

Relationship between Distress Tolerance, Helplessness and Fundamental Recognition in the Schemes of Mothers of Children with Mental Disorders and Mothers of Children with Physical Disabilities

Mohammad Esmaeil Ebrahimi¹, *Narges Zamani², Mojtaba Ansari Shahidi³

Author Address

1. PhD, Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Hamedan, Iran;

2. PhD Student of Psychology of Health, Islamic Azad University, Hamedan Branch, Young and Elite Research Club, Hamedan, Iran;

3. PhD, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Department of Psychology, Najafabad, Iran.

*Corresponding Author Address: Madani Town, University Blvd, Hamedan Islamic Azad University.

Email: NargesZamani@iauh.ac.ir

Received: 2017 June 25; Accepted: 2017 July 26

Abstract

Background & Objective: Each person has a certain tolerance to stress in certain times and conditions. When that exceeds the person's power, it will inevitably lead to mental and emotional disturbances. One of the stresses that causes a lot of stress is the stress of a disabled child, which can have long-term effects, and puts the family's underlying foundations at serious risk. Women are exposed to two large groups of stress, that is, stress due to biological identity and stress arising from professional responsibilities. Reproductive activity is the basis of women's stress syndrome and the other source of stress in women is the professional and home-based responsibilities including taking care of the elderly, children and children with special needs in this category. Therefore, mothers of children with special needs experience more stress than mothers of normal children. Increasing the level of parental stress affects parents' ability to care for children, which has negative consequences for the child. Therefore, the purpose of the research was to assess the relationship between distress tolerance, helplessness and fundamental recognition in the scheme of mothers of children with mental disorders and mothers of children with physical disabilities.

Methods: This study was descriptive and of comparative type. The study population consisted of mothers of children with mental disorders and mothers of children with disabilities and mental disabilities under the auspices of welfare rehabilitation centers and clinics. The sample consisted of 124 participants (62 mothers with mental disorders and 62 mothers with disabilities and mental disabilities) who were selected by random sampling. The criteria for entry into the study were: Having a psychiatric disorder in children with mental disorders, ages 19 to 45, congenital disabilities in disabled children, having at least one healthy child in the family. Exit criteria included: divorced families, families with only one child, family with more than one child with mental and physical disorders. The research instruments were the CERQ-P questionnaire and emotional schema questionnaire (ESSP). Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to analyze the data. To implement the ethical interventions in this study, the ethical codes proposed by the Iranian-American Psychological Association (2003) and the organization of the system of psychology and counseling of the Islamic Republic of Iran (2006) were considered.

Results: In order to compare the two groups of participants in cognitive emotion regulation strategies, multivariate analysis of variance (MANOVA) was used first. The result of the Mbox test showed that the covariance matrix of the dependent variables in the groups is identical and multivariate analysis of variance can be used. The results of the multivariate test of Wilkes' landlord were significant ($p=0.001$). The significance of this test shows that there is a significant difference between cognitive emotion regulation strategies between the two groups, but this does not indicate which groups differ in which strategies. For this purpose, one-way analysis of variance was used. The results showed that in the strategies of cognitive regulation, blame, disaster, blame and evaluation, the average scores of mothers of children with mental disorders are more than those of mothers of disabled children. On the other hand, in the compromise strategy, unrealized rumination and positive re-focus, re-focus on planning, positive re-evaluation mothers of children with mental disorders got higher scores ($p=0.001$).

Conclusion: Mothers of children with mental disorders and disabled children often use such maladaptive strategies as cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in order to manage emotions, which can put them at risk of mental problems and conflicts.

Keywords: Emotion, Mental Disorders, Endurance Distress, Helplessness, Disability.

