

Original Article

Comparison Behavioral inhibition, early maladaptive schemas, emotion regulation, quality of life of mothers with disabled children and mothers with normal children Referred to welfare of Lorestan province

Mahdi Hassanvand Amouzadeh^{1✉}

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Received: 2024.11.05

Revised: 2024.10.18

Accepted: 2024.05.13

Doi: [10.48308/JFR.2024.235681.1753](https://doi.org/10.48308/JFR.2024.235681.1753)

Extended Abstract

Introduction: Caring for the disabled in the family is always associated with many challenges for parents (Tigere, Makhubele, 2019). The studies conducted on the effects of having a disabled child on families show that these families experience high levels of tension and psychological turmoil (Mohammad Amin Zade, kazemian, Esmaili, 2017). Usually, in these families, mothers are responsible for meeting the needs of the disabled, therefore, among all the family members, mothers are the second victim of disability, they have to revise their beliefs and values according to the problems of their child's disability (Satvat, Khodabakhshi-Koolae, Falsafinejad, 2019). Research has shown that when parents are prone to behavioral inhibition, they may cause the child's anxiety and insecurity through excessive support for the child's control over the environment and hinder his independent behavior. (Verhagen, Derks, Roelofs, Maciejewski, 2023). According to the research of Sadri, Ansari, Esmaili Ghazivaloii, Ghomi (2016) the long-term attention of parents of disabled children, especially mothers, for teaching nutrition, cleaning and medical matters as a chronic stress is able to trigger incompatible schemas of the parent. Emotion regulation, as active efforts that people use to manage their emotional states, is one of the important indicators of parents' efficient coping with the challenge of caring for a disabled child. (Frenzel, Goetz, Stockinger, 2024). A disability or chronic illness in children as a source of external stress can affect the mental health of parents and the ability to deal with negative events and thus affect the quality of a person's external and internal life (Dizdarevic, Memisevic, Osmanovic, Mujezinovic, 2022). Therefore, considering the level of vulnerability and risk-taking of mothers with disabled children, this research seeks to answer this question: Is there a significant difference between parents with disabled children and parents with normal children in terms of behavioral inhibition, early maladaptive schemas, emotion regulation and quality of life?

Methodology: The research design was causal-comparative according to the subject and objectives of the research. The statistical population of the research included all mothers with disabled and normal children covered by the welfare organization of Lorestan province in the year 2023. According to researches related to similar variables and similar strata of the studied society (Verhagen, et al, 2023; Mirsamadi, Abdi, 2017; Godarzi, 2020) in the current research, there are 572 (286 mothers with disabled children and 286 mothers with a normal child) were selected from the rehabilitation centers of the cities of Lorestan province with the available methods. Questionnaires included Carver and White's behavioral inhibition questionnaires (1994), Young's Schema Questionnaire-Short Form (2006), Gross and John's Emotion Regulation Questionnaire (2003) and World Health Organization's Quality of Life-Brief (1996). Finally, The findings analyzed by multivariate analysis of variance.

Findings: In the present study, the age of mothers was classified into 4 levels: 25-30, 31-36, 37-41, 42-47, and their percentages were 22.3%, 28.5%, 23.7%, and 25.5%. Levine's test confirmed the assumption of homogeneity of variances for research variables in two groups. Bartlett's sphericity test showed that the research variables belong to uncorrelated communities. Also, Box's M test showed that the presumption of difference between covariance is maintained ($F=134.1$, $p<0.05$). The MANOVA test showed that the difference between the two groups was significant with regard to the dependent variables, and the amount of this difference was 0.39 (eta squared); That is, 39 percent of the variance is related to the difference between the two groups due to the mutual influence of the dependent variables. Therefore, there is a significant difference between parents of disabled children and parents of healthy children at least in terms of one of the dependent variables. The analysis of variance showed that parents with a disabled child and parents with a normal child have a significant difference in terms of the level of behavioral inhibition, early maladaptive schemas, emotion regulation and quality of life ($p<0.001$). Also, the results of one-way covariance analysis showed that the variable of mother's age has no significant effect on the research variables.

Conclusion: The results showed that parents of disabled children have more behavioral inhibition than parents of normal children. In the explanation above, it can be said that unpleasant environmental factors, such as the birth of a disabled child, challenge the pattern of parents' response to new life situations, and in the long run, create a feeling of helplessness or confusion and anxiety symptoms in them. The present study showed that the primary maladaptive schemas of parents with disabled children differ from the primary maladaptive schemas of normal mothers and the schemas of mothers with disabled children are more. The results of the research showed that parents of disabled children have less emotional regulation than parents of normal children. In explaining this finding, it can be said that mothers of disabled children have less opportunity to evaluate their emotions, therefore, when they do not identify their emotions, the control of these emotions and emotions, especially negative emotions, does not happen. The results of the present study showed that the quality of life of parents with disabled children is different compared to parents with normal children and their quality of life is lower. In explaining this finding, it can be said that having a disabled child puts a lot of stress and pressure on caregivers, especially parents. Therefore, with the increase of mental pressure in mothers of disabled children, their physical, mental and social health and in general their quality of life decreases. Among the limitations of the current research, it can be mentioned that the research sample is limited to one province of the country, which makes it difficult to generalize its results to the entire country's disabled people. It is suggested that a research with a larger sample size be conducted to enable the comparison of the obtained results.

Keywords: early maladaptive schemas, quality of life, mothers, children with disabilities

How to cite: Hassanvand Amouzadeh, M. (2024). Comparison Behavioral inhibition, early maladaptive schemas, emotion regulation, quality of life of mothers with disabled children and mothers with normal children Referred to welfare of Lorestan province. *Journal of Family Research*, 20 (2), 87 - 106. doi: 10.48308/jfr.2024.235681.1753

✉Corresponding Author Email Address: hasanvand.a@pnu.ac.ir



Copyright: © 2024 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the creative commons attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقاله پژوهشی

مقایسه بازداری رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی والدین دارای فرزند معلول با عادی مراجعه کننده به بهزیستی استان لرستان

مهدی حسونند عموزاده ✉

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۱۵

دریافت نسخه اصلاح شده: ۱۴۰۳/۰۷/۲۷

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

DOI: [10.48308/JFR.2024.235681.1753](https://doi.org/10.48308/JFR.2024.235681.1753)

چکیده: هدف پژوهش حاضر مقایسه بازداری رفتاری، طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی والدین دارای فرزند معلول با عادی مراجعه کننده به بهزیستی استان لرستان بود. طرح پژوهش علی مقایسه ای و جامع آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند معلول و عادی استان لرستان بود که از این افراد تعداد ۲۸۶ مادر دارای فرزند معلول و ۲۸۶ مادر دارای فرزند عادی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به پرسشنامه های بازداری رفتاری کارور و وایت (۱۹۹۴)، فرم کوتاه پرسش نامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (۲۰۰۶)، پرسش نامه تنظیم هیجان جان و گروس (۲۰۰۳) و مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشتی جهانی (۱۹۹۶) پاسخ دادند. یافته ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که میزان بازداری رفتاری، طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان مادران فرزند معلول از مادران دارای فرزند عادی بیشتر است. همچنین میزان کیفیت زندگی مادران دارای فرزند معلول پایین تر از مادران دارای فرزند عادی می باشد. نتایج تلویحاً نشان می دهند توجه به انواع حمایت های سازمانی و طراحی و اجرای مداخله های آموزشی و درمانی در جهت بهبود بازداری رفتاری و خودتنظیمی هیجانی می تواند به بهبود شاخص های سلامت و کیفیت زندگی والدین کمک کند.

