

نقش واسطه‌ای خودتنظیمی هیجانی در رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی والدگری والدین دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوری

نرگس حبیبی*

نیلوفر میکائیلی**

ابوالفضل حاتمی ورزنه***

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی والدگری از طریق نقش واسطه‌ای خودتنظیمی هیجانی در والدین دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوری بود. جامعه آماری شامل ۱۹۵ والد (۱۳۰ مادر و ۶۵ پدر)، مراجعه‌کننده به مرکز حمایت از بیماران متابولیک استان زنجان در سال ۱۴۰۰ بود. تعداد ۱۵۷ نفر (۱۱۳ مادر و ۴۴ پدر) از والدین به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS)؛ پرسشنامه راهبردهای خودتنظیمی هیجانی (ESRSQ) و پرسشنامه خودکارآمدی والدگری (PSAM) استفاده شد. تحلیل داده‌ها از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری با حداقل مربعات جزئی و با استفاده از نرم افزار Smart PLS- 3.3 انجام شد. با توجه به نتایج بوت استرپ، اثرات مستقیم حمایت ادراک‌شده از دوستان بر خودتنظیمی هیجانی ($\beta=0/24$ ، $P=0/011$) و خودتنظیمی هیجانی بر خودکارآمدی والدگری ($\beta=0/35$ ، $P=0/001$) معنی‌دار و مثبت بود. اثرات غیرمستقیم حمایت ادراک‌شده از دوستان ($\beta=0/083$ ، $P=0/019$)، از طریق خودتنظیمی هیجانی بر خودکارآمدی والدگری معنی‌دار و مثبت بود. این یافته‌ها شواهد جدیدی را ارائه می‌کنند که نشان می‌دهد راهبردهای خودتنظیمی هیجانی ممکن است هدفی برای مداخلات روان‌شناختی باشد که برای افزایش خودکارآمدی والدین دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوری تلاش می‌کنند. همچنین، پیامدهایی برای اقدامات مراقبت‌های بهداشتی و مداخلات حمایتی-درمانی بیماران فنیل‌کتونوری دارد؛ زیرا بر اهمیت کمک به والدین برای مواجهه با مشکلات ناشی از این بیماری در خانواده‌ها تأکید می‌کند.

واژه‌های کلیدی:

حمایت اجتماعی، خودتنظیمی هیجانی، خودکارآمدی، فنیل‌کتونوری، والدین.

* دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

** نویسنده مسئول: استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Email: Nmikaeili@uma.ac.ir

*** استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه حضرت معصومه، قم، ایران.

مقدمه

ویژه با والدین و افراد مهم است. دل‌بستگی‌های ایمن (یعنی کسانی که حمایت اجتماعی مثبت دارند، به ویژه از طرف والدین) این مهارت‌های مقابله‌ای سالم را در روابط خود با دیگران یاد می‌گیرند، که به نوبه خود باعث کاهش احساسات منفی، احساسات مثبت بیشتر و رضایت بهتر از زندگی می‌شود (ست، سیمسک و آلتینوک، ۲۰۱۶).

خودتنظیمی هیجانی^۷ مجموع تلاش‌ها و روش‌هایی است که فرد در هنگام مواجهه با یک موقعیت منفی، برای تعدیل و تنظیم حالات عاطفی - هیجانی خود یعنی افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی، به کار می‌گیرد (لی، وو و واگ،^۸ ۲۰۱۹). همچنین، خودتنظیمی هیجانی، نوعی مدیریت خود برای تغییر دادن پاسخ‌های خواسته یا ناخواسته در جهت رسیدن به اهداف آگاهانه است. راهبردهایی که افراد برای تنظیم هیجان‌های خود از آن‌ها استفاده می‌کنند که موجب ارتقای ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی می‌شود و از این طریق، سطح کیفیت زندگی و کارایی روابط بین‌فردی را بهبود می‌بخشد (لیو و ژاو،^۹ ۲۰۲۲). هرگاه تنظیم هیجان فرآیند سه مرحله‌ای شامل تشخیص، تصمیم‌گیری در مورد نحوه تنظیم و تصویب یک راهبرد برای تنظیم هیجان را طی نماید، افراد از طریق این فرآیندها و راهبردها، قادر خواهند بود تا برانگیختگی هیجانی و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند، احساسات دیگران را درک نمایند و به طرز اثربخشی با آن برخورد کنند که این توانایی مواجهه موفقیت‌آمیز و به تبع آن احساس خودکارآمدی در شرایط دشوار زندگی را سبب می‌شود (توفیقی، آقایی و گل‌پرور، ۱۳۹۹).

باورهای خودکارآمدی^{۱۰}، کنش‌های آدمی را به وسیله فرآیندهای شناختی، انگیزشی، هیجانی و تصمیم‌گیری تنظیم می‌نماید. آن‌ها بر اینکه افراد چگونه فکر می‌کنند، در رویارویی با مشکلات برانگیخته می‌شوند و پشتکار نشان می‌دهند، کیفیت سلامت هیجانی و آسیب‌پذیری‌شان در مقابل افسردگی و تنیدگی چگونه است و چطور در یک موقعیت حساس، بهترین تصمیم را می‌گیرند، عمل می‌کنند (بندورا و لاک،^{۱۱} ۲۰۰۳؛ مغربی‌سینکی، حسن‌زاده، خادمی و ارجمندنی، ۱۳۹۴). خودکارآمدی والدینی، یک ساختار شناختی مهم در ارتباط با عملکرد والدین است و به ارزیابی والدین نسبت به توانایی‌شان در ایفای نقش خود به‌عنوان

فیل کتونوری^۱ (PKU) یکی از شایع‌ترین اختلالات مادرزادی متابولیکی است که به علت تجمع اسید آمینه فیل‌آلانیل در مایعات بدن و سیستم عصبی بروز می‌کند. درمان شامل پیروی دقیق از یک برنامه غذایی کنترل‌شده و محدود با پروتئین پایین برای حفظ سطح فیل‌آلانیل خون در محدوده تعیین‌شده به جهت جلوگیری از بروز مشکلات نورولوژیکی ناشی از بیماری از جمله ناهنجاری‌های مغزی، کم‌توانی ذهنی، صرع و مشکلات رفتاری می‌باشد (اعتماد^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). نظارت مداوم بر میزان پروتئین مصرفی در روز، آزمایشات مکرر سنجش سطح فیل‌آلانیل خون، عدم دسترسی به محصولات غذایی فاقد پروتئین، ناتوانی‌های شناختی و یادگیری بیمار و مشکلات اقتصادی در مجموع درمان را پیچیده و نیازمند صرف وقت و انرژی بسیاری از طرف بیمار و خانواده آنان می‌نماید. در اثرگذاری شرایط و کنترل بیماری مزمن کودک بر سلامت جسمی و روانی والدین عوامل مختلفی از جمله راهبردهای کنار آمدن والدین، استرس خانواده، حمایت اجتماعی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اثرگذار می‌باشد (فیدیکا، سیلوسکی و گلدبک،^۳ ۲۰۱۳).

حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۴ به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است. مفهوم حمایت اجتماعی ادراک‌شده به حمایت، از دیدگاه ارزیابی شناختی فرد از روابط اشاره دارد. نظریه‌پردازان این حوزه بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود؛ مگر اینکه فرد آن‌ها را به‌عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهای ارزیابی کند (هاریسون، مولد و جونز،^۵ ۲۰۲۰). فیدیکا، سیلوسکی و گلدبک (۲۰۱۳) خاطرنشان ساختند، حمایت اجتماعی به‌عنوان عامل محافظتی در برابر استرس ادراک‌شده ناشی از کنترل رژیم درمانی کودک مبتلا به PKU می‌باشد.

تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده مثبت از خانواده، افراد مهم و دوستان بر خودتنظیمی هیجانی و بهزیستی روانی را می‌توان از طریق نظریه دل‌بستگی درک کرد. نظریه‌پردازان دل‌بستگی استدلال می‌کنند که توانایی‌های خودتنظیمی هیجانی، همچون افزایش خلق مثبت، شفقت به خود، کاهش خلق منفی و تغییر عاطفه، ناشی از روابط اجتماعی مثبت، به

7. Emotional Self-Regulation

8. Li, Li, Wu & Wang

9. Liew & Zhou

10. Self-Efficacy

11. Bandura & Locke

1. Phenylketonuria

2. Etemad

3. Fidika, Salewski & Goldbeck

4. Perceived Social Support

5. Harrison, Moulds & Jones

6. Set, Şimşek & Altınok

مانده است. به طور بالقوه، حمایت اجتماعی ممکن است دیدگاهی متعادل‌تر، خوداثربخش و مثبت‌تر را تشویق کند، که ممکن است بهزیستی روانی بهتر را تسهیل کند (ویلسون، ویز و شوک^۷، ۲۰۲۰). از طرفی حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان «احساس پذیرش» (اعتقاد به اینکه دیگران ما را همان‌طور که هستیم می‌پذیرند) باعث رشد احساس کنترل شخصی و خودکارآمدی می‌شود (چان و همکاران، ۲۰۲۰). اکثر مطالعات قبلی ارتباط بین نمره کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودتنظیمی هیجانی را نشان دادند ولی در این مطالعه حمایت ادراک‌شده از سه منبع (خانواده، دوستان و افراد تأثیرگذار دیگر) به طور مجزا مورد بررسی قرار گرفت. ادبیات پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده با خودتنظیمی هیجانی مرتبط است (دم ریحانی، بهزادی‌پور و طهماسی، ۱۳۹۶) و خودتنظیمی هیجانی با خودکارآمدی والدگری مرتبط است (کوه، فاروگیا و بک^۸، ۲۰۲۲؛ قنصولی و غنی‌زاده^۹، ۲۰۱۳). با این حال، طبق بررسی‌های انجام شده، هیچ مطالعه‌ای برای بررسی نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جانب خانواده، دوستان و افراد تأثیرگذار دیگر و خودکارآمدی والدگری در والدین کودکان PKU یافت نشد. بنابراین، پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی والدگری با نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در والدین دارای فرزند مبتلا به PKU می‌پردازد. به طور خاص، این مطالعه به دنبال بررسی فرضیه‌های تحقیقاتی زیر است: (۱) حمایت اجتماعی ادراک‌شده مسیر مستقیمی به خودتنظیمی هیجانی دارد. (۲) خودتنظیمی هیجانی مسیر مستقیمی به خودکارآمدی والدگری دارد. (۳) حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طریق خودتنظیمی هیجانی مسیری غیرمستقیم به خودکارآمدی والدگری دارد.

روش

این پژوهش در زمره طرح‌های توصیفی از نوع همبستگی با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری^{۱۰} (SEM) است. جامعه آماری این مطالعه شامل ۱۹۵ والد (۱۳۰ مادر و ۶۵ پدر)، دارای فرزند مبتلا به PKU (بر اساس پرونده تشخیص پزشکی)، دریافت‌کننده محصولات رژیمی (فاقد فنیل‌الانین) و تحت پوشش مرکز حمایت از بیماران متابولیک استان زنجان، در سال ۱۴۰۰ بود. به دلیل نادر بودن بیماری PKU و تعداد کم موارد تشخیصی، تعداد

مادر یا پدر گفته می‌شود (چان^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). داشتن فرزند مبتلا به PKU یکی از مشکلات یا موقعیت‌های دشواری است که می‌تواند با ایجاد هیجان منفی بالا، تحمل پریشانی افراد و خودکارآمدی والدگری را دچار مشکل کند. این مشکلات باعث می‌شود تا والدین به ویژه مادران، در انتظارات و ادراک خود از اینکه تا چه حد می‌توانند به‌عنوان یک والد به‌گونه‌ای شایسته و مؤثر عمل کنند و همچنین، تا چه اندازه قادرند تأثیر مثبت بر رفتار، رشد و سازگاری فرزندشان بگذارند، احساس خودکارآمدی پایینی داشته باشند (اعتماد و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به اینکه والدین دارای کودک مبتلا به PKU به دلیل ماهیت این اختلال دارای شرایط سختی هستند و نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که بالاترین میزان تأثیر بیماری مربوط به تأثیر عاطفی ناشی از تشخیص بیماری PKU، هیجان‌ات منفی تجربه شده بالاخص نگرانی از عدم توانایی خود برای مدیریت رژیم درمانی و کنترل سطح فنیل‌الانین خون کودک است (اعتماد و همکاران، ۲۰۲۰؛ سجودی، ۱۳۹۶؛ شاجی توماس، محد ولی شکمان، ساراسواتی و آرولاپان^۲، ۲۰۱۸؛ کارپنتر^۳ و همکاران، ۲۰۱۸؛ اونیو^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ فیدیکا، سیلوسکی و گلدبک، ۲۰۱۳). بنابراین، شناسایی عواملی که می‌تواند خودکارآمدی والدگری این والدین را پیش‌بینی کند، ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه روابط بین مدل‌های دلبستگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در تنظیم هیجان نشان‌دهنده درهم‌تنیدگی بسیار نزدیک و مداوم بین سیستم‌های تنظیم هیجان بین‌فردی و درون‌فردی است (دارک فرویدمن، پاند، پاسکال و گرسکوویچ^۵، ۲۰۲۰). علاوه بر این، یافته‌های ما بر اساس مفاهیم چارچوب‌های نظری مختلف، اهمیت هر دو جنبه درون‌فردی (ست، سیمسک و آلتینوک، ۲۰۱۶) و بین‌فردی (ساقی هسن، آرمسترانگ، میچل، باسکوین و لوزن^۱، ۲۰۲۰) تنظیم هیجان را نشان می‌دهد. در این مطالعه سعی شده است بر هر دو جنبه بین‌فردی و درون‌فردی تنظیم هیجان تأکید شود. از طرفی حمایت اجتماعی ادراک‌شده به طور مداوم به‌زیستی روان‌شناختی بهتر مرتبط بوده است (دم ریحانی، بهزادی‌پور و طهماسی، ۱۳۹۶)، اما مسیر (هایی) که از طریق آن حمایت اجتماعی پیامدهای روان‌شناختی مثبت (مانند خودکارآمدی) را افزایش می‌دهد و پیامدهای روانی منفی (مانند هیجان‌ات منفی اضطراب و استرس) را کاهش می‌دهد، ناشناخته باقی

6 Sagui-Henson, Armstrong, Mitchell, Basquin & Levens
7. Wilson, Weiss & Shook
8. Koh, Farruggia & Back
9. Ghonsooly & Ghanizadeh
10. Structural Equation Modeling

1. Chan
2. Shaji Thomas, Mohd Wali Shakman, Saraswathy & Arulappan
3. Carpenter
4. Ionio
5. Dark-Freudeman, Pond, Paschall & Greskovich

۳. پرسشنامه خودکارآمدی والدگری^۶ (PSAM):

این پرسشنامه توسط دومکا، استورزینگر، جکسون و روزا^۷ در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی سطوح کلی خودکارآمدی والدگری ساخته شده است و شامل ۱۰ سؤال می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۵ عبارت مثبت و ۵ عبارت منفی است که حس کلی والدین از اطمینان را در نقش والدینی می‌سنجد. سؤالات به طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (یک= به ندرت تا هفت= همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. دومکا و همکاران (۱۹۹۶) همخوانی درونی این پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش کردند. در پژوهش جمالی‌نژاد (۱۳۹۱) روایی پرسشنامه ۰/۷۶ گزارش شد. همچنین، پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ محاسبه شده است.

