

بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی

مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

لاله نادری اصل^۱، مریم کدخدائی^۲*

(۱) دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روان شناسی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

(۲) استادیار گروه روان شناسی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: mkadkhodaie@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله ۱۴۰۲/۱۱/۱۶

تاریخ دریافت مقاله ۱۴۰۲/۰۷/۱۵

چکیده

هدف پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه مادران کودکان مبتلا به اوتیسم مراجعه کننده به یک مرکز توانبخشی کودکان اوتیسم در اصفهان به تعداد ۸۰ نفر بود. ۳۰ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. مادران گروه آزمایش طی ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته تحت آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس (۲۰۰۲) قرار گرفته‌اند، افراد گروه کنترل طی این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. همه آزمودنی‌ها قبل و بعد از آموزش به پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹)، پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) و پرسشنامه‌ی ناگویی هیجانی تورنتسو (۱۹۹۴) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نسخه‌ی ۲۴ نرم‌افزار SPSS و با روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد نمرات کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری بالاتر و نمرات ناگویی هیجانی به‌طور معناداری پایین‌تر بود ($P < 0/05$). از این یافته‌ها استنباط می‌شود که آموزش تنظیم هیجان شیوه مناسبی برای بهبود کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌باشد.

کلید واژگان: تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای، ناگویی هیجانی، اوتیسم.

مقدمه

طیف اوتیسم تشخیص داده می‌شود (استینمن^۲، ۲۰۱۹). شیوع این بیماری در آمریکا ۱ در ۶۸ نفر گزارش شده است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۴). میزان شیوع این اختلال در پسران ۴ برابر دختران است (کریستنسن و همکاران^۳، ۲۰۱۸). با وجود ظاهر شدن

اوتیسم نوعی از اختلال نافذ رشد^۱ است که مبتلایان آن دارای سه ویژگی اصلی اختلال در اجتماعی شدن، اختلال در ارتباطات کلامی و غیرکلامی و الگوهای محدود و تکراری رفتار هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در حال حاضر از هر ۴۸ کودک یک نفر مبتلا به اختلال

² Steinman

³ Christensen et al

¹ Pervasive Developmental Disorder (PDD)

دریافته‌اند که تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق است و نقشی مهم در سازگاری با وقایع تنیدگی زای زندگی ایفا می‌کند (عشورنژاد، ۱۳۹۵). بر اساس مطالعات انجام شده یکی از توانمندی‌هایی که در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دچار نقص هست، تنظیم شناختی هیجان است (کای و همکاران^۷، ۲۰۱۹). وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در فرآیندهای پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود (تیلور، بگبی و پارکر^۸، ۱۹۹۷).

کودک اوتیستیک برای خانواده و به‌ویژه مادر، به‌منزله‌ی یک معضل و رویداد استرس‌زا تلقی می‌شود، ولی مادرانی که از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگار استفاده می‌کنند به بیماری کودک خود به‌عنوان یک مسئله‌ی قابل کنترل نگاه می‌کنند و توان مدیریت آن را می‌یابند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (لوکاس و داینر^۹، ۲۰۱۵). آموزش تنظیم هیجان مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم باعث می‌شود که آنان با استفاده‌ی درست از هیجان‌ات، آگاهی از هیجان‌ات، پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ات مخصوصاً هیجان‌ات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی و تنیدگی زای خود را کاهش دهند. برنامه تنظیم هیجان عوامل محافظتی مادران را غنا می‌بخشد، عوامل خطرسازی را که با مشکلات رفتاری و هیجانی آن‌ها در ارتباط است کاهش می‌دهد و منجر به افزایش احساس نزدیکی بین مادر و کودک می‌گردد (ویتون و ادکین^{۱۰}، ۲۰۰۹).

یکی از عواملی که تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سلامت روانی و نشانگان آسیب‌شناسی روانی در مادران کودکان اوتیستیک دارد، نحوه‌ی مقابله‌ی آن‌ها با استرس‌ها است (یه، لی، چن و لای^{۱۱}، ۲۰۰۰). شیوه‌ای که این افراد در

علائم اوتیسم در اولین سال زندگی کودک، بیماری معمولاً تا قبل از ۲ تا ۳ سالگی تشخیص داده نمی‌شود. در آخرین ویرایش پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، کودکان اوتیسم با توجه به شدت و تأثیر علائم بر کیفیت زندگی در یک پیوستار خفیف تا شدید قرار می‌گیرند.

اختلال طیف اوتیسم موجب آشفتگی روان‌شناختی در پدر و مادر، آشفتگی در روابط والدین، اختلال در نظم زندگی خانوادگی و به‌طور خلاصه افزایش بار استرس خانواده و به خطر انداختن سلامت روان آن‌ها و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (آل بهبهانی و همکاران، ۱۴۰۰). تلاش این والدین برای پاسخ‌گویی به نیازهای این کودکان، سطوح بالایی از اضطراب و آشفتگی (بانیس^۲، ۲۰۱۶) و نتایج روان‌شناختی منفی مانند تنیدگی و کیفیت پایین زندگی را به همراه دارد (لوکوئه سالاس و همکاران^۳، ۲۰۱۷). مادران کودکان اوتیستیک در مقایسه با پدران، بیشتر با مشکلات رفتاری کودک درگیرند و تنیدگی و بحران روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و از این رو نیاز به حمایت بیشتری دارند (اونگچاندرا و پنگ^۴، ۲۰۰۵؛ سالوویتا و همکاران^۵، ۲۰۰۳). این تنیدگی می‌تواند منجر به کاهش سلامت روان مادران گردد (آبیدین و برونر^۶، ۱۹۹۵) از آنجا که مادران به‌عنوان مراقبت‌کنندگان اصلی کودک در مدیریت بیماری فرزندان‌شان متحمل استرس طولانی‌مدت و زیادی می‌شوند، اتخاذ راهکارهای مقابله‌ای سازگارانه می‌تواند به آن‌ها در انجام صحیح این مسئولیت و برخورداری از سلامت روانی و کیفیت زندگی بهتر یاری رساند.

