

مفهوم‌سازی راهبردهای تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

خلاصه

مقدمه: مادران کودکان مبتلا به سرطان بیشتر از مادران کودکان سالم در معرض مشکلات روان شناختی و هیجانی و به طور کلی تهدید سلامت روان هستند. این پژوهش با هدف ارائه الگویی از عوامل موثر در مفهوم سازی راهبردهای تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش با شیوه کیفی و روش نظریه زمینه‌ای انجام شد. از طریق روش نمونه گیری هدفمند مشارکت کنندگان برگزیده و تا جایی که در جریان مصاحبه اطلاعات جدیدی به دست می آمد، ادامه پیدا کرد. سرانجام ۱۳ مادر دارای فرزند مبتلا به سرطان انتخاب شدند و از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و با استفاده از روش مقایسه ای مداوم استراوس و کوربین مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که تنظیم هیجان دوسوگرا مقوله مرکزی الگوی تنظیم هیجان مادران بود. شرایط علی برای هیجان مبتنی بر بیماری و وضعیت بیماری به دست آمد. برای شرایط مداخله ای عوامل فشار هزینه درمان و همیاری بیرونی استخراج گردید. راهبردهای آرام ساز و مثبت انگاری به عنوان راهبردهای مدل کیفی بدست آمد و سرانجام پیامدهای نهایی مستخرج از پژوهش عبارت از تحول نگرش مادر، کنش دیگر فرزندان و دگرگونی پیوندها بود.

نتیجه گیری: پیشنهاد می شود از نتایج این الگو برای بهبود تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان استفاده شود.

کلمات کلیدی: تنظیم هیجان، مادران، کودکان سرطانی، سرطان، گراند تئوری

مرضیه مهاجری تهرانی^۱

جعفر حسنی^{۲*}

مهدی اکبری^۳

^۱گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

^۲استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران،

ایران

^۳دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

Email: hasanimehr57@khu.ac.ir

مقدمه

سرطان، یکی از بیماری‌های شایع و در حال افزایش است که حجم زیادی از تلاش‌های نظام مراقبتی را به خود اختصاص می‌دهد (۱). سرطان هنوز با ترس از مرگ، عدم درمان، از دست دادن زندگی و رنج ناشی از بیماری همراه است (۲). درمان پیشرفته برای سرطان کودک اغلب با دو تا سه سال بستری شدن مکرر و طولانی همراه است. این روند یک تجربه فوق‌العاده استرس‌زا برای همه اعضای خانواده ایجاد می‌کند. داشتن یک کودک مبتلا به سرطان، ممکن است به یک بحران خانوادگی منجر شود یا یکپارچگی آن را تهدید کند. برخی خانواده‌ها با این وضعیت به خوبی سازگار هستند، در حالی که دیگران به شدت مشکلات جدی را تجربه می‌کنند به عنوان مثال، طلاق و اختلال در امور روزمره خانواده (۳).

تشخیص سرطان کودک معمولاً با شروع یک دوره شوک، سردرگمی و پوچی برای والدین همراه است (۴). زمانی که یک بیماری مثل سرطان، زندگی کودکی را تهدید می‌کند، همه اعضای خانواده درگیر خواهند شد (۵). سازمان بهداشت جهانی نقش مراقبت‌کننده از کودک بیمار به ویژه در مورد کودکان مبتلا به سرطان و دیگر بیماری‌های مزمن را با اهمیت تشخیص داده است (۶). والدین کودکان مبتلا به سرطان برای اینکه بتوانند با بیماری فرزندشان کنار بیایند با چالش‌های عاطفی، روانی و ذهنی روبرو هستند (۷). درگیری خانوادگی و اختلالات روان‌شناختی مادران می‌تواند منجر به رفتار ناسازگار شود، اثری که ممکن است در کودکان مبتلا به بیماری مزمن تقویت شود (۸). آسیب‌پذیری روانی اجتماعی کودکی که تحت معالجه سرطان قرار دارد، ناشی از تأثیر این بیماری بر خانواده وی است. اعضای خانواده کودکی که از سرطان رنج می‌برد، چالش‌های مختلفی را تجربه می‌کنند. در یک خانواده فعالیت‌های روزانه ممکن است تغییر کند و اهداف آینده ممکن است تجدید نظر شود (۹).

هرچه تأثیر منفی وضعیت کودک در زندگی خانواده خود بیشتر باشد، تأثیر آن بر عملکرد روان‌شناختی والدین به ویژه مادران نیز بیشتر خواهد شد. تجربه این شرایط برای هر یک از اعضای

خانواده بخصوص مادر که مراقب اصلی فرزند خود هستند متفاوت است، عموماً مادران استرس بیشتری را گزارش می‌دهند، به ویژه اینکه مراقبت اصلی از کودک را بر عهده دارند و برای کمک به کودک در مدیریت بیماری، درمان و همچنین حمایت عاطفی و عملی، احساس مسئولیت بیشتری می‌کنند (۱۰). برخی پژوهش‌های کیفی نیز نشان داده‌اند که مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در رابطه با تنظیم هیجان با برخی مسائل و چالش‌های جدی مواجه هستند. علائم پریشانی روانی، از قبیل علائم استرس پس از سانحه، تنهایی، درماندگی و عدم اطمینان بیشتر در مادران کودکان مبتلا به سرطان گزارش شده است (۱۱). مادران این کودکان مشکلات مختلفی همچون استرس و اضطراب مزمن (۱۲)، درماندگی روان‌شناختی (۱۳)، سلامت روانی پایین (۱۴)، عزت‌نفس پایین (۱۵)، مشکلات هیجانی و عاطفی، راهبردهای مقابله با استرس ناکارآمد (۱۶) را تجربه می‌کنند.

نتایج پژوهش‌های کیفی نشان داده است که داشتن یک کودک مبتلا به سرطان می‌تواند به بی‌ثباتی عاطفی - هیجانی، ایجاد اختلال در تنظیم هیجانی، عدم اطمینان و تنش در میان اعضای خانواده به ویژه والدین منجر شود (۱۷). آنها علاوه بر واکنش عاطفی و هیجانی فرزندشان نسبت به بیماری، واکنش هیجانی اختصاصی خود را نیز دارند، در همان زمان، والدین باید از دیگر اعضای خانواده نیز مراقبت کنند. در نتیجه به این بار و فشار هیجانی، بار مراقبتی کودک بیمار و دیگر اعضای خانواده نیز افزوده می‌شود (۱۸). علاوه بر آن مراقبت از کودک زندگی معمول آنها و همچنین نقش‌های والدینی تغییر می‌یابد، بنابراین عملکرد خانواده برای مدت زمان کوتاه یا طولانی متحول می‌گردد. مواجهه با شرایط استرس‌زا باعث تغییراتی در احساسات می‌شود؛ بنابراین تنظیم هیجان در پاسخ به استرس، عامل مهمی در سلامت روانی و بهزیستی است (۱۹).

اهمیت این مسأله برخی پژوهش‌های کیفی را در کشورهای توسعه یافته به ویژه جوامع غربی (۲۰-۲۱) و اخیراً در کشورهایی با سطوح اقتصادی متوسط و پایین دامن زده است. اما تاکنون در روانشناسی ایران مورد توجه قرار نگرفته است، در حالی که

هیجان در زنان پرداختند. با این وجود پژوهشی در خصوص مفهوم‌سازی تنظیم هیجان مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در منابع داخلی و خارجی مشاهده نگردید. یافته‌های برخاسته از این پژوهش در درجه اول می‌تواند در راستای گسترش و تعمیق درک نظری مفید واقع شود و سپس در جهت ارائه شیوه‌ها و دستورالعمل‌های بهبود بخش مشاوره‌ای و درمانی در حوزه روانشناسی سرطان به کار گرفته شود و در ارتباط با فرمول‌بندی-های درمانی و آموزشی دارای دلالت‌های کاربردی باشد. از این رو، مطالعه حاضر که اساساً از یک رویکرد زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی و شیوه‌ای کیفی استفاده کرد به این مسأله پرداخت که راهبردهای تنظیم هیجان در میان مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در بافت جامعه ایران چگونه تجربه می‌شود؟

