

Comparison of the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and Self-Compassion Training on Resilience and Reducing Mental-Physical Vulnerability of Mothers with Children with Learning Disabilities(Reading and Writing)

Farzaneh Amjadiyan 

Phd Student in Counseling, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Asghar Jafari 

Assistant Professor of Counseling, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran

Mohammad Ghamari 

Associate Professor of Counseling Department, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

Abstract

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and self-compassion training in resilience and psycho-physical vulnerability of mothers with children with reading and writing learning disorders. It was a semi-experimental research design of pre-test-post-test type with control and follow-up groups. The statistical population of the research was made up of all the mothers of children with learning disabilities who referred to the Clinic of Education in Mallard city in the academic year of 2020-2021. 45 people were randomly assigned to two experimental groups and one control group using available sampling method. The research tools were Connor and Davidson's resilience questionnaire (2003) and Dragotis et al.'s (1963) SCL-25 test. The results of the Bonferroni test showed that the difference between emotion-oriented therapy and self-compassion training is significant in the variables of resilience and psychological-physical vulnerability of mothers; This means that emotion-oriented therapy is more effective than teaching self-compassion on resilience

Corresponding Author: jafariasghar2022@gmail.com

How to Cite: Amjadiyan, F., Jafari, A., Ghamari, M. (2023). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and Self-Compassion Training on Resilience and Reducing Mental-Physical Vulnerability of Mothers with Children with Learning Disabilities(Reading and Writing), *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 14(55), 151-183.


and psycho-physical vulnerability. According to the obtained results, both approaches, especially emotion-oriented therapy, can be used to improve resilience and psychological-physical vulnerability of mothers with children with learning disabilities, and consequently increase their quality of life.


Keywords: Emotion-Oriented Therapy, Self-Compassion Training, Resilience, Psycho-Physical Vulnerability, Learning Disability.






مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و آموزش شفقت به خود در تاب‌آوری و کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری (خواندن و نوشتن)

فرزانه امجدیان  دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

اصغر جعفری  * دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

محمد قمری  دانشیار گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و آموزش شفقت به خود در تاب‌آوری و آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری خواندن و نوشتن صورت گرفت. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان دارای اختلال یادگیری مراجعه‌کننده به کلینیک پیوند آموزش و پرورش شهرستان ملارد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. تعداد ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، به روش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارده شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و آزمون SCL-25-دراگوتیس و همکاران (۱۹۶۳) بود. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد تفاوت بین درمان هیجان مدار با آموزش شفقت به خود در متغیرهای تاب‌آوری و آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران معنی‌دار است؛ به این معنی که درمان هیجان مدار بیشتر از آموزش شفقت به خود بر تاب‌آوری و آسیب‌پذیری روانی-بدنی مؤثر است. با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان از هر دو رویکرد به‌ویژه درمان هیجان مدار جهت بهبود تاب‌آوری و آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی آنان استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان مدار، آموزش شفقت به خود، تاب‌آوری، آسیب‌پذیری روانی-بدنی، اختلال یادگیری.



مقدمه

بر اساس DSM-5^۱ اختلال یادگیری خاص^۲ که شامل اختلال در خواندن، نوشتن و ریاضی است از شایع‌ترین اختلال‌های رشدی دوران کودکی است (بنکوا، نائوموا، گینکو،^۳ ۲۰۲۱). اختلال یادگیری خاص نوعی اختلال عصبی است که یک یا چند فرآیند روانی اصلی در یادگیری، حرف زدن یا نوشتن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هاگنز، ریکامینی، لی،^۴ ۲۰۲۰). اختلالات یادگیری نشان‌دهنده طیف وسیعی از مشکلات اولیه در موضوعات علمی و مشکلات ثانویه در دامنه‌های احساسی و اجتماعی است (هایسو،^۵ ۲۰۱۸). برآورد شده است که ۵ تا ۱۵ درصد کودکان سنین مدرسه دچار اختلال یادگیری خاص و حدود ۸۰ درصد از کودکان با اختلال یادگیری خاص، دچار اختلال در خواندن (نارسا خوانی) هستند (محقق، پورمحمد رضای تجربی، شهشهائی پور، موللی، واحدی، ۱۴۰۰). امروزه اختلالات یادگیری چالش‌های مهمی برای کودکان، والدین و معلمان است. این اختلالات رشدی عصبی را نمی‌توان با ناتوانی ذهنی توضیح داد و نه آن را کاملاً وابسته به محیط دانست، بلکه به نظر می‌رسد به علت تفاوت در عملکرد اساسی مغز باشد (نیکلسون و فاوست،^۶ ۲۰۱۹).

کودکان دچار اختلال یادگیری خاص نسبت به کودکان عادی دارای راهکارهای ضعیف‌تری در مسائل هستند. این کودکان انعطاف‌ناپذیر بوده و به راحتی نمی‌توانند نقطه نظر خود را تغییر دهند. همچنین این کودکان در بازنمایی موقعیت‌های مربوط به مسائل دچار مشکل هستند معمولاً در سنین کودکی، والدین حساسیت ویژه‌ای نسبت به فرزندان خود دارند (یزدانبخش و بهرامی،^۷ ۱۳۹۰). اختلال‌های یادگیری دانش آموزان ضربه‌های مخربی بر سازگاری و بهزیستی روانی خانواده‌های آنها می‌گذارد و مطالعات مختلف نشان می‌دهد که خانواده‌هایی که فرزندان آنها به اختلال ناتوانی یادگیری دچار هستند دارای

1. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
2. Specific Learning Disorder
3. Burenkova, O. V., Naumova, O. Y., Grigorenko E. L.
4. Hughes, E. M., Riccomini, P.J., Lee, J. Y.
5. Hsiao, E.
6. Nicolson, R. L., Fawcett, L. J.

مشکلات سازشی بیشتر نسبت به والدین عادی هستند مطالعات نشان می‌دهد که پدر و مادر کودکان مشکل‌دار، محدودیت‌هایی از قبیل احساس محرومیت و سطوح بالایی از استرس و افسردگی را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند و به آسیب‌های روانی و جسمانی مبتلا می‌شوند (آشبورن، فلاورز، ناپولیو، ایدن، ۲۰۲۰). به گونه‌ای که نسبت به مواردی هم چون اظهارنظرهای دیگران در مورد شرایط فرزندشان، مسائل مالی ناشی از مداخلات درمانی، توان‌بخشی، مشکلات آموزشی و رفتاری کودک و غیره استرس دارند (حسینی قمی و جهان‌بخشی، ۱۴۰۰). آسیب‌پذیری احتمال بروز پاسخ ناسازگارانه در موقعیت‌های معین است. آسیب‌پذیری ممکن است در اثر وراثت خاص، ویژگی‌های فرد مانند اضطراب یا نگرانی زیاد، فقدان بعضی از مهارت‌ها (از قبیل ناتوانی و عدم آرامش به هنگام تصمیم‌گیری) و یا روبرو شدن با تجربه‌های دردناک افزایش یابد (آزاد، ۱۳۹۸). بنابراین، آسیب‌پذیری ممکن است دو کانون داشته باشد (گارمزی، ۲۰۱۹). یکی از این دو کانون، آمادگی فرد برای ارائه پاسخ‌های ناسازگارانه به تجربه‌های زندگی است. امکان دارد این نوع آمادگی از وراثت، محیط، یا تأثیر متقابل آن‌ها بر یکدیگر ناشی شود. کانون دیگر، خود تجربه‌های زندگی است که به طریقی به والدین فشار می‌آورد (پورافکاری، ۱۳۹۶). در این شرایط، بهزیستی روان‌شناختی والدین اهمیت ویژه‌ای دارد. رابطه‌ی اختلال یادگیری و خانواده آن‌قدر قوی است که حتی برخی پژوهشگران علاوه بر ریشه‌های عصب-شناختی، محیط خانواده را نیز در شکل‌گیری آن مؤثر می‌دانند و گزارش می‌کنند که والدین این فرزندان، استرس والدینی بیشتر، مهارت پایین‌تر در خواندن و سبک والدینی نامناسب‌تری دارند (بونیفاسی، استوتی، تویبا، سوادی، ۲۰۱۵). طبق نظر مک کلا، برای جستجو، دونادسون و کالرا^۴ (۲۰۰۵؛ به نقل از کاوه، علیزاده، دلاور و برجعلی، ۱۳۹۰) آموزش‌هایی که به عضو مراقب در زمینه کاهش فشار روانی داده می‌شود، می‌تواند کیفیت زندگی او را افزایش دهد؛ بنابراین در موارد تشخیص چنین اختلالاتی، پدر و مادر نیز موضوع درمان قرار می‌گیرند تا

1. Ashburn, S. M., Flowers, D. L., Napoliello, E. M., Eden, G. F.
2. Garnezy, N.
3. Bonifacci, P., Storti, M., Tobia, V., Suardi, A.
4. Mc Cullagh, E., Brigstoch, G., Donadson, N., Kalra, L.

