

Research Paper

Effect of Dialectic Behavior Therapy on Self-conscious Emotions and Family Quality of Life in Mothers of Children With Intellectual Disability



Karim Aali Sari Nasirloo¹, *Farah Naderi², Rezvan Homaei², Behnam Makvandi²

1. Department of Child Psychology, Faculty of Human Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.



Citation Aali Sari Nasirloo K, Naderi F, Homaei R, Asgari P. [Efficacy of Dialectic Behavior Therapy on the Self-conscious Affect and Quality of Life in the Mothers of the Children With Intellectual Disability (Persian)]. J Rehab Med. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2023; 12(3):446-459. <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.12.3.3>

doi <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.12.3.3>



ABSTRACT

Background and Aims Having children with intellectual disability can cause psychological, emotional and social problems for the parents, especially mothers. The present study aims to examine the effect of dialectic behavior therapy (DBT) on self-conscious emotions and family quality of life (QoL) in mothers of children with intellectual disability.

Methods This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/ follow-up design. The study population consists of all mothers of children with intellectual disability in Ardebil, Iran in 2021. Of these, 37 were selected using a purposive sampling method and randomly divided into intervention and control groups. The mothers in the intervention group received eight sessions of DBT for two months. Tangney et al.'s test of self-conscious affect and the beach center family QoL scale were used in this study. The data were analyzed using mixed ANOVA.

Results The DBT had a significant effect on positive self-conscious affect ($F=75.20$; $\eta^2=0.68$; $P=0.0001$), negative self-conscious affect ($F=45.19$; $\eta^2=0.56$; $P=0.0001$) and family QoL ($F=71.74$; $\eta^2=0.67$; $P=0.0001$) in mothers.

Conclusion The DBT can improve self-conscious emotions and family QoL in mothers of children with intellectual disability by employing techniques such as distress tolerance, mindfulness, and emotional regulation.

Keywords Intellectual disability, Dialectic behavior therapy, Self-conscious affect, Family quality of life (QoL)

Received: 14 Nov 2021

Accepted: 27 Nov 2021

Available Online: 23 Jul 2023

* Corresponding Author:

Farah Naderi, Professor.

Address: Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Tel: +98 (914) 9538335

E-Mail: nmafra@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

The birth of a child with intellectual disability causes parents to take on different parenting roles and have more responsibilities, and can have different effects on the family [1]. Raising children with intellectual disability is a much more stressful than raising healthy children [7]. It exposes parents to psychiatric disorders, especially anxiety and depression [8]. Mothers are more vulnerable, because they spend less time on their own needs and desires [9] which leads to decrease in self-conscious emotions which are a set of feelings that help people successfully fit into society [10]. Parents of children with intellectual disability spend more time on child care and education than parents of normal children; as a result, they are unable to do their own works and their social life is more limited, which is associated with a decrease in the family quality of life (QoL) [12]. The family QoL refers to conditions based on which the needs of the family are met and its members enjoy being together and have the chance to do things that are important to them [13].

Various therapeutic and educational methods have been used for treating psychological, cognitive, emotional, social and family problems of mothers with children having intellectual disability. One of these methods is dialectical behavior therapy (DBT), whose effectiveness in improving the cognitive, psychological and emotional problems has already been reported in different studies. The DBT, mixed with the cognitive-behavioral therapy and the Eastern concepts of states of mind, has four components for group therapy: comprehensive institutional awareness and distress tolerance as components of acceptance and emotional regulation and interpersonal effectiveness as components of change [29]. Therefore, considering the effectiveness of DBT, and the existence of research gap, this study aims to investigate the effectiveness of DBT on self-conscious emotions and family quality of life in mothers of children with intellectual disabilities.

Materials and Methods

This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/follow-up design. The study population consists of all mothers having children with intellectual disability in Ardabil, Iran in 2021. Of these, 37 selected using a purposive sampling method and randomly divided into intervention and control groups. The mothers in the intervention group received eight sessions of DBT for two months. Tangney et al.'s test of self-conscious affect and the beach center

family quality of life scale were used in this study. The data were analyzed through mixed ANOVA method.

Results

The results showed that DBT had a significant effect on positive self-conscious affect ($F=75.20$; $\eta^2=0.68$; $P=0.001$), negative self-conscious affect ($F=45.19$; $\eta^2=0.56$; $P=0.001$), and family quality of life ($F=71.74$; $\eta^2=0.67$; $P=0.001$) of mothers.

Conclusion

The DBT has a significant effect on positive self-conscious affect, negative self-conscious affect, and family QoL in mothers of children with intellectual disabilities. The DBT, by employing the principles of cognitive-behavioral therapy and teaching four skills of mindfulness, distress tolerance, emotional regulation, and interpersonal effectiveness, can help these mothers have higher tolerance and experience a higher family QoL along with accepting their current conditions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Ahvaz Branch, Islamic Azad University (Code: IR.IAU.AHVAZ.RES.1400.074).

Funding

This article was extracted from the thesis of Karim Aali Sari Nasirilo approved by the Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University.

Authors' contributions

The authors contributed equally to preparing this article.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest

Acknowledgments

The authors would like to thank the officials of the education organization in Ardabil City, principals and officials of elementary schools for exceptional children and families of children with mental disabilities for their cooperation in this research.

This Page Intentionally Left Blank



مقاله پژوهشی

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی

کریم عالی ساری نصیرلو^۱، *فرح نادری^۲، رضوان همائی^۲، بهنام مکودی^۲

۱. گروه روان شناسی کودکان، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Aali Sari Nasirloo K, Naderi F, Homaei R, Asgari P. [Efficacy of Dialectic Behavior Therapy on the Self-conscious Affect and Quality of Life in the Mothers of the Children With Intellectual Disability (Persian)]. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2023; 12(3):446-459. <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.12.3.3>

doi <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.12.3.3>

چکیده



مقدمه و اهداف داشتن فرزندان با ناتوانی ذهنی، والدین و به ویژه مادران را با مشکلات روان شناختی، هیجانی و اجتماعی مختلفی مواجه می سازد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی انجام شد.

