

مطالعات اسلامی زنان و خانواده
دوفصلنامه علمی- پژوهشی
سال هفتم- شماره سیزدهم
پاییزو زمستان ۱۳۹۹

اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تنظیم هیجان و سرزندگی مادران کودکان ناتوان ذهنی

فاطمه غفاری حومدین^۱
ماریه دهقان منشادی^۲

چکیده

ناتوانی ذهنی کودکان، موجب درگیری‌های روان‌شناسنامی والدین آنان، به ویژه مادرانشان می‌شود و بر میزان سازگاری و سلامت روانی شان تأثیر منفی می‌گذارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تنظیم هیجان و سرزندگی مادران کودکان ناتوان ذهنی است که با روش مطالعه موردنی انجام گرفت. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، چهار نفر از مادران دارای فرزند با معلویت ناتوانی ذهنی به عنوان نمونه انتخاب شدند. آنان پرسشنامه سرزندگی رایان و فردیک (۱۹۹۷) را بر تنظیم هیجان گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) را تکمیل و جلسات درمانی یکپارچه توحیدی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان یکپارچه توحیدی می‌تواند بر بهبود تنظیم هیجان و سرزندگی در مادران کودکان ناتوان ذهنی تأثیر بگذارد. براین اساس، می‌توان نتیجه گرفت آزمون درمان یکپارچه توحیدی می‌تواند به مادران کودکان استثنایی کمک کند تا بتوانند هیجاناتشان را تنظیم کنند و سرزندگی داشته باشند.

واژه‌گان کلیدی: درمان یکپارچه توحیدی، تنظیم هیجان، سرزندگی، والدین، کودکان استثنایی.

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد: fatemeh.ghafari1914@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد (نویسنده مسئول): marieh.dehghan@gmail.com

مقدمه

ناتوانی ذهنی^۱ (ID) که قبلاً با عنوان «عقب مانده ذهنی» شناخته می‌شد، با ویژگی عملکرد ذهنی پایین معنادار و اختلال در رفتارهای سازگارانه قبل از سن ۱۸ سالگی مشخص می‌شود. درجات ناتوانی ذهنی شامل خفیف، متوسط، شدید و عمیق است (انجمان روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳ و سازمان بهداشت جهانی^۲، ۱۹۹۶). به طور کلی، یک درصد از جمعیت جهان را افراد ناتوان ذهنی تشکیل می‌دهند (گلی، منیری و پیلهلم^۳، ۲۰۱۶؛ مالیک، ماسکارینهاس، مادرز، داو و ساکسنا^۴، ۲۰۱۱). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) این مقدار را تا ۳ درصد هم اعلام کرده است. شیوع این ناتوانی در کودکان و نوجوانان (۱۸/۳۰ از ۱۰۰۰) بیش از بزرگسالان است (۴/۹۴ از ۱۰۰۰) (مالیک و همکاران، ۲۰۱۱) است. علاوه بر این، تخمین زده می‌شود که حدود یک درصد از کودکان بین ۳ تا ۱۰ سال در سراسر جهان از ناتوانی ذهنی رنج می‌برند (پرات و گریدانوس^۵، ۲۰۰۷). ناتوانی ذهنی به عنوان نابرابری رشد ذهنی در مقایسه با رشد بدنه برای یک سن مشخص، تعریف می‌شود و از طریق تفریق ضریب هوشی از سن ذهنی و تقسیم عدد به دست آمده بر سن زمانی، ضرب در ۱۰۰ محاسبه می‌شود (آهوجا^۶، ۲۰۰۸). درصد قابل توجهی از افراد جهان با این ناتوانی درگیر هستند که با توجه به افزایش تقاضای خدمات پزشکی، روانی، اجتماعی و آموزشی مورد نیاز برای ارتقاء کیفیت زندگی آنها، یک نگرانی عمومی محسوب می‌شود. (مالیک و هاربور^۷، ۲۰۱۰)

ناتوانی ذهنی کودکان نه تنها خود فرد را درگیر می‌کند، بلکه به طور مستقیم بر جامعه و خانواده‌هایشان نیز تأثیر می‌گذارد. این ناتوانی برای کل خانواده، بهویژه والدین، ناراحتی روانی، اجتماعی و مالی ایجاد می‌کند؛ زیرا آنان معمولاً تنها مراقبان ثابت این کودکان هستند

1. Intellectual disability
2. American Psychiatric Association
3. World Health Organization
4. Wilhelm
5. Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua, & Saxena
6. Pratt, & Greydanus
7. Ahuja
8. Harbour

(سوارتز و نسومی^۱، ۲۰۰۳). در این میان، مادران بیش از سایر اعضای خانواده، در مسائل روانی درگیر می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند که پدران هنگام مقایسه با مادران، کمتر درگیر فعالیت‌های مراقبتی می‌شوند (ناگارکا، شارما، تاندون و گوتام^۲، ۲۰۱۴؛ هاستینگ^۳، ۲۰۰۳ و کاسکلی، پولان و هیس^۴، ۱۹۹۸). مطالعات انجام‌شده در کشورهای مختلف در مورد والدین کودکان دارای معلولیت نشان می‌دهد مادرانی که فرزند ناتوان ذهنی دارند سطوح بالاتری از هیپوکندریا^۵، هیستری^۶، پارانویا^۷، اسکیزوفرنی^۸، مانیا^۹، افسردگی و سطوح پایین‌تری از رضایت زناشویی را نسبت به مادران کودکان دارای ناتوانی جسمی تجربه می‌کنند (خدابنده، محمدی، تقی‌نژاد و جلیلی، ۲۰۱۶). این مادران در تنظیم هیجانی نیز مشکل دارند (جنآبادی، ۲۰۱۷). توانایی تنظیم هیجانات و احساسات در والدین، نقش مهمی بر رشد اجتماعی و فرصت یادگیری درک احساسات و مهارت‌های تنظیم هیجانات را به کودکان می‌دهد. (گرین و بیکر^{۱۰}، ۲۰۱۱)

گروس و تامپسون^{۱۱} (۲۰۰۷) تنظیم هیجان را به عنوان «فرایندی از این‌که افراد چه نوع هیجاناتی را، در چه زمانی تجربه می‌کنند و آن را چگونه ابراز می‌کنند» توصیف کردند. تنظیم هیجان، مجموعه‌ای از فرایندهای درگیر در شروع، تداوم و اصلاح حالات هیجانات است (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷؛ آیزنبرگ و ژو^{۱۲}، ۲۰۰۰). عملکردهای تنظیم هیجان برای کاهش (پایین‌آمدن) یا افزایش (تنظیم مجدد) جنبه‌های مختلف واکنش عاطفی مانند شدت، مدت و فراوانی یک

-
1. Schwartz, & Tsumi
 2. Nagarkar, Sharma, Tandon, & Goutam
 3. Hastings
 4. Cuskelly, Pullan, & Hayes
 5. Hypochondria
 6. hysteria
 7. paranoia
 8. schizophrenia
 9. mania
 10. Green, & Baker
 11. Gross, & Thompson
 12. Eisenberg, & Zhou

