

رابطه طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی

همایون هارون رشیدی^۱ / استادیار گروه روانشناسی / واحد دزفول / دانشگاه آزاد اسلامی / دزفول / ایران

محمد قلاوندی^۲ / گروه روان‌شناسی / واحد بروجرد / دانشگاه آزاد اسلامی / بروجرد / ایران

چکیده:

زمینه: تأمین بهداشت روانی افراد خانواده جایگاه مهمی دارد و ضروری است راهکارهای مناسب در تأمین بهداشت روانی خانواده شناسایی و به مرحله اجرا گذاشته شود. در این راستا ضروری است عواملی که مخل بهداشت روانی خانواده‌ها هستند، شناسایی و روش‌های مقابله با آنها توصیه گردد. درماندگی روان‌شناختی یکی از رایج‌ترین مشکلات جامعه بشری به‌شمار می‌رود. این پژوهش با هدف تعیین رابطه طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی انجام گرفت.

روش: روش پژوهش همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان استثنایی شهر اندیمشک و نمونه پژوهش شامل ۲۱۰ نفر از این مادران بود، که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شد. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسش‌نامه‌های راهبردهای مقابله‌ای (کارور، ۱۹۸۹)، طرحواره‌های هیجانی (لیهی، ۲۰۰۲) و فرم کوتاه مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی (لاوبوند و لاوبوند، ۱۹۹۵) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای با افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان استثنایی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای ۲۸ درصد از افسردگی، ۴۵ درصد از اضطراب و ۳۶ درصد از استرس را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی نتایج نشان می‌دهد، که سلامت روانی افراد تحت تأثیر طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای قرار می‌گیرد. طرحواره‌های هیجانی، راهبرد هیجان‌مدار و اجتنابی، در کاهش سلامت روانی و راهبرد مسئله‌مدار در افزایش آن نقش دارد.

واژه‌های کلیدی: درماندگی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله‌ای، طرحواره‌های هیجانی، کودکان استثنایی

مقدمه

خانواده یک نظام اجتماعی است که با تولد فرزند به اعضای آن اضافه می‌شود. افزایش تعداد اعضا با ایجاد تغییراتی در سبک زندگی همراه است. در این صورت خانواده باید میزانی از فشار روانی را تحمل کند. این وضعیت در صورتی که عضو جدید نیاز به کمک‌های ویژه داشته باشد بیشتر است (۱). درماندگی روان‌شناختی^۲ یکی از رایج‌ترین مشکلات جامعه بشری به‌شمار می‌رود

(۲). لروتلا^۳ درماندگی روان‌شناختی را به‌عنوان وضعیتی هیجانی تعریف می‌کند که فرد هنگام روبه‌رو شدن با موقعیت‌های نگران‌کننده، ناکام‌ساز و آسیب‌زا تجربه می‌کند (۳). یکی از این موقعیت‌ها، تولد کودک استثنایی^۴ است. تولد کودک استثنایی، کارکرد خانواده را دچار مشکل می‌کند. به‌صورتی که بر روابط میان اعضا و روابط اجتماعی آن‌ها تأثیر نامطلوب می‌گذارد. در چنین شرایطی ممکن است والدین شوک زده شده و علائمی از قبیل افسردگی، اضطراب و یا استرس را تجربه کنند و

3- Lerota

4- exceptional children

1- Email: haroon_rashidi2003@yahoo.com

2- psychological distress

پیامدهایی پرخاشگری، انکار و احساس گناه برای آنها در پی داشته باشد (۴). جناح آبادی^۱ در پژوهشی، نتیجه گرفت که والدین کودکان استثنایی در مقایسه با والدین کودکان عادی، بیشتر دچار استرس می‌شوند (۵). بیشتر پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که وجود يك كودك استثنایی موجب فشار روانی در مادران این کودکان شده، روابط خانوادگی و سلامت آنها را کاهش می‌دهد (۶). والدین دارای کودکان استثنایی، با توجه به شرایط و محدودیت‌های فرزندان و نیز فشارهای اقتصادی اجتماعی و روان‌شناختی که با تولد فرزندان معلول بر آنها وارد آمده است، چندان زندگی مناسبی ندارند و بهزیستی روانی مناسبی را تجربه نمی‌کنند. بنابراین، این مادران که از سوی خانواده، دوستان و دیگران حمایت نمی‌شوند، بهزیستی روانی پایین‌تری را از خود نشان می‌دهند (۷). همه جوامع خواستار سعادت و سلامت روانی اعضای خود هستند و برای رسیدن به این خواسته باید تا آنجا که ممکن است عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی خانواده‌ها را بشناسند. عوامل روانی اجتماعی متعددی می‌تواند سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

