

## Effectiveness of Emotion Regulation Training on Mental Health of Mothers by Children with Mental Disorders

Zolfaghar Abyar<sup>1</sup>, Elham Rahimi<sup>2</sup>, Alireza Maredpour<sup>3</sup>, Saeid Ahmadi Nasrabad Sofla<sup>4</sup>, Narges Zamani<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Ahvaz Branch of Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

<sup>2</sup> Director of Consulting Medical Sciences, Yasuj, Iran

<sup>3</sup> Department of Psychology, Yasuj Branch of Islamic Azad University, Yasuj, Iran

<sup>4</sup> MSc of Family Counseling, Education Office of Margoon, Margoon, Iran

<sup>5</sup> Department of Psychology, Young Researchers and Elite Club, Hamadan Branch of Islamic Azad University, Hamadan, Iran

\* Corresponding author: Tel: +98-9183113279, E-mail: [nargeszamani1367@iauh.ac.ir](mailto:nargeszamani1367@iauh.ac.ir)

Received: 2016/11/11 Accepted: 2016/11/29 Online published: 2017/01/10

### Abstract

**Introduction:** Mental health not only causes to inefficiency of psychiatric patients; but also highly affects on their families and disrupt their performance. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of teaching emotion regulation on the mental health of mothers by children with mental disorders.

**Materials and Methods:** Among families of children with mental disorders in Hamadan city, 34 families were selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received 12 sessions of emotion regulation interventions, but control group did not received any intervention. Data analyzed via descriptive and co-variance methods and  $P \leq 0.05$  considered as significant difference.

**Results:** The results showed that after the intervention; there was a significant difference between experimental and control groups about mental health ( $P = 0.001$ ). Also; our results showed that these changes preserved during follow-up duration.

**Conclusions:** In the field of treatment and dealing with people suffering from mental illness, emotion regulation training due to its nature seems to be effective.

**Keywords:** Emotion Regulation; Mental Health; Developmental Disorders; Emotional Disorders; Disruptive Behavior Disorders; Mental Disorders.

©2016 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

## اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلالات روانی

ذوالفقار آبیاری<sup>۱</sup>، الهام رحیمی<sup>۲</sup>، علیرضا ماردپور<sup>۳</sup>، سعید احمدی نصرآباد سفلی<sup>۴</sup>، نرگس زمانی<sup>۵\*</sup>

<sup>۱</sup> گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

<sup>۲</sup> گروه مشاوره و راهنمایی، اداره مشاوره دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

<sup>۳</sup> گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، اداره آموزش و پرورش شهرستان مارگون، مارگون، ایران

<sup>۵</sup> گروه روانشناسی و باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

\* نویسنده مسئول: تلفن: ۹۱۸۳۱۱۳۲۷۹-۹۸+، ایمیل: [nargeszamani1367@iauh.ac.ir](mailto:nargeszamani1367@iauh.ac.ir)

دریافت: ۱۳۹۵/۸/۲۱ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۹ انتشار آنلاین: ۱۳۹۵/۱۰/۲۱

### چکیده

**مقدمه:** اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می‌شوند، بلکه خانواده‌های آن‌ها را نیز به شدت تحت تأثیر قرار داده و عملکرد آن‌ها را مختل می‌سازند. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران فرزندان مبتلا به اختلالات روانی بود.

**مواد و روش‌ها:** بدین منظور از بین خانواده‌های فرزندان مبتلا به اختلالات روانی همدان، ۳۴ خانواده به شیوه نمونه در دسترس، انتخاب شدند و با روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل مورد آزمون قرار گرفتند. مداخلات آموزش تنظیم هیجان، به مدت ۱۲ جلسه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت ننمودند. برای آنالیز آماری داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و کوواریانس استفاده شده و  $P \leq 0/05$  به عنوان سطح معناداری اختلاف در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل پس از انجام مداخله تفاوت معنی‌داری در میزان سلامت روان وجود دارد ( $P = 0/001$ ). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که این تغییرات در مرحله پیگیری حفظ شده است.

**نتیجه‌گیری:** در حوزه درمان و زمینه کار با افرادی که درد ناشی از بیماری‌های روانی دارند، آموزش تنظیم هیجان با توجه به ماهیت آن، کارا و نوید بخش به نظر می‌رسد.

