

The effectiveness of dialectical behavioral group therapy on tolerance of distress and anger control skill in mothers with retarded mentally children

Masoud Sadeghi¹, Kobra Aalipour², Hafez Padervand³, Ehsan Padervand⁴

1-Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

2- PhD Student of Educational Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

3- PhD Student of Educational Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran (Corresponding Author). E-mail: hafezpadervand@gmail.com

4- MA in Educational Psychology, Department of Psychology, Allameh Tababaei University, Tehran, Iran.

Received: 23/06/2020

Accepted: 25/08/2020

Abstract

Introduction: Having a mentally retarded child in the family has negative and irreversible effects on parents, especially mothers.

Aim: The aim of this study was the effectiveness of dialectical behavior therapy in a group on tolerating distress and anger control skill of mothers with mentally retarded children in Khorramabad.

Method: The research method is quasi-experimental and is a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of this study included mothers with mentally retarded students in Khorramabad in the years 2019 to 2020. By available sampling method, 40 people were randomly assigned to two experimental groups (20) and control (20). The experimental group underwent dialectical behavior therapy training in 8 sessions (one or two sessions per week) of 75 minutes. In order to collect research data, Simmons and Gaher tolerance distress questionnaire and standard anger management skill questionnaire were used. The collected data were analyzed with SPSS software version 21.

Results: The results of the analysis of research hypotheses showed that dialectical behavior therapy training is effective on tolerance stress and improving mothers' anger management skill ($P < 0.05$). In other words, the training program has increased anxiety tolerance and improved anger management skill in subjects.

Conclusion: According to the findings of this study, dialectical behavior therapy is one of the effective trainings to increase tolerance of distress and improve anger control skill in mothers with mentally retarded children.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Tolerating distress, Anger control skill, Retarded mentally, Mothers

How to cite this article : Sadeghi M, Aalipour K, Padervand H, Padervand E. The effectiveness of dialectical behavioral group therapy on tolerance of distress and anger control skill in mothers with retarded mentally children. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020; 7 (4): 54-66 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-856-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and build upon the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر تحمل پریشانی و مهارت کنترل خشم مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی

مسعود صادقی^۱، کبری عالی پور^۲، حافظ پادروند^۳، احسان پادروند^۴

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: hafezpadervand@gmail.com

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۶/۰۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۰۳

چکیده

مقدمه: وجود فرزند کم توان ذهنی در خانواده تاثیرات منفی و جبران ناپذیری بر والدین بالاخص مادران به جایی می گذارد.

هدف: هدف از این پژوهش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر تحمل پریشانی و مهارت کنترل خشم مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی شهر خرم آباد بود.

روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای دانش آموزان کم توان ذهنی شهر خرم آباد در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که با روش نمونه گیری در دسترس ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در قالب دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایی داده شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه (هر هفته یک یا دو جلسه) ۷۵ دقیقه ای تحت آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. به منظور جمع آوری داده های پژوهش از پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر و پرسشنامه استاندارد مهارت کنترل خشم استفاده شد. داده های جمع آوری شده با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش نشان داد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی و بهبود مهارت کنترل خشم مادران موثر است ($P < 0/05$). به عبارت دیگر برنامه آموزشی سبب افزایش تحمل پریشانی و بهبود مهارت کنترل خشم در آزمودنی ها شده است.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های به دست آمده در این پژوهش می توان گفت: از جمله آموزش های موثر جهت افزایش تحمل پریشانی و بهبود مهارت کنترل خشم در مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی است.

کلیدواژه ها: رفتار درمانی دیالکتیکی، تحمل پریشانی، مهارت کنترل خشم، کم توان ذهنی، مادران

مقدمه

والدین را یکی از مواردی می‌دانند که بر رابطه والدین با فرزند تأثیر می‌گذارد. تحمل پریشانی، به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌گردد، پریشانی ممکن است در نتیجه فرایندهای جسمانی و روان‌شناختی باشد؛ اما بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که غالباً با تمایل به واکنشی جهت‌رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌گردد (چودهاری^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