روش کار

در این پژوهش از روش داده بنیاد به منظور رسیدن به فهم عمیقی از پدیده اصلی یعنی تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، استفاده شد. در واقع به منظور دستیابی به پارادایم نهایی لازم بود که در ابتدا با مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان مصاحبه نیمه ساختاریافته ای انجام شود تا پژوهشگر به فهم عمیقی از دیدگاه مادر دارای فرزند مبتلا به سرطان درباره عوامل و تنظیم هیجان برسد. سپس برای بررسی و تحلیل نقطه نظرات بیماران از روش داده بنیاد استفاده شد. منطبق با نظریه داده بنیاد (۲۷) داده‌ها به صورت نظام مند و در چند مرحله (باز، محوری و انتخابی) کدگذاری شدند. جامعه آماری در این پژوهش مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در مراکز درمانی شهر تهران در بازه زمانی ابتدای اردیبهشت ۱۴۰۲ تا شهریور ۱۴۰۲ بودند. از آنجایی که در روش‌های کیفی نمونه‌گیری خاص و منظمی وجود ندارد (۲۸)، از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین منظور از مادرانی که فرزند مبتلا به سرطان خود را برای درمان به مرکز سرطان بیمارستان شریعی آورده بودند درخواست شد در صورت تمایل در این پژوهش شرکت نمایند. ملاک‌های ورود به پژوهش از این قرار است:

شرایط اجتماعی فرهنگی جامعه ایران می‌تواند بر فهم این مادران از هیجان تأثیر بگذارد. بنابراین، مطالعه و کاوش کیفی این مسأله در جامعه ایران از حیث تأکید بر اتخاذ دیدگاهی محلی بسیار مهم و دارای ضرورت است. به عبارت دیگر، این موضوع از این جهت اهمیت دارد که در رابطه با بیماری سرطان، شرایط فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی جامعه‌ی خاصی که مادر دارای کودک مبتلا به سرطان در آن زندگی می‌کند دارای برخی تلویحات درباره‌ی تجربه‌ی زندگی در حضور سرطان است (۲۲). این تلویحات ممکن است راهبردهای تنظیم هیجان مادر را نیز پوشش دهد و پیامدهایی را برای سلامت وی به دنبال داشته باشد. مواردی که تاکنون ذکر شد انجام پژوهش‌های عمیق و دست اول کیفی درباره مفهوم‌سازی راهبردهای تنظیم هیجان در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان در جامعه ایران را الزامی می‌سازد.

این پژوهش، با رویکردی متفاوت با پژوهش‌های قبلی، فضای مفهومی تنظیم هیجان را به صورت دقیق‌تری ترسیم کرده و از این طریق مسیر را برای شاخص‌سازی‌های قابل اعتماد از این مفهوم هموار کرده است. انجام پژوهش‌های آتی درباره تنظیم هیجان در مادران دارای کودک مبتلا سرطان با استفاده از مفهوم‌سازی ارائه شده در این پژوهش و شاخص‌سازی تجربی برای آن و استفاده از تحلیل عاملی می‌تواند به توسعه فضای مفهومی و ابزارسازی‌های جدید از تنظیم هیجان کمک شایانی کند. علاوه بر این، انباشت پژوهش‌هایی از این دست که جهت‌گیری بنیادین دارند، می‌تواند اعتبار سازه‌ای و پایایی پژوهش‌های کاربردی را به صورت نظام‌مند تقویت کند و این پژوهش‌ها با اعتمادپذیری بیشتری در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری فرهنگی مورد استفاده قرار گیرند. براساس بررسی‌های انجام شده در مجلات و منابع علمی معتبر مدل‌هایی در خصوص تنظیم هیجان ارائه شده است از جمله این موارد مدل تنظیم هیجان گروس (۲۳)، مدل تنظیم هیجان لیر و همکاران (۲۴)، مدل تنظیم هیجان ولوتی و همکاران (۲۵) اشاره کرد؛ همچنین جلوانی و همکاران (۶) در پژوهشی تحت عنوان کشف عوامل موثر بر تنظیم هیجان اقدام به شناسایی عوامل موثر بر تنظیم

ورود به پژوهش را نیز دارا بودند، هدف پژوهش توضیح داده شد و سپس فرایند اجرای مصاحبه صورت گرفت.

بر این اساس ابتدا مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته جهت بررسی دیدگاه مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در مورد تنظیم هیجان انجام شد. برای ورود فرد به فرایند مصاحبه، برای افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و معیارهای ورود به پژوهش را نیز دارا بودند، هدف پژوهش توضیح داده شد و در صورتی که تمایل به انجام مصاحبه بودند، مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد.

لازم به ذکر است انجام مصاحبه با هر فرد به مدت ۳۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و مصاحبه به صورت حضوری به همراه ضبط کردن صدای مادران با اجازه خود آن‌ها صورت گرفت. پیاده سازی مصاحبه‌ها همان روز پس از گوش دادن مجدد به فایل ضبطی صورت می‌گرفت. سپس مصاحبه‌ها به طور دقیق مطالعه می‌شد و کدگذاری نیز به منظور جهت گیری مصاحبه‌های بعدی و بررسی کفایت نمونه گیری انجام می‌شد. همچنین با پیشرفت مصاحبه‌ها کدگذاری‌های قبلی نیز مورد بازبینی قرار می‌گرفت. این فرایند اجرای مصاحبه، گرد آوری داده‌ها و کدگذاری و تحلیل آنها که در فصل ۴ به صورت کامل توضیح داده شده است، از اردیبهشت ۱۴۰۲ الی شهریور ۱۴۰۲ به طول انجامید.

در مرحله دوم به منظور مشخص کردن ابعاد مساله، اطلاعات به دست آمده از مصاحبه توسط روش داده بنیاد تحلیل و تفسیر شدند تا بتوان این اطلاعات را به مقوله‌هایی که هر یک مولف مفهومی ویژه می‌باشند، تبدیل کرد. مقوله‌ها باید به هم مرتبط باشند و در عین حال مفاد آنها با هم همپوشانی نداشته باشد. برای تحلیل داده‌هایی که توسط مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع آوری شده است، از روش داده بنیاد و کدگذاری مطابق با دستورالعمل اشتراوس و کوربین (۲۰۱۵) برای طبقه بندی اطلاعات به دست آمده استفاده شد. سپس از طریق اطلاعات طبقه بندی شده و مدل پارادیمی به دست آمده که در فصل ۴ توضیح داده شده است، به طراحی مداخله مورد نظر با استفاده از روش تفکر طراحی، پرداخته شد. همان طور که پیش تر نیز ذکر

✓ مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان با تشخیص پزشکی متخصص آنکولوژی

✓ مادرانی که دارای فرزند مبتلا به سرطان زیر ۱۲ سال باشند.

✓ مادرانی که فرزندشان بیش از یک سال است که بیماری اش تشخیص داده شده است.

✓ قرار داشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال

✓ آمادگی برای مشارکت در پژوهش و توانایی انتقال اطلاعات

معیارهای خروج عبارتند از: عدم ابتلا به بیماری‌های روانی با سابقه بستری و مصرف مواد

انتخاب مشارکت کنندگان بر مبنای اشباع نظری صورت گرفت بدین منظور که زمانی که اطلاعات جدیدی استخراج نشود، نمونه گیری پایان می‌یابد (۲۷). در این روش نمونه گیری، نمونه‌ها برای رسیدن به اطلاعات یکپارچه و جامع گزیده می‌شوند. این روش امکان انتخاب داده‌هایی را به محقق می‌دهد که با فرضیه در حال پیدایش منطبق باشند. در تعریف نمونه گیری نظری باید گفت که این روش انتخاب تصادفی ساده نیست که در آن نمونه معرف جامعه خاصی باشد، بلکه نوعی نمونه گیری است که به خلق ویژگیهای فرضیه و یا دسته بندی‌های در حال ایجاد آن به محقق کمک می‌کند و برای شکل دهی آن از افراد و اطلاعاتی استفاده می‌شود که در شفاف سازی و توضیح محدوده و ارتباط مقوله‌ها کمک کننده هستند (۲۹).

لازم به ذکر است، فرایند نمونه گیری و تحلیل داده‌ها همزمان صورت گرفت. بدین صورت که پس از انجام اولین مصاحبه، فرایند کدگذاری آن شروع شد و به محقق کمک میکرد تا در مصاحبه‌های بعدی سوالات عمیق تری در جهت کدگذاری در راستای هدف پژوهش تدوین کند. لذا، فرایند نمونه گیری بعد از رسیدن به اشباع نظری، در تعداد ۱۳ نفر متوقف شد. در واقع پس از مصاحبه با نفر ۱۱، کد جدیدی از متن مصاحبه‌ی انجام شده، به دست نیامد. برای ورود فرد به فرایند مصاحبه، برای افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و معیارهای

مداخله گر طبقه بندی می شوند. در انتخاب موضوع محوری می توان به دو روش عمل کرد. در روش اول پژوهشگر یکی از موضوعات موجود را انتخاب می کند. در روش دوم محقق باید به خلق یک موضوع جدید پردازد (۲۹).