**کلمات کلیدی:** تنظیم هیجان، سلامت روان، اختلالات رشدی، اختلالات هیجانی، اختلالات رفتاری مخرب، اختلالات روانی.

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

## مقدمه

را مختل می‌سازند. این تاثیرگذاری در ابعاد مختلفی همچون سلامت روان و عملکرد اجتماعی و اقتصادی قابل مشاهده بوده و در مجموع، بهزیستی خانواده را کاهش داده و فشار زیادی بر آن تحمیل می‌کند [۱۰].

. هنگامیکه یکی از اعضای خانواده دچار اختلال روانی می‌شوند، همه اعضای خانواده به نوعی درگیر بیماری و پیامدهای آن می‌شوند و فشار زیادی بر آن‌ها تحمیل می‌شود [۱۱] و حضور در این خانواده دارای یک عضو مبتلا به اختلال روانی، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای را بر سایر اعضای خانواده تحمیل می‌کند [۱۲].

میزان این فشار به چندین عامل بستگی دارد که عبارتند از سن و جنس بستگان بیمار، کیفیت رابطه پیش از بیماری آن‌ها با بیمار، ماهیت مشکلات بیمار، راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده بستگان، ارزیابی بستگان از موقعیت و نحوه ادراک بیماری، حمایت هیجانی و عملی در دسترس خانواده و متغیرهای فرهنگی و قومی [۱۳]. همانطور که اشاره شد، مراقبت از یک کودک مبتلا به اختلال روانی و یا روانپزشکی اثر چشمگیری بر خانواده دارد. بسیاری از شواهد پژوهشی نشان داده‌اند والدین کودکان مبتلا به اختلال روانپزشکی، فشار و استرس والدینی گری فراینده‌ای را در مقایسه با والدین کودکان دارای رشد سالم تجربه می‌کنند [۱۴].

در واقع، فشارمراقبت، اغلب دامنه وسیعی از مشکلات بدنی، روان‌شناختی، هیجانی، اجتماعی و مالی را در برمی‌گیرد که ممکن است مراقبان خانوادگی تجربه نمایند [۱۴]. اختلال کودک بر زندگی خانوادگی روزانه تأثیر زیادی داشته و در بسیاری از موارد بر روابط خانوادگی اثر منفی می‌گذارد. پرورش کودک مبتلا به اختلالات روانی مانند بیش‌فعالی- نقص توجه فشار زیادی را بر همه اعضای خانواده تحمیل می‌کند. این فشارها شامل مشکلات مربوط به تعاملات والدین و کودک، خواهران و برادران و کودک و ناسازگاری زناشویی فراینده می‌شود [۱۵]. علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی، شایستگی والدینی و رضایت زناشویی کمتر و همچنین استرس خانوادگی و مشکلات سازگاری بیشتری در مقایسه با مادران کودکان مبتلا به نشانگان داون یا کودکان طبیعی تجربه می‌کنند [۱۶].

مشکلات سلامت روان در خانواده کودکان مبتلا به اختلال روانی به قدری است که سلامت روان سایر اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داد خواهران و برادران کودکان دچار بیش‌فعالی-کمبود توجه به میزان بیشتری به اختلالات روانی، خلقی، اضطرابی مبتلا بوده و نسبت به خواهران و برادران کودکان سالم به احتمال بیشتری از بیش‌فعالی-کمبود توجه نیمه بالینی رنج می‌برند [۱۷]. مطالعه خانواده‌ها و اختلالات روانی از دو بعد درمان بیماران و افزایش سلامت روان خانواده‌ها حائز اهمیت است. با توجه به نقش مشکلات تنظیم هیجان در ایجاد و ابقای مشکلات هیجانی، به نظر می‌رسد که آموزش و کاربرد مهارت‌های تنظیم هیجان در کاهش مشکلات هیجانی بتواند به توسعه این حیطه درمانی کمک کند. لذا پژوهش حاضر با هدف، بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی اجرا شده است.

