

The effectiveness of emotion regulation training based on Gross model on emotion regulation, anxiety and depression in mothers of children with intellectual disability

Fatemeh Alidoosti*
Khayam University
Fatemeh Jangi &
Shirin Shojaeifar
General Psychology

Abstract: Having a mentally retarded child has a significant effect on family mental health and leads to anxiety and psychological problems. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion regulation training based on Gross Model on anxiety, depression and emotion regulation in mothers of children with intellectual disability. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. 30 mothers of boys with intellectual disability were randomly divided into two experimental groups (15 people) and control group (15 people). The experimental group received emotional training based on Gross model in 8 sessions that were 2 hours; While the control group did not receive any intervention. All subjects answered Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) Beck anxiety inventory (BAI), and Beck Depression Inventory (BDI-II) before and after the training. The results of these analyzes showed that the scores of emotional regulation, anxiety and depression of the subjects in the experimental group were significantly lower compared to the control group in the post-test stage. These findings suggest that emotion regulation training is a good way to improve emotion regulation and reduce anxiety and depression in mothers of children with intellectual disability and can be used as an intervention with empirical evidence in psychological clinics.

Keywords: Intellectual disability, emotion regulation training, anxiety, depression

* نویسنده مسوول: مشهد، بزرگراه امام علی، بلوار شهید رفیعی، میدان شهید مطهری، دانشگاه خيام، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی، صندوق پستی: ۹۱۸۹۷۴۷۱۷۸. پست الکترونیکی: f.alidoosti@khayam.ac.ir

Received: 11 May 2020

Accepted: 12 Aug 2020

دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۲۲

اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر تنظیم هیجان، اضطراب و افسردگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

فاطمه علی‌دوستی
دانشگاه خیام
فاطمه جنگی و
شیرین شجاعی‌فر
روانشناسی عمومی

چکیده: داشتن کودک کم‌توان ذهنی بر بهداشت روان خانواده، اثر بسزایی دارد و منجر به نگرانی و ایجاد مشکلات روانشناختی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل (گراس) بر تنظیم هیجان، اضطراب و افسردگی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام گرفت. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ مادر دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی شهر مشهد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) منتسب شدند. مادران گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش تنظیم هیجانی مبتنی بر مدل گراس قرار گرفتند و افراد گروه کنترل طی این مدت هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. همه آزمودنی‌ها قبل و بعد از آموزش به پرسشنامه تنظیم هیجانی (ERQ)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه افسردگی (BDI-II) بک پاسخ دادند. نتایج پژوهش نشان داد که نمرات تنظیم هیجانی، اضطراب و افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری پایین‌تر بود. از این یافته‌ها استنباط می‌شود که آموزش تنظیم هیجان، شیوه مناسبی برای بهبود تنظیم هیجانی و کاهش اضطراب و افسردگی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی است و این آموزش‌ها می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مبتنی بر شواهد تجربی در کلینک‌های روانشناختی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کم‌توانی ذهنی، آموزش تنظیم هیجان، اضطراب، افسردگی

گیبسون، کومار، راس و همکاران، ۲۰۱۶). بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که بار سنگین وجود کودک کم‌توان بیشتر به دوش مادران است؛ به‌طوری‌که این مادران با مشکلاتی نظیر تنیدگی^{۱۴} و آشفتگی‌های روانی روبه‌رو هستند (بابائی، افروز و ارجمندنیا، ۱۳۹۶؛ باوالساح، ۲۰۱۶؛ ماوردا، سیسواتی و هیدایتی، ۲۰۱۸). مشکلات مربوط به اضطراب^{۱۵} و افسردگی^{۱۶} نیز از جمله مهمترین مشکلات مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی است (مرادی‌کیا، ارجمندنیا و غباری بناب، ۱۳۹۵). مسائل و نیازهای مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، برخاسته از مشکلاتی است که از لحظه تولد کودک با تشخیص کم‌توانی ذهنی، با آنها روبه‌رو می‌شوند. به این ترتیب و با نظر به آگاهی از کم‌توانی ذهنی، آنها ممکن است حالات مختلفی چون افسردگی، اضطراب و تنیدگی را تجربه کنند (ریچی، لوی، ناردچیا، آندریا و سالواتوره^{۱۷}، ۲۰۱۷). احساساتی مانند گناه، تقصیر، ناکامی^{۱۸} و محرومیت^{۱۹} ناشی از عادی نبودن کودک سبب گوشه‌گیری، عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، افت عزت‌نفس^{۲۰}، احساس خود کم‌بینی^{۲۱}، بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر می‌شود که به تبع آن، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر رخ می‌دهد (زندى، لواسانی، افروز و مردوخى، ۱۳۹۶). همچنین این مادران در مقایسه با مادران کودکان عادی، احساس شرم، خجالت و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و سطح پایین‌تری از سلامتی عمومی، بهزیستی^{۲۲} روانشناختی، رضایت زناشویی^{۲۳}، عزت‌نفس، خودکنترلی^{۲۴} و اهداف زندگی را گزارش داشته‌اند (فراهینی، افروز، غفاری بناب و ارجمندنیا، ۱۳۹۸؛ بیابانی، خیرجو و اعلائی، ۱۳۹۸؛ ماوردا و همکاران، ۲۰۱۸).

