

The Effectiveness of Emotion-Oriented Cognitive Therapy on Quality of Life And Social Adjustment in Mothers with Mentally Retarded Children

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Arefeh Zamiri 1,
Sanaz Zamani 2 *

How to cite this article

Arefeh Zamiri, Sanaz Zamani, The Effectiveness of Emotion-Oriented Cognitive Therapy on Quality of Life And Social Adjustment in Mothers with Mentally Retarded Children, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2020;3:11-20.

1. M.A of General Psychology, Department of Psychology, Mallard Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. M.A of General Psychology, Department of Psychology, Mallard Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: s.zamani2974@gmail.com

Article History

Received: 2019/04/17

Accepted: 2019/06/12

ePublished: 2020/03/10

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion-based cognitive therapy on quality of life and social adjustment in mothers with mentally retarded children in Tehran in 2019.

Materials and Methods: The method of this quasi-experimental study was pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study included all mothers with mentally retarded children in Tehran. The statistical sample of this study was 30 people who were randomly assigned to the experimental group (15 people) and the control group (15 people). The experimental group received 10 sessions of 90 minutes of emotion-oriented cognitive therapy training and the control group remained on the waiting list. Data were collected based on the WHO Quality of Life Questionnaire (2004) and Social Adjustment (Bell, 1961). Analysis of information obtained from the questionnaire was performed through spss-V22 software in two descriptive and inferential sections (analysis of covariance).

Findings: The findings showed that emotion-based cognitive therapy has increased the quality of life of mothers with mentally retarded children. Also, acceptance and commitment-based therapy has increased the quality of life components (physical health, psychological health, social relations and social environment). In mothers with children with mental retardation.

Conclusion: The results showed that the mean (home adjustment, health adjustment, social adjustment, emotional adjustment and job adjustment) of mothers who had mentally retarded children and underwent emotion-based cognitive therapy, increased significantly. As a result, it can be said that the use of emotion-based cognitive therapy intervention is effective in increasing the quality of life and can be used to increase social adjustment of mothers with mentally retarded children.

Keywords: quality of life, social adjustment, Emotion-oriented cognitive therapy, mentally retarded

اثربخشی شناخت درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی

عارفه ضمیری^۱

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ملارد، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ساناز زمانی^{۲*}

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ملارد، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ صورت گرفت. **مواد و روش ها:** روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی در شهر تهران بود. نمونه آماری این پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس، به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش شناختی درمانی هیجان مدار دیدند و گروه کنترل نیز در لیست انتظار باقی ماندند. جمع آوری داده ها بر اساس پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) و سازگاری اجتماعی (بل، ۱۹۶۱) انجام پذیرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم افزار-SPSS V22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد شناخت درمانی هیجان مدار باعث افزایش کیفیت زندگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شده است همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش مولفه های کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی) در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شده است.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد که میانگین (سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی) مادرانی که دارای کودکان کم توان ذهنی بودند و تحت شناخت درمانی هیجان مدار قرار گرفته اند، به طور معنی داری افزایش داشته است. در نتیجه می توان گفت استفاده از مداخله شناخت درمانی هیجان مدار بر افزایش کیفیت زندگی موثر است و می توان از آن جهت افزایش سازگاری اجتماعی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سازگاری اجتماعی، شناخت درمانی هیجان مدار، کم توان ذهنی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۲۲

*نویسنده مسئول: s.zamani2974@gmail.com

مقدمه

اگرچه رویدادهای منفی زندگی الزاما پیامدهای روانشناختی مضرى در بر ندارند، با این حال استرسورهای مزمن احتمال پریشانی روانشناختی را افزایش می دهند. یکی از عوامل ایجاد استرس در خانواده، تولد فرزند معلول است. برای والدین کودکان دارای ناتوانی، فرزندپروری، استرسوری مزمن محسوب می گردد (۱) و والدین کودک کم توان ذهنی اغلب با انواع مختلفی از مشکلات روانی-اجتماعی و عملی روبرو می شوند که برخی اوقات موجب سطح بالایی از پریشانی والدینی می گردد. این ها شامل مشکلات هیجانی مانند ترس، افسردگی و نگرانی، رضایت پایین زناشویی، مشکلات کاری و مالی، مشکلات مربوط به تکالیف آموزشی، همین طور سطوح پایین کیفیت زندگی می شوند (۲). کم توانی ذهنی نوعی اختلال عمومی است که در آن عملکرد شناختی زیر میانگین و دارای تفاوت قابل توجه با همسالان در دو یا چند رفتار (هوشی، جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و قبل از ۱۸ سالگی در کودک مشاهده می شود (۳). میزان شیوع این ناتوانی ۱ تا ۲ درصد جمعیت کل کشورهاست، طبق آمار سازمان بهداشتی در ایران از جمعیت ۲ میلیون و ۸ هزار معلول، ۲۸۷۹۵ نفر آنان را معلولان ذهنی تشکیل می دهند (۴). همچنین مطالعات آماری در آمریکا بیانگر حضور ۳٪ درصد جمعیت کل کشور به افراد با ضریب هوشی دو یا بیشتر از دو انحراف معیار زیر میانگین می باشد (۵). شواهد نشان می دهد که ناتوانی ذهنی برای کل خانواده، به ویژه والدین که به عنوان تنها مراقبت کنندگان واقعی هستند، پریشانی روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و مالی ایجاد می کند و اضطراب و استرس و افسردگی علایم شایعی هستند که بوسیله والدین گزارش می شوند (۶). حضور کودک ناتوان در خانواده عامل بروز مشکل و استرس بالاخص در والدین می باشد، به نحوی که مرور شواهد تجربی نشان داده است که والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی، زمان بیشتری صرف مراقبت و آموزش کودک خود می کنند در نتیجه والدین برای انجام فعالیت های خود ناتوان و زندگی اجتماعی آنها محدودتر می گردد (۷). ضمن این که والدین فرآیند همراه با درد و رنج تولد و پرورش کودک را با امید به طبیعی بودن او لذت بخش می دانند، اما آگاهی از معلولیت ذهنی، جسمی یا روانی کودک تمام آرزوهای آنها را مبدل به یاس می کند و کیفیت و رضایت از زندگی، امید به آینده، بهزیستی و سلامت روان شناختی خانواده و اعضا را تحت تاثیر قرار می دهد. به طوری که کارکرد فردی و اجتماعی اعضای خانواده دچار مشکلات و آسیب های جدی می گردد (۸).