هیجان یک پدیده اساسی کارکرد انسان است که دارای ارزش سازگارانهای برای افزایش پیگیری ما در اهداف می‌باشد. همه ما هیجان‌های مختلفی را تجربه می‌کنیم و تلاش می‌کنیم از طریق روش‌های اثربخش و غیراثربخش با آنها مقابله کنیم. مسئله واقعی تجربه هیجان‌ها نیست. بلکه توانایی ما در بازشناسی، پذیرش و در صورت امکان استفاده از آنها و با وجود هیجان‌ها، پیگیری کارکرد خود مسئله اصلی می‌باشد [۱]. انسان‌ها با یک سری پاسخ‌های هیجانی اولیه متولد می‌شوند که در همه فرهنگ‌ها و جوامع مشابه است و در پاسخ به محرک‌های درونی و بیرونی رخ می‌دهد اما افراد، راهبردهای متفاوتی را در پاسخ به محرک‌ها می‌آموزند. بنابراین، هیچ‌گاه دو فرد پاسخ‌های هیجانی یکسانی به یک محرک از خود نشان نمی‌دهند [۲] و پاسخ‌های هیجانی، اطلاعات مهمی درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کند. با این اطلاعات، انسان‌ها یاد می‌گیرند که در مواجهه با هیجان‌ها چگونه رفتار کنند، چگونه تجربیات هیجانی را به صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجان‌ها به کار برند و در زمینه هیجان‌های خاص، چگونه با دیگران رفتار کنند [۳].

تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی چگونگی تجربه، بیان و شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها است [۴] که به عنوان یکی از متغیرهای روانشناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است [۵] و نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد [۶]. علاوه بر این تنظیم هیجان نقش برجسته‌ای در تحول و حفظ اختلالات هیجانی دارد و حیطه گسترده‌ای از هوشیار و ناهوشیار فیزیولوژیکی و رفتاری و فرایندهای شناختی را شامل و به سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که هر فردی از آن به منظور افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان خود استفاده می‌کند [۷].

تنظیم هیجان بیشتر در دو موقعیت زمانی مهم مورد بررسی قرار می‌گیرد که عبارتند از: راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع حادثه یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند و راهبردهایی تنظیم هیجان که پس از بروز حادثه و یا بعد از شکل‌گیری هیجان فعال می‌شوند. راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع حادثه فعال می‌شوند در کنترل هیجان منفی حوادث نقش مهمی دارند [۸]. زیرا موجب تفسیر واقعه به نحوی می‌شوند که پاسخ‌های هیجانی منفی را کاهش می‌دهد. پژوهش نشان می‌دهد تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم هیجان شناختی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود، چنان‌که استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با هیجان‌های مثبت و عملکردهای میان‌فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد [۷].

با توجه به نقش مشکلات تنظیم هیجان در ایجاد و ابقای مشکلات هیجانی، به نظر می‌رسد که آموزش و کاربرد مهارت‌های تنظیم هیجان در کاهش مشکلات هیجانی بتواند به توسعه این حیطه درمانی کمک کند. هیجان، نقش اساسی در اختلال‌های روانی ایفا می‌کند و ناهماهنگی‌های هیجانی در تمام اختلال‌های محور I و نیمی از اختلال‌های محور II بروز می‌کند [۹].

اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می‌شوند، بلکه خانواده‌های آن‌ها را نیز به شدت تحت تأثیر قرار داده و عملکرد آن‌ها

## روش کار

### جامعه و متغیرهای مورد بررسی

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی (اختلالات رشدی، اختلالات هیجانی و اختلالات رفتاری مخرب) بودند که در مراکز و کلینیک‌های خصوصی و نیمه خصوصی بهزیستی پذیرش شده بودند، شناسایی و با جلب رضایت مادران و جلسه توجیهی گروهی (که شامل ارزیابی هدف بود) از افرادی که تمایل به شرکت در آزمون داشتند آزمون گرفته و افراد واجد شرایط (اکتساب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین) در گروه آزمایش دعوت بعمل آمد. گروه نمونه شامل ۳۸ مادر کودکان مبتلا به اختلالات روانی (اختلالات رشدی، اختلالات هیجانی و اختلالات رفتاری مخرب) بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و بعد از ریزش به ۳۴ نفر تقلیل یافت که در دو گروه آموزش تنظیم هیجان و گروه کنترل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلالات روانی (اختلالات رشدی، اختلالات هیجانی و اختلال رفتاری مخرب) در فرزندان؛ ۲- حداقل تحصیلات دیپلم؛ ۳- دامنه سنی ۳۱ تا ۴۷ سال؛ ۴- عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان با هدف درمان؛ ۵- داشتن کودکان سن مدرسه‌ای مبتلا به اختلالات روانی که پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها، چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی دروگاتیس را دریافت کردند.

