روانشناسی معاصر
۱۳۹۶، ۱۲(۱)، ۸۵-۹۸

Contemporary Psychology
2017, 12(1), 85-98

# بررسی نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در پیش بینی سلامت روان بر اساس کنترل هیجان در مادران کودکان مبتلا به سرطان

# The mediating role of social support in predicting general health based on emotional control in mothers of children with cancer

**لیلا حق‌شناس** *
**دانشگاه پیام نور تهران**

**Leila Haghshenas**
**Payam Noor, Tehran**

**چکیده**

سرطان یک بیماری مزمن دوران کودکی است و می‌تواند بر سلامت روانی و کیفیت زندگی کودکان و خانواده - های آنها تأثیر بگذارد. هدف از انجام پژوهش حاضر مطالعهٔ نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در پیش بینی سلامت روان بر اساس کنترل هیجان در مادران کودکان مبتلا به سرطان بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر مادران کودکان مبتلا به سرطان شهر تهران بودند که از بین آنها ۲۰۵ نفر به عنوان نمونهٔ پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی فیلیپس (SS-A)، پرسشنامهٔ کنترل هیجان راجر و نشوور (ECQ)و پرسشنامهٔ سلامت روانی گلدبرگ (GHQ) بود. داده‌ها با استفاده از آمار ضریب همبستگی (معادلات ساختاری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شواهد پژوهش و نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی نقش واسطه در پیش بینی سلامت روان بر اساس کنترل هیجان را دارد. همچنین حمایت اجتماعی بر سلامت روان اثر مستقیم معنادار داشته است، که این اثر برابر ۰/۷۵- و برای کنترل هیجان، این اثر برابر ۰/۳۶است. تأثیر غیر مستقیم کنترل هیجان بر سلامت روان نیز، برابر با ۰/۶۳ است. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی و کنترل هیجان بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به سرطان تأثیر داشته‌است. بنابراین آموزش این موارد می‌تواند به افزایش و بهبود سلامت روان مادران کودکان مبتلا به سرطان کمک کند.

**واژه‌های کلیدی:** حمایت اجتماعی، تنظیم هیجان، بهزیستی روانی، سرطان

**Abstract**

Cancer is a chronic medical illness that can affect the psychological well-being and quality of life of individuals, including children and their families. The aim of this study was to investigate the mediating role of social support in predicting general health based on emotional control in the mothers of children with cancer. The statistical population included the mothers of children with cancer in Tehran; 205 subjects were selected as sample. The research tools used for the study included the Philips's Social Support (SS-A), Roger and Nesshoever's Emotional Control Questionnaire (ECQ) and Goldberg general health Questionnaire (GHQ). Data were analyzed using correlation coefficient (structural equation modeling). The results of the study indicated that social support played a mediating role in predicting general health. In addition, social support had a significantly direct impact on general health (-.75). Emotional control had a significantly direct (.36) and indirect impact on general health (.63). From the findings of the research, it can be concluded that social support and emotional control influenced general health among the mothers of children with cancer. Therefore, training in these areas can help increase the general health among mothers of children with cancer.

**Keywords:** social support, Emotional regulation, psychological well being, cancer

* **نشانی پستی نویسنده:** دانشگاه پیام نور تهران جنوب، تهران خ ازادی روبروی وزارت کار، ک کیامنش، پ۳، ط۱. **پست الکترونیکی:** lhaghshenas58@yahoo.com

**دریافت:** ۱۳۹۶/۰۵/۱۳ **پذیرش:** ۱۳۹۷/۰۱/۲۸

**Received:** 04 Agu 2017 **Accepted:** 17 Apr 2018

## مقدمه

اختلال‌های از نظر سازمان بهداشت جهانی[1]، سلامت روانی[2] به حالت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی گفته می‌شود که بین این سه بعد تأثیر متقابل و پویا وجود دارد (چانگ، چیو و چو، ۲۰۰۹). موضوع سلامت روان در دو دهۀ گذشته توجّه پژوهشگران زیادی را به خود جلب نموده‌است و وجود یا عدم وجود استرس از جنبه‌های بسیار مهمّ آن محسوب می‌شود. استرس‌های محیطی در بروز بیماری‌های مختلف جسمی و روانی دخالت دارند. ابتلا به بیماری‌های سخت و مزمن، وضعیّت روان‌شناختی ویژه‌ایست که سلامت جسمی و روانی کودکان و خانواده‌هایشان را تهدید می کند (بزمی و نرسی، ۲۰۱۳). بررسی‌ها حکایت از آن دارد که بین ۱۰ تا ۱۵ درصد کودکان زیر ۱۶ سال، با برخی از مشکلات جسمی مزمن دست و پنجه نرم می‌کنند که برخی از آنها از حیث شیوع و برخی از حیث شدّت و عمق بیماری قابل توجّه‌اند؛ برخی بیماری‌ها، نظیر کم‌خونی گلبول‌های قرمز داسی شکل، آرتریت روماتوئید، ایدز، انواع سرطان و بیماری‌های کلیوی با وجود آن که شیوع کمتری دارند، لیکن از نظر وخامت و گسترۀ روان‌شناختی دارای پیامدهای دردناک‌تر و هولناک تری هستند. در این میان سرطان به عنوان یک بیماری مزمن رو به رشد، نگرانی‌های بیشتری را بر می‌انگیزد. تشخیص سرطان در کودکان و نوجوانان، یک رویداد تغییردهندۀ شرایط زندگی برای فرد و خانواده محسوب می -شود و استرس قابل ملاحظه‌ای را برای خانواده‌های آنها به همراه می آورد (مورفی، زو و کوچانک، ۲۰۱۳). استرس در این حالت می‌تواند به صورت محرّک شروع یا تشدید علائم عمل کرده و همچنین نقش زمینه‌ای در بروز بیماری به صورت سابقۀ ابتلا به افسردگی، اختلالات تبادلی و اختلالات اضطرابی داشته باشد. بررسی‌های روان‌شناختی و بالینی، میزان فزاینده‌ای از افسردگی و اضطراب و در کل، کاهش سلامت روان را در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند (آیزنهاور، بیکر و بلاکر ،۲۰۰۵؛ اسمیت و کی، ۲۰۱۲؛ رحیمی، فداکار، تباری، کاظمی نژاد ، ۲۰۱۳؛ سگرستروم و میلر، ۲۰۰۴؛ شجاعی و سلیمانی، ۲۰۱۵؛ فرو و بویل، ۲۰۱۵؛ گرزیانو ، روسی، سپانو، پتروچی، بیوندی، امانیتی، ۲۰۱۵؛ نریمانی، آقامحمدیان و رجبی ،۲۰۰۷؛ هووی، ۲۰۰۵؛ یامازاکی، سوکجیما، میزو، ابوشیدا، فوکوهارا، ۲۰۰۵). به هر حال بین والدین کودک بیمار و والدین کودک عادی تفاوت های معناداری وجود دارد. زمانی که خانواده‌های دارای فرزند بیمار مزمن با خانواده‌های عادی مقایسه می- شوند، والدین این فرزندان در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی، به طور معناداری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آنها نیز در مقایسه با گروه عادی مختل است (احمدی، شهابی زاده، خزاعی، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها نشان داده‌است که واکنش‌های نوروتیک مادران کودکان بیمار بیشتر از مادران عادی است، و حضور کودک بیمار در خانواده، برای اعضای خانواده بخصوص مادر مشکلات عاطفی و روانی ایجاد می‌کند. با توجّه به این که والدین کودکان بیمار، میزان بیشتری از محدودیت‌هایی از قبیل عدم فراهم شدن بهداشت کافی، احساس محرومّیت و سطوح بالایی از اضطراب، استرس و افسردگی را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می کنند (دایسون ،۲۰۰۵ به نقل از گنجی، محمدی، تبریزیان، ۲۰۱۳)، هیجان‌های منفی بیشتری نیز در آنها فرصت بروز می‌یابد. بنابراین از جمله مسائلی که مادران کودکان بیمار در شرایط دشوار مراقبت از فرزند با آن درگیر هستند، مدیریت و کنترل هیجان‌هایشان است (تامپسون، ۲۰۰۳). کنترل هیجان[3] نقش برجسته‌ای در تحوّل و حفظ اختلالات هیجانی دارد و حیطۀ گسترده‌ای از هوشیار و ناهوشیار، فیزیولوژیکی و رفتاری و فرایندهای شناختی را شامل می‌شود؛ و به تمام راهبردهایی اطلاق می

