***اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس، نشانگان افسردگی و تنظیم شناختی هیجان در مادران دارای دانش آموزان کم توان ذهنی***

حسین شاره[[1]](#footnote-1)، مینا یزدانیان [[2]](#footnote-2)

*چکیده*

**هدف:** هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر نشانگان افسردگی، استرس و تنظیم شناختی هیجان در مادران دارای دانش آموز کم توان ذهنی شهر نیشابور بود.

**روش:** روش پژوهش از نوع نيمه آزمایشي و طرح پيش آزمون- پس آزمون همراه با دوگروه آزمایش، بود. جامعه آماری پژوهش تمامی مادران دارای دانش اموز کم توان ذهنی در سال 1400-1399 که کودک آنها عضو مراکز استثنایی شهرستان مشهد بود و 134 نفر از آنها به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش(67 آزمودنی) و کنترل(67 آزمودنی) قرار گرفتند. آزمودنی ها به پرسشنامه های افسردگی اضطراب استرس Dass-21، افسردگی بک (1993) و تنظیم شناختی هیجان گراس و جان (2003)پاسخ دادند. داده ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج نشان میدهند؛ سطح معناداری متناظر با نمرات پیش آزمون برای هر سه متغیر استرس، نشانگان افسردگی و تنظیم شناختی هیجان کمتر از ۰۵/۰ میباشد. بنابراین نتایج نشان داد که آموزش مهارت های دیالکتیکی بر استرس، افسردگی و تنظیم شناختی هیجان در مادران دارای دانش اموز کم توان ذهنی موثر است (5/0 > p).

**واژه های کلیدی:** رفتار درمانی دیالکتیکی، استرس، نشانگان افسردگی، تنظیم شناختی هیجان، کم توان ذهنی

**مقدمه**

کم توانــی ذهنــی شــرایطی مادامالعمــر بــا شــیوع یــک درصــد اســت کــه در ســالهای رشــد نمایــان می­شــود و بــا عملکــردمتوســط و محدودیت­هــای ذهنــی عمومــی در عملکردهــای انطباقــی مشــخص می­شــود (McKenzie ,Milton , Smith & OuelletteKuntz,2016) وجــود کــودکان کمتــوان ذهنـی و دارای تأخیـر رشـدی در خانـواده، همـه اعضـای خانـواده به ویــژه والدیــن را متحمــل احســاس گنــاه، اســترس، اضطــراب، تــرس، افســردگی، انــکار، پرخاشــگری و خجالــت می­کنــد (Heifetz, Brown, Chacra, Tint, Vigod, Bluestein & Lunsky,2019 ) ایـن احسـاسها در مـادران در مقایسـه بـا سـایر اعضـای خانـواده از جملـه پـدران که مسـئول مسـتقیم مراقبـت از کودکان هسـتند، بیشـتر اسـت؛ بـه طـوری کـه مـادران دارای کـودک معلـول درمقایســه بــا مــادران دارای کــودکان عــادی بیشــتر هیجانهــا و احســاسهای منفــی و کمتــر هیجانهــا و احســاسهای مثبــت را تجربــه میکننــد(Weiber, Tengland, Berglund & Eklund,2018 ) برای بسیاری از ماداران داشتن کودک دانش­آموزان کم­توان ذهنی پذیرش واقعیت بسیار مشکل است. همین عدم انطباق با مشکل کودک به بروز افسردگی و اضطراب در آنها منجر می­شود((Song, Mailick, Greenberg, Ryff & Lachman,2018

ویژگی های خاص این اختلال و هم چنین گاهی تشخیص دیر هنگام دشوار، بروز علایم بعد از یک دوره ی طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان های قطعی موثر و پیش آگهی نه چندان مطلوب، می تواند فشار شدیدی را بر والدین کودک تحمیل کند. به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، والدین و به خصوص مادران دارای دانش آموزان کم توان ذهنی از تنش ها و فشار های روانی زیادی رنج می برند (Moghtadar, Akbari, Haghgoo, Siahgovai, 2016)استرس پایداری که داشتن فرزند کم توان ذهنی بر والدین تحمیل می کند ممکن است ادراک مراقبان را از فرزند پروری تغییر دهد و خوش بینی آنها را به آینده خود و نیز آینده فرزندشان بکاهد.اختلالات شناختی کودک مشکلات رفتاری، خلق و خوی تحریک پذیر، بیش فعالی، لجبازی، مشکلات تغذیه ای, ناتوانی در مراقبت از او, کارکرد انطباقی پایین، نقایص زبانی، ناتوانایی در یادگیری، تحمیل محدودیت ها بر زندگی خانوادگی، جدا شدن از دوستان و خانواده و نیز نیاز به مراقبت در سراسر عمر سبب افزایش استرس والدین دانش آموزان کم توان ذهنی می شود(Aali, Yazdi, Eid Khodaei , Saeed , Ali Mahroori , 2015).

پژوهش های مختلف نشان می­دهد که والدین دانش­آموزان کم­توان ذهنی بیش از والدین کودکان با اختلال های روانشناختی دیگر در معرض فشار های روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارد. یکی از مشکلاتی که والدین دانش آموزان کم توان ذهنی به چشم می خورد بی نظمی در بروز هیجانات است و تحقیقات نشان می دهند هر چقدر افراد مهارت های بیشتری داشته باشند می تواند از راهبرد های بهتری برای تنظیم شناختی هیجان خود استفاده کند زیرا هیجان تنظیم نشده با انواع آسیب های روانی همراه است برای مثال عدم تنظیم شناختی هیجان می تواند منجر به رفتار­های مشکل آفرینی مثل خشونت شود. (Gillham, Adams-Deutch, Werner, Reivich & Coulter-Heindl, 2018) تنظیم شناختی هیجان به معنای تلاش افراد برای تاثیر گذاشتن بر روی چگونگی تجربه، بیان و شدت فرآیندهای رفتاری تجربی و یا جسمانی هیجان­ها است که به عنوان یکی از متغیرهای روانشناختی مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته­است و نقش مهمی در­سازگاری با وقایع استرس زای زندگی دارد (Shojaei, Alamdarloo, 2015). مشکلات بی­شمار در حوزه تربیت و پرورش دانش­آموزان کم توان­ذهنی استرس فراوانی بر والدین آنها به خصوص مادران آنها وارد می کند . منابع این استرس ها می تواند مربوط به کودک والد یا جامعه باشد. آنچه مربوط به کودک است شامل مشکلات رفتاری و ارتباطی کودک, نگرانی مادر در باره ی دوام و ثبات شرایط کودک، نگرانی در باره­ی آینده و عملکرد آتی کودک می باشد. .پذیرش جامعه و حتی سایر اعضای فامیل و خانواده نسبت به رفتار های کودک حمایت های اجتماعی کم, مشکلات مالی، انزوا، کمبود آگاهی والدین درباره ی چگونگی پیشرفت کودک و نحوه رفتار با وی می­باشد همچنین­ در پژوهشی با هدف مقایسه ویژگی­های شخصی­ و سبک دلبستگی بین مادران دانش­آموزان کم­توان ذهنی و مادران کودکان عادی بیشتر­در بعد پایداری هیجانی قرار داشتند.(Qasemipour , Roshan , 2019).

یکــی دیگــر از مشــکلات مــادران کــودکان کم تــوان ذهنــی افزایــش افســردگی اســت. افســردگی بــه حیطــه بزرگــی از عوامــل مربــوط بــه والدیــن و خانــواده از جملــه آسیب شناسـی مربـوط بـه والدیـن مربـوط می شـود (Johnco&Rapee,2018).

