

The Investigation of Direct and Indirect Impact of Self-Efficacy Beliefs on Parents' Anxiety and Marital Adjustment with Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies Among Parents With Chronically Ill Children of Ahwaz

Athar Afshar^{1*}, Abbas Amanelahi²

1- Msc, Department of Counseling, Islamic Azad University of Ahwaz, Ahwaz, Iran

2- Assistant Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran

Received: 5 May 2015, Accepted: 9 Sep 2015

Abstract

Background: The aim of this study was to test the proposed model for the impact of self-efficacy beliefs on parent's anxiety and marital adjustment with mediating role of cognitive emotion regulation strategies among parents of chronically ill children of Ahwaz city.

Materials and Methods: The statistical universe was all the parents of chronically ill children who was selected by Convenience sampling method. The research tools are included the self-efficacy questionnaire (SES), anxiety questionnaire (STAI), Spanier marital adjustment questionnaire and Garnesfki cognitive emotion regulation strategies questionnaire. Amos 18 program software was applied for structural equation modeling (SEM). The indirect relationship was tested with bootstrap Amos 18 program software.

Results: The results revealed that the tested model had good fit indices.

Conclusion: Results revealed that self-efficacy beliefs directly influenced on parent's anxiety, marital adjustment, and adaptive and nonadaptive cognitive emotion regulation strategies. Also, adaptive cognitive emotion regulation strategies have a direct relation with parent's anxiety and marital adjustment. In addition, there was a direct relation between nonadaptive cognitive emotion regulation strategies and marital adjustment. Alternatively, self-efficacy beliefs directly influenced on anxiety and marital adjustment with mediating role of adaptive cognitive emotion regulation strategies and indirectly influenced on adjustment with mediating role of nonadaptive cognitive emotion regulation strategies.

Keywords: Self- efficacy, Anxiety, Marital Adjustment, Cognitive emotion regulation

*Corresponding Author:

Address: Department of Counseling, Khozestan Sciences and Research Branch, Islamic Azad University of Ahwaz, Ahwaz, Iran.

Email: athar_1102005@yahoo.com

بررسی اثر مستقیم و غیر مستقیم باورهای خوداثر بخشی بر اضطراب والدین و سازگاری زناشویی با میانجی‌گری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن اهواز

اطهر افشار^{۱*}، عباس امان الهی^۲

۱- کارشناس ارشد، گروه مشاوره، واحد علوم تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، اهواز، ایران

۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، آزمون مدل فرضی رابطه‌ی باورهای خوداثر بخشی با اضطراب والدین و سازگاری زناشویی با میانجی‌گری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن اهواز بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش، کلیه والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن اهواز بودند. نمونه مورد پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسش‌نامه خوداثر بخشی شرر، پرسش‌نامه اضطراب آشکار اسپیل برگر، مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر و فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی است. برای آزمون الگوی پیشنهادی از الگویابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۱۸ استفاده شد. روابط واسطه‌ای الگوی نهایی نیز با استفاده از بوت استراپ (آزمون خود راه انداز) نرم‌افزار AMOS نسخه ۱۸ آزموده شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل اصلاح شده از برازش خوبی با داده‌ها برخوردار است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که باورهای خوداثر بخشی با اضطراب والدین، سازگاری زناشویی و راهبردهای تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان ارتباط مستقیم دارند. همچنین راهبردهای تنظیم شناختی مثبت هیجان با اضطراب والدین و سازگاری زناشویی رابطه مستقیم دارند. به علاوه، ارتباط مستقیم منفی بین راهبردهای تنظیم شناختی منفی هیجان با سازگاری زناشویی یافت شد. از سوی دیگر، باورهای خوداثر بخشی تأثیر غیر مستقیمی از طریق راهبرد تنظیم شناختی مثبت هیجان بر اضطراب والدین و سازگاری زناشویی و تأثیر غیر مستقیمی از طریق راهبرد تنظیم شناختی منفی هیجان بر سازگاری زناشویی داشتند.

