

The Relation between Emotional Ambivalence and Emotional Control in Mothers and Anxiety in Children With Cancer and the Modifying Role of Children's Sex

Sheyda Dibaei, MA.
Masood Janbozorgi, PhD
Masood Arefnazar, PhD

تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۲۶

تاریخ بازنگری: ۸۹/۲/۲۹

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۱۸

بررسی رابطه دوسوگرایی و کنترل هیجانی مادران با اضطراب فرزندان مبتلا به سرطان و نقش تعدیل کنندگی جنس*

شیدا دیبائی^۱، دکتر مسعود جان بزرگی^۲،
دکتر مسعود عارف نظر^۳

Abstract

This study examined the role of emotional ambivalence and control of mothers in anxiety of children and adolescents with cancer. The population of this study was 8 to 17 years old children and adolescents with cancer under active treatment who were in pediatric hospital (inpatient or outpatient) in Tehran. The sample is 102 children and adolescents with cancer (56 boys and 46 girls) and their mothers. Emotional Control Questionnaire (ECQ) and Ambivalence over Emotional Expression (AEQ) for mothers and Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) for sick children were used. Data analyses revealed that children whose mothers were high in emotional ambivalence reported higher level of anxiety. But significant relation between emotional control of mothers and children's anxiety were not found. Also, result of hierarchical regression analysis showed that mother's emotional ambivalence and control do not account any changes in children's anxiety. However, child's gender modifies the relationship between mother's emotional ambivalence and control. It seems child's sex in the relationship between mother's emotional ambivalence and control, and child's anxiety, may contribute to perceived social support which can lead type of adjustment with cancer and high or low anxiety.

Keywords:

Children and adolescent with cancer, anxiety, emotional control, ambivalence over emotional expressiveness, action-control, cognitive saturation and failure-behavior

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی ارتباط دوسوگرایی و کنترل هیجانی مادران و اضطراب کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان و نقش تعدیل کنندگی جنس کودکان پرداخته است. این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی است و جامعه مورد نظر شامل کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۷ ساله مبتلا به سرطان می باشد (بستری و غیر بستری) که به بیمارستان های تخصصی کودکان (۶ بیمارستان) در شهر تهران، از آبان ۸۷ تا خرداد ۸۸ مراجعه نموده اند و همگی در مرحله فعال درمانی قرار داشتند. روش نمونه گیری بر اساس نمونه در دسترس است که تعداد ۱۰۲ کودک و نوجوان (۵۶ پسر و ۴۶ دختر) و مادرهایشان حاضر به همکاری شدند. در این پژوهش از «پرسشنامه کنترل هیجانی» و «پرسشنامه دو سوگرایی در ابرازگری هیجانی» برای مادران و «مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان و نوجوانان» برای کودکان و نوجوانان، استفاده شده است. تحلیل داده ها نشان داد، کودکانی که مادرانشان دو سوگرایی هیجانی بیشتری داشتند، اضطراب بیشتری نشان دادند. اما رابطه معناداری بین کنترل هیجانی مادر و اضطراب کودک مشاهده نشد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که دو سوگرایی و کنترل هیجانی مادر تغییرات اضطراب کودک را تبیین نمیکنند؛ اما جنس کودک مبتلا به سرطان در رابطه بین اضطراب کودک و دوسوگرایی و کنترل هیجانی مادر نقش تعدیلکننده دارد. به نظر میرسد، جنس کودک در رابطه دو سوگرایی و کنترل هیجانی مادر با اضطراب کودک، در کمیت و کیفیت حمایت عاطفی که کودک درک می کند، اثر می گذارد و این احتمالاً منجر به نوع سازگاری کودک با سرطان و اضطراب زیاد یا کم می شود.

کلیدواژه ها:

کودکان و نوجوانان، سرطان، اضطراب، کنترل هیجانی، دو سوگرایی، ابرازگری هیجانی

۱- (نویسنده پاسخگو) کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات Shdiba@gmail.com

۲- استادیار پژوهشکده حوزه و دانشگاه

۳- استادیار، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات

* این تحقیق با همکاری موسسه حمایت از کودکان مبتلا به سرطان (محک) و با حمایت مالی سازمان ملی جوانان انجام شده است.