کلیدواژه ها: طرحواره های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی، والدین، فرزند معلول

استناد به این مقاله: حسونند عموزاده، م. (۱۴۰۳). مقایسه بازداری رفتاری، طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی والدین دارای فرزند معلول با عادی مراجعه کننده به بهزیستی استان لرستان. خانواده پژوهی، ۲۰(۲)، ۸۷-۱۰۶.

doi: 10.48308/jfr.2024.235681.1753

✉ نویسنده مسئول: hasanvand.a@pnu.ac.ir

مقدمه

مراقبت و نگهداری معلولان در خانواده همواره برای والدین با چالش‌های فراوانی همراه است (تیگر و ماکوبرل^۱، ۲۰۱۹). معلولان در ایران حدود ۴ درصد از جمعیت کشور را تشکیل داده و تقریباً ۱.۸ میلیون نفر از جمعیت کشور را در بر می‌گیرند (سالنامه آماری^۲، ۱۳۹۵). معلولیت ناتوانی همیشگی در انجام تمام یا بخشی از ضروریات عادی زندگی فردی یا اجتماعی است که به علت نقص مادرزادی یا عارضه‌های محیطی ایجاد می‌باشند (مودولا^۳، ۲۰۲۲). از دیدگاه کارکردی معلولیت را به سه دسته تقسیم نموده‌اند، معلولیت جسمی-حرکتی، معلولیت ذهنی-روانی و معلولیت حسی که مطابق پژوهش‌ها، همه‌ی اقسام این معلولیت‌ها بر نظام خانواده و اعضای آن اثر گذارند (تیگر و ماکوبرل، ۲۰۱۹). خانواده‌های که فرزند یا فرزندان معلول دارند فرآیندهای مرتبط با چرخه خانوادگی را با بحران سپری می‌نمایند و این امر برای همه‌ی اعضای خانواده می‌تواند آسیب‌زا باشد (ربانی^۴، ۱۳۹۹). مطالعات انجام شده در مورد تأثیرات داشتن فرزند معلول بر خانواده‌ها نشان می‌دهند که این خانواده‌ها سطوح بالایی از تنش و آشفتگی روانی را تجربه می‌نمایند (محمد امین زاده، کاظمیان، اسمعیلی^۵، ۱۳۹۶). معمولاً در این خانواده‌ها مادران وظیفه برآوردن نیازهای معلولین را بر عهده داشته‌اند از این رو از میان همه‌ی اعضای خانواده، مادران قربانی دوم معلولیت هستند، آنها مجبورند باورها و ارزش‌های خویش را مطابق با مشکلات معلولیت فرزند بازبینی نمایند (سطوت، خدابخشی کولایی، فلسفی نژاد و ثناگو^۶، ۱۳۹۷). این والدین اغلب سلامت روان و سطح خلقی پایینی داشته‌اند و در زمینه مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های بین فردی دچار مشکلاتی هستند (ویلاسکا، ریورو، لیویا و فرر^۷، ۲۰۲۳). بنابراین عدم توجه کافی به عوامل زمینه‌ای مؤثر در تداوم مشکلات این خانواده‌ها بخصوص مادران و مراقبان، می‌تواند به مزمن شدن مشکلات آنها بیانجامد، از این رو با شناسایی و اهمیت دادن به متغیرهای زیستی، خانوادگی و هیجانی دخیل در تشدید کردن مشکلات مراقبان و مادران دارای فرزند معلول می‌توان به ارتقاء سلامت روان این خانواده‌ها و بهداشت روانی جامعه کمک نماید.

یکی از عوامل زمینه‌ای و زیستی پایه‌ای در واکنش به مشکلات و چالش‌های محیطی بازداری رفتاری^۸ می‌باشد. بازداری رفتاری، که احتمالاً اساس بیولوژیکی دارد به عنوان الگوی پاسخ دادن یا رفتار کردن با موقعیت‌های چالش برانگیز و نا آشنا معرفی شده که با علائم اضطرابی، درماندگی و در هم ریختگی همراه است (لومباردو، واترز و الزی^۹، ۲۰۲۳). گری^{۱۰} در تئوری حساسیت به تقویت^{۱۱} (۱۹۹۴) صفات مرتبط با بازداری رفتاری را تنبیه، فقدان پاداش و حساسیت به تازگی^{۱۲} می‌داند، از این رو بازداری رفتاری مسئول تجربه احساسات منفی مانند ترس، اضطراب، ناکامی بوده و منجر به اجتناب از فعالیت‌های می‌شود و رفتارهایی می‌شود که نتایج منفی دردناک در پی داشته باشند (تانگ، کرافورد، مورالس، دگنان، پین و فوکس^{۱۳}، ۲۰۲۰). بر حسب تفاوت‌های فردی در شخصیت، حساسیت زیاد به بازداری رفتاری نشان دهنده مستعد بودن برای اضطراب بیشتر در

