

Comparison of parenting skills in mothers with and without chronic pain

Parisa Moradi Kellardeh. M.A

child and Adolescent clinical psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Vahid SadeghiFiroozabadi. Ph.D.

Department of Applied Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Mahmood Heidari. Ph.D.

Department of Applied Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Mohsen Dehghani. Ph.D.

Department of Clinical and Health Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

مقایسه مهارت‌های فرزندپروری در مادران مبتلا به درد مزمن و فاقد درد مزمن

پریسا مرادی کلارده*

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

وحید صادقی فیروزآبادی

گروه روان‌شناسی بکاربسته، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

محمود حیدری

گروه روان‌شناسی بکاربسته، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

محسن دهقانی

گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Abstract

The aim of this study was to investigate the differences parenting skills in mothers with chronic pain and healthy mothers. This study was causal-comparative and its statistical population was included all women referred to the Pain Clinic of Imam Hossein Hospital, Tehran. Sixty-two mothers with chronic pain and Fifty-eight healthy mothers were evaluated by convenience sampling method and using Alabama Parenting Questionnaire (Frick, 1999) and Von Korff Questionnaire (Von Korff, 1990). The data were analyzed by analysis of variance. Statistical analysis showed that there is significant difference between mothers with chronic pain and healthy mothers in involvement, positive parenting, Inconsistent discipline and poor supervision ($P < .05$), but there was no difference in punishment ($P > .05$).

Keywords: parenting skills, mothers with chronic pain, chronic pain.

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی تفاوت مهارت‌های فرزندپروری در مادران مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن بود. این پژوهش یک مطالعه علی-مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری آن تمامی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان امام حسین^(ع) شهر تهران بودند. تعداد ۶۲ مادر مبتلا به درد مزمن و ۵۸ مادر فاقد درد مزمن از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده پرسشنامه فرزندپروری آلاباما (Frick, 1999)، پرسشنامه شدت درد ون کورف (Von Korff, 1990) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به وسیله آزمون آماری تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و تحلیل آماری نشان داد که بین مادران مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن در ابعاد مشارکت، فرزندپروری مثبت، فقر نظارت و انضباط متناقض تفاوت معنادار وجود دارد ($P < .05$)؛ اما در زمینه تنبیه جسمانی تفاوتی یافت نشد ($P > .05$).

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های فرزندپروری، مادران مبتلا به درد مزمن، درد مزمن.

*. نویسنده مسئول: pari.moradi71@gmail.com

پذیرش: ۹۸/۰۶/۲۴

وصول: ۹۸/۰۱/۲۱

مقدمه

2000) درعین حال زمانی که مادر مبتلا به یک بیماری مزمن باشد، باید فعالیت‌های مرتبط با نقش مادری خود را با مسائل مربوط به بیماری خویش هماهنگ کند (Mitton, Treharne, Hale, Williams & Kitas, 2007).

عوامل و متغیرهای گوناگونی می‌تواند شیوه انجام وظایف فرزندپروری و نحوه پاسخ‌دهی یک مادر به نیازهای فرزندش را تحت تأثیر قرار دهد. عوامل مرتبط شناخته شده در ایفای نقش والدگری شامل منابع شخصی در دسترس والد، حمایت اجتماعی، استرس و فشار روان‌شناختی و ویژگی‌های کودک است. منابع شخصی، حمایت اجتماعی و استرس ممکن است توسط وجود یک بیماری حاد، اختلال مزمن یا ناتوانی در والد تحت تأثیر قرار گیرد (Barlow and et.al, 1999). از جمله اختلالاتی که غالباً افراد در سنین بزرگسالی و میانسالی مبتلا می‌شوند، درد مزمن (Chronic Pain) است.

انجمن بین‌المللی درد، درد مزمن را به صورت یک تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایند که حداقل شش ماه به طول انجامیده است، تعریف می‌کند (International Association for The Study of Pain, 1986). درد مزمن دارای ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، شناختی و هیجانی بوده و نحوه تفکر، نگرش، احساس و رفتار فرد بیمار در قبال بیماری‌اش، بر تداوم بیماری، میزان بهبودی و نیز عملکرد وی در سایر حیطه‌ها مانند عملکرد شغلی، فعالیت‌های اجتماعی، روابط زناشویی و رابطه والد-کودک تأثیرگذار خواهد بود (Topcu, 2018).