شـیوع افسردگی پانـزده درصـد در طـول عمـر اسـت کـه ایـن میـزان در والدیــن کــودکان کم تــوان ذهنــی بیشــتر نیــز می باشــد(Gallagher, Pilch & Hannigan,2019 ) ویژگیهــای اصلــی افســردگی شــامل فقــدان احســاس لــذت، تغییـر در اشـتها، وزن و خـواب، حداقـل دو هفتـه خلـق افسـرده، احســاس گنــاه و بیارزشــی، دشــواری در تفکــر و تصمیمگیــری و افــکار پیشــرونده خودکشــی و مــرگ اســت(2020, (Airaksinen , Gluschkoff , Kivimaki & Jokela

پژوهشــگر و همـکاران (1398) ضمـن پژوهشـی بـه ایـن نتیجـه رسـیدند کـه تاثیـر آمـوزش باعـث کاهـش افسـردگی و افزایـش خودمدیریتـی و کنتــرل قنــد خــون مبتلایان بــه دیابــت نــوع دو شــد .در پژوهشــی دیگــر گــزارش کردنـد کـه تاثیـر آمـوزش باعـث کاهـش افسـردگی شـد (Moeinizadeh& Zarif, 2018) در پژوهشی تحت عنوان روان درمانی حمایتی و آموزش گروهی بر اضطراب افسردگی و کیفیت زندگی مادران دارای دانش آموزان کم توان ذهنی بیان کردند که والدین فشار روانی را بصورت اضطراب و افسردگی نشان می دهند . در این بین سهم مادر در تجربه استرس بیش از پدر است زیرا مادران از طرف اجتماع با تلقی اینکه آنها وظیفه ی خود را در قبال فرزند خود انجام نداده­اند رو به رو هستند. در این بررسی تمامی مادران علائم افسردگی را تجربه کرده­اند برخی نیز به علائم جسمی ارتباط با افسردگی اشاره داشتند.( Moghtadar, Akbari, Haghgoo & Siahgovai, 2016).

افزایش چشم گیر میزان شیوع این اختلال در سه دهه اخیر سبب اجرای پژوهش های بسیاری در زمینه ی شاخت بهتر نشانه های زیستی و ژتیکی مرتبط با علت شناسی و بروز آن شده است. با این وجود در زمینه ی رابطه متقابل نشانه های این بیماری و کارکرد خانواده پژوهش ها ناکافی است ((Aali , Yazdi, Eid Khodaei , Saeed , Ali Mahroori, 2015 در گذشته تمرکز ادبیات تحقیقی در مورد رابطه والد کودک بیشتر مربوط به اثراتی بود که والدین از نظر روانشناختی بر کودک خود داشتد اخیرا تاکید این پژوهش ها به سمت و سویی است که اثراتی که کودکان بر والدین می گذارد را بررسی می کنند. این اثرات زمانی که کودکان دارای نارسایی روانشناختی یا نیاز های ویژه هستند بیشتر هم می شود.این عوامل کیفیت زندگی و سلامت روانی والدین دانش آموزان کم توان ذهنی را تهدید می کند. از جمله رویکردهای درمانی که می تواند در بهبود علائم افسردگی و استرس در مادران دارای دانش آموزان کم توان ذهنی موثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است رفتار درمانی دیالکتیکی است.رفتار درمانی دیالکتیکی یکی از رویکرد های درمانی وین است.که اثر بخشی زیادی بر اختلالات مقاوم به درمان و اثر بخشی آن بر افسردگی بسیار امیدوار کننده است. این رویکرد مداخلات مربوط به درمان های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می باشند با آموزه ها و فلسفه شرقی که مبتنی بر اصل پذیرش است در هم آمیخته است.بر این اساس چهار مولفه داخلی شامل ذهن, آگاهی, تحمل و پریشانی تظیم هیجانی و ارادی بین فردی را در شیوه درمان گروهی مطرح می کند.در این شیوه ی درمانی ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه های پذیرش و تنظیم شناختی هیجانی و کارامدی بین فردی به عنوان مولفه های موثر تغییر در رفتار درمانی دیالکتیکی می باشد.از این رو ارائه یک برنامه درمانی که ناکارامدی را در این چهار حوزه هدف قرار دهد بسیار حائز اهمیت میباشد (Rimani & Mohammadi, 2015)

رفتار درمانی دیالکتیکی در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. هم اکنون شواهد نشان می دهد این رویکرد در درمان افسردگی، اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد و بیش فعالی موفقیت آمیز بوده است و نتایج امیدوار کننده ای به همراه داشته است .اثر بخشی رفتار درمان دیالکتیکی در کاهش نشانه های افسردگی و افزایش معنا دار در شاخص های هوشیاری فراگیر و تحمل پریشانی روشن بوده است.با توجه به یافته های پژوهش ها به نظر می رسد که درمان دیالکتیکی به دلیل ماهیت درمانی که ابتدا به پذیرش و اعتبار سازی شخص و سپس تلاش در جهت تغییر مشکلات روانشناختی تاکید دارد درمان تاثیر گذاری در بهبود افسردگی افراد باشد(Habibi Pour, Bahadarian, 2015)

در پژوهشی با عنوان بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر افسردگی و اضطراب نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود شدت خلق و هیجانات از قبیل افسردگی اضطراب و بی ثباتی هیجانی موثر باشد.( Soler, Pascual, Tiana, 2016) در پژوهشی دیگر انجام گرفته بود ثابت شد که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش استرس ادراک شده وخودکارامدی منفی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می شود.(2016, (Amani & Abolghasem در پژوهشـی دیگـرگـزارش کردند کــه آمــوزش باعــث افزایــش ســازگاری و بهزیســتی روانشـناختی و کاهـش آشـفتگی هیجانـی شـد.(2019, ( Xu, Wu, Yu, Li در پژوهشی دیگر بــه ایــن نتیجــه رســیدند کــه مداخــلات درمانــی باعــث کاهــش افسردگی،استرس شــد(,2018 Otto &Linden)

به طور کلی پژوهش ها نشان می دهد برنامه های مداخله روانشناختی به ویژه آنهایی که در قالب گروهی ارائه می­شوند به میزان چشمگیری افسردگی استرس و پریشانی هیجانی را کاهش می دهد حمایت ارزشمندی فراهم می کنند و مهارت های مقابله ای انطباقی را افزایش می دهند.رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی به دست آوردن تجارت جدید در گروه برقراری ارتباط با دیگران افزایش اعتماد به نفس رابه دنبال دارد پر واضح است که کم توجهی به اثرات ناشی از دارا بودن یک کودک دارای اختلال بر والدین عوارض سنگینی بر خانواده و در نهایت جامعه دارد در حالی که کشف عوامل موثر در کاهش استرس و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی والدین به ویژه مادران می­تواند آثار بالقوه مثبتی را در خود افراد خانواده آنان و در نهایت جامعه ایجادنماید (Yousefi, Mirzaeian, Fazl Ali, 2016)

تحقیقات قبلی در حوزه کم توان ذهنی نشان می دهد که مادران این کودکان استرس و افسردگی بالایی را تجربه ی کنند و از طرف دیگر چون میزان بروز اختلال افسردگی اساسی رو به فزونی است این مسئله باعث شده است که شیوه های درمانی متعددی برای آن ارائه شود.یکی از رویکرد های درمانی که اثر بخشی آن بر استرس و افسردگی ثابت شده است.رفتار درمانی دیالکتیک است اما به عنوان یک روش نوین در درمان های موج سوم کم تر به آن پرداخته شده است. بنابراین ضروری و موثر است که اثر بخشی آموزش مهارت های دیالکتیکی بر استرس، افسردگی و تنظیم هیجان مادران دارای دانش آموز کم توان ذهنی مورد بررسی و پژوهش قرار بگیرد. به طور کلی بیشتر بررسی های انجام شده در ایران مربوط به مراقبت و توانبخشی فرزند با نیازهای ویژه است مطالعه کمی به والدین بویژه مادران کودکان ناتوان بخصوص دانش آموز کم توان ذهنی پرداخته است.در حالی که ضروری است بدانیم روش های درمانی حمایتی موجود و از جمله در این پژوهش آموزش های مهارت های دیالکتیکی تا چه میزان می تواند به کاهش نگرانی هایشان بیانجامد.به همین منظور این پژوهش تلاش می کند به بررسی شرایط روانشناختی مادران کسانی که بیشترین بار مشکلات عاطفی و رفتاری این کودکان را به دوش می کشد بپردازد.در این راستا این پژوهش بر آن است که آیا آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش استرس ، شانگان افسردگی و تنظیم شناختی هیجان در مادران دانش آموز کم توان ذهنی اثر بخش است؟

**روش**

پژوهش حاضر بر حسب هدف کاربردی و مداخلات مورد نظر، از نوع پژوهش­هاي نیمه تجربي است.

