

Research Paper



## The Effectiveness of Reality Therapy on Emotional Inhabitation and Rumination Mothers of Children with Intellectual Disability



Roqayeh Barzegaran\*<sup>1</sup>, Seyedehfatemeh Sharifi<sup>1</sup>, Fariba Abdi<sup>1</sup>, Maede Gholamzadeh<sup>2</sup>, Maryam Tousi<sup>3</sup>, Lili ebadi<sup>4</sup>

1. MA in Clinical Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiyazad, Ardabil unit, Ardabil, Iran.
2. MA in Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Payamenoor, Tehran, Iran.
3. Ms in General Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiyazad, Buin zahra unit, Buin Zahra, Iran.
4. MA in Clinical Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiyazad, Ardabil unit, Ardabil, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15324

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.2.6](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15324)

URL: [https:// psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15324.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15324.html)



### ARTICLE INFO

**Keywords:**  
Emotional Inhabitation, Rumination, Reality Therapy, mothers of children with intellectual disability

Received: 2022/04/21  
Accepted: 2022/05/21  
Available: 2023/02/09

### ABSTRACT

The purpose of the research was to examine the effectiveness of reality therapy on Emotional Inhabitation and rumination mothers of children with intellectual disability. This semi-experimental study was conducted using pre-test and post-test with control group from all mothers of children with intellectual disability visited in Ardabil rehabilitation and seyed hatami comprehensive health center in the year 2020, 30 mothers were selected through the availability sampling method and randomly were placed into two equal experimental and control groups. Experimental group experienced 8 weeks of reality therapy, while control group were just followed. Emotional Inhabitation Roger and Najarian (1987) questionnaire and rumination Nolen-Hoeksema (1991) questionnaire were used in pre-test, post-test and follow up as the study instrument. Data were analyzed by descriptive indices and analysis of covariance. The result of comparing post-test of scores in two group with using analysis of covariance by controlling the effect variable showed that there was significant difference in Emotional Inhabitation and rumination scores intervention group and the control group. Thus, can be said that of reality therapy reduced worry and rumination scores in mothers of children with intellectual disability.



\* Corresponding Author: Roqayehbarzegaran

E-mail: R.barzegaran.95@gmail.com

## مقاله پژوهشی



## اثربخشی واقعیت درمانی بر بازداری هیجانی و نشخوار فکری مادران کودکان کم توان ذهنی



رقیهبرزگران\*<sup>۱</sup>، سیده فاطمه شریفی<sup>۱</sup>، فریبا عبدی<sup>۱</sup>، مائده غلامزاده<sup>۲</sup>، مریم طوسی<sup>۳</sup>، لیلی عبادی<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
۲. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بوئین زهرا، بوئین زهرا، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15324

DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.68.2.6

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15324.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15324.html)



| چکیده  | مشخصات مقاله  |
|--|---|
| <p>هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر بازداری هیجانی و نشخوار فکری مادران کودکان کم توان ذهنی بود. این مطالعه نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد از میان همه مادران کودکان کم توان ذهنی مراجعه‌کننده مرکز توانبخشی و جامع سلامت سیدحاتمی اردبیل در سال ۱۳۹۹، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به‌طور تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی طی ۸ هفته تحت واقعیت درمانی قرار گرفت، و در این مدت بر گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای انجام نگرفت. پرسشنامه بازداری هیجانی راجر و نجاریان (۱۹۸۷) و نشخوار فکری نولن هوکسیما (۱۹۹۱) به عنوان ابزار ارزشیابی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون دو گروه با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و با کنترل اثر متغیرها، حاکی از این بود که نمرات پس‌آزمون بازداری هیجانی و نشخوار فکری گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. بدین ترتیب می‌توان گفت واقعیت درمانی موجب کاهش بازداری هیجانی و نشخوار فکری در مادران کودکان کم توان ذهنی خواهد شد.</p> | <p><b>کلیدواژه‌ها:</b><br/>بازداری هیجانی، نشخوار فکری، واقعیت درمانی، مادران کودک کم‌توان ذهنی</p> <p>دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱<br/>پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۲/۳۱<br/>منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰</p> |