1. WHO
2. Mental health
3. Emotion control

شود که هر فرد از آن به منظور افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان خود استفاده می‌کند. کنترل هیجان بیشتر در دو چهارچوب مهم بررسی می‌شود که آن دو چهارچوب عبارتند از: ۱- راهبردهای کنترل هیجان که قبل از وقوع حادثه یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند. ۲- راهبردهای کنترل هیجان که پس از بروز حادثه و یا بعد از شکل‌گیری هیجان فعال می شوند. راهبردهای کنترل هیجان که قبل از وقوع حادثه فعال می‌شوند، در کنترل هیجان منفی حوادث نقش مهمی دارند، زیرا موجب تفسیر کردن واقعه به نحوی می‌شوند که پاسخ های هیجانی منفی را کاهش می- دهد (گروس و جان، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تفاوت‌های افراد در استفاده از شیوه‌های مختلف کنترل هیجان، موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود. هنگامی که فرد با یک موقعیّت استرس‌زا روبرو می‌شود، احساس خوب و خوش‌بینی، به تنهایی برای کنترل هیجان‌های وی کافی نیست، او نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد (گروس، ریچاردز و جان، ۲۰۰۶). نظریه‌های جدید در قلمرو هیجان، بر نقش مثبت و انطباقی هیجان تأکید دارند. طبق این نظریه‌ها هیجان می‌تواند نقش سازنده‌ای در حل مسئله، پردازش اطلاعات و فرایند تصمیم گیری داشته‌باشد. با این همه نباید فراموش کرد که هیجان همواره سودمند نیست و بیشتر اوقات باید آن را تنظیم و مدیریّت کرد. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که توانمندی افراد در کنترل و تنظیم هیجان می‌تواند نقش مهمّی در سازگاری فرد با وقایع استرس‌زای زندگی بازی کند (ایسنبرگ، فابس،گاتری و ریسر، ۲۰۰۰). گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که رابطهٔ روشنی بین تجربهٔ حوادث منفی، راهبردهای کنترل هیجان و مشکلات هیجانی وجود دارد (گارنفسکی و کرایج ، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش این افراد نشان داد که استفاده از برخی راهبردهای کنترل هیجان، بر روی تجربهٔ فرد از حوادث منفی زندگی تأثیر می گذارد. دیگر محققّان نیز گزارش کرده‌اند که استفاده از راهبردهای غیرسازگارانهٔ کنترل هیجان در مادران دارای کودکان بیمار بیشتر بوده و همچنین میزان عواطف منفی همچون افسردگی، ناامیدی، مقصّر دانستن خود و اضطراب در این افراد شیوع بیشتری داشت (سولیوان، بیشاپ و پی وایک، ۲۰۱۱؛ نولن-هوکسما، مکبراید و لارسون، ۲۰۰۹).

وقتی که اطّلاعات هیجانی نتوانند در فرآیندهای پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد. مادران کودکان بیمار اغلب دچار پریشانی روان‌شناختی هستند و در موقعیّت‌های مختلف زندگی به احتمال زیاد نمی‌توانند از هیجانات خود به صورت مفید استفاده نمایند و در مقابل به میزان زیادی از هیجان های منفی برخودارند و این امر موجب مشکلات دیگری از جمله درک منفی از خویشتن، نگرانی نسبت به روابط با دیگران و عملکرد اجتماعی نامناسب در آنها می‌شود که خود دلیلی بر کاهش سلامت روان در آنان است (تبریزچی، وحیدی، ۱۳۹۴). به این ترتیب با مهارت کنترل هیجان، آنها با نحوهٔ ابراز مناسب هیجان‌ها در موقعیّت های مختلف آشنا شده و با پذیرش هیجان های خویش، ابراز به موقع و کنترل بعد منفی آن هیجان‌ها، می‌توانند تصوّر منفی از خود را بهبود بخشند و خود را به عنوان فردی مفید تلقی کنند. به این ترتیب مهارت کنترل و تنظیم هیجان می تواند به کاهش اضطراب، پرخاشگری و مشکلات روان‌تنی والدین کمک کرده و سلامت روان آنها را بهبود بخشد.

با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعهٔ پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی و محیطی، باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی دیگر تنها دغدغهٔ دست- اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی، به ویژه جامعه‌شناسان و روانشناسان به بررسی آن علاقمند هستند. جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست‌شناختی و یا روانشناختی

