





The Effectiveness of Stress-Emotion Management Skills Training on Quality of Life and Cognitive Emotion Regulation of Mothers' Children with Autism Spectrum Disorder

Mehrzad Ramezanloo  PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

Khadijeh Abolmaali Alhosseini * Associate Professor, Group of Psychology, Faculty of Psychology and Social Science, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Fariborz Bagheri  Associate Professor, Group of Psychology, Faculty of Psychology and Social Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Somayeh Robotmili  Assistant Professor, Group of Psychology, Faculty of Psychology and Social Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of stress-emotion management skills training on quality of life and cognitive emotion regulation of mothers of children with autism spectrum disorder. This study was an experimental study with a pretest-posttest-follow-up plan with a control group. The statistical Society was all mothers of children (a both 3500 cases) with autism spectrum disorder in Iran Autism Association in Tehran, from which 30 people were selected by purposive sampling and randomly divided into experimental and control groups (15 cases in each

Corresponding Author: sama.abolmaali@gmail.com

How to Cite: Ramezanloo, M., Abolmaali Alhosseini, K., Bagheri, F., Robotmili, S., (2021). The Effectiveness of Stress-Emotion Management Skills Training on Quality of Life and Cognitive Emotion Regulation of Mothers' Children with Autism Spectrum Disorder, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 11(41), 195-243.

group). Garnefski Cognitive Emotional Regulation(2001) and Quality of Life (WHOQOL-BREF)(1991) Questionnaires were used to collect data. Mixed multivariate analysis of variance was used to analyze the data with respect to defaults. The mothers' promotion program (ramezanlo, 1399) was implemented in 7 two-hour sessions for the experimental group. The results showed that the scores of negative emotion regulation strategies decreased in the experimental group compared to the control group, but in positive emotion regulation strategies and quality of life in the components (mental health and social relationships) increased significantly ($P < 0.01$).,in the follow up step lasting effect was seen. Due to the effectiveness of mothers' promotion program (stress-emotion management), improving the quality of life and using effective strategies to regulate the emotions of mothers of autistic children, this package can be used as a psychological intervention.


Keywords: Stress-Emotion Management Skills, Quality of Life, Cognitive Emotion Regulation, Mothers, Child With Autism Spectrum Disorder.






اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس - هیجان بر کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان دارای اختلال طیف اُتیسِم


دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

مهرزاد رمضانلو 


دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران.

خدیجه ابوالمعالی الحسینی * 

دانشیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

فریبرز باقری 

استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

سمیه رباط میلی 

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس - هیجان بر کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسِم انجام شد. این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل حدود ۳۵۰۰ مادر دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسِم (۱۳۹۹) مراجعه‌کننده به انجمن اُتیسِم ایران در شهر تهران بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. از پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی (۲۰۰۱) و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۱) برای گردآوری داده‌ها و از تحلیل واریانس آمیخته چند متغیری با رعایت پیش‌فرض‌ها برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برنامه ارتقائی مادران (رمضانلو، ۱۳۹۹) در ۷ جلسه دوساعته برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج نشان داد که نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش اما در راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در مؤلفه‌های (سلامت روانی و روابط اجتماعی) به طور معنادار افزایش یافته است ($P < 0.01$) در مرحله پیگیری نیز ماندگاری اثر

۱۹۸ | روان‌شناسی افراد استثنایی | سال یازدهم | شماره ۴۱ | بهار ۱۴۰۰

دیده شد. با توجه به مؤثر بودن برنامه ارتقائی مادران (مدیریت استرس-هیجان) در بهبود کیفیت زندگی و استفاده از راهبردهای مؤثر تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، از این بسته می‌توان به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: مهارت مدیریت استرس-هیجان، کیفیت زندگی، تنظیم شناختی هیجان، مادران، کودک با اختلال طیف اُتیسْم.



مقدمه

آنچه امروزه به طور عام از مفهوم استثنایی برداشت می‌شود، در واقع وجود تفاوت‌های فاحش پاره‌ای از انسان‌ها در زمینه‌های گوناگون با گروه اصطلاحاً هنجار یا متوسط است (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۳) بر این اساس اصطلاح کودک استثنایی برای توصیف کودکان معلول و معیوب و مستعد و باهوش هر دو به یک اندازه مورد پذیرش قرار گرفته است؛ این دست کودکان متفاوت از کودکان بهنجار (عادی) هستند؛ در میان آن‌ها کودکانی با نقص‌های جسمی و حسی و یا ذهنی قرار دارند که با ایجاد مشکلاتی در تفکر، دیدن، شنیدن، تحرک، تکلم و اجتماعی شدن مواجه بوده (کافمن و هالان، ترجمه جوادیان، ۱۳۹۰) لذا درصد قابل توجهی از آن‌ها نیاز به مراقبت ویژه دارند. از جمله این کودکان، کودکان با اختلال اُتسم هستند، این اختلال برای اولین بار توسط لئوکانر^۱ (۱۹۴۳) روان‌پزشک دانشگاه جان هاپکینز مطرح شد (بهرامی، محقق و یعقوبی، ۱۳۹۶) اختلالی عصب- تحولی^۲ است که در سال‌های اولیه کودکی بروز می‌کند (مایر^۳، ۲۰۱۴)، این کودکان نقص دائم در برقراری ارتباط و تعامل اجتماعی، الگوهای محدود تکراری و کلیشه‌ای در رفتار و علایق و فعالیت‌ها دارند (ژانگ، شاو^۴ و ژانگ، ۲۰۱۶)، که مطابق ویراست پنجم راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی^۵ به سه سطح (یک، دو و سه) تقسیم می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۱۳). این اختلال که معمولاً قبل از ۳ سالگی رخ می‌دهد عملکرد فرد را در زمینه‌های مختلف متأثر می‌سازد (لیندسای، هونسل و کسینانی^۷، ۲۰۱۷) چون آن‌ها مشکل پردازش حسی، چالش با رفتارهای آشنا و مشکل در توجه داشته (سرونتزو ماستن^۸، ۲۰۱۵؛ سلیمانی و شمس‌الدینی، ۱۳۹۸) و خودآزاری،

1. Kanner
2. Neurodevelopmental Disorders
3. Maenner
4. Zhang & Shao
5. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental
6. American Psychiatric Association
7. Lindsay, Hounsell, Cassiani
8. Cervantes & Matson

جسارت، اضطراب، بیش‌فعالی و تفکر غیرطبیعی را تجربه می‌کنند (سامرز، شاهرامی، کالی، دیملو، کاکو، کالیکوکین-رلیجین، ساواج، شاو و لانسکی^۱، ۲۰۱۷). در تئوری‌های جدید، اُتیسم به‌عنوان یک اختلال با مبنای زیست‌شناختی نورولوژیکی تقسیم‌بندی می‌شود که در آن تغییراتی در نوروشیمیایی مغز و نوروآناتومی ایجاد می‌شود (ایکس یو، لی^۲ و ژانگ، ۲۰۱۵)، در مغز نواحی قشر پیش‌پیشانی^۳، آمیگدال^۴، شکنج فوزیم^۵ و قسمت‌هایی از دستگاه لیمبیک^۶ در پردازش اطلاعات حاصل از شناخت اجتماعی درگیر هستند (پاتریک، دی زاموس، لیبرو، لایرد و کانا^۷، ۲۰۱۶)؛ مطابق نظریه‌های رویکرد نوروسایکولوژی آمیگدال که نقش اساسی در بازشناسی هیجان^۸ (مثبت و منفی) دارد به‌عنوان ناحیه‌ای کلیدی در اختلال‌های طیف اُتیسم، دچار بدکارکردی می‌شود (همیلتون، ۲۰۰۹؛ به نقل از یقینی، نادری، نجاتی و احتشام زاده، ۱۳۹۹) که کاهش توجه به محرک‌های اجتماعی از جمله چشم‌ها را به همراه دارد (اولنجاویک و همیلتون، ۲۰۱۳).
تعداد کودکان مبتلا به اُتیسم طی دو دهه اخیر افزایش چشمگیری داشته است (سازمان جهانی بهداشت^۹، ۲۰۱۶) به‌طوری‌که مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^{۱۰} شیوع این اختلال را در سال ۲۰۱۲ از هر ۸۸ کودک یک نفر، در سال ۲۰۱۴ از هر ۶۸ کودک یک نفر گزارش کرد اما در سال ۲۰۱۶ اعلام کرد که از هر ۵۹ تولد یک کودک مبتلا به اختلال طیف اُتیسم می‌شود (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۸) با این حال آمار دقیقی از تعداد مبتلایان در ایران در دست نیست، اما به استناد برخی گزارش‌ها در ایران

1. Summers, Shahrami, Cali, D'mello, Kako, Palikucin-Reljin, Savage, Shaw & Lunsky
2. Xu & Li
3. Pre Frontal
4. Amygdala
5. Fuzzy Torture
6. Limbic
7. Patriquin, Deramus, Libero, Laird, Kana
8. Emotional Recognition
9. World Health Organization
10. Centre For Disease Control And Prevention

بیش از ۲۰ هزار کودک مبتلا به اختلال اُتیسیم وجود دارد که با روند رو به رشد آن روبرو هستیم (حسین زاده، عباسی، شاهرخی، مهدوی و برزنجه عطری، ۱۳۹۸).

تولد و یا حضور فرزند ناتوان می‌تواند در خانواده تنش ایجاد کند؛ قاعدتاً تولد فرزندان به جهت تغذیه، نگهداری و پرستاری فشار روانی به وجود می‌آورد که سازگاری‌های جدید را می‌طلبد؛ حال چنانچه کودکی با معلولیت جسمی، ذهنی، رفتاری متولد شود فشار روانی مضاعفی بر اعضای خانواده و بخصوص مادر اعمال می‌کند (حیبی و کافیان تفتی سعادت‌آباد، ۱۳۹۸). ابتلای فرزند به اختلال اُتیسیم^۱ به‌عنوان اختلالی مادام‌العمر و ناتوان‌کننده علاوه بر فرد مبتلا، خانواده را نیز درگیر می‌کند (رضایی، ۱۳۹۶) احساس تشویش را در مادران افزایش می‌دهد، چون در فرایند تشخیص این اختلال آن‌ها تنش‌های زیادی را متحمل می‌شوند که می‌تواند منجر به احساس ناامیدی، افسردگی و... شود (کین، لینکلن، برون و چاویرا^۲، ۲۰۱۳).

از آنجایی که اختلال‌های طیف اُتیسیم پیامدها و عواقب قابل‌توجه برای کودک، خانواده به همراه خواهد داشت، دریافت برچسب اُتیسیم برای بیماری کودک از سوی خانواده‌ها بسیار غیرمنتظره و استرس‌آور است به‌طوری‌که برخی از والدین به‌خصوص مادران سعی دارند با انجام بررسی‌های بیشتر وجود این اختلال در کودکشان را انکار کنند (رضایی، ۱۳۹۹). طبق تحقیقات صورت گرفته مادران کودک با اختلال اُتیسیم در مقایسه با پدران این کودکان به دلیل نقش‌های متفاوت در زندگی خانوادگی، زناشویی، پرستاری و تربیت فرزند، استرس، اضطراب و بحران‌های روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (پانکی، لاندگرین، هورستی، هیروویکوسکی^۳، ۲۰۱۴؛ گارسیا-لوپز، سریا و پوزو^۴، ۲۰۱۶) چون بیشترین ارتباط را با کودک خود دارند و مطابق تجربه زیسته مادران احساس ناکامی، ناامیدی، احساس گناه و تقصیر، احساس غم و اندوه به همراه احساس ناتوانی بر مادر مستولی می‌شود که می‌تواند بر میزان سازگاری و سلامت جسمانی مادر تأثیر گذاشته، آن

1. Autism Disorder

2. Keehn, Lincoln, Brown, Chavira

3. Pahnke, Lundgren, Hursti & Hirvikoski

4. García-López, Sarriá & Pozo

را تهدید کند (داوسن، ایگر، بارانک و کاپنتر^۱، ۲۰۱۵). در پژوهش‌های مختلف نشان داده شد که والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم بیش از والدین کودکان عادی و یا والدین کودکان با اختلال‌های روانشناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند که این موجب افسردگی و رنج روانی آن‌ها می‌شود (بونیس^۲، ۲۰۱۶؛ لی و چیانگ^۳، ۲۰۱۸؛ بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶؛ غنیمی، دادخواه، دانش و تقی‌لو، ۱۳۹۸؛ گاتول، بهرانی و ردی^۴، ۲۰۱۵) این مادران نگرانی‌های گوناگونی چون: نگران نظر دیگران بودن، نگرانی در مورد وضعیت آینده کودک، نادیده گرفتن خود و ترجیح نیازهای کودک بر نیازهای خود و دیگر اعضای خانواده، مقایسه کودک خود با کودکان دیگر، سرزنش و انتقاد از کودک را تجربه می‌کنند (اباذری، ملک‌پور، قمرانی، عابدی و فرامرزی، ۱۳۹۶)؛ این موارد به سبب افزایش میزان هیجان ابراز شده در والدین می‌تواند عاملی برای ایجاد سطوح بالای انتقاد و درگیری عاطفی باشد، که با افزایش سطح استرسورهای خانواده همراه است (بادر و باری^۵، ۲۰۱۴؛ عثمان، فراگ و هگازی^۶، ۲۰۱۹) و می‌تواند سبب بروز مشکلات سازگاری، مشکلات رفتاری و مشکلات اجتماعی افزون‌تر در کودکان شود (گریفت، هاستینگ، پتالاس و لیود^۷، ۲۰۱۵).