یکی از مداخلاتی که می‌تواند به مادران کمک کند تا شرایط را بهتر کنترل کنند، آموزش راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد. اخیراً روان‌شناسان با انجام پژوهش‌هایی

⁷ Cai et al

⁸ Taylor, Bagby & Parker

⁹ Lucas & Diener

¹⁰ Winton & Adkins

¹¹ Yeh, Lee, Chen & Li

¹ DSM-5

² Bonis

³ Luque Salas et al

⁴ Onglchandran & Peng

⁵ Salovita et al

⁶ Abidin & Burnner

با نوع راهبردهای مقابله‌ای و تنیدگی مادران رابطه‌ی معنادار وجود دارد یعنی با افزایش شدت علائم کودک، تنیدگی مادران و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و غیر مؤثر افزایش می‌یابد. مادرانی که تنظیم هیجانی مثبت را به کار می‌برند، اختلالات روانی کمتر و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می‌کنند.

یکی از واضح‌ترین سازه‌هایی که به‌منظور بررسی مشکلات مرتبط با پردازش و تنظیم هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است، ناگویی هیجانی است (والر و شیدت^۴، ۲۰۰۴). ناگویی هیجانی به‌دشواری در خود نظم دهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی اطلاق می‌شود (پاپکیروف و همکاران^۵، ۲۰۱۸). در نظریات جدید ناگویی هیجانی به‌عنوان نقص در ابعاد تجربی - شناختی سیستم‌های پاسخ هیجانی و تنظیم هیجان بین شخص در نظر گرفته می‌شود (سخاوتی و همکاران، ۱۴۰۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره‌ی دیگران مشکل دارند و ظرفیت آن‌ها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است (عراقی و همکاران، ۱۳۹۹).

ناگویی هیجانی سازه‌ای چند بعدی است که از چهار مشخصه‌ی مجزا، مشکل در شناسایی و توصیف احساسات، مشکل در تمایز میان احساسات و تهییج‌های بدنی، فقر در خیال‌پردازی‌ها و تفکر عینی و تفکر درون‌گرایانه‌ی ضعیف تشکیل شده است (تیلور و همکاران^۶، ۱۹۹۷). تعریف ویژگی‌های ناگویی هیجانی در تضاد با تنظیم هیجان مؤثر قرار دارد و پژوهش‌ها رابطه بین ناگویی هیجانی و سبک‌های ناکارآمد هیجان را تأیید کرده‌اند (دوبی، پاندی و میشر^۷، ۲۰۱۰). تنظیم هیجانی مؤثر نیازمند آگاهی، فهم و روشن بودن پاسخ‌های هیجانی است. توانایی شناسایی و توصیف تجارب هیجانی، مهم

پاسخ به تهدید یکپارچگی شخصی‌شان به کار می‌برند در یک پیوستار از راهبردهای مقابله‌ای به‌شدت مؤثر تا واکنش‌های به‌شدت معیوب قرار می‌گیرد (وسپا و همکاران^۱، ۲۰۱۱). والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم جهت غلبه بر استرس ناشی از معلولیت مزمن کودک خود باید با مشکلات گوناگونی مقابله کنند. مقابله به تلاش‌های شناختی یا رفتاری فرد برای مدیریت خواسته‌های وضعیتی استرس‌زا اشاره می‌کند. رابطه‌ی چگونگی مقابله‌ی این مادران با استرس‌های موجود در زندگی خود و کیفیت زندگی آن‌ها، موضوع بسیاری از پژوهش‌ها از جمله پژوهش گاتوال برانسی و ردی^۲ (۲۰۱۵) بوده است.

بدتنظیمی هیجانی و استفاده از بعد تنظیم هیجان منفی به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه با سطح بالایی از استرس، اضطراب، افسردگی و آشفتگی همراه است و این راهبردهای ناسازگارانه موجب تشدید و استمرار ناراحتی‌های روانی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که بدتنظیمی هیجانی حتی می‌تواند منجر به بدرفتاری مادر با کودک شود (صادق زاده، بهزادی و خرمایی، ۱۳۹۹). درحالی‌که استفاده از بعد مثبت تنظیم هیجان یعنی ارزیابی و برنامه‌ریزی مثبت این پیامدها را به دنبال ندارد. از آنجایی که مادران کودکان دچار اختلال طیف اوتیسم به خاطر شرایط خاص کودک خود بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی (دابوراسکا و پیسولا^۳، ۲۰۱۰) استفاده می‌کنند، موفق به مدیریت مؤثر استرس‌های زندگی نیستند و در نتیجه عدم مدیریت مناسب استرس، تأثیرهای منفی بر ابعاد کیفیت زندگی آن‌ها برجای می‌گذارد. حجتی، قدم پور، عباسی و صنوبر (۱۳۹۸) دریافتند اختلال‌های رفتاری کودکان، نقش مؤثری بر استفاده مادران از سبک مقابله‌ای هیجان مدار دارد. علاوه بر این پژوهش خوشابایی و همکاران (۱۳۸۹) نیز نشان داد که بین شدت علائم کودک

⁴ Waller & Scheidt

⁵ Popkirov et al

⁶ Taylor et al

⁷ Dubey, A., Pandey, R. & Mishra, K.

¹ Vespa et al

² Gothwal, Bharani & Reddy

³ Dabrowska & Pisula

مثبت و منفی خود نائل شوند و به تبع آن در برخورد با مشکلات، راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و کارآمد را برگزینند و به‌کارگیرند، می‌توانند تنش ناشی از هیجانات منفی را کاهش دهند و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار شوند.