بتوانند این شرایط تنش‌زا را مدیریت نموده و درمان فرزندشان را نیز تسهیل کنند (ایسنهاور، باکر، بلاچر، ۲۰۰۵)؛ در این بین مادر به‌عنوان عضوی از این مجموعه که دارای بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک است، می‌تواند در معرض خطر بیشتری باشد (حاجی بابایی راوندی، تجلی، قنبری پناه و شهریاری احمدی، ۱۴۰۱). در بحث سلامت روان، رابطه مادر و کودک، اهمیتی ویژه دارد، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و درهم‌تنیده است که هرگونه تغییر در یکی بر دیگری نیز اثر می‌گذارد؛ بر این اساس، اختلال‌های روان‌شناختی مادر بر رابطه او با فرزندش اثر می‌گذارد و تغییر رفتار کودک، مادر را متأثر می‌سازد، همچنین خصوصیات کودک با ویژگی‌ها و نحوه فرزند پروری والدین در تعامل متقابل است (موسوی، کوشا، خسروجاوید و عبدالکریمی، ۱۳۹۱). داشتن فرزند مبتلا به اختلالات یادگیری بر باورها، عقاید، افکار و احساسات والدین این کودکان تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای دارد تا جایی که والدین چنین کودکانی احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تکذیب تلخ‌کامی و انکار، ناامیدی افسردگی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می‌کنند که این خود بر میزان تاب‌آوری و رفتار سرسختانه والدین این دانش‌آموزان تأثیر منفی می‌گذارد و در نهایت باعث تاب‌آوری کمتر والدین دارای دانش‌آموزان با ناتوان یادگیری نسبت به والدین دانش‌آموزان عادی می‌شود (میکائیلی، ۱۳۹۱). در واقع وجود کودکان مبتلا به اختلال یادگیری در خانواده، عامل ایجادکننده اختلالات روانی مانند استرس، افسردگی و اضطراب^۴ در مادران و سایر افراد خانواده بوده و نهایتاً کاهش میزان تاب‌آوری^۵ و آسیب‌پذیری روانی-بدنی^۶ را در پی دارد (آشپورن و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و نقش مهمی در مقابله و رویارویی با مصائب و مشکلات افراد در زندگی روزمره دارد،

1. Eisenhower, A.S., Baker, B.L., Blacher, J.

2. Stress

3. Depression

4. Anxiety

5. Resilience

6. Psycho-Physical Vulnerability

تاب‌آوری است (آلارکون، کرزو، هویلا و بلانکا؛ ۲۰۲۰). تاب‌آوری به‌عنوان یک فرایند، توانایی یا پتانسیل سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده و آسیب‌زا تعریف شده است (هوانگ، آمولد، تولور، اولجاریک؛ ۲۰۲۰). تاب‌آوری یکی از مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه روان‌شناسی مثبت‌نگر است که جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است. به‌طوری‌که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود. ماستن^۳ (۲۰۰۱) تاب‌آوری را فرآیندی پویا برای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار تعریف نموده است. به بیان دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. والر^۴ (۲۰۰۱)، البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رؤیایی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است (وانگ، ژانگ، سیمونز، سان و کائو؛ ۲۰۲۰). بر اساس پژوهش انجام‌شده بین تاب‌آوری و مشکلات روان‌شناختی رابطه معنادار و منفی وجود دارد، این سازه می‌تواند به‌عنوان عامل میانجی بین سلامت روانی و بسیاری دیگر از متغیرها قرار گیرد و ارتقای تاب‌آوری می‌تواند مقاومت فرد را در برابر عواملی که باعث به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شوند افزایش دهد (آگایی و ویلسون؛ ۲۰۰۵).

از آنجا که افزایش تاب‌آوری می‌تواند موجب بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی گردد (رجبی، قمری و حسینیان، ۱۴۰۱) مادرانی که سطح تاب‌آوری بالاتری دارند، در کیفیت زندگی نیز می‌توانند نمرات بهتری را به دست آورند. این افراد با مشکلات زندگی بهتر می‌توانند کنار بیایند و در زیر بار مشکلات خم نشوند و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند (یارویسی، گائو و خان؛ ۲۰۲۰)؛ و تلاش برای یادگیری و سازگاری با دنیای خارج نیز در

-
1. Alarcón, R., Cerezo, M.V., Hevilla, S. Blanca. M. J.
 2. Hwang, Y. I., Arnold, S., Trollor, J., Uljarević, M
 3. Masten, A. S.
 4. Waller, M. A.
 5. Wang, J., Zhang, X., Simons, S.R., Sun, J., Cao, F.
 6. Agaibi, C. E., Wilson, J. P.
 7. Yarveisy, R., Gao, C., Khan, F.

فرزندان مادران دارای تاب‌آوری بالا بیشتر است و به دنبال آن کیفیت زندگی مطلوب‌تری خواهند داشت (تالی، ۲۰۰۲). ولف^۲ (۲۰۱۱؛ به نقل از نوری، ۱۳۹۵) در زمینه تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روان بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب آور مانند توان اجتماعی، توانمندی در حل مسئله، خودگردانی، احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن تأکید دارد. تالی (۲۰۰۲)، در پژوهشی که به بررسی تاب‌آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در مادران با کودکان ناتوان در یادگیری و معلولیت جسمی پرداخته بود، نتیجه گرفت که مادران این کودکان، نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند چون پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند. طبق دیدگاه مک کلاو همکاران (۲۰۰۵)، آموزش‌هایی که به عضو مراقب در زمینه کاهش فشار روانی داده می‌شود، می‌تواند کیفیت زندگی او را افزایش دهد. با در نظر گرفتن این شواهد، ضرورت اقدام مداخله‌گرایی، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای تاب‌آوری و به سبب آن افزایش بهداشت روانی و جسمی والدین و به‌خصوص مادران کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری واضح و مبهم است. یکی از روش‌های نوینی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد روش مداخله‌ای آموزش شفقت به خود است که اگرچه در روان‌شناسی غربی مفهوم جدیدی است، اما قرن‌هاست که در فلسفه شرقی وجود دارد. شفقت به خود را می‌توان به‌عنوان آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود تعریف نمود (نوری، ۱۳۹۵). این سازه از سه مؤلفه تشکیل شده است: مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۱۳۹۹). نف و فاسو^۴ (۲۰۱۴)، در تحقیق خود از سطح پایین این ویژگی در مادران دارای ناتوانی و ارتباط آن با سطح مشکلات فرزندان یاد می‌کند.