واژگان کلیدی: خوداثر بخشی، اضطراب، سازگاری زناشویی، تنظیم شناختی هیجان

*نویسنده مسئول: ایران، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، واحد علوم تحقیقات خوزستان، گروه مشاوره

Email: athar_1102005@yahoo.com

مقدمه

خانواده در طول حیات خود با مشکلات، حوادث و خطرانی مواجه است. این مخاطرات آسیب‌هایی را برای زوج‌ها و فرزندان در پی دارد. تجربه‌ی بیماری و مرگ اعضای خانواده از خطرانی است که می‌تواند روابط خانواده را تهدید کند. والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن یا ناتوان با خطر تجربه‌ی آسیب‌های زناشویی مواجه هستند (۱).

اثرات بالقوه منفی تجربه‌ی بیماری و اثرات روان‌شناختی بیماری‌های مربوط به کودکان، ادبیات پژوهشی زیادی در گذشته دارد (۲). چنین تجربیاتی به ویژه می‌تواند باعث تحلیل رفتن وضعیت روان‌شناختی والدین شود (۳). سطوح بالای اضطراب والدین در مورد بیماری فرزند و بستری شدن فرزند با بازده‌های ضعیف‌تر فرزند و والدین هم‌بسته است. چنین آسیبی می‌تواند اثربخشی پاسخ‌های والدین به نیازهای فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد و ممکن است انجام درمان را به خطر اندازد (۴).

یک عامل مهم که به اضطراب والدین بعد از بیماری فرزند مربوط می‌شود، باورهای خوداثر بخشی والدین است. به طور کلی، باورهای خوداثر بخشی مثبت‌تر، نقش‌های والدین را ذاتاً پاداش دهنده می‌داند و مشکلات فرزندان را راحت‌تر حل می‌کند. باورهای خوداثر بخشی با سطوح پایینی از استرس همراه هستند و به همان میزان صلاحیت والدینی و سازگاری بهتری را در کودک ایجاد می‌کنند. بحران ناشی از بیماری فرزند بر روی تمام اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد (۵). اضطراب والدین احساس معمول والدین از بستری شدن کودکشان در بیمارستان است (۶). به طور قطع این مسئله می‌تواند برای کودک و والدین تنش‌زا باشد. بررسی اضطراب والدین از آن‌جا اهمیت پیدا می‌کند که فرزند با توجه به درجه‌ی تکامل و رشد خود می‌تواند اضطراب و تنش را در والدین خود درک و دریافت نماید. زمانی که والدین بتوانند در شرایط پر تنش، احساس کفایت و خوداثر بخشی نمایند، به خوبی می‌توانند فرزند بیمار خود را مورد حمایت قرار دهند و روند درمان را برای او امکان‌پذیر سازند (۷).

عامل مرتبط دیگر با باورهای خوداثر بخشی، سازگاری زناشویی است. فرآیندهای سازگاری زوج در ارتباطات تحت تأثیر عواملی مانند خصوصیات فردی، رویدادهای زندگی و عوامل پیچیده در روابط زوج است. وقایع و رخداد‌های زندگی می‌توانند بر میزان رضایت زناشویی تأثیر داشته باشند (۸). به احتمال زیاد در دورانی که نرخ تغییر و حوادث استرس‌آور زندگی زیاد می‌شود، مشکلات ارتباطی نیز بیشتر می‌گردد (۹).

معمولاً افکار خودکار و نیمه‌هشیارانه‌ی ما بر پاسخ‌های سازگارانه‌ی کوتاه مدت یا درازمدت ما نسبت به درد و بیماری تأثیر قابل ملاحظه‌ای می‌گذارند. شناخت فرد مبتلا به بیماری مزمن مبتنی بر این است که بیماری مزمن لاجرم درمان نخواهد شد و فرد باید از تلاش‌های بی‌حاصل برای رهایی از درد دست بردارد و علیرغم بیماری به زندگی خود ادامه دهد و بیماری را با ناتوانی مقایسه نکند (۱۰).

بدیهی است که مقتضیات محرک تنش‌زا ثابت نمی‌مانند، بلکه دائماً در حال تغییر هستند. همان‌طور که مقتضیات تغییر می‌کنند، ارزیابی‌ها نیز تغییر می‌یابند و پاسخ‌های مقابله‌ای نیز متعاقباً تغییر می‌کنند. سبک‌های مقابله مشتمل بر کوشش‌هایی از نوع عملی و درون روانی برای مهار مقتضیات درونی و محیطی و تعارض‌های میان آن‌هاست. از این رو مفهوم تنظیم شناختی هیجان، دقیقاً با مفهوم مقابله مرتبط است (۱۱). سبک‌های مقابله در سه بعد شناختی، رفتاری و ترکیبی هیجان را تنظیم می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم شناختی هیجان موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شوند (۱۲).

از سوی دیگر، ابتلا به بیماری مزمن یکی از موقعیت‌های چالش برانگیز زندگی انسان‌ها و مدیریت بیماری‌های مزمن، مشکل عمده بهداشت جامعه جهانی امروز است. از آن‌جا که نگرش پزشکی در بیماری مزمن تنها به نحوه درمان و کنترل نشانه‌ها توجه دارد و با توجه به این که این بیماری‌ها بر فرد، خانواده و جامعه اثرات زیادی

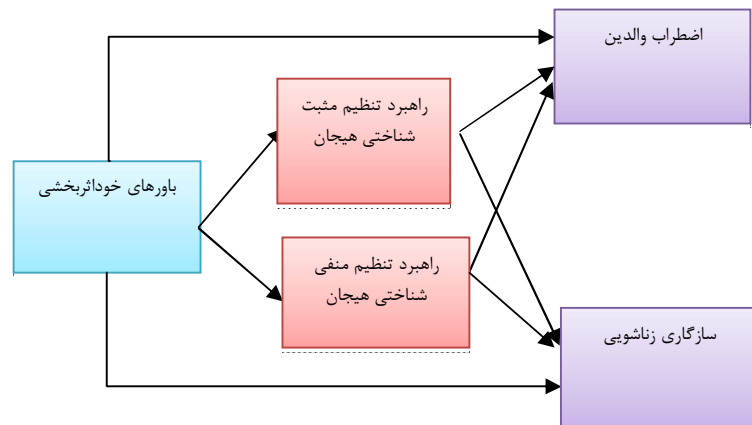
اضطراب والدین جلوگیری کنند یا موجب کاهش آن شوند. اگرچه در این میان استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به طور مؤثری در مقابله با بیماری فرزند به والدین کمک کند. والدینی که به صورت افراطی از راهبردهای تنظیم شناختی منفی نظیر نشخوارفکری، فاجعه انگاری و سرزنش خود در پاسخ به بیماری فرزند خود استفاده می‌کنند، مستقل از میزان خوداثر بخشی والدین، سطوح بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند (۱۴).

پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخ این پرسش است که نقش فرایندهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه با خوداثر بخشی والدین و اضطراب و سازگاری زناشویی والدین چیست. برای این اساس، مدلی فرضی پیشنهاد شده است که در آن به آزمودن روابط و یافتن روابط احتمالی بین متغیرها پرداخته شده است. بنابراین مطابق الگوی پیشنهادی در شکل ۱، باورهای خوداثر بخشی به عنوان متغیر پیش بین اضطراب والدین و سازگاری زناشویی در نظر گرفته شده و سبک‌های تنظیم شناختی هیجان به عنوان متغیر میانجی گر لحاظ شده‌اند.

دارد، می‌بایست مورد توجه خاص قرار گیرند و نباید صرفاً بر الگوی پزشکی در مراقبت از بیماران بسنده شود.

به طور آرمانی، هنگامی که درمان‌گرها و پزشکان بتوانند در کنارهم کار کنند، هر دو دیدگاهی گسترده مبتنی بر نظام‌های زیستی- روانی- اجتماعی خواهند داشت و می‌توانند به خانواده کمک کنند تا با اثرات بیماری مزمن (نظیر دیابت، سرطان خون، بیماری‌های کلیوی) و ناتوانی (نظیر جراحی نخاعی، نابینایی) یک عضو خانواده در کل دوره‌ی زندگی خانوادگی کنار آیند. یکی از اهداف همکاری موفقیت‌آمیز درمان‌گر-پزشک، تحکیم نظام متزلزل خانوادگی است تا اعضا بتوانند مجدداً حق انتخاب خود را درباره‌ی تصمیمات پزشکی آتی به دست آورند. هدف دیگر، عبارت است از کاهش پیامدهای عاطفی یک وضعیت پزشکی برای خانواده و احتمالاً کاهش سیر بالینی بیماری مزمن در طی فرایند درمان (۱۳).

در پژوهش میکلسی، اسزابو، مارتوس، گلمبوسی و فوریتوس (۲۰۱۳) نشان داده شد که باورهای خوداثر بخشی والدین ممکن است در برخی از نمونه‌ها از



شکل ۱. الگوی فرضی رابطه باورهای خوداثر بخشی و اضطراب والدین و سازگاری زناشویی با میانجیگری سبک‌های تنظیم شناختی هیجان

نمونه‌گیری دردسترس بود و ۲۰۰ نفر از والدین با مراجعه به مراکز درمانی و انجمن‌های حمایت از بیماری‌ها شناسایی شدند و به صورت داوطلبانه به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه والدین دارای فرزند زیر ۱۸ سال مبتلا به بیماری مزمن هستند که در سال ۱۳۹۳ به بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و انجمن‌ها و مؤسسات حمایتی شهر اهواز مراجعه کرده‌اند. روش

ابزارهای پژوهش

پرسش نامه خوداثر بخشی شرر (SES): این

مقیاس توسط شرر، مادوکس و همکاران (۱۹۸۲) طراحی شده و شامل ۱۷ ماده است. برای هر سوال مقیاس خوداثر بخشی، ۵ پاسخ پیشنهاد شده است. به همین دلیل ۵ امتیاز به هر سؤال تعلق می‌گیرد. براتی در سال ۱۳۷۶ به منظور بررسی پایایی مقیاس خوداثر بخشی از روش دو نیمه کردن استفاده کرد. ضریب پایایی از طریق اسپیرمن-براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش نیمه کردن گاتمن برابر با ۰/۷۵ در نظر گرفته شد. آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤالات برابر با ۰/۷۹ به دست آمد که در پژوهش مذکور رضایت بخش ارزیابی شد. برای ارزیابی پایایی این پرسش نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمد که رضایت بخش ارزیابی شد.

پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل

برگر (STAI): پرسش نامه اضطراب آشکار و پنهان (STAI) که توسط اشپیل برگر (۱۹۷۰) طراحی شد شامل مقیاس های جداگانه خودسنجی برای اندازه گیری اضطراب آشکار و پنهان می باشد. مقیاس اضطراب آشکار فرم y-1 از STAI شامل بیست جمله است که احساسات فرد را در لحظه و در زمان پاسخ گویی ارزش یابی می کند. مقیاس اضطراب پنهان فرم y-2 از STAI هم شامل بیست جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می سنجد.

مهرام در سال ۱۳۷۲ مطالعه ای جهت استاندارد سازی آزمون اشپیل برگر انجام داد. او ضریب پایایی آزمون را در دو گروه هنجار و ملاک به طور مجزا مورد بررسی قرار داد. میزان پایایی برای گروه هنجار (۶۰۰ نفر) در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان براساس آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۰ است. در پژوهش حاضر، برای ارزیابی پایایی این پرسش نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۷ به دست آمد که رضایت بخش ارزیابی شد.

مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر:

(۱۹۸۶) عنوان می کند که هدف وی ایجاد مقیاسی بوده است که بر اساس آن محققان بتوانند روابط بین دو نفر را که با هم زندگی می کنند بررسی نمایند. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سوالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی می باشد و شامل ابعاد رضایت زناشویی (۱۰ ماده)، همبستگی دو نفری (۵ ماده)، توافق دو نفری (۱۳ ماده) و ابزار محبت (۴ ماده) است.

طیف نمره گذاری سؤالات در این مقیاس مختلف است. این مقیاس توسط آموزگار (۱۳۷۴) با روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱۰ روز روی نمونه ای مشتمل بر ۱۲۰ نفر از زوجین (۶۰ زن و ۶۰ مرد) اجرا گردید و برای بررسی میزان همبستگی نمرات از روش گشتاوری پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی بین نمرات زنان و شوهران طی دو بار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶ و مقیاس فرعی اول ۰/۶۸، مقیاس فرعی دوم ۰/۷۵، مقیاس فرعی سوم ۰/۷۱ و مقیاس فرعی چهارم ۰/۶۱ به دست آمد. برای ارزیابی پایایی این پرسش نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ به دست آمد که رضایت بخش ارزیابی شد.

پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان

گرانفسکی- فرم کوتاه (CERQ- Short): گرانفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان را براساس فرم بلند ۳۶ ماده ای این پرسش نامه (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) تدوین کردند. این پرسش نامه یک ابزار خود گزارشی چند بعدی دارای ۱۸ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می باشد و برای اولین بار توسط پژوهش گر در پژوهش حاضر به زبان فارسی ترجمه شد و مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس تنظیم شناختی هیجان، ۹ (۹) راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می کند. گرانفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسش نامه گزارش کرده اند. برای بررسی روایی هم گرا و واگرایی این پرسش نامه از مقیاس

هیجان برابر ۰/۶۵ و ضریب همبستگی راهبردهای تنظیم مثبت شناختی هیجان برابر ۰/۶۸ به دست آمد که در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار بود. همچنین برای ارزیابی پایایی این پرسش نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای تنظیم منفی شناختی هیجان برابر ۰/۷۰ و ضریب همبستگی راهبردهای تنظیم مثبت شناختی هیجان برابر ۰/۹۱ به دست آمد که رضایت بخش ارزیابی شد.

الف) یافته‌های توصیفی

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود. کلیه ضرایب همبستگی به دست آمده بین متغیرهای پژوهش در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی دار هستند.

افسردگی، اضطراب پرسش نامه SCL-90 استفاده شد. بر این اساس، روایی این پرسش نامه برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ گزارش شد. این پرسش نامه شامل ۱۸ پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه تا هرگز) می‌باشد که هر دو پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و در مجموع ۹ عامل از قبیل سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه انگاری، نشخوار فکری، پذیرش، تمرکز بهداشت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری ارزیابی می‌شود.

برای بررسی روایی این پرسش نامه روایی هم‌زمان بین فرم کوتاه و بلند این مقیاس در نظر گرفته شد که بر این اساس ضریب همبستگی راهبردهای تنظیم منفی شناختی

جدول ۱. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در نمونه‌ی والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن

ردیف	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱	خوداثر بخشی	-	-۰/۶۶**	۰/۵۴**	۰/۳۶**	-۰/۶۶**
۲	اضطراب والدین	-	-	-۰/۵۲**	-۰/۴۳**	۰/۵۱**
۳	سازگاری زناشویی	-	-	-	۰/۳۳**	-۰/۵۱**
۴	راهبرد تنظیم شناختی مثبت	-	-	-	-	-۰/۳۰**
۵	راهبرد تنظیم شناختی منفی	-	-	-	-	-

$P < ۰/۰۱$ **

معنی دار بود، در نتیجه اصلاحی در مدل انجام شد تا برازندگی آن بهبود یابد.

جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل اولیه‌ی پیشنهادی و نیز شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده‌ی نهایی را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۲، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) (۰/۱۶)، شاخص برازندگی توکر- لویس (TLI) (۰/۸۶) و شاخص برازش نیکویی انطباقی (AGFI) (۰/۸۱) حاکی از برازش ضعیف مدل پیشنهادی بوده و نیز نشان می‌دهند که مدل پیشنهادی (شکل ۱) نیاز به اصلاح دارد.

ب) یافته‌های اصلی (یافته‌های حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش)

برای آزمون الگوی پیشنهادی از الگویابی معادلات ساختاری بر مبنای نرم‌افزار AMOS نسخه ۱۸ استفاده شد. روابط واسطه‌ای الگوی نهایی نیز با استفاده از بوت استرپ (آزمون خود راه انداز) نرم‌افزار AMOS نسخه ۱۸ آزموده شدند.

از آن جایی که در گام برآورد، مدل پیشنهادی از برازندگی خوبی برخوردار نبود و یکی از مسیرها غیر

جدول ۲. مقایسه شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده

شاخص‌های برازندگی	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل پیشنهادی (اولیه)	۸/۸۳	۲	۴/۴۱	۰/۹۷۵	۰/۸۱۱	۰/۹۷۳	۰/۸۶۰	۰/۹۷۲	۰/۹۶۵	۰/۱۶
مدل اصلاح شده‌ی نهایی	۲/۸۷	۲	۱/۴۳	۰/۹۹۲	۰/۹۳۶	۰/۹۹۷	۰/۹۸۲	۰/۹۹۶	۰/۹۸۹	۰/۰۵۷

پس از حذف مسیر غیر معنی‌دار (مسیر راهبرد تنظیم منفی شناختی هیجان به اضطراب والدین) به منظور اصلاح برازش مدل، یک بار دیگر مدل مورد آزمون قرار گرفت. نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح شده شامل شاخص کای مربع ($\chi^2=2/87$)، کای مربع نسبی ($\chi^2/df=1/43$)، شاخص نیکویی برازش ($GFI=0/99$)، شاخص نیکویی برازش انطباقی ($AGFI=0/93$)، شاخص برازش مقایسه‌ای

خوداثر بخشی ← راهبرد تنظیم مثبت شناختی هیجان
 خوداثر بخشی ← راهبرد تنظیم منفی شناختی هیجان
 راهبرد تنظیم مثبت شناختی هیجان ← اضطراب والدین
 راهبرد تنظیم مثبت شناختی هیجان ← سازگاری زناشویی
 *راهبرد تنظیم منفی شناختی هیجان ← اضطراب والدین
 راهبرد تنظیم منفی شناختی هیجان ← سازگاری زناشویی
 خوداثر بخشی ← اضطراب والدین
 خوداثر بخشی ← سازگاری زناشویی

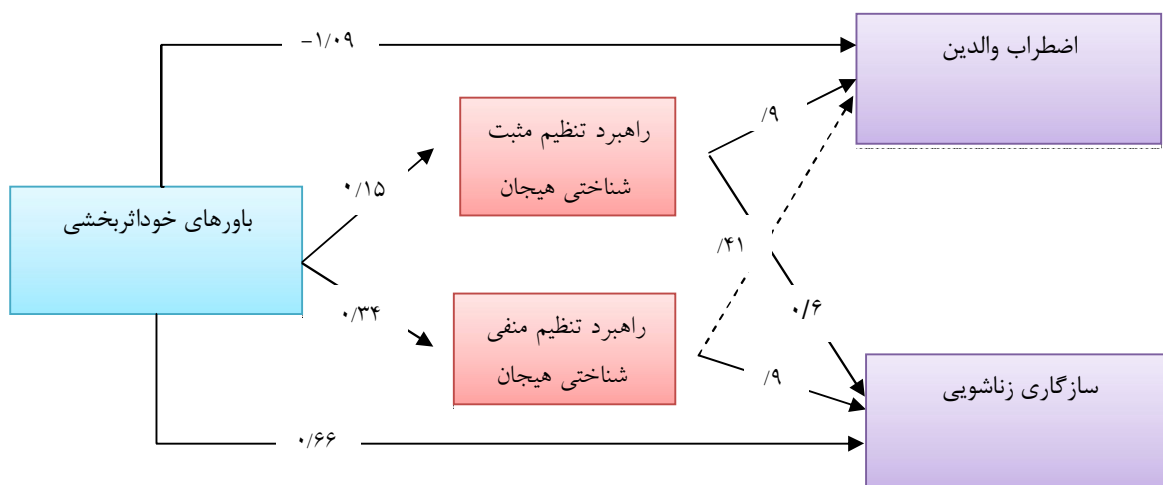
جدول ۳. الگوی ساختاری: مسیرها و ضرایب استاندارد مربوط به اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل نهایی نمونه‌ی والدین

مدل نهایی		مدل پیشنهادی		مسیر
P	β	P	β	
۰/۰۰۰	۰/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۱۵	خوداثر بخشی ← راهبرد تنظیم مثبت شناختی هیجان
۰/۰۰۰	-۰/۳۴	۰/۰۰۰	-۰/۳۴	خوداثر بخشی ← راهبرد تنظیم منفی شناختی هیجان
۰/۰۰۰	-۰/۹۸	۰/۰۰۰	-۰/۹۴	راهبرد تنظیم مثبت شناختی هیجان ← اضطراب والدین
۰/۰۵۷	۰/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۶۰	راهبرد تنظیم مثبت شناختی هیجان ← سازگاری زناشویی
-	-	۰/۱۷	۰/۴۱	*راهبرد تنظیم منفی شناختی هیجان ← اضطراب والدین
۰/۰۱۸	-۰/۷۸	۰/۰۰۹	-۰/۹۰	راهبرد تنظیم منفی شناختی هیجان ← سازگاری زناشویی
۰/۰۰۰	-۱/۰۹	۰/۰۰۰	-۰/۹۵	خوداثر بخشی ← اضطراب والدین
۰/۰۰۰	۰/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲	خوداثر بخشی ← سازگاری زناشویی

*مسیر خطچین مربوط به الگوی پیشنهادی بوده و به دلیل غیر معنی‌دار بودن از الگوی نهایی حذف شده است. از این رو، ضریب مسیر غیر معنی‌دار گزارش شده مربوط به الگوی پیشنهادی می‌باشد.