شیوع درد مزمن در سنین ۲۵ تا ۴۴ سالگی، ۲۰ درصد است که شمار زیادی از این افراد را بزرگسالان والد تشکیل می‌دهند (Solgi, Dehghani & Kavousian, 2015). درد و بیماری مزمن می‌تواند در ایفای مؤثر نقش فرزندپروری مشکلاتی ایجاد نماید. مطالبات جسمانی فرزندپروری همچون تمیز کردن کودک، بلند کردن یا جابه‌جا کردن کودک، غذا دادن و حمام کردن برای مادری که به درد مبتلا است، دشوار است. مطالبات هیجانی همچون نگهداری از یک کودک با نیازها و وابستگی‌های متعدد، بازی کردن با او، تحمل رفتارها و تأمین نیازهایش می‌تواند چالش بزرگی برای یک مادر باشد (Tehranchi, Dehghani & Tahmasian, 2013). این در حالی است که فرزندپروری یک وظیفه

خانواده بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی بوده که رشد و تربیت فرزندان در آن میسر می‌شود. در این بین نقش والدین به‌عنوان کسانی که وظیفه مراقبت و تربیت فرزند را برعهده دارند، بسیار حائز اهمیت است. فرزندپروری دارای ابعاد گوناگون هیجانی، فیزیکی و شناختی بوده که می‌تواند چالش‌های بسیاری را برای یک والد به وجود آورد. چنانچه یک والد مبتلا به بیماری جسمانی یا شرایط ناخوشایند روان‌شناختی باشد، انجام این وظایف نیز دشوارتر خواهد بود. یکی از نقش‌های مهمی که معمولاً هر فرد بزرگسالی بر عهده می‌گیرد، نقش والدینی و متعاقباً انجام وظایف مرتبط با آن یعنی وظایف فرزندپروری (Parenting) است. فرزندپروری مترادف با مراقبت از کودک بوده و شامل درگیر بودن یک یا دو فرد بزرگسال (عموماً مادر یا پدر کودک) در تعامل با کودک است (Barlow, Cullen, Harisson & Wade, 1999). Meltzer و McMahon مهارت‌های فرزندپروری را این‌طور تعریف کرده‌اند: "مجموعه‌ای از رفتارهای فرزندپروری خاص که مشاهده شده والدین در تعامل با فرزندان‌شان انجام می‌دهند یا گزارش می‌کنند که انجام می‌دهیم یا می‌گویند که باید انجام بدهیم" (Randolph & Radey, 2011).

نقش والد به‌عنوان انواع متنوعی از وظایف مراقبت از کودک تلقی می‌شود که می‌تواند چالش برانگیز، دشوار، خستگی‌آور و درعین حال خوشایند باشد (Backman, Smith, Montie & Suto, 2007). در واقع زمانی که والدین در مسند والدگری قرار می‌گیرند، ممکن است با تقاضاها و درخواست‌هایی روبه‌رو شوند که فراتر از منابع و توانمندی‌های جسمانی، روانی و هیجانی آنها باشد (Deater-Deckard, 2004; Mohammadi, Tahmasian, Ghanbari & Fathabadi, 2018). در این بین مادران به دلیل گذراندن زمان بیشتر با فرزندان و عهده‌دار بودن مسئولیت بیشتر در امر نگهداری و مراقبت از فرزند، نقش مهم‌تری در تربیت آنان ایفا می‌کنند (Barlow and et.al, 1999). همچنان که کودکان بزرگ‌تر می‌شوند و رشد می‌کنند، فعالیت‌های روزانه مادر نیز تغییر می‌کند. فعالیت‌ها و وظایف فیزیکی کاهش یافته و ابعاد اجتماعی و روان‌شناختی افزایش می‌یابد اما نقش تربیت و پرورش کودک همچنان باقی می‌ماند (Francis & Connolly, 2013).

مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن مورد مقایسه قرار گیرد تا از این طریق بتوان به وجوه تمایز و تفاوت‌های این مادران در زمینه فرزندپروری پی برده و بدین ترتیب به دیدگاه روشن‌تری در ارتباط با نحوه اثرگذاری درد مزمن بر مهارت‌های فرزندپروری دست یافت. این پژوهش با هدف بررسی تفاوت مادران مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن در زمینه ابعاد مهارت‌های فرزندپروری، در قالب ارزیابی فرضیه‌های زیر انجام شده است:

۱. مهارت‌های فرزندپروری در بعد مشارکت در مادران مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن متفاوت است.
۲. مهارت‌های فرزندپروری در بعد فرزندپروری مثبت در مادران مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن متفاوت است.
۳. مهارت‌های فرزندپروری در بعد فقر نظارت در مادران مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن متفاوت است.
۴. مهارت‌های فرزندپروری در بعد انضباط متناقض در مادران مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن متفاوت است.
۵. مهارت‌های فرزندپروری در بعد تنبیه جسمانی در مادران مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن متفاوت است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش یک مطالعه علی-مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری پژوهش تمامی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک درد بیمارستان امام حسین^(ع) شهر تهران در فاصله زمانی اسفندماه ۱۳۹۶ تا شهریورماه ۱۳۹۷ بودند که از میان آنها تعداد ۱۲۰ نفر انتخاب شدند. همچنین با توجه به محدودیت جمع‌آوری نمونه‌های بیمارستانی، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ۶۲ نفر مبتلا به درد مزمن و ۵۸ نفر فاقد درد مزمن بودند. میانگین سنی مادران بیمار ۳۹/۹۶ (SD=۴/۷۶) و میانگین سنی فرزندانشان ۱۲/۳۰ (SD=۲/۴۵) بود. میانگین سنی مادران سالم ۳۹/۷۵ (SD=۵/۹۲) و میانگین سنی فرزندانشان ۱۲/۰۲ (SD=۲/۹۲) بود. ۳۲ نفر (۱۷ نفر بیمار و ۱۵ نفر سالم) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۶۶ نفر دیپلم (۳۲ نفر

