رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۵، شماره پیاپی۹۸، مرداد ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(5), 2024

مقایسه والدین دارای کودک مبتلا به سرطان و سالم از لحاظ صمیمیت‌زناشویی، خودکارآمدی-والدینی و راهبردهای‌تنظیم‌شناختی‌هیجان

Comparison of parents with cancer and healthy children in terms of marital intimacy, parental self-efficacy and cognitive-emotional regulation strategies

مینو قره داغی
کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
محسن کچویی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

چکیده
پژوهش‌حاضر با هدف مقایسه صمیمیت‌زناشویی، خودکارآمدی والدینی و راهبردهای‌تنظیم‌شناختی‌هیجان والدین کودکان مبتلا به سرطان و والدین کودکان سالم انجام شد. این مطالعه از نوع علی مقایسه‌ای بود. از میان والدینی که به بیمارستان محک شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱مراجعه کردند، ۱۴۶ والد دارای کودک مبتلا به سرطان و ۱۴۶ والد دارای کودک سالم به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از شهر تهران انتخاب شدند و پرسشنامه صمیمیت‌زناشویی (MIS، والکر و تامپسون ، ۱۹۸۳)، مقیاس خودکارآمدی والدینی (PSAM، دومکا و دیگران، ۱۹۹۶) و راهبردهای تنظیم‌شناختی-هیجان (CERQ؛ گرانفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میانگین تمامی متغیرها (به غیر از کم اهمیت شماری) در دو گروه مشاهده شد. بررسی نتایج نشان داد که میانگین صمیمیت زناشویی، خودکارآمدی والدینی و نمره کل راهبردهای انطباقی در گروه سالم بیشتر از گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بود (p<۰/۰۵) و میانگین کل راهبردهای غیرانطباقی در گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بیشتر از گروه سالم بود (p<۰/۰۵). نتایج پژوهش نشان داد که شرایط بیماری کودکان سرطانی می‌تواند بر جنبه‌هایی از روابط زناشویی و برخی از متغیرهای روان‌شناختی والدین از جمله خودکارآمدی آنها تأثیر منفی گذاشته و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان آن‌ها با شرایط دشوار تا حدی متفاوت از کودکان عادی است.

واژه‌های کلیدی: *خودکارآمدی والدینی، راهبردهای تنظیم شناختی‌هیجان، صمیمیت زناشویی، مقایسه والدین، کودکان مبتلا به سرطان.*

Minoo Gharehdaghi
MSc, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
Mohsen Kachooei *
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran. *kachooei.m@usc.ac.ir*

Abstract
The present study was conducted to compare parents of children with cancer and parents of healthy children in terms of marital intimacy, parental self-efficacy, and emotion regulation strategies. The method of the present study was of comparative causal type. 146 parents (73 couples) were selected from among the parents with children with cancer who were referred to MAHAK hospital in 2020 and 2021 and 146 parents with healthy children were selected by sampling in Tehran. They completed the Marital Intimacy Questionnaire (MIS; Walker and Thompson, 1983), the parental self-efficacy scale (PSAM; Domka et al., 1996), and the cognitive-emotion regulation strategies questionnaire (CERQ; Granofsky and Kraich, 2006). Independent T-test and SPSS_27 software were used to analyze the data. The results showed that the mean of marital intimacy, parental self-efficacy, and the total score of adaptive strategies of emotion regulation strategies in the healthy group was higher than the group with children with cancer, (p<01/0) and the mean of the total non-adaptive strategies in the group with children with cancer was higher than the healthy group was (p>01/0). The results of the research showed that the disease conditions of children with cancer can hurt aspects of marital relations and some psychological variables of parents, and their cognitive coping with difficult conditions is somewhat different from normal children.

Keywords: *Parental Self-Efficacy, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Marital Intimacy, Comparison of Parents, Children with Cancer.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : آذر ۱۴۰۲** **پذیرش: اسفند ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

مقدمه

ابتلا به بیماری‌های مزمن به عنوان یک شرایط روان‌شناختی ویژه، سلامت جسمانی و روانی مبتلایان و خانواده را متأثر می‌سازد. شرایط ذکر شده به‌خصوص در هنگام ابتلای کودک، شدیدتر و پیچیده‌تر می‌گردد (رینسن[1] و همکاران، ۲۰۲۲). سالیانه بیماری‌های صعب‌العلاج و سرطان منجر به فوت تعدادی از کودکان می‌شوند. تشخیص سرطان می‌تواند استرس و فشارهای روانی قابل توجه را برای فرد و خانواده ایجاد کند (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۱). تقریبا نزدیک به ۴۰۰۰۰۰۰ کودک ۱۹-۰ سال هر ساله در سراسر جهان به سرطان مبتلا می‌شوند و به گفته‌ی انجمن خون و سرطان کودکان سالانه ۲۵۰۰ کودک کمتر از ۱۵ سال در ایران مبتلا به سرطان می‌شوند (سازمان بهداشت جهانی[2]، ۲۰۲۱). تشخیص سرطان کودک معمولاً با شروع یک دوره شوک، سردرگمی و پوچی برای والدین همراه است تجربه این شرایط برای هر یک از اعضاءخانواده بالاخص پدر و مادر متفاوت است. بنظر می‌رسد داشتن کودک بیمار در خانواده می‌تواند والدین را با چالش‌ها و بحران‌هایی مواجه سازد که این موضوع صمیمیت و رضایتمندی هر یک از زوجین از زندگی زناشویی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (لام[3] و همکاران، ۲۰۲۲). زیرا زوجین مجبورند تمام انرژی خود را صرف نگهداری فرزند بیمار خود کنند و در نتیجه دیگر نیرو و انرژی برای ارتباط با یکدیگر و رفع نیازهای عاطفی و روانی یکدیگر را ندارند (موگنسن[4] و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از اهداف و آرزوهای والدین این کودکان داشتن زندگی‌زناشویی موفق و دریافت عشق، محبت، حمایت و دلگرمی از همسر است. بنابراین وجود نشانه‌ها و علائم بیماری در کودک ممکن است ارتباط والدین و عملکرد خانواده را تحت‌تأثیر قرار دهد و باعث انباشته شدن سرخوردگی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره شود (اسدی و همکاران، ۱۴۰۱) و شاید همین امر باعث می‌شود که والدین نیازهای خود را نادیده بگیرند و به اهداف خود دست پیدا نکنند، در نتیجه کیفیت ارتباط زناشویی آن‌ها کاهش پیدا می‌کند و سرانجام صمیمیت در آن‌ها کاهش می‌یابد (شیلتز و ون‌هکه[5]، ۲۰۲۱). تحقیقات بسیاری از جمله تحقیقات لئو[6] و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی پایین‌تر از والدین کودک سالم است. همچنین هاسی[7] و همکاران (۲۰۲۲) نیز بیان داشتند والدین فرزندان مبتلا به سرطان، به علت حمایت اولیه بسیاری که به فرزندان خود ارائه می‌دهند اغلب سطوح بالایی از پریشانی را تجربه می‌کنند که بر ارتباطات والدین و کیفیت‌زندگی زناشویی آنان تأثیر می‌گذارد. همچنین مطالعات اسدی و همکاران (۱۴۰۱)؛ رئیسی‌پور، شفیع‌آبادی و یونسی‌بروجنی (۱۴۰۰) نیز نشان داد والدین کودکان بیمار، رضایت زوجین پایین‌تری نسبت به والدین کودکان سالم دارند. همچنین بدست آوردن توانمندی و مدیریت مناسب این شرایط، برای اعضاء خانواده به ویژه والدین از مهم‌ترین ارکان‌گذار از این بحران است. یکی از این الگوهای توانمندسازی، خودکارآمدی والدینی است (پاریاب و همکاران، ۱۴۰۱).