نیستند، بلکه به طور هم زمان دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز هستند. در این میان یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی مؤثّر بر سلامت روان، میزان حمایت اجتماعی[1] دریافت شده توسط افراد است. پژوهش‌های متعدّدی ثابت کرده‌است که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس (ریاحی، علی وردی نیا، پورحسین، ۱۳۸۹). از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است. در مجموع شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجّه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و این که او به یک شبکهٔ اجتماعی متعلّق است. تحقیقات مختلف به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر مؤلّفه‌های سلامت روان پرداخته‌اند. در این راستا پژوهش‌های انجام شده توسط لاندمن پیترز، کارلین و همکاران (۲۰۰۵) و هوگز و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصوّر می‌شود که حمایت اجتماعی به عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند (لاندمن پیترز، کارلین و همکاران، ۲۰۰۵؛ هوگز و همکاران، ۲۰۰۴). بدین ترتیب به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی نقش تعدیل‌کننده در بروز یا تشدید افسردگی، اضطراب و دیگر مؤلّفه‌های سلامت روان دارد (ریاحی، علی وردی نیا، پورحسین، ۱۳۸۹). در مجموع، پژوهشگران مهم ترین اختلالات روانی ناشی از کمبود یا فقدان حمایت اجتماعی را شامل افسردگی، اضطراب، گوشه گیری و انزوا طلبی، بی تفاوتی، ناامیدی، آشفتگی و اغتشاش ادراک، کاهش سرعت واکنش به محرّک‌های محیطی، کاهش حرمت به خود، و ناتوانی در کنترل جریانات زندگی می‌دانند (شفیعی قهفرخی، ۱۳۷۳). بنابراین با توجّه به این که والدین به عنوان مهم‌ترین افراد در سیستم حمایتی کودک می‌توانند تنش و اضطراب را به کودک منتقل نمایند و در میان اعضای خانواده، مادر نخستین شخصی است که با کودک نه تنها در دوران جنینی، بلکه پس از تولّد رابطهٔ مستقیم و تنگاتنگ دارد (امیر، حسن ابادی، اصغری نکاح، طبیبی، ۲۰۱۲) و از این روی در فرایند ابتلای کودک به سرطان و پیگیری‌های درمانی سرطان کودک، مادر غالباً بیش از دیگران درگیر تجارب هیجانی می‌شود و بنابراین بیش از سایر افراد نیازمند حمایت است، و به دلیل نقش مهمّی که والدین و بخصوص مادر در رشد روانی کودک ایفا می‌کنند و همچنین از آنجا که اغلب مادران تمایل دارند که مسئولیّت بیشتری در حیطهٔ مراقبت روزانه از کودک را بر عهده گیرند، بدون شک سطح استرس و سازگاری و سلامت آنها به مقدار قابل مشاهده‌ای بر کودک تأثیر می‌گذارد؛ به طوریکه هر اندازه مادر بیشتر تحت تأثیر فشار و ناراحتی باشد، توان کمتری در حمایت از کودک و گسترش و توسعه راهکارهای مناسب جهت کنار آمدن با بیماری نشان خواهد داد. با توجّه به مسائل و مشکلات خانواده‌های دارای کودک مبتلا به سرطان و مشکلات جسمی و روانی‌ای که اعضای این خانواده‌ها با آن دست به گریبانند، پایش وضعیت هیجانی و روانشناختی خانواده، بخصوص مادران و بررسی تأثیر بیماری بر ابعاد هیجانی و روانشناختی زندگی مادران حائز اهمّیّت و ضرورت ویژه‌ای است. بنابراین برای دسترسی به هدف مذکور، پژوهش حاضر به کند وکاو در سؤال زیر پرداخته -است: آیا حمایت اجتماعی نقشی واسطه‌ای در پیش بینی سلامت روان مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان بر اساس کنترل هیجان دارد؟

## روش

*جامعهٔ آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:* این مطالعه از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) است. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیهٔ مادران کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بود. از جامعهٔ آماری یاد شده ۲۲۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و از این تعداد، ۲۰ پرسشنامه به دلیل کامل نبودن و یا دادن دو جواب به سؤالات از نمونه حذف شدند، و

[1]. Social support

به این ترتیب ۲۰۵ نفر به عنوان نمونه وارد تحقیق شدند. لازم به ذکر است که تعیین حداقل حجم نمونه برای گردآوری داده‌های مربوط به مدل‌یابی معادلات ساختاری بسیار با اهمّیت است. با وجود آنکه در مورد حجم نمونهٔ لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌های ساختاری توافق کلی وجود ندارد، از نظر بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونهٔ لازم ۲۰۰ است. (سیوو و همکاران، ۲۰۰۶؛ گارور و منتزر، ۱۹۹۹؛ هولتر، ۱۹۸۳؛ هو، ۲۰۰۸ به نقل از حبیبی، ۱۳۹۱). بعد از اخذ مجوزهای لازم از مراکز درمانی (مرکز طبّی کودکان، بیمارستان حضرت علی اصغر و بیمارستان شریعتی) با حضور در این مراکز و صحبت با مادران کودکان مبتلا به سرطان و ارائهٔ توضیح مختصری از اهداف پژوهش، از آنها خواسته شد که در صورت تمایل در پژوهش حاضر شرکت نمایند.

*ابزارسنجش*

پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی فیلیپس(SS-A): پرسشنامهٔ ارزیابی حمایت اجتماعی توسط واکس، فیلیپس، هلی، تامسون، ویلیامز و استورات (۱۹۸۶) تهیه شده‌است. ساختار نظری این مقیاس بر حمایت اجتماعی استوار است؛ و حمایت اجتماعی را می‌توان میزان برخورداری از محبّت و مساعدت و توجّه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف نمود. این مقیاس دارای ۲۳ مادّه است که سه بخش خانواده، دوستان و سایرین را در بر می‌گیرد. این پرسشنامه دارای پیوستار پاسخ هاست و بر طیف درست و نادرست رتبه بندی شده و به ترتیب نمره‌های صفر و یک به هر پاسخ اختصاص یافته‌است. همچنین حداقّل و حداکثر نمره بین صفر و ۲۳ متغیّر است و بالا بودن نمره در این پرسشنامه بیانگر حمایت اجتماعی بالا، و پایین بودن نمره بیانگر حمایت اجتماعی پایین‌تر است. این پرسشنامه در مطالعهٔ ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) بر روی 111 دانشجو و 211 دانش آموز اجرا شد .پایایی آزمون در نمونهٔ دانشجویی درکل ۰/۹۰، در نمونه دانش آموزی ۰/۷۰، و در آزمون مجدد در دانش آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ بود. سه بخش (۱۳۸۹) روایی این آزمون را در یک گروه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه علّامه طباطبایی۰/۶۶ محاسبه کرد. درپژوهش خبّاز و همکاران (۱۳۹۰)، ضریب آلفای محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد (ترابی، ۱۳۹۳).

**پرسشنامهٔ کنترل هیجانی (ECQ[1]):** این پرسشنامه که توسّط راجر و نشوور (۱۹۸۷) ساخته شده و به وسیلهٔ راجر و نجّاریان (۱۹۸۹) مورد تجدیدنظر قرار گرفته‌است، چهار مقیاس بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار یا مرور ذهنی و کنترل خوشخیم را می سنجد و ۵۶ مادّه دارد.

پرسشنامهٔ مذکور چهار زیر مقیاس و ۵۶ مادّه دارد (تکراری). زیر مقیاس‌ها شامل بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار یا مرور ذهنی و کنترل خوش خیم است .(تکراری) بنابراین هر زیر مقیاس ۱۴ مادّه دارد. گزینه‌های پاسخ مواد «درست»و «غلط» است که به گزینهٔ «درست» آن نمرهٔ ۱ و به گزینهٔ «غلط» نمرهٔ ۰ تعلّق می‌گیرد. نمرهٔ یک فرد در هر زیر مقیاس از ۰ تا ۱۴ و در کلّ مقیاس از ۰تا ۵۶ متغیّر خواهد بود. نمرهٔ بالاتر بیانگر کنترل هیجانی بالاتر است. پایایی این پرسشنامه برای هر زیر مقیاس به ترتیب ۰/۷۰ ،۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۵۸و روایی کلّ آن ۰/۶۸ گزارش شده است (راجر و نجاریان، ۱۹۸۹). رفیعی نیا (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای کلّ مقیاس و خرده مقیاس‌های بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۵۸ به دست آورده‌است.

