

نقش میانجیگری حمایت ادراک شده در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس کنترل هیجانی و سبک های مقابله ای در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی

مریم حق شناس^۱، * شیدا سوداگر^۲، مریم بهرامی هیدجی^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد، ۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۸/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۱۰)

The mediating role of the perceived support in predicting psychological distress based on emotional control and coping styles in the mothers of children with thalassemia

Maryam haghshenas¹, * Sheida sodagar², Maryam bahrami hidaji²

1. MS.c of Psychology, Azad University, 2. Assistant Professor, Department of Psychology Faculty of Human Sciences, Azad University

(Received: Nov. 18, 2017- Accepted: Aug. 01, 2017)

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the mediating role of the perceived support in predicting psychological distress based on emotional control and coping styles in the mothers of children with thalassemia. **Method:** The statistical population included the mothers of children with thalassemia in Tehran. The convenience sampling method was used to select 200 subjects as the sample. **Results:** The research evidence and the results of the confirmatory factor analysis indicated that the perceived support had the mediation role in predicting psychological distress, based on coping styles, but it didn't have the mediation role in predicting psychological distress, based on emotional control. Also the perceived support had a significantly direct relationship with psychological distress (-0.75). Emotional control had a significantly direct impact on psychological distress, too (0.36). There is a significantly direct relationship between coping styles, psychological distress and the perceived support was 0.36; however, emotional control did not have a significantly direct relationship with the perceived support. **Conclusion:** According to the research findings, it can be concluded that the perceived support, emotional control and coping styles influenced the psychological distress among the mothers of children with thalassemia. Therefore, training in these topics can help reduce the psychological distress among the mothers of children with thalassemia.

Keywords: perceived support, emotional control, coping styles, psychological distress

چکیده

مقدمه: هدف از انجام پژوهش حاضر مطالعه نقش میانجیگری حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس کنترل هیجانی و سبک های مقابله ای در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی بود. **روش:** جامعه آماری پژوهش حاضر مادران کودکان مبتلا به تالاسمی شهر تهران بود که از بین آنها ۲۰۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب گردیدند. **یافته ها:** شواهد پژوهش و نتایج حاصل از تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که حمایت ادراک شده نقش میانجیگری در پیش بینی درماندگی بر اساس سبکهای مقابله ای را داشت اما نقش میانجیگری در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس کنترل هیجانی را نداشت. همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده بر درماندگی روانشناختی ارتباط مستقیم معنادار داشته است که این ارتباط برابر ۰/۷۵-، برای کنترل هیجانی و سبک های مقابله ای این ارتباط برابر ۰/۳۶ است. ارتباط مستقیم سبک های مقابله ای بر حمایت اجتماعی ادراک شده برابر ۰/۳۶ است. تنها متغیر کنترل هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط مستقیم معنادار نداشته است. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت حمایت اجتماعی ادراک شده، کنترل هیجانی و سبکهای مقابله ای بر درماندگی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی تاثیر داشته است. بنابراین آموزش این موارد می تواند به کاهش درماندگی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی کمک کند.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، کنترل هیجانی، سبک های مقابله

ای، درماندگی روانشناختی

مقدمه

امروزه بیماریهای مزمن علت عمده مسائل بهداشتی در کشورهای توسعه یافته است. بیماریهای مزمن در همه گروه های سنی، طبقات اجتماعی- اقتصادی و فرهنگ های مختلف بروز می کند. سازمان بهداشت جهانی، تالاسمی را بعنوان شایعترین اختلال مزمن ژنتیکی در ۶۰ کشور جهان شناخته که سالانه بر زندگی حدود ۱۰۰۰۰۰ کودک تاثیر می گذارد. کشور ما دارای تعداد زیادی از موارد ابتلا به بیماری تالاسمی ماژور می باشد که شیوع آن در مناطق جغرافیایی مختلف متغیر می باشد. بیشترین میزان شیوع بتا تالاسمی در اطراف دریای خزر و خلیج فارس به میزان بیش از ۱۰٪ گزارش شده است. این رقم بیانگر این مسئله است که این بیماری هنوز به عنوان یک بیماری ژنتیکی منطقه ای و بومی کناره دریای خزر و خلیج فارس مطرح بوده و نیازمند برنامه ریزی و توجه همه جانبه می باشد. شیوع این اختلال در دیگر مناطق بین ۴ تا ۸ درصد است (رحیم و ابرومند، ۲۰۰۸). در حال حاضر بیش از ۲۶۰۰۰ نفر در ایران به این بیماری مبتلا هستند. با این تعداد بیمار، ایران از نظر نسبت مبتلایان به تالاسمی به کل جمعیت جهان مقام اول را دارد. در کشور ایران ۸۵ درصد مبتلایان را گروه سنی ۱۸ سال تشکیل می دهد و سالانه حدود ۷۰۰ میلیارد ریال برای بیماران هزینه میشود (بابائی منقاری، معینی کیا، خالق خواه، زاهدبابلان، ۱۳۹۳).

پژوهشهای مختلف نشان می دهند والدین کودکان ناتوان، سلامت جسمانی و روانشناختی پایین تری دارند. بسیاری از آنها دچار کمردرد، سردرد، میگرن، زخم معده، اضطراب، خشم، احساس گناه، اندوه، انزوای اجتماعی، کم خوابی و افسردگی می شوند که

مجموع این موارد سبب می شود که فرد به لحاظ روانی دچار درماندگی شود (گولدمن، فیشر، هاورتن^۱، ۲۰۰۴). از جمله عوامل تاثیر گذار بر درماندگی روانشناختی می توان به حمایت اجتماعی ادراک شده، کنترل هیجانی و سبک های مقابله ای اشاره کرد.

یکی از عواملی که سبب کاهش درماندگی روانی ناشی از داشتن فرزند بیمار می شود حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و ادراک شده (ذهنی) مورد مطالعه قرار می گیرد (حسام، آسایش، قربانی، شریعتی، نصیری، ۱۳۹۰). در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی های فرد از در دسترس بودن حمایت ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود (تیلور، شرم، کیم، جارکو، تاکاجی، داناگان^۲، ۲۰۰۷). پژوهش های متعددی نشان داده اند که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می کند و بالعکس (قدسی، ۱۳۸۳). در این راستا دیلی و لاندرز^۳، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین حمایت و نزدیکی با خانواده و سلامت روان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. افرادی که احساس تنهایی را تجربه می کنند، وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با مشکلات کنار می آیند و سلامت روان آنها با سهولت بهتری امکان پذیر است. حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش احساس

1 . Goldman, & Fisher, Hawthorne

2 .Taylor, Sherman, Kim, Jarcho, Takagi, Dunagan

3 .Dehle, Landers

نتایج مطالعات نشان داده است که بین ۸ تا ۲۰ درصد از واریانس بهزیستی روانی از طریق عوامل اجتماعی قابل تبیین و تفسیر است. از این رو برای والدینی که در معرض رخدادهای منفی زندگی قرار می گیرند، حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع مقابله قدرتمند بیرونی محسوب می گردد و نقشی مؤثر بر بهزیستی روانی والدین ایفا میکند (هدا، جیمز، هال^{۱۰}، ۲۰۱۰). هری، بورتن، بروملی، امرسون^{۱۱}، (۲۰۰۴) در پژوهشی بهزیستی روانی والدین را با میزان حمایت اجتماعی، مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد رابطه مستقیمی بین سطوح استرس و نیازهای والدین وجود دارد بدین معنی که با افزایش حمایت اجتماعی و برطرف ساختن نیازهای والدین بهزیستی روانی آنان افزایش و سطح استرس و افسردگی آن ها کاهش پیدا می کرد (هری، بورتن، بروملی، امرسون، ۲۰۰۴).