مفهوم خودکارآمدی نخستین بار توسط بندورا[8] (۱۹۹۷) به عنوان یک فعالیت ویژه در انتظار توانایی داشتن برای انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار معین تعریف شد. مطالعات نشان‌دهنده این موضوع است که خودکارآمدی می‌تواند پیش‌بینی کننده عملکرد شخصی باشد و به عنوان نتیجه‌ای از یادگیری، تجربه و بازخورد، تغییر یابد. میزان تغییرات خودکارآمدی با شیوه رفتار ارتباط مستقیم دارد (فانگ[9] و همکاران، ۲۰۲۲). در عین‌حال، عوامل زیادی از جمله اعتماد به نفس، محیط بین فردی و پیچیدگی وظایف و استرس می‌تواند بر خودکارآمدی و نیز بر رفتار ناشی از آن تاثیرگذار باشند (تاسیوپولو[10] و همکاران، ۲۰۲۲). خودکارآمدی والدین، باورها و اعتقادات آن‌هاست که سبب حفظ توانایی‌های آن‌ها در جهت سازماندهی و اجرای مجموعه وظایف مربوط به پدر و مادر یک کودک است که به عنوان باورها و اعتقادهای شخصی و پیش‌بینی کننده عملکرد شخص شناسایی‌شده است (خالدیان و همکاران، ۱۴۰۱). مطالعه کیسنا[11] و همکاران (۲۰۱۶)؛ پاریاب و همکاران (۱۴۰۱)؛ اکتاویانی و آلینیدیکامیا[12] (۲۰۲۰)؛ محدصالحی و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند والدین دارای کودکان سرطانی

1. Rensen
2. the world health organization
3. Lam
4. Mogensen
5. Schiltz & Van Hecke
6. Luo
7. Haase
8. Bandura
9. Fang
10. Tatsiopoulou
11. Cessna
12. Oktaviani & Allenidekania

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

خودکارآمدی کمتری دارند. از سوی دیگر، مواجهه با شرایط تنش‌زا باعث تغییراتی در احساسات می‌شود؛ بنابراین تنظیم‌هیجان در پاسخ به تنش، عامل‌مهمی در سلامت‌روانی و بهزیستی است (بروکس[1] و همکاران، ۲۰۲۲).

راهبردهای تنظیم‌شناختی‌هیجان[2]، پاسخ‌های‌شناختی به اتفاق‌های برانگیزاننده هیجانی هستند (اسپیل و همکاران، ۲۰۲۲). والدین کودکان مبتلابه سرطان به دلیل بار مراقبتی و تعامل عاطفی بیشتر با کودکان و همچنین فشار روانی شرایط تحمیلی بیماری کودک، دچار بد تنظیمی شناختی و در نتیجه مواجهه غیرکاربردی و مختل‌کننده با موضوع حاد بیماری فرزند می‌شود که همین شرایط، والد و کودک را توامان دچار مشکلات افزون‌تری می‌کند (آشنامحمد و همکاران، ۱۴۰۰) و پر واضح است که این والدین به دلیل محدودیت و مشکلات خود در ارزیابی‌های شناختی و به تبع آن در استفاده صحیح و بجای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان دچار مشکل هستند. رینسین و همکاران (۲۰۲۲) نیز در مطالعه خود نشان داد والدین این کودکان پریشانی بالاتری نسبت به والدین کودکان سالم تحمل می‌کنند. بیلاو[3] و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند والدین کودکان دارای بیماری سرطان ناتوانی عاطفی هیجانی بالاتری نسبت به والدین دیگر دارند. والدین کودکان مبتلا به سرطان، از زمان تشخیص سرطان تا شروع درمان و پایان آن، متحمل فشار روانی و مالی بسیاری می‌شوند. علاوه بر این‌که درمان این بیماری بسیار هزینه‌بر و پراسترس است، عوارض جانبی شیمی‌درمانی، توانایی لذت بردن کودک را از جنبه‌های مختلف زندگی سلب می‌کند. اگرچه در این زمان کودک بیش از هر زمانی نیاز به توجه و حمایت دارد، اما والدین نیز سردرگم و آسیب‌پذیر هستند، همچنین فشار روانی شرایط تحمیلی بیماری کودک، والدین دچار بد تنظیمی شناختی و در نتیجه مواجهه غیرکاربردی و مختل-کننده با موضوع حاد بیماری فرزند و به دنبال آن خلل در روابط زناشویی و همچنین احساس ناتوانی و ناکارآمدی در آنان می‌شود که همین شرایط، والد و کودک را توامان دچار مشکلات افزون‌تری می‌کند. در نتیجه این مطالعه می‌تواند زمینه را برای تصمیم‌گیری‌های مناسب و چاره اندیشی در مورد چگونگی تدارک و ارائه خدمات حرفه‌ای به آن‌ها فراهم نماید؛ بنابراین این تحقیق بر آن است که والدین کودکان مبتلا به سرطان و سالم را از لحاظ صمیمیت زناشویی، خودکارآمدی والدینی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را مقایسه کند.