بر اساس آن چه پیش تر اشاره شد، می توان گفت که مادر نخستین مسئول رشد سازگاری هیجانی کودک تلقی می شود و نماینده یا مفسر شخصی کودک است. مادر در این نقش، مسئول بیان نیازها و خواسته های کودک به سایر اعضای خانواده است. از یک طرف به علت بار سنگین این مسئولیت ها، سایر روابط اغلب کاهش یافته یا از بین می روند. بر اساس تمایل ذاتی مادر به حمایت از کودک، مادر ممکن است بیش از اندازه حمایت کننده شود و بدین سان کودک را از داشتن فرصت های مناسب برای کسب مهارت ها و مشارکت در فعالیت هایی که سرانجام به استقلال او می انجامد،

به بررسی رویکردهای طبقه ای و ابعادی به هیجان های اساسی در یک سیستم چند سطحی بر اساس اصولی متفاوت از قبل می پردازد. بر اساس این درمان، سطوح متفاوت می توانند بر اساس اصول متفاوت عمل کنند. سالها پژوهش به وضوح نشان می دهد که هیجانات نقش مهمی در بسیاری از جنبه های زندگی ایفا می کند و در انطباق و سازگاری با وقایع استرس زا و تحولات زندگی تاثیرگذار است. هیجانات واکنشهای فیزیولوژیکی هستند که در موقعیتهای مهم زندگی و چالشها جهت سازگاری انسان برای رویارویی و پاسخدهی ظاهر می شوند. اگر چه هیجانات پایه و اساس زیستی و فیزیولوژیک دارند، اما افراد می توانند بر هیجانات و راههای ابراز و تنظیم آن تاثیر بگذارند، که به آن تنظیم هیجان گفته می شود (۱۸). شناخت درمانی هیجان مدار کارهای انجام شده در زمینه رفتار، شناخت و هیجان را یکپارچه کرده تا درک جدیدی از درمان در اختیار درمانگران قرار دهد. شناخت درمانی هیجان مدار یک راهنمای ارزشمند و به موقع برای متخصصانی است که به دنبال بهبود اثربخشی بالینی خود هستند (۱۹). تنظیم هیجان، اشاره به سازه ای پیچیده و چندوجهی دارد که در آن فرآیندهای فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی نقش دارند و به فرد این امکان را می دهد واکنشهای هیجانی را نظارت، ارزیابی تعدیل کند (۲۰). از جمله مسائلی روانشناختی که مادران کودکان کم توان ذهنی دارند، مشکلات در تنظیم هیجان است. تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی از عوامل روانشناختی مهم در این افراد محسوب می شود و باید به نقش آنها در این اختلالات توجه بیشتری داشت (۲۱).

همانطور که در بالا به آن اشاره شد؛ نقش اساسی در حفظ تعادل روانی-اجتماعی خانواده، بر عهده مادر است و ایجاد تنش و فشار بر مادر، علاوه بر سلامت جسمی و روحی خود او، سلامت و آسایش فرزندان سالم و نیز فرزند ناتوانشان و در سطحی وسیع تر سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متاثر خواهد ساخت (۲۲). با توجه به این که مادر، نقش مهمی در سلامت روان اعضای خانواده دارد، پرداختن به وضعیت مادران اهمیت زیادی داشته؛ همچنین با توجه به شیوع بالای مشکلات روانی و ارتباطی در والدین کودکان کم توان ذهنی و گریز ناپذیر بودن این موقعیت، پژوهش پیرامون عواملی که بتواند، تحمل شرایط سخت و دشوار را آسان سازد و به والدین کودکان کم توان ذهنی به ویژه مادران کمک نماید تا با اصلاح تفکر و نگرش خود، بتوانند با شرایط خود کنار بیایند و عزت نفس و سلامت روان خود را حفظ نمایند و کیفیت زندگی بالایی داشته باشند مهم به نظر می رسد. لذا، با توجه به این که کیفیت زندگی پایین این مادران و اثرات منفی آن بر سازگاری فردی و خانوادگی آنها، به نظر می رسد، ارائه خدمات روانشناختی در قالب راهبردهای درمانی مانند شناخت درمانی هیجان مدار می تواند در تامین بهداشت روانی این مادران راهگشا باشد. از سوی دیگر، با توجه به عدم وجود پژوهش های تجربی در زمینه شناخت درمانی هیجان مدار، انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می رسد،

