اثربخشی مداخله رفتاری شناختی بر انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به‌خود مادران کودکان کم‌توان ذهنی

▫ **مدینه کیانی**، گروه روان‌شناسی، واحددزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران
▫ **همایون هارون رشیدی***، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/ ۰۹ ● تاریخ انتشار: بهمن و اسفند ۱۴۰۴ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۱۷ الی ۲۸

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی مداخله رفتاری شناختی بر انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر مسجدسلیمان در سال ۱۴۰۳ (۹۲ نفر) و نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این مادران (۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه) بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایشی برنامه مداخله را طی ۸ هفته و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های انسجام خود (آنتونوسکی، ۱۹۹۷)، تنظیم هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و شفقت به‌خود (نف، ۲۰۱۶) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد، بین گروه‌های آزمایشی و گواه از نظر انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/001$). به‌عبارتی، مداخله رفتاری شناختی باعث بهبود انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود در گروه آزمایشی (مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی) نسبت به‌گروه گواه شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که می‌توان با آگاهی‌دادن و کمک به بازسازی شناختی، کنترل هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات منفی کرده و سبب کاهش آسیب روانی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شد.

واژه‌های کلیدی: انسجام خود، تنظیم هیجان، شفقت به‌خود، مداخله رفتاری شناختی

* Email: Haroon_rashidi2003@yahoo.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مقدمه

کم‌توانی‌ذهنی[1] دربرگیرنده آسیب به‌توانایی‌های ذهنی کلی است که عملکرد سازگارانه در ۳ حوزه ادراکی، اجتماعی و کارکردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به نوبه خود توانایی فرد برای مقابله با تکالیف و وظایف روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). کم‌توانی‌ذهنی در کودکان منبع تنیدگی برای خانواده و مراقب است که می‌تواند به اختلال قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی-شغلی و آسیب به‌کیفیت زندگی مراقبان شود (۲) و با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آنها نیز تأثیر می‌گذارد (۳).

زمانی که خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی با خانواده‌های عادی مقایسه می‌شوند، نه‌تنها مادران چنین فرزندانی از سلامت روان کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی برخوردارند، بلکه آنها به‌طور معناداری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آنها نیز در مقایسه با گروه عادی، مختل است و به‌طور معمول مادران کودکان کم‌توان ذهنی اضطراب و افسردگی، احساس گناه و سطح سلامت عمومی پایین را تجربه می‌کنند (۴). پژوهشگران بر این باورند که افسردگی و تنهایی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی حاکی از عدم تکامل حس انسجام آنان است (۵). همچنین ازآنجایی‌که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که یکی از راه‌های کنترل بهتر اضطراب و افزایش بهزیستی شخصی، بالا بردن احساس انسجام است. می‌توان، پایین بودن احساس انسجام روانی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی را تا حدود زیادی از علل کاهش سلامت روانی آنها به‌حساب آورد (۶). مفهوم حس انسجام[2] در سال‌های اخیر به درک بهتر از عناصر اجتماعی مؤثر بر سلامت و بیماری کمک کرده و همچنین توجه رو به تزایدی را به‌عنوان یک مدل مرتبط با سلامتی به‌خود جلب کرده است. این مفهوم برای اولین بار توسط آرون آنتونوفسکی در سال ۱۹۹۳ ابداع و به جهت‌گیری کلی شخص نسبت به زندگی و جهان اشاره دارد که به افراد در مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی‌شان کمک می‌کند (۷). حس انسجام از ۳ مؤلفه قابل درک، مدیریت‌پذیری و معناداری تشکیل شده است (۸). و منعکس‌کنندهٔ اعتقاد فرد به توانایی آنها برای مدیریت موقعیت‌های مختلف است که احساس استقلال و اتکا به خود را افزایش می‌دهد و رفتارهای مرتبط با سلامتی و بهبود عملکرد را ارتقاء می‌بخشد (۹). پژوهشگران بر این باورند که از طریق حس انسجام روانی قوی می‌توان توجیه کرد که چرا بعضی افراد با وجود میزان بالایی از تنش، توان مقابله بالاتر داشته و سالم‌تر می‌مانند (۱۰). همچنین حس انسجام با بهزیستی و تنش روان‌شناختی مرتبط است و افراد با حس انسجام بالا دنیا را پیش‌بینی پذیر، کنترل‌پذیر و معنادار ادراک می‌کنند و عوامل استرس‌زا را به‌صورت چالش می‌نگرند به‌طوری‌که می‌توان این سازه را پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی دانست (۶). نظر به اینکه حس انسجام می‌تواند به بهبود عملکرد جسمانی و حمایت اجتماعی کمک کند، بر لزوم تدوین استراتژی‌ها و انجام مداخلات مبتنی بر ارتقای حس انسجام تأکید می‌شود.

یکی از عواملی که در ارتباط با حس انسجام مورد توجه قرار گرفته، تنظیم هیجان[3] است (۱۱). تنظیم هیجان، به توانایی تعدیل شدت، فراوانی و مدت زمان هیجان‌های مثبت و یا منفی اشاره دارد (۱۲). تنظیم هیجان فرایند دریافت، نگهداری و کنترل وقایع، شدت و مدت هیجان احساس‌شده، فرایندهای فیزیولوژیکی مرتبط به هیجان، حالت بیان چهره و رفتار قابل مشاهده است (۱۳). در سبب‌شناسی مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی همواره تأکید زیادی بر نقش تنظیم هیجان می‌شود (۱۴). تنظیم هیجان از طریق شناخت به‌طور جدایی ناپذیری با زندگی انسان آمیخته است و او را یاری می‌کند تا مثل زمانی که با حوادث فشارزا یا تهدیدکننده روبه‌رو شود، هیجان‌ها یا احساساتش را مدیریت یا تنظیم کند و روی آنها تسلط داشته باشد و در هیجاناتش غرق نشود (۱۵). مروری بر پژوهش‌ها، نشان‌دهندهٔ عدم توافق نظر در خصوص تعریف سازه تنظیم هیجان و تأکید بر نقش بسیار مهم و کلیدی این سازه در آسیب‌شناسی روانی، سلامت و بیماری افراد است و برخی از اختلالات مانند افسردگی، اضطراب اجتماعی و اسکیزوفرنی، با استفادهٔ همیشگی از برخی از راهبردهای تنظیم هیجان خاص رابطهٔ مستقیم دارند. علاوه بر این، مروری بر پژوهش‌های صورت‌گرفته در زمینه نقش تنظیم هیجان در آسیب‌شناسی روانی و اختلالات روانی، لزوم پرداختن به پژوهش‌های بیشتر در خصوص نقش تنظیم هیجان در برخی از