بررسی رابطه تحمل پریشانی و درماندگی و شناخت بنیادین در مادران فرزندان دچار اختلالات روانی و مادران فرزندان بامعلولیت جسمانی

محمداسماعیل ابراهیمی^۱، *نرگس زمانی^۲، مجتبی انصاری شهیدی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی همدان، همدان، ایران؛
 ۲. دانشجوی روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران؛
 ۳. دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، گروه روان‌شناسی، نجف‌آباد، ایران.
 *آدرس نویسنده مسئول: تهران، همدان، شهرک مدنی، بلوار دانشگاه، دانشگاه آزاد همدان.
 *رایانامه: NargesZamani@iauh.ac.ir

تاریخ دریافت: ۴ تیر ۱۳۹۶؛ تاریخ پذیرش: ۴ مرداد ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: داشتن فرزند به مادر احساس لذت و غرور و رشد شخصی می‌بخشد؛ اما دغدغه‌هایی را نیز به وجود می‌آورد که می‌تواند عوارض منفی به همراه داشته باشند؛ به طوری که این والدین در مقایسه با افراد بدون فرزند، دارای سطح بیشتری از رنج‌های هیجانی هستند؛ بنابراین هدف از این پژوهش بررسی رابطه تحمل پریشانی و درماندگی و شناخت بنیادین در مادران فرزندان دچار اختلال‌های روانی و مادران فرزندان بامعلولیت جسمانی است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی و از نوع علی‌مقایسه‌ای بود که در بین همه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال‌های روانی و بامعلولیت جسمی همدان انجام شد. نمونه آماری شامل ۶۲ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های روانی بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ۶۲ نفر از مادران کودکان معلول جسمی پذیرش شده از میان مراجعان به مراکز و کلینیک‌های توان‌بخشی همدان، هم‌تاسازی شدند. دو گروه شرکت‌کننده پرسشنامه‌های نظم‌جویی شناختی هیجان و پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات در راهبردهای سازش نایافته نظم‌جویی شناختی ملامت خویش، فاجعه‌سازی، ملامت دیگران و در راهبردهای سازش یافته نظم‌جویی شناختی، دیدگاه‌گیری و در طرحواره‌های هیجانی خودآگاهی هیجانی، ابراز احساس‌ها، کنترل‌نشده‌بودن، درک‌شدنی‌بودن، دیدگاه ساده‌انگارانه به هیجانات و پذیرش هیجانات مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی در مقایسه با مادران کودکان بامعلولیت جسمی بیشتر بود ($p \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی و فرزند بامعلولیت جسمی، برای مدیریت هیجان‌های برخاسته از موقعیت‌های تنش‌زا از طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی نامناسبی استفاده می‌کنند. استفاده از این راهبردهای نامناسب می‌تواند آن‌ها را در معرض مشکلات روانی و اختلالات نیمه‌بالینی و بیماری سطح زیرآستانه‌ای قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: هیجان، اختلالات روانی، تحمل پریشانی، درماندگی، معلولیت.

مادرشدن از مراحل بسیار مهم در زندگی زنان است که سبب احساس‌های خوشایند و هیجان‌های مثبت و منفی و استرس در برابر توانایی خود برای تولد فرزند سالم و وظایف مادری می‌شود. مراقبت از کودک تأثیر چشمگیری بر خانواده دارد (۱). پژوهش‌های انجام‌شده درحیطهٔ کودکان استثنایی نشان داد والدین کودکان بانیازهای ویژه، اضطراب والدینی‌گری فزاینده‌ای را تجربه می‌کنند (۲). این اثر براساس ماهیت اختلال کودک و برخی از متغیرهای خانواده متغیر است. اختلال‌های ناگهانی که دارای آغاز حاد هستند درمقایسه با اختلال‌های مزمن اثر متفاوتی بر زندگی خانواده داشته (۳) و با بزرگترشدن کودک، رفتار وی دغدغه‌برانگیزتر می‌شود. همچنین مسائل جدیدی را درحوزهٔ ارتباطات اجتماعی هنگام ورود کودک به مرحلهٔ نوجوانی به‌همراه دارد (۴).

اختلال‌های روانی نه‌تنها سبب ناکارآمدی بیماران می‌شود بلکه خانواده‌های آن‌ها را نیز تحت‌تأثیر قرار داده و عملکردشان را مختل می‌سازد (۵). حضور در خانوادهٔ دارای عضو مبتلا به اختلال روانی، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای را بر سایر اعضای خانواده (به‌خصوص، افراد بانقش مراقبتی) تحمیل می‌کند (۶). والدین این کودکان به‌علت نیازهای فرزندان‌شان نمی‌توانند، مراقبت از کودک خود را به دیگران محول کرده و زمانی را به خودشان اختصاص دهند. این امر به‌نوبهٔ خود می‌تواند مشکلات مربوط به رابطهٔ والدین را افزایش داده و منجر به نارضایتی زناشویی و مشکلات سازگاری و اختلالات خلقی و هیجانی شود (۷).