شیوه اجرای پژوهش

به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، ابتدا با اخذ مجوزهای لازم و با هماهنگی مدیریت مرکز حمایت از بیماران متابولیک استان زنجان، به این مرکز مراجعه و پرونده‌های بیماران مبتلا به PKU مورد بررسی قرار گرفت. از والدینی که دارای فرزند مبتلا به PKU بودند درخواست شد که با تکمیل پرسشنامه به صورت الکترونیکی در اجرای پژوهش مشارکت کنند. پرسشنامه‌های پژوهش حاضر به همراه رضایت آگاهانه همزمان با مراجعه حضوری والدین برای دریافت محصولات رژیمی بیماران PKU به مرکز حمایت از بیماران متابولیک، به صورت الکترونیکی برای افراد ارسال شد و در همان محل توسط این والدین تکمیل گردید و پاسخ‌ها به صورت جداگانه توسط هرکدام از والدین برای پژوهشگران ارسال شد. راهنمایی و پاسخگویی به سؤالات در صورت نیاز و بروز مشکل در تکمیل پرسشنامه-ها، ارائه شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت والدین برای شرکت در پژوهش کسب شد. همچنین، به ایشان اطمینان داده شد که، اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و نیازی به درج نام نیست. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-V25 و Smart PLS-3.3^۸ انجام شد. انتخاب Smart PLS در این مطالعه بر اساس دلایل زیر است: (۱) حجم نمونه (۱۵۷ نفر)، و با پیروی از رینارتز، هانلین و هانسلا^۹ (۲۰۰۹) " PLS باید روش انتخابی برای همه موقعیت‌هایی باشد که در آن تعداد مشاهدات کمتر از ۲۵۰ است؛" (۲) اگر محقق نیاز به استفاده از نمرات متغیرهای مکنون در تحلیل‌های بعدی به منظور ارتباط پیش‌بینی‌کننده داشته باشد، PLS بهترین گزینه است.

نمونه متناسب با این جامعه آماری انتخاب شد. با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۱۵۷ والد (۱۱۳ مادر و ۴۴ پدر) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند مبتلا به PKU و دریافت‌کننده خدمات حمایتی و محصولات رژیمی از مرکز حمایت از بیماران متابولیک، تحصیلات بیشتر از سیکل والدین و همچنین، شرکت‌کنندگان در پژوهش می‌بایست والد بیولوژیکی کودک مبتلا به PKU می‌بودند. ملاک‌های خروج نیز تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شخصی به غیر از والدین و عدم تمایل و همکاری والدین جهت شرکت در پژوهش بود.

ابزار سنجش

۱. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۱ (MSPSS):

این پرسشنامه توسط زیمت، دهلم، زیمت و فارلی^۲ در سال (۱۹۸۸) برای ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده توسط خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی یک فرد تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۲ گویه است که در مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت با نمرات از «به شدت مخالفم» (۱) تا «به شدت موافقم» (۷) رتبه‌بندی شده است. بروئر، امسلی، کید، لوچنر و سیدات^۳ (۲۰۰۸) پایایی درونی ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ تا ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس‌های ابزار و ۰/۸۶ برای ابزار گزارش کردند. سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸)، ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ ذکر نموده‌اند.

۲. پرسشنامه راهبردهای خودتنظیمی هیجانی^۴ (ESRSQ):

سؤالات این پرسشنامه از کتاب راهنمای جامع خودتنظیمی تألیف لارسن و پیزمایک^۵ (۲۰۰۴) گرفته شده است. این پرسشنامه دارای ۴۴ سؤال است که ابعاد شناختی، رفتاری، تغییر موقعیت، تغییر عاطفه، کاهش خلق منفی و افزایش خلق مثبت را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای و از هرگز تا همیشه است. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۲۶۴ خواهد بود. صالحی مورکانی (۱۳۸۵) اعتبار مقیاس راهبردهای خودتنظیمی هیجانی را ۰/۶۷ گزارش کرد که نشان‌دهنده اعتبار بالای این مقیاس در فرهنگ ایرانی است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است (مرادی، بابائی و کرمی، ۱۳۹۹).

6. Parenting Self-Agency Measure
7. Dumka, Steorzinger, Jackson & Roosa
8. Partial Least Squares
9. Reinartz, Haenlein & Henseler

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support
2. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley
3. Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat
4. Emotional Self-Regulation Strategies Questionnaire
5. Larsen & Prizmic

یافته‌ها

بودند. ۷۱ نفر (۴۵/۲ درصد) از کودکان مبتلا به PKU در دوره رشدی بدو تولد تا ۲ سال، ۵۶ نفر (۳۵/۷ درصد) در محدوده ۳-۶ سال و ۳۰ نفر (۱۹/۱ درصد) در محدوده ۷ تا ۱۱ سال بودند و ۹۵ نفر (۶۰/۵ درصد) تحت درمان زود هنگام و ۶۲ نفر (۳۹/۵ درصد) تحت درمان دیر هنگام قرار گرفتند.

بررسی و پالایش داده‌ها قبل از تجزیه و تحلیل و برازش مدل مفهومی حاکی از آن بود که داده پرت وجود ندارد. نرمالیتی، مستقل بودن مشاهدات و همخطی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۱ درج شده است.

تعداد ۱۵۷ آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند که شامل ۱۱۳ (۷۲ درصد) مادر و ۴۴ (۲۸ درصد) پدر دارای فرزند مبتلا به PKU بود. ۴۹ نفر (۳۱/۲ درصد) در بازه سنی ۲۰-۲۹ سال، ۷۷ نفر (۴۹ درصد) در بازه سنی ۳۰-۳۹ سال و ۳۱ نفر (۱۹/۷ درصد) در بازه سنی ۴۰-۴۹ سال بودند. ۵۳ نفر (۳۳/۸ درصد) دارای تحصیلات زیردیپلم، ۷۰ نفر (۴۴/۶ درصد) تحصیلات دیپلم، ۳۱ نفر (۱۹/۷ درصد) تحصیلات لیسانس و ۳ نفر (۱/۹ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس

جدول ۱. نتایج نرمالیتی چندمتغیره، دوربین واتسون، هم خطی متغیرهای پژوهش

متغیر	مقدار Z	df	مقدار P	شاخص های هم خطی		
				مقدار اغماض ^۱	VIF ^۲ (عامل تورم واریانس)	مقدار شاخص وضعیت ^۳
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۰۷۶	۱۵۷	۰/۰۲۸	۱	۱	۰/۰۳۱
خودتنظیمی هیجانی	۰/۰۹۴	۱۵۷	۰/۰۰۲	۱	۱	۰/۰۱۹
خودکارآمدی والدگری	۰/۰۸۶	۱۵۷	۰/۰۰۷	-	-	-

نزدیک باشد، بیانگر وجود رابطه خطی است). مقادیر شاخص وضعیت نیز حاکی از نبود رابطه هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین است (زمانی که مقدار این شاخص بزرگتر از ۳۰ باشد، نشان می‌دهد که رابطه هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین وجود دارد). اگر مقدار آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد، حاکی از پیش‌بین بودن مشاهدات است؛ بر این اساس نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که فرض پیش‌بین بودن مشاهدات برقرار است.

جدول ۲ همبستگی‌های مرتبه صفر، میانگین و انحراف معیار (SDs) را برای متغیرهای پژوهش حاضر نشان می‌دهد.

نتایج آزمون اسمیرنوف-کلموگروف در جدول ۱ نشان داد که داده‌ها نرمال نیستند. بنابراین، از نرم افزار Smart PLS که نسبت به نرمال نبودن داده‌ها حساس نیست، استفاده شد. بررسی عدم رابطه هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین در جدول ۱ حاکی از آن است که بین متغیرهای پیش‌بین پژوهش حاضر رابطه هم خطی وجود ندارد؛ زیرا مقدار شاخص اغماض بالا است (هر چه قدر مقدار این شاخص به ۱ نزدیک باشد، نشان‌دهنده نبود رابطه هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین است). مقدار VIF نیز مطلوب و حاکی از نبود رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین است (هر قدر این شاخص از عدد ۲ بزرگتر باشد، میزان هم خطی بیشتر است). نتایج شاخص مقدار ویژه نیز بیانگر نبود رابطه هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین است (هر قدر مقدار این شاخص به صفر

جدول ۲. میانگین، میانه و همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱	۰/۵۳**	۰/۶۳**	۰/۲۴**	۰/۱۰	۰/۰۵۲	۰/۲۸**	۰/۰۹۸	۰/۱۶*	۰/۳۳**
۲	۱	۰/۴۹**	۰/۲۹**	۰/۲۹**	۰/۱۴	۰/۲۶**	۰/۲۱**	۰/۱۷*	۰/۱۶*
۳	۱	۱	۰/۳۱**	۰/۰۶۶	۰/۱۳	۰/۲۳**	۰/۱۹*	۰/۱۵	۰/۲۳**
۴	۱	۱	۱	۰/۴۱**	۰/۳۳**	۰/۶۴**	۰/۳۳**	۰/۵۲**	۰/۴۳**
۵	۱	۱	۱	۱	۰/۳۹**	۰/۴۳**	۰/۳۵**	۰/۳۹**	۰/۰۹۱
۶	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۳۰**	۰/۳۳**	۰/۳۸**	۰/۰۷۰
۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۰/۴۰**
۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۳۴**	۰/۱۹*
۹	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰/۳۳**

3. Eigenvalue
4. Condition Index

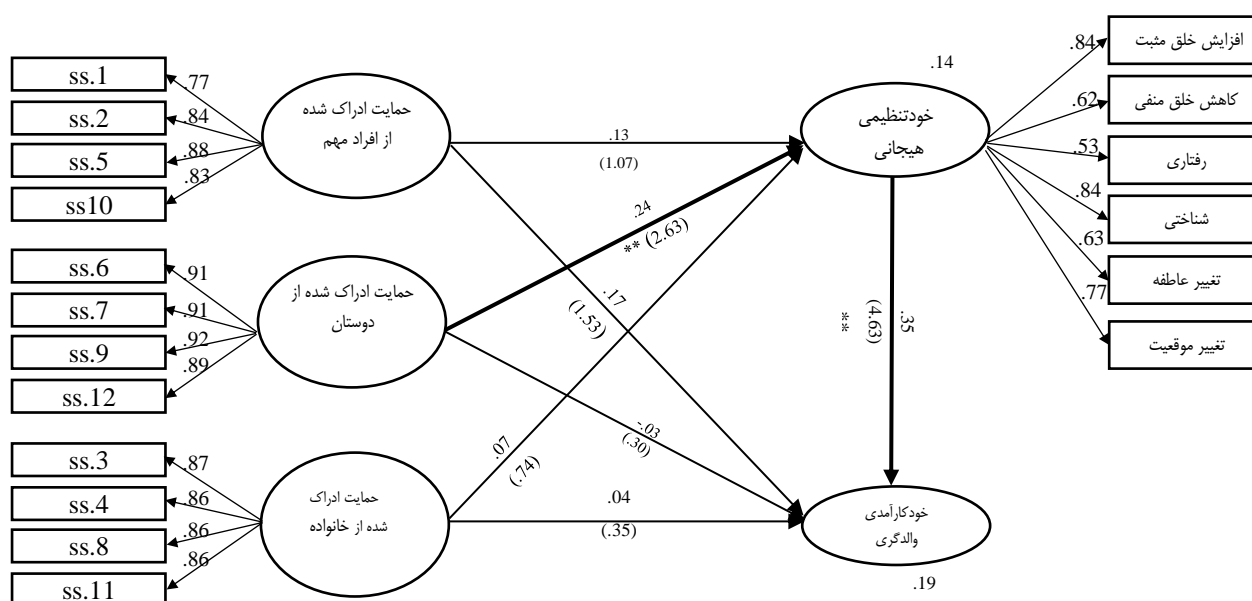
1. Tolerance
2. Variance Inflation Factor

۱	۱۰. خودکارآمدی والدگری									
۴۸/۲۶	۱۸/۶۴	۱۴/۵۹	۲۹/۰۵	۲۶/۲۰	۱۵/۲۲	۲۶/۹۳	۱۴/۰۸	۱۱/۱۲	۱۴/۲۶	میانگین
۴۹	۱۹	۱۵	۲۹	۲۵	۱۵	۲۸	۱۵	۱۱	۱۵	میانه

$P < .05^* P < .01^{**}$

والدگری رابطه مثبت وجود دارد. بین حمایت دیگران، دوستان و خانواده با خودکارآمدی والدگری رابطه مثبت وجود دارد. شکل ۱، مدل برازش شده نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی والدگری در حالت ضرایب تی و بوت استرپ را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که بین حمایت دیگران با خودتنظیمی رفتاری و تغییر موقعیت همبستگی مثبت وجود دارد. بین حمایت دوستان با خودتنظیمی افزایش خلق مثبت، کاهش خلق منفی، شناختی، تغییر عاطفه و تغییر موقعیت رابطه مثبت وجود دارد. بین حمایت خانواده با خودتنظیمی مثبت، شناختی و تغییر عاطفه رابطه مثبت وجود دارد. بین خودتنظیمی مثبت، عاطفه و تغییر موقعیت با خودکارآمدی



شکل ۱. مدل برازش شده نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی والدگری در حالت ضرایب تی و بوت استرپ (تی)

ادراک شده و خودکارآمدی والدگری در جدول ۳ نشان داده شده است.

