

Spring 2026, Volume 15, Issue 1

Comparison of the Effectiveness of “Emotional Schema Therapy” and “Positive Psychotherapy” on Psychological Distress in Mothers of Mentally Retarded Children

Nasrin Rasam¹, Saeed Moshtaghi^{2*}

1- MS. of Educational Psychology, Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

Corresponding author: Saeed Moshtaghi, Assistant Professor, Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

Email: moshtaghisaeed@iau.ac.ir

Received: 2025/05/17

Accepted: 2025/08/19

Abstract

Introduction: Mothers with mentally retarded children are faced with numerous psychological problems and challenges. The aim of the present study was to compare the effectiveness of "Emotional Schema Therapy" and "Positive Psychotherapy" on increasing distress tolerance in mothers with mentally retarded children.

Methods: The study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up period of 2 months. The statistical population consisted of all mothers with mentally retarded children in Andimeshk city, from whom 36 people were selected using convenience method sampling. This number was randomly assigned to two intervention groups and a control group. Data were collected using a demographic questionnaire and the “Distress Tolerance Scale”. The content validity of the instrument was measured qualitatively and the reliability was measured using the internal consistency method and by calculating Cronbach's alpha coefficient. After 10 sessions of "Emotional Schema Therapy" and 10 sessions of "Positive Psychotherapy" for the intervention and control groups, the data were analyzed in SPSS. 26.

Results: "Emotional Schema Therapy" and “Positive Psychotherapy” in the intervention groups increased distress tolerance compared to the control group ($P=0.001$). The mean of distress tolerance during the study period showed a significant difference between the "Emotional Schema Therapy" and “Positive Psychotherapy” and the control group ($P=0.001$). The mean of distress tolerance between "Emotional Schema Therapy" and "Positive Psychotherapy" groups did not show a significant difference ($P=1.000$).

Conclusions: "Emotional Schema Therapy" and "Positive Psychotherapy” increased distress tolerance in mothers of children with intellectual disabilities. It is suggested that the above two methods be included in the educational and therapeutic programs of these mothers.

Keywords: Emotional Schema Therapy, Positive Psychotherapy, Distress Tolerance, Mothers, Mental Retardation.

مقایسه اثربخشی «طرحواره درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» بر افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی

نسرین رسام^۱، سعید مشتاقی^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
۲- استادیار، گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

نویسنده مسئول: سعید مشتاقی، استادیار، گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
ایمیل: moshtaghisaed@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۷

چکیده

مقدمه: مادران با کودک کم توان ذهنی با مشکلات و چالش های روانشناختی متعددی درگیر هستند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی "طرحواره درمانی هیجانی" و "روان درمانی مثبت" بر افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی بود.

روش کار: پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماه بود. جامعه آماری را تمامی مادران دارای کودک کم توان ذهنی شهر اندیمشک تشکیل داد که از بین آن ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۶ تن انتخاب شدند. این تعداد به طور تصادفی در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل جایگزین شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و "مقیاس تحمل پریشانی" (Distress Tolerance Scale) جمع آوری شد. روایی محتوایی ابزار به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. پس از اجرای ۱۰ جلسه "طرحواره درمانی هیجانی" و ۱۰ جلسه "روان درمانی مثبت" برای گروه های مداخله و کنترل، داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته ها: طرحواره درمانی هیجانی و "روان درمانی مثبت" در گروه های مداخله موجب افزایش تحمل پریشانی نسبت به گروه کنترل شدند ($P=0/001$). میانگین تحمل پریشانی در طول زمان مطالعه بین گروه "طرحواره درمانی هیجانی"، "روان درمانی مثبت" و گروه کنترل تفاوت معنادار را نشان داد ($P=0/001$). میانگین تحمل پریشانی بین گروه "طرحواره-درمانی هیجانی" و "روان درمانی مثبت" تفاوت معنادار را نشان نداد ($P=1/000$).

نتیجه گیری: "طرحواره درمانی هیجانی" و "روان درمانی مثبت" سبب افزایش تحمل پریشانی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی شد. پیشنهاد می شود ۲ روش فوق در برنامه های آموزشی و درمانی این مادران گنجانده شود.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی هیجانی، روان درمانی مثبت، تحمل پریشانی، مادران، کم توانی ذهنی.

مقدمه

کم توانی ذهنی (Mental disability) یا ناتوانی هوشی با شرایطی یکسان و به یک میزان و با علت های مشابه و آثار همانند، در همه افراد کم توان ذهنی مشاهده نمی شود. کم توانی ذهنی به محدودیت های اساسی در کارکرد هوشی (هوشبهر ۷۰ تا ۷۵ یا کمتر) و همچنین، رفتار سازشی که به صورت مهارت های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) را شامل شود، اشاره دارد (۱). مطالعات مختلف نشان می دهند، مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه در مقایسه به مادران دارای کودکان عادی از کیفیت زندگی (۳،۲) و سلامت عمومی (۵،۴) پایین تری برخوردار هستند و تنش و افسردگی بیشتری را گزارش می دهند، که موجب ایجاد چرخه معیوبی از پیامدهای منفی برای کودک و بهزیستی خانواده می شود (۶). چرا که تولد فرزند سازش های جدیدی را در خانواده می طلبد، اما تولد کودک با کم توانی ذهنی، تنیدگی بسیاری را بر والدین و به ویژه مادر تحمیل می کند؛ زیرا رابطه مادر و کودک به صورت یک ارتباط عاطفی است که با پاسخ های کودک تقویت می شود اما چون کودک کم توان ذهنی پاسخی برای مادر ندارد، در این رابطه عاطفی اختلال ایجاد می شود (۷).

مادران این گروه به عنوان یک قشر در معرض تنش، اغلب با مسائل فراوانی از قبیل مشکل پذیرش ناتوانی فرزند، خستگی، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مسائل آموزشی، پزشکی، توان بخشی و نابسامانی مسائل زناشویی خود مواجه اند (۸) که به تدریج می تواند سازگاری مادر را در تمامی ابعاد به مخاطره اندازد. نتایج یک پژوهش کیفی در ایران نشان داد، تولد فرزند با کم توانی ذهنی، مادر را در معرض انواع مختلفی از مخاطرات قرار می دهد که شامل مخاطرات ساختاری، درون فردی و بین فردی قرار می گیرند (۹).

تحمل پریشانی (distress tolerance) یکی از عوامل درون فردی مهم در کنار آمدن با سختی ها است، که ممکن است مادران این کودکان به علت مشکلات و شرایط فرزند خود تحت تاثیر قرار بگیرند (۱۰). تحمل پریشانی به توانایی فرد برای تحمل و مدیریت پریشانی عاطفی و

احساسات منفی بدون توسل به روش های مقابله ای ناسالم اشاره دارد. این یک ساختار روانشناختی مهم است که بر نحوه واکنش افراد به عوامل تنش زا و تجربیات هیجانی نامطلوب تأثیر می گذارد. کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند ممکن است تحمل احساسات منفی را چالش برانگیز بدانند که منجر به افزایش اضطراب، افسردگی و رفتارهای ناسازگار می شود (۱۱). تحمل پریشانی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل حالت های درون روانی و محیطی منفی و تنش زا و توانایی مدیریت حالات روانشناختی منفی، نیز تعریف می شود (۱۲) و متشکل از چهار بُعد تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم هیجان است (۱۳). تحمل پریشانی به عنوان یکی از سازه های موثر در مشکلات مرتبط با سلامت روان شناختی مادران دارای کودک کم توان ذهنی شناخته می شود (۱۴). مادران دارای کودک کم توان ذهنی به دلیل دریافت سطوح مکرر و بالای آنگ از طرف خانواده، دوستان و اعضای جامعه، سلامت و بهداشت روانی شان آسیب دیده و در نتیجه به مرور زمان تاب آوری و تحمل پریشانی ایشان نسبت به رخدادهای زندگی تحت تاثیر قرار می گیرد (۱۵). نتایج پژوهش ها حاکی از آن اند که تحمل پریشانی در مادران دارای کودک استثنایی بسیار پایین است و موجب ایجاد تنش والدگری و کاهش رضایت زندگی در آن ها می شود (۱۶،۱۷).

تاکنون در خصوص مادران دارای کودکان کم توان ذهنی روش های روان درمانی مختلفی همچون «رفتاردرمانی دیالکتیکی» (۱۸) یا «واقعیت درمانی» (۱۹) جهت مدیریت شرایط و افزایش تحمل پریشانی به کار رفته است اما درمان های مرتبط با تنظیم هیجان می تواند با کمک به شناسایی هیجان های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان ها و آموزش باورهای صحیح در مورد زندگی و آینده زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانات مادران دارای فرزند معلول فراهم ساخته و در نتیجه منجر به کاهش عواطف منفی آن ها گردد (۸). از جمله این روش های درمانی، «طرحواره درمانی هیجانی» (Emotional Schema Therapy) است. این درمان، شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است که Leahy با

بهزيستى روانشناختى، تاب آورى و معنای زندگى مادران (۲۹)، فشار مراقبتى و خودانتقادى مادران (۳۰) و خودکارآمدى، تاب آورى و اميد به زندگى مادران داراى کودک كم توان ذهنى (۳۱) مورد تاييد قرار گرفته است. با توجه به مطالب فوق، اين پژوهش با هدف مقايسه اثربخشى «طرحواره درمانى هيجانى» و «روان درمانى مثبت» بر تحمل پريشاني مادران داراى کودک كم توان ذهنى انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر نيمه تجربى با طرح پيش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پيگيرى ۲ ماه بود. جامعه آمارى پژوهش شامل تمامى مادران داراى کودک كم توان ذهنى با هوشبهر ۵۰ تا ۷۰ مشغول به تحصيل در مدرسه استثنائى «حقيقت» شهرستان انديمشك در سال تحصيلى ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. از اين ميان ۳۶ مادر به روش نمونه گيرى در دسترس انتخاب و به طور تصادفى در ۳ گروه ۱۲ تن يعنى گروه ۱ «طرحواره درمانى هيجانى» و گروه ۲ «روان درمانى مثبت» و گروه کنترل گمارده شدند.

معياريهاى ورود به پژوهش شامل رضايست كتيبى براى شركت در پژوهش، داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله كم توان ذهنى، عدم شركت هم زمان در ساير برنامه هاى روان درمانى، دارا بودن حداقل سواد تا مقطع ديپلم و قرار داشتن در دامنه سنى ۲۰ تا ۵۰ سال (با توجه به پرونده تحصيلى و مشاوره اى دانش آموزان و بررسى دامنه سنى والدين آن ها) بودند. معيارهاى خروج شامل غيبت بيش از ۲ جلسه در جلسات مداخله، هم زمانى رخدادهاى نظير مرگ يكي از نزديكان، طلاق، مهاجرت يا ساير رويدادهاى تنش زا در يك هفته از اجراى پژوهش، و عدم تمايل به ادامه مشاركت در پژوهش بود. به منظور گردآورى داده ها از ابزارهاى زير استفاده شد.

پرسشنامه جمعيت شناختى كه شامل سن، تحصيلات، طول مدت ازدواج و تعداد فرزندان بود.

«مقياس تحمل پريشاني» (Distress Tolerance Scale) توسط Simons & Gaher در ايالات متحده آمريكا در سال ۲۰۰۵ طراحي شد (۳۲). اين مقياس داراى ۱۵ عبارت و ۴ زير مقياس با عناوين تحمل پريشاني هيجانى (tolerating)

اقتباس از «نظريه شناختى بك» (Beck's Cognitive Theory) «طرحواره درمانى يانگ» (Yang's Schema Therapy)، «الگو فراشناختى ولز» (Wells' Metacognitive Model) و «درمان مبتنى بر پذيرش و تعهد» (Acceptance and Commitment Therapy) به براى درمان مشكلات هيجانى تدوين نمود (۲۰). «طرحواره درمانى هيجانى» يكي الگوى اجتماعى-شناختى از هيجان و نظم جويى هيجانى است زيرا از نگاه Leahy، هيجان ها هم يكي پديده فردى و هم اجتماعى مى باشند كه توسط خود فرد و ديگران مورد تفسير قرار مى گيرند و تغييرات اين تفاسير (تفسير خود و ديگران) باعث تغيير در شدت و نارسا نظم جويى هيجانى مى شود. طبق اين الگو تفاوت هاى موجود بين افراد از نظر تفاسير، ارزشيابى ها، ميل به اقدام و راهبردهاى رفتارى مربوط به هيجان هاى آن ها، «طرحواره هاى هيجانى» ناميده مى شود (۲۱). نتايج پژوهش ها حاكي از موثر بودن اين درمان در کاهش پريشاني روانشناختى (۲۲)، نشخوار فكري و تداوم هيجانى (۲۳)، بى-حسى هيجانى و ساده انگارى هيجانى (۲۴) و احساس تنهائى و نشخوار فكري مادران داراى کودک كم توان ذهنى (۸) است.

يكي ديگر از مداخله هاى درمانى كه در مورد مشكلات والدينى کودکان استثنائى به كار رفته درمان هاى مبتنى بر «روانشناسى مثبت» (Positive Psychotherapy) است. «روان درمانى مثبت» بررسى علمى مواردى است كه باعث مى شود زندگى ارزش زيستن داشته باشد (۲۵). مهارت مثبت نگرى در مواجهه با حوادث و داشته هاى مثبت و همچنين حوادث و داشته هاى منفى و ارزش نهادن به اين داشته ها، تفكرى متفاوت را ايجاد مى كند (۲۶). با توجه به اينكه اختلال كم توانى ذهنى مادام العمر خواهد بود هرچند سطوح شدت آن در طى زمان ممكن است تغيير كند (۶)، بنا بر اين، مراقبت از اين کودکان، مادر را در معرض پريشاني روان شناختى قرار مى دهد و آن ها را مضطرب مى سازد (۱۵) و «روان درمانى مثبت» مى تواند به عنوان روشى موثر در برابر اين تنش ها عمل كند (۲۷). اثربخشى «روان درمانى مثبت» بر بهزيستى اين مادران در پژوهش هاى قبلى هم استفاده شده است و تاثير اين درمان بر کاهش تنيدگى مادران (۲۷)، اميد و تاب آورى (۲۸)، بر

به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ابزار نامبرده، روی ۳۵۰ تن از بانوان ورزشکار منطقه ۳ تهران سنجیده و ضرایب به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها برای تسکین اضطراب به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۷۶، ۰/۷۸ گزارش کردند.

در پژوهش حاضر روایی محتوای به روش کیفی «مقیاس تحمل پریشانی» برای تمام عبارت ها مورد تأیید ۵ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های مطالعه حاضر (۳۶ تن) بررسی و ۰/۷۶ به دست آمد.

در گروه ۱ «طرحواره درمانی هیجانی» پروتکل درمانی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای برگرفته از «طرحواره درمانی هیجانی» Leahy (۲۰) و کتاب «تنظیم هیجان در روان درمانی: راهنمای کاربردی» (۳۵) تنظیم و به صورت گروهی و ۲ بار در هفته اجرا شد. جهت بررسی روایی محتوایی جلسات، دستور کار جلسات با پژوهش های مرتبط موجود داخلی (۶) که از درمان «طرحواره درمانی هیجانی» برای گروه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی استفاده کرده بودند، مطابقت داده شد. در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی محتوایی، «طرحواره درمانی هیجانی» از «شاخص روایی محتوایی» و نظر ۵ تن از اعضای هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول استفاده شد. به این صورت که هر یک از مدرسین نظر خود را در مورد هر جلسه در یک طیف ۴ بخشی از غیرمرتبط، نیاز به بازبینی اساسی، مرتبط اما نیاز به بازبینی، تا کاملاً مرتبط مشخص کردند. سپس، تعداد مدرسینی که گزینه ۳ و ۴ را برای هر جلسه انتخاب کرده بودند تقسیم بر تعداد کل مدرسین شد. از آنجا که مقدار آن برای همه جلسات عدد بالاتر از ۰/۷۸ به دست آمد، حاکی از «شاخص روایی محتوایی» مطلوب بود.

emotional distress) شامل ۳ عبارت: ۵، ۳، ۱؛ جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (absorption by negative emotions) شامل ۳ عبارت: ۱۵، ۴، ۲؛ برآورد ذهنی پریشانی (mental distress estimate) شامل ۶ عبارت: ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۷، ۶؛ و تنظیم تلاش ها برای تسکین اضطراب (adjust efforts to alleviate anxiety) شامل ۳ عبارت: ۱۴، ۱۳، ۸ می باشد. نمره گذاری این مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت (کاملاً مخالفم: ۵ تا کاملاً موافقم: ۱) است. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. حاصل جمع ۱۵ عبارت این مقیاس نمره کل تحمل پریشانی را به دست می دهد. حداقل نمره ۱۵ و حداکثر ۷۵ می باشد. تفسیر این مقیاس نیز به این شرح است که نمره ۲۳-۱۵: تحمل پریشانی کم؛ نمره ۵۲-۲۴: تحمل پریشانی متوسط؛ نمره ۷۵-۳۵: تحمل پریشانی بالا می باشد (۳۲). Simons & Gaher (۳۲)، روایی ملاکی به روش همزمان «مقیاس تحمل پریشانی» را با «مقیاس راهبردهای مقابله ای استفاده از الکل و ماری جوانا» روی ۶۴۲ تن از مردان الکلی در ایالت داکوتای جنوبی در آمریکا بررسی و مورد تأیید گزارش نمودند (عدد گزارش نشده است). بعلاوه، روایی سازه به روش تحلیل عامل اکتشافی روی ۸۲۳ تن از جامعه فوق بررسی و نتایج وجود ۴ زیرمقیاس را نشان داد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای زیرمقیاس های «تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها برای تسکین اضطراب» به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد.

تفنگچی و همکاران (۳۳) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس تحمل پریشانی» روی ۱۱۰ تن از زنان مبتلا به سردردهای تنشی شهر اصفهان بررسی و ۰/۵۹ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۹۶ و ۰/۹۰ گزارش کردند. رستمی و فریدونفر (۳۴) در پژوهش خود روایی «مقیاس تحمل پریشانی» را بررسی نکردند. پایایی

جلسات	شرح جلسات
اول	در این جلسه قوانین گروه ارائه شد. اعضا با یکدیگر آشنایی پیدا کردند. به اعضا در مورد اهداف شرکت در گروه و نگرانی های خود توضیح داده شد. به آن ها جهت اعتبار دادن به هیجانها توضیح داده شد. تکمیل برگه هدف و انتظارات خود از درمان به عنوان تکلیف جلسه خواسته شد. در این جلسه پیشآزمون هم اجرا شد.
دوم	در مورد اعتبار دادن به هیجان ها تاکید شد. درباره هیجان ها و تعریف طرحواره های هیجانی و نحوه تاثیر آنها بر باورها و رفتارهای افراد آموزش داده شد. همچنین، نقش این طرحواره ها در اضطراب و پریشانی روانشناختی افراد با ذکر مثال تبیین شد. تکمیل برگه افتراق فکر و رفتار از هیجان به عنوان تمرین جلسه خواسته شد.
سوم	در مورد عادی سازی هیجان صحبت شد. روش آرمیدگی عضلانی آموزش داده شد. درباره گذرا بودن هیجان تمرین داده شد. به عنوان تکلیف جلسه نیز تمرین مزایا و معایب این فکر که هیجانها غیرعادی هستند ارائه شد. همچنین، انجام تمرین آرمیدگی عضلانی از سمت اعضا خواسته شد.
چهارم	به اعضا در مورد اعتبار دادن به هیجان ها و نحوه پذیرش و اثرات آن آموزش داده شد. درباره پذیرش هیجان به خصوص اضطراب توضیح داده شد. از تمثیل مهمان برای پذیرش اضطراب استفاده شد و روش سوار شدن بر موج اضطراب ارائه گشت. تمرین پذیرش هیجان، مزایا و معایب پذیرش هیجان نیز به عنوان تکلیف جلسه ارائه شد.
پنجم	در مورد اعتباربخشی به هیجان و چالش با باورهایی درباره احساس های مختلط شروع جلسه بود. درباره احساس های مختلط تمرین داده شد. آموزش ذهن آگاهی شروع شد و به عنوان تکلیف جلسه نیز کاربرد مزایا و معایب پذیرش احساس های مختلط ارائه شد. همچنین، انجام تمرین های ذهن آگاهی خواسته شد.
ششم	در این جلسه نیز چالش با باورهای نادرست درباره هیجان ادامه داشت. روش وکیل مدافع برای به چالش کشیدن آن ها (کنترل و نشخوار فکری) آموزش داده شد. به عنوان تکلیف جلسه نیز بررسی سود و زیان و روش بررسی شواهد ارائه شد.
هفتم	چالش با باورهای نادرست هیجان و انجام روش بررسی شواهد (خردگرایی) در این جلسه ادامه داشت. اعضا به بیان مثال هایی درباره مفید بودن استفاده از هیجان در کنار منطق برای تصمیم گیری ها تشویق شدند. شواهد برای تاثیر هیجان در تصمیم گیری ها بررسی شد و به عنوان تکلیف جلسه نیز مزایا و معایب استفاده صحیح از هیجان ها در تصمیم گیری و انجام روش وکیل مدافع ارائه شد.
هشتم	سبک های دردسرساز اعتبارزدایی بررسی شدند. روش اعتباربخشیدن به هیجان های خود و نحوه صحیح دریافت اعتبار از سایرین آموزش داده شد. روش ذهن آگاهی دلسوزانه انجام شد و به عنوان تکلیف جلسه نیز انجام ذهن آگاهی دلسوزانه و روش اعتباربخشی به خود ارائه شد. همچنین، تمرین بیان عبارات کمک کننده برای دریافت اعتبار انجام شد.
نهم	چالش با باورهای نادرست درباره هیجان (احساس گناه و ارزش های برتر) آموزش داده شد. روش بالا رفتن از نردبان ارزش ها، تمثیل مثبت و منفی و روش بررسی شواهد برای به چالش کشیدن احساس گناه درباره هیجان انجام شد. تهیه لیست ارزش های خود و انجام تمرین های بالا رفتن از نردبان ارزش ها و تمثیل مثبت و منفی نیز به عنوان تکالیف جلسه اجرا شدند.
دهم	جهت تحکیم وضعیت آموخته های جدید از طریق صحبت درباره موانع و پسرقت ها بحث شد. صحبت درباره موانع ادامه یافتن انجام تمرینها پس از پایان درمان و یافتن راه حل هایی برای رفع موانع بحث درباره روش هایی که به تداوم نتایج کمک می کنند، در دستور جلسه بود. هدف ها و میزان دستیابی به آن ها مرور شد و در پایان درمان ابراز احساس ها انجام شد. در نهایت نیز پس آزمون اجرا شد.

قرار گرفته است. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی محتوای «روان درمانی مثبت» از «شاخص روایی محتوا» و نظر ۵ تن از هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول استفاده شد. از آنجا که مقدار آن برای همه جلسات عدد بالاتر از ۰/۷۸ به دست آمد، حاکی از «شاخص روایی محتوا» مطلوب بود.

در گروه ۲ «روان درمانی مثبت» پروتکل درمانی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای بر اساس «اصول روان درمانی مثبت» Seligman و همکاران (۳۶) طراحی شد و به صورت گروهی و ۲ بار در هفته اجرا شد. این روش در ایران توسط آزاد و آل یاسین (۲۹)، رستم پور برنجستانکی و همکاران (۳۰) و محمدی بلبان آباد و همکاران (۳۱) بر روی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی اجرا شد و روایی آن مورد تایید

محتوای جلسات «روان درمانی مثبت»

جلسات	شرح جلسات
اول	معرفی اعضا، بیان انتظارات گروه و اجرای پیش آزمون انجام شد. همچنین، یک مراقبه ذهن آگاهی مختصر انجام شد. تمرین کتبی تایید خویشتن و بیان ارزش ها معرفی شد. به عنوان تکلیف جلسه، نوشتن سه اتفاق خوب به اعضا گفته شد.
دوم	تمرکز مدرس بر استفاده از نقاط قوت اعضا و بررسی و شناسایی نقاط قوت فردی آنها و بهره برداری از این نقاط قوت در زندگی روزمره آموزش داده شد. به عنوان تکلیف جلسه از اعضا خواسته شد سه نقطه قوت خود و چگونگی استفاده آن در زندگی روزمره را بنویسند.
سوم	این جلسه به لذت بردن اختصاص داشت. اعضا تشویق شدند تا فعالیت هایی را که به آنها لذت می بخشد، شناسایی و تجربه کنند. به عنوان تکلیف جلسه از آن ها خواسته شد فعالیت های لذت بخش خود را بنویسند.
چهارم	در مورد داشتن یک روز خوب راه کارهایی ارائه شد. راه کارهایی برای طراحی و تجربه یک روز خوب و مثبت به بحث گذاشته شد. به عنوان تکلیف جلسه از اعضا خواسته شد برای داشتن یک روز خوب تلاش کنند.
پنجم	از اعضا خواسته شد تجربه های خود در مورد داشتن یک روز خوب و مثبت را با بقیه به اشتراک بگذارند و حس قدردانی داشتن را در خود پرورش دهند. به عنوان تکلیف جلسه از اعضا خواسته شد نامه قدردانی به کسی که تاثیر مثبتی در زندگی فرد داشته است را بنویسند.
ششم	تمرین پاسخ فعال/سازنده معرفی شد. در مورد تجربه تمرین دیدار قدردانی بحث شد. به عنوان تکلیف جلسه تمرین فعال/سازنده، شامل تمرکز بر پاسخ های مثبت و سازنده به موقعیت ها و افراد در زندگی روزمره فرد داده شد.
هفتم	تمرین صدلی داغ انجام شد. یکی از اعضا در مرکز توجه قرار می گیرد و دیگران از او سوالات مثبت و انگیزشی می پرسند تا او به بررسی عمیق تر احساسات و تجربیات خود بپردازد.
هشتم	اعضا تشویق شدند تا داستان زندگی خود را بنویسند. این تمرین باعث می شود تا نگاهی جامع تر به زندگی و تجربیات خود داشته باشند. به عنوان تکلیف جلسه نیز از اعضا خواسته شد داستان زندگی خود را به طور کامل بنویسند.
نهم	اعضا به ارائه خدمات مثبت به دیگران تشویق شدند و تجربیات خود را از این فعالیت ها به اشتراک گذاشتند. این تمرین به تقویت احساس ارزشمندی و ارتباطات مثبت کمک می کند.
دهم	در این جلسه خاتمه درمان اعلام شد. یک مراقبه ذهن آگاهی انجام شد و اعضا مقیاس های مربوط به ارزیابی نتایج درمان را پر کردند (انجام پس آزمون).

با یکدیگر نداشتند چرا که اعضای گروه ها هیچ آشنایی با هم نداشته و در این مدت مدرسه نیز جلسه اولیا برگزار نکرد.

مدت اجرای پژوهش و جمع آوری داده ها ۴ ماه به طول انجامید. در آغاز هر جلسه، اهداف درمانی برای مادران توضیح داده شد و به سوالات آن ها برای اطمینان از درک صحیح اصول و فرایند درمان پاسخ داده شد. همچنین، از ابتدا تا پایان مداخله هیچ خدمات مشاوره ای دیگری به مادران ارائه نشد. پس از پایان مداخله، به مادران علاقمند به دریافت خدمات مشاوره ای، مانند دوره قبل از مداخله، خدمات ارائه شد. در هفته آخر مداخله ها به عنوان پس آزمون «مقیاس تحمل پریشانی» برای ۲ گروه مداخله و گروه کنترل اجرا شد.

در راستای رعایت اصول اخلاقی، علاوه بر اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول، به مادران گروه نمونه اطمینان داده شد که نام و مشخصات آن ها محرمانه باقی می ماند و می توانند به صورت

روش اجرا به این صورت بود که در ابتدا، پژوهشگر اول مقاله حاضر با هدایت نویسنده دوم، از واحد پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول کمیته اخلاق و از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول کد اخلاق اخذ نمود. محل نمونه گیری و برگزاری جلسات در مدرسه استثنایی «حقیقت» شهر اندیمشک بود که نویسنده اول این مقاله به عنوان معلم در آن مدرسه مشغول به تدریس بود. تعداد ۳۶ تن از مادران دانش آموزان کم توان ذهنی این مدرسه بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و به طور برابر (هر گروه ۱۲ تن) در ۲ گروه مداخله «طرحواره درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» و یک گروه کنترل به طور تصادفی جایگذاری شدند. جلسات برای گروه «طرحواره درمانی هیجانی» در روزهای زوج و برای گروه «روان درمانی مثبت» در روزهای فرد هر کدام در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای اجرا شدند. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد. در این مدت، مواجهه ای نیز گروه کنترل با گروه های مداخله یا هر کدام از اعضای ۲ گروه مداخله

داوطلبانه از پژوهش خارج شوند. همچنین، به جهت رعایت

اصول اخلاقی، آن دسته از اعضای گروه کنترل که تمایل داشتند پس از پایان پژوهش از مداخله بهره مند شدند. برای تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و همچنین آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۶ بهره گرفته

یافته ها

جدول ۱ طبقه سنی، طول مدت ازدواج، تحصیلات و تعداد فرزندان مادران شرکت کننده در پژوهش را به تفکیک گروه های «طرحواره درمانی هیجانی»، «روان درمانی مثبت» و کنترل نشان می دهد.

جدول ۱: یافته های جمعیت شناختی گروه ها (هر گروه ۱۲ تن)

مقایسه سن گروه ها	گروه کنترل		"رواندرمانی مثبت"		"طرحواره درمانی هیجانی"		طبقه سنی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
F=۰/۱۶۴ P=۰/۵۵۹	۱۳/۳۳	۲	۲۰/۰۰	۳	۲۰/۰۰	۳	۳۰-۲۵
	۳۳/۳۳	۵	۴۰/۰۰	۶	۲۶/۶۷	۴	۳۵-۳۱
	۴۰/۰۰	۶	۲۶/۶۷	۴	۳۳/۳۳	۵	۴۰-۳۶
	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۲	۲۰/۰۰	۳	۴۵-۴۱
	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل
	میانگین		میانگین		میانگین		میانگین سن
	۳۸/۱±۴۲/۸۳		۳۷/۲±۸۸/۰۷		۳۹/۲±۱۸/۱۶		
مقایسه طول ازدواج گروه ها	گروه کنترل		"روان درمانی مثبت"		"طرحواره درمانی هیجانی"		طول مدت ازدواج
	تعداد	درصد	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	
	۲۰/۰۰	۳	۲۶/۶۷	۴	۲۰/۰۰	۳	۱ تا ۵ سال
	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳	۵	۶ تا ۱۰ سال
	۳۳/۳۳	۵	۲۰/۰۰	۳	۲۶/۶۷	۴	۱۱ تا ۱۵ سال
F=۰/۳۱۸ P=۰/۴۷۲	۱۳/۳۳	۲	۲۰/۰۰	۳	۲۰/۰۰	۳	۱۵ سال و بیشتر
	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل
	میانگین		میانگین		میانگین		میانگین طول ازدواج
	۱۴/۲±۳۳/۴۰		۱۲/۲±۸۵/۱۶		۱۴/۲±۱۸/۳۷		
	مقایسه تحصیلات	گروه کنترل		"روان درمانی مثبت"		"طرحواره درمانی هیجانی"	
تعداد		درصد	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۳/۳۳		۵	۳۳/۳۳	۵	۲۶/۶۷	۴	زیر دیپلم
۲۶/۶۷		۷	۵۳/۳۳	۸	۵۳/۳۳	۸	دیپلم
۲۶/۶۷		۳	۱۳/۳۳	۲	۲۶/۶۷	۳	کارشناسی و بالاتر
=۰/۸۳۶ P=۰/۸۶۷	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل
	گروه کنترل		"روان درمانی مثبت"		"طرحواره درمانی هیجانی"		تعداد فرزندان
	تعداد	درصد	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	
	۱۳/۳۳	۲	۶/۶۷	۱	۱۳/۳۳	۲	۱ فرزند
	۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷	۴	۳۳/۳۳	۵	۲ فرزند
X ² =۱/۰۲۵ P=۰/۶۱۳	۶۰/۰۰	۹	۶۶/۶۶	۱۰	۵۳/۳۳	۸	۳ فرزند و بیشتر
	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل

در جدول ۲ شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه مداخله و کنترل و پیش آزمون و پس آزمون و دوره پیگیری آمده است.

جدول ۱ نشان داد بین میانگین سن، طول مدت ازدواج، تحصیلات و تعداد فرزندان بین ۳ گروه «طرحواره-درمانی هیجانی»، «روان درمانی مثبت» و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی به تفکیک ۳ گروه و ۳ مرحله

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
«طرحواره درمانی هیجانی»	۳۶/۱۲	۲/۸۳	۴۳/۲۱	۵/۶۲	۴۲/۲۱	۴/۲۳
«روان درمانی مثبت»	۳۶/۸۶	۳/۱۴	۴۲/۶۳	۴/۶۷	۴۰/۱۷	۵/۵۱
کنترل	۳۷/۰۹	۲/۳۹	۳۷/۱۵	۲/۴۴	۳۸/۲۲	۲/۳۰

حاکمی از برقراری نرمالیتی در تمام متغیر در پیش آزمون و پس آزمون گروه های مداخله و گروه کنترل بود. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس متغیرها، با استفاده از آزمون لوین ($F=1/342$)، عدم معناداری F مشاهده شد ($P>0/05$) و این پیش فرض نیز برقرار بود. همچنین، بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی (Mauchly's Sphericity Test) نشان داد که فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها برقرار بوده است ($W=0/634$). در نهایت، نبود داده های پرت چندمتغیری با استفاده از فاصله ماهالانوبیس (Mahalanobis distance) بررسی شد که داده پرت شناسایی نشد و صحت این فرضیه نیز بررسی شد.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در تبیین اثر گروه، زمان و تعاملی برای «طرحواره درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» بر متغیر تحمل پریشانی را نشان می دهد.

یافته های توصیفی جدول ۲ نشان می دهد میانگین نمره متغیرهای پژوهش در گروه های «طرحواره درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد. اما در گروه کنترل نمره متغیرها در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون اختلاف زیادی ندارند. در بخش استنباطی از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل های آماری، پیش فرض های آماری مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا پیش فرض نرمال بودن داده ها با استفاده از شاخص های کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که متغیرها در دامنه نرمال ۲ و ۲- قرار دارند. همچنین در همین راستا از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ($Z=0/793$) استفاده شد که نتایج آن نشان داد سطح معناداری همه متغیرهای پژوهش هم در گروه مداخله و هم در گروه کنترل معنادار نیستند ($P>0/05$)، بنابراین، این نتایج

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیر تحمل پریشانی

اثر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
بین آزمودنی	گروه	۶۸۷/۶۶	۲	۳۴۳/۸۳	۴/۶۵	۰/۰۱۵	۰/۱۸	۰/۷۶
	اثر زمان	۳۳۱/۱۳	۱/۱۴	۲۹۰/۵۵	۴۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
درون آزمودنی	اثر زمان*گروه	۱۴۲/۵۲	۲/۲۸	۶/۵۳	۱۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹

اثر زمان و عضویت گروهی نیز در متغیر تحمل پریشانی ($F=10/42$) نیز معنادار است ($P<0/001$)، که نشان می دهد تغییرات مراحل پیش آزمون، پس-آزمون و مرحله پیگیری در هر یک از گروه ها معنادار بوده است. جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه های جفتی میانگین های اثر گروه و زمان برای متغیر تحمل پریشانی را نشان می دهد.

بر اساس نتایج جدول ۳ در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمره متغیر تحمل پریشانی ($F=4/65$) در گروه های «طرحواره-درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد ($P<0/05$). بر اساس نتایج در تحلیل درون-آزمودنی نیز اثر اصلی زمان معنادار است که نشان می دهد، بین میانگین متغیر تحمل پریشانی ($F=48/45$) در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/001$). نتایج نشان داده است که تعامل

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

مقدار احتمال	تفاوت میانگین	گروه ها	
۱/۰۰۰	۰/۵۸۰	«روان درمانی مثبت»	
۰/۰۰۱	۶/۰۶	کنترل	
۰/۰۰۱	۴/۱۸	کنترل	
		«روان درمانی مثبت»	
مقدار احتمال	تفاوت میانگین	تفاوت زمان ها	تحمل پریشانی
۰/۰۰۱	-۴/۴۷۳	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	-۳/۳۱۱	پیگیری	
۱/۰۰۰	۱/۱۶۴	پیگیری	پس آزمون

مادران با کمک درمانگر طرحواره های هیجانی خود را شناسایی کردند و در مورد طرحواره ها بحث گروهی انجام شد. راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان مانند طلب حمایت اجتماعی، تغییر در محتوای افکار (بازسازی شناختی)، انجام فعالیت های لذت بخش به آن ها آموزش داده شد تا در هنگام پریشانی جایگزین راهبردهای دردسر ساز قبلی نمایند و به هدف تنظیم هیجان نایل شوند (۲۳). دیگر تلاشی که در این درمان برای کاهش پریشانی صورت گرفت، تقویت باور گذرا بودن احساسات بود (۸). در این راستا، درمانگر با تمثیل خوش آمدگویی به مهمان به اعضا آموزش داد که تصور کنند احساس پریشانی، یکی از مهمان های آنان در یک ضیافت بزرگ است، پس می بایست با پذیرش نسبت به آن دانست که این فقط یک مهمان است و نباید تمام توجه شان را به او معطوف کنند؛ یعنی در حالی که احساس پریشانی در پس زمینه وجود دارد، آن ها می توانند با انجام فعالیت های لذت بخش و مورد علاقه شان هیجان های مثبت را فعال کنند. همچنین، مادران با وجود منابع متعدد پاداش آشنا شدند. اغلب مادران فقط یک منبع پاداش را به عنوان دلیل پایداری هیجانان و احساسات خود در نظر می گیرند (۲۴). در حالی که منابع پاداش مستقیم و غیر مستقیم دیگری مانند حمایت اعضای خانواده، ارتقا شغلی و شکوفایی فرزندان به خصوص پیشرفت در کودک کم توان ذهنی نیز وجود دارد که با آگاهی مادران از این موارد، کاهش و تضعیف طرحواره دوام هیجانی در آن ها حاصل می شود و به طبع آن تحمل پریشانی را در آن ها ارتقا می یابد (۲۳).

از دیگر یافته های این پژوهش تایید اثربخش بودن «روان درمانی مثبت» بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی بود. این یافته با مطالعات محمدی بلبان آباد

جدول ۴ نشان می دهد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین متغیر تحمل پریشانی در «طرحواره-درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» با کنترل و همچنین میانگین متغیر تحمل پریشانی در مرحله پیش آزمون با پس-آزمون و پیگیری بود که نشان دهنده اثربخشی «طرحواره درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» بر متغیر تحمل پریشانی در گروه مداخله و ثبات این اثرات در مرحله پیگیری است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «طرحواره درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد که هر ۲ روش در افزایش تحمل پریشانی مادران تاثیر معنادار داشتند و تفاوت معناداری بین ۲ روش وجود نداشت. پژوهشی که به مقایسه ۲ روش درمانی بر تحمل پریشانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی پرداخته باشد، یافت نشد و بنابراین امکان مقایسه کلی نتایج به صورت کلی برای پژوهشگر فراهم نگردید. هرچند نتایج این مطالعه با مطالعات قبلی که اثربخشی مداخلات روان درمانی بر افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک کم توان را نشان داده بودند، همسو بود (۱۹، ۱۸، ۱۰). اما به طور ویژه نتایج این مطالعه در خصوص اثربخش بودن «طرحواره درمانی هیجانی» در بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی، این نتایج با یافته های کیوانلو و همکاران (۲۳)، کیوانلو و همکاران (۲۴) و Moshtaghi (۸) همسو است. در تبیین این یافته که از پژوهش به دست آمد می توان گفت، هدف اصلی طرحواره های هیجانی، شناسایی و اصلاح باورهای افراد مختلف در مورد هیجانان شان می باشد (۲۰). در راستای این هدف،

و بدون احساس استیصال و کام نایافتگی با اتکا به توانمندی و ظرفیت خود و فرزندش بر سختی ها و محدودیت ها مقابل سازنده کند و تحمل پریشانی در آن ها ارتقا یابد (۲۹).

نتیجه گیری

نتایج نشان داد «طرحواره درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک کم توان ذهنی مؤثر هستند و بین اثربخشی این ۲ روش درمانی بر تحمل پریشانی، تفاوتی وجود ندارد. پیشنهاد می شود «طرحواره درمانی هیجانی» و «روان درمانی مثبت» در برنامه های آموزشی و حمایتی مادران دارای کودکان استثنایی و از جمله دارای کودک کم توان ذهنی گنجانده شود. پژوهش حاضر نیز همچون سایر پژوهش ها با محدودیت هایی چون استفاده از ابزار خودگزارش دهی و استفاده از نمونه گیری غیر تصادفی روبرو بود. بنابراین، در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد. همچنین، عدم کنترل عوامل تاثیرگذار مانند وضعیت اقتصادی خانواده و محدودیت جغرافیایی به دلیل انجام آن فقط در شهر اندیمشک (فرهنگ شهرهای مختلف در متغیرهای وابسته این مطالعه مؤثر است) اشاره داشت..

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشجو نسرین رسام در رشته روانشناسی تربیتی به راهنمایی آقای دکتر سعید مشتاقی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول می باشد. پایان نامه در سامانه ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی به کد اخلاق IR.IAU.D.REC.1404.009 در تاریخ ۱۴۰۴/۰۱/۲۵ ثبت شده است. نویسندگان از همه شرکت کنندگان و کسانی که در انجام این پژوهش کمک کرده اند صمیمانه قدردانی و تشکر می نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

و همکاران (۳۱)، رضازاده مقدم و همکاران (۲۸)، آزاد و آل یاسین (۲۹)، علمی منش (۲۷)، رستم پور و همکاران (۳۰) همسو بود. به عنوان نمونه، محمدی بلبان آباد و همکاران (۳۱) مداخله «روان-درمانی مثبت» را بر خودکارآمدی، تاب آوری و امید به زندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی مؤثر گزارش کردند. رستم پور و همکاران (۳۰) نیز «روان درمانی مثبت» را بر کاهش فشار مراقبتی و خود انتقادی این مادران اثربخش دانستند. در تبیین این یافته باید گفت که «روان درمانی مثبت» فقط بر فرصت های خوب موجود تاکید ندارد، که بر توانایی هایی برای ایجاد فرصت خوب با وجود شرایط دشوار به عنوان یک باور تاکید دارد (۳۱). بر اساس نتایج، «روان درمانی مثبت» از طریق برخی فنون مانند شکرگزاری و قدردانی، فرد با تمرکز بر داشته های خود احساس رضایت مندی می کند و عواطف منفی کاهش می یابد و اگر ارزیابی افراد از خودشان و ذهنیتی که از خود دارند مثبت باشد از سلامت و سازش یافتگی بیشتری برخوردار خواهند بود (۲۹). مادری که دارای یک کودک کم توان ذهنی است، در مقایسه با مادر یک کودک بهنجار مشقت نگهداری و فشار مراقبتی بیشتری را تحمل می کند و از سویی، مادر چنین کودکی از تجربیات مثبتی که سایر مادران در رابطه با فرزند خود از آن بهره مند هستند، نیز محروم است، این موضوع می تواند به مرور وخامت اوضاع را تشدید کرده و به سلامت روان مادر آسیب وارد سازد (۲۷). مداخله مبتنی بر «روان درمانی مثبت» می تواند به مادران دارای کودک کم توان ذهنی کمک کند تا با تمرکز بر نقاط مثبت؛ توانمندی ها و استعدادها ناشناخته خود و کودک را کشف کنند و با قرار دادن کشاکش های موجود در چارچوب فکری جدیدی، نوع نگرش و دیدگاه خود را به این موضوع و شرایط حاصل از آن تغییر دهند و نگاه بدبینانه، ناامید کننده و منفی نگر را با مثبت نگری، خوش بینی، شادزیستی و امیدواری جایگزین کنند (۳۰). کسب این دیدگاه می تواند برای چنین مادری در حکم منبعی انرژی زا و امیدبخش باشد که به وی کمک می کند تا صرف نظر از تمام کمبودها و نواقص موجود، با حالتی از تجربه عواطف مثبت و هیجانات خوشایند با مشکلات پیش رو مواجه شود

References

1. Guha M. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Reference Reviews. 2014; 28(3):36-37. <https://doi.org/10.1108/RR-10-2013-0256>.
2. Yaghmaei F, Mohajer S. [Quality life of mothers of children with special needs: A qualitative study]. Nursing and Midwifery Journal. 2014; 11 (12): 1033-1043 <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1759-en.html>
3. Rassouli M, Yaghmaei F, Mohajeri S, Ghodssi-Ghassemabadi R, Mehrabi Y, Naderlou M, Ojaghlou K. [The correlation between the quality of life of mothers of children with special needs and their demographic characteristics in Tehran, Iran]. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2018; 6(2): 72-9. <http://ijpn.ir/article-1-1103-en.html>
4. Mohajeri S, Yaghmaei F, Mehrabi Y, Ghodseye Ghasem Abadi R. [Health status of mothers of children with special needs]. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2015; 2(1): 12-23. <http://ijrn.ir/article-1-161-en.html>
5. Maleki M, Asadi Gandomani R, Nesayan A. [Comparison of the general health status between mothers of educable children with intellectual disabilities and mothers of normal children]. Journal of Health Promotion Management 2018;7 (3):40-45 <http://jhpm.ir/article-1-847-fa.html>
6. Jafarpour H, Akbari B, Shakerinia I, Asadimajreh S. [The efficacy of emotional regulation training in comparison with mindfulness training on cognitive flexibility and parent-child interaction in mothers of children with mild mental retardation]. Journal of Psychological Science. 2022; 20(107): 2125-2143. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.107.2125>
7. Arya A, Verma S, Roy D, Gupta PK, Jawaid F. A study of burden of care among mothers of mentally retarded children and adolescents attending child and adolescent psychiatry OPD in a tertiary care center in North India. Delhi Psychiatry Journal. 2019; 22(2): 238-49. <https://www.researchgate.net/publication/338596247>
8. Moshtaghi S. The effectiveness of Group Emotional Schema Therapy in reducing feelings of loneliness and rumination in mothers with mentally retarded children. Journal of Family Relations Studies. 2025; 5(1): 27-33. <http://doi.org/10.22098/jfrs.2024.14289.1162>
9. Rahimi M, Afrasiabi H, Roostampoor T, Ghodoosi Nai A. The effect of mental retarded child on mother's life: Qualitative approach. Psychology of Exceptional Individuals. 2017; 7(26): 45-70. <http://doi.org/10.22054/jpe.2017.20981.1534>
10. Tofighi Mohammadi M, Babakhani V, Ghamari M, Pooyamanesh J. The efficacy of reality therapy on differentiation and distress tolerance of mothers of intellectual disability children. Journal of Psychological Science. 2022; 21(118): 2107-2122. <https://10.52547/JPS.21.118.2107>
11. Yao Y, Yan Z, Xu D, Xuan, Y. The relationship between emotion regulation ability and anxiety in adolescents: Independent and collaborative mediating roles of adaptive and nonadaptive emotion regulation strategies. Current Psychology. 2024; 43(42): 33059-33076. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06818-4>
12. Shaw J L, Kelly A C. How exposure to personal distress with and without self-compassion affects distress tolerance: Results from a two sample randomized trial. Mindfulness 2024; 15(3): 570-585. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02312-x>
13. Hassannejad N, Agahheris M, Sheibani KA, Zare H, Pasha AG. [The effectiveness of "Progressive Relaxation Training" on anxiety tolerance and sexual function in women with a history of mastectomy]. Journal of Health Promotion Management. 2022; 11(5):29-41. <http://jhpm.ir/article-1-1507-fa.html>
14. Sim SS, Bourke-Taylor H, Fossey E, Yu M L. Being more than a mother: A qualitative study of Asian immigrant mothers in Australia who have children with disabilities. Research in Developmental Disabilities. 2021; 117: 104060 <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104060>
15. Homayounfar N, Taghipuor B, Seraj Mohamadi P, Dida L, Abdi F, Ahadi E. [The effectiveness of mindful self-compassion training on worry and distress tolerance in the mothers of children with intellectual disability]. Journal of Research in Psychological Health. 2023; 18(4): 16-30. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4298-en.html>
16. Li F, Tang Y, Li F, Fang S, Liu X, Tao M W D, Jiang L. Psychological distress in parents of children with autism spectrum disorder: A cross-sectional study based on 683 mother-father dyads. Journal of Pediatric Nursing. 2022; 65: 49-

55. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.02.006>
17. Sedláčková D, Kantor J, Dömischová I, Kantorová L. Experiences of mothers of children with profound intellectual and multiple disabilities in the Czech Republic. *British Journal of Learning Disabilities* 2023; 51(1):3-12. <https://doi.org/10.1111/bld.12443>
 18. Rahatdahmarde T, Shirazi M, Arab A. [The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on the tolerance and distress of mothers with mentally retarded students]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2023; 66(3): 12-19. <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.60700.3551>
 19. Tofighi Mohammadi M, Babakhani V, Ghamari M, Pooyamanesh J. [The efficacy of Reality Therapy on differentiation and distress tolerance of mothers of intellectual disabilities children]. *Journal of Psychological Science*. 2022; 21(118): 2107-2122. <https://doi.org/10.52547/JPS.21.118.2107>
 20. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002; 9(3):177-90. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
 21. Leahy RL. Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019; 12(1):1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
 22. Mohammadi H, Sepehri Shamloo Z, Asghari Ebrahim Abad MJ. [The effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on decreasing psychological distress and difficulty in emotional regulation in divorced women]. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2018; 51: 27-36. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jtbcp/Article/1118223>
 23. Keyvanlo S, RafieiRad Z, Narimani M, BasharPoor S. [The effectiveness of group therapy based on Emotional Schema Therapy on rumination and emotional persistence in mothers of children with intellectual disabilities]. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2021; 3 (6): 85-94. <https://jobssar.ir/fa/showart4832647e528615e250ba277270ca1e71>
 24. Keyvanlo S, Malehmir B, Ezati Babi M, Narimani M. [Effectiveness of Schema-Based Group Therapy Emotional Therapy on emotional anesthesia (numbness) and emotional simplification in mothers of mentally retarded children]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal* 2021; 10(4): 55-64. <http://frooyesh.ir/article-1-2561-en.html>
 25. Peterson SJ, Balthazard PA, Waldman DA, Thatcher RW. Neuroscientific implications of psychological capital: Are the brains of optimistic, hopeful, confident, and resilient leaders different? *Organizational Dynamics*. 2008; 37(4): 342-53. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2008.07.007>
 26. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. *Positive Psychology: An Introduction*. In: *Flow and the Foundations of Positive Psychology* 2014. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_18
 27. Elmy Manesh N. Effectiveness of Positive Psychotherapy on stress in mothers of children with intellectual disability. *Journal of Exceptional Children*. 2018; 17 (4) :5-14 <http://joec.ir/article-1-578-en.html>
 28. Reza Zadeh S, Khodabakhshi-Koolae A, Hamidy Pour R, Sanagoo A. [Effectiveness of positive psychology on hope and resilience in mothers with mentally retarded children]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; 6 (3) :32-38 <http://ijpn.ir/article-1-1112-en.html>
 29. Azad R, Aleyasin S A. [Meaning of life, mothers of mentally retarded children, positive psychotherapy, psychological well-being, resilience]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal* 2023; 12(5): 161-172. <https://doi.org/10.1001.1.2383353.1402.12.5.16.8>
 30. Roostampour Abbasi GH, Hadianfard H, Mirzaian B. [The effectiveness of positive psychology on caregiver burden and self-criticism in mothers of children with mild intellectual disabilities]. *Journal of Child Mental Health*. 2022; 9 (1):119-140. <http://childmentalhealth.ir/article-1-1015-en.html>
 31. Mohammadi Bolbolan Abad, E, Ghodrati M, Faraji A. [The effect of positive psychological intervention on self-efficacy, resilience and life expectancy in mothers of children with intellectual disabilities]. *Psychology of Exceptional Individuals* 2024; 14(53): 263-291. <https://doi.org/10.22054/jpe.2024.73876.2575>
 32. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion* 2005; 29(2): 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031->

005-7955-3

33. Tofangchi M, Raeisi Z, Ghamarani A, Rezaei H. [The psychometric properties of Distress Tolerance Scale (DTS) in women with tension-type headaches]. *Journal of Anesthesiology and Pain*. 2021; 12(4):34-43. https://research.iaun.ac.ir/pd/h.rezaei/pdfs/PaperM_4562.pdf
34. Roštami F, Feridoonfar H. [The mediating role of mindfulness in the relationship between distress tolerance and procrastination in women athletic in district 3, Tehran]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10 (5) :41-53. <http://jhpm.ir/article-1-1184-fa.html>
35. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. *Emotional Regulation in Psychotherapy: A Practitioners Guide* 2011. Translated by: Mansori Rad A. 2013. Tehran: Arjmand Pub. <https://www.iranketab.ir/book/72653-emotion-regulation-in-psychotherapy>
36. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*. 2005;60(5):410. <https://psycnet.apa.org/buy/2005-08033-003>
37. Stansfeld J, Stoner CR, Wenborn J, Vernooij-Dassen M, Moniz-Cook E, Orrell M. Positive psychology outcome measures for family caregivers of people living with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatric*. 2017; 29(8):1281-96.38. <https://doi.org/101017/S1041610217000655>