



دانشگاه خوارزمی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی

موضوع:

بررسی رابطه شدت معلولیت کودکان کم توان ذهنی با درماندگی روانشناختی
والدین: نقش واسطه ای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی

استاد راهنما:

دکتر هادی هاشمی رزینی

استاد مشاور:

دکتر محمد حسین عبداللهی

پژوهشگر:

فیروزه احدی

سال تحصیلی ۱۳۹۷



**تقدیم به پدر و مادرم که سوسوی ستاره کوچک وجودم بازتابی ناتوان
از خورشید آنهاست.**

موفقیتهایم اگر هست، از آنهاست، و کلامی اگر جاری برای آنها

باتشکراز

اساتید بزرگوار و همسر عزیزم که مراد انجام این پژوهش یاری نمودند

چکیده

هدف تحقیق حاضر تعیین رابطه شدت معلولیت کودکان کم توان ذهنی با درماندگی روانشناختی والدین با نقش واسطه ای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهرستان ملارد بود. روش تحقیق حاضر توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری، کلیه والدین دارای کودکان کم توان ذهنی مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهرستان ملارد بود که براساس جدول مورگان تعداد ۲۰۰ نفر نمونه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و از آزمون هوش و کسلر کودکان فرم چهار توسط و کسلر (۲۰۰۳)، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، مقیاس تنظیم هیجان و پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) استفاده شد و برای تحلیل داده ها از روش تحلیل مسیر، شاخص های نیکویی برازش و تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. یافته ها نشان داد که بین شدت معلولیت کودکان کم توان ذهنی با درماندگی روانشناختی والدین و راهبردهای هیجانی رابطه وجود ندارد. بین راهبردهای تنظیم هیجان با درماندگی روانشناختی والدین رابطه وجود ندارد. بین شدت معلولیت کودکان کم توان ذهنی با باورهای فراشناختی رابطه معنی دار دارد. بین باورهای فراشناختی با درماندگی روان شناختی والدین رابطه وجود دارد. تنظیم هیجان در رابطه شدت معلولیت کودکان کم توان ذهنی با درماندگی روانشناختی والدین نقش واسطه ای ایفا نمی کند.

واژه های کلیدی: باورهای فراشناختی، تنظیم هیجان، درماندگی روانشناختی والدین، شدت

معلولیت کودکان کم توان ذهنی.

فهرست مطالب.....صفحه

فصل اول: کلیات پژوهش.....	۱
۱-۱. مقدمه.....	۲
۲-۱. بیان مساله.....	۳
۳-۱. اهمیت و ضرورت انجام پژوهش.....	۱۳
۴-۱. هدف یا اهداف پژوهش.....	۱۵
۵-۱. فرضیه های پژوهش.....	۱۶
۶-۱. تعریف متغیرهای پژوهش.....	۱۶
فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش.....	۱۹
الف) پیشینه نظری.....	۲۰
۱-۱-۱. کم توان ذهنی.....	۲۰
۱-۱-۲. هوش.....	۲۰
۱-۱-۳. طبقه بندی افراد کم توان ذهنی.....	۲۲
۱-۱-۴. واکنش خانواده ها نسبت به کم توان ذهنی.....	۲۲
۱-۱-۵. خصوصیات خانواده ی دارای کودک معلول.....	۲۷
۱-۱-۶. ابعاد تاثیر گذاری کودک استثنایی بر خانواده.....	۲۷
۱-۲-۱. درماندگی روانشناختی.....	۲۹
۲-۲-۱. استرس در والدین کودکان کم توان ذهنی.....	۳۴
۲-۲-۳. اضطراب و استرس در والدین کودکان کم توان ذهنی.....	۴۰
۱-۳-۲. فراسناخت.....	۴۴