کدگذاری انتخابی: در کدگذاری باز و محوری، مدل پارادایمی به دست آمده توسعه داده شد؛ مطابق با رویکرد استراوس و کوربین (۲۷) کدگذاری انتخابی، نتایج گام‌های قبلی به کار برده شد، مقوله اصلی انتخاب شد و به شکلی نظام‌مند به سایر مقوله‌ها ارتباط داده شد؛ اعتبار بررسی و مقوله‌هایی که نیاز به تصفیه و توسعه بیشتر داشتند، توسعه داده شدند. در واقع کدگذاری انتخابی نتایج گام‌های قبلی کدگذاری را به کار برده، مقوله اصلی را انتخاب می‌کند و آن را به شکلی نظام‌مند به سایر مقوله‌ها ارتباط داده، ارتباطات را اعتبار می‌بخشد و مقوله‌هایی که نیاز به تصفیه و توسعه بیشتر دارند را توسعه می‌دهد (استراوس و کوربین، ۲۰۱۵). این کار براساس الگوی شناسایی شده بین مقوله‌های اصلی و فرعی در کدگذاری باز و محوری آغاز شد.

ابزار

مصاحبه نیمه ساختاریافته: در ابتدا در این پژوهش از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها درباره ی نقطه نظرات مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در مورد تنظیم هیجان استفاده شد. همچنین سعی بر این بود که عوامل ایجاد هیجان و موانع و عوامل تسهیل‌کننده بیرونی تنظیم هیجان در مادران نیز شناسایی کنیم.

تدوین چهارچوب کلی مصاحبه نیمه ساختار یافته بر اساس روش چهار محوری (اسپرادلی، ۲۰۱۶) انجام شده است. این روش شامل چهار محور توصیفی، ساختاری، مقابله‌ای و ارزیابی می‌باشد و هر محور دارای زیر مجموعه‌های نگاه مادر در مورد بیماری و شرایط درمانی آن و رابطه و نوع برخورد با فرزند و ارتباطات اجتماعی و خانواده است. نمونه پرسش‌های مصاحبه نیمه ساختار یافته در جدول ۱ قابل مشاهده است.

شد، مراحل اجرای مصاحبه و کدگذاری و تحلیل به صورت همزمان و در هم تنیده انجام می‌شد.

کدگذاری باز: در کدگذاری باز به ایجاد مفاهیم اولیه می پردازیم و آنها را بر اساس واحد تحلیل به انواع خط به خط، عبارت به عبارت، بند به بند و یا در قالب صفحات مجزا ارائه می‌دهیم. کد بندی تمام داده‌ها در این مرحله انجام می‌شود. فرایند کدگذاری باز به دو زیرمجموعه کدبندی اولیه و کدبندی متمرکز یا سطح اول و سطح دوم طبقه‌بندی می‌شود. در کدگذاری متمرکز از کدهای اولیه با فراوانترین میزان یا معنادارترین کدها برای غربالگری و کاهش میزان زیاد کدهای موجود در مرحله کدگذاری باز در سطح اول استفاده می‌شود. در این پژوهش، ابتدا مصاحبه‌ها به صورت پاراگراف به پاراگراف کدگذاری شد. سپس مفاهیم اولیه از این کدها استخراج گردید و در مرحله دوم، مفاهیم ثانویه از مفاهیم اولیه به دست آمدند. در مرحله کدگذاری متمرکز، کدهای ثانویه به دست آمد و نسبت به کشف مقولات عمده و طبقه‌بندی مفاهیم اقدام شد.

کدگذاری محوری: در مرحله بعد با نام کدگذاری محوری، محقق به انتخاب یکی از طبقه‌ها به عنوان طبقه محوری و بررسی آن به عنوان پدیده محوری می‌پردازد و ارتباط آن با دیگر طبقه‌ها را شفاف می‌کند. این ارتباط می‌تواند در پنج موضوع ایجاد شود (۲۷). کدگذاری انتخابی یا گزینشی با مطالعه دقیق اطلاعات بدست می‌آید و شامل کدگذاری دو مرحله قبل می‌باشد. در این مرحله محقق در عمق داده‌ها به بررسی و تحلیل می‌پردازد و آن‌ها را در قالب فرضیه‌ای که همان فرضیه مبتنی بر داده و هدف نهایی تحقیق برای درک موقعیت است، ارائه می‌دهد. پس از مشخص کردن هسته یا طبقه محوری، محقق به تعیین سایر موضوعات حول موضوع اصلی به شکل الگوی نمونه می‌پردازد. در این نمونه که فرضیه اصلی نامیده می‌شود، باید سه بعد نتایج، روابط و وضعیت‌ها موجود باشند. در ادامه این شروط به شکل دسته‌های علی، زمینه‌ای و

جدول ۱. نمونه پرسش های مصاحبه ی نیمه ساختاریافته

محورها	نمونه پرسش ها
محور ۱: سوالات توصیفی	۱. چه موقع متوجه بیماری فرزند خود شدید و بعد از آن چه اتفاقی در زندگی تان رخ داد؟ ۲. زمانی که سرطان فرزند شما تشخیص داده شد چه اتفاقی در ذهن شما رخ داد؟
محور ۲: سوالات ساختاری	۱. این بیماری در ذهن شما به چه معناست؟ ۲. باور شما در مورد توانایی تان برای مدیریت این بیماری در فرزندتان چگونه است؟
محور ۳: سوالات مقابله ای	۱. زندگی شما نسبت به دوران قبل از بیماری چه تغییراتی کرده است؟ چه اختلال هایی در زندگی روزمره خود و فرزندتان رخ داده است؟ ۲. چه چیزی در شما رخ داده که قبل از ابتلای فرزندتان وجود نداشت؟
محور ۴: سوالات ارزیابانه	۱. از زمانی که فرزندتان بیمار شد افکار و احساساتتان در مورد فرزندتان چگونه است؟ ۲. چه احساسی در مورد درمان دارویی و شیمی درمانی و رژیم غذایی فرزندتان دارید؟

- عدم اشاره مستقیم به ازدست دادن فرزند از طرف مصاحبه کننده

یافته های پژوهش

در مرحله نخست به گردآوری داده های کیفی از خلال مصاحبه های عمیق با مشارکت کنندگان پژوهش پرداخته شده است. در بخش کیفی پژوهش پس از رسیدن به حد اشباع نظری، در نهایت ۱۳ نفر به عنوان نمونه آماری بر اساس روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند که یافته های توصیفی مشارکت کنندگان و کدهایی که برای تحلیل مصاحبه های آنها مورد استفاده قرار گرفته است در جدول ۲ ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی که شامل محافظت از حقوق انسانی شرکت کنندگان در پژوهش می باشد، در تمامی پژوهش های کمی و کیفی از اهمیت بالایی برخوردار هستند. در پژوهش حاضر نیز ملاحظات زیر لحاظ شد است:

- حق شرکت آگاهانه و رضایت مندانه در پژوهش
- حق انتخاب افراد برای میزان پاسخ دادن به سوالات مصاحبه
- حق خروج از پژوهش در زمان دلخواه
- محرمانه ماندن اطلاعات فرد مصاحبه شوند
- محافظت افراد شرکت کننده در پژوهش از هر گونه آسیب مرتبط با پژوهش

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در مرحله کیفی و کدهای مورد استفاده در پژوهش

کد	سن	تعداد فرزند	تحصیلات	سن فرزند	درمان فرزند	سابقه بیماری فرزند (سال)
I1	۴۳	۲ دختر	لیسانس	۱۲	دارودرمانی نوبت شیمی درمانی	یک
I2	۴۹	۱ پسر ۱ دختر	دیپلم	۱۲	دارو درمانی شیمی درمانی	یک
I3	۳۸	۱ پسر ۱ دختر	لیسانس	۱۰	دارودرمانی شیمی درمانی در نوبت پیوند	دو
I4	۴۵	۲ دختر	لیسانس	۱۲	شیمی درمانی	چهار