### ابزار اندازه‌گیری

ابزار پژوهش عبارت بود از:

فرم تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سوالی (SCL-90-R)، این ابزار برای سنجش آن دسته ناراحتی‌های جسمی و روانی ساخته شده است که پاسخ دهندگان اخیراً تجربه نموده‌اند که هدف آن، سنجش میزان و شدت علائم اختلالات روانی در افراد، اعم از عادی و غیرعادی است. این سنجش مبتنی بر گزارشی است که افراد، خود ارائه می‌کنند. این پرسشنامه دارای ۹ بعد و ۳ مقیاس است [۱۸]. مطالعات مبتنی بر روایی ملاکی نیز همبستگی بالایی را بین مقیاس SCL-90-R و پرسشنامه شخصیت سنجش چند وجهی مینه سوتا [۱۹] و پرسشنامه سلامتی میدلسکس [۲۰] و شاخص‌های مختلف بررسی حالات غیرعادی در روانپزشکی [۲۱] نشان داده است. موارد مورد مطالعه این آزمون عبارتند از مطالعات مربوط به افسردگی و اختلالات جنسی [۱۹]، آزارهای جنسی و جسمی [۲۲] مواد مخدر [۲۰] و استرس [۲۱] و غدد شناسی [۲۳] بررسی منابع تحقیقاتی در زمینه پایایی این مقیاس، حاکی از وجود پایایی باز آزمایی و ثبات درونی مطلوب می‌باشد. در ایران نیز مقیاس SCL-90-R از آزمون‌های معتبر و پر استفاده است که از سال‌ها پیش ترجمه و به کار برده شده است و نقطه برش ۰/۰۴، ضریب پایایی ۰/۹۷، حساسیت ۰/۹۴، ویژگی ۰/۹۸ و کارایی ۰/۹۶ گزارش شده است [۲۴] ضریب پایایی این آزمون به کمک آزمون-بازآزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در برخی مطالعات از این مقیاس استفاده شده است [۲۵].

### معرفی برنامه مداخله

ابتدا روش مداخله تنظیم هیجان بر اساس دستورالعملی که در دانشگاه بوستون تهیه شده بود از ترجمه فارسی آن و با شرایط فرهنگی متناسب‌سازی شد آموزش تنظیم هیجان به صورت گروهی در ۱۲ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. در طی جلسات اول و دوم به، معرفی جلسات تنظیم هیجان (معرفی و آشنایی با اعضای گروه، بیان قواعد گروه و اهداف معرفی دوره و ضرورت تنظیم هیجان)، هیجان نرمال و هیجان مشکل آفرین خودآگاهی هیجانی (آموزش و معرفی هیجان، شناسایی و نامگذاری و برجسته زدن به احساسات، تمایز میان هیجان‌های مختلف، شناسایی هیجان در حالات فیزیکی و روان شناختی، عوامل موفقیت در تنظیم هیجان)، در جلسات سوم و چهارم هیجان‌های بیماری زا و ضرورت درمان (پیامدهای شناختی و واکنش‌های هیجانی، پیامدهای فیزیولوژیک و واکنش‌های هیجانی، پیامدهای رفتاری و واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه با هم) علائم اختلال هیجانی و درمان مناسب و علل اختلال هیجانی (معرفی علائم جسمانی، علائم رفتاری و علائم شناختی، معرفی درمان روانشناختی (شناختی رفتاری)، ژنتیک و محیط و تأثیر پذیری افراد از این دو)، در جلسات پنجم و ششم، خطاهای شناختی و شاخص‌های اختلال هیجانی (معرفی دو خطای شناختی رایج، معرفی هیجان و اجتناب به عنوان شاخص‌های اختلال هیجانی)، داستان اختلالات هیجانی (آگاهی از رابطه میان هیجان‌ها و رفتار، هیجان و فکر، شناخت و بررسی افکار اتوماتیک)، در جلسات هفتم و هشتم تفسیرها (آگاهی از رابطه میان افکار اتوماتیک، تفسیرها و رفتار، تغییر و اصلاح تفاسیر (انعطاف پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره‌ای از احتمالات) آموزش داده شد. در جلسات نهم و دهم، رفتارهای ناشی از هیجان (آگاهی از پیامدهای اجتناب هیجانی، آگاهی و تجربه هیجان یا سرکوب هیجان) و رویارویی از درون، رویارویی با هیجان (هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی، انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی، تفسیر مجدد، ارزیابی مجدد) و در ۲ جلسه آخر فرض‌ها و اصول و باورهای هسته‌ای (معرفی باورهای مربوط به طردشدگی، معرفی باورهای مربوط به درماندگی، شناسایی باورهای هسته‌ای) و تغییر باورهای هسته‌ای (شکستن باورهای هسته‌ای مشکل‌زا و جایگزین کردن باورهای جدید) آموزش داده شد [۲۶].