مقدمه

کودکان مبتلا به سرطان، اغلب اقدامات درمانی را آسیب‌زاتر و دردناک‌تر از خود سرطان می‌دانند (هدرسون، هاگلاند، سکولین و وناسن، ۲۰۰۳) و در چنین شرایط تنیدگی‌زایی، عملکرد ارتباط از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است (گروت‌ن هیوز و لست، ۲۰۰۶). در موقعیتی مانند سرطان، اعضای خانواده انتخاب‌های اندکی برای اعمال کنترل دارند و تنها ارتباط به والدین و کودک بیمار کمک می‌کند تا بتوانند با هیجان‌ات خود و تنیدگی ناشی از درمان مقابله کنند (گروت‌ن هیوز و لست، ۲۰۰۶). این در حالیست که تبادل هیجان‌اتی که موقعیت آنها را فرا می‌خواند، یکی از عوامل مهم ارتباط کودک بیمار و والدین وی محسوب می‌شود (لست و گروت‌ن هیوز، ۲۰۰۵). در همین راستا، پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهند ارتباط والدین با کودک، قبل و حین اقدامات درمانی بر سطح پریشانی کودکان اثر می‌گذارد (ونس و ایزر، ۲۰۰۴). با این حال، گاهی والدین و یا کودک بیمار تلاش می‌نمایند تا احساسات و هیجان‌ات خود را فروخورند تا از رویارویی طرف مقابل با آنها جلوگیری نمایند (گروت‌ن هیوز و لست، ۲۰۰۶). این پدیده که به «حمایت مضاعف» شناخته می‌شود، منجر به همدلی و دلسوزی نسبت به طرف مقابل می‌گردد؛ اما باعث پوشیده ماندن هیجان‌ات طرفین نسبت به بیماری خواهد شد. از نظر گروت‌ن هیوز و لست (۲۰۰۶) اجتناب والدین از بحث در باره‌ی نگرانی‌ها و غم و اندوه خودشان در باره بیماری، نه تنها کودک را از فکر کردن در باره بیماری باز می‌دارد؛ بلکه والدین را نیز از مواجه شدن با هیجان‌ات فرزندشان محافظت می‌کند. در همین راستا، این پژوهشگران نشان دادند که ارتباط در باره بیماری بین کودک مبتلا به سرطان و والدینش، عمدتاً در باره درمان و اقدامات پزشکی است و نه در باره هیجان‌اتی که موقعیت ایجاد می‌کند (گروت‌ن هیوز و لست، ۲۰۰۶).

از سویی دیگر، اضطراب هم یک واکنش معمول به ابهام در تشخیص و پیش‌آگهی سرطان است و هم یک واکنش معمول به جنبه‌های مختلف درمان به شمار می‌رود (ستابر و سیکورد، ۲۰۰۴). همچنین، کوپنهایمر و بروان (۲۰۰۲؛ به نقل از لاندرو و تسه، ۲۰۱۰) معتقد هستند که کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، اقدامات درمانی را بدتر از خود بیماری درک می‌کنند؛ برای همین اقدامات درمانی وسیع، دردهای عودکننده، بستری شدن‌های طولانی مدت، جراحی و ناآگاهی از تشخیص و روند درمان، مانند ترس، اضطراب و پریشانی را در حین و پس از اقدامات درمانی در آنان پرورش می‌دهد (گروت‌ن هیوز و لست، ۲۰۰۶؛ ستابر و سیکورد، ۲۰۰۴). هرچند در زمینه عوامل زمینه‌ساز یا تاثیرگذار بر اضطراب کودکان مبتلا به سرطان اطلاعات زیادی در دسترس نیست، اما رابطه اضطراب کودکان با عواملی چون ژنتیک (ون بیجسترولت، ورهالت و بومسما، ۲۰۰۴؛ رایس، هارلندو و اپایر، ۲۰۰۲)، سبک‌های فرزند پروری (مکلئود، وود و وایز، ۲۰۰۷) شامل پذیرش پایین (ماناسیس و برادلی، ۱۹۹۴؛ واسی و دادز، ۲۰۰۱)، کنترل مفرط (هادسون و رپی، ۲۰۰۱) و فاجعه‌آمیز کردن (کاپس و اچس، ۱۹۹۵؛ به نقل از گاستل، لجرستی و فردیناند، ۲۰۰۸؛ والی، پینتو و سیگمن، ۱۹۹۹)، الگوهای دلبستگی (بوگل و برچمن - توسنت ۲۰۰۶) و روابط درون - خانوادگی (کامینگز، جورج - مور ی و پاپ، ۲۰۰۳) در متون پژوهشی ذکر شده است. با این که در پژوهشها (موریس و همکاران، ۲۰۰۶؛ ویس و لست، ۲۰۰۱) اضطراب دختران بیشتر از پسران گزارش شده است، اما مکلئود، وود و وایز (۲۰۰۷) در رابطه سبک‌های فرزند پروری و اضطراب کودک، نقش تعدیل‌کننده جنس کودک را مشاهده نکردند.