نتایج شاخص‌های نیکویی برازش مدل نقش میانجی خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین حمایت اجتماعی

جدول ۳. نتایج شاخص‌های نیکویی برازش مدل

GOF	NFI	SRMR	Q2	R2	متغیر
۰/۳۱	۰/۷۹	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۱۴	خودتنظیمی هیجانی
			۰/۱۱	۰/۱۹	خودکارآمدی والدگری

نقش خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی والدگری مطلوب است. نتایج بوت استرپ برآوردهای مستقیم، غیرمستقیم و کل و خطای اصلاح شده برآورد (BC) با سطح اطمینان ۹۵ درصد در جدول ۴ نشان داده شده است.

نتایج شاخص‌های برازش مدل (ضریب تعیین^۱ (R2)، شاخص قدرت پیش‌بینی مدل در سازه‌های درون‌زا^۲ (Q2)، شاخص نیکویی برازش^۳ (GOF)، شاخص برازش هنجار شده^۴ (NFI)، شاخص ریشه میانگین مربعات باقیمانده^۵ (SRMR) در جدول ۳ نشان می‌دهد که مدل برازش شده

3. Goodness of Fit
4. Normed Fit Index
5. Standardized Root Mean Square Residual

1. R Square Explains Variance in the Endogenous Variable Explained by the Exogenous Variable
2. Predictive Relevance of the Endogenous Constructs

جدول ۴. نتایج بوت استرپ اثرات مستقیم، غیر مستقیم و کل

*BCinterval	P	T	β	مسیر		
(-0.118; 0.23)	0.73	0.35	-0.37	حمایت ادراک شده(خانواده) -> خودکارآمدی والدگری	اثرات مستقیم	
(-0.111; 0.25)	0.46	0.75	-0.69	حمایت ادراک شده(خانواده) -> خودتنظیمی هیجانی		
(-0.21; 0.15)	0.77	0.30	-0.2	حمایت ادراک شده(دوستان) -> خودکارآمدی والدگری		
(-0.05; 0.42)	0.11	2.53	0.24	حمایت ادراک شده(دوستان) -> خودتنظیمی هیجانی		
(-0.06; 0.4)	0.15	1.44	0.17	حمایت ادراک شده(افراد مهم) -> خودکارآمدی والدگری		
(-0.11; 0.33)	0.28	1.06	0.13	حمایت ادراک شده(افراد مهم) -> خودتنظیمی هیجانی		
(-0.18; 0.48)	0.001	4.62	0.35	خودتنظیمی هیجانی-> خودکارآمدی والدگری		
(-0.35; 0.13)	0.32	0.99	-0.44	حمایت ادراک شده(افراد مهم) -> خودتنظیمی هیجانی-> خودکارآمدی والدگری		اثرات غیرمستقیم
(-0.24; 0.16)	0.19	2.35	-0.83	حمایت ادراک شده(دوستان) -> خودتنظیمی هیجانی-> خودکارآمدی والدگری		
(-0.35; 0.1)	0.49	0.69	-0.24	حمایت ادراک شده(خانواده) -> خودتنظیمی هیجانی-> خودکارآمدی والدگری		
(-0.18; 0.27)	0.59	0.54	0.06	حمایت ادراک شده(خانواده) -> خودکارآمدی والدگری	اثرات کلی	
(-0.11; 0.25)	0.45	0.74	0.07	حمایت ادراک شده(خانواده) -> خودتنظیمی هیجانی		
(-0.13; 0.25)	0.57	0.56	0.05	حمایت ادراک شده(دوستان) -> خودکارآمدی والدگری		
(-0.05; 0.42)	0.11	2.53	0.24	حمایت ادراک شده(دوستان) -> خودتنظیمی هیجانی		
(-0.04; 0.47)	0.09	1.70	0.22	حمایت ادراک شده(افراد مهم) -> خودکارآمدی والدگری		
(-0.12; 0.33)	0.28	1.07	0.13	حمایت ادراک شده(افراد مهم) -> خودتنظیمی هیجانی		
(-0.18; 0.48)	0.001	4.62	0.35	خودتنظیمی هیجانی-> خودکارآمدی والدگری		

* BC intervals are the bias-corrected 95% confidence interval of the estimates resulting from bootstrap analysis.

مقابله‌ای برای مقابله با استرس و سازگاری با محیط‌های اطراف شناخته می‌شود (پارک و لی، ۲۰۲۲). تنظیم هیجان، یک فرآیند وابسته به زمینه است که می‌تواند تحت تأثیر متغیرهای محیطی قرار گیرد. یافته‌های این مطالعه همسو با تحقیقاتی است که نشان داد، حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند توانایی‌های تعدیل هیجان افراد را افزایش دهد و مشکلات تنظیم هیجان را کاهش دهد (هوآ و ما، ۲۰۲۲). چانگ، فلینگ و سلبا^۳ (۲۰۲۰) پیشنهاد کردند که پیوندهای قوی با دیگران و حمایت بیشتر از سوی آن‌ها با تشویق به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت مانند ارزیابی مجدد و در عین حال کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان (مانند سرکوب و نشخوار فکری) به فرآیند سازگاری هیجانی کمک می‌کند. این نتایج در راستای مطالعه پژیچیچ، ریستیچ و آنجلکوویچ^۴ (۲۰۱۸) است که نشان داد رابطه حمایت ادراک شده از دوستان و تاب‌آوری تا حدی مستقیم و تا حدی غیرمستقیم است که به موجب آن برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت به‌عنوان عناصر خودتنظیمی هیجانی نقش میانجی را دارند. این نتایج منجر به این نتیجه می‌شود که حمایت ادراک شده از دوستان یک عامل محافظتی مهم برای سلامت روان است، تا حدی به این دلیل که فرد را برای دیدن یک موقعیت استرس‌زا به‌عنوان فرصتی برای

با توجه به نتایج بوت استرپ، اثرات مستقیم حمایت ادراک شده دوستان بر خودتنظیمی هیجانی ($p = 0.011$)، $\beta = 0.24$ و خود تنظیمی هیجانی بر خودکارآمدی والدگری ($\beta = 0.35$ ، $P = 0.001$) معنی‌دار و مثبت بود (شکل ۱). اثرات غیرمستقیم حمایت ادراک شده دوستان ($\beta = 0.19$ ، $P = 0.38$)، از طریق خودتنظیمی هیجانی بر خودکارآمدی والدگری معنی‌دار و مثبت بود. به این معنا که رابطه بین حمایت ادراک شده از سوی دوستان بر خودکارآمدی والدگری از طریق خودتنظیمی هیجانی واسطه شد. تأثیر کلی حمایت ادراک شده دوستان بر خودتنظیمی هیجانی ($P = 0.011$)، $\beta = 0.24$ و خودتنظیمی هیجانی بر خودکارآمدی والدگری ($\beta = 0.35$ ، $P = 0.001$) معنی‌دار و مثبت بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه اثرات مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده، خودتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی والدگری را در نمونه‌ای از والدین کودکان PKU مورد بررسی قرار داد. نتایج این پژوهش نشان داد که تأثیر مستقیم حمایت ادراک شده دوستان بر خودتنظیمی هیجانی معنی‌دار و مثبت است. بر اساس ادبیات پژوهشی حمایت اجتماعی، تعدیل‌کننده‌ای است که احساسات منفی ناشی از رویدادهای استرس‌زا را کاهش می‌دهد. از این‌رو، به‌عنوان یک منبع

3 Chang, Fehling & Selby
4. Pejičić, Ristić, & Anđelković

1. Park & Lee
2. Hua & Ma

که به نوبه خود می‌تواند آگاهی فرد از زمان حال و توانایی‌های از افکار منفی را آسان‌تر کند (دم ریحانی، بهزادی‌پور و طهماسبی، ۱۳۹۶).

