

مقاله اصلی

اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران دارای دانش آموز کم توان ذهنی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۱

خلاصه

مقدمه

عقب ماندگی ذهنی اختلالی است که از کودکی نمایان می شود و با عملکرد عقلانی زیر متوسط (هوشبهر ۷۰ یا کمتر) مشخص می شود. هدف از این پژوهش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی شهر زاهدان بود.

روش کار

در پژوهش حاضر ۳۰ مادر دارای دانش آموز کم توان ذهنی، که در مدارس استثنائی ناحیه ۱ و ۲ این شهر در سال ۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند، به روش نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه کنترل، و آزمایش مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی تقسیم شدند. سپس تمامی شرکت کنندگان قبل و بعد از مداخله دو پرسشنامه تحمل پریشانی و پرسشنامه تاب آوری (کانر و دیویدسون) را تکمیل نموده و گروه آزمایشی نیز به مدت ۸ جلسه دو ساعته تحت آموزش مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری (نسخه ۲۲) و شاخص های توصیفی، تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره تحلیل شدند.

نتایج

یافته ها نشان داد که نمره کلی تحمل پریشانی و تاب آوری در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در قیاس با گروه کنترل افزایش یافته است. در کل نتایج نشان داد که تفاوت میانگین های نمرات ابعاد تاب آوری و نمرات ابعاد تحمل پریشانی در گروه درمانی آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد $P < 0/05$.

نتیجه گیری

در مجموع نتایج پژوهش حاضر بیان کننده این بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی موثر بوده است. بنابراین با توجه به یافته های به دست آمده می توان این درمان را به عنوان یک روش کارا جهت افزایش تحمل پریشانی و تاب آوری در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی پیشنهاد داد.

کلمات کلیدی

رفتار درمانی دیالکتیکی، تحمل پریشانی، تاب آوری، مادران، کم توان ذهنی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

طاهره راحت دهمرده^۱

محمود شیرازی^{۲*}

علی عرب^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)
^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

Email: mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

^۱ Mental retardation

مقدمه

کم توانی ذهنی نارسایی یا ناتوانی در عملکرد ذهنی، رفتارسازی و مهارتهای عملی، اجتماعی و فکری است که تا قبل از سن ۱۸ سالگی به وجود میآید (۱). در این میان آسیب پذیری مادران نسبت به سایر اعضای خانواده بیشتر است (۲). اضطراب و فشار روانی که در نتیجه یک کودک معلول به مادران این کودکان وارد میشود، منجر به ایجاد مشکلاتی در نقش والدگری ایشان شده و اساساً بروز عقب ماندگی ذهنی در فرزند، مشکلات هیجانی عدیده ای بر جو خانواده وارد می نماید (۳). که این مشکلات از سوئی موجب اختلال در بهداشت روانی افراد خانواده شده و از سوی دیگر محیط سالم و آرام خانواده را مخدوش می سازد (۴). مطالعات بیانگر آن است که کودکان دارای والدین مضطرب نسبت به والدین سالم بیشتر در بیمارستان بستری میشوند و میزان مرگ و میر بالاتری دارند (۵). و نرخ بالاتری از مشکلات سلامتی مانند آسم، آلرژی، سرفه، سرماخوردگی مکرر، سر درد و سوء هاضمه را در مقایسه با کودکان والدین سالم تجربه میکنند (۶). از آنجا که والدین، مهمترین افراد در سیستم حمایتی کودک به شمار می آیند، لذا کودکان با والدین دچار مشکلات روانی، اختلالات رفتاری بیشتری دارند و بیشتر در معرض ابتلا به اضطراب نیز هستند (۷). کاهش سطح تحمل پریشانی یکی از علائم روان شناختی مهم در خانواده های دارای فرزند معلول است که در رابطه با توانایی تجزیه و تحلیل موقعیتهای روان شناختی، نمود می یابد (۸). تحمل پریشانی، به توانایی تجربه و تحمل موقعیتهای روان شناختی منفی اطلاق میگردد، پریشانی ممکن است در نتیجه فرایندهای جسمانی و روان شناختی باشد؛ اما بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی مشخص میگردد (۹). طبق نظریه های سیستمی خانواده، رفتار هر یک از اعضای خانواده موجب تاثیر در رفتار سایر افراد خانواده قرار می گیرد. لذا وجود هر گونه اختلال روانپزشکی در کودکان و همچنین