سه	جراحی مغز نوبت پیوند دارودرمانی شیمی درمانی	۷	دیپلم	۳ دختر	۵۵	I5
چهار	پیوند مغز و استخوان دارودرمانی شیمی درمانی در نوبت پیوند دارودرمانی	۱۱	فوق لیسانس	۲ پسر	۴۲	I6
نه	شیمی درمانی پیوند مغز و استخوان شیمی درمانی رادیو تراپی	۱۲	دیپلم	۱ پسر ۱ دختر	۴۹	I7
پنج	پیوند مغز و استخوان دارو درمانی شیمی درمانی رادیو تراپی	۱۲	دیپلم	۱ پسر ۱ دختر	۵۳	I8
یک	پیوند مغز و استخوان دارودرمانی شیمی درمانی	۲	فوق لیسانس	۱ پسر ۱ دختر	۳۱	I9
یک	شیمی درمانی جراحی کمر پیوند مغز و استخوان دارودرمانی شیمی درمانی رادیو تراپی	۴	لیسانس	۲ پسر	۳۳	I10
سه	جراحی پیوند مغز و استخوان دارودرمانی شیمی درمانی رادیو تراپی جراحی	۱۱	دیپلم	۳ دختر	۵۶	I11
۹ ماه	دارودرمانی شیمی درمانی نوبت پیوند مغز و استخوان دارودرمانی	۱۲	دیپلم	۱ دختر ۱ پسر	۴۸	I12
دو	شیمی درمانی پیوند مغز و استخوان	۷	دیپلم	۱ دختر ۱ پسر	۴۴	I13

با روش توافق درون موضوعی دو کدگذار (ارزیاب)، از یک فرد دیگر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی درخواست شد تا به عنوان همکار پژوهش (کدگذار) در پژوهش مشارکت کند؛ آموزش‌ها و تکنیک‌های لازم جهت کدگذاری مصاحبه‌ها به ایشان انتقال داده شد. در هر کدام از مصاحبه‌ها، کدهایی که در نظر دو نفر هم مشابه هستند با عنوان «توافق» و کدهای غیر مشابه با عنوان «عدم توافق» مشخص می-

مشارکت کنندگان در این مرحله شامل ۷ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان دارای سابقه یک تا ۲ سال، و ۵ نفر از آنها دارای سابقه سه تا پنج سال و یک نفر دارای سابقه ۹ سال بودند. پس از اتمام مصاحبه نیمه ساختار یافته مرحله تحلیل داده ها به روش داده بنیاد آغاز شد. گفتنی است در این پژوهش از روش توافق درون موضوعی برای محاسبه پایایی مصاحبه‌های انجام گرفته شده استفاده شده است. برای محاسبه پایایی مصاحبه

به عنوان شاخص پایایی تحلیل به کار می‌رود محاسبه شد که نتایج حاصل از این کدگذاری‌ها در جدول ۳ آمده است.

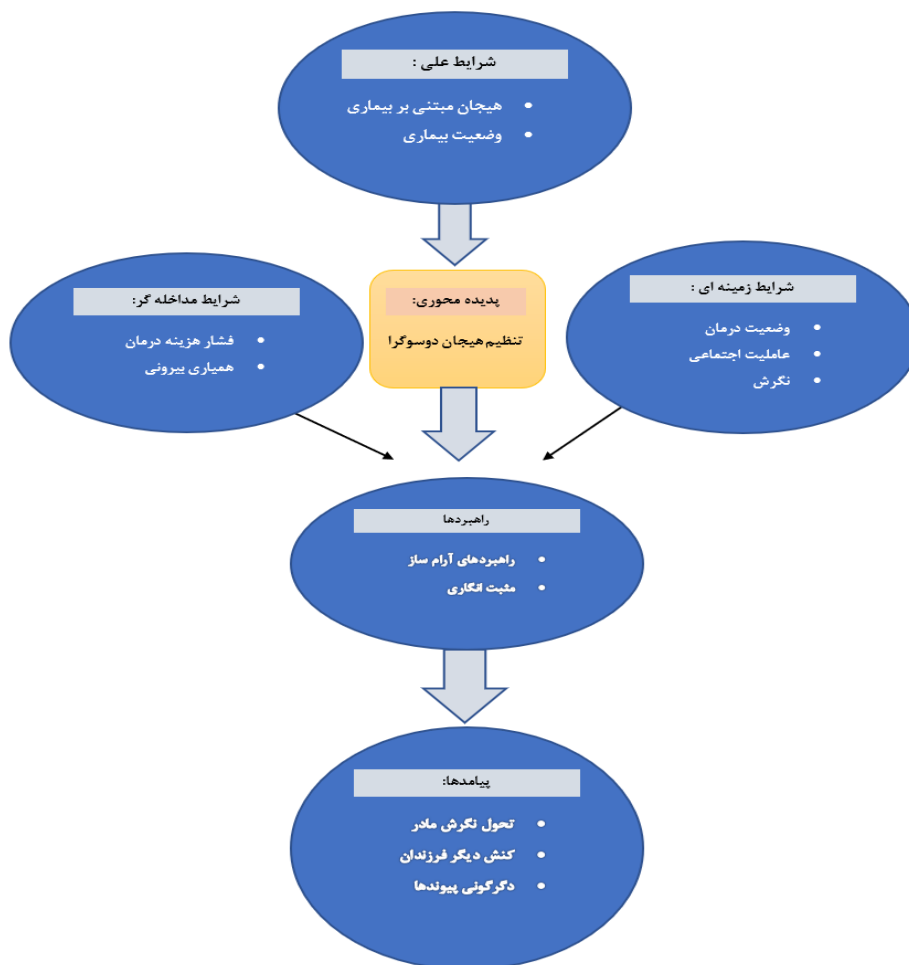
شوند. سپس محقق به همراه این همکار پژوهش، تعداد سه مصاحبه را کدگذاری کرده و درصد توافق درون موضوعی که

جدول ۳. میزان درصد پایایی از طریق روش کدگذاری مجدد

ردیف	عنوان مصاحبه	تعداد کل داده‌ها	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	پایایی بازآزمون
۱	سوم	۵۹	۴۴	۱۵	۰/۷۴
۲	هفتم	۵۱	۳۹	۱۲	۰/۷۶
۳	دوازدهم	۵۳	۴۰	۱۳	۰/۷۵
	کل	۱۶۳	۱۲۳	۴۰	۰/۷۵

کدگذار با استفاده از فرمول ذکر شده ۰/۷۵ است که از ۰/۶۰ بالاتر بوده بنابراین قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تایید می‌باشد.

همان طور که در جدول شماره ۴۳ نشان می‌دهد تعداد کل کدهای ثبت شده توسط هر دو نفر (محقق و فرد همکاری کننده) برابر با ۱۶۳، تعداد کل توافقات بین این کدها ۱۲۳ و تعداد کل عدم توافقات بین این کدها ۴۰ می‌باشد. پایایی بین دو



شکل ۱. مدل کیفی راهبردهای تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان با رویکرد گراندد تئوری

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش ارائه مدل کیفی راهبردهای تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان با رویکرد گراندد تئوری بود؛ در این مدل، شرایط علی، عوامل ترغیب کننده و یا ایجاد کننده هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان هستند، لذا با این رویکرد، عواملی در این بخش مورد توجه قرار گرفته است که از نظر تقدم زمانی و نیز شرایط الزام آوری بر پدیده اصلی تأثیر علی داشته باشند. شرایط علی در این پژوهش شامل هیجان مبتنی بر بیماری و وضعیت بیماری می‌باشد.

وضعیت بیماری: افزایش شیوع سرطان سبب پرور اختلال در عملکردهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران شده است. تشخیص و درمان سرطان از جمله شیمی درمانی که یکی از بهترین روشهای شایع برای درمان بیماری با هدف نابودی سلولهای سرطانی انجام میشود. پژوهشی نشان داد که عوارض ذکر شده در ابعاد جسمی و روحی، معنوی وضعیت زندگی بیمارها نظیر، تنش‌های شغلی، اضطراب و افسردگی، تحمل بیماری، امید و رضایت از زندگی، عزت نفس، فشارهای روانی، وضعیت زندگی، پرخاشگری و خودبیمار انگاری، مدت بستری، خطر عود بیماری، درد و علائم بیماری، و خامت حال بیمار، کاهش توکل بر خدا تأثیر گذار باشد (۳۰). بنابراین وضعیت زندگی در طول شیمی درمانی تحت تأثیر منفی عوارض قرار می‌گیرد. که با تدوین و اجرای برنامه آموزشی مناسب و مداخلات موثر جانبی می‌توان سبب کاهش تأثیر عوارض جانبی شیمی درمانی بر وضعیت زندگی بیماران گشت.

هیجان مبتنی بر بیماری: وقوع بیماری سرطان در یکی از اعضای خانواده می‌تواند بحرانی برای کل خانواده به شمار آید و تمامی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. چگونگی رویارویی اعضای خانواده با این بحران و میزان کنترل و تنظیم هیجانانشان، برای بیمار اهمیت فراوانی دارد؛ زیرا او به دلیل شرایط ناگوار خود دچار هیجانانگیزی منفی و نیازمند حمایت است، درحالی که ترس، بی‌قراری و ناراحتی خانواده‌ها را رنجیده خاطر می‌کند. بیماران مبتلا به سرطان تجارب منحصر به فردی

دارند که اغلب سایر افراد از درک آن عاجز هستند. مشکلات جسمی و روانشناختی فشار زیادی را بر بیمار تحمیل کرده و منجر به حساسیت بیش از حد وی می‌شوند.