یکی از توانمندی‌هایی که در والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال اُتیسْم دچار نقص هست، تنظیم شناختی هیجان^۸ است (سای، ریچداله، دیسانایکا، ترولر و یولجارویچ^۹، ۲۰۱۹) که شکل خاصی از خودتنظیمی^{۱۰} می‌باشد (صدری دمیرچی و اسماعیلی قاضی ولوئی، ۱۳۹۵) و گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار یا ناهشیار را جهت

1. Dawson, Egger, Baranek & Carpenter
2. Bonis
3. Chiang
4. Gothwal, Bharani & Reddy
5. Bader & Barry
6. Osman, Farrag & Hegazy
7. Griffith, Hastings, Petalas, Lloyd
8. Cognitive Emotion Regulation
9. Cai, Richdale, Dissanayake, Trollor, Uljarević
10. Acceptance

کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان دربر می‌گیرد (متین، اخوان غلامی و احمدی، ۱۳۹۷). هیجان‌ها انواع مختلفی دارند و محدوده‌ای از سرخوشی تا تنفر و ملال را دربر می‌گیرند؛ براین اساس هیجان‌های مثبت از نظر کیفی متفاوت از هیجان‌های منفی هستند به طوری که هیجان‌های منفی موجب فراخوانی پاسخ‌های کلیشه‌ای شده، زمینه انحراف توجه به سمت نگرانی‌های درونی شده و محرک درونی تقدم می‌یابد؛ اما، هیجان‌های مثبت موجب بهره‌گیری از راهبردهای سازگارانه‌تر و حمایت‌های محیطی مختلف می‌شود (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ بنابراین تنظیم هیجانی با دربرگرفتن فرایندهای درونی و بیرونی می‌تواند با نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، به خصوص شدت و زمان آن‌ها، فرد را در رسیدن به اهدافش کمک کند (شفیعی تبار، اکبری چرمهینی و مولایی یساولی، ۱۳۹۹). افراد با توانایی تنظیم هیجان قادر به تشخیص هیجان در خود و دیگران، اعم از هیجان‌های ناسازگارانه (سرزنش خود^۱، سرزنش دیگران^۲، نشخوارگری^۳ و فاجعه‌پنداری^۴) و هیجان‌های سازگارانه (تمرکز مجدد مثبت^۵، ارزیابی مجدد مثبت^۶، توسعه دیدگاه^۷، تمرکز مجدد مثبت بر برنامه‌ریزی^۸ و پذیرش^۹) شده، نسبت به نحوه تأثیر آن آگاهی یافته، می‌تواند واکنش مناسب نسبت به هیجانش داشته باشد (گروس^{۱۰}، ۲۰۰۱). این در حالی است که، برخورد نامناسب با هیجان‌های ناسازگار (منفی) مانند غم، خشم، استرس و اضطراب، همچنین عدم سازگاری مناسب با محیط و دیگران، اثرات ناخوشایندی بر سلامت جسم و روان فرد خواهد داشت (جوادیان، خالقی و فتحی، ۱۳۹۷). در این میان وجود کودک مبتلا به بیماری خاص (چون اُتیسم) به سبب فشار روانی و تنش‌هایی که برای مادر ایجاد

1. Self- Blam
2. Other- Blame
3. Rumination
4. Catastrophizing
5. Positive Refocusing
6. Positive Reappraisal
7. Perspective Putting Into
8. Refocus On Planning
9. Acceptance
10. Gross

می‌کند اثرات منفی بر وی می‌گذارد چون مادر زمان بیشتری را با کودک خود سپری می‌کند سبب وابستگی فرزند به مادر شده لذا تحت تأثیر حالات عاطفی مادر قرار می‌گیرد؛ از سویی، مادران که احساس مسئولیت بیشتری نسبت به پرورش فرزند خود دارند، اغلب گرفتار مشکلات فرزندشان می‌شوند، این امر باعث افزایش سطح تنیدگی هیجانی آن‌ها شده، امکان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور را در مادران کودکان با شرایط ویژه بیشتر می‌کند (الماسی، حاتمی، شریفی، احمدی جویباری، کاویان نژاد، ابراهیم‌زاده، ۱۳۹۵) چراکه استرس موجود در مادران کودکان ناتوان باعث بی‌ثباتی هیجانی و اجتناب از واکنش به محیط می‌شود که کاهش کیفیت زندگی^۱ را به دنبال خواهد داشت (لارا و دلوس پینوس^۲، ۲۰۱۷)؛ اما نتایج تحقیقات حاکی از آن است که تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مثبت به‌عنوان راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با بهزیستی روان‌شناختی و سرزنش خود و نشخوار فکری به‌عنوان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان به‌طور منفی با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است، بنابراین این راهبردها احتمالاً به‌طور متفاوتی بر سطح بهزیستی روان‌شناختی اثر می‌گذارند (بالزاروتی، بایسونی، ویلانی، پروناسو ولوتی^۳، ۲۰۱۶؛ رنجنوش مقدم و هاشمیان، ۱۳۹۴؛ امام دوست، تیموری، خوی نژاد و رجایی، ۱۳۹۹).

بررسی‌ها نشان داده که وقتی فرزندی با ویژگی‌های ذهنی و جسمی متفاوت از کودک عادی به دنیا می‌آید حداقل برای مدتی آهنگ زندگی را برهم می‌زند و کیفیت زندگی را برای خانواده محدود و یا مختل می‌کند (هاستیلینگ^۴، ۲۰۱۴)؛ در واقع داشتن فرزند با معلولیت مزمن مثل اُتیسم با تحمیل فشار روانی شدید بر والدین می‌تواند کیفیت زندگی خانواده را کاهش دهد (برندلر، آنتاکی، گاجرال، کلیبر، ویتنی، مایل و پنگ^۵،

-
1. Quality Of Life
 2. Lara & De Los Pinos
 3. Balzarotti, Biassoni, Villani, Prunas, Velotti
 4. Hastings
 5. Brandler, Antaki, Gujral, Kleiber, Whitney, Maile, Pang,

۲۰۱۸؛ گاتوال، بهارانی و ردی^۱، ۲۰۱۵) که به تبع آن افزایش سطوح مشکلات روانی و جسمی را برای والدین بخصوص مادر رقم می‌زند (دارداس و احمد^۲، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی شرایطی است که خوب زیستن را مهیا می‌کند به طوری که فرد در یک وضعیت مناسب روانی، جسمی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت‌های روزمره خود باشد و یا بیمار از کارآیی درمان، کنترل بیماری و بازتوانی احساس رضایت داشته باشد (رضایی، ۱۳۹۶). بسیاری از پژوهشگران کیفیت زندگی را مفهومی چندبعدی (شامل حوزه‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی) می‌دانند که ماهیت چندبعدی بودن موجب می‌شود که در ارزیابی ابعاد مختلف در نظر گرفته شود (نعیمی، غباری بناب، معتمدی، بخشی زاده، عزیزی، رشیدی احمدآباد و قاسم‌زاده نساجی، ۱۳۹۶)؛ اما طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی درک فرد از موقعیت زندگی‌اش در زمینه فرهنگ و سیستم‌های ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، استانداردها و نگرانی‌هایش تعریف می‌شود (کینگ و هیندز، ۲۰۱۱؛ به نقل از غنیمی و همکاران، ۱۳۹۸). این در حالی است که وجود یک عضو که نیازمند مراقبت ویژه و حمایت متفاوتی است می‌تواند به ویژه مادر را متمرکز خود کند، این مسئله بخصوص در کشورهای جهان سوم که منابع محدودی دارند باعث می‌شود والدین (بخصوص مادر) نتوانند به ابعاد دیگر زندگی به اندازه کافی رسیدگی کنند، لذا والدین کودکان با ناتوانی برای مدتی طولانی در معرض انبوهی از عوامل تنش‌زا قرار دارند که می‌تواند در مسیر پیشرفت خانواده مانع ایجاد کند (جلیلی، گودرزی، رصافیانی، حقهگو، دالوند و فرضی، ۱۳۹۲)؛ به همین علت است که، کیفیت زندگی والدین کودکان با شرایط ویژه از نگرانی‌های عمده متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده و به کار می‌رود؛ چراکه والدین مهم‌ترین افراد در سیستم حمایتی کودک هستند که می‌توانند تنش و اضطرابشان را به کودک منتقل کنند (رحیمی، فداکار سوجه، تبری، کاظم نژاد لیلی، ۱۳۹۲). لذا والدین کودک ناتوان ممکن است علاوه بر فشار روانی

1. Gothwal, Bharani & Reddy
2. Dardas & Ahmad

با فقدان کمک عاطفی در چیره شدن بر چالش‌های کودک دچار شرایط نامناسب، روبرو شوند که در صورت کمبود ساز و کارهای مقابله می‌تواند والدین را از هم بگسلد (رضایی، ۱۳۹۶)؛ درحالی‌که والدین و خانواده‌هایی که درک و مدیریت بهتری در خصوص حمایت‌های در دسترس برای کودک با اختلال اُتسم خود دارند، کاهش استرس والدگری را نشان می‌دهند (صمدی، مک کانکی و بونتینگ^۱، ۲۰۱۴)؛ که می‌تواند اثراتش را بر بهبود کارکرد خانواده و به طبع آن بهبود سطح کیفیت زندگی نشان دهد (رحیمی، امین یزدی و افروز، ۱۳۹۹ هسیا، هیگنس، پیرس، ویتبی و تندی^۲، ۲۰۱۷).

والدین کودکان دارای ناتوانی مزمن (ازجمله اُتسم) تحت تأثیر مشکل فرزندشان در بسیاری از موارد توانایی لازم را در جهت برخورد با مشکلات و چالش‌ها نداشته و در معرض مشکلات روان‌شناختی قرار می‌گیرند و به همین دلیل می‌توان آن‌ها را از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها برشمرد؛ با این اوصاف بررسی‌ها بیانگر آن است که در تحقیقات بیشتر به نیازهای کودک توجه شده، لذا به نیازهای روان‌شناختی و حمایتی والدین کمتر پرداخته‌اند، این درحالی‌که است که والدین کودکان با اختلال اُتسم نیاز مبرم به آموزش (جهت دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب‌تر، افزایش سطح رضایتمندی، داشتن کنترل بر هیجانان، مدیریت استرس، داشتن تعاملات بهتر با کودک ناتوان و...) دارند (صمدی، مک کانکی و کلی^۳، ۲۰۱۲)؛ بنابراین باتوجه به اینکه تنظیم شناختی هیجان، عامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری بوده و نقش مهمی در سازگاری فرد با شرایط تنیدگی زایفا می‌کند (گراتز و تول^۴، ۲۰۱۰) آموزش مهارت مدیریت تنظیم هیجان (به معنای کاهش و مهار هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها است) می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش خودآسیبی و کاهش سطح اضطراب، استرس و افسردگی داشته باشد (غنیمی، ۱۳۹۷) چرا که این مهارت توانایی روبرو شدن با هیجان‌های منفی (در شرایطی که نمی‌توان آن‌ها تغییر داد و تعدیل آن‌ها برای رسیدن به احساس بهتر) به‌جای اجتناب از آن‌ها در حالت پریشانی

1. Mcconkey & Bunting
2. Hsiao, Higgins, Whitby & Tandy
3. Kelly
4. Gratz & Tull

و درک همراه با شفقت (تشویق و آرام کردن خود، تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به هیجان) جهت رسیدن به اهداف مهم را تقویت می‌کند (گریگوری، لاجانس و تایلر^۱، ۲۰۱۵) که می‌تواند به کارکرد بین‌فردی بهتر و بهزیستی روان‌شناختی و فردی منجر شود (عاشوری، نوروزی و خونساری، ۱۳۹۸)؛ بنابراین مجهز شدن مادران دارای فرزندان با ناتوانی ویژه به مهارت تنظیم هیجان و مدیریت آن، با توجه به شرایط سخت و طاقت‌فرسای تربیت فرزند معلول که موقعیت پر تنش برای مادر و فرزند معلولش ایجاد می‌کند یک ضرورت است، چون مادر نقش مهمی در تنظیم هیجان فرزندان دارد و مادر افسرده و ناشاد، خلق‌وخوی منفعل همراه با غم و اندوه را در فرزندان فعال می‌کند (جوادیان و همکاران، ۱۳۹۷) اما مادرانی که از راهبردهای مدیریت هیجان استفاده می‌کنند تعادل خانوادگی مطلوب‌تر، احساس شادی و رضایت بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند (فابیزو، لام، هیرسچمن، پانگ، یو و وانگ^۲، ۲۰۱۵) و این می‌تواند ناشی از تأثیر بسزای آموزش مدیریت هیجان‌های منفی بر افکار اضطرابی والدین کودکان اتیستیک باشد (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶).

استرس به‌عنوان واکنش‌های فیزیکی، ذهنی و عاطفی که در نتیجه تغییرات (بزرگ یا کوچک) و نیازهای زندگی فرد، تجربه می‌شود. البته پاسخ افراد به تغییرات زندگی متفاوت است، به‌طوری‌که استرس مثبت می‌تواند یک انگیزش دهنده و استرس منفی می‌تواند یک منفعل‌کننده باشد، چون در زمانی که این تغییرات و نیازها، فرد را شکست می‌دهند، ایجاد می‌شود (چهرین و پرن‌دین، ۱۳۹۸) بنابراین استرس حالتی از تنیدگی روانی است که توسط مجموعه‌ای از نیروها و فشارهای درونی و بیرونی فیزیکی، روانی و اجتماعی ایجاد می‌شود (ژیا و ما^۳، ۲۰۲۰)؛ از آنجایی که گستره وسیعی از رفتارها می‌تواند بر استرس تأثیر بگذارد، می‌توان با یادگیری مهارت‌های لازم، استرس را کنترل کرد؛ بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته مدیریت صحیح استرس می‌تواند جهت مراقبت از

-
1. Gregoire, Lachance & Taylor
 2. Fabrizio, Lam, Hirschmann, Pang, Yu & Wang
 3. Xia & Ma

کودک با اختلال اُتیسْم در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر بجای راهبردهای ناسازگار در والدین تأثیر بگذارَد (یو، مک‌گرا، رند، موشر^۱، ۲۰۱۸). هدف آموزش مدیریت استرس، توانمندسازی افراد برای مقابله با استرس‌ها است که در نتیجه آن افراد احساس راحتی و سلامت بیشتری کرده و بهتر و مناسب‌تر می‌توانند با رویدادهای استرس‌زا مقابله کنند (شروود، اسمیت، هیندرلیتر، جورجیادز و بلامنتال^۲، ۲۰۱۷)؛ چراکه این آموزش سبب افزایش آگاهی در مورد استرس، شناسایی افکار ناکارآمد استرس‌زا، آرام‌سازی عضلانی، آموزش حل مسئله، مدیریت خود، مدیریت خشم، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و... شده (یوریزار، ییم، رودریگوئز و اسچیتز^۳، ۲۰۱۹)؛ مطابق با نتایج حاصل‌شده بنیسی (۱۳۹۹) به متخصصان و درمانگران حوزه سلامت توصیه کرد که از روش آموزش مدیریت استرس در کنار سایر روش‌های آموزشی برای بهبود سلامت روان‌شناختی، خودکارآمدی و شادکامی استفاده کنند؛ در این راستا در پژوهشی بر تأثیر بسزای آموزش مهارت‌های مدیریت استرس در ارتقاء تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان تأکید شد (چهرین و پرن‌دین، ۱۳۹۸). غنیمی و همکاران (۱۳۹۸) نیز ضمن تأکید بر تأثیر آموزش مدیریت استرس و ادراک حمایت اجتماعی بر ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم توصیه کردند که در برنامه‌های حمایتی سازمان‌های متولی بهداشت روان در جامعه، در راستای تدوین بسته‌های آموزشی و اجرای دستورالعمل‌های مرتبط با توانمندسازی والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم، تدابیری اتخاذ گردد. لذا چون استرس والدین و توانایی کنترل هیجان از شاخص‌های حیاتی رضایت از زندگی است، می‌توانند به‌عنوان راهکارهای اصلی مداخله‌ای که باعث ارتقای رضایت از زندگی و تنظیم هیجان در والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسْم می‌شود عمل کنند؛ بنابراین ضرورت ایجاب می‌کند از این طریق به توانمندسازی والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم پرداخته شود، اهمیت این موضوع در این است که هراندازه والدین کودکان با اختلال اُتیسْم به توانایی بیشتری جهت