دیگر سازه مطرح در درماندگی روان شناختی راهبرد مقابله با استرس است که روانشناسی سلامت برای سبک مقابله ای در سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است و آنرا به عنوان گسترده ترین موضوع مطالعاتی در روانشناسی معاصر و یکی از مهمترین عوامل روانی و اجتماعی می داند که رابط بین استرس و بیماری می باشد. شواهد تجربی موجود نشان می دهد که سبکهای مقابله می توانند در بهزیستی روانی والدین نقش مداخله گرانه ای داشته

همبستگی بین افراد، سبب بهبود سلامت روانی آنها می شود (دیلی، لاندروز، ۲۰۰۵، به نقل از تقی زاده، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش های مختلف نشان داده است که برخورداری از حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی (وان لیون، پست، وان اسبک، واندر وود، گرووت، لیندمان^۱، ۲۰۱۰) سلامت روانی (کارادماس^۲، ۲۰۰۷؛ به نقل از قانیدی و یعقوبی، ۱۳۸۷) و سلامت عمومی (دهل و لاندروز، ۲۰۰۵؛ بویر، چاموت، پرگر^۳، ۲۰۰۶؛ کوکرهام و کانر^۴، ۲۰۰۸) افراد تأثیرگذار است و استرس و احساس تنهایی را در آنها کاهش می دهد (اوتسی، لانیر، ویلیامز، بولدن، لی^۵، ۲۰۰۶). حمایت اجتماعی عامل مهمی است که تأثیرات روان شناختی نامطلوب پرورش یک کودک ناتوان را کاهش می دهد (هاسل، رز و مک دونالد^۶، ۲۰۰۵؛ بیشاپ، ریچلر، کاین، لرد^۷، ۲۰۰۷). در همین راستا شواهد تجربی مختلف نشان می دهد، حمایت اجتماعی به مثابه یک منبع مقابله در پیش بینی بهزیستی روانی والدین در مواجهه با رخدادهای تنیدگی زا همچون بیماری فرزند، نقش بسیار مهمی ایفا می نماید (دلنگیس و هلتنس من^۸، ۲۰۰۵؛ هیمن و برگر^۹، ۲۰۰۸).

1. Van leeuwen, Post, Van Asbeck, Vander Woude, Groot, Lindeman
2. Karademas, Conner
3. Bovier, Chamot, Pereger
4. Cockerham
5. Utesy, Lanier, Williams, Bolden, Lee
6. Hassall, Rose, McDonald
7. Bishop, Richler, Cain, Lord
8. DeLongis, Holtzman
9. Heiman, Berger

10. Hedda, James, Hall

11. Hare, Burtton, Bromley, Emerson

جانسون^۸، ۲۰۰۷؛ ورنر و گراس^۹، ۲۰۱۰؛ برکینگ، پوپ، لوهمان، جاگی، وپرمن، جاگی^{۱۰}، ۲۰۱۲؛ زارع و سلگی، ۱۳۹۱؛ صالحی، طباطبایی، معماریان، غیائی، عطاری، ۱۳۹۴؛ بهرامی، مشهدی، کارشکی، ۱۳۹۴. در همین راستا بهرامی، مشهدی، کارشکی (۱۳۹۴) در بررسی نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که راهکارهای تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه گیری با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار داشتند. در حالیکه بین راهکار ملامت دیگران و کیفیت زندگی رابطه معنادار منفی برقرار بود. در بررسی نقش پیش بینی کنندگی تک تک راهکارها، نتایج نشان داد که فقط راهکار ارزیابی مجدد مثبت قادر به پیش بینی کیفیت زندگی می باشد و سایر راهکارها پیش بینی کننده معناداری نمی باشند. کنترل هیجان نقشی اصلی در تحول بهنجار داشته و ضعف در آن، عاملی مهم در ایجاد آسیب های روانی به شمار می رود. به همین دلیل متخصصان معتقدند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجانانشان در برابر وقایع زندگی نیستند بیشتر از سایرین دچار آسیب های روانی نظیر استرس، اضطراب و افسردگی که نهایتاً منجر به درماندگی روانشناختی می شود، می گردند (کانر و دیویدسون^{۱۱}، ۲۰۰۳).

باشند. جونز^۱ (۲۰۰۴) در پژوهشی نشان داد سبک مقابله، مهم ترین پیش بینی کننده بهزیستی روانی والدین است در همین راستا در پژوهشی بن زور^۲ (۲۰۰۹) رابطه سبک های مقابله ای دو گروه والدین دارای فرزند عادی و بیمار را با بهزیستی روانی آنان مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد بین سبک مقابله و بهزیستی روانی والدین در دو گروه رابطه وجود داشت. همچنین والدین دارای سبک مقابله مساله مدار، بهزیستی روانی بالایی نشان دادند که این نتایج با پژوهش ریورز و استون من^۳ (۲۰۰۳)، یولا کینونن، ورماس، مکیکانگر^۴ (۲۰۰۳) و یان زانگ، فنچانگ کونگ، لین وانگ، هانگ چن^۵ (۲۰۱۰) که نشان دادند سبک مقابله بر بهزیستی والدین تأثیرگذار است، همخوانی داشت.

از دیگر عوامل دخیل در پیش بینی درماندگی روانشناختی افراد، کنترل هیجان فرد می باشد. برخی از محققین، کنترل هیجانی را تمایل به بازداری از ابراز پاسخهای هیجانی تعریف می کنند (بن، لاو، یان^۶، ۲۰۱۱). اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در تحقیقات زیادی تایید شده است (دیلون، دونی و پیزاگالی^۷، ۲۰۱۱؛ روتنبرگ و

1. Jones
2. Ben-Zur
3. River, Stoneman
4. Ulla kinnunen, Vermulst, Makikangas
5. Yan Zhang, Fanchang Kong, Lin Wang, Hong Chen
6. Ben, Law, Y
7. Dillon, Deveney, Pizzagalli

8. Berking, Poppe, Luhmann, Wupperman, Jaggi, Wupperman, Jaggi
9. Werner, Gross,
10. Rottenberg, Johnson,
11. Connor, Davidson

به طور کلی این مادران که در مقابل این آسیب بزرگ توان تغییر ندارند و مجبور به پذیرش هستند، به دلیل احساس اضطراب و تنش ناشی از برخورد با اجتماع و یا ترس و هراس ناشی از برخورد نادرست اجتماع با خود و فرزندشان به مرور زمان آسیب های شایان توجهی بر آنان وارد می آورد؛ که این سیر خود در افزایش میزان هراس و اضطراب آنها مؤثر است. وجود یک کودک ناتوان سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می گردد و هر قدر شدت ناتوانی کودک بیشتر باشد، اوقات فراغت محدودتر و دامنه ارتباطات اجتماعی تنگ تر می شود. هرچه سطح روابط اجتماعی این دسته از خانواده ها کمتر باشد، احساس درماندگی روانی والدین بیشتر می شود (دوگان^۱، ۲۰۱۰). داشتن کودک ناتوان بر فعالیت های روزمره نیز تأثیر می گذارد. زمان بیشتری صرف مراقبت از کودک و زمان کمتری صرف فعالیت های اجتماعی و اشتغال می شود. مادر ممکن است محدودیت نقش بیشتری را تجربه کند. همچنین ممکن است اعضای خانواده در دنبال کردن امور زندگی و شغلی، ارتباطات اجتماعی و هر آنچه برای تفریح و سرگرمی در اوقات فراغت در زندگی در دسترس است، با مشکلاتی رو به رو شوند (تبسم و محسین^۲، ۲۰۱۳) و همین امر ممکن است زمینه ساز کاهش حمایت اجتماعی در این خانواده ها شود.

همچنان که نتایج مطالعه ای نیز نشان داد که ۶۰٪ والدین کودکان مبتلابه تالاسمی فشار روانی متوسط و بالایی را تجربه می کنند (اینامدار، اینامدار، گانگراد^۳، ۲۰۱۵) و مشکلات سلامت روان مادران کودکان مبتلا به تالاسمی به شکل افسردگی و اضطراب بوده است. در پژوهش دیگری نیز ۴۹٪ از مادران کودکان مبتلا به تالاسمی مازور سطوح متوسط تا شدیدی از فشار مراقبتی را تجربه کرده بودند (مشایخی، رفعتی، رفعتی، پیلورزاده، محمدی سردو، ۱۳۹۳).

