

## فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۳ بهار ۱۳۹۳

### مقایسه تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر پریشانی روانشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی

منصور بیرامی<sup>۱</sup>

تورج هاشمی<sup>۲</sup>

عباس بخشی‌پور<sup>۳</sup>

مجید محمودعلیلو<sup>۴</sup>

علی اقبالی<sup>۵</sup>

#### چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روانشناختی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی در شهر تبریز بود. در این مطالعه شبه تجربی، جامعه آماری شامل مادران دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزشگاه‌های استثنایی شهر تبریز بود. پس از اجرای پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس، از بین آن‌ها، تعداد ۶۰ نفر به شیوه تصادفی انتخاب شده و در دو گروه ۳۰ نفره تقسیم شدند. گروه اول یک دوره درمان آموزش تنظیم هیجان را در ۸ جلسه ۲ ساعته، دریافت کرد. گروه دوم در طول همین مدت، هشت جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را طی کرد. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان‌شناختی (CERQ) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) بود. تحلیل نتایج با استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری صورت گرفت. نتایج نشان داد که اثربخشی متغیرهای مستقل (آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر متغیرهای وابسته افسردگی ( $F=5/01$  و  $p=0/03$ )، اضطراب ( $F=7/27$  و  $p=0/01$ ) و استرس ( $F=10/17$  و  $p=0/00$ ) معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت که روش‌های درمانی آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی این متغیرها اثر بخشی متفاوتی دارند. مقایسه دوجه‌دوی گروه‌ها در متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت میانگین‌ها بین دو گروه معنی‌دار است و این تفاوت به نفع گروه آموزش تنظیم هیجان است. یعنی این روش تأثیر بیشتری روی آزمودنی‌ها داشته است. در مجموع نتایج نشان می‌دهند که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش پریشانی روانشناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی موثر واقع شود. **واژگان کلیدی:** تنظیم هیجان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، پریشانی روانشناختی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، عقب‌مانده ذهنی.

۱- استاد روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز

۲- دانشیار روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز

۳- استاد روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز

۴- استاد روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز

۵- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

## مقدمه

اگرچه رویدادهای منفی زندگی الزاما پیامدهای روانشناختی مضرى دربرندارند، با این حال استرسورهای مزمن احتمال پریشانی روانشناختی را افزایش می‌دهند. یکی از عوامل ایجاد استرس در خانواده، تولد فرزند معلول است. برای والدین کودکان دارای ناتوانی، فرزندپروری، استرسوری مزمن محسوب می‌گردد (کویتنر، گلوکاف و جکسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰) و والدین کودک عقب‌مانده ذهنی اغلب با انواع مختلفی از مشکلات روانی-اجتماعی و عملی روبرو می‌شوند که برخی اوقات موجب سطوح بالایی از پریشانی والدینی می‌گردد. این‌ها شامل مشکلات هیجانی مانند ترس، افسردگی و نگرانی، رضایت پایین زناشویی، مشکلات کاری و مالی، مشکلات مربوط به تکالیف آموزشی، همین‌طور سطوح پایین عزت‌نفس و اعتماد به نفس می‌شوند (زیتلین، ویلیامسون و روزن بلات<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷؛ دیسون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). شواهد نشان می‌دهد که ناتوانی ذهنی برای کل خانواده، به‌ویژه والدین که به عنوان تنها مراقبت‌کنندگان واقعی هستند، پریشانی روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و مالی ایجاد می‌کند (شوارتز و تسومی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳) و اضطراب، استرس و افسردگی علایم شایعی هستند که بوسیله والدین گزارش می‌شوند (کاراساویدیس، آوگرینو، لیانو، پریفیتیس، لیانو و سیاماگا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱).

مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی، پریشانی روانشناختی بیشتری نسبت به سایر اعضای خانواده نشان می‌دهند، چرا که آن‌ها مراقبان اصلی کودکانشان هستند (ویس، سالیوان و دیاموند<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ پلکات، لفتور و پررالت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). از سویی، مادران کودکان ناتوان ذهنی، حالت مرضی روانپزشکی و استرس بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی نشان می‌دهند، اما پدران، چنین اثر آسیب‌زایی را نشان نمی‌دهند، که این امر ممکن است به تفاوت مسئولیت تعیین شده در قبال تربیت کودک برای هریک از والدین مربوط باشد. چرا که، پدران معمولاً در فعالیت‌های مراقبتی کمتر درگیر می‌شوند (کاسکلی، پولان و هایس<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸؛ هاستینگز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳).

در طرف دیگر، نتایج برخی مطالعات نیز نشان داده است که استرس در این والدین،

1- Quittner, Glueckauf &amp; Jackson

3- Dyson

5- Karasavvidis, Avgerinou, Lianou, Priftis, Lianou, &amp; Siamaga

7- Pelchat, Lefebvre &amp; Perreault

9- Hastings

2- Zeitlin, Williamson &amp; Rosenblat

4- Schwartz &amp; Tsumi

6- Weiss Sullivan Diamond

8- Cuskelly, Pullan &amp; Hayes

پیامد اجتناب‌ناپذیر داشتن کودکان عقب‌مانده ذهنی نیست (کولر، ریچاردسون و کاتز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲). به این معنی که به‌نظر می‌رسد، ترکیب استرسورهای متعدد، پیش‌بینی‌کننده احتمال تجربه استرس و اضطراب باشد. سطح تحصیلات والدین و درآمد خانواده در استرس و اضطراب والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی تأثیر دارد. همچنین سطح بالای استرس تجربه شده در والدین می‌تواند به عوامل ذهنی مانند احساس در محدودیت بودن<sup>۲</sup>، انزوای اجتماعی<sup>۳</sup> و ناخشنودی<sup>۴</sup> مربوط باشد و ممکن است راهی برای ظهور نشانه‌های اضطراب باشد (ماجومدار، داسیلوا پیرا و فرناندز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

براساس آن چه پیش‌تر اشاره شد، می‌توان گفت که مادر نخستین مسئول رشد سازگاری هیجانی کودک تلقی می‌شود و نماینده یا مفسر شخصی کودک است. مادر در این نقش، مسئول بیان نیازها و خواسته‌های کودک به سایر اعضای خانواده است. از یک طرف به علت بار سنگین این مسئولیت‌ها، سایر روابط اغلب کاهش یافته یا از بین می‌روند. براساس تمایل ذاتی مادر به حمایت از کودک، مادر ممکن است بیش از اندازه حمایت‌کننده شود و بدین‌سان کودک را از داشتن فرصت‌های مناسب برای کسب مهارت‌ها و مشارکت در فعالیت‌هایی که سرانجام به استقلال او می‌انجامد، باز دارد. از طرف دیگر بر اثر سطح بالای فشار روانی و فقدان کمک‌ها و حمایت‌های عاطفی ممکن است، توجه کافی به کودک خود نداشته باشد. برای مثال، کودکانی که مادران‌شان افسرده هستند انواعی از مشکلات در کارکردهای شناختی، زبان‌شناختی و اجتماعی در مقایسه با کودکانی که مادران‌شان افسرده نیستند، نشان می‌دهند (گلیدن، اسکول کرافت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳).

بررسی متون و مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان نقش بسیار مهمی در دامنه گسترده‌ای از پیامدهای روانشناختی بازی می‌کند (گراس و جان<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳)، و عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (سیچتی، اکرم، و ایزارد<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵؛ تامپسون<sup>۹</sup>، ۱۹۹۱) و نقص در آن با اختلالات

1- Koller, Richardson &amp; Katz

3- social isolation

5- Majumdar, Da Silva Pereira &amp; Fernandes

7- Gross &amp; Jhon

2- feeling of being restricted

4- dissatisfaction

6- Glidden &amp; Schoolcraft

8- Cicchetti, Ackerman &amp; Izard

درون‌سازی شده مانند افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی و اختلالات برون‌سازی شده مانند بزهکاری، و رفتار پرخاشگرانه ارتباط دارد (ایزنبرگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

