

Autumn 2021, Volume 8, Issue 1

The Relationship between Anger and the Marital Relationship Quality in Parents of Children with Cancer: The Mediating Role of Psychological Distress (Depression, Anxiety, and Stress)

Zoleikha Raeisipour¹, Abdullah Shafiabady^{2*}, Jalil Younesi Boroujeni³

1- Phd student of Counseling, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

2- Professor of Department of Counseling, Faculty of Education Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Assessment and Measurement (Psychometrics), Faculty of Education Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Abdullah Shafiabady, Professor of Department of Counseling, Faculty of Education Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Email: ashafiabady@yahoo.com

Received: 6 Sep 2020

Accepted: 13 Oct 2020

Abstract

Introduction: Having a child with cancer in the family has many negative consequences for parents. The present study investigates the mediating role of psychological distress (depression, anxiety and stress) in the relationship between anger and the marital relationship quality in parents of children with cancer.

Methods: The present study was descriptive-correlation and structural equation modeling. The statistical population of the present study includes the parents of all children with cancer referred to Bandar Abbas Children's Hospital in 1398, of which 200 people were selected as a sample group by purposive sampling. Data collection tools included Marital Relationship Quality Scale, Spielberger Anger Expression Questionnaire (STAXI) and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS_21). Data analysis was performed by Pearson correlation coefficient and path analysis using AMOS software.

Results: The results showed that anger and psychological distress have a significant negative relationship with couples' relationships quality. Psychological distress also had a mediating role in the relationship between anger and marital relationship quality ($P < 0.05$).

Conclusions: Accordingly, in designing the necessary measures to improve the marital relationship quality in parents with children with cancer, programs can be developed to reduce anger and psychological distress.

Keywords: Anger, Psychological Distress, Cancer, Couples Relationships, Children, Parents.

رابطه خشم با کیفیت روابط زوجین در والدین کودکان مبتلا به سرطان: نقش واسطه‌ای پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس)

زلیخا رئیسی پور^۱، عبدالله شفیع آبادی^۲، جلیل یونسی بروجنی^۳

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲- استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: عبدالله شفیع آبادی، استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
ایمیل: ashafiabady@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۱۵

چکیده

مقدمه: وجود یک کودک مبتلا به سرطان در خانواده دارای پیامدهای منفی بسیاری برای والدین است. پژوهش حاضر به بررسی نقش واسطه‌ای پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه بین خشم و کیفیت روابط زوجین در والدین کودکان سرطانی می‌پردازد.

روش کار: مطالعه حاضر، توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را والدین تمامی کودکان سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان بندرعباس در سال ۱۳۹۸ در بر می‌گیرد که از این بین با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۲۰۰ فرد به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت روابط زوجین (۱۳۸۶)، پرسشنامه بیان حالت-صفت خشم اسپیلبرگر (۱۹۹۹) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (۱۹۹۵) بود. تحلیل داده‌ها از طریق روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با بهره‌گیری از نرم‌افزار AMOS انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که خشم و پریشانی روانشناختی با کیفیت روابط زوجین دارای رابطه منفی معنادار هستند. همچنین پریشانی روانشناختی در رابطه بین خشم با کیفیت روابط زوجین دارای نقش میانجی بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر این اساس در زمینه طراحی اقدامات لازم به منظور ارتقای کیفیت روابط زوجین در والدین دارای کودک سرطانی می‌توان به تدوین برنامه‌هایی در جهت کاهش خشم و پریشانی روانشناختی اقدام نمود.

کلیدواژه‌ها: خشم، پریشانی روانشناختی، سرطان، روابط زوجین، کودکان، والدین.

مقدمه

ابتلا به بیماری‌های سخت و مزمن، وضعیت روان‌شناختی ویژه‌ای است که سلامت جسمی و روانی کودکان و خانواده‌هایشان را تهدید می‌کند (۱). بروز یک بیماری مزمن، تأثیر عمیقی بر روند زندگی کودک و خانواده دارد. در این میان سرطان به عنوان یک بیماری مزمن رو به رشد، نگرانی‌های بیشتری را به همراه دارد (۲). بیماری‌های مزمن از جمله سرطان، با مشکلات روانشناختی همراه است که

مستقیم و غیرمستقیم بر سیر درمان و کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنها اثر می‌گذارد (۳). تشخیص سرطان در بین کودکان و نوجوانان یک رویداد تغییردهنده زندگی برای خود و خانواده محسوب می‌شود و استرس قابل ملاحظه‌ای را برای خانواده‌های آنها به همراه دارد (۴). اگرچه پیشرفت در درمان، برای سرطان‌های دوران کودکی تا حدود ۸۰ درصد افزایش یافته است، اما همچنان، سرطان پس از تصادفات، دومین علت مرگ و میر در میان