شرایط زمینه‌ای، ویژگی‌های درون فردی و برون فردی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان برای اجرای تنظیم هیجان مهم هستند، شرایطی که می‌بایست برای موفقیت بهتر در اجرای این فرایند مورد توجه قرار گیرند. این شرایط اثرات مثبت یا منفی خاص و تعیین کننده‌ای بر اجرای فرایندها ندارند بلکه جزء عواملی هستند که باید در ویژگی‌های فرایندها و ابزارهای مورد استفاده لحاظ شوند. شرایط زمینه‌ای شناسایی شده در این پژوهش شامل وضعیت درمان، عاملیت اجتماعی و نگرش می‌باشند.

وضعیت درمان: بر اساس مشاهدات محققین در محیط های بیمارستانی و کلینیک، یکی از مشکلات کودکان سرطانی عدم همکاری کودک در حین تزریق و جیغ زدن و بی‌قراری او به ویژه در کودکان پیش دبستانی است. زیرمجموعه دیگر «عدم همکاری در تغذیه» است. بچه‌ها به دلیل حالت تهوع و استفراغ از خوردن غذا اجتناب می‌کردند و این یکی از مشکلات مربوط به مراقبت آنها بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مقوله اصلی در ارتباط با چالش‌های پیش روی کودکان سرطانی و مادرانشان، آگاهی ناکافی است که بر مقوله‌های دیگر مانند مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و ارتباطات اجتماعی تأثیر می‌گذارد، به گونه‌ای که خانواده بیماران اعضا از بیماری و عوارض آن اطلاع دارند، با تعارضات کمتری مواجه می‌شوند. در مقوله مشکلات مربوط به مراقبت، عدم اعتماد به تیم مراقبت بهداشتی و عدم همکاری کودکان در برنامه های مراقبتی می‌تواند ناشی از عدم آگاهی آنها از بیماری، درمان و عوارض آن باشد.

محیط درمانی: از آنجایی که بیماران بخشی از عمر خود را در بیمارستان‌ها و برای درمان با کادر و پزشکان در تماس‌اند، بنابراین، دغدغه‌هایی در این راستا دارند. بدون استثنا تمام بیماران از پزشک خود انتظار صداقت و آگاهی دادن در مورد

است، فشار روانی زیادی بر مادر تحمیل می‌کند. مادران فرزندان بیمار به علت ناتوانی وظایف و نقش‌های فرهنگی دچار احساس بی‌کفایتی می‌شوند و در اکثر مواقع زندگی خانوادگی از هم-می‌پاشد. بنابراین تعدیل وظایف نقش‌های مادر یکی از اصلی-ترین نیازهای آن‌ها محسوب می‌شود. در راستای این مشکلات والدین بیماران سرطانی نیاز به حمایت همه‌جانبه و خود جوش دارند که از فقدان این حمایت رنج زیادی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند.

نگرش فرزند و بیماری: پی‌بردن به اینکه بیمار مبتلا به سرطان کیست، چه چیزی برای او مهم است، ارزش‌های شخصی و نظام باورهای او دربرگیرنده چه مسائلی است، یکی از بخش‌های اساسی سیستم مراقبتی نوین و از وظایف فراهم‌کنندگان خدمات درمانی است. با توجه به نتایج، خانواده، جامعه، کادر درمان و متخصصان مذهب با همکاری هم می-توانند به بیمار در تجربه احساسات خوشایند و دستیابی به آرامش و مرگ با کرامت کمک نمایند؛ لازمی این امر آموزش دقیق در رابطه با مرگ و نیازهای افراد در آستانه مرگ، به خانواده و متخصصین است.

شرایط مداخله‌گر عبارتند از شرایطی که بر اجرای تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان اثرات مثبت یا منفی دارند و می‌توانند اجرای آن را تسهیل و تسریع کنند یا به عنوان محدودیت‌هایی منجر به اختلال در اجرا باشند. به همین دلیل مفاهیمی در این بعد مدل قرار گرفته است که نسبت به شرایط خنثی زمینه‌ای از این حیث متفاوت باشند. متغیرهای شناسایی شده مداخله‌گر در این پژوهش شامل فشار هزینه درمان و همیاری بیرونی می‌باشد.

در بعد پدیده اصلی، تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان که موضوع اصلی و مورد سوال این تحقیق بوده است قرار گرفته‌اند و با توضیحات و جزئیات مرتبط در این بخش تحلیل شده‌اند. در پدیده اصلی به این مفهوم رسیدیم که تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان به حالت دوسوگرا است، در دوسوگرایی فرد همزمان هم تمایل به ابراز هیجان و هم تمایل به بازداری آن را تجربه می‌کند. در این پژوهش هم

بیماری، درمان و عوارض آن در حد فهم بیمار و درک و همدلی داشتند. عدم برقراری رابطه شفاف، مؤثر و مستمر، بیش از هر چیز موجب سلب اعتماد نسبت به پزشکان و کارایی و توان آن‌ها در کمک می‌شود که بر تردید بیمار نسبت به نتیجه-بخش بودن درمان می‌افزاید. نتایج نشان می‌دهد که اغلب بیماران از عدم همدلی و همکاری و برخورد غیرانسانی و سودجویانه کادر درمان و داروخانه‌ها و در کل فرایند درمان در بیمارستان رنج می‌برند.

عاملیت اجتماعی: پدیده‌ی تنهایی اجتماعی را به عنوان شالوده‌ی تجربه‌ی مبتلایان به سرطان معرفی کرده و بیان کردند اگرچه افراد زیادی اعم از خانواده و دوستان در حاشیه و متن زندگی مبتلایان به سرطان حضور دارند؛ اما با این وجود بیماران به علت فقدان کسانی که قادر به درک عمیق تجربه‌شان باشند و بتوانند هم‌حسی و هم‌زبانی با آنان داشته باشند، همچنان احساس تنهایی می‌کنند. تنهایی‌ای که ماهیت فیزیکی ندارد. تمام بیماران از اینکه روزی کنترل و توانایی خود را از دست داده و دیگر قادر به انجام هیچ کاری نباشند به شدت واهمه داشتند، به حدی که حتی مرگ را به زمینگیر شدن ترجیح می‌دادند. برچسب بیمار درمانده، به رخ کشیدن زحمات، نیش و کنایه‌های اطرافیان، احساس عجز و ناتوانی و سربار بودن، از دست رفتن استقلال و وابسته شدن به دیگران و احساس ناکارآمدی همه و همه باعث می‌شوند عزت‌نفس فرد خدشه‌دار و به تبع آن هویت او دچار تزلزل شود. یکی دیگر از خوشه‌های اصلی به دغدغه‌های اجتماعی-اقتصادی اختصاص دارد فرد دارای فرزند مبتلا به سرطان به علت دغدغه‌ها و درگیری‌های ذهنی و فیزیکی، در انجام سایر نقش‌های اجتماعی خود دچار مشکل می‌شود و در نهایت شغل خود را امکان دارد از دست بدهد. این مسئله از دو جهت برای مادر دارای فرزند سرطانی دغدغه محسوب می‌شود، اول اینکه او در زندگی خود برای رسیدن به موقعیت شغلی مورد علاقه‌ی خود زحمات فراوانی کشیده و اکنون از دست رفتن شغل خود را نوعی بی‌عدالتی تصور می‌کند و دوم اینکه از دست دادن شغل برای خانواده بیماری که با هزینه‌های گزاف درمان روبروست و یا تامین هزینه‌های خانواده بر عهده‌ی مادر

خواه ناخواه پیش می‌آید و فرق نمی‌کند که بیمار چه کسی باشد (همسر، فرزند، پدر، مادر یا یکی از دوستان) هر یک از اعضای

خانواده باید به موازات توجه به خواسته‌ها و نیازهای بیمار، به نیازهای حیاتی خود نیز توجه داشته باشند.

شواهدی وجود دارد که حمایت اجتماعی اثرات محافظت‌کننده در بیماران سرطانی دارد. فقدان حمایت اجتماعی عامل پیش‌بینی‌کننده مهمی برای پذیرش مجدد در بیمارستان و مرگ و میر در بیماران سرطانی است. حمایت اجتماعی می‌تواند بر ارزیابی‌های شناختی شخص و باورهایش درباره جهان تاثیر گذارد.