والدین، موجب تاثیرگذاری بر سایر افراد خانواده میشود (۱۰). آن دسته از والدینی که انتظار دارند فرزندان آنها هدف هایی را که خود در زندگی نتوانستند به آنها برسند بر آورده سازند با ورود کودک کم توان ذهنی به زندگی، یاس و ناامیدی را تجربه می کنند، لذا بطور مضاعف ضربه می خورند. (۱۱). نتایج زارع (۱۲) حاکی از آن است که مشکلات خلقی و اضطرابی در والدین کودکان دارای مشکلات ناتوانی بیشتر است و از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند. نتایج تحقیقی نیز حاکی از آن است که مادران کودکان عادی افرادی خویشتن دارتر هستند. در حالی که مادران دانش آموزان کم توان ذهنی افرادی مهربان، محتاط، کمرو، منزوی، مضطرب، هیجانی تر، دلمشغول، تنیده و دارای تنش عصبی بیشتری هستند (۱۳). همچنین گزارش شده است که مادران دارای دختر کم توان ذهنی نسبت به مادران دختران عادی سازگاری اجتماعی کمتری (۱۴) و نشخوار ذهنی بیشتر برخوردار هستند (۱۵). یکی از روشهای درمانی جدید که به درمان موج سوم معروف است و در سال های اخیر توجه بسیاری از روانشناسان را به خود جلب کرده است، رفتار درمانی دیالکتیکی است. رفتار درمانی دیالکتیکی یک روش شناختی- رفتاری است که اولین بار برای درمان بیماری مرزی به کار رفت و هسته اصلی آن هیجان است (۱۶). رفتار درمانی دیالکتیکی با الهام از «اصل تغییر» درمان شناختی- رفتاری و «اصل پذیرش» توسط لینهان شکل گرفته است (۱۷). رفتار درمانی دیالکتیکی علاوه بر تغییر رفتاری، از راهکارهای پذیرش و ذهن آگاهی نیز در جهت افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند که این را می توان از امتیازات رفتار درمانی دیالکتیکی بر رفتار درمانی شناختی به حساب آورد (۱۸). یکی از مهارت های رفتار درمانی دیالکتیکی تحمل پریشانی است که میزان تحمل افراد و مقاومت در برابر شرایط روانی منفی و تجربه آن را تحمل پریشانی

ارائه شد. تشخیص دانش آموزان مبتلا به کم توانی ذهنی دارای آسیب ذهنی، بر اساس نظر نورولوژیست کودکان و نیز روان پزشک کودکان و نیز مقیاسهای سنجش بهره هوشی که در قبل از ورود به مدرسه از دانش آموزان گرفته شده است انجام شده بود. و در نهایت مداخلات و آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی توسط ۲ روان شناس تربیتی و بالینی انجام گردید. و همچنین از هر ۲ گروه پیش آزمون اخذ گردید. که شامل پرسشنامه ی تحمل پریشانی گاهر و سیمونز و نیز پرسشنامه تاب آوری کانر دیوید سون است. سپس گروه آزمایش روش درمانی مربوطه را دریافت کردند. پس از پایان یافتن جلسات مداخله، از هر ۲ گروه پس آزمون گرفته شد.

ملاکهای ورود آزمودنیها عبارت بود از جنسیت زن بودن، داشتن دانش آموز کم توان ذهنی خفیف، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش.

ملاکهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، دریافت سایر مداخلات روان شناختی، سوء مصرف مواد، عدم مصرف داروهای روانپزشکی

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه تاب آوری

منظور از تاب آوری در این پژوهش نمره ی فرد در پرسشنامه ۲۵ سوالی تاب آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). است. که جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است (۲۲).

. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) انجام شد (۲۳). پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بدست آمد (۲۳). با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هرگویه با

میگویند. مهارت تنظیم هیجان مهارت دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک است. (۱۹). بحرینیان و همکاران در پژوهشی فراتحلیلی به این نتیجه دست یافتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی تاثیر مثبت معناداری در کاهش فاجعه سازی و نشخوار فکری مادران کم توان ذهنی دارد (۲۰). لذا انجام این پژوهش می تواند در جهت بهبود آسیب های روانی مادران کودکان استثنایی راهگشا و از طرفی شروع کننده پژوهش های دیگری باشد. بر این اساس در این تحقیق به نقش و اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران دارای دانش آموز کم توان ذهنی پرداخته شده است.