چالش‌برانگیز در افراد با وضعیت سلامتی مطلوب است و محدودیت‌های ناشی از یک بیماری فیزیکی این چالش را وخیم‌تر خواهد نمود (Sitnick, Masyn, Ontal & Conger, 2016)؛ بنابراین انتظار می‌رود مادرانی که در شرایط جسمانی عادی به سر نمی‌برند یا به بیماری خاصی مبتلا هستند، در زمینه انجام فعالیت‌های مرتبط با نگهداری از فرزند با مشکلاتی روبه‌رو باشند. از سوی دیگر درد مزمن با نشانگان روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی (Turk, Fillingim, 2016؛ Ohrbach & Patel, 2016؛ Pereira, Roios & Pereira, 2017؛ Topcu, 2018؛ Chapman & Vierck, 2017؛ Scascighini, Toma, Taylor, Dean & Siegert, 2006؛ Dober-Spielmann & Sprott, 2008) همایند بوده و با افزایش شدت درد بر میزان اضطراب و افسردگی نیز افزوده می‌شود (Edwards, Dworkin, Sullivan, Turk & Wasan, 2016) که این امر می‌تواند به‌نوبه خود در انجام فعالیت‌های مربوط به مراقبت و رسیدگی از فرزند تداخل ایجاد نماید.

مهارت‌های فرزندپروری در غالب ابعاد گوناگونی مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ مانند میزان مشارکت والد با فرزند در انجام فعالیت‌هایش، توانایی والد در برقراری روابط مثبت با فرزند، نظارت بر عملکرد و ایجاد قوانینی در ارتباط با فعالیت‌های وی و نحوه تنبیه فرزند در نتیجه رفتار نامطلوب و ناتوانی جسمانی ناشی از درد مزمن می‌تواند عملکرد یک والد را در هر یک از این ابعاد تحت تأثیر قرار دهد و ممکن است یک والد مبتلا به درد مزمن در زمینه هر یک از این ابعاد با دشواری‌هایی مواجه باشد.

تأثیر درد مزمن بر مهارت‌های فرزندپروری در برخی پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال Evans, Shipton, & Keenan (2005) و Evans & Desouza (2008) به بررسی عملکرد زمانی که مادر مبتلا به درد مزمن است پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که این مادران نگرانی‌هایی در ارتباط با عدم انجام فعالیت‌های روزمره و رسیدگی به امور فرزندان خود داشتند؛ اما در این مطالعات مشخص نشده است که این مادران در کدام یک از ابعاد مهارت‌های فرزندپروری با مشکلات بیشتری مواجه هستند؛ بنابراین لازم است که مهارت‌های فرزندپروری در مادران

مقیاس اندازه‌گیری شدت درد ون‌کورف (Von Korff pain intensity Questionnaire): این مقیاس توسط Von Korff (1990) برای اندازه‌گیری شدت درد ساخته شد. این مقیاس هفت عبارت دارد و شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد را در یک طیف صفر تا ده درجه‌ای می‌سنجد که صفر به معنی "بدون درد" و ۱۰ به معنی "بدترین درد" ممکن است. امتیازات هفت عبارت با یکدیگر جمع می‌شوند. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۷۰ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۲۰ میزان درد مزمن کم است. نمره ۲۰ تا ۳۵ میزان درد مزمن متوسط و نمره بالاتر از ۳۵ میزان درد مزمن زیاد است. (Fielding, Wong (2012) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۸ گزارش کرده‌اند. این مقیاس توسط پشت مشهدی در سال ۱۳۸۰ هنجاریابی شده و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است. Posht Mashhadi (2001). در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد. یک نمونه سؤال از مقیاس ون‌کورف عبارت است از: در حال حاضر یعنی درست همین حالا درد خود را روی مقیاس ۰-۱۰ چگونه درجه‌بندی می‌کنید، درحالی‌که ۰ به معنی بدون درد و ۱۰ به معنی بدترین درد ممکن است؟

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS₂₅ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور گزارش داده‌های توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و برای تعیین تفاوت مادران مبتلا و فاقد درد مزمن در زمینه مهارت‌های فرزندپروری از آزمون آماری تحلیل واریانس (analysis of variance) استفاده شد.

