



بررسی و مقایسه تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی در مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی و مادران کودکان عادی

زهرا محمدی خوزانی

کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان
zahra.mohamadi13@gmail.com

نرگس محمدی قلعه‌تکی

کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان
narges.mohammadi65@yahoo.com

فاطمه کارگر

کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه‌ی تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی در مادران کودکان با معلولیت جسمی-حرکتی و مادران کودکان عادی است. روش مورد بررسی یک مطالعه‌ی علی-مقایسه‌ای است. این مطالعه بر روی ۶۰ نفر از مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی و مادران کودکان عادی (۳۰ نفر از هر گروه) به روش نمونه‌گیری تصادفی انجام گرفت. جهت سنجش میزان تنظیم هیجان شناختی از پرسشنامه‌ی نادیا گرنفسکی، ویویان کریچ، و فیلیپ اسپین هاون (۲۰۰۱) و برای سنجش تحمل پریشانی از پرسشنامه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد که میزان تحمل پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی در مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی کمتر و میزان جذب شدن به وسیله هیجانات منفی و برآورد ذهنی پریشانی در این گروه از مادران بالاتر می‌باشد. همچنین در متغیر تنظیم هیجانی در خرده مقیاس‌های توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه مادران کودکان عادی نمرات بیشتری نسبت به مادران کودکان معلول جسمی حرکتی کسب کرده‌اند و در عوض میزان فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران در مادران کودکان دارای معلول جسمی حرکتی بالاتر بود. از نتایج پژوهش حاضر می‌توان جهت ارتقای سلامت روان مادران کودکان دارای نیازهای خاص استفاده کرد.

واژگان کلیدی: معلولیت جسمی حرکتی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان



مقدمه

معلولیت‌های جسمی و حرکتی به عنوان یک آسیب که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی فرد را محدود می‌کند، تعریف شده است (Brown and Turner, 2010). در واقع معلولیت‌های جسمی آن نوع ویژگی‌هایی هستند که مانع بروز کارآمد توانایی‌های بدنی یا جسمی فرد می‌شوند (Spencer, 2007). یک کودک معلول برای انجام فعالیت‌های روزانه‌ی خود قطعاً به کمک نیاز دارد و در این راستا مادر بیشترین کمک را به فرزند خود می‌کند و در نتیجه بعد از مدتی مادر دچار فرسودگی می‌شود و ممکن است سلامت روان وی آسیب ببیند، از جمله این که در برابر تحمل پریشانی از خود مقاومت کمتری نشان دهد و یا برای تنظیم هیجانات خود از راهکارهای نامناسبی استفاده کند و مجموع این عوامل سبب می‌گردد تا روز به روز رضایت مادر از زندگی کاهش یابد.