والدین یک کودک سرطانی معمولاً با شنیدن کلمه سرطان دچار شوک یا عوارض روانی همچون ترس، گوشه گیری، خشم و عصبانیت، پریشانی روانشناختی، زود رنجی، گنجی و بسیاری از علائم و نشانه های اختلال در سلامت روانی می شوند (۹). در این بین افسردگی، استرس و اضطراب، از جمله مشکلات روانی است که در اغلب بیماران و خانواده آنها پدیدار می شود (۹) و مطالعات حاکی از آن است که افسردگی و اضطراب، شایع ترین مشکلاتی هستند که والدین کودکان سرطانی با آن روبرو می باشند. همچنین تجربه خشم نیز در بین والدین کودکان سرطانی شایع است (۱۰). تجربه خشم و خصومت از جمله آسیب های روانشناختی معمول پس از دریافت تشخیص بیماری در یک بیمار سرطانی و خانواده وی است (۱۱). در واقع نشان داده شده است که در والدین کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با والدین کودکان مبتلا به سایر بیماری ها، واکنش های دفاعی عمده در مراحل اولیه و به هنگام دریافت تشخیص بیماری کودکان، انکار و خشم است (۱۲). خشم به عنوان حالت عاطفی منفی شناخته می شود که در بردارنده افزایش برانگیختگی جسمی، افکار سرزنش و انتقاد کننده و افزایش گرایش به رفتار پرخاشگرانه است (۱۳). خشم تجربه ذهنی یک هیجان ناخوشایند است و به عنوان یک هیجان در طیفی از رنجش خاطر تا خشم و غضب دیده می شود که معطوف به خود، دیگران و محیط است (۱۵). برحسب فرضیه ناکامی خشم، هر عاملی که مخل دستیابی به هدفی خاص باشد می تواند زمینه ساز تجربه خشم در انسان و ایجاد انگیزه ای در وی برای تلاش در جهت رفع آن مانع باشد (۱۴) و بنابراین تجربه خشم و خصومت در والدین یک کودک سرطانی که سلامتی جسمی کودکان یکباره از دست رفته است و با چنین بیماری مهلکی مواجهه هستند، بازخوردی طبیعی و شایع به نظر می رسد. خشم واکنش رایجی به موضوع ناکامی است که می تواند به پرخاشگری نیز منجر شود و بنابراین روابط فرد را به گونه ای منفی تحت تاثیر قرار می دهد (۱۵).

بر این اساس والدین کودکان سرطانی در معرض آسیب های روانی متعدد قرار دارند و تجربه خشم و پریشانی

کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۴ ساله است (۳). برخی صاحب نظران بر این باورند که سرطان در کودکان به عنوان یک وضعیت جسمانی-روانشناختی مزمن، روند زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می کشاند؛ چالشی که می تواند پیامدهای روان شناختی متعددی را برای خانواده و به خصوص والدین به دنبال داشته باشد (۵).

سرطان به دلیل ماهیت چالش انگیز و پیامدهای نامشخص آن، از بدو تشخیص و در طول پیگیری های درمانی همواره با سطوح بالای ابهام و با فراز و نشیب های هیجانی و روان شناختی برای کودک و خانواده همراه است و می تواند در ایجاد استرس در خانواده نقش داشته باشد (۶). این بیماری به دلیل میزان کشندگی بالای آن، هزینه های گزاف درمانی، بستری شدن در بیمارستان و بار اقتصادی و اجتماعی، با ایجاد مشکلات روانی در کودک و والدین وی همراه است و در زندگی خانوارها تاثیر ناگوار عمیقی داشته و تمام ابعاد زندگی و سلامت اعضای خانواده (به ویژه والدین کودک) اعم از جسمی، روحی، روانی و اجتماعی را تحت الشعاع قرار می دهد (۷). یافته تحقیقات نشان می دهد، والدینی که کودک مبتلا به سرطان دارند، با یک تجربه به ستوه آورنده در خانواده خود رو به رو می شوند و هنگام تشخیص بیماری کودک خود دچار شوک و ناباوری می گردند که با فشار روانی و استرس زیادی همراه است (۸). بیماری فرزند، والدین را تحت تاثیر قرار می دهد و در مجموع کیفیت روابط اعضای خانواده تحت تاثیر قرار می گیرد. طول مدت و شدت درمان نیز می تواند به اندازه خود بیماری تنش زا باشد و تاثیر منفی بر عملکرد خانواده و روابط والدین بگذارد (۶). بنابراین استرس ناشی از بیماری سرطان فرزند می تواند سبب اختلال در رضایت مندی زناشویی و کاهش تعامل زوجین و صمیمیت بین آنها شود. در واقع می توان چنین بیان داشت که تجربه مجموعه ای از احساسات و هیجانات آزار دهنده و استرس زا موجب جدایی عاطفی زوجین می شود (۷) و والدین چنان درگیر بیماری فرزند خود و جستجوی درمان آن می شوند که از نظر روانی دچار فرسودگی شده و در این بین کیفیت رابطه آنها می تواند آسیب ببیند (۸).

پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1398.085 به تصویب رسید و پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و بیمارستان کودکان بندرعباس، نمونه گیری با روش نمونه گیری هدفمند مبتنی بر معیارهای ورود و خروج انجام شد. به این صورت که از بین والدین کودکان سرطانی مراجعه کننده به بیمارستان کودکان بندرعباس، تعداد ۲۰۰ نفر بر اساس ملاک های ورود و خروج پژوهش به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. بنا به نظر کلاین (۲۵) اگر از مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شود، حدود ۱۵ نمونه برای هر عامل لازم است. بنابراین، در مطالعه حاضر، ۳ متغیر کلی با مجموع ۱۳ مولفه وجود دارد و به ۱۹۵ آزمودنی نیاز بود. ملاک های ورود پژوهش عبارت بودند از: داشتن کودک مبتلا به سرطان، قرار داشتن در رده سنی ۵-۲۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن، گذشتن حداقل ۳ ماه از زمان تشخیص بیماری فرزند. ملاک های خروج پژوهش عبارت بودند از: سابقه یا ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی (مانند اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و افسردگی اساسی، اختلالات عصبی-شناختی و سوء مصرف مواد)، ابتلا به بیماری جسمی جدی، عدم تمایل برای ادامه شرکت در پژوهش. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه کیفیت روابط زوجین، پرسشنامه بیان حالت-صفت خشم اسپیلبرگر (STAXI) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS_21) بود.