روش کار

این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش مادران دانش آموزان مدارس استثنایی ناحیه ۱ و ۲ شهر زاهدان در سال ۱۳۹۹ می باشد. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند کم توان ذهنی که به صوت غیر تصادفی و با توجه به معیارهای ورود انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. روش تعیین حجم نمونه با توجه به نظر متخصصین آمار که بیان شده که برای تحقیقات آزمایشی از نمونه ۳۰ تایی یا بیشتر می توان استفاده نمود. و نیز مرور ادبیات پژوهشی، این تعداد برای نمونه در این مطالعه انتخاب گردید (۲۱). مادران در گروه آزمایش برابر ۸ جلسه تحت آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. البته قبل از انجام مداخله موضوع در کمیته اخلاق و پژوهش داتشگاه مطرح شد، و مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش اخذ گردید. و آزمودنی ها با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند البته لازم به ذکر است که تمام موارد اخلاقی انجام پژوهش در ابتدا برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و آنها با رضایت و آگاهی کامل در این مداخله شرکت نمودند، و اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آنها در جلسه، تعداد و زمان جلسات

نمره‌ی کل مقوله‌ی ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بدست آورد.

۲- پرسشنامه تحمل پریشانی (*Distress Tolerance Scale*)

این مقیاس، یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهل ساخته شده است، این مقیاس دارای ۱۵ گزینه می باشد که ۴ خرده مقیاس آن به عناوین تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت نمره گزارش می شوند،

، این پرسشنامه برای اولین بار در ایران در مطالعه علوی و همکاران ۱۳۹۰ در دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد مورد استفاده گرفته که در نتیجه آن پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل خرده‌مقیاس ۰/۷۱ و پایایی متوسطی برای خرده مقیاس‌ها نشان داد که عبارتند از ۰/۵۴ برای خرده مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم افزایش در تحمل بدست آمد (۲۴).. همچنین در مطالعه ریحانی و همکاران در سال ۱۳۹۳ ضریب آلفا برای هر کدام از زیر مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس تحمل پریشانی ۰/۸۲ بدست آمده است (۲۵).

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک لینگ و همکاران (۲۰۰۳)

جلسات	محتوای جلسات آموزشی
جلسه اول	تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه دیالکتیک، آشنایی با مفهوم هوشیاری فراگیر و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا).
جلسه دوم	مهارت‌های هوشیاری فراگیر دسته اول: مهارت‌های چه چیز (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن) دسته دوم: مهارت‌های چگونه (شامل مهارت اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود هوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن).
جلسه سوم	بخش اول مؤلفه‌های تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران: ۱- مهارت‌های پرت کردن حواس
جلسه چهارم	۲- مهارت‌های خود آرام سازی با حواس پنجگانه
جلسه پنجم	۳- مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان
جلسه ششم	بخش دوم مؤلفه‌های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت ۱- پذیرش محض ۲- برگرداندن ذهن ۳- رضایت مندی
جلسه هفتم	در این بخش به آموزش مهارت‌های مؤلفه‌های تنظیم هیجان پرداخته شد و دارای چه مؤلفه‌هایی می باشد، آموزش الگوی شناسایی هیجانات و برجسب زدن به آن‌ها، پذیرش هیجانات حتی در صورت منفی بودن، آموزش مهارت‌های تاب آوری نیز بیان شد
جلسه هشتم	بخش دوم مؤلفه‌های تنظیم هیجان: آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه مدت (مثل تفریح) و تجارب هیجانی مثبت بلند مدت (از طریق کار کردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و هوشیاری فراگیر نسبت به تجارب مثبت)، آموزش رها کردن رنج هیجانی از

طریق پذیرش هیجان‌ها و تغییر دادن هیجان‌ها منفی از طریق کنش متضاد با هیجان و در ادامه به آموزش تاب آوری نیز پرداخته شد

سپس داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ شده و با استفاده از روش‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها به وسیله آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

هیچکدام از دانش آموزان تک فرزند نبودند. ۴۶/۷ درصد از مادران هر دو گروه کنترل و آزمایش شاغل بوده و ۵۳/۳ دیگر فاقد شغل و خانه دار بودند. و حدود ۵۰ درصد از خانواده‌ها وضعیت اجتماعی و اقتصادی متوسط و نیمی دیگر از این لحاظ در سطح نامطلوب و وضعی قرار داشتند.