مواد و روش ها روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی شهرستان اردبیل در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۳۷ مادر دارای کودک با ناتوانی ذهنی با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. مادران حاضر در گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه طی ۲ ماه رفتار درمانی دیالکتیکی را دریافت کردند. در این پژوهش از پرسش نامه عاطفه خودآگاه و پرسش نامه کیفیت زندگی خانواده استفاده شد. داده ها به شیوه تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها نتایج نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه مثبت، ($F=7.5/20$, $\eta^2=0/68$, $P=0.001$)، عاطفه خودآگاه منفی ($F=4.5/19$, $\eta^2=0/56$, $P=0.001$) و کیفیت زندگی خانواده ($F=7.1/74$, $\eta^2=0/67$, $P=0.001$) در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی تأثیر معنادار دارد.

نتیجه گیری باتوجه به نتایج پژوهش حاضر، براساس یافته های پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که رفتار درمانی دیالکتیک با بهره گیری از تکنیک های تحمل پریشانی، پذیرش و خودنظم جویی هیجانی می تواند به عنوان یک درمان کارآمد برای بهبود عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی استفاده شود.

کلیدواژه ها ناتوانی ذهنی، رفتار درمانی دیالکتیکی، عاطفه خودآگاه، کیفیت زندگی خانواده

تاریخ دریافت: ۲۳ آبان ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۶ آذر ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۰۱ مرداد ۱۴۰۲

* نویسنده مسئول:

دکتر فرح نادری

نشانی: اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، گروه روانشناسی.

تلفن: ۹۵۳۸۳۳۵ (۹۱۴) ۹۸+

رایانامه: nmafra@yahoo.com

مقدمه

که این روند با کاهش کیفیت زندگی خانواده^۳ همراه است [۱۲]. کیفیت زندگی خانوادگی را شریطی تعریف می‌کنند که براساس آن نیازهای خانواده تأمین می‌شود و اعضای آن از کنار هم بودن احساس رضایت می‌کنند و فعالیت‌هایی را که برایشان مهم است به‌خوبی انجام می‌دهند [۱۳]. نود و همکاران [۱۴] معتقدند کیفیت زندگی بهتر به افراد امکان می‌دهد که در جهت دستیابی به اهداف خود حرکت کنند و خوش‌بینی، خودکارآمدی، فعالیت، انرژی و بهزیستی جسمی بیشتری را تجربه کنند [۱۵]. از طرفی کیفیت زندگی، عرصه‌های متنوع زندگی همچون شرایط مالی، شغل، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۴، کیفیت زندگی عبارت از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی باتوجه‌به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن به سر می‌برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان است [۱۶].

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای مشکلات روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و خانوادگی مادران با کودکان دارای ناتوانی ذهنی به کار گرفته شده است. به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی این افراد می‌توان به رفتاردرمانی دیالکتیک^۵ اشاره کرد که کارایی آن در بهبود مؤلفه‌های شناختی، روان‌شناختی و هیجانی در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. چنان‌که محقق و همکاران [۱۷] اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر؛ نوری سعید و همکاران [۱۸] اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را بر استرس ادراک‌شده و مهارت‌های مقابله‌ای پس از انفارکتوس میوکارد بیماران، مکوند حسینی و همکاران [۱۹] اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را بر کیفیت زندگی دختران نوجوان با علائم اختلال شخصیت مرزی، پیمان‌نیا و همکاران [۲۰] اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش مهارت‌ها به خانواده و فرزند را بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی، سالمی خامنه و همکاران [۲۱] اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را بر تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی دانش‌آموزان، شیخ سجادی و آتش‌پور [۲۲] اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک را بر پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور، لنگ و همکاران [۲۳] اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را بر سلامت روان‌شناختی تبت‌ماک و همکاران [۲۴] اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را بر پردازش شناختی و کاهش اضطراب مورد تأیید قرار داده‌اند. علاوه‌براین لوئیس و میلر [۲۵]، زالوسکی

تولد فرزند با ناتوانی ذهنی^۱ سبب می‌شود والدین با نقش‌های والدگری متفاوت و دشواری مواجه شوند که چنین روندی مسئولیت‌های آنان را بیشتر می‌کند و در عین حال می‌تواند آثار مختلفی بر روند زندگی خانواده داشته باشد [۱]. چنان‌که نگهداری از کودکان با ناتوانی ذهنی، منجر به سد شدن مسیر پیشرفت خانواده، جلوگیری از رشد طبیعی و بروز الگوهای ناسازگارانه و ناکارآمد در اعضای خانواده به‌ویژه مادر می‌شود [۲] و باعث بروز مسائلی مانند اختلال در خواب، مشکل جسمانی، نقص در تعامل اجتماعی، مسائل زناشویی، فشار مالی، محدودیت زمانی برای رسیدگی به مسائل سلامتی و قرار گرفتن طولانی‌مدت در معرض استرس‌های مزمن می‌شود [۳]. میزان شیوع این اختلال ۱ تا ۲ درصد جمعیت کل کشورها است [۴]. طبق آمار سازمان بهزیستی در ایران از جمعیت ۲ میلیون و ۸ هزار معلول، ۲۸۷۹۵ نفر آنان را افراد با ناتوانی ذهنی تشکیل می‌دهند [۵]. همچنین مطالعات آماری در آمریکا بیانگر حضور ۳ درصد جمعیت کل کشور به افراد با ضریب هوشی ۲ یا بیشتر از ۲ انحراف‌معیار زیر میانگین می‌باشد [۶].

فرزندپروری والدین کودکان با ناتوانی ذهنی نسبت به والدین دارای فرزند عادی به‌عنوان یک تعهد طولانی‌مدت، بسیار استرس‌زا است. [۷] به گونه‌ای که وجود چنین فرزندانی، والدین را در معرض اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه اضطراب و افسردگی قرار می‌دهد [۸]. این مسئله در خانواده بیشتر از همه مادر را در مقابل مشکلات مربوط به بهداشت روان آسیب‌پذیر می‌کند، زیرا مادران فرصت کمی برای کشف نیازها و خواسته‌های خود دارند [۹] و این روند کاهش در مهارت عاطفه خودآگاه^۲ را در پی دارد. عاطفه خودآگاه، یک دسته خاص از احساسات است که به افراد کمک می‌کند با موفقیت در محیط اجتماعی حرکت کنند. در عاطفه خودآگاه، افراد به ارزیابی خود از چشم دیگران می‌پردازند. احساسات خودآگاه شامل احساس شرم، گناه و غرور است. درواقع این احساسات در تعامل فرد با دیگران بر رفتار نظارت دارد و به اصلاح اجتماعی و اخلاقی تخطی‌ها منجر می‌شود [۱۰]. کنترل عواطف اثرات گوناگونی بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین‌فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی فرد دارد [۱۱].

