

## The Effect of Emotional Focused Therapy on Parental Self-Efficiency and Feeling of Guilt in Mothers Of Children with Burn Injuries

**Mahdi Khanjani**  \*

Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, , Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

**Taranom Salehi** 

Master of General Psychology, , Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

**Ahmad Borjali** 

Professor, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

### Abstract

The aim of this study was to determine the effect of Emotion Focused Therapy on parental self-efficiency and feeling of guilt in mothers of children with burn injuries. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study included all mothers with children with burns referred to Tehran Trauma and Burn Hospital (Shahid Motahari) in the fall of 1398. Thirty of these mothers who had lower scores in the Parenting Self-Efficacy Questionnaire of Dumka et al. (1996) and Eisenhower Feelings (2007) were selected as the research sample and were randomly assigned to the experimental and control groups. The experimental group underwent Emotion Focused Therapy for 10 sessions per week (Greenberg, 1986). The results of univariate analysis of covariance showed that there was no significant difference between the experimental and control groups in the self-efficacy variable despite its increase in the experimental group. However, emotion-based treatment was significantly effective in reducing


\* Corresponding Author: [khanjani.mahdi@gmail.com](mailto:khanjani.mahdi@gmail.com)


**How to Cite:** Khanjani, M., Salehi, T., Borjali, A. (2021). The Effect of Emotional Focused Therapy on Parental Self-Efficiency and Feeling of Guilt in Mothers Of Children with Burn Injuries, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 11(43), 109-136.


the guilt of mothers of children with burn injuries ( $P < 0.05$ ). The results of this study showed that emotion therapy can be used to reduce guilt and negative emotions of mothers with children with burn injuries.

**Keywords:** Emotion Focused Therapy, Parenting Self-Efficacy, Feeling of Guilt, Children Parenting Self-Efficacy Burn Injury.

## اثربخشی درمان هیجان‌محور بر خودکارآمدی والدگری و احساس گناه مادران کودکان دچار آسیب سوختگی

مهدی خانجانی\*  \* استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

ترنم صالحی  کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

احمد برجلی  استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان هیجان‌محور بر خودکارآمدی والدگری و احساس گناه مادران کودکان دچار آسیب سوختگی است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه مادران با فرزند دچار آسیب سوختگی مراجعه‌کننده به بیمارستان سوانح و سوختگی تهران (شهید مطهری)، در پاییز ۱۳۹۸ بود. تعداد ۳۰ نفر از این مادران که در پرسشنامه خودکارآمدی والدگری دومکا و همکاران (۱۹۹۶) و احساس گناه آیزنک (۲۰۰۷) نمرات پایین‌تری داشتند به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه به‌صورت هفتگی تحت درمان هیجان‌محور (گریببرگ، ۱۹۸۶) قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره، حاکی از آن بود که بین گروه آزمایش و گواه در متغیر خودکارآمدی علی‌رغم افزایش آن در گروه آزمایش، تفاوت معناداری یافت نشد؛ اما، درمان هیجان‌محور به‌طور معناداری در کاهش احساس گناه مادران کودکان دچار آسیب سوختگی مؤثر بود ( $P < 0/05$ ). نتیجه این پژوهش نشان داد که از درمان هیجان‌مدار می‌توان در کاهش احساس گناه و هیجان‌های منفی مادران دارای فرزند با آسیب سوختگی، استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌محور، خودکارآمدی والدگری، احساس گناه، سوختگی کودکان.

## مقدمه

سوختگی‌ها، شایع‌ترین حوادث دوران کودکی است (پسنر، هاوکینز و گارسیا اسپانا، ۲۰۰۴ و ژین، یین، کین، جیان، تاناسپوتر و گومز، ۲۰۰۶) و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین حوادث و رایج‌ترین صدماتی است که سلامت کودکان را تهدید می‌کند. همچنین سومین علت مرگ‌ومیر در این گروه سنی نیز می‌باشد (حکیمی، شفیع پور، اکبری و کاظم نژاد، ۱۳۹۱). آسیب‌های سوختگی به‌عنوان چهارمین علت مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه می‌باشند که خسارات مالی و جانی قابل‌توجهی به بیماران و خانواده‌های آن‌ها در جوامع مختلف وارد می‌کنند (واسپاک، اسپینکس، اشپی، کلاپرتون، کللند و گابه، ۲۰۰۹ و کومار، ورما، پاندی و راتوره، ۲۰۱۳). بر اساس آمار منتشرشده سازمان جهانی بهداشت در هر سال بیش از ۳۰۰ هزار نفر در دنیا بر اثر حوادث سوختگی و پیامدهای پس‌از آن جان خود را از دست می‌دهند (کومار، ورما، پاندی و راتوره، ۲۰۱۳). در آمریکا در هر سال حدود یک میلیون نفر از کودکان دچار حادثه سوختگی در درجات مختلف می‌شوند (نورونا و فاست، ۲۰۰۷). علاوه بر این حدود ۹۶ هزار نفر نیز از میان کودکان بر اثر سوانح سوختگی جان خود را از دست می‌دهند (پدن، اویگیتته، ازانه‌اسمیت و همکاران، ۲۰۰۸). حدود ۹۵ درصد از آمار مرگ‌ومیر ناشی از سوانح سوختگی نیز در کشورهای با درآمد متوسط و پایین رخ می‌دهد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸) از این میان پسران بیشتر از دختران دچار سوختگی شده‌اند، اگرچه در برخی از پژوهش‌ها سوختگی در دختران شایع‌تر گزارش شده است) امانی، سلیمان‌زاده مقدم، رودباری، روستاپور و همکاران، ۱۳۹۳؛ پدن، اویگیتته، ازانه-اسمیت، هایدر، برنج و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز شیوع صدمات ناشی از سوختگی ۶/۴۸ درصد از کل حوادث است و سالانه نزدیک به ۷۲۵ هزار حادثه منجر به سوختگی رخ می‌دهد که یکی از مهم‌ترین علت‌های مرگ‌ومیر در ایران می‌باشد و این میزان مرگ‌ومیر بیش از کشورهای در حال توسعه است (پنجه شاهین، لاری، طالعی، شمس‌نیا و علاقبندان، ۲۰۰۱ و آقاخانی، آرام، مهرپیشه، معماریان، حسینی و قربانی، ۲۰۱۵). همچنین حدود ۴۰ درصد از موارد

سوختگی در کشور مربوط به کودکان است که شایع‌ترین علت سوختگی ناشی از مایعات داغ و غذا و همچنین سهل‌انگاری مادر و پدر و مراقبان است (فاطمی، ۱۳۹۷)

مطالعات مختلف در خصوص پیامدهای سوختگی در کودکان نشان داده که سازگاری با سوختگی بسیار چالش‌برانگیز است (جونز، بوچانان و هارکورت، ۲۰۱۷) و کودکان تغییراتی در ابعاد عاطفی، رفتاری و اجتماعی شامل رفتارهای اجتنابی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و واکنش‌های منفی از خود نشان داده‌اند (مک‌گری، ایوت و مک‌دونالد، ۲۰۱۴). صدمات سوختگی در مقایسه با دیگر صدمات جسمی کودکان، به مراقبت‌های ویژه، بستری طولانی‌مدت و درمان‌های متنوع نیاز دارند، همچنین عوارض ناشی از سوختگی سبب از بین رفتن عملکرد و بدشکل شدن عضو سوخته شده و مشکلات روانی در کودکان می‌شود و می‌تواند زندگی در آینده را برای آنان مشکل نماید (ژوزف، آدامز، گلدفارب و سلاتر، ۲۰۰۲). یافته‌های تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که اسکار سوختگی موجب کاهش اعتمادبه‌نفس و اختلال در برقراری ارتباط اجتماعی با گروه همسالان و همچنین بروز اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> به‌عنوان یک اختلال شایع اضطرابی در کودکان می‌شود (حکیمی، شفیع‌پور، اکبری و کاظم‌نژاد، ۱۳۹۱). این مسئله یکی از مهم‌ترین دلایل غیبت از مدرسه محسوب می‌شود و می‌تواند آینده تحصیلی و رشد اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. تعداد بالایی از موارد سوختگی که در کودکی رخ می‌دهند، تصادفی و قابل پیشگیری هستند (فوگلیا، مشی، مدوس، سیگل و اسمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴)