هیجان معین است (شپس، سوری و گروس^۱، ۲۰۱۵). در بسیاری از شرایط ممکن است عدم یا نقص در تلاش‌های خودتنظیمی، برافکار، اعمال و تعاملات فرد تأثیرگذارد (اسکچتر و ویلهیم^۲، ۲۰۰۹). افرادی که از نظر هیجانی دچار اختلال هستند الگوهایی از پاسخ را نشان می‌دهند که بین اهداف، واکنش‌ها و شیوه‌های بیان هیجانی‌شان و درخواست‌های محیط اجتماعی تطابق وجود ندارد (بندورا، کاچرارا، باربارانلی، گربینو و پاستورلی^۳، ۲۰۰۳). ناپایداری هیجانی در مادران دارای کودک با اختلال رفتاری باعث می‌شود، مادر، بی‌ثبتی رفتاری، کنترل پایین بر هیجانات، احساس مزمن پوچی و نوسانات خلقی، واکنش‌های مکرر و شدید به محرك‌های عاطفی و اختلال در روابط بین فردی را تجربه کند (کمالی، واقی و اصغری پور، ۲۰۱۷). تنظیم هیجانی در والدین بر رفتارهای والدگری آنان با کودکانشان تأثیر می‌گذارد (شافر، ویتهد، دیوبیس، مورلن و ساوگ^۴، ۲۰۱۸ و باروس و همکاران، ۲۰۱۵). عدم تنظیم هیجان مناسب والدین می‌تواند تأثیرات مخربی بر فرزندپروری بگذارد (باروس، گویس و پریرا^۵، ۲۰۱۵). مطالعات نشان دادند که اختلال در تنظیم هیجان والدین، منجر به استفاده از راهبردهای نظم و انضباط تنبیه‌گرانه یا سخت‌گیرانه یا عصباً نیت شدید، برونوی‌سازی خصوصت‌آمیز یا نامیدانه می‌شود (دیکس^۶، ۱۹۹۱). والدین با مشکلات در ابراز هیجان خصوصت دارای کودکان با مشکلات برونوی‌سازی بیشتری هستند (کاررو و بووی^۷، ۲۰۱۱). ادواردز، هولزمن، بارت، رادرفورد، مایز^۸ و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مادرانی که برای تنظیم هیجان خود از سرکوبی استفاده می‌کنند، به طور غیر مستقیم بر هیجان منفی نوزاد تأثیر می‌گذارند. جنا آبادی (۲۰۱۷)، در پژوهشی به مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی و عاطفی هیجان در میان مادران دارای کودک با اختلالات روانی، ناتوانی ذهنی و جسمی پرداخت. نتایج نشان داد که در مقایسه با

-
1. Sheppes, Suri, & Gross
 2. Schechter & Willheim
 3. Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino & Pastorelli
 4. Shaffer, Whitehead, Davis, Morelen, & Suveg
 5. Barros, Goes, & Pereira
 6. Dix
 7. Carrère, & Bowie
 8. Edwards, Holzman, Burt, Rutherford, & Mayes

مادران کودکان ناتوان، مادران کودکان مبتلا به اختلالات روانی، نمرات بالاتری در سرزنش خود، فاجعه‌پنداری و سرزنش دیگران (خرده‌مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان شناختی ناسازگارانه)، دیدگاه‌پذیری (خرده‌مقیاس راهبردهای سازگار تنظیم هیجان شناختی)، خودآگاهی هیجانی، ابراز احساسات، عدم کنترل، فهم‌پذیری، دید ساده‌انگارانه از احساسات و پذیرش احساسات (خرده‌مقیاس‌های طرح واره‌های هیجانی) به دست آوردنند. بنابراین مادرانی که دارای کودک با ناتوانی ذهنی هستند، اگر نتوانند هیجانات خود را تنظیم کنند، نه تنها خودشان درگیر مشکلات روان‌شناختی می‌شوند، بلکه بر رفتارهای فرزندشان و دیگر اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارند. از طرفی، سلامتی و بهزیستی پایین‌تر مادران این کودکان می‌توانند به دلیل عدم سرزنشگی آنان باشد. سرزنشگی، باعث پیامدهای مثبت بی‌شماری از جمله سلامت جسمانی، بهزیستی ذهنی و بهبود عملکرد می‌شود (لاروشوا، ۲۰۲۰). سرزنشگی ذهنی با داشتن انرژی و احساس زنده بودن تعریف می‌شود و یک نیروی درونی است که سلامت روانی و جسمی را تسهیل می‌کند. سرزنشگی یعنی پرانرژی بودن، اشتیاق داشتن بدون خستگی یا فرسودگی. زمانی که سرزنشگی در سطح پایینی باشد، تحریک‌پذیری و خستگی رخ می‌دهد و پتانسیل انجام فعالیت کاهش می‌یابد (رایان و فردریک^۱، ۱۹۹۷). زمانی که سرزنشگی در سطح بالایی قرار دارد، خلق و خود وضعیت مناسبی قرار می‌گیرد، انرژی کافی ایجاد می‌شود و تمام وظایف و فعالیت‌ها به خوبی انجام می‌شوند (رایان و دسی^۲، ۲۰۰۰). سرزنشگی ذهنی نشانگر انرژی مثبت ذهنی زیاد است و فرد سرزنشد و شاد، یک فرد هوشیار و سرحال، سرشار از حس زندگی و انرژی است. سرزنشگی باعث تقویت شرایط فیزیولوژیکی می‌گردد و ضمن تسريع روند بهبود اختلالات جسمی، باعث تقویت عملکرد بدنی می‌شود (کابزانسکی و تورستون^۳، ۲۰۰۷ و اسمیت و لوید^۴، ۲۰۰۶). به علاوه، سرزنشگی، عواقب سلامت روان‌شناختی متعددی مانند کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس (کارک و کارملی^۵، ۲۰۰۹)،

-
1. Lavrusheva
 2. Ryan & Frederick
 3. Deci
 4. Kubzansky & Thurston
 5. Smith & Lloyd
 6. Kark & Carmeli

افزایش عملکرد خودکنترلی (موراون، گاگنی و روسمن^۱، ۲۰۰۸) و خلاقیت (چن و سنگاپتا^۲، ۲۰۱۴) را به دنبال دارد. مراقبان و بهویژه مادرانی که با کودکان مشکل دار سروکار دارند، معمولاً سرزندگی کمتری در آنان دیده می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که مادران کودکان بیش فعال (کربیمی‌راد، نوقانی، اقلی، نوریان و امینی، ۲۰۱۹)، فلچ مغزی (یان^۳، ۲۰۱۷)، مراقبان کودکان مبتلا به بیماری مزمون (مولا، خنجری و اینانلو، ۲۰۱۷)، سندروم داون^۴ (مارشال، موریس استم، هاتزمن، وان تروتسنبارگ و گروتهایز^۵، ۲۰۱۳ و هدوو، آرن و ویکبلاد^۶، ۲۰۰۰) سرزندگی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند و همین عامل باعث کاهش بهزیستی و کیفیت زندگی در آنان نیز می‌شود. لذا توجه به این عامل و کمک به افزایش آن در مادران کودکان با ناتوانی ذهنی، حائز اهمیت است.

