



## Sociology of Education

### The effectiveness of the Educational Package based on the Lived Experience of Mothers with Multi-Disabled Children with Ataxia on Improving Depression

Zeinab Mahmoodiasl<sup>1</sup>, Yaser Rezapour Mirsaleh<sup>2\*</sup>, Ali Nazari<sup>3</sup>

1. PhD Student, Department of Counseling, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
2. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran (Corresponding Author).
3. Professor, Department of Design, Faculty of Art and Architecture, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

❖ **Corresponding Author Email:** [y.rezapour@ardakan.ac.ir](mailto:y.rezapour@ardakan.ac.ir)

**Receive:** 2023/09/09  
**Accept:** 2024/02/04  
**Published:** 2024/05/06

#### Keywords:

Lived Experience, Depression, Alexithymia, Children with Multiple Disabilities.

#### Article Cite:

Mahmoodiasl Z, Rezapour Mirsaleh Y, Nazari A. (2024). The effectiveness of the Educational Package based on the Lived Experience of Mothers with Multi-Disabled Children with Ataxia on Improving Depression, *Sociology of Education*. 10(1): 259-270.

**Purpose:** The purpose of this research was to investigate the effectiveness of the educational package based on the lived experience of mothers with multi-disabled children with emotional dyslexia on the improvement of depression.

**Methodology:** The method of this research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the research includes all mothers with multi-disabled children whose children were studying in Golhai Shiraz exceptional school in 1400-1401. Among the mothers, 30 mothers were selected as available and were randomly assigned to an experimental group (15 people) and a control group (15 people). Then, the pre-test of the research variables was carried out and the mothers of the experimental group were trained for 12 sessions on alexithymia. After the completion of the training, a post-test of the experimental and control groups was conducted. Research data were collected through alexithymia (Toronto, 1994) and depression (Beck, 1961) questionnaires. The data were analyzed by intragroup-intergroup multiple covariance analysis.

**Findings:** The results showed that the alexithymia training program improved depression in mothers of children with multiple disabilities.

**Conclusion:** Based on the findings, since the program developed in this research was based on the real experiences of mothers of children with multiple disabilities, and it was developed specifically for these mothers, and the psychometric features of the program were confirmed by experts in this field, and in a way, it was related to the issues and it has addressed the psychological problems of mothers and the behavioral problems of children, it has been more effective.



<https://doi.org/10.22034/ijes.2021.541983.1184>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221445.1401.15.1.1.0>



Creative Commons: CC BY 4.0



## جامعه‌شناسی آموزش و پرورش

### اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته مادران دارای فرزند چند معلولیتی با ناگویی هیجانی بر بهبود افسردگی

زینب محمودی اصل<sup>۱</sup>، یاسر رضاپور میرصالح<sup>۲\*</sup>، علی نظری<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

۳. استاد، گروه طراحی، دانشکده هنر و معماری، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

✦ ایمیل نویسنده مسئول: y.rezapour@ardakan.ac.ir

| مقاله تحقیقاتی   | چکیده  |
|--|--|
| دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۱۸   | <b>هدف:</b> هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته مادران دارای فرزند چند معلولیتی با ناگویی هیجانی بر بهبود افسردگی بود.   |
| پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵  | <b>روش شناسی:</b> روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزندان چندمعلولیتی که فرزندان مشغول به تحصیل در مدرسه استثنایی گل‌های شیراز در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند. از بین مادران، ۳۰ مادر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس پیش آزمون متغیرهای پژوهش به عمل آمد و مادران گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش بسته تدوین شده ناگویی هیجانی قرار گرفتند. بعد از اتمام آموزش دوباره یک پس آزمون از گروه‌های آزمایش و کنترل به عمل آمد. داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی (تورتو، ۱۹۹۴) و افسردگی (بک، ۱۹۶۱) گردآوری شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند گانه درون گروهی-بین گروهی مورد بررسی قرار گرفتند. |
| انتشار: ۱۴۰۳/۰۲/۱۷   | <b>یافته‌ها:</b> نتایج نشان داد که برنامه آموزش ناگویی هیجانی باعث بهبود افسردگی در مادران کودکان چند معلولیتی شد.   |
| <b>واژگان کلیدی:</b><br>تجربه زیسته، افسردگی، ناگویی هیجانی، کودکان چند معلولیتی.  | <b>بحث و نتیجه گیری:</b> براساس یافته‌ها از آنجایی که برنامه تدوین شده در این پژوهش بر اساس تجربه‌های واقعی مادران کودکان چند معلولیتی بود و به طور اختصاصی برای این مادران تدوین شده است و ویژگی‌های روانسنجی برنامه توسط متخصصان این زمینه تایید شده و به نحوی هم به مسائل و مشکلات روانی مادران و هم مشکلات رفتاری کودکان پرداخته است، از اثربخشی بیشتری برخوردار بوده است.   |
| <b>استناد مقاله:</b><br>محمودی اصل ز، رضاپور میرصالح ی، نظری ع. (۱۴۰۳). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته مادران دارای فرزند چند معلولیتی با ناگویی هیجانی بر بهبود افسردگی، جامعه‌شناسی آموزش و پرورش. ۱۰(۱): ۲۷۰-۲۵۹. |  |



<https://doi.org/10.22034/ijes.2021.541983.1184>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221445.1401.15.1.1.0>



Creative Commons: CC BY 4.0

## مقدمه

معلولیت به ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از فعالیت‌های عادی زندگی فردی و اجتماعی به علت وجود نقصی مادرزادی یا اکتسابی در قوای جسمانی و روانی اطلاق می‌شود و در نتیجه فرد از انجام وظایف عادی با توجه به سن، جنسیت، عوامل اجتماعی و فرهنگی باز می‌دارد یا او را محدود می‌کند و سبب اختلال در جابجایی فرد در محیط می‌شود (Petitpierre, Dind, 2023). چند معلولیتی نیز نوعی اختلال است که در آن عملکرد شناختی زیر میانگین و دارای تفاوت قابل توجه با همسالان در دو یا چند رفتار (هوشی، جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و قبل از ۱۸ سالگی در کودک مشاهده می‌شود (Doll, Yergert & Appel, 2020). میزان شیوع این ناتوانی ۱ تا ۲ درصد جمعیت کل کشورهاست، طبق آمار سازمان بهزیستی در ایران از جمعیت ۲ میلیون و ۸ هزار معلول، ۲۸۷۹۵ نفر آنان را معلولان ذهنی تشکیل می‌دهند (Ghiyasi, 2020). همچنین مطالعات آماری در آمریکا بیانگر حضور ۳٪ درصد جمعیت کل کشور به افراد با ضریب هوشی دو یا بیشتر از دو انحراف معیار زیر میانگین می‌باشد (Athar & Joseph, 2020). از آنجا که کودک چند معلولیتی دارای نیازهای زیادی بوده و به دلیل معلولیت ذهنی از توان کم‌تری برای برخورد با مسائل مربوط به خود است و این امر موجب وابستگی نسبتاً دائمی او به والدین می‌شود، لذا معلولیت او به صورت یک عامل فشار و استرس زای دائمی در می‌آید (Ghasemi, 2014).