**پرسشنامهٔ سلامت روانی [2] (GHQ):** پرسشنامهٔ سلامت عمومی در سال (۱۹۷۲) توسط Goldberg ساخته شده است. GHQ مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است و با هدف ردیابی کسانی که دارای گونه‌ای اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. GHQ دارای چهار زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و

[1]. Emotional Control Questionnaire
[2]. General Health Questionnaire

افسردگی وخیم است. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی آن استفاده شده‌است. نمره گذاری آن با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ درجه ای (۰= اصلاً الی ۳= به مراتب بیشتر از حد معمول) صورت می‌گیرد. حداقل نمره ۰و حداکثر نمره در این آزمون ۸۴ است. در مطالعه‌ای ( تقوی،۱۳۸۰) اعتبار پرسشنامهٔ مزبور را با سه روش دوباره سنجی، توصیفی و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰,۷۰، ۰,۹۳ و ۰,۹۰ حاصل گردید. برای مطالعهٔ روایی پرسشنامه نیز از سه روش همزمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. روایی همزمان پرسشنامه از طریق اجرای همزمان با پرسشنامهٔ بیمارستان میدلسکس (M.H.Q) انجام گردید که ضریب همبستگی ۰,۵۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمرهٔ کلّ در حدّ رضایت بخش و بین ۰,۷۲ تا ۰,۸۷ متغیّر بود ( تقوی، ۱۳۸۰).

## یافته‌ها

با توجّه به جدول ۱ در مقیاس حمایت اجتماعی، بیشترین میانگین متعلّق به خانواده و کمترین آن مربوط به افراد مهم است. در مقیاس کنترل هیجان، نشخوار ذهنی بیشترین میانگین و بازداری هیجانی کمترین میانگین را دارا ست. در مقیاس سلامت روان نیز افسردگی دارای بیشترین میانگین و اختلال در عملکرد اجتماعی دارای کمترین میانگین است.

**جدول ۱**

**میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌های تحقیق**

| شاخص آماری<br>مقیاس | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|---|---|---|---|
| *حمایت خانواده* | ۲۰۵ | ۱۵/۷۳ | ۴/۳۲ |
| *حمایت دوستان* | ۲۰۵ | ۱۳/۰۱ | ۳/۹۲ |
| *حمایت افراد مهم* | ۲۰۵ | ۱۱/۰۷ | ۳/۲۱ |
| *بازداری هیجانی* | ۲۰۵ | ۵/۶۶ | ۰/۸۷ |
| *کنترل پرخاشگری* | ۲۰۵ | ۶/۷۹ | ۲/۳۸ |
| *نشخوار ذهنی* | ۲۰۵ | ۹/۰۷ | ۳/۲۱ |
| *کنترل خوش خیم* | ۲۰۵ | ۷/۷۳ | ۲/۳۲ |
| *اضطراب* | ۲۰۵ | ۱۴/۰۱ | ۴/۰۲ |
| *افسردگی* | ۲۰۵ | ۱۶/۸۹ | ۴/۹۷ |
| *اختلال در عملکرد اجتماعی* | ۲۰۵ | ۱۱/۷۵ | ۳/۳۳ |
| *علائم روان تنی* | ۲۰۵ | ۱۴/۷۱ | ۳/۲۸ |

به منظور بررسی الگوی مفهومی و تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در رابطهٔ بین سلامت روان و کنترل هیجان در مادران کودکان مبتلا به سرطان از تحلیل مسیر استفاده شده است. ابتدا با استفاده از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف، نرمال بودن داده‌ها مورد آزمون قرار گرفت. با توجّه به نتایج جدول و سطوح معناداری به دست آمده، داده های تمام متغیّرها نرمال است.

**جدول ۲**

**آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای**

| شاخص آماری مقیاس | z | sig | سطح معناداری |
|---|---|---|---|
| حمایت خانواده | ۰/۸۳ | ۰/۵۱ | ۰/۰۵ |
| حمایت دوستان | ۱/۲۲ | ۰/۰۹ | ۰/۰۵ |
| حمایت افراد مهم | ۰/۹۵ | ۰/۳۲ | ۰/۰۵ |
| سبک هیجان مدار | ۰/۹۷ | ۰/۳۹ | ۰/۰۵ |
| سبک مساله مدار | ۱/۱۱ | ۰/۱۳ | ۰/۰۵ |
| بازداری هیجانی | ۱/۲۴ | ۰/۰۹ | ۰/۰۵ |
| کنترل پرخاشگری | ۱/۰۷ | ۰/۱۹ | ۰/۰۵ |
| نشخوار ذهنی | ۱/۲۱ | ۰/۱۱ | ۰/۰۵ |
| کنترل خوش خیم | ۱/۲۵ | ۰/۰۹ | ۰/۰۵ |
| اضطراب | ۰/۸۹ | ۰/۴۰ | ۰/۰۵ |
| علائم روان تنی | ۰/۹۱ | ۰/۴۱ | ۰/۰۵ |
| اختلال در عملکرد اجتماعی | ۰/۹۰ | ۰/۳۶ | ۰/۰۵ |
| افسردگی | ۰/۹۳ | ۰/۴۲ | ۰/۰۵ |

در جدول ۳ شاخص‌های مربوط به برازش مدل ارائه شده است. شاخص نسبت مجذور کای بر درجه آزادی (χ۲/df) ۰/۸۸ است که این عدد کمتر از ۳ است و به معنی برازش مدل با داده‌هاست. شاخص RMSEA[1] که برای اندازه‌گیری متوسط باقیمانده‌ها (خطاها) به کار می‌رود برابر ۰/۰۷ به دست آمد. و در نهایت شاخص‌های پ[2] CFI، [3]NFI، [4]GFI و [5]AGFI نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگتر هستند. در مجموع و با در نظر گرفتن مجموع شاخص‌های برازش محاسبه شده می‌توان برازش مدل با داده‌ها را مورد تأیید قرار داد.