1. McGrew, Rand & Mosher

2. Sherwood, Smith, Hinderliter, Georgiades & Blumenthal

3. Urizar, Yim, Rodriguez & Schetter

به کارگیری راهبردهای مؤثر و سازگارانه تنظیم هیجان دست یابند، تغییر در افکار ناکارآمد، کنترل خشم و خودمهارگری و توان مقابله با شرایط تنش‌زا را خواهند داشت، لذا از این طریق کیفیت زندگی ارتقاء یافته و والدین و کودکان اُتِستیک یک زندگی با شرایط مطلوب‌تر و آرام‌تر را تجربه می‌کنند؛ پس با انجام این پژوهش امید آن است که بتوان اثرهای مخرب ناشی از ناآگاهی‌های هیجانی و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار در والدین کودکان با اختلال اُتِسم اصلاح شود، چراکه در این پژوهش قصد پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش مهارت مدیریت استرس- هیجان بر کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان با اختلال طیف اُتِسم تأثیر دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر به لحاظ گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون-با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه و به لحاظ هدف از نوع کاربردی بود؛ جامعه آماری شامل کلیه مادران (حدود ۳۵۰۰ نفر) دارای کودک با اختلال طیف اُتِسم، در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود؛ که با مراجعه به انجمن اُتِسم ایران (در شهر تهران)، و بر اساس ملاک‌های ورود: ۱- کسب نمره‌ی پایین‌تر از حد متوسط در آزمون‌های کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان (کمتر از ۷۲) ۲- رضایت و توافق آگاهانه جهت شرکت در پژوهش ۳- نداشتن پرونده و سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های خاص جسمانی و روانی ۴- عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های آموزشی و درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی، و ملاک‌های خروج: ۱- تمایل نداشتن آزمودنی به ادامه‌ی همکاری ۲- ابتلا به مشکلات و بیماری‌های خاص جسمانی و روانی ۳- شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های آموزشی و درمانی و دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی، تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتِسم، بعد از اخذ رضایت آگاهانه، به روش هدفمند انتخاب و به تصادف در ۲ گروه کنترل و آزمایش جایگزین شد. (با توجه به روش کوهن، با اندازه اثر ۰/۵، توان آزمون ۰/۸ و آلفای ۰/۰۱، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد و در

مجموع ۳۰ مادر دارای کودک اُتیسم مورد مطالعه قرار گرفت (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۹).

ابزار پژوهش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱): این پرسشنامه چندبعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده با طیف لیکرت ۵ تایی (از همیشه یا هرگز) است. این مقیاس مجموعه‌ای از ۹ خرده مقیاس است که توسط آن استراتژی‌های مورد استفاده فرد برای کنترل و تنظیم هیجان مورد ارزیابی قرار گیرد؛ این استراتژی‌ها کنش‌هایی هستند که نشانگر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا و اتفاقات ناگوار می‌باشد. براساس این پرسشنامه دو راهبرد انطباقی تنظیم شناختی هیجان (تمرکز مجدد مثبت (۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲)، ارزیابی مجدد مثبت (۱۵-۲۳-۲۴)، توسعه دیدگاه (۲۵-۲۶-۲۷) و پذیرش (۵-۶-۷-۸) و راهبرد غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان (سرزنش خود (۱-۲-۴)، سرزنش دیگران (۳۴-۳۵-۳۶)، نشخوارگری (۳-۹-۱۰-۱۱-۱۲) و فاجعه‌پنداری (۲۹-۳۰-۳۱-۳۲)) را که در قالب ۹ خرده مقیاس مطرح شده ارزیابی می‌کند. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هریک از عبارات تشکیل‌دهنده آن راهبرد به دست می‌آید و می‌تواند در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار بگیرد. این آزمون در ایران توسط حسنی در سال ۱۳۸۹ ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است (به نقل از نعمت زاده، باقری و ابوالمعالی، ۱۳۹۷) سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کردند. در ایران اعتبار به دست آمده برای کل آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای عامل‌های تشکیل‌دهنده آزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ گزارش شد و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۷ به دست آمد (ظفری و خادمی اشکذی، ۱۳۹۹)

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): پرسشنامه دارای ۲۶ ماده با طیف لیکرت ۵ تایی توسط سازمان جهانی بهداشت با هدف ایجاد ابزار بین‌المللی و ناوابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی گردید. در این

پرسشنامه دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد ولی ۲۴ سؤال دیگر در ۴ حیطه سلامتی جسمانی (ماده‌های ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸)، سلامتی روانی (ماده‌های ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶)، روابط اجتماعی (ماده‌های ۲۰-۲۱-۲۲) و سلامت محیط (ماده‌های ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵) قرار می‌گیرد. در اجرای اولیه این پرسشنامه توسط طراحان اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای سلامت فیزیکی ۰/۸، سلامت روانی ۰/۷۶ و در حیطه روابط اجتماعی ۰/۶۶ و در نهایت در حیطه سلامت محیط ۰/۸ برآورد شد. در پژوهش نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی و محمد (۱۳۸۵) مقادیر پایایی این آزمون با شاخص‌های همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه سلامت روانی ۰/۷۷ و در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش شد. ضریب همبستگی به‌دست‌آمده با استفاده از روش روایی هم‌زمان بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ به دست آمد بدین طریق که نمره کل آزمون و نمره‌های آزمودنی در خرده مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق همبستگی محاسبه شد (ابراهیمی مقدم و ایوب، ۱۳۹۶).

بسته مداخله: بسته ارتقایی مادران (آموزش مهارت مدیریت استرس و هیجانات):

براساس مصاحبه‌های صورت گرفته حاصل از تجربه زیسته مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم، به بعضی از ابعاد کلیدی تأثیرات کودک اتیستیک دست یافته شد که بر اساس آن می‌توان در زمینه نیازسنجی و شناخت مسائل و مشکلات مادران دارای کودک اتیستیک، ارائه خدمات و منابع و حمایت‌های اجتماعی لازم، آموزش ارتقاء فاکتورهای روان‌شناختی توسط روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و نهادهای مربوطه یاری رساند تا زمینه توانمندسازی مادران و بهبود عملکرد آن‌ها فراهم گردد؛ به هر ترتیب بر اساس تجربه زیسته مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم ۴ مضمون اصلی (بروز احساسات متناقض (مثبت و منفی)، سرمایه روان‌شناختی پایین، شبکه‌های حمایت اجتماعی و خدمات‌رسانی محدود، آثار و پیامدها) استخراج شد. لذا براساس این ۴ مضمون و با طی مراحل گوناگون بسته‌ای با عنوان بسته ارتقایی مادران (آموزش مهارت مدیریت استرس و

هیجان‌ات) توسط مهرزاد رمضانلو (۱۳۹۹) طراحی گردید که بعد از طی مراحل کیفی و نهایتاً بررسی روایی محتوای آن توسط چند استاد متخصص نهایتاً این بسته در ۷ جلسه ۲ ساعته (هر هفته یک جلسه) بر روی گروه آزمایش اجرا شد محتوای برنامه جلسات به شرح زیر است:

جدول ۱. محتوای بسته‌ی ارتقای مادران (آموزش مهارت مدیریت استرس و هیجان‌ات)

ردیف	هدف	محتوا
۱	آشنایی مادران با مفهوم استرس، عوامل ایجادکننده و علت‌های آن	<ul style="list-style-type: none"> ➤ استرس چیست؟ ➤ علائم استرس: علائم بدنی - علائم شناختی - علائم رفتاری - علائم هیجانی ➤ عوامل ایجادکننده استرس: عوامل فیزیولوژیک - سبک زندگی نامتوازن - عوامل شناختی - عوامل محیطی - عوامل فرهنگی اجتماعی.
۲	آشنایی مادران با راهکارهای مقابله با استرس	<ul style="list-style-type: none"> ➤ راهکارهای کنترل استرس دارای علت غیرقابل کنترل ➤ راهکارهای کنترل استرس دارای علت قابل کنترل: راهکارهای رفتاری ➤ راهکارهای کنترل استرس دارای علت قابل کنترل: راهکارهای شناختی
۳	ایجاد آمادگی و انگیزه، و نیز توانمندسازی مادران به‌منظور به‌کارگیری راهکارهای مقابله با استرس در موقعیت‌های مختلف اجتماعی، شغلی و خانوادگی	<ul style="list-style-type: none"> ➤ آموزش فنون آرام‌بخشی
۴	ایجاد آمادگی و انگیزه، و نیز توانمندسازی مادران به‌منظور به‌کارگیری راهکارهای مقابله با استرس در موقعیت‌های مختلف اجتماعی، شغلی و خانوادگی	<ul style="list-style-type: none"> ➤ راهکارهای مقابله‌ی مذهبی و معنوی: (۱) معنایابی (۲) ابتکار عمل در حل مشکلات (۳) تمرکز مذهبی (۴) جستجوی حمایت از افراد مذهبی (۵) مذهب و کنترل خشم (۶) مثبت‌نگری مذهبی (۷) سفر معنوی
۵	(۱) آشنایی مادران با مفهوم هیجان و نظم‌بخشی شناختی آن (۲) آشنایی مادران با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان (۳) آشنایی مادران با راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان	<ul style="list-style-type: none"> ➤ هیجان چیست؟ ➤ آگاهی از هیجان‌ات ➤ راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان‌ات ➤ راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم هیجان‌ات

ردیف	هدف	محتوا
۶	ایجاد علاقه و انگیزه در مادران برای به کارگیری راهبردهای مثبت و سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجانات و ایجاد آمادگی در مادران به منظور کاهش و اجتناب از به کارگیری راهبردهای منفی و ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجانات در موقعیت‌های مختلف زندگی	<ul style="list-style-type: none"> ➤ پذیرش آنچه اتفاق افتاده است ➤ تفکر به موضوعات آرامش‌بخش و مطلوب برنامه‌ریزی ➤ ارزیابی مثبت یک واقعه ➤ خود را جای دیگران گذاشتن (مقایسه کردن رویدادها و وقایع مختلف) (انتخاب دیدگاه/کم‌اهمیت شماری)
۷	ایجاد علاقه و انگیزه در مادران برای به کارگیری راهبردهای مثبت و سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجانات و ایجاد آمادگی در مادران به منظور کاهش و اجتناب از به کارگیری راهبردهای منفی و ناسازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجانات در موقعیت‌های مختلف زندگی	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ملامت و سرزنش خود (مقصر پنداشتن خود) ➤ نشخوار ذهنی ➤ فاجعه‌پنداری ➤ مقصر پنداشتن دیگران (ملامت و سرزنش دیگران)

روش اجرا و تحلیل داده‌ها:

در پژوهش حاضر و با هدف بررسی اثربخشی بسته ارتقایی مادران (آموزش مهارت مدیریت استرس و هیجانات)، بر متغیر وابسته (کیفیت زندگی، تنظیم شناختی هیجان)، ابتدا از هر دو گروه کنترل و آزمایش خواسته شد به پرسشنامه‌های ارائه شده (به‌عنوان پیش‌آزمون)، پاسخ دهند. گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند؛ گروه آزمایش، بسته مداخله‌ای را دریافت کردند. جهت اجرای بسته مداخله‌ای، ۷ جلسه‌ی دو ساعته، در هر هفته یک جلسه، به‌صورت آنلاین، برای مادران دارای کودک ایتستیک تشکیل شد. بعد از پایان جلسات آموزشی، پس‌آزمون اجرا گردید و بعد از یک‌ماه، جهت انجام مرحله‌ی پیگیری، از مادران خواسته شد تا به پرسشنامه‌های موردنظر پاسخ دهند. در پایان تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با ۲ روش آمار توصیفی و آمار استنباطی و به کمک نرم‌افزار spss22 انجام شد. در بخش اول، متغیرهای پژوهش با استفاده از جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های گرایش به مرکز (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار) توصیف شدند. در بخش دوم، فرضیه‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته (تحلیل

واریانس مختلط بین-درون آزمودنی‌ها)، با رعایت پیش‌فرض‌ها، مورد آزمون و سنجش قرار گرفت.

یافته‌ها

از بین ۳۰ نفر آزمودنی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. از لحاظ دامنه سنی ۳۰٪ آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۳۸ تا ۴۰ سال یا ۴۱ تا ۴۳ سال و ۲۰٪ در دامنه سنی ۴۴ تا ۴۶ سال یا ۴۷ تا ۵۰ سال قرار گرفتند. از لحاظ مدرک تحصیلی، ۱۳/۳٪ سیکل، ۳۰٪ دیپلم، ۴۰٪ لیسانس و ۱۶/۷٪ فوق‌لیسانس داشتند.