### تجزیه و تحلیل

در مجموع ۳۴ خانواده از بیماران مبتلا به اختلالات روانی مورد بررسی قرار گرفتند که مشخصات آن‌ها از نظر تحصیلات، دامنه سنی، وضعیت شغلی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به داده‌های مورد بررسی مشاهده شد که در هر دو گروه مورد مطالعه از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی در مقطع فوق لیسانس و کمترین فراوانی مربوط به مقطع دیپلم است، دامنه سنی شرکت کنندگان ۳۱ تا ۴۷ سال بود که در گروه آزمایش میانگین سن ۳۶/۴۲ و در گروه کنترل ۳۸/۴۲ سال بود و از نظر وضعیت شغلی در هر دو گروه بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه دار بود. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل آزمون فراوانی میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش در نمرات کل سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد (جدول ۱).

برای تعیین تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان، از تحلیل کواریانس (مانکوا) استفاده شد. نتایج در **جدول ۲** برای پس آزمون و در **جدول ۳** برای دوره پیگیری نشان داده شده است.

**جدول ۱:** مقایسه میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش در نمرات کل سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری

پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری
<b>شکایت جسمانی</b>		
آزمایش	۲/۹۷ ± ۱۱/۳۶	۵/۰۳ ± ۶/۳۰
کنترل	۲/۹۷ ± ۱۱/۹۲	۸/۸۳ ± ۹/۷۸
<b>وسواسی-اجباری</b>		
آزمایش	۲/۰۱ ± ۹/۲۶	۶/۱۹ ± ۵/۰۰
کنترل	۱/۲۵ ± ۸/۳۰	۷/۸۶ ± ۷/۷۴
<b>حساسیت در روابط متقابل</b>		
آزمایش	۲/۲۳ ± ۸/۷۵	۶/۳۷ ± ۵/۲۵
کنترل	۲/۳۴ ± ۸/۴۸	۷/۷۶ ± ۷/۰۱
<b>افسردگی</b>		
آزمایش	۲/۹۱ ± ۱۲/۳۶	۹/۷۶ ± ۶/۱۲
کنترل	۲/۳۴ ± ۱۱/۳۱	۸/۷۸ ± ۹/۸۴
<b>اضطراب</b>		
آزمایش	۱/۰۹ ± ۹/۹۴	۶/۷۵ ± ۴/۷۶
کنترل	۲/۵۸ ± ۹/۲۳	۷/۹۸ ± ۸/۷۵
<b>پرخاشگری (خصوصیت)</b>		
آزمایش	۲/۳۵ ± ۵/۵۴	۳/۲۴ ± ۳/۵۳
کنترل	۱/۳۴ ± ۵/۳۵	۲/۷۸ ± ۳/۴۲
<b>ترس مرضی</b>		
آزمایش	۲/۶۳ ± ۶/۵۶	۲/۹۰ ± ۳/۱۱
کنترل	۱/۲۴ ± ۶/۴۶	۲/۱۲ ± ۵/۲۴
<b>افکار پارانوئیدی</b>		
آزمایش	۱/۰۰ ± ۵/۲۶	۳/۵۲ ± ۴/۵۲
کنترل	۰/۹۸ ± ۵/۲۵	۵/۵۳ ± ۴/۵۲
<b>روان گسسته گرایی</b>		
آزمایش	۲/۸۵ ± ۹/۳۲	۲/۳۵ ± ۴/۵۳
کنترل	۲/۵۳ ± ۹/۵۶	۳/۷۴ ± ۷/۲۴

اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف معیار آمده است.