**جدول ۳**

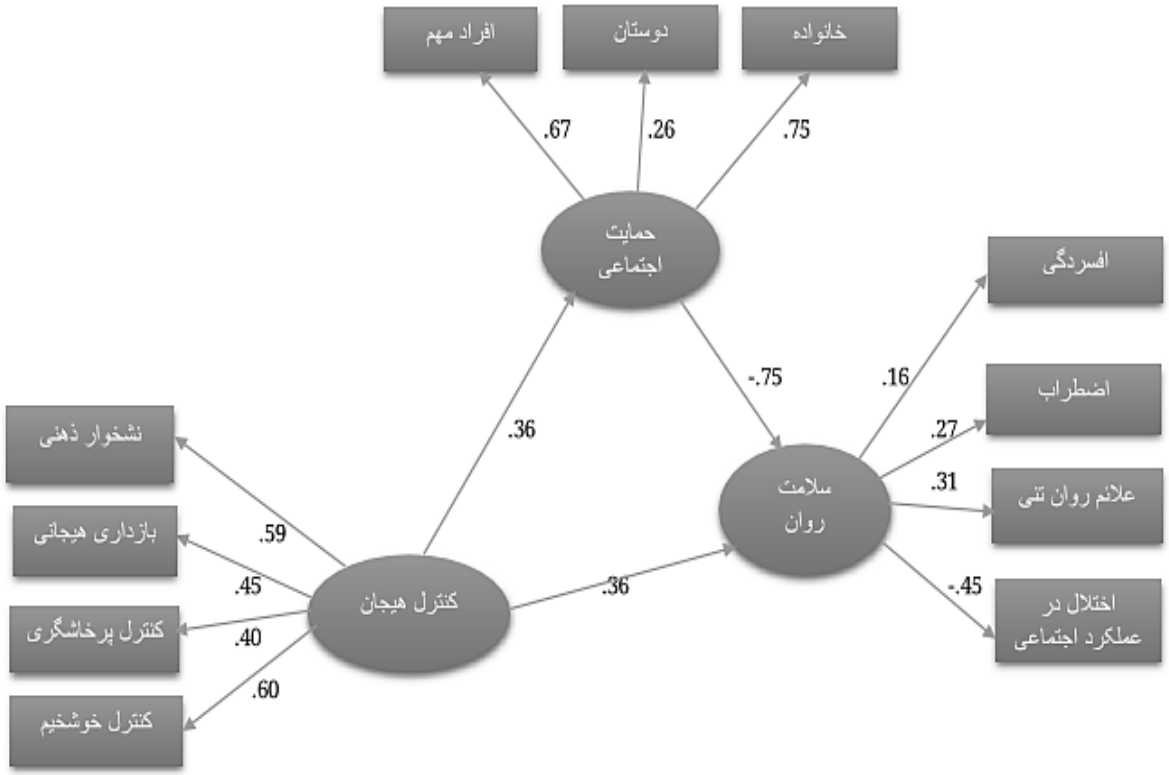
**شاخص های برازش تحلیل مسیر مدل اصلاحی**

| نام شاخص | شاخص های برازش | |
|---|---|---|
| | مقدار | حد مجاز |
| $\frac{\chi 2}{df}$ | ۰/۸۸ | کمتر از ۳ |
| RMSEA (ریشه میانگین خطای برآورد) | ۰/۰۷ | کمتر از ۰/۱ |
| CFI (برازندگی تعدیل یافته) | ۰/۹۹ | بالاتر از ۰/۹ |
| NFI (برازندگی نرم شده) | ۰/۹۱ | بالاتر از ۰/۹ |
| GFI (نیکویی برازش) | ۰/۹۸ | بالاتر از ۰/۹ |
| AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده) | ۰/۹۷ | بالاتر از ۰/۹ |

1. Root Mean Square Error of Approximation

2. Confirmatory Fit Index
3. Normed fit index
4. Goodness of fit index
5. Adjusted goodness of fit index

نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که حمایت اجتماعی نقش واسطه در پیش بینی سلامت روان بر اساس کنترل هیجان را داشت. همچنین حمایت اجتماعی بر سلامت روان اثر مستقیم معنادار داشته‌است که این اثر برابر ۰/۷۵ است. به این ترتیب با افزایش میزان حمایت اجتماعی سلامت روان نیز بهبود می‌یابد. کنترل هیجان نیز، بر سلامت روان هم اثر مستقیم معنادار داشته‌است که این اثر برابر ۰/۳۶ است و هم اثر غیرمستقیم معنادار داشته که مقدار آن برابر با ۰/۶۳ است. مفهوم ضمنی آن، این است که با کنترل مناسب هیجان‌ها در موقعیّت‌های استرس‌زا، می‌توان سلامت روانی بهتری را پیش‌بینی نمود. همچنین با توجّه به این که کنترل هیجان بر حمایت اجتماعی نیز تأثیر معنادار داشته‌است، می توان چنین استنباط کرد که کنترل هیجان‌ها سبب بهبود تعاملات میان فردی گردیده، و همین امر خود در جلب حمایت‌های اجتماعی و نهایتاً برخورداری از سلامت روان بالاتر نیز مؤثر خواهدبود. به این ترتیب بر اساس یافته های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی و کنترل هیجان، هر دو بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به سرطان تأثیر داشته‌اند.




**شکل ۱**

**مدل اصلاحی در حالت ضرایب استاندارد شده**

## بحث

سرطان بیماری مزمن و رو به افزایشی است که ابعاد مختلف زندگی کودک و خانواده را تحت تأثیر قرار می -دهد (وارد، دی سنتیس، رابینز، کوهلر، جمال، ۲۰۱۴). تشخیص اولیهٔ سرطان در کودکان، برای بسیاری از بیماران و والدین و اطرافیان آنها به عنوان بحران روانشناختی و هیجانی تلقّی می شود، و بدین جهت کودک و خانواده چالش‌های هیجانی‌ای نظیر اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند و این شرایط بر

عملکرد اجتماعی اطرافیان بیمار نیز تأثیر می‌گذارد. از این نظر خانواده نیز از نتایج آثار هیجانی و روانشناختی مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان مصون نیست (سازمان جهانی بهداشت[1]، ۲۰۰۲). همانگونه که بیان شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در پیش بینی سلامت روان مادران کودکان مبتلا به سرطان بر اساس کنترل هیجان انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رابطهٔ بین نمرهٔ کلی و ابعاد چندگانهٔ حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و دیگرانِ مهم) با مشکلات روانشناختی (اضطراب، افسردگی، علائم روان‌تنی و اختلال عملکرد) منفی و معنادار همراه است. همچنین کنترل هیجان، با سلامت روان و حمایت اجتماعی رابطهٔ مثبت و معنادار دارد. به علاوه بر اساس نتایج می‌توان اظهار داشت که حمایت اجتماعی توانسته‌است نقش واسطه را در ارتباط بین کنترل هیجان و سلامت روان ایفا نماید.