ولی پروسه آسیب، درمان و بازتوانی، اثر جسمانی و روانی متعددی روی کودکان و خانواده‌های آنان دارد (میر، بلکنی و راسل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). علاوه بر اینکه سوختگی باعث به وجود آمدن اختلال‌هایی در کودکان می‌شود، این آسیب، والدین کودک را نیز از لحاظ روان‌شناختی دچار مشکلاتی می‌کند. مطالعات کمی در مورد اثر سوختگی فرزند بر والدین انجام شده ولی بااین‌حال بر اساس یافته‌های منتشرشده، اضطراب، واکنش‌های

1. Post-Traumatic Stress Disorder(PTSD)

2. Foglia, R., Moushey, R., Meadows, L., Seigel, J., & Smith, M.

3. Meyer, J., Blaknoney, P., & Russell, W.

استرس پس از سانحه و مشکلات رفتاری در کودکان و همچنین میزان بالای اضطراب، علائم افسردگی و احساس گناه در والدین طی ماه اول پس از سوختگی کودک از موارد بسیار شایع است (آیین، ۱۳۹۵). سوختگی، درد و رنج زیادی برای قربانیان و خانواده‌های آنان، مخصوصاً مادرانشان ایجاد می‌کند. هنگامی که کودک دچار آسیب می‌شود، والدین گستره‌ای از احساسات و هیجانات شدیدی را گزارش می‌کنند. والدین اغلب در مورد بقا فرزند خود دچار ترس و نگرانی هستند و مشاهده درد و تغییرات ظاهری فرزندشان آن‌ها را مضطرب می‌کند و تحت تأثیر قرار می‌دهد (فاستر، یانگ، میتچل، وان و کرتیس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). سوختگی در کودکان علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی و روانی هم برای کودک و والدین، هزینه‌های زیادی را نیز به خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (سیلفن، کمولوتان، امیر و هوبر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰).

پس از وقوع حادثه سوختگی در کودکان، مادران آن‌ها احساس کفایت در مورد فرزند پروری را از دست داده و در مواردی دچار احساس گناه می‌شوند (فاستر، یانگ، میتچل، وان و کرتیس، ۲۰۱۷). یکی از مهم‌ترین عوارض روانی ناشی از سوختگی در کودک، از دست دادن حس کارآمدی یا همان خودکارآمدی در والدین به‌خصوص در مادر است. خودکارآمدی والدینی<sup>۳</sup> به قضاوت و احساس والدین از توانایی‌هایشان برای انجام وظایف والدینی است (آلبانس، روسو و گالر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). میزانی که والدین در توانایی خود جهت به دست آوردن همه جنبه‌های پرورش کودک، احساس کفایت می‌کنند و ارزیابی والدین نسبت به توانایی خود در ایفای نقش والدگر، خودکارآمدی والدینی گفته می‌شود (سرابی جماب، حسن‌آبادی، مهدی و اصغری نکاح، ۱۳۹۰). وجود خودکارآمدی بالا در مادران موجب می‌شود تا از اعتماد به خود و احساس امنیت برخوردار شوند درحالی که خودکارآمدی پایین و بی‌ثبات، احساس ناامنی و بی‌کفایتی ایجاد می‌کند و سازش یافتگی فردی و اجتماعی مادران را مختل می‌سازد (دایاموند و راج،

1. Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., & Curtis, K.

2. Silfen, R., Chemo-Lotan, M., Amir, A., & Huber, D.

3. Parental Self-Efficiency

4. Albanese A. M., Russo G. R., Geller P. A

پراتا و ویسر، ۲۰۱۷). مطالعات نشان داده است که کودکان والدین دارای خودکارآمدی پایین معمولاً در زندگی و در طول رشد، احساس رضایت و خرسندی نمی‌کنند (ابارشی، طهماسیان، مظاهری و پناغی، ۱۳۸۸). با بررسی دقیق پیشینه پژوهش مطالعه‌ای که در خصوص خودکارآمدی والدگری پایین در مادران کودک با آسیب سوختگی را نشان دهد، یافت نشد؛ اما تجربه کار میدانی نشان می‌دهد این مادران علاوه بر احساس گناه و سرزنش خود و سرزنش از سوی همسر، نگرانی‌های زیادی در ارتباط با نحوه تعامل با کودک و از دست دادن حس اعتماد به نفس و خودکارآمدی در مراقبت از کودک آسیب‌دیده یا سایر کودکان را گزارش می‌کنند.

همان‌طور که اشاره شد یکی از آسیب‌هایی که پس از سوختگی فرزند در مادران به وجود می‌آید احساس گناه در این افراد است. احساس گناه، موقعیتی احساسی است که با سرزنش خود و نیاز به مجازات آمیخته است. احساس گناه شدید و یا عدم احساس آن نشانه بسیاری از اختلالات روانی مثل افسردگی، اضطراب است (فیلیس و رامسی، ۲۰۰۸؛ رضاخانی، نیکبخت و ملکی، ۲۰۱۲ و فاستر، یانگ، میتچل، وان و کرتیس، ۲۰۱۷). تجربه هیجانات منفی در روزهای اول پس از سوختگی کودک، باعث خود سرزنش‌گری و بروز اضطراب، استرس و افسردگی در مادران آن‌ها می‌شود. آشفتگی مادران، اضطراب و احساس گناه در آنان می‌تواند عوامل زمینه‌ساز ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه در آنان باشند (بیکر، مائرتنز، وان سن و وان لوئی، ۲۰۱۳). در روزهای اول پس از سوختگی کودک، اضطراب والدین می‌تواند به سطح حمله وحشت‌زدگی<sup>۲</sup> نزدیک شود (شادی، آلمدیا، لندون، گرافت و جنکینز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). میزان اختلال استرس حاد والدین بین ۱۶٪ تا ۳۲٪ گزارش شده است (بریانت، مایو، ویگز و اهلرز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). تا ۴۷٪ از والدین در معرض ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند و تقریباً بین ۲۰٪ تا ۴۰٪ از والدین در خطر ابتلا

---

1. Guilty Feel

2. Panic

3. Shudy, M., De Almeida, S., Ly, C., Landon, S., Groft, T., & Jenkins, E.

4. Bryant, R., Mayou, L., Wiggs, A., & Ehlers, G.

به افسردگی پیش‌رونده قرار دارند. (منتظری، شاکری و شاکری، ۱۳۹۰؛ برنر، پیک، نوئستر، ب‌اس و لست<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

سوختگی خود مادر، شاهد فرآیندهای درمانی و جراحی‌های دردناک فرزند خود بودن، حمایت سایر افراد خانواده و حمایت اجتماعی و تأثیر جدی سوختگی در آینده کودک، از جمله عواملی هستند که می‌تواند فشار روانی و استرس مادر نسبت به سوختگی فرزند خود، آغاز یا تشدید نماید (هال، ساکس، استودارد، کاپلو، کانن و چاولا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). مطالعات طولی نشان داده‌اند که مشکلات روانی-اجتماعی در مادران کودکان با آسیب سوختگی تا سال‌ها بعد تداوم دارد (آیین، ۱۳۹۵). در یک مطالعه بر روی افراد دچار سانحه سوختگی در تهران، اعظمی، سهرابی، برجعلی، فرخی و فرقانی (۲۰۱۸) اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر الگوی روانی-اجتماعی بر بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از سوانح سوختگی را نشان داده‌اند. برنامه تدوین شده کیفیت زندگی را در ابعاد جسمانی، روانی و فیزیکی افراد دچار سانحه سوختگی را بهبود بخشیده است. با توجه به بروز مشکلات روان‌شناختی در مادران به خصوص تجربه هیجان‌های منفی نظیر اضطراب، از دست دادن کفایت والدینی و احساس گناه ناشی از عدم مراقبت صحیح از کودک، نیاز به ارائه خدمات روان‌شناختی و حمایت‌های روانی اجتماعی از این مادران در کنار پیگیری روند درمان و بازتوانی کودک را پررنگ می‌نماید.