- ۲-۳-۲. مولفه های باورهای فراشناختی..... ۴۵
- ۲-۳-۳. باورهای فراشناختی و درماندگی روانشناختی..... ۴۷
- ۲-۴-۱. تنظیم هیجان..... ۵۸
- ۲-۴-۲. تنظیم هیجان شناختی..... ۶۲
- ۲-۴-۳. استراتژی تنظیم هیجان..... ۶۴
- ۲-۴-۴. تنظیم هیجان و درماندگی روانشناختی..... ۶۸
- ۲-۴-۵. ارتباط باورهای فراشناختی و دشواری در تنظیم هیجان..... ۷۷
- ب) پیشینه پژوهشی..... ۸۲
- ۱- پیشینه پژوهشی در داخل کشور..... ۸۲
- ۲- پیشینه پژوهشی خارج از کشور..... ۸۴
- ج) جمع بندی..... ۸۹
- فصل سوم: روش پژوهش..... ۹۱
- ۳-۱. طرح پژوهش..... ۹۲
- ۳-۲. جامعه آماری..... ۹۲
- ۳-۳. روش نمونه گیری و تعداد نمونه ها..... ۹۲
- ۳-۴. ابزار پژوهش..... ۹۲
- پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)..... ۹۲
- مقیاس تنظیم هیجان..... ۹۳
- پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30)..... ۹۴
- ۳-۴. روش جمع آوری اطلاعات..... ۹۴

۹۵	.....۵-۳. تجزیه و تحلیل داده ها.
۹۷	..... فصل چهارم: یافته های پژوهش
۹۸	.....۱-۴. ویژگی جمعیت شناختی
۱۰۰	.....۲-۴. توصیف داده ها.
۱۰۱	.....۳-۴. تحلیل داده ها.
۱۱۵	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۱۶	.....۱-۵. بحث و نتیجه گیری
۱۲۲	.....۲-۵. جمع بندی
۱۲۴	.....۳-۵. محدودیت ها و مشکلات پژوهش
۱۲۴	..... پیشنهاد پژوهشی
۱۲۵	..... پیشنهاد کاربردی
۱۲۶	..... منابع
۱۴۹	..... پیوست ها
۱۵۴	..... چکیده انگلیسی
۱۵۵	..... عنوان انگلیسی

فهرست جداول.....	صفحه
جدول ۴-۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه آماری مورد نظر به تفکیک جنسیت فرزند، گروه سنی و میزان تحصیلات.....	۹۸
جدول ۴-۲: جدول مربوط به آماره های توصیفی (مرکزی و پراکنندگی) متغیرهای پژوهش.....	۱۰۱
جدول ۴-۳: نتیجه آزمون (K-S) جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها.....	۱۰۲
جدول ۴-۴: نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش.....	۱۰۳
جدول ۴-۵: آزمون تجزیه و تحلیل رگرسیون.....	۱۰۴
جدول ۴-۶: نتایج مربوط به ضرایب استاندارد و غیر استاندارد در تحلیل رگرسیون چندمتغیر.....	۱۰۵
جدول ۴-۷: شاخص های برازش در مدل.....	۱۰۶
جدول ۴-۸: نتایج آزمون فرضیه ۱ پژوهش.....	۱۰۹
جدول ۴-۹: نتایج آزمون فرضیه ۲ پژوهش.....	۱۱۰
جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون فرضیه ۳ پژوهش.....	۱۱۰
جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون فرضیه ۴ پژوهش.....	۱۱۱
جدول ۴-۱۲: نتایج آزمون فرضیه ۵ پژوهش.....	۱۱۲
جدول ۴-۱۳: نتایج آزمون فرضیه ۶ پژوهش.....	۱۱۳
جدول ۴-۱۴: نتایج آزمون فرضیه ۷ پژوهش.....	۱۱۴

فهرست

نمودارها.....صفحه

نمودار ۴-۱: نمودار میله ای مربوط به توزیع نمونه آماری مورد نظر به تفکیک جنسیت فرزند..... ۹۹

نمودار ۴-۲: نمودار میله ای مربوط به توزیع نمونه آماری مورد نظر به تفکیک گروه سنی..... ۹۹

نمودار ۴-۳: نمودار میله ای مربوط به توزیع نمونه آماری مورد نظر به تفکیک میزان تحصیلات.... ۱۰۰

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه:

امروزه خانواده یک جامعه کوچک و جایگاهی امن برای ارضای نیازهای گوناگون اعضا است که هرگونه تغییر و اختلال در خانواده و اجزای آن علاوه بر تنیدگی و به هم ریختگی در اعضای خانواده ممکن است منجر به مختل شدن کل نظام خانواده گردد که به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضاء خانواده را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد خواهد نمود. حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان شناختی را تحت تأثیر قرار داده و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند (سگرستروم^۱ و میلر^۲، ۲۰۰۴).