با در نظر گرفتن مشکلات فراوانی که مادران دارای کودک اوتیستیک با آن مواجه هستند همچون بار کاری بسیار زیاد در خانواده و آسیب‌پذیری که آنان نسبت به اختلالات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی دارند، آموزش مبتنی بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان از اولویت‌های مداخلات درمانی می‌باشد، چراکه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند بین الگوهای رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مشکلات درونی سازی (نظیر افسردگی و اضطراب) و برون سازی (نظیر پرخاشگری) آن‌ها و تنظیم هیجان والدین ارتباط وجود دارد (لوکوئه سالاس و همکاران^۴، ۲۰۱۷؛ تینگ و ویس^۵، ۲۰۱۷؛ مالجاارس و همکاران^۶، ۲۰۱۴). با توجه به شواهد بالا و از آن جهت که تنظیم هیجان مادران کودکان اوتیستیک می‌تواند به کاهش تیدگی (تینگ و ویس، ۲۰۱۷) و ارتقای کیفیت زندگی و سلامت عمومی مادران کمک کند (امینی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها بر تعاملات آن‌ها با کودکانشان اثرگذار است (هارتلی و همکاران^۷، ۲۰۱۲)، همچنین مبانی مطرح شده، سؤال اصلی پژوهش این بود که آیا آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم تأثیرگذار است؟

روش شناسی

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه‌ی آماری ۸۰ نفری این پژوهش کلیه‌ی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ می‌باشد

در نظر گرفته می‌شود، زیرا موجب دسترسی به اطلاعات کاربردی و همچنین راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان می‌گردد. فردی که در تنظیم هیجانات منفی مشکل دارد، در برابر فشارهای محیطی آسیب‌پذیرتر به ناگویی هیجانی است. از آنجا که تنظیم هیجانی به فرآیندهایی اشاره می‌کند که به‌وسیله‌ی آن‌ها بر اینکه ما چه هیجاناتی را تجربه کنیم، چه موقع آن‌ها را تجربه کنیم و چگونه آن‌ها را بیان کنیم، تأثیر می‌گذارد، برنامه‌ی آموزش تنظیم هیجان با ایجاد نگرش‌های مثبت و افزایش حس کنترل سبب کاهش ناگویی هیجانی می‌شود. ناگویی هیجانی با تنظیم هیجان مؤثر در تضاد است و با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد رابطه‌ای مثبت و معنادار دارد.

افزون بر این پرورش کودکانی با تشخیص اوتیسم، معضلات فراوانی را برای والدین ایجاد می‌کند و تلاش آن‌ها برای پاسخ‌گویی به نیازهای این کودکان، سطوح بالایی از اضطراب و آشفتگی (بنایس، ۲۰۱۶) و نتایج روان‌شناختی منفی مانند تنیدگی و کیفیت پایین زندگی را به همراه دارد (لادلو و همکاران^۱، ۲۰۱۲). مفهوم کیفیت زندگی یک ساختار چند بعدی است که مطالعات متعدد جنبه‌های مختلف آن را در نظر می‌گیرند (نواک و همکاران^۲، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی ساختاری گسترده و شامل چند بعد است، از جمله جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را ادراکی از وضعیتی که افراد در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن هستند، به‌طوری‌که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات و استانداردها و علائق آن‌ها می‌باشد تعریف می‌کند (فورجاز و همکاران^۳، ۲۰۱۵). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اطلاعات ذهنی قابل توجهی را در مورد درک فرد از سلامت روحی و جسمی خود در زندگی روزمره می‌دهد (بیراملوئی و عروتی موفق، ۱۴۰۱). زمانی که افراد بتوانند از طریق آموزش تنظیم هیجان به شناسایی و کنترل احساسات

⁴ Luque Salas et al

⁵ Ting, V., & Weiss, J.A.

⁶ Maljaars et al

⁷ Hartley et al

¹ Ludlow et al

² Nowak et al

³ Forjaz et al

آماری در دو بخش توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی به شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار پرداخته شد و در بخش استنباطی فرضیه‌ها به کمک تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. همچنین ابزار مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ بود. معناداری آماری در سطح ۰/۰۵ بررسی شد.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی

بهداشت^۱ (WHO-QOL): این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی در دو هفته‌ی اخیر، توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی (۱۹۸۹)، در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت طراحی شده است. تعداد سؤالات آن ۲۶ سؤال در قالب ۴ حیطه‌ی: سلامت جسمانی (۷سوال)، سلامت روان (۶سوال)، روابط اجتماعی (۳ سوال) و سلامت محیط زندگی (۸ سوال) می‌باشد و دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی از جمع نمرات دو سؤال ۱ و ۲ به دست می‌آید و دامنه‌ی نمرات این زیر مقیاس بین ۲ تا ۱۰ می‌باشد. در پایان نمره‌ی خام به دست آمده برای هر زیرمقیاس از طریق یک فرمول به نمره‌ی استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود. نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. کیفیت زندگی در هر یک از چهار حیطه از ۲۴ تا ۱۲۰ مورد تفسیر قرار خواهد گرفت. در نتایج گزارش شده توسط سازندگان مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. این پرسش‌نامه در بیش از ۴۰ کشور جهان، ترجمه و مورد اعتبارسنجی واقع شده است (مین و همکاران^۲، ۲۰۰۶) و در ایران نیز باقرپور گرده رشت و مطلبی (۱۳۹۶) مقدار ۰/۷۷ را با استفاده از آلفای کرونباخ برای آن گزارش کرده‌اند. پایایی این آزمون در پژوهش