مواجهه با چالش‌های زندگی می‌باشد (گیلمور^{۱۴}، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، وقتی والدین مستعد بازداری رفتاری هستند، ممکن است از طریق حمایت بیش از حد در جهت تسلط کودک بر محیط موجب اضطراب و ناامنی کودک گردند و مانع رفتارهای مستقلانه او شوند. پیامد این امر محدود کردن توانمندی‌های کودک، فراهم آوردن کمک‌های غیر ضروری و تضعیف شکوفایی استعداد های کودک می‌گردد (وره‌گان، درکس، رولوفس و ماسجسکی^{۱۵}، ۲۰۲۳).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه^{۱۶} در ابتدای مراحل رشد تحت تاثیر روابط والدین با فرزند در خانواده شکل گرفته و دارای جنبه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری می‌باشد، از این رو طرحواره‌های ناسازگار بر تجارب دوران کودکی استوار بوده و موجب تجربه رویداد های بعدی زندگی به نحو خاصی می‌گردند (بار، بار، ریکبور و لوبستال^{۱۷}، ۲۰۲۳). یانگ^{۱۸} (۱۹۹۹) از مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان ساختارهای شناختی ناکارآمد خود تداوم بخش استفاده می‌نماید که این ساختارها حاصل روابط ناکارآمد با افراد مهم زندگی بوده و به آسیب‌های روانی منجر می‌گردند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان‌دهنده باورهای مرکزی^{۱۹} (فرض‌های بی‌قید و شرط) درباره خود و دیگران بوده، از طرفی ماهیت بی‌قید و شرط باورهای مرکزی سبب می‌شوند فرد نسبت به تغییر مقاومت نشان داده به گونه‌ای که پردازش اطلاعات انتخابی متجانس با طرحواره مانع پردازش اطلاعات مغایر با آن شده از این رو فرد دنیا و وقایع آن را از زوایای اطلاعات تایید کننده طرحواره‌ها می‌نگرد (یاننار و اوزگان^{۲۰}، ۲۰۲۴). مطابق پژوهش صدری، انصاری، قاضی‌ولوئی و قمی^{۲۱} (۱۳۹۵) توجه طولانی مدت والدین فرزند معلول به ویژه مادران برای آموز تغذیه، نظافت و امور درمانی به عنوان استرسی مزمن قادر است طرحواره‌های ناسازگار والد را راه اندازی نمایند. از این رو وجود باورهای مرکزی مرتبط با ناکارآمدی و طرحواره‌های مرتبط با بی‌کفایتی در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌انگیز زندگی در این افراد با بکار بردن مکرر توصیف‌های شخصی مانند اظهارات روبه‌رو مشخص می‌گردد؛ "من شخص جذابی نیستم، من فرد دل‌نشینی نیستم، دیگران فکر می‌کنند من کسل کننده هستم، هیچ موضوع مناسبی برای صحبت کردن ندارم، من عجیب هستم" (گودرزی^{۲۲}، ۱۳۹۹). علاوه بر این، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند بر تعامل بین مادر و کودک تأثیر گذاشته و به آن آسیب برساند. بنابراین شناسایی طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند در درمان و توانبخشی به مادر و فرزند معلول کارآمد باشد (سوجتا و سرزلسکی^{۲۳}، ۲۰۲۳). کو، میکالیزی، هافهینس، سیفر، تیرکا و پاراد^{۲۴} (۲۰۲۴) دریافتند که واکنش والدین به مشکلات رفتاری کودکان از طریق مقابله با خصومت، کنترل بیش از حد کودک و خشونت (طرحواره بی‌اعتمادی/سوءاستفاده^{۲۵}) در بسیاری از آسیب‌های دوران کودکی نقش دارند.

تنظیم هیجان به عنوان تلاش‌های فعالانه‌ای که افراد به منظور مدیریت حالات هیجانی خود به کار می‌گیرند، از شاخص‌های مهم مقابله کارآمد والدین با چالش‌مراقبت از فرزند معلول است. از آنجایی که تنظیم هیجان، بر هیجانات افراد تأثیر می‌گذارد، این‌گونه استنباط می‌شود که تنظیم

هیجان بر روی کیفیت پاسخ‌های فرد به ناملایمتی‌های محیطی اثر گذار است (فرنزل، گوتز و استوکینگر^{۲۶}، ۲۰۲۴). گروس^{۲۷} (۲۰۱۵) تنظیم هیجان را چنین تعریف می‌کند: تنظیم هیجان دربرگیرنده فرآیندهای درونی و بیرونی است که وظیفه‌ی نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی فرد در مسیر تحقق یافتن اهداف را بر عهده دارد. همچنین تنظیم هیجان برخی مواقع می‌تواند هیجان تجربه‌شده فرد را تحت تأثیر قرار دهد (مثل برانگیختگی احساس گناه، شرم یا خشم به هنگام تجربه بی‌عدالتی) به عبارت دیگر، جنبه‌های تنظیم هیجان این قابلیت را دارند که، شدت هیجان تجربه‌شده را کاهش داده یا تقویت نماید؛ بهبود آن را به تأخیر انداخته یا سرعت بخشد؛ دوام آن را محدود یا طولانی نمایند؛ میزان تغییرپذیری هیجان را کاهش یا افزایش داده و سایر اشکال کمی پاسخ هیجانی را تحت تأثیر قرار دهند (فرنزل و همکاران، ۲۰۲۴). افراد دارای نقص در توانایی تنظیم هیجان‌ها، گرایش به تجربه هیجان‌های ناسازگار شدیدتر و پایداری دارند و احتمال بیشتری دارد از انواع اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب و حتی اختلالات شخصیت رنج ببرند (کواچیولی، توبیا و اوگیلاری^{۲۸}، ۲۰۲۳). شواهد نشان داده مشکلات تنظیم هیجان در ایجاد نقص‌های عملکردی، واکنش‌های هیجانی منفی اغراق‌آمیز، کاهش واکنش‌های هیجانی مثبت نقش موثری دارد (نیون، هوقس، تان و ویکت^{۲۹}، ۲۰۲۴). گلیدن، بلینگ و جاب^{۳۰} (۲۰۰۶) در پژوهش خود نشان دادند مادران کودکان کم‌توان ذهنی نمره بیشتری را در روان رنجوری (مانند خشم، ترس، افسردگی و به طور کلی عواطف منفی) نسبت به مادران کودکان طبیعی دارند، این امر نشان می‌دهد آنها ثبات هیجانی کمتری نسبت به مادران کودکان طبیعی دارند. جوادیان، خالقی و فتحی^{۳۱} (۲۰۱۸) نشان دادند که هیجان‌های منفی، احساس گناه و ناسازگاری در مادران دارای فرزند معلول نسبت به مادران دارای فرزند عادی به دلیل تجربه شرایط سخت و انتظارات محیطی فراتر از توانایی آنها بوده و با شدت بیشتری همراه می‌باشد.

اصطلاح کیفیت زندگی به عنوان کلیدواژه‌ای برای مفاهیم مختلف زندگی خوب، بکار می‌رود. کیفیت زندگی در واقع برای نشان دادن مجموعه‌ای از مفاهیم در دو زمینه می‌باشد، یکی وجود فرصت‌ها برای یک زندگی خوب و نتایج آن می‌باشد که در حیطه‌های بهداشت عمومی مانند تغذیه کافی و مراقبت حرفه‌ای رواج دارد. زمینه دوم در مورد کیفیت‌های بیرونی و درونی زندگی است. کیفیت بیرونی مرتبط با کیفیت در محیطی است که فرد در آن زندگی می‌کند؛ کیفیت درونی مرتبط با پوشش‌های درون روانی فرد می‌باشد. معمولاً آسیب‌زاهای بیرونی از آسیب‌رسان‌های درونی متمایز می‌باشند ولی ترکیب این دو می‌تواند سرمایه‌های روانی-اجتماعی فرد را تحلیل برده و کیفیت زندگی فرد را بشدت بکاهند (ون هوون^{۳۲}، ۲۰۲۴). یک معلولیت یا بیماری مزمن در کودکان به عنوان منبع استرسی بیرونی می‌تواند بر سلامت روانی والدین و توانایی مقابله با رویدادهای منفی تأثیر گذار بوده و از این راه کیفیت زندگی بیرونی و درونی فرد را از خود متاثر