نظریه‌های هیجان تاکید می‌کنند که چگونگی تفسیر یا ارزیابی ما از یک رویداد می‌تواند کارکرد مهمی در پاسخ هیجانی ما داشته باشد (شرر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). بازاریابی با استفاده از هر دو مقیاس‌های خودگزارشی و فیزیولوژیکی در کاهش عاطفه منفی موثر شناخته شده است (اکسنر<sup>۳</sup> و گراس، ۲۰۰۸)، و استفاده همیشگی از بازاریابی شناختی با سلامت روانی زیاد (گراس و جان، ۲۰۰۳) و سطوح پایینی از آسیب روانی همراه است (افتخاری، زولنر و ویگیل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

از سویی پیشینه نظری و پژوهشی نشان می‌دهد که برای مقابله با پریشانی روانشناختی و استرس‌های ناشی از موقعیت‌های دشوار، مهارت‌های شناختی از قبیل ذهن آگاهی تأثیرگذار است. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی، و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است (کابات - زین، به نقل از سگال، ویلیامز و تیزدیل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به‌نوبه خود به جلوگیری از ماریج فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (همان منبع).

با توجه به شیوع بالای پریشانی‌های روانشناختی در بین مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی و اثرات منفی آن بر عملکرد فردی و خانوادگی آن‌ها، به نظر می‌رسد، ارائه خدمات روانشناختی در قالب راهبردهای درمانی مانند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش تنظیم هیجان می‌تواند در تأمین بهداشت روانی این مادران راهگشا باشد. از سوی دیگر، با توجه به عدم وجود پژوهش‌های تجربی در زمینه مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی، انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد، تا میزان اثربخشی آموزش

1- Eisenberg  
3- Ochsner  
5- Segal, William & Teasdale

2- Scherer  
4- Eftekhari, Zoellner & Vigil

تنظیم هیجان و درمان نوپدیدی که با نام MBCT ظاهر شده است، در پریشانی روانشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان این افراد بررسی شود. یافتن تفاوت در زمینه اثربخشی آن‌ها در نمونه‌های ایرانی و بر روی متغیرهای وابسته تحقیق، تلویحات نظری و کاربردی مهمی خواهد داشت و می‌تواند به متخصصان حوزه بهداشت روانی کمک کند تا اثربخش‌ترین درمان را انتخاب کرده و به کار برند.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با توجه به روش جمع‌آوری داده‌ها، از نوع نیمه‌تجربی بین گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. از سویی با توجه به اهداف و فرضیه‌های پژوهشی، این طرح از نوع طرح‌های کاربردی و با توجه به بعد زمان، از نوع مقطعی و به لحاظ سطح مورد مطالعه، از نوع ژرفانگر بود.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، شامل مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی شهر تبریز بود. جهت دستیابی به نمونه مورد نظر، ابتدا پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) بر روی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی شاغل به تحصیل در مدارس استثنایی شهر تبریز اجرا شد، و از بین آن‌ها تعداد ۶۰ نفر براساس نتایج این پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی انتخاب شدند. این تعداد پس از اخذ رضایت، به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره جایگزین شدند. سپس پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) و خرده‌مقیاس‌های سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌انگاری و سرزنش دیگران پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان اجرا شد. گروه اول یک دوره آموزش تنظیم هیجان را در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای زیر نظر دانشجوی دکتری روانشناسی طی کردند. گروه دیگر هم طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. بعد از اتمام آموزش دوباره پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) و خرده‌مقیاس‌های سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌انگاری و سرزنش دیگران پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان اجرا شد. تا مبنایی برای مقایسه‌های بعدی باشد.

## روش‌های مداخله

روش‌های مداخله در این پژوهش شامل دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود که صورت جلسات برنامه‌های آموزشی-درمانی در زیر آورده شده است.

