MEJDS. 2018; 8:19.
Published online 2018 Oct. **Research Article**

Relationship between Distress Tolerance, Helplessness and Fundamental Recognition in the Schemes of Mothers of Children with Mental Disorders and Mothers of Children with Physical Disabilities

Mohammad Esmaeil Ebrahimi[1], *Narges Zamani[2], Mojtaba Ansari Shahidi[3]

Author Address
1. PhD, Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Hamedan, Iran;
2. PhD Student of Psychology of Health, Islamic Azad University, Hamedan Branch, Young and Elite Research Club, Hamedan, Iran;
3. PhD, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Department of Psychology, Najafabad, Iran.
***Corresponding Author Address:** Madani Town, University Blvd, Hamedan Islamic Azad University.
Email: NargesZamani@iauh.ac.ir

Received: 2017 June 25; **Accepted:** 2017 July 26

Abstract

Background & Objective: Each person has a certain tolerance to stress in certain times and conditions. When that exceeds the person's power, it will inevitably lead to mental and emotional disturbances. One of the stresses that causes a lot of stress is the stress of a disabled child, which can have long-term effects, and puts the family's underlying foundations at serious risk. Women are exposed to two large groups of stress, that is, stress due to biological identity and stress arising from professional responsibilities. Reproductive activity is the basis of women's stress syndrome and the other source of stress in women is the professional and home-based responsibilities including taking care of the elderly, children and children with special needs in this category. Therefore, mothers of children with special needs experience more stress than mothers of normal children. Increasing the level of parental stress affects parents' ability to care for children, which has negative consequences for the child. Therefore, the purpose of the research was to assess the relationship between distress tolerance, helplessness and fundamental recognition in the scheme of mothers of children with mental disorders and mothers of children with physical disabilities.

Methods: This study was descriptive and of comparative type. The study population consisted of mothers of children with mental disorders and mothers of children with disabilities and mental disabilities under the auspices of welfare rehabilitation centers and clinics. The sample consisted of 124 participants (62 mothers with mental disorders and 62 mothers with disabilities and mental disabilities) who were selected by random sampling. The criteria for entry into the study were: Having a psychiatric disorder in children with mental disorders, ages 19 to 45, congenital disabilities in disabled children, having at least one healthy child in the family. Exit criteria included: divorced families, families with only one child, family with more than one child with mental and physical disorders. The research instruments were the CERQ-P questionnaire and emotional schema questionnaire (ESSP). Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to analyze the data. To implement the ethical interventions in this study, the ethical codes proposed by the Iranian-American Psychological Association (2003) and the organization of the system of psychology and counseling of the Islamic Republic of Iran (2006) were considered.

Results: In order to compare the two groups of participants in cognitive emotion regulation strategies, multivariate analysis of variance (MANOVA) was used first. The result of the Mbox test showed that the covariance matrix of the dependent variables in the groups is identical and multivariate analysis of variance can be used. The results of the multivariate test of Wilkes' landlord were significant (p=0.001). The significance of this test shows that there is a significant difference between cognitive emotion regulation strategies between the two groups, but this does not indicate which groups differ in which strategies. For this purpose, one-way analysis of variance was used. The results showed that in the strategies of cognitive regulation, blame, disaster, blame and evaluation, the average scores of mothers of children with mental disorders are more than those of mothers of disabled children. On the other hand, in the compromise strategy, unrealized rumination and positive re-focus, re-focus on planning, positive re-evaluation mothers of children with mental disorders got higher scores (p=0.001).

Conclusion: Mothers of children with mental disorders and disabled children often use such maladaptive strategies as cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in order to manage emotions, which can put them at risk of mental problems and conflicts.

Keywords: Emotion, Mental Disorders, Endurance Distress, Helplessness, Disability.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.19.4]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۱۹.

انتشار برخط مهرماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی رابطهٔ تحمل پریشانی و درماندگی و شناخت بنیادین در مادران فرزندان دچار اختلالات روانی و مادران فرزندان بامعلولیت جسمانی

محمداسماعیل ابراهیمی[۱]، *نرگس زمانی[۲]، مجتبی انصاری شهیدی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم‌انسانی دانشگاه آزاداسلامی همدان، همدان، ایران؛

۲. دانشجوی روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران؛

۳. دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، گروه روان‌شناسی، نجف‌آباد، ایران.

*آدرس نویسندهٔ مسئول: تهران، همدان، شهرک مدنی، بلوار دانشگاه، دانشگاه ازاد همدان.