سازد (دیزدارویک، ممیسویک، عثمانوویک و موجنز نویک^{۳۳}، ۲۰۲۲). میرصمدی و عبدی^{۳۴} (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان داده اند که خانواده های دارای فرزند معلول شاخص های کیفیت زندگی و سلامت روان پایین تری نسبت به والدین دارای فرزند عادی دارند. با توجه به نقش مادران در ایجاد و حفظ تعادل روابط درون خانواده و با مد نظر داشتن این که پژوهش هایی محدود در زمینه مادران دارای فرزند معلول صورت گرفته، توجه به عوامل و فاکتور های مختلف تاثیرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند معلول می تواند اهمیت پژوهش حاضر را نشان دهد. از این رو با توجه به میزان آسیب پذیری و خطرپذیری مادران دارای فرزند معلول پرسش اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین والدین دارای فرزند معلول با والدین دارای فرزند عادی از نظر بازداري رفتاری، طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

طرخ پژوهش با توجه به موضوع و اهداف پژوهش علی - مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مادران دارای کودک معلول و عادی تحت پوشش سازمان بهزیستی استان لرستان در سال ۱۴۰۲ بودند. با توجه به پژوهش های مرتبط با متغیرهای مشابه و درجوامعی مشابه جامعه مورد مطالعه (ورهاگن، درکس، رولفز و ماسجسکی، ۲۰۲۳؛ میرصمدی و عبدی، ۱۳۹۶؛ گودرزی، ۱۳۹۹) در پژوهش حاضر با احتساب نرخ ریزش از ۶۰۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس برای تکمیل پرسشنامه های پژوهش دعوت شدند. درانتها باکنارگذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش، تعداد ۵۷۲ (۲۸۶ مادر دارای کودک معلول و ۲۸۶ مادر دارای کودک عادی) انتخاب شدند.

مراحل اجرای پژوهش

جامع آماری این پژوهش شامل تمام مادران دارای کودک معلول ذهنی ۵۷۴۷ معلول (معلول ذهنی خفیف ۷۹۵ نفر، متوسط ۱۸۹۵ نفر، شدید ۲۰۰۷ نفر و خیلی شدید ۱۱۳۹ نفر) تحت پوشش مراکز بهزیستی شهرستان های خرم آباد، بروجرد، دورود، پلدختر، کوهدشت، الشتر، نورآباد و الیگودرز که دارای پرونده ثبت شده معلولیت ذهنی در آن سازمان بودند به شیوه در دسترس از مراکز توانبخشی آن شهرستان ها انتخاب شدند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه پیام نور لرستان به مراکز توانبخشی وابسته به سازمان بهزیستی شهرستان های استان طی دو روز کاری در طول هفته مراجعه و در هر مرکز توانبخشی از والدین مراجعه کننده به سازمان بهزیستی که دارای فرزند معلول بودند، پس از بیان هدف پژوهش و کسب موافقت از آنها درخواست می شد که پرسشنامه ها را تکمیل نمایند، به همین ترتیب از مادران دارای فرزند

عادی مراجعه کننده به سازمان بهزیستی که با مادران دارای فرزند معلول از لحاظ تحصیلات و دامنه سنی همتا بودند جهت همکاری در انجام پژوهش دعوت گردید، به این ترتیب در طی یکماه تعداد ۲۸۶ مادر دارای فرزند معلول و ۲۸۶ مادر دارای فرزند عادی به شیوه در دسترس انتخاب گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل تحت پوشش بهزیستی بودن کودک، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۴۷-۲۵ سال، عدم شرکت در برنامه های روانشناختی در سه ماه گذشته و عدم مصرف داروهای روانپزشکی و معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف از تکمیل پرسشنامه ها یا تکمیل ناقص پرسشنامه ها بودند.

ابزار پژوهش

مقیاس سنجش های بازداری /فعال سازی رفتاری (BAS/BIS):^{۳۵} این مقیاس توسط کارور و وایت^{۳۶} (۱۹۹۴) طراحی گردیده که شامل ۲۴ گویه و دو زیر مقیاس بازداری رفتاری شامل ۷ گویه و فعال سازی رفتاری شامل ۱۳ گویه بوده که ۴ گویه آن سوالات انحرافی می باشد. گویه ها بر اساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرتی ۱ (موافقم) تا ۴ (کاملاً موافقم) درجه بندی می شود و نمره فرد در طیف ۲۴ تا ۹۶ قرار می گیرد. همسانی درونی مقیاس بازداری رفتاری از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است، همچنین همبستگی بین صفت اضطرابی اسپیلبرگر با بازداری رفتاری ۰/۷۶ و همبستگی بین پرسشنامه عاطفه مثبت با فعال سازی رفتاری برابر ۰/۸۴ گزارش شده است (کارور و وایت، ۱۹۹۴). در ایران عبدالهی مجارشین^{۳۷} (۱۳۸۵) نتایج آزمون بازآزمون را برای بازداری رفتاری ۰/۷۸ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد نموده است. همچنین روایی همگرایی مقیاس بازداری رفتاری با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۴۸ محاسبه گردیده است. در پژوهش حاضر از زیر مقیاس بازداری رفتاری استفاده شد که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسش نامه طرحواره های ناسازگارانه اولیه یانگ (فرم کوتاه) (YSQ-۳):^{۳۸} این پرسش نامه ۷۵ سوالی توسط یانگ (۲۰۰۶) ساخته شده که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه طبق لیکرت ۵ درجه ای (کاملاً نادرست=۱ تا کاملاً درست=۶) ارزیابی می کند. این طرحواره ها نیازهای عاطفی هیجانی را باز نمایی می کنند. میزان ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۵ عامل ۰/۹۴-۰/۸۶ و میزان روایی همزمان این طرحواره ها ۰/۷۴ گزارش شده است (گنزالس-سیفونتس، ریوز و کویسنو^{۳۹}، ۲۰۱۴). در بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه در ایران توسط غیاتی، مولوی نشاط دوست و صلواتی^{۴۰} (۱۳۹۰) نشان دادند میزان ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل حاصل شده ۰/۹۴-۰/۸۸، میزان روایی همزمان ۰/۶۹-۰/۳۷، میزان ویژگی ۰/۵۷ تا ۰/۷۳ و میزان حساسیت ۵۱/۲۰ تا ۶۴/۶۰ برآورد نمودند. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹ بدست آمد.

پرسش نامه تنظیم هیجان (ERQ):^{۴۱} این پرسش نامه توسط گروس و جان^{۴۲} (۲۰۰۳) تهیه شده که شامل ۱۰ سوال بوده که براساس لیکرت ۷ درجه ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۷)

نمره گذاري می شود. ابزار حاضر دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ سوال) و خرده مقیاس فرونشانی (۴ سوال) می باشد. بوجود آورندگان این پرسش نامه با روش آزمون باز آزمون ضریب پایایی آن را تا ۰/۶۹ و روایی همگرای ابزار را با پرسش نامه نشانه های استرس پس از سانحه ۰/۲۶ گزارش نموده اند. این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۶، پایایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ابزار $r=0/13$ و روایی ملاکی آن مطلوب گزارش شده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشان می دهد ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۳ و برای سرکوبی ۰/۵۲ و پایایی کل نیز ۰/۷۱ برآورد گردیده است (قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده ۴۳، ۱۳۹۳).

مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشتی جهانی^{۴۴}: این مقیاس حاوی ۲۶ گویه بوده و چهار بعد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران را می سنجد. برای سنجش سلامت جسمی ۷ گویه، سلامت روان شناختی ۶ گویه، روابط اجتماعی ۳ گویه و محیط زندگی ۸ گویه دارند. نمره گذاری به شیوه لیکرت (کاملاً موافق = ۵ تا کاملاً مخالف = ۱) صورت می گیرد و حداقل نمره ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ بوده که نمره بیشتر نشانه کیفیت بهتر است. در ایران نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، کاظم، مجدزاده^{۴۵} پایایی کل ابزار را با روش بازآزمایی ۰/۶۷، روش تصنیف ۰/۸۷ و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آورد، همچنین روایی همزمان ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۸۳ برآورد نموده اند.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته ها

فراوانی مطلق و درصد فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی، تحصیلات و دامنه سنی در مادران دارای کودک معلول و عادی در جدول ۱ ارائه شد. همچنین میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش شرکت کنندگان در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱: شاخص های جمعیت شناختی شرکت کنندگان پژوهش

گروه	مادران دارای کودک معلول		مادران دارای کودک عادی	
شاخص	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
تحصیلات				
دیپلم	۸۹	۳۱/۱	۹۰	۳۱/۴
فوق دیپلم	۶۲	۲۱/۷	۶۱	۲۱/۳
کارشناسی	۸۶	۳۰/۱	۸۳	۲۹/۲
کارشناسی ارشد	۴۹	۱۷/۱	۵۲	۱۸/۱

سن				
۲۵-۳۰	۶۱	۲۳/۳	۵۹	۲۱/۳
۳۱-۳۶	۸۰	۲۸/۵	۸۲	۲۸/۳
۳۷-۴۱	۷۱	۲۳/۷	۶۹	۲۴/۲
۴۲-۴۷	۷۴	۲۵/۵	۷۶	۲۶/۲

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	مادران دارای کودک معلول		مادران دارای کودک عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بازداری رفتاری	۱۹/۲۲	۵/۱۶	۱۵/۵۸	۴/۲۶
طرحواره‌های ناسازگار	۲۴۱/۷	۲۲/۶۸	۲۲۲/۷	۲۴/۲۹
تنظیم هیجان	۲۴/۱۴	۵/۲۶	۱۶/۸۱	۵/۳۴
کیفیت زندگی	۵۴/۸۶	۱۷/۳۳	۸۲/۳۴	۱۸/۴۹

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در بازداری رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هجان (به استثناء کیفیت زندگی)، والدین دارای فرزند معلول از میانگین بیشتری نسبت به والدین دارای فرزند عادی برخوردار بودند. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون لوین برای هیچ کدام از متغیرها معنادار نبود که این امر بیانگر همگنی واریانس‌ها بود، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای پژوهش در دو گروه تأیید شد. از طرفی برای تعیین اینکه همبستگی بین متغیرهای پژوهش به جامعه‌هایی با متغیرهای ناهمبسته تعلق دارند از آماره کرویت بارتلست استفاده شد که نتایج این آزمون فرض فوق‌رو نیز تأیید نمود. همچنین آزمون ام‌باکس نشان داد پیش فرض تفاوت بین کواریانس‌ها برقرار است.

جدول ۳: آزمون باکس برای تحلیل واریانس چندمتغیره

۲۰۸/۳۷	ام باکس
۱/۳۴	F
۱۴۷	df1
۸۰۷/۱۳	df2
۰/۰۰۳	سطح معناداری

جدول ۳ نتایج آزمون ام‌باکس را نشان می‌دهد، ام‌باکس نشانگر یک آزمون چندمتغیره برای همگنی ماتریس پراکندگی است و در این تحقیق چون باکس معنادار است بنابراین شرط همگنی ماتریس کواریانس رعایت شده است ($F= 1/134$ و $p < 0.05$).

جدول ۴: نتایج آزمون چندمتغیره برای مقایسه بازداری رفتاری، طرحواره‌های

ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان

نام آزمون	ارزش آماره	F	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۰۶۱	۸/۰۷	۰/۰۰۵	۰/۳۹
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۳۷	۸/۰۷	۰/۰۰۵	۰/۳۹
آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۶۶	۸/۰۷	۰/۰۰۵	۰/۳۹
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۰۳۵	۸/۳۳	۰/۰۰۳	۰/۴۱

همان طور که در جدول ۴ دیده می شود، سطوح معناداری همه آزمونها قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می شمارد و اثر کلی گروه معنادار است؛ زیرا F مربوط به اثر لامبدای ویلکز برابر با $(۸/۰۷)$ ، سطح معناداری $(۰/۰۰۵)$ تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته معنادار بوده و میزان این تفاوت $۰/۳۹$ (مجذور اتا) است؛ یعنی ۳۹ درصد واریانس به تفاوت بین دو گروه به تاثیر متقابل متغیرهای وابسته ارتباط دارد. از این رو بین والدین کودکان معلول با والدین کودکان سالم حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری بازداری رفتاری، طرحواره های

ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی شرکت کنندگان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
بازداری رفتاری	۸۱۵/۶۱۵	۱	۷۱۵/۶۱۵	۹/۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۸
طرحواره های ناسازگار	۱۶۵۲/۴۵۷	۱	۱۶۵۲/۴۵۷	۲۲/۱۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴
تنظیم هیجان	۸۴۹/۱۳۶	۱	۸۴۹/۱۳۶	۲۱/۱۵۵	۰/۰۰۱	۰/۱۲
کیفیت زندگی	۱۷۴۵/۰۳۳	۱	۱۷۴۵/۰۳۳	۱۲/۷۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳

با توجه به یافته های جدول ۵ مشاهده می شود که والدین دارای کودک معلول و والدین دارای کودک عادی از لحاظ میزان بازداری رفتاری، تفاوت معنادار با هم دارند ($F= ۹/۲۱۵$ و $p<۰/۰۰۱$). از طرفی میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $۰/۱۸$ می باشد، به عبارتی ۱۸ درصد تفاوت های فردی در نمره های بازداری رفتاری به عضویت گروهی ارتباط دارد. با توجه به یافته های جدول فوق مشاهده می شود که والدین دارای کودک معلول و والدین دارای کودک عادی از لحاظ طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری با هم دارند ($F= ۲۲/۱۴۱$ و $p<۰/۰۰۱$). از طرفی میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $۰/۵۴$ می باشد، به عبارتی ۵۴ درصد تفاوت های فردی در نمره های طرحواره های ناسازگار اولیه به عضویت گروهی ارتباط دارد. با توجه به یافته های جدول فوق مشاهده می شود که والدین دارای کودک معلول و والدین دارای کودک عادی از لحاظ میزان تنظیم هیجان، تفاوت معنادار با هم دارند ($F= ۲۱/۱۵۵$ و $p<۰/۰۰۱$). از طرفی میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $۰/۱۲$ می باشد، به عبارتی ۱۲ درصد تفاوت های فردی در نمره های تنظیم هیجان به عضویت گروهی ارتباط دارد. با توجه به یافته های جدول فوق مشاهده می شود که والدین دارای کودک معلول و والدین دارای