اگر چه با حضور کودک چند معلولیتی، همه اعضای خانواده و کارکرد آن‌ها آسیب می‌بینند. اما مادران به دلیل داشتن نقش مراقب، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند با معلولیت خود احساس می‌کنند و به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند (Bağ, 2022). کودکان چند معلولیتی به سبب شدت و ترکیب معلولیت، نیاز به خدمات بیشتری دارند. خانواده این کودکان نیز به همان نسبت تحت عوامل فشارزای زندگی قرار دارند. وجود این کودکان اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری بر خانواده وارد می‌کند و گاه سلامت روانی خانواده را آسیب می‌رساند و باعث ایجاد افسردگی می‌گردد (Gupta & ME, 2021).

مطالعات Bramhe (2019) نشان داد که والدین کودکان چند معلولیتی استرس بیشتری را نسبت به مادران دارای کودک با رشد طبیعی تجربه می‌کنند و از لحاظ ویژگی‌های شخصیتی با مادران عادی متفاوت هستند و افسردگی بالاتری نیز دارند. این مسائل ممکن است برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضداجتماعی، خود آسیب رسانی، حرکات کلیشه‌ای، اختلال‌های شناختی، مشکلات رفتاری، مشکلات تغذیه‌ای، کارکرد انطباقی پایین، نقایص زبانی و نیز مشکلات مربوط به حضور در امکان عمومی با شرایط خاص کودک و هزینه‌های زیاد خدمات درمانی و آموزشی باشد (Jahan, et al, 2020). همچنین گسترده وسیعی از پیشینه پژوهشی حاکی از این واقعیت است که والدین دارای کودکان چند معلولیتی، نسبت به والدین دارای کودکان عادی و سایر کودکان با نیازهای خاص، اضطراب، افسردگی، نگرانی و بار روانی بیشتری را به دوش می‌کشند (Merla & Kumar, 2021).

افسردگی یکی از شایع‌ترین واکنش‌های روانی در مادران کودکان با معلولیت است (Walsh, 2019). هیجانات همراه با افسردگی از جمله احساس بی‌ارزشی و یا ناامیدی نیز واکنش‌هایی مانند انکار، خشم و احساس گناه ایجاد می‌کند که می‌تواند از این طریق بر سلامت عمومی این مادران تأثیر منفی بگذارد (Naushad, Dunn, Muñoz & Leykin, 2018). بک، افسردگی را به عنوان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه هیجانی، انگیزشی، رفتاری، شناختی و جسمانی می‌شود (Sharma, et al, 2021). افسردگی در شخص حالتی است حاکی از غمگینی و گرفتگی و بی‌حوصلگی و در بعد تشخیص بیماری در برگیرنده طیف وسیعی از اختلالات خلقی با زیرشاخه‌های متعدد است. خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت بخش روزمره مثل معاشرت، تفریح، ورزش، غذا و میل جنسی است. ناتوانی برای کسب لذت حالتی نافذ و پایا داشته و شدت آن بستگی به تعداد علائم و درجه نفوذ آن دارد (Ganji, 2018).

افراد مبتلا به افسردگی هنگام مواجه شدن با رویدادهای ناخوشایند زندگی، به خود سرزنشی می‌پردازند و این رویدادها را فاجعه آمیز و حل‌نشده تلقی می‌کنند (Kido & Fujita, 2021). طبق پژوهش (Zandi, Gholamali Lavasani, Afrooz, Ragheb, 2017)، (Waters & Friesen, 2019) مادران این گونه کودکان اغلب سلامت روان کمتر، افسردگی بیشتر، اضطراب بیشتر در مقایسه با مادران کودکان سالم دارند. از مهمترین مشکلاتی که انتظار می‌رود در مادران دارای کودک چند معلولیتی در سطح پایینی قرار داشته باشد مقوله «ناگویی هیجانی» است. آگاهی اشخاص از احساس‌هایشان و توانایی بیان این احساس‌ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تأثیر گذار است. آگاهی هیجانی ضعیف چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان ناگویی هیجانی شناخته شده است. اولین بار سیف‌نوس در سال ۱۹۳۷ اصطلاح ناگویی هیجانی را مطرح ساخت (Goerlich, 2018).

دشواری‌هایی در شناسایی احساس‌ها، در توصیف احساس‌ها، سبک تفکر برون مدار، ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمايز از تجربه‌های هیجانی از جمله ویژگی‌های ناگویی هیجانی هستند. از دیدگاه علوم شناختی، هیجان‌ها به عنوان دسته ای از طرحواره‌های مبتنی بر پذیرش اطلاعات شناخته می‌شوند که شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیر نمادین هستند (Moqtader, Hallaj, 2018). از جمله مسائلی که مادران دارای کودکان چند معلولیتی با آن روبرو هستند، اشکالات جدی در مدیریت هیجان‌ها است که علت این مشکلات ممکن است در بعضی از افراد، ناتوانی مزمن ناهشیاری هیجانی باشد. به طور کلی شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از زوجینی که روابط آشفته‌ای دارند هیجان‌ها خود را به خوبی درک نمی‌کنند و از تنظیم و تعدیل آن عاجزند (Dehghani, Falahi, 2020).

بر حسب مدل آسیب پذیری-استرس، عوامل محیطی در تعامل با عوامل آسیب زایی که از قبل وجود دارند (مانند آسیب‌های زیستی و روانشناختی) باعث ایجاد اختلال‌های هیجانی می‌شوند. این نقص هیجانی یکی از عوامل خطر برای انواع اختلال‌های پزشکی و روان پزشکی است و همچنین باعث افزایش افسردگی در این مادران می‌گردد (Hesse & Gibbons, 2019). Obeid, et al. (2019) طی پژوهشی در زمینه عوامل کارکردی، ساختاری و هیجانی مرتبط با کیفیت زندگی زناشویی، به این نتیجه دست یافتند که رابطه معناداری بین خودآگاهی هیجانی در افراد با میزان ناگویی هیجانی در آنان وجود دارد. نتایج پژوهش Leonardi, et al. (2020) نشان داد مادران دارای ناگویی هیجانی به دلیل فاصله‌گیری و کناره‌گیری از افراد دارای روابط سرد با اطرافیان خود هستند و در بیان احساسات خود با اطرافیان بسیار ناتوان هستند. که این فاصله‌گیری از اجتماعات و در نتیجه احساس تنهایی منجر به پدید آمدن افسردگی در آن‌ها می‌گردد.

