

## اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان فلج مغزی **The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Depression and Anxiety in Mothers of Children with Cerebral Palsy**

**Dr. Roohallah Fathabadi**

Ph.D. Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

**Dr Sahar Badri Bagehjan**

PhD in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities. Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [Sahar.badri21@gmail.com](mailto:Sahar.badri21@gmail.com)

**Tahmineh Hoseini**

Master of counseling and guidance department, Ahvaz University of Science and Research, Ahvaz, Iran.

**Arezo Esmaeeli Karkevandi**

Master of Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, Islamic Azad University of Yazd, Yazd, Iran

دکتر روح الله فتح آبادی

دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

دکتر سحر بدری بگه جان (نویسنده مسئول)

دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

تهمینه حسینی

کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

آرزو اسماعیلی کرکوندی

کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران.

### Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on depression and anxiety in mothers of children with cerebral palsy. This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The study population included mothers of children with cerebral palsy in Tehran in 2022. The sample consisted of 20 mothers with registered cases at the Hayat Arghavani Charity Institute, selected through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group ( $n = 10$ ) and a control group ( $n = 10$ ). Initially, both groups were assessed using the Beck Depression Inventory (1967) and the Beck Anxiety Inventory (1970). The experimental group participated in 12 sessions of 90 minutes of DBT over four weeks. At the end of the intervention, both groups were reassessed. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA). Results indicated a significant difference between the DBT and control groups in posttest scores of depression and anxiety ( $P < 0.05$ ). In other words, DBT effectively reduced depression and anxiety in mothers of children with cerebral palsy. These findings suggest that professionals can use DBT to improve the well-being of both children with cerebral palsy and their parents.

**Keywords:** depression, anxiety, children with cerebral palsy, dialectical behavior therapy

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان فلج مغزی بود. این مطالعه با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل مادران کودکان فلج مغزی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش، ۲۰ مادر کودک فلج مغزی دارای پرونده در موسسه خیریه خدماتی حمایتی حیات ارغوانی تهران، بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) جایدهی شدند. در ابتدا، هر دو گروه با پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۷) و پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۷۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۴ هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در پایان، هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل در نمرات پس‌آزمون افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). به عبارت دیگر، رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش افسردگی و اضطراب مادران کودکان فلج مغزی شده است. با توجه به این یافته‌ها، متخصصان می‌توانند با استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود شرایط زندگی کودکان فلج مغزی و والدین آن‌ها گام‌های موثری بردارند.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، اضطراب، کودکان فلج مغزی، رفتاردرمانی دیالکتیکی

## مقدمه

فلج مغزی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین علل ناتوانی حرکتی در کودکان محسوب می‌شود. بر اساس تعاریف به‌روز، این اختلال به مجموعه‌ای از مشکلات پایدار در رشد حرکت و وضعیت بدنی اطلاق می‌گردد که محدودیت‌هایی در فعالیت‌های فردی ایجاد می‌کند. منشأ این وضعیت به آسیب‌ها یا ناهنجاری‌های غیرپیشرونده‌ای نسبت داده می‌شود که در فرآیند تکامل مغز در دوران جنینی یا اوایل نوزادی رخ می‌دهند (سادوسکا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). طبق داده‌های اروپایی، میانگین شیوع فلج مغزی حدود ۸/۰۲ در هر هزار تولد زنده گزارش شده است. با این حال، در میان کودکانی که با وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم به دنیا می‌آیند، میزان بروز این اختلال در مقایسه با نوزادانی که وزن تولد بیش از ۲۵۰۰ گرم دارند، حدود ۷۰ برابر بیشتر است (سادوسکا و همکاران، ۲۰۲۰).