**جامعه نمونه و روش آماری**

طرح پژوهش، پيش آزمون – پس آزمون دو گروهي با گروه كنترل نابرابر مي باشد.جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای دانش اموز کم توان ذهنی در سال تحصیلی 1400-1399 بوده است. نمونه آماری مورد بررسی این پژوهش شامل 134 نفر از مادران دارای فرزند کم توان ذهنی بود که به روش نمونه گیری در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش (67 نفر) و کنترل (67 نفر) جایگزین شدند.

A CONSORT diagram which illustrates the participant flow throughout the study is presented in Figure 1. Of the mothers introduced to the researchers for participating in the study (n=159), 5 subjects were not participated and 20 subjects were excluded from the research. Ultimately, 134 partcipants who met the inclusion criteria were randomly assigned to two groups. One subject in the control group was excluded from the research due to his child's illness and his declining to continue the research project (34-year-old married woman). Finally, intervention group (with 67 subjects) and control group (with 66 subjects) were compared. A psychologist (MA) who was blind to the study objectives prepared the randomization.

**ملاک های ورورد و خروج پژوهش :** معیارهای ورود به نمونه‌ی این طرح پژوهشی؛ مادران دارای دانش آموز کم توان ذهنی دارای پرونده در مراکز استثنایی شهر مشهد، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی (دارویی و غیردارویی) دیگر در طی انجام پژوهش و داشتن رضایت کتبی آگاهانه برای شرکت در پژوهش است. معیارهای خروج از این طرح پژوهشی شامل ابتلا به اختلالات نورولوژیک، داشتن علام حاد سایکوتیک، اقدام به خودکشی در شروع یا در حین پژوهش، عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی است.

**ابزارها**

پرسشنامه تنظیم هیجان گارسیا و جان (geras& jan,2003)، این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با 6 گویه و سرکوبی با 4 گویه می باشد. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت 7 درجه ای از به شدت مخالفم (با نمره 1) تا به شدت موافقم ( با نمره 7) پاسخ می دهند. سپس همه نمرات همه سوالات جمع شده و ۳ نمره حاصل شد. یک نمره مربوط به خرده مقیاس ارزیابی مجدد، یک نمره مربوط به خرده مقیاس سرکوبی و یک نمره کل منظور شد. هرچه نمره فرد بالاتر باشد تنظیم هیجان بالاتری دارد. سوالات مربوط به خرده مقیاس سرکوبی: ۲-۴-۶-۹؛ سوالات مربوط به خرده مقیاس ارزیابی مجدد: ۱-۳-۵-۷-۸-۱۰. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد 79% و سرکوبی 73% به دست آمده است. کاریمن و وینگرهوتس همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد 83% و برای سرکوبی 79% گزارش کردند. در ایران حسینی میزان آلفای کرونباخ 79% برای ارزیابی مجدد گزارش کرده است و در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد 83%و سرکوبی 79% به دست آمده است(bigdeli, 2013) .

پرسشنامه افسردگی اضطراب استرس DASS-21:این پرسشنامه دارای دو مقیاس است که هریک از سازه های روانی "افسردگی" ,"اضطراب" و "استرس" را توسط 7 عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم بلند آن شامل 42 عبارت است که هریک از 14 عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. فرم کوتاه 21 عبارتی توسط (sahebi, 2005) برای جمعیت ایرانی اعتبار یابی شده است. پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس شامل 21 گویه است که این عبارات مرتبط با علایم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس ) تشکیل شده است.مولفه های پرسشنامه: افسردگی شامل سوال های 3-5-10-13-16-17-21؛ اضطراب شامل سوال های 2-4-7-9-15-19-20 و استرس شامل سوال های 1-6-8-11-12-14-18 می شود.(antoni,et all, 1998) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها مجددا حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که 68 درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر 07/9، 89/2، و 23/1 و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب 97/0، 92/0 و 95/0 بود. همچنین در پژوهش نیک آذین و نایینیان ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب 70%، 84% و 82% بدست آمد و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب 79%، 67% و 64% بدست آمد که قابل قبول می باشند.

**مداخله**

**جدول (1)پروتکل جلسات رفتار درمانی لینهان (1993)**

|  |  |
| --- | --- |
| جلسه اول | معارفه- توضیح فرایند پژوهش- ذکر قوانین جلسات- تفهیم اهمیت پژوهش برای خود شرکت کنندگان به منظور شرکت در دوره |
| جلسه دوم | ذهن آگاهی  توضیح ذهن منطقی| ذهن هیجانی| ذهن سلیم  توضیح مهارت ذهن آگاهی با مثال و توضیح و تفاوت آن با ذهن ناآگاهی . ذهن آگاهی خود به 2 مهارت چیستی و چگونگی تقسیم می شود در این جلسه مهارت های چیستی شامل مشاهده، توصیف و مشارکت با توضیح و مثال و مشارکت اعضائ جلسه ارائه شد. جلسه هم با آموزش مدیتیشن و انجام آن به پایان رسید. |
| جلسه سوم | ابتدای جلسه در مورد توضیحات و تکنیک های جلسه قبل و میزان به کار گیری و تمرین آن و تجارب اعضاء در رابطه با آن مهارت ها بحث و گفتگو شد و در ادامه مهارت های چگونگی ذهن آگاهی شامل غیر قضاوتی بودن، ذهن آگاهی بر یک تکلیف و کارا بودن با مثال توضیح داده شد. |
| جلسه چهارم | روابط بین فردی  توضیح یکسری مفاهیم اولیه در روابط بین فردی شامل اولویت ها، خواسته ها، باید ها و توقع ها همراه با ارائه مثال و مطرح کردن و استفاده از تجارب اعضاء برای تفهیم بیشتر این مفاهیم و شروع درباره این موضوع که هر زمان در یک موقعیت ارتباطی قرار گرفتید حتما این سه سؤال را از خود بپرسید تا راحت تر بتوانید تصمیم گیری کنید. آیا در این موقعیت رابطه برای من مهم است یا بیان خواسته مهم است و یا احترام به خود و توضیح هر کدام همراه با مثال و تمرین یک به یک و آموزش کارهایی که برای مراقبت از رابطه باید انجام دهیم و همچنین آموزش یکسری جملات تشویقی و وادار کننده به تقویت کارایی بین فردی |
| جلسه پنجم | روابط بین فردی  مرور جلسه قبل و توضیح درباره تکنیک های موقعیتی که در آن رسیدن به اهداف و خواسته ها برایمان مهم است همراه با ارائه مثال ها و استفاده از تجارب واقعی و موقعیت هایی که افراد در زندگی با آن روبه رو بوده اند و تمرین تکنیک های آموزش دیده در کلاس |
| جلسه ششم | روابط بین فردی  مرور مجدد موقعیت مطرح شده در جلسه قبل و ارائه تکنیک های مربوط به موقعیت دوم یعنی حالتی که در آن حفظ رابطه برای فرد مهم تر از بقیه است و همچنین توضیح موقعیت سوم که در آن رعایت احترام به خود از سایر موارد اهمیت بیشتری برای فرد دارد همراه با ارائه مثال و طرح موقعیت های مشابه |
| جلسه هفتم | هیجان تعریف و انواع آن شناسانده شد.  هیجان های اولیه یا اصلی، هیجان های فرعی یا ثانویه، هیجان های مثبت وهیجان های منفی. در ابتدا به افراد آموزش داده شد که بتوانند هیجانات مختلف خود را شناسایی و از آن آگاه باشند و در ادامه فرآیند آن و روش مدیریت و تنظیم هیجانات آموزش داده شد. مزایا واهداف آموزش تنظیم هیجان نیز توضیح داده شد. |
| جلسه هشتم | تنظیم هیجان  در این جلسه افراد آسیب پذیر هیجانی شناسایی و افراد از معایب بازداری هیجانی آگاه شدند سپس در ادامه فرایند تجربه هیجان توضیح داده شد و وقایع برانگیزاننده انواع هیجانات همراه مثال توضیح داده شد. |
| جلسه نهم | تحمل آشفتگی  در ابتدا کمی در مورد پذیرش در درمان اکت توضیح داده شد بعنوان اولین گام در تحمل درد و پریشانی و سپس رهنمودهایی برای پذیرش واقعیت پیشنهاد شد شامل:  تمرین های مربوط به آگاهی از خویشتن و جهان اطراف| تمرین های لبخند زدن| تمرین های تنفس عمیق |
| جلسه دهم | جلسه اخر اختصاص یافت به راهبرد های گذر از بحران شامل بهبود لحظه، پرت کردن حواس و خود تسکینی و در انتهای جلسه هم پرسشنامه های پس آزمون یک به یک از تمام اعضاء گرفته شد. |

