



اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان در مادران کودکان کم توان ذهنی

کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

صفورا کیوانلو 

محمد نریمانی* 

سجاد بشرپور 

narimani@uma.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۳۰

دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۴

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۱ | پایانی ۲۶۲-۲۴۳ |
بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(کیوانلو، نریمانی و بشرپور، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

کیوانلو، صفورا، نریمانی، محمد، و بشرپور سجاد. (۱۴۰۱). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان در مادران کودکان کم توان ذهنی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۱) پایانی ۲۴۳-۲۶۲. (۱۰)

چکیده

هدف: اهداف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان در مادران کودکان کم توان ذهنی بود. روش پژوهش: طرح این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی کمتر از پانزده سال شهرستان اردبیل در بهار سال ۱۳۹۹ بود. برای نمونه‌گیری با مراجعه به اداره بهداشتی شهر اردبیل از بین مراکز توانبخشی و مدارس استثنایی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله، چهار مرکز و مدرسه انتخاب شد و تعداد ۴۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی را به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. به‌منظور سنجش متغیرهای پژوهش از مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (۲۰۰۴) استفاده شد. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه، در معرض طرحواره‌درمانی هیجانی لیهی و همکاران (۲۰۱۵) به صورت گروهی قرار گرفتند و اعضای گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. تحلیل نتایج با استفاده از روش آماری واریانس اندازه مکرر صورت گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان ($F=115/57$; $P<0/0001$) معنی‌دار است؛ و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده نشان داد گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند در کاهش دشواری تنظیم هیجان موثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی هیجانی، دشواری تنظیم هیجان، کم توانی ذهنی

مقدمه

در همه کودکان کم‌توان ذهنی، کم‌توانی ذهنی^۱ یا ناتوانی هوشی به یک صورت و با علت‌های مشابه و پیامد همانند، دیده نمی‌شود (هالاها، کافمن و پولن، ۲۰۱۵). از کلمه عقب‌ماندگی ذهنی^۲ اولین بار، در سال ۱۹۶۱ انجمن روانشناسان آمریکا استفاده نمود. در واقع، عقب‌ماندگی ذهنی جایگزین کلماتی مثل سبک مغز، کودن، احمق، کانا، کالیو و نابهنجاری ذهنی گردید (عاشوری و یزدانی پور، ۱۳۹۷). انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا، در سال ۲۰۰۷، به انجمن ناتوانی هوشی و تحولی آمریکا تغییر نام پیدا کرد و برای نخستین بار در همان سال، واژه ناتوانی هوشی یا کم‌توانی ذهنی را به جای عقب‌ماندگی ذهنی به کار بردند و کم‌توانی ذهنی را در گروه اختلال‌های هوشی تحولی قرار دادند. در حال حاضر، واژه عقب‌ماندگی ذهنی منسوخ گردیده و همه مراکز علمی و دانشگاهی واژه کم‌توانی ذهنی را تأیید می‌نمایند (عاشوری، جلیل‌آبکنار و رضوی، ۲۰۱۷). کم‌توانی ذهنی به محدودیت‌های اساسی در کارکردهای هوشی (هوشبهر ۷۰ تا ۷۵ یا کمتر) و رفتارهای سازشی که به صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) تعریف می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۹). خانواده به‌عنوان یک واحد تعاملی کامل، در نظریه سیستمی و خانواده‌درمانی در تعیین میزان آسیب‌شناسی خانواده بر این نکته تأکید ویژه‌ای می‌کنند که، از اعضای خود تأثیر بسزایی می‌گیرد. به طوری که تعاملات درون خانواده یکی از عوامل تعیین‌کننده در سلامت روانی کل اعضا می‌باشد. روابط درون خانواده چنانچه به نحوی باشد که منتج به اضطراب برای تک تک اعضا گروه خانواده گردد، امنیت روانی افراد را به خطر می‌اندازد و این خود می‌تواند سرمنشأ بسیاری از مشکلات روانی، رفتاری و شخصیتی آن‌ها در آینده گردد. با این نگرش اختلال یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضا تأثیرگذار می‌باشد (سیداسماعیلی‌قمی، کاظمی و پزشک، ۱۳۹۴). اعضا مختلف در این سیستم به‌طور پیوسته در حال کوشش برای رسیدن به تعادل مجدد تکامل جدیدی پیدا می‌کنند. در این میان تولد یک کودک با ناتوانی‌های رشدی موجب بروز مشکلی جدی در حفظ این تعادل شده و خانواده را به سمت تجربه‌ی مشکلات مربوط به آن سوق می‌دهد (کندال و مریک، ۲۰۱۵). تولد کودک کم‌توان ذهنی اغلب به‌عنوان شوک شدیدی در خانواده تلقی می‌شود و در شرایط معمول زندگی اختلال ایجاد می‌نماید (قاسمی‌پور و روشن، ۱۳۹۸). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که وجود کودکی با محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی، نیازمند مراقبت ویژه می‌باشد و تمام نیروی مادر را به‌عنوان مراقب بر خود متمرکز می‌نماید. مادر نمی‌تواند به ابعاد دیگر زندگی خود رسیدگی کند و سلامت مادر و خانواده به خطر می‌افتد (بذرافشان و حجتی، ۱۳۹۸). والدین و به‌خصوص مادران این کودکان با مشکلات متعدد و شرایط دشواری روبه‌رو می‌باشند (الهورانی، حاسان و بتینه، ۲۰۱۷). مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توانی ذهنی به‌طور معنی‌داری استرس^۴ و احساس ملامت بیشتری نسبت به مادران کودکان دچار اتیسم، فلج مغزی یا اختلال‌های ژنتیکی تجربه می‌کنند (آلون، ۲۰۱۹).

