

رابطه مشکلات رفتاری - هیجانی و مهارت‌های کودکان با والدین مبتلا به سرطان در مقایسه با

گروه شاهد

مژگان حاج رسولیها^۱، فریبا یزدخواستی^۲، حمید رضا عریضی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی مشکلات رفتاری - هیجانی و مهارت‌های کودکان ۶ تا ۱۲ ساله دارای والدین مبتلا به سرطان و مقایسه آن‌ها با کودکان دارای والدین عادی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی بود که بر روی دو نمونه ۸۰ نفری شامل کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان و کودکان دارای والدین عادی به روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. ابزار پژوهش، مقیاس ارزیابی مشکلات رفتاری - هیجانی و مهارت‌های کودک فرم ارزیابی والد (Child Behavior Checklist یا CBCL) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس یک‌طرفه، تحلیل کواریانس چند متغیره، Mann-Whitney-U و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری در متغیر فعالیت، بین دو گروه کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان و دارای والدین عادی وجود داشت ($P = 0/01$). همچنین، تفاوت معنی‌داری در متغیر رفتارهای پرخاشگرانه بین دو گروه در مجموع همه ابعاد مشکلات درونی و بیرونی مشاهده گردید ($P = 0/01$)، اما تفاوت بین دو گروه در متغیر اجتماع ($P = 0/87$) و مدرسه ($P = 0/26$)، معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: ابتلای والدین به بیماری‌های مزمن همچون سرطان، اگرچه باعث بروز مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان می‌گردد، اما در عین حال می‌تواند زمینه‌های ایجاد رفتارهای جبرانی مانند پیشرفت در مدرسه را به منظور ایجاد خرسندی برای والد یا جبران احساس کودک به بی‌کفایتی پزشک، فراهم آورد.

واژه‌های کلیدی: سرطان، مشکلات رفتاری - هیجانی، مهارت‌های کودکان

ارجاع: حاج رسولیها مژگان، یزدخواستی فریبا، عریضی حمید رضا. رابطه مشکلات رفتاری - هیجانی و مهارت‌های کودکان با والدین مبتلا به سرطان در مقایسه با کودکان با والدین عادی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۳): ۴۰۸-۴۰۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۵/۲۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۰

مقدمه

تأثیرات مهم مشکلات رفتاری - هیجانی دوران کودکی و این که تا چه اندازه می‌تواند رشد کودک را در سال‌های بعدی زندگی تخریب کند، همواره حایز اهمیت بوده است. به گفته Berk، عملکرد خانواده برای تضمین سلامت کودکان خیلی مهم‌تر از ساختار خانواده است. بر خلاف این که روابط والد - فرزند تغییر می‌کند، خانواده کماکان تأثیر نیرومندی در اواسط کودکی دارد. در این میان، مشکلات والدین در زمینه‌های جسمی، احتمال وقوع مشکلات متعدد از جمله مشکلات رفتاری را در کودکان افزایش می‌دهد (۱). اگرچه بیماری‌های مزمن پزشکی ممکن است عواقب جدی برای بیماران جسمی داشته باشد، با این حال خانواده بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). در میان بیماری‌های مزمن پزشکی، می‌توان به سرطان اشاره کرد. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO)، سرطان بیماری است

که در آن سلول‌های بدن در یک تومور بدخیم به طور غیر عادی تقسیم و تکثیر می‌شوند و بافت‌های سالم را نابود می‌کنند (۳).

تشخیص بیماری سرطان والدین از جمله مواردی است که باعث بروز مشکلات رفتاری - هیجانی و کاهش مهارت‌های کودکان می‌گردد (۴). منظور از مشکلات رفتاری، انحراف از رفتاری است که برای سن کودک بهنجار تلقی می‌شود (۵). مشکل رفتاری، به رفتار فردی اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع دور و دارای شدت، تکرار و مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد؛ به طوری که در عملکردهای تحصیلی - رفتاری، دچار درماندگی و یا کاهش میزان کارایی گردد (۶). بسیاری از مشکلات خاص کودکان در دو مقوله گسترده نشانگان‌های درونی و بیرونی می‌گنجد. نشانگان‌های درونی شامل اضطراب - افسردگی، گوشه‌گیری و از خودبیزاری و نشانگان‌های بیرونی شامل پرفعالیتی، کنترل

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: فریبا یزدخواستی

Email: faribayazdkhasti@edu.ui.ac.ir

شناختی هستند (۱۵).

نتایج بررسی دیگری نشان داد که ۲۱ درصد پسران و ۳۵ درصد دختران دارای والدین مبتلا به سرطان، دارای افزایش پاسخ‌های استرسی هستند. دختران به خصوص کسانی که دارای مادر بیمار بودند، نسبت به پسران اجتناب بیشتری داشتند. این کودکان دارای علایم پاسخ به استرس بودند و مشکلات درونی و شناختی بیشتری را تجربه می‌کردند (۲۱). با وجود این که مشکلات هیجانی- رفتاری در کودکان این والدین مشاهده می‌شود، اما می‌توان این مشکلات را در گروه‌های طبیعی نیز مشاهده نمود (۹). Sieh و همکاران طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که کودکان دارای پدر و مادر مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی به جز گروه مبتلا به سرطان، دارای مشکلات رفتاری درونی هستند (۲۲) و آثار مشکلات رفتاری درونی- بیرونی در این کودکان زیاد است (۷). نتایج مطالعه Vannatta و همکاران نیز نشان داد که کودکان دارای مادران مبتلا به سرطان، ممکن است در معرض خطر مشکلات رفتاری بیرونی باشند، به ویژه زمانی که پدر و مادر مضطرب هستند (۲۳). همچنین، در خصوص مشکلات رفتاری بیرونی شده، کودکانی که یکی از والدین آن‌ها دارای بیماری مزمن پزشکی بود، یک‌سال بعد از بهبود والد، این کودکان نیز بهبود یافته بودند (۲۴).