نتیجهٔ پژوهش حاضر، تأیید رابطهٔ بین میزان حمایت اجتماعی دریافتی توسط مادران کودکان مبتلا به سرطان و سلامت روان آنها بوده‌است که مطابق با پیشینهٔ پژوهشی و همچنین مبانی نظری مطرح شده در مورد حمایت اجتماعی و ارتباط آن با سلامت روان نیز هست. به عبارت واضح‌تر، همانگونه که انتظار می‌رفت، یافته‌های تحقیق نشان داد که سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به سرطان با افزایش میزان حمایت اجتماعی دریافتی از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم (اشخاص خاص)، وضعیّت مطلوب‌تری پیدا کرده و با کاهش منابع حمایتی، سلامت روان آنها به خطر می‌افتد. این یافته، مطابق با نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه در ایران (تاجور، گراندی، فلچر، ۲۰۱۶؛ حسامپو و صدیقی ارفعی، ۱۳۹۴؛ آزادی، آزاد، ۱۳۹۰؛ ریاحی، علی وردی نیا و پورحسین، ۱۳۸۹؛ نصیر، ۱۳۸۹)، و در خارج از ایران (سیارلگلیو، اصلان، پراکتور، کانکاتو، کو و همکاران، ۲۰۱۸؛ کچسونا، کینگ، ریچاردسون، ۲۰۱۷؛ چان، مولاسیوتیس، یام، چانگ و لام، ۲۰۰۴؛ لاندمن پیترز و همکاران، ۲۰۰۵؛ اوکونرا و همکاران، ۲۰۰۳)است. این نتایج حاکی از آن بودند که حمایت اجتماعی می‌تواند موجب بهبود سلامت روان شود. این یافته را می‌توان این گونه تبیین نمود که حمایت اجتماعی نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیّت آمیز و آسان در زمان مواجهه با چالش و تنیدگی محسوب می شود. انسان وقتی اطمینان یابد که در رویارویی با مشکلات تنها نیست، از ضعف و ناامیدی در امان مانده و در کنار دیگران، نیروی خویش را معطوف به رفع مشکل می‌کند. در ارتباط با دیگران و حمایت آنها، ساختار جدیدی از روابط و پیوندها شکل می‌گیرد که در ایجاد شرایط رضایت‌بخش از زندگی مؤثّر است. راتوس معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی را از پنج طریق تعدیل و تضعیف می‌کند: ۱- توجّه عاطفی[2]: شامل گوش دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات همدلی، مراقبت، فهم و قوّت قلب دادن، ۲- یاری رسانی[3]: یعنی ارائهٔ حمایت و یاری، که به رفتار انطباقی و سازگارانه می‌انجامد، ۳- اطّلاع رسانی[4]: ارائهٔ راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله- ای افراد با تنش ها و مشکلات، ۴-ارزیابی[5]: ارائهٔ بازخورد و پسخوراند از سوی دیگران در زمینهٔ چگونگی عملکرد که می‌تواند منجر به تصحیح عملکرد شود، ۵- جامعه‌پذیری: دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطهٔ جامعه‌پذیری به وجود می‌آید و در نتیجه اثرات سودمندی به دنبال می آورد. بر اساس چنین دیدگاهی می‌توان انتظار داشت که همبستگی بالایی بین کیفیت روابط بین شخصی و سلامت روانی افراد وجود داشته باشد. نتایج تحقیقات چان و همکاران (۲۰۰۴) و نصیر (۱۳۸۹) نشان می‌دهد که در میان عوامل تأثیرگذار بر سلامت و بهزیستی روانی، احساس تعلّق از همه مهم‌تر است. در این بین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت دریافت شده از سوی خانواده بیشترین ارتباط را با سلامت روان دارد.

[1]. World Health Organization

[2]. Emotional Attention
[3]. Assistance
[4]. Informing
[5]. evaluation

خانواده کانون مهم اجتماعی‌ای است که نقش بسیار مهمی در رشد و بالندگی افراد دارد و کسب حمایت از سوی خانواده به افراد کمک می‌کند تا احساس خودارزشمندی نموده و با توسعهٔ توانایی‌ها و شایستگی‌هایشان بتوانند آیندهٔ مؤثّری برای خود بسازند (نجد، مصاحبی، آتش پور، ۱۳۹۲).

از سوی دیگر بر اساس نتایج پژوهش حاضر، مشخص شد که کنترل هیجان، سلامت روان را در مادران کودکان مبتلا به سرطان پیش بینی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر با یافته های (ابیار، رحیمی، ماردپور، نصرآبادی، زمانی، ۱۳۹۵؛ یوسفی، ۱۳۹۴؛ سلیمانی و حبیبی، ۲۰۱۴؛ هو، زانگ، وانگ، ۲۰۱۴؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲؛ گارنفسکی، بان و کرایج، ۲۰۰۵؛ گروس و جان ۲۰۰۳؛ مارتین و داهلن، ۲۰۰۵) همسو است. در تبیین تأثیر شیوه‌های کنترل هیجان بر عاطفه و اضطراب می‌توان چنین استنباط کرد که از آن جاییکه شناخت، هیجان و رفتار کاملاً در تعامل با یکدیگر هستند، کنترل هیجان با کنترل توجّه و عواقب شناختی هیجان، موجب تغییر عملکرد سیستم های شناختی (از قبیل حافظه، توجه و هوشیاری) می‌شود. امروزه بر خلاف نظریه های اوّلیه، بر مفید بودن هیجان در رفتارها تأکید می‌شود و دیدگاه عمومی بر این است که هیجان‌ها قبل از رفتار واقع شده و سازگاری فرد را با ضروریات محیط فیزیکی و اجتماعی بهینه می‌سازند. هیجان‌ها با هماهنگ‌کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می‌شوند که وضعیّت فرد در ارتباط با محیط تثبیت شود، فرد را با پاسخ های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل مجهز می‌کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می‌شود. (گروس، ۱۹۹۹). کمپبل - سیلس و بارلو (۲۰۰۷) بر این باور هستند که نارسایی در تنظیم هیجان، مکانیسم زیربنایی اختلالات خلقی و اضطرابی است. از آنجایی که رابطهٔ روشنی بین تجربهٔ حوادث منفی، کنترل هیجان و مشکلات هیجانی وجود دارد (گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون، ۲۰۰۶)، می‌توان گفت افرادی که در کنترل هیجان‌هایشان دچار مشکل هستند، بیشتر احتمال ابتلا به مشکلات روانشناختی را دارند. ناتوانی در کنترل هیجان، مانع از سازگاری مادران کودکان مبتلا به سرطان با شرایط جدید زندگیشان شده، آنان را از انجام امور زندگی روزمره-شان ناتوان می‌کند و احتمال به خطر افتادن سلامت روان را در آنها تشدید می‌سازد. مادران کودکان بیمار، اغلب دچار پریشانی روانشناختی بوده و در موقعیّت‌های مختلف زندگی به احتمال زیاد نمی‌توانند از هیجانات خود به صورت مفید استفاده نمایند. آنان در مقابل به میزان زیادی هیجانات منفی در خود دارند، و این امر خود موجب مشکلات دیگری از جمله درک منفی از خویشتن، نگرانی نسبت به روابط با دیگران و عملکرد اجتماعی نامناسب در آنها می‌شود که دلیلی بر کاهش سلامت روان در آنان است (تبریزچی، وحیدی، ۱۳۹۴). در این راستا مارکوئین و نولن – هوکسما (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان تنظیم هیجان و نشانگان افسردگی به این نتیجه رسیدند که افسردگی با اختلال عملکرد اجتماعی در ارتباط است و مکانیسمی که روابط اجتماعی از طریق آن روی آسیب شناسی افسردگی تأثیر می گذارد، تنظیم هیجان است. هیجان‌ها اگر در زمان، مکان و موقعیّت مناسب ابراز شوند منجر به پیامدهای مثبت خواهندشد. امّا در مقابل، عدم مدیریت و ناتوانی در کنترل فرایندهای هیجانی یکی از کانال‌های بروز آسیب روانی و بیماری‌های روان‌تنی است (حسنی، بمانی یزدی، ۱۳۹۴). از آنجا که مادران دارای کودک مبتلا به سرطان، رویدادهای پر استرس و وضعیّت‌های پیوسته‌ای از اضطراب را تجربه می کنند، با کنترل و تنظیم هیجان‌هایشان این رویدادها را قابل کنترل می بینند، راهبردهای مقابلهٔ فعال بیشتری را به کار می‌گیرند و توان کنار آمدن آنها با شرایط دشوار افزایش می یابد. بنابراین کنترل هیجان، انعطاف پذیری فرد را افزایش داده و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف و در نتیجه احساس رضایت بیشتر می‌گردد (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۲۰۱۲).