روش

پژوهش حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای و نوع تحقیق حاضر بنیادی بود. جامعه‌آماری والدین کودکان مبتلا به سرطان در بیمارستان محک شهر تهران و والدین دارای کودکان سالم طی سال های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ تشکیل داده‌اند. با توجه به حجم نمونه مطالعات قبلی، نمونه این پژوهش ۱۴۶ نفر از والدین کودکان مبتلابه سرطان و ۱۴۶ نفر والدین کودکان سالم بود که از بیمارستان محک و به‌صورت در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش: ۱. سن کودک مبتلا به سرطان و کودکان سالم زیر ۱۲ سال باشد. ۲. پدر و مادر هر دو گروه سواد خواندن و نوشتن داشته باشند. ۳. هر دو والد کودک مبتلا به سرطان و سالم در قیدحیات باشند. ۴. والدین با هم زندگی کنند. ۵. حداقل شش ماه از تشخیص ابتلای کودک به سرطان گذشته باشد. ملاک های خروج از پژوهش: ۱. مخدوش بودن پرسشنامه‌ها. ۲. عدم تمایل فرد برای ادامه همکاری در پژوهش بود. جهت انجام این مطالعه در ابتدا پژوهشگر به صورت در دسترس در بیمارستان محک تهران (جهت والدین کودکان مبتلا به سرطان) و والدین کودکان سالم شهر تهران دسترسی پیدا کرد، در ادامه محقق با کسب رضایت‌نامه آگاهانه از والدین کودکان مبتلا به سرطان و سالم، نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه، اطمینان از محرمانه بودن پاسخ‌ها را توضیح داد. همچنین در طی پاسخ‌گویی به سوالات، این اطمینان هم به آن‌ها داده شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از مطالعه خارج شوند و هردو گروه (والدین کودکان سالم و بیمار) مطالعه پرسشنامه‌ها را مورد مطالعه و تکمیل کردند.. به منظور مقایسه میانگین متغیرها در گروه ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) و همچنین تحلیل آنووا در متن مانووا با کمک نرم افزار آماریSPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه جمعیت شناختی: شرکت‌کنندگان در این پرسشنامه به متغیرهای جمعیت شناختی مانند جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، ترتیب فرزند متولد شده، نوع و مدت سرطان فرزند مبتلا و ... پاسخ دادند.

1. Breaux
2. emotion regulation
3. Belov

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

پرسشنامه صمیمیت زناشویی[1](MIS): پرسشنامه صمیمیت زناشویی والکر و تامپسون[2] (۱۹۸۳) برای اندازه‌گیری صمیمیت در روابط‌زناشویی در سال ۱۹۸۳ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۷ ماده است و هر ماده در یک طیف ۷ درجه‌ای از هرگز: نمره ۱، بندرت: نمره ۲، گاهی: نمره ۳، اغلب: نمره ۴، اکثراً: نمره ۵، تقریباً همیشه: نمره ۶ و همیشه: نمره ۷. نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی آزمودنی در مقیاس صمیمیت از طریق جمع نمرات سوالات و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. دامنه‌ی نمرات بین ۱ تا ۷ است و کسب نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده داشتن صمیمیت زناشویی بیشتر است. مقیاس صمیمیت با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی بسیار عالی برخوردار است. اگرچه در ماخذ اولیه اطلاعاتی درباره‌ی روایی این مقیاس گزارش نشده است اما مقیاس صمیمیت با گزارش نمونه‌ها از کمک‌های دریافت شده از نزدیکان همبستگی بالایی (۰/۸۷) نشان داده است (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳). در پژوهش‌های داخلی نیز روایی و پایایی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفته است. عابدی اندانی و حاجی حیدری (۱۴۰۲) در مطالعه خود پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش نمودند. همچنین آن‌ها روایی پرسشنامه را نیز به روش صوری بررسی کردند و اساتید روان‌شناسی آن را دارای روایی مناسبی (۰/۸۲) دانستند. همچنین در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد.