باز دارد. از طرف دیگر بر اثر سطح بالای فشار روانی و فقدان کمک ها و حمایت های عاطفی ممکن است، توجه کافی به کودک خود نداشته باشد (۹). از زمینه های آسیب پذیر در فرایند تولد کودک دارای معلولیت ذهنی، کیفیت زندگی والدین می باشد (۱۰). بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود از نظر فرهنگ، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایی است که کاملاً فردی بوده و برای دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک فرد از جنبه های مختلف زندگی استوار است (۱۱). کیفیت زندگی با شرایطی که سلامت روانی و جسمانی را به خطر می اندازد در ارتباط است و یکی از این شرایط استرس زا می تواند حضور کودک با نیازهای خاص در خانواده باشد (۱۲). بدین نحو که نگهداری از کودکان ناتوان، منجر به سد شدن مسیر پیشرفت خانواده، جلوگیری از رشد طبیعی و بروز الگوهای مدارای ناسازگارانه و ناکارآمد در اعضای خانواده به خصوص والدین می شود، بنابراین ناتوانی کودک نه تنها زندگی کودک، بلکه زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر قرار داده و باعث بروز مسائلی مانند اختلال در خواب، مشکل جسمانی، نقص در تعامل اجتماعی، مسایل زناشویی، فشار مالی، محدودیت زمانی برای رسیدگی به مسایل سلامتی و قرار گرفتن طولانی مدت در معرض استرس های مزمن می گردد و تمام این مسائل مستقیم و غیر مستقیم کیفیت زندگی اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۳).

والدین کودکان کم توان ذهنی، به لحاظ مسائل و مشکلاتی که از بیماری فرزند به آنان تحمیل می کند، با مسئولیت های اضافی روبرو می شوند؛ از طرف دیگر آنها نمی توانند، امکانات و زمان لازم برای انجام مسئولیت های آموزشی، تربیتی و بهداشتی فرزند خود را فراهم سازند. این مسئله، موجب فشارهای مضاعف بر والدین شده و بر عزت نفس و تعامل روانی-اجتماعی آنها، اثرات مخربی بر جای می گذارند (۱۴). همچنین نتایج پژوهش ها حاکی از آنست که در افراد گوشه گیر، منزوی و با عزت نفس ضعیف، احتمال بروز بیماری های روانی و جسمانی بیشتر است؛ در حالی که افراد با ارتباطات اجتماعی بیشتر، کمتر دچار بیماری های روانی و جسمانی می شوند (۱۵). کومار، رانجان، راندی و کیران^۱ در بررسی الگوهای سازگاری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی پرداخته و دریافته اند که سازگاری موثر در این خانواده ها مختل بوده و دادن اطلاعات به خانواده ها و آموزش والدین به خصوص مادران با سطح تحصیلات پایین تر، به شدت مورد نیاز است (۱۶). ساپکوتا، پاندی، دیو و شریواستاوا^۲ نیز در پژوهش خود دریافته اند، میزان سازگاری اجتماعی مادران دختران کم توان ذهنی، به طور چشمگیری پایین تر از مادران دختران عادی است (۱۷).

روش های درمانی مختلفی برای افزایش مولفه های روان شناختی والدین دارای کودکان با معلولیت های ذهنی به کار گرفته شده است. یکی از انواع درمان ها که تا به حال توجه زیادی به آن نشده است، شناخت درمانی هیجان مدار می باشد. شناخت درمانی هیجان مدار توسط مایک پاور و داگلیش^۳ در سال ۲۰۰۸ مطرح شد که

3 - Mike Power & Douglas

1 - Kumar, Ranjan, Panday & Kiran

2 - Sapkota, Pandey, Deo & Shrivastava

محیط و ۲ گویه حیطه کلی سلامت را می‌سنجند. گویه‌های این ابزار با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) نمره گذاری و نمره ابعاد از طریق مجموع نمره گویه‌های سازنده آن بعد به دست می‌آید و نمره بیشتر به معنای بهتر بودن در آن ویژگی می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) روی ابزار با نظر متخصصان تایید و پایایی کل و ابعاد آن را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش کرد. همچنین نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده روی ابزار را با روش همبستگی درون خوشه ای تایید و پایایی ابعاد اجتماعی و روانی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۷ گزارش کردند (۲۳).

پرسشنامه سازگاری بل (۱۹۶۱): برای سنجش میزان سازگاری، از پرسشنامه سازگاری بل استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۶۱ توسط پروفیسور بل تدوین شد و از ۱۶۰ سوال در پنج خرده مقیاس ۳۲ سوالی تشکیل شده است که سازگاری را در پنج حیطه شامل: سازگاری در خانه، سازگاری تدرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی می‌سنجد. آزمودنی به صورت بلی و خیر به سوالها پاسخ می‌دهد. شیوه‌ی نمره گذاری این مقیاس به صورت صفر و یک می‌باشد و بر اساس میزان نمره کسب شده، میزان سازگاری فرد در هر حیطه ارزیابی می‌شود. کسب نمرات بالاتر، نشان دهنده سازگاری کمتر و اخذ نمرات کمتر نشان دهنده سازگاری بیشتر است. اعتبار کل سیاهه توسط بل ۰/۹۴ برآورد شده است. این مقیاس، به وسیله دلاور برای جانبازان ورزشکار ایران، استاندارد شده است؛ همچنین توسط اقامحمدیان شهرباف، مورد مطالعه اعتباریابی قرار گرفته است. میزان پایایی این پرسشنامه نیز توسط قاسمی و پورسید، مورد تایید قرار گرفته است. اعتبار آزمون - آزمون مجدد این پرسشنامه در راهنمای آزمون از مقادیر ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. بل ضرایب اعتبار (پایایی) را برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده است. همچنین، این آزمون رویایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروپیک و همبستگی آزمون‌های شخصیت آیسنگ نشان داده است.