در بعد **راهبردها**، کنش‌ها و فعالیت‌های اصلی که می‌تواند در اجرای تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان راهگشا باشد مورد توجه قرار گرفت، فرق این بعد با پدیده اصلی این است که مفاهیم و مقوله‌های این بعد از نوع فرایندی نیستند بلکه از نوع اقدام هستند و به اجرای فرایندها کمک می‌کنند. راهبردهای شناسایی شده در این پژوهش شامل راهبردهای آرام ساز و مثبت‌انگاری می‌باشد.

کمتر خانواده‌ای را می‌توان یافت که بیمار سرطانی داشته باشد و از درگیری با او شکوه نکند. وجود مشکل در زندگی امری طبیعی است. در واقع، باید به این موضوع توجه کرد که هر مشکل مسئله‌ای است و هر مسئله‌ای راه حلی دارد. مهم این است که ما تصمیم بگیریم با مسائل مقابله کنیم و از راه منطقی با آن روبرو شویم. بر این اساس بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق مؤثر و زندگی‌بخش با بیماری مزمن خود هستند. این افراد نیاز خواهند داشت تا مهارت‌های مقابله‌ای جدید را یاد بگیرند، این هدف زمانی می‌تواند تحقق یابد که مقابله و واکنش‌های آن در قبال بیماری و طریق آگاهی از آن به وابسته مشکلات افزایی کاملاً شناخته شده باشد. این توانایی‌ها به بیمار مجال می‌دهند تا سهمی ایفا نماید و تا اندازه‌ای کنترل آنچه برای او اتفاق می‌افتد در دست بگیرد.

مثبت‌انگاری: مقابله با رویداد استرس‌زا فرآیندی پویا است که می‌تواند پاسخ‌های متنوعی را فراهم آورد که شامل انواع راهبردهای ذیل است

افراد هم از گریه برای تنظیم هیجان بهره می‌گرفتند و هم از ارتباط داشتن برای پاسخگویی در مورد هیجان‌ات و عدم برون‌ریزی فاصله می‌گرفتند.

فشار هزینه درمان: بی‌تردید اداره کردن امور منزل که یک بیمار مبتلا به سرطان در آن زندگی میکند کار چندان راحتی نیست. تقبل مسئولیت‌ها و نقش‌های مختلف در آن واحد می‌تواند سلامت روانی پدر و یا همه اعضای خانواده و گاه اطرافیان را به خطر اندازد. در اروپا و آمریکا برخی خانواده‌ها از پیشاهنگان کمک می‌گیرند اما متأسفانه چنین نیروهای داوطلبی در جامعه ما حضور ندارند. به طور کلی بر حسب فرهنگ جامعه، از هر کسی که می‌تواند در این زمینه مفید و مثر ثمر باشد، می‌توان کمک خواست. هزینه اقتصادی لازم جهت استخدام نیروهای مورد نیازتان را با زیان ناشی از تنها به دوش کشیدن بارهای فیزیکی و روانی مقایسه کنید.

همیاری بیرونی: همواره به خاطر داشته باشید که خانواده یک کل واحد به حساب می‌آید، در صورتی که خانواده در فشار زیاد کارها و تحمل بارهای فراوان قرار گیرد، فرد مبتلا به سرطان نیز اذیت خواهد شد. وابستگی بیماران سرطانی اجازه، حق و مسئولیت دارند که به مشکلات خود نیز توجه داشته باشند. گاهی ممکن است کسی آن‌ها را متهم به خودخواهی کند ولی آن‌ها باید آنچه را که برای حفظ سلامت و آرامش روانی خود لازم است انجام دهند، زیرا که در این صورت به گونه بهتری می‌تواند نیازهای بیمار را برآورده سازند و از وی پرستاری کنند.

هر فرد دارای نیازهای متفاوتی است که این نیازها باید برآورده شوند. بدیهی است چنانچه اطرافیان بیمار در سلامت و خشنودی به سر برند بیمار نیز از این نعمت سود خواهد برد. گاهی لازم است که اطرافیان بیمار برای نگهداری وی از خارج کمک بگیرند، حتی اگر بیمار به این مسئله اعتراض کند. آنها باید در صورت لزوم این کار را انجام دهند چرا که این حق را دارند که محدودیت‌های توان و تحمل خود را ارزیابی نموده و در موارد نیاز یک همکار به خدمت بگمارند. افزایش فشارها و تغییر مسئولیت‌ها به دنبال ابتلای یکی از اعضای خانواده به سرطان

برخورد می‌کنند، ایمن‌تر هستند و در شرایطی مانند بروز بیماری سرطان برای اعضای خانواده، زندگی‌شان مختل نمی‌شود و راحت‌تر و سالم‌تر می‌توانند با استرس آن کنار بیایند و در نتیجه هم برای عضو بیمار خانواده و هم برای دیگر اعضای جو روانی-عاطفی خانواده را بغرنج و ناگوار نمی‌سازند و چنین شرایط آرام و به دور از استرس به پیشرفت فرآیند درمان سرطان کمک می‌کند.

در نهایت در بعد **پیامدها**، نتایج و پیامدهای مورد انتظار اعم از ملموس و غیرملموس و نیز از جهت بیماران و جامعه مورد توجه قرار گرفت. پیامدهای مورد انتظاری که می‌تواند در اثر اجرای تنظیم هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان شود. این پیامدها شامل تحول نگرش مادر، کنش دیگر فرزندان و دگرگونی پیوندها می‌باشد.

تحول نگرش مادران: با توجه به مطالب بالا، می‌توان انتظار داشت این مادران با یادگیری مهارت‌هایی مانند روابط بین‌فردی، حل مسئله و کنترل خشم، علاوه بر ایجاد شور زندگی و امید در خود و فرزندشان، در فضای عاطفی خانواده و نوع رفتار بستگان و اطرافیان نیز تأثیر داشته باشند و برای طی کردن مسیر طولانی درمان، خستگی و ناامیدی را از خود و خانواده خود دور کنند و حامی فرزندشان باشند که بیش از هر زمان دیگری به حمایت او نیاز دارد. نظر به تحقیقات یادشده، علاوه بر درمان دارویی که کودکان دریافت می‌کنند، نقش خانواده به‌ویژه مادر در روند درمان مؤثر است و مداخلات روان‌شناختی جهت مدیریت خشم و افزایش امیدواری که به تسهیل روند درمان کودک و آرامش مراقبان وی منجر می‌شود، ضرورت می‌یابد. با در نظر گرفتن شرایط ویژه‌ی این مادران و توجه به مسائل عاطفی، هیجانی و روانی آنان به‌نظر می‌رسد آموزش تمامی مهارت‌های زندگی از حوصله‌ی آنان خارج باشد، بنابراین انتخاب مهارت‌های روابط بین‌فردی، حل مسئله و کنترل خشم به‌منظور برقراری روابط سالم مادر با کودک، خانواده، کارکنان بخش‌های درمانی و بالا بردن سطح کیفی حل مسائل (اخذ تصمیم‌های بهتر و تقویت حس امیدواری) و کنترل خشم و کاهش پرخاشگری که لازمه‌ی کسب دو مهارت دیگر است صورت گیرد.

- **مقابله مسئله مدار:** بیانگر تلاش هدفمند مسئله مدارانه جهت حل مسئله، سازماندهی مجدد مسئله یا کوشش برای تغییر موقعیت است.

- **مقابله هیجان مدار:** بیانگر واکنش‌های خود مدارانه با هدف کاهش استرس است (نه حل منطقی مسئله) این واکنش‌ها شامل پاسخ‌های هیجانی است. واکنش‌ها به جای مسئله به سمت شخص جهت داده می‌شوند.

- **مقابله اجتنابی:** فعالیت و تغییرات شناختی به منظور اجتناب و دوری از موقعیت استرس‌زا است، که از طریق عدم توجه به موقعیت یا مسئله و یا از طریق روی آوردن به اجتماع یا افراد به عنوان وسیله‌ای برای تسکین استرس، صورت می‌پذیرد.

راهبردهای آرام ساز: استفاده بیشتر از راهبردهای آرام ساز می‌تواند فشار روانی مداوم و فرسودگی ناشی از بیماری کودک را تشدید کند. مقابله متمرکز بر هیجان با فاصله گرفتن از موقعیت و تلاش برای کنترل هیجان‌ات خود مرتبط است و اغلب توسط والدین کودکان مبتلا به سرطان و بیماری‌های مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت افرادی که از سبک راهبردهای آرام ساز استفاده می‌کنند، در هنگام رویارویی با موقعیت استرس‌زا به طور مستقیم با مشکل درگیر شوند و از تمام نیروی خود استفاده کنند که این شرایط باعث نظم فکری آن‌ها شده و آشفتگی هیجانی آن‌ها را کاهش می‌دهد. علاوه بر این به کارگیری سبک راهبردهای آرام ساز در موقعیت‌های استرس‌زا موجب می‌شود که فرد با تمرکز بر مشکل در صدد حل مسئله برآمده در نتیجه این انسجام فکری فراهم شده منبع استرس را شناسایی کرده و این امر باعث می‌شود منبع استرس به طور قابل کنترل ارزیابی شود. در این حالت حتی اگر مشکل نیز حل نشود، شناسایی منبع استرس از یک سو و افزایش آگاهی و احساس کنترل بیشتر نسبت به عوامل استرس‌زا از سوی دیگر، به بهبود سلامت روانی فرد کمک می‌کند. راهبردهای آرام ساز به عنوان تعدیل‌کننده در رابطه میان رویدادهای استرس‌زا و پیامدهایی هم چون سرطان، درمان و یا عود آن عمل می‌کند، افراد دارای راهبردهای آرام ساز چون منطقی و به روش حل مسئله با پدیده‌های استرس‌زا

روابط بین فردی می‌تواند به او در برقراری ارتباط خوب و مؤثر با فرزندش تأثیر داشته باشد. در این راستا، می‌توان به نظر اشنایدر در مورد امید نیز استناد کرد. به نظر وی امید فرایندی شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرهاست، بنابراین ممکن است به همین دلایل، آموزش مهارت‌های فوق به مادران توانسته باشد به افزایش امیدواری منجر شود.

در تبیین این نتیجه از پژوهش حاضر می‌توان گفت که تنظیم هیجانی می‌تواند تأثیر مثبتی بر درک و تبیین هیجان‌ها و قوام آن‌ها داشته باشد و در نتیجه اضطراب و نگرانی والدین را کنترل کند. افراد با تنظیم هیجان بالاتر، سلامت روانی بالاتری را درک می‌کنند (۳۱). شایان ذکر است که تنظیم شناختی هیجان به والدین این امکان را می‌دهد که در مواجهه با موانع و مشکلات بیماری فرزندشان انعطاف پذیر باشند و از این رو این تنظیم هیجانی می‌تواند کاهش اجتناب تجربی و مقابله و گریز در مواجهه با مشکلات مربوط به بیماری و نیز پیش‌بینی کند، انعطاف پذیری ذهنی و پذیرش شرایط فعلی را افزایش می‌دهد، بنابراین می‌تواند پذیرش و عمل والدین را به طور مثبت توضیح دهد. اما نشخوار فکری و سرزنش‌های دیگر در والدین کودکان مبتلا به سرطان، با توجه به شدت مشکلات این بیماری، منجر به افزایش نشخوار فکری و یا سرزنش والدین و سرزنش یکدیگر برای تخلیه هیجان‌ها می‌شود و این رویکردهای هیجانی منفی می‌تواند باعث افزایش سرکوب افکار، سرکوب هیجانی شود. مقابله اجتنابی و کاهش پذیرش و عمل و افزایش اجتناب تجربی از والدین را پیش‌بینی می‌کند. با این وجود، با توجه به اینکه تنظیم شناختی هیجان پیش‌بینی‌کننده پذیرش و کنش والدین شد، می‌توان گفت که تنظیم شناختی هیجان منجر به ایجاد رویکردهای خودتنظیمی، حل مسئله و برنامه‌ریزی می‌شود و افراد بر جستجوی اجتماعی لازم تأکید دارند. حمایت و ارزیابی مجدد مثبت و تنظیم هیجانی والدین آن‌ها را قادر می‌سازد تا احساسات منفی را دفع کنند و از احساسات مثبت برای بازگشت و یافتن معنای مثبت در مواجهه با استرس‌ها استفاده کنند. بنابراین می‌توان گفت که تنظیم شناختی هیجان

واکنش دیگر فرزندان: زمانی که برای کودکی تشخیص سرطان داده می‌شود، همه افراد خانواده، از جمله خواهران و برادران کودک دچار استرس و غم و اندوه شدید شده و از نظر روانی، آسیب می‌بینند و نیاز به حمایت‌های روانی پیدا می‌کنند. مروری بر تحقیقات موجود نشان دهنده آن است که در مدت بیماری کودک، خواهران و برادران وی از همه دیگر افراد خانواده ناراحت‌ترند و بیش از همه مورد غفلت قرار می‌گیرند. همه توجه خانواده معطوف به کودک سرطانی، درمان و مشکلات ناشی از آن می‌شود و از دیگر فرزندان خود به ناچار غافل می‌شوند. خواهران و برادران نیاز به کسب اطلاعات از اتفاقات جاری و حمایت مداوم روحی و روانی مناسب دارند. حال آنکه عموماً یا اصلاً حمایتی از آنان صورت نمی‌گیرد و یا اگر حمایتی صورت می‌گیرد، بسیار محدود، ناکافی، موقت و ناپیوسته است. در نتیجه به نظر می‌رسد اجرای برنامه‌های خاص برای این گروه و مداخله‌های روانی مؤثر برای آنان ضروری است و کمک می‌کند بهتر بتوانند بر مشکلات و آسیب‌های روانی ناشی از بیماری خواهر/برادر سرطانی خود فائق آیند، مقاوم‌تر و قوی‌تر شوند، واکنش‌های سلامتی در برابر مشکلات موجود نشان دهند و سلامت روانی خود را از دست ندهند.

دگرگونی پیوندها: در تبیین این یافته می‌توان به ماهیت دو متغیر (مهارت‌های زندگی و امیدواری) اشاره کرد. در آموزش مهارت حل مسئله به فرد کمک می‌شود تا به‌طور مؤثر و اثربخش برای حل مشکلات با رویکردی منظم به چالش‌ها بپردازد؛ بنابراین فرد می‌آموزد تا برخورد منطقی و واقع‌بینانه داشته باشد و به راه‌حل‌های متفاوتی برای حل مشکل فکر کند. به‌نظر می‌رسد وقتی هدف، حل مشکل باشد، حرکت به سوی هدف، احساس امیدواری را برمی‌انگیزد. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد مادرانی که کودک مبتلا به سرطان دارند همانند سایر مادران برای فرزندانشان آرزوهایی در سر می‌پروراند اما با ابتلای فرزندشان به سرطان احساساتی مانند احساس گناه، غم و افسردگی در مادر شکل می‌گیرد ولی چون مادران به‌طور معمول مراقبان اصلی کودک هستند و عملکرد آنان در بهزیستی کودک و خانواده اهمیت دارد، آموختن مهارت کنترل خشم و

این پژوهش اکتشاف شد که موجب درک عمیق تر عوامل موثر و راهبردهای تنظیم هیجان ها و سلامت روان مادران پس از ابتلا فرزند به سرطان و در مراحل درمان او می شود. قرار گرفتن یافته های پژوهش حاضر در راستای نتایج مطالعات پیشین که بر اهمیت تنظیم هیجان تاکید داشتند بیانگر صحت و دقت یافته هاست که موجب افزایش قابلیت اطمینان و امکان تعمیم نتایج می گردد. هم چنین در این مطالعه سعی شد تنوع تجربیات بیماران از نظر سن، تحصیلات، بافت محل زندگی و مدت بیماری فرزند مورد توجه قرار گیرد اما با این محدودیت رو به رو بود که تنها افرادی وارد مطالعه شدند که خودشان اعلام آمادگی می کردند. بنابراین تکرار این مطالعه در طیف وسیع تری از انواع سرطان و تنوع قومی جامعه ایران، برای درک بهتر راهبردهای تنظیم هیجاندر مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان ضروری و مطلوب است. علاوه بر این، در مداخلات آموزشی و روان درمانی با مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان توجه داشتن به یافته های این پژوهش که بخش مهمی از تجربیات مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان است مفید واقع می شود. با این حال آزمون کردن این یافته ها در چارچوب پژوهش های کمی به افزایش قابلیت اطمینان و تعمیم یافته ها و کاربردی شدن آنها کمک می کند.

تقدیر و تشکر

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را حمایت کردند به ویژه مشارکت کنندگان صبور که با همکاری شان انجام این پژوهش را میسر ساختند صمیمانه سپاسگزاریم.