1. Tali, H.
2. Wolf, W.
3. Self-Compassion
4. Neff, K. D., Faso, D. J.

داشتن شفقت به خود نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد؛ در حقیقت یکی از ویژگی‌هایی که با پرورش شفقت به خود در فرد ایجاد می‌شود خردمندی است که این ویژگی به افراد اجازه می‌دهد بی‌فایده بودن خودانتقادی را درک کنند و بیشتر با خود مهربان باشند (رنجبر کهن و نوری، ۱۳۹۵). همچنین شفقت به خود به صورت معناداری با داشتن شفقت به دیگران نیز همراه است (نف و پومیر، ۲۰۱۳) افراد با شفقت به خود، با تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند (نف و فاسو، ۲۰۱۴) و تاب‌آوری بالاتر در مقابل استرس دارند. پژوهش محمدی، اقاچانی و زهتاب ور (۱۳۹۰) نشان داد که افراد با تاب‌آوری بالا، اضطراب و استرس و افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند. یکی دیگر از مداخله‌های درمانی که موجب بالا بردن تاب‌آوری و بهبود سلامت روانی و جسمانی مادران می‌شود رویکرد هیجان‌مدار می‌باشد. درمان هیجان‌مدار درمانی نوانسانگرا و تجربی است (گرینبرگ و گلر، ۲۰۱۹). در درمان هیجان‌محور تمرکز درمانگر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمان‌جو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، که ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمان‌جو را نیز در نظر دارد (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۰). از منظر رویکرد هیجان‌محور، انسان‌ها به‌عنوان سیستم‌های پویایی عمل می‌کنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، از سطح عصب شیمیایی تا سطوح آگاهانه و مفهومی یکپارچه می‌کنند و این یکپارچه‌سازی، پیوند جدایی‌ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می‌آورد؛ بنابراین افراد همیشه با ترکیب اطلاعات بیولوژیکی و یادگیری‌های فرهنگی با کارآمدی بیشتری زندگی می‌کنند (پاسکال لیون و جانسون، ۲۰۱۸). نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ فرایندی دشوار و طاقت‌فرسا است. رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، برای مراجعان غالباً آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است (کلینبرگ و گلر، ۲۰۱۹). در درمان مبتنی بر هیجان توجه ویژه‌ای به ایجاد

1. Neff, K. D., Pommier, E.
2. Emotion- Focused Therapy
3. Greenberg, L. S., Geller, S. M.
4. Greenberg, I., Watson, J.
5. Pascual Leone, J., Johnson, J.

هماهنگی همدلانه، ایمنی و همکاری رابطه‌ای می‌شود و بر پایه همین رابطه شکل گرفته مراجع بر دنیای درونی به‌ویژه هیجان‌ها متمرکز می‌شود و با افزایش آگاهی و پردازش مجدد هیجان‌ها به رشد فردیو توانمندسازی خود می‌رسد (الیوت و مک دونالد، ۲۰۲۱). مدعیان درمان هیجان مدار عقیده دارند که تنظیم هیجان بیش از آنکه برنامه‌ای آموزشی با پروتکلی مشخص باشد، یک فرایند است و از این نظر کار درمانگر بیش از آنکه به کار یک معلم شبیه باشد، به کار یک مربی شبیه است (گلینبرگ و گلر، ۲۰۱۹). پژوهش‌های متعددی اثربخشی این روش درمانی را در حیطه‌های مختلف نشان داده‌اند. بر اساس یافته‌های فراتحلیل انجام شده توسط چیلینگ، باکون، بارنت، ریگلند (۲۰۱۳) حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش علائم هیجانی نابهنجار مختلف می‌باشد. ضیغمی و پور بهاء‌الدینی (۱۳۹۰) گزارش کردند که بین سلامت عمومی، پیشرفت تحصیلی و سبک مقابله‌ای هیجان مدار، رابطه‌ای منفی و معنی‌دار وجود دارد.

بنابراین می‌توان گفت مادران کودکان با اختلال یادگیری به دلیل مشکلات مربوط به این کودکان در معرض تهدید آسیب‌های روانی-بدنی و تاب‌آوری قرار دارند. از این رو مدیریت کودک با اختلال یادگیری، نباید فقط متمرکز بر کودک و مشکلاتش باشد، بلکه باید خانواده وی مخصوصاً مادران این کودکان را هم که برای کودک غنی‌ترین منبع حمایتی هست در نظر گرفت (آلو، آیوی و لاکومبی، ۲۰۱۲). در واقع مادران کودکان دارای اختلال یادگیری در موقعیت‌های استرس‌زا و اضطرابی قرار می‌گیرند و بیشتر از افراد دیگر احتمال دارد دچار مشکلات روانی شوند. از آنجا که مادران سالم، سبب پیشرفت فرزندان و در نهایت خانواده می‌شوند (فرخجسته، عبدالهی، ۱۳۹۸). داشتن کودک دچار اختلال یادگیری و مشکلات همراه با آن عاملی برای استرس این مادران و کاهش سلامت روانی آنان می‌گردد و از سویی آسیب‌پذیری زمینه‌ای برای ظهور ناسازگاری‌ها و اختلالات محسوب می‌شود. از جمله نشانه‌های مهم آسیب‌پذیری می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی، علائم موقعیتی (مثل اضطراب و افسردگی) و یا منابع خارجی مانند حمایت اجتماعی ضعیف

1. Chilling, E., Baucon, D., Burnet, C. K., Ragland, D.

2. Alao, M. J., Ayivi, B., Lacombe, D.

اشاره کرد (ترابی زنوز، محمود علیلو و پاک، ۱۳۹۹)؛ و به این دلیل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری و حتی مادران دارای کودکان در معرض خطر، نیاز به مهارت‌هایی دارند تا با نیازهای ویژه کودک کنار بیایند. برنامه‌های مداخله، توانایی این مادران را افزایش داده و موجب کاهش استرس و ارتقای بهداشت روان آن‌ها و خانواده می‌شود (یدیریم، هاجینگسونگ، ایلار و کاراکات، ۲۰۱۳).

لذا با توجه به تأثیر مخرب داشتن کودکان با اختلال یادگیری بر سلامت روان والدین به‌ویژه مادر و نقش مهم مادران در بهبود فرزند، هرگونه تلاش برای افزایش سلامت روان این مادران ضروری است و نیز با توجه به اینکه والدگری یک کودک اختلال یادگیری می‌تواند باعث تنیدگی والد به‌ویژه مادر و افزایش احتمال بروز بیماری‌های روانی- جسمانی گردد، بنابراین یکی از مهم‌ترین اهداف کاربردی این پژوهش، جلب توجه و تأکید مجدد برای دست‌اندرکاران امر سلامت به لزوم آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با شرایط بحران‌زا در خانواده‌ها، با رویکرد ویژه به اهمیت آموزش مادران و خانواده‌های دارای فرزند با نیازهای ویژه می‌باشد تا بر پایه نتایج حاصل از آن، بتوان بخشی از یارانه بهداشت و سلامت کشور را به امر آموزش و توانمندسازی خانواده‌های دارای چنین فرزندان اختصاص داد و از ایجاد مشکلات جسمی و روحی بیشتر در خانواده‌های آسیب‌پذیری پیشگیری نمود؛ لذا به نظر می‌رسد آموزش برنامه‌های شفقت به خود و هیجان‌مدار که به‌منزله یک برنامه پیشگیری می‌تواند سبب کاهش آسیب‌های روان‌شناختی در مادر و کودک شود، مفید و مثمر ثمر واقع شود. حال سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و آموزش شفقت به خود بر تاب‌آوری و آسیب‌پذیری روانی- جسمانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مادران کودکان دارای اختلال یادگیری خواندن