## روش تحليل

داده هاي بدست آمده از نمرات اين تحقيق توسط نرم افزار آماري SPSS 26 در دو سطح توصيفي و استنباطي تحليل گردید. در ﺳﻄﺢ ﺗﻮﺻﯿﻔﯽ از ﺷﺎﺧﺺ ﻫﺎﯾﯽ ﻫﻤﭽﻮن ﻣﯿﺎﻧﮕﯿﻦ،انحراف معيار، ﻓﺮاواﻧﯽ و درﺻﺪ و در ﺳﻄﺢ اﺳﺘﻨﺒﺎﻃﯽ از روش تحليل كواريانس استفاده شد.

**یافته‌ها**

The mean age was 36.7±5.4 years in the experimental group and 36.4±7.3 years in the control group.

35% از آزمودنی های گروه آزمایش و و 38%از آزمودنی های گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم، 50% از آزمودنی های گروه آزمایش و 48% از آزمودنی های گروه کنترل تحصیلات لیسانس، و 15 % از آزمودنی های گروه آزمایش و 14% از آزمودنی های گروه کنترل دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند.

The results of demographic characteristics (age and education) showed that homogeneity between groups has been achieved (*p*>.05).

فرضیه اول: آموزش مهارت های دیالکتیکی بر نشانگان افسردگی مادران دانش اموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد.

برای ارزیابی فرضیه اول پژوهش آزمون فرضیه زیر را مورد سنجش قرار می‌ دهیم:

برای بررسی فرضیه اول پژوهش از تحلیل کواریانس یک متغیره استفاده نموده که نتایج متناظر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول (2) خلاصه تحلیل کواریانس برای بررسی نشانگان افسردگی

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | سطح معناداری | ضریب اتا |
| ضریب ثابت | 484/86 | ۱ | 484/86 | 496/8 | 007/0 | 239/0 |
| متغیرکمکی( نمرات پیش آزمون ) | 346/629 | ۱ | 346/629 | 569/61 | 001/0 | 695/0 |
| گروه( کنترل و آزمایش ) | 939/217 | ۱ | 939/217 | 321/21 | 001/0 | 441/0 |
| خطا | 988/275 | ۲۷ | 222/10 |  |  |  |
| کل ( تصحیح شده ) | 867/1041 | ۲۹ |  |  |  |  |

نتایج جدول فوق بیانگر آن است که با توجه به اینکه سطح معناداری برای متغیر کمکی صفر و کمتر از ۰۵/۰ است، ( ۰۵/۰ > 001/۰ = ) متغیر کمکی (مشاهدات پیش آزمون) به طور معناداری با متغیر وابسته (مشاهدات پس آزمون) رابطه معناداری دارد، لذا اجرای تحلیل فوق معتبر می‌ باشد. در سطر بعدی سطح معناداری متناظر با گروه کنترل و آزمایش 001/۰ و کمتر از ۰۵/۰ می‌ باشد (۰۵/۰ > 001/۰ = ) بنابراین با عنایت به میانگین تعدیل شاخص نشانگان افسردگي در گروه کنترل و آزمایش در نمرات پس آزمون که به ترتیب 984/27 و 550/22 بوده و معنادار شدن فرض صفر در تحلیل کواریانس، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه " آموزش مهارت های دیالکتیکی بر نشانگان افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد. " با اطمینان ۹۵/۰ پذیرفته می‌ شود. به طور کلی نمره مربوط به تحمل نشانگان افسردگي در گروه آزمایش برای مرحله پس آزمون به مراتب کمتر از گروه کنترل می﻿باشد جدول میانگین تعدیل شده متناظر با متغیر مذکور به صورت زیر می‌ باشد.

جدول (3) میانگین تعدیل شده و فاصله اطمینان ۹۵/۰ متناظر با نشانگان افسردگی

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | میانگین تعدیل شده | خطای معیار | فاصله اطمینان ۹۵ ٪ | |
| کران پائین | کران بالا |
| گروه کنترل | 984/27 | 829/0 | 283/26 | 684/29 |
| گروه آزمایش | 550/22 | 829/0 | 849/20 | 250/24 |

متغیر تحمل ناپذیری بلاتکلیفی خرده مقیاس وجود نداشته است لذا این فرضیه فقط از تحلیل کواریانس یک متغیره استفاده نموده ایم.

فرضیه دوم:

آموزش مهارت های دیالکتیکی بر استرس مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد.

برای ارزیابی فرضیه دوم پژوهش آزمون فرضیه زیر را مورد سنجش قرار می‌ دهیم:

برای بررسی فرضیه دوم پژوهش لازم است ابتدا نشان دهیم که بهبود آزمودنی ها در شاخص استرس به علت آموزش مهارت های دیالکتیکی بوده است که برای این موضوع استفاده از مشاهدات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی و تحلیل کوواریانس اجتناب ناپذیر است. نتایج تحلیل کوواریانس متناسب با متغیر مذکور در جدول زیر ارائه شده است.

جدول (4) خلاصه تحلیل کواریانس برای بررسی نشانگان استرس

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | سطح معناداری | ضریب اتا |
| ضریب ثابت | 366/370 | ۱ | 366/370 | 696/14 | 001/0 | 352/0 |
| متغیرکمکی(نمرات پیش آزمون) | 878/224 | ۱ | 878/224 | 923/8 | 006/0 | 248/0 |
| گروه(کنترل و آزمایش ) | 136/235 | ۱ | 136/235 | 330/9 | 005/0 | 257/0 |
| خطا | 455/680 | ۲۷ | 202/25 |  |  |  |
| کل ( تصحیح شده ) | 867/1041 | ۲۹ |  |  |  |  |

نتایج جدول فوق بیانگر آن است که با توجه به اینکه سطح معناداری برای متغیر کمکی 006/۰ و کمتر از ۰۵/۰ است، (۰۵/۰ > 006/۰= ) متغیر کمکی (مشاهدات پیش آزمون) به طور معناداری با متغیر وابسته رابطه معناداری دارد، لذا اجرای تحلیل فوق معتبر می‌ باشد. در سطر بعدی سطح معناداری متناظر با گروه کنترل و آزمایش 005/۰ و کمتر از ۰۵/۰ می‌ باشد (۰۵/۰ > 005/۰ = ) بنابراین با عنایت به میانگین تعدیل شاخص استرس در گروه کنترل و آزمایش در نمرات پس آزمون که به ترتیب 177/28 و 357/22 بوده و معنادار شدن فرض صفر در تحلیل کواریانس، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه " آموزش مهارت های دیالکتیکی بر استرس مادران د دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد. " با اطمینان ۹۵/۰ پذیرفته می‌ شود. به طور کلی نمره مربوط به استرس در گروه آزمایش برای مرحله پس آزمون كمتر از گروه کنترل می﻿باشد جدول میانگین تعدیل شده متناظر با متغیر مذکور به صورت زیر می‌ باشد.

