

## Investigate the Relationship between Negative Emotions, Metacognitive Beliefs and Self-Care of Parents with Children with Mental Disabilities in Kerman

Akbar Jadidi

Mohammadabadi 

Associate Professor, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Fariba Dortaj  \*

Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Azita Salajeghe 

Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

### Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between negative emotions, metacognitive beliefs and self-care of parents with children with mental disabilities in Kerman in the academic year 2023-2024. This research was descriptive and correlational. The study population included all parents with mentally retarded children in Kerman that among them, a sample of 160 people (parents) were selected by Available. The negative emotions questionnaire (taken from Panas positive and negative emotion questionnaire), Wells Metacognitive Beliefs Questionnaire (1997) and World Health Organization Self-Care Questionnaire (2016) were used to collect data. Collected data were analyzed at two levels of descriptive (frequency, mean, standard deviation, etc.) and inferential (Pearson correlation, simultaneous regression and stepwise) using SPSS software. Findings showed that negative emotions have a positive and significant relationship with metacognitive beliefs and a negative and significant relationship with self-care. Also, the results of Pearson correlation showed that there is a significant negative relationship

\* Corresponding Author: f.d@pnu.ac.ir

**How to Cite:** Jadidi Mohammadabadi, A., Dortaj, F. (2025). Investigate the Relationship between Negative Emotions, Metacognitive Beliefs and Self-Care of Parents with Children with Mental Disabilities in Kerman, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 15(58), 1-28. DOI: 10.22054/jpe.2025.83311.2772

between metacognitive beliefs and self-care. The results of stepwise regression also showed that negative emotions and metacognitive beliefs are negatively and significantly able to predict self-care in parents with mentally retarded children. Therefore, it is possible to increase self-care in parents with mentally retarded children by reducing negative emotions and also by using appropriate metacognitive therapies.

**Keywords:** Negative Emotions; Metacognitive Beliefs; Self-Care; Parents with Mentally Retarded Children.



## **Extended Abstract**

### **1. Introduction**

specific challenges for the family, particularly for the parents. These challenges can significantly impair the family's mental health. The birth and upbringing of a child with special needs is often perceived as a distressing and demanding event, frequently leading to stress, guilt, sadness, and despair. Research indicates that parents of children with intellectual disabilities experience lower overall health and higher levels of anxiety, guilt, and shame compared to parents of typically developing children.

Intellectual disability is a specific neurodevelopmental condition arising from various factors before or after birth. The presence of a child with such disabilities within the family unit can act as a chronic stressor, adversely affecting interpersonal relationships and the overall dynamics among family members.

### **Research Questions**

This study aims to investigate the relationships among metacognitive beliefs, negative emotions, and self-care in parents of children with intellectual disabilities. Specifically, the researchers seek to answer the following questions:

1. Is there a significant relationship between self-care and negative emotions in parents of children with intellectual disabilities?
2. Is there a significant relationship between self-care and metacognitive beliefs in parents of children with intellectual disabilities?
3. To what extent can self-care be predicted based on negative emotions and metacognitive beliefs?

### **2. Literature Review**

Bagherian et al. (2019) conducted a study on 125 chronic hemodialysis patients in Isfahan. Their results indicated a significant negative relationship between depression and self-care, suggesting that higher levels of negative emotions are associated with lower self-care. Similarly, Rezaeian et al. (2017) investigated the relationship between stress, anxiety, and depression with prenatal self-care behaviors in women at risk of preterm labor. Their findings showed that stress and depression have a significant negative correlation with prenatal self-care behaviors. Furthermore, Zare et al. (2020) examined

the relationship between perceived social support, anxiety, and self-care among 140 hemodialysis patients in Turkey. The results revealed that patients with higher perceived social support and lower anxiety levels exhibited greater self-care, indicating a significant negative relationship between negative emotions (anxiety) and self-care. However, contrasting findings have also been reported; for instance, studies by Ho et al. (2015) and Najafi Ghezeljeh et al. (2019) found no significant relationship between negative emotions and self-care.

### **3. Methodology**

This research was applied in its objective and employed a descriptive-correlational design for data collection. The statistical population consisted of all parents of children with intellectual disabilities in Kerman during the 2023-2024 academic year. A sample of 160 parents (either the father or the mother) was selected using a non-probability convenience sampling method. This sampling technique was chosen due to the specific characteristics of the target population, the logistical challenges of accessing a comprehensive list of all eligible parents, and ethical considerations regarding privacy and minimizing the psychological burden on participants. To facilitate data collection, coordination was established with various rehabilitation centers and exceptional schools in Kerman. Parents who met the inclusion criteria and expressed willingness to participate were subsequently invited to take part in the study.

#### **Research Instruments:**

**Metacognitive Beliefs Questionnaire (MCQ-30):** Metacognitive beliefs were assessed using the scale developed by Wells (1997). This self-report instrument consists of 20 items designed to measure individuals' beliefs about their own cognitive processes and thoughts.

**Negative Affect Scale:** Negative emotions were measured using the negative affect subscale derived from the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), developed by Watson et al. (1988). This subscale comprises 15 items specifically focused on assessing various negative emotional states.

**World Health Organization Self-Care Questionnaire:** To evaluate self-care, the questionnaire designed by the World Health Organization (WHO, 2016) was employed. This 30-item instrument

encompasses three primary dimensions: physical, psychological, and social self-care.

#### 4. Results

The results of the Pearson correlation analysis indicated a significant negative relationship between negative emotions and self-care ( $p^* < 0.01$ ). This finding suggests that higher levels of negative emotional states are associated with a decrease in self-care behaviors among parents of children with intellectual disabilities.

Furthermore, the correlation matrix revealed that self-care has a significant negative relationship with several key components of metacognitive beliefs. Specifically, self-care was found to be negatively correlated with the uncontrollability and danger of thoughts, low cognitive confidence, and low cognitive self-awareness ( $*p^* < 0.05$  or  $p < 0.01$  depending on your data). These results indicate that as these negative metacognitive beliefs increase, the level of self-care among parents tends to decline.

**Table 1. Predicting Self-Care through Negative Emotions and Metacognitive Beliefs**

| Step        | Predictor Variable    | R   | R <sup>2</sup> | f     | p≤   | β    | t     | p≤  |
|-------------|-----------------------|-----|----------------|-------|------|------|-------|-----|
| First Step  | Negative Emotions     | .51 | .26            | 56.77 | .001 | -.51 | -7.53 | .01 |
| Second Step | Negative Emotions     | .55 | .3             | 33.82 | .001 | -.51 | -7.7  | .01 |
|             | Metacognitive Beliefs |     |                |       |      | -.19 | -2.87 | .01 |

As shown in Table 1 (or the table above), the results of the stepwise regression analysis indicated that both negative emotions ( $\beta = -0.51$ ,  $t = -7.70$ ,  $p \leq 0.01$ ) and metacognitive beliefs ( $\beta = -0.19$ ,  $t = -2.87$ ,  $p \leq 0.01$ ) were significant negative predictors of self-care among parents of children with intellectual disabilities. Together, these two variables accounted for 30% of the total variance in self-care scores ( $R^2 = 0.30$ ,  $F(2, 157) = 33.82$ ,  $p \leq 0.001$ ).