تنظیم هیجان فرآیندی است که براساس آن شخص تعیین می‌کند چه هیجان‌هایی را چگونه، چه زمانی و تا چه حد تجربه و ابراز کند (Gross, 2002). همچنین ویم و پینا (۲۰۱۰) تنظیم هیجان را به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت و یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی-روانی و فیزیکی در انجام رساندن اهداف فرد تعریف کرده‌اند. تنظیم هیجانی تنها سرکوب هیجان‌ها نیست و یا اینکه شخص نباید همیشه در حالت آرام و ساکن از برانگیختگی هیجانی قرار داشته باشد. در عوض تنظیم هیجانی، شامل فرآیندهای نظارت و تغییر تجربیات هیجانی است (Tampson, 1994). هیجانات دارای کیفیت بالایی هستند به این صورت می‌توانند باعث واکنش مثبت یا منفی در افراد شوند و اگر متناسب با موقعیت و شرایط باشد باعث واکنش مثبت و درغیر اینصورت باعث واکنش منفی می‌شوند. بنابراین زمانی که هیجانات تشدید می‌شوند یا طولانی می‌شوند و یا با شرایط سازگار نیستند تنظیم کردن هیجانات در آن زمان لازم است (Gross, 1998). تحمل پریشانی به عنوان ظرفیت درک و یا ظرفیت رفتاری واقعی جهت مقاومت کردن در برابر وضعیت‌های تهدیدآمیز یا انزجارآور تعریف شده (برای مثال، هیجان منفی، احساسات جسمانی ناراحت کننده) (Brown et al, 2009, Simons and Gaher, 2005, Zvolensky et al, 2009). به صورت خاص، مفهوم تحمل پریشانی به عنوان: (۱) ظرفیت درک شده جهت تحمل کردن حالت فیزیکی یا هیجانی (۲) انجام رفتارهایی جهت مقاومت کردن در برابر وضعیت پریشانی که توسط بعضی از انواع استرس‌زها به وجود می‌آید، تعریف شده است (Zvolensky et al, 2009).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که افراد دارای تحمل پریشانی پایین، در تنظیم هیجان با مشکل روبرو هستند. این افراد، اولاً هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌هایشان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه شده می‌باشد. همچنین اگر این افراد قادر به تسکین هیجانات خود نباشند، تمام توجه‌شان جلب این هیجان آشفته‌کننده می‌گردد و عملکردشان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (Simons and Gaher, 2005؛ به نقل از عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹).

مطالعات نشان داده‌اند که والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر نگرش‌های ناکارآمد، افکار خودآیند و هیجانی منفی دارند (Roberts and Kassel, 2009). سایر پژوهش‌ها در این زمینه نشان داده است که والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین دانش‌آموزان عادی از افسردگی، سرزنش خود، عواطف منفی و احساس گناه بیشتری برخوردارند (Dawda and Hart, 2011) همچنین آن‌ها دارای هیجانات منفی، خصومت، اضطراب و افکار منفی خودکار بیشتری هستند و در برابر فشارها از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد استفاده می‌کنند (Jerman et al, 2011). راسفیانی و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعات خود به این نتیجه رسیده‌اند که مادران کودکان با فلج مغزی رضایت کمتری نسبت به زندگی در مقایسه با مادران دارای کودکان عادی دارند. با توجه به این که تاکنون تحقیقات اندکی در زمینه‌ی تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی بر روی مادران دارای کودکان معلول به خصوص مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی



انجام گرفته، لزوم انجام این پژوهش احساس شد. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی در دو گروه مادران کودکان عادی و مادران کودکان معلول جسمی حرکتی می‌باشد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی علی مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی مادران کودکان معلولیت جسمی حرکتی و کودکان عادی شهر اصفهان تشکیل می‌دهند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۶۰ نفر (۳۰ مادر دارای کودک معلول جسمی و ۳۰ مادر دارای کودک عادی) می‌باشد و به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شده است: پرسشنامه تنظیم هیجانی: این پرسشنامه یک پرسشنامه‌ی خودسنجی است که در سال ۱۹۹۹ توسط گرنفسکی، کریچ و اسپین هاون (Nadia Granefski, Vivian Karraij, Philip Spinhoven) طراحی شده و در سال ۲۰۰۱ به چاپ رسیده است. ساختار این پرسشنامه چند بعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود. نسخه اصلی این پرسشنامه با ۹ مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، بازارزیایی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه آمیزپنداری، سرزنش دیگران) دارای ۳۶ ماده است. مواد این پرسشنامه براساس سازه‌های نظری و عملی طرح‌ریزی شده‌اند. هر چهار ماده یک مؤلفه را تشکیل می‌دهد که هر مؤلفه هم یک راهبرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این پرسشنامه راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارذهنی و فاجعه‌آمیزپنداری در مجموع راهبردهای منفی تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه بر روی هم راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع‌آوری می‌گردد. این پرسشنامه توان ارزیابی سبک‌های شناختی عموم افراد و بالاخص کسانی را که تجربه منفی داشته‌اند را دارد. سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرنباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کرده‌اند (Granefski et al, 2001). به نقل از امین‌آبادی، دهقانی و خداپناهی، (۱۳۹۰).