جدول ۲. میانگین (انحراف معیار) متغیرهای پژوهش (تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی)

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		مؤلفه
گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	
آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۵۰/۶ (۲/۵۸)	۵۰/۰۶۷ (۳/۲۸)	۳۸/۴ (۲/۷۵)	۵۱/۹۳ (۴/۳)	۳۶/۳۳ (۲/۶۹)	۵۲/۶ (۴/۰۱)	راهبردهای منفی تنظیم هیجان
۵۰/۹۳ (۲/۵۸)	۵۳/۲۷ (۴/۱۴)	۵۹ (۳/۸۳)	۵۵/۲۷ (۳/۸۴)	۵۹/۵۳ (۳/۳۶)	۵۳/۷۳ (۲/۳۴)	راهبردهای منفی تنظیم هیجان
۱۷/۹۳ (۲/۴۳)	۱۹/۱۳ (۱/۶۴)	۱۸/۷۳ (۲/۱۹)	۱۹/۱۳ (۱/۹۹)	۱۸/۸۷ (۱/۹۶)	۱۹/۷۳ (۱/۴۴)	سلامت جسمانی
۱۴/۸۶ (۲/۲۶)	۱۴/۶۷ (۱/۲۳)	۱۹ (۲/۲۶۷)	۱۴/۸ (۱/۳۷)	۱۹/۸۷ (۲/۴۲)	۱۴ (۱/۴۶)	سلامت روانی
۵/۹۳ (۱/۲۸)	۵/۶۷ (۱/۲۳)	۹ (۱/۰۶۹)	۵/۵۳ (۱/۲۴)	۹/۴۷ (۱/۱۲)	۵/۸۷ (۰/۹۹)	روابط اجتماعی
۱۳/۸۷ (۱/۹۲)	۱۴/۴۷ (۱/۹۲)	۱۴/۸۷ (۲/۳۶)	۱۴/۳۳ (۱/۶۸)	۱۴/۲ (۲/۰۴)	۱۳/۹۳ (۱/۵۸)	سلامت محیط
۵۲/۶ (۴/۲)	۵۳/۹۳ (۲/۴۶)	۶۱/۶ (۴/۷۹)	۵۳/۸ (۲/۲۹)	۶۲/۴ (۵/۶۲)	۵۳/۵۳ (۲/۲۹)	کیفیت زندگی

در جدول بالا شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه بازه زمانی اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) در راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان (سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌نمایی، نشخوار فکری)، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (انطباقی و غیر انطباقی)، کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت محیط و روابط اجتماعی و مشخص گردد در میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری برخی متغیرهای مطرح‌شده نسبت به نمرات پیش‌آزمون در گروه آزمایشی تفاوت دیده می‌شود.

جدول ۳. مقادیر و (سطح معناداری) متغیرهای پژوهش در آزمون نرمالیته کلوموگروف اسمیرنف

سلامت محیط	روابط اجتماعی	سلامت روانی	سلامت جسمانی	راهبردهای مثبت	راهبردهای منفی	
(۰/۱۷۴)۰/۱۳۵	(۰/۰۲۲)۰/۱۷۳	(۰/۰۱۳)۰/۱۸۲	(۰/۰۲)۰/۱۲۱	۰/۱۵۴ (۰/۰۶۸)	(۰/۱۰۵)۰/۱۴۵	پیش‌آزمون
(۰/۰۲)۰/۱۱۸	(۰/۰۱۳)۰/۱۶۲	(۰/۰۵۳)۰/۱۵۹	۰/۱۴۱ (۰/۱۳۳)	(۰/۰۲)۰/۱۲۱	(۰/۰۲)۰/۱۲۵	پس‌آزمون
(۰/۰۹۲)۰/۱۴۸	(۰/۰۱)۰/۱۸۶	(۰/۰۲۳)۰/۱۷۳	۰/۱۶۵ (۰/۰۳۶)	۰/۱۶۵ (۰/۰۳۶)	(۰/۰۱)۰/۱۹۹	پیگیری

از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌ها است؛ برای بررسی این مفروضه از آزمون کلوموگروف اسمیرنف استفاده شد، همان‌طور که مشاهده می‌شود، مقادیر آماره کلوموگروف اسمیرنف در بیشتر متغیرها معنادار نیست که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است؛ از سویی به اعتقاد گیمست و همکاران (۲۰۰۸) یکی از روش‌های برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها در شرایط معناداری آزمون KMO انتخاب سطح معناداری (آلفا) دشوارتر است. براین اساس در ادامه به منظور برقراری این مفروضه مقدار آلفا به جای ۰/۰۵ معادل ۰/۰۱ در نظر گرفته می‌شود.

جدول ۴. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس

زمان	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری		
	F	درجه آزادی ۱ و ۲	معناداری	F	درجه آزادی ۱ و ۲	معناداری	F	درجه آزادی ۱ و ۲	معناداری
تنظیم هیجان منفی	۰/۷۴۶	۱ و ۲۸	۰/۳۹۵	۲/۳۱۹	۱ و ۲۸	۰/۱۳۹	۳/۳۳۷	۱ و ۲۸	۰/۰۷۸
تنظیم هیجان مثبت	۴/۹۰۱	۱ و ۲۸	۰/۰۳۵	۰/۲۶۲	۱ و ۲۸	۰/۶۱۳	۵/۱۲۸	۱ و ۲۸	۰/۰۳۱
سلامت جسمانی	۳/۷۱۶	۱ و ۲۸	۰/۰۶۴	۰/۳۷۱	۱ و ۲۸	۰/۵۴۷	۱/۰۸۵	۱ و ۲۸	۰/۳۰۶
سلامت روانی	۷/۳۷۹	۱ و ۲۸	۰/۰۱۱	۲/۱۵	۱ و ۲۸	۰/۱۵۴	۲/۲۴۷	۱ و ۲۸	۰/۱۴۵
روابط اجتماعی	۰/۰۰۱	۱ و ۲۸	۰/۹۷۲	۰/۱۵۱	۱ و ۲۸	۰/۷	۰/۶۹۵	۱ و ۲۸	۰/۴۱۱
سلامت محیط	۰/۰۴۹	۱ و ۲۸	۰/۸۲۷	۱/۴۵۲	۱ و ۲۸	۰/۲۲۳۸	۲/۱۵۴	۱ و ۲۸	۰/۱۵۳

در جدول بالا مشاهده می شود که نتایج آزمون لوین در بیشتر متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست و مفروضه همگنی واریانس ها برقرار است.

جدول ۵. آزمون های کرویت موخلی و ام باکس

مقدار	درجه آزادی	معناداری
۰/۹۰۶	۲	۰/۲۶۳
۰/۸۱۴	۲	۰/۰۶۳
۰/۹۳۸	۲	۰/۹۳۸
۰/۶۳	۲	۰/۰۰۲
۰/۹۶۳	۲	۰/۶۰۴
۰/۷۷۵	۲	۰/۰۳۲

در جدول بالا مشاهده می‌شود نتایج آزمون کرویت موخلی در بیشتر متغیرهای پژوهش با سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بیانگر رعایت مفروضه کرویت می‌باشد اما برای سایر متغیرها که این مفروضه برقرار نیست در سایر مراحل جهت بررسی معناداری از سطح معناداری سخت‌تر ۰/۰۱ بهره گرفته می‌شود.

جدول ۶. آزمون‌های ام باکس و چند متغیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

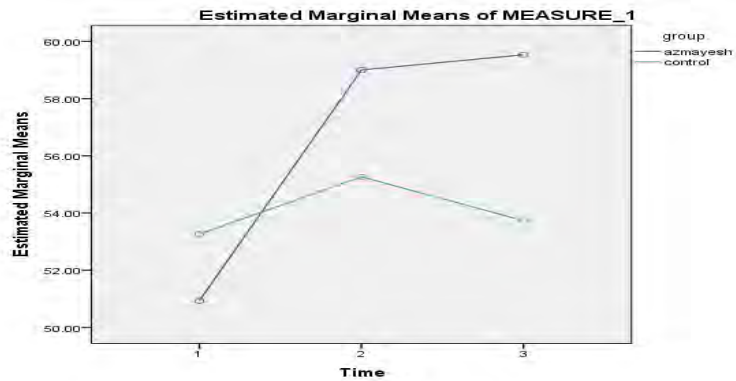
مقدار		F	درجه آزادی		مقدار	معناداری	ام باکس	
			۱	۲				
۲۶/۸۲۵		۰/۹۷۸	۲۱	۲۸۸۳/۵۵۱	۰/۴۸۸			
آزمون‌های چند متغیری								
بین گروه‌ها				درون گروه‌ها				
مقدار		F	درجه آزادی	معناداری	مقدار	F	درجه آزادی	معناداری
			۲ و	۱			۲	۱ و
			۲۷	۰/۰۰۰۱			۲۵	۴
		۸۶۴۹/۰۹	۲ و ۲۷	۰/۰۰۰۱			۳۵/۸۳	۴ و ۲۵
		۰/۹۹۸	۲ و ۲۷	۰/۰۰۰۱			۳۵/۸۳	۴ و ۲۵
		۰/۰۰۲	۲ و ۲۷	۰/۰۰۰۱			۳۵/۸۳	۴ و ۲۵
		۶۴/۶۷۳	۲ و ۲۷	۰/۰۰۰۱			۳۵/۸۳	۴ و ۲۵
		۶۴/۶۷۳	۲ و ۲۷	۰/۰۰۰۱			۳۵/۸۳	۴ و ۲۵
		۰/۸۰۱	۲ و ۲۷	۰/۰۰۰۱			۵۵/۰۲	۴ و ۲۵
		۰/۱۹۹	۲ و ۲۷	۰/۰۰۰۱			۵۵/۰۲	۴ و ۲۵
		۴/۰۲	۲ و ۲۷	۰/۰۰۰۱			۵۵/۰۲	۴ و ۲۵
		۴/۰۲	۲ و ۲۷	۰/۰۰۰۱			۵۵/۰۲	۴ و ۲۵

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود. آزمون ام باکس که به بررسی مفروضه همگنی کوواریانس می‌پردازد با $p > 0.01$ نشان از رعایت این مفروضه دارد. آزمون چندمتغیری ویکلز لامبدا نشان داد که با $F = 55.02$ اثر تعامل بین زمان*گروه و با $F = 35.83$ اثر اصلی زمان در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان معنادار است ($P < 0.01$).

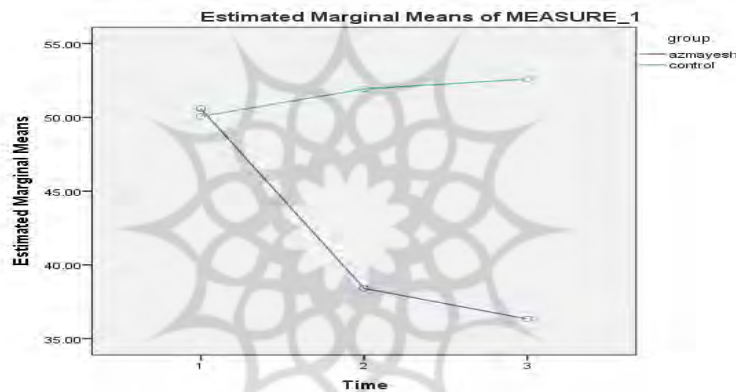
جدول ۷. اثر کلی مداخله بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

مجذور اتا	سطح معناداری	درجه آزادی ۱ و ۲	F		
۰/۷۵۷	۰/۰۰۰۱	۱ و ۲۸	۸۷/۲۷۷	گروه	راهبردهای منفی
۰/۷۱۲	۰/۰۰۰۱	۲ و ۵۶	۶۹/۲۶۵	زمان	
۰/۸۳	۰/۰۰۰۱	۲ و ۵۶	۱۳۷/۰۵۹	گروه* زمان	
۰/۱۹۲	۰/۰۱۶	۱ و ۲۸	۶/۶۳۵	گروه	راهبردهای مثبت
۰/۵۰۴	۰/۰۰۰۱	۲ و ۵۶	۲۸/۴۱۷	زمان	
۰/۳۷۱	۰/۰۰۰۱	۲ و ۵۶	۱۶/۵۱۲	گروه* زمان	

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته برای هر دو مؤلفه پژوهش تفاوت گروهی معنادار در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ($P < 0.05$)؛ همچنین درمان مهارت استرس-تنظیم هیجان در عملکرد آزمودنی‌ها در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری) و تعاملی گروه* زمان در راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنادار دیده شد ($P < 0.01$).



نمودار ۱. تغییرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در راهبردهای مثبت در سه بازه زمانی مختلف



نمودار ۲. تغییرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در راهبردهای منفی در سه بازه زمانی مختلف

در نمودارهای بالا مشاهده می‌شود، نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی به یکدیگر نزدیک می‌باشد؛ اما با اعمال مداخله درمانی شاهد افزایش معنادار نمرات در راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش معنادار آن در راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش هستیم درحالی‌که تغییر چندانی محسوس در نمرات آن‌ها در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود؛ در مرحله پیگیری نیز در گروه آزمایش ماندگاری اثر (تغییرات کم نمرات پیگیری نسبت به پس‌آزمون) داریم.

جدول ۸. آزمون‌های ام باکس و چندمتغیری مؤلفه‌های کیفیت زندگی

مقدار		F		درجه آزادی ۱		درجه آزادی ۲		معناداری																																											
		۱۴۳/۲۹		۰/۹۶۴		۷۸		۲۴۷۵/۷۴۱		۰/۵۶۸																																									
آزمون‌های چند متغیری																																																			
بین گروه‌ها					درون گروه‌ها																																														
مقدار		F		درجه آزادی ۱ و ۲		معناداری		درجه آزادی ۱ و ۲		معناداری																																									
												مقدار		F																																					
۰/۹۹۷		۱۹۸۷/۹		۴ و ۲۵		۰/۰۰۰۱		۱۸/۸۲		۴۹/۴		۸ و ۲۱		۰/۰۰۰۱		اثر پیلاهی																																			
																		۰/۰۰۳		۱۹۸۷/۹		۴ و ۲۵		۰/۰۰۰۱		۴۹/۴		۸ و ۲۱		۰/۰۰۰۱		ویلکز لامبدا																			
																																		۳۱۸/۰۶		۱۹۸۷/۹		۴ و ۲۵		۰/۰۰۰۱		۱۸/۸۲		۴۹/۴		۸ و ۲۱		۰/۰۰۰۱		هتلینگ	
۰/۷۰۶		۱۴/۹۸		۴ و ۲۵		۰/۰۰۰۱		۱۸/۸۲		۴۹/۴		۸ و ۲۱		۰/۰۰۰۱		اثر پیلاهی																																			
																		۰/۲۹۴		۱۴/۹۸		۴ و ۲۵		۰/۰۰۰۱		۴۶/۵		۸ و ۲۱		۰/۰۰۰۱		ویلکز لامبدا																			
																																		۲/۳۹۷		۱۴/۹۸		۴ و ۲۵		۰/۰۰۰۱		۱۷/۷۱		۴۶/۵		۸ و ۲۱		۰/۰۰۰۱		هتلینگ	

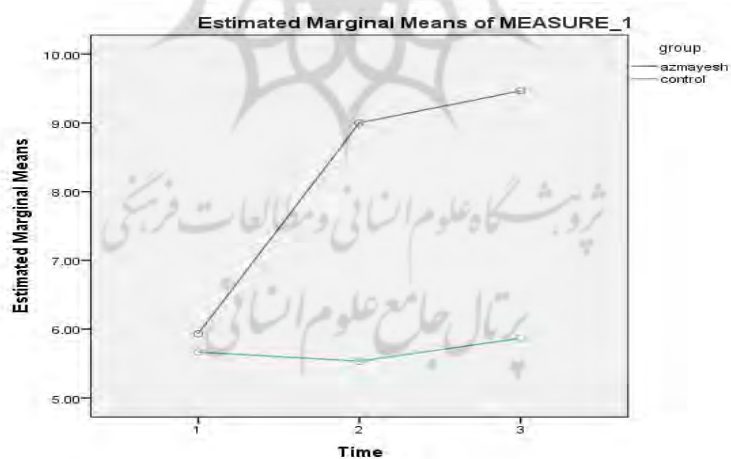
همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود. آزمون ام باکس که به بررسی مفروضه همگنی کوواریانس می‌پردازد با $p > 0.01$ نشان از رعایت این مفروضه دارد. آزمون چندمتغیری ویلکز لامبدا نشان داد که با $F = 46.5$ اثر تعامل بین زمان* گروه با $F = 49.4$ اثر اصلی زمان در مؤلفه‌های کیفیت زندگی معنادار است ($P < 0.01$).