تشخیص غیرمنتظره فلج مغزی توسط متخصصان، والدین را در معرض تجربه‌های هیجانی دشواری قرار می‌دهد که از جمله آن‌ها می‌توان به شوک، کاهش امیدواری و احساس از دست دادن کودک سالم اشاره کرد. این تجربه‌ها غالباً با بروز واکنش‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی و اضطراب همراه است و مدیریت آن‌ها برای والدین بسیار چالش‌برانگیز می‌نماید. افزون بر این، فرآیند پرورش و مراقبت از کودکی با تشخیص فلج مغزی، خود می‌تواند به‌عنوان منبع فشار روانی عمل کرده و تغییرات اساسی در سبک زندگی و کارکردهای خانوادگی والدین ایجاد کند (فرناندز-آلکانتارا و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). در تایید این موضوع بارتو<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که والدین کودکان فلج مغزی نسبت به والدین سایر کودکان با تحول عادی، افسردگی و اضطراب بیشتری تجربه می‌کنند. این والدین به ویژه مادرانی که برای مدت طولانی از فرزند خود مراقبت می‌کردند و زمان بیشتری را برای مراقبت از کودک می‌گذراندند، در برابر اختلال‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیرتر هستند. چراکه این کودکان به طور معمول (مادام‌العمر) در خانه با خانواده خود زندگی می‌کنند و نقش غالب مراقبت در اختیار مادران یا سایر بستگان زن خواهد بود (خان‌داکر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی حالتی هیجانی است که با نشانه‌هایی مانند غمگینی، کناره‌گزینی از دیگران، کاهش یا افزایش اشتها و خواب، حس گناه، مشکل در تصمیم‌گیری، فقدان لذت از فعالیت‌های عادی زندگی مشخص می‌گردد و موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی، شغلی و اجتماعی افراد می‌شود (سادوک و سادوک<sup>۶</sup>، ۲۰۲۲). اضطراب نیز به معنای احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشأ ناشناخته و برانگیختگی فیزیولوژیکی است و نوعی هیجان شدید همراه با حالت ناخوشایند و آشفتگی درونی می‌باشد. فرد مبتلا به این حالت از رویدادهای قابل پیش‌بینی در آینده که می‌توانند نوعی تهدید محسوب شوند می‌ترسد و این مشکل شامل الگوهای رفتاری سازش‌نا یافته‌ای می‌باشند که بیشتر از اینکه باعث آزار و اذیت دیگر افراد شوند باعث رنج خود شخص خواهند شد (اوزدین<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

برای درمان افسردگی و اضطراب، روش‌های متعددی اعم از دارویی و روانشناختی وجود دارد. مداخلات روانشناختی از روش‌های مؤثر برای کاهش مشکلات روانشناختی هستند، که در این میان رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۸</sup> از جمله مداخلات نوین در این حوزه است که برای طیف بسیار وسیعی از جمعیت‌های بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی و کارایی آن در پژوهش‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (ژانگ<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید یا مهارت‌هایی که به طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش مراجع از طریق کمک به کاهش عواملی که در پیشرفت درمان تداخل کرده و یا همانند هیجان‌ها شناخت‌ها، رفتار آشکار و

6. Sadock &amp; sadock

7. Özdin et al

8. dialectical behavior therapy

3. Zhang et al

1. cerebral palsy

2. Sadowska et al

3. Fernández-Alcántara et al

4. Barreto et al

5. Khandaker et al

محیط، از آن جلوگیری می‌کنند، اطمینان یافتن از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های اجتماعی رشد و استفاده از مهارت‌های جدید را تقویت می‌کند (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۹۲). رفتاردرمانی دیالکتیکی تلاش می‌کند تا الگوهای فکری منفی را شناسایی کرده و آن‌ها را به سمت رفتارهای مطلوب سوق دهد. این روش به فرد، مهارت‌های مورد نیاز برای مقابله با رفتارهای ناهنجار و تغییر آن‌ها را می‌آموزد (فاینام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). پژوهش‌های مختلفی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم افسردگی و اضطراب آزمودنی‌ها نشان داده است. همچنین در سال‌های اخیر تحقیقات زیادی به ارزیابی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مشکلات هیجانی پرداخته است (فروزی<sup>۲</sup> و پین<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). در رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق ترکیب نمودن تمرین‌ها و تکالیف ذهن آگاهی با تمرینات رفتاری افراد با نشانه‌های افسردگی در حالتی بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود می‌پردازند و در نهایت منجر به کاهش هیجان‌هایی از جمله خلق افسرده می‌گردد (گیلبرت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین در رفتاردرمانی دیالکتیکی فرد به روابط گرم و عاطفی خود به نحو رضایت بخش ادامه می‌دهد و همین موضوع موجب کاهش اضطراب فرد می‌شود (وانگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در این راستا سوتوارد<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش مشکلات و نارسایی‌های هیجانی آزمودنی‌ها می‌گردد. تربتی و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب آزمودنی‌ها شده است. لیانگ<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۲۱) به بررسی تأثیر رفتاردرمانی گروهی دیالکتیکی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان پزشکی پرداختند و یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب دانشجویان پزشکی شده است. کاظمی و صالحی (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش میزان اضطراب و خشم دانش‌آموزان می‌شود.