1. Intellectual disability
2. Sense of coherenc
3. Emotion regulation

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

اختلالات روانی از جمله اختلالات شخصیت را نشان می‌دهد (۱۶). از آنجا که تنظیم هیجان نقش محوری در تحول بهنجار داشته و ضعف آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال‌های روانی به‌شمار می رود، متخصصان بر این باورند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌هایِ خود در برابر رویدادهای روزمره نیستند، به میزان بیشتری نشانه‌های تشخیصی اختلال‌های روانی را نشان می‌دهند و کیفیت زندگی در آنان اُفت قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت (۱۷). بر اساس یافته‌های کیوانلو و همکاران مادران کودکان کم‌توان ذهنی به‌خاطر آسیب‌پذیری روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی دارای طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، جهت‌گیری زندگی پایین، دشواری در تنظیم هیجان و آشفتگی روان‌شناختی بیشتری در مقایسه با مادران کودکان عادی هستند (۱۸) که نیاز است با بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب، نسبت به رفع این مشکلات اقدام نمود.

از مفاهیم دیگر مرتبط با حس انسجام، شفقت به خود[1] است (۱۱). نتایج مطالعات نشان می‌دهند افرادی که حس انسجام بالاتری دارند، از شفقت به‌خود بالایی نیز برخوردارند (۱۹). مفهوم شفقت به خود از سوی کریستین نف مطرح شد و به حالتی اشاره می‌کند که در آن فرد نسبت به رنج کشیدن خود، نوعی موضع دلسوزانه و مشفقانه اتخاذ می‌کند (۲۰). همچنین شفقت به خود به‌عنوان کیفیتِ در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و با مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی، همانند نوع‌دوستی، مهربانی و شادی همراه است (۲۱). این سازه شامل ۳ مؤلفه‌ی اصلی؛ مهربان بودن به خود، وجه مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی است. شخصی که شفقت به خود بالایی دارد، قادر است حتی هنگام مواجهه با ناکامی و بدبیاری، نگرش توأم با ملایمت و مهربانی نسبت به خود داشته باشد. چنین فردی درک می‌کند که تمام انسان‌ها شکست‌خورده و درد را تجربه می‌کنند. داشتن چنین ویژگی‌هایی، فرد را قادر می‌سازد احساسات و هیجان‌های خود را به‌طور مناسب تجربه نماید (۱۱). افرادی که نسبت به‌خود شفقت بالاتری دارند افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایتمندی بیشتری در زندگی خود برخوردارند (۲۱). همچنین از خود شفقتی می‌توان برای بهبود سلامت روان و ارتقای شیوه‌های پردازش هیجانی و فکری استفاده کرد (۲۲). افزایش شفقت با توجه به نقش محافظتی آن در برابر آسیب‌های روانی، می‌تواند در حفظ سلامت روان سودمند باشد. در همین راستا، نورسینا و کیانی نشان دادند شفقت به خود با کاهش ادراکات منفی در طول مراقبت از فرزند مبتلا به سرطان، کاهش علائم افسردگی را تسهیل می‌کند (۲۳). همچنین نتایج پژوهش‌های مختلف رابطه شفقت به خود را با شاخص‌های بهزیستی روانی از جمله افزایش خوش‌بینی، عزت‌نفس و شادی، و کاهش افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند (۲۴).

از جمله مواردی که می‌تواند تضمین‌کننده سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی باشد، انجام مداخله‌های درمانی در جهت بهبود انسجام خود، شفقت به خود و تنظیم هیجان آنها است. یکی از این مداخلات مؤثر در بارور ساختن زندگی این مادران، درمان رفتاری شناختی[2] است (۲۵). که به اختصار از آن به‌عنوان رویکرد سی بی تی نیز یاد می‌شود. یک رویکرد روان‌درمانی که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف‌مدار نشانه می‌گیرد. نام این روش اشاره به رفتاردرمانی، شناخت درمانی و به ترکیبی درمانی از این دو بر اساس اصول پایه و پژوهش‌های رفتاری و شناختی دارد (۲۶). در این درمان به افراد کمک می‌شود تا بتوانند در مدت زمان کوتاهی مهارت‌های خودیاری را کسب کنند و با ترس‌های خود روبه‌رو شوند و آنها را تعدیل کنند. این روش بر اساس روش‌های استقرایی به افراد کمک می‌کند که اعتقادها و افکار خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرند و آنها را مورد بررسی و آزمون قرار دهند تا اعتبار آنها را بسنجند. از این‌رو، موجب می‌شود که افراد از طریق تمرین‌ها بتوانند افکار و باورهای خود را تغییر دهند. و به افراد کمک می‌شود که بتوانند افکاری که غیرمنطقی و منفی هستند، بهبود بخشند و آنها را با دیدگاهی فرضیه‌انگارانه مورد بررسی و واکاوی قرار دهند (۲۷). نتایج غیاثی‌نژاد و همکاران حاکی از تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای مدیریت استرس و انسجام روان بود (۲۸). همچنین جمالی و همکاران نشان دادند گروه‌درمانی شناختی رفتاری تأثیر قابل قبولی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص داشته است (۲۹). علاوه‌براین، یافته‌های سادات سیدی و داستانی نشان داد، درمان شناختی-رفتاری منجر به بهبود سلامت روان و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی مادران

1. self-compassion
2. Cognitive Behavioral Therapy

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

دارای فرزند کم‌توان ذهنی شد (۳۰). براین‌اساس، درمان شناختی ـ رفتاری می‌تواند به‌عنوان الگویی مناسب، مطمئن و اثربخش در پیشگیری مشکلات روانی و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی به‌کار گرفته شود.

مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، تجارب رنج‌آور و دغدغه‌های روانی-اجتماعی بسیاری را پیرامون مراقبت از فرزند کم‌توان خود تجربه می‌کنند. این یافته‌ها ضرورت حمایت تخصصی از مادران را نشان می‌دهد و درمانگران را تشویق می‌کند هر یک از مقوله‌های حاصل را یک هدف درمانی بالقوه قرار دهند و با تقویت نقاط قوت مادران و کاهش نقاط آسیب‌پذیر، از آسیب‌های پیش‌رو جلوگیری به‌عمل آورند. همچنین، انجام پژوهش در زمینه شناسایی درمان‌های مؤثر بر مشکلات روان شناختی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی بسیار با اهمیت بوده و در نتیجه تأثیر مطلوبی بر نظام خانواده می‌گذارد. از آنجا که نقش اصلی در حفظ تعادل اجتماعی روانی خانواده بر عهده مادر است، ایجاد تنش و فشار در مادر بر سایر اعضای خانواده اثر می‌گذارد و با توجه به اینکه مادر نقش مهمی در سلامت روان اعضای خانواده دارد پرداختن به‌وضعیت مادران دارای کودکان با کم‌توانی ذهنی اهمیت زیادی دارد و با توجه به این موارد، بررسی‌های بیشتر در این زمینه ضروری به‌نظر می‌رسد.