با وجود انجام پژوهش‌های فراوان، نتایج مختلفی از میان مطالعات بین گروهی که در آن‌ها کودکان و نوجوانان دارای پدر و مادر مبتلا به سرطان بودند، در مقایسه با گروه شاهد به دست آمده است. بعضی تحقیقات نشان داده‌اند که عملکرد کودکان و نوجوانان گروه دارای والدین بیمار، مشابه و یا بهتر از عملکرد گروه شاهد است (۲۵). مطالعات کیفی نیز در این خصوص یافته‌هایی گزارش کرده‌اند؛ از جمله این که کودکان دبستانی هیچ حمایتی برای کنار آمدن با وضعیت ندارند و نیز قادر به تمرکز و انجام تکالیف در مدرسه نیستند (۱۵) و عملکرد ضعیف خانواده، با بروز مشکلات رفتاری درونی و بیرونی در نوجوانان همراه است (۲۶).

بر اساس آنچه در پژوهش‌های کمی و کیفی پیشین اشاره شد، می‌توان ادعا نمود که مطالعات انجام شده بیشتر بر رابطه بیماری مزمن والدین با مشکلات رفتاری درونی شده متمرکز می‌باشد و تحقیقاتی که به رابطه این بیماری‌ها در والدین با مشکلات بیرونی شده و مهارت‌های کودکان پرداخته باشد، اندک است. همچنین، تحقیقی که شامل همه مؤلفه‌های مهارت در داخل کشور باشد، یافت نشد. با توجه به شیوع روزافزون بیماری سرطان در سال‌های اخیر به ویژه در اصفهان و نیز تأثیر بیماری والدین بر مشکلات رفتاری- هیجانی و مهارت‌های کودکان و نوجوانان و همچنین، عدم توانمندی در مهارت‌های اجتماعی و عاطفی که در طول زمان مشکلات بیشتری برای فرد به وجود می‌آورد و تأثیر عمیقی بر رفتار روزمره کودک می‌گذارد؛ پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سرطان والدین با مشکلات رفتاری- هیجانی درونی و بیرونی شده و مهارت‌های کودکان ۶ تا ۱۲ ساله انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تحقیقات علی- مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی (Ex post facto) بود (۲۷) و جامعه آماری آن را کودکان دختر و پسر ۶ تا ۱۲ ساله دارای والدین مبتلا به سرطان و والدین عادی ساکن شهر اصفهان تشکیل دادند. برای محاسبه حجم نمونه در پژوهش حاضر، دو شیوه واریانس بیشینه صفت (متغیر وابسته در تحقیقات آزمایشی) و اندازه اثر وجود داشت. در

ضعیف رفتار، پرخاشگری و بزهکاری، مشکلات توجهی، مشکلات در تفکر و مشکلات اجتماعی می‌باشد (۵). مشکلات هیجانی زمانی بیان می‌شود که کودک یا نوجوان قادر به کنترل هیجان و رفتار خود نباشد (۶). همچنین، منظور از مهارت‌های کودکان، مجموعه فعالیت‌ها، اجتماع و عملکرد در مدرسه می‌باشد. پژوهش‌های بسیاری در این راستا انجام شده است. نتایج تحقیق Sieh و همکاران نشان داد که کودکان دارای پدر و مادر مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی در مقایسه با گروه شاهد، مشکلات رفتاری درونی بیشتری دارند (۷). Watson و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که نوجوانان مسایل مربوط به ارتباطات خانوادگی را که با مشکلات رفتاری درونی همراه بود، گزارش کرده‌اند. همچنین، مادران مبتلا به سرطان سینه، دارای کودکان با مشکلات رفتاری در سنین مدرسه بودند (۸).

به طور کلی شواهد نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان دارای والدین بیمار در مقایسه با گروه شاهد، سطوح بالای مشکلات روانی را نشان نمی‌دهند، اما در معرض خطر ابتلا به مشکلات رفتاری درونی قرار دارند (۹). در واقع، کودکانی که با سرطان والدین خود مواجه هستند، سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی را به نمایش می‌گذارند (۱۰). بر این اساس، افراد زیر ۲۱ سال که از پدر و مادر یا خویشاوندان بزرگسال دارای بیماری مزمن پزشکی مراقبت کرده بودند، نمرات بالاتری در افسردگی را گزارش نمودند و این مراقبان جوان در معرض خطر افسردگی در بزرگسالی قرار دارند (۱۱). درکل، مشکلات هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله دارای والدین مبتلا به سرطان، بیشتر گزارش شده است (۲).

در ایران نیز بروز سرطان در والدین باعث بروز مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی در کودکان می‌گردد؛ به طوری که ۳۷ درصد این کودکان دچار ترس، ۷۲ درصد دچار رفتارهای برگشتی و ۶۱ درصد دچار مشکلات ارتباطی می‌شوند (۱۲). مشکلات بیرونی شده کودکان دارای مادر مبتلا به سرطان سینه، با نمره کل افسردگی مادر رابطه مثبت و معنی‌داری را نشان داد (۱۳). از طرف دیگر، بیماری مزمن والدین، زندگی خانوادگی، مدرسه و زمان بودن با دوستان کودکان‌شان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). اختلال در عملکرد خانواده، مشکلات کلی و بیرونی و افسردگی مادر، پیش‌بینی کننده مشکلات درونی کودکان است (۱۵). در این راستا، مهارت‌های کودکان نیز در برخی ابعاد دستخوش تغییر می‌شود. Visser و همکاران گزارش کردند، با وجود این که هیچ گونه تغییری در صلاحیت اجتماعی (مهارت تعامل‌های اجتماعی و فعالیت‌های اوقات فراغت) بین کودکان با والدین مبتلا به سرطان و گروه شاهد وجود ندارد، اما در متغیر مدرسه تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه مشاهده می‌شود (۱۶).