کودک عادی از لحاظ میزان کیفیت زندگی، تفاوت معنادار با هم دارند ($F=12/786$ و $p<0/001$). از طرفی میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/43$ می‌باشد، به عبارتی ۴۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های کیفیت زندگی به عضویت گروهی ارتباط دارد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه متغیرهای پژوهش و سن مادر

والدین دارای فرزند عادی				والدین دارای فرزند معلول				گروه	متغیر		
اندازه اثر	معنی داری	F	انحراف معیار	میانگین	اندازه اثر	معنی داری	F	انحراف معیار		میانگین	سن
۰/۱۶	۰/۴۶	۰/۳۲	۴/۲۹	۱۴/۱۵	۰/۲۸	۰/۱۵	۱/۳۲	۵/۲۲	۱۹/۲۵	-۳۰ ۲۵	بازداری رفتاری
			۴/۶۶	۱۵/۱۵				۵/۰۲	۱۹/۲۲	-۳۶ ۳۱	
			۵/۰۱	۱۴/۰۲				۴/۸۱	۱۸/۹۸	-۴۱ ۳۷	
			۴/۲۲	۱۵/۳۹				۴/۹۵	۱۹/۶۶	-۴۷ ۴۲	
۰/۱۸	۰/۰۹	۳/۳۴	۲۴/۲۶	۲۲۳/۰۶	۰/۳۳	۰/۳۶	۲/۰۹	۲۲/۶۲	۲۴۱/۱۱	-۳۰ ۲۵	طرحواره‌های ناسازگار اولیه
			۲۴/۲۳	۲۲۲/۱۴				۲۲/۰۱	۲۴۰/۵۶	-۳۶ ۳۱	
			۲۳/۶۹	۲۲۱/۹۴				۲۲/۲۱	۲۴۲/۰۹	-۴۱ ۳۷	
			۲۴/۶۶	۲۲۲/۵۵				۲۱/۸۵	۲۴۱/۱۸	-۴۷ ۴۲	
۰/۱۶	۰/۱۷	۱/۳۳	۵/۰۸	۱۶/۷۷	۰/۱۴	۰/۵۵	۱/۵۲	۵/۵۵	۲۴/۱۶	-۳۰ ۲۵	تنظیم هیجان
			۵/۱۹	۱۶/۸۲				۵/۱۹	۲۴/۶۷	-۳۶ ۳۱	
			۵/۳۳	۱۶/۶۳				۴/۹۳	۲۴/۱۸	-۴۱ ۳۷	
			۵/۹۲	۱۵/۹۴				۵/۲۲	۲۳/۹۴	-۴۷ ۴۲	
۰/۱۳	۰/۳۲	۰/۸۱	۱۸/۵	۸۲/۳۶	۰/۰۹	۰/۴۱	۰/۳۷	۱۷/۶۱	۵۴/۶۶	-۳۰ ۲۵	کیفیت زندگی
			۱۸/۰۷	۸۲/۷۱				۱۷/۳۹	۵۴/۰۱	-۳۶ ۳۱	
			۱۷/۸۳	۸۲/۲۲				۱۷/۲۷	۵۴/۴۷	-۴۱ ۳۷	
			۱۸/۶۶	۸۲/۰۲				۱۷/۱۱	۵۴/۰۹	-۴۷ ۴۲	

با توجه به یافته‌های جدول ۶ مشاهده می‌شود که متغیر سن مادر بر متغیرهای پژوهش اثر معنی‌داری ندارد. به عبارت دیگر، تفاوت‌های یافت‌شده در متغیرهای بازداری رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بین والدین دارای فرزند معلول و عادی صرف نظر از متغیر سن معنادار می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به آمار بالای معلولان در جامعه، شناسایی عوامل تفاوت‌های فردی والدین جهت انسجام برنامه‌های خدماتی از سوی سازمان‌های سلامت بخش ضروری می‌نماید، پژوهش حاضر با هدف مقایسه بازداری رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی والدین دارای فرزندان معلول با عادی صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که والدین فرزندان معلول بازداری رفتاری بیشتری نسبت به والدین فرزندان عادی دارند. بررسی‌های انجام‌شده نشان داد که تاکنون در مطالعه‌ای به مقایسه بازداری رفتاری در والدین دارای فرزند معلول با والدین فرزند عادی پرداخته نشده است، ولی با توجه به پژوهش‌های صورت‌گرفته درباره بازداری رفتاری این موضوع قابل بحث می‌باشد.

با توجه به تئوری حساسیت تقویت‌گری، سیستم بازداری رفتاری مرتبط با صفات اضطرابی اند و نمره بالا بیانگر اضطراب بالای افراد می‌باشد (لومباردو و همکاران، ۲۰۲۳)، از این رو در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت عوامل محیطی ناخوشایند مانند تولد فرزند معلول، الگوی پاسخ‌دادن والدین را به موقعیت‌های جدید زندگی با چالش مواجه می‌سازد و در درازمدت احساس درماندگی یا درهم‌ریختگی و نشانه‌های اضطرابی را در آنها به وجود می‌آورد. از این جهت می‌توان گفت وقتی والدین دارای کودک معلول هستند، علائم تنبیه و فقدان پاداش که از نشانه‌های اصلی بازداری رفتاری می‌باشد، در تجربیات روزمره آنها نمایش داده می‌شود و این می‌تواند منجر به سطوح مختلفی از ترس، اضطراب و ناراحتی در آنها شود. از طرفی شاید مشکلاتی که فرزندان معلول در سطح اجتماعی و شکوفایی استعدادهایشان دارند در پس بازداری رفتاری نهفته‌ای که دارند از طریق یادگیری مشاهده‌ای یا شیوه‌های فرزند‌پروری تشدید شود.

پژوهش حاضر نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه در والدین دارای فرزند معلول با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران عادی تفاوت داشته و طرحواره‌های مادران دارای فرزند معلول بیشتر می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش صدری و همکاران (۱۳۹۵) و گودرزی (۱۳۹۹) هم‌خوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره‌ها هم جزء شناختی دارند و هم هیجانی، از این رو وقتی سطوحی از هیجان‌های منفی در اثر رسیدگی و مراقبت بیش از اندازه به فرزند معلول در مادر ایجاد می‌شود طرحواره‌های ناسازگار در او فعال می‌شوند و به آشفتگی‌های روانشناختی مانند احساس ناکامی، عزت‌نفس پایین و عدم بروز توانایی‌های شغلی منجر می‌گردد. از طرفی مواجهه طولانی

مدت با عواطف اغلب منفی کودک معلول و احتمالاً خود سرزنشی و خود مقصر دانستن مادر در ایجاد معلولیت فرزند یکی از عوامل مهم تداوم طرحواره‌های ناسازگار این والدین می‌باشد. مکانیزمی که از این طریق فعال می‌شود از طریق افکار خودکار منفی همراه با تحریف‌های شناختی در قالب پیش‌گویی‌های خودکام بخش اتفاق می‌افتد. در تبیین دیگر می‌توان گفت مادر کودک معلول باورهای مرکزی مرتبط با عدم کفایت یا ناتوانی در مواجهه با موقعیت‌های مختلف زندگی در قالب توصیف‌های چون "من گناه‌کارم" سبب راه‌اندازی افکار خودکار منفی مبتنی به سوءتفسیر اطلاعاتی می‌گردند که منطبق بر طرحواره‌ها بوده و اطلاعات متناقض با این طرحواره‌ها را رد می‌نماید.