درمان‌های مختلفی به منظور افزایش تنظیم هیجان و سرزندگی، مورد پژوهش قرار می‌گیرند. اما از آن جا که یکی از ابعاد سلامتی، طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت معنوی است که بر دیگر ابعاد سلامتی یعنی جسمانی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵)، درمان‌هایی که بر این بعد از سلامتی تأکید می‌کنند می‌توانند اثربخش باشند. سلامت معنوی باعث ایجاد ارتباط یکپارچه بین نیروهای درونی می‌شود و شامل ویژگی‌هایی مانند صلح و آرامش، هماهنگی، ثبات در زندگی، احساس نزدیکی با خود، خدا، جامعه و محیط است (رمضانی، احمدی، محمدی و کاظمی‌نژاد، ۲۰۱۴). درمان یکپارچه توحیدی، یکی از درمان‌های تلفیقی است که از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، بهویژه فنون انسانی نگر و شناختی از یک سو و آموزه‌های توحیدی و عرفانی اسلام از سوی دیگر می‌باشد و با الهام از تکنیک توحید‌درمانی تدوین شده است. روش توحید‌درمانی که در سال ۲۰۰۱ توسط جلالی تهرانی در کتابنامه روان‌درمانی نوین به ویراستاری ریموند کریسنسی^۷ معرفی گردید، با تأکید بر ارتقای

1. Muraven, Gagné, & Rosman
2. Chen & Sengupta
3. Yun
4. Downs Syndrome
5. Marchal, Maurice-Stam, Hatzmann, van Trotsenburg, & Grootenhuis
6. Hedov, Anneren, & Wikblad
7. Raymond Corsini

رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد تا با جستجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشن خویش، به توسعه روشی برای زندگی خود پردازد که منجر به دستیابی به مراحل بالاتر رشد و کمال گردد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷). درمان یکپارچه توحیدی، روش درمانی جامع و چندوجهی است که برای درمان اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلالات شخصیت، وابستگی به مواد مخدر و اصلاح رفتار ناپنهنجار تهیه و تدوین شده است (کریمی‌ثانی و احیائی، ۱۳۹۱). این روش با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد تا با جستجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشن خویش، به توسعه روشی برای زندگی خود پردازد که منجر به دستیابی مراحل بالاتر رشد و کمال گردد (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸). با این‌که الگوی درمان یکپارچه توحیدی، روشی جدید است، اما در همین مدت کوتاه، پژوهش‌های متعددی در مورد میزان اثربخشی آن صورت گرفته است. تاکنون اثربخشی این روش در درمان وابستگی به مواد خلقی و اضطرابی (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷)، مولفه‌های شخصیت و بالینی (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸)، عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد (چوبانی، ۱۳۸۹) و همچنین فشار روانی و افسردگی (طیبی، ۱۳۹۰) تأیید شده است. مطالعات همچنین رابطه مذهب را با سرزنشگی و تنظیم هیجان نشان داده‌اند؛ بدین‌معنا که نگرش دینی و باورهای مذهبی می‌تواند بر تنظیم هیجان و در پی آن، بهزیستی و سرزنشگی افراد موثر باشد (ویشکین، بیگمن و تامیر^۱، ۲۰۱۴) و بخشی ارجنکی، شریفی و قاسمی، پیربلوطی، ۱۳۹۴). جهت‌گیری مذهبی موجب سرزنشگی و سلامت روان می‌شود (کرامتی و نسیمی، ۲۰۱۵). اولس و وزنی^۲ (۲۰۱۵) نیز بیان کردند سیستم معنای دینی و مذهبی بودن بر راهبردهای تنظیم هیجان شناختی تأثیر دارد. استارک و مایر^۳ (۲۰۰۸) نیز ارتباط بین شادی، نشاط، بهزیستی و سرزنشگی را با مذهب مورد تأیید قرار دادند (به نقل از زارع خورمیزی، ۱۳۹۷). کروس، ایرنسون و هیل^۴ (۲۰۱۷) در پژوهشی تأیید کردند که: ۱. افرادی که در خدمات عبادت شرکت می‌کنند، اغلب

1. Vishkin, Bigman & Tamir

2. Oles & Wozny

3. Stark & Maier

4. Krause, Ironson & Hill

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر به صورت یک طرح تک‌موردی خط پایه‌ای چندگانه^۱ انجام شد.

۱. جامعه، نمونه و نمونه‌گیری

جامعه آماری، شامل تمامی مادران دارای فرزند معلوم مدارس ابتدایی شهرستان رفسنجان در سال ۹۷-۹۸ بود. با توجه به طرح پژوهش حاضر، چهار نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، مشارکت داوطلبانه، نمرات پایین پرسشنامه تنظیم هیجان و سرزندگی، داشتن حداقل یک فرزند معلوم و عدم شرکت همزممان در روان‌درمانی‌های دیگر بود. شرکت‌کننده اول: خانمی ۳۵ ساله، دیپلمه، متاهل، خانه‌دار و فرزند ارشد خانواده که در سن ۲۱ سالگی با میل و رضایت خود و خانواده ازدواج کرده است. حاصل این ازدواج، دختری ۱۰ ساله دارای سندروم داون است. مادر روحیه‌ای کاملاً حساس و زودرنج داشته و تخلیه هیجانی خود را با فریاد و پرخاشگری ابراز می‌کند. او گاهی نیز در برابر رفتارهای آزاردهنده کودک خود، روش تنبیه بدنه را در پیش می‌گیرد. در ابتدای مواجهه با فرزند معلوم، پذیرش وی نسبت به این مسئله بسیار پایین بود تا این‌که به مرور زمان، به پذیرش نسبی رسیده و کودک را وارد اجتماع ساخت. ارتباط عاطفی او با همسرش بسیار صمیمانه است و بیشتر تنش‌های خود را به دلیل رفتارهای کودک می‌داند.

۱. multiple baseline design

ایمان بیشتری دارند؛ ۲. افرادی که بیشتر به ایمان خود متعهد هستند، رضایت بیشتری دارند؛ ۳. افراد دلسوز، بیشتر نسبت به دیگران حمایت عاطفی دارند؛ و ۴. افرادی که از دیگران حمایت می‌کنند، شادی و سرزندگی بالاتری دارند.

با توجه به اهمیت تنظیم کردن هیجانات و احساسات در مادران و تأثیری که بر فرزندانشان می‌گذارد و سرزندگی و بهزیستی مادران دارای فرزند با ناتوانی ذهنی، واژ‌طرفی، تأثیر مذهب و دین بر افراد به ویژه در فرهنگ ایرانی، پژوهش حاضر به دنبال این است که آیا درمان یکپارچه توحیدی می‌تواند بر سرزندگی و تنظیم هیجان مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی تأثیر بگذارد یا خیر.

شرکت‌کننده دوم: خانمی ۴ ساله، دیپلمه، متاهل، خانه‌دار و فرزند ارشد خانواده که در ۱۷ سالگی با میل و رضایت خود و خانواده ازدواج کرده است. حاصل ازدواج او دو فرزند است که فرزند دوم آنها، به دلیل نرسیدن اکسیژن به مغز در هنگام تولد، معلول است. او با وجود داشتن همسری مهربان و دلسوز، اوضاع مالی خوب و همچنین خانواده‌ای همراه و مشوق در نگهداری از فرزند خود، فردی مضطرب، پریشان و آشفته بوده و بیشتر نگرانی وی، از آینده این فرزند معلول است و این‌که بعد از مرگ، چه کسی سرپرستی این کودک را بر عهده می‌گیرد.