می تواند افزایش پذیرش و کنش والدین و کاهش اجتناب تجربی را پیش بینی کند.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، با توجه به شرایط خاص جامعه پژوهش و عدم دسترسی آزادانه به تمامی افراد این جامعه، علیرغم حضورشان در محیط های بیمارستانی، امکان انجام پژوهش بر روی مادران کودکان دارای یک نوع خاص از سرطان وجود نداشت و از این موضوع و همچنین متغیرهای درمانی و امید به زندگی متفاوت در انواع مختلف سرطان، تعمیم پذیری نتایج را نسبت به یک نوع خاص از سرطان ها و یا انواع دیگر سرطان ها که در این پژوهش جز نمونه نبودند محدود می کند. از آنجایی که احتمال داده می شود اختلالات روانی در نگرش پاسخ دهنده و بیماران تأثیر گذار باشند، محدودیت های این مطالعه این بود که به دلیل دسترسی دشوار به بیماران، آن ها از نظر وجود یا عدم وجود اختلال روانی، غربالگری نشدند. در نهایت پیشنهاد می شود پژوهشگران از سایر نرم افزارهای معادلات ساختاری در پژوهش خود بهره ببرند. همچنین پیشنهاد می شود ترکیبی از این متغیرهای پژوهش با دیگر متغیرهای تأثیر گذار در زمینه پذیرش تکنولوژی صورت گیرد.

بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که ابتلای فرزند به سرطان برای والدین علاوه بر آسیب جسمانی و روانی برای فرزند مبتلا؛ دارای فشار مالی، عوارض اجتماعی و روانی به خصوص هیجانی برای والدین می باشد که می تواند بر تنظیم هیجان و سازگاری آنها تأثیر بگذارد. برخی مولفه ها در

References

1. Fuller C, Huang H, Thienprayoon R. Managing pain and discomfort in children with cancer. *Current Oncology Reports*. 2022 Aug;24(8):961-73.
2. Hu N, Yuan M, Liu J, Coplan RJ, Zhou Y. Examining reciprocal links between parental autonomy-support and children's peer preference in Mainland China. *Children*. 2021 Jun 16;8(6):508.
3. Lyu QY, Zhang MF, Bu XQ, Zhou XZ, Zhao X. A qualitative study exploring coping strategies in Chinese families during children's hospitalization for cancer treatment. *Journal of pediatric nursing*. 2019 Sep 1;48:e27-34.
4. Wuensch A, Kirbach A, Meyerding L, Pietsch S. Interventions for children of parents with cancer: an overview. *Current opinion in oncology*. 2022 Jul 1;34(4):294-303.
5. Marashi F, Nikmanesh Z. The effectiveness of emotion regulation training with a positive thinking approach in quality of life and Its dimensions among children with cancer. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2018 Jan 31;7(1).

6. Bekui BA, Aziato L, Ohene LA, Richter MS. Psychological and spiritual wellbeing of family caregivers of children with cancer at a teaching hospital in Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020 Jan 1;13:100231.
7. Doumit MA, Rahi AC, Saab R, Majdalani M. Spirituality among parents of children with cancer in a Middle Eastern country. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019 Apr 1;39:21-7.
8. Ashena MS, Besharat MA, Malihialzuckerini S. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on strategies cognitive emotion regulation in mothers of children with cancer. *Journal of Psychological Science*. 2021 Nov 10;20(104):1383-402.
9. Zitzmann J, Rombold-George L, Rosenbach C, Renneberg B. Emotion regulation, parenting, and psychopathology: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2024 Mar;27(1):1-22.
10. Luo YH, Li WH, Cheung AT, Ho LL, Xia W, He XL, Zhang JP, Chung JO. Relationships between resilience and quality of life in parents of children with cancer. *Journal of health psychology*. 2022 Apr;27(5):1048-56.
11. Polat S, Tüfekci FG, Küçükoğlu S, Bulut HK. Acceptance–rejection levels of the Turkish mothers toward their children with cancer. *Collegian*. 2016 Jun 1;23(2):217-23.
12. Ben-Naim S, Gill N, Laslo-Roth R, Einav M. Parental stress and parental self-efficacy as mediators of the association between children's ADHD and marital satisfaction. *Journal of attention disorders*. 2019 Mar;23(5):506-16.
13. Cosan AS, Schloß S, Becker K, Skoluda N, Nater UM, Pauli-Pott U. Increased hair cortisol in mothers of children with ADHD symptoms and psychosocial adversity background. *Journal of Neural Transmission*. 2022 Mar;129(3):353-60.
14. Liang X, Li R, Wong SH, Sum RK, Sit CH. The impact of exercise interventions concerning executive functions of children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2021 May 22;18(1):68.
15. Öztaşlan A, Yıldırım M. Internalized stigma and self esteem of mothers of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Children's Health Care*. 2021 Jul 3;50(3):312-24.
16. Berenguer C, Rosello B, Miranda A. Mothers' stress and behavioral and emotional problems in children with ADHD. Mediation of coping strategies. *Scandinavian journal of psychology*. 2021 Apr;62(2):141-9.
17. Clever K, Schepper F, Küpper L, Christiansen H, Martini J. Fear of progression in parents of children with cancer: results of an online expert survey in pediatric oncology. *Klinische Pädiatrie*. 2018 May;230(03):130-7.
18. Hoekstra-Weebers JE, Jaspers JP, Kamps WA, Klip EC. Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients: A prospective longitudinal study. *Journal of pediatric psychology*. 2001 Jun 1;26(4):225-35.
19. Breaux R, Eadeh HM, Swanson CS, McQuade JD. Adolescent emotionality and emotion regulation in the context of parent emotion socialization among adolescents with neurodevelopmental disorders: A call to action with pilot data. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. 2022 Jan;50(1):77-88.
20. Ginsburg DK, Salinas DB, Cosanella TM, Wee CP, Saeed MM, Keens TG, Gold JI. High rates of anxiety detected in mothers of children with inconclusive cystic fibrosis screening results. *Journal of Cystic Fibrosis*. 2023 May 1;22(3):420-6.
21. Al-Ajeely SA, Al-Amrat MG, Khasawneh MA, Alkhaldeh MA. Problems with Thinking and Daily Habits among Mothers of Children with Autism in Saudi Arabia. *Migration Letters*. 2023;20(S3):1105-14.
22. Ersoy K, Altın B, Sarıkaya BB, Özkardaş OG. The comparison of impact of health anxiety on dispositional hope and psychological well-being of mothers who have children diagnosed with autism and mothers who have normal children, in Covid-19 pandemic. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*. 2020;9(2):117-26.
23. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*. 2015 Jan 2;26(1):1-26.
24. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015 Feb 1;49:125-34.

25. Velotti P, Bruno S, Rogier G, Zobel SB, Vacchino M, Garofalo C, Kosson DS. Psychopathy and Impairments in Emotion Regulation: A systematic review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2024 Aug 14:102482.
26. Jelvani R, Etemadi O, Jazayeri RS, Fatehizadeh M. Finding out Factors Influencing Emotion Regulation: A Qualitative Survey . *J Res Behav Sci* 2017; 1 5 (3): 363 -70 .
27. Strauss, A. L., & Corbin, J. M. *Grounded theory in practice*. 2015; Sage.
28. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. 1994 Jun;2(163-194):105.
29. Charmaz K. Grounded theory as an emergent method. *Handbook of emergent methods*. 2008;155:172.
30. Metin ZG, Helvacı A. The correlation between quality of life, depression, anxiety, stress, and spiritual well-being in patients with heart failure and family caregivers. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 2020;11(25):60-70.
31. Silvers JA. Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology*. 2022 Apr 1;44:258-63.

*Original Article***Conceptualization of emotion regulation strategies in mothers with children with cancer**

Received: 06/08/2024 - Accepted: 20/11/2024

Marzieh Mohajeri Tehrani¹
Jafar Hasani^{2*}
Mehdi Akbari³

¹ Department of Psychology,
Kharazmi University, Karaj, Iran.

² Professor, Department of Clinical
Psychology, Kharazmi University,
Tehran, Iran

³ Department of Psychology,
Kharazmi University, Karaj, Iran.

Email:
hasanimehr57@khu.ac.ir

Abstract

Introduction: This research was conducted with the aim of presenting a model of effective factors in the conceptualization of emotion regulation strategies in mothers with children with cancer. Mothers of children with cancer are more exposed to psychological and emotional problems and mental health threats in general than mothers of healthy children.

Methods: This research was done with qualitative method and grounded theory method. Subjects were selected through the purposeful sampling method and continued until new information was obtained during the interview. Finally, 13 mothers with children with cancer were selected and analyzed through a semi-structured interview and using the constant comparison method of Strauss and Corbin.

Results: The results showed that ambivalent emotion regulation was the central category of mothers' emotion regulation pattern. Causal conditions were obtained for disease-based emotion and disease state. For the intervention conditions, pressure factors of treatment cost and external cooperation were extracted. Calming and positivity strategies were obtained as strategies of the qualitative model, and finally, the final results derived from the research were the transformation of the mother's attitude, the actions of other children, and the transformation of relationships.

Conclusion: It is suggested to use the results of this model to improve emotion regulation in mothers with children with cancer.

Keywords: emotion regulation, mothers, children with cancer, cancer, grounded theory.