جدول ۹. اثر کلی مداخله بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

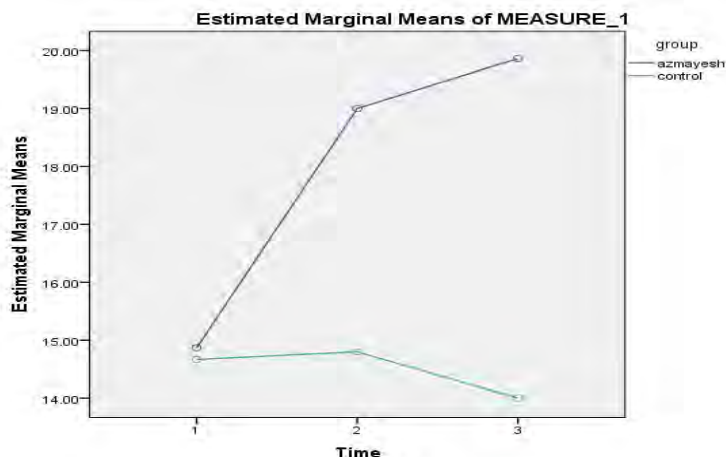
سلامت روانی			سلامت جسمانی				گروه
مجذور تا	معناداری	F	مجذور تا	معناداری	درجه آزادی ۱ و ۲	F	
۰/۵۱۴	۰/۰۰۰۱	۲۹/۶۴۵	۰/۰۵۵	۰/۲۱۴	۱ و ۲۸	۱/۶۱۸	گروه
۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۴۷/۶۷۱	۰/۱۲۳	۰/۰۲۵	۲ و ۵۶	۳/۹۳۶	زمان

سلامت روانی			سلامت جسمانی				گروه* زمان
مجذور تا	معناداری	F	مجذور تا	معناداری	درجه آزادی ۱ و ۲	F	
۰/۷۰۱	۰/۰۰۰۱	۶۵/۵۸۹	۰/۰۳۷	۰/۳۴۶	۲ و ۵۶	۱/۰۸۱	گروه*
سلامت محیط			روابط اجتماعی				
۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۷	۰/۰۱۱	۰/۵۹۷	۰/۰۰۰۱	۱ و ۲۸	۴۱/۴۳۸	گروه
۰/۰۷۲	۰/۱۲۲	۲/۱۸۱	۰/۷۱۹	۰/۰۰۰۱	۲ و ۵۶	۷۱/۷۳۳	زمان
۰/۰۷۸	۰/۱۰۲	۲/۳۸۲	۰/۷۰۳	۰/۰۰۰۱	۲ و ۵۶	۶۶/۱۲۲	گروه* زمان

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی (سلامت روانی و روابط اجتماعی) تفاوت گروهی معنادار در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ($P < 0.05$)؛ همچنین درمان مهارت استرس-تنظیم هیجان در عملکرد آزمودنی‌ها در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری) و تعاملی گروه* زمان در مؤلفه‌های سلامت روانی و روابط اجتماعی از متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنادار دیده شد ($P < 0.01$).



نمودار ۳. تغییرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در روابط اجتماعی پیش‌ازحد در سه بازه زمانی مختلف



نمودار ۴. تغییرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در سلامت روانی در سه بازه زمانی مختلف

در نمودارهای بالا مشاهده می‌شود در نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های سلامت روانی و روابط اجتماعی از کیفیت زندگی به یکدیگر نزدیک می‌باشد؛ اما با اعمال مداخله درمانی شاهد افزایش معنادار نمرات در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش هستیم درحالی‌که تغییر محسوس در نمرات این دو مؤلفه در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود؛ در مرحله پیگیری نیز در گروه آزمایش برای مؤلفه روابط اجتماعی ماندگاری اثر (تغییرات کم نمرات پیگیری نسبت به پس‌آزمون) داریم، و برای مؤلفه سلامت روانی روند صعودی را شاهد هستیم، اما در گروه کنترل تغییرات در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای این دو مؤلفه محسوس به نظر نمی‌آید.

بحث و نتیجه‌گیری

تولد کودک مبتلا به اختلال طیف اُتسم به سبب شرایط ویژه آن‌ها نگرانی، استرس و دغدغه‌های زیادی را برای والدین و بخصوص مادر به همراه دارد که می‌تواند کارکردهای زندگی را در ابعاد مختلفش تحت تأثیر خود قرار دهد که متعاقباً سبک و شیوه مدیریت زندگی را با چالش روبرو خواهد کرد؛ براین اساس برنامه‌های روان‌شناختی مختلفی برای

کودکان اُتیسم و والدین آنها بکار گرفته شده که یکی از آنها برنامه تازه طراحی شده (بر اساس تجربه زیسته مادران داری کودکان با اختلال طیف اُتیسم) ارتقاء مادران (آموزش مدیریت استرس- تنظیم هیجان) است. پژوهش حاضر با درک مشکلات روان‌شناختی والدین (بخصوص مادران) کودکان اُتیسمیک به بررسی اثربخشی برنامه مدیریت استرس- هیجان بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال اُتیسم پرداخته بود که همان‌طور که مشخص شد برنامه مدیریت استرس- هیجان بر کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان و بهره‌گیری از راهبردهای مثبت آن مؤثر بوده است ($P < 0.01$). این نتیجه تا حدودی همسو با نتایج تحقیقات غنیمی و همکاران (۱۳۹۸)؛ بهرامی و همکاران (۱۳۹۶)؛ شروود و همکاران (۲۰۱۷)؛ جوادیان و همکاران (۱۳۹۷)؛ گریگوری و همکاران (۲۰۱۵)؛ فایزیو و همکاران (۲۰۱۵) است که نشان دادند، ارائه برنامه آموزشی مناسب می‌تواند موجب ارتقا و بهبود سلامت روانی والدین و کاهش هیجانات و احساسات منفی ناشی داشتن کودک با اختلال رفتاری (مثل اُتیسم) شود. در تبیین نتایج می‌توان گفت: اختلال‌های طیف اُتیسم تأثیرات شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد، در این خانواده‌ها اصولاً سطوح بالایی از استرس، اضطراب، انزوا و بلا تکلیفی در والدین دیده می‌شود؛ چون بیماری پایدار کودک، به تعویق افتادن تشخیص و نشانه‌های همراه و دسترسی ضعیف به خدمات اجتماعی و حمایت اجتماعی را تجربه می‌کنند به‌گونه‌ای که سبب فشار روانی مضاعف بر والدین (ناشی از ناتوانی کودک) و به‌ویژه مادران می‌شود (گومز و همکاران، ۲۰۱۵). این شرایط می‌تواند تأثیرات خود را بر روی پاسخ‌های هیجانی که بیانگر اعمالی برای تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی است بگذارد؛ از آنجایی که هیجان‌های منفی از نظر کیفی متفاوت از هیجان‌های مثبت هستند و می‌توانند پاسخ‌های کلیشه‌ای را فراخوانی کنند که اجدادمان در برابر خطر و تهدید بکار می‌بردند؛ از سویی، هیجان‌ها مقدم بر شناخت بوده و با تأثیری که بر آن می‌گذارد و نیز ارتباطی که با توجه دارد می‌تواند نه تنها بر خود آگاه بلکه بر اجرای وظایفی که مستلزم انتخاب و تمرکز عمیق است اثر بگذارد؛ بدین ترتیب هیجان‌های منفی با انحراف توجه به سمت نگرانی‌های

درونی و تقدم یافتن محرک‌های درونی فرد مستعد استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌کند (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ حال آنکه، در خانواده‌های دارای کودک با اختلال رفتاری (چون اُتیسم) به دلیل پیامد هیجانی تجربه انگ که باعث احساس بی‌اعتنایی، بی‌احترامی و تبعیض در جامعه می‌شود انتخاب مراقبان معمولاً انزوا و کناره‌گیری است تا بتوانند در حد امکان از برملا شدن وضعیتشان خودداری کنند (هاوت و گالیندو، ۲۰۱۹) که این مطلب می‌تواند به دشواری در تنظیم هیجان مادران کودکان اُتیسم دامن بزند، چراکه مادران به دلیل تجربه شرایط نامطلوب، عدم رابطه متقابل مناسب و داشتن آشفتگی هیجانی با تجربه اضطراب بیشتر، احتمالاً از راهبردهای منفی (ناسازگارانه) تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کنند که هر کدام می‌تواند موجب تشدید و تقویت دیگری شود (پورنوشادی و همکاران، ۱۳۹۹)

عدم پذیرش در پاسخ‌های هیجانی، گرایش به داشتن پاسخ‌های ثانوی منفی به هیجان‌های منفی یا عدم پذیرش، واکنش به پریشانی را تقویت می‌کند؛ دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری در تمرکز و به اتمام رساندن تکالیف را هنگام تجربه هیجان منفی در پی دارد؛ که باعث می‌شود فرد با غلبه احساسات و عواطف بر قدرت منطق و استدلال، فرد در شرایط و موقعیت‌های مختلف تنها با در نظر گرفتن جو عاطفی و عوامل محیطی و به عبارتی بدون توجه به راه‌حل‌های منطقی تصمیم‌گیری کند و دست به عمل بزند. بر همین اساس می‌توان ادعان داشت که استفاده از راهبردهای منفی و ناکارآمد تنظیم هیجان و عدم توانایی مناسب در تنظیم هیجان از عوامل مهم ابتلای فرد به اختلال‌های روانی و رفتاری می‌تواند باشد به این ترتیب، دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان برای فرد می‌تواند منعکس‌کننده این باور باشد که با انجام محدود کارهایی می‌توان به تنظیم هیجان به‌طور سازگارانه در زمان آشفتگی دست یافت؛ در واقع، با ایجاد شفافیت هیجانی میزان آگاهی فرد از هیجانش افزایش می‌یابد، چون راهبردهای شناختی تنظیم هیجان اشاره به شناخت‌های ما و شیوه‌های شناختی برخورد افراد با رویدادهای استرس‌زای زندگی دارند، بدین گونه است که چگونگی شناخت‌های هر فرد می‌تواند بر میزان تأثیر محرک‌ها و

شدت و نوع هیجان‌های وی اثر بگذارد؛ لذا چون شناخت، عاطفه و رفتار کاملاً در تعامل با یکدیگر می‌باشند تنظیم شناختی هیجان با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد سیستم‌های شناختی و نهایتاً موجب تنظیم هیجان و رفتاری می‌شود؛ اما با توجه به آنچه در زمینه دشواری هیجان و به‌کارگیری راهبردهای منفی تنظیم هیجان به‌عنوان شیوه‌ای ناسازگارانه برای اداره رخدادهای منفی زندگی بیان شد می‌توان اذعان داشت که مؤلفه‌های مرتبط با آن‌ها می‌تواند با تجربه استرس ناشی از زندگی توأمان باشد، استرسی که شرایط زندگی را به‌عنوان منبع استرس تلقی می‌کند؛ در این شرایط آموزش مدیریت استرس - هیجان به فرد ضمن افزایش توان وی در تنظیم هیجان خود، پذیرش واکنش نسبت به آن، کنترل رفتار خود و تمرکز بر امور زندگی در زمان تجربه هیجان‌ات منفی، با ایمن‌سازی فرد در مقابل استرس سبب می‌شود تا با داشتن تمرکز بر نقش منابع روان‌شناختی در مقابله با عوامل استرس‌زا به تغییر و بهبودی در احساسات ناشی از این عوامل مبادرت ورزیده و به این طریق رویارویی موفقیت‌آمیز همراه با احساس خودکنترلی در زمان وقوع استرس را تجربه کند، عاملی که با کاهش سطح استرس و اضطراب سلامت روانی را برای شخص در پی خواهد داشت (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۷).