\* نویسنده مسئول: رقیه برزگران

رایانامه: R.barzegaran.95@gmail.com

## مقدمه

خانواده سیستمی پویاست که افرادی با هویت منحصربه‌فرد برای ایجاد یک محیط امن آن را تشکیل می‌دهند. این سیستم همدیگر را از لحاظ هیجانی، اجتماعی و اقتصادی حمایت می‌کند. وجود یک اختلال یا یک بیماری جسمانی و روانی مانند وجود یک کودک کم توان ذهنی<sup>۱</sup> در خانواده عملکرد کل خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد (کواناگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). در اغلب خانواده‌ها به دنیا آمدن یک کودک باعث احساس نشاط و بروز هیجانات مثبت در خانواده می‌شود؛ اما به دنیا آمدن یک کودک با معلولیت ذهنی احساس دوگانه‌ی غم و شادی را به همراه خود دارد و سیستم و کارکرد کل خانواده را به چالش می‌کشد (پلند و ساندرز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). تربیت کودک کم توان ذهنی در طولانی مدت استرس بسیار شدیدی را به مادران و سایر اعضای خانواده تحمیل می‌کند (کوماری و کیران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). به گونه‌ای که وجود چنین فرزندان خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی را در مراقبین این کودکان افزایش می‌دهد (بکر، دیونس، انجی کوردل، ریمونت و هیوجس<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). مجموعه‌ی این عوامل باهم، فشار روانی مضاعفی را بر والدین این کودکان وارد می‌کند که زندگی شخصی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این مشکلات در خانواده بیشتر از همه مادر را در مقابل مشکلات مربوط به بهداشت روان آسیب‌پذیر می‌کند (مک‌کونسکی، تورسدل، چینچ، جاربه و شوکری<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). این مادران با مشکلات هیجانی و ادراکی فراوانی با توجه به نقش زیادی که در مراقبت از کودک دارند روبرو می‌باشند (آریا، ورما، رووی، جیویتا و جاواید<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). با توجه به این موارد و مخاطرات فراوانی که داشتن کودک کم توان ذهنی برای سایر اعضای خانواده مخصوصاً مادران به همراه دارد، آگاهی از عوامل شناختی و هیجانی متعددی که در آسیب‌شناسی مادران کودکان کم توان ذهنی دخیل هستند، می‌تواند نقش مهمی در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی این مادران داشته باشد. دو مورد از این عوامل که کانون توجه پژوهشگران و درمانگران زیادی را به خود جلب کرده است، بازداری هیجانی<sup>۸</sup> و نشخوار فکری<sup>۹</sup> است.

همان‌طور که گفته شد بازداری هیجانی یکی متغیرهای مرتبط با مادران کودکان کم توان ذهنی است. بررسی‌ها نشان دهنده نقص در هیجان در این مادران است، در واقع مشکلات مربوط به تنظیم هیجان در مادران دارای کودک کم توان ذهنی حیطه‌های متفاوت مربوط به مولفه‌های هیجانی گزارش شده است (مگریا، ال‌عطیه، مصطفی و حسنین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۰). بازداری هیجانی به کاهش ابراز عاطفی چه به صورت ارادی مانند بازداری فعال و چه به صورت غیر ارادی اطلاق می‌شود این سازه به منزله‌ی تمایل به بازداری و سرکوب هیجان تجربه شده است (گراس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۵). مادران کودکان کم توان ذهنی محدودیت‌های بیشتری در ابراز هیجان خود نشان داده و از بیان

هیجان و گفتگو درباره آنها به شدت گریزانند، این مادران از لحاظ عاطفی بی‌تفاوت بوده و بیشتر خویشتن‌دار هستند. مادران کودکان کم توان ذهنی معمولاً دلسوزی و محبت خود را بیان نمی‌کنند و اغلب تمایلات ستیزه‌جویانه خود را سرکوب می‌کنند. (آنچ و لوو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۹) همچنین فعالیت بیش از اندازه سیستم بازداری منجر به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت زیاد نسبت به محرک‌های تهدید کننده و رفتارهای مرتبط با اضطراب مانند نشخوار فکری در این مادران می‌گردد (گراس، ۲۰۱۵).

نشخوار فکری به عنوان یک شیوه تفکر با مشخصات اصلی افکار تکراری، عود کننده، مزاحم و کنترل‌ناپذیر تعریف شده است. سبک پاسخ‌دهی نشخواری نوعی پاسخ‌دهی به پریشانی است که افراد با مشکلات مرتبط با سلامت روان و اجتماعی در اینجا (داشتن یک کودک کم توان ذهنی) به طور مکرر و منفعلانه بر علائم پریشانی و علل و عوامل آن تمرکز می‌کند. این افکار به صورت غیرارادی وارد آگاهی شده و توجه فرد را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف و بر احساس پریشانی و علل و عواقب آن متمرکز می‌کند (توسیگنانت، تیلور، سوواک و فایرمن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۹). نشخوار فکری با طیف‌های مختلف اختلالات هیجانی و عاطفی رابطه مستقیم دارد (سپا، آرورا و کافمن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۰). این سازه در سال‌های اخیر به عنوان سازه‌ی مهم در فهم و چگونگی ایجاد و تداوم طیف‌های متفاوت اختلالات خلقی و اضطرابی شناخته می‌شود (توسیگنانت و همکاران، ۲۰۱۹).

به این جهت مادران کودکان با نیازهای ویژه نیاز به مهارت‌هایی دارند تا با نیازهای ویژه فرزندشان کنار بیایند. برنامه‌های مداخله‌ی، توانایی این مادران را افزایش داده و موجب کاهش استرس و ارتقای بهداشت روان آنها و خانواده می‌شود. از جمله مواردی که می‌تواند تضمین کننده سلامت روان این مادران باشد انجام مداخله‌های درمانی در جهت بهبود نگرانی و نشخوار فکری آنها است. مداخله‌های گروهی می‌تواند سبب تحکیم روابط والدین و فرزندان بشود و خطرات پیشرفت مشکلات رفتاری و نتایج منفی در زندگی را کاهش دهد. علاوه بر این گروه‌درمانی تعامل والدین با فرزندان را افزایش داده و باعث ارتقای روابط خانوادگی و سلامت روان در آنها می‌شود (یدیریم، هاجیاسانوج، ایلار و قاراورد<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳). یکی از این مداخلات موثر در بارور ساختن زندگی این مادران واقعیت‌درمانی<sup>۱۶</sup> است. واقعیت‌درمانگران اعتقاد دارند که مشکل بنیادین غالب افراد با مشکلات عاطفی و هیجانی درگیر شدن در رابطه‌ی ناخوشایند است، آنها معتقد هستند که این افراد توانایی برقراری ارتباط صمیمی با محیط اطراف خود را نداشته و کنترلی بر روی این انتخاب‌های خود ندارند (کوری<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۶). روبرو شدن با واقعت‌های زندگی، قبول مسئولیت و سنجش در خصوص رفتارهای درست و غلط از اصل‌های است، که واقعیت‌درمانی بر آنها تاکید دارد (پرزمن و مورفی<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۶). هدف اصلی