پرسشنامه تحمل پریشانی: یک شاخص خود سنجی است که دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی)، تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای کاهش پریشانی). ضریب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ می‌باشد. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه‌ی خوبی می‌باشد (Simons and Gaher, 2005). برای بررسی داده‌های جمع‌آوری شده در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد و بخش آمار استنباطی داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و به وسیله‌ی نرم افزار آماری spss16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر در مجموع ۶۰ نفر از مادران در دو گروه ۳۰ نفری شامل مادران کودکان دارای معلولیت جسمی- حرکتی و مادران کودکان عادی مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی فرضیه‌ی پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. میانگین و انحراف معیار گروهها در متغیر مورد بررسی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار دو گروه در متغیر تحمل پریشانی

خرده مقیاس‌ها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
تنظیم	عادی	۶/۷۳	۰/۴۷
	جسمی حرکتی	۱۱/۸۰	۰/۴۷
تحمل	عادی	۸/۳۳	۰/۴۹



۰/۴۹	۱۱/۳۳	جسمی حرکتی	
۰/۸۲	۱۷/۵۳	عادی	ارزیابی
۰/۸۲	۱۴/۹۶	جسمی حرکتی	
۰/۵۱	۹/۷	عادی	جذب
۰/۵۱	۱۱/۸۶	جسمی حرکتی	

به منظور بررسی اثر متغیر مستقل گروه و جنسیت بر متغیر وابسته تحمل پریشانی از روش تحلیل واریانس چند متغیری (manova) استفاده شد. نتایج آزمون‌های معنی داری مانوا در جدول شماره ۲ گزارش داده شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری برای اثر اصلی متغیر گروه و جنسیت بر تحمل پریشانی

سطح معناداری	F	ارزش	آزمون	متغیر
۰/۰۰۰	۲۷/۲۳	۰/۶۷	اثر پیلائی	گروه
۰/۰۰۰	۲۷/۲۳	۰/۳۳	لامبدای ویلکز	
۰/۰۰۰	۲۷/۲۳	۲/۰۵	اثر هتلینگ	
۰/۰۰۰	۲۷/۲۳	۲/۰۵	بزرگترین ریشه روی	
۰/۱۶۵	۰/۶۲	۰/۰۴	اثر پیلائی	جنسیت
۰/۱۶۵	۰/۶۲	۰/۹۵	لامبدای ویلکز	
۰/۱۶۵	۰/۶۲	۰/۰۴	اثر هتلینگ	
۰/۱۶۵	۰/۶۲	۰/۰۴	بزرگترین ریشه روی	

P<0/05

چنان که جدول ۲ نشان می‌دهد آزمون‌های معناداری مانوا در رابطه با متغیر گروه در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار هستند. با توجه به معنادار بودن اثر متغیر گروه بر تحمل پریشانی ($F=27/23, P<0/05$) و اثر پیلائی (۰/۶۷) فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر وجود تفاوت در بین دو گروه مادران کودکان دارای معلول جسمی حرکتی و عادی مورد تایید است و نتیجه‌گیری می‌شود که بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. در واقع آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز شمرد. از طرف دیگر، آزمون‌های معناداری برای متغیر جنسیت معنادار نبود و این نشان‌دهنده عدم تفاوت جنسیتی در تحمل پریشانی است. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری جهت رعایت فرض‌های آن، آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از خرده مقیاس‌ها معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/ کواریانس به درستی رعایت شده است. ($BOX=81/24, F=2/35, P= 0/56$). بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای هر چهار خرده مقیاس، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.



جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری خرده مقیاس های تحمل پریشانی

سطح معناداری	F	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	خرده مقیاس ها	متغیر
۰/۰۰	۵۵/۳۵	۱	۳۷۰/۸۸	۳۷۰/۸۸	تنظیم	گروه
۰/۰۰	۱۷/۶۸	۱	۱۳۳/۶۷	۱۳۳/۶۷	تحمل	
۰/۰۳	۵/۰۹	۱	۱۰۴/۴۲	۱۰۴/۴۲	ارزیابی	
۰/۰۱	۷/۹۵	۱	۶۱/۳۵	۶۱/۳۵	جذب	
۰/۶۱	۰/۲۷	۱	۱/۸۰	۱/۸۰	تنظیم	جنسیت
۰/۶۵	۰/۲۰	۱	۱/۵۲	۱/۵۲	تحمل	
۰/۴۵	۰/۵۴	۱	۱۰/۹۵	۱۰/۹۵	ارزیابی	
۰/۸۳	۰/۰۴	۱	۰/۳۸	۰/۳۸	جذب	

P<0/05

طبق یافته های جدول ۳ تفاوت جنسیتی در چهار خرده مقیاس معنادار نبود و تفاوتی در تحمل پریشانی بین دو جنس مشاهده نشد، علاوه بر این در هر چهار خرده مقیاس بین دو گروه در سطح کمتر از ۰/۰۵ تفاوت معنادار وجود دارد. بررسی میانگین ها نشان می دهد میزان این خرده مقیاس ها در مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی بیشتر است.

علاوه بر این، مقایسه تنظیم هیجانی در بین مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی و عادی انجام شد. میانگین و انحراف معیار گروه ها در متغیر مورد بررسی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار دو گروه در متغیر تنظیم هیجانی

انحراف معیار	میانگین	گروه ها	خرده مقیاس ها
۰/۵۹	۱۱/۷۷	عادی	سرزنش خود
۰/۵۹	۱۱/۷۶	معلول جسمی حرکتی	
۰/۴۸	۱۳/۸	عادی	پذیرش
۰/۴۸	۹/۴۶	معلول جسمی حرکتی	
۰/۵۴	۱۲/۳۶	عادی	نشخوار ذهنی
۰/۵۴	۱۰/۳۳	معلول جسمی حرکتی	
۰/۵۳	۱۳/۱۶	عادی	توجه مجدد مثبت



۰/۵۳	۱۱/۵۶	معلول جسمی حرکتی	
۰/۶۲	۱۵/۷۹	عادی	توجه مجدد به برنامه ریزی
۰/۶۲	۹/۰۰	معلول جسمی حرکتی	
۰/۷۲	۱۴/۲۲	عادی	باز ارزیابی مثبت
۰/۷۲	۹/۷۰	معلول جسمی حرکتی	
۰/۴۹	۱۵/۶۶	عادی	اتخاذ دیدگاه
۰/۴۹	۹/۱۳	معلول جسمی حرکتی	
۰/۶۵	۸/۵۷	عادی	فاجعه آمیز پنداری
۰/۶۵	۱۱/۴۰	معلول جسمی حرکتی	
۰/۵۴	۸/۵۴	عادی	سرزنش دیگران
۰/۵۴	۱۵/۰۳	معلول جسمی حرکتی	

با توجه به جدول ۴، مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی در تمامی خرده مقیاس‌های تنظیم مثبت هیجانی که شامل پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، بازاریابی مثبت و اتخاذ دیدگاه می‌باشد، نسبت به مادران دارای کودک عادی میانگین نمرات کمتری را کسب کرده‌اند، همچنین مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی در خرده مقیاس‌های سرزنش دیگران و فاجعه-آمیز پنداری که هر دو خرده مقیاس جزو راهبردهای منفی تنظیم هیجان می‌باشد نمرات بالاتری را به دست آورده‌اند. جهت بررسی معناداری رابطه‌ی میانگین‌ها در دو گروه مادران دارای کودک عادی و معلول و همچنین اثر جنسیت بر متغیر تنظیم هیجانی از روش تحلیل واریانس چند متغیری (manova) استفاده شد. نتایج آزمون‌های معنی‌داری مانوا در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری برای اثر اصلی متغیر گروه و جنسیت بر تنظیم هیجانی

متغیر	آزمون	ارزش	F	سطح معناداری
	اثر پیلاهی	۰/۸۱	۲۳/۳۶	۰/۰۰
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۱۹	۲۳/۳۶	۰/۰۰
	اثر هتلینگ	۴/۳۸	۲۳/۳۶	۰/۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۴/۳۸	۲۳/۳۶	۰/۰۰
	اثر پیلاهی	۰/۱۴	۰/۸۸	۰/۵۵
جنسیت	لامبدای ویلکز	۰/۸۶	۰/۸۸	۰/۵۵



۰/۱۵۵	۰/۱۸۸	۰/۱۱۶	اثر هتلینگ
۰/۱۵۵	۰/۱۸۸	۰/۱۱۶	بزرگترین ریشه روی

P<0/05

چنان که در جدول فوق نشان داده شده است آزمون‌های معناداری مانوا در رابطه با متغیر گروه در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار هستند. با توجه به معنادار بودن اثر متغیر مستقل گروه بر تنظیم هیجانی ($F=23/36, P= 0/00$) و اثر هتلینگ (۴/۳۸) فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر وجود تفاوت در بین دو گروه مورد تایید است. و نتیجه‌گیری می‌شود بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. از طرف دیگر آزمون‌های معناداری برای متغیر جنسیت معنادار نبود و این نشان‌دهنده عدم تفاوت جنسیتی در تنظیم هیجانات می‌باشد. براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از خرده مقیاس‌ها معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/ کواریانس به درستی رعایت شده است. ($BOX=220/20, F=1/14, P=0/12$). همچنین بر اساس آزمون لوین که برای هیچ یک از خرده مقیاس‌ها معنادار نبود، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری خرده مقیاس‌های تنظیم هیجانی برای گروه و جنسیت

سطح معناداری	F	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	خرده مقیاس‌ها	متغیر
۰/۹۹	۰/۰۰	۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	سرزنش خود	
۰/۰۰	۴۰/۸۸	۱	۲۸۱/۵۰	۲۸۱/۵۰	پذیرش	
۰/۰۱	۷/۰۲	۱	۶۱/۵۷	۶۱/۵۷	نشخوار ذهنی	
۰/۰۴	۴/۵۳	۱	۳۸/۲۴	۳۸/۲۴	توجه مجدد مثبت	
۰/۰۰	۵۹/۶۷	۱	۶۹۰/۰۵	۶۹۰/۰۵	توجه مجدد به برنامه ریزی	گروه
۰/۰۰	۱۹/۵۵	۱	۳۰۵/۶۰	۳۰۵/۶۰	باز ارزیابی مثبت	
۰/۰۰	۸۹/۵۱	۱	۶۳۸/۵۵	۶۳۸/۵۵	اتخاذ دیدگاه	
۰/۰۰	۹/۴۷	۱	۱۲۰/۱۲	۱۲۰/۱۲	فاجعه آمیز پنداری	
۰/۰۰	۷۱/۸۸	۱	۶۳۰/۱۴	۶۳۰/۱۴	سرزنش دیگران	
۰/۹۲	۰/۰۱	۱	۰/۱۱	۰/۱۱	سرزنش خود	
۰/۵۸	۰/۳۱	۱	۲/۱۵	۲/۱۵	پذیرش	
۰/۱۳	۲/۳۶	۱	۲۰/۶۹	۲۰/۶۹	نشخوار ذهنی	
۰/۰۵	۴/۱۱	۱	۳۴/۶۸	۳۴/۶۸	توجه مجدد مثبت	جنسیت