یکی از این موارد، طرحواره‌های هیجانی^۲ است. منظور از طرحواره، بازنمایی‌های ذهنی ثابت از تجربه هاست، که به‌گونه‌ای، در غربالگری، رمزگذاری و ارزیابی داده‌ها دخالت دارند. طرحواره‌ها تنها انواع گوناگون اطلاعات نیستند، بلکه نقشی فعال در سازماندهی اطلاعات نوین بازی دارند. طرحواره‌ها بر بیشتر فرایندهای شناختی مانند توجه، ادراک، یادگیری و بازنمایی اطلاعات اثر می‌گذارند. بنابراین، باعث ایجاد سوگیری‌های پردازشی می‌شوند. در واقع می‌توان گفت محتوای سامانه پردازش در ناهنجاری افسردگی شامل فقدان، محرومیت، بی‌ارزشی، ناتوانی، شکست و بدبینی است. در حالی که محتوای سامانه پردازشی در ناهنجاری‌های اضطرابی در برگیرنده‌ی ترس جسمانی یا روان‌شناختی، آسیب و نیز حس آسیب‌پذیری است (۸). برای تبیین آسیب‌شناسی اختلال‌های هیجانی، از دیدگاه شناختی، بخش بزرگی از بررسی‌ها، نظریه‌ها

و الگوهای آسیب‌شناسی شناختی بر تبیین اختلال‌های هیجانی بر پایه پردازش شناختی اطلاعات هیجانی متمرکز شده‌اند. این پژوهش‌ها و الگوها به‌طور کلی دریافته‌اند که ساختارهای شناختی، دست‌اندرکار ساخت فعالانه ادراک و تجربه هستند. تجارب هیجانی بر آیند این فعالیت می‌باشند. ولی پژوهشگران در زمینه جزئیات این فرایند اتفاق نظر ندارند (۹). برخی از آنها بر این باورند که عنصر کلیدی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، ویژگی‌ها و باورها و تجارب هیجانی بنیادین فرد است. برای نمونه نظریه طرحواره بر این باور است که شناخت‌ها و طرحواره‌ها خاستگاه آغازین پردازش است و پردازش شناختی به کمک طرحواره‌های موجود در فرد هدایت می‌شوند (۱۰). لیهی^۳ در پژوهشی به این نتیجه رسید که هر یک از اختلالات اضطرابی در بردارنده طرحواره‌های هیجانی (تفاسیر و تدابیر) در مورد احساسات و هیجانات هستند و این طرحواره‌ها هستند که بسیاری از مبتلایان به اختلالات اضطرابی را نسبت به درمان‌های مرسوم مقاوم می‌سازند (۱۱). هم‌چنین لیهی در پژوهشی دیگر به این نتیجه رسید که تعدادی از ابعاد طرحواره‌های هیجانی، با پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب بک همبستگی معناداری دارند (۱۲). علاوه بر این، بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌های هیجانی، با بسیاری از اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوء مصرف الکل و اختلالات شخصیت در ارتباط هستند (۸).

یکی دیگر از عواملی که باعث می‌شود افراد جامعه، استرس را فشارزا تلقی کنند و برخی دیگر به راحتی با آن مقابله کنند و کنار بیایند، راهبردهای مقابله با استرس^۴ است (۱۳). بدین معنی که اگر روش‌های مقابله‌ای از نوع ناموثر و ناسازگارانه و ناکافی باشد، نه تنها استرس را کنترل نمی‌کند بلکه خود این واکنش منبع فشار به شمار آمده و شرایط را بدتر می‌کند. بسیاری از پژوهشگران راهبردهای مقابله‌ای را متمرکز بر هیجان (هیجان‌مدار) و راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مسئله (مسئله‌مدار)

3- Leahy

4- coping styles with stress

1- Jenaabadi

2- emotional schema

کند تا از این رهگذر بتوان به تدبیر و اتخاذ راهکارهای موثر و مفید دست زد. با توجه به اهمیت کیفیت وضعیت روان‌شناختی مادر در سلامت روانی کودک و کمک به ارتقای سطح سلامت مادران، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر شناسایی نقاط آسیب‌پذیری و ویژگی‌های روان‌شناختی مادران می‌تواند در برنامه‌ریزی اقدامات بعدی برای آنها مفید باشد. لذا هدف از این پژوهش بررسی رابطه‌ی طر حواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی است.

روش

طر ح پژوهش حاضر، طر ح توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان استثنایی (کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و اتیسم) شهر اندیمشک در سال ۱۳۹۴ است. تعداد کل جامعه پژوهش ۴۳۳ نفر بود. بر اساس جدول مورگان و با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین مادران کودکان استثنایی ۲۱۰ نفر انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن نمونه ۳۶/۳۰ و انحراف معیار آن ۱۲/۸۱ بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس درماندگی روان‌شناختی

مقیاس درماندگی روان‌شناختی توسط لاوبوند و لاوبوند^۱ (۱۹۹۵) تهیه شد. فرم کوتاه درماندگی روان‌شناختی دارای ۲۱ سؤال است و هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را بر اساس ۷ سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۷). سؤالات فرم کوتاه درماندگی روان‌شناختی بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود، طوری که اصلاً امتیاز صفر، کمی امتیاز ۱، زیاد امتیاز ۲ و خیلی زیاد امتیاز ۳ را دریافت می‌کند. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ خواهد بود. هنری و کرافورد^۲ (۲۰۰۵) ضرایب