یافته‌ها

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در جدول ۱ و همگنی واریانس‌ها در جدول ۲ مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

بیمار و ۳۴ نفر سالم)، ۱۲ نفر کارشناسی (۷ نفر بیمار و ۵ نفر سالم) و ۱۰ نفر کارشناسی ارشد (۵ نفر بیمار و ۵ نفر سالم) بودند ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی بنا بر تشخیص پزشک به مدت حداقل شش ماه (برای مادران بیمار)، مؤنث و صاحب فرزند بودن، بود. چنانچه شرکت‌کنندگان مبتلا به سایر بیماری‌ها (مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های کلیوی، سرطان و...) بوده یا دارای سابقه درمان روان‌شناختی یا روان‌پزشکی بودند، از پژوهش خارج می‌شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه فرزندپروری آلاباما (Alabama parenting Questionnaire): این مقیاس توسط Frick (1999) ساخته شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی بوده و دارای ۴۲ عبارت است که پنج بعد رفتار فرزندپروری شامل مشارکت والدین، فرزندپروری مثبت، ناتوانی در نظارت و راهنمایی، نبود ثبات در چگونگی برخورد با فرزند (انضباط متناقض) و تنبیه بدنی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌های این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (برای همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات هر زیرمقیاس با هم جمع شده و نمره فرد را در هر زیرمقیاس مشخص می‌کند. در پژوهشی که توسط Finare (2005) انجام شد، پایایی درونی برای مقیاس‌های تکمیل شده پدر و مادر قابل قبول اعلام شد (ضریب آلفا بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۸). در ایران بررسی روایی و پایایی این مقیاس توسط (Ghaffari (2010 صورت گرفت که روایی صوری این پرسشنامه مورد تأیید اساتید و متخصصان روانشناسی (تعداد سه نفر از اساتید رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه شهید بهشتی شامل اساتید راهنما و مشاور) قرار گرفت. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی یک‌ماهه استفاده شد و اعتبار بازآزمایی ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین در پژوهشی که توسط Javaheri (2014) انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. یک نمونه سؤال از پرسشنامه آلاباما: با فرزندتان صحبت‌های دوستانه‌ای دارید.

جدول ۱. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنف و شاپیرو - ویلک

متغیر	آماره کولموگروف اسمیرنف	سطح معناداری	آماره شاپیرو ویلک	سطح معناداری	کجی	کشیدگی
مشارکت	۰/۱۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶۳	۰/۰۰۲	-۰/۲۷۲	-۰/۸۱۸
فرزندپروری مثبت	۰/۰۹۷	۰/۰۰۸	۰/۹۶۴	۰/۰۰۳	-۰/۱۸۵	-۰/۹۲۶
فقر نظارت	۰/۱۱۴	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰۳	-۰/۸۸۷
انضباط متناقض	۰/۰۹۰	۰/۰۱۸	۰/۹۸۵	۰/۲۱۶	۰/۲۲۴	۰/۰۸۵
تنبیه جسمانی	۰/۰۷۷	۰/۰۸۰	۰/۹۸۸	۰/۳۸۹	-۰/۰۸۷	-۰/۲۷۱

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، به‌منظور بررسی پیروی متغیرهای وابسته از توزیع نرمال از دو تست کولموگروف - اسمیرنف و شاپیرو - ویلک استفاده شده است. در مواردی که سطوح معناداری آماره‌ها کوچک‌تر از ۰/۰۵ گردیده است، فرضیه صفر (بین توزیع این متغیر و توزیع نرمال اختلاف معناداری وجود ندارد) رد می‌گردد که به معنای نرمال نبودن توزیع آن متغیر است. به‌منظور بررسی تکمیلی وضعیت نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، کجی و کشیدگی توزیع این متغیرها نیز مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

در حالت کلی چنانچه کجی و کشیدگی در بازه (۱، -۱) باشند، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند. همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، کجی و کشیدگی تمامی متغیرهای پژوهش در دامنه +۱ تا -۱ قرار دارد و در نتیجه می‌توانیم آنها را برای اهداف پژوهش خود قابل قبول فرض نماییم.

همچنین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ذکر گردیده است.