مراحل آموزش درمان شناختی هیجان مدار
اعضای گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه از آموزش درمان شناختی هیجان مدار که توسط پژوهشگر تحت نظارت اساتید با استفاده از پیشینه‌های نظری و پژوهشی و مفاهیم رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار پاور تدوین شد قرار گرفتند.

تا میزان اثربخشی شناخت درمانی هیجان مدار که درمان نوپدیدی محسوب می‌شود، در افزایش کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی این افراد بررسی شود. اثربخشی این درمان بر نمونه‌های ایرانی و بر روی متغیرهای وابسته تحقیق، تلویحات نظری و کاربردی مهمی خواهد داشت و می‌تواند به متخصصان حوزه بهداشت روانی کمک کند تا اثربخش‌ترین درمان را انتخاب کرده و به کار برند. بنابراین محقق قصد دارد در این پژوهش به این مسئله بپردازد: شناخت درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی چه تاثیری دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها از روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر تهران در سال ۱۳۹۷، که فرزندان آنان در مدارس استثنایی مشغول به تحصیل بودند تشکیل دادند. تعداد کل این دانش آموزان با توجه به آمار گرفته شده از اداره آموزش و پرورش شهر تهران، ۱۷۰۰ نفر می‌باشند. حجم نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر انتخاب شد. با استفاده از روش نمونه گیری در سترس، از میان مدارس کودکان استثنایی شهر تهران، یک مدرسه ویژه دانش آموزان استثنایی انتخاب شد. تعداد ۳۰ نفر از این مادران بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: ۱) داشتن کودک مبتلا به کم توان ذهنی (۲) عدم ابتلا به بیماری روانی (۳) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن (۴) عدم دریافت درمان‌های روانشناختی تا قبل از جلسات گروه درمانی یا در حین جلسات (۵) گرفتن نمره پایین در پرسشنامه کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی بود. عدم رضایت مادران جهت ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی معیار خروج واحدها از مطالعه در نظر گرفته شد. با توجه به طرح تحقیق، شرکت کنندگان به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قبل از شروع آموزش، پرسشنامه کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی را تکمیل کردند. سپس بسته آموزش شناخت درمانی هیجان مدار توسط محقق در ده جلسه هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش اعمال شد. یک هفته پس از اتمام آموزش در گروه آزمایش، پرسشنامه مذکور مجدداً روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴): این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ طراحی شد که دارای ۲۶ گویه می‌باشد. در این ابزار ۷ گویه حیطه جسمی، ۶ گویه حیطه روانی، ۳ گویه حیطه اجتماعی، ۸ گویه حیطه سلامت

جدول ۱. محتوای جلسات شناخت درمانی هیجان مدار

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت آسیب و عوامل و نشانه های آن، مفهوم سازی درمان شناختی متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی
دوم	شناسایی هیجان های اساسی، ارائه آموزش هیجانی (شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده، از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها)، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان ها، منطق و دلیل تنفس عمیق، روش های تنفس عمیق
سوم	ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی (عملکرد هیجان ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آنها و مثال هایی از تجربه های واقعی آنها)، منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیش رونده، اجرای آرمیدگی پیش رونده، تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند. ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی (ایفای نقش هیجانی) دریافت رویدادهای روزمره و به چالش کشیدن آنها
چهارم	شناسایی هیجان های خاصی که در درک تنظیم آنها مشکل دارند، مواجهه با هیجان های مرتبط با اضطراب، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان ها، استفاده از تکنیک آرام سازی، مواجهه سازی به صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان هایی که در تنظیم آن مشکل دارند، شناسایی موقعیت های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان.
پنجم	شناسایی هیجان های خاصی که در درک تنظیم آنها مشکل دارند، آموزش آرمیدگی ذهنی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان ها تا آزمودنی ها احساس ناقص بودن و ناکافی بودن را در خود بشکنند و به کاوش درباره دو جنبه متفاوت تجربه خود بپردازند.
ششم	شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان، شناسایی هیجان های خاص مرتبط با اضطراب، آموزش آرمیدگی پیش رونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله ای در برابر هیجان های ناسازگار، ایجاد دیدگاه های جدید.
هفتم	تسهیل در بیان و توصیف احساس ها، نیازها و آرزوها از طریق توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی ها، تغییر ارزیابی های شناختی، شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالت های هیجانی، آموزش راهبرد بازآرزیابی.
هشتم	ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله ای. آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات در جنبه های مهم زندگی.
نهم	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
دهم	آموزش آرمیدگی پیش رونده، مواجهه ذهنی، شکل گیری چرخه جدیدی از رفتار، ارائه نمونه هایی از ابراز هیجان در زندگی افراد، که در پیش روی آنها است، در جهت حکیم یادگیری مهارت های جدیدی که آموخته شده است، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربردی، مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.

