار می کردند، اثر ویژه ای بر تنظیم خود، بیرونی سازی و درونی سازی مشکلات و نمایان کردن آن به صورت مشکلات هیجانی و اجتماعی شدن داشت.

(جدول ۳) ضرایب استاندارد و غیر استاندارد تحلیل رگرسیون را نشان می دهد. طبق این جدول، تحمل پریشانی مادر مشکلات درونی سازی و برونی سازی کودک را پیش بینی می کرد. هرچه قدر تحمل پریشانی مادر کاهش می یافت، بیشتر احتمال داشت کودک مشکلات درونی سازی و برونی سازی را آشکار کند [تحمل آشفتهگی مادر در مورد مشکلات درونی سازی ($F=۸/۴۱, p<۰/۰۰۱$) و در مورد مشکلات برونی سازی ($F=۶/۱۶, p<۰/۰۰۵$) اثر گذار بود]. به عبارت دیگر، در مشکلات درونی سازی، آشفتهگی مادر توانست ۲۰ درصد شکایات جسمانی، ۱۵ درصد گوشه‌گیری/ افسردگی، ۱۱ درصد اضطراب/ افسردگی، ۴ درصد مشکلات اجتماعی و ۱۸ درصد نمره کل درون سازی را پیش بینی کرد. به علاوه، آشفتهگی مادر ۱۴ درصد مشکلات توجه، ۷ درصد رفتار پرخاشگری و ۱۰ درصد نمره کل برون سازی را پیش بینی کرد. همانطور که ملاحظه می شود، این پیش بینی در مورد رفتار قانون شکنی معنادار نبود.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که میزان تحمل پایین پریشانی مادر، درونی سازی و برونی سازی مشکلات را در همه ابعاد پیش‌بینی می کرد. سبزه واری و همکاران (۲۲) در یک پژوهش کیفی در مورد تجربه های پر فشار مادران با کودکی مبتلا به

سرطان کمتر از کودکان مبتلا به بیماریهای مزمن دیگر، اختلالات درونی سازی و برونی سازی نشان می دهند (۳۰). با این حال، واکنش همه کودکان به شرایط استرس زای سرطان یکسان نیست و همچنین، کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری هم ممکن است همزمان مبتلا به سرطان شوند. یکی از راههای مدیریت رفتار آشفته این کودکان، توانمندسازی مادران آنهاست. اگر چه نمی توان منکر استرسهای وارد شده بر مادران شد، اما می توان ظرفیت روان شناختی آنها را برای تحمل شرایط سخت افزایش داد.

نتیجه گیری

تحمل پریشانی در مادران انعکاسی از خود تنظیمی و خود تسکین بخشی است. در صورتیکه مادران بتوانند خود را آرام کنند، الگوی مناسبی برای مدیریت استرس در فرزندان خود می شوند و کمتر مبادرت به کنترل و بیش حمایتی می کنند. به همین جهت فرزندانشان کمتر واکنش منفی نشان می دهند.

از محدودیتهای این پژوهش می توان به مواردی چون کمی بودن پژوهش اشاره کرد. در مورد پژوهش حاضر که تحقیقات پیرامون آن اندک است، انجام پژوهشهای کیفی ابعاد تازه ای از تعامل والدین و کودکان مبتلا به سرطان را آشکار می کند. نقش پدر در این پژوهش مطالعه نشد که پیشنهاد می شود در پژوهشهای آینده لحاظ گردد.

سیاسگزاری

از همه مادران شرکت کننده در پژوهش که با وجود مشغله زیاد در این پژوهش شرکت کردند، تشکر می کنیم و امیدوار هستیم این پژوهش، قدمی در راستای بهبود وضعیت روان شناختی آنها باشد.

این یافته تایید کننده دستاوردهای پژوهش حاضر در رابطه با مدیریت آسفتگی در مادران بر سازگاری و رفتارها و هیجانهای کودک مبتلا به سرطان بود.