در مجموع شواهد و یافته‌ها نشان دهنده این است افرادی که از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند در طول فرایند رفتاردرمانی دیالکتیکی به احتمال زیاد با کاهش اضطراب مواجه می‌شوند، اما مسئله این است که در این مورد به بررسی بیشتری در جهت ارزیابی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب نیاز است (مروین<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). از این‌رو، آنچه اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر را برجسته می‌سازد، این است که تاکنون پژوهشی مشخص در زمینه تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش افسردگی و اضطراب مادران کودکان فلج مغزی انجام نشده است. در نتیجه، انجام مطالعه‌ای در این حوزه می‌تواند خلأ موجود در ادبیات پژوهشی را پوشش دهد و از منظر کاربردی نیز حائز اهمیت باشد؛ زیرا نتایج آن می‌تواند زمینه‌ساز بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران این کودکان شده و در نهایت به ارتقای کیفیت زندگی خانواده‌های آنان کمک کند. بر همین اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان فلج مغزی است.

## روش

این مطالعه با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل مادران کودکان فلج مغزی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش، ۲۰ مادر کودک فلج مغزی دارای پرونده در موسسه خیریه خدماتی حمایتی حیات ارغوانی تهران، بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) جایدهی شدند. علت انتخاب این حجم نمونه، محدودیت دسترسی بیشتر به مادران کودکان فلج مغزی و نوع ناتوانی آنان بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها شامل دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال و حداقل تحصیلات

8. Wang et al  
9. Southward et al  
10. Liang et al  
8. Merwin et al

4. Feigenbaum  
5. Fruzzetti  
6. Payne  
7. Gilbert et al

دیپلم بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف در حین جلسات، غیبت در بیش از دو جلسه و انجام ندادن صحیح تکالیف تعیین شد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش در ادامه آمده است.

## ابزار

**پرسشنامه افسردگی بک (BDI):** پرسشنامه افسردگی بک یکی از رایج ترین مقیاس های افسردگی است و به وسیله **بک (۱۹۶۷)** ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است و به صورت خودگزارشی طراحی شده است تا شدت افسردگی را مورد سنجش قرار دهد. در طول ۳۵ سال اخیر، این پرسشنامه به عنوان یکی از معتبرترین ابزارهای شناسایی شدت افسردگی در بیماران مورد استفاده قرار گرفته و بالینی ترین تشخیص های افسردگی را ارائه کرده است. هر عبارت یا جمله بر مبنای مقیاس صفر تا ۳ درجه بندی می شود و شدت های مختلف افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کند. نحوه نمره گذاری به این شکل است که ابتدا تمامی نمرات جمع زده می شوند؛ اگر جمع نمرات بین ۱۳-۰ باشد، افسردگی جزئی تشخیص داده می شود. جمع نمرات بین ۱۹-۱۴ نشان دهنده افسردگی خفیف است. اگر جمع نمرات بین ۲۸-۲۰ باشد، افسردگی در سطح متوسط ارزیابی می شود و در نهایت، جمع نمرات بین ۶۳-۲۹ بیانگر افسردگی شدید است. این پرسشنامه از زمان تدوین تاکنون به طور گسترده در ارزیابی های روان سنجی مورد استفاده قرار گرفته است. به عنوان مثال، پژوهشی نشان داده است که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و با میانگین ۰/۸۶ بوده است. همبستگی درونی این مقیاس دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برابر با ۰/۹۳ می باشد (**استفان دابسون<sup>۲</sup> و محمدخانی، ۱۳۸۶**). در ایران **حمیدی و همکاران (۱۳۹۴)**، ضریب همبستگی درون طبقه ای برای این پرسشنامه را ۰/۸۱، آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ و روایی همزمان را مطلوب گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۲ به دست آمد.

**پرسشنامه اضطراب بک (BAI):** این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی شامل ۲۱ سؤال است که هدف آن اندازه گیری علائم اضطراب از جنبه های شناختی، هیجانی و جسمانی می باشد. این علائم می تواند شامل ترس از وقوع رویدادهای ناخوشایند، بی حسی، مور مور شدن و سایر نشانه هایی باشد که با تعاریف ناشی از گرما همخوانی ندارند. این پرسشنامه توسط بک (۱۹۷۰) طراحی شده است (**احمدپناه و همکاران، ۲۰۱۷**). این ابزار شدت اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه ای «اصلاً» تا «شدید» مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره هر سؤال بین ۰ تا ۳ است و دامنه نمرات کل بین ۰ تا ۶۳ می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر اضطراب است. **بک و همکاران (۱۹۹۸)**، بیان کردند که این ابزار دارای روایی پیش بینی مناسبی است و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ گزارش کرده اند. در ایران، **کاوایی و موسوی (۱۳۸۷)** پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۰ به دست آمد.

## برنامه مداخله ای

در این پژوهش گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای طی ۴ هفته برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی (**وینمان، ۲۰۰۹**) را دریافت کرد. برای سنجش روایی محتوایی برنامه، از نسبت روایی محتوایی لاوشه استفاده شد. هشت نفر از متخصصان شناسایی شدند و جلسات همراه با چک لیست ارزیابی نسبت روایی محتوایی از طریق ایمیل برای آنان ارسال گردید. در نهایت، متخصصان چک لیست ها را تکمیل کردند و پس از اعمال پیشنهادات آن ها برای اصلاحات و رفع اشکالات، نسبت روایی محتوایی برنامه برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد که میزان قابل قبولی ارزیابی گردید. خلاصه برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی به شرح زیر ارائه می شود:

### جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

| جلسات   | محتوا                                                                                                                                 | تکالیف                                                                                                    |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول     | معارفه، اجرای پیش آزمون ها و تشریح ماهیت افسردگی و اضطراب                                                                             | درخواست از آزمودنی ها برای توضیح نشانه های اضطراب و افسردگی شان                                           |
| دوم     | توضیح رفتاردرمانی دیالکتیکی                                                                                                           | درخواست از آزمودنی ها برای تشریح این درمان                                                                |
| سوم     | آموزش مهارت های مشاهده                                                                                                                | انجام تکالیف مربوط به مشاهده در خانه و توصیف آن                                                           |
| چهارم   | آموزش مهارت های خودتسکینی و به سازی لحظات                                                                                             | برنامه ریزی برای خواب منظم و خواب کافی، برنامه ریزی برای رفع کرختی جسمی و روانی، تغذیه مناسب و ورزش کردن  |
| پنجم    | آموزش مهارت های توجه برگردانی، تنفس عمیق، لبخند و خودنظارتی                                                                           | انجام این تکالیف (مهارت های توجه برگردانی، تنفس عمیق، لبخند و خودنظارتی) در خانه و ارائه گزارش از روند آن |
| ششم     | آموزش، فهم و توصیف هیجان ها و برچسب زدن به آنها                                                                                       | مشاهده و توصیف هیجان ها خود                                                                               |
| هفتم    | ایجاد هیجان های مثبت و فعالیت متضاد با هیجان                                                                                          | دانش در مورد هیجان ها و انجام عمل مخالف در برابر ترس، احساس گناه و شرم، اضطراب و افسردگی                  |
| هشتم    | آموزش تکلیف ثبت افکار خودآیند منفی و نگرش های منفی، مقابله با بروز هیجان های منفی از طریق مقابله با افکار خودآیند و نگرش های ناکارآمد | انجام این تکالیف در خانه و ارائه گزارش از روند آن                                                         |
| نهم     | آموزش برنامه های ارتقای حرمت خود                                                                                                      | اجرای برنامه ها در خانه توسط آزمودنی ها و گزارش آنها                                                      |
| دهم     | بررسی چگونگی انجام فعالیت های مقابله ای با هیجان های منفی و افکار خودآیند و نگرش های منفی                                             | انجام این تکالیف در خانه و ارائه گزارش از روند آن                                                         |
| یازدهم  | توضیح در مورد احتمال عود افسردگی و اضطراب                                                                                             | تشریح عوامل موثر بر عود افسردگی و اضطراب در آزمودنی ها                                                    |
| دوازدهم | توضیح در مورد شرایط سازش و بازیابی دوباره فرایندهای آموخته شده در درمان و اجرای پس آزمون ها                                           | مرور جلسات گذشته                                                                                          |

به منظور تحلیل داده ها در این پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری با نرم افزار آماری SPSS26 استفاده شد.

### نحوه اجرا

مشارکت کنندگان پیش از شروع مداخله و پس از کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه های پژوهش را در محیط کنترل شده مؤسسه خیریه خدماتی حمایتی حیات ارغوانی تهران تکمیل کردند. در این مرحله، شرایط پیش آزمون شامل توضیح کامل دستورالعمل