و نوشتن مراجعه کننده به کلینیک پیوند (سه راه اندیشه) آموزش و پرورش شهرستان ملارد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. روش نمونه گیری در این پژوهش روش نمونه گیری در دسترس است؛ نمونه ها از بین مادران کودکان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به کلینیک پیوند، انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا از مادران دارای کودک دچار اختلال یادگیری درخواست شد که مقیاس تاب آوری و آسیب پذیری روانی-بدنی را تکمیل نمایند و مادرانی که نمره تاب آوری پایین و آسیب پذیری روانی-بدنی شان (اضطراب، پرخاشگری و شکایت جسمانی) بالاتر بود، یکی در میان آن ها را انتخاب کرده و به طور تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر، دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار داده شدند (با توجه به نوع طرح تحقیق و مراجعه به منابع مختلف مثل دلاور (۱۳۹۰) و بورگ و گال (۱۳۸۲)، حجم نمونه یادشده مناسب بود). سپس گروه آزمایش اول در جلسات آموزش درمان هیجان مدار ۱۲ جلسه یک ساعته (هر هفته یک جلسه) و گروه آزمایش دوم در جلسات آموزش شفقت به خود به مدت ۸ جلسه یک ساعته (هر هفته یک جلسه) شرکت کردند، اما گروه کنترل هیچ نوع برنامه مداخله ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون گرفته شد. لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. به منظور بررسی پایداری اثربخشی برنامه ها، یک مرحله اندازه گیری نیز به صورت پیگیری به فاصله ۲ ماه پس از آخرین جلسه آموزشی انجام شد. می باشد برای تحلیل داده ها از آزمون اندازه گیری های مکرر و آزمون تعقیبی بونفونی برای بررسی فرضیه های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-21 استفاده شد. معیارهای ورود عبارت بودند از داشتن فرزند دارای اختلال یادگیری خواندن و نوشتن، تحصیلات حداقل دیپلم، دارای حداکثر دو فرزند، رده سنی ۲۲-۵۵ ساله، توانایی حضور منظم در جلسات درمان، فقدان اختلالات سایکوتیک و اختلالات شدید روانی از طریق مصاحبه با روان شناس بالینی مرکز و تست میلون و از جمله ملاک های خروج شامل داشتن فرزند دارای

چند نوع اختلال یادگیری، تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، دارای بیش از دو فرزند، رده سنی ۵۵ ساله به بالا عدم توانایی حضور منظم در جلسات درمان و دارای اختلالات سایکوتیک.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزش مبتنی بر شفقت به خود و درمان هیجان مدار

جلسه	درمان هیجان مدار	آموزش مبتنی بر شفقت به خود
اول	برقراری رابطه حسنه از طریق همدلی پیشرفته و فنون حضور خود بودن، پل پرش، درک، اکتشاف ردگیری، اعتباربخشی و همدلی آینه‌وار	تعریف استرس و آسیب‌پذیری روانی ناشی از داشتن کودک دارای اختلال یادگیری و ذهن آگاهی اثرات آن بر افراد و مفهوم‌سازی آموزش متمرکز بر دلسوزی
دوم	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده سبک پردازش هیجانی او از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع	آموزش برای درک و فهم این‌که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.
سوم	همراهی، مشاهده و کشف یک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
چهارم	تاگشایی هیجان اصلی مراجع از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دل‌بستگی با هویت	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات
پنجم	کشف و شناسایی هیجان‌ات اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی مارکرهای خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی	پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ات اصلی زیربنایی، سازگار/ ناسازگار و یا سالم/ ناسالم	بازنگری تکلیف خانگی، اطلاعات کلی در خصوص انواع روابط بین ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
هفتم	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها و یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌ات اولیه و ثانویه و تجربه	آموزش مسئولیت‌پذیری مؤلفه اساسی آموزش شفقت به خود است که بر اساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خودانتقادی نداشته باشند تا بتوانند

جلسه	درمان هیجان مدار	آموزش مبتنی بر شفقت به خود
		دیدگاه‌ها احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.
هشتم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.
نهم	ادامه شناسایی و کار بر روی نشانگرهای نمودار شده و کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، کار با تریان، موسیقی، حرکت و غیره	
دهم	کوچینگ مراجع در حین بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای	
یازدهم	ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود.	
دوازدهم	تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده	

ابزار پژوهش

الف) مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC):

این پرسشنامه توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) تهیه شده ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود و حداقل نمره تاب‌آوری شرکت کنندگان در مقیاس (۰) و حداکثر نمره آن‌ها (۱۰۰) می‌باشد و هرچه قدر نمره به دست آمده به (۱۰۰) نزدیک‌تر باشد نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است.

وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. نمرات مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک‌شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار هم‌زمان این مقیاس است (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد فرید، ۱۳۸۷). در پژوهشی که توسط سامانی و همکاران (۱۳۸۶) در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

ب) چک‌لیست علائم SCL-25 در اگوتیس و همکاران (۱۹۶۳)

فرم کوتاه چک‌لیست علائم SCL-25 یک پرسشنامه ۲۵ سؤالی آسیب‌های روانی است که وضعیت فرد را در ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی، موردسنجش قرار می‌دهد. پاسخگویی به این فهرست مطابق با فرم اصلی آن، در طیف ۵ درجه‌ای از هیچ یا به‌ندرت (صفر)، کمی (۱) تا حدی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد یا به‌شدت (۴) صورت می‌گیرد. در این پژوهش اضطراب و افسردگی به‌عنوان آسیب‌پذیری روانی و شکایت جسمانی به‌عنوان آسیب‌پذیری بدنی موردسنجش قرار گرفته‌اند. فرم کوتاه شده مقیاس مذکور با عنوان SCL-25 توسط نجاریان و داوودی (۱۳۸۰) در نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه اهواز هنجاریابی گردید. نجاریان و داوودی (۱۳۸۰) روایی این فهرست را از طریق تحلیل عاملی، روایی همگرا و واگرا و پایایی آن را از طریق بررسی همسانی درونی و یاز آزمایشی موردبررسی قرار دادند و آلفای کرونباخ نسخه جدید را ۰/۹۷ برای زنان و ۰/۹۸ برای مردان و ضرایب بازآزمایی را نیز با فاصله ۵ هفته در کل نمونه ۰/۷۸، زنان ۰/۷۷

و مردان ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش تنهایی رشوانلو و سعادت‌تی شامیر (۱۳۹۴) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با الگوی مؤلفه‌های اصلی چرخش واریماکس از ساختار ۷ عاملی حمایت کرد که ۸۲/۱۶ درصد واریانس را تبیین می‌کرد. تحلیل عاملی تأییدی نیز حاکی از برازش مناسب ساختار ۷ عاملی با الگوی زیر بنایی بود. همبستگی منفی و معنی دارد میان خرده مقیاس‌ها SCL-25 و ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی وجود داشته که نشان‌دهنده روایی واگرایی مناسب SCL-25 بود. بررسی پایایی ابزار، نشان‌دهنده آن بود که رابطه مثبت و معنی‌داری میان خرده مقیاس‌های SCL-25 وجود داشته و ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ و ضرایب دو نیمه سازی ۰/۶۵ تا ۰/۹۶ برای خرده مقیاس‌ها و کل آزمون به دست آمده است (تنهایی رشوانلو و سعادت‌تی شامیر، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر میزان آلفا کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه کنترل برابر ۳۴/۵۳ سال، در گروه درمان هیجان مدار برابر ۳۱/۳۳ سال و برای آموزش شفقت به خود ۳۴/۷۳ سال بود. از نظر میزان تحصیلات در گروه کنترل اکثر شرکت کنندگان در تحقیق (۴۶/۷ درصد) فوق‌دیپلم، در درمان هیجان مدار ۴۶/۷ درصد دیپلم و ۳۳/۳ درصد افراد نمونه در گروه آموزش شفقت به خود نیز دارای تحصیلات فوق‌دیپلم بودند. همچنین از نظر تعداد فرزند در گروه کنترل اکثر شرکت کنندگان در تحقیق دارای یک یا دو فرزند، در درمان هیجان مدار ۵۳/۳ درصد دارای یک فرزند و ۴۶/۷ درصد افراد نمونه در گروه آموزش شفقت به خود نیز دارای یک فرزند بودند.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی آسیب‌پذیری روانی - جسمانی و تاب‌آوری در آزمودنی‌های گروه‌های کنترل، درمان هیجان مدار و آموزش شفقت به خود در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری (N=15)