دیگر مسئله‌ای که ممکن است مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی با آن مواجه باشند، ضعف و ناتوانی در مهارت کنترل خشم^۲ است. مدیریت و کنترل خشم یکی از مباحثی است که مدت‌هاست در حوزه روانشناسی مطرح شده است. مدیریت خشم در واقع به فرد کمک می‌کند تا یاد بگیرد چه طور خونسرد باشد و احساس منفی قبل از شروع خشم را مهار کند و تحت کنترل بگیرد (صلحی و محمد علی، ۱۳۹۴). با اینکه خشم یکی از هیجان‌های طبیعی بشر و برای صیانت از او لازم است؛ اما ابراز آن ممکن است منجر به تعارض‌های خانوادگی، بین فردی، ارزیابی‌های منفی دیگران از خود شود (عسگری، علیزاده و کاظمی، ۱۳۹۵). شکوهی یکتا و زمانی (۱۳۸۷) معتقدند با توجه به مشکلات خاص کودکان دارای کم‌توان ذهنی و نیاز آنان به مراقبت‌های خاص و با توجه به فشار روانی وارد بر والدین به دلیل این مشکلات و مسئولیت‌ها، احتمال بالقوه رفتارهای پرخاشگرانه و تنبیه در والدین بالاست. متأسفانه برای این دسته از والدین خشم و پرخاشگری به عنوان روشی برای کنترل رفتارهای نامطلوب فرزندان درونی سازی شده

کم‌توانی ذهنی نارسایی یا ناتوانی در عملکرد ذهنی، رفتار سازشی و مهارت‌های عملی، اجتماعی و فکری است که تا قبل از سن ۱۸ سالگی به وجود می‌آید. کم‌توانی ذهنی در برخی از افراد جامعه یکی از مسائل مهم اجتماعی است که همواره موضوع مطالعه روانشناسان و روان-پزشکان بوده است (مالیک و آنوین، لارکین، کروس و راس^۱، ۲۰۱۷). وجود کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند اثرات عمیقی روی نحوه ارتباط یکایک افراد خانواده با هم داشته باشد (باتیا، باتیا، گاتم، ساها و کاور^۲، ۲۰۱۵). در این میان آسیب‌پذیری مادران نسبت به سایر اعضای خانواده بیشتر است (وود و بتنگار^۳، ۲۰۱۵). یکی از مهم‌ترین دلایل آسیب‌پذیری بیشتر مادران نسبت به سایر اعضای خانواده، این است که مادران وقت بیشتری را صرف کودکان نموده و حضور آن‌ها در خانه و محیط خانوادگی بسیار بیشتر از پدران است (مادلین، جینا، آنجیلا و باربارا^۴، ۲۰۱۵). اضطراب و فشار روانی که در نتیجه یک کودک معلول به مادران این کودکان وارد می‌شود، منجر به ایجاد مشکلاتی در نقش والدگری ایشان شده و سلامت روان آنان را تهدید می‌کند و در نتیجه منجر به افزایش پریشانی این مادران می‌شود (یکتاخواه، مظفری‌نیا و گرجی، ۱۳۹۳). کاهش سطح تحمل پریشانی یکی از علائم روان‌شناختی مهم در خانواده‌های دارای فرزند معلول است که در رابطه با توانایی تجزیه و تحلیل موقعیت‌های روان‌شناختی، نمود می‌یابد (باندوسی، بوجارسکی، بون-میلر، پتل و کانولی^۵، ۲۰۱۶). باکر و هرگر^۶ (۲۰۱۲) تحمل پریشانی^۷

^۱- Baker & Hoerger

^۲- Distress tolerance

^۳- Chowdhury

^۴- Anger Control Skill

^۱- Malik, Unwin, Larkin, Kroese & Rose

^۲- Bhatia, Bhatia, Gautam, Saha & Kaur

^۳- Wood & Bhatnagar

^۴- Madeleine, Jenna, Angela & Barbara

^۵- Banducci, Bujarski, Bonn-Miller, Patel & Connolly

شیوه درمانی، ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های مؤثر تغییر می‌باشند (اولیازیک، رشید، ویلامز و گولامانی^۶، ۲۰۱۶). همچنین در این شیوه درمانی سعی می‌شود که با تأثیرگذاری بر الگوی فکری هشیار مراجعین، افکار و اعمالشان اصلاح شود (لینتون^۷، ۲۰۱۳). با وجود اینکه پژوهش‌های گوناگونی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را در ارتباط با متغیرهای روان‌شناختی و در گروه‌های بالینی نشان داده اند؛ اما این روش درمانی تاکنون در ارتباط با متغیرهای تحمل پریشانی و مهارت کنترل خشم مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی انجام نشده است. از جمله فرازیر و ویلا^۸ (۲۰۱۴) در فرا تحلیلی به این نتیجه دست یافتند که رفتار درمان دیالکتیکی یک درمان مؤثر در کنترل خشم و پرخاشگری است. امینی و شریعتمدار (۱۳۹۷) در پژوهشی یافتند که رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر مثبت معناداری در کاهش فاجعه سازی و نشخوار فکری مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارد و می‌تواند در بهبود وضعیت روانی این گروه مورد استفاده قرار گیرد. پژوهش ملک‌زاده، موحد زاده و حقیقی (۱۳۹۹) نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی در کارایی و افزایش خودکارآمدی مقابله با مشکلات مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد مؤثر است. نریمانی، صالحی و کاظمی (۱۳۹۴)، در پژوهش خود نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش استرس شغلی و افزایش خودکارآمدی مؤثر است. علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی فدردی (۱۳۹۰) در پژوهشی تأثیر روش رفتار درمانی دیالکتیک را بر افسردگی، تحمل پریشانی و هوشیاری فراگیر دانشجویان دختر را بررسی و