بنابراین به منظور اثرگذاری فرایند و روند درمان بیماری های خاص بهتر است به دیدگاه چند بعدی در این خصوص روی آورده شود، به عبارتی به منظور داشتن دیدی همه جانبه تر و متفاوت تر در خصوص نحوه عملکرد پروسه درمانی باید عوامل روانی اجتماعی را در کنار عوامل زیستی و فیزیولوژیکی قرار داد. چرا که بدون شک توجه به هر کدام بدون لحاظ کردن دیگری روند درمانی موثر را عقیم کرده و می تواند از اثرگذاری مثبت آن بکاهد. این موضوع به ویژه در خصوص بیماریهای مزمنی مانند تالاسمی که نیاز به مراقبت، توجه و پیگیری مداوم دارند از اهمیت ویژه ای برخوردار است. مهمتر آن که به علت نقش حیاتی مادران در مراقبت درمانی و پزشکی کودکان تالاسمی، وضعیت روحی و جسمی آنان به اندازه وضعیت جسمی و روحی کودکان تالاسمی نقشی حیاتی و مهم در موفقیت فرایند درمانی دارد. اما از آنجایی که هر یک از این عوامل بسیار گسترده و وسیع است بنابراین پرداختن عمیق به تمامی موارد، کاری دشوار و غیر ممکن است. از این رو، در

1 . Dogan
2 . Tabassum, Mohsin

3. Inamdar, Inamdar, Gangrade

محترم مراکز درمانی (مرکز طبی کودکان، کودکان مفید و بیمارستان شریعتی) با حضور در این مراکز و صحبت با مادران کودکان مبتلا به تالاسمی و دادن توضیح مختصری از اهداف پژوهش از آنها خواسته شد که در صورت تمایل در پژوهش حاضر شرکت نمایند.

ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مادران کودکان ۵ تا ۱۰ سال مبتلا به تالاسمی ماژور که در مراکز درمانی شهر تهران (مرکز طبی کودکان، کودکان مفید و بیمارستان شریعتی) بستری بودند و کودک آنها جز بیماری تالاسمی ماژور از بیماری همراه دیگری رنج نمی برد. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: نداشتن تابعیت ایرانی و داشتن سابقه مداخلات روانشناسی و روانپزشکی طی یک سال گذشته.

ابزار

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی

(MSPSS)

این پرسشنامه توسط زیمت، داهلن، زیمت، فارلن در سال ۱۹۹۸ تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی یک ابزار ۱۲ گویه ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شده است. بسیاری از تحقیقات نشان داده اند که این پرسشنامه از ثبات درونی و پایایی باآزمایی بالایی برخوردار است (آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ در نمونه های غیر بالینی و ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ در نمونه های

پژوهش حاضر تنها برخی از آنها مورد بررسی قرار گرفته اند. آنچه که ما در این پژوهش انجام داده ایم بررسی رد یا تأیید این فرض است که " آیا حمایت اجتماعی ادراک شده می تواند نقش میانجی در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس سبک های مقابله ای و کنترل هیجانی در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی داشته باشد؟".

روش

این مطالعه از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ است. از جامعه آماری یاد شده ۲۱۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و از این تعداد، ۱۵ پرسشنامه به دلیل کامل نبودن و یا اشتباه پرکردن گزینه ها (مثلا برخی سوالات دوگزینه انتخاب شده بود) از نمونه حذف شدند و به این ترتیب ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه وارد تحقیق شدند. لازم به ذکر است که تعیین حداقل حجم نمونه برای گردآوری داده های مربوط به مدل یابی معادلات ساختاری بسیار با اهمیت است. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل های ساختاری توافق کلی وجود ندارد. از نظر بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می باشد (هولتر، ۱۹۸۳؛ گارور و منتزر، ۱۹۹۹؛ سیوو و همکاران، ۲۰۰۶؛ هو، ۲۰۰۸ به نقل از حبیبی، ۱۳۹۱). بنابراین در پژوهش حاضر نیز از همین تعداد نمونه استفاده شد. بعد از اخذ مجوزهای لازم از مسئولین

بالینی) (زیمیت، ۱۹۹۸، به نقل از وونگ پاکاران و همکاران، ۲۰۱۱). روش نمره گذاری به این صورت است که هر گویه در مقیاس ۷ گزینه ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ قرار دارد. برای به دست آوردن امتیاز هر زیر مقیاس، نمره تک تک سوالات آنرا با هم جمع نمائید. همچنین برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه نمره مجموع سوالات یک تا دوازده را با هم جمع می کنیم تا میزان حمایت اجتماعی ادراک شده مشخص شود. این امتیاز دامنه ای از ۱۲ تا ۸۴ خواهد داشت. سلیمی، جوکار و نیک پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه گانه خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی در نمونه ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۶، ۰/۸۲، گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه به روش محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ برآورد شد.

پرسشنامه سبک های مقابله ای لازاروس و فولکمن (WOCQ)

این پرسشنامه توسط لازاروس و فولکمن در سال ۲۰۰۱ ساخته شده است و به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی زای زندگی روزمره به کار می روند، می پردازد و در یک مقیاس چهار درجه ای (اصلاً، گاهی اوقات، معمولاً و زیاد) نمره گذاری می شود (آقا یوسفی، ۱۳۸۰). برای نمره گذاری برای هر ماده صفر نشانگر «بکار نبردم».

یک، نشانگر «خیلی کم تا حدی» دو، نشانگر کمی به کار بردم و سه، نشانگر «به مقدار زیاد به کار بردم» است. این پرسشنامه شامل ۶۶ ماده بوده و ۸ مقیاس مقابله رویاروگر، دوری جویی مواد، خویشتن داری (خود مهارگری)، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، گریز و اجتناب، حل مدبرانه مساله، باز بر آورد مثبت، نمره فرد در هر مقیاس از مجموع امتیازات وی از سوالات مختص به آن مقیاس بدست می آید. فولکمن و لازاروس (۱۹۸۵) ثبات درونی ۰/۶۶ و ۰/۷۹ را برای هر یک از سبک های مقابله ای گزارش کرده است. قدمگاهی و دژکام (۱۹۹۸) ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آنرا به فاصله چهار هفته ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه به روش محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۴ برآورد شد.

پرسشنامه ی کنترل هیجانی (ECQ)

این پرسشنامه که توسط راجر و نشور (۱۹۸۷) ساخته شده و توسط راجر و نجاریان (۱۹۸۹) مورد تجدیدنظر قرار گرفته است، چهار مقیاس بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار یا مرور ذهنی و کنترل خوشخیم را می سنجد و ۵۶ ماده دارد.

پایایی این پرسشنامه برای هر زیر مقیاس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۵۸ و اعتبار کل آن ۰/۶۸ گزارش شده است (راجر و نجاریان، ۱۹۸۹). رفیعی نیا (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و خرده مقیاسهای بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری،

همکاران (۱۳۹۰) مورد هنجاریابی و تأیید قرار گرفته است و، آلفای کرونباخ در حیطه ی افسردگی ۰/۹۴ گزارش گردید، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ است. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه به روش محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ برآورد شد.

یافته‌ها

با توجه به جدول ۱ در مقیاس حمایت اجتماعی بیشترین میانگین متعلق به خانواده و کمترین آن مربوط به افراد مهم می باشد. میانگین راهبرد مقابله هیجان مدار ۵۳/۷۲ و راهبرد مقابله مساله مدار ۴۶/۰۵ می باشد. در مقیاس کنترل هیجان، نشخوار ذهنی بیشترین میانگین و بازداری هیجانی کمترین میانگین را داراست. در مقیاس درماندگی روانشناختی نیز افسردگی دارای بیشترین میانگین و استرس دارای کمترین میانگین می باشد.

نشخوار و کنترل خوشخیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۵۸ به دست آورده است (شاهقلیان، ۱۳۹۳).

درماندگی روانشناختی (DASS)

سازندگان این مقیاس لویبوند و لویبوند بودند که در سال ۱۹۹۵ نسخه نهایی آن را عرضه کردند. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) برای سنجش افسردگی، اضطراب و فشار روانی طراحی شده است. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۱= بسیار زیاد در مورد من درست است، ۴= به هیچ وجه در مورد من درست نیست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس شامل سه خرده مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس است که هر کدام ۱۴ ماده دارند. نحوه پاسخ دهی به پرسش ها به صورت ۴ گزینه ای می باشد که به صورت خود سنجی تکمیل می گردد. دامنه پاسخ ها از "هیچ وقت" تا "همیشه" متغیر است.

لویبوند و لویبوند ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) سه خرده مقیاس افسردگی، ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹، اضطراب و استرس را به ترتیب گزارش کرده اند. در ایران نیز این مقیاس توسط اصغری مقدم و

جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده مقیاس‌های تحقیق

شاخص آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
حمایت خانواده	۲۰۰	۱۵/۷۳	۴/۳۲
حمایت دوستان	۲۰۰	۱۳/۰۱	۳/۹۲
حمایت افراد مهم	۲۰۰	۱۱/۰۷	۳/۲۱
سبک هیجان مدار	۲۰۰	۵۳/۷۲	۱۰/۰۶
سبک مساله مدار	۲۰۰	۴۶/۰۵	۷/۰۹
بازداری هیجانی	۲۰۰	۵/۶۶	۰/۸۷
کنترل پرخاشگری	۲۰۰	۶/۷۹	۲/۳۸
نشخوار ذهنی	۲۰۰	۹/۰۷	۳/۲۱
کنترل خوش خیم	۲۰۰	۷/۷۳	۲/۳۲
اضطراب	۲۰۰	۳۹/۵۲	۷/۷۸
استرس	۲۰۰	۳۲/۷۹	۶/۲۹
افسردگی	۲۰۰	۴۶/۰۵	۷/۰۹

جدول ۲. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای

شاخص آماری	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
استرس	۰/۹۰	۰/۳۶	۰/۰۵
افسردگی	۰/۹۳	۰/۴۲	۰/۰۵

جدول ۳. شاخص های برازش تحلیل مسیر مدل اصلاحی

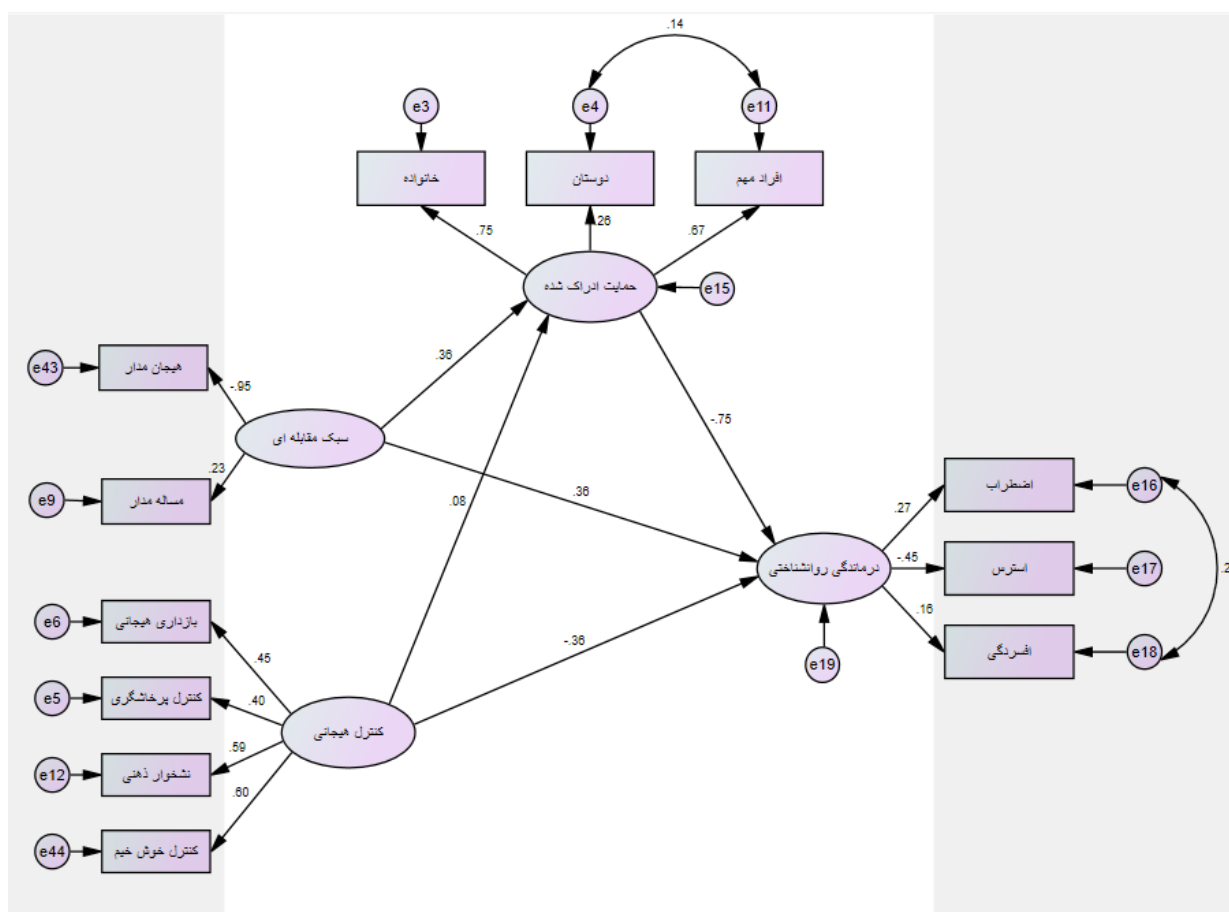
شاخص های برازش		نام شاخص
مقدار	حد مجاز	
		$\frac{\chi^2}{df}$
۰/۸۸	کمتر از ۳	
۰/۰۷	کمتر از ۱/۰	۱) ریشه میانگین خطای RMSEA (برآورد)
۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹	۱) CFI (بrazندگی تعدیل یافته)
۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹	۱) NFI (بrazندگی نرم شده)
۰/۹۸	بالاتر از ۰/۹	۱) GFI (نیکویی بrazش)
۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹	۱) AGFI (نیکویی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

شاخص RMSEA که برای اندازه گیری متوسط باقی مانده ها (خطاها) به کار می رود برابر ۰/۰۷ به دست آمد . مقادیر دیگر شاخص های برازندگی از جمله CFI, NFI, GFI, AGFI بزرگتر از ۰/۹۰ می باشد، از این رو الگو دارای برازندگی مناسبی است.

به منظور بررسی الگوی مفهومی و تعیین نقش میانجیگری حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین درماندگی روانشناختی و راهبردهای مقابله ای و کنترل هیجان در والدین کودکان مبتلا به تالاسمی از تحلیل مسیر استفاده شده است. ابتدا با استفاده از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف نرمال بودن داده ها مورد آزمون قرار می گیرد. با توجه به نتایج جدول و سطوح معناداری بدست آمده، داده های تمام متغیرها نرمال است.

نتایج حاصل از تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده نقش میانجیگری در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس سبکهای مقابله ای را داشت اما نقش میانجیگری در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس کنترل هیجانی را نداشت. همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده بر درماندگی روانشناختی اثر مستقیم معنادار داشته است که این اثر برابر ۰/۷۵- است.

همچنین کنترل هیجانی نیز بر درماندگی روانشناختی اثر مستقیم معنادار داشته است که این اثر برابر ۰/۳۶- است. اثر غیرمستقیم کنترل هیجانی نیز بر درماندگی روانشناختی ۰/۴۲ می باشد. سبک های مقابله ای نیز بر درماندگی روانشناختی اثر مستقیم معنادار داشته است که میزان این اثر برابر ۰/۳۶ است. اثر غیرمستقیم سبک های مقابله ای بر درماندگی روانشناختی نیز ۰/۶۳ می باشد. اثر مستقیم سبک های مقابله ای بر حمایت اجتماعی ادراک شده برابر ۰/۳۶ است. تنها متغیر کنترل هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده اثر مستقیم معنادار نداشته است. بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت حمایت اجتماعی ادراک شده، کنترل هیجانی و سبکهای مقابله ای بر درماندگی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی تاثیر داشته است.



شکل ۱. مدل اصلاحی در حالت ضرایب استاندارد شده

نتیجه گیری و بحث

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده نقش میانجیگری در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس سبکهای مقابله ای را داشت اما نقش میانجیگری در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس کنترل هیجانی را نداشت.

رابطه بین نمره کلی و ابعاد چندگانه حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و دیگران مهم) با درماندگی روانشناختی، منفی و معنادار است. همچنین نتایج نشان داد که سبکهای مقابله ای نیز با درماندگی روانشناختی

همان طور که بیان شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجیگری حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس سبک های مقابله ای و کنترل هیجانی در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی انجام شد.

و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنادار دارند. این در حالی است که، با وجود رابطه منفی معنادار کنترل هیجان با درماندگی روانشناختی، بین کنترل هیجان و حمایت اجتماعی رابطه معناداری مشاهده نمی شود. به این ترتیب، حمایت اجتماعی نمی تواند نقش میانجی بین کنترل هیجان و درماندگی روانشناختی ایفا نماید.

با توجه به نتایج پژوهش و اثر معنادار منفی حمایت بر درماندگی روانشناختی، می توان اینگونه تبیین نمود که حمایت اجتماعی نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان در زمان رویارویی با چالش و تنیدگی محسوب می شود. انسان وقتی مطمئن شود که در رویارویی با مشکلات تنها نیست از ضعف و ناامیدی در امان می ماند و در کنار دیگران، نیروی خویش را معطوف به رفع مشکل می کند. در ارتباط با دیگران و حمایت آنها، ساختار جدیدی از روابط و پیوندها شکل می گیرد که در ایجاد شرایط رضایت بخش از زندگی موثر است. به عبارت دیگر افراد با برقراری روابط مناسب با دیگران، امکان ارتقای بهزیستی روانشناختی را تسهیل می کنند. از طرف دیگر حمایت اجتماعی به تقویت شناخت افراد می انجامد که به نوبه خود بهبود کیفیت زندگی را در پی دارد (فانیدی و یعقوبی، ۱۳۸۷). در واقع حمایت اجتماعی موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایت مندی می گردد و اضطراب را کاهش می دهد و تمام اینها به فرد

فرصت خودشکوفایی و رشد را می دهد (قنوتیان، جمشیدی میانرود و نوروزی ده میران، ۱۳۸۱). بر اساس چنین دیدگاهی می توان انتظار داشت که همبستگی بالایی بین کیفیت روابط بین شخصی و بهزیستی افراد وجود داشته باشد. نتایج تحقیقات ریان و دسی^۱ (۲۰۰۰) نشان می دهد که در بین عوامل تأثیر گذار بر سعادت و بهزیستی، احساس تعلق از همه مهمتر است. این نتیجه با یافته های چان، مولاسیوتیس، یام، چانگ، لام^۲ (۲۰۰۴)، حسن زاده، علی اکبری دهکردی، خمسه (۱۳۹۱) و نصیر (۱۳۸۹) که در آن حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد درگیر با بیماری های مزمن و شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای مراقبان و بیماران تسهیل می کند، هماهنگ است. حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می شود (سوارز، رامیرز، ویاریال، مارتی، مک آلیستر، تالاورا^۳، ۲۰۰۰). همچنین برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می کند (رابرتس و گاتلیب^۴، ۱۹۹۷).

1. Ryan, Deci
2. Chan, Molassiotis, Yam, Chang, Lam
3. Suarez, Ramirez, Villarreal, Marti, Mcalister, Talavera
4. Roberts, Gotlib

بنابراین می توان بیان کرد که مادران دارای فرزند مبتلا به تالاسمی با توجه به شرایط و مشکلات روانی، خانوادگی، اجتماعی و مالی که بیماری فرزند به آنها تحمیل می کند، بیشتر نیازمند حمایت از سوی خانواده، دوستان و سایر نهادها و سازمان های اجتماعی می باشند و چنانچه حمایت اجتماعی مناسبی در زمینه های روانی، توان بخشی، مالی و پزشکی، به این خانواده ها ارائه شود در وضعیت بهزیستی روانی آنان و کاهش درماندگی روانشناختی نقش بسیار مهمی ایفا می نماید و پذیرش این شرایط دشوار برای آنها تسهیل میگردد. در همین راستا چن و هورنیفر (۲۰۰۶) بیان می کنند که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی و تماس بیشتر با دوستان و خویشاوندان با کاهش خطر بیماری جسمی، درماندگی روانشناختی و مرگ و میر در ارتباط است. از آن جهت که حمایت اجتماعی از طریق تغییر نگرش افراد به حوادث تنش زای زندگی باعث کاهش اضطراب شده و بر رفتارهای بهداشتی فرد، نتایج بیماری و درمان تاثیر می گذارد. در خصوص تأیید نقش حمایت اجتماعی ادراک شده بر درماندگی روانشناختی می توان به تحقیق جدیدی فیکان، صفری، فرامرزی، جمالی پاقلعه، جدیدی فیکان (۱۳۹۴) با هدف مقایسه اضطراب و حمایت اجتماعی مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان سالم اشاره کرد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) نشان داد که بین مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان عادی در اضطراب و حمایت اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد. نتیجه تحقیق

دیگری که بر تحقیق حاضر صحنه می گذارد، پژوهش مشایخی، هاشمی جوزانی، نظری چمک، مهنی (۱۳۹۵) با عنوان رنج مراقبتی و حمایت اجتماعی در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی است. نتیجه این تحقیق حاکی از آن بود که مادران کودکان مبتلا به تالاسمی از نظر دریافت حمایت اجتماعی در سطح پایینی قرار دارند، علاوه بر این رنج و مسئولیت مراقبتی بیشتری را نسبت به پدران متحمل می شوند. وجود مسئولیت مراقبتی بالا و عدم وجود حمایت کافی سبب ایجاد خطر فشار روانی بیشتر (و درماندگی بیشتر) در آنها می گردد. همچنین سگرین، مک نیلز، سوئیات کاوسکی (۲۰۱۶) پژوهشی طولی با عنوان مهارتهای اجتماعی، حمایت اجتماعی و درماندگی روانشناختی ترتیب دادند و به این نتیجه دست یافتند که کمبود مهارتهای اجتماعی سبب کاهش دریافت حمایت های اجتماعی می گردد و از سوی دیگر کاهش دستیابی به حمایت اجتماعی ناشی از کمبود مهارتهای اجتماعی سبب افزایش درماندگی روانشناختی می گردد. در نهایت اینگونه می توان تبیین کرد که از آن جهت که والدین کودکان ناتوان، سلامت جسمانی و روانشناختی پایین تری دارند، بسیاری از آنها دچار کمردرد، سردرد، میگرن، زخم معده، اضطراب، خشم، احساس گناه، اندوه، انزوای اجتماعی، کم خوابی و افسردگی می شوند که مجموع این موارد سبب می شود که فرد به لحاظ روانی دچار درماندگی شود (گولدمن و فیشر، ۲۰۰۴). اما اگر

کنترل هیجان، مانع از سازگاری مادران کودکان تالاسمی با شرایط جدید زندگی شان می شود و آنان را از انجام امور زندگیشان ناتوان می کند و احتمال درماندگی را در آنها تشدید می سازد (بگبی و تیلور^۳، ۱۹۹۷). مادران کودکان تالاسمی اغلب دچار پریشانی روان شناختی هستند و در موقعیت های مختلف زندگی به احتمال زیاد نمی توانند از هیجانانگیز خود به صورت مفید استفاده نمایند و در مقابل به میزان زیادی از هیجانانگیز منفی برخوردارند و این امر موجب مشکلات دیگری از جمله درک منفی از خویش، نگرانی نسبت به روابط با دیگران و عملکرد اجتماعی نامناسب در آنها می شود که خود دلیلی بر افزایش درماندگی روانشناختی در آنان می باشد. در این راستا مارکوئین و نولن - هوکسما (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان تنظیم هیجانی 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 تاثیر می گذارد تنظیم هیجانی می باشد. افرادی که در رویدادهای منفی از ارزیابی مثبت برای کاهش هیجان های منفی خود استفاده می کنند، علائم کمتری از اضطراب و افسردگی را گزارش می دهند. استفاده از راهبردهای مؤثر شناختی مثل ارزیابی مثبت به افراد کمک می کند تا افراد موقعیت استرس زا را با معنایی تازه و به صورت مثبت تفسیر کنند (استوئتگن، هنیگ،

مادران کودکان تالاسمی زیر چترحمایت اجتماعی قرار گیرند مشکلات عنوان شده در سطور بالا را تحت تاثیر خود قرار داده و از اثر گذاری نامطلوب آن جلوگیری خواهد نمود.

از سوی دیگر بر اساس نتایج پژوهش، مشخص شد که کنترل هیجانی، درماندگی روانشناختی را در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی پیش بینی می کند. در تبیین این فرضیه می توان گفت که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبه روشن شدن آنها را با چالشهای زندگی آسان می کند، اما هیجان همواره سودمند نیست و بیشتر اوقات باید آن را تنظیم و مدیریت کرد (کینگ، ۱۹۹۸). کمپبل - سیلس و بارلو (۲۰۰۷) بر این باور هستند که نارسایی در تنظیم هیجان، مکانیسم زیربنایی اختلالات خلقی و اضطرابی می باشد. از آنجایی که رابطه ی روشنی بین تجربه ی حوادث منفی، کنترل هیجان و مشکلات هیجانی وجود دارد (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۱، ۲۰۰۶) می توان گفت افرادی که در کنترل هیجانانگیزشان دچار مشکل هستند، بیشتر احتمال ابتلا به مشکلات روانشناختی را دارند. با توجه به اینکه استفاده از راهبردهای غیرسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مادران دارای کودکان مبتلا به بیماری های مزمن بیشتر است، در این افراد میزان عواطف منفی همچون افسردگی، ناامیدی، مقصر دانستن خود و اضطراب نیز شایع تر می باشد (نولن - هوکسما، مکبراید و لارسون^۲، ۲۰۰۹). ناتوانی در

1. Garnefski, Kraaij, Spinhoven
2. Nolen-Hoeksema, McBride, Larson

3. Bagby, Taylor

نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی او می شود (گروس، ۲۰۱۵).

همچنین براساس نتایج، سبک های مقابله ای می تواند، درماندگی روانشناختی را در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی پیش بینی کند. طبق تحقیقات انجام شده، افرادی که به استرس های زندگی با خوش بینی و انعطاف پذیری پاسخ می دهند و از راهبردهای مقابله ای سازنده استفاده کرده و کنترل وقایع زندگی را بر عهده می گیرند، عملکرد سیستم ایمنی بهتری دارند، بهتر با بیماری مقابله می کنند و سلامت روانی بالاتری دارند (کوین، ۲۰۰۶). به عنوان مثال خنجری، برجی و حقانی (۱۳۹۲) نیز در تحقیقی با عنوان تأثیر آموزش مهارت های مقابله بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های مقابله می تواند منجر به ارتقای کیفیت زندگی والدین شود. از این جهت می توان نتیجه گرفت که آموزش این مهارت ها به والدین کمک می کند در شرایط دشوار مراقبت از کودک بیمار خود، کمتر دچار اضطراب و افسردگی شوند و در نتیجه کیفیت زندگی آنها ارتقا یابد و والدین به جای منفعل بودن سعی در شرکت فعال در روند درمانی کودکانشان داشته باشند و از این رو احساس درماندگی کمتری را تجربه کنند.

همچنین استفاده از سبک مقابله مسأله محور با احساس خودکنترلی و خودکارآمدی بیشتر توأم است. به این ترتیب هر چند مقابله هیجانی مانند نادیده انگاشتن، گریز و اجتناب از موقعیت ممکن است در کاهش تنش در کوتاه مدت مؤثر باشد، در مقابل

روتر، نیترا، ۲۰۰۵ به نقل از بشارت، زمانی فروشانی، معافی، بهرامی احسان، (۱۳۹۵) و این باعث کاهش آشفتگی و سایر پیامدهای روانشناختی منفی در خانواده های کودکان مبتلا به تالاسمی می شود.

بر خلاف باورهای قدیمی، در گستره فعلی متون روانشناختی می توان اذعان داشت که هیجان ها دارای کارکردهای مفید هستند و برای سازگاری در زندگی روزمره ضروری می باشند. هیجانها اگر در زمان، مکان و موقعیت مناسب ابراز شوند منجر به پیامدهای مثبت خواهند شد. با این وجود، عدم مدیریت و ناتوانی در کنترل فرایندهای هیجانی یکی از کانالهای بروز آسیب شناسی روانی و بیماری های روان تنی است.

از آنجا که شناخت، عاطفه، هیجان و رفتار، کاملاً در تعامل با یکدیگر هستند، راهبردهای تنظیم هیجان با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد سیستم های شناختی (از قبیل حافظه، توجه، تصمیم گیری و هوشیاری) و سپس تنظیم هیجان می شود. امروزه بر خلاف نظریه های اولیه، بر مفید بودن هیجان در رفتارها تأکید میکنند و دیدگاه عمومی بر این است که هیجان ها قبل از رفتارها واقع می شوند و سازگاری فرد را با ضروریات محیط فیزیکی و اجتماعی بهینه می سازند. هیجان، با هماهنگ کردن فرآیندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می شود وضعیت فرد با محیط تثبیت شود و ضمن تجهیز وی با پاسخ های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل، در

مدار، فرد را با این افکار بیشتر درگیر می کند. این درگیری با افکار منفی، به صورت نشخوار ذهنی درآمده و فرد را برای افسردگی آماده می کند.

در نتیجه می توان گفت که مقابله هیجان مدار که به معنای حل هیجانی مشکل در شرایط استرس زا و بحران که فرد هیجانات منفی را بیشتر تجربه می کند، کارکردی منفی داشته و فرد را برای افسردگی آسیب پذیر می سازد، در حالی که ممکن است در شرایط غیر بحرانی که فرد لزوماً هیجانات منفی را تجربه نمی کند، کارکرد مثبتی داشته و به بالا بردن خلق کمک کند.

با توجه به نتایج می توان بیان نمود که هیچ گونه رابطه معناداری بین کنترل هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی وجود ندارد و کنترل هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده را در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی نمی تواند پیش بینی می کند.

در رابطه با ارتباط کنترل هیجانی و حمایت ادراک شده تحقیقات کمی صورت گرفته است و در آنها ارتباط بین کنترل هیجانی و حمایت ادراک شده به تأیید رسیده است (محمدی، تنها، رحمانی، ۱۳۹۴) که این برخلاف نتیجه پژوهش حاضر است.

در تبیین این مغایرت می توان به این نکته اشاره کرد که گرچه افراد فاقد مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با تجارب هیجانی خود، با احتمال بیشتر، هنگامی که می خواهند عواطف منفی خود را مدیریت کنند درگیر

استفاده از انواع روش‌های مقابله ای مانند تدابیر متمرکز بر مسأله، مسئولیت پذیری و جستجوی حمایت اجتماعی می تواند موجب سازگاری روانی بهتر در بلندمدت شود (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۵).

در نهایت می توان اینگونه تبیین کرد که انکار و انفعال از ویژگی افرادی است که از راهبردهای مقابله ای ناکارآمد استفاده می کنند (مومنی و شهبازی راد، ۱۳۹۱). یعنی انکار موقعیت استرس زا موجب کناره گیری و اجتناب از آن موقعیت و ویژگی انفعالی موجب عدم تلاش برای حل مشکل شده و مشکل همچنان باقی می ماند و عدم رضایت را به دنبال خواهد داشت و میزان درماندگی روانشناختی با افزایش استفاده از راهبرد مقابله ای هیجان مدار افزایش و با استفاده از راهبرد مسأله مدار کاهش می یابد.

مطالعات گذشته در مورد ارتباط سبک مقابله هیجان مدار با سلامت روان، از ارتباط مثبت بین مقابله هیجان مدار با افسردگی، اضطراب و استرس دفاع کرده اند (جعفرنژاد، فرزاد، مرادی، ۱۳۸۳؛ شعبان نژاده، زارع بهرام آبادی، حاتمی، زهراکار، ۱۳۹۲؛ گودرزی، رودبالی معینی، ۱۳۸۴). مطالعه حاضر، از نتایج مطالعاتی که رابطه مثبت مقابله هیجان مدار با افسردگی را تأیید کرده اند، حمایت می کند.

در تبیین این یافته می توان به این نکته اشاره کرد که شرایط ناخوشایند مادران کودکان مبتلا به تالاسمی، باعث ایجاد افکار منفی در مادر شده و مقابله هیجان

انجام پژوهش در شهر تهران، تعمیم نتایج به شهرهای دیگر با محدودیت همراه است. همچنین با توجه به انجام پژوهش بر روی مادران، تعمیم نتایج به پدران با محدودیت مواجه است.

به عنوان محدودیت دیگر پژوهش حاضر می توان به انجام آن به صورت مقطعی اشاره کرد. بنابراین توصیه می شود، بررسی طولی در والدین این کودکان جهت روشن شدن کیفیت زندگی آنان با گذشت زمان انجام شود. اطلاع رسانی و آگاه سازی در خصوص کودکان تالاسمی خصوصاً از طریق رسانه های ملی و خصوصی پیشنهاد می گردد تا از افزایش تعداد آنها جلوگیری شود زیرا قابل دسترس ترین و راحت ترین کانال اطلاع رسانی است و می تواند نقش بعد حمایتی را از جهت اطلاع رسانی برای والدین ایفا کند. همچنین پیشنهاد می شود جهت آگاهی بیشتر، برگزاری همایش، کارگاه، نمایشگاه در ارتباط با کودکان تالاسمی از طریق سازمانهای دولتی و غیردولتی صورت پذیرد تا آگاهی والدین در ارتباط با خصوصیات و نیز چگونگی فرایند درمانی آنها بیشتر شود. آگاهی بیشتر، سبب کاهش اضطراب و استرس خواهد شد.

مادران کودکان مبتلا به تالاسمی به دلیل احساس اضطراب و تنش و همچنین ترس و هراس ناشی از برخورد نادرست اجتماع با خود و فرزندشان، آسیب های شایان توجهی را تجربه می کنند، از این رو پیشنهاد می شود که دولت، نهادها و سازمانهای دولتی

رفتارهای نادرست می شوند و ممکن است حمایت سایرین را از دست دهند اما با در نظر گرفتن بافت دینی و فرهنگی جامعه ما که بر مدارا با بیمار و خانواده او تاکید دارد، به نظر می رسد حتی اگر فرد مهارتهای کنترل هیجانی بالایی نداشته باشد، سایرین عدم کنترل هیجاناتش را به دلیل درک موقعیت حساس وی به دلیل داشتن کودک بیمار تا حد امکان نادیده می گیرند. به این ترتیب احتمالاً در این افراد تاثیر کنترل هیجانات بر دریافت حمایت خنثی می گردد.

از آنجا که والدین کودکان تالاسمی نقشی مهم و حیاتی در فرایند درمانی کودکان شان دارند بررسی وضعیت روانی آنها بسیار حائز اهمیت است.

برخی از عوامل روان اجتماعی (حمایت اجتماعی ادراک شده، سبک های مقابله ای و کنترل هیجانی) می توانند در بهتر شدن وضعیت روانی مادران و در نتیجه در تسریع روند بهبودی و بهزیستی کودکان مبتلا به تالاسمی تا حدی موثر باشند.

این عوامل به صورت مستقیم روی مادران و به طور غیر مستقیم از طریق تعامل با عملکرد پروسه درمانی کودکان تالاسمی بر بهزیستی این بیماران تاثیرگذار باشد. بنابراین توجه به این عوامل می تواند در بهزیستی والدین و همچنین کودکان بیمار آنها موثر واقع شود. لازم به ذکر است که برخی از محدودیت های روش شناختی پژوهش حاضر تعمیم پذیری نتایج آن را با محدودیت مواجه میکند از جمله با توجه به

مریم حق شناس و همکاران: نقش میانجیگری حمایت ادراک شده در پیش بینی درماندگی روانشناختی بر اساس...

و خصوصی و NGU ها همکاری شان را با یکدیگر بیشتر کرده و حمایت اجتماعی بیشتری را از خانواده های آنها به عمل آورند تا آنان زندگی کم تنش تری را تجربه کنند. همچنین با توجه به اینکه سبک های مقابله ای و کنترل هیجانی باعث کاهش درماندگی مادران می شود، پیشنهاد می شود به منظور افزایش سلامت روان مادران، نهادهای مسئول، آموزش این مهارت ها را سر لوحه کار خود قرار دهند.

منابع

- اصغری مقدم، م؛ ساعد، ف؛ دیباج نیا، پ؛ زنگنه، ج. (۱۳۹۰). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در نمونه های غیر بالینی. *دو ماهنامه دانشور رفتار*، ۱۸(۳۱): ۴۰-۵۷.
- آقا یوسفی، ع. (۱۳۸۰). نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله ای و تاثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی. *رساله دکتری روان شناسی دانشگاه تربیت مدرس تهران*.
- بابائی منقاری، م.م؛ معینی کیا، م؛ خالق خواه، ع. و زاهد بابلان، ع. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای یادگیری، سخت کوشی و نگرانی مبتلایان به، تالاسمی و افراد عادی. *مجله نسیم تندرستی*، ۳، ۲۲-۲۸.
- بابائی منقاری، م؛ خالق خواه؛ ع. (۱۳۹۵). الگوی تحلیل مسیر روابط بین سلامت معنوی، کیفیت زندگی با افسردگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. *مجله روان شناسی سلامت*، ۱۷، ۹۹-۱۱۶.
- بشارت، م. ع؛ زمانی فروشانی، ن؛ معافی، ع؛ بهرامی احسان، ه. (۱۳۹۵). نقش واسطه ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین آسیب پذیری و بهزیستی روانشناختی در والدین کودکان مبتلا به سرطان. *مجله روانشناسی سلامت*، ۱۷، ۵-۲۱.
- بهرامی، ب؛ بهرامی، ع؛ مشهدی، ع؛ کارشکی، ح. (۱۳۹۴). نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۲(۵۸): ۹۷-۱۰۵.
- تقی زاده، ح. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه ای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۴(۲): ۱۲۴-۱۳۰.
- جدیدی فیقان، م؛ صفری، س؛ فرامرزی، س؛ جمالی پاقلعه، س؛ جدیدی فیقان، م. (۱۳۹۴). مقایسه اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان سال. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲(۶۰): ۴۳-۵۲.
- جعفر نژاد، پ؛ فرزاد، و؛ مرادی، ع. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین ویژگی های شخصیتی و سبک های مقابله ای و سلامت روان در مورد دانش آموزان. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۵(۱): ۵۱-۷۴.
- حسام، م؛ آسایش، ح؛ قربانی، م؛ شریعتی، ع؛ نصیری، ح. (۱۳۹۰). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان و رضایت از زندگی در دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه های دولتی شهر گرگان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان* (۱): ۴۱-۳۴.
- حسن زاده، پ؛ علی اکبری دهکردی، م؛ خمسه، م.ا. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله

- ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. مجله روانشناسی سلامت، ۲، ۱۲-۲۱.
- مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران. فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه، ۴(۴): ۱-۲۰.
- خنجری، ص؛ سیدفاطمی، ن؛ برجی، س؛ حقانی، ح. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، ۴(۱۹): ۱۵-۲۵.
- صالحی، ا؛ مظاهری؛ ز؛ آقاجانی، ز؛ جهانبازی، ب. (۱۳۹۴). نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش بینی افسردگی. مجله دانش و پژوهش در روانشناس کاربردی، ۱(۵۹): ۱۰۸-۱۱۷.
- رفیعی نیا، پ. (۱۳۸۰). رابطه سبک‌های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس. رومنی، خ؛ شهبازی راد، ا. (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای با کیفیت زندگی دانشجویان. مجله علوم رفتاری، سال ششم، شماره ۲: ۹۷-۱۰۳.
- طباطبایی، م؛ معماریان، س؛ غیائی، م؛ عطاری، ع. (۱۳۹۲). سبک های ابراز هیجان و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۵): ۳۴۲-۳۵۱.
- قائدی، غ؛ یعقوبی، ح. (۱۳۸۷). مقایسه سلامت روان، مکانیزم های مقابل های، حمایت اجتماعی و احتمال خودکشی و سوء مصرف مواد در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه شاهد در سال ۱۳۸۶. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز، ۱(۲): ۳۵۰-۳۴۷.
- زارع، ح؛ سلگی، ز. (۱۳۹۱). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس. نشریه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶(۳): ۱۹-۲۹.
- قندسی، ع. (۱۳۸۳). بررسی جامعه شناختی رابطه ی بین حمایت اجتماعی و افسردگی. پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- قنوتیان، م؛ جمشیدی میانرود، ل؛ نوروزی ده میران، و. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سلامت روان با تفکر پارانویید و حمایت اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. پایان نامه
- ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. مطالعات روانشناختی، ۵(۳): ۸۱-۱۰۲.
- شعبان نژاده، ا؛ زارع بهرام آبادی، م؛ حاتمی، ح؛ زهراکار، ک. (۱۳۹۲). بررسی رابطه میان سبک‌های

References

- Bagby, R. M., Taylor, G. J. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. In: Taylor, G.J, Bagby, R. M, Parker, J. D. (editors). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: University press, 132(12):26-45.
- Ben, M.F., Law, T., & Yan, L. (2011). Motional control expressiveness style and resilience against narcotics substance. Sic World J, 11: 2257-65.
- Ben-Zur, H. (2009). Coping Styles and Affect. International Journal of Stress Management, 16(2):87-101.
- Berking, M., Poppe, C., Luhmann, M., Wupperman, P., & Jaggi, V. (2012). Is the association between various emotion-regulation skills and mental health: mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43:931-937.
- Inamdar S, Inamdar M, Gangrade A. Stress level among caregivers of thalassemia patients. Ntl J of Community Med. 2015; 6(4): 579-582.
- Bishop, S.L., Richler, J., Cain, A.C., & Lord, C. (2007). Predictors of perceived negative impact in mothers of children with autism spectrum disorder. American Journal on Mental Retardation, 112: 450-461.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of
- دوره کارشناسی روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- گودرزی، م؛ رودبالی معینی، ز. (۱۳۸۴). بررسی رابطه سبکهای مقابله با سلامت روان دانشجویان. *مجله دانشور رفتار*، ۱۹: ۲۳-۳۲.
- محمدی، ل؛ تنها، ز؛ رحمانی، س. (۱۳۹۴). رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر به‌واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۰(۳۹): ۱۶۱-۱۸۷.
- مشایخی، ف؛ رفعتی، ش؛ رفعتی، ف؛ پیلورزاده، م؛ محمدی سردو، م.ر. (۱۳۹۳). مطالعه رنج مراقبی در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی در جیرفت. *مجله مراقبت مدرن، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی بیرجند*، ۱۱ (۳): ۲۲۹-۲۳۵.
- مشایخی، ف؛ هاشمی جوزانی، ر؛ نظری چمک، م؛ و مهنی، س. (۱۳۹۵). مراقبت و حمایت اجتماعی در مادران مبتلا به کودکان β -تالاسمی. *مجله جهانی علوم بهداشتی*، ۸ (۱۲): ۲۰۶-۲۱۲.
- نصیر، م. (۱۳۸۹). رابطه راهبردهای مقابله با استرس و تاب‌آوری با خوش‌بینی در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان اهواز. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۴(۶۱): ۷۵-۷۶.

psychopathology and vice versa. *Emotion Review*, 3: 74- 82.

- Dogan, M. (2010). Comparison of Parents of Children with and without Hearing Loss in Terms of Stress, Depression and Trait Anxiety. *International Journal of Early Childhood Special Education*; 2(3): 247-252.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48: 150-170.

- Garnefski, N., Ben, F., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Journal of Personality and Individual Differences*, 40: 1659-1669.

- Goldman, R. D., Fisher, L. J., & Hawthorne, G. (2004). WHO survey of prevalence of mental health disorders? *JAMA*, 20: 2467-2468.

- Goldman, R. D., Fisher, L. J., & Hawthorne, G. (2004). WHO survey of prevalence of mental health disorders? *JAMA*, 20: 2467-2468.

- Gross, J.J. (2015). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Publications.

- Hare, D.J., Burton, M., Bromley, J., & Emerson, E. (2004). The health and social care needs of family carers supporting adult with autistic disorder. *Autism*, 8:425-444.

anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 5: 542-559.

- 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.

- Cockerham, W., & Connor, K.M. (2008). *Medical Sociology*. 10th edition. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J. development and validation. *Psychological Assessment*, 7(3): 524-532.

- Connor, K.M., & Davidson, J. R. (2003). Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18: 76-82.

- Coyne, G. (2006). An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. *International Journal of Anthropology*, 18, 127-138.

- Dehle, C., & Landers, J.E. (2005). You can, t always get what you want but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *Journal of social and clinican sychology*, 24(7): 1051-1076.

- DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality*, 73 (6): 1-24.

- Dillon, D. G., Deveney, C. M., & Pizzagalli, D. A. (2011). From basic processes to realworld problems: how research on emotion and emotion regulation can inform understanding of

- Rahim, F., & Abromand, M. (2008). Spectrum OF β -Thalassemia mutations in various ethnic regions of IRAN. *Pak J Med Sci*, 2 (1): 34-56.
- Rivers, J.W., & Stoneman, Z. (2003). Sibling relationship when a child has autism: Marital stress and support coping. *Journal of Autism and developmental disorders*, 33: 383-394.
- Roberts, J.E., & Gotlib, I.H. (1997). Social support and personality in depression: Implications from quantitative genetics. In: Pierce GR, Lakey B, Sarason IG, Sarason BR (editors). *Sourcebook of social support and personality*. New York: Plenum, 187- 214.
- Roger, D., & Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 10(8): 845-53.
- Roger, D., & Nesshoever, W. (1987). The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotion control. *Pers Indiv Differ*, 8: 527-34.
- Rottenberg, J., & Johnson, S. L. (2007). *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ryan, R. M., Deci E, L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychology*, 55: 68-78.
- Segrin, C.h., McNelis, M., & Swiatkowski, P. (2016). *Social Skills, Social Support and Psychological Distress: A Test of the Social Skills Deficit*
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49:405-418.
- Hedda, m., James, W., & Halle, A. T. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support. *Social science journals*, 77(1): 7-8.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disability*, 29: 289-300.
- Jones, J. (2004). Family Adaptation, Coping and resource: parents of children with developmental Disabilities and behavior problems. *Journal of developmental*, 11(1): 124-127.
- King, L. A. (1998). Ambivalence over emotional expression and reading emotions in situations and faces. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74: 753-762.
- Lovibond, p.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behave Res Ther*, 33: 335-343.
- 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.

- Van leeuwen, M.C., Post, W.M., Van Asbeck, W.F., Vander Woude, H.V., Groot, S., & Lindeman, E. (2010). Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of psychology*, 265-271.
- Werner, K., & Gross, J.J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: a conceptual framework. In A. M. Kring, & D. M. Sloan (Eds.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Yan Zhang, A., Fanchang Kong, J., Lin Wang, M., & Hong Chen, H. (2010). Mental health and coping styles of children and adolescent survivors one year after the 2008 Chinese earthquake. *Children and youth services review*, 32: 1403-1409.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1998). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52: 30-41.
- Vulnerability. *ModelCommunication Research*, 10: 122–137.
- Suarez, L., Ramirez, A.G., Villarreal, R., Marti, J., Mcalister, A., & Talavera, G.A et al. (2000). Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. *Am J Prev Med*, 19(1): 47- 52.
- Tabassum, R., & Mohsin, N. (2013). Depression and anxiety among parents of children with disabilities: a case study from developing world. *International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies (IJEEFUS)*; 3(4): 33-40.
- Taylor, S. E., Sherman, D., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M, S. (2007). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 7: 87- 3.
- Ulla, kinnunen, A.D., Vermulst, J., & Makikangas, A. (2003). Work–family conflict and its relation to well-being: the role of personality as a moderating factor. *Personality and individual difference*, 35: 1669- 1683.
- Utesy, S., Lanier, Y., Williams, O., Bolden, M., & Lee, A. (2006). Moderator effects of cognitive ability and social support on the relation between race-related stress and quality of life.