از طرف دیگر، در خانواده‌های دارای والدین مبتلا به سرطان، عملکرد خانواده بر مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان تأثیر می‌گذارد (۱۷)؛ چرا که نشانگان بالینی افسردگی در بین افراد مبتلا به سرطان شایع است (۱۸). نکته حایز اهمیت این است که نشانگان افسردگی والدین زمانی که فرزندان آن‌ها در کودکی و اوایل نوجوانی به سر می‌برند، پیش‌بینی کننده مشکلات درونی شده در آن‌ها می‌باشد (۱۹). در خصوص مشکلات عاطفی و هیجانی، یافته‌های پژوهش Houck و همکاران نیز نشان داد که کودکان دبستانی از نظر مشکلات عاطفی در حد نرمال هستند (۲۰)؛ در حالی که مطالعه دیگری افزایش مشکلات عاطفی را در کودکان سنین دبستان (۱۲-۶ سال) به ویژه در دختران دارای مادر مبتلا به سرطان گزارش کرد. این کودکان دارای محدودیت در عملکرد فیزیکی و

(طبقه‌بندی نشده)» تقسیم‌بندی شده است. زیرگروه درونی شده شامل «گوشه‌گیری، شکایات بدنی، اضطراب- نگرانی» و زیرگروه بیرونی شده شامل «مشکلات اجتماعی، مشکلات فکری، مشکلات توجهی و پرخاشگری» می‌باشد. بر طبق ضریب Cronbach's alpha که توسط Achenbach محاسبه گردید، نمره کل مهارت در پسران ۰/۵۷ و در دختران ۰/۶۲ و نمره کل مشکلات رفتار کودک در پسران و دختران ۰/۹۶ به دست آمد.

مقیاس CBCL توسط یزدخواستی هنجاریابی شد و ضریب Cronbach's alpha در نمره کل مهارت در پسران ۰/۵۶ و در دختران ۰/۸۴ و نمره کل مشکلات رفتار کودک در پسران و دختران به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۵ محاسبه گردید (۳۴). در پژوهش حاضر، ضریب پایایی در جمعیت کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۱ و به شیوه دومینه‌سازی، ۰/۹۰ گزارش شد. همچنین، ضریب پایایی در جمعیت کودکان دارای والدین عادی، با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۴ و به شیوه دومینه‌سازی، ۰/۸۷ برآورد گردید.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی به دست آمده و نتایج آزمون Mann-Whitney-U در جدول ۱ ارائه شده است.

بر اساس داده‌های جدول ۱، کاهش معنی‌داری در میانگین نمرات متغیر فعالیت و مدرسه در گروه دارای والدین عادی مشاهده شد. همچنین، میانگین متغیر فعالیت در دختران هر دو گروه نسبت به پسران بالاتر بود. به منظور بررسی استنباطی فرضیه‌ها، از روش تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید. برای این کار لازم است ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره شامل پیش‌فرض نرمال بودن و پیش‌فرض‌های تساوی کواریانس‌ها و تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

محاسبات تحلیل توانی برای حجم نمونه از فرمول $V_1 + V_2 + 1 = N$ استفاده می‌گردد (۲۸، ۲۹) که در آن $V_1 = 1$ می‌باشد. به دلیل این که دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته‌اند، درجه آزادی (Degree of freedom یا df) برابر با ۲ و $V_2 = 1 \times df$ است. اندازه اثر با کمک برخی مطالعات (۳۰-۳۲، ۱۱، ۹) و با استفاده از رابطه ۱ محاسبه گردید که $d = 0.61$ به دست آمد و V_2 از روی جدول تحلیل واریانس (۳۳)، برابر با ۸۰ بود.

$$d = \frac{\sum d_i N_i}{\sum N_i}$$

بنابراین، حجم نمونه ۸۰ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به فرمول، ۸۰ نفر از کودکان دختر و پسر ۶ تا ۱۲ ساله دارای والدین مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز درمانی سرطان بیمارستان سیدالشهدا (ع) (امید) شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. یک نمونه ۸۰ نفره نیز از کودکان دختر و پسر ۶ تا ۱۲ ساله دارای والدین با سلامت جسمانی به شیوه در دسترس برگزیده شدند. این نمونه‌ها بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی هم‌تاسازی شدند.

جهت جمع‌آوری نمونه، با هماهنگی قبلی با مسئولان مرکز درمانی سرطان سیدالشهدا (ع) (امید)، به مدت ۴ ماه به این مرکز مراجعه شد و نمونه کودکان با والدین مبتلا به سرطان به دست آمد. جهت جمع‌آوری نمونه کودکان با والدین عادی، پژوهشگر با هماهنگی قبلی با مدیران دو مدرسه در سطح شهر اصفهان، به آن‌ها مراجعه و نمونه مورد نظر را جمع‌آوری کرد. داده‌ها پس از انجام محاسبات آماری لازم، در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ (version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، از مقیاس ارزیابی مشکلات رفتاری-هیجانی و مهارت‌های کودک فرم ارزیابی والد (Child Behavior Checklist یا CBCL) استفاده گردید. این پرسش‌نامه توسط Achenbach ساخته شده است و در آن مشکلات رفتاری به سه گروه «درونی شده، بیرونی شده و مشکلات نه درونی شده و نه بیرونی شده

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های دو گروه دارای والدین مبتلا به سرطان و والدین عادی به تفکیک جنسیت