در ایران نیز تحقیقات وسیعی در زمینه کودکان با معلولیت‌های متفاوت انجام شده است از جمله: Yaqub Nejad Qain (2022)، تجربیات مادران از داشتن کودکان با نشانگان داون را مورد بررسی قرار داد. پس از بررسی و جمع بندی دقیق پاسخ‌های مادران کودکان با نشانگان داون درباره تجربه شان در فرایند فرزندپروری، عمده استرس‌های والدینی آنان را می‌توان در شش مقوله اصلی طبقه بندی کرد که عبارت است از: پذیرش کودک، نگرانی از آینده کودک، ناآشنایی با راهبردهای تربیتی و آموزشی مناسب، هیجان‌های نامطلوب، مشکلات مرتبط با سلامت کودک و مشکلات مربوط به سایر اعضای خانواده. این مقوله‌ها می‌تواند در فرایند طراحی برنامه‌های آموزشی و توان بخشی خانواده محور برای مادران کودکان با نشانگان داون مورد استفاده قرار گیرد. Ramzanlou, et al. (2020)، پژوهشی تحت عنوان تجربه زیسته مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم، در ۴ مضمون اصلی شامل بروز احساسات متناقض (مثبت و منفی)، سرمایه روان یافته‌های حاصل از تجربه زیسته مادران کودکان دارای اختلال اتیسم، یک مطالعه پدیدارشناسی انجام دادند. شناختی پایین، محدودیت در شبکه‌های حمایت اجتماعی و آثار و پیامدها و همچنین چندین مضمون فرعی دیگر خلاصه شدند.

Sharifi Ardani, Yarmohamedian, Qumrani (2018)، پژوهشی تحت عنوان تدوین برنامه فرزندپروری بر تجارب زیسته کودکان کودکان با ناتوانی هوشی انجام دادند. یافته‌های حاصل از تجربیات مادران در زندگی با کودک مبتلا به ناتوانی هوشی در ۷ مضمون اصلی (تجربه سرزنش، نگرانی از آینده، مشکلات رفتاری کودک، اختلال در تعامل، داغ و انزوای اجتماعی، افکار و احساسات منفی و دستاوردهای مثبت) و ۱۶ مضمون فرعی که به صورت زیرگروه‌های مضامین اصلی کدبندی شده‌اند، خلاصه گردید (Ahmadikhah, Sudagar, Mofidi, 2017)، پژوهشی تحت عنوان مطالعه ارتباط رابطه مادر-کودک بر اساس ناگویی هیجانی، سبک‌های دلبستگی و پذیرش اجتماعی در مادران کودکان دارای اختلالات رشدی عصبی انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که ناگویی هیجانی با بعد پذیرش فرزند و بیش حمایتگری در رابطه والد-کودک بیشترین رابطه را دارد. از طرفی زیرمقیاس طرد فرزند از رابطه ی مادر-کودک در گروه اختلالات رشدی-عصبی تفاوت معنادار بین گروه ناتوانی ذهنی با بیشترین و اختلال یادگیری با کمترین تفاوت، معنادار بود.

بدون تردید نوع ارتباط والدین با کودک استثنایی از مهمترین زمینه‌های پژوهش و مطالعه است. زیرا شخصیت فرد معلول ذهنی، بازتابی از شخصیت والدین می‌باشد. بنابراین یکی از عوامل بنیادی، نحوه پذیرش و برخورد والدین با معلولیت کودک است. لذا لزوم شناخت این کودکان و نحوه واکنش‌های روانی و عاطفی والدین و آموزش صحیح رفتار و کنار آمدن با این کودکان از ضروریات محسوب می‌شود. با توجه به مسائلی که وجود کودک با معلولیت برای والدین و خانواده ایجاد می‌کند و نیاز خانواده‌های دارای فرزند چندمعلولیتی به راهنمایی و مشاوره، نتایج تحقیق حاضر می‌تواند توجه متخصصین در این زمینه را به تدوین برنامه‌هایی در زمینه شناخت، پژوهش و حمایت والدین دارای فرزند چند معلولیتی سوق دهد. لذا پژوهشگر در صدد پاسخ به این سوال است: آیا بسته آموزشی ناگویی هیجانی مبتنی بر تجربه زیسته مادران دارای فرزند چند معلولیتی بر بهبود افسردگی تاثیر دارد؟

## روش‌شناسی

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند چند معلولیتی که فرزندشان مشغول به تحصیل در مدرسه استثنایی گل‌های شیراز بودند، به عنوان مشارکت‌کنندگان در پژوهش انتخاب شد. بررسی اثربخشی بسته آموزشی ناگویی هیجانی با روش نیمه آزمایشی بر اساس نظریه کوهن در برآورد حجم نمونه با توان  $0/81$ ، اندازه اثر  $0/6$  و  $0/05$ ، با یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل حجم نمونه در هر گروه معادل ۱۵ نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به روش در دسترس است. حجم نمونه بر اساس نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و مبتنی بر فرمول کوهن انتخاب شد. به این صورت که ابتدا مدرسه گل‌های استثنایی شیراز انتخاب گردید و از بین آنها مادرانی که شرایط ورود و خروج به مطالعه را داشتند انتخاب شدند. بعد از اینکه حجم نمونه بر اساس نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر جدول کوهن مشخص شدند، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شد. معیارهای ورود عبارتند از: داشتن فرزند چند معلولیتی، عدم ابتلا به بیماری حاد روانی یا جسمی بود. معیارهای خروج عبارتند از: عدم رضایت برای ادامه شرکت در مطالعه، بروز حادثه یا بیماری خاص، استفاده همزمان از مداخله روانشناسی قرار داشتن. فرمول نمونه‌گیری کوهن به صورت زیر است. در این فرمول  $Z\alpha/2$  در سطح خطای  $5\% =$  و برابر  $1/96$  محاسبه می‌شود. مقدار خطای  $d$  برابر  $0/05$  در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش: الف) مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: باگی، پارکر و تیلور این پرسشنامه را طراحی کردند که سه بُعد دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی را در ۲۰ سؤال و در مقیاس لیکرت می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع سه بُعد برای ناگویی هیجانی کلی به دست می‌آید. برخی سؤالات این پرسشنامه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (DIF): این خرده مقیاس توانایی آزمودنی در شناسایی احساساتش و تمایز میان احساسات با حس‌های بدنی را ارزیابی می‌کند که شامل سؤالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴ می‌باشد. مقیاس دشواری در توصیف احساسات (DDF): این خرده مقیاس توانایی شخص در بیان احساسات و اینکه آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می‌سنجد که شامل سؤالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷ می‌باشد. مقیاس تفکر با جهت‌گیری خارجی (EOT): این خرده مقیاس میزان درون‌نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران را بررسی می‌کند که شامل سؤالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ می‌باشد. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت است. به پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ تعلق می‌گیرد. گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره گذاری معکوس دارند: پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۵ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۱ تعلق می‌گیرد. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ است و هرچه قدر نمره بالاتر باشد، شدت ناگویی هیجانی بیشتر است. در پژوهش حاضر نقطه برش پرسشنامه ۵۲ و بالاتر در نظر گرفته شده است. تیلور، پارکر و باگی (۱۹۹۷)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را  $0/81$  گزارش کردند. در نسخه فارسی این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و ۳ زیر مقیاس آن به ترتیب  $0/85$ ،  $0/82$ ،  $0/75$  و  $0/72$  محاسبه شد که نشانه همسانی درونی بالای این مقیاس است. (Taghavi, et al, 2013).