با عنایت به این موضوع، تولد یا حضور یک کودک معلول بالأخص ذهنی در هر خانواده ای می تواند رویدادی تلخ و چالش زا محسوب گردد. کم توانی ذهنی^۳، بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ (۲۰۱۳)، اختلالی عصبی- تحولی بامنشأ زیستی است که نارسایی هایی در توانایی های ذهنی، مانند استدلال، حل مسأله، برنامه ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت و یادگیری را شامل می شود. براساس آمار اعلام شده از سوی معاونت توان بخشی سازمان بهزیستی در سال ۱۳۸۵، در حدود دو میلیون و هشت هزار آسیب دیده وجود دارند که از این تعداد ۲۸۷۹۵ نفر، گروه کم توان های ذهنی را تشکیل می دهند؛ بنابراین تعداد قابل ملاحظه ای از خانواده های ایرانی، از اثرات منفی داشتن یک کودک آسیب دیده و فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی در امان نیستند و این عوامل می توانند آسیب ها و آثار منفی بر سلامت روانی والدین بر جا گذارده، ثبات و کیفیت زندگی فردی و خانوادگی آنها را برهم بزند (علاقه بند، آقاییوسفی، کمالی، دهستانی، حقیرالسادات، نظری و همکاران، ۱۳۹۰).

عقب مانده ذهنی در سه دسته بعد از هوش نرمال و مرزی قرار می گیرد. شامل گروه عقب مانده های خفیف یعنی بهره هوشی بین ۷۵ تا ۸۰، عقب مانده های متوسط یعنی بهره هوشی بین ۵۵ تا ۷۵، عقب مانده های شدید یعنی بهره هوشی بین ۳۵ تا ۵۵ و عقب مانده های با

1. Segerstrom

2. Miller

3. mental retardation

4. American Psychiatric Association (APA)

کم‌هوشی عمیق یعنی بهره هوشی زیر ۲۵ قرار دارند که این افراد به طور کلی ایزوله بوده و هیچ‌گونه ارتباطی با دنیای بیرونی ندارند (سایت بهزیستی، ۲۰۱۶).

واکنش‌های والدین در برابر معلولیت فرزند داشتن کودک کم‌توان ذهنی به طور معمول عبارتند از: از دست دادن عزت نفس، داشتن احساسات متضاد و دوگانه، افسردگی، احساس حقارت و بهداشت روانی پایین (روس، ۲۰۰۵). احساس دلسوزی نسبت به خود (آیدین، ۲۰۱۵). ایجاد جو روانی مسموم در خانواده دارای فرزند کم‌توان ذهنی و تحت تاثیر قرار گرفتن بهداشت روانی اعضای خانواده بویژه مادر (فابری، ۲۰۰۱؛ فیرتون و همکاران، ۲۰۱۵). مسئولیت‌های مالی، مختل شدن زندگی زناشویی، انزوای اجتماعی و کاهش زمانی که والدین بایستی صرف کودکان سالم خود نمایند (کایاما، ۲۰۱۴).

۱-۲. بیان مسئله پژوهش:

معمولاً اولین واکنش قابل پیش‌بینی والدین در مقابل ناتوانی کودک کم‌توان ذهنی، ضربه روانی است که می‌تواند حالت‌هایی همچون یاس و ناامیدی، غمگینی، افسردگی، احساس تنهایی، خشم، ناکامی، جاخوردن، احساس نابودی، گیجی، تردید در همه چیز و احساس افتادن در تله‌ای که راه فراری از آن نیست در پی داشته باشد (اینگرام، ۱۹۹۷). وجود کودک معلول و کم‌توان ذهنی در روابط خانوادگی تغییرهایی ایجاد می‌کند. اگر معلولیت شدید باشد یا کودک دارای معلولیت چندگانه باشد، این تغییرها شدیدتر خواهند بود (آرنو، ۲۰۰۸). روابط دچار سردی و تیرگی می‌شود و روابط اجتماعی خانواده نیز محدود می‌گردد. سایر فرزندان دچار مشکلات عاطفی و اجتماعی می‌گردند و به طور کلی بهداشت روانی خانواده که ضامن سلامت کودکان و سرمایه‌های فردی-اجتماعی است به شدت به مخاطره می‌افتد. هرچند که این خانواده‌ها فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند ولی سازگاری بالاتری را از خود نشان می‌دهند (فیندگر و اپنهم، ۲۰۱۳؛ میکاییل مون، ۲۰۰۹).