پرسشنامه کیفیت روابط زوجین توسط خوشکام (۲۶) با استفاده از چارچوب نظری میلر، نانالی و واکمن (۱۹۷۵) طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۳ سوال در چهار حیطه توجه کردن به خود (دارای ۵ گزاره)، توجه کردن به همسر (دارای ۷ گزاره)، برنامه ریزی برای حل مشکلات (شامل ۶ گزاره) و سبکهای ارتباطی (شامل ۱۵ گزاره) است. نمره فرد در این پرسشنامه از طریق جمع نمرات گزینه ها به دست می آید و گزینه های ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹ به طور معکوس نمره گذاری می شود. پاسخ به سؤالات به صورت ۶ گزینه ای (اصلاً - بسیار کم - کم - تا اندازه ای - زیاد - بسیار زیاد)

روانشناختی از جمله اضطراب، استرس و افسردگی در بین آنها شایع است و این می تواند کیفیت روابط زوجین را دچار اختلال سازد (۷۸). در واقع به نظر می رسد که در والدین کودکان سرطانی، تجربه خشم می تواند با تحت تاثیر قرار دادن سطح پریشانی روانشناختی یعنی اضطراب، افسردگی و استرس به کیفیت روابط زوجین لطمه بزند. همانگونه که یافته برخی از مطالعات گویای رابطه مستقیم بین خشم و افسردگی و اضطراب است و نشان داده شده است در افرادی که خشم بیشتری تجربه می کنند، سطح افسردگی و اضطراب نیز بیشتر است (۱۶، ۱۷). از سوی دیگر، یافته برخی دیگر از مطالعات گویای اثرات منفی خشم (۱۸، ۱۹) و اضطراب و افسردگی (۲۲-۲۴) در روابط بین فردی و نقش مخرب آنها در این روابط است. این در حالی است که کیفیت روابط زوجی یکی از مهمترین ملاک های عملکرد سالم نهاد خانواده است و در والدین یک کودک سرطانی که با مشکلات متعدد فردی، اجتماعی، اقتصادی و غیره مواجه هستند، برخورداری از روابط زوجی با کیفیت دارای اهمیت خاص است و تا حد زیادی می تواند در تخفیف فشارهای وارده و ایجاد ظرفیت در والدین برای تحمل دشواری ها و چالش های پیش رو مفید و امیدبخش باشد. بر همین اساس مطالعه حاضر به بررسی نقش واسطه ای خشم در رابطه بین پریشانی روانشناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) و کیفیت روابط زوجین در والدین کودکان مبتلا به سرطان می پردازد.

روش کار

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر تعیین روابط علی بین خشم، پریشانی روانشناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) و کیفیت روابط زوجین است، این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده ها توصیفی-همبستگی و از نوع مدل سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر را والدین کودکان سرطانی در سال ۱۳۹۸ در بر می گیرد که به بیمارستان کودکان بندرعباس مراجعه نموده اند. برای انتخاب نمونه مورد پژوهش، در ابتدا طرح تحقیقاتی در کمیته اخلاق در

مورد تایید قرار گرفت. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس توسط لویباند و لویباند در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است که در سه بخش به هر یک از شاخص های افسردگی، اضطراب و تنیدگی می پردازد. هر یک از سه زیر مقیاس آن شامل ۷ ماده است و هر سوال از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملا در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود. پائین ترین نمره صفر و بالاترین نمره در این مقیاس ۶۳ است که بر میزان بالای نشانگان مذکور اشاره دارد (۲۶). زیر مقیاس افسردگی ملامت، ناامیدی، بی ارزش شمردن زندگی، نازنده سازی خود، فقدان علاقه/مشارکت، بی لذتی و سکون را اندازه می گیرد. زیر مقیاس اضطراب برپایی خودکار، تأثیرات اسکلتی ماهیچه ای، اضطراب موقعیتی و تجربه فاعلی احساس اضطراب را می سنجد. زیر مقیاس تنیدگی نسبت به سطح برپایی مزمن و غیر اختصاصی حساس است و دشواری در آرام شدن، برپایی عصبی، سهولت در تحریک شدگی/ ناآرامی، فزون تحریک پذیری / واکنش پذیری و عدم تحمل را اندازه گیری می کند. لویباند و لویباند قابلیت اعتماد مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را برای هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی را با استفاده از آلفای کرونباخ (به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، و ۰/۹۰) قابل قبول ارزیابی کردند. نتایج مطالعه صاحبی و همکاران (۲۹) نشان داد، که اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۷۱، ۰/۸۴، و ۰/۸۷ است و این آزمون قدرت تشخیص دقیق و مناسب برای مقیاس خود را دارند.

در پژوهش حاضر، روش گردآوری داده ها و شیوه اجرای مطالعه فردی بوده و پدر یا مادرهای با فرزند سرطانی که حائز شرایط ورود به مطالعه بودند، به صورت هدفمند و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. یعنی پدر و مادرهای که دارای فرزند سرطانی بودند و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه از نظر سن، تحصیلات و مدت زمان تشخیص بیماری فرزند نیز، معیارها را برآورده می کردند و خودشان نیز تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، برای شرکت در مطالعه شناسایی و انتخاب شدند. در

می باشد. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره ۱۶۵ می باشد و نمره بیشتر فرد در این آزمون نشانگر کیفیت ارتباط زناشویی بالاتری در وی است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده که بیانگر همسانی درونی آن است. نتایج همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه سازگاری زناشویی Busbi و همکاران که به منظور ارزیابی کیفیت روابط زناشویی ساخته شده است، ۰/۶۷ و نشانگر روایی همگرایی آن است.