درمان هیجان محور (گرینبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲) یک درمان با حمایت تجربی، هیجان محور و انسان‌گرا است که دربرگیرنده درمان‌های فردمحور، گشتالت و وجودی است که آن‌ها را با تفکر روان‌شناختی معاصر به روز می‌کند. این درمان بر پایه‌های یک برنامه ۲۵ ساله از پژوهش روان‌درمانی قرار دارد (گرینبرگ و گالر، ۲۰۱۲؛ گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶؛ گرینبرگ، واروار و مالکوم، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۰؛ لیوت، رابرت، واتسون، جین، گلدمن و همکاران، ۲۰۱۳). درمان هیجان محور دیدگاه متفاوتی نسبت به هیجان‌ها به‌عنوان منشأ

1. Bronner, N., Peek, H., Knoester, A., Bos, B., & Last, M.

2. Hall, E., Saxe, G., Stoddard, F., Kaplow, J., Koenen, K., & Chawla, N

3. Greenberg, L



معنا، جهت و رشد فراهم می‌کند. کوریان<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) در پژوهشی، رویکرد درمانی هیجان‌محور را برای کمک به مقابله‌ی نوجوانان با واکنش‌های غم و اندوه ناشی از افسردگی، اضطراب، خشم، احساس طرد شدن و حس بی‌ارزشی مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که مراجعان با موفقیت توانستند با درگیر شدن در یک رابطه‌ی امن با پدر و مادر عزاداری سالم خود را بیان کنند. کریمی، شفیع‌آبادی و نعیمی (۱۳۹۸) اثربخشی این درمان را در کاهش افسردگی در معلمان زن را نشان داده‌اند. همچنین اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار (خسروی اصل، نصیریان و بخشایش، ۱۳۹۷)؛ در پژوهشی دیگر پریست (۲۰۱۳)، اثربخشی درمان هیجان‌محور بر اضطراب فراگیر زوجین را مورد تأیید قرار داد. همچنین شاهار، بارکالیفا و آلن<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) در پژوهش خود نیز تأثیر درمان هیجان‌محور بر اختلال اضطراب اجتماعی بزرگ‌سالان را نشان داده‌اند.

گرچه درمان هیجان در بیشتر مطالعات صورت گرفته در ارتباط با کاهش عواطف و هیجان منفی مرتبط با افسردگی، اضطراب و دیگر آسیب‌های روانی و اجتماعی بوده است ولیکن مطالعات مختلفی هم اثربخشی درمان هیجان محور در ارتقاء سازه‌های با رویکرد مثبت‌تر مانند خودکارآمدی والدگری (استارهان، استیلار، نش و همکاران، ۲۰۱۷)؛ سیدشریفی، نوابی‌نژاد و فرزاد، ۱۳۹۸ و پاینده و برجعلی، ۱۳۹۷)؛ افزایش میزان سازگاری و عواطف مثبت نسبت به همسر (حسن‌آبادی، مجرد و سلطانی‌فر، ۱۳۹۰) سازگاری در زنان مطلقه (اندوزی، ۱۳۹۳)؛ عملکرد خانواده (جاویدی، سلیمانی، احمدی و صمدزاده، ۱۳۹۲)؛ صمیمت زناشویی و خودکارآمدی زوجین (گریمن و جانسون، ۲۰۱۳ و حامدی، شفیع‌آبادی، نوابی‌نژاد و دلاور، ۱۳۹۲)؛ سازگاری زناشویی و صمیمیت (داودوندی، نوابی‌نژاد و فرزاد، ۱۳۹۶؛ زارعی و ثابت، ۱۳۹۳ و سلطانی، شعیری و روشن، ۱۳۹۱)؛ بخشودگی بین فردی و امید (نامنی، محمدپور و نوری، ۱۳۹۶)؛ تنظیم شناختی (کرمی نژاد، سودانی و مهرابی زاده، ۱۳۹۵)؛ سلامت‌روان و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر (برومند راد، ۱۳۹۹) نشان داده شده است؛ و جاویدی، سلیمانی و احمدی (۲۰۱۳) نیز

1. Kurian

2. Shahar; Bar-Kalifa and Alon

اثربخشی این درمان را بر بهبود عملکرد خانواده نشان داده‌اند. (گرینبرگ، واروار و مالکوم، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۰؛ گرینبرگ و وارسون، ۲۰۰۶) هم در پژوهش خود اثربخشی درمان هیجان‌محور در تسهیل بخشش و رها شدن از صدمات عاطفی در افراد افسرده و تسهیل بخشایش در افراد با صدمه عاطفی را نشان دادند.

با عنایت به اینکه در ایران سوختگی در کودکان نسبت به سایر گروه‌های سنی شیوع بیشتری دارند بنابراین مطالعه در خصوص مادران کودکان دچار آسیب سوختگی دارای اهمیت و ضرورت درخور توجهی است که لزوم حمایت روانی اجتماعی از این مادران را دوچندان می‌نماید. همچنین شایان ذکر است مطالعات اندکی در زمینه فراهم کردن حمایت‌های عاطفی و روانی از مادران دارای فرزند با آسیب سوختگی انجام شده و لازم است توجه بیشتری به توانمندسازی این مادران در مراقبت و توجه به کودک شود. از آنجایی که درمان هیجان‌محور به صورت مستقیم بر هیجان‌ات فرد به خصوص هیجان‌ات منفی فرد تمرکز دارد و شواهد کم و ضدونقیضی در ارتباط با ایجاد و ارتقاء هیجان‌ات و یا سازه‌های مثبت و با بن‌مایه شناختی مانند خودکارآمدی دارد؛ این پژوهش به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا درمان هیجان‌محور در افزایش احساس خودکارآمدی والدگری و کاهش احساس گناه مادران کودکان دچار آسیب سوختگی اثربخش است؟

## روش

روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل از کلیه مادرانی است که در پاییز ۱۳۹۸ به منظور درمان فرزندان‌شان به بیمارستان سوانح سوختگی (شهید مطهری) تهران مراجعه کردند. از آنجا که این پژوهش در زمره‌ی تحقیقات نیمه‌آزمایشی است، حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه بر اساس روش کوهن انتخاب شد. چنانچه  $\alpha=0/05$  و حجم اثر  $0/50$  اختیار شود با انتخاب ۱۶ آزمودنی برای هر گروه می‌توان به توان آزمون برابر با  $0/80$  دست یافت (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۵). در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه استفاده شد. به این صورت که، به مرکز درمانی شهید مطهری مراجعه

شد و از مادرائی که فرزندانشان به علت سوختگی در بخش کودکان بستری بودند خواسته شد دو پرسشنامه مرتبط با خودکارآمدی والدگری و احساس گناه را تکمیل کنند. سپس، از بین همه مادران، تعداد ۳۰ نفر از مادرائی که در پرسشنامه‌های خودکارآمدی والدگری نمرات پایین و در احساس گناه نمرات بالاتری کسب کردند؛ به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. (در هر گروه ۱۵ نفر). معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از اینکه حداقل یک هفته از سوختگی کودک گذشته باشد، دارای سواد خواندن و نوشتن باشند و سوختگی کودک در صورت نباشد. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در برنامه، مصرف داروهای روان‌پزشکی بود.