باوجود اینکه مسائل و کشاکش‌های گوناگونی در خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی وجود دارد و مشکلات هیجانی و آشفتگی گسترده‌ای که مادران به‌خاطر داشتن چنین کودکانی تحمل می‌کنند و همین‌طور ضرورت یافتن شیوه‌هایی برای بهبود انسجام خود، شفقت به‌خود و تنظیم هیجان این مادران و با توجه به تأثیر احتمالی درمان رفتاری شناختی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران و همچنین با توجه به اینکه پژوهشی یکپارچه و عملیاتی درباره این موضوع پیدا نشد. از این‌رو، انجام این مطالعه می‌تواند بر دانش موجود در این زمینه بیافزاید و شواهد علمی سودمندی برای درمان رفتاری شناختی فراهم کند. از سوی دیگر، مادران نقش کلیدی در مراقبت و تربیت فرزندان بر عهده دارند و بیش از دیگر اعضای خانواده با مسئله معلولیت فرزندان و نیازهای خاص آنان درگیر می‌باشند و حضور پیوسته آنها در کنار فرزندان‌شان در مدارس و کلینیک‌های توان‌بخشی پیامدهای نامطلوبی برای آنها به‌همراه دارد و از آنجایی که کاهش مشکلات این مادران می‌تواند به‌بهبود وضعیت روان‌شناختی و تعامل آنها با این کودکان منجر شود، و با توجه به اینکه در ایران تاکنون اثربخشی درمان رفتاری شناختی بر انسجام خود، شفقت به‌خود و تنظیم هیجان مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی کار نشده است، ازاین‌رو هدف از پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این پرسش اساسی است که آیا مداخله رفتاری شناختی می‌تواند موجب بهبود انسجام خود، شفقت به خود و تنظیم هیجان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شود؟

روش

در این پژوهش از روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه استفاده شد.

جامعه آماری در برگیرنده کلیه مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر دختر مدارس کم‌توان ذهنی شهر مسجدسلیمان در سال ۱۴۰۳ و نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این مادران بود که به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در این پژوهش سن مادران بین ۲۰ الی ۴۵، داشتن نمرات پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌های انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود، طبقه اقتصادی و فرهنگی تقریباً متوسط، خانه‌دار بودن مادر، برخورداری از سلامت جسمانی و روانی، مدت تأهل بین ۵ الی ۱۰ سال، سن فرزند بین ۷ الی ۱۴ سال، دارا بودن فرزند دختر کم‌توان ذهنی (با داشتن تشخیص قطعی آموزش‌پذیر و در حال تحصیل در مدرسه کم‌توان ذهنی) و سطح تحصیلات مادر بالاتر از دیپلم بود و ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان: غیبت در حداقل ۲ جلسه و عدم مشارکت و همکاری در گروه بود.

ابزار پژوهش

مقیاس انسجام خود[1] (SCS): این مقیاس توسط آنتونوسکی ساخته شده است، ۲۹ گویه دارد و به‌صورت لیکرت ۷ درجه‌ای، از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود؛ حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب ۲۹ و ۲۰۳ است. نمره

1. Sense of Coherence Scale

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

بالاتر نشان‌دهنده انسجام بیشتر است. آنتونوسکی نشان داد این مقیاس تنها دارای یک عامل است که دارای روایی سازه و ثبات ساختار عاملی است و مقادیر ثبات درونی مقیاس در پژوهش‌های مختلف از ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ را شامل می‌شد (۳۱). اریکسون و لینداستروم نشان دادند این مقیاس دارای روایی و پایایی مطلوبی است و تنها یک عامل دارد که ۰/۶۶ واریانس را تبیین می‌کند (۳۲). در پژوهش علی‌پور و شریف تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس تنها یک عامل دارد که ۰/۷۶ واریانس را تبیین می‌کند و همه گویه‌ها در این یک عامل بارگیری می‌شوند. همچنین همسانی درونی گویه‌های مقیاس برابر با ۰/۹۷ به‌دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس است (۳۳). در این پژوهش، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمده است.

پرسشنامه تنظیم هیجان[2]: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران تهیه شده است (۳۴). این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی و دارای ۳۶ گویه است و شامل ۲ خرده مقیاس راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت مجدد و کم اهمیت شماری) و راهبردهای منفی شناختی تنظیم هیجان (خود سرزنش‌گری، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیزپنداری و نشخوار فکری) است که ۲۰ گویه پرسشنامه راهبردهای مثبت و ۱۶ گویه دیگر راهبردهای منفی شناختی تنظیم هیجان را می‌سنجد. در این پژوهش از راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجان استفاده شده است. اجرای این پرسشنامه بسیار آسان و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده است. این پرسشنامه با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هیچ‌وقت (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان بهتر و نمره پایین‌تر نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان نامطلوب است. گارنفسکی و همکاران پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ و با روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۷۷ گزارش دادند. روایی هم‌زمان پرسشنامه از طریق همبستگی میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب بود که این همبستگی به‌طور مثبت معنادار بوده است (۳۴). نسخه فارسی پرسشنامه توسط حسنی تدوین شده است و پایایی زیرمقیاس‌های آن بر اساس روش‌های هم‌سانی درونی ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ و بازآزمایی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ و روایی ملاکی بر اساس محاسبه همبستگی آن با نمره‌های سیاهه دوم افسردگی بک ۰/۲۵ تا ۰/۴۸ و سازه آن بر اساس تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس (تبیین ۷۴ درصد واریانس) مطلوب گزارش شده است (۳۵). هم‌چنین در مطالعه حسنی و میرآقایی روایی محتوایی پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجان براساس داوری ۸ نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش شده است و نهایتاً با مد نظر قرار دادن روایی ملاکی، زیرمقیاس‌های نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجان به صورت خاص با علایم افسردگی همبسته بودند (۳۶). در این پژوهش پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمده است.