حضور کودک با ناتوانی ذهنی در خانواده عامل بروز مشکل و استرس به‌ویژه در والدین است، به‌نحوی که مرور شواهد تجربی نشان داده است والدین کودکان با ناتوانی ذهنی نسبت به والدین کودکان عادی، زمان بیشتری صرف مراقبت و آموزش کودک خود می‌کنند. در نتیجه والدین برای انجام فعالیت‌های خود ناتوان و زندگی اجتماعی آن‌ها محدودتر می‌شود

3. Family quality of life
4. World Health Organization (WHO)
5. Dialectical Behavioral Therapy

1. intellectual disability
2. self-conscious emotions

و همکاران [۲۶]، رابینسون و همکاران [۲۷]، جی کو^۶ (دکو) و همکاران [۲۸] نشان داده‌اند رفتار درمانی دیالکتیک توانایی بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی افراد را دارد.

رفتار درمانی دیالکتیکی به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید، مرکب از اصول درمان‌های شناختی-رفتاری و فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشد، درآمیخته و بر این اساس ۴ مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر نهادین و تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر [۲۹]. رفتارهای تحمل پریشانی که در آموزش مهارت‌های دیالکتیک هدف قرار می‌گیرند به تحمل و بقا در بحران‌ها و پذیرش زندگی آن‌گونه که در لحظه حاضر است می‌پردازند، ۴ مجموعه راهبرد بقا در بحران، آموزش داده می‌شوند که شامل برگردانی توجه، خودآرام‌سازی، بهسازی لحظه و فکر کردن به سودها و زیان‌ها است [۳۰]. رفتار درمانی دیالکتیکی بر افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید و از طریق فراهم کردن امکان افزایش مهارت‌ها و انگیزش مراجع، برای شکل‌دهی یا تعدیل رفتار اقدام می‌کند [۳۱]. رفتار درمانی دیالکتیکی دارای تأثیرات بی‌نظیری بر بیان و پذیرش هیجانات (ازجمله هیجانات منفی) است و هم‌زمان به افراد می‌آموزد که چگونه تجربه و ابراز احساسات منفی را به‌صورت مؤثرتری داشته باشند [۳۲].

در حوزه ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان گفت، مادران به‌دلیل داشتن نقش سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند دارای ناتوانی ذهنی خود احساس می‌کنند و به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. وجود کودک با ناتوانی ذهنی اغلب ضایعات جبران‌ناپذیری را بر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل آن، گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدید می‌شود. این در حالی است که مادران دارای کودکان با ناتوانی ذهنی در مقایسه با پدران با مشکلات بیشتری مواجه هستند، بیشتر با مشکلات رفتاری فرزند خود درگیرند، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند و نیاز به حمایت بیشتری دارند.

درحقیقت وجود فرزند با ناتوانی ذهنی، سازش یافتگی و سلامت جسمانی و روانی والدین، به‌خصوص مادران را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر رضایت‌مندی آن‌ها دارد. باتوجه‌به درگیر شدن بیش از حد مادران با کودک با ناتوانی ذهنی، ممکن است آنان دچار کمبود توجه و محبت شوند و یا مسئولیت بیشتری برای مراقبت از کودک با ناتوانی ذهنی بر عهده آنان گذاشته شود. این امر گاه سبب ایجاد

احساس خشم، گناه، افسردگی و مشکلات روانی و هیجانی در آنان می‌شود. بر این اساس به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد برای این گروه از افراد جامعه بسیار ضروری است. بنابراین باتوجه‌به موضوعات مطرح‌شده و پژوهش‌های انجام‌شده در مورد اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و از سوی دیگر باتوجه‌به خلأ پژوهشی حاضر به‌دلیل عدم انجام پژوهشی مشابه، هدف انجام پژوهش حاضر بررسی تأثیر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی است. البته کیفیت زندگی، تنها در مادر مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی شهرستان اردبیل در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند با ناتوانی ذهنی شهرستان اردبیل بودند که فرزندان آن‌ها در مدارس استثنایی دوره ابتدایی حضور داشتند. دلیل استفاده از این روش نمونه‌گیری هدفمند، در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش بود. براین‌اساس از بین ۶ مدرسه ابتدایی شهرستان اردبیل ۳ مدرسه نزدیک به هم انتخاب شدند. سپس با مراجعه به مدارس منتخب، فرم شرکت داوطلبانه در پژوهش طی جلسه‌ای حضوری و با رعایت پروتکل بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی، در بین مادران دارای فرزند با ناتوانی ذهنی توزیع و پس از جمع‌آوری، مادران داوطلب حضور در پژوهش شناسایی شدند. در این مرحله تعداد ۳۱۴ فرم شرکت داوطلبانه توزیع و تعداد ۲۴۹ مادر، داوطلب حضور در پژوهش بودند. سپس پرسش‌نامه‌های عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی خانواده به آن‌ها ارائه و افرادی که نمرات پایین‌تری را در پرسش‌نامه‌های عاطفه خودآگاه مثبت و کیفیت زندگی خانواده و نمرات بیشتری را در عاطفه خودآگاه منفی نسبت به دیگر مادران کسب کرده بودند، مشخص شدند.

در گام بعد از بین این مادران، تعداد ۴۰ مادر که کمترین نمرات را در پرسش‌نامه‌های عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی خانواده و بیشترین نمره را در عاطفه خودآگاه منفی داشتند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۲۰ مادر در گروه آزمایش و ۲۰ مادر هم در گروه کنترل). در گام بعد مادران حاضر در گروه آزمایش، مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی (۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای) در طی ۲ ماه دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بود. پس از شروع مداخله تعداد ۲ مادر در گروه آزمایش و ۱ مادر در گروه کنترل از ادامه حضور