1. Farber

2. Fairthorne J & others

3. Kayama

4. Ingram

5. Arnaud

6. Feniger-Schaal

7. Oppenheim

8. Mikaeili Monie F

دوگان (۲۰۰۳، ۱). به تدریج که کودک بزرگتر می شود، والدین دل مشغول استقلال کودک کم توان ذهنی می شوند که ممکن است برای مدت طولانی ادامه پیدا کند و متأسفانه نمی توان به راحتی بر آن غلبه کرد (ایسنسن ۲، ۱۹۹۱). عقب ماندگی ذهنی یکی از فرزندان خانواده به طور مستقیم و یا غیر مستقیم بر بهداشت روانی (کیم و همکاران ۳، ۲۰۰۳؛ تانیلا و همکاران ۴، ۲۰۰۵؛ روس، ۵، ۲۰۰۵؛ ولفنبرگر ۶، ۲۰۰۱) والدین تاثیر می گذارد. دابروسکا^۷ و پیسولا^۸ (۲۰۱۰) معتقدند هیجان و استرس در والدین کودکان مبتلا به اتیسم و والدین کودکان مبتلا به سندرم داون نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر است. والدین کودکان با ناتوانی استرسشان افزایش می یابد و زندگی شان غیر قابل کنترلتر می شود، همچنین مسئولیت های مراقبتیشان سنگینتر می گردد (گوپتا^۹ و سیگهال^{۱۰}، ۲۰۰۴). مجموعه این عوامل سبب گسترش مشکل کودک و والد می شوند. والدین کودکان کم توان ذهنی به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می شوند (خمیس ۱۱، ۲۰۰۷) و در چنین موقعیتی کل خانواده و کارکرد آن، آسیب می بیند (هرینگ و دیگران ۱۲، ۲۰۰۶).

درماندگی روان شناختی ۱۳ یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است. به عبارت دیگر، یک ناراحتی روانی است که با فعالیت های فرد با زندگی روزانه تداخل دارد.

-
1. Dugan C
 2. Eisenson
 3. Kim & others
 4. Taunila & others
 5. Roos, P
 6. Wolfensberger
 7. Dabrowska
 8. Pisula
 9. Gupta
 10. Singhl
 11. Khamis
 12. Herring
 13. Psychological Distress

غم و اندوه، اضطراب، حواس پرتی و نشانه های بیماری های روانی تظاهرات درماندگی روانشناختی می باشد. تجربه استرس عمدتاً بر حسب هیجان های منفی توصیف شده است و این هیجان های منفی در طی دوره های استرس زا افزایش می یابند و بر سلامتی افراد اثر می گذارند (فولکمن، ۲۰۰۸؛ لیتل^۱ و سیمون، ۲۰۰۷). پنج نشانه هشداردهنده درماندگی روانشناختی شامل کاهش تمرکز، تغییرات نابسامان وزنی، گرایش شدید به مصرف الکل یا استعمال سیگار، تمایل به تنهایی و انزوای طلبی و آسیب رساندن می باشد (دریاباری، ۱۳۹۱).

مطالعات متعددی در مورد اثرات چندگانه حضور کودک آسیب دیده در خانواده و افسردگی واضطراب مادران آنها انجام شده است. والدین این کودکان پیامدهای منفی گسترده مشکلات سلامت روانی از جمله افسردگی را از ابتدای تولد فرزندشان توصیف و گزارش نموده اند (فاست و سیور، ۲۰۰۸؛ کامینز، ۲۰۰۷). در پژوهشی که توسط براین دو (۲۰۱۳) در رابطه با استرس و درماندگی روانشناختی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات غیر اوتیسم یا معمولی انجام گرفت نشان داده شده است که والدین کودک مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم نسبت به والدین کودکان معمولی و والدین کودکان با اختلالات غیر اوتیسم در معرض خطر افزایش سطح بالای استرس و درماندگی روان شناختی و علائم روانی مانند افسردگی و اضطراب می باشد. و نیز پژوهشی که توسط نریمانی و همکاران (۲۰۰۸) انجام گرفت بیان داشتند که احساساتی مثل گناه، تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می تواند سبب گوشه گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خود کم بینی و بی ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است. گائو دیانو (۲۰۱۱) در مطالعه ای که به بررسی استرس و درماندگی روانشناختی در میان مادران