است. این امر می‌تواند به علت عدم آگاهی از اثرات سوء خشم و پرخاشگری، روش‌های تربیتی مناسب و طولانی بودن زمانی که والدین با کودک می‌گذرانند، باشد (سواری، فلاحی و چلداوی، ۱۳۹۷). در همین رابطه رحیمی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی در نقش مراقبت‌کنندگان اصلی با مشکلاتی از جمله خشم، کنترل‌گری، بی‌ثباتی عاطفی، استرس مضاعف و مستمر، بهزیستی روانی ضعیف، نارضایتی زناشویی و افسردگی شدید مواجه هستند.

با مروری بر ادبیات و پیشینه پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان گفت معلولیت عضوی از خانواده همواره با آسیب‌های روان‌شناختی جدی برای دیگر اعضاء به‌ویژه مادران همراه است. در این میان روانشناسان و مشاوران همواره به دنبال رویکردهای درمانی در جهت کاهش این آسیب‌ها هستند. یکی از روش‌های درمانی جدید که به درمان موج سوم معروف است و در سال‌های اخیر توجه بسیاری از روانشناسان را به خود جلب کرده است، رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ است (کروگر، هاربک، آرمبروست و کلیم^۲، ۲۰۱۳). رفتار درمانی دیالکتیکی یک روش شناختی- رفتاری است که اولین بار برای درمان بیماری مرزی به کار رفت و هسته اصلی آن هیجان است (لینهان^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). رفتار درمانی دیالکتیکی با الهام از «اصل تغییر» درمان شناختی- رفتاری و «اصل پذیرش» توسط لینهان شکل گرفته و در تنظیم هیجان‌ها، افکار، احساسات و رفتارهای افراد نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (بلک و اسلاویچ^۴، ۲۰۱۶؛ سوالز و هیرد^۵، ۲۰۰۹). در این

^۱ - Dialectical Behavior Therap (DBT)

^۲ - Kröger, Harbeck, Armbrust&Kliem

^۳ - Linehan

^۴ - Black and Slavich

^۵ - Swales and Heard

^۶ - Uliaszek, Rashid, Williams & Gulamani

^۷ - Linton

^۸ - Frazier & Vela

بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که روش رفتار درمانی دیالکتیکی با توجه به تغییر افکار، هیجان و احساسات افراد می‌تواند به عنوان درمانی مؤثر به کار گرفته شود. با توجه به مطالب فوق در رابطه با اثربخشی مداخلات مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی و به دلیل این که مداخله‌های این چنینی بر روی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی صورت نگرفته و همچنین لزوم توجه به نیازهای اساسی و آموزشی والدین و علی-الخصوص مادران (به دلیل ارتباط بیشتر با کودک) در زمینه‌های تحمل پریشانی و توانایی کنترل خشم که می‌تواند به سازگاری هر چه بهتر در خانواده‌های دارای این فرزندان (کم‌توان ذهنی) منجر شود، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر تحمل پریشانی و مهارت کنترل خشم مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه شامل کلیه مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مدارس استثنایی شهر خرم-آباد در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود. از بین جامعه آماری تعداد ۴۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در ادامه همگی به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در قالب دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) گمارش شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بود از جنسیت زن بودن، داشتن فرزند کم‌توان ذهنی، دامنه سنی بین ۵۰-۲۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی، مصرف

نتیجه را مثبت گزارش کردند. در پژوهشی ریچارد و سر^۱ (۲۰۱۵) به این نتیجه دست یافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود وضعیت روانی زنان دارای اختلال شخصیت مرزی از طریق تغییر در چندین حوزه هیجانی شامل ثبات عاطفی، خشم، افسردگی و اضطراب مؤثر است. سولر^۲ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود شدت خلق و هیجان‌ات از قبیل افسردگی، اضطراب و بی‌ثباتی هیجانی مؤثر است. ندیمی (۱۳۹۴) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف‌کنندگان مواد مؤثر است. بهرامی و زاهدی (۱۳۹۷) در پژوهشی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک را بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی گزارش کردند. ویلکس^۳ و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند در اصلاح و ایجاد تغییرات مثبت در خانواده‌های دارای عضو مشکل‌دار به عنوان یک رویکرد آموزشی اثربخش باشد. پژوهشی که توسط نکسیو، رزوی و لینهان^۴ (۲۰۱۰) انجام گرفت، نشان داد که مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش افسردگی و افزایش کنترل خشم دخیل بوده و همچنین به طور خاص در کاهش خودآسیبی و خودزنی مؤثر بوده است. شیخ سجادیه و آتش‌پور (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور مؤثر است.