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
آسیب‌پذیری روانی	پیش‌آزمون	کنترل	19	4/11
		درمان هیجان مدار	14/67	3/72

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	
	پس‌آزمون	آموزش شفقت به خود	17/13	3/09	
		کنترل	18/93	3/17	
		درمان هیجان‌مدار	7/47	2/72	
	پیگیری	آموزش شفقت به خود	13/33	2/53	
		کنترل	19/20	3/12	
		درمان هیجان‌مدار	7/93	3/41	
آسیب‌پذیری جسمانی	پیش‌آزمون	آموزش شفقت به خود	14	2/78	
		کنترل	21/73	5/30	
		درمان هیجان‌مدار	21/80	1/97	
	پس‌آزمون	آموزش شفقت به خود	21/87	3/94	
		کنترل	21/60	5/65	
		درمان هیجان‌مدار	8/67	2/82	
	پیگیری	آموزش شفقت به خود	14/60	3/94	
		کنترل	21/33	5/68	
		درمان هیجان‌مدار	8/80	3/05	
	تاب‌آوری	پیش‌آزمون	آموزش شفقت به خود	14/47	4/19
			کنترل	29/47	18/31
			درمان هیجان‌مدار	30/93	15/79
پس‌آزمون		آموزش شفقت به خود	31	17/75	
		کنترل	28/40	19/18	
		درمان هیجان‌مدار	77/27	14/94	
پیگیری		آموزش شفقت به خود	51/60	17/52	
		کنترل	28/67	19/06	
		درمان هیجان‌مدار	76/73	14/80	
		آموزش شفقت به خود	51/80	17/85	

با توجه به اطلاعات جدول فوق میانگین و انحراف معیار نمرات آسیب‌پذیری روانی، آسیب‌پذیری جسمانی و تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش با تغییر همراه بوده است اما نمرات پس‌آزمون این متغیرها در گروه کنترل تغییر

چندانی نداشته است.

جدول ۳. آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر با کاربرست مفروضه‌ها

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	درجه آزادی	اندازه اثر
آسیب‌پذیری روانی	ضرب ثابت	28893/52	1	28893/52	1316/95	0/01	0/97
	گروه	1834/02	2	917/01	41/80	0/01	0/67
آسیب‌پذیری جسمانی	ضرب ثابت	39972/81	1	39972/81	793/01	0/01	0/95
	گروه	1616/46	2	808/23	16/03	0/01	0/43
تاب‌آوری	ضرب ثابت	274546/25	1	274546/25	307/70	0/01	0/88
	گروه	24212/33	2	12106/16	13/57	0/01	0/39

با توجه به جدول فوق سطح معناداری گروه برای هر سه متغیر از ۰/۰۵ کمتر است؛ بنابراین گروه اثر معنی‌داری بر میانگین نمرات آسیب‌پذیری روانی، آسیب‌پذیری جسمانی و تاب‌آوری دارد؛ یعنی میانگین نمرات هر سه متغیر در سه گروه متفاوت است. در این جدول نیز مجذور اتا میزان تأثیر یا تفاوت هر متغیر بر متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد. به‌عنوان مثال برای متغیر آسیب‌پذیری روانی تأثیر یا تفاوت متغیر گروه برابر با ۰/۶۷ می‌باشد؛ یعنی ۶۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات متغیر وابسته آسیب‌پذیری روانی مربوط به متغیر مستقل گروه می‌باشد. با توجه به جدول (۳) چون متغیر گروه بر میانگین نمرات اثر معنی‌داری دارد پس میانگین نمرات آسیب‌پذیری روانی، آسیب‌پذیری جسمانی و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری در سه گروه یکسان نیست. در ادامه به بررسی فرضیات پژوهش پرداخته می‌شود. جهت بررسی این مطلب که اختلاف بین میانگین نمرات هر یک از متغیرها در زمان‌ها (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در کدامیک از گروه‌ها (کنترل، درمان هیجان مدار و یا آموزش شفقت به خود) می‌باشد لازم است برای هر یک از گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شود. در ادامه نتایج این آزمون‌ها ارائه می‌شود.

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات متغیر تاب‌آوری به تفکیک دو گروه بر اساس آزمون بونفرنی

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	SD	Sig	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف میانگین	
					حد پایین	حد بالا
درمان هیجان مدار	آموزش شفقت به خود	16/84	6/30	0/03	1/14	32/55

سطح معناداری جدول فوق نشان می‌دهد که بر اساس آزمون تعقیبی بونفرنی و سطح خطای پنج درصد میانگین نمرات متغیر تاب‌آوری در دو گروه درمان هیجان مدار و آموزش شفقت به خود اختلاف معناداری دارند. همچنین فاصله اطمینان نشان می‌دهد که میانگین نمرات تاب‌آوری برای گروه درمان هیجان مدار بیشتر از آموزش شفقت به خود است؛ بنابراین درمان هیجان مدار بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری تأثیر بیشتری داشته است.

جدول ۵. مقایسه میانگین نمرات آسیب‌پذیری روانی-بدنی به تفکیک دو گروه بر اساس آزمون بونفرنی

متغیر	گروه اول	گروه دوم	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف میانگین	
						حد پایین	حد بالا
آسیب‌پذیری روانی	درمان هیجان مدار	آموزش شفقت به خود	-4/80	۰/99	۰/01	-7/26	-2/34
آسیب‌پذیری جسمانی	درمان هیجان مدار	آموزش شفقت به خود	-3/89	1/50	۰/04	-7/62	-0/16

سطوح معناداری جدول فوق نشان می‌دهند که بر اساس آزمون تعقیبی بونفرنی و سطح خطای پنج درصد میانگین نمرات دو متغیر آسیب‌پذیری روانی و آسیب‌پذیری جسمانی در دو گروه درمان هیجان مدار و آموزش شفقت به خود اختلاف معناداری دارند. به همین ترتیب فواصل اطمینان نشان می‌دهند که میانگین نمرات آسیب‌پذیری روانی و آسیب‌پذیری

جسمانی برای گروه آموزش شفقت به خود بیشتر است؛ بنابراین درمان هیجان مدار بر کاهش آسیب‌پذیری روانی و آسیب‌پذیری جسمانی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری تأثیر بیشتری داشته است. در نتیجه فرضیه دوم مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان هیجان مدار و آموزش شفقت به خود بر آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری تفاوت وجود دارد، تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان هیجان مدار نسبت به آموزش شفقت به خود و همچنین عدم ارائه هرگونه مداخله‌ای، باعث افزایش بیشتری در تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری شده است. لذا بین اثربخشی درمان هیجان مدار و آموزش شفقت به خود بر تاب‌آوری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری تفاوت معناداری به نفع درمان هیجان مدار وجود دارد. هرچند پژوهشگر پژوهشی را که به بررسی مقایسه‌ای تأثیر دو درمان هیجان مدار و آموزش شفقت به خود بر تاب‌آوری باشد، یافت نکرد؛ اما نتایج این پژوهش تأییدی است بر یافته‌های علیزاده سعادت‌آباد (۱۳۹۴)، نوری و شهابی (۱۳۹۶)، وستمکوت و ادموندستون^۱ (۲۰۲۰)، برومند راد (۱۳۹۹)، بشتام (۱۳۹۸)، رئیسی، محمدی، زارعی و نجارپوریان (۱۳۹۷) که تأثیر درمان هیجان مدار بر تاب‌آوری را بررسی کرده‌اند و به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان مدار بر تاب‌آوری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل و درمان‌های دیگر تأثیر بیشتری دارد. همچنین رئیسی (۱۳۹۶) در پژوهشی بر روی زنان متأهل به این نتیجه رسید که دو درمان هیجان مدار و تصمیم‌گیری مجدد در بهبود عملکرد ازدواج، ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و افزایش تاب‌آوری زنان متأهل و حفظ دستاوردهای درمانی حتی تا سه ماه پس از درمان موفق عمل کرده‌اند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده زوج‌درمانی هیجان مدار و درمان تصمیم‌گیری مجدد در افزایش تاب‌آوری زنان متأهل به یک اندازه مؤثر بوده‌اند. درمان هیجان مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله‌به‌مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود

1. westmacott, R., edmondstone, C.