1. Folkman

2. Little

3. Simmons

4. Brain

5. Gaudiano

دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم مقطع پیش دبستانی و ابتدایی و عوامل مرتبط با استرس و درماندگی روانشناختی در جوهربرهرو و هانگک زوهو انجام داد، به این نتیجه دست یافت که استرس و درماندگی روانشناختی در بین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سن پایین تر یعنی پیش دبستانی بیشتر از کودکان در سطح بالاتر یعنی مدارس ابتدایی می باشد. همچنین معلوم گردید که عوامل مرتبط با استرس مربوط به درک مادران و رابطه همسر می باشد و عوامل مرتبط با درماندگی روانشناختی مربوط به عوامل فرهنگی و رابطه همسر می باشد. آیزنهاور^۱ و همکاران (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی اعلام نمودند که پدر و مادر به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اغلب گزارش بالاتری از درماندگی روانشناختی نسبت به مادران کودکان معمولی ارائه می دهند .

نیاز های روانی- عاطفی والدین با میزان عقب ماندگی کودک ارتباط آماری مستقیم دارد و هر چه میزان معلولیت شدیدتر باشد، خانواده، نیازهای روانی بیشتری دارد (شاین^۲، ۲۰۰۴؛ آرنواد، ۲۰۰۸). نتایج پژوهشهای لیونگک^۳ و لی تسیانگک (۲۰۰۳) نشان دادند بین کیفیت زندگی والدین و سطح معلولیت فرزندان رابطه مثبتی وجود دارد. والدینی که کودکان دارای معلولیت شدید دارند، ممکن است تیدگی بیشتری را در هنگام مراقبت از آنها تجربه کنند. مراقبت کردن از یک کودک کم توان ذهنی استرسی را ایجاد می کند که کیفیت زندگی اعضای خانواده را از نظر جسمانی، شناختی، عاطفی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می دهد (لیونگک^۳ و پینی لی سانگ^۴، ۲۰۰۳). پژوهشی که توسط شیخ الاسلامی و همکاران (۱۳۹۵) انجام شد نشان داد که میزان استرس والدگری مادران دارای فرزند کم توان ذهنی بیشتر، و میزان شادکامی و انعطاف پذیری شناختی شان کمتر از مادران دارای فرزند ناتوان یادگیری است. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که نوع ناتوانی فرزند بر روی ویژگی های روانشناختی مادران شان تاثیر گذار است؛ به نوعی که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی استرس بیشتر و شادکامی و انعطاف پذیری شناختی کمتری نسبت به مادران دارای فرزند ناتوان یادگیری دارند. پژوهشگران بر این باورند که عوامل تعدیل کننده ای میان فشارهای روانی والدین و اختلالات کودک وجود دارد، مادران کودکان کم توان ذهنی نسبت به دیگر مادران

1. Eisenhower

2. Shin

3. Leung

4. Piny Li-Tsang

اختلالات روانی بیشتری پس از تولد فرزند خود دارند، با این حال معلوم نیست که آنها دچار اختلالات روانی بیشتری قبل از تولد هستند و یا این افزایش مربوط به بار مراقبت از کودک است (فیرتون^۱، ۲۰۱۵).