## ابزار پژوهش

### پرسشنامه خودکارآمدی والدگری

به‌منظور سنجش خودکارآمدی مادران در این پژوهش از ابزار خودکارآمدی والدگری<sup>۱</sup> دومکا استفاده شد. این پرسشنامه توسط دومکا و همکاران در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی سطوح کلی خودکارآمدی والدگری ساخته شده است (دومکا و همکاران، ۱۹۹۶) و شامل ۱۰ سؤال می‌باشد. نمرات بالا در این پرسشنامه خودکارآمدی بالا و نمره‌ی پایین خودکارآمدی پایین را نشان می‌دهد. سؤالات این پرسشنامه هم برای مادر و هم پدر قابل استفاده است (جمالی‌نژاد، ۱۳۹۱). این پرسشنامه شامل پنج عبارت مثبت و پنج عبارت منفی است که حس کلی والدین از اطمینان را در نقش والد می‌سنجد. سؤالات به طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (یک = به‌ندرت تا هفت = همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. سؤالات ۱، ۳، ۵، ۶ و ۸ در این پرسشنامه به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دومکا و همکاران (۱۹۹۶) هم‌خوانی درونی این پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش کردند. دهقان‌منشادی، غلام‌رضائی و غضنفری (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را

---

1. Parental Self Agency Measure-PSAM

۰/۷۰؛ و مطلوب ارزیابی کرده‌اند.

### پرسشنامه احساس گناه

برای سنجش احساس گناه در این پژوهش از ابزار احساس گناه ایزنک (۲۰۰۷) استفاده شد. آزمون احساس گناه ایزنک شامل ۳۰ ماده با طیف نمره‌گذاری ۰ و ۱ می‌باشد. حداقل نمره ۰ و حداکثر آن ۳۰ است؛ که نقطه‌ی برش ۱۵ است یعنی نمرات بیشتر از ۱۵ فرد دچار احساس گناه می‌باشد. جهت سنجش پایایی این پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است و برای هر یک به ترتیب ضرایب ۰/۷۷ و ۰/۷۶ به دست آمده است (اعتماد، جوکار و راهیما، ۱۳۹۴).

جدول ۱. برنامه درمانی هیجان‌محور برگرفته از برگرفته از (گرینبرگ، ۲۰۰۲)

جلسه	اهداف جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه، جذب اعضای گروه به موضوع	آشنایی اولیه با اعضای گروه، معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظارات آنان از شرکت در کلاس، آشنایی اولیه از هیجانات و مشکلات اعضا، توضیح درباره آسیب‌سوختگی
دوم	آشنایی با مفاهیم اولیه هیجان‌محور و روبه‌رو شدن اعضا با ترس‌هایشان	ارائه تعریف مفاهیم هیجان‌محور، تشویق اعضا به عقب‌راندن ترس‌هایشان، مانند ترس از طرد شدن و بیان عیب‌هایشان، شناسایی چرخه تعاملی معیوب، شناسایی احساسات متناقض و انتقادی به خود و افراد تأثیرگذار زندگی
سوم	آشنایی با هیجانات اولیه و ثانوی	منعکس و ارزش داده شدن به هیجانات ثانویه مانند تندی و ناکامی. آموزش نام‌گذاری هیجانات در زمان حال، بحث درباره چهار هیجان اصلی (ترس، خشم، شرم، غم) و نیازهای مربوط به آن‌ها
چهارم	آشنایی با موقعیت گفت‌وگو دو صندلی	برون‌سازی مشکلات، ایجاد شرایط بروز هیجانات معمولاً ناخوشایند در بافت ارتباطی و خانوادگی و به چالش کشیدن آن‌ها، قرار دادن اعضای داوطلب در موقعیت دو صندلی جهت شناسایی هیجان پنهان اولیه و مناظره بین خود تجربه‌گر و خود انتقادکننده

جلسه	اهداف جلسه	شرح جلسه
پنجم	آموزش تن آرامی و آموزش اعتباربخشی به هیجان‌ها	شناخت از جنبه‌های مختلف خود و تجربه احساس ارزشمندی، آموزش تجربه حالات هیجانی به وسیله بدن خود، به کارگیری تکنیک تن آرامی، آرام کردن احساس و گفتار خودانتقادی
ششم	رهایی کامل اعضا از خودانتقادی	اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجانی که تازه آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدیدی را نسبت به هیجانانشان تجربه کنند. تجربه هیجانان مثبت از طریق فرآیند بخشش و رهایی از خودانتقادی
هفتم	آشنایی با موقعیت گفت‌وگو با صندلی خالی	قرار دادن آزمودنی‌های داوطلب در موقعیت گفت‌وگو با صندلی خالی تا با افراد مهم و تأثیرگذار زندگی‌شان گفت‌وگو کنند (در بیشتر موارد این شخص همسر آن‌ها بود).
هشتم	حل و فصل مشکلات با افراد مهم زندگی	پردازش هیجانان اولیه در مورد افراد مهم زندگی، بیان ارزش‌های خود و آن‌ها و چگونگی کنار آمدن با آن‌ها
نهم	اطلاع یافتن از نیازها و خواسته‌های خود	اشاره به نیازهای عاطفی و هیجانی خود و اشاره به روش برآورده ساختن این نیازها بر اساس ارزش‌ها.
دهم	ساختن حکایت جدید و اجرای پس-آزمون	اعضا راه‌حل‌های جدید برای مشکلاتشان پیدا می‌کنند، مرور مهارت‌های ارائه‌شده و تکمیل پس‌آزمون

### شیوه اجرای پژوهش

پس از کسب موافقت از بیمارستان، ابتدا از مادرانی که فرزندان‌شان در بخش اطفال بستری بودند و درصد سوختگی آن‌ها طبق پرونده بیمارستانی، کمتر از ۴۰ درصد بود، درخواست شد که دو پرسشنامه خودکارآمدی والدگری دومکا و احساس گناه آیزنک را تکمیل کنند و به آن‌ها توضیح داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه نزد پژوهشگر محفوظ می‌ماند. سپس از میان آن‌ها ۳۰ نفر که احساس گناه بالاتر و خودکارآمدی والدگری پایین‌تری داشتند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ده جلسه مداخله هیجان‌محور را به صورت دو جلسه ۶۰ دقیق‌هایی در هفته دریافت کردند درحالی‌که گروه گواه آن را دریافت نکرد. لازم به ذکر است که

قبل از برگزاری جلسات از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه گرفته شد. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و از آن‌ها خواسته شد که هر دو پرسشنامه را مجدداً تکمیل کنند. لازم به ذکر است، به علت رعایت موازین اخلاقی این مداخله در نهایت به صورت فشرده برای گروه گواه نیز انجام گرفت.

### یافته‌ها

میانگین سنی کودکان گروه آزمایش، ۳/۶۶ سال و انحراف استاندارد ۲/۰۹ بود. در گروه گواه نیز میانگین سن کودکان ۵/۱۳ با انحراف استاندارد ۲/۹۲ سال بودند. میانگین سنی مادران گروه آزمایش، ۳۳/۴۶ سال و انحراف استاندارد ۶/۶۱ و در گروه گواه نیز مادران دارای میانگین سنی ۳۳/۵۶ سال و انحراف استاندارد ۵/۳۱ بودند.

داده‌های جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مادران در متغیرهای خودکارآمدی و احساس گناه را به تفکیک گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی و احساس گناه مادران در مرحله پیش‌آزمون و

#### پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
خودکارآمدی	آزمایش	۴۱/۲۷	۱۰/۹۷	۴۲/۲۷	۶/۲۷
	گواه	۴۴/۴	۶/۶۴	۴۴/۴	۷/۸۹
احساس گناه	آزمایش	۱۴/۰۷	۴/۰۳	۹/۵۳	۳/۹۳
	گواه	۱۱/۳۳	۳/۹۶	۱۱/۴۰	۳/۶۰

به منظور انجام تحلیل کوواریانس تک متغیره مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون در تعامل گروه و پیش‌آزمون در خودکارآمدی ( $F_{0/923} = P_{0,05} <$ ) و احساس گناه ( $F_{0/714} = P_{0,05} <$ )؛ به دست آمد. همچنین، پیش‌فرض همگنی واریانس درون‌گروهی با استفاده از آزمون لوین در خودکارآمدی ( $F_{0/081} = P_{0,05} <$ )، احساس گناه ( $F_{0/679} = P_{0,05} <$ ) و

اثربخشی درمان هیجان محور بر خودکارآمدی والدگری و...؛ خانجانی و همکاران | ۱۲۳

با ( $P < 0,05$ )، (درجه آزادی ۱ و ۲۸) و پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک محاسبه شد و تمامی این پیش فرض‌ها برای استفاده از تحلیل کوواریانس برقرار بود.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی مادران دو گروه در مرحله پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر همپراش	۹۱۲/۵۴	۱	۹۱۲/۵۴	۴۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱
اثر گروه	۰/۱۹	۱	۰/۱۹	۰/۰۱	۰/۹۲۱	۰/۰۰۱
خطا	۵۱۰	۲۷	۱۸/۸۹			
کل	۵۷۷۹۰	۳۰				

جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در مورد مقایسه نمرات خودکارآمدی والدین کودکان با آسیب سوختگی را در مرحله پس آزمون را نشان می‌دهد. همان گونه که ملاحظه می‌شود اثر پیش آزمون به لحاظ آماری معنادار بوده است. به بیان دیگر نمره پیش آزمون در پس آزمون اثر داشته است. در ادامه برای آزمون اثر برنامه آموزشی بر متغیر وابسته اثر پیش آزمون به عنوان عامل هم پراش خنثی گردید. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله پس از حذف و خنثی کردن متغیر معنادار نیست ( $P < 0,05$  و  $F = 0,01$ )؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین میزان خودکارآمدی والدین کودکان با آسیب سوختگی در گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به بیان دیگر برنامه درمان هیجان محور در افزایش میزان خودکارآمدی والدین کودکان با آسیب سوختگی، مؤثر نبوده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس میانگین نمرات متغیر احساس گناه مادران دو گروه در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر همپراش	۱۸۴/۳	۱	۱۸۴/۴	۱۹/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۴
اثر گروه	۸۵/۵	۱	۸۵/۵۷	۹/۲۲	۰/۰۰۵	۰/۲۵۴
خطا	۲۵۰/۶	۲۷	۹/۲۸			
کل	۳۷۲۵	۳۰				

جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در مورد مقایسه نمرات احساس گناه والدین کودکان با آسیب سوختگی را در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود اثر پیش‌آزمون به لحاظ آماری معنادار بوده است. به بیان دیگر نمره پیش‌آزمون در پس‌آزمون اثر داشته است. در ادامه برای آزمون اثر برنامه آموزشی بر متغیر وابسته اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل همپراش خنثی گردید. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله پس از حذف و خنثی کردن متغیر معنادار بوده است ( $P > 0/01$  و  $F = 9/22$ )؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین میزان احساس گناه والدین کودکان با آسیب سوختگی در گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به بیان دیگر برنامه درمان هیجان‌محور در کاهش میزان احساس گناه والدین کودکان با آسیب سوختگی، مؤثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش اثربخشی درمان هیجان‌محور بر افزایش خودکارآمدی والدگری و کاهش احساس گناه در مادران کودکان دچار آسیب سوختگی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد بین مادران گروه آزمایش و گواه در متغیر خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود ندارد. بررسی و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که علی‌رغم افزایش میانگین خودکارآمدی والدگری در مادران دارای کودک با آسیب سوختگی اما، نسبت به گروه



گواه، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه یافت نشد. این یافته هم تأییدکننده نتایج پژوهش‌های مرتبطی مثل واتسون، گوردون، استرماک، استکلی و کالوگراکوس، ۲۰۰۳؛ سیدشریفی، نوابی‌نژاد و فرزاد (۱۳۹۸) پاینده و برجعلی (۱۳۹۷)؛ استارهان و همکاران (۲۰۱۷)؛ گریمین و جانسون، ۲۰۱۳ و حامدی، شفیع‌آبادی، نوابی‌نژاد و دلاور، (۱۳۹۲) در افزایش میزان خودکارآمدی والدگری است و هم به لحاظ آماری یافته‌های مذکور را تأیید نکرده است. یافته‌های این پژوهشگران حاکی از اثربخشی آموزش هیجان‌محور بر ارتقای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری و عمومی بوده است. علاوه بر این در پژوهش سیدشریفی، نوابی‌نژاد و فرزاد (۱۳۹۸) علی‌رغم اثربخش بودن درمان هیجان‌محور بر خودکارآمدی والدگری زنان سرپرست خانوار، ولیکن در مقایسه با طرح‌واره‌درمانی، اثربخشی کمتری داشته است. خودکارآمدی والدگری نوعی ارزیابی در سطح باورهای شناختی از توانایی‌های والدین در ایفای نقش خود به‌عنوان مراقب گفته می‌شود و باورها یا قضاوت‌هایی است که یک والد از توانمندی‌های خود به‌منظور سازمان‌دهی، مدیریت و اجرای تکالیف خاص مربوط به وظایف والدینی در برابر کودک است. همچنین علاوه بر تأثیری که بر نحوه تعامل و ارتباط مادر به‌عنوان مراقب و کودک دارد، شیوه انضباطی مادر، نگرش و ارزیابی، باور و ادراک مادر در مورد روش‌های اتخاذشده والدگری و همچنین حساسیت و پاسخ‌گویی او نسبت به نیازهای عینی و ذهنی کودک را نیز پیش‌بینی می‌کند. به نظر می‌رسد، خودکارآمدی که به معنای باور شخصی فرد نسبت به توانایی خود است، دارای وجه پررنگ شناختی است، اما از طرف دیگر درمان هیجان‌محور تأکید زیادی بر هیجان دارد و ابعاد شناختی را در برخی مواقع نادیده می‌گیرد؛ بنابراین، از آنجایی که مکانسیم عمل درمان هیجان‌محور به میزان بسیار زیادی متکی به زمان حال، احساس‌ها و هیجان‌ها و همچنین تغییرات بدنی در حین درمان است، به‌ندرت اجازه ورود افکار، باورها و به‌طورکلی شناخت را می‌دهد؛ بنابراین می‌توان این‌طور تعبیر کرد که پوشش‌دهی درمان هیجان‌محور نسبت به مفاهیم شناختی، به‌طور مثال خودکارآمدی

محدود و حتی در مواردی ضعیف باشد. پس شاید بتوان به این شکل نتیجه‌گیری کرد که تفاوت ماهیت بین این متغیر با اساس این درمان باعث معنادار نشدن این فرضیه شده است. یافته دیگر این پژوهش نشان داد بین مادران گروه آزمایش و گواه در متغیر احساس گناه تفاوت معناداری وجود دارد بدین معنی که درمان هیجان‌محور بر کاهش احساس گناه مادران کودکان با آسیب سوختگی مؤثر است. این یافته با پژوهش‌های قبلی از جمله (کوربان، ۲۰۱۴)؛ شاهار، بارکالیفا و آلن (۲۰۱۷)؛ (گرینبرگ، واروار و مالکوم، ۲۰۰۸)؛ پریست (۲۰۱۳)، جاویدی، سلیمانی و احمدی (۲۰۱۳) و ایزنبرگ، فابز، گاتری و ریزر (۲۰۰۰)؛ (داووندی، نوابی‌نژاد و فرزاد، ۱۳۹۶)؛ زارعی و ثابت، ۱۳۹۳ و سلطانی، شعیری و روشن، ۱۳۹۱)؛ خسروی اصل، نصیریان و بخشایش (۱۳۹۷)؛ (نامنی، محمدپور و نوری، ۱۳۹۶)؛ همسو است. در این پژوهش‌ها اثر درمان هیجان‌محور بر کاهش هیجانات منفی نظیر اضطراب، استرس، افسردگی، احساس گناه و خشم و افزایش عواطف مثبت و بهبود کیفیت زندگی نشان داده شده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت یکی از پایه‌های اصلی درمان هیجان‌محور، همدلی<sup>۱</sup> با مراجع در حین درمان است، در پژوهش حاضر مادران با کودک با آسیب سوختگی به دلیل شرایط پیش‌آمده برای فرزندشان هیجان‌های منفی مختلفی از قبیل استرس حاد، اضطراب، خلق منفی، خودسرزنش‌گری و احساس گناه را تجربه می‌کنند و نیاز به نوعی همدلی و حمایت اجتماعی ناشی از این رویداد را دارند. به همین دلیل احساس همدلی با افراد یکی از شاخص‌های افتراقی درمان هیجان‌محور با انواع دیگر درمان‌ها محسوب می‌شود صحبت در مورد هیجان‌های تجربه‌شده موجب کاهش این هیجان‌ها در فرد می‌شود. علاوه بر این در درمان هیجان‌محور با گفتگو و کنکاش هیجانات افراد به آن‌ها در پردازش و سازمان‌دهی مجدد هیجان‌ها مبتنی بر واقعه رخ داده کمک می‌شود. از طرف دیگر در درمان هیجان‌محور افراد آموزش می‌بینند که به هیجانی که تازه آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدیدی را نسبت به هیجان‌اتشان تجربه کنند و هیجانات مثبت بیشتری را از طریق فرآیند بخشش و رهایی از خودانتقادی تجربه نمایند.