از نتایج پژوهش چنین بر می‌آید که کنترل هیجان بر حمایت اجتماعی نیز تاثیرگذار است؛ بنابراین می‌توان ابراز داشت که راهبردهای کنترل هیجان می‌تواند به دو شیوهٔ سازگارانه و ناسازگارانه بر حمایت اجتماعی تأثیر بگذارد. به طوری که دامنهٔ وسیعی از فرایندهای بین فردی و درون فردی تحت تأثیر این راهبردهاست. افرادی که از راهبردهای سازگارانه بهره می‌گیرند نسبت به کسانی که از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند، غالباً حمایت بیشتری را از خانواده و سایر افراد پیرامون خود دریافت می‌کنند. هیجان‌ها در ایجاد، حفظ و قطع روابط میان فردی نقش مهمّی را ایفا کرده و این کار را با تنظیم فاصلهٔ میان افراد انجام می‌دهند؛ زیرا هیجان‌هاست که ما را به طرف یکدیگر کشانده و یا از هم دور می‌کند. برای مثال خشم و شادمانی بر روابط اجتماعی تأثیر می- گذارند، خوشحالی باعث برقراری روابط می‌شود، غم در مواقع جدایی روابط را حفظ می‌کند و خشم اقدام لازم برای قطع‌کردن روابط زیان‌بار را بر می‌انگیزد. بنابراین در صورت داشتن مهارت کنترل هیجان، فرد روابط اجتماعی مناسب‌تر و پایدارتری را تجربه نموده و از مواهب آن بهره‌مند می‌گردد.

لازم به ذکر است که برخی از محدودیت‌های روش شناختی پژوهش حاضر، تعمیم‌پذیری نتایج آن را با محدودیّت مواجه می‌کند؛ مثلاً با توجّه به این که این پژوهش در شهر تهران انجام گرفته‌است، تعمیم نتایج آن به شهرهای دیگر با محدودیت‌هایی همراه است. یا این که چون انجام پژوهش بر روی مادران بوده‌است، تعمیم نتایج آن به پدران با محدودیّت‌هایی مواجه است محدودیّت دیگر پژوهش حاضر انجام مقطعی آن بود.

در پایان توصیه می‌شود که بررسی ممتد در والدین این کودکان، جهت روشن شدن کیفیت زندگی آنان، در طول زمان انجام شود. مادران کودکان مبتلا به سرطان به دلیل احساس اضطراب و تنش و همچنین ترس و هراس ناشی از عدم اطمینان به بهبود فرزندشان، آسیب‌های شایان توجّهی را می‌پذیرند. از این رو پیشنهاد می- شود که دولت، نهادها و سازمان‌های دولتی و خصوصی و NGO ها همکاریشان را با یکدیگر بیشتر کرده و حمایت اجتماعی بیشتری را از خانواده های در معرض آسیب به عمل آورند تا آنان زندگی کم‌تنش تری را تجربه کنند. همچنین با توجّه به این که کنترل هیجان باعث بهبود وضعیت روانی مادران می‌شود، پیشنهاد پژوهنده این است که به منظور افزایش سلامت روان مادران، نهادهای مسئول، آموزش این مهارت را سرلوحهٔ کار خود قرار دهند.

## منابع


آبیار، ذوالفقار؛ رحیمی، الهام؛ ماردپور، علیرضا؛ احمدی نصیر آبادی سفلی، سعید؛ زمانی، نرگس. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلالات روانی. *مجلهٔ پژوهش سلامت*، ۲(۱): ۱۷-۲۳.

احمدی، بتول؛ شهابی زاده، فاطمه؛ خزاعی، محمد. (۱۳۹۱). نقش واسطه گری مقابلهٔ مذهبی در سبک‌های دلبستگی نسبت به خدا و سلامت روان والدین کودک با ناتوانی ویژه. *مجلهٔ تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱۰: ۲۱-۷.

آزادی، سارا؛ آزاد، حسین. (۱۳۹۰). بررسی رابطهٔ حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام. *مجلهٔ طب جانباز*، ۳(۴): ۴۸-۵۸.

ترابی، زهره. (1393). *بررسی رابطه حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان دانشگاه پیام نور ابرکوه*. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور واحد ابرکوه.

تقوی، سید محمّدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامهٔ سلامت عمومی.(G.H.Q). *مجلهٔ روانشناسی*، ۵، ۴(۲۰):۳۸۱-۹۸.

حبیبی، آ؛ عدن ور، م. (۱۳۹۱). *مدل یابی معادلات ساختاری و تحلیل عاملی (آموزش کاربردی نرم افزار LISREL)*. انتشارات جهاددانشگاهی.

حسنی، جعفر؛ بمانی یزدی، بیتا. *(۱۳۹۴)*. رابطهٔ سبک‌های ابراز هیجان با ریخت شخصیتیD. *مجلهٔ علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۵(۲): ۱۴۱-۱۵۰.

رفیعی نیا، پ. (۱۳۸۰). *رابطهٔ سبک‌های های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس.

ریاحی، محمداسماعیل؛ علی وردی نیا، اکبر؛ پورحسین؛ سیده زینب. (۱۳۸۹). بررسی رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. *فصلنامهٔ علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۰(۳۹): ۸۵-۱۲۱.

شفیعی قهفرخی، فرخ (۱۳۷۳). حمایت اجتماعی و بهداشت روانی. *بهداشت جهان*، ۸(۱): ۱۶-۱۴.

صدیقی ارفعی، ف؛ حسامپور، ف. (۱۳۹۴). رابطهٔ ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی. *فصلنامهٔ مددکاری اجتماعی*، ۴(۴): ۴۲-۵۲.

نجد، محمّدرضا؛ مصاحبی، محمّدرضا؛ آتش پور، حمید. (۱۳۹۲). پیش بینی بهزیستی روان شناختی از طریق مؤلّفه‌های خود کارآمدی سرسختی روان شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده. *مجلهٔ اندیشه و رفتار*، ۸(۳۰):۵۸-۴۷.

نصیر، م. (۱۳۸۹). رابطهٔ راهبردهای مقابله با استرس و تاب‌آوری با خوش بینی در دانش آموزان دختر مقطع متوسّطهٔ شهرستان اهواز. *مجلهٔ روانشناسی اجتماعی*، ۴(۶۱): ۷۵- ۷۶.