10. Megreya, Attiyah, Moustafa&Hassanein
11. Gross
12. Ang & Lou
13. Tousignant, Taylor, Suvak, & Fireman
14. Seah, Aurora and Coifman
15. Yidirim, Hacıhasanog, Ilar, Karakurt.
16. Reality therapy
17. Coory
18. Prezman, Murphy

1. Intellectual Disability
2. Kavanagh.
3. Plant & Sanders.
4. Kumari & Kiran
5. Baker, Devine, Ng-Cordel, Raymond & Hughes
6. McConkey, Truesdale, Chang, Jarrah, Shukri.
7. Arya, Verma, Roy, Gupta &Jawaid
8. Emotional Inhabitation
9. Rumination

(۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. محل برگزاری جلسات واقعیت درمانی مرکز جامع سلامت سید حاتمی اردبیل بود. همه شرکت کنندگان بعد از دریافت توضیحات لازم در خصوص فرایند درمان و ارائه رضایت کتبی در مطالعه شرکت کردند. نداشتن اختلال‌های روانپزشکی، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی یا دارویی، داشتن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم معیارهای ورود شرکت کنندگان به مطالعه حاضر بود. داشتن غیبت حتی یک جلسه در گروه آزمایش و بروز استرس حاد در جریان مداخله ملاک‌های خروج شرکت کنندگان از مطالعه بود. بعد از انتخاب بیماران ابتدا پرسشنامه‌های بازداری هیجانی و نشخوارفکری را برای به دست آوردن نمره-های پیش‌آزمون قبل از اجرای جلسه‌های درمان بر روی شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل به اجرا در آمد. سپس جلسات درمانی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت ۸ هفته بر روی شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا گردید، این در حالی بود که شرکت کنندگان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمانی، شرکت کنندگان هر دو گروه برای به دست آوردن نمره‌های پس‌آزمون توسط پرسشنامه‌های مذکور، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه همفاد مطرح شده در بیانیه‌های هلسینکی (انجمن جهانی پزشکی، ۲۰۱۳) رعایت گردید که از جمله آن‌ها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، ختباری بودن شرکت در پژوهش، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد. پس از جایگزینی شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل و اخذ پیش‌آزمون، جلسات واقعیت درمانی برای شرکت کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه یک ساعت و نیمه به شیوه گروهی و هفتگی برگزار گردید. اما گروه کنترل درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمانی از ه دو گروه پس‌آزمون بعمل آمد. در پایان مرحله پس‌آزمون، محقق به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش جلسات واقعیت درمانی را بصورت یک کارگاه دوروزه برای شرکت کنندگان گروه کنترل برگزار نمود. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد.

**پرسشنامه بازداری هیجان<sup>۵</sup>:** پرسشنامه راجر و نجاریان<sup>۶</sup> (۱۹۸۷) ۱۴ گویه دو گزینه‌ای است، که به صورت درست و غلط نمره‌گذاری می‌شود. به گزینه‌ی درست و غلط به ترتیب نمره ۱ و صفر تعلق می‌گیرد. حداقل و حداکثر نمره در بازداری هیجانی صفر و ۱۴ می‌باشد، نمره بالا نشان دهنده آن است که شرکت کنندگان هیجانات خود را بازداری می‌کنند. بازداری هیجانی یکی از زیر مقیاس‌های پرسشنامه کنترل هیجانی است که در این تحقیق صرفاً از مقیاس بازداری هیجانی این پرسشنامه استفاده شده است. پایایی بازداری-هیجانی با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است (راجر و نجاریان، ۱۹۸۹). همچنین پایایی مقیاس بازداری هیجانی در ایران توسط نامدار، سرابیان و خاتون‌ذبیحی‌حصاری (۱۳۹۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۱ گزارش شده است. پایایی بازداری هیجانی در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

واقعیت درمانی این است که به درمانجویان این قدرت را بدهد تا رابطه خود را با محیطی که انتخاب کرده‌اند ترمیم داده و راه‌های بهتر و مناسب‌تری برای ارضای نیازهای خود (قدرت، پیشرفت، آزادی و تفریح) انتخاب کنند. همچنین واقعیت درمانگران معتقد هستند که نوع و منبع کنترل افراد نقش مهم و برجسته‌ای در سلامت روان ایجاد می‌کنند. زمانی که افراد منبع کنترل خود را بیرونی قلمداد می‌کنند، قبول مسئولیت اجتناب می‌کنند، چون خود را مسئول و صاحب اختیار در رخداد‌های زندگی‌شان نمی‌دانند، از این جهت دچار درماندگی شده و کنشی در جهت برطرف کردن آن انجام نمی‌دهند، در این راستا واقعیت درمانگران بیان می‌کنند که هرکسی صرفاً می‌تواند خود را تغییر دهد نه سایر افراد را، از این رو در جهت رسیدن به بهداشت روان و موفقیت در زندگی باید دست از حس کنترل بیرونی خود بردارد (کوری، ۲۰۱۶). واقعیت درمانی در حال حاضر یکی از رویکردهای درمانی مورد توجه در اغلب کشورها از جمله انگلیس، آلمان، ژاپن، سنگاپور، کره، کانادا، و آمریکا و دیگر کشورها در جهت بهداشت روانی و کیفیت زندگی افراد است (ماسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). مطالعه پیشینه‌ی پژوهش نشان دهنده اثربخشی این شیوه از درمان در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی گروه‌های هدف است به طوری که نتایج تحقیق صداقت، صاحبی و شهابی مقدم (۱۳۹۹)، بالاگیری، عارفی، افشاری‌نیا و امیری (۱۳۹۹)، اسکندری، رضاخانی و بهبودی (۱۳۹۹)، علیرضایی، فتاحی اقدم، قمری و بزازیان (۱۳۹۹)، شویچی (۱۳۹۹)، قریشی و معصومی (۱۳۹۶)، خالقی، امیری و طاهری (۱۹۹۵)، یاوو، چان، لی، هاری، لی و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) و کیم، ایکاس و هوک<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) و هیین، ابرو، اوتنباچر و کارلوو<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) نشان دهنده اثربخش معنادار این شیوه از درمان در بهبود متغیرهای مرتبط با سلامت روان در گروه‌های مورد مداخله است. بنابراین، با توجه به این واقعیت که مادران دارای کودک کم توان ذهنی در معرض تشدید بازداری هیجانی و نشخوار فکری قرار دارند. و از آنجایی که کاهش مشکلات این مادران می‌تواند به بهبود وضعیت روانشناختی و تعامل آن‌ها با این کودکان منجر شود، و با توجه به اینکه در ایران تاکنون اثربخشی واقعیت درمانی بر بازداری هیجانی و نشخوار فکری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی کار نشده است. از این رو هدف از پژوهش حاضر پاسخ گویی به این سوال اساسی است که آیا واقعیت درمانی می‌تواند موجب بهبود بازداری هیجانی و نشخوار فکری در مادران دارای کودک کم توان ذهنی شود؟

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک کم توان ذهنی بود که به مرکز توانبخشی و جامع سلامت سیدحاتمی شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند. از بین جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش

4. Heyn, Abreu, Ottenbacher & Carollo  
5. Emotional Inhabitation Questionnaire.  
6. Roger and Najarian

1. Mason  
2. Yao, chen, Li, Hare, Li & et al  
3. Kim, Ekas & Hock

راه حل از میان آنها، برای تکالیف خانگی از مادران خواسته شد تا راه حل‌های که برای مشکلات اخیرشان به کار برده‌اند را یادداشت کنند. آشنایی مادران با دنیای کیفی و قضاوت ارزشی نسبت به رفتارشان، آگاهی از توانمندی‌ها، واقع بینی در خصوص جهان پیرامون، قضاوت ارزشی در خصوص رفتار فعلی خود و آموزش مفهومی دنیای کیفی خود. برای تکالیف خانگی از مادران خواسته شد تا دنیای کیفی و قضاوت‌های ارزشی خود را یادداشت کنند.

**جلسه هفتم**

**جلسه هشتم**  
جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

**نتایج**

در این پژوهش تعداد ۳۰ مادر دارای کودک کم توان ذهنی با میانگین سنی ۳۴/۱۲ و انحراف معیار ۶/۵۶ برای گروه آزمایش و میانگین سنی ۳۴/۰۵ و انحراف معیار ۷/۱۲ برای گروه کنترل در دو گروه یکسان (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند. در جدول ۲، اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

**جدول ۲: جدول شاخص‌های آمار توصیفی نمرات متغیرهای تحقیق دو گروه**

| متغیر          | گروه   | مرحله     | تعداد | M     | SD   |
|----------------|--------|-----------|-------|-------|------|
| بازداری هیجانی | کنترل  | پیش-آزمون | ۱۵    | ۷/۵۴  | ۱/۳۶ |
|                |        | پس‌آزمون  | ۱۵    | ۷/۸۹  | ۱/۱۲ |
| نشخوارفکری     | آزمایش | پیش-آزمون | ۱۵    | ۷/۳۲  | ۱/۱۹ |
|                |        | پس‌آزمون  | ۱۵    | ۴/۱۲  | ۱/۲۷ |
| نشخوارفکری     | کنترل  | پیش-آزمون | ۱۵    | ۵۲/۶۸ | ۲/۹۸ |
|                |        | پس‌آزمون  | ۱۵    | ۵۴/۱۱ | ۲/۴۱ |
| نشخوارفکری     | آزمایش | پیش-آزمون | ۱۵    | ۵۴/۰۷ | ۲/۱۴ |
|                |        | پس‌آزمون  | ۱۵    | ۴۳/۲۵ | ۱/۸۷ |

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین بازداری هیجانی و نشخوارفکری فکری گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۷/۳۲، ۵۴/۰۷ و در پس‌آزمون ۴/۱۲، ۴۳/۲۵ است، همچنین میانگین نمره، بازداری هیجانی و نشخوارفکری گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب ۷/۵۴، ۵۳/۶۸ و در پس‌آزمون ۷/۸۹، ۵۴/۱۱ است.