در بررسی هیجان‌ات، راجرو نشوور (۱۹۸۷؛ به نقل از کیپر، دو لار و ستفانی هرست، ۲۰۰۹) کنترل هیجانی را تمایل به بازداری ابراز پاسخ‌های هیجانی، تعریف



۲۰۰۵؛ ستابر و سیکورد، ۲۰۰۴) و از سویی دیگر ماهیت اضطرابزای درمان برای کودک مبتلا به سرطان (کلینا و همکاران، ۲۰۰۶)، این پرسش وجود دارد که آیا دوسوگرایی در ابراز هیجان و کنترل هیجانی والدین میتواند به تجربه اضطراب در کودک مبتلا به سرطان، دامن بزند و در نتیجه در روند درمان و بهبود بیماری تداخل ایجاد نماید؟ آیا جنس کودک در رابطه دوسوگرایی و کنترل هیجانی مادر - به عنوان مراقب اولیه فرزند بیمار خود (واهلام، چانگ و مورسی، ۲۰۰۶) - بر اضطراب فرزند اثر می‌گذارد؟ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه دوسوگرایی و کنترل هیجانی مادر با اضطراب فرزند مبتلا به سرطان با توجه به نقش تعدیل‌کنندگی جنس کودک است.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۷ ساله است که از آبان ۱۳۸۷ تا خرداد ۱۳۸۸، برای درمان به مراکز فعال درمانی - تخصصی سرطان کودکان شهر تهران (بیمارستان محک، امام خمینی، مرکز طبی کودکان علی اصغر، کودکان مفید و شهدای تجریش) مراجعه نموده و در مرحله درمان (بستری و غیر بستری) قرار داشتند. نمونه مورد بررسی این پژوهش شامل ۱۰۲ کودک و نوجوان ۸ تا ۱۷ ساله مبتلا به سرطان و مادرهایشان می‌باشد که در هنگام مراجعه به بیمارستان حضور داشتند و حاضر به همکاری شده‌اند. از این تعداد، ۴۶ نفر را دختران و ۵۶ نفر را پسران تشکیل می‌دادند.

با مراجعه به درمانگاه‌ها، بخش شیمی درمانی و نیز بخش بستری مربوط به سرطان، از کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۷ که در مرحله‌ی درمان قرار داشتند، درخواست می‌شد تا پرسشنامه مربوط به خود را پر کنند و در عین حال از مادر وی نیز تقاضا می‌شد تا

می‌کنند. دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی هم، شامل اشکال مختلفی از تمایل به ابراز ولی قادر به ابراز نبودن، ابراز کردن، بدون تمایل واقعی تا ابراز هیجان و بعد پشیمان شدن است (کینگ و امونز، ۱۹۹۰). در پژوهش پورتر، کیف، لپکوس و هورویتز (۲۰۰۵) مراقبینی که دوسوگرایی بیشتر در ابرازگری هیجانی داشتند، بیمارانشان مشکلات جسمانی (مانند درد) و روانشناختی بیشتری گزارش کردند. پژوهش کیپر و همکاران (۲۰۰۹) هم حاکی از ارتباط خودانگیختگی با زیر مقیاس‌های کنترل هیجانی است (کیپر، دو لار و استفانی هرست، ۲۰۰۹)؛ یعنی خودانگیختگی با کنترل خشم رابطه مستقیم معنادار و با بازداری هیجانی و مرور ذهنی رابطه معکوس معناداری دارد. همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کنترل هیجانی با عوامل عمده‌ای چون بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی و به طور کلی سلامت و نیز عوامل شخصیتی ارتباط عمده‌ای دارد (ساسلو، روستر، اورمان و آروت، ۲۰۰۳؛ گروس و لونسون، ۱۹۹۷). از سویی دیگر، بررسی‌ها نشان داده‌اند که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبه‌رو شدن آنها را با چالش‌های زندگی آسان کرده و در نتیجه آنها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌نماید (کینگ و امونز، ۱۹۹۰). گلמן (۱۹۹۵) عنوان می‌کند افراد توانمند از نظر هیجانی، احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند؛ وی این افراد را در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی را ندارند، در کنار آمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردار می‌داند و معتقد است که این افراد سازگاری مناسب‌تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند.

بنابراین، از یک سو، نقش ابرازهای هیجانی والدین حین اقدامات درمانی (پورتر و همکاران،



«مقیاس دوسوگرایی شدید رالین^۳» و «پرسشنامه افسردگی بک» همبستگی مثبت معنادار یافتند.

۳. مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان و نوجوانان^۴ (RCMAS): رینولدز و ریچموند (۱۹۷۸؛ به نقل از موریس و همکاران، ۲۰۰۲) این پرسشنامه را تجدید نظر کرده و رینولدز و پاژت در سال ۱۹۸۳ هنجارهای ملی این پرسشنامه را ارائه نمودند (به نقل از دادستان، جانبزرگی و نوری، ۱۳۸۰). این مقیاس شامل ۳۷ ماده است. دادستان، جان بزرگی و نوری (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را ۰/۸۳ گزارش کردند. همچنین یافته‌های منتشر شده در مورد این آزمون شامل شواهد روایی محتوا، روایی همزمان، روایی سازه و روایی پیش‌بین می‌باشد (دادستان، جان بزرگی و نوری، ۱۳۸۰).

داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ضرایب همبستگی پیرسون و معناداری آنها برای متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. همچنین، برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی جنس از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی، روش بارون و کنی (۱۹۸۶)، استفاده شده است.