۰/۴۲	۰/۶۶	۱	۷/۶۳	۷/۶۳	توجه مجدد به برنامه ریزی
۰/۶۳	۰/۲۲	۱	۳/۵۲	۳/۵۲	باز ارزیابی مثبت
۰/۳۹	۰/۷۳	۱	۵/۱۹	۵/۱۹	اتخاذ دیدگاه
۰/۷۵	۰/۱۰	۱	۱/۳۰	۱/۳۰	فاجعه آمیز پنداری
۰/۸۶	۰/۰۲	۱	۰/۲۵	۰/۲۵	سرزنش دیگران

P<0/05

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، متغیر جنسیت در تنظیم هیجانی معنادار نبود ولی در ارتباط با متغیر گروه، آزمون‌های معناداری نشان داد که خرده مقیاس‌های پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی، اتخاذ دیدگاه، فاجعه آمیز پنداری، سرزنش دیگران در بین دو گروه مادران کودکان عادی و مادران کودکان معلول جسمی حرکتی دارای ارتباط معنادار می‌باشند و همچنین با توجه به میانگین‌های خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان که در جدول ۴ گزارش شده است می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی نسبت به مادران کودکان عادی به صورت معنادار کمتر از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان استفاده می‌کنند و به طور معناداری از دو راهبرد منفی تنظیم هیجان یعنی فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران بیشتر استفاده می‌کنند.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی مادران کودکان دارای معلولیت جسمی حرکتی و مادران کودکان عادی با در نظر گرفتن نقش جنسیت صورت گرفت. با توجه به بررسی‌های انجام شده در این پژوهش مادرانی که کودکانشان دچار معلولیت جسمی- حرکتی بودند در تحمل پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی نمرات کمتر و در جذب شدن به وسیله هیجانات منفی و برآورد ذهنی پریشانی نمرات بالاتری دریافت کردند. همچنین در زمینه‌ی تنظیم هیجانی نتایج نشان داد میانگین نمرات مادران دارای کودک عادی به طور معناداری در راهبردهای مثبت تنظیم هیجان (توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه) بالاتر از مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی است و مادران دارای کودک معلول جسمی حرکتی از دو راهبرد منفی تنظیم هیجانی یعنی فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران بیشتر از مادران دارای کودک عادی استفاده می‌کنند. در زمینه‌ی جنسیت هم هیچ‌گونه تفاوت معناداری وجود نداشت. به طور کلی نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های رابرت و کاسل، ۲۰۰۹؛ داودا وهارت، ۲۰۱۱؛ جرم و همکاران، ۲۰۱۱؛ راسفیانی و همکاران، ۲۰۱۱ همخوانی داشت.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که کودکان معلول جسمی حرکتی در بیشتر اوقات برای انجام فعالیت‌های روزانه و حرکت به کمک نیاز دارند و به همین دلیل در سازگاری با تغییرات محیطی و اجتماعی به آسانی از خود ناتوانی نشان می‌دهند (Wang and Jong, 2004). در نتیجه مجموع این ویژگی‌ها مشکلاتی برای والدین این کودکان به خصوص مادر که معمولاً مراقب اصلی است، افزایش می‌دهد. در واقع فعالیت‌هایی که مادر جهت کمک به کودک خود در طول روز انجام می‌دهد علاوه بر خستگی جسمانی سبب فرسودگی روانی مادر هم می‌شود و به سلامت روان مادر آسیب می‌زند و در نتیجه این خود عاملی می‌شود که مادر جهت تنظیم هیجانات خود از راهبردهای منفی استفاده کند. همچنین تولد یک کودک معلول در خانواده فشارهای روانی بسیاری بر خانواده وارد می‌سازد و در صورتی که اعضای خانواده به خصوص مادر نتواند خود را با این وضعیت کودک تطابق دهد و در واقع کودک را نپذیرد این خود عاملی می‌شود که



مادر برای حل مشکلات خود به جای استفاده از مکانیسم‌ها و راهبردهای مثبت به راهبردهای منفی همچون سرزنش دیگران پناه ببرد و در نتیجه سلامت روان وی آسیب ببیند.