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که ۵۳/۳ درصد از نمونه‌ها در گستره سنی ۲۵-۲۰ سال، ۷۳/۴ در گستره سنی ۳۰-۲۶ سال، ۵۳/۳ درصد از نمونه‌ها در گستره سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. و از نظر تحصیلات ۶۶/۷ درصد سطح تحصیلی دیپلم، ۷۳/۳ درصد در سطح تحصیلی فوق دیپلم، و ۶۰ درصد در سطح تحصیلی لیسانس قرار داشتند.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون میانگین (انحراف استاندارد)	پس آزمون میانگین (انحراف استاندارد)
تحمل پریشانی هیجانی	آزمایش	۱۵	۱۲/۶۶ (۲/۰۹)	۶/۸۰ (۲/۳۰)
	کنترل	۱۵	۸/۳۳ (۳/۰۶)	۷/۳۳ (۲/۹۶)
جذب شدن به وسیله هیجان‌ها منفی	آزمایش	۱۵	۹/۷۳ (۲/۶۸)	۹/۸۶ (۳/۲۹)
	کنترل	۱۵	۸/۴۰ (۲/۶۹)	۱۲/۴۶ (۱/۵۵)
ارزیابی	آزمایش	۱۵	۱۵/۸۰ (۵/۷۸)	۱۸/۲۶ (۴/۲۶)
	کنترل	۱۵	۱۶/۸۶ (۳/۷۳)	۱۳/۲۶ (۳/۳۶)
تنظیم	آزمایش	۱۵	۲/۷۳ (۰/۷۹)	۷/۹۳ (۲/۶۵)
	کنترل	۱۵	۹/۴۰ (۲/۱۹)	۵/۸۰ (۱/۶۹)
نمره کل تحمل پریشانی	آزمایش	۱۵	۴۰/۰۰ (۵/۵۶)	۴۳/۴۶ (۵/۶۲)
	کنترل	۱۵	۴۱/۴۰ (۷/۲۲)	۳۸/۸۶ (۵/۶۶)

گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در قیاس با گروه کنترل کاهش و نمره‌های مربوط به ارزیابی هیجان‌ها،

نتایج جدول فوق نشان داد که نمره‌های مربوط به تحمل پریشانی هیجانی و جذب شدن به وسیله هیجان‌ها منفی در

تنظیم هیجانات و نمره کلی تحمل پریشانی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در قیاس با گروه کنترل افزایش یافته است.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب آوری در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون میانگین (انحراف استاندارد)	پس آزمون میانگین (انحراف استاندارد)
تصور از شایستگی فردی	آزمایش	۱۵	۲۳/۶۰ (۵/۱۳)	۲۶/۷۳ (۳/۷۶)
	کنترل	۱۵	۲۴/۴۰ (۳/۲۴)	۲۱/۹۳ (۳/۴۷)
اعتماد به غرایز فردی (تحمل عاطفه منفی)	آزمایش	۱۵	۱۸/۸۶ (۲/۵۸)	۲۲/۸۰ (۲/۶۵)
	کنترل	۱۵	۲۲/۶۶ (۳/۵۷)	۱۸/۳۳ (۳/۲۲)
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	آزمایش	۱۵	۱۳/۸۰ (۲/۶۵)	۱۷/۱۴ (۲/۲۹)
	کنترل	۱۵	۱۵/۹۳ (۲/۹۶)	۱۲/۲۰ (۲/۷۸)
کنترل	آزمایش	۱۵	۵/۴۶ (۱/۵۹)	۱۰/۰۰ (۱/۶۹)
	کنترل	۱۵	۱۰/۸۰ (۱/۹۳)	۷/۸۶ (۲/۱۳)
تأثیرات معنوی	آزمایش	۱۵	۳/۴۰ (۱/۷۲)	۶/۷۳ (۱/۰۹)
	کنترل	۱۵	۵/۴۰ (۱/۰۵)	۳/۳۳ (۱/۱۷)
نمره کلی تاب آوری	آزمایش	۱۵	۶۵/۱۳ (۶/۹۱)	۸۳/۴۰ (۴/۲۹)
	کنترل	۱۵	۸۰/۲۰ (۷/۵۰)	۷۳/۵۳ (۱۱/۶۹)

نمره کلی تاب آوری در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در قیاس با گروه کنترل افزایش یافته است.