طبق نظریه ساخت و گسترش هیجان‌ات مثبت فردریسکون (۲۰۰۴) ایجاد و توسعه هیجان‌ات مثبت توان از بین بردن و باطل نمودن اثر هیجان‌های منفی را دارد. در این بین نیز با پردازش هیجانی صورت گرفته در طول جلسات درمان احساس گناه تجربه شده به عنوان یک هیجان منفی کاهش پیدا کند. در همین راستا، مادرانی که فرزندانشان در بیمارستان بستری شده بودند و احساس گناه زیادی داشتند در موارد بسیار زیادی هنگامی که متوجه می‌شدند درمانگر تنها به عنوان یک شنونده بی طرف به آن‌ها گوش می‌کند، شرایط بسیار بهتری از نظر سلامت روان احساس می‌کردند. در بسیاری از موارد هنگامی که شروع به صحبت و تعریف واقعه آسیب‌زا می‌کردند پس از مدتی کاملاً به تجربه‌ی هیجانی که به معنای درآوردن احساسات درونی به کلام در روایت است دست می‌یافتند و این به معنی آن است که با درمانگر متصل بوده و به هیجان‌ات و احساسات آن‌ها اعتبار داده می‌شد و مورد پذیرش قرار می‌گرفتند.

خانواده‌های کودکان دچار آسیب سوختگی، به ویژه مادران آن‌ها جایگاه و نقش بسیار پررنگ و مهمی دارند. اولین واکنش آن‌ها نسبت به حادثه‌ای که سبب سوختگی کودک شده است، ترس بسیار شدیدی است که گاهی به مرز وحشت زدگی هم می‌رسد. در زمان بستری کودک در بیمارستان، مادر بیشترین زمان را با فرزند خود می‌گذراند و طیف وسیعی از هیجان‌ات منفی مانند، افسردگی، اضطراب، احساس گناه و... را احساس می‌کند. مادران به دلیل درگیری و همراهی بیشتر با کودکان، در مقایسه با پدران، بیشتر تحت تأثیر فرآیندهایی قرار می‌گیرند که وجود فرزند بیمار و آسیب‌دیده در نظام خانواده ایجاد می‌کند. آن‌ها بایستی به طور دائم خود را با نیازهای متغیر کودک هماهنگ کنند. این فرآیند اغلب تأثیرهای منفی بر سلامت جسمی و روانی و به تبع آن بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد. در بعضی موارد مشاهدات بالینی درمانگر نشان داد، مادران بار روانی بسیاری را از سوی دیگران، بالأخص همسر و کادر پزشکی دریافت می‌کنند. احساس گناهی که در موارد زیادی به صورت کلامی از جانب دیگران دریافت می‌شود، به صورت جمله‌هایی مانند: "اگر تو مراقب بودی این اتفاق نمی‌افتاد."، "نقصیر تو است که این بچه درد

می‌کشد."، "تو، مادر خوبی نیستی." و... هستند. در این موقعیت آن‌ها به شدت نیاز به صحبت کردن در مورد حادثه و شنیده شدن از جانب شخصی بی‌طرف و امن و همچنین اعتباربخشی به هیجان‌اتشان دارند. این هیجان‌ات منفی در مواقعی باعث ایجاد این احساس در مادران می‌شود که کفایت و خودکارآمدی لازم و کافی را برای پرورش و نگهداری از فرزندانشان ندارند که این احساس بار روانی سنگینی را در پی دارد؛ بنابراین، در این شرایط مادران متحمل هیجان‌ات منفی شدید و زیادی می‌شوند که اگر به آن‌ها توجه نشود، می‌توانند سلامت روان آن‌ها را به صورت بسیار جدی به خطر بیندازد. از عوامل دیگری که مادران را می‌توانست به شدت دچار نگرانی کند، جنسیت کودک بود. در بسیاری از موارد هنگامی که فرزند دچار سوختگی دختر بود، نگرانی‌ها و ترس‌های بیشتری در مادران دیده می‌شد. بر مبنای آنچه خود مادران گزارش می‌کردند دغدغه آن‌ها، نگرانی از آینده دخترانشان بود و این مورد که عوامل زیبایی‌شناختی در دختران دارای اهمیت بیشتری نسبت به پسران است. به‌طور کلی، طبق نتایجی که از انجام این پژوهش به دست آمده است می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تأثیر درمان هیجان‌محور به صورت نسبی است و بر همه‌ی متغیرها تأثیر یکسانی ندارد و این امر به میزان زیادی به ماهیت آن متغیر مربوط است. از این رو از این نوع از درمان به عنوان جایگزینی برای هیچ‌کدام از درمان‌های دیگر که ماهیت متفاوتی دارند نمی‌توان استفاده کرد.

این‌طور به نظر می‌رسد که درمان هیجان‌محور در این پژوهش بخصوص شامل دو وجه باشد، در اولین وجه به دلیل تأکید و اهمیت بسیار زیاد این روش درمان بر رابطه‌ی درمانی و همدلی که به‌طور مستمر باید از طرف مراجع دریافت شود و همچنین اعتباربخشی‌ای که مادران برای همه‌ی هیجان‌ات و احساسات خود دریافت می‌کردند، باعث این موضوع بود که به‌سرعت تجربه هیجانی اتفاق بیافتد و در جلسات حرف‌های زیادی برای گفتن داشته باشند. این موضوع را به این شکل می‌توان تبیین کرد که درمانگر هیجان‌محور "بودن" و "انجام دادن" را با مراجع در هم می‌آمیزد. درمانگر مسیر تجربه درونی مراجع را که در هر لحظه دگرگون می‌شود، دنبال می‌کند؛ اما دنبال کردن به معنای