تأثیر مستقیم خودتنظیمی هیجانی بر خودکارآمدی والدگری به‌طور معناداری مثبت بود (ساقی هسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ قنصولی و غنی‌زاده، ۲۰۱۳؛ کاپرارا، ژرینو، پاسیلو، دی گیونتا و پاستورلی^۱، ۲۰۱۰؛ باقری و یوسفی، ۱۳۸۸). این نتایج مطابق با دیدگاه‌های نظری و مطالعات تجربی فعلی است. مطالعه ساقی هسن و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد تلاش والدین برای کاهش هیجانات منفی با خودکارآمدی فرزندپروری پایین‌تر مرتبط است؛ در حالیکه توانایی والدین در مدیریت و تنظیم هیجانات منفی خود ممکن است خودکارآمدی والدین و رفتارهای والدینی سالم و کارآمد (مانند تهیه غذای سالم برای کنترل وزن کودک) را تسهیل کند. همچنین، نتایج مطالعه دیگری نشان داد والدینی که قادر بودند احساسات و هیجانات خود را به‌طور مؤثر تنظیم کنند، می‌توانند در انواع فعالیت‌های مهم برای زندگی خانوادگی و رفع نیازهای کودکان شرکت کنند، از لحاظ عاطفی در دسترس و پاسخگویی هیجانی اثربخش داشته باشند؛ در عین حال از فرزندان خود در هنگام غمگینی یا ناراحتی حمایت کنند (لیبو و ژاو، ۲۰۲۲). راهبردهای خودتنظیمی هیجانی همانند ترموستات حفظ‌کننده تعادل است و در جهت حفظ، کاهش یا افزایش آگاهی هیجانی و توانایی تنظیم و تعدیل فشارهای درونی و حالت‌های برانگیختگی هیجانی عمل می‌کند. به نظر می‌رسد این فرآیند خودتنظیمی هیجانی برای راه‌اندازی، افزایش دادن، حفظ کردن هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی همچون افسردگی و اضطراب، در پاسخ به اتفاقات محیطی ایفای نقش نماید؛ به این علت که فرآیندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لی و همکاران، ۲۰۱۹).

بنابراین، می‌توان استدلال کرد که با تسلط بر راهبردهای خودتنظیمی هیجانی، افراد در برابر استرس مقاوم‌تر می‌شوند؛ زیرا مهارت‌های خاصی را به دست می‌آورند که آن‌ها را قادر می‌سازد تا مشکل را حل کنند، که ایمان آن‌ها به توانایی‌ها و کارآمدی خود بیشتر می‌کند (پژبچیچ، ریستیچ و آنجلکوویچ، ۲۰۱۸) و آن‌ها را برای به کار بردن همان راهبرد زمانی که خود را در یک موقعیت استرس‌زای مشابه و جدید پیدا می‌کنند، آماده‌تر می‌کند. بنابراین، منابع کافی برای دوری از پیامدهای منفی آن رخداد را دارند. این توانایی منجر به غلبه بر طیف وسیعی از مشکلات بالینی شایع می‌شود و

رشد شخصی و مقابله فعالانه با آن آماده می‌کند. همچنین، در راستای پژوهش پورنقاش تهرانی، مرتضوی فر و مرتضوی فر (۱۳۹۹)، افراد با توجه به هدف خود (بهزیستی) می‌تواند دوام یک هیجان را تعدیل، تشدید یا تسهیل کند و با خودتنظیمی هیجانی مشکلات و تنش ناشی از بیماری را کاهش دهند چرا که با انتخاب و بکارگیری راهبردهای تنظیمی سازگارانه که مناسب موقعیت‌اند می‌توانند رویدادها درونی و بیرونی را به شیوه مناسب کنترل کنند و به این طریق مطابق با اهداف بلندمدتشان (سازگاری و مواجهه کارآمد با بیماری، سلامت روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی) پیش روند؛ از سویی آنچه که برای رسیدن به این توانایی و سطح مطلوب (بهزیستی) می‌تواند یاریگر بیماران و خانواده‌های آنان باشد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده است. در مطالعه حاضر، سایر مؤلفه‌های حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده (خانواده و افراد مهم) معنی‌دار نبودند، اگرچه وابستگی متقابل و پیوند در بین زوج‌های ایرانی به دلیل بخشی از فرهنگ جمع‌گرایانه قوی است ولی والدین کودکان PKU معمولاً به دلیل انتقال ژن معیوب به فرزند و احساس استیگما (برچسب زنی) توسط خانواده و نزدیکان‌شان احساس تنهایی، غمگینی و گناه می‌کنند و در نتیجه دوست ندارند مشکلات خود را با افراد و خویشاوندان نزدیک خود در میان بگذارند. درحالیکه، این والدین در هنگام مراجعه به مرکز حمایت از بیماران متابولیک با سایر خانواده‌های دارای کودک مبتلا به PKU آشنا می‌شوند. به نظر می‌رسد، تماس و ارتباط با والدین دیگر که در شرایط مشابه آن‌ها قرار دارند، عضویت در گروه‌های تشکیل شده در شبکه‌های اجتماعی توسط این والدین، منبعی ارزشمند برای دریافت توصیه‌های عملی و به موقع در مورد غذا و دستور العمل‌ها، به اشتراک گذاشتن تجربیات و دریافت حمایت عاطفی، در نظر گرفته می‌شود که این امر می‌تواند حمایت ادراک‌شده از سوی دوستان را افزایش داده باشد. در واقع شنیدن تجربیات و راهکارهای به کار گرفته سایر خانواده‌های دارای کودک بیمار، جمع‌آوری اطلاعات بیشتر در مورد بیماری و مراقبت‌های مورد نیاز و کسب راهبردهای مؤثر در مواجهه با بیماری را در مراحل مختلف رشدی کودک امکان‌پذیر می‌سازد (کارپنتر و همکاران، ۲۰۱۸). ایجاد مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات حمایتی و برقراری یک ارتباط پایدار و حمایتی توسط مراقبان سلامت با خانواده‌های این بیماران به منظور حمایت والدین در فائق آمدن بر مشکلات ناشی از بیماران ضروری می‌باشد. پذیرشی که می‌تواند با حمایت اجتماعی ترویج شود، منجر به تنظیم بهتر هیجانی می‌شود

نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در چهارچوب چندین محدودیت در نظر گرفت. دریافت خدمات حمایتی، ممکن است زمینه‌ی بروز تفاوت‌هایی در مؤلفه‌های سلامت روان شرکت‌کنندگان در این پژوهش را با جمعیت کلی این خانواده‌ها و افرادی که به خدمات حمایتی و محصولات رژیمی دسترسی ندارند، ممکن سازد. تعداد نابرابر پدران و مادران شرکت‌کننده در این تحقیق امکان مقایسه بیشتر و ارزیابی دقیق‌تر تفاوت‌های جنسیتی را محدود کرده است. استفاده از ابزار خود گزارش‌دهی و اطلاعات محدود از منابع دیگر می‌تواند اعتبار یافته‌ها را محدود کند. بنابراین، استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری و منابع اطلاعاتی گسترده‌تر باید در مطالعات آتی مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به اینکه خودتنظیمی هیجانی می‌تواند نشان‌دهنده یک مسیر باشد که از طریق آن حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر باورهای خودکارآمدی تأثیر می‌گذارد. با این حال، تحقیقات بیشتر برای بررسی مکانیسم‌های شناختی و هیجانی مرتبط با حمایت اجتماعی و پیامدهای بالینی آن در جمعیت‌های بالینی مختلف ضروری به نظر می‌رسد. تحقیقات آینده و مطالعات کیفی همچنین می‌توانند این مکانیسم‌ها را به روش‌های شخصی معنادارتری برای والدین بررسی کنند تا درک بهتر از تجربیات‌شان را افزایش دهند. راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است هدفی برای مداخلات روان‌شناختی باشد و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی-سلامت می‌توانند برنامه‌های مناسبی را برای حمایت و توانمندسازی این خانواده‌ها در مواجهه با مشکلات بیماری PKU در نظر بگیرند. نتایج این مطالعه به متخصصان سلامت کمک می‌کند تا به نحوه ادراک و کسب حمایت اجتماعی مراجعان از منابع مختلف (دیگران، خانواده‌ها و دوستان) توجه بیشتری داشته باشند. همچنین، مشارکت نهادهای حمایتی برای کمک به خانواده‌ها برای دریافت خدمات بهداشتی-درمانی و روان‌شناختی و توانبخشی سودمند خواهد بود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی والدین دارای فرزند مبتلا به PKU که در این پژوهش شرکت نمودند و نیز از مرکز حمایت از بیماران متابولیک استان زنجان که برای انجام این پژوهش با پژوهشگران همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

باقری، ف.، و یوسفی، ح. (۱۳۸۸). سخت رویی، باورهای خودکارآمدی و راهبردهای خودتنظیمی عاطفی در دانش‌آموزان دختر. *اندیشه و رفتار*، ۴(۱۴)، ۳۵-۴۶.

موفقیت و کارآمدی در حوزه‌های مختلف زندگی را سبب می‌شود (توفیقی، آقایی و گل‌پرور، ۱۳۹۹).

نتایج حاکی از آن است که تأثیر غیرمستقیم حمایت ادراک‌شده از دوستان بر خودکارآمدی والدگری از طریق خودتنظیمی هیجانی معنادار و مثبت بود. این نتایج همسو با پژوهش چان و همکاران (۲۰۲۰) است که در افراد مبتلا به دیابت، انواع مختلف حمایت اجتماعی (به‌عنوان مثال، مشاوره گروهی، حمایت همسالان، حمایت خانواده و دوستان و گروه‌های اجتماعی) با بهبود دانش دیابت و رفتارهای خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مرتبط است. علاوه بر این، حمایت اجتماعی بالاتر با کاهش احساس ناراحتی و پاسخ هیجانی منفی به زندگی با دیابت و مدیریت آن مرتبط است. از این‌رو، بر درک فرد از دیابت خود تأثیر می‌گذارد. خودکارآمدی دیابت منعکس‌کننده این درک است که افراد می‌توانند با موفقیت با دیابت زندگی کنند و با موفقیت در رفتارهای خودمراقبتی شرکت کنند. این احساس خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده ثابت رفتارهای سلامت و خود مراقبتی است. ادراکات فرد می‌تواند منابع مقابله‌ای او را در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا تقویت کند. همچنین، در راستای پژوهش هاون^۱ (۲۰۱۲)، آگاهی از وجود منابع حمایتی باعث می‌شود والدین این اطمینان را داشته باشند که برای رویارویی با شرایط سخت و رنج ناشی از بیماری کودک از کمک دیگران بهره‌مند خواهند شد. به عبارت دیگر، در ابتدا رویداد منفی و استرس‌زا تلقی می‌شود، اما منابع حمایتی موجود برای رویارویی با عامل استرس به فرد کمک می‌کند تا کارآمدی خود را در مقابله با آن رویداد استرس‌زا مثبت و بالا ارزیابی کند. درک فرد از دسترسی به منابع حمایتی در تضعیف اثر منفی یک رویداد استرس‌زا مؤثر است. در نهایت، والدین می‌توانند رویداد را قابل کنترل ارزیابی کنند. به عقیده بندورا، روابط اجتماعی زیاد و نزدیک از طریق تأثیر غیرمستقیم الگوگیری (روش‌های والدگری رایج با مشاهده رفتار صحیح والدگری در دوستان و دیگران کارآمد) بر خودکارآمدی والدگری تأثیر می‌گذارد (هوا و ما، ۲۰۲۲). تغییر موقعیت و قرار گرفتن در فضای مناسب گروه‌های حمایتی و سایر والدین دارای فرزند مبتلا به PKU، ایجاد فرصت برای ابراز درد سردرگمی و اضطراب، بیان نظرات و دیدگاه‌های مناسب، ارائه و دریافت بازخورد مثبت، بهره‌مندی از حمایت دیگران و به اشتراک گذاشتن تجربیات و ارائه کمک به دیگران برای رسیدن به بهترین راه‌حل، می‌تواند زمینه را برای کاهش پریشانی و افزایش خودتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی والدگری فراهم کند.

- youth. *Comprehensive psychiatry*. 49(2), 195-201.
- Carpenter, K., Wittkowski, A., Hare, D. J., Medford, E., Rust, S., Jones, S. A., & Smith, D. M. (2018). Parenting a Child with Phenylketonuria (PKU): an Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) of the Experience of Parents. *Journal of Genetic Counseling*. 27(5), 1074-1086.
- Caprara, G. V., Gerbino, M., Paciello, M., Di Giunta, L., & Pastorelli, C. (2010). Counteracting depression and delinquency in late adolescence: The role of regulatory emotional and interpersonal self-efficacy beliefs. *European Psychologist*. 15(1), 34-48.
- Chan, C. K., Cockshaw, W., Smith, K., Holmes-Truscott, E., Pouwer, F., & Speight, J. (2020). Social support and self-care outcomes in adults with diabetes: The mediating effects of self-efficacy and diabetes distress. Results of the second diabetes MILES–Australia (MILES-2) study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 166, 108314.
- Chang, C. J., Fehling, K. B., & Selby, E. A. (2020). Sexual Minority Status and Psychological Risk for Suicide Attempt: A Serial Multiple Mediation Model of Social Support and Emotion Regulation. *Frontiers in Psychiatry*. 11.
- Dark-Freudeman, A., Pond Jr, R. S., Paschall, R. E., & Greskovich, L. (2020). Attachment style in adulthood: Attachment style moderates the impact of social support on depressive symptoms. *Journal of Social and Personal Relationship*. 37(10-11), 2871-2889.
- Dumka, L. E., Steorzinger, H., Jackson, K., & Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of parenting self-agency measure. *Family Relations*. 45(2), 216-222.
- Etemad, K., Heidari, A., Setoodeh, A., Shayeganrad, A., Akhlaghi, A., Azizi, M., Nejatbakhsh, R., Beglar, M. B., & Lotfi, M. (2020). Health-related quality of life of parents of children with phenylketonuria in Tehran Province, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 26(3), 331-339.
- Fidika, A., Salewski, C., & Goldbeck, L. (2013). Quality of life among parents of children with phenylketonuria (PKU). *Health and Quality of Life Outcomes*. 11(54), 1-9.
- Ghonsooly, B., & Ghanizadeh, A. (2013). Self-efficacy and self-regulation and their relationship: a study of Iranian EFL
- یورنقاش تهرانی، س.، مرتضوی فر، س.، و مرتضوی فر، س. (۱۳۹۹). تأثیر حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت روانی افراد مبتلا به اسکروزیس چندگانه. *مجله علوم روانشناختی*. ۱۹(۱۹)، ۵۳۹-۵۲۹.
- توفیقی، ز.، آقایی، ا.، و گل‌پرور، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۴۳(۴)، ۲۵۴۱-۲۵۲۵.
- جمالی‌نژاد، ر. (۱۳۹۱). *بررسی اثربخشی آموزش خلاقیت مادر - کودک بر خلاقیت کودکان و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان پیش‌دستانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- سجودی، ط. (۱۳۹۶). *بررسی تأثیر برنامه توانمندسازی بر میزان بار مراقبتی مادران دارای فرزند مبتلا به فنیل‌کتونوری و سطح فنیل آلانین سرم آن‌ها در سال ۱۳۹۵*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. پژوهشکده علوم بهزیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سلیمی، ع.، جوکار، ب.، و نیک‌پور، ر. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. *فصلنامه علمی مطالعات روان‌شناختی*. ۵(۳)، ۱۰۲-۸۱.
- صالحی مورکانی، ب. (۱۳۸۵). *بررسی و مقایسه راهبردهای خودتنظیمی هیجانی در بین دانشجویان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی با دانشجویان عادی شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء.
- مردی، آ.، بابائی، ع.، و کریمی، ج. (۱۳۹۹). نقش خودتنظیمی عاطفی و اهمال‌کاری رفتاری در پیش‌بینی اشتیاق تحصیلی دانش‌آموزان. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*. ۱۴(۱)، ۷۱-۵۷.
- دم ریحانی، ن.، بهزادی‌پور، س.، و طهماسبی، ص. (۱۳۹۶). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی و سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی. *نشریه جراحی ایران*. ۱(۱)، ۶۹-۶۱.
- مغربی‌سینکی، ح.، حسن‌زاده، س.، خادمی، م.، و ارجمند‌نیا، ع. ا. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر خودکارآمدی والدینی مادران دارای فرزند با اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی*. *فصلنامه علمی - پژوهشی اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۰(۳۶)، ۴۶-۳۷.
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*. 88(1), 87-99.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in

- Chinese-Immigrant Sociocultural Contexts (pp.421-436). Oxford University Press.
- Park, G. A., & Lee, O. N. (2022). The Moderating Effect of Social Support on Parental Stress and Depression in Mothers of Children with Disabilities. *Occupational Therapy International*. 2022, 5162954.
- Pejičić, M., Ristić, M., & Anđelković, V. (2018) The mediating effect of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between perceived social support and resilience in postwar youth. *Journal Community Psychol*. 46, 457– 472.
- Reinartz, W., Haenlein, M., & Henseler, J. (2009). An Empirical Comparison of the Efficacy of Covariance-Based and Variance-Based SEM. *International Journal of Research in Marketing*. 26(4), 332-334.
- Sagui-Henson, S.J., Armstrong, L.M., Mitchell, A.D., Basquin, C., & Levens, S.M. (2020). The Effects of Parental Emotion Regulation Ability on Parenting Self-Efficacy and Child Diet. *Journal of Child and Family Studies*. 29(4), 2290–2302.
- Set, Z., Şimşek, Ö. F. & Altınok, A. (2016). The Mediator Role of Internalized Homophobia and Self-Compassion on the Link between Attachment Styles and Depression in Lesbian, Gay and Bisexual Individuals. *International Journal of Human and Behavioral Science*. 2(2), 8-25.
- Shaji Thomas, D., Mohd Wali Shakman, L., Saraswathy, K., & Arulappan, J. (2017). Parenting a child with metabolic diseases: Impact on health related quality of life of parents. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 11(1), 25–29.
- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*. 152, 109568.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 52(1), 30-41.
- teachers. *The Language Learning Journal*. 41(1), 68-84.
- Harrison, V., Moulds, M. L., & Jones, K. (2022). Perceived social support and prenatal wellbeing; The mediating effects of loneliness and repetitive negative thinking on anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. *Women and Birth*. 35(3), 232-241.
- Hoven, M. R. (2012). *Investigating the relationship between perceived social support and parent self-efficacy in parents of preschool-aged children* (Doctoral dissertation, University of British Columbia).
- Hua, Z., & Ma, D. (2022). Depression and Perceived Social Support among Unemployed Youths in China: Investigating the Roles of Emotion-Regulation Difficulties and Self-Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(8), 4676.
- Ionio, C., Salvatici, E., Confalonieri, E., Milani, L., Mascheroni, E., Riva, E., & Giovannini, M. (2018). Mothers and fathers facing their children's phenylketonuria. *Children's Health Care*. 47(1), 83–100.
- Koh, J., Farruggia, S.P., Back, L.T. Han, C. (2022). Self- efficacy and academic Success among diverse first-generation college students: The mediating role of self-regulation. *Social Psychology of Education*. 25(3), 1071–1092.
- Larsen, R.J., & Prizmic, Z. (2004) Affect Regulation. In: Baumeister, R.F. and Vohs, K.D., Eds., *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. Guilford, New York, 40-61.
- Li, D., Li, D., Wu, N., & Wang Z. (2019). Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*. 101, 113-122.
- Liew, J., & Zhou, Q. (2022). Parenting, Emotional Self-Regulation, and Psychosocial Adjustment Across Early Childhood and Adolescence in Chinese and

The Mediating Role of Emotional Self-Regulation in the Relationship between Perceived Social Support and Parenting Self-Efficacy among Parents of Children with Phenylketonuria

Narges Habibi *

Niloofer Mikaeili **

Abolfazl Hatami Varzaneh ***

Abstract

This study aimed to examine the relationship between perceived social support and parenting self-efficacy in parents of children with phenylketonuria (PKU) via the mediating role of emotional self-regulation. In 2022, 195 parents (130 mothers and 65 fathers) of children with PKU were referred to the support center for metabolic patients in the province of Zanjan. A total of 157 parents (113 mothers and 44 fathers) were selected through available sampling. The study utilized three instruments: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Parental Self-efficacy questionnaire (PSAM), and the Emotional Self-regulation questionnaire (ESRSQ). Smart PLS software was used to analyze the data, and partial least squares structural equation modeling was utilized to assess the relationship between variables. According to the bootstrap results, the direct effects of perceived support from friends on emotional self-regulation ($\beta=0.011$, $p=0.24$) and emotional self-regulation on parenting self-efficacy ($\beta=0.35$, $p=0.0001$) were significant and positive. Furthermore, the indirect effects of perceived support from friends ($\beta=0.083$, $p=0.019$) through emotional self-regulation on parenting self-efficacy were significant and positive. These findings provide new evidence that emotional self-regulation strategies may be a potential target for psychological interventions designed to increase parental self-efficacy with a child diagnosed with PKU. Our findings have implications for healthcare practices and supportive therapeutic interventions for PKU patients, as they highlight the significance of assisting parents in coping with PKU-related problems in families.

Keywords: *Emotional Self-Regulation, Parents, Phenylketonuria, Self-Efficacy, Social Support.*

* Ph.D. student, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

** **Corresponding Author:** Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. **Email:** Nmikaeili@uma.ac.ir

*** Assistant Professor, Department of Counselling, Faculty of Humanities, Hazrat-e Masoumeh University, Qom, Iran.