نتایج جدول فوق نشان داد که نمره‌های مربوط تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی (تحمل عاطفه منفی)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل، تأثیرات معنوی و

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات ابعاد تحمل پریشانی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تحمل پریشانی هیجانی	۱۲۰	۱	۱۲۰	۱۷/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
	۵۰/۷۰	۱	۵۰/۷۰	۷/۶۵	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۷۶
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	۱۸۷/۵۰	۱	۱۸۷/۵۰	۱۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۳
	۳۴/۱۳	۱	۳۴/۱۳	۶/۸۵	۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۷۱
ارزیابی تنظیم							

۰/۶۳	۰/۱۷	۰/۰۲	۵/۷۴	۷۷۳/۴۶	۱	۷۷۳/۴۶	نمره کل تحمل پریشانی	
				۶/۸۸	۲۸	۲۶۳۶	تحمل پریشانی هیجانی	خطا
				۶/۶۲	۲۸	۳۹۷۷	جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی	
				۱۴/۷۸	۲۸	۸۰۵۹	ارزیابی	
				۴/۹۷	۲۸	۱۵۸۸	تنظیم	
				۲۷/۶۲	۲۸	۵۱۷۷۳	نمره کل تحمل پریشانی	

همانطور که در جدول فوق مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین مادران دارای دانش آموز کم‌توان ذهنی گروه آزمایش و کنترل از تحمل پریشانی هیجانی ($F = 17/42, P \leq 0/001$)، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی ($F = 7/65, P \leq 0/01$)، ارزیابی ($P \leq 0/001$)، تنظیم ($F = 12/68, P \leq 0/01$) و نمره کلی تحمل پریشانی ($F = 5/74, P \leq 0/02$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش تحمل پریشانی هیجانی و جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی و افزایش ارزیابی هیجان‌ات، تنظیم هیجان‌ات و نمره کلی تحمل پریشانی گروه آزمایش شده است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون مربوط به تاب آوری گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	درجات آزادی	خطا	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۷	۱۰	۱۹	۸۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۲	۱۰	۱۹	۸۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون اثر هتلینگ	۴۶/۹۵	۱۰	۱۹	۸۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۴۶/۹۵	۱۰	۱۹	۸۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران دارای کودکان کم توان ذهنی بود. براین اساس نتایج مطالعه حاضر، نشان داد برنامه آموزشی رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش

همانطور که در جدول فوق مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن است که بین مادران دارای دانش آموز کم‌توان ذهنی آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = 46/95, P \leq 0/001$)

در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در قیاس با گروه کنترل افزایش یافته است. نتایج این فرضیه با نتایج تحقیقات؛ اهرینگ (۲۹)، دیکات (۳۰)، گودمن (۳۱)، مبارک (۳۲) همسو است؛ بطوریکه در تحقیقی که توسط مبارک و همکاران با عنوان منابع استرس در والدین کودکان کم توان ذهنی: یک تحقیق مقدماتی در عربستان انجام شد نتایج حاکی از سطوح استرس ادراک شده بالاتر در مادران سعودی در مقایسه با پدران با توجه به رابطه کلی والد-کودک، ویژگی‌های فردی کودک و ویژگی‌های والدین بود (۳۲) در تبیین این یافته میتوان گفت رفتاردرمانی دیالکتیکی در پروتکل درمانی که ارائه میکند چهار بخش ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، اثربخشی بین فردی و تحمل آشفتگی را آموزش میدهد (۳۳). از اینرو با توجه به نتایج این فرضیه میتوانیم اذعان کنیم که این درمان توانسته بر تاب آوری مادران تأثیر مطلوب بگذارد. (۳۴). درمان دیالکتیکی با استفاده از مهارتهای ارتباطی، خودآگاهی، حل مسئله، کنترل رفتار، کمک خواهی، خوش بینی، حذف باورهای غلط، همدلی و قدرت تصمیم گیری قادر است تفکر امیدوارانه رادر مادران افزایش دهد و از این طریق به بهبود مهارت تاب آوری آنان کمک کند (۳۵). در راستای پژوهش های کرایگ مبنی بر اینکه در کار با این مادران باید مداخلاتی تحت بررسی قرار گیرند که تاب آوری را هدف ارتقا قرار دهند؛ (۳۶). همچنین تاب آوری با روابط حمایتی والدین، همسالان، دیگران و همچنین با باورهای فرهنگی و سنتی به افراد برای مقابله با ضربه های غیر قابل اجتناب زندگی کمک می کند. افزایش تاب آوری در این مادران می تواند بخش مهمی از زندگی آنان را تغییر دهد، به نحوی که افراد با تاب آوری بالا خواهند توانست در مقابله با مسائل زندگی خود دقیق تر عمل کنند. طرحواره درمانی می تواند بر تاب آوری و تحمل پریشانی، در زمان

تحمل پریشانی مادران دارای دانش آموز کم توان ذهنی موثر بوده است بطوریکه نمره های مربوط به تحمل پریشانی هیجانی و جذب شدن به وسیله هیجانات منفی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در قیاس با گروه کنترل کاهش و نمره های مربوط به ارزیابی هیجانات، تنظیم هیجانات و نمره کلی تحمل پریشانی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در قیاس با گروه کنترل افزایش یافته است. این یافته با پژوهش های ریحانی (۲۶) بینگتون (۲۷) چلسی (۲۸) همسو است. نتایج هر یک از پژوهش های مذکور نشان دهنده آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک ناتوان ذهنی بود. در تبیین این یافته پژوهشی میتوان گفت یکی از عوامل مشکلات اساسی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی فقدان تواناییهای ارتباطی لازم و اساسی در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره است، بسیاری از آنها در رویارویی با مسائل زندگی فاقد تواناییهای لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره آسیب پذیر کرده است (۳۲). درمان دیالکتیکی با استفاده از مهارتهای ارتباطی، خودآگاهی، حل مسئله، کنترل رفتار، کمک خواهی، خوش بینی، حذف باورهای غلط، همدلی و قدرت تصمیم گیری قادر است تفکر امیدوارانه و هدفدار را در مادران افزایش دهد و از این طریق به ارتقای سلامت روان و افزایش تحمل پریشانی آنها کمک کند (۳۱). از این رو با توجه به این نتایج میتوانیم اذعان کنیم که این درمان توانسته بر افزایش تحمل پریشانی مادران تأثیر مطلوب میگذارد. در ادامه دیگر نتایج، حاکی از این است که نمره های مربوط به تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی (تحمل عاطفه منفی)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل، تأثیرات معنوی و نمره کلی تاب آوری

در جامعه، ضروریست مداخلات درمانی روانشناختی به موقع از جمله درمان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی گروههای هدف انجام گردد. بنابراین می توان پیشنهاد داد که از درمانها و مداخلات روانشناختی از جمله رفتار درمانی دیالکتیکی در متغیرهای دیگری علاوه بر تاب آوری و تحمل پریشانی مثل تنظیم شناختی و ناگویی هیجانی و .. بهره برد.

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه مادران شرکت کننده در این پژوهش و تمامی عوامل مدارس استثنائی شهر زاهدان و نیز اساتید محترم کمال تشکر و قدر دانی را دارم .
ضمنا این مقاله برگرفته از رساله دکتری با کد اخلاق IR.USB.REC.1399.039 دانشگاه آزاد واحد زاهدان می باشد.

شروع حملات استرس از فرد در مقابل بدعملکردی خُلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت کند (۳۷). بررسی ها نشان می دهند که عوامل مختلفی در ایجاد تاب آوری نقش دارند لذا پژوهش حاضر رفتاردرمانی دیالکتیکی را به عنوان یکی از این مداخلات مؤثر در این حوزه مطرح میکند. بر این اساس به پژوهشگران پیشنهاد میشود این مداخله را با دوره های مداخله ای دیگر در طرحهای مقایسه ای به کار گرفته شود تا میزان اثربخشی آن با دقت بیشتری بررسی شود. ضمنا پژوهش حاضر با محدودیت هایی از جمله محدودیت در انجام نمونه گیری تصادفی و نیز محدودیت در برگزاری جلسات به طور منظم به خاطر شرایط کرونا و عدم همکاری برخی نمونه ها مواجه بود. در نهایت می توان نتیجه گرفت باتوجه به ماهیت معلولیت ها به ویژه کم توانی ذهنی و نیز شیوع نسبتا بالای آن