که به مرکز کاردرمانی بینش مراجعه کردند. با کسب معرفی‌نامه از دانشگاه و هماهنگی با مرکز خصوصی کار درمانی بینش شهر اصفهان به این مرکز مراجعه و اطلاعات مورد نیاز درباره‌ی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به دست آمد. از بین مراجعین به این مرکز تعداد ۳۰ مادر با توجه به ملاک‌های ورود (مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم که بیماری کودک توسط روانپزشک تشخیص و در پرونده‌ی وی درج شده باشد، سن مادران بین ۲۵-۴۵ سال باشد، حداقل تحصیلات مادران دیپلم باشد، مادران به هیچ یک از بیماری‌های شدید روانی مبتلا نباشند، مادران برای شرکت در پژوهش رضایت و آگاهی کافی داشته باشند، مادران به مواد مخدر صنعتی معتاد نباشند، مادران سابقه‌ی مصرف داروهای روانپزشکی، برای مدت طولانی نداشته باشند و با همسران خود زندگی مشترک داشته باشند) و خروج (وجود هرگونه اختلال بارز دیگر غیر از اوتیسم که بتواند به‌عنوان تشخیص اصلی مطرح شود دریافت سایر درمان‌های روان‌شناختی توسط مادران، تعداد غیبت بیش از ۲ جلسه، محرز شدن خلاف هر یک از ملاک‌های ورود و محرز شدن معلولیت جانبی در طول دوره‌ی درمان می‌باشد) به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) گمارده شدند.

پس از ارائه‌ی اطلاعات لازم در خصوص پژوهش، پرسشنامه‌ها و فرم رضایتمندی در مرحله‌ی پیش‌آزمون جهت تکمیل در اختیار مادران شرکت‌کننده قرار گرفت. پس از مرحله‌ی پیش‌آزمون مادران گروه آزمایش تحت آموزش تنظیم هیجان قرار گرفتند و طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه آموزش یا مداخله‌ای را دریافت نکردند. آموزش طی ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته بر اساس مدل تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۲) در محل مرکز کاردرمانی بینش صورت گرفت. پس از اتمام جلسات آموزش، کلیه مادران گروه آزمایشی و کنترل مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. اطلاعات جمع‌آوری شده به کمک روش‌های

¹ World Health Organization Quality of Life Questionnaire

² Min et al

در سال ۱۹۸۴ ساخته‌اند که دارای ۶۶ ماده و ۸ زیرمقیاس است. زیرمقیاس‌ها شامل مقابله‌ی مستقیم (۶ سوال)، مسئولیت‌پذیری (۴ سوال)، حل مسئله‌ی برنامه‌ریزی شده (۶ سوال)، ارزیابی مجدد مثبت (۷ سوال)، گریز-اجتناب (۸ سوال)، دوری‌گزینی (۶ سوال)، خویش‌داری (۶ سوال) و جستجوی حمایت اجتماعی (۶ سوال) می‌باشد. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت است و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ را به خود اختصاص می‌دهد. نمرات زیرمقیاس‌ها را باهم جمع کرده تا یک نمره‌ی کلی به دست آید. لازاروس (۱۹۹۳) ثبات درونی ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ را برای هریک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده است. رجبی دماوندی و همکاران (۱۳۸۸) نیز در پژوهش خود آلفای کرونباخ مقابله متمرکز بر هیجان را ۰/۷۲ و مقابله متمرکز بر مسئله را ۰/۷۹ محاسبه کرده‌اند. پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شده است.

پروتکل آموزشی تنظیم هیجانی مبتنی بر مدل گراس (۲۰۰۲): آموزش طی ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته هفته ای یک جلسه در محل مرکز کاردرمانی بینش صورت گرفت.

حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۱ (TAS-20): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ سوال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال) و تفکر عینی (۸ سوال) را می‌سنجد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود. به پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ تعلق می‌گیرد. ۵ گویه (۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹) نمره‌گذاری معکوس دارند. سپس نمرات به دست‌آمده برای زیرمقیاس‌ها باهم جمع می‌گردد تا یک امتیاز کلی به دست آید. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۷ گزارش کردند که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب آزمون است. روایی هم‌زمان آزمون نیز تأیید شد. در نسخه‌ی فارسی این مقیاس (بشارت و همکاران، ۱۳۹۲)، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس بافاصله‌ی چهار هفته از $I=20/80$ تا $I=20/87$ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی تأیید شد. (بشارت و همکاران، ۱۳۹۲). پایایی این آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن^۲ (CSQ): این پرسشنامه را لازاروس و فولکمن

¹ Toronto Alexithymia Scale

² Lazarus & Folkman Coping strategies questionnaire

جدول ۱. محتوای آموزشی جلسات تنظیم هیجانی مبتنی بر مدل گراس (۲۰۰۲)

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

یافته‌ها

جدول ۲. مشخصات توصیفی نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

| متغیرهای پژوهش | گروه | تعداد | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---------------------|--------|-------|-----------|------------------|----------|------------------|
| | | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| کیفیت زندگی | آزمایش | ۱۵ | ۵۶/۶۷ | ۱۹/۸۸ | ۷۸/۳۳ | ۱۵/۲۸ |
| | کنترل | ۱۵ | ۶۰/۸۳ | ۲۲/۰۹ | ۵۸ | ۲۰/۲۹ |
| راهبردهای مقابله‌ای | آزمایش | ۱۵ | ۷۱/۹۳ | ۱۰/۹۲ | ۸۰/۰۷ | ۱۴/۱۳ |
| | کنترل | ۱۵ | ۶۹/۲ | ۱۰/۲۳ | ۷۰/۴۷ | ۱۲/۶۱ |
| ناگویی هیجانی | آزمایش | ۱۵ | ۴۶/۶ | ۱۶/۳۵ | ۴۱/۶۷ | ۹/۹۳ |
| | کنترل | ۱۵ | ۵۳/۰۷ | ۱۵/۲۰ | ۵۴/۸۰ | ۱۶/۶۸ |

همان طور که در جدول (۲) مشاهده می شود میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه کنترل در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است اما میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمایش از مقدار ۵۶/۶۷ در مرحله پیش آزمون به مقدار ۷۸/۳۳ در مرحله پس آزمون افزایش یافته است که نشان دهنده افزایش کیفیت زندگی پس از آموزش راهبردهای تنظیم هیجان است. همچنین میانگین نمره راهبردهای مقابله ای در گروه کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تغییر محسوسی نداشته است اما میانگین نمره راهبردهای مقابله ای در گروه آزمایش از مقدار ۷۱/۹۳ در مرحله پیش آزمون به مقدار ۸۰/۰۷ در مرحله پس آزمون افزایش یافته است که نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش راهبردهای تنظیم هیجان است و میانگین نمره ناگویی هیجانی در گروه کنترل در مرحله پس آزمون افزایش کمی داشته است اما میانگین نمره ناگویی هیجانی در گروه آزمایش از مقدار ۴۶/۶۰ در مرحله پیش آزمون به مقدار ۴۲/۶۷ در مرحله پس آزمون کاهش یافته است که نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش راهبردهای تنظیم هیجان است.