جدول ۲. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در گروه‌ها

Sig	df2	df1	F	شاخص‌ها متغیرها
۰/۴۵۷	۱۱۸	۱	۰/۹۴۴	بعد مشارکت
۰/۰۶۵	۱۱۸	۱	۳/۵۷۷	بعد فرزندپروری مثبت
۰/۱۱۵	۱۱۸	۱	۱/۸۲۳	بعد فقر نظارت
۰/۰۷۴	۱۱۸	۱	۳/۲۴۶	بعد انضباط متناقض
۰/۲۶۷	۱۱۸	۱	۱/۲۴۲	بعد تنبیه جسمانی

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، با توجه به سطوح معناداری به دست آمده، فرض تجانس واریانس‌ها برای تمامی متغیرهای پنج‌گانه فرزندپروری برقرار است ($P > 0/05$).

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، با توجه به سطوح معناداری به دست آمده، فرض تجانس واریانس‌ها

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه تفاوت مهارت‌های فرزندپروری در مادران مبتلا و فاقد درد مزمن

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری (sig.)	اندازه اثر
	مشارکت	۱۶/۰۱۳	۱	۱۶/۰۱۳	۳۰/۳۶۳	۰/۰۰۳	۰/۲۰۵
	فرزندپروری مثبت a	۹/۳۴۸	۱	۹/۳۴۸	۱۸/۸۲۴	۰/۰۰۵	۰/۱۳۹
درد	فقر نظارت a	۱۳/۰۱۳	۱	۱۳/۰۱۳	۱۷/۳۵۳	۰/۰۰۳	۰/۱۲۹
	انضباط متناقض	۷/۰۵۲	۱	۷/۰۵۲	۱۸/۸۲۵	۰/۰۰۲	۰/۱۳۸
	تنبیه جسمانی b	۰/۰۸۸	۱	۰/۰۸۸	۰/۲۶۰	۰/۶۱۱	۰/۰۰۲

توجه: a. متغیر "سن بیمار" کووریت شده است؛ b. متغیر "وضعیت تأهل" کووریت شده است.

مشارکت، فرزندپروری مثبت، انضباط متناقض و فقر نظارت و عدم تفاوت معنادار در بعد تنبیه جسمانی بود. همسو با این یافته‌ها پژوهش‌های انجام شده توسط Willson & Fales (2015)؛ Sitnick and et.al (2016)؛ Poole, Hare, Turner-White, Skipper, (2013) Montez, Mendelson, Betty Mitton and et.al و Mendoza, White & Bond, (2009) (2007) به تأثیرات نامطلوب درد مزمن بر نحوه تعامل والد و فرزند اشاره داشته‌اند. در این مطالعات مشخص شد که والدین مبتلا به درد مزمن عموماً از فقدان انرژی برای انجام وظایف فرزندپروری خود شکایت داشتند. این مادران گزارش می‌کردند که بیماری، انرژی و توانشان را محدود می‌کند. در نتیجه نیرو و توان آنها کاهش یافته و زمان و انرژی که باید برای فرزندانشان اختصاص دهند، کاهش می‌یابد.

Landwall (2002) نیز در پژوهش خود نشان داد والدین مبتلا به درد مزمن نگرانی‌هایی راجع به عدم حضور مؤثر خود در کنار خانواده و درگیری بیش‌ازحد برای مراجعه به پزشک و مراکز درمانی داشتند. همچنین Herman, Zohsel, Hohmeister & Flor (2009) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که مادران مبتلا به درد مزمن هنگام تجربه درد کناره‌گیری بیشتری از فرزندان خود نشان می‌دادند و درد مزمن در انجام مسئولیت آنان به‌عنوان یک والد تداخل ایجاد می‌نماید. تفاوت عمده پژوهش حاضر با پژوهش‌های انجام شده که ارتباط درد مزمن و مهارت‌های فرزندپروری را مورد بررسی قرار داده‌اند، مشخص نمودن ابعاد مهارت‌های فرزندپروری است که مادران مبتلا به درد مزمن در آن با

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد دو گروه مادران مبتلا و فاقد درد مزمن در ابعاد مشارکت، فرزندپروری مثبت، فقر نظارت و انضباط متناقض با یکدیگر دارای تفاوت معنادار می‌باشند ($P < 0/05$) ولی در بعد تنبیه جسمانی بین این دو گروه تفاوت معنادار مشاهده نمی‌گردد ($P > 0/05$). نمره بعد مشارکت در فرزندپروری در گروه مادران فاقد درد مزمن ($M = 3/785$ و $SE = 0/095$) نسبت به مادران دارای درد مزمن ($M = 3/054$ و $SE = 0/092$) بالاتر است. نمره بعد فرزندپروری مثبت در گروه مادران فاقد درد مزمن ($M = 4/018$ و $SE = 0/093$) نسبت به مادران دارای درد مزمن ($M = 3/459$ و $SE = 0/090$) بالاتر است. نمره بعد فقر نظارت در گروه مادران فاقد درد مزمن ($M = 2/331$ و $SE = 0/110$) نسبت به مادران دارای درد مزمن ($M = 2/990$) پایین‌تر است و همچنین نمره بعد انضباط متناقض نیز در گروه مادران فاقد درد مزمن ($M = 2/996$ و $SE = 0/080$) نسبت به مادران دارای درد مزمن ($M = 2/481$ و $SE = 0/078$) پایین‌تر است. این در حالی است که بین نمره بعد تنبیه جسمانی در گروه مادران فاقد درد مزمن ($M = 2/333$ و $SE = 0/076$) نسبت به مادران دارای درد مزمن ($M = 2/387$ و $SE = 0/074$) تفاوت معناداری یافت نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه مادران مبتلا و فاقد درد مزمن در زمینه مهارت‌های فرزندپروری انجام شد. یافته‌های حاصل نشان‌دهنده تفاوت معنادار نمرات مادران دو گروه در ابعاد