در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت که مادران با مشکلات هیجانی، برای کاهش تنش خود، اقدام به رفتارهای افراطی مانند اعمال نفوذ شدید بر کودک می کنند. مشکلات هیجانی به لحاظ شناختی با بدبینی، انتظارات نامعقول و منفی از آینده همراه است. در واکنش به این پردازشهای منفی، اقدامات جبرانی شکل می گیرد. مادران آشفته، به لحاظ رفتاری با مشکلاتی در تنظیم رفتار و مهارتهای حل مساله، مانند نظارت افراطی، تصمیم گیریهای خودکامه و سخت گیری در فقدان سوء رفتار مواجه هستند (۲۹). واقعیت غیر قابل انکار این است که در محیط های بیمارستانی، والدین کنترل کمی بر شرایط دارند. این موقعیت در تضاد با نقش والدینی است. والدینی که تحمل آسفتگی کمتری دارند (به عبارتی بیشتر آشفته شده اند) بیشتر تلاش خواهند کرد تا اوضاع را رو به راه کنند و با بیش کنترل کردن به اوضاع از کنترل خارج شده نظم دوباره ببخشند. این امر، موجب تحریک کودک می شود و او را برانگیخته می سازد. بر اساس مجموع یافته های این پژوهش و پژوهشهای دیگر، مادران کنترل کننده نه تنها خود منابع محدودی برای مقابله با چالشهای بیماری کودک دارند، بلکه او را با محدود سازی در مقابل مواجهه با استرسهایی که در آینده با آن مواجه می شوند، خلع صلاح می کنند.

مادرانی که هوش هیجانی بالاتری دارند نه تنها وضعیت هیجانی خود را تشخیص می دهند و برای کاهش آسفتگی دست به راهبردهای موثر می زنند، بلکه می توانند هیجانهای کودکان را تشخیص بدهند و برای برآورده کردن نیازهای او راهبردهای هدفمند را به کار گیرند. پژوهشهای پیشین نشان داده اند که کودکان مبتلا به

References

1. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LA, Moreno F, Dolya A, Bray F, Hesseling P, Shin HY, Stiller CA, Bouzbid S, Hamdi-Cherif M. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *The Lancet Oncology*. 2017; 18 (6):719-31. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30186-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30186-9)
2. Armstrong GT, Liu Q, Yasui Y, Neglia JP,

- Leisenring W, Robison LL, Mertens AC. Late mortality among 5-year survivors of childhood cancer: a summary from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Clinical Oncology*. 2009; 27 (14):2328. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.21.1425> PMID:19332714 PMCID:PMC2677921
3. Bemis H, Yarboi J, Gerhardt CA, Vannatta K, Desjardins L, Murphy LK,

- Rodriguez EM, Compas BE. Childhood cancer in context: sociodemographic factors, stress, and psychological distress among mothers and children. *Journal of pediatric psychology*. 2015; 40 (8):733-43. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv024> PMID:25840446 PMCID:PMC4536846
4. Ellis AJ, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry research*. 2018; 267: 210-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.083> PMID:29933213
 5. Lawrenz P, Peuker AC, Castro EK. Illness perceptions and indicators of PTSD in mothers of childhood cancer survivors. *Temas em Psicologia*. 2016; 24 (2). <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-03Pt>
 6. Santos S, Crespo C, Canavarró MC, Alderfer MA, Kazak AE. Family rituals, financial burden, and mothers' adjustment in pediatric cancer. *Journal of Family Psychology*. 2016; 30(8):1008. <https://doi.org/10.1037/fam0000246> PMID:27617476
 7. Mader L, Rueegg CS, Vetsch J, Rischewski J, Ansari M, Kuehni CE, Michel G, Swiss Paediatric Oncology Group (SPOG). Employment situation of parents of long-term childhood cancer survivors. *PloS one*. 2016; 11 (3):e0151966. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151966> PMID:26990301 PMCID:PMC4798766
 8. Barroso NE, Mendez L, Graziano PA, Bagner DM. Parenting stress through the lens of different clinical groups: a systematic review & meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*. 2018; 46 (3): 449-61. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6> PMID:28555335 PMCID:PMC5725271
 9. Woltering S, Lishak V, Hodgson N, Granic I, Zelazo PD. Executive function in children with externalizing and comorbid internalizing behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016; 57 (1):30-8. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12428> PMID:25981677
 10. Colder CR, Frndak S, Lengua LJ, Read JP, Hawk LW, Wieczorek WF. Internalizing and externalizing problem behavior: a test of a latent variable interaction predicting a two-part growth model of adolescent substance use. *Journal of abnormal child psychology*. 2018; 46 (2):319-30. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0277-6> PMID:28229368 PMCID:PMC5568518
 11. Flouri E, Sarmadi Z. Prosocial behavior and childhood trajectories of internalizing and externalizing problems: The role of neighborhood and school contexts. *Developmental psychology*. 2016; 52 (2):253. <https://doi.org/10.1037/dev0000076> PMID:26619321 PMCID:PMC4725335
 12. Yun MK, Park E, Son JA, Hyun MS. Influencing factors on externalized and internalized problem behaviors among adolescents: Focused on first grade high school students. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2016; 22 (2):152-62. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2016.22.2.152>
 13. Abry T, Bryce CI, Swanson J, Bradley RH, Fabes RA, Corwyn RF. Classroom-level adversity: Associations with children's internalizing and externalizing behaviors across elementary school. *Developmental psychology*. 2017;53(3):497. <https://doi.org/10.1037/dev0000268> PMID:28045283
 14. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016; 55 (8):647-56. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012> PMID:27453078
 15. Brinkman TM, Li C, Vannatta K, Marchak JG, Lai JS, Prasad PK, Kimberg C, Vuotto S, Di C, Srivastava D, Robison LL. Behavioral, social, and emotional symptom comorbidities and profiles in adolescent survivors of childhood cancer: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Clinical Oncology*. 2016; 34(28):3417. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.66.4789> PMID:27432919 PMCID:PMC5035122
 16. Stephenson E, DeLongis A, Steele R, Cadell S, Andrews GS, Siden H. Siblings of children with a complex chronic health condition: maternal posttraumatic growth as a predictor of changes in child behavior problems. *Journal of pediatric psychology*. 2017; 42 (1):104-13.
 17. Bearss K, Johnson C, Smith T, Lecavalier L, Swiezy N, Aman M, McAdam DB, Butter E,