تقسیم می‌کنند. در مورد راهبردهای مقابله‌ای به این نتیجه رسیدند که کسانی که از راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار استفاده می‌کنند به طر قابل ملاحظه‌ای مشکل را به اجزای کوچکتر و قابل کنترل تجزیه می‌کنند و در جستجوی اطلاعات و ملاحظه شقوق شکل و هدایت اعمالی می‌باشند. در حالی که در راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار اظهارات هیجانی به صورت اجتناب، انزوا، سرکوب و کنار گذاردن ظهور پیدا می‌کند. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار بر سلامت افراد تاثیر می‌گذارد (۱۴). مطالعات نشان داده است افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های کنار آمدن تجهیز کرده‌اند، در رویارویی با مشکلات موفق‌تر هستند، چراکه استفاده از پاسخ‌های کنار آمدن مؤثر، به آنها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند، در نتیجه این افراد از کیفیت زندگی و سلامت روان بهتری برخوردارند (۱۵). هم چنین نتایج پژوهش بشارت، تاشک و رضازاده نشان داد که بین سبک‌های مقابله کار آمد با بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت معنادار و با درماندگی روان‌شناختی رابطه منفی معنادار وجود دارد و بین سبک مقابله ناکار آمد با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار و با درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد (۱۶). سبک‌های مقابله کار آمد و ناکار آمد می‌توانند واریانس متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را به صورت معنادار تبیین کنند. پژوهش‌های اخیر نیز نشان داده‌اند که نوع راهبردهای کنار آمدن مورد استفاده به وسیله فرد، نه تنها بهزیستی روان‌شناختی، بلکه بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. به همین دلیل راهبردهای مقابله‌ای یکی از متغیرهایی است که به طر وسیع در چارچوب روان‌شناسی سلامت مورد مطالعه قرار گرفته است (۳). نظر به اهمیت خانواده و عوامل مرتبط با آن، از جمله ویژگی‌های والدین، که نقش موثری در ارتقا کیفیت زندگی خود و کودک معلول خویش دارند، انجام یافتن پژوهش‌های مختلف می‌تواند درک جامعی را از پدیده حضور فرزندان معلول در خانواده فراهم

1- Lovibond & Lovibond

1- Henry & Crawford

شده است (۱۴). این پرسش‌نامه براساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرات (اصلا، کمی، به طور متوسط و زیاد) تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی به ترتیب برابر با ۶۰ و ۳۰۰ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این پرسش‌نامه که توسط تابع بردبار به دست آمده به قرار زیر است: ضرایب آلفا و بازآزمایی برای راهبردهای مقابله مسأله مدار به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۶ برای راهبردهای مقابله هیجان مدار ۰/۶۲ و ۰/۵۵ و راهبردهای اجتنابی ۰/۵۵ و ۰/۶۶ بوده است. همچنین روایی این آزمون پس از ترجمه توسط چهار متخصص روان‌سنج مورد بررسی قرار گرفت، که با توجه به اهداف و چارچوب نظری پرسش‌نامه روایی آن در حد قابل قبولی تشخیص داده شد. مقدار ضریب توافق در مورد وضوح و روشنی سؤالات ۰/۷۶ و مقدار ارتباط هر خرده مقیاس با مقیاس اصلی ۰/۷۰ گزارش شد (۱۳). ضرایب پایایی کل آزمون در جامعه اصلی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و ضرایب بازآزمایی آن ۰/۶۶ گزارش شده است (۱۴). ضرایب پایایی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی به ترتیب برابر ۰/۶۹، ۰/۷۱ و ۰/۷۰ به دست آمده است.

یافته‌ها

جدول ۱ - میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمره متغیرهای پژوهش

شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
طرحواره‌های هیجانی	۸۰/۷۶	۱۲/۶۷	۴۴	۱۳۴	۲۱۰
راهبرد مسأله مدار	۲۸۰/۳	۱۰/۱۱	۱۸	۵۷	
راهبرد هیجان مدار	۳۹/۸۵	۹/۳۸	۱۴	۶۴	
راهبرد اجتنابی	۳۵/۹۲	۱۱/۸۹	۱۳	۶۵	
استرس	۱۱/۴۰	۴/۳۷	۶	۱۶	
اضطراب	۱۰/۰۹	۳/۲۳	۴	۱۵	
افسردگی	۹/۸۴	۳/۳۵	۵	۱۴	

پایایی (بر مبنای آلفای کرونباخ) برای سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس، به ترتیب برابر ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش می‌کنند. در ایران توسط سامانی و جوکار فرم کوتاه مقیاس درماندگی روان‌شناختی بر روی ۶۳۸ دانشجوی دانشگاه شیراز اجرا شد. نتایج تحلیل عاملی، بوجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس دلالت داشت. ضریب پایایی بازآزمایی فرم کوتاه مقیاس درماندگی روان‌شناختی، در فاصله ای سه هفته ای برای استرس ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود. کلیه ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود (۱۷). در پژوهش حاضر ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۷۸، ۰/۸۰ و ۰/۷۹ به دست آمده است.