پرسشنامه، پاسخ‌دهی فردی به سؤالات و امکان پرسش درباره ابهامات بود. پس از ثبت داده‌های پیش‌آزمون، مشارکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۴ هفته، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی را دریافت کرد. جلسات به صورت گروهی برگزار شد و مطالب به شکل سخنرانی ارائه می‌گردید. هر جلسه شامل ۱۰ دقیقه استراحت در بین ۹۰ دقیقه بود. در پایان هر جلسه، آزمودنی‌ها تکالیف مربوط به همان جلسه را دریافت و در طول هفته انجام می‌دادند. در ابتدای هر جلسه، تکالیف جلسات قبل مرور می‌شد و سپس جلسه جدید آغاز می‌گردید. در صورتی که یکی از آزمودنی‌ها در درک یا کنار آمدن با مطالب جلسات پیشین با مشکل مواجه می‌شد، درمانگر با همکاری سایر اعضای گروه به بحث و تبادل نظر می‌پرداخت تا فرد به بینش و فهم کافی از محتوای جلسات دست یابد. طی جلسات، همه اعضا مشارکت فعال داشتند و نظرات تمامی شرکت‌کنندگان پرسیده می‌شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. دامنه زمانی اجرای برنامه طی چهار هفته و محل آن مؤسسه خیریه خدماتی حمایتی حیات ارغوانی تهران بود. در طول دوره، افت آزمودنی‌ها به حداقل رسید و در مواردی که احتمال کاهش تعهد یا غیبت وجود داشت، تمهیداتی مانند یادآوری جلسات، تماس تلفنی و انگیزش فردی برای ادامه حضور و مشارکت فعال اتخاذ شد. پس از پایان مداخله، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مجدداً پرسشنامه پژوهش را تکمیل کردند. شرایط پس‌آزمون مشابه پیش‌آزمون بود تا هرگونه تأثیر محیط یا دستورالعمل بر نتایج به حداقل برسد. اجرای برنامه توسط دو پژوهشگر دارای مدرک کارشناسی ارشد و با کسب مجوز و هماهنگی‌های لازم با مدیریت مؤسسه و با موافقت مادران کودکان فلج مغزی انجام شد.

#### یافته‌ها

در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان شامل ۲۰ شرکت‌کننده با جنسیت زن بود که ۱۰ نفر در گروه کنترل و ۱۰ نفر نیز در گروه آزمایش قرار گرفته‌اند. بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده میانگین نمرات سن شرکت‌کنندگان در گروه کنترل برابر ۳۴/۵۱ سال بود و میانگین نمرات سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش برابر ۳۵/۵۸ سال بود. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون تنظیم هیجان‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل

| گروه   | متغیر   | پیش‌آزمون |                  | پس‌آزمون |                  |
|--------|---------|-----------|------------------|----------|------------------|
|        |         | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد |
| کنترل  | افسردگی | ۲۴/۸۷     | ۴/۷۵۸            | ۲۴/۱۹    | ۵/۶۶۷            |
|        | اضطراب  | ۳۲/۸۰     | ۴/۴۱۷            | ۳۲/۲۰    | ۵/۴۷۳            |
| آزمایش | افسردگی | ۲۴/۴۲     | ۵/۷۱۹            | ۲۱/۵۸    | ۵/۸۷۷            |
|        | اضطراب  | ۳۱/۳۰     | ۲/۴۵۲            | ۲۵/۸۰    | ۳/۱۵۵            |

بر اساس نتایج مندرج شده در جدول ۲، نمرات میانگین اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل، در مراحل پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است. به منظور تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان فلج مغزی، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که با توجه به عدم معنی‌داری مقادیر بدست آمده فرض نرمال بودن توزیع نمرات تایید شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در گروه آزمایش و کنترل، نشان

داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ( $F_{4,26}=1/282, P>0/05$ ). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس متغیرهای افسردگی ( $F_{1,18}=1/202, p>0/05$ ) و اضطراب ( $p>0/05$ ) در گروه‌ها برابر می‌باشد. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها برابر است ( $F=1/237, p>0/05$ ). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین این متغیرها معنی‌دار است ( $\chi^2=8/814, df=2, p<0/01$ ). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p<0/01$ ). Wilks Lambda= $0/448, F_{2,15}=9/253$ ). برای مقایسه گروه آزمایش و گواه در هر یک از متغیرهای افسردگی و اضطراب، در جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری گزارش شده است.

### جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای افسردگی و اضطراب

| متغیر   | منبع      | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F     | سطح معناداری | اندازه اثر |
|---------|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|------------|
| افسردگی | بین گروهی | ۲۵/۵۲۵        | ۱          | ۲۵/۵۲۵          | ۷/۷۹۰ | ۰/۰۱۳        | ۰/۳۲۷      |
|         | خطا       | ۵۲/۴۲۴        | ۱۶         | ۳/۲۷۷           |       |              |            |
| اضطراب  | بین گروهی | ۱۴۳/۹۲۷       | ۱          | ۱۴۳/۹۲۷         | ۹/۰۷۸ | ۰/۰۰۸        | ۰/۳۶۲      |
|         | خطا       | ۲۵۳/۶۴۸       | ۱۶         | ۱۵/۸۵۵          |       |              |            |

با توجه به جدول ۳ آماره F برای متغیر افسردگی ( $F_{1,16}=7/790, P<0/05$ ) و متغیر اضطراب ( $F_{1,16}=9/078, P<0/01$ ) معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش افسردگی و اضطراب مادران کودکان فلج مغزی شده است. همچنین اندازه اثر در جدول ۳ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۲/۷ درصد از تغییرات افسردگی و ۳۶/۲ درصد از تغییرات اضطراب را تبیین می‌کند.

### جدول ۴: نمرات میانگین تعدیل شده پس آزمون افسردگی و اضطراب

| گروه    | کنترل   | آزمایش  |
|---------|---------|---------|
|         | میانگین | میانگین |
| افسردگی | ۲۴/۵۵۳  | ۲۲/۲۱۷  |
| اضطراب  | ۲۱/۷۷۳  | ۲۶/۲۲۷  |

چنان چه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود میانگین نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایش پس از تعدیل نمرات، کمتر از گروه کنترل بوده است که این خود نشان دهنده اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی افسردگی و اضطراب در افراد گروه آزمایش است.



پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان فلج مغزی انجام شد. یافته های این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موثر بوده به این معنا که رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان فلج مغزی در گروه آزمایش شده است.

یافته اول پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش افسردگی مادران کودکان فلج مغزی در گروه آزمایش شده است. این یافته با پژوهش های **سوتوارد و همکاران (۲۰۲۲)**، **ترتی و همکاران (۲۰۲۲)** و **لیانگ و همکاران (۲۰۲۱)** همسو است. در راستای تبیین این یافته می توان گفت: یکی از ویژگی های افسردگی این است که افراد درگیر این مشکل روانشناختی، در دوری کردن و بیرون آمدن از هیجان ها و خلق خود به خوبی عمل نمی کنند. در صورتی که در طول رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق ترکیب نمودن تمرین ها و تکالیف ذهن آگاهی با تمرینات رفتاری افراد با نشانه های افسردگی در حالتی بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای جسمانی، ذهنی، رفتاری و هیجانی آن می پردازند و علاوه بر این سعی در پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این حالت را می آموزند و با پرآموزی این تمرینات، آن را به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می نمایند که انجام این تکالیف در نهایت منجر به کاهش هیجان هایی از جمله خلق افسرده و ایجاد هیجان مثبت می گردد (**گیلبرت و همکاران، ۲۰۲۳**). به علاوه با توجه به این که در افراد با نشانه های افسردگی انواع هیجان های منفی از جمله بی قراری، ناراحتی، غم و اندوه، خشم و تحریک پذیری و خستگی افزایش می یابد، کاربست مداخله ای که به این هیجان ها توجه نماید، بسیار مهم است. در این میان، رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نقش هیجان ها به عنوان مکانیسم اصلی تغییر تأکید می کند و تلاش دارد از طریق آموزش مهارت های تنظیم هیجان، آگاهی هیجانی و تحمل پریشانی، شدت و تداوم این هیجان ها را کاهش دهد. همچنین این رویکرد با کمک به شناسایی الگوهای ناکارآمد هیجانی و رفتاری، زمینه تجربه هیجان های سازگاران تر و بهبود عملکرد روانشناختی افراد را فراهم می سازد (**مور<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸**).

یافته دوم پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب کاهش اضطراب مادران کودکان فلج مغزی در گروه آزمایش شده است. این یافته با پژوهش های **ترتی و همکاران (۲۰۲۲)** و **کاظمی و همکاران (۱۳۹۹)** همسو است. در راستای تبیین این یافته می توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث می گردد شخص انجام نشدن کار خود در موعد مقرر را بدون قضاوت کردن خود و توانایی هایش، به منزله یک ضعف برای خود در نظر نگیرد و آن را به عنوان یک تجربه و بدون ارزیابی و قضاوت بپذیرد. از سوی دیگر، آموزش های ارائه شده به شخص کمک می کند ارتباط مطلوب خود با دیگران را حفظ کند و به روابط گرم و عاطفی خود به نحو رضایت بخش ادامه دهد. افزون بر این، فرد می آموزد در مواجهه با موقعیت های تنش زا از راهبردهای سازگاران تری برای مدیریت فشار روانی استفاده کند. در این صورت، رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز بر مؤلفه های اضطراب، موجب کاهش اضطراب فرد می گردد و احساس کارآمدی و آرامش روانشناختی را در او افزایش می دهد (**وانگ و همکاران، ۲۰۲۰**). همچنین، رفتاردرمانی دیالکتیکی به مراجعان فرصت می دهد تا نسبت به هیجانات، افکار و رفتارهای خود آگاهی بیشتر و عمیق تری به دست آورند و در نتیجه میزان خودکنترلی و توانایی مدیریت هیجان ها را در افراد اضطرابی بالا می برد. رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد مضطرب کمک می کند تا راهبردهای کارآمدتری را برای تنظیم هیجانات اتخاذ کنند. زمانی که هیجانات در قالب افکار همزمان با حس های بدنی آشکار می شوند، اگر فرد یاد بگیرد در این حالت همراه حس های بدنی خود بماند، واکنش پذیری هیجانی او کاهش می یابد. ذهن آگاهی به عنوان یک تکنیک در این شیوه درمانی به افراد این امکان می دهد تا با تسلط یافتن بر تجارب درونی، پیش از آن که تحت تأثیر محرک های اضطرابی قرار بگیرند، خودکنترلی را بالا ببرند. تداوم این فرایند موجب می شود فرد به تدریج فاصله مناسبی میان تجربه هیجانی و پاسخ رفتاری ایجاد کند. در نتیجه،



شدت اضطراب کاهش یافته و فرد می تواند با انعطاف پذیری روانشناختی بیشتری به موقعیت های استرس زا پاسخ دهد (وان دیجک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

یافته های این پژوهش تأکید بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان یک مداخله مؤثر در کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان فلج مغزی دارد. این نتایج نشان می دهد که استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی می تواند به طور قابل توجهی به بهبود کیفیت زندگی خانواده ها کمک کند. با این حال، محدودیت های پژوهش حاضر شامل حجم نمونه کم، استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و نبود آزمون پیگیری برای بررسی پایداری اثرات مداخله بود. بنابراین، توصیه می شود در پژوهش های آینده حجم نمونه بزرگ تر، روش های نمونه گیری تصادفی و اجرای آزمون پیگیری برای ارزیابی تداوم اثرات مداخله مورد توجه قرار گیرد.

#### ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل آگاه ساختن شرکت کنندگان از طرح پژوهشی، کسب رضایت کامل آن ها برای شرکت در پژوهش، اطمینان دادن نسبت به رازداری اطلاعات خصوصی و عدم دریافت هزینه از آزمودنی ها بود.

#### مشارکت نویسندگان

نویسنده اول در تدوین عنوان و نگارش مقاله مشارکت داشته است و نویسندگان دوم، سوم و چهارم در اجرای پژوهش، انجام اصلاحات و ارسال مقاله مشارکت داشته اند.

#### تامین مالی و تعارض منافع

مطالعه حاضر بدون هیچ گونه پشتوانه مالی انجام شده است و نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی برای اعلام ندارند.

#### قدردانی

پژوهشگران از والدین کودکان فلج مغزی که قبول زحمت کرده و در این پژوهش همکاری لازم را انجام دادند صمیمانه سپاسگزاری می کنند.

#### منابع

- Ahmadpanah, M., Akbari, T., Akhondi, A., Haghighi, M., Jahangard, L., Bahmani, D. S., ... & Brand, S. (2017). Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. *Psychiatry research*, 257, 87-94. [\[Link\]](#)
- Barreto, T.M., Bento, M.N., Barreto, T.M., Jagersbacher, J.G., Jones, N.S., Lucena, R. and Bandeira, I.D., (2020). Prevalence of depression, anxiety, and substance-related disorders in parents of children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(2):163-168. [\[Link\]](#)
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893. [\[Link\]](#)
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16(1), 51-68. [\[Link\]](#)
- Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Laynez-Rubio, C., Pérez-Marfil, M. N., Martí-García, C., Benítez-Feliponi, Á., ... & Cruz-Quintana, F. (2015). Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability and health journal*, 8(1), 93-101. [\[Link\]](#)
- Fruzzetti, A. E., & Payne, L. G. (2020). Assessment of parents, couples, and families in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(1), 39-49. [\[Link\]](#)

- Gilbert, K., Codd III, R. T., Hoyniak, C., Tillman, R., Baudinet, J., Pires, P. P., ... & Lynch, T. R. (2023). Processes of change in a randomized clinical trial of radically open dialectical behavior therapy (RO DBT) for adults with treatment-refractory depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(2), 71. [\[Link\]](#)
- Hamidi, R., Fekrizadeh, Z., Azadbakht, M., Garmaroudi, G., Taheri Tanjani, P., Fathizadeh, S., & Ghisvandi, E. (2015). Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(1), 189-198. [\[Link\]](#)
- Khandaker, G., Muhit, M., Karim, T., Smithers-Sheedy, H., Novak, I., Jones, C. and Badawi, N., (2019). Epidemiology of cerebral palsy in Bangladesh: a population-based surveillance study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(5):601-609. [\[Link\]](#)
- Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in different age and gender groups of the Iranian population. *Journal of the Faculty of Medicine*, 66(2), 126–140. [\[Link\]](#)
- Kazemi A, Peyman A, Kazemie Rezaei S, Salehi A. Emotion Regulation Training Based on Dialectical Behavior Therapy Effectiveness on Reducing Students' Anxiety and Anger. *armaghanj* 2020; 25 (4) :451-465. [\[Link\]](#)
- Liang, L., Feng, L., Zheng, X., Wu, Y., Zhang, C., & Li, J. (2021). Effect of dialectical behavior group therapy on the anxiety and depression of medical students under the normalization of epidemic prevention and control for the COVID-19 epidemic: a randomized study. *Ann Palliat Med*, 10(10), 10591-10599. [\[Link\]](#)
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*, 287, 112921. [\[Link\]](#)
- Lotfi Kashani, F., & Vaziri, Sh. (2013). The effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing symptoms of borderline personality disorder. *Andishe va Raftar Quarterly*, 7(28), 27–36. [\[Link\]](#)
- Merwin, R., O'Rourke, S., Ives, L., Harstad, S., & Brooks, J. (2019). Third-Wave Cognitive-Behavioral Therapies for the Treatment of Anxiety among Children and Adolescents. Cambridge: Academic Press. [\[Link\]](#)
- Moore, K. E., Oberleitner, L., Smith, K. M., Maurer, K., & McKee, S. A. (2018). Feasibility and effectiveness of continuing methadone maintenance treatment during incarceration compared to forced withdrawal. *Journal of addiction medicine*, 12(2), 156. [\[Link\]](#)
- Ojewale, L. Y., Akingbohunbe, O., Akinokun, R. T., & Akingbade, O. (2022). Caregivers' perception of the quality of nursing care in child health care services of the University College Hospital, Nigeria. *Journal of Pediatric Nursing*, 66, 120-124. [\[Link\]](#)
- Ozdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International journal of social psychiatry*, 66(5), 504-511. [\[Link\]](#)
- Power, R., Muhit, M., Heanoy, E., Karim, T., Galea, C., Badawi, N. and Khandaker, G., (2019). Depression, anxiety and stress among caregivers of adolescents with cerebral palsy in rural Bangladesh. *Disability and Rehabilitation*. [\[Link\]](#)
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2022). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (12th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers. [\[Link\]](#)
- Sadowska, M., Sarecka-Hujar, B. and Kopyta, I., (2020). Cerebral palsy: Current opinions on definition, epidemiology, risk factors, classification and treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16:1505-1518. [\[Link\]](#)
- Southward, M. W., Eberle, J. W., & Neacsu, A. D. (2022). Multilevel associations of daily skill use and effectiveness with anxiety, depression, and stress in a transdiagnostic sample undergoing dialectical behavior therapy skills training. *Cognitive behaviour therapy*, 51(2), 114-129. [\[Link\]](#)

- Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *jrehab* 2007; 8 :82-0. [\[Link\]](#)
- Torbati, A. G., Imeni, M., & Abbaspour, S. (2022). Impact of Dialectical Behavior Therapy on Depression and Anxiety in Patients Following COVID-19 Discharge. *The Open Psychology Journal*, 15(1). [\[Link\]](#)
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 145(3), 386-393. [\[Link\]](#)
- Wang, Y., Tian, L., Guo, L., & Huebner, E. S. (2020). Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66, 101090. [\[Link\]](#)
- Wineman, P. A. (2009). *The efficacy of a dialectical behavior therapy-based journal-writing group with inpatient adolescent females: Improving emotion regulation, depressive symptoms and suicidal ideation* (Doctoral dissertation, Northeastern University). [\[Link\]](#)
- Zhang, Y.S., Rao, W.W., Zeng, L.N., Grace, K.I., Cui, L.J., Li, J.F., Li, L., Ungvari, G.S., Hall B. J., Li, K.Q., Xiang Y.T. (2020). Prevalence and correlates of bipolar disorder in the adult population of Hebei province, China. *Journal of Affective Disorders*, 263, pp.129 -133. [\[Link\]](#)