ب) پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک BDI که شامل ۲۱ گروه سؤال است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶ به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد. ۲۱ ماده این میزان در کل شامل ۹۴ سؤال، به صورت عبارات ترتیبی که هر کدام از ماده‌ها مربوط به یک علامت خاص افسردگی می‌باشد، تنظیم شده‌است. در این آزمون در برابر هر یک از ماده‌های مورد نظر، که مشخص‌کننده یکی از علائم مرضی افسردگی است، ۴ تا ۶ جمله نوشته شده‌است که به ترتیب بیانگر خفیف‌ترین تا شدیدترین وجه آن خصیصه مورد نظر است و آزمودنی باید جمله‌های هر ماده را به دقت بخواند و جمله‌ای را که بیانگر بیشترین حالت فعلی وی است با کشیدن دایره به دور آن مشخص کند. نمره بین ۰ تا ۲۱: میزان افسردگی افراد در حد پایینی می‌باشد. نمره بین ۲۱ تا ۴۲: میزان افسردگی افراد در حد متوسطی می‌باشد. نمره بالاتر از ۴۲: میزان افسردگی افراد در حد بالایی می‌باشد. در پژوهش حاضر نقطه برش پرسشنامه ۶۵ و بالاتر در نظر گرفته شده است. فتحی آشتبانی روایی این پرسشنامه را مبتنی بر شاخص‌های CVR و CVI تایید نموده‌است که تمامی شاخص‌ها اعداد نزدیک به ۱ محاسبه شده‌اند و همچنین پایایی این پرسشنامه توسط فتحی آشتبانی معادل  $0/784$  گزارش شده‌است که حاکی از پایایی مطلوب آن می‌باشد. محتوای بسته آموزشی مبتنی بر ناگویی هیجانی به منظور کاهش افسردگی: برنامه آموزشی برای گروه آزمایشی شامل ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته بود که هر هفته یک جلسه برگزار می‌شد. محتوای این جلسات از مولفه‌های الگوی مفهومی حاصل از مرحله کیفی پژوهش (مرور سیستماتیک ادبیات، تجربه زیسته مادران و مصاحبه با خبرگان) استخراج گردید. اعتبار محتوای بسته آموزشی به تایید ۱۵ نفر از اساتید صاحب نظر رسید.

## جدول ۱. برنامه آموزش مبتنی بر ناگویی هیجانی به منظور کاهش افسردگی

| ردیف           | مضامین اصلی<br>تجربه شده        | توضیح مختصر جلسات آموزشی  |
|----------------|---------------------------------|---|
| جلسه<br>آشنایی | کلیات                           | آشنایی مادران با مدرس و فرآیند آموزش، در این جلسه مدرس به معرفی خود، توضیح اهداف و قوانین جلسات آموزشی می‌پردازد، مادران نیز به معرفی خود مشکلات احتمالی و انتظارات خود از شرکت در جلسات را بیان می‌کنند. فرایند طراحی و تدوین برنامه و اهمیت کاربرد آن در زندگی مورد اشاره قرار می‌گیرد. در نهایت درمانگر به طور اختصار در مورد کودکان چند معلولیتی، ناگویی هیجانی و اختلال افسردگی صحبت می‌کند. خط‌مشی‌های گروه و توضیح ویژگی‌های یک هدف مناسب در همین جلسه انجام می‌شود.   |
| جلسه<br>اول    | افکار و احساسات<br>منفی (۱)     | تعریف و ارتباط فکر، احساس، رفتار و بیان این سه کارکرد از طریق A-B-C انجام می‌شود توضیح مختصر در مورد رویکرد شناختی رفتاری و شفقت درمانی (سیستم تنظیم هیجان و مغز تکامل یافته) داده می‌شود. مثلث شناختی افسردگی، درخت تفکر و دماسنج خلق توضیح داده می‌شود و باتوجه به فرایندهای بنیادی افسردگی تعیین می‌کنیم که از کدام مورد برای آموزش مادران شروع کنیم. (فرایند رفتاری هیجانی و شناختی بنیادی-مداخله) که در قسمت شرح جلسه مفصل توضیح داده خواهد شد. که در این جلسه به خاطر شکایت مادران از افکار تکرار شونده منفی (نشخوار فکری) که مداخله آن با ذهن آگاهی و به چالش کشیدن افکار است شروع می‌شود با تکنیک تمرکز بر شی واحد. و جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف جدید به پایان می‌رسد. |
| جلسه<br>دوم    | افکار و احساسات<br>منفی (۲)     | جلسه با تعریفی از تحریف‌های شناختی و لزوم شناسایی افکار خودکار منفی، باورهای میانجی و بنیادی و به چالش کشیدن آن‌ها انجام می‌شود. ویژگی‌های کسی که شفقت دارد آموزش داده می‌شود. و برای به چالش کشیدن افکار در این جلسه از تکنیک دیگری از ذهن آگاهی به اسم آموزش کنترل توجه استفاده می‌شود و در ادامه تکنیک فعال‌سازی رفتاری به عنوان راهبردی در مقابل ناغالی رفتاری (مادران) آموزش داده می‌شود و جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف جدید به پایان می‌رسد.   |
| جلسه<br>سوم    | افکار و احساسات<br>منفی (۳)     | جلسه با توضیحی در مورد افکار افزایشی شروع و با آوردن استاره‌های مختلف در مورد افکار ادامه پیدا می‌کند آشنایی با انواع خود و اجرای تکنیک دو صندلی در جلسه، آموزش تکنیک به تعویق انداختن افکار و اجرای آن در جلسه و بررسی لیست ارزشمندی مادران برای استفاده از آن در فعالسازی رفتاری. در ادامه تکنیک دیگری از ذهن آگاهی که به عنوان راهبردی در مقابل نشخوار فکری است. آموزش و اجرا می‌شود. تکنیک ذهن آگاهی ما در اینجا واریسی بدنی است و جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف جدید به پایان می‌رسد.  |
| جلسه<br>چهارم  | تجربه سرزنش و<br>سرزنش‌گری      | جلسه با آموزش و اجرای مهارت‌های شفقت در جلسه شروع می‌شود (توجه شفقت آمیز- احساس شفقت آمیز- رفتار شفقت آمیز- افکار شفقت آمیز- تجربه حسی شفقت آمیز و تصویرسازی شفقت آمیز). آموزش نوشتن نامه شفقت آمیز به خود. تکنیک ایفای نقش در سه بعد (خودانتقادگر، خودانتقاد شونده، خود شفقت آمیز) آموزش تکنیک خود تقویت یا پاداش به خود (به عنوان راهبردی در مقابل خود سرزنشی انجام شد. و جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف جدید به پایان می‌رسد.   |
| جلسه<br>پنجم   | انزوای اجتماعی                  | جلسه با آموزش ارتباط مؤثر و آموزش اصل پذیرش و اجزای آن شروع می‌شود. (خودپذیری دیگر پذیری- زندگی پذیری نامشروط). آموزش تمایز فکر از واقعیت و معرفی عقاید و باورهای نامعقول (توقع از خود-توقع از دیگران-توقع از دنیا و زندگی) انجام می‌شود. مهارت‌های مقابله‌ای برای تنهایی (تقویت مهارت اجتماعی-تقویت مهارت مکالمه‌ای-تقویت مهارت پاسخ‌دهی) آموزش و اجرا می‌شود. جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف جدید به پایان می‌رسد.   |
| جلسه<br>ششم    | اختلال در روابط<br>بین فردی     | جلسه با تأکید بر رفتار مهربانانه (نوازش-فرصت دادن-ساختار دادن و ایجاد چالش) شروع می‌شود و با آموزش روش‌های غیرمؤثر ارتباطی که زوجین به کار می‌برند (دلربایی کردن- اعمال زور- بحث منطقی- پرخاشگری/منفعانه-التماس کردن) ادامه می‌یابد. آموزش پنج قاعده مؤثر برای ایجاد ارتباط مؤثر انجام می‌شود. تکنیک آزمایش رفتاری که در راستای به چالش کشیدن افکار است آموزش داده می‌شود مهارت‌های مقابله با اختلافات زناشویی (مسئولیت حل تعارض به تنهایی/چشم پوشی از رفتارهای منفی حذف سرزنش کردن شریک زندگی) آموزش داده می‌شود و جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف جدید به پایان می‌رسد.   |
| جلسه<br>هفتم   | نگرانی از آینده (۱)             | با آموزش نگرانی و توضیح مسأله اضطراب فراگیر و توضیح سطوح سه‌گانه شناختی اضطراب و بیان همبود کردن با افسردگی توضیح داده می‌شود. مداخلات درمانی متفاوتی برحسب نیاز مراجع که با کدام موضوع درگیر است، را به کار می‌بریم. از جمله تکنیک‌های مورد استفاده (مداخله هفت گامی شناختی یکپارچه نگر برای نگرانی (اختلال GAD) می‌باشد که در این جلسه تنها بعضی گام‌ها اجرا می‌شود از جمله فعالسازی پاراسمپاتی-تمایز بین نگرانی کارساز و نگرانی دردسرساز-فاصله‌گیری و توصیف محیط- تجویز نگرانی و تکنیک احتمالات می‌باشد و جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکالیف جدید به پایان می‌رسد.   |
| جلسه<br>هشتم   | نگرانی از آینده (۲)             | در ادامه جلسه قبل به اجرای مداخلات و اجرای تکنیک مناسب می‌پردازیم، از جمله درمان‌های شناختی رفتاری در این حوزه مبتنی بر عدم تحمل بالاتکلیفی می‌باشد. که شامل تمثیل و استعاره- آزمایش رفتاری- تکنیک ایفای نقش و کیل مدافع/دادستان-مهارت حل مسأله و مواجهه‌ی تجسمی همراه با ضبط صدا می‌باشد. جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف جدید به پایان می‌رسد.  |
| جلسه<br>نهم    | مشکلات رفتاری<br>کودک           | تأکید بر ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت‌ورزانه نسبت به دیگران (نسبت به فرزند معلول)، تکنیک حل مسأله و پیدا کردن راه حل مناسب در برخورد با فرزند و با آموزش انواع تقویت، تنبیه، خاموشی و شکل‌دهی رفتار ادامه می‌دهیم. مهارت استفاده از سیستم حمایتی و در نهایت تکنیک طیف معنایی برای فاجعه‌سازی‌های مادر آموزش و اجراء می‌شود و جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف جدید به پایان می‌رسد.   |
| جلسه<br>دهم    | نحوه برخورد با<br>ناتوانی کودکی | آموزش مراحل سازگاری خانواده با معلولیت فرزند توضیح داده می‌شود و با توضیحاتی مختصر در مورد اجتناب و آمیختگی شناختی با تأکید بر مفهوم در همین جلسه (نحوه برخورد با ناتوانی کودک که او را مخفی می‌کنند و عدم پذیرش معلولیت کودک) ادامه پیدا می‌کند. آموزش تکنیک پذیرش و گسلس (نامیدی زنده) با تأکید بر استعاره‌های لازم انجام می‌شود استعاره‌ی چاه-مهمان ناخوانده- برگ شناور بر روی رودخانه جاری استعاره‌ی شیر و دست‌ها به عنوان افکار) و جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف به پایان می‌رسد.  |