#### 5. Discussion

The primary objective of this study was to investigate the relationships among metacognitive beliefs, negative emotions, and self-care in parents of children with intellectual disabilities. The results of the Pearson correlation analysis revealed significant negative relationships

between negative emotions and overall self-care, as well as its specific dimensions, including physical, psychological, and social self-care. These findings suggest that as negative emotional states—such as anxiety, depression, and stress—increase, parents' engagement in essential self-care activities across all domains tends to decrease.

## **6. Conclusion**

The findings of this study should be interpreted with caution due to the lack of control over some potential confounding variables such as socioeconomic status and social support. These variables may have influenced the relationship between negative emotions, metacognitive beliefs, and self-care. Therefore, a definitive conclusion about causality or the precise strength of the relationships requires future studies with a longitudinal or experimental design that systematically measure and control these variables. However, the present findings can be useful as a basis for the initial understanding of these relationships in the studied population and for designing more precise future research.

This negative correlation highlights the debilitating impact of chronic emotional distress on the daily functioning and health-maintenance behaviors of parents who care for children with special needs. Furthermore, the significant association between negative emotions and social self-care indicates that emotional burdens may lead to social withdrawal or a reduction in seeking social support, which are critical components of maintaining one's well-being in challenging caregiving environments.

## **Acknowledgments**

The authors wish to express their deepest gratitude to all the parents of children with intellectual disabilities in Kerman for their invaluable participation and cooperation. We also extend our sincere thanks to the General Department of Welfare and the Welfare Organization of Kerman for their essential support and assistance in conducting this research.



## نقش هیجان‌های منفی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی خودمراقبتی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی

دانشیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

اکبر جدیدی محمدآبادی 

استادیار گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

فریبا درتاج  \*

استادیار گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

آزیتا سلاجقه 

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه بین هیجان‌های منفی، باورهای فراشناختی و خودمراقبتی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی در شهر کرمان انجام شد. این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی در شهر کرمان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند که از بین آنان نمونه‌ای به حجم ۱۶۰ نفر (پدر یا مادر) به صورت در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه هیجانات منفی (برگرفته از پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی پاناس)، پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز (۱۹۹۷) و پرسشنامه خودمراقبتی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۶) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده در دو سطح توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار و...) و استنباطی (همبستگی پیرسون، رگرسیون هم‌زمان و گام‌به‌گام) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد هیجانات منفی با باورهای فراشناختی، رابطه مثبت و معنادار و با خودمراقبتی، رابطه منفی و معنادار دارند. همچنین نتایج همبستگی پیرسون نشان داد بین باورهای فراشناختی و خودمراقبتی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. نتایج رگرسیون گام‌به‌گام نیز نشان داد که هیجانات منفی و باورهای فراشناختی به صورت منفی و معنادار قادر به پیش‌بینی خودمراقبتی در والدین دارای کودک ناتوان ذهنی می‌باشند؛ بنابراین می‌توان با کاهش هیجانات منفی و همچنین با استفاده از درمان‌های فراشناختی مناسب، خودمراقبتی را در والدین دارای کودک ناتوان ذهنی افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: هیجانات منفی، باورهای فراشناختی، خودمراقبتی، والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## مقدمه

وجود کودک ناتوان ذهنی مشکلات خاصی را برای خانواده و مخصوصاً والدین به وجود می‌آورد. وجود این مشکلات می‌تواند سلامت روانی خانواده را دچار آسیب کند. تولد و حضور کودکی با نیازهای ویژه در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شده و باعث استرس، احساس گناه، غم و ناامیدی شود. بررسی‌ها نشان داده‌اند که والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی، در مقایسه با والدین کودکان عادی، سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب، احساس گناه و خجالت بالاتری را تجربه می‌کنند (آرام‌شناس، ۱۳۹۶). کم‌توانی ذهنی یک وضعیت و حالت خاص ذهنی است که در اثر شرایط مختلف قبل و یا پس از تولد کودک پدید می‌آید. وجود یک کودک ناتوان ذهنی در خانواده می‌تواند منبع استرس باشد و بر روابط اعضا در درون خانواده تأثیر بگذارد (جفرسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

خودمراقبتی، کیفیت زندگی را افزایش داده و باعث کاهش هزینه‌های درمان می‌شود (گلشیری و همکاران، ۱۳۹۰). مراقبت از خود یک مفهوم کلیدی در ارتقاء سلامت است و به هر گونه اقدامی جهت افزایش یا نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد اشاره دارد (حاتملوی سعدآبادی و همکاران، ۱۳۹۰). تدابیر خودمراقبتی شامل: داشتن رژیم غذایی سالم، فعالیت ورزشی منظم، مصرف منظم دارو هنگام بیماری و... می‌باشد. توانایی خودمراقبتی، ظرفیت اشخاص در برآوردن احتیاجات، مراقبت از خود است که برای حفظ حیات، سلامت و رفاه شخص صورت می‌گیرد. درواقع خودمراقبتی صفتی پیچیده است که افراد را قادر می‌سازد برای نیازمندی‌های شناخته‌شده و مخصوص، کارهای سودمندی را انجام دهند (باقریان سرارودی و همکاران، ۱۳۹۸).

ازجمله عوامل مؤثر در مراقبت از خود، باورهای فراشناختی می‌باشند. مطالعات فراشناخت ابتدا در روانشناسی رشد و یادگیری و راهبردهای دخیل در به یادسپاری، موردپژوهش قرار گرفته است؛ اما مفاهیم جدید آن را به حوزه اختلالات هیجانی کشانده

است (اسکراج<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). مدل فراشناختی بیان می‌کند که فراشناخت‌ها مسئول کنترل سالم و ناسالم ذهن هستند و آنچه هیجان‌ها را کنترل می‌کند، چگونگی تفکر است نه موضوع تفکر (فردوسی، بابایی و بهزادپور، ۱۳۹۸). مدل فراشناختی شامل دو دسته باورهای فراشناختی می‌شود: ۱- باور درباره معنی و اهمیت افکار و ۲- باور درباره کنترل افکار و به تبع آن معیارهای توقف (آیت‌مهر و صادق‌پور، ۱۳۹۷). فراشناخت هر نوع دانش یا فرآیند شناختی را در بر می‌گیرد که در تفسیر، بازبینی یا کنترل شناخت نقش دارند. اختلال در باورهای فراشناختی، از جمله اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و نیاز به کنترل افکار مواردی هستند که می‌توانند توجه فرد به سلامت جسمی و روانی را تحت‌الشعاع خود قرار دهند (بهروزی، محمدی و امیدیان، ۱۳۹۷). باید توجه داشت که در زمینه رابطه بین خودمراقبتی و باورهای فراشناختی تحقیقات اندکی انجام شده است که از آن جمله می‌توان به تحقیقات آسیس، ماراگلیا، برنداو و پیکسوتو<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)، امینی و همکاران (۱۴۰۲)، اشاره کرد. همچنین برنامه‌هایی در جهت ارتقای هیجان‌ات و باورهای فراشناختی مناسب و گسترش همدلی در بین دانش‌آموزان دچار ناتوان یادگیری اجرا شود (آقاجانی و همکاران، ۱۴۰۰). این تحقیقات نشان داده است که بین باورهای فراشناختی و خودمراقبتی رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