1. Mental disability
2. Mental retardation
3. American psychiatric Association
4. Stress

در مطالعه ویکس تروم، هاگلند، لارسون و لاندگرن (۲۰۱۷) نتایج نمایانگر این مطلب بود که خطر آسیب‌های روانی و مقدار هیجانات خشم در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، بسیار بالا می‌باشد و در صورت ناتوانی در کنترل و مدیریت هیجانات منفی ناشی از کم‌توانی ذهنی فرزند، منجر به بروز مشکلات روانی در مادران می‌گردد. با تولد هر کودک تغییرات جدیدی در خانواده به‌وجود خواهد آمد. زمانی که یک کودک با ناتوانی ذهنی در خانواده تشخیص داده می‌شود والدین دچار شوک می‌گردند، و از نظر هیجانی به هم می‌ریزند. هنگامی که انتظارات مادر و پدر متفاوت با ویژگی‌های رفتاری و روانی کودک باشد طیف وسیعی از هیجانات منفی را به‌دنبال خود دارد، و باعث به‌وجود آمدن مشکلات اساسی در روابط اعضای خانواده با یکدیگر، بخصوص مادر می‌شود (بوستروم، ۲۰۱۴). به‌طور کلی تنظیم هیجانی شامل متوذهای انطباقی می‌باشد که افراد برای پاسخ به هیجانشان استفاده می‌نمایند. این روش‌ها شامل توانایی تجربه و تمایز طیف وسیعی از هیجانات مختلف، کنترل رفتار خود در مواجهه با آشفتگی‌های هیجانی، خودآگاهی از هیجانات، پذیرش هیجانات، قدرت اقدام متناسب با اهداف شخصی در حضور هیجانات منفی و انتخاب بهترین راهبردهای تنظیم هیجان به‌منظور برآورده کردن اهداف و خواسته‌های موقعیتی می‌باشد. فقدان یکی یا همه این توانایی‌ها نشان از اشکال در تنظیم هیجانی یا بی‌نظمی هیجانی در فرد می‌باشد (گراتز و رومر، ۲۰۰۵). منظور از تنظیم^۱ هیجانی، تنظیم تجربه هیجان به‌وسیله کنترل و مدیریت رفتار اشخاص می‌باشد. از آنجایی که تنظیم هیجان قسمت مهمی از زندگی هر شخص را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند منجر به غمگینی و حتی آسیب روانی گردد (آمستاتر، ۲۰۱۱). دشواری در تنظیم هیجان^۲، به‌عنوان روش‌های ناسازگارانه پاسخ به هیجانات تعریف می‌شوند که شامل پاسخ‌های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی و نقص در استفاده عملکردی از هیجانات به‌عنوان اطلاعات می‌باشد (گراتز و روزنتال، ۲۰۰۸). از طرف دیگر پژوهش‌ها گزارش دادند که معمولاً مشکلات هیجانی بسیاری زندگی مادران کودکان معلول را تهدید می‌نماید و نگهداری مداوم و مستمر از این کودکان، اغلب برای آنان استرس‌آور می‌باشد (جوادیان و همکاران، ۱۳۹۷). به علت نگهداری دائمی و آماده کردن شرایط ویژه رشد این کودکان با خشم، اندوهگینی، استرس و هیجان‌های منفی مواجه می‌گردند (امینی و همکاران، ۱۳۹۷). در نتیجه به نظر می‌رسد که مادرانی که عواطف منفی بالاتری از خود نشان می‌دهند، هیجان‌های منفی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند (بتماز و همکاران، ۲۰۱۴). شواهد نشان می‌دهد که والدین کودکان ناتوان ذهنی، به‌احتمال بیشتری با معضلات اجتماعی، اقتصادی و مخصوصاً هیجانی و روانی که ذات مخرب و محدودکننده‌ای دارند، روبرو می‌گردند (جکسون و همکاران، ۲۰۱۵). بررسی پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی حاکی از این مسئله بود که بیش از ۵۱ درصد از اختلالات محور یک و ۱۱ درصد اختلالات محور دو، دارای کمبودها و نقص‌هایی در تنظیم هیجان می‌باشند (بنیتا و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع بررسی دقیق‌تر استرس نشان می‌دهد که این حالت از همه ویژگی‌های هیجانی نامناسب‌تر می‌باشد (اصانلو و همکاران، ۱۳۹۱).

در مورد این مسئله می‌توان ادعان داشت که درمان‌های مرتبط با تنظیم هیجان با کمک به شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان‌های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست

1. Emotional regulation
2. Difficulties in Emotion Regulation

در خصوص هیجان‌ها و آموزش باورهای صحیح در مورد زندگی و آینده و غیره، زمینه را برای شناسایی، ثبات، پذیرش و مدیریت عواطف و هیجانات مادران دارای فرزند معلول فراهم ساخته و در نتیجه باعث کاهش عواطف منفی آنان می‌گردد؛ چراکه گلیدن، بلینگ و جاب (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند مادران کودکان کم‌توان ذهنی نمره بیشتری را در روان‌رنجوری (مانند خشم و ترس و افسردگی و به‌طور کلی عواطف منفی) نسبت به مادران کودکان طبیعی به‌دست می‌آورند که نشان می‌دهد آن‌ها ثبات هیجانی کمتری را نسبت به مادران کودکان سالم دارند. طرح‌واره درمانی هیجانی شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری می‌باشد که لیهی با اقتباس از نظریه شناختی بک، طرح‌واره درمانی یانگ، الگو فراشناختی ولز و رویدادهای مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نموده است (لیهی، ۲۰۰۷). طرح‌واره درمانی هیجانی یک الگوی اجتماعی-شناختی از هیجان و نظم جویی هیجانی به حساب می‌آید زیرا از نگاه لیهی هیجان‌ها هم یک رخداد فردی و هم اجتماعی می‌باشند که توسط خود فرد و دیگران مورد تفسیر قرار می‌گیرند و تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود فرد و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسا نظم جویی هیجانی می‌گردد. طبق این مدل، تفاوت‌های موجود بین اشخاص از نظر تفاسیر، ارزیابی‌ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مرتبط با هیجان‌های آنان، طرح‌واره‌های هیجانی نام‌گذاری می‌شود (لیهی، ۲۰۱۵). در این مدل، در هنگام تجربه یک هیجان ناخوشایند، این راهبردها و فرایندهای تفسیر به کار گرفته می‌شوند. نخستین گام در هنگام ظهور یک هیجان، توجه کردن به آن هیجان می‌باشد که هم می‌تواند شامل توجه و هم نام‌گذاری به هیجان‌ها باشد. دومین گام در الگو لیهی اجتناب شناختی و هیجانی از هیجان‌ها می‌باشد (لیهی، ۲۰۱۳). این اجتناب می‌تواند هم به‌گونه طبیعی و هم به‌صورت بیمارگونه مصرف مواد مخدر، نشخوار فکری و نگرانی، پرخوری اتفاق بیفتد. این تفاسیر و راهبردها یا همان طرح‌واره‌های هیجانی، موانعی برای درمان شناختی رفتاری می‌باشند، چون مواجهه طولانی مدت مخالف با نظریه لیهی در این رابطه می‌باشد که اضطراب چگونه مدیریت می‌گردد (لیهی، ۲۰۱۸). لیهی برای طرح‌واره‌های هیجانی ۱۴ بعد مختلف را در نظر می‌گیرد که این ابعاد راهبردهای مقابله و تفاسیر متفاوت مربوط به هیجان‌ها را توصیف می‌نمایند و بر اساس مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیهی دارای ثبات هستند. این ابعاد چهارده‌گانه عبارت‌اند از: اعتباربخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، دیدگاه ساده‌انگارانه درباره هیجانات، ارزش‌های برتر، کنترل، کرحتی، نیاز به خردگرا بودن، دوام، همگانی بودن هیجان، پذیرش احساس‌ها، نشخوار فکری، ابراز و سرزنش (لیهی، ۲۰۱۵). بسیاری از نظریه‌پردازان و روانشناسان در حوزه آسیب‌شناسی روانی در توضیح اختلالات روانی، نقش و جایگاه گوناگونی را برای هیجان‌ها قائل شدند. امروزه گذشته از الگوهای التقاطی، بسیاری از نظریات شناختی نیز به نقش پررنگ هیجان‌ها در تحول و تداوم اختلالات روانی اذعان کرده‌اند، به‌طوری‌که بسیاری از آن‌ها هیجان‌ها را هم‌راستا و هم‌تراز با شناخت‌ها در ایجاد اختلالات روانی به حساب می‌آورند و به سمت مدل‌های شناختی هیجانی حرکت نموده‌اند. (لیهی، ۲۰۱۵). هسته‌ی مرکزی درمان در این پژوهش آموزش راهبردهای طرح‌واره‌های هیجانی مبتنی بر تنظیم هیجان می‌باشد که در نظریه‌ی طرح‌واره درمانی هیجانی لیهی به آن اشاره شده است؛ با توجه به نقش هیجان و مدیریت آن در خانواده‌هایی که دارای کودک مبتلا به اختلال هستند، بررسی علمی تأثیر این درمان در دشواری تنظیم هیجان، جهت‌مندی زندگی و آشفستگی