متغیر	شاخص	میانگین						انحراف معیار						آزمون Mann-Whitney-U	مقدار P
		والدین مبتلا به سرطان			والدین عادی			والدین مبتلا به سرطان			والدین عادی				
		پسران	دختران	کل	پسران	دختران	کل	پسران	دختران	کل	پسران	دختران	کل		
مهارت‌ها	فعالیت	۱۶/۲۰	۱۷/۰۰	۱۶/۶۰	۱۳/۸۷	۱۴/۱۴	۱۴/۰۳	۲/۴۸	۲/۴۸	۲/۴۹	۲/۵۵	۲/۳۶	۲/۴۳	۱۴۸۵/۰	۰/۰۱
	اجتماع	۱۳/۰۹	۱۲/۹۶	۱۳/۰۲	۱۳/۸۴	۱۳/۸۳	۱۳/۸۳	۱/۹۴	۲/۵۶	۲/۲۵	۱/۸۳	۱/۶۸	۱/۷۳	۲۶۳۹/۰	۰/۰۵
	مدرسه	۳۰/۴۰	۲۹/۴۴	۲۹/۷۴	۲۹/۹۰	۲۹/۲۸	۲۹/۵۳	۲/۷۷	۲/۶۰	۲/۶۹	۲/۹۵	۳/۹۹	۳/۵۹	۳۰۷۷/۵	۰/۶۷
مشکلات	گوشه‌گیری	۲/۹۹	۴/۷۵	۳/۸۷	۱/۱۹	۱/۸۰	۱/۵۵	۲/۹۹	۳/۹۹	۳/۶۲	۱/۳۱	۲/۵۹	۲/۱۷	۱۷۵۷/۰	۰/۰۱
درونی شده	شکایت‌های بدنی	۳/۲۸	۲/۴۸	۳/۳۸	۱/۲۱	۲/۱۶	۱/۷۶	۳/۲۶	۲/۳۵	۲/۸۳	۱/۷۴	۳/۲۶	۲/۶۷	۱۹۴۶/۵	۰/۰۱
	اضطراب-افسردگی	۸/۳۶	۹/۷۲	۹/۰۴	۳/۴۴	۵/۲۵	۴/۵۰	۴/۴۳	۵/۲۴	۴/۸۷	۳/۲۴	۴/۷۰	۴/۲۳	۱۴۸۴/۵	۰/۰۱
مشکلات	رفتارهای بیرونی	۳/۰۵	۱/۷۵	۲/۴۰	۱/۴۲	۱/۸۹	۱/۷۰	۳/۲۸	۱/۵۶	۲/۶۴	۱/۷۳	۱/۹۲	۱/۸۵	۲۷۰۶/۰	۰/۰۸
شده	رفتارهای پرخاشگرانه	۹/۱۸	۷/۵۸	۸/۳۸	۵/۰۵	۶/۹۰	۶/۱۴	۶/۵۰	۵/۱۱	۵/۸۶	۴/۰۲	۵/۴۶	۴/۹۷	۲۴۶۴/۵	۰/۰۱

جدول ۲. نتایج آزمون Wilks' lambda نمرات ابعاد مشکلات

نوع مشکل	منبع تأثیرات	مقدار ویژه	F	شاخص‌ها			توان آماری
				درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	مقدار P	
مشکلات	سن	۰/۹۹	۰/۱۵	۳	۱۵۶	۰/۹۲	۰/۰۷
درونی	ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان	۰/۷۷	۱۴/۹۷	۳	۱۵۶	۰/۰۱	۱/۰۰
شده	جنسیت	۰/۹۵	۲/۳۸	۳	۱۵۶	۰/۰۷	۰/۵۸
	تعامل ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان و جنسیت	۰/۹۷	۱/۴۲	۳	۱۵۶	۰/۲۳	۰/۳۷
مشکلات	سن	۰/۹۹	۰/۰۴	۲	۱۵۴	۰/۹۶	۰/۰۵
بیرونی	ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان	۰/۹۵	۳/۸۹	۲	۱۵۴	۰/۰۲	۰/۶۹
شده	جنسیت	۰/۹۸	۱/۴۱	۲	۱۵۴	۰/۲۴	۰/۳۰
	تعامل ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان و جنسیت	۰/۹۶	۳/۱۵	۲	۱۵۴	۰/۰۴	۰/۵۹

از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید. در جدول ۲ ابتدا نتایج آزمون Wilks' lambda (برای تحلیل چند متغیره) و سپس نتایج تحلیل کواریانس ارائه شده است. اهمیت استاندارد به Robustness، به این دلیل است که اثر تعامل در هیچ کدام از تحلیل‌های ناپارامتریک وجود نداشت و یکی از تلاش‌های مطالعه حاضر، بررسی اثر تعاملی جنسیت و ابتلا به سرطان بود. نتایج آزمون Wilks' lambda به تفکیک هر یک از ابعاد مشکلات در جدول ۲ آمده است.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره به تفکیک هر یک از ابعاد مشکلات در جدول ۳ ارائه شده است.

آماره مربوط به آزمون Shapiro-Wilk با درجه آزادی برابر با ۸۰، در بعد مهارت بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۳، در بعد مشکلات درونی شده بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۷ و در بعد مشکلات بیرونی شده بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ معنی‌دار بود. همچنین، نتایج آزمون Box برای ابعاد مهارت ($M = ۴۵/۹۸$)، مشکلات درونی شده ($M = ۶۴/۸۷$) و مشکلات بیرونی شده ($M = ۴۰/۷۲$) با مقادیر F به ترتیب ۲/۴۶، ۳/۴۷، ۴/۴۱ و ۱/۹۸ همگی معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۱$). بنابراین، پیش شرطها برای تحلیل کواریانس تحقق نیافت. با این حال، به دلیل این که افراد دو گروه برابر بودند و بنا بر شرط Robustness (پایایی آماره‌ها) (۳۶، ۳۵) و به این علت که α اسمی (۰/۰۵) در این حالت تا حدودی برابر با α واقعی می‌باشد،

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره به تفکیک هر یک از ابعاد مشکلات در دو گروه والدین مبتلا به سرطان و والدین عادی