مقیاس خودکارآمدی والدینی[3] دومکا (PSAM) : مقیاس خودکارآمدی والدینی توسط دومکا[4] و همکاران در سال ۱۹۹۶ تدوین شده است. این ابزار برای ارزیابی خودکارآمدی والدینی ساخته شده است و شامل ۱۰ سؤال است که پنج عبارت مثبت و پنج عبارت منفی دارد و حس کلی والدین از اطمینان در نقش پدر یا مادر را می‌سنجد. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای از ۱ تا ۷ است که حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۱۰ و ۷۰ می‌باشد. ۱۰ عدد سؤال پرسشنامه را با یکدیگر جمع می‌شود و نمره بین ۱۰ تا ۲۰ میزان خودکارآمدی والدگری پایین است؛ نمره بین ۲۰ تا ۴۰ میزان خودکارآمدی والدگری متوسط است و نمره بالاتر از ۴۰ میزان خودکارآمدی والدگری بالا است (هر چه نمره این مقیاس بالاتر باشد، نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است). دومکا و همکاران (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۷۰ و روایی آن را با استفاده نظرات متخصصان ۹۱/ گزارش کردند. در پژوهش طالعی و همکاران (۱۳۹۰) بعد از تأیید روایی محتوایی مقیاس توسط سه نفر از اساتید ضریب همبستگی ۰/۸۳ به دست آمد. میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شده است. همچنین در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه تنظیم‌شناختی‌هیجان[5] (CERQ): پرسشنامه تنظیم‌شناختی‌هیجان فرم کوتاه شده آن، یکی از معتبرترین ابزار ارزیابی برای اندازه‌گیری راهبردهای گوناگون شناختی می‌باشد که به وسیله گرانفسکی و کرایج[6] (۲۰۰۶) ساخته شده است. و دارای ۱۸ ماده است. این پرسشنامه ۱۸ ماده‌ای در طیف ۵ لیکرتی (از هرگز تا همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش‌خود را در مواجهه با تجارب‌تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای‌زندگی که به تازگی تجربه کرده‌اند را به وسیله پاسخ به ۱۸ پرسش که ۹ راهبرد شناختی برای کنترل و تنظیم‌هیجان را ارزیابی‌می‌کند، مشخص نماید. راهبردشناختی عبارتند از: ۱- ملامت‌خویش، ۲- پذیرش، ۳- نشخوارگری ، ۴- تمرکزمجدد مثبت، ۵- تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ۶- ارزیابی مجدد مثبت، ۷- دیدگاه‌گیری، ۸- فاجعه‌سازی و ۹- ملامت دیگران (بشارت، ۱۳۹۵). حداقل و حداکثر نمره در راهبردهای سازش یافته ۱۰ و ۵۰ و در راهبردهای سازش نایافته ۱۰ و ۴۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی به شمار می‌رود. گرانفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) روایی محتوایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب توافق کندال در حدود ۰/۸۲ گزارش کردند. در بررسی روایی همگرا و واگرا مؤلفه‌های پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک بین مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری (راهبردهای سازش یافته) با نمرات افسردگی ضریب همبستگی منفی و معناداری که به ترتیب عبارتند از ۰/۲۱، ۰/۲۳، ۰/۱۹، ۰/۲۶ و ۰/۱۷ حاصل شد. همچنین ضریب همبستگی مثبت و معناداری بین مؤلفه‌های خودسرزنش‌گری، فاجعه‌نمایی، دیگر سرزنش‌گری و نشخوارگری (راهبردهای سازش نایافته) با نمرات افسردگی حاصل شد که به ترتیب مقادیر آن ۰/۲۲، ۰/۲۹، ۰/۴۵ و ۰/۳۸ بود (گرانفسکی . کرایج، ۲۰۰۶). در پژوهش بشارت (۱۳۹۵) روایی محتوایی پرسشنامه بر اساس داوری ده نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب کندال برای هر یک از مقیاس‌های خودسرزنش‌گری، پذیرش، نشخوارفکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت‌شماری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنش‌گری به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۸۱،

1. Marital Intimacy Questionnaire (MIS)
2. Walker &Thompson
3. parenting self-agency (PSAM)
4. Dumka
5. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
6. Garnefski & Kraaij

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

۰/۷۹، ۰/۸۵، ۰/۸۷ مورد تایید قرار گرفت و همچنین ضـــرایب پایایی بازآزمایی مولفه‌های مذکور به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۷۶، ۰/۷۸، ۰/۷۲ و ۰/۸۰ گزارش شده است (بشارت، ۱۳۹۵). همچنین در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای راهبرهای انطباقی برابر با ۰/۷۸ و راهبردهای غیر انطباقی ۰/۸۳ محاسبه شد.

یافته ها

از نظر تحصیلات والدین، در گروه سرطان ۴۷/۲ درصد دیپلم و پایین تر، ۴۱/۸ درصد فوق دیپلم و کارشناسی و ۱۱ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بودند و در گروه سالم، ۵۰ درصد دیپلم و پایین تر، ۴۷/۳ درصد فوق دیپلم و کارشناسی و ۹/۷ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در گروه والدین دارای کودک مبتلا به ســرطان، میانگین و انحراف معیار ســن پدر ۴۰/۱۴±۶/۳۱، ســن مادر ۳۴/۹۳±۶/۶۳، مدت ازدواج ۱۲/۴۵±۵/۴۰، سن فرزند مبتلا ۶/۸۹±۲/۹۱ و مدت ابتلا ۱/۹۴±۱/۱۷ بود و در گروه سالم میانگین و انحراف معیار سن پدر ۴۰/۵±۳۲/۲۱، سن مادر ۳۶/۵۲±۴/۸۵، مدت ازدواج ۱۲/۶±۴/۵۷ بود.

در جدول ۱ متغیرهای اصلی با شاخص های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و شاخص‌های کجی و کشیدگی به منظور سنجش نرمال بودن، بررسی شد.

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه والدین دارای کودک مبتلا به سرطان				گروه سالم			
	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
صمیمیت زناشویی	۸۳/۸۹	۲۲/۵۸	-۰/۵۳	-۰/۳۸	۱۰۳/۰۲	۱۴/۹۷	-۱/۳۲	۱/۴۹
خودکارآمدی والدینی	۳۵/۰۱	۱۰/۱۳	۰/۱۹	-۰/۵۱	۴۸/۵۱	۱۰/۶۶	-۰/۰۸	-۰/۶۱
پذیرش	۴/۴۶	۱/۹۶	۰/۳۸	-۰/۶۰	۶/۵۸	۱/۸۳	۰/۰۶	-۰/۱۰
تمرکز مجدد مثبت	۷/۲۸	۲/۱۲	-۰/۶۴	-۰/۲۵	۵/۹۷	۲/۰۸	۰/۱۷	-۰/۵۸
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۳/۹۳	۱/۹۲	۰/۵۶	-۰/۸۵	۷/۹۵	۱/۷۹	-۰/۴۶	-۰/۶۲
ارزیابی مجدد مثبت	۵/۹۴	۲/۵۰	-۰/۳۴	-۱/۲۰	۷/۶۰	۱/۹۹	-۰/۵۰	-۰/۵۲
کم اهمیت شماری	۷/۲۳	۲/۱۱	-۰/۸۷	۰/۱۴	۶/۷۹	۱/۷۵	-۰/۳۵	-۰/۴۷
راهبردهای انطباقی	۲۸/۹۲	۶/۹۴	-۰/۵۹	-۰/۰۵	۳۴/۹۰	۶/۰۳	-۰/۱۰	-۰/۳۱
خودسرزنشگری	۷/۶۰	۲/۱۲	-۰/۸۸	۰/۰۸	۴/۸۴	۱/۹۰	۰/۵۹	-۰/۶۰
نشخوارگری	۵/۷۸	۲/۲۳	-۰/۰۷	۰/۸۶	۶/۵۵	۱/۸۹	۰/۰۵	-۰/۴۲
فاجعه نمایی	۶/۰۳	۲/۱۰	-۰/۶۰	-۰/۶۲	۵/۰۲	۱/۹۱	۰/۸۷	۰/۳۷
دیگر سرزنشگری	۸/۴۰	۱/۷۰	-۰/۹۸	۲/۶۲	۳/۹۰	۱/۷۱	۰/۸۱	۰/۳۴
راهبردهای غیرانطباقی	۲۷/۸۱	۵/۴۸	-۰/۸۷	۰/۵۹	۲۰/۳۰	۴/۵۵	۰/۵۹	۰/۶۹

نتایج جدول ۱ نشان داد میانگین کل صمیمیت زناشویی در گروه سالم بیشتر از گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بود (۱۰۳/۰۲ در مقابل ۸۳/۸۹)، میانگین خودکارآمدی والدینی در گروه ســالم بیشــتر از گروه دارای کودک مبتلا به ســرطان بود (۴۸/۵۱ در مقابل ۳۵/۰۱)، میانگین راهبردهای انطباقی در گروه ســالم بیشــتر از گروه دارای کودک مبتلا به ســرطان بود (۳۴/۹۰ در مقابل ۲۸/۹۲) و میانگین راهبردهای غیرانطباقی در گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بیشتر از گروه سالم بود (۲۷/۸۱ در برابر با ۲۰/۳۰). بررسی مقادیر کجی و کشیدگی نشان داد تمامی مقادیر در محدوده ۲- تا ۲+ یا نزدیک به این محدوده بود و اختلاف زیادی مقادیر مورد قبول نداشت که نشان داد توزیع داده ها دارای انحراف شدیدی از توزیع نرمال نبود. همچنین مفروضه همگنی واریانس ها با آزمون لوین سنجیده شد

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

و نتایج بدست آمده نشان داد انحراف شدیدی از مفروضه همگنی واریانس ها مشاهده نشد (p>۰/۰۱). همچنین همگنی ماتریس ها واریانس کوواریانس با آزمون ام باکس بررسی شد و چون سطح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ بود این مفروضه برقرار بود (p>۰/۰۵). در جدول ۲ نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز به منظور بررسی مقایسه تاثیر گروه بر ترکیب خطی نمرات آمده است. با توجه به شدت ارتباط بین متغیرها که در حالت مطلوب باید در محدوده متوسط باشد، سه تحلیل واریانس جداگانه انجام شد که شامل یک تحلیل برای نمره کل متغیرها (صمیمیت زناشویی، خودکارآمدی وللدینی، راهبردهای انطباقی و راهبردهای غیرانطباقی)، یک تحلیل برای ابعاد راهبردهای انطباقی و یک تحلیل برای ابعاد راهبردهای غیرانطباقی بود.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

مدل	منبع تغییر	لامبدای ویلکز	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	مقدار p	مجذور اتا
چهار متغیر اصلی	گروه	۰/۴۱۳	۹/۰۹	۴	۲۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۷
ابعاد راهبرهای انطباقی	گروه	۰/۳۸۳	۸۹/۷۰	۵	۲۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۷
ابعاد راهبردهای غیرانطباقی	گروه	۰/۳۴۸	۱۳۳/۵۱	۴	۲۸۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۲

نتایج جدول ۲ نشان داد اثرچندمتغیره در تمامی مدل ها تایید شد (p<۰/۰۵). بر این اساس می توان نتیجه گرفت به طور کلی تفاوت معنی داری در میانگین متغیرهای اصلی و مولفه های آن ها بین دو گروه والدینی مشاهده شد (p<۰/۰۵). در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره (آنووا در متن مانووا) به منظور مقایسه میانگین صمیمیت زناشویی، خودکارآمدی والدینی، راهبردهای انطباقی و راهبردهای غیرانطباقی آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس به منظور مقایسه میانگین متغیرها در دو گروه والدین دارای کودک مبتلا به سرطان و گروه سالم

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
صمیمیت زناشویی	۲۷۰۰۲/۴۱	۱	۲۷۰۰۲/۴۱	۷۴/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۱۱
خودکارآمدی والدینی	۱۳۴۷۷/۹۱	۱	۱۳۴۷۷/۹۱	۱۲۳/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۷
پذیرش	۳۲۲/۷۵	۱	۳۲۲/۷۵	۸۹/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۱
تمرکز مجدد مثبت	۱۲۵/۷۵	۱	۱۲۵/۷۵	۲۸/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۹۳
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۱۱۴۹/۰۶	۱	۱۱۴۹/۰۶	۳۳۴/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
ارزیابی مجدد مثبت	۱۷۵/۷۱	۱	۱۷۵/۷۱	۳۴/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۰
کم اهمیت شماری	۱۲/۶۹	۱	۱۲/۶۹	۳/۳۵	۰/۰۶۸	۰/۰۱۲
راهبردهای انطباقی	۲۴۵۷/۸۱	۱	۲۴۵۷/۸۱	۵۸/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۷۴
خودسرزنشگری	۵۵۸/۴۷	۱	۵۵۸/۴	۱۳۷/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۳
نشخوارگری	۴۳/۰۱	۱	۴۳/۰۱	۹/۹۸	۰/۰۰۲	۰/۰۳۴
فاجعه نمایی	۷۳/۵۵	۱	۷۳/۵۵	۱۸/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۰۵۹
دیگر سرزنشگری	۱۴۶۲/۵۹	۱	۱۴۶۲/۵۹	۵۰۱/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
راهبردهای غیرانطباقی	۴۲۰۵/۴۰	۱	۴۲۰۵/۴۰	۱۷۲/۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس در جدول ۳ نشان داد که تفاوت معنی داری در میانگین تمامی متغیرها (به غیر از کم اهمیت شماری) در دو گروه مشاهده شد. بررسی نتایج نشان داد که میانگین صمیمیت زناشویی، خودکارآمدی والدینی و نمره کل راهبردهای انطباقی در گروه سالم بیشتر از گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بود (p<۰/۰۵) و میانگین کل راهبردهای غیرانطباقی در گروه دارای کودک مبتلا

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

به سرطان بیشتر از گروه سالم بود (p<۰/۰۵). بررسی میانگین راهبردهای تنظیم هیجان نشان داد که در چهار راهبرد پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و نشخوارگری میانگین گروه سالم بیشتر از گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بود و در چهار مولفه تمرکز مجدد مثبت، خودسرزنشگری، فاجعه سازی و دیگر سرزنشگری میانگین گروه دارای کودک مبتلا به سرطان به طور معنی داری بیشتر از گروه سالم بود (p<۰/۰۵). مقادیر مجذور جزئی اتا نشان داد که بیشترین تفاوت در متغیرهای دیگرسرزنشگری با ۰/۶۳۵، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی با ۰/۵۴۳ و راهبردهای غیرانطباقی با اندازه اثر ۰/۳۸۱ بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر با هدف مقایسه والدین کودک مبتلا به سرطان و سالم از لحاظ صمیمیت‌زناشویی، خودکارآمدی‌والدینی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان انجام شد. که بررسی نتایج نشان داد که میانگین صمیمیت زناشویی، خودکارآمدی والدینی و نمره کل راهبردهای انطباقی در گروه سالم بیشتر از گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بود و میانگین کل راهبردهای غیرانطباقی در گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بیشتر از گروه سالم بود که در ارتباط با مقایسه صمیمیت زوجین دارای کودک مبتلا به سرطان نسبت به کودکان سالم نتایج همسو با نتایج گوفارب و تردل[1] (۲۰۱۹)؛ لئو و همکاران (۲۰۲۲) می‌باشد که نشان دادند کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی پایین‌تر از والدین کودک سالم است. همچنین هاسی و همکاران (۲۰۲۲) نیز بیان داشتند والدین فرزندان مبتلا به سرطان، به علت حمایت اولیه بسیاری که به فرزندان خود ارائه می‌دهند، اغلب سطوح بالایی از پریشانی را تجربه می‌کنند که بر ارتباطات والدین و کیفیت زندگی زناشویی آنان تأثیر می‌گذارد. همچنین مطالعات اسدی و همکاران (۱۴۰۱)؛ رئیسی‌پور و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان داد والدین کودکان بیمار، رضایت زوجین پایین‌تری نسبت به والدین کودکان سالم دارند که در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت استرس مداوم در والدین کودکان سرطانی باعث واکنش‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی می‌شود و این امر می‌تواند در دراز مدت سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار را جایگزین سبک‌های مسئله‌مدار نمایند (لئو و همکاران، ۲۰۲۲). در نتیجه چنین روندی به بروز مشکلات ارتباطی و تعاملات منفی میان والدین و کاهش رضایت‌مندی زوجین می‌گردد. تمامی موارد یاد شده چرخه منفی ایجاد خواهد نمود که بر مشکلات کودک افزوده و استرس درون خانواده را بیشتر و روابط زوجین را تحت تاثیر قرار می‌دهد والدینی که دارای یک کودک مبتلا به سرطان هستند به دلیل شرایط پیچیده و غیرقابل پیش‌بینی فرزند خود، استرس و اضطراب و افسردگی بیشتری تجربه می‌کنند و این تجربه پریشانی روانشناختی می‌تواند در بسیاری از مهارت‌ها و توانمندی‌های آن‌ها ازجمله حل مسئله، قدرت تصمیم‌گیری درست و منطقی، مقابله موثر با مسائل و مشکلات زندگی، برقراری ارتباط موثر با دیگران و مدیریت استرس و اضطراب تداخل ایجاد کند (رئیسی‌پور و همکاران، ۱۴۰۰). چنین فرایندی با مختل ساختن مهارت‌ها و مقابله آن‌ها در جریان طبیعی زندگی یا شرایط استرس‌زا می‌تواند زمینه‌ساز تشدید پریشانی روانشناختی و تضعیف روابط صمیمی در آن‌ها شود.

در ارتباط مقایسه خودکارآمدی والدین کودکان مبتلا به سرطان و سالم نتایج نشان داد خودکارآمدی والدینی در والدین دارای کودک سرطانی پایین‌تر از والدین کودکان سالم است و نتایج همسو با نتایج کیسنا و همکاران (۲۰۱۶)؛ پاریاب و همکاران (۱۴۰۱)؛ اکتاویانی و آلینیدیکامیا (۲۰۲۰)؛ محدصالحی و همکاران (۲۰۲۲)؛ رئیسی‌پور و همکاران (۱۴۰۰) می‌باشد که نشان دادند والدین دارای کودکان سرطانی خودکارآمدی کمتری دارند. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت: عوامل زیادی ازجمله محیط بین فردی، پیچیدگی وظایف و استرس می‌تواند بر خودکارآمدی تاثیرگذار باشد در نتیجه خانواده کودکان مبتلا به سرطان نسبت به خانواده کودکان سالم، مشکلات متعددی نظیر کاهش اعتمادبه‌نفس، فرسودگی و به‌دنبال آن به خاطر شرایط استرس‌زای بیماری فرزندشان علائم روان شناختی منفی را نشان می‌دهند که این عوامل باعث کاهش خودکارآمدی در والدین کودکان بیمار می‌شود (پاریاب و همکاران، ۱۴۰۱). یکی از جنبه‌های اساسی خوکارآمدی شخص این باور است که فرد از راه اعمال کنترل می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد به‌ویژه در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا، داشتن احساس کنترل بر شرایط، عاملی مهم در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون است. به طورکلی به دلیل اینکه والدین کودکان سرطانی مسیر زندگی فرزندشان تغییر می‌کند و مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می‌شود، بعلاوه بستری شدن‌های طولانی فرزنداشان، مراجعات مکرر به پزشک، درمان‌های مختلف، عوارض آنها باعث عدم کنترل

1. Goldfarb & Trudel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

همه جوانب زندگی می‌شود، در نتیجه این والدین نسبت به والدین کودکان سالم از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردار خواهند بود (محدصالحی و همکاران، ۲۰۲۲).