استفاده از تنبیه جسمانی در مقابل فرزندان خود با هم تفاوتی ندارند. این یافته را می‌توان با توجه به محدودیت‌های فیزیکی و جسمانی ایجادشده توسط درد مزمن این‌گونه تبیین نمود که بیماری موجب عدم توانایی این مادران در استفاده از تنبیه بدنی در برابر فرزندانشان می‌شود. از سوی دیگر این مادران با درد و رنج حاصل از بیماری خود دست‌وپنجه نرم می‌کنند که باعث می‌شود درک بیشتری از پریشانی و رنج حاصل از درد داشته و بنابراین از ایجاد این پریشانی در فرزندان خود خودداری می‌نمایند. همچنان که Kassboll, Lydersen & Indredavik (2012) و Umberger, Risko & Covington (2015) در پژوهش خود نشان دادند که مادران مبتلا به درد مزمن نسبت به نشانگان بیماری و درد در کودکان خود حساس‌تر بوده و در هنگام وجود بیماری در فرزند خود، رفتارهای بیش‌حمایتی (overprotective) از خود نشان می‌دهند که نشان‌دهنده حساسیت بیش‌ازحد این مادران به وجود نشانگان درد و بیماری در فرزندانشان است. مهارت‌های فرزندپروری در قالب ابعاد گوناگونی مورد بررسی قرار می‌گیرند که غالباً همپوشی بالایی دارند. برای مثال Hoghughy & Long (2004) ابعاد اصلی مهارت‌های فرزندپروری را در قالب سه بعد معرفی کرده‌اند. این ابعاد عبارت است از مراقبت (care)، کنترل (control) و رشد (Development). با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد که مادران مبتلا به درد مزمن در زمینه ابعاد مراقبت (شامل برآورده نمودن نیازهای فیزیکی و نه نیازهای هیجانی و اجتماعی)، کنترل (تعیین حد و مرزهایی برای رفتار فرزند با توجه به شرایط سنی)، رفع نیازهای هیجانی و اجتماعی (دوست داشته شدن، صمیمیت با فرزند و ایجاد فرصت‌هایی برای تعاملات و روابط اجتماعی) و نیازهای مربوط به رشد (ایجاد فرصت‌های رشدی برای کودک به‌منظور به فعل درآوردن استعدادها) عملکرد مناسبی ندارند. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده، لازم است در کنار مداخلات پزشکی صورت گرفته برای بهبود وضعیت جسمانی مادران مبتلا به درد مزمن، به تأثیرات درد بر وضعیت روان‌شناختی و عملکرد آنان به‌عنوان یک والد نیز توجه شده و مداخلات روان‌شناختی با محوریت فرزندپروری برای این مادران مورد استفاده قرار گیرد. ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر وسیع بودن دامنه سنی