مقیاس شفقت به خود: این مقیاس توسط نف ساخته شد (۲۰). که شامل ۲۶ گویه و ۶ مؤلفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم= ۵ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات برای کل مقیاس از ۲۶ تا ۱۳۰، برای خرده مقیاس‌های مهربانی نسبت به خود و قضاوت خود از ۵ تا ۲۵ و برای خرده مقیاس‌های اشتراک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و بیش‌همانندسازی از ۴ تا ۲۰ می‌باشد. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره‌گذاری معکوس است. نف روایی سازه مقیاس را با روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، بررسی و تأیید و پایایی آن‌را با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و بازآزمایی دوهفته‌ای ۰/۹۱ گزارش کرد (۲۰). در پژوهش محمدعلی و همکاران تحلیل عاملی اکتشافی وجود ۶ عامل را نشان دادند که در مجموع ۶۸/۲۴ درصد از از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی افزون بر تأیید نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، تعریف مفهومی و استفاده از نمرهٔ کل را مجاز برشمردند. ضریب پایایی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و به روش بازآزمایی ۰/۷۵ به‌دست آمد (۳۷). همچنین در پژوهش مجیدی و همکاران روایی محتوایی با نظر متخصصان تأیید و مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۸). در این پژوهش پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمده است.

1. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

روش اجرا

به‌منظور انجام این پژوهش در ابتدا با هماهنگی‌های لازم با مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول و آموزش و پرورش شهرستان مسجد سلیمان و کسب مجوزهای لازم، نمونه‌گیری صورت گرفت. انتخاب نمونه به‌صورت هدفمند و از میان مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر دختر مدارس کم‌توان ذهنی شهر مسجدسلیمان در سال ۱۴۰۳ صورت گرفت که در فراخوان عمومی جهت شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کرده بودند و مورد غربال قرار گرفتند. پس از تعیین نمونه و مشخص‌شدن گروه‌های گواه و آزمایشی، در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود بر روی هر ۲ گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایشی تحت برنامه مداخله رفتاری شناختی قرار گرفت (گروه گواه تحت آموزش قرار نگرفت). مداخله رفتاری شناختی براساس زمان‌بندی توافقی طی ۸ هفته ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی و در هفته یکبار در یکی از مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر مسجد سلیمان توسط درمانگر مجرب و دارای تجربه و با پرداخت هزینه ایاب و ذهاب شرکت‌کنندگان توسط پژوهشگر اجرا شد. بعد از اتمام جلسات مداخله، پرسشنامه‌های انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود به‌عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه گواه نیز به‌صورت رایگان جلسات درمانی اجرا شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت‌کننده به‌صورت محرمانه درنظر گرفته شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، در آغاز هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد و با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، حفظ رازداری، توضیح داده شد که شرکت در این طرح پژوهشی اختیاری بوده و آزمودنی حق دارد از پژوهش انصراف دهد. سرانجام پس از گذشت ۲ ماه از پایان مداخله‌های درمانی، جلسه پیگیری برگزار شد و در این جلسه آزمون پیگیری برروی هر ۲ گروه انجام پذیرفت. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی همچون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لازم به ذکر است به‌منظور بررسی فرض همسانی واریانس‌های ۲ گروه در پیش‌آزمون از آزمون لون استفاده شد. کلیه تحلیل‌های آماری پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

مداخلهٔ رفتاری شناختی

برای انجام درمان شناختی رفتاری از دستورالعمل‌های ارائه‌شده در کتاب کار ردفور به‌عنوان راهنمای درمان استفاده شد (۳۹). شرح مختصر جلسه‌های درمانی در ادامه ارائه شده است.

جدول ۱) ساختار محتوای جلسات مداخله شناختی رفتاری (۳۹)

جلسه	اهداف	محتوا
۱	آشنایی با مدل شناختی-رفتاری	خوش‌آمدگویی، مطرح‌کردن قوانین اصلی، آشنایی اعضای گروه باهم، بحث راجع به اهمیت سبک زندگی و عوامل کاهنده کیفیت زندگی، جهت دادن و آشناکردن افراد با مداخله شناختی رفتاری، آموزش تن‌آرامی، تعیین برنامه و اهداف اولیه درمان.
۲	آشنایی با افکار غیرمنطقی	یادآوری جلسه قبل، ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و توضیح درباره خطاهای پردازش، ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، شناسایی افکار برانگیزاننده احساسات ناخوشایند. تعیین تکلیف خانگی شامل ارزیابی نگرانی مادران، سنجش خلق و فعالیت روزانه، تمرین فنون تن‌آرامی و تمرین ارتباط بین افکار و احساسات، شناسایی افکار غیرمنطقی، تکمیل برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد.
۳	آشنایی با فنون به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی	یادآوری جلسه قبل، آموزش ارزیابی افکار و چالش‌های آنها به‌عنوان راهکارهایی برای تغییر افکار غیرمنطقی، تشریح ارتباط متقابل افکار و هیجانات، معرفی انواع رایج افکار منفی و تحریفات شناختی و چگونگی شناسایی آنها. تعیین تکلیف خانگی شامل تکمیل برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، دسته‌بندی باورها، تمرین فنون آرام‌سازی.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

جلسه	اهداف	محتوا
۴	آموزش مدیریت خشم	یادآوری جلسه قبل، آموزش مدیریت خشم و اضطراب و استرس، جایگزین افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی. تعیین تکلیف خانگی شامل فعال‌سازی رفتاری، فنون آرام‌سازی، ثبت مجدد افکار ناکارآمد، شناسایی رفتارهای نگران‌کننده و اجتنابی منفعل
۵	آموزش شیوه حل مسئله	یادآوری جلسه قبل، آموزش شیوه حل مسئله، روابط اجتماعی و میان‌فردی و نقش معنویت در ارتقای کیفیت زندگی، آموزش انواع سبک‌های مقابله کارآمد و اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر. تعیین تکلیف خانگی شامل فعال‌سازی رفتاری، فنون آرام‌سازی و ثبت مجدد افکار ناکارآمد، به‌کارگیری شیوه حل مسئله و تمرین مقابله‌ای، شناسایی باورهای نگران کننده
۶	آشنایی با سبک زندگی سالم	یادآوری جلسه قبل، بحث درباره اهمیت شیوه زندگی و نداشتن کیفیت زندگی مطلوب به وجودآورنده بیماری‌های فردی، آموزش روش‌های مدیریت خشم. تعیین تکلیف خانگی شامل استفاده از روش‌های مدیریت خشم، فنون آرام‌سازی، ثبت تفکر، شناسایی فعالیت‌های مورد غفلت واقع‌شده، تغییر رفتار در سبک زندگی.
۷	راهکارهایی افزایش کیفیت زندگی	یادآوری جلسه قبل، توصیه راهکارهایی برای ایجاد سبک زندگی مناسب و کیفیت زندگی مطلوب، آموزش خودابرازی در روابط بین‌فردی، توضیح فواید حمایت اجتماعی، ارزیابی شبکه حمایت اجتماعی، بحث درباره به پایان آمدن درمان و آماده‌سازی برای تغییرات و دریافت بازخورد.
۸	جمع‌بندی و پس‌آزمون	مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبل، توزیع پرسشنامه برای پس‌آزمون.

یافته ها

داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی در گروه آزمایشی ۳۴/۲ سال و در گروه گواه ۳۴/۶ سال است. شایان ذکر است مقایسه سن ۲ گروه آزمایشی و گواه نشان‌دهنده آن است که بین ۲ گروه تفاوت معناداری نیست و بر این اساس نیازی به تفکیک اثر این متغیر وجود ندارد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش (انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک ۲ گروه آزمایشی و گواه در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیرها	شاخص‌ها	گروه آزمایشی		گروه گواه	
		M	SD	M	SD
انسجام خود	پیش‌آزمون	۸۶/۱۴	۷/۳۴	۸۶/۱۵	۷/۲۳
	پس‌آزمون	۱۲۸/۷۱	۱۰/۴۲	۸۸/۱۱	۷/۱۱
	پیگیری	۱۳۰/۵۶	۱۰/۶۶	۸۸/۳۲	۷/۰۹
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۳۶/۲۱	۵/۱۴	۳۵/۴۲	۵/۳۵
	پس‌آزمون	۵۶/۶۲	۷/۱۸	۳۶/۱۳	۵/۸۱
	پیگیری	۵۸/۶۷	۷/۱۶	۳۶/۶۵	۵/۳۲
شفقت به خود	پیش‌آزمون	۴۲/۱۱	۶/۱۳	۴۲/۸۷	۶/۴۲
	پس‌آزمون	۷۳/۶۴	۸/۱۶	۴۳/۴۱	۶/۱۸
	پیگیری	۷۴/۱۳	۸/۱۹	۴۳/۹۸	۶/۴۷

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مندرجات جدول (۲) نشان می‌دهد که ۲ گروه پژوهش در تمامی متغیرهای مورد مطالعه در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت‌های چشم‌گیری با یکدیگر نداشته‌اند؛ چرا که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها، تقریباً به هم نزدیک بوده است اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین و انحراف استاندارد، گروه آزمایشی در متغیرهای انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود تغییرات محسوسی داشته است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا، ابتدا برای بررسی همگونی واریانس ۲ گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه‌شده در مورد انسجام خود [$P=۰/۳۰۲>۰/۰۵$ $F_{(۱و۲۸)}=۱/۱۰۱$]، تنظیم هیجان [$P=۰/۲۳۴>۰/۰۵$ $F_{(۱و۲۸)}=۱/۵۶۷$]، و شفقت به خود [$P=۰/۲۸۳>۰/۰۵$ $F_{(۱و۲۸)}=۱/۲۱۱$]، به‌لحاظ آماری معنادار نبود. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح ۰/۰۵ در متغیرهای انسجام خود [$F=۱/۱۲۰$ $P=۰/۲۴۵>۰/۰۱$]، تنظیم هیجان [$F=۰/۲۵۱$ $P=۰/۷۲۳>۰/۰۱$] و شفقت به خود [$F=۰/۴۷۶$ $P=۰/۹۸۱>۰/۰۱$] بود. همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت دادها برای متغیرهای انسجام خود (Machly's=۰/۴۵۱ ،P=۰/۷۹۴)، تنظیم هیجان (Machly's =۰/۳۱۲ ،P=۰/۵۳۸) و شفقت به خود (P=۰/۸۷۲، Machly's=۰/۵۲۳) رعایت شده است. جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست.

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص‌ها	SS	Df	MS	F	P	Eta
انسجام خود	زمان	۳۲۰/۳۲	۲	۱۶۰/۱۶	۴۷/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
	گروه‌بندی	۵۲۱/۷۰	۱	۵۲۱/۷۰	۳۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲
	تعامل زمان و گروه	۲۷۳/۱۲	۱	۲۷۳/۱۲	۵۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
تنظیم هیجان	زمان	۲۵۰/۲۲	۲	۱۲۵/۱۱	۳۹/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
	گروه‌بندی	۶۱۲/۲۲	۱	۶۱۲/۲۲	۳۳/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸۰
	تعامل زمان و گروه	۵۶۸/۱۵	۱	۵۶۸/۱۵	۴۱/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
شفقت به خود	زمان	۳۵۴/۳۶	۲	۱۲۷/۱۸	۴۸/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
	گروه‌بندی	۵۸۱/۱۹	۱	۵۸۱/۱۹	۴۴/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
	تعامل مراحل و گروه	۳۲۰/۴۰	۱	۳۲۰/۴۰	۴۳/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد براساس ضرایب F محاسبه‌شده، عامل زمان یا مرحلهٔ ارزیابی تأثیر معناداری بر نمره انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود داشته است ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر نشان می‌دهد عامل زمان ۰/۵۸ درصد از تفاوت در واریانس نمره انسجام خود ، ۰/۴۲ درصد از تفاوت در واریانس نمره تنظیم هیجان و ۰/۵۲ درصد از تفاوت در واریانس نمره شفقت به خود مادران کودکان کم‌توان ذهنی را تبیین می‌کند. همچنین براساس ضریب F محاسبه‌شده، تأثیر عامل گروه‌بندی (مداخله رفتاری شناختی) نیز بر نمره انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود مادران کودکان کم‌توان‌ذهنی معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر نشان می‌دهد عامل گروه‌بندی ۰/۴۹ درصد از تفاوت در واریانس نمره انسجام خود، ۰/۳۸ درصد از تفاوت در واریانس نمره تنظیم هیجان و ۰/۴۳ درصد از تفاوت در واریانس نمره شفقت به خود مادران

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

کودکان کم‌توان ذهنی را تبیین می‌کند. علاوه‌براین، نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل گروه‌بندی و عامل زمان بر نمره انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود مادران کودکان کم‌توان ذهنی معنادار است (p<۰/۰۰۱). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که نوع درمان دریافتی (مداخله رفتاری شناختی) در مراحل مختلف ارزیابی نیز بر نمره انسجام خود مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر معنادار داشته است. اندازهٔ اثر نشان می‌دهد اثر تعامل گروه‌بندی و زمان ۶۱ درصد از تفاوت در واریانس نمره انسجام خود، ۴۱ درصد از تفاوت در واریانس نمره تنظیم هیجان و ۵۴ درصد از تفاوت در واریانس شفقت به خود مادران کودکان کم‌توان ذهنی را تبیین می‌کند.

همچنین نتایج آزمون بونفرنی نشان داد بین میانگین نمرات مرحلهٔ پش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود تفاوت معناداری وجود دارد. این بدان معنا است که مداخله رفتاری شناختی توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییرکنند. یافتهٔ دیگر نشان داد بین میانگین نمرات مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که نمرات انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود که در مرحلهٔ پس‌آزمون دچار تغییر معناداری شده بود، توانسته این تغییر را در دورهٔ پیگیری نیز حفظ کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد مداخله رفتاری شناختی بر انسجام خود مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثربخش است. این یافته با نتایج جمالی و همکاران (۲۹) و سادات سیدی و داستانی (۳۰) هم‌خوان و هم‌سو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مداخله شناختی رفتاری موجب آگاهی فرد از حالات ذهنی، هیجانی و جسمانی می‌شود که حاصل اتخاذ موضعی غیرقضاوتی و پذیرش موقعیت کنونی و محدودیت‌های موجود در این موقعیت و کنار آمدن با تعارضات پیش‌آمده می‌شود و منجر به تسلط بر نشانه‌های رفتاری، درک علت‌های رفتار و اولویت‌بندی آنها، چگونگی فکر کردن، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، آموزش مهارت حل‌مسئله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای جانشین می‌شود (۲۸). در درمان شناختی -رفتاری با تمرکز بر موفقیت‌ها و توانمندی‌های فرد و تقویت شناخت آنان به زندگی خودکارآمدی فرد را بالاتر برده و کمک می‌کند تا افراد موفقیت‌های بیشتری کسب کنند. همچنین در این درمان فرد می‌آموزد تا در برابر تنش‌ها از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر استفاده کند که به آنها کمک می‌کند از پس موقعیت‌های استرس‌زا بربیاید با تبدیل آموزه‌های این درمان، از سطح افکار به‌سطح رفتار به‌فرد کمک می‌شود تا مسئولیت رفتارهای خود و همچنین آینده خود را بر عهده گیرد و از این طریق انسجام خود در فرد تقویت می‌شود. همچنین این رویکرد با کاهش نشخوار ذهنی، احساس مسئولیت فرد را در مقابل رویدادهای منفی گذشته کاهش می‌دهد، و با القای تدریجی احساس عمیق رضایت از کار و افزایش انعطاف‌پذیری آنها باعث بهبود انسجام خود در فرد می‌شود. به این ترتیب، تلاش فرد را برای جبران موقعیت‌هایی که به اشتباه، ناکامل تصور می‌کند و به‌واسطه آن انسجام خود را بهبود و سازگاری او را افزایش می‌دهد.

همچنین نتایج نشان داد، مداخله رفتاری شناختی بر تنظیم هیجان مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثربخش است. این یافته با نتایج جمالی و همکاران (۲۹) و سادات سیدی و داستانی (۳۰) هم‌خوان و هم‌سو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مداخله شناختی-رفتاری با ایجاد تغییر درساخت ذهنی افراد، سعی در ایجاد باورهای منطقی و مبتنی بر تفکر در افراد می‌کند. تغییر در باورهای غلط و جایگزین نمودن باورهای مثبت و امیدبخش ازجمله پیامدهای مهم و مورد انتظار در این مداخله است. درمان شناختی رفتاری با بازسازی شناختی عینک فرد (ذهنیت) را نسبت به دنیا تغییر می‌دهد و همین تغییر نگرش منجر به کاهش هیجانات منفی می‌شود، در اصل از عامل تشدیدکننده (خطاهای شناختی) هیجانات منفی می‌کاهد. آموزش اصلاح شناختی منجر به در هم شکستن چرخه اتوماتیک غیر ارادی (فکر و هیجان) به شکل آگاهانه می‌شود و در نتیجه مدیریت هیجان را بهبود می‌بخشد. از سوی دیگر، بازسازی شناختی فرد منجر به این می‌شود که کمتر توجه انتخابی بر جوانب منفی بیماریش داشته و اسنادها به خودش را تعدیل و منطقی کند. افراد هیجانات خود را به ۲ طریق مجزا در زندگی تنظیم می‌کنند، یکی از طریق احساس هیجانی که فرد در درون خود احساس می‌کند (درون‌ریزی هیجانی) و دیگری چگونگی بروز هیجانات در موقعیت اجتماعی (برون‌ریزی هیجان) می‌باشد. درمان شناختی رفتاری باعث کاهش اجتناب فرد از هیجاناتش می‌شود، در اصل هیجانات را با استدلال شناختی قابل تحمل می‌کند و همین فرایند رنج

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

روانی ناشی افکار اتوماتیک که باعث تحریک هیجانات (منفی) می‌شود را کم کرده و در نهایت با کاهش هیجانات منفی به سمت افزایش هیجانات مثبت (شناخت و هیجان سالم) پیش می‌رود. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که به‌کارگیری فنون درمان شناختی رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی، موجب به‌چالش کشیدن افکار و به‌دنبال آن تغییر باورهای فرد خواهد شد و از این طریق به کم شدن هیجان‌ها و عواطف ناخوشایند آنها کمک خواهد کرد. لذا با توجه به اینکه رویکرد شناختی رفتاری معتقد است حالت‌های تنش‌زا همچون اضطراب؛ اغلب به‌وسیله افکار تحریف شده، افراطی و سوگیرانه، تداوم پیدا می‌کنند و از راه پردازش‌های غلط شدت می‌یابند، ازاین‌رو، این درمان بر روی تغییر تفسیرهای مادران از رویدادها تمرکز کرده و تلاش می‌کند که پردازش‌های آنان به‌صورت منطقی صورت گیرد. و ازآنجایی که اصل بنیادین درمان شناختی رفتاری بر این پایه استوار است که کنش‌ها و رفتارهای فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان هستی بستگی دارد، در این رویکرد تفسیرهای افراد را از موقعیت‌های تعارض برانگیز منحرف و یا به شکل مثبت تغییر می‌دهند و برآیند این که باعث بهبود تنظیم هیجان مادران می‌شود. همچنین رفتاردرمانی شناختی بر اصلاح و تعدیل ارزیابی متمرکز بر وزن و نگرانی فرد راجع به قضاوت دیگران مثل دوستان و خانواده در رابطه با مشکلات خوردن و ظاهر فرد ارزش‌گذاری شده و بر تغییر در رفتار اولیه تمرکز دارد. در درمان شناختی رفتاری مشکلات بین فردی، تجارب دوران کودکی، محرومیت‌ها و بی‌توجهی به‌نیازها بررسی نمی‌شوند. همچنین باورها و افکار هسته‌ای که هیجانات و رفتارهای فرد را شکل می‌دهند در درمان شناختی رفتاری فقط با تمرکز بر باورهای غیرمنطقی و چالش با آنها، تغییر سبک‌های اسناد و راهبردهای مسئله‌مدار برای کاهش هیجانات منفی تأثیرگذار است و به‌طور موقت می‌تواند تنظیم هیجان و خودکنترلی ایجاد کند. در درمان رفتاری شناختی افراد نسبت به هیجانات مثبت و منفی خود و محرک‌های راه‌انداز آگاه می‌شوند و هیجانات خود را مدیریت می‌کنند.

علاوه‌براین، نتایج نشان داد مداخله رفتاری شناختی بر شفقت به خود مادران کودکان کم‌توان ذهنی اثربخش است. این یافته با نتایج جمالی و همکاران (۲۹) و سادات سیدی و داستانی (۳۰) هم‌خوان و هم‌سو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در مادران موجب کاهش خُلق منفی و افسرده آنها می‌شود. متعاقب آن با افزایش تاب‌آوری در این افراد همراه است و کمک می‌کند سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را برانگیزد. افراد تحت این نوع مداخله می‌توانند سازگاری خود را با استرس تقویت نمایند و با تغییرات نامساعد زندگی بهتر کنار بیایند و توان بازگشت به‌حالت اولیه را پس از مشکلات داشته باشند. درمان شناختی رفتاری با حل‌وفصل تعارض‌ها در مادران و بهبود روابط بین شخصی از راه آموزش فنونی همچون حل مسئله، مهارت‌های رویارویی میان فردی، مهارت‌های رویارویی با تنیدگی، مهارت قاطعیت (جرأت‌ورزی)، آموزش فنون بازسازی شناختی، مثبت اندیشی، مهارت‌های ارتباطی و مهارت همدلی به این مادران، به آنان کمک کرده است به‌شیوه مناسبی با مشکل رویارو شوند و همین مورد باعث بهبود شفقت به خود این مادران می‌شود.

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، مداخله رفتاری شناختی قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به‌عنوان یک مداخلهٔ روان‌شناختی سودمند در بهبود انسجام خود، تنظیم هیجان و شفقت به خود مادران کودکان کم‌توان ذهنی آنان مورد استفاده قرار گیرد. این مداخله می‌تواند برای روان‌شناسان و مربیان آموزشی در مراکز آموزشی، توان‌بخشی، مراقبتی بسیار کمک‌کننده باشد چراکه در مقایسه با روان‌درمانی ارزان‌تر است و وقت کمتری گرفته و باعث بهبود سریع خلق شده و اثرات پایداری ایجاد می‌کند. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و محدود شدن جامعه پژوهش به مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر مسجدسلیمان از محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی مادران کودکان کم‌توان ذهنی سایر شهرها اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد.

تعارض منافع

این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

References

1. Gupta, R., Kaur, M., Reddy, K., Andrade R.J., A comparative study to assess the knowledge regarding mild and moderate mental retardation of children among primary school teachers in selected urban and rural schools, Jalandhar (Punjab) with a view to develop an information booklet. International Journal of Medical Science And Clinical Research Studies, 2022, 2, 5, 361-369.
2. Shadi Zavareh B, Azmoudeh M, Kashefimehr B, Mesrabadi J. Comparison of the effectiveness of positive resilience training with metalization-based training in improving emotional self-regulation and parent-child interaction among mothers of mentally retarded children. IJPN 2024; 11 (6): 87-100. [Persian] URL: http://ijpn.ir/article-1-2298-fa.html
3. Azad R, Aleyasin SA. Meaning of Life, Mothers of Mentally Retarded Children, Positive Psychotherapy, Psychological Well-Being and Resilience. Rooyesh; 2023, 12(5), 161-172. [Persian] URL: http://frooyesh.ir/article-1-4573-fa.html.
4. Aghalar, S, Akrami, L. The effectiveness of compassion-based therapy for depressive symptoms, rumination, and self-compassion in mothers with mild intellectual disability child. Clinical Psychology and Personality, 2022; 20(1): 45-57. [Persian] doi: 10.22070/ cpap. 2022.7261.0
5. Farhad pour R, Azmodeh M, Tabatabaei M, Hosseini Nasab D. Predicting the sense of cohesion of women with children with learning disabilities based on self-efficacy and social support .Women and Family Studies, 2023, 58, 27-39. [Persian]
6. Mahmoodi J, Mesbah I, rezaeisharif A. The Effectiveness of the Compassion-Based Approach on Alexithymia and Sense of Coherence in Mothers with Intellectually Disable Children. Psychology of Exceptional Individuals, 2023; 13(50): 255-286. [Persian] doi: 10.22054/ jpe.2023. 72796. 2557.
7. Antonovsky A, 1979, Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass Incs.
8. Pooragha roodbardeh, F., Nazari koishahi, M., Vahabi mashhour, H. The relationship between daily routines, self-efficacy and sense of coherence with Internet addiction in teenagers. Research in Child and Adolescent Psychotherapy, 2023; 2(3): 17-6. [Persian] doi: 10.22098/rcap.2024.14239.1040.
9. Frozanfar F, Jabal Ameli S, Sltani Zadeh M, Emami SMH, Ansari Shahidi M. Model of Predicting Psychosocial Adaptation to Disease According to Perceived Stress and Sense of Coherence with the Mediation Role of Self-Compassion in the Patients with Irritable Bowel Syndrome. Journal of Applied Psychological Research, 2024; 15(1): 297-316. [Persian] doi: 10.22059/ japr. 2023.338827.644193
10. Holakoie A, Mahmoodi A, Maredpour A. Predicting Psychological Well-Being and Psychological Cohesion Based on Mindfulness and Emotion Regulation Strategies with the Mediating Role of Resilience of the Women on the Verge of Divorce in Isfahan City in 2023: A Descriptive Study. JRUMS 2024; 22 (10): 1053-1070[Persian] URL: http:// journal. rums. ac.ir/ article-1-7173-fa.html.
11. Mahmoudpour A, Haghi Rahimi E. Prediction of Self- Coherence in the Elderly based on Emotion Regulation, Self- Compassion and Attitudes toward Death. Rooyesh, 2024, 13(1), 243-254.URL: http:// frooyesh.ir/article-1-4629-fa.html
12. Boemo T, Nieto I., Vazquez C, Sanchez-Lopez, A. Relations between emotion regulation strategies and affect in daily life: A systematic review and meta-analysis of studies using ecological momentary assessments. Neuroscience &Biobehavioral Reviews, 2022, 139, 104747.
13. Sari P, Bulantika SZ, Dewantari T, Rimonda R, 2020, Effects of stress coping and emotion regulation on student academic stress. KONSELI: Jurnal Bimbingan dan Konseling (E-Journal), 7, 1, 73-80.
14. Zhang X, Gatzke-Kopp LM, Cole PM. 2022, A dynamic systems account of parental selfregulation processes in the context of challenging child behavior. Child development, 93(5):e501-e14.
15. Kraaij V, Garnefski N, The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. Personality and Individual Differences, 2019, 137: p. 56 -61.
16. ShamsAlam SB, Besharat MA. A multilateral review on the construct of emotion regulation. Rooyesh, 2024, 13(5), 45-56. [Persian] URL: http://frooyesh.ir/ article-1-4882-fa.html
17. Qorbanpoor Lafmejani A, jahanshahi Z, rezaei S. The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Parent-child Interaction and Rumination of Mothers with Children with Intellectual Disabilities. J Except Educ 2024; 5 (177) : 5. [Persian] URL: http:// exceptionaleducation. ir/ article-1-2374-fa. html
18. Keyvanlo S, Malehmir B, sadri M, rafiee rad Z, narimani M, zavarei Z. Comparison of psychological turmoil, life orientation, difficulty in regulating emotion and emotional schemas in mothers of mentally retarded and normal children. IJPN 2022; 10 (4) :41-52. URL: http://ijpn.ir/article-1-2005-fa.html
19. Sheikhi Gerakoui, S., Abolghasemi, A., Khosro javid, M. A Comparison of Sense of Coherence, Self-compassion, and Personal Intelligence in Students with and without Intermittent Explosive Disorder. Positive Psychology Research, 2021; 7(3): 51-64. [Persian]. doi: 10.22108/ppls.2021.121247.1871

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

20. Neff, KD, 2016, the selfcompassion scale is a valid and theoretically coherent measure of selfcompassion. Mindfulness, 7, 1, 264-274.
21. Abadian L, Adib-Hajbaghery M. Self-compassion in Nursing: A Concept Analysis. Qom Univ Med Sci J, 2023; 17 : 2809.1. [Persian] URL: http://journal.muq.ac.ir/article-1-3691-fa.html
22. Ebrahimi A, Janatian S. The effect of group training based on compassion on psychological flexibility and sleep quality of firefighters in Isfahan city. Clinical Psychology and Personality, 2024; (): -.[Persian] doi: 10.22070/cpap. 2024. 18943 .151 522.
23. Noursina S, Kiani Q. The relationship between caregiving burden and depression in parents of children with cancer, focusing on the moderating role of self-compassion. Nursing and Midwifery Journal, 2023; 21 (7):558-574. [Persian] URL: http://unmf.umsu. ac. ir/ article-1-4933-fa.html
24. Aghalar S, Akrami L. The effectiveness of Compassion-Based Therapy for Depressive Symptoms, Rumination, and Self-Compassion in Mothers with Mild Intellectual Disability Child. Clinical Psychology and Personality, 2022; 20(1): 45-57. [Persian] doi: 10.22070/cpap. 2022.7261.0.
25. Mirzaei L, Baghooli H, Javidi H, Barzegar M. Comparison of the efficacy of cognitive-behavioral therapy and mindfulness therapy on fear the negative of evaluation in individuals with social anxiety disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2023; 10 (4): 83-95. [Persian] URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1651-fa.html
26. Diefenbach GJ, Lord KA, Stubbing J, et al. Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. Published online Septembe,r 11, 2024. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.2349.
27. Kaczkurkin AN, Foa EB, 2015, Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. Dialogues in Clinical Neuroscience, 17, 3, 337–346.
28. Ghiasinegad S, Manzari Tavakoli A, Darekordi A. A Comparison of The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Training and Acceptance and Commitment Therapy on Stress and Psychological Cohesion in Addicts Treated with Methadone. 3 JNE 2024; 13 (3): 1-12. [Persian] URL: http://jne.ir/article-1-1619-fa.html
29. Jamali M, Nosrati F, Taherifar Z, Mojaver S. (2024). The Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Psychological Well-Being Mothers of Children with Specific Learning Disability. Rooyesh. 13(7), 1-10. [Persian] URL: http:// frooyesh.ir/article-1-5459-fa.html.
30. Sadat Seidi, M., Dastani, M. The Effectiveness of Reality Therapy on Psychological Capital and Mental Health of Mentally Retarded Children's Mothers. Clinical Psychology and Personality, 2023; 21(2): 1-12. doi: 10.22070/cpap.2023.17296.1319
31. Antonovsky, A, The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science Medicine, 1993, 36, 6, 725-733.
32. Eriksson M, Lindstrom, B., Validity of antonovsky sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Health, 2005, 59, 6, 460-466.
33. Ali Alipour, Nasim Sharif. Validity and reliability of the Sense of Coherence (SOC) questionnaire in university students. pajoohande 2012; 17 (1) :50-56[Persian] URL: http:// pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1276-fa.html
34. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P., Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. Personality and Individual Differences, 2001, 30 (8), 1311- 1327.
35. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology, 2010; 2(3): 73-84. doi: 10.22075/jcp.2017.2031
36. Hasani J, Miraghaie A. the relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation. Biannual Journal of the Iranian Psychological Association, 2012, 7(1): 61-72. [Persian] https://bjcp.ir/page/12/About-the-Journal
37. Majidi M, Jahan F, Sabahi, P., Rezaei, N. The Effectiveness of Health Promoting Lifestyle Education on Self-Compassion and Psychological Flexibility of Elders. Islamic lifestyle with a focus on health, 2023; 7(3): 137-145. [Persian] https://www.islamiilife .com/article_ 184419. html?lang=fa
38. Mohammadali S, Manavipour D, Sedaghatifard M. Investigating the Psychometric Characteristics (Validity and Reliability) of the Self-Compassion Scale: Finding Empirical Evidence for Using the Total Score and defining the Concept of Self-Compassion. Applied Psychology, 2020; 14(2): 50-29. [Persian] doi: 10.52547/apsy.14. 2.29.
39. Redfourd M. Cognitive behavioral Therapy on quality of life in patients with blood pressure: Workbook. New York: Oxford University Press; 2007, pp: 28–51.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]