سلامت	آزمایش	۸,۷۳	۳	۶,۲	۳,۴
روان	کنترل	۸,۲۳	۳,۴	۷,۶۷	۳,۱
روابط	آزمایش	۷,۴	۳,۴	۴,۸	۲,۷
اجتماعی	کنترل	۷,۸۷	۱,۳	۷,۶۷	۲,۳
سلامت	آزمایش	۴,۴۷	۳,۲	۲,۴۷	۲,۴
محیط	کنترل	۴,۵۳	۲,۸	۴,۴۷	۳,۵
کل	آزمایش	۲۷,۵۳	۶,۶	۱۷,۷۳	۶,۴
	کنترل	۲۸,۴	۵,۴	۲۶,۴۷	۴,۹

اطلاعات توصیفی جدول ۲ نشان می دهد که میانگین "مولفه های کیفیت زندگی" مادران گروه آزمایش، پس از مداخله، افزایش یافته است و این در حالی است که در گروه کنترل، تغییر قابل توجهی مشاهده نمی شود.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss-V22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته ها در این بخش با استفاده از شاخص های مرکزی، پراکندگی و نمودار متغیر کیفیت زندگی و مولفه های مورد توصیف قرار می گیرد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مولفه های کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها (n=۳۰)

مولفه های کیفیت زندگی	گروه	پس آزمون		پیش آزمون	
		SD	M	SD	M
سلامت	آزمایش	۳,۲	۴,۲۷	۲,۴	۶,۹۳
جسمی	کنترل	۲,۱	۶,۰۷	۲,۷	۶,۸

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد سازگاری اجتماعی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها (n=۳۰)

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	مولفه ها
SD	M	SD	M		
۳/۵	۱۷/۳۳	۳/۸	۱۲/۸۷	آزمایش	سازگاری در خانه
۳/۷	۱۲/۲۷	۳/۳	۱۱/۵۳	کنترل	
۴/۳	۱۵/۰۷	۳/۶	۱۱/۳۳	آزمایش	سازگاری بهداشتی
۳/۸	۱۱/۲۰	۳/۵	۱۰/۵۳	کنترل	
۴/۹	۱۵/۷۳	۲/۹	۱۰/۸۷	آزمایش	سازگاری اجتماعی
۴/۱	۱۰/۸۰	۳/۴	۱۰/۳۳	کنترل	
۲/۹	۱۵/۸۰	۲/۸	۱۰/۹۳	آزمایش	سازگاری عاطفی
۱/۸	۱۰/۴۷	۲/۷	۱۰/۶۷	کنترل	
۳/۷	۱۴/۹۳	۳/۴	۱۰/۰۷	آزمایش	سازگاری شغلی
۳/۶	۹/۴۷	۳/۲	۹/۸۷	کنترل	
۹/۷	۷۸/۸۷	۱۰/۵	۵۶/۰۷	آزمایش	کل(سازگاری اجتماعی)
۱۲/۶	۵۴/۲	۱۳/۷	۵۲/۹۳	کنترل	

بر اساس اطلاعات جدول ۳ در هر ۵ مولفه "سازگاری اجتماعی"، محسوس نیست. این نتایج را می توان از مقایسه نمره کل "سازگاری اجتماعی" دو گروه نیز استنباط کرد. میانگین گروه آزمایش، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، افزایش نشان می دهد، در حالی که این تغییرات در گروه کنترل

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تک متغیره بین آزمودنی جهت بررسی تاثیر شناخت درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	سلامت جسمانی	۳۳/۵	۱	۳۳/۵	۸/۵	۰/۰۱	۰/۲۶۴
	سلامت روان	۳۰/۴	۱	۳۰/۴	۸/۰۴	۰/۰۱	۰/۲۵۱
	روابط اجتماعی	۵۷/۱	۱	۵۷/۱	۱۵/۵	۰/۰۱	۰/۳۹۲
	سلامت محیط	۲۷/۳	۱	۲۷/۳	۷/۵	۰/۰۱۲	۰/۲۳۷
خطا	سلامت جسمانی	۸۷/۸	۲۴	۳/۶۶			
	سلامت روان	۹۰/۷	۲۴	۳/۷۸			
	روابط اجتماعی	۸۸/۸	۲۴	۳/۷			
	سلامت محیط	۸۷/۹	۲۴	۳/۶۶			
کل	سلامت جسمانی	۱۹۱۷	۳۰				
	سلامت روان	۱۷۵۸	۳۰				
	روابط اجتماعی	۱۴۰۷	۳۰				
	سلامت محیط	۶۴۸	۳۰				

بر اساس اطلاعات جدول ۴، با احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۱۲۵) در مولفه های "سلامت جسمانی"، "سلامت روان"، "روابط اجتماعی" و "سلامت محیط"، تفاوت معناداری بین گروه ها، وجود دارد؛ به طوری که اطلاعات جدول ۴ نیز نشان می

هیجان مدار بر "سلامت جسمانی"، "سلامت روان"، "روابط اجتماعی" و "سلامت محیط" مادران دارای کودکان کم توان ذهنی موثر است.