مقیاس طرحواره‌های هیجانی^۱

این پرسش‌نامه، توسط لیهی، برای شناسایی طرحواره‌های هیجانی مختلف طراحی گردید. این مقیاس با روش لیکرت و به روش ۶ جوابی می‌باشد و دارای ۳۷ سوال است. روش نمره‌گذاری در این مقیاس به این صورت است که گزینه کاملاً درست نمره ۶، تقریباً درست نمره ۵، کمی درست نمره ۴، کمی غلط نمره ۳، تقریباً غلط نمره ۲، کاملاً غلط نمره ۱ می‌گیرند. ولی در سؤالات (۱۴، ۴، ۶، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۴، ۲۵، ۲۶) نمره‌دهی معکوس (گزینه کاملاً درست نمره ۱، تقریباً درست نمره ۲، کمی درست نمره ۳، کمی غلط نمره ۴، تقریباً غلط نمره ۵، کاملاً غلط نمره ۶) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی به ترتیب برابر با ۲۸ و ۱۶۸ خواهد بود. (۹) لیهی، پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمده است.

مقیاس جهت‌گیری مقابله مشکلات تجزیه شده

این پرسش‌نامه توسط کارور، شی‌یر و وینتروب^۲ تهیه شده است. پرسش‌نامه مذکور دارای ۶۰ سؤال است و توسط ذوالفقاری و همکاران برای جمعیت ایران ترجمه

2- emotional schema scale

3- Carver, Scheier & Weintraub

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود: بین طر حواره‌های هیجانی و ابعاد آن به جز فقدان کنترل، منطقی بودن، هشیاری ضعیف و اظهارگری ضعیف با افسردگی مادران کودکان استثنایی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد که از ۰/۱۴ تا ۰/۳۴ متغیر بوده است. هم‌چنین نتایج جدول نشان می‌دهد بین طر حواره‌های هیجانی و ابعاد آن، با اضطراب مادران کودکان استثنایی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، که از ۰/۱۵ تا ۰/۴۶ متغیر بوده است. علاوه بر این، نتایج از وجود رابطه مثبت بین طر حواره‌های هیجانی و ابعاد آن با استرس مادران کودکان استثنایی حکایت دارد، که از ۰/۱۴ تا ۰/۳۶ متغیر بوده است. رابطه مستقیم یا مثبت به این معناست که اگر یکی از متغیرها افزایش (کاهش) یابد، دیگری نیز افزایش (کاهش) می‌یابد. به عبارت دیگر افزایش نمره طر حواره‌های هیجانی با افزایش نمره افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان استثنایی همراه است و برعکس. علاوه بر این، بین راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار با افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان استثنایی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. هم‌چنین نتایج جدول نشان می‌دهد: بین راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی با افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان استثنایی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

قبل از اجرای رگرسیون، پیش‌فرض‌های مربوط به آن بررسی شد. از جمله اینکه آزمون کالموگروف-اسمیرنف شرط نرمال بودن شکل توزیع متغیرها را نشان داد. بررسی داده‌های پرت، بهنجاری، خطی بودن، یکسانی، پراکندگی و استقلال پسماندها نیز انجام شد. با استفاده از نمودار احتمال نرمال و نمودار پراکندگی، انحرافی از بهنجاری یا الگوی نظام‌مدار دارای انحراف از حالات مستطیل متمرکز در وسط را نشان نداد. ضمن اینکه بررسی داده‌های پرت با استفاده از فاصله‌های ماهالانویس نشان داده است، که بیشترین مقدار آن در داده‌ها ۲۸/۳۴ است و داده پرتی که نگران‌کننده باشد وجود نداشت. علاوه بر این، استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین واتسون نیز مقدار ۱/۷۸، است که در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد و این پیش‌فرض نیز برقرار بود.

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار برای طر حواره‌های هیجانی برابر با ۸۰/۷۶ و ۱۲/۶۷، برای راهبرد مسأله‌مدار برابر با ۲۸/۰۳ و ۱۰/۱۱، برای راهبرد هیجان‌مدار برابر با ۳۹/۸۵ و ۹/۳۸، برای راهبرد اجتنابی ۳۵/۹۲ و ۱۱/۸۹، برای استرس ۱۱/۴۰ و ۴/۳۷، برای اضطراب برابر با ۱۰/۰۹ و ۳/۲۳ و برای افسردگی برابر با ۹/۸۴ و ۳/۳۵ می‌باشد.

جدول ۲ - رابطه بین طر حواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی روان‌شناختی

شاخص‌ها	افسردگی	اضطراب	استرس	تعداد
بی‌اعتمادی	۰/۱۸**	۰/۳۰**	۰/۲۴**	۲۱۰
عدم درک	۰/۲۸**	۰/۳۹**	۰/۲۵**	
احساس‌گناه	۰/۲۱**	۰/۲۵**	۰/۳۱**	
ساده‌انگاری هیجان	۰/۱۴*	۰/۱۹**	۰/۲۷*	
فاقد ارزشیابی	۰/۲۷**	۰/۳۳**	۰/۳۶**	
فقدان کنترل	۰/۰۹	۰/۱۶*	۰/۲۶**	
کرختی	۰/۲۵**	۰/۳۰**	۰/۲۶**	
منطقی بودن	۰/۱۱	۰/۱۷*	۰/۱۴*	
تداوم احساس	۰/۲۸**	۰/۲۶**	۰/۲۰**	
هشیاری ضعیف	۰/۱۲	۰/۱۹**	۰/۱۵*	
عدم پذیرش	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۳۳**	
اظهارگری ضعیف	۰/۰۷	۰/۴۶*	۰/۳۴**	
نشخوار فکری	۰/۲۴**	۰/۳۹**	۰/۲۱**	
احساس شرم	۰/۲۸**	۰/۱۵*	۰/۳۴**	
راهبرد مسأله‌مدار	-۰/۱۴*	-۰/۳۱**	-۰/۲۱**	
راهبرد هیجان‌مدار	۰/۲۲**	۰/۱۸**	۰/۳۴**	
راهبرد اجتنابی	۰/۲۴**	۰/۲۲**	۰/۳۵**	