نوع مشکل	نوع اثر	منبع تأثیرات	مشکلات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	شاخص‌ها			توان آماری
						میانگین مجزورات	F	مقدار P	
مشکلات	اثر	ابتلا/ عدم ابتلای والدین	گوشه‌گیری	۲۱۹/۰۹	۱	۲۱۹/۰۹	۲۵/۳۸	۰/۰۱	۰/۹۹
درونی	اصلی	به سرطان	شکایات بدنی	۱۱۳/۱۲	۱	۱۱۳/۱۲	۱۴/۳۶	۰/۰۱	۰/۹۶
شده			اضطراب- افسردگی	۸۶۶/۸۵	۱	۸۶۶/۸۵	۴۲/۰۱	۰/۰۱	۱/۰۰
		جنسیت	گوشه‌گیری	۵۴/۲۰	۱	۵۴/۲۰	۶/۲۷	۰/۰۱	۰/۷۰
			شکایات بدنی	۱۲/۷۸	۱	۱۲/۷۸	۱/۶۲	۰/۲۰	۰/۲۴
			اضطراب- افسردگی	۹۹/۱۸	۱	۹۹/۱۸	۴/۸۰	۰/۰۳	۰/۵۸
	اثر	تعامل ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان و جنسیت	گوشه‌گیری	۱۴/۰۸	۱	۱۴/۰۸	۱/۶۳	۰/۲۰	۰/۲۴
	تعاملی		شکایات بدنی	۵/۰۱	۱	۵/۰۱	۰/۶۳	۰/۴۲	۰/۱۲
			اضطراب- افسردگی	۲/۱۶	۱	۲/۱۶	۰/۱۰	۰/۷۴	۰/۰۶
مشکلات	اثر	ابتلا یا عدم ابتلای والدین	رفتارهای بزهکارانه	۲۱/۸۳	۱	۲۱/۸۳	۴/۳۱	۰/۰۳	۰/۵۴
برونی	اصلی	به سرطان	رفتارهای پرخاشگرانه	۲۲۷/۹۷	۱	۲۲۷/۹۷	۷/۷۴	۰/۰۱	۰/۷۹
شده		جنسیت	رفتارهای بزهکارانه	۶/۷۵	۱	۶/۷۵	۱/۳۳	۰/۲۴	۰/۲۱
			رفتارهای پرخاشگرانه	۰/۶۸	۱	۰/۶۸	۰/۰۲	۰/۸۷	۰/۰۵
	اثر	تعامل ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان و جنسیت	رفتارهای بزهکارانه	۳۱/۱۱	۱	۳۱/۱۱	۶/۱۵	۰/۰۱	۰/۶۹
	تعاملی								
		ابتلا یا عدم ابتلای والدین به سرطان	رفتارهای پرخاشگرانه	۱۱۶/۱۰	۱	۱۱۶/۱۰	۳/۹۴	۰/۰۴	۰/۵۰

جدول ۴. نتایج آزمون Wilks' lambda نمرات ابعاد مهارت‌ها (فعالیت، اجتماع و مدرسه)

منبع تأثیرات	شاخص‌ها	مقدار ویژه F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
سن	۰/۹۸	۰/۷۰	۳	۱۵۳	۰/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان	۰/۷۳	۱۸/۸۱	۳	۱۵۳	۰/۰۱	۰/۲۷	۱/۰۰
جنسیت	۰/۹۸	۱/۰۰	۳	۱۵۳	۰/۳۹	۰/۰۱	۰/۲۷
تامل ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان و جنسیت	۰/۹۹	۰/۱۸	۳	۱۵۳	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۹۶

با توجه به داده‌های جدول ۵، از میان ابعاد مهارت (فعالیت، اجتماع و مدرسه) در کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان و دارای والدین عادی، تنها در بعد فعالیت تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد؛ به گونه‌ای که میزان بعد فعالیت در کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان، به طور معنی‌داری بالاتر از گروه دارای والدین عادی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر به بررسی ارتباط سرطان والدین با مشکلات رفتاری-هیجانی و مهارت‌های کودکان آن‌ها پرداخته شد. بر این اساس، نتایج به دست آمده نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان و والدین عادی در متغیر فعالیت وجود دارد که این یافته با نتایج مطالعات Edwards و همکاران (۲۶) و منتصری و شریف (۱۲) همسو می‌باشد، اما با نتایج تحقیق Visser و همکاران (۱۶) ناهمسو بود. بر اساس نظریه Adler، در تبیین این یافته می‌توان گفت که کودکان احساس‌های حقارتی دارند که آن‌ها را برای جبران کردن درماندگی و وابستگی با انگیزه می‌کند. آن‌ها در این تلاش‌ها برای جبران، رشته‌ای از رفتارها را فرامی‌گیرند که در این رفتارها الگویی برای جبران کردن حقارت ترتیب یافته است (۳۷). از طرف دیگر، با اشاره به مصاحبه والدین، ممکن است کودکان برای دور شدن از والد بیمار سعی کنند وقت خود را با فعالیت‌های جسمی یا سرگرمی پر کنند تا بدین وسیله کمتر با والد بیمار در تماس باشند. همچنین، شاید ترس از ابتلا باعث می‌شود که کودکان فعالیت جسمی و ورزشی خود را افزایش دهند.

با توجه به داده‌های جدول ۳، در هر یک از سه بعد مشکلات درونی شده (گوشه‌گیری، شکایات بدنی و اضطراب-افسردگی)، تفاوت معنی‌داری بین کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان و والدین عادی وجود داشت؛ به طوری که نمرات گروه دارای والدین عادی در هر سه بعد مشکلات درونی شده، به طور معنی‌داری کمتر از گروه دارای والدین مبتلا به سرطان بود، اما تفاوت‌های جنسیتی در هیچ یک از ابعاد مشکلات درونی شده معنی‌دار نبود.