اما در مقایسه تنظیم‌هیجان والدین کودکان مبتلا به سرطان و کودکان سالم نتایج همسو با نتایج آشنا و همکاران (۱۴۰۰)؛ رینسین و همکاران (۲۰۲۲)؛ بیلاو و همکاران (۲۰۲۱) است در همین راستا رینسین و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود نشان داد والدین این کودکان پریشانی بالاتری نسبت به والدین کودکان سالم تحمل می‌کنند. بیلاو و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند والدین کودکان دارای بیماری‌های مزمن ناتوانی عاطفی هیجانی بالاتری نسبت به والدین دیگر دارند، زیرا این زوجین به هنگام مواجهه با مشکلات و شرایط دشوار زندگی، بیشتر در معرض افکار ناکارآمد و منفی قرار می‌گیرند، به‌راحتی انرژی خود را از دست می‌دهند، دچار فرسودگی می‌شوند، ضعف و ناامیدی بیشتری تجربه می‌کنند و بیشتر از راهبردهای غیرانطباقی استفاده می‌کنند. که در تبیین نتایج فوق باید گفت: پژوهش‌ها نشان داده است که داشتن یک کودک مبتلا به سرطان می‌تواند به بی‌ثباتی عاطفی هیجانی ایجاد اختلال در تنظیم هیجانی، عدم اطمینان و تنش در میان اعضای خانواده به ویژه والدین منجر شود. آن‌ها علاوه بر واکنش عاطفی و هیجانی فرزندشان نسبت به بیماری، واکنش اختصاصی خود را نیز دارند، در همان زمان، والدین باید از دیگر اعضای خانواده نیز مراقبت کنند.در نتیجه به این بار و فشار عاطفی هیجانی، بار مراقبتی کودک بیمار و دیگر اعضای خانواده نیز افزوده می‌شود.

از مجموع این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که والدین کودک مبتلا به سرطان و سالم از لحاظ صمیمیت‌زناشویی، خودکارآمدی‌والدینی و راهبردهای‌تنظیم‌شناختی‌هیجان با هم تفاوت دارند و صمیمیت زناشویی، خودکارآمدی والدینی و راهبردهای انطباقی هیجان در گروه کودکان سالم بیشتر از گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بود و برعکس، در گروه دارای کودک مبتلا به سرطان بیشتر از گروه سالم از راهبردهای غیرانطباقی استفاده می‌شود.

حجم نمونه کم و محدود بودن پژوهش به شهر تهران از محدودیت‌های اصلی این مطالعه است. همچنین عدم کنترل عوامل مخدوش کننده مثل وضعیت اقتصادی زوجین و تفاوت‌های قومی و سلامت روان خود والدین از دیگر محدویت‌های این مطالعه است. بر این اساس به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به این محدودیت‌ها و پوشش آن‌ها در مطالعات خود توجه داشته باشند. در زمینه کاربردی به مسئولین پیشنهاد می‌شود که در حین درمان کودکان سرطانی، شرایط آموزش در بیمارستان‌ها و یا مکانی برای برگزاری کارگاه برای والدین این کودکان مهیا گردد تا به آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، بالا رفتن خودکارآمدی و همچنین صمیمیت بین زوجین در مواجهه با رخدادهای منفی که بخش اجتناب‌ناپذیر زندگی اجتماعی می‌باشد انجام گردد.

منابع

ابراهیمی، م.، قدرتی، س. و وطن خواه کورنده، ح. ر. (۱۴۰۱). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و خودپنداره کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*.۲۹(۱)، ۱۲-۱. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1477.htm

اسدی، ر.، افروز، غ. و ارجمندنیا، ع. ا. (۱۴۰۱). ارزیابی میزان رضایتمندی زوجیت در حوزه‌های ده گانه زندگی مشترک والدین کودکان خودمانده و عادی. *مجله علوم روانشناختی، ۲۱* (۱۱۴)، ۱۰۷۸-۱۰۶۳. http://psychologicalscience.ir/article-1-1553-fa.html

آشنامحمد، ص.، بشارت، م. ع.، ملیحی‌الذاکرینی، س. و رافضی، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی یکپارچه بر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان مادران کودکان مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی‌پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۴)، ۱۴۰۲-۱۳۸۳. http://psychologicalscience.ir/article-1-1104-fa.html

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان: روش اجرا و نمره‌گذاری. روان‌شناسی تحولی: *روان‌شناسی ایرانی، ۱۳* (۵۰)، ۲۲۳- ۲۲۱. https://sid.ir/paper/521009/fa

پاریاب، س.، حجتی، ح. و حکمتی‌پور، ن. (۱۴۰۱). بررسی تأثیر تئوری رفتاری جانسون بر خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به سرطان. *مجله علمی پژوهان*، ۲۰ (۲)، ۹۴-۸۷. http://psj.umsha.ac.ir/article-1-766-fa.html

خالدیان، ن.، صلواتی، ش.، شیخ‌ذکریایی، ن. و امینی، ی. (۱۴۰۱).بررسی رفتارهای‌تطابقی و همبستگی آن باکیفیت‌زندگی و خودکارآمدی در مادران دارای کودک مبتلابه سرطان مراجعه‌کننده به بخش انکولوژی بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال ۱۴۰۰. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*، ۷ (۴)، ۷۶-۶۴. http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-460-fa.html

رجبی، س.، نظرپور، م. و تابناک، ف. (۱۳۹۷). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و کارکردهای اجرایی در دختران دچار نشانگان شکست در عشق و دختران عادی. *مجله علمی رویش روان شناسی، ۷(۶)*، ۲۲۲-۱۸۳. http://frooyesh.ir/article-۱-۵۶۷-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

رئیسی‌پور، ز.، شفیع‌آبادی، ع. و یونسی بروجنی، ج. (۱۴۰۰). پیش‌بینی کیفیت روابط زوجین بر اساس ترس والدین کودکان مبتلا به سرطان: نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۲)، ۲۳۴-۲۴۹. doi: 22034/10/aftj.297125/2021 .1148

طالعی، ع.، طهماسیان، ک ؛ وفایی، ن. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر خوداثرمندی والدینی مادران. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۷(۲۷)، ۳۱۱-۳۲۳. https://sid.ir/paper/122456/fa

عابدی اندانی، ز. و حاجی حیدری، م. (۱۴۰۲). رابطه‌ی تفاوت‌های شخصیتی و صمیمیت زناشویی با نقش میانجی سواد عاطفی در زوجین شهرستان خمینی شهر. رویش روان شناسی، ۱۲ (۸)،۱۶۱-۱۷۰. http://frooyesh.ir/article-۱-۴۵۰۶-fa.html

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Y.H. freeman and company.