یافته‌ها

ضرایب همبستگی پیرسون بین کنترل هیجانی، دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی مادر و اضطراب کودک در هر جنس، به همراه شاخصهای توصیفی (به تفکیک جنس) در جدول ۱ نشان داده شده است. مطابق جدول ۱، همبستگی معناداری بین کنترل هیجانی مادران و اضطراب در کل کودکان مشاهده نشده است. اما کنترل هیجانی مادر با اضطراب کودک دختر رابطه مستقیم معناداری دارد (Pd ۰/۰۵ و $r=0/28$). مطابق این جدول، همبستگی معناداری بین اضطراب کل کودکان و دوسوگرایی در ابرازگری

پرسشنامه‌های مربوط به خود را تکمیل نماید. برای کودکان زیر ۱۰ سال و مادرانی که علاقه داشتند تا پرسشنامه برای ایشان خوانده شود یا تحصیلات کافی نداشتند، پرسشنامه خوانده شده است.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کنترل هیجانی^۱ (ECQ): در این پژوهش از فرم تجدید نظر شده راجر و نجاریان (۱۹۸۹؛ به نقل از رفیعی‌نیا، ۱۳۸۰) استفاده شده است. این پرسش نامه دارای ۵۶ ماده می‌باشد. گزینه‌های پاسخ در این پرسشنامه به صورت «درست» و «غلط» است و نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده کنترل هیجانی بیشتر است. رفیعی‌نیا (۱۳۸۰) اعتبار مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶۸ اعلام نمود. راجر و نجاریان (۱۹۸۹؛ به نقل از رفیعی‌نیا، ۱۳۸۰) همسانی درونی این پرسشنامه را با فرمول کودرریچاردسون ۲۰ محاسبه کرده و مقدار آن را مناسب اعلام کردند. همچنین، بین زیرمقیاسهای این پرسشنامه و زیرمقیاسهای پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ) همبستگی‌های معناداری مشاهده شده است (رفیعی‌نیا، ۱۳۸۰).

۲. پرسشنامه دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی^۲ (AEQ): این پرسشنامه که توسط کینگ و امونز (۱۹۹۰) برای بررسی نقش دوسوگرایی در سلامت طراحی شده است، دارای ۲۸ ماده می‌باشد. اعتبار مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ، توسط رفیعی‌نیا (۱۳۸۰) محاسبه شده و مقدار آن برای کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمده است. کینگ و امونز (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کردند. کینگ و امونز (۱۹۹۰) ضمن ارزیابی روایی همگرایی پرسشنامه AEQ، بین نمره‌ها در AEQ و

3. Raulin Intense Ambivalence Scale (RIAS)
4. Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)

1. Emotional Control Questionnaire
2. Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire



جدول ۱- شاخصهای توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش به تفکیک جنس

متغیر	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳
۱- اضطراب کودکان	دختر	۴۶	۶۷/۵۹	۱/۲۸	-	-	-
	پسر	۵۶	۶۶/۰۴	۱/۲۳	-	-	-
	کل	۱۰۲	۶۶/۷۴	۱۲/۴۷	-	-	-
۲- دوسوگرایی هیجانی مادر	دختر	۴۶	۹۱/۷۰	۱/۷۴	-۰/۰۸	-	-
	پسر	۵۶	۹۴/۹۱	۱/۳۷	۰/۳۸**	-	-
	کل	۱۰۲	۹۳/۴۶	۱۵/۴۷	-۰/۲۱*	-	-
۳- کنترل هیجانی مادر	دختر	۴۶	۳۳/۰۷	۴/۰۱	-۰/۲۸*	-۰/۰۱	-
	پسر	۵۶	۳۰/۷۵	۴/۸۷	-۰/۰۰۲	-۰/۳۰	-
	کل	۱۰۲	۳۱/۳۴	۴/۵۹	-۰/۱۲	-۰/۰۹	-

* $P \leq 0.05$ ** $P \leq 0.01$

است: در گام اول متغیر جنس کودک به عنوان تعدیل کننده، در گام دوم متغیرهای پیشبین، یعنی دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و کنترل هیجانی مادر و در گام سوم حاصلضرب متغیر تعدیل کننده در متغیرهای پیشبین وارد شده است. جدول ۲ نتایج این تحلیل را نشان می دهد.