یوسفی، جعفر. (۱۳۹۴). رابطهٔ راهبردهای تنظیم هیجانی و هیجان های مثبت و منفی با سلامت روانی دانشجویان. *مجلهٔ علوم پزشکی نیشابور*، ۳(۱): ۶۶-۷۴.

## References

Amir, F., Hasanabadi, H., Asaghari Nekah, S. M., & Tabibi, Z. (2012). Evaluation the effect of play therapy based on parent relationship (CPRT) on parenting styles. *J FAM Couns & Psychother*.; 1(4):473-89. [Persian].

Tabrizchi, N., Vahidi, Z. (2015). Compaing emotional regulation, mindfulness and psychologyical well- being in mothers of students with and without learning disabilities. *Journal of learning disabilities, 4(4), 21-35*.

Bazmi, N., & Nersi, M. (2013). The effect of play therapy' techniques on reduction of anxiety and increasing of positive feeling as well as general adjustment level in children suffering blood cancer in Tehran city. *Q J Psychol Stud*., 8(4), 107-30. [Persian].

Chan, C. W., Molassiotis, A., Yam, B. M., Chang, S. J., & Lam, C. S. (2004). Traveling through the cancer trajectory: Social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs*, 24(5), 387-394.

Chung, P. J., Chiou, C. J., & Chou, F. H. (2009). Relationships between health status, depression and cognitive functions of institutionalized male veterans, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 215–219.

Ciarleglio, M., Aslan, M., Proctor, S. P., Concato, J., KO, J., Pless, A., Kaiser, J. (2018). Associations of Stress Exposures and Social Support with Subsequent Long-Term Mental Health Outcomes among U. S. Iraq War Veterans. *Behavior Therapy, 1-13*.

Eisenberg, N., Fabes, R. A, Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of personality and social psychology*, 78,138-157.

Eisenhower, A. S., Baker, B. L. & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 657-671.

Ferro, M. A., Boyle., & M. H. (2015). The Impact of Chronic Physical Illness, Maternal Depressive Symptoms, Family Functioning, and Self-esteem on Symptoms of Anxiety and Depression in Children. *J abnorm Child Psychol*.; 43(1), 177-87.

Ganji, M., Mohammadi, G., & Tabriziyan, Sh. (2013). Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities, *Journal of Learning Disabilities*, 2(3), 136-142. (Persian).

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*; 41, 1045–1053.

Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1317–1327.

Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*; 16(5), 403 – 420.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2006). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 1311–1327.

Graziano, S., Rossi, A., Spano, B., Petrocchi, M., Biondi, G., & Ammaniti, M. (2015).

Martin, R., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger, *Personality and Individual Differences*.; 39, 1249–1260.

Murphy, S. L., Xu, J., & Kochanek, K. D. (2010). Deaths: Final Data for. National Vital Statistics Reports. *Natl Health Stat Report*, 61(4).

Narimani, M., Aghamohammadian, H. R., & Rajabi, S. (2007). A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children, *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2(33& 34), 15-24. (Persian).

Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., & Larson, J. (2009). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(21), 855–862.

O'Connora, D. B. et al. (2003). Religiosity, Stress and Psychological Distress: no Evidence for an Association among Undergraduate Students". *Personality and Individual Differences*, Vol. 34; pp 211-217.

Rahimi, S., Fadakar Soghe, K., Tabari, R., Kazem Nejad Lili, E. (2013). The Relationship between General Health Status and Quality of Life of Mothers of Child with Cancer. *J Hayat*, 19(2), 93-108. [Persian].

Roger, D., & Najarian, B. (1989).The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Pers Indiv Differ*; 10, 845-53.

Segerstrom, S., & Miller, G. (2004). Psychological stress and the human immune system: A metaanalytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, *130*, 610-630.

Shojaee, A., & Soleimani, E. (2015). The effectiveness of spiritual intelligence training on psychological well-being of students covered by the imam Khomeini relief committee. *Journal of school psychology*, 4(1), 104-121. (Persian).

Smith, B. A., & Kaye, D. L. (2012). Treating Parents of Children with Chronic Health Conditions: The Role of the General Psychiatrist. *Clin synth*. 10(3): 15-29.

Soleimani, E., & Y. Habibi, Y. (2014). The relationship between emotion regulation and resiliency with psychological well-being in students. *Journal of school psychology*, 3(4), 51-72. (Persian).

Comparison of psychological functioning in children and their mothers living through a life-threatening and nonlife-threatening chronic disease. *J Child Health Care. Pii*: 1367493514563854.

Gross, JJ. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. J of Cognitive and emotion, 13(5), 551-573.

Gross, J. J., & John. O, P. (2003). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*; 16(5), 403 – 420.

(2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A., Simpson, & Hughes, J. N. (Eds.), Emotion regulation in families: pathways to dysfunction and health. Washington, DC: *American Psychological Association*, 13-13.

Hosseini Ghomi, T., & Salimi Bajestani, H. (2012). The Effect of teaching resiliency on stress of mothers with children that have cancer in Imam Khomeini Hospital. *Q Health Psychol*, 4. [Persian].

Hovey, J. K. (2005). Fathers parenting chronically ill children: concerns and coping strategies, *Compr Pediatr Nurs*, 28(2), 83-95.

Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2014). Relation between Emotion Regulation and Mental Health: A Meta-Analysis Review. *Psychological Reports*, 114(2), 341-362.

Hughes, et al. (2004). Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients ,*Annual Behavior Medicine*, Vol. 28(3): pp179–185.

Ketchesona, F., King, L., & Richardson, D. (2017). Association between social support and mental health conditions in treatment-seeking Veterans and Canadian Forces personnel. *Journal of Military, Veteran and Family Health, 3(4), 120-27*.

Landman-Peters, Karlien, M. C. et al., (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety, *Social Sciences & Medicine*, 60, pp 2549-59.

Marroquín, B., & Nolen-Hoeksema, S. (2015). Emotion regulation and Dpressive symptoms: close relationships as social context and influence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4: 1-134.

Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., & Jemal, A. (2014). Childhood and Adolescent Cancer Statistics. *Cancer J Clinicians*, 64(2), 83–103.

World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes*: policies and managerial guidelines. Translated to Persian by: Ramezani Daryasari R, Donlou M, khoshideh MM. Tehran: Vezarat Behdasht, Darman VA Amoozesh Pezeshki. [Persian].

Yamazaki, S., Sokejima, S., Mizoue, T., Eboshida, A., & Fukuhara, S. (2005). Health-related quality of life ofmothers of children with leukemia in Japan. *Qual Life Res*.; 14(4), 1-7.

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (2011). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(3), 524–532.

Tajvar, M., Grundy, E., & Fletcher, A. (2016). Social support and mental health status of older people: a population-based study in Iran-Tehran. *Journal Aging & Mental Health*, 22(3), 344-353.

Thompson, R. A. (2003). Emotionl regulation a theme in search for definition"In N. A. fox. The Developmental of Emotion Regulation Behavioral and Biological Considerations. *Monographs of the society for research in chield Development*, 59, 25-52.