در کنار خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی، خانواده‌های کودکان فرزند معلول جسمی و ناتوانی ذهنی نیز تحت فشار و استرس زیادی قرار دارند. این فشار و استرس با شدت ناتوانی (۸) و نوع مشکل فرزندان (۹) مرتبط است. شمار افراد با معلولیت‌های متوسط و شدید در کشورهای درحال توسعه به ۲۰۰ میلیون نفر می‌رسد (۱۰) که معمولاً با فقر ارتباط دارد (۵).

این تأثیر فقط به کودکان محدود نمی‌شود بلکه خانواده و اعضای آن‌ها را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). فرزندان معلول تأثیر معناداری بر عملکرد خانواده دارند. خانواده‌های دارای فرزند معلول درمقایسه با خانواده‌های دیگر در معرض اضطراب‌های بزرگتری قرارداشته (۱۲) و احساساتی از قبیل درماندگی و عزت‌نفس کم و خشم گزارش می‌کنند (۵). در بین خانواده‌های دارای فرزند معلول نیز، ناهمخوانی‌های زیادی وجود دارد؛ درحالی‌که برخی از آن‌ها در برخورد با معلولیت‌های خفیف فرزندان خود احساس درماندگی می‌کنند. برخی دیگر می‌توانند بدون مشکل معلولیت‌های شدید را مدیریت کنند. داشتن کودک معلول باعث ایجاد اضطراب جسمانی و روحی و روانی بر خانواده و به‌ویژه مادر و داشتن هیجان‌های منفی‌شده و والدین کودکان مبتلا به ناتوانی‌های رشدی، استرس زیادی را متحمل می‌شوند (۱۳).

بررسی سیمای هیجانی خانواده‌های این افراد می‌تواند تلویح‌های کاربردی و بنیادی فراوانی داشته باشد. هیجان‌ها از پدیدهٔ اساسی کارکرد انسان بوده که به‌صورت هنجار دارای ارزش سازگاران‌های برای

افزایش پیگیری ما در اهداف است. همهٔ ما هیجان‌های مختلفی را تجربه می‌کنیم و تلاش می‌کنیم از طریق روش‌های اثربخش و غیراثربخش با آن‌ها مقابله کنیم. مسئلهٔ واقعی تجربهٔ هیجان‌ها نیست، بلکه توانایی ما در بازشناسی و پذیرش و در صورت امکان استفاده از آن‌ها بوده و باوجود هیجان‌ها، پیگیری کارکرد خود مسئلهٔ اصلی است (۱۴). تنظیم هیجان به‌معنای تلاش افراد برای تأثیرگذاشتن روی نوع و زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری و تجربی یا جسمانی هیجان‌ها بوده (۱۵) و به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مدنظر بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۱۶) که نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع اضطراب‌زای زندگی دارد. علاوه‌براین تنظیم هیجان نقش برجسته‌ای در تحول و حفظ اختلالات هیجانی دارد. نظم‌جویی هیجان، فرآیندی هدف‌مدار است که به‌منظور اثرگذاری بر شدت و مدت و نوع هیجان تجربه‌شده، صورت می‌گیرد (۱۷) و افراد از طریق آن هیجان‌های خود را به‌صورت هوشیار و ناهوشیار تعدیل می‌کنند (۱۸).

درواقع، نظم‌جویی هیجان، اصلی اساسی در شروع و ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگاران و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگاران محسوب‌شده (۱۹) و عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعامل‌های اجتماعی بیان می‌شود (۱۶)؛ بنابراین می‌توان گفت نظم‌جویی هیجان، عامل کلیدی و تعیین‌کنندهٔ بهزیستی روانی، کارکرد اثربخش، سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی و کیفیت زندگی است (۲۰)؛ لذا، این پژوهش باهدف، مقایسهٔ تحمل پریشانی و درماندگی و شناخت بنیادین در مادران فرزندان دچار اختلالات روانی و مادران فرزندان با معلولیت جسمانی انجام گرفت.