جدول ۴-۱۳. میانگین تعدیل شده و فاصله اطمینان ۹۵/۰ متناظر با نشانگان استرس

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | میانگین تعدیل شده | خطای معیار | فاصله اطمینان ۹۵ ٪ | |
| کران پائین | کران بالا |
| گروه کنترل | 177/28 | 322/1 | 464/25 | 889/30 |
| گروه آزمایش | 357/22 | 322/1 | 644/19 | 069/25 |

با در نظر گرفتن نتایج آماره﻿های توصیفی جدول ۴-۲، یافته﻿های جدول فوق نشان می‌ دهد که میانگین نمرات در گروه کنترل در پس آزمون نسبت به نمرات پیش آزمون تغییر چندانی نداشته است ولی در گروه آزمایش شاخص مذکور كاهش یافته است.

فرضيه سوم:آموزش مهارت های دیالکتیکی بر تنظیم هیجان در مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد.

برای ارزیابی فرضیه سوم پژوهش آزمون فرضیه زیر را مورد سنجش قرار می‌ دهیم:

نتایج تحلیل کوواریانس متناسب با متغیر مذکور در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴-14. خلاصه تحلیل کوواریانس برای بررسی تنظیم هیجان

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | سطح معناداری | ضریب اتا |
| ضریب ثابت | 426/67 | ۱ | 426/67 | 884/19 | 001/0 | 424/0 |
| متغیرکمکی(نمرات پیش آزمون) | 979/1224 | ۱ | 979/1224 | 256/361 | 001/0 | 930/0 |
| گروه( کنترل و آزمایش ) | 723/151 | ۱ | 723/151 | 744/44 | 001/0 | 624/0 |
| خطا | 554/91 | ۲۷ | 391/3 |  |  |  |
| کل ( تصحیح شده ) | 667/1862 | ۲۹ |  |  |  |  |

نتایج جدول فوق بیانگر آن است که با توجه به اینکه سطح معناداری برای متغیر کمکی ۰۰۰۱/۰ و کمتر از ۰۵/۰ است، (۰۵/۰ > ۰۰۰۱/۰= ) متغیر کمکی (مشاهدات پیش آزمون) به طور معناداری با متغیر وابسته رابطه معناداری دارد، لذا اجرای تحلیل فوق معتبر می‌ باشد. در سطر بعدی سطح معناداری متناظر با گروه کنترل و آزمایش 001/۰ و کمتر از ۰۵/۰ می‌ باشد (۰۵/۰ > 001/۰ = ) بنابراین با عنایت به میانگین تعدیل شاخص تنظيم هيجان در گروه کنترل و آزمایش در نمرات پس آزمون که به ترتیب 319/34 و 015/39 بوده و معنادار شدن فرض صفر در تحلیل کوواریانس، فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه " آموزش مهارت های دیالکتیکی بر تنظیم هیجان در مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد." با اطمینان ۹۵/۰ پذیرفته می‌ شود. به طور کلی نمره مربوط به تنظيم هيجان در گروه آزمایش برای مرحله پس آزمون بيشتر از گروه کنترل می﻿باشد جدول میانگین تعدیل شده متناظر با متغیر مذکور به صورت زیر می‌ باشد.

جدول ۴-15. میانگین تعدیل شده و فاصله اطمینان ۹۵/۰ متناظر با تنظیم هیجان

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | میانگین تعدیل شده | خطای معیار | فاصله اطمینان ۹۵ ٪ | |
| کران پائین | کران بالا |
| گروه کنترل | 319/34 | 486/0 | 321/33 | 316/35 |
| گروه آزمایش | 015/39 | 486/0 | 017/38 | 012/40 |

با در نظر گرفتن نتایج آماره﻿های توصیفی جدول ۴-۲، یافته﻿های جدول فوق نشان می‌ دهد که میانگین نمرات در گروه کنترل در پس آزمون نسبت به نمرات پیش آزمون تغییر چندانی نداشته است ولی در گروه آزمایش شاخص مذکور افزايش یافته است.

در فرضيه سوم پژوهش اثر بخشي آموزش مهارت های دیالکتیکی بر تنظيم هيجان مادران مورد ارزيابي قرار گرفت و حال برای ارزيابي اثربخشي آموزش بر خرده مقياس هاي متغير مذكور از تحليل كواريانس چند متغيره استفاده مي‌نمائيم.

جدول شماره ۴-15. خلاصه تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر آموزش مهارت های دیالکتیکی بر خرده مقیاس تنظیم هیجان مادران دانش آموزان کم توان ذهنی

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عامل | متغیر | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | سطح معناداری | ضریب اتا |
| گروه | ارزیابی مجدد | 237/59 | 1 | 237/59 | 793/39 | 001/0 | 605/0 |
| فرونشانی | 910/21 | 1 | 910/21 | 547/40 | 001/0 | 609/0 |
| خطا | ارزیابی مجدد | 704/38 | 26 | 489/1 |  |  |  |
| فرونشانی | 049/14 | 26 | 540/0 |  |  |  |

يافته هاي جدول فوق نشان مي دهد كه سطح معناداري در خرده مقياس ارزيابي مجدد و فرونشاني كمتر از ۰۵/۰ مي﻿باشد لذا آموزش مهارت های دیالکتیکی بر خرده مقياس هاي مذكور تاثير معنادار داشته است؛ البته بر اساس ضرايب اتا آموزش مهارت های دیالکتیکی بر خرده مقياس فرونشاني تاثير بيشتري داشته‏اند.

**نتیجه**

فرضیه اول: آموزش مهارت های دیالکتیکی بر نشانگان افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد.

نتایج این پژوهش بیانگر آن است آموزش مهارت های دیالکتیکی بر نشانگان افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد.

که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش(Amini & Shariatmadar , 2018)،(Goodarzi, et all,2018)، ( Khani, Blair, Zamani & Zamani, 2015)( Dargahian, et all, 2014)( Xu, et all, 2019)(Otto, Linden,2018) همسو می باشد در تبیین این یافته باید گفت که مادران دانش آموزان کم توان ذهنی پریشانی­هایی هستند، از طرفی تحمل پريشاني توانايي فرد براي مقاومت و تجربـه حالات روانشناختي منفي مي باشد. افرادي كه تحمل پريشاني پاييني دارند، پريشاني را به عنوان يك ساختار غيرقابل تحمل توصيف مي كنند و نمي توانند آن را مديريت كنند. ديدگاه منفي نسبت به هيجانات دارند و وجود آنها را نمي پذيرنـد. بنـابراين، توانايي مقابله خود را با آنها كم ارزيابي مي كننـد. از ايـن رو، وقتي روش هاي مقابله فرد بـا شكست روبه رو مي شود، احساس مي كند تنها راه، فرار از رنج غيرقابل تحمل است. ايـن تلاش بـراي فـرار، ارزيـابي هـاي نفـرت آور از خـود و ديـدگاه روانشناختي توأم با نااميدي فرد كه حل مشكلات را بعيد و دور از دسترس مي داند، از عوامل سوق دهنده به سـمت افسردگی است (Kulage, Smaldone, Cohn, 2014 )

براسـاس نظريـهباومیستر و لری(,1995 (Baumeister, Leary وقتـي نيـاز بـه تعلق ناديده گرفته مي شود، افسردگی در فرد شـكل مـي گيـرد. تخريـب در كـاركرد اجتمـاعي نيـز از مهمترين خصوصيات افسردگي است. افراد افسرده در تعاملات اجتماعي كاركرد مناسبي ندارند و درك ضعيفي از روابط دارند. همچنين، مشكلاتي در تفسير اطلاعـات بـين فـردي، ماننـد هيجانات و بيان آنهـا، دارنـد. نقـص روابـط بـين فـردي در بيماران افسرده، نقش اساسي در شروع و تداوم افسردگي دارد. نتايج مطالعات نشان داده اسـت كـه افـراد افسـرده در ذهن آگاهي در مقايسه با افراد عادي تفاوت معناداري دارند (Koegel, Singh & Koegel,2010)

بر اساس نظریه پارکر و ادلر(1992) Parker & Endler) افسردگی با رخداد یک برانگیزاننده ی فردی و فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه مرسوم به سندرم شناختی توجهی (CAS) مرتبط است. این سندرم شامل نوعی سبک تفکر تکرارشونده، به صورت نگرانی یا نشخوارفکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه است. در واقع نشخوارفکری به عنوان یک سبک مقابله با خلق افسرده یا راهی برای خودتنظیمی هیجانی، تداوم یافته و تشدید می گردد (Dargahian, et all, 2014)

فرضیه دوم: آموزش مهارت های دیالکتیکی بر استرس مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد.نتایج این پژوهش بیانگر آن است آموزش مهارت های دیالکتیکی بر استرس مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد. در تبیین این یافته ها می توان گفت که استرس مادران دانش آموزان کم توان ذهنی جنبه ذهنی و هیجانی دارد زیرا در این روش، شخص می آموزد که با فنونی که مربوط به زمان حال است، به طور موقت از نگرش و باورهایی که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس و نگرانی های آینده است، رها شود و این نگرش در آن ها به وجود می آید که نسبت به تمامی امور اعم از خوشایند و ناخوشایند، پذیرش بدون داوری داشته باشد. همچنین آنها روش های تنظیم و کنترل هیجان های خود را می آموزند. این یافته با یافته برخی از پژوهش های پیشین مانند(Reynolds, Huley, Tovers & Jackson,2005) هم خوان است. به عقیده لینهان (,1993 Linhan) بهبود روابط اجتماعی و برون ریزی هیجانی به شکل مثبت مثل شوخ طبعی و به کارگیری هیجان های متضاد از فنون رویکردهای رفتار درمانی دیالکتیکی است که در کنار راهبردهای شناختی به کار گرفته می شود و هیجان های منفی و استرس را کاهش می دهد(Alilo & Sharifi, 2011)( Bagheri &Amiri, 2017)، ( FlugelGolle, Cha, Loehrer, Bauer & Wahner- Roedler, 2010)، (Pazhoheshgar, Rajaei, Khoynejad, Bayazi ,2019)، ( Moeinizadeh& Zarif, 2018) و( Ahmadi Foumani, Shams Esfandabad, And Kakavand, 2014)همسو می باشد

همچنین این مادران با شزکت در جلسات درمانی، قادر شدند تا ارتباط میان افکار، احساس ها، هیجان ها و رفتارهای خود را درک کنند. شرکت مادران دانش آموزان کم توان ذهنی در گروه های آموزشی مقابله با استرس، موجب یادگیری راهبرد های مقابله ای سازنده و در نتیجه بالا رفتن خودکار آمدی شد و همچنین بازدارنده اختلال های هیجانی در آن ها بود. بنابراین می توان گفت این آموزش ها باورهای مثبتی در شخص نسبت به خودکارآمدی و توانایی هایش ایجاد می کند و به او این توانایی را می دهد کنترل آنچه برای وی اتفاق می افتد را در دست گیرد. در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی به بیمار می آموزد تا مهارت های مقابله ای و واکنش های هیجانی مثبت را در قبال بیماری و مشکلات وابسته به آن به کار گیرد(Press, Richardson & Brad, 2010) . با توجه به نتایج این پژوهش می توان اظهار داشت که مادران دانش آموزان کم توان ذهنی با شرکت در جلسه های رفتار درمانی دیالکتیکی، فشار روانی کمتری را تجربه و با ترس کمتری مداخله های پزشکی را پی گیری و به توصیه های پزشکی بهتر عمل کردند و نیز به نتیجه درمانی هم امیدوارتر شدند و در نتیجه باعث کاهش استرس آنها شد.

در تببین این یافته میتوان به دیدگاه کلارك در ایـن خصـوص اشـاره کـرد. بـه عقیـده کـلارك اسـترس حالت یا فراینـدي روانشـناختی­اسـت­کـه طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشـناختی خـود را تهدیدآمیز ادراك می کند. در واقع ایجاد اسـترس در مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات طیف بسـتگی بـه چگونگی برداشت و درك فرد از موقعیت ها و حوادث دارد. ممکن است، یک موقعیت براي فردي بی خطر و براي دیگر افراد مبتلاء به صـورت یـک تهدیـد ادرك شود(Minjarez, Williams, Mercier, 2011)بنابراین میتوان نتیجه گرفت کـه تکنیـک هـاي رفتـار درمانی دیالکتیکی مهارت هاي شناختی و رفتاري مورد نیاز براي کاهش افسردگی و اسـترس را بــه مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات طیف آمـوزش داده و بـه کـاهش عـوارض استرس میانجامد. به طوري که رفتـار درمـانی دیالکتیکی با تاکید بر توجه آگاهانه در زمان حال، قرار گرفتن در معرض احساسات و افکـار خوشـایند، عـدم اجتناب از احساسات و پـذیرش آنها، فراگیري مهارت هاي کارآمدي بـین فـردي و اصـلاح باورهـاي غلط هیجانی درخصوص استرس ادراكشده، باعـث تغییرات شناختی و در نتیجـه کـاهش و بهبـود علائـم جسمی و روانی از جمله افسردگی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی می شود.

فرضيه سوم:آموزش مهارت های دیالکتیکی بر تنظیم هیجان مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر دارد. نتایج این پژوهش بیانگر آن است آموزش مهارت های دیالکتیکی بر تنظیم هیجان مادران دانش آموزان کم توان ذهنی تاثیر داردکه نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش(girak, 2012) ، (silvika,mitrofan & gerily, 2013)،(Qasemipour & Roshan , 2019)و(Talebi , Naderi, Bakhtiarpour , Safarzadeh , 2020)) همسو می باشد

آموزش مهارت های تنظیم هیجان در رفتار درمانی دیالکتیک مـی توانـد باعـث بهبـود راهبردهـاي سازگارانه و کاهش اسـتفاده از راهبردهـاي کمتـر سـازگارانه شــود. همچنــین در زمینــه ي کارکردهــاي اجرایــی، مداخله انجام شده توانست در افزایش تعـداد کوشـش هـاي صـحیح و افزایش تعداد طبقات تکمیل شده مؤثر باشد .در تبیین یافتـه هاي این پژوهش می توان گفـت کـه آمـوزش مهـارت هـای تنظیم هیجان میتواند توانـایی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی را بـراي پـذیرش شرایط دشوار زندگی افزایش دهد و به کاهش سرزنش خود و مقصر دانستن دیگران کمک شایانی کند. هیجان هاي منفی و ناتوانی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی براي مدیریت مـؤثر آن هـا یکـی از عوامـل کلیدي توجه ناکافی و تکانشگري آنـان بـود کـه بـا آمـوزش مهارت هاي تنظیم هیجانی، توانسـتند کنتـرل ایـن هیجانـات نامناسب را در دست بگیرنـد و هیجانـات مثبـت را جـایگزین هیجانات منفی کنند(Lee, Hobson& Chiat ,2013).)

به عقیده لینهان (Linhan,1993) بهبود روابط اجتماعی و برون ریزی هیجانی به شکل مثبت مثل شوخ طبعی و به کارگیری هیجان های متضاد از فنون رویکردهای رفتار درمانی دیالکتیکی است که در کنار راهبردهای شناختی به کار گرفته می شود و هیجان های منفی را کاهش می دهد(Alilo & Sharifi, 2011 ) .

از مهارت هاي تنظيم هيجاني، توانـايي آگـاه شـدن از هيجان ها، شناسايي و نامگذاري هيجان هـا و تفسـير درسـت احساسات بـدني مربـوط بـه آنهـا، آگـاهي از برانگيختگـي هيجاني، تعديل فعالانه هيجان منفي براي رسيدن به احساس بهتر، پذيرش و تحمل هيجان منفي وقتـي نمـي تـوان آن را تغيير داد، مواجهه با هيجان منفي بـه جـاي اجتنـاب از آن در شرايط پريشاني جهت رسيدن به اهداف مهم و حمايت توأم با شفقت (تشويق و آرام كردن خود) در حالت پريشاني مي باشد. مطالعات نشان داده اند همه اين مهارت ها به طور معناداري بـا شاخصه اي مختلف سلامت روان در جمعيت عادي و باليني همراه هسـتند(Sigafoos, 2011 ).

آموزش مهارت های دیالکتیکی بر مهارت هاي تنظیم هیجانی با آگاهی دادن به افراد در مورد هیجان هاي مثبت و منفی آنها، پذیرش و کنـار آمـدن مؤثر با آنها، میتوانـد سـلامت روان افـراد را ارتقـاء بخشـد. از طرفی، رفتاردرمانی دیالکتیـک یکی از رویکردهاي درمانی است که به پرورش سبک زندگی سالم و رفتارهاي مقابله اي مؤثر توجه داشته است. این رویکرد درمانی ساختار روشنی دارد و از تکنیک هاي رفتاري و اعتبـار بخشی به طور همزمان استفاده می کند(Bahmani, Naimi & Rezaei, 2018 ) در مهـارت هـاي تنظـیم هیجـانی مرتبط با رفتار درمانی دیالکتیک، بر تمرینات و مهارت هایی تأکیـد می شـود کـه می توان افزایش راهبردهاي سازگارانه و کـاهش راهبردهـاي کمتر سازگارانه را با آنها مرتبط دانست. براي مثـال، کـاربرد اعتبار بخشی منجر به پذیرش مشکلات هیجانی شده و ایـن پذیرش در نهایت منجر به تسهیل تغییرات می گردد(Linhan,2004)

همچنین مهارت هاي تنظیم هیجانی مرتبط با رفتـار درمانی دیالکتیک، با تشویق فرد براي درنظر گرفتن اهـداف کوتاه مدت و اهداف بلندمدت، انجام فعالیت هاي لذت بخش به طور روزانه و تمریناتی جهت مقابله با خشم و احساس گناه و ترس، می تواند آنها را براي پرورش یک زنـدگی سـالم تـر توانمند سازد. تأثیرات دوسویه بین هیجان و شناخت محتمل است: هیجانات می توانند به سازماندهی تفکر شخص، یادگیري و کنش ها کمک کنند (تنظیم هیجـان) و فرایندهاي شـناختی یک نقش مهم را در تنظیم هیجانات بازي مــی کنند (Lieberman, Geisbrich & Müller, 2007).

هر تحقیق بنا بر ماهیت، موضوع مورد بررسی و روش کار خود دارای مشکلات و محدودیت­هایی می­باشد. پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نبوده است. امکان تفکیک مادران در گروه های جدا از هم به لحاظ شدت اختلال کودک به علت محدودیت در جامعه آماری پژوهش وجود نداشت.عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی ها به دلیل محدودیت در جامعه آماری پژوهش همچنین با توجه به اینکه که آموزش مهارت های دیالکتیکی بر استرس نشانگان افسردگی و تنظیم هیجان در مادران دانش اموزان کم توان ذهنی موثر است پیشنهاد می شود که: در جهت بالا بردن آگاهی افراد جامعه در مورد کم توان ذهنی برنامه هایی تدوین گردد تا گامی در جهت کاهش دغدغه های والدین این کودکان در رابطه با پذیرش جامعه در برابر این کودکان صورت گیرد. همچنین پيشنهاد مي شود كه در پژوهش هاي آتي به بررسي اثربخشي آموزش مهارت های دیالکتیکی در ساير دامنه هاي سني توجه شود و علاوه بر آن مي توان به مقايسه اين روش با سايرروش ها از جمله روش هاي شناختي - رفتاري و معنويت درماني پرداخت. و مشاوران و درمانگران مي توانند از اين روش براي حل مشكلات خانواده ها و افزايش رضايت زندگی استفاده كنند تا تحكيم بنيان خانواده را تضمين كنند و در نهايت جامعه اي سالم داشته باشند. و ﺑﺎ ﺗﻮﺟﻪ ﺑﻪ بالا بودن سطح استرس و نشانگان افسردگی و تنظیم هیجان در مادران دانش اموزان کم توان ذهنی، ﭘﻴﺸﻨﻬﺎد ﻣﻲ ﺷﻮد ﺑﺎ اﻳﺠﺎد ﻣﺮاﻛﺰ آﻣﻮزش ﻣﻬﺎرت ﻫﺎي زﻧﺪﮔﻲ، ﮔﺴﺘﺮش ﻣﺮاﻛﺰ ﻣﺸﺎوره ﺧﺎﻧﻮاده، ﻣﺮاﻛﺰ اﻳﺠﺎد ﻛﻼس ﻫﺎي آﻣﻮزﺷﻲ، ﻓﺮﻫﻨﮕﻲ و ﻫﻨﺮي از ﮔﺴﺘﺮش اﻳـﻦ ﻣﻌﻀﻞ ﺟﻠﻮﮔﻴﺮي ﻛﺮد.

**References**

Aali, S., Yazdi,A., Eid Khodaei ,S. A., Saeed ,G., Ali Mahroori, F., (2015) Transformation of families with children with mental disorders in comparison with families with healthy children *Research Journal of the Faculty of Science Mashhad Medicine* Volume 58 Number 1

Ahmadi Foumani, H., Shams Esfandabad, H., And Kakavand, A. (2014). The effectiveness of dialectical behavior therapy on perceived stress, self-efficacy and quality of life in breast cancer patients*. Journal of Applied Psychology*, 8 (1), 47-68.

Airaksinen J Gluschkoff K. Kivimaki M, Jokela M. (2020).Connectivity of depression symptoms before and after diagnosis of achronic disease Anetwork analysis in the U.S. Health and Retirement Study. *J Affect Disord.* 2020; 266:230-4.

Alilo, M. ., & Sharifi, M.. (2011). *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder, Tehran.* Tehran Consulting Center Publications.

Alizadeh, A., Alizadeh, I., Mohammadi, A. (2013). The effectiveness of individual training of dialectical behavior therapy skills on major depression, *psychiatric nursing*, 1 (2). 62-69.

Amani, M., & Abolghasemi, A. (2016). The Effectiveness of Group Training on Dialectical Behavior Therapy Concepts on Improving Emotional Regulation Strategies and Reducing Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder, *Journal of Clinical Psychology and Personality (Behavior Scholar),* 14 (2), 125-134.

Amini ,A, Shariatmadar ,A (2018). The effectiveness of group dialectical behavior therapy on catastrophizing and rumination in mothers of mentally retarded children. *Culture of counseling and psychotherapy (culture of counseling).* 9 (34), 190-171

Bagheri, M. M&Amiri, M. (2017).The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Depression in Mothers with Children with Mental Retardation, *International Conference on Business Challenges and Social Sciences*, 2(1), 65-42

Bahmani, M., Naimi, I., & Rezaei, S. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral games intervention program on social and emotional skills of children with low mental performance. *Journal of Clinical Psychology Studies.* 8 (31), 157-176.

Dargahian, R., Mohammadkhani, S., Hassani, J. (2014). The effectiveness of metacognitive therapy on reducing depressive symptoms, components of attention cognitive syndrome and maladaptive coping strategies in patients with major depression*. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences, Kharazmi University*, 2(3),52-45.

FlugelGolle, K. f., Cha, S. S., Loehrer, L., Bauer, B. A., & Wahner- Roedler, D. L. (2010). Measurement of guality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary therapies inclinical practice*, 16: 36-40

Gallagher S, Pilch M, Hannigan A .(2018).Prior depressive symptoms and persistent child problem behaviours predict fiture depression in parents of children with developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Res Dev Disabil*. .80:170-9.

Gerstein, E. D., Crnic, K. A., Blacher, J., & Baker, B. L. (2009). Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *53*(12), 981–997.

Goodarzi, F., Soltani, Z., Hosseini Siddiq, M. S, Hamdami, M., Ghasemi Jobneh, R. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy in regulating the emotion and quality of life of mothers with mentally retarded children. *Disability studies*. 7 (13), 128-99

Habibi Pour, M. , Bahadarian, M. (2015) Effectiveness and dialectical behavior therapy in improving the symptoms of patients with depression *Journal of Health and Care 17th year No*. 4, pp. 170- 160

Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2015). *Exceptional learners. Pearson/Allyn and Bacon*

Heifetz M, Brown HK, Chacra MA, Tint A, Vigod S, Bluestein D, Lunsky Y.(2019). Mental health challenges and resilience among mothers with intellectual and developmental disabilities. *Disabil Health J*.,12(4):602-7.