پرسش‌نامه کیفیت زندگی خانواده^{۱۱}

پرسش‌نامه کیفیت زندگی خانواده، پرسش‌نامه‌ای ۲۵ سؤالی است که بیچ سنتر^{۱۲} در سال ۲۰۰۵ ارائه کرده است و ۵ حیطه تعاملات خانوادگی، والدگری، بهزیستی هیجان، بهزیستی جسمی و حمایت از عضو ناتوان خانواده را می‌سنجد. نحوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت است (خیلی ناراضی: نمره ۱ - خیلی راضی: نمره ۵). بنابراین دامنه نمرات پرسش‌نامه بین ۱ تا ۱۲۵ است. کسب نمرات بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی خانوادگی بالاتر است. هافمن و همکاران [۳۷] و ساموئل و همکاران [۳۸] روایی این ابزار را با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول به دست آوردند و نتایج حاصل برازش مناسب را تأیید کرد. همچنین هافمن و همکاران میزان پایایی پرسش‌نامه را برای حیطه‌های ۵ گانه بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۳ به دست آوردند. [۳۷] در ایران پرسش‌نامه کیفیت زندگی خانواده توسط قدمی، سیاح و آزادی مورد هنجاریابی قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی نشان‌دهنده تأیید ۵ عامل تعاملات خانوادگی، والدگری، بهزیستی هیجانی، بهزیستی جسمی و حمایت از عضو ناتوان خانواده در بین ۳۸۴ دانشجوی ایرانی بود که این یافته نشان‌دهنده روایی مناسب پرسش‌نامه بود [۳۹]. همچنین قدمی و همکاران میزان پایایی ۵ عامل تعاملات خانوادگی، والدگری، بهزیستی هیجانی، بهزیستی جسمی و حمایت از عضو ناتوان خانواده را به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۹ گزارش کردند [۳۸]. این پرسش‌نامه توسط مادران پاسخ داده شد. کیفیت زندگی تنها در مادر مورد بررسی قرار گرفته است.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری، گروه آزمایش، مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی را در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای طی ۲ ماه و در گروه‌های ۴ نفره دریافت کرد. این در حالی بود که کودکان حاضر در گروه کنترل از دریافت این مداخله درمانی در طول اجرای پژوهش بی‌بهره بودند و مقرر شد که آن‌ها نیز پس از اتمام پژوهش این مداخله درمانی را در صورت تمایل به صورت رایگان دریافت کردند. چنان‌که پس از اتمام پژوهش از مادران حاضر در گروه کنترل جهت دریافت رفتاردرمانی دیالکتیک دعوت شد. تعداد ۵ مادر در جلسات مداخله حضور یافتند و این درمان را به شکل رایگان دریافت کردند. مداخله پژوهش حاضر در محیطی بهداشتی و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی اجرا شد. بدین صورت که اتاق مشاوره بزرگ در نظر گرفته شد تا مادران با فاصله از هم بنشینند. همچنین مواد شوینده بهداشتی و ماسک به میزان نیاز در دسترس مادران قرار گرفت. خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

در پژوهش انصراف دادند (۱۸ مادر در گروه آزمایش و ۱۹ مادر در گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن فرزند دارای ناتوانی ذهنی (فرزند دارای ضریب هوشی زیر ۷۰)، حداقل سواد سیکل، عدم ابتلا به مشکل جسمانی مزمن، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی هم‌زمان و تمایل به شرکت در پژوهش به صورت داوطلبانه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در ۲ جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته‌شده، بروز حوادث پیش‌بینی نشده و انصراف از ادامه حضور در پژوهش بود. رساله حاضر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز ثبت شده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک^۷ جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لون^۸ برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی^۹ جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه عاطفه خودآگاه^{۱۰}

پرسش‌نامه عاطفه خودآگاه را تنگنی در سال ۱۹۹۲ تدوین کرده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۶ سؤال است و ۱۶ موقعیت (سناریو) شرایط زندگی روزمره را به آزمودنی ارائه می‌کند و پاسخ‌دهندگان پاسخ‌های احساسی، هیجانی و رفتاری خویش و احتمال پاسخ خود به آن‌ها را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (نمرات ۱ تا ۵) رتبه‌بندی می‌کنند. در این پرسش‌نامه ۱۱ وضعیت آن از نظر اجتماعی دارای ارزش مثبت (عاطفه خودآگاه مثبت) و ۵ وضعیت آن دارای ارزش منفی (عاطفه خودآگاه منفی) است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده عاطفه خودآگاه بیشتر در آن حوزه است [۳۳]. تنگنی و همکاران روایی سازه ۲ مقیاس عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی را در حد مناسب گزارش کردند [۳۴]. روشن چسلی و همکاران روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در ایران سنجیدند. مطالعه آنان روایی آن را مناسب و به میزان ۰/۸۶ گزارش کردند [۳۵]. در مطالعه سعیدی و همکاران نیز آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های عاطفه خودآگاه مثبت و عاطفه خودآگاه منفی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۸ گزارش شده است [۳۶]. این پرسش‌نامه توسط مادران پاسخ داده شد.