براساس آنچه بیان شد و مطالعات صورت گرفته مادران دارای فرزند با شرایط ویژه (مثل اُتیسم) در پردازش شناختی هیجان و اطلاعات هیجانی مشکلاتی دارد، وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی به‌درستی ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر شناختی و عاطفی آشفته شده، احساس درماندگی می‌کند (بگی و تیلور، ۱۹۹۷)؛ والدین کودکان اُتیسم به سبب استرس افزایش‌یافته و طولانی‌مدتی که تجربه می‌کنند اندوه و رنج روانی مضاعفی را متحمل می‌شوند (بونیس، ۲۰۱۶؛ لی و چیانگ، ۲۰۱۸)؛ مطابق تجربه زیسته حاصل از مصاحبه، مادران کودکان اُتیسم به نگرانی‌هایی (هیجان‌های منفی) اشاره کردند که به‌موجب آن عدم توانایی مادر در کنترل هیجان می‌توانست شرایط را برایشان سخت‌تر کند؛ ۱) نگرانی از آینده کودک (نگرانی از آن‌که مشکلات رفتاری کودک ادامه‌دار باشد، آینده نامعلوم کودک) این مورد سبب افزایش سطح هیجان منفی در والدین

می‌شود، چون پیوسته در مورد آن موضوع ناراحت‌کننده می‌اندیشد (نشخوارگری) و آن را وحشتناک‌تر از واقعیتش در نظر می‌گیرد (فاجعه‌پنداری) این درحالی‌که است که والدین با داشتن اطلاعات بیشتر درباره اُتیسم کارآمدی بیشتری پیدا می‌کنند، زیرا در پذیرش بیماری کودکان به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند در جهت مقابله با آن گام برداشته (پذیرش) برای برخورد مناسب با این بیماری برنامه‌ریزی کنند (تمرکز مجدد مثبت بر برنامه‌ریزی) به این ترتیب احساس اعتماد به نفس و کنترل بیشتری در انجام نقش‌های والدینی خواهند داشت، عاملی که استرس والدینی را تا حدودی تضعیف می‌کند (ویس، ۲۰۰۲)؛ (۲) توجه به نظرات دیگران (دیگران به دلیل مشکل کودک آن‌ها را مسخره می‌کنند و به آن‌ها کنایه می‌زنند) همین مورد عامل سرزنش و انتقاد والدین از کودک خود می‌شود، چون قضاوت‌های دیگران در مورد کودک اُتیسم عاملی است که تأثیر منفی بر والدین می‌گذارد این درحالی‌که والدین با ارزیابی مجدد این اتفاق می‌توانند آن را به گونه‌ای بازبینی کنند که بتوان معانی مثبت‌تری از آن استخراج کرد؛ (۳) مقایسه کودک خود با کودک بهنجار، منجر به دید منتقدانه والدین به اختلال رفتاری کودک اُتیسم و ابراز رفتارهایی با خونگرمی کمتر می‌شود (فاجعه‌پنداری) چون ویژگی‌های رفتاری کودکان مبتلا به اُتیسم (یا بیماری‌های اختلالات رفتاری) قاعدتاً بر ویژگی‌های رفتاری والدین آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد و والدین را با مشکلات هیجانی روبرو می‌کند (دابروسکا و پیسولا، ۲۰۱۰) اما باید در نظر داشت که ویژگی‌های خانواده هم می‌تواند بر میزان توانایی‌های کودک اُتیسم تأثیر بگذارد؛ چون غیاب برخی مشکلات هیجانی ابراز شده (مانند انتقاد)، منجر به کاهش مشکلات رفتاری در کودکان اُتیسم می‌شود (بنسون و همکاران، ۲۰۱۱)؛ بر این اساس ابراز هیجان به صورت منفی، سازگاری ضعیف‌تر والدین کودکان اُتیسم را در پی خواهد داشت (پیس، ۲۰۱۲) که به موجب آن والدین استرس بالاتری را نیز تجربه خواهند کرد (اباذری و همکاران، ۱۳۹۶)؛

با توجه به آنچه بیان شد به کارگیری مداخلاتی که سطح هیجانی والدین را کاهش می‌دهد (مثل مدیریت استرس - هیجان) منجر به نتایج مطلوب برای کودک و والدین (ابراز

هیجان‌های منفی موجب افزایش رفتار ناسازگارانه و شدت علائم اُتیسیم) می‌شود، چون با اینکه هیجان‌ها مبنای زیستی دارند اما افراد قادرند بر شیوه‌های ابراز هیجان‌ها تأثیر بگذارند؛ این توانایی که نظم جویی هیجان (تنظیم هیجان) نامیده می‌شود فرایندی درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق هدف بر عهده دارد (تامپسون، ۱۹۹۴). این فرایند که به توانایی فهم هیجان‌ها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد، سبب کاهش و مهار هیجان‌های منفی و استفاده صحیح از هیجان‌های مثبت می‌شود؛ به‌واقع، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از طریق تنظیم انگیزش‌های پایه‌های عصبی - فیزیولوژیکی، کنترل فرایندهای توجهی را با تحت تأثیر قرار دادن تمرکز، توجه و محدود کردن درون داده‌های اطلاعاتی، قرار دادن تحلیل‌های جایگزین برای موقعیت‌های برانگیزاننده (از لحاظ هیجانی) به روش تغییر تحلیل و تفسیر اطلاعات، تفسیر شاخص‌های درونی انگیزش‌های هیجان به روش تغییر رمزگردانی محرک‌های هیجانی درونی، تسهیل دسترسی به منابع مقابله‌ای و حمایت بیرونی از طریق افزایش دسترسی به منابع مقابله‌ای و نیز انتخاب سبک‌های سازگارانه برای تجلی هیجان می‌توانند از عوامل تأثیرگذار بر مدیریت و تنظیم و تعدیل هیجان‌ها و سطح استرس مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اُتیسیم باشند؛ چون، هیجان‌ها با هماهنگی کردن فرایندهای زیستی، انگیزشی و ذهن موجب تثبیت وضعیت فرد در ارتباط با محیط شده و فرد را به پاسخ‌های خاص و مناسب به مسائل مجهز می‌کند که این منجر به بقای جسمانی و اجتماعی وی می‌شود. پس، استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌تواند منجر به کاهش تجربه هیجان‌های منفی شود؛ این شیوه تنظیم هیجانی انطباقی (سازش یافته) که با سازش و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است، سبب افزایش در فراوانی تجربه هیجانی مثبت و برخورد مؤثر با موقعیت تنیدگی زا می‌شود (داویس و کارتر، ۲۰۰۸). چراکه، افراد با بهره‌گیری از راهبردهای فیزیولوژیکی، احساسی و اجتماعی بهائی پرداخت نمی‌کنند؛ بدین ترتیب می‌توان گفت که نوع راهبردهای شناختی هیجان با کاهش سطح استرس، عاملی مؤثر بر سلامت روانی است چون، سلامت روانی افراد از

تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان‌ها و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زا پدید می‌آید.

بنابراین می‌توان چنین عنوان کرد که مدیریت فرایندی هیجان-استرس ضمن تأثیر بر مؤلفه‌های هیجان، شناختی، رفتاری و واکنش‌های افراد به موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند نقش مهمی در مدیریت استرس و تنظیم هیجان مادران با کودک اُتیسم داشته باشد؛ این امر احتمالاً به دلیل تأکید این روش آموزشی بر آگاهی، کنترل سطح استرس و اصلاح هیجان‌های منفی است. از این رو مدیریت استرس-هیجان نقش مؤثری در فهم همبسته‌های رفتاری و هیجانی وقایع منفی ایفا می‌کند که بهره‌گیری درست و کارآمد از آن عاملی اساسی در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی محسوب می‌شود. پس با توجه به نقش مشکلات تنظیم هیجان و استرس در ایجاد و ابقای مشکلات هیجانی و شناختی، به نظر می‌رسد که آموزش مدیریت استرس-هیجان و اثربخشی این روش در کاهش مشکلات تنظیم هیجان و استرس مادران کودک اُتیسم بتواند به توسعه این حوزه کمک کند، چون این آموزش (مدیریت استرس-هیجان) بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌کند که کاربرد آن‌ها ضمن آرمیدگی منجر به پذیرش وجود مشکلات هیجانی، پرورش شیوه‌های زندگی سالم و انجام عملی مخالف با هیجان‌های منفی می‌شود که نهایتاً موجب تسهیل روند تغییرات می‌شود (لینهان، ۲۰۰۰) چون هیجان بخش اصلی ساختار فرد و عاملی کلیدی برای سازمان‌دهی خود است که اثرات خود را بر رفتار و شناخت می‌گذارد (متین و همکاران، ۱۳۹۷)؛ بنابراین تنظیم هیجانی مثبت به سبب ارزیابی شناختی هیجان‌ها باعث کاهش احساس‌های منفی، افزایش احساس‌های مثبت و بروز رفتار مطلوب‌تر می‌شود.

اما همان‌طور پیش‌تر که بیان شد، آنچه به مسائل جانبی و حاشیه‌ای ناتوانی‌های ناشی از اختلال اُتیسم کودک دامن می‌زند محیط خانواده (نگرش والدین و نوع دیدگاهشان) و نحوه برخورد آن‌ها با مسئله موجود است؛ بر این اساس آموزش بسته ارتقائی مادران برای مادران دارای کودک اُتیسم می‌تواند امکان مدیریت استرس‌های والدگری (ناشی از بیماری کودک) را فراهم می‌کند و همچنین به‌موجب آن مادران با آگاهی از هیجان‌ها و

پذیرش آن‌ها قابلیت استفاده صحیح از هیجان‌ها و ابراز هیجان‌های مثبت در موقعیت‌های زندگی (خصوصاً موقعیت‌های تنیدگی زا) و کنترل احساسات منفی را کسب می‌کنند و به عبارتی قادر به تشخیص هیجان خود و دیگران شده و نحوه تأثیر آن را بر رفتار را می‌دانند لذا می‌توانند در زمان بروز هیجان واکنش مناسب نشان دهند و به تبع آن مادران با درک بهتر حالات کودک خود رابطه مطلوب‌تری با او برقرار کرده، در انجام وظایف مادری از قابلیت بیشتری برخوردار می‌شود (گلچین و حسینی نسب، ۱۳۹۲) و می‌تواند در مسیر بهزیستی و کنش‌وری موفق گام بردارد.

همچنین در پژوهش حاضر مشخص شد برنامه مدیریت استرس- هیجان موجب افزایش کیفیت زندگی در مؤلفه‌های سلامت روانی و روابط اجتماعی مادران دارای کودک اُتیسم شده است ($P < 0.01$). این نتیجه تا حدودی همسو با نتایج تحقیقات چهرین و پرندین (۱۳۹۸)؛ گاتول و همکاران (۲۰۱۵)؛ هسیا و همکاران (۲۰۱۷)؛ غنیمی و همکاران (۱۳۹۸)؛ صمدی و همکاران (۲۰۱۴)؛ رحیمی و همکاران (۱۳۹۹) است که نشان دادند والدین کودکان با اختلال اُتیسم کاهش کیفیت زندگی و افزایش مشکلات جسمانی و روانی را داشته‌اند؛ براین اساس آموزش مدیریت هیجان و خلق منفی می‌تواند به‌عنوان بخش مهمی از مداخلات جهت ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با شرایط ویژه عمل کند. در تبیین نتایج می‌توان گفت:

سطح پایین کیفیت زندگی و سلامت عمومی، از عمده‌ترین مشکلاتی هستند که مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، به‌طورجدی با آن مواجه هستند چراکه، نگهداری از کودکی با ناتوانی مزمن مانند اختلال طیف اُتیسم، تأثیرات چندوجهی و فراگیر روی والدین آن‌ها دارد طبق تجربه زیسته مادران داشتن کودک اُتیسم می‌تواند در آن‌ها احساس افسردگی، سلب آزادی، نگرانی، سردرگمی، ناامیدی (رسیدن به پوچی)، درماندگی، خستگی (روحی و جسمی)، ترس از آینده را در کوتاه‌مدت و درازمدت ایجاد کرده که در کنار مشکلات اقتصادی و عدم حمایت خانواده (کناره‌گیری پدر)، فامیل و اجتماع (عدم درک و همدلی در جامعه و رفتارهای ناپخته آن‌ها که می‌تواند ناشی از فقدان

آگاهی و شناخت آن‌ها از اُتیسم باشد) کیفیت زندگی را که بیانگر ادراک فرد از موقعیت زندگی در زمینه فرهنگ و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، استانداردها و نگرانی‌هاست (کینگ و هیندز، ۲۰۱۱) را تحت‌الشعاع قرار دهد (غنیمی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ این درحالی‌که است که والدین دارای کودک اُتیسم با تقویت توانایی خود در به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و ایجاد تغییر در شناخت‌های معیوب خود ادراک مناسب‌تری از هیجان‌های منفی و توان دسترسی به هیجان‌های مثبت داشته، کیفیت زندگی‌شان به‌واسطه رویارویی مؤثر با استرس‌های موجود ارتقاء یافته و به‌این‌ترتیب کودکان اُتیسم و خانواده‌شان به زندگی با سطح کیفی مطلوب‌تر دست می‌یابند.

از آنجایی که تنظیم هیجان به‌عنوان یک فرایند موجب می‌شود افراد هیجان‌هایشان را برای پاسخگویی به توقع‌های هوشیارانه و ناهوشیارانه محیطی تعدیل کنند؛ شکست در آن با ایجاد بی‌نظمی موجب به‌کارگیری روش‌های ناسازگارانه‌ای چون عدم پذیرش، نقص در استفاده عملکردی هیجان و دشواری در کنترل رفتارهای در بستر پریشانی به‌عنوان منابع اطلاعاتی برای پاسخگویی به هیجان‌ها می‌شود. عوامل مختلفی تقویت‌کننده بی‌نظمی هیجانی است. نگهداری از کودک اُتیسم با ایجاد احساس افسردگی، سلب آزادی، نگرانی، سردرگمی، ناامیدی (رسیدن به پوچی)، درماندگی، خستگی (روحي و جسمی)، ترس از آینده در کنار مشکلات اقتصادی و عدم حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی می‌تواند با افزایش سطح بی‌نظمی هیجانی در والدین (به‌ویژه مادر) کودکان اُتیسم، شرایط استرس‌زایی را به وجود آورد که تحمل آن با توجه به پاسخ‌های رفتاری و فیزیولوژیکی ناشی از آن می‌تواند پیامدهای روانی و جسمانی زیانباری را به همراه داشته باشد، چراکه با توجه به شرایط بیماری کودکان توان تحمل تنش‌های ناشی از پیش‌بینی، انتظار یا عدم قطعیت همراه با استرس‌ورهای روزمره در آن‌ها کاهش می‌یابد که همه آن‌ها منجر به کاهش کیفیت زندگی این افراد می‌شود؛ بنابراین در مورد نقش استرس در زندگی مادران دارای کودک اُتیسم می‌توان اذعان داشت که فشار روانی به‌خودی‌خود سبب‌ساز نیست

بلکه فقدان مهارت‌های مقابله‌ای در این میان نقش واسطه‌ای بازی می‌کنند؛ در واقع مقابله تعدیل‌کننده رابطه بین وقایع تنیدگی‌زا و پیامدهای آن است لذا والدین با به‌کارگیری راهبردهای ناکارآمد شناختی و هیجانی به کیفیت زندگی پایین‌تر دست می‌یابند. در این راستا آموزش آن‌ها درباره ماهیت تعاملی استرس و مواجهه با آن، اقدام به بیان احساسات و بیان و پردازش افکار در مورد موقعیت‌های استرس‌زای زندگی که می‌تواند منجر به ایجاد ملاحظه مجدد نسبت به زندگی، اولویت‌ها و اهداف مشخص شود و همچنین توجه به نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها در پیدایش و تداوم استرس و کنترل آن مؤثر است، چراکه، مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌زا افزایش می‌دهد؛ به‌گونه‌ای که راهبردها و استراتژی‌های مدیریت استرس به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا از راهبردهای مؤثر و تمرین‌آرمیدگی استفاده کنند، این تغییرات با کاهش حالات خلقی و انزوای اجتماعی بر بهبود کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر است؛ بهبود کیفیت زندگی، محیط زندگی را تحت تأثیر قرار داده و سبب ارتقاء مؤلفه‌های آن می‌شود. وقتی فرد سلامت جسمی، روان و روابط اجتماعی مناسب داشته باشد، در محیط زندگی خود که متشکل از ادراک خانواده، دیگران، اجتماع و ... است، بهتر عمل خواهد کرد و توانایی لازم برای پیشبرد هر چه بهتر اهداف خود را می‌یابد که باعث موفقیت در زندگی می‌شود، در نتیجه کیفیت زندگی بالایی را تجربه کرده و خشنودی لازم را در زندگی خود می‌یابد (نادری و همکاران، ۱۳۹۰).

