

مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی

زهرا توفیقی^۱، اصغر آقایی^۲، محسن گل پرور^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۳۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری با تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام گرفت. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس و گمارش تصادفی استفاده شد. پس از انتخاب حجم نمونه و گمارش آنها در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، گروه‌های آزمایش مداخله‌های آموزشی را طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه داغ اجتماعی و پرسشنامه تحمل روانی بود. نتایج نشان داد که آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی مؤثر بوده است. همچنین بین اثربخشی آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک‌شده مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تفاوت معنادار وجود داشت، در حالی که بین اثربخشی این دو روش بر تحمل روانی تفاوت معنادار مشاهده نشد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تاب‌آوری نسبت به روش تنظیم هیجان دارای کارایی بالینی بیشتری در کاهش داغ اجتماعی ادراک‌شده در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی است.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، تنظیم هیجان، داغ اجتماعی، تحمل روانی، فلج مغزی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲. استاد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

aghaeipsy@gmail.com

۳. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

مقدمه

یکی از وظایف والدین، مراقبت از کودک است اما زمانی که کودک محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی‌مدت دارد این نقش به‌صورت متفاوتی خود را نشان داده و نکته مهم‌تر آن که فشار زیادی بر مادران که غالباً نقش مراقبت از چنین کودکانی را بر عهده دارند، وارد می‌آورد (پرانت، باربوسا و پورتا^۱، ۲۰۱۰). فلج مغزی^۲ یکی از اختلال‌های ناتوان‌کننده کودکان است که استرس‌های مراقبتی بسیاری را برای مادران به وجود می‌آورد (آلتمدگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). اختلال فلج مغزی از جمله اختلال‌های پیچیده و چندبعدی، غیرپیشرونده و ایستا در حرکت و وضعیت بوده که متعاقب ضایعه عصبی بروز می‌کند. اغلب فلج مغزی با نشانه‌های بسیاری همراه بوده و با علائمی نظیر تشنج و ناهنجاری‌هایی در شناخت، رفتار، گفتار، دید و هوش مشخص می‌گردد (لو، داراک، پولاک، روزنبام، راسل، والتر^۴ و همکاران، ۲۰۰۷؛ جیمز^۵، ۲۰۱۳؛ وندرکر، پرینن، هانس - بذرافشان، رودگرز و جیمز^۶، ۲۰۱۲). در مبتلایان به فلج مغزی، نشانه‌های بسیار گوناگونی از ناتوانی گسترده و عمومی در کنترل حرکات بدن گرفته تا صرفاً نقصی جزئی و خفیف مشاهده می‌گردد. بر این اساس طبقات فلج مغزی تحت عنوان طبقه‌بندی فیزیولوژیک شکل گرفته و از یکدیگر متمایز گردیده است و شامل فلج اسپاستیک^۷، فلج اتاکسیک^۸، فلج اتتوید^۹، فلج ترمور^{۱۰} می‌باشد (دئون، گابلر-اسپیرا^{۱۱}، ۲۰۱۰).

مادران به‌عنوان مراقبان اصلی کودکان دارای نارسایی همچون ناتوانی یادگیری معمولاً استرس‌های روان‌شناختی فراوانی را تجربه کرده و این فرایند سبب آسیب دیدن سایر فرایندهای روانی آنها می‌شود (کراستیک، میهیک و میهیک^{۱۲}، ۲۰۱۵). بار روانی^{۱۳}،

1. Prudente, Barbosa, & Porto
2. Cerebral Palsy
3. Altmadag
4. Law, Darrah, Pollock, Rosenbaum, Russell, & Walter
5. James
6. Wadnerkar, Pirinen, Haines-Bazrafshan, Rodgers, & James
7. Spastic
8. Ataxic
9. Athetoid
10. Termor
11. Deon & Gaebler-Spira
12. Krstic, Mihic, & Mihic
13. Mental burden

تنش‌ها و فشارهای مادران این کودکان رایج، معمول و در عین حال امری قابل توجه بوده که اگر درمانی در مورد آن صورت نگیرد، شادی و کیفیت زندگی و سطح سلامت جسمی و روانی آن‌ها کاهش می‌یابد. همچنان که تحقیق یانگ و همکاران^۱ (۲۰۱۰) که پیرامون تحمل روانی والدین کودکان مبتلا به اتیسم، ناتوان جسمی و ناتوان ذهنی در چین صورت گرفته، تحمل روانی خانواده‌های این کودکان بسیار کمتر از خانواده‌های دیگر بوده و بسیار بیشتر از آنان نیازمند کمک بودند.

می‌توان اذعان داشت بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک کودک ناتوان یا بیمار روانی، منجر به کاهش کیفیت مراقبت ارائه شده گردیده و از طرف دیگر سلامت روانی و جسمی مراقبان را نیز به مخاطره می‌اندازد. به نظر می‌رسد برخی مداخله‌های درمانی نظیر روان‌درمانی، آموزش، حمایت و مراقبت موجه می‌تواند به‌طور چشمگیری تحمل روانی را افزایش داده و به دنبال آن سطح سلامت جسمانی، روانی و کیفیت زندگی مراقبان را بهبود بخشد (نویدیان و بهاری، ۱۳۸۹).

علاوه بر این والدین دارای کودکان دارای ناتوانی معمولاً به دلیل نوع برخورد و تعامل اطرافیان از آسیب‌های روانی دیگری نظیر داغ اجتماعی^۲ رنج می‌برند (ماناگو، داویس و گوار^۳، ۲۰۱۷). در واقع داغ اجتماعی فرایندی روانی-اجتماعی است که از برچسب زدن شروع و به طرد و انزوای اجتماعی منتهی می‌شود و بدین طریق فرد از محیط خویش بنا به دلایل روانی یا فیزیکی متمایز شده و از دیدگاه سایرین، از فردی چندوجهی به فردی تک‌وجهی و بی‌اهمیت تبدیل شده، وصله ناجور و مایه ننگ در جامعه به شمار می‌رود (آیدمیر، ازکارا، آنسال و کانیلی^۴، ۲۰۱۱). گافمن^۵ (۱۹۶۳؛ نقل از آیدمیر، کایا، ییلدیز، ازتارا و باکلان^۶، ۲۰۱۶) معتقد است استیگما نوع خاصی از ارتباط یک تصور قالبی با یک ویژگی بوده و نوعی زبان ارتباطی به شمار می‌رود. در تعریفی دیگر، شکاف بین هویت

1. Young et al

2. Stigma

3. Manago, Davis, & Goar

4. Aydemir, Ozkara, Unsal, & Canbeyli

5. Goffman

6. Kaya, Yildiz, Oztura, & Baklan

اجتماعی بالقوه یعنی آنچه شخص باید باشد با هویت اجتماعی بالفعل یعنی آنچه شخص واقعاً هست، موجب می گردد تا فرد داغ بخورد (جاکوبی^۱، ۲۰۰۸).