در آن به شدت کمتر است. این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی می‌پردازد و پس از اینکه دفاع‌ها آشکار شدند، این سبک را برای فرد آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می‌سازد. به همین دلیل افراد رفته‌رفته موفق می‌شوند هیجانات سرکوب‌شده و تا آشکاری که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند. تأکید درمان هیجان‌مدار بر روش دلبستگی‌های سازگارانه و ایمن، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود و اطرافیان است که موجب افزایش تاب‌آوری در افراد می‌شود. درمان هیجان‌مدار این قابلیت را به مادران با کودکان مبتلا به اختلال یادگیری می‌دهد تا با افزایش آگاهی هیجانی بتوانند هیجانات منفی همچون خشم، احساس گناه، خود سرزنشی، اضطراب، استرس، افسردگی را کنترل نموده و میزان سازگاری و تاب‌آوری خود را بالا ببرند. در واقع درمان هیجان‌مدار با کمک به بهبود توانایی نمادی سازی هیجانات، منجر به این می‌شود تا عکس‌العمل‌های روان‌شناختی غیرعادی کم شوند و توانایی افراد برای خود مراقبتی و خود نظم‌دهی بهبود یابد که این مساله سبب کاهش شدت هیجانات منفی می‌شود. افرادی که از درمان هیجان‌مدار برخوردار بوده‌اند، با یادگیری واگویی هیجان‌ناشان، می‌توانند هیجانات خود را شناسایی و توصیف کنند و در هنگام مواجهه با شرایط و موقعیت‌های استرس‌زای زندگی نیز هیجانات خود را تشخیص دهند و بهتر قادر باشند با واقعیت‌ها کنار آیند. در این صورت قادر خواهند بود هیجانات را بهتر مدیریت کنند. چون هیجانات نقش مهمی در زندگی افراد ایفا می‌کنند، درمان هیجان‌مدار به‌عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات باعث برخورد مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد؛ بنابراین، درمان هیجان‌مدار می‌تواند با آگاه کردن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به‌موقع آن‌ها نقش مهمی در تاب‌آوری داشته باشد.

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار نسبت به آموزش شفقت به خود و همچنین عدم ارائه هرگونه مداخله‌ای، باعث کاهش بیشتری در علائم آسیب‌پذیری روانی و بدنی در مرحله پس‌آزمون در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری شده

است. لذا میزان آسیب‌پذیری روانی و بدنی در گروه درمان هیجان مدار کمتر از گروه آموزش شفقت به خود به دست آمده است، پس درمان هیجان مدار بر کاهش آسیب‌پذیری روانی و بدنی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری تأثیر بیشتری داشته است پژوهشی در رابطه با مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شفقت به خود بر آسیب‌پذیری روانی-بدنی توسط پژوهشگر یافت نشد؛ اما نتایج این پژوهش می‌تواند تأییدی باشد بر یافته‌های گیلی، صادقی فیروزآبادی، حقایق، قویدل و رضایی جمالویی (۱۳۹۹) که در پژوهشی مقایسه‌ای دریافتند که درمان هیجان مدار و درمان تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای، مداخلات مؤثری در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران قلبی دارند اما تأثیر درمان هیجان مدار بیشتر بود. ثناگوی محرز، شیرازی، محمدی، مقصودلو (۱۳۹۷) نیز به این یافته رسیدند که درمان هیجان مدار در کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران مؤثر بوده است. نجفی، سلیمانی، احمدی، جاویدی، حسینی کارمکار، پیر جاوید (۱۳۹۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش زوج‌درمانی هیجان مدار تأثیر معناداری بر افزایش سازگاری زناشویی (رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت) و کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و سلامت روان‌شناختی) دارد. شاهار، بار-کالیفا، آلون^۱ (۲۰۱۷)، کوکو-کیوهان^۲ (۲۰۱۵)، دی سالز^۳ (۲۰۱۵)، در پژوهش‌های جداگانه نشان دادند که درمان هیجان مدار باعث کاهش علائم روان‌شناختی آسیب‌زا مانند اضطراب، افسردگی، استرس، آشفتگی‌های هیجانی و بهبود سلامت روان در افراد می‌شود. هر یک از رویکردهای درمانی از دریچه‌ای خاص، افراد را مورد توجه قرار داده و به مسئله سازگاری و حل تعارضات پرداخته‌اند. از این میان درمان هیجان مدار یک درمان کوتاه‌مدت نظام‌دار است که مربوط به فعال‌سازی و سازمان‌دهی مجدد طرح‌واره‌های هیجانی می‌شود. درمان پردازشی تجربه‌ای با هیجان مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسان‌گرا در آموزه‌های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه‌گرایی و تعقل‌گرایی را به هم نزدیک نمود. روان‌درمانی هیجان مدار بر این اصل کلیدی که همه‌چیز جاری و در حرکت است، استوار است (عابدی نقندر، مرغزاری و

1. Shahar, B., Bar-Kalifa, E., Alon, E.

2. Cucu-Ciuhan, G.

3. Dessaulles, A.

طالقانی، ۱۴۰۱). این رویکرد تأکید می‌کند که فرایند تجربه، ویژگی‌های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این رویکرد، یک درمان رابطه‌ای است که درمان‌های گشتالتی و مراجع‌محور را باهم تلفیق می‌کند. این درمان به هیجان‌ها به‌عنوان مسئله محوری در عملکرد روان‌شناختی نگاه می‌کند. این رویکرد فرض می‌کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آن‌ها از هیجان‌ات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرح‌واره‌های هیجانی و سازمان‌دهی خود آنان که تحت عملکردهای روان‌شناختی مشکل‌ساز قرار دارد می‌شود که البته نتایج این تحقیقات نشان داد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند بر کاهش علائم مثبت و منفی آسیب‌پذیری روانی-بدنی باشد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان هیجان‌مدار، به کاهش آسیب‌پذیری روانی و بدنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری کمک می‌کند. استفاده از رویکردهای روانی درمانی هیجانی سلامت روانی در این افراد را بهبود می‌بخشد چراکه رویکرد درمانی هیجان‌مدار با تأکید بر ارتباطی پیچیده بین شناخت و احساس می‌تواند میزان پذیرش هیجان‌ات در افراد را تحت تأثیر قرار دهند به‌طوری‌که، باورها، شناخت‌ها و مقابله با اضطراب و درد را باید به‌عنوان یک عامل مهم در تعیین سلامت کلی مادران در نظر گرفت چراکه نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش علائم شکایت جسمانی، افسردگی و اضطراب را دارد.

در نتیجه می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار درمانی مبتنی بر رابطه، تجربی و انسان‌گرا است. نشان داده شده است که تعامل‌های لحظه‌به‌لحظه مراجع - درمانگر و همراهی درمانگر باحالت هیجانی مراجع، نتایج درمان را پیش‌بینی می‌کند (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۰). نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجعان غالباً فرایندی دشوار و طاقت‌فرسا است. رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است. مدعیان درمان هیجان‌مدار بر این باورند که تنظیم هیجان بیش از آنکه برنامه‌های آموزشی با پروتکلی مشخص باشد، یک فرایند است و از این نظر کار درمانگر بیش از آنکه به کار یک معلم شبیه باشد، به کار مربی شباهت دارد (هیت و نلسون، ۲۰۲۰).