تفسیر مکانیکی کلام مراجع نیست، در عوض، به تلاش درمانگر برای حفظ پیوند همدلانه با تجربه درونی مراجع و بررسی درک وی از این تجربه اشاره دارد (الیوت، واتسون، گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۳). به طور مثال در نمونه‌هایی از جلسات زمانی که در مورد احساس گناه صحبت می‌شد، بسیاری از آن‌ها جمله‌ای را به صورت مشترک تکرار می‌کردند که، "شاید اگر تو (پدر) هم با بچه تنها بودی این اتفاق می‌افتاد!" و هنگامی که درمانگر به این جمله و احساسات همان لحظه مادر اعتبار می‌داد، پردازش هیجانی به خوبی اتفاق می‌افتاد و در ادامه درمان پیش می‌رفت. اهمیت این امر به این دلیل است که متأسفانه نه تنها اطرافیان مادر، به ویژه پدرها، به شدت احساس گناه و بی‌کفایتی را به مادران القا می‌کنند، بلکه کادر درمان هم برخورد همدلانه‌ای ندارند و گاهی مستقیماً باعث ایجاد این حس‌ها در مادران می‌شوند. درحالی‌که با انجام این تحقیق به نظر می‌رسد که این مادران بیش از هر چیز به همدلی و درک در آن شرایط نیاز داشته باشند. هرچند طی گفت‌وگوهایی که با کادر درمان صورت گرفت، آن‌ها نیز عواملی مانند فشار و استرس کاری زیاد و داوطلبان کم برای کار در بیمارستان‌های سوانح و سوختگی را دلایلی می‌دانستند در جهت خستگی‌های جسمی و روانی که گاهی باعث برخوردهایی از جانب آن‌ها با مادران می‌شد. در دومین وجه این نکته بسیار حائز اهمیت است درمان هیجان‌محور به شدت بر آگاه بودن افراد از وضعیت بدنی‌شان در هنگام درمان تأکید می‌کند؛ اما در این پژوهش مادران با این مورد ارتباط زیادی برقرار نمی‌کردند و تفسیر درستی از زبان بدن خود نداشتند. به طور مثال، پیش می‌آمد که مادری در هنگام صحبت از همسرش و شکایت و عصبانیت از او فکش را به شدت منقبض و دست‌هایش را مشت کند که این نشان‌دهنده‌ی خشم او بود، ولی وقتی از او پرسیده می‌شد این حالت حاکی از چیست، هیجان دیگری را نام می‌برد که با زبان بدنش مغایر بود؛ که به نظر می‌آید این امر به آموزش بیشتری نیاز دارد زیرا دارای اهمیت زیادی در درمان هیجان‌محور است.

قاعدتاً این پژوهش نیز دارای محدودیت‌های بوده است. از جمله محدودیت‌ها می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در فاصله بین جلسات درمان، بازخوردهای منفی‌ای

که مادران از اطرافیان خود (به‌ویژه پدران) و کادر درمان می‌گرفتند، گاهی کار و پیگیری و اثربخشی جلسات را با مشکل روبه‌رو می‌کرد. همچنین، با توجه به ترخیص برخی از کودکان بعد از اجرای پس‌آزمون و مسافرت به شهرستان‌های محل اقامت خود امکان اجرای مرحله پیگیری میسر نشد. لذا با توجه به محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی علاوه بر اجرای مرحله پیگیری، اثربخشی این درمان با درمان‌های دیگر به‌خصوص در مورد متغیر خودکارآمدی والدگری مورد مقایسه قرار گیرد. اجرای این پژوهش هم‌زمان برای هر دو والد کودک با آسیب سوختگی نیز از دیگر پیشنهادها این پژوهش است. از آنجایی که درمان هیجان‌محور بر احساس گناه مادران کودکان دچار آسیب سوختگی مؤثر است، به روسا و مدیران بیمارستان‌های سوانح و سوختگی توصیه می‌شود برای کاهش احساس گناه مادران کودکان دچار آسیب سوختگی و در نتیجه برای محافظت از سلامت روان مادران و حفظ بنیان خانواده‌ها، اقدام به برگزاری دوره‌های درمان هیجان‌محور در زمینه‌ی کاهش احساس گناه در بیمارستان‌ها نمایند.

## منابع

- آئین، فاطمه. (۱۳۹۵). پیامدهای روانی - اجتماعی پس از حادثه سوختگی در کودک و خانواده. ششمین کنگره بین‌المللی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ابارشی، زهره. طهماسیان، کارینه. مظاهری، محمدعلی. پناغی، لیلی. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامه "ارتقای رشد روانی - اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر - کودک" بر خود اثرمندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی. دوره ۳، شماره ۳. صص، ۴۹-۵۸.
- اعتماد، جلیل. جوکار، بهرام. راهیما، سمیرا. (۱۳۹۴). پیش‌بینی شادکامی بر مبنای احساس شرم و گناه: بررسی نقش تعدیل‌گری جنسیت. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی. دوره ۱۱، شماره ۲. صص، ۶۸-۸۵.
- الیوت، رابرت. واتسون، جین. گلدمن، روآندا. گرینبرگ، لزلی. (۲۰۱۳). آموزش درمان هیجان‌مدار، محمد آرش رضانی و نینا جمشیدنژاد (۱۳۹۷). تهران: انتشارات ارسباران.
- امانی، لاله. سلیمان زاده مقدم، سمیه. رودباری، مسعود. روستاپور، رؤیا. آرمات، مرضیه. رستگار لاری، عبدالعزیز. (۱۳۹۳). بررسی اپیدمیولوژیکی و مرگ‌ومیر بیماران سوختگی بیمارستان مطهری تهران. مجله علوم پزشکی رازی. جلد ۲۷، شماره ۱۲۷. صص، ۳۱-۳۸.
- اندوزی، حجت. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار (EFT) بر سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان کامیاران. همایش منطق‌های آسیب‌شناسی پدیده طلاق. سقز: دانشگاه آزاد اسلامی واحد سقز.
- برومند راد، سیده‌مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ارتقای سلامت روان و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. مجله روان‌شناسی اجتماعی. ۱۴، شماره ۵۶. صص ۱۲۲-۱۱۱.
- پاینده، فریبا؛ و برجعلی، محمود. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و خودکارآمدی مقابله‌ای با مشکلات در زنان مبتلا به دیابت. دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد.
- جاویدی، نصرالدین. سلیمانی، علی‌اکبر. احمدی، خدابخش. صمدزاده، منا. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFCT) بر بهبود عملکرد خانواده. مجله‌ی علوم رفتاری. دوره ۱۱، شماره ۵. صص، ۱۸۱-۱۸۸.

جمالی نژاد، راضیه. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی خلاقیت مادر- کودک بر خلاقیت کودکان و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان پیش‌دبستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد

حامدی، بتول. شفیع‌آبادی، عبدالله. نوابی نژاد، شکوه. دلاور، علی. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی رویکرد درمان هیجان‌مدار بر افزایش میزان صمیمیت زناشویی و خود-کارآمدی زوج‌های دانشجویی. فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی. دوره ۴، شماره ۳، صص، ۴۳-۵۶. حسن‌آبادی، حسین، مجرد، سعید. و سلطانی‌فر، عاطفه. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان‌شناسی). دوره ۱، شماره ۲، صص ۲۵-۳۸.

حکیمی، حمیده. شفیع‌پور، سیده زهرا. اکبری، اعظم. کاظم نژاد لیلی، احسان. (۱۳۹۱). مشخصات کودکان ۶-۱ سال دچار سوختگی در استان گیلان. مجله پرستاری و مامایی جامع نگر. سال بیست و دوم، شماره ۶۷، صص، ۹-۱۵.

خسروی اصل، مرجان. نصیریان، منصوره. بخشایش، علیرضا. (۱۳۹۷). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد در سال ۱۳۹۵. مجله تحقیقات سلامت. دوره ۷، شماره ۳، صص، ۱۷۳-۱۸۲. داودوندی، مریم. نوابی نژاد، شکوه. فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان-محور بر بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت زوج‌ها. فصلنامه خانواده و پژوهش. دوره ۱۵، شماره ۱، صص، ۳۹-۵۶.

دهقان‌منشادی، سید مسعود. غلامرضایی، سیمین. غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری مثبت بر خودکارآمدی والدگری و مشکلات رفتاری کودکان در زنان سرپرست خانواده شهر یزد. فصلنامه مددکاری اجتماعی. دوره ۵، شماره ۲، صص، ۲۰-۲۷.

زارعی، صاحبه. ثابت، مهرداد. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش زوج‌درمانی هیجان-محور بر تعهد، صمیمیت و اعتماد زنان متأهل شهر تهران. فصلنامه نسیم تندرستی. دوره ۳، شماره ۱، صص، ۲۱-۲۷.



اثربخشی درمان هیجان محور بر خودکارآمدی والدگری و...؛ خانجانی و همکاران | ۱۳۳

سرابی جماب، ملیحه. حسن آبادی، حسین. مشهدی، علی. اصغری نکاح، محسن. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی. *مجله اصول بهداشت روانی*. دوره ۱۳، شماره ۴۹. صص، ۹۳-۸۴.

سرمد، زهره. بازرگان، عباس. حجازی، الهه. (۱۳۸۵). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری (چاپ پانزدهم). تهران: آگه

سلطانی، مرضیه. شعیری، محمدرضا. روشن، رسول. (۱۳۹۱). تأثیر زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش سازگاری زناشویی زوجین ناباور. *مجله علوم رفتاری*. دوره ۶، شماره ۴. صص، ۳۸۹-۳۸۳.

سیدشریفی، منصوره؛ نوایی نژاد، شکوه و فرزاد، ولی اله. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانگری بر خودکارآمدی والدگری مادران سرپرست خانواده. *مجله علوم روان‌شناختی*. دوره ۱۸، شماره ۷۶. صص، ۴۱۵-۴۰۷.

کاپلان، هارولد و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۸). خلاصه‌ی روان‌پزشکی آمریکا. ترجمه رضاعی، فرزین. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۷).

کریمی نژاد، زینب. سودانی، منصور. مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد هیجان-مدار بر تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان دختر دچار شکست عاطفی. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*. دوره ۱۸، شماره ۴. صص، ۸۶-۷۹.

کریمی، سارا؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ و نعیمی، ابراهیم. (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افسردگی معلمان زن. *مجله علوم روان‌شناختی*. دوره ۱۸ شماره ۸۰. صص ۹۰۴-۸۹۷.

نامنی، ابراهیم. محمدپور، محمد. نوری، جعفر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین فردی و امید در زنان مطلقه. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. دوره ۸، شماره ۲۹. صص، ۷۸-۵۷.

Albanese A. M., Russo G. R., Geller P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child Care Health Dev.* 45(3):333-363. doi: 10.1111/cch.12661.

Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Farrokhi N, Farokh Forghani S. (2018). The effect of treatment program based on psycho-social model on improving life quality in individuals affected by PTSD resulting from burn. *Razi J Med Sci.* 25(7):81-93.

- Aghakhani K, Aram S, Mehrpishah S, Memarian A, Hoseini R, Ghorbani M. [Evaluating the role of gender in the etiology, demographic features and prognosis of burn patients admitted to Shahid Motahari hospital: A five-year retrospective study (Persian)]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2015; 21(127):95-101.
- Bakker, A., Maertens, K. J., Von Son, M. J., & Van Loey, N. N. (2013). Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: A review of the empirical literature. *Journal of Clinical Psychology Review*, 33(3), 361-371.
- Bronner, N., Peek, H., Knoester, A., Bos, B., & Last, M. (2010). Course and predictors of posttraumatic stress disorder in parents after pediatric intensive care treatment of their child. *Journal of Pediatr Psychol*, 35(9), 966-974.
- Bryant, R., Mayou, L., Wiggs, A., & Ehlers, G. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Journal of Psychol Med*, 34(2), 335-346.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthrie, I., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 136-157.
- Foglia, R., Moushey, R., Meadows, L., Seigel, J., & Smith, M. (2004). Envolving treatment in a decade of pediatric burn care. *Journal of Pediatric surg*, 63(7), 957-960.
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Journal of Injury*, 48(1), 114-120.
- Fredrickson B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359(1449), 1367-1378. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L., & Geller, S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to*.
- Greenberg, L., & Warson, J. (2006). *Emotion Focused Therapy For Depression*. Washington: American Psychology Association.
- Greenberg, L., & Watson, J. (2006). *Emotion Focused Therapy for Depression*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L., Warwar, H., & Malcolm, M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 185-196.

- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion-Focused Couples Therapy and the Facilitation of forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 28-42.
- Greenman, P., & Johnson, S. (2013). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. *Journal of Family Process*, 52(1), 46-61.
- Hall, E., Saxe, G., Stoddard, F., Kaplow, J., Koenen, K., & Chawla, N. (2006). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 403-412.
- Javidi, N., Soleimani, A., & Ahmadi Kh, S. M. (2013). Efficacy of emotionally-focused couple's therapy (EFCT) to improve family functioning. *Journal of Behavioral Sciences*, 7(2), 181-188.
- Jones, B. A., Buchanan, H., & Harcourt, D. (2017). The experiences of older adults living with an appearance altering burn injury: An exploratory qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 22(3), 364-374. <https://doi.org/10.1177/1359105315603473>
- Joseph, K., Adams, C., Goldfarb, I., & Slater, H. (2002). Parental correlates of unintentional burn injuries in infancy and early childhood. *Journal of Burns*, 28(5), 455-463.
- Kumar S, Ali W, Verma AK, Pandey A, Rathore S. (2013). Epidemiology and mortality of burns in the Lucknow Region, India—a 5 year study. *Burns*. 39(8):1599-605
- Kurian, G. (2014). Emotionally-Focused Therapy in Adolescents Grief Work: What Helps Healthy Grieving? *Annals of Psychotherapy & Integrative Health*.
- McGarry S, Elliott C, McDonald A, et al. (2014) Pediatric burns: From the voice of the child. *Burns* 40(4): 606-615. 22(3): 364-374.
- Meyer, J., Blakneney, P., & Russell, W. (2004). Psychological problems reported by young adults who were burned as children. *Journal of burn care Rehabil*, 25(1), 98-106.
- Panjeshahin, M., RastegarLari, A., Talei, A., Shamsnia, J., & Alaghebandan, R. (2001). Epidemiology and mortality of burns in the South West of Iran. *Journal of Burns*, 27(3), 219-226.
- Peden, M., Oyegbite, M., Ozanne-Smith, J., Hyder, A., Branche, C., & AKM, F. (2008). *World Report on Child Injury Prevention*. Geneva: WHO.
- Phillips, C., & Rumsey, N. (2008). Considerations for the provision of psychosocial services for families following paediatric burn injury—A quantitative study. *Journal of Burns*, 34(1), 56-62.
- Posner, J., Howkins, L., & Garcia-Espana, F. (2004). A randomized clinical trail of a home safety intervention based in on emrgency department setting. *Journal of Ediatrics*, 113(6), 1603-1608.

- Priest, J. B. (2013). Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12(1), 22-37.
- Rahzani, k., Takeghani, F., Nikhbakht Nasabadi, A., Maleki Rad, A., & Rezaei, K. (2012). Quality of life in burn disfigurement individuals as life in suffocation - a qualitative study. 2012; 7 (26):11-22. (*Persian*
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(3), 238-249.
- Shudy, M., De Almeida, S., Ly, C., Landon, S., Groft, T., & Jenkins, e. (2006). Impact of pediatric critical illness and injury on families: a systematic literature review. *Journal of Pediatrics*, 118(3), 203-218.
- Silfen, R., Chemo-Lotan, M., Amir, A., & Huber, D. (2000). Profile of the pediatric burn patient at the Schreider Medical Center. *Journal of Isr Med Assoc J*, 2(2), 138-141.
- Starhan, E. J., Stillar, A., Files, N., Nash, P., Scarborough, J., Connors, L.,... Lafrance, A. (2017). Increasing parental self-efficacy with emotion-focused family therapy for eating disorders: a process model. *Journal of Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 256-269.
- Wasiak, J., Spinks, A., Ashby, K., Clapperton, A., Cleland, A., & Gabbe, B. (2009). The epidemiology of burn injuries in an Australian setting, 2000–2006. *Burns*, 35(8), 1124-1132.
- Watson, J., Gordon, L., Stermac, L., Steckley, P., & Kalogerakos, F. (2003). Comparing the effectiveness of both process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773-781.
- Xin, W., Yin, Z., Qin, Z., Jian, L., Tanuseputro, P., & Gomez, M. (2006). Characteristics of 1494 pediatric burn patient in shanghai. *Journal of Burns*, 32(5), 613-618.

**استناد به این مقاله:** خانجانی، مهدی، صالحی، ترنم، برجعلی، احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان محور بر خودکارآمدی والدگری و احساس گناه مادران کودکان دچار آسیب سوختگی، مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۱(۴۳)، ۱۰۹-۱۳۶.  
DOI: 10.22054/JCPS.2021.58384.2499



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.