پرسشنامه بیان حالت-صفت خشم را اسپیلبرگر در سال ۱۹۹۹ جهت فراهم آوردن خودگزارشی از میزان تجارب و اظهار خشم در افراد تهیه نمود. این پرسشنامه ۵۷ ماده دارد و می توان از این پرسشنامه برای افراد بالای ۱۴ سال و زیر ۶۰ سال استفاده کرد. در این پرسشنامه شش مقیاس شامل حالت خشم با ۱۵ عبارت (شدت خشم و میزان تمایل فرد را به بیان کلامی یا جسمی خشم، می سنجد)، صفت خشم با ۱۰ عبارت (تفاوت های فردی در گرایش به تجربه خشم را در طی زمان می سنجد)، بیان خشم به طرف بیرون با ۸ عبارت (فراوانی احساس خشمی را که به شکل کلامی یا رفتار پرخاشگرایانه جسمی به طرف سایر افراد یا اشیاء در محیط جهت می یابد، را می سنجد)، بیان خشم به طرف درون با ۸ عبارت (فراوانی احساس خشمی را که به تجربه درمی آید اما بیان نمی شود را می سنجد)، مقیاس کنترل خشم به طرف بیرون با ۸ عبارت (فراوانی مواردی را که شخص بیان خشم خود را به طرف بیرون کنترل می کند، می سنجد) و مقیاس کنترل خشم به طرف درون با ۸ عبارت (فراوانی مواردی را که شخص تلاش می کند تا خشم خود را با آرام شدن یا سرد شدن کنترل کند، می سنجد) (۲۷). سوالات براساس لیکرت ۴ گزینه ای از ۱-۴ نمره دهی در طیفی شامل هرگز (۱)، گاهی (۲)، اغلب (۳) و تقریباً همیشه (۴) می شوند که بر این اساس امتیاز کل ایزار دارای محدوده ۲۲۸-۵۷ است. پایایی این پرسشنامه در ضریب آلفا برای خرده مقیاس ها و شاخص کلی خشم بالاتر از ۰/۷۳ گزارش شده است. اعتبار ملاک این پرسشنامه با توانایی آن در افتراق دو گروه بالینی و غیربالینی و تفاوت معنادار این دو گروه در نمرات کسب شده در این پرسشنامه

تکمیل پرسشنامه‌ها سپردند. به اجرای مطالعه به برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با بهره‌گیری از نرم‌افزار AMOS استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۲۰۰ نفر از پدر یا مادری که دارای کودک سرطانی بودند، شامل ۱۳۸ مادر و ۶۲ پدر دارای کودک سرطانی انجام شد. میانگین سنی گروه شرکت کننده ۳۵/۰۸ (انحراف استاندارد = ۹/۴۲) بود. نتایج مربوط به ماتریس همبستگی متغیرهای خشم، پریشانی روانشناختی و کیفیت روابط زوجین در (جدول ۱) نشان داده شده است.

ابتدای نمونه‌گیری، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای این افراد تشریح شد؛ مانند اینکه شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و عدم مشارکت، تاثیری بر روند مراقبت بهداشتی فرزند آنها نخواهد داشت و اینکه اطلاعات آنها نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند. در صورت موافقت پدر و مادرها برای شرکت در پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از آنها، پرسشنامه‌های طرح پژوهشی برای تکمیل در اختیار آنها قرار می‌گرفت. محیط پژوهش نیز بیمارستان کودکان بندرعباس بود، به طوری که پدر یا مادرهای با فرزند سرطانی و حائز شرایط در دو بخش بستری انکولوژی و اورژانس این بیمارستان مورد شناسایی قرار گرفته و بعد از توضیحات لازم، از آنها خواسته می‌شد در صورت تمایل به

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای خشم، پریشانی روانشناختی و کیفیت روابط زوجین

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱- خشم	۱			
۲- اضطراب	۰/۳۸**	۱		
۳- افسردگی	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۱	
۴- استرس	۰/۴۳**	۰/۴۲**	۰/۵۱**	۱
۵- کیفیت روابط زوجین	-۰/۳۴**	-۰/۴۱**	-۰/۲۹**	-۰/۴۶**

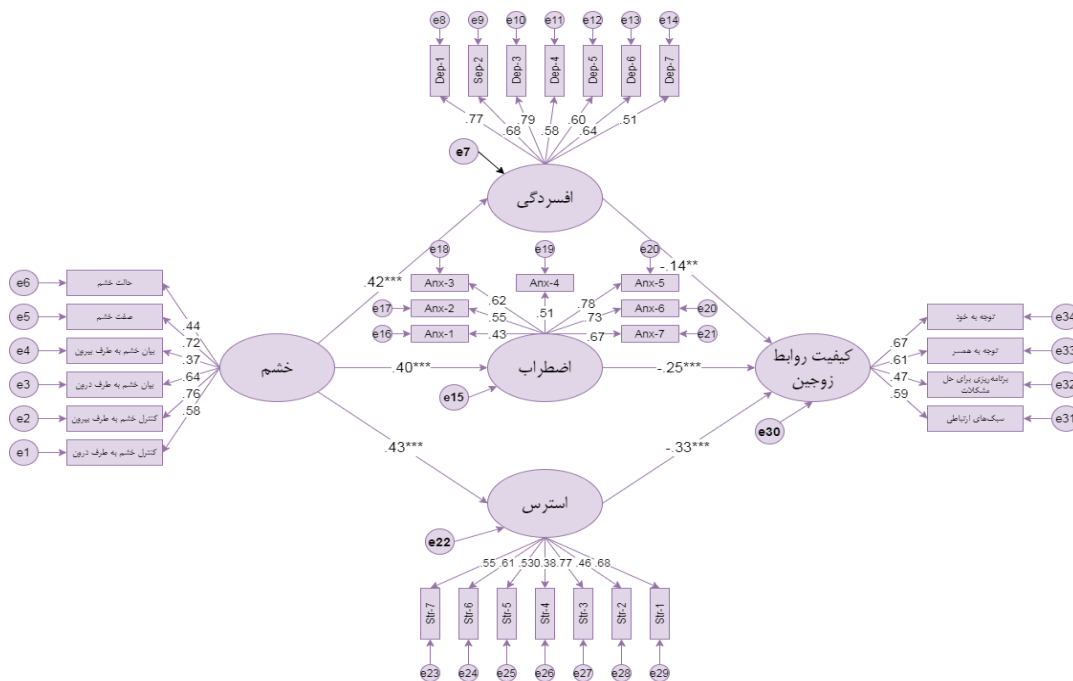
و در سطح $P < 0/01$ معنادار بود. بنابراین از نسبت خی دو بر درجه آزادی استفاده شد که مقدار آن برابر ۲/۷۹ بود و با توجه به اینکه این مقدار کمتر از ۳ است، می‌توان گفت که داده‌های به دست آمده با الگوی فرضی مطابقت دارند. همچنین شاخص‌های مهم دیگر مانند AGFI، GFI، CFI، TLI، IFI و NFI نیز در (جدول ۲) گزارش شده است. در این شاخص‌ها برآزش ۰/۹ به بالا قابل قبول قلمداد می‌شوند. شاخص مناسب دیگر، شاخص میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) است که بر اساس آن مقدار کمتر از ۰/۰۸ قابل قبول است و برای مدل‌های بسیار خوب ۰/۰۵ و کمتر در نظر گرفته می‌شود. با توجه به شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو گزارش شده در (جدول ۲)، می‌توان گفت الگو از برازش خوبی برخوردار است.

همانطور که نتایج مندرج در (جدول ۱) نشان می‌دهد، خشم (**۰/۳۴)، اضطراب (**۰/۴۱)، افسردگی (**۰/۲۹) و استرس (**۰/۴۶) با کیفیت روابط زوجین دارای رابطه منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ است. جهت آزمودن الگوی پیشنهادی نقش واسطه‌ای پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه بین خشم و کیفیت روابط زوجین، از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی در (جدول ۲) گزارش شده است. هرچه مقدار مجذور خی از صفر بزرگتر باشد، برازندگی مدل کمتر می‌شود. با وجود این، چون فرمول مجذور خی، حجم نمونه را در بر دارد و تحت تأثیر آن است، بسیاری از پژوهشگران مجذور خی را نسبت به درجه آزادی آن مورد بررسی قرار می‌دهند. با توجه به (جدول ۲)، مقدار مجذور خی برابر با ۱۱/۵۲

جدول ۲: شاخص های برازش مدل نقش واسطه ای پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه بین خشم و کیفیت روابط زوجین

NFI	IFI	TLI	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	X ² /df	p	df	X ²
۰/۹۶	۰/۸۷	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۸۸	۰/۰۴	۲/۸۸	>۰/۰۵		۱۱/۵۲

پارامترهای اصلی مدل ساختاری نقش واسطه ای پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه بین خشم و کیفیت روابط زوجین در (شکل ۱) و (جدول ۳) گزارش شده است.



شکل ۱: مدل نهایی و اصلاح شده نقش واسطه ای پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه بین خشم و کیفیت روابط زوجین

جدول ۳: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش واسطه ای پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه بین خشم و کیفیت روابط زوجین

مسیرها	B	β	خطای معیار	نسبت بحرانی	p
اثر مستقیم خشم بر افسردگی	۰/۱۳	۰/۴۲	۰/۰۲۱	۶/۶۳	۰/۰۰۱
اثر مستقیم خشم بر اضطراب	۰/۱۶	۰/۴۰	۰/۰۲۴	۶/۵۲	۰/۰۰۱
اثر مستقیم خشم بر استرس	۰/۱۴	۰/۴۳	۰/۰۱۹	۶/۸۲	۰/۰۰۱
اثر مستقیم اضطراب بر کیفیت روابط زوجین	-۰/۷۳	-۰/۲۵	۰/۱۸۴	-۳/۹۸	۰/۰۰۱
اثر مستقیم استرس بر کیفیت روابط زوجین	-۱/۰۹	-۰/۳۳	۰/۲۱۰	-۵/۲۱	۰/۰۰۱
اثر مستقیم افسردگی بر کیفیت روابط زوجین	-۰/۲۳	-۰/۱۴	۰/۲۱۲	-۲/۰۴	۰/۰۱

شده برای وزن های رگرسیونی با مقدار صفر در سطح ۹۵ درصد است. بر اساس شاخص های ذکر شده، همانگونه که نتایج (جدول ۳) نشان می دهند، وزن های رگرسیونی مربوط به نتایج این جدول همگی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار بودند.