**جدول ۲:** تحلیل کواریانس نمره کل سلامت روان در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس آزمون

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مقدار آتا	توان آماری
پیش آزمون	۲۹۴۶۰/۱۲	۱	۲۹۴۶۰/۱۲	۹۷/۳۱۳	۰/۳۴	۰/۷۹۱	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۸۵۷۳/۷۶	۲	۴۲۸۶/۸۸	۹/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹۸	۰/۷۹۴

مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی را در مرحله پس آزمون افزایش دهد. مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد، آموزش روش‌های تنظیم هیجان در افزایش میزان سلامت روان مادران کودکان مبتلا به

همانگونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، بین گروه‌ها در سطح ( $P < ۰/۰۰۱$ ) تفاوت معنادار وجود دارد و این بدان معنی است که آموزش روش‌های تنظیم هیجان توانسته است میزان سلامت روان

اختلالات روانی در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است و بین گروه‌ها در سطح  $P < 0.001$  تفاوت معنادار وجود دارد.

**جدول ۳:** تحلیل کوواریانس نمره کل سلامت روان در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیگیری

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مقدار آتا	توان آماری
پیش آزمون	۳۱۳۱۸	۱	۳۱۳۱۸	۹۴	۰/۴۱	۰/۵۹۱	۰/۰۰۱
عضویت گروهی	۲۳۲۷	۱	۲۳۲۷	۲/۳۵	۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۰۱

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران فرزندان مبتلا به اختلالات روانی می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران فرزندان مبتلا به اختلالات روانی مؤثر بوده و این نتایج در مرحله پیگیری حفظ گردیده است.

این نتایج با پژوهش‌های ساندرز و مورگان [۱۶] و زمانی و همکاران [۳] همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد با توجه به اینکه هیجانات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد، حفظ و قطع رابطه با دیگران سازنده باشند. تعدیل و تنظیم آن‌ها از طریق آموزش تنظیم هیجان می‌تواند نقش مؤثری بر سلامت روان مادران فرزندان مبتلا به اختلالات روانی داشته باشد زیرا هیجان‌ها به عنوان راه حل‌هایی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کند [۲۴]. به عبارت دیگر چون هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند و تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات، با عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است [۷] باعث مراقبت مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌ها اجتماع را به همراه دارد [۸].

بنابراین آموزش تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابزار به موقع آن‌ها نقش مهمی در کاهش علائم سلامت روان دارد. بنابراین می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان به دلیل برخورداری بودن از تکنیک‌هایی نظیر آگاهی از هیجانات، پذیرش هیجانات و باز ارزیابی و ابزار مناسب هیجانات می‌تواند موجب تعدیل هیجانات مثبت و منفی و به دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در مادران فرزندان مبتلا به اختلالات

روانی می‌شود و این امر می‌تواند در کاهش نمرات سلامت روان مادران فرزندان مبتلا به اختلالات روانی مؤثر باشد. زیرا که در تحقیقات قبلی نشان داده شده است که سطوح بالای هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی نقش مهمی در قضاوت و ادراک مثبت از خویش دارد [۱۲]. مادران فرزندان مبتلا به اختلالات روانی به دلیل مشکلاتی که در نگهداری فرزند دارند به احتمال زیاد نمی‌توانند از هیجانات خود به صورت مفید استفاده نمایند و این امر موجب مشکلات دیگری از جمله درک منفی از خویش، نگرانی نسبت به موقعیت‌های زندگی سبب مختل شدن سلامت روان این افراد می‌شود. آموزش تنظیم هیجان، آن‌ها را با نحوه ابزار مناسب هیجانات در موقعیت‌های مختلف آشنا نموده و آن‌ها را با پذیرش هیجانات در موقعیت‌های مختلف آشنا نموده و آن‌ها را با پذیرش هیجانات خویش، ابزار به موقع و کنترل بعد منفی آن هیجانات می‌توانند تصور منفی از خویش را بهبود بخشند، در موقعیت‌های اجتماعی مشارکت نمایند و خود را به عنوان فردی مفید و مؤثر تلقی کنند [۲۷].