۲ روش بررسی

این مطالعه توصیفی و از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را مادران فرزندان مبتلا به اختلال‌های روانی و مادران کودکان با معلولیت جسمی تشکیل دادند که در مراکز و کلینیک‌های توان‌بخشی بهزیستی پذیرش شده بودند. گروه نمونه شامل ۱۲۴ شرکت‌کننده (۶۲ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و ۶۲ مادر دارای فرزند دارای معلولیت جسمی) بود که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. تلاش شد که دو گروه به‌جز در داشتن اختلال فرزندان در سایر متغیرها از قبیل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و تعداد فرزندان تاحدامکان هم‌تاسازی شوند. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بود از: دارابودن ملاک اختلال‌های روان‌پزشکی در فرزندان مبتلا به اختلالات روانی، محدودهٔ سنی ۱۶ تا ۴۳، معلول بودن مادرزادی در فرزندان با معلولیت جسمی، داشتن حداقل یک فرزند سالم در خانواده، نیاز بیمار به آموزش و مراقبت‌های ویژه. ملاک‌های خروج شامل مشکلات روانی یا جسمانی تشخیص‌پذیر در مادران فرزندان بانیازهای ویژه و مادران باردار بود.

ابزارهای پژوهش عبارت بود از: پرسشنامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P)؛ این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چندبعدی بوده که

¹ Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms

گارفنسکی، ترد، کرایج، لگرتی و کومر جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی تدوین کردند و پس از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با تجربه‌ای منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. همچنین این پرسشنامه ابزاری خودگزارشی بوده و ۳۶ سؤال دارد. این پرسشنامه با ۹ خرده‌مقیاس راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات زیاد در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است (۲۱).

حسینی، نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی‌شناختی هیجان را در فرهنگ ایرانی هنجاریابی کرد. در این مطالعه، اعتبار مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآمیزی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریامکس، همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شد (۲۳).

پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی^۱ (ESSP): این پرسشنامه توسط لیهی بر مبنای مدل طرحواره‌های هیجانی خود، تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵۰ سؤال بوده که با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نسخه فارسی این مقیاس را خانزاده و همکاران (۲۴) تهیه کردند. تحلیل عامل اکتشافی در نتایج نشان داد از ۱۶ عامل استخراج شده از این مقیاس، ۱۲ عامل با طرحواره‌های هیجانی لیهی هماهنگ هستند و این ۱۲ عامل عبارت‌است از: نشخوار ذهنی، گناه، ابراز احساسات، کنترل‌نشدنی بودن، تأییدطلبی از دیگران، درک‌شدنی بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن، دیدگاه ساده‌انگارانه به هیجانان، ارزش‌های والاتر، پذیرش هیجانان، توافق که سه عامل به علت بارگزاری تنها یک‌گویه حذف شدند و یک عامل جدید به نام خودآگاهی هیجانی به مقیاس اضافه شد. همچنین همبستگی درونی زیاد گویه‌ها مؤید روایی سازه این مقیاس است. نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد پایایی این مقیاس از طریق روش بازآمیزی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌های بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است. همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمد. به‌طور کلی نتایج حاصل از هر دو روش حاکی از پایایی پذیرفتنی این مقیاس است (۲۴) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد.

برای اجرای مداخلات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌شناسی ایران و آمریکا در سال ۲۰۰۳ و

سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۵ مدنظر قرار گرفت. براین اساس، مؤلفه‌های زیر درباره تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش (در هر یک از مراحل پژوهش) رعایت شد. کدهای اخلاقی مطرح شده توسط سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران، اصل احترام به شأن و آزادی انسان، اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، اصل سودمندی و آسیب‌نرساندن، اصل نبودن تبعیض، اصل توجه به رفاه دیگران، اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه، احترام به اصل رازداری، ارائه اطلاعات کافی درباره چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده، کسب رضایت‌نامه کتبی به منظور شرکت در درمان، پیگیری درمانی در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش و پس از پایان درمان و ارزیابی گروه آزمون، جلسات گروه‌درمانی برای گروه کنترل ارائه شد.