مقدمه

کم‌توانی ذهنی^۱، یکی از عمده‌ترین مسائل جوامع بشری و از پیچیده‌ترین و دشوارترین مشکلات در کودکان و نوجوانان است که اثرات فراوانی را بر خانواده و جامعه بر جای می‌گذارد (پروت و استوهمر، ۲۰۱۹). در پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5) کم‌توانی ذهنی اختلالی است که در طول دوره رشد شروع می‌شود و کمبودهای عقلانی^۲ و عملکرد انطباقی^۳ را در زمینه‌های مفهومی^۴، اجتماعی^۵ و عملی^۶ دربر می‌گیرد و بر اساس شدت ناتوانی، به طبقات خفیف، متوسط، شدید و عمیق تقسیم‌بندی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). میزان شیوع کم‌توانی ذهنی در کشورهای درحال توسعه، در هر ۱۰۰۰ کودک بین ۱۰ تا ۱۵ کودک و شیوع آن در جوامع غربی، بین ۱ تا ۳ درصد کل جمعیت تخمین زده می‌شود (کوپر، ۲۰۱۸). در اکثر برآوردها، شیوع کم‌توانی ذهنی خفیف، تقریباً ۸۵ درصد، کم‌توانی ذهنی متوسط، حدود ۱۰ درصد، کم‌توانی ذهنی شدید، ۴ درصد و کم‌توانی ذهنی عمیق، حدود ۱ تا ۲ درصد افراد کم‌توان ذهنی را تشکیل می‌دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ ۱۳۹۴).

حضور کودک کم‌توان ذهنی با ایجاد مشکلات مراقبتی^۷ برای خانواده و به‌ویژه تجربیات استرس‌زا^۸ برای والدین همراه است. چنین وضعیتی مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود نظیر تربیت فرزندان، روابط اجتماعی، اشتغال، اوقات فراغت و روابط زناشویی را به نحو مطلوبی ایفا کند (موریا، آگراول، آپادهایایا و شارما، ۲۰۱۵). برخی از پژوهشگران عقیده دارند که وجود کودک کم‌توان ذهنی باعث بحران شوک^۹، احساس گناه^{۱۰}، انکار^{۱۱}، غم^{۱۲} و کاهش ارتباط^{۱۳} در بستگان شده و زمینه را برای بروز مشکلات بین والدین و حتی جدایی آنان از یکدیگر فراهم می‌کند (ایمی، بلنشت،

14. tenseion
15. anxiety
16. depression
17. Ricci, Levi, Nardecchia, Andrea & Salvatore
18. frustration
19. deprivation
20. self esteem
21. feeling self-deprecating
22. well-being
23. marital satisfaction
24. self-control

1. mental disability
2. rational deficiencies
3. adaptive function
4. conceptual
5. social
6. practical
7. care problems
8. Stressful experiences
9. Crisis of shock
10. guilt
11. denial
12. sadness
13. decressed commucication

فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در مدیریت هیجانات^۸ می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر سازد (الیکس، سولر، فلیو-سولر، کارمونا، تیانا و همکاران، ۲۰۱۷). توانایی مقابله با هیجان‌ها فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد و نحوه تأثیر هیجان‌ها بر رفتار را بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجانات خود نشان دهد (بووت و کولت، ۲۰۱۶). به اعتقاد پژوهشگران، در این فرایند، چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام روبرو شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است (کوچ، اوسترم، استاینهگ، کند، هالر، و همکاران، ۲۰۱۵).

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس می‌تواند به بهبود افسردگی، اضطراب، تنظیم هیجانی، کیفیت زندگی^۹ و طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی مؤثر باشد (جوادیان، خالقی و فتحی، ۱۳۹۷؛ متین، اخوان غلامی و احمدی، ۱۳۹۷). با این حال تاکنون تحقیقی به صورت جامع به بررسی اثربخشی این درمان بر روی مشکلات روانشناختی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نپرداخته است. علاوه بر این، با توجه به اینکه تنظیم هیجان با طیفی از اختلالات هیجانی، شامل اضطراب و افسردگی مرتبط است (شفر، نومن، هولمز، توسچن-کافر و سامسون، ۲۰۱۷)، لذا چنین به نظر می‌رسد که آموزش تنظیم هیجان گام مؤثری در بهبود تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی این مادران باشد. درواقع، با توجه به اهمیت نقش تنظیم هیجان در سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی و خلأ پژوهشی در مورد نقش آموزش تنظیم هیجان در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب مادران این کودکان، این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر تنظیم هیجان، افسردگی و اضطراب مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

یکی دیگر از مسائل مهم اعضای خانواده و خصوصاً مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، مشکلات هیجانی^۱ و ناتوانی در تنظیم هیجان^۲ است (لیتلوود، داگنان و رودگرس، ۲۰۱۸). تنظیم هیجانی به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به منظور کاهش، افزایش و یا تنظیم تجارب هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مهارت‌های تنظیم هیجان بازتاب استفاده از چندین فرایند شناختی یا مهارت اجتماعی و غیراجتماعی مواجهه عملکردی^۳ (مانند: بازداری رفتاری^۴، انعطاف در توجه^۵) برای پاسخ درست به هیجان و انطباق درست با محیط است (گراس، ۲۰۱۵). استفاده صحیح از هیجانات می‌تواند عامل مهمی در جهت رشد و اعتلای روانی و جسمانی و همچنین افزایش قوه ابتکار و شایستگی شخص شود (لواس، ساند، لیدرسن، نیومر، مارتینسن و همکاران، ۲۰۱۹)؛ اما الگوهای عدم تنظیم هیجان که به شدت مانع شایستگی می‌شوند، می‌توانند یک عامل برای اختلال باشند (شپس، سوری و گراس، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر، ناتوانی در تنظیم هیجان می‌تواند شخص را برای بروز یک اختلال، داشتن روابط بین فردی مشکل دار و ناتوانی در مهارت‌های بین فردی، در موقعیت خطر قرار دهد. برای مثال، اشکال در تنظیم هیجانات منفی، با اختلالات درونی سازی^۶ مانند اضطراب و یا افسردگی ارتباط دارد (علی عسگری و قمرانی، ۱۳۹۶).

با عنایت به آنچه گفته شد مشکلات تنظیم هیجانی، اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین مشکلات مادران کودکان کم‌توان ذهنی به شمار می‌روند که به صورت مستقیم بر سلامت روانشناختی این افراد تأثیر می‌گذارند (بیرامی، هاشمی، بخشی پور، محمودعلیلو و اقبالی، ۱۳۹۴). لذا شناسایی روش‌های درمانی و آموزشی مناسب جهت بهبود این مشکلات ضرورت دارد. یکی از روش‌های آموزشی جدید مبتنی بر هیجان که توانسته است بر طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و بالینی افراد تأثیر مثبت داشته باشد (گراس، ۲۰۱۳)، آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس است. همان‌گونه که اشاره گردید تنظیم هیجان‌ها به منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی^۷

8. emotional management

9. quality of life

1. emotional problems

2. emotional regulation

3. functional exposure

4. behavioral inhibition

5. attention flexibility

6. internalizing disorders

7. emotional reactions

پژوهش انتخاب و سپس آن‌ها را به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی نمود. در ادامه، پژوهشگر یک روز قبل از شروع جلسات آموزشی برای گروه آزمایش، از همه آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل خواست تا با حضور در آموزشگاه، ابزارهای پژوهش را تکمیل کنند (مرحله پیش‌آزمون). در مرحله بعد پژوهشگر در یک جلسه توجیهی، خلاصه‌ای از شرایط آموزش و قوانین و ضوابط آن را برای گروه آزمایش بیان نمود. پس از بیان شرایط و ضوابط آموزش برای آزمودنی‌های گروه آزمایش، این آزمودنی‌ها در جلسات آموزشی تنظیم هیجان شرکت کردند، در حالی که در این زمان افراد گروه کنترل هیچ‌گونه آموزش یا مداخله‌ای دریافت نمی‌کردند. لازم به ذکر است میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش به ترتیب ۳۷/۱۴ و ۶/۱۲ بوده است.

برای آموزش تنظیم هیجان از پروتکل آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس (۲۰۰۲) استفاده گردید. این پروتکل شامل ۸ جلسه است که بصورت جلسات هفتگی ۲ ساعته برگزار گردید. خلاصه جلسات آموزشی در جدول زیر ارائه شده است:

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که جامعه آماری آن را کلیه مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل داد که فرزند آنان در مدارس آموزش و پرورش استثنایی ابتدایی شهر مشهد مشغول به تحصیل بود. برای انتخاب نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس^۱، ۳۰ مادر از آموزشگاه استثنایی امام جواد (ع) انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای انتخاب این افراد بعنوان نمونه عبارت بودند از: ۱- نداشتن مشکل روانی یا جسمانی جدی، ۲- تمایل آگاهانه به شرکت در دوره آموزشی، ۳- داشتن مدرک سواد حداقل سیکل.

جهت انتخاب نمونه پژوهش از بین مادرانی که فرزندشان در آموزشگاه استثنایی امام جواد (ع) شهر مشهد مشغول به تحصیل بود (۱۳۰ نفر)، با مسئولین این آموزشگاه صحبت شد و توضیحاتی پیرامون محتوای پژوهش به آنان ارائه شد و پژوهشگر از آنان خواست مادرانی که تمایل به شرکت در پژوهش دارند را به وی معرفی نمایند. پس از معرفی تعدادی از مادران (۷۰ نفر)، پژوهشگر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، ۳۰ نفر از این مادران را بعنوان نمونه برای شرکت در جدول ۱

محتوای آموزشی جلسات تنظیم هیجانی مبتنی بر مدل گراس

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
اول	۱- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل تسهیلگر گروه (روانشناس) و اعضا، ۲- بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی، ۳- بیان منطق و مراحل مداخله، و ۴- بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه
دوم	انتخاب موقعیت، هدف: ارائه آموزش هیجانی؛ دستور جلسه: شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها
سوم	انتخاب موقعیت، هدف: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا، دستور جلسه: راجع به عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها، نقش هیجان‌ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تأثیرگذاری روی آن‌ها و همچنین سازمان‌دهی و برانگیزاندن رفتار انسان بین اعضا گفت و گویی صورت گرفت و مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی برای آن‌ها مطرح شد.
چهارم	اصلاح موقعیت، هدف: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان؛ دستور جلسه: الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب ب) آموزش راهبرد حل مسئله ج) آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
پنجم	گسترش توجه، هدف: تغییر توجه؛ دستور جلسه: ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی ۲) آموزش توجه و شیوه‌های تمرکز بر روی موقعیت و پاسخ‌های مثبت و منفی که ممکن است بر این موقعیت داشته باشند.
ششم	ارزیابی شناختی، هدف: تغییر ارزیابی‌های شناختی؛ دستور جلسه: ۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی ۲) آموزش راهبرد باز-ارزیابی و توجه مجدد به موقعیت از زوایای مختلف
هفتم	تعدیل پاسخ هدف: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، دستور جلسه: ۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، ۲) مواجهه، ۳) آموزش ابزار هیجان، ۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، ۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
هشتم	ارزیابی و کاربرد هدف: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد؛ دستور جلسه: ۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی ۲) کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، ۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف

و بیشترین نمره پرسشنامه، ۶۳ می‌باشد. پایایی بازآزمایی این ابزار از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). در ایران فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۴) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه را ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده اند (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). کاویانی (۱۳۸۷) نیز در تحقیق خود ضریب روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۷۷ و همسانی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI). پرسشنامه اضطراب بک^۹ در سال ۱۹۹۰ برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد (بک و استر، ۱۹۹۰). آزمودنی‌ها میزان رنجش خود از علایم اضطراب را در هفته گذشته در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. شیوه‌ی امتیاز دهی به این صورت است که، اصلاً امتیاز صفر، خفیف امتیاز یک، متوسط دو و شدید امتیاز سه را می‌گیرد. بنابراین، دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ خواهد بود (بک و استر، ۱۹۹۰). در صورتی که نمره ی بدست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد فرد مورد بررسی هیچ اضطرابی ندارد، اگر بین ۸-۱۵ باشد، اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶-۲۵ باشد متوسط و اگر بین ۲۶-۶۳ باشد، نشان دهنده‌ی اضطراب شدید است (بک و استر، ۱۹۹۰). این ابزار توسط کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) به فارسی ترجمه شده است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است، ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ)، ۰/۹۲ و پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سوالات آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. همچنین نتایج نشان داد که آزمون مورد نظر دارای روایی قابل قبول است ($r = 0.72$, $p = 0.001$) (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷).

پس از اتمام جلسات آموزشی برای گروه آزمایش، در یک جلسه مشترک، همه آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند (مرحله پس‌آزمون). تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS.18 و به روش تحلیل کوواریانس صورت گرفت که یافته‌های آن در بخش بعدی ارائه شده است.

ابزار سنجش

پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان (ERQ). پرسشنامه تنظیم هیجان^۱ توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ برای بررسی و سنجش راهبردهای فرآیندی تنظیم هیجان تدوین شده است. این پرسشنامه از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو زیر مقیاس ارزیابی مجدد شناختی^۲ (۶ گویه: ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و فرونشانی^۳ (۴ گویه: ۲، ۴، ۶، ۹) است. آزمودنی‌ها براساس یک طیف لیکرت ۷ تایی به ماده‌ها پاسخ می‌دهند که در آن عدد ۱ نشان دهنده کاملاً مخالف و عدد ۷ بیانگر کاملاً موافق است. ضریب آلفای کرونباخ^۴ برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و پایایی بازآزمایی^۵ پس از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. اعتبار این پرسشنامه با روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی^۶ آن از طریق تحلیل مولفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس (همبستگی بین دو زیر مقیاس ۰/۱۱) مطلوب گزارش شده است (حسینی و کدیور، ۱۳۹۲).

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II). پرسشنامه افسردگی بک^۷، یک ابزار خودسنجی برای تعیین شدت افسردگی است که در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ توسط بک^۸ طراحی شده است. در سال ۱۹۹۶ دومین نسخه این پرسشنامه که نسخه اصلاح شده آن بود، منتشر شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه چهار جمله‌ای است که هر گروه به ارزیابی نشانه‌های افسردگی می‌پردازد. در این آزمون، هر پرسش ۴ پاسخ دارد که عدد ۳ بالاترین رقم و عدد صفر پایین‌ترین رقم است

9. Beck Anxiety Inventory (BAI)

1. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)
2. cognitive reappraisal
3. suppression
4. Cronbach's alpha coefficients
5. reliability of retesting
6. validity
7. Beck Depression Inventory (BDI-II)
8. Aron T. beck

یافته‌ها

سال سن داشتند. در زمینه میزان تحصیلات گروه آزمایش ۶ نفر از پاسخ دهندگان دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، ۷ نفر لیسانس و ۲ نفر تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند. در آزمودنی‌های گروه کنترل نیز، ۵ نفر دیپلم و فوق دیپلم، ۹ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس و بالاتر بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجانی (ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی)، افسردگی و اضطراب در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است.

اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های این پژوهش از نظر سن و میزان تحصیلات، در دو گروه آزمایش و کنترل بدین صورت می‌باشد: در گروه آزمایش حدود ۲ نفر از پاسخ دهندگان در رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۸ نفر ۳۱ تا ۴۰ سال، ۴ نفر ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱ نفر بیشتر از ۵۰ سال سن داشتند. در آزمودنی‌های گروه کنترل نیز، ۳ نفر از ۲۰ تا ۳۰ سال، ۵ نفر در ۳۱ تا ۴۰ سال و ۴۱ تا ۵۰ سال و ۲ نفر بیشتر از ۵۰

جدول ۲

شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش

گروه کنترل (n=۱۵)		گروه آزمایش (n=۱۵)		مرحله	گروه متغیر
SD	M	SD	M		
۱/۶۱	۱۶/۸۰	۲/۴۵	۱۶/۲۰	پیش‌آزمون	ارزیابی مجدد شناختی
۱/۹۴	۱۶/۲۷	۱/۳۸	۱۹/۲۷	پس‌آزمون	
۲/۰۲	۱۵/۶۷	۱/۶۳	۱۵/۶۳	پیش‌آزمون	فرونشانی
۱/۶۸	۱۵/۶۰	۱/۱۲	۱۷/۴۰	پس‌آزمون	
۱/۷۹	۳۰/۳۳	۱/۲۲	۳۰/۰۶	پیش‌آزمون	افسردگی
۲/۴۶	۲۹/۶۶	۲/۱۰	۲۲/۰۰	پس‌آزمون	
۱/۸۴	۲۷/۶۰	۲/۷۹	۲۷/۴۰	پیش‌آزمون	اضطراب
۲/۸۰	۲۷/۸۷	۳/۹۸	۱۸/۸۷	پس‌آزمون	

توجه به عدم تخطی از این پیش‌فرض، از شاخص لامبدا ویلکز^۲ برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری در تحلیل مربوط به زیر مقیاس‌های تنظیم هیجانی استفاده شد. همچنین پیش فرض همگنی واریانس‌ها برای تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به دو متغیر دیگر پژوهش با استفاده از آزمون لوین^۳ بررسی شد. نتایج این آزمون برای متغیر افسردگی و اضطراب غیرمعنی دار بود ($p > 0/05$)، بنابراین پیش فرض فوق برای تحلیل‌های مربوط به این متغیرها رعایت شده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته یعنی زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی معنی‌دار است ($F(2,28) = 0/39$) = لامبدا ویلکز^۲، $p < 0/01$ ، $F(2,28) = 19/13$ ، نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع

در ادامه به منظور بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر مبنای مدل بر تنظیم هیجانی، اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده شد. اما پیش از ارائه نتایج این تحلیل‌ها، دو مورد از مهمترین پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس بررسی شد؛ اولین پیش فرض، نرمال بودن متغیرهای وابسته بود. برای این منظور از آزمون کالموگوروف اسمیرنف^۱ استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که برای هیچ کدام از متغیرهای پژوهش، این آزمون معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) و بر این اساس این پیش فرض رعایت شده است. دومین مورد، پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس در تحلیل کوواریانس چندمتغیری بود که این پیش فرض با استفاده از آزمون باکس بررسی شد. نتایج آزمون باکس حاکی از غیر معنی‌داری این آزمون و رعایت آن بود ($Box's M = 12/68$; $p = 0/38$) با

2. Wilks Lambda index
3. Levine's test

1. Kolmogorov-Smirnov

معنی دار است و میزان این تفاوت ۶۰ درصد است. یعنی ۶۰ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. چنانچه در این جدول مشاهده می گردد، بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو زیرمقیاس تنظیم هیجانی یعنی ارزیابی مجدد شناختی ($F=21/18$, $p = 0/0001$) و فرونشانی ($F = 10/79$, $p = 0/003$) در مرحله پس از آزمون تفاوت معنی داری از نظر

آماري وجود دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۲ که نشان دهنده میانگین‌های بیشتر گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون در مقایسه با گروه کنترل در ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی است، می توان نتیجه گرفت تفاوت معنی دار در تنظیم هیجان، بین گروه آزمایش و کنترل به نفع گروه آزمایش است و افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند و آموزش تنظیم هیجان دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل که این آموزش را دریافت نکرده بودند از تنظیم هیجان بیشتر برخوردار شدند.

جدول ۳

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مولفه های تنظیم هیجانی

متغیر	SS	df	MS	F	Sig	مجذور اتا
ارزیابی مجدد شناختی	۶۰/۴۲	۱	۶۰/۴۲	۲۱/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴
فرونشانی	۲۲/۵۰	۱	۲۲/۵۰	۱۰/۷۹	۰/۰۰۳	۰/۲۹

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در جدول ۴ برای اضطراب ($F = 80/21$, $p < 0/0001$) نشان می دهد که پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است و با توجه به مجذور اتا می توان گفت ۷۴ درصد از تفاوت ها ناشی از مداخله می باشد. همچنین نتایج جدول ۴ برای افسردگی ($p < 0/0001$, $F = 96/05$) نیز نشان می دهد پس از تعدیل نمره های

پیش آزمون این متغیر، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است و با توجه به مقدار مجذور اتا، ۷۸ درصد از این تفاوت را میتوان ناشی از مداخله دانست. در مجموع می توان نتیجه گرفت که آموزش تنظیم هیجان بر مبنای مدل گراس بر هر سه متغیر این پژوهش یعنی تنظیم هیجان، اضطراب و افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی موثر بوده است.

جدول ۴

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای اضطراب و افسردگی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig	مجذور اتا
اضطراب	پیش آزمون	۱۱۹/۳۹	۱	۱۱۹/۳۹	۱۵/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	گروه	۶۳۰/۰۵	۱	۶۳۰/۰۵	۸۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	خطا	۲۱۲/۰۷	۲۷	۷/۸۵			
	کل	۹۳۸/۹۶	۲۹				
افسردگی	پیش آزمون	۳۰/۱۰	۱	۳۰/۱۰	۶/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۲۰
	گروه	۴۱۷/۰۴	۱	۴۱۷/۰۴	۹۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	خطا	۱۱۷/۲۲	۲۷	۴/۳۴			
	کل	۱۶۱/۳۶	۲۹				

بحث

علاوه بر فرزند خود، بتوانند با سایر اعضای خانواده و خصوصاً همسر روابط بهتری برقرار نموده و در صورت نیاز بتوانند از آنان کمک بگیرند. چرا که در همین رابطه لیتلوود و همکاران (۲۰۱۸) نیز ادعان می کنند مادران کودکان کم توان ذهنی نسبت به مادران کودکان دارای رشد طبیعی، استرس بیشتری را تجربه می کنند.

علاوه بر موارد فوق الذکر، با آموزش تنظیم هیجانی، مادران این کودکان می توانند هیجانات خود را مورد ارزیابی و بازایی مجدد قرار دهند؛ چراکه در بسیاری از مواقع، مادران اصلاً متوجه نمی شوند که اکنون دارای هیجان خاصی هستند و مهم تر از آن، این هیجان آیا مثبت است یا منفی؛ بنابراین مادران افراد کم توان ذهنی با ارزیابی مجدد و واکاوی هیجان خود می توانند به شکل بهتری عواطف خود را شناسایی کرده و کنترل نمایند، بخصوص در مواقعی که عاطفه آنان منفی و شدید و آسیب زنده می باشد. لذا تنظیم و مدیریت هیجان از یک طرف منجر به تنظیم و مدیریت عواطف، مدیریت رفتارها و برخورد مناسب مادران با فرزندان کم توان و از طرف دیگر همان گونه که مرادی کیا و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند، باعث ارتقای بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند معلول می شود که در نهایت منجر به رفتارهای سازگارانه و خوشایند با فرزند خویش خواهد شد. در نتیجه تنظیم هیجانی و کیفیت مراقبت مادران از فرزند کم توان خود بهتر خواهد شد.

از جهت دیگر، در تبیین این یافته می توان گفت که آموزش تنظیم هیجان می تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن ها، نقش مهمی در کاهش علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی (سطوح سلامت روانی)، داشته باشد. زیرا تحقیقات قبلی نشان داده است که سطوح بالای هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی نقش مهمی در قضاوت و ادراک مثبت از خویش دارد (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۴). علاوه بر این، شیوع بالای اضطراب و سایر مشکلات هیجانی و تأثیر این مشکلات روی عملکرد کلی فرد (فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی)، موجب شده که برخی از محققان، عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند. از جمله یکی از این عوامل، وجود نوعی اختلال در تنظیم هیجان ذکر شده است که به عقیده متخصصان، پیش بینی کننده آسیب روانی فرد در آینده و عامل

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر مبنای مدل گراس بر تنظیم هیجان، اضطراب و افسردگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی صورت گرفت. نتایج نشان داد که آموزش تنظیم هیجان منجر به افزایش تنظیم هیجان و کاهش اضطراب و افسردگی آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است و بر این اساس این آموزش اثربخش بوده است. این یافته ها می تواند به نوعی همسو با نتایج پژوهش های پیشین، از جمله بووت و کولت (۲۰۱۶)، جوادیان و همکاران (۱۳۹۷)، علی عسگری و قمرانی (۱۳۹۶)، لواس و همکاران (۲۰۱۹)، متین و همکاران (۱۳۹۷)، مرادی کیا و همکاران (۱۳۹۵)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۴)، است که نشان داده اند آموزش تنظیم هیجان منجر به کاهش مشکلات روانشناختی در مادران و والدین کودکان کم توان ذهنی یا جسمی می شود.

در تبیین نتایج حاضر می توان به این نکته اشاره کرد که آموزش تنظیم هیجانی با کمک به شناسایی هیجان های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان ها و آموزش باورهای صحیح، زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانات مادران دارای فرزند کم توان فراهم ساخته و در نتیجه منجر به کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت آنان می گردد. کنترل هیجانات در قدم اول با ادراک صحیح هیجان ممکن خواهد بود و این ادراک به واسطه آگاهی از هیجان رخ میدهد. زمانی که شخص درک درستی از هیجانی که تجربه میکند، داشته باشد و بتواند علایم خلقی و احساسی خود را شناسایی کند، اطلاعات و توانمندی بیشتر جهت مقابله با تکانه ها و احساسات خود خواهد داشت (جنابادی، ۱۳۸۸).

بعلاوه اینکه آموزش تنظیم هیجانی باعث می شود که مادران دارای فرزند معلول بتوانند با فرزند کم توان ذهنی خود رابطه سالم تری برقرار سازند؛ چرا که توانایی برقراری یک رابطه خوب توأم با کنترل عواطف باعث می شود که مادران بتوانند به شیوه مطلوب تری نیازهای فرزند خود را درک نموده و به همین نسبت به شیوه مطلوب تری نیز پاسخگوی نیازهای ویژه فرزند کم توان ذهنی خود باشند. همچنین آموزش تنظیم هیجانی به مادران دارای فرزند کم توان ذهنی کمک می کند تا

مسائل کودک را کاهش می‌دهد (بالیکس و همکاران، ۲۰۱۷). به عبارتی می‌توان گفت استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان فرد را مستعد اضطراب کرده و در نتیجه به جای واکنش مناسب به رویدادهای استرس‌زا، با آشفتگی و تشویش به آن‌ها عکس‌العمل نشان می‌دهد، درحالی‌که راهبردهای سازگارانه این پیامدها را به دنبال ندارند. همچنین برنامه‌ی تنظیم هیجان عوامل محافظتی مادران را غنا می‌بخشد و عوامل خطرسازی را که با مشکلات رفتاری و هیجانی آن‌ها در ارتباط است کاهش می‌دهد؛ و همین‌طور این برنامه به خانواده‌هایی که ارتباط نزدیکی با فرزندان خود ندارند کمک شایانی می‌کند که احساس نزدیکی بیشتری کنند (متین و همکاران، ۱۳۹۷). در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس، می‌تواند به عنوان یک آموزش و مداخله مناسب در جهت بهبود تنظیم هیجانی و کاهش مشکلاتی نظیر افسردگی و اضطراب در مادران با کودکان کم‌توان ذهنی شود و به تبع آن کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی این افراد را بهبود بخشد. بر این اساس نتایج این پژوهش می‌تواند تلویحات درمانی و آموزشی فراوانی برای والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی و همچنین متخصصان این حوزه داشته باشد؛ علی‌رغم نتایج کاربردی زیادی که از این پژوهش قابل استنباط است، استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب نمونه از یک منطقه جغرافیایی و یک جنس، از جمله محدودیت‌هایی بودند که در این پژوهش وجود داشت؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از ابزارها و نمونه‌های متنوع‌تر و از هر دو جنس برای پژوهش استفاده کرد؛ علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر تنظیم هیجان برای والدین کودکان کم‌توان ذهنی برگزار شود.

روان و رضایت زناشویی مادران دارای دختران با نشانگان داون، دوفصلنامه روانشناسی خانواده، ۴، ۷۵-۸۶.
بیابانی، ن، خیرجو، ا، و اعلائی، پ. (۱۳۹۸). مقایسه کیفیت زندگی، عدم تحمل بلا تکلیفی و استرس والدگری در

کلیدی و مهمی در پیدایش اضطراب، استرس و افسردگی است (متین و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین، تنظیم هیجان، فرایندها و راهبردهای تنظیمی بی‌شماری را در برمی‌گیرد که شامل ابعاد شناختی، جسمی، اجتماعی و رفتاری می‌شود. از جمله این راهبردها می‌توان به نشخوار فکری^۱، خود اظهاری^۲، اجتناب^۳ و بازداری^۴ اشاره کرد. جنبه‌های شناختی تنظیم هیجان همانند دیگر ابعاد رفتاری و اجتماعی آن در واقع با هدف مدیریت هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق به کار می‌روند و بخشی از راهبردهای تطابقی هستند که با تجربه و درمان ناراحتی‌های هیجانی و جسمانی مرتبطند. لذا تنظیم هیجان و مخصوصاً راهبردهای مثبت تنظیم هیجان با باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود (گراس، ۲۰۱۵). در نتیجه، آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود که آنان با آگاهی از هیجان‌ها و استفاده درست پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ها، مخصوصاً هیجان‌ها مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند. که به تبع آن میزان افسردگی، اضطراب، استرس‌های غیرمنطقی و افسردگی ناشی از این احساسات منفی در آنان کاهش پیدا خواهد کرد (لواس و همکاران، ۲۰۱۹).

از سوی دیگر، یکی از دلایل اضطراب و افسردگی در بین مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، وجود تعارض^۵ بین مادر و کودک است و نتایج نشان داده است که آموزش تنظیم هیجان منجر به کاهش تعارض بین مادر و کودک می‌شود (متین و همکاران، ۱۳۹۷). این امر به دلیل تأکید روش‌های تنظیم هیجان روی آگاهی^۶، کنترل^۷ و اصلاح هیجان‌ها منفی^۸ حاصل از روابط بین فردی، تمرکز به تمرینات عملی و کارگاهی و تشکیل جلسات به شکل گروهی و در نتیجه وجود تبادلات مؤثر بین فردی بوده است. بهبود ارتباط والد کودک؛ همچنین مشکلات فردی هرکدام از والدین، تعارضات والدین در مورد

منابع

بابائی، ن، افروز، غ، و ارجمندنی، ع. (۱۳۹۶). تدوین برنامه ارتقای کیفیت زندگی و بررسی اثربخشی آن در سلامت

1. rumination
2. self-expression
3. avoidance
4. inhibition
5. conflict
6. awareness
7. control
8. modification of negative emotions

علی عسگری، ز.، و قمرانی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر ابرازگری هیجانی بر احساس گرفتاری مادران کودکان بیش فعال. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷، ۳۲-۳۸.

فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م. ک.، و دابسون، ک. ا. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری/ طرحواره‌ها و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۱، ۳۱۲-۳۲۶.

فراهینی، ن.، افروز، غ.، غباری بناب، ب.، و ارجمندنی، ع. ا. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی- ایرانی بر رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده (نشریه انجمن علمی روانشناسی خانواده ایران)*، ۶، ۱۵-۲۶.

کاویانی، ح. (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی، پرسشنامه سلامت عمومی، فهرست وارسی صفات خلقی و پرسشنامه افسردگی بک در جمعیت بالینی در مقایسه با گروه سالم. *گزارش تحقیق*. دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.

کاویانی، ح.، و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران*، ۶۶، ۱۶-۳۱.

متین، ح.، اخوان غلامی، م.، و احمدی، ص. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تعامل والد-کودک مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری. *ناتوانی های یادگیری*، ۸، ۷۰-۸۹.

مرادی‌کیا، ح.، ارجمندنی، ع. ا.، و غباری بناب، ب. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر بهزیستی روان شناختی مادران دانش آموزان کم‌توان ذهنی. *مجله پرستاری کودکان*، ۳، ۵۱-۶۰.

مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و مادران دارای فرزند عادی. *فصلنامه سلامت اجتماعی*، ۶، ۱۷۲-۱۶۵.

بیرامی، م.، هاشمی، ت.، بخشی پور، ع.، محمودعلیلو، م.، و اقبالی، ع. (۱۳۹۴). مقایسه تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر پریشانی روانشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۹، ۴۳-۵۹.

جنابآبادی، ح. (۱۳۸۸). بررسی رابطه ی خودآگاهی هیجانی و کنترل تکانه از مؤلفه های هوش هیجانی با استعداد اعتیاد دانش آموزان پسر دوره ی متوسطه . *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۹، ۱-۱۲.

جوادیان، س.، خالقی، ل.، و فتحی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر عاطفه منفی و تاب آوری مادران دارای فرزند معلول. *روان پرستاری*، ۶، ۲۵-۳۳.

حسینی، ج.، و کدیور، پ. (۱۳۹۲). تعیین و روایی نسخه فارسی پرسشنامه راهبردهای فرآیندی نظم جویی هیجان. *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*، ۱۴، ۱۱۱-۱۴۶.

رحیمی، م.، افراسیابی، ح.، رستم پور گیلانی، ط.، و قدوسی نیا، ع. (۱۳۹۶). تأثیر داشتن کودک با کم‌توانی ذهنی بر زندگی مادران: رویکرد کیفی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۷، ۴۵-۷۰.

زندگی، ه.، لواسانی، م.، افروز، غ.، و مردوخی، م. س. (۱۳۹۶). مقایسه مادران دارای دو کودک استثنایی (چندمعلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) با مادران کودکان عادی در مؤلفه‌های سلامت عمومی . *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۷، ۱۰۱-۱۱۲.

سادوک، ج.، و سادوک، آ. (۲۰۱۵). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bawalsah, J. A. (2016). Stress and coping strategies in parents of children with physical, mental, and hearing disabilities in Jordan. *International Journal of Education*, 8, 1-22.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck anxiety inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression*

- inventory-II. *San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1*, 82.
- Bouvet, C., & Coulet, A. (2016). Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Intellectual Disabilities, 20*, 228-240.
- Cooper, R. (2018). *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Routledge, England.
- Elices, M., Soler, J., Feliu-Soler, A., Carmona, C., Tiana, T., Pascual, J. C., ... & Álvarez, E. (2017). Combining emotion regulation and mindfulness skills for preventing depression relapse: a randomized-controlled study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 4*, 13.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-29.
- Gross, J. J. (2013). *Handbook of emotion regulation*. 2nd Ed, New York, Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*, 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.
- Iemmi, V., Blanchet, K., Gibson, L. J., Kumar, K. S., Rath, S., Hartley, S., ... & Kuper, H. (2016). Community-based rehabilitation for people with physical and mental disabilities in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Development Effectiveness, 8*, 368-387.
- Koch, S. C., Ostermann, T., Steinhage, A., Kende, P., Haller, K., & Chyle, F. (2015). Breaking barriers: Evaluating an arts-based emotion regulation training in prison. *The Arts in Psychotherapy, 42*, 41-49.
- Littlewood, M., Dagnan, D., & Rodgers, J. (2018). Exploring the emotion regulation strategies used by adults with intellectual disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities, 64*, 204-211.
- Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Lydersen, S., Neumer, S. P., Martinsen, K., Holen, S., ... & Reinfjell, T. (2019). Does the Transdiagnostic EMOTION Intervention Improve Emotion Regulation Skills in Children? *Journal of Child and Family Studies, 28*, 805-813.
- Mawardah, U., Siswati, S., & Hidayati, F. (2018). Relationship between active coping with parenting stress in mother of mentally retarded child. *Empati, 1*, 1-14.
- Morya, M., Agrawal, A., Upadhyaya, S. K., & Sharma, D. K. (2015). Stress & coping strategies in families of mentally retarded children. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences, 4*, 8977-8985.
- Prout, H. T., & Strohmer, D. C. (2019). Counseling with persons with mental retardation: Issues and considerations. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 26*, 49-54.
- Ricci, F., Levi, C., Nardecchia, E., Andrea, P., & Salvatore, G. (2017). Psychological aspects in parents of children with disability and behavior problems. *European Psychiatry, 41*(S1), s792-s792.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence, 46*, 261-276.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of Clinical Psychology, 11*, 379-405.