دهد میانگین این چهار مولفه در مادران گروه آزمایش که تحت شناخت درمانی هیجان مدار قرار گرفته اند، به طور معنی داری افزایش داشته است، بنابراین می توان ادعا کرد که شناخت درمانی

جدول ۵. تحلیل کوواریانس یک راهه بین آزمودنی جهت بررسی تاثیر شناخت درمانی هیجان مدار بر مولفه های سازگاری اجتماعی

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	سازگاری در خانه	۱۱۷/۷	۱	۱۱۷/۷	۱۷	۰/۰۱	۰/۴۲۵
	سازگاری بهداشتی	۶۴/۳	۱	۶۴/۳	۹/۴	۰/۰۱	۰/۲۸۹
	سازگاری اجتماعی	۱۴۱	۱	۱۴۱	۱۴/۹	۰/۰۱	۰/۳۹۴
	سازگاری عاطفی	۲۰۴/۳	۱	۲۰۴/۳	۳۸/۵	۰/۰۱	۰/۶۲۶
	سازگاری شغلی	۲۱۴/۱	۱	۲۱۴/۱	۵۰/۲	۰/۰۱	۰/۶۸۶
خطا	سازگاری در خانه	۱۵۹/۲	۲۳	۶/۹			
	سازگاری بهداشتی	۱۵۸/۰۸	۲۳	۶/۹			
	سازگاری اجتماعی	۲۱۷/۰۵	۲۳	۹/۴			
	سازگاری عاطفی	۱۲۱/۹	۲۳	۵/۳			
	سازگاری شغلی	۹۸/۲	۲۳	۴/۳			
کل	سازگاری در خانه	۷۱۲۸	۳۰				
	سازگاری بهداشتی	۵۷۵۴	۳۰				
	سازگاری اجتماعی	۶۰۳۰	۳۰				
	سازگاری عاطفی	۵۵۵۴	۳۰				
	سازگاری شغلی	۵۰۶۶	۳۰				

بر اساس اطلاعات جدول ۵، با احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۱) در هر ۵ مولفه "سازگاری اجتماعی" تفاوت معناداری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ به طوری که اطلاعات جدول ۵ نیز نشان می دهد میانگین "سازگاری در خانه"، "سازگاری بهداشتی"، "سازگاری اجتماعی"، "سازگاری عاطفی" و "سازگاری شغلی" مادرانی که دارای کودک مبتلا به کم توان ذهنی بودند و تحت "شناخت درمانی هیجان مدار" قرار گرفته اند، به طور معنی داری افزایش داشته است، بنابراین با رد فرضیه صفر می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی هیجان مدار بر سازگاری اجتماعی (در ابعاد سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی) مادران کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی موثر است. اندازه اثر نیز حاکی از آن است که تقریباً ۶۸/۶ درصد از واریانس "سازگاری شغلی" و ۶۲/۶ درصد از واریانس "سازگاری عاطفی" آزمودنی ها از طریق انتساب به گروه‌ها قابل تبیین است. این رقم در خصوص "سازگاری در خانه"، "سازگاری بهداشتی" و "سازگاری اجتماعی" به ترتیب ۴۲/۵، ۲۸/۹ و ۲۹/۴ درصد می رسد.

بحث و نتیجه گیری
پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی هیجان مدار بر کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد که شناخت درمانی هیجان مدار باعث افزایش کیفیت زندگی و مولفه های آن و سازگاری اجتماعی و مولفه های آن در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته های (۲۴، ۲۵) همسو می باشد. بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش با تحقیق تیمولاک و همکاران همسو است (۲۶). این پژوهش به منظور بررسی تاثیر شناخت درمانی هیجان مدار بر سازگاری، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی انجام شد. حالات روانی چون افسردگی و اضطراب میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد. سادگی، سهولت و عدم صرف وقت زیاد در تمرینات شناخت درمانی هیجان مدار، همچنین تاکید این رویکرد بر مشاهده افکار و تغییر آگاهی در مقایسه با به چالش کشیدن و تغییر افکار، شیوه نوبنی از مواجهه با هیجان های آشفته ساز ارائه می دهد. نتایج نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، بعد از گذراندن دوره کامل درمان، بهبود چشم گیری، در کلیه مقیاس های پرسشنامه کیفیت زندگی یافته است. از آن جایی که بار روانی و جسمانی تربیت کودک معلول بیشتر بر عهده مادر است، مادران رضایت زناشویی اندک و فشار روانی و خستگی بالایی را نسبت به پدران تجربه می کنند (۲۷). نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که

هایی قرار دارد که نشان دادند بازداري هیجانی به عنوان راهبردی منفی در تنظیم هیجان منجر به مشکلاتی در ابعاد سازگاری و کیفیت زندگی می شد و بازاریابی شناختی هیجان ها به عنوان راهبرد مثبت تنظیم هیجان، بهبود سازگاری و کیفیت زندگی را به دنبال دارد. آموزش نظم بخشی هیجانی شامل کاهش و مهار هیجان های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان ها است. باید اذعان داشت که بخشی از راهبردهای نظم بخشی شناختی هیجان به آموزش مهارت های حل مساله، مهارت مهار خشم، شناسایی و اصلاح ارزیابی های آسیب زای شناختی و آموزش راهبردهای ارزیابی دوباره اختصاص دارد. از این رو می توان گفت که بهره گیری از راهبردهای نظم بخشی هیجان از طریق فنون یاد شده باعث می شود که این افراد بتوانند در شرایط پر فشار و پر تنش حاصله از مشکلات روانی، عملکردی سازگارانه و انعطاف پذیرتری داشته باشند. بعضی از پژوهشگران معتقدند که هیجان های مثبت، منابع روانشناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می کند؛ در مقابل فشار روانی از روش های مقابله ای موثری استفاده کند (۲۶).