¹- Rechards&Sehr

²- Soler

³- Wilks

⁴- Neacsu, Rizvi & Linehan

SPSS نسخه ۲۱ شده و با استفاده از روش‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها به وسیله آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

داروهای روان پزشکی بود. به منظور اجرای آموزش پس از انتخاب افراد، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آن‌ها در جلسه، تعداد و زمان جلسات ارائه شد. جلسات به صورت هفته‌ای یک یا دو بار اجرا شد. گروه آزمایش طی ۸ جلسه مورد آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. سپس داده‌ها وارد نرم افزار

جدول ۱ خلاصه جلسات آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسات	خلاصه جلسات
اول	این جلسه شامل آشنایی اعضاء گروه با هم معرفی برنامه با ارائه تعریف روش دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوهی دیالکتیکی است.
دوم	در این جلسه دو دسته مهارت برای دستیابی به هوشیاری فراگیر آموزش داده و تمرین شد.
سوم	این جلسه به بخش اول از مؤلفه تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران اختصاص داشت.
چهارم	در این جلسه به راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقای لحظه جاری اختصاص داشت.
پنجم	در این جلسه به دومین بخش از مهارت‌های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت دارد.
ششم	در این جلسه به معرفی مهارت‌های کنترل خشم به آزمودنی‌ها اشاره شد.
هفتم	در طی این جلسه به آموزش مهارت مؤلفه تنظیم هیجانی، شناسایی هیجانات، کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجانات منفی، افزایش رویدادهای هیجانی مثبت، افزایش ذهن آگاهی به هیجانات کنونی اشاره شد.
هشتم	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های ارتباطی مؤثر، مهارت گوش دادن، مهارت کنترل خشم به صورت عملی در گروه تمرین شد.

ابزار

می‌دهند. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷، ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۸۲ به دست آمده است. در پژوهش اسماعیلی نسب و همکاران (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. نمره اعتبار این پرسشنامه در

مقیاس تحمل پریشانی^۱: این مقیاس، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵)، ساخته شد. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام-های تنظیم کننده برای تسکین پریشانی مورد سنجش قرار

^۱- Distress Tolerance Scale

^۲- Simons & Gaher

این پرسشنامه نشان دهنده توانایی کمتر در کنترل خشم آزمودنی است. حاجتی، اکبرزاده و خسروی (۱۳۸۷) ضریب آلفای ۰/۶۰ و ضریب بازآزمایی ۰/۵۸ را برای پرسشنامه مهارت کنترل خشم به دست آوردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونیباخ به دست آمده برابر با ۰/۶۷ بود.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۴۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد. دامنه سنی مادران بین ۵۰-۲۵ سال بود. از این تعداد نمونه، ۱۳ نفر دارای مدرک تحصیلی لیسانس، ۹ نفر دارای مدرک کاردانی، ۱۱ نفر دارای مدرک دیپلم و ۷ نفر در حد سیکل بودند. تمامی افراد نمونه در قالب دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایی داده شدند. در ادامه شاخص‌های میانگین و انحراف معیار آن-ها در قالب جدول شماره ۲ نمایش داده شده است.

پژوهش حاضر با روش آلفای کرونیباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه مهارت کنترل خشم: این پرسشنامه توسط بتی یونگ و رودنی هاموند در سال (۱۹۹۵) تهیه شد. این پرسشنامه توسط حاجتی و همکاران (۱۳۸۷) ترجمه و بعد از اجرای اولیه و به دست آوردن اعتبار درونی و همبستگی آن، برای سنجش مهارت‌های کنترل خشم در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر آموزش برنامه ترکیبی درمان خشم نوجوانان شهر تهران بکار برده شد. پرسشنامه استاندارد مهارت کنترل خشم ۸ سؤال دارد و نمره گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت است. آزمودنی‌ها باید پاسخ‌های خود را بین ۵ درجه (خیلی مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق، خیلی موافق) مشخص کنند که به هر کدام از پاسخ‌ها به ترتیب نمره‌های (۱-۲-۳-۴-۵) داده می‌شود. دامنه نمره از ۸ تا ۴۰ است. کسب نمره پایین در