۳ یافته‌ها

در مجموع ۱۲۴ شرکت‌کننده از مادران بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی و معلولیت جسمی بررسی شدند که مشخصات آن‌ها از نظر تحصیلات و دامنه سنی و وضعیت شغلی تحت مطالعه قرار گرفت. با توجه به داده‌های بررسی شده، مشخص شد در هر دو گروه مطالعه شده از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی در مقطع دیپلم و کمترین فراوانی مربوط به مقطع راهنمایی است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۶ تا ۴۳ سال بود که در گروه اختلالات روانی میانگین سن ۳۲/۹۵ و در گروه با معلولیت ۳۳/۰۱ سال مشاهده شد. از نظر وضعیت شغلی در هر دو گروه بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه‌دار بود.

به منظور مقایسه دو گروه آزمودنی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، ابتدا تحلیل چندمتغیری آنالیز واریانس (MANOVA) به کار گرفته شد. نتیجه آزمون M باکس نشان داد ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده کرد. نتیجه آزمون چندمتغیری لاندای ویلکز معنادار بود ($p < 0/001$). معنادار بودن این آزمون بیان می‌کند در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام راهبردها با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس یک‌راهه استفاده شد. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک‌راهه قید شده است.

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد در راهبردهای سازش‌نیافته نظم‌جویی شناختی، ملامت خویش ($p < 0/001$)، فاجعه‌سازی ($p < 0/001$)، ملامت دیگران ($p < 0/001$) و دیدگاه‌گیری ($p < 0/001$)، میانگین نمرات مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی بیشتر از مادران کودکان با معلولیت جسمی است و مادران کودکان با معلولیت جسمی در راهبرد سازش‌نیافته نشخوارگری ($p < 0/001$)، تمرکز مجدد مثبت ($p < 0/001$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($p < 0/001$) و ارزیابی مجدد مثبت ($p < 0/001$) در مقایسه با مادران

¹ Emotional Schemas Scale factor structure and psychometric characteristics

کودکان مبتلا به اختلالات روانی نمرات بیشتری به دست آوردند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک‌راهه برای مقایسه گروه‌ها در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

راهبرد	مادران کودکان اختلالات روانی		مادران کودکان بامعلولیت جسمی		مقدار p	مقدار F	مجذوراتا
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد			
ملاطت خویش	۱۱/۳۲	۳/۳۶	۱۰/۴۱	۳/۲۲	<۰/۰۰۱	۸/۳۲	۰/۱۱
نشخوارگری	۱۲/۱۴	۳/۴۵	۱۳/۲۳	۳/۶۳	<۰/۰۰۱	۷/۴۱	۰/۲۳
فاجعه‌سازی	۱۳/۴	۳/۶۵	۱۲/۲۰	۳/۴۹	<۰/۰۰۱	۸/۳۲	۰/۲۱
ملاطت دیگران	۱۲/۷۱	۳/۵۶	۱۲/۳۲	۳/۵۰	<۰/۰۰۱	۹/۴۱	۰/۲۱
پذیرش	۹/۳۲	۳/۰۵	۱۳/۴۵	۳/۶۶	۰/۰۵۱	۴/۱۶	۰/۰۶
تمرکز مجدد مثبت	۱۱/۴۵	۳/۳۸	۱۲/۲۲	۳/۴۹	۰/۰۱۲	۵/۴۳	۰/۴۵
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۰/۸۴	۳/۲۹	۱۴/۲۲	۳/۷۷	<۰/۰۰۱	۶/۳۵	۰/۵۱
ارزیابی مجدد مثبت	۸/۳۲	۲/۸۸	۱۲/۴۱	۳/۵۲	۰/۰۱۹	۹/۴۱	۰/۷۶
دیدگاه‌نگری	۱۳/۱۴	۳/۶۲	۹/۵۲	۳/۰۸	<۰/۰۱۰	۸/۲۰	۰/۹۸

به جهت مقایسه دو گروه آزمودنی در طرحواره‌های هیجانی نیز از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد. نتیجه آزمون M باکس ($p > ۰/۰۱$) مشخص کرد ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده کرد. نتیجه آزمون چندمتغیری لاندای ویلکز معنادار بود واریانس یک‌راهه قید شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک‌راهه برای مقایسه گروه‌ها در طرحواره‌های هیجانی

راهبرد	مادران کودکان اختلالات روانی		مادران کودکان بامعلولیت جسمی		مقدار p	مقدار F	مجذوراتا
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد			
نشخوار ذهنی	۹/۴۵	۳/۷۳	۵/۲۶	۲/۲۵	<۰/۰۰۱	۱۸/۶۲	۰/۳۴
خودآگاهی هیجانی	۴/۲۶	۴/۶۷	۶/۷۳	۳/۲۸	۰/۰۱۴	۸/۳۷	۰/۱۳
گناه	۹/۹۶	۴/۶۳	۸/۷۹	۳/۶۶	<۰/۰۰۱	۶/۲۷	۰/۱۶
ابراز احساسات	۱۱/۰۵	۱/۳۷	۱۳/۸۷	۲/۳۵	۰/۰۵۳	۴/۳۸	۰/۰۴
کنترل‌نشدنی بودن	۸/۸۶	۴/۵	۹/۵۰	۳/۲۰	۰/۰۱۷	۱۲/۲۵	۰/۲۱
تأییدطلبی از دیگران	۸/۳۰	۳/۴۹	۶/۳۷	۴/۴۶	<۰/۰۰۱	۷/۱۵	۰/۱۸
درک‌کردنی بودن	۶/۸۵	۳/۸۵	۱۱/۳۸	۲/۶۳	۰/۰۱۲	۱۷/۸۳	۰/۴۶
سرزنش	۱۲/۴۹	۴/۸۴	۷/۶۲	۳/۰۲	۰/۰۰۵	۱۲/۰۱	۰/۱۹
تلاش برای منطقی بودن	۷/۳۴	۳/۳۲	۶/۰۴	۳/۱۲	<۰/۰۰۱	۹/۲۷	۰/۲۷
دیدگاه ساده‌انگارانه هیجان‌ها	۷/۴۸	۴/۴۱	۸/۰۳	۲/۳۱	۰/۰۱۳	۵/۲۰	۰/۲۱
ارزش‌های والاتر	۷/۴۸	۴/۴۶	۶/۷۹	۲/۵۲	۰/۰۰۵	۴/۸۶	۰/۰۱
پذیرش هیجان‌ها	۶/۱۶	۳/۴۲	۸/۲۶	۲/۱۱	۰/۰۰۵	۸/۶۹	۰/۱۷
توافق	۶/۳۸	۴/۴۲	۸/۳۶	۳/۲۴	<۰/۰۰۱	۷/۹۶	۰/۱۴

روانی گرفتند ($p < ۰/۰۵$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی و طرحواره‌های هیجانی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و فرزند بامعلولیت جسمی بود. یافته‌ها استفاده بیشتر راهبردهای سازش‌نایافته نظم‌جویی هیجان و طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد را در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و فرزند بامعلولیت جسمی بیان کردند.

داده‌های جدول ۲ بیان می‌کند در طرحواره‌های هیجانی خودآگاهی هیجانی، ابراز احساسات، کنترل‌نشدنی بودن، درک‌کردنی بودن، دیدگاه ساده‌نگارانه به هیجان‌ها و پذیرش هیجان‌ها، مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی نمرات بیشتری درمقایسه با مادران کودکان بامعلولیت جسمی کسب کردند ($p < ۰/۰۵$). همچنین در طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی، گناه، تأییدطلبی از دیگران، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن و ارزش‌های والاتر، مادران کودکان بامعلولیت جسمی نمرات بیشتری درمقایسه با مادران کودکان مبتلا به اختلالات

این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نوع و شدت مختلف بیماران انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر وجود راهبردهای سازش‌نا یافته‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و فرزند با معلولیت جسمی است. در این فرایند، راهبردهای نظم‌جویی هیجان نقش مهمی در کنار آمدن با چنین موقعیت‌های تنیدگی‌زا ایفا می‌کنند. توانایی مدیریت صحیح هیجان‌ها به‌هنگام رویارویی با رویدادهای محیطی تنیدگی‌زا، این امکان را برای افراد فراهم می‌سازد تا از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه جلوگیری کنند.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

همان‌طور که اشاره شد، مراقبت از کودک مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و بیماری مزمن اثر چشمگیری بر خانواده دارد. بسیاری از شواهد پژوهشی نشان داده‌اند والدین این کودکان، فشار و استرس والدینی‌گری فزاینده‌ای را در مقایسه با والدین کودکان دارای رشد سالم تجربه می‌کنند (۳-۱). اصلاح فشار مراقبت اغلب دامنه وسیعی از مشکلات بدنی، روان‌شناختی، هیجانی، اجتماعی و مالی را در برمی‌گیرد که مراقبان خانوادگی آن‌ها را تجربه می‌کنند (۲). اختلال کودک بر زندگی خانوادگی روزانه تأثیر زیادی داشته و در بسیاری از مواقع بر روابط خانوادگی اثر منفی می‌گذارد. پرورش کودک مبتلا به اختلالات، فشار زیادی را بر همه اعضای خانواده تحمیل می‌کند. این فشارها شامل مشکلات مربوط به تعامل‌های والدین و کودک و نیز خواهران و برادران و کودک و ناسازگاری زناشویی فزاینده می‌شود (۵).

مطالعه باکستر (۹) بیان می‌کند خواهران و برادران این کودکان به‌میزان بیشتری به اختلالات روانی مبتلا بوده و به‌احتمال بیشتری از اختلالات نیمه‌بالینی رنج می‌برند (۲۴). والدین نه‌تنها با مشکل مراقبت از کودک بیمار مواجه هستند بلکه باید از خواهران و برادران کودک بیمار که در مقایسه با دیگران به‌میزان بیشتری دچار اختلال یا اختلالات زیرآستانه‌ای بوده، مراقبت کنند. این امر موجب نبودن امنیت روانی در زندگی والدین به‌خصوص مادران به‌سبب فرصت بیشتر در مقایسه با پدر در خانه می‌شود. علاوه‌براین، بسیاری از والدین نمی‌توانند مراقبت از کودک بیمار خود را به دیگران محول کرده و زمانی را به خودشان اختصاص دهند. این مطلب به‌نوبه خود می‌تواند مشکلات مربوط به رابطه والدین را افزایش داده و منجر به نارضایتی زناشویی شود (۴) که خود سرآغاز اختلالات خلقی و هیجانی افسردگی و مشکلات ناسازگاری است.

همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، هانس نشان داد تعدیل و تنظیم هیجان می‌تواند نقش مؤثری بر سلامت روان مادران فرزندان مبتلا به اختلالات مزمن داشته باشد؛ زیرا هیجان‌ها به‌عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با دغدغه‌ها، اضطراب‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کند (۷). نتایج سایر پژوهش‌ها از جمله گروس و تامپسون (۱۷)، توگادو و فردریکسون (۲۶) مشخص کرد هیجان‌ات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کند و تنظیم هیجان به‌عنوان روشی درمانی در تعدیل هیجان‌ها، با عزت‌نفس و تعامل‌های اجتماعی مثبت در ارتباط است که باعث مراقبت مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زاشده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌ها اجتماع را به‌همراه دارد.

دلیل نوآوری این پژوهش این بود که در دو گروه مادرانی انجام شد که درد و رنج هیجانی زیادی داشتند و نتایج پیش‌بینی ناپذیر بود؛ چراکه در گروه بیمار و افراد سالم انجام نشد. دسترسی نداشتن به خانواده‌ها با نوع و شدت بیماری متفاوت در فرزندان، از محدودیت‌های این پژوهش بود. علاوه‌براین، یافته‌های پژوهش به آن دسته از مادرانی تعمیم‌پذیر است که در صدد درمان کودکانشان برمی‌آیند. درنهایت، اینکه گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود؛ بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به مادران بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی و فرزند با معلولیت جسمی تعمیم‌پذیر است. به‌منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی

References

1. Dowdell EB. Caregiver burden: Grandmothers raising their high risk grandchildren. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 1995 Mar 1;33(3):27-30. [Link]
2. Hakimjavadi M, Lavasani MGH, Haghightatgi M, Zebardast O. Relationship among depression, anxiety, stress and personality in veteran children. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2010; 3(1): 9-16.[Persian] [Link]
3. Emami R, Talepasand S, Rezai AM. The effect of self-regulation strategies on essay writing children with attention deficit / hyperactivity. *MEJDS*. 2015; 5(11): 208 – 219. [Persian] [Link]
4. Zamani N, Zamani S, Habibi M, Abedini S. Comparison in stress of caring mothers of children with developmental, external and internal disorders and normal children. *J Research & Health*. 2017; 7(2): 688- 694. [Link]
5. Zamani N, Khodabakhsh MR, Zamani S, Kiani F, Khastwo Hashjin H. The Effectiveness of Schema Therapy on Depression and Anxiety among Women Referring to Rehabilitation Specialist. *Community Health journal*. 2016; 10(3): 62-70.[Persian] [Link]
6. Kogel RL. Consistent stress Profile in mothers of children with autism. *J autism and Dev Dis*. 1992; 22(2): 205-216. [Link]
7. Hames A. Do the younger siblings of learning disabled children see them as similar or different? *Child Care Health Develop*. 2003; 24(1): 157-168. [Link]
8. Rottenberg J, Gross JJ. When emotion goes wrong: realizing the promise of affective science. *Clin Psychol Sci Pract*. 2007; 10(2):227-32. [Link]
9. Habibi M, Zamani N, Noroozi Dashtaki M. Effectiveness of group Cognitive Therapy based on Michael free in Reducing Depression in Mothers of Children with mental Disorders. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2017; 28(2): 91-100. [Persian] [Link]
10. Peshotan Bhavnagri N. Low income African American mothers' parenting stress and instructional strategies to promote peer relationships in preschool children. *Early Education and Development*. 1999 Oct 1;10(4):551-71. [Link]
11. Aminzadeh A, Hatamizade N, Mirkhani SM, Kazemnejad A. Evaluate effectiveness of home based training service of CBR program which have been offered to physically disabled people and their families. *J Rehabil*. 2011; 18(5): 37-44.[Persian] [Link]
12. Ahmadi KH, Khodadadi GH, Akhavi Z, Anisi J. Faction of families with disabled children. *Journal of behavior sciences*. 2013; 6(4): 331-337. [Persian] [Link]
13. Crinc KA, Greenberg MT. Minor parenting stresses with young children. *Child Dev*. 1990; 61(5): 1628-37. [Link]
14. Sanders JL, Morgan SB. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child Fam Behav Ther*. 1997; 19(2): 15–32. [Link]
15. Kuipers E, Leff J, Lam D. *Family work for schizophrenia: a Practical Guide*, 2nd edn. London: Gaskell; 2002, pp: 216–228. [Link]
16. Maccarthy B, Lesage A, Brewin Brugha TS, Mangen S, Wing JK. Needs for care among the relatives of long term users of day care. A report from the camber well high contact survey. *Psycho Med*. 1989; 19(3): 725-36. [Link]
17. Wagner AW, Logsdon RG, Pearson JL. Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*. 1997;1(2):132-9. [Link]
18. Baxter AC, Lotspeich LJ, Spiker D, Martin JL, Grether JK, Hallmayer JF. Brief report: effect of maternal age on severity of autism. *J Autism Dev Disord*. 2007; 37(5): 976-82. [Link]
19. Maccarthy B, Lesage A, Brewin Brugha TS, Mangen S, Wing JK. Needs for care among the relatives of long term users of day care. A report from the camber well high contact survey. *Psycho Med*. 1989; 19(3): 725-36. [Link]

20. Hasani J, Azadfallah P, Rasolzadeh Tabatabaiee SK, Ashayeri H. The assessment of the cognitive emotion regulation according neuroticism and extraversion. *New Adv Cog Sci*. 2008; 10(4):1-13.[Persian] [Link]
21. Caqueourízar A, Gutiérrez-Maldonado J, MirandaCastillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; 7(11): 81-84. [Link]
22. Hasani J, Tajodini E, Ghaedniyaie Jahromi A, Farmani Sh. The Assessments of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas in Spouses of People with Substance Abuse and Spouses of Normal People. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(1):87-89. [Persian] [Link]
23. Khanzade M, Edrisi F, mohamadkhani SH, Saidian M. Scale factor structure and psychometric characteristics on students' memotional schemas. *J Psycho Stud*. 2012; 11 (3): 91-119. [Persian] [Link]
24. Yoselyani GH, Habibi M, Soleymani S. The relationship between disciplines desired behavior and family functioning, locus of control and self-esteem of students. *J School psycho*. 2012; 1(2): 114-134. [Link]
25. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. To compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2015; 18(1): 32-42. [Persian] [Link]