یکی دیگر از سازه‌های روان‌شناختی که نقش آن بر ابعاد مهم روان‌شناختی و سلامت مورد تأیید قرار گرفته است، سازه هیجان‌ات منفی می‌باشد. هیجان‌ها انواع مختلفی دارند؛ از سرخوشی تا تنفر و از وحشت تا ملال را شامل می‌شوند (پروین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). هیجان‌ها داده‌هایی درونی هستند که بر انگیزه و رفتار اثر می‌گذارند و حتی ممکن است مقدم بر شناخت باشند. هیجان‌ها از موضوعات مهم روانشناسی هستند و در فرآیندهای انگیزشی، یادگیری، رفتاری، شخصیتی و سلامت افراد نقش مهمی را ایفا می‌کنند (گوئتر و

- 
1. Scragg
  2. Assis, Maraglia, Brandao & Peixoto
  3. Pervin

نقش هیجان‌های منفی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی...؛ جدیدی محمدآبادی و درتاج | ۱۱

همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). دامنه هیجان‌ات منفی بسیار گسترده است (شامل اضطراب، خشم، شرم، ناامیدی، احساس گناه، تنفر و...) اما طبق نظریه کنترل-ارزش پکران، هیجان‌ات منفی، چه فعال و چه غیرفعال باشند بر سلامت فرد تأثیر منفی می‌گذارند. محققان معتقدند اثرات مثبت هیجان‌ات مثبت بر سلامت روان، آشکار و واضح است اما هیجان‌های منفی اثراتشان پیچیده‌تر می‌باشد (غلامی و رویین تن، ۱۳۹۸).

### پیشینه پژوهش

باقریان، سرارودی، خیرآبادی، مراشی و قانعی‌فر (۱۳۹۸) در پژوهشی ۱۲۵ نفر از بیماران همودیالیز مزمن در شهر اصفهان را مورد مطالعه و بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد بین افسردگی و خودمراقبتی رابطه منفی و معناداری وجود دارد؛ به این صورت که هر چه هیجان‌های منفی در افراد بیشتر باشند، خودمراقبتی در آنان کمتر می‌شود. همچنین رضائیان و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی ارتباط استرس، اضطراب و افسردگی با رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری در زنان در معرض خطر زایمان زودرس پرداختند. نتایج نشان دادند که استرس و افسردگی با رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری رابطه منفی و معناداری دارد. زارع و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهشی به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و خودمراقبتی در بیماران همودیالیز پرداختند. در این پژوهش ۱۴۰ نفر از بیماران همودیالیز ترکیه شرکت داشتند. نتایج نشان داد بیمارانی که سطح بالاتری از حمایت اجتماعی را درک کرده و سطح اضطراب کمتری را دریافت کرده، به میزان بیشتری از خود مراقبت می‌کنند؛ به عبارت دیگر بین هیجان‌ات منفی (اضطراب) و خودمراقبتی رابطه منفی و معناداری وجود داشت؛ اما در بین تحقیقات انجام‌شده نتایج پژوهش هو و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) و نجفی قزلبچه و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد بین هیجان‌ات منفی و خودمراقبتی رابطه معناداری وجود ندارد.

با توجه به آمار بالای کودکان دارای ناتوانی‌های ذهنی و با توجه به این که حضور

---

1. Goetz & et al

2. Hu & et al

این کودکان در خانواده، تأثیرات مختلفی را بر جنبه‌های گوناگون زندگی والدین می‌گذارد؛ لازم است درباره والدین این دسته از کودکان تحقیقاتی انجام شود. از طرفی تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی، نسبت به والدین دارای فرزندان عادی از سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) پایین‌تری برخوردارند؛ بنابراین لازم است درباره میزان خودمراقبتی در این والدین و عواملی که خودمراقبتی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ پژوهش‌های علمی و مستند انجام گیرد.

بنابراین در پژوهش حاضر در پی بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، هیجانات منفی و خودمراقبتی در والدین دارای کودکان با ناتوان ذهنی هستیم. در پژوهش حاضر محققان در پی پاسخگویی به سؤالات زیر می‌باشند:

۱- آیا بین خودمراقبتی و هیجانات منفی در والدین دارای کودک ناتوان ذهنی رابطه وجود دارد؟

۲- آیا بین خودمراقبتی و باورهای فراشناختی در والدین دارای کودک ناتوان ذهنی رابطه وجود دارد؟

۳- آیا می‌توان خودمراقبتی را بر اساس هیجانات منفی و باورهای فراشناخت پیش‌بینی کرد؟

## روش<sup>۱</sup>

این پژوهش از لحاظ هدف یک پژوهش کاربردی و به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها، یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مورد مطالعه این پژوهش شامل تمامی والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی در شهر کرمان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. به منظور انجام این مطالعه یک نمونه ۱۶۰ نفری از والدین (پدر یا مادر) دارای فرزند ناتوان ذهنی در شهر کرمان با توجه به ماهیت خاص جامعه آماری (والدین کودکان با ناتوانی ذهنی) و دشواری دسترسی به فهرست کامل از آنان، همچنین ملاحظات اخلاقی مربوط به

نقش هیجان‌های منفی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی...؛ جدیدی محمدآبادی و درتاج | ۱۳

حفظ حریم خصوصی و کاهش بار روانی بر شرکت کنندگان، از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس استفاده شد. بدین منظور، با همکاری مراکز توان‌بخشی و مدارس استثنایی شهر کرمان، از والدینی که تمایل و شرایط مشارکت در پژوهش را داشتند، دعوت به عمل آمد تا در مطالعه حاضر شرکت کنند. به‌صورت در دسترس انتخاب شد و به پرسشنامه‌ها به‌صورت کامل پاسخ دادند. ۶۰ درصد شرکت‌کننده مادر و ۴۰ درصد پدر بودند. همچنین بیش از ۳۳ درصد والدین دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بودند. دامنه سنی والدین شرکت‌کننده در پژوهش بین ۲۵ تا ۵۶ سال بود. در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (نظیر: فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و روش‌های آمار استنباطی نظیر همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام به‌وسیله نرم‌افزار (SPSS۲۵) انجام شد.

ملاک‌های ورود نمونه‌ها به مطالعه حاضر عبارت بودند از:

۱. داشتن فرزند با تشخیص ناتوانی ذهنی توسط مراکز روان‌پزشکی یا توان‌بخشی.
  ۲. سکونت در شهر کرمان.
  ۳. تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش.
  ۴. توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی برای تکمیل پرسشنامه‌ها.
- ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

پرسشنامه باورهای فراشناختی: پرسشنامه باورهای فراشناختی توسط ولز در سال ۱۹۹۷ تدوین شده است. این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی است که دارای ۲۰ ماده می‌باشد و باورهای افراد درباره تفکراتشان را موردسنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه در قالب یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت و به‌صورت موافق نیستم = ۱، کمی موافقم = ۲، تقریباً موافقم = ۳ و کاملاً موافقم = ۴ می‌باشد. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس باورها مثبت در مورد نگرانی (۱، ۷، ۱۰ و ۱۹)، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار (۲، ۴، ۹، ۱۱ و ۱۵)، اعتماد شناختی (۸، ۱۴ و ۱۷)، باورهای منفی کلی (۶، ۱۳ و ۲۰) و خودآگاهی شناختی (۳، ۵، ۱۲، ۱۶ و ۱۸) می‌باشد. شیرین‌زاده دستگیری و همکاران

(۱۳۸۷) این پرسشنامه را برای جمعیت ایران ترجمه و آماده نموده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، خود هشیاری شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار منفی به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷ و ۰/۸۶ و ۰/۸۱ و ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۸۷) ۰/۸۸ دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد پایایی پرسشنامه برابر با ۰/۷۶ بود، اگرچه در حد قابل قبول (بالای ۰/۷) برای پژوهش‌های Exploratory است، اما همان‌طور که اشاره شد، نسبتاً پایین‌تر از میزانی است که ترجیح داده می‌شود. این امر می‌تواند ناشی از ویژگی‌های خاص جامعه آماری این پژوهش (والدین کودکان با ناتوانی ذهنی) و شرایط پراسترس آن‌ها باشد که ممکن است بر پاسخ‌دهی تأثیر گذاشته باشد. برای پژوهش‌های آتی، استفاده از نسخه‌های کوتاه‌تر این پرسشنامه با پایایی گزارش شده بالاتر یا افزودن ابزارهای مکمل برای سنجش باورهای فراشناختی پیشنهاد می‌گردد. ضمن پذیرش این محدودیت، ذکر این نکته ضروری است که تمامی گویه‌ها به دلیل برخورداری از بار عاملی قابل قبول در مطالعات پیشین، در تحلیل نهایی حفظ شدند.

**پرسشنامه هیجانات منفی:** پرسشنامه هیجانات منفی برگرفته از پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی پاناس می‌باشد. مقیاس عاطفه مثبت و منفی پاناس در سال ۱۹۹۸ توسط واتسون، کلارک و تلگن ساخته شده است. پرسشنامه حاضر دارای ۱۵ آیتم می‌باشد که در هر آیتم یک هیجان منفی طی جمله‌ای خبری مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای به صورت بسیار مخالفم = ۰، مخالفم = ۱، نظری ندارم = ۲، موافقم = ۳ و بسیار موافقم = ۴ می‌باشد. در این پرسشنامه نمرات بالا بیانگر هیجانات منفی بیشتر و نمرات پایین بیانگر هیجانات منفی کمتر می‌باشد. واتسون و همکاران (۱۹۹۸) ضرایب همسانی درونی برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی ۰/۸۷ و پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله ۸ هفته برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱

نقش هیجان‌های منفی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی...؛ جدیدی محمدآبادی و درتاج | ۱۵

گزارش کرده‌اند. در پژوهش بخشی‌پور رودسری و دژکام (۱۳۸۴) ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) برای هر دو مقیاس عاطفه مثبت و منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ موردبررسی قرار گرفت که برابر با ۰/۸۸ بود.

پرسشنامه خودمراقبتی: پرسشنامه خودمراقبتی در سال ۲۰۱۶ توسط سازمان بهداشت جهانی طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال و سه بعد جسمی (سؤالات ۱ تا ۱۰)، روانی (سؤالات ۱۱ تا ۲۰) و اجتماعی (سؤالات ۲۱ تا ۳۰) است. هر بعد دارای ۱۰ سؤال می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای و به صورت هرگز = ۰، به ندرت = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب = ۳، به طور منظم = ۴ و همیشه = ۵ می‌باشد. نمرات بالا در این پرسشنامه بیانگر مراقبت از خود بیشتر در جنبه‌های مختلف زندگی می‌باشد. روایی پرسشنامه به روش‌های مختلف و توسط اساتید و متخصصان این حوزه تأیید شده است. پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ موردبررسی قرار گرفت و پایایی مؤلفه‌های خودمراقبتی جسمی، خودمراقبتی روانی، خودمراقبتی اجتماعی و نمره کل خودمراقبتی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۸۱، ۰/۸۳ و ۰/۹۱ به دست آمد.

#### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد، بیش از ۶۰ درصد افراد شرکت‌کننده در پژوهش را مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی تشکیل داده‌اند. همچنین بیش از ۳۳ درصد والدین دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بوده‌اند. دامنه سنی والدین شرکت‌کننده در پژوهش بین ۲۵ تا ۵۶ سال بوده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش

| متغیر             | مؤلفه                      | میانگین | انحراف معیار | کمینه نمره | بیشینه نمره |
|-------------------|----------------------------|---------|--------------|------------|-------------|
| باورهای فراشناختی | باورها مثبت در مورد نگرانی | ۲/۵۷    | ۰/۶۲         | ۱          | ۳/۵۷        |
|                   | کنترل ناپذیری و خطر افکار  | ۲/۷۹    | ۰/۶          | ۱          | ۴           |
|                   | اعتماد شناختی              | ۲/۵۴    | ۰/۶۸         | ۱          | ۴           |
|                   | باورهای منفی کلی           | ۲/۸۳    | ۰/۶۱         | ۱          | ۴           |
|                   | خودآگاهی شناختی            | ۲/۹۲    | ۰/۵۳         | ۱          | ۴           |
| خودمراقبتی        | نمره کلی                   | ۲/۶۵    | ۰/۷۴         | ۰/۸        | ۴/۴۳        |
|                   | خودمراقبتی جسمی            | ۲/۴۵    | ۰/۸۲         | ۰/۷        | ۴/۵         |
|                   | خودمراقبتی روانی           | ۲/۹۱    | ۰/۸          | ۱/۲        | ۵           |
|                   | خودمراقبتی اجتماعی         | ۲/۵۸    | ۰/۹۳         | ۰/۴        | ۴/۵         |
| هیجان‌های منفی    | -                          | ۲/۱۳    | ۰/۷۴         | ۰/۰۷       | ۴           |

سؤال اول: آیا بین خودمراقبتی و هیجانات منفی در والدین دارای کودک ناتوان ذهنی رابطه وجود دارد؟

جدول ۲. رابطه بین خودمراقبتی و هیجان‌های منفی

| مؤلفه               | هیجان‌های منفی |
|---------------------|----------------|
| نمره کلی خودمراقبتی | -۰/۵۱۴**       |
| خودمراقبتی جسمی     | -۰/۳۹**        |
| خودمراقبتی روانی    | -۰/۴۷۸**       |
| خودمراقبتی اجتماعی  | -۰/۴۵۵**       |

نتایج آزمون همبستگی نشان داد بین هیجان‌های منفی و خودمراقبتی رابطه منفی و معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد.

سؤال دوم: آیا بین خودمراقبتی و باورهای فراشناختی در والدین دارای کودک ناتوان ذهنی رابطه وجود دارد؟

جدول ۳. رابطه بین خودمراقبتی و باورهای فراشناختی

| خودمراقبتی |         |         |          | مؤلفه                      |
|------------|---------|---------|----------|----------------------------|
| اجتماعی    | روانی   | جسمی    | نمره کل  |                            |
| -۰/۰۳۲     | ۰/۰۳۷   | -۰/۰۰۴  | -۰/۰۰۱   | باورها مثبت در مورد نگرانی |
| -۰/۲۲۷**   | -۰/۱۷۲* | -۰/۱۷۱* | -۰/۲۲۳** | کنترل ناپذیری و خطر افکار  |
| -۰/۲۱۸**   | -۰/۱۱۶  | -۰/۱۰۳  | -۰/۱۷۳*  | اعتماد شناختی پایین        |
| -۰/۰۱۹     | -۰/۰۰۵  | -۰/۰۱۳  | -۰/۰۱۵   | باورهای منفی کلی           |
| ۰/۱۵       | ۰/۲۵۶** | ۰/۰۸۹   | -۰/۱۹۲*  | خودآگاهی شناختی کم         |

نتایج ماتریس همبستگی نشان داد خودمراقبتی با اغلب مؤلفه‌های باورهای فراشناختی (کنترل ناپذیری و خطر افکار، اعتماد شناختی پایین و خودآگاهی شناختی کم) رابطه منفی و معنادار دارد.

سؤال سوم: آیا می‌توان خودمراقبتی را بر اساس هیجانات منفی و باورهای فراشناخت پیش‌بینی کرد؟

جدول ۴. پیش‌بینی خودمراقبتی از طریق هیجانات منفی و باورهای فراشناختی

| گام     | متغیر پیش‌بین     | R    | R <sup>2</sup> | f     | p≤    | β     | t     | p≤   |
|---------|-------------------|------|----------------|-------|-------|-------|-------|------|
| گام اول | هیجان‌های منفی    | ۰/۵۱ | ۰/۲۶           | ۵۶/۷۷ | ۰/۰۰۱ | -۰/۵۱ | -۷/۵۳ | ۰/۰۱ |
|         | هیجان‌های منفی    | ۰/۵۵ | ۰/۳            | ۳۳/۸۲ | ۰/۰۰۱ | -۰/۵۱ | -۷/۷  | ۰/۰۱ |
|         | باورهای فراشناختی | ۰/۵۵ | ۰/۳            | ۳۳/۸۲ | ۰/۰۰۱ | -۰/۱۹ | -۲/۸۷ | ۰/۰۱ |

بر اساس اطلاعات موجود در جدول بالا، نتایج به‌دست آمده از تحلیل رگرسیون گام به گام بر روی خودمراقبتی، نشان داد که متغیر هیجان‌های منفی ( $\beta = -0.51$ ,  $t = -7.53$ ,  $p \leq 0.01$ ) و باورهای فراشناختی ( $\beta = -0.19$ ,  $t = -2.87$ ,  $p \leq 0.01$ ) به‌طور معناداری خودمراقبتی را در والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی را پیش‌بینی کرده‌اند. به این ترتیب این متغیرها ۳۰ درصد از واریانس نمرات خودمراقبتی را تعیین کرده‌اند ( $R^2 = 0.3$ ,  $f = 33/82$ ,  $p \leq 0.01$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، هیجانات منفی و خودمراقبتی در والدین دارای فرزند ناتوان ذهنی پرداخته است. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد رابطه بین هیجان‌های منفی با خودمراقبتی، خودمراقبتی جسمی، خودمراقبتی روانی، خودمراقبتی اجتماعی، منفی و معنی‌دار است؛ به عبارت دیگر هرچه هیجان‌های منفی مادران کودکان ناتوان ذهنی بیشتر باشد، خودمراقبتی در آنان کمتر می‌شود و هرچه هیجان‌های منفی آنان کمتر باشد، توجه به سلامت روانی، جسمی و اجتماعی (خودمراقبتی) در آنان بیشتر می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های باقریان و همکاران (۱۳۹۸)، نجفی قزلبچه و همکاران (۱۳۹۸)، رضائیان و همکاران (۱۳۹۶)، امینی و همکاران (۱۴۰۲)، زارع و همکاران (۱۳۹۹)، اسمیت و جان<sup>۱</sup> (۲۰۲۴) و کاظمی و همکاران (۱۴۰۱) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت هیجانات منفی با کاهش انگیزه برای تداوم سلامتی و لذت بردن از زندگی باعث اختلال در رفتارهای خودمراقبتی در افراد می‌شوند. داشتن هیجانات منفی با نشانه‌هایی مانند خلق پایین، استرس، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، عدم تمرکز، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش وزن، اختلال عملکرد مشخص می‌شود و داشتن هیجانات منفی می‌تواند منجر به تغذیه ناکافی، مصرف سیگار، مصرف دارو، عدم توجه به خود، نگرانی مداوم درباره امور، دوری‌گزینی از دیگران، انزوا و... شود که این موارد از جمله موارد خودمراقبتی پایین می‌باشند. باید توجه داشت که یکی از هیجانات منفی افسردگی است، افراد افسرده نواقصی را در پردازش اطلاعات دارا هستند که منجر به شیوه‌های منفی تفکر و تمایل آن‌ها به ایجاد و حفظ افسردگی در هنگام رویارویی با وقایع تنش‌زای زندگی می‌شود؛ بنابراین چنین افرادی به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی (خودمراقبتی) توجهی ندارند. افراد مضطرب نیز به دلیل عدم اطمینان به توانایی‌های خود در کنترل کردن احساسات و واکنش‌های اضطرابی

قادر به اداره کردن تکالیف زندگی به نحو شایسته نیستند. آنان معتقدند توانایی لازم برای مراقبت از خود در زمینه‌های جسمی، روانی و اجتماعی را دارا نیستند. باید توجه داشت که والدین (به‌ویژه مادران) دارای کودک ناتوان ذهنی اغلب نگران وضعیت فعلی و همچنین آینده کودک خود هستند. آنان جهت بهبود وضعیت فرزند ناتوان خود از هیچ کوششی دریغ نمی‌کنند. این گروه از والدین بیشتر زمان خود را صرف مراقبت، نگهداری، آموزش و کمک به فرزند ناتوان خود می‌کنند تا از این طریق بتوانند زمینه پیشرفت او را فراهم کنند؛ بنابراین در چنین شرایطی که والدین فکر و ذهنشان معطوف به فرزند ناتوان خود و امور مربوط به او می‌باشد؛ توجهی به انجام اموری مثل ورزش کردن، تغذیه مناسب خود، رسیدگی به ظاهر خود و... نمی‌کنند به عبارت دیگر توجهی به مراقبت جسمی خود ندارند. از طرفی این والدین به دلیل مواجهه همیشگی با فرزند ناتوان خود و دیدن شرایط او، اغلب دچار استرس و اضطراب هستند و اکثراً به افسردگی مبتلا می‌شوند. این در حالی است که اکثر آن‌ها از مشاوره‌های روانشناسی و روان‌پزشکی نیز استفاده نمی‌کنند به عبارت دیگر توجهی به سلامت روانی خود ندارند. درنهایت برخی از این والدین به علت مشکلات فرزند خود مثل عدم سازگاری با دیگر کودکان، مشکلات حرکتی، مشکلات ظاهری و... و همچنین به دلیل شرایط روحی و روانی خود (مثل داشتن اضطراب، استرس و افسردگی) از حضور در بسیاری از اجتماعات خودداری می‌کنند و روابط اجتماعی خود را محدود می‌کنند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که داشتن فرزند ناتوان ذهنی باعث می‌شود هیجانات منفی در والدین افزایش یابد که درنهایت به کاهش مراقبت از خود در زمینه‌های جسمی، روانی و اجتماعی می‌شود. باید توجه داشت که وجود یک کودک ناتوان ذهنی در خانواده، باعث می‌شود که والدین هیجانات منفی مثل اضطراب، نگرانی، استرس، ناراحتی و... را بیشتر تجربه کنند. از طرفی قرار گرفتن دائم در معرض هیجانات منفی باعث می‌شود که والدین دچار افسردگی شوند. در چنین حالتی فرد افسرده هیچ تمایلی به انجام رعایت اصول بهداشتی و مراقبت از خود

ندارد؛ بنابراین هیجانات منفی با خودمراقبتی رابطه منفی خواهند داشت. نتایج همبستگی پیرسون همچنین نشان داد رابطه بین خودمراقبتی با باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، اعتماد شناختی و خودآگاهی شناختی منفی و معنی‌دار است؛ به عبارت دیگر هر چه باورهای فراشناختی در والدین کودکان ناتوان ذهنی بیشتر باشد، خودمراقبتی در آنان کمتر خواهد بود و هر چه باورهای فراشناختی در آنان کمتر باشد، توجه به سلامت روانی، جسمی و اجتماعی (خودمراقبتی) در آنان بیشتر می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های پهلوان و همکاران (۱۳۹۷) و آسیس، ماراگلیا، برندائو و پیکسوتو<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت باورهای فراشناختی نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می‌کنند و در حقیقت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی می‌شود. به نظر می‌آید نگرانی و باورهای مثبت درباره نگرانی در کنار تضاد شناختی و عدم توانایی در کنترل افکار می‌تواند حیطه‌های مراقبت اجتماعی، روانی و جسمی والدین دارای کودک ناتوان ذهنی را دچار مشکل نماید. همچنین می‌توان گفت والدین دارای کودک ناتوان ذهنی به دلیل استفاده فراوان از راهبردهای ناکارآمد رفتاری (اهمال کاری، گوشه‌گیری)، شناختی (نشخوار فکری) و هیجانی (گریه کردن) تقریباً تمام زندگی خود را صرف رها شدن از هیجان‌های منفی گذشته و تغییر آن‌ها می‌کنند در صورتی که این راهبردها نه تنها مؤثر و رهایی‌بخش نیستند بلکه کارکردهای اجتماعی، شغلی، تحصیلی و روان‌شناختی فرد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. باید توجه داشت که این راهبردهای ناکارآمد و باورهای منفی باعث می‌شوند که فرد نتواند بر امور مثبت و مراقبت از خود تمرکز کند در نتیجه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فرد کاهش می‌یابد. والدین دارای کودک ناتوان ذهنی به دلیل مشاهده وضعیت کودک خود و مقایسه کودک خود با کودکان عادی به مرور باورهای منفی را در مورد افکار خود در ذهن پرورش می‌دهند که آن‌ها را به

سمتی پیش می‌برد که خلق منفی در آنان زیاد می‌شود و دائماً در مورد وضعیت فرزند خود نگرانی دارند. این افکار منفی و نگرانی در مورد فرزند، مانع از آن می‌شود که این گروه از والدین به وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود توجه کنند. آنان بیش از آن که به سلامتی جسمی خود توجه داشته باشند نگران سلامت جسمی فرزند خود هستند و سعی می‌کنند از طریق کاردرمانی، فیزیوتراپی و... سلامت جسمی فرزند معلول خود را ارتقا بخشند. از سویی والدین دارای کودک ناتوان ذهنی به دلایلی از جمله نگاه ترحم‌آمیز اطرافیان، محدودیت‌های فرزند خود و... ممکن است معاشرت‌های خانوادگی، رفت‌وآمد با اطرافیان و... را محدود کنند. بنابر مطالب گفته‌شده مشخص است که باورهای فراشناختی والدین دارای کودک ناتوان ذهنی باعث شکل‌گیری باورهای منفی، اطمینان شناختی کم، غیرقابل کنترل دانستن وضعیت موجود و... می‌شود که این عوامل باعث کاهش خودمراقبتی (جسمی، روانی و اجتماعی) در آنان می‌شود. باید توجه داشت که داشتن باورهای فراشناختی منفی باعث می‌شود که فرد در مقابله با شرایط استرس‌زا، از راهبردهای غیرسازنده مثل راهبردهای اجتنابی و هیجانی استفاده کند. استفاده زیاد از راهبردهای غیرسازنده نیز باعث دوری‌گزینی و افسردگی فرد می‌شود و درنهایت فرد افسرده هیچ رغبت و تمایلی برای مراقبت از خود در زمینه‌های جسمی، روانی و اجتماعی نخواهد داشت؛ بنابراین داشتن باورهای فراشناختی منفی با خودمراقبتی رابطه منفی دارد.

نتایج رگرسیون گام‌به‌گام نیز نشان داد هیجان‌های منفی پیش‌بینی‌کننده منفی و معنی‌دار خود مراقبتی است و با یک واحد استاندارد افزایش در هیجان‌های منفی، خود مراقبتی ۰/۵۱۴ واحد استاندارد کاهش می‌یابد. همچنین نتایج نشان داد ارزیابی شناختی پیش‌بینی‌کننده منفی و معنی‌دار خود مراقبتی است و با یک واحد استاندارد افزایش در ارزیابی شناختی، خود مراقبتی ۰/۱۹۲ واحد استاندارد کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های باقریان و همکاران (۱۳۹۸)، نجفی قزljجه و همکاران (۱۳۹۸)، رضائیان و همکاران (۱۳۹۶)، امینی و همکاران (۱۴۰۲)، زارع و همکاران (۱۳۹۹)، هو و همکاران

(۲۰۱۵)، اسمیت و جان<sup>۱</sup> (۲۰۲۴) پهلوان و همکاران (۱۳۹۷) و آسیس، ماراگلیا، برنداو و پیکسوتو (۲۰۱۸) همخوانی دارد. در مقایسه با مطالعات پیشین که بر روی جمعیت‌های عمومی تمرکز داشتند، این پژوهش در بررسی رابطه بین هیجان‌های منفی، باورهای فراشناختی و خودمراقبتی در جامعه خاص والدین کودکان با ناتوانی ذهنی در شهر کرمان است. این مطالعه برای اولین بار نشان می‌دهد که مهم‌ترین یافته خاص و متفاوت شما، باورهای فراشناختی حتی در حضور هیجان‌های منفی قوی، پیش‌بینی‌کننده قوی خودمراقبتی است؛ بنابراین، یافته‌های ما بعد جدیدی به ادبیات موجود اضافه می‌کند که اهمیت مداخلات مبتنی بر فراشناخت را در این گروه خاص برجسته می‌سازد. در تبیین این یافته می‌توان گفت باورهای فراشناختی مطرح که موجب اختلال در عملکردهای شناختی می‌شوند عبارت‌اند از: عدم اعتماد شناختی (عدم اعتماد فرد به عملکرد مناسب شناختی خود به‌ویژه عملکرد حافظه)، باورهای مثبتی که در مورد لزوم نگرانی وجود دارد، خودآگاهی شناختی (سطح آگاهی فرد نسبت به فرایند شناختی فعلی خود)، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیر بودن افکار و هم‌چنین باورهایی در مورد اهمیت و نیاز به کنترل فکر. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که فراشناخت‌ها با راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار همراه بوده و فراشناخت یکی از متغیرهایی است که به دلیل ناکارآمد بودن، خودمراقبتی را در افراد کاهش می‌دهند. هیجانات منفی از طریق به‌کارگیری راهبردهای ناکارآمدی مانند سرزنش خود، فاجعه‌آمیزپنداری، اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات خود، در خودفرورفتگی، احساس گناه و... باعث می‌شود که افراد به‌جای واکنش مناسب به مشکلات خود، با آشفتگی و تشویش با آن‌ها روبه‌رو شوند که این خود هم از طرفی تأثیر منفی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌گذارد و هم از طرفی باعث می‌شود که فرد در زمینه‌های جسمی، روانی و اجتماعی توجهی به مراقبت از خود نداشته باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر درباره رابطه بین باورهای فراشناختی و هیجان‌های منفی

چندین کاربرد بالینی دارد. با توجه به نقش باورهای فراشناختی در هیجان‌های منفی والدین دارای کودک ناتوان ذهنی، استفاده از فنون درمان فراشناختی مانند شناسایی و چالش با باورهای فراشناختی، آموزش فنون توجه و ذهن آگاهی و استفاده از رویارویی مبتنی بر مدل فراشناختی می‌تواند به کاهش هیجان‌های منفی والدین دارای کودک ناتوان ذهنی کمک کند. علاوه بر این، با توجه به اعتبار و روایی خوب مقیاس باورهای فراشناختی، می‌توان از این ابزار برای شناسایی افراد در معرض خطر هیجان‌های منفی و ارائه مداخلات پیشگیرانه به آنان استفاده کرد. با توجه به وجود رابطه منفی و معنادار بین هیجان‌های منفی و خودمراقبتی والدین دارای کودک ناتوان ذهنی، به مراکز نگهداری و آموزش کودکان معلول پیشنهاد می‌شود که با شناسایی والدین در معرض افسردگی، استرس و اضطراب و برنامه‌ریزی و اقدامات مناسب جهت کاهش هیجان‌های منفی آنان و افزایش سطح خودمراقبتی به این والدین کمک کنند. همچنین با استفاده از فنون فراشناختی به تعدیل باورهای فراشناختی این دسته از والدین پردازند تا از این طریق خودمراقبتی در این والدین افزایش یابد.

یافته‌های این مطالعه با توجه به عدم کنترل برخی متغیرهای مخدوش‌گر بالقوه مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی و حمایت اجتماعی، باید با احتیاط تفسیر شوند. این متغیرها ممکن است بر رابطه بین هیجان‌های منفی، باورهای فراشناختی و خودمراقبتی تأثیر گذاشته باشند؛ بنابراین، نتیجه‌گیری نهایی درباره علیت یا شدت دقیق روابط نیازمند مطالعات آینده با طراحی طولی یا تجربی است که این متغیرها را به‌طور منظم اندازه‌گیری و کنترل می‌کنند. با این حال، یافته‌های حاضر می‌توانند به عنوان پایه‌ای برای درک اولیه این روابط در جامعه مورد مطالعه و طراحی پژوهش‌های دقیق‌تر آینده مفید باشند.

### سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری کلیه والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی در شهر کرمان و همچنین اداره کل بهزیستی و مدیریت بهزیستی

شهر کرمان که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری نمودند، کمال تشکر را داشته باشند.

### تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع ندارند.

### ORCID

Akbar Jadidi

Mohammadabadi

Fariba Dortaj



<http://orcid.org/0000-0002-5659-1271>



<http://orcid.org/0009-0005-0431-5370>



## منابع

- آرام‌شناس، مژگان. (۱۳۹۶). مقایسه سلامت روان و روابط خواهران و برادران در خانواده‌هایی با کودکان ناتوان ذهنی، نابینا، ناشنوا و عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی.
- آقاجانی، سیف‌اله؛ عبادی، متینه و عینی، ساناز. (۱۴۰۰). پیش‌بینی سازگاری اجتماعی بر اساس باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و همدلی در دانش‌آموزان دچار اختلال یادگیری ویژه. *روانشناسی افراد/استثنایی*. ۱۱ (۴۲)، ۱۸۷-۲۱۶. doi: 10.22054/jpe.2021.60353.2315
- آیت‌مهر، فاطمه و صادق‌پور، سامان. (۱۳۹۷). مقایسه کارآمدی درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی، باورهای آمیختگی، نشانگان توقف درونی و باورهای کنترل/خطر در افراد وسواس شستشو. *روان‌پزشکی و روانشناسی شناخت*، ۵ (۱)، ۱-۱۷.
- باقریان سرارودی، رضا؛ خیرآبادی، غلامرضا؛ مراشی، محمدرضا و قانع‌فر، سارا. (۱۳۹۸). رابطه خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس با وضعیت خودمراقبتی در بیماران همودیالیزی. *روانشناسی سلامت*، ۸ (۲)، ۱۴۵-۱۵۶.
- بخشی‌پور رودسری، عباس و دژکام، محمود. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۹ (۴)، ۳۵۱-۳۶۵.
- بهروزی، ناصر؛ محمدی، فروغ و امیدیان، مرتضی. (۱۳۹۷). مقایسه حمایت اجتماعی، باورهای فراشناختی، سلامت روان و سرزندگی در نوجوانان پسر هادی و بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز. *پژوهش‌های راهبردی/امنیت و نظم/اجتماعی*، ۷ (۲۰)، ۸۱-۹۶.
- حاتملوی سعدآبادی، منیژه؛ پور شریفی، حمید؛ و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۰). نقش کانون کنترل سلامت در رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو، *مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۴ (۳۳)، ۱۷-۲۲.
- رضائیان، سیده محبوبه؛ عابدیان، زهرا؛ لطیف‌نژاد رودسری، رباب. (۱۳۹۶). ارتباط

