MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Nov. **Research Article**

Effect of Group Dialectical Behavior Therapy on the Resiliency of People with physical Disability

Hossein Eskandari[1], *Kaveh Qaderi Bagajan[2]

Author Address
1. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. MSc in Clinical Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address**: Allameh Tabataba'i University, Dehkadeh-ye-Olympic, Tehran, Iran.
***E-mail:** Kawe.ghaderi@gmail.com

Received: 2017 January 31; **Accepted:** 2017 February 5

Abstract

Background and objective: The current global estimates show that persons with disability constitute about 15 percentage of population around the world. People with physical disability are more susceptible to mental health problems. They experience more psychological problems than normal population. Thus, it is necessary to recognize dangerous and protective factors for such people. The findings of previous studies have presented resiliency works as protective factor in relation with the heath of persons with disability as it modifies negative psychological consequences. Resiliency has been emphasized in working with persons with physical disability. The Dialectical Behavior Therapy has been suggested as effective method to improve resiliency. Accordingly, this investigation was conducted to study the effect of Group Dialectical Behavior therapy on increasing the resiliency of people with physical disability.

Methods: This is a time series pretest-posttest control group quasi-experimental study. The population of the present study included all the peoples with physical disability from Qorveh County, Kurdistan Province. Random sampling was used to recruit 218 participants. The research instrument was the Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC). A total of 24 participants who scored lower on the resiliency test than the average of other participants were judged to meet the inclusion criteria. The participants were assigned to control and experiential groups in equal numbers. The experiential group received eight weekly sessions in Dialectical Behavior therapy. The duration of each session was an hour and a half following Linhan's treatment protocol. The control group did not receive any intervention. Descriptive (Means, Variance and Standard deviance) and inferential statistics (ANOVA with repeated measures) were used to analyze the data.

Results: The results show that there is a significant difference between the experimental and control groups in resiliency immediately after the conclusion of the intervention and in a month thereafter ($P<0.001$) in favor of the experimental group.

Conclusion: It can be concluded that Group Dialectical Behavior Therapy is an effective method to increase the resiliency of people with physical disability. The method is suggested to clinical psychologists, psychiatrists and other mental health professionals.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Resiliency, People with Physical Disability, Group Therapy.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]

Copyright © 2016, 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 ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش تاب‌آوری معلولان جسمی‌حرکتی

حسین اسکندری[۱]، *کاوه قادری بگه‌جان[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشیار روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، دهکدهٔ المپیک، تهران، ایران.

***رایانامه:** Kawe.ghaderi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۲ بهمن۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷ بهمن۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: معلولیت جسمی‌حرکتی به‌عنوان عامل خطر برای مشکلات سلامت روان عمل می‌کند؛ لذا بررسی مداخلات روان‌شناختی مؤثر در ارتقای سلامت روان این افراد اهمیت می‌یابد. ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش تاب‌آوری معلولان جسمی‌حرکتی انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی معلولان جسمی‌حرکتی شهرستان قروه استان کردستان تشکیل دادند. از این میان به‌شکل تصادفی ساده ۲۱۸ نفر انتخاب شده و پرسشنامهٔ تاب‌آوری روی آن‌ها اجرا شد. ۲۴ نفر از کسانی که نمرهٔ تاب‌آوری آن‌ها کمتر از سایر شرکت‌کنندگان بود و معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه تحت‌مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی قرار گرفت. این جلسات هفته‌ای یک‌بار و به‌مدت یک‌ونیم ساعت برگزار شد. در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. آزمودنی‌های پژوهش توسط مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) پیش از شروع درمان و در پایان درمان و پس از اتمام مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه ارزیابی شدند. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون نشان داد بین دو گروه در افزایش تاب‌آوری در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$) و تنها در گروه آزمایش میانگین نمرهٔ تاب‌آوری افزایش معناداری از مرحلهٔ پیش‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیگیری داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در افزایش تاب‌آوری معلولان جسمی‌حرکتی مؤثر است و به روان‌شناسان بالینی توصیه می‌شود در این رابطه از این مداخله بهره گیرند.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، تاب‌آوری، معلولان جسمی‌حرکتی، درمان گروهی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_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 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]

۱ مقدمه

میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا با یکی از انواع معلولیت‌ها زندگی می‌کنند. تخمین‌ها نشان می‌دهد که حدود پانزده‌درصد کل جمعیت دنیا را معلولان تشکیل می‌دهند (۱). ۸۰درصد این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که سهم ایران از این جمعیت هفت میلیون نفر است (۲). تعداد درخورتوجهی از این جمعیت را معلولان جسمی‌حرکتی تشکیل می‌دهند. معلول‌بودن جسمی به‌عنوان نبود و کاهش عملکرد حرکتی به درجات مختلف درزمینهٔ حرکت و فعالیت‌های مختلفی است که در اثر تغییر شکل اندام‌ها و فلج‌بدنی یا در اثر تغییر شکل و تخریب ساختارها و کارکردهای حرکتی بدن به‌وجود می‌آید (۳). نتایج مطالعهٔ کرایگ نشان داده که ناتوانی جسمی و معلول‌بودن بر سازگاری اجتماعی و سلامت روان‌شناختی فرد تأثیر گذاشته و زندگی با معلولیت می‌تواند به‌عنوان عامل خطر عمده برای مشکلات سلامت روان عمل کند (۴). کرایگ در پژوهش خود به پژوهشگران حوزهٔ معلول‌بودن و کم‌توانی پیشنهاد کرد در بررسی معلولان جسمی‌حرکتی هم‌زمان باید به عوامل خطرساز و عوامل محافظتی درزمینهٔ سلامت روان توجه کرده و حرفه‌های درمانی که در حوزهٔ معلولان جسمی‌حرکتی فعالیت می‌کنند باید توجه خاصی به کشف و شناسایی جامع و پویای عوامل خطر و عوامل محافظتی مرتبط با ارتقای سلامت روان معلولان داشته باشند؛ همچنین عواملی که سازگاری روان‌شناختی را مختل یا به سازگاری مثبت کمک می‌کنند را شناسایی و بررسی کنند (۴). تعدادی از عوامل خطرساز سلامت روان که ناشی‌از معلول‌بودن و پیامدهای آن است در تحقیقات متعددی تحت بررسی قرار گرفته است. به‌عنوان مثال فالوو معتقد است. معلول‌بودن و پیامدهای آن ممکن است تجربهٔ احساساتی همچون افسردگی، ناتوانی، ناامیدی، بی‌تفاوتی و دل‌سردی را در افراد به‌وجود آورد؛ همچنین در بیشتر معلولان شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد معلولان عزت‌نفس و خودکارآمدی کمتری را تجربه می‌کنند (۵). وجود معلول‌بودن جسمی افکار خودکشی‌گرایانه را افزایش داده و خطر افکار مربوط به خودکشی در میان افراد با معلولیت‌های جسمانی، دو برابر بیشتر از افراد غیرمعلول است؛ همچنین معلول‌بودن جسمی با کنترل سایر فاکتورهای روان‌پزشکی و جمعیت‌شناختی باز هم پیش‌بینی‌کنندهٔ قوی افکار مربوط به خودکشی بوده و افزایش خطر افکار خودکشی مرتبط با معلول‌بودن جسمی در میان بیشتر خرده‌گروه‌های جمعیت‌شناختی مشاهده شده است (۶). ازسوی‌دیگر همان‌گونه که ذکر شد برای ارتقای سلامت روان‌شناختی معلولان علاوه‌بر توجه به عوامل خطرساز سلامت روان ناشی‌از معلول‌بودن و کم‌توانی حاصل از آن که به برخی از آن‌ها اشاره شد، توجه به عوامل محافظتی که قدرت عوامل خطرساز را کاهش داده یا حداقل پیامدهای آن را تعدیل می‌کنند بسیار مهم و ضروری به‌نظر می‌رسد. باتوجه به مطالعهٔ ادبیات پژوهش، تاب‌آوری در حالت کلی و ابعاد تاب‌آوری در حالت جزیی به‌عنوان عوامل محافظتی درزمینهٔ سلامت روان معلولان جسمی‌حرکتی عمل می‌کنند. به‌عنوان مثال هافل و گیکرنکو مطرح کردند وقتی‌که افراد نمی‌توانند حوادث استرس‌زا را فراموش کنند می‌توان آسیب‌پذیری شناختی افراد را با ارتقای تاب‌آوری ارتقا بخشید. تاب‌آوری[1] فرآیند سازگاری مثبت درمقابله با سختی‌ها و رنج‌های معنادار زندگی بوده و عنصری مثبت و مهم درزمینهٔ سلامت روان در میان معلولان جسمی است. اگر بخواهیم تاب‌آوری را به‌طور خاص در ارتباط با معلولان جسمی‌حرکتی به‌کار بریم فرآیند حفظ ثبات و تعادل کارکردهای روان‌شناختی و اجتماعی و فیزیکی در هنگام سازگاری با اثرات معلول‌بودن جسمی‌حرکتی و پیامدهای متعاقب ناشی‌از آن است (۴).

توماک تاب‌آوری را دارای ابعادی شامل خودکارآمدی، تطابق‌پذیری، سرسختی، توانایی حل مسئله، جهت‌گیری هدف، تحمل آشفتگی، حمایت اجتماعی قوی، امید و خوش‌بینی می‌داند (۷). تعدادی از محققان تاب‌آوری را به‌عنوان فاکتوری می‌بینند که درجهٔ آسیبی را که وقایع محیطی برای فرد به وجود آورده، کاهش می‌دهد (۸). در همین راستا ابعاد تاب‌آوری نیز به‌عنوان عوامل محافظتی سلامت روان عمل می‌کنند. به‌طور مثال ماجیوسکی و همکاران بیان کردند سطح بیشتر خودکارآمدی که از اجزای تاب‌آوری شناخته می‌شود با کاهش نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان همراه است؛ همچنین حمایت اجتماعی و روابط اجتماعی حمایتی نیز به‌عنوان عاملی محافظتی دربرابر ایجادکننده‌های اضطراب در زندگی و آسیب‌های روان‌شناختی عمل کرده (۹) و در معلولان جسمی‌حرکتی بر ارتقای آن تأکید می‌شود. یکی دیگر از این عوامل مهارت‌های سازگاری است. همان‌گونه که قبلاً ذکر شد سازگاری مؤثر با سختی‌ها از ویژگی‌های تاب‌آوری است (۱۰). در همین رابطه کندی مشخص کرد سازگاری مؤثر با مشکلات، نتایج همبسته با معلول‌بودن را بهبود بخشیده و به فرد کمک می‌کند پاسخ هیجانی خود را با مشکلات تنظیم کند (تعدای از مهارت‌های سازگاری عبارت‌است از مهارت‌های حل مسئله، تغییر تفکرات منفی و فاجعه‌بار و سازماندهی رویدادهای لذت‌بخش) (۱۱).

تحقیق مقدم نیز در معلولان جوان نشان داده که خوش‌بینی به‌عنوان یکی از اجزای تاب‌آوری در نقش عاملی محافظتی در سلامت روان معلولان نقش ایفا می‌کند (۱۲). درنهایت، به‌طور واضح مشخص است که در کار با معلولان جسمی‌حرکتی باید مداخلاتی رشد و توسعه یابند که بر ارتقای تاب‌آوری و اجزای آن تأکید دارند (۱۳). بر همین اساس برای انتخاب مداخلات مناسب در رابطه با این گروه و ارتقای تاب‌آوری در آن‌ها لازم است به این مسئله بپردازیم که تاب‌آوری با چه متغیرهایی در ارتباط بوده و با شناسایی این نکات و انتخاب درمان مناسب برای ارتقای آن‌ها درنهایت رشد تاب‌آوری را هدف قرار دهیم. توماک در تحقیقی به این نتیجه رسید که تاب‌آوری با مفاهیمی مثل ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی رابطه مستقیم دارد؛ بدین‌معنا که از روی ذهن‌آگاهی می‌توان تاب‌آوری را پیش‌بینی کرد. توماک همچنین مطرح می‌کند که جهت ارتقای تاب‌آوری باید مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی را افزایش داد (۷). درمان‌ها و مداخلات متعددی به ارتقای ذهن‌آگاهی می‌پردازند. از مداخلاتی که هم‌زمان به آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی می‌پردازد، رفتاردرمانی دیالکتیکی است (۱۴). رفتاردرمانی دیالکتیکی با تلاش‌های مارشال لینهان برای ایجاد درمانی مناسب برای کمک به مسائل چندوجهی و پیچیدهٔ زنان مرزی

[1]. resilience

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]

خودکشی‌گرا شکل گرفت. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پایهٔ فلسفه‌ای دیالکتیکی قرار داشته که حالت تعادل و سنتزی از راهبردهای مبتنی‌بر پذیرش و راهبردهای تغییر محور را دربر می‌گیرد (۱۴). به‌نظر می‌رسد انتخاب درمانی که هم مبتنی‌بر پذیرش و همدلی با دردهای مراجع و هم ارائهٔ مهارت‌ها و کمک برای تغییر فرد باشد، در کار با معلولان جسمی‌حرکتی مؤثر بیفتد. درواقع دیالکتیک اصلی در این رویکرد یک‌پارچگی یا وحدت پذیرش و تغییر است. به این معنا که آرزوی تغییر هر تجربهٔ دردناک باید با تلاشی مشابه برای یادگیری پذیرش دردهای اجتناب‌ناپذیر و ناگزیر زندگی متعادل شود (۱۴). معلول‌بودن و پیامدهای آن گاهی تا آخر عمر با فرد همراه است؛ بنابراین به‌صورت هم‌زمان پذیرش و تحمل دردهای ناشی‌از آن و از جهت دیگر تلاش برای کسب زندگی و مهارت‌های سازگاری و محافظتی بهتر امری ضروری به‌نظر می‌رسد. در این درمان مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی به‌عنوان راهبردهای پذیرش محور، با آموزش مهارت‌های رفتاری که به‌عنوان راهبردهای تغییر محور شناخته شده‌اند به‌صورت توأم به‌کار برده می‌شود، لذا به‌نظر می‌رسد علاوه‌بر بخش ذهن‌آگاهی تناسب بیشتری با ارتقای سایر اجزای تاب‌آوری داشته باشد. درنهایت، در انتخاب مداخلات و درمان‌های مناسب در ارتباط با یک‌گروه و ارتقای یک‌متغیر توجه به نتایج تحقیقاتی که مرتبط و دارای شباهت و ویژگی‌های مشترک با حوزهٔ مشکل گروه بررسی‌شده هستند، مهم است (۱۵). به‌همین جهت اشاره می‌شود که رفتاردرمانی دیالکتیکی برای مشکلات زیادی به‌کار گرفته شده است ازجمله در افسردگی سالمندان (۱۶) اختلال‌های مربوط به سوء مصرف مواد و رفتارهای خودجرحی (۱۷)، کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در جمعیت غیربالینی (۱۸) بیماری‌های جسمی مزمن (۱۹) و بیماران سرطانی (۲۰)؛ همچنین مطالعاتی نشان داده که رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود خودکارآمدی (۲۱) و در افزایش تاب‌آوری افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (۲۲) مؤثر است. براساس آنچه ذکر شد باتوجه به نقش تاب‌آوری به‌عنوان عاملی محافظتی که عوامل خطر زندگی با معلولیت را کاهش می‌دهد و باتوجه به تناسب محتوای رفتاردرمانی دیالکتیکی در ارتقای این عامل، همچنین با درنظرداشتن اینکه تاکنون پژوهشی به‌طور مستقیم این مسئله را بررسی نکرده است، لذا در این پژوهش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش تاب‌آوری معلولان جسمی‌حرکتی بررسی شد.

۲ روش بررسی

روش تحقیق این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعهٔ آماری آن شامل تمامی معلولان جسمی‌حرکتی شهرستان قروه استان کردستان بود که در سال ۱۳۹۵ لیست اسامی آنان در بهزیستی شهرستان قروه (و انجمن‌های تابعه) وجود داشت. تعداد این افراد ۵۰۳ نفر بود. از این میان براساس حجم نمونهٔ به‌دست‌آمده از فرمول کوکران به‌شکل تصادفی ساده ۲۱۸ نفر انتخاب‌شده و پرسشنامهٔ تاب‌آوری روی آن‌ها اجرا شد. بعد از این مرحله ۲۴ نفر از کسانی که نمرهٔ تاب‌آوری آن‌ها کمتر از نمرهٔ سایر شرکت‌کننده‌ها بود و معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۲ نفر) و آزمایش (۱۲ نفر) قرارگرفتند. معیارهای ورود به گروه عبارت‌بود از داشتن سن بین ۲۰تا۵۰ سال به‌دلیل اینکه گروه نامتجانس نباشد. توانایی جسمی درحدی که فرد بتواند توانایی حضور مؤثر در دوره را داشته باشد. در ادامه گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه تحت آموزش قرار گرفتند. این جلسات هفته‌ای یک‌بار و به‌مدت یک‌ونیم ساعت طبق پروتکل برگزار شد (پروتکل درمانی براساس طرح درمان مارشال لینهان، ۲۰۱۱) (۱۴). در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات پس‌آزمون، پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر و دیویدسون در هر دو گروه اجرا شد و به فاصلهٔ یک‌ماه آزمون پیگیری از هر دو گروه به‌عمل آمد.

ـ پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر و دیویدسون[1]: تاب‌آوری به‌وسیلهٔ مقیاس تاب‌آوری کانردیویدسون ۲۰۰۳[2] اندازه‌گیری شد. این مقیاس توانایی سازگاری با تنش و مدیریت موقعیت آسیب‌زا را اندازه می‌گیرد ودارای دو نسخه است. نسخهٔ اصلی و بلند (cd risc) از ۲۵ آیتم تشکیل‌شده که تاب‌آوری را در ماه گذشته می‌سنجد و نمرهٔ بیشتر، تاب‌آوری بیشتر را نشان می‌دهد. هرکدام از آیتم‌ها در پنج رتبه از کاملاً غلط تا کاملاً صحیح رتبه‌بندی می‌شود. دامنهٔ امتیازات نیز از صفر تا صد است. این مقیاس به‌خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور جدا کند و در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به‌کار برده شود. پنج خرده‌مقیاس شایستگی، استحکام شخصی، پذیرش مثبت تغییر، غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، کنترل، روابط ایمن و معنوی‌بودن برای این مقیاس تأیید شده اما چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به‌طور نهایی تأیید نشده است، درحال حاضر فقط نمرهٔ کلی تاب‌آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود (۲۳). مطالعهٔ اولیه این آزمون در جمعیت عمومی و بیماران، همسانی درونی و پایایی پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و اعتبار همگرا و واگرای مناسبی را نشان داد. اسکالی و همکاران نیز آلفای کرونباخ ۸۸درصد را گزارش کردند (۲۴). در این پژوهش از نسخهٔ اولیه و بلند آن استفاده شد که دارای ۲۵ آیتم است. محمدی این مقیاس را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است. وی این مقیاس را روی ۲۴۸ نفر اجراکرده و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ به‌دست آمد. در این پژوهش پایایی پرسشنامه ازطریق آلفای کرونباخ بررسی شد و ضریب پایایی ۹۱درصد به دست آمد (۲۵).

محتوای جلسات به‌طور خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی برای معلولان جسمی‌حرکتی

محتوای جلسات

[1]. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

[2]. Connor ,Davidson

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]

جلسهٔ اول	ـ آشناکردن اعضا با قوانین گروه؛ ـ آشنایی مراجع با ذهن‌آگاهی و مهارت‌های ارتقادهندهٔ آن؛ ـ ارائهٔ تبیین منطقی دربارهٔ فواید ذهن‌آگاهی؛ ـ تشریح تکنیک‌های مفید برای تمرکز ذهن؛ ـ تبیین انواع ذهن برای مراجعان؛ ـ آشناکردن مراجعان با مهارت‌هایی که در این بخش آموزش داده می‌شوند و همچنین دلیل اهمیت آن‌ها؛ ـ توضیح تمرکز بر مهارت‌های ذهن‌آگاهی بنیادین «یادگیری این موضوع که به‌جای کنترل‌شدن توسط ذهنتان، خود بر آن کنترل داشته باشید».
جلسهٔ دوم	ـ ارائهٔ سه نوع از مهارت‌ها و تکنیک‌های ارتقای ذهن‌آگاهی(مهارت چه چیزی در من تغییر کرد و مهارت تمرکز بر رایحهٔ دلپذیر و خوردن کشمش‌ها و پاستیل‌ها باتوجه و آگاهی)؛ ـ تشریح مهارت‌های چه و چگونگی.
جلسهٔ سوم	ـ تبیین دلایل اهمیت مهارت‌های «اثرگذاری بین‌فردی»؛ ـ آموزش اولویت‌ها و ملزوم‌ها و ضرورت برقراری تعادل بین آن‌ها؛ ـ توسعهٔ تسلط و خوداحترامی.
جلسهٔ چهارم	ـ آموزش اثرگذاری خوداحترامی و بحث دربارهٔ آن. ـ بحث دربارهٔ عوامل محیطی مؤثر بر اثرگذاری بین‌فردی؛ ـ کمک به افراد برای پیداکردن چندین جملهٔ روحیه‌بخش برای خود.
جلسهٔ پنجم	ـ تشریح ساختار مدل هیجانی؛ ـ آموزش حضور ذهن درقبال حالت هیجانی حال حاضر؛ ـ آموزش تغییر هیجان‌ها به‌وسیلهٔ انجام عملی متضاد حالت هیجانی؛ ـ راهبردهای کاهش هیجانات منفی؛ ـ راهبردهای افزایش رویدادهای مثبت.
جلسهٔ ششم	ـ آموزش حضور ذهن درقبال حالت هیجانی حال حاضر؛ ـ آموزش تغییر هیجان‌ها به‌وسیلهٔ انجام عملی متضاد حالت هیجانی.
جلسهٔ هفتم	ـ تبیین چرایی آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی؛ ـ ارائهٔ مقدماتی بحث دربارهٔ مهارت‌های تحمل و بقا در موقعیت بحرانی.
جلسهٔ هشتم	ـ آموزش راهبردهای تحمل مشتمل بر راه‌های انحراف حواس؛ ـ ارزیابی نهایی مراجعان.
جلسهٔ پیگیری	در این جلسه تجربیات اعضا از به‌کارگیری مهارت‌ها و اجرای تمرین‌ها اخذ و به‌صورت بحث گروهی به اعضا بازخورد ارائه شد. از اعضا خواسته شد تا تمرین بیشتری روی مهارت‌ها داشته باشند. موانع اجرای تمرین‌ها را هم شناسایی به‌مرور حذف کنند. در پایان از حضور اعضا باردیگر تشکر شده و آزمون پیگیری به‌عمل آمد. داده‌ها نیز جمع‌آوری شدند.

در این پژوهش تحلیل‌ها به‌وسیلهٔ نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. درضمن قبل از اجرای پژوهش اطلاعات لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و آزمودنی‌ها با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند؛ همچنین پس از پایان پژوهش جهت رعایت موازین اخلاقی این دوره مداخله‌ای برای آزمودنی‌های گروه کنترل نیز انجام شد.

۳ یافته‌ها

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از میانگین و واریانس و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد که نتایج آن به‌شرح زیر است.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

گروه‌ها	نسبت جنسی افراد بررسی‌شده				پراکندگی سنی نمونهٔ بررسی‌شده			
	زن		مرد		زن		مرد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
گروه کنترل	۶	۵۰٪	۶	۵۰٪	۳۵/۵۸	۸/۴۵	۲۱	۵۱

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]

گروه آزمایش	۷	۵۸/۳٪	۵	۴۱/۷	۳۴/۰۰	۷/۸۲	۲۲	۵۰
کل	۱۳	۵۴/۲٪	۱۱	۴۵/۸				

جدول ۳. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

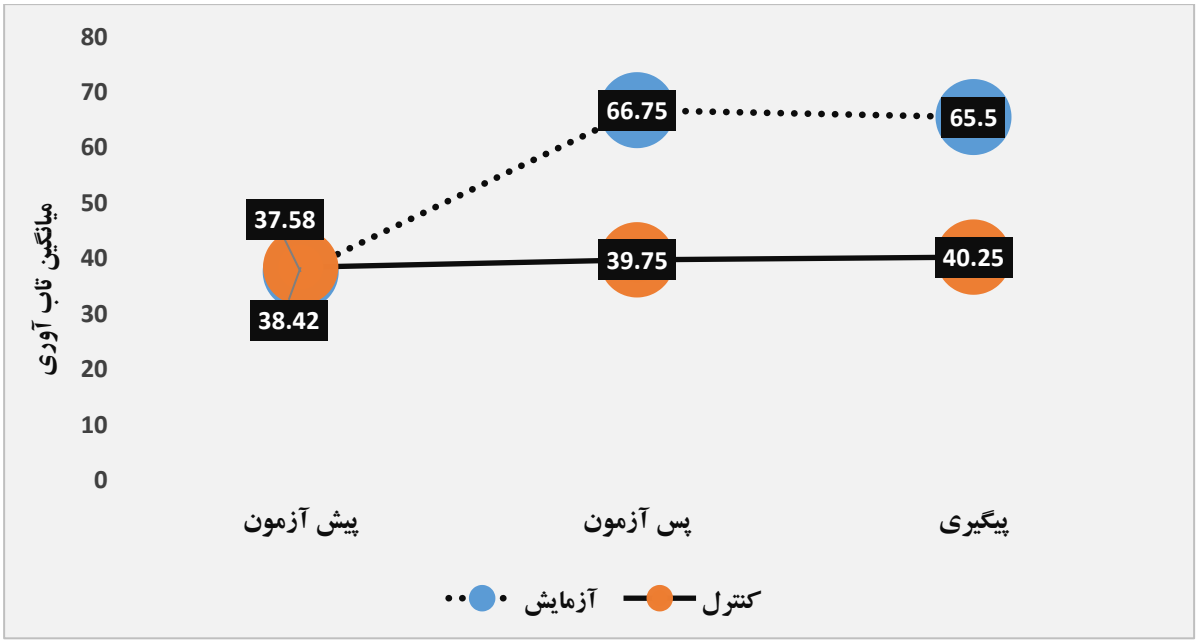
گروه‌ها	مدت معلولیت افراد مطالعه‌شده / برحسب سال				میزان تحصیلات افراد مطالعه‌شده			
	میانگین	انحراف‌معیار	حداقل	حداکثر	زیردیپلم	دیپلم	دانشگاهی	جمع
گروه کنترل	۲۹/۵۸	۱۴/۱۷	۲	۵۱	۶ نفر (۵۰٪)	۴ نفر (۳۴٪)	۲ نفر (۱۶٪)	۱۲
گروه آزمایش	۲۶/۳۳	۱۰/۵۹	۱۳	۴۲	۵ نفر (۴۲٪)	۵ نفر (۴۲٪)	۲ نفر (۱۶٪)	۱۲
کل	۲۷/۴۵	۱۲/۲۸	۲	۵۱	۱۱ نفر (۴۶٪)	۹ نفر (۳۸٪)	۴ نفر (۱۶٪)	۲۴

همان‌گونه که جداول ۲ و ۳ نشان می‌دهند در مجموع ۵۴/۲درصد (۱۳ نفر) از افراد بررسی‌شده را زنان و ۴۵/۸درصد (۱۱ نفر) را نیز مردان تشکیل دادند. در گروه کنترل نیز ۶ نفر مرد و ۶ نفر زن و در گروه آزمایش تعداد زنان ۷ و مردان ۵ نفر بود؛ همچنین حداقل سن شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۱ و حداکثر سن ۵۱ سال و میانگین سنی کل افراد ۳۴/۷۹ سال به‌دست آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود دو گروه ازلحاظ تحصیلات تقریباً در سطح یکسانی قرار دارند. میانگین مدت معلول‌بودن نیز در دو گروه آزمایش و کنترل تقریباً مشابه است.

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار میزان تاب‌آوری افراد مطالعه‌شده در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه نشان داده شده است. همان‌طورکه در نمودار ۱ نیز ملاحظه می‌شود، میانگین تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون به‌طرز چشمگیری افزایش یافته درحالی‌که تغییرات میانگین تاب‌آوری گروه کنترل چندان درخور توجه نیست.

جدول ۴. میزان تاب‌آوری افراد در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۳۷/۵۸	۹/۶	۶۶/۷۵	۸/۲۳	۶۵/۵۰	۷/۰۱
کنترل	۳۸/۴۲	۱۱/۶۳	۳۹/۷۵	۱۲/۸۶	۴۰/۲۵	۱۲/۰۵



نمودار ۱. میانگین تاب‌آوری افراد گروه کنترل و آزمایش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]

میانگین تاب‌آوری گروه کنترل و آزمایش در دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری متفاوت است؛ اما به‌منظور ارزیابی آماری تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی‌از تفاوت معنادار بین دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری ($p<۰/۰۰۱$ و $F=۱۸/۰۴$) بود.

در قسمت آزمون درون‌گروهی نیز ملاحظه شد که در گروه آزمایشی تفاوت معناداری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$ و $F=۱۱۶/۴۶$)؛ بنابراین می‌توان گفت دورهٔ رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته است میزان تاب‌آوری افراد را تاحد پذیرفتنی ارتقا بخشد. تفاوت جزیی در میزان تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحلهٔ پیگیری با مرحلهٔ پس‌آزمون حاکی‌از پایدارماندن اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری پس از گذشت یک‌ماه است.

۴ بحث

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش تاب‌آوری معلولان جسمی‌حرکتی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در ارتقای تاب‌آوری معلولان جسمی‌حرکتی مداخلهٔ موثری بوده و این اثر در پیگیری یک‌ماهه نیز پایدار است. در تبیین یافتهٔ بالا می‌توان گفت همان‌گونه که در ادبیات نظری پژوهش اشاره شد معلول‌بودن به‌واسطهٔ آشفتگی و رنجی که به زندگی افراد وارد می‌کند زمینه را برای انواع ناسازگاری‌های روان‌شناختی فراهم‌آورده و گاهی ممکن است مکانیسم‌های سازگارانه‌ای همچون امید، هدفمندی، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی معلولان را تحت‌تأثیر قرار دهد؛ لذا تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن را که می‌توانستند به‌عنوان متغیری محافظتی عمل کنند، کاهش داده و بر آن‌ها تأثیر مخرب می‌گذارد. درمقابل رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌دلیل اینکه توانسته بخش گسترده‌ای از این مهارت‌ها را هدف قرار دهد در این زمینه مؤثر بوده است و این می‌تواند بدین‌صورت تشریح شود: رفتاردرمانی دیالکتیکی در پروتکل درمانی که ارائه می‌کند چهار بخش ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، اثربخشی بین‌فردی و تحمل آشفتگی را آموزش می‌دهد (۷)؛ بنابراین توانسته با ارتقای این مهارت‌ها مؤلفه‌های تاب‌آوری را تحت‌تأثیر قرارداده و درنهایت تاب‌آوری معلولان جسمی‌حرکتی را افزایش دهد؛ به‌شکل مشخص‌تر می‌توان گفت به‌دلیل ویژگی‌ها و مزمن‌بودن معلولیت‌های جسمی‌حرکتی، پذیرش رنج‌ها و تحمل آشفتگی‌های ناشی‌از معلول‌بودن امری بسیار حیاتی در تاب‌آوری این افراد است؛ لذا آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی توانسته در این گروه با ارتقای میزان تحمل دردهای ناشی‌از زندگی با معلولیت و جلوگیری از تبدیل‌شدن آن به رنج روان‌شناختی، اثرآفرین باشد. این یافته با یافته‌های علوی و همکاران (۲۶) همسوست که طی پژوهشی نشان دادند اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان نشانه‌های افسردگی، به‌جهت ایجاد افزایش معنادار در شاخصه‌های هوشیاری فراگیر و تحمل پریشانی است؛ همچنین به‌نظر می‌رسد احساس خودکارآمدی محدودی که در این افراد وجود دارد با تکنیک اثربخشی بین‌فردی بهبود یافته و این مطلب همسو با یافته‌های صفاری‌نیا، نیکوگفتار و دماوندیان (۲۷) است. آن‌ها نتیجه گرفتند برنامهٔ رفتاردرمانی دیالکتیکی ازطریق تعدیل کارکردهای بین‌فردی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان تأثیر دارد.

ازطرفی‌دیگر ازآنجاکه رفتاردرمانی دیالکتیکی ذهن‌آگاهی را در مرکز کار خود قرار داده، توانسته با افزایش تمرکز فرد و آموزش زندگی در لحظهٔ حال و اتخاذ رویکردی غیرقضاوتی، در ارتقای تاب‌آوری مؤثر باشد؛ همچنین می‌توان اشاره کرد که آموزش تنظیم هیجانی توانسته ازطریق کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و یادگیری روش‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری منفی و افزایش سرسختی هیجانی در ارتقای تاب‌آوری مؤثر باشد. این یافته‌ها با یافته‌های توماک (۷) هم‌خوان است. وی در پژوهشی بیان می‌کند تاب‌آوری با مفاهیمی مثل ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی رابطهٔ مستقیم و مثبتی‌داشته و از روی ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی می‌توان تاب‌آوری را پیش‌بینی کرد. توماک در تحقیق خود اشاره می‌کند جهت ارتقای تاب‌آوری باید مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی را در افراد افزایش داد.

درنهایت براساس آنچه ذکر شد می‌توان گفت که چهار مهارت اصلی که در رفتاردرمانی دیالکتیکی آموزش داده شدند به‌واسطهٔ تناسبی که با متغیرهای محافظتی (تحمل آشفتگی، احساس خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، روابط بین‌فردی مناسب و...) در معلولان جسمی‌حرکتی داشتند، توانستند با ارتقای تاب‌آوری معلولان گروه آزمایش نقش‌آفرینی کنند. این یافته با یافته‌های مک‌کی و همکاران (۲۸) همسوست. آن‌ها در پژوهش خود به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان کاتالیزوری در زندگی جوانان کارتن‌خواب پرداختند. یافته‌های آن‌ها حاکی‌از این بود که اجرای دورهٔ رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته بهبود معناداری در تاب‌آوری و عزت‌نفس و ارتباطات اجتماعی این افراد ایجاد کند. این بهبود ناشی‌از تأثیر بر متغیرهای محافظتی همچون حمایت اجتماعی و روابط بین‌فردی مناسب و تحمل آشفتگی بود. ازنظر ثبات حفظ نتایج مداخله در دورهٔ پیگیری یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های معتمدی (۲۲) همسوست. در راستای پیشنهادهای پژوهشی کرایگ (۱۳) مبنی‌بر اینکه در کار با معلولان جسمی‌حرکتی باید مداخلاتی تحت بررسی قرار گیرند که تاب‌آوری را هدف ارتقا قرار دهند؛ لذا پژوهش حاضر رفتاردرمانی دیالکتیکی را به‌عنوان یکی از این مداخلات مؤثر در این حوزه مطرح می‌کند. بر این اساس به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود این مداخله را با دوره‌های مداخله‌ای دیگر در طرح‌های مقایسه‌ای به‌کارگرفته تا میزان اثربخشی آن با دقت بیشتری بررسی شود. یافته‌های این پژوهش برای دست‌اندرکاران حوزهٔ سلامت معلولان، سازمان بهزیستی، سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط و روان‌شناسان بالینی می‌تواند کمک‌کننده و راهنما باشد. براساس یافته‌های پژوهش به سازمان‌های متولی توصیه می‌شود مداخلات مربوط به ارتقای تاب‌آوری را بیشتر مدنظر قرار داده و به نقش روان‌شناسان بالینی و درمان‌های روان‌شناختی در ارتقای سلامت روان معلولان توجه بیشتری داشته باشند. این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی از روش‌های مفید در ارتقای تاب‌آوری معلولان است و می‌توان آن را در این رابطه استفاده کرد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی به‌واسطهٔ آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، تحمل آشفتگی، اثربخشی بین‌فردی و ذهن‌آگاهی توانسته است در ارتقای تاب‌آوری معلولان

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]

جسمی‌حرکتی مؤثر باشد و این اثربخشی در پیگیری یک‌ماهه همچنان پایدار مانده است.

۶ تشکروقدردانی

از انجمن حمایت از حقوق معلولان باران شهرستان قروه (دارندهٔ مقام NGO برتر کشوری) که زمینهٔ انجام چنین پژوهشی را فراهم کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]

References

1. WHO. Disability and health. WHO.[**Link**]
2. Setareh Forouzan A, Mahmoodi A, Jorjoran Shushtari Z, Salimi Y, Sajjadi H, Mahmoodi Z. Perceived social support among people with physical disability. Iran Red Crescent Med J. 2013;15(8):663–7. [Link]
3. Zheng Q-L, Tian Q, Hao C, Gu J, Lucas-Carrasco R, Tao J-T, et al. The role of quality of care and attitude towards disability in the relationship between severity of disability and quality of life: findings from a cross-sectional survey among people with physical disability in China. Health Qual Life Outcomes. 2014;12:25. [Link]
4. Craig A. Resilience in People with Physical Disabilities. In: Kennedy P. The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology. OUP USA; 2012. [Link]
5. Ramezani H. An analysis of the disabled people's perception of the images representing them in the cinema [Thesis for MA in Social Communication Sciences]. [Tehran, Iran]: Faculty of Social Sciences, University of Tehran; 2013. [Persian].
6. Russell D, Turner RJ, Joiner TE. Physical disability and suicidal ideation: a community-based study of risk/protective factors for suicidal thoughts. Suicide Life Threat Behav. 2009;39(4):440–51. [Link]
7. Tomac MM. The influence of mindfulness on resilience in context of attachment style, affect regulation, and self-esteem [Ph.D dissertation in Psychology]. [Minneapolis, US]: Walden University; 2011.
8. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. J Pers Soc Psychol. 2004;86(2):320–33. [Link]
9. Kendler KS, Myers J, Prescott CA. Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. Am J Psychiatry. 2005;162(2):250–6. [Link]
10. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. Br J Psychiatry. 1985;147:598–611. [Link]
11. Kennedy P. Coping Effectively with Spinal Cord Injuries. In: Craig A, Tran Y. Psychological Dynamics Associated with Spinal Cord Injury Rehabilitation: New Directions and Best Evidence New York: Nova Science Publishers; 2008. pp:55–70.
12. Moghadam MA. Predictors of resilient successful life outcomes in persons with disabilities: Towards a model of personal resilience [Ph. D dissertation]. [Washington, US]: The George Washington University; 2006.
13. Craig AR, Hancock K, Chang E. The influence of spinal cord injury on coping styles and self-perceptions two years after the injury. Aust N Z J Psychiatry. 1994;28(2):307–12. [Link]
14. Linehan MM. DBT® Skills Training Manual, Second Edition. Guilford Publications; 2014. [Link]
15. Chapman AL. Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. Psychiatry (Edgmont). 2006;3(9):62–8. [Link]
16. Lynch TR. Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy. Cognitive and Behavioral Practice. 2000;7(4):468–77. [Link]
17. Azizi A. Effectiveness of dialectical behavior therapy on improving emotion regulation and distress tolerance skills and relapse prevention in substance dependent individual [Thesis for MA in Clinical Psychology]. [Tehran, Iran]: Psychology Faculty, Allameh Tabataba'i University; 2009. [Persian] [Link]
18. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. J Altern Complement Med. 2009;15(5):593–600. [Link]
19. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. J Psychosom Res. 2010;68(6):539–44. [Link]
20. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. Psychooncology. 2009;18(6):571–9. [Link]
21. Abolghasemi A, Jafari E. The effectiveness of dialectical behavior therapy on body image and self-efficacy in girls with bulimia nervosa. Journal of Clinical Psychology. 2012;4(2):29–38. [Persian] [Link]
22. Motamedi H. Effectiveness of dialectical behavior therapy on resiliency promotion and relapse prevention in substance dependent individual [Thesis for MA in Counselin]. [Tehran, Iran]: Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University; 2013. [Persian]
23. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76–82. [Link]
24. Scali J, Gandubert C, Ritchie K, Soulier M, Ancelin M-L, Chaudieu I. Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. PLoS ONE. 2012;7(6):e39879. [Link]
25. Shakerinia I, Mohammadpour M. Relationship between job stress and resiliency with occupational burnout among nurses. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences.2010;14(2):161–9. [Persian] [Link]
26. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. The Quarterly Journal Of Fundamentals Of Mental Health. 2011;13(250):124–35. [Persian] [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]

27. Saffarinia M, Nikoogoftar M, Damavandian A. The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on reducing self-harming behaviors in juvenile offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre. Clinical Psychology Studies. 2014;4(15):141–58. [Persian] [Link]
28. McCay E, Carter C, Aiello A, Quesnel S, Langley J, Hwang S, et al. Dialectical behavior therapy as a catalyst for change in street-involved youth: A mixed methods study. Children and Youth Services Review. 2015;58(Supplement C):187–99. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.66.4]