## جدول (۱) محتوای جلسات آموزش تنظیم هیجان

جلسات	محتوای آموزشی جلسات
اول	چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه.
دوم	نام‌گذاری هیجان‌ها، هیجان‌ها چگونه عمل می‌کنند؟ هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند.
سوم	توصیف و کارکرد هیجان‌ها
چهارم	کاهش دادن آسیب‌پذیری به هیجان‌های منفی
پنجم	آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش دادن تجارب و هیجان‌های مثبت، تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش
ششم	رها شدن از هیجان‌های آزارنده
هفتم	مروری بر تنظیم هیجان
هشتم	مروری بر تنظیم هیجان

## جدول (۲) محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای آموزشی جلسات
اول	هدایت خودکار: خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه و آرسی بدن
دوم	سروکار داشتن با موانع: مراقبه و آرسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرین‌های افکار و احساسات
سوم	ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت): حرکت ذهن آگاهانه، تمرین کشش و تنفس، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت
چهارم	باقی ماندن در زمان حاضر: ذهن آگاهی پنج دقیقه‌ای مشاهده کردن یا شنیدن، مراقبه نشستن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تحریف‌های شناختی
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، ماشین زمان و بررسی افکار و پیش بینی‌های قبلی

ششم افکار واقعیت‌ها نیستند: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین

هفتم چگونه می‌توانم بهترین مراقبت را از خودم به عمل آورم؟: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارتباط بین فعالیت و خلق، راه‌حل آفرینی سازنده

هشتم استفاده از آن چیزی که یاد گرفته شده برای بکارگیری در آینده: مراقبه و آرسی بدن، مراقبه نهایی، مرور کل دوره-چه چیزهایی برای شما در زندگی‌تان بسیار ارزشمند هستند، که تمرین می‌تواند به شما کمک کند؟

### ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

در راستای جمع‌آوری اطلاعات ضروری برای انجام پژوهش حاضر پرسشنامه‌های افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان (CERQ) مورد استفاده قرار گرفت:

**پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS):** مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) که توسط لویباندنا در سال ۱۹۹۵، با توجه به هم‌پوشی افسردگی و اضطراب، به منظور تعریف و اندازه‌گیری سازه‌های اضطراب و افسردگی ساخته شده، در این پژوهش از آن استفاده شده است. در واقع، این مقیاس، مجموعه‌ای از سه مقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی، افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. اگر آزمودنی دچار اضطراب، افسردگی یا استرس نباشد نمره صفر، اگر گزینه کم را بزند نمره یک، زیاد نمره دو و خیلی زیاد نمره سه به او تعلق خواهد گرفت. هر مقیاس در این پرسش‌نامه، پنج سؤال را به خود اختصاص می‌دهد، به همین صورت، نمره فرد در مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و استرس به دست می‌آید (طیبی و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۰). در مطالعه طیبی و قنبری هاشم‌آبادی (۱۳۹۰)، اعتبار این مقیاس از طریق همسانی درونی و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای هم‌زمان آزمون‌های افسردگی یک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده، مورد بررسی قرار گرفته است. همسانی درونی مقیاس‌های DASS، با استفاده از آلفای کرونباخ عبارت‌اند از: مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و

مقیاس استرس ۰/۷۸. همچنین به منظور بررسی روایی ملاکی DASS، از اجرای هم‌زمان پرسش‌نامه افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده استفاده شده است. همبستگی مقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی مقیاس اضطراب آن با آزمون اضطراب زونگ ۰/۶۷ و همبستگی مقیاس استرس آن با استرس ادراک شده ۰/۴۹ بوده که تمامی این همبستگی‌ها در سطح  $P > ۰/۰۰۱$  معنادار هستند. در این پژوهش از فرم کوتاه پرسش‌نامه DASS که ۲۱ سؤال (هفت سوال برای هر مقیاس) دارد، استفاده شد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): این مقیاس، پرسشنامه‌ای چندبعدی است که توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه شده است. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قابل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد که نحوه پاسخ به آن براساس مقیاس پنج درجه‌ای از هرگز تا همیشه قرار دارد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده می‌باشد. پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان (CERQ) دارای ۹ خرده‌مقیاس است. پنج خرده‌مقیاس (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه) این پرسشنامه سبک‌های تنظیم هیجان‌شناختی سازگار و چهار خرده‌مقیاس دیگر (سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌انگاری و سرزنش دیگران) سبک‌های تنظیم هیجان‌شناختی ناسازگار هستند. هر خرده‌مقیاس دارای چهار عبارت است که از طریق جمع بستن نمرات داده شده به هر عبارت نمره هر خرده‌مقیاس در دامنه‌ای از (۴ تا ۲۰) به دست می‌آید. جمع کل نمرات در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. نابراین هر فرد در این پرسش‌نامه ۱۱ نمره جداگانه می‌تواند دریافت کند. روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای



هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (عبدی، ۱۳۸۶). یوسفی (۱۳۸۵) اعتبار و پایایی این مقیاس را در نوجوانان ایرانی بررسی کرده است. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های منفی تنظیم هیجان، ۰/۷۸ و خرده‌مقیاس‌های مثبت تنظیم هیجان، ۰/۸۳ و برای کل مقیاس ۰/۸۱ بدست آمده است. ضریب اعتبار مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه از اعتبار و پایایی مناسب و رضایت‌بخشی برای استفاده در فرهنگ ایرانی برخوردار است. در این پژوهش از خرده‌مقیاس تنظیم هیجان منفی برای ارزیابی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان استفاده شد.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS۱۶ و روش تحلیل کواریانس چندمتغیره صورت گرفت.

### یافته‌ها

با توجه به محقق شدن پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل کواریانس، جهت بررسی مقایسه‌ای اثربخشی دو روش مداخله، آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام گرفت که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ آورده شده است.

جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه اثرات روش‌های درمانی بر متغیرهای وابسته

اثر	آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
گروه	اثر پیلاپی	۳/۹۸	۷	۴۱	۰/۰۰۲

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که دو روش درمانی اثرات متفاوت بر ترکیب متغیرهای وابسته دارند ( $p < 0/01$ ). جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره را برای مقایسه نمره‌های متغیرهای وابسته در دو روش درمانی نشان می‌دهد.

جدول (۴) تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثرات روش‌های درمانی بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
افسردگی		۴۸/۷۴	۱	۴۸/۷۴	۵/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۹
اضطراب		۷۴/۴۶	۱	۷۴/۴۶	۷/۲۷	۰/۰۱	۰/۱۳
استرس		۱۱۷/۹۶	۱	۱۱۷/۹۶	۱۰/۱۷	۰/۰۰	۰/۱۷
سرزنش خود	گروه	۱۸/۲۳	۱	۱۸/۲۳	۳/۵۷	۰/۰۶	۰/۰۷
نشخوار ذهنی		۵/۴۲	۱	۵/۴۲	۰/۸۹	۰/۳۵	۰/۰۱
فاجعه‌سازی		۱/۷۳	۱	۱/۷۳	۰/۱۸	۰/۶۶	۰/۰۰۴
سرزنش دیگران		۲۰/۴۵	۱	۲۰/۴۵	۲/۴۵	۰/۱۲	۰/۰۵

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که اثربخشی متغیرهای مستقل (آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر متغیرهای وابسته افسردگی ( $F=۵/۰۱$  و  $p=۰/۰۳$ )، اضطراب ( $F=۷/۲۷$  و  $p=۰/۰۱$ ) و استرس ( $F=۱۰/۱۷$  و  $p=۰/۰۰$ ) معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت که روش‌های درمانی آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی این متغیرها اثربخشی متفاوتی دارند.