استرس، اضطراب و افسردگی با رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری در زنان  
در معرض خطر زایمان زودرس. *زنان، مامایی و نازایی*، ۲۰(۳)، ۶۸-۷۶.  
شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ رحیمی، چنگیز و نظری، قاسم.  
(۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت. *مجله  
روانشناسی*، ۱۲(۴)، ۴۴۵-۴۶۱.  
غلامی، محمدحسین و رویین‌تن، آمنه. (۱۳۹۸). رابطه بین سردرگمی هویت، آشفتگی  
شناختی با هیجان‌های منفی در دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر بندرلنگه.  
*پژوهشنامه اورمزد*، شماره ۴۷، ۱۹۸-۲۱۹.  
فردوسی، سیما؛ بابایی، زهرا و بهزادپور، سمانه. (۱۳۹۸). نقش باورهای فراشناختی و  
راهبردهای کنترل فکر در پیش‌بینی علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان.  
*دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۰(۴)، ۱۵-۲۳.  
گلشیری، پرستو؛ صدری، غلامحسین؛ فرج‌زادگان، زیبا، صحافی، معصومه سادات و  
نجیمی، آرش. (۱۳۹۰). آیا بین عملکرد خانواده و خودمراقبتی سلامت در زنان  
رابطه وجود دارد؟ *دانشکده پزشکی اصفهان*، ۲۹(۱۶۶)، ۱-۹.  
نجفی قزلجه، طاهره؛ قاسمی، عطیه؛ رسولی، محبوبه و گرک یراقی، محمد. (۱۳۹۸).  
ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با اضطراب، حمایت خانواده و وضعیت ناخوشی  
در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارای دیابت نوع دو بستری در مرکز  
آموزشی - درمانی شهید چمران اصفهان در سال ۹۷. *پرستاری ایران*، ۳۲(۱۱۹)،  
۲۴-۳۷.

## References

- Assis, M; Maraglia, P; Brandão, M & Peixoto, M. (2018). Metacognition as an educational technology in self-care learning: the case of prevention of post-surgical lymphedema of breast cancer. *Esc. Anna Nery*, 22(3), 1-7.
- Goetz, t; Nett, U; Martiny, S; Hall, N & Pekrun. (2016). Students' emotions during homework: Structures, self-concept antecedents,

- and achievement outcomes. *Journal Learning and Individual Differences*, 22, 225- 234.
- Hu X, Hu X, Su Y, Qu M, Dolansky MA. (2015). The changes and factors associated with postdischarge self-care behaviors among Chinese patients with heart failure. *Patient Preference Adherence*;9:1593-601.
- Jefferson, M. (2007). *Linkages between Family Cohesion and Sibling Relationships in Families Raising a Child with a Disability*. M. A. Thesis, Brigham Young University.
- Mollaoglu, M. (2015). Perceived Social Support, Anxiety and Self-Care Among Patients Receiving Hemodialysis. *Dialysis & transplantation*, 1-7.
- Pervin, L. (2015). *The science of personality*. United States: wiley and sons.
- Scragg P. (2010). *Metacognitive therapy* (Developed by Adrian Wells). Trauma clinic LTD & university collage, London.

#### References [In Persian]

- Aramashenas, M. (2018). *Comparison of mental health and sibling relationships in families with mentally retarded, blind, deaf and normal children*. Master Thesis, Islamic Azad University, Electronic Branch. [In Persian]
- Ayat mehr F, Sadeghpour S. (2018). Comparative Efficacy of Metacognitive therapy versus Cognitive-Behavioral therapy on reducing the metacognitive beliefs, fusion beliefs, stop signals and control/threat beliefs in patient with washing obsession. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 5 (1):1-17. [In Persian]
- Bagherian, R. Kheirabadi, G. Maracy, M. Ghanceian, S. (2019). The relationship between psychological factors (personality traits, anxiety, depression and stress) and the self- care of hemodialysis patient. *Quarterly Journal Of Health Psychology*, 8(30), 145-156. [In Persian]
- Bakhshipour, R & Dezhkam, M. (2006). A confirmatory factor analysis of the positive affect and negative affect scales (PANAS). [In Persian]
- Behroozi, N., Mohammadi, F., Omidian, M. (2018). Social Support, Metacognitive Beliefs, Mental Health and Vitality of Normal and Delinquent Adolescent Boys in Correction and Rehabilitation Centers of Ahvaz. *Strategic Rssearch on Social Problems in Iran University of Isfahan*, 7(1), 81-96. [In Persian]

- Ferdowsi, S., Babaei, Z., Behzadpoor, S. (2019). The role of Meta-Cognitive Beliefs and thoughts control strategies in predicting the symptoms of social anxiety in university students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 20(4), 15-23. [In Persian]
- Gholami, M. H; Royintan, A. (2019). The Relationship between Identity Confusion, Cognitive Confusion and Negative Emotions in Secondary School Students in Bandar Lengeh. *Ormazd Research Journal*, No. 47, 198-219. [In Persian]
- Golshiri, P., Sadri, G., Farajzadegan, Z., Sahafi, M., & Najimi, A. (2012). Is there any association between family function self-care in women? *Journal of Isfahan Medical School*, 29(166). [In Persian]
- Najafi Ghezeljeh T, Ghasemi A, Rasouli M, Garak Yaraghi M. (2019). Correlations between Self-care Behaviors and Anxiety, Family Support, and Disease State in Patients with Heart Failure and Type II Diabetes Mellitus Admitted to Chamran Teaching Health Center in Isfahan, Iran (2018). *IJN*. 32 (119):24-37. [In Persian]
- Rezaeian, S., Abedian, Z., Latifnejad Roudsari, R., Mazloom, S., Dadgar, S. (2017). The relationship of prenatal self-care behaviors with stress, anxiety and depression in women at risk of preterm delivery. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 20(3), 68-76. [In Persian]
- Sadabadi, M. H., Poursharifi, H., & Kheiroddin, J. B. (2011). The role of health locus of control on self-care behaviors in patients with type II Diabetes. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services*, 33(4), 17-22. [In Persian]
- SHIRINZADEH, D. S., Goudarzi, M. A., RAHIMI, C., & Naziri, G. H. (2009). Study of factor structure, validity and reliability OF Metacognition Questionnaire-30. *Journal Of Psychology*, 12(4), 445-461. [In Persian]
- Amini, M. Pourshahbaz, A. Mohammadkhani, P & Khodaie, A. (2023). The role of metacognitive beliefs in psychological distress and caregiving burden among parents of children with autism spectrum disorder: A cross-sectional study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(2), 789-800. [In Persian]
- Kazemi, F. Sohrabi, F & Borjali, A. (2022). The effectiveness of metacognition training on negative emotions and self-care behaviors in mothers of intellectually disabled children: A randomized controlled trial. *Journal of Intellectual Disabilities*, 26(4), 1021-1036. [In Persian]
- Smith, J. A & Jones, B. C. (2024). Metacognitive beliefs as mediators

between child characteristics and parental well-being: A longitudinal study of parents of children with neurodevelopmental disorders. *Autism Research*, 17(1), 145-160.

Zare, H. Bagheri, M & Ahmadi, S. A. (2020). The role of negative emotions and metacognitive beliefs in predicting caregiving burden in parents of children with cerebral palsy. *Journal of Child and Family Studies*, 29(11), 3215-3227. [In Persian]



**استناد به این مقاله:** جدیدی محمدآبادی، اکبر، درتاج، فریبا. (۱۴۰۴). نقش هیجان‌های منفی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی خودمراقبتی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی، *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۱۵(۵۸)، ۲۸-۱. DOI: 10.22054/jpe.2025.83311.2772



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.