از جمله محدودیت های پژوهش شامل: محدودیت ابزار اندازه گیری متغیرها که فقط از پرسشنامه استفاده گردیده است و از مصاحبه مشاهده و سایر روش های اندازه گیری استفاده نشده است. پیشنهاد می شود، برای آشناسازی دانشجویان و افراد جامعه با عقب ماندگی ذهنی کارگاه های آموزشی در دانشگاه ها برگزار شود. مسئولین، متخصصان و دست اندرکاران دانشگاه ها و جامعه برنامه مدون و جامعی را برای افزایش کیفیت زندگی این مادران در جامعه تدوین کنند. با توجه به نوپا بودن روش درمان شناختی هیجان مدار در این پژوهش پیشنهاد می شود که آموزش این روش درمانی به درمان گران در دستور کار مراکز آموزش روش های درمان روانشناختی قرار بگیرد.

References

1. Mawardah, U., Siswati, S., & Hidayati, F. (2018). Relationship between active coping with parenting stress in mother of mentally retarded child. *Empathy*, 1 (1), 1-14.
2. Zohour Parandeh, Vajiha. (2017). The effectiveness of aerobic training on mental health and happiness of mentally retarded female students. *Exceptional Children Quarterly*, 17 (2), 57-41.
3. Küçük, E. E., & Alemdar, D. K. (2018). Life satisfaction and psychological status of mothers with disabled children: a descriptive study. *Community mental health journal*, 54 (1), 102-106.
4. Deductive, inspirational. (2018). Investigating the relationship between coping styles and psychological well-being of mothers with mentally retarded children.

هر چند والدین کودکان ناتوان، هر دو نسبت به فشار روانی بسیار آسیب پذیرند. اما ۷۰ درصد مادران و ۴۰ درصد از پدران کودکان مذکور، فشار روانی و کیفیت زندگی پایینی را تجربه می کنند (۲۸). همچنین پژوهش های اخیر در مورد والدین کودکان دچار معلولیت های ذهنی، نشان می دهد که والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان عادی و سایر کودکانی که نیازهای ویژه یا بیماری های مزمن دارند، کیفیت زندگی پایینی را تجربه می کنند (۲۹).

در تبیین این یافته می توان گفت که این درمان ممکن است با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش های فرد را دارد، همچنین ممکن است با افزایش فعالیت های لذت بخش و تاثیر بر گستره و کیفیت روابط و از آن طریق تاثیر بر کیفیت زندگی می تواند موجب افزایش سازگاری اجتماعی این مادران با مشکلاتشان شود. همچنین ممکن است که افراد با استفاده درست از هیجان ها، آگاهی از هیجان ها و پذیرش آنها و ابراز هیجان ها به ویژه هیجان های مثبت در موقعیت های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان سازگاری آنها در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی بهبود پیدا خواهد کرد (۲۴). از طرفی ممکن است که مشکلات روانی آنها باعث شود که در موقعیت های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت های اجتماعی زندگی درگیر کنند که آثار منفی آن می تواند به صورتی در ابعاد سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی آنان ظاهر شود؛ اما این درمان باعث می شود که از وجود هیجان های منفی و تاثیر منفی آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با باز ارزیابی هیجان های خود در موقعیت های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خویش تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات روانی و به طور خاص ناسازگاری خویش را کاهش دهند (۳۰).

در راهبردهای شناختی در درجه اول بر فرایندهای فکری مرتبط با رفتار که با مشکلات هیجانی و رفتاری ارتباط دارند، تاکید می شود و با کمک به فرد برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر در رفتار خویش تشویق می شود به طوری که این امر منجر به تغییر در احساسی که فرد نسبت به خود دارد می گردد. علاوه بر این تاثیر جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با عوامل استرس زا را برای فرد امکان پذیر می سازد (۲۶). یافته های پژوهش نشان داد که با توجه به مهارت های آموزش داده شده، افراد مورد بررسی تا حدودی توانستند با تعمق و تامل در ویژگی های خود به نقاط ضعف خود پی برده و در صدد اصلاح آن بر آیند و با تکیه بر نقاط مثبت و جایگزینی درست افکار منطقی به جای تحریفات شناختی نامطلوب؛ سعی در بهبودی افکار، احساسات و عواطف خود با دیگران داشته باشند (۲۵). افرادی که در این پژوهش شرکت کردند و درمان شناختی هیجان مدار را دریافت کردند، ممکن است یاد گرفته باشند که چگونه حس اطمینان را جایگزین احساس تردید کنند و در یک بازسازی مجدد افکار منفی، تحریفات شناختی خود را شناسایی و آنها را با افکار منطقی به طور مناسب تری جایگزین و سازماندهی کنند. با توجه به یافته های این پژوهش، می توان گفت که این نتیجه در راستای آن جنبه از یافته

adjustment and life satisfaction of mothers with mentally retarded children. Master Thesis in Psychology, Khorasan Razavi University of Science and Research.