روان‌شناختی مادران کودکان مبتلابه اختلال کم‌توانی ذهنی ضروری است. بنابراین با توجه به سوابق موجود سؤال اصلی پژوهش این است:
 آیا مداخله گروه درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
 آیا مداخله گروه درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر آزمایشی (تجربی) با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال کم‌توانی ذهنی کمتر از پانزده سال، شهرستان اردبیل در بهار سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و حداقل حجم نمونه در این تحقیقات، ۳۰ نفر می‌باشد، برای نمونه‌گیری با مراجعه به اداره بهزیستی شهر اردبیل از بین مراکز توانبخشی و مدارس استثنایی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله، ۴ مرکز و مدرسه انتخاب شد و تعداد ۴۰ نفر از خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی را به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۰ مادر) و گواه (۲۰ مادر) به صورت تصادفی کاربردی شدند. ملاک‌های ورودی پژوهش داشتن حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی بر طبق ملاک‌های تشخیصی راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، رضایت و موافقت برای حضور در پژوهش، حداقل سواد سیکل، محدوده سنی ۱۸-۴۵ سال، عدم سوء مصرف مواد مخدر و الکل، فقدان اختلال روانی شدید، اختلال شخصیت و مشکل هوشی بر اساس مصاحبه بالینی، عدم استفاده از هر گونه داروی روانی و آرام‌بخش به صورت مداوم و فقدان مشکلات جسمانی شدید است و ملاک‌های خروج شامل نداشتن امکان حضور در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه، فوت همسر یا طلاق، تحت درمان دارویی قرار داشتن و شرکت در طرح پژوهشی همزمان دیگر بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجان^۱. مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (۲۰۰۴) یک ابزار ۳۶ گویه‌ای می‌باشد که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زیر مقیاس به شرح زیر می‌سنجد: عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثر بخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان برآورد می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیر مقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. سؤالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹ برای خرده مقیاس عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی، سؤالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳ برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، سؤالات ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲ برای دشواری در کنترل

1. Difficulties of Emotional Regulation Enrenty.

تکانه، سؤالات ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴ برای فقدان آگاهی هیجانی، سؤالات ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶ برای ضعف راهبردهای تنظیم هیجانی و سؤالات ۱، ۴، ۵، ۷، ۹ برای فقدان شفافیت هیجانی طراحی شدند. علاوه بر این، سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. (بشارت، ۱۳۹۷). پایایی فرم خارجی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ محاسبه شده است. همچنین پایایی کل مقیاس به شیوه آزمون - بازآزمون ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۷ تا ۰/۸۹ محاسبه گردیده است (باردین و فرگاس، ۲۰۱۵). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی ($n=187$) و غیر بالینی ($n=763$)، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ گزارش شدند. این ضرایب، همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تأیید می‌نماید (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳).

۲. جلسات مداخله‌ی درمان طرح‌واره‌های هیجانی. محتوای جلسات بر اساس هفت گروه تکنیک تنظیم هیجان معرفی شده توسط لیهی و همکاران (۲۰۱۵)، از جمله اصلاح باورهای مربوط به هیجان‌ها، اعتبار بخشی هیجانی و دریافت حمایت اجتماعی، ذهن آگاهی، پذیرش و اشتیاق نسبت به هیجان‌ها منفی، ذهن مهربان، بازسازی شناختی و کاهش استرس تنظیم گردید.

جدول ۱. موضوعات و محتوای طرح‌واره درمانی هیجانی

جلسات	موضوعات	محتوای مداخله
اول	سنجش	آشنایی درمانگر با اعضای گروه و اعضا با یکدیگر، توضیح هریک از اعضا در مورد هدف از شرکت در گروه، سنجش خط پایه اول، امضای قرارداد رفتاری شرکت در پژوهش، تعیین زمان حضور برای شرکت در درمان
دوم	ارزیابی اولیه میزان متغیرها	تبیین متغیر براساس الگوی طرح‌واره‌های هیجانی، شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی در دسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به آزمودنی‌ها جهت افزایش درک و فهم اعضا از هیجان، بیان منطق و مراحل مداخله. تمرین توجه آگاهی انحصالی، تکلیف منزل: توجه آگاهی انحصالی
سوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی	بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرح‌واره‌های هیجانی اعتبار زاد، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، تکلیف منزل: اعتبار بخشی دلسوزانه به خویشان و توجه آگاهی انحصالی به هیجان.
چهارم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با	برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجار سازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل، تکلیف منزل: ثبت مزایا و معایب این هیجانی و چالش با

طرحواره های هیجانی در دسرساز.	طرحواره های هیجانی در دسرساز	ل و به که هیجان های من غیر طبیعی هستند و بررسی اینکه آیا افراد دیگری نیز این هیجان تنها با تجربه می کنند همراه با توجه آگاهی انفصالی به هیجان.
پنجم بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره های هیجانی در دسرساز	پنجم بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره های هیجانی در دسرساز	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز سرن هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت موج، آزمایش رفتاری پیش بینی عاطفی. ذهن منزل: مشاهده و توصیف هیجان.
ششم بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات	ششم بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تمرن نامه نگاری دلسوزانه، تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه نگاری دلسوزانه
هفتم بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	هفتم بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف، تکلیف منزل: در جستجوی هیجان های مثبت و ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی.
هشتم بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	هشتم بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خود آیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان رو به پایین، فاجعه زدایی، تکلیف منزل: دسته بندی افکار منفی
نهم بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی	نهم بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی فن درجه بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر، تکلیف منزل: بررسی معایب و مزایای افکار منفی.
دهم جمع بندی و ارزیابی	دهم جمع بندی و ارزیابی	ارزیابی میزان نیل به اهداف اعضا. آماده کردن اعضا برای پایان درمان. کمک به تداوم آموخته های جدید از طریق بررسی موانع و مشکلات احتمالی در این مسیر و تلاش برای رفع یا کاهش آن ها. دریافت بازخورد از اعضا راجع به کمیت، کیفیت و اثر بخشی جلسات درمانی. اجرای پس آزمون.

شیوه اجرا. پس از کسب مجوز از اداره بهزیستی شهر اردبیل از بین مراکز توانبخشی و مدارس استثنایی به روش نمونه گیری خوشه ای ۴ مرکز و مدرسه انتخاب و مادران خانواده را به صورت گمارش تصادفی در دو گروه، آزمایش (۲۰ مادر) و گواه (۲۰ مادر) قرار خواهند گرفت. پس از انتخاب و گمارش تصادفی نمونه در گروه های آزمایش و گواه برای شرکت کنندگان گروه آزمایش جلسات مداخله ای طرحواره درمانی هیجانی به صورت گروهی و به صورت هفتگی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه برگزار شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی یک جلسه ی آموزشی نیز در انتها برای گروه گواه برگزار شد. داده ها با استفاده از واریانس اندازه مکرر تحلیل شد.