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش بر حسب مرحله و عضویت گروهی

مرحله	پیش آزمون		پس آزمون		عضویت گروهی	گروه آزمایش
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
مهارت‌های کنترل خشم	۲۰	۲۴/۱۰	۶/۸۸	۲۵/۶۰	۹/۸۸	گروه آزمایش
تحمل	۲۰	۷/۴۰	۱/۷۲	۹/۴۰	۲/۳۴	
جذب	۲۰	۸/۶۰	۱/۳۹	۱۰/۷۰	۱/۴۵	
ارزیابی	۲۰	۱۱/۵۰	۳/۳	۱۳/۵۰	۳/۵۱	
تنظیم	۲۰	۸/۴۵	۰/۹۹	۱۰/۲۵	۱/۷۱	
تحمل پریشانی	۲۰	۳۵/۹۵	۴/۴۳	۳۶/۲۵	۵/۱۵	گروه گواه
مهارت‌های کنترل خشم	۲۰	۲۴/۶۰	۹/۸۸	۲۳/۳۰	۹/۱۷	
تحمل	۲۰	۶/۹۹	۱/۶۰	۸/۱۰	۱/۸۰	
جذب	۲۰	۸/۵۵	۱/۲۷	۸/۶۵	۰/۸۱	
ارزیابی	۲۰	۱۱/۸۰	۳/۵۹	۱۲/۱۰	۴/۱۵	
تنظیم	۲۰	۸/۲۰	۱/۵	۸/۳۵	۱/۸	
تحمل پریشانی	۲۰	۳۵/۲	۴/۲۰	۳۵/۲۵	۴/۶۰	

پیش آزمون به ترتیب برای متغیر مهارت کنترل خشم برابر با ۲۴/۶۰ و برای متغیر تحمل پریشانی ۳۵/۰۲ و زیر مقیاس‌های آن به ترتیب برای تحمل (۶/۹۹)، جذب (۸/۵۵)، ارزیابی (۱۱/۸۰)، تنظیم (۸/۲۰) و در مرحله پس آزمون برای متغیر مهارت‌های کنترل خشم برابر با ۲۳/۳۰ و تحمل پریشانی ۳۵/۲۵ و زیر مقیاس‌های آن به ترتیب (۸/۱۰)، (۸/۶۵)، (۱۲/۱۰) و (۸/۳۵) است. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید؛ میانگین نمرات مهارت‌های کنترل خشم و تحمل پریشانی و زیر مقیاس‌های آن در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۴/۱۰ و میانگین کل نمره‌ی تحمل پریشانی ۳۵/۹۵ و زیر مقیاس‌های آن به ترتیب برای تحمل (۷/۴۰)، جذب (۸/۶۰)، ارزیابی (۱۱/۵۰) و تنظیم (۸/۴۵) است که پس از انجام آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی این مقادیر به ترتیب برای متغیر مهارت کنترل خشم برابر با ۲۵/۶۰ و برای تحمل پریشانی ۳۶/۲۵ و زیر مقیاس‌های آن به ترتیب ۹/۴۰، ۱۰/۷۰، ۱۳/۵۰، ۱۰/۲۵ است. همچنین در گروه گواه این میانگین‌ها در مرحله

جدول ۳ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها
کلموگروف - اسمیرنوف

متغیر	پیش آزمون	
	آماره	درجه آزادی
مهارت‌های کنترل خشم	۱/۱۰	۳۹
تحمل	۰/۹۴	۳۹
جذب	۰/۳۱	۳۹
ارزیابی	۰/۴۷	۳۹
تنظیم	۰/۶۳	۳۹
تحمل پریشانی	۰/۴۷	۳۹

بررسی پیش فرض همگنی واریانس متغیرهای وابسته پژوهش از آزمون لوین استفاده شد که در قالب جدول ۴ مشاهده می‌شود.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پیش فرض نرمال بودن در مرحله پیش آزمون برای کلیه متغیرها تأیید می‌شود و توزیع آن‌ها نرمال است ($p > 0.05$). به منظور

جدول ۴ نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

عوامل	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
مهارت‌های کنترل خشم	۳/۷	۱	۳۸	۰/۸
تحمل	۳/۹۰	۱	۳۸	۰/۵۵
جذب	۵/۶	۱	۳۸	۰/۶
ارزیابی	۰/۷۹	۱	۳۸	۰/۳۷
تنظیم	۰/۳۹	۱	۳۸	۰/۵۳

۰/۱۳	۳۸	۱	۲/۲۹	تحمل پریشانی
------	----	---	------	--------------

فرض مبنی بر همگنی واریانس‌ها در پژوهش رعایت شده است. همچنین نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون در جدول ۵ ارائه شده است.