*رایانامه: NargesZamani@iauh.ac.ir

تاریخ دریافت: ۴تیر۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۴مرداد۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: داشتن فرزند به مادر احساس لذت و غرور و رشد شخصی می‌بخشد؛ اما دغدغه‌هایی را نیز به‌وجود می‌آورد که می‌توانند عوارض منفی به‌همراه داشته باشند؛ به‌طوری‌که این والدین درمقایسه با افراد بدون فرزند، دارای سطح بیشتری از رنج‌های هیجانی هستند؛ بنابراین هدف از این پژوهش بررسی رابطهٔ تحمل پریشانی و درماندگی و شناخت بنیادین در مادران فرزندان دچار اختلال‌های روانی و مادران فرزندان بامعلولیت جسمانی است.

روش‌بررسی: این مطالعه توصیفی و از نوع علی‌مقایسه‌ای بود که در بین همهٔ مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال‌های روانی و بامعلولیت جسمی همدان انجام شد. نمونهٔ آماری شامل ۶۲ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های روانی بود که به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با ۶۲ نفر از مادران کودکان معلول جسمی پذیرش‌شده از میان مراجعان به مراکز و کلینیک‌های توان‌بخشی همدان، همتاسازی شدند. دو گروه شرکت‌کننده پرسشنامه‌های نظم‌جویی شناختی هیجان و پرسشنامهٔ طرحواره‌های هیجانی را تکمیل کردند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات در راهبردهای سازش‌نایافتهٔ نظم‌جویی شناختی ملامت خویش، فاجعه‌سازی، ملامت دیگران و در راهبردهای سازش‌یافتهٔ نظم‌جویی شناختی، دیدگاه‌گیری و در طرحواره‌های هیجانی خودآگاهی هیجانی، ابراز احساس‌ها، کنترل‌نشدنی‌بودن، درک‌شدنی‌بودن، دیدگاه ساده‌انگارانه به هیجانات و پذیرش هیجانات مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی درمقایسه با مادران کودکان بامعلولیت جسمی بیشتر بود ($p\leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی و فرزند بامعلولیت جسمی، برای مدیریت هیجان‌های برخاسته از موقعیت‌های تنش‌زا از طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی نامناسبی استفاده می‌کنند. استفاده از این راهبردهای نامناسب می‌تواند آن‌ها را درمعرض مشکلات روانی و اختلالات نیمه‌بالینی و بیماری سطح زیرآستانه‌ای قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: هیجان، اختلالات روانی، تحمل پریشانی، درماندگی، معلولیت.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.19.4]

۱ مقدمه

مادرشـــدن از مراحل بســـیار مهم در زندگی زنان اســـت که ســـبب احساس‌های خوشایند و هیجان‌های مثبت و منفی و استرس در برابر توانایی خود برای تولد فرزند سالم و وظایف مادری می‌شود. مراقبت از کودک تـأثیر چشـــمگیری بر خـانواده دارد (۱). پژوهش‌هـای انجام‌شـــده درحیطهٔ کودکان اســـتثنایی نشـــان داد والدین کودکان بانیازهای ویژه، اضـــطراب والدینی‌گری فزاینده‌ای را تجربه می‌کنند (۲). این اثر براســـاس ماهیت اختلال کودک و برخی از متغیرهای خانواده متغیر اســت. اختلال‌های ناگهانی که دارای آغاز حاد هســتند درمقایســه با اختلال‌های مزمن اثر متفاوتی بر زندگی خانواده داشـــته (۳) و با بزرگترشـــدن کودک، رفتار وی دغدغه‌برانگیزتر می‌شـــود. همچنین مســـائل جدیدی را درحوزهٔ ارتباطات اجتماعی هنگام ورود کودک به مرحلهٔ نوجوانی به‌همراه دارد (۴).

اختلال‌های روانی نه‌تنها ســـبب ناکارآمدی بیماران می‌شـــود بلکه خانواده‌های آن‌ها را نیز تحت‌تأثیر قرار داده و عملکردشـــان را مختل می‌سازد (۵). حضور در خانوادهٔ دارای عضو مبتلا به اختلال روانی، اغلب فشـــار عینی و ذهنی عمده‌ای را بر ســـایر اعضـــای خانواده (به‌خصـــوص، افراد بانقش مراقبتی) تحمیل می‌کند (۶). والدین این کودکان به‌علت نیازهای فرزندانشـــان نمی‌توانند، مراقبت از کودک خود را به دیگران محول کرده و زمانی را به خودشان اختصاص دهند. این امر به‌نوبهٔ خود می‌تواند مشـــکلات مربوط به رابطهٔ والدین را افزایش داده و منجربه نارضـایتی زناشـویی و مشـکلات سـازگاری و اختلالات خلقی و هیجانی شود (۷).