همچنین، می‌توان گفت که از میان ابعاد مشکلات بیرونی شده، تنها در بعد رفتارهای پرخاشگرانه بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که نمرات گروه دارای والدین عادی، به طور معنی‌داری کمتر از گروه دارای والدین مبتلا به سرطان به دست آمد. تفاوت‌های جنسیتی صرف نظر از وضعیت ابتلای والدین به سرطان، در هیچ یک از ابعاد مشکلات بیرونی شده، معنی‌دار نبود.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، میان ابعاد مشکلات نه کاملاً درونی شده و نه کاملاً بیرونی شده، در دو بعد مشکلات اجتماعی و مشکلات توجه بین دو گروه دارای والدین مبتلا به سرطان و دارای والدین عادی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ به گونه‌ای که نمرات گروه دارای والدین عادی به طور معنی‌داری کمتر از گروه دارای والدین مبتلا به سرطان به دست آمد. همچنین، تفاوت‌های جنسیتی صرف نظر از وضعیت ابتلای والدین به سرطان، در هیچ کدام از ابعاد مشکلات نه کاملاً درونی شده و نه کاملاً بیرونی شده، معنی‌دار نبود.

نتایج آزمون Wilks' lambda به تفکیک هر یک از ابعاد مهارت‌ها در جدول ۴ و نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره به تفکیک ابعاد مهارت در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره به تفکیک هر یک از ابعاد مهارت با کنترل متغیر سن در دو گروه

منبع تأثیرات	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان	فعالیت	۲۶۲/۹۲	۱	۲۶۲/۹۲	۴۴/۹۲	۰/۰۱	۰/۲۱	۱/۰۰
	اجتماع	۲۵/۰۶	۱	۲۵/۰۶	۶/۰۶	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۶۸
	مدرسه	۱/۳۷	۱	۱/۳۷	۰/۱۳	۰/۷۱	۰/۰۱	۰/۶۶
جنسیت	فعالیت	۱۱/۲۹	۱	۱۱/۲۹	۱/۸۴	۰/۱۷	۰/۰۱	۰/۲۷
	اجتماع	۰/۱۷	۱	۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۰۱	۰/۰۵
	مدرسه	۱۳/۶۱	۱	۱۳/۶۱	۱/۳۵	۰/۲۴	۰/۰۱	۰/۲۱
تامل ابتلا/ عدم ابتلای والدین به سرطان و جنسیت	فعالیت	۲/۶۵	۱	۲/۶۵	۰/۴۳	۰/۵۱	۰/۰۱	۰/۱۰
	اجتماع	۰/۲۶	۱	۰/۲۶	۰/۰۶	۰/۸۰	۰/۰۱	۰/۰۵
	مدرسه	۰/۲۸	۱	۰/۲۸	۰/۰۲	۰/۸۶	۰/۰۱	۰/۰۵

در متغیر مدرسه، تفاوت بین دو گروه کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان با والدین عادی معنی‌دار نبود و در قسمت مطالعه کیفی پژوهش حاضر که بر اساس مصاحبه با والدین انجام گرفت، عملکرد ۷۰ درصد کودکان در مدرسه در حد متوسط و بیشتر از متوسط بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های منتصری و شریف (۱۲)، Wolfson (۱۳) و Lackey و Gates (۱۴) همخوانی نداشت. این یافته بر طبق نظر Visser و همکاران (۱۶)، می‌تواند به دلیل حمایت کودکان از والدین مبتلا به سرطان خود باشد. همچنین، یافته مذکور را می‌توان بر اساس نظریه Adler توجیه کرد و مسأله احساس حقارت و جبران بر طبق این نظریه در اینجا نیز مطرح است (۳۰).

شرکت کنندگان پژوهش در مصاحبه مربوط به مطالعه کیفی بیان کردند که دلایل رفتارهای متفاوت در کودکان شامل نگرانی در مورد شرایط اقتصادی خانواده، ایجاد خرسندی برای والد بیمار، احساس گناه کودک، تفکر کودک در مورد بی‌کفایتی پزشک و تصمیم کودک برای پزشک شدن می‌باشد. همچنین، کودکان برای اجتناب از مواجهه با والد بیمار، بیشتر وقت خود را صرف مطالعه و فعالیت‌های مدرسه می‌کنند. همان‌گونه که انتظار می‌رفت، بین مشکلات درونی شده (گوشه‌گیری، شکایت‌های بدنی و اضطراب-افسردگی) کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان و دارای والدین عادی تفاوت معنی‌داری وجود داشت که این یافته با پژوهش‌های کمی پیشین همچون Gheihman و همکاران (۱۸)، Reeb و همکاران (۱۹)، Houck و همکاران (۲۰)، Visser و همکاران (۱۶)، Huizinga و همکاران (۲۱)، Visser و همکاران (۹)، Lackey و Gates (۱۴)، Diareme و همکاران (۱۵)، Vannatta و همکاران (۲۳)، Gazendam-Donofrio و همکاران (۱۷)، Thastum و همکاران (۲۵) و Sieh و همکاران (۲۲) مشابه بود.

بر اساس نتایج پژوهش کیفی Watson و همکاران، خطر مشکلات عاطفی در کودکان دارای والد مبتلا به سرطان به ضعف عملکرد خانواده و پاسخ عاطفی کم مربوط می‌شود که توسط کودک و والدین گزارش شد (۸). علاوه بر این، در توجیه این یافته بر طبق نظریه سیستم خانواده، یک اتفاق در زندگی یک عضو خانواده می‌تواند زندگی و آینده دیگر اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. با شروع بیماری والدین، اغلب آن‌ها در وظیفه مراقبت از کودک و مسؤولیت‌های خود اهمال می‌کنند. مواجهه با سرطان برای کودکان به این معنی است که والدین و خانواده نمی‌توانند آنان را مثل همیشه حمایت نمایند. در طی بیماری مزمن والدین مانند سرطان، کودکان به دلیل احتمال فوت والدین، با

عواطف مختلف همچون ترس، غم و اندوه و خشم مواجه می‌شوند (۹). روانکاوان از جمله Freud نیز افسردگی را به از دست دادن واقعی یا خیالی موضوعی مورد علاقه و Bowlby آن را به جدایی از مادر یا دیگر مظاهر قدرت در کودکی نسبت می‌دهد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، تفاوت معنی‌داری بین مشکلات بیرونی شده (پرخاشگرانه) کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان و والدین عادی مشاهده شد که این یافته با نتایج تحقیقات Visser-Meily و همکاران (۲)، Lackey و Gates (۱۴)، Diareme و همکاران (۱۵)، Thastum و همکاران (۲۵)، Gazendam-Donofrio و همکاران (۱۷) و Torp و همکاران (۳۱) همسو می‌باشد. مطابق با یافته‌های مطالعه کیفی Watson و همکاران، انسجام ضعیف خانواده با مشکلات رفتاری بیرونی بیشتری همراه می‌باشد. از طرف دیگر، در مدل سیستم خانواده به مشکلات سلوکی به منزله مشکلاتی نگریسته می‌شود که خاص کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیری است که در روابط والد-فرزندی مشکل‌آفرین درگیر هستند و در بافت خانواده آشفته و توأم با بی‌نظمی زندگی می‌کنند (۸).

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که از آن جمله می‌توان به محدود بودن دسترسی به افراد مبتلا به سرطان دارای فرزند ۶ تا ۱۲ سال و همچنین، کمبود مطالعات مشابه در ایران اشاره نمود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد کاربردی نویسندگان به مدیران آموزش و پرورش این است که جهت بررسی مهارت‌های دانش‌آموزان پسر و دختر دارای والدین مبتلا به سرطان، زمینه انجام پژوهش‌هایی مانند بررسی حاضر را فراهم سازند و اقدامات روان درمانی مناسب را در جهت رفع مشکلات احتمالی این دانش‌آموزان اعمال نمایند. همچنین، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا با توجه به در نظر گرفتن وابسته‌های فرهنگی و انجام پژوهش‌هایی مشابه با این مطالعه و همراه با نمونه‌های بزرگ‌تر از شرکت کنندگان، در جهت بررسی نظریه‌های رشدی و تأثیری که بیماری مزمن سرطان والدین بر رشد کودک می‌تواند داشته باشد، گام‌های مؤثری بردارند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مسؤولان بیمارستان سیدالشهدا (ع) (امید) که در انجام پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Berk L. Development through the lifespan. Trans. Seyedmohammadi Y. Tehran, Iran: Arassbaran Publications; 2007. p. 556. [In Persian].
2. Visser-Meily A, Post M, Meijer AM, Maas C, Ketelaar M, Lindeman E. Children's adjustment to a parent's stroke: determinants of health status and psychological problems, and the role of support from the rehabilitation team. J Rehabil Med 2005; 37(4): 236-41.
3. Iranian Cancer Association. 2013; www.ica.org.ir
4. Grabiak BR, Bender CM, Puskar KR. The impact of parental cancer on the adolescent: an analysis of the literature. Psychooncology 2007; 16(2): 127-37.
5. Mussen PH, Keegan J, Kanjr J J. Child development and personality. Trans. Yasae M. Tehran, Iran: Maad Publications; 2007. p. 463-4. [In Persian].
6. Khazaei T, Khazaei MH, Khazaei M. The prevalence of behavioral problems in children in Birjand. J Birjand Univ Med Sci 2005; 12(1-2): 79-85. [In Persian].
7. Sieh DS, Visser-Meily JM, Meijer AM. Differential outcomes of adolescents with chronically ill and healthy parents. J Child