- Stillitano C, Minshawi N, Sukhodolsky DG. Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. *Jama*. 2015; 313 (15):1524-33. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.3150> PMID:25898050
18. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005; 29 (2):83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
 19. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*. 2010; 13 (1):11-8
 20. Shahrivar Z, Shirazi E, Bagheri Yazdi A, Alghband-rad J. Validity of the Child Behavior Checklist-Persian Version in a Community Sample of Iranian Youths. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences (IJPBS)*, 2011; 5 (1): 45-49.
 21. Achenbach TM, Rescorla LR. *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology. Implications for mental health assessment*. New York: Guilford press; 2007.
 22. Sabzevari S, Nematollahi M. The burden of care: mothers' experiences of children with congenital heart disease. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2016; 4 (4):374.
 23. Fozanfar A. *Distress Tolerance: Theory, Mechanism and Relation to Psychopathology*. *Rooyesh E Ravanshenasi Journal* 2017, 6,2: 239-262.
 24. Farris SG, Zvolensky MJ, Otto MW, Leyro TM. The role of distress intolerance for panic and nicotine withdrawal symptoms during a biological challenge. *Journal of Psychopharmacology*. 2015; 29 (7): 783-91. <https://doi.org/10.1177/0269881115575536> PMID:25762651 PMCid:PMC6561481
 25. Bardeen JR, Tull MT, Dixon-Gordon KL, Stevens EN, Gratz KL. Attentional control as a moderator of the relationship between difficulties accessing effective emotion regulation strategies and distress tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2015; 37 (1):79-84. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9433-2>
 26. Rodriguez EM, Murphy L, Vannatta K, Gerhardt CA, Young-Saleme T, Saylor M, Bemis H, Desjardins L, Dunn MJ, Compas BE. Maternal coping and depressive symptoms as predictors of mother-child communication about a child's cancer. *Journal of pediatric psychology*. 2015; 41 (3):329-39. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv106> PMID:26609183 PMCid:PMC5013837
 27. Mellblom AV, Korsvold L, Ruud E, Lie HC, Loge JH, Finset A. Sequences of talk about emotional concerns in follow-up consultations with adolescent childhood cancer survivors. *Patient education and counseling*. 2016; 99 (1): 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.021> PMID:26265504
 28. Firoozi M, Besharat MA, Farahani H. The ability of children with cancer in the regulation of negative emotions: Attention shifting, a key skill to good adjustment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 1507-10. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.291>
 29. Firoozi M, Besharat MA, Boogar ER. Emotional regulation and adjustment to childhood cancer: role of the biological, psychological and social regulators on pediatric oncology adjustment. *Iranian journal of cancer prevention*. 2013; 6 (2):65.
 30. Firoozi M, Rahmat AG. Behavioral disturbances in children with acute lymphoblastic leukemia. *Life Science Journal*. 2013; 10 (1): 2897-8.