کاستی‌ها و مشکلاتی مواجه هستند. همچنین در این پژوهش به نقش شدت درد نیز توجه شده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که مادران مبتلا به درد در زمینه انجام فعالیت‌هایی که مربوط به مراقبت و حفظ کودک از خطرات و آسیب‌ها است مانند مراقبت از فرزندان خود در برابر خطرات، نظارت بر رفت‌وآمدها، روابط دوستانه (فقر نظارت)، وضع قوانین، نظارت بر اجرای قوانین، نظارت بر انجام تکالیف درسی و عدم غفلت نسبت به فرزندان خود (انضباط متناقض) با محدودیت‌ها و نواقصی مواجه هستند. همچنین این مادران در ارتباط با انجام فعالیت‌هایی که مرتبط با نیازهای روان‌شناختی کودک بوده و مستلزم صرف وقت و انرژی بیشتری است مانند مشارکت با فرزند خود در تفریحات، گذران اوقات فراغت (مشارکت)، تعامل مثبت و باکیفیت با او، ارائه تقویت مثبت در نتیجه رفتار مطلوب و ایجاد فرصت‌هایی برای داشتن زمان‌های باکیفیت و مطلوب با فرزند خود (فرزندپروری مثبت)، در مقایسه با مادران فاقد درد مزمن متفاوت بوده و در این زمینه با کاستی‌هایی مواجه هستند؛ اما در زمینه میزان استفاده از تنبیه جسمانی با مادران سالم تفاوتی ندارند. این یافته را می‌توان با در نظر گرفتن تأثیراتی که درد مزمن بر وضعیت جسمانی و شرایط روان‌شناختی بیماران می‌گذارد تبیین نمود. Willson & Fales (2015) در مطالعه خود نشان دادند که یکی از حیطه‌های فرزندپروری که درد مزمن بر آن اثر می‌گذارد، توانایی برقراری روابط گرم و صمیمانه است. مادران مبتلا به درد مزمن احتمالاً به دلیل شرایط حاصل از درد مانند حالات اضطرابی، نگرانی از غیرقابل پیش‌بینی بودن زمان وقوع درد، فشار روانی ناشی از درد جسمانی و ناتوانی در انجام وظایف روزمره (Turk and et.al, 2016)، توانایی لازم برای برقراری روابط گرم و صمیمانه و تعامل مثبت را نداشته و احتمالاً به میزان کمتری می‌توانند موقعیت‌های مناسبی را برای گذراندن زمان باکیفیت و تعامل مثبت با فرزند خویش اختصاص دهند و از سوی دیگر در زمینه نظارت بر عملکرد فرزند خود، مراقبت از وی در برابر آسیب‌ها، تعیین قوانین برای رفتار کودک و اجرای باثبات آن نیز با نواقصی مواجه هستند. علاوه بر این نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که مادران مبتلا به درد مزمن و مادران فاقد درد مزمن در زمینه میزان

- Fielding, R. Wong, W.S. (2012). The co-morbidity of chronic pain, insomnia, and fatigue in the general adult population of Hong Kong: Prevalence and associated factors. *Journal of Psychosom Res.* 73 (1).28-34.
- Francis, E. & Connolly, E. (2000). Toward an understanding of mothering: A comparison of two motherhood stages. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(1), 281-289.
- Frick, P. J., Christian, R. & Wooton, J. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, 23, 106-128.
- Ghaffari, b. (2010). *Comparison of the relationship between behavioral problems of conflicting children, children with divorced parents and normal children among primary school students in Mashhad*. Master Thesis, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran.
- Herman, C. Zohsel, K. Hohmeister, J. Flor, H. (2009). Dimensions of Pain -Heuther Pain, Tempration Regulation and sensory Function. *Patho physiology*, 4(2), 401-437
- Hoghighi, M. Long, L. (2004). *Handbook of Parenting, theory and research for practice*. London. Sage Publication.
- International Association for The Study of Pain. (1986). Classification the Chronic Pain. Description of chronic pain Syndromes and Definition of pain Terms. *Pain*. 3(2), 1-222.
- Javaheri, m. (2014). *The effectiveness of the psychological-educational intervention program on the parenting skills and parenting stress of HIV-positive mothers and their children's behavioral problems*. Master Thesis, Department of Clinical Psychology for Children and Adolescents, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran.
- Kassboll, J. Lydersen, S. Indredavik, M.S. (2012). Psychological Symptom of Children of Parent with Chronic Pain – HUNT Study. *Journal of pain*, 153(2), 1054-1062
- Landwall, R.A. (2002). Parents' Perceptions of the Impact of Their Chronic Illness or Disability on Their Functioning as Parents and on Their Relationships with Their Children. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 10(3), 300-307
- Mitton, D. L., Treharne, G. J., Hale, E. D., Williams, R. A., & Kitas, G. D. (2007). The health and life experiences of mothers with rheumatoid arthritis: A phenomenological study. *Musculoskeletal Care*, 5(1), 191-205
- Mohammadi, M. Tahmasian, K. Ghanbari, S. Fathabadi, J. (2018). The Effectiveness of Parenting Program Mindfulness on Parental Stress and Parental Self-Efficacy in High-Conflict Adolescent Mothers. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 14 (56). 433-419.
- Pereira, M.G., Roios, E. Pereira, M. (2017). Functional disability in patients with low back
- فرزندان مادران مورد بررسی بود (۱۸-۸ سال)؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مادران مبتلا به درد مزمن با توجه به محدوده سنی فرزندانشان مورد بررسی قرار گیرند. برای مثال مادران کودکان سنین پیش از دبستان در مقایسه با مادران فرزندان نوجوان. چراکه در هر یک از این گروه‌های سنی نیازهای فرزند و به تبع آن وظایف، فعالیت‌ها و چالش‌هایی که یک مادر با آن مواجه است متفاوت بوده و وجود یک بیماری مزمن ممکن است به اشکال متفاوتی نحوه انجام این فعالیت‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. محدودیت دیگر پژوهش استفاده از مادران به‌عنوان تنها منبع جمع‌آوری اطلاعات است؛ در صورتی که فرزندپروری ارتباطی دوسویه بوده که دانستن نظرات فرزندان نیز می‌تواند مفید باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود بر فرزندان والدین مبتلا به درد مزمن نیز مطالعاتی صورت گرفته و تجربیات، نیازها، احساسات و چالش‌هایی که در ارتباط با زندگی کردن با یک والد مبتلا به درد مزمن دارند مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی بر پدران مبتلا به درد مزمن انجام شده و با مادران مورد مقایسه قرار گیرد.