با توجه به جدول ۲، مدل ۱ نشان می دهد که رابطه معناداری بین متغیر جنس کودک و اضطراب وجود ندارد ($F=0/388$ و $P=0/54$). در مدل ۲ رابطه معناداری بین جنس کودک، دوسوگرایی هیجانی مادر، کنترل

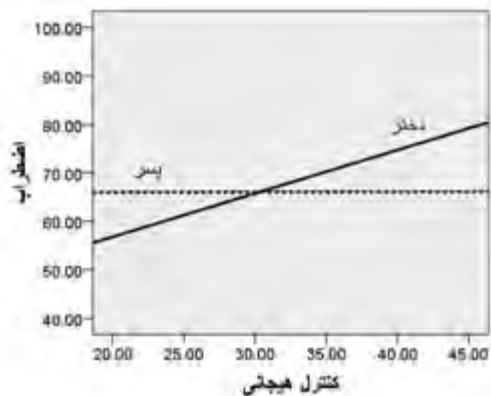
هیجانی مادران ($Pd 0/01$ و $r=0/21$) وجود دارد. یعنی افزایش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی مادر، با افزایش اضطراب فرزند همراه است. اما دوسوگرایی هیجانی مادر با اضطراب فرزند دختر رابطه معناداری ندارد؛ با این حال دوسوگرایی هیجانی مادر با اضطراب فرزند پسر رابطه مستقیم معناداری دارد ($r=0/38$ و $P \leq 0/01$).

به منظور بررسی نقش تعدیل کنندگی جنس در رابطه دوسوگرایی و کنترل هیجانی مادر با اضطراب، از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شده

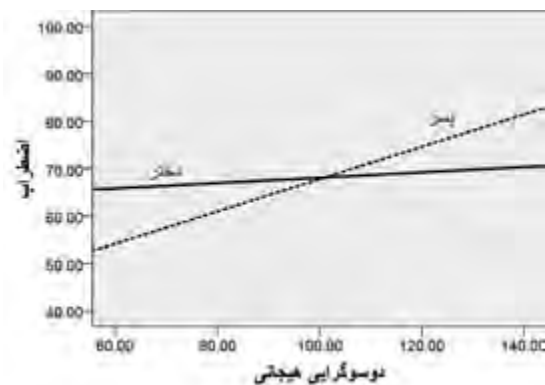
جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای پیشبینی اضطراب کودکان مبتلا به سرطان با توجه به نقش تعدیل کننده جنس

مدل	متغیرهای پژوهش	B	β	t	R	R^2	F	ΔR^2	ΔF
۱	جنس	-۱/۵۵۱	-۰/۰۶۲	-۰/۴۲۳	۰/۰۶۲	۰/۰۰۳	۰/۳۸۸	-۰/۰۰۴	-۰/۳۸۸
	جنس	-۱/۷۷۴	-۰/۰۷۱	-۰/۷۱۴	۰/۲۴۷	۰/۰۶۱	۲/۱۲۵*	۰/۰۵۷	۲/۹۸۵*
۲	دوسوگرایی هیجانی	-۱/۱۷۱	۰/۲۱۳	۲/۱۴۷*	۰/۲۴۷	۰/۰۶۱	۲/۱۲۵*	۰/۰۵۷	۲/۹۸۵*
	کنترل هیجانی	۰/۲۵۰	-۰/۰۹۳	-۰/۹۲۳	۰/۲۴۷	۰/۰۶۱	۲/۱۲۵*	۰/۰۵۷	۲/۹۸۵*
۳	جنس	۴/۱۵۱	۰/۱۶۶	۰/۱۸۹	۰/۲۴۷	۰/۰۶۱	۲/۱۲۵*	۰/۰۵۷	۲/۹۸۵*
	دوسوگرایی هیجانی	-۰/۵۴	۰/۰۶۷	-۰/۵۲۳	۰/۲۴۷	۰/۰۶۱	۲/۱۲۵*	۰/۰۵۷	۲/۹۸۵*
	کنترل هیجانی	۰/۸۹۱	-۰/۳۲۸	۲/۰۰۳*	۰/۲۴۷	۰/۰۶۱	۲/۱۲۵*	۰/۰۵۷	۲/۹۸۵*
	دوسوگرایی هیجانی * جنس	۰/۳۰۰	۱/۱۶۸	۱/۸۹۸*	۰/۲۴۷	۰/۰۶۱	۲/۱۲۵*	۰/۰۵۷	۲/۹۸۵*
۴	کنترل هیجانی * جنس	-۱/۰۸۰	-۱/۳۶۹	-۱/۹۴۶*	۰/۲۴۷	۰/۰۶۱	۲/۱۲۵*	۰/۰۵۷	۲/۹۸۵*

* $P \leq 0.05$ # $P \leq 0.1$



نمودار ۲- رابطه کنترل هیجانی مادر با اضطراب فرزند دختر و پسر



نمودار ۱- رابطه دوسوگرایی هیجانی مادر با اضطراب فرزند دختر و پسر

یعنی، همبستگی بین کنترل هیجانی مادر و اضطراب در پسران مبتلا به سرطان نسبت به دختران، کمتر می باشد.