درکنار خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی، خانواده‌های کودکان فرزند معلول جسمی و ناتوانی ذهنی نیز تحت فشار و استرس زیادی قرار دارند. این فشـــار و اســـترس باشـــدت ناتوانی (۸) و نوع مشکل فرزندان (۹) مرتبط است. شمار افراد بامعلولیت‌های متوسط و شدید درکشورهای درحال توسعه به ۲۰۰ میلیون نفر می‌رسد (۱۰) که معمولاً با فقر ارتباط دارد (۵).

این تأثیر فقط به کودکان محدود نمی‌شود بلکه خانواده و اعضای آن‌ها را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). فرزندان معلول تأثیر معناداری بر عملکرد خانواده دارند. خانواده‌های دارای فرزند معلول درمقایســـه با خانواده‌های دیگر درمعرض اضـطراب‌های بزرگتری قرارداشـته (۱۲) و احساساتی ازقبیل درماندگی و عزت‌نفس کم و خشم گزارش می‌کنند (۵). در بین خـانواده‌هـای دارای فرزنـد معلول نیز، نـاهمخوانی‌هـای زیادی وجود دارد؛ درحالی‌که برخی از آن‌ها در برخورد با معلولیت‌های خفیف فرزندان خود احساس درماندگی می‌کنند. برخی دیگر می‌توانند بدون مشـــکل معلولیت‌های شـــدید را مدیریت کنند. داشـــتن کودک معلول باعث ایجاد اضـطراب جسـمانی و روحی و روانی بر خانواده و به‌ویژه مادر و داشتن هیجان‌های منفی‌شده و والدین کودکان مبتلا به ناتوانایی‌های رشدی، استرس زیادی را متحمل می‌شوند (۱۳).

بررســـی ســـیمای هیجانی خانواده‌های این افراد می‌تواند تلویح‌های کاربردی و بنیادی فراوانی داشـته باشـد. هیجان‌ها از پدیدهٔ اسـاسـی کارکرد انسان بوده که به‌صورت هنجار دارای ارزش سازگارانه‌ای برای افزایش پیگیری ما در اهداف اســـت. همهٔ ما هیجان‌های مختلفی را تجربـه می‌کنیم و تلاش می‌کنیم ازطریق روش‌هـای اثربخش و غیراثربخش با آن‌ها مقابله کنیم. مسئلهٔ واقعی تجربهٔ هیجان‌ها نیست، بلکه توانایی ما در بازشناسی و پذیرش و درصورت امکان استفاده از آن‌ها بوده و باوجود هیجان‌ها، پیگیری کارکرد خود مسئلهٔ اصلی است (۱۴). تنظیم هیجان به‌معنای تلاش افراد برای تأثیرگذاشـتن روی نوع و زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری و تجربی یا جســـمانی هیجان‌ها بوده (۱۵) و به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شـــناختی، مدنظر بســـیاری از پژوهشـــگران قرار گرفته اســـت (۱۶) که نقش مهمی در ســـازگاری ما با وقایع اضـــطراب‌زای زندگی دارد. علاوه‌براین تنظیم هیجان نقش برجســـته‌ای در تحول و حفظ اختلالات هیجانی دارد. نظم‌جویی هیجان، فرآیندی هدف‌مدار است که به‌منظور اثرگذاری بر شدت و مدت و نوع هیجان تجربه‌شده، صورت می‌گیرد (۱۷) و افراد ازطریق آن هیجان‌های خود را به‌صورت هوشیار و ناهوشیار تعدیل می‌کنند (۱۸).

درواقع، نظم‌جویی هیجان، اصـلی اسـاسـی در شـروع و ارزیابی و سـازماندهی رفتار سـازگارانه و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسـازگارانه محسـوب‌شـده (۱۹) و عامل مهمی در تعیین ســـلامتی و داشـــتن عملکرد موفق در تعامل‌های اجتماعی بیان می‌شـود (۱۶)؛ بنابراین می‌توان گفت نظم‌جویی هیجان، عامل کلیدی و تعیین‌کنندهٔ بهزیستی روانی، کارکرد اثربخش، سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی و کیفیت زندگی اســـت (۲۰)؛ لذا، این پژوهش باهدف، مقایســـهٔ تحمل پریشـــانی و درماندگی و شـــناخت بنیادین در مادران فرزندان دچار اختلالات روانی و مادران فرزندان بامعلولیت جسمانی انجام گرفت.

۲ روش بررسی

این مطالعه توصـــیفی و از نوع علی‌مقایســـه‌ای بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را مادران فرزندان مبتلا به اختلال‌های روانی و مادران کودکان بـامعلولیـت جســـمـی تشـــکـیـل دادنـد کـه در مراکز و کلینیـک‌هـای توان‌بخشـی بهزیسـتی پذیرش شـده بودند. گروه نمونه شـامل ۱۲۴ شـــرکت‌کننده (۶۲ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و ۶۲ مادر دارای فرزند دارای معلولیت جســـمی) بود که به‌روش نمونه‌گیری دردســـترس انتخاب شـــدند. تلاش شـــد که دو گروه به‌جز در داشـــتن اختلال فرزندان در سایر متغیرها ازقبیل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و تعداد فرزندان تاحدامکان همتاســـازی شـــوند. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت‌بود از: دارابودن ملاک اختلال‌هـای روان‌پزشـــکی در فرزندان مبتلا به اختلالات روانی، محدودهٔ سنی ۱۶تا۴۳، معلول‌بودن مادرزادی در فرزندان بامعلولیت جســـمی، داشـــتن حداقل یک‌فرزند سـالم در خانواده، نیاز بیمار به آموزش و مراقبت‌های ویژه. ملاک‌های خروج شـامل مشـکلات روانی یا جسـمانی تشـخیص‌پذیر در مادران فرزندان بانیازهای ویژه و مادران باردار بود.

ابزارهای پژوهش عبارت‌بود از: پرسشنامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان[1] (CERQ-P): این پرســـشـــنامه، پرســـشـــنامه‌ای چندبعدی بوده که

[1] Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.19.4]

گارنفسکی، ترد، کرایج، لگرستی و کومر جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی تدوین کردند و پس از تجربهٔ وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به‌صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با تجربه‌ای منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. همچنین این پرسشنامه ابزاری خودگزارشی بوده و ۳۶ سؤال دارد. این پرسشنامه با ۹ خرده‌مقیاس راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنهٔ نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات زیاد در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفادهٔ بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است (۲۱).

حسنی، نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ نظم‌جویی‌شناختی هیجان را در فرهنگ ایرانی هنجاریابی کرد. در این مطالعه، اعتبار مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی (با دامنهٔ آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنهٔ همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسشنامهٔ مذکور ازطریق تحلیل مؤلفهٔ اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها (با دامنهٔ همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شد (۲۳).

پرسشنامهٔ طرحواره‌های هیجانی[1] (ESSP): این پرسشنامه توسط لیهی بر مبنای مدل طرحواره‌های هیجانی خود، تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵۰ سؤال بوده که بااستفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نسخهٔ فارسی این مقیاس را خانزاده وهمکاران (۲۴) تهیه کردند. تحلیل عامل اکتشافی در نتایج نشان داد از ۱۶ عامل استخراج‌شده از این مقیاس، ۱۲ عامل با طرحواره‌های هیجانی لیهی هماهنگ هستند و این ۱۲ عامل عبارت‌است از: نشخوار ذهنی، گناه، ابراز احساسات، کنترل‌نشدنی‌بودن، تأییدطلبی از دیگران، درک‌شدنی‌بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی‌بودن، دیدگاه ساده‌انگارانه به هیجانات، ارزش‌های والاتر، پذیرش هیجانات، توافق که سه عامل به‌علت بارگزاری تنها یک‌گویه حذف شدند و یک‌عامل جدید به‌نام خودآگاهی هیجانی به مقیاس اضافه شد. همچنین همبستگی درونی زیاد گویه‌ها مؤید روایی سازهٔ این مقیاس است. نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد پایایی این مقیاس ازطریق روش بازآزمایی در فاصلهٔ دوهفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌های بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است. همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به‌دست آمد. به‌طورکلی نتایج حاصل از هر دو روش حاکی‌از پایایی پذیرفتنی این مقیاس است (۲۴) برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد.

برای اجرای مداخلات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌شناسی ایران و آمریکا در سال ۲۰۰۳ و سازمان نظام روان شناسی و مشاورهٔ جمهوری اسلامی‌ایران در سال ۱۳۸۵ مدنظر قرار گرفت. براین اساس، مؤلفه‌های زیر دربارهٔ تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش (در هریک از مراحل پژوهش) رعایت شد. کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط سازمان نظام روان‌شناسی و مشاورهٔ ایران، اصل احترام به شأن و آزادی انسان، اصل وظیفه شناسی و مسئولیت‌پذیری، اصل سودمندی و آسیب‌نرساندن، اصل نبودن تبعیض، اصل توجه به رفاه دیگران، اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه، احترام به اصل رازداری، ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده، کسب رضایت‌نامهٔ کتبی به‌منظور شرکت در درمان، پیگیری درمانی در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش و پس از پایان درمان و ارزیابی گروه آزمون، جلسات گروه‌درمانی برای گروه کنترل ارائه شد.

۳ یافته‌ها

درمجموع ۱۲۴ شرکت‌کننده از مادران بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی و معلولیت جسمی بررسی شدند که مشخصات آن‌ها از نظر تحصیلات و دامنهٔ سنی و وضعیت شغلی تحت مطالعه قرار گرفت. باتوجه به داده‌های بررسی‌شده، مشخص شد در هر دو گروه مطالعه‌شده از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی در مقطع دیپلم و کمترین فراوانی مربوط به مقطع راهنمایی است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۶ تا ۴۳ سال بود که در گروه اختلالات روانی میانگین سن ۳۲/۹۵ و در گروه بامعلولیت ۳۳/۰۱ سال مشاهده شد. از نظر وضعیت شغلی در هردو گروه بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه‌دار بود.

به‌منظور مقایسهٔ دو گروه آزمودنی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، ابتدا تحلیل چندمتغیری آنالیز واریانس(MANOVA) به‌کار گرفته شد. نتیجهٔ آزمون M باکس نشان داد ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده کرد. نتیجهٔ آزمون چندمتغیری لاندای ویلکز معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). معناداربودن این آزمون بیان می‌کند در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام راهبردها با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس یک‌راهه استفاده شد. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک‌راهه قید شده است.

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد در راهبردهای سازش‌نایافتهٔ نظم‌جویی شناختی، ملامت خویش ($p<۰/۰۰۱$)، فاجعه‌سازی ($p<۰/۰۰۱$)، ملامت دیگران ($p<۰/۰۰۱$)، و دیدگاه‌گیری ($p<۰/۰۰۱$)، میانگین نمرات مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی بیشتر از مادران کودکان بامعلولیت جسمی است و مادران کودکان بامعلولیت جسمی در راهبرد سازش‌نایافتهٔ نشخوارگری ($p<۰/۰۰۱$)، تمرکز مجدد مثبت ($p<۰/۰۰۱$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($p<۰/۰۰۱$) و ارزیابی مجدد مثبت ($p<۰/۰۰۱$) درمقایسه با مادران

[1] Emotional Schemas Scale factor structure and psychometric characteristics

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.19.4]

کودکان مبتلا به اختلالات روانی نمرات بیشتری به‌دست آوردند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک‌راهه برای مقایسهٔ گروه‌ها در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

راهبرد	مادران‌کودکان اختلالات روانی		مادران کودکان بامعلولیت جسمی		مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد			
ملامت خویش	۱۱/۳۲	۳/۳۶	۱۰/۴۱	۳/۲۲	۸/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۱
نشخوارگری	۱۲/۱۴	۳/۴۵	۱۳/۲۳	۳/۶۳	۷/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
فاجعه‌سازی	۱۳/۴	۳/۶۵	۱۲/۲۰	۳/۴۹	۸/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۱
ملامت دیگران	۱۲/۷۱	۳/۵۶	۱۲/۳۲	۳/۵۰	۹/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۱
پذیرش	۹/۳۲	۳/۰۵	۱۳/۴۵	۳/۶۶	۴/۱۶	۰/۰۵۱	۰/۰۶
تمرکز مجدد مثبت	۱۱/۴۵	۳/۳۸	۱۲/۲۲	۳/۴۹	۵/۴۳	۰/۰۱۲	۰/۴۵
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۰/۸۴	۳/۲۹	۱۴/۲۲	۳/۷۷	۶/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۱
ارزیابی مجدد مثبت	۸/۳۲	۲/۸۸	۱۲/۴۱	۳/۵۲	۹/۴۱	۰/۰۱۹	۰/۷۶
دیدگاه‌نگری	۱۳/۱۴	۳/۶۲	۹/۵۲	۳/۰۸	۸/۲۰	<۰/۰۱۰	۰/۹۸

به‌جهت مقایسهٔ دو گروه آزمودنی در طرحواره‌های هیجانی نیز از تحلیل چندمتغیری واریانس استفاده شد. نتیجهٔ آزمون M باکس (p>۰/۰۱) مشخص کرد ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده کرد. نتیجهٔ آزمون چندمتغیری لاندای ویلکز معنادار بود (p<۰/۰۰۱). معناداربودن این آزمون نشان داد در طرحواره‌های هیجانی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس یک‌راهه استفاده شد. در جدول ۲ میانگین و تحلیل F انحراف استاندارد طرحواره‌های هیجانی و مقادیرهای واریانس یک‌راهه قید شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک‌راهه برای مقایسهٔ گروه‌ها در طرحواره‌های هیجانی

راهبرد	مادران‌کودکان اختلالات روانی		مادران کودکان بامعلولیت جسمی		مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد			
نشخوار ذهنی	۹/۴۵	۳/۷۳	۵/۲۶	۲/۲۵	۱۸/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
خودآگاهی هیجانی	۴/۲۶	۴/۶۷	۶/۷۳	۳/۲۸	۸/۳۷	۰/۰۱۴	۰/۱۳
گناه	۹/۹۶	۴/۶۳	۸/۷۹	۳/۶۶	۶/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۶
ابراز احساسات	۱۱/۰۵	۱/۳۷	۱۳/۸۷	۲/۳۵	۴/۳۸	۰/۰۵۳	۰/۰۴
کنترل‌نشدنی‌بودن	۸/۸۶	۴/۵	۹/۵۰	۳/۲۰	۱۲/۲۵	۰/۰۱۷	۰/۲۱
تأییدطلبی از دیگران	۸/۳۰	۳/۴۹	۶/۳۷	۴/۴۶	۷/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۱۸
درک‌کردنی‌بودن	۶/۸۵	۳/۸۵	۱۱/۳۸	۲/۶۳	۱۷/۸۳	۰/۰۱۲	۰/۴۶
سرزنش	۱۲/۴۹	۴/۸۴	۷/۶۲	۳/۰۲	۱۲/۰۱	۰/۰۰۵	۰/۱۹
تلاش برای منطقی‌بودن	۷/۳۴	۳/۳۲	۶/۰۴	۳/۱۲	۹/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۷
دیدگاه ساده‌انگارانهبه هیجانات	۷/۴۸	۴/۴۱	۸/۰۳	۲/۳۱	۵/۲۰	۰/۰۱۳	۰/۲۱
ارزش‌های والاتر	۷/۴۸	۴/۴۶	۶/۷۹	۲/۵۲	۴/۸۶	۰/۰۰۵	۰/۰۱
پذیرش هیجانات	۶/۱۶	۳/۴۲	۸/۲۶	۲/۱۱	۸/۶۹	۰/۰۰۵	۰/۱۷
توافق	۶/۳۸	۴/۴۲	۸/۳۶	۳/۲۴	۷/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۴

داده‌های جدول ۲ بیان می‌کند در طرحواره‌های هیجانی خودآگاهی هیجانی، ابراز احساسات، کنترل‌نشدنی‌بودن، درک‌کردنی‌بودن، دیدگاه ساده‌نگارانه به هیجانات و پذیرش هیجانات، مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی نمرات بیشتری درمقایسه با مادران کودکان با معلولیت جسمی کسب کردند (p<۰/۰۵). همچنین در طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی، گناه، تأییدطلبی از دیگران، سرزنش، تلاش برای منطقی‌بودن و ارزش‌های والاتر، مادران کودکان بامعلولیت جسمی نمرات بیشتری درمقایسه با مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی گرفتند (p<۰/۰۵).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی و طرحواره‌های هیجانی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و فرزند با معلولیت جسمی بود. یافته‌ها استفادهٔ بیشتر راهبردهای سازش‌نایافتهٔ نظم‌جویی هیجان و طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد را در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و فرزند بامعلولیت جسمی بیان کردند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.19.4]

همان‌طورکه اشاره شد، مراقبت از کودک مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و بیماری مزمن اثر چشمگیری بر خانواده دارد. بسیاری از شواهد پژوهشی نشان داده‌اند والدین این کودکان، فشار و استرس والدینی‌گری فزاینده‌ای را درمقایسه با والدین کودکان دارای رشد سالم تجربه می‌کنند (۳ـ۱). اصلاح فشار مراقبت اغلب دامنهٔ وسیعی از مشکلات بدنی، روان‌شناختی، هیجانی، اجتماعی و مالی را دربرمی‌گیرد که مراقبان خانوادگی آن‌ها را تجربه می‌کنند (۲). اختلال کودک بر زندگی خانوادگی روزانه تأثیر زیادی داشته و در بسیاری از مواقع بر روابط خانوادگی اثر منفی می‌گذارد. پرورش کودک مبتلا به اختلالات، فشار زیادی را بر همهٔ اعضای خانواده تحمیل می‌کند. این فشارها شامل مشکلات مربوط به تعامل‌های والدین و کودک و نیز خواهران و برادران و کودک و ناسازگاری زناشویی فزاینده می‌شود (۵).

مطالعهٔ باکستر (۹) بیان می‌کند خواهران و برادران این کودکان به‌میزان بیشتری به اختلالات روانی مبتلا بوده و به‌احتمال بیشتری از اختلالات نیمه بالینی رنج می‌برند (۲۴). والدین نه‌تنها با مشکل مراقبت از کودک بیمار مواجه هستند بلکه باید از خواهران و برادران کودک بیمار که درمقایسه با دیگران به‌میزان بیشتری دچار اختلال یا اختلالات زیرآستانه‌ای بوده، مراقبت کنند. این امر موجب نبودن امنیت روانی در زندگی والدین به‌خصوص مادران به‌سبب فرصت بیشتر درمقایسه با پدر در خانه می‌شود. علاوه‌براین، بسیاری از والدین نمی‌توانند مراقبت از کودک بیمار خود را به دیگران محول کرده و زمانی را به خودشان اختصاص دهند. این مطلب به‌نوبهٔ خود می‌تواند مشکلات مربوط به رابطهٔ والدین را افزایش‌داده و منجربه نارضایتی زناشویی شود (۴) که خود سرآغاز اختلالات خلقی و هیجانی افسردگی و مشکلات ناسازگاری است.

همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، هامس نشان داد تعدیل و تنظیم هیجان می‌تواند نقش مؤثری بر سلامت روان مادران فرزندان مبتلا به اختلالات مزمن داشته باشد؛ زیرا هیجان‌ها به‌عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با دغدغه‌ها، اضطراب‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کند (۷). نتایج سایر پژوهش‌ها ازجمله گروس و تامپسون (۱۷)، توگادو و فردریکسون (۲۶) مشخص کرد هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کند و تنظیم هیجان به‌عنوان روشی درمانی در تعدیل هیجان‌ها، با عزت‌نفس و تعامل‌های اجتماعی مثبت در ارتباط است که باعث مراقبت مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زاشده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌ها اجتماع را به‌همراه دارد.

دلیل نوآوری این پژوهش این بود که در دو گروه مادرانی انجام شد که درد و رنج هیجانی زیادی داشتند و نتایج پیش‌بینی ناپذیر بود؛ چراکه در گروه بیمار و افراد سالم انجام نشد. دسترسی‌نداشتن به خانواده‌ها با نوع و شدت بیماری متفاوت در فرزندان، از محدودیت‌های این پژوهش بود. علاوه‌براین، یافته‌های پژوهش به آن دسته از مادرانی تعمیم‌پذیراست که درصدد درمان کودکانشان برمی‌آیند. درنهایت، اینکه گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود؛ بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به مادران بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی و فرزند بامعلولیت جسمی تعمیم‌پذیر است. به‌منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نوع و شدت مختلف بیماران انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر وجود راهبردهای سازش‌نایافتهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و فرزند بامعلولیت جسمی است. در این فرایند، راهبردهای نظم‌جویی هیجان نقش مهمی در کنارآمدن با چنین موقعیت‌های تنیدگی‌زا ایفا می‌کنند. توانایی مدیریت صحیح هیجان‌ها به‌هنگام رویارویی با رویدادهای محیطی تنیدگی‌زا، این امکان را برای افراد فراهم می‌سازد تا از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه جلوگیری کنند.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفهٔ خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.19.4]

References

1. Dowdell EB. Caregiver burden: Grandmothers raising their high risk grandchildren. Journal of psychosocial nursing and mental health services. 1995 Mar 1;33(3):27-30. [Link]
2. Hakimjavadi M, Lavasani MGH, Haghighatgi M, Zebardast O. Relationship among depression, anxiety, stress and personality in veteran children. Iranian Journal of War and Public Health. 2010; 3(1): 9-16.[Persian] [Link]
3. Emami R, Talepasand S, Rezai AM. The effect of self-regulation strategies on essay writing children with attention deficit / hyperactivity. MEJDS. 2015; 5(11): 208 – 219. [Persian] [Link]
4. Zamani N, Zamani S, Habibi M, Abedini S. Comparison in stress of caring mothers of children with developmental, external and internal disorders and normal children. J Research & Health. 2017; 7(2): 688- 694. [Link]
5. Zamani N, Khodabakhsh MR, Zamani S, Kiani F, Khastwo Hashjin H. The Effectiveness of Schema Therapy on Depression and Anxiety among Women Referring to Rehabilitation Specialist. Community Health journal. 2016; 10(3): 62-70.[Persian] [Link]
6. Kogel RL. Consistent stress Profile in mothers of children with autism. J autism and Dev Dis. 1992; 22(2): 205-216. [Link]
7. Hames A. Do the younger siblings of learning disabled children see them as similar or different? Child Care Health Develop. 2003; 24(1): 157-168. [Link]
8. Rottenberg J, Gross JJ. When emotion goes wrong: realizing the promise of affective science. Clin Psychol Sci Pract. 2007; 10(2):227-32. [Link]
9. Habibi M, Zamani N, Noroozi Dashtaki M. Effectiveness of group Cognitive Therapy based on Michael free in Reducing Depression in Mothers of Children with mental Disorders. The Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2017; 28(2): 91-100. [Persian] [Link]
10. Peshotan Bhavnagri N. Low income African American mothers' parenting stress and instructional strategies to promote peer relationships in preschool children. Early Education and Development. 1999 Oct 1;10(4):551-71. [Link]
11. Aminzadeh A, Hatamizade N, Mirkhani SM, Kazemnejad A. Evaluate effectiveness of home based training service of CBR program which have been offered to physically disabled people and their families. J Rehabil. 2011; 18(5): 37-44.[Persian] [Link]
12. Ahmadi KH, Khodadadi GH, Akhavi Z, Anisi J. Faction of families with disabled children. Journal of behavior sciences. 2013; 6(4): 331-337. [Persian] [Link]
13. Crinc KA, Greenberg MT. Minor parenting stresses with young children. Child Dev. 1990; 61(5): 1628-37. [Link]
14. Sanders JL, Morgan SB. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implicatiations for intervention. Child Fam Behav Ther. 1997; 19(2): 15–32. [Link]
15. Kuipers E, Leff J, Lam D. Family work for schizophrenia: a Practical Guide, 2ndedn. London: Gaskell; 2002, pp: 216–228. [Link]
16. Maccarthy B, Lesage A, Brewin Brugha TS, Mangen S, Wing JK. Needs for care among the relatives of long term users of day care. A report from the camber well high contact survey. Psycho Med. 1989; 19(3): 725-36. [Link]
17. Wagner AW, Logsdon RG, Pearson JL. Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease. Aging & Mental Health.1997;1(2):132-9. [Link]
18. Baxter AC, Lotspeich LJ, Spiker D, Martin JL, Grether JK, Hallmayer JF. Brief report: effect of maternal age on severity of autism. J Autism Dev Disord. 2007; 37(5): 976-82. [Link]
19. Maccarthy B, Lesage A, Brewin Brugha TS, Mangen S, Wing JK. Needs for care among the relatives of long term users of day care. A report from the camber well high contact survey. Psycho Med. 1989; 19(3): 725-36. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.19.4]

20. Hasani J, Azadfallah P, Rasolzadeh Tabatabaiee SK, Ashayeri H. The assessment of the cognitive emotion regulation according neuroticism and extraversion. New Adv Cog Sci. 2008; 10(4):1-13.[Persian] [Link]
21. Caqueourízar A, Gutiérrez-Maldonado J, MirandaCastillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. Health Qual Life Outcomes. 2009; 7(11): 81-84. [Link]
22. Hasani J, Tajodini E, Ghaedniyaie Jahromi A, Farmani Sh. The Assessments of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas in Spouses of People with Substance Abuse and Spouses of Normal People. Journal of Clinical Psychology. 2014;6(1):87-89. [Persian] [Link]
23. Khanzade M, Edrisi F, mohamadkhani SH, Saidian M. Scale factor structure and psychometric characteristics on students' memotional schemas. J Psycho Stud. 2012; 11 (3): 91-119. [Persian] [Link]
24. Yoselyani GH, Habibi M, Soleymani S. The relationship between disciplines desired behavior and family functioning, locus of control and self-esteem of students. J School psycho. 2012; 1(2): 114-134. [Link]
25. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. To compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. Arak University of Medical Sciences Journal. 2015; 18(1): 32-42. [Persian] [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.19.4]