از جمله متغیرهایی که مادران کودکان استثنایی با آن درگیر هستند، مدیریت و تنظیم هیجانات^۲ است (تامپسون^۳، ۱۹۹۴). دوگاخت^۴، فیشر^۵ و هایزر^۶ (۲۰۰۴) معتقدند که نارسایی هیجانی به منزله عامل آسیب پذیری، فرد را برای تجربه عواطف منفی (درماندگی روانشناختی) و ناتوانی در تجربه عواطف مثبت (فقدان بهزیستی روانشناختی) مستعد می سازد. تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجانها در آنها پدید می آید و چگونه باید آن را ابراز نمایند (گراتز^۷ و ورومر^۸، ۲۰۰۴). نظریه های مختلف بر سر این مطلب توافق دارند که تنظیم هیجان موثر، شامل مهارت های مربوط به الف) آگاهی و ارزیابی هیجانها، ب) تنظیم هیجانها و ج) استفاده سازش یافته انطباقی از هیجانها است (برکینگ^۹، واپرمن^{۱۰}، ریچاردت^{۱۱}، پتیک^{۱۲}، دیپل^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۸؛ کول^{۱۴}، ۲۰۰۹). تحقیقات مختلف نشان داده اند که توانمندی افراد در تنظیم شناختی-هیجانی می تواند نقش مهمی را در سازگاری فرد با وقایع استرس زای زندگی بازی کند (ایسنبرگ^{۱۵}، فابس^{۱۶}، گاسری^{۱۷} و ریسر^{۱۸}، ۲۰۰۰). افراد در مواجهه با شرایط استرس زا از

1. Fairthorne

2. emotion regulation

3. Thompson

4. De Gucht

5. Fischler

6. Heiser

7. Gratz

8. Roemer

9. Berking

10. Wupperman

11. Reichardt

12. Pejic

13. Dippel

14. Koole

15. Eisenberg

16. Fabes

17. Guthrie

18. Reiser

استراتژی های متنوعی استفاده می کنند که به دودسته استراتژی های مثبت (تمرکز مجدد، برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و توسعه دیدگاه) و استراتژی های منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز و پذیرش) تقسیم می شوند (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹). در همین راستا گارنفسکی^۱، ریف^۲، جلیسما^۳، تروت^۴ و کرایچ^۵ (۲۰۰۷) در مطالعات خود نشان دادند که عموم افرادی که از افسردگی رنج می برند از استراتژی های منفی تنظیم شناختی هیجان همانند نشخوار فکری و تلقی فاجعه آمیز در رویارویی با شرایط ناگوار استفاده می کنند. گارنفسکی، کرایچ^۶ و اسپینهاون^۷ (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که رابطه روشنی بین تجربه ی حوادث منفی، راهبردهای تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی وجود دارد. نتایج پژوهش آن ها نشان داد که استفاده از برخی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، روی تجربه ی هر فرد از حوادث منفی زندگی تأثیر می گذارد. دیگر محققان نیز گزارش کردند که استفاده از راهبردهای غیرسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مادران دارای کودکان کند ذهن بیشتر بود و در این افراد میزان عواطف منفی همچون افسردگی، ناامیدی، مقصر دانستن خود و اضطراب شایع بود (نولن - هوکسما^۸، مک براید^۹ و لارسون^{۱۰}، ۲۰۰۹ و سولیون^{۱۱}، بیشاپ^{۱۲} و پی وایک^{۱۳}، ۲۰۱۱). توانایی آگاهی، شناسایی و نامگذاری هیجان ها، تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به هیجان، درک برانگیختگی هیجانی، تعدیل فعالانه هیجان منفی در رسیدن به احساس بهتر، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم تحمل آن از مهارت های تنظیم هیجانی است. مطالعات نشان داده اند همه این مهارت ها به طور معناداری با شاخص های مختلف سلامت روان در جمعیت عادی و بالینی همراه هستند (چامپلین^{۱۴}، کول^{۱۵} و زان-وکسلر^{۱۵}، ۲۰۰۵) و دشواری های تنظیمی