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۳، همه‌ی ضرایب مسیر مربوط به مدل نهایی معنی‌دار هستند.

مسیر راهبرد تنظیم منفی شناختی هیجان به اضطراب والدین غیر معنی‌دار بود که از مدل نهایی حذف شد.



شکل ۲. برون‌داد مدل اصلاح شده‌ی نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها، باورهای خوداثر بخشی و اضطراب والدین و سازگاری زناشویی با میانجی‌گری سبک‌های تنظیم شناختی هیجان در والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن

بحث

همان‌گونه که اشاره شد، هدف کلی پژوهش آزمون مدل فرضی رابطه‌ی باورهای خوداثر بخشی با اضطراب والدین و سازگاری زناشویی با میانجی‌گری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن شهر اهواز بود. برای ارزیابی مدل پیشنهادی (شکل ۱) از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج حاکی از برازش الگوی نهایی با داده‌های مشاهده شده بودند.

در ادامه فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون واقع شدند. همه‌ی فرضیه‌های پژوهش به جز فرضیه ۷ مربوط به رابطه مثبت مستقیم راهبرد تنظیم شناختی منفی هیجان با اضطراب والدین و فرضیه ۱۰ مربوط به رابطه‌ی غیرمستقیم باورهای خوداثر بخشی از طریق راهبرد تنظیم شناختی منفی هیجان با اضطراب والدین تأیید شدند.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که براساس مطالعات انجام گرفته، افراد مضطرب هنگام تجربه هیجانات منفی در کاربرد راهبردهای مدیریت هیجان مشکل دارند و در اصلاح حالت‌های خلقی منفی کارآمدی کمتری دارند (۱۷-۱۵). تفاوت‌های فردی در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند نقش مهمی در شروع و تداوم علائم اضطرابی ایفا کنند (۱۲). از این رو انتظار می‌رود افرادی که سطوح خوداثر بخشی بالایی را گزارش می‌دهند، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان را کمتر استفاده کنند. از سوی دیگر، در موقعیت‌ها و شرایط تنش‌زا راهبردهای مثبت قضاوتی را به وجود می‌آورند که کمتر سوگیرانه است. در نتیجه چنین افرادی سطوح پایین‌تری از اضطراب را تجربه می‌کنند.

از طرفی، تغییر در عملکرد هر کدام از بخش‌های مختلف سیستم‌های شناختی از قبیل حافظه، توجه، ادراک و هوشیاری موجب تغییر خلق می‌شود. بنابراین، نمی‌توان نقش تنظیم هیجان شناختی را در سازگاری افراد با وقایع زندگی نادیده گرفت (۱۱). انواع گوناگونی از فرآیندهای شناختی به خصوص راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سبک اسناد، سبک دلبستگی، ادراکات، نگرش‌ها و برخی از

سوءگیری‌های اجتماعی و شناختی در سازگاری زوجین مؤثر هستند. به علاوه، ویژگی‌های شخصیتی افراد از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی سازگاری زناشویی محسوب می‌شوند.

میکلوسی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه باورهای خوداثر بخشی والدین با اضطراب با نقش تعدیل‌گری سبک‌های تنظیم شناختی هیجان والدین بعد از عمل جراحی فرزندشان ۲ مدل را پیشنهاد کرده‌اند. پژوهش بر روی ۱۱۴ نفر از والدین دارای کودکان بستری در بیمارستان صورت گرفت. نتایج پژوهش از مدل میانجی‌گر حمایت کرد، در حالی که از مدل تعدیل‌گر حمایت نکرد. براساس یافته‌ها، سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در رابطه با باورهای خوداثر بخشی والدین و اضطراب نقش میانجی‌گر را بازی می‌کنند. هم‌چنین سطوح بالای باورهای خوداثر بخشی فقط زمانی سطوح پایین اضطراب را پیش‌بینی می‌کنند که استفاده از استراتژی‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان کم باشد. به علاوه ارتباط مستقیمی بین باورهای خوداثر بخشی و حالت اضطراب یافت نشد. با این حال اثر تعاملی معنی‌داری بین سبک ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و باورهای خوداثر بخشی و اضطراب والدین به دست آمد.

نتیجه‌گیری

مشکلات در تنظیم هیجان ممکن است آشکارا با راهبردهای مداخله‌ای در ارتباط باشد و می‌تواند نقش مهمی در نشانه‌شناسی اضطراب ایفا کند. برای مثال، افرادی که علایم اضطراب دارند به احتمال زیاد تکانه هیجانی منفی، ابراز منفی هیجان و واکنش به پاسخ‌های هیجانی منفی را گزارش می‌کنند (۱۵). به علاوه اضطراب با مشکلاتی در درک پاسخ‌های هیجانی (۱۸-۱۶)، درگیری در اهداف در زمان آشفتگی هیجانی (۱۵، ۱۹، ۲۰) و توانایی ناقص در اصلاح خلق منفی در ارتباط است (۲۱). بر این اساس افرادی که سطوح بالایی از خوداثر بخشی را بیان می‌نمایند احتمال کمتری برای سوگیری در پردازش شرایط استرس‌زا دارند. هم‌چنین این افراد از راهبردهای مقابله‌ای پخته‌تر و کارآمدتری در این شرایط استفاده می‌کنند.

of five specific samples. *Personality and Individual differences*. 2006;40(8):1659-69.

12. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003; 85(2): 348-62.

13. Goldenberg I, Goldenberg H. *Family Therapy*. Translated by: Hoseinshahi BA, Naghshbandi S, Arjmand E. Tehran: Ravan. 2000. [Persian]

14. Miklósi M, Szabó M, Martos T, Galambosi E, Forintos DP. Cognitive Emotion Regulation Strategies Moderate the Effect of Parenting Self-Efficacy Beliefs on Parents' Anxiety Following Their Child's Surgery. *Journal of Pediatric Psychology*. 2013;20:174-5.

15. Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*. 2007;38(3):284-302.

16. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 2005;43(10):1281-310.

17. Mennin D, Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2007; 14(4): 329-52.

18. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating and psychopathology. In: Kring AM, Sloan DS. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. 2010.P.356-79.

19. Miklosi M, Mattos T, Kocsis-Boga K, Perczel Forintos D. Psychometric properties of Hungarian version of cognitive emotion regulation questionnaire. *Psychiatria Hungarica*. 2011; 26:102-11.

20. Miklosi M, Ribiczey N, Perczel Forintos D. Cognition emotion regulation strategies of mothers and their relation to parental self-efficacy. *Psychomed*. 2011; 6: 53-66.

21. Orgeta V. Emotion dysregulation and anxiety in late adulthood. *Journal of anxiety disorders*. 2011;25(8):1019-23.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از مرکز تحقیقات هموگلوبینوپاتی و تالاسمی بیمارستان فوق تخصصی شفا در شهر اهواز صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

منابع

1. Ammerman RT, Campo JV. *Handbook of Pediatric Psychology and Psychiatry: Disease, injury, and illness*: Allyn & Bacon; 1998.p.70-102.

2. Kazak AE, Kassam-Adams N, Schneider S, Zelikovsky N, Alderfer MA, Rourke M. An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*. 2006; 31(4): 343-55.

3. Ben-Amitay G, Kosov I, Reiss A, Toren P, Yoran-Hegesh R, Kotler M, et al. Is elective surgery traumatic for children and their parents? *Journal of paediatrics and child health*. 2006;42(10):618-24.

4. Melnyk BM. Intervention studies involving parents of hospitalized young children: an analysis of the past and future recommendations. *Journal of pediatric nursing*. 2000; 15(1):4-13.

5. Hockenberry MJ, Wilson D. *Essentials of pediatric nursing*. Missouri: Mosby. 2005.p.646-57.

6. Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D. *Nursing Care of Infants and Children*. St. Louis: Mosby. Inc; 1999.p.1040-3.

7. Curley MA, Moloney-Harmon PA. *Critical care nursing of infants and children*. *Miscellaneous Papers*. 2001:4-5.

8. Schmaling KB, Sher TG. Physical health and relationship. In: Halford WK, Markman HK (Eds). *Clinical handbook of marriage and couple intervention*. 1997.p. 323-45.

9. Bradbury TN. Assessing the four fundamental domains of marriage. *Family Relations*. 1995:459-68.

10. Thorn BE. *Cognitive therapy for chronic pain: A step by step guided*. Translated by: Golchin N. Tehran: Arjmand. 2005. [Persian]

11. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study