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نتایج به مادران فرزندان مبتلا به اختلالات روانی می‌باشد که باید در تعمیم نتایج جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود که با توجه به مشکلات هیجانی مادران فرزندان مبتلا به اختلالات روانی در کلینیک‌ها و مراکز بهزیستی، برای این افراد کلاس‌های آموزش تنظیم هیجان برگزار گردد.

## سپاسگزاری

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

## References

- McKay M, Wood JC, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook. Oakland: New Harbinger; 2007.
- Cordova JV, Gee CB, Warren LZ. Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *J Soci Clin Psychol*. 2005;24(2):218. DOI: 10.1521/jscp.24.2.218.62270
- Zamani N, Zamani S, Mehran F. Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Risky Behaviors (Impulsive Behaviors, Expulsive Anger) in Women non Borderline Personality Disorder. *Yearbook Oversea Museum*. 2016;25(3):759-67.
- Golman. Emotional intelligence. New York: Bantam Books; 1995.
- Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinsson EB, Bhullar N, Rooke SE. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personal Individ Differ*. 2007;42(6):921-33. DOI: 10.1016/j.paid.2006.09.003
- Fox HC, Hong KA, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addict Behav*. 2008;33(2):388-94. DOI: 10.1016/j.addbeh.2007.10.002 PMID: 18023295
- Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85(2):348-62. PMID: 12916575

8. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract.* 1995;2(2):151-64. DOI: [10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x)
9. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(2):217-37. DOI: [10.1016/j.cpr.2009.11.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004) PMID: [20015584](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20015584/)
10. Sartorius N, Leff J, Lopez J, Ibor L, Maj M, Okasha A. *Family & Mental Disorders: From Burden to improvement.* UK: Wiley, Chichester; 2005.
11. Koegel RL, Schreibman L, Loos LM, Dirlich-Wilhelm H, Dunlap G, Robbins FR, et al. Consistent stress profiles in mothers of children with autism. *J Autism Develop Disorder.* 1992;22(2):205-16.
12. Barlow DH, Durand VM. *Abnormal psychology.* 3rd ed. Belmont: Wadsworth; 2002.
13. Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(6):916-26. PMID: [1460153](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1460153/)
14. Dowdell EB. Caregiver burden: grandmothers raising their high risk grandchildren. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1995;33(3):27-30. PMID: [7783032](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7783032/)
15. Hankin CS. ADT-ID and its impact on the family. *Drug Benefit Trend.* 2006;13:15-6.
16. Sanders JL, Morgan SB. Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child Family Behav Ther.* 1997;19(4):15-32. DOI: [10.1300/j019v19n04\\_02](https://doi.org/10.1300/j019v19n04_02)
17. Stansfeld SA, Marmot MG. Social class and minor psychiatric disorder in British Civil Servants: a validated screening survey using the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1992;22(3):739-49. PMID: [1410098](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1410098/)
18. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. *Psychological tests: Personality and mental health.* Tehran: Be'sat Publication Institute; 2009. 291-308 p.
19. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888-93. PMID: [10688001](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10688001/)
20. Hodiament P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychol Med.* 1987;17(2):495-505. PMID: [3496622](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3496622/)
21. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10(2):231-41. PMID: [7384326](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7384326/)
22. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The defector US mental health service system. *Arch General Psychiatr.* 1978;36(5):685. DOI: [10.1001/archpsyc.1978.01770300027002](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770300027002)
23. Dugan L, Nagin DS, Rosenfeld R. Explaining the Decline in Intimate Partner Homicide The Effects of Changing Domesticity, Women's Status, and Domestic Violence Resources. *Homicide Stud.* 1999;3(3):187-214. DOI: [10.1111/1540-5893.3701005](https://doi.org/10.1111/1540-5893.3701005)
24. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ, et al. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34(8):410-5. PMID: [10501710](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10501710/)
25. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, et al. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand.* 1990;81(5):418-25. PMID: [2356764](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2356764/)
26. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. *Emotional Disorder. Clinical Handbook of Psychological Disorder.* Guilford Press; 2009.
27. Afshari Monfared QH, Bagheri SA, Bolhari G. [Epidemiology of mental disorder igeneral hospital city in patent, Semnan]. *Mental Mag.* 1999;15:10-26.