روش های درمانی گوناگونی تاکنون برای افراد آسیب پذیر همچون مادران دارای کودکان با مشکلات هوشی و جسمی خاص، به کار گرفته شده است. آموزش تاب آوری^۲ و تنظیم هیجان^۳، از جمله انواع این درمان ها هستند که کارآیی خود را در درمان مؤلفه های مختلف روان شناختی نشان داده اند (نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۲؛ فولادچنگ و حسن نیا، ۱۳۹۴؛ بولمهجر، پرنجر، تال و سایچیر^۴، ۲۰۱۰؛ بارتون، هاستند، اید و برویک^۵، ۲۰۱۲؛ میل و همکاران^۶، ۲۰۱۳؛ لی^۷ و همکاران، ۲۰۱۴؛ اوگلمان و ارول^۸، ۲۰۱۵؛ آیاش- ابدو، سانچز- روییز و باربری^۹، ۲۰۱۶؛ هاینوس، هیل و فرازتی^{۱۰}، ۲۰۱۶).

می توان گفت از طریق فرآیند تنظیم هیجان افراد تشخیص می دهند چه هیجان هایی را، چگونه و در چه زمانی بروز دهند. (گرسمن و گالون^{۱۱}، ۲۰۱۲). ممکن است این فرآیند تنظیم هیجان برای راه اندازی، افزایش، کاهش یا حفظ هیجان های مثبت و منفی در پاسخ به اتفاقات محیطی ایفای نقش نماید؛ بدین دلیل که فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تاثیر قرار می دهد (چامبرز، گالون و آلن^{۱۲}، ۲۰۰۹). تنظیم هیجان به افراد کمک می کند تا برانگیختگی هیجانی و هیجان های منفی را تنظیم نمایند، احساسات دیگران را درک نموده و به طرز اثربخشی با آن برخورد کنند که این امر موفقیت و کارآمدی در حوزه های مختلف زندگی را سبب می شود (فولادچنگ و حسن نیا، ۱۳۹۴). وب، گالو، شوییگر، الانور، پتر^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند که هرگاه تنظیم هیجان فرایند سه مرحله ای تشخیص نیاز به تنظیم هیجان، تصمیم گیری در مورد نحوه تنظیم و

1. Jacoby
2. Resilience
3. Emotional Regulation
4. Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers
5. Bartone, Hystad, Eid, & Brevik
6. Meule et al
7. Lei
8. Ogelman & Erol
9. Ayyash-Abdo, Sanchez-Ruiz, & Barbari
10. Haynos, Hill, & Fruzzetti
11. Greshmam, Gullone
12. Chambers, Gullone, & Allen
13. Webb, Gallo, Schweiger, Eleanor, & Peter

تصویب یک استراتژی برای تنظیم را طی نماید، منجر به غلبه بر طیف وسیعی از مشکلات بالینی شایع می‌شود.

از طرفی باید اظهار داشت آموزش تاب‌آوری که یک فرایند پویای روانشناختی به شمار می‌رود، در موقعیت‌های مختلف زندگی به‌ویژه مواقع بحرانی، پاسخ‌های افراد را تحت تأثیر قرار داده و با کنترل احساسات، عواطف و هیجان‌ها، موجبات عملکرد بهتر آن‌ها را در این موقعیت‌ها موجب می‌گردد. این فرایند سازگاری موفق^۱ با شرایط ناگوار را در افراد افزایش داده و باعث می‌شود فرد با گذر از شرایط تنش‌زا، پیامدهای سالم روان‌شناختی و محیطی را تجربه نماید (زاوترا، هال و مورای^۲، ۲۰۱۰). مشخصه ذاتی و درونی تاب‌آوری، خودشکوفایی^۳ است، افراد تاب‌آور دارای جهت‌گیری مشخص در زندگی‌اند، در ارتباط با دیگران و خود نقش حمایت‌گرانه دارند و دارای قدرت درونی آنها سبب می‌شود که در برابر آسیب‌های روان‌شناختی مقاوم‌تر باشند (مالدینگ، پیترز، رابترز، ائونارد و اسپارکمن^۴، ۲۰۱۲). خصیصه تاب‌آوری با حفظ تعادل روان‌شناختی در موقعیت‌های مختلف، موجب بهبود سازگاری اجتماعی و سلامت روانی افراد می‌گردد. آموزش تاب‌آوری موجب می‌شود که افراد قادر به تقویت احساس همدلی در خود بوده و رابطه اجتماعی بهتری با دیگران برقرار نمایند و لذا مهارت‌های عملکردی و ارتباطات اجتماعی آنان ارتقاء یافته و قادر خواهند بود بر مشکلات و گرفتاری‌ها فائق آمده، زندگی خود را مدیریت کنند (پاتل و گودمن^۵، ۲۰۰۷).

ضرورت انجام پژوهش حاضر در این نکته است که امروزه مشکلات مربوط به زنان و خانواده از مهمترین مباحث در نظام سلامت جامعه است، این در حالی است که اگر خانواده با مشکلاتی فراتر از یک خانواده عادی مانند داشتن فرزند فلج مغزی مواجه باشد، می‌تواند وضعیت روان‌شناختی و اجتماعی آنان را به گونه‌ای تحت تأثیر قرار دهد که علاوه بر تخریب عملکرد فردی، شغلی و اجتماعی، منجر به از هم گسیختن نظام خانواده شود. به همین جهت به کارگیری روش‌های درمانی مناسب برای افراد این خانواده‌ها (به‌خصوص مادران به‌عنوان مراقبان اصلی)، می‌تواند چشم‌انداز روشن‌تری فراهم آورد تا بحران‌زایی

1. Sussessful adaptation
2. Zautra, Hall, & Murray
3. Self- actualization
4. Maulding, Peters, Roberts, Leonar,d & Sparkman
5. Patel & Goodman

وجود یک کودک فلج مغزی در خانواده کاسته شود. با توجه به پیشینه پژوهشی، مشاهده شده که در جامعه‌های آماری گوناگون آموزش روش‌های تنظیم هیجان و تاب‌آوری بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی تأثیر معنادار داشته است (نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۲؛ فولادچنگ و حسن نیا، ۱۳۹۳؛ بولمهر، پرنجر، تال و سایچیر، ۲۰۱۰؛ بارتون، هاستند، اید و برویک، ۲۰۱۲؛ میل و همکاران، ۲۰۱۳؛ لی و همکاران، ۲۰۱۴؛ اوگلمان و ارول، ۲۰۱۵؛ آباش-ابدو، سانچز-رویز و باربری، ۲۰۱۶؛ هاینوس، هیل و فرازتی، ۲۰۱۶)، اما نکته حائز اهمیت این است که هیچ پژوهشی جهت بررسی اثر روش‌های آموزش تنظیم هیجان و تاب‌آوری بر مؤلفه‌های داغ اجتماعی و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام نشده است. بر این اساس، مساله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین میزان تأثیر روش‌های آموزش تنظیم هیجان و تاب‌آوری بر مؤلفه‌های داغ اجتماعی و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تفاوت معنادار وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیرهای مستقل آموزش تنظیم هیجان و تاب‌آوری و متغیرهای وابسته داغ اجتماعی و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه استفاده شد. دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، عدم دستیابی به جامعه آماری و در نظر گرفتن عدم تمایل بعضی از افراد جامعه آماری جهت شرکت در پژوهش است. بر این اساس با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، برگه‌هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر شیراز (مجمع شهید استادیان و مجتمع مرجانی) پخش و پس از جمع‌آوری این برگه‌ها، تعداد ۴۵ مادر دارای کودک مبتلا به فلج مغزی به شکل هدفمند انتخاب شدند. بدین‌صورت که پس از ارائه پرسشنامه داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی به مادران داوطلب و نمره‌گذاری آنها، ۴۵ نفر از مادرانی که بیشترین نمره را در داغ اجتماعی ادراک‌شده (با نمره برش ۹۸) و کمترین نمره را در پرسشنامه تحمل روانی (با نمره برش

(۴۴) کسب نموده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش تاب‌آوری، ۱۵ مادر در گروه آزمایش تنظیم هیجانی و ۱۵ مادر در گروه گواه). دلیل انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه، رجوع به منابع علمی مربوط بود. چنانکه دلاور (۱۳۸۹) بیان می‌دارد در پژوهش‌هایی با روش پژوهش آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت کرده و می‌توان به دست به تعمیم یافته‌ها زد. سپس گروه‌های آزمایش به شکل جداگانه مداخله‌های مربوط به آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان را دریافت نمودند، این در حالی بود که مادران حاضر در گروه گواه در طول انجام فرایند پژوهش از دریافت این مداخلات بی‌بهره بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند دارای کودک مبتلا به فلج مغزی، رضایت جهت شرکت در پژوهش و داشتن سلامت جسمی (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنها) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات آموزشی و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت مادران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. درنهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخلات آموزشی تاب‌آوری و تنظیم هیجان به شکل جداگانه مطابق با جداول یک و دو انجام شد. ابزارهای پژوهش حاضر مقیاس داغ اجتماعی و پرسشنامه تحمل روانی بود که در ادامه مشخصات آنها را شرح می‌دهیم.

مقیاس داغ اجتماعی (استیگمای درونی شده): در این پژوهش از پرسشنامه استیگمای درونی شده والدین کودکان اوتیسم که توسط مک و ووک (۲۰۱۰) تهیه شده، استفاده شد. پرسشنامه دارای ۴۹ سوال بوده و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، بندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از صفر تا ۱۹۶ می‌باشد. این پرسشنامه به هر دو صورت فردی و گروهی قابل اجرا است. این پرسشنامه دو زمینه نگرشی و رفتاری را مورد سنجش قرار می‌داد. این زمینه‌ها عبارتند از: الف) باور والدین در مورد تصورات قالبی که دیگران راجع به افراد معلول

دارند. ب) باور والدین در مورد تصورات قلبی که خود والدین به آن باور دارد. ج) رفتارهای مبتنی بر جداسازی اجتنابی و تبعیض. هر سه قسمت به موازات یکدیگر بوده و حیطه‌های تحصیلی، نگرانی از آینده، اشتغال، استقلال، سلامت و ارتباطات اجتماعی را در برمی‌گیرد. در پژوهش رضایی دهنوی، نوری، جعفری و فرامرزی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از زیرمقیاس‌ها (۱،۲،۳) و کل سوالات به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۸۷، ۰/۹۳ و ۰/۹۷ به دست آمد. ضمناً در پژوهش این پژوهشگران روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مورد تایید اساتید روانشناسی دانشگاه اصفهان قرار گرفت. آلفای کرونباخ پرسشنامه استیگمای درک شده در پژوهش گله‌گیران (۱۳۹۲) نیز ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه زیرمقیاس و نمره کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل روانی: پرسشنامه تحمل روانی در سال ۱۹۸۰ توسط زاریت و همکارانش برای تعیین سطح فشار روانی بیماری طراحی شد. این پرسشنامه به صورت مصاحبه از مراقبان خانواده بیماران تکمیل می‌شود و برای پاسخگویی به هر سوال امتیازاتی به صورت هرگز (۰)، بندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) اختصاص داده می‌شود. مجموع امتیازات کسب شده توسط هر مراقب، فشار روانی آن را تعیین می‌کند. این پرسشنامه به هر دو صورت فردی و گروهی قابل اجرا است. پس از بررسی و تعیین خط برش این پرسشنامه بر اساس استانداردهای جامعه ایرانی، امتیاز کمتر از ۳۰ به عنوان فشار روانی خفیف، ۳۱ تا ۶۰ متوسط و ۶۱ تا ۸۸ بار مراقبتی شدید رتبه‌بندی شدند (نویدیان، پهلوان‌زاده و یزدانی، ۱۳۸۹). حداقل و حداکثر امتیاز هر فرد بین صفر تا ۸۸ در نظر گرفته شده است و نمره بالاتر نشان‌دهنده فشار روانی بیشتر و بالعکس می‌باشد. لازم به ذکر است که این پرسشنامه فقط به نمره کلی تحمل روانی ارائه می‌دهد. لوکلویز و همکاران (۲۰۰۳)؛ به نقل از گله‌گیران، (۱۳۹۲) روایی و پایایی این پرسشنامه را مناسب گزارش نمودند. همچنین در داخل کشور نویدیان و همکاران (۲۰۰۸) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از شیوه بازآزمایی ۰/۹۴ و روایی آن را علاوه بر شیوه تحلیل محتوا با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسشنامه اضطراب هامیلتون ($r=0.88$) و نیز پرسشنامه افسردگی بک ($r=0.67$) تأیید شده است (نویدیان و بهاری، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

شیوه اجرا: پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر شد)، مادران انتخاب شده (۴۵ مادر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش تاب‌آوری، ۱۵ مادر در گروه آزمایش تنظیم هیجان و ۱۵ مادر در گروه گواه). گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی مربوط به تاب‌آوری (تدوین شده توسط پژوهشگران) و تنظیم هیجان (گراس، ۲۰۰۷) را در طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را در مرکز استادان شیراز دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند.

برنامه مداخله‌ای: جهت تدوین بسته آموزشی تاب‌آوری ابتدا متون حوزه تاب‌آوری اعم از مقالات و کتب و استخراج مفاهیم و مضامین مطرح در آن مورد مطالعه قرار گرفت. در گام بعد مطالب جمع‌آوری‌شده، دسته‌بندی (کدبندی) شده و زیرگروه‌های مفهومی-محتوایی معطوف به آموزش تاب‌آوری تشکیل شد. سپس زیرگروه‌های مفهومی-محتوایی تشکیل شده به ۱۰ تا ۱۲ حوزه مهارتی معطوف به آموزش تاب‌آوری تبدیل گردید. پس از آن بسته آموزشی تدوین شده به پنج متخصص حوزه آموزش تاب‌آوری ارائه و از آنان درخواست گردید که بسته را مطالعه و راجع به ساختار، فرایند و محتوای هر یک از جلسات در قالب پرسشنامه نظرسنجی که همراه بسته آموزش تاب‌آوری در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفته بود، اظهارنظر نمایند. علاوه بر این در این مرحله یک فرم اظهارنظر باز پاسخ به منظور ارائه پیشنهادها و نظرات اصلاحی هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء محتوا، ساختار و فرایند بسته آموزش تاب‌آوری ارائه گردید. در گام بعد نظرات تخصصی متخصصین جمع‌آوری و نظرات اصلاحی آنها درباره بسته آموزش تاب‌آوری اعمال گردید. پس از این فرایند، بسته آموزشی به همراه فرم نظرسنجی نهایی و محاسبه ضریب توافق متخصصان درباره فرایند، ساختار و محتوای بسته آموزش تاب‌آوری مجدداً به متخصصین تحویل و پس از انجام اصلاحات نهایی، بسته آموزشی تاب‌آوری تدوین گردید. این بسته در ۱۰ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و در طی ۳ ماه به شکل گروه‌های ۵ نفره اجرا گردید.

جلسات آموزشی تنظیم هیجانی نیز با اقتباس از گراس (۲۰۰۷) نوشته شده است. این آموزش نیز در ۱۰ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و در طی ۳ ماه به شکل گروه‌های ۵ نفره اجرا گردید.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش تنظیم هیجانی (با اقتباس از گراس، ۲۰۰۷)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، معارفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از تنظیم هیجان در زندگی.
جلسه دوم	تعریف هیجان، شناخت انواع هیجان و توضیح در مورد فرایند بیولوژیکی ایجاد هیجان و اثرگذاری هیجان بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن انواع هیجانات تجربه شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه سوم	آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی‌بخش و غفلت از نگرانی.
جلسه چهارم	آموزش راه‌های کاهش هیجانات منفی، آموزش آگاهی از تجربیات منفی و کاهش هیجانات منفی از طریق خواب کافی. آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن کنترل زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پزشک و عدم استفاده از مواد مخدر.
جلسه پنجم	آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی حالات هیجانی، آموزش راهبرد بازارزیایی و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان.
جلسه ششم	آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
جلسه هفتم	توجه آگاهانه به هیجان فعلی، توجه کامل به هیجان مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان.
جلسه هشتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات مثبت و منفی، آموزش ارزیابی از هیجانات و توجه به پیامدهای هر هیجان و تلاش برای ابراز مناسب و بازداری از ابراز نامناسب هیجان.
جلسه نهم	آموزش تغییر هیجانات منفی از طریق عمل بر خلاف هیجان تجربه شده مانند ترس، عصبانیت و استرس.
جلسه دهم	جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش تاب‌آوری (تدوین شده توسط پژوهشگران)	
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر گروه، با اهداف و برنامه‌ها و قوانین گروه/پیش‌آزمون شامل تکمیل پرسشنامه‌های زیر: برگزاری مقیاس داغ اجتماعی و پرسشنامه تحمل روانی/ایجاد اتحاد درمانی
جلسه دوم	آشنایی مخاطبین با مفهوم تاب‌آوری و ویژگی‌های افراد تاب‌آور نظیر آگاهانه و هشیارانه عمل کردن/هشیاری و آگاهی نسبت به موقعیت، شناخت احساسات و هیجان‌های خود و مدیریت صحیح آنها/پذیرش موانع به‌عنوان بخشی از زندگی/دارای منبع کنترل درونی/برخورداری از مهارت حل مسئله و ارتباطات محکم اجتماعی
جلسه سوم	بازسازی شناختی، الگوی A-B-C و آشنایی با خطاهای شناختی/شناخت روابط بین رویدادها و باورها و رفتارها/انواع خطاهای شناختی. نظیر تفکر همه یا هیچ/تعمیم مبالغه‌آمیز/فیلتر ذهنی/بی‌توجهی به امر مثبت/نتیجه‌گیری شتابزده/درشت‌نمایی/استدلال احساسی/خطای پایداری/برچسب‌سازی/شخصی‌سازی و سرزنش
جلسه چهارم	بازسازی شناختی: به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی/ادامه A-B-C/چگونه تفکر تاب‌آورانه را به وجود آوریم؟/گفتگو با خود: چهار شیوه زیر سوال بردن باورهای غیرمنطقی: بررسی شواهد/بررسی جایگزین‌ها/بررسی برداشت‌ها/بررسی سودمندی نوع خاص تفکر (غیرمنطقی)/ثبت وقایع در قالب ABCDE
جلسه پنجم	آموزش تاب‌آوری در مقابل استرس و خشم/آشنایی با استرس و نحوه مقابله با آن/آشنایی با علائم جسمی استرس/علائم روحی، روانی و عاطفی/علائم رفتاری و شناختی استرس/سطوح استرس/مراحل استرس/راهکارهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار مقابله با استرس/راه‌های مدیریت خشم. تأثیر سبک‌های تبیینی بر تاب‌آوری
جلسه ششم	آشنایی با سبک‌های تبیینی خوش‌بینانه و بدبینانه/آشنایی با رابطه بین سبک تبیینی خوش‌بینانه را با تاب‌آوری
جلسه ششم	دلگرم‌سازی از طریق تقویت عزت‌نفس و خودگویی‌های مثبت/تعریف عزت‌نفس/خودانگاره، خودپنداره و تصویر شخصی/مثبت‌اندیشی و روش‌های آن نظیر توجه نکردن به افکار منفی/پذیرش اشتباهات و عیوب خود/تشویق خود/عدم احساس گناه درباره مسائلی که خارج از کنترل فرد هستند/بخشیدن و فراموش کردن/به خود فرصت دادن
جلسه هفتم	خودکارآمدی عامل تاب‌آوری در افراد/آشنایی با مفهوم خودکارآمدی و تأثیر آن بر رفتار/منابع احساس کارایی یا خودکارآمدی نظیر سابقه شخصی در اجرا کردن رفتاری بخصوص/مشاهده افرادی که این رفتار را اجرا می‌کنند/قانع‌سازی کلامی دیگران/حالت‌های فیزیولوژیکی فرد
جلسه هشتم	مدیریت زمان/مخاطبین با چگونگی مدیریت زمان آشنا شوند/اصول دهگانه مدیریت زمان شامل: برنامه‌ریزی، هدف‌گذاری فعالیت‌ها، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، اولویت‌بندی فعالیت‌ها، مُتَحَنیِ انرژی روزانه، تعیین مهلت پایانی، مدیریت فردی، انعطاف‌پذیری در برنامه‌ریزی اجرای برنامه، ارزیابی و کنترل برنامه
جلسه نهم	تأثیر امیدواری بر تاب‌آوری و شادمانی بیشتر/تأثیر امید بر زندگی/افراد امیدوار چه خصوصیتی دارند؟/آشنایی مخاطبین با مفهوم امید و خصوصیات افراد امیدوار/بیان مختصر مهارت‌های همدلی و ارتباط بین فردی/فرآیند حل مسئله و تصمیم‌گیری/اولویت‌بندی کردن مسائل و تأثیر آن در چگونگی حل مسائل

خودآگاهی و نقش آن در چگونگی حل مسئله / مراحل تصمیم‌گیری منطقی	
جلسه	معنا بخشی به مشکلات زندگی و تاب‌آوری / پی بردن به معنایی از داشتن فرزند معلول / جمع‌بندی
دهم	جلسات گذشته / اجرای پس‌آزمون

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها استفاده شد. در نهایت جهت بررسی مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری با تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. نتایج با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ تحلیل شد.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	P Value	تحصیلات		
				دیپلم		فوق لیسانس
				فراوانی	P Value	فراوانی
گروه آزمایش	۳۸/۶۰	۴/۵۲		۵		۷
تنظیم هیجانی						
گروه آزمایش	۳۶/۶۶	۵/۰۱	۰/۱۲	۴	۰/۲۴	۷
تاب‌آوری						
گروه گواه	۳۷/۲۵	۴/۷۸		۳		۸
						۵

نتایج حاصل از جدول ۳ بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در مؤلفه سن و فراوانی سطوح تحصیلی تفاوت معناداری به چشم نمی‌خورد. همچنین باید اشاره کرد که میانگین سنی افراد حاضر در پژوهش ۳۷/۵۳ سال و بیشترین فراوانی سطح

تحصیلی مربوط به سطح تحصیلی لیسانس (۴۸/۹ درصد) بود. حال به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهش و نرمالیتی متغیرها با استفاده از آزمون کلموگراف-اسمیرنوف پرداخته می‌شود.

جدول ۴. نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نرمالیتی داده‌ها
		میانگین	انحراف معیار	P Value	میانگین	انحراف معیار
داغ اجتماعی	گروه آزمایش تاب‌آوری	۴۸/۲۰	۵/۰۳	۰/۲۳	۴۰/۰۶	۴/۳۰
	گروه تنظیم هیجان	۵۱/۹۳	۶/۴۸	۰/۱۱	۴۷/۴۶	۶/۸۷
	گروه گواه	۴۹/۸۶	۶/۳۶	۰/۳۴	۴۹/۷۳	۸/۶۷
تحمل روانی	گروه آزمایش تاب‌آوری	۵۲/۶۰	۷/۵۲	۰/۰۹	۴۳/۳۳	۶/۷۵
	گروه تنظیم هیجان	۵۳/۶۶	۶/۷۲	۰/۱۶	۴۶/۳۳	۵/۳۱
	گروه گواه	۴۹/۸۶	۴/۹۶	۰/۴۱	۴۹/۷۳	۶/۰۳

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($p > ۰/۰۵$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > ۰/۰۵$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی) معنادار نبوده است ($p > ۰/۰۵$). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون در متغیرهای داغ اجتماعی و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی معنادار نبوده است. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای داغ اجتماعی و تحمل روانی برقرار بوده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر داغ اجتماعی و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی

متغیرها	شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
داغ اجتماعی ادراک شده	پیش آزمون	۱۵۶۸/۹۴	۱	۱۵۶۸/۹۴	۱۵۸/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱
	عضویت گروهی	۴۷۲/۸۹	۲	۲۳۶/۴۴	۲۳/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
	خطا	۴۰۴/۶۵	۴۱	۹/۸۷				
تحمل روانی	پیش آزمون	۷۵۱/۴۲	۱	۷۵۱/۴۲	۳۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
	عضویت گروهی	۵۱۰/۰۲	۲	۲۵۵/۰۱	۱۳/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱
	خطا	۷۹۲/۱۷	۴۱	۱۹/۳۲				

با توجه به نتایج جدول فوق، آموزش متغیرهای مستقل (آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (داغ اجتماعی ادراک شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمرات متغیرهای داغ اجتماعی ادراک شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی با آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان تغییر یافته است. مقدار تاثیر آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر میزان داغ اجتماعی ادراک شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی به ترتیب ۵۴ و ۴۰ درصد تغییرات متغیرهای داغ اجتماعی ادراک شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی توسط عضویت گروهی (آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان) تبیین می‌شود. حال جهت بررسی این نکته که این تاثیر در کدامیک از گروه‌های آزمایش بوده است به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی پرداخته می‌شود.

جدول ۶. بررسی تفاوت‌های دو به دو در گروه‌های آزمایش (آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان) در متغیرهای داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی

متغیر	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
گروه آزمایش تاب‌آوری	گروه آزمایش تنظیم هیجان	-۳/۵۹	۱/۱۸
	گروه گواه	-۷/۹۶	۱/۱۵
داغ اجتماعی ادراک‌شده	گروه آزمایش تاب‌آوری	۷/۹۶	۱/۱۵
	گروه گواه	۴/۳۷	۱/۱۵
گروه آزمایش تاب‌آوری	گروه آزمایش تنظیم هیجان	-۲/۳۰	۱/۶۱
	گروه گواه	-۸/۱۸	۱/۶۳
تحمل روانی	گروه آزمایش تاب‌آوری	۸/۱۸	۱/۶۳
	گروه گواه	۵/۸۷	۱/۶۵

همان‌گونه نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات داغ اجتماعی ادراک‌شده در دو گروه آزمایش آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان معنادار است. چنانکه با توجه به یافته‌های توصیفی نیز می‌توان بیان کرد که آموزش تاب‌آوری نسبت به آموزش تنظیم هیجان به میزان بیشتری از داغ اجتماعی ادراک‌شده مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی کاسته است؛ اما بین میانگین نمرات تحمل روانی در دو گروه آزمایش آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

جدول ۷. میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته

متغیر	میانگین	خطای استاندارد
پس‌آزمون متغیر داغ اجتماعی	گروه آزمایش آموزش تاب‌آوری	۴۱/۸۹
	گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان	۴۵/۶۱
	گروه گواه	۴۹/۷۶
پس‌آزمون متغیر تحمل روانی	گروه آزمایش آموزش تاب‌آوری	۴۳/۰۲
	گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان	۴۵/۲۰

۱/۱۷	۵۱/۱۷	گروه گواه
------	-------	-----------

چنانکه از نتایج جدول ۷ مشخص است نمرات میانگین تعدیل شده متغیر داغ اجتماعی در گروه آموزش بسته تاب‌آوری از میانگین نمرات گروه‌های آموزش تنظیم هیجان و گروه گواه کمتر است. این در حالی است که میانگین تعدیل شده متغیر داغ اجتماعی گروه آزمایش تنظیم هیجان نیز از گروه گواه کمتر است. همچنین باید اشاره کرد که میانگین تعدیل شده متغیر تحمل در گروه آموزش بسته تاب‌آوری و آموزش تنظیم هیجان از میانگین نمرات گروه گواه پایین‌تر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری با تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی موثر بوده است. همچنین بین اثربخشی آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک‌شده مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تفاوت معنادار وجود دارد، در حالی که بین اثربخشی این دو روش بر تحمل روانی تفاوت معنادار مشاهده نشد.

در باب اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر داغ اجتماعی ادراک‌شده و تحمل روانی مادران کودکان فلج مغزی یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش ربیعی کناری، جدیدیان و سلگی (۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم و با نتایج پژوهش بارتون، هاستند، اید و برویک (۲۰۱۲) مبنی بر اثربخشی تاب‌آوری بر سلامت روانی افراد همسو بود.

در تبیین تاثیر آموزش تاب‌آوری بر داغ اجتماعی ادراک‌شده مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی باید به این نکته اشاره کرد که تاب‌آوری دارای ویژگی‌هایی است که سبب می‌شود فرد با بهره‌گیری از آن آرامش خود را در شرایط استرس حفظ نماید، مواجهه با موانع منعطف باشد، از راهبردهای فرسایشی اجتناب کند و خوش‌بینی و احساسات مثبت را به هنگام دشواری‌ها حفظ نماید (رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس، ۱۳۹۰). بر این اساس افرادی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار می‌گیرند، اغلب با

ایجاد هیجان‌های مثبت، پس از مقابله و رویارویی با موقعیت‌های تنیدگی‌زا به حالت طبیعی باز می‌گردند (ارک و دیگران، ۲۰۰۸) و بر این اساس می‌تواند راهبردهای فعالانه‌ای را جهت ادراک داغ اجتماعی بکار گرفته و با مدیریت و تنظیم هیجان‌ات خود از بروز آن پیشگیری نمایند.

همچنین در باب اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی باید اشاره کرد که تاب‌آوری می‌تواند فرد را به خودشکوفایی درونی رسانده و بر اساس آن جهت‌گیری مشخصی در زندگی کسب کنند. این افراد در ارتباط با دیگران و خود نقش حمایت‌گرانه داشته و دارای قدرت درونی مثبت هستند (مالدینگ، پیترز، رابرتز، ائونارد و اسپارکمن (۲۰۱۲). افزون بر آن، تاب‌آوری، پیامدهای مثبت متعددی از جمله خودکارآمدی را نیز در پی دارد (گلیک، محمدی و باقری، ۱۳۹۲). مجموع این فرایندها سبب می‌شود تا مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی، مسیر شناختی و تفکری خود را دچار دگرگونی کرده و مسیرهای جدیدی را بر اساس خودشکوفایی و احساس خودکارآمدی ناشی از آموزش تاب‌آوری، برای خود ترسیم نمایند و از این رهگذر تحمل روانی بالاتری را از خود نشان دهند. هرچند لازم به ذکر است که بنا بر نظر استنسما، هیجر و استالن^۱ (۲۰۰۷) تاب‌آوری با استفاده از راهبردهای کنار آمدن موثر مانند راهبردهای فعال، جستجوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت، قدرت تحمل و استقامت فرد را نیز افزایش می‌دهد و علاوه بر آن راهبردهای کنار آمدن غیرمفید مانند واکنش‌های افسردگی، راهبردهای حل مسئله منفعلانه و اجتنابی را کاهش می‌دهد. تاثیر بیشتر آموزش تاب‌آوری بر افزایش تحمل روانی نیز از این فرایند حاصل می‌شود. چون تاب‌آوری ظرفیت شناختی و استقامت فرد را گسترش داده (رایت، ماستن و نارایان^۲، ۲۰۱۳) و سبب می‌شود تا فرد با به‌کارگیری افکار مثبت، تحمل روانی بیشتری را تجربه نماید.

در یافته‌ای دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تنظیم هیجان نیز منجر به کاهش داغ اجتماعی ادراک‌شده و افزایش تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش نریمان، عالی ساری نصیرلو و پرورسودا

1. Steensma, Heijer, & Stallen

2. Wright, Masten, & Narayan

(۱۳۹۲) مبنی بر اثربخشی آموزش متمرکز بر هیجان بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش آموزان، با نتایج پژوهش فولادچنگ و حسن نیا (۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر شادکامی و خودکارآمدی زنان، با یافته بولمهر، پرنجر، تال و سایچیر (۲۰۱۰) مبنی بر تاثیر تنظیم هیجان بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی، با یافته میل، ماول، فث، ریل، ساترلین، ووگل و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر بهبود باورهای خودکارآمدی، با یافته لی، ژانگ، کای، وانگ، بای و ژو (۲۰۱۴) مبنی بر تاثیر تنظیم شناختی هیجان بر علائم بیرونی بیماری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی حاد و با نتایج پژوهش هاینوس، هیل و فرازتی (۲۰۱۶) مبنی بر تاثیر به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان بر کاهش محدودیت های تغذیه ای آسیب رسان همسو بود.

در تبیین تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی می توان گفت، آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجان های منفی و روش استفاده مثبت از هیجان ها است (گراتز و گاندرسون^۱، ۲۰۰۶). آموزش تنظیم هیجان سبب می شود تا افراد در بیان هیجانا ت شان در برابر به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل ایجاد نمایند (آلدو، نولن و اسچیوزر^۲، ۲۰۱۰). بر این اساس تنظیم هیجان باعث می گردد افراد بر روی نوع، زمان و چگونگی تجربه هیجان و بیان آن، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری و تجربی و یا جسمانی هیجان ها تغییراتی را اعمال نماید. همچنین باید اشاره کرد، افراد در مواجهه با شرایط استرس زا همچون داشتن کودک استثنایی از راهبردهای مختلفی از جمله نشخوار فکری^۳، سرزنش خود، سرزنش دیگران، تلقی فاجعه آمیز استفاده می کند (گرانفسکی، کوپمن، کرایچ و کات، ۲۰۰۹). در این فرایند تنظیم هیجان با به کارگیری راهبردهای خودتنظیم گری از بازآرزیابی^۴، نشخوار فکری و خوداظهاری منفی (اسلوان و کرینگ^۵، ۲۰۰۷، موس^۶ و همکاران، ۲۰۰۶) جلوگیری کرده و این فرایند نیز فشار روانی حاصل از داشتن فرزند مبتلا به فلج مغزی را در مادران، کاهش می دهد.

1. Gratz & Gunderson
2. Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer
3. Rumination
4. Reappraisal
5. Sloan & Kring
6. Mauss

علاوه بر این در تبیین تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی ادراک‌شده مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی باید بیان نمود که تنظیم هیجان به افراد یاری می‌رساند تا برانگیختگی هیجانی و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند، احساسات دیگران را درک نموده و به طرز اثربخشی با آن برخورد کنند که این فرایند باعث می‌شود تا آنان در فرایندهای ادراکی و ارتباطی خود تغییرات مفیدی را به وجود آورند و علاوه بر بازداري برانگیختگی هیجانی، در برابر افکار و هیجانات منفی نیز مقاومت نمایند (قاسم‌زاده نساجی و همکاران، ۱۳۸۹). عدم بروز هیجانات منفی بر خواسته از ادراکات شخصی در نزد مادران دارای فرزندان مبتلا به فلج مغزی سبب می‌شود تا آنان حمایت‌های اجتماعی بیشتری را کسب نموده و ادراک داغ اجتماعی کاهش یافته‌تری را تجربه نمایند.

پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (مادران دارای فرزندان مبتلا به فلج مغزی شهر اصفهان)، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسشنامه، عدم برگزاری مرحله پیگیری و تعداد کم نمونه پژوهش مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر، سایر مناطق جغرافیایی، با حجم نمونه بیشتر و با برگزاری مرحله پیگیری انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی، در مراکز درمانی کودکانشان از روش‌های آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان برخوردار گردند تا آنان بهتر بتوانند در فرایند درمانی کودک خود مشارکت نمایند.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که بر تاثیر معنادار آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر داغ اجتماعی و تحمل روانی مادران دارای فرزندان مبتلا به فلج مغزی دلالت داشت، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که به منظور بهبود سازگاری داغ اجتماعی و تحمل روانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌توان از آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بهره‌مند گردید.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۱۰۴۱ بود. بدین وسیله از تمام مادران شرکت‌کننده در پژوهش، اداره بهزیستی شیراز و مسئولین مجتمع شهید استادیان تشکر و قدردانی می‌کنیم.

منابع

- ربیعی کناری، ف؛ جدیدیان، ع؛ سلگی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۳(۴)، ۹۵-۱۰۵.
- رضایی دهنوی، ص؛ نوری، ا؛ جعفری، م؛ فرامرز، س. (۱۳۸۸). بررسی پدیده استیگما (داغ اجتماعی) در مادران دارای فرزند با نشانگان داون در شهر اصفهان، رویکردی روانی-اجتماعی. خانواده‌پژوهی، ۵(۱۹)، ۴۱۶-۴۰۱.
- رنجبر، ف.ح؛ کاکاوند، ع؛ برجعلی، ا؛ برماس، ح. (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. سلامت و روان‌شناسی، ۱۱(۱)، ۱۸۷-۱۷۷.
- دلاور، ع. (۱۳۸۹). روش پژوهش در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.
- فولادچنگ، م؛ حسن‌نیا، س. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر شادکامی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار، فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، ۶(۱)، ۱۲۰-۱۰۳.
- گله‌گیریان، ص. (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی استیگمای درک شده (داغ اجتماعی) با تحمل روانی و کیفیت زندگی در والدین کودکان معلول جسمی حرکتی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران.
- گیلک، م؛ محمدی، ع؛ باقری، ف. (۱۳۹۲). رابطه تاب‌آوری و خودپنداشت با خودکارآمدی معلولان جسمی دختر: نقش واسطه‌ای خلاقیت. روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۹(۳۵)، ۳۱۵-۳۰۷.
- نریمان، م؛ عالی‌ساری نصیرلو، ک؛ پرورسودا، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش متمرکز بر هیجان بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان آزاردیده عاطفی، مشاوره کاربردی، ۳(۲)، ۵۰-۳۷.
- نریمانی، م؛ عباسی، م؛ ابوالقاسمی، ع؛ احدی، ب. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد درمانی با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی، مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۴)، ۷۶-۱۵۴.

قاسم‌زاده نساجی، س؛ پیوسته گر، م؛ حسینیان، س؛ موتابی، ف؛ بنی‌هاشم، س. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان، *مجله علوم رفتاری*، ۴(۱): ۳۵-۴۳.

نویدیان، ع؛ پهلوان‌زاده، س؛ یزدانی، م. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش خانواده بر میزان بار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی بستری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۶ (۲)، ۹۹-۱۰۶.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-37.
- Altmdag, O., İçcan, A., Akcan, S., Koksall, S., Erçin, M., Ege, L. (2007). Anxiety and depression levels in mothers of children with cerebral palsy. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53, 4-22.
- Arce, E., Simmons, A. W., Winkielman, P., Stein, M. B., Hitckock, C., & Paulus, M. P. (2008). Association between individual differences in selfreported emotional resilience and the affective- perception of neutral faces. *Journal of Affective Disorders*, 25, 210-222.
- Aydemir, N., Kaya, B., Yildiz, G., Oztura, I., Baklan, B. (2016). Determinants of felt stigma in epilepsy, *Epilepsy & Behavior*, 58, 76-80
- Aydemir, N., Ozkara, Ç., Unsal, P., Canbeyli, R. (2011). A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure*, 20, 679-85.
- Ayyash-Abdo, H., Sanchez-Ruiz, M.J., Barbari, M.L. (2016). Resiliency predicts academic performance of Lebanese adolescents over demographic variables and hope, *Learning and Individual Differences*, 48, 9-16.
- Bartone, P.T., Hystad, S.W., Eid, J., & Brevik, J. I. (2012). Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military Medicine*, 177, 517-524.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, (68), 539-544.
- Deon, L.L., Gaebler-Spira, D. (2010). Assessment and treatment of movement disorders in children with cerebral palsy. *Orthopedic Clinics*, 41(4), 507-17.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., Cate, R.T. (2009). Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32, 449-454.
- Gratz, K.L., Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm

- among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Greshmarn, D., Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents; The explanatory roles of personality and attachment. *Personality and individual differences*, 52, 616-621.
- Gross, J. (2007). Handbook of emotion regulation. The Guilford Press.
- Haynos, A.F., Hill, B., Fruzzetti, A.E. (2016). Emotion regulation training to reduce problematic dietary restriction: An experimental analysis, *Appetite*, 103, 265-274.
- Jacoby, A. (2008). Epilepsy and stigma. An update and critical review. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 8, 339-44.
- James, D. (2013). A single case study of a family-centred intervention with a young girl with cerebral palsy who is a multimodal communicator. *Child Care Health and Development*, 38(1), 87-97.
- Krstic, T., Mihic, L., Mihic, I. (2015). Stress and resolution in mothers of children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*; 47: 135-143.
- Kruger, L. (2006). *Resilience enhancement Kit design*. University of Pretoria, 162-193.
- Law, M., Darrah, J., Pollock, N., Rosenbaum, P., Russell, D., Walter, S.D., et al. (2007). Focus on Function - a randomized controlled trial comparing two rehabilitation interventions for young children with cerebral palsy. *BMC Pediatric*, 7, 31.
- Lei, H., Zhang, X., Cai, L., Wang, Y., Bai, M., Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies in outpatients with major depressive disorder, *Psychiatry Research*, 218(1-2), 15: 87-92.
- Manago, B., Davis, J.L., Goar, C. (2017). Discourse in Action: Parents' use of medical and social models to resist disability stigma. *Social Science & Medicine*, 184: 169-177.
- Maulding, W., Peters, G.B., Roberts, J., Leonard, E., & Sparkman, L. (2012). *Emotional intelligence resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms and interventions* (pp. 354-386). Cambridge: Cambridge University Press
- Mauss, I.B., Evers, C., Wilhelm, F.H., Gross, J.J. (2006). How to bite your tongue without blowing your top: Implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(5), 589-602.
- Meule, A., Fath, K., Real, GL, Sütterlin, S., Vögele, C., and Kübler, A. (2013). Quality of life, emotion regulation, and heart rate variability in individuals with intellectual disabilities and concomitant impaired vision, *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 3:1.
- Navidian, A., Bahari, F. (2008). Burden Experienced by Family caregivers of Patient with Mental Disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 23 (1-2), 19-28.
- Ogelman, H.G., Erol, A. (2015). Examination of the Predicting Effect of the Resiliency Levels of Parents on the Resiliency Levels of Preschool Children, *Social and Behavioral Sciences*, 186, 461 – 466.

- Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International Journal of Epidemiology*, 36, 703-707.
- Prudente, C.O.M., Barbosa, M.A., Porto, C.C. (2010). Relation between quality of life of mothers of children with cerebral palsy and the children's motor functioning, after ten months of rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 149-55.
- Sloan, D.M., Kring, A.M. (2007). Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology Science Practice*, 14(4), 307-22.
- Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007). Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27 (2), 145-159.
- Wadnerkar, M.B., Pirinen, T., Haines-Bazrafshan, R., Rodgers, J., James, D. (2012). A single case study of a family-centred intervention with a young girl with cerebral palsy who is a multimodal communicator. *Child Care Health and Development*, 38(1), 87-97.
- Webb, T.L., Gallo, I., Schweiger, M., Eleanor, G., Peter, M., Sheeran, P. (2012). Effective regulation of affect: An action control perspective on emotion regulation. *European Review Of Social Psychology*, 23: 143–18.
- Wright, M., Masten, A.S., Narayan, A.J. (2013). *Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity*. In S. Goldstein and R.B. Brooks (eds.), *Handbook of Resilience in Children* (pp15-37). New York: Springer.
- Zautra, A.J., Hall, J.S., & Murray, K.E. (2010). *Resilience: A new definition of health for people and communities*. In: Reich, J. W., Zautra, A.J., & Hall, J.S. *Hand book of adult resilience*. The Guilford Press, New York, London.