13. Canaanite, Cobra; Hadi, Samira; Soleimani, Manijeh and Armanpanah, Azadeh. (2015). The effect of hope therapy on improving the quality of life, hope and psychological well-being of mothers of mentally retarded children. *Journal of Pediatric Nursing*, No. 3.

14. Wang, Z., Gong, X., & Cong, X. (2019, June). Research on the Stress and Countermeasure of Home Caregivers of Rural Mentally Retarded Children. In 2nd International Seminar on Education Research and Social Science (ISERSS 2019) (pp. 431-434). Atlantis Press.

15. Kumar, P., & Panday, R. (2019). Psychosocial Problems of Children with Intellectual Disability: A Brief Overview. *Journal of Psychosocial Research*, 14(1).

16. Kumar, N., Ranjan, L. K., Panday, R., & Kiran, M. (2018). Parenting stress among mentally retarded children with normal control. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 9(2), 157-160.

17. Sapkota, N., Pandey, A. K., Deo, B. K., & Shrivastava, M. K. (2017). Anxiety, depression and quality of life in mothers of intellectually disabled children. *Journal of Psychiatrists' Association of Nepal*, 6(2), 28-35.

18. Ghasemi, F., Nia, K. A., & Amiri, H. (2019). Effect of Emotion-oriented Couple Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Marital Burnout. A comparative study. *Archives of Pharmacy Practice*, 1, 104.

19. Mousavi Amirabad, Zohreh. (2018). The effectiveness of emotion-focused couple therapy on the difficulty in regulating emotions and marital turmoil in couples. Fifth International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Qazvin.

Journal of New Advances in Psychology, Educational Sciences and Education, 33 (11), 174-164.

5. Li, W., Wang, L., Peng, Q., Du, X., & Ma, J. (2019). The Cross-Sectional Study of Quality of Life of Caregivers of Mentally Retarded Children in S District of Chongqing China. *Open Access Library Journal*, 7(12), 1-21.

6. Kaya, M., & Yildiz, K. (2019). The Effect of Montessori Programme on the Motion and Visual Perception Skills of Trainable Mentally Retarded Individuals. *Journal of Education and Training Studies*, 7(2), 120-128.

7. Neherta, M., Maisa, E. A., & Sari, Y. (2019). Intervention of sexual abuse prevention for mother of children with mental retardation in Payakumbuh Indonesia 2016. *Indian J Public Health Res Dev*, 10, 461-6.

8. Balaji, A. (2019). A Cross Sectional study on the Psychiatric Morbidity and Caregiver Burden in the Caregivers of Mentally Retarded Children in a Tertiary Care Center (Doctoral dissertation, Chengalpattu Medical College and Hospital, Chengalpattu).

9. Jebeli, M., & Khademi, A. (2019). Comparison of the Flexibility and Psychological Hardiness among Exceptional Children Mothers (Blind, Deaf and Mental Retardation). *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 10, 18-18.

10. Abbasi, Saeed (2015). The effectiveness of life skills training on the quality of life of mothers with children with Down syndrome. Master Thesis in Psychology, Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

11. Kyuchukov, H., Ushakova, O., & Yashina, V. (2019). Are the Roma children "Mentally retarded" if they do not Know the Syntax in their Second Language?.

12. Purmusawi, Umm al-Banin. (2015). The effectiveness of group training in acceptance and commitment therapy on

- Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 1-11.
27. Gupta, A., & Singhal, N. (2005). Psychosocial support for families of children with autism. *Asiapacific disability rehabilitation journal*, 16 (2): 27- 36.
28. Mugno, D. (2007). Impairment of quality of life in parent of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and quality of life outcomes* ([http:// www .hqlo.com](http://www.hqlo.com)).
29. Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280.
30. HR, S. (2019). Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans. *Military Caring Sciences Journal*, 6(3), 176-186.
20. Frei, J. M., Sazhin, V., Fick, M., & Yap, K. (2019). Emotion-oriented coping style predicts self-harm in response to acute psychiatric hospitalization. *Crisis*.
21. Nik Danesh, Meysam; Twelve Imams, Mohammad Hassan; Gheidari Mohammad Ismail, Bakhtiari, Maryam and Mohammadi, Abolfazl. (2017). Emotional regulation, mindfulness and existential anxiety in people with coronary heart disease: A comparative study. *Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 28 (6), 19-3.
22. Moradpour, Jamasb; Miri, Mohammad Reza; Aliabadi, Samaneh and Poursadegh, Abbas. (2013). The effectiveness of self-awareness and self-expression skills training on adaptation and self-esteem of mothers of mentally retarded children. *Scientific Quarterly of Birjand University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery*, 10 (1), 52-43.
23. Nejat, Saharnaz; Montazeri, Ali; Holakouee Naeini, Cyrus; Mohammad, Kazem and Majdzadeh, Seyed Reza. (2006). Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire: Translation and Psychometrics of the Iranian Species. *Journal of the School of Health and the Institute of Health Research*, 4 (4), 12-1.
24. Atadokht, A., Masoumeh, G. B., Mikaeli, N., & Samadifard, H. R. (2019). Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans. *Military Caring Sciences Journal*, 6(3), 176-186.
25. Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M. L., Morelen, D., Thomassin, K., & Whitehead, M. (2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of abnormal child psychology*, 46(3), 569-580.
26. Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... &