References

1. Ebrahimi, Mohammad Esmaeil, Zamani, Narges, Ansari, Mojtaba (2015) A Study of the Relationship between Tolerance and Helplessness and Basic Cognition in Mothers of Children with Mental Disorders and Mothers of Children with Physical Disabilities, *Journal of Disability Studies*, Volume 8, Number 1
2. Amini, Arezoo, Shariatmadari, Asieh (2015), The effectiveness of group dialectical behavior therapy on catastrophe and rumination in mothers of mentally retarded children, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, Volume 9, Number 34, pp. 190-171
3. Aghababaei, Sara, Esteki, Nasim, Abedi, Ahmad (2013), Comparison of coping methods with mental retardation of mentally retarded children, cerebral palsy and normal, *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, Volume 3, Number 1, p. 68-76
4. Bahrami, Fatemeh, Zahedi, Younes (2015), The effectiveness of dialectical behavioral therapy of group increase on life expectancy and resilience of mothers of exceptional children, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, Volume 9, Number 35
5. Akbarifar, Hossein, 2014, The effectiveness of cognitive-behavioral education on reducing the punitive behavior of mothers of mentally retarded children, mild Master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran
6. Hassani, Akram 2012, The Effectiveness of Forgiveness Therapy Training on Marital Satisfaction of Mothers and Admission of Mentally Retarded Children, M.Sc. Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran
7. Hatami, Hamid and Safaei, Haidar and Abbasi Abarzegeh, Mojgan, 2017, Comparison of early maladaptive schemas and attachment styles in mothers with mentally retarded children with mothers with normal children, *Afagh Journal of Humanities*, Volume 3, Number 29, 125- 130
8. Sidasmali, Nastaran, 2013, The effect of mindfulness training on reducing stress in mothers of mentally retarded children, Master Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran
9. Sadeghi, Masoud, Alipour, Kobra, Padrvand, Hafez, Padrvand, Ehsan (2015) The effectiveness of dialectical behavior therapy in a group on stress tolerance and anger control skills of mothers with children with mental retardation, *Journal of Psychology and Psychiatry and Cognition*, Year 7, number 4
10. Ghaderi, Shilan, Rostami, Changiz, Pashaei, Tahereh (2016) Predicting job performance and productivity based on personality traits, *Journal of Midwifery, Nursing, Paramedical*, Volume 2, Number 1 48-58

11. Emadi, Azam, 2012, The effectiveness of hope therapy training on resilience of mothers of mentally retarded children in Genaveh, M.Sc. Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran.
12. Zare, Razieh, 2013, The effectiveness of patience training on the hope and psychological well-being of mothers of children with mental disabilities, Master Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran
13. Moradpour Jamasb, Aliabadi Samaneh, Poursadegh Abbas, 2013, The effectiveness of self-awareness and assertiveness skills training on adaptation and self-esteem of mothers of mentally retarded children, *New Care* 10 (1) 52-43.
14. Malekzadeh, Mohammad, Movahedzadeh, Bahram, Haghghi, Sadegh (1399), Part of dialectical behavior therapy in a group on the self-efficacy of coping with problems in substance abusers, *Armaghan Danesh Magazine*, Volume 25, Number 2, pp. 275-286 –
15. Naimi, Ebrahim, Tajeri, Zohreh (1396) The effectiveness of multiple special skills training on reducing stress and increasing the happiness of mothers of autistic students. *Culture of counseling and psychotherapy*. 8 (32). 17-37.
16. Yavari, Abdolreza, Sarvari Frank, Rezaei Mohammad, Veisi Farzad, Tahmasebi Bahram, Dalvand Hamid, 2014, The relationship between life expectancy and early maladaptive schemas in mothers of mentally retarded children in Kermanshah in 2014, *Journal of Journalists* Volume 13, Number 2 , Winter 1393, pages 32 to 39.
17. Arellano, A., Denne, L. D., Hastings, R. P., and Hughes, J. C. (2017). Parenting sense of competence in mothers of children with autism: associations with parental expectations and levels of family support needs. *J. Intellect. Dev. Disabil.* 44, 212–218. doi: 10.3109/13668250.2017.1350838
18. Blacher K, Kamin, A, Hatonen H, et al. (2016) Mobile phone text message reminders: Measuring preferences of people with antipsychotic medication. *Schizophr Res.* 2015;168(1-2):514–22. doi:10.1016/j.schres.2015.07.044. [PubMed:26293215].
19. BAndosi V, Boujar A, Ski, Miler, Patl, Kanoli. Development of a guide book for elementary school teachers in inclusionary physical education for students with mental retardation. *Procedia Soc Behav Sci. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016; 45(2):242-51.
20. Bahrainis Seyed Abdolmajid, Haji Alizadeh Kobra, Ebrahimi Leila, Hashemi Gorji Umm Al-Banin, 2012, Comparison of personality traits and adjustment of mothers of mentally retarded and normal students in Tehran in 2008-2009, *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional People*, 7th (Fall 2012)).
21. Delavar A. Probability and applied statistics in psychology and educational sciences (with revisions and additions). Tehran: Roshd publication. 2020. (Persian).
22. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*
23. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Resilience and Mental Health and Life Satisfaction. *J Psychiatry Clin Psychol.* 2007;13(3):290-5. (Persian).
24. Alavi K, Modarres Ghorori M, Amin Yazdi S, Salehi Fedredi J. The effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy in a group method (based on the components of fundamental universal consciousness, anxiety tolerance and emotional regulation) on the symptoms of depression in students. *J Ment Health Princ.* 2012;13(2):124-35. (Persian).
25. Osanloo A, Kashfi S. The Role of Social Workers in the Prevention of Juvenile Delinquents. *J Women Police.* 2011;5(14).
26. Rihani, Tayebbeh, Generosity Pourzohreh, Heidarzadeh, Mohammad (2014) The effect of spiritual self-care education on the tolerance of mothers of premature infants admitted to the neonatal intensive care unit, *Journal of Obstetrics, Gynecology, Midwifery*, Volume 17, Number 97, pp. 18-27
27. Beighton, C., and Wills, J. (2017). Are parents identifying positive aspects to parenting their child with an intellectual disability or are they just coping? A qualitative exploration. *J. Intellect. Disabil.* 21, 325–345. doi: 10.1177/1744629516656073
28. Chelsey W. Valenstein, HsMah, Han Tran, Alexandra M King (2016) «Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals With Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes: Cognitive and Behavioral Practice» 24(3). DOI:10.1016/j.cbpra.2016.06.004
29. Ehring, T., and Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *Eur. J. Psychotraumatol.* 5, 23547. doi: 10.3402/ejpt.v5.23547
30. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 201v; 45(2):242-51.