بحث

پژوهش حاضر به دنبال بررسی رابطه دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و کنترل هیجانی مادر با اضطراب فرزند مبتلا به سرطان و تعیین نقش تعدیلکننده جنس در این رابطه بود. نتایج این پژوهش نشان داد که دوسوگرایی هیجانی مادر با اضطراب فرزند بیمارش همبستگی مثبت معناداری دارد؛ اما در رابطه کنترل هیجانی مادر با اضطراب فرزند، همبستگی معناداری مشاهده نشد. برای بررسی نقش تعدیلکنندگی جنس در رابطه متغیرهای پیشبین و ملاک، از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده گردید. نتایج این تحلیل نشان داد، دوسوگرایی هیجانی و کنترل هیجانی مادر به همراه جنس کودک میتوانند تا حدی اضطراب فرزند مبتلا به سرطان را پیشبینی کنند. اما آنچه قابل توجه است نقش تعدیلکننده جنس است که به طور بارز و برجسته‌های رابطه دوسوگرایی مادر با اضطراب و رابطه کنترل هیجانی مادر با اضطراب را تحت تاثیر قرار می دهد.

هیجانی مادر و اضطراب کودک، در سطح $0/05$ مشاهده نشد ($P=0/10$ و $F=2/125$)؛ اما این رابطه در سطح $0/10$ معنادار است.

مطابق جدول ۲، تغییرات R^2 در مدل ۳ نسبت به مدل ۲ معنادار می باشد ($P=0/038$ و $F=3/372$). این بدین معناست که متغیر جنس در رابطه دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و کنترل هیجانی مادر با اضطراب کودک مبتلا به سرطان، نقش تعدیلکننده دارد. با توجه به افزایش معناداری مدل سوم ($P=0/026$ و $F=2/685$) نسبت به مدل دوم، نقش تعدیلکنندگی جنس بارزتر می شود.

به دلیل تعدیلکنندگی جنس در رابطه دوسوگرایی و کنترل هیجانی مادر با اضطراب فرزند مبتلا به سرطان، تحلیل ساده شیب خط انجام شد که در نمودار ۱ و ۲ آمده است.

با توجه به نمودار ۱، رابطه دوسوگرایی هیجانی مادر با اضطراب در دو جنس کاملاً متفاوت است و شیب خط در پسران به مراتب بیشتر از شیب خط در دختران می باشد. یعنی همبستگی بین دوسوگرایی هیجانی مادر و اضطراب در دختران مبتلا به سرطان کمتر از این همبستگی در پسران است. در نمودار ۲، شیب خط مربوط به رابطه کنترل هیجانی مادر با اضطراب فرزند، در دختران بیشتر از پسران است.



نامنی بیشتری نسبت به فرزند پسر ایجاد می‌کند و در نتیجه اضطراب بیشتری برای وی به دنبال خواهد داشت.

همسو با پژوهش پورتر و همکارانش (۲۰۰۵)، یافته‌های این پژوهش نشان داد که افزایش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی مادر به طور معناداری با افزایش اضطراب فرزند همراه است. احتمالاً دوسوگرایی در ابراز هیجان توسط مادر به عنوان مراقب اولیه فرزند بیمار (واهلام، چانگ و مورسی، ۲۰۰۶)، موقعیت بیماری را بیشتر غیر قابل پیشبینی می‌کند، زیرا سطوح بالای دوسوگرایی در ابراز هیجان یعنی سردرگمی در هیجان، تعارض برای ابراز آن، مشکل در درک هیجان دیگران و ناتوان از نشان دادن پاسخ هیجانی مناسب (پورتر و همکاران، ۲۰۰۵) و از سویی دیگر، مطابق با پیشبینی پدیده «حمایت مضاعف» (گروتن هیوز و لست، ۲۰۰۶)، عدم ابراز هیجان توسط مادر یا ناتوانی وی در ابراز هیجان باعث میشود کودک نیز هیجانات خود را بازداری نماید که در نهایت می‌تواند منجر به شکل‌گیری اضطراب یا بالا رفتن آن در کودک شود. همچنین، پورتر و همکاران (۲۰۰۵)، بیان می‌کنند که دوسوگرایی در ابراز هیجان توسط مراقب - در این پژوهش مادر - می‌تواند بر کمیت و کیفیت حمایت اجتماعی که بیمار درک می‌کند، اثر بگذارد و حمایت اجتماعی ناکافی با سازگاری پایین با سرطان مرتبط شده است. بعلاوه، نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی حاکی از این است که شدت رابطه بین دوسوگرایی هیجانی مادر و اضطراب فرزند بیمار، در دختران و پسران متفاوت است. یعنی، وقتی فرزند پسر است، دوسوگرایی مادر با اضطراب فرزند رابطه مستقیم معنادار دارد. باید توجه نمود که دوسوگرایی در ابراز هیجان، یعنی تعارض در بیان هیجانات، مشکل در درک هیجان طرف مقابل، ابراز ولی پشیمان شدن و علاقمندی به ابراز ولی احساس ناتوان بودن از ابراز