جدول (۵) مقایسه زوجی میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های درمانی

گروه‌ها	متغیرها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معنی‌داری
آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر ذهن آگاهی	افسردگی	-۲/۰۵	۰/۹۱	۰/۰۳
	اضطراب	-۲/۵۳	۰/۹۳	۰/۰۱
	استرس	-۳/۱۸	۱	۰/۰۰۳
	سرزنش خود	-۱/۲۵	۰/۶۶	۰/۰۶
	نشخوار ذهنی	-۰/۶۸	۰/۷۲	۰/۳۵
	فاجعه‌انگاری	۰/۳۸	۰/۸۸	۰/۶۶
	سرزنش دیگران	-۱/۳۲	۰/۸۴	۰/۱۲

براساس نتایج مندرج در جدول ۵، مقایسه دو به دوی گروه‌ها در متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت میانگین‌ها بین دو گروه معنی‌دار است و این تفاوت به نفع گروه آموزش تنظیم هیجان است. یعنی این روش تأثیر بیشتری روی آزمودنی‌ها داشته است. در مجموع نتایج نشان می‌دهند که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش پریشانی روانشناختی مادران کودکان عقب مانده ذهنی مؤثر واقع شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان دادند که دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر متفاوتی بر پریشانی روانشناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی دارند. این امر احتمالاً به دلیل تأکید روش‌های تنظیم هیجان روی آگاهی، کنترل و اصلاح هیجانات منفی حاصل از روابط بین فردی، تمرکز بر تمرینات عملی و کارگاهی و تشکیل جلسات به شکل گروهی و در نتیجه وجود تبادلات مؤثر بین فردی بوده است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان به‌ویژه در کاهش افسردگی اثربخش‌تر بوده است. شاید به این دلیل که، درمانی است که ساختار روشنی دارد و از تکنیک‌های رفتاری استفاده می‌کند. این نتیجه همسو با یافته‌هایی است که نشان داده‌اند آموزش هفتگی مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند به درمان افسردگی مزمن بیانجامد (لینچ، مورس، مندل سون و روبینز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که، مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، پریشانی روانشناختی بیشتری نشان می‌دهند (مانند؛ وایت و هاستینگز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ نیک و بارکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸)؛ و شناخت‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی والدین از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده پریشانی روانشناختی به شمار می‌آیند (هاستینگز و

1- Lynch, Morse, Mendel son & Robins  
3- Neece & Baker

2- White & Hastings

براون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). به‌طور کلی، تنظیم هیجان سازه‌ای است که تصور می‌شود تأثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی دارد و در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی نقش مهمی دارد. موفقیت در تنظیم هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی، عملکرد تحصیلی و شغلی همراه است و برعکس، عدم توانایی در تنظیم هیجان با اختلال‌های روانی، شخصیتی و اضطرابی و ... مرتبط است (آلداو، نولن-هوسکما و شوایزر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰؛ گراتز و رومر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). مطالعه اسمیت و آرگیو<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که تنظیم هیجان‌های نیرومند، تلویحات مهمی برای سلامتی، به‌ویژه در بین افراد دارای بیماری‌های مزمن دارد.

بنابراین می‌توان گفت که تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است (تیس و براتس لوسکی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰) و آموزش تنظیم هیجان با آگاه نمودن افراد از هیجان‌های مثبت و منفی و پذیرش و کنار آمدن موثر با آن‌ها می‌تواند سلامت روان آن‌ها را ارتقا بخشد (دیمف و کومر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). در آموزش تنظیم هیجان بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که کاربرد آن‌ها منجر به پذیرش مشکلات هیجانی، پرورش سبک زندگی سالم، انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی شده، که در نهایت به تسهیل تغییرات منجر می‌شود (لینهان<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). همچنین آموزش تنظیم هیجان با تشویق آن‌ها برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش روزانه و تمرین‌هایی جهت مقابله با خشم و احساس گناه و... می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای موثری را در اختیار آن‌ها قرار دهد (لینهان، ۱۹۹۳).

نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های بابایی، حسنی و محمدخانی (۱۳۹۱)، برکینگ، می‌یر و وودپرم<sup>۸</sup> (۲۰۱۰)، کمبل-سیلز، بارلو، براون و هافمن (۲۰۰۶)، اسمیت و آرگیو (۲۰۰۹)، اتخبریا آرتابال و همکاران (۲۰۱۱)، صالحی و همکاران (۱۳۹۰) همسو و با نتایج مطالعه نریمانی، آریا پوران، ابولقاسمی و احدی (۱۳۸۹) غیرهمسو است.