اهمیت پژوهش حاضر با عطف نظر به عدم وجود مطالعات در زمینه‌ی تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در والدین افراد دارای نیازهای خاص و همچنین تأثیرات فراوان آن بر جنبه‌های مختلف زندگی این افراد و خانواده‌هایشان بیش از پیش مشخص می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به منحصر بودن آن به معلولین جسمی حرکتی و تعداد محدود نمونه اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، این بررسی در بین والدین سایر گروه‌های دارای نیازهای خاص نیز انجام شود، تا بتوان میزان تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی را در والدین گروه‌های دیگر نیز تعیین نمود. همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش، به پژوهشگران توصیه می‌گردد به بررسی اثربخشی آموزش‌های مبتنی بر تنظیم هیجان شناختی و تحمل پریشانی برای این قشر از جامعه بپردازند.

منابع

امین‌آبادی، ز.، دهقانی، م.، خداپناهی، م. ک. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۴)، ۳۶۵-۳۷۱.

بشارت، م. ع.، زاهدی تجریشی، ک.، نوربالا، ا. ع. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *دو فصلنامه روانشناسی معاصر*. ۸(۲)، ۱۶-۳.

عزیزی، ع.، میرزایی، آ.، شمس، ج. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *فصلنامه پژوهشی حکیم*. ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.

Brown RL, Turner RJ. (2010). Physical disability and depression. *J aging health*; 22(7), 977- 1000.

Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R. & Zvolensky, M. J.(2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical Psychology Review*; 25, 713-733.

Dawda D, Hart SD. (2011). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-disorder. *Am J Psychiatry*; 150(7), 658-60.

Granefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2002). Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Leiderorp: Datec*.

Gross, J.J. (1998).The emerging field if emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*; 2,271-299.

Gross, J.J. (2002). Wise Emotion regulation. In L Felderman Barrett psalory (Eds). *The wisdom of fillings psychological processes in emotion intelligence*; 297-318.

Jerman F, Van der Linden M, D'Acremont M, Zermatten A. (2011). Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *Eur J Psychol As*; 22(2),126-31.

Rassafiani, Mehdi., Ahmadi Kahjoogh, Mina., Hosseini, Ali., Sahaf, Robab. (2012). Time Use in Mothers of Children with Cerebral Palsy: A Comparison Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*; 22,70-74.



- Roberts, J. E., Kassel, J.D. (2009). Mood-state Dependence in Cognitive Vulnerability to Depression: The Roles of Positive and Negative Affect, Cognitive Therapy and Research; 20(4), 1-12.
- Spencer T. (2007). The role of research in the lives of people with disability. Too little too late? The exceptional parent. *Eur J dev psychol*; 37(5), 78- 82.
- Tampson R.A.(1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N.A. Fox(ed), *The Development of Emotion Regulation Biological and Behavioral considerations*. Chicago: The university of Chicago press; 25-52.
- Simons J.S, Gaher RM.(2005). The distress tolerance scale. Development and validation of a self-report measure. *Motive emotion*; 20(9): 83-102.
- Vim Z,B,S pina, W.(2010). The assessment of Emotion regulation improving construct validity in research on psychopathology in youth. *Journal of psychopathology Behavioral Assessment*.
- Wang H-Y., Jong Y.J. Parental stress and related factors in parents of children with cerebral palsy.(2004). *Kaohsiung J Med Sci*;335-340.
- Zvolensky, M. J., Marshall, E. C., Johnson, K., Hogan, J., Bernstein,A., & Bonn-Miller, M.O.(2009). Relations between anxiety sensitivity, distress tolerance, and fear reactivity to bodily sensations to coping and conformity marijuana use motives among young adult marijuana users. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*;17, 31-42.