Belov, O., Loiko, Y., Mazaikina, I., & Pototska, I. (2021). Features of Psychopathological Reaction in Parents WHOSE Children Suffer From Chronic Musculoskeletal Disorders. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*, *74*(9 cz 1), 2147–2151.

Breaux, R., Eadeh, H. M., Swanson, C. S., & McQuade, J. D. (2022). Adolescent Emotionality and Emotion Regulation in the Context of Parent Emotion Socialization Among Adolescents with Neurodevelopmental Disorders: A Call to Action with Pilot Data. *Research on child and adolescent psychopathology*, *50*(1), 77–88. https://doi.org/1007/10/s10802-021-00833-w.

Cessna, J. M., Pidala, J., & Jacobsen, P. B. (2016). Relationships between parenting self-efficacy and distress in parents who have school-aged children and have been treated with hematopoietic stem cell transplant or have no cancer history. *Psycho-oncology*, *25*(3), 339–346. https://doi.org/1002/10/pon.3848.

Dumka, LE., Steorzinger, HD., Jackson, KM., & Roosa, MW. (1996). Examination of the cross-cultural and cross language equivalence of the parenting self-agency measure. *Fam Relat*, *45*(2), 216-22.

Fang, Y., van Grieken, A., Fierloos, I. N., Windhorst, D. A., Jonkman, H., Hosman, C. M. H., Crone, M. R., Jansen, W., & Raat, H. (2022). Parental, child and socio-contextual factors associated with parenting self-efficacy among parents of children aged 0-7 years old: the CIKEO study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *57*(3), 623–632. https://doi.org/1007/10/s00127-021-02161-2.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669. **https://doi.org/1016/10/j.paid.12/2005.009**.

Goldfarb, M R., & Trudel, G., (2019). Marital quality and depression: a review. *Marriage & Family Review*, 55(8), 737 - 763. Doi: 1080/10/2019/01494929.1610136.

Haase, J E., Stegenga, K; Robb, SL; Hooke, MC; Burns, DS; Monahan, PO; Stump, TE; Henley, AK; Haut, PR; Cherven, B….. Moore M. (2022). Randomized Clinical Trial of a Self-care and Communication Intervention for Parents of Adolescent/Young Adults Undergoing High-Risk Cancer Treatment: A Report From the Children's Oncology Group. *Cancer Nursing*, 01;45(4):316-331. https://doi.org/1097/10/ncc.0000000000001038.

Lam, W., Li, S. F., Yi, Y. Z., Ho, K. Y., Lam, K. K. W., Leung, D. Y. P., Chan, K. Y. Y., Ho, J. M. C., Chan, S. C. W., Wang, H. X., Zhou, L., Yin, Y., & Wong, F. K. Y. (2022). Symptom Burden of Children with Cancer and Parental Quality of Life: The Mediating Role of Parental Stress. *International journal of environmental research and public health*, *19*(16), 9840. https://doi.org/3390/10/ijerph19169840.

Luo, Y. H., Li, W. H. C., Cheung, A. T., Ho, L. L. K., Xia, W., He, X. L., Zhang, J. P., & Chung, J. O. K. (2022). Relationships between resilience and quality of life in parents of children with cancer. *Journal of health psychology*, *27*(5), 1048–1056. https://doi.org/1177/10/1359105321990806.

Mogensen, N., Saaranen, E., Olsson, E., Klug Albertsen, B., Lähteenmäki, P. M., Kreicbergs, U., Heyman, M., & Harila-Saari, A. (2022). Quality of life in mothers and fathers of children treated for acute lymphoblastic leukaemia in Sweden, Finland and Denmark. *British journal of haematology*, *198*(6), 1032–1040. https://doi.org/1111/10/bjh.18350.

Mohammadsalehi, N., Asgarian, A., Ghasemi, M., & Mohammadbeigi, A. (2022). Cancer resilience in parents of children with cancer; the role of general health and self-efficacy on resiliency. *Journal of cancer research and therapeutics*, *18*(4), 1119–1123. https://doi.org/4103/10/jcrt.JCRT_464_19

Oktaviani, I., & Allenidekania, A. (2020). Correlation between parents' self-efficacy and quality of life of children with cancer aged 8-12 years. *Pediatric reports*, *12*(Suppl 1), 8703. https://doi.org/4081/10/pr.8703/2020.

Rensen, N., Steur, L., Grootenhuis, M., Twisk, J., van Eijkelenburg, N., van der Sluis, I., Dors, N., van den Bos, C., Tissing, W., Kaspers, G., & van Litsenburg, R. (2022). Parental Sleep, Distress, and Quality of Life in Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: A Longitudinal Report from Diagnosis up to Three Years Later. *Cancers*, *14*(11), 2779. https://doi.org/3390/10/cancers14112779.

Schiltz, H. K., & Van Hecke, A. V. (2021). Applying the Vulnerability Stress Adaptation Model of Marriage to couples raising an autistic child: A call for research on adaptive processes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *24*(1), 120–140. https://doi.org/1007/10/s10567-020-00332-2

Spille, JL., Mueller, SM., Martin, S., & Grunwald, M. (2022). Cognitive and emotional regulation processes of spontaneous facial self-touch are activated in the first milliseconds of touch: Replication of previous EEG findings and further insights. *Cognitive, Afective, & Behavioral Neuroscience*, 22:984–1000. https://doi.org/3758/10/s13415-022-00983-4.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]

Tatsiopoulou, P., Holeva, V., Nikopoulou, V. A., Parlapani, E., & Diakogiannis, I. (2022). Children's anxiety and parenting self-efficacy during the COVID-19-related home confinement. *Child: care, health and development*, *48*(6), 1103–1111. https://doi.org/1111/10/cch.13041.

Walker, AJ., Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and Family*, 45, 841-849. https://doi.org/2307/10/351796.

World Health Organization. (2021). CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer: increasing access, advancing quality, saving lives.

Wuensch, A., Kirbach, A., Meyerding, L., Bengel, J. Ü. R., & Pietsch, S. (2022). Interventions for children of parents with cancer: an overview. *Current opinion in oncology*, *34*(4), 294–303. https://doi.org/1097/10/CCO.0000000000000841

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-16]