پس از بررسی و تأیید الگو برای آزمون معناداری فرضیه ها از دو شاخص جزیبی نسبت بحرانی CR و P استفاده شده است. بر اساس سطح معناداری ۰/۰۵ مقدار بحرانی باید بیشتر از ۱/۹۶ یا کمتر از -۱/۹۶ باشد و مقدار پارامتر غیر از این در الگو مهم شمرده نمی شود. همچنین مقادیر کوچکتر از ۰/۰۵ برای مقدار P حاکی از تفاوت معنادار مقدار محاسبه

جدول ۴: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیر غیرمستقیم مدل فرضی نقش واسطه ای پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه بین خشم و کیفیت روابط زوجین

مسیرها	B	β	حد پایین	حد بالا
اثر غیرمستقیم خشم بر کیفیت روابط زوجین	-۰/۳۱	-۰/۲۸	۰/۵۱۱	۱/۳۷۹

از آنجا که یکی از اهداف تحلیل مسیر، ارایه میزان اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته است، علاوه بر اثر مستقیم، اثر غیر مستقیم متغیر مستقل بر وابسته در (جدول ۴) نشان داده شده است. مطابق با نتایج روش بوت استرپ مندرج در (جدول ۴)، حد پایین فاصله اطمینان (۰/۵۱۱) برای اثر غیرمستقیم خشم بر کیفیت روابط زوجین و حد بالای آن (۱/۳۷۹) است. با توجه به اینکه صفر درون این فاصله اطمینان قرار نمی گیرد و سطح اطمینان در سطح ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی دار است، بنابراین پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه بین خشم و کیفیت روابط زوجین نقش میانجی گر دارد.

بحث

طبق نتایج حاصل از تحلیل داده ها، پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) با کیفیت روابط زوجین در والدین دارای کودک مبتلا به سرطان دارای رابطه منفی معنادار بود. این یافته با نتایج مطالعات موجود پیشین (۲۲-۲۴) همسو بود. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که خشم با کیفیت روابط زوجین دارای رابطه منفی معنادار است که همسو با یافته مطالعات قبلی (۱۸،۱۹) هماهنگ بود. نتایج نشان داد که پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه خشم با کیفیت روابط زوجین دارای نقش میانجی است.

Lambert و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در زوجین با یک تجربه تروماتیک که به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا هستند، کیفیت رابطه زوجی در این افراد به دلیل وجود سطوح بالای پریشانی از جمله تجربه علائم افسردگی، اضطراب و استرس پایین است و در مقایسه با سایر زوجین از نمرات کمتر در صمیمیت زناشویی خبر می دهند (۲۲). Zaider و همکاران در مطالعه ای به بررسی

رابطه سطح اضطراب با کیفیت روابط زوجین پرداختند و نشان دادند که ارتباط معنی داری بین اضطراب روزانه همسران و درک هر دو از کیفیت روابط وجود دارد و با افزایش سطح اضطراب در آنها، کیفیت روابط زوجین در آنها کاهش می یابد (۲۳). Trudel G, Goldfarb در یک مطالعه به بررسی رابطه بین عملکرد زناشویی و جنسی، افسردگی و اضطراب پرداختند و نشان دادند که عملکرد جنسی و زناشویی عاملی محافظ در مقابل ایجاد پریشانی روانشناختی در زوجین است و همچنین پریشانی روانشناختی به شکل افسردگی و اضطراب با پریشانی زناشویی و کاهش عملکرد جنسی و زناشویی همراه است (۲۴). Kocur & Deffenbacher در یک تحقیق به بررسی نوع ابراز خشم و عصبانیت در دو زن و مرد و نقش آن در صمیمیت زوجین در رابطه عاشقانه پرداختند و نشان دادند که به طور کلی، ابراز خشم به صورت سرکوبی خشم یا برعکس برون ریزی خشم می تواند در روابط عاشقانه زوجین اختلال ایجاد کند و موجب سردی روابط آن شود (۱۸). Liu و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر هیجانات منفی عصبانیت، احساس گناه، غم، ترس و اضطراب ناشی از عدم توانایی در محیط کار بر رضایت زناشویی کارکنان پرداختند و نشان دادند که این هیجانات با ایجاد بی انگیزگی در محل کار و کاهش رضایت زناشویی همراه هستند (۱۹). ولی زاده و همکاران در مطالعه خود در مقایسه کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان براساس گزارشات کودکان و والدینشان نشان دادند که میانگین نمره کیفیت زندگی گزارش شده توسط والدین نسبت به فرزندان کمتر بود (۲۰). رحیمی و همکاران در یک مطالعه به تعیین ارتباط سلامت عمومی مادر با کیفیت زندگی کودکان ۶-۱۴ سال مبتلا به سرطان پرداختند و نشان دادند که سلامت عمومی و کیفیت زندگی در این مادران پایین تر از میانگین بود (۲۱).

هیجان خشم به عنوان یک هیجان بنیادین با تهدید و

و منطقی، مقابله موثر با مسائل و مشکلات زندگی، برقراری ارتباط موثر با دیگران و مدیریت استرس و اضطراب تداخل ایجاد کند (۶). چنین فرایندی با مختل ساختن مهارت‌ها و مقابله آنها در جریان طبیعی زندگی یا شرایط استرس‌زا می‌تواند زمینه‌ساز تشدید پریشانی روانشناختی و اضطراب و افسردگی در آنها شود و در نهایت کیفیت رابطه زوجی آنها را نیز تضعیف سازد. این زوجین به هنگام مواجهه با مشکلات و شرایط دشوار زندگی، بیشتر در معرض افکار ناکارآمد و منفی قرار می‌گیرند، به راحتی انرژی خود را از دست می‌دهند، دچار فرسودگی می‌شوند، ضعف و ناامیدی بیشتری تجربه می‌کنند، زودتر قدرت تحمل خود را از دست می‌دهند و از نظر جسمی، سیستم دفاعی بدنشان نیز ضعیف‌تر می‌شود و نتیجه این فرایند، بروز اختلال در سلامت روانی آنها است (۵) که در نهایت تمام ابعاد زندگی از جمله رابطه زناشوییشان نیز به گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و موجب کاهش سطح کیفیت روابط زوجین در آنها می‌شود. مکانیسم اثرگذاری این متغیرها در روابط به وسیله ایجاد احساسات منفی و نامطلوب در شخص مقابل است که می‌تواند موجب برانگیختن هیجانات منفی در وی شود و چرخه معیوبی شکل گیرد که رابطه دو سویه بین زوجین با همراه شدن با تجارب ناخوشایند ملتهب شده و خود زمینه‌ساز هیجانات دردناک بیشتر از جمله اضطراب و استرس شود. همچنین شدت، میزان و دوام این احساسات بر علاقمندی و ارزشی که افراد برای یکدیگر قائل می‌باشند اثرگذار است. در واقع افراد در تعاملات خویش به اشخاصی علاقمند می‌شوند و احساس مطلوبی پیدا می‌کنند که در آنها احساسات مطلوبی ایجاد نمایند. در نتیجه زوجینی که به کرات با انتقال هیجانات و احساسات ناخوشایند به یکدیگر موجبات رنجش یکدیگر را به شیوه‌های مختلف فراهم می‌آورند، به کیفیت روابط زناشویی خود آسیب وارد می‌کنند (۷).

نتیجه‌گیری

بر این اساس، خشم و پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) با کیفیت روابط زوجین دارای رابطه

ارزیابی منفی مرتبط است (۱۸) و بنابراین والدین دارای کودک مبتلا به سرطان همزمان با تشخیص بیماری فرزند خود و ارزیابی موقعیت تهدیدکننده و احساس خطر شدید نسبت به سلامتی فرزندشان با واکنش خشم ظاهر می‌شوند (۴). در فرایند تجربه خشم، پاسخ‌های فیزیولوژیک فعال می‌شود، تمایلات رفتاری تحت تأثیر قرار می‌گیرد و معمولاً با باورهای مربوط به سرزنش دیگران همراه است که بعد از مدتی این باورهای سرزنش‌کننده درونی شده و به صورت سرزنش خود ظاهر می‌شود (۱۹). مشخص است که در والدین دارای کودک مبتلا به بیماری اغلب صعب‌العلاج و ناتوان‌کننده، با توجه به محرک ایجادکننده خشم در آنها یعنی بیماری کودکشان و شرایط وی، چنین فرآیند خود سرزنش‌گری تا چه اندازه می‌تواند مخرب بوده و با آسیب سلامت روان زمینه‌افسردگی، استرس و اضطراب را فراهم آورد و با ایجاد تنش، سردی، استرس، دلهره، ناامیدی و هیجانات منفی دیگر در آنها و روابط بین فردیشان شده و در نهایت منجر به کاهش کیفیت رابطه زوجیشان گردد. محرک و عوامل راه‌انداز خشم ممکن است مربوط به عوامل بیرونی یا درونی باشند (۱۹). این در حالی است که والدین دارای کودک بیماری سرطان هر دو عامل بیرونی خشم مانند امتحان کردن گزینه‌های متفاوت روش‌های درمانی، عدم دریافت پاسخ درمانی مورد انتظار، فشار مراقبت از یک کودک بیمار و هزینه‌های درمانی و همچنین عامل درونی خشم مانند افکار و خاطرات حوادث و تجارب خشم‌انگیز، مانند فکر کردن در مورد یک مواجهه ناخوشایند را تجربه می‌کنند (۵) و بنابراین این موجب حجم بالایی از فشار خشم در آنها می‌شود که می‌تواند زمینه‌ساز استرس و اضطراب بالا و روابط زوجی پرتنش و غیرصمیمی را در آنها فراهم آورد.

همچنین در تبیین این نتایج باید چنین گفت زوجینی که دارای یک کودک مبتلا به سرطان هستند به دلیل شرایط پیچیده و غیرقابل پیش‌بینی فرزند خود، استرس و اضطراب و افسردگی بیشتری تجربه می‌کنند و این تجربه پریشانی روانشناختی می‌تواند در بسیاری از مهارت‌ها و توانمندی‌های آنها از جمله حل مسئله، قدرت تصمیم‌گیری درست

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری مشاوره است که با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1398.085 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران به تصویب رسید. بدین وسیله نویسندگان از تمامی مسئولین بیمارستان کودکان بندرعباس و والدین دارای کودک مبتلا به سرطان که در انجام این مطالعه همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچگونه تعارض منافعی در مورد این مقاله وجود ندارد.

References

1. Damreihani N, Behzadipour S, Haghpanh S, Bordbar M. The effectiveness of positive psychology intervention on the well-being, meaning, and life satisfaction of mothers of children with cancer: A brief report. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2018 May 4; 36(3):382-8. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1427173>
2. Katz LF, Fladeboe K, King K, Gurtovenko K, Kawamura J, Friedman D, Compas B, Gruhn M, Breiger D, Lengua L, Lavi I. Trajectories of child and caregiver psychological adjustment in families of children with cancer. *Health Psychology*. 2018;37(8):725. <https://doi.org/10.1037/hea0000619>
3. Nazari B, Bakhshi S, Kaboudi M, Dehghan F, Ziapour A, Montazeri N. A comparison of quality of life, anxiety and depression in children with cancer and healthy children, Kermanshah-Iran. *International Journal of Pediatrics*. 2017;5(7):5305-14.
4. Holder B. The Impact of Cancer in Children: An Autoethnographic Reflection. *Journal of Psychology*. 2019;1(3):18-27.
5. Bakula DM, Sharkey CM, Perez MN, Espeleta HC, Gamwell KL, Baudino M, Delozier AM, Chaney JM, Matt Alderson R, Mullins LL. Featured Article: The Relationship Between Parent and Child Distress in Pediatric Cancer: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 2019;44(10):1121-36. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz051>