7. Shapiro-Wilk Test

8. Levene's test

9. Mauchly

10. Self-Conscious Affect Questionnaire (SCAQ)

11. Family Quality of Life Questionnaire (FQLQ)

12. Beach Center

جدول ۱. خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آن‌ها، ایجاد کردن احساس راحتی اعضا با هم در رابطه با ابراز کردن احساسات، توضیح درباره نحوه کار گروه، رازداری، حضور مرتب در جلسات، تعداد جلسات، مدت زمان جلسات، تشویق اعضا به بیان کردن مشکلات حاصل از فرزند با ناتوانی ذهنی.
دوم	آموزش تکنیک درک هیجان در روابط، اجزاء آن و تأثیراتش که شامل هیجان چطور عمل می‌کند، آسیب‌پذیری در برابر تجربه‌های هیجانی منفی، واکنشی بودن، زمان رسیدن به تعادل. سؤال در مورد اینکه: چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟ مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه و اینکه همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند. مهارت‌های تنظیم هیجانات به افراد کمک می‌کند تا با هیجان‌های اولیه و ثانویه به شیوه‌های مؤثرتری کنار بیایند و از رنج روزافزون اجتناب کنند. ارائه تکلیف خانگی.
سوم	نام‌گذاری هیجان‌ها و تحلیل عملکردی، مباحثه در مورد تفاسیری که هر فرد در مورد هیجان‌هایش دارد (اسطوره‌ها)، توجه به نقش ذهن هیجانی و ذهن منطقی و ذهن خردمندانه در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجان‌ها. آموزش تکنیک پذیرش خود و فرزند که شامل آگاهی از ارتباط، خودآگاهی و توجه آگاهانه نسبت به خود، خود هیجانی، خود منطقی و وجود خشم در رابطه. ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	مشاهده و توصیف هیجان‌ها، نقش خودگویی‌های مثبت در مورد هیجان‌ها، اینکه بر موانع هیجان‌های سالم غلبه کنید. اگر افراد رفتارهای سالم‌تری بروز دهند و افکار خود تأییدگرایانه بیشتری داشته باشند، باعث می‌شود تجارب هیجانی رضایت‌بخش‌تری برای آن‌ها پیش بیاید. آموزش تکنیک چگونگی توقف اوضاع وخیم که شامل تعهد برای کارآمد شدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زاینبار می‌شود. ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	آموزش مهارت کاهش آسیب‌پذیری جسمانی (برنامه‌ریزی برای خواب کافی، برنامه‌ریزی برای رفع کسالت جسمانی و روانی، مقابله با افکار آشفته‌کننده، تغذیه کافی، ورزش کردن). عادت‌های صحیح بخش مهمی از مدیریت حالت تغییرات، افسردگی، خشم، کج خلقی یا زودرنجی هستند. آموزش تکنیک در کنار هم بودن از لحاظ عاطفی که شامل شرطی شدن و شرطی‌سازی مجدد، شرطی‌سازی یا جعبه و آلبوم می‌شود. ارائه تکلیف خانگی.
ششم	اتخاذ تصمیماتی در راستای مهارت کاهش آسیب‌پذیری شناختی (دوری از ذهن هیجانی و تعادل‌آفرینی بین افکار و احساسات). آموزش مهارت حل مسئله، مهارت حل مسئله این توانایی را به افراد می‌دهد که با توجه به تجارب عملی و توانمندی‌های ذهنی خود بتوانند در جهت حل مشکل قدم بدارند و به نتیجه مطلوب دست یابند. آموزش تکنیک فعال‌سازی مجدد روابط که شامل راه‌های مختلف با هم بودن، موقعیت‌های دارای تعارض و موقعیت‌های لذت‌بخش می‌شود. آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش. آموزش تکنیک ابراز روشن احساسات که شامل شناسایی خواسته‌ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، کم‌انگاری خواسته‌ها و بیش‌انگاری خواسته‌ها می‌شود. ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	آگاهی بر هیجان‌ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، خشم و افسردگی. عمل مخالف در مورد ترس و خشم و احساس گناه و غمگینی. برعکس تمایل‌های هیجانی‌تان عمل کنید. ذهن خود را از حس جاری و کنونی پر کنید. آموزش تکنیک مدیریت حل مسائل و راه‌حل‌های گفتگو کردن که شامل مدیریت مسئله در مقابل حل مسئله، تعیین مسئله و تجزیه و تحلیل مسئله می‌شود. ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقا لحظه جاری، خودآرام‌بخشی با استفاده از حواس ۵ گانه، تکنیک سود و زیان. اکثر افراد ترجیح می‌دهند هیجان‌های دردناک را تجربه نکنند. بنابراین آن را نادیده می‌گیرند و نمی‌توانند تحمل کنند. پس دست به رفتارهای غیرانطباقی می‌زنند. درمانگر به فرد کمک می‌کند تا هیجان دردناک را تجربه کند و بتواند آن را تحمل کند. ارائه تکلیف خانگی.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سن مادران حاضر در گروه آزمایش $34/19 \pm 4/26$ سال و گروه کنترل $33/25 \pm 4/12$ سال بود. همچنین نتایج نشان داد تحصیلات در بیشتر افراد نمونه در گروه آزمایش (۸ نفر یا ۴۴/۴۴ درصد) و گروه کنترل (۹ نفر یا ۴۷/۳۶ درصد) دیپلم بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در **جدول شماره ۱** ارائه شده است.

نتایج **جدول شماره ۲** حاکی از آن است که میزان عاطفه خودآگاه مثبت و کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی حاضر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش و عاطفه خودآگاه منفی آنان کاهش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($P > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لون مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در ۳ متغیر عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده رعایت شده است ($P > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون تی نشان داد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای وابسته (عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده) معنادار نبوده است ($P > 0/05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی نیز بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده رعایت شده است ($P > 0/05$).

نتایج آزمون واریانس آمیخته و ضرایب F محاسبه‌شده در **جدول شماره ۳** نشان داد عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی داشته است ($P < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به‌ترتیب ۵۶، ۴۸ و ۵۷ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی را تبیین می‌کند. علاوه‌براین، براساس ضریب F محاسبه‌شده، تأثیر عامل عضویت گروهی (رفتاردرمانی دیالکتیک) هم بر نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی معنادار است ($P < 0/001$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی هم بر عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی (رفتاردرمانی دیالکتیک) به‌ترتیب ۴۴، ۳۷ و ۴۶ درصد از تفاوت در نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی را تبیین می‌کند. درنهایت نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان نیز بر نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی معنادار است ($P < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی در مراحل مختلف ارزیابی هم بر عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی به میزان ۶۸، ۵۶ و ۶۷ درصد تأثیر معنادار داشته است. توان آماری هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. در **جدول شماره ۴** مقایسه زوجی میانگین نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده در دو گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه‌ها	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
عاطفه خودآگاه مثبت	آزمایش	$33/27 \pm 5/07$	$40/16 \pm 5/07$
	کنترل	$31/73 \pm 5/05$	$30/84 \pm 5/25$
عاطفه خودآگاه منفی	آزمایش	$9/16 \pm 1/54$	$6/83 \pm 1/42$
	کنترل	$9/05 \pm 1/47$	$9/26 \pm 1/85$
کیفیت زندگی خانواده	آزمایش	$64/27 \pm 9/31$	$74/22 \pm 10/45$
	کنترل	$59/94 \pm 10/99$	$59 \pm 10/78$

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
مراحل	۱۹۱/۶۵	۲	۹۵/۸۲	۴۵/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
عاطفه خودآگاه مثبت	۱۰۷۷/۹۶	۱	۱۰۷۷/۹۶	۱۵/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
تامل مراحل و گروه بندی	۳۱۵/۶۸	۲	۱۵۷/۸۴	۷۵/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
خطا	۱۴۶/۹۲	۷۰	۲/۰۹				
مراحل	۲۴/۰۴	۲	۱۲/۰۲	۳۲/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
عاطفه خودآگاه منفی	۵۴/۲۴	۱	۵۴/۲۴	۱۳/۰۸	۰/۰۰۲	۰/۳۷	۰/۹۸
تامل مراحل و گروه بندی	۳۳/۱۲	۲	۱۶/۵۶	۴۵/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
خطا	۲۵/۶۵	۷۰	۰/۳۶				
مراحل	۴۴۰/۶۱	۲	۲۲۰/۳۰	۴۶/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱
کیفیت زندگی خانواده	۳۵۳۶/۰۴	۱	۳۵۳۶/۰۴	۱۶/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
تامل مراحل و گروه بندی	۶۷۵/۷۴	۲	۳۳۷/۸۷	۷۱/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
خطا	۳۲۹/۶۴	۷۰	۴/۷۰				