با توجه به آنچه بیان شد می‌توان این‌طور برداشت کرد که آموزش مدیریت استرس و تنظیم هیجان مطابق با بسته طراحی‌شده که از سویی دربرگیرنده روش‌های آرمیدگی است و از سوی دیگر منجر به تصحیح باورها و هیجان‌های ناکارآمد، افکار منفی و رفتارهای نامؤثر و تقویت سرمایه‌های روان‌شناختی می‌شود، زمینه ارتقای کیفیت زندگی به‌عنوان قضاوت‌های شناختی آگاهانه فرد نسبت به رضایت از زندگی‌اش را ایجاد می‌کند؛ که این امر، تأثیر این روش درمانی را بر مؤلفه سلامت روانی مادران با کودک اُتیسم را تبیین می‌کند چراکه این روش درمانی هرچند نمی‌تواند شرایط واقعی و محیطی زندگی مادران

را تغییر دهد، اما، با تغییر نگرش فرد به زندگی، کاهش احساس ناتوانی کمک به بهبود خلق منفی و بهره‌گیری از راهبردهای مثبت در تنظیم هیجان می‌تواند با تقویت خودکارآمدی زمینه اصلاح بسیاری از ناکارآمدی‌ها را همان‌طور که ذکر شد فراهم گرداند.

اجرا و تأثیر برنامه مدیریت استرس - هیجان می‌تواند تأثیرات شگرفی داشته باشد چراکه به سبب آن مادران با بهره‌گیری بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه‌ای چون ارزیابی مجدد، به رویدادهای استرس‌زا به‌عنوان تهدید و فرصتی برای یادگیری می‌نگرند نه تهدیدی برای امنیت؛ به این نحو اختلالات جسمی و هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند و به طبع کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند؛ در این راستا می‌توان اذعان داشت با اینکه وجود یک کودک مبتلا به اختلال اُتیسم به‌منزله یک معضل و رویداد استرس‌زا تلقی می‌شود اما مراقبان (به‌ویژه مادران) با استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه (انطباقی) به بیماری کودک خود به‌عنوان یک مسئله قابل کنترل می‌نگرند که توان مدیریت آن را دارند؛ به همین علت از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (لاکوس و دینر، ۲۰۱۵) درواقع هیجان و احساسات مثبت با تأثیر بر سطح خودکارآمدی ادراک شده فرد موجب تأیید باورهای مرتبط با داشتن توانایی لازم برای مقابله با مشکلات و توانایی حل مسئله می‌شود. از سویی والدین؛ به‌خصوص مادران نقش مهمی در تنظیم هیجان کودکانشان دارند چراکه شواهد حاکی از آن است که بین الگوهای رفتاری کودکان اُتیسم و مشکلات درونی سازی و برون سازی آن‌ها با تنظیم هیجان والدین، ارتباط وجود دارد، پس هر چه والدین از راهبردهای انطباقی‌تر تنظیم هیجان بهره‌گیرند مشکلات کودکانشان تا حدودی کم می‌شود و این امر باعث کاهش فشار روانی و سطح استرس مادران شده و به همراه آن کیفیت زندگی و سلامت عمومی بالاتری را تجربه می‌کنند (تینگ و ویس، ۲۰۱۷).

برنامه مدیریت استرس - هیجان در مادران دارای کودک اُتیسم با کاهش بار مراقبت مادران از فرزندان دارای اختلال، خود کاهش استرس‌های اجتماعی را نیز دربردارد؛ در این راستا می‌توان اذعان داشت که چون داشتن کودکی با اختلال اُتیسم قاعدتاً خانواده را با

چالش‌های فراوانی روبرو می‌کند تأثیر منفی بر عزت‌نفس اعضای خود بخصوص مادر بر جای می‌گذارد (ایسا و همکاران، ۲۰۱۶) که اثرات منفی آن در حوزه روابط بین فردی و اجتماعی آنان نیز دیده می‌شود (لو و همکاران، ۲۰۱۵) این درحالی است که با آموزش روش‌های تصحیح احساسات و افکار خود و ارتقای آگاهی و دانش مادران نسبت به حمایت اجتماعی که سبب کاهش افکار ناکارآمد و خودآیند منفی آن‌ها می‌شود، زمینه بهبود روابط اجتماعی و مهارت‌های بین فردی مادران را فراهم کرده، منجر به بهبود مؤلفه ارتباط اجتماعی کیفیت زندگی مادران شده است. در خصوص سلامت محیط نیز نتایج پژوهش حاکی از عدم تأثیر مداخله آموزشی است؛ می‌توان به عدم پذیرش جامعه برای حضور بدون ارزیابی خانواده‌های دارای کودک اُتیسم اشاره کرد؛ که به عقیده دهنوی (۱۳۹۴) این امر را می‌توان ناشی از داغ و ننگ اجتماعی حاصل از داشتن کودک اُتیسم دانست؛ همچنین حضور در اجتماع و رفت‌وآمد به دلیل عدم مناسب‌سازی محیط محدودیت‌هایی را برای مراقبان کودکان به عمل آورده به‌عنوان عاملی غیرقابل کنترل می‌تواند بر میزان استرس والدین بیفزاید به همین دلیل برنامه آموزشی طراحی شده بر این مؤلفه از کیفیت زندگی تأثیر مطلوبی را نشان نداد. در خصوص سلامت جسمانی نیز، مداخله آموزشی تأثیر نشان نداد که از این لحاظ می‌توان بر اساس تجربه‌های زیستی مادران به نداشتن زمان کافی برای استراحت به دلیل حجم کاری مضاعف که داشتن کودک اُتیسم به آن‌ها تحمیل کرده است، اشاره داشت؛ این عامل قطعاً وقتی با همکاری خانواده (بخصوص پدر) همراه نباشد به ناتوانی جسمانی و خستگی مفرط جسمانی منجر می‌شود که سلامت جسمانی وی را تهدید می‌کند؛ این درحالی است که مادر اخلاقاً خود را موظف به مراقبت از فرزندش با اختلال اُتیسم که شرایطش را پذیرفته است، می‌داند؛ اما گاهی ظرفیت جسمانی تاب تحمل شرایط موجود را با وجود بهره‌گیری از آموزش‌های ارتقاء دهنده سطح سلامت، ندارد؛ لذا رضایت از زندگی کمتری را نشان می‌دهند (سیکلوس و کرن، ۲۰۰۶).

بر اساس آنچه بیان شد می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که، آموزش بسته ارتقاء مادران حاصل از تجربه زیسته مادران دارای کودک اُتیسم که مبتنی بر آموزش مهارت مدیریت

استرس و هیجانات است از سویی با شناساندن عوامل ایجادکننده استرس و علائم آن به مادران، راهکارهای مقابله با استرس (دارای علت‌های قابل کنترل و غیرقابل کنترل) و فنون آرامش بخشی زمینه را برای شناسایی و مدیریت به هنگام استرس ایجاد می‌کند؛ از سوی دیگر، با شناساندن هیجان‌های منفی و مثبت به مادران، آموزش راهبردهای پذیرش هیجان‌های مثبت و منفی، توانایی ارزیابی مجدد مثبت از هیجانات، اصلاح باورهای غلط درباره هیجان‌ها، استفاده از راهبردهای هیجانی کارآمد و مؤثر در زمان برخورد با انواع هیجان‌ها و... زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجان‌های مادران دارای فرزند اتیستیک فراهم ساخته و منجر به کاهش هیجانات منفی و بهبود تعاملات مادر و کودک و کیفیت زندگی آنان می‌شود؛ به گونه‌ای موجب تعاملات سازنده می‌شود؛ به این ترتیب مادران می‌توانند یاد بگیرند که چگونه منابعی را که برای کمک به کودک با شرایط ویژه خود نیاز دارند را به دست آورند و همین‌طور به راهبردهای مؤثر ابراز احساسات خود دست یابند، این روند در بهترین حالت می‌تواند موجب مشارکت و همدلی بیشتر اعضا در امور مرتبط با خانواده شود، این امر با کاهش بار روانی مادر، سلامتی و بهزیستی زندگی را در پی خواهد داشت. پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها از جمله به دلیل مشغله‌های زیاد مادران کودکان اُتیسم و توجه و تمرکز بیش‌ازحد مادران به کودکشان به خاطر شرایط ویژه آن‌ها، باعث شد روند پژوهش در مراحل مصاحبه و اجرای بسته آموزشی به‌کندی صورت گیرد؛ محدودیت دیگر پژوهش این بود که پژوهش فقط در تهران صورت گرفته است؛ به علت اینکه دسترسی به مادران کودکان اُتیسم که امکان حضور در پژوهش را داشته باشند بسیار دشوار بود امکان تعیین ملاک‌هایی برای کنترل ویژگی‌های خانوادگی و کودک وجود نداشت و نهایتاً عدم توانایی پژوهشگر در کنترل متغیرهای مداخله همچون خستگی آزمودنی، سروصدای محیط و... است. با توجه به محتوای برنامه ارتقائی مادران (مدیریت استرس - هیجان) و نیز نتایج حاصل از پژوهش حاضر به مشاوران و روان‌شناسان مشغول در سازمان بهزیستی، انجمن اُتیسم و سایر نهادهای حمایتی مرتبط پیشنهاد می‌شود تا با برگزاری کارگاه‌های آموزشی و درمانی مطابق بسته ارتقائی مادران که می‌تواند والد را در جهت شناخت و کنترل هیجانات و

عوامل تنش‌زای ناشی از بیماری مزمن فرزند یاری کند، امکان سازگاری و تطابق بیشتر مادر و کودک را با بیماری موجب شود که می‌تواند پیامدی چون ارتقای سطح سلامت و بهزیستی مادر و کودک را توأمان در پی داشته باشد؛ در این پژوهش نیز مشخص شد که والدین کودکان اتیستیک که از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر در زمان مواجهه با رویدادهای تنش‌زا همراه با هیجانات منفی بهره گرفته‌اند، شرایط روانی مطلوب‌تری را تجربه کرده‌اند، براین اساس پیشنهاد می‌شود با آگاه کردن والدین کودکان اتیستیک از نتایج پژوهش‌هایی از این قسم (از طریق بروشور و...) زمینه‌ای برای ترغیب آن‌ها جهت یادگیری آموزش‌های مرتبط با کنترل استرس و هیجان را ایجاد نمود، لذا هم‌راستا با این حرکت لازم است، مراکز حمایتی مرتبط، زمینه‌ای را برای آموزش فراگیر این مهارت‌های مناسب (برای رویارویی با بحران) ایجاد نمایند تا امکان تجربه عملکرد مطلوب‌تر همراه با فکری آسوده‌تر برای این عزیزان فراهم گردد. از آنجایی که در پژوهش حاضر مشخص شد که آموزش بسته ارتقاء مادران کودکان اتیستیک سبب بهبود رابطه والد-کودک، سازگاری بیشتر و ارتقای سطح بهداشت روانی آن‌ها می‌شود؛ می‌توان با طراحی بسته‌های آموزشی مکمل والد محور، در بافت رابطه مادر و کودک شرایطی را فراهم کرد که امکان تعامل و مشارکت اجتماعی کودک را در محیط طبیعی و زندگی روزمره با ایجاد موقعیت‌هایی خلاقانه به وجود آورد؛ به کارگیری بسته‌های آموزشی با این مضمون به دلیل آنکه مادر گاهی خود را در جایگاه فرزند قرار می‌دهد و از دریچه دید او نگاه می‌کند، می‌تواند باعث کاهش سطح استرس مادر به خاطر شرایط ویژه فرزندش شود، که به او در نحوه سازمان‌دهی کودکش احتمالاً کمک شایانی خواهد کرد.

ORCID

Mehrzad Ramezanloo



<https://orcid.org/>

Khadijeh Abolmaali Alhosseini



<http://orcid.org/0000-0002-9714-1816>

Fariborz Bagheri



<https://orcid.org/>

Somayeh Robotmili



<https://orcid.org/>

منابع

- اباذری، ک؛ ملک پور، م؛ قمرانی، ا؛ عابدی، ا و فرامرزی، س. (۱۳۹۵). درک عوامل تأثیرگذار بر هیجان ابرازشده مادران کودکان اوتیسم (پژوهش ترکیبی). *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. ۱۶(۱)، ۲۲-۳۳.
- ابراهیمی مقدم، ح و محمود، ا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی با مؤلفه‌های سلامت عمومی در بین دانشجویان. *مجله پژوهش‌های مشاوره* ۱۶(۶۳)، ۸۰-۶۷.
- امامدوست، ز؛ تیموری، س؛ خوی نژاد، غ ر و رجایی، ع ر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم شناختی هیجان در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۱۹(۵۹)، ۶۵۵-۶۴۷.
- بنیسی، پ. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر سلامت روان‌شناختی، خودکارآمدی و شادکامی در زنان سالمند مبتلا به افسردگی متوسط. *روان‌شناسی پیری*. ۱۶(۱)، ۶۴-۵۳.
- بهرامی، آ؛ محقق، ح و یعقوبی، ا. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر افکار اضطرابی والدین کودکان اوتیسم. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی*. ۷(۲۲)، ۱۴۷-۱۳۳.
- جلیلی، ن؛ گودرزی، م؛ رصافیانی، م؛ حقگو، ح، دالوند، ح و فرضی، م. (۱۳۹۲). بررسی کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی شدید و عوامل مؤثر بر آن. *مجله علمی پژوهشی توان‌بخشی نوین*. ۷(۵)، ۴۷-۴۰.
- جوادیان، ر؛ خالقی، ل و فتحی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر عاطفه منفی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول. *نشریه روان پرستاری*. ۶(۵)، ۳۲-۲۵.
- چهرین، ز و پرندین، ش. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای تعارض زناشویی شهر کرمانشاه. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*. ۴(۳۱)، ۲۰-۱.
- حبیبی، د و کافیان تفتی سعادت‌آباد، ع ر. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر میزان پرخاشگری زنان دارای فرزند اوتیسم. *ماهنامه آفاق علوم انسانی*. ۳۱، ۹۰-۷۱.

اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس - هیجان بر ...؛ رمضانلو و همکاران | ۲۳۷

حسین زاده، م؛ عباسی، پ؛ شاهرخی، ح؛ مهدوی، ن و برزنجه عطری، ش. (۱۳۹۸). شیوه‌های فرزند پروری مادران و ارتباط آن با مشکلات هیجانی - رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه کننده به مرکز اوتیسم دانشگاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربیت‌حیدریه*. ۷(۴)، ۲۱-۱۱.

رحیمی، س؛ امین یزدی، ا، افروز، غ.ع. (۱۳۹۹). مقایسه کارکرد تحولی خانواده، ویژگی‌های شخصیتی و استرس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و هم‌تایان دارای کودک رشد بهنجار. *نشریه پرستاری کودکان*. ۶(۳)، ۲۱-۱۵.

رحیمی، ش؛ فداکار سوقه، ک؛ تبری، ر و کاظم نژاد لیلی، ا. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط سلامت عمومی مادران با کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*. ۱۹(۲)، ۱۰۸-۹۳.

رضایی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان با اختلال اوتیسم. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۱۰(۳۸)، ۷۸-۵۷.

رضایی، س. (۱۳۹۶). اختلال اوتیسم از تشخیص تا درمان. چاپ سوم، تهران: انتشارات آوای نور. رضایی، س. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با آسیب بینایی، شنوایی و اختلال اوتیسم. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*. ۸(۳۲)، ۷۱-۶۳.

رنجنوش مقدم، س و هاشمیان، ک. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش تنظیم شناختی هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم. دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی. مشهد.

سرمد، ز؛ بازرگان، ع و حجازی، ا. (۱۳۹۹). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. انتشارات آگه. سلیمانی، ز و شمس‌الدینی، م. (۱۳۹۸). اوتیسم. *مجله پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*. ۲(۲۰)، ۵۷-۶۸.

سیف‌نراقی، م و نادری، ع. (۱۳۹۳). روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات ارسباران

شفیعی تبار، م؛ اکبری چرمهینی، ص؛ مولایی یساولی، م. (۱۳۹۹). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی چک لیست تنظیم هیجانی - نسخه والدین. فصلنامه سلامت روان کودکان. د (۳)۷، ۸۱-۹۵.

صدری دمیرچی، ا و اسماعیلی قاضی ولوئی، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص. مجله ناتوانی‌های یادگیری. ۵(۴)، ۵۹-۸۶.

ظفری، ش و خادمی اشکذری، م. (۱۳۹۹). بررسی مدل ساختاری نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و کمال‌گرایی در پیش‌بینی مشکلات هیجانی در دانش آموزان. مجله علوم روان‌شناختی. ۱۹(۸۷)، ۳۲۸-۳۲۱.

عاشوری، م؛ نوروزی، ق و خونساری، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا. فصلنامه علمی-پژوهشی طب توان‌بخشی. ۱۹(۲)، ۳۴۸-۲۳۹.

غنیمی، ف؛ دادخواه، ا؛ دانش، ع و تقی‌لو، ص. (۱۳۹۸). مقایسه میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس و ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی. ۹(۳۵)، ۹۹-۷۳.

کافمن، ج و هالاهان، د. (۱۳۹۰). کودکان استثنایی: مقدمه‌ای بر آموزش‌های ویژه. ترجمه مجتبی جوادیان، انتشارات آستان قدس.

گلچین، ر؛ حسینی نسب، د. (۱۳۹۲). مقایسه مشکلات رفتاری فرزندان در مادران باهوش هیجانی بالا و پایین. فصلنامه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی. ۲۴(۶)، ۲۴-۱۳.

الماسی، ا؛ حاتمی، ف؛ شریفی، ا؛ احمدی جویباری، ت؛ کاویان نژاد، ر؛ ابراهیم زاده، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۲۱(۲)، ۴۴-۳۲.

متین، ح؛ اخوان غلامی، م و احمدی، ص. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تعامل والد-کودک مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری. ۸(۱)، ۷۱-۸۹.

نادری، و. و برجعلی، ا.، و منصوبی فر، م. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس بر کیفیت زندگی. *سلامت و روان‌شناسی*، ۱۱(۲)، ۳۰-۱۳.

نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکوئی نائینی، ک؛ محمد، ک و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۴(۴)، ۱۲-۱.

نعمت زاده، آ؛ باقری، ف و ابوالمعالی، خ. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین والد - فرزند و پرخاشگری. *علوم روان‌شناختی*. ۱۷(۶۸)، ۴۶۲-۴۵۳.

نعیمی، ش؛ غباری بناب، ب؛ معتمدی، ف؛ بخشی زاده، ش؛ عزیزی، م پ؛ رشیدی احمدآباد، ا و قاسم‌زاده نساجی، س. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و عادی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*. ۱۲(۸)، ۱۶۶-۱۵۳.

یقینی، م؛ نادری، ف؛ نجاتی، و احتشام زاده، پ. (۱۳۹۹). اثربخشی توان‌بخشی شناختی مبتنی بر بازشناسی هیجانی بر مشکلات رفتاری و تئوری ذهن کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسیم. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی انجمن علمی کودکان استثنائی ایران*، ۱۱(۳)، ۳۶-۲۳.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bader SH, Barry TD. (2014). A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 44(11): 2820-31.
- Bagby, R. M. Taylor, G. J. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. In: Taylor, G.J, Bagby, R. M, Parker, J. D. (editors). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: University press*, 132(12), 26-45.
- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., & Velotti, P. (2016). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 125-143.
- Benson PR, Daley D, Karlof KL, Robison D. (2011). Assessing expressed emotion in mothers of children with autism: The Autism-Specific Five Minute Speech Sample. *Autism*. 15(1): 65-82.
- Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: a review of literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3), 153-163

- Brandler, W. M., Antaki, D., Gujral, M., Kleiber, M. L., Whitney, J., Maile, M. S., ... & Pang, T. (2018). Paternally inherited cis-regulatory structural variants are associated with autism. *Science*, 360 (6386), 327-331.
- Cai, R. Y., Richdale, A. L., Dissanayake, C., Trollor, J., & Uljarević, M. (2019). Emotion regulation in autism: *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 38(1), 58-62
- Centre for Disease Control and Prevention. (2018). *Identified prevalence of Autism spectrum disorder: ADDM network 2000-2010, combining data from all site*. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
- Cervantes, P. E., & Matson, J. L. (2015). The relationship between comorbid psychopathologies, autism, and social skill deficits in young children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 101-108
- Dabrowska A, Pisula E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal Intellect Disabil Res*. 54(3): 266-80.
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). Quality of life among parents of children with autistic disorder: A sample from the Arab world. *Research in Developmental Disabilities*, 35(2), 278-287
- Dawson, G., Egger, H., Baranek, G., & Carpenter, K. (2015). Precursors to the Development of Anxiety Disorders in Young Children with Autism Spectrum Disorder. Duke University Durham United States. *Nursing and Midwifery Faculty*;1(1):36-46.
- Fabrizio CS, Lam TH, Hirschmann MR, Pang I, Yu NX, Wang X, et al. (2015). Parental emotional management benefits family relationships: A randomized controlled trial in Hong Kong, China. *Behav Res Ther*. 71:115-24.
- García-López, C., Sarriá, E., & Pozo, P. (2016). Multilevel approach to gender differences in adaptation in father-mother dyads parenting individuals with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 28 (2), 7-16.
- Gomes, P. T. Lima, L. H., Bueno, M. K, Araújo, L. A., & Souza, N. M. (2015). Autism in Brazil: A systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*, 91(2), 111-121.
- Gothwal, V. K., Bharani, S., & Reddy, S. P. (2015). Measuring coping in parents of children with disabilities: a rasch model approach. *PloS one*, 10(3).
- Gratz, K. L. & Tull, M. T. (2010). The Relationship Between Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm Among Inpatients with Substance Use Disorders. *Cognitive therapy and research*, 34, 544–553

- Gregoire S, Lachance L, Taylor G. (2015). Mindfulness, mental health and emotion regulation among workers. *International Journal of Wellbeing*, 5(4): 96-119.
- Gross J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6):214-19
- Hastings, R. (2014). Parental stress and behavior problems of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27: 149-160
- Haut K, Galindo B, Lee A, Lokey S, Nahum M, Hooker C. (2019). Changes in Emotion Processing Network Following Social Cognitive Training in Individuals With Schizophrenia. *Biological Psychiatry*. 85(10): S274.
- Hsiao, Y. J., Higgins, K., Pierce, T., Whitby, P. J. S., & Tandy, R. D. (2017). Parental stress, family quality of life, and family-teacher partnerships: Families of children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 70, 152-162.
- Isa, S. N. I., Ishak, I., Ab Rahman, A., Saat, N. Z. M., Din, N. C., Lubis, S. H., & Ismail, M. F. M. (2016). Health and quality of life among the caregivers of children with disabilities: A review of literature. *Asian journal of psychiatry*, 23, 71-77.
- Keehn, R. H. M., Lincoln, A. J., Brown, M. Z., & Chavira, D. A. (2013). The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(1), 57-67.
- Lara, E. B., & de los Pinos, C. C. (2017). Families with a disabled member: impact and family education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237 (1), 418-425.
- Lee, J. K., & Chiang, H. M. (2018). Parenting stress in South Korean mothers of adolescent children with autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(2), 120-127.
- Lindsay, S., Hounsell, K. G., & Cassiani, C. (2017). A scoping review of the role of LEGO®
- Linehan, M. (2000). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press
- Lu, M., Yang, G., Skora, E., Wang, G., Cai, Y., Sun, Q., & Li, W. (2015). Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 17, 70-77.
- Lucas RE, Diener E. (2015). *Personality and Subjective well-being: Current issues and controversies*: APA handbook of personality and social psychology.

- Maenner MJ, Rice CE, Arneson CL, Cunniff C, Schieve LA, Carpenter LA, et al. (2017). Potential impact of DSM-7 criteria on autism spectrum disorder prevalence as times. *JAMA Psychiatry*. 71(3),292-300.
- Osman, Z. H. H., Farrag, E. A., & Hegazy, A. E. S. A. (2019). Effectiveness of Cognitive- Behavioral Program on reducing mothers' Burden of care of their children with autism disorder. *The Malaysian Journal of Nursing*, 10(4), 48-62
- Patriquin, M. A., DeRamus, Th., Libero, L. E., Laird, A., & Kana, R. K. (2016). Neuroanatomical and neurofunctional markers of social cognition in autism spectrum disorder. *Human Brain Mapping*. 37(11), 3957-3978
- Peace NR. (2012). *Expressed emotion and adjustment in families with children with autism spectrum conditions* [PhD Thesis]. Southampton, UK: School of Psychology, University of Southampton.
- Samadi, S. A., McConkey, R., & Bunting, B. (2014). Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 35(7), 1639-1647.
- Samadi, S. A., McConkey, R., & Kelly, G. (2012). The information and support needs of Iranian parents of children with autism spectrum disorders. *Early Child Development and Care*, 182(11), 1439-1453.
- Sherwood, A., Smith, P. J., Hinderliter, A. L., Georgiades, A., & Blumenthal, J. A. (2017). Effects of exercise and stress management training on nighttime blood pressure dipping in patients with coronary heart disease: A randomized, controlled trial. *American Heart Journal*, 183, 85-90.
- Summers, J., Shahrami, A., Cali, S., D'Mello, Ch., Kako, M., Palikucin-Reljin, A., Savage, M., Shaw, O., & Lunsy, y. (2017). Self-injury in autism spectrum disorder and intellectual disability: exploring the role of reactivity to pain and sensory input. *Brain Sci*. 7(11), 1-16.
- therapy for improving inclusion and social skills among children and youth with autism. *Disability and health journal*. 10(2),173-182.
- Thompson, R. A. (1994). Emotionl regulation a theme in search for definition" In N. A. fox. The Developmental of Emotion Regulation Behavioral and Biological Considerations. *Monographs of the society for research in chield Development*, 59,25-52.
- Ting V, Weiss JA. (2017). Emotion Regulation and Parent Co-Regulation in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 47(3):680-9.
- Urizar, G. G., Yim, I. S., Rodriguez, A., & Schetter, C. D. (2019). The SMART moms program: A randomized trial of the impact of stress management on perceived stress and cortisol in low-income pregnant women. *Psychoneuroendocrinology*, 104, 174-184.

- Weiss MJ. (2002). Harrdiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*.6(1): 115-30
- World Health Organization (2016). *Questions and answers about autism spectrum disorders (ASD)*. Retrieved March 20, 2016 from <http://www.who.int/features/qa/85/en>.
- Xu, N., Li, X., & Zhong, Y. (2015). Inflammatory cytokines: potential biomarkers of immunologic dysfunction in autism spectrum disorders. *Mediators Inflamm*. 10(1), 518-53.
- Yu, Y., McGrew, J. H., Rand, K. L., & Mosher, C. E. (2018). Using a model of family adaptation to examine outcomes of caregivers of individuals with autism spectrum disorder transitioning into adulthood. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, 37-50.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

استناد به این مقاله: رمضانلو، مهرزاد، خدیجه، ابوالمعالی، باقری، فریبرز، رباط میلی، سمیه، (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس - هیجان بر کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان دارای اختلال طیف اُتیسْم، روان‌شناسی افراد استثنایی، ۱۱(۴۱)، ۱۹۵-۲۴۳.

DOI: 10.22054/JPE.2021.58572.2278



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی