

تأثیر آموزش رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران دارای کودک فلج مغزی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳

زیبا پورصادق^{۱*}، جلیل باباپور^۲، خلیل اسماعیل پور^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۲/۲۳

خلاصه

مقدمه: مادران کودکان فلج مغزی در طی زندگی با کودک فلج مغزی از راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند. در دهه‌های اخیر توجه گسترده‌ای به استفاده از مداخلات شناختی برای کاهش مشکلات روانشناختی مادران کودکان فلج مغزی معطوف شده است؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران دارای کودک فلج مغزی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری آن مشتمل بر تمام مادران دارای کودک فلج مغزی زیر ۱۲ سال شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ بود که تعداد ۳۰ نفر به وسیله روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. گروه‌ها پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱) را طی پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی در گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر راهبردهای منفی و مثبت تنظیم شناختی هیجان در مادران دارای کودک فلج مغزی تأثیر داشت ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان مادران دارای کودک فلج مغزی تأثیر دارد، آموزش این رویکرد به عنوان یک روش مداخله‌ای در افزایش به‌کارگیری راهبردهای کارآمد و کاهش راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان توسط مادران دارای کودک فلج مغزی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی عقلانی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، مادر، فلج مغزی

مقدمه

فلج مغزی، یکی از اختلالات حرکتی غیر پیش‌رونده است که بسیاری از کودکان مبتلا را با مشکلات حسی - حرکتی، آسیب‌های ذهنی، مشکلات تکاملی و محدودیت‌های عملکردی مواجه می‌کند [۱-۲]. این اختلال سومین ناتوانی رایج بعد از اختلالات طیف اوتیسم و ناتوانی‌های ذهنی است [۳] که شیوع آن در سطح جهان ۲ تا ۳/۵ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده برآورد شده است [۴] و در کشورهای در حال توسعه شیوع بالاتری دارد [۵].

مشکلات ناشی از فلج مغزی پیامدهای نامطلوب متعددی بر خانواده و به ویژه بر مادران این کودکان بر جای می‌گذارد [۶]. قوای جسمی و روانی مادران این کودکان، در طول زمان به شدت تحلیل می‌رود [۷]، زیرا پرورش یک کودک دارای نیازهای ویژه، چالش بزرگی برای مادران محسوب می‌شود که آنها را مستعد ابتلا به اختلالات روانشناختی و فشارهای هیجانی می‌کند [۸،۹] و بر بهزیستی، عملکرد اجتماعی، خودمختاری، سلامت جسمی و روانی، روابط زناشویی، وضعیت مالی و تنظیم شناختی هیجان آنها تاثیر می‌گذارد [۱۰].

تنظیم شناختی هیجان اغلب در متون روانشناختی به منظور توصیف فرآیند تعدیل عاطفه منفی به کار رفته است [۱۱] و به نحوه تفکر و تفسیر شناختی افراد پس از وقوع یک تجربه منفی و یا رویدادهای تنش‌زای زندگی اشاره دارد [۱۲]. Garnefski و همکارانش، مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان را در دو طبقه راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تقسیم‌بندی کردند. راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان دربرگیرنده فاجعه‌انگاری، خود سرزنشگری، نشخوار فکر، سرزنش دیگری، و راهبردهای انطباقی دربرگیرنده تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و دیدگاه‌گیری می‌باشند [۱۳].

به‌کارگیری راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان توسط مادران می‌تواند منابع خانواده را تقویت کرده و مشکلات ناشی از زندگی با کودک فلج مغزی را کاهش دهد [۱۴]. با این حال، متأسفانه به نظر می‌رسد که مادران کودکان فلج مغزی نیز همچون سایر مادران دارای کودک ناتوان ذهنی در برخورد با موقعیت‌های پر تنش زندگی با کودک فلج مغزی

از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند [۱۵] که باعث ایجاد مشکلات متعددی برای مادران می‌شود و این امر لزوم ارایه مداخلات حرفه‌ای روانشناختی به آنها را ضروری می‌سازد [۱۶]. در دهه‌های گذشته توجه فزاینده‌ای به استفاده از مداخلات شناختی برای کاهش مشکلات روانشناختی مادران کودکان فلج مغزی شده است [۱۷]. رفتار درمانی عقلانی هیجانی از جمله اولین رویکردهای شناختی است که روش‌های درمان شناختی، هیجانی و رفتاری را با یکدیگر ترکیب می‌کند و به‌گونه موفقیت‌آمیزی به صورت فردی، گروهی و یا در شکل زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی در طیف گسترده‌ای از مشکلات بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار گرفته است [۱۸]. در این رویکرد درمانی اعتقاد بر این است که اگرچه رویدادهای فعال‌کننده (A) به طور قابل توجهی به پیامدهای هیجانی و رفتاری (C) کمک می‌کنند، با وجود این باورهای افراد (B) در مورد رویدادهای فعال‌کننده (A) مهم‌تر می‌باشند و به طور مستقیم علت پیامدهای هیجانی و رفتاری هستند. از این رو، پیامدهای مختل‌کننده می‌توانند به واسطه چالش عقلانی و رفتاری باورهای غیرعقلانی کاهش یابند [۱۹-۲۰].

در سال‌های اخیر برخی مطالعات به بررسی کارآیی رفتار درمانی عقلانی پرداخته‌اند. به عنوان مثال، Ranaee و همکاران در مطالعه خود به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش‌فعالی پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری باعث بهبود سلامت روان و کنش‌های اجرایی گروه آزمایش نسبت به گروه‌های کنترل و مداخله‌نما می‌شود [۲۱]. Tavakolizadeh و همکاران، در پژوهشی نشان دادند که آموزش عقلانی هیجانی اثر معنی‌داری بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی دارد [۲۲]. Matin و همکاران نیز در پژوهش خود دریافتند که بازسازی رفتاری، عقلانی هیجانی گروهی اثر معنی‌داری بر افزایش سطح سلامت روان والدین کودکان استثنایی دارد [۲۳]. اما در خصوص اثربخشی این رویکرد درمانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به خصوص بر روی مادران دارای کودک فلج مغزی در

ماه) رفتار درمانی عقلانی هیجانی در گروه آزمایش برگزار شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. با توجه به اینکه مداخله مذکور به صورت آموزشی اجرا شد در این پژوهش ریزشی مشاهده نشد و کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش را تکمیل کردند. رفتار درمانی عقلانی هیجانی با کسب اجازه در یکی از مراکز توانبخشی شهر تبریز انجام شد و برای جلوگیری از انتقال مفاهیم آموزشی از گروه آزمایش به کنترل، بر عدم بازگویی مطالب مطرح‌شده طی جلسات، توسط گروه آزمایش به گروه کنترل تأکید شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی موافقت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش توسط مادران کودکان فلج مغزی امضا شد.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بود. ویژگی‌های دموگرافیک (سن و تحصیلات مادر و جنسیت کودک) نیز گردآوری شد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. این پرسشنامه توسط Garnefski و همکاران در سال ۲۰۰۱ به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس فاجعه‌انگاری، خود سرزنشگری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری است که راهبردهای منفی را ارزیابی می‌کند. همچنین ۵ خرده‌مقیاس تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و دیدگاه‌گیری، راهبردهای مثبت را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه بر اساس یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱-۵) از هرگز تا همیشه نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ می‌باشد و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است [۱۳]. پایایی این پرسشنامه در مطالعه Garnefski و همکاران، با استفاده از روش آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است [۲۵]. این پرسشنامه از اعتبار و پایایی مناسبی برای استفاده در فرهنگ ایرانی برخوردار است و اعتبار و پایایی آن در جمعیت‌های متعدد بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب پایایی کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت زندانیان ۰/۸۳ [۱۱] و برای بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ بدست آمد [۲۶]. در

کشور ما پژوهشی صورت نگرفته است. بنابراین، با توجه به خلأهای پژوهشی بسیاری که در این حوزه وجود دارد، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران دارای کودک فلج مغزی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی (از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) می‌باشد، زیرا امکان کنترل کلیه متغیرهای مداخله‌گر وجود نداشت [۲۴]. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه مادران دارای کودک فلج مغزی زیر ۱۲ سال در سال ۱۳۹۳ بود. با توجه به این که در طرح‌های تجربی و نیمه تجربی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروه‌ها حداقل بایستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند [۲۴]، در این پژوهش تعداد ۳۰ مادر دارای کودک فلج مغزی که فرزندشان در مراکز توانبخشی شهر تبریز تشخیص فلج مغزی دریافت کرده بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب و به صورت تصادفی (زوج و فرد) در دو گروه آزمایشی و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. همچنین، به علت محدود بودن تعداد کودکان فلج مغزی زیر ۱۲ سال از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن کودک فلج مغزی زیر ۱۲ سال سن که توسط متخصص مغز و اعصاب کودکان تشخیص فلج مغزی دریافت کرده باشد، داشتن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی برای مادران، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال، اخذ درمان‌های روانپزشکی و مداخلات روانشناختی به دلیل ابتلا به اختلالات روانشناختی ناشی از داشتن کودک فلج مغزی از سوی مادران کودک فلج مغزی، دریافت رفتار درمانی عقلانی هیجانی قبل از ورود به پژوهش، موافقت نمونه مورد بررسی برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل شرکت همزمان در سایر جلسات آموزش روانشناختی، عدم همکاری و عدم حضور در یک جلسه و عدم پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه بود.

هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه به مدت ۲

یادداشت کردن باورهای عقلانی و غیرعقلانی در مورد حداقل چهار اتفاق به وقوع پیوسته در منزل).

جلسه پنجم: مجادله و مواجهه با عقاید غیرمنطقی؛

چالش با باورهای غیرعقلانی با استفاده از روش‌های مختلف مثل ایفای نقش، شوخ‌طبعی و الگوسازی؛ بررسی تکلیف جلسه قبل جهت افزایش آگاهی مادران در مورد شیوه برخوردشان.

جلسه ششم: ترغیب مادران جهت تغییر باورهایشان؛

بررسی طرحواره‌های مادران و کمک به آنها جهت تغییر باورهایشان، جایگزینی باورهای غیرعقلانی با باورهای عقلانی، ارائه تکلیف خانگی (جایگزینی باورهای غیرعقلانی با باورهای عقلانی طی جلسات و یادداشت نتیجه برخورد فرزند برای جلسه بعد).

جلسه هفتم: بررسی رابطه ABC در ارتباط با موارد

موجود در منزل برای هر یک از شرکت‌کنندگان؛ بررسی هر یک از موارد یادداشت‌شده جهت آگاهی شرکت‌کنندگان از غیرعقلانی بودن عقاید و جایگزینی عقاید عقلانی به جای آنها جهت رفتار بهتر در منزل.

جلسه هشتم: کمک شرکت‌کنندگان به یکدیگر و

تعمیم موارد آموخته‌شده؛ در این جلسه از یکی از شرکت‌کنندگان خواسته شد یک مشکل (باور غیرعقلانی) را توضیح دهد و بقیه راه‌حل آن را ارائه دهند. جمع‌بندی و خاتمه درمان و اجرای پس‌آزمون.

پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آموزش مداخله توسط

پژوهشگر بلافاصله پس از اتمام جلسات اجرا شد و شرکت‌کنندگان پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون مجذور کای، تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ مادر دارای کودک فلج مغزی شرکت کردند. تحصیلات ۲۳/۶٪ آنها زیر دیپلم، ۴۱/۷٪ دیپلم، ۸/۳٪

جمعیتی متشکل از نوجوانان ضریب پایایی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۸ گزارش شد [۲۷].

در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی از روش بازآزمایی استفاده شد. به این منظور پرسشنامه مذکور توسط ۱۵ نفر از زنان دارای کودک فلج مغزی که با نمونه‌های پژوهش مشخصات یکسان داشتند، تکمیل گردید. به فاصله ۱۰-۷ روز بعد مجدداً پرسشنامه توسط همان افراد تکمیل و سپس ضریب همبستگی آن‌ها محاسبه شد. ضریب همبستگی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان ۰/۷۵ بدست آمد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه نیز پس از مطالعه و بررسی ۳ تن از اساتید دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز مورد تأیید قرار گرفت.

رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر اساس راهنمای درمانی مندرج در کتب و مقالات پژوهشی پیشین [۱۸] اقتباس شد که به صورت گروهی طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هر هفته) به گروه آزمایش به شرح زیر ارائه شد:

جلسه اول: ایجاد ارتباط اولیه؛ خوش‌آمدگویی و آشنایی

اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، شرح اهداف و قوانین گروه از جمله عدم غیبت، شرکت به موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، توصیف کلی رویکرد درمانی و اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: توضیح ارزش‌های درمان؛ توضیح ۱۰ ارزش

گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری که عبارتند از خطر جویی، واقع‌بینی (عدم آرمان‌گرایی)، تحمل زیاد ناکامی، مسئولیت فردی در قبال آسفتگی، نفع شخصی، خودگردانی، تحمل، قبول عدم قطعیت، انعطاف‌پذیری و تعهد.

جلسه سوم: توضیح رابطه ABC، ارزیابی مداخلات B

(باورهای غیرعقلانی) در مورد هر یک از شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف خانگی (یادداشت چند مورد از موقعیت‌های ناراحت‌کننده در منزل).

جلسه چهارم: ارتباط باورها با هیجان‌ها و موقعیت‌ها؛

بررسی تکلیف و مروری بر جلسه قبل، مرتبط ساختن باورهای غیرعقلانی با هیجان‌های پریشان‌کننده. ارائه تکلیف خانگی

شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ درج شده است. چنانچه در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، پس از اجرای رفتار درمانی عقلانی هیجانی در گروه آزمایش، میانگین نمرات مادران فلج مغزی در راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان کاهش نشان می‌دهد.

فوق دیپلم و ۲۶/۴٪ نیز دارای تحصیلات لیسانس بودند. ۴۶٪ کودکان آنها دختر و ۵۴٪ پسر بودند. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که میان گروه‌های آزمایش و کنترل به لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک (سن و تحصیلات مادر و جنسیت کودک) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. میانگین و انحراف معیار سنی مادران دارای کودک فلج مغزی در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $12/32 \pm 37/81$ و $12/46 \pm 36/44$ سال بود. آماره توصیفی خرده مقیاس‌های متغیر راهبردهای تنظیم

جدول ۱- انحراف معیار و میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان و خرده مقیاس‌های آن طی مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	خرده مقیاس‌ها	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین
راهبردهای مثبت	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	آزمایش	۹/۵۹±۳/۲۸	۱۰/۷۸±۳/۲۶
		کنترل	۹/۲۴±۴/۲۹	۹/۸۴±۳/۰۰
	ارزیابی مجدد مثبت	آزمایش	۹/۴۷±۴/۷۴	۱۲/۳۹±۴/۴۶
		کنترل	۹/۲۸±۳/۵۲	۹/۰۰±۴/۲۸
راهبردهای منفی	تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	۸/۷۶±۳/۸۲	۱۱/۰۱±۳/۸۷
		کنترل	۸/۳۹±۳/۲۰	۷/۲۵±۲/۷۳
	پذیرش	آزمایش	۹/۴۹±۴/۳۸	۱۲/۲۴±۴/۲۸
		کنترل	۹/۸۹±۴/۳۸	۹/۱۸±۴/۵۶
راهبردهای منفی	دیدگاه‌گیری	آزمایش	۸/۴۳±۳/۰۱	۱۰/۸۸±۴/۴۲
		کنترل	۹/۲۶±۴/۲۳	۹/۴۸±۴/۲۸
	فاجعه‌انگاری	آزمایش	۸/۲۵±۳/۸۶	۶/۵۸±۲/۲۳
		کنترل	۹/۲۶±۳/۲۴	۸/۷۵±۳/۳۶
راهبردهای منفی	سرزنش دیگری	آزمایش	۹/۳۲±۳/۲۸	۷/۲۶±۲/۲۴
		کنترل	۹/۸۶±۳/۸۷	۹/۴۹±۴/۵۷
	نشخوار فکر	آزمایش	۱۰/۲۹±۴/۵۸	۸/۲۵±۳/۲۳
		کنترل	۱۰/۷۳±۴/۲۴	۱۰/۸۰±۴/۴۷
خودسرزنشگری		آزمایش	۱۲/۲۶±۵/۸۴	۱۰/۶۵±۵/۱۳
		کنترل	۱۱/۵۷±۵/۶۴	۱۱/۶۲±۵/۴۹

گروهی باقی ماند. این اثر چندمتغیره نشان می‌دهد که رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان مادران دارای کودک فلج مغزی تأثیر دارد ($p < 0/001$, $F = 13/854$). به منظور تعیین اینکه در کدام یک از خرده مقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد از تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ درج شده است.

چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل بین راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (تمرکز مجدد مثبت: $p = 0/001$, $F = 20/37$ ، ضریب اتا؛ تمرکز مجدد بر

به منظور آزمون این تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌های متغیر تنظیم شناختی هیجان به ترتیب با استفاده از آزمون‌های شاپیرو ویلک و لوین با مقادیر ($p > 0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ام باکس با مقادیر ($F = 14/562$, $p = 0/965$) تأیید شد. مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز با استفاده از محاسبه مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل با مقادیر ($F = 9/125$)، تعامل بین متغیر همپراش و مستقل با مقادیر ($p = 0/069$) مورد تأیید قرار گرفت.

پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، به روش تحلیل کواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت

خودسرزنشگری: $p=0/001$, $F=7/31$, $\text{ضریب اتا}=0/18$ ؛
 نشخوار فکر: $p=0/002$, $F=10/04$, $\text{ضریب اتا}=0/27$ ؛
 دیگری: $p=0/001$, $F=1/59$, $\text{ضریب اتا}=0/13$ ؛
 پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. به علاوه، توان آماری
 بین ۰/۹۵۷ تا ۱ نشان دهنده حجم نمونه مناسب برای چنین
 نتیجه گیری می باشد.

برنامه ریزی: $p=0/001$, $F=31/89$, $\text{ضریب اتا}=0/34$ ؛
 مجدد مثبت: $p=0/001$, $F=31/94$, $\text{ضریب اتا}=0/26$ ؛
 پذیرش: $p=0/002$, $F=12/73$, $\text{ضریب اتا}=0/37$ ؛
 دیدگاه گیری: $p=0/049$, $F=7/68$, $\text{ضریب اتا}=0/14$ ؛
 همچنین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان
 (فاجعه انگاری: $p=0/001$, $F=5/34$, $\text{ضریب اتا}=0/11$ ؛

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات پس آزمون خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجان در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر مراحل پژوهش	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت F	مجذور اتا	توان آزمون
تمرکز مجدد مثبت	۱۴۸/۹۰۹	۱۴۸/۹۰۹	۲۰/۳۷۶	۰/۴۹	۱
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۱۶۰/۸۳۴	۱۶۰/۸۳۴	۳۱/۸۹۶	۰/۳۴	۰/۹۵۷
ارزیابی مجدد مثبت	۳۵۱/۸۶۹	۳۵۱/۸۶۹	۳۱/۹۴۹	۰/۲۶	۱
پذیرش	۱۲۱/۷۴۹	۱۲۱/۷۴۹	۱۲/۷۳۶	۰/۳۷	۱
دیدگاه گیری	۲۳/۴۸۵	۲۳/۴۸۵	۷/۶۸۳	۰/۱۴	۱
فاجعه انگاری	۳/۸۱۸	۳/۸۱۸	۵/۳۴۵	۰/۱۱	۰/۹۹۹
خودسرزنشگری	۱۳/۵۵	۱۳/۵۵	۷/۳۱۹	۰/۱۸	۰/۹۹۸
نشخوار فکر	۰/۳۳۲	۰/۳۳۲	۱۰/۰۴۹	۰/۲۷	۰/۹۹۷
سرزنش دیگری	۱۲/۳۲	۱۲/۳۲	۱/۵۹۶	۰/۱۳	۱

$df=1$, $*p<0/05$

بحث

یافته های این پژوهش نشان داد رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر راهبردهای منفی (فاجعه انگاری، خودسرزنشگری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری) و مثبت (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و دیدگاه گیری) تنظیم شناختی هیجان در مادران دارای کودک فلج مغزی تأثیر دارد. به عبارت دیگر، این مداخله باعث افزایش به کارگیری راهبرد انطباقی و کاهش استفاده از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان توسط مادران دارای کودک فلج مغزی شده است. هرچند مطالعه همسو یا ناهمسو با یافته های پژوهش حاضر یافت نشد، اما این نتایج با یافته های مطالعاتی که در زمینه کارآیی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر مشکلات روانشناختی والدین دارای کودکان با معلولیت های ذهنی و جسمی انجام گرفته است، همسو می باشد. به عنوان مثال، این یافته ها با نتایج مطالعه Ranaee و همکاران، مبنی بر تأثیر گروه درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر ارتقای کنش های اجرایی و بهبود سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه - بیش فعالی همسو می باشد

[۲۱]. همچنین، Tavakolizadeh و همکاران، نشان دادند که آموزش عقلانی هیجانی تأثیر معنی داری بر افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی دارد [۲۲].
 Matin و همکاران، نیز دریافتند که بازسازی رفتاری، عقلانی هیجانی گروهی بر افزایش سطح سلامت روان والدین کودکان استثنایی تأثیر دارد [۲۳]، که این یافته ها با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همسو می باشد.

مهم ترین منابع تأثیرگذار بر افزایش استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان؛ مؤلفه های شناختی و عقلانی بودن در دیدگاه ایس هستند؛ به عبارت دیگر، عوامل شناختی و عقلانی، مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر میزان عملکرد شناختی مثبت افراد هستند؛ ضمن اینکه در این رویکرد فرض زیربنایی آن است که تغییر شناخت، به تغییرهای رفتاری و هیجانی نیز منجر می شود [۱۹]. بنابراین، با توجه به اینکه تفسیر شناختی مادران از تجربیات منفی زندگی با کودکانشان، بعد شناختی مراقبت و نگهداری از کودک دارای فلج مغزی محسوب می شود، این رویکرد به واسطه اصلاح و تغییر مؤلفه های شناختی ناکارآمد که افزایش عملکرد مفید در زندگی و مراقبت از کودک فلج مغزی را به

دنبال دارد، می‌تواند موجب تغییرات هیجانی رفتاری شده، میزان عملکرد مثبت در زمینه منطقی بودن مادران را افزایش دهد که به نوبه خود با افزایش عملکرد مثبت و عقلانی بودن و تغییر شناخت و تفکرات نامعقول، کاهش عقاید ناکارآمد را به دنبال دارد و مادران را به استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان سوق می‌دهد.

به بیان بهتر، رفتار درمانی عقلانی هیجانی با استفاده از یک رویکرد فلسفی، تغییر کلی در سیستم باورها و فلسفه زندگی مادران دارای کودک فلج مغزی به وجود می‌آورد، عملکرد آنها را در خارج از محیط درمان بهبود می‌بخشد و بدین ترتیب باعث کاهش استفاده از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان توسط مادران دارای کودک فلج مغزی می‌شود زیرا به واسطه تشخیص و تمیز باورهای منطقی از غیرمنطقی در مورد افکار، هیجانات و شناخت و تمیز هیجانات منفی سالم از هیجانات منفی ناسالم به مادران دارای کودک فلج مغزی کمک می‌کند که تفسیر شناختی مناسبی از موقعیت‌های هیجانی داشته باشند و بدین ترتیب به تعدیل عواطف منفی خود بپردازند [۱۹].

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌ها، نمونه کم مورد بررسی در مطالعه حاضر بود. هرچند تنها ابزار دارای روایی و پایایی مناسب برای بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بود، با این حال، استفاده از تنها یک پرسشنامه محدودیت دیگری بود که ممکن است باعث سوگیری در تفسیر یافته‌های این پژوهش شود. همچنین، این مطالعه اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی را بر روی پدران کودکان دارای فلج مغزی مورد توجه قرار نداد، زیرا ممکن است پدران نیز نیازمند دریافت این مداخله باشند و این روش درمانی آثار مثبتی برای هر دو والد در بر داشته باشد. عدم اجرای یک برنامه پیگیری و جلوگیری از اثرات درمانگر و عوامل غیراختصاصی روان‌درمانی گروهی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بودند. لذا، به سایر محققان

علاقمند پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی در وهله اول ابزارهایی برای سنجش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان طراحی و هنجاریابی کنند، تأثیر مداخله مورد بحث را بر روی پدران دارای کودک فلج مغزی بررسی نمایند و از طرح‌های پیگیری به منظور مشخص شدن ماندگاری اثرات مثبت رفتار درمانی عقلانی هیجانی در طول زمان استفاده کنند. همچنین، اثرات درمانگر و گروه درمانی و یا سایر عوامل مخدوش‌گر کنترل گردد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر راهبردهای کارآمد و ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان مادران دارای کودک فلج مغزی مؤثر است، استفاده از این روش درمانی به عنوان یک روش مداخله‌ای کارآمد در افزایش به‌کارگیری راهبردهای انطباقی و کاهش راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان توسط مادران دارای کودک فلج مغزی توصیه می‌شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها به عهده زیبا پورصادق و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده خلیل باباپور بود. خلیل اسماعیل پور بازنگری و اصلاحات مقاله را انجام داد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر محصول پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی مصوب دانشگاه تبریز نویسنده اول می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

References

1. Babaei M, Rassafiani M, Ghahari S, Hoseini MA, Fatourechy S. Rehabilitation Experiences of people with cerebral palsy: A Literature Review. JRRS 2013;9(8):1309-22. [Persian]
2. Yalcinkaya EY, Caglar NS, Tugcu B, Tonbaklar A. Rehabilitation outcomes of children with cerebral palsy. Journal of physical therapy science 2014;26(2):285-9.

3. İçağasıoğlu A, Mesci E, Yumusakhuyly Y, Turgut ST, Murat S. Rehabilitation outcomes in children with cerebral palsy during a 2 year period. *Journal of physical therapy science* 2015;27(10):3211-4.
4. Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jetté N, Pringsheim T. An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta- analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2013;55(6):509-19.
5. Jinming Z, Jianjun L. Survey of mothers of children with cerebral palsy. *International NGO Journal* 2010;5(5):128-31.
6. Abdolahi MN, Shafiabadi A, Behboudi M. The study of effectiveness of group counseling based on reality therapy on increasing of self esteem in mothers of children with cerebral palsy. *Journal of reseach in behavioural sciences* 2014; 12(3):360-8. [Persian]
7. Dalvand H. Handling challenges in the children with cerebral palsy: A qualitative content analysis. *Journal of reseach in rehabilitation sciences* 2013;9(8):14-9. [Persian]
8. 8.Toulgui E, Jemni S, Samia F, Lazreg N, Mtaouaa S, Khachnaoui F. Depression and anxiety in mothers of children with cerebral palsy: Comparative study. *Annals of physical and rehabilitation medicine* 2016;59:e9.
9. Ahmadizadeh Z, Mokhlesin M. Factors which affect the depression of mothers with cerebral palsy child. *Iranian Rehabilitation Journal* 2014;12(4):43-8. [Persian]
10. Davis E, Shelly A, Waters E, Boyd R, Cook K, Davern M. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child: care, health and development* 2010;36(1):63-73.
11. Sasanpour M, Azizi A. Correlation of Alexithymia and Positive Cognitive Emotion Regulation Strategies in Prisoners. *Police Medicine* 2017;6(3):161-6. [Persian]
12. Gholamrezay S, Azizi A. Nature's Role in Predicting Quality of Positive Cognitive Emotion Regulation Strategies in Prisoners. *Quarterly Journal of Social Work* 2014;3(3):31-8. [Persian]
13. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences* 2001;30(8):1311-27.
14. Moawad G. Coping strategies of mothers having children with special needs. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare* 2012;2(8):77-84.
15. Almardani SS, Narimani M. Deaf, Mothers of deaf daughters, Mothers of hearing daughters, Intolerance of uncertainty, Emotion regulation. *Preschool and Elementary School Studies* 2015;1(1):120-40. [Persian]
16. Jeong Y-G, Jeong Y-J, Bang J-A. Effect of social support on parenting stress of Korean mothers of children with cerebral palsy. *Journal of physical therapy science* 2013;25(10):1339-42.
17. Jenaabadi H. Survey on effectiveness of cognitive-behavioral stress management on mental health of mothers of children with developmental disorders, disruptive behavior disorders and cerebral palsy. *Razi Journal of Medical Sciences* 2016; 23(148):80-8. [Persian]
18. Elis A. Catharine M. *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide*. 2nd ed. California: Brooks/Cole-Cengage Learning; 2005: 196-23.
19. Dryden W. *The fundamentals of rational emotive behavior therapy: a training handbook*. 2nd ed. Oxford: Wiley; 2008: 25-8.
20. Rajabi G, Karjo KS. A study of the impact of rational-emotive-behavioral therapy (Ellis irrational beliefs) as group counselling methods on subscales general health recovery in male high school students. *Journal of school psychology* 2012;1(2):59-76. [Persian]
21. Ranaee Z, Ghanaei CA, Kimiaee SA, Mansouri A. The effectiveness of rational emotive behavior group therapy on the executive functions and mental health in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology and personality* 2018;15(2):133-42. [Persian]
22. Tavakolizadeh J, Dashti S, Panahi M. The effect of rational-emotional training on mothers' mental health condition of children with mental retardation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012;69:649-58.
23. Matin A, Looyeh MY, Afrooz GA, Dezhkam M. The effect of group rational emotive behavior restructuring on mental health of parents of exceptional children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012;46:1872-5.
24. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 6nd ed. Boston: Person Education; 2013: 30-2.

25. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children. *European child & adolescent psychiatry* 2007;16(1):1.
26. Narimani M, Alisari NK, Effat PS. The Effectiveness of Emotion-Focused Training for Cognitive Emotional Regulation Strategies of Emotionally Abused Students. *Applied counseling* 2013; 3(2): 37-50. [Persian]
27. Abolghasemi A, Alah Gholilo K, Narimani M, Zahed A. Emotion regulation strategies in substance abusers with high and low reactivity. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2011;20(77):15-22. [Persian]

The Effect of Rational-Emotional Behavior Therapy Training on Cognitive-Emotional Regulation Strategies of Mothers with Cerebral Palsy Children in the City of Tabriz in 2014

Poursadegh Z¹, Babapour J², Esmailpour KH²

1- PhD student, Dept of psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

Email: zibapoursadeg@Yahoo.com, Tel: 09146400746

2- Associate Prof, Dept of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

Received: 31 March 2018 Accepted: 13 May 2019

Introduction: Mothers with a cerebral palsy child use inefficient cognitive-emotional regulation strategies during the life they spend with a cerebral palsy child. In recent decades, widespread attention has been paid to the use of cognitive interventions to reduce the psychological problems of mothers with cerebral palsy children; therefore, the purpose of this study was to determine the effectiveness of rational-emotional behavior therapy training on cognitive-emotional regulation strategies of mothers with a cerebral palsy child in the city of Tabriz in 2014.

Materials and Methods: This research was a quasi-experimental (pre-test - post-test with a control group) study. The statistical population included all mothers with a cerebral palsy child under the age of 12 years old in Tabriz in 2014, of whom 30 of were selected by available sampling method and randomly assigned to one of the experimental and control groups (15 individuals for each group). The groups completed Garnefski's Cognitive-Emotive Regulation Questionnaire (2001) for pre-test and post-test. Eight 90-minute sessions of rational-emotional behavioral therapy were performed on the experimental group, while the control group did not receive intervention. Data were analyzed using multivariate and univariate covariance analysis.

Results: The results showed that rational-emotional behavior therapy had a significant effect on positive and negative cognitive-emotional regulation strategies in mothers with a cerebral palsy child ($p=0.001$).

Conclusion: Given that rational-emotional behavioral therapy affects the adaptive and non-adaptive cognitive-emotional regulation strategies of mothers with a cerebral palsy child, teaching this approach is recommended as an effective interventional method to increase the use of effective strategies and reduce the dysfunctional cognitive emotional regulation strategies by mothers with a cerebral palsy child.

Keywords: Rational-emotional behavioral therapy, Cognitive-emotional regulation, Mother, Cerebral palsy

Please cite this article as follows:

Poursadegh Z, Babapour J, Esmailpour KH. The Effect of Rational-Emotional Behavior Therapy Training on Cognitive-Emotional Regulation Strategies of Mothers with Cerebral Palsy Children in the City of Tabriz in 2014. *Community Health journal* 2019 13(1): 64-73.

Funding: Personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Tabriz University approved the Study.