طب توانبخش

مهارت‌ها به خانواده و فرزند بر تکانشگری و کیفیت زندگی دختران دارای رفتارهای خودجرحی؛ با گزارش سالمی خامنه و همکاران [۲۱] مبنی بر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی دانش‌آموزان همسو بود. علاوه بر این نتایج پژوهش تبّی-ماک و همکاران [۲۸] نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک بر پردازش شناختی و کاهش اضطراب مؤثر است.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر عاطفه خودآگاه در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی می‌توان بیان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در تمام مراحل سعی دارد تا دو قطب مختلف یک عمل را به مراجعان (در پژوهش حاضر مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی) نشان دهد که چگونه یک هیجان، فکر و یا رفتار می‌تواند به بهتر شدن یک فرایند یا تخریب آن منجر شود. رفتاردرمانی دیالکتیک این دو قطب را همراه با پیامدهایشان به مراجعان نشان می‌دهد و از طرق آموزش ذهن آگاهی، مهارت‌های مهار هیجانی و تحمل پریشانی به کارکنان کمک می‌کند تا تعارض‌هایشان را مدیریت و آن‌ها را به راهی برای شناخت بهتر تبدیل کنند [۲۸]. درواقع رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش پذیرش بنیادین، به افراد آموزش می‌دهد که زندگی توأم با مشکلات و چالش‌ها را بپذیرند [۲۳]. براین اساس رفتاردرمانی دیالکتیک با ایجاد توانایی تحمل آشفتگی، می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی همچون اضطراب و متغیرهای مرتبط با آن را کاهش دهد. کاهش اضطراب سبب می‌شود مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی، آرامش شناختی و عاطفی بیشتری را

همان‌گونه که نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که رفتاردرمانی دیالکتیک توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر کند. یافته دیگر این جدول نشان داد بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین کرد که نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی که در مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ کند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه مثبت، عاطفه خودآگاه منفی و کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی تأثیر معنادار دارد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه مثبت و منفی در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی با یافته محقق و همکاران [۱۷] مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر؛ با نتایج پیمان‌نیا و همکاران [۲۰] مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات عاطفه خودآگاه مثبت و منفی و کیفیت زندگی خانواده آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
عاطفه خودآگاه مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۹۹	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۵۱	۰/۳۷	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲/۹۹	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۸	۰/۱۵	۰/۰۹
عاطفه خودآگاه منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۰۶	۰/۱۷	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۸۹	۰/۱۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۰۶	۰/۱۷	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۶۱
کیفیت زندگی خانواده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۴۹	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۸۹	۰/۵۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴/۴۹	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۰	۰/۳۱	۰/۱۹

طب توانبخشی

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی با یافته مکوند حسینی و همکاران [۱۹] مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک کوتاه‌مدت گروهی بر کیفیت زندگی دختران نوجوان با علائم اختلال شخصیت مرزی؛ با نتایج نوری سعید و همکاران [۱۸] مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر استرس ادراک شده و مهارت‌های مقابله‌ای پس از انفارکتوس میوکارد در بیماران؛ با گزارش شیخ سجادی و آتش‌پور [۲۲] مبنی بر اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور همسو بود. علاوه بر این لاگ و همکاران [۲۳] نشان داده‌اند رفتاردرمانی دیالکتیک بر سلامت روان‌شناختی مؤثر بود.

در تبیین نتیجه حاضر مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی باید اظهار داشت، هنگامی که مهارت تحمل پریشانی (از مهارت‌های بنیادین رفتاردرمانی دیالکتیک)، به مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی آموزش داده می‌شود، حس پیوستگی آنان افزایش می‌یابد. به بیان دیگر این مهارت به آنان می‌آموزد تا با وقایع آشفته‌ساز نظیر پیگیری روند درمانی فرزند و شرایط جسمانی و ذهنی خاص او، بهتر مقابله کنند. از طرفی با افزایش احساس پیوستگی، افراد می‌توانند هیجانات و رویدادهایی را که در زندگی پیش می‌آید بهتر درک و آن‌ها را قبول کنند [۲۵]. همچنین این مادران با استفاده از این تکنیک می‌آموزند که در مقابل مشکلات مقاوم‌تر باشند و اثرات آشفته‌ساز شرایط را کاهش

تجربه کنند و در نتیجه نمرات بیشتری در عاطفه خودآگاه عاطفی مثبت و نمرات کمتری را در نمرات خودآگاه عاطفه منفی به دست آورند.

تبیین دیگر اینکه ارائه رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان درمانی حمایت‌گرانه که مستلزم ارتباطی قوی بین درمان‌جو و درمانگر است می‌تواند باعث رشد مهارت‌ها همچون تحمل درماندگی، ذهن‌آگاهی، خودنظم‌جویی هیجانات و مهارت کارآمد در مراجعان شود [۲۶]، به‌طوری که با ارائه راهکارهای جدید برای تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و عاطفی به مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی کمک می‌کند تا بهتر با تجربه‌های دردناک حاصل از مشکلات فرزند خود کنار بیایند. رفتاردرمانی دیالکتیکی با برون‌ریزی هیجان‌های محصورشده و آموزش تعدیل هیجانی که منجر به تنظیم عواطف می‌شود و با آموزش تکنیک‌های رفتاری موجب می‌شود فرد کمتر به سوی هیجان‌های منفی جذب شود. به عبارت دیگر، درمان‌جو در حال تمرین‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، با هیجانات خود روبه‌رو می‌شود، همان‌گونه که قبلاً مواجه می‌شد. با این تفاوت که بعد از آموزش‌های دیالکتیکی، ابزار لازم برای رویارویی را دارند. بدین مفهوم که تا قبل از این به محض مستولی شدن هیجان‌ها، غرق در احساسات و عواطف ضد و نقیض می‌شوند و برای جلوگیری از تشویش و به هم ریختگی با یادگیری راهبردهای رفتاری به محض بروز هیجان خاصی ابزار لازم برای تنظیم آن را در اختیار دارند و می‌توانند با درک شرایط و به‌کارگیری رهنمودها از به هم ریختگی عاطفی‌های پابند.

بر آموزش مهارت‌های جدید زمینه را برای بهبود انگیزش مراجع فراهم می‌سازد. بنابراین این درمان با بهره‌گیری از تکنیک‌های تحمل‌پریشانی، پذیرش و خودنظم‌جویی هیجانی می‌تواند به‌عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی خانواده مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی مورد استفاده گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در اجرای پژوهش ملاحظات اخلاقی مطابق با دستورالعمل کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اهواز در نظر گرفته شده و کد اخلاق به شماره IR.IAU.AHVAZ.RES.1400.074 دریافت شده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کریم عالی ساری نصیرلو با راهنمایی دکتر فرح نادری و دکتر رضوان همائی و مشاوره دکتر بهنام مکی‌دودی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمام مسئولان آموزش و پرورش شهرستان اردبیل، مدیران و مسئولان مدارس کودکان استثنایی دوره ابتدایی و خانواده‌های کودکان با ناتوانی ذهنی که در انجام پژوهش حاضر ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

دهند. همچنین آموزش روش رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود جهت‌گیری کلی افراد، احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر در زندگی و پیرامون می‌شود [۲۸]، به‌طوری‌که به مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن با آن بررسی کنند. همچنین بدون داشتن رفتاری مخرب و ناسازگارانه، زندگی سازمان‌یافته‌تر، قابل پیش‌بینی‌تر و توضیح‌پذیرتر درک می‌کنند. به‌عبارتی بهره‌مندی از روش رفتاردرمانی دیالکتیکی، مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی را قادر می‌سازد که ضمن درک هیجانات و احساسات و پذیرش مشکلات و ناکارآمدی‌ها؛ زندگی را قابل درک، کنترل‌پذیرتر و پرمعنی تصور کنند. ازاین‌رو با کاهش تنش درون و بین‌فردی، کیفیت زندگی خانواده بالاتری نیز در آن‌ها مشاهده می‌شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی شهرستان اردبیل؛ عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر مادران همانند مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، کودکان پرخاشگر و غیره مهار عوامل یادشده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. باتوجه‌به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود رفتاردرمانی دیالکتیکی به درمانگران و مشاوران مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناسی مرتبط با کودکان با ناتوانی ذهنی کودکان معرفی تا آن‌ها با به‌کارگیری این درمان، جهت بهبود وضعیت شناختی و روان‌شناختی مادران این کودکان گامی عملی بردارند.

نتیجه‌گیری

در یک نتیجه‌گیری کلی و باتوجه به نتایج پژوهش حاضر که بیانگر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه مثبت، عاطفه خودآگاه منفی و کیفیت زندگی خانواده در مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی بود، می‌توان اظهار کرد که رفتاردرمانی دیالکتیک اصول درمان‌های شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی را که مبتنی بر اصل پذیرش است، درآمیخته و با بهره‌گیری از ۴ مؤلفه هوشیاری فراگیر نهادین، تحمل‌پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی سبب می‌شود تا مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی تحمل‌پریشانی و روانی بالاتری را از خود نشان دهند و در کنار پذیرش شرایط حال حاضر خود، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند. این در حالی است که رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه

Reference

- [1] Jaiswal SV, Subramanyam AA, Shah HR, Kamath RM. Psychopathology and coping mechanisms in parents of children with intellectual disability. *Indian Journal of Psychiatry*. 2018; 60(3):312-17. [DOI:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_259_17] [PMID] [PMCID]
- [2] Slayter EM, Jensen J. Parents with intellectual disabilities in the child protection system. *Children and Youth Services Review*. 2019; 98:297-304. [DOI:10.1016/j.childyouth.2019.01.013]
- [3] McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(1):65-74. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.007] [PMID]
- [4] Konishi A, So R, Yoshimura B. Mother-infant separation among mothers with mental illness: An exploratory observational study in Japan. *Asian Journal of Psychiatry*. 2018; 32:1-4. [DOI:10.1016/j.ajp.2017.11.024] [PMID]
- [5] Rahimi M, Afrasiabi H, Rostampour Gilani T, Ghodosi Nia E. [The effect of mental retarded child on mother's life: Qualitative approach (Persain)]. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2017; 7(26):45-70. [Link]
- [6] Sedova E, Goryacheva T. Issues of self-regulation of children with mental retardation. *European Psychiatry*. 2017; 41(S1):S703. [DOI:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1249]
- [7] Kumari S, Kiran M. Parenting stress, psychological wellbeing and social support in mothers of children with mental retardation. *International Journal of Scientific Research*. 2020; 9(1):57-60. [DOI :10.36106/ijrsr]
- [8] Baker K, Devine RT, Ng-Cordell E, Raymond FL, Hughes C. Childhood intellectual disability and parents' mental health: Integrating social, psychological and genetic influences. *The British Journal of Psychiatry*. 2021; 218(6):315-22. [DOI:10.1192/bjp.2020.38] [PMID]
- [9] Arya A, Verma S, Roy D, Gupta PK, Jawaid F. A study of burden of care among mothers of mentally retarded children and adolescents attending child and adolescent psychiatry OPD in a tertiary care center in North India. *Delhi Psychiatry Journal*. 2019; 22(2):238-49. [Link]
- [10] Muris P, Meesters C. Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2014; 17(1):19-40. [DOI:10.1007/s10567-013-0137-z] [PMID]
- [11] Dunham A, Kinnear D, Allan L, Smiley E, Cooper SA. The relationship between physical ill-health and mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Disability Research*. 2018; 62(5):444-53. [DOI:10.1111/jir.12483] [PMID]
- [12] Villavicencio CE, López-Larrosa S. Ecuadorian mothers of pre-school children with and without intellectual disabilities: Individual and family dimensions. *Research in Developmental Disabilities*. 2020; 105:103735. [DOI:10.1016/j.ridd.2020.103735] [PMID]
- [13] Davudi H, Sharifi H, Shafiabadi A, Farzad V. [The prediction of quality of life based on personality traits and type of intelligence in women (Persain)]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2015; 1(3):103-15. [Link]
- [14] Knod JL, Holder M, Cortez AZ, Martinez-Leo B, Kern P, Saeed S, et al. Surgical outcomes, bowel habits and quality of life in young patients after ileoanal anastomosis for ulcerative colitis. *Journal of Pediatric Surgery*. 2016; 51(8):1246-50. [DOI:10.1016/j.jpedsurg.2016.03.002] [PMID]
- [15] Brown RI, Brown I. Family quality of life. In: Michalos AC, editor. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht: Springer; 2014. [DOI:10.1007/978-94-007-0753-5_1006]
- [16] Kim CJ, Park HR, Schlenk EA, Kang SW, Seo EJ. The moderating role of acculturation mode on the relationship between depressive symptoms and health-related quality of life among international students in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2019; 33(6):192-97. [DOI:10.1016/j.apnu.2019.08.003] [PMID]
- [17] Mohagheghi H, Mahdikhani M, Parsinejad Z, Ashori A. [The effectiveness of dialectic behavior therapy on pain self-efficacy and experiential avoidance in the mothers with irritable bowel syndrome (Persain)]. *Journal of Psychological Science*. 2020; 19(88):439-49. [Link]
- [18] Nourisaeed A, Ghorban Shiroudi S, Salari A. [Effect of dialectical behavior therapy on perceived stress and coping skills of patients with acute myocardial infarction (Persain)]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2020; 29(3):2-13. [DOI:10.22122/arya.v17i0.2188]
- [19] Makvand Hosseini S, Azarfar F, Sabahi P. [Effectiveness of a short-term group dialectic behavior therapy on quality of life of girl adolescents with borderline personality disorder symptoms (Persain)]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2019; 13(2):100-14. [DOI:10.52547/rph.13.2.100]
- [20] Peymannia B, Hamid N, Mehrabizadeh Honarmand M, Mahmoudalilu M. [The effectiveness of dialectic behavioral therapy-family and child skills training (DBT-FST) on impulsivity and quality of life in girls with self-harm behaviors (Persain)]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2018; 4(3):8-17. [Link]
- [21] Salemi Khameneh A, Ghorbani S, Motahedi A. The effectiveness of dialectical behavior therapy on emotion regulation, positive and negative affect, aggressive and self-injury behavior of 13-16 year old female students (Persain)]. *Journal of Medical Council of Iran*. 2018; 36(4):213-20. [Link]
- [22] sheikhsajadieh M, Atashpour H. [Effectiveness of dialectical behavioral group therapy on psychological distress in infertile women in Isfahan (Persain)]. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2017; 18(1):23-9. [Link]
- [23] Lang CM, Edwards AJ, Mittler MA, Bonavitacola L. Dialectical behavior therapy with prolonged exposure for adolescents: Rationale and review of the research. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018; 25(3):416-26. [DOI:10.1016/j.cbpra.2017.12.005]

- [24] Lois BH, Miller AL. Stopping the nonadherence cycle: The clinical and theoretical basis for dialectical behavior therapy adapted for adolescents with chronic medical illness (DBT-CMI). *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018; 25(1):32-43. [DOI:10.1016/j.cbpra.2017.01.006]
- [25] Zalewski M, Lewis JK, Martin CG. Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: Considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21:122-26. [DOI:10.1016/j.copsyc.2018.02.013] [PMID]
- [26] Robinson S, Lang JE, Hernandez AM, Holz T, Cameron M, Brannon B. Outcomes of dialectical behavior therapy administered by an interdisciplinary team. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018; 32(4):512-16. [DOI:10.1016/j.apnu.2018.02.009] [PMID]
- [27] DeCou CR, Comtois CA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*. 2019; 50(1):60-72. [DOI:10.1016/j.beth.2018.03.009] [PMID]
- [28] Tebbett-Mock AA, Saito E, McGee M, Woloszyn P, Venuti M. Efficacy of dialectical behavior therapy versus treatment as usual for acute-care inpatient adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 59(1):149-56. [DOI:10.1016/j.jaac.2019.01.020] [PMID]
- [29] Buckner JD, Keough ME, Schmidt NB. Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The role of depression and discomfort and distress. *Addictive Behavior*. 2017; 32:1957-63. [DOI:10.1016%2Fj.addbeh.2006.12.019] [PMID] [PMCID]
- [30] Linehan MM, Wilks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 2015; 69(2):97-110. [DOI:10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97] [PMID]
- [31] Eisner L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach T. Dialectical behavior therapy group skills training for bipolar disorder. *Behavior Therapy*. 2017; 48(4):557-66. [DOI:10.1016/j.beth.2016.12.006] [PMID] [PMCID]
- [32] Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(5):475-82. [DOI:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039] [PMID]
- [33] Ferguson TJ, Brugman D, White J, Eyre HL. Shame and guilt as morally warranted experiences. In: Tracy JL, Robins RW, Tangney JP, editors. *The self-conscious emotions: Theory and research*. New York: The Guilford Press; 2007. [Link]
- [34] Tangney JP, Wagner PE, Hill-Barlow D, Marschall DE, Gramzow R. Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 70(4):797-809. [DOI:10.1037//0022-3514.70.4.797] [PMID]
- [35] Roshan Chesli R, Atrifard M, Nouri Moghaddam S. [An investigation of reliability and validity of the third version of the TOSCA-3 (Persain)]. *Clinical Psychology and Personality*. 2007; 5(2):31-46. [Link]
- [36] Saeidi Z, Ghorbani N, Sarafraz MR, Sharifian MH. [The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt (Persain)]. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2013; 8(1):91-102. [Link]
- [37] Hoffman L, Marquis J, Poston D, Summers JA, Turnbull A. Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the beach center family quality of life scale. *Journal of Marriage and Family*. 2006; 68(4):1069-83. [DOI:10.1111/j.1741-3737.2006.00314.x]
- [38] Samuel PS, Pociask FD, DiZazzo-Miller R, Carrellas A, LeRoy BW. Concurrent validity of the international family quality of life survey. *Occupational Therapy in Health Care*. 2016; 30(2):187-201. [DOI:10.3109/07380577.2015.1116129] [PMID]
- [39] Ghadami A, Sayyah S, Azadi F. [Psychometric properties of family quality of life questionnaire (FQOL) based on item-response theory (IRT) (Persain)]. *Journal of Psychometry*. 2018; 7(25):23-37. [Link]