یافته ها

از میان افراد شرکت کنندگان در پژوهش، در گروه گواه، ۳۰ درصد از مادران گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۵۰ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال و ۲۰ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال بودند و در گروه آزمایش ۲۵ درصد از مادران در گروه

سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۶۵ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال و ۱۰ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال قرار گرفتند. بیشترین فراوانی سنی مادران شرکت‌کننده در دو گروه گواه و آزمایش در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال بود. در گروه گواه، ۱۵ درصد از مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۰ درصد دیپلم، ۴۵ درصد لیسانس، ۱۰ درصد فوق لیسانس بودند و هیچ‌کدام از مادران گروه گواه مدرک دکترا نداشتند. بررسی گروه آزمایش نشان داد که ۵ درصد از مادران دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۲۵ درصد دیپلم، ۵۵ درصد دارای مدرک لیسانس، ۱۰ درصد فوق لیسانس و ۵ درصد دارای مدرک دکترا بودند. بیشترین فراوانی در میزان تحصیلات مادران شرکت‌کننده در دو گروه، لیسانس بود. در گروه کنترل ۳۵ درصد از کودکان کم‌توان ذهنی در گروه سنی ۰ تا ۵ سال، ۵۰ درصد در گروه سنی ۶ تا ۱۰ سال و ۱۵ درصد در گروه سنی ۱۱ تا ۱۵ سال قرار دارند. همچنین بررسی گروه آزمایش نشان داد که ۴۵ درصد از کودکان در گروه سنی ۰ تا ۵ سال، ۵۰ درصد در گروه سنی ۶ تا ۱۰ سال و ۵ درصد در گروه سنی ۱۱ تا ۱۵ سال قرار گرفتند. بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به گروه سنی ۶ تا ۱۰ سال بود. در گروه گواه ۳۰ درصد از مادران دارای کودک دختر و ۷۰ درصد دارای کودک پسر بودند. همچنین در گروه آزمایش ۴۰ درصد از مادران دارای کودک دختر و ۶۰ درصد دارای کودک پسر هستند. بیشترین فراوانی در هر دو گروه در جنسیت پسر بود.

جدول ۲. توصیف متغیر دشواری تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن در گروه گواه و آزمایش

عوامل	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گواه	۱۱۸/۸۰	۱۲/۱۶	۱۲۱/۱۵	۹/۹۴	۱۲۰/۳۶	۹/۸۰	
	دشواری در تنظیم هیجان	۲۲/۰۰	۳/۹۷	۲۰/۸۰	۳/۸۷	۲۰/۱۰	۳/۵۲
	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۶/۴۰	۱/۸۵	۱۷/۴۵	۱/۸۷	۱۷/۰۰	۱/۴۵
	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۲۰/۴۵	۲/۹۹	۲۰/۸۰	۳/۸۷	۲۰/۳۸	۳/۶۵
	دشواری در کنترل تکانه	۱۶/۴۵	۳/۴۹	۱۵/۱۵	۲/۸۹	۱۵/۳۵	۲/۴۹
	فقدان آگاهی هیجان	۲۷/۶۰	۴/۲۲	۲۹/۶۵	۳/۲۳	۲۹/۱۵	۲/۸۵
	ضعف راهبردهای تنظیم هیجان	۱۵/۹۰	۲/۲۰	۱۴/۸۵	۲/۵۶	۱۴/۲۰	۲/۲۳
	فقدان شفافیت هیجانی	۱۱۸/۶۰	۶/۷۴	۸۵/۵۰	۶/۵۱	۸۴/۱۰	۶/۱۵
	دشواری در تنظیم هیجان	۱۸/۳۵	۲/۷۸	۱۲/۲۰	۲/۳۷	۱۱/۴۴	۲/۱۰
	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۵/۵۰	۲/۵۲	۱۲/۲۵	۱/۴۸	۱۱/۸۰	۱/۱۲
آزمایش	۱۸/۹۰	۲/۸۶	۱۳/۷۰	۲/۹۷	۱۲/۸۴	۲/۴۳	
	دشواری در کنترل تکانه	۲۱/۸۰	۲/۱۴	۱۲/۴۰	۲/۳۷	۱۱/۹۵	۲/۰۸
	فقدان آگاهی هیجان						

۲/۵۲	۱۸/۶۰	۲/۷۷	۱۹/۱۰	۲/۳۷	۲۶/۲۰	ضعف راهبردهای تنظیم هیجان
۱/۴۸	۱۲/۷۵	۱/۹۸	۱۳/۱۵	۱/۸۴	۱۷/۸۵	فقدان شفافیت هیجانی

همان‌طور که در جدول ۲، مشاهده می‌شود. میانگین امتیاز متغیر دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش، در پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است؛ البته معنی‌داری این تفاوت‌ها نیاز به تحلیل آماری استنباطی دارد که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۳. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		موخلی	
		Z	معناداری	F	معناداری	W	سطح معناداری
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش	۰/۹۲	۰/۱۷	۰/۸۷	۰/۴۸	۲/۰۴	۰/۷۹
	گروه	۰/۹۱	۰/۱۳				
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	آزمایش	۰/۹۰	۰/۰۹	۱/۱۳	۰/۳۹	۳/۱۵	۰/۸۷
	گروه	۰/۸۷	۰/۰۷				
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	آزمایش	۰/۸۸	۰/۰۸	۱/۲۴	۰/۳۰	۳/۴۸	۰/۸۹
	گروه	۰/۹۲	۰/۱۶				
دشواری در کنترل تکانه	آزمایش	۰/۹۰	۰/۱۸	۱/۴۶	۰/۲۱	۵/۱۴	۰/۹۲
	گروه	۰/۹۱	۰/۱۹				
فقدان آگاهی هیجان	آزمایش	۰/۹۳	۰/۲۰	۲/۰۰	۰/۱۱	۳/۳۲	۰/۸۷
	گروه	۰/۹۵	۰/۲۰				
ضعف راهبردهای تنظیم هیجان	آزمایش	۰/۹۲	۰/۱۸	۰/۷۰	۰/۵۰	۴/۱۸	۰/۹۰
	گروه	۰/۹۱	۰/۱۷				
فقدان شفافیت هیجانی	آزمایش	۰/۸۹	۰/۱۰	۱/۷۶	۰/۰۸	۳/۵۲	۰/۸۸
	گروه	۰/۹۲	۰/۱۸				

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (دشواری در تنظیم هیجان و ابعاد آن) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به‌صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در این شرایط باید از اصلاح اپسیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها برای دشواری در تنظیم هیجان و ابعاد آن از این آماره استفاده شد.

جدول ۴. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
دشواری در	مراحل مداخله	۱۲۰/۸۱	۱/۴۰	۸۶/۲۹۴۴	۴۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۶
تنظیم هیجان	مراحل × گروه	۹۰/۶۰	۱/۴۰	۶۴/۷۱	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	گروه	۶۱۷۸/۳۸	۱	۶۱۷۸/۳۸	۱۱۵/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶
عدم پذیرش	مراحل مداخله	۸۰/۴۸	۱/۳۵	۵۷/۷۴	۱۲/۹	۰/۰۰۱	۰/۳
پاسخ‌های	مراحل × گروه	۸۵/۷۰	۱/۳۵	۶۳/۴۸	۱۳/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱
هیجانی	گروه	۳۰۳/۹۴	۱	۳۰۳/۹۴	۵۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸
دشواری در	مراحل مداخله	۲۷۵/۵۷	۱/۴۵	۱۹۰/۰۴	۲/۰۲	۰/۱۴	۰/۰۷
انجام رفتارهای	مراحل × گروه	۲۳۹/۴۸	۱/۴۵	۱۶۵/۱۵	۱/۷۵	۰/۱۷	۰/۰۶
هدفمند	گروه	۲۳۶/۴۹۸	۱	۲۳۶/۴۹۸	۹۰/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۷۱
دشواری در	مراحل مداخله	۴۴۶/۹۲	۱/۳۳	۳۳۶/۰۳	۳/۱۳	۰/۰۵۲	۰/۱۰
کنترل تکانه	مراحل × گروه	۴۱۰/۸۳	۱/۳۳	۳۰۸/۸۹	۲/۸۸	۰/۰۶۵	۰/۱۰
	گروه	۵۰۹/۱۷۵	۱	۵۰۹/۱۷۵	۷۶/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷
فقدان آگاهی	مراحل مداخله	۵۵۸/۲۸	۱/۲۰	۴۶۵/۲۳	۳/۲۵	۰/۰۴	۰/۱۰
هیجان	مراحل × گروه	۱۶۱/۴۸	۱/۲۰	۱۳۴/۵۶	۰/۹۴	۰/۳۹	۰/۰۳
	گروه	۱۱۲/۳۹۷	۱	۱۱۲/۳۹۷	۱۸/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۳۳
ضعف	مراحل مداخله	۳۸۲/۴۲	۱/۱۶	۳۰۳/۸۱	۱۷/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸
راهبردهای	مراحل × گروه	۴۴۳/۴۲	۱/۱۶	۳۸۲/۲۵	۲۰/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲
تنظیم هیجان	گروه	۹۲۵/۳۵۹	۱	۹۲۵/۳۵۹	۱۵۱/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰
فقدان شفافیت	مراحل مداخله	۲۴۹/۴۸	۱/۱۸	۲۱۱/۴۲	۱۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰
هیجانی	مراحل × گروه	۲۲۰/۰۸	۱/۱۸	۱۸۶/۵۰	۱۶/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	گروه	۶۳/۰۳۶	۱	۶۳/۰۳۶	۱۵/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۲۹