شرکت‌کننده سوم: خانمی ۴۷ ساله، فوق دیپلم، متاهل، خانه‌دار، بسیار خوش‌رو و خوش‌برخورد و دارای انگیزه بالا برای شرکت در جلسات است. وی در ۱۴ سالگی ازدواج کرد که حاصل این ازدواج، دختری ۲۴ ساله است. وی مدتی بعد، به علت اعتیاد همسرش، از او جدا شد؛ اما به دلیل تنها‌یی و بی‌سرپرستی، دخترش را به خانواده‌اش سپرد و با رضایت خود، بار دیگر ازدواج کرد. اکنون ۱۲ سال از ازدواج مجددش می‌گذرد و حاصل ازدواج دومش، دو دختر است که یکی از آنها دارای سندروم داون است. با توجه به این‌که وضع مالی بسیار مناسبی دارند؛ اما وی همیشه همسر خود را مقصراً اصلی در تولد فرزند سندروم داونش می‌داند که مانع او از انجام آزمایش‌ها و سونوگرافی‌های دوران بارداری شده بود. وی بیشتر تنش‌ها و استرس‌های زندگی خود را به خاطر وجود سه فرزند همسر دوم با سن‌های (۲۰، ۲۳ و ۲۵ سال) می‌داند که با هم در یک منزل زندگی می‌کنند.

شرکت‌کننده چهارم: خانمی ۳۶ ساله، دیپلمه، متأهل و خانه‌دار است. وی در ۱۶ سالگی، مادر خود را از دست داد و پدرش ازدواج مجدد کرد. در این شرایط، به علت اوضاع نابسامان خانواده، در سن ۱۸ سالگی، با اصرار پدر و بدون رضایت خود ازدواج کرد و حاصل آن، سه فرزند است که آخرین فرزند او مبتلا به معلولیت ذهنی است. وی در اوایل ازدواج، به اعتیاد همسر خود پی برد و به دلیل مشکلات خانوادگی، زناشویی و رابطه سرد با خانواده همسر و نیز کینه شدید نسبت به پدر خود، دچار احساس سرخوردگی و سرافکنندگی شده و فرزند معلول خود را عاملی برای شکسته شدن غرور و شخصیت خود می‌داند.

۲. ابزار گردآوری اطلاعات

پرسشنامه سرزندگی ذهنی: این مقیاس به صورت ۷ سؤالی توسط رایان و فردریک (۱۹۹۷) و براساس نظریه خود تعیینی تهیه شد. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت ۷ تایی (۱ تا ۷) انجام می‌شود. در پژوهش کوتو، آنتونس، مونتیرو، موتاؤ، مارینه و سید^۱ (۲۰۱۷) روایی همگرایی این مقیاس، ۴۰٪ محاسبه شد. روایی صوری و محتوای این مقیاس، در ایران نیز توسط ۵ نفر از اساتید روانشناسی بالینی به تأیید رسید و ضریب پایایی آن، ۰/۸۵ به دست آمده است. (ابوالقاسمی، ۱۳۸۲) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی^۲: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چندبعدی و یک ابزار خودگزارشی است که ۳۶ ماده داشته و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان است. مقیاس تنظیم شناختی هیجان، نه خرد مقیاس: راهبرد سرزنش خویش، پذیرش، نشخوار فکری، تمکن مجدد مثبت، تمکن مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و سرزنش دیگران را ارزیابی می‌کند. ضریب آلفا برای خرد مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ هم گزارش شده است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). برای بررسی ساختار عاملی مقیاس تنظیم شناختی هیجان، به منظور کاربرد در فرهنگ ایرانی، تحلیل عامل، تحلیل عامل، توزع گارنفسکی و سامانی (۲۰۱۱) صورت گرفت. نتایج تحلیل عامل از میان ۳۶ آیتم پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، هفت عامل مشتمل بر تمکن مجدد مثبت - برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت -، به منظور دیگر نگاه کردن، مقصودانستن دیگران، مقصودانستن خود، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیزکردن و پذیرش را مشخص کرد. این عوامل بر روی هم، ۵۰٪ از واریانس متغیر تنظیم شناختی هیجان را تبیین می‌کرد.

۳. روند اجرای پژوهش

پس از برگزاری جلسات توجیهی در مدارس استثنایی شهر رفسنجان، ۴ مادر دارای کودک معلول با توجه به ملاک‌های ورود و به صورت در دسترس انتخاب شدند. هشت جلسه

1. Couto, Antunes ,Monteiro ,Moutao ,Marinho & cid

2. Garnefski

درمان یکپارچه توحیدی به شکل انفرادی، هفتگی و ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. درمان یکپارچه توحیدی توسط دکتر شریفی نیا (۱۳۸۸) تدوین شده است و جلسات درمانی به شرح زیر است:

تعداد جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی: آشنایی مراجع با کارگاه آموزشی؛ مجری کارگاه؛ مقررات کارگاه و ساختار جلسات و هدف از تشکیل آن همراه با همدلی.
دوم	افزایش آگاهی و هوشیاری: تعریف و فواید خودآگاهی؛ ویژگی‌های افراد خودآگاه؛ شناخت و آگاهی از ویژگی‌های جسمانی، هیجانی، رفتاری و افکارخود؛ آگاهی یافتن نسبت به باورها و ارزش‌ها، نقاط ضعف و قوت و اهداف خود؛ ارائه تکلیف و تمرين در منزل.
سوم	پالایش روانی به منظور تسکین عاطفی: مرور تکالیف و آموزش تکنیک تنفس عمیق برای تنظیم هیجانات؛ بحث و گفتگو در مورد معلولیت فرزند و احساسشان نسبت به معلولیت؛ تخلیه هیجانی و آزاد شدن عقده‌های فروخته؛ درک باورهای ناکارامد در مورد معلولیت و درک این‌که مراجع نسبت به معلولیت فرزند خود مقصوس نیست؛ تأثیر دعا و مناجات با خدا؛ ارائه تکلیف و تمرين در منزل.
چهارم	خودشناسی: مرور تکالیف و بررسی تجارب هیجانی؛ آشنایی با اهمیت و ضرورت خودشناسی؛ پرداختن به احادیثی در مورد خودشناسی؛ پی‌بردن به تفاوت درد و رنج؛ آثار رنج در زندگی و راهکارهایی برای رفع رنج؛ ارائه تکلیف و تمرين در منزل.
پنجم	خودآزاد سازی: مرور تکالیف جلسات قبل؛ تعریف خودباوری و اعتماد به نفس؛ علت نیاز به خودباوری؛ راهکارهای تقویت خودباوری؛ راههای افزایش اعتماد به نفس؛ مراقبه و هوشیاری افزایی؛ ارائه تمرين و تکلیف در منزل.
ششم	آزادسازی اجتماعی: مرور تکالیف و بررسی هیجانات تجربه شده؛ درک مراجع از آزادی و آزادی اجتماعی؛ تعریف بخشش؛ حکایت و داستان درباره بخشش؛ انواع عفو و بخشش؛ مراحل بخشیدن؛ ارائه تمرين و تکلیف در منزل.
هفتم	تشییت رفتاری یا ملکه سازی: مرور تکالیف و بررسی تجارب هیجانی جلسات قبل؛ راهکارهایی برای درونی کردن عادات جدید و مطلوب مراجع؛ نحوه تقویت کردن رفتارهای مطلوب مراجع؛ ذکر و احساس حضور؛ ارائه تمرين و تکلیف در منزل.
هشتم	تقویت معنویت و یاری رسانی؛ مرور تکالیف و بررسی هیجانات تجربه شده مراجع؛ تعریف هوش معنوی (SQ)؛ بحث و گفتگو درباره هفت گام هوش معنوی؛ ترغیب مراجع به در اختیار گذاشتن تجارب بهبودی بخش خود به دیگران؛ جایگاه خدمت رسانی در اسلام.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش، برای مادران توضیح داده شد و آنان به صورت مختار و آزادانه تصمیم گرفتند تا در این مطالعه شرکت کنند. رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان اخذ گردید و محترمانه بودن اطلاعات نیز رعایت شد.

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-21 در دو سطح توصیفی و استنباطی و نیز از نمایش نموداری، شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا (RCI) استفاده شد. هدف از تعیین شاخص تغییر پایا، بررسی معناداری بالینی نتایج بود. برای محاسبه شاخص تغییر پایا، نمره پس آزمون، از نمره پیش آزمون کم شده و حاصل آن، بر خطای استاندارد کلی تقسیم می شود.

۴. یافته ها

داده های توصیفی متغیرهای پژوهش، به صورت میانگین و انحراف استاندارد چهار شرکت کننده در مراحل مداخله، در جدول ۱ نشان داده شده است. براساس نتایج به دست آمده، در مقیاس های تنظیم هیجان و سرزندگی ذهنی میانگین نمرات بین مراحل خط پایه کاهش دارند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد چهار شرکت کننده در مراحل مداخله متغیرهای پژوهش

مرحله چهارم		خط پایه			
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	مقیاس ها	
۱/۳۶	۹/۶۴	۱/۲۱	۶/۷۳	تنظیم هیجانی	
۴/۱۲	۳۹/۵	۲/۹۸	۳۰/۷۵	سرزندگی ذهنی	

میزان تغییرات نمرات شرکت کنندگان و شاخص درصد بهبودی برای نمرات سرزندگی و تنظیم هیجان در جدول ۲ مشاهده می شود. درصد بهبودی کلی تنظیم هیجان و سرزندگی به ترتیب ۵۰/۷۵ درصد و ۵۴/۵ درصد به دست آمد.

جدول ۲: تغییرات نمرات تنظیم هیجان و سرزندگی ذهنی شرکت کنندگان

و درصد بهبودی در مراحل مداخله

شرکت کننده چهارم	شرکت کننده سوم	شرکت کننده دوم	شرکت کننده اول	مراحل مداخله	مقیاس
-	-	-	-	خط پایه	تنظیم هیجان
۱۶	۱۴	۲۱	۲۰	جلسه دوم	
۲۸	۱۸	۳۷	۲۰	جلسه سوم	
۳۸	۱۷	۳۹	۲۵	جلسه چهارم	
۶۰	۵۴	۵۶	۳۳	جلسه آخر	
% ۶۰	% ۵۴	% ۵۶	% ۳۳	درصد بهبودی	
% ۵۰/۷۵				بهبودی کلی	
-	-	-	-	خط پایه	سرزندگی ذهنی
۱۲	۳۳	۲۷	۴	جلسه دوم	
۱۸	۲۶	۳۰	۲۹	جلسه سوم	
۲۵	۴۴	۴۰	۳۶	جلسه چهارم	
۲۹	۶۹	۴۷	۷۴	جلسه آخر	
% ۲۹	% ۶۹	% ۴۶	% ۷۴	درصد بهبودی	
% ۵۴/۵				درصد بهبودی کلی	

درصد بهبودی شرکت کنندگان در تنظیم هیجان به شرح زیر به دست آمد: شرکت کننده اول ۳۲٪، شرکت کننده دوم ۶٪، شرکت کننده سوم ۵۴٪ و شرکت کننده چهارم ۶٪. شاخص RCI نیز برای شرکت کنندگان به ترتیب ۲/۳، ۴/۰۶، ۵/۴۴ و ۶/۰۸ به دست آمد. شاخص درصد بهبودی در سرزندگی ذهنی برای شرکت کنندگان اول تا چهارم به ترتیب: ۷۴ درصد، ۴۶ درصد، ۶۹ درصد و ۲۹ درصد بود. همچنین شاخص تغییر پایا نیز برای آنان به ترتیب ۵/۵۷ و ۵/۲۱، ۴/۹۷، ۴/۲۱ و ۱/۶۵ محاسبه شد. از آنجا که در هر دو متغیر تنظیم هیجان و سرزندگی ذهنی در تمامی افراد (به استثنای یک نفر)، قدر مطلق شاخص پایا، بزرگ‌تر از سطح معناداری نمره Z یعنی (۱/۹۶)

است، می‌توان با اطمینان ۹۵ درصد، تغییر یا بهبودی تنظیم هیجان و سرزندگی را به درمان یکپارچه توحیدی نسبت داد و آن را تغییری پایدار به حساب آورد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان طورکه یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، آموزش درمان یکپارچه توحیدی، بر تنظیم هیجان و سرزندگی مادران کودکان استثنایی تأثیر معناداری دارد. مطالعات ایکاس، ویتمن، شیور^۱ (۲۰۰۹)، ویشکین، بیگمن و تمیر^۲ (۲۰۱۴)، سمپلونیوس، گوود و ویلاگبی^۳ (۲۰۱۵)، اولس و وزنی^۴ (۲۰۱۵)، پارک، لی، سان، گلمک، رووف و کونیگ^۵ (۲۰۱۱) و کروس و همکاران^۶ (۲۰۱۷)، گلچین (۱۳۹۶)، جایرونده (۱۳۹۶) و پوراکبران و محمدی قره قوزلو (۱۳۹۷) با پژوهش حاضر همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه است که برای افزایش، حفظ و کاهش مولفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی، یک پاسخ هیجانی کاربرد دارد (مرادی کیا و همکاران، ۱۳۹۶). در واقع، تنظیم هیجان، تنها سرکوب هیجانات نیست و شخص نباید همیشه در یک حالت آرام و ساکن از برانگیختگی هیجانی قرار داشته باشد؛ بلکه شامل فرایندهای نظارت و تغییر تجربیات هیجانی شخص است. (تامپسون، ۱۹۹۴، به نقل از حیدری و اقبال، ۱۳۸۹)

در قرآن، آیات مختلفی درباره کنترل و تنظیم هیجانات مختلف از جمله خشم (یوسف: ۸۴ و شوری: ۳۷)، اضطراب (فتح: ۴ و رعد: ۲۸)، حسادت (نساء: ۳۲ و ۵۴) و غم (بقره: ۶۲، ۱۱۲ و ۲۶۲ و مائدہ: ۶۹) بیان شده است که نشان دهنده اهمیت کنترل و تنظیم هیجانات در اسلام است.

درمان یکپارچه توحیدی، درمانی است که با تأثیرگذاری یکپارچه و هماهنگ، کل وجود فرد را تحت تأثیر قرار داده و همه شناخت‌ها، عواطف و هیجانات و رفتارهای وی را به صورت

1. Ekas, Whitman & Shivers

2. Vishkin, Bigman & Tamir

3. Semplonius ,Good & Willoughby

4. Oles & Wozny

5. Park ,Lee ,Sun ,Klemmack ,Roff & Koenig

6. Krause,Ironson & Hill

منسجم و هماهنگ تغییر دهد. این بدین معناست که استفاده از تکنیک‌هایی که شامل دعا و آیات قرآن می‌شود، در این درمان می‌تواند باعث شود فرد بتواند تمامی هیجانات مثبت و منفی را به طور منسجم و یکپارچه در نظر بگیرد، پذیرد و آنها را حفظ، تعدیل یا تغییر بدهد که همان تنظیم‌کردن هیجانات است. همچنین یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های درمان یکپارچه توحیدی این است که علاوه بر این که ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی را در نظر می‌گیرد، به بعد معنویت که امروزه مورد توجه محققان قرار گرفته و جزء عناصر مهم در سلامت روان است، نیز توجه ویژه دارد. بنابراین، از آن جایی که دیدگاه دینی، حامی و پشتیبان فرایند خودکنترلی است و در نگاه قرآن، خودکنترلی همان خویشتن‌داری است که از آن به تقوّا تعبیر می‌کند و کرامت انسان در نزد خداوند، براساس آن سنجیده می‌شود.^۱ به خوبی این مفهوم را در مبانی، اصول و روش‌های خود می‌پروراند و افراد دیندار، دارای خودتنظیمی بالاتری می‌باشند (عسکری و صفرزاده، ۱۳۹۳)، منطقی است که این درمان بتواند به والدین کودکان استثنایی کمک کند تا هیجانات خود را کنترل و تنظیم کنند. در این درمان، تلاش می‌شود با ادغام فنون مختلف روان‌درمانی در آموزه‌های توحیدی معنوی اسلام، ارزش‌هایی در فرد احیا گردد که توان یکپارچه‌سازی و انسجام‌بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشند (شریفی‌نیا، ۱۳۸۸). از آن جاکه مادران کودکان استثنایی نتواسته‌اند هیجانات خود را به طور مناسب تنظیم، کنترل و هدایت کنند، یکپارچه‌نگری و کل نگری درمان یکپارچه توحیدی و در نظرگرفتن ابعاد مختلف روانی و هیجانات (مثبت و منفی) در مداخله را می‌توان در اثربخشی این درمان بر تنظیم هیجانی شرکت‌کنندگان در نظر گرفت.

در تبیین یافته معناداری سرزندگی می‌توان گفت درمان یکپارچه توحیدی بر ارتقای رشد و تحول انسانی تاکید می‌کند و به فرد امکان می‌دهد تا با جستجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش، به توسعه روشی برای زندگی خود بپردازد که منجر به دستیابی به مراحل بالاتر رشد و کمال می‌گردد (جلالی تهرانی، ۱۳۸۳). وقتی افراد به دنبال معنایی متعالی برای زندگی خود هستند و به سمت درک خویشتن خود قدم بر می‌دارند، سرزندگی در درون آنها شکل

۱. «هماناً گرامی‌ترین شما در نزد خدا با تقوّاترین شماست» (حجرات: ۱۳).

می‌گیرد. سرزندگی، انرژی نشأت‌گرفته از خود فرد است که از منابع درونی و نه تهدید اشخاص در محیط، نشات می‌گیرد (رايان و فدریک، ۱۹۹۷). همچنین می‌توان گفت به چالش طلبیدن مفروضات و اهداف اساسی مراجع، ایجاد امید و دلگرمی به‌گونه‌ای که بتواند ابعاد اجتماعی را گسترش دهد، از اهدافی است که در درمان یکپارچه توحیدی در نظر گرفته می‌شود. تغییر انگیزه‌های معیوب و کمک به مراجع برای این‌که دریابد آزاد است، با دیگران احساس برابری کند و از توانایی‌ها و امکاناتش آگاه شود. (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸)

هنگامی‌که والدین کودکان استثنایی از این تغییرات و احساسات مثبت بهره‌مند می‌شوند، می‌توانند احساس سرزندگی کنند؛ نوعی تجربه خاص روان‌شناختی که در آن، افراد در خود احساس شور و روحیه می‌کنند (رايان و فدریک ، ۱۹۹۷). والدینی که دارای کودکان مشکل دار و استثنایی هستند، مشکلات روان‌شناختی و نامیدی را تجربه می‌کنند. نامیدی، ریشه در عدم پذیرش واقعیت و «ای کاش» دارد. همان‌طورکه در قرآن بیان شده:^۱ «اگر ما بشررا به نعمت و رحمتی برخوردار کنیم، سپس (چون کفران کرد) آن نعمت را از او بازگیریم، او سخت به خوی نومیدی و کفران درافتند و اگر پس از محننتی که به او رسیده، نعمتی به او بچشانیم حتماً خواهد گفت گرفتاری‌ها از من دور شد، بی‌گمان او شادمان و فخرفروش است» (هود: ۱۰-۹). به نظر می‌رسد انسان در حالت ناخوشایند، به‌سوی یاس و نامیدی کشیده می‌شود و هنگامی‌که نعمتی به او می‌رسد و در وضعيت خوشایند قرار دارد، شادمان و مسرور می‌گردد. در روند درمان یکپارچه توحیدی، این واقعیت به مراجع گوشزد می‌شود که برخی امور را نمی‌توان تغییر داد، فقط باید با آنها کنار آمد و درمانگر، نحوه کنارآمدن مراجع با مشکلات خاص را به او آموختن می‌دهد؛ ایجاد درک و تشخیص این‌که مسئول وقایعی هستند که قبلًا فکر می‌کردند برای آنها پیش آمده است و مشخص ساختن عواملی که مانع از آزادی می‌شود. این آموختن باعث می‌شود پذیرش والدین کودکان استثنایی بیشتر شود و کارهایی را که در زندگی‌شان انجام می‌دهند، خودجوش باشد و احساس خستگی و نامیدی نکنند؛ بلکه احساس می‌کنند انرژی و نیروی آنها افزایش یافته

۱. «وَئِنْ أَذْقَنَا إِلِّيْسَانَ مِنَّا رَحْمَةً ثُمَّ نَرَعَنَا مِنْهُ إِنَّهُ لَيَسُونَ كَفُورٌ وَئِنْ أَذْقَنَا هَمَّ نَعْمَاءَ بَعْدَ ضَرَاءَ مَسَّنَهُ لَيَقُولَنَّ ذَهَبَ السَّيِّئَاتُ عَنِيْنِ إِنَّهُ لَفِرْجٌ فَخُورٌ»(هود: ۱۰-۹).

است و سرزندگی را تجربه می‌کنند. (دوجین، روزنستیل، اسکاتز، اسمالنبروک و دهمن^۱ و سولبرگ، هوپکینز، اماندسون و هالوری^۲، ۲۰۱۲)

از آن جا که درمان یکپارچه توحیدی باعث کاهش تعارضات و مشکلات روان‌شناختی افراد می‌شود، احساس سرزندگی را در آنها تقویت می‌کند؛ به دلیل این‌که سرزندگی، احساس سرزندگی بودن، نه تحریک و نه اجبار به انجام دادن آن است. به هر میزان که افراد کمتر دچار تعارض باشند، از سازوکار سرکوب رهایی یافته و احساس سرزندگی، خلاقیت، خودشکوفایی و انرژی در آنها بیشتر است. در پایان می‌توان گفت در درمان یکپارچه توحیدی و با تمرکز به نقش هوشیاری افزایی و ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط، تلاش می‌شود مراجع با عوامل ناهوشیار مؤثر بر رفتارهایش آشنا گردد و زمینه‌های استفاده افراطی بیمار از مکانیسم‌های دفاعی کاهش یابد. هنگامی که هوشیاری افزایش می‌یابد، فرد به سمت سرزندگی سوق داده می‌شود؛ یعنی تجربه هوشیارانه‌ای از داشتن انرژی و حسن زندگی در درون فرد فعال می‌شود. افراد با سرزندگی بالا، بیشتر به بسیج امکانات خود یا شرکت فعال در فعالیت‌های مرتبط با سلامت قادر هستند و می‌توانند منابع بیشتری از انرژی را به خدمت بگیرند. (رایان و فدریک، ۱۹۹۷)

-
1. Duijn ,Rosenstiel ,Schats ,Smallenbroek & Dahman
 2. Solberg ,Hopkins ,Ommundsen & Halvari

فهرست منابع

الف) فارسی

A Short Textbook of Psychiatry, Niraj Ahuja, 6th Edition, Jaypee Publications, reprint 2008, Chapter on Mental Retardation, 169.

۱. ابوالقاسمی، فرحتاز (۱۳۸۲ش)، هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزنشگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
۲. پوراکبران، الهه و محمدی قره قوزلو، رقیه (۱۳۹۷ش)، بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سلطان پستان، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره شصت و یک، ش ۴، ص ۱۱۳۱-۱۱۴۱.
۳. جایرونده، حمدالله (۱۳۹۶ش)، مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و روان درمانی یکپارچه توحیدی بر کاهش افکار خودکشی و تغییر شناختی هیجان در افراد اقدام کننده به خودکشی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، سال پنجم، ش ۲۵، ص ۹۱-۹۹.
۴. جلالی تهرانی، سید محمد محسن (۱۳۸۳ش)، توحید درمانی، مترجم: علیرضا شیخ شعاعی، فصلنامه نقد و نظر دین و بهداشت روانی، سال نهم، ش ۳ و ۴، ص ۱۸-۴۶.
۵. چوپانی، مراد (۱۳۸۸ش)، بررسی تأثیر گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی-رفتاری بر عزت نفس و نگرش های زناشویی زندانیان مرد شهر قم، اصفهان: پایان نامه کارشناسی ارشد.
۶. حیدری، علیرضا و اقبال، فرشته (۱۳۸۹ش)، رابطه دشواری در تنظیم هیجانی، سبک های دلستگی و صمیمیت با رضایت زناشویی در زوجین صنایع فولاد شهر اهواز، نشریه یافته های نو در روان شناسی (روان شناسی اجتماعی)، سال پنجم، ش ۱۵، ص ۱۱۵-۱۳۴.
۷. زارع خورمیزی، هدایت (۱۳۹۷ش)، پیش بینی سرزنشگی هیجانی بر پایه سبک مقابله اسلامی، عزت نفس و رضایتمندی زناشویی در درمان دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی، یزد: پایان نامه کارشناسی ارشد.
۸. شریفی نیا، محمد حسین (۱۳۸۷ش)، بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندانیان، دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان شناسی، سال اول، ش ۲، ص ۷-۳۰.
۹. _____ (۱۳۸۸ش)، درمان یکپارچه توحیدی، رویکردی دینی در درمان اختلالات روانی، مطالعات اسلام و روان شناسی، سال سوم، ش ۴، ص ۶۵-۸۲.
۱۰. شریفی نیا، محمد حسین؛ افروز، غلامعلی و رسولزاده طباطبایی، سید کاظم (۱۳۸۶ش)، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معتمد زندان قم، روان شناسی تربیتی، ش ۴۱، ص ۷۷-۷۶.
۱۱. صابر، میریم؛ طهرانی، هادی؛ شجاعی زاده، داود؛ ملکی، زهرا و اسفندیار پور، رویا (۱۳۹۲ش)، بررسی وضعیت سلامت روان و میزان مواجهه با رویدادهای استرس زای زندگی در پرستاران شاغل در اورژانس، ۱۱۵، نشریه تحقیقات نظام سلامت، سال نهم، ش ۳، ص ۲۹۴-۳۰۰.

ب) لاتین

1. Ahuja, N. (2008). A Short Textbook of Psychiatry, 6th Edition, Jaypee Publications, reprint, chapter on mental retardation, 169.
2. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing; 2013. (DSM-5).
3. Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M. & Pastorelli, C. (2003). Role of affective selfregulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74(3), 769–782.
4. Barros, L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention, *Estudos de Psicologia*, 32 (2), 2015, 295–306.
5. Carrère, S., & Bowie, S. H. (2011). Like parent, like child: Parent and child emotion dysregulation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), 23–30.
6. Chen, F., & Sengupta, J. (2014). Forced to be bad: The positive impact of low-autonomy vice consumption on consumer vitality. *Journal of Consumer Research*, 41 (4), 1089–1107.
7. Couto, N., Antunes, R., Monteiro, D., Moutao, J., Marinho, D., & Cid, L. (2017). Validation of the Subjective Vitality Scale and study of the vitality of elderly people according to their physical activity. *The Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 19 (3), 261–269.

۱۲. طبیبی، هاجر (۱۳۹۰ش)، مقایسه اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه، روان‌شناسی و دین، سال چهارم، ش. ۱، ص ۳۷-۲۳.
۱۳. عسکری، پرویز و صفرزاده، سحر (۱۳۹۳ش)، رابطه تنظیم هیجانی و اعتقادات مذهبی با راهبردهای حل تعارض با والدین در دانشجویان، روان‌شناسی و دین، سال هفتم، ش. ۱، ص ۹۵-۸۱.
۱۴. کریمی ثانی، پرویز و احیائی، کبری (۱۳۹۱ش)، «اثربخشی رویکرد گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر تغییر پاسخ‌های مقابله‌ای دانشجویان دختر مستقل دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر»، دوفصلنامه مطالعات خانواده، سال چهارم، ش. ۱۵، ص ۱۶۷-۱۸۲.
۱۵. گلچین، منیژه (۱۳۹۶ش)، «اثربخشی آموزش معنویت و شناختی رفتاری درمانی به شیوه گروهی بر شادکامی دختران افسرده ایرانی»، فصلنامه مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پیشکاری، ش. ۸، ص ۸۷-۹۳.
۱۶. مرادی‌کیا، حامد؛ ستاربور ایرانقی، فربیا و امامقلیان، سونیا (۱۳۹۶ش)، «مقایسه اثربخشی آموزش‌های تنظیم هیجان و تاب آوری بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی»، فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، سال پنجم، ش. ۳، ص ۲۱۳-۲۲۳.
۱۷. هادی، مهدی و جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۸ش)، «اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مولفه‌های شخصیت و بالینی»، درستنامه روان‌شناسی دین، سال دوم، ش. ۲، ص ۷۱-۱۰۴.