نتایج پژوهش نشان داد که والدین فرزندان معلول تنظیم هیجانی کمتری نسبت به والدین فرزندان عادی دارند. این یافته با نتایج پژوهش نیون و همکاران (۲۰۲۴) هم‌خوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، مادران فرزندان معلول فرصت کمتری برای ارزیابی هیجان‌ات خود دارند و متوجه هیجان‌ات اینجا و اکنون نمی‌شوند و فراتر از این، تمایز بین هیجان مثبت و منفی آنها کمتر اتفاق می‌افتد. از این رو وقتی عواطف خود را شناسایی نکنند کنترل این عواطف و هیجان‌ات بخصوص هیجان‌ات منفی روی نمی‌دهد. پیامد این فرایند عدم مدیریت رفتارها و برخورد ناسازگارانه با فرزندان معلول می‌گردد. در تبیین دیگر می‌توان گفت بخشی از تنظیم هیجان به تنوعی از تاثیرات محرک‌های بیرونی مرتبط می‌باشد، از این رو در شرایط ناکام‌کننده محیطی ممکن است مادران معلول با استفاده از مکانیسم‌های مکرر سعی در تنظیم هیجان سایر اعضای خانواده بخصوص فرزند معلول نمایند، این امر می‌تواند رشد مهارت‌های آنها در روابط اجتماعی را که مستلزم بروز هیجان‌ات متناسب با موقعیت باشد را تحت تاثیر قرار دهد، از این رو مدیریت ضعیف تنظیم هیجان، به واکنش نامناسب با هیجان‌های تجربه‌شده می‌انجامد، مثلاً مادران فرزندان معلول به هنگام تجربه بی‌عدالتی ممکن است رفتار متناسب با تجربه خشم را از خود بروز ندهند و این سرکوب هیجان خشم تجربه‌شده را به شدت واپس‌رانده، که این امر به نوبه خود آسیب‌های روانی دیگری در پی خواهد داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی والدین دارای فرزند معلول نسبت به والدین دارای فرزند عادی تفاوت دارد و کیفیت زندگی آنها پایین‌تر می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های میرصمدی و عبدی (۱۳۹۶) هم‌خوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت داشتن کودک معلول استرس‌ها و فشارهای زیادی را بر مراقبان بخصوص والدین وارد می‌سازد. از عوامل فشارزا می‌توان به مشکلات اقتصادی همانند هزینه‌های پزشکی و مراقبتی، مشکلات رفتاری مانند انجام کارهای یکسان و مکرر در طول شبانه‌روز برای فرزند معلول، صرف زمان زیاد و رفتارهای مراقبتی خسته‌کننده، مشکلات عاطفی در خانواده مانند توجه و محبت کمتر به سایر فرزندان و اختصاص زمان کمتر برای بودن با آنها، مشکلات ارتباطی برون‌خانوادگی، مانند رفت و آمد کمتر با

خویشاوندان، احساس شرم در زمان مهمانی‌ها، مشکلات ارتباطی درون خانوادگی مانند تعارض‌های زناشویی و تعارض بین سایر فرزندان با هم یا با والدین، مشکلات روان شناختی، مانند افسردگی و اضطراب والدین اشاره کرد. وقتی والدین دارای فرزند معلول می‌شوند والدین مجبور به فراهم کردن محیطی ویژه برای نگهداری از فرزند می‌باشند این امر در طولانی مدت کیفیت و رضایت زندگی آنها را دچار چالش و نوسان‌های فراوان می‌نماید. بنابراین با افزایش میزان فشار روانی در مادران کودک معلول، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها و بطور کلی کیفیت زندگی آنها کاهش می‌یابد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه پژوهش به یک استان کشور اشاره کرد که امکان تعمیم نتایج آن را به کل معلولان کشور با مشکل مواجه می‌سازد. محدودیت‌های دیگر شامل مقطعی بودن پژوهش حاضر، استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی، عدم لحاظ ویژگی‌های شخصیت مادران، همچنین استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشی با گستره نمونه وسیع‌تر صورت پذیرد تا امکان مقایسه نتایج بدست آمده فراهم گردد. همچنین انجام پژوهشی مشابه با نمونه پدران دارای فرزند معلول همچنین انجام یک مطالعه طولی می‌تواند در این زمینه راه‌گشا باشد. پیشنهاد می‌شود از نتایج پژوهش حاضر در جهت ارتقای کیفیت ارائه بسته‌های خدماتی سازمان‌های حمایت‌کننده مانند سازمان بهزیستی در تدوین سیاست‌های خانواده‌محور مبتنی بر کاهش مشکلات مادران داری فرزند معلول استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

محقق بر خود وظیفه می‌داند از همه والدینی که در پژوهش حاضر همکاری نموده، صمیمانه تشکر و قدردانی نماید. پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی است که بر اساس شماره ۱۹ در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۱۴ در دانشگاه پیام نور لرستان تصویب شده است.

پی‌نوشت‌ها

1. Tigere & Makhubele
2. Statistical yearbook of the country
3. Modula
4. Rabani
5. Mohammad Amin Zade, kazemian & esmaeili
6. Satvat, Khodabakhshi-Koolae & Falsafinejad
7. Vilaseca, Rivero, Leiva & Ferrer
8. Behavioral inhibition
9. Lombardo, Waters & Elzy
10. Gray
11. reinforcement sensitivity theory
12. Sensitivity to freshness
13. Tang, Crawford, Morales, Degnan, Pine & Fox
14. Gilmore
15. Verhagen, Derks, Roelofs & Maciejewski
16. early maladaptive schemas
17. Bär, Bär, Rijkeboer & Lobbestael
18. Young
19. core beliefs
20. Yontar & Ozgan
21. Sadri, Ansari, Esmaili Ghazivaloii & Ghomi
22. Godarzi
23. Sójta & Strzelecki
24. Coe, Micalizzi, Huffhines, Seifer, Tyrka & Parade
25. mistrust/abuse schema
26. Frenzel, Goetz & Stockinger
27. Gross
28. Cavicchioli, Tobia & Ogliari
29. Niven, Hughes, Tan & Wickett
30. Glidden, Billings & Jobe
31. Javadian, Khaleghi, Fathi
32. Veenhoven
33. Dizdarevic, Memisevic, Osmanovic & Mujezinovic
34. Mirsamadi, Abdi
35. Behavioral Activation/Inhibition System Scale (BAS/BIS)
36. Carver & White
37. Abdollahi Majarshin
38. Young Schema Questionnaire-Short Form
39. Gonzalez-Cifuentes, Ruiz & Quiceno
40. Ghiasi, Molavi, Neshatdost & Salavati
41. Emotion Regulation Questionnaire
42. Gros & John
43. GHasempour, Ilbeigi, Hassanzadeh
44. World Health Organization's Quality of Life-Brief
45. Nejat, Montazeri, Holakouie Naieni, Mohammad, Majdzadeh