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره دشواری در تنظیم هیجان ($F=115/57$, $P=0/001$) با اندازه اثر $0/56$ و بر ابعاد عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ($F=57/92$, $P=0/001$) با اندازه اثر $0/58$ ، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند ($F=90/81$, $P=0/001$) با اندازه اثر $0/71$ ، دشواری در کنترل تکانه ($F=76/02$, $P=0/001$) با اندازه اثر $0/67$ ، فقدان آگاهی هیجان ($F=18/35$, $P=0/001$) با اندازه اثر $0/33$ ، ضعف راهبردهای تنظیم هیجان ($F=151/53$, $P=0/001$) با اندازه اثر $0/80$ و فقدان شفافیت هیجانی ($F=15/61$, $P=0/001$) با اندازه اثر $0/29$ مؤثر بوده است.

جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی در سه مرحله به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مرحله (I)	گروه آزمایش		گروه گواه
		میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	
دشواری در تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۷/۵۳**	۱/۹۳	۳/۷۸
	پیش‌آزمون	۷/۳۳**	۱/۶۰	۵/۳۳
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	پس‌آزمون	۰/۲۰	۲/۱۰	۳/۲۹
	پیش‌آزمون	۸/۳۳**	۴/۴۴	۵/۱۷
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	پس‌آزمون	۷/۸۶**	۴/۹۶	۵/۰۸
	پیش‌آزمون	۰/۴۶	۱/۰۸	۰/۲۳
دشواری در کنترل تکانه	پس‌آزمون	۲/۱۰۶**	۴/۶۴	۲/۲۵
	پیش‌آزمون	۲۲/۲۰**	۴/۹۰	۱/۲۷
فقدان آگاهی هیجان	پس‌آزمون	۱/۱۳	۱/۹۴	۱/۱۴
	پیش‌آزمون	۶/۴۱*	۳/۵۷	۲/۵۴
ضعف راهبردهای تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۱۱/۷۵**	۱/۷۴	۲/۶۱
	پیش‌آزمون	۵/۳۳	۴/۶۲	۱/۷۴
فقدان شفافیت هیجانی	پس‌آزمون	۱۲/۰۶*	۴/۰۶	۲/۲۸
	پیش‌آزمون	۱۹/۵۲**	۲/۳۳	۱/۶۶
تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۳/۶۰	۳/۵۴	۲/۷۵
	پیش‌آزمون	۱۹/۳۳**	۵/۲۷	۰/۵۷
فقدان شفافیت هیجانی	پس‌آزمون	۱۰/۵۳*	۴/۲۴	۱/۶۸
	پیش‌آزمون	۲/۸۰	۱/۱۴	۱/۵۹
تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۵/۴۱*	۱/۴۲	۰/۶۸
	پیش‌آزمون	۶/۴۴**	۱/۵۰	۰/۷۹
تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۲/۳۳	۰/۶۲	۰/۲۳
	پیش‌آزمون	۲/۳۳	۰/۶۲	۰/۲۳

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۵ مقایسه سه مرحله در گروه آزمایش طرحواره درمانی هیجانی و گروه گواه نشان می‌دهد که تفاوت در دشواری در تنظیم هیجانی و ابعاد آن ($P=0.001$)، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است؛ در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ($P > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی هیجانی به شیوه گروهی بر دشواری تنظیم هیجان در مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد

که طرحواره درمانی هیجانی کاهش معناداری در دشواری تنظیم هیجان مادران کودکان کم‌توان ذهنی داشته است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های شگری، کاظمی، نریمانی و تکلوی (۱۳۹۹)؛ میرمهدی و رضاعلی (۱۳۹۸)؛ محمدی، سپهری و اصغری (۱۳۹۸)؛ جوادیان، خالقی و فتاحی (۱۳۹۷)؛ مرادی‌کیا، ستارپور ایرانی و امامقلیان (۱۳۹۶)؛ شاهسونی، مشهدی و بیگدلی (۱۳۹۶)؛ حساس، مشهدی، سپهری و فیاضی (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته با پژوهش‌های بالا می‌توان به وجود مشابهت در محتوای درمان تکنیک‌های به کار برده شده و ارتقای مهارت افراد در اصلاح، پذیرش و تحمل هیجانات منفی اشاره نمود (برکینگ، ووپرمن، ریچارد، پچیک و دیپل، ۲۰۱۸). در تبیین معناداری اثربخشی گروهی درمان طرحواره‌های هیجانی می‌توان گفت اگرچه بسیاری از مراجعان مایلند که بی‌نظمی احساسات را با کمبود کنترل بر تحریک احساسات برابر بدانند و وقتی که این موارد انطباقی باشد، بی‌نظمی در احساسات به نارسایی در توانایی تجربه، ابراز و استفاده از احساسات اطلاق می‌گردد. زمانی که احساسات مادران این کودکان دچار بی‌نظمی می‌گردد، آن‌ها احساسات از دست دادن کنترل خویش را گزارش می‌نمایند. در واقع مادران کودکان کم‌توان ذهنی مستعد انجام کارهایی هستند که در حالت عادی قادر به انجام آن‌ها نیستند (هاونگ، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر می‌توان گفت که مادرانی که این حالات را گزارش می‌نمایند در زندگیشان دچار مشکلات هیجانی می‌شوند.

در تبیین این مسئله کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) بیان کردند که در درمان طرحواره‌های هیجانی پژوهشگر به آموزش آگاهی و توجه به هیجانات مثبت و لزوم استفاده از آن‌ها با مثال به صورت تجسم ذهنی (همانند تجسم یک صحنه شادی بخش) می‌پردازد. همچنین آموزش آگاهی از هیجانات منفی، انواع آن‌ها (اضطراب، خشم، غمگینی و نفرت) و آموزش توجه و عدم کاربرد هیجانات منفی نیز جزو رئوس اصلی درمان بود. از سوی دیگر مرادی‌کیا و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نکته اشاره کردند که آموزش ارزیابی هیجانات مثبت و منفی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی به صورت تجسم ذهنی، بازداری ذهنی و آموزش ابراز مناسب این هیجانات در مواقع درست و نحوه برخورد با هیجانات نیز می‌توان آموزش داد و یافته‌ها حاکی از نتیجه بخش بودن این آموزش‌ها بود. علاوه بر این خطاهای شناختی در زمینه هیجانات منفی نیز به چالش کشیده شد و به روش بازسازی شناختی سعی شد تا به اصلاح شناخت‌های معیوب دست پیدا کرد. همچنین در تبیین معناداری اثربخشی این الگوی درمانی بر کاهش استفاده از راهکارهای ناکارآمد تنظیم هیجان سرداری و همکاران (۱۳۹۶) به این موضوع اشاره کردند که طرحواره درمانی هیجانی با آموزش هفت دسته از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، خزانه رفتاری مادران گروه آزمایش را در مواجهه با شرایط دشوار هیجانی غنی ساخت و به تقویت این ضعف پرداخت. ضمن آنکه بخشی از راهبردهای آموخته شده به شناسایی و نامگذاری هیجانات اختصاص پیدا کرد و همین امر به کاهش فقدان شفافیت هیجانی منجر شد و مادران را قادر ساخت ضمن ارتقای موجودیت هشیار خود، در تفکیک بین هیجانات متفاوت و متضاد خود توانمند باشند. الهوورانی و همکاران (۲۰۱۷) در تبیین نتیجه‌بخش بودن این درمان از سخنان لیهی استفاده کردند که معتقد است، الگوی احساسی بیماران باعث اجتناب از احساس می‌گردد. اغلب، اجتناب از احساسات دردآور یا خارج شدن از آن، رفتار مشکل‌ساز فوری و قوی‌ترین عامل برای بدتر شدن حالات هیجانی می‌باشد. اجتناب یک تلاش فعال برای کنترل یا حذف تجربه فوری یک رویداد داخلی منفی از قبیل افکار منفی،