جهت بررسی فرضیه ی اصلی از تحلیل کوواریانس چند متغیره و برای بررسی بقیه فرضیه ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

با استفاده از آزمون ام باکس ابتدا پیش فرض تساوی ماتریس کوواریانس ها مورد بررسی قرار گرفت. سطح معنی داری آزمون ام باکس ۰/۱۸۱ بیش تر از ۰/۰۵ است لذا فرض برابری ماتریس کوواریانس متغیر وابسته در طول سطوح متغیر مستقل (کنترل و آزمایش) برقرار است. همچنین عدم وجود داده های پرت چند متغیری با استفاده

از فاصله ماهاالنویس مورد بررسی قرار گرفت که داده پرت شناسایی نشد و صحت این فرضیه بررسی شد. علاوه بر این هم خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب همبستگی بین جفت متغیرها در حد پایین (۰/۱ تا ۰/۳) بود این فرضیه مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به حد پایین ضرایب همبستگی می توان این نتیجه را گرفت که بین متغیرها همبستگی خطی چندگانه وجود ندارد. همچنین در بررسی پیش فرض شیب خط رگرسیون نتایج نشان داد که تعامل پیش آزمون با متغیر گروه بندی در مراحل پس آزمون در مؤلفه های پژوهش معنادار نبود. این بدان معنا است که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در این مؤلفه ها برقرار است و با برقراری پیش فرض های کوواریانس چند متغیری استفاده از این آزمون بلامانع است. هم چنین قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره، پیش فرض تساوی واریانس گروه ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. مقدار معناداری آزمون لوین برای متغیرها بیش تر از ۰/۰۵ است که باعث پذیرش فرض صفر شد؛ بنابراین تساوی واریانس برای متغیرها در گروه ها تأیید می شود.

با استفاده از تحلیل آزمون کوواریانس چند متغیره به بررسی اثربخشی آموزش تنظیم راهبردهای هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله ای و ناگویی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (فرضیه های پژوهش) پرداخته شد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چند متغیره جهت بررسی اثربخشی آموزش تنظیم راهبردهای هیجان بر متغیرهای پژوهش

| آزمون‌ها | ارزش | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|-------------------|-------|--------|---------------|------------|
| اثر پیلائی | ۰/۷۴۳ | ۲۲/۱۵۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۴۳ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۲۵۷ | ۲۲/۱۵۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۴۳ |
| اثر هتلینگ | ۲/۸۹۰ | ۲۲/۱۵۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۴۳ |
| بزرگترین ریشه روی | ۲/۸۹۰ | ۲۲/۱۵۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۴۳ |

آزمون نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون بعد از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و میزان این تفاوت در جامعه بر اساس اندازه اثر ۷۴/۳ درصد و در سطح بالا است.

در جدول (۳) چهار آزمون چند متغیره شامل اثر پیلائی، لامبدای میلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی وجود دارد که عمدتاً از معیار ویلکز استفاده می‌شود. همه این آزمون‌ها فرض عدم تفاوت متغیر مستقل در جامعه متغیر وابسته را آزمون می‌کنند. سطح معنی‌داری هر چهار آزمون از ۰/۰۵ کوچک‌تر است لذا معنادار شدن

جدول ۴. آزمون اثرات بین گروه‌ها

| مجموع مجذورات | درجه آزادی | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|---------------|------------|-------|---------------|------------|
| ۴۵۹۵/۷۹ | ۱ | ۳۵/۶۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹ |
| ۳۶۳۳/۷۰ | ۱ | ۳۱/۸۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۸۶ |
| ۸۷۵/۳۶۵ | ۱ | ۲۴/۲۲ | ۰/۰۰۹ | ۰/۸۷ |

متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه اثر برای هر سه متغیر نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. جهت بررسی فرضیه‌ی ۱، ۲ و ۳ از آنالیز کوواریانس یک متغیره استفاده شد.

با توجه به جدول (۴) آماره F برای متغیرهای کیفیت زندگی (۳۵/۶۵)، راهبردهای مقابله‌ای (۳۱/۸۹) و ناگویی هیجانی (۲۴/۲۲) معنادار می‌باشد ($P < 0.05$). این یافته نشان می‌دهد، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در این

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|---------------------|---------------|------------|-------|---------------|------------|
| کیفیت زندگی | پیش‌آزمون | ۱ | ۳۸/۳۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۸ |
| واریانس بین گروهی | ۲۴۰۹/۴۰ | ۱ | ۱۸/۸۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۹ |
| راهبردهای مقابله‌ای | پیش‌آزمون | ۱ | ۱۹/۱۷ | ۰/۰۱۶ | ۰/۶۱ |
| واریانس بین گروهی | ۱۲۶۱/۳۵ | ۱ | ۱۶/۲۱ | ۰/۰۲۰ | ۰/۶۳ |
| ناگویی | پیش‌آزمون | ۱ | ۴۵/۷۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۳ |

| هیجانی | | | | |
|--------|-------|-------|---|---------------------------|
| ۰/۶۰ | ۰/۰۲۵ | ۱۵/۶۶ | ۱ | ۱۴۹۳/۲۹ واریانس بین گروهی |

زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی در مادران کودکان اوتیستیک شده است.

برخورداری از تنظیم هیجانی مؤثر می‌تواند استرس والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم را کاهش دهد و به تبع کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشد و به آن‌ها کمک کند تا با فرزندان اوتیستیک خود به‌طور مثبت و مؤثرتری کنار بیایند. به‌علاوه اینکه آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود که مادران دارای کودک اوتیستیک بتوانند با فرزند خود رابطه‌ی سالم‌تری برقرار سازند؛ چراکه توانایی برقراری یک رابطه‌ی خوب توأم با کنترل عواطف باعث می‌شود که مادران بتوانند به شیوه‌ی مطلوبی نیازهای فرزند خود را درک نموده و به همین نسبت به شیوه مطلوب‌تری نیز پاسخگوی نیازهای ویژه‌ی فرزند خود باشند. افزون بر این با آموزش تنظیم هیجان، مادران این کودکان می‌توانند هیجان‌ات خود را مورد ارزیابی و بازایی مجدد قرار دهند، چراکه در بسیاری از مواقع، مادران اصلاً متوجه نمی‌شوند که اکنون دارای هیجان خاصی هستند و مهم‌تر از آن، این هیجان مثبت یا منفی است؛ بنابراین مادران کودکان اوتیستیک با ارزیابی مجدد و آکاوی هیجان خود می‌توانند به شکل بهتری عواطف خود را شناسایی کرده و کنترل نمایند، بخصوص در مواقعی که عاطفه‌ی آنان منفی، شدید و آسیب‌زننده می‌باشد. لذا تنظیم و مدیریت هیجان از یک‌طرف منجر به تنظیم و مدیریت عواطف، مدیریت رفتارها و برخورد مناسب مادران با فرزند اوتیستیک و از طرف دیگر همان‌طور که مرادی کیا و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند باعث ارتقای بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند معلول می‌شود. همچنین می‌توان به این موضوع اشاره کرد که وجود یک کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به منزله‌ی یک معضل و رویداد استرس‌زا تلقی می‌شود، ولی مادرانی که از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه استفاده می‌کنند به بیماری کودک خود به‌عنوان یک مسئله‌ی قابل‌کنترل نگاه

نتایج آزمون بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی در جدول (۵) آورده شده است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد ۷۹ درصد تغییرات متغیر گروه آزمایش مربوط به آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بوده است. تحلیل‌ها در مورد تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر راهبردهای مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نیز نشان می‌دهد ۶۳ درصد تغییرات متغیر گروه آزمایش مربوط به آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بوده است. همچنین نتایج تحلیل آماری در مورد تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر بهبود ناگویی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، نشان می‌دهد ۶۰ درصد تغییرات متغیر گروه آزمایش مربوط به آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بوده است که میزان آن مناسب است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم صورت گرفت. نتایج تحقیق حاضر نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون بعد از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته‌ها می‌تواند به‌نوعی همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش‌های تینگ و ویس (۲۰۱۷)، امینی و همکاران (۱۳۹۹)، لوکوئه سالاس و همکاران (۲۰۱۷)، دویی و همکاران (۲۰۱۰)، خوشابی و همکاران (۱۳۸۹) باشد که نشان داده‌اند آموزش تنظیم هیجان منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی در مادران و والدین کودکان اوتیستیک می‌شود. در واقع آموزش تنظیم هیجان باعث بهبود کیفیت

اجتنابی، کاهش اعتمادبه‌نفس و در نتیجه نارضایتی از زندگی و کیفیت پایین آن منجر خواهد شد. لذا ارائه‌ی آموزش تنظیم هیجان به این مادران می‌تواند به‌عنوان یک مداخله‌ی مثبت، به تنظیم هیجان‌ات منفی جهت انتخاب راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در برابر استرس والدگری کمک کند.

یافته دیگر پژوهش نشان می‌دهد که آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر ناگویی هیجانی در مادران کودکان اوتیستیک مؤثر است. نتیجه این پژوهش هم سو با پژوهش دویی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که تنظیم هیجان با ناگویی هیجان مرتبط می‌باشد.

نقص و نارسایی در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی با عواطف منفی بیشتری همراه است. در واقع آموزش تنظیم هیجان شامل تکنیک‌ها و راهبردهایی است که در کاهش ناگویی هیجانی مؤثر است. برنامه‌ی آموزش تنظیم هیجان با ایجاد نگرش‌های مثبت و افزایش حس کنترل سبب کاهش ناگویی هیجانی می‌شود (استراب، ۲۰۱۶). بر اساس نتایج حاصل از پژوهش‌ها می‌توان گفت برنامه‌ی آموزش تنظیم هیجان با ایجاد نگرش‌های مثبت و افزایش حس کنترل سبب کاهش ناگویی هیجانی می‌شود، در نتیجه آموزش مهارت‌های ابراز هیجان به‌عنوان یکی از تکنیک‌های تنظیم هیجان در کاهش ناگویی هیجانی مؤثر می‌باشد.

در این مطالعه اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مورد بررسی قرار گرفت و نتایج به‌دست‌آمده نشان داده است که آموزش تنظیم هیجان در بهبود کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی مادران کودکان اوتیستیک تأثیر دارد. همچنین آموزش مؤثرتر والدین کودکان استثنایی از جمله کودکان اوتیستیک نیازمند برنامه‌ریزی‌های آموزشی و حمایت‌های لازم از طرف افراد و ارگان‌های مرتبط با والدین این کودکان می‌باشد.

می‌کنند و توان مدیریت آن را می‌یابند؛ به همین دلیل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند (لوکاس و داینر، ۲۰۱۵). هیجان و عواطف مثبت به احساس خودکارآمدی ادراک شده‌ی بالا می‌انجامد و این مسئله بر تأیید باورهای مرتبط با داشتن توانایی لازم برای مقابله با مشکلات و توانایی حل مسئله، تأثیرگذار است (تینگ و ویس ۲۰۱۷).

با توجه به اطلاعات به‌دست‌آمده در این پژوهش تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تأیید شد. یافته‌ها با نتایج پژوهش امینی و همکاران (۱۳۹۹) هم سو می‌باشد.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد اگرچه وجود یک کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به‌منزله‌ی یک معضل و رویدادی استرس‌زا تلقی می‌شود، ولی مادرانی که از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگار استفاده می‌کنند و توان مدیریت آن را (هیجان) می‌یابند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند. در نتیجه از طریق آموزش راهبردهای تنظیم هیجان می‌توان به مدیریت هیجان و کاهش هیجان‌های منفی و ناسازگار پرداخت و به‌تبع آن کیفیت زندگی را ارتقا بخشید.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر آموزش تنظیم هیجان باعث استفاده‌ی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و سازگار در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، شده است. نتایج به صورت غیر مستقیم با پژوهش لوکوئه سالاس و همکاران (۲۰۱۷) هم سو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان چنین گفت هرچه افراد از راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار استفاده کنند، توانایی بیشتری در مهار فشارهای روانی و مدیریت هیجان‌ات خود دارند. مادران کودکان اوتیستیک، بیشتر از شیوه‌های مقابله‌ی هیجان مدار و ناکارآمد استفاده می‌کنند که این امر توانایی کنترل هیجان‌ات، تاب‌آوری و مهار فشارهای روانی را در آن‌ها به شیوه‌ی کارآمد کاهش می‌دهد و این احساس فقدان کنترل، سطح تنش هیجانی آن‌ها را بالا می‌برد. بالا بودن سطح تنش هیجانی به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد هیجان مدار، رفتار

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، به‌خصوص مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مرکز کاردرمانی بینش که ما را در انجام این پژوهش بی‌نهایت یاری کردند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

- ۱۳۸۹). بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مقایسه‌ی آن با مادران کودکان عادی. خانواده پژوهی، ۶(۱): ۹۷-۸۷.
- رجبی دماوندی، گیلدا؛ پوشینه، کامبیز و غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). رابطه ویژگی های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در والدین کودکان با اختلال های گستره اوتیسم. کودکان استثنایی، ۹(۲): ۱۴۴-۱۳۳.
- سخاوتی، صهبا؛ خادمی، علی و شاکردولق، علی. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر باورهای اختلال خوردن، ناگویی هیجانی و کاهش وزن در زنان دارای اضافه‌وزن. مجله پرستاری و مامایی، ۱۹(۴): ۳۳۷-۳۲۶.
- صادق‌زاده، مرضیه؛ بهزادی، فاطمه؛ و خرمایی، فرهاد. (۱۳۹۹). مؤلفه‌های صبر مادر و توان بدرفتاری با کودک: نقش واسطه‌ای نارسانظم‌جویی هیجانی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۶(۶۳)، ۳۱۱-۳۲۰.
- عراقی، یحیی؛ بزازیان، سعیده؛ امیری مجد، مجتبی و قمری، محمد. (۱۳۹۹). اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۱۱(۴۲): ۹۷-۸۳.
- عشورنژاد، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر افزایش تاب‌آوری و دل‌مشغولی‌های تحصیلی در دانش‌آموزان دختر نوجوان. روانشناسی کاربردی، ۱۰(۱): ۵۲۶-۵۰۱.
- عقیقی، آرش؛ محمدی، نورالله؛ رحیمی طاقانکی، چنگیز و ایمانی، مهدی. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی. مجله‌ی روانشناسی بالینی، ۳(۵۱): ۱۲۸-۱۱۰.
- مرادی‌کیا، حامد؛ ارجمندنیا، علی‌اکبر و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر
- آل بهبهانی، مرجان؛ کیخسروانی، مولود؛ امینی، ناصر؛ نریمانی، محمد و جامعی، بهنام‌الدین. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مداخلات مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی به مادران و لگودرمانی بر علائم اختلال اوتیسم در کودکان. مجله علوم روان‌شناختی، ۲۰(۹۷): ۱۱۲-۱۰۳.
- امینی، مهدی؛ شیاسی، یاسمن؛ مطلبی، زهرا؛ و لطفی، مژگان. (۱۳۹۹). نقش راهبردهای تنظیم هیجان و ویژگی‌های شخصیتی در کیفیت زندگی و سلامت روان مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۳(۲۷): ۴۳۰-۴۲۴.
- بشارت، محمدعلی؛ زاهدی تجریشی، کمیل و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. روانشناسی معاصر، ۲(۱۶): ۱۶-۳.
- بیراملوئی، صابر و عروتنی موفق، لیلا. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی - هیجانی بر ابراز وجود، کیفیت زندگی و خودکارآمدی دانشجویان دانشگاه آزاد همدان. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۱۳(۴۸): ۲۵-۱۳.
- حجتی، محمد؛ قدم‌پور، عزت‌اله؛ عباسی، محمد؛ و صنوبر، عباس. (۱۳۹۸). اختلال های رفتاری کودکان و تنیدگی مادران: نقش واسطه ای خستگی و راهبردهای مقابله ای. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۶(۶۲)، ۲۱۵-۲۲۸.
- خوشایب، کتایون؛ فرزاد فر، سیده زینب؛ کاکا سلطان، بابک؛ پور اعتماد، حمیدرضا و نیکخواه، حمیدرضا.

- Hartley, S.L., Barker, E.T., Seltzer, M.M., -
-Greenberg, J.S. & Floyd, F.J. (2012). Marital satisfaction and parenting experiences of mothers and fathers of adolescents and adults with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 116, 81- 95.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>.
- Lazarus, R.S., & Folkman S. (1985). Coping and adaptation gentry. In W. D. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 262-325). New York: Guilford press.
- Lucas, R.E., & Diener, E. (2015). Personality and subjective well-being: Current issues. and controversies. In M. Mikulincer, P. R. Shaver, M. L. Cooper, & R. J. Larsen (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology*, Vol. 4. *Personality processes and individual differences* (pp. 577-599). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14343-026>.
- Ludlow, A., Skelly, C. & Rohleder, P. (2012). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Health Psychology*, 17, 702- 711. Masten
- Luque Salas, B., Yanez Rodriguez, V., Tabernero Urbieto, C. & Cuadrado, E. (2017). The role of coping strategies and self-efficacy as predictors of life satisfaction in a sample of parents of children with autism spectrum disorder. *Psicothema*, 29(1):55-60.
- Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K. & Noens, I. (2014). Maternal Parenting Behavior and Child Behavior Problems in Families of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 501-512.
- Min, S.K., Lee, C.I., Kim, K.I., Suh, S.Y. & Kim, D.K. (2006). Development of the Korean versions of WHO quality of life scale and WHOQOLBREF. *Qual Life Res*, 1, 593-600.
- Nowak, P.F., Boz'ek, A. & Blukacz, M. (2019). Physical activity, sedentary behavior, and quality of life among university students. *Hindawi BioMed Research International*, Article ID 9791281, 1-10.
- بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *مجله‌ی پرستاری کودکان*, ۳(۱): ۶۰-۵۱.
- Abidin, R.R., & Burnner, J.F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal Clinical Child Psychology*, 24, 31-40.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed)*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bagby, R.M., Taylor, G.J. & Parker, J.D.A. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bonis, S. (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues in mental health nursing*, 37(3), 153-63.
- Cai, R.Y., Richdale, A.L., Dissanayake, C., Trollor, J. & Uljarević, M. (2019). Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go. *Autism Research*, 11(7), DOI:10.1002/aur.1968.
- Christensen, D.L., Bilder, D.A., Zahorodny, W., Pettygrove, S., Durkin, M.S., Fitzgerald, R.T. & et al. (2016). Prevalence and characteristics of Autism spectrum disorder among 4-year-old children in the Autism and developmental disabilities monitoring network. *J Dev Behav Pediatr*, 37(1):1-8. DOI: 10.1097/dbp.0000000000000235.
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280.
- Dubey, A., Pandey, R. & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Researches*, 7, 20-31.
- Forjaz, M., Rodriguez, C., Ayala, A., Rodriguez, V., Pedro, J. & Garcia, S. (2015) Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Int Med*, 2, 54-71.
- Gothwal, V.K., Bharani, S. & Reddy, S.P. (2015). Measuring coping in parents of children with disabilities: a rasch model approach. *PloS one*, 10(3), e0118189.

Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>.

-Ting, V., & Weiss, J.A. (2017). Emotion Regulation and Parent CoRegulation in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(3), 680-9.

-Vespa, A., Jacobsen, P.B., Spazzafumo, L. & Balducci L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *PsychoOncology*, 20(1):5-11. doi:<https://doi.org/10.1002/pon.1719>.

-Waller, E., & Scheidt, C.E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, 13-24.

-Winton, A.S.W., & Adkins, A.D. (2009). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases children's compliance. *Journal of Child and Family Studies* (published online 26/03/09). doi: 10.1007/s10826-009-9272-z.

-Yeh, C.H., Lee, T.T., Chen, M.L. & Li, W. (2000). Adaptational process of parents of pediatric oncology patients. *Pediatric Hematology and Oncology*, 17(2), 119-131.

-Onglchandran, V., & Peng, R. (2005). Stress experienced by mothers of Malaysian children with mental retardation. *Intellectual Disabilities*, 49, 657-666.

-Parker, J., Taylor, G., & Bagby, R. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual*, 107-115.

-Popkirov, S., Flasbeck, V., Schlegel, U., Juckel, G., & Brune, M. (2018). Alexithymia in borderline personality disorder is not associated with deficits in automatic visual processing of negative emotional stimuli. *Psychiatry Research*, 263, 121-124.

-Salovita, T., Ltalinna, M. & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability. *Journal Intellectual Disabilities Research*, 47, 103120.

-Steinman, G. (2019). Prenatal identification of autism propensity. *Medical Hypotheses*, 122, 210-211.

-Straub, R. (2016). *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach*. New York: Macmillan Learning.

-Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness.



The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Quality of Life, Coping Strategies and Emotional Alexithymia of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in Isfahan City

Laleh Naderiasl¹, Maryam Kadkhodae^{*2}

- 1) MA student, Department of Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2) Assistant Prof, Department of Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
-

Abstract

The aim of the study was to investigate the effectiveness of emotion regulation training on the quality of life, coping strategies, and alexithymia of mothers of children with autism spectrum disorder. The research method was semi-experimental with pretest-posttest design with a control group. The statistical population of all mothers of autistic children referring to a rehabilitation center for autistic children in Isfahan was 80 people. 30 mothers with children with autism spectrum disorder were selected by available sampling method and randomly assigned to two experimental groups (15 people) and control group (15 people). The mothers of the experimental group were trained in emotion regulation based on the Gross model (2002) during 8 sessions that were 2 hours, while the control group did not receive any intervention during this period. Before and after the training, all subjects answered the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1989), the Lazarus and Folkman Coping Strategies Questionnaire (1984) and the Toronto Alexithymia Scale-20 Questionnaire (1994). Data were analyzed using SPSS software version 24 and univariate and multivariate analysis of covariance. The results of the research showed that the scores of quality of life and coping strategies of the experimental group were significantly higher and the scores of alexithymia were significantly lower ($P < 0.05$) in the post-test stage compared to the control group. These findings, suggest that emotion regulation training is a suitable way to improve the quality of life, coping strategies and alexithymia in mothers of children with autism spectrum disorder.

Keywords: emotion regulation, quality of life, coping strategies, alexithymia, Autism