همچنین در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این رو ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور از آزمون ام باکس برای بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته و از آزمون بارتلت به منظور بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس باقیمانده متغیرهای وابسته استفاده شد که نتایج نشان داد مفروضه

**پرسشنامه‌ی پاسخ‌های نشخواری:** این پرسشنامه توسط نولن هوکسیما<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۱ جهت ارزیابی نشخوارفکری ساخته شد و ۲۲ ماده دارد که روی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای از ۱=تقریباً هرگز تا ۴=تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود (نولن هوکسیما، ۱۹۹۱). نمره کل نشخوارفکری از طریق جمع ماده-ها محاسبه می‌شود. شواهد مربوط به روایی محتوا در اختیار اساتید و کارشناسان مربوطه قرار گرفته و معتبر شناخته شده است. با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ به دست آمده است که حاکی از پایایی درونی بالای آن است و همبستگی درون طبقه‌ای آن با پنج بار اندازه‌گیری و همبستگی ۰/۷۵ نیز بالا بوده است (پاپاگورگی و ویلز، ۲۰۰۴). ضریب پایایی این سازه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در ایران ۰/۷۹ به دست آمد (تقی پور، بشرپور و نریمانی، ۱۳۹۹). در این پژوهش همسانی درونی مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

**شیوه مداخله (خلاصه واقعیت درمانی):** در این پژوهش واقعیت درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش انجام شد. در این جلسات موضوع‌هایی مانند آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین حاکم بر جلسات و آموزش و معرفی اصول واقعیت درمانی ارائه شد. خلاصه جلسات واقعیت درمانی در جدول ۱ آمده است.

**جدول ۱: روش مداخله واقعیت درمانی**

| جلسات             | چکیده اقدامات صورت گرفته  |
|-------------------|---|
| <b>جلسه اول</b>   | اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی و لزوم استفاده از واقعیت درمانی  |
| <b>جلسه دوم</b>   | شرح جلسات، توضیح شباهت‌ها و تفاوت بین انسانها، معرفی پنج نیاز اساسی (عشق، تعلق خاطر، آزادی، قدرت، بقاء و تفریح) که به صورت اجمالی بیان خواهد شد، از شرکت کنندگان خواسته تا نیازهای اساسی خود را نوشته و بیان کنند   |
| <b>جلسه سوم</b>   | آشنایی مادران با مسئولیت‌پذیری، دوست داشتن و ارزشمندی، بررسی تکالیف داده شده در جلسه قبل، تعریف احساس کفایت، مسئولیت‌پذیری و ارزشمندی، ایجاد حس تعهد در جهت دستیابی مادران به حس ارزشمندی و محبت واقعی، از مادران خواسته تا جلسه بعد انتخاب‌ها و کارهایی که نسبت به آنها احساس مسئولیت می‌کنند و همچنین رفتارهای ارزشمند خود را یادداشت کنند. |
| <b>جلسه چهارم</b> | آشنایی مادران با چهار رفتار کلی (عمل، احساس، فیزیولوژی و افکار)، بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش رفتار کلی، چگونگی کنترل و تغییر رفتار با تاکید بر ۴ عنصر اصلی آن، از مادران خواسته شد به عنوان تکلیف خانگی رفتارهای کلی و انتخاب‌های خود را یادداشت کنند.   |
| <b>جلسه پنجم</b>  | آشنایی مادران با منبع کنترل درونی و بیرونی، مطرح کردن این سوال که به نظر شرکت کنندگان رفتارشان تحت تاثیر منبع کنترل درونی است یا بیرونی و اینکه چگونه کنترل رفتار خود را توضیح می‌دهند، برای تکالیف خانگی از مادران خواسته شد تا رفتارهای که بر آنها کنترل درونی یا بیرونی دارند را یادداشت کنند  |
| <b>جلسه ششم</b>   | آشنایی مادران با مشکلات، چگونگی حل مشکلات، قبول مسئولیت و آنچه را که انتخاب می‌کنند، آموزش چگونگی رویارویی با مشکلات، مهارت مسئولیت‌پذیری، بیان احساسات و اینکه دوست دارند چه اتفاقی رخ بدهد، آشنایی با راه حل‌های مختلف و برآیند آنها و انتخاب بهترین  |