احساسات، حافظه و یا حس فیزیکی است. زمانی که بیمار باورهای غلط در مورد مواجهه با رویدادهای ناخوشایند داخلی دارد (افکار، احساسات، حافظه و احساسات فیزیکی) باعث می‌شود که نگران تغییر الگوی رفتاری باشد. بنابراین، مادران می‌توانند با باورهای غلط درمانگر از طریق مداخلات با پذیرش، مواجهه شود. پذیرش آگاهی از تجارب داخلی (اندیشه‌ها، عواطف و احساسات فیزیکی) و پذیرش آن‌ها بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است. بنابراین پذیرش واکنش‌های هیجانی آزار دهنده ممکن است در واقع استراتژی بهتری برای کاهش آن‌ها باشد. شکری و همکاران (۱۳۹۹) نیز در راستای اثربخش بودن درمان بر روی دشواری تنظیم هیجان اشاره کردند که در درمان طرحواره‌های هیجانی به بیمار کمک می‌شود تا احساس خود را درک کرده، به درستی احساسات خود را بیان کرده، احساسات متفاوتی را بدون صرف انرژی بالا برای اجتناب از آن‌ها تجربه کند و احساسات پیچیده و متناقض را با تکنیک پذیرش بپذیرد. در حالی که مادران با فرزند کم‌توان ذهنی از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند به آن‌ها کمک کند که با مدیریت، تعدیل و تنظیم هیجانات، بتوانند از شدت هیجانات ناخوشایند و دردآور کم کنند و هیجانات مثبت بیشتری را تجربه نمایند. یکی از این راهبردها افزایش آگاهی نسبت به خود است که به دلیل سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش دیگران، افزایش آگاهی و بینش، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند مادران را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجانات ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی (مانند پیامدهای مختلف روانشناختی، هیجانی و اجتماعی وجود فرزند کم‌توان ذهنی در خانواده) بر هیجانات خودآگاهی و مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده هیجانات دست یابند. همچنین تنظیم هیجان به‌عنوان روشی در تعدیل هیجانات، باعث مقابله موثر با موقعیت‌های هیجانی و استرس‌زایی همچون مراقبت از فرزند دارای کم‌توان ذهنی می‌گردد و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌آور و پرتنش را به‌دنبال دارد. در واقع خودآگاهی و اعتباربخشی به هیجانات می‌تواند باعث ایجاد ارزش‌مند شمردن احساسات و هیجانات شود و مادران بهتر می‌توانند در مواقع استرس‌زا با هیجانات خود کنار بیایند و توانمندی بیشتری در تنظیم و مدیریت بر هیجانات خود پیدا کنند.

از طرفی دیگر آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان در مطالعه ملکشاهی و همکاران (۱۳۹۵) به‌ویژه سود بردن از تکنیک‌هایی مثل آگاهی از هیجانات، باز ارزیابی و ابراز مناسب احساسات و هیجانات می‌تواند موجب تعدیل یافتن هیجانات مثبت و منفی گردد و به‌دنبال آن تعدیل در قضاوت و ادراک مثبت از خود، تعاملات اجتماعی مناسب با اطرافیان و کودک کم‌توان خود و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی در مادران گردد و همراستا با نتایج این پژوهش باشد. علاوه بر این در مطالعه مسمن-موره و کوتس (۲۰۱۷)، بازسازی شناختی به‌عنوان یکی از تکنیک‌های اساسی طرحواره‌درمانی هیجانی مانند این پژوهش به‌کار برده شد که در آن به مادر اجازه می‌داد تا یاد بگیرد که تغییر تفسیر رویدادهای مختلف می‌تواند واکنش‌های عاطفی را تغییر بدهد و احساس کارایی بالاتر را در زمانی که تجربه نامطلوب را تجربه می‌کند، القا نماید. علاوه بر این با توجه به تجربه شخصی در اجرای پروتکل طرحواره‌درمانی هیجانی می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی هیجانی بر افزایش فرآیندهای هیجانی، غلبه بر اجتناب و نقش شناخت در تجربه‌های هیجانی تاکید می‌نماید. در این مدل نقش هیجان‌ها و راهبردهای پردازش هیجانی برجسته شده است و عدم پردازش هیجان و تفسیرهای منفی از هیجان، موجب به‌کارگیری نگرانی به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای با شرایط هیجانی می‌گردد و در نتیجه تاکید می‌گردد که اصلاح باورها درباره هیجان‌ها ممکن است تکیه بر

نگرانی به‌عنوان یک راهبرد برای اجتناب از هیجان‌ها را برطرف نماید در راستا با نتایج مطالعه فولت و همکاران (۲۰۱۶)، در درمان طرحواره‌های هیجانی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، مادران از رجوع به خاطرات تلخ گذشته و سرکوبی احساسات و هیجانات دردناک حاصل از آن‌ها می‌سازد و در عوض به آن‌ها کمک می‌کند که ضمن آن‌که با تجارب منفی خود ارتباط جدید برقرار می‌کنند، بر تجربیات زمان حال و پیگیری اهداف زندگی شخصی خود نیز متمرکز بشوند. در واقع می‌توان گفت نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجعه‌کنندگان غالباً فرایندی دشوار و طاقت‌فرسا می‌باشد. بنابراین رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان می‌باشد. تنظیم هیجان بیش از آنکه برنامه‌ای آموزشی با پروتکلی مشخص باشد، فرایند است و از این نظر کار درمانگر بیش از آنکه به کار یک معلم شبیه باشد، به کار یک مربی شبیه است (گرین برگ، ۲۰۱۸). در این فرآیند آموزشی تجارب کسب‌شده توسط مراجعه‌کنندگان موجب آگاهی هیجانی گردید. آن‌ها یاد گرفتند که به‌جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجان‌های خود آگاه شوند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت نمایند. در طول جلسات مادران به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار. بنابراین می‌توان به‌جای گریز یا غرق شدن در آن‌ها، پیام پنهانی‌شان را درک کنند. در واقع آخرین مرحله درمان هیجان محور، تعمق در معنای هیجانات، به‌منظور ایجاد هماهنگی میان هیجان‌های پدید آمده در مراحل پیشین می‌باشد. در این مرحله مادران دستاوردهای درمان شامل افزایش آگاهی از هیجان‌ها، بیان هیجان‌های تازه، کنار آمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ کردند و به ادراک تازه‌ای از خود دست یافتند. تصدیق خودتنظیم‌گری‌های مادران در این مرحله باعث شد که آن‌ها خود را به صورت یک انسان انتخاب‌گر و فعال ببینند (گرین برگ، واروار و والکوم، ۲۰۱۸).