1- Brown  
3- Gratz, K.L. & Roemer  
5- Tice & Bratslavsky  
7- Linehan

2- Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer  
4- Smyth & Arigo  
6- Dimeff & Koerner  
8- Berking, Meier & Wupperman

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم امکان تعمیم یافته‌ها به جمعیت عمومی و سایر گروه‌های استثنایی اشاره کرد و پیشنهاد می‌شود روش‌های تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی سایر نمونه‌ها و متغیرهای وابسته دیگری به کار برده شود. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند تلویحاتی برای کاربست برنامه‌های مداخله و مدیریت هیجان‌ها برای مادران کودکان عقب‌مانده به منظور تعدیل پریشانی روانشناختی آن‌ها داشته باشد.

سپاسگزاری: این مطالعه مستخرج از رساله دکترای تخصصی روانشناسی در دانشگاه تبریز بود، فلذا از مساعدت‌های تمامی عوامل به‌ویژه مسئولان دانشگاه و مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی شهر تبریز صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:	۱۳۹۲/۰۶/۰۲
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:	۱۳۹۲/۱۰/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله:	۱۳۹۳/۰۱/۱۵

## References

## منابع

- بابایی، زهرا؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در وسوسه افراد مبتلا به سومصرف مواد، *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۱۵)، ۳۳-۴۱.
- صالحی، اعظم؛ باغبان، ایران؛ بهرامی، فاطمه؛ احمدی، سیداحمد (۱۳۹۱). بررسی میزان اثربخشی دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک بر علائم مشکلات هیجانی دانشجویان، *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴۲، ۴۹-۵۴.
- طیعی، هاجر؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی یک‌پارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه، *مجله روانشناسی*، ۴، ۱، ۲۳-۳۵.
- عبدی، سلمان (۱۳۸۶). رابطه علی دیدگاه‌گیری، مقایسه هیجانی، جهت‌گیری نقش جنسی، خودبازبینی و تنظیم هیجان با همدلی هیجانی دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز.
- نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روان جانبازان شیمیایی، *مجله روانشناسی بالینی*، ۲، ۴، ۶۱-۷۲.
- یوسفی، فریده (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۴، ۶، ۸۹۲-۸۷۱.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-analytic Teview, *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Berking M., Meier, C., & Wupperman, P. (2010). Enhancing Rmotion-Regulation Skills in Police Officers: Results of a Pilot Controlled Dtdudy, *Behav Ther*, 41(3), 329-339.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A., & Hofmann, S.G. (2006). Effects of Suppression and Acceptance on Emotional Responses of

- Individuals with Anxiety and Mood Disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Cicchetti, D., Ackerman, B.P., & Izard, C.E. (1995). Emotions and Emotion Regulation in Developmental Psychopathology, *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Cuskelly, M., Pullan, L., & Hayes, A. (1998). Parenting & employment Decision of Parents with a Preschool Child with Disability, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23, 319-332.
- Dimeff, L.A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*, New York: Guilford Press.
- Dyson, L.L. (1997). Fathers and Mothers of School-age Children with Developmental Disabilities: Parental Stress, Family Functioning, and Social Support, *American Journal on Mental Retardation*, 102, 267-279.
- Eftekhari, A., Zoellner, L.A., & Vigil, S.A. (2009). Patterns of Emotion Regulation and Psychopathology, Anxiety, Stress & Coping: *An International Journal*, 22, 571-586.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T.L., Fabes, R. A., Shepard, S.A., Reiser, M., Murphy, B.C., Losoya, S.H., & Guthrie, I.K. (2001). The Relations of Regulation and Emotionality to Children's Externalizing and Internalizing Problem Behavior, *Child Development*, 72, 1134.
- Etzeberria Arritxabal, I., García Soler, A., Iglesias Da Silva, A., Urdaneta Artola, E., Lorea González, I., Díaz Veiga, P., & Yanguas Lezaun, J.J. (2011). Effects of Training in Emotional Regulation Strategies on the Well-Being of Carers of Alzheimer Patients, *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 46(4), 206-12.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven P. (2001). Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation and Emotional Problems, *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Glidden, L.M., & Schoolcraft, S.A. (2003). Depression: Its Trajectory and Correlates in Mothers Rearing Children with Intellectual Disability, *J Intellect Disabil Res*, 47 (4/5), 250-263.
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and

- Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J.J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Hastings, R.P. (2003). Child behavior Problems and Partner Mental Health as Correlates of Stress in Mothers and Fathers of Children with Severe Autism, *J Intellect Disabil Res*, 47 (4-5), 231-237.
- Hastings, R.P., & Brown, T. (2002). Behavior Problems of Children with Autism, Parental Self-efficacy, and Mental Health, *American Journal on Mental Retardation*, 107, 222-232.
- Karasavvidis, S., Avgerinou, C., Lianou, E., Priftis, D., Lianou, A., & Siamaga, E. (2011). Mental Retardation and Parenting Stress, *International Journal of Caring Sciences*, 4(1), 21-28.
- Koller, H., Richardson, S.A., & Katz, M. (1992). Families of Children with Mental Retardation: Comprehensive View from an Epidemiologic Perspective, *Am J Ment Retard*, 97, 315-32.
- Linehan, M.M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (2000). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York: Guilford Press.
- Lynch, T.R., Morse, J.Q., Mendel Son, T., & Robins, C. (2003). Dialectical Behavior Therapy for Depressed Older Adults: A Randomized Pilot study, *Am J Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- Majumdar, M., Da Silva Pereira, Y., & Fernandes, J. (2005). Stress and Anxiety in Parents of Mentally Retarded Children, *Indian J Psychiatry*, 47(3), 144-147.
- Neece, C., & Baker, B. (2008). Predicting Maternal Parenting Stress in Middle Childhood: The Roles of Child Intellectual Status, Behavior Problems and Social Skills, *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 1114-1128.
- Ochsner, K.N., & Gross, J.J. (2008). Cognitive Emotion Regulation: Insights from Social Cognitive and Affective Neuroscience, *Current Directions in Psychological Science*, 17, 153-158.



- 
- Pelchat, D., Lefebvre, H., & Perreault, M. (2003). Differences and Similarities between Mothers' and Fathers' Experiences of Parenting a Child with a Disability, *J Child Health Care*, 7, 231-247.
- Quittner, A., Glueckauf, R., & Jackson, D. (1990). Chronic Parenting Stress: Moderating Versus Mediating Effects of Social Support, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1266-78
- Scherer, K.R. (2005). What Are Emotions? And How Can They be Measured? *Soc Sci Inf*, 44, 695-729.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, New York: Guildford Press.
- Schwartz, C., & Tsumi, A. (2003). Parental Involvement in the Residentialcare of Persons with Intellectual Disability: The Impact of Parents'and Residents' Characteristics and the Process of Relocation, *Journal of Applied Intellectual Disabilities*, 16, 285-293.
- Smyth J.M., Arigo D (2009). Recent Evidence Supports Emotion-Regulation Interventions for Improving Health in At-risk and Clinical Populations, *Curr Opin Psychiatry*, 22(2), 205-10.
- Tice, D.M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to Feel Good: The Place of Emotion Regulation in the Context of General Self-control, *Psychological Inquiry*, 11, 149-159.
- Weiss, J. A., Sullivan, A., & Diamond, T. (2003). Parent stress adaptive Functioning of Individuals with Developmental Disabilities, *Journal on Developmental Disabilities*, 10, 129-135.
- White, N., & Hastings, R.P. (2004). Social and Professional Support for Parents of Adolescents with Severe Intellectual Disabilities, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 171, 181-190.
- Zeitlin, S., Williamson, G., & Rosenblat, W.P. (1987). The Coping Stress Model: A Counselling Approach for Families with Handicapped Child, *J Couns Dev*, 65, 443-6.