مداخله می‌باشد. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد، تفاوت معنی داری بین نمرات پس‌آزمون نشخوارفکری ( $F=68.1/31$ ) وجود دارد ( $P=0/01$ )، که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار واقعیت‌درمانی بر کاهش نشخوارفکری در پس‌آزمون گروه مورد مداخله می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بازداری هیجانی و نشخوارفکری مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود. نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی بازداری هیجانی را به طور معنی داری کاهش می‌دهد. این نتیجه به صورت غیر مستقیم همسو با نتایج اسکندری و همکاران (۱۳۹۹)، علیرضایی و همکاران (۲۰۱۷) (۲۰۱۶) و هیین و همکاران (۲۰۱۲) است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی بازداری هیجانی افراطی در خصوص احساسات خود دارند، این بازداری به شکل‌های گوناگون سلامت روان مادر را تحت تاثیر قرار می‌دهد، این مادران بازداری را به عنوان یک حالت هیجانی به داشتن کودک کم‌توان ذهنی انتخاب می‌کنند، و دیدگاه‌شان این است که چون من فرزند کم‌توان ذهنی دارم پس همواره باید هیجانات خود را در محیط خانواده و خارج از خانواده سرکوب کنم. یکی از تکنیک‌های واقعیت‌درمانی در تبیین رفتارهای هیجانی، انتخاب به شکل فردی افراد است، ما در این شیوه از درمان به مادران آموزش می‌دادیم که چگونه تمامی رفتارها و هیجانات‌های ما به غیر از چند مورد خاص همه برگرفته از انتخاب ماست، ما انتخاب می‌کنیم که به جای ابراز احساسات چه به صورت هیجان منفی مانند ابراز غم و اندوه و چه به صورت مثبت آن مانند احساس شادکامی همواره با سرکوب هیجانات نگران ابراز آنها باشیم. ما به مادران آموزش دادیم که بازداری هیجانی شما برخاسته از انتخاب شماست، و شما می‌توانید انتخاب‌های بهتری که به نفع خود و خانواده است بر دارید، شما مسئول انتخاب‌های خود هستید و اختیار دارید که با مسئولیت خود انتخاب‌های بهتری را برگزینید، چیزی که غالباً این مادران آن را قبول نکرده و خود را بی‌اختیار در وضعیت موجود می‌دانند، اگر مادران بازداری هیجانی را انتخاب کرده‌اند پس باید مسئولیت این انتخاب خود را نیز بپذیرند. با این تکنیک و قانع کردن مادران در خصوص مسئولیت، آنها خود را مختار در افکار و رفتار خود دانسته و خود را بی‌اختیار و درمانده شرایط موجود نمی‌دانند و قبول می‌کنند که می‌توانند انتخاب‌های بهتری غیر از عدم ابراز هیجان‌های خود را داشته باشند، همچنین در واقعیت‌درمانی ما به مادران آموزش می‌دهیم که چگونه به سنجش و ارزیابی سبک‌های هیجانی و انتخاب‌های خود بپردازند، این تکنیک با این سوال مادر را به چالش می‌کشد که آیا انتخاب شما (در اینجا عدم ابراز هیجان) موجب شده است تا نیازهای عاطفی، هیجانی و روزمره‌تان برطرف شود، یا به جای آن منجر به دلشوره، بی‌قراری، پایین آمدن کیفیت زندگی و روابط اجتماعی شما شده است، مادران در اینجا با این واقعیت روبرو می‌شوند که انتخاب آنها (بازداری هیجانی) منجر به رفتارها و هیجانات نا سالم در آنها شده و سلامت روان آنها را دچار تزلزل کرده است، این تکنیک یعنی بازآزمایی انتخاب‌ها در اینجا بازداری

همسانی کوواریانس متغیرهای وابسته برقرار است. از آزمون کولموگراف-اسمیرنف نیز برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد، که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توزیع نرمال وجود ندارد. همچنین برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری باید روابط بین متغیرهای وابسته خطی باشد که در این تحقیق این فرض نیز مورد بررسی و تایید قرار گرفت. با تایید مفروضه‌های فوق، امکان تحلیل کوواریانس فراهم گردید.

### جدول ۳: نتایج آزمون‌های معنی‌داری مانکوا برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

| آزمون‌ها          | مقادیر | F      | درجه‌ی آزادی |     | Sig   | اندازه‌ی اثر |
|-------------------|--------|--------|--------------|-----|-------|--------------|
|                   |        |        | فرضیه        | خطا |       |              |
| اثر پیلایی        | ۰/۹۱   | ۵۹۳/۳۰ | ۳            | ۲۷  | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱         |
| لامبدای-ویلکز     | ۰/۰۲۱  | ۵۹۳/۳۰ | ۳            | ۲۷  | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱         |
| اثر هتلینگ        | ۵۸/۳۲  | ۵۹۳/۳۰ | ۳            | ۲۷  | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱         |
| بزرگترین ریشه روی | ۵۸/۳۲  | ۵۹۳/۳۰ | ۳            | ۲۷  | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱         |

جدول ۳، نتایج آزمون‌های معنی‌داری مانکوا برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیر وابسته را نشان می‌دهد همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلایی ( $F=593/30, P<0/01$ )، لامبدای ویلکز ( $P<0/01$ )، اثر هتلینگ ( $F=593/30, P<0/01$ ) و بزرگترین ریشه روی ( $F=593/30, P<0/01$ ) معنادار است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر واقعیت‌درمانی به تفکیک در مرحله پس‌آزمون

| ملاحظه        | متغیر          | متبع تغییرات  | SS      | df | MS      | F      | P     | Eta  |
|---------------|----------------|---------------|---------|----|---------|--------|-------|------|
| واقعیت‌درمانی | بازداری هیجانی | پیش‌آزمون     | ۴۹۳۳    | ۱  | ۴۹۳۳    | ۶۱/۵۴  | ۰/۰۲۴ | ۰/۱۷ |
|               |                | مداخله‌درمانی | ۱۲۸۸/۳۲ | ۱  | ۱۲۸۸/۳۲ | ۱۶۹/۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۴ |
| نشخوارفکری    | پیش‌آزمون      |               | ۳۲۷۵۲   | ۱  | ۳۲۷۵۲   | ۱۷۱۳   | ۰/۱۳  | ۰/۱۵ |
|               |                | مداخله‌درمانی | ۲۵۷۳۲۶  | ۱  | ۲۵۷۳۲۶  | ۶۸۱۳۱  | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ |

جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس، تاثیر واقعیت‌درمانی بر بازداری هیجانی و نشخوارفکری در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، تفاوت معنی داری بین نمرات پس‌آزمون بازداری هیجانی ( $F=169/85$ ) وجود دارد ( $P=0/01$ )، که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار واقعیت‌درمانی بر کاهش بازداری هیجانی در پس‌آزمون گروه مورد

هیجانمادران، باعث می‌شود تا مادران با به چالش کشیدن انتخاب های خود و مختار بودن در این انتخاب و قبول مسئولیت گزینه‌های بهتری را به جای این انتخاب خود (بازداری هیجانی) برگزینند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که واقعیت درمانی به طور معنی‌داری نمرات نشخوار فکری را در گروه مورد مداخله کاهش می‌دهد. این نتیجه به صورت غیر مستقیم همسو با نتایج صداقت و همکاران (۱۳۹۹)، بالاگیری و همکاران (۱۳۹۹)، خالقی و همکاران (۱۹۹۵) و کیم و همکاران (۲۰۱۶) است. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که در واقعیت درمانی ما به مادران آموزش می‌دهیم تا به جای تمرکز و پریشانی ذهنی نسبت به رخدادهای منفی که در گذشته رخ داده‌اند، تمرکز خود را صرفاً به زمان حال متمرکز کنند. این مادران به صورت افراطی غرق در افکار و موقعیت های منفی گذشته و داشتن یک کودک کم توان ذهنی شده‌اند، افکار نشخواری با بار هیجانی منفی تمایل به تکرار دارند و حول یک موقعیت بالینی در اینجا داشتن کودک کم توان ذهنی و نگاه منفی کلی نسبت به این شرایط می‌چرخند، این که افکار ما حول تکرار شرایط یک رخداد به شکل منفی بچرخد بستگی به انتخاب ما دارد، ما انتخاب می‌کنیم که این چنین منفی در خصوص موقعیت‌ها و گذشته و نگاه به شکل منفی آن داشته باشیم. در جلسات واقعیت درمانی ما به مادران می‌آموزیم آنچه که رخ داده، به پایان رسیده و نمی‌توان تغییری در آن ایجاد کرد و هر چقدر که ما غرق در افکار و نشخوار منفی گذشته و شرایط منفی داشتن کودک کم توان ذهنی شویم، از توجه کردن بر هر آنچه که در زمان حال و به‌یمن کردن آینده می‌توانیم داشته باشیم اجتناب کرده، و افکارمان حول موقعیت های منفی که خودمان برای خویشتن می‌سازیم می‌چرخد، در جلسات درمان ما به مادران کمک می‌کنیم تا با قبول مسئولیت انتخاب‌های بهتری را جایگزین نشخوار فکری منفی خود داشته باشند. همچنین در جلسات درمان با تکنیک هاس خودارزیایی، قانع کردن، انتخاب و مواجهه کردن بیماران با این موضوع که نشخوار فکری آنها شرایطی را که دلخواه آنها بوده برایشان فراهم نکرده است می‌توانند با انتخاب های بهتری غیر از غرق در افکار منفی شدن شرایط بهتری برای خود فراهم سازند. همچنین همان طور که گفته شود بیماران افکار و نشخوار غیرارادی می‌دانند و احساس می‌کنند که هیچ کنترلی روی این افکار خود ندارند، یکی از تکنیک های واقعیت درمانی تغییر مسیر افکار از سمت غیر قابل کنترل و بیرونی بودن به سمت کنترل پذیری و درونی بودن است و اینکه کدام یک از این شرایط را برای خود برگزینیم، بستگی به خودمان دارد که کدام یک را انتخاب کنیم، انتخاب منبع کنترل به صورت اختیاری و درونی در تضاد با ماهیت نشخوار فکری است، که این انتخاب خود منجر به کاهش سبک تفکر (نشخوار فکری) در آنها می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدودیت جغرافیایی (شهر اردبیل)، نداشتن برنامه‌های پیگیری در جهت دنبال کردن اثربخشی در طول زمان، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدودیت در تعمیم یافته‌ها بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری صورت گیرد تا روایی بیرونی پژوهش ارتقاء یابد. در بخش پیشنهاد کاربردی با توجه به نتایج حاصل از پژوهش دال بر این حقیقت

که واقعیت درمانی موجب بهبود بازداری هیجانی و نشخوار فکری مادران دارای کودک کم توان ذهنی می‌شود پیشنهاد می‌شود که به منظور بهبود متغیرهای بازداری هیجانی و نشخوار فکری مادران از مداخلات واقعیت درمانی در خدمات درمانی و بهداشتی استفاده بهینه گردد.