(در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. * در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است)

جدول ۳- ضرایب و مدل پیش بینی افسردگی بر مبنای

طر حواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای

پیش بین	R	R ²	بتا	T	سطح معنی داری
راهبرد مسأله مدار	۰/۵۳/۰	۰/۲۸	-۰/۰۳۷	۰/۵۷۳	۰/۵۶۷
راهبرد هیجان مدار			-۰/۰۴۷	۰/۲۴۳	۰/۸۰۸
راهبرد اجتنابی			-۰/۰۹۷	۰/۴۸۶	۰/۶۲۷
بی‌اعتمادی			-۰/۰۳۳	۰/۴۷۲	۰/۶۳۷
عدم درک			-۰/۰۷۵	۰/۹۹۸	۰/۳۱۹
احساس گناه			-۰/۰۰۵	۰/۰۷۲	۰/۹۴۳
ساده‌انگاری هیجان			-۰/۰۳۵	۰/۵۴۶	۰/۵۸۵
فاقد ارزشیابی			-۰/۰۲۶	۰/۳۴۸	۰/۷۲۸
کرختی			-۰/۰۷۶	۱/۰۷	۰/۲۸۶
تداوم احساس			-۰/۱۷۳	۲/۶۲۱	۰/۰۰۹
هشیاری ضعیف			-۰/۲۰۶	۲/۹۸۸	۰/۰۰۳
عدم پذیرش			-۰/۲۴۰	۳/۵۷۵	۰/۰۰۱
نشخوار فکری			-۰/۱۰۶	۱/۴۵۲	۰/۱۴۸
احساس شرم			-۰/۰۳۷	۰/۵۷۳	۰/۵۶۷

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ضریب

همبستگی چنگانه نشان می‌دهد که طر حواره‌های هیجانی

و راهبردهای مقابله‌ای، ۲۸ درصد از رابطه را تبیین می‌کند.

جدول ۴- ضرایب و مدل پیش بینی اضطراب بر مبنای طر حواره‌های هیجانی و

راهبردهای مقابله‌ای

پیش بین	R	R ²	بتا	T	سطح معنی داری
راهبرد مسأله مدار	۰/۶۷	۰/۴۵	-۰/۱۹۲	۳/۳۸۹	۰/۰۰۱
راهبرد هیجان مدار			-۰/۰۴۰	۰/۲۲۹	۰/۸۱۹
راهبرد اجتنابی			-۰/۰۱۷	۰/۰۹۴	۰/۹۲۵
بی‌اعتمادی			-۰/۱۰۹	۱/۷۱۵	۰/۰۸۸
عدم درک			-۰/۱۶۳	۲/۳۵	۰/۰۲۰
احساس گناه			-۰/۰۵۶	۰/۸۰۹	۰/۴۱۹
ساده‌انگاری هیجان			-۰/۰۵۳	۰/۸۹۹	۰/۳۷۰
فاقد ارزشیابی			-۰/۰۳۴	۰/۴۹۸	۰/۶۱۹
فقدان کنترل			-۰/۱۰۷	۱/۶۵	۰/۰۹۹
کرختی			-۰/۰۱۸	۰/۲۵۹	۰/۷۹۶
منطقی بودن			-۰/۰۵۱	-۰/۷۸۴	۰/۴۳۴
تداوم احساس			-۰/۰۳۹	۰/۵۹۸	۰/۵۵۱
هشیاری ضعیف			-۰/۰۱۴	-۰/۲۰۳	۰/۸۳۹
عدم پذیرش			-۰/۱۴۵	۲/۱۷	۰/۰۳۱
اظهارگری ضعیف	-۰/۲۷۲	۴/۱۳	۰/۰۰۱		
نشخوار فکری	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۹۹۸		
احساس شرم	-۰/۰۴۲	۰/۵۹۱	۰/۵۵۵		

کرختی	R	R ²	بتا	T	سطح معنی داری
کرختی	۰/۶۷	۰/۴۵	-۰/۰۴۱	۰/۶۴۶	۰/۵۱۹
منطقی بودن			-۰/۰۰۸	-۰/۱۳۲	۰/۸۹۶
تداوم احساس			-۰/۱۱۷	۱/۹۶	۰/۰۵۱
هشیاری ضعیف			-۰/۰۲۹	۰/۴۵۴	۰/۶۵۰
عدم پذیرش			-۰/۱۶۸	۲/۷۱	۰/۰۰۷
اظهارگری ضعیف			-۰/۲۹۴	۴/۸۲	۰/۰۰۱
نشخوار فکری			-۰/۱۵۶	۲/۵۲	۰/۰۱۳
احساس شرم			-۰/۰۹۶	۱/۴۶	۱۴۵

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، ضریب

همبستگی چنگانه نشان می‌دهد که طر حواره‌های هیجانی

و راهبردهای مقابله‌ای ۴۵ درصد از رابطه را تبیین می‌کند.

جدول ۵- ضرایب و مدل پیش بینی استرس بر مبنای راهبردهای مقابله‌ای و

طر حواره‌های هیجانی

پیش بین	R	R ²	بتا	T	سطح معنی داری
راهبرد هیجان مدار	۰/۳۶	۰/۱۰	-۰/۰۸۰	-۱/۳۰	۰/۱۹۵
راهبرد مسئله مدار			-۰/۲۱۶	۱/۱۵	۰/۲۵۱
راهبرد اجتنابی			-۰/۰۵۸	۰/۲۹۹	۰/۷۶۵
بی‌اعتمادی			-۰/۰۳۰	۰/۴۳۴	۰/۶۶۵
عدم درک			-۰/۰۴۶	۰/۶۱۵	۰/۵۳۹
احساس گناه			-۰/۰۴۰	۰/۵۴۲	۰/۵۸۸
ساده‌انگاری هیجان			-۰/۱۴۴	۲/۲۵	۰/۰۲۵
فاقد ارزشیابی			-۰/۱۰۸	۱/۴۸	۰/۱۳۹
فقدان کنترل			-۰/۱۵۸	۲/۲۶	۰/۰۲۵
کرختی			-۰/۰۱۸	۰/۲۵۹	۰/۷۹۶
منطقی بودن			-۰/۰۵۱	-۰/۷۸۴	۰/۴۳۴
تداوم احساس			-۰/۰۳۹	۰/۵۹۸	۰/۵۵۱
هشیاری ضعیف			-۰/۰۱۴	-۰/۲۰۳	۰/۸۳۹
عدم پذیرش			-۰/۱۴۵	۲/۱۷	۰/۰۳۱
اظهارگری ضعیف	-۰/۲۷۲	۴/۱۳	۰/۰۰۱		
نشخوار فکری	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۹۹۸		
احساس شرم	-۰/۰۴۲	۰/۵۹۱	۰/۵۵۵		

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی چندگانه نشان می‌دهد که راهبردهای هیجانی و طر حواره‌های هیجانی ۳۶ درصد از رابطه را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد بین طر حواره‌های هیجانی با افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان استثنایی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های جاکوب، مورلن و ساوج (۱۸)؛ لیهی (۱۱)، رحیمیان بوگر و همکاران (۱۹)، بیاضی و همکاران (۲۰) و نمدالیانی‌زاده (۸) بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت: مفهوم طر حواره نقش مهمی در درمان و پژوهش درباره‌ی درماندگی روان‌شناختی دارد. برای مثال، اهمیت محیط اجتماعی و دل‌بستگی ایمن در افسردگی باعث شده است، که به تمایز بیشتری در مورد نوع طر حواره نیاز داشته باشیم و به موضوعات بین فردی و رشدی، در شکل‌گیری و تداوم طر حواره بیشتر توجه کنیم. مشکلات در تنظیم هیجانات، عدم تحمل بلا تکلیفی، تداوم نگرانی و احساس اضطراب، در مبتلایان به اضطراب فراگیر در واقع به عنوان مکانیسمی در برابر هیجان‌های ناشی از شرایط استرس‌زا عمل می‌کند و به این دلیل است که سطوح این سازه‌های شناختی در این دسته از افراد، بالاتر است. (۲۳) هم‌چنین، می‌توان استدلال نمود که فهم پایین از حالات هیجانی، واکنش منفی به هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، باعث تشدید بلا تکلیفی و نگرانی این افراد می‌گردد. از طرف دیگر، پاسخ‌های اجتنابی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، موجب بروز مشکل در شناسایی و پذیرش هیجان‌های خود می‌شود، طوری که هیجان‌ها را غیر روشن و ناواضح، و خود را فاقد راهبردهای مؤثر در تعدیل آن‌ها می‌دانند (۸). واکنش‌های هیجانی و رفتاری به وسیله فرایندهای شناختی راه‌اندازی می‌شوند. از این رو افکار، باورها، و سایر فرایندهای شناختی، تعیین‌کننده خلق و هیجان هستند. برخی از پژوهشگران بر این باورند

که عنصر اصلی در پردازش شناختی، حالت‌های هیجانی هستند. نظریه‌هایی هستند که باور دارند عنصر کلیدی در پردازش شناختی، اطلاعات هیجانی، ویژگی‌ها و باورها و تجارب هیجانی بنیادین فرد است. برای نمونه نظریه طر حواره بر این باور است که شناخت‌ها و طر حواره‌ها خاستگاه آغازین پردازش است و پردازش شناختی به کمک طر حواره‌های موجود در فرد هدایت می‌شوند (۲۱). پاپاجورجیو و ولز طی چند پژوهش بین طر حواره‌های هیجانی و افسردگی، هم در نمونه‌های بالینی و هم غیر بالینی، رابطه مثبت به دست آوردند (۲۲). علاوه بر این، به نظر می‌رسد طر حواره‌های هیجانی پیش‌بینی‌کننده سطوح اضطراب است و با اضطراب اجتماعی، تداوم علائم استرس پس از سانحه، کیفیت پایین خواب، آشفتگی خواب در بزرگسالان و دختران نوجوان، رفتار خودزنی و تفکر خودکشی رابطه دارد.

هم‌چنین نتایج نشان داد: بین راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی با افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان استثنایی رابطه مثبت و بین راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار با افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان استثنایی رابطه منفی وجود دارد. این یافته‌ها، با نتایج لطیفیان و شیخ‌الاسلام (۲۴) و فرهادی (۱۳) هماهنگ است. در تبیین این نتایج چند تبیین احتمالی وجود دارد؛ وقتی فرد از سبک‌های مقابله‌کارآمد استفاده می‌کند، به‌طور مستقیم با مشکل درگیر می‌شود و تمام توان خود را برای حل مشکل به کار می‌برد. این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به‌دست آمده، منبع استرس بهتر شناسایی می‌شود و ممکن است قابل کنترل نیز ارزیابی شود. شناخت منبع استرس از یک سو و قابل کنترل ارزیابی کردن آن از سوی دیگر به افزایش سلامت روانی کمک می‌کند (۲۴). شناخت منبع استرس هم‌چنین، از طریق

افزایش اعتماد به نفس، اضطراب و آشفتگی را کاهش می‌دهد و باعث بهبود وضعیت سلامت روانی می‌شود. از سوی دیگر پویایی و ویژگی مشترک سبک‌های مقابله مسأله‌مدار شناخته شده است. پویایی، امکانات لازم برای مقابله فعال با موقعیت‌های استرس‌زا را در اختیار فرد قرار می‌دهد. این وضعیت تمام توانایی‌های بالقوه فرد را برای مقابله مثبت و حل مسأله فرا می‌خواند و احتمال موفقیت وی را افزایش می‌دهد. بدین ترتیب سبک‌های مقابله مسأله‌مدار از طریق ویژگی پویایی، کیفیت زندگی را تأمین می‌کند (۱۴). ویژگی دیگر افرادی که از سبک‌های مقابله کارآمد استفاده می‌کنند، سطح تنش پایین است. پایین بودن سطح تنش هیجانی باعث می‌شود که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی و پویایی برای مقابله با مشکل استفاده کنند و در نتیجه رضایت بیشتری کسب کنند (۱۳). استفاده از سبک مقابله ناکارآمد هیجان‌مدار منفی، که وجه مشخصه آن دوری‌گزیدن از عامل استرس‌زا، از طریق نادیده‌انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع است. فرد مستقیم با منبع استرس و پرداختن به جوانب مختلف آن، با نادیده‌انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع، بخش عظیمی از انرژی خود را هدر می‌دهد. استفاده از این سبک مقابله باعث به‌وجود آمدن یک دور باطل می‌شود. بدین ترتیب که اجتناب یا دوری‌گزیدن از منبع استرس باعث می‌شود که مشکل باقی بماند و ابقای مشکل به نوبه خود عدم رضایت را به وجود می‌آورد. این عدم رضایت در افرادی که چنین راهبردی را به کار می‌برند، باعث اجتناب بیشتر می‌شود و در نتیجه عدم رضایت افزایش و ادامه می‌یابد. استفاده از سبک مقابله ناکارآمد، فرد را از درگیری مستقیم و مؤثر با مشکل، باز می‌دارد و توانمندی برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می‌شود و سلامت روانی را کاهش می‌دهد. آشفتگی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منبع استرس را نیز تحلیل می‌برد و سلامت

روانی را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۶). بنابراین، می‌توان تصور کرد که نوعی رابطه دوجانبه بین سبک‌های مقابله و سلامت روان وجود دارد. برحسب آنکه سبک مقابله کارآمد باشد یا ناکارآمد، با مشکلات و مسائل فعال یا نفعال واجه خواهد بود و پیامد آن، سطوح متفاوت سلامت روانی شکل می‌گیرد. آموزش سبک‌های مقابله کارآمد می‌تواند افسردگی را کاهش دهد و می‌تواند بهبود وضعیت سلامت روانی را در پی داشته باشد. (۱۴)

پژوهش حاضر، یک پژوهش همبستگی است و در پژوهش‌های همبستگی با تمام تلاشی که پژوهشگر در جهت کنترل متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر انجام می‌دهد، بازهم نمی‌توان روابط علی را از یافته‌های حاصل از همبستگی بین متغیرها برداشت کرد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این موارد اشاره کرد: که پژوهش حاضر فقط در مورد نمونه‌ای از مادران دانش‌آموزان استثنایی در شهر اندیمشک انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به مادران دانش‌آموزان استثنایی دیگر شهرهای کشور باید احتیاط کرد.

پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی در زمینه ارتقای بهداشت روان، برای دانش‌آموزان و مادران آنها، از طرف سازمان‌های ذیربط و مسئولان، در فهرست خدماتی ارائه شده به آنها قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره با برگزاری کارگاه‌های آموزشی و توزیع جزوات آموزشی در جهت تأمین حمایت اطلاعاتی و حمایت روحی-روانی متناسب، اقدام کنند. علاوه بر این، ضروری است که کارگاه‌های آموزشی برای خانواده‌ها به منظور آشنایی با طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و آموزش آنها، با استفاده از مدل‌ها و راهبردهای مناسب، برگزار شود. چرا که هر اندازه آگاهی از طرحواره‌های هیجانی و شناخت‌ها افزایش یابد، اجتناب از هیجان‌ها کاهش یافته و احساس توانمندی مبتلایان در برخورد با موقعیت‌های تهدیدکننده آینده، افزایش می‌یابد.

References

- Sethy D, & Bajpai, P. Rehabilitation of Children with Special Needs in India: Role of Parents. *Global Journal for Research Analysis*;414-412 ,(8)5 ,2016.
- Mykhayli N, Mokhtarpourbakhsh E, & Maysami S. The role of perceived social support, coping strategies and resiliency in predicting the quality of life of patients with multiple sclerosis; *New findings in psychology*; 5- 17 :(23) 7 ,2012. [Persian]
- Mansoori Rad V. The relationship between social support and resiliency with psychological distress and satisfaction of life of mothers of exceptional children of students, Masters thesis, Islamic Azad University Boroujerd Branch, 2014. [Persian]
- Jenaabadi H. The study and comparison of stress levels and coping strategies in parents of exceptional (mentally retarded, blind and deaf) and normal children in Zahedan. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 202 – 197 :114 ,2014.
- Aqabaabi S, Acetica Azad N, & Abedi A. Comparison of coping strategies with mental stress in mothers of retarded children, cerebral palsy and normal. *Journal of Research in Cognitive and Behavioral Sciences*,70-83 :(1) 3 ,2013. [Persian]
- Kakaberi K, Arjomandnia A, Afrouz Gh. The Relationship of Coping Styles and Social Protection with the Subjective Welfare of Parents of Exceptional Children, *Quarterly Exceptional Persons*, 14-24 :(7) 2 ,2013. [Persian]
- Nemdalimaniyan Zadeh Z. Anticipation of Anxiety and Depression by Emotional Schemas in Medical Students of Abadan University, Masters Degree in Clinical Psychology, Islamic Azad University Boroujerd Branch, 2015. [Persian]
- Biranvand K. Comparison of cognitive disturbances and emotional schemas in people with migraine with healthy people. Graduate School, Department of Psychology, Islamic Azad University Boroujerd Branch, 2014.
- Dashtiban Jami S, Biazi MH, Zaimi H, & Hojjat K. The Relationship between Emotional Schemas and Meta-Cognitive Beliefs with Depression in Referents to Torbat Jam Counseling Centers. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*;297-305 ,(2) 6 ,2017. [Persian]
- Leahy R. L. Emotional schema and selfhelp: Homework Compliance and Obsessive Compulsive disorder. *Cognitive and behavioral practice*, 302-297 ,14 ,2007.
- Leahy R.L. Resistance: An emotional schema therapy(EST) approach. In G. Simos (Ed), *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician*, London: Routledge, 2003.
- Farhadi N. The relationship between social support and coping strategies with resiliency and quality of life of exceptional mothers, Masters thesis of clinical psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, 2014. [Persian]
- Mahewi Z. The Relationship between Coping Stress and Resiliency Strategies with Students Quality of Life, Masters thesis, Islamic Azad University, Ahvaz Branch 2015. [Persian]
- Panthee B, Kritpracha C, Chinnawong T. Correlation between Coping Strategies and Quality of Life among Myocardial Infarction Patients in Nepal. *Nursing*; 194-187 :(2)1 ,2001.
- Basharat M A, Tashkh A, & Rezazadeh S M. Explain marital satisfaction and mental health according to coping styles. *Journal of Contemporary Psychology*. 48-56 :(1) 1 ,2006. [Persian]
- Samani S, Jokar B. Validity and Validity of Short Form of Depression Scale, Anxiety and Stress, *Journal of Social Sciences and Human Sciences, Shiraz University*;:(3) 26 ,2007 65-76.
- Jakobsson U, Hallberg R. Pain and quality of life among older people with Rheumatoid arthritis/or osteoarthritis. *Journal of Clinical nursing*;443 -430 ,(4)11 ,2014.
- Rahimian Booger I, Kian Hercy F, Tartabran F. Investigating the relationship between emotional schemas, cognitive-behavioral avoidance and cognitive-emotional system with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder, Pajouhandeh (*Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*);276-267 :(5) 18 ,2014. [Persian]
- Ghazanfari T, Ghadampour E. The Relationship between Coping Strategies and Mental Health in Residents of Khorramabad. *Quarterly journal of mental health*,10 ,2008 47-54 :(37).
- Fati L, Birashk B, Atef Vahid, MK. Significant structures of schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparing two conceptual frameworks. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 312-316 :(3) 11 ,2005.
- Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatl, J ,Pae, T, & Brewi CR. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression, A

- Plafom Behaviour Reserch and Therapy; 373-376 ,50 ,2012.
23. Mirzaei Gargani M, Asgharrenzad Farid A, Fath Ali Lavasani F, Ahdian Fard P. Comparison of Emotional Schemas and Investigating the Relationship between Anxiety and Exercise Severity with Emotional Schemes in Patients with VAS, Social Anxiety Disorder and Normal Group. Quarterly Journal of Research in Psychological Health, 111-123 :(1) 8 .2014.
24. Latifian M & Shaikholeslami R. The Relationship between Life Satisfaction with General Health and Its Components in Students of Shiraz University, Faculty of Educational Sciences and Psychology, 2nd National Seminar on Mental Health of Students, March, Tehran, Tarbiat Modarres University, ,2008 76-80.