هرچند همبستگی بین کنترل هیجانی مادر با اضطراب فرزند، به طور کلی معنادار نیست اما نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که این رابطه در زوج مادر - دختر و مادر - پسر متفاوت است (نمودار ۲). به عبارت دیگر، این رابطه بین زوج مادر - دختر بیشتر از مادر - پسر است. یعنی، با افزایش کنترل هیجانی مادر، اضطراب دختران بیشتر از پسران، افزایش می‌یابد. باید توجه نمود که کنترل هیجانی یعنی تمایل به بازداری ابراز پاسخ‌های هیجانی (راجر و نشوور، ۱۹۸۷)؛ یعنی مادری که کنترل هیجانی بیشتری دارد، احساسها و هیجانات مثبت و منفی بیشتری را کنترل می‌کند و بروز نمیدهد. همچنین، کنترل هیجانی مادران با سلامت جسمانی رابطه معکوس (مثلاً؛ تاگون، کالدرا و بل، ۲۰۰۱) و با اضطراب و افسردگی در آنان (گارفنسکی، کراس و سونهون، ۲۰۰۱) رابطه مستقیم دارد. یعنی زنانی که هیجانات خود را بروز نمی‌دهند، از سلامت جسمانی کمتر برخوردارند و احتمال زیاد اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه میکنند. از سویی دیگر، پژوهشها نشان میدهد دختران به گرمی هیجانی و تربیت اضطرابی در والدین، بیشتر از پسران حساستر هستند (موریس و همکاران، ۲۰۰۶)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً کنترل هیجانی توسط مادر، گرمی هیجانی کمتر و تربیت اضطرابی بیشتری برای فرزند دختر مبتلا به سرطان. یعنی، دختران مبتلا به سرطان بیشتر از پسران، به کنترل هیجانی مادران حساس هستند و این کنترل هیجانات از سوی مادر احتمالاً منجر به تجربه بیشتر اضطراب در دختر خواهد شد. همچنین، با توجه به اهمیت احساسهای مادر و بیان هیجانات از سوی وی برای فرزند بیمار (گروتن هیوز و لست، ۲۰۰۶) و حساسیت دختر به گرمی هیجانی مادر (موریس و همکاران، ۲۰۰۶)، احتمالاً عدم بیان و بازداری هیجانی توسط مادر برای فرزند دختر، احساسهای



تدوین علمی مقاله و مسئولین شیمی درمانی بیمارستان کودکان مفید، سرکار خانم نعمتی و آقای کشتکار و درمانگاه خون مرکز طبی کودکان، سرکار خانم اشرفی و نیز با تشکر از همکاری موسسه محک و سازمان ملی جوانان.

منابع فارسی

- حاجی محمد ولی میرزا، الهام. (۱۳۸۰). ارتباط سبک‌های مقابله‌ای والدین با رفتارهای مقابله‌ای کودکان سرطانی و اضطراب ناشی از بیماری. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه تربیت مدرس.
- دادستان، پریخ؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ نوری، ناهید. (۱۳۸۰). تاثیر روش تنش‌زدایی بر اضطراب، پیشرفت تحصیلی و حافظه کودکان دبستانی. مجله روان‌شناسی، سال ۵، شماره ۱۷.
- رفیعی‌نیا، پروین. (۱۳۸۰). رابطه سبک‌های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه تربیت مدرس.
- زین‌آبادی، فاطمه. (۱۳۸۷). تاثیر موسیقی بر کاهش اضطراب کودکان سرطانی ۹-۱۲ ساله تهران. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- شاهقلیان، مهناز؛ مرادی، علیرضا؛ کافی، سید موسوی. (۱۳۸۶). رابطه آلکسی‌تیمیا با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۳، شماره ۳، صص ۲۳۸-۲۴۸.
- وفایی، مریم. (۱۳۸۵). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌جویان در بررسی افراد تحت درمان سرطان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۴، صص ۳۱۵-۳۲۶.

References

- Barron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- B?gels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment,

است (کینگ و امونز، ۱۹۹۰). از سویی دیگر، پژوهش موریس و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که پسران نسبت به دختران نسبت به طرد از سوی والدین حساستر هستند؛ در نتیجه احتمالاً دوسوگرایی مادر و ناتوانی از درک احساس و هیجان فرزندش، احساس طرد بیشتری برای فرزند پسر ایجاد می‌کند که به دنبال آن با سازگاری پایین با سرطان و افزایش اضطراب در وی روبرو می‌شویم.

این پژوهش نشان می‌دهد که دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی و کنترل هیجانی مادر و جنس کودک و اثرهای تعاملی این عوامل، اضطراب کودک را پیشبینی می‌کنند که این خود نشان از اهمیت هیجانات مادر به عنوان مراقب اصلی فرزند بیمار، هیجانات کودک بیمار و دختر یا پسر بودن کودک بیمار در متون پژوهشی می‌باشد. هرچند این سهم اندک به نظر می‌رسد، اما پژوهشگران، روانشناسان سرطان کودکان و تیم پزشکی را دعوت به توجه به هیجانات مادران و کودکان می‌نماید.

همچنین، ماهیت بیماری سرطان و اضطراب‌زا بودن اقدامات درمانی برای کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، ناتوانی در کنترل درد و نشانه‌های بیماری و مشکلات هیجانی مادران در رابطه با فرزند بیمار و بیماری وی، ما را به سوی پژوهش‌های بیشتر در زمینه سرطان کودکان در ایران و ارتباط والد-کودک در سیر و روند بیماری سوق می‌دهد. هرچند در ایران هنوز درمان‌های روانشناختی برای کودکان مبتلا به سرطان بسیار کم‌رنگ است، اما این پژوهش و پژوهش‌های مشابه (زین‌آبادی، ۱۳۸۷؛ وفایی، ۱۳۸۵؛ ولی‌میرزا، ۱۳۸۰) شاید بتوانند توجه متخصصین و موسسات حمایتی را در جهت کاربرد اقدامات روانشناختی برانگیزانند.

سپاسگزاری

با سپاس فراوان از همکاری آقای عماد اشرفی در

family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.

Clinea, R. J. W., Harpera, F. W. K, Pennera, L. A., Petersona, A. M., Tauba, J. W. & Albrechta, T. L. (2006). Parent communication and child pain and distress during painful pediatric cancer treatments. *Social Science & Medicine*, 63, 883-898.

Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Papp, L. M. (2003). Children's responses to everyday marital conflict tactics in the home. *Child Development*, 74, 1918-1929.

Gastel, W. V., Legerstee, J. S. & Ferdinand, R. F. (in press). The role of perceived parenting in familial aggregation of anxiety disorders in children. *Journal of Anxiety Disorders*.

Garenefski, N., Kraais, V., & Soinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive regulating and problem. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1321.

Grootenhuis, M. A. & Last, B. F. (2006). Children with Cancer. In P. M. Schlag & H. J. Senn (Eds.), *Recent Result in Cancer Research* (Vol. 168, pp. 73-79). Berlin: Springer.

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.

Hedstrom, M., Haglund, K., Skolin, I., & von Essen, L. (2003). Distressing events for children and adolescents with cancer: Child, parent, and nurse perceptions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20, 120-132.

Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1411-1427.

King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of personality and Social Psychology*, 58, 864-877.

Kipper, A. A., Davelaar, M. A., & Stefanie Herst, M. A. (2009). The relationship between spontaneity and inhibition. *The Art in Psychotherapy*, 36, 329-334.

Landier, W., & Tse, A. M. (in press). Use of complementary and alternative medical interventions or the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*.

Last, B. F. & Grootenhuis, M. A. (2005). Psychological Issues. In P. A. Voute, A. Barrett, C.G. Stevens Michael & N. Caron Hubert (Eds.), *Cancer in Children: Clinical Management* (pp. 101-109). Oxford: Oxford University Press.

Manassis, K., & Bradley, S. J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.

Muris, P., Loxton, H., Neumann, A., Plessis, M., King, N. & Ollendick, T. (2006). DSM-defined anxiety disorders symptoms in South African youths: Their assessment and relationship with perceived parental rearing behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 883-896.

Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N., & Bogei, N. (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 753-772.

Porter, L. S., Keefe, F. J., Lipkus, I. & Hurwitz, H. (2005). Ambivalence over emotional expression in patients with gastrointestinal cancer and their caregivers: Associations with patient pain and quality of life. *Pain*, 117, 340-348.

Rice, F., Harold, G. T., & Thapar, A. (2002). Negative life events as an account of age-related differences in the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 44, 977-987.

Stuber, M. L. & Seacord, D. (2004). Psychiatric Impact of Childhood Cancer. In S. Kreitler & M. Weyl Ben Arush (Eds), *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology* (pp. 211-228). England: John Wiley & Sons Ltd.

Suslow, T., Roestel, C., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2003). The experience of basic emotions in schizophrenia with and without affective negative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 303-310.

Tacon, A. M.; Caldera, Y. M., & Bell, N. J. (2001). Attachment style, emotional control, and breast cancer. *Families, Systems & Health*, 99, 319-326.

van Beijsterveldt, C. E.M., Verhulst, F. C., Molenaar, P. C. M., & Boomsma, D. I. (2004). The genetic basis of problem behavior in 5-year-old Dutch twin pairs behavior genetics. *Behavior Genetics*, 34, 229-242.

Vance, Y., & Eiser, C. (2004). Caring for a child with cancer-A systematic review. *Pediatric Blood & Cancer*, 42, 249-253.

Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). An introduction to the development of psychopathology of anxiety. In: M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 3-26). Oxford: Oxford University Press.

Wah Lam, L., Chang, A. M. & Morrissey, J. (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalized children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 535-545.

Weiss, D. D., & Last, C. G. (2001). Developmental variations in the prevalence and manifestations of anxiety disorders. *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 27-42). Oxford: Oxford University Press.

WhWhaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.