در پژوهش حاضر با توجه به الگوی طرحواره‌درمانی هیجانی فنون و تکنیک‌های اعتباربخشی هیجانی، ذهن‌آگاهی، تصورخود دلسوز و بازسازی شناختی در طی ۱۰ جلسه انجام گرفت. با توجه به تغییر در طرحواره‌های نیاز به خردگرایی و کنترل می‌توان اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی را در کاربرد تکنیک‌های بازسازی شناختی موثر ارزیابی نمود. مدل طرحواره‌درمانی هیجانی که ریشه در دیدگاه تکاملی دارد، عملکرد قابلیت خود-تسکین‌بخشی را نوعی فرآیند تفسیر کرد که در تنظیم هیجانی سازگاران انسان نقش محوری بر عهده دارد. آنچه مسلم است، ماهیت انطباقی طرحواره‌های هیجانی کارآمد، نشانگر آن است که داشتن رابطه پذیرا، اعتباربخش و با آغوش باز به خویشتم می‌تواند منجر به زندگی هیجانی سالمتری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی گردد که در این پژوهش شاهد افزایش معنادار در طرحواره‌های کارآمد و کاهش معنادار در طرحواره‌های ناکارآمد بودیم که می‌تواند ناشی از تأثیر تکنیک‌ها و فنون مختلف طرحواره‌درمانی هیجانی از جمله اعتباربخشی هیجانی و تصور خود دلسوز می‌باشد. بدین ترتیب، پرورش خود-دلسوزی (مثل استفاده از نام‌گذاری دلسوزانه در جلسه درمان و به‌عنوان تکلیف خانگی) عنصری ضروری در درمان طرحواره‌درمانی هیجانی می‌باشد. در مورد تأثیر طرحواره‌درمانی هیجانی روی نشانه‌های آشفتگی روانشناختی به‌طور کلی می‌توان گفت که وقتی مادران باورهای فراهیجانی غیرانطباقی (طرحواره‌های هیجانی) دارند، معمولاً نمی‌دانند که هم‌اکنون چه هیجانی را تجربه می‌نمایند و به چه چیزی نیازی دارند.

وقتی آنها شروع به پذیرش هیجان‌ات با آغوش باز می‌کنند با آنها آشنا می‌گردند و بدین ترتیب تحمل حالات عاطفی منفی و یا شدید را می‌آموزند؛ فرآیندی که لیهی از آن به‌عنوان فراآگاهی هیجانی نام برد و آن را پیش‌نیاز افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به حساب می‌آورند.

پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی است که می‌توان موارد زیر را برشمرد: این پژوهش فقط بر روی مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام گرفت. پرسشنامه‌هایی که در پژوهش ارائه شد و مادران به آن پاسخ دادند جنبه خود گزارشی دارد پس امکان سوگیری در پاسخگویی به سوالات وجود دارد. در انتخاب نمونه پژوهش حاضر تلاش بر انتخاب مادرانی بود که به بیماری روانپزشکی مبتلا نباشند، لذا در تعمیم نتایج به مادرانی که دارای اختلالات روانپزشکی هستند باید احتیاط کرد. با توجه به تأثیر این شیوه درمانی بر روی دشواری تنظیم هیجان مادران گروه آزمایش پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این درمان بر روی دیگر مشکلات و راهبردهای ناکارآمد هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی نیز، مورد سنجش واقع شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیران و کارکنان اداره بهزیستی و مدارس استثنایی شهر اردبیل و مادرانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اصانلو، زهرا، پور محمد رضایی تجریشی، معصومه، و سروری، محمدحسین. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مدیریت هوش هیجانی بر کاهش نشانگان استرس مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش پذیر. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۱ (۴۰)، ۱۵۱-۱۶۲.
- امینی، آرزو، و شریعتمدار، آسیه. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی بر فاجعه‌سازی و نشخوار فکری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹ (۳۴)، ۱۷۱-۱۹۰.
- بذرافشان، عاطفه، و حجتی، حمید. (۱۳۹۸). تأثیر تئوری سازگاری ROY بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان گنبد کاووس در سال ۹۶. *نشریه پرستاری کودکان*، ۳ (۳)، ۷-۱.

جوادیان، سیدرضا، خالقی، لیلی، و فتحی، منصور. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر عاطفه منفی و تاب آوری مادران دارای فرزند معلول. *نشریه روان پرستاری*، ۶ (۵)، ۱۴-۳.

حساس، امید، مشهدی، علی، سپهری، زهره، و فیاضی، محمد. (۱۳۹۶). *اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر طرحواره‌های هیجانی، کیفیت زندگی، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی*. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی.

سرداری، محمد، کردمیرزا، علیرضا، و مردوخ، محمد. (۱۳۹۶). *اثربخشی طرحواره‌های درمانی هیجانی بر تنظیم هیجان و زودانگیختگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در شهر کرج*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی. دانشگاه پیام نور مرکز کرج.

سیداسماعیلی قمی، نسترن، کاظمی، فرنگیس، و پزشک، شهلا. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه افراد استثنا*، ۵ (۱۷)، ۱۳۱-۱۴۸.

شاهسونی، سمانه، مشهدی، علی، و بیگدلی، ایمان‌الله. (۱۳۹۶). *اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی در کاهش حملات سردرد و بهبود راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در زنان مبتلا به میگرن*. پایان نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی.

شکری، فائزه، کاظمی، زهرا، نریمانی، محمد، و تکلوی، سمیه. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش تنظیم شناختی هیجان بر تنیدگی والدینی مادران کودکان پرخاشگر. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷ (۱)، ۲۷۱-۲۹۰.

عاشوری، محمد، و یزدانی پور، معصومه. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه توانبخشی*، ۱۹ (۳)، ۲۶۲-۲۷۴.

قاسمی‌پور، یداله، و روشن، بهناز. (۱۳۹۸). نقش ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶ (۱)، ۱۷۶-۱۸۷.

محمدی، حمید، سپهری، زهره، و اصغری، محمود. (۱۳۹۸). *اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی، نشخوار فکری و پریشانی روان شناختی زنان مطلقه*. پایان نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی.

مرادی کیا، حامد، ارجمند نیا، علی‌اکبر، و غباری نباب، باقر. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر بهزیستی روانشناختی مادران دانش‌آموزان. *نشریه پرستاری کودکان*، ۳ (۱)، ۳۸-۴۴.

ملکشاهی، فریده، و فلاحی، شیرزاد. (۱۳۹۵). مشکلات روانی اجتماعی والدین کودکان معلول ذهنی تحت پوشش مرکز بهزیستی فرم آباد. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۸ (۳)، ۱۵-۲.

میرزایی‌هابیلی، خدیجه، رضایی، فاطمه، و سپهوندی، محمدعلی. (۱۳۹۶). *اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی - رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر* مجله مطالعات روانشناختی، ۱۳ (۱)، ۴۳-۶۲.

References

- AlHorany, A.K., Hassan, S.A., & Bataineh, M.Z. (2017). Do Mothers of Autistic Children are at Higher Risk of Depression? A Systematic Review of Literature. *Life Science Journal* (10), 3303-3308.

- Alon, R. (2019). Social support and post-crisis growth among mothers of children with autism spectrum disorder and mothers of children with down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 90, 22-30.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2019, pp: 103-106.
- Ashori M, Jalil-Abkenar SS, Ashouri j, Abdollahzade rafi M, Hassanzade M. [Students with special needs and inclusive education (Persian)]. Tehran: Publication of Roshd Farhang; 2017
- Batmaz S, Ulusoy kaymak S, kochiyic S, Turkeapar MH. Metaconitions and Emotional schemas: A new cognitive perspective for the distinction between unipolan and bipolar depression. *Comprehensive psychiatry*. 2014; 55(7): 1546- 55.
- Benita, M., Levkovitz, T., & Roth, G. (2017). Integrative emotion regulation predicts adolescents' prosocial behavior through the mediation of empathy. *Learning and Instruction*, 50, 14–20.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2018). Emotion regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1230-1237.
- Boström, P. (2014). *Experiences of Parenthood and the Child with an Intellectual Disability*. Department of Psychology University of Gothenburg.
- Glidden LM, Billings FJ, Jobe BM. Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2016;50(Pt 12):949-62.
- Gratz, K. L, Rosental, M.Z. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. (2008), 115, 850-855.
- Gratz, K.L, & Roemer, L. (2005). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scal. 26,41-54.
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (20\8). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 185.
- Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: An introduction to special education. London: Pearson; 2015.
- Hwang, J. (2016). A processing model of emotion regulation: Insights from the attachment system. *Psychology Dissertations*, 14.
- Jacobsen, P. B. Klein, T.w. Widen, R.H. Shelton, M.M. Barta, m. (20\۵) " Randomized controlled trial of mindfulness reduction (MBSR) for survivors of breast cancer", publshed online in wiley interscience(www. Interscience. Wiley. Com).
- Kandel, I., & Merrick, J. (2015). The child with a disability: parental acceptance, management and coping. *The scientific world Journal*, 7, 1799-1809.
- Leahy RL. Emotional Schema and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral practice*. 2015; 14(1): 36-45.
- Leahy, R. L. (2013). Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician*, 2, 187-204.
- Leahy, R. L. (2018). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In: Sookman, D, editor. *Treatment resistant anxiety disorders*. New York: Rou ledge, 60-135.
- Leahy, R.L. (2007). *Emotional Schemas incognitive therapy*. Philaelphia, PA.
- Messman-Moore TL, Coates AA. The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*. 20\7 Dec 14; 7(2):75-92.

Wickström, M., Höglund, B., Larsson, M., Lundgren, M. (2017). *Increased risk for mental illness, injuries and violence in children born to mothers with intellectual disability: A register study in Sweden during 1999–2012*. Child Abuse & Neglect, 65, PP:124-131.

پرسشنامه تنظیم هیجان

تواتر همیشه	بیشتر اوقات	تقریباً در نیمی از موارد	گاهی	خیلی به ندرت	عبارات
۵	۴	۳	۲	۱	۱. من در مورد احساساتم صراحت دارم .
۵	۴	۳	۲	۱	۲. من به احساسم توجه میکنم .
۵	۴	۳	۲	۱	۳. من هیجانهایم را شدید و خارج از کنترل تجربه میکنم .
۵	۴	۳	۲	۱	۴. من از احساس هایم بی اطلاع هستم (خبر ندارم) .
۵	۴	۳	۲	۱	۵. من در فهم معنای پشت (ورای) احساس هایم ، مشکل دارم .
۵	۴	۳	۲	۱	۶. من متوجه احساس هایم هستم .
۵	۴	۳	۲	۱	۷. من دقیقاً می دانم چه احساسی دارم .
۵	۴	۳	۲	۱	۸. من به اینکه چه احساسی دارم فکر می کنم .
۵	۴	۳	۲	۱	۹. من در مورد اینکه چه احساسی دارم، سردرگم هستم .
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. وقتی ناراحت می شوم، به احساس هایم اعتنا می کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. وقتی ناراحت می شوم، از دست خودم عصبانی می شوم که چنین احساسی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. وقتی ناراحت می شوم، شرم زده می شوم که چنین احساسی دارم .
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. وقتی ناراحت می شوم، در انجام کارها مشکل پیدا می کنم .
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. وقتی ناراحت می شوم، غیرقابل کنترل می شوم .
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. وقتی ناراحت می شوم، می دانم که مدت ها در این حالت می مانم .
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. وقتی ناراحت می شوم، می دانم که در نهایت خیلی احساس غمگینی خواهم کرد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. وقتی ناراحت می شوم، می دانم که احساس هایم موجه و مهم هستند .
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. من در مورد احساساتم صراحت دارم .
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. وقتی ناراحت می شوم، مشکل بتوانم روی سایر مسائل تمرکز کنم .
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. وقتی ناراحت می شوم، احساس می کنم اختیارم دست خودم نیست .
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱. وقتی ناراحت می شوم، باز می توانم کارهایم را انجام دهم .
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲. وقتی ناراحت می شوم، از خودم خجالت می کشم که چنین احساسی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. وقتی ناراحت می شوم، میدانم که در نهایت راهی پیدا می کنم که احساسم بهتر داشته باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴. وقتی ناراحت می شوم، احساس می کنم ضعیف هستم .
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵. وقتی ناراحت می شوم، احساس می کنم می توانم کنترل رفتارهایم را در دست داشته باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶. وقتی ناراحت می شوم، احساس گناه می کنم که چنین احساسی دارم .
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷. وقتی ناراحت می شوم، تمرکز کردن برایم دشوار می شود .
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸. وقتی ناراحت می شوم، در کنترل رفتارهایم دچار مشکل می شوم .

۵	۴	۳	۲	۱	۲۹. وقتی ناراحت می شوم، معتقدم کاری وجود ندارد که با انجام آن احساس بهتری پیدا کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰. وقتی ناراحت می شوم، از دست خودم کلافه می شوم که چنین احساسی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱. وقتی ناراحت می شوم، احساس خیلی بدی در مورد خودم پیدا می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲. وقتی ناراحت می شوم، می دانم که غرق شدن در ناراحتی تنها کاری است که می توانم انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳. وقتی ناراحت می شوم، کنترل روی رفتارهایم را از دست می دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴. وقتی ناراحت می شوم، فکر کردن به هر چیز دیگر برایم سخت می شود.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵. وقتی ناراحت می شوم، وقتی را به این موضوع اختصاص می دهم که بفهمم واقعا چه احساسی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶. وقتی ناراحت می شوم، خیلی طول می کشد که احساس بهتری پیدا کنم.



The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy (EST) on Difficulties in Emotion Regulation among Mothers having Children with Intellectual Disabilities

*Safura. Keyvanlo*¹, *Mohammad. Nariman**², *Sajjad. Basharpour*³

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on the difficulty of emotion regulation in mothers of mentally retarded children. **Methods:** The design of this experimental study was pretest-posttest with a control group. The statistical population of the study was all mothers with mentally retarded children under the age of 15 in Ardabil in the spring of 1399. For sampling, referring to the Welfare Office of Ardabil, 4 centers and schools were selected from rehabilitation centers and exceptional schools by multi-stage cluster sampling method, and 40 mothers of children with mental disabilities were selected by sampling method. Simple random sampling was selected and divided into experimental and control groups. Emotion Regulation Difficulty Scale (DERS) was used to measure the research variables. The experimental group was exposed to group emotional therapy schema for 10 sessions and the members of the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** The results were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that the effectiveness of group therapy based on emotional schemas on the difficulty of emotion regulation ($F = 115.57, P < 0.0001$) was significant. **Conclusion:** The results showed that group therapy based on emotional schema therapy can be effective in reducing the difficulty of emotion regulation.

Keywords: *Emotional schema therapy, Emotion regulation difficulty, Mental retardation*

1. MA. in Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohagheh Ardabili University, Ardabil, Iran

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

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohagheh Ardabili University, Ardabil, Iran.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی