MEJDS. 2022; 12:194.

Published online 2023 Jan. **Original Article**

Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Emotion Control and Resilience of Mothers of Children with Epilepsy

Naghavi J[1], *Eynypour J[2], Akbari B[3]

Author Address
1. PhD Student of General Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Science and Technology Orginizational Resources, Amin Police University, Tehran, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
***Corresponding Author Email:** j.eynypour@gmail.com; j.eynypour@iran.ir

Received: 2022 November 28; **Accepted:** 2022 December 21

Abstract

Background & Objectives: Epilepsy is one of the most common chronic neurological disorders in children, characterized by frequent seizures caused by abnormal brain secretions. Children with epilepsy cannot manage themselves independently and need more intensive care from their caregivers than adult patients, and this problem puts a heavy burden on parents, especially mothers. Caring for children with epilepsy is very challenging and stressful. Also, symptoms and disabilities associated with neurological conditions majorly impact on individuals, families and caregivers. Studies have shown that, among different treatment approaches, dialectical behavior therapy plays a significant role in achieving behavioral and emotional stability, as well as the functioning of the mother and the family with a child suffering from neurodevelopmental and chronic disorders. So, the present study was conducted to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on the emotional control and resilience of mothers of children with epilepsy.

Methods: The present research was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a two–month follow–up design with a control group. The statistical population of the present study consisted of all mothers of children with epilepsy who were referred to Poursina Medical and Educational Center in Rasht City, Iran, in 2021. Of whom 32 mothers were voluntarily selected by the convenience sampling method considering the inclusion criteria. After acquiring their informed consent, they were assigned to a dialectical behavior therapy and a control group (16 people in each group) by random method (lottery). The study data were gathered via Emotion Control Questionnaire (Roger and Najarian, 1989) and Conner–Davidson Resilience Scale (Conner & Davidson, 2003). To perform the therapeutic intervention, Marsha Linehan's dialectical behavior therapy (1970) was implemented for the experimental group in 10 sessions (one session per week for 120 minutes) and at the same time, the control group did not undergo any type of psychotherapy intervention. Data analysis was done using SPSS version 26 software. In descriptive statistics, mean and standard deviation were used. At the level of inferential statistics, the Chi–square test, variance analysis test with repeated measurements and Bonferroni post hoc test were used. The significance level of the tests was 0.05.

Results: Results showed that the group effect ($p<0.001$), time effect ($p<0.001$), and group and time interaction effect ($p<0.001$) on emotional control variable and its components (emotional inhibition, aggression control, non–rumination, benign control) and resilience variable were significant. The posttest and follow–up scores of the emotion control variable and its components (emotional inhibition, aggression control, non–rumination, benign control) and the resilience variable in the experimental group increased significantly compared to the pretest scores ($p<0.001$). However, there was no significant difference between the scores of the control group at different times in mentioned variables ($p>0.05$). Also, regarding the emotion control variable and its components (emotional inhibition, aggression control, non–rumination, benign control) and the resilience variable, no significant differences were observed between the posttest and follow–up scores of the mentioned variables, which indicated the lasting effect of the intervention in the follow–up phase ($p>0.05$).

Conclusion: According to the findings, dialectical behavior therapy effectively increases the emotional control and resilience of mothers of children with epilepsy. Therefore, counselors and therapists can use dialectical behavior therapy to improve and increase emotional control and resilience of mothers of children with epilepsy or similar diseases.

Keywords: Dialectical Behavioral Therapy, Emotion control, Resilience, Mothers of children with epilepsy.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۹۴.

انتشار برخط دی ماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع

ژیلا نقوی[۱]، *جواد عینی‌پور[۲]، بهمن اکبری[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم و فنون منابع سازمانی، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** j.eynypour@gmail.com، j.eynypour@iran.ir

تاریخ دریافت: ۷ آذر ۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱ دی ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از کودکان مبتلا به صرع بسیار چالش‌برانگیز و استرس‌زا است و علائم و ناتوانی‌های مرتبط با شرایط عصبی تأثیر عمده‌ای بر افراد، خانواده‌ها و مراقبان دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری مطالعه را تمامی مادران کودکان مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به بیمارستان پورسینای شهر رشت در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که ۳۲ نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری دردسترس بررسی شدند. سپس به‌روش تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گواه (هر گروه شانزده نفر) قرار گرفتند. رفتاردرمانی دیالکتیکی مارشا لینهان (۱۹۷۰) در ده جلسه صرفاً برای گروه آزمایش به‌کار رفت. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامهٔ کنترل هیجانی (راجر و نجاریان، ۱۹۸۹) و مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون خی‌دو، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: اثر گروه، اثر زمان و اثر متقابل گروه و زمان بر متغیرهای کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن (بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، عدم نشخوار، کنترل خوش‌خیم) و متغیر تاب‌آوری معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر کنترل هیجان و مؤلفه‌های مذکور و متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معناداری افزایش یافت ($p<۰/۰۰۱$). در همهٔ متغیرهای مذکور بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای مذکور تفاوت معناداری مشاهده نشد که حاکی‌از ماندگاری تأثیر مداخله در مرحلهٔ پیگیری بود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش کنترل هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع اثربخش است؛ بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند به‌منظور بهبود و افزایش کنترل هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع یا بیماری‌های مشابه، از رفتاردرمانی دیالکتیکی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، کنترل هیجان، تاب‌آوری، مادران کودکان مبتلا به صرع.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

۱ مقدمه

صرع[1]، از اختلالات عصبی بسیار شایع مزمن در کودکان است که با تشنج‌های[2] مکرر ناشی‌از ترشحات غیرطبیعی مغز مشخص می‌شود (۱). براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت[3] ، صرع و سایر مشکلات عصبی همچنان در زمرهٔ نگرانی‌های اصلی سلامت عمومی قرار دارند و مشخص شده است که حدود ۵۰میلیون نفر در سطح جهان از این مشکل رنج می‌برند (به‌نقل از ۲). کودکان مبتلا به صرع نمی‌توانند به‌طور مستقل خود را مدیریت کنند و درمقایسه با بیماران بزرگسال به مراقبت‌های شدیدتر مراقبان خود نیاز دارند و این بار سنگینی را بر دوش والدین به‌ویژه مادر وارد می‌کند. علاوه‌براین، تشنج‌های گاه و بی‌گاه می‌تواند به‌سختی قابل‌تشخیص باشد و زندگی کودک را به‌طور جدی تهدید کند؛ بنابراین، والدینی که از کودک مبتلا به صرع مراقبت می‌کنند، شبانه‌روز هوشیار می‌مانند تا نیازهای کودک را برآورده کنند (۳). شدت و مدت مراقبت از کودکان مبتلا به صرع بسیار چالش‌برانگیز و استرس‌زا است و علائم و ناتوانی‌های مرتبط با شرایط عصبی تأثیر عمده‌ای بر افراد، خانواده‌ها و مراقبان دارد (۲). پوخارل و همکاران دریافتند، تشنج‌های کنترل‌نشده و وجود بیماری‌های همراه در کودکان مبتلا به صرع با سطح بالاتری از بار روانی در مراقبان آن‌ها همراه است و افسردگی و اضطراب در مادرانی که فرزندانشان از سن کمتری دچار صرع شده‌اند، بیشتر مشاهده می‌شود (۴). همچنین تسه‌های و همکاران در مطالعه‌ای مقطعی در بین مراقبان کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع نشان دادند، این والدین به‌طور مداوم سطح بالایی از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۲).

پیشینه‌ها نشان داد، باتوجه به مشکلات هیجانی والدین کودکان مصروع، متغیر کنترل هیجان[4] در این مادران، متغیر مهمی است (۲،۴،۵). راجر و نجاریان کنترل هیجان را گرایش به بازداری در ابراز منفعلانهٔ پاسخ‌های هیجانی دانستند و چهار مؤلفه برای آن ذکر کردند: ۱. بازداری هیجانی[5] یعنی تمایل به بازداری هیجان تجربه‌شده؛ ۲. نشخوار یا مرور ذهنی[6] یعنی درجهٔ اندیشناکی رویدادهای نگران‌کنندهٔ هیجانی؛ ۳. کنترل پرخاشگری[7] ؛ ۴. کنترل خوش‌خیم[8] ، مرتبط با تکانشگری[9] و متمایز از کنترل پرخاشگری (۶).

اتکین و همکاران یکی از مدل‌های عصبی محاسباتی غالب کنترل هیجانی را ارائه کرده و کنترل هیجانی را در زمینهٔ یادگیری تقویتی[10] مفهوم‌سازی کردند. به این صورت که در آن تصمیم‌گیری دربارهٔ راهبردهای کنترل هیجانی برای دستیابی به حالتی هیجانی مطلوب اتخاذ می‌شود (۷). براساس مدل‌های کلی یادگیری تقویتی، انتخاب‌های رفتاری مبتنی‌بر ارزش‌ها پیش‌بینی‌کنندهٔ اعمال و محرک‌ها هستند که می‌توانند در صورت بروز اختلاف بین پاداش‌ها یا تنبیه‌های واقعی و پیش‌بینی‌شده، به‌طور انطباقی تنظیم شوند؛ درنتیجه رفتاری را تقویت می‌کنند که پاداش‌ها را بهینه می‌کند و مجازات‌ها را به‌حداقل می‌رساند (۸). راهبردهای کنترل هیجانی مانند ارزیابی مجدد شناختی[11] و حواس‌پرتی[12]، نمونه‌هایی از کنترل هیجانی مبتنی‌بر مدل هستند و بسته به مدل‌های درونی وضعیت عاطفی فرد و اطلاعات زمینه‌ای‌اند؛ یعنی کدام راهبرد کنترل هیجانی در گذشته در این موقعیت استفاده می‌شده است (۷)؛ بنابراین، باتوجه به این مدل عصبی محاسباتی روی کنترل هیجانی، اثربخشی راهبرد کنترل هیجانی مستمر به‌طور مداوم نظارت و تنظیم می‌شود تا به حالتی هیجانی مطلوب دست یابد (۷).

کرندال و همکاران در مطالعه‌ای فراتحلیل ۳۵ مقالهٔ مرتبط در زمینهٔ ارتباط بین کنترل هیجانی مادران و نحوهٔ فرزندپروری و نحوهٔ مراقبتشان را بررسی کردند. نتایج نشان داد، ظرفیت کنترل هیجانی کمتر، با افزایش خطر مراقبت‌نکردن صحیح و بدرفتاری با کودک مرتبط است؛ درحالی‌که کنترل هیجانی بیشتر، با مراقبت صحیح و پاسخ‌گوبودن مادران همراه است (۵). زالوسکی و همکاران در پژوهشی دریافتند، تقویت راهبردها و جنبه‌های مختلف کنترل هیجان (مانند نبود تکانشگری، کنترل رفتار، نسبت احساسات مثبت به منفی و خشم) می‌تواند به نحوهٔ فرزندپروری بهتر، به‌ویژه در والدین مبتلا به آسیب‌های روان‌شناختی کمک کند و پیامدهای پیشگیرانهٔ چشمگیری را برای کودکان به‌خصوص مبتلا به بیماری‌های جسمی یا روان‌شناختی، به‌همراه داشته باشد (۹).

علاوه‌بر شناسایی، مدیریت و کنترل هیجان منفی، عامل دیگری که می‌تواند در توان تحمل مشکلات و هیجانات ناشی‌از داشتن فرزند مصروع تأثیرگذار باشد، تاب‌آوری[13] است (۳). تاب‌آوری به‌عنوان ظرفیت حفظ سلامت جسمی و روانی در هنگام مواجهه با ناملایمات درخورتوجه تعریف می‌شود. تاب‌آوری به‌منزلهٔ عاملی محافظتی، می‌تواند بار هیجانی مراقب را کاهش دهد (۳). تئوری اثرات چندعاملی استرس روانی و چارچوب تاب‌آوری خانوادهٔ والش نشان داد، وقتی خانواده‌ها با عوامل استرس‌زا مواجه می‌شوند، عوامل مختلفی همچون تاب‌آوری می‌تواند بر پاسخ هیجانی فرد و سازگاری خانواده تأثیر بگذارد (۱۰). ژانگ و همکاران دریافتند، سطح بالاتر تاب‌آوری با تظاهرات هیجانی منفی و بار مراقبتی کمتری همراه است. به‌عبارتی مادران با تاب‌آوری بیشتر از نظر سلامت روان در شرایط بهتری به‌سر می‌برند و نیز مراقبت بهینه‌تری از فرزند خود می‌کنند (۳). وی و همکاران در مطالعهٔ خود چند فرضیهٔ مرتبط را بررسی کردند: نتیجهٔ فرضیهٔ اول این بود که علائم مشکلات خُلقی و هیجانی در میان مراقبان اولیه به‌خصوص مادر رایج است و سطوح بالاتر شدت صرع، خطر ابتلا به اضطراب و افسردگی والدین را افزایش می‌دهد؛ نتیجهٔ فرضیهٔ دوم نشان داد، سطوح بالاتر تاب‌آوری والدین نقش مهمی در کاهش

1. Epilepsy
2. Seizures
3. World Health Organization (WHO)
4. Emotion control
5. Emotional inhibition
6. Rehearsal
7. Aggression
8. Benign control
9. Impulsiveness
10. Reinforcement learning
11. Cognitive reappraisal
12. Distraction
13. Resilience

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

میزان مشکلات خُلقی و هیجانی آن‌ها ایفا می‌کند؛ نتیجهٔ فرضیهٔ سوم مشخص کرد، تاب‌آوری، متغیری میانجی مهم در رابطهٔ بین شدت صرع و مشکلات خُلقی و هیجانی والدین است (۱). باتوجه به ادبیات پژوهش در زمینهٔ اهمیت کنترل هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع، بهبود و تقویت آن توسط روان‌درمانی‌هایی که بازده بیشتری را نصیب کنند، ضروری به‌نظر می‌رسد.

مطالعات نشان داده است، در بین رویکردهای مختلف درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی[1] در دستیابی به ثبات رفتاری و هیجانی، همچنین کارکرد مادر و خانوادهٔ دارای کودک مبتلا به اختلالات عصبی رشدی و مزمن نقش بسزایی دارد (۹،۱۱،۱۲). مارشا لینهان[2] در دههٔ ۱۹۷۰ رفتاردرمانی دیالکتیکی را به‌عنوان درمانی مؤثر برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مطرح کردند و سپس در حیطهٔ اختلالات مختلف مرتبط با هیجان گسترش دادند (۱۱). رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دو مفهوم اساسی بدتنظیمی هیجانی و محیط نامعتبرساز تکیه می‌کند و ابعاد مختلف این رویکرد شامل آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی است. رویکرد مذکور بر این نکته تأکید دارد که آسیب‌پذیری هیجانی به‌همراه پرورش در محیط نامساعد موجب می‌شود فرد با نقایصی در تنظیم هیجان و رفتارهای اجتماعی و ناکارآمدی در حل مشکلات زندگی خود روبه‌رو شود (۱۲). ازآنجاکه توانایی تنظیم هیجانات برای فرزندپروری حیاتی به‌شمار می‌رود، اخیراً، رفتاردرمانی دیالکتیکی برای هدف قراردادن حوزه‌های مرتبط بالینی دیگری مانند بهبود کیفیت فرزندپروری که خارج از مقوله‌های محدود تشخیصی هستند، به‌عنوان وسیله‌ای برای پیشگیری از آسیب در کودکان والدین دارای اختلالات روان‌شناختی، استفاده شده است (۹). شایان ذکر است، این کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیک در حیطهٔ فرزندپروری، دربارهٔ همهٔ کودکان صدق می‌کند؛ اما طبق آنچه دربارهٔ مادران و مراقبان کودکان دچار بیماری صرع گفته شد، نیاز به مجهزشدن به مهارت‌های کنترل هیجان و تاب‌آوری در این مادران بیشتر است.

براساس بررسی شواهد پژوهشی مختلف، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش تاب‌آوری و کنترل هیجان موفقیت‌آمیز بوده و نتایج امیدوارکننده‌ای به‌همراه داشته است (۱۱،۱۳،۱۴). لی و ماسون به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری دانشجویان کالج پرداختند. براساس نتایج، اعضای گروه از نظر بالینی بهبودی درخورتوجهی را در تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت روان عمومی در پایان گروه‌درمانی نشان دادند (۱۵). بهرامی و زاهدی با بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری مادران کودکان استثنائی دریافتند، رفتاردرمانی دیالکتیک موجب افزایش تاب‌آوری این مادران شده است و به‌منظور کمک به این زنان برای مقابله با موقعیت‌های دشوار زندگی، پیشنهاد می‌شود (۱۶). در مطالعه‌ای نوآورانه، مارتین و همکاران آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک را در حیطهٔ فرزندپروری و بر مادران دارای اختلال در کنترل هیجانی شدید، اجرا کردند. نتایج نشان داد که به‌طور خاص، از قبل تا پس از درمان، استرس و نگرانی‌های مربوط به فرزندپروری و نحوهٔ مراقبت این مادران کاهش یافته است و مادران پیشرفت‌هایی در توانایی‌های خود برای اعتباردهی و پاسخ حمایتی به احساسات منفی فرزندانشان داشته‌اند. این یافته‌ها پشتیبانی اولیه را برای مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک ارائه می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک نه‌تنها کنترل هیجان و سلامت روانی مادران را بهبود می‌بخشد، بلکه توانایی‌های والدگری مادران را نیز تقویت می‌کند. به‌نظر می‌رسد، مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش بی‌نظمی هیجانات مادری در زمینه‌های مختلف والدینی به‌نفع کودک تأثیر بسیاری دارد (۱۷).

همان‌طورکه گفته شد، بررسی مطالعات پیشین نشان‌دهندهٔ وجود مشکلات روان‌شناختی و عملکردی شدید در والدین دارای کودک مبتلا به صرع، به‌ویژه مادران است؛ درحالی‌که تأثیر صرع دوران کودکی بر مادر و خانوادهٔ کودک موضوعی نادیده‌گرفته‌شده است (۴). همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی عقبه‌ای طولانی در تنظیم هیجان اختلالات متنوع (به‌خصوص شخصیت) دارد؛ اما هنوز نقش آن در گروه‌های نمونهٔ مختلف ازجمله مادران دارای کودک مبتلا به صرع به‌خوبی بررسی نشده است؛ حتی برخی تحقیقات همچون زرگر و همکاران مشخص کردند که رفتاردرمانی دیالکتیک هیچ تأثیری بر کاهش بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری بیماران دوقطبی ندارد (۱۸). ازسویی متناسب‌کردن رفتاردرمانی دیالکتیک با فرزندپروری برای تنظیم هیجان مادران از حوزه‌های جدید پژوهش به‌شمار می‌رود که اهمیت استفاده از این درمان را دوچندان کرده است (۹). علاوه‌براین، مطالعات نشان داد، سودبخشی تقویت تاب‌آوری و کنترل هیجان مادران کودکان مبتلا به صرع، فقط برای مادر سودمند نیست و این بهبود، رابطهٔ تنگاتنگی بر نحوهٔ مراقبت از کودک و حتی شدت بیماری کودک دارد که بار سنگین این بیماری را بر خانواده و نیز سیستم سلامت کشور تحت‌تأثیر خود قرار می‌دهد (۱،۳)؛ بنابراین نتایج حاصل از این پژوهش، منجربه فراگیرترشدن استفاده از درمان‌های روان‌شناختی درمقایسه با درمان‌های دارویی، کاهش هزینه‌های دارویی کودکان مبتلا به صرع و درمجموع بهبود وضعیت روانی و سلامت والدین به‌خصوص مادران و درنهایت جامعه می‌شود. باتوجه به مطالب مذکور، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع اجرا شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری دوماهه بود. جامعهٔ آماری مطالعه را تمامی مادران کودکان مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به بیمارستان پورسینای شهر رشت در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. حجم نمونه براساس معیارهای ورود، رضایت شخصی و متناسب با طرح‌های آزمایشی (۱۹) با احتساب ریزش، ازطریق نمونه‌گیری دردسترس، ۳۸ نفر در نظر گرفته شد. شش نفر از این تعداد در مسیر مطالعه انصراف دادند یا به‌دلیل غیبت‌های مکرر به‌علت مشکلات فردی کنار گذاشته شدند و داده‌های به‌دست‌آمده از ۳۲ نفر تحلیل شد.

شیوهٔ انجام کار بدین‌صورت بود که پس از اخذ کد اخلاق

[1]. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

[2]. Marsha Linehan

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

IR.IAU.RASHT.REC.1401.005 از کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، به بیمارستان پورسینا واقع در شهر رشت مراجعه صورت گرفت و به‌منظور دستیابی به نمونهٔ پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها فهرستی از اسامی مادران دارای کودک مبتلا به صرع تهیه شد. پس از تماس با آن‌ها، توضیحات لازم از سوی محقق (نویسندهٔ اول) ارائه گردید و برای همکاری دعوت شدند. سپس اقدام به کسب رضایت برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسش‌نامه شد. لازم به ذکر است، قبل از اجرای پرسش‌نامه‌ها اطلاعاتی دربارهٔ موضوع پژوهش در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و به آزمودنی‌ها توضیح داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و تنها برای کار پژوهشی از آن‌ها استفاده می‌شود. در این مرحله پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی، تاب‌آوری و کنترل هیجان توسط مادران تکمیل شد و ۳۸ نفر از مادران دارای نمرهٔ کمتر در تاب‌آوری (نمرهٔ کمتر از ۵۰) و کنترل هیجان (نمرهٔ کمتر از ۲۸)، باتوجه به معیارهای ورود و اخذ فرم رضایت شرکت در پژوهش، به‌صورت تصادفی به‌روش قرعه‌کشی در دو گروه درمان رفتاری دیالکتیکی (نوزده نفر) و گواه (نوزده نفر) قرار گرفتند؛ اگرچه در انتهای نتایج ۳۲ نفر (دو گروه شانزده‌نفره) تحلیل شدند.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: رضایت آزمودنی به شرکت در مطالعه؛ ردهٔ سنی ۲۵ تا ۵۰ سال؛ تحصیلات حداقل دیپلم؛ مبتلانبودن به روان‌پریشی یا اختلالات روانی شدید؛ مصرف‌نکردن داروهای اعصاب و روان؛ شرکت‌نکردن در سایر دوره‌های روان‌درمانی و آموزشی به‌صورت هم‌زمان یا در طی دو ماه گذشته. ملاک‌های خروج، رضایت‌نداشتن آزمودنی به ادامهٔ حضور در مطالعه و برخوردارنبودن از شرایط جسمی یا روحی مناسب برای ادامهٔ حضور و نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک به‌صورت گروهی در ده جلسه، هفته‌ای یک جلسه به‌مدت ۱۲۰ دقیقه اجرا شد. گروه گواه در همان زمان هیچ نوع مداخلهٔ روان‌درمانی دریافت نکرد. بلافاصله پس از اتمام مداخله، برای هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون و همچنین دو ماه بعد از آن پیگیری انجام شد. شایان ذکر است، در این مطالعه اصول اخلاقی پژوهش ازجمله نمونه‌گیری داوطلبانه، رضایت آگاهانه، توضیح کامل اهداف، محرمانگی اطلاعات و آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش رعایت شد. به‌لحاظ رعایت عدالت در پژوهش پس از مرحلهٔ پیگیری، گروه گواه مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کرد.

به‌منظور گردآوری اطلاعات در ابتدا از یک فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری از پرسش‌نامهٔ کنترل هیجانی[1] (۶) و مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون[2] (۲۰) استفاده شد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در مطالعهٔ حاضر شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت زناشویی، وضعیت شغلی و اطلاع از سایر بیماری‌های جسمی و روانی بود.

ـ پرسش‌نامهٔ کنترل هیجانی: ساختار اولیهٔ این پرسش‌نامه را راجر و نشوور[3] در سال ۱۹۸۷ طراحی کردند و راجر و نجاریان در سال ۱۹۸۹ تجدیدنظر آن را انجام دادند (۶). در پژوهش حاضر از پرسش‌نامهٔ تجدیدنظرشده استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۵۶ ماده و چهار زیرمقیاس بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار ذهنی و کنترل خوش‌خیم (هریک دارای چهارده ماده) است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت بله و خیر (صفر و یک) است که هر زیرمقیاس نمره‌ای بین صفر تا ۱۴ و کل پرسش‌نامه بین صفر تا ۵۶ را شامل می‌شود. کسب نمرهٔ بیشتر در پرسش‌نامه بیانگر کنترل هیجانی بیشتر است (۶). راجر و نجاریان بین بازداری هیجانی و برون‌گرایی پرسش‌نامهٔ شخصیتی آیزنک[4] و بین کنترل خوش‌خیم و روان‌پریش‌گرایی پرسش‌نامهٔ آیزنک همبستگی منفی معنادار و همچنین بین کنترل پرخاشگری و پرسش‌نامهٔ کینه‌ورزی باس ـ دارکه[5] و بین نشخوار ذهنی و روان‌رنجورخویی پرسش‌نامهٔ شخصیتی آیزنک همبستگی مثبت معنادار یافتند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه (۰/۶۹) و زیرمقیاس‌های کنترل پرخاشگری (۰/۶۷)، نشخوار ذهنی (۰/۷۰)، کنترل خوش‌خیم (۰/۷۶) و بازداری هیجانی (۰/۵۸) گزارش شد (۶). عینی‌پور و همکاران پایایی کل پرسش‌نامه را با روش ضریب آلفای کرونباخ با ۳۰۲ دانش‌آموز دختر متوسطهٔ شهر رشت، ۰/۶۹ برآورد کردند (۲۱). رفیعی‌نیا در مطالعهٔ خود با استفاده از ۲۰۳ دانشجو (۹۰ زن و ۱۱۳ مرد) از دانشگاه‌های شهر تهران، ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه (۰/۶۸) و زیرمقیاس‌های کنترل پرخاشگری (۰/۷۶)، نشخوار ذهنی (۰/۷۷)، کنترل خوش‌خیم (۰/۵۸) و بازداری هیجانی (۰/۷۰) به‌دست آورد (۲۲). همچنین در پژوهش حاضر روایی محتوا به‌روش کیفی، پرسش‌نامهٔ کنترل هیجان توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی و مشاورهٔ دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به تأیید رسید.

ـ مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون: مقیاس تاب‌آوری در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دیویدسون برای سنجش تاب‌آوری افراد تدوین شد (۲۰). این مقیاس دارای ۲۵ گویه و نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای بین صفر (کاملاً غلط) و چهار (کاملاً درست) است؛ حداقل نمرهٔ قابل کسب در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است و یک نمرهٔ کل دارد. نقطهٔ برش مقیاس نمرهٔ ۵۰ است. به‌عبارتی نمرهٔ بیشتر از ۵۰ بیانگر افرادی است که تاب‌آور هستند. هرچه این امتیاز بیشتر از ۵۰ باشد، نشان‌دهندهٔ میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده است و برعکس (۲۰). کانر و دیویدسون در پژوهش خود، پایایی ضریب همسانی درونی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آوردند؛ همچنین پایایی آزمون‌بازآزمون مقیاس را روی ۲۴ بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر ۰/۸۷ گزارش کردند. برای بررسی روایی (اعتبار) همگرایی این مقیاس نیز همبستگی آن را با مقیاس سخت‌کوشی کوباسا[6] (r=۰/۸۳) و مقیاس استرس ادراک‌شده[7] (r=-۰/۷۶) به‌دست آوردند (۲۰). آهنگرزاده و رسولی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را با دویست نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان محاسبه کردند. پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمد. برای بررسی روایی محتوای مقیاس، از روش تعیین شاخص روایی محتوا استفاده شد که شاخص روایی محتوای مقیاس

[1]. Emotion Control Questionnaire (ECQ)
[2]. Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
[3]. Roger & Nesshoever
[4]. Eysenck Personality Questionnaire
[5]. Bass-Darkee Hostility Inventory
[6]. Kobasa Hardiness Scale
[7]. Perceived Stress Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

در هریک از حیطه‌های مربوط‌بودن و واضح‌بودن و ساده‌بودن به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۶ و ۰/۹۷ و مقدار SCVI، ۰/۹۸ بود (۲۳).

ـ پروتکل آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی: درمان به‌کاررفته در این پژوهش براساس جلسات و محتوای پروتکل درمانی تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی مارشا لینهان (۱۹۷۰)، برگرفته از کتاب مک‌کی و همکاران (۲۰۱۹)، ترجمهٔ حمیدپور و جمعه‌پور و اندوز (۲۴) بود که در مطالعهٔ رحمانی‌مقدم و همکاران (۱۱) نیز استفاده شده است. این پروتکل بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد و شامل ده جلسهٔ ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌شرح ذیل است.

جدول ۱. جلسات آموزشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	محتوا
اول	ایجاد آشنایی اعضا با یکدیگر، برقراری روابط صمیمانه بین اعضای گروه و رهبر، تأکید و تمرین مهارت گوش‌دادن دقیق و فعال اعضا به یکدیگر در خلال گفت‌وگو، آشنایی با بعضی از خصوصیات اعضای گروه، تبیین مفهوم مشاورهٔ گروهی و ویژگی‌ها و قواعد آن، تشریح اهداف شرکت در گروه، تشریح وظایف کلی اعضای گروه تا پایان جلسات، اطلاعات تعداد و طول مدت هر جلسه
دوم	معرفی سیستم‌های شناختی، احساسی، رفتاری و جسمانی، معرفی نحوهٔ همکاری و تأثیر سیستم‌های چهارگانه، ارائهٔ مثال‌هایی دربارهٔ سیستم‌ها و نحوهٔ تأثیر آن‌ها بر یکدیگر به‌صورت چرخه، معرفی راه‌های ایجاد تغییر در چرخهٔ سیستم‌ها، ارائهٔ مثال‌هایی دربارهٔ تغییر در چرخهٔ سیستم‌ها
سوم	ذکر خلاصه‌ای از محتوای جلسهٔ گذشته، بررسی تکالیف جلسهٔ گذشته و رفع اشکالات اعضا، پرداختن به سیستم هیجانی (احساسی و اجرای تکنیک‌های «معتبرشماری هیجانی»)، معرفی راهبردهای کلی رهبر و اعضا در معتبرشماری هیجانی، معرفی موارد ممنوع در معتبرشماری هیجانی، فراهم‌کردن فرصت‌هایی برای بروز هیجانات، آموزش کسب خودآگاهی هیجانی (شامل آموزش مشاهدهٔ هیجان و مهارت‌های برچسب‌زدن به هیجان‌ها)، خواندن هیجان‌ها توسط رهبر و اعضا و اعلام معتبربودن همهٔ هیجان‌ها
چهارم	بررسی تکالیف جلسهٔ گذشته و رفع اشکالات اعضا، پرداختن به سیستم رفتاری و اجرای تکنیک‌های معتبرشماری رفتاری، معرفی راهبردهای کلی رهبر و اعضا در معتبرشماری رفتاری، معرفی موارد ممنوع در معتبرشماری رفتاری، آموزش مشاهدهٔ رفتار و مهارت‌های برچسب‌زنی، شناسایی «بایدها» و مقابله با آن‌ها و پذیرفتن بایدها
پنجم	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل و رفع اشکالات اعضا، پرداختن به سیستم شناختی و اجرای تکنیک‌های معتبرشماری شناختی، معرفی راهبردهای کلی رهبر و اعضا در معتبرشماری شناختی و معرفی موارد ممنوع در معتبرشماری شناختی
ششم	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل و رفع اشکالات اعضا، پرداختن به سیستم شناختی و ادامهٔ تکنیک‌های «معتبرشماری شناختی»، معرفی انواع خطاهای شناختی طبق نظریهٔ آلبرت الیس[1] و اجرای تمرین گروهی برای تغییر شناخت‌ها
هفتم	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل و رفع اشکالات اعضا، استخراج و انعکاس افکار و شناخت‌ها، تشخیص حقایق از تعبیر و تفسیرها، یافتن «قلب واقعیت» و به‌رسمیت شناختن ذهن خود و احترام قائل‌شدن برای ارزش‌های متفاوت
هشتم	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل و رفع اشکالات اعضا، مروری بر اعتباریابی هیجانی و رفتاری و شناختی، پرداختن به مشکلات خاص اعضا ازطریق راهبردهای تحلیل رفتار، آموزش راهبرد تحلیل رفتاری و اجرای آن
نهم	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل و رفع اشکالات اعضا، طرح مشکلات اختصاصی اعضا و حل آن‌ها به‌شیوهٔ مشاورهٔ گروهی و مروری بر مطالب آموخته‌شده و نیز آشنایی با تکنیک‌های جدید مرتبط با مشکلات خاص
دهم	تدوین راهبردهای مقابله‌ای جدید و تحلیل رفتار، جمع‌بندی

در این مطالعه تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ صورت گرفت. برای بررسی همسان‌سازی متغیرهای جمعیت‌شناختی، متغیرهای کیفی با آزمون خی‌دو آزمون شدند. در آمار توصیفی از نمودار میانگین و انحراف معیار و برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از کجی و کشیدگی استفاده شد. نتایج آزمون موچلی برای بررسی برابری واریانس تفاوت‌ها گزارش شد. همچنین به‌منظور بررسی فرضیه‌ها آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۲ مادر دارای فرزند مبتلا به صرع در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه شانزده نفر) حضور داشتند. در ابتدا داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بررسی شد که در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر		گروه آزمایش	گروه گواه	آماره	مقدار p
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
سن	۲۰تا۳۰ سال	۴ (۲۵)	۴ (۲۵)	X^2=۰/۶۸	۰/۷۱۰
	۳۱تا۴۰ سال	۸ (۵۰)	۶ (۳۷/۵)		
	۴۱تا۵۰ سال	۴ (۲۵)	۶ (۳۷/۵)		
تحصیلات	دیپلم	۷ (۴۳/۸)	۵ (۳۱/۳)	X^2=۰/۷۲	۰/۶۹۶
	لیسانس و ارشد	۸ (۵۰)	۹ (۵۶/۳)		
	دکترا	۱ (۶/۳)	۲ (۱۲/۵)		
وضعیت تأهل	متأهل	۹ (۵۶/۳)	۷ (۴۳/۸)	X^2=۰/۵۰	۰/۳۶۲
	بدون همسر	۷ (۴۳/۸)	۹ (۵۶/۳)		

[1]. Albert Ellis

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

	خانه‌دار	۸ (۵۰)	۷ (۴۳/۸)		
وضعیت شغلی	شاغل بخش خصوص	۵ (۳۱/۳)	۶ (۳۷/۵)	X^2=۰/۱۵	۰/۹۲۴
	شاغل بخش دولتی	۳ (۱۸/۸)	۳ (۱۸/۸)		

جدول ۲ نشان می‌دهد، بین گروه‌ها از لحاظ سن (p=۰/۷۱۰)، سطح تحصیلات (p=۰/۶۹۶)، وضعیت تأهل (p=۰/۳۶۲) و وضعیت شغلی (p=۰/۹۲۴)، تفاوت معناداری مشاهده نشد و بیانگر آن است که گروه‌ها همتا بودند. در جدول ۳، اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیرهای کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن و تاب‌آوری

گروه	متغیر	مراحل اندازه‌گیری		
		پیش‌آزمون M (SD)	پس‌آزمون M (SD)	پیگیری M (SD)
آزمایش	کنترل هیجان	۲۰/۲۵ (۲/۳۵)	۳۹/۱۹ (۴/۰۸)	۳۹/۷۵ (۴/۲۰)
	بازداری هیجانی	۴/۵۶ (۱/۲۰)	۸/۶۹ (۱/۵۳)	۸/۶۳ (۱/۵۴)
	کنترل پرخاشگری	۵/۲۵ (۱/۷۷)	۱۰/۰۰ (۲/۱۹)	۱۰/۰۰ (۲/۳۶)
	عدم نشخوار	۵/۰۶ (۱/۵۲)	۱۰/۱۳ (۱/۵۰)	۱۰/۵۰ (۱/۵۴)
	کنترل خوش‌خیم	۵/۳۸ (۱/۲۵)	۱۰/۳۸ (۱/۷۸)	۱۰/۶۳ (۱/۵۸)
	تاب‌آوری	۴۲/۷۵ (۸/۲۸)	۶۴/۲۵ (۵/۰۶)	۶۳/۸۸ (۳/۶۴)
گواه	کنترل هیجان	۱۹/۵۶ (۲/۳۶)	۱۹/۰۶ (۲/۹۳)	۱۹/۵۰ (۳/۳۲)
	بازداری هیجانی	۴/۴۴ (۱/۹۶)	۴/۳۱ (۲/۰۸)	۴/۱۹ (۱/۶۸)
	کنترل پرخاشگری	۵/۰۰ (۱/۴۱)	۴/۶۹ (۱/۳۵)	۴/۷۵ (۱/۳۹)
	عدم نشخوار	۴/۶۳ (۱/۴۰)	۴/۵۰ (۱/۶۷)	۴/۷۵ (۱/۸۰)
	کنترل خوش‌خیم	۵/۵۰ (۰/۹۶)	۵/۵۶ (۱/۳۱)	۵/۸۱ (۱/۷۵)
	تاب‌آوری	۴۲/۹۴ (۸/۰۹)	۴۱/۶۳ (۷/۲۴)	۴۲/۳۱ (۶/۲۲)

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن و تاب‌آوری در گروه آزمایش درمقایسه با میانگین‌های پیش‌آزمون افزایش پیدا کرده است؛ درحالی‌که تفاوت درخورتوجهی در گروه گواه بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون مشاهده نشد؛ همچنین میزان کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دامنهٔ ۲ و ۲ــ قرار داشت که بیانگر نرمال‌بودن توزیع نمرات بود. برای آزمودن فرضیهٔ پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آورده شده است. برای بررسی مفروضهٔ برابری واریانس‌ها، آزمون لون[1] به‌کار رفت و باتوجه به معنادارنبودن این آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای پژوهش برقرار بود (p>۰/۰۵). باتوجه به معناداری آزمون موچلی[2] که بیانگر ناهمگونی ماتریس کوواریانس میان گروه‌ها بود، از آزمون محافظه‌کارانهٔ گرین‌هاوس ــ گیسر[3] استفاده شد. براساس جدول ۴ و نمودارهای شکل ۱، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بیانگر معنادار‌بودن اثر گروه بر متغیرهای کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن (بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، عدم نشخوار، کنترل خوش‌خیم) و نیز متغیر تاب‌آوری بود (p<۰/۰۰۱)؛ به‌عبارتی رفتاردرمانی دیالکتیک موجب افزایش نمرات متغیر کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن (بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، عدم نشخوار، کنترل خوش‌خیم) و نیز متغیر تاب‌آوری، در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شد (p<۰/۰۰۱). اثر زمان نیز در نمرات متغیر کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن (بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، عدم نشخوار، کنترل خوش‌خیم) و متغیر تاب‌آوری معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در متغیر کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن و متغیر تاب‌آوری، تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱). به‌علاوه نتایج جدول ۴ مشخص کرد، اثر متقابل گروه و زمان در نمره‌های کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن و تاب‌آوری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی را برای مقایسهٔ زمان‌ها به‌تفکیک گروه‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن و تاب‌آوری

متغیر	منبع تغییرات	F	مقدار p	مجذور اتا
کنترل هیجان	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۲۶۸/۷۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۰
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۱۷۶/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۵
	درون‌آزمودنی×بین‌آزمودنی	۲۸۴/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۵
بازداری هیجانی	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۴۲/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۳۱/۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۵

1. Levene's Test
2. Mauchly's Test
3. Greenhouse-Geisser Test

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

	درون‌آزمودنی×بین‌آزمودنی	۵۰/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
کنترل پرخاشگری	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۵۴/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۶
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۴۰/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۴
	درون‌آزمودنی×بین‌آزمودنی	۶۹/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۹۸
عدم نشخوار	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۱۰۵/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۶۰/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۰
	درون‌آزمودنی×بین‌آزمودنی	۱۰۴/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۶
کنترل خوش‌خیم	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۷۱/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۵۴/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۶
	درون‌آزمودنی×بین‌آزمودنی	۶۱/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۱
تاب‌آوری	درون‌آزمودنی: اثر زمان	۴۶/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۰
	بین‌آزمودنی: اثر گروه	۶۰/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۹
	درون‌آزمودنی×بین‌آزمودنی	۵۶/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۳

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زمان‌ها

متغیر	زمان		گروه آزمایش			گروه گواه		
			تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
کنترل هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۸/۹۳-	۰/۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۳۹	۰/۶۸۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۹/۵۰-	۰/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۵۸	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۶-	۰/۳۲	۰/۳۲۹	۰/۴۳-	۰/۳۹	۰/۸۶۶
بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۱۲-	۰/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۲۵	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۰۶-	۰/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۳۲	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶	۰/۱۴	۱/۰۰۰	۰/۱۲	۰/۲۷	۱/۰۰۰
کنترل پرخاشگری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۷۵-	۰/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۲۵	۰/۷۱۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۷۵-	۰/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۲۶	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۰	۰/۱۲	۱/۰۰۰	۰/۰۶-	۰/۰۶	۱/۰۰۰
عدم نشخوار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۰۶-	۰/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۲۳	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۴۳-	۰/۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۲۷	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۷-	۰/۱۸	۰/۱۶۳	۰/۲۵-	۰/۱۱	۰/۱۲۳
کنترل خوش‌خیم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۰۰-	۰/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۰۶-	۰/۲۳	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۲۵-	۰/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۱-	۰/۳۳	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۵-	۰/۱۷	۰/۴۹۲	۰/۲۵-	۰/۱۹	۰/۶۴۹
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۱/۵۰-	۲/۹۰	<۰/۰۰۱	۱/۳۱	۰/۶۵	۰/۱۹۲
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲۱/۱۲-	۲/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۲	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۷	۰/۴۹	۱/۰۰۰	۰/۶۸-	۰/۶۳	۰/۸۹۳

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن (بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، عدم نشخوار، کنترل خوش‌خیم) و متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معناداری افزایش پیدا کرده است (p<۰/۰۰۱)؛ درحالی‌که بین نمرات گروه گواه در زمان‌های مختلف تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵)؛ همچنین در همهٔ متغیرهای مذکور بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای مذکور تفاوت معناداری مشاهده نشد که حاکی‌از ماندگاری تأثیر مداخله بود (p>۰/۰۵)؛ بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش کنترل هیجان و تاب‌آوری در مرحلهٔ پیگیری اثربخش بود.

شکل ۱. نمودارهای تغییرات کنترل هیجان و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گواه

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کنترل هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع بود. یافتهٔ اول مطالعهٔ حاضر نشان داد، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن (بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، عدم نشخوار، کنترل خوش‌خیم) در گروه آزمایش درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون به‌صورت معناداری افزایش پیدا کرد؛ بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن اثربخش بود. این یافته با نتایج این مطالعات همسوست: براساس نتایج پژوهش مارتین و همکاران، استرس و نگرانی‌های مربوط به فرزندپروری و نحوهٔ مراقبت مادرانی که اختلال در کنترل هیجانی شدید داشتند، از قبل تا پس از آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک کاهش یافت و مادران پیشرفت‌هایی را در توانایی‌های خود برای کنترل هیجان در ارتباط با فرزندانشان به‌دست آوردند (۱۷)؛ زالوسکی و همکاران در پژوهشی نشان دادند، رفتاردرمانی دیالکتیک منجربه تقویت جنبه‌های مختلف کنترل هیجان و درنهایت بهبود نحوهٔ فرزندپروری در والدین مبتلا به آسیب‌های روان‌شناختی می‌شود (۹)؛ نتایج مطالعهٔ زینالی داورانی و حیدری‌نسب مشخص کرد، آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی سبب کاهش هیجانات منفی و افزایش پذیرش و آگاهی دانشجویان می‌شود و با افزایش توانایی کنترل هیجان، خُلق‌وخوی مثبت و کنترل احساسات را در دانشجویان افزایش می‌دهد (۲۵)؛ رحمانی‌مقدم و همکاران با گروه نمونهٔ معلولان جسمی‌حرکتی (۱۱) و نیکشو و همکاران با گروه نمونهٔ بزرگسالان مضطرب و افسرده با اختلال در تنظیم هیجانی زیاد (۱۳) نشان دادند، رفتاردرمانی دیالکتیک منجربه تفاوت معنادار متغیر کنترل هیجان بین گروه‌های آزمایش و گواه شده است.

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر چندین توضیح احتمالی وجود دارد که چرا مشارکت در مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک ممکن است با طیفی از نتایج بهبودیافته برای این مادران مرتبط باشد؛ حتی زمانی که مهارت‌ها یا راهبردهای فرزندپروری به‌طور مستقیم آموزش داده نشدند (۱۷). رفتاردرمانی دیالکتیک شامل مهارت‌هایی چون ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم احساسات و مهارت‌های اثربخشی بین‌فردی است. در این درمان به بیماران آموزش داده می‌شود که در تمام لحظات زندگی از احساسات، رفتارها و افکار خود آگاه باشند. همچنین به آن‌ها آموزش داده می‌شود که توانایی لازم را برای تمایز بین حالات ذهنی به‌دست آورند و در هر لحظه از حالات ذهنی خود آگاه شوند. در این راستا، آن‌ها می‌توانند سود یا زیان هر موقعیت روانی را باتوجه به ویژگی‌های خود ارزیابی کنند و از پیامدهای چنین موقعیت‌های روانی آگاه شوند و در صورت لزوم آن‌ها را تغییر دهند (۹).

ازسوی‌دیگر، این درمان مهارت‌های تحمل پریشانی و راهبردهای بقا در بحران را به بیماران آموزش می‌دهد و به آن‌ها کمک می‌کند تا چگونه از برخی مهارت‌ها مانند مهارت‌های حواس‌پرتی، خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه، بهبود لحظه‌ها و تکنیک‌های سود و زیان به‌منظور کاهش شدت هیجانات و رفتارهای تکانشی در هنگام برانگیختگی هیجانی استفاده کنند (۲۵). بخش دیگر مهارت‌های تحمل پریشانی با مهارت‌های پذیرش واقعیت مرتبط است. این مهارت به فرد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های مختلف عاقلانه تصمیم بگیرد و با دردهای عاطفی بهتر کنار بیاید و این امر به یادگیری مهارت‌های معطوف به ذهن نیاز دارد (۲۵). لازم به ذکر است که اگر شخص خود و دیگران را قضاوت نکند، به مهارت پذیرش واقعیت دست می‌یابد. درواقع پذیرش بنیادی به‌عنوان توانایی آگاهی از افکار، احساسات و عواطف در لحظهٔ حال بدون هیچ‌گونه قضاوتی تعریف می‌شود. باتوجه به این تعریف، پذیرش بنیادی را می‌توان به‌منزلهٔ مؤلفهٔ مهم ذهن‌آگاهی در رفتاردرمانی دیالکتیک در نظر گرفت (۱۳). تمرینات رفتاردرمانی دیالکتیک، دربارهٔ آموزش الگویی برای شناسایی و آگاهی از هیجانات بحث می‌کند که منجربه افزایش توانایی کنترل هیجانات می‌شود. علاوه‌براین، فرد مهارت‌هایی را برای کاهش آسیب‌پذیری دربرابر احساسات منفی علاوه‌بر آموزش برخی تجربیات هیجانی مثبت ازطریق ایجاد تجربیات مثبت کوتاه‌مدت (مانند سرگرمی) و تجارب عاطفی مثبت بلندمدت می‌آموزد (۱۷)؛ به‌طورکلی مادران در مطالعهٔ حاضر بهبود مهارت‌های کنترل هیجانی را گزارش کردند که به‌طور خاص مربوط به افزایش آگاهی از احساسات خود، افزایش توانایی در شناسایی هیجانات و کاهش واکنش تکانشی به هیجانات خود بود. آموزش‌های ارائه‌شده می‌تواند ابعاد نبود پذیرش، پاسخ‌های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، وضوح هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای کنترل هیجان را به‌طور خاص در بین مادران کودکان مبتلا به صرع کاهش دهد (۲۵). همچنین نتایج مطالعهٔ حاضر با یافته‌های پژوهش زرگر و همکاران ناهمسوست. آن‌ها نشان دادند، اگرچه رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش شدت شیدایی مؤثر است، بر متغیرهای کنترل هیجان، تکانشگری، خشم، اضطراب و عاطفهٔ مثبت این بیماران اثربخشی ندارد (۱۸). در تبیین نتیجه، زرگر و همکاران به این نکته اشاره کردند که دلیل تفاوت‌نداشتن معنادار ممکن است حجم نمونهٔ کم، تعداد جلسات محدود (هشت جلسه) یا تکمیل‌نکردن دقیق پرسش‌نامهٔ کنترل هیجانی توسط بیماران مطالعه‌شده باشد (۱۸).

نتیجهٔ دیگر پژوهش حاضر مشخص کرد، بین گروه مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه گواه در متغیر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع تفاوت معنادار وجود داشت. این نتیجه با یافته‌های این مطالعات همسوست: لیل‌آبادی و همکاران دریافتند، رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش حس درد در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا می‌شود (۱۴)؛ لی و ماسون نتیجه گرفتند که دانشجویان کالج از نظر بالینی بهبود درخورتوجهی را در تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت روان عمومی در پایان آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی نشان دادند (۱۵)؛ بهرامی و زاهدی نتیجه گرفتند که رفتاردرمانی دیالکتیک سبب افزایش تاب‌آوری مادران کودکان استثنائی می‌شود (۱۶). رهبر کرباسچی و همکاران اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر تاب‌آوری نوجوانان مبتلا به سرطان خون تأیید کردند و آن را به‌عنوان درمانی مناسب برای افزایش تاب‌آوری در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن پیشنهاد کردند (۲۶).

در تبیین نتایج، چند توضیح احتمالی دربارهٔ چگونگی کمک رفتاردرمانی دیالکتیک به ایجاد تاب‌آوری وجود دارد؛ در رفتاردرمانی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

دیالکتیک، اول اینکه تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌عنوان چارچوبی اصلی، همراه با تمرین‌هایی برای پرورش گشودگی، پذیرش و شفقت به خود به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود که به آن‌ها کمک می‌کند به نگرش‌های قضاوتی، سخت‌گیری شناختی، احساسات ثانویه و بی‌اثر بین‌فردی توجه کنند؛ بدون اینکه لزوماً احساس انتقاد یا تدافع داشته باشند (۱۵). درواقع در تکلیف‌های خانگی، شرکت‌کنندگان تشویق می‌شوند ذهن‌آگاهی را در فعالیت‌های روزمرهٔ خود همچون غذاخوردن، خریدکردن، حمام، نظافت، رانندگی و صحبت‌کردن به‌کار برند و این حالت هشیاری و خودآگاهی موجب می‌شود تصمیم‌های واقعی‌تر و سازگارانه‌تری را برای حل مشکلات خود اتخاذ کنند (۱۴). به‌عبارتی تمرین‌های ذهن‌آگاهی موجود در رفتاردرمانی دیالکتیک به مادران کودکان مبتلا به صرع که درمعرض انگ اطرافیان و نگاه‌های قضاوتی مردم هستند، کمک می‌کند بدون بحث و جدل یا خودسرزنشی و نشخوار فکری در لحظهٔ اینجا و اکنون باشند و به امور به‌طور واقعی، نه قضاوتی، نگاه کنند (۱۶)؛ دوم اینکه تمرین‌های دیگر رفتاردرمانی دیالکتیکی بین پذیرش و تغییر و بین ذهن عاطفی و ذهن معقول تعادلی به‌وجود می‌آورد و با افزایش خودآگاهی شرکت‌کنندگان باعث می‌شود تلاش عمدی برای ایجاد تجارب متعادل انجام دهند (برای مثال، کاهش آسیب‌پذیری دربرابر استرس درمقابل افزایش تجارب احساسات مثبت یا اثربخشی رابطه درمقابل اثربخشی احترام به خود). موضوع بعدی که در اکثر روان‌درمانی‌های گروهی مشترک بوده، این است که ساختار و فرایند درمان گروهی به ایجاد محیطی شفابخش کمک می‌کند که تجربیات جهانی‌بودن، انسجام، امید و یادگیری بین‌فردی را القا می‌نماید (۱۵). به‌عبارتی مادران کودکان مبتلا به صرع وقتی در گروه با مادران دیگری آشنا می‌شوند که با مشکلاتی مشابه دست‌وپنجه نرم می‌کنند، متوجه خواهند شد که تنها نیستند؛ درنتیجه استرس و احساسات منفی انگ اجتماعی، خودسرزنشی و ناامیدی آن‌ها کاهش می‌یابد و تاب‌آورانه‌تر با شرایط روبه‌رو می‌شوند (۱۷). ازسوی‌دیگر، در این درمان برخلاف برخی روش‌های درمانی دیگر، ارزش یا سبک زندگی خاصی به بیماران تحمیل نمی‌شود و آن‌ها براساس نظام ارزشی خود تصمیم می‌گیرند. این روش درمانی می‌تواند به بیماران کمک کند تا عناصر فردی و محیطی متغیر و تغییرناپذیر را تشخیص دهند و با تمرکز بر آن دسته از رفتارها و اعمالی که سودمندتر هستند، از هدررفتن انرژی خود جلوگیری کنند (۲۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی عمدتاً بر هیجانات تأکید دارد و استفاده از تکنیک‌های تجربی، بخش مهمی از این درمان را تشکیل می‌دهد. به‌نظر می‌رسد، رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد کمک می‌کند تا از احساسات خود بیشتر آگاه شوند و آن‌ها را بهتر بپذیرند و تنظیم کنند. مهارت‌های هیجانی می‌تواند برای آماده‌شدن به‌منظور استفادهٔ مناسب از راهبردهای انطباقی در کنترل هیجانات و تاب‌آوری، ازطریق سازمان‌دهی مجدد هیجانی، یادگیری جنبه‌های جدید، تنظیم عواطف بین‌فردی و آرامش خود مفید باشد (۲۶).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت؛ ازجمله می‌توان به محدودکردن مراقبان به گروه مادران و نادیده‌گرفتن نقش پدران اشاره کرد. ازسویی تفاوت ویژگی‌های زنان و مردان در اثرپذیری درمان، تعمیم نتایج این مطالعه را به مردان با مشکل مواجه می‌کند. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، سنجش کنترل هیجان با استفاده از پرسش‌نامه بود که ممکن است به‌علت شرایط نامساعد این مادران از دقت لازم برخوردار نباشد. استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و نیز دورهٔ پیگیری کوتاه (دوماهه) از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر بود. به پژوهشگران علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود، بار سنگین فرزند مبتلا به صرع را در کنترل هیجان و تاب‌آوری پدران بررسی کنند و اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در جامعهٔ مردان نیز بررسی شود. همچنین برای سنجش هیجانات منفی استفاده از مصاحبه‌های بالینی و تشخیصی و روش‌های جدید علوم شناختی می‌تواند به نتایج دقیق‌تری منجر گردد. در صورت امکان، استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در پژوهش‌های آینده توصیه می‌شود. به‌علاوه اجرای دوره‌های پیگیری طولانی‌تر محققان را با نتایج ارزنده‌ای روبه‌رو خواهد کرد.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد، نمرات متغیر کنترل هیجان و مؤلفه‌های آن (بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، عدم نشخوار، کنترل خوش‌خیم) و همچنین متغیر تاب‌آوری، پس از مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیکی افزایش پیدا کرده است؛ بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش کنترل هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع اثربخش است؛ ازاین‌رو مشاوران و درمانگران می‌توانند به‌منظور بهبود و افزایش کنترل هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به صرع یا بیماری‌های مشابه، از رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور فردی و گروهی استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از یکایک شرکت‌کنندگان در این پژوهش که صمیمانه ما را یاری کردند، سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی عمومی دارای کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1401.005 از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی ازجمله کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه‌داشتن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

تمامی داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شدهٔ مقاله در اختیار نویسندهٔ اول و نویسندهٔ مسئول است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

برای انجام این پژوهش حمایت مالی از نهاد یا سازمان یا دانشگاهی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. نویسندهٔ دوم استاد راهنما و نویسندهٔ سوم استاد مشاور رساله بودند که پیش‌نویسی و بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر را بر عهده داشتند و نسخهٔ نهایی را قبل از انتشار، مطالعه و تأیید کردند.

References

1. Wei W, Yang R, Zhang J, Chen H, Ye J, Su Q, et al. The mediating roles of family resilience and social support in the relationship between illness severity and depressive symptoms among primary caregivers of children with epilepsy in China. Front Neurol. 2022;13:831899. https://doi.org/10.3389/fneur.2022.831899
2. Tsehay M, Necho M, Belete A, Srahbzu M. Depression and anxiety and their associated factors among caregivers of children and adolescents with epilepsy in three selected hospitals in Amhara region, Ethiopia: a cross-sectional study. Plos One. 2022;17(7):e0271885. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271885
3. Zhang Q, Song D, Liu Y, Chang L, Li C, Li Y. Sleep quality, caregiver burden, and individual resilience among parents of children with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2022;135:108873. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108873
4. Pokharel R, Poudel P, Lama S, Thapa K, Sigdel R, Shrestha E. Burden and its predictors among caregivers of patient with epilepsy. J Epilepsy Res. 2020;10(1):24–30. https://doi.org/10.14581/jer.20005
5. Crandall A, Deater-Deckard K, Riley AW. Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: a conceptual framework. Developmental Review. 2015;36:105–26. https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.004
6. Roger D, Najarian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. Pers Individ Dif. 1989;10(8):845–53. https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90020-2
7. Etkin A, Büchel C, Gross JJ. The neural bases of emotion regulation. Nat Rev Neurosci. 2015;16(11):693–700. https://doi.org/10.1038/nrn4044
8. Koch SBJ, Mars RB, Toni I, Roelofs K. Emotional control, reappraised. Neurosci Biobehav Rev. 2018;95:528–34. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.11.003
9. Zalewski M, Lewis JK, Martin CG. Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. Curr Opin Psychol. 2018;21:122–6. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.013
10. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. Family Process. 2003;42(1):1–18. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x
11. Rahmani Moghadam F, Bagherzadeh Golmakani Z, Touzandeh Jani H, Nejat H. Comparing of the effectiveness of dialectical behavior therapy and emotional schema therapy on emotional regulation in physically disabled people. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2022;12:44. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-2710-en.html
12. Mortazavi M, Rakebi N, Akbarinejad Mousavi M, Soleymani Rudbali Z. The effectiveness of dialectic behavioral therapy on family functioning and communication patterns of mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2022;12:124. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1708-en.html
13. Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2014;59:40–51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005
14. Lailabadi L, Madahi ME, Khajehvand A, Sadat SM. Efficacy of dialectical behavior group therapy on pain and resilience in patients with fibromyalgia syndrome. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2018;8:7. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1012-en.html
15. Lee S, Mason M. Effectiveness of brief DBT-informed group therapy on psychological resilience: a preliminary naturalistic study. J College Stud Psychother. 2019;33(1):25–37. https://doi.org/10.1080/87568225.2018.1425646
16. Bahrami F, Zahedi Y. The effectiveness of group dialectical behavioral therapy on increasing the life expectancy and resilience of exceptional children's mothers. Culture Counseling. 2018;9(35):171–89. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_8924.html?lang=en
17. Martin CG, Roos LE, Zalewski M, Cummins N. A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. Cogn Behav Pract. 2017;24(4):405–15. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.08.002
18. Zargar F, Haghshenas N, Rajabi F, Tarrahi M. Effectiveness of dialectical behavioral therapy on executive function, emotional control and severity of symptoms in patients with bipolar I disorder. Adv Biomed Res. 2019;8(1):59. [Persian] https://doi.org/10.4103/abr.abr_42_19

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]

19. Delavar A. Ehtemalat va amar karbordi dar ravan shenasi va oloome tarbiati (ba tajdid nazar va ezafat) [Probability and applied statistics in psychology and educational sciences (with revisions and additions)]. Tehran: Roshd Pub; 2010. [Persian]
20. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
21. Einipour J, Vahedi Sh, Hashemi T. Investigation of relationship among emotional control, cognitive emotional regulation and obsessive beliefs in high school girl students of Rasht. Advances in Cognitive Science. 2013;15(2):63–71. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-302-en.html
22. Rafieinia P, Rasoulzadeh Tabatabai SK, Azadfalah P. Rabeteye sabk haye ebraz hayajan ba salamat omoomi dar daneshjooyan [Relationship between emotional expression styles and general health in college students]. Journal of psychology. 2006;10(1):84–105. [Persian]
23. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasoli M. Psychometric properties of the Persian version of Conner-Davidson Resilience Scale in adolescents with cancer. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery. 2015;13(9):739–47. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-en.html
24. McKay M, Wood J, Brantley J. The dialectical behavior therapy [skills workbook]. Hamidpour H, Jomepour H, Andooz Z. (Persian translator). Tehran: Arajmand Pub; 2019.
25. Zeinali Davarani Z, Heydarinasab L. The effectiveness of dialectical behavior therapy skills to reduction in difficulty in emotion regulation among students. Argentina Journal of Clinical Psychology. 2019;28(5):842–8. https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1158
26. Rahbar Karbasdehi E, Hosseinkhanzadeh AA, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of dialectical behavior therapy on psychological resilience and existential anxiety in adolescents with Leukemia. International Journal of School Health. 2021;8(3):176–83. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-19]