References

- Abdollahi Majarshin, R. (2006). *The relationship between behavioral inhibition/activation systems with implicit and explicit memory bias in depressed individuals*, Master's dissertation of psychology, Tabriz University, Iran [In Persian].
- Bär, A., Bär, H. E., Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2023). Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(3), 716-747.
- Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319–333.
- Cavicchioli, M., Tobia, V., & Ogliari, A. (2023). Emotion regulation strategies as risk factors for developmental psychopathology: a meta-analytic review of longitudinal studies based on cross-lagged correlations and panel models. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(3), 295-315.
- Coe, J. L., Micalizzi, L., Huffhines, L., Seifer, R., Tyrka, A. R., & Parade, S. H. (2024). Effortful control, parent-child relationships, and behavior problems among preschool-aged children experiencing adversity. *Journal of Child and Family Studies*, 33(2), 663-672.
- Dizdarevic, A., Memisevic, H., Osmanovic, A., & Mujezinovic, A. (2022). Family quality of life: perceptions of parents of children with developmental disabilities in Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Developmental Disabilities*, 68(3), 274-280.
- Frenzel, A. C., Goetz, T., & Stockinger, K. (2024). Emotions and emotion regulation. In *Handbook of educational psychology* (pp. 219-244). Routledge.
- GHasempour, A., Ilbeigi, R., Hassanzadeh, Sh. (2013). *Psychometric properties of Gross and John emotional regulation questionnaire in an Iranian sample. The sixth mental health conference of students*. Gilan University [In Persian].
- Ghiasi, M., Molavi, M., Neshatdost, H., & Salavati, M. (2011). The Factor Structure of Farsi Version of Young Schema Questionnaire-S3 in Two Groups in Tehran. *Psychological Achievements*, 18(1), 93-118 [In Persian].

- Gilmore, B. J. (2024). *Behavioral Inhibition in Emotional Numbing and the Utilization of Defense Mechanisms*, Doctoral dissertation, Alliant International University, California, United States.
- Glidden, L. M., Billings, F. J., & Jobe, B. M. (2006). Personality, coping style and well being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 50(12), 949-962.
- Godarzi, M. (2020). Comparison of the Maladaptive Schemas and Coping Styles among the Mothers of Children with Autism and Children with Down syndrome in Shiraz. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*, 10(S4), 51-56 [In Persian].
- Gonzalez-Cifuentes, C. E., Ruiz, F. J., & Quiceno, J. M. (2024). Psychometric properties of the young's early maladaptive schema questionnaire-short form (ysq-s3) in Colombia. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, 32(1).
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Javadian S R, Khaleghi L, Fathi M. The Effectiveness of Emotional Regulation Training on Negative Affect and Resilience of Mothers with Disabled Children. *Iranian Nursing Scientific Association*, 2018; 6 (5), 25-33 [In Persian].
- Lombardo, E., Waters, N., & Elzy, M. (2023). Behavioral inhibition and emotional invalidation in the context of personality impairment. *Current Psychology*, 42(17), 14403-14413.
- Berkman, E. T., Lieberman, M. D., & Gable, S. L. (2009). BIS, BAS, and response conflict: Testing predictions of the revised reinforcement sensitivity theory. *Personality and individual differences*, 46(5-6), 586-591.
- Mirsamadi, F., Abdi, R. (2017). Comparison of quality of life and mental health of mothers of children with disabilities and mothers of normal children. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, (7):74-74 [In Persian].
- Modula, M. J. (2022). The support needs of families raising children with intellectual disability. *African Journal of Disability*, 11, 952.
- Mohammad Amin Zade, D., kazemian, S., & Esmaeili, M. (2017). Emotional balance and communication patterns in Family: A comparative study between families with and without disability

- students. *Journal of Woman and Family Studies*, 5(2), 221-238 [In Persian].
- Narimani, M., Ariapouran, S., Abolghasemi, A., Ahadi, B. (2012). Effectiveness of mindfulness and emotion regulation trainings on physical and psychological well-being among chemical weapon victims. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 15(5):e79021 [In Persian].
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4 (4):1-12 [In Persian].
- Niven, K., Hughes, D. J., Tan, J. K., & Wickett, R. (2024). Individual differences in interpersonal emotion regulation: What makes some people more (or less) successful than others?. *Social and Personality Psychology Compass*, 18(4), e12951.
- Rabani, Z. (2020). Comparison of coping styles, distress tolerance and religious adherence in mothers of children with physical-motor disabled and normal. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 6(4), 10-18.6(4):10-18 [In Persian].
- Sadoughi, Z., Aguilar, V. M., Rasoulzadeh, T. S., Esfahanian, N. (2008). Factor analysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(3): 214-219 [In Persian].
- Sadri, E., Ansari, M., Esmaili Ghazivaloii, F., & Ghomi, M. (2016). The comparison of the early maladaptive schemas and marital satisfaction in mothers with special learning disability children and mothers of normal children. *Journal of Learning Disabilities*, 6(1), 80-99 [In Persian].
- Satvat, A., Khodabakhshi-Koolae, A., & Falsafinejad, M. R. (2019). Identifying the challenges Marriage of Person with Physical-Motor Disabilities in Tehran: A phenomenological study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 5(2), 55-62 [In Persian].
- Sójta, K., & Strzelecki, D. (2023). Early maladaptive schemas and their impact on parenting: do dysfunctional schemas pass generationally?— a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(4), 1263.
- Statistical yearbook of the country (1402). *Welfare and social security chapter*, Tehran: Iran Statistics Center.

- Tang, A., Crawford, H., Morales, S., Degnan, K. A., Pine, D. S., & Fox, N. A. (2020). Infant behavioral inhibition predicts personality and social outcomes three decades later. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(18), 9800-9807.
- Tigere, B., & Makhubele, J. C. (2019). The experiences of parents of children living with disabilities at Lehlaba Protective Workshop in Sekhukhune district of Limpopo province. *African journal of disability*, 8(0), 528.
- Veenhoven, R. (2024). Quality of Life (QOL), an Overview. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 5668-5671.
- Verhagen, M., Derks, M., Roelofs, K., & Maciejewski, D. (2023). Behavioral inhibition, negative parenting, and social withdrawal: Longitudinal associations with loneliness during early, middle, and late adolescence. *Child Development*, 94(2), 512-528.
- Vilaseca, R., Rivero, M., Leiva, D., & Ferrer, F. (2023). Mothers' and fathers' parenting and other family context variables linked to developmental outcomes in young children with intellectual disability: a two-wave longitudinal study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 35(3), 387-416.
- Yontar, G., & Ozgan, E. (2024). Early maladaptive schemas in female patients with migraine and tension-type headache. *Scientific Reports*, 14(1), 3550.