## منابع

- اسکندری، مهدی؛ رضاخانی، سیمین دخت؛ بهبودی، معصومه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت درمانی و درمان مثبت نگر بر سرمایه های روان شناختی و سبک های ابراز هیجان زنان مبتلا به مونتهپیل اسکروزیس. *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۵۸، ۱۶-۷.
- تقی پور، بهزاد؛ بشرپور، سجاده؛ و نیمانی، محمد. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گشتالتی بر نشخوار فکری و حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اختلال پانیک. *مجله پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۵(۵۹)، ۱۳-۱.
- بالاگیری، زهره؛ عارفی، مختار؛ افشاری نیا، کریم و امیری، حسن. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خانواده مبتنی بر واقعیت درمانی بر همراهی عاطفی، حل مساله و ارتباط زوجین. *فصلنامه آموزش در علوم انتظامی*، ۸(۲۸)، ۱۸۰-۱۵۹.
- خالقی، نسرین؛ امیری، مهدی و طاهری، الهام. (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر اضطراب اجتماعی، سوگیری تعبیر و روابط بین فردی نوجوانان. *نشریه اصول بهداشت روانی*، ۱۹(۲)، ۸۳-۷۷.
- شویدی، جعفر. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر خودمراقبتی و خودتنظیمی هیجانی مردان معلول جسمی حرکتی. *مجله دست آوردهای روانشناختی*، ۲۰(۱)، ۲۶۴-۲۴۷.
- صداقت، مستوره؛ صاحبی، علی و شهابی مقدم، شهره. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه موردی بر افراد مبتلا به افسردگی اساسی دارای سابقه اقدام به خودکشی. *فصلنامه طب انتظامی*، ۵(۲۰)، ۳۷۸-۳۷۱.
- علیرضایی، مالک؛ فتحی اقدام، قربان؛ قمری، محمد و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان در زنان دارای تعارض زناشویی. *فصلنامه طب انتظامی*، ۳(۳۴)، ۱۷۲-۱۶۵.
- قریشی، منصوره و بهبودی، معصومه. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی گروهی بر تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان دختر. *نشریه سلامت اجتماعی*، ۴(۲۰)، ۲۴۹-۲۳۸.
- نامدار، امیر؛ سربان، سعید و خاتون‌ذبیحی حصری، نرجس. (۱۳۹۸). رابطه کنترل هیجانی و نظم‌جویی هیجان با رضایت‌ناشویی در زوجین ۴۵-۲۰ ساله. *مجله دانشگده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۷)، ۶۲۳-۶۱۴.

- Arya, A., Verma, S., Roy, D., Gupta, P.K & Jawaid, F. (2019). A study of burden of care among mothers of mentally retarded children and adolescents attending child and adolescent psychiatry OPD in a tertiary care center in North India. *Delhi Psychiatry Journal*, 22(2), 238-249.
- Ang, K.Q.P., Loh, P.R. (2019). Mental health and coping in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Singapore an examination of gender role in caring. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 2129-2145.
- Baker, K., Devine, R.T., Ng-Cordel, E., Raymond, F.L & Hughes, C. (2020). Childhood intellectual disability and parents mental health: integrating social, psychological and genetic influences. *The British Journal of Psychiatry*, 9. 1-8.
- Corey, G. (2016). *Theories and practice of counseling and psychotherapy* (10<sup>th</sup>ed). Brooks/ cole.
- Gross, J.J. (2015). Emotion Regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Heyn, P.C., Abreu, B.C., Ottenbacher, K.J & Carollo, J. (2012). Mixed-reality therapy for adults with cognitive impairments. *Journal Gait & Posture*, 36(1), 566
- Kavanagh, D.J. (2013). *Schizophrenia: An overview and practical handbook*, Springer.
- Kim, I., Ekas, N.V., Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management and depression for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research Spectrum Disorders*, 26, 80-90.
- Kumari, S & Kiran. (2020). Parenting stress, psychological wellbeing and social support in mothers of children with mental retardation. *International Journal of Scientific Research*, 9(1), 57-60.
- Mason, C. (2016). Using reality therapy trained group counselors in comprehensive school counseling programs to decrease the academic achievement gap. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 2, 14-25.
- Megreya, A.M., Al-attiyah, A.A., Mostafa, A.A & Hassanein, E.E. (2020). Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neuro developmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 76, 1016600. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101600>
- McConkey, R., Truesdale, K.M., Chang, M.Y., Jarrah, S., Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *Int.Journal Nursing Stud*, 45(1), 65-74.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.
- Papageorgiou, C & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Wiley & Sons.
- Plant, K.M., & Sanders, M.R. (2007). Predictors care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(2), 109-124.
- Prezman, S & Murphy, R.M. (2016). Effects of teaching control theory and reality therapy as an approach to reducing disruptive behaviors in middle school physical education. *International Journal of Reality Therapy*, 57(1), 149-150.
- Roger, D. and Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality & Individual Differences*, 10(8): 845-853.
- Seah, T.H., Aurora, P., and Coifman, K. (2020). Emotional differentiation as a protective factor against the behavioral consequences of rumination: a conceptual replication and extension in the context of social anxiety. *Journal Behavior Therapy*, 51(1); 135-148.
- Tousignant, O. H., Taylor, N. D., Suvak, M. K., & Fireman, G. D. (2019). Effects of rumination and worry on sleep. *Behavior Therapy*, 50(3), 558-570.
- Yao, Y.W., Chen, P.R., Li, C.R., Hare, T.A, Li, S, Zhang, J.T., Liu, L., Ma, S.S & Fang, X.Y. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease inter temporal decisional impulsivity in young adults with internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 68, 210-216.
- Yidirim, A., Hacıhasanog, A., Ilar, R., Karakurt, P. (2013). Effects of a nursing intervention programs on the depression and perception of family functioning of mothers with intellectually disabled children. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 251-261.