- Fam Stud 2013; 22(2): 209-18.
8. Watson M, St James-Roberts I, Ashley S, Tilney C, Brougham B, Edwards L, et al. Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. *Br J Cancer* 2006; 94(1): 43-50.
 9. Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, van der Graaf WT, Hoekstra-Weebers JE. Parental cancer: characteristics of parents as predictors for child functioning. *Cancer* 2006; 106(5): 1178-87.
 10. Howell KH, Barrett-Becker EP, Burnside AN, Burnside AN, Wamser-Nanney R, Layne CM. Children facing parental cancer versus parental death: the buffering effects of positive parenting and emotional expression. *J Child Fam Stud* (2016) 25: 152 2016; 25(1): 152-64.
 11. Shifren K, Kachorek LV. Does early caregiving matter? The effects on young caregivers' adult mental health. *Int J Behav Dev* 2003; 27(4): 338-46.
 12. Montaseri P, Sharif F. Identify problems and psychosocial children of parents with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci* 2008; 12(2): 26-31. [In Persian].
 13. Wolfson H. Children facing mental breast cancer: examining relations between mental functioning and child psychiatric symptoms [BSc Thesis]. Ann Arbor, MI: University of Michigan; 2014.
 14. Lackey NR, Gates MF. Adults' recollections of their experiences as young caregivers of family members with chronic physical illnesses. *J Adv Nurs* 2001; 34(3): 320-8.
 15. Diareme S, Tsiantis J, Kolaitis G, Ferentinos S, Tsalamani E, Paliokosta E, et al. Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis: a controlled study in Greece. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(6): 309-18.
 16. Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. The impact of parental cancer on children and the family: A review of the literature. *Cancer Treat Rev* 2004; 30(8): 683-94.
 17. Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra HJ, van der Graaf WT, van de Wiel HB, Visser A, Huizinga GA, et al. Family functioning and adolescents' emotional and behavioral problems: when a parent has cancer. *Ann Oncol* 2007; 18(12): 1951-6.
 18. Gheihman G, Zimmermann C, Deckert A, Fitzgerald P, Mischitelle A, Rydall A, et al. Depression and hopelessness in patients with acute leukemia: the psychological impact of an acute and life-threatening disorder. *Psychooncology* 2016; 25(8): 979-89.
 19. Reeb BT, Wu EY, Martin MJ, Gelardi KL, Shirley Chan SY, Conger KJ. Long-term Effects of Fathers' Depressed Mood on Youth Internalizing Symptoms in Early Adulthood. *J Res Adolesc* 2015; 25(1): 151-62.
 20. Houck CD, Rodrigue JR, Lobato D. Parent-adolescent communication and psychological symptoms among adolescents with chronically ill parents. *J Pediatr Psychol* 2007; 32(5): 596-604.
 21. Huizinga GA, Visser A, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Klip EC, Pras E, et al. Stress response symptoms in adolescent and young adult children of parents diagnosed with cancer. *Eur J Cancer* 2005; 41(2): 288-95.
 22. Sieh DS, Meijer AM, Visser-Meily JM. Risk factors for stress in children after parental stroke. *Rehabil Psychol* 2010; 55(4): 391-7.
 23. Vannatta K, Ramsey RR, Noll RB, Gerhardt CA. Associations of child adjustment with parent and family functioning: comparison of families of women with and without breast cancer. *J Dev Behav Pediatr* 2010; 31(1): 9-16.
 24. Visser-Meily A, Post M, Meijer AM, van de Port I, Maas C, Lindeman E. When a parent has a stroke: clinical course and prediction of mood, behavior problems, and health status of their young children. *Stroke* 2005; 36(11): 2436-40.
 25. Thastum M, Watson M, Kienbacher C, Piha J, Steck B, Zachariae R, et al. Prevalence and predictors of emotional and behavioural functioning of children where a parent has cancer: a multinational study. *Cancer* 2009; 115(17): 4030-9.
 26. Edwards L, Watson M, James-Roberts I, Ashley S, Tilney C, Brougham B, et al. Adolescent's stress responses and psychological functioning when a parent has early breast cancer. *Psychooncology* 2008; 17(10): 1039-47.
 27. Gal D, Borg W, Gal J. Kmyvkyfy research methods in education and psychology. Trans. Nasr AR. Tehran, Iran: Samt Publications; 2012. [In Persian].
 28. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Mahwah, NJ: L. Erlbaum Associates; 1987.
 29. Murphy KR, Myers B. Testing the hypothesis that treatments have negligible effects: Minimum-effect tests in the general linear model. *J Appl Psychol* 1999; 84(2): 234-48.
 30. Krauel K, Simon A, Krause-Hebecker N, Czimbalmos A, Bottomley A, Flechtner H. When a parent has cancer: challenges to patients, their families and health providers. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2012; 12(6): 795-808.
 31. Torp S, Thoresen L, Gronningsater AB, Grov EK, Gustavsen K. Financial and social effects on children and adolescents when a parent is diagnosed with cancer. *Child Adolesc Soc Work J* 2013; 30(4): 293-310.
 32. Phillips F. Adolescents living with a parent with advanced cancer: A review of the literature. *Psychooncology* 2014; 23(12): 1323-39.
 33. Rogelberg SG. Handbook of research methods in industrial and organizational psychology. New York, NY: Wiley; 2002.
 34. Yazdkhasti F. Interaction styles and psychological tests. Isfahan, Iran: Payam Alavi; 2010. [In Persian].
 35. Yang L, Couillet R, McKay MR. Minimum variance portfolio optimization in the spiked covariance model. Proceedings of the 48th Asilomar Conference on Signals, Systems and Computers; 2014 Nov 2-4; Grove, CA.
 36. Bentler PM. Covariance structure analysis: Statistical practice, theory, and directions. *Annu Rev Psychol* 1996; 47: 563-92.
 37. Schultz DP, Schultz SE. Theory of personality. Trans. Seyedmohammadi Y. Tehran, Iran: Verayesh Publication; 2010. p. 49. [In Persian].

The Relationship of Behavioral-Emotional Problems and Skills of Children of Parents with Cancer Compared with Control Group

Mozhgan Hajrasuliha¹, Fariba Yazdkhasti², Hamid Reza Oreyzi³

Original Article

Abstract

Aim and Background: This research aimed to study the behavioral-emotional problems and skills of 6 to 12 year-old children of parents with cancer, and compare them with children of healthy parents.

Methods and Materials: The study was conducted with an ex post facto design. The participants included 2 groups of 80 individuals (children of parents with cancer and children of healthy parents) who were selected through convenience sampling. The data collection tool used was the Child Behavior Checklist-Parent Report Form (CBCL). For statistical analysis of the findings, one-way analysis of covariance (ANCOVA), multivariate analysis of covariance (MANCOVA), Mann-Whitney-U test, and correlation coefficient were used.

Findings: There was a significant difference between the two groups regarding the variable of activity ($P = 0.01$). Moreover, there was a significant difference between the two groups in the variable of aggressive behavior in all dimensions of internalized and externalized problems ($P = 0.01$). However, the difference between the groups in the variables of community ($P = 0.87$) and school ($P = 0.26$) was not significant.

Conclusions: Although parents' chronic diseases such as cancer can cause emotional and behavioral problems in children, they can also create the basis for compensatory behaviors, such as advances in school in order to please parents or compensate for the child's dissatisfaction with medical incompetence.

Keywords: Cancer, Behavioral-emotional problems, Children's skills

Citation: Hajrasuliha M, Yazdkhasti F, Oreyzi HR. **The Relationship of Behavioral-Emotional Problems and Skills of Children of Parents with Cancer Compared with Control Group.** J Res Behav Sci 2016; 14(3): 401-8.

Received: 11.12.2015

Accepted: 10.08.2016

1- Department of Clinical Psychology, School of Humanities, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Fariba Yazdkhasti, Email: faribayazdkhasti@yahoo.com