1. Garnefski

2. Rieffe

3. Jellesma

4. Terwogt

5. Kraaij

6. Kraaij

7. Spinhoven

8. Nolen-Hoeksema

9. McBride

10. Larson

11. Sullivan

12. Bishop

13. Pivik

14. Chaplin

15. Cole

هیجانی، می تواند سرآغاز شروع اختلالات روانی باشد (برکینگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ گراس، ۲۰۰۷؛ اسپنسر، ۲۰۱۱؛ آلدائو^۳، نولن-هوکسما و شویرز، ۲۰۱۰، ۴؛ درون^۵، توماس- اولیور^۶، واکن^۷ و فورتس بوربوسون^۸، ۲۰۱۳). گروس و لونسون (۱۹۹۷) گزارش کرده اند که بیش از ۵۰ درصد اختلالات محور یک و ۱۰۰ درصد اختلالات محور دو با نقایص مربوط به تنظیم هیجان همراه اند. در بعضی از این اختلالات مشکل تنظیم هیجان ضابطه اصلی تشخیصی محسوب می شود (کرینگ^۹ و ورنر^{۱۰}، ۲۰۰۴؛ گراشام^{۱۱} و گلون^{۱۲}، ۲۰۱۲). شواهد جدید در خصوص اختلالات اضطرابی نشان می دهد که مشکل در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در این اختلالات باشد (رودبوف و هیمرگ^{۱۳}، ۲۰۰۸). ورنر^{۱۳}، گولدین^{۱۴}، بال^{۱۵}، هیمرگ^{۱۶} و گراس^{۱۷} (۲۰۱۱) نشان دادند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب و سرکوب هیجانی بیشتری از گروه گواه مورد استفاده قرار می دهند. همچنین خودکارآمدی کمتری در انجام ارزیابی مجدد شناختی و بیان سرکوبی گزارش کردند. مارتین^{۱۸} و داهلن^{۱۹} (۲۰۰۵) دریافتند که تنظیم شناختی هیجان پیش بینی کننده افسردگی، اضطراب، تنیدگی و خشم است.

1. Zahn-Waxler

2. Spencer

3. Aldao

4. Schweizer

5. Doron

6. Thomas

7. Ollivier, Vachon

8. Fortes-Bourbousson

9. Kring

10. Werner

11. Gresham

12. Gullone

13. Werner

14. Goldin

15. Ball

16. Heimberg

17. Gross

18. Martin

19. Dahlen

نظریه های جدید در قلمرو هیجان، بر نقش مثبت و انطباقی هیجان تأکید دارند (فردریکسون^۱، ۲۰۰۱). طبق این نظریه ها هیجان می تواند نقش سازنده ای در حل مسئله و پردازش اطلاعات (مایر^۲ و سالووی^۳، ۱۹۹۵) و فرایند تصمیم گیری (ایزن^۴ و روزن زویگ^۵، ۱۹۹۴) داشته باشد. هنگامی که فرد با یک موقعیت روبرو می شود، احساس خوب و خوش بینی، به تنهایی برای کنترل هیجان های وی کافی نیست، او نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد (گروس، ریچارد^۶ و جان^۷، ۲۰۰۶). ایزارد^۸ و همکاران (۲۰۱۱) با تأکید بر تعامل هیجان و شناخت، معتقدند که دانش هیجانی نقشی تسهیل کننده در رشد تنظیم هیجانی دارد. شناخت ها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می کنند تا هیجان ها و احساسات خود را تنظیم کرده و مغلوب شدت هیجان ها نشوند. فرایندهای شناختی را می توان به فرایندهای ناهشیار (فراکنی و انکار) و هشیار (ملامت خویش، فاجعه سازی و نشخوارگری) تقسیم کرد. یافته های میرزایی و همکاران (۲۰۱۳) ارتباط معناداری را بین باورهای فراشناخت و راهبردهای تنظیم هیجان با اضطراب اجتماعی و کمرویی با و بدون علائم اضطراب اجتماعی نشان داد. اصطلاح فراشناخت^۹ به فرایند تفکر درباره تفکر کردن اشاره دارد (ولز، ۲۰۰۹). فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در برگیرنده ی دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کنند. در مطالعات اخیر فراشناخت به عنوان پایه بسیاری از مشکلات روان شناختی بررسی شده است (ولز، ۱۹۹۴). بر اساس این مطالعات عوامل فراشناختی با ایجاد سبک تفکر ناسازگارانه به تداوم هیجان های منفی می انجامند (ولز، ۲۰۰۵). بر این اساس نظریه ی کنش اجرایی خود نظم بخش^{۱۰} اولین نظریه ای که نقش فراشناخت را در سبب شناسی و تداوم اختلالات روانی مفهوم سازی کرده است (اسپادا^{۱۱}، نیک^۱، موننتا

1. Fredrickson

2. Mayer

3. Salovey

4. Isen

5. Rozenzweig

6. Richards

7. John

8. Izard

9. met cognitive

10. Self-Regulatory Executive Function Mode (S-REF)

11. Spada