منفی معنادار بود. همچنین پریشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در رابطه خشم با کیفیت روابط زوجین دارای نقش میانجی بود. از جمله محدودیت های مطالعه حاضر، ماهیت همبستگی آن است که در نتیجه گیری علی محدودیت ایجاد می کند. همچنین به دلیل محدود شدن مطالعه به والدین دارای کودک مبتلا به سرطان در یک بیمارستان در بندرعباس، در تعمیم نتایج به تمام والدین دارای کودک مبتلا به سرطان باید محتاط بود. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه خودگزارشی و احتمال سوگیری در پاسخدهی به آن می تواند تا حدی اعتبار داده ها را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین پیشنهاد می شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع تر، با ماهیت علی و جمع آوری داده ها از طرق مختلف صورت گیرد.

6. Schepers SA, Okado Y, Russell K, Long AM, Phipps S. Adjustment in childhood cancer survivors, healthy peers, and their parents: the mediating role of the parent-child relationship. *Journal of pediatric psychology*. 2019; 44 (2):186-96. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy069>
7. Ilowite MF, Cronin AM, Kang TI, Mack JW. Disparities in prognosis communication among parents of children with cancer: the impact of race and ethnicity. *Cancer*. 2017 Oct 15; 123 (20): 3995-4003. <https://doi.org/10.1002/cncr.30960>
8. Silva-Rodrigues FM, Pan R, Sposito AM, de Andrade Alvarenga W, Nascimento LC. Childhood cancer: Impact on parents' marital dynamics. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016; 23: 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.03.002>
9. Woodgate RL, Tailor K, Yanofsky R, Vanan MI. Childhood brain cancer and its psychosocial impact on survivors and their parents: A qualitative thematic synthesis. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016; 20:140-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.07.004>
10. Morris JN, Martini A, Preen D. The well-being of children impacted by a parent with cancer: an integrative review. *Supportive Care in Cancer*. 2016; 24 (7):3235-51. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3214-2> <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3259-2>
11. Vernon L, Eyles D, Hulbert C, Bretherton L, McCarthy MC. Infancy and pediatric cancer:

- an exploratory study of parent psychological distress. *Psycho-oncology*. 2017;26(3):361-8. <https://doi.org/10.1002/pon.4141>
12. Tippy M. Psychosocial Aspects of Cancer for Children and Their Families. In *Lanzkowsky's Manual of Pediatric Hematology and Oncology* 2016 Jan 1 (pp. 676-687). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801368-7.00035-1>
 13. Morris JN, Martini A, Preen D. The well-being of children impacted by a parent with cancer: an integrative review. *Supportive Care in Cancer*. 2016; 24(7):3235-51. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3214-2> <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3259-2>
 14. Adam H, Shirako A. Not all anger is created equal: The impact of the expresser's culture on the social effects of anger in negotiations. *Journal of Applied Psychology*. 2013 Sep;98(5):785. <https://doi.org/10.1037/a0032387>
 15. Callister RR, Geddes D, Gibson DF. When is anger helpful or hurtful? Status and role impact on anger expression and outcomes. *Negotiation and Conflict Management Research*. 2017; 10 (2):69-87. <https://doi.org/10.1111/ncmr.12090>
 16. Amutio A, Franco C, Pérez-Fuentes MD, Gázquez JJ, Mercader I. Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers in psychology*. 2015;5:1572. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01572>
 17. Çakmak BB, Özkula G, Işıklı S, Göncüoğlu İÖ, Öcal S, Altınöz AE, Taşkıntuna N. Anxiety, depression, and anger in functional gastrointestinal disorders: A Cross-sectional observational study. *Psychiatry research*. 2018; 268:368-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.046>
 18. Kocur JL, Deffenbacher JL. Anger and anger's expression generally and in romantic relationships. *Contemporary Family Therapy*. 2014; 36 (1):120-34. <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9271-5>
 19. Liu P, Xiao C, He J, Wang X, Li A. Experienced workplace incivility, anger, guilt, and family satisfaction: The double-edged effect of narcissism. *Personality and Individual Differences*. 2020; 154:109642. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109642>
 20. Valizadeh L, Hossein Poorfeizi A, Joonbakhsh F. Comparing the quality of life in children with cancer in Tabriz Children Medical and Training Center reported by themselves and their parents, 2013. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014; 3 (1) :1-8. (Persian)
 21. Rahimi S, Fadakar Soghe K, Tabari R, Kazem Nejad Lili E. Relationship between Mother's General Health Status with Quality of Life of Child with Cancer. *Hayat*. 2013; 19(2) :93-108. (Persian)
 22. Lambert JE, Engh R, Hasbun A, Holzer J. Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*. 2012;26(5):729. <https://doi.org/10.1037/a0029341>
 23. Zaider TI, Heimberg RG, Iida M. Anxiety disorders and intimate relationships: A study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology*. 2010; 119(1):163. <https://doi.org/10.1037/a0018473>
 24. Trudel G, Goldfarb MR. Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*. 2010;19(3):137-42. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.12.009>
 25. Kline RB, Kline RB. *Principles and practice of structural*, 1998.
 26. Khoshkam, S., Abedi, M., S., Ahmadi, B. The effect of communication training on couples' relationships in Isfahan. *News and Consulting Research*, 2007; 3: 123-136.
 27. Spielberger CD. STAXI-2: State-trait anger expression inventory-2. *Psychological Assessment Resources*; 1999.
 28. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995; 33 (3):335-43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
 29. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Iranian Psychologists* 2005;4(1):299-313 (Persian).