بیماران با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب کرده بودند، آموزش دیدند که به جای سرکوب نمودن هیجان‌ات خود را مغلوب ساختن آن‌ها، پر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر دریافت کنند. بیماران در طول جلسات به این درک دست یافتند که هیجان‌ات الزاماً ترسناک و پایدار نیستند. لذا می‌توان به جای فرار از آن‌ها با درگیر شدن با آن‌ها، پیام پنهانی‌شان را شنید. در همین رابطه اسمری برده زرد، خانجانی، موسوی اصل، دولتشاهی (۱۳۹۷) باهدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و اضطراب بیماران نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان با تقویت پردازش و خود آگاهی هیجانی باعث تغییر در طرح‌واره‌های هیجانی شده و با جانشین کردن پاسخ‌های سازگار منجر به کاهش افسردگی و اضطراب می‌گردد. دل‌بستگی‌های نا ایمن در کل با آسیب‌پذیری کلی نسبت به سلامت روان و به‌طور خاص با ابتلا به اختلالات افسردگی و اضطراب مرتبط دانسته شده است.

درواقع در روش‌های درمان گروهی هیجان مدار تلاش می‌شود تا در جریان درمان، بیماران تشویق شوند تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجان‌ات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نماید پرداختن به این موضوعات در جلسات آموزشی گروهی هیجان مدار منجر به بهبود تاب‌آوری می‌گردد. همچنین درمان هیجان مدار، آشفتگی‌های بیماران، توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دل‌بستگی، عدم توجه به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه هیجانی نامناسب ایجاد شده و ادامه پیدا می‌کند. در واقع در درمان هیجان مدار سعی می‌شود هیجان‌ات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و سازنده تبدیل شوند. مهارت‌های هیجانی که به‌عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجان‌ات و همچنین توانایی همدلی با یگرا تعریف شده است باعث کاهش افسردگی و انتقادپذیری را در بیماران کاهش می‌دهد. هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است از جمله محدودیت‌های این پژوهش شرایط سخت کرونایی و دسترسی به آزمودن‌ها جهت شرکت منظم در جلسات بود. با توجه به حمایت‌های پژوهشی

از مدل درمانی هیجان مدار و تمرکز بیشتر این رویکرد بر پردازش هیجانات در قیاس با درمان‌های شناختی دیگر، پیشنهاد می‌شود از این درمان در اختلالات خلقی و اضطرابی به‌طور گسترده استفاده شود. آگاهی درمانگران مراکز روان‌درمانی و مشاوره به‌ویژه مراکز اختلالات یادگیری آموزش و پرورش از کارایی درمان گروهی هیجان مدار، عملکرد آن‌ها را در موقعیت‌های آموزشی و درمانی بهبود می‌بخشد، بنابراین در برنامه‌ی مداخله درمانی ویژه ضروری است جهت افزایش آگاهی درمانگران در این زمینه اقدام گردد. همچنین کارگاه‌های آموزشی هیجان مدار به‌صورت گسترده در مراکز آموزشی و مشاوره قبل از ازدواج جهت ارتقاء سطح بهداشت روانی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین برگزار گردد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاقی پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله دعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است. *گناه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*

مشارکت‌کنندگان

تمامی نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند. *رتال جامع علوم انسانی*

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

این مقاله حاصل رساله دکتری رشته راهنمایی و مشاوره دفاع شده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران می باشد که در شورای پژوهشی و آموزشی آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران در تاریخ ۱۴۰۰/۰۸/۱۱ با کد IR.IAU.SRB.REC.1400.218 تأیید و تصویب شده است. محققین بر خود لازم می دانند از تمامی کسانی که در این مطالعه شرکت نمودند، مراتب تشکر و قدردانی را اعلام کنند.

ORCID

Farzaneh Amjadiyan  <https://orcid.org/>
Asghar Jafari  <https://orcid.org/>
Mohammad Ghamari  <https://orcid.org/0003-0913-5561>

منابع

- آزاد، حسین (۱۳۹۸). *آسیب شناسی روانی*. تهران: انتشارات بعثت.
- اسمری برده زرد، یوسف؛ خانجانی، سجاد؛ موسوی اصل، اسماعیل؛ دولشاهی، بهروز (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان مدار بر اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در اختلال پرخوری. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۲۷(۱)، ۱۵-۲.
- برومند راد، سیده مریم (۱۳۹۹). اثربخشی درمان هیجان مدار بر ارتقای سلامت روان و تاب آوری زنان آسیب دیده از خیانت همسر. *مجله روان شناسی اجتماعی*، ۱۴(۵۶)، ۱۱۱-۱۲۲.
- پورافکاری، نصرت الله (۱۳۹۶). *فرهنگ جامع روان شناسی - روان پزشکی انگلیسی - فارسی (جلد دوم)*، تهران: موسسه فرهنگ معاصر.
- ترابی زنوز، سحر؛ محمود علیلو، مجید؛ پاک، راضیه (۱۳۹۹). بررسی رابطه آسیب پذیری روانی - بدنی با اضطراب موقعیتی - خصیصه ای در شرایط پاندمی ویروس کرونا. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۰(۱)، ۳۳-۴۶.
- تنهای رشوانلو، فرهاد؛ سعادت شامیر، ابوطالب (۱۳۹۴). اعتبار و روایی سازه فهرست ۲۵ سؤالی نشانه های روان شناختی (SCL-25). *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۱)، ۴۸-۵۶.
- ثناگوی محرر، غلامرضا؛ شیرازی، محمود؛ محمدی، رؤیا؛ مقصودلو، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اسکروز (ام. اس. چند گانه). *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱، ۱۹۰-۲۰۰.
- حاجی بابایی راوندی، عطیه؛ تجلی، پرینا؛ قنبری پناه، افسانه؛ شهریاری احمدی، منصوره (۱۴۰۱).

اثربخشی برنامه فرزند پروری مثبت بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۳(۵۱)، ۲۰۷-۲۳۰.

حسینی قمی، طاهره؛ جهان‌بخش، زهرا (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۶)، ۲۰۵-۲۲۸.

خاموشی قلعه‌نویی، صنم؛ منصوری، احمد (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت‌ورزی و خود انتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۱۴(۵۷)، ۲۳۷-۲۵۴.

رجبی، اکرم؛ قمری، محمد؛ حسینیان، سیمین (۱۴۰۱). نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان با اضطراب کرونا در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شمیرانات. دو فصلنامه علمی پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده، ۱۰(۱)، ۱۸-۱.

رحیمیان بوگر، اسحق؛ اصغر نژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۱)، ۷۰-۶۲.

رئسی، سید جمال (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و رویکرد تصمیم‌گیری مجدد بر بهبود عملکرد ازدواج، ارتقاء ابعاد مهارت‌های ارتباطی و افزایش تاب‌آوری در زنان متأهل. پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه هرمزگان.

رنجبرکهن، زهره (۱۳۹۵). مبانی نظری و اصول درمانی شفقت‌محور. تهران: انتشارات نهر. ریسی، سید جمال؛ محمدی، کوروش؛ زارعی، اقبال و نجارپوریان، سمانه (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و رویکرد تصمیم‌گیری مجدد بر افزایش ابعاد تاب‌آوری زنان متأهل. پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده، ۶(۱۲)، ۵۵-۳۹.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.