Johannes N Weling H. Dora J. Meier A, Reinecke L. Bijzen M.(2018). Mind-wandering and mindfulness as mediators of the relationship between online *vigilance and well-being Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 21(12):1-7.

Johnco C, Rapee RM. (2018).Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms. *J Affect Disord*;241:599-607.

Khani, H., Blair, S., Zamani, S., & Zamani, N. (2015). The effectiveness of dialectical behavior therapy on depression, *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 25 (127), 113-118.

Koegel, L. K., Singh, A. K., & Koegel, R. L. (2010). Improving motivation for academics in children with Autistic. *Journal of Autistic Developmental Disorder*, 40(4), 57-66.

Kulage, K. M., Smaldone, A. M., Cohn, E. G. (2014). How will DSM-5 affect autism diagnosis? A sys tematic literature review and meta-analysis*. J Autism Dev Disord*. 44(8): 1918-32.

Lee, A., Hobson, R. P., & Chiat, S. (2013). I, you, me and autism: An experimental study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 94(2), 955-976.

Linhan, M. M. (2004). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linhan. M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.

McKenzie K Milton M. Smith G. OuelletteKuntz H.(2016). Systematic review of the prevalence and incidence ofintellectualdisabilities:Curent trends and issues. *Cut Dev Disord Rep*. 2016;3:104-15.

Minjarez, M. B., Williams, S. E., Mercier, E. M., (2011). Pivotal response group treatment program for parents of children with autism. *Journal of Autism Developmental Disorders. Jan;*41(1):92-101. PMID 20440638.

Miodrag, N., & Hodapp, R. M. (2010). Chronic stress and health among parents of children with Intellectual and developmental disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, *23*(5), 407–411

Miodrag, N., & Hodapp, R. M. (2010*). Chronic stress and health among parents of children with*

Moeinizadeh, M., Zarif, H. (2018). The Effectiveness of Welfare Therapy in Depression in Infertile Women*, Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10 (4): 363-70.

Moghtadar, L., Akbari, B., Haghgoo, Siahgovai, M. (2016) The effect of supportive and group educational psychotherapy on anxiety, depression, stress, quality of life of mothers of children with mental disorders, *Urmia Medical Journal, Volum*e 27, Number 2, pp.

Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2008). Socioeconomic and psychological variables as risk and protective factors for parental well-being in families of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *52*(12), 1102–1113

Otto J, Linden M.(2018). Reduction of distress intolerance with salutotherapeutic interventions: Results from a randomized controlled clinical trial. *Chronic Stress*. 2:1-7.

Pazhoheshgar, M., Rajaei A., Khoynejad G., Bayazi M. H. (2019). The effect of well-being therapy on depression, self-management and blood sugar control in women with type 2 diabetes*. Diabetes Nursing Quarterly*. ۱۳۹۸; 7 (4): 943-957

Qasemipour ,Y., Roshan ,B. (2019). The role of mindfulness and social support in predicting the mental health of mothers with mentally retarded children. *Child mental health*. 6 (1), 187-176

Ramezanian Fahandari, H., Aili, M. (2010). Stress management in the judiciary system. The first ed. Tehran: Majd.

Reynolds, P., Huley, S., Tovers, M., & Jackson, M. (2005). Use of coping strategies and breast cancer survival. *American Journal of Epidemiology, 152* (10): 940-949.

Rimani, M. ., Mohammadi, N. (2015) The effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing job stress and increasing self-efficacy of nurses in the master's thesis.

Sandoval, G. A., Brown, A. D., Sullivan, T., & Green, E. (2006). Factors that influence pationts overall perceptions of quality of care. International Journal of Quality Health Care, 18: 266- 274.

Shojaei, S., Alamdarloo,b. (2015) The effectiveness of life skills training on cognitive emotion regulation strategies in mothers of mentally retarded children. Journal of Disability Studies Volume 5

Sigafoos, J. (2011). Communication development and aberrant behavior in children with developmental disabilities. *Education & Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities,* 35 (2), 168-176.

Soler, J. Pascual, J. C. Tiana, T. (2016). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*. 47, 353–358.

Song, J., Mailick, M.R., Greenberg, J.S., Ryff, C.D., Lachman, M.E. (2018). Cognitive aging in parents of children with disabilities. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social*

Talebi ,M., Naderi, F., Bakhtiarpour ,S., Safarzadeh ,S. (2020). The effect of psychological well-being training on tolerance of confusion, mental confusion and depression of mothers of mentally retarded children. Nursing education. 9 (2): 27-36

Weiber I. Tengland PA, Berglund JS, Eklund M. (2019).Everyday life when growing up with a mother with an intellectual or developmental disability: Four retrospective life-stories. *Scand* J Occup Ther.,20:1-13.

Woodman, A. C., Mawdsley, H. P., & Hauser-Cram, P. (2015). Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in Developmental Disabilities*, *36*, 264–276.

Xu Y, Wu T, Yu Y, Li M. A.(2019). randomized controlled trial of well-being therapy to promote adaptation and alleviate emotional distress among medical freshmen. *BMC Medical Educatio*. 19:1-10.

Yousefi, A., Mirzaeian, B., Fazl Ali M. (2016) The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Concern of Mothers with Children with BIKD Disorders PhD Thesis, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch.

The effectiveness of dialectical behavior therapy training on stress, depressive syndrome and cognitive emotion regulation in mothers with students with intellectual disabilities

aHossein Shareh[[3]](#footnote-3)🞿

bMina Yazdanian

aHakim Sabzevari University & Ferdowsi University of Mashhad

bUniversity of Neyshabour

**Abstract**

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of dialectical behavior therapy training on depression, stress and cognitive emotion regulation in mothers with mentally retarded students in Neishabour.

**Method:** The research method was quasi-experimental and pretest-posttest design with two experimental groups. The statistical population of the study was all mothers with students with mental disabilities in 1400-1399 whose child was a member of exceptional centers in the city and 285 of them were selected by available sampling method and voluntarily in two experimental groups (143 subjects) and control (142 subjects) were included. Subjects answered the Dass-21 Stress Anxiety Depression Inventory, Beck Depression Inventory (1993), and the Grass and John Emotion Cognitive Regulation Questionnaire (2003). Data were analyzed using analysis of covariance.

**Results:** The results show; The significance level corresponding to the pre-test scores for all three variables of stress, depressive syndrome and cognitive emotion regulation is less than 0.05. Therefore, the results showed that dialectical skills training is effective on stress, depression and cognitive emotion regulation in mothers with students with mental retardation (p <0.5).

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy, Stress, Depressive Symptoms, Cognitive Emotion Regulation, Mental Retardation

**Figure 1**

*Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) diagram illustrating the flow of participants through the study.*

Assessed for eligibility (n= 159)

## Enrollment

Excluded (n=25)

  Not meeting inclusion criteria (n= 20)

  Declined to participate (n= 5)

  Other reasons (n= 0)

Randomized (n= 134)

**Control**

Allocated to intervention (n= 67)

 Received allocated intervention (n= 66)

 Did not receive allocated intervention (n= 1)

**DBT**

Allocated to intervention (n= 67)

 Received allocated intervention (n= 67)

 Did not receive allocated intervention (could not fully attend the sessions) (n= 0)

## Allocation

## Analysis

Analysed (n= 66)   
 Excluded from analysis (could not fully attend the sessions) (n= 1)

Analysed (n= 67)   
 Excluded from analysis (could not fully attend the sessions) (n= 0)

1. . دانشیار، دانشگاه حکیم سبزواری و دانشگاه فردوسی مشهد،h.shareh@hsu.ac.ir, shareh@ferdowsi.um.ac.ir [↑](#footnote-ref-1)
2. . کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، Minayazdanian96@gmail.com [↑](#footnote-ref-2)
3. 🞿 . h.shareh@hsu.ac.ir, shareh@ferdowsi.um.ac.ir [↑](#footnote-ref-3)