منابع

- Backman, C. L., Smith, L. D., Smith, S., Montie, P. L., & Suto, M. (2007). Experiences of mothers living with inflammatory arthritis. *Arthritis Care and Research*, 57(3), 381-388
- Barlow, J. Cullen, L. Foster, N. Harisson, K. Wade, M. (1999). Does Arthritis influence perceived Ability to Fulfill a Parenting Role? Perceptions of Mothers And Fathers.Grndparents. *Patient Education and Counseling*, 37(2), 141 _ 151
- Chapman, C.R., Vierck, C.J. (2017). The Transition of Acute postoperative Pain to Chronic pain: An Integrative Overview of Research on Mechanisms. *Journal of Pain*, 18(3), 359 – 397
- Deater-Deckard, K. (2004). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new question's. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314-332
- Edwards, R. Dworkin, R. Sullivan, M. Turk, D. Wasan, A. (2016). The Role of Psychological Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *Journal of Pain*, 17(3), 171 _ 192
- Evans, S. Desouza, J. (2008). Dealing With Chronic Pain: Giving Voice to the Experiences of Mothers With Chronic Pain and Their Children. *Qualitative Health Research*, 8(2), 489- 500
- Evans, S. Shipton, E. A. & Keenan, T. R. (2005). Psychosocial functioning of mothers with chronic pain: A comparison to pain free controls. *Journal of Pain*, 9(3), 683-690

- pain: the mediator role of suffering and beliefs about pain control in patients receiving physical and chiropractic treatment. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 58(2), 1- 8
- Poole, J.L., Hare, S. Turner-Montez, S. Mendelson, C. Betty Skipper, B. (2013). Mothers with Chronic Disease: A Comparison of Parenting in Mothers with Systemic Sclerosis and Systemic Lupus Erythematosus. *Journal of Occupational Therapy*. 34(3), 12-19
- Posht Mashhadi, M. (2001). Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in pain disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27. 112-101.
- Randolph1, K.A., & Radey, M. (2011). Measuring Parenting Practices among Parents of Elementary School-Age Youth. *Research on Social Work Practice*, 21(1), 88-97
- Scascighini, L. Toma, V. Dober-Spielmann, S. Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: A systematic review of Intervention and outcomes. *Rheumatology*, 47(3), 670-678
- Sitnick, S. Masyn. K. Ontal, L. Conger, K. (2016). Mother Physical Illness in _One and Two _ Parent Families. *Journal of Family Issues*, 37(1), 902 - 920
- Solgi, I. Dehghani, M. Kavousian, J. (2015). Comparison of the educational health of mothers of girls with musculoskeletal pain with healthy mothers of girls. *Scientific-Research Quarterly Journal of Psychological Health*, (1) 9, 67-77.
- Taylor, W.J., Dean, S.G., & Siegert, R.J. (2006). Differential association of general and health self-efficacy with disability, health related quality of life and psychological distress from musculoskeletal pain in a cross- sectional general adult population survey. *Pain*, 125(8), 225- 232
- Tehranchi, A. Dehghani, M. Tahmasian, K. (2013). Comparison of communication coping strategies in men with MS, RA, LBP, and healthy mothers. *Family Research Quarterly*, 9 (33), 61-45.
- Topcu, S.Y. (2018). Relations among Pain, Pain Beliefs, and Psychological Well-Being in Patients with Chronic Pain. *Pain Management Nursing*. Original Article, 12(4), 1- 8.
- Turk, D.C., Fillingim, R.B., Ohrbach, R., Patel, K.V. (2016). Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *Pain*, 17(3), 21-49
- Umberger, A. Risko, J. Covington, E. (2015). The Forgotten Ones: Challenges and Needs of Children Living with Disabling Parental Chronic Pain. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 498-507.
- Von Korff, M. Dworkin, S.F. Resche, L. (1990). Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. *Pain*, 40(3), 279-91.
- White, C.P., Mendoza, J. White, M.B., & Bond, C. (2009). Chronically ill mothers experiencing pain: Relational coping strategies used while parenting young children. *Chronic Illness*, 5(2), 33-45.
- Willson, A.C., Fales, J.L. (2015). Parenting in the context of chronic pain: A controlled study of parents with chronic pain. *Journal of Pain*, 31(8), 689-698.