8. CusKelly, M., Pullan, L., Hayes, A. (1998). Parenting and employment decision of parents with a preschool child with disability. *J Intellect Dev Disabil*, 23, 319–32.
9. Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110(1), 3–25.
10. Duijn, M., Rosenstiel, I. V., Schats, W., Smallenbroek, C., Dahmen, R. (2011). Vitality and health: A lifestyle programme for employees, *European Journal of Integrative Medicine*, 3, 97–10.
11. Edwards, E. S., Holzman, J. B., Burt, N. M., Rutherford, H. J. V., Mayes, L. C., Bridgett, D. J. (2017). Maternal Emotion Regulation Strategies, Internalizing Problems and Infant Negative Affect. *J Appl Dev Psychol*, 48, 59–68.
12. Eisenberg, N., Zhou, Q. (2000). Regulation from a developmental perspective. *Psychol. Inq.*, 11 (3), 166–171.
13. Ekas, N.V., Whitman, T.L., Shivers, C. (2009). Religiousity, Spirituality, and sociomotional functioning in mothers of children with autism spectrum disorder. *J Autism Disorder*, 39, 706–719.
14. Green, S., & Baker, B. (2011). Parents' emotion expression as a predictor of child's social competence: children with or without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(3), 324–338.
15. Garnefski, N., Kraaij v., and p. Spinhoven. (2001) . Negative life events,cognitive emotion regulation and emotional problems. *personality and Individual Differences* . 30 , 8, 1311–1327.
16. Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij , V., Teerds , j., Legerstee , j., & Onstein , E. (2002). The relationshipbetween cognitive emotion regulation strategies and emotional problems ,Comparison between a clinical and non clinical sample. *European journal of personality* , 16 , 403 –420.
17. Garnefski, N., Samani, S., (2011). Psychometrics properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire(Persian Version) Department of Education and Psychology Islamic Azad University Marvdash Branch Marvdash, Fars IRAN.
18. Goli, D. N., Moniri, F. S., Wilhelm, R. Z. (2016). Intellectual disability in children; a systematic review. *International Archives of Health Sciences*, 3(2), 27–36.
19. Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations, in: *Handbook of Emotion Regulation*, pp. 3–26.
20. Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *J Intellect Disabil Res*, 47, 231 –7.
21. Hedov, G., Anneren, G., & Wikblad, K. (2000). Self-perceived health in Swedish parents of children with Down's syndrome. *Quality of Life Research*, 9, 422–415 .

22. Kamali, A., Vaghee, S., Asgharipour, N., Behnam, Vh. (2017). The impact of emotion regulation training on mental health in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 4(3), 16-23.
23. Karimrad, M R., Noghani, F., Oghli, S. H., Noorian, S. Amini, E. (2019). Quality of Life in the Mothers of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Effective Factors. *International Journal of Epidemiologic Research*, 6 (4), 158-163.
24. Kark, R., & Carmeli, A. (2009). A longitudinal examination of the work – nonwork boundary strength construct. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 785–804.
25. Keramati, M., & Nasimi, S. A. (2015). Studying the Relationship between Religious Orientation and Vitality and Mental Health of Male and Female Prisoners. *Health Education and Health Promotion (HEHP)*, 3 (4), 37-50.
26. Khodabandeh, N., Mohammadi, F., Taghinejad, N., & Jalali, F. (2016). Psychological characteristics and marital satisfaction in mothers of children with mental retardation and physical disabilities. *Hormozgan Med J.*, 20(5), e87441.
27. Krause, N., Ironson, G., & Hill, P. (2017). Religious involvement and happiness: Assessing the mediating role of compassion and helping others. *The Journal of Social Psychology*, 1-15.
28. Kubzansky, L., & Thurston, R. (2007). Emotional vitality and incident coronary heart disease: Benefits of healthy psychological functioning. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1393–1401.
29. Lavrusheva, O. (2020). The concept of vitality. Review of the vitality-related research domain. *New Ideas in Psychology*, 56, 1-14.
30. Marchal, J. P., Maurice-Stam, H., Hatzmann, J., van Trotsenburg, A. S. P., & Grootenhuis, M. A. (2013). Health related quality of life in parents of six to eight year old children with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4239–4247.
31. Maulik, P. K. & Harbour, C. K. (2010). Epidemiology of intellectual disability. In *International Encyclopedia of Rehabilitation* (eds. J. H. Stone & M. Blouin) Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange..
32. Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419–436.
33. Mowla, F., Khanjari, S., & Inanlou, M. (2017). Contribution of Benson's Relaxation Technique and Brief Psycho-Educational Intervention on Quality of Life of Primary Caregivers of Iranian Children with Chronic Diseases. *Journal of Pediatric Nursing*, 35, 65-71.

34. Muraven, M., Gagné, M., & Rosman, H. (2008). Helpful self-control: Autonomy support, vitality, and depletion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(3), 573–585.
35. Nagarkar, A., Sharma, J. P., Tandon, S. K., & Goutam, P. (2014). The clinical profile of mentally retarded children in India and prevalence of depression in mothers of the mentally retarded. *Indian J Psychiatry*, 56, 165–70.
36. Oles, M., & Wozny, M. (2015). Religiousness and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Adolescence. *Journal for Perspectives of Economic Political and Socialintegration*, 21(1-2), 35–62.
37. Park, N. S., Lee, B. S., Sun, F., Klemmack, D. L., Roff, L. L., & Koenig, H. G. (2011). Typologies of Religiousness/Spirituality: Implications for Health and Well-Being. *Journal of Religion and Health*, 1–12.
38. Pratt, H. D., Greydanus, D. E. (2007). Intellectual disability (mental retardation) in children and adolescents. *Primary Care—Clinics in Office Practice*, 34(2), 375–386.
39. Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*, 61 (2), 211–9.
40. Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65 (3), 529–565.
41. Santavirta, N., Björvell, H., Koivumäki, E., Hurskainen, K., Solovieva, S., & Konttinen, Y. (1996). The factor structure of coping strategies in hemophilia. *J Psychosom Res*, 40, 617–24.
42. Schechter, D. S., & Willheim, E. (2009). Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 665–686.
43. Schwartz, C., & Tsumi, A. (2003). Parental involvement in the residential care of persons with intellectual disability: The impact of parents' and residents' characteristics and the process of relocation. *J Appl Intellect Disabil*, 16, 285–93.
44. Semplonius, T., Good, M., Willoughby, T. (2015). Religious and Non-religious Activity Engagement as Assets in Promoting Social Ties Throughout University: The Role of Emotion Regulation. *Journal of Youth and Adolescence*. 44 (8), 1592–1606.
45. Shaffer,A.,Whitehead,M.,Davis,M.,Morelen,D.,&Suveg,C.(2018).A Model-Based Cluster Analysis of Maternal Emotion Regulation and Relations to Parenting Behavior. *Fam Process*, 57(3), 707–718.
46. Sheppes, G., Suri, G., Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev. Clin. Psychol.* 11 (1), 379–405.
47. Smith, S., & Lloyd, R. (2006). Promoting vitality in health and physical education. *Qualitative Health Research*, 16(2), 249–267.

48. Solberg, P. A., Hopkins, W.G., Ommundsen, Y., Halvari, H. (2012). Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 407–417.
49. Vishkin, A., Bigman, Y., & Tamir, M. (2014). Religion, emotion regulation, and well-being. In C. Kim-Prieto (Ed.), *Cross-cultural advancements in positive psychology: Vol. 9. Religion and spirituality across cultures* (pp. 247–269). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
50. World Health Organization (2001). *Mental Health around the World, World Health Day 2001*. Geneva: WHO.
51. World Health Organization (2005). *International statistical classification of diseases and health related problems ICD-10*. Geneva: World Health Organization.
52. World Health Organization (WHO) (1996). *ICD-10 Guide for Mental Retardation*. Geneva, Switzerland: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization.
53. Yang, K. P., & Mao, X. Y. (2007). A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (6), 999–1010.
54. Yun, C. K. (2017). Relationship between the quality of life of the caregiver and motor function of children with cerebral palsy. *Physical Therapy Rehabilitation Science*, 6, 26–32.