همان‌طور که در نتایج جدول ۴ مشاهده می‌کنید با توجه به سطح معناداری مشاهده شده، واریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد ($P > 0/05$) بنابراین می‌توان گفت که

جدول ۵ بررسی همگنی شیب رگرسیون متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری
اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون	مهارت‌های کنترل خشم	۱۱۰/۷۷	۲	۵۵/۳۹	۲/۳۸	۰/۱۰
	تحمل	۱/۴	۲	۰/۵۲	۰/۲۴	۰/۷۸
	جذب	۲/۱۰	۲	۱/۵	۰/۸۲	۰/۴۴
	ارزیابی	۵/۳۵	۲	۱/۶۷	۰/۵۳	۰/۵۹
	تنظیم	۳/۷۶	۲	۱/۸۸	۰/۸۴	۰/۴۳
	تحمل پریشانی	۵/۹۰	۲	۲/۹۵	۰/۱۸	۸۳

متغیرهای پژوهش رعایت شده است؛ لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره بلامانع است که نتایج این آزمون در جدول ۶ نشان داده می‌شود.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌کنید مقدار سطح معناداری مشاهده شده در اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون جهت بررسی همگن بودن شیب رگرسیون در متغیرهای پژوهش غیر معنادار ($P > 0/05$) است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که همگنی شیب رگرسیون در

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در مرحله پس‌آزمون

اثر	ارزش	خطا	F	سطح معناداری
پیلایی	۰/۶۵	۲۹	۱۱/۱۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۴	۲۹	۱۱/۱۴	۰/۰۰۱
هتلینگ	۱/۹۲	۲۹	۱۱/۱۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۹۲	۲۹	۱۱/۱۴	۰/۰۰۱

عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی و مهارت‌های کنترل خشم تأثیر دارد و بین

همان‌طوری که در جدول ۶ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای کنترل، به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای

متغیر تحمل پریشانی و مهارت‌های کنترل خشم در گروه-های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور تعیین این‌که در کدام یک متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه گردیده است.

جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره برای بررسی تأثیر مداخله بر تحمل پریشانی و مهارت‌های کنترل خشم

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مهارت‌های کنترل خشم	۱۳۵/۷۹	۱	۱۳۵/۷۹	۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۱۴
تحمل	۱۶/۵۶	۱	۱۶/۵۶	۱۶/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۱۹
جذب	۴۰/۷۴	۱	۴۰/۷۴	۴۰/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹
ارزیابی	۲۸/۵۳	۱	۲۸/۵۳	۲۸/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۲
تنظیم	۷۸/۶۳	۱	۷۸/۶۳	۷۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲
تحمل پریشانی	۱۹۲/۶۰۸	۱	۱۹۲/۶۰۸	۱۹۲/۶۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴

با توجه به نتایج جدول ۷ با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر مهارت‌های کنترل خشم در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=5/39$ و $P=0/001$). پس آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی موجب افزایش ۰/۱۴ مهارت کنترل خشم در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$ ، $608/19$) و افزایش ۰/۵۴ تحمل پریشانی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث

هدف از این پژوهش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر تحمل پریشانی و مهارت کنترل خشم مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی بود. به منظور دستیابی به نتایج پژوهش فرضیاتی تدوین شد که در ادامه به توضیح و تبیین هر یک از آن‌ها پرداخته خواهد شد: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل فرضیه نخست

پژوهش نشان داد که برنامه آموزشی رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش تحمل پریشانی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های علوی (۱۳۸۸)، ملک‌زاده، موحد زاده و حقیقی (۱۳۹۹)، ندیمی (۱۳۹۵)، نریمانی، صالحی و کاظمی (۱۳۹۴)، بهرامی و زاهدی (۱۳۹۷)، ویلکسو همکاران (۲۰۱۶) همسو است. نتایج هر یک از پژوهش‌های مذکور حاکی از اثربخش بودن آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی، افزایش تاب‌آوری و ایجاد تغییرات مثبت مادران دارای فرزندان معلول بود. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت: یکی از عوامل مشکلات اساسی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی فقدان توانایی‌های ارتباطی لازم و اساسی در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره است، بسیاری از آن‌ها در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی‌های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره آسیب‌پذیر کرده است. درمان

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش تحمل پریشانی و بهبود مهارت کنترل خشم مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی مؤثر است؛ اما وجود چندین محدودیت در این پژوهش تعمیم یافته‌های آن را نیازمند احتیاط بیشتری می‌نماید: از جمله یافته‌های این پژوهش تنها به مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی شهر خرم‌آباد محدود بوده است، که امکان تعمیم نتایج به سایر مادرانی که به نوعی با دیگر فرزندان دارای معلولیت روبه‌رو هستند و در دیگر نقاط جغرافیایی هستند را با احتیاط روبه‌رو می‌سازد. همچنین با توجه به محدودیت زمانی تحصیل دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، عدم پیگیری نتایج به وسیله دستیابی به مادران آنان از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. از این رو پیشنهاد می‌شود که ضمن اجرای این پژوهش در بین مادران دیگر گروه‌های دارای معلولیت‌های ذهنی و جسمی و اجرای آن در دیگر نقاط کشور، دوره‌های آموزشی چون رفتار درمانی دیالکتیکی در جهت افزایش تحمل پریشانی و بهبود مهارت کنترل خشم در والدین دارای فرزندان ناتوانی ذهنی بالأخص مادران در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی کسانی که ما را در اجرای هرچه بهتر این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References

Aghajani MJ, Hosain Khanzadeh A, Akbari B, & Mirarzar MS. (2017). The effect of the Islamic Positive Thinking Training on Anger Management and Life Satisfaction in Mothers

دیالکتیکی با استفاده از مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی، حل مسئله، کنترل رفتار، کمک خواهی، خوشبینی، حذف باورهای غلط، همدلی و قدرت تصمیم‌گیری قادر است تفکر امیدوارانه و هدف‌دار را در مادران افزایش دهد و از این طریق به ارتقای سلامت روان و افزایش تحمل پریشانی آنان کمک کند. از این رو با توجه به نتایج این فرضیه می‌توانیم اذعان کنیم که این درمان توانسته بر افزایش تحمل پریشانی مادران تأثیر مطلوب بگذارد. در ادامه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل فرضیه دوم پژوهش نشان داد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی در افزایش مهارت کنترل خشم مادران اثربخش بوده است. این یافته همسو با یافته‌های نکسیو، رزوی و لینهان (۲۰۱۰)، سولر و همکاران (۲۰۰۹)، فرازیر و ویلا (۲۰۱۴)، ریچارد و سر (۲۰۱۵) و امینی و شریعتمدار (۱۳۹۷) است. در توجیه این یافته پژوهشی می‌توان چنین گفت که مادران کودکان با ناتوانی ذهنی سطوح بالاتری از تعارضات زناشویی، جدایی، طلاق، احساس گناه و ناکامی را تجربه می‌کنند که مجموع این عوامل می‌تواند در بروز خشم و پرخاشگری آنان دخیل باشد (آقاجانی، خانزاده، اکبری و میرارض‌گر، ۱۳۹۶). از طرفی آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی ضمن کمک به افراد در جهت شناخت هیجان‌هایی چون خشم و پذیرش و کنترل آن‌ها، با ارائه جملات مثبت، روش‌های توصیف احساس خشم، علت وقوع خشم، تفسیرهایی که احساسات خشم را بر می‌انگیزاند، تجربه احساس خشم، ابراز کردن و اعمال خشم، عواقب احساس خشم را به افراد آموزش می‌دهد که در نتیجه افراد در زمینه کنترل خشم و ابراز به موقع آن توانمندتر می‌شوند.

نتیجه‌گیری

- of Exceptional children. *mejds*. 7:32-32. (In Persian)
- Alavi KH, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi A, & Salehi Fadardi J. (2011). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 13, 124- 135. (In Persian)
- Amini A, & Shariatmadare A. (2018). The Effectiveness of Group Dialectic Behavioral Therapy on Catastrophizing & Ruminations of mothers with Mental Retarded children. *Journal Culture Counseling*. 34, 171-190. (In Persian)
- Asgari M, Alizadeh M, & Kazemi M. (2017). The effectiveness of training forgiveness therapy on controlling anger of students. *Journal of Psychological Achievements*. 4, 155-174. (In Persian)
- Bahrame F, & Zahedi. (2018). The Effectiveness of Group Dialectical Behavioral Therapy on Increasing the Life Expectancy and Resilience of Exceptional Children's Mothers. *Journal Culture Counseling*. 35, 171-189. (In Persian)
- Baker CN, & Hoerger M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: evidence from a retrospective cohort study. *Pers Individ Dif*. 52(7): 800-805.
- Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, & Connolly KM. (2016). The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *J Anxiety Disord*. 41: 73-81.
- Bhatia M, Bhatia S, Gautam P, Saha R, & Kaur J. (2015). Burden assessment, psychiatric morbidity, and their correlates in caregivers of patients with intellectual disability. *East Asian Archives of Psychiatry*, 25(4): 159.
- Black DS, Slavich GM. (2016). Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials. *Ann. N. Y. Acad. Sci*, 11(2):1-2.
- Chowdhury N, Kevorkian S, Hawn SE, Amstadter AB, Dick D, & Kendler KS, et al. (2018). Associations between personality and distress tolerance among trauma-exposed young adults. *Personality Individual Differences*. 120: 166-70.
- Frazier SN, & Vela J. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review, *Aggression and Violent Behavior*, 2014; 19(4): 156- 163.
- Hajate F, Akbarzadeh N, & Khosravi Z. (2008). The Effect of Positive-Oriented Cognitive-Behavioral Therapy Program on Adolescent Violence Prevention in Tehran. *Journal of Psychological Studies*. 3, 35-56. (In Persian)
- Kroger C, Harbeck S, Ambrust M, & Kliem S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*. 4(51): 411-416.
- Linehan MM, Korslund KE, Hamed MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsu AD, et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*. 72(5):475-82.
- Linton SJ. (2013). A transdiagnostic approach to pain emotion. *J Appl Biobehav Res* 18(2): 82-103.
- Madeleine S, Jenna H, Angela V, & Barbara F. (2015). Family resiliency: A neglected perspective in addressing obesity in young children. *Childhood Obesity*. 11: 664-673.
- Malekzadeh M, Movahedzadeh B, & Haghghi S. (2020). The Effectiveness of Group Dialectical Behavioral Therapy on Self-efficacy with problems Referred to Residential and Semi-residential Addiction Recovery Centers. *J Armaghane danesh*. 25 (2): 34-46. (In Persian)
- Malik J, Unwin G, Larkin M, Kroese BS, & Rose J. (2017). The complex role of social care services in supporting the development of

- sustainable identities: Insights from the experiences of British South Asian women with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*; 63(1), 74-84.
- Nadimi M. (2016). On the effectiveness of group dialectical behavior therapy in the enhancement of distress tolerance and emotional regulation in substance abusers. *Journal of Research on Addiction*. 9(36):141-60. (In Persian)
- Narimani M, Salehi M, & Kazemi N. (2015). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Stress Reduction and Increasing Self-Efficacy among Nurses. *JHC*. 17 (4):270-280. (In Persian)
- Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*. 48(9): 832-9.
- Rahimi M, Afraseabi H, Rustam pour T, & Ghodosenyea A. (2017). The Impact of Having a Child with Mental Retardation on Mothers' Life: A Qualitative Approach. 9, 45-70. (In Persian)
- Rechards RS, & Sehr DP. (2015). The usefulness of dialectical behavior therapy in substance abuse group, Dissertation in partial satisfaction of the requirement for the degree of master social work. California state university, Sacramento.
- Savare K, Fallahi M, & Chaldave J. (2019). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Training on Reducing Aggression in Fathers of Students with Intellectual Disability *Journal of Exceptional People Psychology*. 3, 179-197.
- Sheikhsajadieh M, Atashpuor H. (2017). Effectiveness of dialectical behavioral group therapy on psychological distress in infertile women in Isfahan. 18 (1):23-29. (In Persian)
- Shokohi Yekta M, & Zamani N. (2008). Efficacy of Anger Management Training on Relationship Between Mothers and Their Mildly Mentally Retarded and Slow Learner Children. *Journal of Family Research*. 4 (3); 231-246. (In Persian)
- Simons J, & Gaher R. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development an validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 29, 83-102.
- Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ et al. (2009). Dialectical Behavior Therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical Trial. *Behaviour Research and Therapy*. 47(3): 353-358.
- Solhi M, & Mohammad Ali L. (2016). Status of Anger Control Skills in Students. *Journal of Military Care Sciences*. 2 (4) :238-245. (In Persian)
- Swales MA, & Heard HL. (2009). Dialectical behavior therapy, New York, Routledge.
- Uliaszek AA, Rashid T, Williams GE, Gulamani T. (2016). Group Therapy for University Students: A Randomized Control Trial of Dialectical Behavior Therapy and Positive Psychotherapy, *Behav Res Ther*. 77 (41):78-85.
- Wilks C, Valenstein-Mah H, Tran H, King A, Lungu A, & Linehan M. (2016). Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals with Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes, *Cognitive and Behavioral Practice, Cognitive and Behavioral Practice*. 30(14):48-59.
- Wood S, & Bhatnagar S. (2015). Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiology of Stress* 1:164-173.
- Yektakhah S, Mozafarinia N, & Gorji R. (2014). Comparison of Mental Health in Mothers of Children with Deafness and Mental Retardation. *Exceptional Education*. 5 (127):16-23. (In Persian)