31. Goodman ,S, McBride A Larson J.(2014) Rumination and psychological distress among bereaved partners. *J Pers Soc Psychol.* ; 1(72):855-62.
32. Aldosari MS, Pufpaff LA. Sources of stress among parents of children with intellectual disabilities: A preliminary investigation in Saudi Arabia. *JOSEA.* 2014;3(1):3.
33. Malik, P. and Anovin, N. Larkin.Kerous.Ras(2019). Adaptive working memory training can reduce anxiety and depression vulnerability in adolescents. *Developmental Science:* 10.1007/s10578-018-0859-8.
34. Wilkso J, Mesh. JC, Tiana T, Cebria A, , et al. (2016). Dialectical Behavior Therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical Trial. *Behaviour Research and Therapy.* 47(3): 353-358.
35. Tavakolizadeh, J., Dashti, S., & Panahi, M. (2015). The effect of RationalEmotional Traning on Mothers` Mental Health Condition of Children with Mental Retardation. *Journal of Social and Behavioral Sciences,* 69(24). 649-658.
36. Kerayg,K.BEtngar. C. Dobson, K.. (2017). Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of affective disorders:* 10.1016/j.jad.2017.03.047.
37. Alamdari E. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction and quality of life of infertile couples [Master's thesis]. Ardebili: Mohagheh Ardebili University. Unpublished; 2013. (Persian).

*Original Article***The effectiveness of dialectical behavior therapy on the tolerance and distress of mothers with mentally retarded students**

Received: 03/10/2021 - Accepted: 31/01/2023

Tahereh Rahat Dahmardeh¹
 Mahmoud Shirazi^{2*}
 Ali Arab³

¹Phd student, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (Corresponding author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Email: mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

Abstract**Introduction**

Mental retardation is a disorder that manifests itself from childhood and is characterized by below average intellectual function (IQ 70 or less). The aim of this study was the effective effect of dialectical behavioral therapy on the tolerance of distress and tolerance of mothers with mentally retarded children in Zahedan.

Material and Method

In the present study, 30 mothers with students with mental disabilities, who were studying in exceptional schools in districts 1 and 2 of this city in 1399, were selected by non-random sampling and available randomly in two groups of control and behavior-based experiments. Dialectical therapy was divided. Then, all participants completed two distress questionnaires and a resilience questionnaire (Connor and Davidson) before and after the intervention, and the experimental group underwent dialectical behavioral therapy training for 8 two-hour sessions. During this period, the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using statistical software (version 22) and descriptive indices, multivariate and univariate analysis of covariance.

Results

The results showed that the overall score of distress tolerance and resilience in the experimental group in the post-test phase increased compared to the control group. In general, the results showed that there was a significant difference between the mean scores of resilience dimensions and scores of distress tolerance dimensions in the therapeutic group of dialectical behavior therapy training and control in the post-test stage $P < 0/5$.

Conclusion

Overall, the results of the present study showed that dialectical behavior therapy has been effective on anxiety tolerance and resilience of mothers with mentally retarded children. Therefore, according to the findings, this treatment can be used as an effective method to increase anxiety tolerance and Resilience suggested in mothers with mentally retarded children.

Key words

Dialectical Behavior Therapy, Distress Tolerance, Resilience, Mothers, Mental Retardation

Acknowledgement: There is no conflict of interest