ضیغمی، مریم؛ پور بهاء‌الدینی زرنندی، نرجس (۱۳۹۰). بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی با سلامت عمومی و سبک‌های مقابله‌ای در دانشجویان پرستاری و مامایی و بهداشت دانشگاه آزاد

- اسلامی واحد کرمان. *مجله گام‌های توسعه آموزش پزشکی*، ۸(۱)، ۴۸-۴۱.
- عابدی نقدر، منا؛ مرغزاری، مجتبی؛ طالقانی، علیرضا (۱۴۰۱). تأثیر درمان هیجان مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱۲(۱۶)، ۱-۱۵.
- علیزاده سعادت‌آباد، محدثه (۱۳۹۴). تأثیر درمان هیجان مدار بر تاب‌آوری و روابط بین همسران معتادین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- فرخجسته، وحیده السادات؛ عبدالهی، راشن (۱۳۹۸). بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سبک دلبستگی با ترس از حرم در جامعه زنان معتاد بزهکار شهر تهران. *دو فصلنامه پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده*، ۸(۱)، ۹۰-۷۴.
- کاوه، منیژه؛ علیزاده، حمید؛ دلاور، علی و برجلی، احمد (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۱(۲)، ۱۴۰-۱۱۹.
- گیلی، شهناز؛ صادقی فیروزآبادی، وحید؛ حقایق، سید عباس؛ قوبدل، علیرضا؛ رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان تحریک الکترونیک مستقیم فراجمجمه‌ای بر اضطراب و افسردگی بیماری عروق کرونر. *روان‌شناسی سلامت*، ۹(۳۶)، ۶۲-۴۵.
- محقق، مهدی؛ پورمحمد رضای تجربی، معصومه؛ شهشهانی پور، سهیلا؛ موللی، گیتا؛ واحدی، محسن (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش جرئت‌ورزی بر نشانه‌های اضطراب کودکان دچار اختلال یادگیری خاص در سنین مدرسه. *مجله توان‌بخشی*، ۲۲(۴)، ۴۱۵-۴۲۹.
- محمدی، میترا (۱۳۸۴). بررسی عوامل کلیدی در تاب‌آوری سوءمصرف کنندگان مواد مخدر در معرض خطر. پایان‌نامه کارشناسی دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا؛ زهتاب‌ور، غلامحسین (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۴۲-۱۳۶.
- موسوی، سید ولی‌الله؛ کوشا، مریم؛ خسرو جاوید، مهناز؛ عبدالکریمی، ماندانا (۱۳۹۱). تأثیر آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۶)، ۵۷-۴۵.

می‌کائیلی، نیلوفر (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان ناتوانی یادگیری و عادی، *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۱)، ۱۲۱-۱۲۷.

نوری، حمیدرضا (۱۳۹۵). *شفقت و ذهن آگاهی*. تهران: انتشارات کیان افراز.

نجاریان، بهمن؛ داوودی، ایران (۱۳۸۰). ساخت و اعتبار یابی SCL-25. *مجله روان‌شناسی*، ۵(۲)، ۱۳۶-۱۴۹.

نجفی، مریم؛ سلیمانی، علی‌اکبر؛ احمدی، خدابخش؛ جاویدی، نصیرالدین؛ حسینی کامکار، الناز و پیر جاوید، فاطمه (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقای سلامت جسمی و روان‌شناختی زوجین. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۷(۱۳۳)، ۸-۲۱.

نوری، حمیدرضا و شهابی، بهاره (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۳)، ۱۱۸-۱۲۶.

یزدانبخش، کامران؛ بهرامی، زهرا (۱۳۹۰). بررسی راهکارهای حل مسئله در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، *اولین همایش ملی یافته‌های علوم شناختی در تعلیم و تربیت*. دانشگاه فردوسی مشهد.

- Agaiibi, C.E. & Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*; 6(3), 195-216.
- Alao, M.J., Ayivi, B., & Lacombe, D. (2012). Management of children with intellectual and developmental disability in an African setting. In: Tan U. Latest findings in intellectual and developmental disabilities research, Croatia: In Tech, 45-76.
- Alarcón, R., Cerezo, M. V., Hevilla, S., & Blanca, M. J. (2020). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 81-89.
- Ashburn, S. M., Flowers, D. L., Napoliello, E. M., & Eden, G. F. (2020). Cerebellar function in children with and without dyslexia during single word processing. *Human Brain Mapping*, 41(1), 120-138.
- Baucom, D. Shoham, V. Muesser, K. Daiuto, A. & Stickle, T. (2010). Empirically Supported Couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical psychology*; 66,53-88.

- Bonifacci, P. Storti, M. Tobia, V. & Suardi, A. (2015). Specific Learning Disorders a Look inside Children's and Parents' Psychological Well-Being and Relationships. *Journal of learning disabilities*; 49(5), 532-545.
- Burenkova, O V. Naumova, O Y. Grigorenko, E L. (2021). Stress in the onset and aggravation of learning disabilities. *Developmental Review*, 61, 125-129.
- Chilling E, Baucon D, Burnet CK, Ragland D. (2013). Altering the course of marriage. The effect of PREP communication skills acquisition on couples risk of becoming martially distressed. *Journal of fam pscology*. 17: 41-53.
- Connor, KM. Davidson, JR. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*;18(2):76-82.
- Cucu-Ciuhan, G. (2015). Emotion Focused Therapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Clinical Case Procedia - Social and Behavioral Sciences. 205, 13-17.
- Dessaulles, A. (2015). Emotion focused therapy in the treatment of clinical depression in the context of marital distress. published doctoral dissertation, University of Ottawa, Canada.
- Eisenhower, AS. Baker, BL. & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal intellectual Disable*; 49(9), 657-671.
- Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-428.
- Garmezy, N. (2019). Stressors of childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children* (pp. 43-84). New York: McGraw-Hill.
- Greenberg, L. S., & Geller, S. M. (2019). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington: American psychological Association.
- Greenberg, I. & Watson, J. (2020). *Emotion focused therapy for depression*, Washington: American psychological Association.
- Hoyt, M A. Nelson, C J. (2020). Goal-focused Emotion-Regulation Therapy for young adult survivors of testicular cancer: Feasibility of a behavioral intervention. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 19, 1-3.
- Hughes, EM. Riccomini, PJ. Lee, J Y. (2020). Investigating written expressions of mathematical reasoning for students with learning disabilities. *The Journal of Mathematical Behavior*; 58, 134-145.
- Hwang, Y. I., Arnold, S., Trollor, J., & Uljarević, M. (2020). Factor structure

- and psychometric properties of the brief Connor–Davidson Resilience Scale for adults on the autism spectrum. *Autism*, 2(1), 1-10.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*; 56, 227-238.
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2014). Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism. *Mindfulness*, 1-10.
- Neff, K. D. & Pommier, E. (2013). The relationship between selfcompassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160–176.
- Nicolson, R. I., & Fawcett, A. J. (2019). Development of dyslexia: The delayed neural commitment framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13(112), 1-16.
- Pascual-Leone, J. & Johnson, J. (2018). Affect, self- motivation and cognitive development: A dialectical constructivist view. In Y.D.Dai & R. J Sternberg (Eds.), motivation, emotion, and cognition: Integrative perspectives on intellectual functioning and development (PP. 197-236). Mahwah, NJ: Eelbaum.
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(3), 238.
- Tali, H. (2002). Parents of Children With Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations¹. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*; 14(2),64-73.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*; 71, 290-297.
- Wang, J. Zhang, X. Simons, S R. Sun, J. Cao, F. (2020). Exploring the Bi-directional Relationship between Sleep and Resilience in Adolescence. *Sleep Medicine*In press, journal pre-proof Available online; 29, 1129-1137.
- Westmacott, R., & Edmondstone, C. (2020). Working with transgender and gender diverse clients in emotion-focused therapy: targeting minority stress. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1-19.
- Wolf, W. (2011). Embarrassment in diagnostic process Mental retarded; 3, 29-31.
- Yarveisy, R. Gao, C Khan, F. (2020). A simple yet robust resilience assessment metrics *Reliability Engineering & System Safety*
- Yidirim, A., Hacıhasanog, A., Ilar, R., Karakurt, P. (2013). Effects of a nursing intervention programs on the depression and perception of family functioning of mothers with intellectually disabled children. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 251-261.



استناد به این مقاله: امجدیان، فرزانه، جعفری، اصغر، قمری، محمد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و آموزش شفقت به خود در تاب آوری و کاهش آسیب پذیری روانی- بدنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری (خواندن و نوشتن)، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴(۵۵)، ۱۵۱-۱۸۳.

DOI: 10.22054/QCCPC.2023.69499.2989



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی