

مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۳/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۰۷

چکیده

مقدمه: بروز بیماری‌های فیزیولوژیک و مزمن سلامت روان والدین و به خصوص مادران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری با تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ بود. 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 مداخلات آموزشی را طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳) و خودکارآمدی (شرر و آدامز، ۱۹۸۲) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی موثر بوده است. در حالی که بین اثربخشی این دو روش بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی تفاوت معنادار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان از آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان جهت بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی استفاده نمود.

کلمات کلیدی: تاب‌آوری، تنظیم هیجان، خودکارآمدی، کیفیت زندگی، فلج مغزی

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

زهرا توفیقی^۱

اصغر آقایی*^۲

محسن گل‌پرور^۳

^۱دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
^۲استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
^۳دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Email: aghaeipsy@gmail.com

مقدمه

یکی از وظایف والدین، مراقبت از کودک است اما زمانی که کودک محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی مدت دارد این نقش به صورت متفاوتی خود را نشان داده و نکته مهم‌تر آن‌که فشار زیادی بر مادران که غالباً نقش مراقبت از چنین کودکانی را بر عهده دارند، وارد می‌آورد (۱). فلج مغزی یکی از اختلالات ناتوان کننده کودکان می‌باشد که استرس‌های مراقبتی زیادی را برای مادران به وجود می‌آورد (۲). اختلال فلج مغزی از جمله اختلالات پیچیده و چند بعدی، غیرپیشرونده و ایستا در حرکت و وضعیت بوده که متعاقب ضایعه عصبی بروز می‌کند. اغلب فلج مغزی با شمار زیادی از نشانه‌ها همراه بوده و با تشنج و ناهنجاری‌هایی در شناخت، رفتار، گفتار، دید و هوش همراه است (۳-۴). 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 (۵). مادران به عنوان مراقبان اصلی کودکان دارای نارسایی همچون ناتوانی یادگیری معمولاً استرس‌های روان شناختی فراوانی را تجربه کرده و این فرایند سبب آسیب دیدن دیگر فرایندهای روانی این مادران می‌گردد (۶). علاوه بر این وجود کودک مبتلا به فلج مغزی کیفیت زندگی والدین را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۷). کیفیت زندگی مفهومی جامع و کلی است که همه ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را در برمی‌گیرد. در بعد فیزیکی مهم‌ترین جنبه وضعیت عملکرد فرد است. درک از کیفیت زندگی متاثر از توانایی شخص در سنین مختلف در جهت ادامه عملکرد و از انجام فعالیت‌های روزمره نظیر مراقبت از خود، رفتن به مدرسه و محل کار است. در بعد روانی نیز باید گفت که سلامت روانی جزء مهمی از کیفیت زندگی بوده و داشتن نگرش مثبت در ارتقای کیفیت زندگی موثر است. در بعد اجتماعی- فرهنگی، نقش‌های هر فرد در خانواده و جامعه و ارتباطات اجتماعی وی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی هستند (۸). میزان آسیب کیفیت زندگی در مادران کودکان با آسیب‌های مزمن شدید همچون

فلج مغزی به عوامل محیطی و متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی، اجتماعی، حمایت اجتماعی و کسب آموزش‌های لازم جهت بکارگیری راهبردهای کنار آمدن با مشکل بستگی دارد (۹).

علاوه بر این والدین و به خصوص مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی به دلیل درگیری زیاد با ناتوانی کودک و همچنین پیگیری‌های درمانی، از دیگر فعالیت‌های فردی و اجتماعی به میزان زیادی بازمی‌مانند که این فرایند به مرور زمان خودکارآمدی آنان را دستخوش تغییر می‌کند. بنا بر نظر بندورا خودکارآمدی فرایندی است که بر اساس آن فرد فکر کند قادر است پدیده‌ها و رویدادها را برای رسیدن به وضعیت مطلوب با رفتار و کردار مناسب سازمان دهد (۱۰). خودکارآمدی یعنی اعتقاد فرد به اینکه قادر است رفتاری را انجام دهد که نتیجه دلخواه حاصل شود. افراد با خودکارآمدی پایین دربارۀ توانایی‌های خود تفکرات بدبینانه‌ای دارند و از هر موقعیتی که بر اساس نظر آنها از توانایی‌هایشان فراتر باشد دوری می‌کنند. در مقابل، افراد با خودکارآمدی بالا، تکالیف سخت را به عنوان چالش‌هایی متصورند که می‌توانند بر آن مسلط شوند (۱۱).

روش‌های درمانی گوناگونی تاکنون برای افراد آسیب پذیر همچون مادران دارای کودکان با مشکلات هوشی و جسمی خاص، به کار گرفته شده است. آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان، از جمله انواع این درمان‌ها هستند که کارایی خود را در درمان مولفه‌های مختلف روان شناختی نشان داده اند (۱۲-۲۰). چنانکه مالسرا (۲۱)، بنفر، باردین و کلامس (۲۲)، هریویک و همکاران (۲۳) و کیروان، پیکت و جارت (۲۴) نشان داده‌اند که تنظیم هیجان می‌تواند در به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت همانند بهزیستی روان شناختی و هیجان‌ات منفی همچون افسردگی و اضطراب، نقش ایفا کند. تنظیم هیجان می‌تواند برای راه اندازی، افزایش، کاهش یا حفظ هیجان‌های مثبت و منفی در پاسخ به اتفاقات محیطی ایفای نقش نماید؛ بدین دلیل که فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲۵-)

سلامت روانی افراد می‌گردد (۳۰). آموزش تاب‌آوری موجب می‌شود که افراد قادر به تقویت احساس همدلی در خود بوده و رابطه اجتماعی بهتری با دیگران برقرار نمایند و بنابراین مهارت‌های عملکردی و ارتباطات اجتماعی آنان ارتقاء یافته و قادر خواهند بود بر مشکلات و گرفتاری‌ها فائق آمده، زندگی خود را مدیریت کنند (۳۱).

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 بکارگیری روش‌های درمانی مناسب برای افراد این خانواده‌ها (به خصوص مادران به عنوان مراقبان اصلی)، می‌تواند چشم‌انداز روشن‌تری فراهم آورد تا بحران زایی وجود یک کودک فلج مغزی در خانواده کاسته شود. حال با عطف توجه به پیشینه پژوهشی، مشاهده گردیده که در جامعه‌های آماری گوناگون آموزش روش‌های تنظیم هیجان و تاب‌آوری بر مولفه‌های مختلف روان‌شناختی تأثیر معنادار داشته است، اما نکته حائز اهمیت این است که هیچ پژوهشی جهت بررسی اثر روش‌های آموزش تنظیم هیجان و تاب‌آوری بر مولفه‌های کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی صورت نگرفته است. بر این اساس، مساله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین میزان تأثیر روش‌های آموزش تنظیم هیجان و تاب‌آوری بر مولفه‌های کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تفاوت معنادار وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. متغیرهای مستقل آموزش تنظیم هیجان و تاب‌آوری و متغیرهای وابسته کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به

۲۶). تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی هیجانی و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند، احساسات دیگران را درک نموده و به طرز اثربخشی با آن برخورد کنند، که این امر موفقیت و کارآمدی در حوزه‌های مختلف زندگی را سبب می‌شود. می‌توان گفت از طریق فرآیند تنظیم هیجان افراد تشخیص می‌دهند چه هیجان‌هایی را، چگونه و در چه زمانی بروز دهند (۲۷). ممکن است این فرآیند تنظیم هیجان برای راه‌اندازی، افزایش، کاهش یا حفظ هیجان‌های مثبت و منفی در پاسخ به اتفاقات محیطی ایفای نقش نماید؛ بدین دلیل که فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۸). تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی هیجانی و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند، احساسات دیگران را درک نموده و به طرز اثربخشی با آن برخورد کنند، که این امر موفقیت و کارآمدی در حوزه‌های مختلف زندگی را سبب می‌شود (۱۳). جورمان و استانتون (۲۶) دریافته‌اند که هر گاه تنظیم هیجان فرایند سه مرحله‌ای تشخیص نیاز به تنظیم هیجان، تصمیم‌گیری در مورد نحوه تنظیم و 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 به ویژه 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 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 (۲۹). مشخصه ذاتی و درونی تاب‌آوری، خودشکوفایی 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. از سوی دیگر خصیصه تاب‌آوری با حفظ تعادل روان‌شناختی در موقعیت‌های مختلف، موجب بهبود سازگاری اجتماعی و

می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخلات آموزشی تاب‌آوری و تنظیم هیجان به شکل جداگانه مطابق با جداول یک و دو انجام شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سوالات ایجاد شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دو فرم این پرسشنامه با همدیگر همخوانی رضایت‌بخشی دارند. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد و ۲۶ سوال دارد که دو سوال اول کلی است و به هیچ یک از حیطه‌ها مربوط نمی‌شود (۳۲). این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. افراد در این پرسشنامه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ به دست می‌آورند. این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵ استانداردسازی شده است. نجات و همکاران، درستی و قابلیت اعتماد محتوا و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند. در پژوهش مرادی، ملک‌پور، امیری، مولوی و نوری (۳۳) همسانی دورنی پرسشنامه ۰/۶۰ و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه گردیده شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی

این پرسشنامه توسط شرر و آدامز در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم

فلج مغزی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ بود. 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، فرم‌هایی 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 فرم‌ها، تعداد ۴۵ مادر دارای کودک مبتلا به فلج مغزی به شکل هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که پس از ارائه پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و خودکارآمدی به مادران داوطلب و نمره‌گذاری آنها، ۴۵ نفر از مادرانی که کمترین نمره را در کیفیت زندگی و خودکارآمدی (با نمره برش‌های ۷۲ و ۵۱) 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 هیجان و ۱۵ مادر در گروه گواه). سپس گروه‌های آزمایش به شکل جداگانه مداخلات 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 کودکان 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

می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. این مقیاس توسط براتی در سال ۱۳۷۵ ترجمه و اعتباریابی شده است. بختیاری براتی برای سنجش روایی سازه ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات به دست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تایید سازه موردنظر بود (۳۴). هم چنین در پژوهش اصغرنژاد (۳۵) برای بررسی پایایی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است. در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

روش کار

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، 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 محققین) و تنظیم هیجان (گراس، ۲۰۰۷) را در طی سه ماه به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای 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.

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 جمع‌آوری شده، 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 پیشنهادات 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 در باره بسته آموزش تاب‌آوری اعمال گردید. پس از این فرایند، بسته آموزشی به همراه فرم نظرسنجی نهایی و محاسبه ضریب توافق متخصصان در باره 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 دقیقه ای، هفته ای یک جلسه و در طی ۳ ماه به شکل گروه‌های ۵ نفره اجرا گردید. جلسات آموزشی تنظیم هیجانی نیز با اقتباس از گراس نوشته شده است. این آموزش نیز در ۱۰ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای، هفته ای یک جلسه و در طی ۳ ماه به شکل گروه‌های ۵ نفره اجرا گردید.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش تنظیم هیجانی

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 شادی بخش 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 بازاربازی 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 تقویت تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیگی 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

جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر گروه، با اهداف و برنامه‌ها و قوانین گروه/ پیش‌آزمون شامل تکمیل پرسشنامه‌های زیر: برگزاری پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و خودکارآمدی/ 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 به عنوان 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 پایدها/ برجسب‌سازی/ شخصی‌سازی و سرزنش
جلسه چهارم	بازسازی شناختی: به چالش کشیدن باورهای غیر منطقی/ ادامه A-B-C / چگونه تفکر تاب‌آورانه را به وجود آوریم؟ / گفتگو با خود: چهار شیوه زیر سوال بردن باورهای غیر منطقی: بررسی شواهد/ بررسی جایگزین‌ها/ بررسی برداشت‌ها/ بررسی سودمندی نوع خاص تفکر (غیر منطقی)/ ثبت وقایع در قالب ABCDE
جلسه پنجم	آموزش تاب‌آوری در مقابل استرس و خشم/ آشنایی با استرس و نحوه مقابله با آن/ آشنایی با علایم جسمی استرس/ علایم روحی، روانی و عاطفی/ علایم 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 عزت نفس و خودگویی‌های مثبت/ تعریف عزت نفس/ 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 در باره مسائلی که خارج از کنترل فرد هستند/ بخشیدن و فراموش کردن/ به خود فرصت دادن
جلسه ششم	خودکارآمدی عامل تاب‌آوری در افراد/ آشنایی با مفهوم خودکارآمدی و تأثیر آن بر رفتار/ منابع احساس کارایی یا خودکارآمدی نظیر: سابقه

جلسه هفتم	شخصی در اجرا کردن رفتاری بخصوص / مشاهده افرادی که این رفتار را اجرا می کنند/ قانع سازی کلامی دیگران / حالت های فیزیولوژیکی فرد
جلسه هشتم	مدیریت زمان / مخاطبین با چگونگی مدیریت زمان آشنا شوند/ اصول دهگانه مدیریت زمان شامل: برنامه ریزی، هدفگذاری فعالیت ها، برنامه ریزی فعالیت ها، اولویت بندی فعالیت ها، مُنحَنِ انرژِی روزانه، تعیین مهلت پایانی، مدیریت فردی، انعطاف پذیری در برنامه ریزی اجرای برنامه، ارزیابی و کنترل برنامه
جلسه نهم	تأثیر امیدواری بر تاب آوری و شادمانی بیشتر/ تأثیر امید بر زندگی / افراد امیدوار چه خصوصیات دارند؟ / آشنایی مخاطبین با مفهوم امید و خصوصیات افراد امیدوار/ بیان مختصر مهارت همدلی و ارتباط بین فردی / فرآیند حل مسئله و تصمیم گیری / اولویت بندی کردن مسائل و تأثیر آن در چگونگی حل مسائل / خودآگاهی و نقش آن در چگونگی حل مسئله / مراحل تصمیم گیری منطقی
جلسه دهم	معنابخشی به مشکلات زندگی و تاب آوری / پی بردن به معنایی از داشتن فرزند معلول / جمع بندی جلسات گذشته / اجرای پس آزمون

آماري با استفاده از نرم افزار آماري SPSS-۲۳ مورد تجزيه و تحليل قرار گرفت.

نتایج

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 یافته های توصیفی پژوهش و نرمالیتی متغیرها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک پرداخته می شود.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها 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 واریانس ها استفاده شد. در نهایت جهت بررسی مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری با تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی از آزمون تحلیل با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده گردید. نتایج

جدول ۳- نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایش و گواه

مولفه ها	گروه ها	پیش آزمون	نرمالیتی	پس آزمون	نرمالیتی	پیگیری	نرمالیتی
		میانگین	P Value	میانگین	P Value	انحراف	P Value
		معیار		معیار		معیار	
کیفیت زندگی	گروه آزمایش تاب آوری	۶۷/۸۶	۰/۲۳	۷۵/۶۶	۰/۱۷	۹/۴۵	۰/۲۳
	گروه تنظیم هیجان	۶۹/۴۶	۰/۱۱	۷۶/۰۶	۰/۲۲	۱۰/۸۷	۰/۱۹
خودکارآمدی	گروه گواه	۶۴/۸۶	۰/۳۴	۶۶/۲۶	۰/۴۸	۹/۷۹	۰/۱۱
	گروه آزمایش تاب آوری	۴۶/۸۶	۰/۰۹	۵۷/۸۶	۰/۱۷	۴/۶۷	۰/۴۷
	گروه تنظیم هیجان	۴۶/۷۳	۰/۱۶	۵۳/۷۳	۰/۳۲	۴/۸۸	۰/۳۱
	گروه گواه	۴۵/۵۳	۰/۴۱	۴۵/۸۵	۰/۲۷	۳/۴۵	۰/۴۵

است ($p > 0.05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می داد پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است ($p > 0.05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و خودکارآمدی) در مرحله پیش آزمون در گروه های آزمایش و گروه گواه معنادار نبوده است ($p > 0.05$). همچنین نتایج آزمون

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض های آزمون های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ای داده ها در متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار

موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۴- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای مولفه‌های کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۶۲	۰/۰۰۰۱	۶۹/۵۷	۷۱۵/۹۲	۲	۱۴۳۱/۸۳	مراحل
۰/۷۸	۰/۱۹	۰/۰۱	۴/۳۵	۱۳۰۳/۱۴	۲	۲۶۰۶/۲۸	کیفیت زندگی گروه‌بندی
۱	۰/۴۴	۰/۰۰۰۱	۱۶/۵۸	۱۷۰/۶۰	۴	۶۸۲/۴۳	تعامل مراحل و گروه‌بندی
				۱۲/۷۶	۵۶	۷۱۴/۷۱	خطا
۱	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	۴۷/۰۷	۸۸۷/۴۹	۲	۱۷۷۴/۹۷	مراحل
۱	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۶۳/۳۷	۱۳۰۹/۰۶	۲	۲۶۱۸/۱۳	خودکارآمدی گروه‌بندی
۱	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۱۵/۶۱	۲۹۴/۲۹	۴	۱۱۷۷/۱۵	تعامل مراحل و گروه‌بندی
				۱۸/۸۵	۸۴	۱۵۸۳/۸۶	خطا

معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی حاکی از آن است که آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۴۴ و ۴۳ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در ادامه به مقایسه اثر گروه‌های آزمایش با همدیگر پرداخته می‌شود.

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان) فارغ از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی دارای تأثیری معنادار بوده است. بدین معنا که اثر آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان در مقایسه با گروه گواه تأثیر

جدول ۵- بررسی تفاوت‌های دو به دو جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان)

مقدار	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان	گروه آزمایش آموزش تاب‌آوری	مراحل آزمون
۰/۹۷	۳/۶۴	۰/۴۹	گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان	گروه آزمایش آموزش تاب‌آوری	کیفیت زندگی
۰/۰۳	۳/۶۴	۹/۵۵	گروه گواه	گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان	کیفیت زندگی
۰/۹۷	۳/۶۴	-۰/۴۹	گروه آزمایش آموزش تاب‌آوری	گروه گواه	کیفیت زندگی
۰/۰۴	۳/۶۴	۹/۰۶	گروه گواه	گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان	کیفیت زندگی
۰/۰۷	۰/۹۶	۲/۲۶	گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان	گروه گواه	خودکارآمدی
۰/۰۰۰۱	۰/۹۶	۱۰/۲۶	گروه گواه	گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان	خودکارآمدی
۰/۰۷	۰/۹۶	-۲/۲۶	گروه آزمایش آموزش تاب‌آوری	گروه گواه	خودکارآمدی
۰/۰۰۰۱	۰/۹۶	۸	گروه گواه	گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان	خودکارآمدی

هنگام دشواری‌ها حفظ نماید. 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 و بر این اساس می‌تواند راهبردهای فعالانه‌ای را جهت کیفیت زندگی بکار گرفته و با گسترش توانایی روانی خود، برنامه ریزی بهتری را در تعاملات محیطی، اجتماعی و فردی خود انجام داده و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

همچنین در باب اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر خودکارآمدی 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 (۳۰). افزون بر آن، تاب‌آوری، پیامدهای مثبت متعددی از جمله خودکارآمدی را نیز در پی دارد. 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 خودکارآمدی بالاتری را از خود نشان دهند. هر چند لازم به ذکر است که بنا بر نظر بامن و همکاران (۳۱) تاب‌آوری با استفاده از راهبردهای کنار آمدن موثر مانند: راهبردهای فعال، جستجوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم‌سازی 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 خودکارآمدی نیز از این فرایند حاصل می‌شود. چون تاب‌آوری ظرفیت شناختی و استقامت فرد را گسترش داده و سبب می‌شود تا فرد با بکارگیری افکار مثبت، خودکارآمدی بیشتری را تجربه نماید.

در یافته‌ای دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تنظیم هیجان نیز منجر به بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی

همانگونه نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی و خودکارآمدی گروه‌های آزمایش آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان معنادار نبوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تفاوت معنادار وجود ندارد. این در حالی است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گواه معنادار بوده است. در یک جمع بندی می‌توان این‌گونه بیان کرد: در عین حالی که دو روش آموزشی تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تاثیر معنادار دارند، اما بین میزان اثربخشی این دو روش تفاوت معنادار وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری با تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی موثر بوده است. در حالی که بین اثربخشی این دو روش بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی تفاوت معنادار مشاهده نشد.

در باب اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران کودکان فلج مغزی یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش ربیعی کناری، جدیدیان و سلگی (۳۶) مبنی بر اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم و با نتایج پژوهش بارتون و همکاران (۱۵) مبنی بر اثربخشی تاب‌آوری بر سلامت روانی افراد همسو بود. در تبیین تاثیر آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی 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 معطف باشد، از راهبردهای فرسایشی اجتناب کند و خوش‌بینی و احساسات مثبت را به

مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش نریمان، عالی ساری نصیرلو و پرورسودا (۱۲) مبنی بر اثربخشی آموزش متمرکز بر هیجان بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش آموزان، با نتایج پژوهش فولادچنگ و حسن‌نیا (۱۳) مبنی بر اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر شادکامی و خودکارآمدی زنان، با یافته بولمهجر و همکاران (۱۴) مبنی بر تاثیر تنظیم هیجان بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی، با یافته میل و همکاران (۱۶) مبنی بر تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر بهبود باورهای خودکارآمدی، با یافته لی و همکاران (۱۷) 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 (۲۰) مبنی بر تاثیر به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان بر کاهش محدودیت‌های تغذیه‌ای آسیب‌رسان همسو بود.

در تبیین تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌توان گفت، آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجان‌های منفی و روش استفاده مثبت از هیجان‌ها است (۲۵). آموزش تنظیم هیجان سبب می‌شود تا افراد در بیان هیجان‌ها نشان در برابر به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل ایجاد نمایند (۲۶). بر این اساس تنظیم هیجان باعث می‌گردد افراد بر روی نوع، زمان و چگونگی تجربه هیجان و بیان آن، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری و تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها تغییراتی را اعمال نمایند. همچنین باید اشاره کرد، افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا همچون داشتن کودک استثنایی از راهبردهای مختلفی از جمله نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، تلقی فاجعه‌آمیز استفاده می‌کند (۲۷). در این فرایند تنظیم هیجان با بکارگیری راهبردهای خودتنظیم‌گری از بازاریابی، نشخوار فکری و خوداظهاری منفی (۲۴) جلوگیری کرده و این فرایند نیز سبب می‌شود که ذهن آگاهی و انعطاف پذیر روان شناختی فرد افزایش یابد. در نتیجه آنها بتوانند راهبردهای شناختی و فراشناختی متنوع تری را برای تعاملات زندگی خود بکار گرفته و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه نمایند.

علاوه بر این در تبیین تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر خودکارآمدی 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 هیجان‌های منفی نیز مقاومت نمایند. عدم بروز هیجان‌های منفی برخاسته از ادراکات شخصی در نزد مادران دارای فرزندان مبتلا به فلج مغزی سبب می‌شود تا آنان حمایت‌های اجتماعی بیشتری را کسب نموده و خودکارآمدی افزون شده تری 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 همکاری و تمایل بعضی مادران دارای کودکان فلج مغزی جهت شرکت در پژوهش و تعداد کم نمونه پژوهش مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر، سایر مناطق جغرافیایی و با حجم نمونه بیشتر 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 کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان مبتلا به فلج مغزی دلالت داشت، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که به منظور بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌توان از آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجان بهره‌مند گردید.

تقدیر و تشکر

کننده در پژوهش، اداره بهزیستی شیراز و مسئولین مجتمع شهید
استادیان تشکر و قدردانی می‌گردد.

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی به شماره
۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۱۰۴۱ بود. بدین وسیله از تمام مادران شرکت

منابع

1. Prudente COM, Barbosa MA, Porto CC. 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*, 2010; 18(2): 149-155.
2. Altmdag O, Içcan A, Akcan S, Koksall S, Erçin M, Ege L. Anxiety and depression levels in mothers of children with cerebral palsy. *Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2007; 53: 4-22.
3. James D. 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*, 2013; 38(1): 87-97.
4. Wadnerkar MB, Pirinen T, Haines-Bazrafshan R, Rodgers J, James D. 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*, 2012; 38(1): 87-97.
5. Deon LL, Gaebler-Spira D. Assessment and treatment of movement disorders in children with cerebral palsy. *Orthopedic Clinics*, 2010; 41(4): 507-17.
6. Krstic T, Mihic L, Mihic I. Stress and resolution in mothers of children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 2015; 47: 135-143.
7. Pugin AJ. the relationship between severity of Cerebral palsy in children and the levels of stress experienced by their parents. [Thesis]. Johannesburg, ZA: University of Witwatersrand, 2008.
8. Karow A, Reimer J, Schafer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2010; 112: 209-215.
9. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al.. Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatrics*, 2004; 4(1): 1-10.
10. Bender A, Ingram R. Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 2018; 130: 18-20.
11. Sarvghad S, Rezaee A, Masomi F. On the relationship between thinking styles and self-efficacy of pre-university students in Shiraz. *Journal of Women and Social*, 2010; 1(4): 135-156.
12. Nariman M, Ali Sari Nasirloo K, pororsoda E. The effectiveness of emotion-focused education on cognitive emotion regulation strategies of emotionally abused students, *Quarterly Journal of Applied Counseling*, 2013; 3(2): 37-50. (Persian).
13. Fouladchang M, Hassannia S. The effectiveness of emotion regulation training on happiness and self-efficacy of women heads of households, *Journal of Women and Society*, 2015; 6(1): 103-120. (Persian).
14. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. 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*, 2010; (68): 539-544.
15. Bartone PT, Hystad SW, Eid J, Brevik JI. Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military Medicine*, 2012; 177: 517-524.
16. Meule A, Fath K, Real GL, Sütterlin S, Vögele C, Kübler A. 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*, 2013; 3: 1-10.
17. Lei H, Zhang X, Cai L, Wang Y, Bai M, Zhu X. Cognitive emotion regulation strategies in outpatients with major depressive disorder, *Psychiatry Research*, 2014; 218(1-2): 87-92.
18. Ogelman HG, Erol A. Examination of the Predicting Effect of the Resiliency Levels of Parents on the Resiliency Levels of Preschool Children, *Social and Behavioral Sciences*, 2015; 186: 461-466.

19. Ayyash-Abdo H, Sanchez-Ruiz MJ, Barbari ML. Resiliency predicts academic performance of Lebanese adolescents over demographic variables and hope, *Learning and Individual Differences*, 2016; 48: 9-16.
20. Haynos AF, Hill B, Fruzzetti AE. Emotion regulation training to reduce problematic dietary restriction: An experimental analysis, *Appetite*, 2016; 103: 265-274.
21. Malesza M. Stress and delay discounting: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 2019; 144: 56-60.
22. Benfer N, Bardeen JR, Clauss K. Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy: Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2018; 10: 108-114.
23. Herwig U, Opialla S, Cattapan K, Wetter TC, Jäncke L, Brühl AB. Emotion introspection and regulation in depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2018; 277: 7-13.
24. Kirwan M, Pickett SM, Jarrett NL. Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. *Psychiatry Research*, 2017; 254: 40-47.
25. Li D, Li D, Wu N, Wang Z. Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*, 2019; 101: 113-122.
26. Joormann J, Stanton CH. Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behavior Research and Therapy*, 2016; 86: 35-49.
27. Greshmam D, Gullone E. Emotion regulation strategy use in children and adolescents; The explanatory roles of personality and attachment. *Personality and individual differences*, 2012; 52: 616-621.
29. Zautra AJ, Hall JS, Murray KE. 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, 2010.
30. Tlapek SM, Auslander W, Edmond T, Gerke D, Schrag RV, Threlfall J. The moderating role of resiliency on the negative effects of childhood abuse for adolescent girls involved in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 2017; 73: 437-444.
31. Backmann J, Weiss M, Schippers MC, Hoegl M. Personality factors, student resiliency, and the moderating role of achievement values in study progress. *Learning and Individual Differences*, 2019; 72: 39-48.
32. Bonomi AE, Patrickm DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the world Health Organization Quality of Life (WOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000; 53(1):19-23.
33. Moradi A, Malekpour M, Amiri SH, Molavi H, Nouri A. Comparison of the effects of self-esteem, self-efficacy and achievement motivation trainings on quality of life of women with physical disabilities, *Exceptional Children Quarterly*, 2010; 10(1): 49-64. (Persian).
34. Keramati H, Shahrarai M. Investigating the role of perceived self-efficacy in mathematical performance, *Educational Innovation Quarterly*, 2004; 3(10): 103-115. (Persian).
35. Asgharnejad T, Ahmadi M, Qutbuddin V, Khodapnahi MK. Study of psychometric properties of Scherer self-efficacy scale. *Journal of Psychology*, 2006; 10(3): 263-276. (Persian).
36. Rabiee kenari F, Jadidian A, Solgi M. Effectiveness of Resilience Training on Reduction of Parental Stress of Autistic Childrens Mothers. *SJIMU*. 2015; 23 (4): 95-105. (Persian).

*Original Article***Comparing the Effectiveness of Teaching Resilience and Emotion Regulation on the Life Quality and Self-Efficacy of the Mothers of the Children Suffering from Cerebral Paralysis**

Received:10/06/2020 –Accept:28/09/2020

Zahra Tofighi ¹
Aghaei Asghar ^{2*}
Mohsen Golparvar ³

¹ PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

² Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

³ Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Email: aghaeipsy@gmail.com

Abstract

Introduction: The emergence of physiologic and chronic diseases influences the parents' (especially the mothers') mental health. Therefore the present study was conducted aiming to compare the effectiveness of teaching resilience and emotion regulation on the life quality and self-efficacy of the mothers of the children suffering from cerebral paralysis.

Materials and Methods: It was a quasi-experimental study with pretest, posttest, control group and two-month follow-up design. The statistical population included all the mothers of the children with cerebral paralysis in the city of Shiraz in 2017. Non-probable available sampling method and random replacement were used in the present study. After selecting the sample size and replacing them into experimental and control groups, the experimental group received ninety-minute teaching interventions during three months once a week. The applied questionnaires were life quality questionnaire (World Health Organization, 1993) and self-efficacy (Shrer and Adams, 1980). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA.

Results: The data from the study showed that teaching resilience and emotion regulation has been effective on the life quality and self-efficacy of the mothers of the children with cerebral paralysis while there was not observed any significant difference between effectiveness of these two methods on life quality and self-efficacy.

Conclusion: Based on the results of the present study, resilience and emotion regulation training can be used to improve the quality of life and self-efficacy of mothers with children with cerebral palsy.

Key words: Resilience, emotion-regulation, self-efficacy, life quality, cerebral paralysis

Acknowledgement: There is no conflict of interest.