|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| جلسه<br>پازدهم  | عدم توانمندی مادر<br>در مدیریت خود و<br>کودک | جلسه با تأکید بر حل مسأله پیدا کردن بهترین راه حل شروع می‌شود و با آموزش تکنیک شواهد و موافق و مخالف و تکنیک مربی B و A ادامه پیدا می‌کند. آموزش یاداش به خود با تهیه لیستی از موفقیت‌های ما در انجام می‌شود و مهارت مقابله با قربانی شدن و مسئولیت پذیری متناسب توضیح داده می‌شود. توضیح در مورد شرایط جسمی و روانی کودک و داشتن انتظار مناسب با شرایط و توانمندی‌های کودک از جمله مسائل مهم دیگری است که در جلسه مطرح می‌شود و جلسه با خلاصه کردن و دریافت بازخورد و توضیح تکلیف جدید به پایان می‌رسد. |
| جلسه<br>دوازدهم | حمایت خانواده و<br>دیگران                    | حضور پدر در این جلسه الزامی می‌باشد، لازم به ذکر است که طی یک جلسه گروهی که قبلاً برگزار شد برای پدران توضیحاتی در مورد نحوه ارتباط موثر و دوازده مؤلفه شفقت و کمک از ذهن‌آگاهی انجام شد. مهارت استفاده از سیستم‌های حمایتی و حفظ کنترل درونی آموزش برنامه‌هایی برای افزایش شادکامی از جمله موارد دیگر مطرح شده و در جلسه می‌باشد.   |

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-V24 ابتدا از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده و سپس از آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند گانه درون گروهی-بین گروهی برای مقایسه داده‌های دو گروه استفاده شد.

## یافته‌ها

در این بخش ابتدا توصیفی آماری از اطلاعات جمعیت شناختی به عمل آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد. گروه نمونه شرکت کننده در این بخش پژوهش ۳۰ نفر بودند که از این میان ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به سن و تحصیلات گروه آزمایش و گروه کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۲. یافته‌های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

| متغیر               | فراوانی گروه آزمایش | درصد  | فراوانی گروه گواه | درصد  |
|---------------------|---------------------|-------|-------------------|-------|
| سن                  | ۶                   | ۰۰.۴۰ | ۷                 | ۶۷.۴۶ |
| ۲۵-۳۵ سال           | ۹                   | ۰۰.۶۰ | ۸                 | ۳۳.۵۳ |
| تحصیلات             | ۶                   | ۰۰.۴۰ | ۷                 | ۶۷.۴۶ |
| دیپلم و فوق دیپلم   | ۵                   | ۳۳.۳۳ | ۵                 | ۳۳.۳۳ |
| لیسانس              | ۴                   | ۶۷.۲۶ | ۳                 | ۰۰.۲۰ |
| فوق لیسانس و بالاتر |                     |       |                   |       |

جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه از نظر سن و تحصیلات تقریباً هم‌تا می‌باشند. در بخش بعد توصیفی آماری از داده‌ها به عمل آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد. اطلاعات توصیفی مقیاس افسردگی در جدول ۳ به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی افسردگی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

| متغیر   | شاخص آماری<br>گروه | پیش آزمون | پس آزمون |
|---------|--------------------|-----------|----------|
| افسردگی | گروه آزمایش        | ۴۷.۲۴     | ۸۷.۱۷    |
|         | میانگین            |           |          |
|         | انحراف معیار       | ۶۲.۳      | ۱۶.۳     |
|         | گروه کنترل         | ۴۰.۲۴     | ۴۱.۲۳    |
|         | میانگین            |           |          |
|         | انحراف معیار       | ۵۸.۳      | ۴۲.۳     |

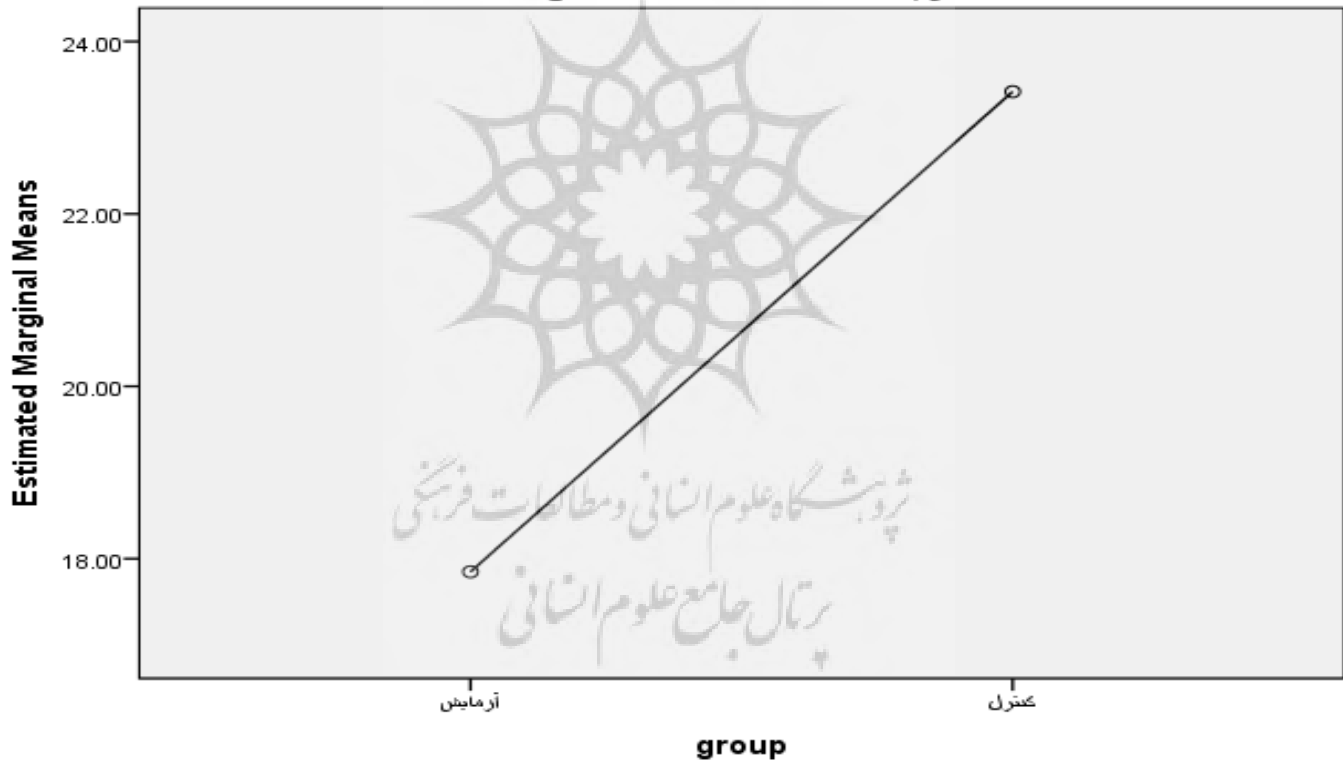
همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای الگوی درمانی مبتنی بر تحلیل تجربه زیسته ناگویی‌های هیجانی باعث کاهش افسردگی مادران دارای فرزند چندمعلولیتی است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس

| شاخص آماری | SS     | df    | MS     | F     | sig   | ضریب ایما |
|------------|--------|-------|--------|-------|-------|-----------|
| پیش آزمون  | ۰۲.۱۱۴ | ۰۰.۱  | ۰۲.۱۱۴ | ۲۶.۱۶ | ۰۰۱.۰ | ۳۸.۰      |
| گروه       | ۷۲.۲۳۲ | ۰۰.۱  | ۷۲.۲۳۲ | ۱۹.۳۳ | ۰۰۱.۰ | ۵۵.۰      |
| خطا        | ۳۲.۱۸۹ | ۰۰.۳۷ | ۰۱.۷   |       |       |           |
| کل         | ۹۷.۵۳۲ | ۰۰.۳۹ |        |       |       |           |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات افسردگی شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $P > 0.05$ ). بنابراین با توجه به میانگین‌های اصلاح شده در نمودار ۱ و نتایج جدول ۴ نتیجه گرفته می‌شود که آزمایش در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر افسردگی مادران دارای فرزند چندمعلولیتی داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن عملی»  $0/55$  بوده است یعنی ۵۵ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در افسردگی مادران دارای فرزند چندمعلولیتی مربوط به مداخله بوده است.

افسردگی پس آزمون Estimated Marginal Means of



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: 24.4333 = افسردگی پیش آزمون

نمودار ۱. مقایسه میانگین‌های اصلاح شده افسردگی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون



## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر بسته آموزشی ناگویی هیجانی مبتنی بر تجربه زیسته مادران دارای فرزند چند معلولیتی بر بهبود افسردگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که برنامه آموزشی ناگویی هیجانی مبتنی بر تجربه زیسته مادران دارای فرزند چند معلولیتی بر بهبود افسردگی اثربخش است. نتایج پژوهش با یافته‌های (Yaquub Nejad Qain, 2022)، (Ashuri, Arabi, 2019)، (Aslipour, et al, 2019)، (Temelurk, et al, 2021)، (Dorđević, et al, 2021)، (Radetzki, et al, 2021)، همخوانی دارد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین بیان نمود تولد یک کودک ناتوان بر خانواده می‌تواند اثرات عمیقی داشته باشد و از آن جایی که معلولیت و رفتارهای ناشی از آن امری ثابت و پایدار است، این امر بر تعاملاتی که کودک با خواهر و برادران و والدین خود دارد، تاثیر می‌گذارد. کودک دارای معلولیت به عنوان یک فشار خرد کننده روی والدین است.

در حقیقت تولد یک کودک دارای معلولیت نمایشگر مرگ آرزوهای والدین از آنچه کودک آنها باید می‌بوده است. داشتن کودک با چند معلولیت باعث بحران، شوک، احساس گناه، انکار، احساس تنهایی، افسردگی، ناگویی هیجانی و کاهش ارتباط در فامیل شده و زمینه را برای جدایی والدین فراهم می‌کند. از آنجا که کودکان با چند معلولیت دارای نیازهای فراوانی بوده و به دلیل نقص ذهنی از توان کمتری برای برخورد با مسائل مربوط به خود برخوردارند، این امر موجب وابستگی دائمی آنان به والدین به ویژه مادر می‌شود، لذا معلولیت او به صورت یک عامل فشار و استرس زای دائمی در می‌آید. با توجه به این که معلولیت کودکان مشکلات قابل توجهی برای والدین به وجود می‌آورد، لازم است مشکلات روانشناختی والدین چنین کودکانی برای برنامه ریزی مراقبتی و حمایتی مورد بررسی قرار گیرند. از علل احتمالی ناگویی هیجانی پایین در والدین به ویژه مادران دارای فرزندان چند معلولیتی می‌توان گفت که رو به رو شدن با معلولیت فرزند یک ضربه عاطفی را به والدین وارد می‌کند. رویاهای والدین درباره فرزندشان فرو می‌پاشد و نخستین واکنش‌ها تکذیب و انکار است (Radetzki, et al, 2021).

درماندگی، احساس گناه، اندوه و خشم از معمول‌ترین هیجاناتی است که والدین تجربه می‌کنند. آنها اغلب شوکه می‌شوند و معلولیت فرزندشان را همراه با احساس سرخورده‌گی و ناامیدی کامل از زندگی تجربه می‌کنند (Sagar, et al, 2021). از طرفی فرزندان معلول در استفاده از ابزارهای ارتباطی و سخن گفتن دچار مشکل هستند که می‌تواند منجر به عدم پذیرش از سوی همسالان و احساس تنهایی شود (Hemming L, et al, 2019). احساس تنهایی باعث انزوای اجتماعی و افزایش احتمال بروز اختلالات روان شناختی خواهد شد؛ که این عوامل می‌تواند اثرات عمیقی بر خانواده از جمله مادر داشته باشد و باعث افزایش ناگویی هیجانی در آنان شود (Kafetsios, Hess, 2019).

امروزه نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد با ناگویی هیجانی بالا در درک و شرح هیجان‌های خود و دیگران ناتوان و عاجز هستند. برای همدلی استعداد ضعیف شده‌ای از خود نشان می‌دهند و نمی‌توانند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار نموده و سازگار گردند بنابراین آمادگی ابتلاء به انواع اختلال‌های روانشناختی را دارند. ضمن آنکه می‌توان گفت، دشواری در شناسایی و تمایز بین احساسات به عنوان یکی از مولفه‌های ناگویی هیجانی، افراد را مستعد نارسایی در تنظیم هیجان‌ها در شرایط یا روابط استرس آمیز می‌کند. درواقع، هرچه فرد در شناسایی و متمایز کردن هیجان‌اتش و تفکر عینی مشکلات بیشتری داشته باشد، علائم اضطراب و افسردگی را در حد شدید تری تجربه می‌کند (Afsari, et al, 2018).

بنابراین معلولیت کودک بر خانواده تاثیر گذاشته و مشکلات فراوانی برای والدین و سایر اعضای خانواده ایجاد می‌کند. ابتدا فشار روانی و ضربه شدید عاطفی بر پدر و مادر وارد شده و اغلب، احساساتی چون غم، اندوه و نگرانی، احساس تقصیر و گناه، شرمندگی و خجالت و گوشه‌گیری و افسردگی در آنها بوجود می‌آید. شناسایی و تشخیص به هنگام، زمینه مداخله اولیه در جنبه‌های درمانی، پزشکی، روان‌شناسی و پیشگیری از شدت معلولیت را فراهم می‌نماید. مداخله اولیه که مبتنی بر الگوی خانواده محوری و اهمیت دادن به مشارکت خانواده در فرآیند آموزش، توان بخشی و درمان می‌باشد نقش اساسی در تضمین رشد مطلوب کودک دارد و عملکردهای شناختی و حرکت یک کودک معلول را بهبود می‌بخشد. کودکان چندمعلولیتی که بسیار بیش از حد ناتوانی غیرمرتبط دارند به سبب شدت و ترکیب معلولیت، نیاز به خدمات بیشتری دارند.

خانواده این کودکان نیز به همان نسبت تحت عوامل فشارزای زندگی قرار دارند. وجود این کودکان اغلب آسیب‌های جبران ناپذیری بر خانواده وارد می‌کند و گاه سلامت روانی خانواده را آسیب می‌رساند. مادرانی کودکان در معرض فشار بیشتری قرار دارند. بنابراین مداخلات اولیه برای کودکان چندمعلولیتی و خانواده آنها نیز از ضروریات است که به بزرگ‌ترین چالش این والدین ارائه خدمات مناسب توان بخشی، پزشکی، آموزشی و ابزارهای خاص و کمکی برای فرزندان است. توانمندسازی والدین، آنها را به عضو مؤثری در فرایند ارائه این خدمات تبدیل می‌کند. مشاور و آموزش خانواده می‌تواند در بهداشت روانی خانواده‌های دارای کودکان چند معلولیتی کمک مؤثری باشد و والدین را در سازگاری با معلولیت فرزند، مهارت‌های مراقبت از کودکان، نحوه استفاده از تجارب سایر والدین و معرفی سازمان‌ها ارائه دهنده خدمات یاری دهد.

از محدودیت های پژوهش می توان به این موارد اشاره نمود: جامعه آماری این پژوهش مادران کودکان چند معلولیتی استان فارس بوده اند و نمونه گیری به صورت هدفمند بود، لذا در تعمیم نتایج پژوهش مذکور باید این نکته مد نظر قرار گیرد که تعمیم نتایج به سایر گروه ها باید با احتیاط صورت گیرد. دسترسی اندک به پژوهش های مرتبط و متنوع و جامع در باب چند معلولیتی و ناگویی هیجانی به دلیل این که متغیری جدید برای پژوهش در این زمینه بود. امکان تعمیم آن به سایر گروه های سنی با محدودیت همراه است. پیشنهاد می شود برنامه ناگویی هیجانی طراحی شده در این پژوهش را بر متغیرهای وابسته دیگر مورد بررسی قرار دهند و با برنامه های مداخلاتی دیگر مقایسه کنند. از سوی دیگر انجمن های مشاوره و روانشناختی تلاش هایی در جهت برگزاری نشست هایی در باب تفهیم ناگویی هیجانی و تاثیر آن بر عملکرد فرزندان خود در فضاهای مجازی کنند تا خانواده ها با ناگویی هیجانی آشنایی بیشتری پیدا کنند و در صورت نیاز آن را تعدیل کنند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی عوامل اجرایی که با سعه صدر و حسن خلق، زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند، تقدیر و تشکر می شود.



## References

- Afsari Gh, Avazpour N, Aslani A, et al. (2018). A systematic review of studies in the field of emotional dyslexia and psychological vulnerability. The 5th International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle. (In Persian).
- Ahmadikhah M, Sudagar Sh, Mofidi F. (2017). Studying the relationship between mother and child based on emotional dyslexia, attachment styles and social acceptance in mothers of children with neurodevelopmental disorders. The first international conference on the culture of psychopathology and education, Al-Zahra University, Tehran. (In Persian).
- Ashuri M, Arabi A. (2019). The effectiveness of the time horizon program training on resilience and dyslexia of mothers of deaf children. *Psychological Studies Quarterly*, 15(1): 81-95. (In Persian).
- Aslipour A, Kalantari M, Samavatian H, Abedi A. (2018). Lived experience of mothers in the field of effective factors in emotional behavioral problems of bereaved children. *Journal of Clinical Psychological Studies*, 9(36): 116-83. (In Persian).
- Athar Y M, Joseph S. (2020). RNA-binding specificity of the human fragile X mental retardation protein. *Journal of molecular biology*, 432(13): 3851-3868.
- Bağ S. (2022). The Effects of Depression Severity on the Stress Coping Methods of Mothers with Mentally Disabled Children. *Istanbul Medical Journal*, 23(1).
- Bramhe V. (2019). Depression and Anxiety in mothers of children with autism spectrum disorders and intellectual disabilities. *Indian Journal of Mental Health*, 6(3).
- Dehghani F, Falahi P. (2020). Does impulsivity play a mediating role in the relationship between emotional dyslexia and aggression? *Journal of Principles of Mental Health*, 23 (1): 75-81. (In Persian).
- Doll C A, Yergert K M, Appel B H. (2020). The RNA binding protein fragile X mental retardation protein promotes myelin sheath growth. *Glia*, 68(3): 495-508.
- Đorđević M, Glumbić N, Memisevic H, et al. (2021). Parent-teacher interactions, family stress, well-being, and parental depression as contributing factors to parental involvement mechanisms in education of children with autism. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1-12.
- Ganji M. (2017). *Psychopathology based on DSM-5*. Tehran: Arsbaran Publications. (In Persian).
- Ghasemi V. (2014). Investigating the impact of the home care program on the health behaviors of families with children with mental retardation covered by Khorasgan health centers in Isfahan province in 2012. Master's thesis, Khorasgan Azad University. (In Persian).
- Ghiyasi E. (2020). Investigating the relationship between coping styles and psychological well-being of mothers with mentally retarded children. *Journal of New Advances in Psychology, Educational Sciences and Education*, 33 (11): 174-164. (In Persian).
- Goerlich K. S. (2018). The multifaceted nature of alexithymia—a neuroscientific perspective. *Frontiers in psychology*, 9: 1614.
- Gupta A, ME H N. (2021). Impact of Yoga on Mental Health and Sleep Quality Among Mothers of Children with Intellectual Disability. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 27: 128-132.
- Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. (2019). Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: an overview of the literature. *Frontiers in psychiatry*, 10: 203.
- Hesse C, Gibbons S. (2019). The longitudinal effects of alexithymia on romantic relationships. *Personal Relationships*, 26(4): 566-585.
- Jahan S, Araf K, Gozal D, et al. (2020). Depression and suicidal behaviors among Bangladeshi mothers of children with Autistic Spectrum Disorder: a comparative study. *Asian journal of psychiatry*.
- Kafetsios K, Hess U. (2019). Seeing mixed emotions: Alexithymia, emotion perception bias, and quality in dyadic interactions. *Personality and Individual Differences*, 137: 80-85.
- Kido K, Fujita K. (2021). Correlation between Child Behavior and Depression in Mother with Autism Spectrum Disorders Child. *Journal of Maternal and Child Health*, 6(4): 475-485.
- Leonardi E, Cerasa A, Famà F I, et al. (2020). Alexithymia profile in relation to negative affect in parents of autistic and typically developing young children. *Brain Sciences*, 10(8): 496.
- Merla S, Kumar S N. (2021). A study on the levels of depression, stress and anxiety of parents having children with intellectual disability.

- Moqtader L, Hallaj L. (2018). Comparison of primary maladaptive schemas, emotional dyslexia and happiness in women with and without marital conflicts. *Journal of Psychology*, 7(2): 145-138. (In Persian).
- Naushad N, Dunn L B, Muñoz R F, & Leykin Y. (2018). Depression increases subjective stigma of chronic pain. *Journal of affective disorders*, 229: 456-462.
- Obeid S, Akel M, Haddad C, et al. (2019). Factors associated with alexithymia among the Lebanese population: results of a cross-sectional study. *BMC psychology*, 7(1): 1-10.
- Petitpierre G, Dind J. (2023). Measuring olfaction in children and young people with profound intellectual and multiple disabilities. In *Basic Protocols on Emotions, Senses, and Foods* (pp. 115-129). New York, NY: Springer US.
- Radetzki P A, Wrath A J, Le T, Adams G C. (2021). Alexithymia is a mediating factor in the relationship between adult attachment and severity of depression and social anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 295: 846-855.
- Ragheb H. (2017). Comparison of the content, type of training and workshop equipment in the vocational training program for students with autism, mental retardation and multiple disabilities, *Exceptional Children Scientific Research Quarterly*, 16 (4): 22-8. (In Persian).
- Ramzanlou M, Abul Ma'ali al-Husseini Kh, Bagheri F, Rabat Milli S. (2020). The lived experience of mothers of children with autism spectrum disorder: a phenomenological study. *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 39(14): 134-174. (In Persian).
- Sagar R, Talwar S, Desai G, Chaturvedi S K. (2021). Relationship between alexithymia and depression: A narrative review. *Indian Journal of Psychiatry*, 63(2): 127.
- Sharifi Ardani A, Yarmohamedian A, Qumrani A. (2018). Developing a parenting program based on the lived experiences of mothers of children with intellectual disability. *Family Studies Quarterly*, 14(3): 442-425. (In Persian).
- Sharma R, Singh H, Murti M, et al. (2021). Depression and anxiety in parents of children and adolescents with intellectual disability. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(2): 291.
- Taghavi M, Najafi M, Kian Erthi F, Aghayan Sh. (2013). Comparison of alexia, defense styles and trait-state anxiety in patients with generalized anxiety disorder, major depression and normal people. *Journal of Clinical Psychology*, 5(2): 67-76. (In Persian).
- Temelturk R D, Yurumez E, Uytun M C, Oztop D B. (2021). Parent-child interaction, parental attachment styles and parental alexithymia levels of children with ASD. *Research in Developmental Disabilities*, 112: 103922.
- Walsh D A. (2019). The impact of anxiety on chronic musculoskeletal pain and the role of astrocyte activation.
- Waters C L, Friesen A. (2019). Parent experiences of raising a young child with multiple disabilities: The transition to preschool. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 44(1): 20-36.
- Yaqub Nejad Qain S. (2022). Phenomenology of parental stress from the point of view of mothers of children with Down syndrome. *Family Research Quarterly*, 72(11): 754-739. (In Persian).
- Zandi H, Gholamali Lavasani M, Afrooz Gh. (2017). Comparison of mothers with two exceptional children (multiple disabilities, mental retardation, physical-motor, blind and visually impaired, deaf and hearing impaired) with mothers of normal children in general health components, exceptional children. *Research in the field of exceptional children*, 1 (8): 2-19. (In Persian).